

รายงานวิจัย

ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ต่อการดูแลรักษาสุขภาพ

กรณีศึกษา: การรักษากระดูกหักของ"หมอเมือง"
และการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย

บรรณาธิการ: ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ
น.พ.ชารา อ่อนชมจันทร์

คณะผู้วิจัย

น.พ.ชารา อ่อนชมจันทร์	(โรงพยาบาลพญาเม็งราย)
ดารณี อ่อนชมจันทร์	(โรงพยาบาลพญาเม็งราย)
ประภาพร เชื้อเมืองพาน นิตยา สีแซก วิราพร ใจกล้า	(โรงพยาบาลพญาเม็งราย) (โรงพยาบาลพญาเม็งราย) (สถานีอนามัยดอยตุง)
ผจัญ ใจกล้า	(สถานีอนามัยดอยตุง)
ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ	(สถาบันราชภัฏเชียงราย)

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการฯ

ปี พ.ศ. 2535

คำนำ

งานวิจัยเรื่อง ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ได้รับการสนับสนุนเงินทุนวิจัยจาก คณะอนุกรรมการวิจัยวัฒนธรรมภาคเหนือ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ โดยที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันคือ แสวงหาภูมิปัญญาพื้นบ้านในด้านการดูแลสุขภาพตนเองของชนเผ่าต่างๆ ซึ่งน่าจะต้องมีดีและมีศักยภาพมาก จนสามารถดำรงเผ่าพันธุ์มาได้ถึงปัจจุบัน

การแสวงหาและฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นของกลุ่มชาติพันธุ์ ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ก็เพื่อจะนำประสบการณ์เหล่านั้น ไปสู่การพัฒนาที่ผสมผสานกับเทคโนโลยีใหม่อย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง บนพื้นฐานที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตของตน เหมาะสมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย ตลอดจนสภาพแวดล้อมของท้องถิ่น

ซึ่งเป็นการขยายโอกาสและเพิ่มทางเลือกการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น ดังที่เรียกกันว่า "การแพทย์พหุลักษณะ" อันจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนท้องถิ่นมากที่สุด ประหยัดที่สุด มีประสิทธิภาพผลที่สุด หาได้ง่ายที่สุด ยั่งยืนที่สุด และพึ่งตนเองได้มากที่สุด ขณะเดียวกันก็เป็นการธำรงรักษาไว้ซึ่งมรดกทางวัฒนธรรมอันล้ำค่าของแต่ละเผ่าพันธุ์ ให้วัฒนธรรมรับใช้สังคมท้องถิ่นสืบไป

เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่โต ครอบคลุมขอบเขตและกระบวนการกว้างขวางมาก จำเป็นต้องแบ่งการศึกษาวิจัยออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ในลักษณะรายกรณีศึกษา ตามแต่ความเด่นชัดของประเด็นและโอกาสที่จะเอื้ออำนวยให้ศึกษาวิจัย ซึ่งงานวิจัยชุดนี้ได้หยิบยกขึ้นมาศึกษาเพียง 2 กรณีที่ค่อนข้างจะเด่นชัดและเอื้ออำนวยต่อการศึกษานั้นคือ กรณีการรักษากระดูกหักของหมอเมืองที่บริเวณอำเภอลพบุรี จังหวัดเชียงราย โดยทีมงานจากโรงพยาบาลลพบุรี ที่ฝังตัวอยู่ในท้องถิ่นที่ผู้วิจัย ซึ่งนำโดย นายแพทย์ธรา อ่อนชมจันทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี อีกกรณีหนึ่งคือ การดูแลครรภ์ของชาวอาข่า ที่บ้านปากกล้วย ดอยตุง กิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย โดยทีมงานจากสถานีอนามัยดอยตุง นำโดย วิภาพร ใจกล้า หัวหน้าสถานีเป็นผู้วิจัย

แม้กรณีศึกษาทั้งสองจะมีเนื้อหาคนละประเด็น แต่มีจุดมุ่งหมายในการศึกษาร่วมกันคือ ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ว่าจะในกรณีการรักษากระดูกหักของหมอเมือง หรือกรณีการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ของอาข่า (วัดจากดัชนีมวลกายและน้ำหนักแรกเกิด) แต่การศึกษาทั้งสองกรณียังคงเป็นการศึกษาในขั้นตอนแรก (Phase 1) ที่มุ่งทำความเข้าใจกับภูมิปัญญาพื้นบ้านทั้งสองประเด็นเป็นหลัก รวมทั้งการวิเคราะห์หาศักยภาพของภูมิปัญญาทั้งสองประเด็นด้วย ดังนั้นในรายงานวิจัยนี้ จึงได้รวมเอากรอบแนวคิดของจุดมุ่งหมายและวิธีวิจัยของทั้งสองกรณี รายงานรวมไว้ในบทที่ 1 และ 2 แต่ผลการวิจัยรายงานแยกตามกรณีในบทที่ 3 และ 4

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในขั้นตอนระยะแรกนี้ ยังไม่ได้มุ่งเน้นไปที่กระบวนการประยุกต์ใช้ ภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือการทดลองผสมผสานภูมิปัญญาพื้นบ้านกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อพัฒนา ให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสม และสืบทอดรับใช้สังคมท้องถิ่นสืบไป ซึ่งการศึกษากระบวนการ ประยุกต์ กระบวนการทดลองและสืบทอดนี้ คงต้องอาศัยการวิจัยในขั้นตอนระยะที่สอง (Phase 2) หรือในระยะต่อ ๆ ไป

ในนามของบรรณาธิการและคณะผู้วิจัย ต้องขอบคุณ คณะอนุกรรมการวิจัยวัฒนธรรมภาค เหนือ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ที่สนับสนุนให้ทุนอุดหนุนและให้คำปรึกษา ต้องขอบคุณสมาชิกชมรมหมอเมืองพญาเม็งราย และชาวบ้านปากล้วยโดยเฉพาะหญิงมีครรภ์ทุกคน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการร่วมวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ร่วมงานที่มิวิจัยทั้งที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย และที่สถานีอนามัยดอยตุง ที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้เป็นไปตามเป้าหมาย

เนื่องจากรายงานวิจัยนี้ เป็นเพียงผลการศึกษาขั้นตอนแรกดังได้กล่าวแล้ว และเป็นรายงานวิ จัยในเชิงคุณภาพเป็นหลัก จึงอาจจะมีส่วนที่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงยินดีรับฟัง ข้อชี้แนะจากผู้สันทัดกรณี เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในขั้นตอนศึกษาต่อ ๆ ไป

บรรณาธิการและคณะผู้วิจัย

1 พฤศจิกายน 2536

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เป็นงานวิจัยที่ได้แยกศึกษาเป็นสองกรณี คือกรณีการรักษากระดูกหักของหมอเมือง (หมอพื้นบ้านล้านนา) ที่อำเภอพญาเม็งราย และกรณีการดูแลสุขภาพช่วงตั้งครรภ์ของหญิงชาวอาข่า ที่บ้านปากกล้วย ดอยตุง กิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาศักยภาพของการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้าน และศึกษากระบวนการเรียนรู้ การดำรงอยู่ ตลอดจนการสืบทอดของภูมิปัญญาเหล่านั้น เพื่อที่จะนำบทเรียนจากประสบการณ์และภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือนำศักยภาพท้องถิ่น ไปเป็นรากฐานและแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาสุขภาพตนเองอีกทางเลือกหนึ่ง นอกเหนือไปจากระบบการดูแลรักษาสุขภาพแผนใหม่

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) เป็นหลัก แต่มีการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์และเชิงปริมาณในบางส่วนเช่น ตรวจสอบผลการรักษากระดูกหักโดยใช้รูปภาพและเอกซเรย์ ตรวจสอบผลการดูแลสุขภาพครรภ์โดยใช้ดัชนีมวलयและน้ำหนักแรกเกิด ในส่วนของการรักษากระดูกหักศึกษาจากหมอเมืองในบริเวณอำเภอพญาเม็งรายจำนวน 16 ราย แต่เจาะลึกเพียง 4 รายที่มีผลงานปรากฏเด่นชัด รวมทั้งคนไข้ที่มารักษาที่หมอทั้งสี่ราย ในส่วนของการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของหญิงอาข่า ศึกษาจากหญิงมีครรภ์ทุกคนในหมู่บ้านอ้อปากกล้วย รวมทั้งหญิงอาข่าของหมู่บ้านนี้ ที่เคยมาฝากครรภ์และคลอดลูกที่สถานอนามัยดอยตุงย้อนหลังตั้งแต่ปี 2532 ที่บันทึกข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ชุดเดียวกับทีมวิจัยนี้ รวมทั้งหมด 69 ราย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ระบบการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน เป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองที่ดำรงอยู่คู่กับชุมชนทุกเผ่าพันธุ์ ซึ่งยังคงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการรับใช้ชุมชนตราบนับปัจจุบัน ภูมิปัญญาบางอย่างยังร่วมสมัย เช่นการรักษากระดูกหักและการดูแลสุขภาพครรภ์ สามารถเข้าใจได้โดยหลักวิทยาศาสตร์และมีทิศทางวัฒนธรรม หากองค์ความรู้เหล่านั้นได้รับการตรวจสอบและฟื้นฟูพัฒนาให้สอดคล้องกับยุคสมัยปัจจุบันอย่างจริงจัง อาจเป็นทางออกของการแก้ปัญหาสุขภาพได้อีกทางหนึ่ง

2. จากกรณีศึกษา ทั้งเรื่องการรักษากระดูกหักของหมอเมืองและการดูแลครรภ์ของเผ่าอาข่า ได้สะท้อนถึงศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในฐานะที่มีบทบาทเป็นทางเลือกหนึ่งของระบบการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ซึ่งประชาชนพึงพึงได้ในระดับหนึ่ง กล่าวคือ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ประชาชนอาจเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข ต่อเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความ

ต้องการหรือยังไม่พึงพอใจ จึงเลือกระบบพื้นบ้านทำหน้าที่แทน หรืออาจจะกลับกันคือ เลือกใช้ระบบพื้นบ้านก่อนตามศรัทธา เมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการ จึงเปลี่ยนไปใช้บริการจากระบบแผนใหม่ หรืออาจจะเลือกใช้ทั้งสองระบบไปพร้อม ๆ กัน แต่เลือกใช้ในบริบทที่ต่างกัน

เหนือสิ่งอื่นใดคือ ชาวบ้านมีอิสระที่จะเลือกระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพด้วยตนเอง ตามแต่ศรัทธาความเชื่อและฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคมของตน โดยที่ชาวบ้านมีวิจรรย์ญาณพอที่จะตัดสินใจได้ตามความต้องการของตน

แต่ถ้าทางเลือกในระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้รับการฟื้นฟูและพัฒนาในบริบทของมัน โดยหยิบยกเอาเฉพาะศักยภาพหรือจุดแข็งของระบบพื้นบ้านมาใช้อย่างชาญฉลาด ในการแบกรับภาระที่ระบบแผนใหม่เองยังมีข้อจำกัด จะเป็นการเปิดทางเลือกให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกตามฐานะภาพ ความเป็นธรรม ความพึงพอใจและความมีประสิทธิภาพ

หมอพื้นบ้านที่มีภูมิปัญญาจริง ควรได้รับการพัฒนาและยอมรับหรือรับรอง ในบริบทของหมอพื้นบ้าน (ไม่ใช่ในบริบทของแพทย์แผนปัจจุบัน) ความมั่นใจในการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนก็จะมีหลักประกัน และสุขภาพจะบังเกิดเป็นผลแก่ประชาชน

3. จุดเด่นและจุดได้เปรียบของระบบการแพทย์พื้นบ้านคือ มุ่งเน้นการรักษาคน ทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนจนรวมไปถึงครอบครัว หรือเครือข่าย และสังคมทั้งระบบ มากกว่าจะมุ่งเน้นการรักษาเฉพาะโรค หรือเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง เพราะการเจ็บป่วยของบุคคล ผูกพันเชื่อมโยงไปถึงบริบทที่บุคคลผู้นั้นฝังตัวอยู่ทั้งระบบ

การที่คนไข้กระดูกหักเกิดความพึงพอใจจากการดูแลสุขภาพของหมอเมือง และส่งผลให้การเจ็บป่วยหายและฟื้นตัวเร็ว นอกจากเป็นผลจากความสามารถทางด้านเทคนิควิทยาของภูมิปัญญาพื้นบ้านแล้ว ยังเป็นผลจากอันสงค์ของการเข้าถึงบริบท ที่ห้อมล้อมคนไข้ของหมอฟื้นบ้านนั่นเอง ทำให้การเจ็บป่วยเป็นเรื่องของครอบครัวและเครือข่าย เป็นเรื่องของทุกคนที่แวดล้อมคนไข้ ซึ่งเป็นการบำบัดโดยสอดคล้องกับธรรมชาติและวัฒนธรรมที่แวดล้อมคนไข้

ขณะเดียวกัน ความชาญฉลาดในการดำเนินวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับธรรมชาติของชาวอาข่า ที่สั่งสมประสบการณ์สืบทอดกันมาช้านาน ทำให้เกิดเงื่อนไขที่พอดีกับการดูแลครรภ์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นหลักความจริง ที่การมีอาหารดี กินได้สัดส่วนสมดุล มีอากาศบริสุทธิ์หายใจ มีจิตใจดีและมุ่งมั่นทำงาน ใช้กำลังงานอย่างสม่ำเสมอ สุขภาพย่อมดีโดยธรรมชาติ โดยเฉพาะกับภาวะของการตั้งครรภ์ จึงเป็นเงื่อนไขที่ชาวอาข่านำไปปฏิบัติเป็นวิถีชีวิต และเกิดผลดีต่อสุขภาพในช่วงตั้งครรภ์ ดังได้พิสูจน์โดยน้ำหนักแรกคลอด ที่ดีเกินกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่เป็นเพียงความรู้ที่เขียนไว้สอน

กันแต่ในตำราหรือเล่ากันแต่ในตำนาน ความแยบยลของการดำเนินวิถีชีวิตในแต่ละเผ่าพันธุ์ ล้วนแฝงไว้ซึ่งภูมิปัญญาที่จะเอื้อประโยชน์แก่สุขภาพองค์รวมและความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์นั้น

ดังนั้น จุดเด่นและศักยภาพเหล่านี้สมควรได้รับการหยิบยกขึ้นมาศึกษา ฟันฟูและปรับปรุง เพื่อเป็นแนวทางเลือกแนวหนึ่ง ของการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมในอนาคต

4. บรรพชนของแต่ละชนเผ่าได้สั่งสมประสบการณ์และภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเอง มาเป็นเวลายาวนาน โดยเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง หรือผ่านระบบเครือญาติ และหรือผ่านระบบครู (ผู้รู้หรือผู้อาวุโส) กับศิษย์ ถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ดังที่ปรากฏหลักฐานเป็นตำรา ปับ ไบลาณ หรือปับกระดาศสา องค์ความรู้และประสบการณ์ได้ถูกปรับแต่ง ดัดแปลง เพิ่มเติม เลือกลง ประยุกต์ให้เป็นองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับสภาวะการณ์สิ่งแวดล้อมปัจจุบัน

แต่จากกระแสการพัฒนาในยุคปัจจุบัน ทำให้กระบวนการเรียนรู้และสืบทอดเดิมถูก กระทบกระเทือน ด้วยเหตุที่การเปลี่ยนแปลงมีอัตราเร็วและอัตราเร่งสูงเกินกว่าที่จะติดกับองค์ ความรู้เดิม มีทางเลือกจากองค์ความรู้ใหม่ที่มีอิทธิพลเหนือกว่าเข้ามาแทนที่

ดังนั้น องค์ความรู้และประสบการณ์เดิมส่วนใหญ่ ที่ยังคงมีบทบาทอยู่ จึงยังถูกใช้ในบริบท เดิม มีส่วนน้อยที่ถูกปรับวรรตให้เข้ากับบริบทใหม่ จึงทำให้มรดกที่เป็นองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่ไม่ร่วมสมัย ไม่ได้รับการพัฒนาและถูกทอดทิ้งจากคนรุ่นใหม่ ขาดผู้สนใจสืบทอด คง เหลือแต่ผู้อาวุโสที่สืบทอดมาจากคนรุ่นก่อนเป็นส่วนใหญ่ แม้แต่การปฏิบัติตนช่วงตั้งครรภ์ของหญิง สาวอาข่ารุ่นใหม่ ที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมภายนอกมาก ก็เริ่มเปลี่ยนไปตามวิถีชีวิตสมัยใหม่ ที่ ฟังตนเองได้น้อยลง ทำให้ชุมชนได้รับประโยชน์จากศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านน้อยกว่าที่ควรจะเป็น อันเป็นผลเสียต่อการพัฒนาสุขภาพของชนเผ่าในระยะยาว

5. การปรับวรรตและฟื้นฟูองค์ความรู้เดิม ที่ยังมีศักยภาพในปัจจุบัน เป็นภารกิจที่จำเป็นและเร่งด่วนของทุกฝ่าย ที่จะต้องระดมสรรพกำลังทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมมือกันศึกษาและทบทวนทิศทางการพัฒนาอย่างจริงจัง ดังเช่นกรณีการรักษากระดูกหักของหมอเมือง สามารถจะพัฒนาให้หมอเมือง ที่มีภูมิปัญญาจริง มีขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (เอชเรย์) ช่วยการวินิจฉัยคนเจ็บและทำหน้าที่รักษาคนไข้กระดูกหักในส่วนที่ไม่รุนแรงจนต้องผ่าตัด หรือทบทวนการพัฒนาที่จะส่งผลกระทบต่อ วิถีชีวิตเดิมจนทำลายศักยภาพการพึ่งตนเองของชนเผ่า

นั่นคือ ระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านควรได้รับการพัฒนาขีดความสามารถให้เป็นทางเลือกคู่ขนานกันกับการแพทย์แผนใหม่ เพราะทั้งสองระบบต่างก็มีจุดเด่นและจุดด้อยด้วยกันทั้งคู่ ให้ ประชาชนเป็นผู้มีสิทธิ์ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการตามความเหมาะสมแก่ตน

บทที่ 1 กรอบแนวคิด *

เรื่องภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์

การอยู่รอดของชาติพันธุ์ใด ๆ ขึ้นอยู่กับความสามารถทางภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติอันจำกัดอย่างชาญฉลาด และความสามารถในการสืบทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

ถ้ามองภาพในเชิงเคลื่อนไหวอาจกล่าวได้ว่า เผ่าพันธุ์มนุษย์ล้วนต้องปรับปรุงและผ่อนปรน (ปรับปรน) เพื่อพัฒนาตนเองตลอดเวลา ให้สอดคล้องกับความผันแปรของสภาพแวดล้อม ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง การปกครอง เศรษฐกิจและการจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติ ดิน น้ำ ป่า ทั้งนี้เพื่อความอยู่รอดอย่างมีสุขภาวะที่ดีของชาติพันธุ์รุ่นใหม่

การปรับปรนและพัฒนาตนเองนั้น ต้องอาศัยความสามารถ หรือศักยภาพทางภูมิปัญญาที่สั่งสมสืบทอดกันมาจากประสบการณ์ของบรรพชน ทั้งที่ได้จากในห้องถิ่นและต่างถิ่น ผสมผสานกับการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ นั้นย่อมเป็นการบ่งชี้ว่าภูมิปัญญาที่ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ใด ๆ อารงและสืบเผ่าพันธุ์อยู่ได้ ย่อมไม่ใช่มีเพียงองค์ความรู้เดียว ๆ เพียงระบบใดระบบหนึ่ง ผูกขาดอยู่ชั่วกัลปาวสานอย่างแน่นอน แต่อาศัยภูมิปัญญาที่มีความหลากหลาย หรือมี Diversities และผันแปร ยืดหยุ่น เคลื่อนไหว หรือมี Dynamism ไปตามความเหมาะสมของสภาวะการณ์อย่างเป็นองค์รวมหรือ Holistic

ดังนั้น กระบวนการจัดการและการพัฒนาทางสาธารณสุขในชุมชน เพื่อชุมชน บนพื้นฐานทางภูมิปัญญาของชุมชน จึงจำเป็นต้องมีกรอบแนวคิดและมีความเข้าใจในวิถีคิด หรือฐานในการคิดของชาวบ้าน ทั้งนี้เพราะฐานในการคิดหรือวิถีคิดนั้นเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การพัฒนาที่หวังผลในการกระทำจากจิตสำนึกของชาวบ้าน จึงจำเป็นต้องเริ่มที่ฐานในการคิด เพื่อที่จะสามารถดึงเอาศักยภาพทางภูมิปัญญาของท้องถิ่น มาเป็นเข็มมุ่งและฐานรากของการพัฒนาท้องถิ่น ประเด็นสำคัญของฐานการคิดในระบบการดูแลสุขภาพ ที่ควรต้องพิจารณาได้แก่ ฐานการคิดในเรื่องความหลากหลายของระบบ เรื่องสุขภาพองค์รวม และเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ฐานการคิดในเรื่องความหลากหลาย (Diversities)

ความหลากหลายของพันธุ์พืชและสัตว์ในป่า (Bio-diversities) เป็นความเจริญงอกงามและความมั่งคั่งยั่งยืนของป่า ฉันทิ ความหลากหลายทางความคิดและภูมิปัญญาของปัจเจกในสังคม ก็

* โดย ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ สถาบันราชภัฏเชียงใหม่

เป็นความเจริญงอกงามและมั่งคั่งยั่งยืนทางวัฒนธรรมของสังคม ฉะนั้น ความหลากหลายจึงเป็น
สัญลักษณ์ของความงอกงาม ความมีชีวิต ถ้าทุกคนในสังคมคิดเหมือนกันหมด มีความคิดเดียว
กันหมด ไม่มีใครคิดแตกต่างกันเลย สังคมนั้นคงจืดชืด ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีสิ่งใหม่ ๆ เกิดขึ้น และไม่มี
ภูมิปัญญาทางความคิดต่อความครอบงำทางความคิด ซึ่งเป็นสิ่งตรงกันข้ามกับความหลากหลาย สังคมนั้นก็จะ
เสี่ยงต่อการล่มสลายทางวัฒนธรรม เป็นอาณานิคมทางความคิดของสังคมอื่น เสมือนหนึ่งสิ่งมีชีวิตที่
ขาดความหลากหลายทางสายพันธุ์ ย่อมเสี่ยงต่อการสูญพันธุ์ เมื่อมีโรคภัยมารุกราน

นอกจากความมืดและความด้อยทางปัญญาแล้ว ความครอบงำเป็นตัวนำไปสู่การปิดกั้น ความ
คับแคบ ความลุ่มหลง อึดตาและความเห็นแก่ตัว ความหลากหลายทางความคิดและภูมิปัญญาจึง
เป็นตัวนำไปสู่ความงอกงาม ก้าวหน้า เป็นประชาธิปไตย มีทางเลือก ไม่ยึดติดลุ่มหลงอยู่กับสิ่งใด
สิ่งหนึ่ง แต่ยืดหยุ่นผันแปรและมีทางเลือกสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม

ระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนก็เช่นเดียวกัน ในสังคมใดๆ ไม่ได้มีระบบการรักษา
พยาบาลผูกขาดเพียงระบบเดียว สังคมไทยก็ไม่ได้มีข้อยกเว้น แม้รัฐบาลไทยจะยึดถือปฏิบัติเอาระบบ
วิชาการแพทย์เพียงระบบเดียวก็ตาม ซึ่งเป็นการแพทย์แบบเอกลักษณะที่เราไปหยิบยืมภูมิปัญญาของ
สังคมตะวันตกมาใช้ทั้งดุ้น โดยไม่ได้พัฒนาขึ้นไปจากฐานเดิมหรือภูมิปัญญาเดิมของไทย แต่กลับดู
ถูกและปฏิเสธภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย (การแพทย์แผนโบราณและการแพทย์พื้นบ้าน)

เสมือนหนึ่งถอนต้นมะขามเปรี้ยวต้นเก่าทิ้ง แล้วนำกิ่งตอนมะขามหวานจากต่างถิ่นมาปลูก
แทน โดยหวังจะได้มะขามหวานรสดีดังต้นพันธุ์เดิม ทั้งที่ยังไม่แน่ใจว่ามะขามพันธุ์ใหม่จะเติบโตและ
รักษาลักษณะพิเศษของพันธุ์เดิม ในสภาพแวดล้อมที่ต่างจากเดิมได้ โดยไม่ได้ปรับปรุงพันธุ์ให้เหมาะ
สมกับสภาพแวดล้อมใหม่ ซึ่งการปรับปรุงพันธุ์หรือวิชิขยายพันธุ์ เพื่อให้เอื้อต่อการเติบโต น่าจะง่าย
กว่าการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ดังนั้นแทนที่จะถอนมะขามต้นเดิมทิ้ง อาจนำพันธุ์ใหม่มาติดตามต่อยอดบนต้นต่อเดิมแทน เช่น
เดียวกับการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ แทนที่จะนำเข้าภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพจากต่างถิ่น
ทั้งหมด โดยไม่สนใจภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สะสมมาแต่บรรพชน แต่ควรต้องฟื้นฟูภูมิปัญญาที่ยังร่วม
สมัย แล้วนำของใหม่มาปรับและผสม ให้กลมกลืนเข้ากันได้อย่างสนิท ซึ่งทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับฐานในการคิด
ว่า จะยอมรับความหลากหลายได้หรือไม่

1.2 ฐานการคิดในเรื่ององค์รวม (Holistic)

องค์รวม เป็นวิธีการมองให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของทุกองค์ประกอบ ที่มีอยู่ในหน่วยทั้งหน่วย
หรือในระบบทั้งระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งตรงข้ามกับการมองแบบแยกส่วน ที่มององค์ประกอบทุกส่วน

ของระบบ ที่ละส่วน ที่ละเดียว ดังนั้นวิธีการมองแบบองค์รวม จึงต้องมองให้เห็นภาพรวมของประกอบทั้งหมดของระบบ มองให้เห็นความเชื่อมโยงของทุกองค์ประกอบในระบบ มองให้เห็นบริบทหรือเงื่อนไขและปัจจัยแวดล้อม มองให้เห็นลึกไปถึงภูมิหลังและความหมายของภาพที่เคลื่อนไหว (Dynamism) ไม่ใช่แค่มองเห็นแค่ปรากฏการณ์ที่เป็นภาพนิ่งเท่านั้น

เหตุผลที่จำเป็นต้องมีฐานการคิดแบบองค์รวม เนื่องจากในวิถีชีวิตจริง ปรากฏการณ์ทั้งหลายเป็นผลผลิตที่หล่อหลอมมาจากเงื่อนไขปัจจัยทั้งปวงที่แวดล้อมเป็นบริบท เช่นการรดน้ำมนต์รักษาการเจ็บป่วย มิได้หมายความว่าน้ำมนต์มีธาตุเคมีที่มีสรรพคุณพิเศษ ไข้ฆ่าเชื้อโรคหรือบำรุงร่างกายก็หาไม่ แต่น้ำมนต์เป็นสื่อแห่งความเชื่อ (Medium) ที่มีค่าความเป็นสาร (Message) ทำหน้าที่หล่อหลอมปลูกสร้างให้กายกับใจเป็นหนึ่ง เมื่อใจมีพลังตามแรงศรัทธาของความเชื่อ กายย่อมได้รับผลกระทบไม่มากนัก

ดังนั้นการรดน้ำมนต์ในบางกรณี จึงอาจส่งผลทางบวกต่ออาการเจ็บป่วย ตามอานิสงค์และบริบท เป็นกรณี ๆ ไป แต่ถ้าไม่มีฐานการคิดแบบองค์รวม ไม่ได้นำมิติทางวัฒนธรรมมาร่วมพิจารณาอย่างไรเสียก็จะมีวันเข้าใจว่า ปรากฏการณ์ของการรดน้ำมนต์ จะช่วยรักษาการเจ็บป่วยได้อย่างไร ยิ่งถ้านำเทคนิควิธีการทางวิทยาศาสตร์มาพิจารณา ที่มักจะจำกัดปัจจัยแวดล้อมไว้ ไม่ให้มาแทรกแซงหรือรบกวนตัวแปรที่ศึกษา ก็คงยิ่งมองไม่เห็นว่ามันแปลก ๆ และอาจจะสับสนกับโรคป็นอีกต่างหาก จะสัมพันธ์กับการหายป่วยได้อย่างไร ก็อาจจะกล่าวหาว่า ชาวบ้านงมงาย เจอข้อหา โง่ จน เจ็บ ก็ได้ ดังนั้นการที่จะเข้าใจวิถีคิดของชาวบ้าน จึงจำเป็นต้องมีฐานการคิดแบบองค์รวม โดยเฉพาะการจะเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพสภาพตนเองของชาวบ้าน จำเป็นต้องพิจารณาระบบการดูแลสุขภาพขององค์รวม

1.3 ฐานการคิดในเรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ภูมิปัญญาพื้นบ้าน เป็นองค์ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของชาวบ้าน ที่สั่งสมสืบทอดกันมา อันเป็นศักยภาพหรือความสามารถในเชิงแก้ปัญหา จัดการ ปรับตัว เรียนรู้และสืบทอดไปสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อการดำรงอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ จึงเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ หรือเป็นวิถีชีวิตของชาวบ้าน

ดังนั้นภูมิปัญญาท้องถิ่นใดๆ จึงเป็นรากแก้วสำคัญ ที่จะทำให้ท้องถิ่นนั้นเจริญงอกงามอย่างมั่นคง ความจริงคือทุกชาติพันธุ์ที่ดำรงอยู่รอดได้ย่อมต้องมีดี หรือมีภูมิปัญญาเป็นของตนเอง หาไม่แล้วก็อาจสูญพันธุ์ไปนานแล้ว เพียงแต่ว่าภูมิปัญญาของชาติพันธุ์หนึ่ง อาจพัฒนาไปแตกต่างกับอีกชาติพันธุ์หนึ่ง ตามความแตกต่างของสภาพแวดล้อม และตามความจำเป็นของสภาพสังคมในท้องถิ่นนั้น ที่จะสามารถรับใช้การแก้ปัญหาและการอยู่ร่วมกันอย่างสันติของสังคมนั้น ๆ ได้

การที่ภูมิปัญญาของท้องถิ่นหนึ่งอาจเรียบง่าย ไม่สลับซับซ้อนเหมือนอีกท้องถิ่นหนึ่ง ไม่ได้แปลว่าคนในท้องถิ่นนั้นนี้เงาหรือฉลาดน้อยกว่า เช่นสังคมชนบทห่างไกลไม่มีไฟฟ้าใช้ คนบ้านนอกย่อมไม่จำเป็นต้องรู้วิธีการใช้เครื่องไฟฟ้า ฉะนั้น คนกรุงย่อมไม่จำเป็นต้องรู้วิธีการก่อไฟหุงข้าวจากขางข้าวโพด ฉะนั้น ต่อเมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ภูมิปัญญาในการหุงข้าวด้วยไฟฟ้าหรือด้วยขางข้าวโพด ก็อาจจะเรียนรู้กันกันได้ ดังนั้นฐานการคิดในเรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้านก็คือ ต้องนำมิติทางวัฒนธรรมมาเป็นฐานในการคิด หรือพิจารณาเสมอ นั่นคือ

- ไม่ดูถูกหรือมีอคติกับภูมิปัญญาพื้นบ้านอื่นที่แตกต่างจากตัวเอง
- ไม่ยึดติดกับชาติพันธุ์นิยม (Ethnocentrism) ไม่ยึดตนเป็นใหญ่หรือเป็นศูนย์กลาง
- เข้าใจวิถีคิดของชาวบ้าน โดยมองภาพออกมาจากภายในตัวเขาอย่างเป็นองค์รวมและมองภาพในเชิงเคลื่อนไหว ไม่ใช่ตัดสิ่งๆ ที่เห็นเป็นปรากฏการณ์
- ยอมรับในความหลากหลาย หรือความแตกต่างตามวิถีชีวิตในแต่ละสภาพแวดล้อม และ
- เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน ซึ่งแม้แต่กฎบัตรสหประชาชาติก็ได้ระบุไว้ชัดเจน หากไม่แล้วเราจะมองคนอื่นด้อยกว่าเราเสมอ คิดแต่จะเปลี่ยนเขาให้เหมือนเราทำเดี๋ยวนั้น

ดังนั้นจะเห็นว่า ประสพการณ์การพัฒนาประเทศไทยที่ผ่านมา ทางราชการไม่มีฐานการคิดในเรื่องภูมิปัญญาพื้นบ้านเลย เจ้าหน้าที่รัฐจึงตั้งตนเป็นศูนย์กลาง ไม่ยอมรับความหลากหลาย โดยมีความมั่นคงของความเป็นเอกราชเป็นฐานการคิด ผู้ที่มีวิถีคิดแตกต่างจากรัฐ แม้จะมีเข็มมุ่งเดียวกันกับรัฐ ก็อาจจะกลายเป็นปรปักษ์กับรัฐได้ การพัฒนาจึงมุ่งแต่การเปลี่ยนภูมิภาคให้เหมือนศูนย์กลางหรือเปลี่ยนชนบทให้เป็นเมือง โดยวิธีการแห่ง"ความทันสมัย" ที่มีแก่นที่ปรากฏการณ์ดั้งเดิมด้วยสิ่งแปลกใหม่ ในอัตราเร่งที่สูงเกินกว่าความสามารถของชุมชนจะรับหรือปรับตัว พัฒนาขึ้นมาจากรากฐานเดิมอย่างค่อยเป็นค่อยไป

จึงก่อให้เกิดความแปลกแยกทางภูมิปัญญาของท้องถิ่นกับต่างถิ่น ยังความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รวมถึงการสูญเสียทางภูมิปัญญาเดิมและถูกครอบงำโดยวัฒนธรรมบริโภคนิยม เกิดความสับสนในวิถีชีวิตใหม่ สถาบันครอบครัวถูกทำลาย ความเป็นชุมชนดั้งเดิมได้หมดสภาพลง เกิดปัญหาทางสังคมควบคู่กับปัญหาทางเศรษฐกิจ ส่งผลถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมและปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิต ข้อสำคัญความทันสมัยดังกล่าว เป็นแค่ความทันสมัยทางวัตถุ ที่ขาดความทันสมัยทางภูมิปัญญาและจิตวิญญาณรองรับ จนอาจกล่าวได้ว่าเกิดวิกฤตการณ์ในหลาย ๆ ด้าน เช่นวิกฤตการณ์ทางวัฒนธรรม ปัญหาโสเภณี หรือวิกฤตการณ์โรคเอดส์ เป็นต้น

ในปัจจุบัน จึงเริ่มยอมรับกันว่า วิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว หรือการแพทย์แบบ"เอกสิทธิ์" ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด เพราะมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ และพึ่ง

ตนเองได้น้อยลง ซึ่งเป็นการสวนทางกันกับนโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลไทย ที่เน้นเรื่องการพึ่งพาตนเอง หรือ Self-reliance

ดังนั้น การกลับไปแสวงหาและฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นของการดูแลสุขภาพตนเอง จึงเป็นทางเลือกที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ผสมผสานกับเทคโนโลยีใหม่อย่างเหมาะสม ได้องค์ความรู้ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง บนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของตนเอง เหมาะสมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยและสภาพแวดล้อมของตนเอง ดังที่เรียกกันว่า "การแพทย์พหุลักษณะ" จึงเป็นภารกิจเร่งด่วนที่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข การศึกษา สังคมวัฒนธรรมและประชาชน ต้องร่วมมือกันทำงานและศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาการแพทย์พหุลักษณะที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในท้องถิ่นมากที่สุด นั่นคือ ประหยัดที่สุด มีประสิทธิผลที่สุด หาได้ง่ายที่สุด ยั่งยืนที่สุด และหรือพึ่งตนเองได้มากที่สุด

อันที่จริงระบบการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านนั้น ได้ดำรงอยู่คู่กับชุมชนทุกเผ่าพันธุ์มาตลอด แม้จะไม่ได้รับการสนใจและส่งเสริมสนับสนุนจากทางราชการก็ตาม แต่ยังคงบทบาทหน้าที่สำคัญในการรับใช้ชุมชนตลอดระยะเวลาที่ถูกปฏิเสธจากทางราชการ โดยที่ภูมิปัญญาบางอย่างอาจจะยังทันสมัยหรือเหมาะสมกับยุคสมัย บางอย่างอาจจะไม่เหมาะสมกับสภาวะปัจจุบัน เชื่อถือไม่ได้ และบางอย่างอาจจะเป็นทางออกของการแก้ปัญหาสุขภาพในอนาคต ถ้าได้รับการตรวจสอบและฟื้นฟูพัฒนาให้สอดคล้องกับยุคสมัยปัจจุบัน

ดังนั้นตัวอย่างเรื่องการรักษากระดูกหักของ "หมอมือเมือง" ที่อำเภอพญาเม็งราย และการดูแลครรภ์ของเผ่าอาข่าบนดอยตุง (ดูรายละเอียดจากผลการวิจัยของกรณีศึกษาในบทถัดไป) ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่ทำให้ระบบการดูแลรักษาสุขภาพพื้นบ้าน ยังสามารถดำรงบทบาทหน้าที่อยู่เคียงคู่กับชุมชนในท้องถิ่น แม้ระบบพื้นบ้านนี้จะเป็นเพียงทางเลือกทางหนึ่ง ที่ยังขาดการพัฒนาฟื้นฟูอย่างจริงจัง แต่อย่างน้อยเป็นทางเลือกที่ประชาชนพึ่งพิงได้

กล่าวคือ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ประชาชนอาจเลือกที่จะไปใช้บริการจากโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข ต่อเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองของความต้องการ หรือยังไม่พึงพอใจ จึงเลือกระบบพื้นบ้านทำหน้าที่แทน หรืออาจจะสลับกันก็ได้ เห็นสิ่งอื่นใดก็คือ ชาวบ้านมีอิสระในการที่จะเลือกระบบการดูแลรักษาสุขภาพ ตามศรัทธาความเชื่อและตามฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคมของตน

ตัวอย่างกรณีศึกษาที่จะเสนอต่อไปนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง จนสามารถสืบและดำรงเผ่าพันธุ์มาเป็นเวลานาน ซึ่งไม่ได้มีแต่เผ่าอาข่าเท่านั้น แต่มีอยู่ในทุกเผ่าพันธุ์ที่สามารถดำรงเผ่าพันธุ์อยู่ได้ถึงปัจจุบัน รวมทั้งเผ่าไทยทั้งหลาย

การศึกษาวิจัยดังกล่าว ไม่ได้มีเจตนาที่จะทวนเข็มนาฬิกา หรือหมุนกงล้อประวัติศาสตร์กลับไปใช้ชีวิตอย่างในอดีต แต่ต้องการแสดงให้เห็นว่า ความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญา เป็นความมั่งคั่งของเผ่าพันธุ์ที่รวมตัวกันขึ้นเป็นชาติ ภูมิปัญญาท้องถิ่นใด ย่อมเป็นรากแก้วอัน สำคัญของการเจริญงอกงามของท้องถิ่นนั้น เพราะแท้จริงแล้วไม่มีวัฒนธรรมใด ที่จะดำรงอยู่ได้ประหนึ่ง ภาพหนึ่ง ล้วนมีพลวัตรหล่อหลอมเป็นวัฒนธรรมใหม่อยู่ตลอดเวลา

ประเด็นจึงอยู่ที่ว่า เราจะต่อยอดพันธุ์ไม้ที่ดีกว่า ไว้บนต้นตอที่มีรากแก้วแข็งแรง ไม่แปลกถิ่น หรือเราจะโค่นต้นเก่าทิ้งแล้วปลูกกิ่งตอนพันธุ์ไม้ใหม่ที่เชื่อว่าดีกว่าในต่างถิ่น โดยยังไม่รู้ว่ามันจะงอก งามและเหมาะสมกับถิ่นใหม่ ซึ่งมันอาจจะตาย อาจจะไม่ตายแต่ไม่ยอมโต หรืออาจจะงอกงามได้ดี ถ้าบังเอิญมันชอบดินในถิ่นใหม่

บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ยังคงอยู่ในชุมชน
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคงอยู่และการสืบทอดภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพกระดูกหักของหมอเมือง และการดูแลสุขภาพครรภ์ของหญิงชาวอาข่า
- 3) เพื่อนำบทเรียนจาก กระบวนการเรียนรู้ จัดการ และสืบทอดภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชนเผ่า เป็นฐานการแก้ปัญหาทางสุขภาพและแนวทางการพัฒนาสุขภาพในอนาคต

2.2 ประชากรและเครื่องมือวิจัย

(1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ได้แก่

- หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงมีครรภ์ของชาวเขาเผ่าอาข่า บ้านปากกล้วย ดอยตุง กิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวง โดยกลุ่มเป้าหมายคือหญิงมีครรภ์ 60 คน ผู้เฒ่า 5 คนและหมอตำแย 1 คน
- หมอเมืองและคนไข้กระดูกหัก อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- เครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูง -แบบสัมภาษณ์
- เครื่องบันทึกเสียง -กล้องบันทึกภาพ

2.3 วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เน้นการศึกษาเชิงคุณภาพ จึงใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม(participation observation) เป็นหลัก แต่ก็มีกรรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์และเชิงปริมาณบ้างเช่น ตรวจสอบผลการรักษากระดูกหักโดยใช้รูปภาพและเอกซเรย์ ตรวจสอบผลการดูแลสุขภาพครรภ์โดยน้ำหนัก-ส่วนสูง เนื่องจากกรณีศึกษาทั้งสองประเด็น คือการดูแลครรภ์และการรักษากระดูกหัก แม้จะอยู่ในกรอบแนวคิดของการศึกษาเดียวกัน คือศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์ แต่มีบริบทที่ต่างกัน จึงมีขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.3.1 วิธีการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวกับศักยภาพการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของชาวอาข่า

(1) สัมภาษณ์ทะเบียนฝากครรภ์ สำหรับหญิงมีครรภ์ทุกคนในหมู่บ้านอ้อปากกล้วย บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มรับฝากครรภ์ของสถานีอนามัยดอยตุง ชั่งน้ำหนักและสัมภาษณ์รูปแบบการกินอาหารตลอดช่วงระยะเวลาการตั้งครรภ์ ประมาณรายละ 6 ครั้ง

(2) ติดตามเยี่ยมบ้านหญิงมีครรภ์ เพื่อศึกษาความเป็นอยู่ ความเชื่อ พฤติกรรมและการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ โดยการสังเกต สอบถาม และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เดือนละ 2 ครั้ง ตลอดช่วงระยะเวลาการตั้งครรภ์

(3) สัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ จากบุคคลสำคัญในหมู่บ้าน เช่น ผู้เฒ่าผู้แก่ หมอตำแยและผู้นำกำหนดพิธีกรรม

(4) จัดเวทีชาวบ้านเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับ โดยการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาจับเข้าคุยกัน มีการบันทึกข้อมูลจากการเสวนา (participation) โดยใช้เทปบันทึกเสียงและนำไปถอดแปลภายหลัง

(5) วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อหาความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่อง ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์ อันได้แก่ น้ำหนักส่วนสูงของแม่ และน้ำหนักแรกเกิดของลูก ตลอดจนถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.3.2 วิธีการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวกับการรักษากระดูกหักของหมอมือเมือง

(1) คัดเลือกหมอมือเมืองที่ยังมีบทบาทเด่นในการรักษากระดูกหัก 3-4 คน ในอำเภอพญาเม็งราย

(2) สัมภาษณ์หมอมือเมืองแบบเจาะลึก และสังเกตวิธีการรักษา เพื่อให้ทราบถึง

- ระบบวิธีคิด ความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพ
- กระบวนการจัดการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ
- การคงอยู่ และการสืบทอดความรู้

โดยจะติดตามหมอมือเมืองแต่ละราย อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง

(3) ติดตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสังเกตผู้ป่วยกระดูกหัก (ที่ติดตามได้) เพื่อให้ทราบถึง

- ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย
- ผลการรักษาในแง่ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความพึงพอใจ

โดยจะติดตามผู้ป่วยแต่ละราย อย่างน้อยเดือนละครั้ง ถ้ามีกระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

(4) วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อให้ทราบถึง

- ความรู้ ความเชื่อ กระบวนการจัดการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ของชุมชน
- การสืบทอดความรู้ของหมอมือเมือง
- ผลการรักษา ทั้งในมุมมองทางการแพทย์ และมุมมองทางวัฒนธรรม

เนื่องจากการวิจัยทั้งสองพื้นที่นี้ แม้จะมีจุดประสงค์เช่นเดียวกัน แต่เนื่องจากเนื้อหาในรายละเอียดแตกต่างกัน จึงขอแยกนำเสนอผลการวิจัยเป็นสองส่วน (บทที่ 3 และบทที่ 4)

บทที่ 3 *

ผลการวิจัยกรณีศึกษาการรักษากระดูกหักของ"หมอมือเมือง"

3.1 ความเป็นมาของปัญหาที่ทำการวิจัย:

ปัจจุบันโลกกำลังประสบกับปัญหายุ่งยาก ในการจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดการแย่งชิงทรัพยากรและความขัดแย้งระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ รวมทั้งปัญหาหลากหลายต่าง ๆ ประเทศไทยก็มีปรากฏการณ์ดังกล่าวปรากฏให้เห็นอยู่เนืองๆ ทั้งนี้เพราะรูปแบบการพัฒนาที่ผ่านมา มักถูกกำหนดให้ทำด้วยวิธีการเหมือนๆ กันหมดทั่วประเทศ โดยละเลยความสำคัญของความแปลกแยกทางภูมิปัญญา ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมในแต่ละท้องถิ่น

นอกจากนั้นยังต้องพึ่งพาเทคโนโลยีต่างชาติ ทำให้การพัฒนาดังกล่าวไม่ยั่งยืน และอาจก่อความขัดแย้งด้านวิธีการระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกับชุมชน แม้จะมีจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกันก็ตาม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเร่งศึกษาให้เข้าใจถึงพื้นฐานภูมิปัญญาของแต่ละชาติพันธุ์ ก่อนที่สิ่งเหล่านั้นจะสูญหายไป เพื่อนำมาประกอบเป็นฐานรากในการพัฒนาที่เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น บนพื้นฐานแห่งการพึ่งตนเอง

ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพเป็นตัวอย่างหนึ่ง ที่เห็นได้ชัดเจน ในปัจจุบันเริ่มยอมรับกันแล้วว่าวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด เพราะมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากยังต้องนำเข้าเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์จากต่างชาติ จึงมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการของชาวชนบทผู้ยากไร้ ดังนั้นการกลับไปแสวงหาและฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน จะช่วยให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ได้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น

คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สนใจสมุนไพรจังหวัดเชียงราย (2534) พบว่า "หมอมือเมือง"(ซึ่งเป็นชื่อเรียกหมอปื้นบ้านในภาษาไทยล้านนา) ยังคงมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการรักษากระดูกหักซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากอุบัติเหตุจราจร แม้นผู้ป่วยจะผ่านการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้วก็ตาม ส่วนหนึ่งก็ยังคงกลับไปรักษากับหมอมือเมือง จากกรณีดังกล่าว จึงน่าสนใจว่า

* คณะผู้วิจัย น.พ.ธรา อ่อนชมจันทร์ (โรงพยาบาลพญาเม็งราย)
ในพื้นที่: ดารณี อ่อนชมจันทร์ (โรงพยาบาลพญาเม็งราย)
ประภาพร เชื้อเมืองพาน (โรงพยาบาลพญาเม็งราย)
ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ (สถาบันราชภัฏเชียงราย)

คนเมือง (คนล้านนา) ยังมีความรู้ ความเชื่ออย่างไร หมอเมืองจึงยังคงมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาระดุกหักได้ ด้วยวิธีการที่ชาวบ้านยอมรับมากกว่าการใส่เฝือกของแพทย์แผนปัจจุบัน

ผลจากการศึกษาจะทำให้เข้าใจมากขึ้นว่า แต่ละชาติพันธุ์มีหลักการและวิธีคิด ในการจัดการกับทรัพยากรสิ่งแวดล้อมอย่างไร ในการที่จะให้เกิดผลดีกับสุขภาพของตนเอง เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจภูมิปัญญาชาวบ้านมากขึ้น อันจะนำไปสู่การผสมผสานแนวคิดในการดูแลสุขภาพของชาวบ้านกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และปรับกลวิธีแก้ไขปัญหสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่นยิ่งขึ้น เพื่อลดข้อขัดแย้งในการทำงานซึ่งกันและกัน ตลอดจนแสวงหา "ทางเลือก" ในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจของไทยในปัจจุบัน

3.2 บริบททางสังคมของพื้นที่ศึกษาวิจัย

อำเภอพญาเม็งรายได้ตั้งเป็นกิ่งอำเภอ เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2524 และยกฐานะเป็นอำเภอเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2530 เหตุที่ได้นำพระนาม พ่อขุนเม็งรายมหาราชกษัตริย์ผู้ยิ่งใหญ่แห่งล้านนา มาเป็นชื่ออำเภอ ก็เนื่องด้วยตามพงศาวดารโยนกได้จารึกไว้ว่า เมื่อพ.ศ.1812 พ่อขุนเม็งรายมหาราชทรงยกทัพไปตีเมืองผาแดง (อำเภอเชียงของในปัจจุบัน) พระองค์ทรงหยุดพักไพร่พลบริเวณเนินเตี้ยๆใกล้บ้านสันป่าสัก หมู่ที่ 3 ตำบลเม็งราย อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ซึ่งสถานที่แห่งนี้ ชาวบ้านได้เรียกขานต่อๆ มาว่า "คุ่มพญาเม็งราย" และนับถือว่าเป็นสถานที่ศักดิ์สิทธิ์

อำเภอพญาเม็งรายอยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงราย 47 กิโลเมตรไปทางทิศตะวันออกอยู่ห่างจากกรุงเทพฯประมาณ 887 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 514 ตารางกิโลเมตร (321,250ไร่) คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของพื้นที่จังหวัดเชียงราย อาณาเขตทิศเหนือติดต่อกับอำเภอเชียงของ ทิศใต้ติดกับอำเภอเทิง ทิศตะวันออกติดกับกิ่งอำเภอขุนตาล และทิศตะวันตกติดกับอำเภอเวียงชัย แบ่งเขตการปกครองเป็น 5 ตำบล 51 หมู่บ้าน คือ ตำบลแม่เปา(13 หมู่บ้าน) ตำบลเม็งราย(11 หมู่บ้าน) ตำบลไม้ยา(11 หมู่บ้าน) ตำบลแม่ต้า(8 หมู่บ้าน) และตำบลตาดควัน(8 หมู่บ้าน)

ลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ทางด้านตะวันตกและตอนกลางของอำเภอ เป็นที่ราบสูงและภูเขาอยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลางเฉลี่ย 500 เมตร เป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติ เหมาะแก่การปลูกพืชไร่ ส่วนพื้นที่ทางด้านตะวันออกและตอนใต้เป็นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การทำนา มีแม่น้ำสายสำคัญไหลผ่าน ได้แก่ แม่น้ำอิง และแม่น้ำตัก การคมนาคมติดต่อระหว่างอำเภอและตำบลสะดวกสบาย มีถนนสายหลักคือทางหลวงจังหวัดหมายเลข 1152 ตัดผ่านอำเภอ

จำนวนประชากร 41,056 คน (สถิติเมื่อวันที่ 29 ต.ค. 2535) เป็นชาย 21,139 คน หญิง 19,917 คน มีเชื้อสายผสมระหว่างไทยลื้อกับไทยยวน ส่วนใหญ่อพยพมาจากจังหวัดน่าน บางส่วนย้ายถิ่นมา

จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีชนกลุ่มน้อยเป็นชาวเขาเผ่าม้ง เย้า และมูเซอร์ ประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ บ้างนับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม และผีบรรพบุรุษ (ชาวเขา) ส่วนใหญ่ยังมีฐานะยากจน อาชีพหลักคือ เกษตรกรรมและรับจ้างทำงานในต่างถิ่น

การศึกษามีโรงเรียนประถมศึกษา 27 แห่ง โรงเรียนมัธยม 3 แห่ง การบริการด้านสาธารณสุข มีโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลอำเภอ) ขนาด 10 เตียง 1 แห่ง ตั้งอยู่ที่ตำบลแม่เปา เปิดให้บริการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 ซึ่งกำลังจะขยายขนาดเป็น 30 เตียงเนื่องจากมีปริมาณผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยจากอุบัติเหตุจากรถ และ มีสถานอนามัยตำบล 3 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 1 แห่ง (ในเขตชาวเขา) มีอาสาสมัครสาธารณสุขกระจายทั่วทุกหมู่บ้าน

โรงพยาบาลชุมชนให้บริการผสมผสานทั้งด้านรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค แต่หากมีผู้ป่วยหนักเกินขีดความสามารถ จะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขนาด 720 เตียง ซึ่งกำลังประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง เนื่องจากลาออกไปทำงานในภาคเอกชนมากขึ้น มีโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ขนาด 220 เตียง เพิ่งเปิดให้บริการเมื่อเดือน พฤศจิกายน 2535 ส่วนอีกแห่งหนึ่งได้เปิดให้บริการมานานแล้ว และกำลังขยายขนาดเพื่อรับผู้ป่วยที่มีปริมาณสูงขึ้นเรื่อย ๆ

3.3 ผลการวิจัย

คณะวิจัยได้ค้นหา "หมอมือเมือง" ที่รักษากระดูกหัก โดยสอบถามจากผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ป่วยกระดูกหัก ที่มาโรงพยาบาลแล้วแสดงความจำนงที่จะไปรักษา ต่อกับหมอมือเมือง หลังจากติดตามไปสัมภาษณ์หมอมือเมืองและผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง สังเกตวิธีการรักษาและติดตามผลการรักษา ตั้งแต่ตุลาคม 2535 ถึง พฤษภาคม 2536 ค้นพบหมอมือเมืองที่รักษากระดูกหักในอำเภอพญาเม็งรายถึง 16 ราย กระจายอยู่ทั่วไป กล่าวคือ ตำบลแม่เปาพบ 6 ราย ตำบลไม้ยาพบ 5 ราย ตำบลเม็งรายพบ 2 ราย ตำบลแม่ต้าและตาดคว้นพบ 3 ราย คาดว่าน่าจะมีจำนวนมากกว่านี้ เพราะเพียงตำบลแม่เปา ซึ่งมีโรงพยาบาลตั้งอยู่ ยังมีหมอมือเมืองถึง 6 ราย

หมอมือเมืองบางท่านยังมีบทบาทมาก บางท่านมีบทบาทน้อยลง และบางท่านเลิกไปแล้วเนื่องจากชราภาพมาก ซึ่งจะเลือกมานำเสนอในงานวิจัยนี้เพียง 4 ราย พร้อมทั้งตัวอย่างผู้ป่วยที่น่าสนใจ เพื่อให้มองเห็นภาพ "ภูมิปัญญาในการดูแลรักษากระดูกหักของคนเมือง" ดังต่อไปนี้

ก. หมอมือเขียน

เป็นชายวัย 48 ปี พ่อมีเชื้อสายไทยลื้อ ส่วนแม่เชื้อสายลาว มีภรรยาและบุตร 3 คนฐานะทางเศรษฐกิจดีพอสมควร มีบ้านสองชั้น ครึ่งไม้ครึ่งปูน ในเนื้อที่ 1.5 ไร่ มีโทรทัศน์ วิทยุ ตู้เย็น อาศัยใน

หมู่บ้านห่างจากทางหลวงแผ่นดินราว 3 กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลชุมชนราว 10 กิโลเมตร มีที่นาของตนเองราว 16 ไร่ นอกจากอาชีพหลักในการทำนาแล้ว ยังมีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน ฝ่ายป้องกันอีกด้วย

หมอเขียนจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านเขียนภาษาไทยและภาษาเมือง(ไทยล้านนา)ได้ดี เริ่มสนใจเรียนวิธีรักษาโรคกระดูกหักเมื่ออายุได้ 28 ปี เนื่องจากน้องชายถูกไม้ทับแขนหัก ต้องพาไปรักษาที่ลุง (พี่ชายของพ่อ) ที่ตำบลแม่ต๋ำ ซึ่งอยู่ไกลราว 20 กิโลเมตร เพราะยังไม่มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้ สมัยนั้นการเดินทางลำบากมาก จึงขอ "โกมขัน" (ยกครู) เรียนวิชารักษากระดูกจากลุง แล้วกลับมารักษาน้องชายที่บ้านจนกระทั่งหายเป็นปกติ

ต่อมาจึงได้รักษาเด็กหญิงที่ตกรถจักรยานยนต์แขนหักให้หายได้เป็นรายแรก หลังจากนั้นชื่อเสียงของหมอเขียนก็เป็นที่รู้จักกันในหมู่บ้านและละแวกใกล้เคียง อย่างไรก็ตามหมอเขียนไม่ได้ยึดอาชีพหมอเป็นหลัก จะรักษาแต่ผู้ที่มาขอรับเท่านั้น โดยผู้ป่วยต้องทำ "สวดย" (กรวย) ใส่ดอกไม้ธูปเทียนมาขอก่อน ไม่ได้เรียกรับค่ารักษาแล้วแต่ผู้ป่วยจะ "ตำหัว" (สมนาคุณ) ให้

หมอเขียนมีวิธีวินิจฉัยด้วยการสังเกตดูอวัยวะดังกล่าว ว่ามีรูปร่างผิดปกติหรือไม่ แล้วคลำดูว่ามีกระดูกหักหรือไม่ ถ้าพบว่ากระดูกหัก จะรักษาด้วยการเป่าคาถาใส่บริเวณที่หัก ซึ่งมีใจความดังนี้

(บทที่ 1.) อมแจ้งฟ้าลาย สายฟ้าฟาด ภูจักรกวดเลือดเข้าไปใน ภูจักรใส่เลือดเข้าไปในดุก ภูจักรสลูบฮื้อมึงติดกัน ดุกหัก ดุกมาต่อ ข้อหัก ข้อมาจาม เอ็นจามขึ้นตามดุก ภูจักรสลูบฮื้อมึงติดกัน อมสัวะหะติด (ว่าคาถาติดต่อกันไป 3 รอบ พร้อมทั้งเอาหางฝ้ายฟาดลงไปบริเวณที่กระดูกหัก คาถาบทนี้มีจุดประสงค์เพื่อต่อกระดูก ต่อเอ็น ต่อเลือด)

หมายเหตุ "สลูบ" หมายถึง การเสกให้กระดูกที่หัก รวมทั้งเลือด น้ำเหลืองที่จับกันเป็นก้อนให้ไหลเข้ามาต่อกัน

(บทที่ 2.) อมปัด ปัด มหาปัด ปัด อมสัวะหาย (ว่าคาถา 3 รอบ แล้วเป่า เพื่อดับพิษ แก้ปวด ซึ่งนอกจากใช้เป่ากระดูกแล้ว ยังใช้เป่ารักษา "บะเฮียง" หรือโรคผิวหนังชนิดหนึ่งได้ด้วย)

(บทที่ 3.) อมสะพะปัด มหาสะพะปัด อมสะพะภัย มหาสะพะภัย สะปะจังไร ผายเมต เสี้ยภัย สัวะหาย (ว่าคาถา 3 รอบ แล้วเป่า เพื่อลดอาการอักเสบ)

หมายเหตุ "สะพะ" หมายถึง "สรรพ" แปลว่า ทั้งหมด
"ผายเมต เสี้ยภัยสัวะหาย" หมายถึง ทำให้สิ่งที่เป็นพิษหรือเจ็บปวดนั้น ๆ
ทุเลาเบาบางลง

(บทที่ 4.) อมเตโว ปวสันติ โลหะ กุมภิ ปินี ลูกโซ (ว่าคาถา 3 รอบ แล้วเป่า)

ขณะที่ท้องคาถา หมอจะใช้หางฝ้าย (สำลี) ชุบน้ำมันงาขาวที่ปลุกเสกด้วยคาถาแล้วพาดไปบน
แขนที่หัก ซึ่งแต่เดิมอาจารย์ให้ใช้น้ำมันงาขาว แต่ปัจจุบันต้องซื้อน้ำมันงาจากในเมือง จึงบอกไม่ได้ว่า
เป็นงาขาวหรืองาดำ แต่เมื่อนำมาใช้ก็ยังได้ผลดีเช่นกัน หลังจากนั้นจะนำฝ้ายออกมาไม่ให้มารองด้วยสำลี แล้วจึง
พันรอบอวัยวะที่หัก ก็เป็นอันเสร็จพิธี

ในระยะแรกหมอจะเป่าวันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น ต่อมาเมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น จะเป่าวันละ
ครั้ง จนกระทั่งหายดีแล้วจึงปลดฝ้ายออกออกและหยุดเป่า การปลดฝ้ายจะเอาก้านไม้ฝ้ายออกที่ละอัน
แล้วมัดตรงกลางฝ้ายให้แน่นเพื่อให้กระดูกเข้ารูปดีขึ้น เมื่อกระดูกติดดีแล้วจึงปลดฝ้ายออกทั้งหมด
มีวิธีสังเกตให้รู้ว่ากระดูกติดแล้วหรือไม่โดยทดลองให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักที่อวัยวะนั้นๆ ถ้าหากลงน้ำหนัก
แล้วไม่ค่อยปวด ก็แสดงว่ากระดูกติดดีแล้ว

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นเด็กจะหายไวกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งหมอให้เหตุผลว่า
อาจเป็นเพราะเด็ก "จิ้นกำลังปิ้ง" (อยู่ในวัยเจริญเติบโต) ส่วนการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย จะห้ามผู้ป่วย
กินปลาไหล เพราะจะทำให้ปวดมาก

หมอบอกว่า แนวโน้มผู้ป่วยกระดูกหักที่มามากขึ้น เพราะสมัยก่อนไม่มีรถ ถ้าไม่ขึ้นต้นไม้
ไม้ ตกต้นไม้ ตกควาย ตกบ้าน ก็ไม่มีผู้ป่วยมา แต่ปัจจุบันรถมากขึ้น อุบัติเหตุบ่อยขึ้น ขนาดอุ๊ยดา
อายุ 80 ปีเดินอยู่ข้างถนนในหมู่บ้านยังโดนรถชน

หมอเขียนเคสรักษาผู้ป่วยกระดูกหักมาแล้วกว่า 100 ราย ภายในระยะเวลา 20 ปี โดยในปี
2535 (ระยะเวลา 12 เดือน) รักษาไม่น้อยกว่า 15 ราย และในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วย 4 ราย มี
ทั้งประเภทที่ป่วยแล้วมาหาหมอโดยตรง ไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วมาให้หมอรักษาต่อ และขอออก
จากโรงพยาบาลมารักษา ดังตัวอย่างผู้ป่วยที่จะได้นำเสนอต่อไปนี้

รายแรก เป็นผู้ป่วยชายวัย 29 ปี เมาสุวาชีรถจักรยานยนต์ชนเกวียน ญาตินำไปส่งโรงพยาบาล
แพทย์เฝ้าพบว่ากระดูกหักหลายแห่ง เกินความสามารถที่จะรักษาได้ จึงส่งตัวผู้ป่วยไปโรง
พยาบาลในจังหวัด เพื่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกรักษาต่อ

ผู้ป่วยเล่าว่า กระดูกแขนขวาหัก 4 แห่ง ขาซ้ายหัก 4 แห่ง ปวดเข่าซ้ายมาก ต้องใส่ฝ้ายนอน
รักษาอยู่ได้ 10 วันก็รู้สึกปวดมากจนอยากแกะฝ้ายออกออก และว่า "อยู่ที่โรงพยาบาลเห็นแต่สิ่งไม่ดี
หมอก็กู้ (พูด) กับคนไข้บ่นวอน (พูดจาไม่ไพเราะ) อยู่บ้านสบายใจกว่า" จึงขอลับบ้าน โดยเซ็นใบไม่
สมัครอยู่ เพราะแพทย์ไม่อนุญาตให้กลับบ้าน ญาติของผู้ป่วย ซึ่งเคยไปเฝ้าไข้เล่าว่า พยาบาลประจำ
ตึกไม่สนใจผู้ป่วย เวลาผู้ป่วยโอดโอยขอยา ก็ไม่สนใจ บอกว่าผู้ป่วยไม่อดทน ขอยาก็ยาก และได้
เห็นผู้ป่วยบางคนถูกตัดขาแล้วยังเกิดการอักเสบ จนต้องตัดซ้ำอีก 2-3 ครั้ง ซึ่งน่ากลัวมาก

ผู้ป่วยมีความเชื่อในวิธีเป่าและเคยได้ยินชื่อเสียงของหมอเขียน ซึ่งอยู่ในหมู่บ้านใกล้กันราว 1 กิโลเมตรเท่านั้น เมื่อกลับมาบ้านจึงนำสวดดอกไม้ธูปเทียนเป็น"ขันตั้ง" ไปขอให้หมอเขียนรักษา หมอใช้ใบเลื่อยแกะฝี้ออกปูนด้านบนออกครึ่งหนึ่ง เหลือด้านล่างไว้เป็นที่ตามแขน ขาเมื่อแรกแกะฝี้ออกพบว่าแขนและขาเขียวช้ำบวมมาก หลังจากที่เป่า ทาน้ำมัน อาการดังกล่าวก็ค่อยๆ ยุบลงและเปลี่ยนเป็นสีเนื้อตามปกติมากขึ้น ได้ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องพบว่า อาการดีขึ้นเป็นลำดับ จนกระทั่งถอดฝี้ออกออกได้ทั้งหมด สามเดือนต่อมา ผู้ป่วยสามารถเดินไปมาไกลๆ ได้โดยใช้ไม้ช่วยค้ำยัน แต่เข่าซ้ายยังบวมอยู่เล็กน้อย ถ้าออกแรงจะรู้สึกปวด

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังคิดว่า ถ้าแขนขาหักน่าจะไปหาหมอโรงพยาบาลก่อน เพราะถ้าหากมาให้หมอเมืองตั้งแล้วมัน"บ่หัน" (มองไม่เห็น) ว่ากระดูกข้างไหนหักหรือไม่ ถ้าเอ็กซเรย์แล้วมันเห็น ให้หมอที่โรงพยาบาลตั้ง และเข้าฝี้ออกก่อน แล้วจึงมาให้หมอเมือง"เป่า"ภายหลัง ส่วนมารดาของผู้ป่วยคิดว่า ถ้าแขนหักน้อยคือไม่มีแผลฉีกไม่ต้องเย็บ จะให้หมอเมืองเป่าและเข้าฝี้ออกเลย แต่ถ้าหักมากกระดูกแตกมาก ต้องไปโรงพยาบาลก่อนเพื่อให้อุ่นใจ

รายที่สอง เป็นผู้ป่วยชาย ได้รับความอุบัติเหตุ กระดูกแข้งข้างซ้ายหัก ไปเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ แต่ญาติพากลับบ้านไปหาหมอเขียน เพราะเคยรู้จักกันมาก่อน ผู้ป่วยเล่าถึงกระบวนการรักษาว่า "หมอเอาฝี้ออกไม้เป็นซี่ๆ เข้าก๊อบ แล้วว่าคาถา เป็นก๋าๆ บ่ตาย หือมันซี่ๆ บ่ได้ตั้ง บ่ได้จ๊กซักอย่าง" และต้องใส่ฝี้ออกนานประมาณ 2 เดือน จะถอดออกบ้างก็เฉพาะเวลาที่หมอมาเป่าให้เท่านั้น "ถ้าเป็นมาฮักษา เป็นก็ตั้งเอาออก แล้วเอาน้ำมันงามานวด ฮักษาอยู่ 2-3 เดือน ก็ยังได้ เมื่อย่างได้ก็เอาฝี้ออกออก"

ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยหายเป็นปกติแล้ว แต่หน้าแข้งซ้ายบวมผิดปกติเล็กน้อย ซึ่งผู้ป่วยบอกว่า เป็นเพราะตนเองเดินลงน้ำหนักก่อนที่หมอจะอนุญาต จึงพาผู้ป่วยไปเอ็กซเรย์พบว่า กระดูกติดดี แต่อยู่ในลักษณะบิดออกไปจากแนวปกติเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็พึงพอใจกับผลการรักษา

รายที่สาม เป็นผู้ป่วยกระดูกแขนหัก ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มี ขณะสัมภาษณ์หายเป็นปกติแล้ว ลองให้เหยียดแขนดูพบว่าแขนข้างซ้ายงอผิดปกติเล็กน้อย เอ็กซเรย์พบว่า กระดูกต้นแขนข้างนั้นติดกันเรียบร้อยดี เป็นที่น่าพอใจ

รายที่สี่ เป็นผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักตั้งแต่ยังไม่มีโรงพยาบาลเช่นกัน ขณะสัมภาษณ์มองไม่ออกเลยว่ากระดูกเคยหักข้างไหน นำไปเอ็กซเรย์จึงพบว่า กระดูกหน้าแข้งหัก แต่ติดกันได้สนิทเกือบเหมือนเดิม

รายที่ห้า ผู้ป่วยหญิง อายุ 21 ปี ซึ่รถจักรยานแล้วล้ม กระดูกแขนขวาหัก ไปรักษากับหมอเขียนโดยตรงเพราะอยู่ใกล้บ้าน ไม่ได้ไปโรงพยาบาลเพราะเป็นเวลาค่ำไม่มีรถโดยสาร สามีเป็นผู้แนะนำ เพราะเคยเห็นหมอเขียนไปรักษาหายมาหลายคนแล้ว และยังบอกว่า เมื่อสมัยก่อน น้องชายตกต้นไม้ ข้อศอกหลุด และน้องสาวตกควาย ข้อศอกหลุด ไปรักษากับหมอเขียนก็หายเป็นปกติ จึงเชื่อว่า หมอเขียนต้องรักษาได้

เมื่อไปหาหมอเขียน หมอบอกว่ากระดูกแขนขวาหักทั้ง 2 อัน เพราะบริเวณที่หักงอไปมาได้ มีเสียงดังกรอบแกรบ รักษาโดยเป่าคาถา ทาน้ำมันมนต์และใส่เฝือกไม้ไผ่ ต้องรักษานาน 3 เดือนจึงจะทำงานหนักได้ ผู้ป่วยและสามี มีความพึงพอใจในผลการรักษา และยังไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด หากหายแล้วก็ยังไม่ทราบว่าจะไปดำหัวหมอเขียนเท่าไร เพราะไม่มีเงิน ผู้ป่วยฐานะยากจน ไม่มีที่นาของตัวเอง อาชีพรับจ้างทั่วไปรายได้ประมาณ 5,000 บาทต่อปีและมีภาระต้องเลี้ยงดูลูกอายุ 4 ขวบ

รายที่หก ผู้ป่วยชายอายุ 23 ปี ดื่มนสุราซบรถจักรยานยนต์แล้วถูกเฉี่ยวล้ม ตันขาซ้ายผิดรูป แพทย์พบว่ากระดูกตันขาซ้ายหัก ส่งไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลศูนย์ แต่ผู้ป่วยไม่ยอมให้ผ่า ขอลับบ้าน เพราะไม่มีเงินค่ารักษาและค่าใช้จ่ายสำหรับญาติที่จะต้องไปดูแล มารดาของผู้ป่วยจึงชักชวนให้มารักษาที่หมอเขียน เนื่องจากเคยได้ยินชื่อเสียงและศรัทธาหมอเขียนมาก่อนแล้ว หมอเขียนเป่าและดึงขาที่หัก รู้สึกเจ็บมากแต่ทนเอา ต้องดึง 3 ครั้งกระดูกจึงเข้าที่ หมอจับเข้า 2 ข้างมาเทียบก็เห็นว่ายาวเท่ากัน จากนั้นจึงใส่เฝือกไม้ไผ่

กรณีนี้ ทางแพทย์จากโรงพยาบาลจังหวัดเขียนใบตอบรับการส่งต่อผู้ป่วยว่า "มาถึง รพ.ไม่ยอมผ่าตัด ผป.และญาติไม่ยินยอมรักษา น่าจะแนะนำผป.ก่อนว่าจะผ่าตัดกระดูก มาถึงรพ.แล้วขอลับ เสียเวลาเปล่า"

ต่อมาคู่กรณีของผู้ป่วยยินดีรับภาระเสียค่าใช้จ่าย จึงกลับไปโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งขณะที่แพทย์ถอดเฝือกไม้ไผ่ออก ผู้ป่วยสังเกตเห็นขาซ้ายหดสั้นลง แพทย์ใช้ตุ้มน้ำหนักถ่วงขาไว้นาน 7 วัน แล้วผ่าตัดเอาเหล็กตามกระดูก ต่อมาอีก 6 วันให้กลับบ้าน และนัดติดตามผลใน 1 เดือน

วันที่สัมภาษณ์พบผู้ป่วยใช้ไม้ค้ำยันช่วยเดิน แต่ยังคงน้ำหนักไม่ได้ บริเวณที่หักยังบวมและปวดอยู่เล็กน้อย แผลผ่าตัดหายดีตัดไหมแล้ว ผู้ป่วยบอกว่า " ถ้าได้เป่ากับหมอเขียนแล้วรู้สึกสบายใจ มีกำลังใจ เหมือนจะหายไว ถ้าหากหายดีจะดำหัวหมอเขียน 300 บาท "

ข. หมอไสว

เกิดที่ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย บิดามารดาอพยพมาจากจังหวัดน่าน เป็นบุตรคนสุดท้องในบรรดาพี่น้อง 4 คน ด้วยอายุเพียง 37 ปี จึงกำลังอยู่ในวัยทำงานสร้างฐานะ อาชีพหลักคือทำนาทำ

ไร่ มีภาระต้องเลี้ยงดูภรรยา บุตรสาว 2 คน ซึ่งกำลังเรียนชั้นประถมและมารดาอายุ 60 ปี ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง มีบ้านที่นาของตัวเอง ไม่มีหนี้สิน หมอจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้บวชเรียน อ่านและเขียนภาษาไทยได้ คล่องแต่อ่านเขียนภาษาไทยล้านนาไม่ได้ เคยเป็นกรรมการศึกษาได้ 4 ปี เพิ่งจะหมดวาระปีนี้

เนื่องจากบิดาเป็นหมอมามาก่อนจึงคุ้นเคยมาตั้งแต่เด็ก แต่ไม่ได้สนใจอย่างจริงจัง จนอายุ 20 ปี จึงเริ่มสนใจศึกษาเป็นความรู้ติดตัวและอยากเก็บของเก่าไว้ไม่ให้สูญหาย โดยบิดาจะสอนโดยพูดให้หมอจดบันทึกไว้ เริ่มบพทาทการรักษาครั้งแรก หลังจากบิดาตายเมื่อปี 2520 เนื่องจากมีคนรู้ว่าได้เรียนจากบิดาไว้ เมื่อรักษาหายไป 1-2 ราย ก็มีผู้ป่วยมาหามากขึ้น

ต่อจากนั้น หมอได้ศึกษาเพิ่มเติมจากจังหวัดน่าน โดยเรียนกับป้า ซึ่งเป็นพี่สาวของบิดา เคยเรียนเป็นหมอต่าเฒ่า แต่ไม่ได้ใช้วิชาความรู้ เนื่องจากมีโรงพยาบาลและส่วนใหญ่จะใช้คนแก่เฒ่ามากกว่า นอกจากนั้นยังเรียนกับหมอเมืองที่จังหวัดน่าน อีก 2 คน นอกเหนือจากการรักษากระดูกหักแล้ว ยังมีคาถาเป่ารักษาได้อีกหลายโรค เช่น

- มะเร็งออกหลังออกเอน มีลักษณะเป็นตุ่มน้ำหรือผื่นตามผิวหนังบริเวณหลังและเอน (เทียบได้กับโรคกุสวัต)
- แผลสด ได้แก่ แผลมีดบาด และถลอก
- มะดันที่คาง ลักษณะเป็นตุ่มแข็ง ขึ้นที่คาง (เทียบได้กับคางทูม)
- เจ็บตา ตาแดง
- ผี ลักษณะเป็นตุ่มหนองตามผิวหนัง

หมอมีวิธีวินิจฉัยกระดูกหักโดยการสังเกต ดู คลำ ฐปร่างจะผิดปกติไปเห็นได้ชัดเจน และมีวิธีการรักษาโดยการเป่า ทาน้ำมันต์ เข้าเฝือก

ขั้นตอนการรักษา จะซักกระดูกเข้าที่ซึ่งบางครั้งต้องให้คนอื่นช่วย แล้วจึงทาน้ำมันงาเป่าคาถาอาคมและใส่เฝือกไม้ไผ่บุด้วยสำลี พันรอบบริเวณที่หัก เป่าทุกวันจนกว่าจะยุบบวม เมื่อยุบบวมเอาเฝือกออกทีละซี่ เพื่อให้เฝือกกระชับจนกว่าจะหายเป็นปกติ

โดยก่อนการรักษา ผู้ป่วยต้องทำขันตั้ง(ยกครู) ซึ่งประกอบด้วย เทียนไข 8 คู่ หมาก 1 ลูก พลุ 1 มัด ผ้าขาว 1 ผืน ผ้าแดง 1 ผืน เหล้า 1 ขวด ข้าวเปลือก ข้าวสารพอสมควร และเงิน 15 บาทสลึง (สมัยก่อนครูบาอาจารย์เรียก หนึ่งสลึงต่อมากำเงินแพงขึ้น จึงขึ้นราคาเป็น 15 บาทและคงค้าง "สลึง" ของครูไว้ด้วย)

หมอไม่ได้ยึดการรักษาเป็นอาชีพ จะรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่รู้จักใกล้ชิดกัน และมาขอให้ช่วยรักษาเท่านั้น โดยหมอจะไปรักษาที่บ้านผู้ป่วยจนกว่าจะหาย ถ้าเป็นผู้ป่วยที่รู้จักกันในหมู่บ้าน จะไม่เรียกค่าบริการรักษา แล้วแต่ผู้ป่วยจะสมนาคุณ ถ้าหากเป็นผู้ป่วยจากต่างถิ่น จะเรียกค่าบริการ 1,000-3,000 บาท แต่ถ้าไม่หายจะไม่เอาสักบาทเดียว

ผู้ป่วยที่มารักษาสวนมากจะเคยไปโรงพยาบาลมาก่อน บ้างก็รักษาที่โรงพยาบาลแล้วมาให้หมอเป่าควบคู่กันไป ถ้าเป็นผู้ป่วยเด็กมักมาหาโดยตรง มีผู้ป่วยเฉลี่ย 1-2 คนต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นคนในหมู่บ้าน

เนื่องจากหมอมีครุ ก่อนจะทำอะไรจึงต้องบอกครูก่อน เช่น ถ้าตัวเองหรือภรรยา จะทำความสะอาดก็ต้องเอาดอกไม้รูปเทียนมาขออนุญาตครูก่อน ซึ่งภรรยาบอกว่าลำบากมาก ต้องระวังตัวมาก ทำอะไรสู่มสู่มห้าไม้ได้เลย แม้แต่จะหลับนอนกับภรรยาก็ต้องบอกครูก่อน มิฉะนั้นจะถูกอำ หมอมีข้อปฏิบัติตัวคือ ไม่กินเนื้อสุนัข ไม่ไปบ้านศพ ไม่กินข้าวบ้านผู้ป่วย ไม่ถอดราวผ้า หมอเคยไม่ทำตามแล้วมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง ใจไม่ดี ต้องแก้ไขโดยใช้น้ำส้มป่อย ดอกไม้รูปเทียนบอกครุ หากมีผู้ป่วยมาขอให้ไปรักษาแล้วไม่ไปก็จะล้มป่วย เนื่องจากครุ ทำให้ป่วย ต้องทำพิธีบอกครุจึงจะหาย

ส่วนความเห็นต่อบทบาทการเป็นหมอ หมอบอกว่า เจ็บๆ บางครั้งก็อยากเลิกเพราะมีภาระต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว หมอจดตำราเป็นภาษาไทยไว้ในสมุด โดยจดจากคำบอกของพ่อ ป้า และครุคนอื่น ๆ ขณะนี้ยังไม่มีคนสืบทอดวิชา คุณสมบัติของผู้ที่จะสืบต่อคือ ต้องมีความตั้งใจจริง มีความประพฤติดีไม่กินเนื้อสุนัข ถ้าจะมาให้สอนต้องทำขันตั้ง เช่นเดียวกับการรักษา

ตัวอย่างผู้ป่วยที่รักษากับหมอไสว

รายที่หนึ่ง ผู้ป่วยชายวัย 15 ปี ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ช้อมือซ้ายบวมผิดปกติ เอ็กซเรย์พบว่า กระดูกช้อมือซ้ายหัก พ่อแม่ของผู้ป่วยต้องการพาผู้ป่วยกลับไปรักษากับหมอไสว ผู้ป่วยหายและทำงานได้ตามปกติภายใน 2 เดือน

รายที่สอง ประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกัน กระดูกมือขวาและช้อมือขวาหัก ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัด ต้องใช้ลวดตรึงกระดูกปลายนิ้วและแขนไว้รอการผ่าตัด อยู่ได้ 3 วันปวดแผลมาก จึงขอลกลับบ้านไปรักษาต่อกับหมอไสว ต่อมานิ้วก้อยมือขวาเปลี่ยนเป็นสีดำเพราะขาดเลือดมาเลี้ยง ต้องไปให้แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนตัดออกและไปรักษากับหมอไสวต่อจนแผลหายสนิท

พ่อผู้ป่วยเชื่อว่า หากหมอที่โรงพยาบาลไม่ดึงปลายนิ้วแขนไว้ ก็คงไม่ถูกตัดนิ้ว เมื่อถามพ่อแม่ผู้ป่วยว่า หากพบลูกประสบอุบัติเหตุ จะเลือกรักษาที่ไหนเป็นแห่งแรก คำตอบคือ มาโรงพยาบาล

ก่อน เพื่อให้รู้ว่าเจ็บมากน้อยเพียงใด หลังจากรู้ว่ากระดูกหักอย่างเดียว ก็จะขอกลับไปรักษาที่
หมอเมือง

ค. หมอจัน

เป็นชายวัย 60 ปี อยู่ที่ตำบลแม่ตำ มีภรรยาและบุตร 8 คน ยังมีชีวิตอยู่ 5 คน ที่เหลือได้เสียชีวิตตั้งแต่ยังเด็ก ลูกคนโตเป็นผู้ใหญ่บ้านอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน มีไร่ข้าวโพด 12 ไร่ปลูกได้ปีละ 2 ครั้ง ขายได้ประมาณ 8,000-10,000 บาท มีนาข้าว 14 ไร่ ปลูกไว้กินเอง ที่เหลือขายได้ปีละประมาณ 10,000 บาท ปัจจุบันให้ลูกทำไร่นาแทนทั้งหมด หมอจันจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้จบโรงเรียน เมื่ออายุได้ 20 ปี บิดาให้ทำพิธียกครุด้วย ดอก 4 คู่ เทียน 4 คู่ เงิน 5 บาท เพื่อสืบทอดวิชารักษากระดูกหักไว้ แต่ก็ยังไม่ได้รับการผู้ใดเลยจนกระทั่งอายุ 30 ปี ลูกชายตกวัวแขนเดี่ยะ(แขนเดาะ) จึงลองเป่ารักษาเองจนกระทั่งหาย แขนตรงดีดังเดิม จึงเริ่มสนใจศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม โดยเรียนคาถาจากพี่เขยและอาจารย์จากจังหวัดน่าน ซึ่งมาอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ปัจจุบันท่านทั้ง 2 เสียชีวิตแล้ว

หมอจันได้รวมคาถาของอาจารย์ทั้ง 3 ท่าน คือ ของบิดา 2 บท ของพี่เขย 2 บท และของอาจารย์จากน่าน 2 บท รวมเป็น 6 บท สามารถรักษาได้หลายโรคคือ กระดูกหัก เป่าพิษงู หูดเลือดและตุ่มพิษ จำนวนผู้ป่วยที่มารักษานั้นมีมากบ้างน้อยบ้างในแต่ละปี ซึ่งหมอเองก็จำไม่ได้แน่นอน หากนับเฉพาะผู้ป่วยกระดูกหัก คิดว่าเคยรักษามาแล้วประมาณ 20 ราย เป็นผู้ป่วยที่ตรงมาหาเลยราว 5 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลก่อนแล้วจึงมาหาราว 10 กว่ารายและในปีนี้รักษากระดูกหักไปแล้ว 3 ราย

การวินิจฉัยกระดูกหัก ใช้วิธีสังเกตดูและใช้มือคลำ ถ้ามีเสียงกรอบแกรบ แสดงว่ากระดูกหักก็จะรักษาด้วยการทอุงคาถาเป่า พร้อมกับใช้น้ำมันงาดำทา และเข้าเฝือกไม้ไผ่ แม้ว่าแต่เดิมอาจารย์สอนให้ใช้น้ำมันงาดำหรือน้ำมันเลียงผาก็ได้ แต่เมื่อหลายปีก่อนได้ลองใช้น้ำมันมวแทนก็พบว่าใช้ได้ผลดี ซึ่งน้ำมันต่างๆ นั้นหมอไม่ได้เตรียมไว้เอง แต่จะให้ญาติซื้อหามาให้เมื่อมีผู้ป่วยแต่ละครั้ง

หมอจันไม่มีตำราเก็บไว้ ใช้วิธีจำ "จำเข้าห้องไว้" (ท่องจำได้จนขึ้นใจ) เมื่อมีผู้ป่วยมาหากันทอุงคาถารักษาได้เลย ในกรณีเร่งด่วนจะช่วยผู้ป่วยก่อนทำชันดั่งที่หลัง แต่ถ้าหากไม่ด่วนต้องทำชันดั่งเสียก่อน ซึ่งไม่ได้กำหนดจำนวนเงินที่แน่นอน หากไม่มีเงินให้ใช้แต่ดอกไม้ ธูป เทียนและน้ำส้มป่อยก็ได้ แต่หากเป็นกรณีรักษาพิษงูกัด จะต้องเคนขัน(ทำชันดั่ง) ก่อนรักษาทุกครั้ง หมอให้เหตุผลว่า ถ้าไม่เคนขันจะบ่ปิด(ไม่ขลัง) ถ้าหาดอกไม้ธูปเทียนไม่ทันจริงๆ ให้ใช้หมวกหรือผ้าขาวม้าพับแล้วเคนแทนก็ได้ จากนั้นหมอจันจะนำไปเคนครู (ครูดั่งเดิมเจ้าของคาถาเก่าแก่) อีกต่อหนึ่ง เพื่อให้มาช่วยรักษา

หมอจันยังไม่มีลูกศิษย์ แม้จะเคยมีคนมาขอสืบวิชาแล้วแต่ยังไม่ถ่ายทอดให้ "จะสืบฮื้อวันหลัง แต่ตอนนี้ยังบ่ฮื้อเตื่อ" ขณะที่ผู้วิจัยกำลังพูดคุยอยู่กับหมอจันอยู่นั้น ก็มีผู้ป่วยชาย อายุ 17 ปี ถูกกระดูกบาทที่ฝ่ามือซ้าย บริเวณโคนนิ้วแม่มือเป็นแผลยาวประมาณ 2 เซนติเมตร ลึกประมาณ 0.5 เซนติ-

เซนติเมตร มีเลือดออกมาให้หมอจันเป่าเพื่อหยุดเลือดก่อน แล้วจึงไปเย็บแผลที่สถานีอนามัย เมื่อเย็บเสร็จแล้วก็จะกลับมาให้หมอจันเป่าต่อ หมอจันเป่าอยู่ประมาณ 5 นาที เลือดจึงหยุด

ตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกของหมอจัน

รายแรก เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 41 ปี หกล้มไหล่กระดูกแตกพ่น ไปโรงพยาบาลเอ็กซ์เรย์พบว่ากระดูกไหปลาร้าหัก ปลายซ้อนกัน แพทย์รักษาโดยใช้ผ้าพันรอบไหล่ตามกระดูกไว้ วันรุ่งขึ้นผู้ป่วยมาอีกครั้งบอกว่า เวลานอนรู้สึกว่กระดูกเคลื่อนไปมา ต้องการไปรักษาต่อกับหมอเมืองชื่อ"หมอจัน" ซึ่งเป็นพ่อของพ่อหลวงบ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) ขอฟิล์มเอ็กซ์เรย์ไปให้หมอเมืองดูด้วย จึงนัดมาเอ็กซ์เรย์ซ้ำภายใน 1 เดือน

ผู้ป่วยมาตามนัดและเล่าว่า หมอจันบอกว่าผู้ป่วยอ้วน คล้ำไหปลาร้ายาก เห็นฟิล์มเอ็กซ์เรย์แล้ว จึงเห็นรอยหักชัดเจน ช่วยให้ตั้งกระดูกเข้าได้ง่ายขึ้นและยังแนะนำให้ซื้อผ้าตามไหล่สำเร็จรูปจากโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากเคยเห็นผู้ป่วยไหปลาร้าหักรายหนึ่งใส่แล้วดีขึ้น ผู้ป่วยยิ้มมาใส่แล้วชอบ จึงฝากคนไปซื้อในราคา 250 บาท เมื่อเอ็กซ์เรย์ซ้ำ พบว่าปลายกระดูกอยู่แนวเดียวกันมากขึ้น

เมื่อถามผู้ป่วยว่า คิดว่าหายจากการรักษาแผนไหน ตอบว่าหายจากทั้ง 2 อย่างช่วยกันเพราะถ้าขาดยาแก้ปวด ก็จะปวดมากและยังกลัวถึงแม่ยายของตน ซึ่งเป็นโรคกระเพาะก็ยิ่งหายจาก หญ้าเอ็นยืดตากแห้ง 1 กำ(ผักกาดน้ำ) ต้มกับข้าวเจ้า 1 หยิบมือ กินจำเรื้อนไปเรื่อยๆ ทุกวัน ๆ ละ 1-2 ครั้ง

รายที่สอง เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 18 ปี ได้รับอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม กระดูกแขนขวาหัก เอ็กซ์เรย์พบว่า กระดูกหักเหลื่อมซ้อนกันมากพอควร แพทย์พบว่า บริเวณที่ขาหักบวมมากและมีแผลถลอก จึงให้นอนพักที่โรงพยาบาล ใส่เฝือกทรงได้ขาและใช้น้ำหนักถ่วงขาไว้ เพื่อลดอาการบวม พร้อมทั้งแนะนำให้ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลจังหวัด แต่แม่ผู้ป่วยกังวลว่าหากไปผ่าตัดคงต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก จึงขอไปรักษาที่หมอจัน ต่อมาอีก 15 วัน ผู้ป่วยมาเอ็กซ์เรย์ซ้ำพบว่า กระดูกยังคงซ้อนกันเหมือนเดิม จึงยอมรักษาด้วยการผ่าตัด

ง. หมอสม

ด้วยวัย 70 ปี ภรรยาเสียชีวิตไปเมื่อ 4 ปีที่แล้ว ยังเหลือบุตร 7 คน ซึ่งแต่งงานมีครอบครัวและแยกออกมาปลูกบ้านอยู่ในบริเวณใกล้ๆ กัน หมอสมอยู่กับลูกคนสุดท้องที่บ้านหลังเดิม เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น อยู่บ้านช่วยเลี้ยงหลาน ไม่ได้ทำงานแล้ว ปล่อยให้ลูกทำไว้ในเนื้อที่ประมาณ 10 กว่าไร่

หมอสม มีเชื้อสายไทยลื้อ ต้นตระกูลเดิมมาจากจังหวัดน่าน พ่อของหมอสมย้ายมาตั้งแต่ หมอสมยังไม่เกิด หมอไม่เคยเรียนหนังสือ ไม่เคยบวชเรียน อ่านและเขียนไม่ได้ เริ่มสนใจเป็นหมอเมื่อ

อายุ 21 ปี เนื่องจากน้องชายแขนหักและหดสั้นลง ต้องพาไปรักษากับพ่อหนานเทพ ที่บ้านป่าม่วง ตำบลแม่ต้า อำเภอพญาเม็งราย เห็นพ่อหนานเทพดึงแขนที่หดจนเท่ากันทั้ง 2 ข้างและรักษาต่ออีก 10 วันก็หายเป็นปกติ จึงเกิดความสนใจขอ "ยกชั้น" เรียนวิชาจากพ่อหนานเทพ การ "ยกชั้น" หรือ "โกมชั้น" คือการนำเครื่องสักการะมาทำพิธีบูชาครู ประกอบด้วย ดอกไม้ เทียน หมาก พลุ อย่างละ 8 คู่ ข้าวตอก ดอกไม้ ผ้าขาว ผ้าแดง เหล้า 1 กลม และเงิน (เรียกว่าวัตถุ) 35 บาท เมื่อเสร็จพิธีจะแบ่งคนละครึ่ง ให้ครูครึ่งหนึ่ง เก็บไว้เองครึ่งหนึ่ง เรียนวิชาโดยการว่าตามครูแล้วจำไว้ "สืบเอาจากคำปาก จำไว้ในท้อง" จึงไม่มีตำราเก็บไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

คนไข้คนแรกคือ พ่ออุ้ยแก้ว ซึ่งหกล้มจนกระดูกสะบักข้างขวาหักยุบเข้าข้างใน รักษาโดยดันให้เท่ากัน เป่าคาถา ประมาณ 15 วันจึงหาย เป็นปกติ ต่อมาเห็นพ่อหนานเทพรักษาคนถูกงูกัดเลือดออกจนซีดหมดทั้งตัว แล้วก็ยังหายเป็นปกติได้ จึงขอเรียนวิชารักษางูกัด และ วิชาอื่นๆ อีก ได้แก่ ฝี่เข้า ฝี่ในท้อง (ท้องเป็นก้อนแข็ง ร้อน) ตุ่มพิษ ฝี่ดาษ (ที่เกิดจากการกินสัตว์ตาย) มะเร็งไขปลา

ก่อนจะรักษา ผู้ป่วยหรือญาติต้องทำ "สวय" 2 อัน (กรวยใส่เครื่องสักการะ ประกอบด้วยเทียน 2 คู่ ดอกขาว 2 คู่) นำไปให้หมอที่บ้าน จากนั้นหมอนำ "สวय" นั้นไปบูชาครู เพื่อบอกกล่าวว่าผู้ป่วยเป็นใครอยู่ที่ไหน ขอครูไปช่วยรักษาด้วย

ต่อมาหมอนำไปบ้านผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำขันตั้ง ซึ่งประกอบด้วย เทียน ดอก หมาก พลุ อย่างละ 8 คู่ เหล้า 1 ขวด ข้าวสาร ผ้าขาว ผ้าแดง เงิน 35 บาท หมอบอกว่าเดิมใช้เงิน 5 บาท ต่อมาขึ้นเป็น 35 บาท เมื่อประมาณ 20 ปีมานี้ เพราะค่าเงินถูกลง ที่ขึ้นเป็น 35 บาท เพราะครูเคยบอกไว้ว่าต่อไปภายหน้าอาจขึ้นเป็น 35 หรือ 65 บาท ก็ได้ สำหรับจำนวนเงินนี้หากคนไข้เคยไปรักษากับหมอที่อื่นมาก่อนแล้วไม่หาย แล้วมาขอให้หมอสมาปรึกษา เงินขันตั้งจะต้องเป็น 2 เท่าของเงินขันตั้งของหมอคนก่อน เช่น ถ้าไปรักษากับหมออื่นใส่เงินขันตั้ง 35 บาท เมื่อมาให้หมอสมาปรึกษาต่อ ต้องใส่เงินขันตั้งเป็น 70 บาท ขันตั้งนี้จะเก็บไว้ที่บ้านผู้ป่วย

การรักษาจะใช้น้ำมันงาทำให้ทั่วบริเวณที่หัก แล้วใช้ฝ้ายหรือสำลีชุบน้ำมันงาตีเบา ๆ ไปทั่วบริเวณที่หักนั้น พร้อมกับเป่าคาถาไปด้วย เรียกว่าการ "ตอยดูก" เพื่อให้กระดูกที่แตกหรือหักนั้นแห้งแล้วมารวมเป็นเนื้อเดียวกัน เป็นการต่อกระดูกให้ติดกัน คาถารักษากระดูก ของหมอสมา ชันทะ มีดังนี้

บทที่ 1 เป็นบทดับพิษ แก้ปวด

อมสะพะพิษ มหาสะพะพิษ อมสะพะภัย มหาสะพะภัย สะพะจังไร ผายเผด เสี้ยภัย สวะหาย

บทที่ 2 เป็นบทต่อกระดูก (ท่องพร้อมกับใช้หางฝ้ายชุบน้ำมันงาตีเบา ๆ ทั่วบริเวณที่หัก)

อมแจ่งฟ้าลาย อมสายฟ้าฟาด กุจกกวาดเลือดเข้าไปใน กุจกใส่เลือดเข้าไปในดูก ดูกหักเอาดูกมาต่อ ข้อหักเอาข้อมาดำ เอ็นจามขึ้นตามดูก กุจกสลูปลือมึงติดกัน อมสวะหะดีดี

หมายเหตุ คาถาเหมือนๆ กับคาถาของหมอเขียน เพราะเป็นศิษย์ร่วมอาจารย์เดียวกัน

เสร็จแล้วจึงนำเฝือกทำจากไม้ไผ่ มีขนาดพอดีกับอวัยวะที่หักมามัด เพื่อยึดกระดูกให้อยู่กับที่ ใช้สำลีรองระหว่างเฝือกไม้กับผิวหนังของผู้ป่วย โดยเฉพาะบริเวณที่จะถูกเฝือกกดมาก เพื่อให้มีที่ระบายอากาศ ไม่อบเกินไป

การทำเฝือกจะตัดไม้ไผ่มาเหลาเป็นซี่ ๆ ขนาดพอเหมาะกับอวัยวะส่วนที่หัก นำเชือก 2 เส้น มาพันเข้าด้วยกันก่อน แล้วจึงนำไปมัดไม้ไผ่ เพื่อให้เฝือกแน่น ไม่เลื่อนหลุดง่าย และต้องไม่เอาไม้มาเรียงถี่เกินไป มิฉะนั้นจะทำให้บริเวณที่เข้าเฝือกนั้นบวมเป็นหนองได้ เนื่องจากไม่มีอากาศถ่ายเท

หลังจากใส่เฝือกไปแล้ว 5 วัน หมอจะติดตามผลการรักษา โดยแก้เฝือกออก แล้วลองให้คนไข้เอาอวัยวะข้างที่หักนั้นยันกับพื้นดูว่าเจ็บหรือไม่ หากเจ็บหรือผิดปกติ ก็จะแก้ไขปรับการรักษาต่อไป ถ้าไม่เจ็บแสดงว่าดีขึ้นแล้ว ก็เอาเฝือกออกได้หรือจะใส่ต่อก็ได้แล้วแต่คนไข้ ว่าอยากใส่ต่อหรือไม่ แล้วเป่าต่อจนหาย แต่จะลดความถี่ในการเป่าจากวันเว้นวัน เป็นสองวันต่อครั้ง อาทิตย์ละครั้ง นอกจากนั้นยังมีข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยดังนี้

- ให้ออกกำลังกายนิ้วมือหรือนิ้วเท้าบ่อย ๆ เพื่อให้เอ็นทำงาน จะได้ไม่ติดกัน
- ห้ามกินของแสลง ได้แก่ เนื้อวัว ปลาบอก ปลาสร้อย ปลากัง จะทำให้คัน ห้ามกิน ไก่ กบ เขียด ของทะเล ปลาหู จะทำให้เป็นพิษ บวมพองได้
- อาหารที่กินได้ เนื้อหมู เนื้อควาย ปลาตุ๊ก ปลาช่อน

หมอสมเปรียบเทียบการหายของกระดูกหักระหว่างคนแก่กับคนหนุ่มสาวไว้ว่า "คนเฒ่าเนื้อปืดจะหายช้ากว่า คนหนุ่มเลือดลมดี รักษาดีกว่า เปรียบได้กับต้นไม้แก่ก็อยู่แค่นั้น ไม้อ่อนยังโปงออกได้เรื่อยๆ" หมายความว่า คนแก่นั้นร่างกายไม่เจริญเติบโตอีกแล้ว จะหายช้ากว่าคนหนุ่มสาว ที่ร่างกายยังเจริญเติบโตไปเรื่อยๆ การไหลเวียนของเลือดจะดีกว่า จึงรักษาได้ดีกว่าเปรียบเหมือนต้นไม้ที่แก่แล้วก็ไม่เจริญเติบโตต่อไปอีก แต่ไม้อ่อนยังเติบโตแตกกิ่งก้านได้เรื่อยๆ ๆ

เมื่อหายแล้ว ผู้ป่วยจะมาทำพิธีเลี้ยงครูที่บ้านหมอ ของเลี้ยงครู ประกอบด้วย เหล้า 1 กลม ไก่ 1 คู่ ส่วนเงินสมนาคุณนั้น ถ้าเป็นคนสนิทกันจะไม่เรียกรับ "แล้วแต่จะดำหัว" แต่ถ้าเป็นคนอื่นมักจะกำหนดราคา เคยได้สูงสุด 1500 บาท เฉลี่ยราวๆ 500-700 บาท ต่ำกว่า 100 บาทก็เคยมี แต่ไม่น้อยกว่าขั้นต่ำ (35 บาท) แต่ถ้ารักษาหายแล้ว ผู้ป่วยไม่มาเลี้ยงครู ครูจะเข้าตัวหมอ ทำให้หมอเกิดอาการเจ็บหัวเจ็บเนื้อเจ็บตัว หมอต้องทำขันขอสุมาลาโทษ เลี้ยงครูแทน โดยใช้เหล้า 1 กลม ไก่ขาว (ต้องเป็นไก่ขาวเท่านั้น) 1 คู่

หมอเคยรักษาคนไข้มาแล้วมากกว่าร้อยราย แต่เดี๋ยวนี้ลดน้อยลงจะมีแต่ที่ เป็นกระดูกหัก มีทั้งที่มารักษาโดยตรง และไปโรงพยาบาลก่อนแล้วจึงมาหา ปัจจุบันหากมีผู้ป่วยมาหาโดยตรง จะดู

อาการว่ารักษาได้หรือไม่ หากเกินความสามารถก็จะบอกให้ไปโรงพยาบาลเร็ว ๆ หากรักษาได้แต่มี
บาดแผลก็จะทำแบบปฐมพยาบาลก่อน แล้วให้ไปโรงพยาบาลเพื่อฉีดยากันบาดทะยักและเอ็กซ์เรย์ให้
แน่ใจ "เพราะหมอเมืองมองไม่เห็น" แล้วจึงให้กลับมารักษาต่อ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา รักษาจนหาย 5
ราย เป็นคนไข้ที่มาหาโดยตรง 2 ราย ไปโรงพยาบาลแล้วมา 3 ราย

ขณะนี้ มีผู้สืบทอดความรู้ 2 คน คนแรกเป็นบุตรชายคนที่ 5 ซึ่งขณะนี้ได้ใช้วิชาการรักษาคนไข้
แทนหมอสมไปบ้างแล้ว อีกคนหนึ่งเป็นหลานชายได้เรียนสืบทอดวิชาไว้แล้ว แต่ยังไม่ได้ใช้กับคนไข้ใน การ
สืบทอดความรู้ของหมอนั้น ไม่ได้กำหนดคุณลักษณะพิเศษว่า จะต้องเป็นคนเช่นไร แต่ผู้ชายจะสืบได้ดี
กว่าผู้หญิง "ผู้หญิง 10 คนจะสืบได้ดี คนเดียว อยู่ที่ว่าผู้หญิงคนนั้นถนัดขึ้นหรือไม่"

ตัวอย่างผู้ป่วย

รายแรก เป็นชายวัย 19 ปี เป็นหลานชายของหมอสมเอง เมื่อวันที่ 12 เมษายน 2536 ขับรถ
จักรยานยนต์ชนกัน สลบไปชั่วคราว มีแผลที่กลางศีรษะยาวประมาณ 4 เซนติเมตร ลึกประมาณ 0.5
เซนติเมตร หน้าแข้งขวาบวม ปวดมาก หมอสมผู้เป็นปู่ ได้ตรวจดูบริเวณหน้าแข้งขวา คิดว่ากระดูกหัก
แน่ จึงทำการรักษาเบื้องต้น โดยเป่าคาถาและต๋อยกระดูกด้วยหางฝ้าย แล้วให้รีบพาไปโรงพยาบาล
เพื่อดูอาการทางศีรษะและฉีดยากันบาดทะยัก

แพทย์ที่โรงพยาบาลเย็บแผลที่ศีรษะ และเอ็กซ์เรย์หน้าแข้งขวา พบว่ากระดูกหน้าแข้งขวาหัก
แต่ไม่เคลื่อนจากกันมากนัก พ่อของผู้ป่วยจึงแจ้งว่าตนเองก็เป็นหมอเมืองรักษากระดูกหักเหมือนกัน
แต่ไม่สามารถรักษาให้ลูกของตนเองได้เพราะเป็นคนใกล้ชิดกัน จะไม่ขลัง จะกลับไปให้พ่อของตน ซึ่ง
เป็นปู่ของผู้ป่วยรักษา แต่ตอนนี้ขอนอนโรงพยาบาลเพื่อดูอาการทางสมองก่อน

ระหว่างที่นอนรอดูอาการนั้น พ่อเห็นว่าลูกชายเดินเข้าห้องน้ำลำบาก และกลัวกระดูกจะเคลื่อน
ที่ไปมาก จึงขออนุญาตแพทย์เวรใส่เฝือกไม้ชั่วคราวไว้ก่อน เมื่อแพทย์เวรอนุญาตก็ทำพิธีเป่าคาถาและ
ใส่เฝือกไม้โดยมีแม่ของผู้ป่วยเป็นผู้ช่วย นอนอยู่โรงพยาบาล 2 คืน แพทย์เห็นว่าอาการทางสมองปกติ
จึงให้กลับบ้านได้ในตอนเช้าของวันที่ 14 เมษายน 2536

เมื่อมาถึงบ้าน หมอสมผู้เป็นปู่ก็มาทำการใส่เฝือกตามขั้นตอน แต่ในวันนี้ไม่ได้ทำขึ้นตั้งเนื่อง
จากทางเหนือถือว่าวันที่ 14 เมษายนเป็นวันปลายปี "ถ้าทำมันจะเข้าไปปีหน้า บ่ยอมหายต้องทำในปีใด
ปีนั้น" คือ ถ้าทำพิธีขึ้นตั้งในวันปลายปีอาการเจ็บป่วยจะค้างต่อไปในปีใหม่ ไม่ยอมหาย การทำพิธีต้องทำ
ในปีนั้นๆ จะข้ามปีกันไม่ได้ ดังนั้นกรณีของนายแสงเดือนจึงต้องรอไปทำพิธีขึ้นขึ้นตั้งในวันถัดไปซึ่งจะ
เป็นวันไหนก็ได้ถือว่าเป็นปีใหม่แล้ว

หมอสม เป่าคาถา ทาน้ำมันงา ใช้สำลีพันเป็นก้อนยาวรี ต๋อยดูก แล้วใช้เฝือกไม้ที่เตรียมไว้พัน
รอบบริเวณที่หัก มีลูกชาย(พ่อของผู้ป่วย) และเพื่อนบ้านอีก 1 คนคอยช่วยเหลือ เฝือกไม้ไม่เด้งขนาดหนา

ประมาณ 0.5 เซนติเมตร ยาวประมาณ 15 เซนติเมตร มัดติดกันด้วยเชือกฟางที่พันไว้อย่างดี ระยะห่างของไม้ไผ่แต่ละซี่สม่ำเสมอห่างกันประมาณ 1 เซนติเมตร ใช้ไม้ไผ่ 15 อันขณะพันฝื่ออกก็ใช้สำหรับรองระหว่างฝื่ออกกับผิวหนังตรงบริเวณปลายไม้ไผ่ทั้ง 2 ข้าง และรองตรงบริเวณที่ฝื่ออกจะกดทับผิวหนังเป็นที่ๆ มีช่องว่างให้อากาศถ่ายเทได้อย่างดี โดยจะใส่ฝื่ออกไว้ 5 วัน และเป่าคาตาทุกวันโดยไม่ถอดฝื่ออก เมื่อครบ 5 วันคือวันที่ 17 เมษายน จึงจะถอดฝื่ออกออกเพื่อดูผลการรักษา

วันที่ 17 เมษายน ติดตามไปดูผู้ป่วย พบว่าแขนขาตั้งแต่บริเวณที่หักบวมจนถึงปลายเท้า หมอจึงเปลี่ยนฝื่ออกใหม่เป็นขนาดใหญ่และห่างกว่าเดิม คือใช้ไม้หนาประมาณ 1 เซนติเมตร ยาวประมาณ 20 เซนติเมตร ระยะห่างระหว่างไม้แต่ละซี่ห่างกันประมาณ 5 เซนติเมตร ใช้ไม้เพียง 5 อัน สอบถามได้ความว่า เมื่อวันที่ 16 เมษายน ผู้ป่วยเดิน (โดยมีไม้ค้ำยัน) ไปดูเขาทำพิธีบายศรีสู่ขวัญที่บ้าน ใกล้ๆ กันและนั่งห้อยเท้าอยู่ประมาณเกือบครึ่งวัน กลับมาบ้านแข็งและเท้าบวมขึ้นเรื่อยๆ หมอสมจึงถอดฝื่ออกออกและเปลี่ยนฝื่ออกให้ใหม่ในคืนวันนั้น เพื่อให้อากาศระบายได้ดีขึ้น หมอสมให้เหตุผลที่แข็งและเท้าบวมว่า เนื่องจากนั่งห้อยเท้าอยู่นาน เลือดลมเดินขึ้นไม่สะดวก แต่ที่กระดูกหักนั้นดีแล้ว ถ้าไม่เดิน อีกประมาณ 2 วันก็จะยุบบวม หลังจากนั้นประมาณสองเดือน ทราบข่าวจากพ่อผู้ป่วยว่า เดินได้ดีเป็นปกติและไปทำงานที่ต่างจังหวัดแล้ว

รายที่สอง เป็นชาย อายุ 20 ปี ขณะขับรถมอเตอร์ไซด์มีรถบีคัทวิ่งตัดหน้า จึงหลบและล้มลง กระดูกข้อมือซ้ายหักไปรักษากับหมอสมเนื่องจากอยู่บ้านใกล้เคียงกัน หลังจากรักษาได้ราวหนึ่งเดือน ผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลพบว่ากระดูกข้อมือผิดรูปเล็กน้อย แต่ทำงานได้เป็นปกติ สังเกตได้ว่าผู้ป่วยไม่ค่อยพอใจผลการรักษาเท่าไรนัก แต่ก็ยอมรับสภาพ

นอกจากนั้น มีกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยกระดูกหัก 2 รายที่แสดงให้เห็น "ทางเลือกที่แตกต่างกัน"

รายแรก: ผู้ป่วยชายวัย 30 ปี ตกบ้านสูงประมาณ 2 เมตร ปวดข้อมือซ้ายและหัวแม่เท้าซ้าย มีแผลถลอกเล็กน้อย หลังจากเอ็กซเรย์พบว่า ปลายกระดูกแขนซ้ายหักแต่ไม่ผิดรูปมากนัก ผู้ป่วยและพ่อแสดงความจำนงที่จะไปรักษาต่อกับหมอเมือง หนึ่งเดือนต่อมาผู้ป่วยมาตรวจซ้ำพบว่ากระดูกติดกันดี แขนรูปร่างใกล้เคียงปกติ

รายที่สอง: ผู้ป่วยเด็กนักเรียนชายวัย 7 ปี หกล้มขณะเล่นฟุตบอล ข้อมือซ้ายบวม หลังจากเอ็กซเรย์พบว่า ปลายกระดูกแขนซ้ายหัก แต่ไม่ผิดรูปมากนัก พ่อผู้ป่วยซึ่งเป็นภารโรงอยู่ในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง แสดงความจำนงที่จะรักษาแบบวิทยาศาสตร์" คือ ใส่ฝื่ออกปูน หลังจากใส่ให้แล้วฝื่ออกหลวม จึงถอดฝื่ออกออกเองโดยไม่ได้กลับไปโรงพยาบาลตามนัด สองเดือนต่อมาพบว่า กระดูกติดแบบผิดรูป จึงส่งไปผ่าตัดแก้ไขที่โรงพยาบาลจังหวัด

3.4 วิเคราะห์ผลการวิจัย

จากกรณีตัวอย่างข้างต้น ย่อมเป็นประจักษ์พยานอย่างเด่นชัดว่า ชาวบ้านมีภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพโรคกระดูกหัก ซึ่งพอจะแยกกล่าวได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ ด้านภูมิปัญญาของหมอเมือง และลักษณะการเลือกใช้บริการของผู้ป่วยกระดูกหัก เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัว ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง

(1) ภูมิปัญญาของหมอเมือง

หมอเมือง มีการเรียนรู้ สืบทอดภูมิปัญญามาจากบรรพบุรุษ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพโดยอาศัยการสังสมประสบการณ์จนกลายเป็นความชำนาญ ซึ่งหากเปิดใจพิจารณาดูให้ถ่องแท้ ก็จะทำให้เห็นว่าวิธีแก้ไขปัญหากล้ามเนื้อกระดูกหักของหมอเมือง ก็ยึดหลักเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน คือ "ทำให้บริเวณที่กระดูกหักอยู่นิ่ง ๆ" แล้วปล่อยให้กลไกธรรมชาติร่างกายทำหน้าที่ซ่อมแซมกระดูกให้กลับดีดังเดิมต่อไป ซึ่งอาศัยเวลาประมาณ 1-2 เดือน เพียงแต่หมอเมืองกับแพทย์แผนปัจจุบันมีวิธีการมองปัญหา และวิธีแก้ไขปัญหาคิดแตกต่างกันไป ตามสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งต่างก็มีข้อเด่นและข้อด้อยกันคนละด้าน กล่าวคือ

หมอเมืองมีวิธีวินิจฉัยกระดูกหัก โดยอาศัยการดู คลำ ซึ่งต้องใช้ความชำนาญจากประสบการณ์ ส่วนแพทย์แผนปัจจุบัน มีเครื่องเอกซเรย์มาช่วยให้เห็นลักษณะ ตำแหน่งและความรุนแรงที่หักได้ชัดเจน แน่นนอนยิ่งขึ้น เพื่อประกอบการตัดสินใจหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม

กระบวนการรักษาของหมอเมืองจะมีพิธีกรรม นับตั้งแต่การยกครู เพื่อแสดงว่าผู้ป่วยยินดีที่จะให้หมอรักษา เป็นการสร้างศรัทธาในเบื้องต้น มีการใช้น้ำมันมนต์และเป่าคาถารวมทั้งใช้หางฝ้าย (สำลี) เชี่ยนตี (เคาะเบาๆ) ซึ่งคาถามีเนื้อหาเป็นคำพูดสาปแช่งให้สิ่งร้ายกลายเป็นดี ให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยมาปะติดปะต่อเนื้อ หนัง กระดูกที่ชำรุดเสียหาย เอาหนังต่อหนัง เอ็นต่อเอ็น เส้นเลือดต่อเส้นเลือด และกระดูกต่อกระดูก คาถาเป็นภาษาถิ่นที่ผู้ป่วยฟังรู้เรื่อง ว่ากระบวนการที่หมอกำลังทำอยู่นั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้กระดูกหลอมเป็นเนื้อเดียวกันและก่อรูปร่างขึ้นมาใหม่

จะเห็นว่าพิธีกรรมและน้ำมันมนต์ คือ "สื่อ" คาถาคือ "สาร" ที่ประกอบกันเป็นเงื่อนไขทางจิตใจ สร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาแก่ผู้ป่วย ให้มีกำลังใจเข้มแข็ง ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นจุดเด่นของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันทดแทนได้ยาก เพราะแม้แพทย์แผนปัจจุบันจะพยายามอธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และขั้นตอนการดำเนินของโรค แต่ผู้ป่วยและญาติก็ไม่อาจเข้าใจได้ง่าย เนื่องจากมีภูมิหลังที่ต่างกัน

ข้อแตกต่างที่เห็นชัดอีกประการหนึ่งในการรักษา คือ หมอเมืองใช้เฝือกไม้ไผ่ ส่วนแพทย์แผนปัจจุบันใช้เฝือกปูน โดยทั้งสองอย่างมีข้อดีข้อเสียด้วยกันทั้งคู่คือ

"เผือกปุ่น" แม้มีข้อเด่น ที่สามารถปรับให้โค้งไปตามอวัยวะที่หักได้เป็นอย่างดี แต่ก็ยังมีข้อด้อย คือ ใสแล้วร้อน อบ คั้น ไม่เหมาะกับสภาพอากาศร้อนอย่างเมืองไทย และถ้าเผือกหลวมหรือรัดแน่นเกินไป ก็ต้องตัดทิ้ง แล้วใส่ใหม่ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก ทั้งยังมีข้อจำกัดที่ราคาค่อนข้างแพง สำหรับชาวชนบทยากจน (ค่าใส่เผือกครั้งละประมาณ 200 บาท) ถึงแม้ภาครัฐจะช่วยเหลือด้วยงบประมาณสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย แต่เงินส่วนนี้ก็ต้องรั่วไหลออกนอกประเทศ เพราะยังต้องสั่งซื้อเผือกปุ่นมาจากต่างประเทศ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยจะกลับมาถอดและใส่เผือกใหม่ตามนัดก็เป็น การยาก เนื่องจากเสียเวลาทำมาหากินของตนเองและญาติพี่น้อง

ส่วน"เผือกไม้ใผ่"แม้มีข้อด้อย ที่ไม่สามารถปรับให้รัดรูปไปตามความโค้งของอวัยวะ จึงอาจใช้ ได้ผลไม่ดี หากว่ากระดูกนั้นหักบริเวณข้อต่อ แต่ก็ยังมีข้อเด่นคือ ใสแล้วโปร่งเบา เย็นสบาย ไม่สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายมาก เพราะทำเองได้จากวัสดุในท้องถิ่น และเมื่ออวัยวะที่หักยุบวมลง ก็สามารถถอดไม้ใผ่ ออกที่ละอัน แล้วรัดเชือกใหม่ให้กระชับขึ้น โดยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการทำใหม่ทั้งหมดด้วย เหตุนี้ จึงพบว่าผู้ป่วยกระดูกหักในชนบทส่วนมาก มักจะใส่เผือกปุ่นจากโรงพยาบาล แล้วร้อน ทนไม่ ได้ จนต้องแกะออกเองและไปให้หมอเมืองรักษาต่อด้วยเผือกไม้ใผ่ในที่สุด

หมอเมืองยังมีข้อได้เปรียบในด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะมีบ้านอยู่ในละแวกเดียวกัน กับผู้ป่วย จึงสามารถไปดูแลที่บ้านได้ถึงวันละ 2 ครั้ง มีเวลาสนทนาแลกเปลี่ยน และแก้ไขปัญหามา ได้อย่างต่อเนื่อง อันเป็นข้อเด่น ซึ่งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันยากที่จะทำได้ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากร น้อยเกินกว่าที่จะให้บริการที่เยี่ยมด้วยคุณภาพ แก่ผู้ป่วยจำนวนมากได้ในระยะเวลาอันจำกัด ซึ่งเป็น ปัญหาที่ทางรัฐแก้ไม่ตก นอกจากนี้ บรรยาการรอบตัวผู้ป่วยในบ้านตัวเอง มีญาติสนิทมิตรสหาย คอยดูแลเยี่ยมเยียนให้ความอบอุ่นทางใจ มีอาหารการกินที่เคยชิน เหล่านี้ล้วนเป็นบริบทสำคัญที่ส่งผล ให้ผู้ป่วยหายเร็ว ฟื้นฟูสภาพได้เร็วกว่าระบบโรงพยาบาล

ส่วนผลการรักษาจากประจักษ์พยานภาพถ่าย และฟิล์มเอ็กซเรย์บริเวณกระดูก พบว่า หมอ เมืองสามารถรักษากระดูกหักได้ในระดับหนึ่ง กล่าวคือ ได้ผลดีในกรณีที่กระดูกหักบริเวณแขนขาส่วน ปลายและเป็นชนิดที่ปลายกระดูกหักไม่เหลื่อมซ้อนกันมากนัก แต่มักจะไม่ค่อยได้ผลในกรณีที่กระดูก หักบริเวณสะโพก ต้นขา หรือเป็นกระดูกหักชนิดที่เหลื่อมซ้อนกันมาก เพราะกระดูกจะติดแบบผิดรูป แต่ในขั้นต้นนี้อาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยกระดูกหักรายใดที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแผนปัจจุบันรักษาได้ด้วย การใช้เผือกปุ่น หมอเมืองส่วนมากก็สามารถรักษาได้ด้วยการใช้เผือกไม้ใผ่เช่นกัน แต่ทั้งนี้คงขึ้นอยู่กับ ฝีมือ ประสบการณ์ของหมอเมืองและแพทย์แผนปัจจุบันแต่ละคนด้วย

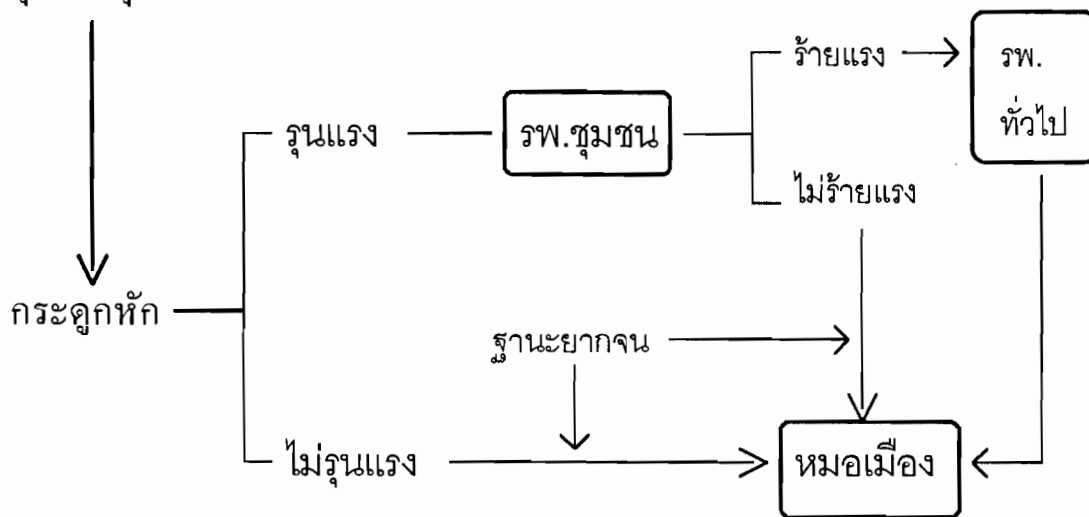
นอกจากนั้นในท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง หมอเมืองเองก็มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพ แวดล้อมและไม่ปฏิเสธเทคโนโลยีแผนปัจจุบัน ดังกรณีการตัดเผือกปุ่นออกครึ่งหนึ่ง หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยตามกระดูกไหลปลาร้า เป็นต้น

ส่วนการสืบทอดวิชานั้นยังคงมีอยู่ แม้ว่าจะไม่มากนัก เนื่องจากปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลง คนหนุ่มสาวไปทำงานต่างถิ่นกันมากขึ้น แต่การสืบทอดอย่างเป็นธรรมชาติในระบบพื้นบ้านนี้ก็คงจะมีอยู่ต่อไป ตราบเท่าที่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถสนองปัญหาสุขภาพได้ครบทุกด้าน

(2) ลักษณะการเลือกใช้บริการของผู้ป่วยกระดูกหักจากอุบัติเหตุจราจร

จากการสังเกตในขั้นต้นพบว่า ผู้ป่วยกระดูกหักมีลักษณะการเลือกใช้บริการในการดูแลรักษากระดูกหักดังแผนภูมิต่อไปนี้

อุบัติเหตุจราจร



กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจราจร ส่วนมากจะไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อน เพื่อให้แน่ใจว่าไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หลังจากทราบว่ามีแต่ปัญหาเรื่องกระดูกหัก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจน จะขอกลับไปรักษาต่อกับหมอเมืองใกล้บ้าน แม้บางรายกระดูกหักรุนแรง จนแพทย์จะลงความเห็นสมควรส่งต่อไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลในตัวจังหวัดก็ตาม

นอกจากนั้นผู้ป่วยกระดูกหักที่ผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังกลับไปให้หมอเมืองไปรักษาควบคู่กันไปด้วย คงเป็นเพราะการบริการที่โรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า "เสียเงินรักษาได้เฉพาะภายนอก แต่หมอเมืองจะไปรักษาได้ถึงแผลข้างใน" ซึ่งคงเป็นเพราะหมอเมืองสามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ว่ากำลังรักษาเพื่อให้บังเกิดผลอย่างไร ผู้ป่วยจึงคลายความวิตกกังวล เกิดกำลังใจและเชื่อมั่นว่าตัวเองจะต้องหายขณะเดียวกัน ผู้ที่ไปหาหมอเมืองก่อน ถ้าผลการรักษายังไม่เป็นที่พอใจ ก็อาจไปโรงพยาบาล

3.5 สรุปและข้อเสนอแนะ

จากประจักษ์พยานที่นำเสนอมา แสดงให้เห็นว่าชุมชนยังมีศักยภาพในการดูแลรักษากระดูกหักได้ในระดับหนึ่ง แต่หากมีอาการรุนแรงก็ยังคงจำเป็นต้องพึ่งเทคโนโลยีการแพทย์แผนใหม่ ประเด็นจึงอยู่ที่ว่า การรู้จักใช้ศักยภาพหรือจุดแข็งในแต่ละระบบอย่างชาญฉลาด หากระบบพื้นบ้านได้รับการฟื้นฟูพัฒนาในบริบทของมัน ใช้ศักยภาพหรือจุดแข็งของมันมาช่วยแบกรับภาระที่ระบบแผนใหม่เองก็มีข้อจำกัด เปิดทางเลือกให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกตามฐานานุภาพ ความเป็นธรรม ความพึงพอใจ ความเป็นประสิทธิภาพ และสุขภาวะก็จะบังเกิดแก่ประชาชน

นอกจากนั้น ยังทำให้บุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบัน เข้าใจผู้ป่วยและชุมชนมากขึ้น เพราะความจริงที่ปรากฏก็คือ ผู้ป่วยต้องการ "บริการบางอย่าง" จากโรงพยาบาล แต่ไม่ได้ ต้องการ "บริการทั้งหมด หรือทุกอย่าง" ที่ทางโรงพยาบาลต้องการให้ เช่น ต้องการมาเอกซเรย์ดูให้รู้แน่ๆ กระดูกหักหรือไม่ หักมากน้อยเพียงใด แต่ไม่ต้องการที่จะถูกตัดอวัยวะบางส่วนทิ้ง หรือ ใส่เฝือกปูนเป็นเวลาเดือนสองเดือน เหล่านี้เป็นต้น

การเข้าใจมากขึ้น จะลดอัตราของผู้ให้บริการลง เกิดความ "เมตตา" เข้ามาแทนที่โทสะจริต เมื่อมีเมตตา การพูดคุยอ่อนน้อมนวลและเต็มไปด้วยความเข้าใจ ไม่ใช่อารมณ์ ทัศนคติย่อมบังเกิดทั้งกับผู้ให้และผู้รับบริการ ทำให้วิถีให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เช่น ถ้ากระดูกหักแบบไม่ผิดรูปมาก จะใส่เฝือกปูนหรือรักษากับหมอมือก็คงหายเหมือนกัน แต่ถ้าหักมาก ควรแนะนำให้ผ่าตัด แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอม ก็ต้องเคารพความคิดของเขา เพราะเราไม่มีสิทธิ์ไปบีบบังคับเขา

ทางเลือกจึงน่าจะนำข้อเด่นของการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ดังนี้

การแพทย์แผนปัจจุบัน มีข้อเด่นด้านการวินิจฉัยโรค เพราะเอกซเรย์ทำให้เห็นลักษณะการหักได้อย่างชัดเจนมากกว่า และมีข้อได้เปรียบในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักรุนแรง หรือบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นด้วย ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตหากรักษาขั้นต้นไม่ถูกต้อง จึงควรมีบทบาทในการวินิจฉัยให้เห็นพยาธิสภาพที่ชัดเจน บทบาทด้านการรักษาผู้ป่วยหนัก และดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาเท่าที่จำเป็นจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น

การแพทย์พื้นบ้านมีข้อเด่นในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักที่ไม่ผิดรูปมาก และในระยะฟื้นฟูสภาพซึ่งต้องอาศัยระยะเวลานาน บรรยากาศที่ดีในบ้านซึ่งแวดล้อมด้วยญาติสนิทมิตรสหาย จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดียิ่งขึ้น และหายได้ดีกว่าการเห็นภาพผู้คนเจ็บป่วย ครอบครัวยังในโรงพยาบาลอย่างแน่นอน จึงควรให้มีบทบาทหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักที่ไม่ผิดรูปมาก โดยแพทย์ควรเอ่ยปากเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมตัดสินใจในการเลือกรักษา

ข้อดีของการเปิดใจเข้าหากันตรงนี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ตนเองพึงพอใจมากที่สุด เป็นการทำให้ชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพที่ตนเองมีอยู่มากขึ้น เป็นการเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน และเป็นการนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพภาพตนเอง โดยอาศัยฐานรากของชุมชนอย่างแท้จริง

ส่วนด้านการส่งเสริมและพัฒนาหมอกระดูกนั้น ก่อนอื่นบุคลากรสาธารณสุขต้องเปิดใจให้กว้างขึ้น กล่าวคือ แทนที่จะดูแต่จุดด้อยเรื่องเทคนิคว่าเขาดิ่งไม่ตรง ทำไม่ไม่มองอีกมุมว่า ผู้ป่วยก็ยังไม่หาเขา แสดงว่าเขาต้องมีข้อดีที่เราไม่มี ฉะนั้นเราน่าจะเพิ่มความรู้ด้านเทคนิคให้เขา โดยพัฒนาต่อยอดจากฐานความรู้ที่เขา มีอยู่ แทนที่จะมองว่าเขาไม่มีความรู้อะไรเลย แล้วเอาของเขาไปยึดเยียดให้เขาทั้งหมด เหมือนการอบรมอสม.ผสส.ในรูปแบบที่ส่วนกลางคิดมาให้เบ็ดเสร็จ โดยไม่สนใจว่าแต่เดิมชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่นมีภูมิปัญญาอะไรอยู่บ้าง

นอกจากนั้น เรายังควรเอาข้อดีของเขา ซึ่งเป็นส่วนขาดของเรา มาปรับใช้ให้เป็นบริการที่ดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น โดยเฉพาะการใส่ใจที่จะดูแลรักษาจิตใจของผู้ป่วยควบคู่กันไปด้วย หรือหากทำอย่างเขาไม่ได้ ก็ควรเปิดใจกว้าง ให้เขาร่วมแสดงบทบาทด้วยในส่วนที่เราขาด เพราะเป็นไปไม่ได้อยู่แล้ว ที่เราจะผลิตผู้เชี่ยวชาญตามระบบแผนปัจจุบันให้ได้มากและกระจายบริการไปถึงชาวบ้าน เราจึงไม่ควรมือหังการในวิชาชีพและผูกขาดบทบาทไว้กับตนเอง แต่ควรมีเมตตาและไม่ผูกขาดว่าต้องมีปริญญาเท่านั้นจึงจะรักษาได้

ในแง่มุมมองทางการศึกษา ควรเร่งปรับเนื้อหาการศึกษาให้มีเรื่องภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองในท้องถิ่นมากขึ้น ควรมีกิจกรรมให้นักเรียนได้รู้จักและเชิดชูหมอเมืองในชุมชน ในท้องถิ่นของตนเอง รวมไปถึงการส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้ของหมอเมืองอย่างเป็นระบบมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลการรักษาเชิงประจักษ์นี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากตัวอย่างผู้ป่วยมีน้อย เพราะการศึกษาครั้งนี้มุ่งไปที่ประเด็นความรู้ความเชื่อของหมอเมือง จึงควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยใช้จำนวนผู้ป่วยมากกว่านี้ ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่ทางกระทรวงสาธารณสุขสนใจและสนับสนุนให้ทำวิจัยต่อเนื่อง เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาหมอพื้นบ้านต่อไป

กล่าวโดยสรุป ชุมชนยังมีศักยภาพในการดูแลรักษากระดูกหักได้ในระดับหนึ่ง แต่หากอาการรุนแรงก็ยังคงจำเป็นต้องพึ่งเทคโนโลยีการแพทย์แผนใหม่ ประเด็นจึงอยู่ที่ การรู้จักใช้ศักยภาพและจุดเด่นในแต่ละระบบอย่างชาญฉลาด หากระบบพื้นบ้านได้รับการฟื้นฟูพัฒนาในบริบทของตนเอง จนกระทั่งสามารถใช้ศักยภาพและจุดเด่นมาช่วยแบกรับภาระ ที่ระบบแผนใหม่เองก็มีข้อจำกัด เพื่อเปิดทางให้ผู้ป่วยมีสิทธิ์เลือกตามฐานานุภาพ ความเป็นธรรม ความพึงพอใจ ประสิทธิภาพและสุขภาพก็จะบังเกิดแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- 1) ประเวศ วะสี, องค์รวมแห่งสุขภาพ, มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2536
 - 2) โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย,
ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข, 2535
 - 3) สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่ง
การพึ่งตนเอง, โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2529
 - 4) ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน,
สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535
-

บทที่ 4 *

ผลการวิจัยกรณีศึกษาภูมิปัญญาการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า

4.1 ความเป็นมาของปัญหาที่ทำการวิจัย

จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530 - 2534) ได้ยึดการสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ แนวความคิดพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐานคือการให้ประชาชนพึ่งพาตนเองให้มากขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพ เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิมเป็นผู้ค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาให้แก่ประชาชน มาเป็นผู้ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำที่แจ่มเจ้านั้น งานอนามัยแม่และเด็กก็เป็นแผนงานหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน

ได้มีการตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของแม่ เพื่อให้จะให้เด็กที่เกิดมามีสุขภาพดีสมบูรณ์แข็งแรง โดยใช้น้ำหนักแรกคลอดของเด็กเป็นเกณฑ์ในการวัด กล่าวคือเด็กควรจะมีน้ำหนักแรกคลอด 3,000 กรัมขึ้นไป ให้มากกว่าร้อยละ 60 และเด็กที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม ต้องไม่เกินร้อยละ 8 แต่เมื่อสิ้นแผนพัฒนา เป้าหมายดังกล่าวยังห่างจากความเป็นจริง โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากพื้นที่ของภูมิภาคเช่น จากการสุ่มตัวอย่างผู้ไปคลอดที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2530 - 2534 จำนวน 6,000 ราย พบว่าเด็กแรกคลอดที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 3,000 กรัมมีเพียงร้อยละ 56 และร้อยละ 10 ยังมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม (ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ, 2536)

การพัฒนาด้านการดูแลรักษาสุขภาพ เป็นตัวอย่างบทเรียนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาที่เห็นได้อย่างชัดเจนตัวอย่างหนึ่ง กล่าวคือ การที่รัฐบาลมีประสบการณ์ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพตามแนวตะวันตกหรือแผนใหม่มาไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ประสบความสำเร็จในหลายเรื่อง โดยเฉพาะในเชิงการรักษา จนสามารถลดการเจ็บป่วยในทางระบาดวิทยาได้อย่างชัดเจน แต่การพัฒนาหรือแก้ปัญหาสุขภาพในเชิงป้องกัน โดยเฉพาะภายใต้หลักการ "การดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเอง" หรือ Self-reliance ยังห่างไกลจากเป้าหมาย

* คณะผู้วิจัยในพื้นที่:

วิราพร ใจกล้า	สถานีอนามัยดอยตุง
ผจญ ใจกล้า	สถานีอนามัยดอยตุง
ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ	สถาบันราชภัฏเชียงราย

ตรงกันข้าม ดูเหมือนว่ายิ่งพัฒนามากขึ้น ประชาชนก็ยิ่งพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้น้อยลง ขณะที่การบริการของรัฐไม่อาจสนองความต้องการทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ (ความพึงพอใจ) และจะไม่มีทางตอบสนองความต้องการได้เลย ถ้าประชาชนต้องพึ่งพาการบริการจากรัฐอยู่ตลอดเวลา ซึ่งก็เป็นช่องโหว่ ที่ทำให้มีระบบการบริการทางสุขภาพเชิงธุรกิจเข้ามาครอบงำ ทำให้การดูแลสุขภาพมีราคาแพงเกินความจำเป็น และไม่อาจควบคุมคุณภาพ ให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึง

ในปัจจุบัน เริ่มยอมรับกันแล้วว่า วิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว หรือการแพทย์แบบ"เอกสิทธิ์" ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด เพราะมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากยังต้องนำเข้าเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ถูกขาดจากต่างชาติ ซึ่งมีราคาแพงและขาดความหลากหลายหรือไม่ดีตัวเลือก จึงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงท้องถิ่นและไม่สามารถบริการกลุ่มชนในชนบทได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งเป็นการสวนทางกับนโยบายการพึ่งตนเอง

ดังนั้น การกลับไปแสวงหาและฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ผสมผสานกับเทคโนโลยีใหม่อย่างเหมาะสม ให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง บนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของตนเอง เหมาะสมและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยและสภาพแวดล้อมของตนเอง ดังที่เรียกกันว่า "การแพทย์พหุลักษณะ"

จึงเป็นภารกิจเร่งด่วนที่ต้องร่วมมือกันศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาการแพทย์พหุลักษณะที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในท้องถิ่นมากที่สุด นั่นคือ ประหยัดที่สุด มีประสิทธิภาพที่สุด หาได้ง่ายที่สุด ยั่งยืนที่สุด และหรือพึ่งตนเองได้มากที่สุด ขณะเดียวกันก็เป็นการธำรงรักษามรดกทางวัฒนธรรมอันล้ำค่าของแต่ละเผ่าพันธุ์ ให้วัฒนารับใช้สังคมท้องถิ่นสืบไป

กรณีศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า ที่บ้านปากกล้วย ดอยตุง กิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวง เป็นกรณีตัวอย่างของการศึกษาฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้าน เพื่อจะนำเอาประสบการณ์ของชนเผ่าไปประยุกต์เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของการพัฒนาด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพราะมีสถิติข้อมูลในเรื่องสุขภาพครรภ์และภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดที่น่าสนใจศึกษา คือน้ำหนักแรกเกิดของทารกอาข่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเยี่ยม สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข นั่นคือทารกแรกเกิดร้อยละ 84 มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 3,000 กรัม และน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัมมีเพียงร้อยละ 3 จากทารกแรกเกิดจำนวน 69 ราย

นอกจากนั้นยังเป็นที่รู้กันทั่วไปในเรื่องของความพิการทางกายในชุมชนอาข่า ที่หาดูไม่ได้เลย ชาวอาข่ามีศักยภาพอย่างไร หรือมีภูมิปัญญาอะไร ที่สะท้อนปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ และผลจากการพัฒนาตามกระแสนิยมที่เป็นอยู่ จะมีผลต่อศักยภาพเหล่านี้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาอาจจะใช้เป็นบท

บทเรียนในการฟื้นฟูและปรับปรุงภูมิปัญญาพื้นบ้าน ให้เป็นแนวทางเลือกอีกแนวทางหนึ่ง ของการพัฒนาทางด้านสุขภาพในอนาคต

4.2 บริบททางสังคมของพื้นที่วิจัย

ชาวอาข่าบ้านปากกล้วย ดอยตุง มีถิ่นฐานเดิมอยู่ในแคว้นหยุนหนานของประเทศจีน ต่อมาได้ทยอยกันอพยพลงสู่ทางตะวันออกของประเทศพม่า อยู่บริเวณชายแดนไทย-พม่า ระยะเวลาหนึ่ง แล้วจึงเคลื่อนย้ายเข้ามาทางภาคเหนือของประเทศไทยประมาณ ปี พ.ศ. 2493 อาข่ามักจะย้ายถิ่นฐานกันบ่อยเนื่องจากมีความเชื่อหลายประการ เช่น กรณีมีผู้หญิงตั้งครรภ์แล้วคลอดลูกตาย โดยที่ไม่มีสามีถือว่าเป็นการผิดประเพณี(ผิดผี) ก็จะมีการอพยพย้ายหมู่บ้านกันใหม่ หรือกรณีที่มีโรคระบาดทำให้ผู้คนป่วยและล้มตายจำนวนมาก ก็จะมีการย้ายหมู่บ้านหนีไปที่อื่น รวมทั้งการแสวงหาที่ดินทำกินใหม่ที่เหมาะสมเป็นต้น

เมื่อเข้ามาครั้งแรก ชาวอาข่าบ้านปากกล้วยอพยพกันเข้ามาประมาณ 40 หลังคาเรือน ตั้งบ้านเรือนอยู่บริเวณฐานทหารพม่าปัจจุบัน (ก.ม ที่ 14 ถนนห้วยไคร้ - พระธาตุดอยตุง) หลังจากนั้นมีการอพยพโยกย้ายอีก 3 - 4 ครั้ง แต่ก็อยู่ในรัศมี 2 - 3 กิโลเมตร จากจุดที่อยู่ปัจจุบัน (ก.ม ที่ 12) ชื่อบ้านอีโก้ปากกล้วยมาจากชาวพื้นเมืองเป็นผู้ตั้งให้ เนื่องจากชาวพื้นเมืองเรียกพวกอาข่าว่า "อีโก้" และหมู่บ้านนี้มีการปลูกต้นกล้วยมาก ปี พ.ศ. 2503 มีชาวอาข่าอพยพมาสมทบอีกกลุ่มหนึ่งจากบ้านป่าซางแสนสุดแดน (ปัจจุบันเป็นหมู่บ้านหนึ่งอยู่ในตำบลเทอดไทย กิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวง)

ปีพ.ศ.2513 มีการตัดถนนขึ้นพระธาตุดอยตุงผ่านหมู่บ้าน นำความเจริญจากพื้นราบมาสู่หมู่บ้าน การติดต่อกับคนพื้นราบมากขึ้น ปี พ.ศ. 2523 มีชาวอาข่าจากบ้านปายางและแม่สลองอีโก้ อพยพมาอยู่รวมอีก 30 หลังคาเรือน เริ่มมีหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมาส่งเสริมการปลูกพืช เช่น กาแฟ มีครูมาสอนหนังสือให้แก่เด็กในหมู่บ้านต่อมาปี 2531 เริ่มโครงการพัฒนาดอยตุงอันเนื่องมาจากพระราชดำริ ขององค์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (สมเด็จย่า) จึงมีการย้ายหมู่บ้านจากหน้าพระตำหนักมาอยู่ที่หมู่บ้านในปัจจุบัน

บ้านอีโก้ปากกล้วยมีประชากรประมาณ 400 คน ได้รับสัญชาติไทยหมดแล้ว ผู้คนส่วนใหญ่จะพูดภาษาไทยได้ โดยเฉพาะเด็กและผู้ชาย มีการคมนาคมที่สะดวก การสาธารณูปโภคครบครัน มีน้ำและไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือน มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มากมาย เช่น รถจักรยานยนต์ หม้อหุงข้าวไฟฟ้า ตู้เย็น โทรทัศน์ ฯลฯ แต่ชาวอาข่า บ้านปากกล้วย ก็ยังมีการดำเนินชีวิตที่ผูกพันอยู่กับพิธีกรรมดั้งเดิม มีวัฒนธรรม ประเพณีเก่าแก่ที่สืบทอดกันมาอย่างเหนียวแน่นมาจนถึงทุกวันนี้

4.3 ความเชื่อและวิถีชีวิตของชาวอาข่า

ชาวอาซาเชื่อว่า เกิดมาเพื่อการสืบทอด จึงถือว่าควรดำเนินชีวิตเพื่อสืบทอดเจตนารมณ์ของบรรพบุรุษ อาข่ามองว่าตนเองนั้นเป็นตัวกลางระหว่างบรรพชนกับคนรุ่นหลัง ได้มีพิธีเช่นไหว้บรรพชนอยู่เสมอ เพื่อที่เมื่อตนเองตายไปลูกหลานจะได้เช่นไหว้ตนเองเช่นเดียวกับที่เขาได้ปฏิบัติต่อบรรพชน ชาวอาซาจะมีศาลบรรพชนไว้ทุกบ้านในเขตของผู้หญิง

ลักษณะการสร้างบ้านของอาซาจะมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ถ้าคนที่คุ้นเคยกับชาวเขา จะรู้ว่า เป็นบ้านของชาวอาซาทันที ลักษณะของบ้านโดยทั่วไปจะสร้างบ้านหลังใหญ่แบ่งเป็น 2 ห้องโดยมีฝาที่ไม่สูงมากนักกั้นไว้เป็นการแบ่งระหว่างที่นอนของผู้ชายกับผู้หญิง ส่วนที่ใช้รับแขกที่ไปเยือนจะเป็นที่นอนของผู้ชายซึ่งจะอยู่จากบันไดหน้าบ้านเข้าไป ชาวอาซาจะมีเตาผิงไวก่กลางบ้านเสมอ ในส่วนของผู้ชายจะมีเตาสำหรับต้มน้ำชา ส่วนเตาในส่วนของห้องผู้หญิง จะไว้สำหรับประกอบอาหาร นอกจากนี้การมีเตาไฟไว้ในบ้านยังช่วยสร้างความอบอุ่นให้แก่อากาศภายในบ้าน ป้องกันความหนาวเย็นจากภายนอกได้ (เนื่องจากบ้านอาซาปากล้อมอยู่บนสันเขา มีอากาศถ่ายเทสะดวกและอยู่สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 1,000 เมตร จะมีอากาศค่อนข้างเย็นสม่ำเสมอตลอดปี)

มองจากภายนอกของบ้าน จะมองเห็นหลังคาปกคลุมลงมาต่ำมาก (สูงจากพื้นประมาณ 1.5 เมตร) จุดประสงค์เพื่อป้องกันฝนและลมพายุที่พัดแรงมากในฤดูฝน ส่วนใหญ่จะไม่มีหน้าต่าง มักจะสร้างสูงยกระดับจากพื้นได้ถุนบ้าน ใช้ประโยชน์ในการเก็บของพวกอุปกรณ์การทำงาน พื้น รวมทั้งโรงเลี้ยงสัตว์ (ในสมัยก่อน) ด้านบนสุดจะมีไม้ไขว้กัน 2 อัน (กาแล) อยู่ที่จั่วทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ก่อนเข้าถึงหมู่บ้าน จะพบประตูผีและเห็นเสาชิงช้าอันใหญ่ในเทศกาลไล่ชิงช้า ชาวอาข่ามีบัญญัติที่เป็นตัวกำหนดพิธีการทุกอย่างในการดำเนินชีวิตของพวกเขา เช่นการเลือกทำเลหมู่บ้าน การเพาะปลูก การล่าสัตว์ การประกอบพิธีกรรมในงานประเพณีต่าง ๆ การรักษาโรค รวมถึงวิธีปฏิบัติตนระหว่างการตั้งครุฑ การคลอดและการเลี้ยงดูบุตรอีกด้วย

4.4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ศึกษาตัวแปรที่ส่งเสริมสุขภาพครรภ์ของหญิงชาวอาซา ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังได้กล่าวในวิธีการวิจัย จึงได้แยกเสนอผลการศึกษาออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ผลการวิจัยในส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้นำเสนอเป็นสี่ประเด็นคือ บริบททางสังคมวัฒนธรรม เกี่ยวกับการมีบุตรของชาวอาซา พฤติกรรมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์และการดูแลครรภ์ของชาวอาซา พฤติกรรมการคลอดลูกของหญิงอาซา และพฤติกรรมสุขภาพหลังการคลอดลูกของหญิงอาซา สำหรับผลการวิจัยในส่วนที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้จากการเฝ้าระวังครรภ์หรือฝากครรภ์ จะนำเสนอในประเด็นของภาวะสุขภาพก่อนและหลังคลอด จากผู้ที่มาฝากครรภ์ โดยเฉพาะในเรื่องน้ำหนักครรภ์ก่อนคลอด น้ำหนักแรกเกิดของทารก และปริมาณอาหารที่หญิงมีครรภ์ได้รับ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ไม่ได้มีจุดเน้นในเชิงปริมาณ หรือในเชิงคลินิก แต่เน้นการศึกษาในเชิงคุณภาพ โดยผ่านมุมมอง หรือมิติทางด้านวัฒนธรรม โดยเฉพาะในส่วนของภาวะเครียดทางสุขภาพ ที่ส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์ชาวอาข่ามีสุขภาพดี ทั้งในเรื่องของการคลอดแบบธรรมชาติอย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องใช้วิธีผ่าออกหน้าท้อง และเรื่องความสมบูรณ์ของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 3,000 กรัม ถึง 84% ของทารกทั้งหมด ตลอดจนเรื่องความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพ กับวิถีการดำเนินชีวิตของชาวอาข่า

การวิเคราะห์ตัวแปรเหล่านี้ จำต้องอาศัยการเปรียบเทียบข้อมูลจากพื้นที่วิจัย เปรียบเทียบกับหลักวิชาการทางสุขภาพและผลการวิจัยอื่น ๆ มาทำความเข้าใจและอธิบาย ซึ่งก็นับว่าโชคดีที่ประเด็นปัญหาในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในความสนใจของวงการสุขภาพทั่วโลก จึงมีผลการวิจัยในลักษณะที่จะช่วยอธิบายในบางแง่มุมได้เป็นอย่างดี โดยที่การวิจัยนี้ไม่จำเป็นต้องล้วงลึกในทุกประเด็น เช่น มีการศึกษาทางด้านคลินิกที่เกี่ยวกับภาวะของสรีระทางชีวเคมี หรือทางโภชนาการในขณะตั้งครรภ์ อันเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังคลอด เป็นต้น

ดังนั้น ในรายงานฉบับนี้ จึงเน้นเฉพาะการนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา ด้านปรากฏการณ์ทางพฤติกรรม และทางด้านสังคมวัฒนธรรมเป็นหลัก ดังรายละเอียดปรากฏในผลการวิจัยข้อ 4.4.1 - ข้อ 4.4.5 พร้อมกับบทวิเคราะห์หรือบทวิจารณ์ดังต่อไปนี้

4.4.1 บริบททางสังคมวัฒนธรรมเกี่ยวกับการมีบุตรของชาวอาข่า

ชาวอาข่าหรือที่เราเรียกว่า "ชาวอีกอ" ก็เหมือนกับชาวเขาเผ่าอื่นๆ ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีบุตร เพราะต้องการผู้สืบสกุล เพื่อขยายเผ่าพันธุ์และต้องการแรงงาน ดังนั้นชาวอาข่าจะนิยมมีบุตรหลายคน (เฉลี่ย 3 - 5 คนต่อครอบครัว) ผู้หญิงมักจะแต่งงานเมื่ออายุ 20 - 23 ปี ส่วนชายมักจะแต่งงานเมื่ออายุ 18 - 22 ปี ส่วนใหญ่คู่สมรสฝ่ายหญิงจึงจะมีอายุมากกว่าฝ่ายชาย โดยมีค่านิยมในเรื่องนี้ว่า หากชายอายุมากกว่าหญิง จะถือว่าชายผู้นั้นหลอกเด็ก เมื่อแต่งงานแล้วฝ่ายหญิงจะต้องย้ายไปอยู่บ้านของฝ่ายชายทุกราย ฉะนั้นชาวอาข่าจึงต้องการมีลูกผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เพราะเมื่อผู้ชายแต่งงานแล้วจะได้ลูกสะใภ้มาเป็นแรงงานเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันถ้าบ้านใดมีแต่ลูกผู้หญิง เมื่อแต่งงานไปหมดก็จะมีคนเลี้ยงดูพ่อแม่ในยามแก่เฒ่า ในการวางแผนครอบครัวกับชาวอาข่าจึงมักไม่ได้ผล เพราะเขาจะไม่ยอมคุมกำเนิดราบใดที่ไม่มีลูกชาย

เมื่อแต่งงานไปแล้วระยะหนึ่ง (ประมาณ 1 ปีขึ้นไป) ถ้าหากฝ่ายหญิงไม่ตั้งครรภ์ หรือตั้งครรภ์แล้วไม่มีลูกชายเลย สามีกก็สามารถไปมีภรรยาคนที่สองหรือสามได้ โดยภรรยาคนแรกจำเป็นต้องอนุญาต เพราะตัวเองไม่สามารถสนองการมีบุตรชายตามค่านิยม จึงมักจะพบว่าผู้ชายอาข่ามีภรรยาหลายคน

คนอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน ช่วยกันทำมาหากินโดยไม่มีภาระทะเลาะเบาะแว้งกันเลย ตามความนิยมของชาวอาข่า มักจะอยากได้บุตรชาย 2 คน บุตรหญิง 2 คน จึงจะถือว่าพอดี

หลังจากแต่งงานแล้ว ถ้าเป็นลูกชายคนโตและพ่อตายไปแล้ว ก็จะให้ลูกชายอยู่ในบ้านเดิมของพ่อแม่ แต่ถ้าพ่อยังมีชีวิตอยู่ก็ต้องสร้างบ้านหลังเล็ก ๆ ในบริเวณบ้านเดียวกัน มีลักษณะเป็นห้องนอนพอที่จะนอนได้สองคน สำหรับเป็นที่หลับนอนของลูกชายและลูกสะใภ้ ถ้าลูกชายคนถัดไปแต่งงานอีก ก็จะสร้างบ้านหลังเล็กให้คนละหลัง ใช้เป็นที่สำหรับหลับนอนเท่านั้น การประกอบอาหารและการกินอาหารยังคงมาร่วมกันที่บ้านพ่อแม่

4.4.2 พฤติกรรมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์และการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า

หญิงชาวอาข่าจะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์โดยสังเกตจากประจำเดือนขาดหายไป 1 - 2 เดือน แต่เขาจะยังไม่บอกให้ใครรู้ จนกว่าคนอื่นจะสังเกตเห็นเอง เกี่ยวกับการตั้งครรภ์นี้หญิงอาข่าจะซื่อมาก ไม่ค่อยเปิดเผยให้คนอื่นรู้ แม้แต่สามี (ยกเว้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ส่วนใหญ่แล้วจะเริ่มสังเกตเห็นครรภ์ได้ชัดเจนเมื่อ อายุครรภ์ได้ประมาณ 4 - 5 เดือน ขณะที่ตั้งครรภ์พบว่าหญิงอาข่าไม่เคยมีอาการแพ้ท้องมาก ๆ เหมือนคนไทยพื้นราบเลย ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากชาวอาข่ามีความคิดและความมุ่งมั่น ว่าเกิดเป็นผู้หญิงทุกคนจะต้องมีลูก และที่แต่งงานก็ด้วยจุดประสงค์สำคัญคือเพื่อการมีลูก จะเห็นว่าผลจากความเชื่อและค่านิยมนี้ ได้มีการเตรียมตัว เตรียมใจหรือมีทัศนคติในการตั้งครรภ์และการคลอดลูกในลักษณะของภรรยาที่มาตั้งแต่ยังเป็นเด็ก ๆ ก่อนแต่งงาน มากกว่าจะเป็นผลจากการสนองความใคร่ทางเพศ

การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์ ทุกอย่างเหมือนตอนที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เพราะเขาถือว่าเป็นภาวะปกติของร่างกาย ไม่ใช่คนเจ็บป่วยที่จะต้องดูแลเป็นพิเศษ เคยทำงานหนักอย่างไรก็จะทำตามปกติ เช่น ขุดดิน ทำไร่ แยกฟืน เดินเป็นระยะทางไกล ๆ ชาวอาข่ามีความเชื่อว่าการทำงานมาก ๆ ขณะตั้งครรภ์ จะทำให้ลูกสมบูรณ์แข็งแรงคลอดง่าย ถ้าไม่ทำงานลูกจะไม่แข็งแรง

ดังนั้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ หญิงอาข่าจะทำงานไปจนกระทั่งวันที่เจ็บท้องคลอด บางครั้งก็พบว่าไปคลอดลูกในไร่หรือที่ทำงาน เพราะเดินกลับบ้านไม่ทัน หรือบางครั้งก็คลอดในขณะที่เดินทางมาสถานีอนามัย ในการรับประทานอาหารก็จะรับประทานตามปกติ อาจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สารอาหารส่วนใหญ่ได้มาจากข้าว ซึ่งจะรับประทานในปริมาณค่อนข้างมากกว่าคนพื้นราบ ค่าเฉลี่ยข้าวสุก (ข้าว) ที่รับประทานในหนึ่งวัน ประมาณ 1,500 กรัม มีตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานข้าวมื้อกลางวันมากที่สุดถึง 730 กรัม และพบว่าการกินอาหารในมื้อกลางวันจะมากที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ทำงาน ซึ่งใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่

อาหารที่รับประทานเป็นประจำได้แก่ ผักใบเขียว นิยมรับประทานผักที่มีรสขม โดยเฉพาะผักพื้นบ้านที่ชื่อ "ห่อลือ" เชื่อว่าช่วยทำให้กินอาหารได้มากขึ้น อาหารประเภทถั่วโดยเฉพาะถั่วลิสง ถั่วฝักยาว จะรับประทานเป็นประจำ ชาวอาข่ามักจะปลูกพืชผักสวนครัวไว้ทุกหลังคาเรือน มีผลไม้ชนิดหนึ่งที่ชาวอาข่าชอบรับประทานคือ "สีหมะ" เป็นไม้ยืนต้น ผลเล็ก ๆ เป็นพวง มีรสเปรี้ยว จะรับประทานกันตลอดช่วงการตั้งครรภ์ รวมถึงขณะคลอด ก็จะดื่มน้ำสีหมะที่ตากแห้งแล้ว เอน้ำสีหมะให้หญิงตั้งครรภ์ดื่ม เพราะเชื่อว่า จะทำให้ตัวร้อนขึ้นแล้วจะคลอดง่าย ตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ ก็จะทำให้อาบน้ำอุ่นก่อนข้างร้อน ห้ามอาบน้ำเย็นเชื่อว่า การทำให้ร่างกายร้อนก็เพื่อให้คลอดง่าย

นอกจากนั้น ยังมีความเชื่อและข้อห้ามบางอย่างสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่จะต้องถือปฏิบัติเช่น ไม่กินเนื้อสัตว์ที่กำลังตั้งท้อง ไม่กินผักหรือผลไม้ที่มีหนาม หรือหนุมามาก่อน ไม่กินกล้วยที่ล้มโดยธรรมชาติ เพราะถือว่าจะทำให้ลูกในท้องไม่แข็งแรง ไม่กินเปิดเพราะกลัวทำติดกันเหมือนเปิด ไม่กินตัวต่อแตนหรือผึ้งรวมทั้งน้ำผึ้ง เชื่อว่าจะทำให้กินน้ำนมไม่ได้ ไม่กินไก่ขาว เพราะเชื่อกันว่าจะทำให้เด็กที่เกิดมาตาฝ้าฟางมองไม่เห็น ห้ามขึ้นต้นไม้หรือฝนมีด เพราะจะเป็นอันตรายต่อเด็กในท้อง

นอกจากนี้ระหว่างตั้งครรภ์จะไม่ฆ่าสัตว์ทั้งสามและภรรยา เชื่อว่าจะกระทบลูกในท้องและมีอันเป็นไปตามสัตว์ที่ถูกฆ่า เช่น ถ้าฆ่างูลูกก็จะมีลิ้นเป็นแฉกเหมือนงู สำหรับสารอาหารโปรตีนจะได้จากไข่ เนื้อไก่ และหมูเป็นหลัก ซึ่งจะฆ่ากินกันทุกบ้านในช่วงมีประเพณีต่าง ๆ ที่มีถึง 12 ครั้งใน 1 ปี (แต่ไม่ใช่มีเดือนละครั้ง) เช่น พิธีปีใหม่ลูกข้างปลายเดือนธันวาคม พิธีไล่ชิงช้าหรือกินข้าวใหม่ในเดือนกันยายน การกำหนดพิธีกรรมในประเพณีนี้จะไม่แน่นอน แล้วแต่ผู้กำหนดพิธีกรรม ซึ่งเรียกว่า "อาบ้อหิมะ" และยังเป็นผู้กำหนดวันหยุดงานด้วย ว่าในประเพณีครั้งนี้จะต้องหยุดงานกี่วัน

อาบ้อหิมะ จะเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้อาวุโสในหมู่บ้าน และต้องเป็นบุคคลที่คนในหมู่บ้านยอมรับนับถือ เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามบัญญัติของบรรพชนด้วยดีตลอดมา และมีการสืบทอดกันภายในครอบครัวเดียวกันเท่านั้น ส่วนใหญ่พ่อจะเป็นผู้ถ่ายทอดให้แก่ลูกชาย ที่อยู่ร่วมบ้านกับพ่อแม่ มักจะเป็นลูกชายคนโต

แหล่งสารอาหารโปรตีนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คือ เนื้อสุนัข (อาซื่อ) ซึ่งชาวอาข่ารับประทานกันเป็นประจำและถือเป็นอาหารพิเศษที่ใช้บำรุงครรภ์ด้วย อาหารที่เป็นเนื้อสัตว์และปลาส่วนใหญ่จะปรุงสุกก่อนรับประทานเสมอ (จากการสุ่มตรวจจุลจุลภาวะของชาวอาข่าบ้านปากกล้วย จำนวน 223 ราย ไม่พบพยาธิใบไม้ในตับเลย พบแต่พยาธิอื่นเพียง 7 ราย ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นพยาธิปากขอ ซึ่งสาเหตุ นำมาจมาจากสุขวิทยาส่วนบุคคล มากกว่าจะมาจากการกินอาหาร

4.4.3 พฤติกรรมการคลอดลูกของหญิงอาข่า

ก่อนที่จะมีสถานีนามัยคอยตุง (ก่อนปี พ.ศ.2531) ชาวอาข่าจะคลอดเองที่บ้านโดยมีแม่สามีเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ บางครั้งก็มีหมอดำแย ซึ่งใช้ประสบการณ์ตนเองในการคลอดลูกมาก่อนเป็นผู้ช่วยทำคลอด โดยจะไปคลอดที่บ้านหลังเล็ก ซึ่งเป็นที่หลบนอนของตนเองและถอดเครื่องประดับหรือของมีค่าออกหมด สาเหตุเพราะหากคลอดลูกออกมาแล้วลูกผิดปกติ เช่น พิการแขนขา หรือแฝด ก็จะถูกไล่ออกจากหมู่บ้าน แล้วเสื้อผ้า เครื่องประดับของมีค่าต่าง ๆ ที่อยู่ในบ้านหลังเล็กก็ต้องถูกเอาไปทำพิธีและทิ้งให้หมด

เด็กที่ออกมาพิการก็จะถูกทำลายโดยการฝัง ยกเว้นปากแห่วงเพดานโหว่ เพราะมีข้ออ้างว่าอาจเกิดจากของมีค่าที่ใช้ตัดสายสะดือพลาดไปโดนปาก ทำให้เกิดแผลได้ ในกรณีที่คลอดยาก หรือเด็กหยุดดิ้น หรือตายในครรภ์ ก็จะใช้ยาขับ ชื่อ "หนะบ๊ะ" ซึ่งเป็นสารคล้ายปรอท ให้หญิงตั้งครรภ์กินในปริมาณเท่าเมล็ดข้าวโพด การขับด้วยหนะบ๊ะนี้ ถ้าเด็กยังมีชีวิตอยู่ก็จะคลอดออกมาตามปกติ มีบางครั้งที่เด็กตาย เขาจะถือว่าเด็กไม่สมบูรณ์ซึ่งไม่ควรเลี้ยงไว้ จะเห็นว่าชาวอาข่ามีวิธีการคัดเลือกพันธุ์เพื่อที่จะดำรงพันธุ์ที่สมบูรณ์แข็งแรงไว้เท่านั้น ทำให้เราไม่พบคนพิการในหมู่บ้านของอาข่าเลย นอกจากพิการภายหลัง ซึ่งยอมรับกันเป็นเรื่องปกติ

ปัจจุบันเด็กแฝดที่คลอดออกมาจะไม่ถูกทำลายอีกแล้ว แต่ก็ต้องทำพิธีต่าง ๆ มากมายแล้วไล่แม่และเด็กออกไปอยู่นอกบริเวณหมู่บ้าน เป็นระยะเวลาหนึ่ง ถ้าไม่มีเหตุการณ์อะไรผิดปกติจึงจะให้กลับเข้ามาได้ ผู้ที่กำหนดระยะเวลาในการทำพิธีกรรมต่าง ๆ เรียกว่า "อาบ้อหิมะ" ซึ่งมีการสืบทอดการเป็นผู้กำหนดพิธีกรรมจากบรรพบุรุษของตนเองภายในครอบครัวเดียวกันเท่านั้น และต้องเป็นบุคคลที่คนในหมู่บ้านยอมรับนับถือ (ไม่ใช่หมอผี แต่จะทำหน้าที่เกี่ยวกับพิธีกรรม เช่น กำหนดวันปีใหม่ กำหนดให้หยุดงานช่วงมีประเพณีต่าง ๆ เป็นต้น)

แต่เดิมการคลอดที่บ้านจะนิยมนั่งคลอด โดยการนั่งยอง ๆ บางครั้งนั่งคุกเข่า พอเริ่มมีแรงเบ่งจะทำท่าคล้ายคลาน จะเริ่มเบ่งเมื่อมีน้ำคร่ำออกมา หมอดำแยหรือแม่ของสามีจะช่วยบีบนวด พุดจาให้กำลังใจ บางครั้งก็ช่วยจัดท่าเด็กให้ทางหน้าท้อง ถ้าคลอดยากก็จะให้กินยา ซึ่งเตรียมมาจากรกแมวที่ตากแห้งไว้ นำมาฝนกับน้ำให้ดื่ม ถ้าปวดท้องนานเกิน 2-3 วันก็จะถือว่าผิดปกติ อาจใช้ยาขับ"หนะบ๊ะ"ต่อไป เมื่อเด็กคลอดออกมาแล้ว จะใช้นิ้วล้วงในปาก เพื่อเอาน้ำคร่ำและเสมหะออกมาและเด็กจะเริ่มร้องได้เอง หลังจากนั้นจะทำคลอดรก โดยลูกขึ้นยืนและหมอดำแยหรือแม่สามีจะเข้าด้านหลัง โอบ รอบตัวหญิงตั้งครรภ์ไว้ แล้วใช้มือสองข้างช่วยกดท้องจากข้างบนลงล่าง รกก็จะออกอย่างง่ายดาย เท่าที่สอบถามไม่เคยพบกรณีที่มีรกติด หรือรกค้างเลย

สำหรับการคลอดที่สถานีนามัยนั้น เจ้าหน้าที่มักจะบังคับให้หญิงตั้งครรภ์นอนราบลงบนเตียง ซึ่งสูงระดับเข่า เพื่อสะดวกในการทำคลอด ซึ่งเป็นข้อขัดแย้งกันอย่างมาก ระหว่างเจ้าหน้าที่กับ คนมาคลอด เพราะเขาเห็นว่าการนอนราบทำให้มีแรงเบ่งน้อยกว่าการนั่ง ส่วนเจ้าหน้าที่ก็กลัวเด็กที่คลอด

ออกมาจะตกเตียง รวมทั้งตอนช่วยดึงตัวเด็กออกจะทำได้ลำบากถ้าให้เขานั่งคลอด ซึ่งบางครั้งก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงอาช้ำไม่ยอมมากลอดในสถานบริการสาธารณสุข อีกสาเหตุหนึ่งก็คือ หลังคลอดเจ้าหน้าที่มักจะอาบน้ำสระผมให้เด็กทันที ซึ่งบางครั้งคลอดตอนกลางคืนและอากาศบนดอยสูงหนาวเย็นมาก ทำให้เด็กเจ็บป่วย เช่น เป็นหวัด หรือ ปอดอักเสบได้ภายหลัง

สำหรับเหตุผลที่หญิงอาช้ำยังนิยมมากลอดที่สถานีนอนามัย (มากกว่า 90 %) เพราะเขามีการเปรียบเทียบกันว่า เด็กที่คลอดที่บ้านก่อนมีสถานีนอนามัยนั้น มีอัตราการตายของทารกหลังคลอดภายใน 7 วัน หรือ 1 เดือน มีจำนวนมาก บางปีมากถึง 10 กว่าราย แต่หลังจากมากลอดที่สถานีนอนามัยแล้วอัตราการลดลงเหลือปีละ 1 - 2 ราย บางปีไม่พบอัตราการตายเลย จึงทำให้มีความมั่นใจในตัวเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ปีต่อ ๆ มา ก็จะพยายามมากลอดที่สถานีนอนามัยทุกราย ยกเว้นรายที่คลอดเร็วมาก เดินทางมาไม่ทัน

จากการสังเกตของเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนอนามัย พบว่า ในการคลอดหลาย ๆ ครั้งจะมีแม่เฒ่าซึ่งทำหน้าที่คล้ายหมอดำเฒ่าตามมาส่งที่สถานีนอนามัยด้วย ซึ่งก็ไม่ได้ช่วยในการคลอดมากนัก นอกจากการบิบนวดและให้กำลังใจ แต่ที่ต้องมาด้วยก็เพื่อให้เกิดความมั่นใจแก่หญิงตั้งครรภ์ กรณีที่ถ้าผิดปกติแล้วเจ้าหน้าที่ไม่สามารถช่วยได้ หรือช่วยแล้วไม่ได้ผลก็จะใช้วิธีของเขาเองต่อไป หมอดำเฒ่าได้ให้ข้อสังเกตว่า การมากลอดที่สถานีนอนามัยโดยการนอนคลอดนั้น จะคลอดช้ากว่าคือใช้เวลาในการเบ่งนานกว่าการนั่งเบ่งคลอดที่บ้าน แต่การนอนทำให้สะดวกในกาช่วยเด็ก เช่น ตัดสายสะดือ และไม่ต้องกลัวรกจะตกลงมาปิดหน้าเด็ก

หมอดำเฒ่าที่มาช่วยคลอดนั้นไม่มีค่าจ้างเป็นเกณฑ์ตายตัว ส่วนใหญ่แล้วจะให้เป็นสิ่งของ เช่น ผ้าปึก เสื้อ ถุงยาม เป็นสิ่งตอบแทน และมักจะได้ไม่เป็นเงิน แต่ที่ต้องไปช่วยเพราะชาวบ้านมาตามถือว่าช่วยเหลือกันในหมู่บ้าน หมอดำเฒ่าเองก็ไม่ได้เรียนหรือรับการถ่ายทอดวิชามาจากไหน แต่ใช้ประสบการณ์ของตนเองในการคลอดลูกหลายครั้ง รวมทั้งการบอกเล่าของผู้เฒ่าผู้แก่ต่อ ๆ กันมา หมอดำเฒ่าจึงเริ่มเป็นได้เมื่ออายุมากแล้ว คือให้หมอดำเฒ่าหรือญาติผู้ใหญ่เสียก่อนจึงจะเป็นได้ เช่นกรณีตัวอย่างที่สัมภาษณ์ในการวิจัยนี้ ชื่อนาง หมิมออ ยาแบ่งภู ปัจจุบันอายุ 57 ปี เริ่มเป็นหมอดำเฒ่าเมื่ออายุได้ 50 ปี ช่วยทำคลอดที่บ้านปากกล้วยมาแล้วประมาณ 20 กว่าคน หลังจากมีสถานีนอนามัยดอยตุง เขาก็หยุดทำคลอดแต่ก็ยังทำหน้าที่อยู่ คือมาส่งคนคลอดเกือบจะทุกรายของบ้านอีก้อปากกล้วย

4.4.4 พฤติกรรมสุขภาพหลังการคลอดลูกของหญิงอาช้ำ

หลังการคลอด ถ้ายังไม่ได้ทำพิธีกรรม จะยังไม่ให้ลูกดูดนมแม่ ฉะนั้นหญิงอาช้ำเมื่อคลอดเสร็จจะรีบกลับบ้านโดยเร็วที่สุด ภายในประมาณ 1-2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยเดินด้วยเท้ากลับเช่นเดียวกับตอนเดินมากลอด ซึ่งจะแตกต่างจากคนพื้นราบ ที่ต้องนอนพักกันหลาย ๆ วัน การทำพิธีจะทำที่บ้าน

ใหญ่ของพ่อแม่ฝ่ายชาย โดยใช้ไก่ 2 ตัว เป็นตัวผู้ 1 ตัวและตัวเมีย 1 ตัว ประกอบพิธี หลังจากนั้นจะนำ ไก่มาต้มใส่ข้าว เกลือและขิงเป็นส่วนประกอบ ให้หญิงหลังคลอดกิน จากนั้นจึงจะให้ลูกดูดนมได้ พิธีกรรมนี้ทำต่อเนื่องกันมาเป็นประเพณี หลังคลอดต้องทำทุกราย ซึ่งไม่ทราบเหตุผลที่ต้องทำ ถ้าไม่ทำถือว่าไม่ดีจะถูกไล่ออกจากหมู่บ้าน

หญิงชาวอาข่าจะให้ลูกดูดนมแม่ไปเรื่อย ๆ จนกว่าเด็กจะยอมกินข้าวได้เอง โดยจะลองป้อนข้าวให้บ่อย ๆ ถ้าเด็กยอมกินก็จะเริ่มให้กินข้าวไปเลย ไม่มีกำหนดว่ากี่เดือน ส่วนใหญ่แล้วประมาณ 2 - 3 เดือน ซึ่งก็ถูกต้องตามหลักโภชนาการ คือควรให้ข้าวเป็นอาหารเสริมนมแม่หลัง 3 เดือนไปแล้ว การให้นมแม่ไม่มีกำหนดว่าจะหยุดให้เมื่อลูกอายุกี่ปี แต่จะให้ลูกดูดนมไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีลูกขึ้นมาอีกคนหนึ่ง ขณะตั้งครรภ์ลูกคนต่อไปก็ยังไม่ให้ดูดไปเรื่อย ๆ แต่ถ้าแม่คลอดน้องออกมาเมื่อไหร่ คนพี่ก็จะหยุดดูดนมแม่โดยเด็ดขาด กรณีที่ไม่มีน้องก็จะดูดนมแม่ไปเรื่อย ๆ เคยมีตัวอย่างคนที่กินนมแม่นาน จนกระทั่งอายุ 13 ปี (จบชั้น ป.6)

จะเห็นได้ว่า เด็กอาข่าจะกินนมแม่นานมากกว่า 1 ปี เพราะชาวอาข่าจะมีวิธีการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ กล่าวคือ จะงดร่วมเพศนานถึง 7 - 8 เดือนเป็นอย่างน้อย การงดร่วมเพศนี้ แต่ละคนไม่เท่ากัน หรือคนเดียวกันในการมีครรภ์แต่ละครั้งก็ไม่เท่ากัน การตัดสินใจจะให้ร่วมเพศเมื่อไหร่ จะอยู่ที่แม่สามี ซึ่งก็จะดูจากสุขภาพของแม่และลูก ถ้าแข็งแรงดีไม่เจ็บป่วย ก็จะให้ร่วมหลัง 7 เดือนไปแล้ว โดยขณะที่ยังงดร่วมเพศนั้น ฝ่ายชายจะนอนที่บ้านหลังเล็ก (ที่สร้างตอนแต่งงาน) และฝ่ายหญิงจะนอนในบ้าน พ่อแม่ มีความเชื่อว่า ถ้ายังไม่ถึงกำหนดที่แม่สามีอนุญาตให้ไปนอนร่วมกัน แล้วมีการลักลอบร่วมเพศกันก่อน จะทำให้ฝ่ายหญิงป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งตัว และตัวเขียวจนถึงตายได้ ฉะนั้น หญิงชาวอาข่าจะถือปฏิบัติตามที่แม่สามีกำหนดให้อย่างเคร่งครัด

การคุมกำเนิดมักจะยอมทำเมื่อมีบุตรเกิน 3 คนไปแล้ว ส่วนผู้ที่ไม่มีลูกชายก็จะตั้งท้องไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีลูกเป็นเพศชาย หรือจนกว่าผู้หญิงจะถึงวัยหมดประจำเดือน ปัจจุบันการคุม กำเนิดที่ชาวเขานิยมมากที่สุดคือยาฉีดคุมกำเนิด รองลงมาคือ ยาฝังคุมกำเนิด และยาเม็ด ส่วนห่วงอนามัยและถุงยางอนามัยจะไม่นิยม เพราะหญิงชาวอาข่าจะไม่ค่อยยอมให้ตรวจภายในเลย จะปกปิดอวัยวะเพศเป็นอย่างมาก ยกเว้นแต่นมที่ถือว่าเป็นเรื่องปกติ เราจึงพบเห็นหญิงชาวอาข่าใส่เสื้อเปิดอกเสมอ เพราะสะดวกในการให้นมลูก

4.4.5 การฝากครรภ์กับภาวะสุขภาพก่อนและหลังคลอดของหญิงอาข่า

จากการสำรวจและขึ้นทะเบียนหญิงมีครรภ์ ของบ้านอ้อป่ากล้วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 - 2536 จำนวน 69 ราย พบว่าหญิงชาวอาข่าจะตั้งครรภ์กันในช่วงอายุ 20 - 35 ปี โดยครรภ์แรกจะมีอายุเฉลี่ย 22 ปี ขณะตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 7 - 8 กิโลกรัม และรายที่มีน้ำหนักเพิ่มมากที่สุดพบว่าเพิ่ม

12 กิโลกรัม ซึ่งมีเพียงรายเดียวใน 69 คน จากการวัดค่าดัชนีมวลกายหรือค่า BMI (Body Mass Index) ของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 20 - 30 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีการตั้งครรภ์กันมากที่สุด พบว่ามีค่าเฉลี่ยของ BMI = 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจะเป็นค่าแสดงถึงความสมส่วนและความสมบูรณ์ของร่างกาย ก่อนตั้งครรภ์ โดยคำนวณจากน้ำหนักเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

จากการศึกษาของ Doyle และคณะ ที่ลอนดอนจากหญิงตั้งครรภ์จำนวน 513 ราย (Doyle, W., et al. 1990.) พบว่า ค่า BMI ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับหญิงก่อนตั้งครรภ์ เพื่อที่จะส่งผลให้เด็กแรกเกิดมี น้ำหนักสูงคือ ไม่ต่ำกว่า 3,000 กรัม ควรเป็น 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และยังพบว่า อาหารที่มีผลต่อ น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิด คืออาหารพวกธัญพืช ไข่ และผลิตภัณฑ์ของไข่ ส่วนเนื้อไม่มีผลมากนัก ต่อน้ำหนักแรกเกิด แต่วิตามินบี1 บี2 บี6 และไนอาซิน ซึ่งมีมากในข้าวซ้อมมือ ถั่วเมล็ดแห้งและเครื่อง ในสัตว์ เป็นตัวช่วยเสริมให้น้ำหนักแรกเกิดสูง

ผลจากการติดตามชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดจำนวน 69 ราย พบว่ามีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม เพียง 2 ราย (2.9%) ระหว่าง 2,500 - 3,000 กรัม มี 9 ราย (13 %) ที่เหลือ 58 ราย มีน้ำหนักแรกเกิด มากกว่า 3,000 กรัม หรือร้อยละ 84 ซึ่งมากกว่าสถิติน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยของคนไทยพื้นราบ ที่มี น้ำหนักเกิน 3,000 กรัมเพียงแค่อ้อยละ 46.6 (Nondasuta A., et. al., 1986.) แม้แต่ในจังหวัดเชียงใหม่ก็มี น้ำหนักแรกเกิดที่ถึง 3,000 กรัมเฉลี่ยเพียง 56% เท่านั้น (เป็นสถิติที่คำนวณจากกลุ่มตัวอย่างของคนไป คลอดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2530-2534 จำนวน 6,000 ราย) ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งเป้าหมายให้น้ำหนักของทารกแรกเกิด 3,000 กรัมขึ้นไป ถึง 60% ของทารกแรกเกิดทั้งหมด ซึ่งก็ ยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก ในขณะที่ทารกแรกเกิดของอาช่าเกินเป้าหมายของสาธารณสุขถึง 24%

ดังนั้นจะเห็นว่า หญิงมีครรภ์ชาวอาช่า นั้น ครรภ์เล็ก (7-8 กก.) แต่ทารกโต ในขณะที่คนไทย พื้นราบมีครรภ์โต (12-13 กก.) แต่ทารกเล็ก ทั้งที่ไม่มีความแตกต่างในการได้รับบริการสาธารณสุขเป็นพิเศษ ชาวอาช่าเองต่างหากที่อาจจะเสียเปรียบโอกาสในการได้รับบริการทางสาธารณสุขด้วยซ้ำ อันนี้ เป็นเครื่องยืนยันได้ว่า ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวอาช่ามีอยู่สูง โดยเฉพาะการดูแล ครรภ์ ทั้งที่เสียเปรียบโอกาสการเอื้ออำนวยของปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพของครรภ์

แต่ชาวอาช่าก็มีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่เอื้ออำนวยเป็นข้อได้เปรียบ ซึ่งสอดคล้องกับหลักทาง ทฤษฎีเดียวกันกับผลการศึกษาของ Doyle และคณะ ที่สรุปว่า น้ำหนักของทารกแรกเกิดสัมพันธ์กับ ความสมบูรณ์ของแม่ก่อนตั้งครรภ์ในรูปของ BMI ซึ่งหญิงมีครรภ์ชาวอาช่ามีค่า BMI ค่อนข้างสูงเมื่อ เทียบกับคนไทยพื้นราบ นอกจากนั้นกลุ่มอาหารหรือพฤติกรรมกรรมกรกินก็สอดคล้องกันคือ หญิงมีครรภ์ ชาวอาช่ากินข้าวมาก โดยได้รับแคลอรีจากข้าวมากกว่า 3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ก่อน ตั้งครรภ์ จนทำให้มีดัชนีมวลกายสูงดังกล่าวแล้ว

นอกจากนั้น หญิงมีครรภ์ชาวอาช่ายังต้องกินไข่ อย่างน้อยวันเว้นวัน กินถั่วเป็นอาหารประจำวันและประจำถิ่น และต้องกินเนื้อสุนัข (อาช่าชื่อ) ที่สำคัญคือข้าวที่คนอาช่ากินนั้นเป็นข้าวที่ปลูกเองตัวเอง (ข้าวซ้อมมือ) ซึ่งมีวิตามินบีสูงเป็นตัวเสริม ประกอบกับความเชื่อและความมุ่งมั่นในการะหนัาที่ของการสืบเผ่าพันธุ์ วิถีชีวิตที่ต้องทำงานหนัก สร้างความแข็งแกร่ง ปึกป็น ซึ่งมีผลต่อการไหลเวียนของโลหิตและขบวนการทางชีวเคมีของร่างกาย

โดยความสมบูรณ์ของระบบการไหลเวียนของโลหิตนี้เอง ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการหล่อเลี้ยงทารกในครรภ์ (Whitehead R., 1980) ถ้าพิจารณาเป็นองค์รวมแล้ว ชาวอาช่ามีศักยภาพหลายประการที่เป็นปัจจัยเสริมให้มีสุขภาพครรภ์สมบูรณ์ เริ่มตั้งแต่วิถีคิดและบริบทเกี่ยวกับการมีลูก มีภูมิปัญญาที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา มีประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นกฎเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในชุมชนอย่างเคร่งครัด และมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

แต่ปัจจัยเหล่านี้เริ่มผันแปรเปลี่ยนแปลงตามกระแสวัฒนธรรมภายนอก ซึ่งก็เริ่มสอดค้ำให้เห็นผลกระทบบ้างแล้ว แม้ว่ายังไม่ค่อยชัดเจนก็ตาม เช่น ตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,000 กรัมเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยในปี 2532 - 2534 พบว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,000 กรัม มีเพียง 3 ราย (จาก 42 ราย) หรือมีเพียง 7% แต่ในปี 2535 - 2536 มีถึง 6 ราย (จาก 25 ราย) ที่น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,000 กรัม หรือสูงถึง 24% ของทารกแรกเกิดทั้งหมด

นอกจากนั้น พฤติกรรมการกินและวิถีชีวิตได้เริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม กินข้าวจากโรงสีเกือบทั้งหมด เพราะไม่สามารถปลูกข้าวกินเองดังเดิม ทำงานหนักที่ใช้แรงกายน้อยลง เนื่องจากไม่ได้ทำไร่ทำสวนดังเดิม แต่ทำหัตถกรรมและค้าขายมากขึ้น ไม่ต้องเดินทางด้วยเท้าไกล ๆ อย่างแต่ก่อน แต่มีมอเตอร์ไซค์หรือรถสองแถวประจำทางวิ่งรับส่ง เด็กสาวรุ่นใหม่เริ่มปฏิบัติตนตามแบบอย่างคนไทยพื้นราบ เริ่มมีบางรายที่ต้องให้หมอทำคลอดที่โรงพยาบาลแทน "หะเซียมะ" (หมอต้าแย) หรือแทนหมอ-อนามัย ดังที่คนรุ่นพี่และรุ่นแม่กระทำกันมาในรอบครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา จึงเป็นประเด็นที่ชวนติดตามศึกษาต่อไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อที่จะสามารถยืนยันข้อสรุปนี้ได้

5. สรุปและข้อเสนอแนะ

จากสถิติน้ำหนักแรกคลอดของอาช่าที่สูงกว่า 3,000 กรัม มีถึงร้อยละ 84 ของทารกแรกคลอดทั้งหมด รวมทั้งภูมิปัญญาในการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงอาช่า ที่สอดคล้องกันกับเงื่อนไขปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ จนส่งผลต่อสุขภาพหญิงมีครรภ์ดังกล่าว สามารถจะสรุปได้ว่า เป็นศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างตั้งครรภ์ของชนเผ่าอาช่า นับว่าเป็นปรากฏการณ์และประสบการณ์ที่สมควรได้รับการพิจารณา เพื่อนำไปใช้เป็นความคิดพื้นฐาน ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กของชนเผ่าต่าง ๆ รวมทั้งคนไทยพื้นราบ แม้ว่าบริบทของการตั้งครรภ์อาจแตกต่างกันไปจากชาวอาช่า แต่แนว

คิดในการนำศักยภาพของท้องถิ่น ไปเป็นหลักในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ดังที่กรณีศึกษาชาวอาข่าได้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ นับว่าเป็นแนวทางที่ท้าทาย อย่างน้อยที่สุดก็คงไม่เสี่ยงไปกว่า การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ทำกันมานานหลายสิบปี โดยที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายทั้งหมด ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันแม้แต่ที่บ้านอ้อปากกล้วยเอง ก็อาจต้องพิจารณาทบทวนนโยบายในการพัฒนา เพราะกระแสวัฒนธรรมภายนอก ได้ทะลักเข้าไปแทนที่วัฒนธรรมชนเผ่าในอัตราที่สูง เกินความสามารถในการปรับปรนตัวของชนเผ่า อาจทำลายศักยภาพดังที่สรุปข้างบนได้ การที่ทารกมีแนวโน้มของน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยลดลง ก็อาจจะมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนวิถีชีวิตของเขา ที่เอาตามแบบอย่างคนพื้นราบ ตั้งแต่ต้องซื้อข้าวโรงสีจากพื้นราบขึ้นไปกินแทนข้าวซ้อมมือของอาข่า ซึ่งแต่ก่อนปลูกข้าวกินเอง รวมทั้งความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มียานพาหนะใช้แทนการเดินไกล ๆ ไม่ค่อยได้ทำงานหนัก เนื่องจากมีเครื่องทุ่นแรง หรือมีเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนอาชีพจากกิจกรรมเป็นอาชีพค้าขายผลิตภัณฑ์หัตถกรรมแก่นักท่องเที่ยว เป็นต้น

ถ้าเป็นเช่นนั้นจริง ก็จะเป็นที่น่าเสียดายมาก ที่ภูมิปัญญาเหล่านี้ ต้องถูกกลืนให้สูญสลายไปกับกระแสวัฒนธรรมภายนอก เป็นการทำลายศักยภาพพื้นฐานของชนเผ่าอย่างไม่รู้เท่าทัน ตรงกันข้ามมีภูมิปัญญาหลายประเด็น ที่สามารถจะนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์คู่ขนานกันกับการพัฒนาสมัยใหม่ เป็นการนำเอาส่วนดีของแต่ละฝ่ายมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ดังนั้นจึงควรต้องทำการศึกษาในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ถึงขั้นทดลองนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์อย่างจริงจัง ที่สำคัญน่าจะต้องนำบทเรียนเหล่านี้ไปสกัดกันปัญหาที่กำลังจะเกิดเนื่องจากการพัฒนาแบบทำลายและแบบไม่รู้เท่าทัน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข "แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530 - 2534"
ยี่งยง เทาประเสริฐ 2536 รายงานวิจัยเรื่องผลสัมฤทธิ์นโยบายสาธารณสุข สถาบันราชภัฏเชียงใหม่
Nondasuta A. 1986, "Birth weight distribution", J Med Ass Thailand: 69, pp. 197-202.
Doyle W. 1990, The association between maternal diet and birth dimensions. J. Nutr. Med.,1, 9-17.
Whitehead R,1980. Maternal Nutrition during Pregnancy and Lactation. Bern, HansHurber Publishers