

การสังเคราะห์การปรับตัวและจุดยืนของภูมิปัญญาการแพทย์ พื้นบ้านในระบบสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาจังหวัดกาญจนบุรี

The Synthesis of Adaptation and Standpoint of Indigenous Medical Wisdom in Community Health Systems: A Case Study in Kanchanaburi Province

ชนิดา มัททวงกุล^{1,*} สันติ ศรีสวนแตง² และ พงษ์พรณ ทรายมงคลกุล²
Chanida Mattavangkul^{1,*}, Sunti Srisuantang² and Pongpan Traimongkolkul²

ABSTRACT

This qualitative research aimed to study the adaptation phenomenon of indigenous medical wisdom in Kanchanaburi province that affected socio-cultural change and synthesized the standpoint of indigenous medical wisdom in community health systems. Data collecting involved a quantitative survey for collecting and classifying folk-healers and qualitative techniques consisting of in-depth interviews, focus group discussion, observation, and documentary analysis.

The findings revealed 93 folk-healers in Kanchanaburi province with the main categories being herbalists (37.63%) and massagers (32.26%). Only 21.51 percent were registered as Thai traditional medical professionals. From a health care perspective, indigenous medical wisdom was still a part of community's way of life. When people had an illness, integrated care involving modern, indigenous, and alternative medicine was used in accordance with their beliefs, experiences, and the resources existing in the community. However, because of social factors including laws and policies from government sectors, the community way of life is changing. Thus, indigenous medicine must adjust to correspond to the people's way of life and the requirements of the community health systems so that indigenous medicine can address the 4 health care areas consisting of: health promotion, disease prevention, curing illness especially diseases for which treatment using modern medicine is limited, and health rehabilitation.

Keywords: adaptation, indigenous medical wisdom, community health systems

¹ โครงการปริญญาเอกสาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน นครปฐม 73140

Doctoral Program in Human and Community Resource Development, Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus, Nakhon Pathom 73140, Thailand.

² ภาควิชาการพัฒนาศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์และชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน นครปฐม 73140

Department of Human and Community Resource Development, Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus, Nakhon Pathom 73140, Thailand.

* Corresponding author, e-mail: nida.mat@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปรากฏการณ์ การปรับตัวของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านใน จังหวัดกาญจนบุรี อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง ด้านสังคมวัฒนธรรม และสังเคราะห์จุดยืนของ ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ ชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการ ดำรวจเชิงปริมาณเพื่อรวบรวมและจำแนกประเภท หมอพื้นบ้าน และวิธีการเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ สัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และ การวิเคราะห์เอกสาร

ผลการวิจัยพบว่าในจังหวัดกาญจนบุรีมีหมอ พื้นบ้านที่ยังคงบทบาทอยู่ 93 คน ส่วนใหญ่เป็นหมอ ยาสมุนไพรและหมอนวดในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.63 และ 32.26 ตามลำดับ และมีผู้ที่ได้รับ การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการ แพทย์แผนไทย ร้อยละ 21.51 ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่าภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านยังคงเป็นส่วนหนึ่ง ของวิถีชีวิตชุมชน เมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยจะมี การดูแลรักษาสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งการแพทย์ แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ ทางเลือก ตามความเชื่อ ประสบการณ์ และแหล่ง ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน แต่เนื่องจากปัจจัยทาง สังคมรวมถึงกฎหมายและนโยบายจากภาครัฐทำให้ วิถีชีวิตชุมชนเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การแพทย์ พื้นบ้านในปัจจุบันต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและความต้องการของประชาชน เพื่อคงไว้ซึ่ง จุดยืนในระบบสุขภาพชุมชนซึ่งมีขอบเขตครอบคลุม กิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่อยู่ในวิถีชีวิตทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาความเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคที่เป็นข้อจำกัดของ การแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ

คำสำคัญ: การปรับตัว ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ระบบสุขภาพชุมชน

บทนำ

ปัญหาวิจัยและความสำคัญ

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับ คนไทยมาแต่ดั้งเดิม ซึ่งเกิดจากความพยายามในการ ต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้มีชีวิตอยู่รอด โดยมีการสังเกต ทดลองใช้ คัดเลือก กลั่นกรอง สังสมประสบการณ์ การดูแลสุขภาพตนเอง และถ่ายทอดจากคนรุ่นก่อนสู่ คนรุ่นหลังอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นภูมิปัญญาในการ ดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เหมาะสมกับบริบททาง สังคมวัฒนธรรม ต่อเมื่อมีการพัฒนาประเทศไทยให้ ทันสมัยตามแบบตะวันตก การแพทย์แผนใหม่ก็เข้า มามีอิทธิพลต่อวิถีการดูแลสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตาม ยิ่งมนุษย์พัฒนาวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยีให้ทันสมัยมากขึ้นเพียงใด โรคภัยไข้เจ็บ ทั้งโรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ต่างๆ ก็ล้วนทวีความ รุนแรงมากขึ้นเป็นเงาตามตัว แม้ว่าการแพทย์แผน ปัจจุบันจะมีจุดเด่นในการช่วยรักษาชีวิตในภาวะ วิกฤตได้ดี แต่ขณะเดียวกันก็มีจุดอ่อน เช่น การ เชี่ยวชาญในมิติสังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงโรคเรื้อรัง ที่รักษาไม่หายขาด อาทิ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง เอ็ดส์ ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยต้องดิ้นรน แสวงหาทางเลือกอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการ ที่จะหายป่วยและประคับประคองคุณภาพชีวิตของ ตนเอง ดังนั้น การแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียว จึงไม่อาจตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของ ประชาชนในทุกมิติได้อย่างเพียงพอ อนึ่ง ในด้านการ งบประมาณ ยังพบว่าการแพทย์แผนปัจจุบันมีต้นทุน การให้บริการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เนื่องจาก ประเทศไทยต้องพึ่งพารักษาโรคและอุปกรณ์การ แพทย์ราคาแพงจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ (สำนัก งบประมาณ, 2551) จึงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ในภาวะเศรษฐกิจที่ขาดเสถียรภาพ ดังนั้น ใน สภาวะการณ์เช่นนี้นับเป็นโอกาสดีที่จะพลิกฟื้น ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและนำไปใช้ให้ เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ ซึ่งปัจจุบัน

ประเทศไทยจึงมีนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550–2554) ที่เน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง ตามยุทธศาสตร์ที่ 5 มุ่งบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 และ 10 ตามลำดับ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10, 2550, pp. 69–72) และในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555–2559) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยังคงเน้นการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย เพื่อให้มีองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาไทยที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11, 2555, หน้า 23–28)

การแพทย์พื้นบ้านมิได้รักษาคนไข้แบบแยกส่วนระหว่างร่างกาย จิตใจ ชุมชน และสภาพแวดล้อม จึงมิได้มุ่งรักษาความเจ็บป่วยเฉพาะจุดเช่นการแพทย์แผนใหม่ ในกระบวนการรักษา หมอพื้นบ้านจะไม่เพียงให้ยาหรือบำบัดทางกาย แต่ยังให้ความสำคัญกับจิตใจ จึงมีการผสมผสานพิธีกรรมซึ่งเป็นการเชียวยาอรรถมนต์ความรู้สึกเข้าไปด้วย และในกรณีความเจ็บป่วยจากสาเหตุที่ไม่ใช่ทางกาย เช่น ถูกผีเข้าหรือผีดผี ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับโลกทัศน์ของชาวบ้านที่ผูกพันตนเองกับธรรมชาติรอบตัวและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนือธรรมชาติ การแพทย์แผนใหม่จึงไม่อาจช่วยอะไรได้ ต้องรักษาด้วยพิธีกรรมตามแบบการแพทย์พื้นบ้าน (ยุกติ, 2548, หน้า 24–25) เนื่องจากปรากฏการณ์ต่างๆ ในชีวิตล้วนเป็นผลผลิตที่หล่อหลอมมาจากบริบทแวดล้อม เช่น การรคน้ำมนต์รักษาความเจ็บป่วย ซึ่งน้ำมนต์มิได้มีธาตุเคมีที่มีสรรพคุณพิเศษที่จะใช้มาเชื้อโรคหรือบำรุงร่างกาย หากแต่น้ำมนต์เป็นสื่อแห่งความเชื่อ (media)

มีคาถาเป็นสาร (message) ทำหน้าที่หล่อหลอมให้กายและใจรวมเป็นหนึ่งเดียว เมื่อใจมีพลังตามแรงศรัทธาแห่งความเชื่อ กายย่อมได้รับผลกระทบไม่มากนักน้อย ดังนั้น การรคน้ำมนต์จึงอาจส่งผลทางบวกต่ออาการเจ็บป่วยตามบริบทเป็นกรณีไป แต่หากไม่ใช้ฐานคิดแบบองค์รวม ไม่น่ามีทิศทางวัฒนธรรมเข้ามาร่วมพิจารณา ก็จะไม่เข้าใจว่าการรคน้ำมนต์จะช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยได้อย่างไร (ประดิษฐ์, 2540, หน้า 41) การมองสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นจุดเด่นของการแพทย์พื้นบ้าน โดยการที่หมอพื้นบ้านเข้าใจลักษณะผู้ป่วยอย่างรอบด้าน คือทราบถึงสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การดำเนินชีวิต และระบบเศรษฐกิจของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้หมอพื้นบ้านยังคงอยู่ในสังคมมาจนถึงปัจจุบัน (Phillips, 1990, p. 81)

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในแต่ละยุคสมัยย่อมส่งผลกระทบต่อการแพทย์พื้นบ้าน ดังเช่น พนม (2547, หน้า 280–333) ได้ศึกษาการดำรงอยู่ของหมอเมืองจังหวัดน่าน พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลง ความเชื่อมั่นต่อการแพทย์สมัยใหม่ รวมถึงความไม่แน่ใจต่อประสิทธิภาพการรักษาของหมอเมือง ล้วนส่งผลกระทบต่อบทบาทของหมอเมืองให้ลดฐานะลงเป็นเพียงผู้รองรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาจากโรงพยาบาลในโรคที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ แม้ว่าปัจจุบันจะมีกระแสความตื่นตัวของบุคลากรทางการแพทย์สมัยใหม่ต่อภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีการสร้างมาตรการทางกฎหมายเพื่อใช้ควบคุมและกำหนดขอบเขตการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน ซึ่งสร้างความหนักใจให้แก่หมอเมือง จึงมีการปรับตัวด้วยการรวมกลุ่มก่อตั้งเป็นชมรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องกฎหมาย ประสบการณ์การรักษา และการผลิตยาสมุนไพรร่วมกัน จึงทำให้สถานภาพและบทบาทของหมอเมืองดำรงอยู่และได้รับการยอมรับจากภาครัฐและประชาชนมากขึ้น และ ประดิษฐ์ (2540, หน้า 151–162) ศึกษาการใช้สมุนไพรใน

จังหวัดพิษณุโลก พบว่าประชาชนใช้สมุนไพรรักษาโรคลดน้อยลง ซึ่งมีสาเหตุจากการเข้ามาของระบบการแพทย์แผนใหม่ โดยเฉพาะการมีสถานอนามัยที่ให้บริการครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ประกอบกับรูปแบบและวิธีการรักษาที่รวดเร็ว ทันสมัย จึงเกิดการยอมรับอย่างกว้างขวาง นอกจากนั้นยังพบว่าหมอสมุนไพรมีการใช้คาถาและพิธีกรรมน้อยลง หันมาเน้นที่ประสิทธิภาพของตัวยาสมุนไพรมากขึ้น เนื่องจากผู้รับบริการมีการศึกษาสูงขึ้นและเชื่อในหลักวิทยาศาสตร์มากขึ้นกว่าแต่ก่อน ขณะที่ Lewis (2007, pp. 146–165) ศึกษาผู้สูงอายุเชื้อสายเขมรในสหรัฐอเมริกาที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่านิยมใช้การแพทย์พื้นบ้านเป็นลำดับแรก ส่วนการแพทย์แผนตะวันตกจะเป็นทางเลือกลำดับที่สองในกรณีที่การแพทย์พื้นบ้านให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ส่วน Ben-Arye, Karkabi, Karkabi, Keshet, Haddad, and Frenkel (2009, pp. 177–182) ศึกษาผู้ป่วยชาวอาหรับและยิวในประเทศอิสราเอล พบว่าผู้ป่วยชาวอาหรับนิยมใช้การแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรมากกว่า ขณะที่ชาวยิวใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ มากกว่า เช่น ไคโรแพรคติกส์ (chiropractics) โฮมีโอพาธี (homeopathy) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเห็นตรงกันว่าควรมีการจัดบริการการแพทย์ทางเลือกหลายๆ ระบบในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

จากกระแสความนิยมหรือความสนใจต่อการแพทย์พื้นบ้านอย่างกว้างขวางในสังคมปัจจุบัน มีประเด็นที่น่าเป็นห่วง คือ การมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งประชาชนผู้รับบริการ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในฐานะผู้ให้บริการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงสถานการณ์การปรับตัวและสังเคราะห์จุดยืนที่เหมาะสมของการแพทย์พื้นบ้านเพื่อช่วยเสริมระบบสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมทุก

มิติมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประมวลสถานการณ์การปรับตัวของการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมวัฒนธรรม
2. สังเคราะห์จุดยืนที่เหมาะสมของภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะหมอพื้นบ้านที่มีบทบาทอยู่ในชุมชนที่เป็นคนไทยเท่านั้น ไม่ครอบคลุมกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ที่มาตั้งบ้านเรือนอยู่ในบางพื้นที่ของจังหวัดกาญจนบุรี

นิยามศัพท์

จุดยืน หมายถึง ขอบเขตการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านที่ผ่านกระบวนการปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมในปัจจุบัน เพื่อร่วมดูแลและเสริมระบบสุขภาพชุมชนที่เป็นที่ยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งประชาชนผู้รับบริการในฐานะเจ้าของสุขภาพ หมอพื้นบ้าน และบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพแผนปัจจุบัน โดยสังเคราะห์จากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ วิถีชีวิต ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ช่องว่างหรือจุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบกับการเปิดพื้นที่ทางกฎหมายและนโยบาย

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง องค์ความรู้ วิธีคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมา เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่อยู่ในวิถีชีวิตวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนที่ดูแลสุขภาพกันเองมาแต่ดั้งเดิม สอดคล้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม

ประเพณี และทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น

ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง ระบบที่ประกอบไปด้วยบุคคล องค์กรชุมชน สถาบันต่างๆ ในชุมชน แหล่งทรัพยากร และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของชุมชน โดยประกอบด้วยระบบย่อยๆ 3 ส่วน ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบการแพทย์เชิงวิชาชีพ ซึ่งระบบย่อยทั้ง 3 ส่วนมีความเกี่ยวข้องกัน แต่สัดส่วนพื้นที่ของระบบย่อยอาจแตกต่างกันในแต่ละชุมชนขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ

วิธีวิจัย

การเลือกพื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ระยะตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจและจำแนกประเภทหมอบ้าน มีพื้นที่ศึกษาครอบคลุมจังหวัดกาญจนบุรีทั้ง 13 อำเภอ

ระยะที่ 2 การศึกษาเจาะลึกในบริบทของชุมชนกรณีศึกษา 1 ชุมชน โดยเลือกแบบเจาะจงจากชุมชนที่มีความโดดเด่นในภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่สำรวจพบ และประชาชนยังคงนิยมใช้ภูมิปัญญาดังกล่าวในการดูแลสุขภาพอย่างกว้างขวางมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งได้แก่ ชุมชนตำบลพนมทวน ในอำเภอนมทวน

แหล่งที่มาของข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ได้มาจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 หมอบ้านทุกประเภทในจังหวัด

กาญจนบุรีทั้ง 13 อำเภอ จำนวน 93 คน

1.2 บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่รับผิดชอบพื้นที่ชุมชนกรณีศึกษา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกแพทย์แผนไทย จำนวน 3 คน

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนกรณีศึกษา จำนวน 4 คน

1.4 ประชาชนในชุมชนกรณีศึกษาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน จำนวน 12 คน

2. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง ได้มาจาก

2.1 กฎหมายหลักหรือกฎหมายแม่บท ได้แก่ รัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติต่างๆ จำนวน 7 ฉบับ

2.2 กฎหมายรอง ได้แก่ กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศ และอื่นๆ จำนวน 19 ฉบับ

2.3 นโยบายระดับชาติ จำนวน 7 เรื่อง

กระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการสำรวจเชิงปริมาณ เพื่อรวบรวมและจำแนกประเภทหมอบ้านในจังหวัดกาญจนบุรีทั้ง 13 อำเภอ ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2554 และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในชุมชนกรณีศึกษา ดำเนินการช่วงตุลาคม 2554 ถึงสิงหาคม 2555

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสำรวจเชิงปริมาณ ร่วมกับวิธีการเชิงคุณภาพหลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการวิเคราะห์เอกสาร โดยกำหนดประเด็นและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจจำนวนและประเภทหมอบ้าน วิเคราะห์

โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ

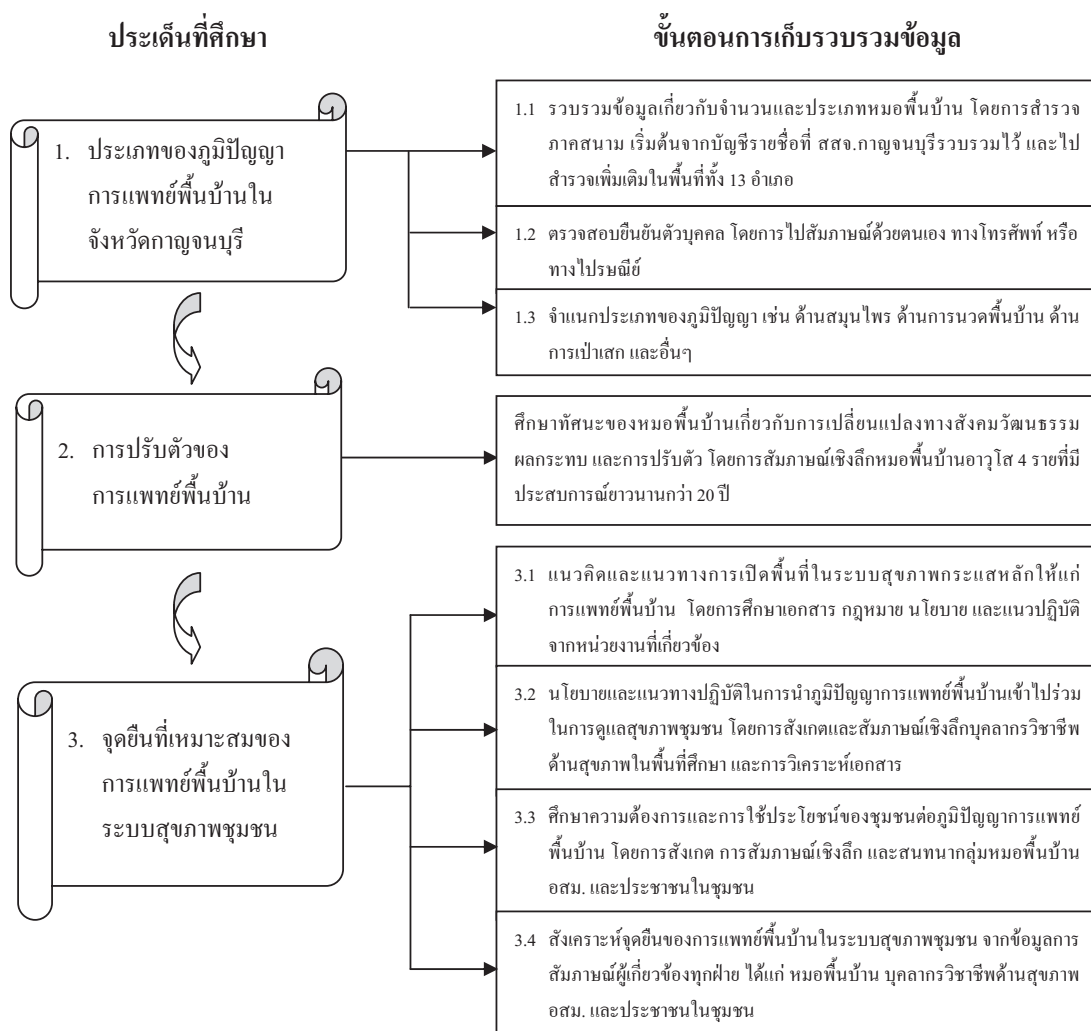
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต และเอกสารกฎหมาย นโยบายที่เกี่ยวข้อง ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอิงตัวแบบ (template approach)

ผลการวิจัยและอภิปราย

หมอพื้นบ้าน: ทรัพยากรบุคคลในจังหวัดกาญจนบุรี

จังหวัดกาญจนบุรีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 13 อำเภอ มีประชากรรวม 838,914 คน เป็นเพศ

ชาย 421,782 คน และเพศหญิง 417,132 คน มีจำนวนครัวเรือน 296,794 ครัวเรือน (กรมการปกครอง, 2554) สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวม 159 แห่ง จำแนกเป็นสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 144 แห่ง นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง และคลินิกอีก 136 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี, 2553) ผลการสำรวจหมอพื้นบ้านในจังหวัดกาญจนบุรี



ภาพที่ 1 กระบวนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างปี พ.ศ. 2553–2554 พบหมอฟันบ้านที่ยังดำรงบทบาทอยู่ทั้งสิ้นจำนวน 93 คน โดยอยู่ในอำเภอพนมทวนมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นหมอยาสมุนไพรและหมอนวดในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.63 และ 32.26 ตามลำดับ โดยมีผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 21.51 ดังตารางที่ 1

ความต้องการและการใช้ประโยชน์ของชุมชนในการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

ชุมชนกรณศึกษา ได้แก่ ชุมชนตำบลพนมทวน ซึ่งมีระบบสุขภาพชุมชนประกอบด้วย โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมทวน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 120 คน กระจายอยู่ใน 9 หมู่บ้าน และยังมีหมอฟันบ้านอีก 2

คน ที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับทั้งจากคนในชุมชนและจังหวัดอื่นๆ มายาวนาน จนมีผู้มาฝากตัวเป็นศิษย์มากมาย

คนบ้านทวนพึ่งพาการดูแลสุขภาพจากหมอฟันบ้านมาตั้งแต่อดีตราว 100 ปีก่อน สมัยนั้นยังไม่มีโรงพยาบาล มีเพียงหมอฟันบ้านประจำตำบลเพียงคนเดียว คือ หมอถาด ภาควุมิ ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของชุมชนมาก คนบ้านทวนเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยหรือจะคลอดบุตรก็มาหาหมอถาด ความศรัทธาที่คนในชุมชนมีต่อหมอถาด นั้น หมอเพ็ญศรี เพาะทรัพย์เจริญ หลานปู่ของหมอถาด เล่าให้ฟังว่า บางครั้งเวลาปู่ออกไปนอกบ้าน พ่อแม่จะอุ้มลูกที่เจ็บป่วยมาขอให้กวาดยาแต่ปู่ไม่มียาดัดตัวไปด้วยก็ใช้หัวไม้ตะพดที่ถือไปนํามาฝนแล้วก็กวาดให้ เด็กก็หายป่วยได้ ในปัจจุบันทายาทของหมอถาดฯ ยังคงสืบทอดภูมิปัญญาและเจตนารมณ์ของบรรพบุรุษ โดยบุตรของหมอถาด คือ หมอสะเทือน ภาควุมิ

ตารางที่ 1 จำนวนหมอฟันบ้าน จำแนกตามภูมิปัญญา

อำเภอ	ประเภทภูมิปัญญา (คน)					จำนวนรวม (คน)	มีใบประกอบโรคศิลปะ (คน)
	สมุนไพร	นวด	เป่าเสก	โหราศาสตร์	ผสมผสานภูมิปัญญาหลายแขนง		
1. พนมทวน	6	4	-	-	3	13	6
2. ห้วยกระเจา	4	3	1	-	4	12	1
3. เมืองฯ	6	1	2	-	1	10	4
4. ท่าม่วง	2	4	4	-	-	10	2
5. บ่อพลอย	1	7	1	-	-	9	-
6. ด่านมะขามเตี้ย	4	-	2	1	1	8	1
7. หนองปรือ	3	3	-	-	2	8	1
8. ศรีสวัสดิ์	1	1	-	-	4	6	1
9. ท่ามะกา	2	2	-	-	1	5	2
10. สังขละบุรี	3	2	-	-	-	5	-
11. เลขาวิญญู	2	1	-	-	1	4	1
12. ไทรโยค	1	1	-	-	-	2	1
13. ทองผาภูมิ	-	1	-	-	-	1	-
รวม	35	30	10	1	17	93	20
ร้อยละ	37.63	32.26	10.75	1.08	18.28	100	21.51

ดำรงบทบาทเป็นหมอพื้นบ้านต่อจากบิดามาเป็นเวลา กว่า 60 ปี และยังได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่ลูกสาว คือ หมอเพ็ญศรี เพาะทรัพย์เจริญ อีกด้วย ปัจจุบันทั้งหมอ สะเทือน และหมอเพ็ญศรี ให้การรักษาโรคด้วยยา สมุนไพร รวมถึงการนวดประคบสมุนไพร มีผู้มารับ การรักษามากมายจนมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับอย่าง กว้างขวาง เนื่องจากคนไข้ที่มารักษาแล้วได้ผลดีไป บอกต่อกันปากต่อปากจนชื่อเสียงแพร่กระจายไป ไกล ซึ่งคนบ้านทวนโดยเฉพาะกลุ่มวัยกลางคนขึ้นไป ยังมีเจตคติที่ดีต่อการแพทย์พื้นบ้าน โดยเห็นว่ายังมี ความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบันอยู่ ไม่น้อย ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยบางอย่างการแพทย์ แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาได้ ต้องใช้การรักษา แบบพื้นบ้านเข้ามาช่วยเติมเต็ม ดังตัวอย่างความเห็น บางส่วนจากการสนทนากลุ่มคนบ้านทวน อาทิ

“ภูมิปัญญาเก่าๆ ของเรา ก็อยากให้อยู่ตลอด ไป ให้มี ไม่สูญไป”

“ยังจำเป็น มีคุณค่าอยู่ ในแง่การดูแลสุขภาพตัว เอง”

“ให้อยู่เพื่อเติมเต็มที่แพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ได้ ผล อย่างบางโรครักษาปัจจุบันได้ก็รักษาไป แต่ว่าใน บางส่วนแผนปัจจุบันไม่ไหว เพื่อรักษาและบำรุงใน เวลาเดียวกัน”

“ผู้หญิงหลังคลอดถ้าไม่ได้อยู่ไฟ พอลมฝน มาคนที่ไม่ได้ทำอะไรจะหนาวเข้าข้างในกระดูก อย่างเรา เราทำจึงไม่เป็นไร แต่เขาจะหนาวมาก ผ้าห่มก็ห่มไม่ อุ่น ก็จะเป็นตลอดถ้าลมฝนมาเขาจะเอาแล้วหนาวผิด จากคนอื่น แล้วเป็นไปชั่วชีวิตเลย”

ด้านการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน พบว่าคนบ้านทวนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ตามความเชื่อ ประสบการณ์ และ แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ดังตารางที่ 2

การตัดสินใจเลือกใช้ระบบสุขภาพแบบใด ตามตารางที่ 2 นั้น พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมักจะนิยมเลือก

ใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านก่อนเป็นอันดับแรก ขณะที่คนรุ่นลูกหลานส่วนใหญ่จะเลือกไป โรงพยาบาลก่อน หากไม่หายแล้วจึงหันกลับมาหา การแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนั้น บางคนบอกว่าใช้ทั้ง 2 ระบบควบคู่กันไป ทั้งนี้ การตัดสินใจดังกล่าวขึ้นอยู่กับความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคล รวมถึง อิทธิพลจากคนใกล้ชิด ตัวอย่างการเจ็บป่วยที่คนบ้าน ทวนเห็นตรงกันว่าถ้ารักษาแบบพื้นบ้านได้ผลดีกว่า เช่น กรณีเป็นโรคริมหรืองูสวัดจะนิยมไปรักษากับ หมอเป่าเสก ซึ่งมักใช้พืชสมุนไพรบางชนิดมาตำกับ เหล้าทองคามาแล้วพ่นไปที่บริเวณแผล ผู้ป่วยที่เคย รับการรักษาด้วยวิธีนี้นับบอกว่าหายเร็วกว่ายาฝรั่ง อย่างไรก็ตาม แม้คนบ้านทวนจะมีความเห็นตรงกัน ว่าการแพทย์พื้นบ้านนั้นยังใช้รักษาการเจ็บป่วยหลาย ชนิดได้ผลดี แต่ก็ยอมรับว่าอาจต้องใช้ระยะเวลา รักษาานกว่ายาฝรั่ง หากแต่ยาไทยหรือยาสมุนไพร นั้นก็มีความปลอดภัยและลงไว้ซึ่งสุขภาพดีได้ ยาวนานกว่า เนื่องจากยาไทยจะมีการปรับสมดุลธาตุ ในร่างกายให้เหมาะสม ซึ่งเป็นการแก้ไขความ เจ็บป่วยที่ต้นเหตุหรือสมุฏฐานของโรค และยังมียา คัดรอกเมื่อสิ้นสุดการรักษาเพื่อให้หายขาดอีกด้วย

แนวคิดและพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการ สุขภาพของคนบ้านทวนดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดของ Kleinman, Eisenberg and Good (2006, p. 144) ที่ว่าระบบสุขภาพในสังคมใดๆ ควรประกอบ ไปด้วยการแพทย์มากกว่า 1 ระบบ เนื่องจากไม่มี ระบบใดที่มีความสมบูรณ์แบบในตัวเองในการตอบ สอนปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ในทุกมิติ โดยจำแนกออกเป็นระบบย่อย 3 ส่วน ได้แก่ ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (popular sector) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (folk or indigenous sector) และระบบการแพทย์เชิงวิชาชีพ (professional sector) เมื่อเกิดความเจ็บป่วยบุคคลไม่ได้พึ่งระบบใดระบบ หนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จะดูแลกันด้วยวิธีการที่หลากหลาย ตามประสบการณ์ ที่ถ่ายทอดไหลเวียนอยู่ภายในชุมชนและถูกเลือกนำ

มาใช้เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น โดยระบบการแพทย์ภาคประชาชนที่เป็นส่วนของการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care) จะมีพื้นที่หรือมีบทบาทในวิถีชีวิตของบุคคลมากที่สุด ส่วนอีก 2 ระบบนั้นในแต่ละบุคคลหรือชุมชนอาจมีพื้นที่ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อของบุคคลหรือชุมชนนั้นๆ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ คมพล (2544, หน้า 426–451) ที่ศึกษากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในจังหวัดระยองด้านการดูแลสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเอง พบว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยประชาชนจะมีการดูแลตนเองและดูแลกันภายในครัวเรือน ต่อเมื่อไม่สามารถรักษาได้เองก็จะพึ่งผู้

ชำนาญการในชุมชนหรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ใกล้ โดยชาวบ้านสามารถใช้ทั้งภูมิปัญญาดั้งเดิมและภูมิปัญญาสมัยใหม่ได้อย่างกลมกลืนโดยไม่ปฏิเสธด้านใดด้านหนึ่งอย่างสิ้นเชิง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชาวบ้านมีทางเลือกด้านสุขภาพที่หลากหลายมากกว่า 1 ระบบ

การเปิดพื้นที่ทางกฎหมายและนโยบาย กับสภาพจริงอันย้อนแย้งและแปลกแยก

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความพยายามในการเปิดพื้นที่ทางกฎหมายและนโยบายให้แก่การแพทย์พื้นบ้าน เพื่อให้มีพื้นที่ที่

ตารางที่ 2 การดูแลสุขภาพสุขภาพของคนบ้านทวน

ระบบสุขภาพ	การดูแลสุขภาพของคนบ้านทวน
การแพทย์แผนปัจจุบัน	กรณีเจ็บป่วยทั่วไป คนบ้านทวนหากใช้บริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันจะไปที่โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์ พนมทวน เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวในอำเภอ แต่ผู้ที่ต้องการความสะดวกรวดเร็วอาจเลือกใช้บริการคลินิกเอกชน หากเจ็บป่วยหนัก คนส่วนใหญ่มักเลือกไปโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ครบถ้วนมากกว่าโรงพยาบาลเจ้าคุณฯ
การแพทย์พื้นบ้าน	การตัดสินใจเลือกใช้ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของคนบ้านทวน มีรูปแบบการใช้ที่หลากหลาย ทั้งผู้ที่เลือกใช้สมุนไพรเป็นอันดับแรก หรือบางคนอาจไปโรงพยาบาลก่อน เมื่อไม่หายแล้วจึงกลับมารักษาแบบพื้นบ้าน ขณะที่อีกส่วนหนึ่งบอกว่าใช้ทั้งยาไทยและยาฝรั่งควบคู่กันไป ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเอง คนบ้านทวนมีภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดไหลเวียนอยู่ในครอบครัวและชุมชนมาตั้งแต่อดีตส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่นมาจนถึงปัจจุบัน อาทิ แมลงกัศค่อยใช้เสลดพังพอนหรือต้นเขยตายเมื่อยาปรกตำกับเหล่าน้ำมาทา เป็นไข้หวัดกินฟ้าทะลายโจร ปวดท้อง ท้องอืดกินขมิ้นชันหรือขิง เป็นต้น แหล่งทรัพยากร ส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรที่เก็บได้ตามป่าใกล้ชุมชน และพืชสมุนไพรบางชนิดที่ใช้บ่อยอาจนำมาปลูกไว้ที่บ้านเพื่อไม่ต้องไปเสียเงินซื้อ แหล่งบริการ แผนกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจ้าคุณฯ และหมอพื้นบ้านในชุมชน
การแพทย์ทางเลือก	ในตำบลพนมทวนมีแหล่งบริการด้านการแพทย์ทางเลือกเพียงแห่งเดียว คือแผนกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจ้าคุณฯ ซึ่งเริ่มให้บริการด้านการแพทย์ทางเลือกในปี พ.ศ. 2546 ประกอบด้วย การฝังเข็มปรับสมดุลภาพ ฤๅษีคัดคน โยคะ และสมาธิบำบัด ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมระยะสั้นในหลักสูตรดังกล่าว

ชัดเจนอยู่ในสังคมและระบบสุขภาพของประเทศ แต่จากการที่กฎหมายและนโยบายต่างๆ ล้วนใช้คำว่า “การแพทย์แผนไทย” เป็นหลัก ซึ่งคำดังกล่าวเป็นการกล่าวถึงลักษณะหรือรูปแบบการแพทย์ตามภูมิปัญญาไทยในภาพรวมของประเทศ และมีแบบแผนที่ค่อนข้างชัดเจนตายตัว ในขณะที่การแพทย์พื้นบ้านมีความหลากหลายตามวัฒนธรรมท้องถิ่นแต่ละแห่ง จึงอาจมีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างจากการแพทย์แผนไทยก็ได้ ดังนั้น เมื่อกฎหมายหรือนโยบายล้วนมุ่งเน้นไปที่การแพทย์แผนไทยเป็นสำคัญ จึงทำให้ “การแพทย์พื้นบ้าน” จมหายไปจากการรับรู้ของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแพทย์พื้นบ้านที่อยู่นอกภาครัฐ ก็ยังมีหลักแหล่งที่ตั้งอยู่ในภาคชุมชน เสมือนถูกลืมหรือถูกมองข้ามมาโดยตลอด ทั้งยังถูกระทำให้แปลกแยกแตกต่างจากการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในระบบบริการของภาครัฐอีกด้วย ดังกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

กรณีที่ 1 ตัวอย่างความแปลกแยกกระหว่าง “การแพทย์พื้นบ้าน” กับ “การแพทย์แผนไทย” เห็นได้จากการสนับสนุนงบประมาณที่มีวงเงินสูงถึงกว่า 1,200 ล้านบาท เพื่อผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อรองรับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2554) โดยให้การสนับสนุนเฉพาะผู้ที่ศึกษาในสถาบันสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ขณะที่หมอพื้นบ้านในชุมชนซึ่งเรียนรู้ตามอริยาสัข ไม่เคยได้รับการสนับสนุนใดๆ เลย ไม่ว่าจะเป็นในรูปของงบประมาณหรือสิ่งอำนวยความสะดวก ดังนั้น กระบวนการเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านจะมีประสิทธิภาพเพียงใด ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมของบุคคลคือตัวครูและศิษย์เป็นสำคัญ จึงอาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านในชุมชนเป็นการเรียนตามอริยาสัขหรือตามยถากรรมนั่นเอง

กรณีที่ 2 อีกตัวอย่างที่ตอกย้ำความแปลกแยกกระหว่างการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนกับการแพทย์

แผนไทยในระบบบริการของรัฐอย่างชัดเจน คือกรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดงบประมาณส่วนหนึ่งจากงบเหมาจ่ายรายหัวให้เป็นค่าบริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วยการจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การนวดไทย การฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยการนวด ประคบ อบสมุนไพร พับหม้อเกลือ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มปป.) แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นบริการที่จัดโดยสถานพยาบาลที่ระบุไว้เท่านั้น ไม่ครอบคลุมถึงบริการจากหมอพื้นบ้านในชุมชนแต่อย่างใด ทั้งที่เป็นการบริการในลักษณะเดียวกัน แต่หากรับบริการจากหมอพื้นบ้านในชุมชนแม้ว่าจะอยู่ใกล้บ้าน มีความสะดวก เข้าถึงได้ง่ายกว่า แต่ก็ยังไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ถือเป็นการขีดเส้นแบ่งอย่างชัดเจนระหว่างแพทย์แผนไทยที่อยู่ในหน่วยบริการภาครัฐกับหมอพื้นบ้านในภาคชุมชน

กรณีตัวอย่างที่ 1 และ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร (2548, หน้า 132-188) ที่พบว่า นโยบายของรัฐที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อหมอพื้นบ้าน อาทิ พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงถึงเจตนารมณ์ในการเบียดขับไม่ให้หมอพื้นบ้านเข้าสู่ระบบสาธารณสุขของประเทศ ส่งผลให้หมอพื้นบ้านส่วนหนึ่งมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่การรับรองจากรัฐภายใต้ร่มเงาของการแพทย์แผนไทย เพื่อหลีกเลี่ยงสถานภาพการเป็นหมอเถื่อน เช่น การสมัครเข้าเรียนในหลักสูตรแพทย์แผนไทยเพื่อสอบให้ได้ใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเป็นการได้มาของใบประกอบโรคศิลปะพร้อมกับการสูญเสียตัวตนของความเป็นหมอพื้นบ้านไป

กรณีที่ 3 ความแปลกแยกกระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันที่ก่อเกิดและดำเนินไปภายใต้หน่วยงานและระบบบริหารจัดการเดียวกัน ดังตัวอย่างกรณีโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ เริ่มให้

บริการด้านการแพทย์แผนไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 มีอาคารสถานที่เป็นส่วน แยกจากอาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างชัดเจน ให้บริการนวด ประคบ อบสมุนไพร รวมถึงการผลิตและจำหน่ายยาสมุนไพร ซึ่งผู้รับบริการสามารถขอซื้อได้จากแผนกแพทย์แผนไทยโดยตรง แต่หากเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก อาจขอให้แพทย์แผนปัจจุบันเขียนใบสั่งยาสมุนไพรให้ด้วยก็ได้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ขยายบริการด้านการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การฝังเข็ม ปรับปรุงสภาพ โยคะ ฤๅษีคัตถุน และสมาธิบำบัด ในปีงบประมาณ 2554 มีผู้มารับบริการแผนกแพทย์แผนไทยรวมทั้งสิ้น 7,204 คน เฉลี่ย 25-30 คนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 8.0 ของผู้รับบริการรวมทุกแผนก ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่มาขอรับบริการ โดยตรงที่แผนกฯ ส่วนการส่งต่อผู้ป่วย (refer/consult) จากแผนกอื่นๆ เข้ามานั้นพบว่ามีน้อยมาก ยกเว้นผู้ป่วยบางรายที่ร้องขอให้แพทย์ส่งมานวดเพื่อบำบัดอาการปวด หรือขอให้แพทย์สั่งยาสมุนไพรที่เภสัชอยู่เป็นประจำ ดังข้อสังเกตของหัวหน้างานแพทย์แผนไทยที่ว่า

“อืม...ก็เปอร์เซ็นต์ดี น้อยมากเลย บางทีวันหนึ่งก็ไม่มีเลย ถ้าคิดต่อเดือน 10 คนถึงหรือเปล่าก็ไม่รู้ 10 เปอร์เซ็นต์ไม่น่าถึง น้อยมาก ... ความเชื่อมโยงของแผนปัจจุบันก็ค่อนข้างแพทย์ทั้งหลายกับแพทย์แผนไทยยังไม่ link กัน คนไข้ที่มารับบริการที่เราก็คือคนไข้ที่ walk-in เข้ามา คือเดินเข้ามาเอง แล้วก็ระบบนัด แต่ถ้าหมอสั่ง หมอส่งมานี่น้อยมาก สมมติว่าคนไข้คนนี้มีอาการนี้ กินยานานๆ ก็กินยาแก้ปวดอยู่นั่นแหละ เป็นโรคเดิมๆ อยู่นั่นแหละ นอกจากคนไข้ขอมานวดนะ อะไรอย่างนี้ มันไม่ link กัน อย่างคนไข้คนนี้อ้าวแล้วน่าจะมาใช้ทางเลือกนี้ หมอไม่สั่ง น้อยมากเลยที่จะสั่ง น้อยมาก แต่คือคนไข้เลือกมาเอง คือ walk-in เข้ามาเอง”

ส่วนการให้บริการด้านยาสมุนไพรของโรงพยาบาลฯ พบว่ายังไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของ สปสช. ที่ในปีงบประมาณ 2554 กำหนดให้

โรงพยาบาลชุมชนควรมีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 แต่สถานการณ์ของโรงพยาบาลฯ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรไม่ถึงร้อยละ 1 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. จะมีนโยบายส่งเสริมให้สถานพยาบาลต่างๆ หันมาใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้นโดยอาศัยกลยุทธ์ต่างๆ แต่กลยุทธ์เหล่านั้นก็มิได้มีผลในเชิงบังคับ เป็นแต่เพียงข้อเสนอที่จูงใจ เช่น กำหนดเงินจัดสรรเพิ่มเติมให้แก่หน่วยบริการที่มีผลงานตามเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นการปฏิบัติงานของบุคลากร แต่ในกรณีโรงพยาบาลเจ้าคุณฯ พบว่าการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวยังเป็นคำนิยามในเชิงปัจเจก คือ แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญร่วมมือ มีเพียงบางคนที่ให้ความสำคัญการแพทย์แผนไทยอยู่บ้างแต่ก็เป็นส่วนน้อย เนื่องจากแพทย์เป็นวิชาชีพที่ถูกหล่อหลอมมาอย่างเข้มข้นให้เชื่อมั่นในองค์ความรู้ที่พิสูจน์ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ และมักมองว่าภูมิปัญญาแบบดั้งเดิมเช่นการแพทย์พื้นบ้านนั้นไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ไม่มีองค์ความรู้ที่เป็นระบบ จึงไม่ให้ความเชื่อถือ โดยหัวหน้างานแพทย์แผนไทยได้เปรียบเทียบกรณีที่แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังในระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ไปรับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดว่ามีจำนวนมากกว่าการส่งผู้ป่วยมาแผนกแพทย์แผนไทย เนื่องจากแพทย์เชื่อมั่นในความเป็นวิทยาศาสตร์ของกายภาพบำบัดมากกว่า

สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การที่แพทย์ขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์เกี่ยวกับระบบการรักษาโรคด้วยภูมิปัญญาไทย ทำให้ไม่เห็นคุณค่าและไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ เนื่องจากหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในปัจจุบันไม่ได้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับยาสมุนไพรหรือภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตครั้งใหญ่เมื่อปี พ.ศ. 2458 เป็นต้นมา ทำให้แพทย์แผนปัจจุบันมองไม่เห็นโอกาสว่าจะนำองค์ความรู้และเทคนิค

ปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างไร ดังความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล ที่กล่าวว่า

“ต้องยอมรับว่าตอนผ่านหลักสูตรเรียนแพทย์มานี้ ไม่มีอยู่ในนั้นนะ เพราะฉะนั้นตอนเป็นแพทย์ฝึกหัดก็จะประจำอยู่ตาม โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้ก็ไม่ค่อยศรัทธาสมุนไพร เพราะฉะนั้นแทบจะไม่เคยได้รับตลอด 1 ปีที่เป็นแพทย์ใช้ทุน ปีหนึ่งที่เพิ่มพูนทักษะแทบจะไม่รู้จัก พอออกมาอยู่โรงพยาบาลชุมชนก็ไม่มีอะไรจะได้ยังงั้นจริงๆ มันต้องปลูกฝังตั้งแต่หลักสูตรแพทย์”

ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนภาพระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยว่า การยอมรับต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยของบุคลากรวิชาชีพสายการแพทย์ ซึ่งถือเป็นตัวแทนของระบบสุขภาพกระแสหลัก และส่วนใหญ่เป็นผู้กุมนโยบายสุขภาพทั้งระดับชาติและระดับปฏิบัติการนั้น ยังคงขึ้นอยู่กับเจตคติส่วนบุคคลเป็นสำคัญ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะพยายามหามาตรการส่งเสริมเพียงใด หากก็เป็นเพียงมาตรการจูงใจ มิได้มีผลในเชิงบังคับ การน่านโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นไปได้โดยสมัครใจหรือตามอรรถาศัย ดังนั้น เจตนารมณ์ของกระทรวงฯ ที่มุ่งหวังยกระดับการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นระบบการแพทย์คู่ขนานหรือนบูรณาการกับระบบสุขภาพกระแสหลักนั้นจึงยังคงเป็นเพียงภาพฝันอันเลื่อนราง

จุดยืนของการแพทย์พื้นบ้าน: พื้นที่ทางสังคมในบริบทที่เป็นจริง

ปัจจุบันคนบ้านทวนนิยมใช้บริการการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาอาการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ

ในภาวะที่ยังไม่มีการเจ็บป่วย ประชาชนจะมี

การดูแลสุขภาพตนเองโดยการรับประทานอาหารที่ปรุงจากพืชผักสมุนไพรพื้นบ้าน หรือคั้นน้ำสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกายให้แข็งแรง นอกจากนั้น บางกลุ่มโดยเฉพาะวัยทำงานและผู้สูงอายุยังนิยมการนวดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อผ่อนคลายความเครียดและอาการเมื่อยล้าจากการทำงานในชีวิตประจำวัน รวมถึงหญิงหลังคลอดที่กลับมานิยมใช้การนวด ประคบ อบสมุนไพร เพื่อช่วยขับน้ำคาวปลา ช่วยให้นมหลั่งเข้าอู่เร็วขึ้น ลดอาการบวมหน้าตามร่างกาย และการรับประทานอาหารสมุนไพรเพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม ได้แก่ แอ้งเลียง และสมุนไพรสร้อย เช่น ขิง กระเพรา หัวปลี เป็นต้น

2. การป้องกันโรค

ตามหลักการแพทย์พื้นบ้าน แม้ว่าจะไม่มีการป้องกันโรคแบบเฉพาะเจาะจงเหมือนการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การฉีดวัคซีน แต่ในบางกรณีก็พบว่าประชาชนมีการใช้สมุนไพรเพื่อป้องกันโรคบางชนิด เช่น ในช่วงที่โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ระบาด หากผู้ใดเริ่มรู้สึกคันเนื้อคันตัวเหมือนจะเป็นไข้ ก็จะได้รับประทานสมุนไพรฟ้าทะลายโจรเพื่อลดไข้และช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ได้อีกด้วย

3. การเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วย

ในชีวิตประจำวันคนในชุมชนรับประทานพืชสมุนไพรทั้งเป็นอาหารและเป็นยา อันเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมาในครัวเรือนและชุมชน โดยหากเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ท้องอืดเฟ้อ ไอ เป็นไข้ ฯลฯ ประชาชนจะจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยใช้สมุนไพรใกล้ตัว แต่ถ้ามารับเจ็บป่วยมากขึ้นหรือรุนแรงและไปรับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่ได้ผลดี เช่น โรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงโรคที่สิ้นหวังจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โรคมะเร็งต่างๆ โรคสะกดจิต ก็จะหันกลับมาหาการแพทย์พื้นบ้านอีก นอกจากนั้น โรคบางชนิดที่ประชาชนเชื่อว่าการแพทย์พื้นบ้านมีศักยภาพในการรักษาได้ผลดีกว่า เช่น โรคเรื้อรังหรือจิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ ผู้ป่วยและครอบครัว

นิยมรับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางชนิด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเกาต์ อาจมีการรับประทานสมุนไพรเพื่อช่วยส่งเสริมการควบคุมโรคคู่ขนานไปกับการรักษาแผนปัจจุบันด้วย อนึ่ง ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเริ่มได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้นในขอบเขตการรักษาโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีข้อจำกัด ดังความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ ที่ว่า

“สิ่งที่จะได้ผลดีก็คือพวก *chronic disease* นะคะ กรณีที่คนไข้รักษามานานแล้วได้แต่ทรงตัวอยู่ อาการมันไม่ดีขึ้นมันไม่ *cured* สักทีนึง ได้แค่พอทุเลาแล้วเดี๋ยวพอหยุดยาาก็กำเริบขึ้นมาใหม่ ถ้า *chronic disease* เนี่ยค่อนข้างน่าจะทำให้ผลดี เพราะคนไข้ผ่านการรักษาหลายคนก็ไปรักษาหลายแห่งหลายโรงพยาบาล ก็พบว่าเขายังไม่หายสักทีนึง แล้วเมื่อความหวังอันหนึ่งคือการแพทย์แผนไทยที่จะช่วยให้เขาหายได้เนี่ย มันก็ไม่เสียหายถ้าเขาจะใช้”

4. การฟื้นฟูสุขภาพ

ในกรณีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือบาดเจ็บเป็นระยะเวลานานทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะข้อติดจากการไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น การนวดไทยโดยหมอนวดพื้นบ้านหรือญาติผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรม จะช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และเส้นเอ็นต่างๆ ทั่วร่างกาย ทั้งยังช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดอีกด้วย จึงเป็นหัตถการที่สามารถปฏิบัติได้ที่บ้านและทดแทนการทำกายภาพบำบัดได้เป็นอย่างดี

การปรับตัวของการแพทย์พื้นบ้านเพื่อรองรับสังคมปัจจุบัน

ในปัจจุบันภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านยังคงเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชุมชน โดยประชาชนมีการ

ใช้ประโยชน์ใน 4 มิติข้างต้น แต่เนื่องจากวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ความเร่งรีบในการทำมาหากิน และต้องการความสะดวกมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การแพทย์พื้นบ้านต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของประชาชน ดังนี้

การพัฒนารูปแบบยา แต่เดิมยาไทยมักเป็นยาหม้อหรือยาต้ม ซึ่งมักจะมีรสขมและกลิ่นแรงทำให้รับประทานยากและต้องเสียเวลาในการต้มหรืออุ่นยา ก่อนรับประทานทุกครั้ง ซึ่งไม่สะดวกต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ดังนั้น ในปัจจุบันหมอพื้นบ้านจึงพัฒนารูปแบบของยาหม้อให้กลายเป็นยาเม็ด เช่น ยาลูกกลอน ยาแคปซูล หรือยาตอกอัดเม็ด โดยใช้เครื่องมือสมัยใหม่เข้ามาช่วย เพื่อให้รับประทานได้ง่ายขึ้น ไม่ขม ไม่เหม็น ทั้งสะดวกในการพกพาและไม่ต้องมีขั้นตอนยุ่งยากในการรับประทาน ทำให้ได้รับความนิยมจากประชาชนมากขึ้น

การพัฒนาระบบรักษา ทำให้ทันสมัย สวยงาม แสดงรายละเอียดหรือคำอธิบายที่ชัดเจนเช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบัน ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือแก่ผู้บริโภค รวมถึงทำให้คนรุ่นใหม่หันมายอมรับและนิยมใช้ยาสมุนไพรมากขึ้นด้วย อีกทั้งหากพัฒนาจนสามารถขอขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณได้ ก็จะช่วยช่วยให้ผู้บริโภคใช้อย่างมั่นใจมากยิ่งขึ้น

การปรับแนวทางการรักษา ให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับการแพทย์แผนปัจจุบันมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดผลดีในการรักษาความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง และยังช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น ดังเช่นหมอเพ็ญศรีฯ ที่ยกตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งมีอาการปวดหลังมาขอรับการนวด โดยแพทย์ที่โรงพยาบาลวินิจฉัยว่ากระดูกเสื่อมทั้งยังสั่งผู้ป่วยว่าห้ามนวดอีกด้วย แต่เมื่อหมอเพ็ญศรีฯ ตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่าอาการปวดหลังนั้นน่าจะเกิดจากเส้นไม่ใช้กระดูก จึงน่าจะนวดรักษาได้ เมื่อเกิดความเห็นที่แตกต่างและสร้างความสับสนแก่ผู้ป่วยดังกล่าว หมอเพ็ญศรีฯ จึงแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์คนอื่น

เพื่อช่วยตรวจวินิจฉัยอีกครั้ง (second opinion) เมื่อได้รับการยืนยันว่าไม่ใช่กระดูกเสื่อม สามารถนัดได้ จึงทำการรักษาให้จนผู้ป่วยหายดีในที่สุด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในปัจจุบันหมอพื้นบ้านจะพยายามพัฒนาแนวทางการรักษาให้องค์กับแผนการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น แต่การปฏิบัติดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบันด้วย หากแพทย์แผนปัจจุบันไม่ยอมรับในศักยภาพของการแพทย์พื้นบ้าน ก็จะไม่ยินดีให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาจากหมอพื้นบ้านร่วมด้วยอีกทางหนึ่งดังสถานการณ์ข้างต้น

การรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ชมรม หรือเครือข่ายหมอพื้นบ้าน เพื่อให้มีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมบทบาทและสถานภาพอันชอบธรรมของการแพทย์พื้นบ้านในสังคม จนเกิดพลัง ทำให้ภาครัฐ “มองเห็น” หมอพื้นบ้านที่อยู่ในชุมชนมากขึ้น

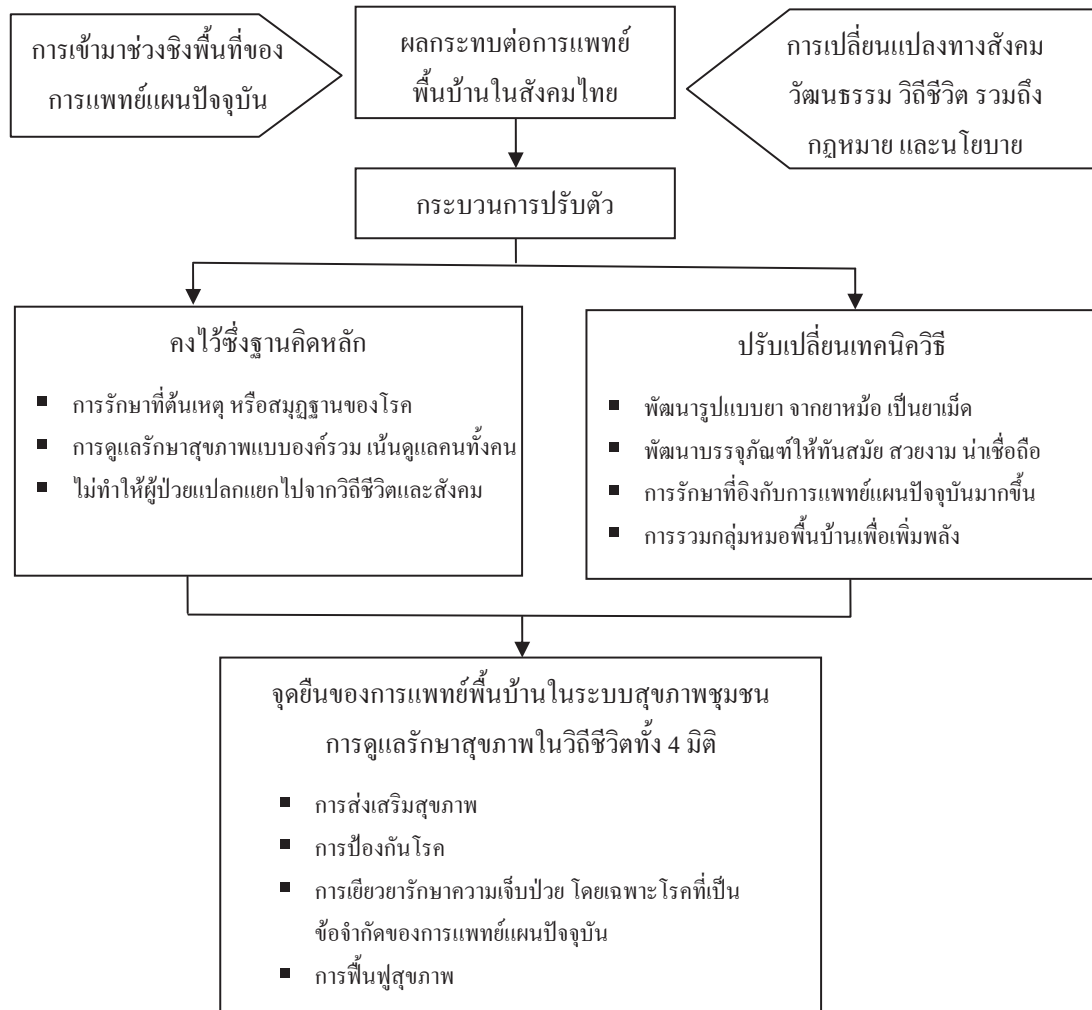
สรุปและข้อเสนอแนะ

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านยังคงเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชุมชน เมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยจะมีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ตามความเชื่อ ประสพการณ์ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน แต่เนื่องด้วยวิถีการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและการเข้ามาช่วงชิงพื้นที่ของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งผลให้การแพทย์พื้นบ้านต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของประชาชน โดยการปรับตัวส่วนใหญ่จะเป็นในเชิงเทคนิควิธีการรักษาความเจ็บป่วย แต่ยังคงไว้ซึ่งฐานคิดหลัก เช่น การปรับเปลี่ยนรูปแบบจากยาหม้อเป็นยาเม็ด การพัฒนาบรรจุภัณฑ์ให้ชัดเจนสวยงาม การรักษาที่อิงกับแผนการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น รวมถึงการรวม

กลุ่มเพื่อสร้างพลัง ซึ่งการปรับตัวต่างๆ เหล่านี้ทำให้การแพทย์พื้นบ้านเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป จึงอาจสรุปได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านสามารถก้าวผ่านจุดเปลี่ยนทางสังคมโดยอาศัยกระบวนการปรับตัวในด้านต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งจุดยืนในระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งมีขอบเขตครอบคลุมกิจกรรมการดูแลสุขภาพสุขภาพที่อยู่ในวิถีชีวิตทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยารักษาความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคที่เป็นข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งผลให้การแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านมีตัวตนและมีที่ยืนอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างชัดเจนมากกว่าในช่วงเวลาที่ผ่านมาสองทศวรรษที่ผ่านมา ดังภาพที่ 2

การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนนั้น มีข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ และภาคประชาสังคม ควรเปิดโอกาส สนับสนุน และร่วมกันสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ในท้องถิ่น เพื่อให้คงอยู่เป็นมรดกของชุมชน และเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ช่วยหนุนเสริมเติมเต็มระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังมีข้อจำกัด เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไปในอนาคต คือ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล และเครือข่ายหมอพื้นบ้านในชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน รวมถึงการศึกษาวิจัยเชิงประเมินเพื่อศึกษาผลการรักษาแบบบูรณาการในกลุ่มโรคต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



ภาพที่ 2 สรุปกระบวนการปรับตัวและจุดยืนของการแพทย์พื้นบ้านในระบบสุขภาพชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2554). รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้าน รายจังหวัด รายอำเภอ และรายตำบล ณ เดือนธันวาคม 2554. สืบค้นจาก http://stat.bora.dopa.go.th/xstat/p5471_01.html
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คมพล สุวรรณภูมิ. (2544). การศึกษาและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

- ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ. (2540). *การดำรงอยู่และปรับเปลี่ยนของระบบการแพทย์พื้นบ้าน: ศึกษากรณีการใช้สมุนไพรในจังหวัดพิษณุโลก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- พนม วงศ์ไทย. (2547). *การดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้าน: กรณีศึกษาหมอเมืองในจังหวัดน่าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ยุกติ มุกดาวิจิตร. (2548). 'อ่านวัฒนธรรมชุมชน' วิกฤติและการเมืองของชาติพันธุ์ชนชั้นแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ฟ้าเดียวกัน.
- วิเชียร ไทยเจริญ. (2548). *การดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้านในบริบทการพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่: ศึกษากรณีอำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- สำนักงานประมาณ. (2551). *งบประมาณโดยสังเขปฉบับปรับปรุง ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552*. สืบค้นจาก <http://www.bb.go.th/bbhome/page.asp?option=content&dsc=%A7%BA%BB%C3%D0%C1%D2%B3%E2%B4%C2%CA%D1%A7%E0%A2%BB&folddsc=29001>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. (2553). *ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข*. สืบค้นจาก http://203.157.148.4/ifa/index.php?option=com_content&view=category&id=43:foot-drink&layout=blog&Itemid=451
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *การบริหารงบประมาณพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. สืบค้นจาก http://budget51.nhso.go.th/Fund54_UC_7_1.aspx#
- สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (2554). *โครงการผลิตและพัฒนา* ศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2555–2564. สืบค้นจาก <http://hph.moph.go.th/modules/News/pdf/1302060562671.pdf>
- Ben-Arye, E., Karkabi, K., Karkabi, S., Keshet, Y., Haddad, M., & Frenkel, M. (2009). Attitude of Arab and Jewish patients toward integration of complementary medicine in primary care clinics in Israel: A cross-cultural study. *Social Science & Medicine*, 68(1), 177–182. Retrieved from <http://www.elsevier.com/locate/socscimed>
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (2006). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4(1), 140–149.
- Lewis, D. (2007). A Hierarchy of medicine: Health strategies of elder Khmer refugees in the United States. *The Qualitative Report*, 12(2), 146–165.
- Phillips, D.R. (1990). Traditional and modern health care in the third world. In D.R. Phillips (Eds.), *Health and Health Care in the Third World* (pp. 63–91). New York: John Wiley and Sons.

TRANSLATED THAI REFERENCES

- Board of Committee for the National Health Development Plan 10. (2007). *The National Health Development Plan 10 (2007–2011)*. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Public Health Ministry. [in Thai]

- Board of Committee for the National Health Development Plan 11. (2012). *The National Health Development Plan 11 (2012–2016)*. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Office of Permanent Secretary, Public Health Ministry. [in Thai]
- Bureau of Primary Care Development Coordination. (2011). *The project of personnel production and competency develop in sub-district health promoting hospitals 2012–2021*. Retrieved from <http://hph.moph.go.th/modules/News/pdf/1302060562671.pdf> [in Thai]
- Bureau of the Budget. (2008). *The adjusted budget in brief, following the Act of Budget Expenses Legislation, the yearly budget 2009*. Retrieved from <http://www.bb.go.th/bbhome/page.asp?option=content&dsc=%A7%BA%BB%C3%D0%C1%D2%B3%E2%B4%C2%CA%D1%A7%E0%A2%BB&folddsc=29001> [in Thai]
- Department of Provincial Administration. (2011). *The statistics report of population and houses by each province at December 2011*. Retrieved from http://stat.bora.dopa.go.th/xstat/p5471_01.html [in Thai]
- Jiradetprapai, P. (1997). *Survival and adaptation of traditional medical system: A study of herbal use in Changwat Pitsanuloke* (Unpublished doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Bangkok. [in Thai]
- Kanchanaburi Public Health Office. (2010). *Data of public health resources*. Retrieved from http://203.157.148.4/ifa/index.php?option=com_content&view=category&id=43:foot-drink&layout=blog&Itemid=451 [in Thai]
- Mukdawichit, Y. (2005). *'Reading the community culture': Rhetoric and politics of the ethnic writing the community culture way*. Bangkok: Fadeawkan Publishing. [in Thai]
- National Health Security office. (n.d.). *Budget funds administration for systems development of Thai traditional medicine and alternative medicine*. Retrieved from http://budget51.nhso.go.th/Fund54_UC_7_1.aspx# [in Thai]
- Suvarnakuta, K. (2001). *The study and development of community health care learning process for community public health self-reliance* (Unpublished doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Bangkok. [in Thai]
- Thaichareon, W. (2005). *The persistence of folk healers in the context of development of modern medicine: A case study of Phipun district, Nakhon Si Thammarat* (Unpublished master's thesis). Walailuk University, Nakhon Si Thammarat. [in Thai]
- Wongthai, P. (2004). *The survival of folk medicine man: Case study of folk medicine man in Nan province* (Unpublished master's thesis). Thammasat University, Bangkok. [in Thai]