



รายงานการวิจัย

การศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของ  
แพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี

The Study of Opinions and Experience of Physician on  
Prescribing Herbal Medicine in Ubon Ratchathani Province

นางนัทที พัชราวณิช

นางนิตยา บุญทา

นายอารีย์ วัฒนธีรรัตน์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พ.ศ. 2547

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีงบประมาณ 2546



## Research Project

### The Study of Opinions and Experience of Physician on Prescribing Herbal Medicine in Ubon Ratchathani Province

Nattee S. Pacharavanich, Ph.D

Nittaya Boontha, M.S.

Aree Wangmaneerat, M.S.

Faculty of Pharmaceutical Sciences

Ubon Ratchathani University

2004

The research was financially supported by Ubon Ratchathani University

Fiscal year 2003

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ คณะเภสัชศาสตร์ ที่ได้ช่วยสนับสนุนให้โครงการวิจัยนี้ ดำเนินไปได้ด้วยดีจนเสร็จสิ้น และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้ซึ่งให้การสนับสนุนเงินทุนวิจัย ขอขอบคุณแพทย์ทุกท่านที่ปฏิบัติงานในจังหวัดอุบลราชธานีที่ เสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาจะ ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยด้าน สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย อันจะนำมาซึ่งการพัฒนาองค์ความรู้ และเป็นแนวทางที่ช่วย สนับสนุนการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้อง อันจะทำให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรอย่างแพร่หลายในประเทศ ไทยในกาลต่อไป

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2547

## บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง	การศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี
คณะผู้วิจัย	
หัวหน้าโครงการ	นางนัททิ พัชราวนิช, ภ.บ., Ph.D.
ผู้ร่วมวิจัย	นางนิตยา บุญทา, วทม. นายอารีย์ วังมณีรัตน์, ภ.บ., M.S. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก	เงินรายได้มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีเพื่อการพัฒนาและสนับสนุนงานวิจัยงานส่งเสริมการวิจัยฯ สำนักงานอธิการบดี ปีงบประมาณ 2546 จำนวนเงิน 36,160.- บาท
ระยะเวลาทำงานวิจัย	11 เดือน
ศัพท์สำคัญ	ยาสมุนไพร, แพทย์, ความคิดเห็น, ประสบการณ์, อุบลราชธานี

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการส่งแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแล้ว (Cronbach's alpha coefficient 0.086) ทั้งด้วยตนเองและทางไปรษณีย์ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2546 กลุ่มประชากรศึกษาคือแพทย์แผนปัจจุบัน (รวมถึงแพทย์ฝึกหัด และนักศึกษาแพทย์) ที่ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานีในช่วงระยะเวลาดังกล่าว การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ Chi-square

จากการศึกษามีผู้ตอบกลับแบบสอบถาม 193 คน (ร้อยละ 84.6 ของประชากรศึกษา) ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 61.1) มีอายุระหว่าง 20-40 ปี (ร้อยละ 80.3) ปฏิบัติงานเป็นแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 44.6) ปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาแล้วน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 81.3) และไม่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรมาก่อน (ร้อยละ 60.1)

ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและสังคมของชาติมากที่สุด (3.80) และเห็นด้วยมากกับนโยบายของรัฐบาล (3.71) ในการสนับสนุนให้มีการศึกษาค้นคว้าตัวยาสมุนไพร การวางระบบการพัฒนาการผลิตและควบคุมคุณภาพ การจัดหลักสูตรเกี่ยวกับยาสมุนไพรไว้ในโรงเรียนแพทย์ ขณะที่การยอมรับตัวยาสุมไพรในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย และด้านคุณภาพอยู่ในระดับต่ำกว่า (3.20 และ

## ABSTRACT

<b>Title</b>	The Study of Opinions and Experience of Physician on Prescribing Herbal Medicine in Ubon Ratchathani Province
<b>Researchers</b>	Nattee S. Pacharavanich, Ph.D Nittaya Boontha, M.S. Aree Wangmaneerat, M.S. Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University
<b>Grant</b>	The research was financially supported by Ubon Ratchathani University, Fiscal year 2003
<b>Total Grant</b>	36,160 Bahts
<b>Study Time</b>	11 month
<b>Key words</b>	Herbal medicine, Physician, Opinion, Experience, Ubon Ratchathani

---

The objective of this research is to study opinions and experience of physician on prescribing herbal medicine in Ubon Ratchathani province. It is a survey research conducted by distributing a valid questionnaire (Cronbach's alpha coefficient 0.086) to all physicians who work in the Ministry of Public Health (including medical student) in Ubon Ratchathani province during a period of July to September, 2003. Data was analyzed using descriptive statistic and Chi-square test. From the study, 193 questionnaires (84.6% of the population) were returned. Most of the participants were male (61.1%), age 20-40 years (80.3%), specialist (44.6%), graduated from medical school less than 10 years (81.3%), and had no working experience in hospital that provides herbal medicine to patient (60.1%). The results indicated that most of the subjects agree that prescribing herbal medicine benefits both economic and social of country at the highest score (3.80). Followed by an agreement on the national policies (3.71) to support a scientific study research, set up a standard for manufacturing and quality control, as well as to instruct topic related to herbal medicine in medical school. While the acceptant on efficacy and quality of herbal medicine was ranked in lower order (3.20 and 3.10, respectively). Study also shown that 49.2% of participants had experienced prescribing herbal medicine. Most of the prescribed products were classified in the national hospital formulary; most oftening cough remedies, and mostly prescribed individually. While 50.8% reported that they do not prescribe herbal medicine because of lack of confidence in medical efficacy. Additionally, relationship studies between demographic variables and opinions in whole shown that no correlation was found. However, when considering on each aspect, it was found that gender had a significant correlation with economy and society aspect ( $p$  0.0017). Age has a significant correlation with policy aspect ( $p$  0.019), quality aspect (0.006), and economy

society aspect ( $p = 0.003$ ). While working experience in hospital that provides herbal medicine had a significant correlation with policy aspect ( $0.000$ ) and economy and society aspect ( $p = 0.017$ ). Nonetheless, the relationship studies between demographic variables and experienced on prescribing herbal medicine indicated that only gender revealed a strong correlation.

3.10 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเฉพาะประสบการณ์การสั่งจ่ายยาสมุนไพร พบว่าร้อยละ 49.2 ของผู้ตอบแบบสอบถามเคยสั่งใช้ยาสมุนไพรมาก่อน โดยยาที่จ่ายมากเป็นยาสมุนไพรเดี่ยวที่มีระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยยาที่จ่ายมากที่สุดคือยาอมแก้ไอมะแว้ง เหตุผลหลักของแพทย์ที่ไม่สั่งจ่ายยาสมุนไพร คือไม่มั่นใจในสรรพคุณยา

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากรกับความคิดเห็นของแพทย์ต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่างๆ และต่อประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่าลักษณะทางประชากรไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นโดยรวมทุกด้าน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า เพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดเห็นด้านเศรษฐกิจและสังคม ( $p = 0.0017$ ) อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดเห็นด้านนโยบาย ( $p = 0.019$ ) ด้านคุณภาพ ( $p = 0.006$ ) และด้านเศรษฐกิจและสังคม ( $p = 0.003$ ) ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร มีอิทธิพลต่อความเห็นด้านนโยบาย ( $p = 0.000$ ) ด้านเศรษฐกิจและสังคม ( $p = 0.017$ ) ขณะที่พบว่า เพศ เป็นลักษณะทางประชากรเพียงตัวแปรเดียวที่มีอิทธิพลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร

## สารบัญ

## หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อ.....	ข
Abstract.....	ง
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	7
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	11
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	13
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	30
บทที่ 6 บทสรุป และข้อเสนอแนะ.....	37
บรรณานุกรม.....	41
ภาคผนวก.....	43



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	รายการยาสมุนไพรที่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล ภายในจังหวัด อุบลราชธานี	3
ตารางที่ 2	ปริมาณการเบิกจ่ายยาสมุนไพรจากคลังยาโรงพยาบาลสรรพสิทธิ- ประสงค์ ปี 2544 และ 2545 จำแนกตามรายการยา	4
ตารางที่ 3	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายปัจจุบัน ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปี 2546	4
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของแพทย์ผู้ตอบ แบบสอบถาม	14
ตารางที่ 5	ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าฐานนิยมของ ความคิดเห็นของแพทย์ในแต่ละด้าน	15
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร	18
ตารางที่ 7	ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร จำแนกตามลักษณะการใช้เรียง ลำดับจากความถี่มากไปน้อย (N=95)	18
ตารางที่ 8	เหตุผลของการไม่สั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์ เรียงลำดับจาก ค่าคะแนนมากไปหาน้อย (N=98)	19
ตารางที่ 9	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยา สมุนไพรในด้านต่าง ๆ	20
ตารางที่ 10	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยา สมุนไพรในด้านต่าง ๆ	21
ตารางที่ 11	ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับระดับความคิดเห็นต่อ การใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ	22
ตารางที่ 12	ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับความคิดเห็นด้านนโยบาย ของการใช้ยาสมุนไพร	23
ตารางที่ 13	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับระดับความ คิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ	23
ตารางที่ 14	ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มี ยาสมุนไพรกับระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ	24
ตารางที่ 15	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร	25
ตารางที่ 16	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร	25

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 17	ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร	26
ตารางที่ 18	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร	26
ตารางที่ 19	ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร	27
ตารางที่ 20	ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการใช้ยาสมุนไพรเมื่อแบ่งตามด้านต่างเรียงลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย	28

## บทที่ 1

## บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของงานวิจัย

ประเทศไทยมีการใช้พืชสมุนไพรเป็นยารักษาโรคตามแบบอย่างแพทย์แผนไทยมาแต่โบราณกาล ต่อมาเมื่อแนวคิดของการแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามามีบทบาท รูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพจึงเปลี่ยนแปลงไปโดยมีการใช้ยาแผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น การใช้สมุนไพรบำบัดรักษาโรคเสื่อมความนิยมลง ในปัจจุบันถึงแม้จะพบการใช้พืชสมุนไพรในการรักษายาแผนปัจจุบันอยู่บ้าง แต่มูลค่าและปริมาณการใช้ก็ยังน้อยเมื่อเทียบกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามูลค่าการผลิตและนำส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักรมีมูลค่าสูงขึ้นทุกปี จาก 7,471.18 ล้านบาทในปี 2530 เป็น 32,967.11 ล้านบาทในปี 2540 และ 37,696.27 ล้านบาทในปี 2543 (กองควบคุมยา กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ด้วยเหตุผลที่มูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบันที่สูงนี้เอง รัฐบาลจึงมีนโยบายที่จะสนับสนุนให้มีการใช้พืชสมุนไพรเป็นยาในการบำบัดรักษามากขึ้น ทั้งนี้เพราะการใช้ยาสมุนไพรช่วยในการลดค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากโรคและช่วยลดการพึ่งพาจากต่างประเทศ (คณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ, 2542)

นโยบายการสนับสนุนการใช้ยาจากสมุนไพรได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ซึ่งได้กำหนดนโยบายส่งเสริมให้นำสมุนไพรมาใช้แทนยาแผนปัจจุบัน และการคัดเลือกสมุนไพรที่มีรายงานวิจัยแล้วว่า มีสรรพคุณที่เชื่อถือได้ และไม่มีผลข้างเคียงเข้ามาอยู่ในโครงการสมุนไพรเพื่องานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาสมุนไพรไว้ใน 2 แผนงานหลัก คือ แผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวถึงสมุนไพรกับสาธารณสุขมูลฐาน และแผนงานยาและชีววัตถุซึ่งกล่าวถึงงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา (อ้วนโน อรุณพร อธิรัตน์ และคณะ, 2543) นอกจากนั้นนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2536 ซึ่งคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาได้มีมติให้พิจารณาคัดเลือกยาสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกทั้งได้กำหนดนโยบายที่จะส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาจากสมุนไพรมากขึ้น (คณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ, 2542)

ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้กำหนดชัดเจนถึงการส่งเสริมให้ประชาชน รู้จักการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยภูมิปัญญาแบบพื้นบ้าน เช่น การแพทย์แผนไทยที่ใช้สมุนไพรรักษาโรค มีการนวด อบ ประคบด้วยสมุนไพร เป็นต้น (คณะกรรมการวางแผนและพัฒนาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535) สำหรับแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) นั้น ก็ได้มีการยก

ร่างกฎหมายให้อำนาจต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร การพัฒนาระบบและหลักเกณฑ์การพิจารณาอนุญาตการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การส่งเสริมงานวิจัยคุณภาพยาไทย รวมทั้งการจัดทำบัญชียาจากสมุนไพร เข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 จวบจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน (ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549) ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการแพทย์ทางเลือก ทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล โดยกำหนดให้จัดงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.0 ของงบประมาณด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสุขภาพ อีกทั้งได้จัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพร และการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณรัฐด้านสุขภาพ และกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมาย และเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัด คำนึงค่าในการให้บริการทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และร้อยละ 5 ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาล ตามลำดับ

นโยบายที่รัฐได้กำหนดไว้นี้คงไม่สัมฤทธิ์ผลไปได้ หากไม่สามารถชักนำให้ประชาชนเปลี่ยนแนวคิดและค่านิยมในการที่จะเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคมามากขึ้น แพทย์จัดเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรอย่างจริงจัง และเป็นไปตามนโยบายที่รัฐบาลได้ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่เลือกส่งจ่ายยาให้แก่ประชาชนโดยตรง การเลือกส่งจ่ายยาสมุนไพรของแพทย์น่าจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนผู้ใชยาสมุนไพร ว่ายาสมุนไพรดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการรักษา และมีความปลอดภัยเพียงพอที่จะเลือกใช้ด้วยตัวเองต่อไป

ผลการศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมและความพร้อมในการใช้สมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย บ่งชี้ว่าบุคลากรทางการแพทย์มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร (ร้อยละ 81.7) ขณะที่ความพร้อมในการใช้สมุนไพรจะแตกต่างกันไปตามกลุ่มเพศและอาชีพ ซึ่งพบว่าแพทย์โดยเฉพาะตำแหน่งผู้อำนวยการมีความพร้อมในการใช้สมุนไพรน้อยกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ (อรุณพร อิฐรัตน์ และคณะ, 2543) จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ความคิดเห็นและประสบการณ์การส่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ในการใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันน่าจะเป็นตัวชี้ประเด็น ปัญหา และวิธีแก้ปัญหา ในการที่สนับสนุนนโยบายของรัฐบาลเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพร

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเบื้องต้น กรณีศึกษาจำกัดอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีและไม่มีการบริจายาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาโรงพยาบาล จากการสำรวจพบว่ามี 5 โรงพยาบาลที่ไม่มียาสมุนไพรอยู่ในบัญชียา ได้แก่ โรงพยาบาลดอนมดแดง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม และโรงพยาบาลวารินชำราบ ในขณะที่อีก 15 โรงพยาบาลมียาสมุนไพรในบัญชียาตารางที่ 1 แสดงรายการยาสมุนไพรที่มีจำหน่ายในโรงพยาบาลภายในจังหวัดอุบลราชธานี

ตารางที่ 1 รายการยาสมุนไพรที่มีจำหน่ายในโรงพยาบาล ภายในจังหวัดอุบลราชธานี

รายการยา	ประเภท	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. ยาประสมมะแว้ง (0.2 กรัม)	ED			/					/			/			/	/
2. ยาแก้ไอ (ยาผงหรือยาเม็ด 0.3 กรัม)	ED															
3. ยาประสะไพล (ยาผง)	ED					/										
4. ขมิ้นชันแคปซูล (250 มก.)	ED	/	/		/	/	/		/		/	/	/	/	/	/
5. ชุมเห็ดเทศ (ผงใบอบแห้ง ซองละ 3 กรัม)	ED					/						/				/
6. ไฟทะลายน้ใจ (แคปซูล, ยาเม็ด, ยาลูกกลอน)	ED		/			/	/		/		/	/	/	/	/	/
7. พญายอ (ครีม 4-5%, ยาป้ายปาก 2.5-4%, โลชั่น 1.25-4%) + คาลาไมน์	ED	/	/	/		/					/	/			/	/
8. ไพล (ครีม %+ น้ำมัน)	ED		/		/	/	/					/	/		/	/
9. บอระเพ็ด (แคปซูล)	NED					/					/	/	/	/		
10. ยาธาตุนอกเซ	NED			/	/	/						/				
11. รากจืด (ชาขง)	NED					/						/	/	/		
12. กล้วยาหนดแมว (ชาขง)	NED			/		/						/	/	/		
13. ยาบรเทาริตสิดวงทวาร (เพชรสังฆาต)	NED		/		/	/		/			/	/	/	/	/	
14. ยาสมุนไพรที่ใช้ในการอบ, ประคบ, นวด	NED		/	/	/	/				/		/				

ED = ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

NED = ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

หมายเลขรหัส

- |             |               |                |                |             |              |
|-------------|---------------|----------------|----------------|-------------|--------------|
| 1. เชื้อใน  | 2. ม่วงสามสิบ | 3. เขมราฐ      | 4. กุดข้าวปุ้น | 5. ตระการรา | 6. โพธิ์ใหญ่ |
| 7. โขงเจียม | 8. ตาลส้ม     | 9. พิบูลา      | 10. ลำโรง      | 11. เดชอุดม | 12. นางะหวาย |
| 13. น้ำยีน  | 14. บัญทริก   | 15. สรรพสิทธิ์ |                |             |              |

เมื่อพิจารณาปริมาณการเบิกจ่ายยาสมุนไพรของโรงพยาบาลศูนย์ คือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในปี 2544 และ 2545 พบว่ามีปริมาณต่ำมาก ดังแสดงในตารางที่ 2 ขณะเดียวกันเมื่อสำรวจมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ซึ่งจัดได้ว่าเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการใช้ยาสมุนไพรค่อนข้างมากในจังหวัด โดยเปรียบเทียบกับมูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบันในปี 2546 พบว่าสัดส่วนการใช้เป็นเพียงร้อยละ 0.5 ของมูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งน้อยกว่าร้อยละ 5 ตามที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปริมาณการเบิกจ่ายยาสมุนไพรจากคลังยาโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2544 และ 2545 จำแนกตามรายการยา

ลำดับที่	รายการยา	ขนาดบรรจุ	ปริมาณการเบิก	
			ปี 2544	ปี 2545
1	แคปซูลขมิ้นชัน	60 เม็ด/กล่อง	333	268
2	แคปซูลฟ้าทะลายโจร	100 เม็ด/กล่อง	78	36
3	แคปซูลฟ้าทะลายโจร	60 เม็ด/กล่อง	280	309
4	ยาอมแก้ไอมะแว้ง	20 ซอง/กล่อง	141	119
5	ครีมพญาอ	หลอด	67	10
6	ครีมไฟ	หลอด	135	1,532

ตารางที่ 3 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายแผนปัจจุบันของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปี 2546

ประเภทยา	มูลค่า (บาท)
ยาสมุนไพร	235,002
ยาแผนปัจจุบัน	15,069,382.88

เป็นที่น่าสนใจว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลในจังหวัดอุบลราชธานีมีการกำหนดรายการยาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชีรายการยา หากแต่ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย ผลจากการสำรวจนี้ได้ทำให้คณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาของการไม่สั่งจ่ายยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นโยบายสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมถึงนโยบายของจังหวัดอุบลราชธานีที่พยายามผลักดันให้การใช้ยาสมุนไพรโดยให้บรรจุเข้าในบัญชียาโรงพยาบาลไม่สัมฤทธิ์ผลได้

ผลจากการศึกษาวิจัยเรื่องความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานีจึงน่าจะสะท้อนถึงแนวคิด ปัญหา และข้อเสนอแนะของแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานีในภาพรวม ต่อการเลือกจ่ายยาสมุนไพรในประเด็นต่าง ๆ อันที่จะส่งผลต่อการกำหนดนโยบายด้านสมุนไพรในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

#### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี

#### วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรของแพทย์ ต่อความคิดเห็น และประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรในภาพรวมของแพทย์ในจังหวัดอุบลราชธานี

### นิยามศัพท์ในการศึกษา

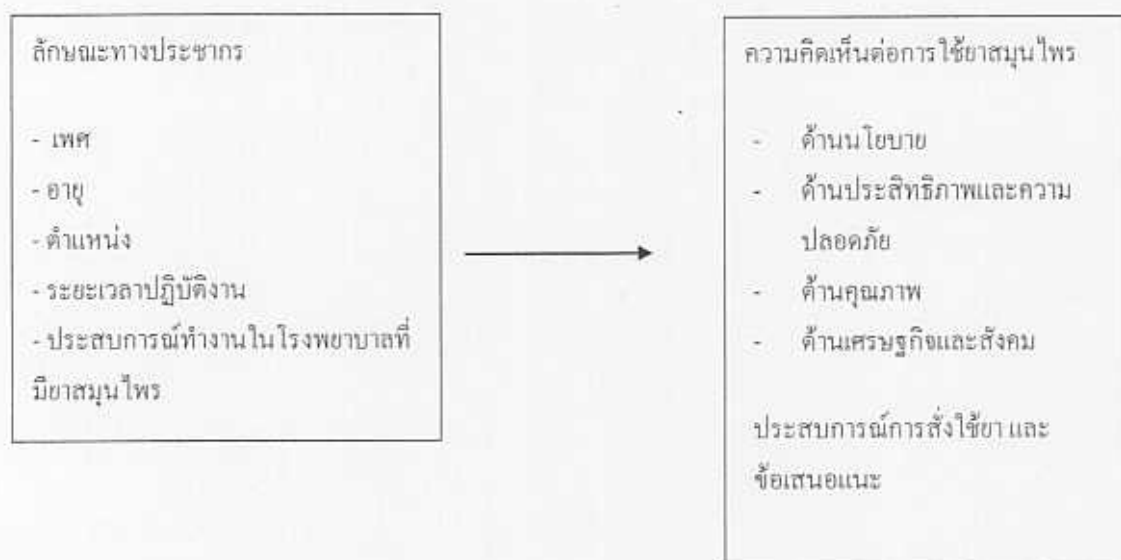
**ความคิดเห็น** หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจ หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล หรือสถานการณ์อย่างใด อย่างหนึ่งของแพทย์ที่มีต่อยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

**ประสบการณ์** ในที่นี้หมายถึง การที่แพทย์เคยสั่งใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วย หรือใช้กับตนเองและครอบครัว

**ยาสมุนไพร** หมายถึง ยาที่ได้จากส่วนของพืช สัตว์ หรือแร่ธาตุ ทั้งที่มีการนำมาใช้ในลักษณะที่ไม่ได้มีการผสมปรุงหรือ แปรสภาพ ยกเว้นทำให้แห้ง และที่มีการนำมาใช้ในลักษณะที่มีการปรับปรุงหรือแปรสภาพแล้ว เช่นการบด กลั่น สกัดแยก การอัดเม็ด หรือการบรรจุแคปซูล ทั้งนี้ครอบคลุมเฉพาะยาสมุนไพรที่มีการสั่งจ่ายโดยแพทย์แผนปัจจุบัน



## กรอบแนวคิดในการศึกษา



## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รับทราบความคิดเห็น และประสบการณ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี
2. ได้รับทราบข้อเสนอแนะในเรื่องสมุนไพรจากแพทย์ ที่จะช่วยชี้แนะถึงปัญหา และอุปสรรคที่อาจส่งผลต่อการเลือกใช้ยาสมุนไพร และวิธีการแก้ปัญหาที่ตอบสนองโดยตรงต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาสมุนไพร
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการขยายขอบเขตการวิจัยไปในระดับภาคและระดับประเทศ และเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาสมุนไพรในด้านอื่นๆ ต่อไป



## บทที่ 2

## ทบทวนวรรณกรรม

## คำนิยาม และความหมายของยาสมุนไพร

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 4 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 ให้คำนิยามของยาสมุนไพรว่า “ยาที่ได้จากพืชชาติ สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ” ต่อมาคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้ตีความเพิ่มเติมว่าการนำสมุนไพรมาตัดให้เล็กลง ไม่ถือว่าเป็นการปรุง หรือแปรสภาพ (กลุ่มนิติกร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (วิจิตต์ รักถิ่น), 2537, หน้า 11-13) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานได้ให้ความหมายของยาสมุนไพรว่า คือพืชที่ใช้ทำเป็นเครื่องยา รวบรวมได้เองตามพื้นเมือง ไม่ใช่เครื่องเทศ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2530, หน้า 80) สมุนไพรเป็นมากกว่าอาหารและยา หรือสิ่งใช้สอยที่ได้จากธรรมชาติ เป็นส่วนหนึ่งของความรู้เชิงวัฒนธรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ คุณค่า การลงปฏิบัติ คัดเลือก และถ่ายทอดโดยชุมชนและสังคมต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากความจริงในการดำเนินชีวิตกับแผ่นดิน จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นปัญญาจากแผ่นดิน (เอกสารประกอบโครงการสัมมนาและเดินป่าแสวงหาภูมิคุ้มกันด้านสมุนไพรไทย 3-4 กุมภาพันธ์ 2539 ณ ปากาญจนบุรี)

## ทิศทางการพัฒนาการผลิตยาจากสมุนไพร

ทิศทางการพัฒนาการผลิตยาจากสมุนไพรอาจแยกออกเป็น การพัฒนาเกี่ยวกับตัวผลิตภัณฑ์ วัตถุดิบ และเทคโนโลยีการผลิต (คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย, 2545, หน้า 280-281)

## การพัฒนาตัวผลิตภัณฑ์

ปัจจุบันทั้งในประเทศและต่างประเทศมีการแบ่งยาสมุนไพรตามระดับการพัฒนาออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. ยาแผนโบราณ หมายถึงยาสมุนไพรที่มีข้อบ่งใช้และสรรพคุณ ขนาดวิธีใช้เป็นไปตามองค์ ความรู้ที่สืบทอดต่อกันมา
2. ยาแผนโบราณที่มีการพัฒนารูปแบบไปจากเดิม แต่รายละเอียดเกี่ยวกับสูตร ตำรายา และวิธีการใช้ ยังเป็นไปตามองค์ความรู้ที่สืบทอดต่อกันมา

3. ยาสมุนไพรแผนปัจจุบัน หมายถึงยาจากสมุนไพรที่ได้จากการวิจัยและพัฒนาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์จนได้ตัวยาสำคัญอยู่ในลักษณะ semipurified ซึ่งการพัฒนาจากกลุ่มนี้มักจะเป็นยาสมุนไพรเดี่ยว เพราะมีความสะดวกในการศึกษาและพัฒนาที่ไม่ซับซ้อนเหมือนยาที่เปรี๊นตำรับยาผสม
4. ยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาใหม่ หมายถึง ยาจากสมุนไพรที่ได้วิจัยและพัฒนาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์จนได้ตัวยาสำคัญอยู่ในลักษณะของสารบริสุทธิ์ที่ทราบสูตรโครงสร้างทางเคมีที่แน่ชัด

ยาแผนโบราณในกลุ่มที่ 1 ในปัจจุบันมีการใช้น้อยลง เนื่องจากรูปแบบเดิม เช่นยาหม้อ ยาตอง ยาลูกกลอน ยาพอก ไม่สะดวกต่อการใช้ และได้มีการพัฒนารูปแบบเป็นยาในกลุ่มที่ 2 อาทิ เช่น ยาเม็ด แคปซูล ซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้มีการพัฒนายาในกลุ่มนี้ เช่น อนุญาตให้มีการใช้เคมีภัณฑ์สมัยใหม่ในยาแผนโบราณเพิ่มขึ้น

ยาในกลุ่มที่ 3 เป็นยาที่มีการพัฒนาจากสมุนไพรโดยยังไม่ถึงขั้นสกัดได้สารบริสุทธิ์จากพืช แต่จะมีการนำ crude extract ที่มีการ standardized มาประยุกต์ใช้ ปัจจุบันยาในกลุ่มนี้ได้รับความนิยมในการใช้เป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การควบคุมคุณภาพและการประเมินประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาในกลุ่มนี้ไว้ด้วย

ยาในกลุ่มที่ 4 คือยาในแผนปัจจุบันที่เป็นยาใหม่ ต้องใช้งบประมาณในการลงทุนสูงซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการเกิดยาในกลุ่มนี้ในประเทศไทย

### มาตรฐานการผลิต

มาตรฐานการผลิตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการสร้างความเชื่อถือผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรของผู้บริโภค โดยผู้ผลิตต้องมีกระบวนการผลิตที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยา ในการนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้จัดทำหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร (GMP) ขึ้นในปี 2543 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตยาสมุนไพรภายในประเทศให้เท่าเทียมมาตรฐานสากล ในสาระสำคัญต่างๆ เช่น การจัดโครงสร้างการบริหารงานของสถานที่ผลิตยา มีการจัดสายการบังคับบัญชาและความรับผิดชอบที่ชัดเจน การจัดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเทคนิคด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสุขอนามัย รวมทั้งมีการจัดเตรียมสถานที่ผลิต เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ถูกต้อง ปลอดภัย มีการควบคุมคุณภาพ และระบบเอกสารที่สามารถตรวจสอบได้

### แนวคิดเกี่ยวกับความคิดเห็น

พจนานุกรมไทยให้ความหมายของความคิดเห็นว่า คือ ความเข้าใจและความรู้สึก พจนานุกรมทางการศึกษาให้คำจำกัดความว่า ความคิดเห็น คือ ความเชื่อ การตัดสินใจ ความรู้สึก ประทับใจที่ไม่ได้มาจากการพิสูจน์ หรือซึ่งน้ำหนักกว่าถูกต้องหรือไม่ และพจนานุกรมทางจิตวิทยา (Horce B. English and A.V.A. Champney English, 1958, p. 358) กล่าวว่า ความ

คิดเห็นเป็นความเชื่อที่ผู้ใดผู้หนึ่งยึดถือ โดยไม่จำเป็นต้องตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อพิจารณาความถูกต้องไม่จำเป็นต้องมีพยานหลักฐานรับรองความเชื่อนั้น ๆ และเมื่อนำความเชื่อนั้นแสดงออกมาในโอกาสที่เหมาะสมก็ถือว่าเป็นความคิดเห็นของคนนั้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530, หน้า 3) กล่าวว่าการคิดเห็นถือเป็นการแสดงออกทางทัศนคติ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาอย่างหนึ่งต่อสถานการณ์ภายนอก

จึงอาจสรุปได้ว่า ความคิดเห็น คือการรับรู้ ความรู้สึก ความนึกคิดของบุคคลต่อบุคคลหนึ่ง สิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ในด้านชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ยอมรับหรือไม่ยอมรับ อันมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคล ต่อบุคคลนั้น สิ่งนั้น หรือสถานการณ์นั้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยด้านยาสมุนไพรโดยส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการวิเคราะห์สารออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละพื้นที่ยังคงให้ผลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จากการวิจัยเรื่องการพัฒนางานสมุนไพรที่โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่ไปพร้อมกับยาแผนปัจจุบัน พบว่ามีจำนวนการสั่งจ่ายยาสมุนไพรให้แก่ผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ ขณะที่ประเภทของยาสมุนไพรที่สั่งจ่ายก็มีจำนวนน้อย (เรืองศิลป์ เกื่อนนาดี, 2532, หน้า 70) ขณะที่การศึกษาเรื่องการใช้ยาสมุนไพรที่ผลิตจากองค์การเภสัชกรรมในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้สั่งใช้ยาส่วนใหญ่เห็นควรให้มียาสมุนไพรไว้ในสถานบริการ และมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษามากถึงร้อยละ 86.28 (มยุรี กล้านรงค์, 2534) ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมและความคิดเห็นในโครงการพัฒนาการผสมผสานการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลชุมชนแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าร้อยละ 45 ของเจ้าหน้าที่เห็นว่าการใช้ยาสมุนไพรมีประโยชน์ ช่วยประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาล แต่ขณะเดียวกันทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชน ก็มีทัศนคติต่อความปลอดภัย และความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการใช้ยาสมุนไพรว่าด้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการด้อยกว่าในเรื่อง ความสะอาด ความรวดเร็ว และความทันสมัย (โรงพยาบาลแม่แจ่ม, 2535, หน้า 1-29)

จากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าการดำเนินงานสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ 17 แห่งนั้นไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการขาดความสนใจทั้งในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน และพบว่ามีเพียงหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้นที่มีแผนงานเกี่ยวกับสมุนไพร (จารุณ มีชนอน, 2533) นอกจากนี้ จากการสำรวจความนิยมในการใช้ยาสมุนไพรและยาแผนโบราณของประชาชนใน พ.ศ. 2529 พบว่าประชาชนใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพรในการรักษาโรคเพียงร้อยละ 24.6 ของประชากรทั่วประเทศ (12 ล้านคน) และผู้ใช้ส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่อาศัยนอกเขตเทศบาล

กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) ได้แสดงให้เห็นว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของแพทย์มีทัศนคติที่ดีในการใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการเจ็บป่วยบางอาการ และเคยใช้สมุนไพรมาบ้างแล้ว ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเช่นเดียวกัน การศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ อรุณพร อีรุตน์ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมและความพร้อมในการใช้สมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อมในการนำสมุนไพรมาใช้ และส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อการใช้ยาสมุนไพร

จากผลการศึกษาวิจัยที่หลากหลายนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประชากรในแต่ละพื้นที่ ทั้งในส่วนของพื้นฐานการศึกษา การได้รับความรู้ดั้งเดิมหรือประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรมาก่อน รวมทั้งความแตกต่างในด้านเศรษฐกิจและสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยาสมุนไพร

ข้อมูลการสำรวจของกองสาธารณสุขภูมิภาคในปี 2543 เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าร้อยละ 83 มีการใช้ยาสมุนไพรภายในโรงพยาบาล (จำนวน 279 แห่งจากทั้งหมด 335 แห่ง) ขณะที่การสำรวจเมื่อเดือน ตุลาคม 2544 มีการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 68.20 (จำนวน 208 แห่ง จากทั้งหมด 305 แห่ง) (สุวิทย์ วิบูลผล ประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ดันติเวสส, ระบบยาของประเทศไทย, 2545, หน้า 287-289) ถึงแม้ว่าการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลจะมีเกินกว่าร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลทั้งหมด แล้วก็ตาม แต่ผลจากการลดลงของการใช้ยาสมุนไพรใน (จากร้อยละ 83 เป็นร้อยละ 68.20) น่าจะบ่งชี้ถึงปัญหาบางประการอันควรที่จะศึกษาหาสาเหตุ ผลการศึกษาของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ ยังได้รายงานต่อไปอีกว่าปัญหาและอุปสรรคหลักในการใช้ยาสมุนไพรคือ 1) แพทย์ไม่เห็นความสำคัญในการสั่งใช้ และไม่มีความมั่นใจในผลการรักษา และคุณภาพของยาสมุนไพร 2) ผู้รับบริการขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องความปลอดภัย วิธีการใช้และประโยชน์ของสมุนไพร

แพทย์จัดเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรอย่างจริงจังและเป็นไปตามนโยบายที่รัฐบาลได้ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่เลือกส่งจ่ายยาให้แก่ประชาชนโดยตรง การเลือกส่งจ่ายยาสมุนไพรของแพทย์น่าจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนผู้ใช้ยาสมุนไพร ว่ายาสมุนไพรดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการรักษา และมีความปลอดภัยเพียงพอที่จะเลือกใช้ด้วยตัวเอง การได้ทราบความคิดเห็นของแพทย์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรจึงน่าจะสะท้อนถึงแนวคิด ปัญหา และข้อเสนอแนะของแพทย์ในภาพรวมต่อการเลือกจ่ายยาสมุนไพรในประเด็นต่าง ๆ อันที่จะส่งผลต่อการกำหนดนโยบายด้านสมุนไพรในอนาคต

## บทที่ 3

## ระเบียบวิธีวิจัย

## รูปแบบและประชากรศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยการใช้แบบสอบถาม ส่งด้วยตัวเอง และส่งทางไปรษณีย์ ประชากรศึกษา คือ แพทย์แผนปัจจุบัน (รวมถึงแพทย์ฝึกหัด และนักศึกษาแพทย์) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งสิ้น 228 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล กรกฎาคม-กันยายน 2546

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบสอบถาม (ดูภาคผนวก) ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ถามวัดความคิดเห็นของแพทย์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพร ใน 4 ด้านคือ ด้านนโยบาย, ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย, ด้านคุณภาพ, และ ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยประเมินค่าความคิดเห็นตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4
ไม่มีความเห็น	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

และมีเกณฑ์การจัดกลุ่มระดับคะแนนความคิดเห็น โดยพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) (Armitag, 1989 อ้างใน จุติพร ผลเกิด, 2539) แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ ดังนี้

	ร้อยละ 60 และต่ำกว่า	หมายถึง	ระดับต่ำ
	ร้อยละ 61-80	หมายถึง	ระดับปานกลาง
	ร้อยละ 81-100	หมายถึง	ระดับสูง
ส่วนที่ 3	ถามวัดประสบการณ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์		
ส่วนที่ 4	ข้อเสนอแนะในด้านอื่นๆ เกี่ยวกับยาสมุนไพร		

### การทดสอบความตรงของแบบสอบถาม (validity)

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสมุนไพร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุงความชัดเจนของการใช้ภาษาและความตรงในเนื้อหา (Content validity) จากนั้นนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มแพทย์ภายนอกจังหวัด อุบลราชธานี จำนวน 20 ท่าน นำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดย วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.8860

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้การประมวลโดยคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรศึกษา และประมวล ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น ประสพการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติ Chi-square test ในการศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางประชากรแต่ละตัว แปร ต่อความคิดเห็นในแต่ละด้าน และประสพการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของกลุ่มประชากรศึกษา

## บทที่ 4

## ผลการวิจัย

จากการส่งแบบสอบถามให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 228 คน ได้รับการตอบกลับจำนวน 193 คน คิดเป็น ร้อยละ 84.6 เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ร้อยละ 61.1 และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 39.9 ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- |           |  |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | ลักษณะทางประชากร   |
| ส่วนที่ 2 | ความคิดเห็นของแพทย์ต่อยาสมุนไพร นำเสนอเป็นคำคะแนนเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และฐานนิยม |
| ส่วนที่ 3 | ประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร  |
| ส่วนที่ 4 | อิทธิพลของลักษณะทางประชากรแต่ละตัวแปร ต่อความคิดเห็นในการใช้ ยาสมุนไพรในด้านต่างๆ        |
| ส่วนที่ 5 | อิทธิพลของลักษณะทางประชากรแต่ละตัวแปร ประสบการณ์การสั่งใช้ยา สมุนไพรในด้านต่างๆ          |
| ส่วนที่ 6 | ข้อเสนอแนะอื่นต่อการใช้ยาสมุนไพร   |



## ส่วนที่ 1      ลักษณะทางประชากร

แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 193 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.1) อยู่ในช่วงอายุ 20-40 ปี (ร้อยละ 80.3) เป็นแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 44.6) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 81.3) และไม่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มีการจ่ายยาสมุนไพร (ร้อยละ 60.1) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4      จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากรของแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	118	61.1
	หญิง	75	38.9
รวม		193	100.0
อายุ (ปี)	20-40	155	80.3
	41-60	38	19.7
รวม		193	100.0
ตำแหน่ง	ผู้บริหารโรงพยาบาล	15	7.8
	แพทย์เฉพาะทาง	86	44.6
	เวชปฏิบัติทั่วไป	55	28.5
	แพทย์ฝึกหัด	37	19.1
รวม		193	100.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 10 ปี	157	81.3
	มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	36	18.7
รวม		193	100.0
ประสบการณ์การทำงานใน โรงพยาบาลที่มีสมุนไพร	0 ปี	116	60.1
	1-5 ปี	62	32.1
	มากกว่า 5 ปี	15	7.8
รวม		193	100.0



## ส่วนที่ 2      ความคิดเห็นของแพทย์ต่อยาสมุนไพร

แพทย์จำนวน 193 คน ให้ความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพร เมื่อจำแนกออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านนโยบาย ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ด้านคุณภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม เรียงตามค่าคะแนน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5      ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าฐานนิยมของความคิดเห็นของแพทย์ในแต่ละด้าน (N=193)

ลำดับ	ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าฐานนิยม
ด้านนโยบาย				
1	รัฐบาลควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรม	4.42	0.67	5
2	รัฐบาลควรวางระบบการพัฒนาและควบคุมคุณภาพสมุนไพรที่นำมาใช้เป็นยารักษาโรค	4.40	0.69	5
3	รัฐบาลควรมีนโยบายให้นำยาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	3.76	0.88	4
4	รัฐบาลควรสนับสนุนให้มีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับสมุนไพรในโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง	3.68	0.97	4
5	รัฐบาลมีการประชาสัมพันธ์สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรชัดเจน	3.66	0.97	4
6	โรงพยาบาลของท่านนำยาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาโรงพยาบาล	3.53	0.88	4
7	ทำทราบเกี่ยวกับนโยบายและการนำสมุนไพรมาไว้ในบัญชียาของโรงพยาบาล	3.13	0.95	3
8	โรงพยาบาลของท่านมีการประชาสัมพันธ์ยาสมุนไพรให้แพทย์ทราบทุกคน	3.10	0.99	3
รวม		3.71	0.88	

\* 1 = ต่ำมาก, 2 = ต่ำ, 3 = ปานกลาง, 4 = สูง, 5 = สูงมาก

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าฐานนิยมของความคิดเห็นของแพทย์ในแต่ละด้าน (N=193) (ต่อ)

ลำดับ	ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าฐานนิยม
ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย				
1	ยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคที่ระบุได้แต่เห็นผลช้า	3.59	0.76	4
2	ยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคที่มีความเจ็บป่วยเล็กน้อยได้เท่านั้น ไม่สามารถรักษาโรคที่รุนแรงได้	3.51	0.78	4
3	ยาสมุนไพรมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน	3.41	0.90	4
4	ควรใช้ยาสมุนไพรในลักษณะป้องกันโรคมากกว่ารักษาโรค	3.28	0.87	3
5	ยาสมุนไพรมีการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในการรักษาโรคและนำเชื่อถือ	2.87	0.88	3
6	ยาสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการรักษาเทียบเท่ายาแผนปัจจุบัน	2.76	0.86	3
	รวม	3.20	0.84	
ด้านคุณภาพ				
1	มีฉลากบอกปริมาณตัวยาวชัดเจน เพื่อให้ผู้สั่งใช้ยาปรับเพิ่มลดจำนวนตามความเหมาะสม	3.29	1.07	4
2	มีฉลากบอกสรรพคุณ ข้อห้าม หรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน	3.11	1.11	4
3	ยาสมุนไพรมีการควบคุมกสนผลิตที่ได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพ	2.99	0.98	3
4	มีรายงานผลการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน	2.81	1.05	3
	รวม	3.10	1.10	

\* 1 = ต่ำมาก, 2 = ต่ำ, 3 = ปานกลาง, 4 = สูง, 5 = สูงมาก

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าฐานนิยมของความคิดเห็นของแพทย์ในแต่ละด้าน (N=193) (ต่อ)

ลำดับ	ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย*	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าฐานนิยม
ด้านเศรษฐกิจและสังคม				
1	การผลิตยาสมุนไพรเป็นการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น	4.26	0.67	4
2	ควรให้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ในกรณีสั่งใช้ยาสมุนไพร	3.94	0.80	4
3	การใช้ยาสมุนไพรอย่างจริงจังมีส่วนช่วยให้เศรษฐกิจของชาติดีขึ้น	3.73	0.94	4
4	ควรมีเพิ่มจำนวนรายการยาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติมากขึ้น	3.69	0.94	4
5	ยาสมุนไพรราคาถูกกว่ายาแผนปัจจุบันที่รักษาโรคเดียวกัน	3.54	0.95	4
รวม		3.80	0.86	

\* 1 = ต่ำมาก, 2 = ต่ำ, 3 = ปานกลาง, 4 = สูง, 5 = สูงมาก

### ส่วนที่ 3 ประสพการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร

จากแพทย์ 193 คน พบว่าเคยสั่งใช้ยาสมุนไพร 95 คน (ร้อยละ 49.2) และไม่เคยสั่งใช้ 98 คน (ร้อยละ 50.8) ดังแสดงในตารางที่ 6 โดยเมื่อสำรวจในรายละเอียดของประสพการณ์การสั่งใช้ โดยถามถึง ประเภท ชนิด เหตุผลและเกณฑ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่นิยมสั่งจ่ายยาสมุนไพรบรรจุเสร็จ โดยสั่งจ่ายยาอมแก้ไอมะแว้งมากที่สุด เหตุผลหลักในการสั่งจ่ายเนื่องจากเป็นความต้องการของผู้ป่วย และการสั่งจ่ายยาสมุนไพรที่ไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ผลแสดงในตารางที่ 7

จากแพทย์จำนวน 98 คน ที่ไม่เคยสั่งใช้ยาสมุนไพร ได้แสดงเหตุผลของการไม่สั่งใช้เรียงลำดับจากค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังปรากฏในตารางที่ 8

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประสพการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร

ประสพการณ์	จำนวน	ร้อยละ
เคย	95	49.2
ไม่เคย	98	50.8
รวม	193	100.0

ตารางที่ 7 ประสพการณ์การใช้ยาสมุนไพร จำแนกตามลักษณะการใช้เรียงลำดับจากค่ามากที่สุดไปน้อย (N = 95)

ประสพการณ์การใช้ยาสมุนไพร		ความถี่
ประเภทยาสมุนไพร	บรรจุเสร็จ	83
	ตามองค์ความรู้เดิม	7
	อื่นๆ	5
ชนิดของยาสมุนไพร	ยาอมแก้ไอมะแว้ง	66
	แคปซูลฟ้าทะลายโจร	43
	ครีมโพล	37
	แคปซูลขมิ้นชัน	32
	เจลว่านหางจระเข้	26
	ครีมพญาอ	22
	เพชรสังฆาต	10
	ชาชงชุมเห็ดเทศ	5
	คาลาไมน์พญาอ	5

ตารางที่ 7 ประสพการณ์การใช้ยาสมุนไพร จำแนกตามลักษณะการใช้เรียงลำดับจากความถี่มากไปน้อย (N = 95) (ต่อ)

ประสพการณ์การใช้ยาสมุนไพร		ความถี่
เหตุผลในการสั่งใช้ยาสมุนไพร	ผู้ป่วยเรียกร้อง	44
	ไม่มียาแผนปัจจุบันให้เลือกใช้	37
	ประสิทธิภาพใกล้เคียงแผนปัจจุบัน	37
	ราคาถูก	36
	ผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน	33
	เหตุผลอื่นๆ	11
เกณฑ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพร	ไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน	61
	ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน	20
	ใช้ยาสมุนไพรอย่างเดียว	7
	อื่นๆ	7

ตารางที่ 8 เหตุผลของการไม่สั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์ เรียงลำดับจากค่าคะแนนมากไปหาน้อย (N = 98)

อันดับ	เหตุผล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	ไม่มั่นใจสรรพคุณของยา	4.05	0.83
2	ไม่รู้จักตัวยาสมุนไพรที่ใช้	3.99	0.95
3	ไม่มั่นใจคุณภาพการผลิต	3.92	0.87
4	ไม่เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วยในแผนก	3.60	0.90
5	ไม่มีรายการยาสมุนไพรในบัญชียาโรงพยาบาล	3.38	0.98
6	ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้	3.14	0.77
รวม		3.68	0.88

\*(1 = ต่ำมาก, 2 = ต่ำ, 3 = ปานกลาง, 4 = สูง, 5 = สูงมาก)

#### ส่วนที่ 4 อิทธิพลของลักษณะทางประชากรแต่ละตัวแปรต่อความคิดเห็นในการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

##### เพศ

ผลการศึกษาอิทธิพลของเพศต่อระดับคะแนนความคิดเห็นแต่ละด้านของการใช้ยาสมุนไพร พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรที่คล้ายคลึงกัน โดยพบว่าความคิดเห็นส่วนใหญ่ต่อยาสมุนไพรด้านนโยบาย (ชาย = ร้อยละ 50.8, หญิง = ร้อยละ 52.0) และด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย (ชาย = ร้อยละ 52.3, หญิง = ร้อยละ 56.0) มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ทั้งสองเพศมีความเห็นด้านคุณภาพของยาสมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ (ชาย = ร้อยละ 49.2, หญิง = ร้อยละ 60.0) แต่เมื่อพิจารณาความคิดเห็นด้านเศรษฐกิจและสังคมแล้ว พบว่าเพศชายมีค่าคะแนนความคิดเห็นส่วนใหญ่ในระดับสูง (ชาย = ร้อยละ 58.5) ขณะที่เพศหญิงให้ค่าคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลางและสูงใกล้เคียงกัน (หญิง = ร้อยละ 45.3 และ 44, ตามลำดับ) หากพิจารณาความคิดเห็นในภาพรวมของทุกด้าน พบว่าเพศชายและหญิงมีค่าคะแนนความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน (ชาย = ร้อยละ 51.7, หญิง = ร้อยละ 62.7) อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับคะแนนความคิดเห็นในการใช้สมุนไพรในแต่ละด้านโดยใช้ Chi-square พบว่าเพศมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับความคิดเห็นในการใช้ยาสมุนไพรด้านเศรษฐกิจและสังคม ( $p = 0.017$ ) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

ประเภท ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น						Chi-square	p value
	ชาย (N=118)			หญิง (N=75)				
	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง		
ด้านนโยบาย	17 (14.4)	60 (50.8)	41 (34.8)	8 (10.7)	39 (52.0)	28 (37.3)	0.484	0.743
ด้านประสิทธิภาพและ ความปลอดภัย	20 (17.0)	62 (52.5)	36 (30.5)	10 (13.3)	42 (56.0)	23 (30.7)	0.488	0.784
ด้านคุณภาพ	58 (49.2)	25 (21.2)	35 (29.6)	45 (62.0)	17 (22.7)	13 (17.3)	3.859	0.145
ด้านเศรษฐกิจและ สังคม	20 (16.9)	29 (24.6)	69 (58.5)	8 (10.7)	33 (44.0)	34 (45.3)	8.117	0.017
ทุกด้าน	7 (5.9)	61 (51.7)	50 (42.4)	3 (4.0)	47 (62.7)	25 (33.7)	2.281	0.320

## อายุ

ผลการศึกษาอิทธิพลของอายุต่อระดับคะแนนความคิดเห็นแต่ละด้านของการใช้ยาสมุนไพร พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มอายุ 20-40 ปี มีระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านนโยบาย, ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย, และความคิดเห็นรวมทุกด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.8, 57.4, และ 58.1 ตามลำดับ) สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มอายุ 41-60 ปี พบว่ามีระดับคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้สมุนไพรด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.5) และสูง (ร้อยละ 44.7) ใกล้เคียงกัน

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นในด้านคุณภาพแล้ว ทั้งสองกลุ่มอายุมีระดับความคิดเห็นที่แตกต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มอายุ 20-40 ปี มีความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.4) ขณะที่กลุ่มอายุ 41-60 ปี มีความคิดเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 44.5) อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มอายุมีความคิดเห็นต่อสมุนไพรในด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูงเหมือนกัน (กลุ่มอายุ 20-40 ปี = ร้อยละ 47.7, กลุ่มอายุ 41-60 ปี = ร้อยละ 76.3)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับคะแนนความคิดเห็นในการใช้สมุนไพรในแต่ละด้านโดยใช้ Chi-square พบว่าอายุมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับความคิดเห็นในการใช้ยาสมุนไพรด้านนโยบาย, ด้านคุณภาพ, และด้านเศรษฐกิจและสังคม ( $p$  0.019, 0.006, และ 0.003 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

ประเภท ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น						Chi- square	p value
	อายุ 20-40 ปี (N=155)			อายุ 41-60 ปี (N=38)				
	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง		
ด้านนโยบาย	22 (14.2)	85 (54.8)	43 (31.0)	3 (7.9)	14 (36.8)	21 (55.3)	7.9	0.019
ด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัย	24 (15.5)	89 (57.4)	42 (27.1)	6 (15.8)	15 (39.5)	17 (44.7)	4.932	0.085
ด้านคุณภาพ	89 (57.4)	35 (22.6)	31 (20.0)	14 (36.8)	7 (18.5)	17 (44.5)	10.173	0.006
ด้านเศรษฐกิจและ สังคม	23 (14.8)	58 (37.4)	74 (47.7)	5 (13.2)	4 (10.5)	29 (76.3)	11.599	0.003
ทุกด้าน	10 (6.5)	90 (58.1)	55 (35.5)	0 (0.0)	18 (47.4)	20 (52.6)	5.385	0.068

## ตำแหน่งหน้าที่

ผลการศึกษาอิทธิพลของตำแหน่งหน้าที่ต่อระดับคะแนนความคิดเห็นของการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละด้านพบว่า ผู้บริหารมีคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้สมุนไพรด้านนโยบายอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.3) ซึ่งแตกต่างจากความเห็นของกลุ่มแพทย์อีกสามตำแหน่งที่มีความเห็นในระดับปานกลาง (แพทย์เฉพาะทาง = ร้อยละ 47.7, แพทย์เวชปฏิบัติ = ร้อยละ 54.5, แพทย์ฝึกหัด = ร้อยละ 59.5) ในขณะเดียวกันความคิดเห็นของแพทย์ผู้บริหารต่อการใช้ยาสมุนไพรด้านคุณภาพกลับอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.3) เช่นเดียวกับกับแพทย์ในกลุ่มแพทย์เฉพาะทาง, แพทย์เวชปฏิบัติ, และแพทย์ฝึกหัด (ร้อยละ 58.1, 49.1, และ 48.6 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาความคิดเห็นด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยและรวมทุกด้าน พบว่าแพทย์ในทุกตำแหน่งหน้าที่ที่มีความเห็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เหมือนกัน และเมื่อพิจารณาเฉพาะด้านเศรษฐกิจและสังคม จะพบว่าแพทย์ผู้บริหารมีความเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.7) และสูง (ร้อยละ 40.0) โกล้เคียงกัน ขณะที่แพทย์อีกสามตำแหน่งมีความเห็นส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง (แพทย์เฉพาะทาง = ร้อยละ 50.0, แพทย์เวชปฏิบัติ = ร้อยละ 50.9, แพทย์ฝึกหัด = ร้อยละ 70.3) ดังตารางที่ 11 และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับความคิดเห็นด้านต่าง ๆ พบว่า ตำแหน่งหน้าที่ของแพทย์มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นด้านนโยบายของการใช้สมุนไพรเพียงด้านเดียว ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับระดับคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

ประเภท ความเห็น	ผู้บริหาร (N=15)			แพทย์เฉพาะทาง (N=86)			แพทย์เวชปฏิบัติ (N=55)			แพทย์ฝึกหัด (N=37)		
	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง
ด้านนโยบาย	1 (6.7)	6 (40.0)	8 (53.3)	15 (17.4)	41 (47.4)	30 (34.9)	5 (9.1)	30 (54.5)	20 (36.4)	4 (10.8)	22 (59.5)	11 (29.7)
ด้าน ประสิทธิภาพ และความ ปลอดภัย	1 (6.7)	9 (60.0)	5 (33.3)	20 (23.3)	43 (50.0)	23 (26.7)	5 (9.1)	33 (60.0)	17 (30.9)	4 (10.8)	19 (51.4)	14 (37.8)
ด้านคุณภาพ	8 (53.3)	3 (40.0)	4 (26.7)	50 (58.1)	15 (17.4)	21 (24.4)	27 (49.1)	15 (27.3)	13 (23.6)	18 (48.6)	9 (24.3)	10 (27.1)
ด้านเศรษฐกิจ และสังคม	2 (13.3)	7 (46.7)	6 (40.0)	19 (22.1)	24 (27.9)	43 (50.0)	5 (9.1)	22 (40.0)	28 (50.9)	2 (5.4)	9 (24.3)	26 (70.3)
รวมทุกด้าน	0 (0)	8 (53.3)	7 (46.7)	7 (8.1)	51 (59.3)	28 (32.6)	2 (3.6)	30 (54.6)	23 (41.8)	1 (2.7)	19 (51.4)	17 (49.5)



ตารางที่ 121 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับความเห็นด้านนโยบายของการใช้ยาสมุนไพร

ตำแหน่ง	ระดับความคิดเห็น			รวม (ร้อยละ)
	ต่ำ (ร้อยละ)	กลาง (ร้อยละ)	สูง (ร้อยละ)	
ผู้บริหาร	1 (6.7)	6 (40.0)	8 (53.3)	15 (100)
ไม่ใช่ผู้บริหาร	24 (13.5)	93 (52.2)	61 (34.3)	178 (100)

Chi-square = 9.062, p value < 0.05

#### ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาอิทธิพลของระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับระดับคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้สมุนไพรในด้านต่าง ๆ พบว่าแพทย์ที่มีการปฏิบัติงานในช่วงน้อยกว่า 10 ปี และกลุ่มที่มีการปฏิบัติงานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความเห็นส่วนใหญ่ที่คล้ายคลึงกันคือ ความเห็นในด้านนโยบาย, ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยและรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง, ความเห็นด้านคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ความเห็นด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูง เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับระดับคะแนนความคิดเห็นในแต่ละด้านโดยใช้ Chi-square พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อระดับคะแนนความคิดเห็นในทุก ๆ ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

ประเภท ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น						Chi-square	p value
	< 10 ปี (N=157)			≥ 10 ปี (N=36)				
	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง		
ด้านนโยบาย	20 (12.7)	83 (52.9)	54 (34.4)	5 (13.9)	16 (44.4)	15 (41.7)	15.868	0.648
ด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัย	24 (15.3)	88 (56.0)	425 (28.7)	6 (16.7)	16 (44.4)	14 (38.9)	1.770	0.413
ด้านคุณภาพ	89 (56.7)	33 (21.0)	35 (22.3)	14 (38.9)	9 (25.0)	13 (36.1)	4.200	0.122
ด้านเศรษฐกิจและ สังคม	22 (14.0)	55 (35.0)	80 (51.0)	6 (16.7)	7 (19.4)	23 (63.9)	3.275	0.194
รวมทุกด้าน	9 (5.7)	89 (56.7)	59 (37.6)	1 (2.8)	19 (52.8)	16 (44.4)	19.929	0.629

### ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร

ผลการศึกษาอิทธิพลของประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับระดับคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้สมุนไพรในด้านต่าง ๆ พบว่าทุกกลุ่มศึกษา (กลุ่มที่ไม่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มีสมุนไพร, กลุ่มที่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร 1-5 ปี, และกลุ่มที่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร > 5 ปี) มีความเห็นเกี่ยวกับสมุนไพรด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง มีความเห็นด้านคุณภาพของยาสมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ และมีความเห็นต่อการใช้สมุนไพรด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง

อย่างไรก็ตามเมื่อมองในภาพรวมของทุกด้านแล้วทุกกลุ่มศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง หากพิจารณาเฉพาะความคิดเห็นด้านนโยบาย จะพบว่ากลุ่มศึกษาที่ไม่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มีสมุนไพรเลยมีความคิดเห็นในระดับปานกลางและสูงใกล้เคียงกัน ขณะที่กลุ่มที่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร 1-5 ปี และกลุ่มที่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร > 5 ปี มีความคิดเห็นต่อนโยบายการใช้สมุนไพรในระดับปานกลาง

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับระดับคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละด้านโดยใช้ Chi-square พบว่าประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรมีอิทธิพลต่อระดับคะแนนความคิดเห็นด้านนโยบายและ เศรษฐกิจและสังคม ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับระดับความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

ประเภท ความคิดเห็น	ระดับความคิดเห็น									Chi square	P value
	ไม่เคยอยู่ (N=116)			1-5 ปี (N=62)			> 5 ปี (N=15)				
	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง	ต่ำ	กลาง	สูง		
ด้านนโยบาย	18 (15.5)	48 (41.4)	50 (43.1)	2 (3.2)	45 (72.6)	15 (24.2)	5 (33.3)	6 (40.0)	4 (26.7)	22.417	0.000
ด้านประสิทธิภาพ และความ ปลอดภัย	22 (19.0)	58 (50.0)	36 (31.0)	5 (8.1)	38 (61.0)	19 (30.6)	3 (20.0)	8 (53.3)	4 (26.7)	4.336	0.362
ด้านคุณภาพ	61 (52.6)	22 (19.0)	33 (28.4)	36 (58.1)	16 (25.8)	10 (16.1)	6 (40.0)	4 (26.7)	5 (33.3)	4.754	0.313
ด้านเศรษฐกิจ และสังคม	22 (19.0)	31 (26.7)	63 (54.3)	2 (3.2)	26 (41.9)	34 (54.8)	4 (26.7)	5 (33.3)	6 (40.0)	12.021	0.017
รวมทุกด้าน	8 (6.9)	58 (50.0)	50 (43.1)	0 (0.0)	41 (66.1)	21 (33.9)	2 (13.3)	9 (60.0)	4 (26.7)	9.229	0.056

## ส่วนที่ 5      อิทธิพลของลักษณะทางประชากรแต่ละตัวแปร ประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร

### เพศ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่าเพศชายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) ไม่เคยสั่งใช้ยาสมุนไพร ขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.3) เคยสั่งใช้ยาสมุนไพร เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยใช้ Chi-square พบว่าเพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร

เพศ	เคยใช้	ไม่เคยใช้	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	46 (39)	72 (61)	118 (100)
หญิง	49 (65.3)	26 (34.7)	75 (100)

Chi-square = 12.739, p value = 0.000,  $\alpha = 0.05$

### อายุ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่าแพทย์ทั้งสองกลุ่มอายุมีประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพรในจำนวนที่ไม่ต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยใช้ Chi-square พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับประสิทธิภาพการสั่งใช้ยาสมุนไพร

อายุ	เคยใช้	ไม่เคยใช้	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
20-40 ปี	78 (50.3)	77 (49.7)	115 (100)
41-60 ปี	17 (44.7)	21 (55.3)	38 (100)

Chi-square = 0.381, p value = 0.537,  $\alpha = 0.05$

## ตำแหน่งหน้าที่

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่าแพทย์ผู้บริหาร และแพทย์เวชปฏิบัติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) เคยสั่งใช้ยาสมุนไพร รองลงมา คือแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 45.3) และแพทย์ฝึกหัด (ร้อยละ 37.8) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งหน้าที่กับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร

ตำแหน่ง	เคยใช้	ไม่เคยใช้	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้บริหารโรงพยาบาล	9 (60.0)	6 (40.0)	15 (100)
แพทย์เฉพาะทาง	39 (45.3)	47 (54.7)	86 (100)
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	33 (60.0)	22 (40.0)	55 (100)
แพทย์ฝึกหัด	14 (37.8)	23 (68.2)	37 (100)

## ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับประสบการณ์การสั่งใช้สมุนไพร พบว่า แพทย์ที่มีการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี และมากกว่า 10 ปี มีการสั่งใช้ยาสมุนไพร ที่ไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 50.3 และ 44.4 ตามลำดับ) จากการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร (p value 0.525) ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาปฏิบัติงานกับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร

ระยะเวลาปฏิบัติงาน	เคยใช้	ไม่เคยใช้	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
< 10 ปี	79 (50.3)	78 (49.7)	157 (100)
> 10 ปี	16 (44.4)	20 (55.6)	36 (100)

Chi-square = 0.404, p value = 0.525,  $\alpha$  = 0.05

### ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับประสบการณ์สั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่าทั้งแพทย์ที่ไม่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร และเคยทำงานมากกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยสั่งใช้สมุนไพร (ร้อยละ 53.4 และ 66.7 ตามลำดับ) ขณะที่แพทย์ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรในช่วง 1- 5 ปี ส่วนใหญ่เคยสั่งใช้ยาสมุนไพร (ร้อยละ 58.1) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square พบว่า ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรของแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาสมุนไพร ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับประสบการณ์สั่งใช้ยาสมุนไพร

ประสบการณ์เป็นปี	เคยใช้	ไม่เคยใช้	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีประสบการณ์	54 (46.6)	62 (53.4)	116 (100)
1-5 ปี	36 (58.1)	26 (41.9)	62 (100)
> 5 ปี	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100)

Chi-square = 3.786, p value = 0.151,  $\infty = 0.05$

## ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นต่อการใช้ยาสมุนไพร

จากแพทย์จำนวน 193 คน มีแพทย์ที่ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 94 คน เมื่อจำแนกเป็นรายด้านสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการใช้ยาสมุนไพรเมื่อแบ่งตามด้านต่าง ๆ เรียงลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย

ลำดับ	ด้านนโยบาย	ความถี่
1	การบรรจุลงหลักสูตรโรงเรียนแพทย์	9
2	เพิ่มการประชาสัมพันธ์	7
3	กำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล	5
4	ควบคุมการโฆษณาเกินจริง	4
5	บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ	2
6	ควรเผยแพร่ข้อมูลมากขึ้น	2
7	ควรให้เบิกจ่ายสมุนไพรได้	1
8	บังคับให้ขึ้นทะเบียนทุกราย	1
9	ควรเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	1
10	ควรใช้ยาสมุนไพรคู่กับยาแผนปัจจุบัน	1
11	ให้แพทย์แผนไทยเป็นผู้สั่งจ่าย	1
ลำดับ	ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย	ความถี่
1	ควรมีการวิจัยสนับสนุนการใช้	37
2	ควรมีการทดลองใช้เพื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน	12
3	การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยามากขึ้น	3
4	ไม่มั่นใจในการผลิต	2
5	ไม่มั่นใจผลการรักษา	1
6	ระบุรายละเอียดการใช้	1
7	การรับรองคุณภาพ	1
8	ควรใช้เสริมบรรเทาอาการ	1
9	ใช้เป็นทางเลือกสุดท้าย	1
10	ไม่ทราบผลิตภัณฑ์	1
หมายเหตุ		ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 20 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการใช้ยาสมุนไพรเมื่อแบ่งตามด้านต่าง ๆ เรียงลำดับจากความถี่มากไปหาน้อย (ต่อ)

ลำดับ	ด้านคุณภาพ	ความถี่
1	ควรระบุการใช้และสรรพคุณให้ชัดเจน	11
2	ควรมีการควบคุมคุณภาพ	7
3	ควรจัดการอบรมเรื่องคุณภาพยา	2
4	ควรมีคุณภาพใกล้เคียงกับยาแผนปัจจุบัน	1
5	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรเข้าควบคุม	1
6	ควรมีการใช้เพื่อรักษามีใช้การบรรเทา	1
7	ปริมาณสารออกฤทธิ์ต้องคงที่	1
8	ควรมีสถาบันรับรองคุณภาพยา	1
9	ควรเก็บไว้ใช้ได้นาน	1
ลำดับ	ด้านเศรษฐกิจและสังคม	ความถี่
1	ควรปรับราคาให้ถูกลงกว่าแผนปัจจุบัน	3
2	ผลิตภัณฑ์ต้องอยู่ในรูปแบบที่ดี	2
3	ราคาต้องไม่แพง	1
4	ควรแยกผลิตภัณฑ์ที่ชาวบ้านผลิตและที่ผลิตในท้องตลาด	1
5	ควรมีการเผยแพร่ให้มีการใช้มากขึ้นเพราะมีมานานแล้ว	1
6	ควรทำให้ง่ายและสะดวกต่อการใช้	1
7	ควรเน้นสมุนไพรไทยเป็นอันดับแรก	1
หมายเหตุ	ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถแสดงความคิดเห็นได้มากกว่า 1 ข้อ	

## บทที่ 5

## อภิปรายผล

## ลักษณะทั่วไปของประชากร

เพศ จากการศึกษาพบว่าประชากรเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

อายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแพทย์ที่อายุระหว่าง 20-30 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในระหว่างใช้ทุนหลังสำเร็จการศึกษา

ตำแหน่ง เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.1 ) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ตำแหน่งของแพทย์ผู้ปฏิบัติงานที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามจึงเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา รองลงมาเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อันได้แก่แพทย์ประจำในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 19 แห่ง ส่วนตำแหน่งแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล หรือผู้อำนวยการนั้นมีไม่ครบทุกโรงพยาบาล เนื่องจากบางโรงพยาบาลมีแพทย์ประจำไม่เพียงพอ หรืออาจเป็นเพราะแพทย์ที่เพิ่งเริ่มใช้ทุน ยังไม่มีประสบการณ์บริหารงาน จึงอยู่ในความดูแลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประสบการณ์การทำงาน (ระยะเวลาทำงานหลังสำเร็จการศึกษา) กลุ่มตัวอย่างศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี อาจเป็นเพราะเป็นแพทย์จบใหม่ซึ่งอยู่ระหว่างเป็นแพทย์ฝึกหัด หรืออยู่ในช่วงระยะเวลาการชดใช้ทุน

ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลที่มีสมุนไพรร พบว่าจำนวนแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลที่มีสมุนไพรรจำนวนน้อย (ร้อยละ 39.9)

## ความคิดเห็นของแพทย์ต่อยาสมุนไพรรในด้านต่าง ๆ

ด้านนโยบาย พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรรด้านนโยบายในภาพรวมอยู่ในช่วงปานกลางถึงสูง ด้วยค่าเฉลี่ย 3.71 โดยความเห็นที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูงสองอันดับแรกเป็นความเห็นในนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรรอย่างเป็นรูปธรรมของรัฐบาล (4.42) และการวางระบบการพัฒนาและควบคุมคุณภาพสมุนไพรรที่จะนำมาใช้เป็นยารักษาโรค (4.40) ส่วนความคิดเห็นด้านนโยบายข้ออื่น ๆ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ได้แก่ รัฐบาลควรมีนโยบายให้นำยาสมุนไพรรเข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (3.76) รัฐบาลควรสนับสนุนให้มีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับสมุนไพรรในโรงพยาบาลทุกแห่ง (3.68) รัฐบาลมีการประชาสัมพันธ์สนับสนุนการใช้



ยาสมุนไพรชนิดเงิน (3.66) สำหรับความเห็นต่อนโยบายระดับโรงพยาบาลที่ได้คะแนนในลำดับถัดมา คือควรมีการนำสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาของโรงพยาบาล (3.52) และมีการประชาสัมพันธ์ยาสมุนไพรให้แพทย์ทราบ (3.10)

ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย พบว่าความคิดเห็นของแพทย์ในภาพรวมมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงต่ำถึงปานกลาง ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง (3.2) โดยแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่ายาสมุนไพรสามารถรักษาโรคที่ระบุได้แต่เห็นผลช้า (3.59) สามารถรักษาโรคที่มีความเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น (3.51) ผลข้างเคียงของยาสมุนไพรน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน (3.41) และควรใช้ยาสมุนไพรในลักษณะป้องกันโรคมมากกว่ารักษาโรค (3.28)

อย่างไรก็ตามแพทย์ยังไม่ค่อยเชื่อมั่นในผลการรักษาโรคของยาสมุนไพร เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่คิดว่ายาสมุนไพรมีการศึกษาวิจัยในคนอย่างเพียงพอ (2.87) จึงไม่น่ามีประสิทธิภาพเท่ายาแผนปัจจุบัน (2.76) ซึ่งผลนี้พ้องกับเหตุผลหลักของแพทย์ที่ไม่เคยสั่งจ่ายยาสมุนไพรมาก่อน อันเนื่องมาจากความไม่มั่นใจในสรรพคุณของยาสมุนไพร ผลการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจของกองสาธารณสุขภูมิภาคในปี 2543 ข้อ 3 ที่ว่า แพทย์ไม่มีความมั่นใจในผลการรักษา และคุณภาพของยาเนื่องจากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ ไม่มีผลการวิจัยรองรับ และยังไม่มีการติดตามผลการใช้ยา ทั้งในด้านคุณภาพของยา หรืออาการข้างเคียงจากยาอย่างชัดเจน

ด้านคุณภาพ พบว่า ความคิดเห็นของแพทย์ในภาพรวมมีค่าคะแนนอยู่ในช่วงต่ำถึงปานกลาง ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (3.1) โดยเห็นว่ายาสมุนไพรมีฉลากบอกปริมาณด้วยที่ชัดเจน และสามารถปรับเพิ่มลดจำนวนการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม (3.29) รองลงมาคือมีฉลากบอกสรรพคุณ ข้อห้าม หรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน (3.11) สำหรับความคิดเห็นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างน้อยหรือค่อนข้างไปในทางลบ เนื่องจากไม่เห็นด้วยที่ว่ายาสมุนไพรมีการควบคุมการผลิตที่ได้มาตรฐาน ผ่านการรับรองคุณภาพ (2.99) และไม่เห็นว่ามีรายงานผลการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพยาสมุนไพร และยาแผนปัจจุบัน (2.81)

เมื่อพิจารณาถึงความเห็นที่ตรงกันของแพทย์ที่ว่ายาสมุนไพรมีฉลากบอกปริมาณที่แน่นอน อันสามารถกำหนดขนาดรับประทาน หรือเปลี่ยนแปลงขนาดได้ง่ายนั้น พบว่ายาสมุนไพรที่แพทย์กล่าวถึงนั้นเป็นยาสมุนไพรเดี่ยวบรรจุเสร็จ ซึ่งเป็นประเภทยาสมุนไพรที่กลุ่มตัวอย่างสั่งจ่ายมากที่สุด และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนที่อยู่ในระดับต่ำ และปานกลางแล้วอาจพอให้คำตอบได้ว่า แพทย์กลุ่มตัวอย่างยังไม่เชื่อมั่นในคุณภาพการผลิตยาสมุนไพรสักเท่าใดนัก

ด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ความคิดเห็นของแพทย์ในภาพรวมมีค่าคะแนนตั้งแต่ปานกลางถึงสูง ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย 3.80 โดยให้คะแนนสูงสุดในความเห็นที่ว่า การผลิตยาสมุนไพรเป็นการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น (4.26) ถัดมาเป็นความเห็นในระดับปานกลางค่อนข้างสูงเรียงตามลำดับคะแนน คือ การให้สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้กรณีสั่งใช้ยาสมุนไพร (3.94) การใช้ยาสมุนไพรอย่างจริงจังมีส่วนช่วยให้เศรษฐกิจของชาติดีขึ้น (3.73) ควรเพิ่มจำนวนรายการยาแผนปัจจุบันที่รักษาโรคเดียวกัน (3.69) และยาสมุนไพรมีราคาถูกกว่ายาแผนปัจจุบัน (3.54)

จากผลการศึกษาความคิดเห็นของแพทย์ต่อยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ ทั้ง 4 ด้านนั้น ปรากฏว่าแพทย์มีความคิดเห็นต่อยาสมุนไพรในด้านเศรษฐกิจและสังคมในทางบวกมากที่สุด (3.80) รองลงมาคือด้านนโยบาย (3.71) ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย (3.20) และด้านคุณภาพ (3.10)

กล่าวโดยสรุป เมื่อพิจารณาความคิดเห็นของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานีที่มีต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ด้านนโยบาย ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ด้านคุณภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคมแล้ว พบว่าแพทย์มีความคิดเห็นว่ายาสมุนไพรมีผลต่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม การส่งเสริมภูมิปัญญา และการพัฒนาเศรษฐกิจของชาติ และมีความเห็นว่าทั้งรัฐบาลและโรงพยาบาลควรมีนโยบายส่งเสริมการวิจัย การควบคุมคุณภาพการผลิต และการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาสมุนไพร ในขณะที่ความเห็นต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพรนั้นไม่เป็นที่น่าพอใจ

ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับยาสมุนไพรในแง่ของการพัฒนาส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น การเพิ่มรายได้ให้ชุมชน ขณะเดียวกันก็มุ่งหวังให้รัฐบาลสนับสนุนให้มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยอย่างจริงจัง มีการวางระบบการพัฒนาการผลิตและควบคุมคุณภาพยาสมุนไพร เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพร รักษาโรค ควรมีการจัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับยาสมุนไพรในโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งควรเพิ่มรายการยาสมุนไพรเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติ และบัญชีโรงพยาบาลให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเบิกค่ารักษาได้อันอาจส่งผลให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น อีกทั้งการประชาสัมพันธ์ถึงการใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่องน่าจะส่งผลให้แพทย์สั่งจ่ายยาสมุนไพรมากขึ้น

### ประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์

พบว่ากลุ่มตัวอย่างศึกษามีประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร และไม่เคยสั่งใช้ที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 49.2 : 50.8) โดยในกลุ่มของแพทย์ผู้สั่งใช้ส่วนใหญ่จ่ายในรูปแบบยาสมุนไพรบรรจุเสร็จ ซึ่งเป็นยาสมุนไพรเดี่ยว และพบว่ายาอมแก้ไอมะแว้งเป็นยาสมุนไพรที่มีการสั่งใช้มากที่สุด รองลงมาอีก 4 อันดับ ได้แก่ แคปซูลฟ้าทะลายโจร ครีမ်ไพล แคปซูลขมิ้นชัน และเจลวุ้นหางจระเข้ เมื่อพิจารณาผลจากข้อมูลชนิดของยาสมุนไพรที่แพทย์สั่งใช้มากที่สุดจะเห็นว่าทั้ง 4 ลำดับ (จากข้อมูล 9 ลำดับในตารางที่ 7) เป็นยาสมุนไพรที่อยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ

สำหรับยาสมุนไพรในลำดับที่ 5 และ 7 อันได้แก่ เจลวุ้นหางจระเข้ และเพชรสังฆาต ซึ่งไม่อยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่พบว่ามีคำสั่งใช้มาก จึงน่าจะแสดงถึงการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มแพทย์ และควรมีการศึกษาวิจัยสมุนไพรทั้งสองตัวนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในด้านคุณภาพ และการควบคุมการผลิตให้ได้มาตรฐาน เพื่อจะได้สามารถบรรจุเข้าไปในรายการบัญชียาหลัก ได้ในอนาคต

จากการศึกษายังพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้แพทย์สั่งใช้ยาสมุนไพรสามอันดับแรก คือ การได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย การไม่มียาแผนปัจจุบันให้เลือกใช้ และการที่ยาสมุนไพรให้ประสิทธิภาพการรักษาใกล้เคียงกับยาแผนปัจจุบันตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงหลักเกณฑ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์กลับพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่เลือกใช้ยาสมุนไพรโดยไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอน

เมื่อศึกษาต่อถึงเหตุผลของการไม่สั่งใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์การจ่ายยาสมุนไพร พบว่าเกิดจาก ความไม่มั่นใจในสรรพคุณยา การไม่รู้จักตัวยา และการไม่มั่นใจในคุณภาพการผลิต ผลนี้อาจจะสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร สรรพคุณการรักษา คุณภาพของยา และวิธีการใช้สมุนไพรให้แก่แพทย์แผนปัจจุบัน อันจะเป็นการเปิดรับแนวคิดและยอมรับการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคมามากขึ้น

ผลการศึกษานี้อาจสรุปได้ว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรมาก่อน โดยส่วนใหญ่ใช้ในรูปแบบผลิตภัณฑ์บรรจุเสร็จ โดยยาสมุนไพรที่แพทย์สั่งใช้มากที่สุดเป็นยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมีการศึกษาวิจัยที่ชัดเจนถึงสรรพคุณและประสิทธิภาพ

อันเป็นผลที่สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์ในด้านคุณภาพที่ว่าจะเลือกใช้เฉพาะสมุนไพรที่มีการศึกษาด้านสรรพคุณอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพการรักษาใกล้เคียงกับยาแผนปัจจุบัน แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงหลักเกณฑ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอน และจะเลือกใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันอยู่เสมอ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับความคิดเห็นของแพทย์ต่อการใช้ยาสมุนไพรทั้งในด้านคุณภาพและด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ที่แพทย์ให้การยอมรับในระดับปานกลางเท่านั้น และทัศนคตินี้ยังอาจไม่เปลี่ยนแปลงจนกว่าจะมีผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาสมุนไพรยืนยันอย่างชัดเจนมากกว่านี้

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับความคิดเห็นต่อสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเห็นแต่ละด้านต่อการใช้ยาสมุนไพรพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเห็นต่อการใช้สมุนไพรด้านนโยบาย ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ด้านคุณภาพ และรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ความคิดเห็นต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศชายมีความเห็นว่าการใช้ยาสมุนไพรมีผลดีต่อเศรษฐกิจและสังคมของชาติ มากกว่าเพศหญิง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรแต่ละด้านพบว่าแพทย์ทั้งที่อายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี และในช่วง 41-60 ปี มีความเห็นต่อด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยไปในทางเดียวกัน ขณะที่มีความเห็นต่อด้านนโยบาย ด้านคุณภาพ และด้านเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งพบว่ากลุ่มแพทย์อายุระหว่าง 20-40 ปี มีความเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรทั้งสามด้านนี้ในระดับคะแนนที่ต่ำกว่ากลุ่มอายุ 41-60 ปี หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่ากลุ่มศึกษาในช่วงอายุ 41-60 ปี มีความเห็นทั้งสามด้าน

ในเชิงบวกสูงกว่ากลุ่มอายุ 20-40 ปี ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าแพทย์ที่มีวัยวุฒิสูงกว่าน่าจะผ่านประสบการณ์การทำงานต่าง ๆ มากกว่า และมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ จากการประชุม การอบรม ทำให้เข้าใจตัวยาสมุนไพรคุณประโยชน์ในการใช้รักษา จึงมีการยอมรับในเชิงบวกมากกว่าผู้มีวัยวุฒิต่ำกว่า

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งกับระดับคะแนนความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรด้านนโยบาย และด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่าไม่มีทิศทางที่ชัดเจน แต่อาจเห็นความแตกต่างอันเป็นแนวโน้มว่า ผู้บริหารมีความคิดเห็นด้านนโยบายในเชิงบวกที่สูงกว่าแพทย์ในตำแหน่งอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ผู้บริหารได้รับนโยบายโดยตรง จึงมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในทิศทางของการพัฒนาสมุนไพรในแง่นโยบายต่าง ๆ ชัดเจนมากกว่าตำแหน่งอื่น

เมื่อพิจารณาในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย พบว่าแพทย์ทุกตำแหน่งมีความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกันกับความคิดเห็นต่อด้านคุณภาพของทุกกลุ่มตำแหน่งที่คล้ายคลึงกัน ในค่าคะแนนที่ต่ำ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานหลังจบการศึกษากับความเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละด้าน ซึ่งแบ่งได้จัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี และปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ระยะเวลาปฏิบัติงานของแพทย์อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 70.5) รองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 11.4) มากกว่า 16 ปี (ร้อยละ 9.9) และ 11-15 ปี (ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ การกลุ่มเป็น 4 ช่วงอายุนี้นี้ไม่เหมาะสมในการนำมาทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละด้าน โดยพบว่าความคิดเห็นด้านนโยบาย ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของแพทย์ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ความเห็นต่อด้านคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ และความคิดเห็นเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับความเห็นแต่ละด้านต่อการใช้ยาสมุนไพร พบว่ามีเพียงความคิดเห็นด้านนโยบาย และด้านเศรษฐกิจและสังคมเท่านั้นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

#### ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรต่อประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศหญิงมีประสบการณ์สั่งใช้ยาสมุนไพรมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเพศหญิงเป็นเพศที่มีบทบาทในการดูแลผู้อื่น และมีความสนใจที่จะศึกษา และลองปฏิบัติมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lane และ Miller ที่พบว่า เพศหญิงจะเข้าถึงเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ดี และรวดเร็วกว่าเพศชาย และมักใช้วิธีการรักษาตนเองในครอบครัวก่อนพึ่งแพทย์ หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีแนวโน้มจะรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านมากกว่าเพศชาย (อ้างถึงใน: อรุณพร อิฐรัตน์,



เพชรน้อย สิ่งข้างซ้าย และคณะ.พฤติกรรมและความพร้อมในการใช้สมุนไพรตามโครงการ  
สาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย, 2539)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรพบว่า ทั้งสอง  
กลุ่มอายุไม่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แต่อย่างใด

ผลการศึกษาระหว่างตำแหน่งกับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรพบว่า ตำแหน่งที่มีการ  
สั่งใช้ยาสมุนไพรมากที่สุด คือ ตำแหน่งผู้บริหาร และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 60 ทั้งสอง  
กลุ่ม) รองลงมาคือแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 45.3) และน้อยที่สุดคือแพทย์ฝึกหัด และนักศึกษา  
แพทย์ (ร้อยละ 37.8) อาจเป็นไปได้ว่าแพทย์ฝึกหัดหรือนักศึกษาแพทย์อาจยังไม่รู้จักยาสมุนไพร  
ดีพอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของนักศึกษาแพทย์ที่ว่ายังไม่ได้เรียนเกี่ยวกับยาสมุนไพรมากนัก  
อีกทั้งแผนกที่กำลังฝึกปฏิบัติงานก็เป็นแผนกที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาสมุนไพร ส่วนแพทย์  
เฉพาะทางอาทิเช่น ในสาขาศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารกรรม และสูติกรรม มีโอกาสสั่งใช้ยา  
สมุนไพรค่อนข้างน้อย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับ  
ประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรพบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานของแพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม (น้อยกว่า 10 ปี  
และมากกว่า 10 ปี) มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.3 และ 44.4) แสดงให้เห็นว่า  
ระยะเวลาการปฏิบัติงานของแพทย์ไม่ได้ส่งผลต่อประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับ  
ประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร พบว่า ผลการศึกษามีทิศทางที่แน่นอน การสั่งจ่ายยาสมุนไพร  
ของแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรแต่อย่างใด

จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าลักษณะทางประชากร ที่มีอิทธิพลต่อการสั่งใช้ยา  
สมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี เพียงหนึ่งเดียว คือเพศ ผลนี้อาจชี้แนะ  
แนวทางได้ว่า ควรให้การประชาสัมพันธ์ถึงสรรพคุณ ประสิทธิภาพการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรแก่  
แพทย์ในกลุ่มผู้ชายมากกว่าปกติ

#### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะหลัก ๆ ของแพทย์ส่วนใหญ่ต่อการใช้ยาสมุนไพร จะเห็นว่าคล้ายคลึงกับ  
ผลการวิจัยที่ออกมา คือได้มีข้อเสนอแนะให้ศึกษาวิจัยอย่างชัดเจน จริงจัง และต่อเนื่องมากขึ้น  
เพื่อให้เกิดความมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพร อีกทั้งควรมีการทดลอง  
ใช้ และศึกษาเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพการรักษา  
เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา  
ที่กล่าวมาว่าแพทย์มีความคิดเห็นต่อยาสมุนไพรด้านคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ และความคิดเห็นด้าน  
ประสิทธิภาพและความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ขณะเดียวกันก็มีข้อเสนอแนะให้  
มีการบรรจุการเรียนเกี่ยวกับยาสมุนไพรลงในหลักสูตรโรงเรียนแพทย์เพื่อให้แพทย์ได้รู้จัก เข้าใจ  
สรรพคุณ และยอมรับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษามากขึ้น รวมถึงข้อเสนอให้กระทรวง  
สาธารณสุขเพิ่มการประชาสัมพันธ์การใช้ยาสมุนไพร โดยควรกำหนดเป็นนโยบาย มีการควบคุม

การโฆษณาเกินจริง มีการเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการพัฒนา รูปแบบผลิตภัณฑ์ให้มีมาตรฐาน รวมทั้งควรเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักให้มากขึ้น

จากผลการศึกษาทั้งหมด อาจกล่าวในภาพรวมได้ว่า แพทย์แผนปัจจุบันมีความเห็นว่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรมีคุณประโยชน์ในเชิงบวกด้านต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศมากที่สุด ขณะที่ความเห็นในเชิงนโยบายอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้บริหารที่มีการตอบสนองต่อนโยบายสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าแพทย์ในกลุ่มอื่นๆ

สำหรับความเห็นด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย และด้านคุณภาพของยาสมุนไพรนั้น อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาถึงประสบการณ์การสั่งจ่ายยาสมุนไพรในแพทย์แผนปัจจุบันกลุ่มนี้ พบว่ามีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเพียงครึ่งหนึ่งของประชากรศึกษา ผู้สั่งใช้มักเป็นเพศหญิง มีตำแหน่งเป็นแพทย์ผู้ชำนาญการ หรือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ยาที่สั่งจ่ายโดยส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรเดี่ยวแบบบรรจุเสร็จ และเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกทั้งการสั่งจ่ายไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอนและมักจ่ายในลักษณะควบกับยาแผนปัจจุบันเสมอ

ด้วยเหตุทั้งหมดข้างต้น บ่งชี้ให้เห็นว่านอกเหนือจากการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของยาสมุนไพรให้มากขึ้นแล้ว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนายาสมุนไพรควรพัฒนาคุณภาพยาให้มีมาตรฐาน โดยเฉพาะด้านการผลิตและการควบคุมคุณภาพ อันเนื่องจากเป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของยาอีกด้านหนึ่ง อีกทั้งควรมีการติดตามผลการใช้ยา ทั้งในด้านผลการรักษา หรือ อาการข้างเคียงจากยาให้ชัดเจน และการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้ความรู้และสร้างความมั่นใจให้แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพร

## บทที่ 6

## บทสรุป และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความคิดเห็น และ  
ประสบการณ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือแพทย์ทุกคนที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัด  
อุบลราชธานี รวม 228 คน เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 193 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 ของแบบสอบถาม  
ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว  
(Cronbach's Alpha Coefficient = 0.8860) โดยแบ่งออกเป็น ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ  
ประชากรที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ที่เคย  
อยู่โรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร ส่วนที่ 2 ภาวะความคิดเห็นต่อยาสมุนไพร ในด้านนโยบาย ด้าน  
ประสิทธิภาพและความปลอดภัย ด้านคุณภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนที่ 3 ภาวะ  
ประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นต่อ  
ยาสมุนไพรและข้อเสนอแนะอื่น ๆ แบบสอบถามถูกเก็บและรวบรวมข้อมูลโดยการส่งด้วย  
ตนเองและทางไปรษณีย์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive  
Statistics) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน  
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรกับความคิดเห็นด้านต่าง ๆ โดยใช้สถิติ  
Chi-square test สรุปผลการศึกษาดังนี้

การศึกษาความคิดเห็นของแพทย์ต่อยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นต่อการใช้สมุนไพรใน  
ด้านเศรษฐกิจและสังคมในแง่บวกมากที่สุดโดยยอมรับคุณประโยชน์ของการสั่งใช้ยาสมุนไพรในแง่  
ของการพัฒนาส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น การเพิ่มรายได้ให้ชุมชน รองลงมาคือความเห็น  
ด้านนโยบายในการสนับสนุนการใช้สมุนไพร ซึ่งมุ่งเน้นให้รัฐบาลสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิจัย  
เกี่ยวกับยาสมุนไพรอย่างจริงจัง มีการวางระบบการพัฒนาการผลิตและควบคุมคุณภาพยาสมุนไพร  
เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค การจัด  
ให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับยาสมุนไพรในโรงเรียนแพทย์ การเพิ่มรายการยา  
สมุนไพรเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติ และบัญชีโรงพยาบาลให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถ  
เบิกจ่ายค่ารักษาได้อันอาจส่งผลให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น รวมถึงเห็นด้วยที่จะมีการประชาสัมพันธ์  
การใช้สมุนไพรอย่างต่อเนื่อง ความเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรด้านประสิทธิภาพ และความ

ปลอดภัยถูกจัดเป็นลำดับที่สาม เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ไว้วางใจในผลการรักษาโดยการใส่ยาสมุนไพร สำหรับความคิดเห็นด้านคุณภาพและมาตรฐานการผลิตนั้นยังไม่เป็นที่น่าพอใจโดยมีคะแนนเฉลี่ยตามมาในลำดับท้ายสุด

### การศึกษาประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรมาก่อน โดยส่วนใหญ่ใช้ในรูปแบบผลิตภัณฑ์บรรจุเสร็จ โดยยาสมุนไพรที่แพทย์สั่งใช้มากที่สุดเป็นยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมีการศึกษาวิจัยที่ชัดเจนถึงสรรพคุณและประสิทธิภาพ อันเป็นผลที่สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์ในด้านคุณภาพที่ว่าจะเลือกใช้เฉพาะสมุนไพรที่มีการศึกษาด้านสรรพคุณอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพการรักษาใกล้เคียงกับยาแผนปัจจุบัน

แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงหลักเกณฑ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอน และจะเลือกใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันอยู่เสมอ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับความคิดเห็นของแพทย์ต่อการใช้ยาสมุนไพรทั้งในด้านคุณภาพและด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ที่แพทย์ให้การยอมรับในระดับปานกลางเท่านั้น และทัศนคตินี้ยังอาจไม่เปลี่ยนแปลงจนกว่าจะมีผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาสมุนไพรยืนยันอย่างชัดเจนมากกว่านี้

### การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับความคิดเห็นแต่ละด้านของการสั่งใช้ยาสมุนไพร

ผลสรุปความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรที่ศึกษา ทั้งเพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานและประสบการณ์ที่เคยทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพร พบว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นรวมทุกด้านของแพทย์ต่อการใช้ยาสมุนไพร มีเพียงความคิดเห็นบางด้านที่แสดงความแตกต่าง เช่น เพศชายให้ความสำคัญกับยาสมุนไพรด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าเพศหญิง อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อยาสมุนไพรในด้านนโยบาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านคุณภาพ โดยผู้ที่อายุมากกว่าจะมีความเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรทั้งสามด้านในเชิงบวกสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ขณะที่ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรมีอิทธิพลต่อความเห็นด้านนโยบายและด้านเศรษฐกิจและสังคม

### การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับประสบการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร

ลักษณะทางประชากรที่มีอิทธิพลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบันในจังหวัดอุบลราชธานีเพียงตัวแปรเดียว คือเพศ โดยเพศหญิงมีประสบการณ์การสั่งใช้มากกว่าเพศชาย ได้มีรายงานวิจัยกล่าวว่า “เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านมากกว่าเพศชาย (อ้างถึงใน อรุณพร อีรุตน์ และคณะ)” คำกล่าวนี้อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้แพทย์ผู้หญิงให้การยอมรับและ



สั่งจ่ายยาสมุนไพรมากกว่าแพทย์ผู้ขายก็เป็นได้ ผลนี้อาจเสนอแนะแนวทางได้ว่า ควรให้การประชาสัมพันธ์ถึงสรรพคุณ ประสิทธิภาพการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารแก่แพทย์ในกลุ่มเพศชายมากกว่าเพศหญิง

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ข้อเสนอแนะหลัก ๆ ของแพทย์ส่วนใหญ่ต่อการใช้ยาสมุนไพร จะเห็นว่าคล้ายคลึงกับผลการวิจัยที่ออกมา คือได้มีข้อเสนอแนะให้ศึกษาวิจัยอย่างชัดเจน จริงจัง และต่อเนื่องมากขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาสมุนไพร อีกทั้งควรมีการทดลองใช้ และศึกษาเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางด้านคุณภาพการรักษา เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวมาว่าแพทย์มีความคิดเห็นต่อยาสมุนไพรด้านคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ และความคิดเห็นด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ขณะเดียวกันก็มีข้อเสนอแนะให้มีการบรรจุการเรียนเกี่ยวกับยาสมุนไพรลงในหลักสูตรโรงเรียนแพทย์เพื่อให้แพทย์ได้รู้จัก เข้าใจ สรรพคุณ และยอมรับการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษามากขึ้น รวมถึงข้อเสนอให้กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มการประชาสัมพันธ์การใช้ยาสมุนไพร โดยควรกำหนดเป็นนโยบาย มีการควบคุม การโฆษณาเกินจริง มีการเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการ พัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ให้มีมาตรฐาน รวมทั้งควรเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักให้มากขึ้น

จากผลการศึกษาทั้งหมด อาจกล่าวในภาพรวมได้ว่า แพทย์แผนปัจจุบันมีความเห็นว่าการสั่งจ่ายยาสมุนไพรมีคุณประโยชน์ในเชิงบวกด้านต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศมากที่สุด ขณะที่ความเห็นในเชิงนโยบายอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้บริหารที่มีการตอบสนองต่อนโยบายสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าแพทย์ในกลุ่มอื่น ๆ

สำหรับความเห็นด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย และด้านคุณภาพของยาสมุนไพรนั้น อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาถึงประสบการณ์การสั่งจ่ายยาสมุนไพรในแพทย์แผนปัจจุบันกลุ่มนี้ พบว่ามีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพียงครึ่งหนึ่งของประชากรศึกษา ผู้สั่งใช้มักเป็นเพศหญิง มีตำแหน่งเป็นแพทย์ผู้ช่วยหรือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ยาที่สั่งจ่ายโดยส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรเดี่ยวแบบบรรจุเสร็จ และเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกทั้งการสั่งจ่ายไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอนและมักจ่ายในลักษณะควบกับยาแผนปัจจุบันเสมอ

ด้วยเหตุทั้งหมดข้างต้น บ่งชี้ให้เห็นว่านอกเหนือจากการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของยาสมุนไพรให้มากขึ้นแล้ว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนายาสมุนไพรควรพัฒนาคุณภาพยาให้มีมาตรฐานโดยเฉพาะด้านการผลิตและการควบคุมคุณภาพ อันเนื่องจากเป็นตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของยาอีกด้านหนึ่ง อีกทั้งควรมีการติดตามผลการใช้ยา ทั้งในด้านผลการรักษา หรือ

อาการข้างเคียงจากยาให้ชัดเจน และการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้ความรู้และสร้างความมั่นใจให้แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพร

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงมาตรฐานการผลิต และการควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์สมุนไพรในกลุ่มประชาชนที่ผลิตสมุนไพรตามท้องถิ่นต่าง ๆ
2. ควรมีการศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาสมุนไพร
3. ควรมีการศึกษาเชิงพฤติกรรมต่อการใช้ยาสมุนไพรในประชาชนเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสมุนไพรในด้านของเศรษฐกิจและสังคม
4. ควรมีการศึกษาถึงรูปแบบและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาสมุนไพร ทั้งในกลุ่มของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

#### ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้คือแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทาง ไม่ได้ใช้ยาสมุนไพรกับผู้ป่วยในแผนก ยกเว้นคลินิกส่งเสริมสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก ดังนั้นความคิดเห็นต่อการใช้ยาสมุนไพรในด้านต่าง ๆ จึงค่อนข้างอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และเห็นได้ว่าข้อมูลการใช้ยาสมุนไพรได้มาจากแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะลักษณะการรักษาเป็นแบบปฐมภูมิที่ยังไม่ถึงขั้นรักษาเฉพาะทางเหมือนในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์

## บรรณานุกรม

- กองควบคุมยา กระทรวงสาธารณสุข. (2545). ข้อมูลทางสถิติ. [<http://fda.moph.go.th/fda-net.html>]
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2537). สถาบันการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. ร่างกรอบวิสัยทัศน์และทิศทางการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) (เอกสารอัดสำเนา), 2543: 20-30.
- กลุ่มนิติกร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (วิจิตร รักถิ่น). (2537). คำอธิบายกฎหมายอาหารและยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535: 49-50, 647-642.
- คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (บัญชียาจากสมุนไพร). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2543: 1-4.
- คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (บัญชียาจากสมุนไพร). พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2543. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. จำรูญ มีชนอน. (บรรณาธิการ). (2533). รายงานการพัฒนาสมุนไพรไทยในทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐาน. พ.ศ. 2531-2530. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธีระ งามสูตร. (2532). ทิศทางการพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข. ในสร้อย จำเริญดำรงการ, รุจิณาด อรรถสิทธิ์, และมะลิ สุขสุทธิ (บรรณาธิการ), สมุนไพรกับการพัฒนาสาธารณสุข. (หน้า 43-45). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นิศาชล ประสารสุข. (2540). ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการใช้ยาสมุนไพรที่ได้รับการสั่งจ่ายจากโรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). การจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ปรีชา ดีสวัสดิ์. (2532). ความสำคัญของสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในการพัฒนาประเทศ. ในสร้อย จำเริญดำรงการ, รุจิณาด อรรถสิทธิ์, และมะลิ สุขสุทธิ (บรรณาธิการ), สมุนไพรกับการพัฒนาสาธารณสุข. (หน้า 1-6). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. (2537). รายงานการประชุมการฝึกอบรมเรื่องการฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. กรุงเทพฯ. ฝ่ายธรรมชาติบำบัด สำนักงานสาธารณสุข

- จังหวัดปราจีนบุรี และศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยภาคกลาง จังหวัดปราจีนบุรี.  
 มรกต กรเกษม, สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, และนิตยา แยมพยัคฆ์. (2536). ระบบยาของ  
 ประเทศไทย: บทวิเคราะห์เพื่อพัฒนา. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(3), 164-188.  
 มยุรี กล้านรงค์. (2534). รายงานการวิจัยเรื่องผลการใช้ยาสมุนไพรที่องค์การเภสัชกรรมผลิต.  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.  
 เรืองศิลป์ เกื้อนนาคี. (2532). ประสพการณ์งานสมุนไพรในชุมชน. ในสรชัย จำเนียรดำรงการ,  
 รุจิณาท อรรถสิทธิ์, และมะลิ สุขสุทธิ (บรรณาธิการ), สมุนไพรกับการพัฒนาสาธารณสุข.  
 (หน้า 70-75). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.  
 รุจิณาท อรรถสิทธิ์, อาทร รั้วไพบูลย์, และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูล  
 ฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน  
 ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,  
 2532.  
 โรงพยาบาลแม่แจ่ม. (2535). รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้า  
 สู่ระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ. เชียงใหม่: โรงพยาบาลชุมชนแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่.  
 สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2537). รายงานการประชุมการวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์แผน  
 ไทย. กรุงเทพฯ: ฝ่ายวิชาการสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวง  
 สาธารณสุข.  
 สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และนารัต เกษตรทัต (2538). ระบบยาของไทย. วารสารอาหารและยา,  
 2(1), 19.  
 สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, และศรีเพ็ญ ดันติเวสส. ระบบยาของประเทศไทย.  
 พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2545. โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กทม.  
 (คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย).  
 สำราญ ททรัพย์เจริญ. (2532). แนวคิดการพัฒนาสมุนไพรแบบครบวงจรในระดับจังหวัด. ในสร  
 ชัย จำเนียรดำรงการ, รุจิณาท อรรถสิทธิ์, และมะลิ สุขสุทธิ (บรรณาธิการ), สมุนไพรกับการ  
 พัฒนาสาธารณสุข. (หน้า 56-59). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.  
 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ฉบับปรับปรุง).  
 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, สิงหาคม 2542.  
 สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา  
 การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ  
 ภัณฑ์ (ร.ส.พ.), 2543: 1-40.  
 อรุณพร อีฐรัตน์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. สำนวนการใช้สมุนไพรในชนบทของภาคใต้ภายใต้  
 โครงการสาธารณสุขมูลฐาน. วารสารสงขลานครินทร์ 2532; 12: 91-102.  
 เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ การแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย วันที่ 10-13 มีนาคม  
 2538. ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์.

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก	แบบสอบถาม
ภาคผนวก ข	ประวัตินักวิจัย

ภาคผนวก ข

ประวัตินักวิจัย

### หัวหน้าโครงการ

นางนันทิ พัชรวานิช

อาจารย์ระดับ 7 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คุณวุฒิ

	ชื่อย่อปริญญา	วิชาเอกสาขา	ชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษา (ประเทศ)	ปีที่สำเร็จ การศึกษา
ปริญญาตรี	ภบ.	-	มหาวิทยาลัยมหิดล	2535
ปริญญาเอก	Ph.D.	Pharmacokinetics	University of Maryland ประเทศสหรัฐอเมริกา	2543

### ผู้ร่วมวิจัย

นางนิตยา บุญทา

พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

คุณวุฒิ

	ชื่อย่อปริญญา	วิชาเอกสาขา	ชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษา (ประเทศ)	ปีที่สำเร็จ การศึกษา
ปริญญาตรี	ประกาศนียบัตรพยาบาล	-	วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบล	2528
ปริญญาโท	วทม.	การบริหารบริการสุขภาพ	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	2547

นายอารี วัฒนรัตน์

อาจารย์ระดับ 6 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คุณวุฒิ

	ชื่อย่อปริญญา	วิชาเอกสาขา	ชื่อสถาบันที่สำเร็จการศึกษา (ประเทศ)	ปีที่สำเร็จ การศึกษา
ปริญญาตรี	ภบ.	-	มหาวิทยาลัยมหิดล	2531
ปริญญาโท	M.S.	Natural Products	University of Arizona ประเทศสหรัฐอเมริกา	2542

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม





ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย (✓) ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมข้อความลงใน

ช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. จบแพทย์จากสถาบันการศึกษา..... พ.ศ.

.....

4. ตำแหน่งปัจจุบัน

☐ ผู้บริหารโรงพยาบาล

☐ แพทย์เฉพาะทางสาขา..... จบการศึกษาในปี พ.ศ.

.....

☐ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, แพทย์ประจำ

☐ แพทย์ฝึกหัด

☐ นักศึกษาแพทย์

5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ..... ปี

6. ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรในบัญชียาโรงพยาบาล ..... ปี  
(ถ้าเคย)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของแพทย์แผนปัจจุบันต่อยาสมุนไพร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับยาสมุนไพร	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความคิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ด้านนโยบาย</b>					
1. รัฐบาลควรมีนโยบายให้นำยาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ					
2. รัฐบาลมีการประชาสัมพันธ์สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรชัดเจน					
3. รัฐบาลควรสนับสนุนให้มีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับสมุนไพรในโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง					
4. รัฐบาลควรวางระบบการพัฒนา และควบคุมคุณภาพสมุนไพรที่นำมาใช้เป็นยารักษาโรค					
5. รัฐบาลควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรม					
6. โรงพยาบาลของท่านนำยาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาของโรงพยาบาล					
7. ท่านทราบเกี่ยวกับนโยบาย และการนำยาสมุนไพรมาใช้ในบัญชียาของโรงพยาบาล					
8. โรงพยาบาลของท่านมีการประชาสัมพันธ์ยาสมุนไพรให้แพทย์ทราบทุกคน					
<b>ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย</b>					
9. ยาสมุนไพรมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคเทียบเท่ายาแผนปัจจุบัน					
10. ยาสมุนไพรมีการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในการรักษาโรคและนำเชื่อถือ					

ความคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับยาสมุนไพร	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความคิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย (ต่อ)</b>					
11. ยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคที่มีความเจ็บป่วยเล็กน้อยได้เท่านั้น ไม่สามารถรักษาโรคที่มีความรุนแรงได้					
12. ยาสมุนไพรสามารถรักษาโรคที่ระบุได้ แต่เห็นผลช้า					
13. ยาสมุนไพรมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน					
14. ควรใช้ยาสมุนไพรในลักษณะป้องกันโรคมมากกว่ารักษาโรค					
<b>ด้านคุณภาพ</b>					
15. ยาสมุนไพรมีการควบคุมการผลิตที่ได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพ					
16. มีรายงานผลการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันอย่างชัดเจน					
17. มีฉลากบอกปริมาณตัวยาอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้สั่งใช้ยาปรับเปลี่ยนจำนวนตามความเหมาะสม					
18. มีฉลากบอกสรรพคุณ ข้อห้าม หรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน					
<b>ด้านเศรษฐกิจและสังคม</b>					
19. ยาสมุนไพรราคาถูกกว่ายาแผนปัจจุบันที่รักษาโรคเดียวกัน					
20. การใช้ยาสมุนไพรอย่างจริงจังมีส่วนช่วยให้เศรษฐกิจของชาติดีขึ้น					
21. การผลิตยาสมุนไพรเป็นการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น					
22. ควรให้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ในกรณีสั่งใช้ยาสมุนไพร					

23. ควรเพิ่มจำนวนรายการยาสมุนไพรเข้าไว้ในบัญชียาหลัก แห่งชาติให้มากขึ้น					
--	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 3      ประสิทธิภาพและรูปแบบการสั่งใช้ยาสมุนไพรของแพทย์แผนปัจจุบัน  
คำชี้แจง กรุณาเลือกตอบให้ตรงกับประสิทธิภาพจริงของท่านมากที่สุด

1. ท่านเคยสั่งใช้ยาสมุนไพรหรือไม่

☐ เคย

☐ ไม่เคย (กรุณาข้ามไปตอบข้อ 6.)

2. ท่านเคยสั่งใช้ยาสมุนไพรประเภทไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ บรรจุเสร็จ

☐ ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม

☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

3. ยาสมุนไพรที่ท่านสั่งใช้ได้แก่ชนิดไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ขาอมแก้ไอมะแว้ง

☐ ครีมนิไพล

☐ แคปซูลขมิ้นชัน

☐ เจลวุ้นหางจรเข้

☐ แคปซูลฟ้าทะลายโจร

☐ เพชรสังฆาต

☐ ชุมเห็ดเทศในรูปชาขง

☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

☐ พญาขอในรูปแบบ

☐ ครีมนิ  
☐ กาลาไมน์โลชั่น

.....

.....

4. ท่านสั่งใช้ยาสมุนไพรเพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ราคาถูก

☐ ผลข้างเคียงน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน

☐ ผู้ป่วยเรียกร้อง

☐ ประสิทธิภาพใกล้เคียงยาแผนปัจจุบัน

☐ ไม่มียาแผนปัจจุบันให้เลือกใช้

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

.....

.....

5. ตามปกติท่านมีหลักเกณฑ์ในการสั่งใช้ยาสมุนไพรอย่างไร

- ☐ ใช้ยาสมุนไพรอย่างเดียว
 ☐ ไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอน
 ☐ ใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันเสมอ
 ☐ อื่น ๆ (ระบุ)

.....

6. กรณีไม่เคยสั่งใช้ ท่านมีความคิดเห็นต่อเหตุผลต่าง ๆ ระดับใดบ้าง

เหตุผลต่าง ๆ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความคิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ไม่รู้จักตัวยาสมุนไพรที่จะใช้					
2. ไม่มั่นใจในสรรพคุณของยา					
3. ไม่มั่นใจในคุณภาพการผลิต					
4. ไม่เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วยในแผนก					
5. ไม่มีรายการยาสมุนไพรในบัญชียาโรงพยาบาล					
6. ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้					
7. เหตุผลอื่น ๆ (ระบุ) .....					
.....					
.....					

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อยาสมุนไพร

กรุณาให้ข้อเสนอแนะตามมุมมองของท่านในการเลือกใช้ยาสมุนไพรรักษาโรค เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพยาสมุนไพรให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....