การยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

นายภานุพงศ์ ภู่ตระกูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Acceptance and Use of Thai Traditional and Complementary and Alternative Medicine among Medical Specialists in Thailand

Mr. Phanupong Phutrakool

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Health Research and Management
Department of Preventive and Social Medicine
FACULTY OF MEDICINE
Chulalongkorn University
Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย
โดย	นายภานุพงศ์ ภู่ตระกูล
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์)

..... กรรมการ
(นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร.มณฑกา ธีรชัยสกุล)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภานุพงศ์ ภู่ตระกูล : การยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย. (Acceptance and Use of Thai Traditional and Complementary and Alternative Medicine among Medical Specialists in Thailand) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร. นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์

ความต้องการการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM) เพิ่มขึ้นทั่วโลก เช่นเดียวกับการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine: TTM) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระยะยาวต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข แต่การส่งเสริมการใช้ TTM ถูกจำกัดโดยการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นกระแสหลักของระบบสุขภาพในประเทศไทยมาอย่างยาวนาน ดังนั้นการยอมรับ TTM ของแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแพทย์เฉพาะทางจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการใช้ TTM แต่ที่ผ่านมาไม่เคยมีการประเมินอย่างเหมาะสมด้วยเครื่องมือสำรวจที่มีมาตรฐาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบนำร่องด้วยแบบสอบถามมาตรฐานในการเข้าถึงการยอมรับและการใช้ TTM/CAM ของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย โดยทำการวิจัยแบบผสมผสานเชิงสำรวจบุกเบิก ประกอบด้วยการวิเคราะห์อภิมาน การสัมภาษณ์เชิงลึก การพัฒนาและทดสอบแบบสอบถาม และการทดสอบนำร่องด้วยแบบสอบถามมาตรฐานในแพทย์เฉพาะทางภายใต้ 8 ราชวิทยาลัยในประเทศไทย ผลการวิเคราะห์อภิมานจากบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2545 - 2560 จำนวน 1,924 เรื่อง มีบทความที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 25 เรื่อง พบว่าความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางด้วยโมเดลแบบสุ่มมีค่าเท่ากับร้อยละ 54 (95% CI: 36%-73%) และความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกที่มีค่าสูงที่สุดคือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามด้วยจิตแพทย์และแพทย์ประสาทวิทยา ประสาทศัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อายุรแพทย์ และศัลยแพทย์ แบบสอบถามการยอมรับและการใช้ TTM/CAM ของแพทย์เฉพาะทางที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 3 ตอน รวม 78 ข้อ มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป) และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในระดับดีมาก (Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.96) ปัจจัยการยอมรับ TTM/CAM จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ ซึ่งการวิเคราะห์กลุ่มแฝงแสดงให้เห็นว่าแพทย์เฉพาะทางสามารถจัดกลุ่มตามประเภทของผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือกจำนวน 4 กลุ่มคือ ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก และผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก การทดสอบนำร่องในแพทย์เฉพาะทางจำนวน 243 คน จาก 8 ราชวิทยาลัยแสดงให้เห็นถึงรูปแบบต่าง ๆ ในการยอมรับและการใช้ TTM/CAM จากแต่ละสาขาของแพทย์ โดยแบบสอบถามการยอมรับและการใช้ TTM/CAM สามารถใช้ในการสำรวจระดับประเทศในแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการส่งเสริมการใช้ TTM/CAM ทั้งในประเทศไทยและสถานที่อื่น ๆ

สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2562	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5774761130 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORD: Thai Traditional Medicine, Complementary and Alternative Medicine, Medical specialist, Health care provider, Health personnel, Acceptance

Phanupong Phutrakool : Acceptance and Use of Thai Traditional and Complementary and Alternative Medicine among Medical Specialists in Thailand. Advisor: Asst. Prof. KRIT PONGPIRUL, M.D., Ph.D. Co-advisor: THANAPOOM RATTANANUPONG, Ph.D.

The demand for Complementary and Alternative Medicine (CAM) has increased worldwide and Thai Traditional Medicine (TTM) is no exception. National strategies to promote the utilization of TTM services have been limited as conventional medicine, including specialized tertiary care, has dominated the Thailand healthcare system for decades. Acceptance of conventional medical specialists is crucial for promoting the TTM services but has never been properly assessed. This study aimed to develop and pilot test the standard questionnaire for assessing the acceptance and use of TTM/CAM among Thai medical specialists. This exploratory sequential mixed methods study comprised of four components: a meta-analysis, in-depth interview, questionnaire development, and pilot survey in eight Royal Colleges of various medical specialties in Thailand. Of 1,924 articles published between 2002 and 2017, 25 fulfilled the selection criteria in meta-analysis. The overall random-effect pooled prevalence of CAM acceptance was 52% (95%CI: 42-62%). Family Medicine reported the highest acceptance, followed by Psychiatry and Neurology, Neurological Surgery, Obstetrics and Gynecology, Pediatrics, Anesthesiology, Physical Medicine and Rehabilitation, Internal Medicine, and Surgery. The questionnaire has 78 items in three parts with good content validity (IOC more than 0.50) and high reliability (Cronbach's Alpha 0.96). Exploratory Factor Analysis (EFA) was conducted and revealed three principal components: Proactiveness, Optimistic Views, and Pessimistic Views whereas Latent Class Analysis (LCA) suggested that medical specialists could be grouped into four CAM acceptance levels: Practitioner, Promoter, Supporter, and Non-supporter. The pilot test conducted in 243 participants who were medical specialists from 8 Royal Colleges revealed variations in acceptance and use of TTM/CAM across the medical fields. The TTM/CAM acceptance questionnaire could be used for a national survey of conventional medical doctors to provide supporting evidence for promoting TTM/CAM use in Thailand and elsewhere.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study:	Health Research and Management	Student's Signature .....
Academic Year:	2019	Advisor's Signature .....
		Co-advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จาก ผศ.ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และ อ.ดร.ธนะภูมิ รัตนานุพงศ์ ที่ให้ความรู้ ให้กำลังใจ คำแนะนำ และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร ประธานกรรมการสอบ ดร.มณฑกา ธีรชัยสกุล กรรมการภายนอกจากกระทรวงสาธารณสุข นพ.อานนท์ วรยิ่งยง และ รศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผศ.พญ.สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์ แพทย์เฉพาะทางสาขาสูตินรีเวชวิทยา นพ.นรินทร์ เตชะนิรัติศัย แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และพญ.วรรณงาม กิจธนามงคลชัย แพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรแพทย์ ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณคุณแม่ ที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือดูแลตลอดช่วงระยะเวลาที่ศึกษาและทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

การศึกษาวิจัยนี้ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ภานุพงศ์ ภู่ตระกูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ง
กิตติกรรมประกาศ ..... จ
สารบัญ ..... ฉ
สารบัญตาราง ..... ฎ
สารบัญภาพ ..... ฐ
บทที่ 1 1
บทนำ 1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
1.2 คำถามการวิจัย 4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย 4
1.4 สมมติฐานของการวิจัย 5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย 5
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 5
1.7 ข้อจำกัดของการวิจัย 7
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 7
1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย 8
บทที่ 2 9
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9
2.1 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 9
2.2 หลักสูตรของแพทย์เฉพาะทางและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง 11

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3 แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม (PRECEDE-PROCEED model, PPM) 17
2.4 ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory) 21
2.5 การประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี สู่การพัฒนาแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยในครั้งนี้ 24
2.6 วารสารเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกและจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่ทำการตีพิมพ์บทความ 25
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 26
บทที่ 3 32
วิธีดำเนินการวิจัย 32
3.1 การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) 33
3.1.1 วิธีดำเนินการวิจัย 33
3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 33
3.1.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 36
3.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล 37
3.1.5 การพิจารณาอคติและการป้องกัน 38
3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 38
3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 38
3.2.2 วิธีดำเนินการวิจัย 39
3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 40
3.2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 40
3.2.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 40
3.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล 40
3.2.7 การพิจารณาอคติและการป้องกัน 41
3.2.8 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม 41

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.2.9 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข 42
3.3 การพัฒนาและการทดสอบแบบสอบถาม 42
3.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 42
3.3.2 วิธีดำเนินการวิจัย 43
3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 44
3.3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 44
3.3.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 45
3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล 45
3.3.7 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม 46
3.3.8 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข 46
3.4 การทดสอบนำร่อง (Pilot survey) 47
3.4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 47
3.4.2 วิธีดำเนินการวิจัย 49
3.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 50
3.4.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 50
3.4.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 51
3.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล 51
3.4.7 การพิจารณาอคติและการป้องกัน 54
3.4.8 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม 54
3.4.9 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข 55
บทที่ 4 56
ผลการศึกษา 56
4.1 การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) 56
4.1.1 การประเมินคุณลักษณะงานวิจัย 57

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.1.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัย 64
4.1.3 การประมาณค่าขนาดอิทธิพลและการศึกษาความแตกต่างของขนาดอิทธิผล 65
4.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) 72
4.2.1 การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 73
4.2.2 ด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเชิงทางเลือกของผู้ป่วย 75
4.2.3 ด้านประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 76
4.2.4 ด้านการยอมรับในเชิงประโยชน์จากการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 78
4.2.5 ด้านความร่วมมือกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 79
4.2.6 ด้านการโฆษณาเกินจริงของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 80
4.2.7 ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 81
4.2.8 ด้านความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในแนวทางเวชปฏิบัติ 82
4.2.9 ด้านความไม่ชัดเจนของการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 83
4.3 การพัฒนาและการทดสอบแบบสอบถาม 84
4.3.1 รวบรวมประเด็นสำคัญและข้อคำถาม 84
4.3.2 ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 84
4.4 การทดสอบนำร่อง (Pilot survey) 88
4.4.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ 88
4.4.2 ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝง 94
4.4.3 ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 107
4.4.4 ผลการทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัย 109
บทที่ 5 172
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 172

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5.1 สรุปผลการวิจัย 172
5.2 อภิปรายผล 183
5.2.1 แบบสอบถามการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 183
5.2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และการวิเคราะห์กลุ่มแฝง 184
5.2.3 การทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัย 185
5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา 194
5.4 ข้อเสนอแนะ 195
บรรณานุกรม 197
ประวัติผู้เขียน 204
ภาคผนวก 205

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง/แพทย์เฉพาะทางต่อยอด 12

ตารางที่ 2 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทาง) 13

ตารางที่ 3 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทางต่อยอด) 15

ตารางที่ 4 แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม 18

ตารางที่ 5 ดัชนีผลกระทบการอ้างอิงวารสาร (Journal Impact Factor) ปี พ.ศ. 2560 25

ตารางที่ 6 ราชวิทยาลัยที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก 39

ตารางที่ 7 ข้อมูลลักษณะของบทความวิชาการ 58

ตารางที่ 8 ข้อมูลแพทย์แยกตามสาขาเฉพาะทาง 63

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ Meta-regression ของปัจจัยการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือก .. 67

ตารางที่ 10 ปัจจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 73

ตารางที่ 11 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 85

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ Parallel Analysis ในการกำหนดจำนวนองค์ประกอบ 89

ตารางที่ 13 ตัวแปรที่ตัดออกจากการสกัดองค์ประกอบ 91

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 3 องค์ประกอบ 91

ตารางที่ 15 น้ำหนักองค์ประกอบที่ 1 ด้านกิจกรรม (Proactiveness) 92

ตารางที่ 16 น้ำหนักองค์ประกอบที่ 2 ด้านมุมมองเชิงบวก (Optimistic Views) 93

ตารางที่ 17 น้ำหนักองค์ประกอบที่ 3 ด้านมุมมองเชิงลบ (Pessimistic Views) 94

ตารางที่ 18 ค่าพารามิเตอร์ของตัวแบบกลุ่มแฝง (Latent Class Analysis) 95

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 19 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก 95
ตารางที่ 20 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 2 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก 98
ตารางที่ 21 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก..... 101
ตารางที่ 22 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 4 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก 104
ตารางที่ 23 เกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค 109
ตารางที่ 24 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์เฉพาะทาง 116
ตารางที่ 25 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์เฉพาะทางตามการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 128
ตารางที่ 26 ข้อมูลคะแนนการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มแฝง 135
ตารางที่ 27 การจัดระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกลุ่มแฝง 148
ตารางที่ 28 ข้อมูลการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มแฝง 154
ตารางที่ 29 การจัดกลุ่มระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มแฝง 171

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย 8
ภาพที่ 2 ตัวอย่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ 18
ภาพที่ 3 เมตริกการตัดสินใจ (Decision Matrix Diagram) 20
ภาพที่ 4 รูปแบบของประเภทผู้รับนวัตกรรม 23
ภาพที่ 5 รูปแบบของประเภทผู้รับนวัตกรรมและประเภทของผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก 25
ภาพที่ 6 กรอบการวิจัย 32
ภาพที่ 7 แผนผังการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 49
ภาพที่ 8 ขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิชาการ 57
ภาพที่ 9 การประเมินคุณภาพ ความเสี่ยงที่จะเกิดอคติ และการรายงานความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของบทความวิชาการ 64
ภาพที่ 10 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกตามภูมิภาค 65
ภาพที่ 11 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกตามเศรษฐกิจ 66
ภาพที่ 12 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง 66
ภาพที่ 13 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกตามภูมิภาค 68
ภาพที่ 14 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกตามรายได้ของประเทศ..... 69
ภาพที่ 15 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง 69
ภาพที่ 16 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกในสาขาแพทย์เฉพาะทาง 71
ภาพที่ 17 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกในสาขาแพทย์เฉพาะทาง..... 71
ภาพที่ 18 กราฟ Carell's Scree plot แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนองค์ประกอบและค่า Eigenvalue 90
ภาพที่ 19 สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางตามประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก 107
ภาพที่ 20 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม จำนวน 243 คน ตามกลุ่มแฝง..... 142

ภาพที่ 21 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์โสต ศอ นาสิก จำนวน 39 คน ตามกลุ่มแฝง 142

ภาพที่ 22 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 6 คน ตามกลุ่มแฝง 143

ภาพที่ 23 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 33 คน ตามกลุ่มแฝง 143

ภาพที่ 24 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์ออร์โธพิดิกส์ จำนวน 14 คน ตามกลุ่มแฝง 144

ภาพที่ 25 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของรังสีแพทย์จำนวน 25 คน ตามกลุ่มแฝง 144

ภาพที่ 26 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของศัลยแพทย์จำนวน 6 คน ตามกลุ่มแฝง 145

ภาพที่ 27 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสูตินรีแพทย์จำนวน 53 คน ตามกลุ่มแฝง 145

ภาพที่ 28 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของอายุรแพทย์จำนวน 72 คน ตามกลุ่มแฝง 146

ภาพที่ 29 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมตามกลุ่มแฝง 165

ภาพที่ 30 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์ โสต ศอ นาสิกตามกลุ่มแฝง 165

ภาพที่ 31 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวตามกลุ่มแฝง 166

ภาพที่ 32 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟูตามกลุ่มแฝง 166

ภาพที่ 33 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์ ออร์โธพิดิกส์ตามกลุ่มแฝง 167

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาพที่ 34 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของรังสีแพทย์ตามกลุ่มแฝง 167

ภาพที่ 35 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของศัลยแพทย์ตามกลุ่มแฝง 168

ภาพที่ 36 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของสูตินรีแพทย์ตามกลุ่มแฝง 168

ภาพที่ 37 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของอายุรแพทย์ตามกลุ่มแฝง 169

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)[1] ได้กำหนดความหมายของการแพทย์ดั้งเดิม (Traditional medicine) คือ ความรู้ทักษะและการปฏิบัติตามแนวคิด ทฤษฎี ความเชื่อ และประสบการณ์ในท้องถิ่นที่มีต่อวัฒนธรรมที่ต่างกัน เพื่อใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงการป้องกันโรค การวินิจฉัย การปรับปรุงหรือการรักษาอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่การแพทย์ทางเลือก (Complementary medicine) หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนดั้งเดิมในประเทศต่าง ๆ และไม่ได้ผสานเข้าสู่ระบบดูแลสุขภาพหลักอย่างครบวงจร โดยศูนย์การแพทย์ผสมผสานและสุขภาพองค์รวม (National Center for Complementary and Integrative Health: NCCIH)[2] ได้จัดประเภทของการแพทย์ทางเลือกไว้ 2 ประเภท คือ ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ และการบำบัดทางกายและจิต (mind-body practices) โดยผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ เช่น สมุนไพร วิตามินและแร่ และโพรไบโอติกส์ ส่วนการบำบัดทางกายและจิตจะรวมถึงโยคะ ไคโรแพรคเตอร์ และสมาธิบำบัด ซึ่งบางประเภทของการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกมีความคาบเกี่ยวกันเช่น การแพทย์ดั้งเดิมของจีนจะรวมถึงสมุนไพรจีน และการฝังเข็มเข้าไปด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ความต้องการการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก (Traditional and Complementary Medicine: TCM) เพิ่มขึ้นทั่วโลก ในประเทศออสเตรเลียหว่างปี พ.ศ. 2538 – 2548 มีอัตราการใช้บริการ TCM เพิ่มขึ้น 30% รวมถึงผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ TCM ในสหรัฐอเมริกาในช่วงปี พ.ศ. 2545 – 2551 เพิ่มขึ้น 6% (8,100 – 8,600 ล้านดอลล่าร์สหรัฐ)[3] ซึ่งเป็นการเติบโตอย่างช้า ๆ แต่ต่อเนื่อง[4] เช่นเดียวกับประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีสัดส่วนการใช้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Thai Traditional and Complementary and Alternative Medicine: TT/CAM) ในรูปแบบผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล) เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.39 และรูปแบบผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป) เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.56 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2559[5] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามการสนับสนุนจาก

รัฐบาล และอัตราการใช้บริการแพทย์แผนไทยเทียบกับบริการผู้ป่วยนอก TTCAM ในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2561 เพิ่มขึ้น 9.68% (95% CI: 15.03%-24.71%) โดยในปี พ.ศ. 2561 พบว่าในสถานบริการสาธารณสุขมีการมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรคิดเป็นร้อยละ 3.39 (21,164 ล้านบาท) เมื่อเทียบกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน แต่ปัจจัยที่สำคัญมาจากนโยบายของประเทศ โดยได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการเพิ่มปริมาณใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากรัฐบาลภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระยะยาวต่าง ๆ อาทิ

แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560–2564)[6] มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการผลิตสมุนไพรที่ได้มาตรฐานสากล มีคุณภาพ สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์ และพัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นที่ยอมรับสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรไทยทั้งในประเทศและต่างประเทศ และส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจการใช้สมุนไพรไทยอย่างถูกต้องเหมาะสม มีเป้าหมายเพื่อประเทศไทยเป็นประเทศที่ส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรคุณภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรชั้นนำของภูมิภาคอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2564 รวมทั้งมูลค่าของวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรภายในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เท่าตัวภายในปี พ.ศ. 2564

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579[7] ของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ช่วงละ 5 ปี เพื่อให้จัดลำดับความสำคัญในการทำงานและการจัดสรรทรัพยากร คือ ช่วงที่ 1 พ.ศ. 2560–2564 เน้นการปฏิรูประบบ โดยการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระระยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน ช่วงที่ 2 พ.ศ. 2565–2569 เน้นการสร้างความเข้มแข็ง โดยจัดโครงสร้างพื้นฐานกำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม และทำให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองได้ ช่วงที่ 3 พ.ศ. 2570–2574 เน้นเรื่องความยั่งยืนทางด้านการเงิน การคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยาและเวชภัณฑ์พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด และช่วงที่ 4 พ.ศ. 2575–2579 เน้นการเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยระบบสุขภาพของไทยจะต้องทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุณภาพ สังคมมีส่วนร่วมและสามารถตรวจสอบได้ จะต้องสามารถแข่งขันหรือเทียบเคียงนานาชาติได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัด (Key Performance Indicator) ของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคือ ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก[7] โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องมีสัดส่วนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไม่น้อยกว่าร้อยละ 21.5

ถึงแม้ว่าการสนับสนุนเชิงนโยบายจากรัฐบาล จะส่งผลให้โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย แต่กลับพบว่าไม่มีโรงพยาบาลเอกชนใดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย จึงเป็นการแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลมีความพยายามผลักดันอยู่ฝ่ายเดียว ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์ทางเลือกที่เป็นการนำความรู้และวิธีรักษาความเจ็บป่วยต่าง ๆ มาจากต่างประเทศ และมักมีราคาแพงมากกว่า แต่กลับมีให้บริการทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งการแพทย์แผนไทยอยู่ในบริบทของการดูแลสุขภาพองค์รวม เป็นการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติที่มีความปลอดภัย และมีลักษณะของการเป็นผู้ดูแลรักษา แต่ในมุมมองของแพทย์แผนปัจจุบันบางส่วน พบว่าการแพทย์แผนไทยอยู่ในบริบทของการเป็นตัวเลือกในการรักษา เพราะมีความล้าสมัย ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับ ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญและมีความรู้ไม่เพียงพอ[8, 9] รวมทั้งสังกัดส่วนการบริหารก็อยู่ภายใต้แพทย์แผนปัจจุบัน[10] อีกทั้งมีความต้องการให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคและสั่งการก่อนที่จะไปรับการบริการจากแพทย์แผนไทย[11] ซึ่งการที่แพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นกระแสหลักของระบบสุขภาพในประเทศไทยไม่ยอมรับการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยไม่ถูกบูรณาการในระบบสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และเป็นอุปสรรคในการบูรณาการไปสู่ประชาชน

การวัดผลถึงระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยผู้ให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นการวัดผลลัพธ์ที่ปลายทาง แต่ไม่เคยมีการประเมินถึงการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับประเทศของแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเหมาะสมด้วยเครื่องมือสำรวจที่มีมาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินในแพทย์เฉพาะทางที่เป็นกระแสหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความยั่งยืนในระยะยาวของระบบบริการสุขภาพในการให้บริการเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงควรมีการพัฒนาแบบสอบถามมาตรฐานเพื่อใช้สำรวจถึงการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ของแพทย์เฉพาะทาง และดำเนินการทดสอบนำร่องถึงผลการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ในประเทศไทยที่ผู้วิจัยทำการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมการใช้และบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 คำถามการวิจัยหลัก

1. ผลการทดสอบนำร่องของการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยเป็นอย่างไร

1.2.2 คำถามการวิจัยรอง

1. ผลการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางเป็นอย่างไร

2. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาแบบสอบถามมาตรฐานในการเข้าถึงการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. เพื่อทำการทดสอบนำร่องด้วยแบบสอบถามมาตรฐานในการเข้าถึงการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ดำเนินการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแบบสอบถามในการเข้าถึงการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแบบสอบถามในการเข้าถึงการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 การยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยจากการทดสอบนำร่องมีความแตกต่างกันตามสาขาของแพทย์เฉพาะทาง

1.4.2 การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยจากการทดสอบนำร่องมีความแตกต่างกันตามสาขาของแพทย์เฉพาะทาง

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในแพทย์เฉพาะทางที่เป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยในประเทศไทยที่มีการรักษาผู้ป่วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หมายถึง กระบวนการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค ฟื้นฟูหรือรักษาความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง ประกอบด้วย เวชกรรมไทย นวดไทย และการดูแลหญิงหลังคลอด

1.6.2 การแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine) หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนดั้งเดิมในประเทศต่าง ๆ และไม่ได้ผสานเข้าสู่ระบบดูแลสุขภาพหลักอย่างครบวงจร ประกอบด้วย

Acupuncture (ฝังเข็ม) Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์) Aromatherapy (สุคนธบำบัด) Hydrotherapy (วารีบำบัด) Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์) Bone Setter (ดัดกระดูก) Yoga (โยคะ) Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก) Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า) Hypnosis (สะกดจิตบำบัด) และ Meditation (สมาธิบำบัด)

1.6.3 การแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine) หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์ที่ให้การรักษาทางยา การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์ได้และตรวจสอบได้ ซึ่งผู้ที่ให้การรักษา จะต้องสำเร็จการศึกษาวิชาชีพแพทย์ และสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เฉพาะทาง

1.6.4 แพทย์ทั่วไป (General Practitioner) หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติด้านการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการส่งเสริม การดูแลรักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพโดยผ่านการศึกษา การวินิจฉัย การรักษาโรคหรืออาการบาดเจ็บ และความบกพร่องทั้งทางร่ายกายและจิตใจต่าง ๆ สำเร็จการศึกษาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา

1.6.5 แพทย์เฉพาะทาง (Medical Specialist) หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติด้านการแพทย์ที่สอบผ่านหลักสูตรของราชวิทยาลัย ประกอบด้วย หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทาง) และ/หรือหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทางต่อยอด) มีและการขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1.6.6 ราชวิทยาลัย หมายถึง องค์กรวิชาชีพที่มีสมาชิกเป็นแพทย์เฉพาะทางที่สอบผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทาง) และ/หรือสอบผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทางต่อยอด) และขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ได้รับอนุมัติให้จัดตั้งขึ้นตามข้อบังคับของแพทยสภา โดยการศึกษาในครั้งนี้สนใจศึกษาเฉพาะราชวิทยาลัยที่มีการรักษาผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีราชวิทยาลัยที่มีการรักษาผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 13 ราชวิทยาลัยดังต่อไปนี้ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย

แพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

1.6.7 การยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Acceptance of Thai Traditional and Complementary and Alternative Medicine) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการที่จะยอมรับเอาสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตนเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีกว่าทั้งรูปธรรมและนามธรรมไปปฏิบัติด้วยความพอใจ ซึ่งมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 3 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยกิจกรรม ปัจจัยมุมมองเชิงบวก และปัจจัยมุมมองเชิงลบ โดยแต่ละปัจจัยมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ ระดับต่ำมาก ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับสูงมาก

1.6.7 การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Use of Thai Traditional and Complementary and Alternative Medicine) หมายถึง การเคยแนะนำหรือการเคยใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด 5 ระดับ คือ ระดับต่ำมาก ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับสูงมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1.7 ข้อจำกัดของการวิจัย

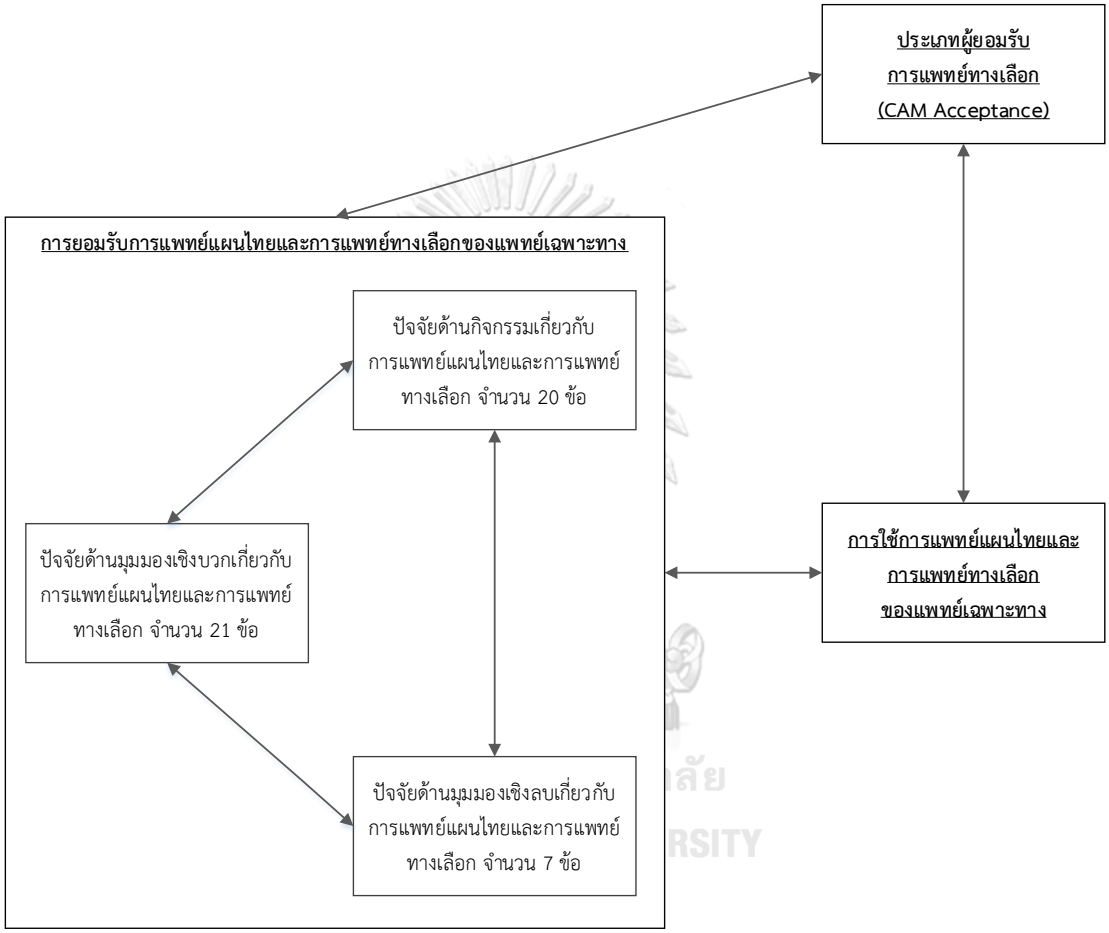
การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการศึกษาและทดสอบนำร่องกับแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการขยายผลไปสู่แพทย์เฉพาะทางในประเทศอื่น ๆ ที่มีลักษณะพื้นฐานหรือบริบทในพื้นที่แตกต่างไป

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.8.1 ได้แบบสอบถามมาตรฐานในการเข้าถึงระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

1.8.2 นำไปใช้ในการสำรวจระดับประเทศในแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพต่อไป

1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามสาขาวิชาของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2.2 หลักสูตรของแพทย์เฉพาะทางและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

2.3 แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม (PRECEDE-PROCEED model)

2.4 ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory)

2.5 การประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี สู่การพัฒนาแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยในครั้งนี้

2.6 วารสารเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกและจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่ทำการตีพิมพ์บทความ

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การเผยแพร่การแพทย์แผนไทย[12] สู่สาธารณะเกิดขึ้นครั้งแรกในสมัยรัชกาลที่ 1 พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช โดยได้โปรดให้มีการจารึกตำรายาและฤาษีดัดตนไว้ตามศาลารายของวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) และจัดตั้งกรมหมอโรงพระโอสถขึ้น ในสมัยรัชกาลที่ 3 ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามามีบทบาทในประเทศไทย ได้เกิดบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยที่สำคัญคือ พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหลวงวงษาธิราชสนิทซึ่งเป็นแพทย์ไทยคนแรกที่ได้รับประกาศนียบัตรจากสถาบันการแพทย์ยุโรป และทรงแต่งตั้งตำราสรรพคุณยาสมุนไพรไทยจำนวน 116 ชนิด และจารึกคำบรรยายการบำบัดโรคด้วยสมุนไพรและฤาษีดัดตน รวมทั้งบูรณะตำรายาศิลาจารึกของวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ประกอบด้วย วิชาฤาษีดัดตน เวชศาสตร์ เภสัชศาสตร์ และแผนนวด เปิดการสอนฝึกหัดวิชาแพทย์แผนไทยในสำนักกรมแพทย์พระราชวังบวรสถานมงคล จัดตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ที่ทำการเปิดสอนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กัน

แต่ในรัชกาลที่ 6 ได้ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาและยกเลิกการเรียนแพทย์แผนไทย ทำให้บทบาทของการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพคนไทยลดน้อยลงมากตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม ในสมัยรัชกาลที่ 8 ระหว่าง ปี พ.ศ. 2485 – 2486 ประเทศไทยพบภาวการณ์ขาดแคลนยาจากต่างประเทศอันเป็นผลมาจากสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงเกิดนโยบายผลิตยาฝรั่งจากสมุนไพร เกิดสวนสมุนไพรที่ตำบลบ้านอ่าง จังหวัดจันทบุรี มีการรวบรวมสรรพคุณสมุนไพรไทยที่มีการวิจัยแล้วเกือบ 400 ชนิด ซึ่งอยู่ในความสนใจของต่างชาติ ปี พ.ศ. 2494 ได้มีการสร้างโรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์แผนไทยที่แรก จัดตั้งสมาคมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย และจัดตั้งคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติ

ปี พ.ศ. 2520 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมทำแผนงานเพื่อส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมและขอให้ประเทศสมาชิกใช้การแพทย์ดั้งเดิมและยาจากสมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ทำให้บทบาทของการแพทย์แผนไทยและรวมถึงการแพทย์ทางเลือกได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการออกนโยบายที่สนับสนุนส่งเสริมในการวิจัยพัฒนาและรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพร จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย ซึ่งทำหน้าที่วางแผนนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ปรับเปลี่ยนรายละเอียดในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะโดยเปลี่ยนชื่อจาก “แผนโบราณ” เป็น “แผนไทย” จัดตั้งกรรมการวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งบรรจุยาแผนไทยและสมุนไพรไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ แสดงถึงการยอมรับในประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล และเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับแพทย์แผนปัจจุบันและประชาชนที่ต้องการยาแผนไทยและสมุนไพรไทย ทั้งนี้การแพทย์แผนไทยแตกต่างจากการแพทย์ทางเลือก โดยการแพทย์แผนไทยคือกระบวนการทั้งหมดเกี่ยวกับความรู้ ความสามารถ และการปฏิบัติที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎี ความเชื่อและประสบการณ์ที่แตกต่างกับไปในแต่ละพื้นที่ ประเพณี และวัฒนธรรม ไม่ว่าจะอธิบายได้หรือไม่ ซึ่งใช้ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค ฟื้นฟูหรือรักษาความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยประกอบด้วย 4 สาขาคือ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย นวดไทย และผดุงครรภ์ ในขณะที่การแพทย์ทางเลือก[1] คือการดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนดั้งเดิมในประเทศต่าง ๆ และไม่ได้ผสานเข้าสู่ระบบดูแลสุขภาพหลักอย่างครบวงจร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เช่น มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579)[7] ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศจำนวน 4 ด้าน ซึ่งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกถูกพัฒนาในด้าน Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) มีความต้องการพัฒนาวงการแพทย์ของไทยให้เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ และ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical & Wellness Hub) หรือเขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านบริการสุขภาพทางเลือก (Alternative Health Service) ให้บริการการแพทย์แผนไทยและพัฒนาสมุนไพรรวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2564)[6] มุ่งหวังสนับสนุนให้เกิดการผลิตสมุนไพรที่ได้มาตรฐานและคุณภาพ สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ผลิตภัณฑ์ พัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นที่ยอมรับสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรไทยทั้งในประเทศและต่างประเทศ และส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจการใช้สมุนไพรไทยอยางถูกต้องเหมาะสม เป้าหมายเพื่อเป็นประเทศที่ส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรคุณภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรชั้นนำของภูมิภาคอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2564 รวมทั้งมูลค่าของวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรภายในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 เท่าตัวภายในปี 2564 และพัฒนาให้เกิดเมืองสมุนไพรจำนวน 4 เมือง ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย ปราจีนบุรี สกลนคร และสุราษฎร์ธานีเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพรแบบครบวงจรในระดับจังหวัด พัฒนาคุณภาพวัตถุดิบที่ได้มาตรฐาน ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.2 หลักสูตรของแพทย์เฉพาะทางและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

แพทย์เฉพาะทางคือผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติด้านการแพทย์ ที่สอบผ่านหลักสูตรของราชวิทยาลัย ประกอบด้วย หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทาง) ใช้เวลาเรียนตั้งแต่ 3-5 ปี ประกอบด้วย 16 ราชวิทยาลัย 39 สาขา และ/หรือหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทางต่อยอด) ใช้เวลาเรียน

2 ปี ประกอบด้วย 8 ราชวิทยาลัย 43 สาขา[13] ดังตารางที่ 1, ตารางที่ 2 และตารางที่ 3 พบว่าในฐานข้อมูลของแพทยสภา ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 มีจำนวนแพทย์แผนปัจจุบันที่ขึ้นทะเบียน 66,139 คน[14] โดยเป็นแพทย์เฉพาะทางจำนวน 43,309 คน[15] หรือประมาณร้อยละ 65 ของแพทย์แผนปัจจุบันทั้งหมด

ตารางที่ 1 จำนวนหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง/แพทย์เฉพาะทางต่อยอด

ลำดับ	ราชวิทยาลัย	จำนวนหลักสูตร	
		แพทย์เฉพาะทาง	แพทย์เฉพาะทางต่อยอด
1	ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	1	1
2	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	1	-
3	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	1	-
4	ราชวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย	1	-
5	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	1	-
6	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	2	12
7	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	1	-
8	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	2	-
9	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	1	-
10	ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย	5	2
11	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	3	4
12	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย	1	4
13	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	5	4
14	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	1	4
15	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	5	12
16	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย	8	-
	รวม	39	43

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 2 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทาง)

ราชวิทยาลัย	ลำดับ	รหัสแพทยสภาใหม่	รหัส สป.	สาขา	จำนวนปีเรียน
ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	1	สศ221	3200	โสต ศอ นาสิกวิทยา (Otolaryngology)	3
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	2	วค111	1600	เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)	3
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	3	วฟ211	2400	เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation Medicine)	3
ราชวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย	4	วฉ121	3900	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine)	3
ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	5	อธ221	3300	ออร์โธปิดิกส์ (Orthopedics)	4
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	6	กม211	1000	โลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก (Pediatric Hematology-Oncology)	5
	7	กม221	0100	กุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics)	3
ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	8	จษ231	0300	จักษุวิทยา (Ophthalmology)	3
ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	9	จพ121	0400	จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry)	3
	10	จพ122	0500	จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatry)	4
ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	11	ปศ211	2600	ประสาทศัลยศาสตร์ (Neurological Surgery)	5
ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย	12	พธ111	0800	พยาธิวิทยาคลินิก (Clinical Pathology)	3
	13	พธ112	0700	พยาธิวิทยากายวิภาค (Anatomical Pathology)	3
	14	พธ113	0600	พยาธิวิทยาทั่วไป	3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ราชวิทยาลัย	ลำดับ	รหัสแพทยสภาใหม่	รหัส สป.	สาขา	จำนวนปีเรียน
				(Anatomical and Clinical Pathology)	
	15	พธ121	0900	นิติเวชศาสตร์ (Forensic Medicine)	3
	16	พธ114	0200	เวชศาสตร์บริการโลหิต	3
ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	17	รส211	1100	รังสีวิทยาวินิจฉัย (Diagnostic Radiology)	3
	18	รส121	1200	รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา (Therapeutic Radiology and Oncology)	3
	19	รส122	1300	เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Nuclear Medicine)	3
ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย	20	วส211	1500	วิสัญญีวิทยา (Anesthesiology)	3
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	21	ศศ241	2700	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง (Plastic Surgery)	5
	22	ศศ211	2500	ศัลยศาสตร์ (Surgery)	4
	23	ศศ212	3000	กุมารศัลยศาสตร์ (Pediatric Surgery)	4
	24	ศศ213	2800	ศัลยศาสตร์ทรวงอก (Thoracic Surgery)	5
	25	ศศ221	2900	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (Urological Surgery)	4
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	26	สน211	3100	สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (Obstetrics and Gynecology)	3
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	27	อย241	3800	ตจวิทยา (Dermatology)	4
	28	อย121	3600	อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา (Oncology)	4
	29	อย122	3500	อายุรศาสตร์โรคเลือด (Adult Hematology)	3
	30	อย221	3400	อายุรศาสตร์ (Internal Medicine)	3
	31	อย222	3700	ประสาทวิทยา (Neurology)	3
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย	32	วป221	1900	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา) (Preventive Medicine, Epidemiology)	3
	33	วป225	2000	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) (Preventive Medicine, Clinical Preventive Medicine)	3
	34	วป227	2300	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน) (Preventive Medicine, Community Mental Health)	3
	35	วป228	2200	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) (Preventive Medicine, Occupational Medicine)	3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ราชวิทยาลัย	ลำดับ	รหัสแพทยสภาใหม่	รหัส สป.	สาขา	จำนวนปีเรียน
	36	วป222	1400	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว) (Preventive Medicine, Travel Medicine)	3
	37	วป223	2100	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์การบิน) (Preventive Medicine, Aviation Medicine)	3
	38	วป224	1700	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล) (Preventive Medicine, Maritime Medicine)	3
	39	วป226	1800	เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสาธารณสุขศาสตร์) (Preventive Medicine, Public Health)	3

ตารางที่ 3 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์เฉพาะทางต่อยอด)

ราชวิทยาลัย	ลำดับ	รหัสแพทยสภาใหม่	รหัส สป.	สาขา	จำนวนปีเรียน
ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	1	สศ301	3201	ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า (Facial Plastic and Reconstructive Surgery)	2
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	2	กม301	0101	กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด (Neonatal- Perinatal Pediatric)	2
	3	กม302	0104	กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา (Pediatric Neurology)	2
	4	กม303	0111	กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา (Pediatric Dermatology)	2
	5	กม304	0107	กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม (Developmental and Behavioral Pediatrics)	2
	6	กม305	0113	กุมารเวชศาสตร์โภชนาการ (Pediatric Nutrition)	2
	7	กม306	0106	กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม (Pediatric Endocrinology and Metabolism)	2
	8	กม307	0102	กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ (Pediatric Infectious Disease)	2
	9	กม308	0108	กุมารเวชศาสตร์โรคไต (Pediatric Nephrology)	2
	10	กม309	0103	กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและโรคตับ (Pediatric Gastroenterology and Hepatology)	2
	11	กม310	0105	กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน	2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ราชวิทยาลัย	ลำดับ	รหัสแพทยสภาใหม่	รหัส สป.	สาขา	จำนวนปีเรียน
				(Pediatric Allergy and Immunology)	
	12	กม311	0116	กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ (Pediatric Respiratory Diseases)	2
	13	กม312	0109	กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ (Pediatric Cardiology)	2
ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย	14	พธ301	0115	ตจพยาธิวิทยา (Dermatopathology)	2
	15	พธ302	0114	พยาธิสูตินรีเวชวิทยา (Obstetric and Gynecological Pathology)	2
ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	16	รส301	1104	ภาพวินิจฉัยชั้นสูง (Advanced Diagnostic Radiology)	2
	17	รส302	1101	ภาพวินิจฉัยระบบประสาท (Diagnostic Neuroimaging)	2
	18	รส303	1103	รังสีร่วมรักษาของลำตัว (Body Intervention Radiology)	2
	19	รส304	1102	รังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Interventional Neuroradiology)	2
ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย	20	วส301	1503	การระงับปวด (Pain Management)	2
	21	วส302	1501	วิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก (Cardiovascular and Thoracic Anesthesia)	2
	22	วส303	1504	วิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก (Pediatric Anesthesia)	2
	23	วส304	1502	วิสัญญีวิทยาสำหรับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท (Neuroanesthesia)	2
ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	24	ศศ301	2504	ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา (Surgical Oncology)	2
	25	ศศ302	2501	ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colon-rectal Surgery)	1
	26	ศศ303	2502	ศัลยศาสตร์หลอดเลือด (Vascular Surgery)	2
	27	ศศ304	2503	ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ (Trauma Surgery)	2
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	28	สน301	3102	มะเร็งนรีเวชวิทยา (Gynecologic Oncology)	2
	29	สน302	3103	เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ (Reproductive Medicine)	2
	30	สน303	3101	เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (Maternal Fetal Medicine)	2
	31	สน304	3104	เวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมซ่อมเสริม (Maternal Fetal Medicine)	2
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศ	32	อย301	3412	โภชนศาสตร์คลินิก (Clinical Nutrition)	2
	33	อย302	3409	เวชบำบัดวิกฤต	2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ราชวิทยาลัย	ลำดับ	รหัสแพทยสภาใหม่	รหัส สป.	สาขา	จำนวนปีเรียน
ไทย				(Intensive and Critical Care Medicine)	
	34	อย303	3413	เวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา (Clinical Pharmacology and toxicology)	2
	35	อย304	3411	อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Medicine)	2
	36	อย305	3402	อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซั่ม (Rheumatology)	2
	37	อย306	3403	อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อ และเมตะบอลิสม (Endocrinology and Metabolism)	2
	38	อย307	3401	อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ (Infectious Diseases)	2
	39	อย308	3406	อายุรศาสตร์โรคไต (Nephrology)	2
	40	อย309	3404	อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก (Allergy and Clinical Immunology)	2
	41	อย310	3405	อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastroenterology)	2
	42	อย311	3408	อายุรศาสตร์โรคระบบหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ (Pulmonary and Pulmonary Critical Care Medicine)	2
	43	อย312	3407	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ (Cardiology)	2

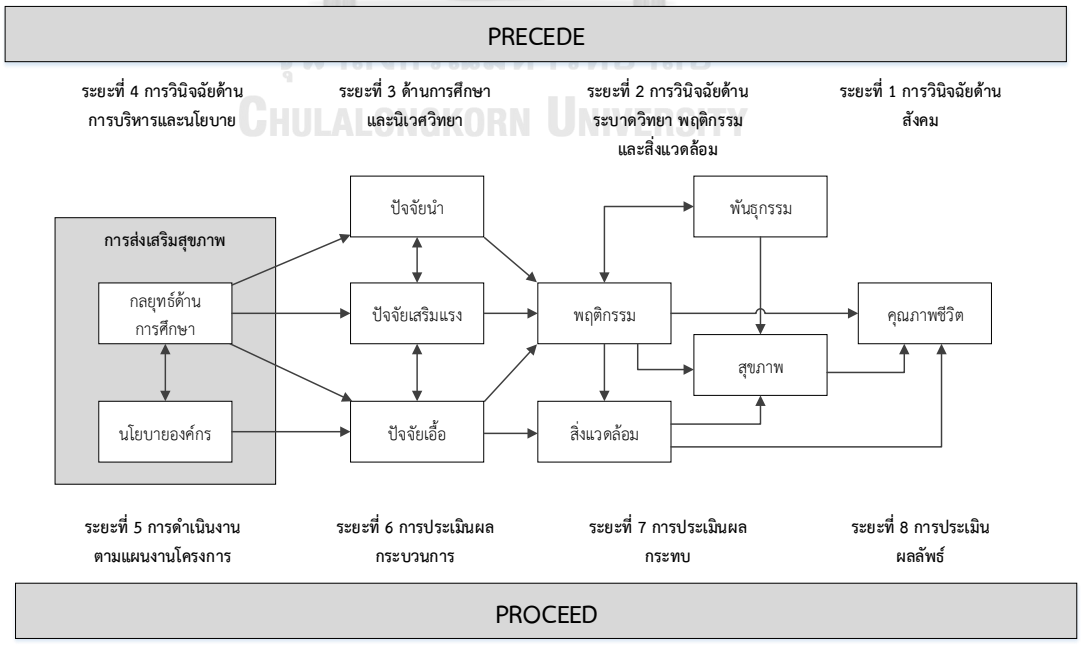
2.3 แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม (PRECEDE-PROCEED model, PPM)

แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม[16] เป็นทฤษฎีที่ประยุกต์โดย Green and Kreuter (2005) ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งสามารถระบุถึงสาเหตุของพฤติกรรม และพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมโดยตรงและปัจจัยที่เข้ามาแทรกแซงผลของพฤติกรรมนั้น เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา วิธีการดำเนินงาน และวิธีการติดตามประเมินผล ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นการระบุสาเหตุของปัญหาจึงต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามจุดมุ่งหมายของ PPM ให้ความสำคัญ

ที่ผลลัพธ์มากกว่าปัจจัย จึงต้องกำหนดผลลัพธ์ก่อน และพิจารณาย้อนหลังว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุอะไรบ้างที่ส่งผลต่อกระบวนการ โดย PRECEDE ประกอบด้วยระยะที่ 1 - 4 และเพื่อประเมินเกี่ยวกับการบริหารและจัดการภายในองค์กร หรือ PROCEED ประกอบด้วยระยะที่ 5 – 8 ดังตารางที่ 4 และภาพที่ 2

ตารางที่ 4 แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม

ขั้นตอน	ระยะที่	การวินิจฉัย
PRECEDE	1	ด้านสังคม (Social Assessment)
	2	ด้านระบาดวิทยา พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม (Epidemiological Behavioral and Environmental Assessment)
	3	ด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and Ecological Assessment)
	4	ด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Assessment and Intervention Alignment)
PROCEED	5	การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ (Implementation)
	6	การประเมินผลกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ (Process Evaluation)
	7	การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)
	8	การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation)



ภาพที่ 2 ตัวอย่างแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

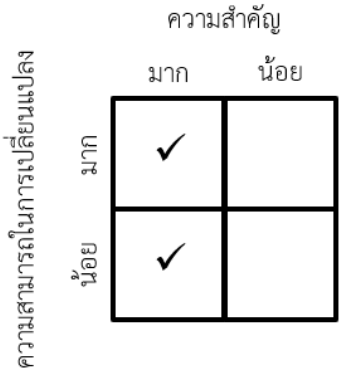
ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม จุดมุ่งหมายเพื่อระบุและประเมินปัญหาด้านสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของกลุ่มเป้าหมาย เป็นข้อมูลเพื่อให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ซึ่งปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมได้ ผู้วางแผนอาจจะใช้การเก็บข้อมูลด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์กับบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดต่อผู้อื่น การอภิปรายกลุ่มกับสมาชิกในชุมชนหรือกลุ่มคนที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน การสังเกต และการสำรวจ

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม จุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถระบุได้ว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมใดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยการกำหนดปัญหาสุขภาพจะช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพ และนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์รวมทั้งกำหนดกลุ่มเป้าหมายของโครงการต่อไป

การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เป็นการระบุปัญหาด้านสุขภาพหรือประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้วางแผนสนใจ พิจารณาปัจจัยทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่น่าจะมีอิทธิผลต่อปัญหาด้านสุขภาพ และทำการแปลงเป็นปัจจัยที่สามารถวัดค่าได้ เพื่อใช้ประเมินปัจจัยด้านระบาดวิทยาต่อไป ผู้วางแผนสามารถใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลเชิงระบาดวิทยาที่มีการบันทึกไว้โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการวางแผนได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การวิเคราะห์พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการกำหนดวัตถุประสงค์ โดยเลือกเฉพาะพฤติกรรมที่สำคัญมากและเปลี่ยนแปลงได้มาก และพฤติกรรมที่สำคัญมากและเปลี่ยนแปลงได้น้อย ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 เมตริกการตัดสินใจ (Decision Matrix Diagram)

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา จุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ย้อนกลับ โดยเริ่มจากสิ่งที่ผู้วางแผนต้องการหรือคือการพิจารณาจากปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แล้วย้อนไปพิจารณาถึงสาเหตุของพฤติกรรม เนื่องจากการระบุบ่งชี้สาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการระบุสาเหตุจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและทางลบต่อพฤติกรรม รวมทั้งทำการลำดับความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของแต่ละสาเหตุ โดยจะต้องเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ คือระดับส่วนบุคคลหรือปัจจัยนำ (Predisposing factors) ระดับระหว่างบุคคลหรือปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (Reinforcing factors) และระดับสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling factors)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

- ปัจจัยนำ หมายถึงองค์ประกอบภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม โดยรวมถึง ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ทักษะ และความสามารถส่วนบุคคล

- ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง หมายถึงปัจจัยที่เป็นผลจากพฤติกรรม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน ซึ่งส่งผลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น รางวัล ผลตอบแทน หรือการได้รับโทษ

- ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม หมายถึงคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การกำหนดนโยบาย กฎหมาย และระเบียบภายในองค์กร

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย จุดมุ่งหมายเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการในระดับองค์กรเพื่อส่งผลให้การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปอย่างยั่งยืน ซึ่งจะต้องระบุก่อนดำเนินงานตามแผนการที่วางไว้ โดยการวินิจฉัยด้านการบริหารเช่น การวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ที่มีผลต่อการพัฒนาแผนงาน ส่วนการวินิจฉัยด้านนโยบายเป็นการประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รวมทั้งกฎระเบียบขององค์กร

ระยะที่ 5 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ จุดมุ่งหมายเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวิธีการและกิจกรรมที่กำหนดไว้โดยผู้รับผิดชอบแต่ละส่วนงาน

ระยะที่ 6 การประเมินผลกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ จุดมุ่งหมายเพื่อทำการวัดผลเกี่ยวกับกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงาน

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระทบ จุดมุ่งหมายเพื่อวัดประสิทธิผลของแผนงานตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม และปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง

ระยะที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลรวมของวัตถุประสงค์ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมหัวข้อแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเฉพาะระยะที่ 1 – 4 โดยศึกษาเฉพาะปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง และปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.4 ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory)

ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมเป็นทฤษฎีที่ประยุกต์โดย[17] Rogers (2003) เป็นกระบวนการในการนำนวัตกรรมหรือความรู้ใหม่ ๆ มาทดลอง ปรับใช้ และกระจายผ่านสื่อทางใดทางหนึ่งไปสู่สังคมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เช่น เพื่อให้เกิดการยอมรับ เพื่อให้เกิดการพัฒนาชุมชน หรือเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเวลาต่อมา โดยปัจจัยสำคัญในการเผยแพร่นวัตกรรมประกอบด้วย

คุณลักษณะของนวัตกรรมส่งผลต่อระยะเวลาและขอบเขตในการยอมรับนวัตกรรมและส่งผลถึงการเผยแพร่นวัตกรรม โดยแบ่งออกเป็น 5 คุณลักษณะดังนี้

1. ประโยชน์เชิงเปรียบเทียบ (Relative Advantage) หมายถึงความรู้สึกว่านวัตกรรมนั้นดีกว่า หรือมีประโยชน์กว่าวิธีการปฏิบัติเดิม ๆ โดยประโยชน์นั้นอาจเป็นในด้านของเศรษฐกิจ สังคม หรือปริมาณความสุขที่เพิ่มขึ้น เช่น การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิผลเทียบเท่าหรือมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกับการแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้ มีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลาย เป็นต้น อย่างไรก็ตามการพิจารณาเพียงคุณลักษณะประโยชน์เชิงเปรียบเทียบไม่สามารถรับรองได้ว่านวัตกรรมนั้นจะสามารถแพร่กระจายในวงกว้าง

2. ความเข้ากันได้ (Compatibility) หมายถึงนวัตกรรมที่เข้ากันได้กับวิถีชีวิต ค่านิยม ความเชื่อ และความต้องการของผู้ใช้จะถูกนำมาใช้งานได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาจจะพิจารณาทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร

3. ความยุ่งยากซับซ้อน (Complexity) หมายถึงความรู้สึกว่านวัตกรรมมีความง่ายต่อการใช้งาน ไม่เสียเวลามากในการเรียนรู้วิธีการใช้งาน และได้รับประโยชน์หลังจากใช้งาน ซึ่งนวัตกรรมที่มีความซับซ้อนสูงจะส่งผลให้อัตราการยอมรับลดลง นวัตกรรมที่มีความซับซ้อนต่ำจะส่งผลให้อัตราการยอมรับสูงขึ้น และนวัตกรรมที่สามารถแบ่งการใช้งานออกเป็นหลายส่วนและนำมาใช้งานทีละส่วนมีแนวโน้มที่จะถูกนำมาใช้งานมากกว่านวัตกรรมที่ไม่สามารถแบ่งการใช้งานออกเป็นส่วน ๆ ได้

4. โอกาสในการทดลองใช้ (Trialability) หมายถึงนวัตกรรมที่ผู้ใช้งานสามารถทดลองใช้งานได้และไม่มีเงื่อนไขผูกมัดที่จะต้องรับนวัตกรรม จะมีโอกาสถูกใช้งานมากขึ้น ทำให้ผู้ใช้งานสามารถทดลองนำนวัตกรรมมาปรับใช้ให้ตรงกับความต้องการของตนเองได้

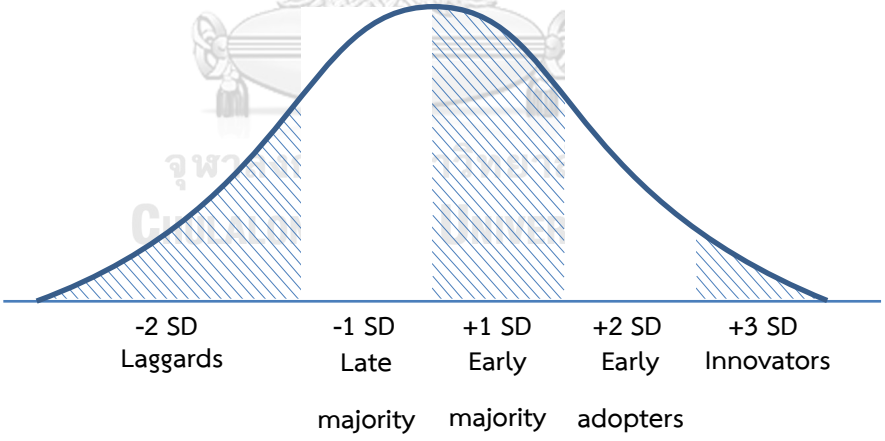
5. การสามารถสังเกตได้ (Observability) หมายถึงผลของนวัตกรรมเป็นสิ่งที่สามารถมองเห็นได้ สังเกตได้ และง่ายในการวัดค่า ซึ่งหากผลของนวัตกรรมสามารถมองเห็นสังเกต และวัดค่าได้ จะส่งผลให้การยอมรับนวัตกรรมมีน้ำหนักมากขึ้น เช่น ผู้ใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับทราบถึงประโยชน์ในการใช้บริการ หรือสามารถวัดประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักได้โดยใช้การประเมินอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อ (Pain score) ด้วย Visual Analog Scale (VAS)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประเภทของผู้รับนวัตกรรม พบว่าการยอมรับการนำนวัตกรรมมาใช้งานโดยบุคคลทั่วไป มีลักษณะการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) หรือมีลักษณะเป็นรูประฆังคว่ำ โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. ผู้แนะนำนวัตกรรม (Innovators)
2. ผู้ยอมรับนวัตกรรมง่าย (Early adopters)
3. ผู้ยอมรับเร็ว (early majority adopters)
4. ผู้ยอมรับช้า (late majority adopters)
5. กลุ่มล้าหลัง (laggards)

หากเทียบกับการกระจายแบบปกติ พบว่าเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยแล้ว ผู้ยอมรับเร็ว (early majority adopters) และยอมรับช้า (late majority adopters) มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง ±1 Standard deviation ผู้ยอมรับนวัตกรรมง่าย (Early adopters) และกลุ่มล้าหลัง (laggards) มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง ±2 Standard deviation และผู้แนะนำนวัตกรรม (Innovators) มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง ±3 Standard deviation ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบของประเภทผู้รับนวัตกรรม

การระบุประเภทของผู้รับนวัตกรรมสามารถช่วยในการออกแบบวิธีการนำนวัตกรรมมาใช้ในผู้รับนวัตกรรมแต่ละประเภท อย่างไรก็ตามกระบวนการตัดสินใจเลือกใช้นวัตกรรมยังมีตัวแปรอื่นอีกมากมายทั้งในบริบทของสิ่งแวดล้อม และบริบทขององค์กรที่นำนวัตกรรมนั้นมาใช้งาน

คุณลักษณะขององค์กร พบว่ามีปัจจัยในบริบทขององค์กรที่มีอิทธิพลกับการเผยแพร่นวัตกรรม โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภทคือ สภาพทางภูมิศาสตร์ขององค์กร (Geographical settings) วัฒนธรรมองค์กร (Societal culture) การเมืองภายในองค์กร (Political conditions) และความเป็นโลกาภิวัตน์และความเป็นเอกภาพขององค์กร (Globalization and uniformity) ซึ่งสภาพทางภูมิศาสตร์ขององค์กรจะมีผลโดยตรงกับตัวบุคคลที่ใช้นวัตกรรม ในขณะที่ตัวแปรที่เหลือจะส่งผลต่อระดับบุคคลและระดับองค์กรที่ใช้นวัตกรรม

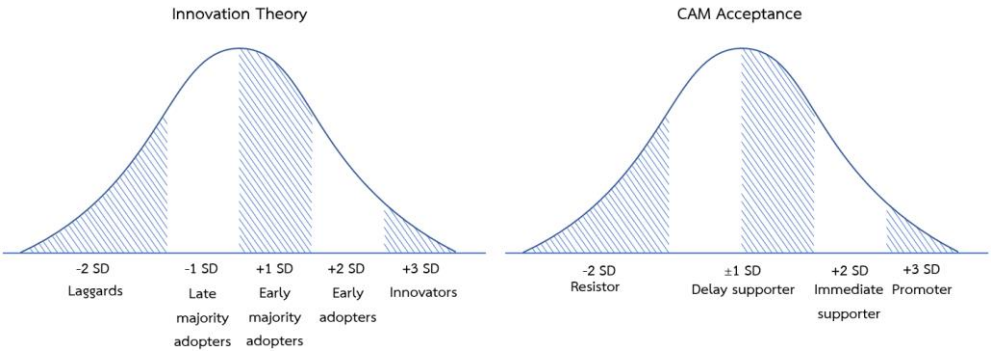
2.5 การประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี สู่การพัฒนาแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยในครั้งนี้

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย จากแนวคิด พื้นฐาน และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ใช้แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพและสาเหตุของพฤติกรรมทำการวินิจฉัยด้านสังคมด้านระบาดวิทยา พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม และด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ในการวิเคราะห์อภิมานเพื่อสังเคราะห์หลักฐานที่ส่งผลต่อการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในระดับนานาชาติ และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทย์เฉพาะทางที่อยู่ในตำแหน่งประธานของราชวิทยาลัยที่มีการรักษาผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อสกัดประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางภายในประเทศ และใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรมเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับคุณลักษณะของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีผลต่อการยอมรับของแพทย์เฉพาะทาง โดยแบ่งกลุ่มปัจจัยของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยกิจกรรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปัจจัยมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และปัจจัยมุมมองเชิงลบเกี่ยวกับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. กลุ่มแฝงของแพทย์เฉพาะทางเกี่ยวกับการยอมรับการแพทย์ทางเลือก ใช้ทฤษฎีการเผยแพร่นวัตกรรม ประยุกต์ใช้ประเภทของผู้รับนวัตกรรมในการจัดประเภทของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกโดยแบ่งตามช่วงค่าความแปรปรวน ดังภาพที่ 5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University



ภาพที่ 5 รูปแบบของประเภทผู้รับนวัตกรรมและประเภทของผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก

2.6 วารสารเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกและจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่ทำการตีพิมพ์บทความ

ผู้วิจัยได้สำรวจวารสารเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกโดยการคัดเลือกเฉพาะวารสารที่มีชื่อประกอบด้วย “Complementary” หรือ “Alternative” และเป็นวารสารที่เกี่ยวกับการแพทย์พบทั้งหมด 6 วารสาร[18] ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ดัชนีผลกระทบการอ้างอิงวารสาร (Journal Impact Factor) ปี พ.ศ. 2560

Rank	Full Journal Title	Quartile	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigen factor Score
3662	BMC Complementary and Alternative Medicine	Q1	5,899	2.288	0.01233
4343	COMPLEMENTARY THERAPIES IN MEDICINE	Q1	2,017	2.013	0.00329
5137	Evidence-based Complementary and Alternative Medicine	Q1	10,864	1.740	0.02743
5518	JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE	Q1	3,903	1.622	0.00436
6181	Complementary Therapies in Clinical Practice	Q1	700	1.436	0.00115
6970	ALTERNATIVE THERAPIES IN HEALTH AND MEDICINE	Q1	1,071	1.247	0.00116

จากฐานข้อมูลเพื่อประเมินและจัดลำดับคุณภาพของวารสารระดับนานาชาติ (Journal Citation Report) ปี พ.ศ. 2559 พบว่าวารสารที่มี Impact Factor สูงที่สุดชื่อ “BMC Complementary and Alternative Medicine” เริ่มมีการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และบทความที่ตีพิมพ์ใน BMC Complementary and Alternative Medicine ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งหมด 486 เรื่อง พบว่ามีจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่ส่งบทความตีพิมพ์ทั้งหมด 266 คน สาขาที่ส่งตีพิมพ์จำนวนสูงสุด 5 อันดับ คือ อายุรศาสตร์ (Internal Medicine) จำนวน 68 คน จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) จำนวน 42 คน

เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation Medicine) จำนวน 22 คน กุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics) จำนวน 20 คน และประสาทศัลยศาสตร์ (Neurological Surgery) จำนวน 19 คน ซึ่งพบว่าแพทย์เฉพาะทางสาขาที่แตกต่างกันมีจำนวนการตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในวารสารระดับนานาชาติที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่าการยอมรับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฉวีวรรณ ม่วงน้อย[8] ได้ศึกษาการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยทำการสำรวจแบบสุ่มด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage) จำนวน 369 คน ผลการศึกษาพบว่าการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทย ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกายและด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรีอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน จากทั้งหมด 5 ระดับคือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ปัญหาที่พบมากที่สุดคือคุณภาพของบุคลากรด้านองค์ความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านและประสบการณ์ ร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นปริมาณของบุคลากรไม่เพียงพอร้อยละ 51.9 สถานที่ไม่เป็นสัดส่วนอาจส่งผลให้ผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้รับบริการเพศหญิงไม่มารับบริการต่อไปร้อยละ 33.6 การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงส่งผลให้ไม่เป็นที่รู้จักและไม่เป็นที่ยอมรับในวงกว้างร้อยละ 30.6 งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอส่งให้ระบบบริการไม่เพียงพอและทั่วถึงร้อยละ 23.5 และอุปกรณ์ไม่เพียงพอร้อยละ 23.5 ข้อเสนอแนะที่พบมากที่สุดคือการเพิ่มความรู้ความชำนาญแก่ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 24.4 รองลงมาเป็นการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงร้อยละ 22.2 การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการการแพทย์แผนไทยอย่างทั่วถึงร้อยละ 14.8 การจัดสถานที่ให้บริการอย่างเพียงพอ เหมาะสมและเป็นสัดส่วนร้อยละ 14.5 การจัดหาอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและปลอดภัยร้อยละ 10.5 และการจัดหางบประมาณอย่างเพียงพอ ร้อยละ 7.7 ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา วิชาชีพ ประเภทบุคลากร และหน่วยงาน ปัจจัยด้านหน่วยงานได้แก่ นโยบายสนับสนุน การจัดบริการ การมีกิจกรรมส่งเสริม สถานที่ บุคลากร การเตรียมความรู้ ปัจจัยประสบการณ์การใช้บริการได้แก่ ด้านเภสัชกรรม ด้านรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่แตกต่างกันมีการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทยแตกต่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แต่ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนไทยไม่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับการยอมรับต่อบริการการแพทย์แผนไทย

สุชล แว่นแก้ว[19] ได้ศึกษาการยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านประโยชน์ของการแพทย์แผนไทยในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยทำการสำรวจแบบสุ่มด้วยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงและการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 245 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการยอมรับโดยรวมในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขในระดับมาก เช่นเดียวกับด้านประโยชน์และด้านประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย โดยการแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกัน รักษา ฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนได้ ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน ลดภาระงานของการรักษาผู้ป่วยนอก การนวดและการใช้สมุนไพรช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประชาชนและประเทศชาติ และการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านของประชาชนทำให้เกิดการสนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกันระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างครบวงจร ตั้งแต่การดูแลสุขภาพในระยะยังไม่เกิดโรค รวมถึงการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการประชุม สัมมนา อบรมด้านการแพทย์แผนไทยร้อยละ 58.4 แต่เคยใช้บริการการแพทย์แผนไทยร้อยละ 71.0 โดยมีความเห็นว่านโยบายการผสมผสานด้านการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่ชัดเจนร้อยละ 53.1 และงบประมาณของหน่วยงานไม่เพียงพอในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยครบทุกกิจกรรมร้อยละ 76.3 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการควรกำหนดหลักสูตรการเรียนการสอน เรื่องการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรการศึกษาสาขาวิชาแพทย์ศาสตร์ให้มากขึ้นทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

รัชนี ราษฎร์จำเริญสุข[9] ได้ศึกษารูปแบบการให้บริการการแพทย์แผนไทยที่ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตุแบบไม่มีส่วนร่วม จำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลมีนโยบายสนับสนุนผลักดันงานแพทย์แผนไทยรวมทั้งมีการเปิดคลินิกการแพทย์แผนไทยด้านสมุนไพรเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาโรคโดยไม่ต้องผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อย่างไรก็ตาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีความเห็นว่า การแพทย์แผนไทยยังต้องการพิสูจน์ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อศึกษาศาสตร์ต่าง ๆ ของการแพทย์แผนไทยให้เกิดการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น รวมทั้งการจัดบริการแพทย์แผนไทยควรทำในโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือหน่วยงานที่ขาดแพทย์แผนปัจจุบัน และผู้รับบริการต้องการให้ขยายเวลาในการให้บริการมากขึ้น

สมนึก ชัทชุงชัทชัย และคณะ[20] ได้ศึกษาการใช้สมุนไพรด้านแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรในแพทย์แผนไทย แพทย์แผนปัจจุบัน เภสัชกร หมอพื้นบ้าน และผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการจำนวนทั้งหมด 202 คน พบว่ามีการใช้งานสมุนไพร จำนวน 36 ตัวในการรักษาทั้งหมด 10 กลุ่มอาการ โดยแพทย์แผนปัจจุบันสามารถสามารถจ่ายยาสมุนไพรและกำหนดขนาดยาให้แก่ผู้ป่วยได้ มีการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลทั้งหมด 6 แห่ง ประกอบด้วย คลินิกแพทย์แผนไทยทำการจ่ายสมุนไพรโดยแพทย์แผนไทย แผนกผู้ป่วยนอก ทำการจ่ายสมุนไพรโดยแพทย์แผนปัจจุบัน แผนกผู้ป่วยในทำการจ่ายยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแพทย์แผนไทย และแผนกเภสัชกรรมทำการจ่ายสมุนไพรตามใบสั่งแพทย์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้สมุนไพรด้านแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการสุขภาพประกอบด้วย จำนวนครั้งในการใช้สมุนไพร การบูรณาการร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย การสนับสนุนการเพาะปลูกสมุนไพร และการยอมรับสมุนไพรในกลุ่มคนพื้นเมือง

นิธิวัสตร์ โฆษิตจิรโชติ[11] ได้ศึกษาวิธีการบริหารจัดการของการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข โดยทำการวิจัยแบบผสมผสานด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลในผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยจำนวนทั้งหมด 431 คน พบว่ารูปแบบการจัดบริการของการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีการบริการทั้งหมดอยู่ 4 กิจกรรม ประกอบด้วย การตรวจรักษา การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยมีแพทย์แผนไทยเป็นผู้ให้บริการ โดยพบปัญหาเรื่องงบประมาณการดำเนินงานเกี่ยวกับการจ้างบุคลากรและการปรับปรุงสถานที่ รวมทั้งต้องการให้แยกงบประมาณรายหัวเป็นการบริการเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทย กำลังบุคลากรยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการ ขาดความรู้และทักษะประสบการณ์ในการตรวจวินิจฉัยโรค และกลุ่มผู้บริหารส่วนภูมิภาคมีความเห็นว่าควรให้แพทย์แผนปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เป็นผู้ให้บริการตรวจวินิจฉัยและสั่งการก่อนไปรับบริการจากแพทย์แผนไทย ซึ่งตรงข้ามกับความเห็นของกลุ่มแพทย์แผนไทยที่ต้องการให้ตนเองเป็นผู้ให้บริการโดยตรง

แซง ลี และคณะ[21] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนตะวันออก โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ในแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 520 คน และแพทย์แผนตะวันออกจำนวน 500 คน พบว่าด้านปัจจัยความเต็มใจจะเรียนรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนตะวันออกมีความเต็มใจเรียนรู้ และมีความเต็มใจที่จะทำงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแพทย์ทางเลือกมากกว่าแพทย์แผนตะวันตก (ร้อยละ 70.4 เทียบกับร้อยละ 35.9 และร้อยละ 65.7 เทียบกับร้อยละ 30.7 ตามลำดับ) ด้านความรู้เกี่ยวการแพทย์ทางเลือก พบว่าแพทย์แผนตะวันออกมีคะแนนความรู้มากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.9 และ 5.4 ตามลำดับ p-value < 0.001) ด้านความรู้ทัศนคติเกี่ยวการแพทย์ทางเลือก พบว่าแพทย์แผนตะวันออกมีคะแนนทัศนคติมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 และ 2.4 ตามลำดับ p-value < 0.001) ด้านประสบการณ์เกี่ยวการแพทย์ทางเลือกพบว่า แพทย์แผนตะวันออกเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการนวดบำบัดมากที่สุดร้อยละ 16.9 ในขณะที่แพทย์แผนปัจจุบันเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการนวดมากที่สุดร้อยละ 56.8

หลุยส์ ไพตัน และคณะ[22] ได้ศึกษาทัศนคติและการใช้สมุนไพรในแพทย์แผนปัจจุบัน โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามในแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 500 คน พบว่าแพทย์แผนปัจจุบันบางส่วนเคยให้การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ทำการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อด้านการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 20 และร้อยละ 95 ตามลำดับ) โดยการแพทย์ทางเลือกที่แพทย์แผนปัจจุบันให้การรักษาด้วยตนเองที่พบมากที่สุดคือการฝังเข็ม และการแพทย์ทางเลือกที่แพทย์แผนปัจจุบันส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่พบมากที่สุดคือการจัดกระดูกแบบ Chiropractic พบว่ามีแพทย์แผนปัจจุบันเคยรับการอบรมเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกอย่างเป็นทางการ และทำการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกด้วยตนเอง (ร้อยละ 32 และร้อยละ 29 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม มีแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 67 ต้องการให้มีการบรรจุหลักสูตรเบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในหลักสูตรการเรียนการสอนการแพทย์แผนปัจจุบัน

อีเรน เบน อารีย์ และคณะ[23] ได้ศึกษาทัศนคติและความคาดหวังจากการใช้การแพทย์ทางเลือกระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดยใช้แบบสอบถามในแพทย์แผนปัจจุบันจำนวนทั้งหมด 2,532 คน และแพทย์ทางเลือกจำนวน 450 คน พบว่าแพทย์แผนปัจจุบันมีคะแนนด้านการสื่อสารระหว่างวิชาชีพแพทย์ด้วยกันต่ำกว่าแพทย์ทางเลือก (4.21±1.86 และ 4.55±1.62 ตามลำดับ p-value = 0.025) แต่แพทย์แผนปัจจุบันมีคะแนนด้านการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ท่านอื่นสูงกว่าแพทย์ทางเลือก (3.18±1.74 และ 2.30±1.55 ตามลำดับ p-value < 0.001) ด้านปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานร่วมกัน แพทย์แผนปัจจุบันมีความสนใจน้อยกว่าแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 69 และร้อยละ 77 ตามลำดับ p-value = 0.043) โดยเสนอให้ใช้การสื่อสารระหว่างกันเป็นจดหมายทางการ (Medical letter) และมีความคาดหวังในการให้คำปรึกษาร่วมกันเพื่อวางแผนรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแพทย์แผนปัจจุบันให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัยร่วมกันน้อยกว่าแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 15 และร้อยละ 42 ตามลำดับ p-value < 0.001) และสนใจที่จะมีการศึกษาร่วมกันน้อยกว่า (ร้อยละ 2 และร้อยละ 27 ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยแพทย์แผนปัจจุบันจะทำงานในรูปแบบของการให้คำแนะนำจากแพทย์ (physician-guided model) ในการตรวจรักษา ส่วนแพทย์ทางเลือกจะทำงานในรูปแบบของการทำงานร่วมกัน (collaborative model)

เรนเนอ สแตรงจ์ และคณะ[24] ได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์สนับสนุนในแพทย์แผนปัจจุบัน โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจโดยใช้การสัมภาษณ์ในแพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 516 คน พบว่าแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 51 มีความสนใจในการแพทย์ทางเลือก โดยมีการสั่งใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรก แบ่งออกเป็นด้านเทคนิคประกอบด้วยโฮมีโอพาธี การฝังเข็ม และการแพทย์แผนจีน (ร้อยละ 38 ร้อยละ 37 และร้อยละ 18 ตามลำดับ) และด้านการรักษาประกอบด้วยกายภาพบำบัด การใช้สมุนไพร และการออกกำลังกาย (ร้อยละ 71 ร้อยละ 67 และร้อยละ 63 ตามลำดับ) ซึ่งแพทย์ทั่วไปจะพบการใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง

บริแอน เอ็ม เชลลี่ และคณะ[25] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการสื่อสารเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกระหว่างผู้ป่วยและแพทย์แผนปัจจุบัน โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการบรรยายฉากเหตุการณ์ผ่านวิดีโอในกลุ่มแพทย์แผนปัจจุบัน เจ้าหน้าที่ประจำคลินิก และผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด 174 คน พบว่าลักษณะการแสดงออกของแพทย์เกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นปัจจัยสำคัญในการเปิดเผยเรื่องการใช้แพทย์ทางเลือก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

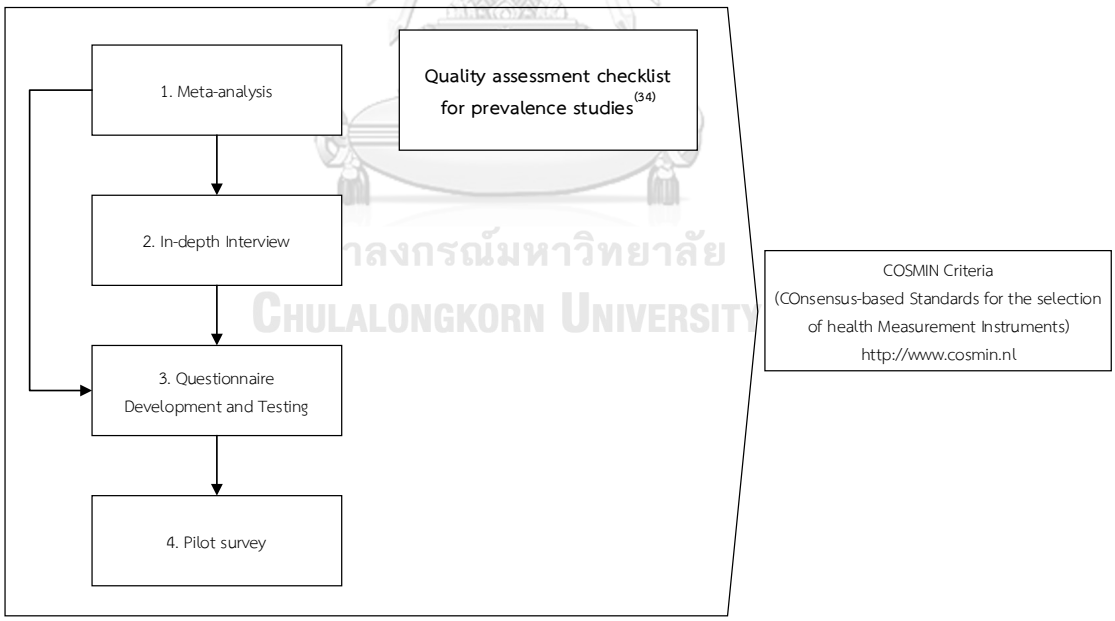
ของผู้ป่วย ดังนั้นการยอมรับและการไม่ตัดสินจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเต็มใจในการเล่าประวัติเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกของตนเอง และการที่แพทย์รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในด้านความปลอดภัยและประสิทธิผลของการแพทย์ทางเลือก จะส่งผลกระทบไปถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกด้วยเช่นกัน

เอเมนช์ บาราคานิ และคณะ[26] ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของการใช้การแพทย์ทางเลือกในแพทย์แผนปัจจุบัน โดยทำการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามในแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 150 คน พบว่าแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 96.4 ถึงแม้ว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในระดับดีร้อยละ 11 และมีสัดส่วนการเสนอให้ผู้ป่วยใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 17.9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสานเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory-sequential Mixed methods design) แผนการดำเนินงานวิจัยประกอบด้วยการศึกษาทั้งหมด 4 ระยะ โดยเริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เพื่อสกัดประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและการใช้แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางทั้งภายในประเทศและระดับนานาชาติ และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการพัฒนาและการทดสอบแบบสอบถาม (Questionnaire Development and Testing) และการทดสอบนำร่อง (Pilot survey) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามเกณฑ์ COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments)[27] ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 กรอบการวิจัย

3.1 การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis)

เป็นการสังเคราะห์หลักฐาน (evidence) ตาม PRISMA statement guidelines[28] ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางในระดับนานาชาติ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อใช้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังต่อไปนี้

3.1.1 วิธีดำเนินการวิจัย

1. วางแผนการดำเนินการวิเคราะห์อภิมาน

2. กำหนดประเด็นปัญหาที่สนใจทำการศึกษา

3. กำหนดวิธีการสืบค้นข้อมูลและทำการสืบค้นบทความทางวิชาการจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

4. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกบทความทางวิชาการและทำการคัดเลือกบทความทางวิชาการตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. สกัดข้อมูลจากบทความทางวิชาการ

6. ทำการวัด Quality assessment checklist for prevalence studies และ Conflict of interest

7. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวัด Risk of bias พัฒนาโดย Hoy และคณะ[29] มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวม 10 คะแนน แบ่ง Risk of bias ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับคุณภาพดี/มีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดอคติ (>6 คะแนน) ระดับคุณภาพปานกลาง/มีความเสี่ยงปานกลางที่จะเกิดอคติ (4 ถึง 6 คะแนน) และระดับคุณภาพต่ำ/มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอคติ (<4 คะแนน)

1. Was the study's target population a close representation of the national population in relation to relevant variables, e.g. age, sex, occupation?

- The study’s target population was a close representation of the national population. (1 คะแนน)

- The study's target population was clearly NOT representative of the national population. (0 คะแนน)

2. Was the sampling frame a true or close representation of the target population?

- The sampling frame was a true or close representation of the target population. (1 คะแนน)

- The sampling frame was NOT a true or close representation of the target population. (0 คะแนน)

3. Was some form of random selection used to select the sample, OR, was a census undertaken?

- A census was undertaken, OR, some form of random selection was used to select the sample (e.g. simple random sampling, stratified random sampling, cluster sampling, systematic sampling). (1 คะแนน)

- A census was NOT undertaken, AND some form of random selection was NOT used to select the sample. (0 คะแนน)

4. Was the likelihood of non-response bias minimal?

- The response rate for the study was ≥ 75%, OR, an analysis was performed that showed no significant difference in relevant demographic characteristics between responders and non-responders. (1 คะแนน)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

- The response rate was <75%, and if any analysis comparing responders and non-responders was done, it showed a significant difference in relevant demographic characteristics between responders and non-responders. (0 คะแนน)

5. Were data collected directly from the subjects (as opposed to a proxy)?

- All data were collected directly from the subjects. (1 คะแนน)

- In some instances, data were collected from a proxy. (0 คะแนน)

6. Was an acceptable case definition used in the study?

- An acceptable case definition was used. (1 คะแนน)

- An acceptable case definition was NOT used. (0 คะแนน)

7. Was the study instrument that measured the parameter of interest (e.g. prevalence of low back pain) shown to have reliability and validity (if necessary)?

- The study instrument had been shown to have reliability and validity (if this was necessary), e.g. test-retest, piloting, validation in a previous study, etc. (1 คะแนน)

- The study instrument had NOT been shown to have reliability or validity (if this was necessary). (0 คะแนน)

8. Was the same mode of data collection used for all subjects?

- The same mode of data collection was used for all subjects. (1 คะแนน)

- The same mode of data collection was NOT used for all subjects. (0 คะแนน)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

9. Was the length of the shortest prevalence period for the parameter of interest appropriate?

- The shortest prevalence period for the parameter of interest was appropriate (e.g. point prevalence, one-week prevalence, one-year prevalence). (1 คะแนน)

- The shortest prevalence period for the parameter of interest was not appropriate (e.g. lifetime prevalence). (0 คะแนน)

10. Were the numerator(s) and denominator(s) for the parameter of interest appropriate?

- The paper presented appropriate numerator(s) AND denominator(s) for the parameter of interest (e.g. the prevalence of low back pain). (1 คะแนน)

- The paper did present numerator(s) AND denominator(s) for the parameter of interest but one or more of these were inappropriate. (0 คะแนน)

11. รวมคะแนนทุกข้อ

3.1.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็คทรอนิกส์ด้วยคำสำคัญ “Traditional Medicine” หรือ “Complementary Medicine” หรือ “Alternative Medicine” หรือ “Acupuncture Therapy” หรือ “Holistic Health” หรือ “Homeopathy” หรือ “Spiritual Therapies” หรือ “Faith Healing” หรือ “Yoga” หรือ “Witchcraft” หรือ “Shamanism” หรือ “Meditation” หรือ “Aromatherapy” หรือ “Medical Herbalism” หรือ “Mind-Body Therapies” หรือ “Laughter Therapy” หรือ “Hypnosis” หรือ “Tai Ji” หรือ “Tai Chi” หรือ “Relaxation Therapy” หรือ “Mental Healing” หรือ “Meditation” ที่ปรากฏในบทความวิชาการเกี่ยวกับ “Health care provider” หรือ “Health care providers” หรือ “Health personnel” ที่ตีพิมพ์ระหว่างปีคริสต์ศักราช 2002 ถึง 2017 และเป็นการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. ผู้คัดกรองจำนวน 2 คน ดำเนินการคัดกรองบทความวิชาการแยกกันโดยการอ่าน Title และ Abstract ที่ได้จากการสืบค้นและคัดเลือกบทความทางวิชาการที่ซ้ำซ้อนออกจากการศึกษา หากพบข้อความไม่ชัดเจนจะดำเนินการติดต่อผู้เขียนบทความนั้นและหากไม่ได้รับการตอบรับภายใน 14 วันจะดำเนินการวิเคราะห์เฉพาะข้อมูลที่มีอยู่ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Eligibility Criteria) บทความทางวิชาการดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นบทความทางวิชาการที่แสดงมุมมองของแพทย์เฉพาะทาง

2. เป็นบทความทางวิชาการที่แสดงความชุกของการยอมรับหรือการใช้การแพทย์ทางเลือก

3. มีรูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ

4. ตีพิมพ์ในวารสารระหว่างปีคริสต์ศักราช 2002 ถึง 2017

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือบทความทางวิชาการที่ไม่กล่าวถึงการปฏิบัติงาน (Practice) เช่น บทความทางวิชาการที่เกี่ยวกับปริมาณสาระสำคัญในยา

3. ผู้สังเคราะห์ข้อมูลจำนวน 2 คน ดำเนินการแยกกันโดยการสังเคราะห์ข้อมูลจากบทความทางวิชาการ ประกอบด้วย กลุ่มข้อมูลทั่วไป (ชื่อบทความทางวิชาการ ชื่อผู้แต่ง และปีที่ตีพิมพ์) ข้อมูลคุณลักษณะของบทความ (รูปแบบการวิจัย วิธีการสำรวจ และวิธีการสุ่มตัวอย่าง) ข้อมูลคุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา (สาขาของแพทย์เฉพาะทาง ขนาดตัวอย่าง จำนวนการตอบกลับ ประเทศ ภูมิภาค และรายได้) และข้อมูลเกี่ยวกับความชุก (การยอมรับการแพทย์ทางเลือก การใช้การแพทย์ทางเลือก)

4. ทำการวัด Risk of bias และดำเนินการตรวจสอบ Conflict of interest

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงาน และสรุปผลการศึกษา

3.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ค่าประมาณความชุกของการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางด้วยโมเดลแบบสุ่มตามตัวแปรภูมิภาค[30] (ภูมิภาคแอฟริกา ภูมิภาคอเมริกา ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ภูมิภาคยุโรป ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก และหลายภูมิภาค) ระดับเศรษฐกิจ[31] (รายได้น้อย รายได้น้อยถึงปานกลาง รายได้ปานกลางถึงสูง รายได้สูง และหลายระดับเศรษฐกิจ) และวิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยร้อยละ และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95%

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. วิเคราะห์กราฟ Forest plot ของการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยร้อยละ และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95%

3. วิเคราะห์ค่าความไม่เป็นเอกพันธ์ของบทความ (Heterogeneity) นำเสนอด้วยค่าสถิติ I^2และช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยแบ่งระดับค่าสถิติ I^2 เป็น 4 ระดับ[32] ดังนี้

- 0% - 40% ไม่สำคัญ
- 30% - 60% อาจมีความไม่เป็นเอกพันธ์ของบทความปานกลาง
- 50% - 90% อาจมีความไม่เป็นเอกพันธ์ของบทความสูง
- 75% ถึง 100% มีความไม่เป็นเอกพันธ์ของบทความ

4. วิเคราะห์การถดถอยอภิมาน (Meta-regression) นำเสนอด้วยค่าขนาดอิทธิพล (effect size) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

5. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA เวอร์ชัน 15 (StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC.)

3.1.5 การพิจารณาอคติและการป้องกัน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเคราะห์หลักฐานตาม PRISMA statement guidelines และใช้เครื่องมือวัด Risk of bias เพื่อลดอคติตามมาตรฐานสากลของการวิเคราะห์อภิมาน

3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

เป็นการสกัดประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและการใช้แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกภายในประเทศ เพื่อใช้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังต่อไปนี้

3.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย

แพทย์เฉพาะทางที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยในประเทศไทยที่มีการรักษาผู้ป่วย ทั้งหมด 13 ราชวิทยาลัย

2. กลุ่มตัวอย่าง

แพทย์เฉพาะทางที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยในประเทศไทยที่มีการรักษาผู้ป่วย และดำรงตำแหน่งตำแหน่งประธานของราชวิทยาลัยที่มีการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ราชวิทยาลัยละ 1 คน ทั้งหมด 13 คน

4. การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าเป็นด้วยด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 13 ราชวิทยาลัย ดังตารางที่ 6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 ราชวิทยาลัยที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก

ลำดับ	ราชวิทยาลัย	จำนวน (คน)
1	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	1
2	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	1
3	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	1
4	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	1
5	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	1
6	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	1
7	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	1
8	ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย	1
9	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	1
10	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	1
11	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย	1
12	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	1
13	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	1

3.2.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1. เตรียมการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการสร้างเครื่องมือโดยเตรียมแนวคำถามปลายเปิดเพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์เนื่องจากมีความยืดหยุ่นและมีความต่อเนื่องของคำถาม เป็นการสนทนาแบบธรรมชาติและไม่สร้างความรู้สึกอึดอัดแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์

2. นำหัวข้อคำถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจพิจารณาเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

3. ทำหนังสือขออนุญาตทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับประธานราชวิทยาลัยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

4. นัดหมายและทำการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลตามแนวทางและประเด็นที่ได้กำหนดไว้และทำการบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงก่อนทำการสัมภาษณ์เพื่อให้สามารถเก็บรายละเอียดของข้อมูลได้มากขึ้น

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ สรุปเนื้อหาและจัดกลุ่มข้อมูล

6. จัดทำรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบสัมภาษณ์เดี่ยว (Individual in-depth interview) ด้วยการบันทึกเสียง

3.2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าโดยการทบทวนข้อมูล (Review triangulation) โดยให้บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คณะผู้วิจัยทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย เพื่อเพิ่มความแม่นยำ ความสมบูรณ์ ความเป็นธรรม ความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดความคิดหรือการตีความใหม่ ๆ เพิ่มเติม

3.2.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยจากประธานราชวิทยาลัย

2. ติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยเพื่อขอทำนัดหมายในการเข้าสัมภาษณ์เชิงลึกกับประธานราชวิทยาลัยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

3. ดำเนินการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลตามแนวทางและประเด็นที่ได้กำหนดไว้และทำการบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูล

4. ทำการส่งออกคำสัมภาษณ์เป็นข้อความ

5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงาน และสรุปผลการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) โดยการส่งออกคำสัมภาษณ์เป็นข้อความและนำเข้าโปรแกรม ATLAS.ti เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคเชิงคุณภาพประกอบด้วย Word frequency, Word co-occurrence เพื่อประกอบการทำ Thematic content analysis

2. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม ATLAS.ti (ATLAS/ti. Version 8. [Computer software] (1999) Berlin, Scientific Software Development)

3.2.7 การพิจารณาอคติและการป้องกัน

1. ในระหว่างเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้วางมาตรการที่จะไม่ให้เป็นการรบกวนชีวิตและการงานตามปกติของผู้ให้ข้อมูลโดยการขออนุญาตเข้าพื้นที่ และขอนัดหมายทำการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และชี้แจงเหตุผลทางวิชาการของการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย โดยจะหยุดการสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจ หรือไม่อยากเข้าร่วมการสัมภาษณ์ต่อไป และอาจทำการปรับลดขั้นตอนการทำงานลง เมื่อผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามแผนการวิจัยที่วางไว้

2. ในการถอดเทปการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ยึดหลักการเก็บรักษาความลับ การเคารพในตัวผู้ให้ข้อมูล โดยจะใส่เฉพาะสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป

3. มีการตรวจสอบสามเส้าโดยการทบทวนข้อมูล (Review triangulation) โดยให้บุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คณะผู้วิจัยทำการทบทวนข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย เพื่อเพิ่มความแม่นยำ ความสมบูรณ์ ความเป็นธรรม ความน่าเชื่อถือในการวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดความคิดหรือการตีความใหม่ ๆ เพิ่มเติม

3.2.8 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

1. หลักการให้ความเคารพในบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยได้วางมาตรการเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยไว้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. หลักแห่งผลประโยชน์ (beneficence) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เพื่อพัฒนาแบบสอบถามมาตรฐานในการสำรวจการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง และได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย

3. หลักแห่งความยุติธรรม (justice) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายโอกาสได้รับเลือกเข้าโครงการวิจัยเท่ากัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ระบุไว้ในการวิจัยอย่างชัดเจน และไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการดำเนินการวิจัย

4. พิจารณาการยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครโดยวิธีการให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วนด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ปราศจากการบีบบังคับหรือการชักจูงใด ๆ ไม่มีการให้อามิสสินจ้าง ของรางวัล และสิ่งของ เอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อความบริสุทธิ์ยุติธรรม และเป็นอิสระอย่างแท้จริงในการจัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร

3.2.9 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือประธานราชวิทยาลัยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากประธานราชวิทยาลัย จึงต้องมีการประสานงานผ่านเจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยหลายฝ่าย อาจทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยน้อยกว่าที่คาดไว้ ผู้วิจัยใช้วิธีสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อเจ้าหน้าที่ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ทำการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัยอย่างชัดเจน เตรียมพร้อมชี้แจงในทุกข้อคำถามจากทางราชวิทยาลัย และทำการติดตามความคืบหน้าอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้

3.3 การพัฒนาและการทดสอบแบบสอบถาม

เป็นการนำข้อมูลเชิงคุณภาพจากประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่สกัดได้จากการวิเคราะห์อภิมานและการสัมภาษณ์เชิงลึก มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยและแบบสอบถาม รวมทั้งทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หรือความตรงตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์ ที่เป็นสาขาเฉพาะทางที่มีการยอมรับการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด ปานกลาง และน้อยที่สุดที่พบจากการวิเคราะห์อภิมาน ดังต่อไปนี้

3.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย

แพทย์เฉพาะทางที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ทั้งหมด 3 ราชวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. กลุ่มตัวอย่าง

แพทย์เฉพาะทางที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ราชวิทยาลัยละ 1 คน ทั้งหมด 3 คน

4. การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าเป็นด้วยด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

3.3.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1. ดำเนินการสร้างหัวข้อคำถามโดยใช้ข้อมูลจากหัวข้อ การวิเคราะห์อภิมานและการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. นำหัวข้อคำถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจพิจารณา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

3. ทำหนังสือขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์ ที่เป็นสาขาเฉพาะทางที่มีการยอมรับการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด ปานกลาง และน้อยที่สุดที่พบจากการวิเคราะห์อภิมาน เป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม จำนวนสาขาละ 1 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4. นำเอกสารโครงการวิจัยฉบับย่อ และหัวข้อคำถามที่ปรับปรุงแก้ไขให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หรือความตรงตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของแบบสอบถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ (Index of Congruence หรือ IOC) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

-1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดหรือไม่

1 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด

5. ทำการหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ และคัดเลือกข้อคำถามที่มีเกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป แก้ไขปรับปรุงหัวข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ พัฒนาเป็นแบบสอบถาม และใช้ในการเก็บข้อมูลในการทดสอบนำร่อง (Pilot survey) ต่อไป

6. เขียนรายงาน และสรุปผลการศึกษา

3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ที่ได้พัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 3 ตอน รวม 78 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยตัวเลือกทั้งหมด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 56 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล[33] 5 ระดับ มีชุดคำตอบทั้งหมด 4 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 ประกอบด้วย น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ประเภทที่ 2 ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง ปกติ และเสมอ ประเภทที่ 3 ประกอบด้วย มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด มีความเป็นไปได้น้อย มีความเป็นไปได้ปานกลาง มีความเป็นไปได้มาก และมีความเป็นไปได้มากที่สุด ประเภทที่ 4 ประกอบด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยแพทย์เฉพาะทางในสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน สาขาสูตินรีแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และสาขาอายุรแพทย์ จำนวน 1 ท่าน รวมทั้งหมด 3 ท่าน ตรวจพิจารณา ความถูกต้อง ความตรงตามวัตถุประสงค์ ความครอบคลุม และความยากง่ายของเนื้อหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ทำการประเมินดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ (Index of Congruence หรือ IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

3.3.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลคำถามและประเด็นสำคัญจากจากหัวข้อ การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

2. ดำเนินการคัดเลือกคำถามและประเด็นที่ซ้ำซ้อนออกจากการศึกษา

3. นำหัวข้อคำถามที่ปรับปรุงแก้ไขให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หรือความตรงตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของแบบสอบถาม เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ (Index of Congruence หรือ IOC) โดยคัดเลือกหัวข้อคำถามมีเกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

4. แก้ไขปรับปรุงหัวข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ ตามข้อแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และพัฒนาเป็นแบบสอบถาม และใช้ในการเก็บข้อมูลในการสำรวจ (Survey) ต่อไป

5. เขียนรายงาน และสรุปผลการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูล

3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ (Index of Congruence หรือ IOC) อ้างอิงจากสูตรของโรไวน์เนลลี่ และฮัมเบิลตัน[34] ดังต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

เมื่อ IOC คือความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเครื่องมือทดสอบ

$\sum R$ คือผลรวมของคะแนนที่ได้จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

N คือจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1.0 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป คัดเลือกข้อสอบข้อนั้นไว้ใช้ได้
- ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ควรพิจารณาแก้ไข ปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

3.3.7 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งการทำวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

1. หลักการให้ความเคารพในบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยได้วางมาตรการเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยไว้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการในลักษณะภาพรวม

2. หลักแห่งผลประโยชน์ (beneficence) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เพื่อพัฒนาแบบสอบถามมาตรฐานในการสำรวจการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง และได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย

3. หลักแห่งความยุติธรรม (justice) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีโอกาสได้รับเลือกเข้าโครงการวิจัยเท่ากัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ระบุไว้ในการวิจัยอย่างชัดเจนและไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการดำเนินการวิจัย

4. พิจารณาการยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครโดยวิธีการให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วนด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ปราศจากการบีบบังคับหรือการชักจูงใด ๆ ไม่มีการให้อามิสสินจ้าง ของรางวัล และสิ่งของ เอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อความบริสุทธิ์ยุติธรรม และเป็นอิสระอย่างแท้จริงในการจัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3.8 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอาจมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับรายละเอียดโครงการวิจัย ซึ่งส่งผลต่อผลการตรวจพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาได้ ผู้วิจัยใช้วิธีการส่งเอกสารโครงการวิจัยฉบับย่อ และหัวข้อคำถามที่ปรับปรุงแก้ไขแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยล่วงหน้า และทำการนัดหมายเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและตอบคำถามที่เกี่ยวข้องอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ผู้เข้าร่วม

โครงการวิจัยทุกท่านมีความเข้าใจที่ตรงกัน และส่งผลให้สามารถดำเนินการตรวจพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาตามแผนงานที่วางไว้

3.4 การทดสอบนำร่อง (Pilot survey)

เป็นการนำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นมาใช้ทดสอบนำร่องในแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ดังต่อไปนี้

3.4.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย

แพทย์เฉพาะทางที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยในประเทศไทยที่มีการรักษาผู้ป่วย ทั้งหมด 13 ราชวิทยาลัย

2. กลุ่มตัวอย่าง

แพทย์เฉพาะทางที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภาและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยในประเทศไทยที่มีการรักษาผู้ป่วยที่สุ่มได้

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน อ้างอิงจาก เวนย์และคณะ[35]

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\alpha/2}^{2}}{d^{2}(N-1)+p(1-p)z_{1-\alpha/2}^{2}}$$

$N =$ จำนวนแพทย์เฉพาะทางประมาณ 43,309 คน อ้างอิงข้อมูลจากข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา 2561[15]

$p =$ สัดส่วนการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง โดยสุชล แว่นแก้ว[19] พบว่าสัดส่วนการยอมรับการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เท่ากับ 0.62 ผู้วิจัยคาดว่าสัดส่วนการยอมรับของแพทย์เฉพาะทางจะน้อยกว่าสัดส่วนการยอมรับของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ 5% จึงประมาณค่า $p = 0.57$

$z_{1-\alpha/2} =$ ในที่นี้ $\alpha = 0.05$ ดังนั้นค่า $z_{0.975} = 1.96$

$d = 0.05$

หลังจากแทนค่าในสูตร พบว่า

$$n = \frac{43,309 \times 0.57(1-0.57) \times 1.96^2}{0.05^2(43,309-1) + 0.57(1-0.57) \times 1.96^2} = 374$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างทั้งหมด 374 คน และเนื่องจากอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10% ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างทั้งหมด 416 คน

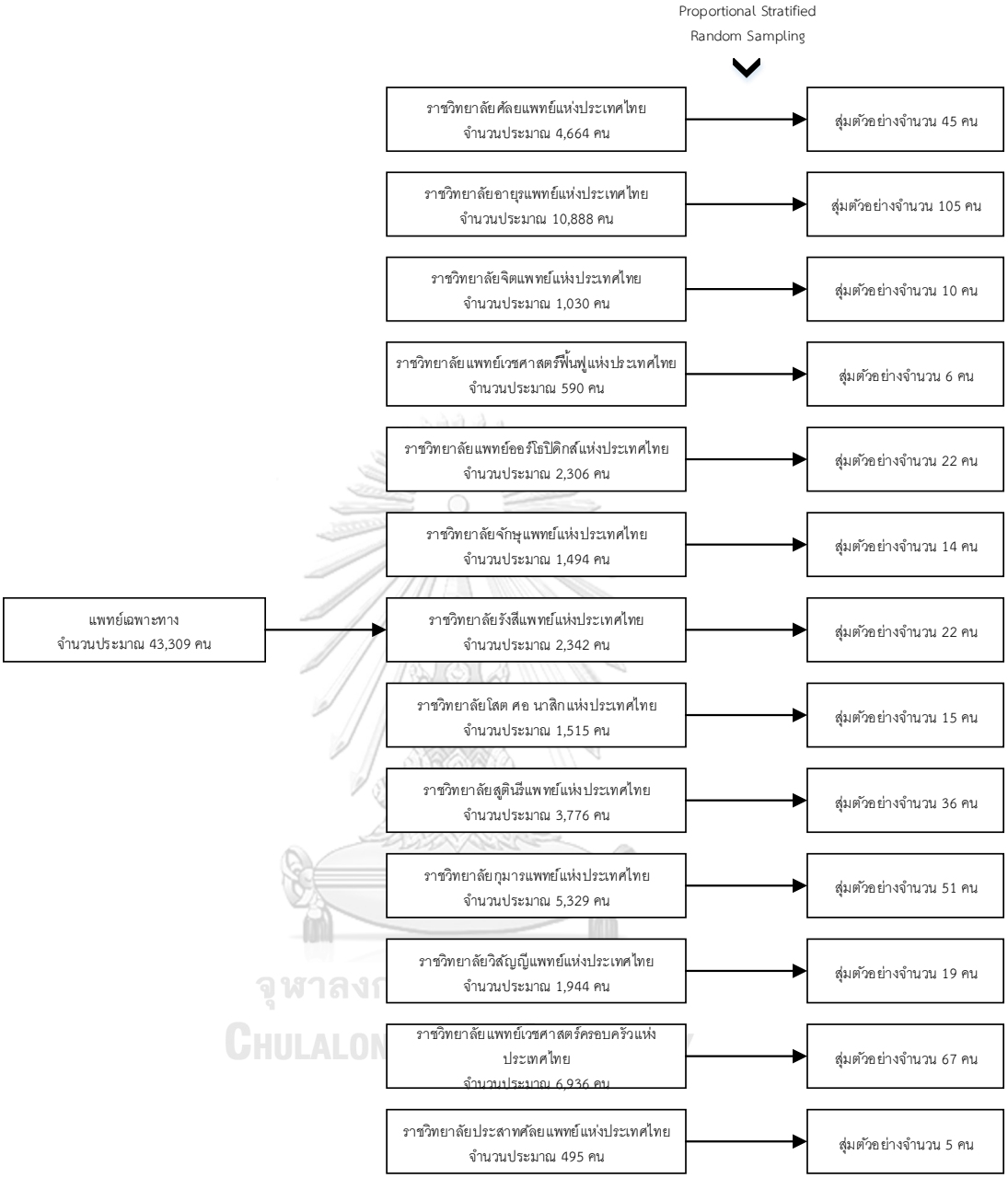
4. การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling)

ขั้นที่ 2 เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทุกชั้นภูมิ ด้วยการจับฉลากจากทุกกลุ่มดังภาพที่ 7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University



ภาพที่ 7 แผนผังการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.4.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการทดสอบนำร่องในแพทย์เฉพาะทาง ส่งถึงประธานราชวิทยาลัย จำนวน 13 ราชวิทยาลัย

2. เพื่อทำการเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) แบ่งตามราชวิทยาลัย และดำเนินการติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำ

ราชวิทยาลัยจำนวน 13 ราชวิทยาลัยเพื่อทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจัดเตรียมรายชื่อแพทย์เฉพาะทางที่เป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel และใช้คำสั่ง =RAND() เพื่อสร้างเลขสุ่มที่มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ให้กับแพทย์เฉพาะทางรายบุคคล หลังจากนั้นทำการเรียงข้อมูลเลขสุ่มจากมากไปน้อย และเลือกแพทย์เฉพาะทางเพื่อส่งแบบเก็บข้อมูลออนไลน์โดยเริ่มจากบรรทัดที่ 1 ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละราชวิทยาลัย

3. ขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยดำเนินการส่งแบบเก็บข้อมูลออนไลน์กับกลุ่มตัวอย่างทางอีเมล์ โดยเก็บข้อมูลผ่านระบบการจัดการข้อมูล REDCap[36] คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. จัดทำรายงาน

3.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบเก็บข้อมูลการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ที่ได้พัฒนาขึ้น มีทั้งหมด 3 ตอน รวม 78 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยตัวเลือก 1 ตัวเลือก คือท่านเคยแนะนำบริการดังกล่าวแก่ผู้ป่วย

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 56 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ มีชุดคำตอบทั้งหมด 4 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 ประกอบด้วย น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ประเภทที่ 2 ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง ปกติ และเสมอ ประเภทที่ 3 ประกอบด้วย มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด มีความเป็นไปได้น้อย มีความเป็นไปได้ปานกลาง มีความเป็นไปได้มาก และมีความเป็นไปได้มากที่สุด ประเภทที่ 4 ประกอบด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก

3.4.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบเก็บข้อมูลการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha) ทั้งฉบับและแยกตามปัจจัยด้านกิจกรรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

และการแพทย์ทางเลือก ปัจจัยด้านความนึกคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และปัจจัยอุปสรรคเกี่ยวกับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเท่ากับ 0.96 0.94 0.95 และ 0.66 ตามลำดับ

3.4.5 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานก่อนการทดสอบนำร่อง

- ติดต่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยจากประธานราชวิทยาลัย
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และแบบเก็บข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

- ติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยเพื่อจัดเตรียมรายชื่อแพทย์เฉพาะทางที่เป็นสมาชิกของราชวิทยาลัย
- ขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยในการดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย
- ขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยในการส่งอีเมล์ประชาสัมพันธ์งานวิจัยเชิญชวนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการและแนบตัวชี้แหล่งในอินเทอร์เน็ต (Universal Resource Locator: URL) ของแบบเก็บข้อมูลแบบออนไลน์

3. ดำเนินการหลังการทดสอบนำร่อง โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานและสรุปผลการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จัดกลุ่มตัวแปรของปัจจัยการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยการสกัดปัจจัยแบบ Principle Axis Factor (PFA) และหมุนแกนปัจจัย (Factor Rotation) แบบ Varimax เนื่องจากทำให้ความแปรปรวนของค่าน้ำหนักภายในปัจจัยเดียวกันค่ามากที่สุดและมีการกระจายตัวของค่าน้ำหนักมากที่สุด นำเสนอด้วยค่าสถิติทดสอบ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)

2. วิเคราะห์หาค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 3 องค์ประกอบโดยทำการปรับคะแนนแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ปัจจัยด้านกิจกรรมเกี่ยวกับการยอมรับแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 20 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคย / ไม่เห็นด้วยอย่างมาก / น้อยที่สุด / มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด = 0 คะแนน

นาน ๆ ครั้ง / ไม่เห็นด้วย / น้อย / มีความเป็นไปได้น้อย = 0 คะแนน

บางครั้ง / ไม่แน่ใจ / น้อย / มีความเป็นไปได้ปานกลาง = 0 คะแนน

ปกติ / เห็นด้วย / มาก / มีความเป็นไปได้มาก = 5 คะแนน

เสมอ / เห็นด้วยอย่างมาก / มากที่สุด / มีความเป็นไปได้มากที่สุด = 5 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยด้านความนึกคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 21 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก = 0 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 0 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน

เห็นด้วย = 4.762 คะแนน

เห็นด้วยอย่างมาก = 4.762 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ปัจจัยด้านมุมมองเชิงลบเกี่ยวกับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 7 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก / มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด = 0 คะแนน

ไม่เห็นด้วย / มีความเป็นไปได้น้อย = 0 คะแนน

ไม่แน่ใจ / มีความเป็นไปได้ปานกลาง = 0 คะแนน

เห็นด้วย / มีความเป็นไปได้มาก = 14.286 คะแนน

เห็นด้วยอย่างมาก / มีความเป็นไปได้มากที่สุด = 14.286 คะแนน

โดยแบ่งระดับช่วงคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยด้านกิจกรรม ปัจจัยด้านมุมมองเชิงบวก และปัจจัยด้านมุมมองเชิงลบออกเป็น 5 ช่วงคือ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 20 คะแนน หมายถึง การยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง

20 ถึงน้อยกว่า 40 คะแนน หมายถึงการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 40 ถึงน้อยกว่า 60 คะแนน หมายถึงการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 60 ถึงน้อยกว่า 80 คะแนน หมายถึงการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป หมายถึงการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับสูงมาก และนำเสนอด้วยค่าค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย

3. จัดกลุ่มแฝงของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางด้วยวิธีการวิเคราะห์กลุ่มแฝง (Latent Class Analysis) นำเสนอด้วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่จำนวนและร้อยละ และใช้สถิติทดสอบ Bayesian Information Criteria (BIC)

4. วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม นำเสนอด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค

5. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของแพทย์เฉพาะทางตามสาขา และตามกลุ่มแฝงประกอบด้วยตัวแปรเพศ อายุ อายุงานในสาขาเฉพาะทาง ตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ปฏิบัติงานหลัก ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก และการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าพิสัย และใช้สถิติทดสอบ Fisher’s exact test Mann-Whitney U test และ Kruskal Wallis test

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการยอมรับและสัดส่วนการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามสาขาและตามกลุ่มแฝงด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยจำนวน และร้อยละ ตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย และใช้สถิติทดสอบ Fisher’s exact test และ One-Way ANOVA ในการพิจารณาความแตกต่างของคะแนนการยอมรับ และสัดส่วนการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระหว่างกลุ่มแฝง ตามลำดับ

7. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA เวอร์ชัน 15 (StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC.)

3.4.7 การพิจารณาอคติและการป้องกัน

1. พิจารณาความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง (Sampling error) จากความแตกต่างของค่าสถิติและค่าพารามิเตอร์ซึ่งเกิดขึ้นเพราะตัวอย่างที่สุ่มมาศึกษา ผู้วิจัยใช้การสูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง

2. พิจารณาความคลาดเคลื่อนของกรอบตัวอย่าง (Frame error) ผู้วิจัยใช้กรอบตัวอย่างที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุมประชากรทั้งหมดที่ต้องการศึกษา โดยใช้ฐานข้อมูลสมาชิกประจำราชวิทยาลัยในสาขาต่าง ๆ

3. พิจารณาความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection bias) ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นในการเลือกเท่า ๆ กันด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel เพื่อให้ประชากรทุกคนมีโอกาสได้รับการสุ่มเท่ากันเพื่อให้ข้อมูลใกล้เคียงลักษณะประชากรที่ศึกษามากที่สุด ป้องกันการเกิด Selection bias

4. พิจารณาตัวแปรกวน (Confounding variable) ที่จะมีผลให้การศึกษานี้ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น ตัวแปรเพศ อายุ อายุงานในสาขาเฉพาะทาง ตำแหน่งทางวิชาการและภูมิภาคที่ปฏิบัติงาน

3.4.8 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งการทำวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. หลักการให้ความเคารพในบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยได้วางมาตรการเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยไว้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการในลักษณะภาพรวม

2. หลักแห่งผลประโยชน์ (beneficence) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เพื่อสำรวจการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง และได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย

3. หลักแห่งความยุติธรรม (justice) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมีโอกาสได้รับเลือกเข้าโครงการวิจัยเท่ากัน ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ระบุไว้ในการวิจัยอย่างชัดเจนและไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการดำเนินการวิจัย

4. พิจารณาการยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครโดยวิธีการให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ภายหลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วนด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ปราศจากการบีบบังคับหรือการชักจูงใด ๆ ไม่มีการให้อามิสสินจ้าง ของรางวัล และสิ่งของ เอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อความบริสุทธิ์ยุติธรรม และเป็นอิสระอย่างแท้จริงในการจัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัคร

3.4.9 อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้เข้าร่วมการศึกษาหรืออาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยน้อยกว่าที่คาดไว้ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อเจ้าหน้าที่ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทุกท่าน เพื่อให้มีส่วนช่วยให้การส่งอีเมล์ประชาสัมพันธ์งานวิจัยเชิญชวนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการสามารถดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้อย่างราบรื่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

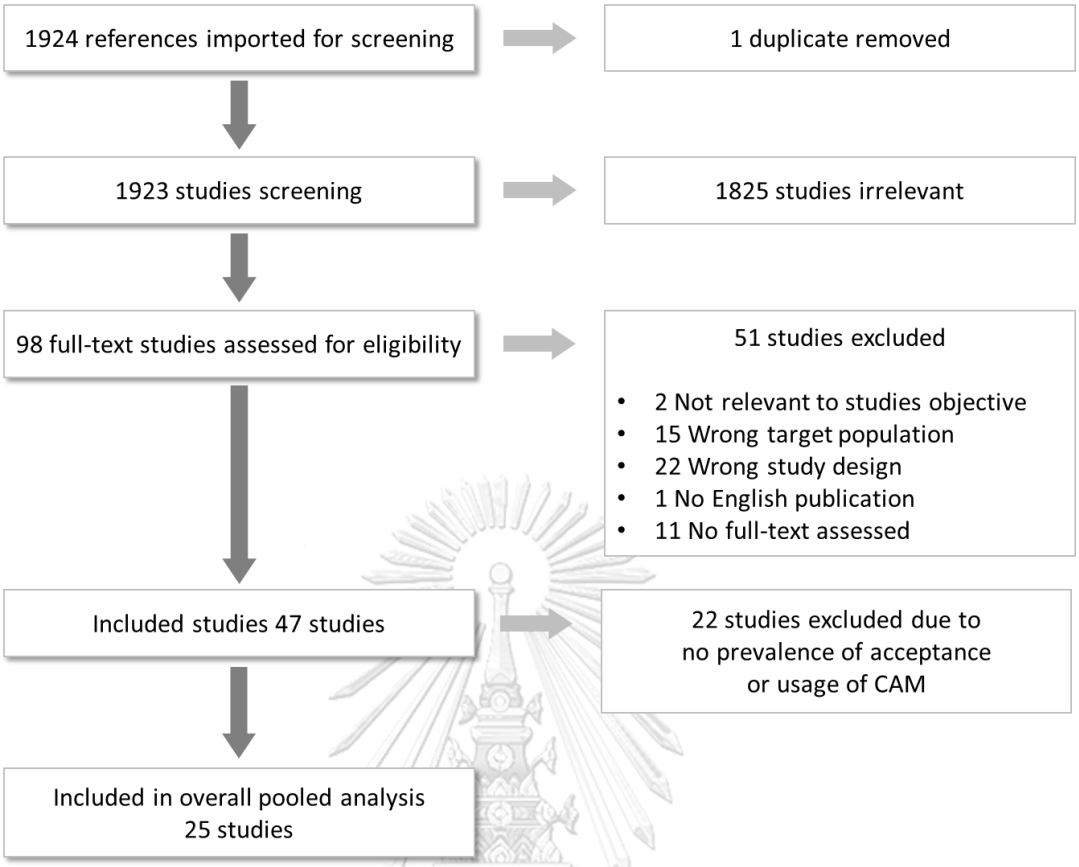
บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การพัฒนาและการทดสอบแบบสอบถามและการทดสอบนำร่อง (Pilot survey) ด้วยแบบสอบถามมาตรฐานในการเข้าถึงการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง

4.1 การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis)

จากการสืบค้นในฐานข้อมูล พบบทความวิชาการทั้งหมด 1,924 เรื่อง มีเอกสารซ้ำซ้อนอยู่ 1 เรื่อง จึงเหลือบทความวิชาการที่นำมาคัดกรองด้วยชื่อเรื่อง (title) และบทคัดย่อ (abstract) จำนวน 1,923 เรื่อง พบว่ามีจำนวน 1,825 เรื่อง ไม่ตรงกับความต้องการของการศึกษานี้ จึงเหลือบทความวิชาการที่นำมาคัดกรองด้วยบทความทั้งฉบับ (full-text screening) จำนวน 98 เรื่อง พบว่าไม่มีบทความทั้งฉบับ จำนวน 11 เรื่อง ไม่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยจำนวน 2 เรื่อง ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางจำนวน 15 เรื่อง ไม่ใช่การศึกษาเชิงสำรวจจำนวน 22 เรื่อง ไม่มีบทความฉบับเต็มภาษาอังกฤษจำนวน 1 เรื่อง และไม่ระบุความชุกของการยอมรับหรือการใช้การแพทย์ทางเลือกจำนวน 22 เรื่อง จึงเหลือบทความวิชาการทั้งสิ้น 25 เรื่อง ดังภาพที่ 8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University



ภาพที่ 8 ขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิชาการ

4.1.1 การประเมินคุณลักษณะงานวิจัย

ในบทความวิชาการระดับเล่มพบว่ามาจากภูมิภาคต่าง ๆ ประกอบด้วย ภูมิภาคยุโรปจำนวน 11 เรื่อง (ร้อยละ 44) ภูมิภาคของทวีปอเมริกาจำนวน 10 เรื่อง (ร้อยละ 40) ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกจำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 12) และมากกว่า 2 ภูมิภาคจำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 4) พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับรายได้ของประเทศ มาจากประเทศที่มีรายได้สูงจำนวน 23 เรื่อง (ร้อยละ 88) ประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูงจำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 8) และมากกว่า 2 กลุ่มรายได้จำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 4) พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับการสุ่ม มาจากวิธีการสุ่มตัวอย่างจำนวน 19 เรื่อง (ร้อยละ 76) และไม่มีการสุ่มตัวอย่างจำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 24) พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับวิธีการสำรวจ มาจากการสำรวจทางออนไลน์และทางจดหมายมีจำนวนเท่ากันคือ 8 เรื่อง (ร้อยละ 32) การสำรวจทางออนไลน์ผสมทางจดหมายจำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 12) การสำรวจทางออนไลน์และทางโทรศัพท์ และไม่ระบุวิธีการสำรวจมีจำนวนเท่ากันคือ 1 เรื่อง (ร้อยละ 4) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลลักษณะของบทความวิชาการ

First author	Year	Country	Setting	Sampling method	Survey method	Response, %	Response, n	Medical Specialist, n	Citation
Rosenbaum	2002	USA	The University of Iowa College of Medicine	Random	Postal	18.4%	690	265	[37]
Hyodo	2003	Japan	The Japanese oncology literature and The Nationwide association of medical centers for cancer and adult diseases	Random	Postal	66.7%	54	52	[38]
Kemper	2004	USA	The American Academy of Pediatrics	Random	Online	19.5%	195	195	[39]
Kolstad	2004	Norway	Five university oncology units in Norway	Random	Postal	38.5%	751	751	[40]
Risberg	2004	Norway	Five reginal oncology center	Random	Postal	15.4%	104	104	[41]
Samano	2005	Brazil	Effective physician members of the Brazilian Cancer Society	Random	Postal	61.5%	509	108	[42]
Sawni	2007	USA	The American Academy of Pediatrics	Random	Postal	31.5%	268	263	[43]
Lee	2008	USA, China, and Taiwan	The Northern California Tumor Board meeting, China Medical University, Sun-Yat Sen Cancer Center Taiwan, Peking University	Random	Postal	38.0%	95	95	[44]

First author	Year	Country	Setting	Sampling method	Survey method	Response, %	Response, n	Medical Specialist, n	Citation
			Cancer Hospital China, and Peking Union Hospital China						
Mak	2009	Australia	The Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine, The Royal Australasia College of Physicians	Random	Online	38.3%	36	36	[45]
Wu	2009	USA	The Washington State of Association of Neurological Surgeons	Random	Online	67.0%	65	65	[46]
Manek	2010	USA	The Practicing rheumatologists in the United States	Random	Postal	40.3%	381	381	[47]
Kundu	2011	USA	The Seattle Children's Hospital	Random	Online	43.7%	213	213	[48]
Tempest	2011	England	The urologist practising in three English training deaneries	Random	Online and Phone	13.4%	88	88	[49]
Vlieger	2011	Netherlands	The Dutch Society of Paediatrics	Random	Online	Not indicated denominator	170	170	[50]
Samuels	2013	Israel	Member of the Obstetricians and gynecologists (board-certified specialists or residents) were recruited from 7 medical centers	Convenience	Not indicated	18.5%	648	648	[51]

First author	Year	Country	Setting	Sampling method	Survey method	Response, %	Response, n	Medical Specialist, n	Citation
			in southern, central, and northern Israel						
Trimborn	2013	Germany	The German employee visiting the occupational health service of the university hospital	Convenience	Not indicated	75.7%	258	258	[52]
Conrad	2014	Germany	The German Society for Palliative Care	Random	Online	86.7%	117	40	[53]
Stewart	2014	Scotland	The care of pregnant women in the Grampian region of North East Scotland	Random	Online and postal	72.0%	126	96	[54]
Brambila-Tapia	2016	Mexico	The Primary and secondary care hospital in Guadalajara	Convenience	Not indicated	13.0%	547	120	[55]
Crundwell	2016	UK	The Clinical staff working in Cambridge University Hospital otolaryngology and audiology departments	Convenience	Not indicated	23.7%	343	343	[56]
Gaboury	2016	Canada	The College des medecins du Quebec	Random	Online	100.0%	207	107	[57]
Mann	2016	USA	The American College of Graduate Medical Education pain	Convenience	Online and postal	53.3%	856	856	[58]

First author	Year	Country	Setting	Sampling method	Survey method	Response, %	Response, n	Medical Specialist, n	Citation
			medicine fellowship						
Soos	2016	Hungary	Four Hungarian universities and other eleven surgery wards and intensive care departments participated	Convenience	Online and postal	61.5%	509	101	[59]
Stone	2016	Australia	All faculty, fellows, and residents present at a single anesthesia grand rounds of Johns Hopkins University	Random	Not indicated	70.3%	102	102	[60]
Klein	2017	Germany	The Research Group on Gynecological Oncology of the German Cancer Society	Random	Online	38.1%	24	24	[61]

มีบทความวิชาการที่แสดงความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกจำนวน 12 เรื่อง มาจากภูมิภาคต่าง ๆ ประกอบด้วย ภูมิภาคยุโรปและภูมิภาคทวีปอเมริกามีสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 41.67 และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกร้อยละ 16.67 พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับรายได้ของประเทศ มาจากประเทศที่มีรายได้สูงทั้งหมด พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับการสุ่ม มาจากวิธีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 และไม่มีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 25

มีบทความวิชาการที่แสดงความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกจำนวน 21 เรื่อง มาจากภูมิภาคต่าง ๆ ประกอบด้วย ภูมิภาคยุโรปร้อยละ 42.86 ภูมิภาคทวีปอเมริการ้อยละ 38.10 ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกร้อยละ 14.29 และมากกว่า 2 ภูมิภาคร้อยละ 4.76 พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับรายได้ของประเทศ มาจากประเทศที่มีรายได้สูงร้อยละ 85.71 ประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูงร้อยละ 9.52 และมากกว่า 2 กลุ่มรายได้ร้อยละ 4.76 พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับการสุ่ม มาจากวิธีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.43 และไม่มีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.57

พิจารณาปัจจัยเกี่ยวกับสาขาของแพทย์เฉพาะทางอ้างอิงจาก American Board of Medical Specialties[62] พบว่ามาจากอายุรแพทย์จำนวน 11 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 2,253 คน) กุมารแพทย์จำนวน 6 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 2,130 คน) สูตินรีแพทย์จำนวน 6 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 707 คน) วิสัญญีแพทย์จำนวน 4 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 342 คน) ศัลยแพทย์จำนวน 3 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 564 คน) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 3 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 296 คน) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 2 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 104 คน) จิตแพทย์และแพทย์ประสาทวิทยาจำนวน 2 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 22 คน) โสต ศอ นาสิกแพทย์จำนวน 1 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 49 คน) และประสาทศัลยแพทย์จำนวน 1 เรื่อง (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 24 คน) ดังตารางที่ 8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 8 ข้อมูลแพทย์แยกตามสาขาเฉพาะทาง

ลำดับ	แพทย์แยกตามสาขาเฉพาะทาง	จำนวนบทความ	จำนวนแพทย์เฉพาะทาง
1	Allergy and Immunology	-	-
2	Anesthesiology	4	342
3	Colon and Rectal Surgery	-	-
4	Dermatology	-	-
5	Emergency Medicine	-	-
6	Family Medicine	3	296
7	Internal Medicine	11	2,108
8	Medical Genetics and Genomics	-	-
9	Neurological Surgery	1	24
10	Nuclear Medicine	-	-
11	Obstetrics and Gynecology	5	326
12	Ophthalmology	-	-
13	Orthopaedic Surgery	-	-
14	Otolaryngology - Head and Neck Surgery	1	49
15	Pathology	-	-
16	Pediatrics	6	2,130
17	Physical Medicine and Rehabilitation	3	104
18	Plastic Surgery	-	-
19	Preventive Medicine	-	-
20	Psychiatry and Neurology	2	22
21	Radiology	-	-
22	Surgery	3	564
23	Thoracic Surgery	-	-
24	Urology	-	-
	รวม	39*	5,965

*บางบทความศึกษาในแพทย์เฉพาะทางมากกว่า 1 สาขา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.1.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัย

พบว่ามีบทความวิชาการที่มีคุณภาพดี/มีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดอคติร้อยละ 96 และคุณภาพปานกลาง/มีความเสี่ยงปานกลางที่จะเกิดอคติร้อยละ 4 พบว่ามีบทความวิชาการที่ไม่มีการรายงานความขัดแย้งทางผลประโยชน์ร้อยละ 80 และมีการรายงานความขัดแย้งทางผลประโยชน์ร้อยละ 20 ดังภาพที่ 9

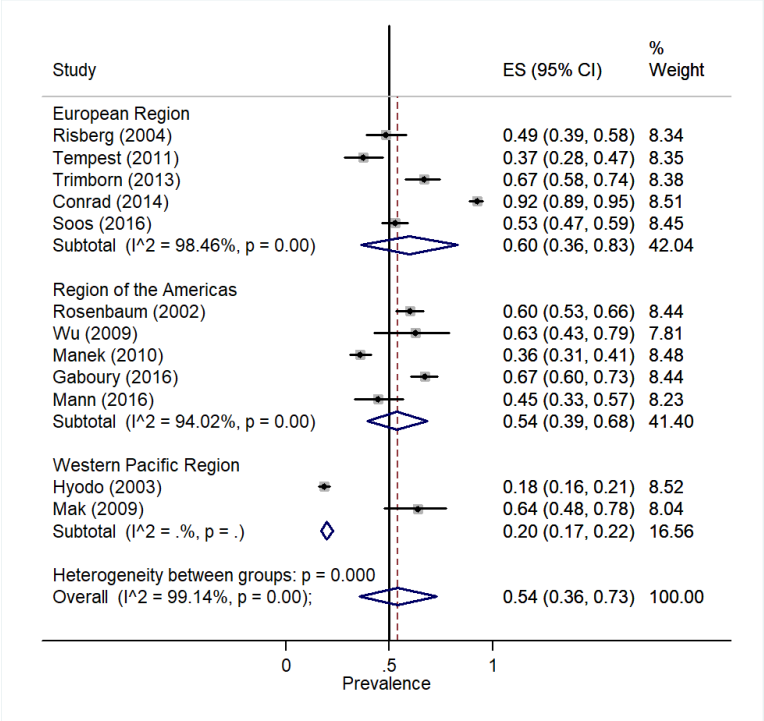
Studies	Q1 National representativeness	Q2 Target population representativeness	Q3 Random selection or cencus	Q4 Minimal non-response bias	Q5 Data collection direct from subject	Q6 Cases definition used	Q7 Valid and reliable instrument	Q8 Same mode of data collection for all subjects	Q9 Length of shortest prevalence period	Q10 Appropriate numerator and denominator used	Q11 Summary risk of bias	Conflict of interest
Rosenbaum (2002)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Hyodo (2003)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Kemper (2004)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	-	⊕	-
Kolstad (2004)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Risberg (2004)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Samano (2005)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Sawni (2007)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	-	⊕	-
Lee (2008)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	+
Mak (2009)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	-	⊕	-
Wu (2009)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Manek (2010)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Kundu (2011)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	+
Tempest (2011)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Vlieger (2011)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	-	⊕	+
Samuels (2013)	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Trimborn (2013)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Conrad (2014)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	+
Stewart (2014)	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	⊕	-
Brambila-Tapia (2016)	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Crundwell (2016)	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	○	-
Gaboury (2016)	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	⊕	-
Mann (2016)	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	⊕	+
Soos (2016)	+	+	-	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Stone (2016)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-
Klein (2017)	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	⊕	-

+ ผ่านเกณฑ์ Risk of Bias รายข้อ
- ผ่านเกณฑ์ Risk of Bias รายข้อ
⊕ บทความวิชาการที่มีคุณภาพดี/มีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดอคติ
○ บทความวิชาการที่มีคุณภาพปานกลาง/มีความเสี่ยงปานกลางที่จะเกิดอคติ

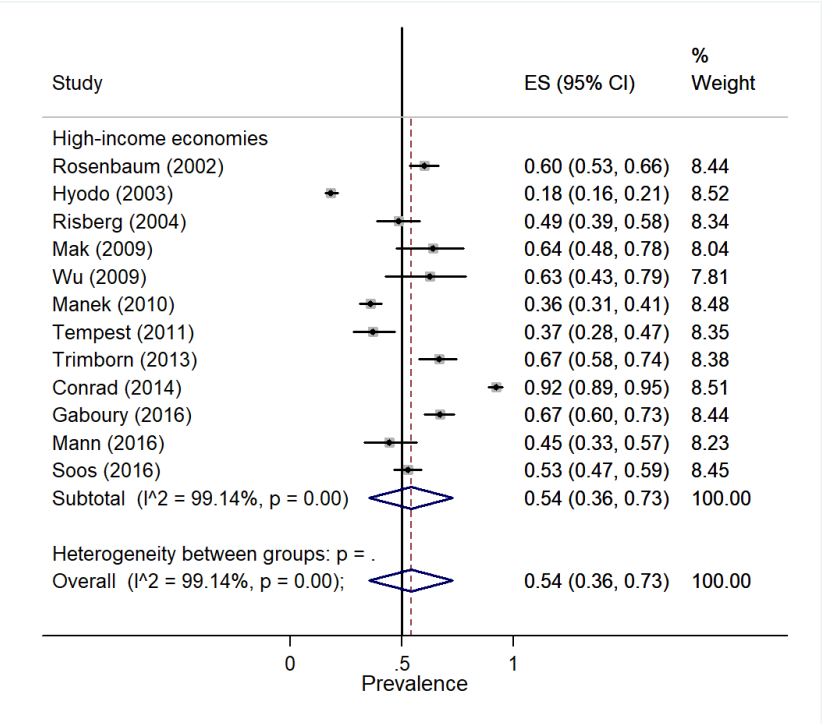
ภาพที่ 9 การประเมินคุณภาพ ความเสี่ยงที่จะเกิดอคติ และการรายงานความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของบทความวิชาการ

4.1.3 การประมาณค่าขนาดอิทธิพลและการศึกษาความแตกต่างของขนาดอิทธิผล

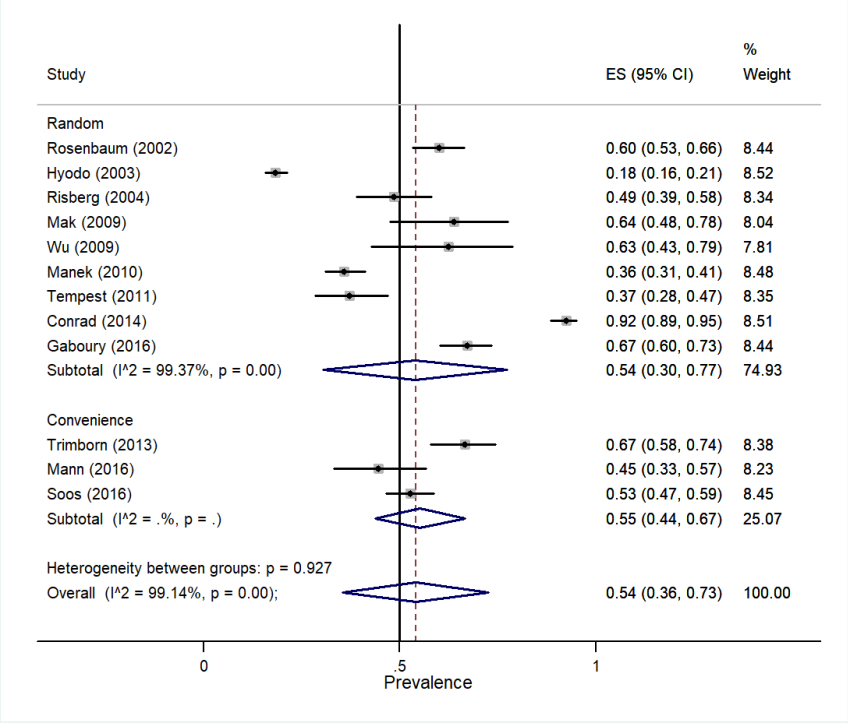
1. การยอมรับการแพทย์ทางเลือก พบว่าความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมด้วยโมเดลแบบสุ่มมีค่าเท่ากับร้อยละ 54 (95% CI: 36%-73%) และพบว่าแต่ละบทความมีความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน (I^2 = 99.14% p-value < 0.001) เมื่อพิจารณาปัจจัยภูมิภาคพบว่ามีความชุกในภูมิภาคยุโรปเท่ากับร้อยละ 60 (95% CI: 36%-83%) ภูมิภาคทวีปอเมริการ้อยละ 54 (95% CI: 39%-68%) และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกร้อยละ 20 (95% CI: 17%-22%) โดยแต่ละภูมิภาคมีความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน (p-value < 0.001) ดังภาพที่ 10 เมื่อพิจารณาปัจจัยเศรษฐกิจ พบว่าทุกบทความอยู่ในระดับรายได้สูง ดังภาพที่ 11 เมื่อพิจารณาปัจจัยการสุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความชุกในบทความที่มีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 54 (95% CI: 30%-77%) และไม่มีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 (95% CI: 44%-67%) โดยการสุ่มตัวอย่างและไม่มีการสุ่มตัวอย่างมีความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.927) ดังภาพที่ 12 และจากการวิเคราะห์ Meta-regression ไม่พบความแตกต่างของขนาดอิทธิผลของปัจจัยภูมิภาคและปัจจัยการสุ่มตัวอย่างต่อความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม ดังตารางที่ 9



ภาพที่ 10 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกตามภูมิภาค



ภาพที่ 11 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกตามเศรษฐกิจ



ภาพที่ 12 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง

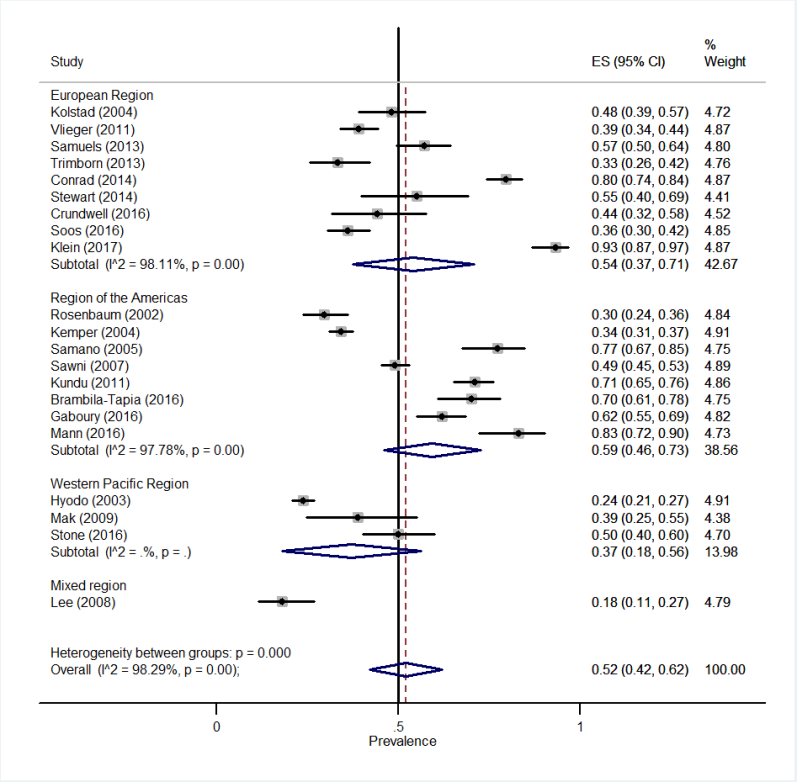
ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ Meta-regression ของปัจจัยการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือก

การวิเคราะห์กลุ่มย่อย	จำนวนบทความ (จำนวนแพทย์เฉพาะทาง)	Difference in pooled prevalence (95% CI)	p-value
การยอมรับการแพทย์ทางเลือก			
- ปัจจัยด้านภูมิภาค			
- ภูมิภาคอเมริกา	5 (842)	0.00 (-0.28, 0.27)	0.979
- ภูมิภาคยุโรป	5 (846)	0.10 (-0.16, 0.36)	0.405
- ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก	2 (787)	-0.18 (-0.51, 0.16)	0.271
- ปัจจัยด้านการสุ่มตัวอย่าง			
- มีการสุ่มตัวอย่าง	9 (2,032)	-0.01 (-0.32, 0.30)	0.943
การใช้การแพทย์ทางเลือก			
- ปัจจัยด้านภูมิภาค			
- ภูมิภาคอเมริกา	8 (2,435)	0.12 (-0.08, 0.31)	0.222
- ภูมิภาคยุโรป	9 (1,460)	0.04 (-0.16, 0.24)	0.706
- ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก	3 (883)	-0.17 (-0.45, 0.10)	0.204
- หลายภูมิภาค	1 (95)	-0.36 (-0.79, 0.07)	0.098
- ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ			
- รายได้ปานกลางถึงสูง	2 (195)	0.24 (-0.08, 0.56)	0.133
- รายได้สูง	18 (4,583)	-0.03 (-0.32, 0.25)	0.804
- หลายระดับเศรษฐกิจ	1 (95)	-0.36 (-0.79, 0.07)	0.098
- ปัจจัยด้านการสุ่มตัวอย่าง			
- มีการสุ่มตัวอย่าง	15 (4,101)	-0.03 (-0.25, 0.19)	0.802

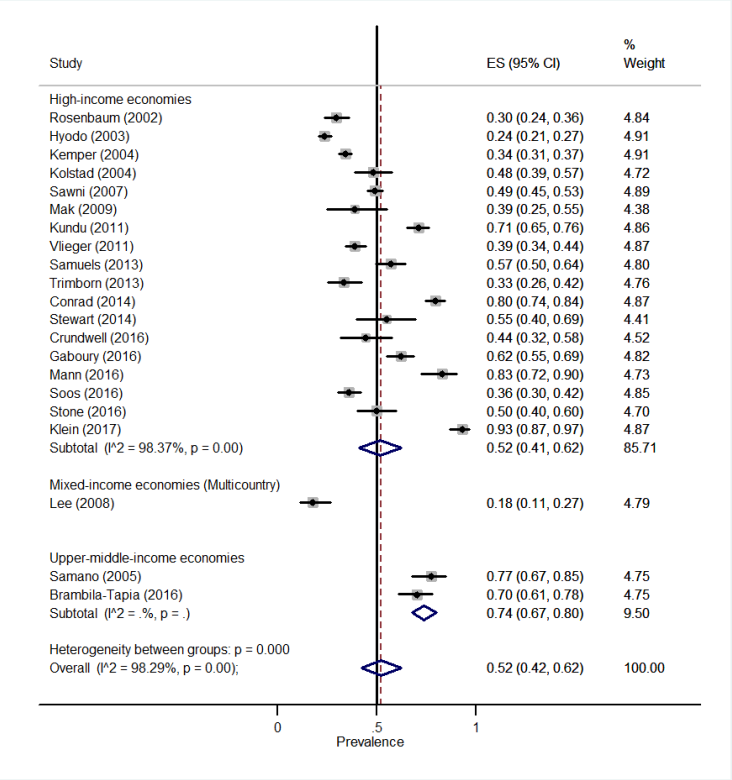
ตัวย่อ: CI: Confidence Interval

2. การใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมด้วยโมเดลแบบสุ่มมีค่าเท่ากับร้อยละ 52 (95% CI: 42%-62%) และพบว่าแต่ละบทความมีความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน (I^2 = 98.29% p-value < 0.001) เมื่อพิจารณาปัจจัยภูมิภาคพบว่ามีความชุกในภูมิภาคยุโรปเท่ากับร้อยละ 54 (95% CI: 37%-71%) ภูมิภาคทวีปอเมริการ้อยละ 59 (95% CI: 46%-73%) ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกร้อยละ 37 (95% CI: 18%-56%) และหลายภูมิภาคร้อยละ 18 (95% CI: 11%-27%)

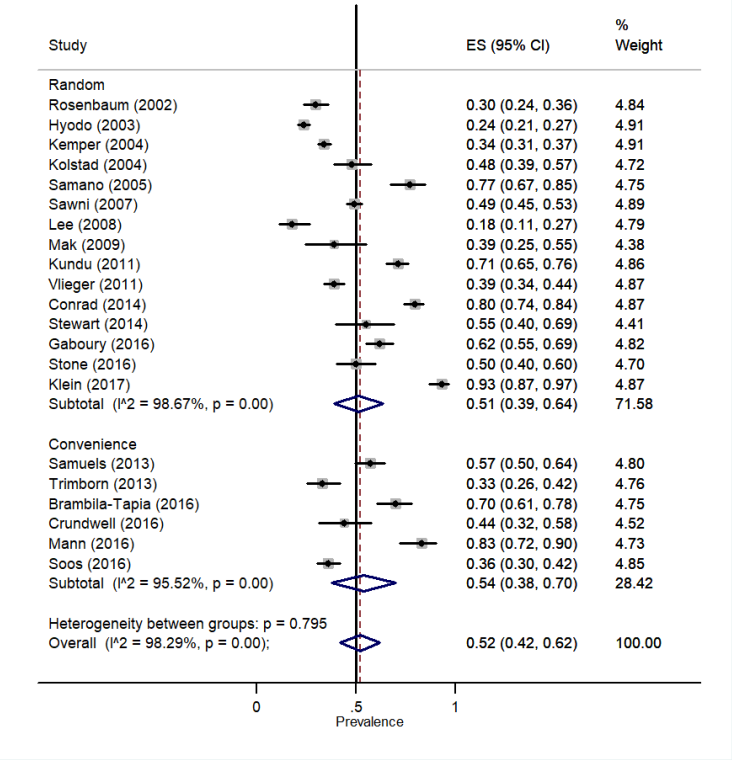
โดยแต่ละภูมิภาคมีความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน (p-value < 0.001) ดังภาพที่ 13 เมื่อพิจารณาปัจจัยเศรษฐกิจพบว่ามีความชุกในระดับรายได้สูงร้อยละ 52 (95% CI: 41%-62%) ระดับรายได้ปานกลางถึงสูงร้อยละ 74 (95% CI: 67%-80%) และหลายระดับเศรษฐกิจร้อยละ 18 (95% CI: 11%-27%) โดยแต่ละกลุ่มปัจจัยรายได้ของประเทศมีความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน (p-value < 0.001) ดังภาพที่ 14 เมื่อพิจารณาปัจจัยการสุ่มตัวอย่างพบว่ามีความชุกในบทความที่มีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 51 (95% CI: 39%-64%) และไม่มีการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 54 (95% CI:38-70%) โดยการสุ่มตัวอย่างและไม่มีการสุ่มตัวอย่างมีความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.795) ดังภาพที่ 15 จากการวิเคราะห์ Meta-regression ไม่พบความแตกต่างของขนาดอิทธิผลของปัจจัยภูมิภาค ปัจจัยรายได้ของประเทศ และปัจจัยการสุ่มตัวอย่างต่อความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม ดังตารางที่ 9



ภาพที่ 13 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกตามภูมิภาค



ภาพที่ 14 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกตามรายได้ของประเทศ

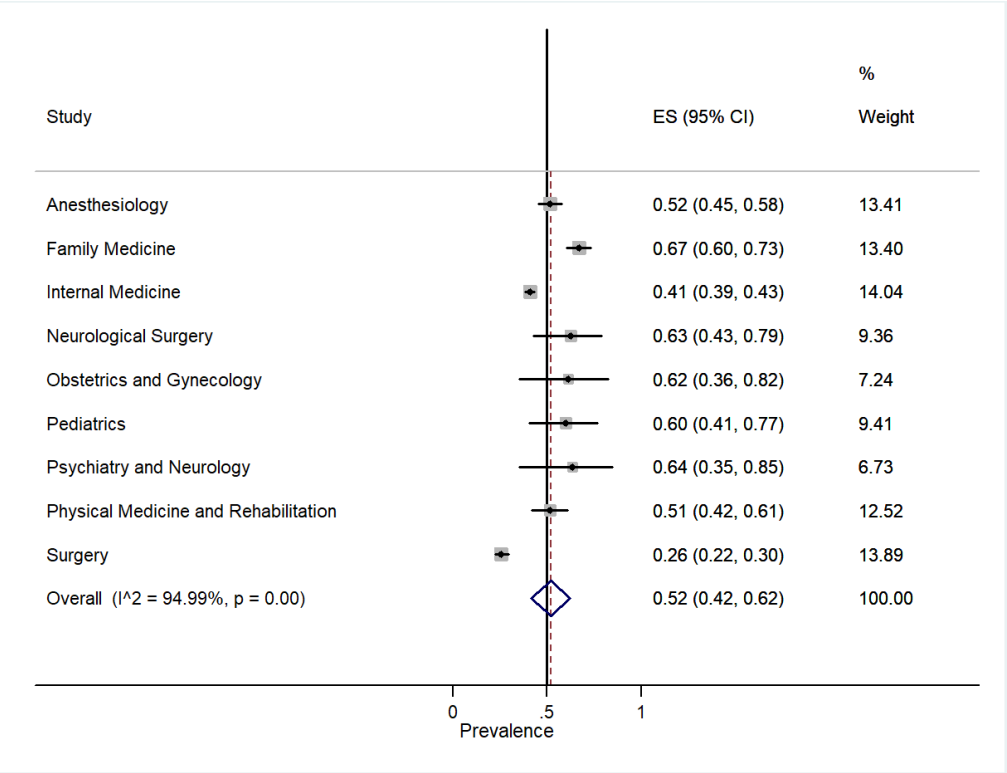


ภาพที่ 15 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง

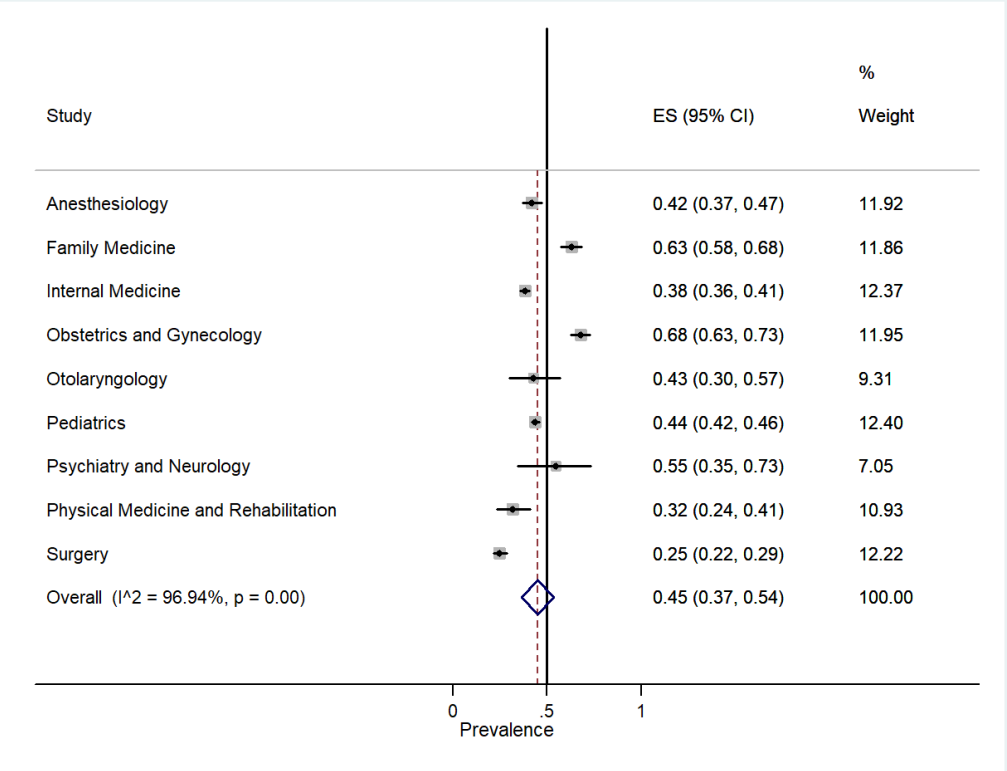
3. การยอมรับการแพทย์ทางเลือกในสาขาของแพทย์เฉพาะทาง พบว่าความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมด้วยโมเดลแบบสุ่มมีค่าเท่ากับร้อยละ 52 (95% CI: 42%-62%) และแต่ละสาขาเฉพาะทางมีความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน (I^2 = 94.99%, p-value < 0.001) โดยมีความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกในสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ 67 (95% CI: 60%-73%) จิตแพทย์และแพทย์ประสาทวิทยาร้อยละ 64 (95% CI: 35%-85%) ประสาทศัลยแพทย์ร้อยละ 63 (95% CI: 43%-79%) สูตินรีแพทย์ร้อยละ 62 (95% CI: 36%-82%) กุมารแพทย์ร้อยละ 60 (95% CI: 41%-77%) วิสัญญีแพทย์ร้อยละ 52 (95% CI: 45%-58%) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร้อยละ 51 (95% CI: 42%-61%) อายุรแพทย์ร้อยละ 41 (95% CI: 39%-43%) และศัลยแพทย์ร้อยละ 26 (95% CI: 22%-30%) ดังภาพที่ 16

4. การใช้การแพทย์ทางเลือกในสาขาของแพทย์เฉพาะทาง พบว่าความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมด้วยโมเดลแบบสุ่มมีค่าเท่ากับร้อยละ 45 (95% CI: 37%-54%) และพบว่าแต่ละสาขาเฉพาะทางมีความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกแตกต่างกัน (I^2 = 96.94%, p-value < 0.001) โดยมีค่าความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกในสาขาสูตินรีแพทย์ร้อยละ 68 (95% CI: 63%-73%) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ 63 (95% CI: 58%-68%) จิตแพทย์และแพทย์ประสาทวิทยาร้อยละ 55 (95% CI: 35%-73%) กุมารแพทย์ร้อยละ 44 (95% CI: 42%-46%) โสต ศอ นาสิกแพทย์ร้อยละ 43 (95% CI: 30%-57%) วิสัญญีแพทย์ร้อยละ 42 (95% CI: 37%-47%) อายุรแพทย์ร้อยละ 38 (95% CI: 36%-41%) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร้อยละ 32 (95% CI: 24%-41%) และศัลยแพทย์ร้อยละ 25 (95% CI: 22%-29%) ดังภาพที่ 17

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาพที่ 16 Forest Plot ของความชุกของการยอมรับการแพทย์ทางเลือกในสาขาแพทย์เฉพาะทาง



ภาพที่ 17 Forest Plot ของความชุกของการใช้การแพทย์ทางเลือกในสาขาแพทย์เฉพาะทาง

4.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับประธานราชวิทยาลัยหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจำนวน 13 ราชวิทยาลัย ราชวิทยาลัยละ 1 คน พบว่ามีจำนวน 9 ราชวิทยาลัยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ประกอบด้วย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย มีจำนวน 4 ราชวิทยาลัยที่ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ประกอบด้วย ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิก แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ผู้ให้ข้อมูลหลักรวมทั้งสิ้น 9 คน จากทั้งหมด 13 ราชวิทยาลัย ประกอบด้วย M1 - M9 เป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายจากประธานราชวิทยาลัยทั้งหมด แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 6 คน และเพศหญิงจำนวน 3 คน

ทำการถอดเทปสัมภาษณ์ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 9 ปัจจัย ประกอบด้วย ด้านการขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 7 สาขา ด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเชิงทางเลือกของผู้ป่วยจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 6 สาขา ด้านประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 6 สาขา ด้านการยอมรับในเชิงประโยชน์จากการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ด้านความร่วมมือกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ด้านการโฆษณาเกินจริงของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ด้านความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแนวทางเวชปฏิบัติจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา และด้านความไม่ชัดเจนของการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางจำนวน 2 สาขา ดังตารางที่ 10

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 10 ปัจจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ปัจจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	แพทย์เฉพาะทาง									จำนวน
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	
การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์	-	ใช่	ใช่	-	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	7
การยอมรับในเชิงทางเลือกของผู้ป่วย	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	-	ใช่	-	ใช่	-	6
ประสบการณ์การใช้	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	-	-	ใช่	-	6
การยอมรับในเชิงประโยชน์จากการใช้	ใช่	ใช่	-	-	-	ใช่	-	-	-	3
ความร่วมมือ	ใช่	ใช่	-	-	ใช่	-	-	-	-	3
การโฆษณาเกินจริง	-	ใช่	-	ใช่	ใช่	-	-	-	-	3
การขาดข้อมูล	ใช่	-	ใช่	-	-	-	-	-	ใช่	3
ความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบในแนวทางเวชปฏิบัติ	-	ใช่	ใช่	-	-	-	-	ใช่	-	3
ความไม่ชัดเจนของการส่งเสริม	ใช่	ใช่	-	-	-	-	-	-	-	2

4.2.1 การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 7 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เนื่องด้วยหลักการของแพทย์แผนปัจจุบันใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการอ้างอิงและสืบค้น ทำให้มีความน่าเชื่อถือและสามารถปฏิบัติตามได้ แต่การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์และการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในการใช้งานหรือแนะนำให้ผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“สมมติหลักการการใช้ยาโดยทั่วไป อันที่ 1 คือไม่เกิดอันตรายก่อน เหมือนว่าอันนี้ทานได้ ทานได้ง่าย ไม่เกิดอันตราย ผลเสียหรืออาการแทรกซ้อนจากการทานยา อันนี้คืออันแรกต้องมี safety (ความปลอดภัย) ก่อน อันที่ 2 ก็คือประสิทธิภาพ ใช้แล้วทำให้โรคดีขึ้น อาจจะไม่ได้หาย ดีขึ้นหรือบรรเทาอาการได้มากน้อยแค่ไหน อันสุดท้ายคือประสิทธิผล เมื่อใช้ยาแล้ว โดยภาพรวมแล้วรู้สึกดีขึ้นหรือไม่ มันใช้ง่ายในชีวิตประจำวันหรือไม่ อันนี้คือ 3 หลักใหญ่ ๆ ถ้าสามารถตอบโจทย์ 3 อย่างได้ ก็เชื่อว่าน่าจะสามารถที่จะทำการตลาดใช้การได้ แต่ปัญหาตอนนี้คือมันยังไม่ค่อยชัดเจนเท่าไหร่ในทั้ง 3 ส่วนที่เกิดขึ้น”

“อาจจะเป็นเพราะว่าไม่มีความรู้ แล้วก็ไม่มีความรู้ในประสิทธิภาพและความปลอดภัยอย่างแท้จริง คิดว่าอันนี้คือ Key เลย แล้วทำไมเราใช้ยาฝรั่งได้ ก็เพราะว่ามันมีการศึกษา เราชัดเจน เรารู้ว่ามันใช้แล้วมันรักษาโรคโน้น โรคนี้ได้ ถูกไหม อาการข้างเคียงเป็นแบบนี้ ๆ เรารู้ เรา respect ได้ถูกไหม แล้วพอเป็นอย่างนี้มันไม่ชัวร์ มันไม่เคลียร์ชัดเหมือนกับยาฝรั่ง เพราะฉะนั้นก็ไม่ค่อยกล้า”

“ก็ถือว่า เป็น Specialist อันหนึ่ง เป็นแพทย์เฉพาะทางอันหนึ่งที่คนไข้จะไปปรึกษาได้ และทางนั้นก็ต้องเคลียร์มา ต้อง Declare ให้ชัดเจนว่า สูตรนี้มันคืออะไรยาอะไร เป็นยังไงให้มันชัดขึ้น ไม่ใช่ไม่รู้อะไรสูตรนี้อะไรผสมอยู่ ก็ต้องเคลียร์ตรงนั้นด้วยนะ ต้องเคลียร์ให้ชัด ๆ ด้วยว่ามีอะไร”

“แล้วบางทีคนไข้ก็จะมาถาม คือไม่ห้ามแต่จะให้หมอแนะนำ หมอก็ไม่แนะนำ เพราะว่าเราก็อิงตามหลักฐานอ้างอิง ถึงมี Study ว่ามันได้ผลไม่ได้ผล อย่างไง ๆ อย่างนี้นะ แต่ไม่ห้าม ไม่แนะนำ ถ้าจะถามให้เป็นคนบอกว่าให้ไปทำแบบนี้ไม่ทำ”

“ต้องมีข้อมูลก่อนว่าได้ใช้มามากน้อยแค่ไหน แล้วผลเป็นยังไงบ้าง เก็บเหมือน research เป็นยังไงบ้างประมาณนี้ ถึงจะจูงใจให้ใช้ได้”

“เพราะว่ามันไม่มีโดส ไม่มีขนาด แล้วมันก็มีผลข้างเคียงที่ไม่ได้ศึกษา แต่ยาแผนปัจจุบันมันจะรู้ผลข้างเคียงค่อนข้างแน่นอน”

“การจะเอามาใช้ต้อง prove จริง ๆ ว่าปลอดภัย ถ้าไม่ปลอดภัยเราคงไม่ให้ใช้ นั่นในแง่ของเวชกรรม”

“แม้ว่าปัจจุบันแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหลายผู้ให้บริการก็ปรับให้เป็นลักษณะที่เป็นวิทยาการมากขึ้น เป็น Evidence based (หลักฐานเชิงประจักษ์) มากขึ้น แต่หลาย ๆ ส่วนยังทำเป็นลักษณะที่ไม่ค่อยเป็น Evidence based เท่าไรนัก เป็นพวกความเชื่อหรือว่า ไปลองกันดูอย่างนี้เป็นต้น”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“มันต้องเทียบกับการแพทย์ตะวันตกที่เราใช้อยู่ทุกวันนี้ เขาศึกษามาเป็นระยะเวลานาน มีการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ มีการวิเคราะห์ Analysis อะไรต่าง ๆ มากมาย ปัญหาของแพทย์แผนไทยคือมันไม่มีแบบนั้น มีการตีพิมพ์ไหม คือส่วนใหญ่ก็ฟังกันมา ฟัง เล่า แต่ไม่เคยมีลายลักษณ์อักษร อันนี้เป็นข้อเสียเปรียบ ทำให้เราแบบคือก็ได้แต่ฟัง ๆ แต่พอจะไปค้นมันไม่มีให้ค้น ไม่เหมือนฝรั่ง เขาเขียนเป็นวิทยานิพนธ์ มี Paper มีบทความทางวิชาการที่มันเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถไปสืบค้นได้อันนั้นทำให้ง่าย เราสามารถไปดูอย่างนี้ ๆ ตัวยาอันนี้สามารถใช้อย่างนี้ ๆ กับโรคนี้อะไรต่าง ๆ มันทำให้ง่าย แต่ของไทยตรงนี้ไม่มี หายากมากเลยที่เขียนเป็นแบบนั้น”

“ยิ่งเราไม่เปิดโอกาสให้แผนไทยเป็นทางเลือกด้วยข้อมูลที่เราบอกว่ามันไม่มี Evidence เพราะ Evidence มันเป็นเรื่องของการสะสมยิ่งเราลองผิดลองถูกบ่อย ๆ Evidence มันก็จะรู้ว่าอันไหนควรทำ”

4.2.2 ด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเชิงทางเลือกของผู้ป่วย

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 6 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในเชิงของทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสามารถใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ไม่ควรทำการปิดบังแพทย์ผู้รักษาเกี่ยวกับวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่ได้รับเพิ่มมา ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“เราก็ต้องดูว่ามันโอเคหรือเปล่าอย่างน้อยก็ต้องดูว่า เออ ทำไปคนไข้ดีขึ้นนานแค่ไหน ถ้าดีขึ้นในระดับหนึ่ง โอเคคนไข้พอใจ เราพอใจ ผมก็ไปทางเดิม แต่ถ้าคนไข้ไม่พอใจปุ๊บ เราก็เริ่มไม่พอใจแล้ว ความพึงพอใจของคนไข้มาก็จบ ถ้าคนไข้ไม่พอใจเราก็ต้องหาทางเลือกทางอื่น เพราะเรารู้ว่ามันมีหลายทางเลือก เราก็ไปเรื่อย ๆ หลายทางเลือก”

“ในโรงพยาบาลก็จะบอกแค่ว่าถ้าไปใช้สมุนไพรหรือจะไปใช้อาหารเสริมหรือจะไปทดลองทางเลือกอะไรไปทดลองได้แต่ว่าบอกกันก่อน หรือถ้าให้ดีปรึกษากันก่อนที่จะไปลองอะไรอย่างนี้นะ วิธีนี้ก็

ทำให้คนไข้ที่รักษากับเราก็พอใจจะเล่าไปทำอะไรมาบ้างอะไรอย่างนี้ อันนี้ก็เป็นลักษณะของอย่างนี้ เวลาปฏิบัติ”

“มันเป็น Sub-specialty (แพทย์เฉพาะทางสาขาย่อย) ลงมา เราจะให้เกียรติซึ่งกันและกัน เราไม่ไปก้าวก่ายของอาชีพอื่น เขาอยากทำให้เขาทำไป ของเราเราทำแบบนี้ ถ้าคนไข้อยากไปแพทย์ทางเลือกอยากทำอะไรก็ทำไป คนไข้ก็เลือกเอาเองว่าอยากไปตรงไหน”

“ถ้าคนไข้อยากจะนวดก็บอกว่าไปนวดได้แต่อย่าแรงเกินไปนะ บอกคนไข้ไปว่า เออ มันอักเสบอยู่นะ นวดแรงมันจะอักเสบมากขึ้น นวดเบา ๆ ให้คลายจะดี คือคล้าย ๆ แนะนำไปด้วยตามหลักการที่เราเรียนมาว่าไปทำได้ คนไข้อยากไปนวดไม่เคยห้ามเลย”

4.2.3 ด้านประสบการณ์การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 6 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์จากการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยแพทย์เฉพาะทางได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบางประเภททั้งจากตนเองและผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“ได้มีโอกาสไปสวนโมก ไปปฏิบัติธรรม แล้วมันก็จะมีกิจกรรมตอนเช้าว่าให้โยคะ ไท้เก็ก อะไรอย่างนี้ เสร็จแล้วเราก็ดูว่าอันไหนที่ถูกจริตเราก็เลือกท่าของโยคะที่มันช่วยในเรื่องหลังของเรา แล้วก็ทำมาตลอดอย่างสม่ำเสมอ คือทุกเช้าก่อนลุกจากเตียงทำตลอด”

“เพื่อนเป็นกระดูกสันหลังเคลื่อนนิดหน่อยปวดหลังตลอดเวลา เราก็รู้ว่าเขาต้องไป stretching (การยืดกล้ามเนื้อ) เราก็เล่นโยคะ เล่นโยคะแล้วก็โอเค จนกระทั่งปัจจุบันแนะนำมา 4-5 ปีแล้ว เขาก็ยังไม่ค่อยบ่นเรื่องปวดหลัง มันก็เป็นอะไรที่มันช่วยได้ในลักษณะพอสมควร สำหรับคนที่ยังไม่เป็นมากและในกลุ่มคนที่ถูกต้อง ที่ส่งไปถูกต้องก็โอเค ว่ามันได้ผลในการทุเลาอาการหรือว่าในการอะไรก็ตาม”

“มีการส่งคนไข้ไปนวดเพราะจริง ๆ แล้วนวดคิดว่ามันเป็นอะไรที่อยู่คู่กับมนุษย์มานานแล้วแหละ นวดมันมีทุกชาติแต่ว่านวดไทยก็จะดังของเราไปอีกอย่างหนึ่ง”

“ขึ้นอยู่กับโรคว่าเราคิดว่าคนไข้เป็นโรคอะไรที่ทำอะไรได้ผล พวกนี้ค่อนข้างจะได้ผลในการใช้ได้ถูกต้อง แล้วก็ไม่ได้ใช้กับทุกอย่าง ถ้าใช้ให้ถูกต้องได้ผล แล้วได้ผลค่อนข้างดีด้วย อย่างเช่น นวดได้ ฝังเข็มได้ โยคะก็ได้”

“ใช้โยคะกับตัวเองมาก็ 10 กว่าปีแล้ว คือตอนเช้าจะโยคะก่อนลุกจากเตียงเลย เลี่ยงปัญหาเรื่องสุขภาพในเรื่องเดี๋ยวเส้นมันอะไรอย่างนี้ เจ็บปุ๊บ หันหน้าแล้วเจ็บปั๊บเลยอะไรอย่างนี้ไม่มี เพราะว่าเรายืดเส้นก่อนแล้วก่อนที่เราจะลุกจากเตียง ณ ตรงเนี้ยมันเหมือนกับเราเป็นคนที่รู้สึกว่าอันนี้มันมีค่าแล้วเราก็เอามาทำกับตัวเอง”

แต่ส่วนมากยังพบปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วย

“เรามีปัญหาอยู่หลายส่วนเหมือนกันที่จะต้องมาให้การดูแลรักษาคนไข้ ซึ่งได้รับการรักษาทางแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือกพอสมควร ยกตัวอย่างเช่น ไปนวดมาแล้วมีปัญหาหลอดเลือดฉีกขาดหลอดเลือดอุดตัน เกิดภาวะต่าง ๆ เช่น ถุงน้ำในร่างกายแตกอย่างนี้เป็นต้น ซึ่งเราต้องมารักษาพอสมควร”

“แต่ว่าพอมาเจาะ Lab แล้วพอเราซักประวัติจริง ๆ อาการบางอย่างเขาก็แย่ลงแต่คนไข้ก็สนใจแต่อาการดี ๆ ของตัวเองไงพอเราซักว่าอาการบางอย่างเขาก็แย่ลงนะแล้วก็บางตัวเริ่มไม่ค่อยดีอย่างนี้ก็มีแต่ดีที่เขามา Follow (ติดตามการรักษา)”

“เช่น กระดูกหักเนี่ย ไม่ต้องทำอะไรมันมันก็ติดของมันอยู่แล้ว เพียงแต่มันจะติดเข้ารูปดีไม่เข้ารูปดี อันนี้ก็คือสมัยก่อนเราจะไปหาหมอพระใช่ไหม และเดี๋ยวก็เสร็จแล้ว ไม่เห็นต้องมาหาหมอเลย หมอพระก็ดามกระดูก เพราะจริง ๆ ก็คือจัดให้มันไม่มี Movement (เคลื่อนไหว) มันจะติดของมัน

อยู่แล้ว ถ้าเขาดึงให้มันเข้าที่ด้วยมันก็จะไม่ผิดรูป แต่เราก็จะเห็นว่า คนไทยเราก็จะมีแบบ แขนเป็นเหมือนช้อนส้อม อยู่นั้นก็คือมันโดนจัดแล้วยังไม่เข้ารูปดีแล้วก็จะเห็นคนที่เหมือนกับช้อนส้อมอยู่ตรงนี้ก็ยังมี Redundant (เหตุการณ์ซ้ำ) ให้เราเห็นอยู่ว่า ถึงยังไงก็ยังก็ยังมีคนต้องไปหาอย่างงั้นอยู่เพราะว่าด้วยความเชื่อเขา เขาสบายใจกว่า"

4.2.4 ด้านการยอมรับในเชิงประโยชน์จากการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับในเชิงประโยชน์จากการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสามารถเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในด้านที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังมีข้อจำกัดอยู่ เช่น ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจ และในด้านการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

"ไปเรียนแพทย์ทางเลือกเพราะว่าประเด็นคือ หนึ่ง มีความอยากรู้ด้วยว่าศาสตร์พวกนี้เขาทำงานอย่างไรแล้วก็มีประโยชน์ขนาดไหน สอง เนื่องจากว่าหลังจากที่เราเรียนแพทย์สำเร็จ ก็ถือว่าเป็นแพทย์ที่เข้าใจมุมมองผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ครอบครัวอะไรอย่างนี้ พอเราทำความเข้าใจผู้ป่วยอย่างรอบด้านแล้วเราก็พบว่า เครื่องมือในการช่วยดูแลสุขภาพค่อนข้างจำกัด เพราะว่าองค์ความรู้ที่เราเรียนจริง ๆ ก็เป็นความรู้ทางด้านเฉพาะเรื่องของของ Biomed (การแพทย์แผนปัจจุบัน) เท่านั้น ถ้าเรามองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของ Biopsychosocial spiritual (ชีวจิตสังคม) ของเราที่หมอแผนปัจจุบันเราเรียนก็เป็นเรื่องของ Biomed (การแพทย์แผนปัจจุบัน) แต่ส่วนที่ไม่ใช่ก็คือเรื่องของพฤติกรรมบำบัดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่น ๆ เราก็มีเครื่องมืออยู่ 2 อันนี้ พอทำงานก็พบข้อจำกัดในการรักษาคนไข้เราก็เลยอยากจะเสาะหาที่มันมีเครื่องมืออย่างอื่นไหมที่สามารถช่วยคนไข้ได้มากกว่าที่เรามีอยู่อะไรอย่างนี้ครับ"

"ถ้าพูดเรื่อง Pain (ความปวด) ก็จะมีสองกลุ่ม กลุ่มแรก Acute (เฉียบพลัน) กับ Chronic (เรื้อรัง) เพราะตอนนี้ที่เราเล่นอยู่เราเล่น Chronic pain (อาการปวดเรื้อรัง) คือมีหมอคนที่เล่นอยู่วิสัญญีนะเขาก็จะเป็นคนที่ออกแนวที่จะชอบหลาย ๆ อย่างที่จะมาผสมผสานให้ เพราะจริงมันไม่ได้ตอบโจทย์ด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ก็เชื่อว่างานตรงนี้ก็น่าจะเป็นประโยชน์เพราะว่าจริง ๆ ในแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือกสิ่งที่สัมผัสคือ มันมีการดูแลจิตใจเขาด้วย ตรงนี้ก็จะเป็นส่วนที่ช่วยให้คนที่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Suffer (ทุกข์ทรมาน) ได้อะไรบางอย่าง เพราะแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มักจะแบบ ไม่แผนแพทย์ปัจจุบันอะนะ การแพทย์ปัจจุบันมันจะแบบเหมือนเวลามีน้อยก็จะแบบคุยน้อยอะไรอย่างนี้ แต่ถ้าเป็นมนุษย์ Pain (ความปวด) เนี้ย เขาให้คำว่ามนุษย์ Pain (ความปวด) เขาก็จะแบบมีเวลาให้ Concern (กังวล) เรื่องจิตใจอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นมันก็เป็น Option (ทางเลือก) ที่ให้เขาออกไปทางแนวอย่างนี้ได้ และยิ่งคนไข้หลาย ๆ คนก็เชื่อว่า เหมือนหมอบ้านดีกว่าอะไรอย่างนี้เขารู้สึกสบายใจที่จะไปหาหมอบ้าน คำตอบก็น่าจะเป็นว่ามี Pain (ความปวด) เข้าไปผสมผสานเยอะ"

"แพทย์ทางเลือกเอาไว้ใช้รักษาคน เพราะบางทีหมอแผนปัจจุบันไม่มีเวลาที่จะรักษาคน แค่รักษาโรคก็ไม่ทันอยู่แล้วในบางแห่ง ถ้าบางแห่งอันไหนรักษาทันก็รักษาคนไปด้วยก็จะสอนนักเรียนแพทย์แบบนี้ เราต้องรักษาคนเราจะชนะเสมอ ถ้าเรารักษาโรค เราอาจจะแพ้หรือชนะก็ได้ ถ้าเรารักษาคนเมื่อไหร่เราชนะ"

"ส่วนใหญ่ Alternative (การแพทย์ทางเลือก) ที่เป็นอยู่นะมันใช้ในแนวป้องกันที่จะให้สุขภาพแข็งแรงได้เยอะมาก"

4.2.5 ด้านความร่วมมือกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความร่วมมือกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยพบว่าการขาดนโยบายเกี่ยวกับความเชื่อมโยงในวิชาชีพระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกส่งผลให้ความร่วมมือของแพทย์แผนปัจจุบันและผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

"ไม่มีการติดต่อกันอย่างจริงจัง เพราะว่าแพทย์แผนไทยเราเพิ่งได้มาไม่นาน มันก็อาจจะเป็นเพราะว่าเขาเป็นน้องเยอะ แต่ว่าเริ่มมีหลายคนแล้วแหละ แล้วเขาก็ไปอยู่ทางด้าน Rehab (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู) หรือ Fam Med (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)"

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“หมอก็ไม่รู้เรื่องการนวด เราไม่รู้ว่าจะให้หมอนวดทำงานในส่วนตรงไหนที่เป็นกระบวนการ Refer indication (ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วย) ที่เราจะส่งไปหาหมอนวดที่เป็นแผนไทย”

“ถ้าเป็นหมอที่ดูแลเรื่อง Pain (ความปวด) อันนั้นเขาจะมีโอกาสที่จะ Connect กับทางนั้นซึ่งเห็นที่โรงพยาบาลเขาก็ Connect กันอยู่นะ ก็คือคนที่เล่นแพทย์ทางเลือกจะเป็นหมอ Med (อายุรแพทย์) หรือหมอ Fam Med (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ก็จะมีหลายคนที่เล่น มีฝังเข็ม มีอะไรแบบนี้ ตรงนั้นเขาก็จะมีการคุยกันส่งต่อคนไข้กันบ้าง”

“ถ้าอย่างเคสคนไข้ในที่เราส่งไปบางทีเราเลือกไว้แล้วว่าเราคิดว่าปลอดภัย แบบนี้เราก็จะบอกเขาว่าให้ระวังเรื่องนี้เรื่องนี้แพทย์แผนไทยก็จะทำงานกับเราสำหรับคนไข้ใน ถ้าคนไข้นอกส่วนใหญ่ก็ไม่มีคนไข้นอกก็จะมีทั้งที่เขาดูแล้วเขาคิดว่าไม่เหมาะเขาก็ส่งมาให้เราดูต่ออย่างนี้ก็มีคือก็เหมือนเราส่งให้เขา เขาก็ส่งให้เราเพราะถ้าเขาคิดว่าไม่เหมาะเขาก็จะส่งมาให้เรา”

4.2.6 ด้านการโฆษณาเกินจริงของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการโฆษณาเกินจริงของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยพบการโฆษณาเกินจริงของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในบางสาขา ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย จึงส่งผลให้เกิดมุมมองด้านลบกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“มันอาจจะได้ประโยชน์บางส่วนแต่ว่าไม่รู้ว่าได้ประโยชน์ตรงจุดไหน แต่ว่าบางทีเขา Over used (การใช้ที่มากเกินไป) ไม่รู้ คือบางทีก็ต้องจำกัดตัวเองว่าบางเรื่องมันไม่ใช่ กระดูกสันหลังคดอย่างนี้อะไรราว ๆ นี้ เราต้องรู้ limitation ของตัวเองว่าอะไรที่ไม่ได้ จริง ๆ แล้วพวกการพูดเกินความจริงบางทีมันก็ทำให้เราอาจจะ upset เล็กน้อย”

“พอเราไปโปรโมทว่าเป็นไข้ก็กินฟ้าทะลายโจรจริง ๆ ไข้ทุกประเภทก็ไม่เหมาะกับกินฟ้าทะลายโจรไงเป็นโรคกระเพาะกินขมิ้นจริง ๆ โรคกระเพาะบางประเภทคนไข้เขามาปรึกษาเราเราก็จะให้คำแนะนำว่าโรคกระเพาะประเภทอย่างนี้นะจริง ๆ ไม่ต้องกินขมิ้น”

“จะต้อง Integrate (บูรณาการ) แม้ตอนนี้การแพทย์ทางเลือกบ้านเราไม่รู้สิอย่างพวกยามันน่าจะมั่วมากเลยหรือเปล่า คือกลุ่มการแพทย์ทางเลือกกลุ่มอาหารเสริมน่าจะมั่วมาก สื่อมันโฆษณาอะไรไม่รู้เต็มไปหมด มันอาจจะดีก็ได้นะ แต่รู้สึกเหมือนโฆษณาเยอะมาก คิดว่าตรงนี้มันน่าจะต้องมีการวางระบบจัดการคือไม่รู้ อย. อาจจะควบคุมแล้ว แต่รู้สึกว่ามันเหมือนตอนนั้นที่เป็นโรคไตใช่ไหมที่เขาต้องเตือนให้ระวังหนานเฉาเหว่ย”

“หาประโยชน์ของมัน ประโยชน์ที่ถูกต้อง ถ้าเมื่อใดก็ตาม เราพูดเกินความจริงมันจะเกิดความไม่น่าเชื่อถือ แล้วก็มันก็จะไม่ประสบความสำเร็จ คนไข้มานู่น นี่ นั่นได้หมดทุกอย่าง แต่จริง ๆ แล้วมันไม่ได้”

“ก็พอศึกษาอ่านตำราเอาก็ไว้แนะนำคนไข้ว่าเออคนไหนคนไข้ประเภทไหนเขาควรจะให้สมุนไพรตัวไหนเพราะอันนี้ก็ต้องเรียนตรง ๆ ว่าคือวิธีการโปรโมทแบบกระทรวงเรา บางทีก็อาจจะโปรโมทได้ไม่ตรง คือถ้าเรามองสมุนไพรเป็นยาสักตัวหนึ่งนะเราก็ไม่ควรจะบอกว่าสมุนไพรปลอดภัย 100%”

4.2.7 ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยแพทย์เฉพาะทางให้ความเห็นว่าการขาดความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ส่งผลให้ไม่กล้าที่จะใช้กับตนเองหรือผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

“ต้องบอกว่าอันดับแรกเลยคือไม่มีความรู้ เพราะถ้าเกิดมีความรู้มันก็กล้าที่จะใช้ ถ้าไม่มีความรู้มันก็ไม่กล้าใช้ก็คือตรงไปตรงมา แม้กระทั่งใช้กับตัวเองหรือใช้กับคนไข้ ถ้าเราไม่แน่ใจว่ายาตัวนี้มีประสิทธิภาพจริง มีอาการข้างเคียงอะไรบ้าง เราก็ไม่กล้าที่จะใช้ คิดว่าสำคัญที่สุดก็คือไม่มีความรู้ คือกระทรวงสาธารณสุขจะ promote อะไรก็ตามแต่มันอาจจะไม่มาถึง”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“คือก็ไม่รู้ว่าการแพทย์แผนไทยมี journal (วารสาร) อะไรแบบนี้นะ เป็นเล่มออกมาที่มันมีบทความแบบนี้มีไหม”

“ตอนเรียนจะรู้สึกว่า วิชาแพทย์แผนไทยมันเป็นโบราณนะ ส่วนใหญ่ก็มีจะมีลูกกลอนซึ่งจะมี Steroid ปนอยู่ ทำให้คนไข้รู้สึกดีขึ้น อันนี้เป็นแบบ Bad impression ที่โดนสอนมา”

4.2.8 ด้านความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแนวทางเวชปฏิบัติ

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 3 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติ โดยการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการกำหนดมาตรฐานในการแพทย์แผนปัจจุบัน หากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกยังมีความไม่ชัดเจนในการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติจะทำให้การเชื่อมโยงกับการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นไปได้ยาก ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

“พอระบบ Refer มันไม่ค่อยชัดเจนมันก็เลยลำบากว่าวันนี้เหมือนเรา Refer ไปหาหมอโรคหัวใจหรือไปส่งไป Consult นักกายภาพอะไรอย่างนี้นะมันไม่มีระบบอย่างนั้นในระบบของเราเป็นเรื่องเป็นราว”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“ที่เราไม่ปล่อยให้เขาได้สร้าง Standard ในระบบมันจะลำบากมาก แล้วเขาก็ไม่สร้าง”

“แล้วก็ต้องใส่เข้าไปในแนวทางเป็น guideline เพราะถ้าไม่ทำขึ้นมานี่นะไม่มีทาง ไม่มีใครกล้าใช้แน่นอน กลัวกันหมด ใช่ไหม ยารักษามะเร็งอย่างนี้อันตรายจะตายชัก แต่ทำไมเราใช้ใช่ไหม”

“อะไรที่มันยังไม่ Regulate เราไม่กล้า คือมันอาจจะต้องเคลียร์เอา indication ให้เคลียร์ก่อนแล้วก็อาจจะต้อง select กลุ่มไหนที่ใช้ได้ กลุ่มไหนที่ใช้ไม่ได้อะไรอย่างนี้ อย่างที่บอกอันที่เป็น specific เขาเรียกว่า specific treatment อาจจะลำบาก อาจจะต้องเลือกกลุ่มที่มันเป็นพวกประคับประคองหรือพวกกลุ่มที่เป็นการรักษาตามอาการพวกนี้อาจจะพอได้”

“ถ้าเกิดมีการควบคุมคุณภาพ การดูแลมาตราฐานต่าง ๆ ให้ดี เชื่อว่ามันก็เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา แต่ทั้งนั้นมันก็เหมือนเป็นดาบ 2 คม ถ้าควบคุมได้ดีแล้วก็มีหลักฐานในการรักษามีประสิทธิภาพอะไรที่มันก็เป็น option หนึ่ง แต่ปัญหาคือการใช้ไปในทางที่ผิด หรือว่าไม่มีความเข้าใจอย่างถูกต้องก็อาจจะเกิดปัญหาตามมาได้”

“ผมยกตัวอย่างเช่น หมอเฉพาะทางสาขาที่เกิดมาหลัง ๆ เราก็ต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างตัวตนของระบบว่าเราจะเป็นเฉพาะทางจะมีบทบาทหรือความสำคัญอย่างไรในระบบบริการสุขภาพ ก็ต้องใช้เวลาสื่อสารกับหมอเฉพาะทางสาขาอื่นเหมือนกันว่าอย่างนี้เราดูอย่างนี้คุณดูอย่างนี้ควรส่งกลับมาหาเรา มันต้องให้เราตั้งต้นให้บริการของเราตอนในระบบเป็นเรื่องเป็นราว เราต้องเซฟตัวเองว่าเราก็ต้องป่าวประกาศว่าเราพร้อมจะดูแลผู้ป่วยในลักษณะไหนบ้าง”

4.2.9 ด้านความไม่ชัดเจนของการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางจำนวน 2 สาขา ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของการส่งเสริมแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก โดยการขาดการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีมาตรฐานเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในวิชาชีพ ไม่มีตัวตนที่ชัดเจน และลดความน่าเชื่อถือในฐานะที่เป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยความคิดเห็นดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

“มันไม่ได้เห็นการชูธงขึ้นมาโดยกรรมการบริหารอย่างชัดเจนว่าแพทย์แผนไทยคนหนึ่งเข้ามาอยู่ใน Community ของโรงพยาบาลนะ ถ้าอย่างงั้นมันเห็นชัดว่า ตกลงโรงพยาบาลส่งเสริมจริง แต่เขาก็อาจจะเนื่องจากมันยังไม่ได้มีกลุ่มงานของเขาอย่างชัดเจน ไปห้อยอยู่กับหน่วย Rehab (แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู) หรือไปอยู่กับ Fam Med (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) อาจจะต้องใช้เวลาอีกนิดหนึ่ง”

“สาธารณสุขของเราควรจะต้องวางบทบาทผู้บำบัดทางเลือกให้เขามีตัวตนที่ชัดเจนอยู่ในระบบเหมือนกันไม่นั้นเราไม่รู้ใครจริงใครปลอมคือตรงนั้นเขามีระบบตัวตนที่ชัดเจนแล้วเขาก็จะ Regulation ตัวกลุ่มพวกเขากันเอง”

“อาจเป็นเพราะระบบบริการสุขภาพของเราไม่ได้วางบทบาทว่าเขาจะทำงานคู่ขนานกับเราอย่างไร เรามองก็รู้สึกว่าบางทีเหมือนแผนปัจจุบันเราอยู่ข้างบนอย่างนี้มันไม่ได้เป็นคู่ขนานกันอะไร เขาไม่ได้เป็น Level เดียวกับเรามันก็เลยแบบนี้”

“ผ่านมามันมีความพยายามของสมาคมแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ที่เขาพยายามจะเซ็ตอัพตัวเองให้เป็นสถาบันวิชาการระดับราชวิทยาลัยของตัวเองที่จะมี License ของตัวเอง ต่างประเทศเขามีความพยายามอยู่แต่ว่าพอระบบสภาวิชาชีพของเราบอกว่าต้องฟังแพทย์สภาเป็นหลัก ก็บอกอันนี้ในมุมของแพทย์สภาเรามองแพทย์ทางเลือกเป็นอยู่ใต้แพทย์อีกที”

4.3 การพัฒนาและการทดสอบแบบสอบถาม

4.3.1 รวบรวมประเด็นสำคัญและข้อคำถาม จากการวิเคราะห์อภิมาน และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาสร้างเป็นหัวข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ ส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจพิจารณา และนำมาปรับปรุงแก้ไขเป็นแบบสอบถามฉบับร่าง

4.3.2 ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หรือความตรงตามวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของแบบสอบถามฉบับร่างโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางในสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์ที่เป็นสาขาเฉพาะทางที่มีการยอมรับการแพทย์ทางเลือกมากที่สุด ปานกลาง และน้อยที่สุดที่พบจากการวิเคราะห์อภิมาน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ (Index of Congruence หรือ IOC) โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนี้ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ดังต่อไปนี้

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

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เมื่อ IOC คือความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเครื่องมือทดสอบ

$\sum R$ คือผลรวมของคะแนนที่ได้จากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

N คือจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป คัดเลือกข้อสอบข้อนั้นไว้ใช้ได้

ค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ควรพิจารณาแก้ไข ปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

จากตารางที่ 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเครื่องมือวัด (Index of Item – Objective Congruence: IOC) โดยการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แสดงค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยทุกข้อ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

ตารางที่ 11 ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ

ลำดับ	ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ			$\sum R$	IOC
		1	2	3		
1	โปรดประเมินความรู้โดยรวมของท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	1	1	1	3	1
2	TTM/CAM มีประโยชน์กับท่าน	1	1	1	3	1
3	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับอุดมศึกษา (Systematic education) ประกอบด้วยประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก	1	1	1	3	1
4	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบปกติ เช่น สัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	1	1	1	3	1
5	ท่านทำการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) เกี่ยวกับ TTM/CAM	1	1	1	3	1
6	ผู้ป่วยถามท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	1	0	1	2	0.67

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ลำดับ	ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ			$\sum R$	IOC
		1	2	3		
7	ท่านมีผู้ป่วยที่มีการใช้ TTM/CAM ในการรักษา	0	1	1	2	0.67
8	ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM	1	1	0	2	0.67
9	ท่านอ่านบทความเกี่ยวกับ TTM/CAM ในวารสารต่าง ๆ	1	1	1	3	1
10	ท่านมีการใช้ TTM/CAM กับตนเอง	1	1	1	3	1
11	ท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษาผู้ป่วย	1	1	1	3	1
12	ท่านเคยร่วมทำงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM มาก่อน	1	1	1	3	1
13	ท่านส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	1	1	1	3	1
14	ท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล	1	1	1	3	1
15	ท่านจะแนะนำ TTM/CAM ให้เพื่อนหรือญาติ	1	1	1	3	1
16	ท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของท่านหยุดใช้ TTM/CAM	1	1	1	3	1
17	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะแนะนำผู้ป่วยให้อ่านหรือหาข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM เพิ่มขึ้น	1	1	1	3	1
18	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะติดต่อผู้ให้บริการ TTM/CAM และพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการรักษา	1	1	1	3	1
19	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction)	0	1	1	2	0.67
20	ท่านมีประสบการณ์ส่วนตัวและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ TTM/CAM	1	1	1	3	1
21	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจตามปกติ	1	1	1	3	1
22	ครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน มีประสบการณ์เกี่ยวกับ TTM/CAM	1	1	1	3	1
23	ท่านสนใจมีส่วนร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM	1	1	1	3	1
24	ควรมีการสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับผลการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและ TTM/CAM	1	1	1	3	1
25	ท่านมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	1	1	1	3	1
26	ท่านสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ TTM/CAM เช่น เข้าร่วมงานสัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	1	1	1	3	1
27	ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM ให้มากขึ้น	1	1	1	3	1
28	ท่านควรรู้ว่ามีการใช้ TTM/CAM แบบใดบ้างในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	1	1	1	3	1
29	ท่านรู้สึกคุ้นเคยกับ TTM/CAM	0	1	1	2	0.67

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ลำดับ	ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ			$\sum R$	IOC
		1	2	3		
30	ท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM	1	1	1	3	1
31	ท่านมีความมั่นใจในการแนะนำ TTM/CAM แก่ผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	1	1	1	3	1
32	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์	1	1	1	3	1
33	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM ที่มีบริการอยู่	1	1	1	3	1
34	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงของ TTM/CAM	1	1	1	3	1
35	ท่านเชื่อในประสิทธิผลของ TTM/CAM	1	1	1	3	1
36	TTM/CAM มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	1	1	1	3	1
37	การใช้ TTM/CAM อาจเกิดอันตรายได้	1	1	1	3	1
38	TTM/CAM อาจอันตรายเพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม	1	1	1	3	1
39	TTM/CAM ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม	1	1	0	2	0.67
40	TTM/CAM ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคของเขาได้	1	1	1	3	1
41	TTM/CAM สามารถช่วยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด	1	1	1	3	1
42	TTM/CAM ควรได้รับการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ก่อนที่จะได้รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน	1	1	1	3	1
43	การใช้ TTM/CAM ลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยามาตรฐาน	1	1	1	3	1
44	การใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง	1	1	1	3	1
45	มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากพอเกี่ยวกับประสิทธิผลของ TTM/CAM	1	1	1	3	1
46	การรักษาด้วย TTM/CAM มักให้ผลเหมือนยาหลอก (placebo)	1	1	1	3	1
47	ท่านเชื่อว่าควรจะมีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในโรงเรียนแพทย์	1	1	1	3	1
48	บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับปริญญาตรี	1	1	1	3	1
49	TTM/CAM เป็นภัยคุกคามต่อสาธารณสุข	0	1	1	2	0.67
50	TTM/CAM มีหลักการและวิธีการที่อาจเกิดประโยชน์กับการแพทย์แผนปัจจุบัน	1	1	1	3	1
51	TTM/CAM ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรทางการแพทย์	1	1	1	3	1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ลำดับ	ข้อคำถาม	คะแนนความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ			$\sum R$	IOC
		1	2	3		
52	ควรใช้ TTM/CAM เป็นทางเลือกสุดท้ายเมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาโรคได้แล้ว	1	1	1	3	1
53	TTM/CAM เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	1	1	1	3	1
54	TTM/CAM รบกวนการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	1	1	1	3	1
55	TTM/CAM มีบทบาทในสาขาแพทย์เฉพาะทางของท่าน	1	1	1	3	1
56	รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับ TTM/CAM	1	1	1	3	1

ตัวย่อ IOC: Index of Item – Objective Congruence

4.4 การทดสอบนำร่อง (Pilot survey)

การทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัยเพื่อศึกษาการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ประกอบด้วยผลการวิเคราะห์ข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

4.4.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

4.4.2 ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝง

4.4.3 ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

4.4.4 ผลการทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4.4.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

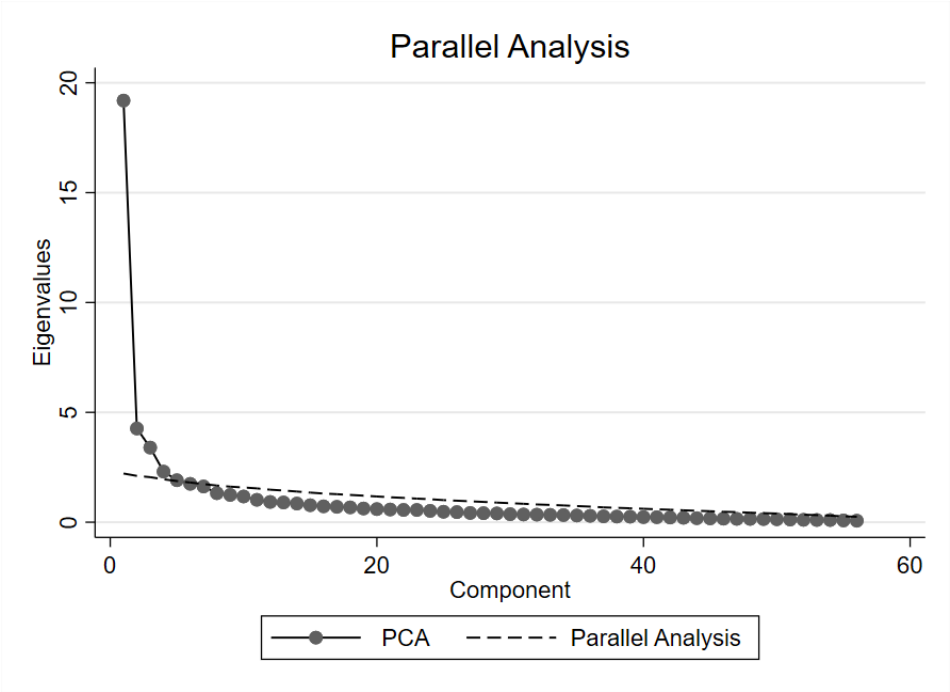
ดำเนินการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) เพื่อจัดกลุ่มตัวแปรของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางร่วมกับโดยเลือกสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีแกนหลัก (Principal Axis Factor) ร่วมกับการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธี Varimax เพื่อทำให้มีจำนวนตัวแปรในองค์ประกอบน้อยที่สุด และเพิ่มค่าน้ำหนักปัจจัยให้มากที่สุด ทำการหาจำนวนองค์ประกอบที่เหมาะสมด้วยการวิเคราะห์ Parallel Analysis และ Carell's Scree plot พบว่าค่าความแตกต่างของค่าไอเกน (Eigenvalue) ระหว่างการวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์ Parallel Analysis ของการมี 1 องค์ประกอบเท่ากับ 16.975 รองลงมาคือการมี 2 องค์ประกอบเท่ากับ 2.155

การมี 3 องค์ประกอบเท่ากับ 1.347 การมี 4 องค์ประกอบเท่ากับ 0.349 และการมี 5 องค์ประกอบเท่ากับ 0.037 จึงพิจารณาว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางไม่ควรมีมากกว่า 5 องค์ประกอบ เนื่องจากเป็นจำนวนองค์ประกอบที่มากที่สุดที่ค่าความแตกต่างมากกว่า 1 ดังตารางที่ 12 และผลการพิจารณาจำนวนองค์ประกอบสอดคล้องกับ Carell's Scree plot ซึ่งพบว่าจุดตัดของเส้น Parallel Analysis กับค่า Eigenvalue เท่ากับ 3 องค์ประกอบดังภาพที่ 18

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ Parallel Analysis ในการกำหนดจำนวนองค์ประกอบ

จำนวนองค์ประกอบ	PCA	PA	ค่าความแตกต่าง
1	19.192	2.217	16.975
2	4.265	2.11	2.155
3	3.398	2.051	1.347
4	2.304	1.955	0.349
5	1.912	1.875	0.037
6	1.747	1.806	-0.059
7	1.627	1.737	-0.11
8	1.32	1.669	-0.349
9	1.243	1.619	-0.376
10	1.172	1.581	-0.409

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาพที่ 18 กราฟ Carell's Scree plot แสดงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนองค์ประกอบและค่า Eigenvalue

ทำการวิเคราะห์ตัวแปรจำนวน 56 ตัวแปรเพื่อสกัดองค์ประกอบ โดยผู้วิจัยกำหนดให้ตัวแปรที่จะนำมาสกัดองค์ประกอบมีค่าไม่เกิน 0.7 พบว่ามีตัวแปรจำนวน 8 ตัวแปรที่มีค่า Uniqueness มากกว่า 0.7 ดังตารางที่ 13 จึงทำการตัดออกและเหลือตัวแปรในการสกัดองค์ประกอบจำนวน 48 ตัวแปร โดยมีจำนวนองค์ประกอบที่เหมาะสมในการแบ่งกลุ่ม คือ 3 องค์ประกอบดังตารางที่ 14 และมีค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) เท่ากับ 0.924 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันและมีความเหมาะสมที่จะนำตัวแปรไปใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 13 ตัวแปรที่ตัดออกจากการสกัดองค์ประกอบ

ลำดับ	ข้อคำถาม	Uniqueness
1	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับอุดมศึกษา (Systematic education) ประกอบด้วย ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก	0.8422
2	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะติดต่อผู้ให้บริการ TTM/CAM และพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการรักษา	0.7846
3	ท่านเคยร่วมทำงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM มาก่อน	0.7736
4	TTM/CAM อาจอันตรายเพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม	0.7687
5	TTM/CAM ควรได้รับการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ก่อนที่จะได้รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน	0.7409
6	มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากพอเกี่ยวกับประสิทธิผลของ TTM/CAM	0.7342
7	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะแนะนำผู้ป่วยให้อ่านหรือหาข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM เพิ่มขึ้น	0.7314
8	ควรใช้ TTM/CAM เป็นทางเลือกสุดท้ายเมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาโรคได้แล้ว	0.7034

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 3 องค์ประกอบ

ลำดับที่	องค์ประกอบ	จำนวนตัวแปร	ค่าความแปรปรวน	% ความแปรปรวน	% ความแปรปรวนสะสม
1	องค์ประกอบด้านกิจกรรม	20	10.697	22.280	22.280
2	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวก	21	10.596	22.070	44.360
3	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ	7	3.804	7.930	52.280

LR test p-value < 0.001

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

องค์ประกอบที่ 1 ชื่อ องค์ประกอบด้านกิจกรรม (Proactiveness) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.325 – 0.807 โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุดคือ ข้อคำถามท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษาผู้ป่วย รองลงมาคือข้อคำถามท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล และข้อคำถามท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุดคือข้อคำถามเมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction) โดยองค์ประกอบที่ 1 นี้มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 10.697 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22.280 ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 น้ำหนักองค์ประกอบที่ 1 ด้านกิจกรรม (Proactiveness)

ลำดับที่	องค์ประกอบด้านกิจกรรม (Proactiveness)	น้ำหนักองค์ประกอบ
1	ท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษาผู้ป่วย	0.807
2	ท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล	0.788
3	ท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.761
4	ท่านมีผู้ป่วยที่มีการใช้ TTM/CAM ในการรักษา	0.749
5	ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM	0.740
6	ผู้ป่วยถามท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.701
7	ท่านรู้สึกคุ้นเคยกับ TTM/CAM	0.699
8	ท่านส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.695
9	ท่านมีความมั่นใจในการแนะนำ TTM/CAM แก่ผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	0.691
10	ท่านมีประสบการณ์ส่วนตัวและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.689
11	ท่านทำการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.636
12	โปรดประเมินความรู้โดยรวมของท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.622
13	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบปกติ เช่น สัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.599
14	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจตามปกติ	0.591
15	ท่านจะแนะนำ TTM/CAM ให้เพื่อนหรือญาติ	0.589
16	ท่านอ่านบทความเกี่ยวกับ TTM/CAM ในวารสารต่าง ๆ	0.571
17	ครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน มีประสบการณ์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.533
18	TTM/CAM มีประโยชน์กับท่าน	0.53
19	ท่านมีการใช้ TTM/CAM กับตนเอง	0.522
20	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction)	0.325
	ค่าความแปรปรวน	10.697
20 ข้อคำถาม	% ความแปรปรวน	22.280

องค์ประกอบที่ 2 ชื่อ องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวก (Optimistic Views) ประกอบไปด้วย 21 ข้อคำถาม โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.423 – 0.761 โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุดคือข้อคำถาม TTM/CAM ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรทางการแพทย์ รองลงมาคือข้อคำถามบุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับปริญญาตรี และข้อคำถามท่านเชื่อว่าควรจะมีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในโรงเรียนแพทย์ โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุดคือข้อคำถาม TTM/CAM

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

มีบทบาทในสาขาแพทย์เฉพาะทางของท่าน โดยองค์ประกอบที่ 2 นี้มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 10.596 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22.070 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 น้ำหนักองค์ประกอบที่ 2 ด้านมุมมองเชิงบวก (Optimistic Views)

ลำดับที่	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวก (Optimistic Views)	น้ำหนักองค์ประกอบ
1	TTM/CAM ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรทางการแพทย์	0.761
2	บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับปริญญาตรี	0.760
3	ท่านเชื่อว่าควรจะมีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในโรงเรียนแพทย์	0.740
4	ท่านควรรู้ว่ามีการใช้ TTM/CAM แบบใดบ้างในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	0.739
5	ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM ให้มากขึ้น	0.733
6	TTM/CAM มีหลักการและวิธีการที่อาจเกิดประโยชน์กับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.698
7	TTM/CAM ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคของเขาได้	0.672
8	รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.669
9	TTM/CAM สามารถช่วยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด	0.667
10	ท่านสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ TTM/CAM เช่น เข้าร่วมงานสัมมนา งานประชุมวิชาการและหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.639
11	ควรมีการสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับผลการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและ TTM/CAM	0.628
12	ท่านมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.625
13	ท่านเชื่อในประสิทธิผลของ TTM/CAM	0.624
14	TTM/CAM ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม	0.583
15	การใช้ TTM/CAM ลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยามาตรฐาน	0.579
16	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM ที่มีบริการอยู่	0.543
17	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์	0.538
18	ท่านสนใจมีส่วนร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.511
19	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงของ TTM/CAM	0.474
20	TTM/CAM มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.471
21	TTM/CAM มีบทบาทในสาขาแพทย์เฉพาะทางของท่าน	0.423
21 ข้อคำถาม	ค่าความแปรปรวน	10.596
	% ความแปรปรวน	22.070

องค์ประกอบที่ 3 ชื่อ องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ (Pessimistic Views) ประกอบไปด้วย 7 ข้อคำถาม โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.512 – 0.752 โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุดคือ ข้อคำถาม TTM/CAM รบกวนการรักษาตามมาตรฐาน

ทางการแพทย์ รองลงมาคือข้อคำถามการใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง และข้อคำถาม TTM/CAM เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุดคือข้อคำถามการรักษาด้วย TTM/CAM มักให้ผลเหมือนยาหลอก (placebo) โดยองค์ประกอบที่ 3 นี้มีค่าความแปรปรวนเท่ากับ 3.804 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7.930 ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 น้ำหนักองค์ประกอบที่ 3 ด้านมุมมองเชิงลบ (Pessimistic Views)

ลำดับที่	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ (Pessimistic Views)	น้ำหนักองค์ประกอบ
1	TTM/CAM รบกวนการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.752
2	การใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง	0.749
3	TTM/CAM เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.699
4	ท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของท่านหยุดใช้ TTM/CAM	0.590
5	TTM/CAM เป็นภัยคุกคามต่อสาธารณสุข	0.526
6	การใช้ TTM/CAM อาจเกิดอันตรายได้	0.525
7	การรักษาด้วย TTM/CAM มักให้ผลเหมือนยาหลอก (placebo)	0.512
7 ข้อคำถาม	ค่าความแปรปรวน	3.804
	% ความแปรปรวน	7.930

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) พบว่าองค์ประกอบของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางมี 3 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบที่ 1 ด้านกิจกรรม องค์ประกอบที่ 2 ด้านมุมมองเชิงบวก และองค์ประกอบที่ 3 ด้านมุมมองเชิงลบ

4.4.2 ผลการวิเคราะห์กลุ่มแฝง

ดำเนินการวิเคราะห์กลุ่มแฝง (Latent Class Analysis) ของแพทย์เฉพาะทาง เพื่อจัดกลุ่มแฝงตามการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามจำนวนกลุ่มในแต่ละตัวแบบเท่ากับ 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ รวม 4 ตัวแบบ และคัดเลือกตัวแบบที่เหมาะสมโดยการพิจารณาจากค่า BIC ที่ต่ำที่สุด เนื่องจากในกรณีที่มีตัวอย่างขนาดใหญ่ ค่า BIC มีประสิทธิภาพในการคัดเลือกตัวแบบที่เหมาะสมสูง พบว่าตัวแบบที่มี 4 กลุ่มแฝงเป็นตัวแบบที่

เหมาะสมเนื่องจากให้ค่า BIC ที่ต่ำที่สุด และเป็นตัวแบบที่ประหยัดและมีความเหมาะสมใกล้เคียงตัวแบบอิ่มตัว ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าพารามิเตอร์ของตัวแบบกลุ่มแฝง (Latent Class Analysis)

โมเดล	Log likelihood	df	AIC	BIC	χ^2	LR	p-value
2 กลุ่มแฝง	-5387.29	97	10968.58	11307.40	ใกล้ 0	8125.40	>0.999
3 กลุ่มแฝง	-5071.02	146	10434.04	10944.03	ใกล้ 0	7492.87	>0.999
4 กลุ่มแฝง	-4923.14	195	10236.27	10917.42	ใกล้ 0	7197.10	>0.999
5 กลุ่มแฝง	-4840.95	244	10169.89	11022.20	ใกล้ 0	7032.72	>0.999

ตัวย่อ: AIC: Akaike's Information Criterion, BIC: Bayesian Information Criterion, LR: Likelihood ratio

ทำการคำนวณค่าน้ำหนักองค์ประกอบของ 4 กลุ่มแฝง และตั้งชื่อกลุ่มแฝงตามปัจจัยที่มีน้ำหนักองค์ประกอบในระดับสูง ซึ่งกลุ่มแฝงที่ 1 ตั้งชื่อว่า ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก (Non-supporter) ดังตารางที่ 19 กลุ่มแฝงที่ 2 ตั้งชื่อว่า ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก (Supporter) ดังตารางที่ 20 กลุ่มแฝงที่ 3 ตั้งชื่อว่า ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก (Promoter) ดังตารางที่ 21 และกลุ่มแฝงที่ 4 ตั้งชื่อว่า ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก (Practitioner) ดังตารางที่ 22 โดยมีสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 22 ร้อยละ 41 ร้อยละ 22 ร้อยละ 15 ตามลำดับ ดังภาพที่ 19

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 19 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
1 Non-supporter	1	การใช้ TTM/CAM อาจเกิดอันตรายได้	0.8492	0.0497	(0.7247, 0.9234)
	2	TTM/CAM เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.8143	0.0544	(0.6841, 0.8988)
	3	การใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง	0.8142	0.0544	(0.6843, 0.8986)
	4	TTM/CAM รบกวนการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.7983	0.0564	(0.6659, 0.8871)
	5	การรักษาด้วย TTM/CAM มักให้ผลเหมือนยาหลอก (placebo)	0.7961	0.0564	(0.6640, 0.8853)

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
	6	TTM/CAM เป็นภัยคุกคามต่อสาธารณสุข	0.5295	0.0704	(0.3928, 0.6619)
	7	ท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของท่านหยุดใช้ TTM/CAM	0.4423	0.0699	(0.3128, 0.5801)
	8	รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.3547	0.0685	(0.2342, 0.4970)
	9	TTM/CAM สามารถช่วยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด	0.3377	0.0667	(0.2213, 0.4778)
	10	บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับปริญญาตรี	0.2493	0.063	(0.1465, 0.3912)
	11	ควรมีการสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับผลการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและ TTM/CAM	0.2339	0.0604	(0.1362, 0.3716)
	12	ท่านควรรู้ว่ามีการใช้ TTM/CAM แบบใดบ้างในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	0.2022	0.0579	(0.1114, 0.3387)
	13	ท่านเชื่อว่าควรจะมีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในโรงเรียนแพทย์	0.1990	0.0585	(0.1080, 0.3378)
	14	TTM/CAM มีหลักการและวิธีการที่อาจเกิดประโยชน์กับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.1964	0.0572	(0.1072, 0.3322)
	15	ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM ให้มากขึ้น	0.1648	0.0535	(0.0844, 0.2970)
	16	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction)	0.1291	0.047	(0.0614, 0.2517)
	17	TTM/CAM ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรทางการแพทย์	0.1244	0.0493	(0.0553, 0.2563)
	18	TTM/CAM ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคของเขาได้	0.1025	0.0442	(0.0427, 0.2264)
	19	ครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน มีประสบการณ์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0921	0.041	(0.0373, 0.2096)
	20	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงของ TTM/CAM	0.0882	0.0406	(0.0347, 0.2064)
	21	TTM/CAM ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม	0.0835	0.0408	(0.0311, 0.2056)
	22	ท่านสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0759	0.0366	(0.0287, 0.1860)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
		เช่น เข้าร่วมงานสัมมนา งานประชุมวิชาการและหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ			
	23	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจตามปกติ	0.0590	0.033	(0.0191, 0.1674)
	24	โปรดประเมินความรู้โดยรวมของท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0556	0.032	(0.0175, 0.1629)
	25	การใช้ TTM/CAM ลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยามาตรฐาน	0.0490	0.0319	(0.0133, 0.1647)
	26	ท่านส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.0380	0.0264	(0.0095, 0.1398)
	27	TTM/CAM มีประโยชน์กับท่าน	0.0376	0.0264	(0.0092, 0.1406)
	28	ท่านมีการใช้ TTM/CAM กับตนเอง	0.0375	0.0264	(0.0092, 0.1404)
	29	TTM/CAM มีบทบาทในสาขาแพทย์เฉพาะทางของท่าน	0.0318	0.027	(0.0059, 0.1546)
	30	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์	0.0207	0.0215	(0.0027, 0.1438)
	31	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบปกติ เช่น สัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.0190	0.0188	(0.0027, 0.1230)
	32	ท่านทำการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0190	0.0188	(0.0027, 0.1231)
	33	ท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษาผู้ป่วย	0.0190	0.0188	(0.0027, 0.123)
	34	ท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล	0.0190	0.0188	(0.0027, 0.1230)
	35	ท่านรู้สึกคุ้นเคยกับ TTM/CAM	0.0190	0.0188	(0.0027, 0.1231)
	36	ท่านเชื่อในประสิทธิผลของ TTM/CAM	0.0185	0.0189	(0.0025, 0.1260)
	37	ท่านมีความมั่นใจในการแนะนำ TTM/CAM แก่ผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	0.0167	0.0189	(0.0018, 0.1397)
	38	ผู้ป่วยถามท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0	0.0001	(0, 1)
	39	ท่านมีผู้ป่วยที่มีการใช้ TTM/CAM ในการรักษา	0	0	(0, 1)
	40	ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM	0	0.0001	(0, 1)
	41	ท่านอ่านบทความเกี่ยวกับ TTM/CAM ใน	0	0.0001	(0, 1)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
		วารสารต่าง ๆ			
	42	ท่านจะแนะนำ TTM/CAM ให้เพื่อนหรือญาติ	0	0	(0, 1)
	43	ท่านมีประสบการณ์ส่วนตัวและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ TTM/CAM	0	0	(0, 1)
	44	ท่านสนใจมีส่วนร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM	0	0.0002	(0, 1)
	45	ท่านมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0	0.0002	(0, 1)
	46	ท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM	0	0.0001	(0, 1)
	47	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM ที่มีบริการอยู่	0	0.0001	(0, 1)
	48	TTM/CAM มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0	0.0001	(0, 1)

ตัวย่อ SE: Standard Error, CI: Confidence interval

ตารางที่ 20 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 2 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
2	1	การใช้ TTM/CAM อาจเกิดอันตรายได้	0.9494	0.0223	(0.8832, 0.979)
Supporter	2	การใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง	0.9398	0.0253	(0.8668, 0.9740)
	3	การรักษาด้วย TTM/CAM มักให้ผลเหมือนยาหลอก (placebo)	0.8763	0.0352	(0.7894, 0.9305)
	4	TTM/CAM สามารถช่วยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด	0.8076	0.0409	(0.7149, 0.8755)
	5	ควรมีการสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับผลการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและ TTM/CAM	0.8019	0.0413	(0.7087, 0.8707)
	6	ท่านควรรู้ว่ามีการใช้ TTM/CAM แบบใดบ้างในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	0.7889	0.0422	(0.6946, 0.8599)
	7	รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.7283	0.0453	(0.6312, 0.8076)
	8	TTM/CAM มีหลักการและวิธีการที่อาจเกิดประโยชน์กับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.7123	0.0467	(0.6129, 0.7947)
	9	ท่านเชื่อว่าควรจะมีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับ	0.700	0.047	(0.6008, 0.7835)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
		TTM/CAM ในโรงเรียนแพทย์			
	10	บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับปริญญาตรี	0.6638	0.0483	(0.5636, 0.7512)
	11	TTM/CAM เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.6598	0.0493	(0.5577, 0.7489)
	12	TTM/CAM รบกวนการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.6387	0.0498	(0.5366, 0.7297)
	13	ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM ให้มากขึ้น	0.5904	0.0506	(0.4888, 0.6848)
	14	TTM/CAM ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรทางการแพทย์	0.5393	0.0514	(0.4384, 0.6371)
	15	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์	0.5015	0.0515	(0.4019, 0.601)
	16	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงของ TTM/CAM	0.4919	0.0515	(0.3927, 0.5918)
	17	TTM/CAM มีบทบาทในสาขาแพทย์เฉพาะทางของท่าน	0.4258	0.051	(0.3301, 0.5274)
	18	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM ที่มีบริการอยู่	0.4223	0.0508	(0.3271, 0.5238)
	19	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจตามปกติ	0.4152	0.0505	(0.3207, 0.5163)
	20	TTM/CAM ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคของเขาได้	0.4011	0.0504	(0.3074, 0.5025)
	21	ครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน มีประสบการณ์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.3953	0.0503	(0.3021, 0.4968)
	22	ท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของท่านหยุดใช้ TTM/CAM	0.3690	0.0496	(0.2781, 0.4704)
	23	การใช้ TTM/CAM ลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยามาตรฐาน	0.3598	0.0494	(0.2696, 0.4611)
	24	ท่านสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ TTM/CAM เช่น เข้าร่วมงานสัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.3233	0.0481	(0.2368, 0.4237)
	25	TTM/CAM เป็นภัยคุกคามต่อสาธารณสุข	0.3026	0.0471	(0.2189, 0.4019)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
	26	TTM/CAM ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม	0.2742	0.0459	(0.1938, 0.3726)
	27	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction)	0.2591	0.0447	(0.1814, 0.3556)
	28	ท่านมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.2416	0.0437	(0.1664, 0.3370)
	29	ท่านสนใจมีส่วนร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.1880	0.0397	(0.1221, 0.2782)
	30	TTM/CAM มีประโยชน์กับท่าน	0.1576	0.0372	(0.0976, 0.2447)
	31	ผู้ป่วยถามท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.1504	0.0361	(0.0924, 0.2354)
	32	ท่านเชื่อในประสิทธิผลของ TTM/CAM	0.1503	0.0362	(0.0921, 0.2357)
	33	ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM	0.1179	0.0328	(0.0672, 0.1987)
	34	ท่านมีผู้ป่วยที่มีการใช้ TTM/CAM ในการรักษา	0.0877	0.0288	(0.0453, 0.1629)
	35	ท่านมีความมั่นใจในการแนะนำ TTM/CAM แก่ผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	0.0766	0.0276	(0.0371, 0.1513)
	36	ท่านรู้สึกคุ้นเคยกับ TTM/CAM	0.0606	0.0244	(0.0271, 0.1299)
	37	ท่านมีประสบการณ์ส่วนตัวและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0479	0.0226	(0.0187, 0.1172)
	38	ท่านมีการใช้ TTM/CAM กับตนเอง	0.0404	0.0199	(0.0152, 0.1031)
	39	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบปกติ เช่น สัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.0301	0.0172	(0.0097, 0.0894)
	40	ท่านส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.0301	0.0172	(0.0097, 0.0894)
	41	ท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล	0.0301	0.0172	(0.0097, 0.0894)
	42	โปรดประเมินความรู้โดยรวมของท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0208	0.0146	(0.0052, 0.0796)
	43	ท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0205	0.0144	(0.0051, 0.0784)
	44	ท่านจะแนะนำ TTM/CAM ให้เพื่อนหรือญาติ	0.0202	0.0142	(0.0051, 0.0773)
	45	ท่านทำการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0201	0.0141	(0.0050, 0.0770)
	46	ท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษา	0.0201	0.0141	(0.0050, 0.0770)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
		ผู้ป่วย			
	47	TTM/CAM มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.0201	0.0141	(0.0050, 0.0769)
	48	ท่านอ่านบทความเกี่ยวกับ TTM/CAM ในวารสารต่าง ๆ	0.0100	0.01	(0.0014, 0.0679)

ตัวย่อ SE: Standard Error, CI: Confidence interval

ตารางที่ 21 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
3 Promoter	1	ท่านควรรู้ว่ามีการใช้ TTM/CAM แบบใดบ้างในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	1	0.0002	(0, 1)
	2	TTM/CAM สามารถช่วยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด	1	0	(0, 1)
	3	รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับ TTM/CAM	1	0.0001	(0, 1)
	4	บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับปริญญาตรี	0.9996	0.0098	(0, 1)
	5	ท่านเชื่อว่าควรจะมีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในโรงเรียนแพทย์	0.9818	0.0182	(0.8801, 0.9975)
	6	TTM/CAM มีหลักการและวิธีการที่อาจเกิดประโยชน์กับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.9621	0.0263	(0.8606, 0.9905)
	7	ควรมีการสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับผลการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและ TTM/CAM	0.9458	0.031	(0.8422, 0.9827)
	8	TTM/CAM ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรทางการแพทย์	0.8891	0.0434	(0.7717, 0.9500)
	9	ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM ให้มากขึ้น	0.8488	0.0497	(0.7242, 0.9231)
	10	การใช้ TTM/CAM อาจเกิดอันตรายได้	0.8167	0.0529	(0.6903, 0.8990)
	11	TTM/CAM ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคของเขาได้	0.7777	0.0589	(0.6421, 0.8722)
	12	การใช้ TTM/CAM ลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยามาตรฐาน	0.7584	0.0603	(0.6222, 0.8568)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
	13	ท่านมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.7461	0.0639	(0.6027, 0.8506)
	14	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงของ TTM/CAM	0.7360	0.0634	(0.5953, 0.8409)
	15	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์	0.7287	0.0631	(0.5896, 0.8340)
	16	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM ที่มีบริการอยู่	0.7282	0.0626	(0.5903, 0.8328)
	17	ครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน มีประสบการณ์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.7250	0.0627	(0.5873, 0.8301)
	18	TTM/CAM มีบทบาทในสาขาแพทย์เฉพาะทางของท่าน	0.6730	0.065	(0.5356, 0.7860)
	19	TTM/CAM ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม	0.6613	0.0675	(0.5197, 0.7789)
	20	การใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง	0.6485	0.0659	(0.5115, 0.7647)
	21	ท่านสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ TTM/CAM เช่น เข้าร่วมงานสัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.5976	0.0681	(0.4602, 0.7212)
	22	ท่านเชื่อในประสิทธิผลของ TTM/CAM	0.5835	0.0702	(0.4429, 0.7117)
	23	ท่านรู้สึกคุ้นเคยกับ TTM/CAM	0.5287	0.0702	(0.3923, 0.6609)
	24	การรักษาด้วย TTM/CAM มักให้ผลเหมือนยาหลอก (placebo)	0.4709	0.0692	(0.3405, 0.6054)
	25	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจตามปกติ	0.4649	0.0692	(0.3350, 0.5998)
	26	TTM/CAM มีประโยชน์กับท่าน	0.3878	0.0677	(0.2660, 0.5255)
	27	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction)	0.3732	0.0668	(0.2538, 0.5103)
	28	ท่านมีความมั่นใจในการแนะนำ TTM/CAM แก่ผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	0.3176	0.0643	(0.2065, 0.4542)
	29	ท่านสนใจมีส่วนร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.3155	0.064	(0.2050, 0.4518)
	30	ท่านจะแนะนำ TTM/CAM ให้เพื่อนหรือญาติ	0.2902	0.0626	(0.1839, 0.4258)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
	31	TTM/CAM เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.2824	0.0624	(0.1770, 0.4185)
	32	ท่านมีประสบการณ์ส่วนตัวและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.1864	0.054	(0.1024, 0.3153)
	33	ท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของท่านหยุดใช้ TTM/CAM	0.1821	0.0532	(0.0996, 0.3094)
	34	TTM/CAM รบกวนการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.1716	0.0529	(0.0909, 0.3004)
	35	ท่านมีการใช้ TTM/CAM กับตนเอง	0.1644	0.0506	(0.0872, 0.2883)
	36	TTM/CAM มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.1274	0.0455	(0.0615, 0.2456)
	37	ท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.1266	0.0455	(0.0608, 0.2450)
	38	ท่านทำการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0912	0.0391	(0.0383, 0.2021)
	39	ท่านมีผู้ป่วยที่มีการใช้ TTM/CAM ในการรักษา	0.0760	0.0374	(0.0281, 0.1894)
	40	โปรดประเมินความรู้โดยรวมของท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0548	0.0309	(0.0177, 0.1571)
	41	ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM	0.0394	0.0287	(0.0092, 0.1538)
	42	ผู้ป่วยถามท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.0371	0.0258	(0.0093, 0.1369)
	43	ท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล	0.0365	0.0254	(0.0091, 0.1351)
	44	TTM/CAM เป็นภัยคุกคามต่อสาธารณสุข	0.0364	0.0257	(0.0089, 0.1371)
	45	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบปกติ เช่น สัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0	0	(0, 1)
	46	ท่านอ่านบทความเกี่ยวกับ TTM/CAM ในวารสารต่าง ๆ	0	0.0002	(0, 1)
	47	ท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษาผู้ป่วย	0	0.0002	(0, 1)
	48	ท่านส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0	0.0002	(0, 1)

ตัวย่อ SE: Standard Error, CI: Confidence interval

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 22 น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรของกลุ่มแฝงที่ 4 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
4 Practitioner	1	ควรมีการสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับผลการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและ TTM/CAM	0.9723	0.0273	(0.8280, 0.9961)
	2	TTM/CAM สามารถช่วยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด	0.9723	0.0273	(0.8281, 0.9961)
	3	ครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน มีประสบการณ์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.9447	0.038	(0.8039, 0.9861)
	4	TTM/CAM มีหลักการและวิธีการที่อาจเกิดประโยชน์กับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.9446	0.0381	(0.8035, 0.9861)
	5	ท่านมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.9445	0.0381	(0.8036, 0.9861)
	6	ท่านควรรู้ว่ามีการใช้ TTM/CAM แบบใดบ้างในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	0.9170	0.0459	(0.7721, 0.9730)
	7	รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.9170	0.0459	(0.7722, 0.9730)
	8	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์	0.8891	0.0523	(0.7392, 0.9577)
	9	ท่านจะแนะนำ TTM/CAM ให้เพื่อนหรือญาติ	0.8883	0.0526	(0.7377, 0.9574)
	10	ท่านรู้สึกคุ้นเคยกับ TTM/CAM	0.8866	0.0534	(0.7342, 0.9568)
	11	การใช้ TTM/CAM อาจเกิดอันตรายได้	0.8617	0.0574	(0.7078, 0.9413)
	12	ท่านเชื่อว่าควรจะมีหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในโรงเรียนแพทย์	0.8617	0.0574	(0.7078, 0.9413)
	13	ท่านเชื่อในประสิทธิผลของ TTM/CAM	0.8616	0.0575	(0.7076, 0.9412)
	14	ท่านสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ TTM/CAM เช่น เข้าร่วมงานสัมมนา งานประชุมวิชาการและหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.8615	0.0575	(0.7075, 0.9412)
	15	ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM ให้มากขึ้น	0.8615	0.0575	(0.7075, 0.9412)
	16	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM ที่มีบริการอยู่	0.8613	0.0576	(0.7071, 0.9411)
	17	TTM/CAM มีบทบาทในสาขาแพทย์เฉพาะทางของท่าน	0.8612	0.0576	(0.7069, 0.9410)
	18	การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจตามปกติ	0.8340	0.0619	(0.6764, 0.9235)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

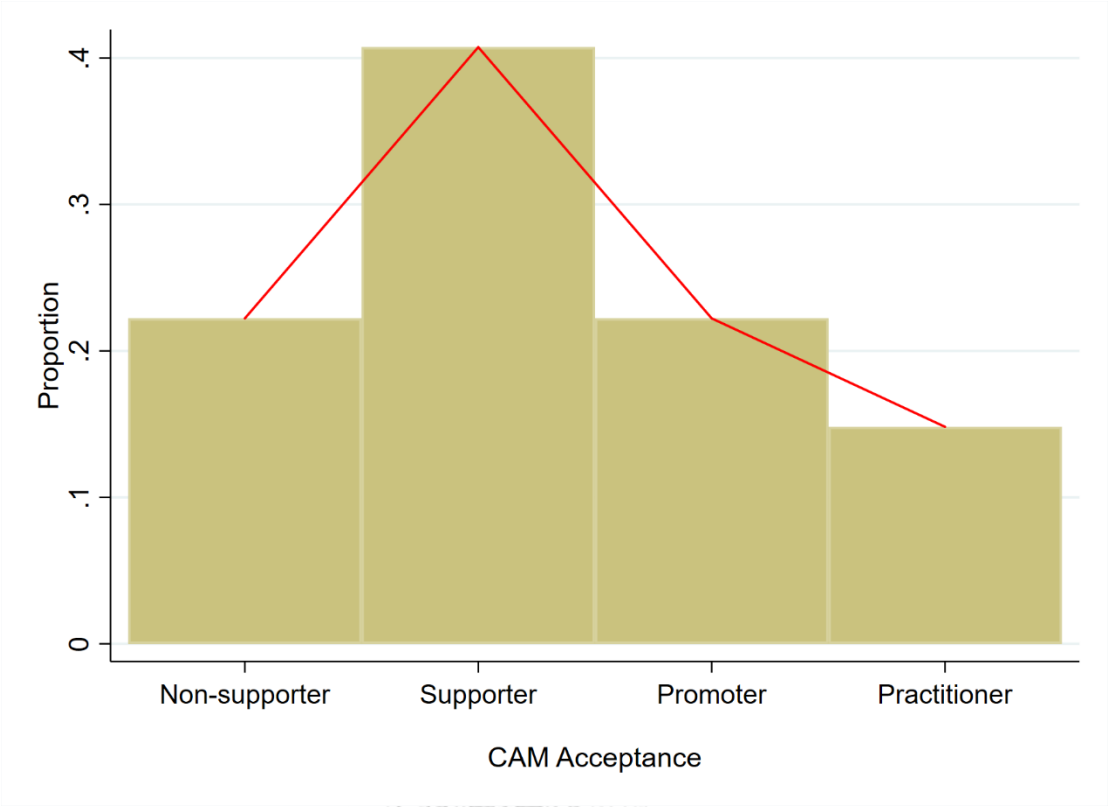
กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
	19	บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการสอนเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับปริญญาตรี	0.8064	0.0658	(0.6459, 0.9048)
	20	TTM/CAM ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรทางการแพทย์	0.8063	0.0658	(0.6458, 0.9048)
	21	ท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษาผู้ป่วย	0.8021	0.0669	(0.6395, 0.9025)
	22	เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงของ TTM/CAM	0.7784	0.0692	(0.6155, 0.8852)
	23	TTM/CAM มีประโยชน์กับท่าน	0.7778	0.0693	(0.6148, 0.8848)
	24	การใช้ TTM/CAM ลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยามาตรฐาน	0.7506	0.0721	(0.5859, 0.8648)
	25	ท่านมีความมั่นใจในการแนะนำ TTM/CAM แก่ผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	0.7505	0.0721	(0.5858, 0.8648)
	26	ท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล	0.7192	0.0752	(0.5525, 0.8416)
	27	การใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง	0.6956	0.0766	(0.5293, 0.8229)
	28	ท่านมีผู้ป่วยที่มีการใช้ TTM/CAM ในการรักษา	0.6947	0.0768	(0.5282, 0.8222)
	29	ท่านมีการใช้ TTM/CAM กับตนเอง	0.6919	0.0772	(0.5249, 0.8203)
	30	TTM/CAM ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคของเขาได้	0.6681	0.0784	(0.5016, 0.8010)
	31	ท่านส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	0.6638	0.0789	(0.4968, 0.7980)
	32	ท่านมีประสบการณ์ส่วนตัวและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.6094	0.0814	(0.4439, 0.7531)
	33	ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM	0.5838	0.0822	(0.4196, 0.7313)
	34	ท่านสนใจมีส่วนร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.5818	0.0823	(0.4176, 0.7297)
	35	TTM/CAM ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม	0.5572	0.0828	(0.3947, 0.7083)
	36	ผู้ป่วยถามท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.4981	0.0834	(0.3405, 0.6561)
	37	เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction)	0.4981	0.0834	(0.3405, 0.6561)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มแฝง	ลำดับ	ปัจจัย	น้ำหนักองค์ประกอบ	SE	(95% CI)
	38	การรักษาด้วย TTM/CAM มักให้ผลเหมือนยาหลอก (placebo)	0.4464	0.0829	(0.2947, 0.6088)
	39	TTM/CAM เป็นสาเหตุของความล่าช้าในการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.4160	0.0821	(0.2685, 0.5802)
	40	ท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.3881	0.0812	(0.2450, 0.5535)
	41	ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบปกติ เช่น สัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	0.3596	0.0799	(0.2214, 0.5257)
	42	ท่านทำการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) เกี่ยวกับ TTM/CAM	0.3321	0.0784	(0.1991, 0.4986)
	43	โปรดประเมินความรู้โดยรวมของท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	0.3319	0.0784	(0.1990, 0.4984)
	44	TTM/CAM มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	0.3051	0.0767	(0.1776, 0.4715)
	45	ท่านอ่านบทความเกี่ยวกับ TTM/CAM ในวารสารต่าง ๆ	0.3043	0.0766	(0.1771, 0.4706)
	46	ท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของท่านหยุดใช้ TTM/CAM	0.2499	0.0722	(0.1355, 0.4148)
	47	TTM/CAM รบกวนการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์	0.2499	0.0722	(0.1354, 0.4147)
	48	TTM/CAM เป็นภัยคุกคามต่อสาธารณสุข	0.1114	0.0525	(0.0424, 0.2619)

ตัวย่อ SE: Standard Error, CI: Confidence interval

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University



ภาพที่ 19 สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางตามประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก

4.4.3 ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ดำเนินการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการยอมรับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย มีทั้งหมด 3 ตอน รวม 78 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยตัวเลือก 1 ตัวเลือก คือท่านเคยแนะนำบริการดังกล่าวแก่ผู้ป่วย

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 56 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ มีชุดคำตอบทั้งหมด 4 ประเภทคือ ประเภทที่ 1 ประกอบด้วย น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ประเภทที่ 2 ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง ปกติ และเสมอ ประเภทที่ 3 ประกอบด้วย มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด มีความเป็นไปได้น้อย มีความเป็นไปได้ปานกลาง มีความเป็นไปได้มาก และมีความเป็นไปได้มากที่สุด ประเภทที่ 4 ประกอบด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทำการทดสอบแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 203 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ และแยกตามด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ โดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังต่อไปนี้

$$Cronbach\ \alpha = \left(\frac{k}{k-1}\right)\left(1-\frac{\sum_{i=1}^{k} S_i^2}{S_p^2}\right)$$

เมื่อ k คือจำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_i^2 คือความแปรปรวนของข้อที่ i

S_p^2 คือความแปรปรวนของคะแนนรวม หรือความแปรปรวนระหว่างผู้ตอบ

ทำการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคดังต่อไปนี้

- รวมทั้งฉบับ แทนค่าในสูตร $Cronbach\ \alpha = \left(\frac{48}{48-1}\right)\times\left(1-\frac{46.05}{783.58}\right) = 0.96$

- ด้านกิจกรรม แทนค่าในสูตร

$$Cronbach\ \alpha = \left(\frac{20}{20-1}\right)\times\left(1-\frac{21.98}{214.59}\right) = 0.94$$

- ด้านความนึกคิด แทนค่าในสูตร

$$Cronbach\ \alpha = \left(\frac{21}{21-1}\right)\times\left(1-\frac{19.08}{192.16}\right) = 0.95$$

- ด้านมุมมองเชิงลบ แทนค่าในสูตร

$$Cronbach\ \alpha = \left(\frac{7}{7-1}\right)\times\left(1-\frac{4.99}{11.43}\right) = 0.66$$

พบว่า ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยทั้งฉบับ และแยกตามองค์ประกอบด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.96 0.94 0.95 และ 0.66 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคดังตารางที่ 23 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทั้งฉบับ ด้านกิจกรรม และด้านมุมมองเชิงบวกอยู่ในระดับความเชื่อมั่นดีมาก และด้านมุมมองเชิงลบอยู่ในระดับความเชื่อมั่นค่อนข้างพอใช้

ตารางที่ 23 เกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค	ความหมายระดับความเชื่อมั่น
มากกว่า 0.9	ดีมาก
มากกว่า 0.8	ดี
มากกว่า 0.7	พอใช้
มากกว่า 0.6	ค่อนข้างพอใช้
มากกว่า 0.5	ต่ำ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.5	ไม่สามารถรับได้

4.4.4 ผลการทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัย

1. ลักษณะของแพทย์เฉพาะทาง

พบว่าราชวิทยาลัยทั้งหมด 13 ราชวิทยาลัย มีความสนใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 8 ราชวิทยาลัย หรือร้อยละ 61.54 ประกอบด้วยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และมีแพทย์ตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 243 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์จำนวน 72 คนหรือร้อยละ 29.63 สูตินรีแพทย์จำนวน 53 คนหรือร้อยละ 21.81 แพทย์โสต ศอ นาสิกจำนวน 39 คนหรือร้อยละ 16.05 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 33 คนหรือร้อยละ 13.58 รังสีแพทย์จำนวน 25 คนหรือร้อยละ 10.29 แพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 14 คนหรือร้อยละ 5.76 ศัลยแพทย์จำนวน 6 คนหรือร้อยละ 2.47 และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 6 คนหรือร้อยละ 2.47 ดังตารางที่ 24

แพทย์เฉพาะทางโดยรวมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.26 ค่ามัธยฐานอายุ 39 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 13) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

9 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 16) ปี ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 82.72 ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานหลักคือโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 43.93 รองลงมาคือสถาบันการศึกษาร้อยละ 32.64 และปฏิบัติงานในภาคกลางร้อยละ 48.15 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนเท่ากับร้อยละ 22.22 ร้อยละ 40.74 ร้อยละ 22.22 และร้อยละ 14.81 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 38.89 ร้อยละ 54.55 ร้อยละ 61.11 และร้อยละ 52.78 ตามลำดับ p-value = 0.127) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (39 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 14) ปี 38 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 11) ปี 42.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี และ 38.50 (12) ปี ตามลำดับ p-value = 0.213) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 17) ปี 8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 11) ปี 12 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี และ 10 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี ตามลำดับ p-value = 0.134) และสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 14.81 ร้อยละ 16.16 ร้อยละ 20.37 และร้อยละ 19.44 ตามลำดับ p-value = 0.851) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักแตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 23.08 ร้อยละ 45.45 ร้อยละ 48.15 และร้อยละ 64.71 ตามลำดับ p-value = 0.009) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 42.59 ร้อยละ 49.49 ร้อยละ 59.26 และร้อยละ 61.11 ตามลำดับ p-value = 0.212)

แพทย์โสต ศอ นาสิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.97 ค่ามัธยฐานอายุ 44 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 14 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 14) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 76.92 รองลงมาคือตำแหน่งรองศาสตราจารย์ร้อยละ 12.82 ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานหลักคือโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 43.59 รองลงมาคือสถาบันการศึกษาร้อยละ 28.21 และปฏิบัติงานในภาคกลางร้อยละ 30.77 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 25.64 ร้อยละ 48.72 ร้อยละ 20.51 และร้อยละ 5.13 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงที่แตกต่างกัน (ร้อยละ 20 ร้อยละ 78.95 ร้อยละ 75 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.003) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (47.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 23) ปี 43.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10.50) ปี 44.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 17.50) ปี และ 63 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 38) ปีตามลำดับ p-value = 0.390) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (14 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 18) ปี 14 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 13) ปี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

12 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี และ 33.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 33) ปี ตามลำดับ p-value = 0.418) และสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 10 ร้อยละ 26.32 ร้อยละ 37.50 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.568) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 25 ร้อยละ 57.89 ร้อยละ 37.50 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.100) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 40 ร้อยละ 31.58 ร้อยละ 12.50 และร้อยละ 50 ตามลำดับ p-value = 0.539)

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีสัดส่วนเพศหญิงเท่ากับเพศชายคือร้อยละ 50 ค่ามัธยฐานอายุ 54.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 27 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 7) ปี ทุกคนไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานหลักคือโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 66.67 รองลงมาคือโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 16.67 และปฏิบัติงานภาคกลางร้อยละ 33.33 มีจำนวน 2 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (มีสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 50) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ p-value > 0.999) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (51 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี และ 58 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 27) ปี ตามลำดับ p-value = 0.827) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (20 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 8) ปี และ 30 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 6) ปี ตามลำดับ p-value = 0.139) ไม่มีแพทย์ที่มีตำแหน่งทางวิชาการ สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 33.33 ร้อยละ และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.100) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ p-value > 0.999)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.64 ค่ามัธยฐานอายุ 38 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 9) ปี ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 93.94 ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานหลักคือโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 57.58 รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ ร้อยละ 30.30 ปฏิบัติงานในภาคกลางร้อยละ 39.39 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 6.06 ร้อยละ 27.27 ร้อยละ 21.21 และร้อยละ 45.45 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 0 ร้อยละ 77.78 ร้อยละ 57.14 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ p-value = 0.261) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน

(42.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 19) ปี 35 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 7.50) ปี 41 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 20) ปี และ 38.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี ตามลำดับ p-value = 0.315) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (14.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 23) ปี 6 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 4) ปี 12 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 17) ปี และ 8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 9) ปี ตามลำดับ p-value = 0.506) และสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 0 ร้อยละ 11.11 ร้อยละ 14.29 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.347) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักแตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 0 ร้อยละ 11.11 ร้อยละ 71.43 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ p-value < 0.001) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 50 ร้อยละ 22.22 ร้อยละ 28.57 และร้อยละ 53.33 ตามลำดับ p-value = 0.430)

แพทย์ออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 85.71 ค่ามัธยฐานอายุ 40 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 11) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 12 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 92.86 ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานหลักคือโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 71.43 รองลงมาคือสถาบันการศึกษาร้อยละ 21.43 ปฏิบัติงานในภาคกลางร้อยละ 57.14 มีจำนวน 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ (สัดส่วนร้อยละ 14.29 ร้อยละ 57.14 และ ร้อยละ 28.57 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 0 ร้อยละ 12.50 และร้อยละ 25 ตามลำดับ p-value > 0.999) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (47 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 18) ปี 39.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 14) ปี และ 49 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 11.50) ปี ตามลำดับ p-value = 0.461) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (16 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 18) ปี 9.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี และ 18.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12.50) ปี ตามลำดับ p-value = 0.611) และสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 0 ร้อยละ 12.50 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value > 0.999) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 100 ร้อยละ 75 และร้อยละ 50 ตามลำดับ p-value = 0.720) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 0 ร้อยละ 75 และร้อยละ 50 ตามลำดับ p-value = 0.152)

รังสีแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68 มีค่ามัธยฐานอายุ 45.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 16 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 68 มีสัดส่วนสถานที่ปฏิบัติงานหลักอยู่ในสถาบันการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

และโรงพยาบาลรัฐที่เท่ากันคือร้อยละ 36 รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ ร้อยละ 28 ปฏิบัติงานในภาคกลางร้อยละ 40 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 16 ร้อยละ 32 ร้อยละ 40 และร้อยละ 12 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 75 ร้อยละ 60 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ p-value = 0.290) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 17) ปี 44 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี 45.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 9) ปี และ 36 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 33) ปี ตามลำดับ p-value = 0.779) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (23 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 21.50) ปี 11.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 19.50) ปี 17.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี และ 9(ค่าพิสัยควอไทล์ = 30) ปี ตามลำดับ p-value = 0.713) สัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 25 ร้อยละ 37.50 ร้อยละ 30 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ p-value > 0.999) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 50 ร้อยละ 37.5 ร้อยละ 30 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ p-value > 0.999) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 75 ร้อยละ 50 ร้อยละ 30 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.211)

ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 83.33 ค่ามัธยฐานอายุ 70 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 3) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 35 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 17) ปี ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 66.67 มีสัดส่วนสถานที่ปฏิบัติงานหลักอยู่ในสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ ที่เท่ากันคือร้อยละ 33.33 ปฏิบัติงานในภาคกลาง ร้อยละ 50 มีจำนวน 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 66.67 ร้อยละ 16.67 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 25 ร้อยละ 0 และ ร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value > 0.999) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (70 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 35) ปี 77 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 0) ปี และ 68 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 0) ปี ตามลำดับ p-value = 0.344) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (31.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 26) ปี 30 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 0) ปี และ 40 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 0) ปี ตามลำดับ p-value = 0.642) และสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 25 ร้อยละ 100 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.600) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ร้อยละ 50 ร้อยละ 0 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value > 0.999) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 75 ร้อยละ 0 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.400)

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.15 ค่ามัธยฐานอายุ 35 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 9) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 5 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 81.13 ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานหลักอยู่ในสถาบันการศึกษาร้อยละ 43.40 รองลงมาคือโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 39.62 ปฏิบัติงานในภาคกลางร้อยละ 54.72 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 22.64 ร้อยละ 41.51 ร้อยละ 22.64 และร้อยละ 13.21 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 58.33 ร้อยละ 54.55 ร้อยละ 83.33 และร้อยละ 71.43 ตามลำดับ p-value = 0.402) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (30.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 7) ปี 33.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12.50) ปี 32 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12.50) ปี และ 37 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 14) ปี ตามลำดับ p-value = 0.074) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (2 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 4) ปี 6 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 17) ปี 3 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี และ 9 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 14) ปี ตามลำดับ p-value = 0.071) และสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 16.67 ร้อยละ 18.18 ร้อยละ 8.33 และร้อยละ 42.86 ตามลำดับ p-value = 0.393) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 8.33 ร้อยละ 50 ร้อยละ 58.33 และร้อยละ 28.57 ตามลำดับ p-value = 0.108) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 66.67 ร้อยละ 54.55 ร้อยละ 50 และร้อยละ 42.86 ตามลำดับ p-value = 0.768)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อายุรแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.11 ค่ามัธยฐานอายุ 38 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 11) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 86.11 ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานหลักคือโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 37.50 รองลงมาคือสถาบันการศึกษาร้อยละ 36.11 ปฏิบัติงานในภาคกลางร้อยละ 58.33 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 27.78 ร้อยละ 44.44 ร้อยละ 18.06 และร้อยละ 9.72 ตามลำดับ) มีสัดส่วนของเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 35 ร้อยละ 40.63 ร้อยละ 46.15 และร้อยละ 28.57 ตามลำดับ p-value = 0.857) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน

(38.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 7) ปี 38 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 7) ปี 49 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 16) ปี และ 39 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี ตามลำดับ p-value = 0.050) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 14) ปี 6 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 8) ปี 19 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 16) ปี และ 12 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี ตามลำดับ p-value = 0.055) และสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการแตกต่างกัน (ร้อยละ 15 ร้อยละ 3.13 ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 42.86 ตามลำดับ p-value = 0.020) สัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 15 ร้อยละ 40.63 ร้อยละ 46.15 และร้อยละ 71.43 ตามลำดับ p-value = 0.133) และสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคกลางไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 60 ร้อยละ 62.50 ร้อยละ 61.54 และร้อยละ 28.57 ตามลำดับ p-value = 0.449)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 24 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์เฉพาะทาง

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
ทั้งหมด	จำนวนแพทย์	243	54 (22.22)	99 (40.74)	54 (22.22)	36 (14.81)	-
	เพศ						
	- ชาย	116 (47.74)	33 (61.11)	45 (45.45)	21 (38.89)	17 (47.22)	0.127
	- หญิง	127 (52.26)	21 (38.89)	54 (54.55)	33 (61.11)	19 (52.78)	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	39 (13)	39 (14)	38 (11)	42.5 (15)	38.5 (12)	0.213
	- ต่ำสุด – สูงสุด	27 - 82	27 - 71	29 - 77	27 - 73	29 - 82	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	9 (16)	8 (17)	8 (11)	12 (15)	10 (10)	0.134
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 50	1 - 40	1 - 40	0 - 49	2 - 50	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	201 (82.72)	46 (85.19)	83 (83.84)	43 (79.63)	29 (80.56)	0.851
	- มี	42 (17.28)	8 (14.81)	16 (16.16)	11 (20.37)	7 (19.44)	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						0.009**
	- สถาบันการศึกษา	78 (32.64)	24 (46.15)	28 (28.28)	18 (33.33)	8 (23.53)	
	- โรงพยาบาลรัฐ	105 (43.93)	12 (23.08)	45 (45.45)	26 (48.15)	22 (64.71)	
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	47 (19.67)	16 (30.77)	26 (26.26)	10 (18.52)	4 (11.76)	

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.212
	- ภาคกลาง	117 (48.15)	31 (57.41)	50 (50.51)	22 (40.74)	14 (38.89)	
	- ภาคอื่น ๆ	126 (51.85)	23 (42.59)	49 (49.49)	32 (59.26)	22 (61.11)	
แพทย์โสต ศอ นาสิก	จำนวนแพทย์	39	10 (25.64)	19 (48.72)	8 (20.51)	2 (5.13)	
	เพศ						
	- ชาย	16 (41.03)	8 (80.00)	4 (21.05)	2 (25.00)	2 (100)	0.003**
	- หญิง	23 (58.97)	2 (20.00)	15 (78.95)	6 (75.00)	-	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	44 (15)	47.5 (23)	43.5 (10.5)	44.5 (17.5)	63 (38)	0.390
	- ต่ำสุด – สูงสุด	32 - 82	36 - 64	32 - 62	32 - 57	44 - 82	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	14 (14)	14 (18)	14 (13)	12 (15)	33.5 (33)	0.418
	- ต่ำสุด – สูงสุด	2 - 50	3 - 33	2 - 40	2 - 36	17 - 50	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	30 (76.92)	9 (90.00)	14 (73.68)	5 (62.50)	2 (100)	0.568
	- มี	9 (23.08)	1 (10.00)	5 (26.32)	3 (37.50)	-	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						0.100
	- สถาบันการศึกษา	11 (28.21)	2 (25.00)	4 (21.05)	5 (62.50)	-	
	- โรงพยาบาลรัฐ	17 (43.59)	2 (25.00)	11 (57.89)	3 (37.50)	1 (100)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	8 (22.22)	4 (50.00)	4 (21.05)	-	-	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.539
	- ภาคกลาง	12 (30.77)	4 (40.00)	6 (31.58)	1 (12.50)	1 (50.00)	
	- ภาคอื่น ๆ	27 (69.23)	6 (60.00)	13 (68.42)	7 (87.50)	1 (50.00)	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวนแพทย์	6	-	-	3 (50)	3 (50)	-
	เพศ						
	- ชาย	3 (50.00)	-	-	2 (66.67)	1 (33.33)	>0.999
	- หญิง	3 (50.00)	-	-	1 (33.33)	2 (66.67)	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	54.50 (10)	-	-	51 (10)	58 (27)	0.827
	- ต่ำสุด – สูงสุด	38 - 65	-	-	49 - 59	38 - 65	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	27 (7)	-	-	20 (8)	30 (6)	0.139
	- ต่ำสุด – สูงสุด	19 - 33	-	-	19 - 27	27 - 33	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	6 (100)	-	-	3 (100)	3 (100)	-
	- มี	-	-	-	-	-	

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						
	- สถาบันการศึกษา	-	-	-	-	-	>0.999
	- โรงพยาบาลรัฐ	1 (16.67)	-	-	1 (33.33)	-	
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	4 (66.67)	-	-	2 (66.67)	2 (100)	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						>0.999
	- ภาคกลาง	2 (33.33)	-	-	1 (33.33)	1 (33.33)	
	- ภาคอื่น ๆ	4 (66.67)	-	-	2 (66.67)	2 (66.67)	
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวนแพทย์	33	2 (6.06)	9 (27.27)	7 (21.21)	15 (45.45)	-
	เพศ						
	- ชาย	12 (36.36)	2 (100)	2 (22.22)	3 (42.86)	5 (33.33)	0.261
	- หญิง	21 (63.64)	-	7 (77.78)	4 (57.14)	10 (66.67)	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	38 (12)	42.5 (19)	35 (7.5)	41 (20)	38.5 (10)	0.315
	- ต่ำสุด – สูงสุด	30 - 58	33 - 52	30 - 46	32 - 56	32 - 58	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	8 (9)	14.5 (23)	6 (4)	12 (17)	8 (9)	0.506
	- ต่ำสุด – สูงสุด	1 - 27	3 - 26	1 - 15	3 - 25	2 - 27	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	31 (93.94)	2 (100)	8 (88.89)	6 (85.71)	15 (100)	0.347
	- มี	2 (6.06)	-	1 (11.11)	1 (14.29)	-	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						<0.001**
	- สถาบันการศึกษา	4 (12.12)	1 (50.00)	-	2 (28.57)	1 (6.67)	
	- โรงพยาบาลรัฐ	19 (57.58)	-	1 (11.11)	5 (71.43)	13 (86.67)	
	- โรงพยาบาลเอกชน	10 (30.30)	1 (50.00)	8 (88.89)	0 (0)	1 (6.67)	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.430
	- ภาคกลาง	13 (39.39)	1 (50.00)	2 (22.22)	2 (28.57)	8 (53.33)	
	- ภาคอื่น ๆ	20 (60.61)	1 (50.00)	7 (77.78)	5 (71.43)	7 (46.67)	
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	จำนวนแพทย์	14	2 (14.29)	8 (57.14)	4 (28.57)	-	-
	เพศ						
	- ชาย	12 (85.71)	2 (100)	7 (87.50)	3 (75)	-	>0.999
	- หญิง	2 (14.29)	-	1 (12.50)	1 (25)	-	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	40 (11)	47 (18)	39.50 (14)	49 (11.50)	-	0.461
	- ต่ำสุด – สูงสุด	36 - 59	38 - 56	36 - 55	36 - 59	-	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
แพทย์เฉพาะทาง	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	12 (12)	16 (18)	9.50 (10)	18.50 (12.50)	-	0.611
	- ต่ำสุด – สูงสุด	3 - 27	7 - 25	3 - 25	3 - 27	-	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	13 (92.86)	2 (100)	7 (87.50)	4 (100)	-	>0.999
	- มี	1 (7.14)	-	1 (12.50)	-	-	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						0.720
	- สถาบันการศึกษา	3 (21.43)	-	2 (25.00)	1 (25.00)	-	
	- โรงพยาบาลรัฐ	10 (71.43)	2 (100)	6 (75.00)	2 (50.00)	-	
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	1 (7.14)	-	-	1 (25.00)	-	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.152
	- ภาคกลาง	8 (57.14)	-	6 (75.00)	2 (50.00)	-	
	- ภาคอื่น ๆ	6 (42.86)	2 (100)	2 (25.00)	2 (50.00)	-	
รังสีแพทย์	จำนวนแพทย์	25	4 (16)	8 (32)	10 (40)	3 (12)	-
	เพศ						
	- ชาย	8 (32.00)	-	2 (25.00)	4 (40.00)	2 (66.67)	0.290
	- หญิง	17 (68.00)	4 (100)	6 (75.00)	6 (60.00)	1 (33.33)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
แพทย์เฉพาะทาง	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	45.50 (12)	50 (17)	44 (12)	45.5 (9)	36 (33)	0.779
	- ต่ำสุด – สูงสุด	32 – 65	35 - 65	34 - 52	39 - 57	32 - 65	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	16 (15)	23 (21.5)	11.5 (19.5)	17.5 (10)	9 (30)	0.713
	- ต่ำสุด – สูงสุด	2 - 40	3 - 40	2 - 27	8 - 29	3 - 33	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	17 (68.00)	3 (75.00)	5 (62.50)	7 (70.00)	2 (66.67)	>0.999
	- มี	7 (32.00)	1 (25.00)	3 (37.50)	3 (30.00)	1 (33.33)	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						>0.999
	- สถาบันการศึกษา	9 (36.00)	1 (25.00)	3 (37.50)	4 (40.00)	1 (33.33)	
	- โรงพยาบาลรัฐ	9 (36.00)	2 (50.00)	3 (37.50)	3 (30.00)	1 (33.33)	
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	7 (28.00)	1 (25.00)	2 (25)	3 (30.00)	1 (33.33)	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.211
	- ภาคกลาง	10 (40.00)	3 (75.00)	4 (50.00)	3 (30.00)	-	
	- ภาคอื่น ๆ	15 (60.00)	1 (25.00)	4 (50.00)	7 (70.00)	3 (100)	
ศัลยแพทย์	จำนวนแพทย์	6	4 (66.67)	1 (16.67)	-	1 (16.67)	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	เพศ						
	- ชาย	5 (83.33)	3 (75.00)	1 (100.00)	-	1 (100)	>0.999
	- หญิง	1 (16.67)	1 (25.00)	-	-	-	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	70 (3)	70 (35)	77 (0)	-	68 (0)	0.344
	- ต่ำสุด – สูงสุด	36 - 77	36 - 71	77 - 77	-	68 - 68	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	35 (17)	31.50 (26)	30 (0)	-	40 (0)	0.642
	- ต่ำสุด – สูงสุด	5 - 40	5 - 40	30 - 30	-	40 - 40	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	4 (66.67)	3 (75)	-	-	1 (100)	0.600
	- มี	2 (33.33)	1 (25)	1 (100)	-	-	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						>0.999
	- สถาบันการศึกษา	2 (33.33)	1 (25)	1 (100)	-	0 (0)	
	- โรงพยาบาลรัฐ	2 (33.33)	2 (50)	0 (0)	-	0 (0)	
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	2 (33.33)	1 (25)	0 (0)	-	1 (100)	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.400
	- ภาคกลาง	3 (50)	3 (75)	-	-	-	
	- ภาคอื่น ๆ	3 (50)	1 (25)	1 (100)	-	1 (25)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
สูตินรีแพทย์	จำนวนแพทย์	53	12 (22.64)	22 (41.51)	12 (22.64)	7 (13.21)	-
	เพศ						
	- ชาย	19 (35.85)	5 (41.67)	10 (45.45)	2 (16.67)	2 (28.57)	0.402
	- หญิง	34 (64.15)	7 (58.33)	12 (54.55)	10 (83.33)	5 (71.43)	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	35 (9)	30.5 (7)	35.5 (12.5)	32 (12.5)	37 (14)	0.074
	- ต่ำสุด – สูงสุด	27 - 73	27 - 43	30 - 52	27 - 73	29 - 51	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	5 (12)	2 (4)	6 (17)	3 (15)	9 (14)	0.071
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 49	1 - 16	1 - 24	0 - 49	2 - 21	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	43 (81.13)	10 (83.33)	18 (81.82)	11 (91.67)	4 (57.14)	0.393
	- มี	10 (18.87)	2 (16.67)	4 (18.18)	1 (8.33)	3 (42.86)	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						0.108
	- สถาบันการศึกษา	23 (43.40)	9 (75)	7 (31.82)	3 (25)	4 (57.14)	
	- โรงพยาบาลรัฐ	21 (39.62)	1 (8.33)	11 (50)	7 (58.33)	2 (28.57)	
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	9 (16.98)	2 (16.67)	4 (18.18)	2 (16.67)	1 (14.29)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.768
	- ภาคกลาง	29 (54.72)	8 (66.67)	12 (54.55)	6 (50)	3 (42.86)	
	- ภาคอื่น ๆ	24 (45.28)	4 (33.33)	10 (45.45)	6 (50)	4 (57.14)	
อายุรแพทย์	จำนวนแพทย์	72	20 (27.78)	32 (44.44)	13 (18.06)	7 (9.72)	-
	เพศ						
	- ชาย	44 (61.11)	13 (65)	19 (59.38)	7 (53.85)	5 (71.43)	0.857
	- หญิง	28 (38.89)	7 (35)	13 (40.63)	6 (46.15)	2 (28.57)	
	อายุ (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	38 (11)	38.5 (7)	38 (7)	49 (16)	39 (10)	0.050
	- ต่ำสุด – สูงสุด	29 - 63	29 - 50	29 - 56	34 - 63	35 - 54	-
	อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
	- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	8 (15)	8 (14)	6 (8)	19 (16)	12 (10)	0.055
	- ต่ำสุด – สูงสุด	1 - 32	1 - 23	1 - 27	4 - 32	4 - 23	-
	ตำแหน่งทางวิชาการ						
	- ไม่มี	62 (86.11)	17 (85)	31 (96.88)	10 (76.92)	4 (57.14)	0.020*
	- มี	10 (13.89)	3 (15)	1 (3.13)	3 (23.08)	3 (42.86)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก						0.133
	- สถาบันการศึกษา	26 (36.11)	10 (50)	11 (34.38)	3 (23.08)	2 (28.57)	
	- โรงพยาบาลรัฐ	27 (37.50)	3 (15)	13 (40.63)	6 (46.15)	5 (71.43)	
	- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	19 (26.39)	7 (35)	8 (25)	4 (30.77)	-	
	ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก						0.449
	- ภาคกลาง	42 (58.33)	12 (60)	20 (62.5)	8 (61.54)	2 (28.57)	
	- ภาคอื่น ๆ	30 (41.67)	8 (40)	12 (37.5)	5 (38.46)	5 (71.43)	

*ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

**ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

Chulalongkorn University จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทางโดยรวมพบว่า ด้านการใช้การแพทย์แผนไทย มีสัดส่วนของเพศที่เคยใช้แตกต่างกัน (เพศชายร้อยละ 70.69 และเพศหญิงร้อยละ 88.19 p-value = 0.001) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (39 (13) ปี และ 38 (15) ปี ตามลำดับ p-value = 0.485) ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทางไม่แตกต่างกัน (9 (15) ปี และ 9 (15.5) ปี ตามลำดับ p-value = 0.472) สัดส่วนของตำแหน่งทางวิชาการที่เคยใช้ไม่แตกต่างกัน (กลุ่มไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 80.60 และกลุ่มมีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 76.19 p-value = 0.529) สัดส่วนสถานที่ปฏิบัติงานหลักที่เคยใช้แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 91.43 สถาบันการศึกษาร้อยละ 71.79 และโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ ร้อยละ 69.94 p-value < 0.001) และสัดส่วนภูมิภาคที่เคยใช้ไม่แตกต่างกัน (ภาคกลางร้อยละ 74.36 และนอกภาคกลางร้อยละ 61.22 p-value = 0.054) ดังตารางที่ 25

ด้านการใช้การแพทย์ทางเลือก มีสัดส่วนของเพศที่เคยใช้แตกต่างกัน (เพศชายร้อยละ 75.86 และเพศหญิงร้อยละ 93.70 p-value < 0.001) ค่ามัธยฐานอายุไม่แตกต่างกัน (40 (15) ปี และ 37 (8) ปี ตามลำดับ p-value = 0.177) ค่ามัธยฐานอายุงานไม่แตกต่างกัน (10 (15) ปี และ 7 (9) ปี ตามลำดับ p-value = 0.055) สัดส่วนของตำแหน่งทางวิชาการที่เคยใช้ไม่แตกต่างกัน (กลุ่มไม่มีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 84.08 และกลุ่มมีตำแหน่งทางวิชาการร้อยละ 90.48 p-value = 0.348) สัดส่วนสถานที่ปฏิบัติงานหลักที่เคยใช้ไม่แตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 89.52 สถาบันการศึกษาร้อยละ 83.33 และโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ ร้อยละ 80.36 p-value = 0.230) และสัดส่วนภูมิภาคที่เคยใช้ไม่แตกต่างกัน (ภาคกลางร้อยละ 87.18 และภาคอื่น ๆ ร้อยละ 83.33 p-value = 0.471)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 25 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์เฉพาะทางตามการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ปัจจัย	การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด			การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด		
	เคยใช้	ไม่เคยใช้	p-value	เคยใช้	ไม่เคยใช้	p-value
เพศ			0.001**[a]			<0.001**[a]
- ชาย	82 (70.69)	34 (29.31)		88 (75.86)	28 (24.14)	
- หญิง	112 (88.19)	15 (11.81)		119 (93.70)	8 (6.30)	
อายุ (ปี)						
- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	39 (13)	38 (15)	0.485	40 (15)	37 (8)	0.177
- ต่ำสุด – สูงสุด	27 - 82	31 – 71		27 – 82	27 – 64	
อายุงานในสาขาเฉพาะทาง (ปี)						
- ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)	9 (15)	9 (15.5)	0.472	10 (15)	7 (9)	0.055
- ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 50	1 - 40		0 - 50	1 - 32	
ตำแหน่งทางวิชาการ			0.529			0.348
- ไม่มี	162 (80.60)	39 (19.40)		169 (84.08)	32 (15.92)	
- มี	32 (76.19)	10 (23.81)		38 (90.48)	4 (9.52)	
สถานที่ปฏิบัติงานหลัก			<0.001**			0.230
- สถาบันการศึกษา	56 (71.79)	22 (28.21)		65 (83.33)	13 (16.67)	
- โรงพยาบาลรัฐ	96 (91.43)	9 (8.57)		94 (89.52)	11 (10.48)	
- โรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	39 (69.64)	17 (30.36)		45 (80.36)	11 (19.64)	
ภูมิภาคที่ปฏิบัติงานหลัก			0.054			0.471
- ภาคกลาง	87 (74.36)	30 (25.64)		102 (87.18)	15 (12.82)	
- ภาคอื่น ๆ	107 (84.92)	19 (15.08)		105 (83.33)	21 (16.67)	

*ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

**ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. เปรียบเทียบผลการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง

การยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบคือ ด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ โดยผู้วิจัยกำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ เป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ช่วงคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 20 คะแนน อยู่ในระดับต่ำมาก
- ช่วงคะแนนเฉลี่ย 20 - <40 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ
- ช่วงคะแนนเฉลี่ย 40 - <60 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง
- ช่วงคะแนนเฉลี่ย 60 - <80 คะแนน อยู่ในระดับสูง
- ช่วงคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป อยู่ในระดับสูงมาก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางโดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 18.46 ± 21.88 คะแนน หรือระดับต่ำมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 51.62 ± 27.69 คะแนน หรือระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 58.14 ± 28.67 คะแนน หรือระดับปานกลาง โดยแพทย์เฉพาะทางโดยรวมมีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 22.22 ร้อยละ 40.74 ร้อยละ 22.22 และร้อยละ 14.81 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (2.78 ± 4.08 คะแนน 10.15 ± 8.61 คะแนน 19.72 ± 10.16 คะแนน และ 62.92 ± 17.62 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำมาก ต่ำมาก และสูง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (12.43 ± 10.28 คะแนน 48.63 ± 13.04 คะแนน 76.81 ± 10.09 คะแนน และ 80.82 ± 16.20 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ปานกลาง สูง และสูงมาก ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (71.96 ± 26.76 คะแนน 67.53 ± 21.77 คะแนน 37.04 ± 21.77 คะแนน และ 43.25 ± 26.56 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับสูง สูง ต่ำ และปานกลาง ตามลำดับดังตารางที่ 26 และภาพที่ 20

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แพทย์โสต ศอ นาสิกมีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 12.95 ± 20.12 คะแนน หรือระดับต่ำมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 46.89 ± 29.47 คะแนน หรือระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 57.88 ± 23.16 คะแนน หรือระดับปานกลาง โดยแพทย์โสต ศอ นาสิกมีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 25.64 ร้อยละ 48.72 ร้อยละ 20.51 และร้อยละ 5.13 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (1 ± 3.16 คะแนน 8.16 ± 7.11 คะแนน 20 ± 5.98 คะแนน และ 90 ± 0 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำมาก ต่ำ และสูงมาก ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (11.43 ± 12.13 คะแนน 45.11 ± 11.92 คะแนน 83.33 ± 12.73 คะแนน และ 95.24 ± 6.73 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ปานกลาง สูงมาก และสูงมาก ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (78.57 ± 16.84 คะแนน 59.40 ± 15.98 คะแนน 33.93 ± 18.61 คะแนน และ 35.71 ± 30.30 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับสูง ปานกลาง ต่ำ และต่ำ ตามลำดับ ดังภาพที่ 21

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 36.67 ± 26.01 คะแนน หรือระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 73.02 ± 12.30 คะแนน หรือระดับสูง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 21.43 ± 14.98 คะแนน หรือระดับต่ำ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีจำนวน 2 กลุ่มแฝง ประกอบด้วย กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ(สัดส่วนร้อยละ 50 และร้อยละ 50) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (13.33 ± 5.77 คะแนน และ 60 ± 5 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำ และสูง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกไม่แตกต่างกัน (69.84 ± 7.27 คะแนน และ 76.19 ± 17.17 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.587) โดยมีระดับสูง และสูง ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบไม่แตกต่างกัน (23.81 ± 16.50 คะแนน และ 19.05 ± 16.50 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.742) โดยมีระดับต่ำ และต่ำมาก ตามลำดับ ดังภาพที่ 22

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 39.39 ± 28.91 คะแนน หรือระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 66.23 ± 23.06 คะแนน หรือระดับสูง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 54.98 ± 26.79 คะแนน หรือระดับปานกลาง โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 6.06 ร้อยละ 27.27 ร้อยละ 21.21 และร้อยละ 45.45 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (0 ± 0 คะแนน 12.22 ± 7.55 คะแนน 27.14 ± 9.06 คะแนน และ 66.67 ± 16.55 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำมาก ต่ำ และสูง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (7.14 ± 10.10 คะแนน 51.85 ± 13.97 คะแนน 75.51 ± 10.80 คะแนน และ 78.41 ± 14.61 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ปานกลาง สูง และสูง ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (71.43 ± 40.41 คะแนน 74.60 ± 21.16 คะแนน 40.82 ± 22.48 คะแนน และ 47.62 ± 24.55 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.025) โดยมีระดับสูง สูง ปานกลาง และปานกลาง ตามลำดับ ดังภาพที่ 23

แพทย์ออร์โธปิดิกส์มีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 8.21 ± 6.08 คะแนน หรือระดับต่ำมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 57.48 ± 22.83 คะแนน หรือระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 37.76 ± 19.90 คะแนน หรือระดับต่ำ โดยแพทย์ออร์โธปิดิกส์มีจำนวน 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ (สัดส่วนร้อยละ 14.29 ร้อยละ 54.14 และร้อยละ 28.57 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมไม่แตกต่างกัน (2.50 ± 3.54 คะแนน 7.50 ± 5.98 คะแนน และ 12.50 ± 5 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.144) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำมาก และต่ำมาก ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (14.29 ± 20.20 คะแนน 58.33 ± 11.87 คะแนน และ 77.38 ± 4.56 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ปานกลาง และสูง ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (42.86 ± 20.20 คะแนน 46.43 ± 14.79 คะแนน และ 17.86 ± 17.98 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.043) โดยมีระดับปานกลาง ปานกลาง และต่ำมาก ตามลำดับ ดังภาพที่ 24

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รังสีแพทย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 13.33 ± 27.87 คะแนน หรือระดับต่ำมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 57.71 ± 24.06 คะแนน หรือระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 52.57 ± 31.33 คะแนน หรือระดับปานกลาง โดยรังสีแพทย์มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 16 ร้อยละ 32 ร้อยละ 40 และร้อยละ 12 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (3.75 ± 4.79 คะแนน 8.13 ± 7.04 คะแนน 21 ± 11.25 คะแนน และ 61.67 ± 7.64 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมากต่ำมาก ต่ำ และสูง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (17.86 ± 8.13 คะแนน 48.81 ± 13.16 คะแนน 71.43 ± 6.73 คะแนน และ 88.89 ± 11.98 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ปานกลาง สูง และสูงมาก ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (71.43 ± 30.86 คะแนน 69.64 ± 23.46 คะแนน 37.14 ± 27.93 คะแนน และ 33.33 ± 35.95 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.048) โดยมีระดับสูง สูง ต่ำ และต่ำ ตามลำดับ ดังภาพที่ 25

ศัลยแพทย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 13.33 ± 27.87 คะแนน หรือระดับต่ำมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 23.81 ± 16.50 คะแนน หรือระดับต่ำ และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 66.67 ± 26.60 คะแนน หรือระดับสูง โดยศัลยแพทย์มีจำนวน 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 66.67 ร้อยละ 16.67 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (1.25 ± 2.50 คะแนน 5 ± 0 คะแนน และ 70 ± 0 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำมาก และสูง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกไม่แตกต่างกัน (15.48 ± 13.11 คะแนน 38.10 ± 0 คะแนน และ 42.86 ± 0 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.234) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำ และปานกลางตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (78.57 ± 8.25 คะแนน 71.43 ± 0 คะแนน และ 14.29 ± 0 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.014) โดยมีระดับสูง สูง และต่ำมาก ตามลำดับ ดังภาพที่ 26

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สูตินรีแพทย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 16.32 ± 17.84 คะแนน หรือระดับต่ำมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 52.29 ± 28.19 คะแนน หรือระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 55.26 ± 27.31 คะแนน หรือระดับปานกลาง โดยสูตินรีแพทย์มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 22.64 ร้อยละ 41.51 ร้อยละ 22.64 และร้อยละ 13.21 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (2.92 ± 3.96 คะแนน 10 ± 7.40 คะแนน 19.17 ± 10.43 คะแนน และ 54.29 ± 11.70 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำมาก ต่ำมาก และปานกลาง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (11.90 ± 8.97 คะแนน 50.65 ± 13.59 คะแนน 75.79 ± 10.44 คะแนน และ 86.39 ± 12.73 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ปานกลาง สูง และสูงมาก ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (67.86 ± 32.87 คะแนน 61.69 ± 23.90 คะแนน 39.29 ± 16.26 คะแนน และ 40.82 ± 27.88 คะแนน ตามลำดับ p-value = 0.016) โดยมีระดับสูง สูง ต่ำ และปานกลาง ตามลำดับ ดังภาพที่ 27

อายุรแพทย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมเท่ากับ 15 ± 18.08 คะแนน หรือระดับต่ำมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกเท่ากับ 45.97 ± 28.05 คะแนน หรือระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบเท่ากับ 67.46 ± 28.09 คะแนน หรือระดับสูง โดยอายุรแพทย์มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 27.78 ร้อยละ 44.44 ร้อยละ 18.06 และร้อยละ 9.72 ตามลำดับ) พบว่าคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (4 ± 4.76 คะแนน 12.19 ± 11.07 คะแนน 17.31 ± 11.66 คะแนน และ 55 ± 23.80 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ต่ำมาก ต่ำมาก และปานกลาง ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (11.90 ± 10.07 คะแนน 46.28 ± 12.70 คะแนน 78.39 ± 10.03 คะแนน และ 81.63 ± 18.12 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับต่ำมาก ปานกลาง สูง และสูงมาก ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (72.86 ± 28.91 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

79.02 ± 18.50 คะแนน 40.66 ± 23.94 คะแนน และ 48.98 ± 31.79 คะแนน ตามลำดับ p-value < 0.001) โดยมีระดับสูง สูง ปานกลาง และปานกลาง ตามลำดับ ดังภาพที่ 28

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 26 ข้อมูลคะแนนการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มแฝง

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
ทั้งหมด	จำนวนแพทย์	243	54 (22.22)	99 (40.74)	54 (22.22)	36 (14.81)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.46 ± 21.88	2.78 ± 4.08	10.15 ± 8.61	19.72 ± 10.16	62.92 ± 17.62	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 95	0 - 15	0 – 45	0 - 40	30 - 95	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	สูง	-
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	51.62 ± 27.69	12.43 ± 10.28	48.63 ± 13.04	76.81 ± 10.09	80.82 ± 16.20	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 100	0 – 33.33	14.29 – 76.19	52.38 - 100	42.86 - 100	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	ปานกลาง	ต่ำมาก	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	-
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	58.14 ± 28.67	71.96 ± 26.76	67.53 ± 21.77	37.04 ± 21.77	43.25 ± 26.56	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 – 100	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	ปานกลาง	สูง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	-
แพทย์โสต ศอ นาสิก	จำนวนแพทย์	39	10 (25.64)	19 (48.72)	8 (20.51)	2 (5.13)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.95 ± 20.12	1 ± 3.16	8.16 ± 7.11	20 ± 5.98	90 ± 0	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 90	0 - 10	0 - 20	10 - 30	90 – 90	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำ	สูงมาก	-

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	46.89 ± 29.47	11.43 ± 12.13	45.11 ± 11.92	83.33 ± 12.73	95.24 ± 6.73	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 100	0 – 33.33	23.81 – 66.67	61.90 – 95.24	90.48 - 100	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	ปานกลาง	ต่ำมาก	ปานกลาง	สูงมาก	สูงมาก	-
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	57.88 ± 23.16	78.57 ± 16.84	59.40 ± 15.98	33.93 ± 18.61	35.71 ± 30.30	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	14.29 – 100	42.86 - 100	28.57 - 100	14.29 – 71.43	14.29 – 57.14	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	-
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวนแพทย์	6	-	-	3 (50)	3 (50)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	36.67 ± 26.01	-	-	13.33 ± 5.77	60 ± 5	0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	10 – 65	-	-	10 - 20	55 – 65	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำ	-	-	ต่ำ	สูง	-
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	73.02 ± 12.30	-	-	69.84 ± 7.27	76.19 ± 17.17	0.587
	- ต่ำสุด – สูงสุด	57.14 – 90.48	-	-	61.90 – 76.19	57.14 – 90.48	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	สูง	-	-	สูง	สูง	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	21.43 ± 14.98	-	-	23.81 ± 16.50	19.05 ± 16.50	0.742
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 42.86	-	-	14.29 – 42.86	0 – 28.57	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ		-	-	ต่ำ	ต่ำมาก	-
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวนแพทย์	33	2 (6.06)	9 (27.27)	7 (21.21)	15 (45.45)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	39.39 ± 28.91	0 ± 0	12.22 ± 7.55	27.14 ± 9.06	66.67 ± 16.55	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 95	0 – 0	0 - 25	15 - 40	40 – 95	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำ	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำ	สูง	-
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	66.23 ± 23.06	7.14 ± 10.10	51.85 ± 13.97	75.51 ± 10.80	78.41 ± 14.61	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 95.24	0 – 14.29	28.57 – 66.67	52.38 – 85.71	52.38 – 95.24	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	สูง	ต่ำมาก	ปานกลาง	สูง	สูง	-
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	54.98 ± 26.79	71.43 ± 40.41	74.60 ± 21.16	40.82 ± 22.48	47.62 ± 24.55	0.025*
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 100	42.86 - 100	42.86 - 100	14.29 – 71.43	0 – 85.71	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	ปานกลาง	สูง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	จำนวนแพทย์	14	2 (14.29)	8 (54.14)	4 (28.57)	-	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.21 ± 6.08	2.50 ± 3.54	7.50 ± 5.98	12.50 ± 5	-	0.144
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 20	0 - 5	0 - 20	10 - 20	-	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	-	-
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	57.48 ± 22.83	14.29 ± 20.20	58.33 ± 11.87	77.38 ± 4.56	-	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 80.95	0 – 28.57	38.10 – 76.19	71.43 – 80.95	-	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	ปานกลาง	ต่ำมาก	ปานกลาง	สูง	-	-
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	37.76 ± 19.90	42.86 ± 20.20	46.43 ± 14.79	17.86 ± 17.98	-	0.043*
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 71.43	28.57 – 57.14	28.57 – 71.43	0 – 42.86	-	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	ต่ำ	ปานกลาง	ปานกลาง	ต่ำมาก	-	-
รังสีแพทย์	จำนวนแพทย์	25	4 (16)	8 (32)	10 (40)	3 (12)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	13.33 ± 27.87	3.75 ± 4.79	8.13 ± 7.04	21 ± 11.25	61.67 ± 7.64	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 70	0 - 10	0 - 20	10 - 40	55 - 70	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำ	สูง	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	57.71 ± 24.06	17.86 ± 8.13	48.81 ± 13.16	71.43 ± 6.73	88.89 ± 11.98	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	9.52 – 100	9.52 – 28.57	28.57 – 66.67	61.90 – 85.71	76.19 - 100	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	ปานกลาง	ต่ำมาก	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	-
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	52.57 ± 31.33	71.43 ± 30.86	69.64 ± 23.46	37.14 ± 27.93	33.33 ± 35.95	0.048*
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 100	28.57 - 100	42.86 - 100	0 – 85.71	0 – 71.43	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	ปานกลาง	สูง	สูง	ต่ำ	ต่ำ	-
ศัลยแพทย์	จำนวนแพทย์	6	4 (66.67)	1 (16.67)	-	1 (16.67)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	13.33 ± 27.87	1.25 ± 2.50	5 ± 0	-	70 ± 0	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 70	0 - 5	5 - 5	-	70 - 70	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	-	สูง	-
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23.81 ± 16.50	15.48 ± 13.11	38.10 ± 0	-	42.86 ± 0	0.234
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 42.86	0 – 28.57	38.10 – 38.10	-	42.86 – 42.86	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	ต่ำ	ต่ำมาก	ต่ำ	-	ปานกลาง	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

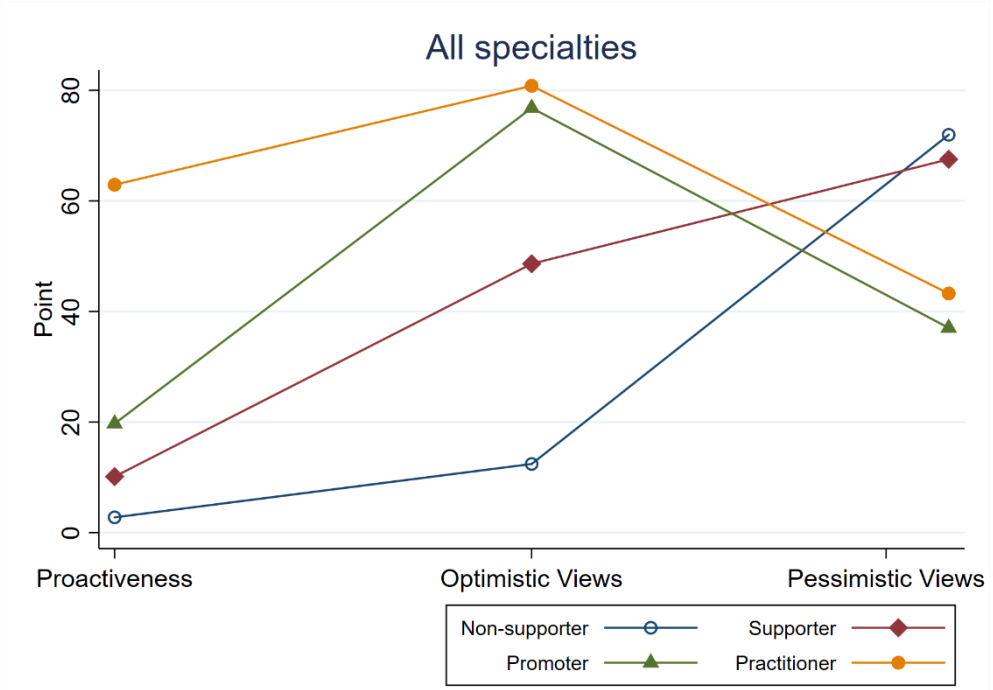
แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	66.67 ± 26.60	78.57 ± 8.25	71.43 ± 0	-	14.29 ± 0	0.014*
	- ต่ำสุด – สูงสุด	14.29 – 85.71	71.43 – 85.71	71.43 – 71.43	-	14.29 – 14.29	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	สูง	สูง	สูง	-	ต่ำมาก	-
สูตินรีแพทย์	จำนวนแพทย์	53	12 (22.64)	22 (41.51)	12 (22.64)	7 (13.21)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	16.32 ± 17.84	2.92 ± 3.96	10 ± 7.40	19.17 ± 10.43	54.29 ± 11.70	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 75	0 - 10	0 - 25	5 - 35	45 - 75	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ปานกลาง	-
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	52.29 ± 28.19	11.90 ± 8.97	50.65 ± 13.59	75.79 ± 10.44	86.39 ± 12.73	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 100	0 – 23.81	28.57 – 71.43	57.14 – 90.48	61.90 - 100	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	ปานกลาง	ต่ำมาก	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	-
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	55.26 ± 27.31	67.86 ± 32.87	61.69 ± 23.90	39.29 ± 16.26	40.82 ± 27.88	0.016*
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 100	0 - 100	0 - 100	14.29 – 57.14	14.29 - 100	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	ปานกลาง	สูง	สูง	ต่ำ	ปานกลาง	-

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

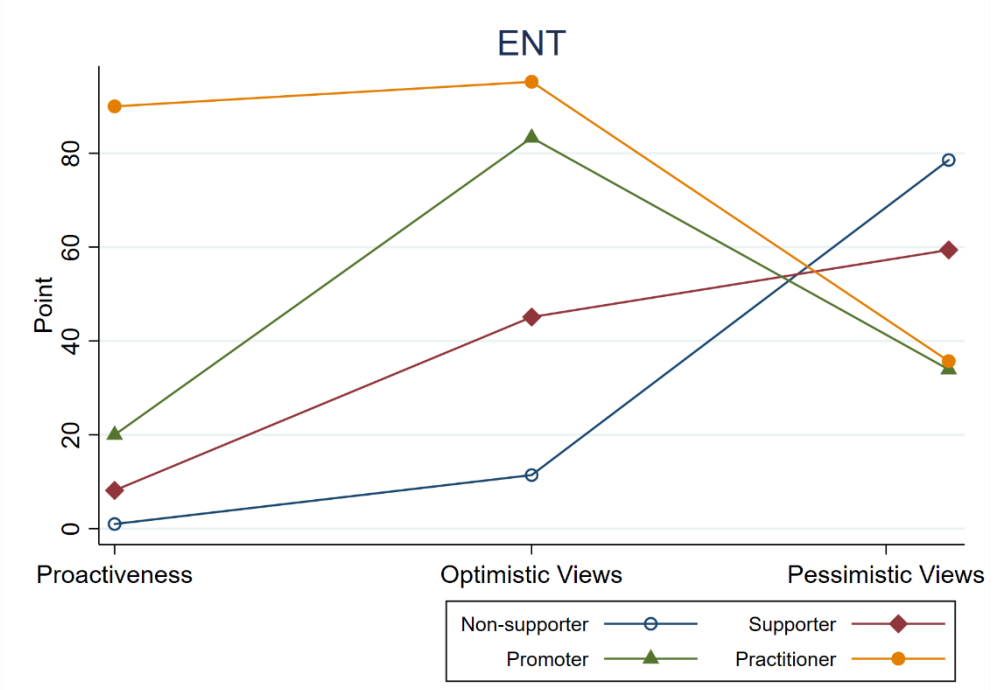
แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
อายุรแพทย์	จำนวนแพทย์	72	20 (27.78)	32 (44.44)	13 (18.06)	7 (9.72)	-
	องค์ประกอบด้านกิจกรรม						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	15 ± 18.08	4 ± 4.76	12.19 ± 11.07	17.31 ± 11.66	55 ± 23.80	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 95	0 - 15	0 - 45	0 - 35	30 - 95	-
	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ต่ำมาก	ปานกลาง	-
	องค์ประกอบด้านความนึกคิด						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	45.97 ± 28.05	11.90 ± 10.07	46.28 ± 12.70	78.39 ± 10.03	81.63 ± 18.12	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 - 100	0 – 28.57	14.29 – 71.43	61.90 - 100	52.38 - 100	-
	ระดับการยอมรับด้านความนึกคิด	ปานกลาง	ต่ำมาก	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	-
	องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ						
	- ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	67.46 ± 28.09	72.86 ± 28.91	79.02 ± 18.50	40.66 ± 23.94	48.98 ± 31.79	<0.001**
	- ต่ำสุด – สูงสุด	0 – 100	0 - 100	28.57 - 100	14.29 - 100	14.29 - 100	-
	ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบ	สูง	สูง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	-

*ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

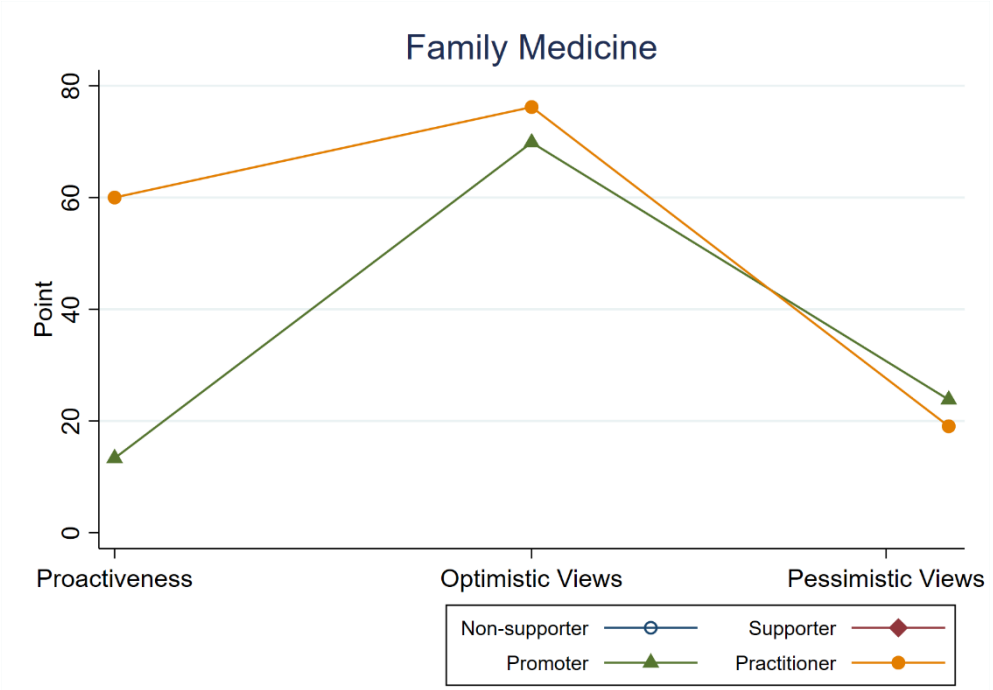
**ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01



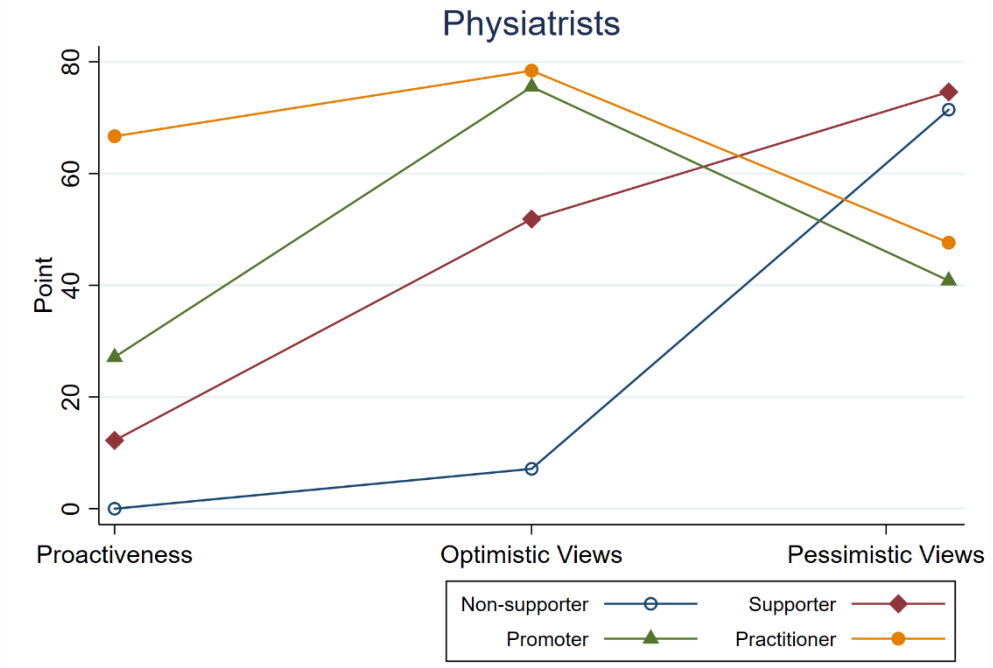
ภาพที่ 20 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม จำนวน 243 คน ตามกลุ่มแฝง



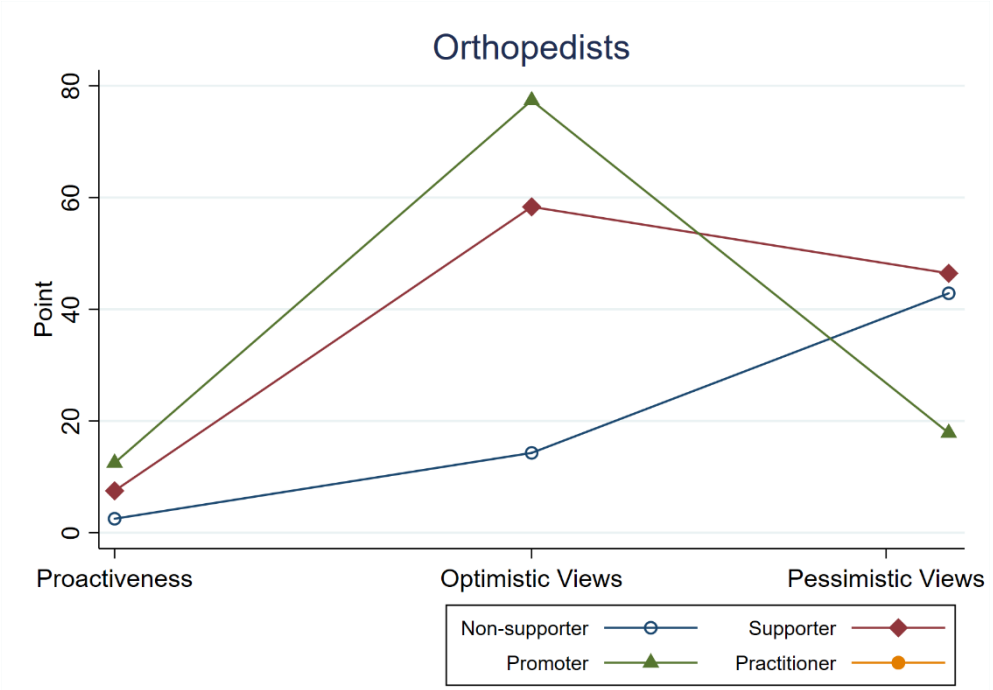
ภาพที่ 21 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์โสต ศอ นาสิก จำนวน 39 คน ตามกลุ่มแฝง



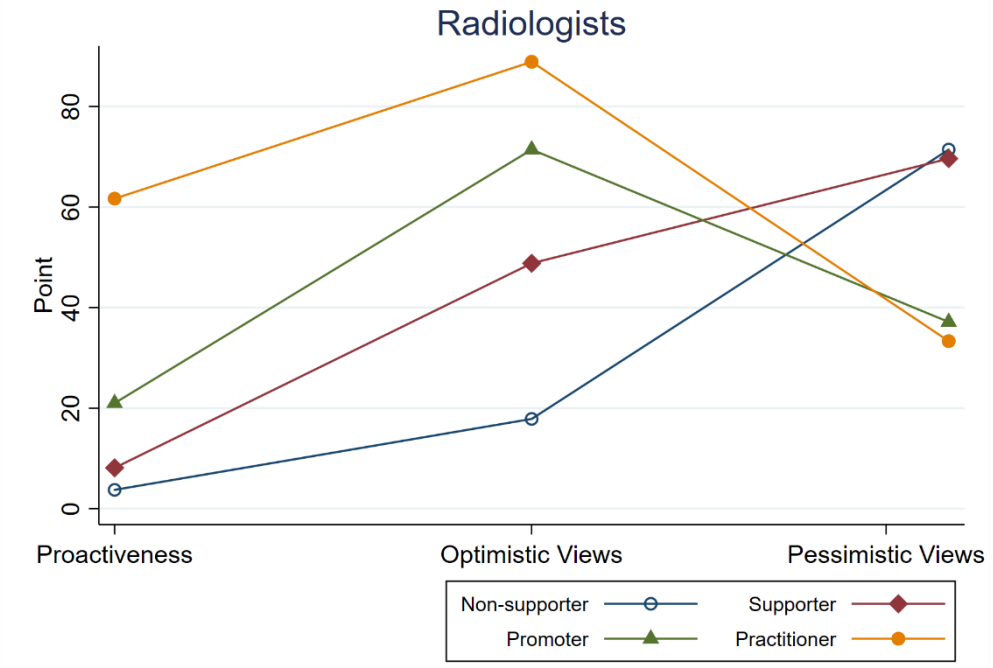
ภาพที่ 22 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 6 คน ตามกลุ่มแฝง



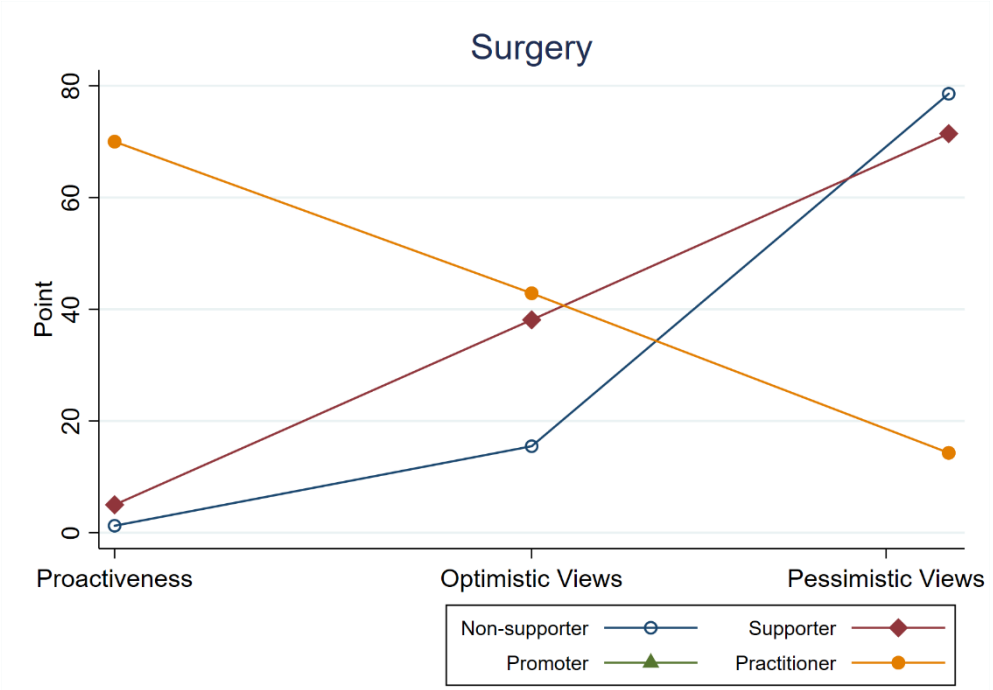
ภาพที่ 23 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 33 คน ตามกลุ่มแฝง



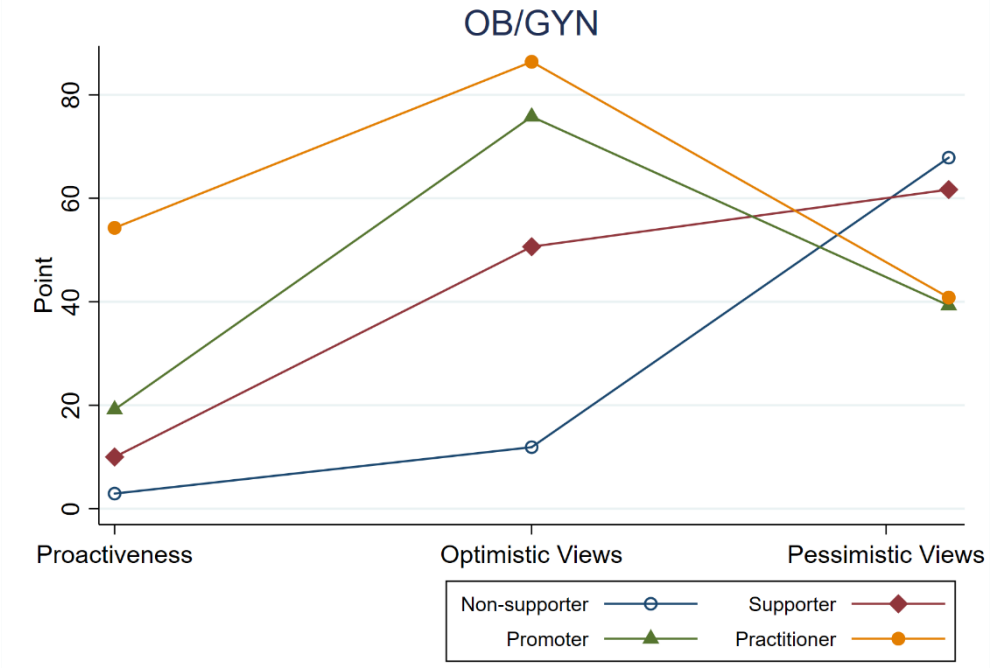
ภาพที่ 24 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์ออร์โธพิดิกส์จำนวน 14 คน ตามกลุ่มแฝง



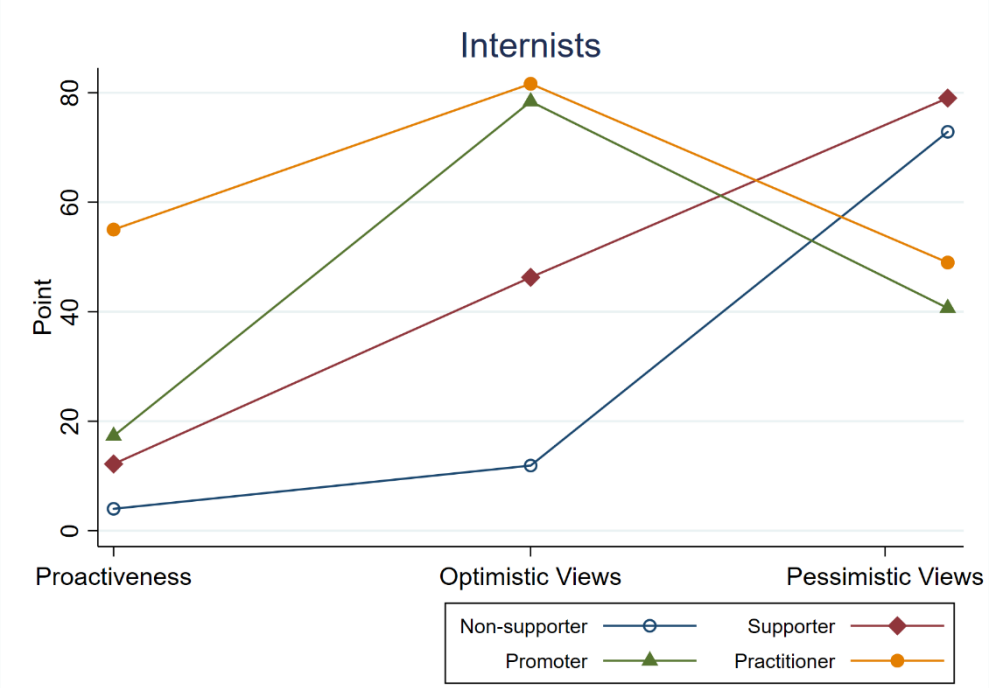
ภาพที่ 25 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของรังสีแพทย์จำนวน 25 คน ตามกลุ่มแฝง



ภาพที่ 26 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของศัลยแพทย์จำนวน 6 คน ตามกลุ่มแฝง



ภาพที่ 27 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสูตินรีแพทย์จำนวน 53 คน ตามกลุ่มแฝง



ภาพที่ 28 ระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของอายุรแพทย์จำนวน 72 คน ตามกลุ่มแฝง

ทำการจัดระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 3 องค์ประกอบตามการวิเคราะห์กลุ่มแฝงจำนวน 4 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รังสีแพทย์ ศัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์ อยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านกิจกรรมในระดับต่ำ องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกในระดับต่ำ และมีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับสูง ในขณะที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์ อยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับปานกลางดังตารางที่ 27

กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รังสีแพทย์ ศัลยแพทย์ และอายุรแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านกิจกรรมในระดับต่ำ องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกในระดับกลาง และมีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับสูง ในขณะที่แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์ออร์โธปิดิกส์ และสูตินรีแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับกลาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รังสีแพทย์ สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านกิจกรรมในระดับต่ำ องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกในระดับสูง และมีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับปานกลาง ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ออร์โธปิดิกส์อยู่ในกลุ่มแพทย์ที่มีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับต่ำ

กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก ของแพทย์เฉพาะทางโดยรวม รังสีแพทย์ สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านกิจกรรมในระดับกลาง องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกในระดับสูง และมีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับปานกลาง ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในกลุ่มแพทย์ที่มีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับต่ำ ศัลยแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านกิจกรรมในระดับสูง องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกในระดับกลาง และมีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับต่ำ และแพทย์โสต ศอ นาสิกและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูอยู่ในกลุ่มที่มีองค์ประกอบด้านกิจกรรมในระดับสูง องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวกในระดับสูง และมีองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบในระดับปานกลาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 27 การจัดระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกลุ่มแฝง

แพทย์เฉพาะทาง	ระดับการยอมรับด้านกิจกรรม/ด้านมุมมองเชิงบวก/ด้านมุมมองเชิงลบ			
	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน	กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ
ทุกสาขา	ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง	ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง[x]	ต่ำมาก/สูง/ต่ำ	สูง/สูงมาก/ปานกลาง
แพทย์โสต ศอ นาสิก	ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง	ต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง[x]	ต่ำ/สูงมาก/ต่ำ	สูงมาก/สูงมาก/ต่ำ
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	-	-	ต่ำ/สูง/ต่ำ[x]	สูง/สูง/ต่ำมาก[x]
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง	ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง	ต่ำ/สูง/ปานกลาง	สูง/สูง/ปานกลาง[x]
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	ต่ำมาก/ต่ำมาก/ปานกลาง	ต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง[x]	ต่ำมาก/สูง/ต่ำมาก	-
รังสีแพทย์	ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง	ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง	ต่ำ/สูง/ต่ำ[x]	สูง/สูงมาก/ต่ำ
ศัลยแพทย์	ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง[x]	ต่ำมาก/ต่ำ/สูง	-	สูง/ปานกลาง/ต่ำมาก
สูตินรีแพทย์	ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง	ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง[x]	ต่ำมาก/สูง/ตำ	ปานกลาง/สูงมาก/ปานกลาง
อายุรแพทย์	ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง	ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง[x]	ต่ำมาก/สูง/ปานกลาง	ปานกลาง/สูงมาก/ปานกลาง

[x]สัดส่วนกลุ่มแฝงที่มากที่สุดในสาขาแพทย์เฉพาะทาง

3. การใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มแฝง

ผู้วิจัยกำหนดระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- น้อยกว่าร้อยละ 20 อยู่ในระดับต่ำมาก
- ระหว่างร้อยละ 20 - <40 อยู่ในระดับต่ำ
- ระหว่างร้อยละ 40 - <60 อยู่ในระดับปานกลาง
- ระหว่างร้อยละ 60 - <80 อยู่ในระดับสูง
- ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในระดับสูงมาก

พบว่าแพทย์เฉพาะทางโดยรวมเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 79.84 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 74.90 รองลงมาคือเวชกรรมไทยร้อยละ 46.50 เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 85.19 ส่วนใหญ่เคยใช้การฝังเข็มร้อยละ 67.90 รองลงมาคือโยคะร้อยละ 59.67 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดที่แตกต่างกัน (ร้อยละ 64.81 ร้อยละ 78.79 ร้อยละ 90.74 และร้อยละ 88.89 ตามลำดับ p-value = 0.004) โดยประเภทการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกันประกอบด้วย เวชกรรมไทย นวดไทย และการดูแลหญิงหลังคลอด และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดที่แตกต่างกัน (ร้อยละ 70.37 ร้อยละ 85.86 ร้อยละ 92.59 และร้อยละ 94.44 ตามลำดับ p-value = 0.005) โดยประเภทการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันประกอบด้วย การฝังเข็ม โฮมีโอพาธีย์ วารีบำบัด โยคะ ไทเก๊ก นวดกดจุดสะท้อนเท้า และสมาธิบำบัด พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 Supporter (ร้อยละ 40.74) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 78.79 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 85.86 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูง/สูงมาก ดังตารางที่ 28 และภาพที่ 29

แพทย์โสต ศอ นาสิกเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 74.36 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 61.54 รองลงมาคือเวชกรรมไทยร้อยละ 53.85 เคยใช้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 84.62 ส่วนใหญ่เคยใช้การฝังเข็มร้อยละ 66.67 รองลงมาคือโยคะร้อยละ 48.72 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 50 กลุ่ม ร้อยละ 78.95 ร้อยละ 87.50 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.253) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 70 ร้อยละ 84.21 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.460) โดยประเภทการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันคือโยคะ พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 48.72) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 78.95 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 84.21 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูง/สูงมาก ดังภาพที่ 30

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 83.33 มีสัดส่วนการใช้นวดไทยและเวชกรรมไทยที่เท่ากันคือร้อยละ 83.33 และการดูแลหญิงหลังคลอดร้อยละ 33.33 เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 83.33 มีสัดส่วนการใช้การฝังเข็ม โยคะ ไทเก๊ก และสมาธิบำบัดที่เท่ากันคือร้อยละ 83.33 รองลงมาคือวารีบำบัดร้อยละ 66.67 มีจำนวน 2 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.500) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.500) พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ (สัดส่วนร้อยละ 50) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 66.67 (ใช้เวชกรรมไทย และนวดไทยมีสัดส่วนที่เท่ากัน) และใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 66.67 (ใช้การฝังเข็ม วารีบำบัด โยคะ ไทเก๊ก และสมาธิบำบัดมีสัดส่วนที่เท่ากัน รองลงมาคือโฮมีโอพาธีย์ สุคนธบำบัด ไคโรแพรคเตอร์ ดัดกระดูก และนวดกดจุดสะท้อนเท้า) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ ดี/ดี และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 50) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 100 (ใช้เวชกรรมไทย นวดไทย และการดูแลหญิงหลังคลอดมีสัดส่วนที่เท่ากัน) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 100 (ใช้การ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ฝังเข็ม โยคะ ไทเก๊ก และสมาธิบำบัดมีสัดส่วนที่เท่ากัน รองลงมาคือวารีบำบัด) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูงมาก ดังภาพที่ 31

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 93.94 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 90.91 รองลงมาคือเวชกรรมไทยร้อยละ 48.48 ทุกคนเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด โดยส่วนใหญ่ทุกคนเคยใช้การฝังเข็ม รองลงมาคือโยคะร้อยละ 90.91 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝงประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 88.89 ร้อยละ 100 และร้อยละ 93.33 ตามลำดับ p-value > 0.999) และทุกกลุ่มเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด โดยประเภทการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันคือสุคนธบำบัด พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ 45.45) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 93.33 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 100 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือและโยคะและไทเก๊กมีสัดส่วนเท่ากัน) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูงมาก ดังภาพที่ 32

แพทย์ออร์โธปิดิกส์เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 92.86 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 92.86 รองลงมาคือเวชกรรมไทยร้อยละ 50 เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 85.71 ส่วนใหญ่เคยใช้การฝังเข็มร้อยละ 85.71 รองลงมามีสัดส่วนการใช้โยคะและไทเก๊กที่เท่ากันคือร้อยละ 57.14 มีจำนวน 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ การเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 87.50 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value > 0.999) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 75 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.648) พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 57.14) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 87.50 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทยและการดูแลหญิงหลังคลอดมีสัดส่วนเท่ากัน) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 75 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือวารีบำบัด) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูง ดังภาพที่ 33

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รังสีแพทย์เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 76 รองลงมาคือเวชกรรมไทยร้อยละ 48 เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 80 ส่วนใหญ่เคยใช้โยคะร้อยละ 60 รองลงมาคือการฝังเข็มร้อยละ 56 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 75 ร้อยละ 90 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ p-value = 0.182) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 75 ร้อยละ 80 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ p-value = 0.752) โดยประเภทการการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันคือสุคนธบำบัด ดัดกระดูก และไทเก๊ก พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ (ร้อยละ 40) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 90 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 80 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับดีมาก/ดีมาก ดังภาพที่ 34

ศัลยแพทย์เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 66.67 รองลงมาคือเวชกรรมไทยร้อยละ 33.33 เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่เคยใช้การฝังเข็มร้อยละ 66.67 รองลงมาคือวารีบำบัดร้อยละ 50 มีจำนวน 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 50 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value > 0.999) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 75 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value > 0.999) พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (ร้อยละ 66.67) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 50 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 75 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือวารีบำบัด) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ ปานกลาง/ดี ดังภาพที่ 35

สูตินรีแพทย์เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 86.79 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 81.13 รองลงมาคือการดูแลหญิงหลังคลอดร้อยละ 64.15 เคยใช้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 86.79 ส่วนใหญ่เคยใช้การฝังเข็มร้อยละ 66.04 รองลงมาคือโยคะร้อยละ 62.26 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 75 ร้อยละ 81.82 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.201) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 66.67 ร้อยละ 95.45 ร้อยละ 91.67 และร้อยละ 85.71 ตามลำดับ p-value = 0.118) โดยประเภทการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันคือ โฮมีโอพาธีย์ พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 41.51) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 81.82 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือการดูแลหญิงหลังคลอด) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 95.45 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ ดีมาก/ดีมาก ดังภาพที่ 36

อายุรแพทย์เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 69.44 ส่วนใหญ่เคยใช้นวดไทยร้อยละ 66.67 รองลงมาคือเวชกรรมไทยร้อยละ 31.94 เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 79.17 ส่วนใหญ่เคยใช้การฝังเข็มร้อยละ 55.56 รองลงมาคือโยคะร้อยละ 52.78 มีจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 55 ร้อยละ 71.88 ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 85.71 ตามลำดับ p-value = 0.397) โดยประเภทการแพทย์แผนไทยที่แตกต่างกัน คือเวชกรรมไทยและการดูแลหญิงหลังคลอด และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 60 ร้อยละ 81.25 ร้อยละ 92.31 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.065) โดยประเภทการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันคือการฝังเข็ม สุคนธบำบัด วารีบำบัด ไคโรแพรคเตอร์ โยคะ นวดกดจุดสะท้อนเท้า และสมาธิบำบัด พบว่ากลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 44.44) เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 71.88 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 81.25 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือไทเก๊ก) โดยมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ ดี/ดีมาก ดังภาพที่ 37

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 28 ข้อมูลการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มแฝง

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
ทั้งหมด	จำนวนแพทย์	243	54 (22.22)	99 (40.74)	54 (22.22)	36 (14.81)	-
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	194 (79.84)	35 (64.81)	78 (78.79)	49 (90.74)	32 (88.89)	0.004**
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูง	สูง	สูง	สูงมาก	สูงมาก	-
	- เวชกรรมไทย	113 (46.50)	17 (31.48)	37 (37.37)	33 (61.11)	26 (72.22)	<0.001**
	- นวดไทย	182 (74.90)	31 (57.41)	75 (75.76)	48 (88.89)	28 (77.78)	0.002**
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	64 (26.34)	9 (16.67)	20 (20.2)	17 (31.48)	18 (50.00)	0.002**
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	207 (85.19)	38 (70.37)	85 (85.86)	50 (92.59)	34 (94.44)	0.005**
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูง	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	165 (67.90)	24 (44.44)	66 (66.67)	44 (81.48)	31 (86.11)	<0.001**
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	14 (5.76)	1 (1.85)	4 (4.04)	3 (5.56)	6 (16.67)	0.034*
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	60 (24.69)	10 (18.52)	24 (24.24)	13 (24.07)	13 (36.11)	0.313
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	82 (33.74)	11 (20.37)	34 (34.34)	17 (31.48)	20 (55.56)	0.008**
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	30 (12.35)	6 (11.11)	11 (11.11)	7 (12.96)	6 (16.67)	0.800
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	16 (6.58)	3 (5.56)	4 (4.04)	7 (12.96)	2 (5.56)	0.219
	- Yoga (โยคะ)	145 (59.67)	21 (38.89)	58 (58.59)	38 (70.37)	28 (77.78)	0.001**
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	105 (43.21)	12 (22.22)	48 (48.48)	21 (38.89)	24 (66.67)	<0.001**

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	45 (18.52)	8 (14.81)	13 (13.13)	10 (18.52)	14 (38.89)	0.012**
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	11 (4.53)	1 (1.85)	5 (5.05)	1 (1.85)	4 (11.11)	0.148
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	110 (45.27)	17 (31.48)	44 (44.44)	24 (44.44)	25 (69.44)	0.005**
แพทย์โสต ศอ นาสิก	จำนวนแพทย์	39	10 (25.64)	19 (48.72)	8 (20.51)	2 (5.13)	-
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	29 (74.36)	5 (50.00)	15 (78.95)	7 (87.5)	2 (100)	0.253
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูง	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	สูงมาก	-
	- เวชกรรมไทย	21 (53.85)	4 (40.00)	11 (57.89)	4 (50)	2 (100)	0.599
	- นวดไทย	24 (61.54)	3 (30.00)	13 (68.42)	7 (87.5)	1 (50)	0.060
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	6 (15.38)	1 (10.00)	3 (15.79)	2 (25)	-	0.798
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	33 (84.62)	7 (70.00)	16 (84.21)	8 (100)	2 (100)	0.460
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูง	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	26 (66.67)	5 (50.00)	13 (68.42)	7 (87.50)	1 (50.00)	0.353
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	2 (5.13)	-	1 (5.26)	-	1 (50.00)	0.139
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	10 (25.64)	1 (10.00)	7 (36.84)	2 (25.00)	-	0.430
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	9 (23.08)	2 (20.00)	5 (26.32)	1 (12.50)	1 (50.00)	0.678
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	4 (10.26)	1 (10.00)	2 (10.53)	1 (12.5.)	-	>0.999
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	2 (5.13)	-	-	2 (25.00)	-	0.088

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	- Yoga (โยคะ)	19 (48.72)	1 (10.00)	12 (63.16)	5 (62.50)	1 (50.00)	0.022*
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	11 (28.21)	-	8 (42.11)	2 (25.00)	1 (50.00)	0.055
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	7 (17.95)	1 (10.00)	3 (15.79)	2 (25.00)	1 (50.00)	0.515
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	1 (2.56)	-	1 (5.26)	-	-	>0.999
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	17 (43.59)	2 (20.00)	11 (57.89)	3 (37.50)	1 (50.00)	0.257
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวนแพทย์	39	-	-	3 (50.00)	3 (50.00)	-
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	0.500
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	-	-	สูง	สูงมาก	-
	- เวชกรรมไทย	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	>0.999
	- นวดไทย	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	>0.999
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	2 (33.33)	-	-	-	2 (66.67)	0.400
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	0.500
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	-	-	สูง	สูงมาก	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	>0.999
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	2 (33.33)	-	-	1 (33.33)	1 (33.33)	>0.999
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	2 (33.33)	-	-	1 (33.33)	1 (33.33)	>0.999
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	4 (66.67)	-	-	2 (66.67)	2 (66.67)	>0.999

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	2 (33.33)	-	-	1 (33.33)	1 (33.33)	>0.999
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	1 (16.67)	-	-	1 (33.33)	-	>0.999
	- Yoga (โยคะ)	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	>0.999
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	>0.999
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	1 (16.67)	-	-	1 (33.33)	-	>0.999
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	-	-	-	-	-	-
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	5 (83.33)	-	-	2 (66.67)	3 (100)	>0.999
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	จำนวนแพทย์		2 (6.06)	9 (27.27)	7 (21.21)	15 (45.45)	-
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	31 (93.94)	2 (100)	8 (88.89)	7 (100)	14 (93.33)	>0.999
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-
	- เวชกรรมไทย	16 (48.48)	2 (100)	-	4 (57.14)	10 (66.67)	0.002
	- นวดไทย	30 (90.91)	2 (100)	8 (88.89)	7 (100)	13 (86.67)	>0.999
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	8 (24.24)	-	-	2 (28.57)	6 (40.00)	0.146
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	33 (100)	2 (100)	9 (100)	7 (100)	15 (100)	-
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	33 (100)	2 (100)	9 (100)	7 (100)	15 (100)	-
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	2 (6.06)	-	-	-	2 (13.33)	0.744

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	7 (21.21)	2 (100)	-	1 (14.29)	4 (26.67)	0.027*
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	23 (69.70)	2 (100)	5 (55.56)	5 (71.43)	11 (73.33)	0.717
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	5 (15.15)	1 (50)	2 (22.22)	1 (14.29)	1 (6.67)	0.270
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	1 (3.03)	-	1 (11.11)	-	-	0.545
	- Yoga (โยคะ)	30 (90.91)	2 (100)	9 (100)	7 (100)	12 (80.00)	0.420
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	26 (78.79)	2 (100)	7 (77.78)	5 (71.43)	12 (80.00)	>0.999
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	9 (27.27)	1 (50)	1 (11.11)	2 (28.57)	5 (33.33)	0.453
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	1 (3.03)	-	-	-	1 (6.67)	>0.999
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	18 (54.55)	1 (50)	4 (44.44)	3 (42.86)	10 (66.67)	0.639
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	จำนวนแพทย์		2 (14.29)	8 (54.14)	4 (28.57)	-	
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	13 (92.86)	2 (100)	7 (87.50)	4 (100)	-	>0.999
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-	-
	- เวชกรรมไทย	7 (50)	2 (100)	2 (25.00)	3 (75.00)	-	0.135
	- นวดไทย	13 (92.86)	2 (100)	7 (87.50)	4 (100)	-	>0.999
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	2 (14.29)	-	2 (25.00)	-	-	0.648
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	12 (85.71)	2 (100)	6 (75.00)	4 (100)	-	0.648
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูงมาก	-	-

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	12 (85.71)	2 (100)	6 (75.00)	4 (100)	-	0.648
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	2 (14.29)	-	1 (12.50)	1 (25.00)	-	>0.999
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	3 (21.43)	-	2 (25.00)	1 (25.00)	-	>0.999
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	6 (42.86)	-	4 (50.00)	2 (50.00)	-	0.590
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	3 (21.43)	-	2 (25.00)	1 (25.00)	-	>0.999
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	2 (14.29)	-	-	2 (50.00)	-	0.077
	- Yoga (โยคะ)	8 (57.14)	1 (50.00)	3 (37.50)	4 (100.00)	-	0.096
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	8 (57.14)	1 (50.00)	3 (37.50)	4 (100.00)	-	0.096
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	2 (14.29)	-	1 (12.50)	1 (25.00)	-	>0.999
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	-	-	-	-	-	-
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	5 (35.71)	1 (50.00)	2 (25.00)	2 (50.00)	-	0.776
รังสีแพทย์	จำนวนแพทย์		4 (16.00)	8 (32.00)	10 (40.00)	3 (12.00)	
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	20 (80.00)	4 (100)	6 (75.00)	9 (90.00)	1 (33.33)	0.182
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูงมาก	ต่ำ	-
	- เวชกรรมไทย	12 (48.00)	-	4 (50.00)	7 (70.00)	1 (33.33)	0.126
	- นวดไทย	19 (76.00)	3 (75.00)	6 (75.00)	9 (90.00)	1 (33.33)	0.256
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	5 (20.00)	1 (25.00)	2 (25.00)	1 (10.00)	1 (33.33)	0.680

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	20 (80.00)	4 (100)	6 (75.00)	8 (80.00)	2 (66.67)	0.752
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูงมาก	สูง	สูงมาก	สูง	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	14 (56.00)	2 (50.00)	4 (50.00)	6 (60.00)	2 (66.67)	>0.999
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	3 (12.00)	-	1 (12.50)	2 (20.00)	-	>0.999
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	9 (36.00)	1 (25.00)	6 (75.00)	2 (20.00)	-	0.048*
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	7 (28.00)	1 (25.00)	4 (50.00)	2 (20.00)	-	0.440
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	5 (20.00)	1 (25.00)	2 (25.00)	1 (10.00)	1 (33.33)	0.680
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	2 (8.00)	2 (50.00)	-	-	-	0.030*
	- Yoga (โยคะ)	15 (60.00)	3 (75.00)	6 (75.00)	4 (40.00)	2 (66.67)	0.473
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	8 (32.00)	-	5 (62.50)	1 (10.00)	2 (66.67)	0.027*
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	3 (12.00)	1 (25.00)	2 (25.00)	-	-	0.237
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	3 (12.00)	-	2 (25.00)	1 (10.00)	-	0.704
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	11 (44.00)	2 (50.00)	4 (50.00)	3 (30.00)	2 (66.67)	0.711
ศัลยแพทย์	จำนวนแพทย์		4 (66.67)	1 (16.67)	-	1 (16.67)	-
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	4 (66.67)	2 (50)	1 (100)	-	1 (100)	>0.999
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูง	ปานกลาง	สูงมาก	-	สูงมาก	-
	- เวชกรรมไทย	2 (33.33)	1 (25)	-	-	1 (100)	0.600

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				p-value
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	
	- นวดไทย	4 (66.67)	2 (50.00)	1 (100)	-	1 (100)	>0.999
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	1 (16.67)	-	-	-	1 (100)	0.333
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	5 (83.33)	3 (75.00)	1 (100)	-	1 (100)	>0.999
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูง	สูงมาก	-	สูงมาก	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	4 (66.67)	2 (50.00)	1 (100)	-	1 (100)	>0.999
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	-	-	-	-	-	-
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	2 (33.33)	-	1 (100)	-	1 (100)	0.067
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	3 (50.00)	1 (25.00)	1 (100)	-	1 (100)	0.400
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	-	-	-	-	-	-
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	-	-	-	-	-	-
	- Yoga (โยคะ)	1 (16.67)	-	-	-	1 (100)	0.333
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	1 (16.67)	-	-	-	1 (100)	0.333
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	1 (16.67)	-	-	-	1 (100)	0.333
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	-	-	-	-	-	-
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	1 (16.67)	-	-	-	1 (100)	0.333
สูตินรีแพทย์	จำนวนแพทย์		12 (22.64)	22 (41.51)	12 (22.64)	7 (13.21)	-
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	46 (86.79)	9 (75.00)	18 (81.82)	12 (100)	7 (100)	0.201

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูง	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-
	- เวชกรรมไทย	31 (58.49)	6 (50.00)	10 (45.45)	9 (75)	6 (85.71)	0.168
	- นวดไทย	43 (81.13)	8 (66.67)	17 (77.27)	12 (100)	6 (85.71)	0.163
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	34 (64.15)	6 (50.00)	12 (54.55)	9 (75)	7 (100)	0.084
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	46 (86.79)	8 (66.67)	21 (95.45)	11 (91.67)	6 (85.71)	0.118
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูงมาก	สูง	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	35 (66.04)	4 (33.33)	16 (72.73)	9 (75.00)	6 (85.71)	0.065
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	3 (5.66)	1 (8.33)	-	-	2 (28.57)	0.042*
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	17 (32.08)	4 (33.33)	5 (22.73)	5 (41.67)	3 (42.86)	0.614
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	11 (20.75)	2 (16.67)	4 (18.18)	4 (33.33)	1 (14.29)	0.777
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	5 (9.43)	1 (8.33)	2 (9.09)	1 (8.33)	1 (14.29)	>0.999
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	4 (7.55)	1 (8.33)	1 (4.55)	2 (16.67)	-	0.552
	- Yoga (โยคะ)	33 (62.26)	6 (50.00)	14 (63.64)	8 (66.67)	5 (71.43)	0.839
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	19 (35.85)	5 (41.67)	10 (45.45)	1 (8.33)	3 (42.86)	0.139
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	9 (16.98)	2 (16.67)	3 (13.64)	2 (16.67)	2 (28.57)	0.813
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	2 (3.77)	-	1 (4.55)	-	1 (14.29)	0.449
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	23 (43.40)	5 (41.67)	10 (45.45)	3 (25.00)	5 (71.43)	0.276

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Chulalongkorn University

แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
อายุรแพทย์	จำนวนแพทย์		20 (27.78)	32 (44.44)	13 (18.06)	7 (9.72)	-
	เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	50 (69.44)	11 (55.00)	23 (71.88)	10 (76.92)	6 (85.71)	0.397
	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิด	สูง	ปานกลาง	สูง	สูง	สูงมาก	-
	- เวชกรรมไทย	23 (31.94)	2 (10.00)	10 (31.25)	6 (46.15)	5 (71.43)	0.011*
	- นวดไทย	48 (66.67)	11 (55.00)	23 (71.88)	9 (69.23)	5 (71.43)	0.638
	- การดูแลหญิงหลังคลอด	7 (9.72)	1 (5.00)	1 (3.13)	3 (23.08)	2 (28.57)	0.046*
	เคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด						
	- ใช่	57 (79.17)	12 (60.00)	26 (81.25)	12 (92.31)	7 (100)	0.065
	ระดับการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด	สูง	สูง	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก	-
	- Acupuncture (ฝังเข็ม)	40 (55.56)	7 (35.00)	17 (53.13)	11 (84.62)	5 (71.43)	0.031*
	- Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	2 (2.78)	-	1 (3.13)	-	1 (14.29)	0.291
	- Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	11 (15.28)	2 (10.00)	3 (9.38)	2 (15.38)	4 (57.14)	0.030*
	- Hydrotherapy (วารีบำบัด)	22 (30.56)	3 (15.00)	11 (34.38)	3 (23.08)	5 (71.43)	0.044*
	- Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	8 (11.11)	2 (10.00)	1 (3.13)	2 (15.38)	3 (42.86)	0.025*
	- Bone Setter (ดัดกระดูก)	5 (6.94)	-	2 (6.25)	1 (7.69)	2 (28.57)	0.087
	- Yoga (โยคะ)	38 (52.78)	8 (40.00)	14 (43.75)	10 (76.92)	6 (85.71)	0.040*
	- Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	31 (43.06)	4 (20.00)	15 (46.88)	8 (61.54)	4 (57.14)	0.068
	- Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	14 (19.44)	3 (15.00)	3 (9.38)	3 (23.08)	5 (71.43)	0.005**

CHULALONGKORN UNIVERSITY จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

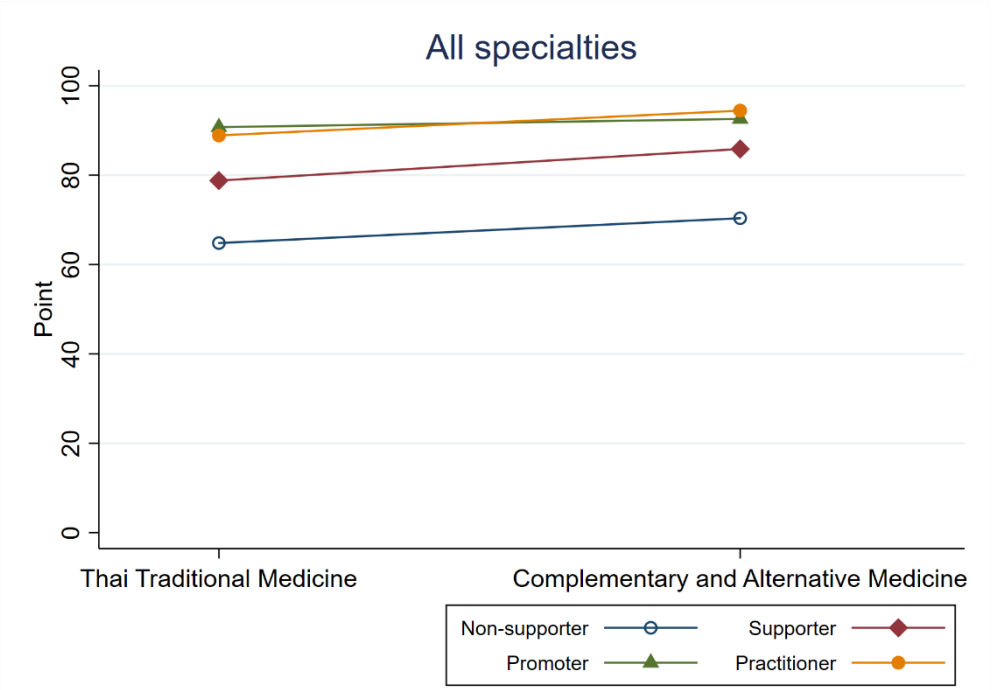
แพทย์เฉพาะทาง	ปัจจัย	ทั้งหมด (%)	การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก				
			กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (%)	กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (%)	p-value
	- Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	4 (5.56)	1 (5.00)	1 (3.13)	-	2 (28.57)	0.085
	- Meditation (สมาธิบำบัด)	34 (47.22)	6 (30.00)	13 (40.63)	10 (76.92)	5 (71.43)	0.029*

สถิติทดสอบ Fisher's exact test

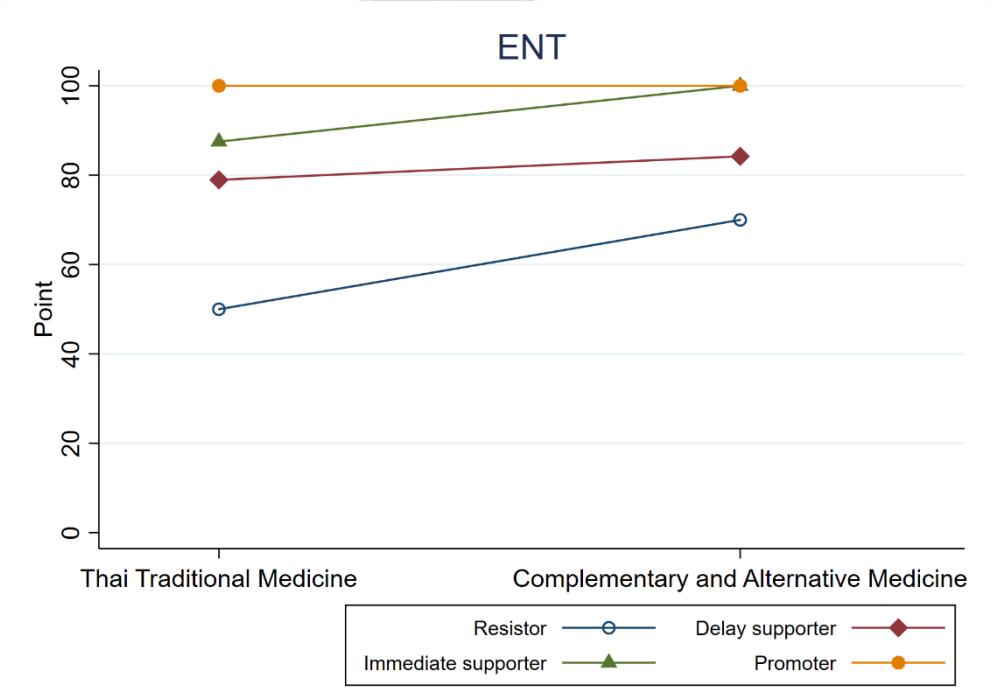
*ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

**ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

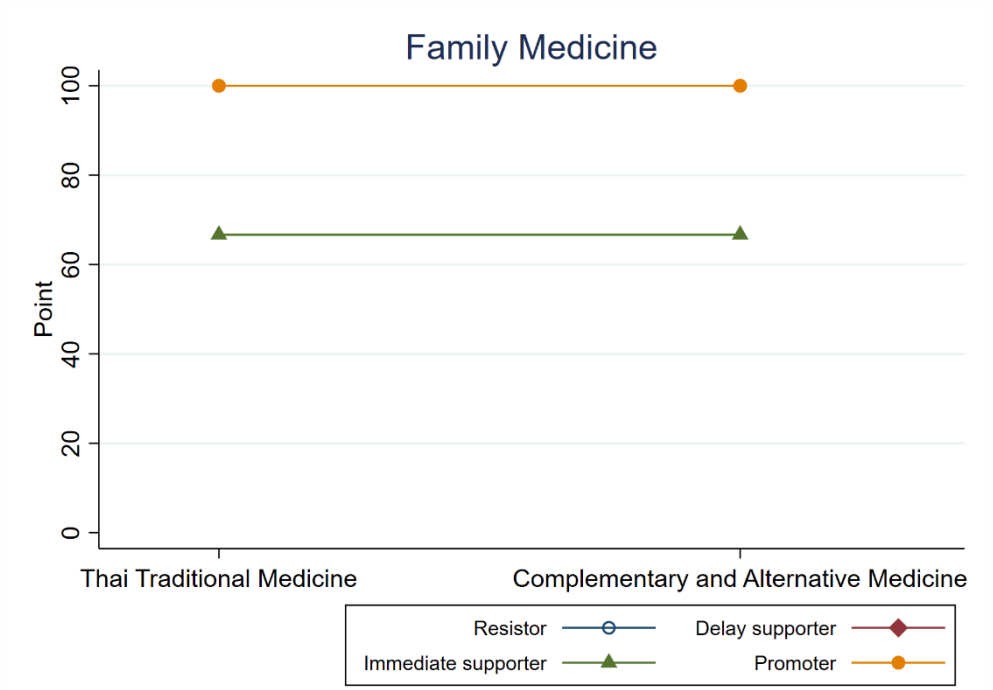
Chulalongkorn University
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



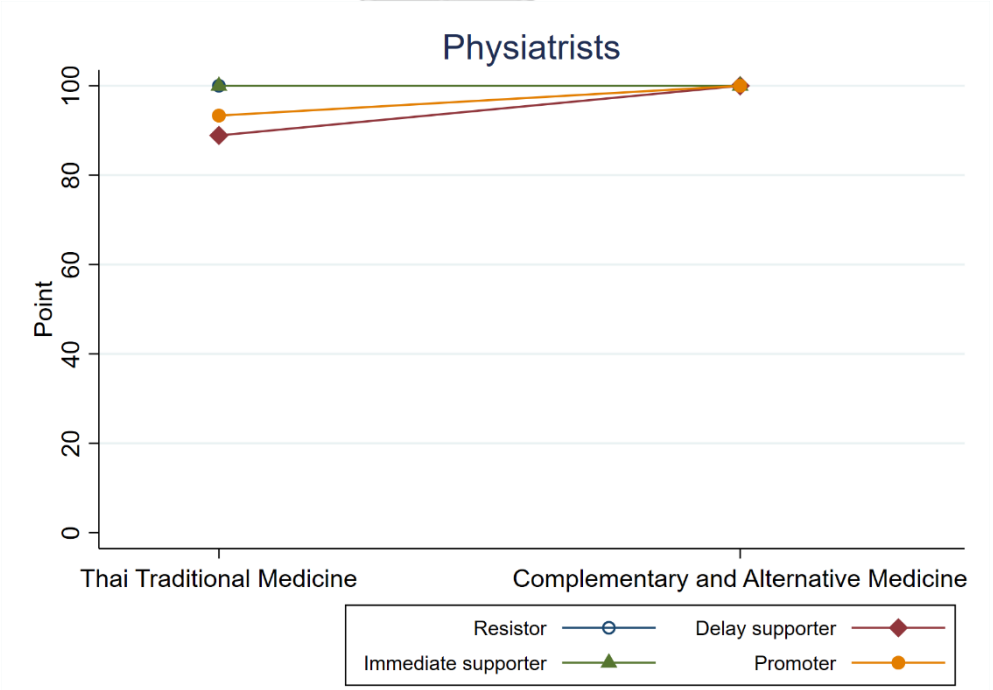
ภาพที่ 29 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมตามกลุ่มแฝง



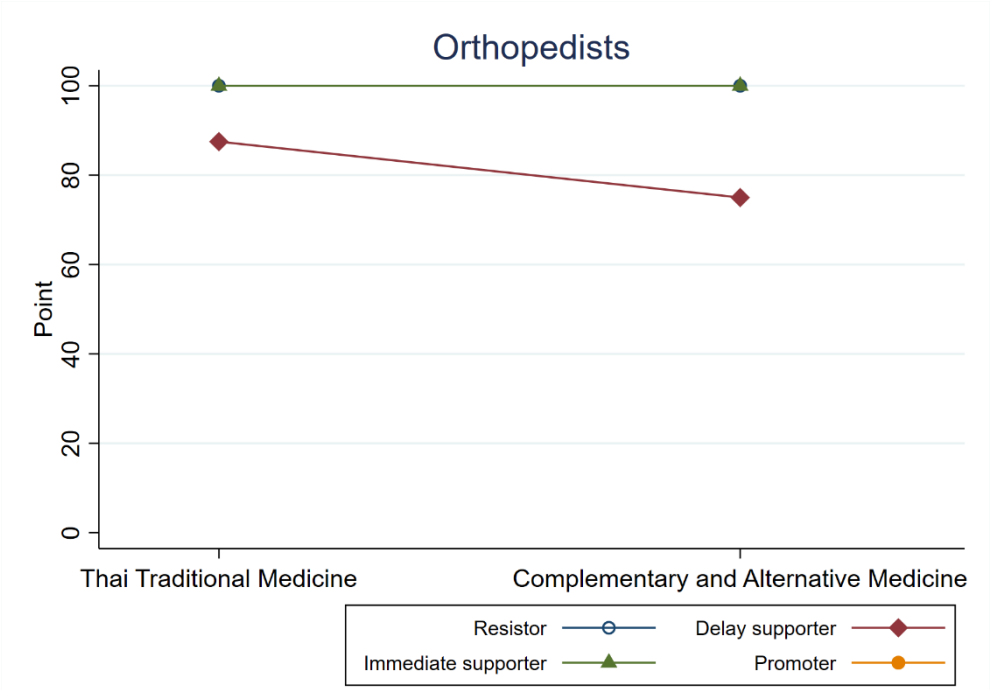
ภาพที่ 30 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์โสต ศอ นาสิกตามกลุ่มแฝง



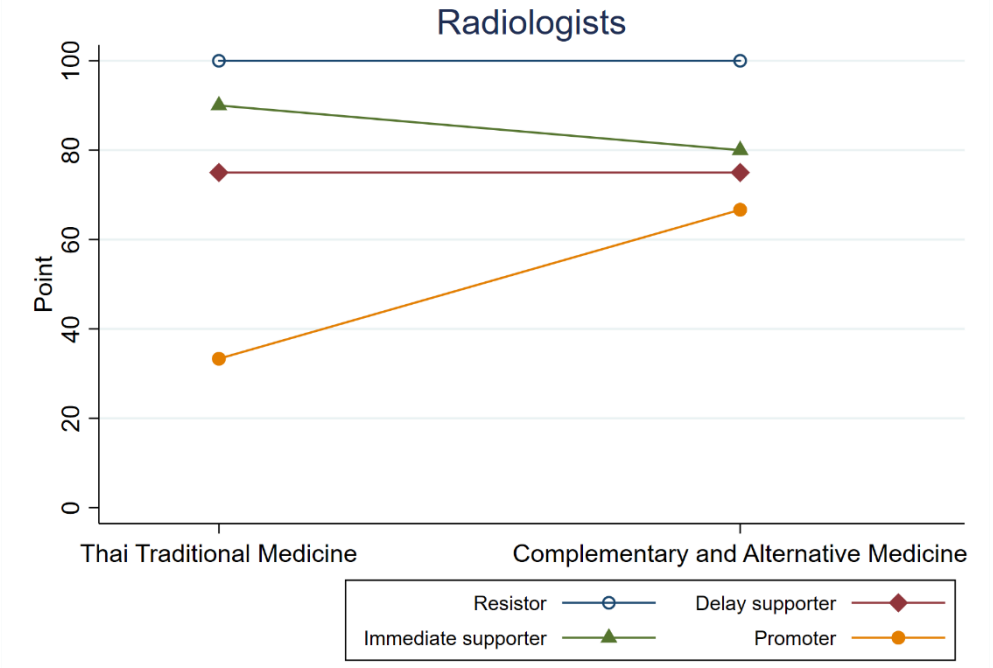
ภาพที่ 31 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตามกลุ่มแฝง



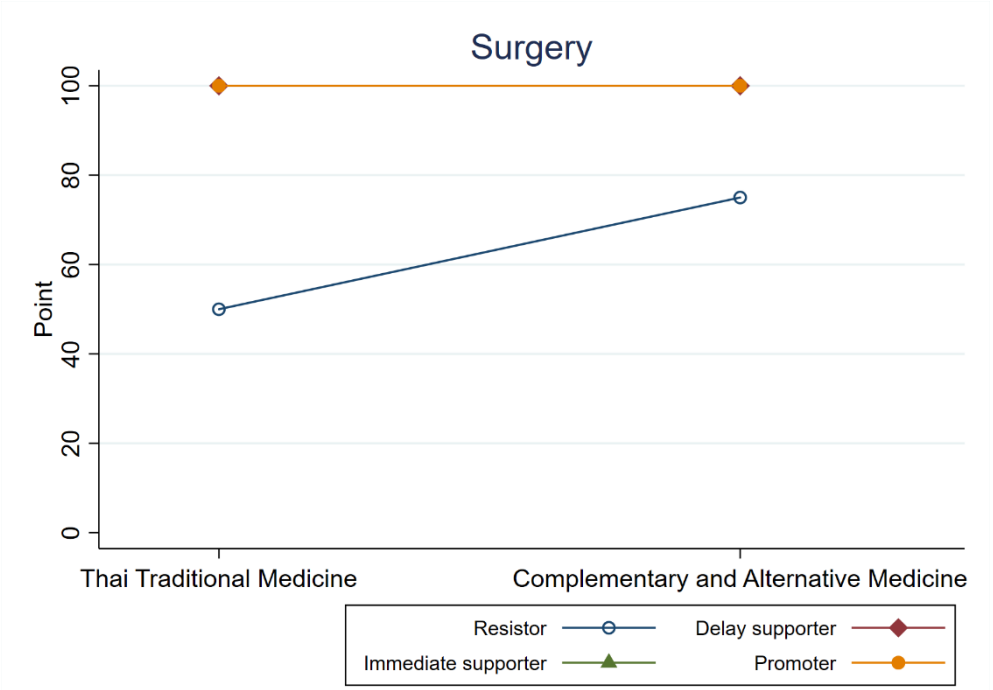
ภาพที่ 32 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตามกลุ่มแฝง



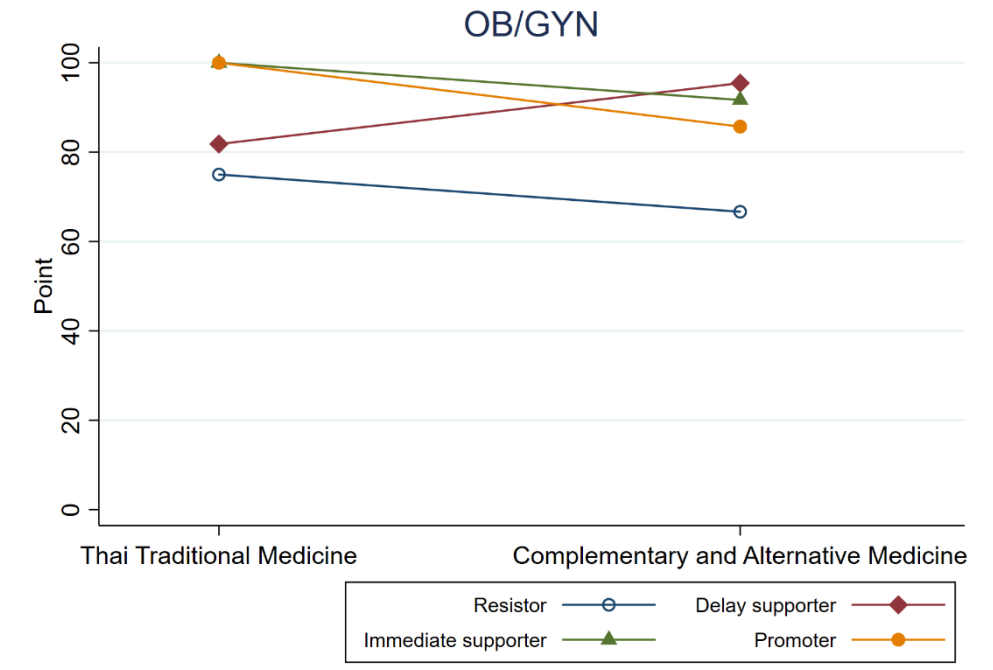
ภาพที่ 33 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของแพทย์ออร์โธพิดิกส์ตามกลุ่มแฝง



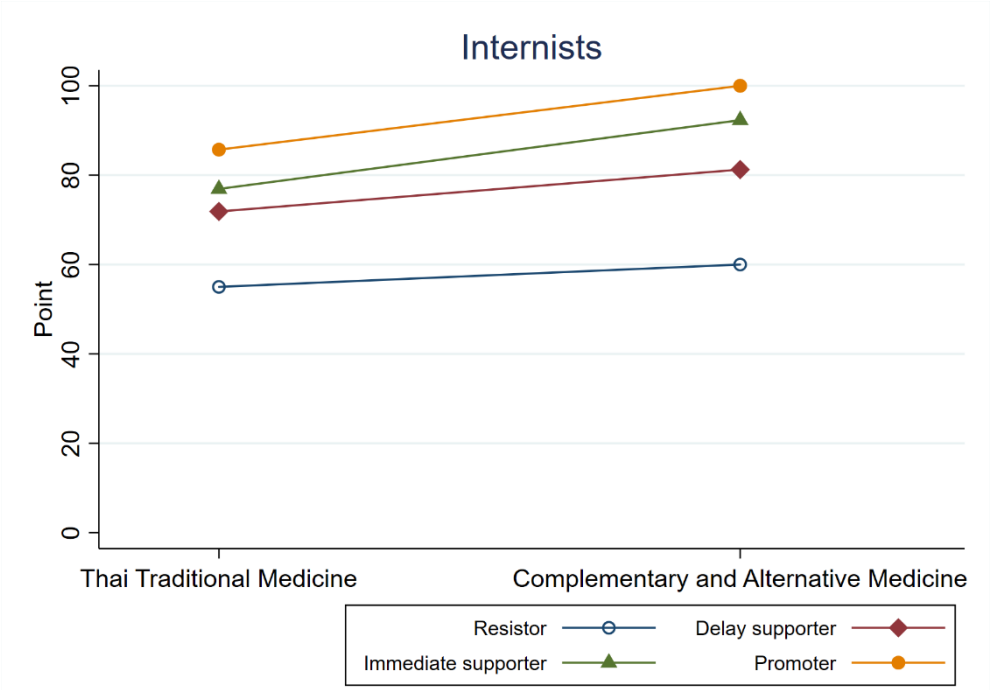
ภาพที่ 34 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของรังสีแพทย์ตามกลุ่มแฝง



ภาพที่ 35 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของศัลยแพทย์ตามกลุ่มแฝง



ภาพที่ 36 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของสูตินรีแพทย์ตามกลุ่มแฝง



ภาพที่ 37 ระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดของอายุรแพทย์ตามกลุ่มแฝง

ทำการจัดระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามการวิเคราะห์กลุ่มแฝงจำนวน 4 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือกของแพทย์โสต ศอ นาสิก ศัลยแพทย์ และอายุรแพทย์ อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับปานกลาง และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูง แพทย์เฉพาะทางโดยรวมและสูตินรีแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูง และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูง และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ออร์โธปิดิกส์ รังสีแพทย์ อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูงมาก และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมากดังตารางที่ 29

กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือกของรังสีแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูง และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูง แพทย์เฉพาะทางโดยรวม แพทย์โสต ศอ นาสิก และอายุรแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูง และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก แพทย์ออร์โธปิดิกส์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูงมาก และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูง และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ศัลยแพทย์ และสูตินรีแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูงมาก และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูง และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูง อายุรแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูง และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก และแพทย์เฉพาะทางโดยรวม แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ออร์โธปิดิกส์ รังสีแพทย์ และสูตินรีแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูงมาก และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก

กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือกของรังสีแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับต่ำ และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูง และแพทย์เฉพาะทางโดยรวม แพทย์โสต ศอ นาสิก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์ออร์โธปิดิกส์ ศัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์อยู่ในกลุ่มที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยในระดับสูงมาก และการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 29 การจัดกลุ่มระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางตามกลุ่มแฝง

แพทย์เฉพาะทาง	ระดับการใช้การแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก			
	กลุ่มแฝงที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน	กลุ่มแฝงที่ 2 ผู้สนับสนุน	กลุ่มแฝงที่ 3 ผู้แนะนำ	กลุ่มแฝงที่ 4 ผู้ปฏิบัติ
ทุกสาขา	สูง/สูง	สูง/สูงมาก[x]	สูงมาก/สูงมาก	สูงมาก/สูงมาก
แพทย์โสต ศอ นาสิก	ปานกลาง/สูง	สูง/สูงมาก[x]	สูงมาก/สูงมาก	สูงมาก/สูงมาก
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	-	-	สูง/สูง[x]	สูงมาก/สูงมาก[x]
แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	สูงมาก/สูงมาก	สูงมาก/สูงมาก	สูงมาก/สูงมาก	สูงมาก/สูงมาก[x]
แพทย์ออร์โธปิดิกส์	สูงมาก/สูงมาก	สูงมาก/สูง[x]	สูงมาก/สูงมาก	-
รังสีแพทย์	สูงมาก/สูงมาก	สูง/สูง	สูงมาก/สูงมาก[x]	ต่ำ/สูง
ศัลยแพทย์	ปานกลาง/สูง[x]	สูงมาก/สูงมาก	-	สูงมาก/สูงมาก
สูตินรีแพทย์	สูง/สูง	สูงมาก/สูงมาก[x]	สูงมาก/สูงมาก	สูงมาก/สูงมาก
อายุรแพทย์	ปานกลาง/สูง	สูง/สูงมาก[x]	สูง/สูงมาก	สูงมาก/สูงมาก

[x]สัดส่วนกลุ่มแฝงที่มากที่สุดในสาขาแพทย์เฉพาะทาง

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบผสมผสานเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory-sequential Mixed methods design) โดยดำเนินการศึกษาเริ่มจากการวิเคราะห์อภิมานและการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสกัดประเด็นสำคัญและข้อคำถามต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและการใช้แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางทั้งภายในประเทศและระดับนานาชาติเพื่อใช้พัฒนาแบบสอบถามมาตรฐานในการเข้าถึงการยอมรับและการใช้แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง และทำการทดสอบนำร่องในแพทย์เฉพาะทางที่ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา และเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยในประเทศไทยที่มีการรักษาผู้ป่วย ทั้งหมด 8 ราชวิทยาลัย ประกอบด้วย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย รวมระยะเวลาดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 การศึกษานี้ใช้ข้อมูลแพทย์เฉพาะทางของแต่ละราชวิทยาลัยเป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ทำการเก็บข้อมูลครั้งเดียวเพื่อประเมินผลการทดสอบนำร่องเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีแพทย์เฉพาะทางเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 243 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์จำนวน 72 คนหรือร้อยละ 29.63 สูตินรีแพทย์จำนวน 53 คนหรือร้อยละ 21.81 แพทย์โสต ศอ นาสิกจำนวน 39 คนหรือร้อยละ 16.05 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 33 คนหรือร้อยละ 13.58 รังสีแพทย์จำนวน 25 คนหรือร้อยละ 10.29 แพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 14 คนหรือร้อยละ 5.76 ศัลยแพทย์จำนวน 6 คนหรือร้อยละ 2.47 และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 6 คนหรือร้อยละ 2.47 สรุปผลการศึกษาดังนี้

1. แบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางพัฒนามาจากการวิเคราะห์อภิมานและการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นการสกัดประเด็นสำคัญและข้อคำถามเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งในประเทศและนอกประเทศมาพัฒนาเป็นแบบสอบถาม และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และมีค่า IOC รายข้อมากกว่า 0.50 ขึ้นไป และมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.96 โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน รวม 78 ข้อ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 14 ข้อ และตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 56 ข้อ

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และการวิเคราะห์กลุ่มแฝง

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางเพื่อจัดกลุ่มตัวแปรด้วยการสกัดองค์ประกอบโดยวิธีแกนหลักร่วมกับการหมุนแกนแบบมุมฉากด้วยวิธี Varimax พบว่ามีจำนวนตัวแปรที่เหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบจำนวน 48 ตัวแปร และมีจำนวนองค์ประกอบของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเท่ากับ 3 องค์ประกอบ (KMO = 0.924) ได้แก่ องค์ประกอบด้านกิจกรรม องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวก และองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบ โดยแต่ละองค์ประกอบมีจำนวนตัวแปรเท่ากับ 20 ตัวแปร 21 ตัวแปร และ 7 ตัวแปร ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากการทดสอบแบบสอบถามพบว่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.96 แสดงถึงแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ในระดับความเชื่อมั่นดีมาก และความเชื่อมั่นแยกรายองค์ประกอบในด้านกิจกรรม องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวก และองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.94 0.95 และ 0.66 ตามลำดับ แสดงถึงแบบสอบถามรายองค์ประกอบอยู่ในระดับความเชื่อมั่นดีมาก ดีมาก และค่อนข้างพอใช้ ตามลำดับ

การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางเพื่อจัดกลุ่มแฝงของแพทย์ พบว่าแพทย์เฉพาะทางโดยรวมแบ่งออกเป็น

4 กลุ่มแฝง (BIC = 10,917.42) ประกอบด้วย กลุ่มแฝงที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก กลุ่มแฝงที่ 2 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก กลุ่มแฝงที่ 3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก และกลุ่มแฝงที่ 4 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก โดยมีสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 22 ร้อยละ 41 ร้อยละ 22 ร้อยละ 15 ตามลำดับ

3. ผลการทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัย

3.1 ด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า แพทย์เฉพาะทางโดยรวมจำนวน 243 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.26 ค่ามัธยฐานอายุ 39 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 13) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 9 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 16) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานหลักในโรงพยาบาลรัฐนอกภาคกลาง ด้านการใช้การแพทย์แผนไทยพบว่าไม่มีความแตกต่างในปัจจัยอายุ อายุงานในสาขาเฉพาะทาง การมีตำแหน่งทางวิชาการ และภูมิภาคในการปฏิบัติงาน แต่พบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนการใช้มากกว่า (ร้อยละ 88.19 และร้อยละ 70.69 ตามลำดับ p-value = 0.001) และสัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักแตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 91.43 สถาบันการศึกษาร้อยละ 71.79 และโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ ร้อยละ 69.94 ตามลำดับ p-value < 0.001) ด้านการใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด พบว่าไม่มีความแตกต่างในปัจจัยอายุ อายุงานในสาขาเฉพาะทาง การมีตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ปฏิบัติงานหลัก และภูมิภาค แต่พบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนการใช้มากกว่า (ร้อยละ 93.70 และร้อยละ 75.86 ตามลำดับ p-value < 0.001) เมื่อแบ่งตามประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือกจำนวน 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักแตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 23.08 ร้อยละ 45.45 ร้อยละ 48.15 และร้อยละ 64.71 ตามลำดับ p-value = 0.009)

แพทย์โสต ศอ นาสิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.97 ค่ามัธยฐานอายุ 44 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 14 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 14) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐนอกภาคกลาง รวม 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ โดยมีสัดส่วนของเพศหญิงแตกต่างกัน (ร้อยละ 20 ร้อยละ 78.95 ร้อยละ 75 และร้อยละ 0 ตามลำดับ p-value = 0.003)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีสัดส่วนเพศหญิงเท่ากับเพศชาย ค่ามัธยฐานอายุ 54.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 10) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 27 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 7) ปี ทุกคนไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนนอกภาคกลาง รวม 2 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.64 ค่ามัธยฐานอายุ 38 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 9) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐนอกภาคกลาง รวม 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ โดยมีสัดส่วนของสถานที่ปฏิบัติงานหลักแตกต่างกัน (โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 0 ร้อยละ 11.11 ร้อยละ 71.43 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ p-value < 0.001)

แพทย์ออร์โธปิดิกส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 85.71 ค่ามัธยฐานอายุ 40 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 11) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 12 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐในภาคกลาง รวม 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ

รังสีแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68 ค่ามัธยฐานอายุ 45.50 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 16 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลรัฐในภาคกลาง รวม 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 83.33 ค่ามัธยฐานอายุ 70 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 3) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 35 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 17) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ ในสัดส่วนที่เท่ากัน และอยู่ในภาคกลางและภาคอื่น ๆ เป็นสัดส่วนที่เท่ากัน รวม 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ

สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.15 ค่ามัธยฐานอายุ 35 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 9) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 5 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 12) ปี

ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานหลักในสถาบันการศึกษาในภาคกลาง รวม 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ

อายุรแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.11 ค่ามัธยฐานอายุ 38 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 11) ปี ค่ามัธยฐานอายุงานในสาขาเฉพาะทาง 8 (ค่าพิสัยควอไทล์ = 15) ปี ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐในภาคกลาง รวม 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ มีสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการแตกต่างกัน (ร้อยละ 15 ร้อยละ 3.13 ร้อยละ 23.08 และร้อยละ 42.86 ตามลำดับ p-value = 0.020)

3.2 ด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ ทุกองค์ประกอบมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน และด้านการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกคำนวณเป็นร้อยละตั้งแต่ 0 – 100 ทำการแบ่งช่วงคะแนนของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก/ร้อยละของการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 ระดับ โดยคะแนน/ร้อยละต่ำกว่า 20 อยู่ในระดับต่ำมาก ช่วงคะแนน/ร้อยละ 20 - <40 อยู่ในระดับต่ำ ช่วงคะแนน/ร้อยละ 40 - <60 อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน/ร้อยละ 60 - <80 อยู่ในระดับสูง และคะแนน/ร้อยละตั้งแต่ 80 ขึ้นไปอยู่ในระดับสูงมาก

แพทย์เฉพาะทางโดยรวมมีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง มี 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 22.22 ร้อยละ 40.74 ร้อยละ 22.22 และร้อยละ 14.81 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 4 กลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง/สูงมาก ตามลำดับ p-value < 0.001) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (สูง/สูง/ต่ำ/ปานกลาง ตามลำดับ p-value < 0.001) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดที่แตกต่างกัน (ร้อยละ 64.81 ร้อยละ 78.79 ร้อยละ 90.74 และร้อยละ 88.89 ตามลำดับ p-value = 0.004) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดที่แตกต่างกัน (ร้อยละ 70.37 ร้อยละ 85.86 ร้อยละ 92.59 และร้อยละ 94.44 ตามลำดับ p-value = 0.003) โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 40.74) มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 78.79 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 85.86 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูง/สูงมาก

แพทย์โสต ศอ นาสิกมีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำ/ปานกลาง/ปานกลาง มี 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 25.64 ร้อยละ 48.72 ร้อยละ 20.51 และร้อยละ 5.13 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 4 กลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/ต่ำ/สูงมาก ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ปานกลาง/สูงมาก/สูงมาก ตามลำดับ p-value < 0.001) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (สูง/ปานกลาง/ต่ำ/ต่ำ ตามลำดับ p-value < 0.001) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 50 ร้อยละ 78.95 ร้อยละ 87.50 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.253) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 70 ร้อยละ 84.21 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.460) โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 48.72) มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 78.95 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 84.21 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูง/สูงมาก

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำ/สูง/ต่ำ มี 2 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 50 และร้อยละ 50) พบว่าทั้งสองกลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำ/สูง ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกไม่แตกต่างกัน (สูง/สูง ตามลำดับ p-value = 0.587) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบไม่แตกต่างกัน (ต่ำ/ต่ำมาก ตามลำดับ p-value = 0.742) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.500) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.500) และกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ (สัดส่วนร้อยละ 50) มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำ/สูง/ต่ำ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 66.67 (ใช้เวชกรรมไทย และนวดไทยมีสัดส่วนที่เท่ากัน) และใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 66.67 (ใช้การฝังเข็ม วารีบำบัด โยคะ ไทเก๊ก และสมาธิบำบัดมีสัดส่วนที่เท่ากัน รองลงมาคือโฮมีโอพาธีย์ สุคนธบำบัด ไคโรแพรคเตอร์ ดัดกระดูก และนวดกดจุดสะท้อนเท้า) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูง/สูง และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 50) มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำ/สูง/ต่ำเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 100 (ใช้เวชกรรมไทย นวดไทย และการดูแลหญิงหลังคลอดมีสัดส่วนที่เท่ากัน) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 100 (ใช้การฝังเข็ม โยคะ ไทเก๊ก และสมาธิบำบัดมีสัดส่วนที่เท่ากัน รองลงมาคือวารีบำบัด) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูงมาก

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำ/สูง/ปานกลาง มี 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 6.06 ร้อยละ 27.27 ร้อยละ 21.21 และร้อยละ 45.45 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 4 กลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/ต่ำ/สูง ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง/สูง ตามลำดับ p-value < 0.001) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (สูง/สูง/ปานกลาง/ปานกลาง ตามลำดับ p-value = 0.025) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 88.89 ร้อยละ 100 และร้อยละ 93.33 ตามลำดับ p-value > 0.999) และทุกกลุ่มเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิด โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (ร้อยละ 45.45) มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ สูง/สูง/ปานกลาง ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 93.33 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 100 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือและโยคะและไทเก๊กมีสัดส่วนเท่ากัน) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูงมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แพทย์ออร์โธปิดิกส์มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำมาก/ปานกลาง/ต่ำ มี 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ (สัดส่วนร้อยละ 14.29 ร้อยละ 54.14 และร้อยละ 28.57 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 3 กลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมไม่แตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/ต่ำมาก ตามลำดับ p-value = 0.144) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง ตามลำดับ p-value < 0.001) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (ปานกลาง/ปานกลาง/ต่ำมาก p-value = 0.043) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 87.50 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value > 0.999) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 75 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.648) โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 57.14) มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 87.50 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทยและการดูแลหญิงหลังคลอดมีสัดส่วนเท่ากัน) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 75 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือวารีบำบัด) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูง

รังสีแพทย์มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง มี 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 16 ร้อยละ 32 ร้อยละ 40 และร้อยละ 12 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 4 กลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/ต่ำ/สูง ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง/สูงมาก ตามลำดับ p-value < 0.001) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (สูง/สูง/ต่ำ/ต่ำ ตามลำดับ p-value = 0.048) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 75 ร้อยละ 90 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ p-value = 0.182) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 100 ร้อยละ 75 ร้อยละ 80 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ p-value = 0.752) โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ(ร้อยละ 40) ที่มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำ/สูง/ต่ำ ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 90 (ใช้นวดไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

มากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 80 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูงมาก

ศัลยแพทย์มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำมาก/ต่ำ/สูง มี 3 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 66.67 ร้อยละ 16.67 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 3 กลุ่มแฝง มีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกไม่แตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำ/ปานกลาง ตามลำดับ p-value = 0.234) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (สูง/สูง/ต่ำมาก ตามลำดับ p-value = 0.014) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 50 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value > 0.999) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 75 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value > 0.999) โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน (ร้อยละ 66.67) มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 50 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 75 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือวารีบำบัด) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ ปานกลาง/สูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สูตินรีแพทย์มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง มี 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 22.64 ร้อยละ 41.51 ร้อยละ 22.64 และร้อยละ 13.21 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 4 กลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/ต่ำมาก/ปานกลาง ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง/สูงมาก ตามลำดับ p-value < 0.001) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (สูง/สูง/ต่ำ/ปานกลาง ตามลำดับ p-value = 0.016) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 75 ร้อยละ 81.82 ร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.201) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 66.67 ร้อยละ 95.45 ร้อยละ 91.67

และร้อยละ 85.71 ตามลำดับ p-value = 0.118) โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 41.51) ที่มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 81.82 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือการดูแลหญิงหลังคลอด) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 95.45 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือโยคะ) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูงมาก/สูงมาก

อายุรแพทย์มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับต่ำมาก/ปานกลาง/สูง มี 4 กลุ่มแฝง ประกอบด้วยกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุน กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำ และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติ (สัดส่วนร้อยละ 27.78 ร้อยละ 44.44 ร้อยละ 18.06 และร้อยละ 9.72 ตามลำดับ) พบว่าทั้ง 4 กลุ่มแฝงมีระดับการยอมรับด้านกิจกรรมแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ต่ำมาก/ต่ำมาก/ปานกลาง ตามลำดับ p-value < 0.001) ระดับการยอมรับมุมมองเชิงบวกแตกต่างกัน (ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง/สูงมาก ตามลำดับ p-value < 0.001) และระดับการยอมรับด้านมุมมองเชิงลบแตกต่างกัน (สูง/สูง/ปานกลาง/ปานกลาง ตามลำดับ p-value < 0.001) มีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 55 ร้อยละ 71.88 ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 85.71 ตามลำดับ p-value = 0.397) และมีสัดส่วนของการเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 60 ร้อยละ 81.25 ร้อยละ 92.31 และร้อยละ 100 ตามลำดับ p-value = 0.065) โดยกลุ่มแฝงที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุน (ร้อยละ 44.44) ที่มีระดับการยอมรับของ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง ตามลำดับ เคยใช้การแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 71.88 (ใช้นวดไทยมากที่สุด รองลงมาคือเวชกรรมไทย) และเคยใช้การแพทย์ทางเลือกอย่างน้อย 1 ชนิดร้อยละ 81.25 (ใช้การฝังเข็มมากที่สุด รองลงมาคือไทเก๊ก) หรือมีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับ สูง/สูงมาก

การศึกษาพบประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือกจำนวน 4 กลุ่มได้แก่ ผู้ไม่สนับสนุน ผู้สนับสนุน ผู้แนะนำ และผู้ปฏิบัติ และระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3 องค์ประกอบคือ ด้านกิจกรรม ด้านความนึกคิด และด้านมุมมองเชิงลบ ของสัดส่วนกลุ่มแฝงที่มากที่สุดในสาขาเฉพาะทางจำนวน 6 รูปแบบดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.2.1 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ สูง/สูง/ต่ำมาก หรือมีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับสูง ด้านมุมมองเชิงบวกระดับสูง และด้านมุมมองเชิงลบระดับต่ำมาก คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (สัดส่วนร้อยละ 50) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก/สูงมาก

3.2.2 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ สูง/สูง/ปานกลาง หรือมีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับสูง ด้านมุมมองเชิงบวกระดับสูง และด้านมุมมองเชิงลบระดับปานกลาง คือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (สัดส่วนร้อยละ 45.45) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก/สูงมาก

3.2.3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำ/สูง/ต่ำ หรือมีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำ ด้านมุมมองเชิงบวกระดับสูง และด้านมุมมองเชิงลบระดับต่ำ คือรังสีแพทย์ (สัดส่วนร้อยละ 40) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก/สูงมาก

3.2.4 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง หรือมีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมาก ด้านมุมมองเชิงบวกระดับปานกลาง และด้านมุมมองเชิงลบระดับปานกลาง คือแพทย์ออร์โธปิดิกส์ (ร้อยละ 57.14) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก/สูง และแพทย์โสต ศอ นาสิก (ร้อยละ 48.72) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูง/สูงมาก

3.2.5 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง หรือมีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมาก ด้านมุมมองเชิงบวกระดับปานกลาง และด้านมุมมองเชิงลบระดับสูง คือสูตินรีแพทย์ (สัดส่วนร้อยละ 41.51) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก/สูงมาก และแพทย์เฉพาะทางโดยรวม (สัดส่วนร้อยละ 40.74) และอายุรแพทย์ (สัดส่วนร้อยละ 44.44) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูง/สูงมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.2.6 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง หรือมีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมาก ด้านมุมมองเชิงบวกระดับต่ำมาก และด้านมุมมองเชิงลบระดับสูง คือศัลยแพทย์ (สัดส่วนร้อยละ 66.67) มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับปานกลาง/สูง

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 แบบสอบถามการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 78 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรฐาน ซึ่งพัฒนามาจากการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วยการวิเคราะห์อภิมานเป็นการรวบรวมประเด็นสำคัญและข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางภายนอกประเทศ และการสัมภาษณ์เชิงลึกที่รวมประเด็นสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกจากแพทย์เฉพาะทางภายในประเทศ รวมทั้งผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.5) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และการวิจัยเชิงปริมาณประกอบด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่พัฒนาแบบสอบถามมาตรฐานเพื่อเข้าถึงการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากการสืบค้นบทความด้วยการวิเคราะห์อภิมาน อย่างไรก็ตามพบการศึกษาที่เป็นการพัฒนาแบบสอบถามโดยมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันจำนวน 3 บทความ ประกอบด้วยการศึกษาของ Lie, D. และ Boker, J. [63] ศึกษาแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติและการใช้การแพทย์แบบองค์รวม (CAM Health Belief Questionnaire: CHBQ) โดยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการยอมรับตามฉันทามติ (agree by consensus) มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 7 ระดับ ทำการสำรวจในกลุ่มนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัย UCI College of Medicine ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 การศึกษาของ Schneider, C. และคณะ[64] ศึกษาแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับการแพทย์แบบผสมผสาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

(Integrative Medicine Attitude Questionnaire: IMAQ) โดยพัฒนามาจากการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์องค์ประกอบ มีคำถามจำนวน 29 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 7 ระดับ ทำการสำรวจในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมในงานประชุม The 2000 annual conference of the American Holistic Medical Association (AHMA) พบว่ามีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83 และการศึกษาของ Quandt, S และคณะ[65] ศึกษาแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือก (International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine: I-CAM-Q) โดยพัฒนามาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีคำถามจำนวน 87 ข้อ

5.2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และการวิเคราะห์กลุ่มแฝง

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวแปรการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางเพื่อจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันมากทั้งทางบวกและทางลบไว้ในองค์ประกอบเดียวกันและลดจำนวนตัวแปรในองค์ประกอบให้เหลือน้อยที่สุด โดยมีองค์ประกอบของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจำนวน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านกิจกรรม องค์ประกอบด้านมุมมองเชิงบวก และองค์ประกอบด้านมุมมองเชิงลบซึ่งมีค่าสถิติทดสอบ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) เท่ากับ 0.924 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันและมีความเหมาะสมที่จะนำตัวแปรไปใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ รวมทั้งทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามขององค์ประกอบด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.94 0.95 และ 0.66 ตามลำดับ แสดงถึงความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรายองค์ประกอบของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับความเชื่อมั่น ดีมาก ดีมาก และพอใช้ ตามลำดับ

การวิเคราะห์กลุ่มแฝงของแพทย์เฉพาะทางเพื่อจัดกลุ่มแฝงตามประเภทการยอมรับการแพทย์ทางเลือก แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มแฝง ซึ่งเป็นตัวแบบที่เหมาะสมเนื่องจากมีค่า BIC ที่ต่ำที่สุด ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก และกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือกซึ่งมีการกระจายที่สอดคล้องกับทฤษฎีเผยแพร่นวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory)[17] ในส่วนของประเภท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ของผู้รับนวัตกรรม การจัดกลุ่มแฝงทั้ง 4 กลุ่มนี้จะเรียกว่าประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก (CAM Acceptance) ซึ่งกลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือกสอดคล้องกับกลุ่ม Innovators (ผู้แนะนำนวัตกรรม) กลุ่มที่ 3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือกสอดคล้องกับกลุ่ม Early adopters (ผู้ยอมรับนวัตกรรมง่าย) กลุ่มที่ 2 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือกสอดคล้องกับกลุ่ม Early (ผู้ยอมรับเร็ว) และ Late majority adopters (ผู้ยอมรับช้า) และกลุ่มที่ 1 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก) สอดคล้องกับกลุ่ม Laggards (กลุ่มล้าหลัง)

5.2.3 การทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบรับเข้าร่วมทดสอบนำร่องทั้งหมดจำนวน 243 คน โดยพบว่ามีแพทย์เฉพาะทาง 2 สาขาที่มีการตอบแบบสอบถามต่ำที่สุดประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและศัลยแพทย์ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความสนใจการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หรือขาดความสนใจที่จะทำการตอบแบบสอบถามออนไลน์ จึงส่งผลให้มีการเข้าร่วมการศึกษาในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัยพบว่า แพทย์เฉพาะทางโดยรวมส่วนใหญ่มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐและอยู่ภายนอกภาคกลาง โดยกลุ่มแฝงของแพทย์เฉพาะทางโดยรวมและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมีสัดส่วนของการทำงานในโรงพยาบาลรัฐที่สูงขึ้นตามลำดับของกลุ่มแฝงการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากนโยบายการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของกระทรวงสาธารณสุข แพทย์โสต ศอ นาสิกมีสัดส่วนของเพศหญิงที่สูงขึ้นตามลำดับของกลุ่มแฝงของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และอายุรแพทย์มีสัดส่วนของการมีตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้นตามลำดับของกลุ่มแฝงของการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งคุณลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัยมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละด้านอาจมีผลจากบริบทของวิชาชีพ หรือคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ไม่ได้เก็บรวบรวมและแสดงในการศึกษานี้

2. การยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางนี้ถือเป็นการศึกษาแรกที่ทำการทดสอบนำร่องในเฉพาะแพทย์เฉพาะ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทางในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 โดยพบว่าแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยมีรูปแบบของการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลายแตกต่างกันตามกลุ่มแฝงต่าง ๆ ทั้งนี้อาจเพราะบริบทของแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาย่อมมีความแตกต่างกันในหลายด้าน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนที่มากที่สุดของกลุ่มแฝงในแต่ละสาขาของแพทย์เฉพาะทาง พบว่ามีประเภทการยอมรับการแพทย์ทางเลือกที่มีความสัมพันธ์กับระดับการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3 องค์ประกอบคือ ด้านกิจกรรม ด้านมุมมองเชิงบวก และด้านมุมมองเชิงลบ ของแพทย์เฉพาะทางดังนี้

2.1 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ สูง/สูง/ต่ำมาก คือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิซึ่งให้บริการด้านสุขภาพผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งมีแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่พิจารณาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Bio-Psycho-Social-Spiritual)[66] ลักษณะของผู้ป่วยของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่จะมีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาการของโรคจะแสดงให้เห็นช้าและสะสมอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลารักษานาน รักษาไม่หายขาด หรือไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการทดลองใช้การแพทย์อื่น ๆ ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาอยู่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีแนวโน้มสูงในการพบผู้ป่วยที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเนื่องจากแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอีกทั้งผู้ป่วยบางโรคไม่สามารถรักษาได้หรือการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายที่สูงจึงส่งผลให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวบางส่วนมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก[67] รวมถึงเลือกใช้และแนะนำแก่ผู้ป่วย[55, 68] ถึงแม้ว่าอาจจะยังมีหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลไม่มากพอ[57] จึงอาจทำให้มีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในด้านกิจกรรมระดับสูง ด้านมุมมองเชิงบวกระดับสูง และด้านมุมมองเชิงลบระดับต่ำมาก ซึ่งการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับสูงมีความสอดคล้องกับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับสูงมาก/สูงมากในผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีการใช้การแพทย์แผนไทยทั้งเวชกรรมไทย การนวดไทย และการดูแลหญิงหลังคลอด และการแพทย์ทางเลือกโดยใช้การฝังเข็ม[68] โยคะ ไทเก๊ก และสมาธิบำบัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ร่วมด้วย[55] สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaboury, I. และคณะ[57] ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในประเทศแคนาดา พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ 64 รู้สึกเปิดใจให้กับการแพทย์ทางเลือก และร้อยละ 86 ถูกถามถึงการแพทย์ทางเลือกในแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งร้อยละ 87 รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของพวกเขาในการตอบคำถามเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งร้อยละ 78.6 ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีการแนะนำการแพทย์ทางเลือกให้แก่ผู้ป่วย

2.2 ผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ สูง/สูง/ปานกลาง คือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นแพทย์สาขาที่ทำการวินิจฉัย ดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อ รวมถึงกระดูกและข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงเดิมมากที่สุด ด้วยการใช้ยาหรือเครื่องมือต่าง ๆ โดยไม่ใช้การผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และผู้ที่มีปัญหาทางกายและการเคลื่อนไหว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจึงมีความคุ้นเคยกับการแพทย์ทางเลือกที่มุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟูสภาพและลดอาการปวดและมีผลข้างเคียงที่ต่ำ ซึ่งความรู้สึกคุ้นเคยกับการแพทย์ทางเลือกส่งผลให้มีความมั่นใจที่สูงขึ้น[45] ในการใช้รักษาร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน[56] รวมทั้งแนะนำการใช้งานให้แก่ผู้ป่วย แต่ยังไม่ยอมรับการแพทย์ทางเลือกบางอย่างที่มีผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์[45] เช่น ไคโรแพรคเตอร์และออสทีโอพาธี จึงอาจทำให้มีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในด้านกิจกรรมระดับสูง ด้านมุมมองเชิงบวกระดับสูง และด้านมุมมองเชิงลบระดับปานกลาง ซึ่งการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับสูงมีความสอดคล้องกับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก/สูงมากในผลการศึกษาครั้งนี้ โดยมีการใช้นวดไทยและการฝังเข็ม[45, 69] ในสัดส่วนที่มากที่สุด การศึกษาของ Mak, J.C. และคณะ[45] ทำการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมต่อการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในประเทศออสเตรเลีย พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร้อยละ 64 มีความเห็นว่าการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิผลที่ดี และ Crundwell, G. และ D.M. Baguley[56] ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการของแพทย์ทางเลือกและวัดทัศนคติที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกในการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโสตและการทรงตัวในสหราชอาณาจักร พบว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูร้อยละ 67 เคยใช้การแพทย์ทางเลือก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.3 ผู้แนะนำการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำ/สูง/ต่ำ คือรังสีแพทย์ ซึ่งเป็นแพทย์สาขาที่ทำการวินิจฉัยจากภาพและดูแลรักษาโรคโดยใช้รังสีและเครื่องมือต่าง ๆ โดยเป็นการทำงานเป็นทีมร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย จึงไม่มีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมในการรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์สาขานี้ โดยการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกจากการสืบค้นบทความเกี่ยวกับการยอมรับและการใช้การแพทย์ทางเลือกในรังสีแพทย์ด้วยการวิเคราะห์อภิมาน

2.4 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง คือแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางที่ให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและข้อต่อ รวมถึงกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นด้วยการให้ยาหรือการผ่าตัด แพทย์ออร์โธปิดิกส์บางส่วนจึงมีความสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกที่เป็นการจัดการเกี่ยวกับกระดูก เช่น ไคโรแพรคเตอร์และการฝังเข็ม[68] มีการแนะนำการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ระดับต่ำ[55] ถึงสูง[68] แต่มีมุมมองว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการใช้ในระดับน้อยถึงปานกลาง[47] ถึงแม้ว่าการแพทย์ทางเลือกบางชนิดจะมีผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ต่ำ แต่ยังคงต้องพิจารณาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้งานต่อไป โดยจะเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกเมื่อมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพ การแพทย์แผนปัจจุบันไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย และมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ ตามลำดับ[55] เช่นเดียวกับแพทย์โสต ศอ นาสิกเป็นแพทย์เฉพาะทางที่การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหูและระบบการทรงตัวของร่างกาย ศีรษะ ใบหน้า คอ และจมูก จึงมีความสนใจและแนวโน้มในการใช้การแพทย์ทางเลือกในระดับต่ำ รวมทั้งมีมุมมองโน้มเอียงไปในเชิงลบและไม่แนะนำผู้ป่วยใช้งาน ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยการขาดความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก[56] จึงอาจทำให้มีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมาก ด้านมุมมองเชิงบวกระดับปานกลาง และด้านมุมมองเชิงลบระดับปานกลาง ซึ่งการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมากมีความไม่สอดคล้องกับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับสูงมาก/สูงในผลการศึกษาครั้งนี้ คือการนวดและการฝังเข็ม[55] อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยเป็นผู้ขอคำแนะนำจากแพทย์ในการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และแพทย์ได้ให้คำแนะนำในการใช้เท่านั้น ดังผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

“ถ้าคนไข้อยากจะนวดก็บอกว่าไปนวดได้แต่อย่าแรงเกินไปนะ บอกคนไข้ไปว่า เออ มันอักเสบอยู่นะ นวดแรงมันจะอักเสบมากขึ้น นวดเบา ๆ ให้คลายจะดี คือคล้าย ๆ แนะนำไปด้วยตามหลักการที่เราเรียนมาว่าไปทำได้ คนไข้อยากไปนวดไม่เคยห้ามเลย”

“ขึ้นอยู่กับโรคว่าเราคิดว่าคนไข้เป็นโรคอะไรที่ทำอะไรได้ผล พวกนี้ค่อนข้างจะได้ผลในการใช้ได้ถูกต้อง แล้วก็ไม่ได้ใช้กับทุกอย่าง ถ้าใช้ให้ถูกต้องได้ผล แล้วได้ผลค่อนข้างดีด้วย อย่างเช่น นวดได้ ฝังเข็มได้ โยคะก็ได้”

ดังงานวิจัยของ Manek, N.J. และคณะ[47] ทำการศึกษามุมมองของแพทย์ออร์โธปิดิกส์เกี่ยวกับประสิทธิผลและการแนะนำการแพทย์ทางเลือกในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์ออร์โธปิดิกส์ร้อยละ 38 มีมุมมองว่าการแพทย์ทางเลือกมีประโยชน์ โดยร้อยละ 70 มีการแนะนำการนวดรองลงมาคือสมาธิบำบัด และ Crundwell, G. และ D.M. Baguley[56] ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการของแพทย์ทางเลือกและวัดทัศนคติที่มีต่อการแพทย์ทางเลือกในการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโสตและการทรงตัวในสหราชอาณาจักร พบว่าแพทย์โสต ศอ นาสิกเคยใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 43 อย่างไรก็ตาม มีแพทย์โสต ศอ นาสิกร้อยละ 22 ที่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

2.5 ผู้สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ปานกลาง/สูง คือสูตินรีแพทย์ ซึ่งเป็นการรวมการแพทย์เฉพาะทาง 2 สาขาวิชาคือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาเข้าด้วยกัน เป็นแพทย์เฉพาะทางที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด ให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของทารกและสุขภาพของสตรีวัยก่อนเจริญพันธุ์ วัยเจริญพันธุ์ และวัยหมดประจำเดือน สูตินรีแพทย์ส่วนใหญ่ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลและความปลอดภัย[51, 70] ทำให้มีความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายจากการใช้การแพทย์ทางเลือก สูตินรีแพทย์มีการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยในสัดส่วนไม่มากเนื่องจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก ขาดแนวทางการใช้งานที่อ้างอิงจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และไม่มีหลักฐานด้านความปลอดภัยจากการใช้งาน โดยแพทย์ควรแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกและผู้ป่วยควรเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกเฉพาะที่แนะนำโดยแพทย์เท่านั้น[51, 54] โดยใน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกจึงควรมีการประเมินเกี่ยวกับความปลอดภัยให้มากขึ้น[70] เช่นเดียวกับอายุรแพทย์ เป็นเป็นแพทย์เฉพาะทางที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาความผิดปกติในร่างกายผู้ใหญ่ด้วยยาประเภทต่าง ๆ ในบริบทภายในประเทศ อายุรแพทย์มีความสนใจและความเชื่อในประสิทธิผลของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระดับต่ำ รวมทั้งมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายจากการใช้งาน การขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และปัญหาการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกดังผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก

“ตัวผมเองผมก็ไม่ได้ใช้นะ เพียงแต่ไม่ห้ามที่คนไข้จะไปใช้ มีคนไข้บางคนมาขอซื้อผมก็สั่งให้ ถ้าเขาอยากใช้ก็ไม่ว่าอะไรไม่ค้านอยากใช้ก็ใช้ ถ้าเขามาถามว่าดีไหมก็บอกเขาว่าตามใจ อยากทำก็ทำ อยากกินก็กิน โรงพยาบาลมีขายก็สั่งให้”

“บางคนก็เล่า บางคนก็ไม่ได้เล่าก็แล้วแต่ ผมจะเปิดกว้าง ๆ ว่าการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีผลเสียอะไรไหมกับแผนปัจจุบัน แล้วก็เราต้องกินอาหารให้หลากหลายเหมาะสม เพราะว่ามันอาจจะมีพิษได้ มันไม่มีโดส ไม่มีขนาด แล้วมันก็มีผลข้างเคียงที่ ที่ไม่ได้ศึกษา แต่ยาแผนปัจจุบันมันจะรู้ผลข้างเคียงค่อนข้างแน่นอนไง”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

“ก็ถือว่าเป็นแพทย์เฉพาะทางอันหนึ่งที่คนไข้จะไปปรึกษาได้ แต่ทางนั้นก็ต้องเคลียร์มา ต้องระบุให้ชัดเจนว่าสูตรนี้มันคืออะไร ยาอะไร เป็นยังไงให้มันชัดขึ้น ไม่ใช่ไม่รู้อะไร สูตรนี้อะไรผสมอยู่บ้างนะต้องเคลียร์ให้ชัด ๆ ด้วยว่ามีอะไร”

“มันไม่ดีมันก็มีเกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเท่านั้นเอง และก็ตายจากโรคนี้ก็เยอะ เห็นคนที่เป็นมะเร็งไปใช้พวกนี้เยอะเกือบตายหมดเลย ไปกินชีวจิต ไปกินอะไรก็ตายเร็วนะไม่ค่อยเห็นด้วยเกี่ยวกับแพทย์ทางเลือกที่จะไปใช้อะไรที่รู้ไม่รักษา แล้วบางทีเขาก็รักษาแผนปัจจุบันอยู่ แล้วเขาก็ดีขึ้น”

จึงอาจทำให้มีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมาก ด้านมุมมองเชิงบวกระดับปานกลาง และด้านมุมมองเชิงลบระดับสูง ซึ่งการยอมรับการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมากมีความไม่สอดคล้องกับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสูตินรีแพทย์ในระดับสูงมาก/สูง และอายุรแพทย์ในระดับสูง/สูงมาก คือการนวด[51] และการฝังเข็ม[68, 70] เช่นเดียวกัน ในผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยเป็นผู้ขอคำแนะนำจากแพทย์ในการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และแพทย์ได้ให้คำแนะนำในการใช้เท่านั้น โดยงานวิจัยของ Samuels, N. และคณะ[51] ทำการศึกษาทัศนคติและการใช้การแพทย์ทางเลือกในสูตินรีแพทย์ระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตรในประเทศอิสราเอล พบว่าสูตินรีแพทย์ร้อยละ 64 มีแนวโน้มในการแนะนำการแพทย์ทางเลือก และ Rosenbaum, M.E. และคณะ[37] ทำการประเมินทัศนคติ ความตระหนักรู้ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือกในแพทย์เฉพาะทางภายในมหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 46 คิดว่าควรเพิ่มการแพทย์ทางเลือกเข้ามาในหลักสูตรทางการแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางเคยใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 30 Brambila-Tapia, A.J. และคณะ[55] ทำการประเมินทัศนคติ ความรู้ การใช้และการรักษาเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในประเทศเม็กซิโก พบว่าแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 38.3 ให้การยอมรับและแนะนำการการแพทย์ทางเลือกให้เพื่อหรือคนรู้จักด้วยเหตุผลร้อยละ 25.5 มั่นใจในประสิทธิภาพ และร้อยละ 20.7 การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ ในขณะที่แพทย์ด้านมะเร็งวิทยาในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบทัศนคติเชิงบวกโดยส่วนใหญ่ให้การยอมรับการแพทย์ทางเลือก[53] ถึงแม้ว่าจะไม่มีประสิทธิผลเทียบเท่าการแพทย์แผนปัจจุบันแต่ยอมรับในเชิงประโยชน์คือสามารถบรรเทาผลข้างเคียงจากโรค และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคได้[52] ดังผลการศึกษาของ Conrad, A.C. และคณะ[53] ทำการสำรวจทัศนคติของแพทย์ในการรักษาแบบประคับประคองในประเทศเยอรมัน พบว่าอายุรแพทย์ร้อยละ 79 เคยใช้การแพทย์ทางเลือก และร้อยละ 56 ใช้การแพทย์ทางเลือกอยู่ และ Trimborn, A. และคณะ[52] ทำการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในอายุรแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาในประเทศเยอรมัน พบว่าอายุรแพทย์ร้อยละ 66 มีความสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก และ Risberg, T. และคณะ[41] ทำการจัดกลุ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกของอายุรแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาในประเทศนอร์เวย์ พบว่าอายุรแพทย์มะเร็งวิทยาร้อยละ 49 มีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์ทางเลือก

2.6 ผู้ไม่สนับสนุนการแพทย์ทางเลือก ที่มีระดับการยอมรับ 3 องค์ประกอบเท่ากับ ต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง คือศัลยแพทย์ ซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางที่ให้การดูแลรักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายโดยการใช้หัตถการหรือการผ่าตัด ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีการใช้การแพทย์ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยจึงมีความสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกในระดับต่ำและขาดความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อมุมมองของศัลยแพทย์ได้แก่ การมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และการมีประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก[59] จึงอาจทำให้มีการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในด้านกิจกรรมและด้านมุมมองเชิงบวกในระดับต่ำมาก และด้านมุมมองเชิงลบระดับสูง ดังผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก

“ศัลยแพทย์จะเอามาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการใช้กับคนไข้จะก่อนผ่าหรือหลังผ่าตัดได้มากน้อยแค่ไหน คงขึ้นกับแต่ละสถานที่มากกว่า แต่ระหว่างผ่าตัดคงไม่สามารถเอามาใช้ร่วมด้วย เพราะว่าเท่าที่ทราบก็ไม่เห็นว่ามียาอะไรที่จะเอามาใช้ได้ในระหว่างผ่าตัด ส่วน เรื่องของก่อนผ่าตัดนี่มันก็คงในแง่เป็นการป้องกันมากกว่า ว่าในบางส่วนอาจจะเอามาใช้เพื่อป้องกันโรคที่จะทำให้คนไข้จะต้องโดนผ่าตัดแต่ผลไม่ใช่เพื่อรักษา จะใช้เพื่อป้องกันน่าจะมีส่วนได้ แต่งานนั้นก็ไม่ใช่งานหลักของหมอผ่าตัดอยู่ดี”

“เพราะส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ แล้วมันก็เป็นโรคที่ค่อนข้างจะยุ่งยาก”

ซึ่งการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านกิจกรรมระดับต่ำมาก มีความไม่สอดคล้องกับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของศัลยแพทย์ในระดับปานกลาง/สูง คือการนวดไทยและการฝังเข็ม ในผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากผู้ป่วยเป็นผู้ขอคำแนะนำจากแพทย์ในการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และแพทย์ได้ให้คำแนะนำในการใช้เท่านั้น ดังผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก

“บางทีเขามาคุยโน่นนี่นั่น อย่างเช่น สมมติเป็นเบาหวานก็ไปกินยาโน่น นี่อะไรสารพัด จะหยุดยาเบาหวานของฝรั่งแล้วไปกินสมุนไพรอะไรสารพัด ก็มีทั้งปรึกษาหรืออะไรต่าง ๆ รูปแบบนั้นเป็นส่วนใหญ่ มักจะเป็นอย่างนั้นมากกว่า”

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Soos, S.A. และคณะ[59] ทำการสำรวจทัศนคติ ความรู้ และการใช้การแพทย์ทางเลือกของศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ในประเทศฮังการี พบว่าศัลยแพทย์ร้อยละ 32.5

มีความสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก ในขณะที่ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์มีการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยร้อยละ 7 ในขณะที่ศัลยแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนการใช้การแพทย์ทางเลือกที่สูงกว่าในการรักษาแบบประคับประคอง งานวิจัยของ Hyodo, I. และคณะ[38] ทำการศึกษาการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งวิทยาในประเทศญี่ปุ่น พบว่ามีสัดส่วนการเข้าร่วมการศึกษาของศัลยแพทย์ด้านมะเร็งวิทยาร้อยละ 62.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีการใช้การแพทย์ทางเลือกสูงที่สุดคือสมุนไพรจีนร้อยละ 18.2

หากต้องการเพิ่มการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย ควรกำหนดแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในสาขาของแพทย์เฉพาะทางต่าง ๆ เพื่อเพิ่มหลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถใช้ผลการวิจัยมากำหนดวิธีการใช้งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสร้างมาตรฐานที่เท่าเทียมกับเวชปฏิบัติของการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งประชาสัมพันธ์ถึงวิธีการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและลดอาการข้างเคียงในการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ในทุกด้าน ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทาง โดยเรียงลำดับตามประเภทผู้ยอมรับการแพทย์ทางเลือก (CAM Acceptance) และองค์ประกอบการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3 องค์ประกอบ เนื่องจากกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่ให้การสนับสนุนในระดับสูงน่าจะใช้เวลาที่น้อยกว่าในการเพิ่มระดับการยอมรับและสัดส่วนการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจากผลการทดสอบนำร่อง โดยเริ่มจากลำดับที่ 1 คือลดมุมมองเชิงลบของผู้ปฏิบัติด้านการแพทย์ทางเลือกที่มีการยอมรับระดับสูง/สูง/ปานกลาง ลำดับที่ 2 เพิ่มกิจกรรมของผู้แนะนำที่มีการยอมรับระดับต่ำ/สูง/ต่ำ ลำดับที่ 3 เพิ่มกิจกรรมและลดมุมมองเชิงลบของผู้สนับสนุนที่มีการยอมรับระดับต่ำมาก/ปานกลาง/ปานกลาง ลำดับที่ 4 ลดมุมมองเชิงลบของผู้สนับสนุนที่มีการยอมรับระดับต่ำมาก/ปานกลาง/สูง และลำดับที่ 5 เพิ่มมุมมองเชิงบวกให้กับผู้ไม่สนับสนุนที่มีการยอมรับระดับต่ำมาก/ต่ำมาก/สูง โดยคาดหวังให้ผู้ที่มีการสนับสนุนที่สูงกว่าเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ที่มีการสนับสนุนที่ต่ำกว่า ทั้งในด้านกิจกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

และด้านมุมมองเชิงบวก และลดระดับด้านมุมมองเชิงลบเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งควรจะส่งผลให้มีระดับการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่สูงขึ้นในที่สุด

ทั้งนี้ปฏิเสธไม่ได้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ต่างก็เป็นตัวเลือกของผู้ป่วยในการเลือกรักษา หากผู้ป่วยของแพทย์แผนปัจจุบันไปเลือกใช้การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือกโดยขาดการใช้งานอย่างถูกต้องและเหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบกลับมายังแพทย์แผนปัจจุบันให้ทำการแก้ไข ดังนั้นหากการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เฉพาะทางที่เป็นกระแสหลักของระบบบริการสาธารณสุข มีฐานะของความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วย มีความเข้าใจในการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงมีการแนะนำให้ใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงน่าจะลดปริมาณผู้ป่วยที่ดูแลรักษา ลดค่าใช้จ่ายรวมของระบบ ส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วย และแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งเกิดประโยชน์ทั้งในทางตรงและทางอ้อมต่อระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

5.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อผลการศึกษาที่ควรนำมาพิจารณาดังนี้

5.3.1 การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทดสอบนำร่องตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลา 3 เดือน ทำการสำรวจ 8 กลุ่มประชากร หรือ 8 ราชวิทยาลัยที่มีการรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย โดยแต่ละราชวิทยาลัยมีการประชุมเพื่อพิจารณาเรื่องต่าง ๆ เดือนละ 1 ครั้ง หากราชวิทยาลัยมีคำถามหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจะสามารถนำเรื่องเข้าพิจารณาได้ในเดือนถัดไป ส่งผลให้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสำรวจใช้เวลาประสานงานมากกว่าที่คาดไว้

5.3.2 ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลทดสอบนำร่องเกิดการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและปิดสถานที่ทำการทั้งของรัฐและเอกชนเป็นการชั่วคราว จึงส่งผลให้ไม่สามารถติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยในดำเนินการส่งแบบเก็บข้อมูลออนไลน์ในบางราชวิทยาลัย

5.3.3 ในการเก็บข้อมูลทดสอบนำร่องช่วงเดือนที่ 1 มีอัตราการตอบกลับจากแพทย์เฉพาะทางในทุกสาขาที่ต่ำมาก ผู้วิจัยจึงตัดสินใจขอความอนุเคราะห์ราชวิทยาลัยทั้งหมดที่เข้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ร่วมงานวิจัยส่งอีเมล์ให้แพทย์เฉพาะทางที่เป็นสมาชิกทุกคนเพื่อให้สามารถเข้ามาตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้อย่างเสรี โดยคาดหวังในการเพิ่มจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามให้สูงที่สุดเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผลทางสถิติได้ จึงอาจส่งผลให้การสุ่มตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling)

5.3.4 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามของบางราชวิทยาลัยมีจำนวนน้อยกว่าที่คาดไว้ อาจเนื่องด้วยกลุ่มเป้าหมายการขาดความสนใจเกี่ยวกับหัวข้อที่ทำการสำรวจ หรือเกิดจากการประสานงานในการส่งแบบเก็บข้อมูลออนไลน์โดยเจ้าหน้าที่ประจำราชวิทยาลัยกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างไม่เปิดอีเมล์อ่านก็จะไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือเกิดจากการปิดสถานที่ทำการของรัฐและเอกชนเป็นการชั่วคราวระหว่างการเกิดการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาด้วยการทดสอบนำร่องในราชวิทยาลัยจำนวน 8 ราชวิทยาลัย โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาคือแพทย์สาขาเฉพาะทางและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยดังกล่าว จึงควรมีการสำรวจระดับประเทศในแพทย์แผนปัจจุบันด้วยแบบสอบถามการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

5.4.2 การเพิ่มสัดส่วนการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเพิ่มปริมาณการใช้งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยมุ่งเน้นที่การปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ แต่ไม่ครอบคลุมถึงสถาบันการศึกษาซึ่งเป็นรากฐานของแนวเวชปฏิบัติของแพทย์แผนปัจจุบัน หากสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและเชื่อมโยงกับนโยบายของสถาบันการศึกษาจะเป็นการเพิ่มการยอมรับและเพิ่มสัดส่วนการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในแพทย์แผนปัจจุบันโดยตรง

5.4.3 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อมูลการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นการเคยแนะนำการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา อาจมีการกำหนดระยะเวลาของการแนะนำของแพทย์เพิ่มเติมเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์เฉพาะด้าน เช่น หากเป็นการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ใช้ในปัจจุบันอาจกำหนดเป็นภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยแนะนำการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่ เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บรรณานุกรม

1. Organization, W.H. *Traditional, complementary and integrative medicine*. 2017; Available from: http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/.
2. Health, N.C.f.C.a.I. *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* 2018; Available from: https://nccih.nih.gov/health/integrative-health.
3. Harris, P.E., et al., *Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update.* Int J Clin Pract, 2012. **66**(10): p. 924-39.
4. Kessler, R.C., et al., *Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States.* Ann Intern Med, 2001. **135**(4): p. 262-8.
5. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. *Health Script*. 2560 [cited 2017 09 November]; Available from: http://203.157.81.35/mis/.
6. กระทรวงสาธารณสุข, แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฉบับที่ *1* พ.ศ.*2560 - 2564.* 2559.
7. กระทรวงสาธารณสุข, แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ *20* ปี (ด้านสาธารณสุข). 2559.
8. ฉวีวรรณ ม่วงน้อย, การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี. 2548, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
9. รัชนี ราษฎร์จำเริญสุข, การให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลของรัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. 2552, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
10. Aphisamacharayothin, P., *Discourse, contestation, and resistance of Thai traditional medicine : a study of the community hospital in Nakhon Pathom province*, in *Medical and Health Social Sciences*. 2013, Mahidol University: Mahidol University. Mahidol University Library and Knowledge Center
11. นิธิวัสตร์ โฆษิตจิรโชติ, การส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ : ศึกษากรณีภาคกลาง. 2556, มหาวิทยาลัยรังสิต.
12. มิ่งสรรพ์ ขาวสะอาด, สมุนไพรไทย แพทย์แผนไทย ในชีวิตคนไทย. 2557: แผนงานสร้างเสริมนโยบายสาธารณะที่ดี.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

13. แพทยสภา. ประเภทสาขาแพทย์ประจำบ้านของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา *2562*. 2560 [cited 2018 09 May]; Available from: www.icpird.in.th/resident/assets/file/news/สาขาและระยะเวลาการฝึกอบรม.pdf.
14. แพทยสภา. ข้อมูลแพทย์ ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. *2563*. 2563 [cited 2563 25 สิงหาคม]; Available from: https://www.tmc.or.th/pdf/st-tmc-02-07-20-001.pdf.
15. แพทยสภา. ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา. 2561 [cited 2018 1 May]; Available from: http://www.tmc.or.th/pdf/stat-tmc04-14022018.pdf.
16. Green, L.W. and M.W. Kreuter, *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. 1993: McGraw-Hill.
17. Glanz, K., B.K. Rimer, and K. Viswanath, *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 2008: John Wiley & Sons.
18. Analytics, C., *2016 Journal Impact Factor, Journal Citation Reports*. 2016.
19. สุชล แว่นแก้ว, การยอมรับในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. 2550, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
20. Chotchoungchatchai, S., et al., *Medicinal plants used with Thai Traditional Medicine in modern healthcare services: a case study in Kabchoeng Hospital, Surin Province, Thailand.* J Ethnopharmacol, 2012. **141**(1): p. 193-205.
21. Lee, S.-I., et al., *Knowledge of, Attitudes Toward, and Experience of Complementary and Alternative Medicine in Western Medicine– and Oriental Medicine–Trained Physicians in Korea.* American Journal of Public Health, 2002. **92**(12): p. 1994-2000.
22. Poynton, L., et al., *General practitioners' attitudes toward (and use of) complementary and alternative medicine: a New Zealand nationwide survey.* N Z Med J, 2006. **119**(1247): p. U2361.
23. Ben-Arye, E., M. Scharf, and M. Frenkel, *How should complementary practitioners and physicians communicate? A cross-sectional study from Israel.* J Am Board Fam Med, 2007. **20**(6): p. 565-71.
24. Stange, R., R. Amhof, and S. Moebus, *Complementary and Alternative Medicine: Attitudes and Patterns of Use by German Physicians in a National Survey.* The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2008. **14**(10): p. 1255-1261.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

25. Shelley, B.M., et al., *'They don't ask me so I don't tell them': patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine.* Ann Fam Med, 2009. **7**(2): p. 139-47.

26. Barikani, A., et al., *Knowledge, Attitude and Practice of General Practitioners toward Complementary and Alternative Medicine: a Cross-Sectional Study.* Acta Med Iran, 2015. **53**(8): p. 501-6.

27. Mokkink, L.B., et al., *The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content.* BMC Medical Research Methodology, 2010. **10**(1): p. 22.

28. Moher, D., et al., *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement.* BMJ, 2009. **339**: p. b2535.

29. Hoy, D., et al., *Assessing risk of bias in prevalence studies: modification of an existing tool and evidence of interrater agreement.* Journal of Clinical Epidemiology, 2012. **65**(9): p. 934-939.

30. World Health Organization. *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019*. 2019 July 23, 2019]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf.

31. World Bank. *World Bank Country and Lending Groups*. 2019 June 29, 2019]; Available from: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.

32. Higgins, J.P., et al., *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2019: John Wiley & Sons.

33. Likert, R., *A technique for the measurement of attitudes.* Archives of psychology, 1932.

34. Turner, R.C. and L. Carlson, *Indexes of item-objective congruence for multidimensional items.* International journal of testing, 2003. **3**(2): p. 163-171.

35. Daniel, W.W., *Biostatistics : foundation for analysis in the health sciences*. Internat. 6Rev. ed. ed. 1995: Wiley.

36. Harris, P.A., et al., *Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. Journal of biomedical informatics, 2009. **42**(2): p. 377-381.

37. Rosenbaum, M.E., et al., *Academic physicians and complementary and alternative medicine: an institutional survey.* Am J Med Qual, 2002. **17**(1): p. 3-9.
38. Hyodo, I., et al., *Perceptions and attitudes of clinical oncologists on complementary and alternative medicine: a nationwide survey in Japan.* Cancer, 2003. **97**(11): p. 2861-8.
39. Kemper, K.J. and K.G. O'Connor, *Pediatricians' recommendations for complementary and alternative medical (CAM) therapies.* Ambul Pediatr, 2004. **4**(6): p. 482-7.
40. Kolstad, A., et al., *Use of complementary and alternative therapies: a national multicentre study of oncology health professionals in Norway.* Support Care Cancer, 2004. **12**(5): p. 312-8.
41. Risberg, T., et al., *Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies; a national multicentre study of oncology professionals in Norway.* Eur J Cancer, 2004. **40**(4): p. 529-35.
42. Samano, E.S., et al., *Use of complementary and alternative medicine by Brazilian oncologists.* Eur J Cancer Care (Engl), 2005. **14**(2): p. 143-8.
43. Sawni, A. and R. Thomas, *Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding Complementary/Alternative Medicine: a national survey.* BMC Complement Altern Med, 2007. **7**: p. 18.
44. Lee, R.T., et al., *An international pilot study of oncology physicians' opinions and practices on Complementary and Alternative Medicine (CAM).* Integr Cancer Ther, 2008. **7**(2): p. 70-5.
45. Mak, J.C., et al., *Perceptions and attitudes of rehabilitation medicine physicians on complementary and alternative medicine in Australia.* Intern Med J, 2009. **39**(3): p. 164-9.
46. Wu, C., et al., *A survey of complementary and alternative medicine (CAM) awareness among neurosurgeons in Washington State.* J Altern Complement Med, 2009. **15**(5): p. 551-5.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

47. Manek, N.J., et al., *What rheumatologists in the United States think of complementary and alternative medicine: results of a national survey.* BMC Complement Altern Med, 2010. **10**: p. 5.

48. Kundu, A., et al., *Attitudes, patterns of recommendation, and communication of pediatric providers about complementary and alternative medicine in a large metropolitan children's hospital.* Clin Pediatr (Phila), 2011. **50**(2): p. 153-8.

49. Tempest, H., et al., *Acupuncture in urological practice--a survey of urologists in England.* Complement Ther Med, 2011. **19**(1): p. 27-31.

50. Vlieger, A.M., M. van Vliet, and M.C. Jong, *Attitudes toward complementary and alternative medicine: a national survey among paediatricians in the Netherlands.* Eur J Pediatr, 2011. **170**(5): p. 619-24.

51. Samuels, N., et al., *Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among obstetricians in Israel.* Int J Gynaecol Obstet, 2013. **121**(2): p. 132-6.

52. Trimborn, A., et al., *Attitude of employees of a university clinic to complementary and alternative medicine in oncology.* Ann Oncol, 2013. **24**(10): p. 2641-5.

53. Conrad, A.C., et al., *Attitudes of members of the German Society for Palliative Medicine toward complementary and alternative medicine for cancer patients.* J Cancer Res Clin Oncol, 2014. **140**(7): p. 1229-37.

54. Stewart, D., et al., *Healthcare professional views and experiences of complementary and alternative therapies in obstetric practice in North East Scotland: a prospective questionnaire survey.* Bjog, 2014. **121**(8): p. 1015-9.

55. Brambila-Tapia, A.J., et al., *Attitudes, Knowledge, Use, and Recommendation of Complementary and Alternative Medicine by Health Professionals in Western Mexico.* Explore (NY), 2016. **12**(3): p. 180-7.

56. Crundwell, G. and D.M. Baguley, *Attitudes towards and personal use of complementary and alternative medicine amongst clinicians working in audiovestibular disciplines.* J Laryngol Otol, 2016. **130**(8): p. 730-3.

57. Gaboury, I., et al., *Complementary and alternative medicine: Do physicians believe they can meet the requirements of the College des medecins du*

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Quebec? Can Fam Physician, 2016. **62**(12): p. e772-e775.

58. Ben-Arye, E., et al., *Communication and integration: a qualitative analysis of perspectives among Middle Eastern oncology healthcare professionals on the integration of complementary medicine in supportive cancer care.* J Cancer Res Clin Oncol, 2016. **142**(5): p. 1117-26.
59. Soos, S.A., et al., *Complementary and alternative medicine: attitudes, knowledge and use among surgeons and anaesthesiologists in Hungary.* BMC Complement Altern Med, 2016. **16**(1): p. 443.
60. Stone, A.B., et al., *Are Anesthesia Providers Ready for Hypnosis? Anesthesia Providers' Attitudes Toward Hypnotherapy.* Am J Clin Hypn, 2016. **58**(4): p. 411-8.
61. Klein, E., et al., *Gynecologic oncologists' attitudes and practices relating to integrative medicine: results of a nationwide AGO survey.* Arch Gynecol Obstet, 2017. **296**(2): p. 295-301.
62. Specialties, A.B.o.M., *ABMS Guide to Medical Specialties*. 2020: American Board of Medical Specialties.
63. Lie, D. and J. Boker, *Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students.* BMC Medical Education, 2004. **4**(1): p. 2.
64. Schneider, C.D., P.M. Meek, and I.R. Bell, *Development and validation of IMAQ: integrative medicine attitude questionnaire.* BMC Medical education, 2003. **3**(1): p. 5.
65. Quandt, S.A., et al., *Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q).* The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2009. **15**(4): p. 331-339.
66. Makivić, I., J. Kersnik, and Z. Klemenc-Ketiš, *The Role of the Psychosocial Dimension in the Improvement of Quality of Care: A Systematic Review.* Zdr Varst, 2016. **55**(1): p. 86-95.
67. Stub, T., et al., *Complementary and conventional providers in cancer care: experience of communication with patients and steps to improve communication with other providers.* BMC Complement Altern Med, 2017.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

17(1): p. 301.

68. Linde, K., et al., *Belief in and use of complementary therapies among family physicians, internists and orthopaedists in Germany - cross-sectional survey.* Fam Pract, 2015. **32**(1): p. 62-8.

69. Mann, B., E. Burch, and C. Shakeshaft, *Attitudes Toward Acupuncture Among Pain Fellowship Directors.* Pain Med, 2016. **17**(3): p. 494-500.

70. Clark, N.A., et al., *Physician and patient use of and attitudes toward complementary and alternative medicine in the treatment of infertility.* Int J Gynaecol Obstet, 2013. **122**(3): p. 253-7.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ภานุพงศ์ ภู่ตระกูล
วัน เดือน ปี เกิด	6 พฤษภาคม 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สถิติประยุกต์) คณะวิทยาศาสตร์ สถาบันพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง สถิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	437 ถนนพัฒนาการ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง จังหวัดกรุงเทพมหานคร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

แบบเก็บข้อมูลการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

Subject No: ☐☐☐ SURVEY FORM

คำชี้แจง การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการใช้และการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ตอน รวม 80 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ
ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 14 ข้อ
ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 56 ข้อ

ข้อมูลทั้งหมดของแบบเก็บข้อมูลนี้ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบใด ๆ ทั้งสิ้น จึงขอให้ผู้ตอบตอบตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาด้านการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างดียิ่ง

แนวทางทั่วไปในการบันทึกข้อมูล

1. บันทึกคำตอบด้วยปากกาลูกลื่นสีดำหรือน้ำเงินเท่านั้น
2. หากเป็นคำถามแบบเลือกคำตอบ ❑ ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงภายในช่อง ❑ เพียงคำตอบเดียว
3. หากเป็นคำถามแบบเลือกได้หลายคำตอบ ☐ ให้กาเครื่องหมาย ✓ ลงภายในช่อง ☐ ได้หลายคำตอบ
4. หากเป็นคำถามปลายเปิด ให้เขียนตอบด้วยตัวบรรจง ลงบริเวณเส้นบรรทัดจุดไข่ปลา_____
5. กรณีวันที่ ให้บันทึกเป็นตัวเลขอารบิกทั้งหมด ด้วยรูปแบบ วัน-เดือน-ปี (DD-MM-YYYY) โดยใช้คริสต์ศักราช เช่น วันที่ 9 เมษายน ปีคริสต์ศักราช 2018 บันทึกเป็น 09/04/2018

Online Link https://tinyurl.com/mm2tmms

แบบเก็บข้อมูลการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

Subject No: ☐☐☐ SURVEY FORM

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

1. วันที่ทำแบบสอบถาม ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ [วัน/เดือน/ปีคศ.]
2. เพศ ❑ ชาย ❑ หญิง
3. วันเกิด ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ [วัน/เดือน/ปีคศ.]
4. สาขาเฉพาะทาง _____
5. อายุงานในสาขาเฉพาะทาง ☐☐ [ปี]
6. ตำแหน่งทางวิชาการ
   - ❑ ไม่มีตำแหน่งทางวิชาการ
   - ❑ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
   - ❑ รองศาสตราจารย์
   - ❑ ศาสตราจารย์
7. สถานที่ปฏิบัติงานหลัก
   - ❑ นักวิชาการ (Academic)
   - ❑ โรงพยาบาลรัฐ (Public hospital)
   - ❑ โรงพยาบาลเอกชน (Private hospital)
   - ❑ คลินิกส่วนตัว (Private practice)
   - ❑ อื่น ๆ
8. จังหวัดที่ปฏิบัติงาน _____

ส่วนที่ 2: ข้อมูลด้านการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM/CAM)

ท่านเคยแนะนำบริการดังกล่าวแก่ผู้ป่วย	ประเภทของการให้บริการ	คำอธิบาย
การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine: TTM)		
☐	1. เวชกรรม	การดูแลรักษาและป้องกันโรคด้วยยาแผนไทย หรือยาสมุนไพร ประกอบด้วยยาปรุงสำเร็จ และยาปรุงเฉพาะรายด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย
☐	2. นวดไทย	การดูแลรักษาและป้องกันโรคด้วยการนวด การอบ และการประคบด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย
☐	3. การดูแลหญิงหลังคลอด	การดูแลรักษาและป้องกันโรคของมารดาและเด็กในระยะหลังคลอดด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย
การแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM)		
☐	1. Acupuncture (ฝังเข็ม)	การรักษาโดยการแทงเข็มลงไปบนจุดฝังเข็มตามร่างกายโดยใช้หลักการรักษาของแพทย์แผนจีน
☐	2. Homeopathy (โฮมีโอพาธีย์)	การรักษาที่ใช้สารเจือจางมาก นำมากระตุ้นให้ร่างกายรักษา ฟื้นฟูตนเองได้

แบบเก็บข้อมูลการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

Subject No: ☐☐☐ SURVEY FORM

ท่านเคยแนะนำบริการดังกล่าวแก่ผู้ป่วย	ประเภทของการให้บริการ	คำอธิบาย
☐	3. Aromatherapy (สุคนธบำบัด)	การใช้น้ำมันหอมระเหยจากพืชเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพจิตและสุขภาพกายดีขึ้น
☐	4. Hydrotherapy (วารีบำบัด)	การใช้น้ำในการรักษาโรค บรรเทาอาการปวดทำให้ผ่อนคลายและรักษาสุขภาพทั่วไป
☐	5. Chiropractor (ไคโรแพรคเตอร์)	การรักษาโดยการจัดกระดูกสันหลัง
☐	6. Bone Setter (ดัดกระดูก)	การรักษาโดยการนวดแบบตึง-ต่อต้านความตึง (Strain-Counterstrain Therapy) ที่กระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งการนวดกะโหลกศีรษะ
☐	7. Yoga (โยคะ)	การฝึกกาย ฝึกการหายใจ และฝึกจิตให้มีสมาธิ ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
☐	8. Tai Ji/Tai Chi (ไทเก๊ก)	การบริหารร่างกายและทำสมาธิโดยนำลมปราณไปปรับดุลยภาพภายในร่างกาย
☐	9. Foot reflexology (นวดกดจุดสะท้อนเท้า)	การรักษาโดยการนวดกดจุดตำแหน่งต่าง ๆ ที่เท้า
☐	10. Hypnosis (สะกดจิตบำบัด)	การรักษาโดยการสะกดจิต
☐	11. Meditation (สมาธิบำบัด)	การรักษาโดยการฝึกสมาธิและ SKT

ส่วนที่ 3: ข้อมูลด้านการยอมรับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (TTM/CAM)

ข้อคำถาม	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. โปรดประเมินความรู้โดยรวมของท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
2. TTM/CAM มีประโยชน์กับท่าน	❑	❑	❑	❑	❑

ข้อคำถาม	ไม่เคย (1)	นาน ๆ ครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	ปกติ (4)	เสมอ (5)
3. ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับอุดมศึกษา (Systematic education) ประกอบด้วยประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก	❑	❑	❑	❑	❑
4. ท่านศึกษาเกี่ยวกับ TTM/CAM ในระดับการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่ไม่ใช่การศึกษาในระบบปกติ เช่น สัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่างๆ	❑	❑	❑	❑	❑
5. ท่านทำการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-learning) เกี่ยวกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑

แบบเก็บข้อมูลการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

Subject No: ☐☐☐ SURVEY FORM

ข้อคำถาม	ไม่เคย (1)	นาน ๆ ครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	ปกติ (4)	เสมอ (5)
6. ผู้ป่วยถามท่านเกี่ยวกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
7. ท่านมีผู้ป่วยที่มีการใช้ TTM/CAM ในการรักษา	❑	❑	❑	❑	❑
8. ท่านถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
9. ท่านอ่านบทความเกี่ยวกับ TTM/CAM ในวารสารต่างๆ	❑	❑	❑	❑	❑
10. ท่านมีการใช้ TTM/CAM กับตนเอง	❑	❑	❑	❑	❑
11. ท่านเคยใช้ TTM/CAM ร่วมในการตรวจรักษาผู้ป่วย	❑	❑	❑	❑	❑
12. ท่านเคยร่วมทำงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM มาก่อน	❑	❑	❑	❑	❑
13. ท่านส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
14. ท่านมีผู้ป่วยใช้ TTM/CAM ในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิผล	❑	❑	❑	❑	❑

ข้อคำถาม	มีความเป็นไปได้น้อยที่สุด (1)	มีความเป็นไปได้น้อย (2)	มีความเป็นไปได้ปานกลาง (3)	มีความเป็นไปได้มาก (4)	มีความเป็นไปได้มากที่สุด (5)
15. ท่านจะแนะนำ TTM/CAM ให้เพื่อนหรือญาติ	❑	❑	❑	❑	❑
16. ท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการรักษาของท่านหยุดใช้ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
17. เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะแนะนำผู้ป่วยให้อ่านหรือหาข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM เพิ่มขึ้น	❑	❑	❑	❑	❑
18. เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะติดต่อผู้ให้บริการ TTM/CAM และพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการรักษา	❑	❑	❑	❑	❑

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยมากที่สุด (5)
19. เมื่อผู้ป่วยแจ้งท่านว่าใช้ TTM/CAM ท่านจะอ่านและหาข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและปฏิกิริยาระหว่างกัน (effect/interaction)	❑	❑	❑	❑	❑
20. ท่านมีประสบการณ์ส่วนตัวและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
21. การถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ TTM/CAM เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการตรวจตามปกติ	❑	❑	❑	❑	❑
22. ครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน มีประสบการณ์เกี่ยวกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑

แบบเก็บข้อมูลการยอมรับและการใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทย

Subject No: ☐☐☐ SURVEY FORM

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วยมากที่สุด (5)
23. ท่านสนใจมีส่วนร่วมในงานวิจัยเกี่ยวกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
24. ควรมีการสื่อสารระหว่างกันเกี่ยวกับผลการรักษาระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
25. ท่านมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยให้ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
26. ท่านสนใจเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ TTM/CAM เช่น เข้าร่วมงานสัมมนา งานประชุมวิชาการ และหลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ	❑	❑	❑	❑	❑
27. ท่านต้องการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับ TTM/CAM ให้มากขึ้น	❑	❑	❑	❑	❑
28. ท่านควรรู้ว่ามีการใช้ TTM/CAM แบบใดบ้างในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	❑	❑	❑	❑	❑
29. ท่านรู้สึกคุ้นเคยกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
30. ท่านมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
31. ท่านมีความมั่นใจในการแนะนำ TTM/CAM แก่ผู้ป่วยตามหลักฐานเชิงประจักษ์	❑	❑	❑	❑	❑
32. เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM โดยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์	❑	❑	❑	❑	❑
33. เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับ TTM/CAM ที่มีบริการอยู่	❑	❑	❑	❑	❑
34. เป็นหน้าที่ของท่านที่จะแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลข้างเคียงของ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
35. ท่านเชื่อในประสิทธิผลของ TTM/CAM	❑	❑	❑	❑	❑
36. TTM/CAM มีประสิทธิผลเทียบเท่ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	❑	❑	❑	❑	❑
37. การใช้ TTM/CAM อาจเกิดอันตรายได้	❑	❑	❑	❑	❑
38. TTM/CAM อาจอันตรายเพราะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม	❑	❑	❑	❑	❑
39. TTM/CAM ลดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวม	❑	❑	❑	❑	❑
40. TTM/CAM ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรคของเขาได้	❑	❑	❑	❑	❑
41. TTM/CAM สามารถช่วยเกี่ยวกับการลดความเจ็บปวด	❑	❑	❑	❑	❑
42. TTM/CAM ควรได้รับการทดสอบทางวิทยาศาสตร์ก่อนที่จะได้รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน	❑	❑	❑	❑	❑
43. การใช้ TTM/CAM ลดผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยามาตรฐาน	❑	❑	❑	❑	❑
44. การใช้ TTM/CAM เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง	❑	❑	❑	❑	❑