

**การศึกษาและพัฒนาระบบการชุมชนในด้านการเรียนรู้
การแพทย์พื้นบ้านเพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน**

ว่าที่ร้อยตรี กมลพล สุวรรณภู

**งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการ
วัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๒**

คำนำ

รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาและพัฒนากระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านเพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา ข้อมูลภาคสนาม และการวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนามจากงานวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาพัฒนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี อาจารย์ ดร.อมรวิรัช นาคทรพรพ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยิ่งยง เทาประเสริฐ เป็นที่ปรึกษา

จากการทำความเข้าใจกระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ ซึ่งมีนัยของกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านในด้านการดูแลสุขภาพ อันเป็นวิถีชีวิตที่แท้จริงของชุมชนชนบท โดยมีการผสมผสานระหว่างองค์ความรู้เก่าและใหม่เป็นเนื้อเดียวกันในชุมชน หากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชนสามารถทำความเข้าใจภูมิปัญญาท้องถิ่นเหล่านี้ได้ ย่อมเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม บนพื้นฐานชุมชนและบริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

อนึ่ง ผู้วิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยวัฒนธรรมประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๔ จากสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท ซึ่งเป็นส่วนสำคัญยิ่งและมีผลต่อโอกาสในการทำงานวิจัยในลำดับต่อไป จึงขอขอบพระคุณในความกรุณาดังกล่าวมา ณ โอกาสนี้ หากมีข้อผิดพลาดประการใดผู้วิจัยขออภัยและน้อมรับไว้

คมพล สุวรรณภู

ผู้วิจัย

๑๑ กันยายน ๒๕๔๔

สารบัญ

	หน้า
บทที่ ๑ บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๕
ขอบเขตของการวิจัย	๕
ข้อจำกัดของการวิจัย	๑๑
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	๑๑
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๑๒
กรอบแนวคิดในการวิจัย	๑๓
บทที่ ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๕
แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้	๑๕
แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน	๔๐
แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน	๗๔
ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๙๕
บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย	๑๓๒
กลุ่มตัวอย่าง	๑๓๓
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๑๓๔
ขั้นตอนและวิธีการ	๑๓๖
การเก็บรวบรวมข้อมูล	๑๓๗
วิธีการทดสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูล	๑๓๗
การวิเคราะห์ข้อมูล	๑๓๘
บทที่ ๔ ผลการวิจัย	๑๓๙
ข้อมูลพื้นฐานชุมชน	๑๓๙
ศักยภาพและทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน	๑๗๐
การเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้าน ในการดูแลรักษาสุขภาพ	๑๘๘
ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ	๒๐๗
บทที่ ๕ วิเคราะห์ผลการศึกษา	๒๒๗

วิเคราะห์ผลการปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม	๒๒๗
ข้อแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการปรับระบบบริการ	๒๒๗
ระบบเครือข่ายชุมชน	๒๓๑
สรุปผลการวิจัย	๒๓๖
สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ	๒๔๑
บทที่ ๖ สรุปและข้อเสนอแนะ	๒๔๔
ศักยภาพและทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน	๒๔๕
การเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ	๒๔๗
บทสรุป	๒๔๘
รายการอ้างอิง	๒๕๒

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่ชาติหรือชุมชนดำรงอยู่ได้ย่อมต้องมีภูมิปัญญาแห่งชาติ (National Wisdom) หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) อันผ่านการสังเกต ทดลองใช้ คัดเลือก และถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรมสืบต่อกันมา การพัฒนาจึงต้องคำนึงถึงภูมิปัญญาแห่งชาติและภูมิปัญญาท้องถิ่นหาไม่ การพัฒนานั้นๆอาจทำให้เสียสมดุลในชีวิตและสังคม¹ ปรากฏรายละเอียดดังผลการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ราชการไม่มีฐานการคิดในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ของรัฐจึงตั้งตนเป็นศูนย์กลางไม่ยอมรับความหลากหลายแต่กลับอาศัยความมั่นคงของรัฐเป็นฐานการคิด การพัฒนามุ่งแต่การเปลี่ยนภูมิภาคให้เหมือนศูนย์กลางหรือเปลี่ยนชนบทให้เป็นเมือง โดยวิธีการแห่งความทันสมัยซึ่งมักจะแทนที่ปรากฏการณ์ดั้งเดิมด้วยสิ่งแปลกใหม่ ในอัตราเร่งที่สูงเกินกว่าความสามารถของชุมชนจะรับหรือปรับตัว²

จึงก่อให้เกิดความแปลกแยก (Alienation) ทางภูมิปัญญา ยิ่งความสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองรวมถึงการสูญเสียภูมิปัญญาเดิมและถูกครอบงำโดยวัฒนธรรมบริโภคนิยม เกิดความสับสนในวิถีชีวิต สถาบันครอบครัวถูกทำลาย ความเป็นชุมชนดั้งเดิมหมดสภาพลง เกิดปัญหาทางสังคมควบคู่กับปัญหาทางเศรษฐกิจ และส่งผลถึงปัญหาสิ่งแวดล้อม

ความทันสมัยดังกล่าวจึงเป็นแค่ความทันสมัยทางวัตถุที่ขาดความทันสมัยทางภูมิปัญญาและจิตวิญญาณ รองรับ จนเกิดวิกฤตการณ์ในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะสุขภาพอนามัยของประชาชน เนื่องจากกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก และการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และการพัฒนาเทคโนโลยีที่มีผลต่อสภาวะแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชาชน ซึ่งในอดีตปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจากความยากจน การ

¹ ประเวศ วะสี : 2530 อังโน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, "แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย," (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2535), หน้า 1.

² ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ ธารา อ่อนชมจันทร์, บรรณาธิการ, ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพชุมชน การนิศึกษา : การรักษากระดูกหักของ "หมอมือเมือง" และการดูแลครรภ์ชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย, (เชียงราย : สถาบันราชภัฏเชียงราย, 2537), หน้า 5-6.

ขาดแคลนบริการด้านสุขภาพ การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการมีความเชื่อที่ผิดๆ และการป่วยด้วยโรค ติดเชื้อ แต่ปัจจุบันปัญหาแม้ว่าสุขภาพของคนไทยโดยรวมจะดีขึ้นมาตามลำดับ อายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โรคติดต่อ โรคติดเชื้อ และปัญหาสาธารณสุขเดิมๆ ลดลงไปมาก ระบบบริการสุขภาพมีพัฒนาการและกระจายตัวอย่างกว้างขวาง งบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ก็พบว่าในภาพรวมได้เกิดปัญหาวิกฤตขึ้นในระบบสุขภาพ^{2,1} เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สภาพสิ่งแวดล้อม และการมีพฤติกรรมเสี่ยง ก่อให้เกิดปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ อุบัติภัย ปัญหาจากการประกอบอาชีพทั้งภาคอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และบริการ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหายาเสพติด ปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อม ฯลฯ การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ จึงต้องพัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุข และมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ทราบสถานการณ์ พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ³

ดังจะเห็นได้จาก ทิศทางของแผนพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต ซึ่งระดมความคิดจากภาครัฐเอกชน และองค์กรประชาชนในระดับต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมีข้อสนับสนุนดังนี้ คือ

1. การเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยมีเป้าหมายในเรื่องการพัฒนาศักยภาพของประชาชนเป็นสำคัญ โดยเน้นเรื่องความรู้ คุณธรรมและจริยธรรม กรอบแนวคิดดังกล่าวจะมีผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขของประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้รวมทั้งมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

^{2,1} ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน, "อะไรเป็นอะไรในกระแสการเปลี่ยนแปลง : 30 บาท รักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสร. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ," (นนทบุรี : บริษัท 21 เซ็นจูรี่ จำกัด, 2544), หน้า 9.

³ คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, "แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)," (นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2539), หน้า 289-291.

2. การเน้นความสำคัญของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อบอุ่น อันเป็นพื้นฐานของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม และการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสัมพันธ์ในระดับครอบครัวและชุมชน เป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น

3. ส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ในการดำรงชีวิตของประชาชนและพัฒนาประชาชน ให้มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพของประชาชนเป็นไปในทิศทางดังกล่าว การพัฒนาสาธารณสุขจึงควรคำนึงถึงพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนชนบท ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือ เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กน้อยชาวบ้านจะดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองโดยใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ตามความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากบรรพบุรุษ หากรักษายังไม่หายจะปรึกษาหมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ และหมอพระในหมู่บ้านหรือหมู่บ้านใกล้เคียง หากอาการไม่ดีขึ้นก็จะอาศัยยาชุดจากร้านขายยาหรือไปพบแพทย์แผนปัจจุบันทำการรักษา แต่ถ้ายังไม่หายอีกก็จะกลับไปให้หมอพื้นบ้านรักษาต่ออีกครั้ง หรือกระทำในทิศทางตรงข้าม⁴

เมื่อพิจารณารูปแบบพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนท้องถิ่นที่กล่าวมานั้น พอที่จะจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

⁴ วุฒินันท์ พระภูจันงค์, "การรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพรของชาวชนบทอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์" (ปริญญาานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม, 2534), สันตัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็นโรลีย์, พฤติกรรมในการใช้บริการทางกรแพทย์ สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย (นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517), วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ, การศึกษารูปแบบปรับปรุงการรักษาพยาบาลโรคของเด็กโดยการผสมผสานการรักษาตามแบบฉบับของชาวอีสานกับแผนปัจจุบัน (ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534), กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ, หมอพื้นบ้านและการดูแลสุขภาพตนเองของชาวอีสาน (ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536), และ ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ทางเลือกในการรักษากระดูกหัก : กรณีศึกษาหมอกระดูก อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย (เชียงราย : โรงพยาบาลอำเภอพญาเม็งราย, 2536) .

1. การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิต เป็นการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่หายได้เองหรือใช้วิธีการพื้นบ้าน เช่น การนวด การประคบ การใช้สมุนไพร⁵ หรือการใช้ยากลางบ้าน ซึ่งเป็นความรู้ที่ชาวบ้านมีอยู่และใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยที่รู้จักกันดี โดยทั่วไปมักใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในครัวเรือนหรือปลูกไว้ตามบริเวณบ้าน ส่วนใหญ่มักจะเป็นของหาง่ายใกล้มือ และใช้กับโรคทั่วไปที่พบบ่อยหรือในชีวิตประจำวัน ความรู้เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่เรียนรู้และใช้ต่อกันมา โดยเป็นความรู้ที่รู้จักกันในครัวเรือนและปรึกษากันเองภายในเครือญาติหรือชุมชนได้โดยไม่พึ่งหมอพื้นบ้าน⁶ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการกิน ท่าทางการทำงาน และการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสม

ตลอดจนแบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะในกรณีที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ข้อห้าม (Taboo) (หรือ ขะลำ ขิด ขีด ผิด ขวง ในภาษาท้องถิ่น) ในภาวะการเจ็บป่วย หรือในช่วงสำคัญของชีวิต เช่น หลังคลอดบุตร ชาวบ้านจะมีข้อปฏิบัติเฉพาะซึ่งอาจเป็นข้อห้ามในเรื่องการกินอาหาร หรือข้อห้ามอื่น⁷ ซึ่งบางอย่างก็สอดคล้องกับเหตุผลทางวิทยาศาสตร์

2. การดูแลรักษาสุขภาพโดยแพทย์หรือนักวิชาชีพ ในลักษณะปัจเจกบุคคล ได้แก่ การรับบริการจากแพทย์ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือหมอพื้นบ้าน (Folk Healer) ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับเชื่อถือจากชุมชนให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพ และได้รับการสืบทอดประสบการณ์การรักษาโรคที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน ลักษณะของหมอพื้นบ้านในระบบการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ หมอพื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรค หรือรักษาได้เฉพาะที่ตนสืบทอดประสบการณ์เรื่องนั้นๆ มาโดยเฉพาะ⁸

ทั้งนี้หมอพื้นบ้านเป็นทั้งผู้รับและผู้ถ่ายทอดความรู้โดยวิธีที่เรียกว่า “มุขปาฐะ” หรือปากต่อปาก มีการบันทึกไว้เป็นตำราอยู่บ้างแต่ก็หาผู้ที่สนใจศึกษายาก เพราะส่วนใหญ่จารลงใน

⁵ อารยา อ่อนชมจันทร์ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, บรรณาธิการ, “แนวคิดและประสบการณ์การจัดการบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม,” โครงการเครือข่ายการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.), หน้า 144.

⁶ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, “ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท,” ใน พฤติกรรมสุขภาพ, หน้า 93-94.

⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 94.

⁸ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, “ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท,” ใน พฤติกรรมสุขภาพ, หน้า 94-95.

โบราณและสมุดข่อย ในระยะหลังมีการชำระตรวจสอบอยู่บ้างเป็นระยะๆ แต่ก็ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าเสร็จสมบูรณ์ ความรู้บางอย่างจึงต้องเสาะหาและสอบถามจากหมอพื้นบ้าน⁹

3. การดูแลรักษาสุขภาพโดยอาศัยระบบทางการแพทย์ ได้แก่ การรับบริการสาธารณสุขจากสถานพยาบาลระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นการดูแลรักษาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้ความรู้และเทคโนโลยีมากขึ้น ต้องมีระบบการดูแล วินิจฉัยและรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และสามารถส่งต่อไปรับบริการในสถานบริการที่เหมาะสมได้อย่างทันทั่วทั้ง¹⁰

จะเห็นได้ว่า รูปแบบพฤติกรรมกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านในชุมชน เป็นผลผลิตของระบบสังคมวัฒนธรรมที่สลับซับซ้อนนับตั้งแต่ความคิด ความเชื่อ เทคนิค วิธีการ บทบาท ปทัสถาน ค่านิยม อุดมการณ์ เจตคติ ประเพณี พิธีกรรม สัญลักษณ์ ที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวพันกันอย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดเป็นระบบการแพทย์ของสังคมในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย¹¹ ครอบคลุมความรู้ ความเชื่อ ความสามารถ และพฤติกรรมทางสุขภาพของสมาชิกในสังคมทุกกลุ่ม¹² เพื่อการมีสุขภาพะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ระบบการแพทย์ของสังคมไทย จึงประกอบด้วยระบบการแพทย์มากกว่า 1 ระบบ หรือที่เรียกว่า ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ กล่าวคือ มีระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่และมีบทบาทในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยอยู่มากกว่า 1 ระบบ¹³ โดยต่างก็มีระบบวิธีคิด ทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นความจริงที่ปรากฏอยู่ในสังคมทั่วโลก เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่า ไม่มีระบบการแพทย์ใดระบบเดียวที่มีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ที่

⁹ ประพันธ์ ผลเสวก (บรรณาธิการ), "ปัญญาจากแผ่นดิน," (กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิชเนศ พรินเตอร์ เซนเตอร์ จำกัด, 2537), หน้า 31-32.

¹⁰ ธารา อ่อนชมจันทร์ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, บรรณาธิการ, "แนวคิดและประสบการณ์การให้บริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม," หน้า 145.

¹¹ ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุปโยคิน, "พหุลักษณะของระบบการแพทย์ในภาคกลางและการเปลี่ยนแปลง," ใน *พฤติกรรมสุขภาพ* . หน้า 65.

¹² นวลจันทร์ กระหม่อมหาญ, "ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก : กรณีศึกษาการรักษากระดูกหักของหมอพระ วัดยุควิบูลย์ธรรมวิมล ตำบลเกาะลอย อำเภอบ้านนาถ จังหวัดชลบุรี," หน้า 19.

¹³ Leslie, Charles, *Asian Medical System : A Comparative Study* (Berkeley : University of California Press, 1976c), p.9.

จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วย สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ในทุกมิติ คือ สามารถเยียวยารักษาโรคต่างๆทุกชนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำตอบต่อข้อข้องใจสงสัยของมนุษย์ได้ทุกด้าน สามารถสร้างความอบอุ่นใจต่อผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ มีราคาถูก และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์นั้นๆ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในขณะที่มนุษย์มีวัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างหลากหลาย และเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ¹⁴ ระบบการแพทย์ของสังคม จึงต้องมีความหลากหลายเพียงพอที่จะรองรับความแตกต่างของผู้คน และปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย

ดังปรากฏระบบการแพทย์ของสังคมที่เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนชนบท 3 ทางเลือกสำคัญ กล่าวคือ

1. การดูแลสุขภาพสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ชาวบ้านเชื่อว่าสุขภาพเป็นเรื่องของการดำรงวิถีชีวิตให้เป็นสุข ทั้งในส่วนของบุคคลซึ่งประกอบด้วยร่างกายและจิตวิญญาณ ในส่วนของครอบครัวและเครือญาติ ที่ต้องพึ่งพาช่วยเหลือเกื้อกูลและเอื้ออาทรกัน ในส่วนของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดกฎเกณฑ์และเงื่อนไขของวิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งศักยภาพทางภูมิปัญญาและเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละท้องถิ่น¹⁵

2. การดูแลสุขภาพสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือระบบการแพทย์ทางเลือกอื่น ได้แก่ การแพทย์จีน การแพทย์อายุรเวท (อินเดีย) การแพทย์ทิเบต การแพทย์แผนไทย ฯลฯ

การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) เป็นการแพทย์ที่มีอยู่ดั้งเดิมในชุมชน เกิดจากประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของคนในชุมชน ทำให้เกิดการสั่งสมความรู้และถ่ายทอดต่อไปยังคนรุ่นต่อไป จนเป็นวิถีชีวิตของชุมชน การแพทย์พื้นบ้านมักเกี่ยวข้องกับความเชื่อ

¹⁴ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, "แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย," (กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2535), หน้า 6-7.

¹⁵ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, "สุขภาพในมิติวัฒนธรรม," ใน แนวคิดและประสบการณ์การจัดการบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม, ธารา อ่อนชมจันทร์ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, บรรณาธิการ, หน้า 47-48.

ของชุมชน หมอพื้นบ้านจึงเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเคารพและเชื่อถือ¹⁶ อีกทั้งยังมีบทบาททางสังคมทางตรง คือ เป็นผู้อาวุโสของหมู่บ้าน เป็นผู้นำทางพิธีกรรม ความเชื่อ เช่น หมอคนยาก กรรมกรวัด จำ ปู่จารย์ ฯลฯ เป็นผู้นำกลุ่มในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มฅาปนกิจ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฯลฯ และบทบาททางอ้อม คือ การสร้างดุลยภาพของชุมชน ในด้านสภาพแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณี¹⁷ หรือเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของชุมชน

การแพทย์พื้นบ้านของไทยมีความหลากหลายและแตกต่างกันตามแต่ละพื้นที่ เช่น ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา การแพทย์พื้นบ้านอีสาน การแพทย์พื้นบ้านของชนเผ่า เป็นต้น มีลักษณะร่วมกันบางประการ เช่น การใช้พิธีกรรมและอำนาจเหนือธรรมชาติ การใช้ยาจากสมุนไพรพื้นบ้าน การใช้วิธีการทำนาย การใช้วิธีการนวดและจัดกระดูกแบบพื้นบ้าน เป็นต้น

นอกจากนี้ระบบการแพทย์พื้นบ้านยังสอดแทรกในวิถีชีวิตของชาวบ้านทั้งในด้านการกิน การอยู่ โดยที่ชาวบ้านส่วนใหญ่จะมีความรู้ที่ความเจ็บป่วยแบบใดควรที่จะไปหาหมอพื้นบ้าน และหมอพื้นบ้านที่มีความสามารถด้านใดจะช่วยแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยนั้นๆ ได้

ระบบการแพทย์แผนไทย (Traditional Thai Medicine) เป็นการแพทย์แผนดั้งเดิมของไทย ซึ่งเกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้กับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเข้ามามีอิทธิพลพร้อมกับการเผยแพร่ศาสนาพราหมณ์และพุทธศาสนาในดินแดนสุวรรณภูมิ การแพทย์แผนไทยมีคัมภีร์และตำราที่สืบทอดกันมานาน เป็นแม่บทหลักของระบบองค์ความรู้ มีการเรียนการสอนซึ่งปัจจุบันได้กำหนดหลักสูตรที่ชัดเจนขึ้น มีการควบคุมดูแลในลักษณะวิชาชีพโดยกฎหมาย

การแพทย์แผนไทยที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยการปรับสมดุลของธาตุภายในร่างกาย โดยอาศัยยาตำรับซึ่งปรุงจากสมุนไพรหลายชนิด การนวดเพื่อแก้ไขอาการติดขัดของ

¹⁶ ยงศักดิ์ ดันดีปฏิภก และคณะ, "การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ : การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย," นำเสนอต่อ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 11 กันยายน 2543. หน้า 6. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

¹⁷ ปรีชา อุตระกุล และคณะ, บทบาทหมอพื้นบ้านในสังคมชนบทอีสาน (นครราชสีมา : ศูนย์ข้อมูลท้องถิ่นเพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏนครราชสีมา, 2531).

เลือดลมตามทฤษฎีเส้นประธาน ทั้งนี้ ยังรวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาหารให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนและความเจ็บป่วย¹⁸

3. การดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งใช้หลักเหตุผลที่สามารถพิสูจน์ทราบได้โดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นรูปธรรม ทำให้ค่อนข้างจำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะการรักษาโรคทางกาย หรืออาจรวมถึงโรคทางใจบ้างก็เฉพาะจิตเวช ในแง่ของวิทยาศาสตร์ทางจิตวิทยาเป็นหลัก ไม่สามารถเข้าถึงโลกของจิตวิญญาณ ความเชื่อ อุดมการณ์ อำนาจ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ผูกมัดกายกับจิตของมนุษย์ให้เป็นหนึ่ง¹⁹

จะเห็นได้ว่า ในขณะที่ระบบการแพทย์ของสังคมไทยในชุมชนชนบท มีการดูแลรักษาสุขภาพทั้งในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ เป็นทางเลือกที่ประชาชนใช้ชดเชย หรือทดแทนระบบการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลัก

ลักษณะของภูมิปัญญาที่เกิดขึ้นนี้เป็นวิถีคิดของชาวบ้าน เป็นความสามารถและศักยภาพในเชิงการแก้ปัญหา จัดการ ปรับตัว เรียนรู้และสืบทอดไปสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อการดำรงอยู่รอดของเผ่าพันธุ์²⁰ โดยอาศัยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสุขภาพขึ้นในชุมชน ซึ่งครอบคลุมองค์ความรู้ กระบวนการเรียนรู้ในวิถีชีวิต การปรับตัวทางสังคม และการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพสุขภาพของชาวบ้าน เนื่องจากความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บไข้ ไข้ได้ป่วยของชาวบ้านในชุมชนชนบท มิได้เป็นเพียงเรื่องเฉพาะบุคคล แต่เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลที่อยู่ร่วมกันในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมนับตั้งแต่ครอบครัว เครือญาติ ชุมชน และสังคม โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ก่อให้เกิด การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การเรียนรู้ร่วมกัน การแก้ปัญหาร่วมกัน และสัมพันธ์ภาพในชุมชน

¹⁸ ยงศักดิ์ ดันติปิฎก และคณะ, "การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ : การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย," หน้า 6-7.

¹⁹ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, "สุขภาพในมิติวัฒนธรรม," ใน แนวคิดและประสบการณ์การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม, ธารา อ่อนชมจันทร์ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, บรรณาธิการ (กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.) หน้า 46-47.

²⁰ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, "ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน," วารสารการศึกษาแห่งชาติ 28 (มิถุนายน - พฤษภาคม 2537) : 20.

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะปรับกระบวนการทัศนวิสัยในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของรัฐให้สอดคล้องกับระบบการแพทย์ของสังคมในชุมชนชนบท โดยอาศัยการทำความเข้าใจกระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนประสพการณ์ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน นำมาเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงเครือข่ายและแผนงานการดูแลสุขภาพหรือแผนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพของมวลชนอย่างแท้จริง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีความเป็นพลวัต อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สังคม สิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research Question)

กระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน แบบประสพการณ์ของชาวบ้านเป็นเช่นไร การทำความเข้าใจกระบวนการดังกล่าว สามารถที่จะนำมาเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงเครือข่ายและแผนงานการดูแลสุขภาพหรือแผนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน
2. เพื่อศึกษาการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาถึงลักษณะของเครือข่ายและแผนงานการดูแลสุขภาพหรือแผนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน
4. เพื่อสรุปบทเรียนและประสพการณ์ที่ได้รับจากการดำเนินการตามแผนงานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (Case Studies) โดยอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Method) ศึกษาชุมชนชนบทแห่งหนึ่งที่มีการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดังกรณี ตัวอย่างที่ปรากฏอยู่ในเอกสารแนวคิดและประสพการณ์

การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม²¹ และมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงเลือกแบบเจาะจงโดยศึกษาพื้นที่ในอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยทำความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวความคิดพื้นฐาน (Pre View) อันจะนำไปสู่การเชื่อมโยงเครือข่ายและแผนงานการดูแลรักษาสุขภาพหรือแผนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน

โดยกระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ที่กล่าวถึงนั้น ครอบคลุมเนื้อหากระบวนการดูแลรักษาสุขภาพทั้งในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย และระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆที่ดำรงอยู่ในชุมชน ซึ่งจะมีลักษณะเป็นระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ

อีกทั้ง ผู้วิจัยยังได้คำนึงถึงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างชาวบ้านกับหมอ หรือชาวบ้านกับชาวบ้าน โดยจะทำความเข้าใจและอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น การสอบถามหรือสังเกตผู้ที่มีประสบการณ์ตรงมาก่อน การสังเกตหรือทดลองปฏิบัติด้วยตัวเอง การรับฟังคำแนะนำจากแพทย์หรือนักวิชาชีพ เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของเครือญาติ/เพื่อนบ้านในชุมชน การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์หรือนักวิชาชีพ การแสวงหาทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพควบคู่กันอยู่เสมอ หรือไม่ดูแลรักษาสุขภาพทางเลือกใด ทางเลือกหนึ่งเพียงทางเลือกเดียว เป็นต้น และ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น การเชื่อถือ/การยอมรับต่อทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ ความคาดหวัง/ความพึงพอใจต่อทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ สิทธิด้านการรักษาพยาบาล เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาให้ครอบคลุมประชากรทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย/ครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชน กลุ่มแกนนำชุมชน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มนักพัฒนา และองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้อง

²¹ ธารา อ่อนชมจันทร์ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ ยิงยง เทาประเสริฐ, บรรณาธิกา, "แนวคิดและประสบการณ์การจัดการบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม," โครงการเครือข่ายการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.) .

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษากรณี (Case Studies) โดยศึกษากรณีตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดเชียงราย เนื่องจากมีประสบการณ์การเรียนรู้ การปรับตัวและการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น กรณีปัญหาเอดส์ ผู้ป่วยกระดูกหัก ผู้ป่วยเบาหวาน ฯลฯ โดยอาศัยการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะโรงพยาบาลพญาเม็งราย

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน แบบประสบการณ์ ซึ่งครอบคลุมถึงระบบการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นที่ยังพอมืออยู่บ้างในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน แบบประสบการณ์ หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้งในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม การแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือกอื่นที่ดำรงอยู่ในชุมชน

กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการฝึกหัดหรือประสบการณ์การทำงานร่วมกันในเรื่องของการคิดวิเคราะห์ การตั้งคำถาม และการหาคำตอบเกี่ยวกับปัญหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว เครือญาติ และชุมชน ให้อุดมไปด้วยชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี

การดูแลสุขภาพ หมายถึง การรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพของชาวบ้านทุกเพศทุกวัยอย่างสมัครใจ ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและประสบการณ์การเรียนรู้ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

การพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน หมายถึง การที่ชุมชนมีความสามารถในการดำเนินงานสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยการระดมสรรพกำลังจาก

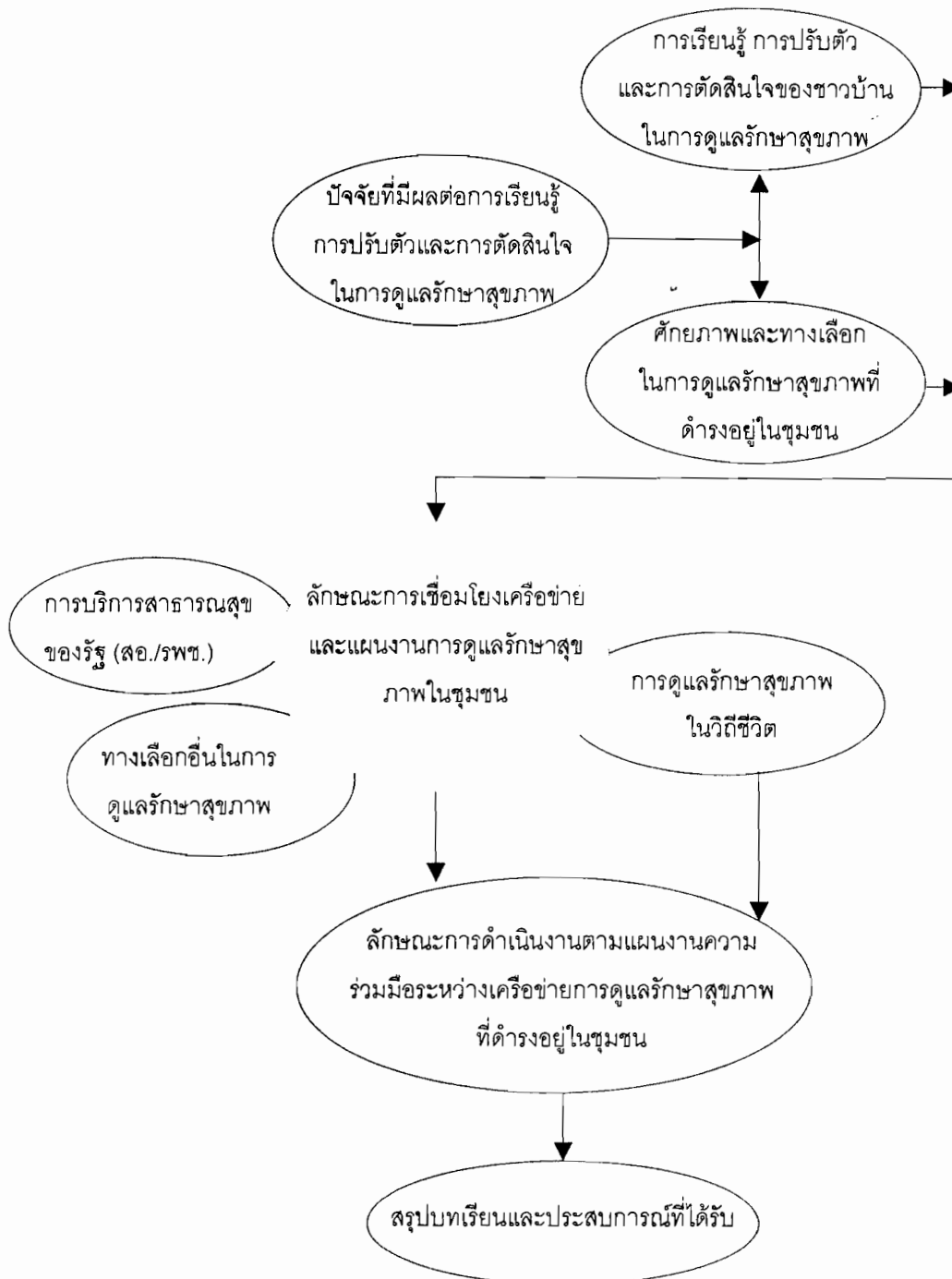
ภายในและภายนอกชุมชน การบริหารจัดการงานสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน²⁴

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน
2. ทราบถึงวิธีการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ
3. ทราบถึงรูปแบบ/วิธีการเชื่อมโยงเครือข่ายและแผนงานการดูแลรักษาสุขภาพหรือแผนสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยชุมชนเพื่อชุมชน
4. ทราบถึงบทสรุปและประสบการณ์ที่ได้รับจากการดำเนินการตามแผนงานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชน

²⁴ คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน, คู่มือประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542), หน้า 3.

กรอบแนวคิดในการวิจัย



จากกรอบแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการค้นหาและทำความเข้าใจทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนเพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของแต่ละทางเลือกที่ชาวบ้านตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งการดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย หรือระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นที่ดำรงอยู่ในชุมชน เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างชาวบ้านกับหมอ หรือชาวบ้านกับชาวบ้าน อีกทั้งยังต้องทำความเข้าใจและอธิบายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น การสอบถามหรือสังเกตผู้ที่มีประสบการณ์ตรงมาก่อน การสังเกต หรือทดลองปฏิบัติด้วยตัวเอง การรับฟังคำแนะนำจากแพทย์หรือนักวิชาชีพ เป็นต้น หรือปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของเครือญาติ/เพื่อนบ้านในชุมชน การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์หรือนักวิชาชีพ การแสวงหาทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพควบคู่กันอยู่เสมอ หรือไม่ดูแลรักษาสุขภาพทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งเพียงทางเลือกเดียว เป็นต้น และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น การเชื่อถือ/การยอมรับทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ ความคาดหวัง/ความพึงพอใจต่อทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ สิทธิด้านการรักษาพยาบาล เป็นต้น

โดยเครือข่ายการดูแลรักษาสุขภาพที่กล่าวถึงนั้น มีลักษณะเป็นการเชื่อมโยงบางส่วนของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ สถานีนอมนัย และฝ่ายส่งเสริมของสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนเข้ากับทางเลือกอื่นของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน เช่น ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย หรือระบบการแพทย์ทางเลือกอื่น และที่สำคัญคือ การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิต ซึ่งเปรียบเสมือนพื้นฐานการเรียนรู้ การตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การอภิปรายประสบการณ์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ที่อาศัยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพเป็นกลไกสำคัญ และสรุปบทเรียน ที่ได้รับการเชื่อมโยง/ผสมผสานการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม อันจะเป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษาและพัฒนากระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน เพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน โดยครอบคลุมเนื้อหาองค์ความรู้ต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้
2. แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน
4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้

การทำความเข้าใจกระบวนการชุมชนในด้านการเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน แบบประสบการณ์หรือการกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องศึกษาค้นคว้าหาคำอธิบายของคำว่า การเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ซึ่งการเรียนรู้โดยทั่วไปมักจะให้ความหมายในแง่ของกระบวนการ (Process) และผล (Out put) ที่เกิดขึ้นควบคู่กันไป ตามที่นักจิตวิทยาและนักการศึกษาได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ กล่าวคือ

คิมเบลและการ์เมอซี (Kimble and Garmezy) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร โดยเป็นผลจากการฝึกฝนเมื่อได้รับการเสริมแรง มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่เรียกว่า ปฏิกริยาสะท้อน (Reflex)¹

ครอนบัต (Cronbach) สรุปว่า การเรียนรู้เป็นการแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์ที่แต่ละคนไปประสบมา²

¹ คิมเบลและการ์เมอซี อังโน อารี พันธมณี, จิตวิทยาการเรียนรู้การสอน (กรุงเทพมหานคร : บริษัทต้นอ่อนแกรมมี จำกัด, 2540), หน้า 85.

² ครอนบัต อังโน เรื่องเดียวกัน, หน้า 85.

เบอร์เกอร์ (Barker) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่า การเรียนรู้เป็นผลของการได้รับประสบการณ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มั่นคง³

จะเห็นได้ว่า การเรียนรู้เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร อันเนื่องมาจากการฝึกฝนหรือได้รับประสบการณ์

อีกทั้ง บลูม (Bloom) ยังได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดการเรียนรู้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น⁴

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจสิ่งแวดลอมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสมอง

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

3) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ (Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น

นอกจากนี้ ชูชีพ อ่อนโคกสูง⁵ ได้กล่าวอีกว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้จะต้องมีองค์ประกอบพื้นฐานอย่างน้อย 4 ประการ คือ

1) แรงจูงใจ (Motive) ในขณะที่มีชีวิตอยู่ ร่างกายย่อมมีความต้องการต่างๆ เมื่อใดที่ร่างกายเกิดความต้องการหรือเกิดความไม่สมดุลขึ้น จะมีแรงขับ (Drive) หรือแรงจูงใจ (Motive) เกิดขึ้นภายในอินทรีย์ ผลักดันให้สิ่งที่หายไปนั้นมาให้ร่างกายอยู่ในภาวะพอดี แรงจูงใจจึงเป็นตัวจักรสำคัญหรือเป็นต้นตอที่แท้จริงของพฤติกรรม

³ Barker, L.M., Learning and Behavior (New York : Macmillan Colege, 1994), P.2.

⁴ บลูม อังใน อารี พันธมณี, จิตวิทยาการเรียนการสอน, หน้า 86.

⁵ ชูชีพ อ่อนโคกสูง อังใน เรื่องเดียวกัน, หน้า 89.

2) สิ่งจูงใจ (Incentive) สิ่งจูงใจเป็นสิ่งที่จะลดความเครียดและนำไปสู่ความพอใจ นักจิตวิทยาเชื่อว่าสิ่งจูงใจจะเป็นศูนย์กลางหรือหัวใจของการเรียนรู้

3) อุปสรรค (Barrier or Block) อุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางย่อมทำให้เกิดปัญหา ทำให้ผู้เรียนพยายามทำซ้ำหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อจะฟันฝ่าอุปสรรคนั้นไปสู่เป้าหมาย

4) กิจกรรม (Activity) กิจกรรมหรือการตอบสนองของอินทรีย์ เป็นส่วนที่จะทำให้เกิดการการเรียนรู้หรือไม่เพียงใด ช้าหรือเร็วอย่างไร และอาจใช้อ้างอิงไปถึงความรู้สึกนึกคิดทางจิตใจที่ซ่อนเร้นอยู่ จะสังเกตเห็นว่าคนเรามักจะชอบประกอบกิจกรรมที่นำความสำเร็จ หรือความพอใจมาให้ซ้ำๆ อยู่เสมอ แม้ว่าจะไม่เจอปัญหาใหม่ๆ ส่วนกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ไม่เคยนำความสำเร็จให้ นั่น มักจะหลีกเลี่ยง

ในส่วนของกระบวนการเรียนรู้จะกล่าวถึง ลำดับขั้นตอนที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของสังคมนับตั้งแต่บุคคล ครอบครัว เครือญาติ ชุมชน ในส่วนของกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนนั้น เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมหนึ่งที่เกิดการเรียนรู้ โดยเฉพาะการดูแลรักษาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

1.1 ความหมายของกระบวนการเรียนรู้

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการที่จะให้คนเรียนรู้เพื่อที่จะเรียนต่อไปได้ สามารถจัดระเบียบความคิดและพัฒนาคุณภาพชีวิตของตัวเอง เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ตลอดจนเรียนรู้ให้สามารถจัดความยากจน รู้จักรักษาตัวให้ปลอดภัยจากโรคภัยต่างๆ รวมทั้งรู้จักการประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น และประเทศอันเป็นการเรียนรู้ที่นอกเหนือการเรียนรู้เพื่ออ่านออกเขียนได้และคิดเลขได้⁶

⁶ คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน, 2537, หน้า 7 อ้างใน อุทุมพร จามรมาน, ปทีป เมธาคุณาวุฒิ และ สุวิมล ว่องวานิช, การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็นสำหรับคนยุคใหม่ (กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

สีลาภรณ์ นาคทรพรพ ได้ให้ความหมายในทำนองเดียวกันว่า หมายถึง กระบวนการศึกษาเรียนรู้ในเรื่องของการคิดวิเคราะห์ การตั้งคำถาม และการหาคำตอบเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ⁷

อุทุมพร จามรมาน และคณะ ได้ให้ความหมายที่ชัดเจนไปกว่า หมายถึง กระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้เรียน ซึ่งมีสาเหตุมาจากสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างออกไปตามสถานการณ์นั้น กระบวนการดังกล่าวคลุมการแก้ปัญหาและการให้เหตุผล⁸

สมบุรณ์ ศาลยาชีวิน กล่าวในทำนองเดียวกันว่า หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเกิดจากการฝึกหัดหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล⁹

นิธิ เอียวศรีวงศ์ ได้กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ว่า เป็นกระบวนการตามธรรมชาติในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการดำรงชีวิตของคนและสัตว์¹⁰

กฤษฎา บุญชัย และคณะ กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้เป็นการสืบสานถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกันด้วยช่องทางต่างๆ ผ่านพิธีกรรม ค่านิยม ตัวบุคคล¹¹

สุนน อมรวิวัฒน์ กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อชีวิตและสังคม เพื่อให้คนดี รู้จักคิดดี ทำดี มีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม¹²

⁷ สีลาภรณ์ นาคทรพรพ, "แนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย", ใน การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2539), หน้า 66.

⁸ อุทุมพร จามรมาน, ปทีป เมธาคุณาวุฒิ และ สุวิมล ว่องวานิช, การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็นสำหรับคนยุคใหม่, หน้า 6.

⁹ สมบุรณ์ ศาลยาชีวิน, จิตวิทยาเพื่อการศึกษาผู้ใหญ่ (เชียงใหม่ : ลานนาการพิมพ์, 2526), หน้า 123.

¹⁰ นिति เอียวศรีวงศ์, ใน รายงานการวิจัยประกอบการร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ประเด็นบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนกับการศึกษา (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2541), หน้า 69.

¹¹ กฤษฎา บุญชัย, พุทธณี กางกัน และ ประภาพร สุขพรวรกุล, "กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน", ทิศทางไทย (2538) : 24.

¹² สุนน อมรวิวัฒน์, ใน รายงานการวิจัยประกอบการร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ประเด็นปรัชญาการศึกษา (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2541), หน้า 72.

จิตจำนงค์ กิติกิริติ กล่าวว่าเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงปรารถนาขึ้นในพฤติกรรมมนุษย์¹³

ประสาธ อิศรปริดา ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรอันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกหัด นอกจากนี้ การเรียนรู้เราไม่อาจมองเห็นหรือสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่จะทราบว่าเกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้ว ก็ต่อเมื่อเรามองเห็นหรือสังเกตเห็นได้จากการปฏิบัติหรือผลจากการกระทำ¹⁴

พรพิไล เลิศวิชา ได้กล่าวถึงว่าเป็นกระบวนการอันมีรากฐานอยู่ที่ประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งไม่ได้แยกแยะระหว่างการเรียนรู้กับวิถีชีวิต การรับรู้และการปฏิบัติ เนื้อหาและกระบวนการเรียนรู้เป็นหนึ่งเดียว¹⁵

ฮิลการ์ดและเบอาเวอร์ (Hilgard and Bower) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากการฝึกฝนและประสบการณ์ แต่มิใช่ผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หรือวุฒิภาวะ หรือจากการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของร่างกาย¹⁶

เพรสซี่ โรบินสัน และเฮอรร็อค (Presseeey, Robinson and Horrock, 1959) ได้ให้ความหมายว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้พยายามปรับพฤติกรรมของตน เพื่อเข้ากับสภาพแวดล้อมตามสถานการณ์ต่างๆ จนสามารถบรรลุถึงเป้าหมายตามที่แต่ละบุคคลได้ตั้งเป้าหมายไว้¹⁷

เมดนิค (Mednick) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน

¹³ จิตจำนงค์ กิติกิริติ, การพัฒนาชุมชน : การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน (กรุงเทพมหานคร, 2532), หน้า 123-127.

¹⁴ ประสาธ อิศรปริดา (2519, น.1-2) อ้างใน ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2543), หน้า 172.

¹⁵ พรพิไล เลิศวิชา, คีรีวง จากไพร่หนีนาย ถึงธนาคารแห่งหุบเขา (กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2541), หน้า 7 เรื่องเดียวกัน, หน้า 174.

¹⁶ ฮิลการ์ดและเบอาเวอร์ อ้างใน อารี พันธุ์มณี, จิตวิทยาการเรียนการสอน, หน้า 85.

¹⁷ เพรสซี่ โรบินสัน และ เฮอรร็อค อ้างใน เรื่องเดียวกัน, หน้า 85.

มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ หรือวุฒิภาวะ หรือพิชยาต่างๆ หรืออุบัติเหตุ หรือความบังเอิญ¹⁸

จะเห็นได้ว่า กระบวนการเรียนรู้มีนัยของการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนรู้ ภายใต้อิทธิพลของประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จนอาจกล่าวได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการฝึกหัดหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในเรื่องของการคิดวิเคราะห์ การตั้งคำถาม และการหาคำตอบเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งในขั้นตอนนี้จะมุ่งประเด็นไปที่ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว เครือญาติ และชุมชน

1.2 วัตถุประสงค์ของกระบวนการเรียนรู้

ในกระบวนการเรียนรู้ ผู้เรียนจะมีวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ตามการศึกษาของ ไชริล โอ ฮูล (Cyril O. Houle) ที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง (Continuing Learners) จำนวน 22 คน ปรากฏว่าสามารถจำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ¹⁹ คือ

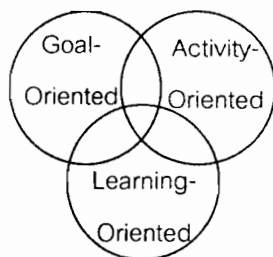
- 1) การศึกษาเป็นแนวทางเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน ซึ่งเรียกว่าเป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีเป้าหมายเป็นหลัก (Goal-oriented)
- 2) รับการศึกษาหรือเรียนรู้โดยไม่คิดว่าการศึกษามีความหมายที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาหรือเป้าหมายที่ตนเองเข้าไปร่วมกิจกรรมการเรียนรู้อื่น เป็นนักกิจกรรม (Activity-oriented) ไม่ค่อยสนใจเรียน แต่จะเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอน
- 3) กลุ่มที่ตั้งใจเรียน (Learning-oriented) ที่มุ่งค้นหาความรู้เพื่อตนเอง

แม้ว่าในความเป็นจริง เป็นการยากที่จะจำแนกบุคคลทั้ง 3 ประเภทออกจากกันโดยเด็ดขาด แต่อาจจะมองภาพรวมเหมือนวงกลม 3 วง ซ้อนเหลื่อมกันอยู่ แต่จุดที่มองได้ชัดที่สุดก็คือ จุดที่แต่ละกลุ่มซ้อนทับกัน รายละเอียดปรากฏดังแผนภูมิที่ 2-1

¹⁸ เมคนิค อ่างโน เรื่องเดียวกัน, หน้า 86.

¹⁹ Houle, Cyril O., The Design of Education (London : Sossey-bass Publisher, 1961), P.15-16.

แผนภูมิที่ 2-1 แสดงจุดเน้นการเรียนรู้ของบุคคลตามแนวของ Cyril O. Houli (1961)



ผลการศึกษานี้ ค่อนข้างสอดคล้องกับที่ประเวศ วะสี กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกระบวนการเรียนรู้ว่าควรประกอบด้วย²⁰

- 1) เรียนรู้เพื่อตัวเอง
- 2) เรียนรู้เพื่อสิ่งนอกตัวที่สัมพันธ์กับตัวเอง ทั้งที่ใกล้และไกล
- 3) เรียนรู้เพื่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งนอกตัว และสามารถจัดความสัมพันธ์
เกื้อกูลกัน

อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ของบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อตัวเอง (Learning-oriented) เพื่อสิ่งนอกตัวที่สัมพันธ์กับตัวเองทั้งใกล้และไกล (Goal-oriented) และเพื่อปฏิสัมพันธ์กับสิ่งนอกตัวในฐานะที่มนุษย์เป็นสัตว์สังคม (Activity-oriented) จำเป็นจะต้องอาศัยความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกื้อกูลซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ Klausmeier and Ripple ได้ระบุถึงกระบวนการเรียนรู้ว่ามี 5 ขั้นตอน²¹ คือ

- 1) การรู้ว่ามีงานที่จะต้องทำหรือปัญหาที่จะต้องแก้
- 2) การตั้งเป้าหมายของงาน
- 3) การจัดระบบ รวบรวมสาระและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง
- 4) การฝึกปฏิบัติภายใต้เงื่อนไข หรือสภาพการณ์ที่พึงพอใจและเป็นสุข
- 5) การพัฒนาความสามารถที่คงที่ และความรู้ที่ชัดเจนถึงแก่น

²⁰ ประเวศ วะสี, "แนวคิดเกี่ยวกับระบบพัฒนาการเรียนรู้", สถานปฏิรูป 2 (มีนาคม 2542) : 31.

²¹ Klausmeier and Ripple, 1971 : 34 ใน อุทุมพร จามรมาน, ปทีป เมธาคณวุฒิ และ สุวิมล ว่องวานิช, การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็นสำหรับคนยุคใหม่, หน้า 6.

จะเห็นได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ของบุคคลสามารถจัดเป็นลำดับขั้นตอนได้ บนพื้นฐานของเนื้อหาสาระอย่างเดียวกัน แต่อาจแตกต่างกันได้ตามวิธีการบริบทแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมชุมชน และสภาพสิ่งแวดล้อม

1.3 ศาสตร์และศิลป์ของกระบวนการเรียนรู้

มาลคอล์ม โนวอลล์ (M.S. Knowles) ได้เสนอแนวคิดในการจัดการเรียนการสอนสำหรับผู้ใหญ่ขึ้น (Andragogy) เป็นศิลป์และศาสตร์ของการช่วยเหลือให้ผู้ใหญ่ได้เรียนรู้ (The Art and Science of Helping Adults Learn) ไม่ใช่วิชาครูที่สอนเด็ก (Pedagogy) แต่เป็นการกำหนดทิศทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directedness) โดยมีการเปรียบเทียบการใช้วิชาครูสอนเด็ก (Pedagogy) กับการสอนผู้ใหญ่ (Andragogy)²² ดังนี้

1. แนวคิดของผู้เรียน ในแนวของวิชาครูสอนเด็ก (Pedagogy) ผู้เรียนคือ นักเรียนที่ต้องขึ้นอยู่กับครูที่สังคมกำหนดให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบ แต่ในแนวของ Andragogy เป็นเรื่องปกติวิสัยตามกระบวนการของวุฒิภาวะของการกำหนดทิศทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง ครูมีบทบาทและความรับผิดชอบในการกระตุ้นและกลมกล่อมกระบวนการดังกล่าว เพราะผู้ใหญ่มีความต้องการทางจิตวิทยาค่อนข้างลึกในการเลือกกำหนดทิศทางของตนเอง แม้ว่าในบางโอกาสจำเป็นต้องฟังก็ตาม

2. บทบาทของประสบการณ์ของผู้เรียน Pedagogy เชื่อว่าประสบการณ์ของผู้เรียนนำมาซึ่งสถานการณ์เรียนรู้ที่น้อยค่า แต่อาจจะใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนการสอน ครูเป็นผู้สร้างประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียน เทคนิคที่ใช้คือ การถ่ายทอดความรู้ เช่น การบรรยาย การกำหนดให้อ่าน การทำงานกลุ่ม หรือดูรายการสื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น

Andragogy เชื่อว่าในขณะที่ผู้คนเติบโตและมีพัฒนาการด้านร่างกายและสมอง มีการเพิ่มพูนและสั่งสมประสบการณ์มากขึ้น จนกลายเป็นแหล่งทรัพยากรทางปัญญาสำหรับตนเองและอื่น บุคคลก็จะยึดติดกับประสบการณ์ที่ตนเองได้แสวงหามาเองมากกว่าจากคนอื่น จึงใช้การทดลอง การอภิปราย การศึกษากรณีตัวอย่างในการแก้ปัญหา การทำแบบฝึกหัด และประสบการณ์ภาคสนาม เป็นต้น

²² Knowles, M.s., *The Modern Practice of Adult Education* (Chicago : Follett Publishing Company, 1980), P. 42-43.

3. ความพร้อมที่จะเรียน Pedagogy เชื่อว่าบุคคลพร้อมที่จะเรียนก็ต่อเมื่อสังคมกำหนดว่า เขาควรจะเรียน คนในวัยเดียวกันพร้อมที่จะเรียนสิ่งทีคล้ายๆ กัน การเรียนรู้ควรเป็นสิ่งที่จัดขึ้นตามหลักสูตรที่ได้มาตรฐาน ตามลำดับขั้นของความก้าวหน้าของผู้เรียน

Andragogy เชื่อว่า ผู้คนพร้อมที่จะเรียนบางสิ่งบางอย่าง เมื่อเขามีความต้องการจะเรียนเพื่อแก้ปัญหา หรือดำเนินงานในวิถีชีวิตที่แท้จริงให้พอใจที่สุด นักการศึกษามีหน้าที่และความรับผิดชอบเพียงสร้างเงื่อนไข และจัดเครื่องมือและกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เรียนค้นพบ "ความต้องการที่จะรู้" โปรแกรมการเรียนรู้ ควรได้รับการจัดให้สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้เรียนจะประยุกต์ไปใช้ใน ชีวิตของเขาตามความพร้อมที่จะเรียน

4. การเริ่มต้นการเรียนรู้ Pedagogy เชื่อว่า ผู้เรียนมองการศึกษาเสมือนเป็นกระบวนการแสวงหาเนื้อหาความรู้ตามวิชาที่กำหนด ซึ่งส่วนใหญ่คิดว่าจะเป็นประโยชน์ในอนาคต ด้วยเหตุนี้ การจัดหลักสูตรแบ่งเป็นวิชา หรือกระบวนการวิชาให้เป็นหลักตรรกวิทยา เช่น วิชาประวัติศาสตร์จากโบราณมาถึงปัจจุบัน เรียนจากง่ายไปหายาก เป็นต้น บุคคลอาศัยวิชาต่างๆ เป็นศูนย์กลางหลัก (Subject-centred) ของการเรียนรู้เริ่มต้นการเรียนรู้

Andragogy มองการศึกษาเป็นเสมือนกระบวนการพัฒนาความสามารถที่กำลังเพิ่มขึ้น เพื่อให้บรรลุศักยภาพอย่างเต็มกำลังในชีวิต บุคคลต้องการประยุกต์ความรู้ และทักษะที่แสวงหามาได้ เพื่อใช้ในชีวิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ฉะนั้น ประสบการณ์การเรียนรู้ ควรจัดให้มีส่วนสัมพันธ์กับเรื่องราวการพัฒนาความสามารถของบุคคล ซึ่งอาศัยกิจกรรมหรือการดำเนินงานเป็นศูนย์กลางหรือหลักการ (Performance-centredness) แห่งการเริ่มต้นการเรียนรู้

จากแนวคิดของโนวอลล์ และฮูล²³ เราจะมองเห็นได้ว่า การเรียนรู้ของบุคคลโดยธรรมชาติ นั้น มีข้อสรุปดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) เคลื่อนตัวจากบุคลิกที่พึ่งพิงคนอื่นไปสู่การเป็นมนุษย์ที่กำหนดทิศทางชีวิตของตนเอง
2. บุคคลสามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ที่จะกลายเป็นทรัพยากรการเรียนรู้ได้อีก
3. ความพร้อมที่จะเรียนของบุคคลจะกลายเป็นจุดหลักของการพัฒนางานในภาระหน้าที่ตามบทบาทในสังคม

²³ เรื่องเดียวกัน. และ Houle, Cyril. O, The Design of Education.

4. ห้วงเวลาของบุคคลได้เปลี่ยนจากการถ่ายทอดความรู้ต่อๆ กันมา เป็นการใช้ความรู้นั้นทันที และด้วยเหตุนี้การเรียนรู้ได้เลื่อนไหลจากการยึดวิชาเป็นหลัก (Subject-centredness) ไปสู่การยึดการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่เป็นหลัก (Performance-centredness)

5. บุคคลจะเรียนรู้ได้ดี ถ้ามีเงื่อนไขของการเรียนรู้ (Learning Condition) ดังนี้

5.1 ผู้เรียนรู้สึกอยากจะเรียน

5.2 สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้สะดวกสบายทางกายภาพ มีความเคารพและยอมรับกันและกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีอิสระและเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น และยอมรับความแตกต่างด้านต่างๆ กันของบุคคล

5.3 ผู้เรียนเป็นผู้กำหนดเป้าหมายไว้เองว่าประสบการณ์เรียนรู้นั้นเป็นเป้าหมายของตนเอง

5.4 ผู้เรียนยอมรับที่จะแบ่งปันความรับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการตามประสบการณ์การเรียนรู้ ดังนั้น จึงเกิดความรู้สึกผูกพันกับหน้าที่และความรับผิดชอบนั้น

5.5 ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนรู้

5.6 กระบวนการเรียนรู้สอดคล้องกันกับการใช้ประสบการณ์ของผู้เรียน

5.7 ผู้เรียนรู้สึกถึงความก้าวหน้าในการเรียนรู้ตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้

จะเห็นได้ว่า แนวคิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับผลการศึกษาวิเคราะห์และประมวลลักษณะกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล จนเป็นกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์²⁴ ตามข้อเสนอของ เอกวิทย์ ฌ ถกลาง ดังต่อไปนี้

1) การลองผิดลองถูก มนุษย์สะสมความรู้ ความเข้าใจของตนไว้ แล้วถ่ายทอดส่งต่อให้แก่ลูกหลานเผ่าพันธุ์ของตน นานๆ เข้าก็กลายเป็นจารีต ธรรมเนียม หรือข้อห้ามใน "วัฒนธรรม" ของกลุ่มนั้นๆ กาลเวลาล่วงไปมนุษย์อาจลืมเหตุผลที่มาของธรรมเนียมปฏิบัติไปแล้ว รู้แต่ว่าในสังคมของตนต้องประพฤติปฏิบัติเช่นนั้น จึงจะอยู่รอดปลอดภัยหรือแก้ไข/ป้องกันปัญหาได้

²⁴ เอกวิทย์ ฌ ถกลาง, ภูมิปัญญาสำนึก : วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย (นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2540), หน้า 45-49.

2) การลงมือกระทำจริง ในสถานการณ์จริง ปฏิบัติจริง แล้วส่งต่อไปยังรุ่นลูกหลานแบบค่อยเป็นค่อยไปกลายเป็นแบบธรรมเนียมหรือวิถีปฏิบัติ

3) การสาธิตวิธีการ การสั่งสอนด้วยการบอกเล่า (Oral Tradition) ในรูปของเพลงกล่อมเด็ก คำพังเพย สุภาษิต และการสร้างองค์ความรู้ไว้เป็นลายลักษณ์ (Literacy Tradition) ซึ่งโดยทั่วไปการถ่ายทอดภูมิปัญญาของชาวบ้านจะนิยมสองวิธีแรกคือ สาธิตวิธีการ และสอนเป็นวาจา ในกรณีที่เป็นศิลป/วิทยาการระดับที่มีความซับซ้อนหรือลึกซึ้ง จึงจะใช้วิธีลายลักษณ์ในรูปของตำรา เช่น ตำรายา ตำราปลูกบ้าน ตำราโหราศาสตร์ ฯลฯ หรือผูกเป็นวรรณกรรม คำสอน ภาษิต คู่มือ แผนที่ ตำนานนิทาน ฯลฯ สุดแต่จะสะดวกและจะเห็นว่าสอดคล้องกับพื้นฐานของชาวบ้าน

4) พิธีกรรม ในเชิงจิตวิทยา มีความศักดิ์สิทธิ์ และมีอำนาจโน้มน้าวให้คนที่มีส่วนร่วมร่วมรับเอาคุณค่าและแบบอย่างพฤติกรรมที่ต้องการเน้นเข้าไว้ในตัว เป็นการตอกย้ำความเชื่อกรอบศีลธรรมจรรยาของกลุ่มชน แนวปฏิบัติ และความคาดหวัง โดยไม่ต้องใช้การจำแนกแจกแจงเหตุผล แต่ใช้ศรัทธา ความขลัง ความศักดิ์สิทธิ์ของพิธีกรรม เป็นการสร้างกระแสความเชื่อและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แต่จะเน้นผลที่เกิดต่อสำนึกของผู้มีส่วนร่วมเป็นสำคัญ

5) ศาสนา ทั้งในด้านหลักธรรมคำสอน ศิล และวัตรปฏิบัติ ตลอดจนพิธีกรรม และกิจกรรมทางสังคมที่มีวัดเป็นศูนย์กลางของชุมชนในเชิงการเรียนรู้ล้วนมีส่วนตอกย้ำภูมิปัญญาที่เป็นอุดมการณ์แห่งชีวิต ให้กรอบและบรรทัดฐานความประพฤติ และให้ความมั่นคง อบอุ่นทางจิตใจ เป็นที่ยึดเหนี่ยวแก่คน ในการเผชิญชีวิตบนความไม่แน่นอนอันเป็นสัจธรรมของอย่างหนึ่ง สถาบันศาสนาจึงมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของคนที่อยู่รวมกันเป็นหมู่เหล่า สำหรับพุทธศาสนาในชั้นปรมาตถ์ก็มีผลต่อการพัฒนาจิตวิญญาณให้เป็นอิสระจากความทุกข์ยากทั้งปวง สำหรับบุคคลผู้ประพฤติปฏิบัติ ศาสนาจึงเป็นหลักในการหล่อหลอมบ่มเพาะทั้งความประพฤติ สติปัญญาและอุดมการณ์แห่งชีวิตไปพร้อมๆ กัน ถือได้ว่าเป็นการศึกษาที่มีลักษณะเป็นองค์รวมและมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนนับถือศาสนานั้นๆ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม อีกทั้งเป็นแก่นและกรอบในกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization)

6) การแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์ ระหว่างกลุ่มคนที่แตกต่างกันทั้งในทางชาติพันธุ์ ถิ่นฐานทำกิน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนกับคนต่างวัฒนธรรม ทำให้กระบวนการเรียนรู้ขยายตัวมีความคิดใหม่ วิธีการใหม่เข้ามา ผสมกลมกลืนบ้าง ชัดแย้งบ้าง แต่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งในด้านสาระ รูปแบบและวิธีการ กระบวนการเรียนรู้ของคนในสังคมไทย จึงมีพลวัตส่วนหนึ่งไปกับกระแสเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารอันทันสมัย ส่วนหนึ่งไปกับโลกกายภาพหรือ

ธรรมชาติแวดล้อม และอีกส่วนหนึ่งมุ่งมันไปทางจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันก็มีการกระจายเครือข่ายและการขยายตัวของการเรียนรู้ กว้างขวางหลากหลายมากอย่างไม่เคยปรากฏมาแต่กาลก่อน สังคมไทยจึงกลายเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ที่มีทางเลือก (Options) ให้แสวงหามากมายไม่รู้จบ และมีเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ที่มีภูมิปัญญาทั้งเก่าใหม่ ให้พิจารณาอยู่อย่างเอนกอนันต์

7) การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม (Cultural Reproduction) ในการแก้ปัญหาทั้งทางสิ่งแวดล้อม ทางเศรษฐกิจและทางสังคม ได้มีคนพยายามเลือกเฟ้นเอาความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติที่สืบทอดกันมาในสังคมประเพณีมาผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม ให้ตรงกับฐานความเชื่อเดิม ขณะเดียวกันก็แก้ปัญหาในบริบทใหม่ได้ระดับหนึ่ง การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้อีกลักษณะหนึ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในสังคมไทย

8) ครูพักลักจำ เป็นกระบวนการเรียนรู้วิถีหนึ่งที่มีมาแต่เดิม และจะยังมีอยู่ต่อไปในที่นี้ วิธี “ครูพักลักจำ” เป็นการเรียนรู้ในทำนองแอบเรียน แอบเอาอย่าง แอบลองทำดู ตามแบบอย่างที่เขาสังเกตอยู่เงียบๆ แล้วรับเอามาเป็นของตนเมื่อสามารถทำได้จริง

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการค้นหาความรู้และระบบถ่ายทอดความรู้ในชุมชนชนบทไทย โดย ปฐม นิคมานนท์²⁵ พบว่า กระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์ สามารถจำแนกออกได้เป็น 5 รูปแบบที่สำคัญ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทไทย กล่าวคือ

- 1) การสืบทอดความรู้ในลักษณะอาชีพของหมู่บ้าน
- 2) การสืบทอดอาชีพหรือความถนัดเฉพาะอย่างภายในครอบครัว สืบทอดในสายตระกูล
- 3) การเรียนจากผู้รู้ ในลักษณะของการไปอยู่ฝึกงาน ไปอยู่หรือบวชเรียนในวัด การเรียนโดยจ่ายค่าเรียน การทำงานระบบกลุ่ม และเจ้าหน้าที่ภายนอกมาจัดสอนให้
- 4) การฝึกฝนด้วยตนเอง เกิดจากความรู้อิฐก้อนหนึ่งมาตั้งแต่เด็ก การได้เห็นตัวอย่างแล้วทำตาม และการมีผู้ชี้แนะในขั้นต้น
- 5) เกิดขึ้นจากความบังเอิญ เช่น การฝันหรือมีอำนาจลึกลับมาเข้าสิงทำให้มีความสามารถรักษาโรคบางอย่าง และทำนายทายทักสิ่งต่างๆ ได้

²⁵ ปฐม นิคมานนท์, การค้นหาความรู้และระบบถ่ายทอดความรู้ในชุมชนชนบทไทย (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535).

ก่อกำเนิดมีมูลเหตุจูงใจในการเรียน จำแนกออกได้เป็น 10 ประการคือ 1) สภาพแวดล้อมในหมู่บ้าน 2) การสนับสนุนจากผู้ใหญ่ 3) นิสัยและความสนใจส่วนตัว 4) เหตุผลด้านเศรษฐกิจ 5) การเห็นคุณค่าในสิ่งนั้น 6) ความต้องการใช้เวลาว่าง 7) การส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่ 8) ความคาดหวังของแต่ละเพศ 9) ต้องการเรียกร้องความสนใจ 10) เกิดจากเหตุบังเอิญ

อีกทั้งยังประกอบด้วย ปัจจัยเกื้อหนุนการเรียน หรือสาเหตุที่ทำให้เกิดการเรียนรู้นั้นอย่างต่อเนื่อง คือ 1) อิทธิพลจากสภาพแวดล้อม 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 3) ใจรักชอบ 4) ความรู้สึกภาคภูมิใจ 5) การเห็นความก้าวหน้าในการฝึก 6) ความเป็นคนหัวดี รู้จักดัดแปลง 7) การฝึกฝนทดลองให้กว้างขวางขึ้น 8) การสนับสนุนจากผู้ใหญ่ ผู้รู้ และ 9) การทำงานระบบกลุ่ม

นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาถึงกระบวนการเรียนรู้ของผู้ทรงภูมิปัญญา พบว่า ปัจจัยที่หล่อหลอมให้เกิดการเรียนรู้ของผู้ทรงภูมิปัญญา²⁶ ประกอบด้วย

- 1) เรียนรู้ ฝึกฝน และได้รับการอบรมสั่งสอนจากญาติผู้ใหญ่ พ่อแม่ ครอบครัว และผู้มีบุญคุณ บางคนเข้าวัดฟังธรรม บางคนเข้าป่าเรียนรู้จากธรรมชาติ
- 2) เรียนรู้จากสภาพธรรมชาติ สภาพแวดล้อมทางครอบครัว ชุมชน ตลอดจนการดำเนินชีวิตในชุมชน ที่เป็นแรงกระตุ้น เป็นแรงผลักดัน หรือเป็นแรงจูงใจให้ผู้ทรงปัญญา นำสิ่งเหล่านี้มาใคร่ครวญไตร่ตรอง แล้วนำมาเป็นฐานการเรียนรู้ของตนในเวลาต่อมา
- 3) การศึกษาจากสถาบันการศึกษา ไม่ว่าจะเป็นวัด โรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงภูมิปัญญาชาวบ้านหลายท่าน จบเพียงระดับประถมศึกษาจากวัดและโรงเรียนแล้ว อาจได้รับการศึกษา การฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ทำ หลายคนได้รับความรู้จากการเข้าร่วมฝึกอบรม นำมาปรับให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ของตนเอง
- 4) การเรียนรู้ทางกิจกรรมต่างๆ ที่สถาบันการศึกษาและสถาบันอื่นๆ จัดขึ้น พบว่า ผู้ทรงภูมิปัญญาที่ผ่านการศึกษาในระดับอุดมศึกษาหลายท่าน ขณะที่เรียนอยู่ที่พยายามที่จะร่วมกิจกรรมทั้งที่สถาบันตัวเองและหน่วยงานภายนอกจัดขึ้น ทำให้ได้รับความรู้มากมาย

²⁶ คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน, แนวทางส่งเสริมภูมิปัญญาไทยในการจัดการศึกษา (กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด, 2541), หน้า 203-206.

- 5) เรียนรู้จากผู้ทรงภูมิปัญญา จากตำราทั้งเก่าและใหม่ เป็นการเรียนรู้โดยตรง
- 6) เรียนรู้จากการอบรม ฝึกฝนจากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา หน่วยงานราชการต่างๆ ได้นำความรู้ เทคโนโลยีสมัยใหม่สู่ชุมชน ทำให้เกิดความรู้ใหม่อย่างกว้างขวางแล้วนำมาปรับประยุกต์ให้สอดคล้องเมื่อนำไปใช้ในชีวิตของตนเอง
- 7) เรียนรู้จากการปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่ หลายท่านที่เป็นครูอาจารย์ได้ตระหนักว่า นอกจากสอนเด็กในโรงเรียนแล้ว จำเป็นต้องขยายการศึกษาไปสู่ชุมชน
- 8) เรียนรู้จากการสัมผัส สัมพันธ์กับคนในชุมชน และสภาพแวดล้อมในพื้นที่ปฏิบัติงาน ผู้ทรงภูมิปัญญาเมื่อเข้าไปสัมผัสชุมชน เกิดการเรียนรู้ และเห็นคุณค่าของความรู้ภูมิปัญญา
- 9) เรียนรู้จากการทดลองปฏิบัติ เป็นลักษณะร่วมของทุกท่าน เพราะผู้ทรงภูมิปัญญาได้ลงมือปฏิบัติเอง
- 10) เรียนรู้จากเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้ทรงภูมิปัญญา ชาวบ้าน นักพัฒนา ผู้สนใจทั้งระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด ในประเทศและต่างประเทศ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน เครือข่าย
- 11) สำนึกจากพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในแนวทางการพัฒนาด้านต่างๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ สืบทอด และนำภูมิปัญญาที่ตนเองมีอยู่เข้ามานำการพัฒนา และการใช้ชีวิต

กล่าวโดยสรุป กระบวนการเรียนรู้ของบุคคลมีนัยของการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวรเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนรู้ จากการฝึกหัดหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในเรื่องของการคิด วิเคราะห์ การตั้งคำถาม และการหาคำตอบ ซึ่งไม่อาจมองเห็นหรือสังเกตได้โดยตรง แต่จะสังเกตเห็นได้จากการปฏิบัติหรือผลจากการกระทำ

โดยอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อตัวเอง เพื่อสิ่งนอกตัวที่สัมพันธ์กับตัวเอง หรือเพื่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งนอกตัวในฐานะที่เป็นสัตว์สังคม มนุษย์จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยมีกระบวนการอยู่ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) รู้ว่ามีงานที่จะต้องทำหรือปัญหาที่จะต้องแก้ 2) ตั้งเป้าหมายของงาน 3) จัดระบบรวบรวมสาระและกระบวนการที่เกี่ยวข้อง 4) ฝึกปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขหรือสภาพการณ์ที่พึงพอใจและเป็นสุข 5) พัฒนาความสามารถที่คงที่และความรู้ที่ชัดเจนถึงแก่น

จะเห็นได้ว่า มนุษย์สามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดการดำเนินชีวิต ความสามารถนี้ได้สั่งสม พัฒนาสืบทอดต่อมาเป็นลำดับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันและจะยังพัฒนาต่อไปในอนาคต กระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์กับการดำเนินชีวิตของมนุษย์จึงเป็นกระบวนการอันมีอาจแยกออกจากกันได้ กระบวนการนี้เกิดขึ้นต่อเนื่องตลอดชีวิตแล้วเกิดการสั่งสมองค์ความรู้และประสบการณ์ขึ้น เรียกว่า "ภูมิปัญญา" และมีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนรุ่นหนึ่งเป็นลำดับ ทำให้สามารถพัฒนาตนเองให้ยู่รอดและสร้างสรรค์ความเจริญต่างๆ บนพื้นฐานของภูมิปัญญาที่สั่งสมสืบมาได้จนถึงปัจจุบัน²⁷

กระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์ จึงมีลักษณะ 1) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) 2) ประสบการณ์เป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับการเรียนรู้ 3) ความพร้อมที่จะเรียนเป็นจุดหลักของการพัฒนา 4) ยึดการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ 5) การถ่ายทอดความรู้แก่คนรุ่นหลัง 6) อาศัยพิธีกรรมเป็นการสร้างกระแสความเชื่อและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 7) เน้นหลักธรรมคำสอน ศิล และวัตรปฏิบัติ 8) เป็นการผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม 9) ครูพักลักจำ 10) ได้รับความศึกษา การฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆ และ 11) เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมกับคนในชุมชน ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 แสดงกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์

แหล่งอ้างอิง กระบวนการเรียนรู้	Knowles and Houle	เอกวิทย์ ณ ถลาง	ปฐม นิคมานนท์	สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ
1) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept)	✓			✓
2) ประสบการณ์เป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับการเรียนรู้ เช่น การลองผิดลองถูก การลงมือกระทำจริง การแลกเปลี่ยนความรู้/ประสบการณ์ ฯลฯ	✓	✓	✓	✓
3) ความพร้อมที่จะเรียนเป็นจุดหลักของการพัฒนา	✓			

²⁷ คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน, แนวทางส่งเสริมภูมิปัญญาไทยในการจัดการศึกษา, หน้า

ตารางที่ 2-1 แสดงกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์ (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง กระบวนการเรียนรู้	Knowles and Houle	เอกวิทย์ ณ ถลาง	ปฐม นิคมานนท์	สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ
4) ยึดการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่	✓			✓
5) การถ่ายทอดความรู้แก่คนรุ่นหลัง		✓	✓	✓
6) อาศัยพิธีกรรมเป็นการสร้างกระแสความเชื่อและพฤติกรรมที่พึงประสงค์		✓		
7) เน้นหลักธรรมคำสอน ศิล และวัตรปฏิบัติ		✓		
8) การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม		✓	✓	✓
9) ครูพักลักจำ		✓		
10) ได้รับการศึกษา การฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆ				✓
11) ความสัมพันธ์ทางสังคมกับคนในชุมชน				✓

ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์ กล่าวคือ 1) ผู้เรียนรู้สึกอยากจะเรียน 2) สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ 3) เป็นเป้าหมายของตนเอง 4) ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนรู้ 5) กระบวนการเรียนรู้สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้เรียน 6) มีความก้าวหน้าในการเรียนรู้ 7) ความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติ 8) การกระจายเครือข่ายและการขยายตัวของการเรียนรู้ 9) ผู้เรียนได้รับการสนับสนุน 10) ภาวะเศรษฐกิจหรือการทำมาหากิน 11) การทำงานระบบกลุ่ม 12) การศึกษา การฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆ และ 13) ผู้ทรงภูมิปัญญา ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2-2

ตารางที่ 2-2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์

แหล่งอ้างอิง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Knowles and Houle	เอกวิทย์ ณ ถลาง	ปฐม นิคมานนท์	สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ
1) ผู้เรียนรู้สึกอยากจะเรียน	✓	✓	✓	✓
2) สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 2-2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์ (ต่อ)

แหล่งอ้างอิง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Knowles and Houle	เอกวิทย์ ณ ถลาง	ปฐม นิคมานนท์	สำนักงานคณะกรรมการการ ศึกษาแห่งชาติ
3) เป็นเป้าหมายของตนเอง	✓		✓	✓
4) ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังใน กระบวนการเรียนรู้	✓	✓	✓	
5) กระบวนการเรียนรู้สอดคล้องกับ ประสบการณ์ของผู้เรียน	✓	✓		✓
6) มีความก้าวหน้าในการเรียนรู้	✓		✓	
7) ความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติ		✓		✓
8) การกระจายเครือข่ายและการ ขยายตัวของการเรียนรู้		✓		✓
9) ผู้เรียนได้รับการสนับสนุน			✓	✓
10) ภาวะเศรษฐกิจหรือการทำมาหา กิน			✓	
11) การทำงานระบบกลุ่ม			✓	
12) การศึกษา การฝึกอบรมจากหน่วย งานต่างๆ				✓
13) ผู้ทรงภูมิปัญญา				✓

จะเห็นได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ทางธรรมชาติของมนุษย์ในลักษณะบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรม เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมอันหนึ่งที่เชื่อมโยงไปสู่กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

1.4 กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเป็นเรื่องของการศึกษาโดยตรง แต่ไม่ใช่การศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ การศึกษาในลักษณะนี้ไม่มีระบบชั้นเรียน ระยะเวลาที่ต้องเรียน หรือหลักสูตรเนื้อหาที่แน่นอนตายตัว แผนการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2535 เรียกการศึกษาในลักษณะนี้ว่า กระบวนการเรียนรู้ในวิถีชีวิต แต่ สีลาภรณ์ นาครทรัพย์ เรียกว่า

ระบบการเรียนรู้ชุมชน²⁸ ซึ่งเป็นการศึกษาที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อม และโอกาส โดยศึกษาจากบุคคล ประสบการณ์ สังคม สภาพแวดล้อม สื่อ หรือแหล่งความรู้²⁹

การเรียนรู้ของชุมชนนี้ไม่ได้มีทุกชุมชน แต่มีเฉพาะในชุมชนที่มีการรวมตัวของคนในชุมชนเป็นองค์กร เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองและชุมชนร่วมกัน ซึ่งอาจเกิดจากการกระตุ้นเรื่องการรวมตัวกันโดยฝ่ายรัฐ หรือนักพัฒนาเอกชน หรือผู้รู้ผู้นำชาวบ้านเองก็ได้ ลักษณะการรวมตัวเป็นองค์กรชุมชนนี้พบได้มากในสังคมชนบท ซึ่งคนในชุมชนยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน รู้จักกัน หรือเป็นเครือญาติกัน มีเงื่อนไขสภาพปัญหาตามสภาพภูมิศาสตร์คล้ายคลึงกัน เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในชุมชน คนในชุมชนจะรวมตัวกันคิดวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ หาทางเลือกในการแก้ไข หาทางเรียนรู้เพิ่มเติมจากตัวอย่างของชุมชนอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาที่คล้ายกัน และตัดสินใจในการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งเป็นเครื่องมือในการทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง

ช่วยให้คนในชุมชนเกิดการรวมตัวเป็นองค์กรชุมชนขึ้นมาได้ ซึ่งองค์กรชุมชนนี้คือ กุญแจสำคัญที่จะเปิดไปสู่การแก้ปัญหาต่างๆ เรื่องของสังคม ทำให้ชุมชนมีภูมิคุ้มกันกับสิ่งภายนอกที่เข้ามากระทบ³⁰

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้กับการรวมกลุ่มเป็นองค์กรของคนในชุมชนนั้น มีความสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะของการเสริมซึ่งกันและกัน กล่าวคือ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชนเป็นปัจจัยที่ช่วยผลักดันให้เกิดการรวมกลุ่มเป็นองค์กรชุมชนหรือช่วยให้การรวมกลุ่มมีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น ในขณะเดียวกัน การรวมกลุ่มก็เป็นกลไกที่ช่วยให้คนในชุมชนได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คิดวิเคราะห์ และหาทางแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ยิ่งมีการเรียนรู้และแก้ปัญหาได้ กลุ่มก็ยิ่งเข้มแข็ง และยิ่งกลุ่มมีความเข้มแข็ง ก็ยิ่งแก้ปัญหาได้นั่นเอง

²⁸ สีสลาภรณ์ นาครทรรพ, "ระบบการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน : กรณีศึกษาชุมชนอิสานใต้", วารสารสุโขทัยธรรมมาธิราช 8 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2538) : 40-41.

²⁹ คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน, พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (กรุงเทพมหานคร : บริษัท พรินทวามกราฟฟิค จำกัด, 2542), หน้า 9.

³⁰ ประเวศ วะสี, 2537 ใน เรื่องเดียวกัน, หน้า 41.

ทั้งนี้ ชาติชาย ณ เชียงใหม่³¹ ได้แบ่งแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ของคนในชุมชน ออกเป็น 2 ระดับ คือ

1) การพัฒนาคนในระดับปัจเจกชน หมายถึง การให้การศึกษาแก่ประชาชนเพื่อให้มีความรอบรู้และทักษะในการใช้เหตุผลตัดสินใจในการดำรงชีวิต การมีความเชื่อและค่านิยมที่ยึดถือความเป็นไทย และการประหยัดเป็นพื้นฐาน ซึ่งความหมายของการศึกษานี้ ควรรวมความถึงการพัฒนาจิตสำนึก และกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในและนอกชุมชน³² ดังนั้น การศึกษาที่ให้แก่ประชาชนในชนบท ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ หรือการศึกษาตามอัธยาศัย ควรเป็นการศึกษาที่使人คิดเป็นทำเป็น และสามารถนำความรู้ไปประกอบอาชีพได้สอดคล้องกับวัฒนธรรม และศักยภาพทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและการบริหารของชุมชน

2) การพัฒนาคนในระดับกลุ่ม หมายถึง การกำหนดเงื่อนไขและเปิดโอกาสทางการเมือง การบริหาร ใ้คนในชนบทสามารถรวมกลุ่มและพัฒนาอำนาจต่อรองของชุมชนชนบท เพื่อให้สามารถต้านทานการเอารัดเอาเปรียบจากกลุ่มพลังภายนอก สามารถที่จะใช้ปรับปรุง ดัดแปลง หรือควบคุมทรัพยากรและภาวะแวดล้อม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน สามารถมีส่วนร่วมกับรัฐและองค์กรเอกชนในการแก้ปัญหาส่วนรวมของชุมชน และประเทศชาติได้

จะเห็นได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนมีลักษณะเป็นการศึกษาที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ ศักยภาพ ความพร้อมและโอกาส สามารถพบได้เฉพาะในชุมชนที่มีการรวมตัวของคนในชุมชนเป็นองค์กร มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มีเงื่อนไข สภาพปัญหาตามสภาพภูมิศาสตร์คล้ายคลึงกัน โดยเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในชุมชนจะรวมตัวกันคิดวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ หาทางเลือกในการแก้ไข หาทางเรียนรู้ และตัดสินใจในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ของคนในชุมชน จึงต้องกระทำทั้งในระดับปัจเจกชน และในระดับกลุ่ม เพื่อปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุง

³¹ ชาติชาย ณ เชียงใหม่, ทิศทางการพัฒนาชนบทในอนาคต (กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2533), หน้า 33.

³² สีลาภรณ์ นาครทรรพ, "แนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย", ใน การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย, หน้า 234.

คุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ปรากฏรายละเอียดที่ได้จากความหมายของคำว่า “กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน” ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

1.5 ความหมายของกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน

เดวิท แมทิวส์ ได้กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนว่า หมายถึง สิ่งที่เราเรียนรู้จากและผ่านการแลกเปลี่ยนกับคนอื่น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น กระบวนการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนระหว่างคนในชุมชนและสาธารณะ ทำให้เรารู้ในสิ่งที่เรารู้ ซึ่งไม่อาจรู้ได้โดยลำพัง กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนมิใช่การรับฟังข้อเสนอและข้อมูลเท่านั้น ประชาชนจำเป็นต้องเข้าใจทัศนคติต่อปัญหาที่คนอื่นเสนอ มีปัญหาบางปัญหาที่เราไม่สามารถรู้ได้โดยลำพังและจะรู้ได้ก็ต่อเมื่อมีการเรียนรู้ร่วมกันกับคนอื่น ดังนั้น เราจำเป็นต้องรู้จักสร้างสำนึกร่วมต่อสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น การเรียนรู้ของชุมชนไม่แยกขาดจากสำนึกสาธารณะ การเรียนรู้ของชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาชุมชนในวิถีทางที่ทำให้ประชาชนรู้สึก “เป็นเจ้าของ” ชุมชน การสร้างความเป็นชุมชนจึงเป็นหนึ่งเดียวกับการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ชุมชนที่อุดมไปด้วยชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดีหรือชุมชนที่มีประชาสังคมเข้มแข็ง จึงมิได้เป็นอะไรอื่นนอกจากชุมชนแห่งการเรียนรู้³³

สีลาภรณ์ นาคทรพรพ เสนอว่า กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนมีลักษณะเป็นกระบวนการเรียนรู้ในวิถีชีวิต ตามที่กำหนดไว้ในแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ซึ่งหมายถึง ลำดับขั้นตอนที่สมาชิกในชุมชนเข้ามารวมกลุ่มคิดวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือกของการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหาและสรุปบทเรียน อันก่อให้เกิดการยกระดับสติปัญญาในการแก้ปัญหาของชุมชนให้สูงขึ้น³⁴

คณะกรรมการสตรี โครงการพัฒนาการศึกษาเพื่อชุมชน ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเป็นการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง ทั้งในการพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นใน

³³ เดวิท แมทิวส์, จากปัจเจกสู่สาธารณะ กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง, แปลโดย ฐิรวุฒิ เสนาคำ (กรุงเทพมหานคร : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2540), หน้า 8-18 ใน ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา, หน้า 7, 174.

³⁴ สีลาภรณ์ นาคทรพรพ. “ระบบการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน : กรณีศึกษาชุมชนอีสานใต้”, วารสารสุขุทัยธรรมมาธิราช 8 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2538) : 40 และ สีลาภรณ์ นาคทรพรพ, “การศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”, ใน เอกสารสืบเนื่องจากการประชุมเรื่องการศึกษากับการวิจัยเพื่อพัฒนาอนาคตของประเทศไทย (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2539 ก), หน้า 66.

ชีวิตจริง หรือเกี่ยวข้องกับการทำมาหากิน หรือสภาพความเป็นอยู่ กิจกรรมที่ดำรงอยู่นี้เป็นไปเพื่อสนองตอบต่อการแก้ปัญหาและสอดคล้องกับแบบแผนการผลิตของชุมชน จึงเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดพลวัตของการเรียนรู้ เมื่อได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข เมื่อได้แนวทางแล้วสมาชิกมักกลับไปลงมือปฏิบัติ แล้วกลับมาทบทวนวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อสรุปบทเรียน เพื่อหาหนทางต่อไปอีก กระบวนการที่เกิดขึ้นซ้ำๆ นี้ เท่ากับเป็นการยกระดับสติปัญญาของสมาชิกในกลุ่ม และผลพวงจากการเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงดังกล่าวช่วยแก้ไข ปัญหา และพัฒนาคุณภาพชีวิต อันเป็นผลที่คนในชุมชนสามารถเห็นเป็นรูปธรรมได้³⁵

จะเห็นได้ว่า การกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน เป็นหนึ่งเดียวกับการสร้างความเป็นชุมชน ชุมชนที่อุดมไปด้วยชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี (Healthy Public Life) จึงเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ เนื่องจากมีบางปัญหาที่เราไม่สามารถรู้ได้โดยลำพัง และจะรู้ได้ก็ต่อเมื่อมีการเรียนรู้ร่วมกันกับคนอื่น จำเป็นต้องรู้จักสร้างสำนึกสาธารณะให้คนในชุมชนเข้ามารวมกลุ่ม คิดวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ วิเคราะห์ทางเลือกของการแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ปัญหา และสรุปบทเรียน เพื่อก่อให้เกิดการยกระดับสติปัญญาในการแก้ปัญหาของชุมชนให้สูงขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน

สิ่งต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนมานี้ มีความสอดคล้องกับระบบโลกใหม่ กล่าวคือ ระบบเครือข่ายทางสังคมซึ่งคล้ายคลึงกับเครือข่ายทางสมอง เป็นเครือข่ายที่คนอยู่รวมกัน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน การที่สังคมจะเรียนรู้ได้โครงสร้างทางสังคมต้องปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างอำนาจในแนวตั้ง ไปเป็นเครือข่ายสังคมเรียนรู้ (Learning Social Networks) สังคมต้องสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถปรับตัวให้อยู่ในดุลยภาพได้ การเรียนรู้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดบูรณาการสภาวะของสังคม³⁶ ซึ่งประกอบด้วยพัฒนาการทางจิตวิญญาณ (Spiritual Development) และความเป็นชุมชน (Community) โดยสามารถจัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ของชุมชนได้ดังต่อไปนี้

³⁵ คณะกรรมการสตรี โครงการพัฒนาการศึกษาเพื่อชุมชน, 2531, หน้า 49 ใน ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ, กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา, หน้า 74.

³⁶ ประเวศ วะสี, "วิถีบูรณาการ : ทางออกภูมิปัญญา, "ในเอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง ยุทธศาสตร์ประเทศไทย 1999-2000 เสนอที่ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 11-13 มกราคม 2542, หน้า 18-19.

1.6 การจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน

เลื้อนยศ สมบูรณ์เรศ³⁷ กล่าวว่า จัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาความไม่รู้ของชาวบ้าน ซึ่งการให้ความรู้แก่ชาวบ้านกระทำได้หลายวิธี แต่ที่จำเป็นและสามารถนำมาใช้กับชาวบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การจัดทัศนศึกษาดูงาน การแบ่งกลุ่มกันทำงาน การติดต่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทัศนคติซึ่งกันและกัน การรับฟังความรู้จากรายการวิทยุกระจายเสียงและโทรทัศน์ การจัดฝึกงานภาคสนาม การแบ่งกลุ่มย่อยอภิปรายปัญหา การจัดนิทรรศการ การบรรยายให้ฟัง การสาธิตให้ดู การจัดการแสดง การสอบถามเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้าน การจัดทำแปลงสาธิตเปรียบเทียบ การปิดประกาศหรือโฆษณาชวนเชื่อ

สีลาภรณ์ นาครทรรพ³⁸ ได้สรุปว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้หลักที่สำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้ของชุมชน ได้แก่ 1) การศึกษาดูงาน เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลใหม่ อันนำมาซึ่งการสร้างภูมิปัญญา 2) เวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ อันเป็นเครื่องมือในการ “ระดมสมอง” ของชาวบ้าน ในการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ร่วมกันและในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติมจากกันและกัน ทั้งในระดับชุมชนและระหว่างชุมชน อาจจัดได้หลายลักษณะ เช่น เวทีเพื่อสรุปบทเรียนจากการศึกษาดูงาน เวทีเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและข้อมูลใหม่ เวทีเพื่อเชื่อมโยงเครือข่าย เป็นต้น

นอกจากนี้ ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ³⁹ ยังได้รวบรวมเทคนิค วิธีการ และกระบวนการในการเสริมสร้างการเรียนรู้ โดยออกเป็น 12 เทคนิค หรือวิธีการ ดังต่อไปนี้

1) จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย และระดับของงาน

- ระดับบุคคล ได้แก่ การสังเกต การบันทึกข้อความ การถ่ายภาพ/วิดีโอ การนำเสนอต่อที่ประชุม การฝึกตอบ-ถามโดยใช้เหตุผลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ การค้นหาคำตอบจากหนังสือและจากการพูดคุย การฝึกเขียนเรียงเรียงทางวิชาการ ฯลฯ

- ระดับกลุ่ม ได้แก่ การประชุม การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การจัดนิทรรศการ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ฯลฯ

³⁷ เลื้อนยศ สมบูรณ์เรศ, “จะทำอะไรในตัวคน”, *วารสารพัฒนาชุมชน* 32 (มกราคม 2536) : 68.

³⁸ สีลาภรณ์ นาครทรรพ, “แนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย”, ใน *การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย*, หน้า 255.

³⁹ ปารีชาติ วลัยเสถียร และ คณะ, *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*, หน้า 218-224.

- ระดับชุมชน ได้แก่ การรณรงค์ด้วยสื่อและการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชน การฝึกงาน การจัดห้องสมุดและศูนย์ข้อมูล การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน การสัมมนา การสาธิต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดเวทีเพื่อการรณรงค์ ฯลฯ

- ระดับเครือข่าย ได้แก่ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม การประชุมสัมมนา การประสานงานกับหน่วยราชการ ฯลฯ

- การจัดการศึกษาสำหรับเด็ก ได้แก่ การละเล่น การเล่านิทาน การลองทำ ฯลฯ

- การจัดการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ ได้แก่ การบอกเล่า การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การสาธิต การจัดทัศนศึกษา ฯลฯ

2) จำแนกตามลักษณะการให้ความรู้

- การให้การศึกษทางตรง ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน/ไร่ นา การประชุม การสาธิต การจัดทัศนศึกษา ฯลฯ

- การให้การศึกษทางอ้อม ได้แก่ การจัดนิทรรศการ การให้การศึกษผ่านผู้นำ การใช้สื่อทัศนอุปกรณ์ การจัดห้องสมุดชุมชน/ศูนย์ข้อมูลหมู่บ้าน ฯลฯ

3) เทคนิคการประชุมอย่างมีส่วนร่วม เป็นการให้เวทีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับบุคคลอื่น โดยเรียนรู้ที่จะใช้เหตุผลของการตัดสินใจร่วมกัน มีขั้นตอน ดังนี้

- การรวบรวมสถานการณ์ หรือสภาพปัญหาของชุมชน โดยวิธีการวาดแผนภูมิความคิด

- การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางแก้ไข โดยการแสดงความคิดเห็นด้วยการเขียนหรือการพูดคุย

- การสรุปแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาชุมชน

4) เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการกลุ่ม ได้แก่

- กระบวนการกลุ่ม เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ ต้องร่วมกันคิด ร่วมกันทำ สร้างสรรค์ความรู้โดยกลุ่ม ทุกคนจะต้องเรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุด ซึ่งอาจจัดกิจกรรมของกระบวนการกลุ่ม เพื่อการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น เกม บทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม

- การเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ มีการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้ รวมทั้งเป็นกำลังใจให้แกกันและกัน และต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน เช่น การเล่าเรื่องรอบวง มุมสนทนา คู่ตรวจสอบ การร่วมกันคิด

- การเรียนรู้แบบสร้างสรรค์ความรู้ เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ต้องแสวงหาความรู้และสร้างความรู้ ความเข้าใจด้วยตนเอง ความแข็งแกร่ง ความเจริญงอกงามในความรู้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนอื่น ๆ หรือได้พบสิ่งใหม่ๆ แล้วนำความรู้มาเชื่อมโยงกับบริบทที่เกิดขึ้น

5) การเรียนรู้จากภูมิปัญญาชาวบ้าน มีวิธีการถ่ายทอดที่หลากหลายตามเนื้อหาและกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- การถ่ายทอดแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การบอกเล่าโดยตรง การบอกเล่าโดยผ่านพิธีกรรม การบันเทิง

- การถ่ายทอดเป็นลายลักษณ์อักษร

- การถ่ายทอดแบบผ่านสื่อมวลชน

6) การสร้างเวทีการเรียนรู้ของชุมชน จะอยู่ในรูปของเครือข่ายการเรียนรู้ โดยการ

- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างชาวบ้านด้วยกันเอง และระหว่างชาวบ้านกับนักวิชาการ

- การเก็บรวบรวมข้อมูล และการยกระดับข้อมูล

- การเชื่อมประสานผู้นำในชุมชน

7) การเรียนรู้ชีวิตและจิตสำนึก เพื่อแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง คือ

- ต้องเรียนรู้สภาพชีวิตที่เป็นจริงของตัวเอง

- เน้นวิธีการแก้ปัญหาด้วยทัศนคติที่ว่าทุกปัญหามีทางแก้

- การมีความคิดวิพากษ์วิจารณ์เพื่อที่จะได้คิดเป็น

8) การใช้สื่อเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ โดยบทบาทของสื่อจะต้องเป็นฝ่ายกระตุ้นจิตสำนึกให้ประชาชน มีความคิด และมีความสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ และสื่อจะต้องปราศจากการครอบงำจากภายนอก นอกจากจะอยู่ในรูปของเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สไลด์ และสิ่งพิมพ์ แล้วยังมีสื่อพื้นบ้าน ซึ่งจะเป็นภาษาถิ่นและสามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น เพลงพื้นบ้าน การละเล่น กีฬา ประเพณี และพิธีกรรม

9) การฝึกทักษะอาชีพ ในโรงเรียนฝึกอาชีพนอกจากจะสอนในเรื่องของการพัฒนาอาชีพแล้ว ยังเน้นให้ผู้เรียนได้พัฒนาการคิด ในทางการแก้ปัญหา ซึ่งทุกคนสามารถช่วยกันคิดช่วยกันแก้ไขปัญหา โดยมีความรู้สึกสนิทชิดเชื้อกัน และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

10) เทคนิค A-I-C เป็นการระดมความคิดในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน ให้ความสำคัญต่อการระดมความคิด และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน เป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากคนนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ร่วมกันวางแผนและทำเพื่อผลแห่งการพัฒนาชุมชนของตน

11) เทคนิคการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองด้วย “ระบบคู่สัญญา” ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาตนเอง โดยใช้วิธีการให้ผู้แก้ปัญหาคิดเป็น วางแผนในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระเบียบและชัดเจนขึ้น มีการควบคุมการแก้ปัญหาของตนเองภายใต้การรับรู้ของคู่สัญญา ซึ่งทำหน้าที่รับรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการแก้ปัญหาของผู้ปฏิบัติ ขั้นตอนหลักๆ มีดังนี้

- การหาคู่สัญญา
- การตั้งปณิธานและขอคำแนะนำจากคู่สัญญา
- การวางแผนในการแก้ปัญหา
- ทำสัญญากับคู่สัญญา
- ลงมือปฏิบัติตามแผนและบันทึกผลส่งคู่สัญญา
- ประเมินผลการปฏิบัติ และปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

12) กระบวนการทำความเข้าใจค่านิยม (Value Clarification) ช่วยให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่จะตัดสินใจตั้งเป้าหมายและวางแผนในชีวิต ตลอดจนพัฒนาความคิดเพื่อการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความหมาย การกระจ่างค่านิยมจะทำให้เขาประสบความสำเร็จในวิถีการสร้างค่านิยมของเขาเองภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดไว้ ตลอดจนส่งเสริมที่จะนำค่านิยมอื่นๆ ของบุคคลอื่นมาเป็นแหล่งข้อมูลดิบสำหรับตนเอง และสิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการนี้คือ การเอื้ออำนวยที่จะสร้างความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับการกระทำของเราเข้าด้วยกัน มีขั้นตอนสำคัญคือ

- ขั้นทำความเข้าใจ
- ขั้นแสดงความสัมพันธ์
- ขั้นกำหนดคุณค่า
- ขั้นแสดงออก

จะเห็นได้ว่า การจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยเทคนิควิธีการที่มีความหลากหลาย แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ สภาพภูมิประเทศ และที่สำคัญคือ ข้อมูลพื้นฐานชุมชน ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนในลำดับต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

Community มีความหมายในภาษาไทยว่า "ชุมชน" ซึ่งบางครั้งช่วยให้เข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับ "การรวมตัวของคน" เท่านั้น ถ้าพิจารณาคำในภาษาอังกฤษ "Com" มีความหมายที่ลึกซึ้งเท่ากับ "Together" และจะเห็นว่ามีคำที่เกี่ยวข้องใกล้เคียงอีกหลายคำ เช่น "Communal" เท่ากับของชุมชน เพื่อชุมชน "Common" เท่ากับ ร่วมเป็นสมาชิกอยู่ด้วย และ "Commune" เท่ากับความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ความหมายของชุมชนนั้นไม่จำกัดแน่นอนตายตัว อาจพิจารณาได้หลายแง่มุม อาทิ ปรัชญา กายภาพ สังคมวิทยา จิตวิทยา ในบางครั้งความหมายของชุมชนไม่ได้จำกัดอยู่กับความหมายที่ให้มีความสำคัญกับอาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์หรือบริเวณเล็กๆ ที่เรานึกถึงของหมู่บ้านเท่านั้น บางครั้งความหมายอาจจะมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม

"ชุมชน" เป็นคำที่มีการนำไปใช้กันอย่างกว้างขวางและใช้ในลักษณะแตกต่างกันออกไป จึงมีอาจกล่าวได้ว่า "ชุมชน" เป็นคำที่มีความหมายแน่นอนตายตัวเพียงประการเดียว ดังนั้น ถ้าเราปฏิเสธที่จะยึดติดกับความหมายแคบๆ ของสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้ว ก็ช่วยให้เกิดทัศนะอันกว้างในการพิจารณาสิ่งต่างๆ ได้หลายแง่มุมมากขึ้น⁴⁰

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาแนวคิดและความหมายของชุมชนในทัศนะของกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน จำเป็นจะต้องทำความเข้าใจความหมายที่เป็นรากฐานและเอื้อต่อการวิจัย เพื่อพัฒนาร่วมกับคนในชุมชนต่อไปด้วย

⁴⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 25-26.

2.1 ความหมายของชุมชน

"ชุมชน" มีนัยและความหมายเป็นพลวัตที่หลากหลายไปตามกระแสของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับความรู้ ทักษะคิดของผู้ให้ความหมาย ความเป็นชุมชนหรือความเป็นหมู่คณะจึงเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา โดยเน้นเรื่องของความสัมพันธ์และความเกาะเกี่ยวกันของเพื่อนมนุษย์ในระดับต่างๆ ซึ่งในส่วนี้ ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนไว้ 4 แนวคิด⁴¹ คือ

- 1) แนวคิดทางสังคมวิทยา (Sociological Perspective)
- 2) แนวคิดทางมนุษยนิยม (Humanistic Perspective)
- 3) แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนประชาสังคม (Civil Society)
- 4) แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนเสมือนจริง (Virtual Community)

โดยผู้วิจัยขอนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับชุมชน เพื่อแสดงถึงจุดเน้นหรือจุดที่แต่ละแนวคิดให้ความสำคัญและขอขำยความหมาย ดังนี้

2.1.1 แนวคิดทางสังคมวิทยา

จุดเน้น ชุมชนประกอบไปด้วย

- 1) อาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์ (Geographical Area – Territorial)
- 2) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction – Sociological)
- 3) มีความผูกพัน (Common Ties – Psycho Cultural)

ขอบเขตความหมาย ตามแนวคิดทางสังคมวิทยา

1) ชุมชนในฐานะหน่วยทางภูมิศาสตร์ (Community as a Territorial Unit) มีลักษณะเป็นรูปธรรม มีหลักแหล่งที่ตั้งแน่นอน และสมาชิกสามารถระบุที่อยู่ของตนได้ อาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์มีอิทธิพลต่อชุมชน และชุมชนมีอิทธิพลต่ออาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์ เนื่องจากมนุษย์มีส่วนในการกระทำต่อภาวะแวดล้อมของตนไม่ว่าจะโดยทางบวกหรือลบ ตัวแปรทางภูมิศาสตร์นี้จัดว่ามีอิทธิพลต่อทฤษฎีนิเวศวิทยาของมนุษย์

⁴¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 29-42.

2) ชุมชนในฐานะหน่วยขององค์กรทางสังคม (Community as a Unit of Social Organization) หรือหน่วยทางสังคม (Community as a Social System Unit) การวิเคราะห์แบบ Social System Approach จะให้ภาพของลำดับชั้น (Hierarchy) เริ่มจากระดับล่างที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 คนขึ้นไป จนถึงระดับชาติหรือระดับโลก

- ชุมชนเป็นระบบย่อยอันแรกที่มีศักยภาพในการจัดให้มีสิ่งต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของคนทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม

- ระบบทางสังคม เป็นเครือข่ายการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ (Network of Interaction) ซึ่งประกอบด้วยสถานภาพ บทบาท กลุ่มคนและสถาบัน ชุมชนจึงมีความสัมพันธ์กันเหมือนลูกโซ่

- สามารถพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนได้ทั้งแนวนอน (Horizontal) ซึ่งหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มในท้องถิ่น หรือความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคล และแนวตั้ง (Vertical) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลกับกลุ่มผลประโยชน์ หรือกับกลุ่มผลประโยชน์ในระดับต่างๆ ที่สูงขึ้นไป จนถึงองค์กรในระดับชาติ หรือระหว่างชาติ

- เครือข่ายปฏิสัมพันธ์ระหว่างชุมชน ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและกลุ่มมีกระบวนการทางสังคมที่ประกอบด้วย ความร่วมมือ การแข่งขันและความขัดแย้ง ซึ่งมีนัยสำคัญในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตของชุมชน

3) ชุมชนในฐานะหน่วยทางจิตวิทยาวัฒนธรรม (Community as a Psycho Cultural Unit) ชุมชนจะต้องมีความผูกพันในระหว่างสมาชิก มีความมั่นคงสามารถระบุได้ว่าตนเป็นสมาชิกของกลุ่ม มีความรู้สึกว่ามีสังกัด ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-3 แสดงจุดเน้นและขอบเขตแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนทางสังคมวิทยา

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
1. กลุ่มคนที่มาอยู่รวมกันในพื้นที่ หรือบริเวณหนึ่ง (Geo-graphic Area)	1. ชุมชนในฐานะหน่วยทางภูมิศาสตร์ (Community as a Territorial Unit)	- George Hillery (Poplin, 1979, p.8) - Plant (1974, p.10-15)
2. สมาชิกมีการติดต่อระหว่างกันทางสังคม (Social Interaction)	2. ชุมชนในฐานะหน่วยของหน่วยทางสังคม (Community as a Social System Unit)	- Poplin (1979, p. 9-18) - Mark S. Homan (1994, p.82)
3. สมาชิกมีความสัมพันธ์ต่อกันทางสังคม (Social Relationship)	3. ชุมชนในฐานะหน่วยทางจิตวิทยาวัฒนธรรม (Community as a Psycho Cultural Unit)	- Lofquist (1983, p.2 อ้างใน Homan, 1994, p.80) - Peck (1987, อ้างใน Homan, 1994, p.81)

ตารางที่ 2-3 แสดงจุดเน้นและขอบเขตแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนทางสังคมวิทยา (ต่อ)

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
4. มีความผูกพันทางด้านจิตใจต่อระบบนิเวศ (Psycho-ecological Relationship)		- ทิตยา สุวรรณะชฎ (2527, น.27-28) - ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2524, น.7)
5. มีกิจกรรมส่วนรวมเพื่อใช้ประโยชน์ (Central Activities for Utilization)		- สนธยา พลศรี (2533, น.19) - สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2536, น.10-13) - สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2525, น.6) - กาญจนา แก้วเทพ (2538, น. 14) - ชยันต์ วรรธนะภูติ (2536, น.37) - จิตติ มงคลชัยอรัญญา (2540, น.3)

2.1.2 แนวคิดทางมนุษยนิยม

จุดเน้น เป็นแนวคิดของกลุ่ม Utopia

- 1) ไม่ได้ให้ความสนใจหรือความสำคัญกับอาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์หรือพื้นที่
- 2) เน้นความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนมนุษย์
- 3) เป็นลักษณะความรู้สึกเชิงอัตวิสัยของความเป็นชุมชน หรือแบบแผนในอุดมคติ

กล่าวคือ นำเสนอลักษณะชุมชนที่ควรจะเป็นชุมชนที่ดีหรือชุมชนในอุดมคติ โดยเรียกร้องให้ชุมชนมีขนาดเล็ก แต่มีโครงสร้างที่เหนียวแน่น เต็มไปด้วยความร่วมมือ ร่วมใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นสังคมที่คนรู้จักกันอย่างใกล้ชิดสนิทสนม

ขอบเขตความหมาย ตามแนวคิดมนุษยนิยม

- 1) เป็นการกล่าวถึงวิวัฒนาการของการสมาคมของมนุษย์ (Human Association) ภายใต้เงื่อนไขทางสังคมและประวัติศาสตร์ของท้องถิ่น ชุมชนจึงมีทั้งความหมายที่หลากหลายและความหมายที่ขัดแย้ง และไม่ได้ยึดติดกับพื้นที่ นโยบายการนิยามหมู่บ้านให้ติดกับพื้นที่เกิดขึ้นจากรัฐพยายามรวมศูนย์อำนาจด้วยการทำให้พื้นที่แตกออกเป็นหน่วยเล็กๆ เพื่อต่อการปกครองสะท้อนให้เห็นกระบวนการที่หมู่บ้านถูกผนวกเข้าสู่ระบบทุนและตลาด

2) มีการยอมรับอย่างกว้างขวางว่า การเปลี่ยนแปลงในลักษณะของความเกาะเกี่ยวในสังคมมนุษย์ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอุตสาหกรรม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี ลักษณะหนึ่งของ Human Association จะหายไป และจะมีลักษณะใหม่มาแทนที่ ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2-4 แสดงจุดเน้นและขอบเขตแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนทางมนุษยนิยม

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
1. ไม่ให้ความสำคัญกับอาณาบริเวณทางภูมิศาสตร์	1. กล่าวถึงวิวัฒนาการของสมาคมของมนุษย์ (Human Association)	- Robert Nisbet - Baker Brown II (1950, p.195)
2. เน้นความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อมนุษย์	2. ยอมรับว่า การเปลี่ยนแปลงของความเกาะเกี่ยวในสังคมมนุษย์ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางอุตสาหกรรม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยี Human Association จะหายไปและจะมีลักษณะใหม่มาแทนที่	- Hirsch (1993, อ้างใน อริยาเศวตามร์, 2542, น.191) - จักรทิพย์ นาถสุภา ⁴² - เสน่ห์ จามริก ⁴³ - พระธรรมปิฎก (2539, น. 72)
3. นำเสนอลักษณะชุมชนในอุดมคติ		

2.1.3 แนวคิดประชาสังคม

จุดเน้น ลักษณะของประชาสังคมบางประการ⁴⁴

1) มีความหลากหลาย ความหลากหลายเชิงรูปแบบ เช่น รูปแบบพื้นที่ การรวมตัวกลุ่มคนที่มารวมตัว และความหลากหลายเชิงเนื้อหา เช่น กิจกรรม ประเด็นความสนใจหรือปัญหา

⁴² จักรทิพย์ นาถสุภา และคณะ, ทฤษฎีและแนวคิดเศรษฐกิจชุมชนชาวนา (กรุงเทพมหานคร : โครงการวิจัยทัศน, 2541).

⁴³ เสน่ห์ จามริก, "เศรษฐกิจพอเพียงกับการพัฒนาที่ยั่งยืน", ในเอกสารประกอบการสัมมนา โครงการปราชญ์เพื่อแผ่นดิน ครั้งที่ 1 เรื่องปรัชญาการพัฒนา : ทฤษฎีใหม่ตามแนวพระราชดำริ ณ สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน 6-7 พฤศจิกายน 2541.

⁴⁴ อนุชาติ พวงสาส์ และ วีรบูรณ์ วิสารทสกุล, ประชาสังคม : คำ ความคิดและความหมาย (กรุงเทพมหานคร : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2540), หน้า 11-14.

2) มีความเป็นชุมชน ที่อาจมีอาณาบริเวณหรือบริบทขนาดใหญ่ที่เชื่อมโยงติดต่อกันในทางใดทางหนึ่ง หรือความเป็นชุมชนขนาดเล็กที่รวมตัวกันด้วยความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร ความสนใจ และหรือผลประโยชน์ร่วมกัน

3) บรรจําปึกสาธารณะ หรือจิตสำนึกเพื่อส่วนรวม (Public Consciousness) โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม (Civic Education) ผลักดันให้เกิด Public-interest Groups ขึ้นมา

4) มีกิจกรรมและความต่อเนื่อง บนพื้นฐานของกระบวนการกลุ่มที่หลากหลาย โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันหรือการเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ (Learning Society) ที่มีการปฏิบัติการร่วมกัน (Interactive Learning Through Action)

5) มีเครือข่ายและการติดต่อสื่อสาร มีระบบการจัดการที่ มีระบบการสื่อสารแลกเปลี่ยน ตลอดจนการสร้างเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน (Communication and Network) เพื่อกลุ่มประชาสังคมที่จะมีความยั่งยืน

ขอบเขตความหมาย ภายใต้ประสบการณ์การทำงานชุดหนึ่งและภาพของสังคมอุดมคติ สามารถรวบรวมเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) **มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน** ความเป็นกลุ่ม องค์กรที่มีสำนึกต่อสาธารณะนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่คนในองค์กรต้องมองเห็นอนาคตข้างหน้าร่วมกัน รู้และเข้าใจร่วมกันถึงทิศทางข้างหน้าที่จะไปด้วยกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน

2) **มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง** ด้วยองค์ประกอบของประชาสังคมที่มีความหลากหลาย ซับซ้อนและการร่วมสร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องนั้น การมีส่วนร่วมของทุกคนทุกฝ่ายย่อมเป็นเงื่อนไขให้เกิดการรับรู้ ตัดสินใจ และร่วมลงมือปฏิบัติเพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นร่วมกัน

3) **มีความเป็นธรรมชาติที่มีใช้การแต่งตั้งจัดตั้ง** ด้วยความจำเป็นองค์กรของสังคมที่อยู่นอกเหนือจากการควบคุมของอำนาจรัฐ ประชาสังคมจึงต้องเกิดขึ้นบนเงื่อนไขของสำนึกที่จะดำเนินกิจกรรมร่วมกัน บนพื้นฐานของการเติบโตไปอย่างเป็นธรรมชาติ การจัดตั้งหรือแต่งตั้งโดยกลไกอำนาจรัฐย่อมทำให้องค์กรและการดำเนินกิจกรรมขาดความเป็นอิสระ ยั่งยืนต่อเนื่อง ตลอดจนไม่อาจนำไปสู่ระดับแห่งสำนึกของความเป็นพลเมือง (Civic Consciousness) ซึ่งมีศักยภาพในการร่วมแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้

4) **มีความรัก ความเอื้ออาทร สมานฉันท์** การรวมกลุ่มของประชาสังคมบนพื้นฐานที่หลากหลายนั้น จำเป็นต้องสร้างขึ้นบนฐานแห่งความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร และสามัคคี ความแตกต่างเป็นสิ่งดีและไม่จำเป็นต้องนำไปสู่ความแตกแยก ดังนั้น ความสมานฉันท์จะเป็นส่วนเชื่อมโยงให้เกิดความร่วมมืออย่างมีพลัง

5) **มีองค์ความรู้และความสามารถในการแสวงหาความรู้** ประชาสังคมควรที่จะสร้างและสะสมองค์ความรู้ที่สามารถปรับใช้และเรียนรู้เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ประกอบกับจะต้องมีศักยภาพและความสามารถที่จะแสวงหาความรู้อีกด้วย ดังนั้น การมีองค์ความรู้และความสามารถในการแสวงหาความรู้จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งของความเป็นประชาสังคม ในอันที่จะสนองตอบการแก้ปัญหาและการกำหนดทิศทางในอนาคตร่วมกันได้เป็นอย่างดี

6) **มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติหรือทำกิจกรรมร่วมกัน** การเรียนรู้ร่วมกันของคนในสังคมจะช่วยสร้างให้เกิดพลัง “เกิดปัญญาหมู่” องค์ประกอบอีกประการหนึ่งซึ่งเป็นเงื่อนไขที่จะสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นกับพลังที่สามหรือชุมชน สังคมคือ เงื่อนไขแห่งการเรียนรู้ร่วมกันของคนในสังคม โดยอาศัยเทคนิควิธีการที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่ละกลุ่ม ซึ่งจะต้องคิดค้นร่วมกัน

7) **มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง/เครือข่ายความร่วมมือ** การสื่อสารเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นความจำเป็นที่จะทำให้ประชาสังคมมีความเติบโตและขยายตัวออกอย่างมั่นคง ระบบการสื่อสารของประชาคมมิใช่เรื่องง่าย เนื่องจากมีข้อกีดขวางในแนวคิด แต่เป็นการสื่อสารในแนวราบ การคิดค้นรูปแบบใหม่ๆ การเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือต่างๆ นับเป็นแนวทางสำคัญเพื่อการสื่อสาร นอกจากนี้ ความร่วมมือและการสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันสื่อมวลชนทั้งในส่วนกลางและท้องถิ่น ย่อมจะเป็นวิธีการสื่อสารของประชาสังคมที่สำคัญ

8) **มีระบบการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ** จุดอ่อนของภาคสังคมคือ ความสามารถในการจัดการ การเติบโตของภาคธุรกิจที่มีความเข้มแข็ง มีพลังก็เพราะมีระบบการจัดการที่ดี ดังนั้น การสร้างประชาสังคมจะต้องวางอยู่บนพื้นฐานของการจัดการที่ดี การจัดการที่ดีต้องดีทั้งองค์กร ระบบ และประสิทธิภาพของทั้งคนและองค์กร

ลักษณะและองค์ประกอบดังกล่าว เป็นการตีความ ขยายความ จากแง่มุมของความหมายต่างๆ ดังกล่าวแล้วในตอนต้น ประกอบกับการศึกษาในเชิงรูปธรรมของขบวนการเคลื่อนไหวของกลุ่มประชาสังคมในพื้นที่ต่างๆ อย่างไรก็ตามก็ดี ลักษณะและองค์ประกอบเหล่านี้ คงเป็นเพียงแนวทางสำหรับการคิด แลกเปลี่ยน และหรือเลือกใช้ตามบริบทและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ แต่ละองค์กร เงื่อนไขที่จำเป็น (Necessary Condition) ของบางพื้นที่ บางองค์กร อาจเป็นเพียงแค่

เงื่อนไขที่เพียงพอ (Sufficient Condition) ในบางพื้นที่หรือบางองค์กรก็ได้ตามความเหมาะสม ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2-5 แสดงจุดเน้นและขอบเขตแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนประชาสังคม

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
1. มีความหลากหลาย	1. มีวิสัยทัศน์ร่วมกัน	- Seage, Peter m. et aL (1994) ⁵⁰
2. ความเป็นชุมชน	2. การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง	- อเนก เหล่าธรรมทัศน์ (2542, น.15)
3. บนสำนึกสาธารณะ	3. ความเป็นธรรมชาติที่มีใช้การแต่งตั้งจัดตั้ง	- ประเวศ วะสี (2538) ⁵¹
4. เกิดกิจกรรมและความต่อเนื่อง	4. มีความรัก ความเอื้ออาทร สมานฉันท์	- ธีรยุทธ บุญมี (2539) ⁵²
5. เครือข่ายและการติดต่อสื่อสาร	5. มีองค์ความรู้และความสามารถ ในการแสวงหาความรู้	- ชัยอนันต์ สมุทวณิช (2539)
	6. มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติหรือ ทำกิจกรรมร่วมกัน	- ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2539) ⁵³
	7. มีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง/ เครือข่ายความร่วมมือ	- เกษียร เตชะพีระ (2539) ⁵⁴
	8. มีระบบการจัดการที่ดีมีประสิทธิภาพ	- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2540) ⁵⁵
		- สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ (2540) ⁵⁶
		- ชูชัย ศุภวงศ์ (2540) ⁵⁷

⁵⁰ Seage, P.M. et aL., 1994 : 509 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี และ วิบุรณ วิสารทสกุล, ประชาสังคม : คำความคิดและความหมาย, หน้า 9.

⁵¹ ประเวศ วะสี, คนดีศรีสังคม 2538 (กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2538).

⁵² ธีรยุทธ บุญมี อ้างใน คณะกรรมการเผยแพร่และส่งเสริมงานพัฒนา มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม ประชาทรรศน์ 16 (กรกฎาคม 2539).

⁵³ ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม, 2539 อ้างใน ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยวดี คาดการณ์ไกล, ประชาสังคม ทรรศนะนักคิดในสังคมไทย (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มติชน, 2540), หน้า 161-162.

⁵⁴ เกษียร เตชะพีระ, 2539 อ้างใน ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยวดี คาดการณ์ไกล, ประชาสังคม ทรรศนะนักคิดในสังคมไทย, หน้า 123.

⁵⁵ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, "ประชาสังคม : มิติใหม่ของการเมืองสาธารณะ", ใน ประชาชนสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ (กรุงเทพมหานคร : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540), หน้า 37.

⁵⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 11-12.

⁵⁷ ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยวดี คาดการณ์ไกล, ประชาสังคม ทรรศนะนักคิดในสังคมไทย, หน้า 166.

ตารางที่ 2-5 แสดงจุดเน้นและขอบเขตแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนประชาสังคม (ต่อ)

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
		- อนุชาติ พวงสำลี และ วีรบูรณ์ วิสารทสกุล (2541, น. 4-7)

2.1.4 แนวคิดชุมชนเสมือนจริง

จุดเน้น คุณลักษณะที่สำคัญของชุมชนเสมือนจริง⁵⁸ คือ

- 1) จิตสำนึกร่วม (Consciousness)
- 2) หลักการ (Principle)
- 3) จุดมุ่งหมาย (Purpose)

ขอบเขตความหมาย

- 1) เป็นชุมชนที่ไม่จำเป็นต้องมีพื้นที่ทางกายภาพ ไม่จำเป็นว่าสมาชิกต้องพบปะหน้าตากันโดยตรง แต่เป็นชุมชนที่อาศัยเทคโนโลยีการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องสานความสัมพันธ์และจิตสำนึกร่วมของสมาชิก
- 2) สื่อสารกันด้วยถ้อยคำภาษา และความคิดผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ไม่มีอคติเกี่ยวกับเพศ อายุ เชื้อชาติ สีผิว เผ่าพันธุ์ รูปร่างหน้าตา เสียงพูด อากัปกริยา
- 3) เชื่อมโยงผู้ที่มีความสนใจร่วมกันเข้าด้วยกัน สามารถเข้าถึงแหล่งและช่วยคัดสรรกลั่นกรองข้อมูลที่เป็นและทันสมัย โดยไม่ต้องเก็บรวบรวมไว้มากมาย เป็นประโยชน์หรือมีผลต่อความรับผิดชอบร่วมกันในฐานะเป็นชุมชนในรูปแบบใหม่ที่มีจิตสำนึกร่วมกัน มีหลักการและจุดมุ่งหมายร่วมกัน
- 4) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ยุติธรรมและเครือข่ายที่กว้างขวางมากกว่าในอดีต

รูปแบบของชุมชนมีความหลากหลาย โดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศที่เชื่อมโยงเครือข่ายของผู้คนเข้าด้วยกัน ด้วยความที่มีวัตถุประสงค์และความสนใจร่วมกัน หรือเป็นศูนย์กลาง

⁵⁸ Schuler, 1996, P.9 อ้างใน ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, *กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*, หน้า 39-42.

สื่อสารที่ทำให้ผู้คนที่ผ่านเข้ามาในเครือข่ายได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ร่วมกัน โดยความร่วมมือทางเทคโนโลยีที่เชื่อมโยงในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับภูมิภาคจนถึงระดับโลก แต่มีข้ออ่อน คือ ไม่มีข้อภาระผูกพัน ข้อต่อรอง หรือมีความพร้อมในเรื่องของข้อเท็จจริงร่วมกัน แต่ถ้ามีวัตถุประสงค์และความสนใจร่วมกันมากขึ้น ความพร้อมในเรื่องของข้อเท็จจริงจะมีปรากฏเพิ่มขึ้น จากนั้นจะนำไปสู่การประสานงาน และการทำกิจกรรมร่วมกัน ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2-6

ตารางที่ 2-6 แสดงจุดเน้นและขอบเขตแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนเสมือนจริง

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
1. จิตสำนึกร่วม (Consciousness)	1. ไม่จำเป็นต้องมีพื้นที่ทางกายภาพ	- Schuler (1996, P.9)
2. หลักการ (Principle)	อาศัยเทคโนโลยีการสื่อสาร เป็น	- Rheingold (1998, P.116-121)
3. จุดมุ่งหมาย (Purpose)	เครื่องมือสานความสัมพันธ์และ	- Lois Dean
	จิตสำนึกร่วมของสมาชิก	- Tonies
	2. สื่อสารด้วยถ้อยคำภาษาและ	- อริยา เศวตามร์ (2542, น. 204)
	ความคิดผ่านเครือข่าย	
	คอมพิวเตอร์	
	3. เชื่อมโยงผู้ที่มีความสนใจร่วมกัน	
	เข้าด้วยกัน	
	4. สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่	
	ยุติธรรมและเครือข่ายที่กว้าง	
	ขวาง	

กล่าวโดยสรุป ความเป็นชุมชนไม่ได้มีความหมายที่ตายตัว แต่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง การให้ความหมายเกี่ยวกับชุมชนจึงเป็นสื่อที่ใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ทางสังคมหรือการจัดระบบความสัมพันธ์ใหม่ทั้งกับภายในและภายนอกชุมชน

ฉะนั้น ความเป็นชุมชนจึงมิได้มีเพียงหน่วยเดียว หากแต่เป็นสายใยของความสัมพันธ์ที่สานขึ้นจากความสัมพันธ์ต่างๆ และมีเครือข่ายของความสัมพันธ์ที่ทับซ้อนกันอยู่ การสร้างใหม่ของความเป็นชุมชนจึงเป็นการแสดงออกถึงความเป็นตัวตนอันเป็นการตอบโต้ของคนในชุมชนหรือสังคม และเป็นที่ยังช่วยให้ผู้คนยกระดับความรู้ ความสามารถ การรับรู้ และความเข้มแข็งหรือพลังที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันผ่านกาสนความสัมพันธ์ต่างๆ เข้าด้วยกัน

จะเห็นได้ว่า ชุมชนมีนัยและความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปตามพลวัต หรือกระแสของสังคม ความเป็นชุมชนเน้นเรื่องของความสัมพันธ์และความเกาะเกี่ยวกันของเพื่อนมนุษย์ในระดับต่างๆ

ดังนั้น ในส่วนของการศึกษาและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในด้านการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนนี้ ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดเกี่ยวกับชุมชนทางสังคมวิทยา โดยนำคำจำกัดความที่ กาญจนา แก้วเทพ⁵⁹ กล่าวถึงชุมชนว่า “ชุมชน” หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีฐานะและอาชีพที่คล้ายคลึงกัน มีลักษณะของการใช้ชีวิตร่วมกัน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตั้งแต่ระดับครอบครัวไปสู่ระดับระดับเครือข่ายจนถึงระดับหมู่บ้านและระดับเกินหมู่บ้าน และผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความรู้สึกว่าเป็นคนชุมชนเดียวกัน นอกจากนี้ ยังมีการดำรงรักษาคุณภาพ และมรดกทางวัฒนธรรมและศาสนา ถ่ายทอดไปยังลูกหลานอีกด้วย

กอบกับแนวคิดทางสังคมวิทยา ที่กล่าวถึงชุมชนว่า มีองค์ประกอบสำคัญคือ พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (Geographical Areas) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) และความผูกพันร่วมกัน (Communities) นั่นคือ ชุมชนประกอบด้วยบุคคลที่มีการปฏิสัมพันธ์กันทางสังคมในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และมีความผูกพันร่วมกันในสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือหลายสิ่ง

อย่างไรก็ตาม ระบบคมนาคมและการสื่อสารที่ทันสมัย รวมทั้งอิทธิพลของปัจจัยภายนอกชุมชนซึ่งอยู่ในรูปของนโยบายและโครงการพัฒนาของรัฐบาล ได้ทำให้การปฏิสัมพันธ์กันทางสังคมของบุคคลไม่จำเป็นต้องเกิดอยู่แต่เพียงในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ดังนั้น พื้นที่ทางภูมิศาสตร์จึงไม่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชุมชนอีกต่อไป⁶⁰

ชุมชนสามารถพิจารณาได้ใน 3 สถานะ คือ เป็นหน่วยของถิ่นที่อยู่ (Territorial Unit) หน่วยของการจัดองค์กรทางสังคม (Social Organization Unit) และหน่วยทางจิตวิทยาวัฒนธรรม (Psychocultural Unit)

⁵⁹ กาญจนา แก้วเทพ, การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน (กรุงเทพมหานคร : สมาคมทอริกแห่งประเทศไทย เพื่อการพัฒนา, 2538), หน้า 14.

⁶⁰ ดารณี ถวิลพิพัฒน์กุล, การศึกษาศักยภาพในการพัฒนาชุมชนชนบทในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536), หน้า 11-12.

ในแง่ของหน่วยของถิ่นที่อยู่ โดยทั่วไปแล้วชุมชนมักจะเกิดขึ้นในที่ซึ่งมีทรัพยากรธรรมชาติ และมีเส้นทางคมนาคมผ่านในขณะทีลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่มีอิทธิพลต่อชีวิตของคนในชุมชน มนุษย์ก็จะปรับและดัดแปลงสภาพทางกายภาพของชุมชนตามความต้องการของตน ตามกฎหมาย ค่านิยม และกิจกรรมทางเศรษฐกิจของคนในชุมชน

ในแง่ของหน่วยของการจัดองค์กรทางสังคม ชุมชนถูกมองว่าเป็นระบบสังคมอันหนึ่งซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยๆ ที่ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่น อันได้แก่ การถ่ายทอดวัฒนธรรมให้แก่สมาชิกใหม่ของสังคม (Socialization) การควบคุมทางสังคม (Social Control) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Participation) การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Mutual Support) ตลอดจนการผลิต การบริโภค และการกระจายสินค้าและบริการภายในชุมชน (Production-consumption-distribution)

นอกจากนี้ ชุมชนยังถูกมองว่าเป็นโครงข่ายของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอีกด้วย การติดต่อสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกลุ่มต่างๆ และสถาบันต่างๆ ถ้าความสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างบุคคล กลุ่ม และสถาบันที่อยู่ในชุมชนหรือในระดับเดียวกัน เรียกว่าเป็นความเชื่อมโยงในแนวราบ (Horizontal Ties) ถ้าความสัมพันธ์เกิดขึ้นระหว่างบุคคล กลุ่ม และสถาบันต่างระดับกัน เรียกว่าเป็นความสัมพันธ์ในแนวตั้ง (Vertical Ties)

ในแง่ของหน่วยทางจิตวิทยาวัฒนธรรม ความรู้สึกที่ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเป็นความผูกพันร่วมกันของคนที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น การที่คนมีความรู้สึกว่าเขาเป็นคนถิ่นนั้นถิ่นนี้ทำให้เขาเกิดความรู้สึกมั่นคงเพราะมีที่ยึดเหนี่ยว ความรู้สึกนี้เรียกว่า Community Sentiment มีอยู่เพราะสมาชิกของชุมชนมีค่านิยม กฎเกณฑ์ของสังคม และเป้าหมายร่วมกัน ถ้าหากชุมชนใดขาด Community Sentiment จะทำให้เกิดปัญหาสังคม เช่น อาชญากรรม โรคจิต ความไม่สงบทางสังคม ซึ่งจะทำให้การควบคุมทางสังคมทำได้ลำบาก ทั้งนี้ หากเกิดปัญหาขึ้นชุมชนจำเป็นต้องแก้ไขโดยอาศัยกระบวนการแก้ไขปัญหาที่จะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

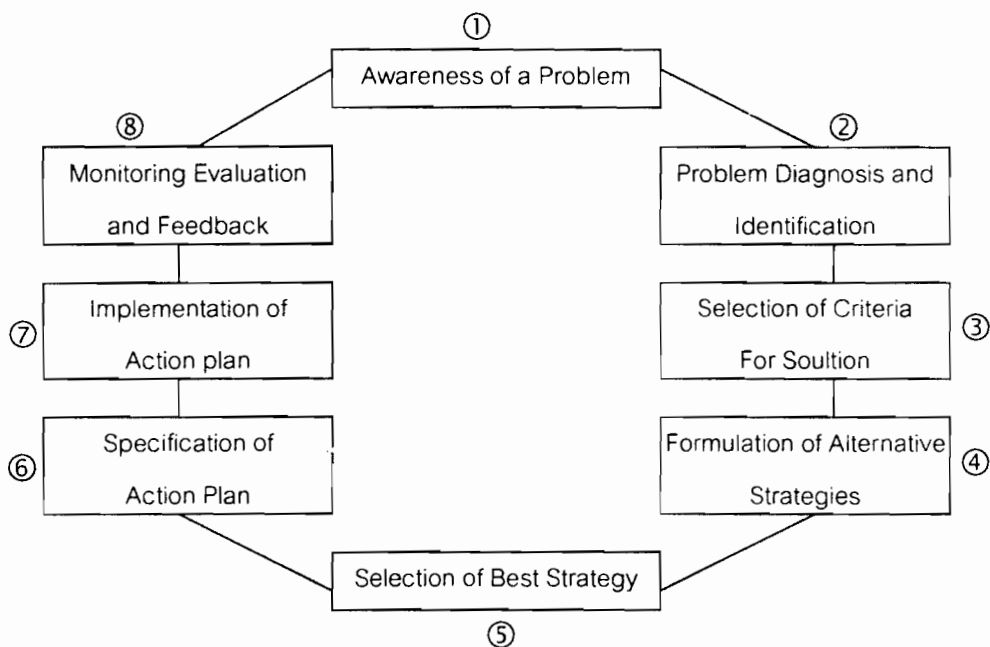
2.2 กระบวนการแก้ไขปัญหาชุมชน

ในการแก้ไขปัญหาของชุมชนมักดำเนินการในรูปของกลุ่มหรือองค์กรชุมชนทั้งที่มีอยู่เดิมหรืออาจจัดตั้งขึ้นมาใหม่เพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชนทำหน้าที่แก้ไขปัญหาต่างๆ การแก้ไขปัญหาโดยระบบกลุ่มมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าการแก้ปัญหาโดยปัจเจกบุคคลตามลำพัง เพราะกลุ่มจะให้หนทางแก้ไขปัญหาที่ดีและหลากหลาย ทั้งยังเป็นที่รวมของแหล่งทรัพยากรในการ

แก้ปัญหา ความผิดพลาดจะถูกตรวจสอบได้บ่อยครั้ง และการเป็นสมาชิกกลุ่มยังเพิ่มแรงจูงใจที่จะแก้ไขปัญหามากกว่าปัจเจกบุคคล ดังนั้น ในการแก้ไขปัญหากลุ่มจึงต้องพิจารณาจากประเด็นขององค์การชุมชนเป็นหลัก⁶¹ ผู้วิจัยจึงเลือกรูปแบบ (Model) กระบวนการแก้ไขปัญหในระดับกลุ่มเป็นแนวทางในการศึกษา

จากกรอบแนวความคิดของ ฟรานซิส แอล อุลซาค (Francis L. Ulschak)⁶² ได้แบ่งขั้นตอนในกระบวนการแก้ไขปัญหออกเป็นขั้นตอนต่างๆ ดังปรากฏรายละเอียดในแผนภูมิที่ 2-2 ซึ่งแบ่งแยกออกเป็นแต่ละขั้นตอนเพื่ออำนวยความสะดวกทำความเข้าใจ ทั้งในในความเป็นจริง ขั้นตอนต่างๆ นั้น อาจต่อเนื่องและกลมกลืนกันจนเป็นกระบวนการเดียว หรืออาจเกิดขึ้นในระยะเวลาใกล้เคียงกันได้

แผนภูมิที่ 2-2 แสดงขั้นตอนในกระบวนการแก้ไขปัญห Basic Steps of Problem Solving



ที่มา : Francis L. Ulschak, Leslie Nathanson and Peter G. Gillan. Small Group Problem Solving : an Aid to Organizational Effectiveness (Phillipines : Addison-Wesley, 1981), p.181.

⁶¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 13-18.

⁶² Francis L. Ulschak, Leslie Nathanson and Peter G. Gillan, Small Group Problem Solving : an Aid to Organizational Effectiveness (Phillipines : Addison-Wesley, 1981)m P. 1-3.

1) การรับรู้ปัญหา (Awareness of a Problem)

จุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาใดๆ ก็ตาม จะเริ่มด้วยความรู้สึกว่ามีบางอย่างไม่ถูกต้องในแต่ละบุคคลมักจะรู้ว่ามีปัญหา ซึ่งเขาอาจจะรู้สึกตกใจ วิตกกังวลหรือไม่สบายใจ แล้วจึงสำนึกได้ว่ามีบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้นกับตัวเองหรือกลุ่ม ในที่นี้ชุมชนจะต้องมีความรู้สึกยอมรับและเห็นพ้องว่าเป็นปัญหาร่วมกัน ซึ่งปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อมีช่องว่างระหว่าง สภาวะการณ์ที่เป็นกับ สภาวะการณ์ ที่คาดหวังว่าควรจะเป็น

2) การวิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหา(Problem Diagnosis and Identification)

เป้าหมายในระยะนี้ก็คือ การได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหา เพื่อที่จะดูว่าปัญหานั้นคืออะไร เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ สาเหตุและรากเหง้าของปัญหา ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดเกณฑ์ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

3) เกณฑ์หรือเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา (Criteria for Solution)

ส่วนสำคัญที่สุดของวงจรการแก้ไขปัญหาคือ การนิยามสภาวะการณ์ว่าควรจะเป็นเช่นไร สภาวะการณ์นี้จะต้องวัดได้และชี้เฉพาะ ซึ่งสมาชิกในชุมชนจะต้องเห็นด้วยกับสภาวะเหล่านี้ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง ดังนั้น เกณฑ์หรือเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาจะต้องนำเสนอต่อสมาชิกในชุมชน

4) การแสวงหาทางเลือกหรือวิธีแก้ไขปัญหา (Formulation Alternative)

ในช่วงนี้จะต้องวิเคราะห์ถึงวิธีหรือทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา ชุมชน จะต้องค้นหาวิธี ยุทธศาสตร์และแหล่งทรัพยากรเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายของการแก้ไขปัญหา สิ่งสำคัญคือสมาชิกจะต้องรับผิดชอบต่อการรวบรวมข้อมูลร่วมกัน เพราะนอกจากจะเป็นการได้มาซึ่งหนทางแก้ไขที่หลากหลายแล้ว ยังเป็นการสร้างการยอมรับและความรู้สึกที่มีส่วนในวิธีแก้ปัญหาระหว่างสมาชิกด้วย

5) การเลือกวิธีแก้ไขปัญหาคือดีที่สุด (Selection of the Best Strategy)

ในระยะนี้วิธีการแก้ไขปัญหาก็ได้มาหลายทาง จะถูกประเมินเปรียบเทียบกับวิธีแก้ปัญหาใดที่เข้ากับเกณฑ์หรือเป้าหมายของการแก้ปัญหาคือดีที่สุดจะถูกเลือกมาใช้ในการแก้ไขปัญหานั้น ผลของการประเมินนี้อาจออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น อาจมีวิธีการแก้ปัญหาหลายๆ วิธีที่เหมาะสม กับเกณฑ์การแก้ปัญหา ซึ่งแก้ไขได้โดยเพิ่มเกณฑ์ขึ้นมาอีกเพื่อจำกัดทางเลือกให้ลดลงหรือมีวิธีที่ได้ อาจเหมาะสมกับเกณฑ์ทั้งหมดก็สามารถใช้วิธีแก้ปัญหานั้นได้ หรือวิธี

แก้ปัญหาที่ได้ อาจเหมาะสมกับเกณฑ์เพียงเล็กน้อยหรือไม่สอดคล้องเลย ถ้าเป็นเช่นนี้วิธีแก้ปัญหา นั้นก็จะไม่ถูกยอมรับและในบางครั้งต้องใช้วิธีแก้ปัญหาหลายๆ วิธีด้วยกัน จึงจะสามารถแก้ไขได้ สำเร็จ และถ้าไม่สามารถวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้เลย จะต้องย้อนกลับไปในระยะที่ 2 เพื่อ วิเคราะห์สาเหตุปัญหาอีกครั้งและกระทำซ้ำในระยะที่ 3

6) การกำหนดแผนปฏิบัติการ (Specify the Action Plan)

ทันทีที่วิธีการแก้ปัญหาได้ถูกเลือก จะต้องมีการวางแผนในรายละเอียดว่าใคร จะทำอะไร ทำเมื่อไร และทำอย่างไร

7) ลงมือปฏิบัติการ (Implement the Action Plan)

เป็นช่วงของการดำเนินตามแผนปฏิบัติการที่ได้เลือกไว้ สมาชิกจะต้องกระทำ ในส่วนที่ตนรับผิดชอบด้วยความระมัดระวังและสามารถรู้สึกได้ถึงความสำเร็จที่ได้รับร่วมกัน

8) การดำเนินการประเมินผลและการสะท้อนกลับ (Monitoring Evaluation and Feedback)

เมื่อแผนปฏิบัติได้ดำเนินมาถึงในระยะของสถานะที่คาดหวังแล้ว ผลที่ออกมา จะต้องมีการตรวจสอบว่า เป้าหมายของการแก้ปัญหาได้บรรลุแล้วและปัญหาได้ถูกแก้ไขหรือไม่ ทั้งแผนปฏิบัติการ วิธีการแก้ไข และการดำเนินการจะต้องเป็นไปอย่างมั่นคง เพื่อที่จะแน่ใจว่าเป้าหมายที่ต้องการกำลังจะบรรลุ ถ้าสมาชิกยังคงเกิดความรู้สึกไม่สบายต่อแนวทางที่ทำไป ก็จะต้อง ย้อนกลับไปเริ่มระยะที่ 1 ใหม่อีกครั้ง

กล่าวโดยสรุป ชุมชนเป็นการรวมตัวกันของกลุ่มคนที่มีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมใน พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ มีความผูกพันร่วมกัน อีกทั้งยังมีความเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหา ชุมชนจะอาศัยกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชนนั้น ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ ปัญหาร่วมกันของชุมชน การวิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหา เกณฑ์หรือเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา การแสวงหาทางเลือกหรือวิธีแก้ไขปัญหา การเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด การกำหนด แผนปฏิบัติการ ลงมือปฏิบัติการ การดำเนินการประเมินผลและการสะท้อนกลับ

จากกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชนดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัย เกณฑ์หรือเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา ซึ่งในอดีตที่ผ่านมารัฐเป็นผู้กำหนดเป้าหมายในการ พัฒนาประเทศโดยเน้นตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจเป็นหลัก เพื่อพัฒนาให้เป็นที่ไปตามความเจริญก้าวหน้าของสังคมโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาตามประเทศที่พัฒนาแล้วเรียกว่า เป็นการทำให้

ทันสมัย (Modernization) ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมขึ้นในปัจจุบัน

เกณฑ์หรือเป้าหมายในการแก้ไขปัญหของชุมชน จึงควรเปลี่ยนมโนทัศน์ใหม่ ชุมชนควรเป็นผู้กำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหของตนเอง โดยมีการระดมความคิดซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนเป็นสำคัญ เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับเกณฑ์หรือตัวชี้วัดในด้านต่างๆ อาทิเช่น เกณฑ์การพึงตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน

ฉะนั้น ถ้าคำนึงถึงความสำคัญของชุมชนในแง่ที่เป็นหน่วยย่อยของสังคม อันจะเป็นพลังไปสู่การพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน ย่อมจะต้องอาศัยการส่งเสริมและพัฒนาความร่วมมือของชุมชน ซึ่งมีอยู่หลายรูปแบบ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงอาศัยพื้นฐานแนวคิดที่สำคัญคือ การใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการพัฒนา กระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน โดยถือว่าเป็นหนึ่งเดียวกับการสร้างความเข้มแข็งชุมชน ซึ่งประเด็นสำคัญ คำว่า "ความเป็นชุมชน" ในที่นี้หมายถึง ชุมชนที่อุดมไปด้วยชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี (Healthy Public Lift)

ไม่ว่า "ชุมชน" จะแสดงให้เห็นความเข้มแข็งในรูปแบบใดก็ตาม ความเป็นชุมชนนั้นล้วนต้องเป็นผลมาจาก "สภาวะพื้นฐาน" นับตั้งแต่วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ภาวะผู้นำ รูปแบบการทำมาหากิน สภาพสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร การปกครองตนเอง ตลอดจน "กระบวนการทางสังคมในชุมชน" ที่เกี่ยวพันตามมา เช่น การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน การร่วมกันเรียนรู้และแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยกันในชุมชน ลักษณะสัมพันธ์ภาพระหว่างกลุ่มคนฝ่ายต่างๆ ในชุมชนทั้งในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ เป็นต้น⁶³

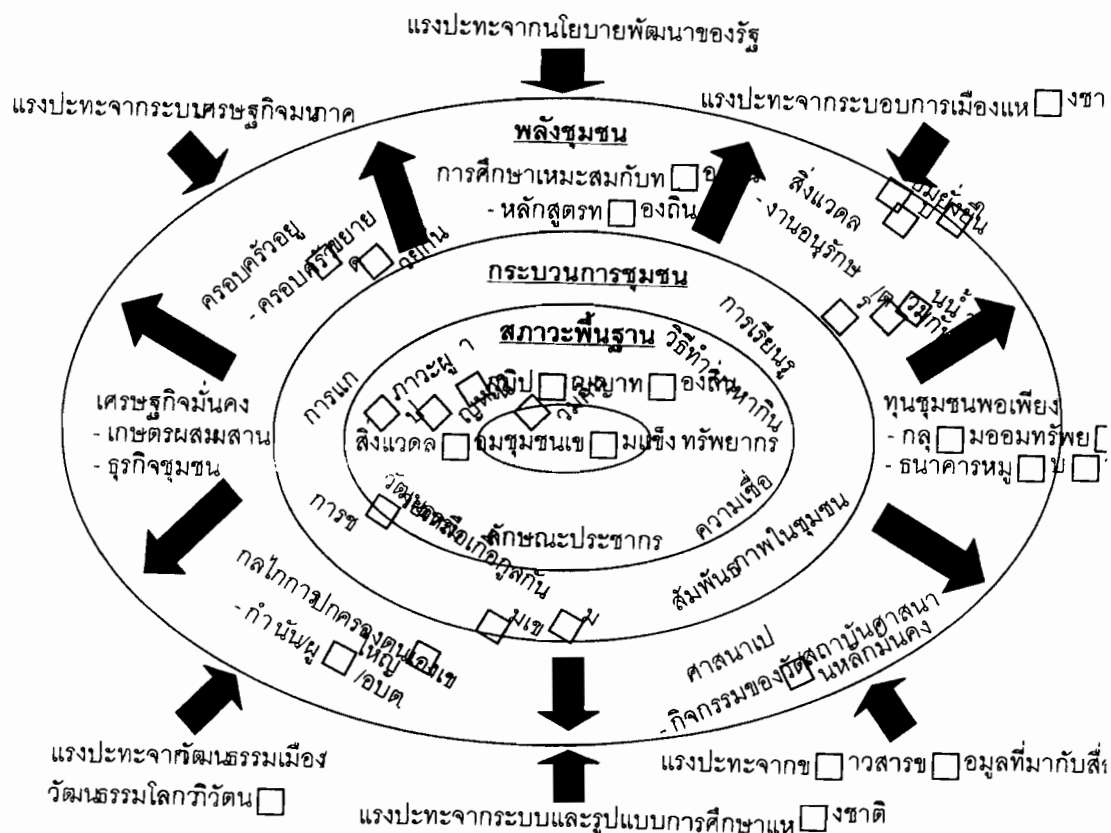
สภาวะพื้นฐานของชุมชนและกระบวนการทางสังคมต่างๆ ในชุมชนนั่นเองที่จะมีปฏิสัมพันธ์กันและหล่อหลอมกันเข้าเป็น "พลังชุมชน" ที่อาจเห็นเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะเป็นการมีระบบเศรษฐกิจที่มั่นคงยั่งยืนในรูปของการเกษตรผสมผสานหรือธุรกิจชุมชนด้านต่างๆ การมีการ

⁶³ ศูนย์วิจัยนโยบายการศึกษา, "แนวทางการพัฒนาประเด็นวิจัยชุดโครงการวิจัยด้านการศึกษากับชุมชน", ใน อมรวิเศษ นาครทรรพ และคณะ (บรรณาธิการ), การศึกษากับความเข้มแข็งของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนเพื่อการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นการแกะสลักไม้ในโรงเรียน โครงการขยายโอกาสทางการศึกษาชุมชนบ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ (กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541).

ออมทุนร่วมกันในชุมชนในรูปแบบออมทรัพย์หรือธนาคารชุมชน เพื่อเป็นสวัสดิการและหลักประกันความมั่นคงให้คนในชุมชน การมีสภาพครอบครัวที่อบอุ่นแน่นแฟ้นอยู่กันพร้อมหน้า การมีสภาพแวดล้อมในชุมชนที่สมบูรณ์ยั่งยืนในรูปของการร่วมกันอนุรักษ์ป่าไม้และต้นน้ำลำธาร การมีกลไกปกครองตนเองที่เข้มแข็งในรูปขององค์กรท้องถิ่นที่มีผลงานประจักษ์ชัด การมีการศึกษาที่เหมาะสมแก่ท้องถิ่นในรูปของหลักสูตรท้องถิ่นต่างๆ เป็นต้น

พลังชุมชนในรูปต่างๆ จึงจะบ่งบอกถึงความเป็นชุมชนที่สะท้อนให้เห็นในรูปของการกินดีอยู่ดี การเอื้ออาทร ความสัมพันธ์อันอบอุ่นระหว่างสมาชิกของชุมชนและการมีสภาพแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ และจะเป็นความเข้มแข็งที่ชุมชนในการเผชิญกับ "แรงปะทะ" ต่างๆ จากโลกภายนอก ไม่ว่าจะเป็นแรงปะทะจากกระแสเศรษฐกิจ ทุนนิยม กระแสการเมืองระดับชาติและท้องถิ่น กระแสสื่อมวลชน ซึ่งชุมชนจะได้ใช้ความเข้มแข็งในการต้านแรงปะทะต่างๆ ด้วยการพินิจพิเคราะห์ ไตร่ตรองและเลือกสรรวิถีชีวิตทางการพัฒนาที่เหมาะสมให้แก่ตนเอง ดังปรากฏรายละเอียดเกี่ยวกับสัมพันธ์ "สภาวะพื้นฐาน" "กระบวนการชุมชน" และ "พลังชุมชน" ในแผนภูมิที่ 2-3

แผนภูมิที่ 2-3 แสดงแนวคิดเรื่อง "ความเข้มแข็งของชุมชน"



ดังนั้น เพื่อความเข้าใจและการอธิบายกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ซึ่งเป็นหนึ่งเดียวกับความเป็นชุมชน ในความหมายสำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะได้นำเสนอแนวทางการวิเคราะห์ทางสังคมในระดับชุมชน เพื่อทำความเข้าใจสถานะพื้นฐาน กระบวนการชุมชน และพลังชุมชนที่กล่าวถึงในลำดับถัดไป ภายหลังจากการนำเสนอ "ความเป็นชุมชน" ทั้งนี้เพื่อความกระจ่างชัดในประเด็นปัญหาการวิจัยในครั้งนี้

นอกจากนี้ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้นำ "ประชาสังคม" มาประยุกต์ใช้ในขอบเขตที่กว้างขวาง โดยหมายรวมถึงทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน เข้ามาเป็นภาคีร่วมกัน คือร่วมกันทำ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสังคมให้เข้มแข็ง⁶⁴

กล่าวอย่างง่าย ๆ ประชาสังคมมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชน จังหวัด ไปจนถึงสังคมประเทศ สิ่งสำคัญที่เป็นแก่นหรือมาตรฐานวัดความเป็นประชาสังคมตามแนวคิด นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้แก่ "ความเป็นชุมชน" ซึ่งท่านให้คำนิยามว่า

ความเป็นชุมชนในหลักคิดนี้ หมายถึง การที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกัน หรือความเชื่อร่วมกันในบางเรื่อง มีการติดต่อสื่อสารกันหรือรวมกลุ่มกัน จะอยู่ห่างกันก็ได้ แต่มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีเรื่องจิตใจเข้ามาด้วย เช่น มีความรัก มิตรภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกันจากการกระทำ และมีการจัดการในการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่าง จะเป็นเรื่องใดก็ได้ แต่

เมื่อความเป็นชุมชนเกิดขึ้น จะพบเห็นสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้มืออยู่ด้วย ได้แก่

1. เกิดความสุข เป็นความสุขของคนที่มาช่วยกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ลดความเห็นแก่ตัวลง และรักใคร่กัน
2. มีประสิทธิภาพที่จะทำ : ให้งานประสบความสำเร็จ เรื่องนี้จะเกิดขึ้นสูงมาก เรียกว่าสูงอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ทำอะไรสำเร็จได้ง่าย สามารถแก้ปัญหาความยากจนได้ในเวลาอันรวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาล้มลุกคลุกคลานและสังคมได้ พร้อมกับเป็นเครื่องพัฒนาธรรม และเป็นการเมือง

⁶⁴ พิทยา ว่องกุล, "ฐานชุมชน" ประชาสังคม ธรรมรัฐ และชุมชนธปไตย : ทางรอดในยุควิกฤติเศรษฐกิจสังคมไทย, ใน ธรรมรัฐ : จุดเปลี่ยนประเทศไทย (กรุงเทพมหานคร : โครงการวิถีธรรม, 2541), หน้า 82-83.

ด้วย เนื่องจากประชาสังคมต้องอาศัย “ปัญญา” ของทุกคนที่อยู่ในระบบ ยอมรับความสำคัญของทุกคนทั้งต้องเรียนรู้ร่วมกัน

การเรียนรู้ร่วมกันในทางปฏิบัติ เป็นหัวใจสำคัญของชุมชน เพราะจะทำให้เกิดปัญญาในระบบ มีพลังอย่างยิ่งในการร่วมมือกันทำงานให้ประสบความสำเร็จ ด้วยมิตรภาพ และความรัก

3. มีการจัดการ เมื่อมีองค์กร มีคนรับผิดชอบ ก็ต้องมีการจัดการ เป็นการจัดการให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน การจัดการเป็นปัญญาชนิดหนึ่งที่ทรงพลังมาก ทรงพลังถึงขนาดที่มีคนบอกว่า การจัดการทำให้สิ่งที่เป็นไปไม่ได้เป็นไปได้ (Management Makes the Impossible Possible)

นอกจากนี้ ความเป็นชุมชนที่มีศักยภาพสูง ยังอาศัยองค์ประกอบทางด้านจิตใจ เป็นเรื่องธรรมะ เรื่องจิตวิญญาณ และสำนึกร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแบบยั่งยืน

หัวใจการพัฒนาแบบยั่งยืน จึงต้องประกอบด้วย การรวมตัวกันเป็นชุมชน การเรียนรู้ต้องเป็นการเรียนรู้แบบปฏิบัติการ และมีตัวความรู้ที่เกิดขึ้น

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ “พลังชุมชน” ที่กล่าวถึงคือ กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนชนบทไทย

2.3 การวิเคราะห์ทางสังคมในระดับชุมชน

สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สัมครกร ได้กล่าวถึงการวิเคราะห์ทางสังคมเพื่อการพัฒนา⁶⁵ โดยสรุปไว้ดังนี้

การดำรงชีพอยู่ของมนุษย์ในสังคม สภาพแวดล้อมทางสังคมแต่ละแห่งอาจแตกต่างกันออกไปตามลักษณะทางกายภาพและวัฒนธรรมท้องถิ่น หากได้รับผลกระทบจากงานพัฒนาย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีแต่เดิม การศึกษาวิเคราะห์ทางด้านสังคมจึงช่วยให้มนุษย์มีความรู้ ความเข้าใจสภาพสังคมได้อย่างถูกต้อง กอปรกับ มีประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายทางสังคมของรัฐบาล ด้วยเหตุนี้การวิเคราะห์ทางสังคมจึงมี

⁶⁵ สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สัมครกร, การวิเคราะห์ทางสังคมเพื่อการพัฒนา แนวความคิดและวิธีการ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536), หน้า 1-9.

ความจำเป็นและสำคัญมากต่อการดำรงชีวิตในสังคมสมัยใหม่และในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาต่างๆ

ความเป็นสัตว์สังคมของมนุษย์ ทำให้มนุษย์คิดสร้างกฎระเบียบในการอยู่ร่วมกันในสังคมขึ้นมา ซึ่งทางสังคมมานุษยวิทยา เรียกว่า วัฒนธรรม (Culture) เท่ากับวิถีชีวิตทั้งหมดของชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง กลุ่มชนที่มีฐานะเป็นสังคม (Society) ต้องประกอบด้วยสมาชิกหรือคนจำนวนหนึ่งซึ่งจะต้องมีทั้งสองเพศ มีอาณาเขตหรือที่ตั้งสังคมเป็นหลักแหล่ง มีทรัพยากรธรรมชาติพอสมควร มีหัวหน้าปกครอง มีการผลิตเพื่อเลี้ยงสมาชิกของสังคม อย่างน้อยต้องให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ โดยมีรูปแบบขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของแต่ละสังคม

โดยสรุป แนวความคิดเกี่ยวกับสังคมก็คือว่า มนุษย์ต้องดำรงชีพอยู่ในสังคมซึ่งมีวัฒนธรรมเป็นวิถีชีวิตร่วมกัน การพัฒนาสังคมจะต้องมุ่งพัฒนาทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจด้วย เพื่อให้ได้สังคมที่อุดมโภคา มีความสงบสุข และสามารถสนองความต้องการของสมาชิกสังคมได้ทั้งกายและใจ

สำหรับการวิเคราะห์ทางสังคมแยกพิจารณาได้ 2 กรณี คือ ระดับมหภาค ซึ่งมักจะเป็นการวิเคราะห์ในระดับชาติ และระดับจุลภาค ซึ่งอาจจะเป็นในเรื่องของกลุ่มชน องค์กร หมู่บ้าน หรือชุมชน แนวความคิดในการวิเคราะห์ทางสังคมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม ที่จะส่งผลต่อสภาวะความเป็นอยู่ของสมาชิกสังคม และ/หรือความเจริญก้าวหน้าของสังคมทั้งในภาวะปกติและในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาต่างๆ รวมทั้งการกำหนดนโยบายบางประการของรัฐบาล

โดยทั่วไป นักสังคมวิทยา มานุษยวิทยาจะมองสังคมมนุษย์ในสองแง่ใหญ่ๆ คือ ในแง่ของระบบที่มีโครงสร้าง-หน้าที่ และในแง่ของวิวัฒนาการ ซึ่งมีกระบวนการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไปตามแรงผลักดันต่างๆ ที่มาจากภายในสังคม หรือภายนอกสังคมหรือรวมกัน พลังเหล่านี้ไม่จำเป็นที่จะต้องผลักดันไปในทางบวกเท่านั้น อาจผลักดันไปสู่สิ่งที่ไม่พึงปรารถนาก็ได้

การวิเคราะห์ทางสังคม หมายถึง การแจกแจงรายละเอียดของสภาพทางสังคม (ที่ไม่เกี่ยวกับเรื่องของการเมืองและเศรษฐกิจ) ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ด้วยเหตุผลเพื่อรายงานสภาพทางสังคม (Social Reporting) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change) และ/หรือปัญหาทางสังคม เพื่อประโยชน์ในการวางแผน กำหนดนโยบาย และจัดทำโครงการเพื่อปรับปรุงแก้ไขหรือเพื่อการพัฒนา

โดย สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมัครการ⁶⁶ ได้นำเสนอหลักการวิเคราะห์ทางสังคมไว้ ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะประเด็นที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ กล่าวคือ หลักการวิเคราะห์ในระดับกว้าง (ระดับสังคม) จะเป็นหลักวิเคราะห์ที่ยึดเป้าหมายการพัฒนา ได้แก่ หลักการพึ่งตนเอง รวมถึงหลักการที่ยึดวิธีการ ซึ่งเป็นหลักการย่อย กล่าวคือ หลักการมีส่วนร่วมของประชาชน หรือริเริ่มโดยประชาชน

2.3.1 หลักการพึ่งตนเอง (Self-reliance)

มีการกล่าวถึงและนำมาใช้ในการพัฒนาสังคมอย่างแพร่หลายมากในปัจจุบัน แทนการพัฒนาในรูปแบบที่เน้นปริมาณการเจริญเติบโตในด้านต่างๆ และการเพิ่มผลผลิต เพราะการพัฒนาในเชิงปริมาณนั้นเป็นการบั่นทอนความสามารถในการพึ่งตนเองในหลายๆ ด้าน ทั้งยังทำให้เกิดความเคยชินและติดนิสัยที่จะร้องขอและรอความช่วยเหลือจากผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้ประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลายจึงได้แสดงความมุ่งมั่นที่จะพึ่งตนเองมากขึ้น

ต้นกำเนิดของหลักการพึ่งตนเอง (Self-reliance) เริ่มจากเหตุผลสำคัญคือ ความกดดันทางเศรษฐกิจและการเมือง กล่าวคือ การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศด้อยพัฒนาแต่เดิมมา (ช่วงปลาย ค.ศ. 1960 และต้น ค.ศ. 1970) เน้นการพัฒนาตามแนวคิดของ เคนส์ (Keynes) และ ฮาร์รอด โดมาร์ (Harrod Domar) ซึ่งเน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจ (Economic Growth) ของประเทศโดยส่วนรวม โดยเฉพาะเคนส์เน้นว่ารัฐบาลควรมีบทบาทเพื่อให้มีการลงทุนเพิ่ม กลุ่มนี้เชื่อว่า หากประเทศมีเงินออมสูงจะสามารถนำมาลงทุนเพิ่มทำให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่สำหรับประเทศด้อยพัฒนาซึ่งมีเงินออมต่ำและขาดแคลนเงินทุนอยู่แล้ว หากจะต้องลงทุนก็มักจะต้องกู้ยืมเงินจากต่างประเทศทำให้ผลประโยชน์ที่ได้ไม่เต็มที่ ก่อให้เกิดปัญหาในการพัฒนาเพราะไม่เป็นไปตามแนวความคิดทฤษฎีที่ว่าไว้⁶⁷ ในขณะที่การพัฒนาตามแนวความคิดดังกล่าวของประเทศด้อยพัฒนาไม่ประสบผลสำเร็จ ก็ปรากฏว่าในช่วงปี ค.ศ. 1969-1978 นโยบายการพัฒนาโดยการพึ่งตนเองของจีนที่เรียกว่า "Walking on two legs" ประสบผลสำเร็จอย่างมากในการพัฒนาประเทศ โดยประธานเหมา เจ๋อ ตง ได้ประกาศแนวคิดที่เรียกว่า "Tzu Li Keng Sheng" (Regeneration Through Our Own Efforts) ซึ่งอาจแปลได้ว่า "เราจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยความพยายามของเรา" เนื่องจากประเทศจีนขณะนั้นต้องพึ่งพาเทคโนโลยี เครื่องจักร และการ

⁶⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 23.

⁶⁷ Garcia, 1982 และ ณัฐพล ชันธไชย, 2525 อ้างใน เรื่องเดียวกัน, หน้า 32.

ช่วยเหลือจากสหภาพโซเวียตมาก การดำเนินงานดังกล่าวจึงก่อให้เกิดระบบคอมมูนหรือการสร้าง ความเข้มแข็งให้กับชุมชน⁶⁸

ในส่วนของประเทศแทนซาเนียมีสภาพสังคมที่มีความหลากหลายจากการเป็นอาณานิคมของประเทศเยอรมันและประเทศอังกฤษเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้อิทธิพลของการ ดำรงความเป็นอาณานิคมยังคงมีอยู่หลังจากการเป็นประเทศอาณานิคมอยู่ถึง 43 ปี (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1918) โดยตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของอังกฤษที่เรียกว่า The Gold Coast (ชื่ออาณานิคมของ อังกฤษในอาฟริกาตะวันตก) ในปี 1967 Julius Nyerere ประธานาธิบดีจึงได้ประกาศแถลงการณ์ Arusha Declaration โดยกำหนดการพัฒนาสังคมจากแบบกึ่งทุนนิยมเป็นแบบสังคมนิยมและ นโยบายการศึกษาแบบพึ่งตนเอง (Education for Self-reliance) ซึ่งเขากล่าวว่า เขาประทับใจใน การพัฒนาของประเทศจีน และพยายามจะยึดเอาเป็นแบบอย่าง⁶⁹

สำหรับประเทศอินเดียวท่านมหาตมะ คานธี ได้ใช้แนวคิด “สวเทศี” ซึ่งเป็นหลักการ สำคัญที่ว่า การพึ่งตนเองเป็นสาระและแก่นแท้ทั้งต่อชีวิตของปัจเจกชนและสังคม ตราบใดที่ยังไม่ สามารถพึ่งตนเองได้ตราบนั้นก็ต้องอาศัยผู้อื่น และจะต้องถูกเอาเปรียบไม่โดยทางตรงก็โดยทาง อ้อม เมืองเอาเปรียบชนบท ประเทศพัฒนาแล้วเอาเปรียบที่กำลังพัฒนา การใช้แรงงานเพื่อผลิตสิ่ง ที่เราบริโภคจะช่วยให้เราแยกแยะได้ว่า อะไรคือสิ่งที่จำเป็นต่อชีวิต⁷⁰ นอกจากนี้ยังได้ให้ความสน ใจหน่วยสังคมนระดับหมู่บ้านในอินเดียที่ประสบความสำเร็จทุกขยาก็จึงเสนอรูปแบบหมู่บ้านพึ่งตนเองที่ เรียกว่า “หมู่บ้านสวราช” โดยมีความคิดรวบยอดในการดำเนินว่า หมู่บ้านดังกล่าวจะมีความ สมบูรณ์ในตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพิงเพื่อนบ้านในเรื่องปัจจัยการดำรงชีวิต แต่มีการพึ่งพาอาศัยกัน ในเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็นต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นั่นคือ การสร้างความพอเพียงในเรื่องของอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย โดยมีเป้าหมายสุดท้ายร่วมกันว่าหากหมู่บ้านดีขึ้น ประเทศก็จะดีขึ้นตามไปด้วย

⁶⁸ Roland Berger, 1970, p.9 อ้างใน ปราณี หมอนทองแดง, “ทิศทางการพึ่งตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยน ไป : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านสองแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534), หน้า 12.

⁶⁹ ดารณี รัตติ, “การพัฒนา รูปแบบการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่ออาชีพในชุมชนชนบทพึ่งตนเอง” (วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540), หน้า 46-47.

⁷⁰ รสนา ไตลิตระกุล, คำตอบอยู่ที่หมู่บ้าน (กรุงเทพมหานคร : แสงรุ่งการพิมพ์, 2524), หน้า คำนำ.

เช่นเดียวกับประเทศในซีกโลกอเมริกาใต้ก็มีกลุ่มนักวิชาการซึ่งมี โดส ซันตัน (Dos Sonton) เป็นผู้นำคนสำคัญได้เสนอทฤษฎีการพึ่งพิง (Dependency Theory) ขึ้นมา โดยเน้นว่าการที่ประเทศด้อยพัฒนาไม่สามารถพัฒนาได้เต็มที่ เนื่องจากถูกกำหนดเงื่อนไขการขยายตัวของเศรษฐกิจและการพัฒนาจากภายนอกประเทศ (ประเทศที่พัฒนาแล้ว) ทำให้ต้องพึ่งพิงอยู่กับประเทศเหล่านั้นเรื่อยๆ มา และด้วยแรงกดดันทางเศรษฐกิจจากประเทศที่มีอำนาจอิทธิพล ในขณะที่ทรัพยากรของประเทศด้อยพัฒนามีจำกัดและลดน้อยลงทุกที ประกอบกับแนวความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนได้แพร่หลายทั่วไป ประเทศเหล่านี้จึงพยายามดิ้นรนริเริ่มดำเนินโครงการเพื่อให้สามารถอยู่รอดโดยการพึ่งตนเอง ทำให้แนวความคิดเรื่องการพึ่งตนเองได้รับความสนใจอย่างจริงจัง มีการศึกษาและพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อหายุทธวิธีในการจัดดำเนินการเพื่อนำไปใช้กับสังคมหรือกลุ่มชนที่เสียเปรียบทางเศรษฐกิจ เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด⁷¹

อีกทั้ง ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีหรือเกาหลีใต้ก็ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจในอัตราสูง เนื่องจากโครงการแซมมาเอล อุนดอง (Saemaul Undong) หรือโครงสร้างหมู่บ้านใหม่ ซึ่งเป็นแนวคิดของอดีตประธานาธิบดีปักจุงฮี กล่าวคือ การช่วยเหลือตนเองและรวมพลังเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อพัฒนาฐานะความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม โดยที่ทุกคนต่างมีความรู้สึกตระหนักในแนวความคิดนี้อย่างแท้จริง

ปรัชญาของขบวนการแซมมาเอล อุนดอง ก็คือ การสอนให้ประชาชนไม่ว่าอยู่ในชนบทหรือในเมือง ให้มีความขยันหมั่นเพียร มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความร่วมมือกันกำลังกัน โดยอาศัยวิธีการ 1) โครงการนี้ได้กำหนดขึ้นโดยถือว่าทุกคนในชาติมีส่วนร่วมเข้ารวมเป็นสมาชิกโดยความสมัครใจ และทุกคนต่างมีส่วนกำหนดรูปแบบขึ้นได้ 2) จะต้องมีการปลูกฝังความศรัทธาให้เข้าไปอยู่ในหัวใจของประชาชน ให้มีจิตใจมั่นคง ขยันขันแข็ง มีการช่วยเหลือตัวเองและร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 3) กิจกรรมของแซมมาเอล อุนดอง จะต้องปฏิบัติเพื่อผลประโยชน์แก่ชุมชนนั้นๆ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกประเภทจะต้องมุ่งสู่การเพิ่มผลผลิตและรายได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม 4) รัฐบาลจะให้ความช่วยเหลือและอุดหนุนแก่ทุกหมู่บ้าน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ โดยประชาชนจะต้องมีวิญญูณแห่งแซมมาเอลโดยแท้ เพื่อจะได้เป็นหนทางนำไปสู่งานแห่งความ

⁷¹ สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมัครการ, การวิเคราะห์ทางสังคมเพื่อการการพัฒนา แนวความคิดและวิธีการ, หน้า 32-33.

ร่วมมือ เร่งเร้าให้การพัฒนาหมู่บ้านที่ทรุดโทรมไปแล้วเกิดขึ้นตัวขึ้นมา และ 5) โครงการเซมาเอล เป็นโครงการระยะยาวต่อเนื่องกันโดยไม่ขาดสาย⁷²

สำหรับชุมชนที่เกิดขึ้นในประเทศอิสราเอล เป็นชุมชนที่ถูกสร้างขึ้นอย่างจริงจังตาม เหตุผลทางเศรษฐกิจและปัญหาประชากร เป็นที่รวมของผู้อพยพเข้ามาใหม่ บุคคลเหล่านี้มาจาก แหล่งที่ต่างกัน ทั้งทวีปยุโรป อเมริกา เอเชีย และแอฟริกา ในประเทศอิสราเอลมีนิคม 3 ประเภทคือ 1) นิคมคิบบุด (Kibbutz-Collective Settlement) มีลักษณะเหมือนครอบครัวใหญ่ ทุกคนในครอบครัวต้องร่วมมือกันทำ เพื่อใช้ด้วยกัน ผลก็คือก่อให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคมอย่างแน่นแฟ้น และยังช่วยเพิ่มผลผลิตให้สูงขึ้นโดยมีต้นทุนในการผลิตต่ำ แต่ก็มีผลเสียคือ สมาชิกบางคนรู้สึกว่าตน เสียเปรียบเพราะ ได้รับผลตอบแทนเท่าผู้อื่น แม้ว่าตนมีความสามารถมากกว่า นอกจากนี้ยังไม่ สามารถมีทรัพย์สินเป็นของตนเองได้ และชีวิตภายในครอบครัวก็ไม่สมบูรณ์เนื่องจาก เด็กเติบโต โดยมีได้ใกล้ชิดพ่อแม่ 2) นิคมโมซาบ (Moshav-Cooperative Settlement) ดัดแปลงมาจากนิคม คิบบุด มีลักษณะที่แตกต่างคือ สมาชิกทุกคนจะมีที่ดินเป็นของตนเอง 20-25 ไร่ แต่ละคนต้องรับผิดชอบในที่ดินของตนรวมทั้งรายรับรายจ่ายต่างๆ สมาชิกมีสิทธิที่จะมีทรัพย์สินเป็นของตนเอง ชีวิตภายในครอบครัวและการเลี้ยงดูบุตรเป็นหน้าที่ของครอบครัว ส่วนการซื้อขายผลิตผล สมาชิกในนิคมมีส่วนช่วยเหลือกันโดยการจัดตั้งเป็นรูปสหกรณ์ของนิคม 3) นิคมโมซาบชิตูฟี (Moshave Shitufi Collective Work Settlement) เป็นคนนิคมที่นำหลักการที่ดีของคิบบุดและโมซาบมาดัดแปลง เป็นการรวมแรงงานคนทำงานในสิ่งที่ตนถนัดที่สุด เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและประหยัดที่สุด ทุกคนจะทำงานรวมกันในที่ดินผืนใหญ่ แต่แบ่งหน้าที่ตามความถนัดของตน การตอบแทนค่าแรงงานพิจารณาให้ตามความจำเป็นของมนุษย์เป็นหลัก แต่ละครอบครัวต้องรับผิดชอบชีวิตภายในครอบครัว การเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่บุตร และอนุญาตให้สมาชิกทุกคนมีทรัพย์สินส่วนตัวได้

ทั้งนี้ นิคมทั้ง 3 ประเภท มีหลักในการดำเนินงานที่สำคัญ 2 ประการคือ ส่งเสริมให้ ประชาชนรู้จักปกครองตนเองภายใต้ท้องดินของตน และส่งเสริมการผลิต การควบคุมตลาดโดยวิธีสหกรณ์ นโยบายการพึ่งตนเองที่ประสบความสำเร็จ คือ 1) หมู่บ้านและตำบลสามารถปฏิบัติงานและรับผิดชอบต่อท้องดินโดยไม่ต้องพึ่งรัฐบาลกลาง 2) ประชาชนในหมู่บ้านยึดหลักการช่วยตนเอง (Self-help) และช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยวิธีสหกรณ์ 3) รายได้ของชาวชนบทมิได้แตก

⁷² มงคล พูนเพิ่มสุขสมบัติ, "ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสื่อสารกับทัศนคติต่อการพึ่งตนเองของชาวไทยมุสลิม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534), หน้า 47-50.

ต่างจากชาวเมืองทำให้รู้สึกมีความสุข มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นต่อชีวิตเหมือนชาวเมือง ทำให้ชาวชนบทรักไร่ นา ไม่อพยพละทิ้งถิ่นฐาน⁷³

จากนโยบายการพึ่งตนเองในแต่ละประเทศซึ่งยึดหลักการให้ความรู้ โดยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจากการรอคอยความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกในฐานะผู้ขอรับบริจาค มาเป็นการช่วยเหลือตนเอง แก้ปัญหาด้วยตนเองมากยิ่งขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือกันในทุกระดับอย่างจริงจัง เพื่อสร้างความเจริญให้กับท้องถิ่นของตน

ทำให้ความพยายามพึ่งตนเองได้กลายมาเป็นแนวทางและความหวังใหม่ในการพัฒนาประเทศ โครงการหรือกิจกรรมพัฒนาทั้งหลายที่มุ่งสู่ระดับพื้นที่มักอาศัยแนวคิดการพึ่งตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ดังต่อไปนี้ คือ

1. ในด้านเศรษฐกิจ หากชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้โดยเฉพาะกระบวนการผลิต จะช่วยให้ชุมชนลดการเสียเปรียบในการนำวัตถุดิบหรือผลผลิตทางการเกษตรไปขายในราคาถูก แต่ต้องซื้อเทคโนโลยีซึ่งมีราคาแพง สามารถรวมตัวกันเพื่อเพิ่มอำนาจในการต่อรองราคาสินค้า หรือสิทธิเสรีภาพด้านอื่นๆ หากชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ด้านเศรษฐกิจจะทำให้ทรัพยากรถูกนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยไม่คุกคามหรือทำลายสิ่งแวดล้อม เทคโนโลยีที่เหมาะสมจะถูกนำมาใช้มากขึ้น ที่สำคัญความรู้สึกเป็นเจ้าของและพึงพอใจสังคมของตนจะทำให้เกิดความสุข ห่วงแหนในพื้นที่ การที่กลุ่มผู้ไม่หวังดีต่อรัฐจะเข้ามายุยงให้เกิดระส่ำระสายก็จะกระทำใยากหรือไม่ได้ ทำให้รัฐสามารถลดค่าใช้จ่ายในการป้องกันประเทศลง และเป็นการสร้างความสามัคคีระหว่างชนในชาติไปด้วยในตัว

2. ในด้านการปกครอง การที่ประชาชนพึ่งตนเองจะทำให้การปกครองภายในประเทศเป็นระเบียบ รัฐบาลสามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล

3. ในด้านสังคม การพึ่งตนเองทำให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจ ได้รับการยอมรับ สามารถอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี ขณะเดียวกันประสบการณ์จากการพึ่งตนเองถือเป็นการศึกษาอีกรูปแบบหนึ่ง ที่สามารถให้เห็นผลเชิงประจักษ์เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการพัฒนาของประชาชน

⁷³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 52-54.

ในด้านการพัฒนา ความพยายามพึ่งตนเองช่วยให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ มากขึ้น เป็นการกระตุ้นความคิดริเริ่ม เกิดจิตสำนึกในการพัฒนา ขณะเดียวกัน จะช่วยให้ภาวะสมดุลทางนิเวศวิทยาบรรลุโดยง่าย นอกจากนี้จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตน มีความภาคภูมิใจอันจะนำไปสู่ความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเป็นเจ้าของมากขึ้น

ในด้านการศึกษา ปรัชญาการศึกษาเพื่อการพึ่งตนเองเป็นการแผ้วถางทางสำหรับการพัฒนาประเทศให้ประชาชนมีความมั่นใจในตนเอง และสามารถเป็นพลเมืองที่สมบูรณ์ของประเทศชาติ⁷⁴

ในด้านการสาธารณสุข การพัฒนาการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข เป็นการพัฒนาในลักษณะบูรณาการไปพร้อมกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ การศึกษา สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ โดยถือว่าแต่ละส่วนมีความเชื่อมโยงกัน และส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง⁷⁵

จะเห็นได้ว่า ประโยชน์ดังกล่าวทำให้ประเทศที่กำลังพัฒนาส่วนใหญ่ตระหนักและรับเอาแนวคิดการพึ่งตนเองมาเป็นหลักสำคัญในการพัฒนา ดังนั้น ในการวิเคราะห์ทางสังคม หลักการนี้จึงเป็นหลักการที่สำคัญ

อย่างไรก็ตาม การพึ่งตนเองในฐานะที่เป็นแนวคิดและวิธีปฏิบัติยังมีความสับสนปรากฏอยู่ เนื่องจากคำว่า "การพึ่งตนเอง" ถูกนำมาใช้ทั้งในลักษณะเป็นคำศัพท์ทั่วไป มากกว่าเป็นการมองแบบแนวความคิด

2.3.1.1 ความหมายของการพึ่งตนเอง

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁷⁶ กล่าวถึง การพึ่งตนเองสรุปได้ ความว่า หมายถึง มีความสามารถเป็นตัวของตัวเองในทางความคิด ทักษะการมองต่างๆ การตัดสินใจด้วยตนเอง อันหมายถึงขบวนการทางภูมิปัญญาของชุมชนนั่นเอง ให้เป็นการสำนึกรู้ ตลอดจนการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของวิกฤตการณ์แห่งปัญหาการพัฒนา อันสืบเนื่องมาจากปัญหากลยุทธ์

⁷⁴ ดารณี รักดี, "การพัฒนาแบบการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่ออาชีพในชุมชนชนบทพึ่งตนเอง", หน้า 54.

⁷⁵ คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน, คู่มือประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542), หน้า 2.

⁷⁶ สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ทิศทางแผนแม่บทการพัฒนาสังคมเพื่อการพึ่งตนเองกับงานพัฒนาภาคเอกชน (กรุงเทพมหานคร : โครงการศึกษาทางเลือกการพัฒนา, 2529), หน้า 3.

การพัฒนาที่สร้างสภาวะพึ่งพาทนออก ซึ่งเป็นการตัดสินใจดำเนินการโดยสถาบัน เพื่อประโยชน์ของชุมชนทั้งในด้านการแก้ปัญหาและในด้านการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน คำว่าการพึ่งตนเองน่าจะมีความหมายเป็นเชิงสัมพันธ์คือ เป็นการพึ่งตนเองที่ไม่นำไปสู่การพึ่งพา เป็นการพึ่งพาอาศัยกันอย่างรู้เท่าทัน และกรอบการมองเรื่องการพึ่งพานี้จะต้องไม่มุ่งแข่งขันกันหรือไม่มุ่งครอบงำเหนือกว่า แต่เป็นการมุ่งสู่ความเป็นไทต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

กาญจนา แก้วเทพ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ⁷⁷ ให้นิยามความหมายของการพึ่งตนเองไว้ว่า 1) การให้ความหมายในเชิงปัจเจกบุคคล การพึ่งตนเอง หมายถึง กิจกรรมทั้งหลายที่กระทำโดยปัจเจกชนและครัวเรือน เพื่อบรรลุถึงการมีหลักประกันของการดำรงชีพของเขา 2) การให้ความหมายในลักษณะของกลุ่ม การพึ่งตนเอง หมายถึง สังคม (กลุ่ม) ที่มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Self Fulfillment) ด้วยวิธีการช่วยเหลือตนเอง ด้วยการร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ทั้งนี้การพึ่งตนเองอย่างแท้จริงต้องกินความรวมถึงว่า กลุ่มชนนั้นมีอิสระในการตั้งเป้าหมายและมีอิสระในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายโดยอาศัยความพยายามและกำลังของตนเอง

อุทัย ดุลยเกษม⁷⁸ ได้ให้ความหมายในทำนองเดียวกันว่า การพึ่งตนเองเป็นภาวะที่มีลักษณะสัมพันธ์ (Relative) มิใช่ลักษณะสัมบูรณ์ (Absolute) ซึ่งมีความหมายว่า ภาวะการพึ่งตนเองนั้นก็สามารพึ่งพาผู้อื่นได้เช่นกัน แต่เป็นการพึ่งพาในลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependence) มากกว่าการพึ่งพา (Dependence) และการพึ่งพาอาศัยนั้นก็ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการพึ่งตนเองได้ด้วย

กัลตุง⁷⁹ เสนอให้พิจารณาของแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความคิดการพึ่งพาตนเอง คือ ความเป็นเอกราช (Independence) และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Interdependence) ความเป็นเอกราชหมายถึง ความเป็นอิสระ (Autonomy) ซึ่งต้องประกอบไปด้วย ความเชื่อมั่นใน

⁷⁷ กาญจนา แก้วเทพ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, การพึ่งตนเอง ศักยภาพในการพัฒนาชนบท (กรุงเทพมหานคร : สภาคณาธิการแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา, 2532), หน้า 34.

⁷⁸ อุทัย ดุลยเกษม ใน โอวาท สุทธนารักษ์ (บรรณารักษ์), แนวคิดและประสบการณ์การจัดการศึกษาเพื่อการพึ่งตนเอง (กรุงเทพมหานคร : กลุ่มศึกษาปัญหาและทิศทางการศึกษาของไทย, 2530), หน้า 77.

⁷⁹ Galtung, J., 1981 : 174-196 อ้างใน มงคล พูนเพิ่มสุขสมบัติ, "ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การสื่อสารกับทัศนคติต่อการพึ่งตนเองของชาวไทยมุสลิม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา" หน้า 46.

ตนเอง ความมีอย่างเพียงพอ (ทางเศรษฐกิจ) ในระดับสูง และความไม่เกรงกลัว ส่วนความช่วยเหลือเหลือเกินหมายถึง ความเสมอภาคซึ่งมีลักษณะของความร่วมมือ ที่ไม่ก่อให้เกิดแบบแผนใหม่ของการพึ่งพาและลักษณะสำคัญของการพึ่งตนเองคือ การผสมผสานระหว่างความเป็นเอกราชเข้ากับการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และความเป็นอิสระเข้ากับความเสมอภาค การพึ่งตนเองไม่ได้มีความหมายเป็น "การแยกตัวนิยม" (Isolationism) ซึ่งเป็นแบบโดดเดี่ยวตนเองจากผู้อื่น หรือการปิดสังคม ปิดประเทศ ไม่สัมพันธ์กับโลกภายนอก

สัญญา สัญญาวิวัฒน์⁸⁰ ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีการพึ่งตนเองของชุมชนชนบทว่า การพึ่งตนเอง (Self-reliance) หมายถึง ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ การพึ่งตัวเองได้มีได้ทั้งระดับปัจเจกชน (Individual) และชุมชน คำว่าปัจเจกชนพึ่งตนเองหมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ เช่น สามารถแยกตัวออกมาอยู่ต่างหากจากพ่อแม่ มีความมั่นคงในชีวิต สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ตัดสินใจเรื่องสำคัญ ได้เอง หรือสามารถขอคำแนะนำของผู้อื่นมาประกอบการตัดสินใจของตน ชุมชน (Community) หมายถึง กลุ่มคนที่มีภาวะกระทำระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอตามกฎระเบียบของสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมายของแต่ละคนหรือเป้าหมายร่วมกัน พื้นที่แห่งใดแห่งหนึ่งเป็นเวลานานพอสมควร การพึ่งตนเองได้ของชุมชนหมายถึง การที่ชุมชนมีความสามารถดังกล่าวข้างต้น ชุมชนที่ใช้ในทฤษฎีนี้เป็นชุมชนในชนบท อันเป็นชุมชนที่มีประชากรไม่หนาแน่น โครงสร้างสังคมไม่ซับซ้อน ประชาชนมักเป็นผู้นิยมความซื่อสัตย์ เคร่งครัดประเพณีและไม่ค่อยเข้าใจบทบาทของผู้อื่นนอกจากพวกตนมากนัก

จะเห็นได้ว่า การพึ่งตนเอง (Self-reliance) มีนัยเชิงสัมพัทธ์ (Relative) ที่เป็นการผสมผสานระหว่างความเป็นเอกราช (Independence) และการพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependence) หรือการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ภาวะการพึ่งตนเองจึงสามารถพึ่งพาผู้อื่นได้ แต่เป็นการพึ่งพาในลักษณะพึ่งพาอาศัยกันอย่างรู้เท่าทัน กอปรกับมีความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้ด้วยความเป็นอิสระ (Autonomy) เชื่อมั่นในตนเอง มั่นคง สมบูรณ์ ทั้งในระดับปัจเจกชนและชุมชน กล่าวคือ

ในเชิงปัจเจกบุคคล ปัจเจกชนและครอบครัว มีการทำกิจกรรมเพื่อบรรลุถึงการมีหลักประกันของการดำรงชีพ มีความสามารถเป็นตัวของตัวเองในทางความคิด ทักษะ การ

⁸⁰ สัญญา สัญญาวิวัฒน์, ทฤษฎีสังคมวิทยา การสร้าง การประเมินค่า และการใช้ประโยชน์ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536), หน้า 69-74.

ตัดสินใจ และสามารถดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ อันหมายถึงขบวนการทางภูมิปัญญาหรือกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน

ในลักษณะกลุ่ม (ชุมชน/สังคม) กลุ่มคนมีภาวะกระทำระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอจึงสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Self Fulfillment) ด้วยการช่วยเหลือตนเอง หรือด้วยความร่วมมือกับคนอื่นในชุมชน มีอิสระ มีสำนึก วิเคราะห์ ตัดสินใจและดำเนินการ ให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันหรือของแต่ละคน ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 2-7

ตารางที่ 2-7 แสดงจุดเน้นและขอบเขตความหมายของการพึ่งตนเอง

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
1. เชิงสัมพันธ	<ol style="list-style-type: none"> ภาวะการพึ่งตนเองสามารถพึ่งพาผู้อื่นได้ แต่เป็นการพึ่งพาในลักษณะพึ่งพาอาศัยกันอย่างรู้เท่าทัน เป็นการผสมผสานระหว่างความเป็นเอกราช (Independence) กับการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Interdependence) และความเป็นอิสระ (Autonomy) กับความเสมอภาค ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ทั้งระดับปัจเจกชนและชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - อุทัย ดุลยเกษม (2529) - สถาบันวิจัยสังคม (2529) - Galtung (1981) - สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536)
2. เชิงปัจเจกบุคคล	<ol style="list-style-type: none"> กิจกรรมทั้งหลายที่กระทำโดยปัจเจกชนและครัวเรือนเพื่อบรรลุถึงการมีหลักประกันของการดำรงชีพของเขา มีความสามารถเป็นตัวของตัวเองในทางความคิด ทักษะการมองต่างๆ การตัดสินใจด้วยตนเอง อันหมายถึงขบวนการทางภูมิปัญญาของชุมชน บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ 	<ul style="list-style-type: none"> - กาญจนา แก้วเทพ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2532) - สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536)
3. กลุ่ม/ชุมชน/สังคม	<ol style="list-style-type: none"> สังคม (กลุ่ม) ที่มีการจัดระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง (Self Fulfillment) ด้วยวิธีการช่วยเหลือตนเอง ด้วยการร่วมมือกับคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน กลุ่มชนมีอิสระในการตั้งเป้าหมายและมีอิสระในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายโดยอาศัยความพยายามและกำลังของตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - กาญจนา แก้วเทพ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2532)

ตารางที่ 2-7 แสดงจุดเน้นและขอบเขตความหมายของการพึ่งตนเอง (ต่อ)

จุดเน้น	ขอบเขตความหมาย	แหล่งอ้างอิง
	3. เป็นการสืบทอดรู้ ตลอดจนการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของ วิกฤติการณ์แห่งปัญหาการพัฒนา อันสืบเนื่องมาจาก ปัญหากลยุทธ์การพัฒนาที่สร้างสภาวะพึ่งพภายนอก ซึ่งเป็นการตัดสินใจดำเนินการโดยสถาบัน เพื่อ ประโยชน์ของชุมชนทั้งในด้านการแก้ปัญหา และใน ด้านการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน	- สถาบันวิจัยสังคม (2529)
	4. กลุ่มคนมีภาวะกระทำระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อ บรรลุเป้าหมายของแต่ละคนหรือเป้าหมายร่วมกัน	- สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536)

หากพิจารณาในประเด็นดังกล่าว การพึ่งตนเองทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนจะพบว่า มีนัยของความเป็นชุมชนและกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนซ่อนเร้นอยู่ด้วย หลักการพึ่งตนเองจึงเป็นหลักการวิเคราะห์ทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

ทั้งนี้ การพึ่งตนเองของประชาชนจะประสบความสำเร็จได้ ต้องมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ประการ กล่าวคือ

1. ประชาชนมีความสามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-determination) หมายถึง สามารถเลือกสรรในการตัดสินใจ และในการพิจารณาแนวทางการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง เป็นตัวของตัวเองในทางความคิด มีทัศนคติในการมองปัญหาหรือเลือกสรร พิจารณาถึงการดำเนินการใดๆ ได้ด้วยภูมิปัญญาของตนเอง ซึ่งมีไม่เกิดจากการถูกครอบงำทางความคิด⁸¹

2. ประชาชนทุกคนถือว่าเป็นผู้มีศักยภาพ (Potential) ในตนเอง และต้องรู้จักสามารถนำศักยภาพนั้นๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน⁸²

3. ประชาชนต้องมีส่วนร่วม (People Participation) ในการดำเนินงานหรือกิจกรรมต่างๆ ทุกขั้นตอน ตั้งแต่มีส่วนในการตัดสินใจและคนหาเบญจ... เมตต้องการของชุมชน

⁸¹ จิตติมา ไสภรัตน์, ค่านิยมในงานสังคมสงเคราะห์ การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิมพ์เนตร, 2519), หน้า 86.

⁸² ศรีทัตติม พานิชพันธ์, ประมวลบทความวิทยุเกี่ยวกับการจัดการสวัสดิการครอบครัวและเด็กและบทความอื่น (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527), หน้า 26-29.

ร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ร่วมในการวางแผนดำเนินการ ร่วมในการดำเนินการและร่วมประเมินผลที่ได้ดำเนินการไปพร้อมทั้งช่วยรับผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานนั้นๆ

4. มีพื้นฐานความคิด ความเชื่อที่ว่า “มนุษย์ทุกคนเป็นผู้มีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” คือ มนุษย์ย่อมมีเกียรติ ศักดิ์ศรี และคุณค่าของความเป็นมนุษย์แฝงอยู่ในตัวเอง⁸³ (Worth and Dignity of Man)

นอกจากนี้ ภาวะการพึ่งตนเองได้ ยังมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) เลื่อนสูงขึ้นหรือต่ำลงได้ในขณะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เทียบได้กับความสมดุลเคลื่อนที่ (Moving-equilibrium) ฉะนั้น การที่ชุมชนจะพึ่งตนเองได้นั้น จะต้องมีการพึ่งตนเองได้ 5 ด้านด้วยกัน⁸⁴ คือ

1. ชุมชนนั้นจะต้องพึ่งตนเองได้ทางเทคโนโลยี (Technological Self-reliance) หมายถึง ชุมชนสามารถประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการทำนา ทำไร่ หรือบางครั้งอาจรวมถึงการทำอุตสาหกรรมในครัวเรือน การติดต่อค้าขาย หรือแม้แต่การประกอบอาชีพด้านการบริการ ซ่อมแซมเครื่องจักร เครื่องมือ เทคโนโลยีก็จะช่วยได้แล้วยังอาจช่วยในการสื่อสารติดต่อกับภายนอกชุมชน ทำให้ได้ข่าวสารที่ดี ทันท่วงทีเหตุการณ์รวมถึงการใช้เทคโนโลยีทางสังคม เช่น การเป็นผู้นำชุมชนที่ดี การรู้จักวางโครงการ การบริหารโครงการ การประชาสัมพันธ์ เทคโนโลยีในความหมายดังกล่าวรวมถึงของสมัยใหม่และของดั้งเดิมของท้องถิ่นที่เรียกว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น (Folk Wisdom) ด้วย

2. ชุมชนนั้นจะต้องพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ (Economic Self-reliance) หมายถึง ชุมชนสามารถดำรงชีวิตทางเศรษฐกิจ ประชาชนในชุมชนมีอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ มีรายได้พอเพียง สามารถซื้อหาอาหารหรือปัจจัย 4 อย่างอื่นได้ และยังสามารถซื้อสิ่งของ ยาแก้ป่วยไข้ ไปหาหมอรักษาไข้ หาเครื่องกีฬาเล่นทำให้สุขภาพแข็งแรง ซื้ออุปกรณ์การศึกษามาช่วยตัวเองและลูกหลานในการศึกษาเล่าเรียนเพื่อให้ฉลาดเฉลียว

3. ชุมชนนั้นจะต้องพึ่งตนเองได้ทางทรัพยากรธรรมชาติ (Natural Resources Self-reliance) ทรัพยากรธรรมชาติในที่นี้หมายถึง สิ่งใดๆ ที่มีอยู่โดยธรรมชาติในชุมชนหรือสามารถหามาได้ เช่น ดิน น้ำ ป่า สัตว์บก และสัตว์น้ำ รวมทั้งแร่ธาตุต่างๆ ที่มีค่าและความสำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาตินั้น และสามารถรักษา

⁸³ โคมสมร เหลือโกศล, ค่านิยมพื้นฐานเรื่องการพึ่งตนเองกับการอบรมเลี้ยงดู (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531), หน้า 33.

⁸⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 33-34.

ทรัพยากรธรรมชาติให้ดำรงอยู่ไม่ให้เสื่อมเสียไปจนหมดสิ้นหรือไม่ให้เสียดุลธรรมชาติมากนัก หากชุมชนปราศจากการช่วยเหลือจากธรรมชาติ ขาดน้ำ ขาดดินที่ดี หรือขาดพืชพันธุ์ไม้ แร่ธาตุที่สำคัญ ปลูกพืชพันธุ์เศรษฐกิจไม่ขึ้น ว่างอกงาม ชื่อขายของธรรมชาติไม่ได้ตามสมควรแล้ว ชุมชนนี้ก็ไม่สามารถจะพึ่งตนเองได้

4. ชุมชนจะต้องพึ่งตนเองได้ทางจิตใจ (Psychological Self-reliance) หมายถึง ในชุมชนนั้นมีบุคคลที่มีจิตใจเข้มแข็ง ปักใจ และมีมั่นใจว่าจะช่วยตนเองได้ พึ่งตนเองและยังเป็นคนที่รู้จักพอ ไม่โลภมากเกินไป หรืออยากได้อะไรเกินความสามารถของตน สามารถที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการหาเลี้ยงชีพหรือการพัฒนาชีวิตให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น หากมีบุคคลประเภทนี้มากขึ้นเท่าใดย่อมจะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้มากขึ้นเพียงนั้น

5. ชุมชนนั้นจะต้องพึ่งตนเองได้ทางสังคม (Socio-cultural Self-reliance) หมายถึง ภาวะการณ์ที่กลุ่มคนกลุ่มหนึ่งๆ มีความเป็นปึกแผ่นเหนียวแน่น อันสืบเนื่องมาจากปัจจัยอื่นอีกทอดหนึ่ง เช่น การศึกษา การสื่อสารระหว่างกันดี ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ระหว่างกัน รวมทั้งอาจสืบเนื่องมาจากการพึ่งตนเองด้านอื่นดังกล่าวมาแล้ว และการมีผู้นำที่เข้มแข็งสามารถนำกลุ่มตนเองเหล่านี้ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของตนไปสู่เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยกลุ่มของตนเอง หรืออาจจะขอความร่วมมือ ความช่วยเหลือจากภายนอกเข้ามาช่วยทำให้ชุมชนช่วยตนเองได้ การพึ่งตนเองได้ทางสังคม เป็นเสมือนจุดสุดยอดของการพึ่งตนเองด้านต่างๆ ของชุมชน เพราะการพึ่งตนเองทางสังคมเป็นการรวมการพึ่งตนเองทั้ง 4 ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้วนั่นเอง

สำหรับการศึกษาในครั้งนี ผู้วิจัยมุ่งเน้นความสนใจเพิ่มเติมในประเด็น ชุมชนนั้นจะต้องพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุข (Public Health Self-reliance) ซึ่งหมายถึง การที่ชุมชนมีความสามารถในการดำเนินงานสาธารณสุขของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ด้วยการระดมสรรพกำลังจากภายในและภายนอกชุมชน การบริหารจัดการงานสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยชุมชนในที่นี้หมายถึง หมู่บ้านในเขตชนบท และชุมชนที่อยู่ในเขตเมือง⁸⁵

ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้นำเสนอตัวชี้วัดการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน เป็นเครื่องมือที่จะใช้ในการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนหรือความเป็นชุมชน เพื่อเป็นแนวทางที่จะใช้เพื่อบอกจุดเด่น ข้อจำกัด และทิศทางการพัฒนาเพื่อนำ

⁸⁵ คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน, คู่มือประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542), หน้า 3-4.

ไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน ซึ่งจะเน้นการประเมินในเชิงคุณภาพของตัวชี้วัดนั้น มากกว่าการวัดในเชิงปริมาณของกิจกรรม โดยแบ่งออกเป็น 5 ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่

1. **องค์กร/กำลังคน** หมายถึง กลุ่มคน องค์กร บุคคลของชุมชนที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมการพัฒนาของชุมชน โดยเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ด้านต่างๆ รวมตัวกันเป็นองค์กรด้วยกระบวนการของชุมชนเอง มีอุดมการณ์ร่วมกันและมีวัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างต่อเนื่อง องค์กรมีความร่วมมือกันวางแผนดำเนินงานร่วมกันและมีเครือข่ายของความร่วมมือช่วยเหลือกันทั้งภายในและภายนอกชุมชน

2. **ทุน** หมายถึง มีทุน มีใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานในหมู่บ้าน ซึ่งหมายรวมถึงทุนที่เป็นเงิน ความรู้ ภูมิปัญญา วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติต่างๆ โดยชุมชนจะต้องมีการระดมทุนด้วยวิธีการต่างๆ และมีการบริหารจัดการให้เกิดการหมุนเวียนของทุน และนำผลประโยชน์ไปใช้เพื่อการพัฒนาในชุมชน

3. **การบริหารจัดการ** หมายถึง ชุมชนมีการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาในชุมชน โดยต้องมีการนำข้อมูลที่เป็นปัจจุบันมาใช้ประโยชน์ มีการวางแผน และดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน โดยมีการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้อย่างคุ้มค่า มีการเพิ่มคุณค่าของทรัพยากร หรือจัดการเพื่อทดแทนทรัพยากรที่นำมาใช้ และจัดสรรประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงเป็นธรรม

4. **กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน** หมายถึง ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้สู่สมาชิกในชุมชน โดยต้องมีการใช้ประโยชน์จากแหล่งความรู้ในหมู่บ้าน มีกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มบุคคลที่หลากหลายทั้งภายในชุมชนเอง และถ่ายทอดสู่ชุมชนอื่น

5. **การมีส่วนร่วมของชุมชน** หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาต่างๆ ของหมู่บ้าน ด้วยจิตสำนึกของความเป็นเจ้าของ โดยเป็นกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย และเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมคิด และร่วมประเมินตรวจสอบ

กล่าวโดยสรุป การวิเคราะห์ทางสังคมในทางทฤษฎีการศึกษาความพยายามพึ่งตนเอง มักพิจารณามิติต่างๆ ประกอบเข้าด้วยกัน⁸⁶ ดังต่อไปนี้

⁸⁶ สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมัครการ, การวิเคราะห์ทางสังคมเพื่อการพัฒนา แนวความคิดและวิธีการ, หน้า 34-35.

1. คุณภาพเฉพาะตัว (Self-quality) โดยปกติแล้วความพยายามที่ตนเองจะเกิดขึ้นต่อเมื่อหน่วยสังคมมี 1) อิสรภาพ (Freedom) ในการคิด การพูด การตัดสินใจ หรือการกระทำ ตามความต้องการภายใต้กฎเกณฑ์ของสังคม 2) ความเสมอภาค (Equality) ในการเรียนรู้ รับรู้ หรือการแสวงหาสิ่งต่างๆ 3) ความเป็นไท (Autonomy) ของหน่วยสังคม 4) ศักดิ์ศรี (Dignity) ในการร่วมมือ ร่วมคิดหรือร่วมปฏิบัติเมื่อหน่วยสังคมมีความเป็นอิสระเพียงพอ 5) ความก้าวหน้า (Progress) หรือโอกาสในการที่จะพัฒนา

2. มีการกระทำอย่างต่อเนื่องหรือมีความเป็นกระบวนการ (Continuing Action/ Process) ทั้งในด้านความคิดและการตัดสินใจในการกระทำ

3. ระดับของการพึ่งตนเอง (Level) กัลตุง⁸⁷ (Galtung, et. al, 1980 : 14) และกลุ่มทางเลือกนอร์ดิก⁸⁸ ได้แบ่งระดับของความพยายามพึ่งตนเองออก 4 ระดับ ได้แก่

1) ระดับหว่างประเทศ (International Level) มีเป้าหมายที่จะปรับปรุงความสัมพันธ์และเพิ่มอำนาจการต่อรอง วิธีการที่ใช้คือการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

2) ระดับประเทศ (National Level) มุ่งตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ โดยพยายามใช้ทรัพยากรในประเทศ วิธีการหลักที่ใช้คือการสร้างความสมดุลระหว่างเมืองกับชนบท

3) ระดับท้องถิ่น (Local Level) เป้าหมายหลักอยู่ที่ความสามารถพัฒนาได้ (Viability) ของชุมชนหรือโครงการพัฒนาต่างๆ ในชุมชน วิธีที่ใช่มักได้แก่ การให้ประชาชนมีส่วนร่วม รวมทั้งการกระจายอำนาจ

4) ระดับบุคคล (Individual Level) มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกสามารถดำรงอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมปัจจุบัน โดยมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุด และต้องไม่คุกคามสภาพแวดล้อมจนเกิดอันตราย โดยพยายามให้ประชาชนยืนอยู่บนขาของตนเองมากที่สุด คือ พยายามใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการผลิตและกระตุ้นให้ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม ความพยายามพึ่งตนเองในระดับอื่นๆ จะเกิดได้ต่อเมื่อบุคคลมีความพยายามพึ่งตนเอง ในความเป็นจริงแล้วศูนย์กลางของการพัฒนา คือ การปรับปรุงความเป็นอยู่ และคุณภาพของคนในสังคมให้ดีขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับการทำงานของคนและทรัพยากรในสังคมที่จะ

⁸⁷ Galtung, et. Al, 1980 : 14 อ้างใน เรื่องเดียวกัน, หน้า 34.

⁸⁸ The Nordic Alternative Group, 1979 : 10 อ้างใน เรื่องเดียวกัน, หน้า 34.

เป็นตัวกำหนดศักยภาพของการพัฒนา ถ้าคนในสังคมรู้จักพึ่งตนเองแล้วก็จะนำไปสู่ความพยายามพึ่งตนเองในระดับอื่นๆ ดังนั้น ความพยายามพึ่งตนเองระดับบุคคลจึงเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของระดับอื่นๆ

แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาแนวคิดในวัฒนธรรมหนึ่งๆ นั้นเป็นสิ่งที่ทำได้โดยยาก ทั้งนี้เพราะแนวคิดเป็นเรื่องราวทางนามธรรม ที่จำเป็นต้องใช้การรับรู้ด้วยการสังเกต ซึมซับและไตร่ตรองด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าการทำความเข้าใจจากข้อมูลเชิงปริมาณ พฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกโดยสมาชิกในสังคมนั้นแม้จะเป็นพฤติกรรมอย่างเดียวกัน นอกจากนั้นแนวความคิดที่มีอยู่ในสังคมยังมีลักษณะที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีการถ่ายเทหรือรับเอาแนวความคิดใหม่ๆ เข้ามา ในขณะที่แนวคิดบางอย่างที่ไม่อาจตอบสนองต่อสภาพปัญหาหรือไม่สามารถสนองความพึงพอใจของมนุษย์ ก็ค่อยๆ เสื่อมสลายไป การผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมต่างๆ ทำให้แนวคิดมีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ และทำให้การศึกษาเรื่องแนวคิดเป็นที่ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยที่มีลักษณะผสมผสาน และมีการประนีประนอมทางความคิดสูง แนวคิดที่แตกต่างหลากหลายที่แม้จะขัดแย้งกันอยู่โดยเนื้อหา ก็ยังอาจปรับตัวจนผสมกลมกลืนและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคมไทยได้ โดยไม่มีความขัดแย้งหรือความรุนแรง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536 :)

จากแนวคิดที่กล่าวมานั้น ผู้ศึกษาได้นำมาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาการเรียนรู้อาการแพทย์พื้นบ้าน โดยมีลำดับขั้นของการนำเสนอ คือ

1. แนวความคิดเกี่ยวกับมานุษยวิทยาการแพทย์

แนวความคิดในการศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์ (เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ, บรรณาธิการ, 2529 : 8-26) มีความเข้าใจร่วมกัน 3 ประการ คือ

(1) การเกิดโรคเป็นของธรรมดาสามัญที่สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกรูปทุกนาม และเมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้ว มนุษย์ก็ต้องหาทางรักษา เพราะฉะนั้นสังคมมนุษย์ทุกสังคมจึงมีการพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งกำหนดด้วยว่าผู้ใดที่จะทำการรักษาได้ และมีบทบาทประการใดบ้างในการที่จะกำจัดและรักษาโรค

(3) นอกจากจะมีการพัฒนาทางด้านการรักษาแล้ว สังคมมนุษย์ทุกสังคมย่อมต้องคิดค้นหาสาเหตุ และความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันรักษาตน รวมทั้งเป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยอีกประการหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็ได้พัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บไข้ได้ป่วยในสังคมนั้นๆ

หลักสากลทั้ง 3 ประการนี้ ได้รับการยอมรับกันมานานแล้ว โดยเฉพาะในหัวข้อที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ส่วนหลักการที่ 1 ซึ่งเป็นตัววัดทางด้านชีวภาพถือว่าเป็นตัววัดที่จึงถูกละเลยจากการศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์

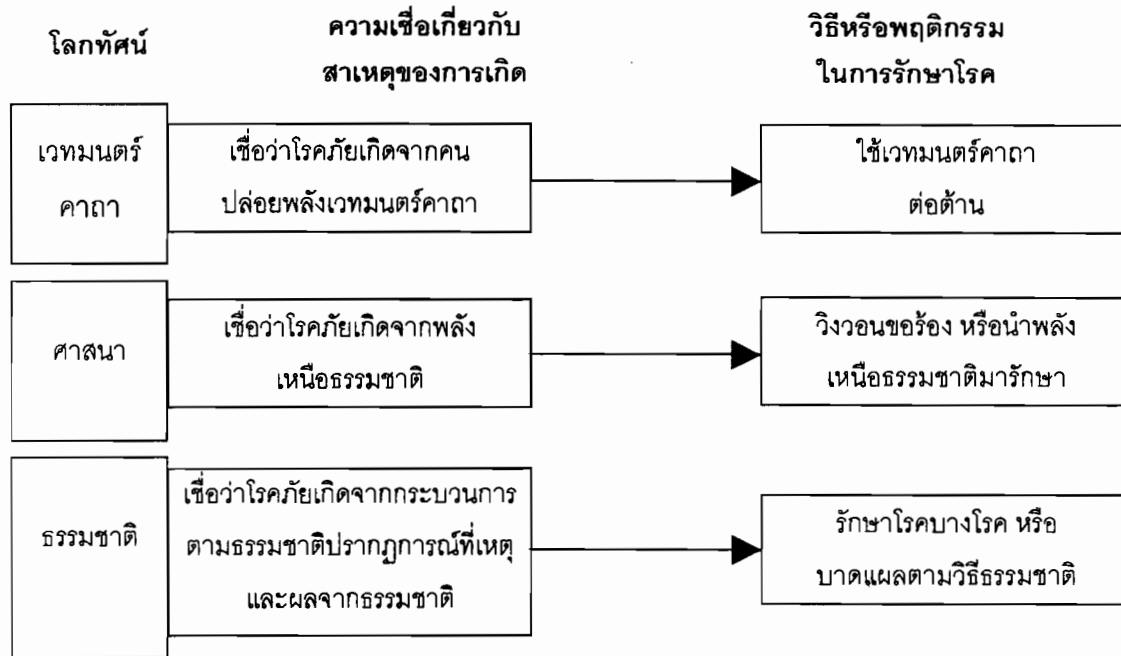
1.1 ริเวอร์ส (Rivers) : การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม

ในช่วงต้นๆ ของปี พ.ศ.2460 วิลเลียม ฮอลแลม ริเวอร์ส (1864-1922) ได้พยายามแสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดว่าการแพทย์พื้นบ้านกับลักษณะทางวัฒนธรรม และการจัดระเบียบทางสังคมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ผลงานของริเวอร์สได้ให้แนวคิดหลักแก่วงการมานุษยวิทยาการแพทย์อยู่ 2 ประการ คือ 1) การรักษาเยียวยาของคนในกลุ่มสังคมที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีต่านั้นเป็นไปตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคของคนกลุ่มนั้น 2) ทั้งการรักษาเยียวยาและความเชื่อในการรักษาพยาบาลนี้เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมมนุษย์ ไม่ใช่จารีตประเพณีที่แปลกประหลาดแต่อย่างใด

ริเวอร์สศึกษาระบบการรักษาพยาบาลในสังคมดั้งเดิม โดยกำหนดให้ความเชื่อทางไสยศาสตร์ หรือความเชื่อทางศาสนาเป็นตัวแปรอิสระ วัฒนธรรมนิยม ความเชื่อ และวิธีการรักษาพยาบาลเป็นตัวแปรตามปรากฏรายละเอียดในแผนภูมิที่ 2-4

แผนภูมิที่ 2-4 แสดงรูปแบบแนวความคิดของริเวอร์ส



1.2 เคลเมนต์ (Clements) : การแพทย์พื้นบ้านเป็นลักษณะย่อยทางวัฒนธรรม

ฟอร์เรสต์ เคลเมนต์ จำแนกแนวความคิดเรื่องสาเหตุของโรคร้ายของมนุษย์ยุคแรกออกเป็น 5 ประเภทคือ เวทมนตร์คาถา การละเมิดข้อห้าม การถูกขง (หรือการถูกคุณหรือไสย) วิญญาณเข้าสิง และเสียชีวิต (ขวัญหาย) และได้แสดงการกระจายลักษณะแบ่งแยกทางวัฒนธรรม หรือประเภทของสาเหตุของโรคร้ายตามที่ทราบจากวรรณคดีลงในแผนที่โลก และได้อาศัยการกระจายในแผนที่ศึกษาข้อเท็จจริงด้านเวลา และเส้นทางการกระจายของลักษณะการทางวัฒนธรรม (culture-trait) ซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่สุดเมื่อแบ่งวัฒนธรรมออกมาวิเคราะห์ หน่วยย่อยนี้มีหน้าที่ของตัวอยู่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมทั้งหมด และมีตัวตนอยู่ไม่ทางนามธรรมก็ทางรูปธรรม

1.3 แอคเคอร์เนคต์ (Ackernecht) : การแพทย์พื้นบ้านเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและมีหน้าที่ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรมภายในรูปลักษณะ (configuration) หนึ่ง

แอคเคอร์เนคต์ ได้เสนอแนวคิดกว้างๆ อยู่ 5 ประการ คือ

1) หน่วยที่สำคัญในการศึกษามานุษยวิทยาการแพทย์ ไม่ใช่ลักษณะวัฒนธรรมใดแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นกรอบร่างทางวัฒนธรรมในสังคมทั้งหมด ซึ่งหมายความถึงแบบแผนทางการแพทย์ด้วย แนวความคิดนี้เป็นการปฏิเสธแนวความคิดของเคลเมนต์โดยสิ้นเชิง

2) การแพทย์พื้นบ้านไม่ได้มีเพียงแบบเดียว แต่มีอยู่หลายแบบ อาจมีมากเท่ากับจำนวนสังคมวัฒนธรรมที่มีอยู่ในสังคมมนุษย์ ความเห็นนี้ขยายแนวความคิดของเบนเนดิกท์ที่ว่าแต่ละวัฒนธรรมมีลักษณะเฉพาะตัว แต่ค้านกับความเห็นของการริสัน (Garrison, 1914 และ 1933) ซึ่งเป็นนักประวัติศาสตร์การแพทย์ที่มีอิทธิพลมากคนหนึ่ง ในระหว่างไตรภาคของศตวรรษว่ารูปแบบการแพทย์พื้นบ้านคล้ายคลึงกันทั้งหมดไม่ว่าเป็นส่วนไหนของโลก

3) ส่วนต่างๆ ของแบบแผนทางการแพทย์ ก็เป็นเช่นเดียวกับส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรม กล่าวคือ มีหน้าที่และความสัมพันธ์ขึ้นแก่กันและกัน กับวัฒนธรรมส่วนอื่นๆ แม้ว่าจะระดับความสัมพันธ์กับส่วนต่างๆ นั้น จะแตกต่างกันจากสังคมหนึ่งกับอีกสังคมหนึ่งก็ตาม

4) ส่วนมากเข้าใจการแพทย์พื้นบ้านกันในแง่ความเชื่อทางวัฒนธรรมและการนิยามทางวัฒนธรรม นั่นคือ ไม่ได้พิจารณาปัจจัยทางด้านชีววิทยา ระบาดวิทยา นิเวศวิทยา หรือปัจจัยทางวัตถุวัฒนธรรมร่วมด้วย แอคเคอร์เนคต์มีความคิดว่า การปฏิบัติตัวหรือความคิดของพลเมืองที่ไม่ใช่ชาวตะวันตกในด้านโรคร้าย ไข้เจ็บมักไม่ใช่มีสาเหตุจากธรรมชาติ และการแพร่กระจายของเชื้อโรคหรือเป็นผลจากการปรับตัวให้เข้ากับความเป็นอยู่ หากแต่การปฏิบัติตัวด้วยการรักษาพยาบาลของชนเหล่านี้มักถูกกำหนดโดยขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อที่มีอยู่ในสังคมนั้นเป็นสำคัญ

5) แอคเคอร์เนคต์ยืนยันว่า ถึงแม้การแพทย์พื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่นจะมีความแตกต่างกันในแง่ของวิธีการและประสิทธิภาพของการรักษา แต่การแพทย์ทุกแบบจะมีสิ่งที่เหมือนกันอยู่ประการหนึ่งคือ การแพทย์พื้นบ้านทุกแห่งต้องประกอบด้วยเวทมนตร์คาถา นอกจากนี้ แอคเคอร์เนคต์ยังปฏิเสธที่จะจัดให้การแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์สมัยใหม่อยู่ในวงการเดียวกัน โดยให้เหตุผลว่า "การแพทย์ยุคเก่าส่วนมากเป็นเรื่องของเวทมนตร์คาถาศาสนาและใช้ประโยชน์จากสารเพียงเล็กน้อย ขณะที่การแพทย์สมัยใหม่ของเราใช้วิทยาศาสตร์เหตุผลและใช้สิ่งอินทรีย์เวทมนตร์น้อย (1946 : 467)"

ถึงแม้ว่าแนวความคิดของแอคเคอร์เนคต์จะก้าวล้ำไปจากนักวิชาการรุ่นก่อน แต่ทั้งริเวอร์ส์ เคลเมนต์ และ แอคเคอร์เนคต์ ก็มีความเห็นสำคัญตรงกันอยู่หลายประการ ทั้ง 3 ท่านต่างก็มีความคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์ในสังคมดั้งเดิม และระบบการแพทย์ในสังคมสมัยใหม่ในแนวเดียวกัน

นั่นก็คือ เห็นว่าในสังคมดั้งเดิมนั้นระบบการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับเรื่องไสยศาสตร์และศาสนาเป็นสำคัญ ส่วนในสังคมสมัยใหม่ระบบการแพทย์และการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับหลักเหตุและผลตามแบบวิทยาศาสตร์มากกว่า ที่เหมือนกันอีกประการหนึ่งก็คือ รูปแบบแนวความคิดของทั้ง 3 ท่าน จำกัดอยู่เฉพาะสังคมที่คงที่ไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น

1.4 เบนจามิน ดี พอล (Benjamin D. Paul) : ระบบและการเปลี่ยนแปลงระบบ (system and system-change)

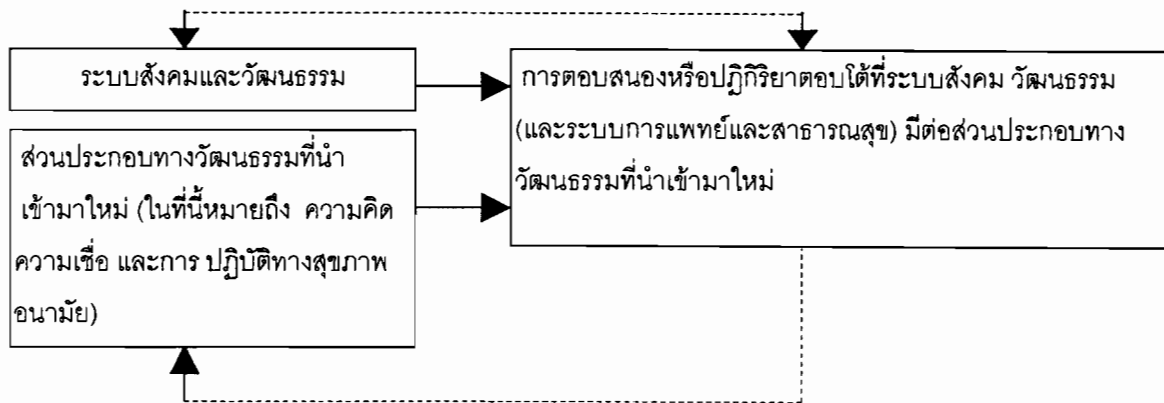
พอลได้เสนอแนวความคิดใหม่ที่แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่อง รวมทั้งล้าหน้าแนวความคิดของริเวอร์สและแอกเคอร์เนคต์ไปอีกก้าวหนึ่ง นั่นก็คือ พอลยอมรับแนวความคิดของริเวอร์สเกี่ยวกับความเชื่อ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม และยอมรับแนวความคิดของแอกเคอร์เนคต์ที่ว่าแบบแผนการแพทย์และการรักษาพยาบาลในสังคมเป็นส่วนประกอบหนึ่งและมีความสัมพันธ์ขึ้นแก่กันและกันกับส่วนประกอบอื่นๆ ของวัฒนธรรมรวมทั้งหมด อย่างไรก็ตาม แนวความคิดของพอลก็ยังแตกต่างจากริเวอร์สและแอกเคอร์เนคต์ ตรงที่ว่าพอลนำแนวความคิดเหล่านี้มาเชื่อมโยงเข้ากับรูปแบบของระบบและการเปลี่ยนแปลงระบบในสังคม จึงทำให้แนวความคิดของพอลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับทั้งสังคมดั้งเดิมที่มีลักษณะคงที่ กับทั้งสังคมสมัยใหม่ที่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในขณะเดียวกันแนวความคิดของพอลเองก็มีจุดอ่อนเช่นเดียวกันกับนักคิดรุ่นก่อน คือให้ปัจจัยทางชีวภาพเป็นตัวคงที่ โดยที่ให้ความสำคัญแก่ตัวแปรทางวัฒนธรรมแต่เพียงประการเดียว

1) การศึกษาลักษณะโครงสร้างของระบบ หรือวิธีการนำส่วนประกอบของวัฒนธรรมใหม่เข้ามาอย่างใดอย่างหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถอธิบายถึงการตอบสนองหรือปฏิกิริยาตอบโต้ที่ระบบสังคมวัฒนธรรมหนึ่งมีต่อการนำเอาส่วนประกอบทางวัฒนธรรมใหม่เข้ามาได้ ควรต้องศึกษาถึงปฏิกิริยาที่ตัวแปรทั้งสอง (ลักษณะโครงสร้างของระบบและวิธีการนำส่วนประกอบใหม่เข้ามา) มีต่อกันจึงจะเข้าใจได้ชัดเจน

2) ในสถานะการณ์ดังกล่าว พอลเชื่อว่าจะมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเกิดขึ้น (Reciprocal or feedback processes) นั่นก็คือ การนำเอาแนวความคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยใหม่เข้ามาในสังคม มีผลกระทบต่อถึงการเปลี่ยนแปลงในระบบสังคมและวัฒนธรรม (รวมทั้งระบบการแพทย์และสาธารณสุข) เดิมที่มีอยู่ และในทำนองเดียวกัน ระบบสังคมวัฒนธรรมเดิมก็มีส่วนที่จะไป

เปลี่ยนแปลงส่วนประกอบนั้นเสียใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ ด้วย เช่นเดียวกัน ดังปรากฏรายละเอียดในแผนภูมิที่ 2-5

แผนภูมิที่ 2-5 แสดงรูปแบบการศึกษาของพอลในเรื่องระบบและการเปลี่ยนแปลงระบบ



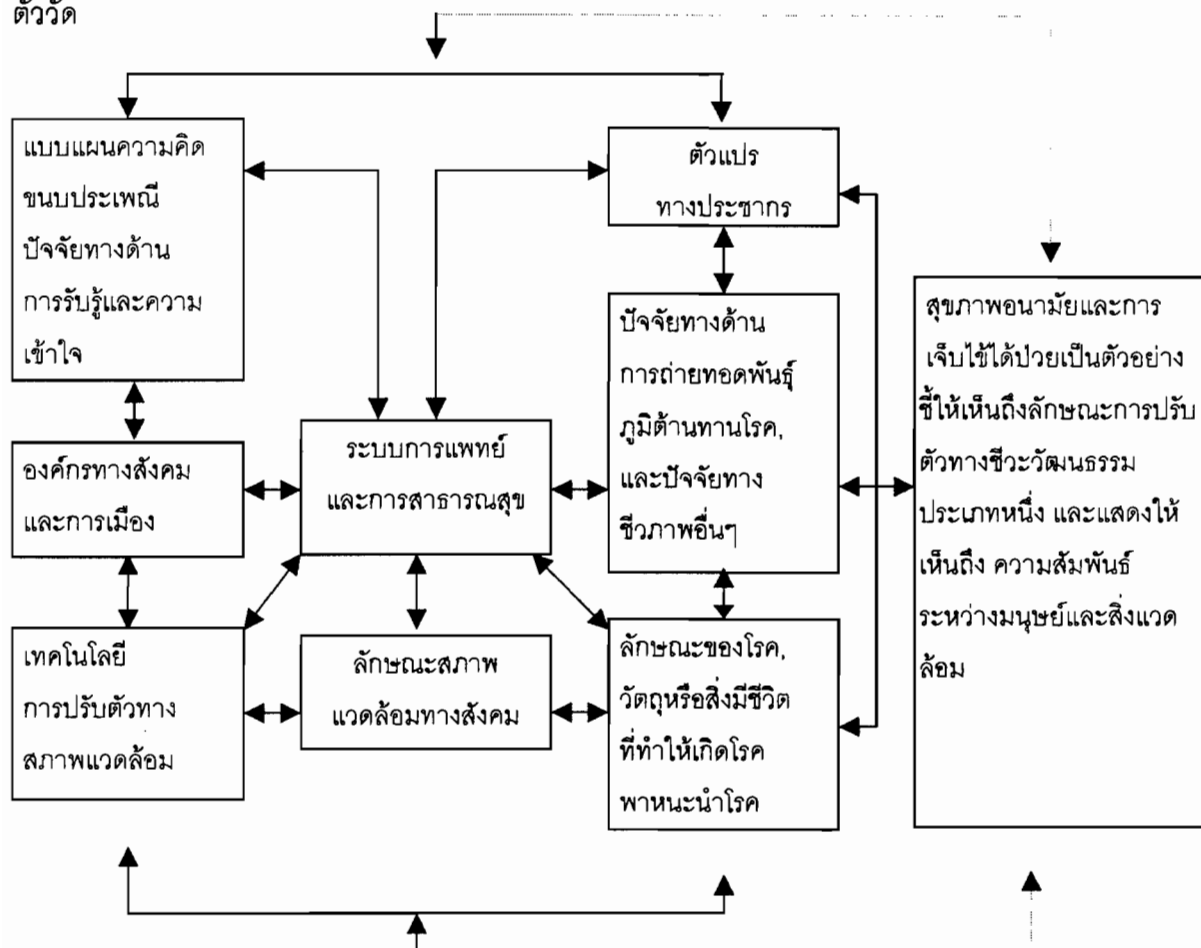
1.5 แนวการศึกษาทางนิเวศวิทยาซึ่งใช้ลักษณะสำคัญทางด้านวัฒนธรรมและชีวภาพเป็นตัววัด (ecological approach with cultural and biological parameters)

มีลักษณะแตกต่างจากแนวความคิดของนักคิดรุ่นก่อนหลายประการด้วยกัน กล่าวคือ 1) แนวความคิดเก่าเกิดขึ้นตามแนวทฤษฎีทางมานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม ส่วนรูปแบบการศึกษาทางนิเวศวิทยาเกิดจากแนวทฤษฎีเรื่องวิวัฒนาการทางชีวภาพ 2) ผู้ที่มีบทบาทในการศึกษาทางนิเวศวิทยาไม่ใช่ นักมานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม หากแต่เป็นผู้ที่สนใจปัญหาวิวัฒนาการทางชีวภาพมนุษย์ และ 3) การนำเอาปัจจัยทางชีวภาพเข้ามาเกี่ยวข้องกับด้วย โดยที่ถือว่าสุขภาพอนามัยและโรคภัยไข้เจ็บ (ไม่ว่าจะเป็นตัวแปรอิสระหรือตัวแปรตาม) เป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่าง ประชากร ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นก็คือ ขอบเขตของรูปแบบการศึกษาในเชิงนิเวศวิทยารวมเอาสังคมและประชากร (สมาชิกในสังคมนั้น) ลักษณะสำคัญๆ ของสิ่งแวดล้อม เชื่อโรค ความหมายของคำว่าเชื่อโรค การรักษาพยาบาลตามแบบพื้นบ้าน และการรักษาตามแบบแผนใหม่

ในขณะเดียวกัน แนวความคิดเรื่องนิเวศวิทยาได้ใช้แนวความคิดของคนรุ่นก่อนพร้อมทั้งขยายขอบเขตให้กว้างขวางขึ้น อย่างเช่นได้นำเอาแนวความคิดของริเวอร์สเรื่องความเชื่อ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยว่าเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ปรับปรุงแนวความคิดของ เคลเมนตีให้มีประโยชน์และใช้ได้มากขึ้น รวมทั้งนำเอาความคิดของแอกเคอร์เนคต์เกี่ยวกับการแพทย์และการรักษาพยาบาลว่าเป็นส่วนประกอบหนึ่งของวัฒนธรรมที่มีหน้าที่ประโยชน์และสัมพันธ์ขึ้นแก่กันและกัน กับส่วนประกอบอื่นๆ ของวัฒนธรรมรวมทั้งหมด ทำที่ลุดก็ได้อาแนวความคิดของพอลเกี่ยวกับ

เรื่องระบบและการเปลี่ยนแปลงระบบเข้ามาประกอบด้วย ซึ่งก็เท่ากับว่าแนวความคิดเรื่องนิเวศวิทยาได้นำเอาแนวความคิดเก่าทั้งหมด เข้ามารวมไว้ในกรอบ หรือแนวความคิดใหม่ (framework) และในรูปแบบใหม่นี้ก็ยังคงถือว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมมีความสำคัญมาก แต่ความสำคัญนั้นมองในแง่ของความสัมพันธ์ขึ้นแก่กัน ระหว่างปัจจัยทางด้านชีวภาพและปัจจัยน่านีปการอันเกี่ยวข้องกับระบบนิเวศวิทยา ดังปรากฏรายละเอียดในแผนภูมิที่ 2-6

แผนภูมิที่ 2-6 แสดงแนวการศึกษาทางนิเวศวิทยาที่ใช้ลักษณะสำคัญทางวัฒนธรรมและชีวภาพเป็นตัววัด



บทบาทและสถานะของ "ระบบการรักษายาบาล" ของแต่ละสังคมแปรเปลี่ยนไปตามระดับขั้นของวิวัฒนาการของสังคมนั้นๆ นั่นก็คือในสังคมดั้งเดิม หรือสังคมที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีต่ำ ทฤษฎีทางการแพทย์และการรักษายาบาล รวมทั้งวิธีการรักษา มีผลต่อการควบคุมโรคโดยตรงน้อยกว่าชนบธรรมเนียมประเพณี และข้อประพฤติปฏิบัติอย่างอื่นที่นอกเหนือจากระบบการแพทย์และการรักษายาบาล อย่างไรก็ตามชนบธรรมเนียมประเพณีและพฤติกรรมต่างๆ เหล่านั้นไม่ว่า

จะมีเหตุผลเบื้องหลังในการประพฤติปฏิบัติหรือไม่ ก็ให้ประโยชน์ในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการปรับสภาพทางชีวภาพกับสิ่งแวดล้อม (Alland, 1970 อ้างใน เบญจมา ยอดดำเนิน และคณะ, 2529 : 21-22) ส่วนสังคมที่เจริญทางวัตถุ หรือมีระดับเทคโนโลยีก้าวหน้าแล้ว ระบบการแพทย์และการรักษาพยาบาลมักมีบทบาทสูงทั้งในแง่การรักษาและการป้องกัน รวมทั้งผู้ให้การรักษาพยาบาลก็ได้รับการฝึกฝนความรู้ในทางการแพทย์อย่างมีระเบียบ ทำให้มีความเชื่อมั่นในการรักษาสูง

กล่าวโดยสรุป แนวความคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์ อธิบายอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจร่วมกัน คือ การเกิดโรคเป็นธรรมชาติสามัญที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกรูปทุกนาม เมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้วมนุษย์ก็ต้องการการรักษา นอกจากนี้การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแล้วมนุษย์ทุกสังคมย่อมค้นหาสาเหตุเพื่อความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรค ซึ่งพัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อ ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บไข้ได้ป่วยในสังคมนั้นๆ

การศึกษาทางมานุษยวิทยาการแพทย์จึงกล่าวถึงการแพทย์พื้นบ้านว่า 1) การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม 2) การแพทย์พื้นบ้านเป็นลักษณะย่อยทางวัฒนธรรม ซึ่งมีลักษณะทั้งนามธรรมและรูปธรรม 3) การแพทย์พื้นบ้านเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและมีหน้าที่ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรมภายในรูปลักษณะหนึ่ง การแพทย์พื้นบ้านจึงไม่ได้มีเพียงรูปแบบเดียว แต่จะมีอยู่หลายแบบตามสังคมวัฒนธรรมที่มีอยู่ในสังคมมนุษย์ 4) ระบบการแพทย์และสาธารณสุขย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการนำส่วนประกอบทางวัฒนธรรมใหม่เข้ามาในระบบ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพของสังคมและวัฒนธรรม และ 5) แนวการศึกษาทางนิเวศวิทยาซึ่งใช้ลักษณะสำคัญทางด้านวัฒนธรรมและชีวภาพเป็นตัวชี้วัดจึงเป็นหลักสำคัญที่ควรพิจารณา

ดังนั้น จึงควรคำนึงถึงบทบาทและสถานะของระบบการแพทย์และสาธารณสุขของแต่ละสังคม ซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามระดับขั้นของวิวัฒนาการทางสังคม ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมนั้นๆ

2. ระบบการแพทย์ในสังคม

ในสังคมมนุษย์ทั่วไป มนุษย์ได้พยายามรักษาเยียวยา ความเจ็บไข้ได้ป่วยมาโดยตลอด ทั้งนี้ เพื่อสนองความต้องการของมนุษย์ด้านชีวภาพ (biological need) ได้แก่ การบำบัดโรค (disease) และความต้องการทางด้านจิตวิทยาสังคม (psychosocial need) ได้แก่ ความต้องการบำบัดความเจ็บ

ป่วย (illness) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำบนพื้นฐานของหลักการและเหตุผล แต่เป็นผลผลิตของการปรับตัวทางสังคม และระบบนี้จะมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาเกิดเป็นระบบการแพทย์ของสังคมนั้นๆ ขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2536 :)

ระบบการแพทย์ที่เกิดขึ้นในสังคม เป็นองค์ความรู้ที่ซับซ้อนของความเชื่อ เทคนิค วิธีการ บทบาท ปทัสถาน ค่านิยม อุดมการณ์ เจตคติ ประเพณี และสัญลักษณ์ ซึ่งสัมพันธ์และเกี่ยวพันกัน อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมถึงองค์รวมของความรู้ ความเชื่อ ความสามารถ และการปฏิบัติทางสุขภาพของสมาชิกในสังคมทุกกลุ่ม และครอบคลุมทั้งการปฏิบัติในการแพทย์ (clinic) และมีชีทางการแพทย์ (nonclinic) ครอบคลุมทั้งสถาบันในระบบและนอกระบบ รวมทั้งการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพ

ในทางมนุษยวิทยาทางการแพทย์ (medical anthropology) ซึ่งเป็นสาขาวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมทางการแพทย์ และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในวัฒนธรรมต่างๆ นั้น ถือว่าสังคมใดๆ ย่อมประกอบขึ้นด้วยระบบการแพทย์มากกว่า 1 ระบบ หรือที่เรียกกันว่า มีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ กล่าวคือ มีระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่และมีบทบาทในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยอยู่มากกว่า 1 ระบบ โดยต่างก็มีระบบ วิธีคิด ทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ปรัชญาการณดังกล่าวเป็นความจริงที่ปรากฏอยู่ในสังคมทั่วโลก ซึ่งมูลเหตุของปรัชญาการณดังกล่าวนี้ เกิดจาก ข้อเท็จจริงที่ว่า ไม่มีระบบการแพทย์ใดระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ในอันที่จะตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วย และสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทุกมิติ คือทั้งสามารถเยียวยารักษาโรคต่างๆ ทุกชนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำตอบต่อข้อข้องใจสงสัยของมนุษย์ได้ทุกด้าน สามารถสร้างความอบอุ่นใจต่อผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ มีราคาถูกลง และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์นั้นๆ ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในขณะที่มนุษย์มีวัฒนธรรมความเชื่อ ความศรัทธาและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างหลากหลายและเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอยู่เสมอ ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะที่มีเนื้อหาหลากหลาย และมีรูปแบบที่ผิดแผกแตกต่างกันนี้ จึงเป็นระบบที่มีความหลากหลายเพียงพอที่จะรองรับความแตกต่างของผู้คนและปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย ระบบการแพทย์สมัยใหม่อาจมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วย ในขณะที่ระบบการแพทย์ดั้งเดิมในสังคมนั้น อาจเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการทางสังคมจิตวิทยาอย่างเหมาะสม

กล่าวโดยกรอบแนวความคิดทางมานุษยวิทยาดังกล่าว ระบบการแพทย์จะประกอบขึ้น จากองค์ประกอบสองประการ คือ

1. ระบบทฤษฎีโรค (disease theory system) หมายถึง แนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ตัวระบบทฤษฎีโรคนี้ ในระดับปัญญาชนอาจมีลักษณะสลับซับซ้อนและเป็นระบบมาก ในขณะที่ประชาชนโดยทั่วไปอาจอธิบายความเป็นไปของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ อย่างง่าย ๆ ระบบทฤษฎีโรคนี้เองที่เป็นความรู้ ความเข้าใจที่ใช้สำหรับการแก้ปัญหาต่างๆ เป็นแนวคิดที่สำคัญที่กำหนดท่าทีและพฤติกรรมต่างๆ ที่มนุษย์จะต้องตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ตลอดจนเป็นตัวกำหนดรูปแบบและระบบการดูแลสุขภาพ

2. ระบบการดูแลสุขภาพ (health care system) หมายถึง ระบบที่สังคมจัดขึ้น เพื่อให้การดูแลสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยจะประกอบด้วย ผู้ให้การดูแลสุขภาพ ผู้รับการดูแลสุขภาพ สถานที่ที่ใช้สำหรับกิจกรรมดูแลสุขภาพ รูปแบบของการดูแลสุขภาพ ตลอดจนยา อุปกรณ์ หรือเครื่องมือต่างๆ รวมไปถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพและผู้รับ ในส่วนของระบบการดูแลสุขภาพนี้มีแนวคิดที่สังคมใช้สำหรับการจัดระบบการดูแลสุขภาพ เช่น แนวคิดที่ว่าใครเป็นผู้ที่สามารถให้บริการการดูแลสุขภาพได้ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร เป็นต้น แนวคิดเหล่านี้จะสะท้อนออกจากแนวคิดในระบบทฤษฎีโรค และเป็นแนวคิดที่สะท้อนทัศนคติอื่นๆ ที่ประกอบด้วยการคิดและตัดสินใจในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยด้วย

ระบบการแพทย์ ที่จำแนกตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม จำแนกออกเป็น 3 ระบบด้วยกัน ตามขอบเขตการดำรงอยู่ของระบบการแพทย์

1) ระบบการแพทย์ท้องถิ่น (local medicine system) เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่ผ่านการทดลองใช้ และถ่ายทอดสืบต่อกันมา โดยไม่มีลักษณะวิชาการชั้นสูง (nonscholarity)

2) ระบบการแพทย์ภูมิภาค (regional medicine system) เป็นระบบการแพทย์ที่มีลักษณะวิชาการสูงขึ้น มีการสังเกตอย่างเป็นระบบ จนได้รับการยอมรับ และขยายไปในระดับภูมิภาค เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนอาหรับ การแพทย์แผนไทย

3) ระบบการแพทย์สากล (cosmopolitan medicine system) หรือระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ มีความเป็นวิชาการมากที่สุด (scholarity) ได้รับการยอมรับจนแพร่หลายไปทั่วโลก

กล่าวโดยสรุป ระบบการแพทย์จึงหมายถึงรวมถึงชุดความคิด และการปฏิบัติของระบบ วัฒนธรรม สังคม และชีวภาพ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย ระบบความเชื่อค่านิยมและการปฏิบัติ อันสะท้อนถึงระบบสังคม หรืออาจจะกล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องระบบการแพทย์สะท้อนพฤติกรรมในแง่มุมของสังคม วัฒนธรรมอย่างแท้จริง เพราะระบบการแพทย์เป็นระบบย่อย (subsystem) ของสังคมวัฒนธรรมใหญ่ การเป็นระบบวัฒนธรรม จึงหมายถึง การจัดรวมเข้าอย่างเป็นระบบของแนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติตามปทัสถานของสังคม ซึ่งอีกนัยหนึ่งก็คือ วิถีแห่งการรับรู้ และแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย ซึ่งแฝงอยู่ในขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม ในฐานะระบบสังคม ระบบการแพทย์ทำหน้าที่ให้ความหมาย (meaning) และรูปลักษณะ (forms) กับประสบการณ์ความเจ็บป่วย (illness experience)

3. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย

ภาพรวมของระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยประกอบขึ้นจากระบบการแพทย์ย่อยๆ ที่สังคมได้สังเคราะห์ขึ้นและรับการถ่ายทอดมาสั่งสมไว้ตลอดประวัติศาสตร์ของชนชาติไทย ระบบแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทยจึงเปรียบเสมือนกับตะกอนที่กระแสนวัฒนธรรมดั้งเดิมหลายสายที่พัดผ่านมา ได้นำมาแขวนลอยและตกเป็นตะกอนสะสมไว้ การทำความเข้าใจต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยนั้นสามารถทำความเข้าใจได้จากรากเหง้าแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิม 3 กระแส อันได้แก่ วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี วัฒนธรรมพราหมณ์ และพุทธศาสนาอันเป็นรากฐานของวัฒนธรรมไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยอาจจำแนก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัจจัยที่ส่งต่อพฤติกรรมและการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วยได้ดี โดยการแบ่งออกเป็น 4 ระบบย่อยดังนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533 : 90-110)

ระบบย่อยที่ 1 การแพทย์แบบประสภารณ

ระบบการแพทย์พื้นบ้านในวัฒนธรรมย่อยใดๆ ล้วนได้รับเอาอิทธิพลจากวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ (great medical culture) กระแสใดกระแสหนึ่ง ในสามกระแส อันได้แก่ วัฒนธรรมทางการแพทย์แบบกรีก แบบอินเดีย และแบบจีนไว้เสมอ ทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สังเคราะห์จากประสบการณ์ตรงของกลุ่มชนชาติต่างๆ ถูกละลาย ในทางปฏิบัติเราจะสามารถนำทฤษฎีทางการแพทย์จากวัฒนธรรมใหญ่ใดๆ มาใช้อธิบายพฤติกรรมทางการแพทย์โรคแบบพื้นฐานได้อย่างสมเหตุผลได้เพียงกรณีส่วนน้อยเท่านั้น

โดยความเป็นจริงแล้ว ชนชาติต่างๆ ล้วนแต่สืบทอดประวัติศาสตร์ของคนมาจากอดีต และผ่านประสบการณ์การต่อสู้ เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยมาด้วยกันทั้งสิ้น มนุษย์เรียนรู้กายวิภาค

และสรีรวิทยาควบคุมเกี่ยวกับวิวัฒนาการทางชีววิทยา เรียนรู้ยาสมุนไพรต่างๆ พร้อมๆ กับกระบวนการแสวงหาอาหาร เมื่อมีความเจ็บป่วยมนุษย์เรียนรู้การบีบนิ้วเพื่อผ่อนคลาย และบรรเทาความปวดเมื่อย ประสบการณ์ที่ได้ผลย่อมถูกบอกกล่าว และถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และนี่คือการแพทย์แบบประสบการณ์ที่ไม่ต้องการทฤษฎีที่เป็นระบบใดๆ มาชี้นำ หากแต่เป็นฐานทรัพยากรที่สำคัญที่สุดสำหรับการสังเคราะห์ทฤษฎีขึ้นในภายหลัง ไม่มีความจำเป็นใดๆ ที่จะจำกัดการดำเนินชีวิตทั้งหมดของตนไว้กับประสบการณ์เดิมเพียงบางส่วนที่ถูกยกระดับขึ้นเป็นทฤษฎี ในความเป็นจริงแล้ว ประสบการณ์เพียงบางส่วนเท่านั้นที่ถูกนำไปใช้สรุปเป็นกฎเกณฑ์ แต่ปรากฏการณ์ส่วนใหญ่ที่ยังไม่สามารถประมวลให้เป็นระบบ ก็สามารถใช้อ้างอิงได้ในขอบเขตที่แน่นอนระดับหนึ่งเสมอ การแพทย์แบบประสบการณ์จึงเป็นกระบวนการพื้นฐานที่สุดและดั้งเดิมที่สุดในการแสวงหาทางออกแก้ปัญหาสุขภาพ ยังคงเกิดขึ้นดำรงอยู่ และมีการผลิตใหม่ (reproduce) อยู่ตลอดเวลา

ชุมชนท้องถิ่นใดๆ ที่มีประวัติศาสตร์ยาวนานย่อมจะต้องผ่านประสบการณ์การต่อสู้เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน โดยเหตุนี้ย่อมจะต้องมีภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งสังเคราะห์จากประสบการณ์ผ่านการสังเกต ทดลองใช้ คัดเลือกและถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรมสืบทอดต่อกันมา ในทางสุขภาพนั้นความเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น ย่อมจะต้องผ่านความพยายามในการแก้ไขเยียวยามาก่อน ปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ชุมชนท้องถิ่นต่างๆ มีรูปแบบกระบวนการในการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยเป็นของตนเอง ชุมชนต่างๆ ในวัฒนธรรมหนึ่งๆ จะมีโรคท้องถิ่น ซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะสำหรับภาวะความเจ็บป่วยที่พบในชุมชน รวมทั้งจะมีวิธีการรักษาที่เป็นที่รู้จัก และเข้าใจกันในหมู่สมาชิกในชุมชนนั้นๆ

โดยที่การแพทย์แบบประสบการณ์นี้ มีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์ของท้องถิ่นเป็นสำคัญ จึงมักมีความแตกต่างระหว่างท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท้องถิ่นที่มีสภาพทางสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม อาจจำแนกรูปแบบการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกันคือ

1. การรักษาด้วยยากลางบ้าน เป็นความรู้ที่ชาวบ้านโดยทั่วไปมีอยู่และใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยที่รู้จักกันโดยทั่วไป โดยทั่วไปมักจะใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในครัวเรือนหรือปลูกไว้ตามบริเวณบ้าน โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นของหาง่ายใกล้มือ และมักจะใช้กับโรคทั่วไปที่พบบ่อย หรือแม้แต่ใช้ในชีวิตประจำวัน ความรู้เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่รู้และใช้ต่อๆ กันมา โดยเป็นความรู้ ที่รู้จักในครัวเรือน และถามหาปรึกษาตนเองได้โดยไม่ต้องหาหมอพื้นบ้าน

2. แบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะ ในวัฒนธรรมหนึ่งๆ มักมีแบบแผนการปฏิบัติตัวสำหรับในกรณีที่มีการผิดปกติเกี่ยวกับสุขภาพ ที่พบบ่อยที่สุดในทุกวัฒนธรรมก็คือ ข้อห้าม (taboo) (หรือชะล่า, ชิด, ผิด, ขวง ในภาษาท้องถิ่น) ในภาวะการเจ็บป่วยหนึ่งๆ หรือแม้แต่ในช่วงสำคัญของชีวิต

3. การรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านเป็นผู้สืบทอดประสบการณ์การรักษาโรคที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน ลักษณะของหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอในระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ ได้แก่ หมอพื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรค หรือรักษาได้เฉพาะที่ตนสืบทอดประสบการณ์เรื่องนั้นๆ มาโดยเฉพาะ หมอพื้นบ้านเหล่านี้มิได้ศึกษาทฤษฎีการแพทย์ใดๆ อย่างเป็นระบบ แต่อาศัยการสังเกต และจดจำจากการบอกกล่าว ชีตความสามารถของหมอเหล่านี้จึงค่อนข้างจำกัดอยู่ในขอบเขตที่ตนรู้พลิกแพลงหรือปรับใช้ได้อย่างจำกัด

กระบวนการมาสู่ความเป็นหมอของหมอพื้นบ้านเหล่านี้ มักได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ หรือไปขอศึกษาจากหมอที่มีความสามารถ และสะสมประสบการณ์เพิ่มเติมมากขึ้นเรื่อยๆ ตัวอย่างของหมอพื้นบ้านในกลุ่มนี้ คือ

- 1) หมอยาต้ม-ยาฝน ใช้สมุนไพรในการรักษา
- 2) หมอกระดูก รักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน โดยการใส่เฝือกชะโลมน้ำมันหรืออาจใช้เวทมนต์ประกอบ
- 3) หมอดำแย ทำคลอดแก่หญิงมีครรภ์
- 4) หมอนวด รักษาอาการปวดเมื่อย
- 5) หมอที่รักษาโรคเฉพาะอื่นๆ เช่น หมอรักษาโรคฝีดาษหวาร หมอรักษางูกัด หมอรักษาโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

หมอเหล่านี้มักมีความชำนาญเฉพาะโรคที่ตนศึกษามา และรูปแบบวิธีการรักษามีทั้งที่คล้ายคลึงกัน และที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์เฉพาะตัว

ความรู้ในระบบการแพทย์แบบประสบการณ์นั้น อยู่ในเครือข่ายสังคม (social network) ซึ่งเปรียบเสมือนกับตาข่ายที่เป็นโครงสร้างให้ความรู้ทางสุขภาพเหล่านี้เกาะยึดอยู่ ครอบคลุมและเครือญาติจึงเป็นโครงสร้างที่สำคัญที่สุดในการสืบทอดความรู้เหล่านี้ แต่ในปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวยุคใหม่จะเปลี่ยนจากโครงสร้างครอบครัวขยาย (extended family) ไปเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) มากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะทำให้กระแสการสืบทอดความรู้ทางการแพทย์ประสบการณ์นี้ขาดช่วงไป

อาจกล่าวได้ว่า การแพทย์แบบประสพการณ์เป็นระบบการแพทย์ย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุดในระบบการแพทย์พื้นบ้าน ด้วยเหตุผลที่ว่า การแพทย์แบบประสพการณ์ที่มีคุณลักษณะที่โดดเด่นและมีพลังอยู่ 5 ประการ คือ

- 1) เป็นระบบการแพทย์ที่มีฐานแน่น อยู่กับประชาชนชาวบ้านมากที่สุด
- 2) เป็นกระบวนการแพทย์ที่มีกระบวนการทางสังคมมารองรับ
- 3) ให้คำแนะนำที่มีลักษณะเป็นจริงในทางปฏิบัติ (practical)
- 4) มีกระบวนการที่สวนทางกับการผูกขาดของการแพทย์แบบวิชาชีพ
- 5) มีกระบวนการที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ ตลอดเวลาตราบเท่าที่ประชาชนยังมีปัญหาสุขภาพ

ระบบย่อยที่ 2 การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ

โลกในมโนคติแบบพื้นบ้านประกอบขึ้นด้วยด้านที่เป็นวัตถุธรรม ซึ่งได้แก่องค์ประกอบทางกายภาพต่างๆ กับด้านนามธรรมที่เป็นวิญญาณอันศักดิ์สิทธิ์ที่มีอำนาจบังการความเป็นไปของสรรพสิ่ง วิญญาณศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้ เรียกขานแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมท้องถิ่นเช่น ผีฟ้าพญาแถน ผีปู่ตา ผีเชื้อ ผีป่า ผีดง ผีน้ำ ผีตาแฮกในภาคอีสาน ผีเจ้านายในภาคเหนือ และรุกขเทวดา แม่โพสพ พระเสื้อเมือง พระทรงเมืองในวัฒนธรรมลุ่มเจ้าพระยา เป็นต้น ผีหรือวิญญาณศักดิ์สิทธิ์เหล่านี้ทำหน้าที่คอยปกป้องคุ้มครองให้สรรพสิ่งดำเนินไปตาม "ครรลอง" ที่ถูกต้อง โดยจะทำโทษผู้ที่ทำการละเมิด หรือลบหลู่อำนาจศักดิ์สิทธิ์ หรือกฎเกณฑ์แห่งความถูกต้องที่สังคมหนึ่งนั้นยึดถือ ในขณะที่เดียวกันในระบบความเชื่อดังกล่าว เรายังสามารถพบวิญญาณชั่วร้ายที่คอยทำร้ายคน ซึ่งก็แตกต่างกันออกไป ตามวัฒนธรรม เช่น ผีโก๊ะ ในภาคเหนือ ผีซมก ผีปอบ ผีห่าก้อม ในภาคอีสาน และผีกระสือ ผีกระหัง ผีกองกอย ในภาคกลาง

อาจกล่าวได้ว่า ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาตินั้น เป็นระบบการแพทย์บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม โดยถือว่าปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยมีรากเหง้ามาจากความ ชัดแย้งทางสังคม ปรัชญาการรักษาโรคจึงเป็นการใช้ปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นมาตรการการควบคุมและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและไม่ลงตัวของสังคม

ระบบวิธีคิดดังกล่าว หากมองจากโลกทัศน์แบบวิทยาศาสตร์วัตถุนิยม ซึ่งพิจารณาความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ บนพื้นฐานของเหตุผล แบบตรรกและกลไก ดูจะเป็นสิ่งที่เหลวไหลและไร้เหตุผล เพราะเราจะไม่สามารถแสดงให้เห็นอย่างเป็นภาวะวิสัยว่า ความขัดแย้งทางสังคมมีผลโดยตรงต่ออวัยวะ ต่อความผิดปกติในระบบร่างกายมนุษย์ได้ด้วยกลไกอะไร ทฤษฎีใดก็ตามที่เราไม่สามารถ

อธิบายกลไกการเกิดขึ้น และความสัมพันธ์ระหว่างสองสิ่งได้อย่างเป็นภาวะวิสัย ทฤษฎีนั้นก็ขาดความน่าเชื่อถือ และด้วยคุณค่าทางเทคนิค แต่หากเราพิจารณาโดยองค์รวมและด้วยวิธีการมองแบบมหัพภาค (macroscopic view) โดยถือว่าสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของระบบสังคมทั้งหมด และสังคมที่สงบสุขย่อมจะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีแล้ว เจตจำนงของการรักษาโรคด้วยวิธีทางการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งมุ่งไปที่การจัดระเบียบทางสังคม เพื่อให้องค์ประกอบในสังคมดำเนินอยู่ในจารีตและครรลองที่เหมาะสม ดูจะมีกุศโลบายที่แยบคาย และมีเหตุผลที่การแพทย์สมัยใหม่ที่มุ่งข้อเท็จจริงทางชีววิทยามากกว่าเหตุปัจจัยทางสังคม จะต้องฟังสังวรณ์ และเรียนรู้

ในระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาตินั้น นอกเหนือจากการรักษาโดยวิธีการเช่น ให้อาหารยาแล้ว การแพทย์พื้นบ้านไทยยังมีรูปแบบการรักษาโรคที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติอีกแบบหนึ่ง คือการรักษาด้วยหมอผี หรือหมอธรรม ที่รักษาโรคอันเกิดจากผีกระทำโดยการกำราบหรือปราบผีด้วยด้วยวิธีการต่างๆ เช่น โดยการใช้เวทมนต์คาถาอาคมต่างๆ การรด ประพรม หรืออาบน้ำมนต์ การเขียนดีด้วยหวาย การสักด้วยไพลเสก การผูกด้วยสายสิญจ์เพื่อขับไล่ให้ผีหรือวิญญาณร้ายที่เข้าสิงหรือกระทำต่อผู้ป่วยให้หนีออกจากร่าง การรักษาดังกล่าวมิได้มีพื้นฐานมาจากความเชื่อเรื่องผีแบบดั้งเดิมหรือที่เรียกว่า ลัทธินูชาผี แต่ทว่ามีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมพราหมณ์ ซึ่งมีปรัชญาความเชื่อที่แตกต่างกัน

ในสมัยอยุธยาวัฒนธรรมพราหมณ์ที่เข้ามาใหม่ได้ปรับตัวเข้ากับความเชื่อดั้งเดิมโดยละม่อม โดยที่อาจกล่าวได้ว่าความเชื่อดั้งเดิมมิได้สูญเสียชีวิตสำคัญใดๆ ไป ในขณะที่ความเชื่อใหม่ก็ได้การรับรองให้อยู่ได้ และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น ในการผสมผสานกลมกลืนระหว่างกันของทั้งสองระบบนั้น สังคมได้มีการจัดสรรบทบาทและหน้าที่ที่แน่นอนของทั้งสองระบบโดยที่ไม่มีกรณีเผชิญหน้ากัน หมอผีหรือหมอธรรมจะมีบทบาทโดยตรงในการกำราบผีที่ชั่วร้ายต่างๆ เช่น ผีปอบ ผีซมก ผีกะหรือผีกระสือที่มีเจตนาร้าย โดยที่จะไม่มีการเกี่ยวข้องพาดพิงหรือกล่าวโทษผีฝ่ายดี เช่น ผีฟ้า ผีปู่ตาหรือผีเชื้อ ว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยเลย การให้บทบาทดังกล่าวทำให้ทั้งสองระบบ อยู่ด้วยกันและยังอาศัยซึ่งกันและกันได้ ต่างไม่ต้องเผชิญหน้ากัน

ความสำคัญของระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาตินั้น อยู่ที่ระบบความเชื่อที่ทำหน้าที่เป็นระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ให้ดำเนินไปในครรลองที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับสมดุลของทั้งระบบ ทั้งมิติของจิตวิญญาณ มิติทางสังคม และมิติของนิเวศวิทยา

ระบบย่อยที่ 3 การแพทย์แบบโหราศาสตร์

วัฒนธรรมพราหมณ์ได้พัฒนาระบบวิธีคิดที่สลับซับซ้อน เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งในกาลอวกาศ โดยมีกรอบวิธีคิดที่ว่าสภาพสิ่งแวดล้อมในจักรวาล ล้วนแต่สัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ด้วยเงื่อนไขความสัมพันธ์ที่สามัญสำนึกไม่อาจหยั่งรู้ได้ การดำรงอยู่และเคลื่อนไหวของสรรพสิ่งในจักรวาล เป็นไปบนวิถีหรือชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งที่ของมันเป็นเองในห้วงแห่งจักรวาลี ปรมาจารย์พราหมณ์ได้สังเคราะห์เครื่องมือสำคัญที่ใช้หาตำแหน่งแห่งที่และความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจกับภาวะที่ดำรงอยู่และ "ทำนาย" ไปในอนาคตได้ เครื่องมือที่กล่าวถึงนี้คือโหราศาสตร์

เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มต้นที่การวินิจฉัย โดยชาวบ้านจะไปหาหมอดูจักรวาลี ซึ่งในท้องถิ่นเรียกกันว่า หมอทายเลข หมอดำรา หรือหมอมอ หมอดู เหล่านี้ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ตำราพรหมชาติเป็นตำราในการอ้างอิง ก็จะคำนวณชะตาราศีโดยดูจากวัน เดือน ปีเกิดเป็นสำคัญ การคำนวณจะมีการเทียบเคียงชะตาศีวิตเข้ากับตำแหน่งของดวงดาวในจักรวาลี เพื่อกำหนดเส้นทางการโคจรของวิถีชีวิตของผู้ป่วย หลังเสร็จสิ้นการคำนวณหมอดำราก็จะสามารถพยากรณ์ ถึงภาวะการเจ็บป่วยนั้นๆ ว่าเกิดขึ้นจากเคราะห์กรรมลักษณะใด จะสามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ยากง่ายเพียงใด และต้องไปรักษาทางใด ซึ่งมักจะบอกเป็นทิศ เช่น ให้ไปหาหมอที่อยู่ทางทิศตะวันออก เป็นต้น

หากความเจ็บป่วยนั้นๆ เกิดขึ้นจากเคราะห์ที่สามารถแก้ไขได้ หมอดำราก็จะ แนะนำให้ผู้ป่วยไปหาหมอสะเดาะเคราะห์ หรือหมอเสียเคราะห์ ซึ่งหมอดำราอาจเป็นหมอสะเดาะเคราะห์ด้วยก็ได้ หมอสะเดาะเคราะห์ก็จะทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้ ซึ่งขึ้นกับว่าเป็นเคราะห์ใหญ่หรือเคราะห์น้อย พิธีกรรมก็จะสลับซับซ้อนและยากง่ายแตกต่างกันไปหลังจากทำพิธีสะเดาะเคราะห์หรือเสียเคราะห์ไปแล้ว ผู้ป่วยก็จะค่อยๆ หายจากความเจ็บป่วยไปได้

ไม่เพียงแต่ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วเท่านั้นที่หมอดำราและหมอเสียเคราะห์จะเข้ามามีบทบาท ในชุมชนที่มีวัฒนธรรมแบบพราหมณ์ การไปหาหมอดำรา และการไปเสียเคราะห์ ดูจะเป็นวิถีชีวิตปกติที่ชาวบ้านทำกันอยู่เสมอ เหตุผลที่ไปหาหมอดำราอาจมีมาจากสาเหตุต่างๆ ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงเรื่องราวที่ใหญ่โต เช่น ของหาย ใจคอไม่สบาย หรือหงุดหงิด จะเดินทางไปต่างถิ่น จะทำพิธีมงคลต่างๆ หรือจากการเกิดเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึง เช่น ประสบอุบัติเหตุ ฟ้าผ่าบ้าน ต้นไม้ล้มทับบ้าน หรือมีเหตุการณ์ที่ถือว่าไม่เป็นมงคลต่างๆ เช่น อีกาเกาะหลังคาบ้าน นกแสกร้องบินผ่านบ้าน เจองู ผึ้งทำรังใน

บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเหตุให้ต้องไปดูตำราทั้งสิ้น ซึ่งหากพบว่ามิเคราะห์อยู่ก็จะได้เสียเคราะห์ทั้งไปแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะป้องกันไม่ให้เหตุร้ายเกิดขึ้นได้

ในการแก้ปัญหาลักษณะตามความเชื่อแบบโหราศาสตร์นั้น นอกเหนือจากการเสียเคราะห์หรือสะเดาะเคราะห์แล้ว ยังมีรูปแบบอื่นๆ ซึ่งเป็นไปเพื่อหันเห หรือเปลี่ยนแปลงวิถีของชะตาชีวิต เช่น ในกรณีที่เด็กเล็กเจ็บป่วยบ่อยๆ ซึ่งหมายถึงความไม่ลงตัวของชะตาชีวิต การแก้ปัญหาก็จะมีตั้งแต่การไว้ผมจุก การเปลี่ยนชื่อจากชื่อที่มีอักษรกาลกิณีเสียใหม่ การยกให้เป็นลูกของพรหมณ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีเจตนาที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของผู้ป่วยในจักรวาล

การแพทย์แบบโหราศาสตร์นี้เป็นส่วนที่สังคมไทยได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมพรหมณ์ โดยเข้ามาเป็นที่ยอมรับในราชสำนักในสมัยอยุธยา ก่อนการแพทย์นี้จึงพบเห็นได้เด่นชัดเฉพาะในท้องถิ่นที่ได้รับอิทธิพลของจารีตประเพณีแบบราชสำนักเท่านั้น โดยจะเห็นได้ว่าการแพทย์แบบนี้กระจายอยู่ตามชุมชนภาคกลาง ที่มีวัฒนธรรมของลุ่มน้ำเจ้าพระยาเป็นสำคัญ กับทั้งอาจพบได้ในหัวเมืองใหญ่ๆ ที่เคยมีประวัติศาสตร์ที่ราชสำนักส่งข้าหลวงไปเป็นเจ้าเมืองตามภูมิภาคต่างๆ และนำเอาวัฒนธรรมประเพณีหลวงไปเผยแพร่ด้วย

สาระัตถะของการแพทย์แบบโหราศาสตร์นี้ อยู่ที่การเป็นระบบที่ตอบสนองต่อจิตใจของมนุษย์ที่ต้องการหยั่งรู้ถึงเหตุการณ์ที่จะบังเกิดแก่ตนได้ การล่วงรู้สภาวะการณ์ในอนาคต หรือรู้ว่า เหตุการณ์ในปัจจุบันจะคลี่คลายไปอย่างไร เป็นไปโดยสามัญสำนึกของมนุษย์ที่ต้องการ การประคับประคองทางจิตใจ และเป็นฝ่ายกระทำต่อสภาวะแวดล้อม ระบบโหราศาสตร์ให้คำตอบสำหรับสิ่งนี้ได้ อย่างเป็นระบบ จึงเป็นที่พึ่งที่อบอุ่นใจที่มีคำอธิบายต่างๆ ให้แก่มนุษย์เผชิญหน้ากับอนาคตได้อย่างไม่ต้องตกเป็นฝ่ายตั้งรับที่จะถูกจู่โจมโดยไม่รู้ตัว ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ นี่เป็นเหตุผลของการคงอยู่อย่างมั่นคงของโหราศาสตร์ ที่ชนทุกระดับนับตั้งแต่การศึกษาสูงสุดไปจนถึง สามัญชนยังต้องพึ่งพิง

ระบบย่อยที่ 4 การแพทย์

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุเป็นลักษณะที่สำคัญ ที่เป็นแบบฉบับวัฒนธรรมดั้งเดิมทางการแพทย์ 3 กระแสคือ วัฒนธรรมการแพทย์แบบกรีก แบบอินเดีย และแบบจีน ทฤษฎีธาตุ (humour theory) ในทั้งสามวัฒนธรรมได้พัฒนาตัวบทในการอธิบายปรากฏการณ์ของร่างกายมนุษย์ และความเจ็บป่วยจนเป็นทฤษฎีที่สลับซับซ้อนและเป็นระบบที่สุด

กระบวนทัศน์อันเป็นรากฐานของระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุนั้น ถือว่าจักรวาลอันไพศาลและองค์ประกอบน้อยใหญ่ในจักรวาลล้วนakorปขึ้นด้วย “ธาตุ” เป็นองค์ประกอบชั้นรากฐาน สิ่งที่แน่นอนหนึ่งๆ จะประกอบด้วยธาตุชนิดต่างๆ ในสัดส่วนที่แน่นอน และความแตกต่างของสรรพสิ่งชนิดต่างๆ ของธาตุอันเป็นองค์ประกอบชั้นรากฐาน ในปรัชญาอินเดียนั้นถือว่าจักรวาลมีองค์ประกอบ รากฐาน 4 ประการ ได้แก่ ธาตุดิน (ปฐวีธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และธาตุไฟ (เตโชธาตุ) ในขณะที่จีนโบราณถือว่าจักรวาลมีธาตุ 5 หรือเบญจธาตุเป็นพื้นฐาน ได้แก่ ธาตุทอง ธาตุไม้ ธาตุไฟ ธาตุลม และธาตุน้ำ

ธาตุเหล่านี้มีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน และย่อมมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันในจักรวาลระบบใดๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบจักรวาล ระบบนิเวศ ระบบสังคม ตลอดจนระบบร่างกายของมนุษย์ล้วนถูกขับเคลื่อนจากพลังปัจจัย และอันตรกิริยาระหว่างธาตุเหล่านี้ภาวะสมดุลแห่งธาตุจะทำให้ระบบ ดำเนินไปได้โดยปกติ ในทางตรงข้ามหากธาตุหนึ่งธาตุใด หรือหลายธาตุเกิดการแปรปรวนไปจนผิดปกติ ก็จะทำให้ระบบเสียภาวะสมดุล ซึ่งจะทำให้ระบบร่างกายเกิดภาวะเจ็บป่วย ระบบสังคมเกิด วิกฤตการณ์ ระบบนิเวศน์เกิดภัยพิบัติขึ้นได้

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทย ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย ซึ่งไทยรับเข้ามาพร้อมกับการรับเอาวัฒนธรรมแบบพราหมณ์มาจากขอมในสมัยอยุธยา ดังจะเห็นจากคัมภีร์การแพทย์ไทยหลายฉบับ มีการกล่าวอ้างถึง หมอชีวกโกมารภัจจ์ อันเป็นแพทย์ประจำองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เป็นผู้รจนาคัมภีร์แพทย์ต่างๆ และแพทย์ไทยยังถือเอาหมอชีวกโกมารภัจจ์ ว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์แผนโบราณของไทย ทั้งทฤษฎีธาตุของการแพทย์ไทยนั้นยึดถือเหมือนกับอินเดีย ว่าร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการ ได้แก่ ธาตุดิน (ปฐวีธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และ ธาตุไฟ (เตโชธาตุ) ความเจ็บป่วยต่างๆ มีปฐมเหตุจากการแปรปรวนของธาตุ ซึ่งธาตุทั้ง 4 นี้จะแปรปรวนหรือผิดปกติได้ใน 3 ลักษณะได้แก่

- 1) กำเริบ หมายถึง การเพิ่มขึ้นของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในระบบร่างกาย
- 2) หย่อน หมายถึง การลดทอนลงของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในระบบร่างกาย
- 3) พิการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากธรรมดาของธาตุนั้น

ภาวะที่ธาตุใดธาตุหนึ่งหย่อนหรือกำเริบ จึงมีความหมายในเชิงปริมาณ ในขณะที่ธาตุพิการเป็นการเปลี่ยนไปของคุณภาพของธาตุนั้นๆ การวินิจฉัยโรคในระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ จึงเป็นการวินิจฉัยไปที่ความผิดปกติของธาตุ เช่น ปฐวีธาตุพิการ เตโชธาตุกำเริบ เป็นต้น

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยนั้น ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคัมภีร์พระเวทของลัทธิศาสนาพราหมณ์ซึ่งไทยได้รับผ่านขอมในสมัยอยุธยา โดยการรับเอาวัฒนธรรมพราหมณ์ มาเป็นส่วนสำคัญของประเพณีในราชสำนัก ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุในอดีต จึงกล่าวได้ว่ามิได้แตกต่างจากการแพทย์สมัยใหม่เท่าใดนัก กล่าวคือเป็นระบบการแพทย์ที่รัฐให้การรับรอง และถูกครอบครองโดยกลไกของรัฐ ซึ่งหมายถึงราชสำนักในสมัยนั้น การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ จึงเป็นเวชปฏิบัติในหมู่ “หมอลหลวง” ซึ่งเป็นหมอในราชสำนักที่ให้การรักษาพยาบาลแก่พระมหากษัตริย์ ราชินิกุล และข้าราชการบริพารเท่านั้น ในส่วนของ “หมอบ้าน” ซึ่งให้การรักษาพยาบาลแก่ชาวบ้านทั่วไปในท้องถิ่นชนบทนั้น เวชปฏิบัติของหมอบ้านเหล่านี้พื้นฐานมาจาก “การแพทย์แบบประสบการณ์ในท้องถิ่นเป็นสำคัญ”

การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ จึงถูกผูกขาดโดยหมอลหลวงเป็นส่วนใหญ่ แม้จะมีการถ่ายทอดความรู้ระหว่างหมอลหลวงกับหมอบ้านกันอยู่บ้าง ดังที่ปรากฏว่า ตำราโบราณในหัวเมืองต่างๆ มีการจดบันทึกทฤษฎีการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุไว้บ้าง แต่ก็ยังถือได้ว่า การถ่ายทอดระหว่างกันเป็นไปตามเหตุปัจจัยเฉพาะ มิได้เป็นไปอย่างจริงจัง ในทางตรงข้ามเมื่อหมอชาวบ้านคนใดที่ได้ชื่อว่ามีความรู้ความสามารถสูง ก็จะถูกรับเข้าเป็น “หมอลหลวง” มีศักดิ์นาและรายได้ที่แน่นอนจากรัฐ

ภาวะการณ์เริ่มเปลี่ยนแปลง ในราวสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ เมื่อพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว กษัตริย์ในรัชกาลที่ 3 ได้ทำการรวบรวมทฤษฎีความรู้ทางการแพทย์และวิทยาการต่างๆ ที่ถูกทำลายจนกระจัดกระจายไปจากครั้งพม่าตีกรุงศรีอยุธยาแตก และได้จารึกไว้ในแผ่นหินตามศาลารายในระเบียงอุโบสถวัดเซตุนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) เพื่อให้สาธารณชนสามารถเข้าศึกษาวิทยาการต่างๆ ได้ นับเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่แสดงให้เห็นถึงการถ่ายเทวิทยาการระหว่างราชสำนักกับสามัญชน ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้น ที่เปลี่ยนแปลงแบบแผนการกระจายของการใช้วิทยาการการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุแพร่หลายออกมาสู่สามัญชน ซึ่งหลังจากนั้นไม่นานนัก วิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ก็ได้เข้ามาแทนที่การแพทย์ตามวัฒนธรรมพราหมณ์ในราชสำนัก

ความพยายามในการอธิบายระบบการแพทย์ในท้องถิ่น โดยใช้การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุโดยมิได้วิเคราะห์ถึงแบบแผนการกระจายตัวของทฤษฎีธาตุที่ดำรงอยู่ในบริบทของสังคมการเมือง ทำให้การศึกษาระบบการแพทย์ในท้องถิ่น ซึ่งมีรากฐานอยู่ที่การแพทย์แบบประสบการณ์คลาดเคลื่อนไป

ในปัจจุบัน การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ ได้เคลื่อนตัวจากฐานสนับสนุนในราชสำนักไปสู่ฐานสนับสนุนในวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัดโพธิ์ ซึ่งอาจนับเป็นอุใหญ่ของการสืบทอดระบบการแพทย์

แบบทฤษฎีธาตุ โดยการรวมตัวของหมอไทยจำนวนหนึ่งและอาศัยการสนับสนุนจากภาคสงฆ์ทำให้ “โรงเรียนและสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย” ได้ดำเนินกิจกรรมด้านการสอนวิชาการแพทย์แผนโบราณ และผู้สำเร็จจากโรงเรียนแพทย์แผนโบราณจำนวนมากได้กระจัดกระจายออกไปเป็นหมอและสอนวิชาการแพทย์นี้ในท้องถิ่นต่างๆ อย่างมากมาย และมีส่วนสำคัญในการทำให้การแพทย์แบบประสพการณ์ในท้องถิ่นมีความเป็นระบบมากขึ้น

ในบรรดาระบบย่อยของการแพทย์ไทยทั้ง 4 ระบบ การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุเท่านั้นที่เป็นที่ยอมรับของรัฐ การจัดสอนแพทย์แผนโบราณเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณซึ่งรัฐจัดให้มีขึ้นทุกปี จึงอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุเป็นสำคัญ

กล่าวโดยสรุป ระบบการแพทย์ย่อยทั้ง 4 ระบบ ในการแพทย์พื้นบ้านของไทยนั้น มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป สาระสำคัญที่แตกต่างกันออกไปนั้นเป็นประโยชน์เกื้อกูลต่อสังคมทั้งระบบในแง่มุมที่แตกต่างกัน หากพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว การแพทย์ทั้งสี่ระบบย่อย ที่ผสมผสานกันอยู่ในชุมชนชนบทอย่างกลมกลืนนั้น ได้มีส่วนสำคัญไม่เพียงแต่ในด้านการแก้ปัญหาสุขภาพ แต่ทว่าระบบวิธีคิดของการแพทย์แบบต่างๆ ที่แฝงมิติทางจิตวิญญาณ มิติทางสังคม ตลอดจนมิติทางนิเวศวิทยา ได้มีบทบาทในการกำหนดความรู้สึกนึกคิดและวิถีชีวิตของชนบทไทยทั้งหมด การศึกษาถึงบทบาทของการแพทย์พื้นบ้านในชนบท ที่ให้ความสนใจแต่เพียงแง่มุมด้านเทคนิคทางการแพทย์ หรือประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลเท่านั้น จะทำให้การประเมินคุณค่าของการแพทย์แบบพื้นบ้านผิดพลาดคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

การวิเคราะห์องค์ประกอบของระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย โดยการแยกแยะเป็นระบบย่อยเช่นนี้ ได้ให้ข้อเท็จจริงที่ว่า ระบบการแพทย์ใดๆ ก็ตามล้วนถูกสังเคราะห์ขึ้นจากรากฐานวิธีคิดในการมองและการทำความเข้าใจโลกในแต่ละยุคสมัย มนุษย์มีความเชื่อและยึดถือความจริงที่แตกต่างกัน และได้สังเคราะห์วิธีการและแบบแผนการแก้ปัญหาขึ้น เพื่อตอบสนองความจำเป็นต่างๆ ตามแต่ระบบวิธีคิดที่มนุษย์ถือครองจะนำพามนุษย์ไป ความเชื่อที่ยึดถือกันมาในอดีตที่สุดในวันนี้ ในที่สุดเมื่อสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป จนถึงซึ่งจุดที่ระบบวิธีคิดเช่นนี้ ไม่อาจจะตอบสนองความพึงพอใจของมนุษย์ได้อีกต่อไป มนุษย์ก็จะสังเคราะห์โลกทัศน์ชุดใหม่ขึ้น คิดค้นวิธีคิดและคำอธิบายชุดใหม่ที่จะจับใจผู้คนในยุคสมัยนั้นๆ สังคมก็อาจเคลื่อนไหวไปตามพลังขับเคลื่อนความคิดใหม่

ฉะนั้น มนุษย์ที่อยู่ในระบบวัฒนธรรมหนึ่ง มีโลกทัศน์ ระบบวิธีคิด และแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบหนึ่งของตนเอง มิได้อยู่ในฐานะที่จะตัดสินหรือพิพากษามนุษย์ที่มีอิสรภาพที่จะศรัทธา

ในวัฒนธรรมความเชื่อของตนเอง การพัฒนาใดๆ ก็ต้องดำเนินไปบนความสัมพันธ์ที่สมานฉันท์ เคารพในศักดิ์ศรี และเชื่อมั่นในดุลยภาพของมนุษย์ แม้ว่าถึงที่สุดแล้วแต่ละคนอาจจะเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แต่ทุกคนล้วนแต่สามารถ “เข้าใจ” ซึ่งกันและกัน และแบ่งปันความปรารถนาดีระหว่างกันได้โดยไม่จำเป็นต้องยึดยึดความถูกต้องให้กับอีกฝ่ายหนึ่ง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในประเด็นนี้มีนักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศให้ความสนใจศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยในแง่มุมต่างๆ จำนวนมาก โดยนักวิชาการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับสาธารณสุขซึ่งมีทั้งแพทย์ นักสาธารณสุข และนักสังคมศาสตร์ ปริมาณของการวิจัยจะมากขึ้นอยู่กับเงินทุนสนับสนุนการวิจัย ดังจะเห็นว่าตั้งแต่ที่กระทรวงสาธารณสุขบรรจุเรื่องการแพทย์พื้นบ้านเอาไว้เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา และมีเงินสนับสนุนโครงการค้นคว้าวิจัยจากองค์การต่างประเทศ (องค์การยูนิเซฟ, GTZ และ WHO) ทำให้ในช่วงปี พ.ศ. 2525-2535 มีงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยออกมาเป็นจำนวนมาก (เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ, 2539 : 10-23)

หลังจากช่วงปี พ.ศ. 2535 ถึงปัจจุบัน ปริมาณของงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านค่อยๆ ลดน้อยลงตามลำดับ หน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัยจะเป็นหน่วยงานภายในประเทศเป็นส่วนใหญ่ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล (จะให้ทุนเฉพาะบุคลากรของมหาวิทยาลัยเท่านั้น) สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข แต่ปริมาณทุนสนับสนุนดังกล่าวค่อนข้างจำกัด สำหรับองค์การอนามัยโลกสนับสนุนเงินทุนวิจัยถึงปี 2537 และปีต่อไปได้ให้การสนับสนุนงานวิจัยเฉพาะทางด้านสมุนไพร นอกเหนือจากงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนดังกล่าวแล้ว งานที่ออกมาในช่วงหลังปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท

ส่วนพื้นที่ที่มีการทำวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้มีปริมาณใกล้เคียงกัน ส่วนภาคตะวันออกพบงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านน้อยมาก

แนวโน้มของการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในแง่ปริมาณจะน้อยลง เนื่องจากผลการศึกษา ส่วนใหญ่ให้คำตอบที่ค่อนข้างชัดเจนแล้วว่า การแพทย์พื้นบ้านยังมีบทบาทสำคัญในการ ดูแล

สุขภาพของประชาชน ดังนั้น ประเด็นการวิจัยจึงควรมุ่งเน้นไปที่การแสวงหาแนวทางในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อนำส่วนดีของการแพทย์พื้นบ้านมาประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข การศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านที่สำรวจพบส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาในประเด็นหลักๆ 4 ประเด็นคือ

1. การศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้าน

งานวิจัยด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางสังคมศาสตร์โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านนั้น ในงานวิจัยเรื่องหนึ่งๆ มักมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน องค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน วิธีการรักษา และผู้ป่วยที่มาใช้บริการการแพทย์พื้นบ้าน แต่จะมุ่งเน้นหนักในประเด็นใดประเด็นหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้เน้นในทุกประเด็น ดังนั้น เพื่อให้ผู้อ่านได้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่าองค์ความรู้ในประเด็นใดมีเพียงพอแล้วหรือประเด็นใดยังขาด ต้องทำวิจัยเพิ่มเติม ผู้เขียนจึงได้แยกงานวิจัยออกเป็น 4 หัวข้อคือ หมอพื้นบ้าน องค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้านและผู้ป่วยที่มารับบริการจากหมอพื้นบ้าน ซึ่งจะได้อธิบายแต่ละประเด็นในรายละเอียดตามลำดับ

1.1 เกี่ยวกับตัวหมอพื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นนี้มักศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทของหมอพื้นบ้าน ทั้งฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม คุณสมบัติของหมอ สาเหตุที่สนใจมาเป็นหมอ วิธีการถ่ายทอดความรู้ ประเภทของโรคที่รักษาและกรรมวิธีในการรักษารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคของการเป็นหมอพื้นบ้าน งานลักษณะนี้มีการศึกษาทั้งในกรุงเทพมหานคร พื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังรายละเอียดของการวิจัยดังต่อไปนี้

อรทัย รวยอาจิดน และคณะ (2523) ได้ศึกษาบทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนา สาธารณสุขไทยโดยได้สัมภาษณ์หมอแผนโบราณในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 50 ราย และคนไข้ของหมอแผนโบราณเหล่านี้จำนวน 198 คน ผลการศึกษาพบว่าหมอแผนโบราณปัจจุบันมีรายได้ต่ำ ต้องประกอบอาชีพอื่นเพื่อหารายได้เพิ่ม มูลเหตุที่สนใจเป็นหมอเพราะ มีความเลื่อมใสและเห็นคุณค่า เกือบครึ่งหนึ่งมีบรรพบุรุษเป็นหมอและเคยรักษาแล้วได้ผลดี รองลงมาคือศึกษาด้วยตนเองจากตำรา โดยการค้นคว้าทดลอง และการศึกษาเพิ่มเติมจากอาจารย์ โรคที่หมอแผนโบราณคิดว่ารักษาได้ดีกว่าหมอแผนปัจจุบันคือ ปวดเมื่อย มะเร็งกระดูก ริดสีดวง อัมพาต โรคเด็ก และสตรี ไซนัส หิดหอบ และผิวหนัง หมอแผนโบราณมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนแต่เห็นว่าแพทย์แผนปัจจุบันมีทัศนคติในทางลบต่อ พวกตน

รุจิณาถ อรรถดิษฐ์ และคณะ (2529) ได้ศึกษาคุณสมบัติและพฤติกรรมของหมอพื้นบ้านใน ชุมชนโดยศึกษาในพื้นที่ 20 จังหวัด วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อดูภูมิหลังทางการศึกษาของหมอ พื้นบ้าน พฤติกรรมการรักษาพยาบาล การถ่ายทอดความรู้และบทบาทของหมอในงานสาธารณสุข ตลอดจนทัศนคติของหมอพื้นบ้านต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ผลการศึกษาพบว่า คุณสมบัติของหมอพื้นบ้านไม่แตกต่างจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มีการสืบทอดความรู้โดยวิธีการสืบทอดกันมาจาก บรรพบุรุษ หมอพื้นบ้านแต่ละคนจะมีตำรับยาที่ใช้บ่อย คนละ 1-10 ตำรับยาที่ใช้มักหาเก็บเองและซื้อจากร้านขายยาแผนโบราณ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่รู้จัก อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน) และเคยร่วมงานสาธารณสุขในหมู่บ้านด้วยกันและยืนยันถึงความเป็นไปได้ในการร่วมมือกับ อสม. หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ และเห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านมีคตินิยมน้อยลง รัฐควรที่จะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหมอพื้นบ้านสำหรับข้อเสนอที่ได้จากงานวิจัยของรุจิณาถก็คือ ควรมีการสังคายนาและพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยอาศัยความรู้เก่าและประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ควรปรับปรุงคุณภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้จากหมอพื้นบ้านไปยังคนรุ่นต่อไป ซึ่งข้อเสนอเหล่านี้สอดคล้องกับข้อเสนอของงานวิจัยหลายๆ เรื่อง เช่น มณีวรรณ ผิวนิม (2534) และรุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) เนื่องจากปัจจุบันหมอ พื้นบ้านขาดคนสืบทอดความรู้ นอกจากนั้นรุจิณาถยังเสนอแนะว่ารัฐควรเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนา การแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น

ปรีชา อุตระกุล และคณะ (2531) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทของหมอพื้นบ้านในสังคมอีสาน พบว่า หมอพื้นบ้านมีบทบาทต่อสังคมหลายด้าน บทบาททางตรงก็คือ เป็นผู้อาวูโสของหมู่บ้าน เป็นผู้นำทางพิธีกรรม บทบาททางอ้อมก็คือ การเป็นหมอและยังมีบทบาทในการสร้างดุลยภาพของ ชุมชนทั้งในด้านสภาพแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณี นอกจากนั้นปรีชายังได้กล่าวถึง ระบบความเชื่อของหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับองค์ประกอบของร่างกายมนุษย์ (รายละเอียดจะกล่าวในประเด็น องค์ความรู้ ระบบความคิด ความเชื่อของหมอพื้นบ้าน)

การศึกษาเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการแพทย์แผนโบราณและกลวิธีในการพัฒนา งานสาธารณสุขมูลฐานของกุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) โดยศึกษาในหมู่บ้านจำนวน 6,102 หมู่บ้าน ใน 17 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีหมอพื้นบ้านเฉลี่ยหมู่บ้านละ 3.2 คน หมอที่พบมากที่สุดคือ หมอสมุนไพรร (26.6%) หมอมนต์ (25.0%) หมอธรรม (19.9%) และหมอลำทรง (8.6%) ตามลำดับ สำหรับหมอแผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะมีเพียง 1.2 % หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (84.2%) อายุเฉลี่ย 57 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (60.7%)

อาชีพทำนา (86.9%) ระดับฐานะปานกลางถึงยากจนมาก (87.8%) ประมาณ 31.6% รับการถ่ายทอดวิชาเนื่องจากเชื่อว่าวิชาแพทย์แผนโบราณสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ และ 24.9% ต้องการสืบทอดจากบรรพบุรุษ ปัจจุบันมีเพียง 68.2% ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (183 คน) ยังคนทำการรักษาคนไข้สม่ำเสมอ โดยมีคนไข้เฉลี่ย 2 คนต่อเดือน

กมลเนตร โฆษณารักษ์ และคณะ (2534) ได้ศึกษาบทบาทของหมอพื้นบ้านในโครงการควบคุมมาลาเรียของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามบทบาทของอาสาสมัครที่เป็นหมอพื้นบ้านในโครงการดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครที่เป็นหมอพื้นบ้านมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ รับผิดชอบงานดีกว่าพวกที่ไม่ใช่หมอพื้นบ้าน งานวิจัยนี้ได้เสนอแนะว่าควรให้หมอพื้นบ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชน แต่ควรมีมาตรการที่จะทำให้บุคคลเหล่านี้ตระหนักถึงขอบเขตของบทบาทของตน

งานวิจัยเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านที่มีความสำคัญและทำในพื้นที่หลายจังหวัด ได้แก่ งานของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับศูนย์นโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล ได้แก่ งานของลือชัย สีเงินยวง และคณะ (2535) ที่ได้ศึกษาศักยภาพหมอพื้นบ้านกับงานสาธารณสุขมูลฐาน : ภาพรวม นอกจากนั้นยังได้แยกเป็นกรณีศึกษาแต่ละจังหวัดด้วย เช่น การศึกษาที่จังหวัดพิจิตร ประจวบคีรีขันธ์ นครพนม สุรินทร์ ยโสธร และเชียงราย (2535) งานวิจัยทั้งหมดใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณประกอบกัน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของหมอพื้นบ้านก็คือ ชาวบ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นชายและสูงอายุ บทบาทของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เพื่อการช่วยเหลือเกื้อกูลตามความจำเป็น คนไข้กว่า 80% เป็นญาติพี่น้องและสมาชิกในชุมชนเดียวกัน การแพทย์พื้นบ้านอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคใน 2 ลักษณะคือ สาเหตุจากธรรมชาติและการเสียสมดุลย์ของร่างกายกับสาเหตุเหนือธรรมชาติ หมอพื้นบ้านให้การรักษาครอบคลุมทั้งอาการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน หมอกระดูกเป็นหมอที่มีจำนวนมากที่สุด และจากสภาพสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปทำให้บทบาทในการรักษาของหมอพื้นบ้านลดน้อยลง

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้การเป็นหมอชาวบ้าน มีงานวิจัยของ บุญทวี อุปละกุล (2536) ที่ศึกษาทั้งกระบวนการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้การเป็นหมอชาวบ้าน โดยใช้ระบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่เคยเป็นหมอชาวบ้านและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหมอชาวบ้าน เช่น ญาติ พี่น้องในพื้นที่อำเภอสี อำเภอบ้านไธสง อำเภอป่าซาง และกิ่งอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการการถ่ายทอดความรู้จะเริ่มเมื่อผู้เรียนจบการศึกษาภาคบังคับแล้ว ส่วนมากจะ

เข้าไปเป็นเด็กวัดผ่านการบวชเรียน ได้รับการเรียนรู้และบอกเล่าจากอาจารย์ในขณะที่บวช ผู้ที่เป็นหมอชาวบ้านได้ต้องมีความ อุดม ขยัน มีคุณธรรมและมีความสามารถเฉพาะตัว กระบวนการถ่ายทอดการเป็นหมอชาวบ้านสามารถแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเป็นผู้ติดตาม ขั้นเป็นผู้ปฏิบัติ และขั้นเป็นผู้ชำนาญ วิธีการเรียนต้องอาศัยความสามารถ การสังเกต การซักถาม การจดบันทึก การเรียนรู้ด้วยตนเองเมื่อศึกษาไปแล้วต้องหาความรู้ เพิ่มเติมจากประสบการณ์ในการรักษา

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้ก็คือ ปัจจัยทางสังคม ในระบบเครือญาติ ปัจจัยทางเศรษฐกิจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการถ่ายทอด ปัจจัยทางการศึกษาที่มีเปลี่ยนจากการศึกษาภายในชุมชนมาเป็นการศึกษาภายนอกชุมชน ปัจจัยทางการเมืองและกฎหมาย ทำให้กระบวนการถ่ายทอดค่อยๆ สูญหายไป

สมใจ ศรีหาล้า (2537) ได้ศึกษาเรื่องหมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน ผลการวิจัยสรุปว่าหมอธรรมเป็นหมอพื้นบ้านประเภทหนึ่งที่ทำหน้าที่ในการรักษาโรคของประชาชน การเป็นหมอธรรมต้องผ่านกระบวนการคัดกรองเพื่อให้ได้ บุคคลที่มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ หมอธรรมมีบทบาทในการเป็นผู้นำชุมชน ผู้นำในการประกอบพิธีกรรม ผู้นำในการพัฒนาชุมชน

รุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) ได้ศึกษาการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมู่บ้านนาสีดา ตำบลกุดข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหมอพื้นบ้านในหมู่บ้านนา สีดายังมีบทบาทสูงในการรักษาความเจ็บป่วยของชาวบ้าน ทั้งนี้โดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีคุณสมบัติ ดังนี้คือ เป็นผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การรักษา มีคุณธรรมและจริยธรรม การแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกหนึ่งของชาวบ้านที่สมควรส่งเสริมและหาแนวทางในการพัฒนาให้มีศักยภาพและเกิดประโยชน์แก่ชุมชนมากที่สุด

ผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณสมบัติและบทบาทของหมอพื้นบ้านสามารถสรุปได้ว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นผู้ชาย มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป สมรสและผ่านการบวชเรียนมาแล้ว ประกอบอาชีพอื่นนอกเหนือจากการเป็นหมอ เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี เป็นคนมีศีลธรรม มีประสบการณ์ในการรักษาเป็นที่ยอมรับของชุมชน และจำนวนมากเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ มูลเหตุจูงใจในการมาเป็นหมอก็เพราะ บิดา หรือญาติใกล้ชิดเคยเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนเคยได้รับการรักษาแบบพื้นบ้านหรือเคยมีญาติพี่น้องเจ็บป่วยจึงเสาะแสวงหาวิธีการรักษาหรือเห็นว่าอาชีพนี้สามารถช่วยเหลือผู้คนได้ หมอพื้นบ้านมีหลายประเภท เช่น หมอยาสมุนไพร หมอกระดูก หมอธรรม (หมอสงฆ์) หมอตำแย หมอไสยศาสตร์

นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของหมอพื้นบ้านแต่ละประเภท เช่น หมอพระ หมอกระดูก หมอสมุนไพร เป็นต้น โดยจะขอกล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวกับหมอแต่ละประเภทตามลำดับ

หมอพระ งานวิจัยที่กล่าวถึงบทบาทของหมอพระในงานสาธารณสุขมีหลายเรื่อง อาทิเช่น บทบาทของพระสงฆ์ไทยที่เป็นหมอพระในด้านการบำบัดรักษาโรคแก่ชุมชนของ วไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (2523) งานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสังเกตโดยสำรวจ หมอพระจำนวน 6 รูป และผู้ป่วยที่ไปหาหมอพระจำนวน 600 คน ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดรักษาโรคของคนไทยยังอาศัยวัด พระสงฆ์ และยากลางบ้าน หมอพระเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ถึงแม้สถานภาพของหมอพระจะเป็นหมอเถื่อนในแง่มุมมองของบ้านเมืองและจะต้องปราศในแง่ของพระสงฆ์ แต่ก็มีหมอพระหลายรูปที่มีชื่อเสียงเป็นที่เคารพศรัทธา

สาเหตุที่หมอพระยังมีบทบาทในการรักษาและได้รับความเชื่อถือจากประชาชนนั้น วไลพร ภวภูตานนท์ (2523) ได้วิเคราะห์ว่า เพราะหมอพระสามารถปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมพื้นบ้าน ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย ไม่มีระเบียบปฏิบัติที่ยุ่งยาก ไม่มีลักษณะเชิงธุรกิจ แต่เป็นเรื่องของการช่วยเหลือ การทำบุญ และขณะรักษาก็ไม่มีบรรยากาศของระดับชั้นทางเศรษฐกิจและสังคม

เดวิด คอสลิ่ง (2526) ได้ศึกษาเรื่อง หมอพระ : มิติใหม่ของพระพุทธศาสนาและสาธารณสุข โดยเน้นการศึกษาถึงทัศนคติของพระสงฆ์ต่อบทบาทของหมอพระในการตอบสนองความต้องการของสังคมปัจจุบันและความเหมาะสมในกิจการบางประเภท โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ พระสงฆ์จำนวน 12 รูปที่เข้ารับการอบรมวิชาแพทย์ที่วัดสามพระยา และวัดเบญจมบพิตร ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ทุกรูปที่ศึกษามีความสามารถในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง วิธีการรักษาใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน หมอพระบางรูปใช้เครื่องมือแพทย์สมัยใหม่ในการตรวจรักษา

สมชาย สุรชาติศรี (2530) ได้ศึกษาบทบาทของพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของชาวชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของพระสงฆ์ในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยประชาชนในชนบทส่วนหนึ่งยังนิยมบำบัดรักษาอาหารเหล่านั้นด้วยตนเองทั้งโดยใช้ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน และประชาชนส่วนหนึ่งจะไปใช้บริการจากหมอพระ ทั้งพระสงฆ์และประชาชนรู้จักการใช้สมุนไพรมาเป็นเวลานานโดยมากใช้ในรูปของยาหม้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าสมุนไพรเป็นพืชที่มีประโยชน์และรัฐ

ควรส่งเสริมให้มีการปลูกอย่างจริงจังเพื่อสนับสนุนการพึ่งพาตนเอง โดยพระสงฆ์ควรมียุทธศาสตร์ในการแนะนำการใช้ การปลูกสมุนไพรแก่ประชาชนเนื่องจากพระสงฆ์เป็นที่เคารพศรัทธาของประชาชน และควรมีการเผยแพร่ความรู้ทางด้าน สาธารณสุขและสมุนไพรแก่พระสงฆ์ด้วย

ทิวา ธรรมอำนวยโชค (2530) ได้ศึกษาเรื่องพุทธศาสนาและการรักษาพยาบาล วิเคราะห์บทบาทของพระสงฆ์ในการรักษาพยาบาลชาวบ้านในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์มีบทบาทในการรักษาพยาบาลทั้งในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง

หมอกระดุก มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับหมอกระดุกไว้หลายเรื่อง เช่น การศึกษาของยงยุทธ วัชรดุลย์ (2529) เรื่องสถานภาพของหมอแผนโบราณที่รักษาโรคกระดุกและข้อในประเทศไทย งานวิจัยของมะลิ ลิวานานนท์ชัย และคณะ (2534) เรื่อง ระบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมการรักษาโรคกระดุกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ งานของยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรรมา อ่อนชมจันทร์ (2535) เรื่องศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อการดูแลรักษาสุขภาพ กรณีศึกษา : การรักษาโรคกระดุกหักของหมอเมืองและการดูแลครรภ์ของชาวบ้าน จังหวัดเชียงใหม่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคกระดุกของแพทย์แผนโบราณในจังหวัดสตูล ของ ฐาปนา สระมณี (2537) งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง มีประเด็นเนื้อหาที่แตกต่างกันกล่าวคือ งานของยงยุทธ วัชรดุลย์ (2529) เป็นการสำรวจเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามให้พัฒนากรตำบลเป็นผู้กรอกข้อมูล เนื้อหาของแบบสอบถามเป็นเรื่องเพศ อายุ การกระจายตัวของหมอกระดุก วิธีการรักษาและผลของการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า หมอกระดุก ร้อยละ 97.18 เป็นผู้ชาย เป็นหญิงร้อยละ 2.28 ในจำนวนหมอกระดุกทั้งหมดมีสถานภาพเป็นหมอพระ 3.75% หมอไสยศาสตร์ 34.24% หมอกลางล้าน 61.27% และหมอจีน 0.15%

ส่วนงานของมะลิ ลิวานานนท์ชัย และคณะ (2534) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบวิธีคิด ความเชื่อของหมอกระดุก ประเภทผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และกระบวนการรักษาโรคกระดุก รวมทั้งการปรับตัวทางด้านเทคนิคการรักษา ผลการศึกษาพบว่า หมอกระดุก ส่วนใหญ่เป็นแพทย์แบบประสบการณ์ ระบบความคิด เชื้อ และกระบวนการรักษา อาศัยความรู้ที่ได้รับถ่ายทอดมาผสมผสานกับประสบการณ์ที่ตนเองปฏิบัติ

นิตยา ปริญญาโรจน์ (2536) ได้ทำวิจัยเรื่องการรักษาโรคกระดุกของแพทย์แผนโบราณในจังหวัดสงขลา พบว่าแพทย์แผนโบราณที่รักษาโรคกระดุกในจังหวัดสงขลามีจำนวน 33 ราย มีทั้งชายและหญิง การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีทั้งนับถือศาสนาพุทธและอิสลาม มีการสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษและจากครู มีความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะและส่วนของ

กระดูกในหลักใหญ่ๆ คล้ายคลึงกัน จำแนกโรคกระดูกออกเป็น 6 โรค และมีวิธีการตรวจรักษาด้วยการสร้างความคุ้นเคยและศรัทธาก่อนจึงทำการรักษาตามขั้นตอนที่ได้รับการถ่ายทอดมา

งานศึกษาของยั้งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์ (2537) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการรักษากระดูกหัก ซึ่งสามารถเข้าใจได้โดยหลักวิทยาศาสตร์และมิติทางวัฒนธรรม เป็นการศึกษาศักยภาพของหมอกระดูกที่เป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน โดยศึกษาทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของหมอกระดูกแบบพื้นบ้าน ผลการศึกษาได้นำไปสู่การผสมผสานความร่วมมือระหว่างหมอแผนปัจจุบันและหมอพื้นบ้านในการรักษากระดูกหัก อันเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาล เนื่องจากชาวบ้านส่วนใหญ่เมื่อกระดูกหักจะมารับการเอ็กซเรย์และใส่เฝือกจากโรงพยาบาล จากนั้นจะกลับไปให้หมอกระดูกตัดเฝือกที่โรงพยาบาลทำให้ออกแล้วใส่ใหม่ ดังนั้นเพื่อมิให้เกิดการซ้ำซ้อนจึงได้ทำงานประสานกันระหว่างหมอแผนปัจจุบันกับหมอกระดูก โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ไม่รุนแรงทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ถ่ายเอ็กซเรย์ให้แล้วให้ไปใส่เฝือกกับหมอกระดูก

ผลงานของฐาปนา สระมณี (2537) เป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคกระดูกของหมอแผนโบราณในจังหวัดสตูล โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อรวบรวมและจำแนกความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและการรักษาโรคกระดูกเปรียบเทียบระหว่างไทยพุทธ และไทยมุสลิม ในจังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่าหมอกระดูกจำนวน 35 คน ในจังหวัดสตูล มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคเชื่อว่าเป็นจากคุณไสยของมนุษย์ เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ และผู้ป่วยละเมิด ซ้ำห้าม ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคกระดูกพบว่าหมอไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเชื่อที่แตกต่างกัน

หมอสมนไพร งานวิจัยที่เน้นเฉพาะหมอสมนไพรตรงๆ มีไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านทั่วไป และหมอสมนไพรบ้าง เท่าที่พบมีประมาณ 3 เรื่องได้แก่งานของมณีวรรณ ผิวนิม (2534) เรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพรรในลุ่มน้ำท่าจีน : อดีตและปัจจุบัน เป็นการศึกษากระบวนการรักษาโรคพื้นบ้านในเชิงมานุษยวิทยาการแพทย์ ข้อมูลในการศึกษาส่วนใหญ่ได้มาจากการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านและผู้ช่วย เจ้าของร้านขายยาแผนโบราณในท้องถิ่น ผู้มารับการรักษาและญาติที่มาด้วย ผลการศึกษาพบว่าถึงแม้เขตลุ่มน้ำท่าจีนจะอยู่ใกล้กับชุมชนเมือง แต่การรักษาโรคด้วยสมุนไพรรก็ยังเป็นที่ยอมรับแพร่หลาย ประชาชนยังใช้บริการการแพทย์ทั้งแบบพื้นบ้านและสมัยใหม่ควบคู่กันไป การรักษาโรคด้วยสมุนไพรรมักใช้กับโรคที่เชื่อว่ารักษาด้วยวิธีการสมัยใหม่ไม่ได้ผล โรคที่ไม่ร้ายแรง โดยเฉพาะโรคเด็กและโรคเรื้อรัง ในอดีตหมอสมนไพรรจะมาจากผู้ที่มีการศึกษาดี ผ่านการบวชเรียนมาแล้ว สนใจศึกษาเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่ได้หวัง

จะยึดเป็นอาชีพ การถ่ายทอดความรู้เป็นไปในลักษณะตัวต่อตัว หมอสมุนไพรมีสถานภาพการรักษาค่อนข้างสูง ในปัจจุบันหมอสมุนไพรยังคงมี บทบาทและวิธีการรักษาโรคคล้ายคลึงกับในอดีตแต่เปลี่ยนแปลงไปบ้างตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และนิเวศวิทยา หมอสมุนไพรมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เพราะขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลเท่าที่ควร ปัจจุบันผู้สนใจเป็นหมอน้อยลง หมอรุ่นใหม่มักมีบรรพบุรุษเป็นหมอสมุนไพร มีการเรียนรู้แบบตัวต่อตัวมาบ้าง ระยะเวลาการเรียนและฝึกหัดการรักษาโรคน้อยลงเพราะหาอ่านเอาจากตำรา และเรียนตามหลักสูตรโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ หมอพื้นบ้านมีการปรับตัวเลียนแบบการแพทย์สมัยใหม่ในด้านการตรวจรักษาโรค เครื่องมือแพทย์และยาที่ใช้ ในขณะที่แพทย์สมัยใหม่ก็เน้นแต่การสกัดตัวยาจากสมุนไพรมาใช้โดยไม่สนใจความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ที่ดินทำให้สมุนไพรหายากและมีราคาแพงขึ้น

เสาวภา พรศิริพงษ์ และพรทิพย์ อุดมรัตน์ (2538) ได้ศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย : พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์ พบว่า หมอสมุนไพรที่เก่งเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านว่าต้องมีลักษณะดังนี้คือ ประการที่หนึ่ง เป็นผู้ที่มีความรู้อย่างดีในการวินิจฉัยโรค การประกอบยาให้ถูกกับโรค รู้จักต้นไม้อาหารและสรรพคุณทางด้านยา ประการที่สอง ต้องมีตัวยาดี ประการที่สาม ต้องมีมนุษย์สัมพันธ์ดี รู้จักคนมากไม่เอาเปรียบ ประการที่สี่ ไม่ซูดริตคำรักษา ประการที่ห้า ต้องซื่อสัตย์สุจริต และประการสุดท้าย ต้องรู้จักเอาอกเอาใจคนไข้ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับบุคคลในครอบครัวของตน ส่วนแนวโน้มของหมอสมุนไพรนั้น พบว่าในอดีตหมอพื้นบ้านเป็นหมอที่รักษาได้ทุกโรค ปัจจุบันกลายเป็นผู้ชำนาญเฉพาะโรค ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลายอย่างประชาชนจะไปใช้บริการจากการแพทย์แผนปัจจุบัน จะเหลือเฉพาะโรคที่หมอแผนปัจจุบันรักษาไม่หายเท่านั้น ในอนาคตบทบาทของหมอพื้นบ้านจะค่อยๆ ลดน้อยลงตามลำดับ ประกอบกับข้อจำกัดในข้อกฎหมายที่ว่าหมอพื้นบ้านที่มีใบประกอบโรคศิลปะเท่านั้นจึงจะประกอบอาชีพแพทย์ได้อย่างถูกต้อง แต่จำนวนผู้ที่สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะในปีหนึ่งๆ มีไม่ถึง 10% สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หมอสมุนไพรที่มีประสบการณ์ มีความรู้ ความชำนาญ ไม่สามารถเป็นหมอแผนโบราณที่ถูกต้องตามกฎหมาย

1.2 เกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านนี้ส่วนใหญ่จะศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอย่างกว้างๆ มีงานของมะลิ ลีวนานนันทชัย และคณะ (2534) และ เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2538) ที่ศึกษาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชนค่อนข้างละเอียด โดยได้กล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคนั้นๆ ตามเชื่อของหมอ

รวมทั้งวิธีการรักษาด้วยตำรับยาต่างๆ อย่างไรก็ตาม ขอกล่าวถึงงานวิจัยเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านในรายละเอียดตามลำดับดังนี้

Louis Golomb (1985) ได้ศึกษาเรื่องมนุษยวิทยาการรักษาโรคในกลุ่มคนต่างเชื้อชาติในประเทศไทย โดยศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคของชุมชนชาวไทยพุทธ และไทยมุสลิม 5 จังหวัดคือ กรุงเทพฯ อโยธยา ปัตตานี ยะลา และสงขลา ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากสัมภาษณ์ สังเกตการณ์ หมอ พื้นบ้านทั้งไทยและมุสลิม คนไข้ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่จังหวัดสงขลา Golomb เสนอว่าการศึกษารักษาโรคพื้นบ้านจะต้องทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ด้วย จะศึกษาแต่วิธีการวินิจฉัยโรค การรักษาโรคหรือจะดูแล ประสิทธิภาพของตัวยาเท่านั้นไม่ได้ นอกจากนั้น Golomb ยังพบว่าชาวไทยและชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคที่คล้ายคลึงกัน คือเชื่อว่าโรคภัยไข้เจ็บเกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ทางสังคมกับสมาชิกอื่นในสังคม ทั้งสองกลุ่มเชื่อว่ามนุษย์สามารถใช้วิธีการควบคุมอำนาจเหนือธรรมชาติมาทำให้ศัตรูเจ็บป่วยได้

ปรีชา อูยตระกูล และคณะ (2531) ที่ศึกษากลุ่มไทยโคราช จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มไทยลาว จังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาจังหวัดละ 1 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บ ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าหมอฟพื้นบ้านมีความเชื่อในเรื่ององค์ประกอบของมนุษย์ไม่แตกต่างจากคนในชนบทหมู่บ้านอื่นๆ คือเชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยรูปกายคือ ธาตุ 4 อันได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ และองค์ประกอบทางด้านจิตใจ อันได้แก่ ขวัญ วิญญาณ ส่วนพลังอำนาจที่สามารถทำให้มนุษย์เจ็บป่วยได้ก็คือ หนึ่ง เชื่อโรคและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สอง คาถาอาคม เช่น การถูกกระทำด้วยคุณไสย สาม เป็นเรื่องของกรรมเก่าที่มนุษย์ทำมาแต่อดีต สี่ วิญญาณศักดิ์สิทธิ์หรือผีร้ายที่กระทำโดยการเข้าสิงร่างมนุษย์ ห้า คือ ตำแหน่งวิถีโคจรของดวงดาว ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตของมนุษย์ และประการสุดท้ายคือ การละเมิดฮีดลอลงหรือชะล่า

มะลิ ลีวนานนท์ชัย และคณะ (2534) ได้ศึกษาเรื่องระบบความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมรักษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ โดยได้ศึกษากับตัวหมอ ผู้มารับบริการและความคิดเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมรักษา ซึ่งได้กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อในสาเหตุของโรคกระดูก ความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะของกระดูก การหักและการเชื่อมต่อของกระดูกและความเชื่อเกี่ยวกับการหายจากโรคกระดูก

บุญทวี อุปกาละกุล (2536) ได้พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่อธิบายความเชื่อและทฤษฎีสาเหตุของโรคว่า สาเหตุของโรคแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ สาเหตุจากธรรมชาติและ การเสี

สมดุลย์ของร่างกายและสาเหตุจากอำนาจเหนือธรรมชาติหรือบางส่วนเชื่อว่าเกิดจากอุบัติเหตุและเกิดจากเคราะห์กรรมร่วมกัน หมอพื้นบ้านให้การรักษาครอบคลุมทั้งปัญหาโรค อากาเรเจ็บป่วยเรื้อรัง และเฉียบพลัน

เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2538) ได้ศึกษาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในงานวิจัยเรื่องการศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย : พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์ ในงานวิจัยได้กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยในชุมชน อาการของโรคที่ปรากฏและลักษณะการดำเนินโรค วิธีและขั้นตอนในการรักษา ตำรับยา วิธีและปริมาณยาที่ใช้ในการรักษาโรค แต่ละโรค นอกจากนั้นยังได้วิเคราะห์ถึงความสอดคล้องขององค์ความรู้เหล่านั้นกับการแพทย์แผนปัจจุบันอีกด้วย

มณฑิรา เขียวยิ่ง และคณะ (2534) ได้ศึกษาความเชื่อและการปฏิบัติตนระหว่างอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความเชื่อในการอยู่ไฟ ความเชื่อเรื่องอาหารระหว่างอยู่ไฟ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่แม่หลังคลอดต้องอยู่ไฟ เพราะมีความเชื่อว่าหลังคลอดร่างกายต้องการการพักฟื้นให้ร่างกายแข็งแรง อายุยืน ไม่เจ็บป่วย ระหว่างอยู่ไฟต้องอาบน้ำร้อนซึ่งเป็นน้ำสมุนไพร เชื่อว่าทำให้เลือดลมไหลเวียนดี แก้อาการฟกช้ำ ระหว่างอยู่ไฟต้องกินอาหารแห้งจะทำให้มดลูกแห้งและเข้าอู่เร็ว

1.3 เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ได้ศึกษาวิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านแต่การศึกษาในประเด็นนี้มักศึกษาควบคู่ไปกับประเด็นอื่นๆ มากกว่าการศึกษาเฉพาะประเด็นนี้เพียงประเด็นเดียว ดังนั้น ชื่อของงานวิจัยที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้จึงอาจซ้ำกับงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ผู้เขียนได้ตั้งเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคเท่านั้น งานวิจัยดังกล่าวได้แก่

งานของอรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2523) เรื่องบทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย ได้กล่าวถึงวิธีการรักษาโรคของการแพทย์พื้นบ้านว่าส่วนใหญ่ใช้สมุนไพร ใช้พิธีกรรมต่างๆ และมีการประยุกต์ใช้อุปกรณ์การตรวจของแพทย์แผนปัจจุบัน

Louis Clolmb (1985) ได้พบว่า รูปแบบการรักษาพื้นบ้านในภาคใต้มี 3 รูปแบบคือ

- รักษาด้วยสมุนไพร โดยเชื่อว่าพื้นฐานการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับธาตุ 4 เมื่อธาตุทั้ง 4 สมดุลร่างกายจะแข็งแรง จิตใจแจ่มใส วิญญาณที่ชั่วร้ายก็เข้าสิงไม่ได้

- รักษากับนักจิตบำบัด ส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยต้องการการบำบัดทางจิตใจโดยการพูดคุย และใช้เครื่องรางของขลัง เวทมนต์ เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย

- รักษากับหมอไสยศาสตร์ โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า วิญญาณ เทพเจ้า ภูตผี ทำให้ร่างกายเสียสมดุลย์เกิดความเจ็บป่วย

พฤติกรรมการรักษาโรคของไทย ส่วนใหญ่ชอบรักษาโรคจากแหล่งต่างๆ ที่เขามีความหวังและเชื่อถือไปพร้อมๆ กัน เพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากหลายสาเหตุ การรักษาจึงผสมผสานหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน ความหลากหลายเกิดจากความแตกต่างกันของวัฒนธรรมท้องถิ่น อันทำให้เกิดข้อขัดข้องของการแพทย์พื้นบ้านคือ ขาดการรวบรวมประสบการณ์ของความผิดพลาด หรือความล้มเหลวของการรักษาที่เคยผ่านมาแล้วอย่างเป็นระบบ อิทธิพลของการแพทย์แผนปัจจุบันที่แผ่เข้ามาในพื้นที่ที่มีผลกระทบต่อวิธีการรักษาของหมอพื้นบ้าน โดยมีการใช้ยาแผนปัจจุบันและความเชื่อในเรื่องทฤษฎีเชื้อโรค ทฤษฎีการบำบัดโรคทางจิตใจมาใช้ วินิจฉัยโรคร่วมด้วย

ส่วนการศึกษาของ Viggo Brun และ Trond Schumacher (1987) เรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพรในภาคเหนือเป็นการศึกษาเชิงสหวิทยาการ โดยศึกษาการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคในเชิงพฤกษศาสตร์เคมีและการแพทย์พื้นบ้านในเขตเชียงใหม่และลำพูน ผู้วิจัยได้เสนอว่า นักวิชาการมักมองการรักษาโรคว่ามีเพียงระบบเดียว แต่ในความเป็นจริงแล้วการรักษาระบบการแพทย์พื้นบ้านมีความหลากหลายแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น นักวิชาการมักเน้นให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์แผนโบราณที่ใช้กับกลุ่มหมอหลวง (หมอแผนโบราณ) ซึ่งมีสถานภาพสูง มีการเรียนรู้ การถ่ายทอด และวิธีการรักษาที่เป็นระบบมากกว่าหมอพื้นบ้านทั่วไป ผู้วิจัยยังพบว่าการรักษาแบบ พื้นบ้านจะค่อยๆ หดไป เพราะรัฐบาลได้ขยายระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบันออกไปอย่างกว้างขวาง ทำให้ประชาชนหันไปใช้บริการกันมากขึ้น คนในท้องถิ่นไม่สนใจสืบทอดวิธีการรักษาโรคแบบ พื้นบ้าน แต่พากันไปสนใจการแพทย์และหมอหลวง เพราะได้รับการยอมรับมากกว่า เพราะสามารถสอบใบประกอบโรคศิลปะได้และสามารถดำเนินการรักษาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ผู้วิจัยได้ชี้แนวโน้มของการแพทย์พื้นบ้านใน ภาคเหนือว่าจะค่อยๆ สูญไปในที่สุด

ทิวา ธรรมอำนวยโชค (2530) พบว่าหมอพระที่มีความเชื่อเกี่ยวกับสมณฐานของโรค การตรวจและวิธีการรักษาโรคที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากมีความผูกพันกับความเชื่อพื้นฐานทางวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนโบราณของไทยที่มีลักษณะความเชื่อและการปฏิบัติทางไสยศาสตร์

ผสมผสานอยู่ด้วย การรักษาโรคมะเร็งทั้งการรักษาบำบัดทางกายและทางจิต บางรูปได้นำเอาแนวคิดและวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ประกอบการรักษาโรคร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร

ปรีชา อุตระกุล และคณะ (2531) ได้พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่บำบัดความเจ็บป่วยของการแพทย์พื้นบ้านจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยสาเหตุทางธรรมชาติ ผู้ทำการรักษาก็คือ หมอยา หมอกระดูก หมอบีบเส้น หมอนวดและหมอตำแย การเจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ก็ต้องไปหาหมอธรรมหรือหมอมนต์ หากเจ็บป่วยด้วยเคราะห์กรรมก็ต้องไปพบพระสงฆ์ หากป่วยด้วยอำนาจผี ผู้บำบัดก็คือหมอเข้าทรงหรือหมอธรรม หากเจ็บป่วยด้วยอิทธิพลของดวงดาวก็ต้องรักษากับหมอดู หมอเสียเคราะห์ และถ้าหากเจ็บป่วยเพราะผีดุผีตอ้ง ผู้ทำหน้าที่แก้ปัญหาคือ ผู้อาวูโส หรือหลักบ้าน ที่จะคอยให้คำแนะนำ อย่างไรก็ตามหมอพื้นบ้านมักเชื่อกันว่าการที่คนเราเจ็บป่วยมักมีหลายสาเหตุ ดังนั้นผู้รักษาจึงต้องใช้วิธีการหลายๆ อย่างผสมกัน เช่น หมอสมุนไพรจะใช้คาถาประกอบในการปรุงยาของตน ในขณะที่หมอธรรมก็ใช้สมุนไพรด้วย เป็นต้น

สินธพ โฉมยา และคณะ (2531) ได้ศึกษาหมอแผนโบราณและการรักษาแบบพื้นบ้านของอีสาน : กรณีศึกษาบ้านโคกใหญ่ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า การรักษาแบบพื้นบ้านยังเป็นที่ยอมรับของชาวชนบทอีสานแม้จะด้อยกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้หมอแผนโบราณในท้องถิ่นสามารถปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ชุมชนของตนจึงเป็นสิ่งจำเป็น

กฤษณา ชูศิลป์ และคณะ (2532) พบว่า พิธีกรรมและขั้นตอนการรักษาของหมอแต่ละประเภทจะแตกต่างกันตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

เทพิน พัชรานุรักษ์ (2533) ได้ศึกษาเรื่องแนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยี่ยวยาแบบพื้นบ้านในหมู่บ้านภาคกลาง พบว่าประเภทความเจ็บป่วยแบบพื้นบ้านมีถึง 26 ชนิด วิธีที่รักษาขึ้นอยู่กับลักษณะของความเจ็บป่วย การให้สาเหตุของความเจ็บป่วยและการรับรู้ในประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งชาวบ้านจะเป็นผู้เลือกรูปแบบการรักษาเอง

มะลิ ลีวนานนท์ชัย และคณะ (2534) พบว่ารูปแบบวิธีการรักษากระดูกมีทั้งใช้สมุนไพรร่วมกับพิธีกรรมและการบริกรรมคาถา นอกจากนั้น หมอกระดูกเหล่านี้ยังได้มีการปรับตัวทางเทคนิคการรักษาโดยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การใช้เอ็กซเรย์ ยาแก้อักเสบ เครื่องผ่าตัดและการเย็บแผลสด

สมใจ ศรีหาล้า (2537) ได้ศึกษาเรื่องหอมธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน พบว่า วิธีการรักษาโรคของหอมธรรมนั้น จะใช้ทั้งเวทมนต์คาถา พิธีกรรมและสมุนไพร

ชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร (2537) ได้ศึกษาเรื่อง กว๋าช่า : การรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านของ ชาวจีนอพยพหมู่บ้านเวียงหมอก ตำบลห้วยซ้อ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า ชาวบ้านใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านที่เรียกว่า กว๋าช่า ในการรักษาความเจ็บป่วยขั้นต้น ผู้ให้การรักษาคือบุคคลในครอบครัว ญาติมิตรที่ใกล้ชิด วิธีการรักษาขึ้นอยู่กับประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล กระบวนการรักษาขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยความรุนแรงของอาการของโรค ไม่พบว่าหลังการรักษามีอาการของโรคแทรกซ้อน รอยแผลเป็นหรือการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามชาวบ้านก็ไม่ปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่แต่ได้ใช้ควบคู่กันอย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมทางสุขภาพของชุมชน

รุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) ได้ศึกษาพบว่า วิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านมีหลากหลายวิธี เช่น การใช้สมุนไพร คาถาน้ำมนต์ การรักษาโดยการนวด ในระยะหลังมีการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาช่วย เช่น การดูจากฟิล์มเอกซเรย์ หรือการใช้ยาสมัยใหม่ควบคู่กันไปด้วย อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการรักษาโดยทั่วไป ประกอบด้วยขั้นตอนการตั้งค่าย ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการปลงศพ

มาลี สิทธิเกรียงไกร (2538) ได้ศึกษาเรื่องหมอเหยา : ผู้รักษาพื้นบ้านในชุมชนชาวผู้ไทย ผลการศึกษาพบว่า หมอเหยามีทั้งชายและหญิง ผู้เป็นหมอเหยาได้ต้องมีบรรพบุรุษเป็นหมอมาก่อน ทำหน้าที่รักษาโรคที่เกิดจากผีทำโดยผ่านพิธีกรรมที่เรียกว่า การเหยา ของใช้ในพิธีกรรมทุกอย่างเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับอำนาจเหนือธรรมชาติและการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ปัจจุบันความเชื่อเรื่องผีกับความเจ็บป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงในกลุ่มคนหนุ่มสาว แบบแผนการรักษาที่พบก็คือ รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไปเหยา บางรายรักษาควบคู่กันทั้ง 2 แผน

1.4 เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารับบริการจากหมอพื้นบ้าน

การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารับบริการการแพทย์พื้นบ้านมีพอสมควร แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น งานวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่มารับบริการจากหมอพื้นบ้านมีดังนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมรักษาโรคของคนไทย (สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็นไรลีย์ : 2517, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ : 2534 และกิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ : 2536) ได้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน เช่น เมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะใช้สมุนไพรท้องถิ่นรักษา

ตามความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากบรรพบุรุษ หากรักษาแล้วไม่หายจะปรึกษาหมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ และหมอพระในหมู่บ้านหรือหมู่บ้านใกล้เคียง ถ้าไม่หายจะพึ่งยาชุด และหมอแผนปัจจุบัน เมื่อยังไม่หายอีกก็จะกลับมาหาหมอพื้นบ้านอีกครั้ง

ในส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการจากหมอพื้นบ้าน อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2523) พบว่าเหตุผลที่มารับการรักษาที่หมอแผนโบราณนั้นสองในห้า (จากจำนวนผู้ป่วย 198 ราย) เพราะมีผู้แนะนำหนึ่งในห้ามาเพราะเชื่อในความสามารถอีกเกือบหนึ่งในห้าเคยรักษาที่หมอแผนปัจจุบันแล้วรักษาไม่หาย

วไลพร ภวภูตานนท์ (2523) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาปรึกษากับหมอพระเป็นผู้มีรายได้น้อย เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งพาบริการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างสม่ำเสมอ โรคที่ชาวบ้านไปปรึกษาที่หมอพระส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง รักษายาก เช่น มะเร็ง ทืดหอบ ช้ำใน โรคลมกษัย ไข้ทับทิม โรคจิตประสาท

ทิวา ธรรมอำนวยโชค (2530) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาหมอพระมีแนวโน้มทัศนคติ แรงจูงใจและเหตุผลในการมาปรึกษาล้ำยคลึงกันด้วย ส่วนใหญ่มีการศึกษาค้นคว้าต่ำ รายได้ต่ำ มีปัญหาทางสุขภาพจิต ท้อแท้เกือบสิ้นหวัง

กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) พบว่า ลักษณะการใช้บริการสาธารณสุขของชาวอีสานเป็นการใช้การแพทย์พื้นบ้านควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

วุฒินันท์ พระภูจำนงค์ (2534) ได้ศึกษาการรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพรของชาวชนบทอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ในประเด็นของแบบแผนการรักษาโรคพบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ชาวบ้านจะทำการรักษาด้วยตนเองโดยใช้สมุนไพรที่มีอยู่ตามท้องถิ่น จากประสบการณ์และความรู้ที่ได้จากบรรพบุรุษ หากรักษาด้วยตนเองไม่หายจะปรึกษาหมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอพระ ซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน หากไม่ดีขึ้นจะพึ่งยาชุดจากร้านขายยาในหมู่บ้านหรือให้แพทย์แผนปัจจุบันรักษา หากแพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หายชาวบ้านจะหันมาพึ่งการรักษาแบบพื้นบ้านเป็นที่พึ่งสุดท้าย

บุญทวี อุปกาละกุล 2536) ได้พบว่า สาเหตุที่คนไข้มาใช้บริการของหมอพื้นบ้านนั้นเป็นเพราะได้รับคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เชื่อในความสามารถของหมอ และเคยไปรับการรักษาที่หมอแผนปัจจุบันแล้วไม่หาย ค่ารักษาถูกกว่าและมีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน

กรณีการ กั้นระรักษา (2536) ศึกษาเรื่องความเชื่อแผนโบราณและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของชาวบ้าน บ้านห้วยสะแพท อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ รายได้ต่ำ นับถือผี นิยมเลี้ยงสัตว์ เลี้ยงไว้ได้ทุนบ้าน เชื่อว่าการทำพิธีกรรมเลี้ยงผีจะทำให้เกิดความอุดมสมบูรณ์ อยู่เย็นเป็นสุข มีข้อห้ามข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันเจ็บป่วยหรือช้ำทางสังคม ครอบครัว เครือญาติและชุมชนมีบทบาทในการตัดสินใจเลือกแบบแผนการรักษา วิธีเยียวยาความเจ็บป่วยใช้วิธีการเลี้ยงผีมากที่สุด

รุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยที่มารับการรักษากับการแพทย์พื้นบ้านว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพทำนา มีอายุอยู่ระหว่าง 16-60 ปี

2. การศึกษาเปรียบเทียบการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

งานวิจัยในประเด็นนี้จะเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์แผนปัจจุบันในมิติทางสังคมวัฒนธรรมเท่านั้น ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาเปรียบเทียบในเชิง ประสิทธิภาพ มีงานวิจัยประมาณ 3 เรื่องที่ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาโรคแผนปัจจุบันกับการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ งานของบุษยามาส บุญใจเพชร (2526) เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน โดยพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคม จิตวิทยาของผู้ป่วยทั้งสองแผนทั้งในด้านความเชื่อ ความพึงพอใจ ค่าบริการ ประสิทธิภาพ โดยศึกษา ผู้ป่วยที่ไปรับบริการจากโรงพยาบาลและสถานบริการแผนโบราณที่จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ ผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนโบราณมีความเชื่อดั้งเดิมมาก มีความพึงพอใจในระบบบริการสูง มีความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยและเคยผ่านประสบการณ์ความล้มเหลวจากการแพทย์แผนปัจจุบันมาแล้ว

ราตรี มฤคทัต (2533) เรื่องการแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์แผนปัจจุบัน กรณีศึกษา บ้านหัน และบ้านอัมพวัน จังหวัดขอนแก่น พบว่าในระบบการแพทย์พื้นบ้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ชาวบ้านจะรู้ลักษณะของโรคภัยไข้เจ็บชนิดนั้นด้วย ประสบการณ์ส่วนบุคคลหรือประสบการณ์ชุมชน และเสาะแสวงหาด้วยวิธีการทดลองเพื่อรักษาโรคชนิดนั้น อาจจะเป็นตำรายาของครอบครัวหรือจากตำรายื่นๆ ชาวบ้านจะช่วยเหลือกันหายา ทดลองรักษา และดูแลผู้ป่วย อันเป็นลักษณะสำคัญของ ชุมชน การถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติรักษาเยียวยาผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะบอกเล่าปากต่อปาก ถ้ารู้ว่าสาเหตุการเจ็บป่วยเนื่องจากสาเหตุเหนือธรรมชาติก็จะไปหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระบบแพทย์พื้นบ้าน เพราะสาเหตุดังกล่าวนี้การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันจะไม่ใช่ที่ยอมรับหรือไม่รู้จัก และจะเป็นการรักษาเสริมเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น มีความเห็นว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลนั้นมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่จำ

เป็นต้องให้แพทย์รักษา อีกร้อยละ 70 นั้นสามารถรักษาตัวเองได้และผู้ป่วยก็จะไปหาแพทย์พื้นบ้านรักษา

ทิพย์สุดา เณรทอง (2534) เรื่องการเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและปัจจุบัน : กรณีศึกษาเฉพาะวัดโพธิ์ทองบนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจุบันชาวบ้านมีโอกาสเลือกรูปแบบการรักษามากขึ้น ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยชาวบ้านจะใช้บริการการรักษาทุก รูปแบบตามความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และพยายามทุกวิถีทางที่จะรักษาตัวเองให้หายเป็นปกติ บ่อยครั้งจึงใช้บริการการรักษา 2 แบบควบคู่กัน โดยไม่ทราบว่าจะหายจากการรักษาแบบใด หมอแผนโบราณไม่รู้สึกรู้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นคู่แข่งของการแพทย์แผนโบราณแต่ในทางตรงข้ามกลับช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน แต่สำหรับแพทย์แผนปัจจุบันยังมีอคติต่อการแพทย์แผนโบราณอยู่ ส่วนความพึงพอใจในการรักษานั้นผู้ป่วยพึงพอใจการรักษาการแพทย์พื้นบ้านมากกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะการรักษาการแพทย์พื้นบ้านผู้ป่วยจะไม่มี ความกังวลใจเรื่องค่ารักษาพยาบาล ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก รูปแบบการปฏิบัติสอดคล้องกับวัฒนธรรมพื้นบ้านไม่แปลกแยกเหมือนการไปรักษาที่ โรงพยาบาล และที่สำคัญ ญาติมิตรและครอบครัวสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมรับรู้รูปแบบวิธีการรักษาโดยตลอด

วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ (2534) ได้ศึกษารูปแบบปรับปรุงการรักษาพยาบาลโรคของเด็กโดยการผสมผสานการรักษาตามแบบฉบับของชาวอีสานกับแผนปัจจุบัน พบว่ามีการรักษาอาการไข้ของเด็กโดยหมอพื้นบ้านของ 2 หมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ศึกษา เด็กแรกเกิดจะรักษาด้วยนมแม่ เด็กก่อนวัยเรียนจะรักษาทั้งกับนมแม่ นมผสมนมผงและยาแผนปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการรักษาโรคเด็กขึ้นอยู่กับภาวะเศรษฐกิจ ความรุนแรงของโรค การบริการสาธารณสุข การได้รับข่าวสาร สภาวะสังคมและความเชื่อตามลำดับ

3. การศึกษาสภาพปัญหาของการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นนี้ก็เช่นเดียวกับการศึกษาหมอพื้นบ้านในประเด็นอื่นๆ คือผู้วิจัยส่วนใหญ่จะกล่าวถึงปัญหาของการแพทย์พื้นบ้านไว้บางส่วน มิได้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัญหาของการแพทย์พื้นบ้านแต่เพียงอย่างเดียว

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2523) พบว่า ปัญหาในการรักษาของหมอสมุนไพรคือ ยาสมุนไพรหายากและมีราคาแพง มีความรู้สึกรู้ว่าการรักษาของตนเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายบ้านเมือง

สำหรับการศึกษาดังสาเหตุที่ทำให้การแพทย์แผนโบราณเสื่อมความนิยม มีงานของ สมทรง ณ นคร (2529) ที่ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น สกลนคร และอุบลราชธานี โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยที่เคยรักษากับแพทย์แผนโบราณแล้วหาย แพทย์แผนโบราณที่ยังประกอบอาชีพอยู่และเลิกประกอบอาชีพแล้ว รวมทั้งบุคคลสำคัญในวงการแพทย์แผนโบราณ ผลการศึกษา พบว่า มีปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้การแพทย์แผนโบราณเสื่อมความนิยมคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

ปัจจัยภายใน ได้แก่ โอกาสในการรักษาผู้ป่วยไม่เต็มที่ เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จึงต้องประกอบอาชีพอื่นควบคู่กันไป หมอแผนโบราณเก่งเฉพาะโรค ยาต้องกินมาก รสขม ออกฤทธิ์ช้าและผลไม่แน่นอน มีการแอบอ้างเป็นหมอแผนโบราณออกมาเร่ขายยาในราคาสูงแต่ประสิทธิภาพไม่ดี ทำให้หมอแผนโบราณพลอยเสียชื่อไปด้วย ระบบการศึกษาของแพทย์แผนโบราณไม่มีหลักสูตรแน่นอน ใช้วิธีถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ ไม่มีการปรับปรุงตำราเรียน การถ่ายทอดความรู้ไม่เต็มที่เนื่องจากหวงวิชา คนที่จะมีคุณสมบัติเป็นหมอหายาก แพทย์รุ่นเก่าที่มีความสามารถก็ชราภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้และเสียชีวิตไปแล้ว เป็นเหตุให้ความรู้ทางการแพทย์เสื่อมลง

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2497 ที่ปิดกั้นแพทย์แผนโบราณไม่ให้พัฒนาตัวเอง ไม่สามารถปรับปรุงวิธีการปรุงยาโดยใช้วิธีการทันสมัย สะดวกรวดเร็ว การที่รัฐกระจายระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบันออกไปอย่างทั่วถึงทำให้บทบาทของหมอแผนโบราณลดลง แพทย์แผนปัจจุบันมีความก้าวหน้า ขณะที่การแพทย์แผนโบราณย่ำเท้าอยู่กับที่และเสื่อมถอยไปตามลำดับ

การศึกษาของรุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) เรื่องการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาบ้านสีดา ตำบลกุดข้าวปุ้น อำเภอข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ได้พบปัญหาหนึ่งที่น่าเป็นห่วงคือ หมอพื้นบ้านไม่มีบุตรหลานหรือลูกศิษย์มารับถ่ายทอดวิชาความรู้ ไม่มีตำรา เอกสารหรือสมุดจดบันทึก ส่วนหนึ่งทำลายตำราและเลิกรักษาเพราะทางการสั่งห้าม เนื่องจากไม่มีใบประกอบโรคศิลป์ สาเหตุที่สภาพความนิยมยาสมุนไพรน้อยลงไปเป็นเพราะยาสมุนไพรรักษาได้ผลช้า เสียเวลา ไม่ทันการณ์ ส่วนสาเหตุที่สมุนไพรบางชนิดยังคงความนิยมอยู่เพราะใช้แล้วได้ผลดี

สำหรับข้อเสนอแนะของงานวิจัยเรื่องนี้ก็คือ มีความจำเป็นที่จะต้องฟื้นฟูและพัฒนาบทบาทของหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของชุมชน ต้องรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่โดยการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ของหมอพื้นบ้านและสร้างความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสมุนไพรเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ

5.4 การศึกษาทัศนคติของชุมชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นนี้มีการศึกษาดังแต่ช่วงปี 2528 เป็นต้นมา ได้แก่ งานวิจัยของ สวัสดิ์ทรัพย์เจริญ (2528) การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบท จังหวัดนครพนม การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาของชาวบ้านและบุคลากรสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือของสมทรง ณ นคร (2529) การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบท จังหวัดสระบุรี ของนางเยาว์ ถนอมพงษ์ (2532) และการศึกษาเรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนะของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ของบุษยมาศ สิริประมา และคณะ (2533) ผลการศึกษาได้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกัน โดยสามารถแยกประเด็นได้ดังนี้

ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อหมอพื้นบ้านเป็นไปในทางบวก ยอมรับหมอสมุนไพร หมอนวดจับเส้น และหมอดำแย ในแง่ของประสิทธิภาพการรักษามีทัศนคติไปในทางลบ โดยกล่าวว่าหมอพื้นบ้านวินิจฉัยโรคโดยอาศัยประสบการณ์ การคาดคะเน และคำบอกเล่าสืบต่อกันมา ไม่ได้ใช้หลักการแพทย์แผนโบราณหรือวิทยาศาสตร์

กฤษมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) ได้กล่าวถึงความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการแพทย์พื้นบ้านว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ยอมรับว่าบุคลากรการแพทย์พื้นบ้านสามารถส่งเสริมงานของสาธารณสุขในด้านการใช้สมุนไพร ด้านการส่งต่อผู้ป่วย การติดตามการรักษา ความเจ็บป่วยเรื้อรังและด้านการให้สุขศึกษา จึงควรส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านมีบทบาทในชุมชนให้เด่นชัดมากขึ้น มีโอกาสได้รับใบประกอบโรคศิลปะ มีความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น มีการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนโบราณ และแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการผสมผสานของการแพทย์พื้นบ้านในงานสาธารณสุขและการพึ่งตนเองของชุมชนด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

ทัศนคติของบุคลากรการแพทย์ต่อการใช้สมุนไพร ร้อยละ 90 เชื่อมั่นว่าสมุนไพรรักษาอาการเจ็บป่วยบางอาการหายได้ สนใจที่จะศึกษาเรียนรู้ในเรื่องสมุนไพร เคยใช้สมุนไพรในการรักษาโรคมาแล้ว และเห็นความจำเป็นในการใช้สมุนไพร ส่วนทัศนคติของประชาชนต่อการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพร พบว่าประชาชนมีทัศนคติในทางบวกต่อหมอพื้นบ้าน มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค ประชาชนร้อยละ 60 เห็นด้วยกับการส่งเสริมให้ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และเห็นว่าสมุนไพรมีความจำเป็นต่อชาวชนบท ร้อยละ 73 เคยใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเชื้อในสรรพคุณเพราะเห็นมาตั้งแต่บรรพบุรุษ

ข้อเสนอจากการศึกษานี้ก็คือ ควรฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนโบราณด้วยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้นำและเป็นหลักในการผสมผสาน (บุษยมาส สินธุประภา : 2533) อย่างไรก็ตามปัญหาในการฟื้นฟูก็คือ หมอแผนปัจจุบันยอมรับหมอแผนโบราณน้อย ขาดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนโบราณที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้มีขอบเขตจำกัด เป็นอุปสรรคในการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในประเด็นนี้มีนักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศให้ความสนใจศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยในแง่มุมต่างๆ จำนวนมาก โดยนักวิชาการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขซึ่งมีทั้งแพทย์ นักสาธารณสุข และนักสังคมศาสตร์ ปริมาณของการวิจัยจะมากขึ้นอยู่กับเงินทุนสนับสนุนการวิจัย ดังจะเห็นว่าตั้งแต่ที่กระทรวงสาธารณสุขบรรจุเรื่องการแพทย์พื้นบ้านเอาไว้เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา และมีเงินสนับสนุนโครงการค้นคว้าวิจัยจากองค์การต่างประเทศ (องค์การยูนิเซฟ, GTZ และ WHO) ทำให้ในช่วงปี พ.ศ. 2525-2535 มีงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยออกมาเป็นจำนวนมาก (เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ, 2539 : 10-23)

หลังจากช่วงปี พ.ศ. 2535 ถึงปัจจุบัน ปริมาณของงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านค่อยๆ ลดน้อยลงตามลำดับ หน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัยจะเป็นหน่วยงานภายในประเทศเป็นส่วนใหญ่ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล (จะให้ทุนเฉพาะบุคลากรของมหาวิทยาลัยเท่านั้น) สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข แต่ปริมาณทุนสนับสนุน ดังกล่าวค่อนข้างจำกัด สำหรับองค์การอนามัยโลกสนับสนุนเงินวิจัยถึงปี 2537 และปีต่อไปได้ให้การสนับสนุนงานวิจัยเฉพาะทางด้านสมุนไพร นอกเหนือจากงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนดังกล่าวแล้วงานที่ออกมาในช่วงหลังปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท

ส่วนพื้นที่ที่มีการทำวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านมากที่สุดคือ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้มีปริมาณใกล้เคียงกัน ส่วนภาคตะวันออกพบงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านน้อยมาก

แนวโน้มของการวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านในแง่ปริมาณจะน้อยลง เนื่องจากผลการศึกษา ส่วนใหญ่ให้คำตอบที่ค่อนข้างชัดเจนแล้วว่า การแพทย์พื้นบ้านยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนั้น ประเด็นการวิจัยจึงควรมุ่งเน้นไปที่การแสวงหาแนวทางในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านเพื่อนำส่วนดีของการแพทย์พื้นบ้านมาประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์

ทางการแพทย์และสาธารณสุข การศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านที่สำรวจพบส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาในประเด็นหลักๆ 4 ประเด็นคือ

5.1 การศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้าน

งานวิจัยด้านนี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางสังคมศาสตร์โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านนั้น ในงานวิจัยเรื่องหนึ่งๆ มักมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน องค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน วิธีการรักษา และผู้ป่วยที่มาใช้บริการการแพทย์พื้นบ้าน แต่จะมุ่งเน้นหนักในประเด็นใดประเด็นหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้เน้นในทุกประเด็น ดังนั้น เพื่อให้ผู้อ่านได้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่าองค์ความรู้ในประเด็นใดมีเพียงพอแล้วหรือประเด็นใดยังขาด ต้องทำวิจัยเพิ่มเติม ผู้เขียนจึงได้แยกงานวิจัยออกเป็น 4 หัวข้อคือ หมอพื้นบ้าน องค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้านและผู้ป่วยที่มาใช้บริการจากหมอพื้นบ้าน ซึ่งจะได้อธิบายแต่ละประเด็นในรายละเอียดตามลำดับ

5.1.1 เกี่ยวกับตัวหมอพื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นนี้มักศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทของหมอพื้นบ้าน ทั้งฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม คุณสมบัติของหมอ สาเหตุที่สนใจมาเป็นหมอ วิธีการถ่ายทอดความรู้ ประเภทของโรคที่รักษาและกรรมวิธีในการรักษารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคของการเป็นหมอพื้นบ้าน งานลักษณะนี้มีการศึกษาทั้งในกรุงเทพมหานคร พื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังรายละเอียดของการวิจัยดังต่อไปนี้

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2523) ได้ศึกษาบทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนา สาธารณสุขไทยโดยได้สัมภาษณ์หมอแผนโบราณในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 50 ราย และคนไข้ของหมอแผนโบราณเหล่านี้จำนวน 198 คน ผลการศึกษาพบว่าหมอแผนโบราณปัจจุบันมีรายได้ต่ำ ต้องประกอบอาชีพอื่นเพื่อหารายได้เพิ่ม มูลเหตุที่สนใจเป็นหมอเพราะ มีความเลื่อมใสและเห็นคุณค่า เกือบครึ่งหนึ่งมีบรรพบุรุษเป็นหมอและเคยรักษาแล้วได้ผลดี รองลงมาคือศึกษาด้วยตนเองจากตำรา โดยการค้นคว้าทดลอง และการศึกษาเพิ่มเติมจากอาจารย์ โรคที่หมอแผนโบราณคิดว่ารักษาได้ดีกว่าหมอแผนปัจจุบันคือ ปวดเมื่อย มะเร็งกระดูก ริดสีดวง อัมพาต โรคเด็ก และสตรี ไซนัส หืดหอบ และผิวหนัง หมอแผนโบราณมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนแต่เห็นว่าแพทย์แผนปัจจุบันมีทัศนคติในทางลบต่อ พวกตน

รุจิณาถ อรรถสิขฐ และคณะ (2529) ได้ศึกษาคุณสมบัติและพฤติกรรมของหมอพื้นบ้านใน ชุมชนโดยศึกษาในพื้นที่ 20 จังหวัด วัดดูประสงคิในการศึกษาเพื่อดูภูมิหลังทางการศึกษาของหมอพื้นบ้าน พฤติกรรมการรักษาพยาบาล การถ่ายทอดความรู้และบทบาทของหมอในงานสาธารณสุข ตลอดจนทัศนคติของหมอพื้นบ้านต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ผลการ

ศึกษาพบว่า คุณสมบัติของหมอฟันบ้านไม่แตกต่างจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มีการสืบทอดความรู้โดยวิธีการสืบทอดกันมาจาก บรรพบุรุษ หมอฟันบ้านแต่ละคนจะมีตำรับยาที่ใช้บ่อย คนละ 1-10 ตำรับ ยาที่ใช้มักหาเก็บเองและซื้อจากร้านขายยาแผนโบราณ หมอฟันบ้านส่วนใหญ่รู้จัก อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน) และเคยร่วมงานสาธารณสุขในหมู่บ้านด้วยกันและยืนยันถึงความจำเป็นไปได้ในการร่วมมือกับ อสม. หมอฟันบ้านส่วนใหญ่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ และเห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านมีค่านิยมน้อยลง รัฐควรจะเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหมอฟันบ้าน สำหรับข้อเสนอที่ได้จากงานวิจัยของรุจินาถก็คือ ควรมีการสังคายนาและพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยโดยอาศัยความรู้เก่าและประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ควรปรับปรุงคุณภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้จากหมอฟันบ้านไปยังคนรุ่นต่อไป ซึ่งข้อเสนอเหล่านี้สอดคล้องกับข้อเสนอของงานวิจัยหลายๆ เรื่อง เช่น มณีวรรณ ผิวนิม (2534) และรุ่งรังษิ วิบูลชัย (2538) เนื่องจากปัจจุบันหมอฟันบ้านขาดคนสืบทอดความรู้ นอกจากนั้นรุจินาถยังเสนอแนะว่ารัฐควรเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนา การแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น

ปรีชา อุตระกุล และคณะ (2531) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทของหมอฟันบ้านในสังคมอีสาน พบว่า หมอฟันบ้านมีบทบาทต่อสังคมหลายด้าน บทบาททางตรงก็คือ เป็นผู้อาวุโสของหมู่บ้าน เป็นผู้นำทางพิธีกรรม บทบาททางอ้อมก็คือ การเป็นหมอและยังมีบทบาทในการสร้างดุลยภาพของ ชุมชนทั้งในด้านสภาพแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณี นอกจากนี้ปรีชายังได้กล่าวถึง ระบบความเชื่อของหมอฟันบ้านเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับองค์ประกอบของร่างกายมนุษย์ (รายละเอียดจะกล่าวในประเด็น องค์ความรู้ ระบบความคิด ความเชื่อของหมอฟันบ้าน)

การศึกษาเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการแพทย์แผนโบราณและกลวิธีในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของกุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) โดยศึกษาในหมู่บ้านจำนวน 6,102 หมู่บ้าน ใน 17 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีหมอฟันบ้านเฉลี่ยหมู่บ้านละ 3.2 คน หมอที่พบมากที่สุดคือ หมอสมุนไพร (26.6%) หมอมนต์ (25.0%) หมอธรรม (19.9%) และหมอลำทรง (8.6%) ตามลำดับ สำหรับหมอแผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะมีเพียง 1.2% หมอฟันบ้านส่วนใหญ่เป็น เพศชาย (84.2%) อายุเฉลี่ย 57 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (60.7%) อาชีพทำนา (86.9%) ระดับฐานะปานกลางถึงยากจนมาก (87.8%) ประมาณ 31.6% รับการถ่ายทอดวิชาเนื่องจากเชื่อว่าวิชาแพทย์แผนโบราณสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ และ 24.9% ต้องการสืบทอดจากบรรพบุรุษ ปัจจุบันมีเพียง 68.2% ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (183 คน) ยังคนทำการรักษาคนไข้สม่ำเสมอ โดยมีคนไข้เฉลี่ย 2 คนต่อเดือน

กมลเนตร โฆษานุรักษ์ และคณะ (2534) ได้ศึกษาบทบาทของหมอพื้นบ้านในโครงการควบคุมมาลาเรียของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามบทบาทของอาสาสมัครที่เป็นหมอพื้นบ้านในโครงการดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครที่เป็นหมอพื้นบ้านมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการ รับผิดชอบงานดีกว่าพวกที่ไม่ใช่หมอพื้นบ้าน งานวิจัยนี้ได้เสนอแนะว่าควรให้หมอพื้นบ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชน แต่ควรมีมาตรการที่จะทำให้บุคคลเหล่านี้ตระหนักถึงขอบเขตของบทบาทของตน

งานวิจัยเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านที่มีความสำคัญและทำในพื้นที่หลายจังหวัด ได้แก่ งานของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับศูนย์นโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล ได้แก่ งานของลือชัย สีเงินยวง และคณะ (2535) ที่ได้ศึกษาศักยภาพหมอพื้นบ้านกับงานสาธารณสุขมูลฐาน : ภาพรวม นอกจากนั้นยังได้แยกเป็นกรณีศึกษาแต่ละจังหวัดด้วย เช่น การศึกษาที่จังหวัดพิจิตร ประจวบคีรีขันธ์ นครพนม สุรินทร์ ยโสธร และเชียงราย (2535) งานวิจัยทั้งหมดใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณประกอบกัน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของหมอพื้นบ้านก็คือ ชาวบ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นชายและสูงอายุ บทบาทของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เพื่อการช่วยเหลือเกื้อกูลตามความจำเป็น คนไข้กว่า 80% เป็นญาติพี่น้องและสมาชิกในชุมชนเดียวกัน การแพทย์พื้นบ้านอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคใน 2 ลักษณะคือ สาเหตุจากธรรมชาติและการเสียสมดุลย์ของร่างกายกับสาเหตุเหนือธรรมชาติ หมอพื้นบ้านให้การรักษาครอบคลุมทั้งอาการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน หมอกระดูกเป็นหมอที่มีจำนวนมากที่สุด และจากสภาพสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปทำให้บทบาทในการรักษาของหมอพื้นบ้านลดน้อยลง

การศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้การเป็นหมอชาวบ้าน มีงานวิจัยของ บุญทวี อุบลกุล (2536) ที่ศึกษาทั้งกระบวนการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้การเป็นหมอชาวบ้าน โดยใช้ระบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ที่เคยเป็นหมอชาวบ้านและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหมอชาวบ้าน เช่น ญาติ พี่น้อง ในพื้นที่อำเภอลี่ อำเภอบ้านไผ่ อำเภอป่าซาง และกิ่งอำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษพบว่า กระบวนการการถ่ายทอดความรู้จะเริ่มเมื่อผู้เรียนจบการศึกษาภาคบังคับแล้ว ส่วนมากจะเข้าไปเป็นเด็กวัดผ่านการบวชเรียน ได้รับการเรียนรู้และบอกเล่าจากอาจารย์ในขณะที่บวช ผู้ที่เป็นหมอชาวบ้านได้ต้องมีความ อุดมทุน ขยัน มีคุณธรรมและมีความสามารถเฉพาะตัว กระบวนการถ่ายทอดการเป็นหมอชาวบ้านสามารถแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเป็นผู้ติดตาม ขั้นเป็นผู้ปฏิบัติและขั้นเป็นผู้ชำนาญ วิธีการเรียนต้องอาศัยความสามารถ การสังเกต การซักถาม การจดบันทึก การเรียนรู้ด้วยตนเองเมื่อศึกษาไปแล้วต้องหาความรู้เพิ่มเติมจากประสบการณ์ในการรักษา

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้ก็คือ ปัจจัยทางสังคมในระบบเครือญาติ ปัจจัยทางเศรษฐกิจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการถ่ายทอดปัจจัยทางการศึกษาที่มีเปลี่ยนจากการศึกษาภายในชุมชนมาเป็นการศึกษาภายนอกชุมชน ปัจจัยทางการเมืองและกฎหมาย ทำให้กระบวนการถ่ายทอดค่อยๆ สูญหายไป

สมใจ ศรีหล้า (2537) ได้ศึกษาเรื่องหมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน ผลการวิจัยสรุปว่าหมอธรรมเป็นหมอพื้นบ้านประเภทหนึ่งที่ทำหน้าที่ในการรักษาโรคของประชาชน การเป็นหมอธรรมต้องผ่านกระบวนการคัดกรองเพื่อให้ได้ บุคคลที่มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ หมอธรรมมีบทบาทในการเป็นผู้นำชุมชน ผู้นำในการประกอบพิธีกรรม ผู้นำในการพัฒนาชุมชน

รุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) ได้ศึกษาการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมู่บ้านนาสีดา ตำบลกุดข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหมอพื้นบ้านในหมู่บ้านนา สีดา ยังมีบทบาทสูงในการรักษาความเจ็บป่วยของชาวบ้าน ทั้งนี้โดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การรักษา มีคุณธรรมและจริยธรรม การแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกหนึ่งของชาวบ้านที่สมควรส่งเสริมและหาแนวทางในการพัฒนาให้มีศักยภาพและเกิดประโยชน์แก่ชุมชนมากที่สุด

ผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณสมบัติและบทบาทของหมอพื้นบ้านสามารถสรุปได้ว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นผู้ชาย มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป สมรสและผ่านการบวชเรียนมาแล้ว ประกอบอาชีพอื่นนอกเหนือจากการเป็นหมอ เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี เป็นคนมีศีลธรรม มีประสบการณ์ในการรักษาเป็นที่ยอมรับของชุมชน และจำนวนมากเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ มูลเหตุจูงใจในการมาเป็นหมอก็เพราะ บิดา หรือญาติใกล้ชิดเคยเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนเคยได้รับการรักษาแบบพื้นบ้านหรือเคยมีญาติพี่น้องเจ็บป่วยจึงเสาะแสวงหาวิธีการรักษาหรือเห็นว่าอาชีพนี้สามารถช่วยเหลือผู้คนได้ หมอพื้นบ้านมีหลายประเภท เช่น หมอยาสมุนไพร หมอกระดูก หมอธรรม (หมอสงฆ์) หมอตำแย หมอไสยศาสตร์

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของหมอพื้นบ้านแต่ละประเภท เช่น หมอพระ หมอกระดูก หมอสมุนไพร เป็นต้น โดยจะขอกกล่าวถึงงานวิจัยที่เกี่ยวกับหมอแต่ละประเภทตามลำดับ

หมอพระ งานวิจัยที่กล่าวถึงบทบาทของหมอพระในงานสาธารณสุขมีหลายเรื่อง อาทิเช่น บทบาทของพระสงฆ์ไทยที่เป็นหมอพระในด้านการบำบัดรักษาโรคแก่ชุมชนของ วไลพร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม (2523) งานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสังเกตโดยสำรวจหมอพระจำนวน 6 รูป และผู้ป่วยที่ไปหาหมอพระจำนวน 600 คน ผลการศึกษาพบว่า การ

บำบัดรักษาโรคของคนไทยยังอาศัยวัด พระสงฆ์ และยากลางบ้าน หมอพระเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง ถึงแม้สถานภาพของหมอพระจะเป็นหมอเถื่อนในแง่มุขของบ้านเมืองและจะต้องปราศในแง่ของพระสงฆ์ แต่ก็มีหมอพระหลายรูปที่มีชื่อเสียงเป็นที่เคารพศรัทธา

สาเหตุที่หมอพระยังมีบทบาทในการรักษาและได้รับความเชื่อถือจากประชาชนนั้น วไลพร ภวภูตานนท์ (2523) ได้วิเคราะห์ว่า เพราะหมอพระสามารถปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมพื้นบ้าน ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วย ไม่มีระเบียบปฏิบัติที่ยุ้งยาก ไม่มีลักษณะเชิงธุรกิจ แต่เป็นเรื่องของการช่วยเหลือ การทำบุญ และชนะรักษาที่ไม่มีบรรยากาศของระดับชั้นทางเศรษฐกิจและสังคม

เดวิด คอสลิ่ง (2526) ได้ศึกษาเรื่อง หมอพระ : มิติใหม่ของพระพุทธศาสนาและสาธารณสุข โดยเน้นการศึกษาถึงทัศนคติของพระสงฆ์ต่อบทบาทของหมอพระในการตอบสนองความต้องการของสังคมปัจจุบันและความเหมาะสมในกิจการบางประเภท โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์พระสงฆ์จำนวน 12 รูปที่เข้ารับการอบรมวิชาแพทย์ที่วัดสามพระยา และวัดเบญจมบพิตร ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ทุกรูปที่ศึกษามีความสามารถในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง วิธีการรักษาใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน หมอพระบางรูปใช้เครื่องมือแพทย์สมัยใหม่ในการตรวจรักษา

สมชาย สุรชาติศรี (2530) ได้ศึกษาบทบาทของพระสงฆ์ไทยในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของชาวชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของพระสงฆ์ในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยประชาชนในชนบทส่วนหนึ่งยังนิยมบำบัดรักษาอาหารเหล่านั้นด้วยตนเองทั้งโดยใช้ยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน และประชาชนส่วนหนึ่งจะไปใช้บริการจากหมอพระ ทั้งพระสงฆ์และประชาชนรู้จักการใช้สมุนไพรมาเป็นเวลาช้านานโดยมากใช้ในรูปของ

ยาหม้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าสมุนไพรเป็นพืชที่มีประโยชน์และรัฐควรส่งเสริมให้มีการปลูกอย่างจริงจังเพื่อสนับสนุนการพึ่งพาตนเอง โดยพระสงฆ์ควรมีบทบาทในการแนะนำการใช้ การปลูกสมุนไพรแก่ประชาชนเนื่องจากพระสงฆ์เป็นที่เคารพศรัทธาของประชาชน และควรมีการเผยแพร่ความรู้ทางด้าน สาธารณสุขและสมุนไพรแก่พระสงฆ์ด้วย

ทิวา ธรรมอำนวยโชค (2530) ได้ศึกษาเรื่องพระพุทธศาสนาและการรักษาพยาบาล วิเคราะห์บทบาทของพระสงฆ์ในการรักษาพยาบาลชาวบ้านในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์มีบทบาทในการรักษาพยาบาลทั้งในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง

หมอกระดุก มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับหมอกระดุกไว้หลายเรื่อง เช่น การศึกษาของยงยุทธ วัชรดุลย์ (2529) เรื่องสถานภาพของหมอแผนโบราณที่รักษาโรคกระดุกและข้อในประเทศไทย งานวิจัยของมะลิ ลีวนานนท์ชัย และคณะ (2534) เรื่อง ระบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมการรักษาโรคกระดุกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ งานของยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์ (2535) เรื่องศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อการดูแลรักษาสุขภาพกรณีศึกษา : การรักษาโรคกระดุกหักของหมอเมืองและการดูแลครรภ์ของชาวบ้าน จังหวัดเชียงใหม่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคกระดุกของแพทย์แผนโบราณในจังหวัดสตูล ของ ฐาปนา สระมุณี (2537) งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง มีประเด็นเนื้อหาที่แตกต่างกันกล่าวคือ งานของยงยุทธ วัชรดุลย์ (2529) เป็นการสำรวจเบื้องต้นโดยใช้แบบสอบถามให้พัฒนากรตำบลเป็นผู้กรอกข้อมูล เนื้อหาของแบบสอบถามเป็นเรื่องเพศ อายุ การกระจายตัวของหมอกระดุก วิธีการรักษาและผลของการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า หมอกระดุก ร้อยละ 97.18 เป็นผู้ชาย เป็นหญิงร้อยละ 2.28 ในจำนวนหมอกระดุกทั้งหมดมีสถานภาพเป็นหมอพระ 3.75% หมอไสยศาสตร์ 34.24% หมอกลางล้าน 61.27% และหมอจีน 0.15%

ส่วนงานของมะลิ ลีวนานนท์ชัย และคณะ (2534) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบวิธีคิด ความเชื่อของหมอกระดุก ประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการ และกระบวนการรักษาโรคกระดุก รวมทั้งการปรับตัวทางด้านเทคนิคการรักษา ผลการศึกษาพบว่าหมอกระดุก ส่วนใหญ่เป็นแพทย์แบบประสบการณ์ ระบบความคิด เชื่อ และกระบวนการรักษาอาศัยความรู้ที่ได้รับถ่ายทอดมาผสมผสานกับประสบการณ์ที่ตนเองปฏิบัติ

นิตยา ปริบุญโรจน์ (2536) ได้ทำวิจัยเรื่องการรักษาโรคกระดุกของแพทย์แผนโบราณในจังหวัดสงขลา พบว่าแพทย์แผนโบราณที่รักษาโรคกระดุกในจังหวัดสงขลามีจำนวน 33 ราย มีทั้งชายและหญิง การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีทั้งนับถือศาสนาพุทธและอิสลาม มีการสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษและจากครู มีความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะและส่วนของกระดุกในหลักใหญ่ๆ คล้ายคลึงกัน จำแนกโรคกระดุกออกเป็น 6 โรค และมีวิธีการตรวจรักษาด้วยการสร้างความคุ้นเคยและศรัทธาก่อนจึงทำการรักษาตามขั้นตอนที่ได้รับการถ่ายทอดมา

งานศึกษาของยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์ (2537) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการรักษาโรคกระดุกหัก ซึ่งสามารถเข้าใจได้โดยหลักวิทยาศาสตร์และมิติทางวัฒนธรรม เป็นการศึกษาศักยภาพของหมอกระดุกที่เป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน โดยศึกษาทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของหมอกระดุกแบบพื้นบ้าน ผลการศึกษาได้นำไปสู่การผสมผสานความร่วมมือระหว่างหมอแผนปัจจุบันและหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคกระดุกหัก อันเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาล เนื่องจากชาวบ้านส่วนใหญ่เมื่อกระดุกหักจะมารับการเอ็กซเรย์และใส่เฝือกจากโรงพยาบาล จาก

นั้นจะกลับไปให้หมอกระดุกตัดฝือกที่โรงพยาบาลทำให้ออกแล้วใส่ใหม่ ดังนั้นเพื่อมิให้เกิดการซ้ำซ้อนจึงได้ทำงานประสานกันระหว่างหมอแผนปัจจุบันกับหมอกระดุก โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ไม่รุนแรงทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ถ่ายเอ็กซเรย์ให้แล้วให้ไปใส่ฝือกกับหมอกระดุก

ผลงานของรฐาปนา สระมุณี (2537) เป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคกระดูกของหมอแผนโบราณในจังหวัดสตูล โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อรวบรวมและจำแนกความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและการรักษาโรคกระดูกเปรียบเทียบระหว่างไทยพุทธ และไทยมุสลิม ในจังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่าหมอกระดุกจำนวน 35 คน ในจังหวัดสตูล มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคเชื่อว่าเป็นเกิดจากคุณไสยของมนุษย์ เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ และผู้ป่วยละเมิด ข้อห้าม ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคกระดูกพบว่าหมอไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเชื่อที่แตกต่างกัน

หมอสมนไพร งานวิจัยที่เน้นเฉพาะหมอสมนไพรตรงๆ มีไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านทั่วไป และหมอสมนไพรบ้าง เท่าที่พบมีประมาณ 3 เรื่องได้แก่ งานของมณีวรรณ ผิวนิม (2534) เรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพรมนน้ำท่าจีน : อดีตและปัจจุบัน เป็นการศึกษากระบวนการรักษาโรคพื้นบ้านในเชิงมานุษยวิทยาการแพทย์ ข้อมูลในการศึกษาส่วนใหญ่ได้มาจากการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านและผู้ช่วย เจ้าของร้านขายยาแผนโบราณในท้องถิ่น ผู้มารับการรักษาและญาติที่มาด้วย ผลการศึกษาพบว่าถึงแม้เขตลุ่มน้ำท่าจีนจะอยู่ใกล้กับชุมชนเมือง แต่การรักษาโรคด้วยสมุนไพรมันน้ำท่าจีนก็ยังเป็นที่นิยมแพร่หลาย ประชาชนยังใช้บริการการแพทย์ทั้งแบบพื้นบ้านและสมัยใหม่ควบคู่กันไป การรักษาโรคด้วยสมุนไพรมักใช้กับโรคที่เชื่อว่ารักษาด้วยวิธีการสมัยใหม่ไม่ได้ผล โรคที่ไม่ ร้ายแรง โดยเฉพาะโรคเด็กและโรคเรื้อรัง ในอดีตหมอสมนไพรจะมาจากผู้ที่มีการศึกษาดี ผ่านการบวชเรียนมาแล้ว สนใจศึกษาเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่ได้หวังจะยึดเป็นอาชีพ การถ่ายทอดความรู้เป็นไปในลักษณะตัวต่อตัว หมอสมนไพรมีสถานภาพการรักษาค่อนข้างสูง ในปัจจุบันหมอสมนไพรยังคงมี บทบาทและวิธีการรักษาโรคคล้ายคลึงกับในอดีตแต่เปลี่ยนแปลงไปบ้างตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และนิเวศวิทยา หมอสมนไพรมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เพราะขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลเท่าที่ควร ปัจจุบันผู้สนใจเป็นหมอน้อยลง หมอรุ่นใหม่มักมีบรรพบุรุษเป็นหมอสมนไพร มีการเรียนรู้แบบตัวต่อตัวมาบ้าง ระยะเวลาการเรียนและฝึกหัดการรักษาโรคน้อยลงเพราะหาอ่านเอาจากตำรา และเรียนตามหลักสูตรโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ หมอพื้นบ้านมีการปรับตัวเลียนแบบการแพทย์สมัยใหม่ในด้านการตรวจรักษาโรค เครื่องมือแพทย์และยาที่ใช้ ในขณะที่แพทย์สมัยใหม่ก็เน้นแต่การสกัดตัวยาจากสมุนไพรมานำใช้โดยไม่สนใจความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ที่ดินทำให้สมุนไพรมหาหายากและมีราคาแพงขึ้น

เสาวภา พรศิริพงษ์ และพรทิพย์ อุศุภรัตน์ (2538) ได้ศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย : พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์ พบว่า หมอสมุนไพรที่เก่งเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านว่าต้องมีลักษณะดังนี้คือ ประการที่หนึ่ง เป็นผู้ที่มีความรู้อย่างดีในการวินิจฉัยโรค การประกอบยาให้ถูกกับโรค รู้จักต้นไม้และสรรพคุณทางด้านยา ประการที่สอง ต้องมีตัวยาดี ประการที่สาม ต้องมีมนุษยสัมพันธ์ รู้จักคนมากไม่เอาเปรียบ ประการที่สี่ ไม่ขูดรีดค่ารักษา ประการที่ห้า ต้องซื่อสัตย์สุจริต และประการสุดท้าย ต้องรู้จักเอาอกเอาใจคนไข้ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับบุคคลในครอบครัวของตน ส่วนแนวโน้มของหมอสมุนไพรนั้น พบว่าในอดีตหมอพื้นบ้านเป็นหมอที่รักษาได้ทุกโรค ปัจจุบันกลายเป็นผู้ชำนาญเฉพาะโรค ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลายอย่างประชาชนจะไปใช้บริการจากการแพทย์แผนปัจจุบัน จะเหลือเฉพาะโรคที่หมอแผนปัจจุบันรักษาไม่หายเท่านั้น ในอนาคตบทบาทของหมอพื้นบ้านจะค่อยๆ ลดน้อยลงตามลำดับ ประกอบกับข้อจำกัดในข้อกำหนดที่ว่าหมอพื้นบ้านที่มีใบประกอบโรคศิลปะเท่านั้นจึงจะประกอบอาชีพแพทย์ได้อย่างถูกต้อง แต่จำนวนผู้ที่สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะในปีหนึ่งๆ มีไม่ถึง 10% สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หมอสมุนไพรที่มีประสบการณ์ มีความรู้ ความชำนาญ ไม่สามารถเป็นหมอแผนโบราณที่ถูกต้องตามกฎหมาย

5.1.2 เกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านนี้ส่วนใหญ่จะศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอย่างกว้างๆ มีงานของมะลิ ลีวนานนันทชัย และคณะ (2534) และ เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2538) ที่ศึกษาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชนค่อนข้างละเอียด โดยได้กล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคนั้นๆ ตามเชื่อของหมอรวมทั้งวิธีการรักษาด้วยตำรับยาต่างๆ อย่างไรก็ตาม ขอกกล่าวถึงงานวิจัยเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านในรายละเอียดตามลำดับดังนี้

Louis Golomb (1985) ได้ศึกษาเรื่องมนุษยวิทยาการรักษาโรคในกลุ่มคนต่างเชื้อชาติในประเทศไทย โดยศึกษาพฤติกรรมการรักษาโรคของชุมชนชาวไทยพุทธ และไทยมุสลิม 5 จังหวัดคือ กรุงเทพฯ อโยธยา ปัตตานี ยะลา และสงขลา ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากสัมภาษณ์ สังเกตการณ์ หมอ พื้นบ้านทั้งไทยและมุสลิม คนไข้ ตลอดจนบุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบันที่จังหวัดสงขลา Golomb เสนอว่าการศึกษารักษาโรคพื้นบ้านจะต้องทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ด้วย จะศึกษาแต่วิธีการวินิจฉัยโรค การรักษาโรคหรือจะดูแล ประสิทธิภาพของตัวยาเท่านั้นไม่ได้ นอกจากนั้น Golomb ยังพบว่าชาวไทยและชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคที่คล้ายคลึงกัน คือเชื่อว่าโรคภัยไข้เจ็บเกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ทางสังคมกับสมาชิกอื่นใน

สังคม ทั้งสองกลุ่มเชื่อว่ามนุษย์สามารถใช้วิธีการควบคุมอำนาจเหนือธรรมชาติมาทำให้ศัตรูเจ็บป่วยได้

ปรีชา อุยตระกูล และคณะ (2531) ที่ศึกษาในกลุ่มไทยโคราช จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มไทยลาว จังหวัดชัยภูมิ โดยศึกษาจังหวัดละ 1 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บ ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านมีความเชื่อในเรื่ององค์ประกอบของมนุษย์ไม่แตกต่างจากคนในชนบทหมู่บ้านอื่นๆ คือเชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยรูปกายคือ ธาตุ 4 อันได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ และองค์ประกอบทางด้านจิตใจ อันได้แก่ ขวัญ วิญญาณ ส่วนพลังอำนาจที่สามารถทำให้มนุษย์เจ็บป่วยได้ก็คือ หนึ่ง เชื่อโรคและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สอง คาถาอาคม เช่น การถูกกระทำด้วยคุณไสย สาม เป็นเรื่องของกรรมเก่าที่มนุษย์ทำมาแต่อดีต สี่ วิญญาณศักดิ์สิทธิ์หรือผีร้ายที่กระทำโดยการเข้าสิงร่างมนุษย์ ห้า คือ ตำแหน่งวิถีโคจรของดวงดาว ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตของมนุษย์ และประการสุดท้ายคือ การละเมิดฮีตคลองหรือชะล่า

มะลิ ลิวานนท์ชัย และคณะ (2534) ได้ศึกษาเรื่องระบบความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมการรักษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ โดยได้ศึกษากับตัวหมอ ผู้มารับบริการและความคิดเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมรักษา ซึ่งได้กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อในสาเหตุของโรคกระดูก ความเชื่อเกี่ยวกับลักษณะของกระดูก การหักและการเชื่อมต่อของกระดูกและความเชื่อเกี่ยวกับการหายจากโรคกระดูก

บุญทิว อุปกาละกุล (2536) ได้พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่อธิบายความเชื่อและทฤษฎีสาเหตุของโรคว่า สาเหตุของโรคแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ สาเหตุจากธรรมชาติและการเสียสมดุลย์ของร่างกายและสาเหตุจากอำนาจเหนือธรรมชาติหรือบางส่วนเชื่อว่าเกิดจากอุบัติเหตุและเกิดจากเคราะห์กรรมร่วมกัน หมอพื้นบ้านให้การรักษารอบคลุมทั้งปัญหาโรค อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเจ็บพลัน

เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2538) ได้ศึกษาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในงานวิจัยเรื่องการศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย : พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์ ในงานวิจัยได้กล่าวถึงความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยในชุมชน อาการของโรค ปากฏและลักษณะการดำเนินโรค วิธีและขั้นตอนในการรักษา ตำรับยา วิธีและปริมาณยาที่ใช้ในการรักษาโรค แต่ละโรค นอกจากนั้นยังได้วิเคราะห์ถึงความสอดคล้องขององค์ความรู้เหล่านั้นกับการแพทย์แผนปัจจุบันอีกด้วย

มณฑิรา เขียวยิ่ง และคณะ (2534) ได้ศึกษาความเชื่อและการปฏิบัติตนระหว่างอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความเชื่อในการอยู่ไฟ ความเชื่อเรื่องอาหาร

ระหว่างอยู่ไฟ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่แม่หลังคลอดต้องอยู่ไฟ เพราะมีความเชื่อว่าหลังคลอด ร่างกายต้องการการพักผ่อนให้ร่างกายแข็งแรง อายุยืน ไม่เจ็บป่วย ระหว่างอยู่ไฟต้องอาบน้ำร้อน ซึ่งเป็นน้ำสมุนไพร เชื่อว่าทำให้เลือดลมไหลเวียนดี แก้อาการฟกช้ำ ระหว่างอยู่ไฟต้องกินอาหารแห้งจะทำให้มดลูกแห้งและเข้าอู่เร็ว

5.1.3 เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ได้ศึกษาวิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านแต่การศึกษาในประเด็นนี้มักศึกษาควบคู่ไปกับประเด็นอื่นๆ มากกว่าการศึกษาเฉพาะประเด็นนี้เพียงประเด็นเดียว ดังนั้น ชื่อของงานวิจัยที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้จึงอาจซ้ำกับงานวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ผู้เขียนได้ตั้งเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคเท่านั้น งานวิจัยดังกล่าวได้แก่

งานของอรทัย รวยอาจิด และคณะ (2523) เรื่องบทบาทของแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย ได้กล่าวถึงวิธีการรักษาโรคของการแพทย์พื้นบ้านว่าส่วนใหญ่ใช้สมุนไพร ใช้พิธีกรรมต่างๆ และมีการประยุกต์ใช้อุปกรณ์การตรวจของแพทย์แผนปัจจุบัน

Louis Clolmb (1985) ได้พบว่า รูปแบบการรักษาพื้นบ้านในภาคใต้มี 3 รูปแบบคือ

- รักษากับหมอสุมไพร โดยเชื่อว่าพื้นฐานการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับธาตุ 4 เมื่อธาตุทั้ง 4 สมดุลร่างกายจะแข็งแรง จิตใจแจ่มใส วิญญาณที่ชั่วร้ายก็เข้าสิงไม่ได้
- รักษากับนักจิตบำบัด ส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยต้องการการบำบัดทางจิตใจโดยการพูดคุย และใช้เครื่องรางของขลัง เวทมนต์ เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย
- รักษากับหมอไสยศาสตร์ โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า วิญญาณ เทพเจ้า ภูตผี ทำให้ร่างกายเสียสมดุลย์เกิดความเจ็บป่วย

พฤติกรรมการรักษาโรคของไทย ส่วนใหญ่ชอบรักษาโรคจากแหล่งต่างๆ ที่เขามีความหวังและเชื่อถือไปพร้อมๆ กัน และสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากหลายสาเหตุ การรักษาจึงผสมผสานหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน ความหลากหลายเกิดจากความแตกต่างกันของวัฒนธรรมท้องถิ่น อันทำให้เกิดข้อดีของการแพทย์พื้นบ้านคือ ขาดการรวบรวมประสบการณ์ของความผิดพลาด หรือความล้มเหลวของการรักษาที่เคยผ่านมาแล้วอย่างเป็นระบบ อิทธิพลของการแพทย์แผนปัจจุบันที่แผ่เข้ามาในพื้นที่มีผลกระทบต่อวิธีการรักษาของหมอพื้นบ้าน โดยมีการใช้ยาแผน

ปัจจุบันและความเชื่อในเรื่องทฤษฎีเชื้อโรค ทฤษฎีการบำบัดโรคทางจิตใจมาใช้ วินิจฉัยโรคร่วมด้วย

ส่วนการศึกษาของ Viggo Brun และ Trond Schumacher (1987) เรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพรในภาคเหนือเป็นการศึกษาเชิงสหวิทยาการ โดยศึกษาการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคในเชิงพฤกษศาสตร์เคมีและการแพทย์พื้นบ้านในเขตเชียงใหม่และลำพูน ผู้วิจัยได้เสนอว่า นักวิชาการมักมองการรักษาโรคว่ามีเพียงระบบเดียว แต่ในความเป็นจริงแล้วการรักษาแบบการแพทย์พื้นบ้านมีความหลากหลายแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น นักวิชาการมักเน้นให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์แผนโบราณที่ใช้กับกลุ่มหมอหลวง (หมอแผนโบราณ) ซึ่งมีสถานภาพสูง มีการเรียนรู้ การถ่ายทอด และวิธีการรักษาที่เป็นระบบมากกว่าหมอพื้นบ้านทั่วไป ผู้วิจัยยังพบว่าการรักษาแบบ พื้นบ้านจะค่อยๆ หดไป เพราะรัฐบาลได้ขยายระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบันออกไปอย่างกว้างขวาง ทำให้ประชาชนหันไปใช้บริการกันมากขึ้น คนในท้องถิ่นไม่สนใจสืบทอดวิธีการรักษาโรคแบบ พื้นบ้าน แต่พากันไปสนใจการแพทย์และหมอหลวง เพราะได้รับการยอมรับมากกว่า เพราะสามารถสอบใบประกอบโรคศิลปะได้และสามารถดำเนินการรักษาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ผู้วิจัยได้ชี้แนวโน้มของการแพทย์พื้นบ้านใน ภาคเหนือว่าจะค่อยๆ สูญไปในที่สุด

ทิวา ธรรมอำนวยโชค (2530) พบว่าหมอพระที่มีความเชื่อเกี่ยวกับสมุฏฐานของโรค การตรวจและวิธีการรักษาโรคที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากมีความผูกพันกับความเชื่อพื้นฐานทางวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนโบราณของไทยที่มีลักษณะความเชื่อและการปฏิบัติทางไสยศาสตร์ ผสมผสานอยู่ด้วย การรักษาโรคมีทั้งการรักษาบำบัดทางกายและทางจิต บางรูปได้นำเอาแนวคิดและวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ประกอบการรักษาโรคร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร

ปรีชา อุตระกุล และคณะ (2531) ได้พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่บำบัดความเจ็บป่วยของการแพทย์พื้นบ้านจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยด้วยสาเหตุทางธรรมชาติ ผู้ทำการรักษาก็คือ หมอยา หมอกระดูก หมอบีบเส้น หมอนวดและหมอดำแย การเจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ก็ต้องไปหาหมอธรรมหรือหมอมนต์ หากเจ็บป่วยด้วยเคราะห์กรรมก็ต้องไปพบพระสงฆ์ หากป่วยด้วยอำนาจผี ผู้บำบัดก็คือหมอเข้าทรงหรือหมอธรรม หากเจ็บป่วยด้วยอิทธิพลของดวงดาวก็ต้องรักษากับหมอดู หมอเสียเคราะห์ และถ้าหากเจ็บป่วยเพราะผีดืตคอง ผู้ทำหน้าที่แก้ปัญหาคือ ผู้อาวูโล หรือหลักบ้าน ที่จะคอยให้คำแนะนำ อย่างไรก็ตามหมอพื้นบ้านมักเชื่อกันว่าการที่คนเราเจ็บป่วยมักมีหลายสาเหตุ ดังนั้นผู้

รักษาจึงต้องใช้วิธีการหลายๆ อย่างผสมกัน เช่น หมอสมุนไพรจะใช้คาถาประกอบในการปรุงยาของตน ในขณะที่หมอธรรมก็ใช้สมุนไพรด้วย เป็นต้น

สินธพ โฉมยา และคณะ (2531) ได้ศึกษาหมอแผนโบราณและการรักษาแบบพื้นบ้านของอีสาน : กรณีศึกษาร้านโคกใหญ่ อำเภอวาปีประทุม จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า การรักษาแบบพื้นบ้านยังเป็นที่ยอมรับของชาวชนบทอีสานแม้จะด้อยกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้หมอแผนโบราณในท้องถิ่นสามารถปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ชุมชนของตนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

กฤษมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) พบว่า พิธีกรรมและขั้นตอนการรักษาของหมอแต่ละประเภทจะแตกต่างกันตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

เทพิน พัทธานรักษ์ (2533) ได้ศึกษาเรื่องแนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านในหมู่บ้านภาคกลาง พบว่าประเภทความเจ็บป่วยแบบพื้นบ้านมีถึง 26 ชนิด วิธีที่รักษาขึ้นอยู่กับลักษณะของความเจ็บป่วย การให้สาเหตุของความเจ็บป่วยและการรับรู้ในประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งชาวบ้านจะเป็นผู้เลือกรูปแบบการรักษาเอง

มะลิ ลีวนานนท์ชัย และคณะ (2534) พบว่ารูปแบบวิธีการรักษากระดูกมีทั้งใช้สมุนไพรร่วมกับพิธีกรรมและการบริกรรมคาถา นอกจากนั้น หมอกระดูกเหล่านี้ยังได้มีการปรับตัวทางเทคนิคการรักษาโดยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การใช้เอ็กซเรย์ ยาแก้อักเสบ เครื่องผ่าตัดและการเย็บแผลสด

สมใจ ศรีหล้า (2537) ได้ศึกษาเรื่องหมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน พบว่า วิธีการรักษาโรคของหมอธรรมนั้น จะใช้ทั้งเวทมนต์คาถา พิธีกรรมและสมุนไพร

ชูศักดิ์ สุวิมลเสถียร (2537) ได้ศึกษาเรื่อง กว๋าช่า : การรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านของชาวจีนอพยพหมู่บ้านเวียงหมอก ตำบลห้วยซ้อ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า ชาวบ้านใช้วิธีการรักษาพื้นบ้านที่เรียกว่า กว๋าช่า ในการรักษาความเจ็บป่วยขั้นต้น ผู้ให้การรักษาคือบุคคลในครอบครัวญาติมิตรที่ใกล้ชิด วิธีการรักษาขึ้นอยู่กับประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล กระบวนการรักษาขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยความรุนแรงของอาการของโรค ไม่พบว่าหลังการรักษามีอาการของโรคแทรกซ้อน รอยแผลเป็นหรือการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามชาวบ้านก็ไม่ปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่แต่ได้ให้ความสำคัญอย่างสอดคล้องกับวัฒนธรรมทางสุขภาพของชุมชน

รุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) ได้ศึกษาพบว่า วิธีการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านมีหลากหลายวิธี เช่น การใช้สมุนไพร คาน้ำมันนวด การรักษาโดยการนวด ในระยะหลังมีการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาช่วย เช่น การดูจากฟิล์มเอกซเรย์ หรือการใช้ยาสมัยใหม่ควบคู่กันไปด้วย อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการรักษาโดยทั่วไป ประกอบด้วยขั้นตอนการตั้งค่าง่าย ขั้นตอนการวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษาและขั้นตอนการปลงค่าง่าย

มาลี สิทธิเกรียงไกร (2538) ได้ศึกษาเรื่องหมอเหยา : ผู้รักษาพื้นบ้านในชุมชนชาวผู้ไทย ผลการศึกษาพบว่า หมอเหยาที่มีทั้งชายและหญิง ผู้เป็นหมอเหยาได้ต้องมีบรรพบุรุษเป็นหมอมาก่อน ทำหน้าที่รักษาโรคที่เกิดจากผีทำโดยผ่านพิธีกรรมที่เรียกว่า การเหยา ของใช้ในพิธีกรรมทุกอย่างเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับอำนาจเหนือธรรมชาติและการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ปัจจุบันความเชื่อเรื่องผีกับความเจ็บป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงในกลุ่มคนหนุ่มสาว แบบแผนการรักษาที่พบก็คือ รักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไปเหยา บางรายรักษาควบคู่กันทั้ง 2 แผน

1.4 เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารับบริการจากหมอพื้นบ้าน

การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มารับบริการการแพทย์พื้นบ้านมีพอสมควร แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น งานวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่มารับบริการจากหมอพื้นบ้านมีดังนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมมารักษาโรคของคนไทย (สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็นไรลีย์ : 2517, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ : 2534 และกิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ : 2536) ได้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน เช่น เมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะใช้สมุนไพรท้องถิ่นรักษาตามความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากบรรพบุรุษ หากรักษาแล้วไม่หายจะปรึกษาหมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ และหมอพระในหมู่บ้านหรือหมู่บ้านใกล้เคียง ถ้าไม่หายจะพึ่งยาชุด และหมอแผนปัจจุบัน เมื่อยังไม่หายอีกก็จะกลับมาหาหมอพื้นบ้านอีกครั้ง

ในส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการจากหมอพื้นบ้าน อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2523) พบว่าเหตุผลที่มารับการรักษาที่หมอแผนโบราณนั้นสองในห้า (จากจำนวนผู้ป่วย 198 ราย) เพราะมีผู้แนะนำหนึ่งในห้ามาเพราะเชื่อในความสามารถอีกเกือบหนึ่งในห้าเคยรักษาที่หมอแผนปัจจุบันแล้วรักษาไม่หาย

วไลพร ภวภูตานนท์ (2523) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารักษาที่หมอพระเป็นผู้มีรายได้น้อย เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งพาบริการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างสม่ำเสมอ โรคที่ชาวบ้าน

ไปรับการรักษากับหมอพระส่วนมากเป็นโรคเรื้อรัง รักษายาก เช่น มะเร็ง หืดหอบ ช้ำใน โรคลมกษัย ไข้ทับทิม โรคจิตประสาท

ทิวา ธรรมอำนวยการ (2530) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาหมอพระมีแนวโน้มทัศนคติ แรงจูงใจและเหตุผลในการมารับรักษาล้ำยคลึงกันด้วย ส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ รายได้ต่ำ มีปัญหาทางสุขภาพจิต ท้อแท้เกือบสิ้นหวัง

กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) พบว่า ลักษณะการใช้บริการสาธารณสุขของชาวอีสานเป็นการใช้การแพทย์พื้นบ้านควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

วุฒินันท์ พระภูจันงค์ (2534) ได้ศึกษาการรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพรของชาวชนบทอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ในประเด็นของแบบแผนการรักษาโรคพบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ชาวบ้านจะทำการรักษาด้วยตนเองโดยใช้สมุนไพรที่มีอยู่ตามท้องถิ่น จากประสบการณ์และความรู้ที่ได้จากบรรพบุรุษ หากรักษาด้วยตนเองไม่หายจะปรึกษาหมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอพระ ซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน หากไม่ดีขึ้นจะพียงยาชุดจากร้านขายยาในหมู่บ้านหรือให้แพทย์แผนปัจจุบันรักษา หากแพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หายชาวบ้านจะหันมาพียงการรักษาแบบพื้นบ้านเป็นที่พึ่งสุดท้าย

บุญทวี อุปกาสกุล (2536) ได้พบว่า สาเหตุที่คนไข้มาใช้บริการของหมอพื้นบ้านนั้นเป็นเพราะได้รับคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เชื่อในความสามารถของหมอ และเคยไปรับการรักษากับหมอแผนปัจจุบันแล้วไม่หาย ค่ารักษาถูกกว่าและมีความเป็นกันเองกับผู้ป่วยมากกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2536) ศึกษาเรื่องความเชื่อแผนโบราณและพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของชาวบ้าน บ้านห้วยสะแพท อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ รายได้ต่ำ นับถือผี นิยมเลี้ยงสัตว์ เลี้ยงไว้ได้ถนบ้าน เชื่อว่าการทำพิธีกรรมเลี้ยงผีจะทำให้เกิดความอุดมสมบูรณ์ อยู่เย็นเป็นสุข มีข้อห้ามข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันเจ็บป่วยหรือช้ำทางสังคม ครอบครัว เครือญาติและชุมชนมีประเพณีโบราณที่ตัดสินใจเลือกแบบแผนการรักษา วิธีเยียวยาความเจ็บป่วยใช้วิธีการเลี้ยงผีมากที่สุด

รุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยที่มารับการรักษากับการแพทย์พื้นบ้านว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพทำนา มีอายุอยู่ระหว่าง 16-60 ปี

2. การศึกษาเปรียบเทียบการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

งานวิจัยในประเด็นนี้จะเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์แผนปัจจุบันในมิติทางสังคมวัฒนธรรมเท่านั้น ยังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาเปรียบเทียบในเชิงประสิทธิภาพ มีงานวิจัยประมาณ 3 เรื่องที่ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาโรคแผนปัจจุบันกับการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ งานของบุษยามาส บุญใจเพชร (2526) เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน โดยพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคม จิตวิทยาของผู้ป่วยทั้งสองแผนทั้งในด้านความเชื่อ ความพึงพอใจ ค่าบริการ ประสิทธิภาพ โดยศึกษา ผู้ป่วยที่ไปรับบริการจากโรงพยาบาลและสถานบริการแผนโบราณที่จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ ผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนโบราณมีความเชื่อดั้งเดิมมาก มีความพึงพอใจในระบบบริการสูง มีความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยและเคยผ่านประสบการณ์ความล้มเหลวจากการแพทย์แผนปัจจุบันมาแล้ว

ราตรี มฤคทัต (2533) เรื่องการแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์แผนปัจจุบัน กรณีศึกษา บ้านหัน และบ้านอัมพวัน จังหวัดขอนแก่น พบว่าในระบบการแพทย์พื้นบ้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ชาวบ้านจะรู้ลักษณะของโรคภัยไข้เจ็บชนิดนั้นด้วย ประสบการณ์ส่วนบุคคลหรือประสบการณ์ชุมชน และเสาะแสวงหายาด้วยวิธีการทดลองเพื่อรักษาโรคชนิดนั้น อาจจะเป็นตำรายาของครอบครัวหรือจากตำรายื่นๆ ชาวบ้านจะช่วยเหลือกันหายา ทดลองรักษา และดูแลผู้ป่วย อันเป็นลักษณะสำคัญของ ชุมชน การถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติรักษาเยี่ยงยาผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะบอกเล่าปากต่อปาก ถ้ารู้สาเหตุการเจ็บป่วยเนื่องจากสาเหตุเหนือธรรมชาติก็จะไปหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระบบแพทย์พื้นบ้าน เพราะสาเหตุดังกล่าวนี้การรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันจะไม่ใช่ยอมรับหรือไม่รู้จัก และจะเป็นการรักษาเสริมเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น มีความเห็นว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลนั้นมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่จำเป็นต้องให้แพทย์รักษา อีกร้อยละ 70 นั้นสามารถรักษาตัวเองได้และผู้ป่วยก็จะไปหาแพทย์พื้นบ้านรักษา

ทิพย์สุดา เณรทอง (2534) เรื่องการเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและปัจจุบัน : กรณีศึกษาเฉพาะวัดโพธิ์ทองบนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจุบันชาวบ้านมีโอกาสเลือกรูปแบบการรักษามากขึ้น ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยชาวบ้านจะใช้บริการการรักษาทุก รูปแบบตามความรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และพยายามทุกวิถีทางที่จะรักษาตัวเองให้หายเป็นปกติ บ่อยครั้งจึงใช้บริการการรักษา 2 แบบควบคู่กัน โดยไม่ทราบว่าโรคหายจากการรักษาแบบใด หมอแผนโบราณไม่รู้สึกรู้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นคู่แข่งของ

การแพทย์แผนโบราณแต่ในทางตรงข้ามกลับช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกัน แต่สำหรับแพทย์แผนปัจจุบันยังมีอคติต่อการแพทย์แผนโบราณอยู่ ส่วนความพึงพอใจในการรักษานั้นผู้ป่วยพึงพอใจการรักษาการแพทย์พื้นบ้านมากกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะการรักษาการแพทย์พื้นบ้านผู้ป่วยจะไม่มี ความกังวลใจเรื่องค่ารักษาพยาบาล ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก รูปแบบการปฏิบัติสอดคล้องกับวัฒนธรรมพื้นบ้านไม่แปลกแยกเหมือนการไปรักษาที่โรงพยาบาล และที่สำคัญ ญาติมิตรและครอบครัวสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมรับรู้รูปแบบวิธีการรักษาโดยตลอด

วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ (2534) ได้ศึกษารูปแบบปรับปรุงการรักษาพยาบาลโรคของเด็กโดยการผสมผสานการรักษาตามแบบฉบับของชาวอีสานกับแผนปัจจุบัน พบว่ามีการรักษาอาการไข้ของเด็กโดยหมอพื้นบ้านของ 2 หมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ศึกษา เด็กแรกเกิดจะรักษาด้วยนมเป่า เด็กก่อนวัยเรียนจะรักษาทั้งกับนมเป่า หมอสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการรักษาโรคเด็กขึ้นอยู่กับภาวะเศรษฐกิจ ความรุนแรงของโรค การบริการสาธารณสุข การได้รับข่าวสาร สภาวะสังคมและความเชื่อตามลำดับ

3. การศึกษาสภาพปัญหาของการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นนี้ก็เช่นเดียวกับการศึกษาหมอพื้นบ้านในประเด็นอื่นๆ คือผู้วิจัยส่วนใหญ่จะกล่าวถึงปัญหาของการแพทย์พื้นบ้านไว้บางส่วน มิได้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัญหาของการแพทย์พื้นบ้านแต่เพียงอย่างเดียว

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2523) พบว่า ปัญหาในการรักษาของหมอสมุนไพรคือ ยาสมุนไพรหายากและมีราคาแพง มีความรู้สึกว่าการรักษาของตนเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย บ้านเมือง

สำหรับการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้การแพทย์แผนโบราณเสื่อมความนิยม มีงานของ สมทรง ณ นคร (2529) ที่ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น สกลนคร และอุบลราชธานี โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ป่วยที่เคยรักษาด้วยแพทย์แผนโบราณแล้วหาย แพทย์แผนโบราณที่ยังประกอบอาชีพอยู่และเลิกประกอบอาชีพแล้ว รวมทั้งบุคคลสำคัญในวงการแพทย์แผนโบราณ ผลการศึกษา พบว่า มีปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้การแพทย์แผนโบราณเสื่อมความนิยมคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

ปัจจัยภายใน ได้แก่ โอกาสในการรักษาผู้ป่วยไม่เต็มที่ เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จึงต้องประกอบอาชีพอื่นควบคู่กันไป หมอแผนโบราณเก่งเฉพาะโรค ยาต้องกินมาก รสขม

ออกฤทธิ์ช้าและผลไม่แน่นอน มีการแอบอ้างเป็นหมอแผนโบราณออกมาเร่ขายยาในราคาสูงแต่ประสิทธิภาพไม่ดี ทำให้หมอแผนโบราณพลอยเสียชื่อเสียงไปด้วย ระบบการศึกษาของแพทย์แผนโบราณไม่มีหลักสูตรแน่นอน ใช้วิธีถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ ไม่มีการปรับปรุงตำราเรียน การถ่ายทอดความรู้ไม่เต็มที่เนื่องจากหวงวิชา คนที่จะมีคุณสมบัติเป็นหมอหายาก แพทย์รุ่นเก่าที่มีความสามารถก็ชราภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้และเสียชีวิตไปแล้ว เป็นเหตุให้ความรู้ทางการแพทย์เสื่อมลง

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2497 ที่ปิดกั้นแพทย์แผนโบราณไม่ให้พัฒนาตัวเอง ไม่สามารถปรับปรุงวิธีการปรุงยาโดยใช้วิธีการทันสมัย สะดวกรวดเร็ว การที่รัฐกระจายระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบันออกไปอย่างทั่วถึงทำให้บทบาทของหมอแผนโบราณลดลง แพทย์แผนปัจจุบันมีความก้าวหน้า ขณะที่การแพทย์แผนโบราณย่ำเท้าอยู่กับที่และเสื่อมถอยไปตามลำดับ

การศึกษาของรุ่งรังษี วิบูลชัย (2538) เรื่องการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาบ้านสีดา ตำบลกุดข้าวปุ้น อำเภอข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ได้พบปัญหาหนึ่งที่น่าเป็นห่วงคือ หมอพื้นบ้านไม่มีบุตรหลานหรือลูกศิษย์มารับถ่ายทอดวิชาความรู้ ไม่มีตำรา เอกสาร หรือสมุดจดบันทึก ส่วนหนึ่งทำลายตำราและเลิกรักษาเพราะทางการสั่งห้าม เนื่องจากไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ สาเหตุที่สภาพความนิยมยาสมุนไพรน้อยลงไปเป็นเพราะยาสมุนไพรรักษาได้ผลช้า เสียเวลา ไม่ทันการณ์ ส่วนสาเหตุที่สมุนไพรบางชนิดยังคงความนิยมอยู่เพราะใช้แล้วได้ผลดี

สำหรับข้อเสนอแนะของงานวิจัยเรื่องนี้ก็คือ มีความจำเป็นที่จะต้องฟื้นฟูและพัฒนาบทบาทของหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของชุมชน ต้องรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่โดยการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ของหมอพื้นบ้านและสร้างความมั่นใจในการใช้ความรู้ด้านสมุนไพรเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ

4. การศึกษาทัศนคติของชุมชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อการแพทย์พื้นบ้าน

การศึกษาในประเด็นนี้มีการศึกษาตั้งแต่ช่วงปี 2528 เป็นต้นมา ได้แก่ งานวิจัยของ สวัสดิ์ทรัพย์เจริญ (2528) การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบท จังหวัดนครพนม การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาของชาวบ้านและบุคลากรสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือของสมทรง ณ นคร (2529) การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนในชนบท จังหวัดสระบุรี ของนางเยาว์ ถนอมพงษ์ (2532)

และการศึกษาเรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนะของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ของบุษยามาส ลินธุ์ประมา และคณะ (2533) ผลการศึกษาได้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกัน โดยสามารถแยกประเด็นได้ดังนี้

ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อหมอพื้นบ้านเป็นไปในทางบวก ยอมรับหมอสุมไพร หมอนวดจับเส้น และหมอดำแย ในแง่ของประสิทธิภาพการรักษามีทัศนคติไปในทางลบ โดยกล่าวว่าหมอพื้นบ้านวินิจฉัยโรคโดยอาศัยประสบการณ์ การคาดคะเน และคำบอกเล่าสืบต่อกันมา ไม่ได้ใช้หลักการแพทย์แผนโบราณหรือวิทยาศาสตร์

กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) ได้กล่าวถึงความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการแพทย์พื้นบ้านว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ยอมรับว่าบุคลากรการแพทย์พื้นบ้านสามารถส่งเสริมงานของสาธารณสุขในด้านการใช้สมุนไพร ด้านการส่งต่อผู้ป่วย การติดตามการรักษา ความเจ็บป่วยเรื้อรังและด้านการให้ลูกศึกษา จึงควรส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านมีบทบาทในชุมชนให้เด่นชัดมากขึ้น มีโอกาสได้รับใบประกอบโรคศิลปะ มีความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น มีการพบปะแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในกลุ่มแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนโบราณ และแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้เกิดการผสมผสานของการแพทย์พื้นบ้านในงานสาธารณสุขและการพึ่งตนเองของชุมชนด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

ทัศนคติของบุคลากรการแพทย์ต่อการใช้สมุนไพร ร้อยละ 90 เชื่อมั่นว่าสมุนไพรรักษาอาการเจ็บป่วยบางอาการหายได้ สนใจที่จะศึกษาเรียนรู้ในเรื่องสมุนไพร เคยใช้สมุนไพรในการรักษาโรคมาแล้ว และเห็นความจำเป็นในการใช้สมุนไพร ส่วนทัศนคติของประชาชนต่อการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพร พบว่าประชาชนมีทัศนคติในทางบวกต่อหมอพื้นบ้าน มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค ประชาชนร้อยละ 60 เห็นด้วยกับการส่งเสริมให้ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และเห็นว่าสมุนไพรมีความจำเป็นต่อชาวชนบท ร้อยละ 73 เคยใช้สมุนไพรในการรักษาโรค เชื่อในสรรพคุณเพราะเห็นมาตั้งแต่บรรพบุรุษ

ข้อเสนอจากการศึกษานี้ก็คือ ควรฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนโบราณด้วยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้นำและเป็นหลักในการผสมผสาน (บุษยามาส ลินธุ์ประมา : 2533) อย่างไรก็ตามปัญหาในการฟื้นฟูก็คือ หมอแผนปัจจุบันยอมรับหมอแผนโบราณน้อย ขาดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนโบราณที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้มีขอบเขตจำกัด เป็นอุปสรรคในการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (Case Studies) โดยทำการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพในด้านดารเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านหรือกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนชนบท ภายใต้การเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ ภาพของชาวบ้าน เพื่อนำไปสู่การอภิปรายประสบการณ์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ที่อาศัยกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพภาพเป็นกลไกสำคัญ พร้อมทั้งสรุปบทเรียนที่ได้รับจากการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพภาพแบบองค์รวม อันจะเป็นแนวทางไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ผู้วิจัยทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Method) ศึกษาชุมชนชนบทที่มีการผสมผสานระบบการดูแลสุขภาพภาพแบบองค์รวม โดยผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่วิจัยจากการศึกษารายกรณีตัวอย่างที่ปรากฏอยู่ในเอกสาร แนวคิดและประสบการณ์การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม ตามโครงการเครือข่ายการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ และเลือกชุมชนที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านเนินสมานมิตร* ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

นอกจากนี้ เพื่อเสริมสร้างรากฐานความเข้าใจของผู้วิจัยที่ถูกต้องลึกซึ้งพอเพียงในด้านการดูแลสุขภาพภาพของชาวล้านนา ผู้วิจัยมีโอกาสดำเนินการวิจัยในปรัชญาแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในวิถีชีวิตของชาวล้านนา สมุฏฐานโรคการแพทย์พื้นบ้านล้านนา วิธีการวินิจฉัยโรคและกระบวนการป้องกัน ดูแลรักษาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมตามวิถีชีวิตของชาวล้านนา โดยร่วมงานกับศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงราย ในฐานะผู้ร่วมวิจัยในโครงการสังคายนาคณะความรู้ “หมอเมือง” เพื่อการพัฒนากระบวนการแพทย์พื้นบ้านล้านนาและตำราอ้างอิงของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ภายใต้การสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

หมายเหตุ * นามสมมติ

เมื่อสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในวิถีชีวิตของชาวล้านนาแล้ว เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบกระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนาที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงได้อาศัยการศึกษาชุมชนเพื่อประกอบการอธิบาย

โดยทำความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ รวมถึงศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน โดยอาศัยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group-interview) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview)

กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข่าวสำคัญ (Key-informant) ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกส่วนของชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย/ครอบครัว/เครือข่าย/ชุมชน และกลุ่มแกนนำชุมชน ฯลฯ

โดยจะทำการวิเคราะห์ถึงการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง รวมถึงศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดบุคคลสำคัญในฐานะผู้ให้ข่าวสำคัญ (Key-informant) ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ครอบคลุมเป้าหมายประชากรทุกส่วนของชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย/ครอบครัว/เครือข่าย กลุ่มผู้รู้ท้องถิ่น กลุ่มแกนนำชุมชน และกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในแต่ละชุมชนประมาณ 20-22 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังต่อไปนี้

- 1) ผู้นำอย่างเป็นทางการของชุมชนตามระบบการปกครองของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แพทย์ประจำตำบล ฯลฯ จำนวน 3-4 คน
- 2) ผู้นำกลุ่ม/องค์กรทางอาชีพหรือผู้ที่ประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ จำนวน 3-4 คน
- 3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2-3 คน

- 4) หมอพื้นบ้านหรือผู้ท้องถิ่นที่มีความสนใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชน จำนวน 2-3 คน
- 5) ผู้นำโดยตำแหน่งของสถาบันหลักในชุมชน ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน เจ้าอาวาส วัด เกษตรตำบล พัฒนาการ ปลัด อบต. ฯลฯ จำนวน 2-3 คน
- 6) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการพัฒนาในชุมชนที่ชาวบ้านระบุชื่อซ้ำกันมาก จำนวน 1-2 คน
- 7) ผู้ป่วย ครอบครัว เครือญาติที่ได้รับการดูแลรักษาสุขภาพในมิติต่างๆ ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ฯลฯ จำนวน 5-10 คน
- 8) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายฯ พยาบาล หัวหน้าสถานีอนามัย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ฯลฯ จำนวน 2-3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสังเกต ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ฯลฯ เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจลักษณะธรรมชาติของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ ศักยภาพของทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ กับพฤติกรรมของบุคคลในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในสังคม

2. การสัมภาษณ์ ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group-interview) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key-Informant) ฯลฯ โดยมีลักษณะเป็นการสนทนาซักถามอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้จะช่วยอธิบายสิ่งที่พบเห็นหรือสังเกตให้เข้าใจยิ่งขึ้น

สำหรับการสัมภาษณ์จำเป็นต้องมีโครงสร้างของคำถาม เพื่อควบคุมทิศทางเนื้อหาของ การวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดโครงสร้างของคำถามหรือแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guide) ไว้ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1) ข้อมูลทั่วไปของบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ฯลฯ
- 2) ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน ประกอบด้วย ความเป็นมาของหมู่บ้าน ลักษณะทางกายภาพ การศึกษา สภาพทางเศรษฐกิจ/การทำมาหากิน การป้องกันดูแลรักษาสุขภาพ การเมือง/การปกครอง องค์กร/ความสัมพันธ์ทางสังคม ภาวะความทันสมัย ความเชื่อ/ศาสนา สังคมวัฒนธรรม การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน ฯลฯ

ส่วนที่ 2 กระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ

- 1) สถานะของสุขภาพ/ความเจ็บป่วย ประกอบด้วย
 - (1) โรคประจำตัวหรือสภาวะความเจ็บป่วย
 - (2) ความรุนแรงของโรค/สภาวะความเจ็บป่วย
 - (3) ทักษะเกี่ยวกับสุขภาพ ฯลฯ
- 2) การรักษาพยาบาล/ทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย
 - (1) ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ
 - (2) ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ
 - (3) ศักยภาพของทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ฯลฯ
- 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน ประกอบด้วย
 - (1) ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน ได้แก่
 - การสอบถามหรือสังเกตผู้ที่มีประสบการณ์ตรงมาก่อน
 - การสังเกตหรือทดลองปฏิบัติด้วยตัวเอง
 - การรับฟังคำแนะนำจากแพทย์หรือนักวิชาชีพ ฯลฯ
 - (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลสุขภาพ ได้แก่
 - การปฏิบัติตามคำแนะนำของเครือญาติ/เพื่อนบ้านในชุมชน

- การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์หรือนักวิชาชีพ
 - การแสวงหาทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพควบคู่กันอยู่เสมอหรือไม่
ดูแลรักษาสุขภาพทางเลือกใด ทางเลือกหนึ่งเพียงทางเลือกเดียว ฯลฯ
- (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่
- การเชื่อถือ/การยอมรับต่อทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น ความพร้อมในการให้บริการ ความสามารถในการอำนวยความสะดวก คุณภาพในการบริการ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ การบริการที่สอดคล้องกับลักษณะประสบการณ์ วิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม และความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตกับทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ
 - ความคาดหวัง/ความพึงพอใจต่อทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น ระยะเวลาในการตรวจรักษาและพูดคุย มีบริการให้เสมอ มีลักษณะเฉพาะ บุคคลมีประโยชน์ต่อสังคม เข้ารับบริการได้โดยง่าย มีการประสานงาน มีความสมบูรณ์แบบ
 - สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ฯลฯ

ขั้นตอนและวิธีการ

1. ทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน การดูแลรักษาสุขภาพ สุขภาพองค์รวม ระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา) ระบบการแพทย์ทางเลือก ชุมชน การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ฯลฯ

2. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เพื่อทำความเข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยอาศัยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์กลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

3. การทำความเข้าใจการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงศักยภาพและทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน โดย

อาศัยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว/เครือญาติ ฯลฯ

4. สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ ศักยภาพและทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน โดยอาศัยวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากงานวิจัย ผู้วิจัยต้องเข้าไปอาศัยอยู่ในชุมชนหมู่บ้านที่ทำการศึกษานานพอสมควรที่จะสามารถสร้างความสนิทสนมกับชาวบ้าน สามารถสังเกตพฤติกรรม (Observation) และจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) ฉะนั้น เพื่อความไว้วางใจของชาวบ้าน ผู้วิจัยจะเข้าไปศึกษาชุมชนในสถานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่กำลังทำการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยอาศัยการสังเกต (Observation) และการสัมภาษณ์ (Interview) เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ รวมถึงศักยภาพและทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

วิธีการทดสอบความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การทดสอบความเชื่อถือได้และความถูกต้องของข้อมูล ทำโดยผู้วิจัยในขณะที่ทำการสัมภาษณ์โดยดูว่าคำตอบที่ได้มาสอดคล้องกับบริบททางสังคมของชุมชนนั้นๆ สอดคล้องกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ และสอดคล้องกับข้อสังเกตของผู้วิจัยหรือไม่ การทดสอบกับสภาพแวดล้อมและข้อมูลอื่นที่มีอยู่เดิม จะชี้ให้ผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลที่ได้นั้นเชื่อถือได้หรือไม่ กรณีที่คิดว่าคำตอบหรือข้อมูลนั้นไม่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ ที่มีอยู่ทั้งโดยตรงและทางอ้อม วิธีการทดสอบนี้คือการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งหมายถึง มีการเก็บข้อมูลด้วยหลายวิธีเพื่อให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นมีความหมาย ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลบุคคลที่ต่างกัน สถานที่ที่ต่างกัน และเวลาที่ต่างกัน รวมถึงการตรวจสอบข้อมูลกับเจ้าของข้อมูลภายหลังการบันทึกข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ยึดแนวความคิดทางมานุษยวิทยา โดยเฉพาะการศึกษาภาพรวม (Holistic Approach) ซึ่งมีจุดเน้นสำคัญอยู่ที่แนวคิดเรื่องระบบ (Systemic) โดยมองชุมชนที่ศึกษาเป็นระบบกระทำกรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ภายในและภายนอก โดยความสัมพันธ์ภายในประกอบด้วยระบบย่อยที่เป็นระบบทางกายภาพ ระบบสังคมวัฒนธรรม ระบบธรรมชาติ และระบบที่มนุษย์สร้างขึ้น ซึ่งระบบย่อยเหล่านี้ย่อมมีหน้าที่ของตนเช่นเดียวกับระบบใหญ่หรือระบบกระทำกรอื่นทั้งนี้ ยังต้องร่วมมือหรือประสานงานกับระบบย่อยอื่น เพื่อให้การทำหน้าที่ของระบบใหญ่ดำเนินไปอย่างราบรื่น พร้อมทั้งสามารถพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดโครงสร้างหน้าที่ (Structural-functionalism) เข้ามาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเน้นที่จะศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพสภาพ ทั้งในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการแพทย์แผนไทย หรือระบบทางเลือกอื่นที่ดำรงอยู่ในชุมชน เพื่ออาศัยเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การเชื่อมโยงเครือข่ายและแผนงานการดูแลสุขภาพหรือแผนสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ภายใต้การเรียนรู้ การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน

การวิจัยนี้จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการประมวลความคิดขึ้นจากข้อมูลเชิงรูปธรรม แล้วทำเป็นข้อสรุปที่มีลักษณะเป็นนามธรรม หรือที่เรียกว่า วิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Induction)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัยที่ทำการศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี (Case Studies) โดยทำการศึกษาศักยภาพและทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านที่ดำรงอยู่ในชุมชน รวมถึงการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากภายในและภายนอกชุมชน

ในลำดับแรกของการนำเสนอผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษารายกรณีเป็นรายกรณีโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 กรณีศึกษาชุมชนบ้านเนินสมานมิตร

การอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาทางอ้อมสามารถจำแนกรายละเอียดออกเป็น 4 ตอน กล่าวคือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานชุมชน
- ตอนที่ 2 ศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน
- ตอนที่ 3 การเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ
- ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานชุมชน

1. ภูมิหลัง

ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเป็นหมู่บ้านขนาดเล็กที่เพิ่งแยกตัวออกมาจากชุมชนบ้านทุ่งเจ้า เมื่อประมาณสามทศวรรษที่ผ่านมา ถึงแม้จะเป็นการขยายตัวมาจากชุมชนดั้งเดิมแต่ด้วยการคมนาคมที่ลำบาก และพื้นที่ทำมาหากินค่อนข้างน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ป่า ทำให้บ้านเนินสมานมิตรในอดีตเป็นเพียงสันหรือเนินเขาเตี้ยๆ สำหรับเลี้ยงสัตว์และปลูกพืชไร่ มีชาวทุ่ง

เจ้าอาศัยอยู่เพียงเล็กน้อย อีกทั้งยังตั้งอยู่ห่างไกลความเจริญ รายล้อมไปด้วยพื้นที่ป่าและสิงห์สา
ลาสัตว์มากมาย กอปรกับมีความยากลำบากในเรื่องของแหล่งน้ำที่กินทำกิน และการดูแลรักษา
สุขภาพ แต่เมื่อมีการพัฒนาในภาพรวมของประเทศ ทำให้มีราษฎรจากหลากหลายพื้นที่อพยพ
ย้ายถิ่นเข้ามาตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนและขยายพื้นที่ทำมาหากินในบริเวณที่มากขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่าที่
ดินมีราคาถูกและดินมีความอุดมสมบูรณ์ ถึงแม้จะเป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติที่ไม่สามารถออกหลัก
ฐานที่ดินได้ก็ตาม ปัจจุบันนี้บ้านเนินสมานมิตรจึงเป็นชุมชนที่มีประชากรจากหลากหลายพื้นที่
อาศัยอยู่ร่วมกัน แต่มีความรัก ความสามัคคีและความเอื้ออาทรต่อกัน เนื่องจากผ่านความทุกข์
ยากร่วมกันมา ลักษณะดังกล่าวนี้ส่งผลให้หมู่บ้านเนินสมานมิตรได้รับคัดเลือกเป็นตัวอย่างของ
การพัฒนาหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จและได้รับรางวัลมากมาย

จะเห็นได้ว่า คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีความใกล้ชิดกับทรัพยากรป่าไม้ค่อนข้างมาก ตั้งแต่อดีตจนกระทั่งถึงทุกวันนี้ เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีพื้นที่ป่าล้อมรอบ ทำให้ชาวบ้าน
ต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการอยู่รอดของชีวิต โดยเฉพาะการทำมาหากินและสุขภาพอนามัย จนก่อเกิด
เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาสุขภาพขึ้น แม้ว่าจะไม่มีแหล่งน้ำขนาดใหญ่แต่ด้วยความ
ชุ่มชื้นและอุดมสมบูรณ์ของดิน ทำให้สามารถเพาะปลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยสภาพภูมิ
อากาศและภูมิประเทศดังกล่าวทำให้มีผู้อพยพย้ายถิ่นมาตั้งถิ่นฐานเป็นจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่ก็
จะเป็นคนในภูมิภาคเดียวกันจะมีภาคอีสานบ้างก็เล็กน้อย ทำให้พื้นฐานความสัมพันธ์ทางสังคม
โดยอาศัยวัฒนธรรมพื้นบ้านล้านนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ จึงสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญอันจะนำ
ไปสู่ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกันในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การทำมาหากิน การดูแลรักษา
สุขภาพ การอบรมเลี้ยงดู การปกครอง เป็นต้น

1.1 ประวัติความเป็นมา

บริเวณที่ตั้งบ้านเนินสมานมิตร แต่เดิมนั้นอุดมสมบูรณ์ไปด้วยป่าไม้เบญจพรรณ
เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ป่าหลายชนิด พื้นที่อุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำเกษตรกรรม ในช่วงปี
พ.ศ. 2516 มีราษฎรบ้านทุ่งเจ้า หมู่ที่ 4 ตำบลแม่เปา เข้ามาจับจองแผ้วถาง ทำนา ทำไร่ เช่น ไร่
ข้าวโพด ไร่ถั่วลิสง ไร่พริก ฯลฯ และปลูกกระท่อมเป็นที่พักอาศัยชั่วคราว ดังที่ เอม ไพรสบ ได้กล่าว
กับผู้วิจัยว่า "...ที่ตรงนี้แต่ก่อนเป็นที่สำหรับเลี้ยงวัว เลี้ยงควายของพ่อ..."¹ ต่อมาปี พ.ศ. 2520 มี
ราษฎรจากบ้านทุ่งเจ้า อำเภอเมือง อำเภอแม่สาย อำเภอเทิง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จังหวัด

¹ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

น่าน และภาคอีสาน ฯลฯ อพยพเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก ดังที่พ่อหลวงเล็ก (ผู้ใหญ่บ้านคนแรก ของหมู่บ้าน) ได้ให้เหตุผลกับผู้วิจัยว่า "...บางคนที่อยู่ในเมืองอาจจะที่ทำงานไม่ค่อยมี เลยขยับ ขยายมาซื้อที่ ที่ดินมันถูก นาประมาณ ไร่ละ 1,000-2,000..."² จนกลายเป็นหมู่บ้านถาวรภายใต้ เขตการปกครองของบ้านทุ่งเจ้า ดังที่พ่อหลวงเล็ก ได้กล่าวเพิ่มเติมกับผู้วิจัยว่า "...แรกๆ มีตั้งผู้ ช่วยไว้บ้านใหญ่ บ้านนี้ไม่ได้ เป็นผู้ช่วยฝากทำงานฝากไปเรื่อยๆ โดยปกติไม่มีค่าตอบแทน..."³ ดังนั้น เพื่อความสะดวกในการคมนาคมขนส่ง ชาวบ้านทุ่งเจ้าและราษฎรที่เข้ามาอาศัยใหม่ จึงร่วม แรงร่วมใจกันสร้างถนนตัดผ่านทุ่งนาเข้าสู่หมู่บ้าน เป็นระยะทาง 1.85 กิโลเมตร กว้าง 4 เมตร สูง 1 เมตร ในปี พ.ศ. 2524 โดยเสียค่าใช้จ่าย 20,000 บาท ซึ่งเงินจำนวนนั้นได้มาจากการบริจาคเงิน ร่วมกันของชาวบ้านโดยไม่ใช้เงินงบประมาณแผ่นดิน รวมถึงการร่วมแรงกันตัดถนน/ซอยต่างๆ ภายใน หมู่บ้าน พร้อมทั้งทำการยกร่องจนเรียบร้อย ดังที่พ่อหลวงเล็ก ได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า "...ชาวบ้านใช้จอบ ใช้เสียมปั้นคันดินขึ้นมา แล้วใช้ดินถมผ่านทุ่งนาจากบ้านทุ่งเจ้ามาที่นี่..."⁴ อีกทั้งพ่อ หลวงรักษ์ (ผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบัน) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมกับผู้วิจัยอีกว่า "...มันเป็นบ้านตั้งใหม่ แล้ว ทำอะไรก็ได้ใช้ทุนเงินหลวง ชาวบ้านลำบากนะนะ คล้ายๆ ว่าเก็บเงินชาวบ้านนะ ถ้าทำถนนก็ เก็บเงินชาวบ้าน ช่วยกันแล้วก็จ้างรถไถดินขึ้น กว่าจะมาเป็นหมู่บ้านแต่ก่อนนั้น พ่อหลวงอินแก้ว อินคำ อยู่หมู่ 4 เป็นหัวเรี่ยวหัวแรง..."⁵ และจันทร์จวง ศักดีนาคำ ได้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องนี้อีกว่า "...ผู้ใหญ่บ้านนั้นจะเป็นคนคอยจัดการ..."⁶ ฯลฯ

ด้วยเหตุนี้ชาวบ้านจึงปรึกษาหารือกันโดยเห็นควรให้ตั้งชื่อหมู่บ้านแห่งนี้ว่า "บ้าน เนินสมานมิตร" เพื่อเป็นสิริมงคล ซึ่ง อสม. จันทร์จวง ศักดีนาคำ ได้กล่าวถึงเรื่องนี้กับผู้วิจัยว่า "... พ่อหลวงอินแก้ว ท่านก็เลยตั้งเป็นหมู่บ้าน...ดึกว่าเพราะพัฒนาตินะ ช่วงนั้นพ่อหลวงอยู่บ้านล่าง ขึ้นมาบ้านบนเห็นผู้คนช่วยกันตัดซอย ทำอะไรต่างๆ ช่วยกัน ผู้หญิง ผู้ชายช่วยกันหมด ใช้จอบ เสียม แรงงานคน..."⁷

² สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 27 สิงหาคม 2543.

³ สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 27 สิงหาคม 2543.

⁴ สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 27 สิงหาคม 2543

⁵ สัมภาษณ์ รักษ์ สันมุล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

⁶ สัมภาษณ์ จันทร์จวง, ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 27 สิงหาคม 2543.

⁷ สัมภาษณ์ จันทร์จวง, ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 27 สิงหาคม 2543.

ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 กรมการปกครองได้ยกฐานะพื้นที่บริเวณบ้านเนินสมานมิตร เป็นบ้านสันหลวง หมู่ที่ 8 หลังจากนั้นบ้านเนินสมานมิตรมีประชากรเพิ่มมากขึ้น กอปรกับห่างจากบ้านสันหลวงถึง 3 กิโลเมตร อีกทั้งยังต้องเดินทางอ้อมไปทางบ้านทุ่งเจ้าทำให้การติดต่อสัญจรไม่สะดวก เป็นเหตุให้ขอแยกหมู่บ้านออกมาเป็นบ้านเนินสมานมิตร หมู่ที่ 9 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 ดังที่พ่อหลวงเล็ก ได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า "...เหตุผลที่ขอแยกหมู่บ้านเพราะเวลางบประมาณต่างๆ เข้ามา มัน ไม่ได้ ต้องแยกออกจากหมู่บ้านอื่น เพราะงบประมาณจะได้เท่าๆ กับเขา..."⁸

ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรประกอบด้วยชาวบ้านที่อพยพมาจากหลากหลายพื้นที่ ดังที่จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ ได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า "...คนมันมาหลายที่หลายทาง คนอีสาน ไทยลื้อทางตะกวดำ ทางแม่ลาว..."⁹ แต่มีลักษณะเด่นในการรวมกลุ่มและมีผลงานการพัฒนามากมาย ดังที่พ่อหลวงเล็ก กล่าวกับผู้วิจัยว่า "...บ้านผมต่างคนต่างเข้ามาใหม่ บ้านใหม่สวย แบบว่ายังไม่มีคนหัวหมอ เลยพูดกันง่าย แบบภาษาพื้นเมืองแบบง่ายๆ อย่างผมเป็นผู้นำก็มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ไม่หยิ่งใส่ ช่วยชาวบ้านตลอดก็เลยเข้ากันง่าย ความร่วมมือของชาวบ้านก็กระตือรือร้น..."¹⁰

จะเห็นได้ว่า ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเกิดจากการรวมตัวของคนที่มาจากคนละทิศละทาง แต่มีความสามัคคีและเสียสละเพื่อส่วนรวม เนื่องจากจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อความอยู่รอดของชีวิต กอปรกับชาวบ้านเกือบทั้งหมดที่มาอาศัยอยู่ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมพื้นบ้านล้านนา ทำให้วิถีชีวิตของคนในชุมชนมีความสัมพันธ์กับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและภูมิประเทศที่เป็นป่าเขาอันอุดมสมบูรณ์

1.2 ที่ตั้ง

ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ตั้งอยู่ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติ สภาพพื้นที่มีลักษณะเป็นเนินเขาเตี้ยๆ ล้อมรอบด้วยที่ราบ มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 15,000 ไร่ เป็นที่อยู่อาศัยประมาณ 100 ไร่ ป่าชุมชนประมาณ 1,800 ไร่ ที่ทำการเกษตรประมาณ 2,100 ไร่ และพื้นที่ป่าอนุรักษ์ประมาณ 11,000 ไร่¹¹

⁸ สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 27 สิงหาคม 2543.

⁹ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 27 สิงหาคม 2543.

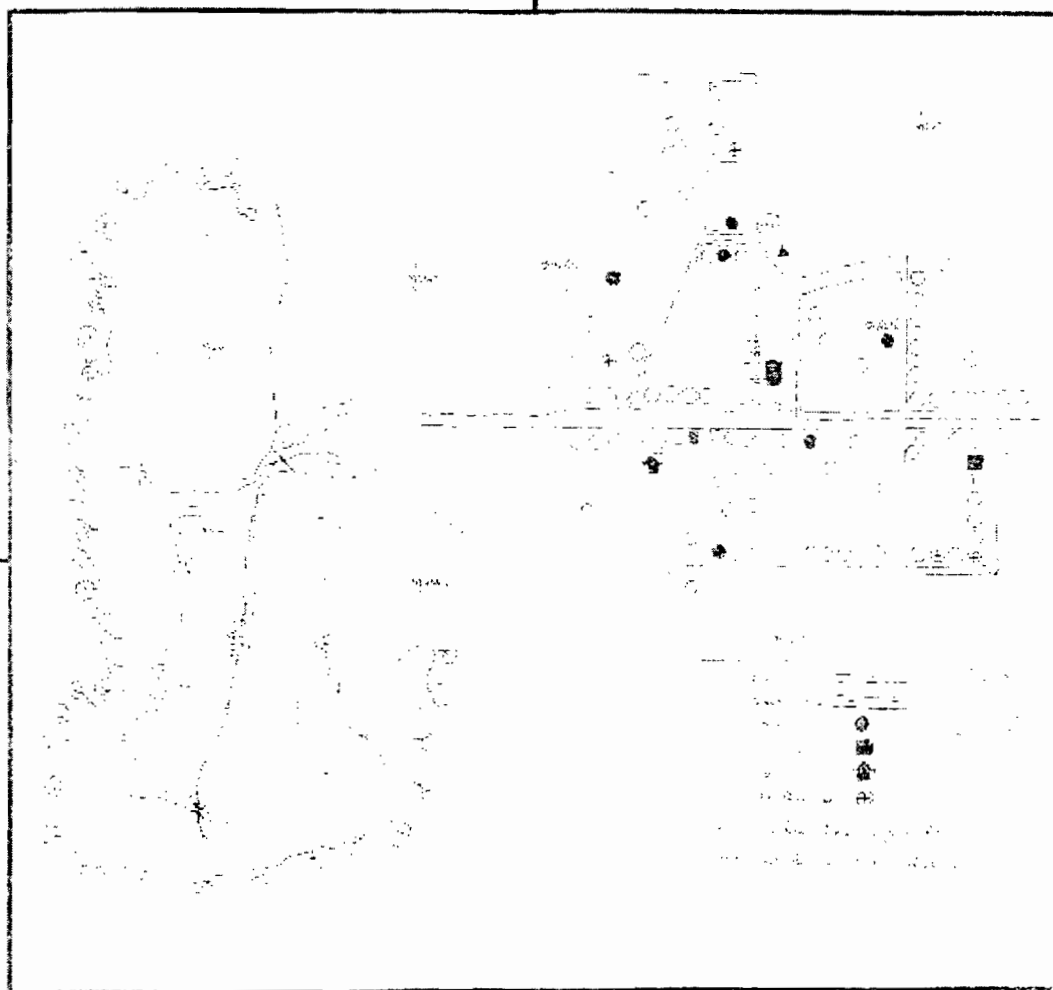
¹⁰ สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 27 สิงหาคม 2543.

¹¹ คณะกรรมการหมู่บ้าน..., รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตบ้าน... ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย, (เชียงราย : องค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปา, ม.ป.ป.).

เป็นหมู่บ้านขนาดเล็กมีการปกครองแบบหมู่บ้านเขตเดียว มีการประชุมปรึกษาหารือกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อชี้แจงให้ได้รับความเข้าใจและรับทราบความก้าวหน้าของการพัฒนา รวมทั้งร่วมกันตั้งกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของหมู่บ้านเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ได้แก่ กฎ ระเบียบแห่งหมู่บ้าน... กฎระเบียบป่าชุมชน ดังที่พ่อหลวงรักษ์ (ผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบัน) ได้ประกาศทางหอกระจายข่าวว่า "...ให้ชาวบ้านมาเพื่อพิจารณาเรื่องที่มีผู้บุกรุกตัดไม้ในพื้นที่ป่าชุมชนของหมู่บ้านให้มาประชุมพร้อมกันที่ศูนย์สาธิตการตลาด..."¹² เป็นต้น

โดยลักษณะการตั้งที่อยู่อาศัยของชาวบ้านจะกระจุกตัวอยู่บนสันหรือเนินเขาเตี้ยๆ รายล้อมด้วยทุ่งนา มีถนนเชื่อมติดต่อกันได้โดยสะดวก ทางทิศตะวันตกของหมู่บ้านจะเป็นฝ่ายรพช. แต่น้ำเพื่อการเกษตรไม่ค่อยอุดมสมบูรณ์ ในละแวกนั้นจะเป็นบริเวณที่ดินทำกินของชาวบ้านสำหรับทำนา ทำสวน นอกจากนี้พื้นที่ส่วนใหญ่ของชุมชนยังประกอบไปด้วย ป่าใช้สอย ป่าชุมชน และป่าอนุรักษ์ ดังปรากฏรายละเอียดในภาพที่ 4-1

¹² สัมภาษณ์ รักษ์ สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 27 สิงหาคม 2543.



ภาพที่ 4-1 แสดงที่ตั้งของชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย
จังหวัดเชียงราย

จะเห็นได้ว่า สภาพทางภูมิศาสตร์และการตั้งถิ่นฐานที่อยู่อาศัยของชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเอื้อต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากมีลักษณะกระจุกตัวทำให้สามารถติดต่อแลกเปลี่ยนปรึกษาหารือกันได้โดยง่าย อีกทั้ง ภายในขอบเขตของบ้านยังมีบริเวณที่ใช้ในการปลูกพืชผักสวนครัวหรือสมุนไพรที่จำเป็นไว้บริโภค และใช้ช่วยเหลือดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวในเบื้องต้นได้ ลักษณะดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาชุมชนหมู่บ้านให้เจริญก้าวหน้าในลำดับต่อมา

2. พัฒนาการ

การรวมตัวกันก่อตั้งเป็นชุมชนบ้านเนินสมานมิตรในอดีตจนถึงปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรแยกพิจารณาออกเป็น 4 ช่วงระยะเวลา กล่าวคือ

2.1 ช่วงก่อเกิด (พ.ศ. 2516 -- พ.ศ. 2520)

พื้นที่ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรแต่เดิมนั้นเป็นเนินเขาเตี้ยๆ อันอุดมไปด้วยป่าไม้เบญจพรรณ เช่น เต็ง รัง เหียง ไม้ป่า ฯลฯ รวมทั้งเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์ป่าหลายชนิด เช่น อีเห็น เก้ง หมูป่า ไก่ป่า นก ฯลฯ ด้วยความอุดมสมบูรณ์ของพื้นที่ซึ่งเหมาะแก่การทำเกษตรกรรม ในปี พ.ศ. 2516 จึงมีราษฎรบ้านทุ่งเจ้าเข้ามาจับจองแผ้วถาง ทำไร่ข้าว ไร่ข้าวโพด ไร่ถั่วลิสง ไร่พริกและได้ปลูกกระท่อมเพื่อพักอาศัยชั่วคราว ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนที่ว่า "...ในอดีตที่ยังไม่ได้มาตั้งหมู่บ้านนั้น เคยเป็นที่เลี้ยงวัว เลี้ยงควาย..."¹³ ต่อมาปี พ.ศ. 2520 ได้มีราษฎรบ้านทุ่งเจ้าหลายครอบครัว รวมทั้งราษฎรจากอำเภอเมือง แม่สอย เเทง และพาน จังหวัดเชียงราย อพยพเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก จนกลายเป็นหมู่บ้านถาวรโดยอยู่ในเขตการปกครองบ้านทุ่งเจ้า

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงก่อร่างสร้างตัวนี้ เป็นไปในลักษณะของการรวมกลุ่มกันเป็นชุมชน เพื่อขยายพื้นที่ทางการเกษตรเป็นสำคัญ ซึ่งก็มีลักษณะเช่นเดียวกับสังคมเกษตรกรรมทั่วไป การเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมล้านนาไทย จึงมีความเชื่อเกี่ยวกับผี สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และเคารพธรรมชาติ

2.2 ช่วงอพยพแรงงาน (พ.ศ. 2521 – พ.ศ. 2534)

ภายหลังจากที่มีการตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนเป็นการถาวร ด้วยความยากจนของผู้คนในชุมชนและกระแสการพัฒนาจากภายนอก การทำการเกษตรแต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนในครอบครัวได้ทั้งหมด คนหนุ่มสาวจึงถูกส่งออกจากหมู่บ้านไปใช้แรงงานในกรุงเทพมหานครกันมาก ในช่วงปี พ.ศ. 2521 – พ.ศ.2526 ซึ่งการอพยพแรงงานในครั้งนี้นี้อาจบางส่วนไม่ได้ไปด้วยความสมัครใจ โดยเฉพาะเด็กผู้หญิง ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนที่ว่า

"...ช่วงปี พ.ศ. 2521 เป็นปีที่หนุ่มสาวออกไปทำงานในกรุงเทพฯ กันมาก จนถึง พ.ศ. 2526 ในช่วงนั้น เมื่อถึงปีใหม่จะมีเอยนต์เข้ามาในหมู่บ้าน

¹³ สัมภาษณ์ สีมูล ศักดินาคำ, กรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

จะมีการตกเขียวไว้เลยว่า จบ ป.6 แล้วใครจะไปทำงานในกรุงเทพฯบ้าง ...”¹⁴

“...ที่หนุ่มสาวลงไปทำงานกรุงเทพฯ มากลงเป็นเพราะขาดการศึกษาและการเกษตร เนื่องจากบ้านเราเป็นหมู่บ้านตั้งใหม่ จึงไม่ค่อยได้รับความสนใจจากหน่วยงานใดๆ...”¹⁵

“...ตอนมาอยู่ใหม่ๆ ชาวบ้านไม่มีจะกิน ตอนแรกๆ นั้น พื้นที่ทำกินก็ยังมีและยังมีพี่น้องหลายคน เมื่อได้ทราบข่าวคนอื่นไปทำงานในกรุงเทพฯ กลับมาแล้วได้เงินเยอะก็เลยอยากได้บ้าง เมื่อมีเอเยนต์เข้ามาในหมู่บ้านอยากได้สาวคนใดคนหนึ่ง ก็เอาเงินให้พ่อแม่ประมาณ 4-5 หมื่นบาทด้วยความยากจนพ่อแม่จึงรับเงินนั้นไว้ และเขาก็เอาลูกไปทำงานที่กรุงเทพฯ...”¹⁶

“...ด้วยเหตุที่ฐานะของคนแต่ละคนมีความยากจน จึงต้องดิ้นรนหาที่อยู่ มารวมกลุ่มกันเป็นหมู่บ้าน ในปัจจุบันไม่ใช่เป็นหมู่บ้านเดียว แต่ที่มาอยู่รวมกันนั้นจะมาจากคนละทิศคนละทาง คนละอำเภอ มารวมตัวกันอยู่ ซึ่งมีพื้นที่คนละเล็กคนละน้อยพอที่จะทำอะไรทำสวนได้ ก็เลยมาอาศัยรวมกัน บางส่วนก็พาลูกหลานมาอยู่ด้วยหลายคน เพราะความยากจน บางทีก็มีนายหน้า/แม่เล้าจากที่อื่นมาติดต่อกับชาวบ้านที่มีลูกสาว เมื่อมีคนไปกลับมาแล้วได้ตีมีเงิน จึงทำให้คนอื่นเห็นแล้วก็ทำตามกันมาก...”¹⁷

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ปัญหาความยากจน ปัญหาการขาดแคลนที่ดินทำกิน และปัญหาการขาดการศึกษาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนชนบท อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของการอพยพแรงงานเข้าสู่กรุงเทพมหานคร และปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง เช่น ปัญหาเอดส์ เป็นต้น

¹⁴ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 8 กันยายน 2543.

¹⁵ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

¹⁶ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

¹⁷ สัมภาษณ์ สีมูล ศักดิ์นาคำ, กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

แม้ว่าช่วงเวลาดังกล่าว คนหนุ่มสาวจะอพยพออกจากหมู่บ้านเป็นจำนวนมากก็ตาม แต่ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังคงแสดงศักยภาพของชุมชนให้เห็น ดังที่ผู้นำชุมชนได้กล่าวถึง “...เส้นทางในหมู่บ้าน ค่อนข้างทุลทุเลพอสมควร ถนนที่เราใช้อยู่ในปัจจุบันแรกๆ นั้นเป็นคลองน้ำ เวลาจะไปเที่ยวหรือไปหาอีกหมู่บ้านหนึ่งต้องเดินตามคันนา...”¹⁸ ในปี พ.ศ. 2524 คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรจึงร่วมแรงร่วมใจกันตัดถนนเข้าสู่หมู่บ้าน ดังที่พ่อหลวงได้เพิ่มเติมว่า “...ถนนในช่วงแรก (พ.ศ.2521) นั้น ยังไม่สะดวก แต่จะมาตีประมาณปี พ.ศ.2525 สำหรับซอยในหมู่บ้าน ตอนผมย้ายไปอยู่ใหม่ๆ ยังไม่มีรถแทรกเตอร์สักคันในหมู่บ้าน จึงได้มีการร่วมมือระหว่างกลุ่มผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (ผู้ช่วยฯ บาน) และชาวบ้านช่วยกันทำจนเป็นซอยในปัจจุบัน ซึ่งแต่ก่อนนั้นเคยเป็นไร่ เป็นป่าละเมาะ บริเวณบ้านผมในอดีตเป็นไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย...”¹⁹ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2532 ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรได้รับการแต่งตั้งเป็นหมู่บ้านอย่างเป็นทางการตราบกระทั่งจนทุกวันนี้

จะเห็นได้ว่า ความยากลำบากที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนในชุมชนมีจิตสำนึกร่วมต่อส่วนรวม แต่สิ่งที่ขาดไม่ได้เลยสำหรับชุมชนชนบทก็คือ ผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นก้าวสำคัญอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนา

2.3 ช่วงสรรสร้างการพัฒนา (พ.ศ. 2535 – พ.ศ. 2542)

ภายหลังปี พ.ศ. 2521 ซึ่งเป็นยุคที่สาว ๆ ล่องใต้หรือเป็นยุคที่คนหนุ่มสาวออกจากหมู่บ้าน อีก 10 กว่าปีต่อมา คือตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2535 เป็นยุคที่เกิดการพัฒนาในหมู่บ้านอย่างมากและต่อเนื่องมาจนกระทั่งถึง พ.ศ. 2542 ในเดือนพฤศจิกายน ได้มีการเปลี่ยนแปลงผู้นำหมู่บ้าน เนื่องจากเกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับการบริหารจัดการศูนย์สาธิตการตลาดขึ้นในหมู่บ้าน แต่โครงการพัฒนาก็ยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่องโดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ดังคำกล่าวของผู้นำ ชุมชนที่ว่า

“...ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนเข้ามาตั้งประมาณปี พ.ศ. 2537-2538 ก็จะมีครูอาสาเข้ามาหา ช่วงแรกนั้นจะเปิดการศึกษาสำหรับกลุ่มผู้นำก่อน โดยมีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นคนประสานงานกับทางอำเภอ...”²⁰

¹⁸ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

¹⁹ สัมภาษณ์ รักษ์ สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

²⁰ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 8 กันยายน 2543.

"...ห้องสมุดชุมชนหรือที่อ่านหนังสือพิมพ์ ตั้งมาได้หลายปีแล้ว
(ประมาณ พ.ศ. 2539) เกิดพร้อมกับการประกวดคณะกรรมการหมู่บ้านดี
เด่น..."²¹

"...กลุ่มแรกที่เกิดขึ้นคือ กลุ่มทำกล้วยฉาบ แต่เกิดทีหลังการตั้งการศึกษา
นอกโรงเรียน ต่อมาก็มีกลุ่มข้าวซ้อมมือ (กลุ่มตำข้าว) กลุ่มทำไม้กวาด
กลุ่มทอผ้า กลุ่มเลี้ยงวัว กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร และกลุ่มวาดแผนโบราณ
..."²²

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า การศึกษามีส่วนสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาขึ้นในชุมชน กอปรกับภาวะ
ผู้นำในชุมชนและแรงสนับสนุนจากองค์กรภายนอก ได้แก่ โรงพยาบาลพญาเม็กราย องค์กรเอกชน
สาธารณประโยชน์ และหน่วยงานราชการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรประสบ
ความสำเร็จ ได้รับรางวัลมากมายจากองค์กรภายนอกทั้งในระดับตำบล อำเภอ และในระดับ
จังหวัด

2.4 ช่วงชุลอตัว (พ.ศ. 2543 – ปัจจุบัน)

หลังจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2540 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ
เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจตามโครงการมียาขาว (ประมาณ พ.ศ. 2541) ชุมชนได้นำงบประมาณดัง
กล่าวมาใช้ในการสร้างอาคารและจัดทำโครงการศูนย์สาธิตการตลาดขึ้นในหมู่บ้าน โดยได้มีการ
ระดมทุนจากชาวบ้านให้เป็นผู้ถือหุ้น แต่โครงการดังกล่าวกลับเป็นสาเหตุสำคัญของความไม่โปร่ง
ใส เป็นเหตุให้ชาวบ้านลดความเลื่อมใสศรัทธาในตัวผู้นำชุมชน จนกระทั่งในเดือนพฤศจิกายน
พ.ศ. 2542 กำนันตำบลแม่เปาต้องระงับกรณีพิพาทโดยขอให้ผู้ใหญ่บ้านลาออก และดำเนินการ
เลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านคนใหม่ ซึ่งก็ได้ผู้ใหญ่บ้านที่เป็นหนึ่งในคณะกรรมการหมู่บ้านขึ้นมาทำหน้าที่
แทนจนถึงทุกวันนี้

²¹ สัมภาษณ์ สีมูล ศักดีนาคำ, กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

²² สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 8 กันยายน 2543.

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาชุมชนชนบทผู้นำมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อทิศทางการพัฒนา โดยเฉพาะในระดับหมู่บ้าน ซึ่งมีโซผู้นำที่เป็นทางการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้นำที่ไม่เป็นทางการอีกด้วย

3. โครงสร้างทางสังคม

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชน ผู้วิจัยสามารถจำแนกรายละเอียดออกได้เป็น 7 ประเด็น กล่าวคือ

3.1 เศรษฐกิจ

บ้านเนินสมานมิตรในอดีตเป็นที่ดินทำกิน สำหรับเพาะปลูกและเลี้ยงสัตว์ของชาวชุมชนทุ่งเจ้า ปัจจุบันคนในชุมชนก็ยังคงทำการเกษตรอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีผู้ที่อพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำมาหากินในภายหลังอีกเป็นจำนวนมากก็ตาม คนในชุมชนส่วนใหญ่ก็ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ ทำสวน ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่วลิสง ส้มและลำไย เป็นต้น

ลักษณะการทำมาหากินของชาวบ้านเนินสมานมิตร เริ่มต้นที่การหว่านข้าวนาลุ่ม ประมาณเดือนเมษายนหรือพฤษภาคม ขึ้นอยู่กับทำเลความสูงต่ำของที่นา เนื่องจากการปลูกข้าวนาลุ่มจำเป็นต้องอาศัยน้ำจากฝาย รพช. ที่ตั้งอยู่ในบริเวณที่ไม่ค่อยเหมาะสมเท่าใดนัก เพราะอยู่ในที่ต่ำเป็นเหตุให้เกิดภัยน้ำได้บ่อย ทำให้ชาวนาไม่มีน้ำเพื่อการเกษตรใช้ได้ตลอดปี ดังที่ผู้นำชุมชนหลายท่านได้กล่าวในทำนองเดียวกันว่า

“...ฝายที่มีก็อยู่ต่ำเกินไปและเก็บน้ำไม่ได้...”²³

“...น้ำในฝายมีไว้สำหรับทำนาเท่านั้น ซึ่งในฤดูแล้งน้ำจะไม่มี...”²⁴

“...ฝายและคลองชลประทานนั้น มีหมู่บ้านที่ 13, 15, 4 ได้ใช้ประโยชน์ ซึ่งในฤดูแล้งจะใช้น้ำไม่ได้...”²⁵

สำหรับชาวนาดอน ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า “...จะหว่านตามช่วงที่ฝนซึ่มหรืออยู่ในช่วงระหว่างฝน จะประเมินตามฝนว่าจะตกในเดือนไหน...”²⁶ ซึ่งก็จะประมาณเดือน

²³ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

²⁴ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

²⁵ สัมภาษณ์ สีมูล คำนาศักดิ์, กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

มิถุนายน ขณะเดียวกันก็จะมีการทำไร่ข้าวโพดและปลูกถั่วลิสงสลับกันในเดือนพฤษภาคม ในที่สวนซึ่งอยู่บริเวณทางทิศตะวันตกของหมู่บ้าน โดยมีผู้นำชุมชนท่านหนึ่งได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า "...อายุของข้าวโพดและถั่วลิสงจะเท่ากัน คือ ประมาณ 3 เดือนกว่า..."²⁷ เกษตรกรบางรายจะปลูกข้าวโพดก่อน แต่บางรายก็ปลูกถั่วลิสงก่อน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละคนว่าจะปลูกอะไรก่อน แต่มีข้อสังเกตว่าถ้าปลูกถั่วลิสงแล้วผลผลิตออกในช่วงฤดูฝนก็จะทำให้เก็บเกี่ยวผลผลิตได้ยาก ผู้นำชุมชนอีกท่านหนึ่งจึงเพิ่มเติมว่า "...อย่างเราจะปลูกถั่วรอบนี้หลังเก็บเกี่ยวข้าวโพดเสร็จ ก็จะทำให้การไถและปลูกถั่วลิสงใหม่ แต่ผลผลิตจะได้ในฤดูแล้ง..."²⁸

ต่อมาเมื่อถึงเดือนมกราคมผลผลิตก็ได้รับการเก็บเกี่ยวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เกษตรกรบางคนก็จะปลูกถั่วลิสงในบริเวณที่นา อีกทั้งยังมีการปลูกผัก ปลูกหอม และพืชสวนครัวด้วย ในช่วงเวลานี้อาจเป็นช่วงที่คนหนุ่มสาวจะออกไปทำงานต่างจังหวัด แล้วจะกลับมายังหมู่บ้านเพื่อเริ่มทำนาอีกครั้งประมาณเดือนเมษายน

จะเห็นได้ว่า สภาพการณ์ทางเศรษฐกิจของชุมชนบ้านเนินสมานมิตรส่วนใหญ่อิงขึ้นอยู่กับราคาพืชผลทางการเกษตร ชาวไร่ ชาวนา ส่วนมากมักจะกู้ยืมเงินจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (อ.ก.ส.) แต่ฐานะทางเศรษฐกิจในภาพรวมของชาวบ้านก็พอที่จะช่วยเหลือตนเองได้แม้ในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ เนื่องจากชาวบ้านได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลพญาเม็งราย หน่วยราชการและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์อื่นๆ ได้แก่ ให้ได้มีโอกาสศึกษาดูงานตามแนวคิดทฤษฎีใหม่และวิธีการทำการเกษตรแบบผสมผสานในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งกลุ่มแกนนำชุมชนที่ไปศึกษาดูงานได้นำมาเผยแพร่จนได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในชุมชน ได้แก่ พ่อหลวง (ผู้ใหญ่บ้าน) กำนัน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ม.) ฯลฯ โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่านหนึ่งได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า "...แต่ก่อนมีแต่ซื้อ ก็คือหันกลับมา จนตอนหลังในหมู่บ้าน ชาวบ้านเขาก็บ่น เฮ้อ ! ปลูกอะไรก็ได้ขายแล้ว ทำกินกันเองดีกว่า..."²⁹

นอกจากนี้ บ้านเนินสมานมิตรยังได้แสดงศักยภาพของความเป็นชุมชนออกมาให้เห็นในลักษณะของการรวมกลุ่มอย่างมากมายและหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ กลุ่มข้าวซ้อมมือ กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร กลุ่มแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร กลุ่มผู้เลี้ยงโค และกลุ่มผู้เลี้ยงไก่พื้นเมือง เป็นต้น

²⁶ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

²⁷ สัมภาษณ์ สีมูล คำนาศักดิ์, กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

²⁸ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 8 กันยายน 2543.

²⁹ สัมภาษณ์ ประภาศรี เมืองซ้อ, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย, 26 กรกฎาคม 2543.

3.2 สังคมและวัฒนธรรม

ด้วยเหตุที่ฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละคนมีความยากจนจึงจำเป็นต้องดิ้นรนหาที่อยู่อาศัยและที่ดินทำกิน ทำให้มารวมกลุ่มกันเป็นชุมชนบ้านเนินสมานมิตรในปัจจุบัน ชาวบ้านมิได้มาจากหมู่บ้านเดียวกัน แต่ที่มาอยู่รวมกันนั้นมาจากคนละทิศคนละทาง เมื่อมารวมตัวกันก็มีที่ดินทำกินคนละเล็กคนละน้อยพอที่จะทำไร่ ทำสวนได้ อีกทั้ง บางส่วนก็พาลูกหลานเข้ามาอยู่ด้วยอีกหลายคน

ถึงแม้จะมีคนมาจากทั่วสารทิศ ชาวชุมชนบ้านเนินสมานมิตรก็ยังแสดงความสามารถร่วมแรงร่วมใจกัน โดยเฉพาะการทำถนนเข้าหมู่บ้าน ดังมีผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...แถวนี้มันมีบ้านอยู่หนาแน่น เราต้องขอที่เขาในการทำถนน นอกจากนี้ก็มีการระดมทุนและแรงงานจากชาวบ้านร่วมกันทำเอง โดยชวนกันมาช่วยกันทำ ใช้เงินและใช้แรงรถไถดิน นอกจากนั้นก็ใช้แรงคนเข้ามาเสริม..."³⁰ ซึ่งความร่วมมือของชาวบ้านในครั้งนั้น ส่งผลสืบเนื่องให้ชุมชนสามารถแยกตัวออกมาเป็นหมู่บ้าน หมู่ที่ 9 ตำบลแม่เปา ได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2532

ต่อมาช่วงสรรสร้างการพัฒนา ประมาณปี พ.ศ. 2535 เป็นยุคที่เกิดการพัฒนาขึ้นในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องจนถึงปลายปี พ.ศ.2542 โดยปรากฏผลการพัฒนามากมาย กล่าวคือ การสร้างสวนสมุนไพรประจำหมู่บ้านบริเวณวัด การได้รับรางวัล ศสมช. ดีเด่นระดับตำบล การบวชป่าชุมชนเฉลิมพระเกียรติตำบลแม่เปา การที่กลุ่มผลิตข้าวหอมมือได้รับรางวัลอันดับสองของจังหวัด การเกิดกลุ่มปลูกข้าวหอมมะลิปลอดสารพิษ การที่คณะกรรมการหมู่บ้านได้รับรางวัลรองชนะเลิศคณะกรรมการหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด การส่งเสริมการใช้น้ำตามทฤษฎีใหม่จนได้รับรางวัลชนะเลิศระดับจังหวัด การจัดทำโครงการหมู่บ้านมวลชนสัมพันธ์ด้าน ยาเสพติดจนได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับสองระดับจังหวัดและรางวัลชนะเลิศระดับอำเภอ และการส่งเสริมทักษะชีวิตในเยาวชนเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกจนได้รับรางวัลชนะเลิศระดับอำเภอ ฯลฯ

หลังจากนั้นในช่วงชุลอตัวเมื่อปลายปี พ.ศ. 2542 ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรได้เกิดความขัดแย้งขึ้นในชุมชนจนเป็นเหตุให้พ่อหลวงคนแรกของหมู่บ้าน จำเป็นต้องลาออก และชาวบ้านได้เลือกตั้งพ่อหลวงคนปัจจุบัน ซึ่งก็เป็นหนึ่งในคณะกรรมการหมู่บ้านที่ได้รับรางวัลดีเด่นระดับจังหวัด ที่เพิ่งเข้ารับรางวัล ณ ทำเนียบรัฐบาล

³⁰ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543

จะเห็นได้ว่า ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเป็นชุมชนขนาดเล็กที่เน้นความสามัคคีเป็นสำคัญ สามารถฟันฝ่าอุปสรรคนานัปการร่วมกันจนประสบความสำเร็จ ถึงแม้คนในชุมชนจะมาจากคนละทิศคนละทางแต่ไม่ก่อให้เกิดความแปลกแยก ตรงกันข้ามกลับสามารถพัฒนาหมู่บ้านร่วมกันได้ อีกทั้งยังมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน เนื่องจากคนในครอบครัว/ชุมชนมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ภายใต้วัฒนธรรมเดียวกัน กล่าวคือ

คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังคงยึดมั่นอยู่ในประเพณีวัฒนธรรมของล้านนาไทย และถือปฏิบัติสืบต่อกันมา ได้แก่ **ประเพณีทานข้าวใหม่เดือน 4 เปีง** (ประมาณเดือนกุมภาพันธ์) ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...เกี่ยวข้าวแล้วเอามาใส่ถังฉางไว้ แล้วตักไปทาน (ทำบุญ) จะเอาข้าวเปลือกนี้แหละไปให้วัด ทางวัดก็จะนำข้าวไปขายเพื่อใช้ในกิจกรรมของวัด..."³¹ หลังจากนั้นก็จะเป็วันสงกรานต์หรือ**ประเพณีปีใหม่เมือง** ซึ่งจะมีพิธีรดน้ำดำหัวพ่อขุนเม็งราย และผู้ใหญ่ที่เคารพซึ่งรวมถึงหมอเมืองที่เคยช่วยเหลือดูแลรักษาสุขภาพให้เมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วย ต่อมาเดือน 10 ก็จะเป็น**พิธีเข้าพรรษา** แล้วก็จะมี**พิธีกินสลาก**ในเดือน 12 เปีง ดังที่มีชาวบ้านท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...สิบสองเป็งก็จะทานไปหาวิญญาณของคนที่ยายไปแล้ว จะใช้เครื่องทักทาน คนใน หมู่บ้านก็จะเรียกว่า ทานสลากผีตาย เขาว่าจะปล่อยวิญญาณในวันนั้น ใครเสียไป ก็จะได้มารับหมอด เป็นการอุทิศส่วนกุศลไปให้ญาติของเรา โดยจัดพิธีที่วัด..."³²

จากนั้นก็จะเป็นเดือน**ยี่เป็ง**หรือออกพรรษา มีการทำสังฆทานถวาย ทำกระทงใส่เครื่องสังฆทานไปเทกันเล็กๆ น้อยๆ ต่อมาเป็น**พิธีลอยกระทง** ชาวบ้านท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...กระทงใหญ่ในปีที่แล้วนี้ก็นำไปลอยที่สบเปา..."³³ สำหรับ**ตานก๋วยสลาก**หรือพิธีการทอดผ้าป่า มีผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ตานก๋วยสลาก จะดูว่าคนในหมู่บ้านมีเงินใหม่ แล้วแต่เศรษฐกิจ ทางนี้จะ ทำเป็นก๋วย (กรวย) ในสมัยก่อนจะมีการสานก๋วยและนำอาหาร ของกิน และสิ่งของใส่ลงไปนั้น คนไหนจะเอาก็ก๋วยก็ได้ทางเณร ทางพระก็จับสลากมาว่าจะได้ของใคร จะมีการเขียนสลากเอาไปใส่ไว้ในกองกลางปนๆ กันไว้ แล้วให้เณรกับพระจับ ได้ของใครก็จะเรียกชื่อ พระบางรูปก็ได้เป็นสิบก๋วยและจะมีการแบ่งกัน จะรู้ว่ามิก่อนแล้วนำมาหารกัน..."³⁴ ฯลฯ

³¹ สัมภาษณ์ จันทรจวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

³² สัมภาษณ์ แก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ, กลุ่มแม่บ้านและกลุ่มแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร, 28 สิงหาคม 2543.

³³ สัมภาษณ์ แก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ, กลุ่มแม่บ้านและกลุ่มแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร, 28 สิงหาคม 2543.

³⁴ สัมภาษณ์ จันทรจวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

จะเห็นได้ว่า ประเพณีวัฒนธรรมของชาวบ้านเนินสมานมิตร สอดคล้องและเป็นน้ำหนึ่งอันเดียวกันกับวัฒนธรรมล้านนาไทย ซึ่งคนในชุมชนยังคงยึดมั่นและถือปฏิบัติสืบเนื่องกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน สิ่งเหล่านี้เองจึงมีผลต่อวิถีคิดและวิถีปฏิบัติของคนในหมู่บ้านตามวิถีชีวิตของชาวล้านนา ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับธรรมชาติ ผี และสิ่งเหนือธรรมชาติ ประเพณีวัฒนธรรมจึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาชุมชนบ้านเนินสมานมิตรจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

นอกจากนี้ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังมีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของชาวนาอีกมาก อาทิเช่น การสานก๋วยหรือชะลอม ซึ่งปัจจุบันมักไม่ทำกันแล้วแต่จะให้ถึงน้ำ ถ้วยขาม หรือกระดาดขามาขัดเป็นกรวยสำหรับตานก๋วยสลากแทน ดังมีผู้นำชุมชนท่านหนึ่งอธิบายให้ผู้วิจัยฟังว่า "...ชะลอมจะไม่มีกรวยนำไปใช้อะไร ก็จจะรื้อทิ้งไปเฉยๆ ก็เลยใช้เป็นถึงน้ำแทน โดยคนขายก็จะจัดเตรียมไว้ให้..."³⁵

ปัจจุบันหมู่บ้านนี้ไม่มีกลุ่มจักสานเพื่อจำหน่าย เนื่องจากแต่ละคนจำเป็นต้องสานเพื่อนำมาใช้เองในครัวเรือน เช่น ช้อง หรือไซ ดังคำกล่าวที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ช่วงนี้ก็จะสานก๋วยใส่ข้าวโพด ส่วนมากคนในหมู่บ้านนี้ก็สานเองเท่านั้น..."³⁶ แต่ถ้าคนที่ทำเก่งๆ ก็จะมีคนมาจ้างให้ทำ

ผู้นำชุมชนยังกล่าวกับผู้วิจัยอีกว่า "...ลูกจะต้องดูก่อนที่จะเอาเมีย ถ้าใครจักตอกไม่เป็นสานก๋วยไม่เป็น ห้ามเอาเมียจะเป็นแบบนี้ ก็เลยต้องไปดูคนแก่ที่เขาทำเก่งๆ จะไปดูว่าเขาทำอย่างไร ตอนแรกก็จะทำผิดๆ ถูกๆ สวยบ้างไม่สวยบ้าง แล้วถ้าคนที่สนใจ ก็จะไปดูว่าคนนี้สานสวยก็จะไปดูเขาทำ จะไปดูคนเฒ่าคนแก่ทำ คนที่สนใจก็จะทำเป็น..."³⁷

จะเห็นได้ว่า คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรได้รับการถ่ายทอดวัฒนธรรมด้านการทำมาหากินมาจากบรรพบุรุษ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการพึ่งตนเองและการใช้ชีวิตร่วมกันกับธรรมชาติอย่างสมดุลโดยสามารถนำวัสดุที่หาได้ในท้องถิ่นมาดัดแปลงเป็นเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับทำมาหากินได้

³⁵ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

³⁶ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

³⁷ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

นอกจากนี้ ในชุมชนยังมี การลงแขก ซึ่งเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชนในลักษณะการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังมีผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ตอนเข้ามาอยู่ที่แรกนั้น ถ้าจะมีการปลูกบ้านสักหลังหนึ่งจะไม่มีมีการจ้างกันเลย จะมีการขอให้ชาวบ้านช่วยกันสร้างเป็นหลังได้เลย จะมีก็แต่เพียงการเลี้ยงข้าวกันบ้าง..."³⁸

ในปัจจุบันการลงแขกก็ยังมีอยู่ ได้แก่ "...บางคนก็ปลูกถั่ว บางคนก็ปลูกข้าวโพด ถ้าจะเก็บถั่ว เจ้าของไร่ก็จะไปบอกเพื่อนบ้านว่าจะเก็บถั่ว แล้วใครจะไปช่วยบ้าง เมื่อเพื่อนบ้านทราบก็จะไปช่วย บางคนไม่ได้ปลูกถั่วแต่จะมาช่วยเก็บถั่วเพื่อที่จะให้เจ้าของไร่มาช่วยเกี่ยวข้าวของตนเองในวันหลัง..."³⁹ ฯลฯ ดังมีผู้นำชุมชนอีกท่านหนึ่งได้กล่าวถึงเกี่ยวกับเรื่องการลงแขกของชาวบ้านให้ผู้วิจัยฟังว่า "...สมมติว่าของผมระยะเวลา 1 วันเสร็จ จะต้องการคนมาทำงาน 4-5 คนถึงจะเสร็จ ผมก็จะไปหาเพื่อนบ้านแล้ว จะไปถามเขาว่าจะไปเอามือของผมได้หรือไม่ ของมันไม่แน่ขอ 10 คน อาจจะไป 20 คน ครึ่งวันก็เสร็จแล้ว ไม่ต้องไปขอแต่เขามาตนเอง..."⁴⁰ และได้กล่าวเพิ่มเติมไปอีกว่า "...เวลาไปลงแขกกันเดี๋ยวนี้จะไม่มีการเลี้ยงข้าวกันแล้ว แต่จะมีการห่อข้าวไปกินกันเอง แต่หมู่บ้านที่อำเภอแม่ลาวบ้านเก่าที่ผมเคยอยู่ ถ้ามีการลงแขกบ้านไหน เจ้าของบ้านหรือเจ้าของไร่จะไม่ได้ไปทำงานอื่น แต่จะทำกับข้าวมาเลี้ยงอย่างเดียว ซึ่งก็จะเหน้อยมาก..."⁴¹

จะเห็นได้ว่า ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชาวชุมชนบ้านเนินสมานมิตรในปัจจุบันยังคงสะท้อนให้เห็นถึงภาพความสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน การเรียนรู้ร่วมกันและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วยกันในชุมชน โดยสามารถพบเห็นลักษณะสัมพันธ์ภาพระหว่างกลุ่มคนฝ่ายต่างๆ ในชุมชน ได้ในวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบชาวนาไทย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะยังคงสืบทอดไปยังชนรุ่นหลังต่อไป

3.3 การเมืองและการปกครอง

ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีลักษณะการปกครองแบบหมู่บ้านเขตเดียว ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปา เนื่องจากมีขนาดเล็กและการตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนมีลักษณะกระจุกตัวอยู่บนสันหรือเนินเขาเดี่ยวๆ จึงง่ายต่อการปกครองและสะดวกในการติดต่อสื่อสารกันภายในชุมชน

³⁸ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

³⁹ สัมภาษณ์ สีมูล ศักดิ์นาคำ, กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

⁴⁰ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543

⁴¹ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543

กอบกับคนในชุมชนได้สร้างวัดไว้กลางหมู่บ้าน ซึ่งถือได้ว่าเป็นศูนย์กลางสำคัญของการพัฒนา อีกทั้งยังมีอาคารเอนกประสงค์ที่เพิ่งสร้างขึ้นใหม่ซึ่งตั้งอยู่บริเวณที่มีการคมนาคมได้โดยสะดวก ทำให้มีชาวบ้านมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก และที่สำคัญในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังมีผู้นำชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

3.3.1 ผู้นำอย่างเป็นทางการ ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีผู้นำอย่างเป็นทางการตามระบบการปกครองของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย คือ ผู้ใหญ่บ้าน โดยพ่อหลวงเล็ก วิเชียร เป็นผู้ใหญ่บ้านคนแรกตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2532 ถึง พฤศจิกายน 2542 โดยก่อนหน้านี้นี้ พ่อหลวงเล็กได้ทำหน้าที่เป็น “ผู้ช่วยฝาก” ในปี พ.ศ. 2528 สมัยที่บ้านเนินสมานมิตรยังขึ้นอยู่กับหมู่ที่ 4 บ้านทุ่งเจ้า เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 9 บ้านสันหลวง เมื่อปี พ.ศ. 2531 เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการโรงเรียนอนุบาลพญาเม็งราย (ทุ่งเจ้า) เป็นประธานร้านค้าสหกรณ์หมู่บ้าน เป็นประธานออมทรัพย์บ้านเนินสมานมิตร เป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิบ้านเนินสมานมิตร เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการโรงเรียนบ้านสันหลวง

จากการไปศึกษาดูงานที่เกี่ยวกับเกษตรผสมผสานที่จังหวัดขอนแก่น พ่อหลวงเล็กได้นำกลับมาพัฒนาอย่างจริงจังจนสามารถเป็นตัวอย่างแก่ชาวบ้านโดยทั่วไปได้ โดยเฉพาะหลังจากการเหตุการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในหมู่บ้านเกี่ยวกับการบริหารจัดการศูนย์สาธิตการตลาด จนจำเป็นต้องลาออกจากตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน ปัจจุบันได้รับเลือกตั้งให้ดำรงตำแหน่งสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปา (อบต.) ในระยะหลังค่อนข้างปลีกตัวออกจากชุมชน แต่ยังคงยึดมั่นที่จะเผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับการเกษตรผสมผสานต่อไป

พ่อหลวงรักษ์ สันมูล เพิ่งเข้ารับตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านเนินสมานมิตรประมาณปลายเดือนพฤศจิกายน 2542 ในอดีตเป็นหนึ่งในคณะกรรมการหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านมากมายโดยเฉพาะการปรับปรุงถนนหนทางในหมู่บ้าน และเป็นสมาชิกคณะกรรมการหมู่บ้านในคณะที่ได้รับรางวัลคณะกรรมการหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด โดยไปรับรางวัลกันที่ทำเนียบรัฐบาลเมื่อต้นปี 2543

จะเห็นได้ว่า ลักษณะการพัฒนาชุมชนของบ้านเนินสมานมิตรมิได้ขึ้นอยู่กับผู้นำชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีความโดดเด่นในรูปของคณะกรรมการหมู่บ้าน จนได้รับการยอมรับถึงขนาดได้รับรางวัลระดับจังหวัด แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของชุมชนที่จะรับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกได้ในหลายรูปแบบ

3.3.2 ผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร คือ นายจันทร์ จวง ศักดิ์นาคำ มีประวัติการทำงานมากมาย ได้แก่ เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิประจำหมู่บ้าน เป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ก่อตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ เป็นผู้สร้างสวนสมุนไพรประจำหมู่บ้านร่วมกับอดีตเจ้าอาวาส เป็นคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขในหมู่บ้าน เป็นผู้สร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ได้รับรางวัลอาสาสมัครดีเด่นระดับตำบล เป็นประธานจัดหาทุนโครงการโรคเอดส์ ได้รับรางวัลศูนย์ ศสมช. ดีเด่นระดับตำบล เป็นอาสาสมัครป้องกันไฟป่าในเขตหมู่บ้าน เป็นประธานกลุ่มออมทรัพย์ประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ดูแลหออกรายชาวกว เป็นผู้จัดตั้งกลุ่มข้าวซ้อมมือ เป็นอดีตสมาชิกสภาตำบลแม่เปา เป็นอดีตสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปา (อบต.) เป็นอาสาสมัครพัฒนาชุมชน ฯลฯ ดังที่พ่อหลวงได้กล่าวถึงที่จันทร์จวงกับผู้วิจัยว่า "...แกมันคนชื้อ ทำงานตรงไปตรงมาดีที่สุดในที่สุดเลย..."⁴²

พระครูพิจิตร วรภา เจ้าอาวาสวัดเนินสมานมิตร จำพรรษาที่วัดนี้มานานประมาณ 8 ปี เป็นผู้นำท่านหนึ่งที่ร่วมศึกษาดูงานที่บ้านคำปลาหลาย จังหวัดขอนแก่น เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2539 มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำพิธีกรรมทางพุทธศาสนา

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ภาวะผู้นำในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีลักษณะเป็นองค์กรแนวราบค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้นำชุมชนอย่างไม่เป็นทางการสามารถแสดงศักยภาพออกมาให้เห็นในรูปแบบต่างๆ จนได้รับการยอมรับจากองค์กรภายนอกถึงขนาดได้รับรางวัลในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ความโดดเด่นของหมู่บ้านมิได้รวมอยู่ที่ผู้นำอย่างเป็นทางการแต่เพียงผู้เดียว

3.3.3 ความสัมพันธ์และความร่วมมือของคนในชุมชน

ความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ถึงแม้จะมีไ้ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ผู้คนมิได้อพยพมาจากสถานที่เดียวกัน แต่ด้วยลักษณะความเป็นชุมชนใหม่ที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ กอปรกับสมาชิกของชุมชนก็มาจากทั่วทุกสารทิศที่รวมกลุ่มกัน

⁴² สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 26 สิงหาคม 2543.

ด้วยความยากลำบากในการดำเนินชีวิตและขาดแคลนที่ดินทำกิน สิ่งเหล่านี้เองมีส่วนผลักดันให้คนในชุมชนมีความร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมทำ ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งหมู่บ้านจนกระทั่งถึงปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยพอที่จะสรุปเหตุการณ์สำคัญที่แสดงถึงความสัมพันธ์และความร่วมมือของคนในชุมชนได้พอสังเขป ได้แก่

1) การตั้งชื่อหมู่บ้านแห่งนี้ว่า "บ้านเนินสมานมิตร" เพื่อความเป็นสิริมงคล ภายหลังจากที่ชาวบ้านร่วมแรงร่วมใจกันตัดถนนผ่านทุ่งนาเข้าสู่หมู่บ้าน ซึ่งอาศัยค่าใช้จ่ายที่ได้มาจากการบริจาคเงินร่วมกันของชาวบ้านโดยไม่ใช้งบประมาณแผ่นดิน รวมถึงการร่วมแรงกันตัดถนน/ตรอกซอยต่างๆ ภายในหมู่บ้าน

จะเห็นได้ว่า การพึ่งพาอุปสรรคร่วมกันของคนในชุมชน ในครั้งนี้หากมองอย่างผิวเผินก็เป็นเพียงการรักษาผลประโยชน์ร่วมกันของคนในชุมชน แต่หากพิจารณาในแง่ของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน นับว่าชุมชนบ้านเนินสมานมิตรประสบความสำเร็จจนเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาในลำดับต่อมา

2) การร่วมกันตั้งกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ของหมู่บ้านเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ดังที่คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรร่วมกันกำหนดกฎเกณฑ์ทางสังคมร่วมกัน ได้แก่

กฎระเบียบแห่งหมู่บ้านเนินสมานมิตร

- ผู้ใดได้แจ้งย้ายเข้ามาอยู่ในหมู่บ้านเนินสมานมิตรต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของหมู่บ้าน
- บุคคลใดได้แจ้งย้ายเข้ามาในหมู่บ้าน ต้องแจ้งเข้าเป็นสมาชิกฌาปนกิจศพของหมู่บ้านทั้งครอบครัว
- บุคคลต่างด้าวเข้ามาในหมู่บ้าน ต้องแจ้งให้คณะกรรมการทราบโดยด่วน
- บุคคลใดยิงปืนในหมู่บ้านโดยไม่มีเหตุผล หรือยามวิกาล ปรับ 500 บาท ต่อ 1 นัด (ผู้นำหมู่บ้าน นัดละ 1,000 บาท)
- ผู้ใดขาดการพัฒนาหมู่บ้านคณะกรรมการมีมติให้ปรับครอบครัวละ 100 บาทต่อวัน เว้นแต่มีเหตุจำเป็น
- บุคคลใดเกิดการทะเลาะวิวาทในหมู่บ้าน ให้คณะกรรมการเรียกมาตักเตือนก่อน ถ้าตื้อดิ่งทางหมู่บ้านปรับเข้าหมู่บ้าน 500 บาทต่อคน

- ให้ทุกครัวเรือนติดไฟฟ้าไว้ที่หน้าบ้านทุกครัวเรือน พร้อมให้เปิดทุกคืนจนสว่าง วันไหนคณะกรรมการตรวจสอบบ้านที่ไม่เปิดจะถูกปรับ 100 บาทต่อคืน
- กรณีผู้ติดยาเสพติด/ค้ายา หากเจ้าหน้าที่จับได้ทางหมู่บ้านมีมติให้ตัดออก จากสมาชิกฌาปนกิจศพ

กฎระเบียบป่าชุมชน

- ห้ามมิให้ตัดไม้ทำลายป่าทุกชนิดในพื้นที่ป่าชุมชน ผู้ฝ่าฝืนเปรียบเทียบปรับ ต้นละ 500 บาท และยึดของกลางเป็นของส่วนรวม
- ห้ามบุกรุกแผ้วถางทำการเกษตรในพื้นที่ป่าชุมชน
- ห้ามจุดไฟเผาป่า ผู้ฝ่าฝืนเปรียบเทียบปรับตารางวาละ 200 บาท
- ห้ามนำไม้ล้ม ไม้นอน ขอนไม้ รากไม้ของป่าทุกชนิดออกนอกบริเวณป่าชุมชน ผู้ใดฝ่าฝืนเปรียบเทียบปรับต้นละ 500 บาท
- กรณีที่คณะกรรมการป่าชุมชนฝ่าฝืนกฎระเบียบป่าชุมชนจะถูกลงโทษเป็นสองเท่า
- ห้ามล่าสัตว์ในเขตป่าอนุรักษ์

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า กฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่เกิดขึ้นมีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่น ชาวบ้านได้อาศัยหลักการลงโทษทางสังคม (Social Sanction) เพื่ออุดช่องว่างทางกฎหมาย เป้าหมายสูงสุดคือการอยู่ร่วมกันในชุมชนอย่างมีความสุข ซึ่งพยายามลดความขัดแย้งทางสังคมที่อาจเกิดขึ้นให้มากที่สุดโดยอาศัย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ที่กำหนดโดยสมาชิกในสังคมเป็นเครื่องมือ

3) การก่อสร้างศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) บ้านเนินสมานมิตร ครั้งแรกเมื่อปีงบประมาณ 2535 ตามนโยบายพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ซึ่งดำเนินการก่อสร้างเป็นอาคารไม้ไผ่หลังคามุงแฝกได้รับความร่วมมือจากชาวบ้านในการจัดหาวัสดุและแรงงานในการก่อสร้าง โดยไม่ใช้งบประมาณแผ่นดิน อีกทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขยังสามารถให้บริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง เป็นที่พึงพอใจของชาวบ้าน ต่อมาในปีงบประมาณ 2537 ได้ทำการก่อสร้างอาคาร ศสมช. แบบถาวรขึ้น โดยใช้งบประมาณของหมู่บ้าน 25,000 บาท ทำให้สามารถเพิ่มบริการการแพทย์แผนไทยใน ศสมช. จนสามารถเป็นสถานที่ศึกษาปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานของจังหวัดเชียงราย กอปรกับปัจจุบันได้รับการพัฒนาให้เป็นศูนย์แปรรูปวัตถุดิบสมุนไพรเพื่อจำหน่ายให้กับโรงพยาบาลพญาเม็งรายอีกด้วย

จะเห็นได้ว่า ชุมชนมีความพร้อมที่จะรองรับการพัฒนาต่อนโยบายและการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก กอปรกับคนในชุมชนมีความสามัคคี เสียสละ เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังมีทีมงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง

4) การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้เจ็บป่วยในชุมชน คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีความเข้าใจถึงความจำเป็นในการอพยพแรงงานเพื่อไปทำงานในกรุงเทพมหานคร ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ด้วยเหตุที่ฐานะของแต่ละคนมีความยากจนจึงต้องดิ้นรนหาที่อยู่อาศัยมารวมกลุ่มกันเป็นหมู่บ้าน ในปัจจุบัน ไม่ใช่เป็นหมู่บ้านเดี่ยวแต่ที่มาอยู่ร่วมกันนั้นจะมาจากคนละทิศ คนละทาง คนละอำเภอมารวมกลุ่มกันอยู่ ซึ่งพื้นที่คนละเล็กคนละน้อยพอที่จะทำอะไรทำสวนได้ก็เลยมาอาศัยรวมกัน บางส่วนก็พาลูกพาหลานมาอยู่ด้วยหลายคน เพราะความยากจนบางทีก็มีนายหน้าแม่เฒ่าจากที่อื่นมาติดต่อกับชาวบ้านที่มีลูกสาว เมื่อมีคนไปกลับมาแล้วได้ตีมีเงิน จึงทำให้คนอื่นเห็นแล้วก็ทำตามกันมาก..."⁴³ อีกทั้ง พ่อหลวงรักษได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้วิจัยอีกว่า "...ช่วงแรกจะมีคือ ปี พ.ศ.2521-2523 ซึ่งถือเป็นช่วงที่เข่งกัน..."⁴⁴

ต่อมาในช่วงที่ปัญหาเอดส์แพร่ระบาด พ่อหลวงรักษได้กล่าวเพิ่มเติมว่า "...มีอยู่ช่วงหนึ่ง จะมีกลุ่มที่ติดเชื้อแล้ว ออกไปทำงานกลับมาบ้านได้ประมาณ 1 เดือน บางคนก็ไม่ถึง 10 วันก็ตาย โดยมากไม่มีการนำมาเผาเฝ้าในบ้าน โดยมากจะกลับเข้าหมู่บ้านได้ไม่ถึงเดือนก็จะ

⁴³ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

⁴⁴ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

ตายกันหมด...”⁴⁵ พอหลวงได้กล่าวต่ออีกว่า “...ไม่รังเกียจแต่อย่างใด เพราะว่าคนที่ติดเชื่อเข้ามา อยู่ในหมู่บ้านเป็นคนที่น่าสงสารและเคราะห์กรรมของผู้ติดเชื่อค่อนข้างมีความสัมพันธ์กัน เวลาใครป่วยก็ไปเยี่ยมหากันตลอด มันมีหลายอย่างหลายประเด็น เช่น เมื่อมีคนป่วยในหมู่บ้าน เมื่อชาวบ้านรู้จักจะมาเยี่ยมเยียนกันให้กำลังใจกัน...”⁴⁶

จะเห็นได้ว่า ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีความพร้อมที่จะรองรับปัญหาที่เกิดขึ้น กับสมาชิกในชุมชน สามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาเอดส์ ทั้งนี้ อาจเป็น เพราะพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นชุมชนที่สั่งสมมาก่อนหน้านี้

3.4 ความเชื่อและศาสนา

แม้ว่าชุมชนบ้านเนินสมานมิตรจะประกอบไปด้วยสมาชิกที่อพยพมาจากหลากหลาย พื้นที่แต่ก็เป็นคนล้านนาไทย ถึงจะมีคนที่อพยพมาจากภาคอีสานอยู่บ้าง ความเชื่อพื้นบ้านล้านนา ก็มีได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชน

ความเชื่อพื้นบ้านล้านนานั้น มีความเป็นอัตตลักษณ์ แต่ชาวบ้านส่วนใหญ่ในชุมชน บ้านเนินสมานมิตรก็มีได้ยึดมั่นถือมั่นจนเป็นเหตุแห่งความแปลกแยกในชุมชน แต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาขึ้นในชุมชน ดังกรณีตัวอย่างการอนุรักษ์ ทรัพยากรป่าไม้ในปี พ.ศ. 2539 ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรได้จัดให้มีพิธีการบวชป่าในเขตป่าอนุรักษ์ โดยเชื่อมโยงแนวคิดเกี่ยวกับการบวชเณรทางพุทธศาสนาเข้ากับความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับ ผี สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากมูลนิธิ วาย.เอ็ม.ซี.เอ เชียงราย สภาตำบลแม่เปา และป่าไม้จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นแหล่งอาหาร ที่อยู่ของสัตว์ป่า และแหล่ง กำเนิดต้นน้ำ เช่น ห้วยแม่เลียบ ห้วยปัว ห้วยปลากั้ง ห้วยเฮี้ย ห้วยผีหลอก ห้วยแม่แจ่ว และห้วย จำปาสัก ซึ่งไหลลงสู่ห้วยแม่ตึกถึงลำน้ำอิงต่อไป

จะเห็นได้ว่า คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรสามารถผสมผสานแนวความคิดทาง พุทธศาสนาเข้ากับความเชื่อดั้งเดิมได้อย่างสอดคล้อง อีกทั้งยังนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับชีวิต ประจำวันได้เป็นอย่างดี โดยมีได้กระทำเพียงพิธีกรรมเท่านั้น แต่ชาวบ้านเนินสมานมิตร หมู่ 9 บ้านทุ่งเจ้า หมู่ 4 บ้านทุ่งเจ้าเหนือ หมู่ 13 และบ้านสันหลวง หมู่ 8 ยังได้ร่วมกันตั้งกฎระเบียบการ

⁴⁵ สัมภาษณ์ รัชช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

⁴⁶ สัมภาษณ์ รัชช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

ใช้ปาฐกถา โดยอาศัยการลงโทษทางสังคม (Social Sanction) เป็นเครื่องมือเพื่อความสงบสุขในชุมชน

นอกจากนี้ การที่ชาวชุมชนบ้านเนินสมานมิตรทุกคนนับถือพุทธศาสนา ทำให้เคารพศรัทธาพระสงฆ์ ขณะเดียวกันพระสงฆ์ก็มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนในชุมชนแม้กระทั่งยามเจ็บป่วย ยังทำหน้าที่สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและคนในครอบครัว ดังกรณีที่ญาติของผู้ป่วยท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ตอนที่พ่อที่ออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ก็จะมีคนไปเยี่ยมกันเต็มบ้าน แม้แต่หลวงพ่ที่เป็นเจ้าคณะอำเภออยู่บ้านสันหนองบัวก็ยังพาเณรมาเที่ยว ถามอาการว่าพ่ออยู่เป็นอย่างไรบ้าง อาการดีขึ้นไหม ให้ทำใจดีๆ ไว้ อย่าทำใจอ่อน..."⁴⁷

อีกทั้ง อดีตเจ้าอาวาสวัดเนินสมานมิตรยังมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านและส่งเสริมให้คนในชุมชนอยู่ดีกินดี ตามที่ อสม. จันทร์จวง ศักดีนาคำ ได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า ท่านเจ้าอาวาสองค์ก่อนได้ชักชวนให้ชาวบ้านร่วมกันปลูกพืชสมุนไพรบริเวณวัดเพื่อเผยแพร่แก่เด็กและชาวบ้านที่มาทำบุญรักษาโรคและได้มีการต้มน้ำสมุนไพรให้พุทธศาสนิกชนดื่ม มีอยู่ครั้งหนึ่งได้ต้มน้ำหญ้าหนวดแมวให้คนที่มารักษาโรคดื่ม ก็มีผู้รักษาโรคคนหนึ่งดื่มแล้วมีก้อนนิ่วหลุดออกมากับบัสสาวะหลายก้อนจึงเป็นที่ประทับใจแก่ชาวบ้านทั่วไป เจ้าอาวาสองค์นั้น ปัจจุบันท่านสึกแล้วขณะนี้ไปทำงานอยู่ประเทศไต้หวัน โดย อสม. จันทร์จวง ศักดีนาคำ ได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า "...มันจะมีשבבןได้ขึ้นไป สนวนสมุนไพรจะอยู่ตรงนั้น ช่วงนี้ไม่มีแล้ว เดือน 8 นี้ ต้นเดือนเมษาปลูกสมุนไพรพอเดือน 10 ทางเหนือเขาเข้าพรรษา หญ้าหนวดแมวตอนนั้นเริ่มงามแล้ว คนที่เป็นพระนั้นน่าจะเอาหญ้าหนวดแมวมาตากแห้งก็ขงให้ญาติโยมกิน ก็มีคนเป็นนิ่วอยู่คนหนึ่งก็กินน้ำหญ้าหนวดแมวแล้วนิ่วละลายออกมาได้..."⁴⁸

จะเห็นได้ว่า พระภิกษุสงฆ์ซึ่งเป็นตัวแทนของพระพุทธศาสนา สามารถสนิทสนมเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกับชาวบ้านได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีลักษณะภาวะผู้นำสามารถเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณในการดำเนินชีวิตของชาวบ้านได้เป็นอย่างดี

⁴⁷ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, กลุ่มแม่บ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁴⁸ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543

3.5 การศึกษา

ถึงแม้ว่าในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรจะไม่มีสถาบันการศึกษา แต่ก็มีใช้อุปสรรคสำคัญในการเรียนรู้ของเด็กนักเรียน เนื่องจากชาวบ้านสามารถพาลูกหลานไปเข้าเรียนยังสถานศึกษาในหมู่บ้านใกล้เคียงได้โดยไม่ยากลำบากนัก เพราะเส้นทางคมนาคมสะดวก กอปรกับมีครูอาสาจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนเข้ามาอำนวยความสะดวก ทำให้การเรียนรู้ของชาวบ้านทำให้ชาวบ้านได้รับการพัฒนาด้านการศึกษาต่อเนื่อง และยังมีห้องสมุดชุมชนหรือที่อ่านหนังสือพิมพ์เป็นศูนย์การเรียนรู้ประจำหมู่บ้าน อีกทั้ง วัดเนินสมานมิตรยังเป็นสถานที่ศึกษาธรรมะแก่ประชาชนทั่วไปและเป็นโรงเรียนสอนพระปริยัติธรรมสำหรับพระเณรอีกด้วย ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนที่ว่า

“...เด็กในหมู่บ้านถ้าจะเรียนหนังสือชั้นประถมศึกษา จะไปเรียนที่โรงเรียนบ้านสันหลวงและบ้านทุ่งเจ้า แต่พอจบ ป.6 ซึ่งในอดีตก็จะมีเพียงโรงเรียนบ้านทุ่งเจ้าแห่งเดียว แล้วก็จะไปเรียนต่อที่โรงเรียนพญาเม็งราย (สังกัดกรมสามัญ) และโรงเรียนสบเปา (โรงเรียนมัธยม ขยายโอกาส สังกัด สปช.)...”⁴⁹

“...ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนเข้ามาตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2537-2538 ก็จะมีครูอาสาเข้ามาหา ช่วงแรกนั้นจะเปิดการศึกษาสำหรับกลุ่มผู้นำก่อน โดยมีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นคนประสานงานกับทางอำเภอ ช่วงแรกนั้นจะใช้สถานที่โรงเรียนทุ่งเจ้าและโรงเรียนสันหลวงเป็นสถานที่เรียนก่อน โดยจะสลับกันคือ เสาร์แรกไปโรงเรียนทุ่งเจ้า เสาร์ที่ 2 ไปโรงเรียนสันหลวง บางครั้งก็ไปเรียนที่โรงเรียนสบเปา อาจารย์ที่สอนนั้นเป็นคนอยู่บ้านทุ่งเจ้าแล้วไปที่สันหลวง...”⁵⁰

“...ห้องสมุดชุมชนหรือที่อ่านหนังสือพิมพ์ ตั้งมาได้ 3 ปีแล้ว (ประมาณ พ.ศ. 2539) เกิดพร้อมกับการประกวดคณะกรรมการหมู่บ้านดีเด่น...”⁵¹

ฯลฯ

⁴⁹ สัมภาษณ์ อินทร์ วิชาป่า, หมอนวดพื้นบ้านและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

⁵⁰ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 8 กันยายน 2543.

⁵¹ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

จะเห็นได้ว่า คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรไม่ปฏิเสธความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาเล่าเรียน อีกทั้งยังมีความกระตือรือร้น ขวนขวายเพื่อให้ได้มาซึ่งการศึกษา จึงมีความแตกต่างจากในอดีตอย่างเห็นได้ชัด ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนที่ว่า

"...ในสมัยเข้ามาอยู่ใหม่ๆ ส่วนมากชาวบ้านจะเรียนจบชั้น ป.4..."⁵²

"...ปัจจุบันพ่อแม่จะมีการส่งลูกเรียนจนจบภาคบังคับตามที่รัฐบาลมีกฎเกณฑ์ที่จะต้องให้เด็กเรียนจบชั้น ม.3 หลังจากนั้นก็จะแล้วแต่เด็ก ซึ่งจะ เป็นเด็กที่อายุประมาณ 25-26 ปี ในปัจจุบันที่จะเรียนต่อในช่วงนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตอนแรกชาวบ้านจะส่งลูกสาวลงได้ แล้วพอ การศึกษายืดจาก ป.4 เป็น ป.6 หลังจาก ป.6 เป็น ม.3 ก็เริ่มอยากให้ลูก ได้เรียนต่อขึ้นมา แสดงว่าการศึกษาก็ได้ผลเหมือนกัน..."⁵³

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า การศึกษามีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร โดยเฉพาะแนวความเชื่อเกี่ยวกับการส่งลูกสาวให้ลงมาหางานทำทางใต้ เนื่องจากผู้นำและชาวบ้านได้รับการศึกษามากขึ้น การศึกษาหรือการเรียนรู้ของชาวบ้านจึงมีผลต่อทิศทางการพัฒนาหมู่บ้านในปัจจุบัน

นอกจากนี้ ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังมีทรัพยากรท้องถิ่นที่มีประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านอีกมากมาย ได้แก่

1) **ทรัพยากรบุคคล** ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ถึงแม้จะมีปัญญาท้องถิ่นส่วนใหญ่จะไม่ค่อยหลงเหลือให้เห็นมากนัก ที่เหลืออยู่ก็มีแต่กลุ่มหมอเมืองที่ทำการรักษาโรคแบบพื้นบ้านล้านนา (การส่งเคราะห์ สะเดาะเคราะห์ สูขวิญ ดูเมื่อ ดูหมอจากผีหม้อหนึ่ง เช็ดแหก ย่ำขาง นวด ฯลฯ) และกลุ่มผู้สูงอายุ

บุคลากรเหล่านี้มีส่วนร่วมในการก่อตั้งหมู่บ้าน รู้ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้านและเป็นที่เคารพนับถือของชาวบ้าน ได้แก่ อ้ายอินแก้ว ปาเมืองมูล, อ้ายมี ชัยนดี, อินทร วิญญาป่า,

⁵² สัมภาษณ์ สีมูล ศักดิ์นาคำ, กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกรรมการหมู่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

⁵³ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 8 กันยายน 2543.

อัมพร คำนาศักดิ์, อ้าย วางโต, จุ่ม จุ่มปูลม และจอมจันทร์ คำนาศักดิ์ ฯลฯ ซึ่งผู้รู้เหล่านี้มีความยินดีที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกหลาน เยาวชนที่สนใจและพร้อมที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลป้องกันรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านล้านนา

จะเห็นได้ว่า ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังมีแหล่งทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าหลงเหลืออยู่พอสมควร จึงควรถือโอกาสนี้ในการเผยแพร่แนวความคิด/วิธีการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านล้านนาให้คงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรต่อไป เพราะเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมสืบทอดกันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตสภาพความเป็นอยู่ที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับธรรมชาติ

2) **ทรัพยากรธรรมชาติ** ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่มีคุณค่า ได้แก่ ป่าอนุรักษ์ ป่าชุมชนและป่าใช้สอย โดยชุมชนได้มีการตั้งกฎระเบียบในการดูแลรักษาป่า อาทิเช่น ห้ามตัดไม้ ล่าสัตว์ในป่าชุมชนอนุรักษ์ ห้ามนำไม้ทุกชนิดออกจากเขตป่าในหมู่บ้าน ห้ามจุดไฟเผาป่า และทำแนวกันไฟป่าล้อมรอบ ฯลฯ สำหรับป่าอนุรักษ์ของชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีไม้ประเภทใช้สอยประมาณ 1,112,400 ต้น ได้ถูกกำหนดให้เป็นแหล่งอาหารสัตว์ป่าและแหล่งกำเนิดต้นน้ำต่างๆ เช่น ห้วยแม่เลียบ ห้วยบุญโว ห้วยปลากั้ง ห้วยเฮี้ย ห้วยผีหลอก ห้วยแม่แจ้ว และห้วยจำปาสัก ซึ่งลำน้ำเหล่านี้จะไหลลงสู่ห้วยแม่ต๋ากถึงลำน้ำอิงอีกต่อหนึ่ง

จะเห็นได้ว่า ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรสามารถรักษาแหล่งทรัพยากรป่าไม้ให้มีความอุดมสมบูรณ์ ยั่งยืน โดยคนรุ่นหลังสามารถใช้ประโยชน์ทรัพยากรป่าไม้นี้ได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน นอกจากเป็นแหล่งต้นน้ำลำธารแล้ว ยังเป็นแหล่งอาหาร/ที่อยู่อาศัยของสัตว์ป่าและมนุษย์ อีกทั้งป่าชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังเป็นแหล่งพันธุ์พืชสมุนไพรที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ ชาวบ้านสามารถนำพืชสมุนไพรเหล่านี้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านล้านนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับป่านี้หากสามารถถ่ายทอดไปยังคนรุ่นหลังให้มีความรักธรรมชาติ และเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับธรรมชาติก็จะถือว่าป่าชุมชนเป็นศูนย์การเรียนรู้ที่สำคัญได้อีกแห่งหนึ่ง

กอปรกับ แนวทางฟื้นฟูพืชสมุนไพรที่เหมาะสมของโรงพยาบาลพะเยาเมืองรายที่สนับสนุนให้ชาวบ้านตั้งกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร และกลุ่มแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร เพื่อส่งไปจำหน่ายที่โรงพยาบาล นอกจากนี้เป็นการส่งเสริมอาชีพแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นให้ชาวบ้านตื่นตัวที่จะใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติหรือ

พืชสมุนไพรที่อยู่ในป่าชุมชนได้อีกแนวทางหนึ่ง ในขณะที่เดียวกันชาวบ้านก็ยังคงใช้สมุนไพรในการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านล้านนาได้อย่างต่อเนื่อง และควบคู่ไปกับการดูแลรักษาสุขภาพแผนปัจจุบัน

3) **ทรัพยากรที่มนุษย์สร้างขึ้น** ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ประกอบด้วยวัดเนินสมานมิตรเป็นศาสนสถานเพื่อประกอบพิธีกรรมทางพุทธศาสนาและเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งในอดีตเคยได้รับการสนับสนุนให้มีสวนสมุนไพรเพื่อเป็นแหล่งความรู้ให้กับชาวบ้าน สำหรับในแต่ละครัวเรือนจะมีพืชผักสวนครัวเป็นแหล่งอาหารและสมุนไพรใกล้ตัวยามเจ็บไข้ได้ป่วย นอกจากนี้ ในชุมชนยังมีหอกระจายข่าวเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญในการดำเนินชีวิต มีศูนย์แปรรูปวัตถุดิบสมุนไพรเป็นสถานที่รับซื้อและแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพรที่รับซื้อมาจากกลุ่มปลูกสมุนไพรในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียนจากโรงพยาบาลพญาเม็งราย มีกลุ่มข้าวซ้อมมือเพื่อผลิตข้าวซ้อมมือที่ดีมีคุณภาพออกจำหน่ายแก่บุคคลภายนอกเป็นอาชีพเสริมของคนในชุมชน มีกลุ่มแม่บ้านซึ่งขยันขันแข็งในการหาอาชีพเสริม อีกทั้งยังคอยทำน้ำสมุนไพรไว้ต้อนรับผู้มาเยือนและจัดเลี้ยงกันเองภายในหมู่บ้านแทนน้ำอัดลม ซึ่งเป็นการลดรายจ่ายและส่งเสริมให้เยาวชนคุ้นเคยกับพืชสมุนไพรอีกแนวทางหนึ่ง มีกลุ่มนวดแผนโบราณซึ่งผนวกการนวดพื้นบ้านไว้ด้วย เป็นยาแก้ปวดเมื่อยให้ชาวบ้านในชุมชนยามเมื่อยล้าจากการทำงานหนัก มีกลุ่มเยาวชนที่มีกิจกรรมมากมาย เช่น เป็นหน่วยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เพื่อให้ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขขั้นมูลฐานแก่ประชาชนรวมถึงการให้บริการอบสมุนไพรแก่ผู้ที่สนใจ มีกลุ่มเกษตรผสมผสานเป็นผู้นำแนวคิดในการดำเนินชีวิตแบบพอเพียง ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ทรัพยากรที่มนุษย์สร้างขึ้นภายในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร เป็นผลของการถักทอความสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกันของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นพลวัตสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับยุคสมัยที่เปลี่ยนไป ซึ่งอาศัยภาวะผู้นำและการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกเป็นกลไกสำคัญ

3.6 ครอบครัว

ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเป็นชุมชนที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่ ขยายตัวออกมาจากชุมชนทุ่งเจ้า ซึ่งเป็นหนึ่งในชุมชนดั้งเดิมของตำบลแม่เปา อันประกอบด้วย ชุมชนทุ่งเจ้า ชุมชน สบเปา และชุมชนแม่เปา สภาพครอบครัวส่วนใหญ่ในชุมชนจึงมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็ก

สมาชิกส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน โดยประกอบอาชีพหลักคือ การทำนา สำหรับอาชีพเสริมคือ การทำสวนส้ม การทำไร่ การปลูกพืชสมุนไพร และการทำกิจกรรมตามกลุ่มอาชีพเสริมอื่นๆ เช่น ทำขนม ดอกไม้ประดิษฐ์ ฯลฯ

สิ่งเหล่านี้เองจึงส่งผลต่อความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว โดยความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกค่อนข้างใกล้ชิด เนื่องจากพ่อแม่ส่วนใหญ่มีเวลาใกล้ชิดลูก เว้นแต่บางครอบครัวที่พ่อแม่ไปทำงานต่างประเทศหรือต่างจังหวัด ก็จะทำให้ลูกอยู่ในความดูแลของปู่ย่าตายาย

นอกจากนี้ คนในชุมชนถึงแม้จะมีใช้สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน แต่ก็มีความเชื่ออาหาร ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เนื่องจากร่วมบุกเบิกและพัฒนาหมู่บ้านมาด้วยกัน ดังกรณีปัญหาเอดส์ มีผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ชาวบ้านไม่รู้สึกรังเกียจ เนื่องจากคนที่ติดเชื้อเข้ามาอยู่ในหมู่บ้านเป็นคนที่น่าสงสาร เครือญาติของผู้ติดเชื้อค่อนข้างมีความสัมพันธ์กัน เวลาใครป่วยก็ไปเยี่ยมหากันตลอด ทางญาติเขาก็ไปดูแล แล้วเราก็เป็นคนที่อยู่ในหมู่บ้านเดียวกันเลยมีความเห็นอกเห็นใจกัน..."⁵⁴

จะเห็นได้ว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาในระดับชุมชน/สังคม หากบุคคลในครอบครัวมีความพร้อมที่จะรับรู้หรือตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาร่วมกันแล้ว ชุมชนย่อมหาทางออกบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมสำหรับชุมชนต่อไป

3.7 สุขภาพอนามัย

คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีฐานคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านล้านนา โดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมสืบทอดกันมา ถึงแม้เป็นชุมชนที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นมาใหม่ มีการอพยพย้ายถิ่นมาจากหลากหลายพื้นที่ แต่เกือบทั้งหมดอยู่ภายใต้วัฒนธรรมล้านนาไทย ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับธรรมชาติ กอปรกับชุมชนบ้านเนินสมานมิตรอยู่ห่างไกลความเจริญ การดูแลสุขภาพของชาวบ้านในยุคแรกจึงเป็นไปในลักษณะของ ยาขอ หมอหวาน ช่วยเหลือพึ่งพา ถ้อยทีถ้อยอาศัยกันในชุมชนหรือละแวกใกล้เคียง โดยมีหมอเมืองเป็นผู้ชำนาญการในการดูแลสุขภาพ บนพื้นฐานของจารีตหรือครรลองครองธรรม หมอเมืองนอกจากจะทำหน้าที่ดังกล่าวแล้วยังเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้การเคารพนับถือตราบนานวัน

⁵⁴ สัมภาษณ์ รัชช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543

ต่อมาเมื่อความเจริญเริ่มเข้ามาในหมู่บ้าน ยาเร่หรือยาชุด เริ่มเข้ามามีบทบาทในชุมชนมากขึ้น เนื่องจากเห็นผลได้รวดเร็วกว่าการรักษาแบบพื้นบ้าน การโฆษณาประชาสัมพันธ์สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นหญิงชายยาเร่ หรือวิญญูก็ตาม กอปรกับระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง

แต่ในปัจจุบัน ชาวชุมชนบ้านเนินสมานมิตรสามารถรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลพญาเม็งรายได้อย่างทั่วถึง เนื่องจาก การคมนาคมขนส่งสะดวกและเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการดูแลรักษาสุขภาพ แต่เมื่อชาวบ้านเจ็บไข้ได้ป่วยก็มีได้มุ่งที่จะไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลแต่เพียงอย่างเดียว

ชาวชุมชนบ้านเนินสมานมิตร เมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็จะดูแลรักษาสุขภาพตนเองบนพื้นฐานความรู้ที่สั่งสมมาในอดีต หรือที่เรียกว่า การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม แต่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นก็จะไปปรึกษาหมอเมืองให้ช่วยดูแลรักษา หรือถ้าเจ็บป่วยปัจจุบันทันด่วนก็จะไปรักษาที่โรงพยาบาล

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในขณะที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพ แต่จะเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติจะปรึกษาหารือกันที่จะนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ไหน กับใคร

ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีความสัมพันธ์ทางสังคมกันอย่างใกล้ชิด เมื่อมีคนป่วยก็จะรวมกันไปเยี่ยมเพื่อนเพื่อเป็นกำลังใจและให้คำแนะนำในการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งคำปรึกษานี้มีส่วนในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพของคนในครอบครัว

การดูแลรักษาสุขภาพของคนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร มักควบคู่กันอยู่เสมอทั้งการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านล้านนา การดูแลรักษาสุขภาพแผนปัจจุบัน และการดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ซึ่งรายละเอียดดังกล่าวผู้วิจัยจะขอเสนอในหัวข้อ ศักยภาพและทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านที่ดำรงอยู่ในชุมชน ในลำดับต่อไป

กล่าวโดยสรุป ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีจุดเด่นมาจากการที่คนในชุมชนมีความรักใคร่สามัคคีร่วมแรงร่วมใจกันพัฒนา ถึงแม้จะเป็นหมู่บ้านที่มีขนาดเล็กแต่ก็ง่ายต่อการส่งเสริมเพื่อให้เกิดการพัฒนา ทำให้ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรได้รับคัดเลือกเป็นเป้าหมายของโครงการพัฒนาและส่งเสริมอาชีพจากหน่วยงานภายนอกอย่างมากมาย ทั้งจากภาครัฐและองค์กรเอกชน

สาธารณประโยชน์ ได้แก่ โรงพยาบาลพญาเม็งราย สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ สำนักงานเกษตรอำเภอ สำนักงานเร่งรัดพัฒนาจังหวัด (ร.พ.ช.) องค์การแคร์นานาชาติ (ทำงานในด้านการช่วยเหลือและดูแลผู้ติดเชื้อ HIV) และมูลนิธิพัฒนาสตรีภาคเหนือ (YMCA) เชียงราย ฯลฯ ทำให้เกิดโครงการต่างๆ ขึ้น เพื่อที่จะเป็นตัวอย่างแก่ชุมชนอื่นๆ จนได้รับรางวัลดีเด่นทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด

กอปกับ ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังเน้นถึงการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน โดยมีการทำการเกษตรแบบผสมผสานและเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ซึ่งโครงการดังกล่าวค่อนข้างประสบความสำเร็จ เนื่องจาก อบต. แม่เปาและคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นองค์กรชุมชนที่เข้มแข็งมีวิสัยทัศน์กว้างไกล และเข้าใจบทบาทหน้าที่ในการเสริมสร้างการพัฒนาให้เกิดขึ้นในชุมชน

แต่ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีขนาดเล็ก (85 หลังคาเรือน) ประชากรค่อนข้างน้อย (ประมาณ 409 คน) เมื่อมีโครงการเป็นจำนวนมากเข้าไปในหมู่บ้านชาวบ้านก็ไม่สามารถทำได้ทั้งหมด หรือทำๆ ไปเมื่อหมดโครงการก็หยุดทำ สิ่งเหล่านี้เกิดจากชาวบ้านและผู้นำชุมชนยังขาดความรู้ความสามารถในด้านการบริหารจัดการโครงการ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

นอกจากนี้ วิถีชีวิตของคนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังเรียบง่าย อาชีพส่วนใหญ่จะเป็นการทำนาปีละ 1 ครั้ง ผลผลิตส่วนใหญ่ก็มาจากกลุ่มกิจกรรมด้านอาชีพเสริมต่างๆ ในหมู่บ้านฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน ดังมีผู้นำหมู่บ้านท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...พอมีพอกินและเป็นหนี้สินบ้างเล็กน้อย..."⁵⁵ แต่ชุมชนแห่งนี้ค่อนข้างโชคดีเนื่องจาก ตั้งอยู่ในที่ดินที่มีความอุดมสมบูรณ์ อยู่ใกล้ชิดกับป่าทำให้อาหารการกินไม่ลำบากเกินไปนัก หากไม่ตีค่าทุกอย่างเป็นตัวเงินก็นับว่าเป็นหมู่บ้านที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจค่อนข้างน้อย

ในส่วนของปัญหาทางสังคม สำหรับชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ได้แก่ ปัญหายาเสพติด เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญที่กำลังแพร่ระบาดไปทั่วประเทศในขณะนี้ โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเชียงรายซึ่งเป็นรอยต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน แต่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรไม่ปรากฏว่ามีแหล่งผลิตหรือแหล่งขายส่งรายใหญ่ ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...เป็นกลุ่มเยาวชนที่เรียนอยู่ระหว่างชั้น ม.1-ม.5 ซึ่งเด็กโดยมากจะอยู่ในช่วงที่จบ ป.6 แล้ว โดยมากจะมาต่อที่

⁵⁵ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

โรงเรียนพญาเม็งราย และจะมามั่วสุมกันตอนที่มาเข้าเรียน ที่โรงเรียนพญาเม็งรายซึ่งก็ถือว่าเป็นที่มั่วสุม..."⁵⁶

ช่วงแรกๆ ในชุมชนยังไม่มีข้อบังคับที่ชัดเจน แต่จะดูแลลูกหลานแบบลูกใครลูกมันแล้วแต่ครอบครัวจะดูแลลูกของตนเอง ต่อมาประมาณปี พ.ศ. 2541-2542 ได้มีโครงการสำรวจมวลชนสัมพันธ์จากสถานีตำรวจภูธร อำเภอพญาเม็งราย เข้ามาอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดแก่ผู้ปกครองและยังมีอีกหลายกิจกรรมที่ทำร่วมกับชุมชน ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ตอนนั้นถ้าชาวบ้านคนไหนไม่ให้ความร่วมมือก็จะมีการตัดออกจากสมาชิกกลุ่มของหมู่บ้าน..."⁵⁷

สำหรับปัญหาอบายมุข มีผู้นำชุมชนท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...มีเหมือนกันเรื่องของหนังเอ็กซ์ โดยมากในหมู่บ้านจะนำมาฉายในเวลาที่มีงานศพเกิดขึ้น และจะฉายตอนดึกๆ เพราะว่าเจ้าภาพต้องการเพื่อนอยู่เป็นเพื่อนศพ..."⁵⁸ แต่อบายมุขก็แทบจะไม่มีผลต่อการทำลายวิถีชีวิตของชาวบ้าน ดังที่ผู้นำท่านหนึ่งกล่าวกับผู้วิจัยว่า "...ชาวบ้านโดยมากจะไม่มั่ว เช่น ผู้หญิงที่ไปทำงานกรุงเทพฯ กลับมา ชาวบ้านจะไม่ค่อยไปยุ่งเกี่ยวด้วย แต่ก็ยังเป็นเพื่อนบ้านกันอยู่..."⁵⁹ นอกจากนี้ ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรยังพบปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาในอีกหลายแง่มุม ดังนี้

1) ชาวบ้านเบื่อโครงการอบรมซึ่งมีบ่อยเกินไป จนชาวบ้านไม่มีเวลาพักผ่อนหรือทำงานส่วนตัวและต้องเสียเวลาไปนั่งฟัง แต่ก็ไม่สามารถทำให้โครงการที่ตั้งขึ้นมาประสบผลสำเร็จ

2) องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (NGOs) เข้าไปสร้างค่านิยมการทำงานใหม่ๆ ให้กับชุมชน เช่น จัดอบรมโครงการต่างๆ ก็มีเงินเบี่ยเลี้ยงให้ (ชาวบ้านเรียกว่า "ค่าจ้างไปอบรม") ซึ่งทำให้ชาวบ้านเกิดค่านิยมที่ว่าจะทำอะไรก็ต้องได้ค่าจ้าง ทำให้การทำงานของภาครัฐไม่ได้รับความร่วมมือจากชาวบ้านเพราะไม่มีเบี่ยเลี้ยงหรือค่าจ้าง

3) ชาวบ้านขาดความรู้ความเข้าใจด้านการบริหารจัดการโครงการหรือธุรกิจ
ชุมชน

⁵⁶ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

⁵⁷ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 8 กันยายน 2543.

⁵⁸ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

⁵⁹ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

4) ขาดการติดตามประเมินผลโครงการภายหลังการฝึกอบรมหรือภายหลังการส่งเสริมของเจ้าหน้าที่ทำให้กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง ชาวบ้านก็จะไม่สนใจทำเป็นเหตุให้ไม่ประสบความสำเร็จ

5) ขาดความโปร่งใสในงานพัฒนา จนก่อให้เกิดปัญหาขึ้นในชุมชน เช่น พ่อหลวงคนแรกถูกกล่าวหาว่าโกงเงินงบประมาณ และเงินโครงการต่างๆ ที่สนับสนุนกลุ่มธุรกิจชุมชน เนื่องจากไม่ได้วางระบบการบริหารจัดการเงินที่ดี ใช้เพียงความไว้น้ำใจเชื่อใจต่อผู้นำและให้อำนาจการเบิกจ่ายเงินอยู่ที่ผู้นำเพียงผู้เดียว คณะกรรมการก็ขาดประสิทธิภาพและเจ้าของโครงการก็ปล่อยปะละเลยไม่สนใจติดตามประเมินผล

แต่ อบต. แม่เปา และส่วนราชการที่เกี่ยวข้องก็สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้จนสำเร็จโดยการขอให้ผู้ใหญ่บ้านลาออก เปลี่ยนคณะกรรมการชุดใหม่ และ จัดให้มีการเลือกตั้งผู้ใหญ่บ้านคนใหม่ขึ้นมาทำหน้าที่แทน อีกทั้ง ตั้งกฎระเบียบ ข้อบังคับของกลุ่มธุรกิจต่างๆ ในชุมชนใหม่ โดยให้สมาชิกสามารถตรวจสอบการเงินได้ มีหลักฐานในการใช้จ่ายและทำงานในรูปคณะกรรมการเพื่อความโปร่งใส

ปัจจุบันยังมีกลุ่มธุรกิจชุมชนเหลืออยู่และกำลังพัฒนาไปในทิศทางที่ดี สมาชิกในกลุ่มได้รับผลประโยชน์ที่น่าพอใจ ส่วนกลุ่มที่เกิดปัญหาเรื่องความไม่โปร่งใสก็กำลังอยู่ระหว่างการรวมตัวกันเพื่อฟื้นฟูกิจการของกลุ่มใหม่ และมีการจัดระบบการทำงาน การเงิน การแบ่งปันผลประโยชน์ที่มีความชัดเจนและสามารถตรวจสอบได้

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาที่เกิดขึ้นในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกชุมชน เนื่องจากชุมชนไม่สามารถตั้งอยู่เพียงลำพังได้ แต่สามารถพึ่งตนเองได้ในบางส่วนและยังคงต้องพึ่งพาอาศัยการส่งเสริมและการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและ NGOs สำหรับการดูแลสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอรายละเอียดให้ทราบต่อไป

ตอนที่ 2 ศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

ผู้วิจัยได้มีโอกาสร่วมทำงานในฐานะคณะผู้วิจัย โครงการสังคายนาองค์ความรู้ "หมอมือเมือง" เพื่อการพัฒนากระบวนการแพทย์พื้นบ้านล้านนาและตำราอ้างอิงของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ซึ่งจัดทำโดยศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ ภายใต้การสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) กอปรกับการได้มีโอกาส

สัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ทำให้ผู้วิจัยพอที่จะอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในวิถีชีวิตของชาวล้านนา รวมทั้งศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ได้พอสังเขป ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในวิถีชีวิตของชาวล้านนา⁶⁰

ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวล้านนาที่มีลักษณะการผสมผสานและหลอมรวมแนวความคิดดั้งเดิมในเรื่องผีและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ รวมถึงแนวความคิดในด้านพิธีกรรมทางลัทธิพราหมณ์และพุทธศาสนา

จากบริบททางสังคมวัฒนธรรมดังกล่าวทำให้ชาวล้านนาดำเนินชีวิตตามความเชื่อที่สั่งสมมา กล่าวคือ มีการเคารพนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นเครื่องมืออธิบายปรากฏการณ์ทางธรรมชาติหรือสิ่งเหนือธรรมชาติที่ไม่สามารถเข้าใจได้ โดยอาศัยพิธีกรรมเส้นรวงบูชา เพื่อขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยดูแลปกป้องรักษา ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข อันเป็นสัญชาตญาณหนึ่งในการอยู่รอดของชีวิต ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่กล่าวกับผู้วิจัยว่า

"...ผีบ้านจะมีบ้านเล็กๆ อยู่ข้างล่าง เขาเรียกว่า ตูบ เวลาหลานจะแต่งงานหรือใครที่บ้านนี้จะแต่งงาน แม่อยู่ก็จะเป็นคนไปทำเอง ตูบจะไม่มีทุกบ้านแต่จะมีเฉพาะบ้านใหญ่ของครอบครัว..."⁶¹

"...ตอนเล็กๆ พ่อของเขาจะทำไร่ข้าวโพดอยู่ที่ไร่ เมื่อหักข้าวโพดเสร็จแล้วไม่ได้ไปเลี้ยงผีเจ้าที่ ผีเจ้าที่ก็จะมาทำเด็กคนนี้"⁶²

"...ไปตามถนนแล้วผีมาเจอก็จะทัก ซึ่งคนในสมัยก่อนเรียกว่า คนทักดี ผีทักร้าย เพราะว่า เมื่อผีทักเราแล้วเราจะเจ็บป่วย..."⁶³

ฯลฯ

⁶⁰ ยิ่งยง เทาประเสริฐ และพัชรา ก้อยชูสกุล, บรรณาธิการ, ทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอมือง), (เชียงใหม่ : สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, 2543).

⁶¹ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁶² สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁶³ สัมภาษณ์ จม สมป, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

นอกจากนี้ ชาวล้านนายังมีความเชื่อเกี่ยวกับธาตุทั้ง 4 ซึ่งประกอบด้วย ดิน น้ำ ลม ไฟ โดยนำมาอธิบายความเจ็บไข้ได้ป่วยในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ และความสัมพันธระหว่างคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

โดยชาวล้านนาเชื่อว่าธาตุทั้ง 4 เป็นจุดกำเนิดของชีวิตมนุษย์ ดังที่หมอมืองได้ อธิบายให้ผู้วิจัยทราบ ตั้งแต่การก่อตัวขึ้นของโลกว่า

เริ่มต้นจากความว่างเปล่าเนื่องจากมีไฟบรรลัยกัลป์มาเผาผลาญทำลายล้างสรรพสิ่ง บนพื้นผิวโลก โดยมีสาเหตุมาจากเวรกรรมและสิ่งไม่ดีต่างๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้น เมื่อพระอิศวรเห็น เป็นเช่นนี้จึงทรงสร้างโลกขึ้นมา โดยการชากหรือเอาเจียนเสมหะออกมาเป็นก้อน แล้วเสกให้เป็น ธาตุทั้ง 4 เมื่อเกิดความสมดุล จึงก่อเกิดเป็นสิ่งมีชีวิตขึ้นบนโลกมนุษย์ พระอิศวร ตามความเชื่อ ของชาวล้านนา จึงได้รับการยกย่องว่าเป็น "ผู้สร้างโลก"

ต่อมา ลูกของท้าวเทวราชอาสาที่จะมาดูแลทุกข์สุขบนโลกมนุษย์ โดยก่อนเดินทาง ได้ขอพรจากพระอินทร์เพื่อให้ฆ่าไม่ตาย ฆ่ากลางวันก็ไม่ตาย ฆ่ากลางคืนก็ไม่ตาย อีกทั้งยังไม่ตาย ด้วยคมหอก คมดาบ แต่เมื่อมาอยู่บนโลกมนุษย์ลูกของท้าวเทวราชกลับทำลายล้างชีวิต โดยจับ มนุษย์และสัตว์กินเป็นอาหาร มนุษย์และสัตว์เหล่านั้นก็พยายามต่อสู้แต่ไม่เป็นผล ความจึงร้อนถึง พระอินทร์

เมื่อเป็นเช่นนั้น พระพิฆเนศก็ทรงรับอาสาที่จะลงมาปราบ แต่ก่อนเดินทางได้ทูลถาม พระอินทร์เกี่ยวกับพรที่ลูกของท้าวเทวราชขอ เมื่อเห็นช่องว่างของพรดังกล่าว จึงลงมาสู้รบกับลูก ของท้าวเทวราชจนเวลาสลุ่มค่ำ (โพล้เพล้) พระพิฆเนศก็เข้ากอดและใช้งาที่มแทงร่างของลูกท้าว เทวราชจนตาย พระพิฆเนศตามความเชื่อของชาวล้านนา จึงได้รับการยกย่องว่าเป็น "พระพิฆณู เจ้าโลก" คอย ปกป้องรักษาและเป็นบรมครูแห่งโลก ดังที่หมอมืองท่านหนึ่งในชุมชนบ้าน เนินสมานมิตรได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า "...บางทีจะมีผีเข้าทางนี้ (ล้านนา) เอาออกได้หมดเลย เนื่องจากมีตำราพิฆณูเจ้าโลก..."⁶⁴

อีกทั้ง ชาวล้านนายังมีความเชื่อว่าบุคคลประกอบขึ้นจากรูปกับนาม คือ กาย (ธาตุ) กับใจ (ขวัญ) อย่างสมดุลและสัมพันธ์กัน เมื่อมีเหตุทำให้เสียสมดุลหรือไม่สัมพันธ์กัน เช่น

⁶⁴ สัมภาษณ์ เสริม หาญกล้า, หมอพื้นบ้านล้านนา, 5 กันยายน 2543.

ขวัญตก ขวัญเสีย ขวัญหาย ขวัญอ่อน หรือธาตุเสีย ธาตุอ่อน ธาตุพิการ ก็จะมีผลกระทบก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยได้

นอกจากนี้ ชาวล้านนายังมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องกฎแห่งกรรม โดยเชื่อว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นกรรมชนิดหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดจากความสัมพันธ์ภายนอกตัวตนระหว่างคนกับคน คนกับชุมชน คนกับผี/จิตวิญญาณ คนกับธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นความพยายามของชาวล้านนาที่จะอธิบายเชื่อมโยงไปถึงการเวียนว่ายตายเกิดของสรรพสัตว์และชีวิตมนุษย์ อีกทั้งความพยายามที่จะแสวงหาและเรียนรู้หนทางดับทุกข์อันเป็นพระธรรมคำสอนของพุทธศาสนา ดังที่หมอมืองได้กล่าวถึงธรรมะผูกหนึ่งชื่อ “คัมภีร์ปรมัตถ์สัตตา” ซึ่งเป็นธรรมะสูงสุดของสัตว์โลกที่กล่าวถึงหลักแห่งการเรียนรู้ให้พ้นจากทุกข์และหลุดพ้นจากองคะวัฏสงสาร

ด้วยเหตุดังกล่าว ชาวล้านนาจึงมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และเชื่อว่าเหตุแห่งการเจ็บไข้ได้ป่วยเกี่ยวข้องกับ “กรรม” ทั้งกรรมจากการกระทำในปัจจุบัน และกรรมจากการสั่งสมมาแต่อดีตชาติ ดังที่ ยิงยง เทาประเสริฐ ได้สรุปไว้อย่างชัดเจนว่า เริ่มตั้งแต่เกิดที่พ่อแม่เป็นผู้กำหนดกรรมพันธุ์ของชีวิตใหม่ หากพ่อแม่ให้แต่กรรมดี ทารกย่อมมีสุขภาพดีโดยกำเนิด ความสามารถของชีวิตใหม่ที่จะเจริญเติบโตและอยู่รอดตามวงจรชีวิต เป็นขีดความสามารถที่มหัศจรรย์ยิ่งของชีวิตที่เป็นไปตามกรรมที่ติดตัวมาแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพียงแต่ต้องมีเงื่อนไขและปัจจัยการดำรงชีวิตพื้นฐานที่เอื้ออำนวย เช่น มีอาหารที่มีคุณค่าไว้ประทังชีวิต มีอากาศบริสุทธิ์ไว้หายใจ มีน้ำสะอาดไว้ดื่มแก้กระหายและมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยถูกชะตาราசி เป็นต้น

“สุขภาพ” ของชาวล้านนา จึงมิใช่เป็นเรื่องเฉพาะของหมอ ยาหรือโรงพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว ดังที่มีชาวบ้านได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า

“...ตั้งแต่เกิดมาชื่อ สมนึก แต่มันไม่ถูกกับชื่อสมนึก ทำให้ร้องไห้บ่อย พี่น้องจึงเรียกว่า วรณ...”⁶⁵

“...อู้อยู่ตัวยังแข็งแรงอยู่ ไม่ได้กินยาสมุนไพร แต่กินผักพื้นบ้านต่างๆ...”⁶⁶

⁶⁵ สัมภาษณ์ คำ ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁶⁶ สัมภาษณ์ คำ ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

กล่าวโดยสรุป สุขภาพของชาวล้านนาเป็นเรื่องของการดำเนินวิถีชีวิตให้เป็นสุขทั้งในระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ร่างกายและจิตวิญญาณ ในระดับครอบครัวและเครือญาติที่ต้องพึ่งพาอาศัยเกื้อกูล เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังรวมไปถึงการดำเนินชีวิตในระดับชุมชนและสังคมอีกด้วย

2. ทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

2.1 การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม

เป็นที่สังเกตว่า สภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อการกำหนดกฎเกณฑ์ เงื่อนไขของวิถีการดำเนินชีวิต ศักยภาพทางภูมิปัญญา เทคโนโลยีในการดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลและชุมชน จะแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละท้องถิ่น การมีสุขภาพดีของแต่ละบุคคล จึงผูกพันและเชื่อมโยงกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยรวม ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในชุมชนล้านนา ดังกรณีตัวอย่าง ชุมชนบ้านเนินสมานมิตร เมื่อมีชาวบ้านได้รับความเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นในชุมชน สมาชิกในครอบครัว/เครือญาติก็จะให้การช่วยเหลือดูแลรักษาสุขภาพตามวิถีชีวิต ที่ได้รับสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษ ดังที่ชาวบ้านได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า

“...ถ้าพูดถึงเบื้องต้นจริงๆ เมื่อเจ็บป่วยท้องร่วงเล็กๆ น้อยๆ ในสมัยก่อนก็จะนำไปฝรั่งมามัดแล้วตัดหัวตัดหางแล้วก็แช่น้ำ ใส่ข้าวเจ้า 7 เม็ดลงไปด้วย ให้ลูกกินเวลาท้องร่วง ส่วนมากจะไม่เกิน 7 วัน ก็จะหยุด...”⁶⁷

“...ถ้าไอก็จะนำเม็ดมะกอกเผา เอาส่วนที่เป็นเม็ดในนำมาแช่ให้กิน แต่บางครั้งก็ใช้น้ำผึ้งกับมะนาว...”⁶⁸

“...ถ้ามีเด็กตัวร้อนมากๆ เขาก็จะนำไปค้ำคาว ใบที่เหม็นๆ คาวๆ นำมาตำแล้วนำมาปะหัวทั้งวันทั้งคืน แต่ใช้ก็จะลดลง...”⁶⁹

⁶⁷ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

⁶⁸ สัมภาษณ์ ชัยศิลป์ ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

⁶⁹ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

"...แก้อาการไอ โดยนำตะไคร้มาเผาไฟมันจะอ่อนและนำเกลือเม็ดใหญ่ๆ ใส่ข้างในตะไคร้ เมื่อนำมาแช่น้ำจะได้มีรสชาติดี จะหอมนิด เค็มนิด..."⁷⁰

"...เอาใบบัวแห้ง แล้วเอาใบตองกล้วยตีบมาพัน แล้วสูบเป็นบุหรี่... ใช้รักษาโรคหอบและไอได้ด้วย..."⁷¹

"...แม่จะไปเด็ดใบฝรั่งมา 1 กำ โดยต้องกลั่นหายใจ เอามือข้างซ้ายเด็ด ใบฝรั่งมา 1 กำ แล้วนำมือขวามัด แล้วใช้มีดปาดต้องกลั่นหายใจด้วยนะ เมื่อปาดเสร็จก็นำไปแช่น้ำ ใส่น้ำแค่แก้วเดียว กินจนมันจืด..."⁷²

"...ถ้าอาเจียน... หย่าปากควายกับผักขมหนาม นำมาแช่น้ำใส่เกลือนิด หน่อย จะรักษาอาการได้..."⁷³

"...ถ้าร้อนในให้บวบก นำมาแช่น้ำใส่เกลือลงไปนิดหน่อยแล้วจึงให้เด็ก กิน..."⁷⁴

"...ถ้าไอหรือเจ็บคอก็ต้มขิงให้กิน โดยใส่เกลือเม็ดลงไปด้วย หรืออาจนำ ตะไคร้ไปหมก แล้วใส่ลงไปใต้น้ำข้าวใส่เกลือลงไปด้วยเล็กน้อย เอาให้กิน ก็หาย..."⁷⁵

"...ถ้าไปทำงานมาแล้วโดนมีดบาดหรือโดนตะปูตำ แล้วเลือดออกมากก็ จะนำหญ้าแมงวาย (หญ้าสาบเสือ) มาทุบแล้วประคบแผล ก็จะทำให้ หายได้ นอกจากนั้นยังมีใบตองแตกก็ใช้ได้ คนสมัยก่อนจะใช้ใบตองแตกเพื่อรักษาโรคบาดทะยัก เพราะไม่มีโรงพยาบาล โดยเด็ดใบตองแตก เด็ดก้าน เด็ดยอด เอามาแตะที่แผล..."⁷⁶

ฯลฯ

⁷⁰ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

⁷¹ สัมภาษณ์ แก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ, กลุ่มแม่บ้านและศูนย์แปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร, 28 สิงหาคม 2543.

⁷² สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁷³ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁷⁴ สัมภาษณ์ ไพ สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁷⁵ สัมภาษณ์ ไพ สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁷⁶ สัมภาษณ์ นคร สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

จะเห็นได้ว่า การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวล้านนาที่สะท้อนออกมาให้เห็นลักษณะของวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับธรรมชาติ มีการสังสมสืบทอดกันมาช้านานจนก่อให้เกิดเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเอง (Self Care) ด้านสุขภาพอนามัยขึ้น สิ่งเหล่านี้เองเกิดขึ้นมาจากความต้องการอยู่รอดของชีวิต จึงสามารถผสมผสานกลมกลืนสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์จากคนรุ่นหนึ่งสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง โดยการถ่ายทอดในลักษณะนี้ไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ (หมอพื้นบ้านล้านนาหรือหมอเมือง) ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า "...เราก็ตามพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายมา..."⁷⁷

ฉะนั้น การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรมจึงเป็นทางเลือกที่ชาวบ้านสามารถประพฤติปฏิบัติได้เอง โดยอาศัยองค์ประกอบสำคัญคือ การถ่ายทอดความรู้และพิธีกรรมธรรมชาติที่ขึ้นอยู่รายล้อมรอบบ้านเรือน/ที่อยู่อาศัย/หัวไร่ปลายนานหรืออาจกล่าวได้ว่าเป็น "สมุนไพรใกล้มือ" นั่นเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีลักษณะเป็นสมุนไพรเดี่ยว ผสมผสานกับพิธีกรรมบางอย่างบ้างเพื่อผลทางด้านจิตใจ

2.2 การดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา

หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ชาวล้านนาก็จะอาศัยการวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยโดยหมอพื้นบ้านในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ซึ่งมักจะเริ่มต้นด้วยการซักประวัติทั่วไป เช่น อายุ อาชีพ ครอบครัวยุ และความประพฤติ โดยเฉพาะการสอบถามถึงอาการการกิน อาการและความเจ็บป่วยในอดีต หรืออาจตรวจร่างกายโดยการสังเกต การดูดวง การคำนวณธาตุ รวมทั้งการพิจารณาสมุฏฐานเพื่อหาสาเหตุว่า เกิดจากขวัญ เคราะห์ (วิบาก/เวรกรรม) ผีเลือกดล (ธาตุ) หรือจากการเบียดเบียนของพยาธิ (สิ่งบุกรุกนอกร่างและสิ่งบกพร่อง/เสื่อมสภาพในกาย ไม่ได้หมายถึงเฉพาะปาราสิต) เพื่อจะดำเนินการรักษาโดยปรับสภาพร่างกายและจิตใจให้เข้าสู่ภาวะสมดุล หรือให้การบำบัดรักษาเฉพาะอาการ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ถ้าตัวร้อนมากๆ ทำอย่างไรก็ไม่หายก็จะไปหาหมอที่เกี่ยวกับผี ไปถามว่าผีที่ไหนทำ บางทีก็จะเป็นพ่อแม่ข้างบนทำบ้าง ผีตายโหงทำบ้าง เมื่อทำอย่างนี้ (แกว่งข้าว) ก็จะหายไม่ต้องไปหาหมอ..."⁷⁸

⁷⁷ สัมภาษณ์ นคร สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁷⁸ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

"...มีเจ้าที่ก็จะมาทำเด็กคนนี่คือ จะไม่กินข้าว กินน้ำ 8 วัน แล้วจึงได้หาหมอมือดูว่าทำไมเด็กถึงไม่สบาย..."⁷⁹

"...บรรณาทอนนั้นอายุประมาณ 3-5 ขวบ ไม่สบายบ่อยมาก มีทั้งผื่นนั้นผื่นนี้ทำ และพ่อแม่ข้างบนบ้าง ก็ไปตามอู๋ยามา (หมอมือเมือง) ถึงได้รู้ แล้วก็หาย โดยบางที่เป็นเพราะพ่อแม่ข้างบนอยากได้ถุงเล็กๆ ตอนนี่ไม่เป็นแล้วหายแล้วก็ต้องมีการใส่หมาก ใส่พลู มีการใส่หมาก 3 ถุง แม่หาบ พ่อถุง 3 ถุง ตั้งแต่นั้นมาก็ไม่ได้เปลี่ยนเลย แต่เมื่อตอนเด็กๆ จะเปลี่ยนหมาก เปลี่ยนพลูตลอด..."⁸⁰

"...มีเด็กคนหนึ่งร้องไห้ทุกคืน ผมบอกว่า ให้เอาก๋วยมาหาเดี๋ยวจะทำให้ แต่พอผมไปมัดให้ เด็กก็ไม่ร้องให้อีก พอตกลงกลางคืนเขาก็มาเข้าฝันผมเลยว่ามีผีมาทำให้ เมื่อผมไปมัดยันตีให้ ผมจึงได้ฝัน..."⁸¹

ฯลฯ

เป็นที่น่าสังเกตว่า การบำบัดรักษาโรคของหมอพื้นบ้านล้านนาหรือหมอมือเมืองมักจะใช้หลักเสริมสร้างสิ่งขาด กำจัดส่วนเกิน ล้างออก สิ่งพิษ แก้ไขพยาธิ (หมายถึงอาการไม่สบาย) และบำรุงเลือดลม⁸² เพื่อก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างคนกับธรรมชาติ ซึ่งอาจจะใช้อาหารสมุนไพรหรือพิธีกรรมเข้าแก้ไข

ทั้งนี้ อาหารมิได้เพียงแต่จะบรรเทาความหิว แต่ยังเป็นสมุนไพรและมีสรรพคุณทางยา โดยอาหารที่แสดงก็อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดโรค หรือการเจ็บป่วย จึงต้องงดเว้นอาหารบางจำพวกกับบางสภาวะการณของบุคคลที่อยู่ในบางสถานะ สำหรับสมุนไพรที่ใช้รักษาตามอาการก็มีทั้งสดและแห้ง ส่วนใหญ่แล้วจะใช้ในรูปตำรับมากกว่าสมุนไพรเดี่ยว โดยใช้ในหลายรูปแบบ เช่น กิน ทา สูบ ดม พอก อาบ สัก รม ฯลฯ หากปวดเมื่อยและเจ็บป่วยทางกายก็อาจบำบัดรักษาด้วยการนวด เพื่อคลายความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อและคลายเส้นทำให้เลือดลมไหลเวียน

⁷⁹ สัมภาษณ์ คัด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁸⁰ สัมภาษณ์ คัด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁸¹ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁸² ยิ่งยง เทาประเสริฐ และพัชรา ก้อยชูสกุล, บรรณานุกรม, ทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอมือเมือง), (เชียงใหม่ : สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, 2543).

นอกจากนั้นยังใช้วิธีอบ/ประคบสมุนไพร ทำพิธีส่งเคราะห์ สูขวัญ สืบชะตา บูชา เทียน เช็ด แหก ย่ำขาง เป่าท่า ขวากซุย ฯลฯ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ป่าคนที่เดินสวนไปเมื่อสักครู่ แก่เจ็บที่สีข้าง ลุงจุ่มจึงใช้คาถา ใช้น้ำมนต์และส้มป่อย แหกด้วยเขี้ยวหมูป่า และใช้ใบผักตดเช็ด เมื่อเช็ดแล้วก็จะนำไปทิ้งข้างหลังที่ละใบ เราก็นำมาอ่านดู เช่น โดนผีทางตรงไซ้ใหม่ ก็จะทำให้การวาไม้..."⁸³

"...เท้าของฉันเป็นตุ่ม มีหัวใหญ่มาก เดินไม่ได้เลย บวมมาก ต้องหิ้วขาหรือคานไป แก่ (แม่อยู่แสง หมิ่นคำ) ก็มารักษาให้ เป็นอย่างไรก็ไม่รู้ แก่รักษาแบบรม จะมียาอยู่ในนั้นและจะมีตองกล้วยตีบมารม รมอยู่ประมาณไม่เกิน 7 วัน ตุ่มนั้นก็แตกเลย จะมีหนองไหลออกมาเรื่อยๆ รวมทั้งเลือดดำเลือดแดงที่สะสมอยู่ด้วยจะออกมาหลังจากนั้นก็หาย..."⁸⁴

"...แม่อยู่คำเป็นลมผิตเดือนตอนอายุ 17 ปี มีอาการเวียนหัว ปวดหัว ปวดท้องแต่ถ่ายแค่นิดเดียวและปวดท้องมาก มีอาการเป็นไข้จับสั่น ฮม (รม) ยาอยู่ 3 หม้อจึงหาย พร้อมทั้งกินยาฝน หมอสมนำยามาให้เป็นถุงๆ ยาเป็นเล่มๆ นำมาฝนกับหิน เป็นหินน้ำตกตามลำคลองบ้านเรา ต้มยาเข้า-เย็นติดต่อกัน 3 วัน..."⁸⁵

"...ลูกคนแรกลุงสมก็เป็นคนทำคลอดให้ เด็กๆ พวกนี้ (หลานๆ) ลุงสมก็เป็นคนทำคลอดให้ ไม่ได้ไปเกิดที่โรงพยาบาล..."⁸⁶

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ยังคงความเข้มแข็งและสามารถรับใช้สังคมได้อย่างต่อเนื่องยาวนานถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตการณ์เอชไอวีในภาคเหนือตอนบน (พ.ศ.2531-2534) ที่ระบบบริการทางการ

⁸³ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁸⁴ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

⁸⁵ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁸⁶ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

แพทย์และสาธารณสุขของรัฐไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้ เนื่องจากทางสาธารณสุขยังไม่มีวิธีแก้ไขปัญหาย่างเป็นกระบวน และยังมีมองเอดส์เป็นโรคระบาดชนิดหนึ่งที่ไม่มีการรักษา ทำให้ผู้ที่เริ่มรู้ว่าติดเชื้อ/เริ่มแสดงอาการตื่นตระหนกแสวงหาทางรอดโดยหันมาพึ่งพามอพื้นบ้าน⁸⁷

สามารถกล่าวได้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนากับระบบย่อยอื่นๆ ในสังคมไม่ว่าจะเป็นระบบการเมือง/การปกครอง เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว การศึกษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนา มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว เครือญาติ ชุมชน และสังคม

สิ่งเหล่านี้เองทำให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนาจึงมีอาจแยกส่วนออกจากชุมชน และยังคงแสดงบทบาทหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ กอปรกับหมอพื้นบ้านล้านนา/หมอเมืองมิได้ทำหน้าที่แต่เพียงให้การป้องกันดูแลรักษาสุขภาพของบุคคลภายในชุมชนเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณและเสริมสร้างกำลังใจให้แก่หมู่มวลชนมาชิกของสังคมควบคู่ไปด้วยเสมอ ได้แก่ ปู่จารย์ (มัคนายก) แคว่น (กำนัน) พ่อหลวง/แก่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) แก่เหมือง แก่ฝ่าย ฯลฯ ซึ่งบุคคล เหล่านี้ถือว่าเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้การเคารพนับถือ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...พอถึงปีใหม่ (สงกรานต์) ก็จะไปรดน้ำดำหัวหมอสม ปัจจุบันนี้ยังทำอยู่ ทำทุกปีเลย เพราะหมอสมเคยมีบุญคุณต่อเรา เรายังนับถือหมอสมอยู่ โดยเมื่อมีอาหารหรือมีอะไรก็นำไปแบ่งให้แกกิน ไปเที่ยวหาบ้าง..."⁸⁸

ฯลฯ

2.3 การดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

กระแสการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน สามารถเป็นที่พึ่งและเป็นทางเลือกที่สำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้าน แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด เช่นเดียวกับระบบ

⁸⁷ ยิ่งยง เทาประเสริฐ, ประสบการณ์และศักยภาพการแก้ปัญหาเอดส์ขององค์กรประชาชน, (เชียงใหม่ : สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, 2543), หน้า 22.

⁸⁸ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

การแพทย์พื้นบ้านล้านนาและการดูแลสุขภาพสภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ทางเลือกในการดูแลสุขภาพสภาพเหล่านี้จึงเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของชาวบ้านเท่านั้น ขึ้นอยู่กับเบื้องหลังประสบการณ์การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชน ดังที่มีชาวบ้านกล่าวกับผู้วิจัยว่า

"...ส่วนมากแล้วคนในหมู่บ้านนี้ เมื่อเจ็บป่วยก็จะไปนอนโรงพยาบาลเลย ไม่ค่อยจะมีที่ไม่ไป..."⁸⁹

"...เวลาที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในบ้านไม่ได้ปรึกษาใคร ไปหาหมอจะปรึกษากัน 2 คน นึกถึงหมอ นึกถึงโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก..."⁹⁰

"...ป่วยเป็นโรคไต มารู้ตอนที่เริ่มรักษาประมาณ 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อก่อนหมอบอกว่าเป็นโรคปวดเอวเฉยๆ ไปหาหมอก็จะได้ยาแก้ปวดมากิน เมื่อกินแล้วบางครั้งก็หาย บางครั้งก็ไม่หายจะเป็นๆ หายๆ เป็นมาเรื่อยๆ จนได้ทำงานหนัก คือ เภารถไปไถนา ก็ทำให้ปัสสาวะเป็นเลือด จึงได้ไปตรวจดูและได้นอนที่โรงพยาบาลเลย มีอาการอาเจียน เหนื่อย หอบ เมื่อไปให้หมอตรวจดู หมอก็บอกว่าเป็นโรคไตอักเสบ ซึ่งในตอนแรกจะเป็นโรคท่อปัสสาวะอักเสบ จากนั้นก็ได้ลามไปที่ไต..."⁹¹

ฯลฯ

จึงเป็นที่สังเกตได้ว่า การตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน มีความเป็นไปได้สูงที่จะหันกลับมาอาศัยการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านล้านนาควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือหากไม่สมหวังกับการรักษาที่โรงพยาบาลก็อาจจะหันกลับมาได้รับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านเพียงอย่างเดียว แต่บางโอกาสถ้าระบบการแพทย์พื้นบ้านไม่สามารถตอบสนองด้านการรักษาพยาบาลให้หายขาดได้ก็อาจจะหันกลับมาใช้ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐอีกครั้ง แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งความเคารพ ศรัทธา หมอเมื่ออยู่ตลอดเวลา ซึ่งความเชื่อถือนี้ไม่สามารถลบเลือนไปจากความคิดของชาวบ้านได้ ดังที่มีชาวบ้านกล่าวกับผู้วิจัยว่า

⁸⁹ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

⁹⁰ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

⁹¹ สัมภาษณ์ ชัยศิลป์ ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

"...เมื่อได้รับอุบัติเหตุก็ไปรักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลล้างแผลและเย็บแผลให้ จากนั้นก็กลับบ้าน พักผ่อนแล้วก็หายไป ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดอะไร แม่ก็ให้ลุงอ้าย วางโต มาเป่าให้ เขาเชื่อว่าถ้ามาเป่าด้วยหอม เมืองจะหายเร็วขึ้น..."⁹²

"...ลุงรู้ดีกว่ายา (สมุนไพร) นี้ดี ซึ่งในครั้งก่อนหอม (โรงพยาบาล) ได้เพิ่มตัวยาให้ ก่อนที่จะกินยา (สมุนไพร) นี้ แต่ปริมาณน้ำตาลก็ยังเพิ่มขึ้น แต่ตอนนี้หอม (โรงพยาบาล) ให้ตัวยาลดลง เพราะได้กินยาเมืองนี้ แต่ก็ไม่ได้บอกให้หอมโรงพยาบาลรู้ เดี่ยวหอมจะว่ารักษาทางนั้นดีแล้วจะมารักษาที่โรงพยาบาลทำไม..."⁹³

"...การรักษาจะสลับกันไประหว่างโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ และหอมเมืองบ้าง ก็คงต้องช่วยกันไป บางที่รักษาที่นั่นหายนิด รักษาที่นั่นหายนิด ก็จะช่วยกันไป..."⁹⁴

"...ตอนนั้นก็ล้มเนื้ออกเสบ นอนอยู่ แล้วมีคนมาเที่ยวหาเขาบอกว่าไปโป่ง แล้วแกเป่าให้ แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น ยังร้อนอยู่ เมื่อถึงกลางคืนก็ยังร้อนอยู่ หนไม่ไหวจึงได้ไปโรงพยาบาล หอมก็ให้ยามาแต่ไม่หาย เมื่อกินยาของโรงพยาบาลก็รู้สึกว่าการจะหนักขึ้นเรื่อยๆ เมื่อไปหาหอมอีกครั้งหนึ่ง หอมให้นอนและต้องผ่าตัด ถ้าผ่าตัดแล้วจะหาย จึงได้ทดลองดู ทำทั้งสองอย่างเลย เราจะได้ไม่เสียเวลาและจะได้ไม่ทำให้คนป่วยเสียกำลังใจ..."⁹⁵

"...จะไปรักษาเรื่อยๆ เมื่อปวดขึ้นมากก็จะไปหอมที่นั่นนิดที่นั่นหน่อย หอมที่บ้านนี้ก็ไปหา หอมที่บ้านอื่นก็ไปหาไม่ได้รักษากับหอมคนเดียว ไปโรง

⁹² สัมภาษณ์ สมทวี ศรีสวัสดิ์, ชาวบ้าน, 5 กันยายน 2543.

⁹³ สัมภาษณ์ พุ รัตนธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

⁹⁴ สัมภาษณ์ พุ รัตนธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

⁹⁵ สัมภาษณ์ แก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ, กลุ่มแม่บ้านและศูนย์แปรรูปวัตถุดิบสมุนไพร, 28 สิงหาคม 2543.

พยายาบาลแล้วเอายามากินก็ไม่หาย และก็ได้อไปหาหมอแถวบ้านเราที่บ้าน
ลุ่มนี้ได้แก่ บ้านหมอสาร หมอช่วย...”⁹⁶

“...หมอ... แกเป็นหมอเมือง ไปรักษากับแกแล้วแต่ก็ไม่หาย พ่ออยาก
จะให้หายแต่มันไม่หาย ยังเจ็บยังปวดอยู่ เป็นมา 10 กว่าปีแล้ว โรคนี้จะไม่
หายขาด หมอ (โรงพยาบาล) ได้เอาเลือดไปตรวจแล้วบอกว่าเป็นโรค
เก๊าท์ ไปตรวจที่กรุงเทพฯ ปัจจุบันรักษาที่ โรงพยาบาลบ้านเรา (พญาเม็ง
ราย) โรงพยาบาลไทย (เชียงใหม่ประชานุเคราะห์) ถ้าจะไปรักษาที่โรง
พยาบาลแพงๆ ก็ไม่ได้ ไปเจาะเลือดตรวจประมาณ 5-6 ปี ตอนแรกไม่รู้ก็
ทนเอา...”⁹⁷

“...ก่อนที่จะไปหาพ่ออยู่มา ให้ทำพิธี แม่อยู่ก็ได้ทำการรักษาด้วยวิธีอื่น
ด้วย เช่น เช็ดตัวแล้ว แต่ใช้ไม่ลดลง ไปหาหมอที่โรงพยาบาล แต่ไม่หาย
หมอบอกว่าใช้ขึ้นสูง จึงตัดสินใจทำพิธีแกว่งข้าวจะทำให้หายเลย ไม่ต้อง
กินยา ไม่ต้องนอนที่โรงพยาบาล...”⁹⁸

“...เมื่อวานลูกสาวไม่สบาย ตัวร้อนมากและไข้ไม่ลดลงเลย ทั้งๆ ที่ก็ไป
โรงพยาบาลมาแล้ว จึงได้นำดอกไม้ ธูป เทียน เลื่อของใครของมันไป เขา
จะมีผีหม้อหนึ่ง ผีปู่ผีย่า แล้วก็ไปถามดูว่าถูกผีอะไรทำ ผีตายโหงใช่ไหม แต่
ที่ไปถามเมื่อวานเขาบอกว่า พ่อแม่ข้างบนอยากจะกินข้าว อยากให้เราทำ
บุญอุทิศส่วนกุศลไปให้ จากนั้นเราก็บ่นว่า ถ้าลูกเราหายวันนี้อีก 3 วัน จะ
ทำบุญไปให้ ตอนนี้ก็หายแล้ว...”⁹⁹

“...ตอนที่แม่อยู่คาร์ถล้ม แล้วแขนเดาะไปให้แกเป่าให้ก็หายไปเลย ตอน
นั้นก็ไปหาหมอที่โรงพยาบาลด้วย หมอใส่ฝือกให้แล้วจะไปปลุกข้าว จึง
ไปให้หมอเลื่อยออกให้ แล้วไปให้หมอเมืองเป่าให้ ก็หายเร็วมากเลย ไป

⁹⁶ สัมภาษณ์ ตาจัน นันทชัย, ชาวบ้าน 6 กันยายน 2543.

⁹⁷ สัมภาษณ์ ส่ง ธรรมะสอน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁹⁸ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

⁹⁹ สัมภาษณ์ มณี ทับแก้ว, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

หาลุงรัตน์ คำชื่น บ้านทุ่งเจ้าให้แกเป่าให้ แกก็เอาน้ำมันมะกอกหรือน้ำมันงามาทาแล้วเป่าให้ก็เลยหาย..."¹⁰⁰

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนล้านนา ประกอบด้วย 3 ทางเลือกสำคัญคือ การดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา และการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งชาวบ้านสามารถสลับสับเปลี่ยนหรือเลือกปฏิบัติควบคู่กันได้ ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคล/ครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชน ภายใต้เบื้องหลังประสบการณ์การเรียนรู้ ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นในรูปแบบของศักยภาพในการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน

3. ศักยภาพของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กๆ น้อยๆ ชาวบ้านสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้โดยอาศัยการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการดูแลตนเอง (Self Care) โดยนำสมุนไพรใกล้ตัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ตามความรู้ที่ได้สั่งสมมาจากบรรพบุรุษ หรืออาจได้รับคำแนะนำจากคนในครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชน ดังปรากฏรายละเอียดในการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม

กระทั่งความเจ็บไข้ได้ป่วยที่ได้รับมีลักษณะรุนแรงหรือเฉียบพลัน ลำพังชาวบ้านไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพในลักษณะนี้ได้จำเป็นต้องอาศัยผู้ชำนาญการหรือนักวิชาชีพเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพ หากเลือกที่จะดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมอพื้นบ้านก็จะเป็นผู้ให้บริการ หรือเลือกที่จะดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันก็จะมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพของบุคคล/ครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชน ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น

แต่ถ้าการดูแลสุขภาพในลักษณะบุคคลไม่ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยการดูแลสุขภาพเชิงระบบ ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งต้องอาศัยหมอพื้นบ้าน

¹⁰⁰ สัมภาษณ์ มณี ทับแก้ว, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

หลายแขนงเข้ามามีส่วนในการดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่ หมอเมื่อ หมอสูชวัญ หมอนวด หมอยา หมอชวากชุย/หมอเป่า/หมอกระดูก เป็นต้น หรือระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่ให้การดูแลสุขภาพสุขภาพเช่นเดียวกับการให้บริการในโรงพยาบาล ได้แก่ การเอ็กซเรย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กายภาพบำบัด เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบอีกว่า เมื่อมีผู้ได้รับความเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นในชุมชน ถึงแม้ว่าความเจ็บป่วยนั้นจะเป็นเรื่องเฉพาะบุคคลก็ตาม แต่ชาวบ้านเชื่อว่าต้องให้การเอาใจใส่ดูแลรักษา โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกภายในครอบครัวจะให้การดูแลรักษาขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยเท่าที่พอจะกระทำได้ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะไปปรึกษาบุคคลในเครือญาติที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์ เพื่อมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกในการดูแลสุขภาพสุขภาพว่าจะไปรับการรักษาหรือทำพิธีกรรมกับหมอเมืองคนไหน ที่ไหน หรือแม้ว่าในปัจจุบันจะนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลไหน กับหมอ (แพทย์) คนไหน ถึงจะหายขาดหรือหายจากการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว/น่าเชื่อถือ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...เมื่อมีคนป่วยในชุมชนจะไปเที่ยวดู ถ้าเขาเป็นอะไรก็จะถามกัน เช่น ถ้าเจ็บท้องมาก ไข้หนักๆ เป็นมาหลายวันแล้วไม่หาย... ก็จะมาถามดูว่าเป็นหนักขนาดนี้ทำไมถึงไม่ไปโรงพยาบาลก็จะแนะนำให้..."¹⁰¹

"...ถ้ามีคนเจ็บป่วยก็จะมีคนไปเยี่ยมคนป่วยตามบ้าน รวมกันไปหลายๆ คน แล้วก็มีการถามถึงอาการว่าเป็นอย่างไรบ้าง เช่น ปวดหัว เวียนหัว ก็จะแนะนำให้ไปหาหมอที่โรงพยาบาล จะมีการรวมกันไปประมาณ 10 กว่าคน จะไปกันเต็มบ้านเลย เป็นประเพณีถ้ามีใครเจ็บป่วยก็จะมีคนบอกเล่าให้กันฟังแล้วชวนกันไปเยี่ยม มีคำแนะนำอะไรก็จะแนะนำให้เขาไป..."¹⁰²

"...คนบ้านนี้เวลามีใครป่วยเป็นอะไรก็จะรู้กันหมด ถ้ามีใครเป็นอะไรก็จะพากันไปเยี่ยมเพื่อเป็นการให้กำลังใจ เป็นแบบนี้มาตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายายแล้ว เมื่อมีใครเป็นอะไรก็จะไปเยี่ยม ไปเที่ยวหาในตอนกลางคืนเพราะตอนกลางวันต้องทำงาน จะกินข้าวเย็นเสร็จแล้วก็จะพากันไปเยี่ยมเต็ม

¹⁰¹ สัมภาษณ์ ตาจัน นันทชัย, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁰² สัมภาษณ์ สมร ปลูกยะคำ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

บ้านเลย ไปตามอาการว่าเป็นอะไรบ้าง ไปโรงพยาบาลมาหมอบว่าเป็นโรคอะไร อาการดีขึ้นไหม กินข้าวได้ไหม จะให้กำลังใจกัน อย่างเช่น ถ้าบอกว่า ปวดน่องก็จะช่วยกันนวดให้..."¹⁰³

ฯลฯ

กอบปรักบอง องค์ความรู้ในการป้องกันดูแลรักษาสุขภาพของชาวล้านนามีลักษณะเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ส่งสมสืบทอดกันมาช้านาน ชาวบ้านแต่ละคนรู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี จนอาจกล่าวได้ว่าชาวล้านนาแต่ละคนก็จะมีความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพเทียบเท่ากับหมอพื้นบ้าน/หมอเมือง โดยจะมีความรู้ว่ามีอาการอย่างนี้ต้องทำอย่างไร หรือไปหาหมอเมืองคนไหน ไม่ว่าจะไปหาหมอเมื่อ หมอผี/ม้าขี่ หมอสูชวัญ หมอชวากซุย/หมอเป่า/หมอกระดูก หมอยา หมอตำแย หรือหมอนวด ฯลฯ ดังคำกล่าวของชาวบ้าน ที่ว่า "...พ่อของเขาจะทำไรข้าวโพดอยู่ที่ไร เมื่อหักข้าวโพดเสร็จแล้วไม่ได้ไปเลี้ยงผีเจ้าที่ ผีเจ้าที่ก็จะมาทำเด็กคนนี้ (หลาน) คือจะไม่กินข้าว กินน้ำ 8 วัน แล้วจึงได้หาหมอเมื่อดูว่าทำไมเด็กถึงไม่สบาย จึงได้รู้ว่าผีเจ้าที่ที่ไรได้โกรธว่าทำไมไม่ไปเลี้ยง เรานับไว้แล้วว่าจะทำอะไรมากินข้าวโพด บนให้เจ้าที่รักษาให้ เมื่อรู้ว่าเจ้าที่โกรธจึงได้ไปแก้บน แม้อยังไม่ทันกลับถึงบ้านเลย เด็กคนนี้ (หลาน) กินข้าวได้แล้ว..."¹⁰⁴

จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับความเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น แพทย์จะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีความจำเป็นต้องรับภาระเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองเลย เมื่อเป็นเช่นนี้ก็เปรียบเสมือนว่าเป็นการแบ่งเบาภาระความตึงเครียดของผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่ง (ซึ่งอาจนับว่าเป็นการรักษาทางด้านจิตใจ)

อีกทั้งเมื่อมีกรรมและความสัมพันธ์อื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ถ้าโดยลำพังครอบครัวและเครือญาติของผู้ป่วยอาจไม่สามารถจัดการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยได้ ก็อาจจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากชุมชน ได้แก่ ขอให้ชุมชนจัดหายานพาหนะเพื่อนำผู้ป่วยส่งไปหาหมอหรือพาไปหาหมอเมืองที่อยู่ในชุมชนที่มีความสามารถช่วยเหลือให้การดูแลรักษาได้ ดังกรณีที่ชาวบ้านท่านหนึ่งได้กล่าวว่า "...อู้อยู่มีในสมัยก่อนก็ไม่ไปโรงพยาบาล จนพ่อหลวงรัตน์ต้องแนะนำให้ไป โดยเอาแก๊สรถไปเลย เพราะแก๊สไม่ยอมไปโรงพยาบาล..."¹⁰⁵ หรือแม้แต่กรณีผู้ป่วยเอดส์ ใน

¹⁰³ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁰⁴ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁰⁵ สัมภาษณ์ ดำ ดีขยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

ชุมชนอาจให้ความช่วยเหลือด้านกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน โดยคนในชุมชนถือว่าเป็นกรรมของผู้ป่วยเมื่อเขาได้รับการกรมนั้นเขาก็มีความทุกข์ทรมานมากพออยู่แล้ว ชุมชนจึงหันมาช่วยเสริมสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย หรืออาจรวมไปถึงการให้ความช่วยเหลือ สงเคราะห์ ดูแล เลี้ยงดูโดยคนในชุมชน ฯลฯ ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนท่านหนึ่งที่ว่า "...คนที่ติดเชื่อเขามาอยู่ในหมู่บ้าน เป็นคนที่น่าสงสาร และเครือญาติของผู้ติดเชื่อค่อนข้างมีความสัมพันธ์กัน เวลาใครป่วยก็ไปเยี่ยมหากันตลอด..."¹⁰⁶

นอกจากนี้ ยังมีกรณีตัวอย่างครอบครัวผู้ติดเชื่อเอดส์ครอบครัวหนึ่งในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่ง¹⁰⁷ ได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังเกี่ยวกับครอบครัวนี้ว่า เมื่อภรรยาเสียชีวิตสามีซึ่งเป็นไข้ก็จำเป็นต้องออกจากบ้านไปทำงานหาเลี้ยงชีพ จึงปล่อยให้ลูกน้อยอยู่ในความดูแลของเพื่อนบ้าน ผู้สูงวัยท่านหนึ่งซึ่งสงสารเห็นอกเห็นใจ อยู่มาคืนหนึ่งมีขโมยย่องเข้ามาลักไก่ของชายผู้นี้ ซึ่งไก่อดังกล่าวได้รับความอนุเคราะห์มาจากเพื่อนบ้านให้นำมาเลี้ยงเป็นอาหาร ชายไข้ผู้นั้นจึงวิ่งไปบอกพ่อหลวง (ผู้ใหญ่บ้าน) พ่อหลวงจึงประกาศเสียงตามสายให้ผู้ทีขโมยไก่ของนายไข้ไปให้นำกลับมาคืนโดยด่วน มิฉะนั้นจะเอาเรื่องให้ถึงที่สุด และภายในคืนนั้นเองไก่ของนายไข้ก็กลับคืนสู่เล่าได้ตามปกติ จากเรื่องและผู้วิจัยได้รับฟังมานี้ สะท้อนให้เห็นถึงความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร ของคนในชุมชนที่มีต่อกันและกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชนอย่างลึกซึ้งและยากที่จะพรรณนา ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นการแสดงให้เห็นถึงมวลเพื่อสุขภาพ (All For Health) อย่างแท้จริง

กล่าวโดยสรุป ศักยภาพของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านสันสามัคคี ประกอบด้วยความรู้/ความสามารถที่เรียนรู้มาโดยผ่านประสบการณ์ใน 2 ระดับ กล่าวคือ 1) ระดับการดูแลตนเอง (Self Care) คนในครอบครัว/เครือญาติสามารถอาศัยการดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตเพื่อแก้ปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยขั้นพื้นฐาน เนื่องจากคนในชุมชนบ้านสันสามัคคีเป็นชาวล้านนาที่มีพื้นฐานความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ โดยอาศัยการเรียนรู้ในลักษณะประสบการณ์ ควบคู่กับความสัมพันธ์กับธรรมชาติโดยเฉพาะพืชสมุนไพรที่หลากหลายและอุดมสมบูรณ์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน 2) ระดับการพึ่งพาหากเกินความสามารถของคนในครอบครัว/เครือญาติ ชาวบ้านจำเป็นต้องขอรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่ หมอเมือง แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ฯลฯ ทั้งใน

¹⁰⁶ สัมภาษณ์ รัช สันมูล, ผู้ใหญ่บ้าน, 8 กันยายน 2543.

¹⁰⁷ สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 26 สิงหาคม 2543.

ระดับบุคคล และเชิงระบบในกรณีและผู้เชี่ยวชาญระดับบุคคลไม่สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งเชิงระบบนี้ได้แก่ การใช้หมอเมืองหลากหลายแขนงร่วมกันในการรักษา ทั้งนี้ตั้งอยู่บนความเชื่อ/คำแนะนำของคนในชุมชนที่มีความรู้/ประสบการณ์ หรือการใช้วัสดุ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหลากหลายสาขา เพื่อประกอบบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นต้น

จากศักยภาพในการดูแลสุขภาพสุขภาพของชาวบ้านสามารถสะท้อนให้เห็นถึงทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรได้ 3 ทางเลือกสำคัญ กล่าวคือ

1. การดูแลสุขภาพสุขภาพในวิถีชีวิตหรือวิถีวัฒนธรรม ซึ่งปรากฏเป็นส่วนใหญ่ในชุมชนล้านนาที่ยังคงมีพื้นฐานมาจากความเชื่อดั้งเดิม หรือการแพทย์พื้นบ้านล้านนาในลักษณะประสบการณ์ สมุนไพรที่ใช้จึงมักจะเป็นพืชเชิงเดี่ยว หาง่าย ใกล้เคียงมือ แต่สำหรับชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีจุดเด่นที่การผสมผสานองค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับการส่งเสริมจากโรงพยาบาลพญาเม็งรายกับองค์ความรู้ดั้งเดิมที่ได้รับการถ่ายทอด ที่เห็นเด่นชัดคงจะเป็นกรณีการนวดที่ผสมผสานการนวด/การประคบ กับการนวดแบบพื้นบ้านล้านนา ที่สามารถนำมาทดแทนการบริโภคยาแก้ปวดในชุมชนได้

2. การดูแลสุขภาพสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ซึ่งยังคงความเข้มแข็งทั้งในระดับองค์ความรู้ (ตำรา/บ๊อบ) และตัวบุคคล (หมอเมือง) ทำให้สามารถรับใช้สังคมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หมอเมืองยังคงมีบทบาทด้านการคลี่คลายปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน กอปรกับกระแสความนิยมสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย รวมถึงความกระตือรือร้นขององค์กรสนับสนุนที่มีผลต่อความพยายามที่จะฟื้นฟูระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ได้แก่ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงใหม่ โรงพยาบาลพญาเม็งราย มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน (North Net Foundation) เครือข่ายหมอเมือง (ชมรมหมอเมือง 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน) ฯลฯ ส่งผลให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนามีตัวตนและเป็นที่ยึดเหนี่ยวของคนในชุมชนได้

3. การดูแลสุขภาพสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลพญาเม็งรายมีความโดดเด่นในระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพโดยอาศัยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic Approach) ที่มีได้ยึดติดอยู่กับรูปแบบ แต่อยู่ที่เนื้อหาของการให้บริการ ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์โดยไม่ผิดรูปแบบระบบบริการ ไม่ผูกขาดกับวิชาชีพ ยอมรับความหลากหลายของวิธีการดูแล

สุขภาพที่เห็นความเชื่อมโยงของกายและใจควบคู่กันไป ทำให้บทบาทการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลพญาเม็งรายสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰⁸ คือ

1) ระดับการพึ่งตนเอง (Self Care) คือ ความเจ็บป่วยเล็กน้อยที่สามารถดูแลตนเองได้ จะส่งเสริมให้ชาวบ้านทำเองได้ เช่น เทคนิคการประคบ การนวดเพื่อแก้อาการปวดเมื่อย/ฟกช้ำ เทคนิคการอบสมุนไพรเพื่อให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น

2) ระดับชุมชน (Community Care) เสริมความมั่นใจ ให้สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนด้วยการใช้เทคนิคการแพทย์พื้นบ้าน โดยเฉพาะการนวด อบ ประคบ การใช้ยาสมุนไพรในโรคที่พบบ่อย กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งเปิดเผยตนเองเกิดการรวมตัวทำกิจกรรมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเสริมอาชีพและความยอมรับในชุมชน

3) ระดับโรงพยาบาล (Hospital Care) จะเน้นการซักประวัติหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมมากขึ้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ/อาหารการกินที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มโรค เช่น การออกกำลังกาย การนวด การประคบร้อน-เย็น อันจะส่งผลให้การรักษาโรคได้ผลดีขึ้น จัดระบบให้มีผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กัน มีการใช้ยาสมุนไพรผสมผสานกับยาแผนปัจจุบัน ตลอดจนเอาทางเลือกอื่นๆ มาปรับใช้ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย

ตอนที่ 3 การเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

1. การเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเป็นชุมชนขนาดเล็กที่สร้างขึ้นใหม่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ แม้คนในชุมชนจะมาจากคนละทิศละทางแต่เกือบทั้งหมดมาจากอาณาบริเวณภาคเหนือตอนบน จึงอยู่ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้ประสบการณ์การเรียนรู้ของคนในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพมีความคล้ายคลึงกันเป็นอย่างมาก กล่าวคือ

การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของชาวบ้านในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรมส่วนใหญ่จะเป็นการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ โดยอาศัยการปฏิบัติเป็นสำคัญจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต องค์ความรู้ที่

¹⁰⁸ ชารา อ่อนชมจันทร์, "กรณีศึกษาการพัฒนาบริการที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย," ในแนวคิดและประสบการณ์การจั้ดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม. หน้า 66.

ได้รับมีลักษณะเป็นการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์ของบรรพบุรุษที่สั่งสมสืบเนื่องมาช้านาน ดังคำกล่าว
ของชาวบ้านที่ว่า

“...ทั้งหมดนี้อยู่ที่การเรียนรู้ พ่อแม่จะทำให้เราเห็น ซึ่งในสมัยเป็นเด็กก็จะไม่ค่อยสนใจ บางทีคนแก่แถวบ้านก็จะบอก ถ้าไอแล้วไม่หายก็กินนีนั่นนุดู ก็เลยได้ สิ่งเหล่านี้จะจางหายไปถ้ามันไม่สืบทอด...”¹⁰⁹

“...อู๋ยหลอมแม่ของพี่แก้วก็รู้มาก แต่ไม่สอน คนที่จะสอนนะ คนที่สนใจเท่านั้น แก้วถึงจะบอกให้ ถ้าพูดถึงเรื่องสมุนไพรแก้วจะสอนเรื่องเอายานี้ไปกินดูซิ แก้วจะไม่สอนหมด... แก้วจะบอกอันนี้ดิ้นะ เราก็เลยนำมาลองดู...”¹¹⁰

ฯลฯ

นอกจากนี้ การเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรมยังได้รับผลทั้งทางบวกและทางลบจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านระบบสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ ซึ่งการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อเหล่านี้มักมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเป็นอย่างมาก ดังที่ชาวบ้านได้กล่าวกับผู้วิจัยว่า

“...แต่ก่อนมันมีรถขายยามาก โฆษณากันเยอะ...”¹¹¹

“...พอช่วงหลังนี้มันจะมีวิทยุ ราคาถูกๆ ซื้อมาฟังกัน ช่วงนั้นคือการเปลี่ยนแปลงของการใช้ยา... เพราะว่าสมุนไพรต้องใช้เวลา ถ้าเป็นยาของ ยาเม็ดเราจะไม่ใช้เวลา กินได้เลย ชาวบ้านก็เลยเชื่อก่อนนั้นว่ากินแล้วหาย...”¹¹²

“...เดี๋ยวนี้การสื่อสารเริ่มรู้กันแล้วว่าอะไรเป็นอะไร เลือกซื้อยากินเองมันอันตรายหลายอย่าง แล้วข้อมูลข่าวสารก็มาก ทางโรงพยาบาลก็เข้ามาเสนอแนะด้วย อีกอย่างทางหมู่บ้านก็มี อสม. ประกาศเครื่องขยายเสียงพูดกระจายข่าวด้วย ที่นี้ก็แสดงผลพอสมควรนะ...”¹¹³

ฯลฯ

¹⁰⁹ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹¹⁰ สัมภาษณ์ แก้วจันทร์ ศักดีนาคำ, กลุ่มแม่บ้านและศูนย์ผลิตวัตถุดิบสมุนไพร, 28 สิงหาคม 2543.

¹¹¹ สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 26 สิงหาคม 2543.

¹¹² สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹¹³ สัมภาษณ์ เล็ก วิเชียร, ผู้ใหญ่บ้าน, 26 สิงหาคม 2543.

อาจกล่าวได้ว่า การเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพสภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม มักจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพสภาพของชาวบ้านในการพึ่งตนเอง (Self Care) โดยองค์ความรู้ที่ได้รับ ก็มีทั้งองค์ความรู้เก่าที่มีระบบการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์เป็นฐานคิดโดยอาศัยการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ และองค์ความรู้ใหม่ที่มีระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นฐานคิด ซึ่งมักจะเรียนรู้โดยอาศัยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ สิ่งเหล่านี้เองเป็นพื้นฐานสำคัญอันจะนำไปสู่การปรับตัวและการตัดสินใจต่อทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวบ้านทั้งในระดับตนเอง/ครอบครัว/เครือข่าย/ชุมชน

ต่อมาในชุมชนยังมีการดูแลสุขภาพโดยอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ในลักษณะของการสอบถามหรือการสังเกตผู้ที่มีประสบการณ์ตรงมาก่อน จากทางเลือกในการดูแลสุขภาพทั้งในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการพื้นบ้าน และระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง/ครอบครัว/เครือข่าย/ชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...เป็น (ใส่เสื้อ) ตั้งแต่เด็กเลย กำลังมารักษาป็นี่ ที่เก็บไว้เนื่องจากช่วงนั้นกลัวว่าจะโดนตัว... กว่าจะตัดสินใจผ่าตัดก็รอจนมันทนไม่ได้แล้ว เจ็บมาก... แต่ก็ยังไม่ยอมผ่าตัดในทันที แต่เพิ่งมาผ่าตัดได้ไม่นานมานี้เอง... เหตุผลสำคัญที่ยอมผ่าตัดเพราะว่าคนบ้านนี้เคยผ่าตัดก่อนผม... ผมไปแนะนำให้เขาไป (ผ่าตัด)..."¹¹⁴

"...คลินิกหมอทวีชาติ เขาพูดต่อๆ กันมาว่าคนนั้นไปที่นี้มากี่ คนนี้ไปที่นี้มากี่ ก็เลยไปลองไปดู จำไม่ได้ว่าใครพูด ก็เพราะอยากจะให้หายนั้นแหละ ก็เลยไป..."¹¹⁵

"...ครั้งแรกที่รู้สึกตัวว่ามีโอกาสเป็นเบาหวานจากการไปตามชาวบ้านดูว่า อาการหิวน้ำบ่อยและปัสสาวะบ่อยนั้นจะเป็นโรคอะไร ชาวบ้านที่เคยเป็นมาก่อน... เขาจึงแนะนำให้ไปหาหมอ (โรงพยาบาล) ให้หมอตตรวจ..."¹¹⁶

"...เพื่อนบ้านนั้นไม่ได้เป็น แต่อาจจะรู้จากที่อื่นมาแล้วพอที่จะแนะนำเราได้ว่า เขาไปเห็นที่นั่นที่นี้มา ก็จะมาพูดคุยให้ฟังอีกทีหนึ่ง..."¹¹⁷

"...สมุนไพรตัวนี้เริ่มกินครั้งแรกโดยคำแนะนำของญาติ... แบ่งยาให้ต้ม จึงได้ลองกินดู กินแล้วรู้สึกดีขึ้น ต่อจากนั้นจึงไปซื้อยามาต้มเอง..."¹¹⁸

¹¹⁴ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹¹⁵ สัมภาษณ์ ด้า ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹¹⁶ สัมภาษณ์ พู รัตนธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹¹⁷ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹¹⁸ สัมภาษณ์ พู รัตนธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

“...การที่จะตัดสินใจไปรักษากับหมอเมืองคนไหน สิ่งเหล่านี้ก็จะรู้จากพ่อแม่ และถามคนอื่นๆ ที่เคยไปหามาก่อนแล้วก็จำไว้ ไม่ได้จำจากพ่อแม่เท่านั้น แต่สังเกตคนบ้านอื่นและได้ถามเขาด้วย...”¹¹⁹

“...เวลาเจ็บป่วยจะมีทางเลือกในการรักษาหลายทาง เราก็ถามเขาบ้าง คนอื่นจะรู้ว่าหมอคนไหนเก่งในการรักษาโรคอะไร คือ หมอคนนั้นต้องเคยรักษาคนอื่นให้หายก่อน...”¹²⁰

ฯลฯ

ถ้าความเจ็บไข้ได้ป่วยนั้น มีลักษณะเรื้อรัง คนในชุมชนก็มักจะใช้การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยอาศัยการสังเกตหรือทดลองปฏิบัติด้วยตัวเอง เพื่อค้นหาแนวทางในการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติสุข แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าชาวบ้านจะอาศัยการการเรียนรู้ด้วยตนเองในการดูแลสุขภาพสภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม และระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนาเท่านั้น เนื่องจากชาวบ้านมีความรู้จำกัดกับระบบการดูแลสุขภาพดังกล่าวเป็นอย่างดี ต่างกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่ชาวบ้านไม่มีโอกาสได้รู้ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและมีอันตรายค่อนข้างสูง จนไม่สามารถอาศัยการเรียนรู้ในลักษณะนี้กับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...ยารักษาโรคเบาหวานโดยทั่วไป (แผนปัจจุบัน) จะขม แต่ยา (สมุนไพร) นี้ไม่ขม กินแล้วรู้สึกเฉยๆ และจะขับปัสสาวะด้วย ซึ่งจะสังเกตเห็นว่าถ้าวันไหนขับถ่ายของเสียออกมาจะรู้สึกสบาย ถ้ากินยานี้แล้วจะขับปัสสาวะบ่อย ยานี้ได้มาจากหมอเมืองบ้านปาง...”¹²¹

“...ถ้าจะไปตรวจ (เบาหวาน) ในอีก 2 วันข้างหน้า วันนี้จะต้องกินยา (สมุนไพร) มากๆ และปัสสาวะบ่อยๆ เมื่อไปตรวจดูจะมีน้ำตาลประมาณ 120-121 เท่านั้น...”¹²²

“...การที่เหงื่อออกจะมีการขับน้ำตาลออกมา สังเกตจากในสมัยก่อนที่ยังไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน เมื่อไปทำงานแล้วใส่เสื้อตัวจะเป็นเกลือติดอยู่ที่หลัง แต่ถ้าคนเป็นโรคเบาหวานนั้นเหงื่อจะไม่เค็ม...”¹²³

¹¹⁹ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹²⁰ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹²¹ สัมภาษณ์ พุ รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน 28 สิงหาคม 2543.

¹²² สัมภาษณ์ พุ รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน 28 สิงหาคม 2543.

¹²³ สัมภาษณ์ พุ รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน 28 สิงหาคม 2543.

"...ยามงเหลืองตราสิงห์ดำ ยามงแดงตราหมูป่า ยาพวกนี้จะซื้อไว้ประจำบ้านเลย เพราะบางครั้งถ้าสามี ลูกหรือดิฉันเองกินของแสดงแล้วมีอาการเวียนศีรษะหรือ อาเจียนไม่มาก ก็จะไม่เอายานี้มากิน ก็จะทำให้บรรเทาได้..."¹²⁴

ฯลฯ

นอกจากนี้ ทิศทางของการพัฒนาในปัจจุบันยังส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ในการดูแลรักษา สุขภาพของคนในชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจาก องค์ความรู้เก่าที่สั่งสมสืบทอดมาช้านานหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพที่มีลักษณะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนเริ่มที่จะจางหายไป กอปรกับองค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับตามกระแสการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ มีผลต่อการสร้างความแปลกแยกให้เกิดขึ้นในวิถีชีวิตของคนในชุมชน ทำให้การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพสุขภาพของชาวบ้านหันกลับมาอาศัยวิธีประสบการณ์ส่วนตัว ในการดูแลสุขภาพสุขภาพทั้งในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์พื้นบ้านและระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ตอนแรกก็บิบนวดกันมาเรื่อยๆ เราไม่รู้ เพราะเมื่อไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอ ก็ไม่เคยบอกว่าเป็นโรคอะไร..."¹²⁵

"...ฉันว่ายังดีกว่าสมัยนี้ที่ต้องไปกว้านออก นำมิดมากริดและกีกว้านเอาเนื้อที่เสีย อยู่ข้างในออกให้หมด ให้สะอาด จะทรมานขนาดไหนก็คงเจ็บปวดมากๆ แต่ที่อู๋ (หมอเมือง) ทำนี้ไม่เจ็บปวด..."¹²⁶

"...แกจะดูแลตัวเอง ถ้ากินอะไรไม่ได้ รู้สึกอึดอัด ก็จะไม่กิน ทำอะไรไม่เหมาะสมก็ จะไม่ทำ แต่จะออกกำลังกายอยู่เสมอ..."¹²⁷

ฯลฯ

จากลักษณะการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพสุขภาพ ที่กล่าวมาแล้วนั้น มักเป็นการเรียนรู้ในฐานะของผู้ถูกกระทำ แต่สำหรับชุมชนล้านนาไทยยังคงมีจุดเด่นในด้านวัฒนธรรมโดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา จึงสามารถมีการเรียนรู้ในลักษณะของผู้กระทำ โดยอาศัยการถ่ายทอดการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนาสามารถรับใช้สังคม และเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้สืบไป ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

¹²⁴ สัมภาษณ์ ติ๊ก บุญไหล, ชาวบ้าน 5 กันยายน 2543.

¹²⁵ สัมภาษณ์ ชัยศิลป์ ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹²⁶ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹²⁷ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

"...หมอมสมได้เริ่มเรียนหมอเมืองจากอุ้ยสาร โดยมีการตั้งขันสอน (ขันครู) เสียก่อน จากนั้นมีข้อพญาและข้อเตือนจำ จะทำให้ความจำดี เริ่มจากนำข้อมาแล้วมีการมนต์คาถาลงในน้ำผึ้ง แล้วนำน้ำผึ้งไปหล่อใส่ขันข้อแล้วก็นำมาเคี้ยวกัน..."¹²⁸

"...เขาก็จะสอน เขาไม่หวังวิชา จะมาสอนการนวด คนบ้านเราจะไม่หวังวิชาการนวด อยากจะให้รู้กันมากๆ จะได้ไม่ต้องไปบอกให้แกมานวดให้ เพราะบางทีก็จะเจ็บ จะปวดพร้อมกันหลายคน..."¹²⁹

"...ผู้ที่ใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านจะมีครู โดยจะเลี้ยงครู เช่น วัน สงการณ์ ก็ จะสละสลุง ด้วยการนำน้ำส้มป่อย ดอกไม้ไปไหว้ครู โดยทำพิธีที่บ้าน บนหัวนอนจะมีหนึ่งอยู่ เมื่อรักษาใครคนนั้นก็ต้องมาตำหัว ถ้าเขาไม่มากก็จะทำให้เราปวดหัว ฝึครูก็จะมาทำเรา เช่น ถ้าเราไปเช็ดแกหรือทำอย่างอื่นให้เขาแล้วเขาไม่มาตำหัว ฝึครูก็จะมาทำให้เรา เมื่อเราทำบุญส่งไปให้ก็จะหาย..."¹³⁰

ฯลฯ

ในส่วนของ การพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ มักเน้นไปที่การอบรมเผยแพร่ความรู้หรือการสอนสุขศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มผู้นำชุมชน แม้ว่าองค์ความรู้ที่ได้รับมักไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน แต่ด้วยกำลังการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก รัฐบาล โดยเฉพาะนโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) กอปรกับความตั้งใจจริงของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้กิจกรรมเหล่านี้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ได้อบรมนวด เรียนมานานแล้ว เรียนเป็นรุ่นแรก สอนโดยคุณหมอประไพที่อยู่ห้องยา ได้นำกลับมาใช้เหมือนกัน ได้ใช้กับสามีเนื่องจากสามีจะกินยาแก้ปวดทุกวันเลย เมื่อกินยาแล้วอาการปวดก็จะบรรเทาลง แต่ถ้าหมดฤทธิ์ยา ก็จะปวดอีก ก็เลยซื้อยาเคาท์เตอร์เพนและน้ำมันมานวดเพื่อบรรเทาปวด..."¹³¹

¹²⁸ สัมภาษณ์ เสริม หาญกล้า, หมอพื้นบ้าน, 5 กันยายน 2543.

¹²⁹ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹³⁰ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹³¹ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

"...นอกจากไปอบรมนวดแล้วยังได้ไปอบรมโรคเอดส์ อบรมแม่บ้าน อบรมเรื่องยาก เสพติดเพื่อดูแลลูกหลานไม่ให้ติดยา โรงพยาบาลนี้จะดูแลเอาใจใส่ประชาชนและ เยาวชนดีมาก..."¹³²

"...ผมนี้มันไม่ใช่ อสม. นะ มันจะเหมือนหอกระจายข่าว อะไรพวกนี้ใช้หมด จะไป ตลอดอบรม ไปเชียงใหม่ นครปฐม ปทุมธานี ผมไปมาหมดแล้ว ผมจะไป อยู่ตลอด มันไม่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวนะ ทำหลายอย่างของ รพช. ของพัฒนาชุมชน ผมเข้าทุกงาน..."¹³³

ฯลฯ

กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนกระทำได้ 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. การเรียนรู้ในฐานะผู้ถูกกระทำ (Passive Learner) ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ด้วยตนเอง และการใช้ประสบการณ์ส่วนตัว ฯลฯ การเรียนรู้ของชาวบ้านในลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นถึงการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพบนพื้นฐานของความไม่รู้ แต่เพื่อความอยู่รอดจึงพยายามค้นหาวิธีการที่มีโอกาสเสี่ยงน้อยที่สุด หรือมีความเป็นไปได้ในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด

2. การเรียนรู้ในฐานะผู้กระทำ (Active Learner) ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ การถ่ายทอดการแพทย์พื้นบ้าน และการอบรมเผยแพร่ความรู้ ฯลฯ แม้ว่าผลของการตัดสินใจต่อ ทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กับการเรียนรู้ในฐานะผู้ถูกกระทำ แต่การเรียนรู้ในฐานะผู้กระทำมีผลทำให้ชาวบ้านตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาสุขภาพบนพื้นฐานของความรู้/ความเข้าใจในแต่ละแนวทางไม่ว่าจะเป็นการดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังปรากฏ รายละเอียดในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 แสดงการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนิน

สมานมิตร

การเรียนรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง
1. การถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ	- นางेम ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นางมณี ทับแก้ว
	- นายจันทร์จวง ศักดีนำคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนำคำ - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมปู

¹³² สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹³³ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

	- นายนคร สมปู	- นายเบ็ด เร่งเดิน
--	---------------	--------------------

ตารางที่ 4-1 แสดงการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนิน
สมานมิตร (ต่อ)

การเรียนรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง	
2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	- พ่อหลวงเล็ก วิเชียร - อ้อยไร่ ตรงใจ - นางตุ๊ก บุญไหล - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย - นายสง ธรรมะสอน	- นายฟู รัตน์ธรรม - นายสมทวิ ศรีสวัสดิ์ - แม่อุ้ยคำ ดิษยัน - แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย
3. การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ อื่น	- นายฟู รัตน์ธรรม - นางเอม ไพรสบ - แม่อุ้ยคำ ดิษยัน - แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมปู	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นายจันท์จวง ศักดิ์นาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม - นางมณี ทับแก้ว - นายนคร สมปู
4. การเรียนรู้ด้วยตนเอง	- นายฟู รัตน์ธรรม - นางตุ๊ก บุญไหล - นางศรีเวียง ดิษยัน - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมปู	- นายจันท์จวง ศักดิ์นาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นางมณี ทับแก้ว - นายนคร สมปู
5. อาศัยประสบการณ์ส่วนตัว	- นายฟู รัตน์ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นายสมทวิ ศรีสวัสดิ์ - นางศรีเวียง ดิษยัน - แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย - นางสง ธรรมะสอน - นางมณี ทับแก้ว - นายนคร สมปู	- นายจันท์จวง ศักดิ์นาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ - อ้อยไร่ ตรงใจ - นางตุ๊ก บุญไหล - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมปู
6. การถ่ายทอดการแพทย์พื้นบ้าน	- หมอเสริม หาญกล้า	

	- นางศรีเวียง ดิษยัน - ลุงจุม สมปู้
--	--

ตารางที่ 4-1 แสดงการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร (ต่อ)

การเรียนรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง
7. ได้รับการอบรมเผยแพร่ความรู้หรือ การสอนสุขภาพศึกษา	- นางเอม ไพรสบ - นางแก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์
	- นายจันทร์จวง ศักดิ์นาคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นายเปิด เร่งเดิน

2. การปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

การที่ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก ตั้งอยู่ห่างไกลจากความเจริญและพื้นที่โดยรอบรายล้อมด้วยป่าเขาอันอุดมสมบูรณ์ ทำให้มีที่ดินทำไร่ ทำนา ค่อนข้างน้อยและไม่มีแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรเพียงพอ อีกทั้งประชากรส่วนใหญ่อพยพมาอยู่รวมกันจากคนละทิศคนละทาง แต่ก็อยู่ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมล้านนา สภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์และบริบททางสังคมวัฒนธรรมเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้าน กล่าวคือ

ชาวชุมชนบ้านเนินสมานมิตรจำเป็นจะต้องช่วยเหลือตัวเองค่อนข้างสูงด้วยการแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อความอยู่รอดของชีวิตท่ามกลางกระแสการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป กอปรกับความยากลำบากในการดำเนินชีวิตและความหลากหลายของทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ด้วยเหตุที่การรักษาแบบพื้นบ้านล้านนาหรือสมุนไพรไม่มีที่ปรึกษาได้เลื่อน ก็ได้ลองหาดูแล้วว่ามียาอะไรที่รักษาได้เลื่อนได้ เลยตัดสินใจไปหาหมอ หมอบอกว่าต้องผ่าตัดอย่างเดียว จึงผ่าตัดที่โรงพยาบาล..."¹³⁴

"...เมื่อปวดขึ้นมากก็จะไปหาหมอนั่นนิดที่นั่นน้อย หมอที่บ้านนี้ก็ไปหา หมอที่บ้านอื่นก็ไปหา ไม่ได้รักษากับหมอคนเดียว..."¹³⁵

"...ตอนนี้กินยาของโรงพยาบาล ไม่กินยาสมุนไพรแล้วเพราะกินบ่อยแล้ว..."¹³⁶

¹³⁴ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹³⁵ สัมภาษณ์ คำ ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

ฯลฯ

อีกทั้ง การอยู่ร่วมกันในชุมชนภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้ชาวบ้านมีความเคารพเชื่อฟังผู้อาวุโสและเครือญาติ จึงก่อให้เกิดการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชน ยามเจ็บไข้ได้ป่วย ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ครั้งแรกที่รู้สึกตัวว่ามีโอกาสเป็นเบาหวาน จากการไปถามชาวบ้าน... ที่เคยเป็นมาก่อน... เขาจึงแนะนำให้ไปหาหมอ ให้หมอตตรวจ..."¹³⁷

"...แม่ให้ลุงอ้าย วางโต มาเป่าให้ เขา (แม่) เชื่อว่าถ้ามาเป่าด้วยหมอเมืองจะหายเร็วขึ้น..."¹³⁸

"...เขาพูดต่อๆ กันมาว่า คนนั้นไปที่นั่นมากดี คนนี้ไปที่นั่นมากดี ก็เลยไปลองดู..."¹³⁹

ฯลฯ

รวมถึงชาวชุมชนบ้านเนินสนามิตรยังมีการผสมผสานทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว บนพื้นฐานของความหลากหลายของทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ต้มวุ้นเหวดตากิน กินยาสมุนไพรที่โรงพยาบาลให้มา... แต่เมื่อปวดก็จะกินยาพารา..."¹⁴⁰

"...ตอนที่กลับมาจากโรงพยาบาล อุ้มมีมาเป่าให้ เป่าทั้งๆ ที่ยังเข้าเฝือกอยู่..."¹⁴¹

"...หญ้าหนวดแมวที่นำมาต้มกินสามารถรักษาโรคนี้ได้ดี มันไม่ออกแต่ทุเลาลง... ตอนนี้จึงกินยาของโรงพยาบาล..."¹⁴²

¹³⁶ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹³⁷ สัมภาษณ์ พู รัตนธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹³⁸ สัมภาษณ์ สมทวี ศรีสวัสดิ์, ชาวบ้าน, 5 กันยายน 2543.

¹³⁹ สัมภาษณ์ ด้า ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁴⁰ สัมภาษณ์ ชัยศิลป์ ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁴¹ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

ฯลฯ

อีกทั้งยังสามารถกล่าวได้ว่า บ่อยครั้งที่ชาวบ้านเลือกที่จะเรียนรู้และทดลองปฏิบัติดูแลรักษาสุขภาพบนแนวทางใหม่อยู่เสมอ จนก่อเกิดขึ้นมาเป็นประสบการณ์สั่งสม เมื่อมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น ชาวบ้านจึงเลือกที่จะปฏิบัติตัวตามประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ยานั้นน่าจะเป็นยาขับปัสสาวะ ซึ่งการขับถ่ายของเสียออกมาบ่อยๆ นั้นจะเป็นการขับน้ำตาลออกมาด้วย จึงทำให้ตอนนี้เป็นปกติ..."¹⁴³

"...ได้รับการอบรมนวด... ได้นำกลับมาใช้เหมือนกัน โดยใช้กับสามี เนื่องจากสามีจะกินยาแก้ปวดทุกวัน..."¹⁴⁴

ฯลฯ

กระทั่งการปรับตัวในการดูแลรักษาสุขภาพอาจมาในรูปแบบของการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้เจ็บไข้ได้ป่วยในชุมชน ด้วยความห่วงใยเอื้ออาทรซึ่งกันและกันของคนในชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...คนบ้านนี้เวลามีใครป่วยเป็นอะไรก็จะรู้กันหมด... ก็จะพากันไปเยี่ยมเพื่อเป็นการให้กำลังใจ เป็นแบบนี้มาตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายายแล้ว..."¹⁴⁵

"...เมื่อมีคนป่วยในชุมชนจะไปเที่ยวดู ถ้าเขาเป็นอะไรก็จะถามกัน เช่น ถ้าเจ็บท้องมาก ใช้หนักๆ เป็นมาหลายวันแล้วไม่หาย อสม. ก็จะมาถามดูว่าเป็นหนักขนาดนี้ทำไม่ถึงไม่ไปโรงพยาบาลก็จะแนะนำ..."¹⁴⁶

ฯลฯ

นอกจากนี้ คนในชุมชนที่มีความรู้ประสบการณ์ในการดูแลรักษาสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็นของตนเองหรือคนรอบข้าง ชาวชุมชนบ้านเนินสมานมิตรก็มักจะเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์สู่คนรอบข้าง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจทางเลือกสำหรับการดูแลรักษาสุขภาพของคนในชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ตอนนั้นผมไปเที่ยวหา... เขาไม่ได้ใส่เสื้อและใส่แต่กางเกงขาสั้น ผมเห็นแผลจึงได้ถามว่าไปผ่าตัดอะไร เขาก็เลยบอกว่าเป็นไส้เลื่อน ซึ่งตอนนั้นผมมีอาการแล้ว จึง

¹⁴² สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁴³ สัมภาษณ์ พุ รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁴⁴ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁴⁵ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁴⁶ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

สนใจและได้ถามดู เขาบอกว่าถ้าไล่เลื่อน เลื่อนลงมา ถ้าไม่ขึ้นก็จะอีกเสบและจะเป็นอันตราย หมอได้บอกแบบนี้..."¹⁴⁷

"...คนนวดที่เก่งที่สุดในหมู่บ้าน เขาก็จะสอน เขาไม่หวงวิชา จะมาสอนกันนวด คนบ้านเราจะไม่หวงวิชาการนวด อยากจะให้รู้กันมากๆ จะได้ไม่ต้องไปบอกให้เขามานวดให้ เพราะบางทีก็จะเจ็บจะปวดพร้อมกันหลายคน..."¹⁴⁸

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ชาวบ้านมีความจำเป็นต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตเพื่อความอยู่รอดภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ ถึงแม้รัฐบาลพยายามจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัยให้ก็ตาม แต่อาจมิใช่เป็นคำตอบที่ชาวบ้านต้องการอย่างแท้จริง ในความรู้สึกรู้สึกของชาวบ้านการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นเพียงส่วนหนึ่งของทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับระบบทางเลือกอื่นในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา และระบบการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ฯลฯ โดยสังเกตได้จากลักษณะการปรับ

¹⁴⁷ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์น้ำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁴⁸ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

ตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร ดังปรากฏรายละเอียดตามตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 แสดงการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร

การปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง
1. แสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - แม่อุ้ยคำ ดิขยัน - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย - พ่ออุ้ยสมร ปุละยะคำ - นางศรีเวียง ดิขยัน - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม - นายสง ธรรมะสอน - นางมณี ทับแก้ว - นายนคร สมบุญ - นายจันทร์จวง ศักดิ์นาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ - แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นายเปิด เร่งเดิน - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมบุญ
2. ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - นายฟู รัตน์ธรรม - นางเอม ไพรสบ - แม่อุ้ยคำ ดิขยัน - พ่ออุ้ยสมร ปุละยะคำ - นายเปิด เร่งเดิน - นางมณี ทับแก้ว - นายนคร สมบุญ - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นายสมทวิ ศรีสวัสดิ์ - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมบุญ
3. ผลสมณสานทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - หมอเสริม หาญกล้า - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นายจันทร์จวง ศักดิ์นาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ - นางศรีเวียง ดิขยัน - แม่อุ้ยคิด คำดี
4. ปฏิบัติตัวตามประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - นายฟู รัตน์ธรรม - นางเอม ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิขยัน - แม่อุ้ยคิด คำดี - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางตึก บุญไหล - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นางมณี ทับแก้ว

ตารางที่ 4-2 แสดงการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนิน
สมานมิตร (ต่อ)

การปรับตัวของชาวบ้านในการ ดูแลสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง
5. เสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้เจ็บไข้ได้ ป่วยในชุมชน	- แม่ช้อยคำ ดิษยัน - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - แม่ช้อยตาจัน นันทชัย - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - พ่อช้อยสมร ปุละยะคำ - แม่ช้อยอรุณ สอนวิสัย - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์
6. เผยแพร่ความรู้และประสบการณ์สู่คน รอบข้าง	- นางเอม ไพรสบ - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์

3. การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ

นอกเหนือสิ่งอื่นใด ไม่ว่าจะเป็เหตุผลหรือการเรียนรู้ที่ผ่านมาของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ ท้ายที่สุดแล้วชาวบ้านจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็ของตนเอง/บุคคลในครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชนก็ตาม มักจะมีรูปแบบหรือลักษณะที่แตกต่างหลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยพอที่จะจำแนกโดยสังเขปได้ดังต่อไปนี้ คือ

คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร มักจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านในชุมชน เนื่องจาก บริบททางสังคมวัฒนธรรมและสภาพทางภูมิศาสตร์ซึ่งเอื้อให้ชาวล้านนาต้องอยู่รวมกัน พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ความผูกพันและความเอื้ออาทรเหล่านี้ที่มีต่อกันเป็นสายสัมพันธ์ที่ผูกมัดความเป็นชุมชนล้านนาไทยมาช้านาน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...สมุนไพร่นี้เริ่มกินครั้งแรกโดยคำแนะนำของญาติบ้านทุ่งเจ้า เขาบอกว่าได้กินยานี้มานานแล้ว... แบ่งยาให้ต้มกินจึงได้ลองกินดู กินแล้วรู้สึกดีขึ้น ต่อจากนั้นจึงไปซื้อยามาต้มเอง..."¹⁴⁹

"...คำแนะนำที่ได้มาจากภรรยา เป็น อสม. ควบคุมกันไปกับการที่เคยเห็นมาบ้าง ไปตามจากเพื่อนบ้านบ้าง บางครั้งก็เป็นเพื่อนร่วมงาน บางครั้งก็จากการพูดเล่นกับคุณหมอ เพื่อนบ้านนั้นไม่ได้เป็น แต่อาจจะรู้จากที่อื่นมาแล้วพอที่จะแนะนำเราได้..."¹⁵⁰

¹⁴⁹ สัมภาษณ์ พู รัตนธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁵⁰ สัมภาษณ์ ชัยศิลป์ ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

"...การที่จะตัดสินใจไปรักษากับหมอเมืองคนไหน สิ่งเหล่านี้จะรู้จากพ่อแม่และถามคนอื่น ๆ ที่เคยไปหามาก่อนแล้วก็จำไว้ ไม่ได้จำจากพ่อแม่เท่านั้น แต่สังเกตคนบ้านอื่นและได้ถามเขาด้วย..."¹⁵¹

ฯลฯ

หากชาวบ้านตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาสุขภาพตามที่ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านแนะนำแล้ว อาการไม่ดีขึ้น มักพบว่าชาวบ้านจะตัดสินใจเปลี่ยนหมอหากไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความพึงพอใจเป็นหลัก บางครั้งอาจไม่คำนึงถึงเหตุผล ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...เมื่อปวดขึ้นมา ก็จะไปหาหมอที่นั่นนิดที่นั่นหน่อย หมอที่บ้านนี้ก็ไปหา หมอที่บ้านอื่นก็ไปหา ไม่ได้รักษากับหมอคคนเดียว..."¹⁵²

"...ตอนนั้นก็ไปหาหมอที่โรงพยาบาลด้วย หมอใส่เฝือกให้แล้วรับจะไปปลูกข้าว จึงไปให้ หมอเลื่อยออกให้ แล้วไปให้หมอเมืองเป่าให้ ก็หายเร็วมากเลย..."¹⁵³

"...เป็นคนไข้ของ... หมอเมือง ไปรักษากับแกแล้วแต่ก็ไม่หาย... ยังเจ็บยังปวดอยู่ เป็นมา 10 กว่าปี แล้วโรคนี้จะไม่หายขาด หมอโรงพยาบาลได้เอาเลือดไปตรวจแล้ว บอกว่าเป็นโรคเก๊าท์... ปัจจุบันรักษาที่โรงพยาบาลบ้านเรา..."¹⁵⁴

ฯลฯ

นอกจากนี้ การตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านยังตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลหรือประสบการณ์เรียนรู้ที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองหรือคนในครอบครัว ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...เหตุผลสำคัญที่ยอมผ่าตัด เพราะว่าคนบ้านนี้เคยผ่าตัดก่อนผม..."¹⁵⁵

"...มีความเชื่อที่จะรักษาทั้ง 2 แบบ อาการของโรคก็ไม่ดีขึ้น กินยาที่ได้จากโรงพยาบาลก็จะหายแค่ชั่วคราว แต่รักษากับหมอที่โรงพยาบาลดีกว่ารักษากับหมอ

¹⁵¹ สัมภาษณ์ มณี ทับแก้ว, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁵² สัมภาษณ์ ดำ ดีชัยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁵³ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁵⁴ สัมภาษณ์ ส่ง ธรรมะสอน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁵⁵ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

เมือง ปัจจุบันจึงเลือกที่จะกินยาที่ได้จากโรงพยาบาลอย่างเดียว ไม่ได้กินยาสมุนไพรเลย..."¹⁵⁶

"...เวลาเจ็บป่วยจะมีทางเลือกในการรักษาหลายทาง เราก็ตามเขาบ้าง คนอื่นจะรู้ว่าหมอกคนไหนเก่งในการรักษาโรคอะไร คือ หมอกคนนั้นต้องเคยรักษาคนอื่นให้หายก่อน..."¹⁵⁷

ฯลฯ

อีกทั้ง การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพยังขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค หากกรณีฉุกเฉินจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อน หลังจากนั้นจะใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในการเลือกที่จะดูแลรักษาสุขภาพต่อไป หากผู้ป่วยยังไม่หายในความรู้สึกของชาวบ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเบื้องหลังประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาในอดีต ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...เมื่อได้รับอุบัติเหตุก็ไปรักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลล้างแผลและเย็บแผลให้ จากนั้นก็กลับบ้านพักผอนแล้วก็หายไป ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดอะไร แม็กก็ให้ลุงฮ้ายวางโต มาเป่าให้..."¹⁵⁸

"...ถ้าเจ็บหนักจะไปโรงพยาบาลเลย แต่ถ้าไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วไม่หายก็จะอาศัยวิธีการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านควบคู่ไปด้วยเสมอ..."¹⁵⁹

"...ไปโรงพยาบาลแล้วแต่ไม่หาย หลังจากนั้นก็ได้ไปถาม (พิธิแกว่งข้าว) เมื่อรู้ว่าเจ้าที่โกรธ จึงได้ไปแก้บน..."¹⁶⁰

ฯลฯ

คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร หากเคยได้รับความเจ็บไข้ได้ป่วยและรับการรักษาจนหายแล้ว มักมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาและเผยแพร่วิธีการดูแลรักษาโรคแก่ผู้ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตน เนื่องจากบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีความเชื่ออาถรรพ์ซึ่งกันและกัน เมื่อได้มีโอกาสไปเยี่ยมเยือนก็มักจะให้คำปรึกษาหรือเกี่ยวกับอาการเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้ที่กำลังประสบปัญหา ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

¹⁵⁶ สัมภาษณ์ สง ธรรมะสอน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁵⁷ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁵⁸ สัมภาษณ์ สมทวิ ศรีสวัสดิ์, ชาวบ้าน, 5 กันยายน 2543.

¹⁵⁹ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁶⁰ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

"...ช่วงนั้นเขาก็ป่วยหนักเหมือนกัน ได้ยินว่าเจ็บมาก หน้าเขียวเลยเขาบอกนะ เป็นถึงขนาดหน้าเขียวแล้ว ก็ลองไปโรงพยาบาลบ้านเราดูว่าหมอจะให้ผ่าตัดหรือทำอย่างไร เขาจึงได้ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาล..."¹⁶¹

"...นำหล้ามาเยี่ยมเมื่อป่วยขณะนอนอยู่ในโรงพยาบาล มีคนแนะนำให้แกกินว่านเทวดา ก็เลยแนะนำให้ผมกินบ้าง..."¹⁶²

"...เป็นคลินิกหมอทวีชาติ เขาพูดต่อๆ กันมา... ก็เลยลองไปดู... หลังจากนั้นก็มาชวนแม่ช้อย..."¹⁶³

ฯลฯ

สำหรับชาวบ้านที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข ก็ด้วยเล็งเห็นประโยชน์ของระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้ สามารถพึ่งพิงได้ยามเจ็บไข้ได้ป่วย รวมทั้งโรงพยาบาลพญาเม็งราย ยังเน้นการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก จึงสามารถครองใจของผู้รับบริการเหล่านี้ได้ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...หมอบอกว่าถ้ากินยาแก้ปวดมากๆ จะไปสะสมในร่างกายมาก ทำให้เป็นโรคกระเพาะ ถ้ากินตอนท้องว่าง... เมื่อหมอบอกก็เลยรู้สึกตัวกลัวว่าจะเป็นโรคกระเพาะ เลยกินยาแก้ปวดน้อยลง..."¹⁶⁴

"...หมอให้ดูแลตัวเองโดยไม่ให้ทำงานหนัก แต่ก็ไม่ได้ห้ามกินอาหารอะไร หมอบอกว่าขึ้นอยู่กับตัวคนไข้เอง ควรจะกินอย่างไรต้องรู้เอง ซึ่งถ้ากินอะไรผิดก็จะมีอาการปวดขึ้นมา โดยมีได้อาศัยการดูแลรักษาสุขภาพด้วยวิธีอื่น..."¹⁶⁵

"...มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับหัวเข่า แข็ง ขา ถ้าไม่ปวดหัวเข่า ก็ไม่มีโรคอะไรแล้วรักษาโดยการฉีดยา กินยา..."¹⁶⁶

ฯลฯ

¹⁶¹ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁶² สัมภาษณ์ ชัยศิลป์ ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁶³ สัมภาษณ์ คำ ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁶⁴ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน 6 กันยายน 2543.

¹⁶⁵ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁶⁶ สัมภาษณ์ คำ ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

นอกจากนี้ การตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้านยังตั้งอยู่บนพื้นฐานสิทธิด้านการรักษาพยาบาลตามระบบการประกันสุขภาพของรัฐบาล ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพ จึงเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับคนในชุมชน แต่เงื่อนไขดังกล่าวทำให้ทางเลือกอื่นในการดูแลรักษาสุขภาพไม่สามารถดำรงอยู่ได้ในชุมชน เนื่องจาก ไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ชาวบ้านส่วนใหญ่จึงหันไปสนใจระบบบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้น ในขณะที่รัฐก็ไม่มีความพร้อมที่จะให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งหมดได้ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...สมัยนี้ถ้าเจ็บป่วยก็จะไปโรงพยาบาลเลย ก็จะมีใบอะไรช่วยด้วย (บัตรสุขภาพ)...”¹⁶⁷

“...อายุ 77 ปี เป็นโรคเก๊าท์ แต่อาการดีขึ้นแล้ว หมอที่โรงพยาบาลบอกว่าเป็น จึงให้ยามากิน...”¹⁶⁸

“...เวลาเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็จะไปโรงพยาบาล ครูของป๋องจะเป็นคนพาไป เขามีบัตรประจำตัวนักเรียนอยู่...”¹⁶⁹

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนมีลักษณะที่แตกต่างหลากหลายกันขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละครอบครัว บริบททางสังคมแวดล้อม สภาพสถานการณ์ การเกิดโรคและอื่นๆ

ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐแต่เพียงด้านเดียว อาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชน อีกทั้งยังไม่ตอบสนองความต้องการของชุมชนได้เสมอไป ดังปรากฏรายละเอียดตาม ตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 แสดงการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร

การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง
1. ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านในชุมชน	- นายฟู รัตน์ธรรม - นางเอม ไพรสบ - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย
	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - แม่อุ้ยคำ ดิษยัน - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม

¹⁶⁷ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁶⁸ สัมภาษณ์ ไร ตรงใจ, ชาวบ้าน, 29 สิงหาคม 2543.

¹⁶⁹ สัมภาษณ์ สอน สร้างเสริม, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

	- นายเปิด เร่งเดิน	- แม่อุ้ยคิด คำดี
	- นางมณี ทับแก้ว	- ลุงจม สมปู
	- ป้าไฟ สมปู	- นายนคร สมปู

ตารางที่ 4-3 แสดงการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนิน
สมานมิตร (ต่อ)

การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง	
2. เปลี่ยนหมอกหากไม่สามารถรักษาให้หายได้	- ลุงจม สมปู - นายนคร สมปู - นางสม รัตนธรรม - นางตุ๊ก บุญไหล - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย - แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย - นางริน ราชพรหม - นางมณี ทับแก้ว	- ป้าไฟ สมปู - นายฟู รัตนธรรม - อุ้ยไร ตรงใจ - แม่อุ้ยคำ ดีชัยัน - พ่ออุ้ยสมร ปลายะคำ - นายสง ธรรมะสอน - แม่อุ้ยคิด คำดี
3. ตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลหรือประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับทั้งทางตรง และทางอ้อม	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นางศรีเวียง ดีชัยัน - นายสง ธรรมะสอน - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมปู - นายนคร สมปู	- นายจันทรจวง สักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ สักดีนาคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นางริน ราชพรหม - นางมณี ทับแก้ว - ป้าไฟ สมปู
4. กรณีฉุกเฉินจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อน หลังจากนั้นจะใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในการเลือกที่จะดูแลรักษาสุขภาพต่อไป	- นายฟู รัตนธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - แม่อุ้ยคำ ดีชัยัน - พ่ออุ้ยสมร ปลายะคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์	- นางสม รัตนธรรม - นายจันทรจวง สักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ สักดีนาคำ - แม่อุ้ยจันตา นันทชัย - นางศรีเวียง ดีชัยัน

5. ให้คำปรึกษาและเผยแพร่วิธีการดูแลรักษาโรคแก่ผู้ที่ประสบปัญหา เช่นเดียวกับตน	<ul style="list-style-type: none"> - นายชัยศิลป์ ไพรสงบ - นางเอม ไพรสงบ - แม่อุ้ยดำ ดิษยัน - พ่ออุ้ยสมร ปุลยะคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์
---	--

ตารางที่ 4-3 แสดงการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนิน
สมานมิตร (ต่อ)

การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ	แหล่งอ้างอิง
6. ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - นายชัยศิลป์ ไพรสงบ - นางเอม ไพรสงบ - แม่อุ้ยดำ ดิษยัน - พ่ออุ้ยสมร ปุลยะคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน
7. ตั้งอยู่บนพื้นฐานสิทธิด้านการรักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - นายชัยศิลป์ ไพรสงบ - อุ้ยไร ตรงใจ - นายเปิด เร่งเดิน

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

การดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดของชีวิตจำเป็นจะต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและกระแสการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ลักษณะการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในด้านการดูแลรักษาสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขที่หลากหลาย กล่าวคือ

การเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพมักขึ้นอยู่กับความไม่ใฝ่รู้ด้วยตนเองภายใต้เงื่อนไขหรือความจำเป็นของแต่ละบุคคล โดยสามารถสะท้อนออกมาให้เห็นในหลายรูปแบบ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...กินยานี้แล้วน้ำตาลก็จะไม่เพิ่มขึ้น เป็นยาเมือง ต้องดื่มน้ำทุกวัน ยารักษาโรคเบาหวาน โดยทั่วไปจะขม แต่ยานี้ไม่ขมกินแล้วรู้สึกเฉยๆ และจะขับปัสสาวะด้วย ซึ่งจะสังเกตเห็นว่าตัวหนักขึ้นน้ำหนักของเสียออกมาจะรู้สึกสบาย..."¹⁷⁰

"...ด้วยเหตุที่การรักษาแบบพื้นบ้านล้านนา/สมุนไพรไม่มีที่ใช้รักษาได้เลื่อน ก็ได้ลองหาดูแล้วว่ามียาอะไรที่รักษาได้เลื่อนได้ เลยตัดสินใจไปหาหมอ (โรงพยาบาล) หมอบอกว่าต้องผ่าตัดอย่างเดียว..."¹⁷¹

ฯลฯ

บางครั้งการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพเกิดจากการเจ็บไข้ได้ป่วยหรือประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ทั้งในระดับบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...มีโอกาสดีในการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน ควบคู่ไปกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน..."¹⁷²

"...หญ้าหนวดแมวที่นำมาดื่มน้ำสามารถรักษาโรคนี้ได้ดี มันไม่ออก แต่ทุเลาลง..."¹⁷³

ฯลฯ

อีกทั้ง บริบททางสังคมวัฒนธรรมซึ่งมีผลต่อการยอมรับหรือความเคารพเชื่อถือของชาวบ้าน ก็เป็นเหตุให้เกิดการแสวงหาความรู้เพื่อให้ตนเองหรือคนในครอบครัวสามารถประพฤติปฏิบัติได้สอดคล้องกับครรลองครองธรรม ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...การ "วาไม้" ด้วยคือ ถ้าอิมแล้วก็ไม่ให้ไม้ยาวออกไป แต่ถ้าไม่อิมก็ไม่ให้ไม้ยาวเท่าเดิม ไม้ที่ใช้เราจะตัดเองและวาเอง..."¹⁷⁴

"...มีการเรียนคาถา เมื่อเรียนคาถาจบ ก็มีการเรียนหนังสือยา เรียนถึงตัวยา มีพิษ ญู เรียงไม้ต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร..."¹⁷⁵

¹⁷⁰ สัมภาษณ์ พู รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁷¹ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁷² สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁷³ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁷⁴ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁷⁵ สัมภาษณ์ เสริม หาญกล้า, หมอพื้นบ้านล้านนา, 5 กันยายน 2543.

๗๗

นอกจากนี้ ด้วยความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ตัวเองไม่รู้ ก็เป็นเหตุสำคัญอันหนึ่งที่จะทำให้ชาวบ้านพยายามแสวงหาทางเลือกอื่นหรือพยายามที่จะหาความรู้ในสิ่งที่ตัวเองไม่รู้เพิ่มเติมเพื่อความอุ่นใจ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ผมเป็นไส้เดือนตั้งแต่ประถม... จนกระทั่งผมไปอบรม ซึ่งตอนนั้นมีอายุแล้วไปสมัครเป็น อสม. จึงได้รู้ว่าไส้เดือนเป็นอย่างไร จึงรู้ว่าตนเองเป็นแน่..."¹⁷⁶

"...ไปโรงพยาบาลหมอ X-ray ดูจึงรู้ว่า เป็นนิ้ว ตอนนั้นกลัวจึงกินยาของโรงพยาบาล และไปผ่ามา 1 ครั้งแล้ว ประมาณ 8-9 ปีมานี้ สาเหตุที่กลัวผ่าตัด เจ็บไม่มาก แต่กลัว กลัวว่าจะไม่ฟื้น หมอว่าถ้าไม่ผ่าตัดมันจะกินไตหมด จะทำให้ไตวาย แต่ในขณะเดียวกันเมื่อได้ยินคนอื่นพูดว่ายาอะไรดีก็จะซื้อมาต้มกิน..."¹⁷⁷

๗๘

สิ่งที่สำคัญยิ่งต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพคือ **ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน** เนื่องจากเป็นบทเรียนที่พบเห็นได้ง่าย ร่ายล้อมอยู่รอบตัว ชักถามได้อย่างเจาะลึก จริงใจและเชื่อถือได้ในมุมมองของคนในชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...สมุนไพรตัวนี้เริ่มกินครั้งแรกโดยคำแนะนำของญาติบ้านทุ่งเจ้า เขาบอกว่าได้กินยานี้มานานแล้ว..."¹⁷⁸

"...เหตุผลสำคัญที่ยอมผ่าตัด เพราะว่าคนบ้านนี้เคยผ่าตัดก่อนผม..."¹⁷⁹

๗๙

ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ นอกเหนือจากระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนาที่คนในชุมชนได้สั่งสม เรียนรู้และสืบทอดต่อเนื่องกันมาช้านาน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ขณะนี้จึงกินยาโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ยาสมุนไพรยังกินอยู่แต่นานๆ ครั้ง..."¹⁸⁰

¹⁷⁶ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁷⁷ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁷⁸ สัมภาษณ์ พู รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁷⁹ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดิ์นาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁸⁰ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

"...ปัจจุบันนี้ถ้าเจ็บป่วย เช่น โรคท้องร่วง ก็จะไปหาหมอที่โรงพยาบาล แต่ถ้าไข้ก็เลยไปหาหมอที่โรงพยาบาล แม้จะไปเดินโบว์มา 1 กำ โดยต้องกลืนหายใจ เอามือซ้ายเดินโบว์มา 1 กำ แล้วนำมือขวามัดแล้วใช้มีดปาดต้องกลืนหายใจด้วยนะ เมื่อปาดเสร็จก็นำไปแช่น้ำ ใส่น้ำแค่แก้วเดียวกินจนมันจืด..."¹⁸¹

ฯลฯ

นอกจากนี้ คนในชุมชนชนบทยังได้รับความรู้จากการเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตามการสนับสนุนของรัฐบาล ให้ได้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้แก่ สาเหตุ วิธีการป้องกันและบำบัดรักษา ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...มีการทำกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ เช่น ให้ออกมาพูดเพื่อรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พูดถึงโทษว่าเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และบางครั้งทาง อสม. ก็จะมีการพนมอกควันด้วย..."¹⁸²

"...หมอบอกว่าถ้ากินยาแก้ปวดมากๆ จะไปสะสมในร่างกายมาก ทำให้เป็นโรคกระเพาะ ถ้ากินตอนท้องว่าง..."¹⁸³

ฯลฯ

สำหรับชุมชนล้าหน้าที่มีการสั่งสมองค์ความรู้มาช้านาน ได้อาศัยการถ่ายทอดองค์ความรู้ของบรรพบุรุษหรือคำแนะนำของเครือญาติในรูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม ซึ่งถือว่าเป็นการนำศักยภาพของชุมชนขึ้นมาใช้ให้มีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ทั้งหมดนี้อยู่ที่การเรียนรู้ พ่อแม่จะทำให้เราเห็น ซึ่งในสมัยเป็นเด็กก็จะไม่ค่อยสนใจ บางทีคนแก่แถวบ้านก็จะบอก ถ้าไอแล้วไม่หายก็กินนี้กินนั้นดู ก็เลยได้ สิ่งเหล่านี้จะจางหายไปถ้ามันไม่สืบทอด..."¹⁸⁴

"...ตอนเป็นหนุ่มจะเดินทางไปเรื่อยๆ เมื่อเจอครูเก่งๆ ก็จะตั้งขันขอเรียนด้วย ได้ความรู้จากคนแก่เขาสอนมาจึงได้เรียนต่ออีก..."¹⁸⁵

ฯลฯ

¹⁸¹ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁸² สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543

¹⁸³ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁸⁴ สัมภาษณ์ คิด ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁸⁵ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

บางครั้งในฐานะผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอาจมิได้คำนึงถึงพฤติกรรมทำให้
บริการของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ว่ามีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดัง
คำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ถ้าจะไปตรวจในอีก 2 วันข้างหน้า วันนี้ก็ต้องกินยามากๆ และปัสสาวะบ่อยๆ
เมื่อไปตรวจดูจะมีน้ำตาลประมาณ 120-121 เท่านั้น เนื่องจาก ชี้เกียจไปพบหมอ
ใหญ่... เพราะว่าเสียเวลามาก..."¹⁸⁶

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพมีทั้งปัจจัย
ภายในตัวบุคคล เช่น ความไม่รู้ ประสบการณ์ การยอมรับหรือความเคารพเชื่อถือ และความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ตัว
เองไม่รู้ กอปรกับปัจจัยภายนอก เช่น ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่น ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ
สุขภาพ การเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล การถ่ายทอดความรู้ของบรรพบุรุษ และพฤติกรรมทำให้บริการของ
เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพทั้งสิ้น
ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพในชุมชนบ้าน เนิน
สमानมิตร

ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้	แหล่งอ้างอิง
1. ความไม่รู้อยู่ด้วยตนเอง	- นายรัตน ฟูธรรม - นางตุ๊ก บุญไหล - นางศรีเวียง ดิษยัน - นายเป็ด เร่งเดิน - ลุงจม สมบุญ - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นายสง ธรรมะสอน - นายนคร สมบุญ
2. ประสบการณ์ของตนเอง	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นายสง ธรรมะสอน - นายมณี ทับแก้ว - นายนคร สมบุญ - นางเอม ไพรสบ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - แม่ช้อยคิด คำดี - ลุงจม สมบุญ
3. การยอมรับหรือความเคารพเชื่อถือ	- หมอเสริม หาญกล้า - แม่ช้อยตาจัน นันทชัย - แม่ช้อยคิด คำดี - แม่ช้อยดำ ดิษยัน - พ่อช้อยสมร ปลูกยะคำ - นางมณี ทับแก้ว

¹⁸⁶ สัมภาษณ์ ฟู รัตนธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

4. ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ตัวเองไม่รู้	- นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์
5. ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน	- นายรัตน์ พุทธิธรรม - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางเอม ไพรสบ - นายสมทวิ ศรีสวัสดิ์ - แม่อุ้ยดำ ดิษยัน - พ่ออุ้ยตาจัน นันทชัย - พ่ออุ้ยสมร ปุลยะคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - แม่อุ้ยคิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว
6. ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ	- นายฟู รัตน์ ธรรม - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางเอม ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย - แม่อุ้ยคิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว - ลุงจม สมบุญ - ป้าไฟ สมบุญ - นายนคร สมบุญ

ตารางที่ 4-4 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชนบ้าน เนิน
สมานมิตร (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้	แหล่งอ้างอิง
7. การเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล	- นายฟู รัตน์ ธรรม - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางเอม ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นายเปิด เร่งเดิน - ลุงจม สมบุญ - ป้าไฟ สมบุญ - นายนคร สมบุญ
8. การถ่ายทอดองค์ความรู้ของบรรพบุรุษหรือคำแนะนำของเครือญาติ	- นายฟู รัตน์ ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นางตึก บุญไหล - แม่อุ้ยคิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว - ลุงจม สมบุญ - ป้าไฟ สมบุญ - นายนคร สมบุญ - นางศรีเวียง ดิษยัน
9. พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ใน	- นายฟู รัตน์ ธรรม

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

การปรับตัวให้ทันกับกระแสการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไปของชุมชนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อความอยู่รอดของชุมชน จากการศึกษาชุมชนบ้านเนินสมานมิตรทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในหลายประเด็น กล่าวคือ

ในชุมชนชนบทที่อยู่ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมล้านนา ชาวบ้านมักจะมีทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือวิถีวัฒนธรรม ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนาและระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ฯลฯ ทำให้ชาวบ้านมีความอิสระที่จะปรับตัวในการดูแลรักษาสุขภาพภายใต้วัฒนธรรมความเชื่อที่มีอยู่ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...พ่อมารักษาที่โรงพยาบาลอย่างเดียว เมื่อก่อนนำยา (สมุนไพร) ไปต้มให้แกกิน
..."¹⁸⁷

"...หลังจากนั้นตอนที่กลับมาจากโรงพยาบาล อ้อยมีจึงมาพาให้ เป่าทั้งๆ ที่ยังเข้า
ฝือกอยู่เพราะตอนนั้นบวมมาก ถ้าเอาฝือกออกก็กลัวจะเป็นอันตราย..."¹⁸⁸

ฯลฯ

อีกทั้ง ชาวบ้านยังคำนึงถึง ระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นปัจจัย พื้นฐานสำคัญในการปรับตัวให้เข้ากับทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ถ้าเจ็บป่วยจะนึกถึงโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก ถ้ามีวแต่มารอก็คงไม่ทัน เพราะ
คนเจ็บมาก..."¹⁸⁹

"...ตอนนั้นดิ๊กแล้วประมาณตี 1 ตี 2 รถก็ไม่มี ไปเรียกใครก็ได้ ผมจึงทนเจ็บเอา
พอถึงตอนเช้าแม่ไฟจึงได้ไปตามรถแล้วพาไปโรงพยาบาลจึงได้เข้าฝือก..."¹⁹⁰

ฯลฯ

¹⁸⁷ สัมภาษณ์ ेम ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁸⁸ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁸⁹ สัมภาษณ์ ेम ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁹⁰ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

ชาวบ้านในชุมชนชนบทของล้านนาไทย มักจะได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากบรรพบุรุษ หรือคำแนะนำของเครือญาติ เพื่ออาศัยเป็นแนวทางในการปรับตัวให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...นำดอกไม้ เทียน ไปขึ้นเลยว่าภายใน 3 วัน ถ้าหายจะให้กินขันข้าว ถ้าไม่หายก็จะได้กินขันข้าว ซึ่งประกอบด้วย ของเปรี้ยว ของหวาน ใส่ถ้วยชามและใส่ในขันข้าว นำไปถวายพระที่วัด..."¹⁹¹

"...นำห่อผ้า แนะนำให้กินว่านเหวดดาอยู่บ้าง ต้มกินทั้งรากทั้งต้นเลย อากาศดีขึ้น ถ้าไม่ทำงานหนักก็จะปกติ..."¹⁹²

ฯลฯ

นอกจากนี้ พฤติกรรมการให้บริการของโรงพยาบาล ยังมีผลต่อการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพค่อนข้างสูง ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ไม่อยากพบหมอใหญ่ เพราะกลัวเสียเวลามาก เพราะหมอใหญ่จะมาตรวจให้ นั้น หมอใหญ่จะต้องตรวจคนไข้ในก่อนจึงจะมาตรวจคนไข้ นอก ใช้เวลาเกือบจะถึงเที่ยงวันจึงจะได้ตรวจคนไข้..."¹⁹³

"...นอกจากไปอบรมนัดแล้ว ยังได้ไปอบรมโรค AIDs อบรมแม่บ้าน อบรมเรื่องยาเสพติด เพื่อดูแลลูกหลานไม่ให้ติดยา โรงพยาบาลนี้จะดูแลเอาใจใส่ประชาชนและเยาวชน..."¹⁹⁴

ฯลฯ

แม้ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรจะตั้งอยู่ในชนบทห่างไกล แต่ยุคสมัยและกระแสการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ชุมชนจำเป็นต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

¹⁹¹ สัมภาษณ์ มณี ทับแก้ว, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁹² สัมภาษณ์ ชัยศิลป์ ไพรสบ, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁹³ สัมภาษณ์ พุ่รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁹⁴ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

"...ในสมัยก่อนไม่มีโรงพยาบาลด้วย และไม่มีใบอะไร ถ้ามีโรงพยาบาลก็จะอยู่ไกล เหมารถให้ไปส่งเวลาฉุกเฉิน ส่วนมากจะไม่ได้ไปหา ก็จะช่วยเหลือตัวเองกัน..."¹⁹⁵

"...ในสมัยก่อนไม่ได้ไปโรงพยาบาล ถ้าตัวร้อนมากๆ ทำอย่างไรก็ไม่หาย ก็จะไปหา หมอที่เกี่ยวกับผี ไปถามผีที่ไหนทำ..."¹⁹⁶

ฯลฯ

ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร เกิดจากชาวบ้านได้รับความรู้ที่เสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพในแต่ละทางเลือก จึงมีผลต่อการปรับตัวในการดูแลรักษาสุขภาพโดยชาวบ้านพยายามที่จะประพฤติปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติในแต่ละทางเลือกที่ตนสนใจ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...แกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสมุนไพรอยู่มาก แต่มีไซ้หมอเมือง ผมก็ได้ (จากแก) มาหลายอย่าง ก็รู้ว่าอะไรเป็นอะไรบ้าง..."¹⁹⁷

"...หมอบอกว่าถ้ากินยาแก้ปวดมากๆ จะไปสะสมในร่างกายมาก ทำให้เป็นโรคกระเพาะ ถ้ากินตอนท้องว่าง แต่ชาวไร่ชาวนาจะกินทันทีเมื่อมีอาการปวด จะกิน 1-2 เม็ด โดยไม่ได้อ่านฉลากยาว่ากินก่อนอาหารหรือหลังอาหาร เมื่อหมอบอกก็เลยรู้สึกกลัวว่าจะเป็นโรคกระเพาะ เลยกินยาแก้ปวดน้อยลง..."¹⁹⁸

ฯลฯ

ชาวบ้านที่ได้รับประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ย่อมมีผลต่อการปรับตัวในการดูแลรักษาสุขภาพในหลายรูปแบบ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...อาการป่วยในครั้งนี้นั้น ตอนแรกก็บ๊อบนวดกันมาเรื่อยๆ เราไม่รู้ เพราะเมื่อไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอก็ไม่เคยบอกว่าเป็นโรคอะไร..."¹⁹⁹

"...เช็ดตัวแล้วแต่ไข้ไม่ลดลง ไปหาหมอที่โรงพยาบาล แต่ไม่หาย หมอบอกว่าไข้ขึ้นสูงจึงตัดสินใจมาทำพิธีแกว่งข้าว จะทำให้หายเลยไม่ต้องกินยา ไม่ต้องนอนที่โรงพยาบาล..."²⁰⁰

¹⁹⁵ สัมภาษณ์ ेम ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁹⁶ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁹⁷ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

¹⁹⁸ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

¹⁹⁹ สัมภาษณ์ ेम ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

๖๗

ชุมชนชนบทที่ตั้งอยู่ภายใต้ได้บริบททางสังคมวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้ลักษณะการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนย่อมไม่แตกต่างกัน การปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ สุขภาพก็ย่อมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อีกทั้งยังก่อให้เกิดความผูกพัน ความรัก ความเชื่ออาทรซึ่งกันและกันของคนในชุมชน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...คนบ้านนี้เวลามีใครป่วยเป็นอะไรก็รู้กันหมด ถ้ามีใครเป็นอะไรก็จะพากันไปเยี่ยมเพื่อเป็นการให้กำลังใจ เป็นแบบนี้มาตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายายแล้ว เมื่อมีใครเป็นอะไร ก็จะไปเยี่ยมไปเที่ยวหาในตอนกลางคืน เพราะตอนกลางวันต้องทำงาน จะกินข้าวเย็นเสร็จแล้วก็จะพากันไปเยี่ยมเต็มบ้านเลย ไปถามอาการว่าเป็นอย่างไรบ้าง ไปโรงพยาบาลมาหมอบอกว่าเป็นโรคอะไร อาการดีขึ้นไหม กินข้าวได้ไหม จะทำให้กำลังใจกัน อย่างเช่น ถ้าบอกว่าปวดท้อง ก็จะช่วยกันนวดให้..."²⁰¹

"...พอถึงปีใหม่ (สงกรานต์) ก็จะไปรดน้ำดำหัวหมอสุม ปัจจุบันนี้ยังทำอยู่ ทำทุกปีเลย เพราะหมอสุมเคยมีบุญคุณต่อเรา เรายังนับถือหมอสุม อยู่..."²⁰²

๖๗

ความเชื่อของคนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร มีผลต่อการปรับตัวในการดูแลสุขภาพเนื่องจากเป็นกรอบในการกำหนดพฤติกรรมหรือแนวทางในการดำเนินชีวิตของคนในชนบท ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...คนในสมัยก่อนเรียกว่า คนทักดี ผีทักร้าย เพราะว่าเมื่อผีทักเราแล้วเราจะเจ็บป่วย..."²⁰³

"...ไปหาหมอเกี่ยวกับผี ไปถามว่าผีที่ไหนทำ บางทีก็จะเป็นพ่อแม่ข้างบนทำบ้าง ผีตายโหงทำบ้าง เมื่อมาทำอย่างนี้ก็จะหายไม่ต้องไปหาหมอ (โรงพยาบาล)..."²⁰⁴

๖๗

²⁰⁰ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²⁰¹ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²⁰² สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²⁰³ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²⁰⁴ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษา สุขภาพ คือ ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ผมเห็นแผลจึงได้ถามว่าไปผ่าตัดอะไร เขาก็เลยบอกว่าเป็นไส้เลื่อน ซึ่งตอนนั้นผมมีอาการแล้ว จึงสนใจและได้ถามดู..."²⁰⁵

"...เราก็ตามเขาบ้าง คนอื่นจะรู้ว่าหมอคนไหนเก่งในในการรักษาโรคอะไร คือ หมอคนนั้นต้องเคยรักษาคนอื่นให้หายก่อน..."²⁰⁶

ฯลฯ

ปัจจุบันคนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีความนิยมเอียงที่จะปรับตัวตามการเผยแพร่ความรู้ โดยโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากคนในชุมชนเชื่อถือระบบการแพทย์แผนปัจจุบันหรือโรงพยาบาลมากขึ้น ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ได้รับการอบรมนวด... ได้นำกลับมาใช้เหมือนกัน ได้ใช้กับสามี เนื่องจากสามีจะกินยาแก้ปวดทุกวันเลย..."²⁰⁷

ฯลฯ

²⁰⁵ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนำคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

²⁰⁶ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²⁰⁷ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดีชยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ ก็มีผลต่อการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพเช่นเดียวกัน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...พ่ออยู่ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชาชนเคราะห์ ตอนแรกนั้น 1 เดือน จะต้องพาพ่ออยู่ไปตรวจ 1 ครั้ง หรือนำยามากิน แต่ระยะทางไกล จึงขอให้หมอส่งตัวไปที่โรงพยาบาลพญาเม็งรายเพราะ เดินทางสะดวก ไม่ต้องเสียเงินเหมารดไป...”²⁰⁸

ฯลฯ

จะเห็นได้ว่า การปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร มักขึ้นอยู่กับปัจจัยเงื่อนไขภายนอกเป็นสำคัญ ได้แก่ ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ ระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย การถ่ายทอดองค์ความรู้จากบรรพบุรุษหรือคำแนะนำของเครือญาติ พฤติกรรมการให้บริการของโรงพยาบาล ยุคสมัยและกระแสการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไป ความรู้ที่เสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพ ลักษณะการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน การเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเงื่อนไขภายใน ได้แก่ ประสบการณ์ของตนเอง และความเชื่อของคนในชุมชน เป็นต้น ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว	แหล่งอ้างอิง
1. ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ	- นายฟู รัตน์ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอ็ม ไพรสบ - หมอเสริม หาญกล้า - นางตุ๊ก บุญไหล - แม่อยู่คำ ดิษยัน - แม่อยู่ตาจัน นันทชัย - พ่ออยู่สมร ปุลยะคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - แม่อยู่คิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว - ลุงจม สมบุญ - ป้าไฟ สมบุญ - นายนคร สมบุญ

²⁰⁸ สัมภาษณ์ ทิพย์ เรืองฤทธิ์, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

ตารางที่ 4-5 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชนบ้าน
เนินสมานมิตร (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว	แหล่งอ้างอิง
2. ระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางแอม ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นายเปิด เร่งเดิน - ลุงจม สมบุญ - นายนคร สมบุญ - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นายสง ธรรมะสอน - ป้าไฟ สมบุญ
3. การถ่ายทอดองค์ความรู้จากบรรพบุรุษหรือคำแนะนำของเครือญาติ	- นายฟู รัตนธรรม - นางแอม ไพรสบ - แม่อุ้ยดำ ดิษยัน - พ่ออุ้ยสมร ปุลยะคำ - นางมณี ทับแก้ว - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นายสมทวิ ศรีสวัสดิ์ - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย - แม่อุ้ยคิด คำดี
4. พฤติกรรมการให้บริการของโรงพยาบาล	- นายฟู รัตนธรรม - นางแอม ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - อุ้ยไร ตรงใจ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์
5. ยุคสมัยและกระแสการพัฒนานาที่เปลี่ยนแปลงไป	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางแอม ไพรสบ - อุ้ยไร ตรงใจ - นายเปิด เร่งเดิน - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม - แม่อุ้ยคิด คำดี
6. ความรู้ที่เสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพ	- นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - แม่อุ้ยคิด คำดี - ลุงจม สมบุญ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นางมณี ทับแก้ว - นายนคร สมบุญ
7. ประสบการณ์ของตนเอง	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางศรีเวียง ดิษยัน - แม่อุ้ยคิด คำดี - นางแอม ไพรสบ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นางมณี ทับแก้ว
8. ลักษณะการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน	- แม่อุ้ยดำ ดิษยัน - พ่ออุ้ยสมร ปุลยะคำ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - นางมณี ทับแก้ว - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย - นางศรีเวียง ดิษยัน - แม่อุ้ยคิด คำดี

ตารางที่ 4-5 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชนบ้าน
เนินสมานมิตร (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว	แหล่งอ้างอิง
9. ความเชื่อของคนในชุมชน	- นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - แม่อุ้ยคิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว - ลุงจม สมปู - ป้าไฟ สมปู - นายนคร สมปู
10. ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือ ผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน	- นายฟู รัตน์ธรรม - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - แม่อุ้ยคิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว
11. การเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล	- นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์
12. ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ	- แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย - อุ้ยโร ตรงใจ - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

เมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นกับคนในครอบครัว ชาวบ้านมักจะแสวงหาทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย โดยอาศัยปัจจัยเงื่อนไขที่แตกต่างกันเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพ กล่าวคือ

คนในชุมชนบ้านเนินสมานมิตรมีทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพทำให้การตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้าน สามารถกระทำได้ตามพื้นฐานความเชื่อของแต่ละครอบครัว อีกทั้งยังสามารถสลับกันไปมาในแต่ละแนวทาง หรือสามารถเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพในลักษณะควบคู่กันได้ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...สำหรับผมเมื่อจะตัดสินใจไปรักษาอะไรสักอย่าง ผมจะไปรักษาที่โรงพยาบาล แต่ในขณะเดียวกัน สมมติว่าเราป่วยอยู่ ถ้ามีคนมาบอกเรา เราก็จะต้องลองดูเพราะไม่เสียหายอะไร ไม่ใช่ถ้าทดลองนี้ไม่หายให้ไปโรงพยาบาล เราจะทดลองอย่างนี้ด้วยและไปโรงพยาบาลด้วยจะทำผสมกัน

...²⁰⁹

²⁰⁹ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543

“...การรักษาจะสลับกันไประหว่างโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลของรัฐ และหมอเมืองบ้าง ก็คงต้องช่วยกันไป บางที่รักษาที่นี้หายนิด รักษาที่นั่นหายนิด ก็จะช่วยกันไป...”²¹⁰

ฯลฯ

การตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว หากมีโอกาสก็จะตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...หมอเมืองที่จัดสมุนไพรให้ เป็นหมอไสยศาสตร์ มีคนจากกรุงเทพฯ มา รักษาด้วย...”²¹¹

“...เคยสืบดูแล้วด้วยว่า หมอเมืองรักษาไม่ได้แน่นอน...”²¹²

ฯลฯ

เงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งของการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพก็คือ ชาวบ้านจะอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อนเพื่อประกอบการตัดสินใจ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...ต้องผ่าตัดอย่างเดียว โดยไม่ถามหมอโรงพยาบาล เพราะว่าคนที่เป็นได้เลื้อนแต่ละคน... ก็ต้องไปผ่าตัดเหมือนกัน...”²¹³

“...จะรู้ว่าหมอคนไหนเก่งในการรักษาโรคอะไร คือ หมอคนนั้นต้องเคยรักษาคนอื่นให้หายก่อน...”²¹⁴

ฯลฯ

เหตุผลที่ชาวบ้านใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพที่จำเป็นนั้น บางครั้งชาวบ้านจะคำนึงถึงพฤติกรรมทำให้บริการดูแลสุขภาพของแต่ละทางเลือก ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

²¹⁰ สัมภาษณ์ ฟูรัตน์ธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

²¹¹ สัมภาษณ์ ฟูรัตน์ธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

²¹² สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

²¹³ สัมภาษณ์ จันทร์จวง ศักดีนาคำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

²¹⁴ สัมภาษณ์ คิต คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

"...ไม่อยากพบหมอใหญ่ เพราะว่าเสียเวลามาก..."²¹⁵

"...หมอ... บอกว่าเป็นนิ้วในไต ทำไมก้อนใหญ่มาก ฉันจึงบอกว่า หมอ
คะโทษใคร โทษฉันหรือ จะโทษคนไข้หรือญาติคนไข้ในเมื่อเจ็บป่วยก็มา
โรงพยาบาล..."²¹⁶

๑๗๙

พื้นฐานเพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพอย่างหนึ่งของชาวบ้านก็
มักจะขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ที่ได้รับจากบรรพบุรุษหรือคำแนะนำของเครือญาติ หากสมาชิก
ในครอบครัวหรือเครือญาติในชุมชนมีการสั่งสมองค์ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพไว้มากก็มี
โอกาสมากที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลรักษาสุขภาพแก่คนในครอบครัว/เครือญาติ/
ชุมชน เช่นเดียวกัน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"มีพี่น้องมาปรึกษาเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยอยู่เนืองๆ..."²¹⁷

"...มาเรียนรู้แบบนี้ก็ดี เมื่อวันหลังมีลูกมีหลานแล้วเขาร้องให้ ก็จะได้มันต์
น้ำให้กิน มัดมือมัดคอให้เสีย ก็จะไม่หาย..."²¹⁸

"...ในสมัยเรานั้นไม่ได้ พ่อแม่จะใช้แต่ของที่มืออยู่ในบ้านเราเท่านั้น..."²¹⁹

๑๗๙

ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ชาวบ้านตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพ
แบบระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย แต่
หลังจากนั้นเมื่อพ้นภาวะวิกฤตดังกล่าว ชาวบ้านก็มีโอกาสที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแล
รักษาสุขภาพแบบอื่นๆ ได้ต่อไป ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

²¹⁵ สัมภาษณ์ ฟู รัตน์ธรรม, ชาวบ้าน, 28 สิงหาคม 2543.

²¹⁶ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

²¹⁷ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²¹⁸ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²¹⁹ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

"...ถ้าเจ็บหนักจะไปโรงพยาบาลเลย แต่ถ้าไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วไม่หาย ก็จะทำอภัยวิธีการดูแลรักษาแบบพื้นบ้านควบคู่ไปด้วยเสมอ..."²²⁰

"...ถ้าเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ บางครั้งก็ไม่ไปโรงพยาบาล จะหายากพื้นเมืองมากิน..."²²¹

ฯลฯ

เหตุผลอีกประการหนึ่งในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของคนในชุมชน ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย แต่สำหรับในชุมชนชนบทในภาคเหนือตอนบนนั้นว่ายังคงหลงเหลืออยู่ค่อนข้างมาก ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...เขาเชื่อว่าถ้ามาเป่าด้วยหมอเมืองจะหายเร็วขึ้น..."²²²

"...ตอนนั้นพ่อของมณีได้ตายไป เมื่อไปดูหมอ หมอก็บอกว่าได้เกิดมาเป็นเกียรติศักดิ์ (ลูกชายของมณี) เวลาเกียรติศักดิ์ไม่สบายก็จะไปใช้แม่อยู่มามัดแขนให้ก็จะหาย..."²²³

ฯลฯ

เนื่องจากคนในชุมชนชนบทมีฐานะยากจนทำให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยเงื่อนไขสำคัญอันหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพ ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

"...ในสมัยที่ยังไม่มีโรงพยาบาลพ่ออยู่ก็จะรักษากับหมอเมือง แต่ปัจจุบันส่วนมากจะไปรักษาที่โรงพยาบาลเพราะไม่เสียสตางค์..."²²⁴

²²⁰ สัมภาษณ์ จม สมบุญ, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²²¹ สัมภาษณ์ เป็ด เร่งเดิน, อาสาสมัครสาธารณสุข, 6 กันยายน 2543.

²²² สัมภาษณ์ สมทวี ศรีสวัสดิ์, ชาวบ้าน, 5 กันยายน 2543.

²²³ สัมภาษณ์ คิด คำดี, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²²⁴ สัมภาษณ์ สอน สร้างเสริม, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

“...ที่โรงพยาบาลเชียงรายก็เคยไปนอนประมาณ 6-7 คืน หมอรักษาให้อาการดีขึ้นมา แต่ต้องไปที่โรงพยาบาลพญาเม็งรายก่อน แล้วทางโรงพยาบาลพญาเม็งรายจะส่งตัวไปอีกที่หนึ่ง...”²²⁵

ฯลฯ

อีกทั้ง **กระแสความนิยมหรือยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป** ยังเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้าน ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...โรงพยาบาลได้ผสมผสานความหลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสที่ดีในการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน ควบคู่ไปกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน... สำหรับสมุนไพรที่ไปรับที่โรงพยาบาล วัตถุดิบที่ใช้ก็เป็นผลผลิตภายในชุมชนเอง...”²²⁶

ฯลฯ

นอกจากนี้ **การเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล** ยังเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพที่โรงพยาบาล เนื่องจากชาวบ้านได้รับความรู้และรับรู้ถึงความจริงใจในการดูแลรักษาสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐมากขึ้น ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่ว่า

“...โรงพยาบาลนี้จะดูแลเอาใจใส่ประชาชนและเยาวชนดีมาก...”²²⁷

ฯลฯ

ดังจะเห็นได้ว่า การที่ชาวบ้านจะตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพแต่อย่างนั้น มิได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย/สมาชิกในครอบครัว/เครือญาติแต่เพียงอย่างเดียว มีความสัมพันธ์ทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย ได้แก่ ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ ข้อมูลที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน พฤติกรรมการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ องค์ความรู้ที่ได้รับจากบรรพบุรุษหรือคำแนะนำของเครือญาติ ระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย ความเชื่อของคนในชุมชน สิทธิด้านการ

²²⁵ สัมภาษณ์ อรุณ สอนวิสัย, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

²²⁶ สัมภาษณ์ เอม ไพรสบ, อาสาสมัครสาธารณสุข, 28 สิงหาคม 2543.

²²⁷ สัมภาษณ์ ศรีเวียง ดิษยัน, ชาวบ้าน, 6 กันยายน 2543.

รักษาพยาบาล กระแสความนิยมหรือยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป และการเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล เป็นต้น ดังปรากฏรายละเอียดในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชนบ้านเนินสมานมิตร

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ	แหล่งอ้างอิง
1. ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ	- นายฟู รัตน์ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - อู๋ไร่ ตรงใจ - นางตุ๊ก บุญไหล - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - แม่อู๋คิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว - ลุงจม สมบุญ - ป้าไฟ สมบุญ - นายนคร สมบุญ
2. ข้อมูลที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม	- นายฟู รัตน์ธรรม - นางสม รัตน์ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - ลุงจม สมบุญ - ป้าไฟ สมบุญ - นายนคร สมบุญ
3. ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน	- นายฟู รัตน์ธรรม - นางสม รัตน์ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดีนาคำ - แม่อู๋คิด คำดี - แม่อู๋ตาจัน นันทชัย - พ่ออู๋สมร ปลายะคำ - แม่อู๋อรุณ สอนวิสัย
4. พฤติกรรมการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ	- นายฟู รัตน์ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นายจันทร์จวง ศักดีนาคำ - นางจันทร์ ศักดีนาคำ
5. องค์ความรู้ที่ได้รับจากบรรพบุรุษหรือคำแนะนำของเครือญาติ	- นายฟู รัตน์ธรรม - นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - แม่อู๋ดำ ดิษยัน - แม่อู๋ตาจัน นันทชัย - พ่ออู๋สมร ปลายะคำ - ลุงจม สมบุญ

ตารางที่ 4-6 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพในชุมชน
บ้านเนินสมานมิตร (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ	แหล่งอ้างอิง
6. ระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - นายจันทร์จวง ศักดิ์นาคำ - นางแก้วจันทร์ ศักดิ์นาคำ - นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์ - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม - นายเปิด เร่งเดิน - ลุงจม สมบุญ
7. ความเชื่อของคนในชุมชน	- แม่อุ้ยดำ ดิษยัน - แม่อุ้ยตาจัน นันทชัย - พ่ออุ้ยสมร ปุลยะคำ - นายสง ธรรมะสอน - นางริน ราชพรหม - แม่อุ้ยคิด คำดี - นางมณี ทับแก้ว - ลุงจม สมบุญ - ป้าไฟ สมบุญ - นายนคร สมบุญ - นายสมทวิ ศรีสวัสดิ์
8. สิทธิด้านการรักษาพยาบาล	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ - แม่อุ้ยอรุณ สอนวิสัย - พ่ออุ้ยสอน สร้างเสริม - นายเปิด เร่งเดิน
9. กระแสความนิยมหรือยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป	- นายชัยศิลป์ ไพรสบ - นางเอม ไพรสบ
10. การเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล	- นางศรีเวียง ดิษยัน - นางทิพย์ เรืองฤทธิ์

บทที่ 5

สรุปและวิเคราะห์ผลการศึกษา

วิเคราะห์ผลการปรับระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม

จากกรอบแนวคิด การจัดการบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม เป็นมิติการให้บริการสาธารณสุขในหลายรูปแบบ และวิธีการที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยให้โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข ตำบล หมู่บ้าน เป็นตัวเชื่อมและประสานซึ่งกันและกันกับการให้บริการแก่ชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนได้ใช้บริการอย่างทั่วถึง และเข้าใจสุขภาพอนามัยที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน ครอบครัว และดูแลตนเองได้บนพื้นฐานความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษาการปรับรูปแบบบริการจากการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเดียวเป็นการให้บริการในแนวคิดองค์รวม โดยผสมผสานทั้งด้านรักษาฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมๆ กัน โดยให้สามารถเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยผ่านกรณีตัวอย่าง 2 กรณี คือ กรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่จะปรับไปสู่การเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชน (หรือการแก้ปัญหาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดความสลับซับซ้อนและการพึ่งพาโรงพยาบาล) และกรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่จะปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสาน (หรือการดูแลรักษาโรคปวดเมื่อยด้วยทางเลือกการนวดหรือสมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน) โดยดำเนินการใน 2 ส่วนที่เกี่ยวข้องกันคือ โรงพยาบาล และชุมชน ในส่วนของโรงพยาบาลมีเป้าหมายอยู่ที่บุคลากรและกระบวนการจัดระบบบริการ ในส่วนของชุมชน เป้าหมายคือผู้ป่วยและญาติ โดยมีกลไกที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรชุมชน/อบต. สถานีอนามัย และกลุ่มต่างๆ ที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน ทำการศึกษาวิจัย 2 ปี แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งบุคลากรโรงพยาบาลและในชุมชนควบคู่ไปกับการทดลองปรับระบบบริการ ระยะที่ 2 เป็นการติดตามผลการปรับระบบบริการ วิเคราะห์ผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการปรับระบบบริการ

ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นระบบในแนวตั้ง คือ มีการบริหารจัดการเป็นลำดับขั้นขึ้นตอนจากระดับบนสู่ล่างหรือจากระดับล่างสู่ระดับบนแล้วแต่กรณี แม้จะเน้นการ

บริการใน 4 กิจกรรมหลัก คือ การรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ฟันฟู ก็ยังเป็นการดำเนินงานที่ต่างคนต่างทำ แบ่งแยกฝ่ายแยกงาน ผู้ป่วยต้องทำตามการวินิจฉัยของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น หากไม่ทำตามถือว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อกลับบ้านแล้วถือว่าสิ้นสุดการรักษา หมดภาระรับผิดชอบของโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับมา ผลการรักษาไม่ก้าวหน้าขึ้นหรือกลับเลวลง ก็เป็นความผิดของผู้ป่วยที่ไม่ทำตามคำแนะนำที่ให้ไว้ หรือผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ก็ได้แต่โทษว่าผู้ป่วยผิดนัด โดยมีได้ทราบถึงสาเหตุของการผิดนัดที่แท้จริงนั้นคืออะไร ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน อยู่ในชุมชน จะปฏิบัติตัวอย่างไร มีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมหรือขัดแย้งกับโรคหรืออาการที่เป็นอยู่หรือไม่ มีปัญหาครอบครัวหรือปัญหาสังคมอื่นที่กระทบต่อสุขภาพหรือไม่ กรณีเช่นนี้มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยเรื้อรัง อย่างเช่นตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานรายแรก ที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ บางครั้งสูงเกิน บางครั้งต่ำเกิน จนกระทั่งเป็นลมเนื่องจากระดับน้ำตาลต่ำมาก เมื่อมีการปรับระบบบริการ โรงพยาบาลติดตามเยี่ยมบ้าน พุดคุยซักถามถามปัญหาจึงทราบว่าผู้ป่วยเสียใจ ท้อแท้ รักษาไม่หายกลัวเป็นภาระครอบครัว เพื่อนบ้านรังเกียจคิดว่าเป็นเอดส์ เพราะเจ็บป่วยมานาน ชายชลาละเปาก็ไม่มีใครซื้อ วันที่เป็นลมไปโรงพยาบาลนั้นจริงๆ แล้วผู้ป่วยตั้งใจปล่อยให้ น้ำตาลต่ำ เพื่อหวังจะฆ่าตัวตาย ปัญหาเหล่านี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไม่มีโอกาสได้ทราบเลย หากยังคงยึดมั่นอยู่กับการให้บริการแบบเดิม

ระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดองค์รวม เป็นการจักระบบในแนวนอนที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพ เป็นการดูแลผู้ป่วย 1 คน อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิตัดสินใจเลือกการรักษาของตนได้ทั้งการรักษาในแบบแผนปัจจุบันหรือทางเลือกอื่น ได้รับการฟันฟู ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมๆ กับการรักษาพยาบาล ดังกรณีตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานรายนี้ เมื่อพยาบาลไปติดตามเยี่ยมที่บ้าน และรับทราบปัญหาของผู้ป่วยช่วยกันหาวิธีแก้ปัญหา ช่วยชี้แจงยืนยันกับเพื่อนบ้านว่าผู้ป่วยเป็นเบาหวานมิได้ติดเชื้อเอดส์แต่อย่างใด ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพชายชลาละเปาได้เหมือนเดิม ทั้งเพื่อนบ้าน ชุมชน ยังช่วยกันดูแล คอยให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ เมื่อมารับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ได้เข้าขบวนการกลุ่ม และได้รับการดูแลจากพยาบาลซึ่งทราบภูมิหลังของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ให้การดูแลด้วยจิตใจที่อยากช่วยเหลือ มีความเป็นกันเอง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ตรงกับปัญหา นำไปปฏิบัติต่อบ้าน ภรรยาและลูกสาวช่วยดูแลเรื่องการคุมอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าขึ้น มีกำลังใจที่จะสู้กับโรคของตนเองต่อไป

กรณีผู้ป่วยเบาหวานรายนี้ เป็นตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยเวชปฏิบัติครอบครัวที่แสดงให้เห็นความแตกต่างของการให้บริการในระบบบริการก่อนและหลังการปรับระบบอย่างชัดเจน ทำให้ทีมงานฝ่ายการพยาบาลต้องทบทวนบทบาทของตนเอง มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลขึ้น ปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย มองเห็นผู้ป่วยที่เป็นคนทั้งคน มิใช่เพียงผู้ที่ผ่านเข้ามารักษาโรคที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวเหมือนแต่ก่อน แต่มองเห็นความเจ็บป่วยที่ต้องรักษาและมองเห็นถึงสุขภาพจิตใจและสังคมแวดล้อม ที่ต้องช่วยกันป้องกัน ดูแล ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่วมกับญาติและชุมชนทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากเวชปฏิบัติครอบครัวแล้ว ระบบบริการที่ปรับขึ้นใหม่ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดเมื่อยเรื้อรังไม่หายขาด แพทย์ช่วยได้เพียงการให้ยาบรรเทาอาการ ไม่หายขาด ทั้งยังต้องเพิ่มความเสี่ยงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น เมื่อมีการนำการนวดไทย การประคบ/อบสมุนไพร การปรับดุลยภาพร่างกายด้วยการฝังเข็มเข้ามาผสมผสานกับการรักษาแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่ลังเลใจที่จะเลือกใช้บริการ แม้ว่าบางครั้งอาจเสียค่าใช้จ่ายมากกว่ากึ่งินดี อย่างเช่นผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "ต้องเสียค่ายาด้วย เสียค่านวดด้วย แต่ก็ไม่เป็นไร นวดแล้วหายปวดได้นานกว่ากินยาอย่างเดียว เขากลับไปทำเองที่บ้านก็ได้ ให้ลูกให้หลานนวดให้ได้ เพราะหมอที่โรงพยาบาลสอนให้ด้วย บางทีก็ไปให้ อสม. ที่ไปฝึกจากโรงพยาบาลมาแล้วนวดให้ ไม่ต้องไปโรงพยาบาลอีก" รายนี้เป็นตัวอย่างให้เห็นถึงการดูแลจากโรงพยาบาลที่แพทย์แผนปัจจุบันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้การนวดไทยรักษาอาการปวดเมื่อยที่เป็นเรื้อรังมาหลายปี เปลี่ยนยากแก้ปวดไปหลายชนิด จนแพทย์เองก็ไม่ทราบว่าจะให้ยาตัวไหนอีกแล้ว และจากระบบที่จัดไว้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพร้อมกับให้คำแนะนำการดูแลตนเอง สอนญาติให้ไปทำต่อที่บ้าน และยังมีเครือข่ายเป็นอาสาสมัครในชุมชนด้วย ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องไปถึงที่บ้านและชุมชน ซึ่งหากเป็นการดูแลในระบบเดิมผู้ป่วยก็ยังคงต้องกินยาแก้ปวดเปลี่ยนชนิดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งทะเลาะ หรือกระดูก หรือเป็นโรคแทรกอื่นๆ ต่อไป

ในกระบวนการปรับระบบบริการ หากมองผ่านๆ จะเห็นว่าระบบเดิมก็มีการจัดระบบที่ง่าย สั้น ดูไม่ซับซ้อนยุ่งยาก น่าจะดีกว่าระบบที่ปรับเป็นแบบองค์รวม แต่หากมองดูในรายละเอียดลึกๆ ของระบบที่จัดใหม่ในแต่ละกรณีแล้ว จะเห็นศักยภาพที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ให้บริการ เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นองค์รวม ตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการจนกลับไป

อยู่ในครอบครัวและชุมชน เมื่อปฏิบัติตามระบบก็ไม่ได้ยุ่งยากซับซ้อน แต่กลับเป็นความคล่องตัว และเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย ซึ่งสามารถเปรียบเทียบให้เห็นชัดเจนได้ดังนี้

ตารางที่ 5 - 1 ข้อแตกต่างระหว่างระบบเดิมกับระบบบริการในแนวคิดองค์รวม

ระบบเดิม	ระบบบริการในแนวคิดองค์รวม
1. ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกในการรักษา	1. ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาของตนเอง
2. จำนวนผู้ป่วยแออัดอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอก	2. กระจายผู้ป่วยออกจากตึกผู้ป่วยนอก
3. ผู้ป่วยทุกรายต้องพบแพทย์ ทำให้รอนาน	3. ผู้ป่วยที่จำเป็นหรือรายที่พยาบาลไม่แน่ใจ เท่านั้นที่รอพบแพทย์ ไม่ต้องรอนาน
4. แพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยทุกราย	4. แพทย์ตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองแล้ว
5. ไม่มีการประเมินผลการรักษา ความพึงพอใจและไม่ต่อเนื่อง	5. มีการประเมินอาการหลังการให้บริการ มีการปรึกษาระหว่างแพทย์และผู้ให้บริการ และผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง หากให้บริการแล้วอาการดีขึ้น มีการพิจารณาต่อว่าจะต้องดูแลต่อเนื่องอย่างไร จำเป็นต้องมารักษาต่อที่โรงพยาบาลหรือส่งไปรักษากับเครือข่ายชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัยและศูนย์บริการแพทย์แผนไทยในหมู่บ้าน หรือผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลกันเอง
6. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยมีน้อย	6. มีความสัมพันธ์ที่กระชับระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย High touch จากการสัมผัส พูดคุย การให้คำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้ป่วย 1 ราย จะได้รับการอย่างน้อย 20-30 นาที เป็นบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น เป็นความผูกพันที่ดีต่อกันและต่อเนื่องไปสู่ชุมชน
7. ผู้ป่วยพึ่งตนเองไม่ได้ และคิดว่าการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องของแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	7. ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลรักษาและป้องกันตนเอง บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านได้
8. ไม่มีการเชื่อมโยงสู่ชุมชน ภาระการรักษาอยู่	8. มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายไปในชุมชน

ตารางที่ 5 - 1 ข้อแตกต่างระหว่างระบบเดิมกับระบบบริการในแนวคิดองค์รวม (ต่อ)

ระบบเดิม	ระบบบริการในแนวคิดองค์รวม
ที่โรงพยาบาลอย่างเดียว ชุมชนไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ประชาชนต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล	ประชาชนสามารถพิจารณาได้ว่าเมื่อใดควรพึ่งตนเอง เมื่อใดควรพึ่งบริการของรัฐ องค์กร ชุมชนเป็นผู้ดูแลการจัดระบบบริการช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย
9. เป็นการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน แยกงานรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรค ต่างฝ่ายต่างทำ	9. เป็นการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานทุกกิจกรรมเข้าด้วยกันทั้งรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันโรค ซึ่งจะให้บริการอย่างครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วย 1 คน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนกลับบ้านและต่อเนื่องในชุมชน

ระบบเครือข่ายชุมชน

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ระบบบริการในแนวคิดองค์รวมเป็นระบบที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ในโรงพยาบาลมีบุคลากรและกระบวนการที่เป็นปัจจัยหลัก ส่วนในชุมชนมีเป้าหมายที่ผู้ป่วยและญาติโดยอาศัยกลไกในชุมชน ได้แก่ สถานีนามัย องค์กรชุมชน/อบต. องค์กรเอกชน กลุ่มสนใจต่างๆ เข้ามา มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องมีระบบเครือข่ายที่ชัดเจน ซึ่งแยกออกเป็น 2 เครือข่าย ดังนี้

1. ระบบเครือข่ายในสถานีนามัย

ในระบบบริการแบบเดิมนั้น โรงพยาบาลกับสถานีนามัยมีการทำงานที่แยกกันอย่างชัดเจน ถึงแม้จะมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อการประสานงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้จะมีทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัยเพื่อพัฒนาสถานีนามัยให้มีคุณภาพ มีสถานีนามัยขนาดใหญ่ที่ดูดีน่าเชื่อถือ แต่ระบบบริการยังคงเหมือนเดิม มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในระบบส่งต่อผู้ป่วย (Reference System) ซึ่งก็เป็นเพียงการส่งผู้ป่วยจากที่หนึ่งให้อีกที่หนึ่ง และหมดภาระรับผิดชอบในผู้ป่วยนั้นเป็นหน้าที่ของผู้ที่รับส่งต่อจะต้องดูแลต่อไป

ระบบบริการแบบองค์รวมที่โรงพยาบาลพญาเม็งรายทดลองทำร่วมกับสถานีนามัยที่สมัครใจ เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อดูแลผู้ป่วย 1

คน ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยหรือพบผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งจะดูแลตั้งแต่การรักษาอาการของโรคตามกระบวนการรักษาของแพทย์ การให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตน การดูแลต่อเนืองที่บ้าน และชุมชนจนกระทั่งผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง มีเจ้าหน้าที่อนามัยเป็นผู้คอยดูแลและมีพยาบาลเป็นที่เลี้ยง

ในกระบวนการปรับระบบ เริ่มด้วยการหาสถานีนอานามัยที่สมัครใจก่อน มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทั้งด้านวิชาการและเทคนิค วิธีการตรวจรักษาดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจนว่า พยาบาลที่เป็นที่เลี้ยงจะเข้าไปช่วยทำอะไร เจ้าหน้าที่อนามัยจะทำอะไร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และเมื่อไรผู้ป่วยถึงต้องกลับไปรับการดูแลที่โรงพยาบาล แต่กว่าที่ระบบนี้จะเป็นไปได้อย่างคล่องตัวสมบูรณ์แบบก็ต้องอาศัยเวลาในการปรับ เนื่องจากในระยะแรกยังมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ไม่ตรงกัน เมื่อดำเนินงานไประยะหนึ่งเห็นปัญหาและปรับปรุงไปตามปัญหาจึงทำให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี เจ้าหน้าที่ทำงานอย่างมีความสุข

ระบบเครือข่ายในชุมชน

อีกกลไกหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและชาวบ้านเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ก็คือ องค์กรในชุมชนนั้นๆ เอง อันได้แก่ อบต. องค์กรเอกชน กลุ่มสนใจต่างๆ ในการปรับระบบบริการครั้งนี้นับว่าเป็นความสามารถของเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพที่มองเห็นความเชื่อมโยงของการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพสามารถถ่ายทอดแนวคิดไปยังกลุ่มผู้นำชุมชน อบต. จนเกิดความสนใจ และเมื่อนำไปศึกษาดูงานที่จังหวัดขอนแก่น เห็นความได้เปรียบของพื้นที่ตนเองที่อุดมสมบูรณ์กว่ามาก กลับมาช่วยกันพัฒนาชุมชนตนเอง เพื่อหวังว่าจะอยู่ดีกินดี ซึ่งก็หมายถึงสุขภาพดีด้วย จึงได้เกิดกิจกรรมพัฒนาชุมชนยั่งยืนต่างๆ ตามมา ซึ่งแต่เดิมเพียงหวังว่าจะสร้างแนวคิดทัศนคติเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างเครือข่ายชุมชน แต่เมื่อดำเนินการไปแล้ว องค์กรชุมชนก้าวไปไกล รับแนวคิดได้เร็วมาก ส่วนหนึ่งนั้นคงเป็นเพราะภาวะเศรษฐกิจในยุคไอเอ็มเอฟ ประกอบกับมีแนวพระราชดำริเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง มีองค์กรชุมชนที่เข้มแข็ง มองเห็นความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันของเศรษฐกิจกับสุขภาพ และพยายามช่วยกันเปลี่ยนวงจรอุบาทว์ จาก “ไม่รู้ จน เจ็บ” ให้เป็น “รู้ดี กินดี-อยู่ดี และสุขภาพดี”

องค์กรชุมชนเหล่านี้จึงมีบทบาทสำคัญที่จะผลักดันให้ชาวบ้านหันมาใส่ใจในเรื่อง การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อเจ็บป่วยก็ช่วยกันดูแลฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ผู้นำหมู่บ้านเข้าไปให้การช่วยเหลือ เพื่อนบ้านช่วยเป็นที่เลี้ยงคอยดูแล หรือใน กลุ่มที่มีอาการปวดเมื่อย มีกลุ่มสนใจการนวดไทย ในหมู่บ้านคอยให้การช่วยเหลือกันเอง และ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ มีการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งกันและกัน

นอกจากชุมชนจะมองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และช่วยเหลือกัน ในชุมชนแล้ว ยังมองต่อมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพของพวกเขาว่าหาก โรงพยาบาลไม่มีคุณภาพ ชาวบ้านก็ได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของชุมชนที่จะ ต้องช่วยกันดูแลให้โรงพยาบาลดำเนินงานอย่างมีคุณภาพ ดังเช่นผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งกล่าวในที่ ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลว่า "เมื่อก่อนชาวบ้านเข้าใจว่า โรงพยาบาล โรงเรียน เป็นเรื่องของหลวง จะเป็นอย่างไรไม่เคยสนใจ รู้แต่ว่ามาแล้วต้องได้รับบริการ แต่ตอนนี้ยุคสมัย เปลี่ยนไป ชาวบ้านเข้าใจมากขึ้น ตอนนี้โรงเรียนเป็นของชาวบ้าน ชาวบ้านช่วยกันดูแล พัฒนา โรงเรียนของตัวเอง โรงพยาบาลก็เหมือนกัน หากอธิบายให้เข้าใจ ชาวบ้านก็เข้าใจ และก็จะช่วย กันเหมือนช่วยโรงเรียน ให้ชาวบ้านช่วยกันดูแลพัฒนาโรงพยาบาลของเขา" ซึ่งประเด็นที่ชุมชนจะ เข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนา โรงพยาบาลนี้ยังเป็นเพียงการเริ่มต้นที่ดี เป็นการเริ่มในกลุ่มคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแทนผู้นำชุมชนส่วนหนึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่นส่วนหนึ่ง แต่ก็เป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่าชุมชนเริ่มสนใจ มองเห็นความสำคัญของการพัฒนาในด้านสุขภาพมากขึ้น

ความพึงพอใจ/ความคุ้มค่า ในระบบบริการที่ปรับใหม่

1) ความพึงพอใจ/ความคุ้มค่าในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สถานีนอมา้ย

การนำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาปรับระบบบริการทำให้เจ้าหน้าที่ที่ต้องปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยจากการตั้งรับอยู่ในโรงพยาบาลอย่างเดียวเป็นการดูแลต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลไปจนถึงที่บ้าน ทำให้ได้สัมผัสวิถีชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย รับทราบปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคนจนพยาบาลบางท่านถึงกับร้องไห้ไปกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการช่วยกันคิดช่วยกันหาวิธีที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และนำประสบการณ์ที่ได้มาวางแผนเพื่อปรับใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ มีการเสนอแนะให้จัดระบบบริการเช่นเดียวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกับโรคอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไทรอยด์ ฯลฯ ทั้งๆ ที่

ทุกคนบอกว่าต้องทำงานเพิ่มขึ้น ต้องเสียสละ แต่ไม่รู้สึกรว่าเป็นภาระ เพราะเห็นประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ และเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยที่มาแออัดในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการจัดพยาบาลไปให้บริการที่สถานีนอนามัย พยาบาลที่ไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานีนอนามัยเองก็พึงพอใจ เพราะตนเองก็ต้องพยายามหาความรู้อยู่ตลอดเพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับเจ้าหน้าที่นอนามัย

ส่วนการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกในการรักษามากกว่าจะรักษาด้วยยาหรือวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว ทุกคนพึงพอใจที่จะให้เกิดระบบนี้เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เลือกที่จะดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

สิ่งเหล่านี้ น่าจะเป็นข้อยืนยันได้ว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจกับระบบบริการที่ปรับใหม่ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพราะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน แต่กรณีการแพทย์ทางเลือกด้วยการนวดและดูแลสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่น่าสนใจนำมาให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นด้วย มีบางคนที่ยังไม่แน่ใจในผลการรักษา แต่ก็เห็นด้วยเพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกมากขึ้น

ส่วนการเชื่อมโยงเครือข่ายไปในชุมชน ไปในสถานีนอนามัย เจ้าหน้าที่นอนามัยเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดี ได้รับความรู้เพิ่ม มีที่พยาบาลมาช่วยเป็นพี่เลี้ยงทำให้มั่นใจมากขึ้น แต่ยังเป็นห่วงเจ้าหน้าที่นอนามัยมีน้อยและปริมาณงานมากเพราะต้องทำทั้งงานบริหารและบริการ เกรงว่าจะเป็นภาระเพิ่มงานจึงทำให้หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลมีแนวคิดที่จะช่วยปรับระบบการบริการระหว่างโรงพยาบาลกับสถานีนอนามัยในรูปแบบคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยทำโครงการพัฒนาระบบบริการในสถานีนอนามัย โดยใช้ระบบกองทุนประกันสุขภาพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการให้มีความคล่องตัว สามารถรองรับการเชื่อมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลโดยไม่ขัดกับงานเดิมและเพิ่มงานมากขึ้น

จากการปรับระบบทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัยต้องมีการประสานงานช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ไม่แบ่งแยกว่าเป็นโรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัย แต่เป็นการทำงานเหมือนคนในครอบครัวเดียวกันทำงานร่วมกันแบบพี่น้อง โรงพยาบาลเปรียบเหมือนเป็นบ้านหลังใหญ่ที่พี่น้องไปมาหาสู่กัน มีปัญหาที่ช่วยกันแก้ไข มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะเห็นความเปลี่ยนแปลงนี้ได้ชัดเจนในการแข่งกีฬาสี่สัมพันธ์ จากเดิมมี 3 สี คือ โรงพยาบาล 2 สี เจ้าหน้าที่นอนามัยอีก 1 สี แต่หลังการปรับระบบ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเสนอให้รวมทีม เหลือเพียง 2 สี โดยแบ่งเจ้าหน้าที่นอนามัยมาอยู่ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพราะ

ต่างมีความรู้สึกเหมือนอยู่บ้านเดียวกันแต่คนหนึ่งทำงานอยู่ในบ้าน อีกคนหนึ่งออกไปทำงานนอกบ้าน

จากที่กล่าวมา เมื่อมองถึงความคุ้มค่าจากที่ได้ลงทุนพัฒนาเจ้าหน้าที่ ตั้งแต่การเตรียมความคิด ปรับทัศนคติในระยะที่ 1 และค่าใช้จ่ายในการปรับระบบให้เชื่อมโยงไปในชุมชนแล้ว สิ่งที่เกิดขึ้น ผลที่ได้รับนับว่าคุ้มค่าสมควรที่จะสนับสนุนให้ปรับระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันให้เป็นระบบบริการที่ใช้แนวคิดองค์รวมเข้ามาเป็นหลักในการดำเนินงาน

2) ความพึงพอใจ ความคุ้มค่า ในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ

จากการปรับแนวคิด ทัศนคติการให้บริการของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดการปรับกระบวนการในการให้บริการผู้ป่วย จากผู้ป่วยต้องทำตามคำสั่งอย่างเดียวเป็นผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในการจัดระบบในแต่ละขั้นตอน เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญและนำข้อเสนอแนะเหล่านั้นมาปรับระบบบริการ ให้ผู้ป่วยได้รับการที่พึงพอใจ จากการติดตามสัมภาษณ์เจาะลึกถึงขั้นตอนการให้บริการส่วนใหญ่พึงพอใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา มาตามนัดทุกครั้ง เพราะสะดวกรวดเร็ว ไม่ปะปนกับผู้ป่วยอื่น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ เข้าใจในสาเหตุของโรค/อาการที่เป็น ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้ถูกต้อง มีความรู้ความเข้าใจในการรักษาตนเองเบื้องต้น อย่างเช่นผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งที่ได้รับอนุญาตให้ไปรักษาต่อเรื่องที่สถานีอนามัย แต่เมื่อระดับน้ำตาลสูงพยาบาลแนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้าใจหลักการรักษาดี จึงขอคุมอาหารและออกกำลังกายเองก่อน เพราะไม่อยากเดินทางไกล ไม่อยากเสียค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยก็สามารถคุมระดับน้ำตาลของตนเองให้อยู่ในระดับปกติได้ จุดนี้ นับว่าเป็นความสำเร็จที่ผู้ป่วยเกิดจิตสำนึกที่จะดูแลตนเองไม่พึ่งบริการของรัฐแต่เพียงอย่างเดียว มีความพอใจ ภูมิใจต่อการดูแลสุขภาพ

จากการปรับระบบบริการนี้ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เคยไปรับบริการที่อื่นกลับมาขอรับบริการที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย เนื่องจากได้ทราบข่าวการให้บริการจากเพื่อนบ้าน จะเห็นได้จากจำนวนผู้รับบริการก่อนการปรับระบบมี 147 ราย หลังการปรับระบบมีถึง 215 ราย ในจำนวนที่เพิ่มขึ้น 65 รายนี้ เป็นผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ไปรักษาที่อื่นแล้วกลับมา ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยพึงพอใจที่จะรับบริการในระบบที่ปรับใหม่นี้ จึงไม่คิดไปรักษาที่อื่นเหมือนแต่ก่อน

ส่วนการจัดระบบให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษามากกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน เพียงอย่างเดียววันนั้น ได้รับความสนใจและพึงพอใจจากชาวบ้านและผู้ป่วย โดยเฉพาะการนวดไทย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อน ได้รับการบริการด้วยความเป็นกันเองสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ เพราะเป็นการให้บริการที่ต้องมีการสัมผัส รับฟังปัญหาให้เวลาผู้ป่วยได้พูดคุยปัญหาของตนเองในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ ยังได้รับความรู้ ได้ฝึกหัดการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านและเมื่อกลับไปบ้านก็มีเพื่อนบ้านที่มาฝึกหัดจากโรงพยาบาลช่วยดูแล

สำหรับค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่ไม่เห็นว่าเป็นภาระแต่อย่างไร ถึงแม้บางครั้งอาจต้องจ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิมเพราะพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ ส่วนในรายที่ไปรับบริการต่อเนื่องในชุมชน ค่าใช้จ่ายจะลดลงเพราะไม่ต้องจ่ายค่ารถและค่าอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มที่ไปรับบริการนวดต่อเนื่องในชุมชนบางครั้งไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด เป็นการช่วยเหลือกันเองในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านใกล้เคียง นอกจากนี้ไม่เสียค่าใช้จ่ายแล้วยังได้รับน้ำใจไมตรี ความสัมพันธ์อันอบอุ่นในครอบครัวและชุมชนกลับคืนมาอีกด้วย

สรุปผลการวิจัย

โครงการวิจัยพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม โรงพยาบาลพญาเม็งราย ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่กรกฎาคม 2539 ถึง กรกฎาคม 2540 เป็นระยะที่ 1 ซึ่งเน้นไปในด้านการพัฒนาบุคลากรขององค์กรให้มีความพร้อมที่จะปรับตัวไปสู่การจัดบริการใน Concept ของ Holistic Health พร้อมกันกับการทดลองปรับปรุงระบบบริการในบางเรื่องที่มีความเด่นชัดไปสู่ Concept ดังกล่าว โดยกำหนดให้มีกรณีตัวอย่างเพื่อนำร่อง 2 กรณี ได้แก่ กรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่จะปรับไปสู่การเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชน (หรือการแก้ปัญหาโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดความสลับซับซ้อนและการพึ่งพาโรงพยาบาล) และกรณีทดลองปรับระบบบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้าง ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่จะปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสาน (หรือการดูแลรักษาโรคปวดเมื่อยด้วยทางเลือกการนวดหรือสมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน)

การวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2540 สิ้นสุดโครงการเดือนตุลาคม 2541 โดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการด้วยแนวคิดแบบองค์รวมทั้ง 2 กรณีดังกล่าวแล้ว พร้อมกับการประเมินประสิทธิภาพ (Input-Process) และประสิทธิผล (Output : effect-outcome-impact) ของระบบ เพื่อจะนำบทเรียนและประสบการณ์ที่ได้จากกรณีตัวอย่างทั้ง 2 ที่ทดลองนำร่องการปรับระบบบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ไปขยายผลในส่วนบริการอื่นๆ ของโรงพยาบาล เพื่อจะพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลจากรูปแบบเดิม ไปสู่ระบบบริการด้วยแนวคิดแบบองค์รวมของโรงพยาบาลทั้งระบบต่อไป

ผลการดำเนินงานระบบบริการที่ปรับใหม่ทั้ง 2 กรณี พบว่า กรณีการบริการผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและโครงสร้างด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่ปรับไปสู่ระบบบริการที่มีทางเลือกผสมผสานด้วยการนวดและการใช้สมุนไพรที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ผลจากการติดตามและประเมินผู้ป่วย 49 ราย (Longitudinal study) สรุปได้ว่า ทั้งหมอพึงพอใจที่มีทางเลือกในการดูแลรักษาได้ด้วยตนเอง มากกว่าที่จะต้องปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่หรือตามหมอสั่งแต่ฝ่ายเดียวอย่างในระบบเดิม ซึ่งไม่มีทางเลือกเลย ข้อสรุปนี้ยืนยันได้จากจำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกวิธีรักษาเองโดยตรงมาใช้บริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทย โดยรู้จากการบอกเล่ากันปากต่อปาก มีส่วนน้อยที่เจ้าหน้าที่คัดกรองแนะนำให้เลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย

เหตุผลที่เลือกส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของความอบอุ่น/ความสบายใจที่มีเวลาอยู่กับเจ้าหน้าที่นานทั้งการนวด การอบประคบ การพูดคุยแนะนำข้อปฏิบัติจนเข้าใจเหตุปัจจัยที่ก่อเกิดปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยเฉพาะยังให้ญาติ/ลูกหลานได้ฝึกหัดทักษะเบื้องต้นในการกลับไปช่วยกันดูแลที่บ้าน โดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ ข้อสำคัญยังพบว่าจำนวนที่หายจากการปวดเมื่อยแบบไม่ต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลซ้ำหากเหมือนระบบเดิมมีมากกว่า ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่รับยาแก้ปวดแล้วก็กลับบ้าน ขาดปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ เมื่อปวดเมื่อยขึ้นมาอีกก็กลับมาโรงพยาบาลอีกแบบไม่รู้จบ

นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเป็นอย่างดี รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพการทำงานและอาชีพของตนตามที่ได้รับรู้ศึกษาและได้เรียนรู้จากการเสวนากลุ่มในเครือข่ายชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาตามแผนงาน แม้ว่าในด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมองไม่เห็นความแตกต่างจาก

ระบบเดิมอย่างเด่นชัด (ต่อการมาใช้บริการแต่ละครั้ง) แต่ถ้าคิดค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดจนหายขาด ย่อมประหยัดกว่าแน่นอน เพราะความถี่/จำนวนครั้งที่ต้องมาโรงพยาบาลน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม บทบาทของเครือข่ายองค์กรชุมชน เช่น สอ./อาสาสมัครการรณรงค์คนไทยที่จะรองรับการบริการ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ยังไม่ค่อยเข้มแข็งและเด่นชัด เพราะผู้ป่วยยังไม่ค่อยให้ความเชื่อมั่นเหมือนมาใช้บริการที่ฝ่ายแพทย์แผนไทยโดยตรง

จึงเป็นพันธกิจของทีมีวิจัยที่จะต้องพัฒนาให้เครือข่ายองค์กรชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีบทบาทเด่นชัดจนเป็นที่เชื่อถือของผู้ใช้บริการต่อไป สิ่งสำคัญยิ่งกว่านั้นคือ การปรับวิถีชีวิตของชาวบ้าน (รวมผู้ป่วย) ไม่ให้เป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาอีก และเสริมขีดความสามารถในการดูแลรักษาตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติ มีการจัด Focus group ให้ผู้ป่วยและเครือข่ายองค์กรชุมชนช่วยกันแสวงหาวิธีการ/สร้างกลไกเชื่อมโยง/ส่งถ่ายบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถให้กับเครือข่ายองค์กรชุมชน จนเป็นที่เชื่อถือได้และรองรับภารกิจในส่วนพื้นฐานจากโรงพยาบาลได้ดีพอ

โดยเฉพาะในส่วนของ อบต. และแกนนำหมู่บ้าน (เฉพาะตำบลแม่เปา) ที่เริ่มเข้าใจการพัฒนาที่ยั่งยืนและการดูแลสุขภาพด้วยแนวคิดแบบองค์รวม คือ การเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตแบบธรรมชาติบนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของตน ซึ่งผลจากการพากลุ่มแกนนำชุมชน/อบต. ไปดูงานที่ภาคอีสาน ทำให้กลุ่มแกนนำเกิดการเปรียบเทียบชุมชนอีสานและค้นพบตัวเองในที่สุดว่า "ตัวเกียดร้าน" คือเหตุขัดขวางการพัฒนาชุมชนของพวกเขา ทั้งที่ชุมชนของตนมีศักยภาพมากกว่าชุมชนอีสานที่ไปดูงานหลายเท่าจนกำนันตำบลแม่เปาเรียกประชดตนเองที่ผ่านมาว่าเป็น "ไอ้ขี้คร้านหลวง" (คนเกียดร้านที่สุด) จึงได้นำการปฏิบัติตัวเองและลูกทีม อบต. รวมทั้งลูกบ้านบางคน เริ่มดำเนินการพัฒนาตนเองด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ที่ยึดหลักธรรมชาติและความยั่งยืน โดยนำพระราชดำรัสเรื่องทฤษฎีใหม่และเศรษฐกิจแบบพอเพียง มาเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเพียงระยะเวลาไม่ถึงปีก็เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม ทั้งในส่วนของพฤติกรรมและวิถีชีวิตของผู้นำ ในส่วนของการปรับแนวเกษตรจากเดิมเป็นเกษตรแบบยั่งยืน มีอาหารและสมุนไพรเป็นผลผลิตผลพลอยได้ ซึ่งได้นำผลการเรื่องการทำมาหากิน การอยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ และการดำเนินวิถีชีวิตสมถะตามวิถีปัญญาพื้นบ้านที่อยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ เอื้ออาทรและช่วยเหลือกันและกัน พื้นฟูภูมิปัญญาชาวบ้าน ยึดหลักขยันและพึ่งตนเองให้ได้ ทาง อบต. แม่เปายังได้กำหนดนโยบายที่จะพัฒนาชุมชนของตนแบบยั่งยืนและ

เชื่อมโยงการพัฒนาทั้งระบบ (องค์รวม) เข้าด้วยกันโดยไม่แยกส่วน ทั้งเรื่องความเป็นอยู่ การทำมาหากิน การออมทรัพย์ สุวีถีภาพ สุขภาพ (รวมยาเสพติดและเอดส์ด้วย) และการศึกษา

กรณีการบริการผู้ป่วยเบาหวานในระบบที่ปรับเปลี่ยน ซึ่งเป็นตัวแทนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การเชื่อมโยงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและศักยภาพชุมชนที่เน้นการพึ่งพาตนเองและลดการพึ่งพาเจ้าหน้าที่/หมอ โดยแบ่งการติดตามประเมินผลเป็น 3 ส่วน คือ การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ (KAP) ของคนไข้เบาหวาน การติดตามกระบวนการขั้นตอนของระบบบริการแบบองค์รวม และการติดตามผลลัพธ์ในเชิงรักษาที่มีอุบัติการณ์ของอาการข้างเคียงและผลการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด (FBS) เป็นเครื่องชี้วัดนั้น สรุปได้ดังนี้

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไข้เบาหวาน พบว่า ในระบบบริการที่ปรับเปลี่ยนช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของคนไข้เบาหวานได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน คือ คนไข้ส่วนใหญ่หรือ 88% สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการควบคุมอาหาร และ 97% สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการใช้ยาตามที่ได้เรียนรู้จากระบบบริการที่ปรับเปลี่ยน แม้ว่าความถูกต้องในด้านความรู้ความเข้าใจ/การอธิบายได้เชิงทฤษฎีเกี่ยวกับเบาหวานจะยังไม่สูงเท่าการปฏิบัติได้ถูกต้องก็ตาม

ข้อสำคัญคือ ความเข้าใจที่ถูกต้องของคนไข้ได้นำไปสู่การประยุกต์ให้ปฏิบัติได้จริงตามสถานะและข้อจำกัดของคนไข้แต่ละคน เช่น การเลือกกินอาหารทดแทน การออกกำลังกาย ด้วยการทำงานทดแทนกายบริหารที่ได้เรียนรู้จากระบบบริการ หรือการนำความรู้พื้นฐานในเรื่องสมุนไพรลดน้ำตาลในเลือดมาใช้ผสมกับความรู้สมัยใหม่ แม้ว่าประเด็นสมุนไพรลดน้ำตาลยังคงต้องมีการศึกษาต่อไป แต่การที่คนไข้เข้าใจ Concept ของการดูแลตนเองเพื่อควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติอยู่ตลอดเวลาเป็นความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองอย่างยิ่ง หรือแม้แต่คนไข้สามารถรู้อาการเตือน/มีสิ่งบ่งบอกก่อนอาการเบาหวานกำเริบ (ระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ) ส่วนเป็นองค์ความรู้พื้นฐานง่ายๆ ที่สามารถช่วยเฝ้าระวังชีวิตคนไข้ได้เป็นอย่างดี เป็นการแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการจัดระบบบริการแบบองค์รวมที่ทำให้คนไข้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากกว่าระบบเดิมที่คนไข้ต้องพึ่งพาหมอ/พยาบาลตลอดเวลา

สำหรับกระบวนการขั้นตอนของระบบบริการที่ปรับเปลี่ยน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ที่มีทั้งขั้นเตรียมความพร้อม ขั้นบริการตรวจรักษา ขั้นเรียนรู้การดูแลตนเอง และขั้นนัดหมายเยี่ยมเยียน ได้สะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของคนไข้ที่สามารถมีส่วนร่วมในการปรับระบบบริการให้เหมาะสมและ

เข้ากับสภาพความเป็นจริงของตนได้ตลอดเวลา สร้างความพึงพอใจแก่คนไข้ทุกคนที่มีความสะดวก รวดเร็ว มีความหมาย/ความเข้าใจในกิจกรรมทุกขั้นตอน ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะคนไข้ที่อยู่ไกลโรงพยาบาลสามารถไปปรึกษาและตรวจความเรียบร้อยจากสถานีอนามัย ในเครือข่ายที่อยู่ใกล้บ้าน แทนที่จะต้องเดินทางไปโรงพยาบาลทุกครั้ง ซึ่งไม่ใช่แค่คนไข้คนเดียวแต่รวมไปถึงญาติที่จะต้องเสียเวลาพาคนไข้ไปด้วย แม้จะมีคนไข้ 1 รายที่เปลี่ยนไปใช้บริการของโรงพยาบาลอื่นเพราะอยู่ใกล้กว่า แต่ก็กลับมาใช้บริการในระบบของโรงพยาบาลพญาเม็งรายแม้จะอยู่ไกลกว่า เพราะพึงพอใจมากกว่า มีโอกาสได้เรียนรู้กว้างขวาง รู้สึกตนเองมีความหมาย มีคุณค่า มีความอบอุ่นและมีเพื่อน

สำหรับกลไกการทำงานร่วมกันกับองค์กรในเครือข่ายชุมชน โดยเฉพาะสถานีอนามัย ยังต้องเสริมศักยภาพและแสวงหาแนวทางในการทำงานร่วมกันอีกมาก จึงจะทำให้บรรลุจุดหมายของการปรับระบบเดิมให้เป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์ตามเป้าหมาย

สำหรับผลลัพธ์ในเชิงรักษาที่มีปฏิบัติการของอาการข้างเคียงและผลการตรวจวัดน้ำตาลในเลือด (FBS) เป็นเครื่องช่วยชี้วัดนั้น ได้มีบันทึกการตรวจวัดทุกครั้งที่คนไข้มาใช้บริการตามนัด สะท้อนให้เห็นได้ในส่วนบุคคลว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและอาการแทรกซ้อนจากการบันทึกการตรวจวัดในช่วงต่างๆ สอดรับกับผลการติดตามในด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไข้แต่ละราย

อย่างไรก็ตาม การใช้ระดับน้ำตาลในเลือดหรือปฏิบัติการในเชิงระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน เป็นเครื่องช่วยชี้วัดประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมนั้น อาจเป็นความคาดหวังที่เห็นได้ยากหรือพอจะพอมองเห็นได้จากแนวโน้ม (Trend) ในระดับมหภาค (Macro) ที่มีระยะเวลานานพอ เพราะระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนในแต่ละรายบุคคลขึ้นกับปัจจัยที่แปรผันตามสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลค่อนข้างจะมาก การใช้ผลการวัดในภาวะใดภาวะหนึ่งหรือในขณะใดขณะหนึ่งเป็นตัวชี้วัดจึงเสี่ยงต่อความผิดพลาดได้มาก อีกประการหนึ่ง เครื่องชี้วัดทั้ง 2 ดังกล่าว เป็นการวัดที่ผลกระทบ (Impact) ของระบบบริการ ไม่ใช่การวัดผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์โดยตรง (Outcome/Effect) จึงเน้นผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ (Outcome/Effect) ของพฤติกรรมสุขภาพและกระบวนการบริการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์โดยตรงของตัวระบบบริการที่ปรับใหม่ เป็นเครื่องชี้วัดหลักในการบ่งบอกความสำเร็จของตัวระบบ ส่วน FBS และภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลกระทบ ให้ใช้เป็นเครื่องช่วยชี้วัดความสำเร็จของตัวระบบในระดับรอง หรือแนวโน้มในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้คือ การพัฒนาตัวระบบบริการสุขภาพ ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ที่คาดหวังให้ปัจเจกและชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนได้มากขึ้น แทนที่จะพึ่งหมอฟังโรงพยาบาลทุกอย่างฝ่ายเดียว เพราะปัญหาสุขภาพไม่ใช่เรื่องผูกขาดเฉพาะกับหมอ/โรงพยาบาล แต่เป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับปัจจัยและองค์ประกอบอื่นๆ อีกมากมาย เพียงแต่โครงการนี้ได้เลือกใช้กรณีเบาหวานกับกรณีปวดเมื่อยเป็นสะพานในการศึกษา เพื่อจะพัฒนาระบบบริการเดิมไปสู่ระบบบริการที่คาดหวัง แต่โครงการวิจัยนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะวิจัยหาประสิทธิภาพของวิธีรักษาโรคเบาหวาน ดังนั้น การใช้ตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด จึงต้องใช้ด้วยความเข้าใจในเจตนาเพื่อเป็นเครื่องช่วยชี้วัดทางอ้อม ที่อาจจะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของการรักษาที่มีระบบบริการด้วยความคิดแบบองค์รวมได้บ้าง แต่ไม่ใช่เครื่องชี้วัดความสำเร็จของตัวระบบแน่นอน เพราะวิธีรักษาโรคเบาหวานก็ยังคงใช้วิธีเดิม ใช้ยาตัวเดิม ไม่ได้เปลี่ยนแปลงวิธีรักษาเลย เพียงแต่ปรับระบบให้เอื้อต่อการส่งเสริมวิธีรักษาเดิมที่คนไข้สามารถดูแลรักษาตัวเองได้มากขึ้น ประหยัด สะดวก และพึงพอใจมากขึ้น

สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ

ระบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ทำการวิจัยและพัฒนา น่าจะเป็นประโยชน์และมีความเป็นไปได้ในการจัดบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน

การมีทางเลือก สามารถลดข้อจำกัดของการบริการด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว โดยเทคนิคบางอย่างยังจำเป็นพึ่งพาแพทย์วิชาชีพ แต่บางอย่างสามารถประยุกต์เข้ากับชีวิตประจำวันได้ เพราะอธิบายวิธีการหายจากโรคด้วยการปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งเน้นที่การพึ่งตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากกว่าการพึ่งพาเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว

จึงเสนอแนะให้โรงเรียนแพทย์ควรมีหลักสูตร Postgraduate เพื่อศึกษาวิจัยการแพทย์ทางเลือกกันอย่างจริงจัง เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่หลากหลายขึ้น

การนวด อบ ประคบ เป็นวิธีดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านที่น่าส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง แทนที่จะไปใช้บริการจากโรงพยาบาลเกินความจำเป็น

การพัฒนาบุคลากรให้มีจิตสำนึกที่ดีต่อองค์กร และรู้จักวิธีการทำงานเป็นระบบ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารจะต้องจัดให้มีขึ้นเป็นประจำ เพื่อให้องค์กรเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากโครงการนี้เป็น R & D ที่ยังส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมอยู่ตลอดเวลา จึงต้องรักษาให้ระบบการบริการและระบบการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายองค์กรชุมชนได้ดำเนินการและพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยอาศัยกระบวนการ AIC เป็นเครื่องมือในการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายองค์กรชุมชน ทั้งนี้เพื่อที่จะขยายผลเครือข่ายของระบบบริการที่ปรับใหม่ ให้สามารถเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้โดยใช้กลไกตามศักยภาพและวัฒนธรรมของชุมชน ให้ชุมชนสามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งบางอย่างก็ได้เริ่มดำเนินการไปบ้างแล้ว แต่ยังคงต้องการความต่อเนื่องในการดำเนินการ ดังนั้น จึงต้องรักษาเครือข่าย/พันธมิตรไว้ ด้วยการดำเนินการเสริมหนึ่งเป็นภารกิจประจำของโรงพยาบาล เช่น ยังคงสนับสนุนให้กิจกรรม/แผนงานต่อไปนี้ ดำเนินการสืบต่อไปได้เรื่อยๆ ได้แก่

(1) แผนงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพประจำปีของประชาคมตำบล (อบต.) ที่ปฏิบัติได้จริงและอาจมีงบประมาณรองรับจาก อบต. โดยเฉพาะควรต้องมีแผนงานรองรับกรณีนำร่องในด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและการสร้างทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น หากยังมีแผนงานที่เน้นมาตรการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้คนเจ็บป่วยง่าย ยิ่งถือว่าประสบความสำเร็จในการพัฒนาทางด้านสุขภาพของชุมชน

(2) สร้างกลไกด้านเวชปฏิบัติครอบครัวในชุมชน ให้สามารถดูแลฟื้นฟูสุขภาพได้เองที่ชุมชน โดยเสริมขีดความสามารถและบทบาทของสถานีอนามัย ให้เป็นกลไกที่สำคัญเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน (แต่ไม่ใช่ทำหน้าที่แทนโรงพยาบาล)

(3) สร้างทางเลือกเสริมการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยเสริมบทบาทและขีดความสามารถให้กับครอบครัวในการเป็นฐานรองรับที่ชุมชน โดยมีอาสาสมัคร (เช่น หมอพื้นบ้าน อาชีพ) ตามวิถีชีวิตของชุมชน หรือกลุ่มพลังในชุมชน เป็นสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล

(4) การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนที่ได้เริ่มเพาะเชื้อไว้ในระดับหนึ่งแล้ว ยังคงต้องสืบสาน/ต่อยอดให้มีความเข้มแข็งและขยายผลสู่ชุมชนอื่นๆ โดยให้ประชาคมตำบลแม่เปาเป็นฐานการขยายผลสู่ตำบลอื่นๆ อย่างเป็นธรรมชาติและยั่งยืน (ไม่ใช่จัดการตั้งอย่างที่หน่วยราชการชอบทำ)

การขยายผลเชื่อมโยงระบบบริการเข้าไปในเครือข่ายชุมชน จำเป็นต้องทุ่มเวลาและลงทุนในการพัฒนาคนของเครือข่ายชุมชน เช่นเดียวกับการทุ่มเทพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล

ดังที่ได้ทำในระยะที่ 1 ซึ่งผลจากที่ได้จัดโอกาสให้แกนนำเครือข่ายชุมชนไปเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเครือข่ายชุมชนอื่นทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่น่าสนใจ เช่น อบต. แม่เปาเริ่มสนใจและเริ่มนำประเด็นการพัฒนาด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (รวมการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัย) ผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานและงบประมาณประจำปี รวมทั้งแกนนำ อบต. บางคนยังได้นำแนวคิดและประสบการณ์ไปปฏิบัติด้วยตัวเองโดยการผสมผสานเรื่องสุขภาพกับการเกษตรแนวธรรมชาติ และการพึ่งพาตัวเองด้วยหลักเศรษฐกิจแบบเพียงพอ (Subsistence Economy) จึงถือเป็นยุทธวิธีที่ดีที่สามารถเกาะกลุ่มผู้นำเพื่อจะนำการเปลี่ยนแปลงต่อไป เพื่อหลอมกรอบแนวคิดในการดูแลรักษาสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชุมชนที่พึ่งพาตนเองได้

ดังนั้น การขยายตัว/การต่อยอดของการศึกษาวิจัยต่อไปของโครงการนี้ จึงอยู่ที่การพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกัน/การเชื่อมโยงบทบาทของโรงพยาบาลกับองค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. กลุ่มสตรีแม่บ้าน กลุ่มหมอพื้นบ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มพลังทางการเมืองและเศรษฐกิจของท้องถิ่น รวมไปถึงองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐในท้องถิ่น ให้สามารถเสริมบทบาทซึ่งกันและกัน โดยมีชุมชนเป็นหลัก/เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่เชื่อมโยงการพัฒนาในทุกๆ ด้านเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ หรืออาจกล่าวโดยย่อว่า เป็นการพัฒนา "ประชาสังคมสุขภาพ" โดยมี "ประชาคมตำบล" เป็นฐานการพัฒนาที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมนั่นเอง ทั้งนี้เพื่อรองรับสถานการณ์และรูปแบบการบริการสุขภาพในยุค 2Ky จึงเสนอให้ทางสถาบันได้พิจารณาส่งเสริมงานวิจัยเพื่อต่อยอดให้กับโครงการนี้ได้สร้างทีมวิจัยและลงทุนพื้นฐานมาแล้วพอสมควร หากหยุดอยู่แค่นี้ก็น่าเสียดายเป็นอย่างยิ่ง

บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอแนะ

กล่าวโดยสรุป

ชุมชนบ้านเนินสมานมิตรเป็นหมู่บ้านขนาดเล็กที่เพิ่งแยกตัวออกมาจากชุมชนดั้งเดิม มีที่ตั้งอยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติในพื้นที่จังหวัดเชียงราย จึงรายล้อมด้วยพื้นที่ป่าไม้อันอุดมสมบูรณ์ ทำให้มีที่ดินทางการเกษตรค่อนข้างน้อย ไม่มีแหล่งน้ำขนาดใหญ่เพื่อการเกษตรกรรม ฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน ประชากรส่วนใหญ่อพยพมาจากที่อื่นเพื่อหาที่ดินทำกิน แต่อยู่ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมล้านนาเช่นเดียวกัน ทำให้ไม่ค่อยมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในชุมชน อีกทั้งยังรู้จักสามัคคีจนได้รับยกย่องจากหน่วยงานทางราชการอย่างมากมาย

ในอดีตเป็นชุมชนชนบทที่อยู่ห่างไกลความเจริญค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่ปัจจุบันด้วยการคมนาคมขนส่งที่สะดวกมากขึ้น ก่อปรกับสถาปนาขึ้นเป็นอำเภอพญาเม็งราย จึงทำให้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนได้รับการเยียวยาจากภาครัฐ โดยตั้งเป็นโรงพยาบาลพญาเม็งราย (โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง) ขึ้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน

แม้กระนั้นก็ตาม ชาวบ้านยังคงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน กล่าวคือ เมื่อได้รับความเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กๆ น้อยๆ ชาวบ้านสามารถดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) ได้ในวิถีชีวิตของชุมชน โดยอาศัยองค์ความรู้ที่ได้รับมาจากการเรียนรู้ สิ่งสมถะถ่ายทอดของบรรพบุรุษหรือคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชน แต่ถ้ามารักษาได้ป่วยนั้นรุนแรงมากขึ้นจนจำเป็นต้องได้รับการรักษาเยียวยาจากผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพ ชาวบ้านก็สามารถใช้บริการจากหมอพื้นบ้านล้านนา(หมอเมือง) หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ตั้งคลินิกอยู่ในชุมชนหรือละแวกใกล้เคียงได้ อีกทั้ง ถ้าหากนักวิชาชีพเหล่านั้นยังไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวบ้านได้อย่างเป็นที่พอใจ ชาวบ้านยังมีโอกาสที่จะเลือกรับบริการการดูแลสุขภาพที่เป็นเชิงระบบ ทั้งในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ได้แก่ หมอเมือง หมอนวด หมอยา เป็นต้น และในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาล เป็นต้น

การดูแลสุขภาพสุขภาพของชาวบ้านมีรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น แต่เนื้อหายังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากเป็นผล

ผลิตทางวัฒนธรรมที่สลับซับซ้อน มีความสัมพันธ์และเกี่ยวพันกันอย่างเป็นระบบ กระทั่งเป็นระบบการดูแลรักษาสุขภาพของสังคมไทยที่ครอบคลุมความรู้ ความเชื่อ ความสามารถและพฤติกรรมกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ

ก่อให้เกิดเป็นศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชนชนบท โดยอาศัยการเรียนรู้ การปรับตัว การตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพ ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง สิ่งเหล่านี้จึงเป็นเครื่องมือนำไปสู่การเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลรักษาสุขภาพให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพะทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

ชุมชนชนบทแม้จะอยู่ห่างไกลความเจริญ แต่ด้วยการคมนาคมขนส่งที่สะดวก และการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ทำให้ปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวบ้านได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น

แต่กระนั้นก็ตาม ชาวบ้านยังคงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน กล่าวคือ เมื่อได้รับความเจ็บไข้ได้ป่วยชาวบ้านสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเอง(Self Care) ได้ในวิถีชีวิต โดยอาศัยองค์ความรู้ที่ได้รับมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ของบรรพบุรุษตามคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว/เครือญาติ/ชุมชน แต่ถ้ารุนแรงมากขึ้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาเยียวยาจากนักวิชาชีพ ก็สามารถใช้บริการจากหมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ หรือบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ตั้งคลินิกอยู่ในชุมชนหรือละแวกใกล้เคียง ถ้ายังไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยได้อย่างพอใจ ชาวบ้านก็ยังมีโอกาสที่จะเลือกรับการดูแลรักษาสุขภาพเชิงระบบ ทั้งในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และ/หรือระบบการแพทย์ทางเลือกอื่น



แผนภูมิที่ 6 - 1 แสดงศักยภาพของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

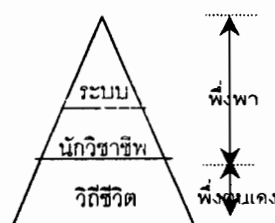
ชาวบ้านจึงมีทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ กล่าวคือ

1) การดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรม เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาสุขภาพโดยอาศัยสมุนไพรพื้นบ้านที่เป็นพืชเชิงเดี่ยว ทางการย โกล้มมือปัจจุบันอาจผสมผสานกับองค์ความรู้ใหม่ ที่ได้รับการส่งเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น เทคนิคการประคบ การนวด เพื่อแก้อาการปวดเมื่อย/ฟกช้ำ ที่นำมาทดแทนการบริโภคยาแก้ปวดในชุมชนได้

2) การดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์ทางเลือกอื่น เช่น ระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เข้มแข็งทั้งในระดับองค์ความรู้ (ตำรา/บ๊อบสา) และตัวบุคคล/นักวิชาชีพ (หมอเมือง) ยังคงรับใช้สังคมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการคลี่คลายปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน กอปรกับกระแสความนิยมธรรมชาติ สมุนไพร การแพทย์แผนไทย และความกระตือรือร้นขององค์กรสนับสนุน จึงมีผลต่อความพยายามที่จะฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านล้านนาให้เป็นระบบการแพทย์ที่มีตัวตนและเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนได้

3) การดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายใน ๑๐ ปีที่ผ่านมามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นมาก แต่ผลตอบสนองทางสุขภาพยังไม่คุ้มค่า ดูได้จากชาวบ้านยังเจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นจำนวนมาก และผู้ที่เจ็บป่วยแล้วยังได้รับการบริการไม่ดีพอ ในแง่ของความทั่วถึงเป็นธรรม คุณธรรม ประสิทธิภาพและมีราคาแพงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นภาระหนักต่อชาวบ้านและรัฐบาล

แต่สำหรับโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดดเด่นในด้านการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Approach) ที่มีได้ยึดติดอยู่กับรูปแบบแต่อยู่ที่เนื้อหาของบริการ ให้บริการ ความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นทุกข์โดยไม่คิดรูปแบบระบบบริการ ไม่ผูกขาดกับวิชาชีพ ยอมรับความหลากหลายของวิธีการดูแลสุขภาพที่เห็นความเชื่อมโยงของกายและใจควบคู่กัน



แผนภูมิที่ 6 - 2 แสดงทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

การเรียนรู้ การปรับตัว การตัดสินใจ และปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลรักษาสุขภาพ

การดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้าน อาศัยรูปแบบ/วิธีการและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การปรับตัว และการตัดสินใจดังต่อไปนี้ คือ

1. การเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ กระทำโดย 1) การเรียนรู้ในฐานะผู้กระทำ (Active Learner) ได้แก่ การสืบทอดจากบรรพบุรุษ การถ่ายทอดการแพทย์พื้นบ้าน และการอบรมเผยแพร่ความรู้ 2) การเรียนรู้ในฐานะผู้ถูกกระทำ (Passive Learner) ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การเรียนรู้ด้วยตนเองและการใช้ประสบการณ์ส่วนตัว ภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ กล่าวคือ

ตารางที่ 6 - 1 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการเรียนรู้ของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

ผู้กระทำ (Active Learner)	ผู้ถูกกระทำ (Passive Learner)
1. ความไม่ไม่รู้ของแต่ละบุคคล 2. ประสบการณ์การเจ็บไข้ได้ป่วยของตนเอง 3. การยอมรับหรือความเคารพเชื่อถือ ทำให้แสวงหาความรู้เพิ่มเติม 4. ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ตัวเองไม่รู้ จึงพยายามแสวงหาทางเลือกอื่น 5. ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ 6. การถ่ายทอดองค์ความรู้ดั้งเดิมของบรรพบุรุษ โดยอาศัยการปฏิบัติ (Learning by Doing) 7. การเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ	1. เชื่อในประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ที่เคยเป็นมาก่อน 2. พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ

2. การปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ กระทำโดย 1) คล่องตัว ได้แก่ การแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ การผสมผสานทางเลือกในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว การเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้เจ็บไข้ได้ป่วยในชุมชน การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชน การเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์สู่คนรอบข้าง 2) ไม่ค่อยปรับตัว ได้แก่ การปฏิบัติตัวตามประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเองภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ

ตารางที่ 6 - 2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการปรับตัวของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพ

คล่องตัว	ไม่ค่อยปรับตัว
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ 2. รู้ระดับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย 3. ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากบรรพบุรุษ หรือได้รับคำแนะนำจากเครือญาติ 4. ยุคสมัยและการพัฒนาที่เปลี่ยนแปลงไป 5. ความรู้ที่เสริมสร้างความเข้าใจในแต่ละทางเลือก 6. ประสบการณ์การเจ็บไข้ได้ป่วยของตนเอง 7. ลักษณะการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนที่มีความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน 8. ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้อื่นหรือผู้ป่วยที่เคยเป็นมาก่อน 9. การเผยแพร่ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ 10. ค่าใช้จ่ายที่ใช้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความเชื่อดั้งเดิมของคนในชุมชน 2. พฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

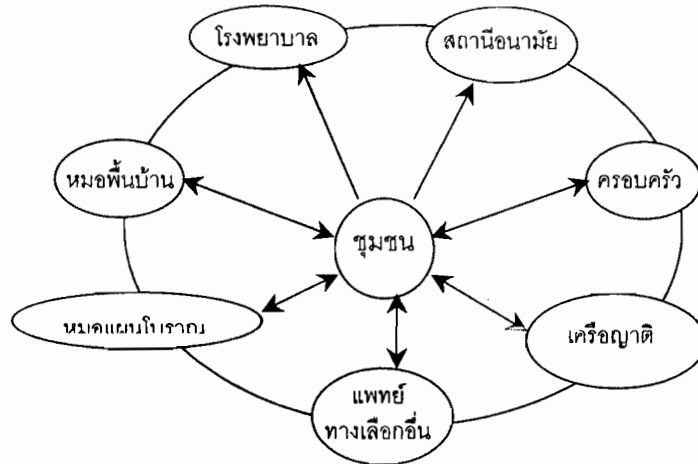
3. การตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ กระทำโดย 1) ฟังตนเอง ได้แก่ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านในชุมชน การตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลหรือประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม การให้คำปรึกษาและเผยแพร่วิธีการดูแลรักษาโรคแก่ผู้ที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตน สำหรับกรณีฉุกเฉินจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนหลังจากนั้นจะใช้ความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในการเลือกที่จะดูแลรักษาสุขภาพต่อไป 2) ฟังพา ได้แก่ การเปลี่ยนหมอมหากไม่สามารถรักษาให้หายได้ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการตั้งอยู่บนพื้นฐานสิทธิด้านการรักษาพยาบาลภายใต้ปัจจัยเงื่อนไขในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ กล่าวคือ

ตารางที่ 6 - 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการตัดสินใจของชาวบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพ

ฟังตนเอง	ฟังพา
1. ทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพ 2. ข้อมูลที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม 3. พฤติกรรมการให้บริการของแต่ละทางเลือก 4. องค์ความรู้ที่ได้รับจากบรรพบุรุษ หรือคำแนะนำของเครือญาติ 5. ความเชื่อของคนในชุมชน 6. การเผยแพร่ความรู้โดยโรงพยาบาล	1. ความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย 2. สิทธิด้านการรักษาพยาบาล 3. กระแสความนิยม หรือยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป

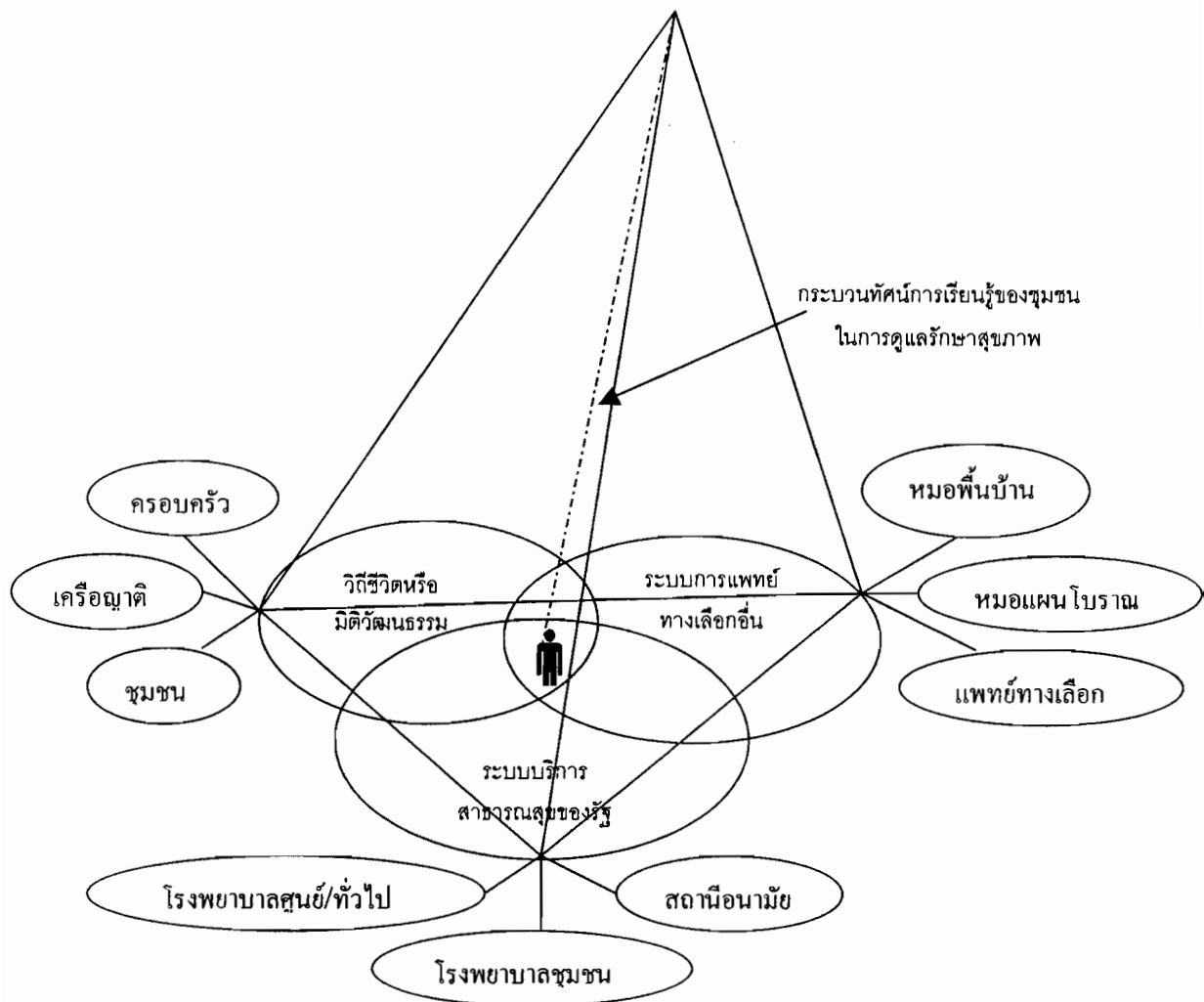
บทสรุป

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่สามารถดำรงอยู่ได้ในชุมชน จึงควรเป็นไปในลักษณะที่ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ เปิดโอกาสให้ระบบการแพทย์ทางเลือกอื่น และการดูแลรักษาสุขภาพในวิถีชีวิตหรือมิติวัฒนธรรมสามารถคงอยู่ได้ โดยมีใช้รวมมาไว้ในสถานบริการสาธารณสุข แต่ควรให้โอกาสระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นสามารถดำรงอยู่หรือพัฒนาต่อไปได้ในชุมชน ภายใต้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ชี้แนะในสิ่งที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นการเสริมสร้างส่วนขาด หรืออาจหยิบยืมส่วนดีของแต่ละทางเลือกมาปรับปรุงการให้บริการของรัฐ



แผนภูมิที่ 6 - 3 แสดงการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน

กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน ก็จะเป็นในลักษณะที่มีการเชื่อมโยงเครือข่ายและแผนงานการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของมวลชนอย่างแท้จริง ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีลักษณะเป็นพลวัต



แผนภูมิที่ 6 - 4 แสดงการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลสุขภาพของชาวบ้านโดยอาศัย
กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพสุขภาพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท. ใน พฤติกรรมสุขภาพ, ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ จริญญา สุทธิสุนทร (บรรณาธิการ), หน้า 90-110. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ธารา อ่อนชมจันทร์ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และ ยິงยง เทาประเสริฐ (บรรณาธิการ). แนวคิดและประสบการณ์การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป. (อัดสำเนา)
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหธรรมมิก จำกัด, 2539.
- ประพันธ์ ผลเสวก (บรรณาธิการ). ปัญญาจากแผ่นดิน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิชณศพรินเตอร์ เซ็นเตอร์ จำกัด, 2537.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2535.
- วุฒินันท์ พระภูจำนงค์. การรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพรของชาวชนบทอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม, 2534.
- สันทัด เสริมศรี และ เจมส์ ไรลีย์. พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517. (อัดสำเนา)
- วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ. การศึกษารูปแบบปรับปรุงการรักษาพยาบาลโรคของเด็กโดยการผสมผสานการรักษาตามแบบฉบับของชาวอีสานกับแผนปัจจุบัน. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.
- กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ. หมอพื้นบ้านและการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านอีสาน. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ขาดสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล. สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์ 20 (15-21 ตุลาคม 2543) : 8-9.

- ธารา อ่อนชมจันทร์, ดารณี อ่อนชมจันทร์, ประภาพร เชื้อเมืองพาน และ นิตยา สีแซก. ทางเลือกในการรักษากระดูกหัก : กรณีศึกษาหมอกระดูก อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. เชียงราย : โรงพยาบาลพญาเม็งราย, 2536. (อัดสำเนา)
- ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, ปัทมาวดี กสิกรรม, รุจินาด อรรถสิทธิ์ และ โอภาส เศรษฐากุล. องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ : การพัฒนาระบบการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543. (อัดสำเนา)
- นวลจันทร์ กระเทียมหาญ. ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก : กรณีศึกษาการรักษากระดูกหักของหมอพระ วัดยุคธรรมาภิบาล ตำบลเกาะลอย อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาทรัพยากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- ปรีชา อุดมระกูล และคณะ. บทบาทหมอพื้นบ้านในสังคมชนบทอีสาน. นครราชสีมา : ศูนย์ข้อมูลท้องถิ่นเพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏนครราชสีมา, 2537.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน. วารสารการศึกษาแห่งชาติ 28 (มิถุนายน-พฤษภาคม 2537) : 20.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ ธารา อ่อนชมจันทร์, บรรณาธิการ. ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลรักษาสุขภาพ กรณีศึกษา : การรักษากระดูกหักของ "หมอเมือง" และการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย, พิมพ์ครั้งที่ 1, เชียงราย : สถาบันราชภัฏเชียงราย, 2537.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ พัชรา ก้อยชูสกุล (บรรณาธิการ). ทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอเมือง). เชียงราย : สถาบันราชภัฏเชียงราย, 2543.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. ประสบการณ์และศักยภาพการแก้ปัญหาเอดส์ขององค์กรประชาชน. เชียงราย : สถาบันราชภัฏเชียงราย, 2543.
- คณะกรรมการหมู่บ้านสันสามัคคี. รายงานสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตบ้านสันสามัคคี ตำบลแม่เปา อำเภอแม่เปา จังหวัดเชียงราย. เชียงราย : องค์การบริหารส่วนตำบลแม่เปา, ม.ป.ป.
- ธารา อ่อนชมจันทร์, "กรณีศึกษาการพัฒนาบริการที่โรงพยาบาลพญาเม็งราย", ใน แนวคิดและประสบการณ์การจัดบริการสาธารณสุขในแนวคิดแบบองค์รวม. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป. (อัดสำเนา)

- โอวาท สุทธนารักษ์ (บรรณารักษ์). แนวคิดและประสบการณ์การจัดการศึกษาเพื่อการพึ่งตนเอง. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มศึกษาปัญหาและทิศทางการศึกษาของไทย, 2530.
- มงคล พูนเพิ่มสุขสมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสื่อสารกับทัศนคติต่อการพึ่งตนเอง ของชาวไทยมุสลิม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. คู่มือประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542.
- สีลาภรณ์ นาคทรพร. แนวคิดเกี่ยวกับเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม : ระดับกลุ่ม/ชุมชน. ใน อนุชาติ พวงสำลี และ อรทัย อาจอ่ำ (บรรณารักษ์), การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคม, กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2539.
- สมบุญ ศาลยาชีวิน. จิตวิทยาเพื่อการศึกษผู้ใหญ่. เชียงใหม่ : ลานนาการพิมพ์, 2526.
- มาลี พงษ์พงศาวิไล. รายงานการวิจัยประกอบการร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ..... ประเด็นบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนกับการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2541.
- กฤษฎา บุญชัย, พุทธิณี กางกั้น และ ประภาพร สุขพวรรกุล. กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน. ทิศทางไท. (2538) : 21-41.
- ศักดิ์ชัย นิรัญทวี. รายงานการวิจัยประกอบการร่างพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ..... ประเด็นปรัชญาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2541.
- จิตจำนงค์ กิติกริตติ. การพัฒนาชุมชน : การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนาชุมชน. กรุงเทพมหานคร, 2532.
- ประเวศ วะสี. "แนวคิดเกี่ยวกับระบบพัฒนาการเรียนรู้". สถานปฏิบัติ 2 (มีนาคม 2542) : 31-33.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. ภูมิปัญญาสี่ภูมิภาค : วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. โครงการกิตติเมธี สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2540.
- สีลาภรณ์ นาคทรพร. ระบบการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน : กรณีศึกษาชุมชนอีสานใต้. วารสารสุโขทัยธรรมาธิราช 8 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2538) : 38-48.

- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. ทิศทางการพัฒนาชนบทในอนาคต. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2533.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร . บริษัท พริกหวานกราฟฟิค จำกัด, 2542.
- ปารีชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2543.
- ประเวศ วะสี. วิถึบูรณาการ : ทางออกภูมิปัญญา. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง ยุทธศาสตร์ประเทศไทย 1999-2000, หน้า 1-31. 11-13 มกราคม 2542 ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์.
- ปฐม นิคมานนท์. การค้นหาคำรู้และระบบถ่ายทอดความรู้ในชุมชนชนบทไทย. รายงานการวิจัย ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. แนวทางส่งเสริมภูมิปัญญาไทยในการจัดการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด, 2541.
- สีลาภรณ์ นาคทรพร. การศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. ใน เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการศึกษากับการวิจัยเพื่อพัฒนาอนาคตของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2539ก.
- อุทุมพร จามรมาน, ปทีป เมธาคุณวุฒิ และ สุวิมล ว่องวานิช. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็นสำหรับคนยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- อารี พันธุ์มณี. จิตวิทยาการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ต้นอ้อ แกรมมี จำกัด, 2540.
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และคณะ. ทฤษฎีและแนวคิดเศรษฐกิจชุมชนชาวนา. กรุงเทพมหานคร : โครงการวิถึทัศน์, บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2541.
- เสนห์ จามริก. เศรษฐกิจพอเพียงกับการพัฒนาที่ยั่งยืน. เอกสารประกอบการสัมมนา โครงการปราชญ์เพื่อแผ่นดิน ครั้งที่ 1 เรื่องปรัชญาการพัฒนา : ทฤษฎีใหม่ตามแนวพระราชดำริ ณ สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน ถนนติวานนท์ นนทบุรี 6-7 พฤศจิกายน 2541.

- อนุชาติ พวงลำลี และ วีรบุรณ วิสารทสกุล. ประชาสังคม : คำ ความคิดและความหมาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2540.
- ประเวศ วะสี. คนดีศรีสังคม 2538. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2538.
- คณะกรรมการเผยแพร่และส่งเสริมงานพัฒนา มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม. ประชาทรรศน์ 16 (กรกฎาคม 2539).
- ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคการณ์ไกล. ประชาสังคม ทรรศนะนักคิดในสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพิมพ์มติชน, 2540.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ประชาสังคม : มิติใหม่ของการเมืองสาธารณะ. ใน ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
- ดารณี ถวิลพิพัฒน์กุล. การศึกษาศักยภาพในการพัฒนาของชุมชนชนบทในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2536.
- กาญจนา แก้วเทพ. การพัฒนาแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพมหานคร : สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา, 2538.
- ศูนย์วิจัยนโยบายการศึกษา. แนวทางการพัฒนาประเด็นวิจัยชุดโครงการวิจัยด้านการศึกษากับชุมชน. ใน อมรวิทย์ นาคทรพร และคณะ (บรรณาธิการ). การศึกษากับความเข้มแข็งของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนเพื่อการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นการแกะสลักไม้ในโรงเรียนโครงการขยายโอกาสทางการศึกษาชุมชนบ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่, หน้า 15-25. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- พิทยา ว่องกุล. ฐานชุมชน ประชาสังคม ธรรมรัฐ และชุมชนาธิปไตย : ทางรอดในยุควิกฤติเศรษฐกิจสังคมไทย. ใน พิทยา ว่องกุล (บรรณาธิการ). ธรรมรัฐ : จุดเปลี่ยนประเทศไทย, หน้า 71-93. กรุงเทพมหานคร : โครงการวิถีทรรศน์, 2541.
- สุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมัครการ. การวิเคราะห์ทางสังคมเพื่อการพัฒนา แนวความคิดและวิธีการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

- ปราณี หมอนทองแดง. ทิศทางการพึ่งตนเองในสังคมที่กำลังเปลี่ยนไป : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านสองแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
- รสนา ไตลิตระกุล, บรรณารักษ์. คำตอบอยู่ที่หมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร : แสงรุ่งการพิมพ์, 2524.
- ดารณี รักดี. การพัฒนาารูปแบบการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่ออาชีพในชุมชนชนบทพึ่งตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. คู่มือประเมินศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542.
- สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ทิศทางแผนแม่บทการพัฒนาสังคมเพื่อการพึ่งตนเองกับงานพัฒนาภาคเอกชน. กรุงเทพมหานคร : โครงการศึกษาทางเลือกการพัฒนา, 2529. (อัดสำเนา)
- กาญจนา แก้วเทพ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ. การพึ่งตนเอง ศักยภาพในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร : สมาคมทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา, 2532.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีสังคมวิทยา การสร้าง การประเมินค่า และการใช้ประโยชน์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- จิตติมา โสภารัตน์. ค่านิยมในงานสังคมสงเคราะห์ การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิมพ์นิทัศน์, 2519.
- ศรีทับทิม พานิชพันธ์. ประมวลบทความวิทยุเกี่ยวกับการจัดการบริการสวัสดิการครอบครัวและเด็กและบทความอื่น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
- โคมสมร เหลือเกศล. ค่านิยมพื้นฐานเรื่องการพึ่งตนเองกับการอบรมเลี้ยงดู. วิทยาลัยนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
- ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. อะไรเป็นอะไรในกระแสการเปลี่ยนแปลง : 30 บทรักษาทุกโรค กระจายอำนาจ ปฏิรูปโครงสร้าง กสช. กับการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี : บริษัท 21 เซ็นจูรี่ จำกัด, 2544

ภาษาอังกฤษ

Houle, Cyril. O. The Design of Education. London : Sossey-Bass Publisher. 1961.

Knowles, M.S. The Modern Practice Adult Education. Chicago : Follett Publishing Company. 1980.

Barker, L.M. Learning and Behavior. New York : Macmillan College, 1994.

Tough, Allan. The Adult's Learning Project : A Fresh Approach to Theory and Practice in Adult Teaching (Second Edition). Toronto : The Ontario Institute for Studies in Education. 1971.

Francis L. Ulschak, Leslie Nathanson and Peter G. Gillan. Small Group Problem Solving : an Aid to Organizational Effectiveness. Phillipines : Addison-Wesley, 1981.

Leslie, Charles. Asian Medical System : A Comparative Study. Berkeley : University of California Press, 1976.