

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติมีการค้นพบเมื่อปี ค.ศ. 1962 ว่าโรคชนิดต่างๆของมนุษย์โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อเจ็บปวด โรคประสาท และโรคข้อกระดูก หากรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดจะไม่สามารถทำให้อาการหายโดยสิ้นเชิง จึงตั้งหัวข้อการวิจัยเพื่อรวบรวมและคัดเลือกวิธีการรักษาที่ดีซึ่งก็ได้พบวิธีประเภทที่ไม่อาศัยการทานยาแล้วก็ตั้งชื่อให้การแพทย์ชนิดนี้ว่าการแพทย์ทางเลือกซึ่งได้รับความนิยมมาเป็นตัวอย่างก็จะมีวิธีต่าง ๆ นานา เช่น ผังเข็ม จัดกระดูก สันหลัง จับจุดประสาท นวดแผนโบราณ Oxygen Spa รักษาด้วยความร้อนหรือความเย็น ฟีกวิชา ชีกง ฟีกมวยจีน และนั่งสมาธิ เป็นต้น พร้อมกับการบำรุงด้วยเครื่องมือทางฟิสิกส์ เพื่อพัฒนาความสามารถการเคลื่อนไหวของทุกส่วนของร่างกายจนกระทั่งเสริมสร้างการทำงานของเซลล์ การแพทย์ประเภทนี้หากนำไปใช้คู่กับพลังความร้อนหรือพลังแสงก็จะเป็นประโยชน์ในการผ่อนคลายความตึงเครียดของระบบประสาทเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบกล้ามเนื้อ และการแก้ความเจ็บปวด (การแพทย์ทางเลือก, 2555)

ในปัจจุบันการแพทย์พื้นฐานยังคงตอบสนองความต้องการของชุมชนได้เพราะยังมีศักยภาพและพิธีกรรมที่สอดคล้องกับระบบอื่นที่คงอยู่ในชุมชน นอกจากนี้การแพทย์พื้นบ้านยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือของการสื่อสารและการต่อสู้เรื่องอำนาจในการรักษาพยาบาลด้วยแม้ว่าการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของรัฐได้ส่งผลให้การเรียนรู้และค่านิยมด้านการรักษาพยาบาลของชุมชนเปลี่ยนไป แต่การรักษาแบบใหม่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านการรักษาพยาบาลของชุมชนได้ทั้งหมด ชุมชนจึงหันมาใช้การรักษาพื้นบ้านเป็นอีกทางเลือกหนึ่งด้วย (พัทยา นีละภมร, 2543) ซึ่งการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลมีประโยชน์ต่อประชาชนในด้านที่เป็นทางเลือกในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาของประชาชนและช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่ประชาชนจากการจำหน่ายสมุนไพร (แดนไทย ขอบจิตร์, 2543) นอกจากนี้พฤติกรรมที่ใช้บริการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ทราบข้อมูลจากเพื่อนหรือคนรู้จักโดยใช้บริการเพื่อบำบัดรักษาโรค การนวดได้ถูกเลือกใช้บริการมากที่สุด โดยใช้บริการเดือนละ 1 ครั้ง และมีค่าใช้จ่ายในการบริการต่อครั้งต่ำกว่า 500 บาท (ดนิตา อินตะมุข, 2550) ขณะที่เทคโนโลยีการแพทย์และชีววิทยาพัฒนาอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน การรักษาโรคและอายุวัฒนะก็ได้รับเปลี่ยนโฉมหน้าไปในทางก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้งแต่วิธีการบำรุงร่างกายยังคงอยู่ในลักษณะเอาแต่ตั้งรับอย่างเดียว ทว่าการแพทย์ทางเลือกสามารถมีบทบาทในด้านนี้อย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะการผ่อนคลายความเจ็บปวดของส่วนอวัยวะร่างกายสามารถเห็นผลอย่างชัด (การแพทย์ทางเลือก, 2555)

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ร้อยละ 79.1 เช่น ปวดหลัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ปวดบ่าและเข่าเสื่อม (ณัฐนันท์ ปุณณวิทยาพันธ์, 2553) และผู้มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 546 คนใน พ.ศ.2545 เป็น 20,768 คน ใน พ.ศ.2552 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมดโดยมีอายุเฉลี่ย 67 ปี และพบว่าร้อยละ 40.7 ของผู้ป่วยสูงอายุ มารักษาด้วยอาการปวดหลังมากที่สุด รองลงมา คือ ปวดขา อัมพฤกษ์ อัมพาตและปวดแขน ซึ่งมี

ความจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลเนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (ณัฐนันท์ ปุณณวิทยาพันธ์, 2553)

ปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญจากการเพิ่มอัตราการป่วยและอัตราการตายมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตแล้วยังส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจในระดับประเทศและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมีขีดจำกัดด้านกิจกรรมประกอบกับการรักษาที่ต้องใช้เวลายาวนานทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความมั่นคงของสังคมและประเทศชาติ (คุณลักษณะ คันธารราชกูร์, 2539) ค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 368.49 ล้านบาท 7,714.88 ล้านบาท และ 1,773.65 ล้านบาทตามลำดับ (จิตตระกูล เลิศสกุลพานิช, 2007) ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการที่ไม่สามารถทำงานได้จากโรคมะเร็งปอดที่เกี่ยวข้องจากการสูบบุหรี่ประกอบไปด้วยค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์ในการรักษาและต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการที่ไม่สามารถทำงานได้คิดเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 2.233 ล้านบาท (ธีระ อ่างถึงในจิตตระกูล เลิศสกุลพานิช, 2007) การศึกษาค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปจากการป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยเท่ากับ 13,265 บาทต่อคนต่อปี และค่าใช้จ่ายรวมจากการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 17.746 บาทต่อคนต่อปี (ชยันต์ธร ทุมมานนท์ อ่างถึงในจิตตระกูล เลิศสกุลพานิช, 2007) ดังนั้นการศึกษาการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือกจะทำให้ทราบทั้งต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมในการรักษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายของภาครัฐที่ต้องการนำแพทย์ทางเลือกมาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1.2.1 เพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือก

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1.3.1 ต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยโรคปอดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีจำนวนมากกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยโรคปอดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาต

1.3.2 ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยอัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีจำนวนมากกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยปอดไหล่ ปวดหลัง และปวดเข่า

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.4.1 ต้นทุนทางตรง หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษา ต้นทุนค่าอาหารและที่พักของผู้ป่วยและญาติ และต้นทุนค่าเดินทางของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

1.4.2 ต้นทุนทางอ้อม หมายถึง ต้นทุนค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจของผู้ป่วยและญาติ รายได้ของผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วย และรายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

1.4.3 แพทย์ทางเลือก หมายถึง การฝังเข็มรักษาโรคจากอาการปอดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาตจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

1.4.4 ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาตจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

1.5 ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้ได้จำกัดขอบเขตการศึกษาต้นทางทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผู้ป่วยที่รับบริการมีปัญหาจากโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า และจากโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต โดยเข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่ มกราคม – มิถุนายน 2557 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 - 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

เดือน (2557)	โรค	จำนวน (ราย)
มกราคม	ปวดไหล่	23
	ปวดหลัง	20
	ปวดเข่า	8
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	20
กุมภาพันธ์	ปวดไหล่	13
	ปวดหลัง	15
	ปวดเข่า	7
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	15
มีนาคม	ปวดไหล่	15
	ปวดหลัง	14
	ปวดเข่า	8
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	20
เมษายน	ปวดไหล่	14
	ปวดหลัง	19
	ปวดเข่า	5
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	22
พฤษภาคม	ปวดไหล่	13
	ปวดหลัง	12
	ปวดเข่า	6
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	18
รวม		287

ที่มา: ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

สำหรับขนาดตัวอย่างและวิธีคัดเลือกตัวอย่างของผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย

ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (finite population) จึงใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร คือ

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

โดยที่

n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของตัวอย่าง

โดยการศึกษาครั้งนี้ยอมให้มีความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 5 แทนค่าในสูตร จะได้

$$\begin{aligned} n &= \frac{287}{1 + 287(0.05)^2} \\ &= \frac{287}{1 + 0.72} \\ &= \frac{287}{1.72} \\ &= 167 \end{aligned}$$

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 167 ตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรจากผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี จึงเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) ซึ่งการกำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้นภูมิของประชากรต่อกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สูตรการกระจายตามสัดส่วน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2542) ดังนี้

$$n_1 = \frac{n N_i}{N}$$

เมื่อ n_1 = จำนวนตัวอย่างในแต่ละโรค
 n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด ซึ่งมีจำนวน 167 ตัวอย่าง
 N_i = จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู
 N = จำนวนประชากรจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูทั้งหมด
 i = 1,2,3,...,5

ได้จำนวนตัวอย่างแต่ละโรค ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 - 2 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่างของผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู

เดือน (2557)	โรค	จำนวน (ราย)	ตัวอย่าง (ราย)	ร้อยละ
มกราคม	ปวดไหล่	23	13	7.78
	ปวดหลัง	20	12	7.19
	ปวดเข่า	8	5	3.00
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	20	12	7.19
กุมภาพันธ์	ปวดไหล่	13	7	4.19
	ปวดหลัง	15	9	5.39
	ปวดเข่า	7	4	2.39
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	15	9	5.39
มีนาคม	ปวดไหล่	15	9	5.39
	ปวดหลัง	14	8	4.79
	ปวดเข่า	8	5	3.00
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	20	12	7.19
เมษายน	ปวดไหล่	14	8	4.79
	ปวดหลัง	19	11	6.59
	ปวดเข่า	5	3	1.79
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	22	12	7.19
พฤษภาคม	ปวดไหล่	13	7	4.19
	ปวดหลัง	12	7	4.19
	ปวดเข่า	6	4	2.39
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	18	10	5.98
รวม		287	167	100.00

ที่มา: การคำนวณจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เพื่อเผยแพร่ในวารสารระดับชาติ

1.6.2 เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ให้กับห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อที่จะนำข้อมูลไปกำหนดนโยบายในการรักษา

1.6.3 เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ให้กับผู้วิจัยที่จะนำข้อมูลมายกตัวอย่างประกอบการสอน ในรายวิชาเศรษฐศาสตร์ทั่วไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (economic cost) ของแพทย์ทางเลือก” นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังนี้

2.1 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน

แนวคิดเรื่องการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค (economic cost of diseases) มีหลักการประเมินอยู่ 2 หลักการใหญ่ๆ คือ แนวคิดตามหลักต้นทุนมนุษย์ (human capital approach) และการสำรวจความเต็มใจจะจ่าย (willingness to pay approach) : ซึ่งในการศึกษานี้ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือกโดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดต้นทุนมนุษย์ (human capital approach) เนื่องจากเป็นวิธีการศึกษาที่สามารถวัดมูลค่าทางการเงินได้อย่างตรงไปตรงมาง่ายต่อการคำนวณและมีความเที่ยงเบนในการประมาณน้อยและเป็นการศึกษากลุ่มประชากรในคราวเดียวกันในระยะสั้นๆ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น

2.1.1 หลักแนวคิดต้นทุนมนุษย์ (human capital approach)

Ray (1993) กล่าวว่าแนวคิดทุนมนุษย์ (human capital approach) เป็นแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ที่มองว่ามนุษย์เป็นทรัพยากรประเภททุนมูลค่าการมีชีวิตอยู่บุคคลหนึ่งๆ คือ มูลค่าของผลผลิตที่บุคคลผู้นั้นสามารถผลิตได้ระหว่างช่วงอายุของเขามูลค่าต่อสังคมของบุคคลหนึ่งๆ วัดจากศักยภาพทางการผลิตในอนาคตซึ่งปกติจะคำนวณออกมาเป็นมูลค่าปัจจุบันของเงินที่คาดว่าจะหาได้ตลอดช่วงอายุการทำงานของบุคคลนั้นๆ ความพยายามของนักเศรษฐศาสตร์ในการอธิบายต้นทุนมนุษย์นั้นก็เพื่อวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ สามารถวัดค่าต้นทุนมนุษย์ออกมาเป็นรูปของตัวเงิน ดังนั้น สุขภาพอนามัยจึงมีความสำคัญต่อแรงงานมนุษย์ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ กล่าวคือ ภาวะสุขภาพมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของมนุษย์ เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยมนุษย์ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่หรือต้องการเวลาพักผ่อนมากขึ้น ทำให้เวลาในการทำงานลดลงซึ่งผลประโยชน์จากการมีสุขภาพดีขึ้นหรือเลวลง สามารถประเมินได้โดยพิจารณาจากผลกระทบของโรคร้ายไข้เจ็บหนึ่งๆ ที่มีผลต่อปริมาณแรงงานและคุณภาพแรงงานของคนไข้ซึ่งเป็นไปได้ 3 ทาง คือ ความตาย (deaths) ส่งผลกระทบโดยตรงในรูปของสูญเสียปริมาณแรงงาน ความพิการ (disability) ซึ่งอาจมีลักษณะชั่วคราวหรือถาวรจะส่งผลกระทบในรูปการสูญเสียเวลาทำงาน (work – time loss) และการเสื่อมประสิทธิภาพ (disability) เป็นการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานเนื่องจากความเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่การทำงานได้ผลน้อยกว่าที่ควรจะเป็นหรือทำงานผิดพลาด

ดังนั้น การเจ็บป่วยก่อให้เกิดต้นทุนแก่สังคมใน 3 ลักษณะ คือ

(1) Forgone Earning คือ รายได้ (ผลผลิต) ที่ควรจะมีแต่ไม่เกิดขึ้นเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร หรือเนื่องจากการเจ็บป่วย กล่าวคือ บุคคลซึ่งมีร่างกายปกติสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงสามารถทำงานก่อให้เกิดกระแสของรายได้ตลอดช่วงอายุการทำงานของเขาได้แต่ถ้า

บุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือตายก่อนวัยอันควร (เพราะการเจ็บป่วย) ก็จะก่อให้เกิดการสูญเสียจำนวนวันทำงานหรือจำนวนปีการทำงานทำให้สูญเสียรายได้ที่ควรเกิดขึ้นนี้เพราะไม่สามารถทำงานได้ ค่าของชีวิตหรือความเจ็บป่วยที่สูญเสียไปจะเท่ากับค่าแรงของแรงงานของบุคคลผู้นั้นโดยค่าของแรงงานของบุคคล คือ มูลค่าปัจจุบันของรายได้ที่คาดว่าจะได้รับในอนาคตจากการทำงานของเขา ต้นทุนของสังคมในส่วนนี้จึงจัดเป็นต้นทุนทางอ้อม (indirect costs) ของการเจ็บป่วย หมายถึง มูลค่าผลผลิต ผลิตภาพ รายได้ หรือทรัพยากรมนุษย์ที่สังคมต้องสูญเสียไปอันเนื่องมาจากการขาดงาน เพราะความเจ็บป่วย (morbidity cost) หรือการตายก่อนวัยอันควร (mortality costs) ซึ่งมีนักเศรษฐศาสตร์หลายคนให้ความสนใจและพยายามพัฒนาเทคนิคการประเมินค่าชีวิตมนุษย์ หรือค่าความเจ็บป่วยจากรายได้ที่ควรเกิดขึ้นนี้ เช่น Mishan (1971) ได้สร้างแบบจำลองประเมินมูลค่ามนุษย์หรือค่าความเจ็บป่วยโดยประเมินจากมูลค่าปัจจุบันของรายได้ในอนาคตของบุคคลหนึ่งๆ นั้นเอง ซึ่งแบบจำลองมีลักษณะดังนี้

$$L_i = \sum_{t=T}^{\infty} Y_t P_T^t (1+r)^{-(t-T)}$$

โดยที่ L_i = มูลค่าปัจจุบันของรายได้ในอนาคตของบุคคล i

Y_t = รายได้เบื้องต้นที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำงานในปีที่ t

P_T^t = ความน่าจะเป็นในปีที่ T ที่บุคคลผู้นี้มีชีวิตอยู่ในปีที่ t

r = อัตราส่วนลดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปีที่ t

จากการจำลองของ Mishan นักเศรษฐศาสตร์หลายท่านมีคำถามเกิดขึ้นว่า กรณีเด็กและคนชราซึ่งไม่มีผลิตภาพในตลาดแรงงาน และแม่บ้านซึ่งทำงานบ้านเองโดยบริการที่ได้จากการทำงานของแม่บ้านมิได้ถูกนับรวมอยู่ในกองกำลังแรงงาน (Labor force) นั้นเราจะประเมินมูลค่าของบุคคล 2 กลุ่มดังกล่าวได้อย่างไรซึ่งในส่วนของ Rice, et al. (1985) กำหนดให้ค่าจ้างของแม่บ้านเท่ากับค่าจ้างในตลาดแรงงาน และ Hartunian, et al. (1980) คิดว่าค่าจ้างของแม่บ้านเท่ากับจำนวนเงินที่เขาจะได้รับถ้าไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

(2) Medical Expenditure คือ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดต้นทุนของสังคมในรูปค่าของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล

(3) Psychic Cost คือ ต้นทุนความไม่สบายใจเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย ย่อมต้องเกิดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บป่วยไม่พอใจและความกังวลทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัว ซึ่งต้นทุนในส่วนนี้มีความยากในการประเมินออกมาเป็นตัวเงินและได้ละเอาไว้ไม่นำมาคิดในการประเมินต้นทุนของการเจ็บป่วยโดยวิธีต้นทุนมนุษย์

วิธีการประเมินต้นทุนของการเจ็บป่วยภายใต้แนวคิดต้นทุนมนุษย์นี้ มี 2 วิธีคือ

2.1.1.1 Prevalence Approach หรือ Cross-sectional Studies เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรในคราวเดียวกันในระยะสั้น ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งซึ่งทำให้สามารถเปรียบเทียบสถานะด้านสุขภาพของกลุ่มประชากร ณ เวลาที่กำหนดให้ได้ วิธีการนี้จึงเป็นวิธีการใช้ต้นทุนในการศึกษาน้อยเกี่ยวข้องกับบุคคลจำนวนน้อยกว่าและทำให้ทราบข้อมูลที่เร็วกว่าทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงความชุกของการกระจายของโรคในกลุ่มประชากรและเชื่อมโยงตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความชุกของการเจ็บป่วยเพื่อที่จะวางสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้น รวมถึงเพื่อศึกษาและวิเคราะห์เกี่ยวกับการควบคุมโรค ดังนั้นเมื่อนำวิธีการนี้มาใช้ในการประมาณต้นทุนของการเป็นโรค prevalence approach จึงเป็นวิธีวัดมูลค่าของทรัพยากรที่ใช้ไปหรือทรัพยากรที่สูญเสียไปทั้งทางตรง (direct cost) และทางอ้อม (indirect cost) เฉพาะช่วงเวลานึงโดยไม่คำนึงถึงเวลาที่เริ่มเกิดโรคนั้น กล่าวคือ การประมาณต้นทุนการรักษาและต้นทุนรายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการขาดงานเพราะการเจ็บป่วย (morbidity cost) จะประมาณในช่วงที่มีการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้น ส่วนต้นทุนของการตายก่อนวัยอันควร (mortality cost) จะประมาณในช่วงที่การตายนั้นเกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามวิธีการนี้ไม่เหมาะสำหรับการศึกษากลุ่มประชากรที่เป็นโรคเรื้อรัง เพราะโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่การรักษาจะยืดเวลาการมีชีวิตรอดออกไปได้ จึงมีโอกาสดังกล่าวจะกำเริบขึ้นมาอีกในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาหรือช่วงระยะเวลาต่อมาทำให้การวัดความชุกของโรคมีการนับซ้ำได้และมีจำนวนสูงเกินควร

2.1.1.2 Incidence Approach หรือ Longitudinal Studies เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ผู้วิจัยจะสนใจติดตามศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลาที่กำหนดให้ เช่น 1 ปี ซึ่งสามารถจะให้คำนิยามของ incidence ว่าหมายถึงสัดส่วนของคนที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้น (กลุ่มตัวอย่างประชากร) ในช่วงระยะเวลาหนึ่งจึงมีประโยชน์ในการให้แนวทางกว้างๆ ในการวัดความถี่ของการเป็นโรคและเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการประเมินมูลค่าตลอดจนปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อบุคคลหรือกลุ่มประชากรโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวัดจำนวนโรคที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรในช่วงระยะเวลาหนึ่งใช้ในการศึกษาความเป็นไปได้ในการเกิดโรคเมื่อเทียบกับระดับปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกันในแต่ละบุคคลหรือแต่ละกลุ่มและใช้ในการวัดแนวโน้มในการเติบโตของโรคเมื่อเทียบกับบริการสาธารณสุขแต่วิธีการนี้จะใช้ระยะเวลาในการศึกษายาวนาน มีความซับซ้อนยุ่งยากและต้นทุนในการศึกษาสูง ดังนั้นเมื่อนำวิธีการนี้มาประมาณต้นทุนของการเป็นโรค Incidence Approach จึงเป็นวิธีที่แสดงต้นทุนของชีวิต (lifetime costs) ที่มีผลมาจากการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย (incidence costs) ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หมายถึงการประมาณต้นทุนทั้งหมดของการเป็นโรคตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคในช่วงระยะเวลานั้นจนกระทั่งหายหรือเสียชีวิต กล่าวคือ การประมาณต้นทุนการรักษาต้นทุนรายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการขาดงานเพราะการเจ็บป่วย (morbidity costs) ต้นทุนการตายก่อนวัยอันควร (mortality costs) จะเริ่มประมาณในช่วงซึ่งอาการนั้นปรากฏครั้งแรกและต่อเนื่องไปจนครบตลอดระยะเวลาที่จะทำการศึกษา วิธีการนี้จึงค่อนข้างยากในการประมาณ เพราะผู้ประมาณจะต้องมีความรู้ในเรื่องลักษณะและระยะเวลาของโรค อัตราการรอดชีวิตตั้งแต่เริ่มเป็นโรค การรักษา และต้นทุนตลอดระยะเวลาของการรักษา เป็นต้น แนวคิดต้นทุนมนุษย์มีข้อดี คือ เป็นวิธีที่ง่ายในการคำนวณเนื่องจากเป็นการวัดมูลค่าทางการเงินที่ตรงไปตรงมาทำให้มีการเบี่ยงเบนในการประมาณน้อยแต่อย่างไรก็ตามหลักการนี้คิดแต่มูลค่า

ทางเศรษฐกิจด้านการเงินที่วัดได้เท่านั้นเสมือนให้ความสำคัญกับผลผลิตทางเศรษฐกิจโดยละเลยความสำคัญของแบบแผนความชอบของผู้บริโภค กล่าวคือ ไม่คำนึงถึงความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ความกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการตายของบุคคลนั้น รวมไปถึงความทุกข์ใจของครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้ตาย การคำนวณและการปรับรายได้ในอนาคตเป็นรายได้ในปัจจุบันนั้น ค่อนข้างจะมีปัญหาว่าควรจะใช้อัตราคิดลดของสังคม (social rate of discount) ที่มีค่าเหมาะสมอย่างไร ทั้งนี้เนื่องจากอัตราคิดลดมีความสำคัญมากต่อการเกิดขึ้นของโครงการ ถ้าใช้อัตราคิดลดที่ต่ำเกินไปเท่ากับเป็นการส่งเสริมให้มีการลงทุนในโครงการที่มีผลประโยชน์ไกลออกไปในอนาคต และเกิดผลในทางกลับกันถ้าใช้อัตราคิดลดที่สูงเกินไป

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือก

สุขภาพทางเลือกหรือการแพทย์ทางเลือก (alternative health/alternative medicine) เป็นคำที่ถูกใช้โดยบุคคลทั่วไปหรือโดยบุคลากรด้านเวชปฏิบัติ (health care practitioners) ที่หมายถึงเทคนิควิธีการทางการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่เป็นที่รู้จักหรือยอมรับอย่างเป็นทางการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (conventional or allopathic medicine) กล่าวคือ ไม่ได้มีการสอนในโรงเรียนแพทย์ หรือไม่มีการจัดบริการในโรงพยาบาลหรือสถาบันการแพทย์แผนปัจจุบัน เทคนิคเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีลักษณะ "ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง" (non-invasive) หรือ "ไม่ใช่เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี" (non-pharmaceutical) จะเห็นได้ว่านิยาม alternative medicine ดังกล่าวเป็นการยึดถือการแพทย์แผนตะวันตกเป็นบรรทัดฐานในขณะที่ปัจจุบันมีแนวโน้มมากขึ้นที่จะมองการแพทย์ทุกระบบที่ดำรงอยู่ในสังคมต่างก็ล้วนเป็น "ทางเลือก" ด้วยกันทั้งสิ้นและมีจุดแข็งจุดอ่อนที่ต่างกัน แม้องค์การอนามัยโลกยังได้เสนอทัศนะที่เน้นความเป็นไปได้ของแต่ละระบบการแพทย์ที่จะเสริมหรือชดเชยส่วนที่ระบบการแพทย์อื่นขาดไปหรือไม่สมบูรณ์ซึ่งการเสริมหรือชดเชยนี้อาจเรียกได้ว่าเป็น complementary medicine ความตื่นตัวในการแสวงหาและใช้บริการสุขภาพทางเลือก/การแพทย์ทางเลือกมีรากฐานมาจากปัจจัยหลายประการ (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544)

การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) หมายถึง การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยด้วยวิธีการอื่นใดที่มีขั้นตอนการปฏิบัตินอกเหนือไปจากที่ได้รับการรักษาการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือกเริ่มอยู่ในกระแสความต้องการเมื่อมีคนจำนวนมากที่ไปรักษาด้วยวิธีการของการแพทย์แบบแผน (orthodox medicine) หรือการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วอาการเจ็บป่วยกลับไม่ได้ทุเลาลงผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งโรคมะเร็งโรคมะเร็งหรือหอบหืด ปวดหลัง ภูมิแพ้และ "ปัญหา" การเจ็บไข้ได้ป่วยอื่นๆ ในทำนองนี้มีแนวโน้มที่จะหันไปพึ่งความช่วยเหลือของการแพทย์ทางเลือก การบำบัดทางเลือก มีอยู่กว่าร้อยวิธีแต่ที่รู้จักส่วนใหญ่ ได้แก่ การฝังเข็ม การกดจุด การกดจุดฝ่าเท้า การนวดธรรมชาติบำบัดการบำบัดด้วยน้ำหอม การอดอาหาร วารีบำบัด สมุนไพรบำบัด การสะกดจิต การทำสมาธิ ฯลฯ

การแพทย์ทางเลือกในประเทศไทย

กระแสความตื่นตัวเรื่องสุขภาพทางเลือกในสังคมไทยเริ่มก่อตัวอย่างเด่นชัดเมื่อประมาณปี พ.ศ.2530 เริ่มจากเกิดความนิยมในการนำสมุนไพรมาใช้ในการรื้อฟื้นการแพทย์แบบพื้นบ้านไปจนถึงการเสาะหาวิธีการใหม่ๆ จากต่างประเทศมาใช้กันอย่างหลากหลายในที่สุดได้มีการนำเสนอ

แนวนโยบายให้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นเป็นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนี้

การแพทย์พื้นบ้าน เป็นการแพทย์ที่มีอยู่ดั้งเดิมในชุมชนท้องถิ่นเกิดจากประสบการณ์ในการดูแลความเจ็บป่วยของคนในชุมชนนั้นทำให้เกิดการสั่งสมความรู้และความเชื่อซึ่งถ่ายทอดต่อไปยังคนรุ่นหลังจนกลายเป็นวิถีชีวิตของชุมชนหมอพื้นบ้านมักเป็นบุคคลที่คนในชุมชนเคารพเชื่อถือและมีบทบาทสำคัญในสังคมไทยมาช้านานแต่ถูกลดทอนความสำคัญลงไปเรื่อยๆ เมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาแทนที่การแพทย์พื้นบ้านอยู่นอกระบบสาธารณสุขแผนใหม่ตลอดมาจนกระทั่งเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2520 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานทำให้มีการศึกษาความรู้ ประสบการณ์และบทบาทของหมอพื้นบ้านมากขึ้น

การแพทย์แผนไทย เกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้กับการแพทย์อายุรเวทของอินเดียปรากฏหลักฐานในประเทศไทยยาวนานกว่าพันปีและมีการบันทึกความรู้เป็นตำราใช้สืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยหลักการปรับสมดุลของธาตุในร่างกายโดยอาศัยยาตำรับซึ่งปรุงจากสมุนไพรหลายชนิดการนวดเพื่อแก้ไขอาการติดขัดของเลือดลมตามทฤษฎีเส้นประสาทรวมถึงการแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมและการกินอาหารที่เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนและความเจ็บป่วย ปัจจุบันมีการสอนการแพทย์แผนไทยแบบกำหนดหลักสูตรชัดเจนและมีการควบคุมทางวิชาชีพตามกฎหมาย

การแพทย์ทางเลือกอื่น หมายถึง เทคนิควิธีการทางการแพทย์ที่ไม่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการโดยบุคคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เทคนิคเหล่านี้มีลักษณะ “ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง” หรือ “ไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี” จากการศึกษาเบื้องต้นโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2540-2541 พบว่า สังคมไทยใช้ศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่มาจากวัฒนธรรมอื่น (ไม่รวมการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย) อย่างน้อย 38 ศาสตร์ และอีก 35 ศาสตร์มีการดำเนินงานอยู่แล้วในระบบบริการปกติทางการแพทย์แผนปัจจุบันจำแนกเป็น 6 กลุ่มหลัก ได้แก่ (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544)

1. กลุ่มแบบแผนประเพณีดั้งเดิม (traditional medicine) ระบบการแพทย์แผนประเพณีตะวันออกที่เป็นระบบครบวงจร กล่าวคือการฝังเข็ม การใช้สมุนไพร การกดจุด จี้ และ การนวดแบบตะวันออกลักษณะเฉพาะที่เน้นและเป็นเอกลักษณ์ของการแพทย์แผนตะวันออก คือ การวินิจฉัยความผิดปกติของ “ชี่” (Qi) หรือ พลังชีวิตซึ่งมีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย วิธีการวินิจฉัยกระทำโดยการสังเกต การฟัง การซักถาม การสัมผัสซึ่งรวมถึงการจับชีพจรและปฏิกิริยาสนองตอบบางส่วนของร่างกาย

2. กลุ่มการสร้างสมดุลของกระแสแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพในร่างกายเพื่อการรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มการรักษาที่ว่าด้วยวิธีการที่สิ่งมีชีวิตมีปฏิสัมพันธ์กับสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (electromagnetic fields-EM) ที่ค้นพบว่าสิ่งมีชีวิตทุกชนิดมีประจุไฟฟ้าและกระแสไฟฟ้าในร่างกายสามารถสร้างสนามแม่เหล็กแพร่ออกไปนอกร่างกายได้

3. กลุ่มการบำบัดโครงสร้าง (กระดูก กล้ามเนื้อและเส้นเอ็น) และพลังชีวิตให้คืนสู่สมดุล (Structural and energetic therapy)

4. กลุ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารโภชนาการ (diet / nutrition / lifestyle) เป็นองค์ความรู้ที่ว่าด้วยวิธีป้องกันการป้องกันความเจ็บป่วยการดำเนินรักษาสุขภาพ การฟื้นฟูปรับสภาพร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรัง โดยผ่านกระบวนการทางอาหารและโภชนาการ

5. กลุ่มที่เน้นความสัมพันธ์ของกายกับจิต (body and mind control) เป็นกลุ่มที่ใช้วิธีการต่างๆในการค้นหาศักยภาพของจิตใจที่มีผลต่อร่างกายซึ่งมีรากฐานองค์ความรู้จากกระบวนการแพทย์แผนประเพณีที่มักใช้ประโยชน์จากการเชื่อมต่อของร่างกายและจิตวิญญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพ

6. กลุ่มที่ใช้สารชีวภาพธรรมชาติในการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพ (bio-treatment)

ศาสตร์สุขภาพทางเลือกโดยเฉพาะศาสตร์การแพทย์แผนประเพณีทางภูมิภาคตะวันออก อันได้แก่ การแพทย์แผนจีน การแพทย์ทิเบตและการแพทย์อายุรเวทล้วนมีปรัชญาพื้นฐาน ทฤษฎี การวินิจฉัยและวิธีการรักษาเป็นแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับตัวมนุษย์ดังตัวอย่างการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ที่ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ว่ามาจากรากศัพท์ “สวัสถะ” หมายถึง ผู้ตั้งอยู่กับตนเอง ทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ หรือภาวะที่บุคคลมีจิตสำนึกรู้ตัวทั่วพร้อม มีภาวะจิตและกายประสานกลมกลืนกันเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติแบบต่างๆ ศาสตร์สุขภาพทางเลือกนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม โดยเฉพาะศาสตร์การแพทย์แผนประเพณีทางภูมิภาคตะวันออก อันได้แก่ การแพทย์แผนจีน การแพทย์ทิเบตและการแพทย์อายุรเวทล้วนมีปรัชญาพื้นฐาน ทฤษฎี การวินิจฉัยและวิธีการรักษาเป็นแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์กับตัวมนุษย์มีหลักการที่ว่าทุกส่วนของร่างกายนั้นล้วนสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน การกระทำต่อจุดใดจุดหนึ่งในร่างกายย่อมมีผลกระทบต่อถึงจุดอื่น เช่น ทฤษฎีการแพทย์จีน ที่หู ฝ่ามือ และฝ่าเท้าเป็นศูนย์รวมของเส้นประสาททั่วร่างกายและสัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆ ตั้งแต่สมองไปจนถึงเท้าในทำนองเดียวกับทฤษฎีของศาสตร์ reflexology (กดจุดสะท้อนประสาท) และ iridology (การวินิจฉัยโรคผ่านม่านตา) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีทักษะแยกส่วนเป็นพื้นฐาน เช่น ทั้งศาสตร์การแพทย์แผนประเพณีตะวันออก หลักการแมคโครไบโอติกส์ ฯลฯ ถือว่าสุขภาพของคนเราจะดีขึ้นได้ต่อเมื่อมีภาวะสมดุลในร่างกาย และระหว่างร่างกายกับจิต ความเจ็บป่วยที่แท้จริงเป็นผลจากการเสียสมดุลของร่างกายทั้งระบบ โดยจะปรากฏอาการออกมาที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ความตึงเครียดในจิตใจตลอดจนชีวิตที่ขาดสมดุลระหว่างกายกับใจก็สามารถส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้ ดังเช่น โรคกระเพาะอาหารและโรคหัวใจหรือแม้แต่โรคติดเชื้อมันก็เป็นผลมาจากความอ่อนแอของร่างกายโดยรวม เป็นเหตุให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอเปิดช่องให้เชื้อโรคลุกลามได้ การดูแลสุขภาพจึงมุ่งเน้นการฟื้นฟูและเสริมสร้างความสมดุลให้เกิดแก่ชีวิตทั้งร่างกายและจิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติซึ่งจุดเริ่มต้นจะเกิดจากการกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการสอดคล้องกับธรรมชาติของมนุษย์และสามารถเสริมสร้างคุณภาพให้กับร่างกายมากที่สุด

ถึงแม้ว่าศาสตร์สุขภาพทางเลือกบางศาสตร์จะเป็นเทคนิคเฉพาะแต่ก็มีรากฐานมาจากศาสตร์การแพทย์ตะวันออก การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ชนชาติในภูมิภาคต่างๆทั่วโลก เทคนิคส่วนใหญ่เป็นวิธีการแบบธรรมชาติ เช่น สูตรอาหารธรรมชาติต่างๆ การใช้สมุนไพร วัชพืชบำบัด ฯลฯ หลายเทคนิคให้ความสำคัญต่อการปรับสมดุลของพลังชีวิต การกระตุ้นให้เกิดกลไกการเยียวยา รักษาตัวเองเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติของร่างกายไปต่อสู้กับความเจ็บป่วย เช่น โยคะ โยมิโอพาที เทคนิคต่างๆ ที่กระตุ้นพลังแม่เหล็กไฟฟ้าชีวภาพในร่างกาย ฯลฯ รวมไปถึงการให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลของจิตใจอันมีผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งมีผลต่อความเจ็บป่วย

ทางกาย เช่น การทำสมาธิ เทคนิคการควบคุมจิต/กายต่างๆ เป็นต้น เทคนิคการบำบัดของศาสตร์สุขภาพทางเลือกต่างๆ แม้จะแตกต่างกันในด้านจุดเน้นหลักแต่ก็ล้วนต้องเสริมซึ่งกันและกัน อันจะขาดเสียมิได้ซึ่งผู้ให้การบำบัดในศาสตร์เหล่านี้ล้วนเข้าใจต่อหลักการแบบองค์รวมจึงมักแนะนำให้ผู้ป่วยได้ผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วย เช่น หมอฝังเข็ม ตระหนักดีว่าการบำบัดของตนจะได้ผลอย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนแบบแผนอาหารที่เคยกินเป็นประจำ เสียใหม่พร้อมออกกำลังกายให้มากขึ้น เล่นโยคะ ไร่ไทเก็ก หรือปฏิบัติสมาธิเป็นประจำ หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงระบบชีวิตดังกล่าวพลังที่เคยไหลเวียนด้วยดีก็อาจถูกสกัดอีกครั้งหนึ่ง ในทำนองเดียวกันนักบำบัดในกลุ่ม body / mind control และหมอโฮมิโอพาที่ก็ตระหนักดีว่าอาหารธรรมชาติ การออกกำลังกายและการวางจิตใจให้แจ่มใสจะหนุนเสริมร่างกายให้สามารถฟื้นฟูความสมดุลให้เร็วขึ้นและยั่งยืน (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544)

การเลือกใช้การรักษาตามวิธีดังกล่าวข้างต้นเพื่อเหตุผลหลายข้อในเวลาเดียวกัน ตัวอย่างเช่นการฝังเข็มอาจช่วยลดความเครียด กระตุ้นการเจริญอาหารและรักษาอาการปวดศีรษะในเวลาเดียวกันการรักษาทางเลือกบางวิธีเราสามารถเลือกมาใช้ได้ทั้งนี้เพราะไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ วิธีดังกล่าว ได้แก่ การทำสมาธิ การปฏิบัติตนตามแนวชีวิต การออกกำลังกายด้วยวิธีจี้กั โทเก็ก โยคะ การใช้พลังจักรวาล เป็นต้น ส่วนการรักษาทางเลือกบางอย่าง เช่น สมุนไพรต่างๆ นั้น ผู้ใช้ต้องพิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบว่าสมุนไพรนั้นได้ผ่านการวิจัยพิสูจน์ทดสอบทางวิทยาศาสตร์ได้ผลชัดเจนแล้วว่าสามารถรักษาได้โดยไม่ผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นในการรักษาทางเลือกหรือการรักษาเสริมนี้สิ่งสำคัญที่จะต้องปฏิบัติคือตัดสินใจว่าจะใช้เพื่ออะไร หลังจากนั้นจึงคิดพิจารณาไตร่ตรองว่าจะเลือกใช้วิธีใด

การรักษาทางเลือกและการรักษาเสริมค่อนข้างเป็นเรื่องเฉพาะส่วนบุคคล ซึ่งหมายความว่า วิธีการรักษาบางวิธีอาจจะเหมาะสมสำหรับคนนี้แต่ไม่เหมาะสมสำหรับคนอื่น อาจจะทดลองใช้หลายๆวิธีและเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุดก่อนจะทดลองใช้วิธีใด ต้องพิจารณาให้เหมาะสม ปัจจุบันการแพทย์ทางเลือกต่างๆเข้ามามีส่วนในการรักษาร่วมกับการรักษา ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งสามารถแบ่งชนิดต่างๆได้ ดังนี้

การบำบัดโดยการนวด (manipulative therapy) เป็นระบบบำบัดแบบหนึ่ง ซึ่งนักบำบัดใช้มือในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของกล้ามเนื้อและกระดูกหรือผ่านจากกล้ามเนื้อและกระดูกไปทำให้อาการที่ส่วนอื่นของร่างกายทุเลาลง ชาวอเมริกัน พบว่าชาวอินเดียแดงได้รับการรักษาโรคกระดูกโดยการนวดเพียงเบาๆ หรือบางทีไม่ได้สัมผัสเลย (พีระ บุญจริง, 2541) แต่ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อุไร นิโรธนันท์, 2539) ได้ศึกษาผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย พบว่า ระดับความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การกดจุด (acupressure) เป็นการผสมผสานการนวดเข้ากับการฝังเข็มโดยจะใช้หัวแม่มือที่แข็งแรงกดหรือใช้นิ้วนวดจุดบนร่างกายเพื่อบรรเทาปวดเชื่อกันว่าการกดจุดเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายรักษาตัวเองเพิ่มพลังชีวิตและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังสามารถใช้รักษาอาการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น แก้อาการปวดฟัน ปวดประจำเดือนและท้องผูก “กดจุดตรงตำแหน่งง่ามมีระหว่างหัว

แม่มือกับนิ้วชี้ใช้หัวแม่มืออีกข้างกดหนักๆลงไปทางนิ้วชี้ นาน 5 นาที การกดที่จุดนี้มักบรรเทาอาการปวดบริเวณใบหน้า” (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544)

การกดจุดฝ่าเท้า (reflexology) เป็นวิธีการรักษาอยู่บนพื้นฐานที่ว่าส่วนต่างๆบริเวณฝ่าเท้ามีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆของร่างกาย เช่น นิ้วหัวแม่เท้าสัมพันธ์กับศีรษะของและสมอง ส่วนนิ้วเท้าอื่นๆสัมพันธ์กับไซนัส กล่าวกันว่าการนวดเพียงอย่างเดียวสามารถช่วยให้ร่างกายซ่อมเสริมตัวเองได้โดยไม่ต้องใช้ยาหรือเครื่องมืออื่นๆ การบำบัดชนิดนี้เริ่มเผยแพร่มาทางประเทศตะวันตก ประมาณ 1931 โดยแพทย์ทาง หู คอ จมูก ชาวอเมริกันชื่อ วิลเลียม พิตเจอร์ลด์ โดยใช้ชื่อว่า zone therapy ซึ่งเป็นการใช้แรงกดจากมือลงบนส่วนต่างๆของร่างกาย (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544)

ดนตรีบำบัด (music therapy) ตั้งแต่โบราณกาลมีความเชื่อว่าดนตรีมีความเชื่อมโยงกับการเยียวยารักษา มาตลอด ดนตรีไม่ได้มีประโยชน์เฉพาะในแง่การรักษาทางจิตเท่านั้นแต่ยังใช้ได้กับผู้ที่มึนงงกายพิการที่ต้องการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวหรือควบคุมการหายใจ อย่างไรก็ตามการใช้ดนตรีบำบัดอาการทางกายจะแตกต่างจากการรักษาอาการทางจิต เพลงและแบบฝึกหัดที่ใช้จะแตกต่างกัน ผู้ป่วยมักจะกระตือรือร้นที่จะเล่นดนตรี หรือร้องเพลงมากกว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544) ได้มีการศึกษาของวัลลภา สังข์โสภณ (2536: ก) ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับดนตรีลดลงมากกว่าไม่ได้รับฟังดนตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภี สุนทรกุล ณ ชลบุรี (2546 : ก) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล รามาธิบดีและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 ราย พบว่า ขณะที่ได้รับดนตรีบำบัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีความปวดลดลงมากกว่าขณะไม่ได้รับดนตรีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นาฏบำบัด หรือการบำบัดด้วยท่าเต้น หรือการเคลื่อนไหว (dance movement therapy) โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวของร่างกายกับอารมณ์ ความรู้สึกเพื่อช่วยให้สามารถแสดงความรู้สึกที่ไม่อาจสื่อออกมาเป็นถ้อยคำได้ (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544)

การบำบัดด้วยการปรับท่าทาง (postural therapy) มีจุดประสงค์ที่จะฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของพลังในร่างกายให้เป็นไปตามธรรมชาติโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการหายใจให้ถูกต้อง และลดรูปแบบความเครียดลงเพื่อให้เกิดความกลมกลืนของกาย จิต และอารมณ์ไปพร้อมๆกัน ทั้งลดความตึงเครียดและเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย ผลที่ได้คือ ท่าทางที่เหมาะสมกับการทำงานและความสมดุลที่ดีขึ้น

การบำบัดด้วยการรับรู้ (cognitive therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งพยายามเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความจำ และความคิดในทางลบ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและการกล้าแสดงออก โดยเชื่อว่าความคิดในแง่ลบจะทำให้เกิดผลในแง่ลบด้วยการบำบัดด้วยวิธีนี้สอนให้ผู้ป่วยหันมามองตนเองในทางกลับกันให้รู้สึกดีต่อตนเองคิดและทำอะไรในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่า (อรยา เอี่ยมชื่น, 2544)

รัตนชาติบำบัด หรือ อัญมณีบำบัด (gem essence therapy) เป็นวิธีบำบัดที่ช่วยในเรื่องอารมณ์ความสุขสงบทางใจ โดยเชื่อว่าคลื่นพลังจากหินแร่สามารถบรรเทาและแก้ไขปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ เช่น เชื่อว่ามรกตทำให้ความจำดีขึ้น ส่วนวิธีการนั้นอาจแตกต่างกันไปรวมถึงการรักษาด้วยการสัมผัส โดยวางแก้วผลึกไว้ในตำแหน่งของร่างกายที่ต้องการรักษา

ศิลปะบำบัด (art therapy) เป็นการรักษาด้วยการระบายความรู้สึกในบุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์เพื่อให้ได้แสดงความรู้สึกนึกคิดที่เก็บกดไว้ในใจออกมาทางศิลปะ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วย

ได้ระบายความรู้สึกออกมาผ่านการวาดภาพ การปั้นดินน้ำมันหรือสื่ออื่นๆ ในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 เอเดรียน ฮิวล์ อยู่ในระหว่างพักฟื้นจากวัณโรคในสถานพยาบาล เขาใช้เวลาในการทำงานศิลปะและให้ผู้ป่วยหันมาเขียนภาพระบายสี เพื่อหันเหความสนใจจากโรคร้ายที่เป็นอยู่และลิ้มประสบการณ์อันเข้มข้น

การบำบัดด้วยวิตามินปริมาณสูง นักชีวเคมีชาวอเมริกัน ชื่อโรนัลด์ พอลลิง เป็นผู้สนใจในการใช้วิตามินปริมาณสูงเพื่อช่วยฟื้นฟูสุขภาพเป็นครั้งแรก ในปี 1970 พบว่า วิตามินซีปริมาณสูงสามารถรักษาโรคหวัดให้หายได้และยังช่วยรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง การได้รับวิตามินซีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการฟื้นฟูและระบบภูมิคุ้มกันเพิ่มความต้านทานแก่เนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ เนื้อร้ายไม่ให้เซลล์มะเร็งกระจายออกไปในช่วงต้นทศวรรษ 1950 นพ.อับราฮัม ฮอนเนอร์ และนพ.ฮัมฟรีย์ ออสมอนด์ ได้ใช้วิตามินบี 3 ปริมาณสูงบำบัดโรคจิตเภท และอ้างว่าสามารถรักษาผู้ป่วยได้สำเร็จกว่าร้อยละ 75 ในจำนวนผู้ป่วยกว่า 2,000 ราย (อริยา เอี่ยมชื่น, 2544: 186)

วาริบำบัด (hydro therapy) การใช้น้ำมาช่วยรักษาสุขภาพนั้นมีมานานแล้วตั้งแต่ สมัยโรมันและกรีก การอาบน้ำคือส่วนหนึ่งของชีวิตของชาวโรมันและกรีก โดยใช้ถ้ำน้ำสะอาดบริสุทธิ์จากภูเขาสูงสำหรับการดื่มและอาบ การใช้น้ำบำบัดอาจใช้ได้หลายทางมีทั้งการรักษาด้วยน้ำทะเล การว่ายน้ำ การอาบแดด ใช้น้ำทะเลฟ่นขณะนวด นอกจากนี้ยังรวมถึงการอบเขาวัว โดยให้ผู้ใช้บริการเข้าไปนั่งในห้องอบที่มีความร้อน จากไอน้ำ หรือ การออกกำลังกายในน้ำหมุน ที่มีอุณหภูมิ 36 องศา (พีระ บุญจริง, 2541)

การบำบัดด้วยอาหารและโภชนาการ (diet therapy) อาหารเป็นแหล่งพลังงานและสร้างเสริมระบบคุ้มกันของร่างกายปัจจุบันมีหลักฐานมากมายที่แสดงว่าอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ อาหารปรุงแต่ง มีสารขัดขาว ฟอสเฟต และใส่สารเจือปน อาหารไขมันสูง อาหารที่มีเส้นใยน้อยล้วนเสริมทำให้ลำไส้ใหญ่สกปรกและทำอันตรายต่อดับเป็นเหตุให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนกำลังทั้งระบบ การควบคุมด้วยอาหารแมคโครไบโอติกส์เป็นวิธีหนึ่งที่นิยมของผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดอาหารแมคโครไบโอติกส์เป็นการกินอาหารที่เป็นธรรมชาติไม่ปรุงแต่งด้วยสารสีหรือวัตถุกันบูดหรือไม่ปรุงด้วยรสที่จัดเกินไปอีกทั้งยังเน้นการกินผักสด ผลไม้ เพื่อให้ร่างกายย่อยจากสารอาหารเหล่านี้ไปฆ่าเซลล์มะเร็ง การกินอาหารชนิดนี้ทำโดยการแบ่งสัดส่วนของอาหารที่กินแต่ละมื้อให้เหมาะสม งดเนื้อสัตว์ทุกชนิด ยกเว้น ปลาและอาหารโปรตีนจากทะเลใช้ถั่วทุกชนิดเป็นโปรตีน คาร์โบไฮเดรตที่กิน ต้องเป็นสารที่มีเยื่อใยสูงและผ่านกระบวนการขัดสีให้น้อยที่สุด เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ

การสวนล้างพิษ (detoxification) เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้สารพิษออกจากร่างกาย น้ำดีทอกซ์มีหลายสูตร เช่น สูตรการใช้กาแฟผง น้ำมันระหุง น้ำส้มมะขาม แต่ที่นิยมใช้กันแพร่หลายสำหรับการรักษา คือ สูตรการสวนด้วยกาแฟ เข้าทางทวารหนัก การดูดซึมของกาแฟจะเข้าสู่เส้นเลือดดำที่เรียกว่าเส้นเลือดดำของทวารหนัก (hemorrhoidal vein) ซึ่งจะเข้าสู่ตับก่อนที่จะกระจาย ไปยังอวัยวะอื่น โดยเส้นเลือดดำตับ (hepatic portal vein) เมื่อคาเฟอีนเข้าสู่ตับจะกระตุ้นเซลล์ตับให้ทำงานมากขึ้นโดยเร่งการขับสารพิษ ออกทางน้ำดีทำให้น้ำดีเพิ่มขึ้นและทำให้ท่อน้ำดีเปิด จึงเป็นการเร่งการขับน้ำดีปนสารพิษออกไปทางลำไส้ วิธีการนี้มีประโยชน์มากในการขจัดสารพิษ จากก้อนมะเร็งออกจากร่างกาย

การบำบัดด้วยการปฏิบัติสมาธิ เป็นการใช้สมาธิเพื่อการเยียวยารักษา การใช้การหันเหความเอาใจใส่ไปสู่แง่มุมที่กระจ่างของธรรมชาติภายในตนเองด้วยความตั้งใจ เทคนิคการทำสมาธิเป็นผลผลิตของวัฒนธรรมที่หลากหลาย แล้วแต่ประเทศมีวิธีแตกต่างกัน

1. การปฏิบัติสมาธิแนวพุทธ สมณะกัมมัฏฐาน 40 วิธี และวิปัสสนากัมมัฏฐาน ใช้ในการลดความเครียดการรักษาโรคจิต โรคประสาท โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเอดส์ โรคกระเพาะ

2. การปฏิบัติสมาธิแบบจีน เป็นการใช้นิยามคิดว่าสุขภาพจะดี เมื่อพลังลมปราณโคจรสะดวกได้ทั่วร่างกาย การทำสมาธิเป็นการขับเคลื่อนลมปราณ การปรับธาตุหยินและธาตุหยางให้ประสานสัมพันธ์กัน

3. โยคะ เป็นการบริหารร่างกาย และลมปราณซึ่งมีกำเนิดมาจากอินเดียโดยยึดหลักความเชื่อมประสานกายและใจให้เป็นหนึ่งเดียวมีผลต่อสุขภาพทั้งในแง่ป้องกันและบำบัดโรค ทำให้ใจสงบ

4. พลังไฟฟ้าจักรวาล ได้แก่ เรกิเป็นระบบการใช้เทคนิคในการฟื้นฟูพลังชีวิตจากธรรมชาติภายนอกมาสร้างสมดุลให้กับร่างกาย จุดเน้นของการรักษาจะใช้มือคู่ให้การบำบัดวางบริเวณที่จะบำบัดและถ่ายทอดพลังอ่อนๆ เบาๆ ไปสู่ผู้ถูกบำบัด

การอดอาหาร (Fasting) คือการควบคุมตัวเองให้ละเว้นไม่กินอาหารช่วงระยะเวลาหนึ่ง จะทำได้ก็ต่อเมื่อได้รับคำยินยอมจากแพทย์เท่านั้น นักธรรมชาติบำบัดชาวอังกฤษผู้มีชื่อเสียง ลีออน ไชทาว ธิบายว่าการอด เป็นวิธีการรักษาที่เก่าแก่ที่สุดเท่าที่มนุษย์รู้จักทฤษฎี มีอยู่ว่าการอดอาหาร จะทำให้ร่างกายรวมพลังไปกำจัดโรคและสารพิษ แทนที่จะเอาไปใช้อย่างอาหาร นักบำบัดแนะนำให้อดอาหารในช่วงสั้นๆ ตั้งแต่สัปดาห์ละ 1-2 วัน ไปจนถึง 40-50 วัน การอดอาหารนานๆมักต้องเข้าพักในคลินิก หรือสปา ในช่วงแรกของการอดอาหารเป็นเวลานานผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เช่น ท้องเสีย ปวดศีรษะ อาเจียน มีกลิ่นปาก แต่ต่อมากจะหาย

การอบซาวน่า (Sauna bath) ผู้ต้องการอบจะเข้าไปนั่งในห้องไม้สนที่ปิดด้วยฉนวนเพื่อรับไอร้อนชื้นที่เกิดจากการรดน้ำลงบนหินร้อนๆ การอบซาวน่าจะช่วยขับเหงื่อออกกำจัดของเสียและสารพิษที่คั่งค้างออกจากร่างกาย กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย การอบซาวน่ามีต้นกำเนิดจากประเทศแถบสแกนดิเนเวียในยุคกลางและในฟินแลนด์ ปัจจุบันในประเทศไทย มีการอบซาวน่าตามสปาสุขภาพ ศูนย์กีฬา ศูนย์พักผ่อน และสถานความงามต่างๆ (พีระ บุญจริง, 2541)

อายุรเวท (ayurvedic medicine) เป็นการแพทย์แผนอินเดียโบราณที่รวมเอาทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมนุษย์ไว้ด้วยกันทั้งด้านกาย ใจ และจิตวิญญาณ อายุรเวทถือเป็นการแพทย์ในเชิงป้องกันผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหาร งานอดิเรก ชีวิตทางเพศ การเลือกคู่ครอง สภาพภายในบ้านและที่ทำงาน ความเชื่อทางศาสนา อุนิสัยส่วนตัว

การฝังเข็ม (acupuncture) เป็นการรักษาแบบโบราณของจีนโดยการแทงเข็มเข้าไปในผิวหนังตามจุดต่างๆบนร่างกายของผู้ป่วย จุดฝังเข็มเหล่านี้จะอยู่ตามแนวเส้นโคจรซึ่งเรามองไม่เห็นด้วยตาเปล่าแต่เชื่อว่าเป็นเส้นทางไหลเวียนของพลังงานในร่างกายที่เรียกกันในภาษาจีนว่า ชี่ การรักษาการเจ็บป่วยด้วยการฝังเข็มจึงเน้นไปที่การแก้ไขให้การไหลเวียนของชี่กลับเป็นปกติ การฝังเข็มจะใช้เข็มขนาดเล็กๆ แทงลงไปใต้วงมืออย่างรวดเร็วโดยไม่ทำให้เจ็บและไม่มีเลือดไหลออกซึ่งจะแทงลึกลงไปประมาณครึ่งนิ้วหรือบางครั้งอาจลึกถึง 3-4 นิ้ว ผู้ป่วยอาจรู้สึกชาเล็กน้อยหรือรู้สึกแปลบๆที่จุดนั้น (พีระ บุญจริง, 2541)

การรักษาตามวิถีธรรมชาติ (naturopathy) ดร.อี เค เลตเตอร์แมน ได้กล่าวถึงการบำบัดตามวิถีธรรมชาติว่าเป็นการตามวิถีธรรมชาติจะช่วยลดปริมาณการใช้ยาจริงปลอดภัยต่อ

ผลข้างเคียงโดยมีหลัก คือ โรคทุกโรคเกิดจากการสะสมของสิ่งสกปรกที่เข้าไปในร่างกาย การรักษาโดยกระทำให้ระบบในร่างกายขจัดสิ่งมีพิษที่สะสมอยู่ออก

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 งานวิจัยเรื่องการแพทย์ทางเลือกในสถานพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร (Alternative Medicine in Private Hospitals in Bangkok) (Nittaya Srijaroenjira, 2003)

การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานภาพของการแพทย์ทางเลือก การจัดระบบบริการ การดำเนินงาน เหตุผลของการนำเข้าสู่สถานพยาบาล กลุ่มโรคและกลุ่มอาการที่มาใช้บริการ พบว่า ประเภทของการแพทย์ทางเลือกที่นำเข้าสู่ระบบบริการมี 3 ประเภท คือ การแพทย์แผนไทย ร้อยละ 51 การแพทย์แผนจีนมากที่สุด ร้อยละ 77 และธรรมชาติบำบัด ร้อยละ 20 ผู้ให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกมี 2 ประเภท คือ แพทย์หรือบุคลากรแผนปัจจุบันที่สนใจและแพทย์ทางเลือกโดยตรง ได้แก่ แพทย์จีน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอนวดแผนไทยโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 31- 50 ปี และ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มโรคและกลุ่มอาการของผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ รองลงมา เป็นกลุ่มโรคระบบประสาท โดยเฉพาะอัมพฤกษ์อัมพาต โดยผู้มาใช้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการการแพทย์ทางเลือกถึงร้อยละ 96

2.2.2 งานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์การเปรียบเทียบระหว่างอยู่ในปัจจุบันและอนาคตของค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (A Comparative Analysis between Present and Future Tobacco-Related Health Costs in Thailand) (Sathirakorn Pongpanuch, 2003)

การศึกษาค้นคว้าเป็นการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง (Lung Cancer) โรค (Coronary Heart Disease) และโรค (Chronic Obstructive Pulmonary) ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2546 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2547 โดยใช้การวิเคราะห์ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ได้แก่ ค่ายา ค่าเอ็กซเรย์ ค่าธรรมเนียมแพทย์ และค่าผ่าตัด รวมทั้งต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ได้แก่ ค่าอาหาร ค่าเดินทาง และค่าที่พัก และต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยและญาติที่ต้องเสียไป ได้แก่ รายได้ที่สูญเสียไปที่ผู้ป่วยจะต้องหยุดงานเพื่อมารักษาและญาติที่ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย โดยพบว่า ต้นทุนทางตรงของผู้ป่วย COPD CHD และ LC มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8,953.15 31,106.62 และ 61,630.29 บาทต่อคน ต่อปี ตามลำดับ ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วย COPD CHD และ LC มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,457.51, 1,852.31, และ 39,698.59 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ ต้นทุนทั้งหมดของผู้ป่วย COPD CHD และ LC มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10,740.81, 32,958.92, 101,328.88 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ และต้นทุนทั้งหมดรวมกับรายจ่ายรัฐบาลของผู้ป่วย COPD CHD และ LC มีค่าเท่ากับ 13.95, 20.16, 6.54 พันล้านบาท และต้นทุนทางตรงของผู้ป่วย COPD CHD และ LC มีมูลค่าเฉลี่ยมากกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วย COPD CHD และ LC ตามลำดับ

2.2.3 งานวิจัยเรื่องการใช้และค่าใช้จ่ายของการแพทย์ผสมผสานหรือการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Usage of and Cost of Complementary/Alternative Medicine in Diabetic Patients) Summana Moolasarn, 2005)

การศึกษาค้นคว้าเป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอายุมากกว่า 18 ปีโดยเข้าการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การแพร่หลายของการใช้

การแพทย์ผสมผสานหรือการแพทย์ทางเลือกมีมากกว่าร้อยละ 47.8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้วิธีโยคะหรือออกกำลังกาย มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 8.58 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อเดือนและผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะนิยมใช้การแพทย์ผสมผสานหรือการแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ

2.2.4 งานวิจัยเรื่องการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผลกระทบของมลพิษทางอากาศที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ (คงศักดิ์ ภิระคำ, 2550)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผลกระทบทางด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากมลพิษทางอากาศของผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ 3 กลุ่มโรค คือ โรคหอบหืด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โดยอาศัยวิธีการทุนมนุษย์ซึ่งแบ่งต้นทุนการเจ็บป่วยออกเป็น 2 ประเภทคือ ต้นทุนทางตรงซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรูปของตัวเงิน และต้นทุนทางอ้อมซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปของต้นทุนค่าเสียโอกาส เช่น ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจของผู้ป่วยและญาติ และรายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย จากการศึกษา พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25,200.07 บาทต่อคนต่อปี โดยมีต้นทุนทางตรงมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21,038.18 บาทต่อคนต่อปี และต้นทุนทางอ้อมมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4,161.89 บาทต่อคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 83.48 และร้อยละ 16.52 ของต้นทุนรวมตามลำดับ โดยต้นทุนทางตรงที่มีมูลค่ามากที่สุด ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13,151.45 บาทต่อคนต่อปี รองลงมา คือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่าเดินทาง และค่ายารักษาโรคมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7,886.73 บาทต่อคนต่อปี สำหรับต้นทุนทางอ้อมที่มีมูลค่ามากที่สุด ได้แก่ รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,701.09 บาทต่อคนต่อปีรองลงมาคือ รายได้ของผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการเจ็บป่วยมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,659.75 บาทต่อคนต่อปี และค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจของผู้ป่วยและญาติมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 801.05 บาทต่อคนต่อปี และต้นทุนทางตรงมีมูลค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อม เนื่องจากต้นทุนทางตรงที่เกิดขึ้นโดยมากเกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยในที่บางรายมีวันนอนมากที่สุดถึง 88 วัน นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ไกลประกอบด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีรายได้น้อย หรือไม่มีเลยจึงทำให้ต้นทุนทางอ้อมที่เป็นรายได้ที่ต้องสูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าไม่มากเท่าที่ควร

2.2.5 งานวิจัยเรื่องต้นทุนของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย (Cost of Illness of Diabetes Mellitus in Thailand) (Susmita Chattopadhyay, 2008)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดอัตราของความพิการในหมู่บุคคลที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทยและเพื่อให้ได้ประมาณการของต้นทุนทั้งหมดรวมทั้งค่าใช้จ่ายของการดูแลทางการแพทย์ที่อยู่ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโรคเบาหวาน โดยได้ทำการศึกษาลักษณะที่อำเภอวาริชภูมิ สกลนคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากความชุกการรายงานการเกิดโรคสูงขึ้นเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ (ยกเว้นของกรุงเทพฯ) พบว่า ต้นทุนรวมทางเศรษฐศาสตร์ของโรคเบาหวานประมาณ 418,696 ดอลลาร์สหรัฐ. ในปี 2008 (1 เหรียญ = บาท 32) ร้อยละ 23 เป็นค่าใช้จ่ายโดยตรงทางการแพทย์ ร้อยละ 40 เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่แพทย์โดยตรงและร้อยละ 38 เป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม สำหรับต้นทุนทางตรงประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากการดูแลในโรงพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายการให้บริการผู้ป่วยในซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 11 ของต้นทุนจากการ

เจ็บป่วยทั้งหมด สำหรับต้นทุนทางอ้อมประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอย่างไม่เป็นทางการซึ่งประมาณร้อยละ 28 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากการเจ็บป่วยและนี่เป็นส่วนประกอบของต้นทุนส่วนตัวที่สูงที่สุดและต้นทุนทางอ้อมจากการเกิดทุพพลภาพถาวรหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณร้อยละ 19 ของต้นทุนจากการเจ็บป่วยทั้งหมด

2.2.6 งานวิจัยเรื่องเรื่องต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนชาวมุสลิมบุรี จังหวัดกำแพงเพชร (มาศอุมา เดชเจริญพานิช, 2552)

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์แผนกผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (AH1N1) โดยอาศัยวิธีการทุนมนุษย์ซึ่งแบ่งต้นทุนการเจ็บป่วยออกเป็น 2 ประเภทคือ ต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางเพื่อรับบริการสุขภาพ ค่าอาหาร ค่าที่พัก และต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ค่าเสียโอกาสของเวลา จากการศึกษา พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์มีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 430.30 บาท โดยมีต้นทุนทางตรงมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 263.98 บาท และต้นทุนทางอ้อมมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 166.37 บาท ซึ่งต้นทุนทางตรงที่มีมูลค่ามากที่สุด ได้แก่ ค่าเดินทางของผู้ป่วยและญาติมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 197.8 บาท คิดเป็นร้อยละ 74.93 ของต้นทุนทางตรงทั้งหมด สำหรับต้นทุนทางอ้อมที่มีมูลค่ามากที่สุด ได้แก่ รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับ 102.22 บาท คิดเป็นร้อยละ 61.44 และต้นทุนทางตรงมีมูลค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อม เนื่องจากผู้ป่วยและญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวนมาก อาจเนื่องมาจากกระยะทางระหว่างที่พักกับโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีรายได้น้อยจึงทำให้ต้นทุนทางอ้อมที่เป็นรายได้ที่ต้องสูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าน้อย

2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อศึกษาการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Cost) ของแพทย์ทางเลือกถูกกำหนดขึ้นโดยอาศัยแนวคิดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์เป็นพื้นฐานในการที่จะศึกษาถึงต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของแพทย์ทางเลือก ดังรูปที่ 2.1

รูปที่ 2.1 ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Cost) ของแพทย์ทางเลือก



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และกำหนดนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการรักษา ซึ่งวิธีดำเนินการวิจัยจะได้นำเสนอเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

- 3.1 ขอบเขตเนื้อหา
- 3.2 ขอบเขตประชากร
- 3.3 ขนาดตัวอย่าง และวิธีคัดเลือกตัวอย่าง
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 ข้อจำกัดในการวิจัย

3.1 ขอบเขตเนื้อหา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการศึกษาการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือก

3.2 ขอบเขตประชากร

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ที่เข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาตด้วยการรักษาโดยการฝังเข็มจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

3.3 ขนาดตัวอย่าง และวิธีคัดเลือกตัวอย่าง

สำหรับขนาดตัวอย่างและวิธีคัดเลือกตัวอย่างของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (finite population) จึงใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร คือ

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

โดยที่

- n = จำนวนตัวอย่าง
- N = จำนวนประชากร
- e = ความคลาดเคลื่อนของตัวอย่าง

โดยการศึกษาครั้งนี้ยอมให้มีความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 5 แทนค่าในสูตร จะได้

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{287}{1 + 287(0.05)^2} \\
 &= \frac{287}{1 + 0.72} \\
 &= \frac{287}{1.72} \\
 &= 167
 \end{aligned}$$

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 167 ตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรจากผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี จึงเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) ซึ่งการกำหนดขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้นภูมิของประชากรต่อกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สูตรการกระจายตามสัดส่วน (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2542) ดังนี้

$$n_1 = \frac{n N_i}{N}$$

เมื่อ

n_1	=	จำนวนตัวอย่างในแต่ละโรค
n	=	จำนวนตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด ซึ่งมีจำนวน 167 ตัวอย่าง
N_i	=	จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู
N	=	จำนวนประชากรจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูทั้งหมด
i	=	1,2,3,...,5

ได้จำนวนตัวอย่างแต่ละโรค ดังตารางที่ 3 - 1

ตารางที่ 3 - 1 แสดงจำนวนประชากรและตัวอย่างของผู้ป่วยที่รับบริการรักษาจากห้องตรวจ
เวชกรรมฟื้นฟู

เดือน (2557)	โรค	จำนวน (ราย)	ตัวอย่าง (ราย)	ร้อยละ
มกราคม	ปวดไหล่	23	13	7.78
	ปวดหลัง	20	12	7.19
	ปวดเข่า	8	5	3.00
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	20	12	7.19
กุมภาพันธ์	ปวดไหล่	13	7	4.19
	ปวดหลัง	15	9	5.39
	ปวดเข่า	7	4	2.39
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	15	9	5.39
มีนาคม	ปวดไหล่	15	9	5.39
	ปวดหลัง	14	8	4.79
	ปวดเข่า	8	5	3.00
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	20	12	7.19
เมษายน	ปวดไหล่	14	8	4.79
	ปวดหลัง	19	11	6.59
	ปวดเข่า	5	3	1.79
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	22	12	7.19
พฤษภาคม	ปวดไหล่	13	7	4.19
	ปวดหลัง	12	7	4.19
	ปวดเข่า	6	4	2.39
	อัมพฤกษ์และอัมพาต	18	10	5.98
รวม		287	167	100.00

ที่มา: การคำนวณจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

จากตารางที่ 3 - 1 งานวิจัยครั้งนี้จะสุ่มตัวอย่างจากผู้เข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยโรคปวดไหล่ จำนวน 44 ราย โรคปวดหลัง จำนวน 47 ราย โรคปวดเข่า จำนวน 21 ราย และโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต จำนวน 55 ราย ด้วยการรักษาโดยการฝังเข็มจากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งหมด 167 ราย โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี (purposive sampling)

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของเครื่องมือในการวิจัย และการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

3.4.1 ลักษณะของเครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) และมาตราอัตราส่วน (ratio scale) มีข้อความจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย

- 3.4.1.1 เพศ
- 3.4.1.2 อายุ
- 3.4.1.3 สถานภาพการสมรส
- 3.4.1.4 ระดับการศึกษา
- 3.4.1.5 อาชีพ
- 3.4.1.6 รายได้ในปัจจุบัน
- 3.4.1.7 รายได้ในปัจจุบันของครัวเรือน
- 3.4.1.8 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) และมาตราอัตราส่วน (ratio scale) มีข้อความจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย

- 3.4.2.1 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการของโรคจำนวนกี่ครั้ง
- 3.4.2.2 การมาตรวจหรือมารักษาแต่ละครั้งท่านต้องลางานหรือหยุดงานมาทั้งวันหรือไม่
- 3.4.2.3 ท่านเดินทางมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยวิธีใด
- 3.4.2.4 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้เข้ารับการรักษาจากอาการของโรค ใช่หรือไม่

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) และมาตราอัตราส่วน (ratio scale) มีข้อความจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย

- 3.4.3.1 เพศ
- 3.4.3.2 อายุ
- 3.4.3.3 อาชีพ
- 3.4.3.4 รายได้ในปัจจุบัน
- 3.4.3.5 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้มาเป็นเพื่อนผู้ป่วย ใช่หรือไม่
- 3.4.3.6 ท่านต้องลางานหรือขาดงานในการพาผู้ป่วยมาทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่
- 3.4.3.7 ในช่วงที่ท่านมาเฝ้าดูแลผู้ป่วย ท่านต้องขาดงานประมาณครั้งละ (ถ้าประมาณไม่ได้ ระบุครั้งล่าสุด)

3.4.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม

ในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการสร้างเป็นแบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งเป็น 9 ขั้นตอน ตามลำดับ ดังนี้

3.4.2.1 กำหนดจุดมุ่งหมายในการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.2.2 ศึกษาทฤษฎี วิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4.2.3 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด (framework) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือก

3.4.2.4 กำหนดประเด็นและขอบเขตของคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัย

3.4.2.5 ดำเนินการสร้างแบบสอบถามฉบับร่าง โดยคำถามในส่วนที่ 1 – 3 ได้มาจากกรอบแนวคิดงานวิจัยการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผลกระทบของมลพิษทางอากาศที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ของสลิสรัตน์ กันทะชมภู (2547)

3.4.2.6 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างไปให้นายแพทย์วรารุช ธีรสิกุล ซึ่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

3.4.2.7 แก้ไขแบบสอบถามฉบับร่าง

3.4.2.8 จัดพิมพ์แบบสอบถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ผู้วิจัยได้นัดเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม

3.5.2 ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจกับแบบสอบถามต่อเจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูที่จะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้าการรักษาเพื่อให้ความเข้าใจตรงกันในเรื่องของข้อคำถามและกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

3.5.3 นำแบบสอบถามที่ได้มาทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ต่อไป

3.6 วิธีการศึกษา

การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์โดยวิธีต้นทุนมนุษย์นี้อาศัยแนวคิดวิธี prevalence approach โดยแบ่งต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ออกเป็น 2 ประเภทคือ ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม โดยคำนวณต้นทุนแต่ละต้นทุนในรูปของค่าเฉลี่ยต่อคนต่อปีจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจากอาการปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาตที่เข้ามารับการรักษาที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี และมีประวัติการรักษาพยาบาลในเวชระเบียนในช่วงเดือนมกราคม – มิถุนายน ปี พ.ศ. 2557

3.6.1 ต้นทุนทางตรง (direct cost) หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปซึ่งเกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยของรอบปีที่ผ่านมาหรือในทันที คือ ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร ที่พัก และ ค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ ซึ่งต้นทุนค่ารักษาพยาบาลจะเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ามา ทำการตรวจรักษาที่แผนกงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี ตามจำนวนครั้ง ดังนั้นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อครั้งปีจะเท่ากับผลรวมของต้นทุน ค่ารักษาพยาบาลแต่ละครั้งในรอบครั้งปี สำหรับต้นทุนค่าเดินทางจะเป็นค่าใช้จ่ายที่เสียไปเป็น ค่าเดินทางเพื่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล ได้แก่ ค่าเดินทางของผู้ป่วยและค่าเดินทางของญาติ ผู้ป่วย ดังนั้นต้นทุนค่าเดินทางของผู้ป่วยต่อคนต่อปีจะเท่ากับค่าเดินทางต่อครั้ง (ทั้งไปและกลับ) คูณ กับจำนวนครั้งที่มารักษาในรอบครั้งปี และต้นทุนค่าเดินทางของญาติผู้ป่วยต่อคนต่อครั้งปีจะเท่ากับ ค่าเดินทางต่อครั้ง (ทั้งไปและกลับ) คูณกับจำนวนครั้งที่เดินทางมากับผู้ป่วยในรอบครั้งปี

3.6.2 ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) หมายถึง ทรัพยากรที่ต้องสูญเสียไปเพราะการเจ็บป่วย ได้แก่ ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจของผู้ป่วยและญาติ ในการคิดคำนวณค่าเสียเวลา ในการเดินทางและรอรับการตรวจมีหลักเกณฑ์ในการคำนวณ คือ มูลค่าของเวลาในการเดินทางเพื่อ กิจกรรมที่ทำให้แก่นายจ้างในระหว่างการทำงาน เวลาดังกล่าวมีค่าเท่ากับค่าแรงงานที่ได้รับ (paid time) แต่มูลค่าของเวลาในการเดินทางไม่ได้จำกัดเฉพาะชั่วโมงทำงานที่นายจ้างจ่ายเท่านั้น เวลาว่าง ก่อนเข้างานหรือหลังเลิกงานตลอดจนเวลาของบุคคลผู้ที่ไม่ได้ทำงานก็ตามเวลาของบุคคลเหล่านี้ย่อม มีมูลค่าของเวลาโดยที่มูลค่าของเวลาดังกล่าวเป็นมูลค่าของเวลาที่ไม่มีการจ่ายค่าแรง (unpaid time) ดังนั้นการคิดมูลค่าของเวลา (time value) มีวิธีคิดดังนี้ คือ ถ้าอยู่ในช่วงเวลาที่มียาแรงงาน (paid time) เวลาที่เสียไปจะมีค่าเท่ากับค่าแรงงานที่ได้รับโดยเวลาดังกล่าวกำหนดมีค่าเท่ากับ 100% ของรายได้ต่อชั่วโมงที่ทำงานส่วนเวลาที่นอกเหนือจากเวลาทำงานหรือตลอดจนเวลาของ บุคคลที่ไม่ได้ทำงานมูลค่าเวลาดังกล่าวจะถือว่ามียาเท่ากับเวลาที่ไม่มีการจ่ายค่าแรง (unpaid time) ซึ่งเวลาดังกล่าวให้ประมาณค่าเท่ากับร้อยละ 25 ของรายได้ต่อชั่วโมงที่ทำงาน (JICA, 1990) ดังนั้น ในการคำนวณจะถือว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจในช่วงเวลาไหน (มีค่าแรงหรือไม่มีค่าแรง) จากนั้นนำมาคิดคำนวณค่าตามสูตรนั้นคือค่าเสียเวลาต่อคนต่อครั้งปี จะเท่ากับรายได้ต่อชั่วโมงคูณกับเวลาที่ใช้ในการเดินทางและรอรับการตรวจ และรายได้ที่สูญเสียไป จากการเจ็บป่วยคำนวณจากรายได้ต่อวันของผู้ป่วยคูณด้วยจำนวนวันที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ดังนั้นรายได้ที่สูญเสียต่อคนต่อปีจะเท่ากับจำนวนวันที่ไม่สามารถทำงานได้ในรอบครั้งปีคูณกับรายได้ ต่อวัน

รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยประมาณจากจำนวนวันที่ ต้องคอยดูแลผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นรายได้ที่สูญเสียต่อคนต่อครั้งปี จะเท่ากับจำนวนวันที่ต้องดูแลผู้ป่วยในรอบครั้งปีคูณกับรายได้ต่อวัน

ในกรณีญาติผู้ป่วยไม่มีรายได้จะใช้รายได้ขั้นต่ำของจังหวัดอุบลราชธานี ประกาศให้มีผล บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556 คือ 300 บาทต่อวันมาประมาณเป็นรายได้ (กระทรวงแรงงาน, 2556)

3.7 วิธีการสังเคราะห์ข้อมูล

วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลในการแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรค ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ข้อมูล

แบบสอบถามญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือกได้ใช้วิธีการทุนมนุษย์ (human capital approach) โดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Excel 2003 ในการคำนวณและการวิเคราะห์ข้อมูล ตามลำดับ 6 ขั้นตอน ดังนี้

3.7.1 การคำนวณหาข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรค ส่วนที่ 1 ที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) ใช้วิธีการหาค่าความถี่ (frequency) แล้วสรุปออกมาเป็นค่าร้อยละ (percentage) ส่วนที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราอันตรภาค (interval scale) ใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 การคำนวณหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ส่วนที่ 2 ที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) ใช้วิธีการหาค่าความถี่ (frequency) แล้วสรุปออกมาเป็นค่าร้อยละ (percentage) ส่วนที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราอันตรภาค (interval scale) ใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.3 การคำนวณหาข้อมูลญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 3 ที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) ใช้วิธีการหาค่าความถี่ (frequency) แล้วสรุปออกมาเป็นค่าร้อยละ (percentage) ส่วนที่มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราอันตรภาค (interval scale) ใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.4 การคำนวณหาค่าเสียเวลาต่อคนต่อปีจะเท่ากับรายได้ต่อชั่วโมงคูณกับเวลาที่ใช้ในการเดินทางและรอรับการตรวจ โดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Excel 2007

3.7.5 รายได้ที่สูญเสียต่อคนต่อปีจะเท่ากับจำนวนวันที่ไม่สามารถทำงานได้ในรอบ 1 ปีคูณกับรายได้ต่อวัน โดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Excel 2007

3.7.6 รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจะเท่ากับจำนวนวันที่ต้องดูแลผู้ป่วยในรอบ 1 ปีคูณกับรายได้ต่อวัน โดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Excel 2007

3.8 ข้อจำกัดในการวิจัย

3.8.1 การเก็บข้อมูลซึ่งบางช่วงอยู่ระหว่างหน้าฝนทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มาทำการรักษา เนื่องจากต้องทำนาจึงทำให้การเก็บแบบสอบถามเป็นไปอย่างล่าช้า

3.8.2 กลุ่มตัวอย่างบางรายที่มาจากต่างอำเภอต้องรีบเดินทางกลับหลังจากรักษาเนื่องจากได้จ้างเหมารถรับจ้างและถ้าหากกลับไม่ทันตามกำหนดกลุ่มตัวอย่างจะต้องเสียค่ารถเพิ่มจึงทำให้การตอบแบบสอบถามเป็นไปอย่างเร่งรีบ ซึ่งทำให้ข้อมูลที่ได้รับอาจมีความคลาดเคลื่อน

บทที่ 4 ผลของการวิจัย

การวิเคราะห์และการนำเสนอผลของการวิจัยเรื่อง “การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือก” นี้แนะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 4 ข้อดังนี้

- 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรค
- 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
- 4.3 ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย
- 4.4 ผลการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือก

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรค

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และมาตราอัตราส่วน (ratio scale) มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

4.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านเพศ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านเพศ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 1

ตารางที่ 4 - 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปในด้านเพศ

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	40.72
หญิง	99	59.28
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 - 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.28 ที่เหลือได้แก่ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40.72

4.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านอายุ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 2

ตารางที่ 4 – 2 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในด้านอายุ

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 15 ปี	0	0.00
15 – 25 ปี	7	4.19
26 – 40 ปี	27	16.17
41 – 60 ปี	85	50.90
มากกว่า 60 ปี	48	28.74
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ ช่วงอายุ 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.90 รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.74 ช่วงอายุ 26 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.17 และน้อยที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 15 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.19

4.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านสถานภาพการสมรส

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านสถานภาพการสมรส ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 3

ตารางที่ 4 – 3 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปในด้านสถานภาพการสมรส

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส		
โสด	20	11.98
หย่า	6	3.59
สมรส	129	77.25
หม้าย	12	7.18
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ มีสถานภาพการสมรส คิดเป็นร้อยละ 77.25 รองลงมา ได้แก่ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 11.98 สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 7.18 และน้อยที่สุด ได้แก่ สถานภาพหย่า คิดเป็นร้อยละ 3.59

4.1.4 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านระดับการศึกษา
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านระดับการศึกษา ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 4

ตารางที่ 4 - 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในด้านระดับการศึกษา

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	132	79.04
ปริญญาตรี	29	17.37
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3.59
รวม	167	100.0

จากตารางที่ 4 - 4 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 79.04 รองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 17.37 และน้อยที่สุด ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 3.59

4.1.5 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านระดับอาชีพ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านอาชีพ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 5

ตารางที่ 4 - 5 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในด้านระดับอาชีพ

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	38	22.76
พนักงานบริษัทเอกชน	18	10.78
เกษตรกรหรือรับจ้าง	30	17.96
ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	37	22.16
นักเรียนหรือนักศึกษา	13	7.78
เกษียณอายุ	23	13.77
อื่นๆ	8	4.79
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 5 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 22.76 รองลงมา ได้แก่ อาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 22.16 เกษตรกรหรือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 17.96 เกษียณอายุ คิดเป็นร้อยละ 13.77 พนักงานบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 10.78 นักเรียนหรือนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 7.78 และน้อยที่สุด ได้แก่ อาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.79

4.1.6 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านรายได้ในปัจจุบัน รายได้ในปัจจุบันของครัวเรือน และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านอายุ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 6

ตารางที่ 4 – 6 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลส่วนตัว	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ในปัจจุบัน (บาท)	10,608	13,060.6
รายได้ในปัจจุบันของครัวเรือน (บาท)	21,101	20,962.3
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (บาท)	4.1296	1.6182

จากตารางที่ 4 – 6 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ในปัจจุบันเฉลี่ย 10,608 บาท รายได้ในปัจจุบันของครัวเรือนเฉลี่ย 21,101 บาท และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.13 คน

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale) มีข้อความจำนวน 9 ข้อ ดังนี้

4.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาที่ได้มารับการรักษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 7

ตารางที่ 4 – 7 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาที่ได้มารับการรักษา

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาที่ได้มารับการรักษา		
1 - 5 ครั้ง	110	65.87
6 - 10 ครั้ง	29	17.37
มากกว่า 10 ครั้ง	28	16.76
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 7 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ที่ได้มารับการรักษาจำนวน 1 - 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 65.87 รองลงมา ได้แก่ จำนวน 6 - 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.37 และน้อยที่สุด ได้แก่ จำนวนมากกว่า 10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.76

4.2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในการมาตรวจหรือมารักษาแต่ละครั้งท่านต้องกลางานหรือหยุดงานมาทั้งวันหรือไม่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 8

ตารางที่ 4 – 8 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในการมาตรวจหรือมารักษาแต่ละครั้งท่านต้องกลางานหรือหยุดงานมาทั้งวันหรือไม่

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมาตรวจหรือมารักษาแต่ละครั้งท่านต้องกลางานหรือหยุดงานมาทั้งวันหรือไม่		
ใช่	91	54.49
ไม่ใช่	76	45.51
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 8 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ การมาตรวจหรือมารักษาแต่ละครั้งจะต้องกลางานหรือหยุดงานมาทั้งวัน คิดเป็นร้อยละ 54.49 และน้อยที่สุด ได้แก่ การมาตรวจหรือมารักษาแต่ละครั้งไม่ต้องกลางานหรือหยุดงานมาทั้งวัน คิดเป็นร้อยละ 45.51

4.2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในการเดินทางมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 9

ตารางที่ 4 – 9 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในการเดินทางมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเดินทางมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล		
รถยนต์หรือจักรยานยนต์ส่วนตัว	94	56.28
รถโดยสารประจำทาง	49	29.34
รถรับจ้าง	19	11.38
ญาติหรือคนใกล้ชิดมาส่ง	2	1.20
อื่นๆ	3	1.80
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 8 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เดินทางมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ โดยรถยนต์หรือจักรยานยนต์ส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 56.28 รองลงมา ได้แก่ รถโดยสารประจำทาง คิดเป็นร้อยละ 29.34 รถรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 11.38 อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 1.80 และน้อยที่สุด ได้แก่ ญาติหรือคนใกล้ชิดมาส่ง คิดเป็นร้อยละ 1.20

4.2.4 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาการรับบริการตรวจ ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 10

ตารางที่ 4 – 10 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท)	615.57	756.21
ระยะเวลาในการเดินทาง (ชั่วโมง)	1.98	1.52
ระยะเวลาการรับบริการตรวจ (ชั่วโมง)	2.30	1.86
ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาล (บาท)	298.18	396.04
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวม (บาท)	913.75	943.66

จากตารางที่ 4 – 10 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 615.57 บาท ระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ยเฉลี่ย 1.98 ชั่วโมง ระยะเวลาการรับบริการตรวจเฉลี่ย 2.30 ชั่วโมง ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาลเฉลี่ย 298.18 บาท และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมเฉลี่ย 913.75 บาท

4.2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 11

ตารางที่ 4 – 11 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลของวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
ชำระเงินเอง	3	1.80
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	90	53.90
บัตรประกันสังคม	20	11.97
เบิกได้จากหน่วยงานต้นสังกัด	2	1.20
เบิกได้โดยการเบิกจ่ายตรง	50	29.93
อื่นๆ	2	1.20
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 11 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ การใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 53.90 รองลงมา ได้แก่ เบิกได้โดยการเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 29.93 บัตรประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 11.97 ชำระเงินเอง คิดเป็นร้อยละ 1.80 และน้อยที่สุด ได้แก่ เบิกได้จากหน่วยงานต้นสังกัดและอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 1.20

4.2.6 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจากการซื้อยาในแต่ละครั้งของผู้ป่วยที่ผ่านมานอกจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 12

ตารางที่ 4 – 12 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ผ่านมานอกจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย		
มี	9	5.39
ไม่มี	158	94.61
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 12 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ ไม่มีค่าใช้จ่ายจากการซื้อยาที่ผ่านมานอกจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 94.61 และน้อยที่สุด ได้แก่ มีค่าใช้จ่ายจากการซื้อยาที่นอกรับการรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.39

4.2.7 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจากการซื้อยาในแต่ละครั้งของผู้ป่วยที่ผ่านมานอกจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 13

ตารางที่ 4 – 13 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจากการซื้อยา ในแต่ละครั้งของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ครั้งที่ 1. ค่าใช้จ่าย	232	284.11

จากตารางที่ 4 – 13 พบว่า ค่าใช้จ่ายจากการซื้อยาในแต่ละครั้งของผู้ป่วยที่ผ่านมานอกจากการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 232 บาท

4.2.8 ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการซื้อยาในแต่ละครั้งของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 14

ตารางที่ 4 – 14 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการซื้อยาในแต่ละครั้งของผู้ป่วย

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย		
มี	14	8.38
ไม่มี	153	91.62
รวม	167	100.00

จากตารางที่ 4 – 14 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ ไม่มีค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการซื้อยาในแต่ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 91.62 และน้อยที่สุด ได้แก่ มีค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการซื้อยาในแต่ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.38

4.3 ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ดังนี้

4.3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านเพศ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านเพศ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 15

ตารางที่ 4 – 15 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปในด้านเพศ

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	29.23
หญิง	46	70.77
รวม	65	100.00

จากตารางที่ 4 - 15 พบว่า ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.77 ที่เหลือ ได้แก่ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 29.23

4.3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านอายุ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 16

ตารางที่ 4 – 16 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในด้านอายุ

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 15 ปี	0	0.00
15 – 25 ปี	3	4.62
26 – 40 ปี	28	43.08
41 – 60 ปี	26	40.00
มากกว่า 60 ปี	8	12.31
รวม	65	100.00

จากตารางที่ 4 - 16 พบว่า อายุของญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ ช่วงอายุ 26 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.08 รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุ 41 - 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 40.00 มากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.31 และน้อยที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 15 - 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.62

4.3.3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านระดับอาชีพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านอาชีพ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 17

ตารางที่ 4 - 17 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลในด้านระดับอาชีพ

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	14	21.54
พนักงานบริษัทเอกชน	12	18.46
ผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร	2	3.08
เกษียณอายุ	0	0.00
ว่างงานหรือกำลังหางาน	2	3.08
ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	10	15.38
เกษตรกรหรือรับจ้าง	12	18.46
แม่บ้าน	5	7.69
นักเรียนหรือนักศึกษา	3	4.62
อื่นๆ	5	7.69
รวม	65	100.00

จากตารางที่ 4 - 17 พบว่า อาชีพของญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ อาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 21.54 รองลงมา ได้แก่ อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน และเกษตรกรหรือรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 18.46 ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 15.38 แม่บ้าน อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 7.69 นักเรียนหรือนักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 4.62 และน้อยที่สุด ได้แก่ ว่างงานหรือกำลังหางาน คิดเป็นร้อยละ 3.08

4.3.4 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามในด้านรายได้ของญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านอายุ ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 18

ตารางที่ 4 – 18 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลส่วนตัว	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ในปัจจุบัน	10,719	11,585

จากตารางที่ 4 – 18 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ในปัจจุบันเฉลี่ย 10,719 บาท

4.3.5 ข้อมูลเกี่ยวกับญาติของผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาการรับบริการตรวจ ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 19

ตารางที่ 4 – 19 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท)	742.05	639.98
ระยะเวลาในการเดินทาง (ชั่วโมง)	3.77	12.58
ระยะเวลาการรับบริการตรวจ (ชั่วโมง)	2.10	1.68
ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาล (บาท)	331.03	506.6
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวม (บาท)	1,073.08	864.57

จากตารางที่ 4 – 19 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 742.05 บาท ระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ย 3.77 ชั่วโมง ระยะเวลาการรับบริการตรวจเฉลี่ย 2.10 ชั่วโมง ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาลเฉลี่ย 331.03 บาท และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมเฉลี่ย 1,073.08 บาท

4.3.6 ข้อมูลเกี่ยวกับญาติของผู้ป่วยที่ต้องลางานหรือขาดงานในการพาผู้ป่วยมาทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 20

ตารางที่ 4 – 20 แสดงจำนวนและค่าร้อยละข้อมูลของผู้ป่วยที่ต้องลางานหรือขาดงานในการพาผู้ป่วยมาทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การลางานหรือขาดงาน		
ใช่	43	79.63
ไม่ใช่ โดยลาหรือหยุดงาน	7	12.96
ไม่ได้ลาหรือหยุดงานเพราะไม่ได้ทำงาน	4	7.41
รวม	54	100.00

จากตารางที่ 4 - 20 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ได้แก่ ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องลางานหรือขาดงานในการพาผู้ป่วยมาทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 79.63 รองลงมา ได้แก่ ไม่ใช่โดยลาหรือหยุดงาน คิดเป็นร้อยละ 12.96 และน้อยที่สุด ได้แก่ ไม่ได้ลาหรือหยุดงานเพราะไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 7.41

4.3.7 ข้อมูลเกี่ยวกับญาติของผู้ป่วยที่ต้องขาดงานประมาณครั้งละ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 21

ตารางที่ 4 - 21 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเกี่ยวกับการขาดงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ขาดงานประมาณครั้งละ (วัน)	1.28	0.61

จากตารางที่ 4 - 21 พบว่า ญาติของผู้ป่วยที่ต้องขาดงานประมาณครั้งละเฉลี่ย 1.28 ครั้ง

4.4 ผลการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือกโดยวิธีการทุนมนุษย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถามลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

4.4.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยเนื่องจากการปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า และอัมพฤกษ์และอัมพาตตามแนวคิดทุนมนุษย์ ได้แบ่งต้นทุนออกเป็น 2 ประเภท คือต้นทุนทางตรง (Direct Cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 - 22

ตารางที่ 4 - 22 แสดงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคทั้งหมด

ประเภทของต้นทุน	ผู้ป่วยรวมโรคทั้งหมด	
	บาท/คน	ร้อยละของต้นทุนทั้งหมด
1. ต้นทุนทางตรง		
1.1 ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหารที่พัก	2,308.78	47.86
1.2 ค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ	946.60	19.62
รวมต้นทุนทางตรง	3,255.38	67.48
2. ต้นทุนทางอ้อม		
2.1 ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจ		
- ค่าเสียเวลาของผู้ป่วย	231.72	4.80
- ค่าเสียเวลาของญาติ	292.21	6.06
2.2 รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย	467.33	9.69
2.4 รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไป	577.52	11.97
รวมต้นทุนทางอ้อม	1,568.78	32.52
รวมต้นทุนทั้งหมด	4,824.16	100.00

จากตารางที่ 4 – 22 พบว่า ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ที่ประกอบไปด้วย ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร ที่พัก และค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ โดยมี

ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร ที่พัก ซึ่งมีค่าโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2,308.78 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 47.86 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

ค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ ซึ่งมีค่าโดยเฉลี่ยเท่ากับ 946.60 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 19.62 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

รวมต้นทุนทางตรงเฉลี่ยเท่ากับ 3,255.38 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 67.48 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ประกอบไปด้วย ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจของผู้ป่วยและญาติ รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย และรายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากการดูแลผู้ป่วย

ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 231.72 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 4.80 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

ค่าเสียเวลาในการเดินทางของญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 292.21 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 6.06 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 467.33 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.69 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไป ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 577.52 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.97 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

รวมต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยเท่ากับ 1,568.78 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 32.52 ของต้นทุนรวมทั้งหมด

รวมต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมดเท่ากับ 4,824.16 บาทต่อคน

4.4.2 การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยเนื่องจากการปวดไหล่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 23

ตารางที่ 4 – 23 แสดงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคปวดไหล่

ประเภทของต้นทุน	ผู้ป่วยโรคปวดไหล่	
	บาท/คน	ร้อยละของต้นทุนทั้งหมด
1. ต้นทุนทางตรง		
1.1 ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหารที่พัก	1255.25	28.87
1.2 ค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ	1214.81	27.94
รวมต้นทุนทางตรง	2,470.06	56.82
2. ต้นทุนทางอ้อม		
2.1 ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจ		
- ค่าเสียเวลาของผู้ป่วย	454.82	10.46
- ค่าเสียเวลาของญาติ	269.17	6.19
2.2 รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย	716.13	16.47
2.3 รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไป	437.06	10.28
รวมต้นทุนทางอ้อม	1,877.18	43.18
รวมต้นทุนทั้งหมด	4,347.24	100.00

จากตารางที่ 4 – 23 พบว่า ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ของโรคปวดไหล่ที่เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร ที่พักมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,255.25 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 28.87 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่ และค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,214.81 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 27.94 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่

รวมต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยโรคปวดไหล่เท่ากับ 2,470.06 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 56.82 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ของโรคปวดไหล่ที่เป็นค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 454.82 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 10.46 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ค่าเสียเวลาในการเดินทางของญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 269.17 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 6.19 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่ รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 716.13 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.47 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่ และรายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 437.06 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.05 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่

รวมต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 1,877.18 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 43.18 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดไหล่

รวมต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมดเท่ากับ 4,347.23 บาทต่อคน

4.4.3 การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยเนื่องจากการปวดหลัง
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 24

ตารางที่ 4 – 24 แสดงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคปวดหลัง

ประเภทของต้นทุน	ผู้ป่วยโรคปวดหลัง	
	บาท/คน	ร้อยละของต้นทุนทั้งหมด
1. ต้นทุนทางตรง		
1.1 ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหารที่พัก	1,301	27.47
1.2 ค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ	1,238.28	26.14
รวมต้นทุนทางตรง	2,539.28	53.16
2. ต้นทุนทางอ้อม		
2.1 ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจ		
- ค่าเสียเวลาของผู้ป่วย	272.79	5.76
- ค่าเสียเวลาของญาติ	568.96	12.01
2.2 รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย	467	9.86
2.3 รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไป	888.88	18.77
รวมต้นทุนทางอ้อม	2,197.67	46.39
รวมต้นทุนทั้งหมด	4,736.95	100.00

จากตารางที่ 4 – 24 พบว่า ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ของโรคปวดหลังที่เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร ที่พักมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,301 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 27.47 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง และค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,238.28 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 26.14 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง

รวมต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยโรคปวดหลังเท่ากับ 2,539.28 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 53.16 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ของโรคปวดหลังที่เป็นค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 272.79 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 5.76 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง ค่าเสียเวลาในการเดินทางของญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 568.96 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 12.01 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 467 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.86 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง และรายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 888.88 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.77 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง

รวมต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 2,197.67 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 46.39 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดหลัง

รวมต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมดเท่ากับ 4,736.95 บาทต่อคน

4.4.4 การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยเนื่องจากการปวดเข่า
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 25

ตารางที่ 4 – 25 แสดงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคปวดเข่า

ประเภทของต้นทุน	ผู้ป่วยโรคปวดเข่า	
	บาท/คน	ร้อยละของต้นทุนทั้งหมด
1. ต้นทุนทางตรง		
1.1 ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหารที่พัก	965.04	29.07
1.2 ค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ	1,073.80	32.35
รวมต้นทุนทางตรง	2,038.84	61.41
2. ต้นทุนทางอ้อม		
2.1 ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจ		
- ค่าเสียเวลาของผู้ป่วย	167.95	5.06
- ค่าเสียเวลาของญาติ	228.75	6.89
2.2 รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย	464.28	13.99
2.3 รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไป	420.00	12.65
รวมต้นทุนทางอ้อม	1,280.98	38.59
รวมต้นทุนทั้งหมด	3,319.82	100.00

จากตารางที่ 4 – 25 พบว่า ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ของโรคปวดเข่าที่เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร ที่พักมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 965.04 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 29.07 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า และค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1073.80 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 32.35 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า

รวมต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยโรคปวดเข่าเท่ากับ 2,038.84 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 61.41 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ของโรคปวดเข่าที่เป็นค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 167.95 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 5.06 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า ค่าเสียเวลาในการเดินทางของญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 228.75 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 6.89 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 464.28 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.99 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า และรายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 420 บาท คิดเป็นร้อยละ 12.65 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า

รวมต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 1,280.98 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 38.59 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคปวดเข่า

รวมต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมดเท่ากับ 3,319.82 บาทต่อคน

4.4.5 การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยเนื่องจากการเป็นโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏผลดังตารางที่ 4 – 26

ตารางที่ 4 – 26 แสดงต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต

ประเภทของต้นทุน	ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตทั้งหมด	
	บาท/คน	ร้อยละของต้นทุนทั้งหมด
1. ต้นทุนทางตรง		
1.1 ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหารที่พัก	2,025.15	41.80
1.2 ค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติ	1,655.39	34.17
รวมต้นทุนทางตรง	3,680.54	75.97
2. ต้นทุนทางอ้อม		
2.1 ค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจ		
- ค่าเสียเวลาของผู้ป่วย	296.87	6.13
- ค่าเสียเวลาของญาติ	189.69	3.87
2.2 รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วย	332.70	6.87
2.3 รายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไป	344.69	7.12
รวมต้นทุนทางอ้อม	1,163.95	24.03
รวมต้นทุนทั้งหมด	4,844.49	100.00

จากตารางที่ 4 – 26 พบว่า ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) ของโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตที่เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร ที่พักมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,025.15 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 41.80 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต และค่าเดินทางผู้ป่วยและญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,655.39 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 34.17 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต

รวมต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตเท่ากับ 3,680.54 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 75.97 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต

ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ของโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตที่เป็นค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 296.87 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 6.13 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรค อัมพฤกษ์และอัมพาต ค่าเสียเวลาในการเดินทางของญาติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 189.69 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 3.87 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต รายได้ที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 332.70 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.87 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต และรายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียไปมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 344.69 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.12 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต

รวมต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 1,163.95 บาทต่อคน คิดเป็นร้อยละ 24.03 ของต้นทุนรวมผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต

รวมต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมดเท่ากับ 4,844.49 บาทต่อคน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาการประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (economic cost) ของแพทย์ทางเลือก โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของแพทย์ทางเลือก และมีสมมติฐานการวิจัยอยู่ 2 ข้อ ได้แก่ ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีจำนวนมากกว่าต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาต และต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยอัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีจำนวนมากกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยปวดไหล่ ปวดหลัง และปวดเข่า

ประชากรการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่รับบริการมีปัญหาจากโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า และจากโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต โดยเข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่มกราคม – มิถุนายน 2557 และได้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรวิธีทราบประชากรที่แน่นอน (Finite Population) จำนวน 287 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 167 ราย ซึ่งผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยมีผู้ป่วยโรคปวดไหล่จำนวน 44 ราย ปวดหลังจำนวน 47 ราย ปวดเข่าจำนวน 21 ราย และอัมพฤกษ์และอัมพาตจำนวน 55 ราย และผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่จากห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก

วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลในการแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Office Excel 2007

5.1 สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศหญิง มีช่วงอายุ 41 – 60 ปี สมรส ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว มีรายได้ในปัจจุบันเฉลี่ย 10,608 บาท มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13,060.60 เนื่องจากผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวและข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ที่มีสัดส่วนของอาชีพรวมกันสูงถึงร้อยละ 44.92 ทำให้มีรายได้ที่แตกต่างกันมาก โดยผู้ที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาท สูงสุด 30,000 บาท และอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีรายได้ต่ำสุด 7,900 บาท สูงสุด 62,370 บาท รายได้ในปัจจุบันของครัวเรือนเฉลี่ย 21,101 บาท มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20,962.30 เนื่องจากอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมีรายได้ในปัจจุบันของครัวเรือนต่ำสุด 8,000 บาท สูงสุด 50,000 บาท และอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีรายได้ในปัจจุบันของครัวเรือนต่ำสุด 15,000 บาท สูงสุด 100,000 บาท และจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.13 คน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาได้มารับการรักษาจำนวน 1 - 5 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งมารักษาจะต้องลางานหรือหยุดงานมาทั้งวัน เดินทางโดยการโดยสารยนต์หรือจักรยานยนต์ส่วนตัว มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 615.57 บาท มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 756.21 เนื่องจากผู้ป่วยโรคปวดไหล่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่ำสุด 40 บาท เพราะมีที่พักอยู่อำเภอเมืองใกล้โรงพยาบาล สูงสุด 4,500 บาท เพราะผู้ป่วยเดินทางมาจากอำเภอเขมราฐที่อยู่ติดกับสปป.ลาว ระยะทางไกลจึงทำให้ค่าเหมารถไปกลับมีราคาสูง ผู้ป่วยโรคปวดหลังมีค่าใช้จ่าย

ในการเดินทางต่ำสุด 40 บาท เพราะมีที่พักอยู่อำเภอเมืองใกล้โรงพยาบาล สูงสุด 3,000 บาท เพราะผู้ป่วยเดินทางมาจากจังหวัดยโสธร ผู้ป่วยโรคปวดเข่ามีค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่ำสุด 40 บาท เพราะมีที่พักอยู่อำเภอเมืองใกล้โรงพยาบาล สูงสุด 2,400 บาท เพราะผู้ป่วยเดินทางมาจากอำเภอบุณฑริก ระยะทางไกลจึงทำให้ค่าเหมารถไปกลับมีราคาสูง และผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่ำสุด 20 บาท เพราะมีที่พักอยู่อำเภอเมืองใกล้โรงพยาบาล สูงสุด 3,000 บาท เพราะผู้ป่วยเดินทางมาจากอำเภอหัวตะพานระยะทางไกลจึงทำให้ค่าเหมารถไปกลับมีราคาสูง ระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ยเฉลี่ย 1.98 ชั่วโมง ระยะเวลาการรับการตรวจเฉลี่ย 2.30 ชั่วโมง ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาลเฉลี่ย 298.18 บาท มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 396.04 เนื่องจากผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างอำเภอจะมีญาติมาคอยดูแลโดยเฉพาะผู้ป่วยจากโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต จึงทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้บางรายสูงถึง 3,000 บาท และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมเฉลี่ย 913.75 บาท วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีค่าใช้จ่ายจากการซื้อยาเพิ่ม

ข้อมูลส่วนตัวของญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

พบว่า ญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศหญิง มีช่วงอายุ 26 – 40 ปี ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว รายได้ในปัจจุบันเฉลี่ย 10,719 บาท มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 742.05 บาท ระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ย 3.77 ชั่วโมง ระยะเวลาการรับการตรวจเฉลี่ย 2.10 ชั่วโมง ค่าอาหารและที่พักระหว่างมาสถานพยาบาลเฉลี่ย 331.03 บาท และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมเฉลี่ย 1,073.08 บาท ซึ่งจะต้องลงงานหรือขาดงานในการพาผู้ป่วยมาทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล โดยมีการขาดงานประมาณครั้งละเฉลี่ย 1.28 ครั้ง

การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยเนื่องจากการปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า และอัมพฤกษ์และอัมพาต

พบว่า ต้นทุนทางตรงทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 3,255.38 บาทต่อคน ต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 1,568.78 บาทต่อคน ซึ่งต้นทุนทางตรงทั้งหมดมีค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อมทั้งหมด

การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคปวดไหล่

พบว่า ต้นทุนทางตรงทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 2,470.06 บาทต่อคน ต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 1,877.18 บาทต่อคน ซึ่งต้นทุนทางตรงทั้งหมดมีค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อมทั้งหมด

การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคปวดหลัง

พบว่า ต้นทุนทางตรงทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 2,539.28 บาทต่อคน ต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 2,197.67 บาทต่อคน ซึ่งต้นทุนทางตรงทั้งหมดมีค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อมทั้งหมด

การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคปวดเข่า

พบว่า ต้นทุนทางตรงทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 2,038.84 บาทต่อคน ต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 1,280.98 บาทต่อคน ซึ่งต้นทุนทางตรงทั้งหมดมีค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อมทั้งหมด

การคำนวณต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วยจากโรคอัมพฤกษ์และอัมพาต

พบว่า ต้นทุนทางตรงทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 3,680.54 บาทต่อคน ต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 1,163.95 บาทต่อคน ซึ่งต้นทุนทางตรงทั้งหมดเฉลี่ยมีค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดเฉลี่ย

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1: ต้นทุนทางตรงของผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาต จะมีจำนวนมากกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาต

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ต้นทุนทางตรงทั้งหมดของผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีจำนวนมากกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเข่า อัมพฤกษ์และอัมพาต เนื่องจากต้นทุนทางตรงที่เกิดขึ้นโดยมากเกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอาหารที่พักและค่าเดินทางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างอำเภอ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทุกโรคเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจึงทำให้มีรายได้น้อยรายได้น้อย หรือไม่มีเลยจึงทำให้ผลการคำนวณต้นทุนทางอ้อมที่เป็นรายได้ที่ต้องสูญเสียไปจากการเจ็บป่วยมีค่าน้อย และค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าไม่มากเท่าที่ควร ประกอบกับค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจทั้งหมดของผู้ป่วยและญาติไม่ได้มากจึงทำให้ผลการคำนวณต้นทุนทางอ้อมไม่ได้มีค่ามากไปด้วย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวได้สอดคล้องกับงานวิจัยของคงศักดิ์ ภิระคำ (2550) และมาศอุมา เดชเจริญพานิช (2552) ที่พบว่าต้นทุนทางตรงทั้งหมดมีค่ามากกว่าต้นทุนทางอ้อมทั้งหมด เนื่องจากต้นทุนทางตรงที่เกิดขึ้นโดยมากเกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ไกลประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีทำให้มีรายได้น้อย หรือไม่มีเลยจึงทำให้ต้นทุนทางอ้อมที่เป็นรายได้ที่ต้องสูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและค่าเสียเวลาในการเดินทางและรอรับการตรวจมีค่าน้อยไปด้วย

สมมติฐานที่ 2: ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีจำนวนมากกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง และปวดเข่า

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดจากโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตเท่ากับ 1,163.95 บาท ส่วนต้นทุนทางอ้อมทั้งหมดจากโรคปวดไหล่ ปวดหลัง และปวดเข่าเท่ากับ 1,877.18 , 2,197.67 และ 1,280.98 บาท ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติของโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีสัดส่วนของผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากกว่าของผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง และปวดเข่า จึงทำให้มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าด้วยจึงเป็นผลทำให้ต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตจะมีจำนวนน้อยกว่าต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยโรคปวดไหล่ ปวดหลัง และปวดเข่าและไม่ได้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าค่าใช้จ่ายทางตรงส่วนใหญ่มาจากค่าเดินทางโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาจากต่างอำเภอและบางรายเดินทางมาถึงช่วงป่วยและไม่สามารถทันการรักษา จึงจำเป็นต้องเสียค่าที่พัก ค่าอาหารและค่าเหมารถเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย เพราะนอกจากจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นแล้วยังต้องมีโอกาสจากการไม่ได้ทำงานเพิ่มขึ้นอีกด้วย ดังนั้นเพื่อเป็นการรักษาไม่ให้ผู้ป่วยที่อยู่ต่างอำเภอต้องสูญเสียรายได้มากขึ้นทั้งที่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อยอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงเห็นควรให้สร้างบุคลากรทางแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นเพื่อให้ไปประจำการตาม

โรงพยาบาลประจำอำเภอเพื่อไม่ต้องให้ผู้ป่วยที่อยู่ต่างอำเภอจะต้องเดินทางเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งโดยรวมแล้วก็จะส่งผลดีต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย และอาจทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ต้องมีหนี้สินเพิ่มขึ้น

5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.1 สำหรับผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์และอัมพาตผู้วิจัยควรลงไปสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้น่าจะมีค่าใช้จ่ายทางตรงที่นอกเหนือจากการรักษา ค่าที่พัก ค่าอาหารและค่าเดินทาง เช่น ค่าต่อเติมบ้านเพื่อความสะดวกของผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้การคำนวณต้นทุนทางอ้อมก็จะทำให้มีความแม่นยำมากขึ้น

5.4.2 ควรศึกษาทำการเปรียบเทียบต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ระหว่างการฝังเข็มกับการบำบัดโดยการนวด

5.4.3 ควรศึกษาการขยายการวิเคราะห์ในประเด็นการสร้างบุคลากรทางแพทย์ทางเลือกโดยใช้การวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการเสนอนโยบายเพื่อสร้างบุคลากรเหล่านี้ในอนาคต

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2542). *การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- การแพทย์ทางเลือก. (2555). *ความเป็นมาของการแพทย์ทางเลือก*. ค้นเมื่อ 29 กันยายน 2555, จาก <http://www.wchi-exercise.com>
- คงศักดิ์ ธีระคำ. (2550). *การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผลกระทบของมลพิษทางอากาศที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระ เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คุณาลักษณ์ คันธาราชภูร์. (2539). *การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของโรคมะเร็งปอดที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐนันท์ ปุณณวิทยาพันธ์. (2553). *การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดนิตา อินตะมูล. (2550). *พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาลในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าแบบอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แดนชัย ขอบจิตร. (2543). *ความคิดเห็นของทีมนักสุขภาพต่อการนำแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัทยา นีละภมร. (2543). *ระบบการแพทย์ทางเลือกในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาอนุระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พีระ บุญจริง. (2541). *แพทย์แผนโบราณ*. กรุงเทพมหานคร : ธรรมรักษ์การพิมพ์.
- อรยา เอี่ยมชื่น. (2544). *บำบัดโรคด้วยการแพทย์ทางเลือก*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ไรต์เดอส์ส ไตเจสท์.
- อุไร นิโรจน์นธ์. (2539). *ผลการวัดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Jayanton P. (2001). *Expenditure and quality of life lost due to diseases caused by smoking*. Research submitted to the Health System Research Institute (in Thai). Bangkok”: The Health System Research Institute.

jitrakul leartsakulpanitch. (2006). *The Economic Burden of Smoking-Related Disease in Thailand: A Prevalence-Based Analysis*. J Med Assoc Thai Vol. 90 No. 9 2007

jitrakul Leartsakulpanitch. (2007). *The economic burden of smoking-related disease in Thailand: a prevalence-based analysis*. J Med Assoc Thai 2007; 90(9): 1925-9

Mishan, E.J. 1971. *Cost – Benefit Analysis*. New York: Praeger.

Nittaya Srijaroenjira. (2003). *Alternative Medicine in Private Hospitals in Bangkok*. Master's Thesis, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Ray, Robin. 1993. *Cost – Benefit Analysis*. British Medical Journal. 307(October): 924 – 926, 994.

Sathirakorn Pongpanich. (2003). *A Comparative Analysis between Present and Future Tobacco-Related Health Costs in Thailand*. The College of Public Health Chulalongkorn University Bangkok, Thailand. Available: www.seatca.org/index.php?option=com_docman&task_down (July 20 2012)

Summana Moolasarn. (2005). *Usage of and Cost of Complementary/Alternative Medicine in Diabetic Patients*. Faculty of Pharmaceutical Science Ubon Ratchathani University. J Med Assoc Thai Vol. 88 no. 11 2005

Susmita Chattopadhyay. (2008). *Cost of Illness of Diabetes Mellitus in Thailand*. National, Institute of Cholera and Enteric Disease, Kolkata, India. Available: <http://www.asianscholarship.org/asf/ejournal/articles/chattopadhyay.pdf> (June 10 2012)

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

เรื่อง การประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Cost) ของแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรค

(ปวดไหล่, ปวดหลัง, ปวดเข่า, อัมพฤกษ์และอัมพาต)

ชื่อ - สกุล.....

ที่อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล

..... จังหวัด เบอร์โทรศัพท์

.....

- | | | |
|---|---|--|
| 1. เพศ | <input type="checkbox"/> 1. ชาย | <input type="checkbox"/> 2. หญิง |
| 2. อายุ | <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่า 15 ปี | <input type="checkbox"/> 2. 15 – 25 ปี |
| | <input type="checkbox"/> 3. 26 – 40 ปี | <input type="checkbox"/> 4. 41 – 60 ปี |
| | <input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 60 ปี | |
| 3. สถานภาพการสมรส | <input type="checkbox"/> 1. โสด | <input type="checkbox"/> 2. หย่า |
| | <input type="checkbox"/> 3. สมรส | <input type="checkbox"/> 4. หม้าย |
| 4. ระดับการศึกษา | <input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> 2. ปริญญาตรี |
| | <input type="checkbox"/> 3. สูงกว่าปริญญาตรี | |
| 5. อาชีพ | <input type="checkbox"/> 1. ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> 2. พนักงานบริษัทเอกชน |
| | <input type="checkbox"/> 3. เกษตรกรหรือรับจ้าง | <input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ |
| | <input type="checkbox"/> 5. นักเรียนหรือนักศึกษา | <input type="checkbox"/> 6. เกษียณอายุ |
| | <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ..... | |
| 6. รายได้ในปัจจุบันของท่าน (ไม่ใช่ทั้งครัวเรือน)..... | บาท/เดือน | |
| 7. รายได้ในปัจจุบันของครัวเรือนท่าน | บาท/เดือน | |
| 8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รวม | คน | |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามญาติ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. ต่ำกว่า 15 ปี 2. (15 – 25) ปี
 3. (26 – 40) ปี 4. (41 – 60) ปี
 5. มากกว่า 60 ปี
3. อาชีพ 1. ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 2. พนักงานบริษัทเอกชน
 3. ผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร 4. เกษียณอายุ
 5. ว่างานหรือกำลังหางาน 6. ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
 7. เกษตรกรหรือรับจ้าง 8. แม่บ้าน
 9. นักเรียนหรือนักศึกษา 10. อื่นๆ ระบุ.....
4. รายได้ของท่านประมาณเดือนละ บาท
5. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้มาเป็นเพื่อนผู้ป่วย ใช่หรือไม่
 1. ใช่ (กรุณากรอกรายละเอียดในตาราง) 2. ไม่ใช่

ครั้งที่	ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท)	ระยะเวลาในการเดินทาง มาสถานพยาบาล (นาที/ชม.)	ระยะเวลาารอรับ การตรวจ (นาที/ชม.)	ค่าอาหารและที่พัก (ถ้ามี) ระหว่างมาสถานพยาบาล (บาท)

6. ท่านต้องลางานหรือขาดงานในการพาผู้ป่วยมาทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่
1. ใช่ 2. ไม่ใช่ โดยลาหรือหยุดงาน.....ชั่วโมง.....นาที
3. ไม่ได้ลาหรือหยุดงานเพราะไม่ได้ทำงาน
7. ในช่วงที่ท่านมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยท่านต้องขาดงานประมาณครั้งละ (ถ้าประมาณไม่ได้ ระบุครั้งล่าสุด)...วัน

.....

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม