

Received: 13 Apr 2020, Revised: 14 May 2020,

Accepted: 29 May 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบกระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย
และระดับการจัดบริการ กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผน
ไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

พยงค์ ศรีเจริญ^{1*} อัมพล ปานเพชร²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 174 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารแตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ความรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน และระดับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 สูงกว่าระดับ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านปัญหาและอุปสรรค พบว่า สถานที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยไม่เป็นสัดส่วน มีเครื่องใช้ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและขาดการสนับสนุนจากท้องถิ่น ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดพื้นที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยแยกจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และส่งเสริมการประสานงานกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ กระบวนการบริหาร ความรู้ มาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทย

¹ วิทยากรชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

* Corresponding author: payongsri@gmail.com

Original Article

The Comparison of Management Process, Knowledge of Thai Traditional Medicine personnel, and level of Service with the Performance of Thai Traditional Medicine Service Standard among Sub-district Health Promoting Hospitals

Payong Srijarern^{1,*}, Ampon panpetch²

Abstract

The purpose of this research was to compare the differences between practices in the administration process of the Thai traditional medicine service management, Knowledge of Thai traditional medicine personnel, and the levels of services with the performance of the Thai traditional medicine service standard. Study population were 174 Thai traditional medicine personnel who worked in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Suphanburi province. Instrumentation was a questionnaire and the data analysis include descriptive and inferential statistics, both One-Way ANOVA and Independent *t-test*. Findings showed that differences of practices in the administration process of the Thai traditional medicine service management resulted in statistically significant differences for the Thai traditional medicine service standard at 0.01 level. However, the difference of knowledge among personnel displayed no statistically significant difference for the Thai traditional medicine service standard. On the one hand, differences of Thai traditional medicine service on Level 2 and Level 1 were statistically significant difference with the performance for Thai traditional medicine service standard in health center at 0.01 level with the mean of Level 2 higher than Level 1. Problems and obstacles from this study were inappropriate allocation of the setting for providing Thai traditional medicine services specific areas, insufficient equipment according to the Thai traditional medicine service standard and the lack of local supports. Recommendations from this study is that each subdistrict health promoting hospital should be providing a specific area for Thai traditional medicine services and separate Thai from modern medicine, as well as promoting and coordinating with community participation in Thai traditional medicine services.

Keyword: management process, knowledge, Thai traditional medicine service standard.

¹ Instructor, Sirinthorn College of Public Health Suphanburi

² Public Health Specialist

* Corresponding author: payongsrij@gmail.com

บทนำ

ระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่ในสังคมของทุกประเทศทั่วโลก ล้วนมีความหลากหลายในลักษณะของการแพทย์พหุลักษณะ (Plurality medical) อันเป็นผลจากความแตกต่างทางภูมิประเทศ สภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การนับถือศาสนา ตลอดจนพัฒนาการขององค์ความรู้ด้านการแพทย์ และด้านการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ¹

การแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในระบบการแพทย์พหุลักษณะ (Plurality medical) บรรพบุรุษไทยใช้การแพทย์แผนไทย และยาสมุนไพรในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมาช้านาน ถือได้ว่าเป็นศาสตร์ทางสุขภาพ เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่ายิ่ง มีการเรียนรู้และปฏิบัติถ่ายทอดประสบการณ์สืบทอดกันมายาวนานเป็นภูมิปัญญาที่เรียกว่า ภูมิปัญญาชาวบ้าน ภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นทางด้านการแพทย์ที่มีการใช้การสั่งสมและการสืบทอดกันมา²

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยครั้งแรก ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ถึงปัจจุบันในปี พ.ศ.2545 ได้นำการแพทย์แผนไทยผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งในระดับโรงพยาบาล และสถานเอนกนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ สนับสนุนให้โรงพยาบาลและสถานเอนกนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดบริการการแพทย์แผนไทยครบ 4 มิติ คือรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ และพัฒนาคุณภาพการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานการแพทย์แผนไทยแบ่งการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1. เป็นสถานบริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยมียาสมุนไพรใช้ไม่น้อยกว่า 5 ชนิด ระดับ 2 เป็นสถาน

บริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มจากระดับ 1 คือ มีบริการนวดแผนไทย หรืออบสมุนไพร หรือประคบสมุนไพร ระดับ 3 เป็นสถานบริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มจากระดับ 2 คือ เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยและพืชสมุนไพร และระดับ 4 เป็นสถานบริการที่มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มจากระดับ 3 คือ เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพร^{2,3}

จังหวัดสุพรรณบุรี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด จำนวน 174 แห่ง มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 1 จำนวน 68 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 39.08 และจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 จำนวน 106 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.91 จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี มีการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 ยังไม่ครบทุกแห่ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁴ ที่สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนแบบองค์รวม (Holistic Care) บูรณาการ (Integrated Care) ทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย⁵ ทั้งนี้ แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้กำหนดเป้าหมายเป็นร้อยละที่ชัดเจน แต่จะส่งเสริมตามความพร้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งมีกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน และบุคลากรก็มีความรู้แตกต่างกัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีรายละเอียดของกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน ออกไปตามสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน การพิจารณากำหนดนโยบายจึงควรมีความละเอียดอ่อน พัฒนาสนับสนุนให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความพร้อม และประโยชน์ที่เกิดกับประชาชนเป็นหลัก⁵

จากการศึกษาความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย อาทิ กระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากร ตลอดจนระดับของการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลของการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนพัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่ประชาชนผู้รับบริการ การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีกระบวนการบริหารรูปแบบ พี โอ ดี ซี ซี (PODCC Model) ของ ลิเคอร์ท(Likert)ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ(Organizing) การอำนวยความสะดวก(Directing) การประสานงาน (Coordinating) การควบคุมกำกับงาน (Controlling) เป็นทฤษฎีหลักของการวิจัย⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการบริหาร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย กับผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน
2. ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน
3. ระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรีทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 174 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามจำนวน 1 ชุดประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 กระบวนการบริหาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดทฤษฎีของลิเคอร์ท (Likert) ชนิด 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ การแปรผลระดับของการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร ทั้งรายชื่อ รายด้าน และภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และระดับสูง ตามแนวคิดการแจกแจงความถี่ของข้อมูล (Data Frequency Distribution) ส่วนที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ลักษณะข้อ

คำถามเป็นคำถามเลือกตอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ข้อที่ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 4 ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย ใช้ผลการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (มีค่าคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60) ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (มีค่าคะแนนรวมร้อยละ 60-79) ผ่านเกณฑ์ระดับดี (มีค่าคะแนนรวมร้อยละ 80-89) ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (มีค่าคะแนนรวมร้อยละ 90-100) และส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เป็นข้อคำถามปลายเปิด ผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถตอบได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความถูกต้องของการวัด และเกณฑ์การให้คะแนน นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม เมื่อได้ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Conbrach's Alfa Coefficient) แบบสอบถามส่วนที่ 2 กระบวนการบริหารมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8541 สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย หาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้การทดสอบคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) หาค่า KR-21 ซึ่งใช้กับข้อมูลที่มีระดับการวัดมากกว่า 2 จำนวน 20 ข้อ มีค่า KR-21 เท่ากับ 0.872^{7,8,9}

2. วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายข้อ ใช้การทดสอบค่าที (t-test) ได้ค่าความสัมพันธ์ (Independent Sample Test) รายข้อ จำนวน 20 ข้อ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05^{7,8,9}

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี ทุกแห่ง ๆ ละ 1 คน รวม 174 คน โดยใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การประมวลผล วิเคราะห์รายละเอียดของข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป
2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้ในการพรรณนาตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ระยะเวลาปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทย และการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา^{7,8,9}
3. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมติฐาน ได้แก่^{7,8,9}

3.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือ One-Way ANOVA เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม ด้านการวางแผน ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการประสานงาน และด้านการควบคุมกำกับงาน หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's test for all possible comparison)

3.2 ใช้การทดสอบค่าที(t-test) แบบ Independent t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารด้านการจัดองค์กร ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย

3.3 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติให้ศึกษาและเก็บตัวอย่างวิจัยในพื้นที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ตามหนังสือที่ สพ 0032.001/952 ลงวันที่ 18 เมษายน 2562 อ้างถึงหนังสือที่ สพ 0732/278 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2562 ในการดำเนินการได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ และบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยจะใช้ประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลและกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล พบประเด็นดังนี้

เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.9 อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.1 รองลงมาอายุ 41-50 ปี 20-30 ปี และ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3, 20.1 และ 10.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสมรส คิดเป็นร้อยละ 56.9 หม้าย หย่า แยกน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.5 ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 74.7 รองลงมาคือต่ำกว่าปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 21.8 และ 3.4 ตามลำดับ ระยะเวลาปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย พบว่า มากที่สุด 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ 1-3 ปี 10 ปีขึ้นไป และ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8, 13.2 และ 10.9 ตามลำดับ การฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 80.5 และเคย คิดเป็น ร้อยละ 19.5 จำนวนครั้งของการได้รับการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า มากที่สุด 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (N=174)

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	47.10
หญิง	92	52.90
อายุ (ปี)		
20 – 30	35	20.10
31 – 40	63	36.20
41 – 50	58	33.30
51 – 60	18	10.40
$\bar{X} = 38.36$, $SD = 8.85$, $Min. = 22$, $Max. = 60$		
สถานภาพสมรส		
โสด	62	35.60
สมรส	99	56.90
หม้าย หย่า แยก	13	7.50
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	38	21.80
ปริญญาตรี	130	74.70
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3.50
ระยะเวลาปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย (ปี)		
1 – 3	64	36.80
4 – 6	68	39.10
7 – 9	19	10.90
10 ปีขึ้นไป	23	13.20
$\bar{X} = 5.06$, $SD = 3.587$, $Min. = 1$, $Max. = 16$		
การฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
เคย	34	73.50
ไม่เคย	140	26.50
จำนวนครั้งของการได้รับการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย (n = 34)		
อบรม 1-2 ครั้ง	25	73.50
อบรม 3 ครั้งขึ้นไป	9	26.50

ส่วนที่ 2 กระบวนการบริหาร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 82.8 รองลงมา คือ การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร

ภาพรวมระดับสูง และการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวมระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 13.8 และ 3.4 ตามลำดับ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 41 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 97 คะแนนเฉลี่ย 66.59 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.024 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม (N=174)

ระดับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารภาพรวม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (20.00 – 46.66 คะแนน)	6	3.40
ระดับปานกลาง (46.67 – 73.33 คะแนน)	144	82.80
ระดับสูง (73.34 – 100.00 คะแนน)	24	13.80

$\bar{X}$ = 66.59, SD = 11.024, Min = 41, Max = 97

ส่วนที่ 3 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.33 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนนเฉลี่ย 12.55 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.41 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามระดับความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยภาพรวม (N=174)

ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (6.67 – 13.33 คะแนน)	116	66.67
ระดับสูง (13.34 – 20.00 คะแนน)	58	33.33
รวม	174	100

$\bar{X}$ = 12.55, SD = 2.41, Min. = 7, Max. = 19

ส่วนที่ 4 ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย

ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ระดับดี

คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 19.0 โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 4.6 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย (N=174)

ผลการจัดการบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย	จำนวน (รพ.สต.)	ร้อยละ
ไม่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	8	4.60
ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	48	27.60
ผ่านเกณฑ์ระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 – 89)	85	48.80
ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก (คะแนนร้อยละ 90 – 100)	33	19.00
รวม	174	100

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์สมมติฐานของการวิจัย

5.1 สมมติฐานที่ 1 การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่ต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่ต่างกัน มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 5

จึงทำการทดสอบหาความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' test for all possible comparison) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับสูง มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย สูงกว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยที่มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับปานกลาง (M.D.= 6.9444) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกนั้นไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
ระหว่างกลุ่ม	993.249	2	496.625	11.129	0.001*
ภายในกลุ่ม	7630.889	171	44.625		

* p-value < 0.01

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร

ระดับการปฏิบัติงาน ตามกระบวนการบริหารภาพรวม	N	$\bar{x}$	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
ระดับสูง	24	47.83	-	6.9444*	5.5000
ระดับปานกลาง	144	40.88	6.9444*	-	-1.4444
ระดับต่ำ	6	42.33	-5.5000	1.4444	-

* p -value < 0.01

5.2 สมมติฐานที่ 2 ความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า บุคลากร

ด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความรู้แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน โดยบุคลากรที่มีความรู้ระดับสูงมีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย ไม่แตกต่างจากบุคลากรที่มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 42.569, และ 41.560 ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย จำแนกตามความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

ระดับความรู้ของบุคลากร	N	$\bar{x}$	S.D	t	df	p -value
สูง	58	42.569	7.822	-0.888	172	0.376
ปานกลาง	116	41.560	6.657			

* p -value < 0.05

5.3 สมมติฐานที่ 3 ระดับการจัดบริการที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่า ระดับการจัดบริการที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จัดบริการระดับ 2 สูงกว่าระดับ 1 ($\bar{x}$ = 51.2973 และ 39.3577 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย
จำแนกตามระดับการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย

การจัดบริการการแพทย์แผนไทย	N	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
การจัดบริการตามมาตรฐานการ บริการการแพทย์แผนไทย						
ระดับ 1	68	39.3577	5.05228	-	172	0.001*
ระดับ 2	106	51.2973	5.26975	12.639		

* p-value < 0.01

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย พบว่า
1) ระดับการจัดบริการที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผลการจัดบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 สูงกว่าระดับ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องมาจาก การจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 2 เป็นการจัดการบริการครบ 4 มิติ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยจะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการพัฒนาคุณภาพบริการสูงกว่าการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 1 จึงทำให้ผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ รองลงมา คือ ด้านการจัดบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริพันธ์ ทิมคำ¹⁰ พบว่า ระบบบริการการแพทย์แผนไทย พบปัญหาเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ความแออัดคับแคบ ความสะอาดของสถานที่ ทั้งนี้เนื่องมาจาก การพัฒนาหรือปรับปรุงด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ควรมีการประสานงานที่ดีกับชุมชน อบต. เทศบาล เพื่อการมีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากยิ่งขึ้น
2) ด้านกระบวนการบริหาร จากผลการวิจัยนี้

พบว่า การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน มีผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับสูงมีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยสูงกว่าระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องมาจาก การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารในระดับสูงนั้น ทำให้การพัฒนาการแพทย์แผนไทยประสบผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อมตา จันทร์พาน¹¹ พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา มีการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารมากกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ผ่านเกณฑ์การพัฒนา 3) ด้านความรู้ของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า ความรู้ที่แตกต่างกัน มีผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดลิตา ชั่งสิริพร¹² พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถด้านแพทย์แผนไทย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีปัจจัยอื่นๆที่

เกี่ยวข้อง และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากกว่าด้านความรู้ อาทิ การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า การปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับสูง มีค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการตามมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยสูงกว่าการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหาร ด้านการวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประสานงานกับชุมชน อบต./เทศบาล เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแต่งตั้งเจ้าหน้าที่จาก อบต./เทศบาล ผู้นำชุมชน และตัวแทนประชาชนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนางานแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

คณะผู้วิจัยขอเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

- 1) ศึกษาคุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2) ศึกษาสมรรถนะของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

- 3) ศึกษาแรงจูงใจในการมารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยของผู้มารับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ.2549. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
2. ปรีชา ช.พงศ์ภมร. ตำรายาแผนโบราณ. กรุงเทพมหานคร: ทวีพิมพ์ดี; 2543.
3. ปรีดา ตั้งตรงจิตร. วิชาพื้นฐานเกี่ยวกับการนวดไทย. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2535.
4. ศิริวรรณ เสรีรัตน์. องค์กรและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร; 2545.
5. กองการพยาบาล. แนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชน; 2545.
6. Downey, W. David, & Erickson. AGRIBUSINESS MANAGEMENT. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1987.
7. Bloom. All Our Children Learning. New York: McGraw-Hill; 1981.
8. Bruner. The Culture of Education. Cambridge: MA: Harvard University Press; 1996.
9. วงเดือน บันดี. การเตรียมข้อมูลการวิจัย ในประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัย. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2547.; 179- 255
10. ศิรินันท์ ทิมคำ. ระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย:กรณีศึกษาสถานพยาบาลและสมาคมแพทย์แผนโบราณในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.

11. อมตา จันท์ปาน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ผลการพัฒนาสถานีนอนามัยในโครงการ
ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัยของ
จังหวัดนครศรีธรรมราช [วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหาร
สาธารณสุข) แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ] นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2545.
12. ดลิดา ชั่งสิริพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
รูปแบบการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย
[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) แขนงวิชา
สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ] นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2545.