

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาและค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องต่าง ๆ ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ระบบการดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน

ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ

ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน

2. แนวคิดและทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ประวัติการแพทย์แผนไทย

แนวคิดการแพทย์แผนไทย

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

3. การผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

ความเป็นมาของแนวคิดการผสมผสาน

นโยบายและแผนงานของรัฐ

การดำเนินงานผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุข

ของรัฐในปัจจุบัน

4. ความคิดเห็นต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกใน

โรงพยาบาลชุมชน

ความหมายของความคิดเห็น

ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย

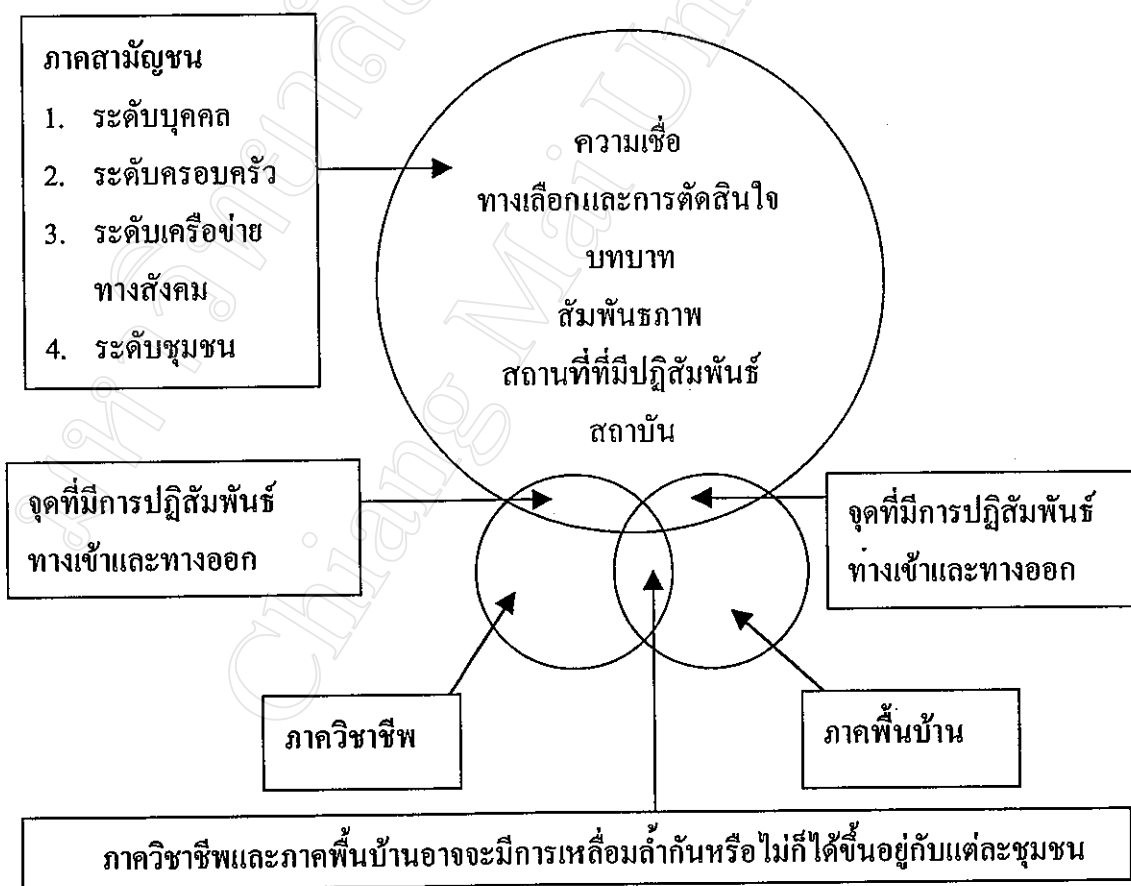
ประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย

การยอมรับการแพทย์แผนไทย

ระบบการดูแลสุขภาพ

สุขภาพที่ดีและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ และการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นล้วนเป็น ประสพการณ์และกิจกรรมที่มนุษย์มีอยู่ร่วมกัน (โกมาตกร จึงเสถียรทรัพย์, 2533, หน้า 91-93) มนุษย์ ในฐานะสิ่งมีชีวิตที่มีวัฒนธรรม และอยู่ร่วมกันเป็นสังคมหรือชุมชน จึงมีการตอบสนองต่อ ความเจ็บไข้ได้ป่วยในรูปการจัดระเบียบของสังคม ทำให้เกิดระบบวัฒนธรรมที่เรียกว่า ระบบ การดูแลสุขภาพ ฉะนั้นระบบการดูแลสุขภาพจึงเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือ ชุมชนนั้นเป็นระบบที่ให้ความหมายทางสัญลักษณ์ตามวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ตั้งแต่การให้ ความหมายของความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย การตอบสนอง ของบุคคลต่อการเจ็บป่วย บรรทัดฐานที่กำหนดพฤติกรรม กำหนดแนวคิดในการเลือกและประเมิน ผลวิธีการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ บุคคลหรือสถาบัน ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาและการดูแลสุขภาพ (Klieman, 1980, p 50 ; พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ, 2530, หน้า 91-92) ระบบการดูแลสุขภาพหรือบรรทัดฐานที่ว่าด้วย เหตุและผลของความเจ็บป่วยภายในท้องถิ่นเดียวกันอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัย ทางสังคมต่างๆ เช่น การศึกษา ความเชื่อทางศาสนา การมีวัฒนธรรมย่อย อาชีพ และกลุ่มสังคม ที่แตกต่างกัน (Klienman, 1980, p 51) ดังนั้นการดำรงอยู่ของระบบการดูแลสุขภาพในสังคมหรือ ท้องถิ่นหนึ่งๆ ที่เป็นไปโดยกลไกของบรรทัดฐานทางสังคมจึงมีหลายลักษณะ หรือที่เรียกว่า ระบบ การดูแลสุขภาพแบบพหุลักษณะซึ่งถือว่าเป็นธรรมชาติของระบบการดูแลสุขภาพในทุกสังคม (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534, หน้า 38-39) และเนื่องจากในสังคมมีระบบการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย จึงได้มีผู้เสนอแนวคิดในการจำแนกระบบการดูแลสุขภาพและเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปไว้หลายแบบ เช่น เฟรเดอริก แอล ดันน์ (Frederick L. Dunn) ได้จำแนกระบบการดูแลสุขภาพตามลักษณะ ทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม ออกเป็น 3 ระบบ คือ หนึ่ง ระบบการดูแลสุขภาพท้องถิ่นหรือ การดูแลสุขภาพพื้นบ้าน สอง ระบบการดูแลสุขภาพภูมิภาค เช่น การแพทย์อายุรเวท การแพทย์ แผนจีน และการแพทย์อาหรับ เป็นต้น และ สาม ระบบการดูแลสุขภาพสากลหรือระบบการดูแล สุขภาพแบบวิทยาศาสตร์หรือระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (รุ่งรังษี วิบูลย์, 2538, หน้า 39) เป็นต้น ส่วนไคลน์แมน (Klienman, 1980, p 51-53) ได้นำเสนอถึงระบบการดูแลสุขภาพว่ามีลักษณะเป็น เสมือนระบบทางสังคมและวัฒนธรรม นั่นคือระบบการดูแลสุขภาพในแต่ละสังคมประกอบขึ้นด้วย ระบบสำคัญสามระบบคือ ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน (popular health sector) ระบบ การดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (folk health sector) และระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ

(professional health sector) โดยทั้งสามระบบนี้มีทั้งส่วนที่แยกจากกัน และสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทั้งสามระบบประกอบขึ้นเป็นระบบการดูแลสุขภาพของสังคมระดับท้องถิ่นแต่ละแห่ง โดยแต่ละส่วนจะระบุนวิธีการในการอธิบายและแก้ไขความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง ตั้งแต่การกำหนดว่า ใครคือผู้ให้บริการ ใครคือผู้รับบริการ จนถึงแจกแจงขั้นตอนหรือกระบวนการ การเฝ้าระวังรักษา นอกจากนี้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามส่วน ยังมีจุดที่มีปฏิสัมพันธ์กันอันเป็น จุดที่มีการแลกเปลี่ยนทั้งความเชื่อ ความรู้ และเทคนิควิธีการซึ่งกันและกัน ทั้งในการอธิบาย ความเจ็บป่วย การจัดการแก้ไขความเจ็บป่วย ดังแสดงในภาพ 1 โดยมีรายละเอียดของระบบ การดูแลสุขภาพทั้งสามส่วน ดังนี้



ภาพ 1 โครงสร้างระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนแต่ละท้องถิ่น (Klienman, 1980, p 51)

1. ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน หมายถึงระบบการดูแลสุขภาพที่อาศัยประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อการรักษาเยียวยาหรือส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยไม่มีทฤษฎีที่เป็นระบบใดๆ มาชี้นำ เป็นกระบวนการพื้นฐานในการแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพที่มีการเกิดขึ้น ดำรงอยู่และมีการผลิตใหม่อยู่ตลอดเวลา โดยมีพื้นฐานอยู่บนประสบการณ์ของท้องถิ่น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533, หน้า 92-93) ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนนี้จะเป็นบริเวณที่ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ด้ความและวินิจฉัยพร้อมกับเกิดกิจกรรมการรักษาเป็นครั้งแรก บริเวณนี้จึงประกอบไปด้วยความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมในหลายระดับ เริ่มจากบุคคล ครอบครัว เครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้าน จนถึงชุมชนโดยรวม เป็นบริเวณที่มีทางเลือกในการเยียวยารักษาหลากหลายชนิดเกิดขึ้นมากมาย ทั้งในแง่วิธีการ เทคนิค การรักษาและแหล่งการรักษา (Chrisman and Kleinman, 1983, p 570-571)

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การให้ความหมายของความเจ็บป่วยในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน จะเป็นไปตามความหมายทางวัฒนธรรม กล่าวคือ การรับรู้หรือการให้ความหมายของผู้ป่วยที่มีต่ออาการไม่สบายจะถูกกำหนดจากวัฒนธรรมหรือประสบการณ์ของตัวของผู้ป่วยเอง ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน โดยความเจ็บป่วยจะถูกตีความวินิจฉัย ตัดสินและประเมินค่าทางด้านจิตวิทยาและสังคมวัฒนธรรมต่อสิ่งที่เป็นความคิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจหรือทั้งสองอย่าง และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้นจะปรากฏออกมาในลักษณะของการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย ตลอดจนการเยียวยารักษาตามความเชื่อที่มีอยู่ในวัฒนธรรมนั้นๆ (Kleinman, 1978, p 86-90) การอธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนจะอธิบายโดยอาศัยความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยหลายลักษณะ(Chrisman and Kleinman, 1983, p 575) ดังนี้

1.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคบนพื้นฐานทฤษฎีสมดุลของร่างกาย (humoral pathology) อันได้แก่ ความสมดุลของธาตุในร่างกาย ความแห้งความชื้นหรือความร้อนเย็นในร่างกาย เช่น เชื่อว่าหากออกไปข้างนอกบ้านทั้งๆ ที่ผมเปียกจะเป็นหวัดหรือหากตากฝนหรือผ่านที่จากร้อนและเย็นในระยะเวลาสั้นหรือเร็วเกินไปอาจจะทำให้เป็นหวัดได้ (Chrisman and Kleinman, 1983, p 576) หรือคนป่วยควรงดรับประทานทุเรียนและชิงเพราะเป็นของร้อนอาจทำให้อาการเจ็บป่วยแย่ลง (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 86-87)

1.1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคบนพื้นฐานของสิ่งเหนือธรรมชาติ (supernatural belief) โดยมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากโชคชะตา การลงโทษหรือการทดสอบศรัทธา การกระทำจากภูตผีวิญญานหรือแม่มด เป็นไปตามโชคชะตาที่สัมพันธ์กับดวงดาว เป็นต้น (Chrisman and Kleinman, 1983, p 576) ตัวอย่างเช่น ในชนบทภาคอีสานของไทยเชื่อว่า การตาย

ของทารกแรกเกิดสืบเนื่องมาจากผีหรือวิญญาณคนตายมาเอาชีวิตเด็กเหล่านั้นไป เป็นต้น (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 86-87)

1.1.3 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคบนพื้นฐานทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) เช่น เชื่อว่า เด็กท้องเสียเพราะกินอาหารสกปรก หรืออาหารที่ตกลงดินที่มีเชื้อโรค หรือแมลงวันตอม เป็นต้น (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 87)

1.1.4 ความเชื่อบนพื้นฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่น (other popular cultural) เช่น เชื่อว่าเด็กทารกท้องเสียเนื่องจากเด็กเปลี่ยนท่า เปลี่ยนยี่ห้อนม หรือมารดารับประทานของหมักดอง เป็นต้น (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 87)

1.2 รูปแบบของการรักษาเยียวยา สำหรับการเลือกวิธีการรักษาเยียวยาในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนจะครอบคลุมทางเลือกหลายทาง โดยที่การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและการปฏิบัติพฤติกรรม การรักษาเยียวยาจะเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับบุคคล คือการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยจะหาวิธีการเยียวยาตนเองจากประสบการณ์ที่มีอยู่หรือการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบต่างๆ ระดับครอบครัวคือการรักษาเยียวยาจะเป็นไปตามเหตุผลที่บุคคลในครอบครัวได้ปรึกษาและตกลงร่วมกัน ระดับเครือข่ายทางสังคม เช่น เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน โดยการรักษาเยียวยาจะเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส หรือจากการปรึกษาหารือกับสมาชิกของเครือข่ายทางสังคมที่มีประสบการณ์ในความเจ็บป่วยนั้น หรือเป็นสิ่งที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา และในระดับชุมชนพฤติกรรมกรการรักษาเยียวยาจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากหมอพื้นบ้านในชุมชน (เอื้อมพร ทองกระจ่าง, 2533, หน้า 73-75) รูปแบบการรักษาเยียวยาที่ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชนต่างมีความเหมือนกันคือ

1.2.1 การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา พฤติกรรมอาจปรากฏในรูปการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงานน้อยลง การรับอากาศบริสุทธิ์ การรับประทานอาหารพิเศษ การปฐมพยาบาล เช่น การใช้ยาสีฟันทาบริเวณที่ถูกไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก เป็นต้น การเช็ดตัวลดไข้ การใช้กระเป๋าน้ำร้อน (Chrisman and Kleinman, 1983, p 571) การสวดภาวนา การนั่งสมาธิ และกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ต่างๆ เช่น การสะเดาะเคราะห์ การทำพิธีบายศรีสู่ขวัญ เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533, หน้า 92-94)

1.2.2 การรักษาตนเองโดยใช้ยาเป็นรูปแบบการรักษาในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนที่สังเกตพบได้ง่ายที่สุด ยาที่ใช้จะมีทั้งยาแผนปัจจุบัน ได้แก่ ยาที่ซื้อจากร้านค้าตามประสบการณ์การหายของตนเองหรือจากคำแนะนำของผู้อื่น ยาที่ยังเหลืออยู่จากการเจ็บป่วยในอดีต ยาที่ซื้อตามที่เคยได้รับจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจากการเจ็บป่วย

ในอดีต และยาสมุนไพร (Chrisman and Kleinman, 1983, p 571) หรือยากลางบ้านแบบต่างๆ การใช้ยากลางบ้านนี้เป็นความรู้ที่ประชาชนมีอยู่และใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยมักจะเป็นสมุนไพรที่มีอยู่ในครัวเรือนหรือปลูกไว้ตามบริเวณบ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นของหาง่ายและใช้กับความเจ็บป่วยพื้นฐานทั่วไปที่พบบ่อย เช่น ท้องเสีย เป็นหวัด เป็นคัน หรือแม้แต่ในชีวิตประจำวัน ยกตัวอย่างเช่น การใช้ผลมะเกลือในการถ่ายพยาธิ การใช้ผลมะกรูดสำหรับสระผมให้ดำเงางาม เป็นต้น ความรู้เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่เรียนรู้และสืบทอดต่อกันมาในครอบครัว และจากการสอบถามหรือปรึกษาภายในกลุ่มเครือข่ายทางสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533, หน้า 93-94)

นอกจากนี้ประชาชนอาจจะตัดสินใจที่จะออกจากระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน เพื่อรับการรักษาเชี่ยวชาญจากระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพหรือภาคพื้นบ้าน เมื่อมีการรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยของตนเองมีอาการร้ายแรงมากขึ้น และวิธีการรักษาตนเองหรือแบบพื้นบ้านไม่สามารถรักษาเชี่ยวชาญได้ หรือจากการปรึกษากับครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชนถึงวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยครั้งนี้ และเมื่อประชาชนได้รับการรักษาและประเมินผลการรักษาจากระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพหรือภาคพื้นบ้านแล้ว ก็อาจจะกลับเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนตามเดิมได้ ในกรณีที่ประชาชนอาจจะตัดสินใจว่าการรักษาไม่ถูกโรคหรือไม่พอใจในประสิทธิภาพการรักษา (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534, หน้า 42-43) วิธีการแก้ไขปัญหาคือความเจ็บป่วยที่ปรากฏในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเป็นสิ่งสะท้อนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่อยู่ภายในระบบเอง ได้แก่ การปรึกษาหารือกันในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคมอื่นๆ หรือในชุมชน ก่อให้เกิดการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และยังทำให้เกิดระบบค้ำจุนประคับประคอง (support system) กันอีกด้วย (เอื้อมพร ทองกระจ่าง, 2533, หน้า 74) นอกจากนี้ยังมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างส่วนของระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนอื่นๆ ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนทั้งในแง่ของความคิด ความเชื่อ ความรู้และเทคนิควิธีการ หรือทรัพยากร แม้ว่าในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพนั้นจะเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมของส่วนของภาคสามัญชน แต่ความเชื่อและการปฏิบัติอาจจะประยุกต์มาจากส่วนของภาควิชาชีพหรือภาคพื้นบ้านก็ได้ (Chrisman and Kleinman, 1983, p 571) ดังจะเห็นได้จากความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยบนพื้นฐานทฤษฎีเชื้อโรคและรูปแบบการรักษาโดยการชื้อยาแผนปัจจุบันมารับประทานเอง ก็เกิดจากการมีประสบการณ์การรักษาด้วยระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ หรือความเชื่อเกี่ยวสมดุทธรรรมชาติ และการรักษาด้วยสมุนไพรได้นำมาจากระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน แต่ก็เพียงความรู้

เพียงผิวเผินไม่เข้าใจถึงหลักทฤษฎีและการรักษาอย่างแท้จริง (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 98)

1.3 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย นอกจากจะมีวิธีการรักษาเยียวยาแบบต่างๆ แล้ว ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนยังมีการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยและส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยการป้องกันความเจ็บป่วยนั้น จะเน้นในเรื่องข้อห้าม ซึ่งมีอยู่ทุกวัฒนธรรม โดยระบบวิธีคิดเกี่ยวกับข้อห้ามนั้น หากพิจารณาแล้วก็คือการทำให้บุคคลดำเนินอยู่ในจารีตและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยต่างๆ เช่น ห้ามเย็บผ้าเวลากลางคืนเพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลจากเข็มทิ่มมือ ห้ามรับประทานอาหารอย่างรีบเร่งเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533, หน้า 94) หรือในภาวะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น หญิงหลังคลอด ร่างกายอ่อนแอ จึงห้ามรับประทานอาหารแสลงบางประเภท เช่น ของหมักดอง ทูเรียน ที่อาจทำให้มีผลทำให้สภาพร่างกายอ่อนแอลงไปอีก ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายได้ เป็นต้น (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 34) นอกจากนี้ยังมีแบบแผนการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งในด้านการป้องกันความเจ็บป่วยและการส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ เช่น ในคนทั่วไปควรมีการออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ การมีเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ก, หน้า 29) และการรับประทานยาหรืออาหารสมุนไพรเพื่อการบำรุงร่างกาย (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 34) หรือการอยู่ไฟของหญิงหลังคลอด เพราะความร้อนจะทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้นและทำให้การหดตัวของมดลูกดีขึ้น จะเห็นได้ว่า การรักษาเยียวยาด้วยระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนนั้น มีทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และยังมีความสะดวกในการใช้จากการสามารถหาวัตถุดิบที่มีอยู่แล้วใกล้ตัวมาใช้ด้วยวิธีการง่ายๆ นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางกาย การประคับประคองจากครอบครัวและสังคม ซึ่งส่งผลต่อด้านจิตใจอีกด้วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533, หน้า 95-96)

ผลการวิจัยหลายรายงานแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ทั้งในสังคมตะวันตกและตะวันออกจะมีการจัดการเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลในระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนประมาณร้อยละ 70-90 (Klienman, 1978, p 86) ประชาชนทั้งในเขตเมืองหรือชนบทต่างมีการดูแลสุขภาพในบริบทของภาคสามัญชนมากมาย สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของพิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ (2530, อ้างในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533, หน้า 27-29) เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสานศึกษาใน 2 หมู่บ้าน อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา ใช้ตัวอย่างความเจ็บป่วย 1,609 ครั้งที่เกิด

ในเวลา 1 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอันดับแรกสูงถึงร้อยละ 93.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เลอ แกรนด์ และลือชัย ศรีเงินยวง (Le grand, A. and Leuchai Sri-ngernyuaang) (1982, อ้างในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533, หน้า 27-29) เรื่อง ยาสมุนไพรในการสาธารณสุขมูลฐาน (Herbal drugs in primary health care) ศึกษาใน 2 หมู่บ้านในอำเภออุตุชม จังหวัดยโสธร และ 2 หมู่บ้านในอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ใช้ตัวอย่างความเจ็บป่วย 1,755 ครั้งที่เกิดในเวลา 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพตนเองร้อยละ 92.4 แต่ในขณะที่ภาครัฐที่ยึดถือระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพเป็นระบบหลักในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนจะปฏิเสธความสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน โดยพิจารณาว่าการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการซื้อยามารับประทานเองเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดอันตราย หรือเห็นว่าการใช้พิธีกรรมต่างๆ และความรู้จากหมอพื้นบ้านมาใช้ในการรักษาเป็นสิ่งที่ยังงายและไม่ใช้หลักวิทยาศาสตร์ จึงพยายามให้ประชาชนมารับบริการจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533, หน้า 28-29) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรม ที่ก่อให้เกิดผลกระทบคือมีการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ทางสังคมจากโครงสร้างแบบครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ซึ่งทำให้ทรัพยากรความรู้และประสบการณ์ของบุคคลที่เคยเป็นฐานสำคัญของการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยในสังคมแบบเดิมสูญหายไป ทำให้บทบาทในการรับผิดชอบด้านสุขภาพในปัจจุบันนี้ อยู่ในอำนาจของสถาบันในระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพไป (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2534, หน้า 44-45)

2. ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ หมายถึงการปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรในลักษณะระบบราชการ มีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่มีวิทยาการทางการแพทย์ขั้นสูงและมีเวชปฏิบัติในรูปแบบของระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบขึ้นด้วยสถาบันโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล สมาคมวิชาชีพ ตลอดจนกิจกรรมการรักษาพยาบาล การบริหารจัดการต่างๆ (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 99 ; Chrisman and Kleinman, 1983, p 572) โดยนับตั้งแต่ปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา วิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ของระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพได้เข้ามามีอิทธิพลต่อการอธิบายสาเหตุและการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 3)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตามแนวคิดของการแพทย์แผนปัจจุบันจะมองความเจ็บป่วยในลักษณะของโรค (disease) ที่หมายถึงสภาพการทำงานของอวัยวะหรือส่วนประกอบต่างๆ ของร่างกายที่เบี่ยงเบนจากสภาวะปกติ (Kleinman, 1978, p 572) แนวคิดนี้เป็นพื้นฐานของการแพทย์แผนปัจจุบันที่เน้นสาเหตุความเจ็บป่วยที่มาจากปัจจัยทางด้านชีวภาพ

เท่านั้น (บุษยมาศ สิ้นรูปประมา, 2539, หน้า 33) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเกิดขึ้นจากการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพ จากแนวคิดหลัก 2 แนวคิดคือ แนวคิดเรื่องทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) และแนวคิดชีวการแพทย์ (biomedicine) ซึ่งได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค (Kleinman, 1978, p 88-90 ; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535, หน้า 40-43) ดังนี้

2.1.1 จากทฤษฎีเชื้อโรคแสดงให้เห็นว่า โรคต่างๆ เกิดขึ้นจากการมีเชื้อโรค ซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น ซึ่งอาจจะเป็นแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา และอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายแล้วก่อให้เกิดอาการแสดงของโรคทางร่างกายแบบต่างๆ เช่น ไข้ทรพิษ วัณโรค เป็นต้น (Kleinman, 1978, p 88-90 ; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535, หน้า 40-43)

2.1.2 แนวคิดชีวการแพทย์ที่พิจารณาว่า ร่างกายของมนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่างๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อและอวัยวะ แต่ละอวัยวะจะมีหน้าที่ต่างๆ กัน ดังนั้นโรคจึงเกิดจากการที่อวัยวะภายในร่างกายมีการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เป็นผลทำให้กระบวนการทางชีววิทยาหรือสรีรวิทยาไม่สามารถดำเนินไปได้ตามปกติ จึงเกิดความเจ็บป่วยหรืออาการของโรคขึ้น เช่น ภาวะอาหารอึกเสบ มะเร็งปอด เป็นต้น ทำให้ต้องมีการสืบค้นให้พบว่าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการผิดปกติของอวัยวะหรือเซลล์ใด และการรักษาก็จะมุ่งเน้นไปแก้ปัญหาเฉพาะส่วนของอวัยวะที่ผิดปกตินั้นๆ การที่แนวคิดชีวการแพทย์และทฤษฎีเชื้อโรคยึดถือข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญในการอธิบายถึงโรคและการแก้ไขปัญหาลักษณะสุขภาพ ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การกำจัดสาเหตุหรือเชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคและการจัดการให้อวัยวะที่ผิดปกตินั้นสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แนวทางการรักษาโรคตามแนวคิดชีวการแพทย์จึงจำกัดอยู่ในขอบเขตของการแก้ปัญหาทางกายหรือมุ่งเน้นไปที่รักษาโรคเป็นสำคัญมากกว่าที่รักษาคน (Kleinman, 1978, p 88-90 ; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535, หน้า 40-43)

2.2 รูปแบบของการรักษาเยียวยา การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นการรักษาไปตามสาเหตุที่วินิจฉัย เช่น ถ้าเกิดการผิดปกติของอวัยวะใดก็จะทำการรักษาที่อวัยวะนั้น หรือถ้าวินิจฉัยได้ว่าติดเชื้อก็ต้องพยายามให้ทราบว่าเชื้อโรคนั้นเป็นชนิดใด เช่น เป็นเชื้อรา เชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ก็ใช้ยาฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคนั้น (กัญญา ศิวิเศษ, 2539, หน้า 8-9) วิธีการรักษาตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบันอาจจะแบ่งได้ดังนี้

2.2.1 การรักษาด้วยยาหรือสารเคมี ซึ่งจะมีทั้งชนิดรับประทานชนิดฉีดเข้าสู่ร่างกายทางกล้ามเนื้อและหลอดเลือด ชนิดพ่น หรือชนิดเหน็บทางทวาร ยาหรือสารเคมีเหล่านี้จะมีฤทธิ์ในการกำจัดหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรค เช่น ยากลุ่มปฏิชีวนะ และยาหรือสารเคมีออกฤทธิ์ต่ออวัยวะหรือระบบอวัยวะที่ผิดปกติ เช่น อาการภาวะอาหารอึกเสบจะรักษาด้วยยาชนิดลดกรดหรือเคลือบแผลในกระเพาะ หรือในกรณีผู้ป่วยเป็นมะเร็งจะมีการรักษาด้วย

สารเคมีที่มีผลยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเหล่านั้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535, หน้า 40-43 ; Chrisman and Kleinman, 1983, p 572)

2.2.2 การรักษาด้วยวิธีทางกายภาพ โดยอาศัยความรู้ที่แตกฉานเกี่ยวกับอวัยวะต่างๆ ที่เรียกว่า กายวิภาคศาสตร์ ได้แก่ การผ่าตัดเอาอวัยวะหรือเซลล์ที่มีความผิดปกติออกจากร่างกาย การฉายรังสีเพื่อยับยั้งและทำลายเซลล์มะเร็ง การเข้าเฝือกกระดูกที่แตกหักชั่วคราว การตามกระดูกด้วยโลหะ การสอดใส่เครื่องมือแพทย์แบบต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย เช่น สายสวน ปัสสาวะ ท่อทางเดินหายใจ เป็นต้น ตลอดจนการใช้ความรู้ด้านกายภาพบำบัด และการใช้เครื่องมือกระตุ้นร่างกายต่างๆ ก็ได้ถูกนำมาใช้เป็นอย่างมาก (กัญจนา ตีวิเศษ, 2539, หน้า 8-9 ; Chrisman and Kleinman, 1983, p 572)

วิธีการรักษาเหล่านี้ยังอยู่ในการควบคุมโดยผู้ให้การรักษาได้แก่ แพทย์ผู้ได้รับสิทธิในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาผู้ป่วย โดยมีผู้ช่วยทำหน้าที่ต่างๆ ได้แก่ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และอื่นๆ เช่น นักโภชนาการ การแบ่งหน้าที่กันในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปให้พบผู้ช่วยเหลือหลายคนนอกเหนือจากการพบแพทย์เพียงผู้เดียว (กัญจนา ตีวิเศษ, 2539, หน้า 10-11)

2.3 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพในแนวคิดทฤษฎีเชื้อโรคและชีวการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงเน้นไปที่ตัวคนและสิ่งแวดล้อม ในตัวคนเช่น การห้ามรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เพื่อป้องกันการเป็นโรคพยาธิ การให้วัคซีนเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านในร่างกายป้องกันการติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ การงดสูบบุหรี่เพื่อป้องกันมะเร็งปอด การรับประทานที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่และการรับประทานวิตามินเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง โดยอาหารแต่ละหมู่หรือวิตามินแต่ละชนิดจะมีผลต่ออวัยวะหรือร่างกายมนุษย์แตกต่างกันไป เช่น โปรตีนช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ไขมันให้พลังงาน วิตามินเอมีผลต่อระบบสายตา เป็นต้น ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมก็คือ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำที่สะอาด เพื่อป้องกันการได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย เป็นต้น (กัญจนา ตีวิเศษ, 2539, หน้า 9)

2.4 ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นสาเหตุให้การดูแลสุขภาพแบบอื่นๆ ถูกกลบเกลื่อน เพราะระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพที่เน้นการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีแนวคิดเรื่องสาเหตุการเจ็บป่วยและการให้การดูแลสุขภาพตามหลักชีวการแพทย์และทฤษฎีเชื้อโรค ได้รับความเชื่อมั่นว่าจะเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุด เนื่องจากผลสำเร็จในการรักษาโรคที่ในอดีตไม่สามารถรักษาได้ เช่น วัณโรค และทำให้อัตราการความเจ็บป่วยด้วยโรคระบาด โรคติดเชื้อต่างๆ ลดลงไปได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับผลการรักษาจากการผ่าตัด (กัญจนา ตีวิเศษ, 2539,

หน้า 7) และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความทันสมัย ทำให้ทั้งประเทศตะวันตกและประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายมีการพยายามที่จะประยุกต์เอาความรู้และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตลอดจนการจัดรูปองค์กรการให้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ผลของการพัฒนาในแนวทางนี้ได้ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบการแพทย์ที่เป็นกระแสหลักของประเทศส่วนใหญ่บนโลก ซึ่งผลจากการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับความนิยมในภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก จึงก่อให้เกิดทัศนคติที่ว่าระบบการแพทย์หมายถึงเฉพาะระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีกระบวนการรักษาอันมีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ มีระบบการเรียนการสอน และมีแพทย์พยาบาลเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการรักษาผู้เจ็บป่วย ส่วนระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่มีอยู่เดิมเป็นส่วนที่อยู่นอกระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งหากไม่ถูกละเลยก็มักจะถือว่าเป็นการแพทย์เถื่อนหรือแบบไสยศาสตร์ที่ขาดความถูกต้องทางวิชาการ ทำให้เกิดการปิดกั้นและไม่ยอมรับหรือควบคุมการแพทย์นอกระบบเหล่านั้นอย่างเข้มงวด (ลือชัย ศรีเงินขวงและปรีชา อุปโยคิน, 2533, หน้า 67-68)

2.5 สาเหตุของการผสมผสานแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพ ถึงแม้การแพทย์แผนปัจจุบันจะมีความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรักษาโรค แต่ในปัจจุบันยังพบอัตราความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์และการปรับตัวทางสังคมมากขึ้น เช่น ความเครียด มะเร็ง เบาหวาน หัวใจ เอดส์ โภชนาการ เป็นต้น โรคเหล่านี้ไม่สามารถเยียวยาด้วยวิธีทางชีวการแพทย์หรือรักษาตามหลักทฤษฎีเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว เพราะความเจ็บป่วยดังกล่าวมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมทางสังคมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (บุษยมาศ ลินรูประมา, 2539, หน้า 1) ทำให้การควบคุมโรคเหล่านี้ยังไม่สามารถทำได้นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข เช่น เน้นการรักษาโรคมากกว่ารักษาคน ทำให้มีการดูแลแบบแยกส่วน โดยไม่ได้คำนึงถึงความเป็นมนุษย์โดยรวมที่ยังประกอบไปด้วยจิตใจ สภาพสังคม และเศรษฐกิจ (มัลลิกา มัติโก, 2520, หน้า 1-3 ; ประเวศ วะสี, 2542, หน้า 46 ; วิพุธ พูลเจริญและคณะ, 2543, หน้า 73) ทำให้บางครั้งพบว่า ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด ความกลัว และความเจ็บปวดเนื่องมาจากการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2520, หน้า 7-9 ; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ก, หน้า 12) รวมทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพยังมีการพัฒนาแยกย่อยไปเป็นสาขาเฉพาะทางมากมาย โดยเชื่อว่าความรู้ที่จำเพาะของแพทย์เฉพาะทางคือหลักประกันในการมีสุขภาพดี ทำให้บางครั้งผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยหลายอย่างต้องพบแพทย์หลายคน ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การรักษาก็ยังเป็นแบบแยกส่วนและไม่ได้คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของมนุษย์มากขึ้น (กัญญา ดิวิเศษ, 2539, หน้า 10-12) และหันไปพึ่งเทคโนโลยีชั้นสูงที่มีราคาแพงและ

พึ่งตนเองไม่ได้ ก่อให้เกิดปัญหาในด้านค่าใช้จ่าย ทำให้ความพยายามของประเทศต่างๆ ที่จะสร้างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันให้เป็นการแพทย์หลักเพียงระบบเดียวของสังคมนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นประเทศใดในโลก (ลือชัย ศรีเงินยวงและปรีชา อุปโยคิน, 2533, หน้า 67-68) จากปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นทำให้ในปัจจุบันได้มีการริเริ่มนำแนวคิดของการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนและภาคพื้นบ้านมาผสมผสานหรือทำการปรับปรุงให้เป็นระบบวิชาชีพมากขึ้น โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านที่องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนในการผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐ (Chrisman and Kleinman, 1983, p 572) ยกตัวอย่างเช่น การผสมผสานการแพทย์แผนจีน ทั้งระบบการเรียนการสอนที่จัดตั้งเป็นสาขาหนึ่งของการศึกษาวิชาชีพแพทย์ และระบบการให้บริการในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยจัดเป็นการแพทย์หลักอีกอย่างหนึ่งในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ, 2535, หน้า 12-13)

3. ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน หมายถึงการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพเพราะไม่มีการจัดองค์กร แต่มีลักษณะเป็นการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีลักษณะเป็นผู้เชี่ยวชาญสูงกว่าระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน เนื่องจากการมีทฤษฎีและแนวคิดที่เป็นระบบมากกว่า (Chrisman and Klienman, 1983, p 571-572) มีความหลากหลายกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน มีรูปแบบการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและสามารถเข้าใจง่าย (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 24-25) แต่อาจมีลักษณะผิดกฎหมาย ถ้าพิจารณาจากการสอบใบประกอบโรคศิลป์ (Klienman, 1978, p 86) เมื่อพิจารณาในภาพรวมระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านเป็นผลจากการสั่งสมประสบการณ์การแก้ปัญหาสุขภาพมาเป็นระยะเวลายาวนาน จากการเรียนรู้และความเข้าใจในชีวิตและสุขภาพที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เกิดภูมิปัญญาดั้งเดิมทางการดูแลสุขภาพจากประสบการณ์จริง ผ่านการกลั่นกรองทดลองใช้ และสังเกตผลจนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อชีวิตและธรรมชาติรอบตัวแล้วพัฒนามาเป็นระบบทฤษฎีสมดุทธรรชาติที่มีการดูแลสุขภาพอย่างมีแบบแผน การปฏิบัติด้วยยาเจ็บป่วยที่มุ่งให้เกิดความสมดุลกับธรรมชาติ และศิลปการเยียวยาโรคภัยไข้เจ็บโดยใช้ธรรมชาติรอบตัว ภูมิปัญญาทางการดูแลสุขภาพนี้ยังถูกผสมผสานเข้าในวิถีชีวิตอย่างกลมกลืนจนกลายเป็นแบบแผนการปฏิบัติตัวนับตั้งแต่แรกเกิดจนตาย ทั้งด้านอาหารการกินไปจนถึงการดำเนินชีวิตด้านอื่นๆในสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ก, หน้า 5-6)

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน มีการให้ความหมายถึงความเจ็บป่วยตามความหมายวัฒนธรรมเช่นเดียวกับระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนที่มีการพิจารณาความเจ็บป่วยของบุคคลในลักษณะองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ

และสังคมและไม่ได้พิจารณาเพียงความเจ็บป่วยทางร่างกายเหมือนระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยอยู่สองลักษณะ (บุษยมาศ สตินรุประมา, 2539, หน้า 33-34 , พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 30-31) คือ

3.1.1 ความเชื่อที่อธิบายสาเหตุความเจ็บป่วยว่าเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ไม่สามารถมองเห็นได้ และอธิบายไม่ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ เช่น เกิดจากเคราะห์กรรมที่เกิดขึ้นจากพลังของจักรวาลที่ส่งผลกระทบต่อสรรพสิ่งหรือแนวคิดทางโหราศาสตร์ หรือเกิดจาก ผีसाง เทวดา หรือวิญญาณชั่วร้ายต่างๆ อันเป็นแนวคิดทางไสยศาสตร์นั่นเอง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ข, หน้า 19-29)

3.1.2 ความเชื่อที่อธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากการเสียสมดุลธรรมชาติ โดยพิจารณาว่าสรรพสิ่งในธรรมชาติประกอบขึ้นด้วยธาตุต่างๆ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น พายุ น้ำท่วม ด้วงแต่มีพื้นฐานมาจากการเปลี่ยนแปลงและแปรปรวนของธาตุที่ประกอบเป็นโลก ร่างกายของมนุษย์ก็เช่นเดียวกันต่างก็ประกอบด้วยธาตุต่างๆ ดังนั้นระบบการแพทย์ที่จัดอยู่ในประเภทนี้ได้แก่ ระบบการแพทย์แผนไทยที่มีแนวคิดทฤษฎีว่า ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ธาตุดิน น้ำ ลม และไฟ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ข, หน้า 9-19) ส่วนระบบการแพทย์แผนจีนที่มีแนวคิดว่าร่ายกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้งห้า ได้แก่ ดิน น้ำ ไฟ ไม้ และทอง เป็นต้น เมื่อมีการเสียสมดุลของธาตุในร่างกายจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ (วิจิต สันทนานุกูลและสุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2540, หน้า 15-21) ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับสมดุลธรรมชาติของร่างกาย คือการมองโลกในแง่ที่เป็นความสัมพันธ์และการผสานเข้าด้วยกันของสรรพสิ่ง กล่าวคือระบบธรรมชาติทั้งหมดเป็นองค์รวม อันเกิดจากการกระทำต่อกันและการพึ่งพิงซึ่งกันและกันของส่วนย่อยต่างๆ นั่นคือการทำงานของระบบต่างๆ ตามธรรมชาติจะอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบอันหลากหลาย โดยเกิดขึ้นพร้อมๆ กันและเป็นเหตุปัจจัยแก่กันและกัน ซึ่งมนุษย์เองก็เป็นระบบหนึ่งในธรรมชาติที่มีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายจากการปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบในร่างกายและร่างกายจะมีสุขภาพที่ดีได้ก็เกิดจากดุลยภาพระหว่างสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต และการทำงานที่สมดุลขององค์ประกอบต่างๆ ตามธรรมชาติของมนุษย์ และเมื่อมีการสูญเสียสมดุลก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น (Kapra, 1984, อ้างในพระประชา ปสนนธมโมและคณะ, 2539, หน้า 3-160) จากแนวคิดนี้เองทำให้เกิดทฤษฎีธาตุ (humour theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของมนุษย์ในการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านที่ได้รับการยอมรับ เช่น การแพทย์อายุรเวชของอินเดีย การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนไทย รวมทั้งเป็นทฤษฎีดั้งเดิมของวัฒนธรรมตะวันตก เช่น อารยธรรมกรีก อีกด้วย โดยทฤษฎีธาตุที่มีรากฐานจากทฤษฎีสมดุล

ธรรมชาตินี้จะอธิบายถึงความเจ็บป่วยในลักษณะองค์รวม โดยพิจารณาว่าความผิดปกติไม่ว่าจะเกิดขึ้นที่อวัยวะใดล้วนมีสาเหตุมาจากการคลาดเคลื่อนของภาวะสมดุลของธาตุในระบบ การแก้ไขคือการนำเอาภาวะสมดุลนั้นกลับคืนมาความเจ็บป่วยก็จะหายไป (บุษยามาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 2)

3.2 รูปแบบของการรักษาเยียวยา รูปแบบของการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านก็จะ เป็นไปตามแนวความคิดดังนี้

3.2.1 หากเป็นแนวคิดเรื่องเหนือธรรมชาติก็จะเป็นที่พิธีกรรมต่างๆ เช่น การรำผีฟ้า การประกอบพิธีกรรมต่างๆ การตรวจโชคชะตาราศี เป็นต้น (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 31)

3.2.2 หากเป็นแนวคิดตามหลักทฤษฎีสสมดุลธรรมชาติก็มีรูปแบบการรักษาเยียวยาหลากหลาย เช่น การรับประทานยาสมุนไพรเพื่อปรับสมดุลของร่างกาย การฝังเข็ม การนวด การให้ความร้อนความเย็น เป็นต้น การรักษาเยียวยาจะเน้นองค์รวม โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เช่น ฤดูกาล เวลา ภูมิประเทศ เป็นต้น (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 31)

แต่เมื่อพิจารณาแล้ว ส่วนใหญ่มักมีการผสมผสานทั้ง 2 วิธีเสมอ เพื่อเป็นการรักษาความเจ็บป่วยทางร่างกายและเสริมสร้างความเชื่อมั่นทางด้านจิตใจ (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 31) ส่วนผู้นำบำบัดรักษามีอยู่มากมายหลายแบบ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการรักษา กับหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านเป็นผู้สืบทอดประสบการณ์การรักษาโรคที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน หมอพื้นบ้านเหล่านี้จะรักษาได้เฉพาะที่ตนสืบทอดประสบการณ์เรื่องนั้นๆ จากการอาศัยการสังเกต จดจำจากการบอกกล่าวและศึกษาทฤษฎีการแพทย์จากหมอพื้นบ้านในอดีต จึงมีความชำนาญไปในแต่ละด้านตามหลักทฤษฎีหรือองค์ความรู้ที่ได้เรียนหรือสืบทอดมาจากอาจารย์ เช่น หมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอฝังเข็ม หมอจับชีพจร หมอโหราศาสตร์ หมอเรียกขวัญ หมอเมือง หมอพระ เป็นต้น บทบาทของผู้รักษาจะดูแลผู้ป่วยภายใต้การสนับสนุนส่งเสริมจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติและมีกลุ่มหนึ่งทำการเยียวยาตามการวินิจฉัยที่เป็นไปในธรรมชาติที่มีการรับรู้ช่วยกันระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533, หน้า 93-96) ซึ่งวิธีการรักษาเยียวยาจะเป็นไปตามความชำนาญของหมอพื้นบ้านโดยส่วนมากแล้วจะมีการผสมผสาน พิธีกรรมและเวทย์มนต์คาถาไว้ด้วย การรักษาแบบนี้จะเป็นการรักษาเชิงสัญลักษณ์ ที่มีผลต่อจิตใจของผู้รับการรักษาและครอบครัวเช่น การใช้พิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น (Chrisman and Kleinman, 1983, p 571-572)

3.3 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย โดยพิจารณาว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุล ดังนั้นการป้องกันความเจ็บป่วยและการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีก็คือการพยายามปรับตัวให้กลับสู่สมดุลนั่นเอง ซึ่งได้มีแบบแผนการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสมดุลธรรมชาติของร่างกายแบบต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารให้ถูกกับธาตุในร่างกาย การรับประทานอาหารสมุนไพรเพื่อเสริมสร้างความสมดุลของร่างกาย ช่วยป้องกันอาการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงฤดูกาลหรือสภาพอากาศ เป็นต้น (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 31-43)

3.4 ความสอดคล้องของการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกันไม่ว่าจะเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่พิจารณาในลักษณะองค์รวมคือทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่มองเพียงว่าความเจ็บป่วยคือการเกิดความผิดปกติในร่างกายหรืออวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วยและรูปแบบการรักษาเยียวยาที่คล้ายคลึงกัน แตกต่างกันเพียงผู้ให้การรักษาเยียวยาของระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมีความชำนาญและผ่านการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นระบบมากกว่าระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 20)

3.5 ระบบการแพทย์ทางเลือก เนื่องจากการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมีราคาถูกกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน จากการทำเอาวัตถุดิบที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น สมุนไพรต่างๆ รูปแบบการรักษาเยียวยาที่ไม่ซับซ้อนสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ เป็นการส่งเสริมการพึ่งตนเอง มีความปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของการแพทย์หรือการทำการรักษาด้วยเครื่องมือที่ซับซ้อน นอกจากนี้ยังไม่ก่อให้เกิดความกลัวจากเครื่องมือที่ซับซ้อน ความวิตกกังวลจากการรักษา เช่น การผ่าตัด และความเจ็บปวดจากการให้การรักษาด้วยวิธีต่างๆ เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 24-26) และในปัจจุบันกระแสของการกลับคืนสู่ธรรมชาติมีมากขึ้น ดังนั้นในหลายประเทศจึงได้มีการประมวลองค์ความรู้ แนวความคิด และปรัชญาทางการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านจากทั่วโลก โดยเฉพาะองค์ความรู้ของระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านที่มีแนวคิดสมดุลธรรมชาติของร่างกายมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับยุคสมัย และได้รับความนิยมนำมาใช้โดยทั่วไป ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพแนวใหม่ขึ้นคือ ระบบการแพทย์ทางเลือก (รวินันท์ ศิริกนกวิไล, 2542, หน้า 54-56) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระบบต่างๆ ของวิถีชีวิตเข้าด้วยกัน ทั้งกายภาพ จิตวิญญาณ สังคม ความรู้ เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา ฯลฯ และอื่นๆ ทั้งหมดเข้าด้วยกัน (พรรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 24-25) ซึ่งการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลายนี้

จะเน้นหลักการการอาศัยประโยชน์จากธรรมชาติมารักษาส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและการรักษาสมดุลในร่างกาย โดยเฉพาะการเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การดำเนินชีวิตตามแนวธรรมชาติ การฝังเข็ม การฝึกสมาธิ การใช้วารีบำบัด และการกินอาหารเสริมสุขภาพ (รวินันท์ สิริกนกวิไล, 2542, หน้า 54-56) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆ ก็มีแนวคิดในการผสมผสานการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐ เพื่อให้เป็นการแพทย์ทางเลือกให้แก่ประชาชน สำหรับประเทศไทยก็ได้มีแนวคิดในการผสมผสานการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพกับภาคพื้นบ้าน โดยองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านที่ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาเพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกของคนไทย คือ การแพทย์แผนไทย

แนวคิดและทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

1. ประวัติการแพทย์แผนไทย เริ่มจากภูมิปัญญาด้านสุขภาพของคนไทย จากนั้นได้มีการบูรณาการมาเป็นขั้นตอน ผ่านการเรียนรู้ มีการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์ท้องถิ่นดั้งเดิมกับระบบการแพทย์ที่ได้รับอิทธิพลมาจากอินเดีย โดยการถ่ายทอดผ่านทางแนวคิดพุทธศาสนา โดยเฉพาะส่วนที่ใช้สมุนไพรและการใช้อาหารปรับสมดุลของธาตุทั้งสี่จนกลายเป็นศาสตร์ที่ต้องมีการเรียนรู้เพื่อฝึกหัดเป็นผู้เชี่ยวชาญพิเศษขึ้นมาเป็นแพทย์ผู้รักษา ต่อมาจึงได้กลายเป็นระบบการแพทย์แผนไทยที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว (วิวัฒน์ ลิ้ม, 2542, หน้า 19-20) เมื่อพิจารณาจากหลักฐานทางโบราณคดีหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่า คนไทยในอดีตได้รู้จักใช้ยาสมุนไพรมาตั้งแต่สมัยสุโขทัย ทั้งในชีวิตประจำวัน และเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่น การพบหินบดยาสมัยโบราณ การพบหลักฐานว่ามีการสร้างสวนสมุนไพรขนาดใหญ่ เพื่อให้ราษฎรได้เก็บสมุนไพรไปใช้รักษาในยามเจ็บป่วย (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2537, หน้า 11-26) และเริ่มมีการให้บริการรักษาแก่ประชาชนในสมัยอยุธยา มีการแบ่งสาขาการให้บริการถึงขั้นตั้งเป็นกรมหมอนวด หมอยา หมอกุมาร และหมอหลวง อีกทั้งการนวดไทยน่าจะมีวิวัฒนาการมาจากการนวดพื้นบ้านจนพัฒนาเป็นการนวดแบบราชสำนัก มีการจัดทำคัมภีร์และตำรามากมาย ซึ่งต่อมาการแพทย์แผนไทยเริ่มมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนไทยอย่างเป็นทางการในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น ซึ่งนับว่าเป็นยุคทองของการแพทย์แผนไทย มีการรวบรวมองค์ความรู้จากทุกเมืองมาถือเอกสาร และจารึกไว้ในศิลาจารึกแทบทุกสาขาไว้ตามศาลารายวัดโพธิ์ มีการเผยแพร่ความรู้แก่สาธารณะให้ประชาชนมาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง การแพทย์แผนไทยที่จารึก

มีทั้งตำรายาทุกชนิดและโรคต่างๆ ที่พบบ่อย ตำราขนาด รูปปั้นฤๅษีคัดคน 80 ท่า (พรณี ภิญญรัตน์ และคณะ, 2538, หน้า 68-71)

จนกระทั่งในรัชสมัยรัชกาลที่ 5 เป็นระยะที่มีวิกฤตการณ์ของการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบันก็ได้มีอิทธิพลอย่างสูงต่อระบบการดูแลสุขภาพและได้รับความนิยมทั่วไป จากการนำวิธีการผ่าตัดและการฉีดวัคซีนเข้ามา มีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลอื่นๆ รวมทั้งการจัดตั้งกรมพยาบาล ทำให้การแพทย์แผนไทยเริ่มถูกลดบทบาทลง การแพทย์แผนไทย ถูกจัดให้เป็นการแพทย์แผนโบราณ แม้จะมีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย โดยมีการนำวิชาการแพทย์แผนไทยเข้ามาสอนและฝึกหัดในโรงเรียนแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามหลักสูตรวิชาแพทย์แผนไทย ก็ไม่ได้รับความสนใจจากครูและนักเรียนแพทย์ในสมัยนั้น เนื่องจากความสนใจไปอยู่ที่วิทยาการสมัยใหม่กันหมด จึงได้ยกเลิกการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยในโรงเรียนแพทย์ไปในปี พ.ศ. 2447 นอกจากนี้ยังมีการยกเลิกการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลอีกด้วย (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 62 ; พรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 71) ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 6 ได้มีการออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ใน พ.ศ. 2466 เป็นผลให้การแพทย์แผนไทยออกสู่การแพทย์นอกระบบถูกตีกรอบให้อยู่ในวงจำกัด ทำให้หยุดอยู่กับที่และมีได้รับการพัฒนา อีกทั้งหมอยาไทยส่วนมากต่างก็เลิกอาชีพและเผาตำราเป็นอันมาก (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2537, หน้า 28) แต่การผลิตยาไทยโดยรัฐบาลก็ยังคงมีต่อเนื่อง จนกระทั่งสมัยรัชกาลที่ 8 ก็ได้ยุติการผลิตยาแผนโบราณ นับเป็นการลดและยุติบทบาทการแพทย์แผนไทยที่สนับสนุนโดยรัฐบาลอย่างแท้จริง รวมทั้งรัฐบาลได้จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข สร้างโรงพยาบาลที่ให้บริการด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันและมหาวิทยาลัยที่ผลิตแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นมาหลายแห่ง ทำให้รากฐานของการแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการยอมรับและกลายเป็นสถาบันการแพทย์ที่เป็นทางการ การแพทย์แผนไทยจึงถูกลดบทบาทลงจนแทบไม่มีผู้ใดสนใจอย่างจริงจัง (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 3) จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2520 ปรากฏการณ์ของสังคมทั่วโลกแสดงให้เห็นว่าการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด ประกอบกับการแพทย์แผนปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายประการซึ่งจะกล่าวต่อไป และสืบเนื่องจากกระแสการพัฒนาการสาธารณสุขของโลก ที่มุ่งเน้นการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า และการให้ความสำคัญกับวิถีการดูแลสุขภาพและบำบัดรักษาความเจ็บป่วยแบบธรรมชาติมากขึ้น การแพทย์พื้นบ้านทั่วโลกจึงได้รับความสนใจอีกครั้ง เพื่อให้เป็นทางเลือกในการพึ่งตนเองด้านการรักษาพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากองค์การอนามัยโลกที่พยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกได้มีการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกก็ได้ขานรับกับแนวนโยบายดังกล่าว

การแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการแพทย์พื้นบ้านของไทยก็ได้ถูกนำมาทบทวนองค์ความรู้และฟื้นฟูขึ้นมาอีกครั้ง (ประทีป ชุมพล, 2541, หน้า 142)

2. แนวคิดของการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยที่เป็นชาวพุทธมาแต่โบราณการแพทย์แผนไทยจึงอาศัยแนวทางของพระพุทธศาสนาเป็นหลักด้วยเช่นกัน ทำให้การแพทย์แผนไทยมีความเกี่ยวข้องกับพิธีกรรม เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การดำรงชีวิตที่เป็นธรรมชาติ และเป็นวัฒนธรรมที่มีแบบแผนเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (กัญญา ตีวิเศษ, 2539, หน้า 17-18) การแพทย์แผนไทยคล้ายคลึงกับการแพทย์พื้นบ้านอื่นๆ คือมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยในมนุษย์ แบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่คือ

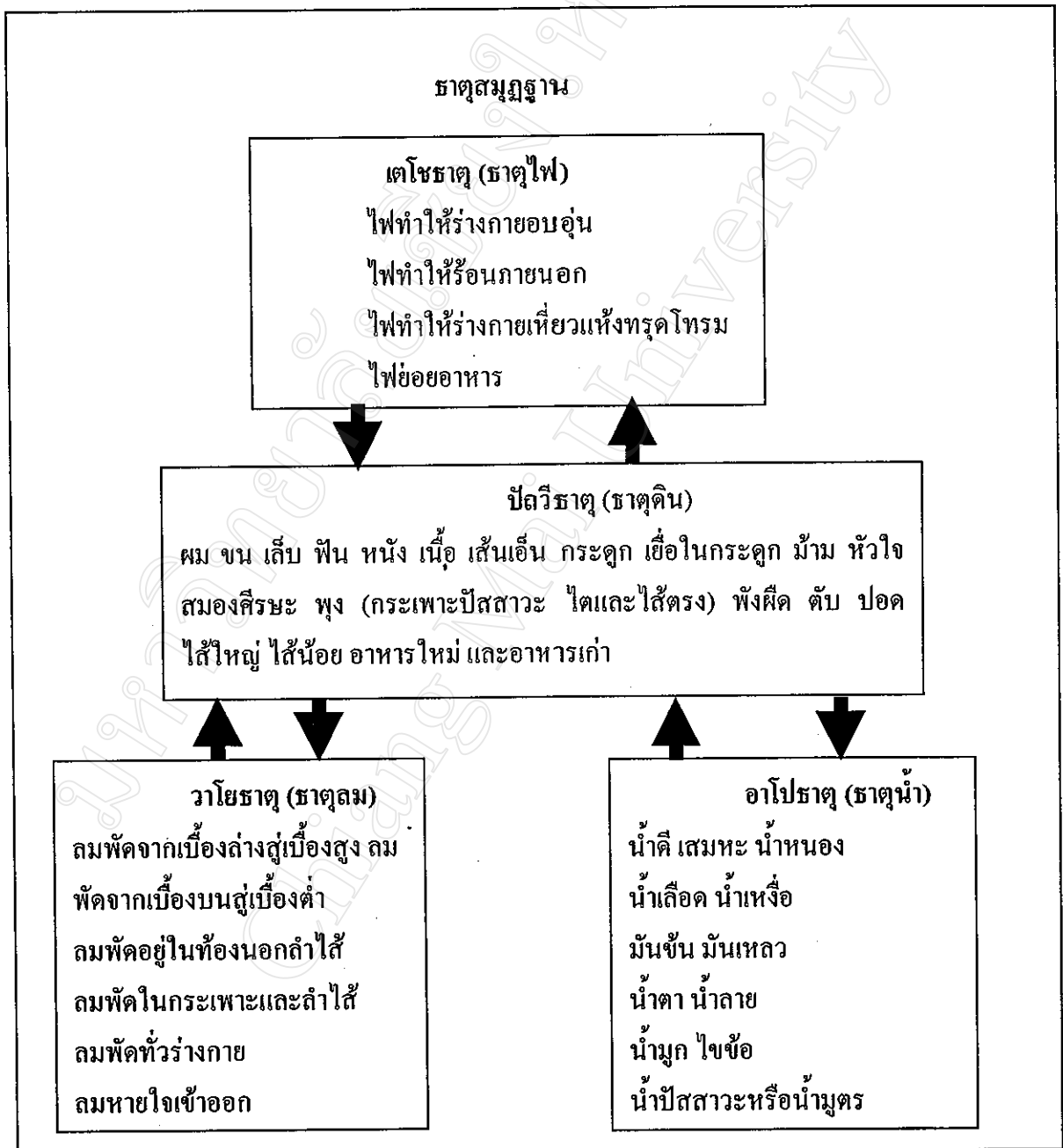
2.1 เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ได้แก่ ผีบรรพบุรุษเชื่อในเรื่องของเทพ สิ่งที่มีอำนาจ เช่น ผีป่า ปีศาจ เรื่องของพระเจ้าลงโทษผู้ทำผิดจารีตประเพณี เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพลังงานจักรวาล ได้แก่ อิทธิพลของดวงดาวต่างๆ ซึ่งมีทั้งพลังสร้างสรรค์ และพลังที่ทำลายต่อสุขภาพ หากพลังใดมากกว่าก็จะส่งผลให้สุขภาพดีหรือร้ายไปตามนั้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535ข, หน้า 19-29)

2.2 เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลธรรมชาติ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยตามแนวคิดของการแพทย์แผนไทย จะพิจารณาร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ดังนั้นแนวคิดในการเกิดความเจ็บป่วยของการแพทย์แผนไทยก็คือ การแปรปรวนของธาตุทั้งสี่ที่ประกอบเข้าเป็นร่างกายนั่นเอง ส่วนใจ (จิตวิญญาณ) นั้นมีความสำคัญเช่นเดียวกับร่างกาย คือ ถ้าร่างกายไม่มีใจ ร่างกายก็ไม่สามารถดำรงอยู่ได้ ถ้าธาตุต่างๆ ของร่างกายแปรปรวนแปร ก็จะมีผลกระทบต่อใจเช่นกัน และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจนธาตุต่างๆ ค่อยๆ ดับสิ้นไปที่ละอย่างจนกระทั่งดับหมด ใจไม่สามารถทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวตามต้องการอีกต่อไปและชีวิตก็เป็นอันถึงที่สุด (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 1-2) ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญที่ทำให้เกิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่เป็นองค์รวมนั้นธรรมชาติ การทำให้ธาตุในร่างกายมีความสมดุล และการปรับพฤติกรรมที่ก่อโรคร้ายอย่างทันสมัย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 21) ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

3 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

3.1 ทฤษฎีธาตุของการแพทย์แผนไทย สืบเนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับความสมดุลของร่างกายอันประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ จึงได้ก่อให้เกิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่เชื่อมโยงธาตุทั้งสี่ในเรื่อง สาเหตุของการเกิดโรค การวินิจฉัย และการตรวจรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย โดยองค์ความรู้ที่สำคัญของทฤษฎีการแพทย์แผนไทยคือ ระบบทฤษฎีธาตุหลักทั้งสี่ อันประกอบ

ด้วย ธาตุดิน (ปฐวีธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และธาตุไฟ (เตโชธาตุ) ดังแสดงในภาพ 2 นอกจากนี้ยังมี อากาศธาตุ และธาตุเจ้าเรือน (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 2-5 ; กัญจนาคีวพิเศษ, 2539, หน้า 24) ดังมีรายละเอียดดังนี้



ภาพ 2 สรุปธาตุทั้งสี่ (กัญจนาคีวพิเศษ, 2539, หน้า 25)

3.1.1 ธาตุดิน คือธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นโครงสร้างที่มีลักษณะเป็นของแข็งของสิ่งมีชีวิต มีความคงรูปได้แก่ อวัยวะต่างๆ พังผืดซึ่งเกี่ยวพันให้อวัยวะต่างๆ อยู่ร่วมกัน รวมทั้งอาหารเก่า อาหารใหม่ ธาตุดินมี 20 ประการ ได้แก่ ผม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ (500ชิ้น) เส้นเอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ม้าม หัวใจ สมองศีรษะ พุง (กระเพาะปัสสาวะ ไตและไส้ตรง) พังผืด (หมายถึงพังผืดที่หุ้มหัวใจ ม้าม ปอด และที่แทรกเข้าไปในระหว่างเนื้อเยื่อทั้งหลาย) ดับ ปอด ไส้ใหญ่ ไส้เล็ก อาหารใหม่ (อาหารที่ยังไม่ย่อยในกระเพาะอาหาร) และอาหารเก่า (อุจจาระ) สิ่งเหล่านี้จัดเป็นธาตุดินภายใน (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 2) ส่วนธาตุดินภายนอกได้แก่ ใต้ะ แก้อี้ ต้นไม้ ดิน เหล็ก ภูเขา เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 26)

3.1.2 ธาตุน้ำ คือองค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นน้ำ เป็นของที่เหลว มีคุณสมบัติไหลไปมาซึมซับทั่วไปในร่างกายอาศัยธาตุดินเพื่อการคงอยู่ อาศัยธาตุลมเพื่อการเคลื่อนไหว ธาตุน้ำภายในมี 12 ประการ ได้แก่ น้ำดี เสมหะ น้ำหนอง น้ำเลือด น้ำเหลือง มันข้น มันเหลว น้ำตา น้ำลาย น้ำมูก ไขข้อ น้ำปัสสาวะหรือน้ำมูตร ส่วนธาตุน้ำภายนอกได้แก่ น้ำฝน น้ำหรือของเหลวในสิ่งแวดล้อมทั้งหลาย ภายในดินมีน้ำซึมซับอยู่ให้ความชุ่มชื้นแก่ดินและต้นไม้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 26)

3.1.3 ธาตุลม คือองค์ประกอบของสิ่งมีชีวิต มีลักษณะเคลื่อนไหวได้ มีคุณสมบัติคือความเบา เป็นสิ่งที่มีพลังทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว เดิน นั่ง นอน คู๋ เหยียดได้ ธาตุลมย่อมอาศัยธาตุดินและธาตุน้ำเป็นเครื่องนำพาพลังและขณะเดียวกันธาตุลมพุงดิน และทำให้น้ำเคลื่อนไหวไปมาได้ ธาตุลมมี 6 ประการ จัดเป็นธาตุลมภายใน ได้แก่ ลมพัดจากเบื้องล่างสู่เบื้องสูง ลมพัดจากเบื้องบนสู่เบื้องต่ำ ลมพัดอยู่ในท้องนอกถ้าไส้ ลมพัดในกระเพาะและถ้าไส้ ลมพัดทั่วร่างกาย และลมหายใจเข้าออก ส่วนลมภายนอก ได้แก่ ลมพัดต่างๆ ลมบก ลมทะเล นั่นคือ อากาศที่มีการเคลื่อนไหวไปมานั่นเอง (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 27)

3.1.4 ธาตุไฟ คือองค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะที่เป็นความร้อน มีคุณสมบัติเผาผลาญให้แตกสลาย ไฟทำให้ลมและน้ำในร่างกายเคลื่อนที่ด้วยพลังแห่งความร้อน อันพอเหมาะ ไฟทำให้ดินอุ่นคือ อวัยวะต่างๆ ไม่น่า ไฟภายในมี 4 ประการ ได้แก่ ไฟทำให้ร่างกายอบอุ่น ไฟทำให้ร้อนภายนอก ไฟทำให้ร่างกายเหี่ยวแห้งทรุดโทรม และไฟย่อยอาหาร ส่วนไฟภายนอกได้แก่ ความร้อนจากดวงอาทิตย์ ไฟที่จุดขึ้นหรือพลังงานความร้อนอื่นๆ ที่มีคุณสมบัติเผาผลาญ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 28)

3.1.5 อากาศธาตุ ในบางตำมก็จะกล่าวถึงอากาศธาตุ หมายถึงช่องว่างที่ไม่มีธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ช่องหู ช่องจมูก ช่องปาก ช่องสำหรับกั้น ช่องที่พึก และช่องสำหรับ

ไหลออกเบื้องต่ำของสิ่งที่กิน ดื่มน้ำ เคี้ยว จิม หรือความว่างเปล่าที่คั่นอยู่ทุกแห่งทั่วร่างกาย โดยที่บางแห่งอาจเข้าใจผิดว่าเป็นธาตุลม (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 3)

3.1.6 ธาตุเจ้าเรือน ก็คือ ธาตุหนึ่งธาตุใดในธาตุทั้งสี่ ที่มีอิทธิพลต่อคนหนึ่งๆ มากกว่าธาตุอื่นๆ เป็นธาตุที่เกิดจากอิทธิพลของฤดูกาลขณะตั้งครรภ์ โดยการแพทย์แผนไทยมีความเชื่อในเรื่องธรรมชาติว่า การที่มนุษย์ถือกำเนิดมาแล้วมีความแตกต่างกันเริ่มตั้งแต่การเกิดรูปครั้งแรกในครรภ์มารดา และด้วยอิทธิพลของธาตุไฟก่อน จึงเกิดธาตุอื่นตามมาจนครบทั้ง 4 ธาตุ และจะมีขั้นทั้งห้าครบเมื่อมีอายุครรภ์ได้ 5 เดือน และด้วยอิทธิพลของธรรมชาติ ได้แก่ ความร้อน ความเย็นของภูมิอากาศตามฤดูกาลที่เริ่มมีอิทธิพลแล้วตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา ได้ทำให้ธาตุทั้ง 4 ของแต่ละคนแตกต่างกันไป นั่นคือ ธาตุเจ้าเรือน โดยที่คนใดจะมีธาตุเจ้าเรือนใดจะดูจากเดือนที่ตั้งครรภ์ ได้แก่ หากตั้งครรภ์เดือน 5-7 เป็นลักษณะแห้งไฟ เดือน 8-10 เป็นลักษณะแห้งลม เดือน 11-1 เป็นลักษณะแห้งน้ำ และเดือน 2-4 เป็นลักษณะแห้งดิน แต่คนส่วนใหญ่มักจะจำได้เพียงวันเกิด ดังนั้นเราอาจพิจารณาธาตุเจ้าเรือนจากเดือนที่เกิดได้ว่า ผู้ที่เกิดเดือน 5-7 จะมีธาตุลมเป็นเจ้าเรือน เกิดเดือน 8-10 จะมีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือน เกิดเดือน 11-1 จะมีธาตุดินเป็นเจ้าเรือน และเกิดเดือน 2-4 จะมีธาตุไฟเป็นเจ้าเรือน การแบ่งแบบนี้เป็นการแบ่งบุคลิกหรือลักษณะจำเพาะของคนออกเป็น 4 แบบแต่ละแบบจะมีจุดอ่อนหรือลักษณะของธาตุเสียสมดุลแตกต่างกันตามธาตุเจ้าเรือนนั้นๆ เช่น บุคคลที่มีธาตุเจ้าเรือนเป็นธาตุไฟจะมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟเป็นต้นโดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้จากการเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 ซึ่งจะแสดงออกด้วยอาการต่างๆ และการทำความเข้าใจต่อการเสียสมดุลนั้นต้องคำนึงถึงธาตุเจ้าเรือนของบุคคลด้วย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 31-38)

3.2 สาเหตุการเกิดโรค สาเหตุการเกิดโรคในทฤษฎีการแพทย์แผนไทยได้ระบุไว้ในคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัยได้แบ่งสาเหตุ (สมุฏฐาน) ของความเจ็บป่วยออกเป็น 4 ประการ ดังนี้ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 22, เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2537, หน้า 7)

3.2.1 ธาตุสมุฏฐาน หรือโรคที่เกิดจากการแปรปรวนของธาตุทั้งสี่ ดังที่กล่าวไว้แล้วว่า สิ่งมีชีวิตที่เกิดมาแล้วประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ ซึ่งอยู่ในภาวะสมดุลเกี่ยวข้องกันและกัน การที่ธาตุหลักทั้งสี่จะสามารถทำงานได้ตามปกติจะต้องมีระบบควบคุม เรียกว่า ธาตุพิกัด ได้แก่ ธาตุพิกัดธาตุดิน ได้แก่ หทัย (หัวใจ) อุทริยะ (อาหารใหม่) และกรีสระ (อาหารเก่า) ธาตุพิกัดธาตุน้ำ ได้แก่ สอเสมหะ (เสมหะในคอ) อูระเสมหะ (เสมหะในทรวงอก) และคูดเสมหะ (เสมหะในอุจจาระ) ธาตุพิกัดธาตุลม ได้แก่ หทัยวาตะ (การเต้นของหัวใจ) สัตถกวาตะ (ลมคมเหมือนอาวูช) และสุมนา (ลมกลางตัว) ธาตุพิกัดธาตุไฟ ได้แก่ พัทธปิตตะ (ดีในอุณน้ำดี) อพัทธะปิตตะ (ดินนอกอุณน้ำดี) และกำเดา (องค์ความร้อน) หากธาตุพิกัด

ใดเสียหายหรือแปรปรวน ก็จะกระทบตัวชาตุนั้นๆ ไปด้วย ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ หรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ก็ต้องพิจารณาถึงทั้งตัวชาตุนั้นๆ และระบบควบคุมว่าชาตุนั้นๆ เกิดเหตุให้เกิดอาการนั้นขึ้นมา (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 22-27) ดังนั้นชาตุนั้นๆ ต่างอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อดำรงภาวะสมดุล ร่างกายจึงจะเป็นปกติ ไม่เกิดความเจ็บป่วย หากมีความแปรปรวนเสียสมดุลขึ้น ได้แก่ หย่อน (การลดลงของคุณลักษณะแห่งชาตุนั้นๆ ในระบบร่างกาย) ถ้ารีบ (การเพิ่มขึ้นของคุณลักษณะแห่งชาตุนั้นๆ ในระบบร่างกาย) หรือพิการ (การเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากธรรมชาติของชาตุนั้นๆ) (มาโนช วาamananท์และคณะ, 2537, หน้า 3) จะทำให้ร่างกายไม่สบาย เกิดความเจ็บป่วยขึ้นโดยจะแสดงออกด้วยอาการต่างๆ เช่น มีอาการตัวร้อน ท้องเสีย ถ่ายเหลวมาก หมายความว่าอาการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นอาการของธาตุไฟและธาตุน้ำ เป็นต้น การเสียสมดุลดังกล่าวข้างต้นอยู่กับความสมดุลของชาตุนั้นๆ ที่อยู่ภายนอกอีกด้วย กล่าวคือ หากชาตุนั้นๆ ที่อยู่ภายนอกเกิดการเสียสมดุลย่อมส่งผลกระทบต่อชาตุนั้นๆ ภายในร่างกายเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 38)

3.2.2 อุดมสมบูรณ์ หรือโรคที่เกิดจากอิทธิพลของฤดูกาล ฤดูต่างๆ มีผลทำให้ร่างกายแปรปรวน โดยช่วงรอยต่อระหว่างฤดูกาล จะมีผลกระทบต่อชาตุนั้นๆ ของร่างกาย สภาวะดังกล่าวทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวเป็นอย่างมาก หากปรับตัวไม่ได้จะเกิดการเสียสมดุลทำให้เจ็บป่วย ร่างกายซึ่งประกอบด้วยชาตุนั้นๆ เป็นหลักจึงต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับฤดูกาลต่างๆ นั่นคือ ในฤดูที่ต่างกันย่อมมีการเปลี่ยนแปลงของชาตุนั้นๆ ที่จะก่อให้เกิดความอ่อนแอของชาตุนั้นๆ ที่ต่างกัน โดยทั้งสามฤดูนี้จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยต่างกันคือ ฤดูร้อนเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ฤดูฝนเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ และฤดูหนาวเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 39-41) นอกจากจะแบ่งฤดูกาลเป็น 3 ฤดูแล้ว ตามคัมภีร์สมุทธานวินิจัยยังแบ่งฤดูเป็น 6 ฤดู โดยแต่ละฤดูมี 2 เดือน ซึ่งแบ่งต่อไปอีกเป็น 3 ช่วงๆ ละ 20 วัน จึงมีรายละเอียดของการเกิดอาการโรคมกกว่าในฤดู 3 โดยแบ่งเป็น ฤดูร้อน ฤดูฝน ฤดูฝนตกชุก ฤดูที่ทำให้เกิดตะครันตะครอในร่างกาย ฤดูหนาว และ ฤดูหนาวจัด (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 30)

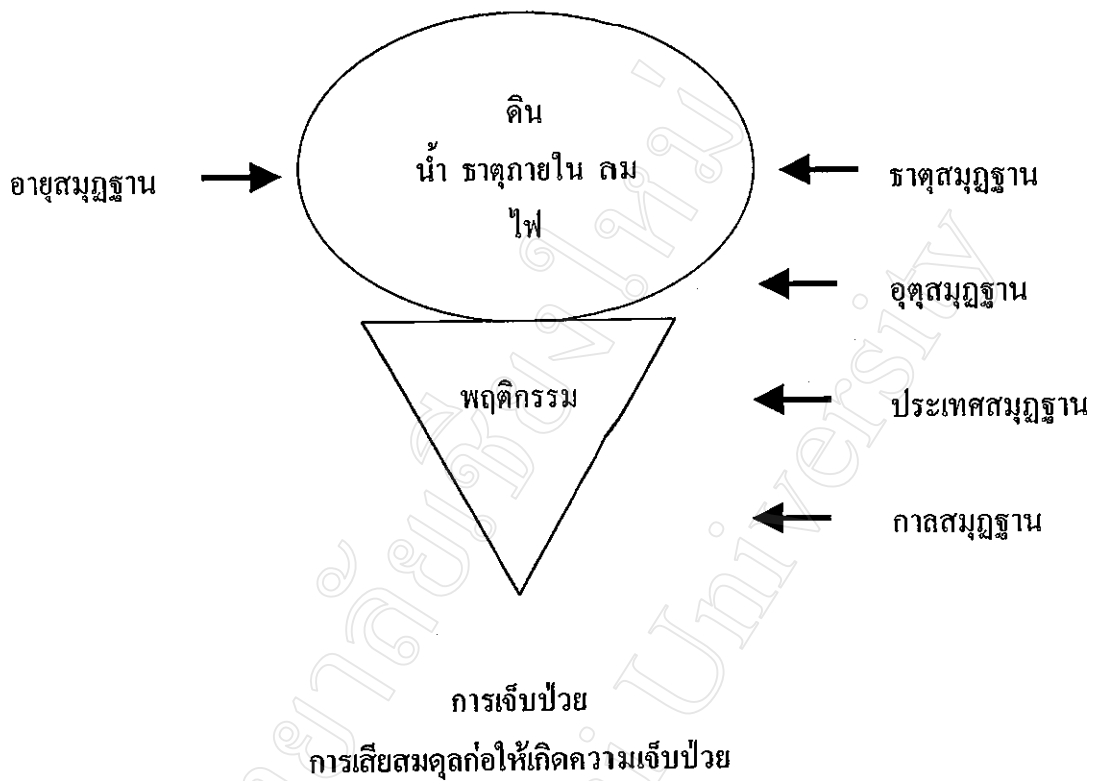
3.2.3 อายุสมบูรณ์ หรือโรคที่เกิดเนื่องอายุ ตามวัยเด็ก วัยกลางคน และวัยชรา ร่างกายมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัยโดยจะแบ่งอายุเป็นสามวัยคือ ปฐมวัย (0-16 ปี) จะเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจต่างๆ หวัด เป็นต้น เพราะในปฐมวัยร่างกายมีน้ำเป็นส่วนประกอบมากกว่าวัยอื่น มัชฌิมวัย (16-32 ปี) เจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ เช่น โรคที่เกี่ยวกับระบบฮอร์โมนและพลังงาน เนื่องจากในวัยนี้จะมีการทำงานหนัก เป็นระยะที่มีการสร้างตัวและครอบครัว มีการแต่งงาน มีบุตร และปัจฉิมวัย (อายุมากกว่า 32 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ เช่น โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เพราะมีวัยมากขึ้น ย่อมมีความรับผิดชอบ

มากขึ้นจึงมีความวิตกกังวลมากขึ้น ส่วนธาตุดินคือองค์ประกอบหลักของร่างกายก็จะมี การเปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ ตั้งแต่ปฐมวัยจะมีการเสริมสร้างธาตุดินอยู่ตลอดเวลา มัชฌิมวัย จะเป็นวัยที่ธาตุดินแข็งแรงเต็มที่ และจะค่อยๆ เลื่อมลงในปัจฉิมวัย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 42-44)

3.2.4 กาลสมุฏฐาน หรือโรคเกิดจากอิทธิพลของกาลเวลาและสุริยจักรวาล ได้แก่ อำนาจแห่งดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ทำให้ตลอด 24 ชั่วโมงที่ผ่านไปมีอิทธิพลที่ทำให้มนุษย์ ต้องปรับตัวทุกนาทีก โดยแบ่งเป็นเวลากลางวัน 12 ชั่วโมง และกลางคืน 12 ชั่วโมง ใน 12 ชั่วโมงนี้ แบ่งออกเป็น 3 ช่วงๆ ละ 4 ชั่วโมง มีกาลสมุฏฐาน คือ เสมหะ ปิตตะ และวาตะ ตามลำดับ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2536, หน้า 32) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า เวลา 6.00-10.00 น. มีอิทธิพลของธาตุน้ำ เวลา 10.00-14.00 น. มีอิทธิพลของธาตุไฟ เวลา 14.00-18.00 น. มีอิทธิพลของ ธาตุลม กลางวันและกลางคืนเป็นเช่นเดียวกัน ซึ่งอิทธิพลของธาตุต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ ธาตุดินที่เป็นองค์ประกอบของร่างกาย ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของ ดวงจันทร์ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายคนเราในรอบเดือน และอิทธิพลของดวงดาวที่มี ผลต่อร่างกายในแต่ละเดือนรวม 12 เดือน ซึ่งเรียกว่าราศี (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 48-52)

3.2.5 ประเทศสมุฏฐาน นอกจากนี้ในคัมภีร์ปฐมจินดา ยังได้กล่าวถึง มูลเหตุของความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคจากอิทธิพลของถิ่นที่อยู่อาศัย หรือที่เรียกว่า ประเทศ สมุฏฐาน กล่าวคือ ที่อยู่อาศัยย่อมมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพได้แก่ ประเทศร้อนคือ สถานที่ที่เป็นภูเขาสูงเนินผามักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ประเทศเย็นคือสถานที่ที่เป็นน้ำฝนโคลนตม มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม ประเทศอุ่นคือคือสถานที่ที่เป็นน้ำฝนกรวดทรายเป็นที่เก็บน้ำไม่อยู่ มักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ และประเทศหนาวคือสถานที่ที่เป็นน้ำเค็มมีโคลนตมและมักจะเจ็บป่วย ด้วยธาตุดิน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 45-48)

ฉะนั้นจากทฤษฎีการแพทย์แผนไทยพอจะสรุปถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการเสียสมดุลของร่างกายได้ดังในภาพ 3



ภาพ 3 สมดุลแห่งสุขภาพ (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2537, หน้า 6)

3.2.6 พฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุก่อโรค ในปัจจุบันมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางพฤติกรรมมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์และการตามใจตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การมีพฤติกรรมก่อโรค เช่น การสำอองทางเพศ การติดสิ่งเสพติดต่างๆ พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยพอสรุปได้ดังนี้ (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2541, หน้า 34-35)

- (1) กินอาหารมากหรือน้อยเกินไป กินอาหารบูด อาหารที่ไม่เคยกิน หรืออาหารแปลกรส กินอาหารไม่ถูกต้องกับธาตุ ไม่ถูกต้องกับโรค รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรค
- (2) ฝืนอิริยาบถ ได้แก่ การนั่ง ยืน เดิน นอน ไม่สมดุลกันทำให้โครงสร้างร่างกายเสียสมดุลและเสื่อมโทรม
- (3) อากาศไม่สะอาด อยู่ในที่อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป หรืออากาศถ่ายเทไม่สะดวก การทำงานท่ามกลางแสงแดด การสัมผัสกับละอองฝน
- (4) การอด ได้แก่ การอดข้าว อดนอน อดน้ำ อดอาหาร

(5) การกลั่นออกจาระ ปัสสาวะ คนเราจำเป็นต้องขับถ่ายของเสีย ออกจากร่างกาย การฝืนธรรมชาติด้วยการกลั่นออกจาระ ปัสสาวะ จะเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย

(6) ทำงานเกินกำลังมาก หรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป มักมากในกามารมณ์ ชอบเที่ยวกลางคืน สำส่อนทางเพศ นอกจากจะทำให้ร่างกายเสียสมดุลแล้ว ยังอาจจะได้รับเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่ร่างกายอีกด้วย

(7) มีความโศกเศร้าเสียใจหรือดีใจจนเกินไป

(8) มีโทษะมากเกินไปและขาดสติ

จากการประมวลองค์ความรู้ทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีความลึกซึ้ง เป็นองค์รวม มีการแยกแยะอิทธิพลของธรรมชาติที่มีผลต่อมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ ต้องปรับตัวกับธรรมชาติ ด้วยการปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย การรู้จักธรรมชาติของตนเองให้มากที่สุด จะนำไปสู่การบริโภคอาหารและการใช้สมุนไพรได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับร่างกายและธรรมชาติ (กัญญา คิวพิเศษ, 2539, หน้า 73) ซึ่งจะกล่าวต่อไป

3.3 การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย

3.3.1 การซักประวัติ การแพทย์แผนไทยมีแนวทางและวิธีการวินิจฉัยโรค ที่ไม่แตกต่างจากการแพทย์แผนอื่นมากนัก กล่าวคือมีการให้ความสำคัญในเรื่องข้อมูล ประวัติ ส่วนตัวของผู้ป่วยที่ต่างไปคือ ต้องการทราบ วัน เดือน ปีเกิดที่ชัดเจน อาจมีเวลาตกฟากด้วย ทั้งนี้ เพราะการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญเกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือน ประวัติในวัยเด็ก ประวัติ โรคประจำตัวที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับฤดูกาล นิสัยและพฤติกรรมที่อาจเป็นมูลเหตุของการเกิดโรค ตลอดจนที่อยู่อาศัย นอกจากประวัติส่วนตัวแล้ว ข้อมูลที่สำคัญที่สุดคือ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมารับ การรักษา จำนวนอาการ เกิดอาการอะไรก่อนหลัง เกิดมากเวลาใด เพื่อสรุปว่าโรคที่เกิดเป็น การเสียสมดุลของธาตุใด (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 58)

3.3.2 การตรวจร่างกาย จะมีการตรวจลักษณะร่างกายต่างๆ ไปเพื่อประกอบ กับการพิจารณาธาตุเจ้าเรือน การตรวจการเต้นของหัวใจ การตรวจไข้ การตรวจอุจจาระที่ผู้ป่วย มีอาการ การตรวจเลือดและโครงสร้างร่างกาย การตรวจสิ่งมีคุณและสิ่งทีกระทำโทษ การตรวจ ทางโหราศาสตร์และการคุณธาตุ โดยการคุณธาตุนี้นับเป็นการตรวจสภาพของธาตุทั้งสี่ จะมี สูตรคำนวณหลายสูตร โดยบางสูตรใช้ตัวเลขเกี่ยวกับ วันเกิด เดือน ปี มาคำนวณ บางสูตรใช้เฉพาะ อายุเท่านั้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 59)

3.3.3 การวินิจฉัย จะมีการวินิจฉัยตามลักษณะของธาตุทั้งสี่และตามหลัก สมดุลของธาตุสี่ รวมทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคตามสมุฏฐานต่างๆ โดยพิจารณาจาก ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล ที่อยู่อาศัย กาลเวลา อายุ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 62-69)

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีการใช้คอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์สุขภาพ โดยการใช้ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย โดยการรวบรวมองค์ความรู้จากพระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย จัดทำเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ชื่อ เพนไดแอก (pendiag) เพื่อใช้ในการสรุปและอธิบาย ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย อันประกอบด้วย ชาติสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน อุตสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน ประเทศสมุฏฐานและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 8 ประการ การวิเคราะห์สุขภาพจะกระทำ โดยการป้อนข้อมูลวันเดือนปีเกิดของบุคคลลงใน โปรแกรมเพนไดแอก แล้วผ่านขั้นตอน การวิเคราะห์ของคอมพิวเตอร์จนได้ข้อสรุปของมูลเหตุทั้งหมด รวมทั้งจุดอ่อนด้านสุขภาพ ของบุคคล ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันรวม 1,152 รูปแบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำได้ อย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ (हेญญา ทรัพย์เจริญและกัญญา ดิวิเศษ, 2538, หน้า 24)

3.4 การรักษา การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวม หมายถึง การดูแล คนทั้งคน คือกาย จิต และสิ่งแวดล้อม ไม่ได้แยกกายว่าเป็นกระดูกหรือเนื้อเยื่อ แต่กายเป็นดิน น้ำ ลม และไฟ มีการปรับโครงสร้างหรือธาตุภายในเข้าสู่สมดุลตามแนวทางของทฤษฎี โดยมีหลักการ คือมนุษย์จำเป็นต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับปัจจัยต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ธรรมชาติกำหนด ได้แก่ ชาติเจ้าเรือน เวลา อายุ ฤดูกาล ภูมิประเทศ ดังนั้นการรักษาจึงต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องร่วม ไปด้วยกับการรักษาในรูปแบบต่างๆ (กัญญา ดิวิเศษ, 2539, หน้า 73) ได้แก่

3.4.1 ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรค ทั้ง 8 ประการโดยการใช้ หลักการ "ธรรมานามัย" ได้แก่ กายานามัย คือ การออกกำลังกาย การตัดตนด้วยตนเอง การรับประทานอาหารให้ถูกกับธาตุ การกินอาหารแต่พอเหมาะ มีสติในการกิน การนอน และสำนึกอยู่เสมอว่า อายุมากกว่า 32 ปีเข้าสู่ปัจฉิมวัยแล้ว ควรดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท จิตตานามัย คือ การฝึกสมาธิให้จิตเข้มแข็ง จิตมีพลังเกิดปัญญา เกิดความสุขสงบ ทำให้ ความต้านทานโรคดีขึ้น เมื่อจิตเข้มแข็งเกิดปัญญา ย่อมเลือกมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ตามใจตนเองด้วยกิเลสและความอยากคือตัณหา ชีวิตานามัย คือการดำรงชีวิตด้วยทางสายกลาง เลี่ยงชีวิตชอบ ย่อมไม่เกิดความเครียด ไม่ฟิตสึล รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สมดุลไปด้วยธาตุทั้งสี่ ภายนอก (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 73-75)

3.4.2 ใช้อาหารหรือยาสมุนไพรแต่งแก้ไข้ปรับให้ธาตุสมดุล มีหลักการคือ

(1) ยาสมุนไพรปรับธาตุ เช่น ยาเบญจกูล ประกอบด้วยตัวยาประจำธาตุแต่ละธาตุ คือ ดิปลี ชะพลู สะค้าน เจตมูลเพลิง และขิงแห้ง โดยมีวิธีวิเคราะห์ได้ว่า ผู้ป่วยกำลัง เสี่ยงสมดุลด้วยธาตุใดก็ให้ยาตามสัดส่วนในตำรา

(2) ยาปรับธาตุตามฤดูกาล ได้แก่ ยาประจำฤดูร้อน ครีผลา

(สมอไทย สมอพิเภก มะขามป้อม) ยาประจำฤดูหนาว ตรีสาร (สะค้าน เเจตมูลเพลิง ชะพลู) ยาประจำฤดูฝน ตรีภฏก (พริกไทย ดีปลี จิง) โดยจัดสัดส่วนตามอาการที่เป็น

(3) ยาสมุนไพรตามรศยา รศประมาณ 3 รศ คือ รสเย็นแก้ธาตุไฟ รสร้อนแก้ธาตุลม และรสขุมแก้ธาตุน้ำ

(4) อาหารสมุนไพรประจำธาตุเจ้าเรือน ได้แก่ ธาตุดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม ธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยว รสขม ธาตุลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน ธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารรสเย็นจืด

(5) การรักษาด้วยยาสมุนไพรตามอาการหรือเฉพาะโรค โดยใช้สมุนไพรเดี่ยวหรือสมุนไพรตำรับ เช่น พญาอรัญญาเริ่ม ฟ้าทลายโจรแก้เจ็บคอและแก้ท้องเดิน ขมิ้นชันแก้ท้องอืดเพื่อ เป็นต้น

(6) การรักษาด้วยยาสมุนไพรด้วยการปรับธาตุตามคัมภีร์ธาตุบรรจบ ซึ่งใช้สำหรับรักษาโรคที่มีความยุ่งยาก เรื้อรัง เมื่อรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรตามอาการ หรือปรับธาตุพื้นฐานต่างๆ ไปแล้วยังไม่หาย ให้นำธาตุกำเนิดมาจัดยาเพิ่มเข้าไป (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 76-91)

จากการศึกษาถึงผลของการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาสมุนไพรตามหลักการแพทย์แผนไทยแบบต่างๆ พบว่านอกจากจะเป็นการรักษาแล้ว ยังเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอีกด้วย เช่น การรับประทานยาสมุนไพร ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่น ดมยา มีตะไคร้ พริก หอมข่า ช่วยย่อยอาหาร แกงเลียง ช่วยเพิ่มน้ำนมในสตรีหลังคลอด หนุ่ยนางช่วยทำให้เจริญอาหาร น้ำพริกต่างๆ ที่มีผักรับประทานร่วมด้วย จะเป็นการช่วยในการปรับสมดุลของธาตุได้เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540, หน้า 83)

3.4.3 การนวดแผนไทย ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการนวดแผนไทย และถือว่าเป็นหลักของวิชาแขนงนี้คือ เส้นประธานทั้งสิบ ซึ่งเป็นเส้นทางเดินของพลังชีวิตภายในร่างกาย มีจุดกำเนิดอยู่รอบสะดือแล้วผ่านส่วนต่างๆ ของร่างกายไปสิ้นสุดที่อวัยวะรับความรู้สึกพิเศษ อันได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น แขน ขา ทวารเบา และทวารหนัก ความเจ็บป่วยเกิดจากพลังชีวิตแล่นไม่สะดวกหรือติดขัด สามารถรักษาได้โดยการกดนวดตามจุดในสังกัดเส้นประธานต่างๆ ดังนั้นเส้นประธานเป็นเส้นที่มีเลือดและลมแล่นอยู่ภายใน เมื่อเลือดลมสมดุลร่างกายก็ไม่เจ็บป่วย ถ้ามุขยंत्रบริโภคอาหารหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เลือดลมกำเริบส่งผลเกิดความเจ็บป่วยต่างๆ ตามมา (โครงการฟื้นฟูนวดไทย, 2538, หน้า 73-79)

3.1.4 การประคบสมุนไพร คือการใช้สมุนไพรหลายชนิดมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย ซึ่งเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออก เช่น โพล

ขมิ้นชัน ตะไคร้ มะกรูด การบูร เป็นต้น เป็นวิธีการบำบัดรักษาของการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้ควบคู่กับการนวดไทย โดยใช้ประคบหลังจากการนวดไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540, หน้า 89-90) ผลของการรักษาด้วยการประคบสมุนไพรเกิดจากผลของความร้อนที่ได้จากการประคบและผลจากการที่ตัวยาสมุนไพรซึมผ่านชั้นผิวหนังเข้าสู่ร่างกาย โดยตัวยาที่นิยมใช้ทำถูกประคบ ได้แก่ ไพลสด ผิวมะกรูด ใบมะขามแก่ และใบส้มป่อย ซึ่งตัวยาสมุนไพรส่วนใหญ่จะมีคุณสมบัติในการแก้เคล็ด ขัดยอก ฟกช้ำ บวม ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว นอกจากนี้ยังอาจใช้ขมิ้นชัน ตะไคร้ การบูร พิมเสน และสมุนไพรอื่นๆ ร่วมด้วยก็ได้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของการจัดหา (มาโนช วามานนท์และคณะ, 2537, หน้า 30-32)

3.4.5 การอบสมุนไพรหรือการอบตัวด้วยไอน้ำที่ได้จากการต้มสมุนไพร โดยพัฒนาจากการอบแบบเข้ากระโจมมาเป็นห้องอบไอน้ำสมุนไพรที่ทันสมัยขึ้นให้บริการได้ครั้งละหลายคน โดยใช้หม้อต้มสมุนไพรที่มีท่อส่งไอน้ำเข้าไปในห้องอบ ส่วนสมุนไพรที่ใช้ในการอบนั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกในการหาในท้องถิ่น การนำสมุนไพรสดมาใช้ในการอบไม่จำกัดชนิด อาจเพิ่มหรือลดชนิดของสมุนไพรตามความต้องการใช้ประโยชน์และความสะดวกในการจัดหา โดยยึดหลักสมุนไพรในการอบ 4 กลุ่ม ได้แก่ สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม เช่น ไพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ให้ประโยชน์ในการรักษาโรคและอาการต่างๆ คือ อาการคัดจมูก ปวดเมื่อย และเวียนศีรษะ สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว เช่น ใบมะขาม ฝักส้มป่อย จะช่วยชำระล้างสิ่งสกปรก บำรุงผิวพรรณ เพิ่มความต้านทานโรคให้แก่ผิวหนัง ด้วยฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ สมุนไพรที่เป็นสารประกอบที่ระเหิดได้เมื่อผ่านความร้อน มีกลิ่นหอม เช่น การบูร พิมเสน ช่วยรักษาอาการหวัดคัดจมูก และสมุนไพรที่ใช้รักษาเฉพาะโรคและอาการ เช่น สมุนไพรแก้ปวด ได้แก่ เถาวัลย์เปรียง ไพล เถาเอ็นอ่อน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540, หน้า 91-92)

จะเห็นได้ว่า การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่มหัตถเวชและกายบำบัดคือการนวดและการดัดตน กลุ่มจิตเวชคือการทำสมาธิ และกลุ่มอายุเวชสมุนไพรคือการใช้สมุนไพรด้วยวิธีต่างๆ ทั้งการรับประทาน การอบ และการประคบ แต่ในทางปฏิบัติมักจะประยุกต์ใช้ร่วมกันทั้ง 3 กลุ่ม คือเป็นการดูแลรักษาทั้งทางกาย จิต และสังคมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม ไม่แยกอิสระเป็นส่วนๆ แต่จะเชื่อมโยงทั้งสามส่วนกันอย่างสนิทแนบแน่นและสมดุล ระหว่างกายอันเป็นที่รวมของธาตุ จิตอันเป็นที่รวมของพลัง และสภาพแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติคือธาตุทั้งสี่ภายนอกและทางสังคม อันเป็นเงื่อนไขปัจจัยที่กำหนดความสมดุลแห่งสุขภาพ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยจึงเป็นทฤษฎีที่มีการดูแลสุขภาพแบบเป็นองค์รวมซึ่งคนไทยในอดีตได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและถ่ายทอดกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน อันเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของคนไทย และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ

ของประชาชนมาตั้งแต่โบราณ เป็นภูมิปัญญาของคนไทยด้านการดูแลสุขภาพที่อิงหลักธรรมชาติที่เรียบง่าย ง่าย เลี้ยงน้อย ผลข้างเคียงน้อย ประหยัด และพึ่งตนเองได้ จึงควรเร่งศึกษาองค์ความรู้ ค้นคว้าหากระบวนการวิธีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับยุคสมัยปัจจุบัน เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2538, หน้า 29-32)

การผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ

1. ความเป็นมาของแนวคิดการผสมผสาน เป็นที่ยอมรับว่า ในปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพที่เน้นการแพทย์แผนปัจจุบันถือเป็นระบบการดูแลสุขภาพกระแสหลักของประเทศต่างๆ ทั่วโลก และลักษณะการให้บริการทางสาธารณสุขจะเป็นไปในระบบที่ให้สิทธิทางกฎหมายในการรักษาผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2533, หน้า 27-29) รวมทั้งในประเทศไทย แต่จากปรากฏการณ์ของสังคมทั่วโลกส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพที่เน้นการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดและจุดอ่อนต่างๆ ได้แก่

1.1 การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วนของการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) และแนวคิดชีวการแพทย์ (biomedical model) ก่อให้เกิดการมุ่งรักษาโรคมกกว่าการรักษาคน (มัลลิกา มัติโก, 2520, หน้า 1-3 ; ประเวศ วะสี, 2542, หน้า 46 ; วิพุธ พูลเจริญและคณะ, 2543, หน้า 73) เน้นการรักษาความผิดปกติของอวัยวะมากกว่าการรักษาแบบองค์รวม ให้ความสนใจต่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าที่ควร ทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์เพิ่มขึ้น (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 1) และยังมีการเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง คือรักษาเฉพาะโรคหรืออวัยวะตามความรู้และความชำนาญของแพทย์แต่ละคนทำให้ประชาชนต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (กัญจนา ศิวิเศษ, 2539, หน้า 10-12)

1.2 การพึ่งเทคโนโลยีขั้นสูงที่มีราคาแพงและพึ่งตนเองไม่ได้ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าในระยะเวลาเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงถึง 10.2 เท่า คือจาก 25,375 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2523 เป็น 283,576 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2541 และหากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรจะเพิ่มจาก 545 บาทในปี พ.ศ. 2523 เป็น 4,663 บาทในปี พ.ศ. 2541 หรือเพิ่มขึ้น 8.6 เท่า ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากและสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วทุกประเทศ รวมทั้ง

ยังสูงกว่าอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 84-87 และ 199-207)

1.3 การบริโภคยาเกินความจำเป็นและการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เช่น ยาชุดหรือยาแก้ปวดต่างๆ ที่ปรากฏอยู่โดยทั่วไป ทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยยาแผนปัจจุบันที่มีการจำหน่ายทั่วไปในปัจจุบันมีจำนวนยาที่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องรวมถึง 27,572 รายการ ทั้งที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดบัญชียาจำเป็นที่เพียงพอสำหรับการใช้รักษาพยาบาลไว้เพียง 200 รายการเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการบริโภคยาเกินความจำเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2534 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานว่าคนไทยบริโภคยาแผนปัจจุบันเป็นมูลค่า 65,025 ล้านบาท จากข้อมูลนี้สามารถคำนวณเป็นการบริโภคยาแก้ปวดลดไข้ เป็นมูลค่าประมาณ 8,400 ล้านบาท และจากข้อมูลของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครรายงานว่าสถิติการจ่ายยาแก้ปวดและยาต้านการอักเสบที่ไม่มีส่วนประกอบของสเตียรอยด์ (NSAIDs) ของหน่วยงานนี้เมื่อปีพ.ศ. 2530 มีมูลค่า 2.47 ล้านบาท (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2538, หน้า 76-77) ปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นภาพสะท้อนของการใช้วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่รู้เท่าทัน การใช้ยาอันตรายต่างๆ เป็นไปอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในกลุ่มความเจ็บป่วยพื้นฐานในกลุ่มประชาชน (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2539, หน้า 11-13)

1.4 ความไม่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมเดิมของท้องถิ่น ทำให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเนื่องจากสัมพันธภาพที่มีลักษณะเป็นแบบราชการ ปัญหาคนไข้และญาติไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คนไข้ไม่เข้าใจในคำแนะนำของแพทย์ (บุษยามาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 1)

1.5 ความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพงทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันตอบสนองความต้องการของประชาชนได้จำกัดโดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อย และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมักกระจุกตัวอยู่ในเมือง ทำให้การกระจายการบริการไม่ครอบคลุมเขตชนบท รวมทั้งประชาชนมีการพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพของประชาชนน้อยลง (ชิงยง เทาประเสริฐ, 2538, หน้า 30)

องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงข้อจำกัดดังกล่าวของการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงได้หันมานับงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นกลวิธีในการกระจายการบริการโดยเน้นให้ประชาชนมีความรู้ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค มุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเองได้มีการสนับสนุนให้นำการแพทย์แผนปัจจุบันมาผสมผสานกับการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 2-3 ; จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์, 2523, หน้า 94-95) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมที่เชื่อมโยงระบบต่างๆ ของวิถีชีวิตเข้าด้วยกันทั้งหมด ทั้งกายภาพ จิตวิญญาณ สังคม

เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และอื่นๆ ทั้งหมดเข้าด้วยกัน (รวินันท์ ศิริกนกวิไล, 2542, หน้า 54-56) สามารถหาวัตถุดิบที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่นมาใช้ในการบำบัดรักษา ทำให้จัดซื้อหาได้ง่าย ราคาถูกและมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน (จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์, 2523, หน้า 94) และตั้งแต่ ปี พ.ศ.2520 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกก็ได้จัดให้มีการประชุมระหว่างประเทศ ขึ้นหลายครั้งเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้การดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านในระบบสาธารณสุขการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน การพัฒนาบุคลากรการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านและการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน และจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสรุปได้ว่า เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากบริการทางการแพทย์ทั่วถึงจำเป็นจะต้องนำการดูแลสุขภาพทั้งสองระบบคือ ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพที่เน้นการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมาใช้ร่วมกัน โดยแต่ละฝ่ายจะต้องรักษาเอกลักษณ์ของตนและให้ประชาชนเป็นผู้เลือกวิธีการรักษา สำหรับการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพต้องให้ทั้งสองระบบร่วมมือกันจึงจะได้ผลเต็มที่ และเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายนี้ ฝ่ายบริหารหรือรัฐบาลจำเป็นต้องกำหนดนโยบายให้แน่นอน และในปีพ.ศ. 2521 การประชุมครั้งที่ 21 ของคณะกรรมการภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลกได้มีการเสนอแนะให้มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านในประเทศสมาชิกของภาคพื้นที่ยี่ขึ้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์อย่างจริงจัง รวมทั้งในปีเดียวกันนั้นองค์การอนามัยโลกได้มีคำประกาศอัลมา อตา (alma ata) ที่ประเทศสหภาพโซเวียตให้เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานและสนับสนุนให้นำการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยการผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบัน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 25-31) สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันในด้านต่างๆ โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจที่ทำให้ต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก จึงได้เริ่มมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์ แผนไทย ที่มีหลักการดูแลสุขภาพที่เป็นองค์รวม มีราคาถูก และสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ที่ปฏิบัติสืบกันมาของประชาชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านให้เป็นทางเลือกหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ โดยได้เริ่มมีการกำหนดแผนการดำเนินงานตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมา (กองแผนงานสาธารณสุข, 2532, หน้า 46-51)

2. นโยบายและแผนงานของรัฐ เนื่องจากการแพทย์แผนไทยได้ถูกละเลยการส่งเสริมและพัฒนาเป็นเวลานาน จนทำให้ขาดการสืบทอดความรู้ที่ถูกต้อง มีการใช้การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะสมุนไพร โดยขาดข้อมูลยืนยันจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้จนเกิดอันตราย จากการมีผู้ทุจริตที่โฆษณาขายอวดอ้างเกินความจริงร่วมกับการปลอมปนยาแผนปัจจุบันที่เป็นอันตรายเช่น

ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ลงในตำรับยาสมุนไพร ประกอบกับการปรับเปลี่ยนของความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการดำเนินชีวิตไปตามการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ มีผลให้ความเชื่อถือในการแพทย์แผนไทยลดลง ทำให้รัฐบาลมีความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดนโยบาย แผนงาน และโครงการในการฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทย เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพทั้งประชาชนเองและระบบบริการสาธารณสุขของรัฐต่อไป โดยเริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 จนถึงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ, 2539, หน้า 1-3) ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524) ในแผนนี้เริ่มมีนโยบายให้มีการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานโดยให้มีการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย และเภสัชกรรมไทย ให้มีองค์การที่ชัดเจนรับผิดชอบในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีเพียงการตั้งหน่วยงานชื่อ “งานสมุนไพรและเวชกรรมแผนโบราณ” ซึ่งมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานในงานสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาสมุนไพรไว้ 4 แนวทางคือ เพื่อใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน เพื่อเป็นยุทธปัจจัย และเพื่อการส่งออก ในปี พ.ศ. 2524 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายยาแห่งชาติขึ้น โดยกำหนดให้มีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุดิบที่จำเป็นสำหรับอุตสาหกรรมการผลิตยาที่มีอยู่ภายในประเทศและความเป็นไปได้ในการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยาโดยใช้วัตถุดิบภายในประเทศ (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 3) อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะสมุนไพรในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 นี้ ยังไม่ได้มีการบรรจุแผนงานหรือโครงการเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเนื่องจากยังอยู่ในระยะศึกษาและพัฒนานโยบายเท่านั้น ดังนั้นการดำเนินงานสมุนไพรของภาครัฐจึงยังกระจัดกระจาย ส่วนแนวทางการพัฒนามุ่งเน้นการศึกษาวิจัยสมุนไพรเดี่ยวเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และยังเป็นการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์แบบไม่ครบวงจร เช่น ได้มีการจัดทำโครงการวิจัยวิเคราะห์เพื่อศึกษาคุณสมบัติของสมุนไพรพร้อมกับส่งเสริมการปลูกสมุนไพรที่มีคุณค่า โดยมีแผนการศึกษาคุณและโทษของสมุนไพร 1,500 ตัวอย่างและปลูกต้นชิงโค่น่า เพื่อสกัดควินิน 150,000 ตัน โดยตั้งเป้าหมายเพื่อสกัดควินินทดแทนการนำเข้า แต่ไม่มีการรายงานผลสำเร็จที่ชัดเจนแต่อย่างใด (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 14-15)

2.2 แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 (2525-2529) ในแผนนี้ยังคงให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยในประเด็นสมุนไพรแต่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้ประชาชนมีส่วนร่วมและใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านการรักษาโรค มีการจัดทำข้อมูลสมุนไพรเพื่อเผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมความรู้

ด้านการใช้ยาสมุนไพรแก่ประชาชนให้มีการปลูกสมุนไพรหมุนเวียน มีการค้นคว้าวิจัยการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคอย่างกว้างขวาง และในปี พ.ศ.2525 ได้มีการก่อตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย ผลิตแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์หรือแพทย์อายุรเวท ที่มีความรู้ทั้งทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน ศิลปศาสตร์ ศีลธรรมจรรยาและความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งการใช้ยาสมุนไพรบำบัดรักษาและป้องกันโรค การรักษาโรคด้วยการนวดไทย เพื่อออกไปปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน และเริ่มมีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2526 โดยการนำสมุนไพรเข้ามาใช้แทนยาแผนปัจจุบันที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดปราจีนบุรี (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ, 2541, หน้า 65) และในช่วงปลายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับนี้ (พ.ศ. 2528) มีโครงการนำร่องเพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสมุนไพรในสถานบริการของรัฐ โดยมีพื้นที่เป้าหมาย 5 จังหวัด โดยมีสมุนไพรเป้าหมาย 20 ชนิด เน้นให้โรงพยาบาลพยายามพึ่งตนเองโดยการปลูกสมุนไพรและผลิตยาจากสมุนไพรดังกล่าว โดยเฉพาะเมื่อแพทย์อายุรเวทได้ออกมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างๆ กิจกรรมการแพทย์แผนไทยหลายอย่างจึงได้เกิดขึ้น เช่น การตรวจด้วยวิธีของแพทย์แผนไทยประยุกต์ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดแผนไทย การประคบหรือการอบสมุนไพร นอกจากนี้แพทย์อายุรเวทในโรงพยาบาลหลายแห่งมีการผลิตยาขึ้นสำหรับบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลนอกเหนือจากการสั่งซื้อยาสมุนไพรมาใช้ (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 15-16, เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 3-4) จะเห็นได้ว่าในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 นี้ได้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรสู่ประชาชนในวงกว้างมากขึ้น มีการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ค่อนข้างจะครบวงจร ทั้งการปลูก การผลิตและการนำมาใช้ รวมทั้งมีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยโดยเน้นที่สมุนไพรในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐบางแห่ง แม้จะพบว่าไม่มีโครงการใดได้รับงบประมาณจากรัฐบาลให้ดำเนินการในรูปของการปฏิบัติและการสาธารณสุขมูลฐานต้องอาศัยเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศจึงทำให้นโยบายและแผนงานสมุนไพรได้เริ่มดำเนินการและสืบเนื่องมาจนกระทั่งได้รับงบประมาณแผ่นดินในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536, หน้า 23-25)

2.3 แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 (2530-2534) แผนนี้ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเองและลดความฟุ่มเฟือยในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ การแพทย์แผนไทยจึงแทรกเข้ามาในฐานะที่เป็นระบบการแพทย์ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และขยายขอบเขตของงานที่เคยเน้นแต่สมุนไพรให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์แผนไทยมากขึ้น มีโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทยโดยเน้นองค์ความรู้ในการให้บริการในสถานบริการของรัฐ มีการนำ

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ไปให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลแผนไทย และเพื่อเป็นสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในด้านวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2530 จึงได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะเพื่อรองรับแพทย์อายุรเวท โดยแบ่งการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณออกเป็น 2 ประเภทคือผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป และผู้ประกอบโรคศิลปะแบบประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท) ส่วนของสมุนไพรก็ได้มีการกำหนดสมุนไพรที่จะทำการวิจัยไว้ 30 ชนิด และส่งเสริมการปลูกและใช้สมุนไพร รวมทั้งจัดทำมาตรฐานสมุนไพร 5 ชนิด ได้แก่ เสลดพังพอน ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ และว่านหางจระเข้ ถือว่ายังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับชนิดสมุนไพรในประเทศ ซึ่งยังไม่สามารถทำให้แล้วเสร็จในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับนี้ และได้ดำเนินต่อเนื่องในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 และในปี พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นทางเลือกใหม่ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยมีหน้าที่กำหนดนโยบายและประสานงานให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการแพทย์และเภสัชกรรมไทย ซึ่งถือว่าเป็นองค์กรแรกที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 4-5 ; ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 17-18) สรุปได้ว่าแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 นี้งานการแพทย์แผนไทยเริ่มมีความเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น มีการตั้งหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบโดยตรง มีการขยายขอบเขตงานการแพทย์แผนไทยให้กว้างขึ้นไม่เน้นเฉพาะสมุนไพร และมีการนำการแพทย์แผนไทยไปผสมผสานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับนี้ จะมีการส่งเสริมอย่างครบวงจรยังอยู่ในวงแคบมากเพราะเป็นโครงการทดลองเป็นส่วนใหญ่ แต่การพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจรก็ได้เริ่มมีการขยายวงกว้างมากขึ้นในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2536, หน้า 25-27)

2.4 แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535-2539) รัฐบาลได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภาว่า “ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม” สำหรับกลวิธีในการส่งเสริมการใช้การแพทย์แผนไทยในชุมชนได้แก่ สนับสนุนและพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีพื้นบ้านอันได้แก่ การแพทย์แผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย การนวดไทย สมุนไพรและเทคโนโลยีพื้นบ้านประสานกับการใช้เทคโนโลยีปัจจุบันในระบบสาธารณสุขเพื่อใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยใช้สมุนไพรการแพทย์พื้นบ้าน การนวดไทยในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้เป็นไปอย่างถูกต้อง รวมทั้งสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร

มาใช้เป็นยาแผนปัจจุบันและการสร้างผลิตภัณฑ์อื่นๆ จากสมุนไพร เพื่อนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ โดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งในสถานบริการของรัฐและสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนี้ยังมีนโยบายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยคือ ส่งเสริมและขยายบทบาทของบริการการแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขแห่งชาติให้ชัดเจน โดยการพัฒนากระบวนการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่และการผสมผสานเข้าในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ยกกระดับมาตรฐานของสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ และจัดระบบการบริการการแพทย์แผนไทยให้มีระเบียบแบบแผนและเป็นระบบชัดเจน รวมทั้งพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่จะช่วยลดอุปสรรคและมีส่วนเสริมต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2535, หน้า 130) เนื่องจากขอบเขตงานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยขยายเพิ่มขึ้น ทำให้ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยไม่อาจรองรับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย โดยมีบทบาทเป็นศูนย์ประสานการพัฒนา ให้การสนับสนุนและความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2542, หน้า 72) โดยผลงานของสถาบันการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมาได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้โดยการรวบรวมภูมิปัญญาพื้นบ้านไทย การประชุมเพื่อพัฒนาวิชาการการแพทย์แผนไทย การจัดพิมพ์ตำราวิชาการ การประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย การจัดทำคู่มือเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทย โดยสนับสนุนด้านงบประมาณและเครื่องครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการ เช่น เครื่องผลิตยาหม้ออบ เป็นต้น (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญและคณะ, 2541, หน้า 77) ดังนั้นการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 นี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเริ่มมีความเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น และมีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจร ทั้งส่งเสริมการปลูกสมุนไพรวิจัยและพัฒนาการผลิตยาสมุนไพร รวมทั้งการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับจังหวัดจนถึงระดับชุมชน แต่หากประเมินผลโดยรวมแล้ว ถือว่ายังไม่ประสบผลเท่าที่ควร เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีการใช้การแพทย์แผนไทยยังมีจำนวนน้อยโดยเฉพาะที่มีการใช้อย่างครบวงจร โดยสาเหตุหนึ่งอาจจะเนื่องมาจากนโยบายการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดเป้าหมายที่แน่นอนทำให้การนำการแพทย์แผนไทยไปใช้ขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้บริหารหรือบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังขาดการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่องและเพียงพอจากรัฐบาล ขาดแคลนแพทย์อายุรเวท

และเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2540, หน้า 18-19)

2.5 แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) แผนงานในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานวิชาการและการบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเท่าเทียมมาตรฐานสากล มุ่งสู่การพึ่งตนเองและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีกิจกรรมหลักคือ พัฒนาองค์ความรู้และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย โดยทบทวนสังคายนาและจัดทำตำราการแพทย์แผนไทยตลอดจนสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยแก่หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน พัฒนาข้อมูลข่าวสารและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านการแพทย์แผนไทยโดยการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารการแพทย์แผนไทยในส่วนกลางส่วนภูมิภาคและเครือข่าย รวมทั้งพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยการจัดตั้งคลินิกแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด และให้มีการบริการผสมผสานแพทย์แผนไทยในคลินิกผู้สูงอายุ และพัฒนาระบบบริหารจัดการแพทย์แผนไทย โดยการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานสถานพยาบาลและบุคลากร สร้างเครือข่ายประสานความร่วมมือการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้มีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานสถานพยาบาลและบุคลากร มีการแก้ไขกฎหมายต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยต่อวิชาชีพแพทย์แผนไทย และพัฒนาเวชภัณฑ์และระบบอุตสาหกรรมยาไทย โดยทบทวนและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณสูตรยาสามัญประจำบ้าน และพัฒนายาไทยแบบครบวงจร จัดทำทำเนียบตำราการแพทย์แผนไทยตลอดจนสนับสนุนพัฒนาพืชผักสมุนไพรและการอนุรักษ์และประยุกต์ใช้ความหลากหลายทางชีวภาพ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2540, หน้า 134) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยของรัฐบาลจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยจากแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4-8 นโยบายและทิศทางการทำงานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุขค่อยๆ มีความชัดเจนมากขึ้นและมีแนวโน้มว่าสถานการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยจะดีขึ้น (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 7) แม้ว่าจากการประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยระดับประเทศในปัจจุบัน โดยคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานและสถาบันการแพทย์แผนไทย พบว่ายังไม่ประสบความสำเร็จมากนักก็ตาม (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ, 2541, หน้า 79, คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 206)

3. การผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในปัจจุบัน มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันอยู่หลายแห่ง

ทั่วทั้งประเทศ จากสถิติที่รวบรวมจากสถาบันการแพทย์แผนไทย พบว่ามีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยทั้งหมดจำนวน 208 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 4 ภาคของประเทศ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญและคณะ, 2541, หน้า 112) โดยเป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 8 แห่งคิดเป็นร้อยละ 10.81 ของจำนวนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทั้งประเทศ (ลัญจิกา จันทร์จิตและคณะ, 2540, หน้า 127) โดยมีเพียง 3 แห่งที่มีการผลิตยาสมุนไพรขึ้นใช้เองคือโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งหากมองในภาพรวมแล้วงานบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและร้ายแรงจึงต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้งานด้านการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นเรื่องของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญน้อยลง รวมทั้งนโยบายในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐจะมุ่งเน้นไปที่ระดับชุมชนคือโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเป็นสำคัญ นอกจากนี้การดำเนินงานยังขึ้นอยู่กับความสนใจและการสนับสนุนของผู้บริหารด้วย สถานบริการสาธารณสุขหลายแห่งพบว่างานด้านการแพทย์แผนไทยลดความสำคัญลงมากเมื่อมีการเปลี่ยนผู้บริหาร (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 226) ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศจำนวน 685 แห่ง พบว่า มีโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยจำนวน 71 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.2 ในจำนวนนี้มีแพทย์อายุรเวทปฏิบัติงานอยู่ 23 แห่ง (ลัญจิกา จันทร์จิตและคณะ, 2540, หน้า 127) และโรงพยาบาลที่มีแพทย์อายุรเวทส่วนใหญ่จะมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยอย่างครบวงจร กล่าวคือมีทั้งการปลูกพืชสมุนไพร การผลิตยาสมุนไพร การตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยาสมุนไพร การอบสมุนไพร การนวดแผนไทย และผลิตภัณฑ์เพื่อการดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติอื่นๆ เช่น ชาสมุนไพร แคมพูสมุนไพร เป็นต้น นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งยังมีการประคบสมุนไพรด้วย (รุจิภาส อรรถดิษฐ์และคณะ, 2539, หน้า 16) โดยมีโรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพรใช้เองอยู่ 13 แห่ง และบุคลากรที่มีส่วนช่วยให้งานบริการการแพทย์แผนไทยดำเนินไปได้คือแพทย์อายุรเวท และพบว่าประชาชนยอมรับการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น โดยจะเห็นจากจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนมีการยอมรับบทบาทของการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและจำนวนของแพทย์อายุรเวทที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเหล่านี้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แต่ในภาพรวมถือว่างานบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน ยังถือว่ามียังมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศกว่า 700 แห่งและงานด้านการแพทย์แผนไทยมักแยกตัวจากระบบบริการอื่นๆ

ของโรงพยาบาล ซึ่งหากสามารถทำงานร่วมกับงานบริการอื่นๆ จะช่วยให้การยอมรับการแพทย์แผนไทยทั้งจากบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนเป็นไปได้ดีขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 226)

แม้ว่างานวิจัยจะแสดงให้เห็นถึงการยอมรับจากประชาชน เช่น การศึกษาของอภิศักดิ์ เหลืองเวชการและคณะ (2533-2535, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 161) เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน โดยทำการศึกษาผู้มารับบริการจำนวน 120 คน การศึกษาของพิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชคและคณะ (มปป., หน้า 54) เรื่องการวิจัยปฏิบัติการการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่โรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่โดยทำการศึกษาผู้มารับบริการจำนวน 150 คน การศึกษาของบุญเรือง นิยมพรและคณะ (2539, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 136) เรื่องการศึกษาพฤติกรรมและการตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการศึกษาของนิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2535, หน้า 72) เรื่องการพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการศึกษาผู้รับบริการ 153 คน ซึ่งให้ผลการศึกษาด້ายคลึงกันคือ พบว่ามีผู้ป่วยมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการและผู้ป่วยเหล่านี้ได้มารับบริการซ้ำอีกเพราะพอใจผลการรักษา และเห็นว่าการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นถูกกับอาการของโรคและเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษา แต่การผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐยังเป็นไปในวงจำกัด ซึ่งเกิดจากปัญหาหลายประการ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

3.1 ปัญหาด้านนโยบายการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นนโยบายจากส่วนกลางที่ยังขาดความชัดเจนในเรื่องทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เช่น การกำหนดจำนวนเป้าหมายของโรงพยาบาลที่มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทย การจัดให้มีบุคลากรเฉพาะ เช่น แพทย์อายุรเวทในโรงพยาบาล เป็นต้น การขาดแคลนงบประมาณ ขาดการสนับสนุนการประสานงานและการนิเทศติดตามที่ดีพอ ในส่วนของนโยบายระดับล่างคือ การที่โรงพยาบาลชุมชนใดจะมีการใช้การแพทย์แผนไทยขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารและทิศทางของงานภายในโรงพยาบาลชุมชนเป็นสำคัญ ทำให้ขาดความชัดเจนในการรับแพทย์อายุรเวทเข้ามาปฏิบัติงานและขาดการถ่ายทอดนโยบายไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 207-209) โดยจากการศึกษาสถานการณ์การพัฒนาการแพทย์แผนไทยส่วนภูมิภาคมีความคิดเห็นว่า หากนโยบายการสนับสนุนงานการแพทย์แผนไทยของภาครัฐยังไม่เป็นระบบและไม่ร่วมมือกันทุกฝ่าย คาดว่าการดำเนินงาน

ผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐจะไม่บรรลุผลสำเร็จ เนื่องจาก เฉพาะโรงพยาบาลที่ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสนใจเท่านั้นจึงจะมีการดำเนินงาน (รุจิชาติ อรรถสิทธิ์และคณะ, 2539, หน้า 20)

3.2 ปัญหาด้านการบริหารจัดการที่สืบเนื่องจากความไม่ชัดเจนของนโยบายและผู้บริหารส่วนใหญ่ยังขาดวิสัยทัศน์ ยึดติดกับแนวคิดเก่าโดยมองว่าการกลับไปใช้การแพทย์แผนไทยเป็นการฉ้อโกงความเจริญก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขและขาดความตระหนักว่าการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539, หน้า 209-210) โดยจากการศึกษาของ ยูพาพรรณ มั่นกระโทกและคณะ (2538, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 336) เรื่องทัศนคติของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนต่อการผสมผสานสมุนไพรไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการศึกษาในผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 45 คน พบว่า ผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลชุมชนมีทัศนคติด้านลบต่อประสิทธิภาพของยาสมุนไพร นอกจากนี้การบริหารจัดการด้านการใช้เงินบำรุงและงบประมาณในการจัดหาและจัดจ้างบุคลากรที่จะดำเนินการแพทย์แผนไทย เช่น ค่าจ้างหรือค่าตอบแทน ยังมีได้กำหนดหลักเกณฑ์ ระเบียบและวิธีปฏิบัติที่ชัดเจน (ลำพอง บุญยี่น, 2542, หน้า 9-10)

3.3 ปัญหาด้านบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันขาดการยอมรับต่อการนำ การแพทย์แผนไทยมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้ได้ผ่าน หลักสูตรการเรียนการสอนแบบวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่และมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยน้อยมาก (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 215-216) มีการศึกษาของ สวัสดิ์ ทรัพย์เจริญและคณะ (2528, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 252) เรื่องความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนจังหวัดนครพนม โดยทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 115 คน และการศึกษาของสมทรง ณ นครและคณะ (2529, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 322) เรื่องความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของชาวชนบทและบุคลากรสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำการศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 114 ราย ให้ผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกันคือ บุคลากรสาธารณสุขมีการยอมรับต่อบุคคลผู้ให้การรักษารักษา แพทย์แผนไทยแต่ไม่ยอมรับในแง่ของประสิทธิภาพการรักษา โดยเห็นว่าวินิจฉัยโดยอาศัยประสบการณ์ และการคาดคะเน ไม่ยึดหลักวิทยาศาสตร์ การศึกษาของบุษยมาศ สิริรูปประมาและจรัสพรพรรณ

สงวนเสริมศรี (2533, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 63) เรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนะของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ โดยทำการศึกษาในนักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 409 รายพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีทัศนะในด้านบวกต่อการแพทย์แผนไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวแพทย์แผนไทยและที่เกี่ยวกับเหตุผลเชิงเศรษฐกิจ แต่มีทัศนะในด้านลบเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษา และพบว่าปัญหาสำคัญในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยคือแพทย์แผนปัจจุบันยอมรับแพทย์แผนไทยน้อย และขาดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังงานวิจัยของ กัทรพล จึงสมเจตไพศาลและคณะ (2538-2539, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 162) เรื่อง ทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันในจังหวัดกาญจนบุรีต่อการนวดไทยในการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยทำการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 297 คน ก็ให้ผลการศึกษาค่อนข้างคลึงกัน อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีบุคลากรสาธารณสุขอีกจำนวนหนึ่งที่ทำให้การยอมรับการแพทย์แผนไทย เช่น จากการศึกษาของ พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชคและคณะ (มปป., หน้า 54) เรื่องเดิมหน้า 48 โดยทำการศึกษาเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของโรงพยาบาลแม่แจ่มจำนวน 120 คน และการศึกษาของนิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2535, หน้า 79) เรื่องเดิมหน้า 48 โดยทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจำนวน 33 คน ซึ่งให้ผลการศึกษาค่อนข้างคลึงกันคือ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนมีการยอมรับถึงประโยชน์ของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลและเห็นว่าการแพทย์ทั้งสองแบบสามารถผสมผสานกันได้

3.4 ปัญหาด้านแพทย์อายุรเวท มีประสบการณ์น้อยจึงขาดความมั่นใจในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการแพทย์ อีกทั้งมีบทบาทไม่ชัดเจนเนื่องจากผู้บริหารยังไม่รู้ถึงขีดความสามารถ ประกอบกับขาดความเข้าใจและการยอมรับทั้งในระดับบนและล่าง นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการปฏิบัติงาน เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน การสื่อความหมายในการให้บริการ และวิธีการรักษาด้านการแพทย์แผนไทย (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ, 2541, หน้า 121)

3.5 ปัญหาผู้รับบริการ เนื่องจกสภาพปัจจุบันที่มีการพัฒนาในทุกด้านยังผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ความเชื่อและแบบแผนการดำเนินชีวิต และยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตและการเขียวยารักษาเปลี่ยนแปลงไปด้วย ประชาชนในท้องถิ่นรู้จักสมุนไพรและการรักษาพื้นบ้านน้อยลง เนื่องจากความจำเป็นในการดูแลรักษาตนเองถูกแทนที่ด้วยการรองรับของระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่ดูเหมือนจะรวดเร็วและมีประสิทธิภาพกว่า (ปรีชาอุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 221-224)

3.6 ปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น งบประมาณไม่เพียงพอ การวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยที่ไร้ทิศทางและไม่ครบวงจร ปัญหาการผลิตบุคลากรทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย การผลิตยาสมุนไพรที่ไม่เพียงพอกับความต้องการในบางพื้นที่ การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง และปัญหาข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2540, หน้า 207-228 , พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชคและคณะ, มปป., หน้า 4-5 และ 10-11) ซึ่งจากการศึกษาของสมทรง ณ นคร และคณะ (2529, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 322) เรื่องเดิมหน้า 49 และการศึกษาของบุษยมาศ สินธุประมาและจรัสพรธม สงวนเสริมศรี (2533, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 63) เรื่องเดิมหน้า 50 พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การแพทย์แผนไทยเสื่อมความนิยมคือ ปัจจัยด้านกฎหมายที่จำกัดขอบเขตของการแพทย์แผนไทย

ความคิดเห็นต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลชุมชน

เพื่อเป็นแนวทางในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน การศึกษาถึงความคิดเห็นของทีมสุขภาพเกี่ยวกับการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกนั้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นข้อบ่งชี้ของการประเมินผลสำเร็จในการนำแผนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงนโยบายการบริหารจัดการ การดำเนินงานการแพทย์แผนไทย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับความคิดเห็นของการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เพื่อประโยชน์ในการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. ความหมายของความคิดเห็น ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางทัศนคติเป็นการแสดงออกซึ่งวิจารณ์ฐานที่มีต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใดโดยเฉพาะ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและพร้อมจะมีปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ภายนอกหรือพร้อมที่จะตอบสนองหรือแสดงความรู้สึกต่อวัตถุ สิ่งของ คนตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ความคิดเห็นของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริงและเจตคติของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520, หน้า 35) หรือ ความคิดเห็นคือการแสดงออกด้านความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ สภาวะแวดล้อมและพฤติกรรมระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์หรือสิ่งๆ ที่ตนเกี่ยวข้องนั้น การแสดงความคิดเห็นอาจจะแสดงการยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ (จิราวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2536, หน้า 19) และนพมาศ ธีรเวคิน.(2534, หน้า 139) ได้ให้ความเห็นว่า ความคิดเห็นที่แสดงออกมานั้นผู้บริหารสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อตัดสินใจในการบริหารองค์กร ดังนั้น การศึกษาด้านความคิดเห็นจึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพราะจะทำให้ทราบถึงความต้องการด้านต่างๆ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแต่ละคนจะแสดงความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก

ออกมาแล้วนำเอาความคิดเห็นเหล่านั้นมาวิเคราะห์และวางแผนในการปรับปรุงการบริหารจัดการต่อไป และเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการแพทย์ทางเลือก ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาใน 3 ประเด็น ได้แก่ ประโยชน์ ประสิทธิภาพและการยอมรับการแพทย์แผนไทย ดังมีรายละเอียดดังนี้

2. ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย หมายถึงคุณค่าที่ได้รับจากการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล คือ การแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระบบต่างๆ ของวิถีชีวิตเข้าด้วยกันทั้งหมดจึงเหมาะสมที่จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน วิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยไม่ว่าจะเป็นยาสมุนไพร การนวดแผนไทย การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพรมีราคาถูกกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจากการที่นำเอาวัตถุดิบที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทำให้ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยลง รวมทั้งทำให้โรงพยาบาลลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์จากการสามารถผลิตยาสมุนไพรใช้เองได้ด้วย (พรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 24-26) และเมื่อพิจารณาโดยภาพรวมจะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศที่มีจำนวนเป็นเงินมหาศาลได้อีกด้วย (เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 2) นอกจากนี้การนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในโรงพยาบาลช่วยเพิ่มรายได้ของประชาชนจากการขายสมุนไพรให้แก่โรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพร (กรรณิการ์ แก้วกสิกิจ, 2542, หน้า 6) รวมทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาแก้ปวดและยาชุดได้เป็นอย่างดี (โครงการฟื้นฟูนวดไทย, 2538, หน้า 73-79) นอกจากนี้การนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในโรงพยาบาลยังเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีการพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น จากการที่การแพทย์แผนไทยมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนเนื่องจากรูปแบบการรักษาเยียวยาที่ไม่ซับซ้อนสามารถนำไปปฏิบัติเองได้ (พรณี ภิญญรัตน์และคณะ, 2538, หน้า 24-26) ช่วยให้ประชาชนมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐน้อยลงส่งผลให้ช่วยแบ่งเบาภาระแพทย์แผนปัจจุบันในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐได้ (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2538, หน้า 30)

สอดคล้องกับการศึกษาของพิสุทธิ์ พรสัมฤทธิ์โชคและคณะ (มปป., หน้า 54) เรื่องการวิจัยปฏิบัติการการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอที่โรงพยาบาลแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่โดยทำการศึกษาเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของโรงพยาบาลแม่แจ่มจำนวน 120 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นโดยรวมเกี่ยวกับประโยชน์ของการดำเนินการนำการแพทย์แผนไทยเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้รับบริการ สถานบริการและชุมชน และควรดำเนิน

การต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2535, หน้า 72) เรื่องการพัฒนา รูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันในโรงพยาบาล ดุจเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจำนวน 33 คน ให้ผลการศึกษาว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า การแพทย์แผนไทยมีความสำคัญต่อการรักษา ความเจ็บป่วยพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน และมีความสำคัญอย่างมากต่อระบบการรักษาโดยเป็น การส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพรรณ มั่นกระโทกและคณะ (2538, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และ คณะ, 2539, หน้า 336) เรื่องทัศนคติของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม ชุมชนต่อการผสมผสานสมุนไพรไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทำการศึกษาในผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนของ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 45 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย ในด้านประโยชน์ของค่าใช้จ่ายด้านยา และทำนองเดียวกับการศึกษาของอดิศักดิ์ เหลืองเวชการและ คณะ (2533-2535, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 336) เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนา รูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน โดยทำการสัมภาษณ์ ระดับลึกบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 20 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า การแพทย์ แผนไทยมีประโยชน์ สามารถรองรับและแบ่งเบาภาระการบริการของแพทย์แผนปัจจุบันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการพัฒนาต่อไป

3. ประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย หมายถึง ผลจากการใช้วิธีการรักษา ส่งเสริม สุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย คือ การแพทย์แผนไทยมี ประสิทธิภาพในการให้การรักษาอาการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วย ยาสมุนไพรซึ่งสามารถบรรเทาอาการความเจ็บป่วยเบื้องต้นเช่น อาการไอ ขับเสมหะ อาการไข้ อาการจัดปัสสาวะ อาการนอนไม่หลับ เกล็ด ขัดขอก (คณะกรรมการดำเนินการจัดงานสัปดาห์ เภสัช'43 สภาเภสัชกรรม, 2543, หน้า 67) นอกจากนี้ยังมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเรื้อรัง บางชนิด เช่น สมุนไพรที่มีสารอัลคาลอยด์สามารถลดความดันโลหิตได้ (มานิช วามานนท์และ คณะ, 2537, หน้า 29) จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนการใช้สมุนไพรใน โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้บริการในการรักษาอาการเบื้องต้น เช่น ขมิ้นชันใช้รักษาอาการท้องอืด ฟัทหลายโจรใช้รักษาอาการไข้ บรรเทาอาการเจ็บคอ เป็นต้น (รุจิชาติ อรรถสิทธิ์, 2533, หน้า 151) นอกจากนี้การใช้สมุนไพรยังเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอีกด้วย เช่น

การรับประทานอาหารสมุนไพร ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ยกตัวอย่างเช่น ต้มยำมีตะไคร้ พริก หอมข่า ช่วยย่อยอาหาร แกงเลียง ช่วยเพิ่มน้ำนมในสตรีหลังคลอด หน่วยงานช่วยทำให้เจริญอาหาร น้ำพริกต่างๆ ที่มีผักรับประทานร่วมด้วย (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540, หน้า 83) สอดคล้องกับการศึกษาของสวัสดี ทรัพย์เจริญ (2528, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 252) เรื่องความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและประชาชนจังหวัดนครพนม โดยทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 115 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า ยาสมุนไพรรักษาโรคให้หายได้ แตกต่างกับการศึกษาของ ยุพาพรรณ มั่นกระโทกและคณะ (2538, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 336) เรื่องเดิมหน้า 53 และการศึกษาของบุษยามาศ สินธุประมาและจรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (2533, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 63) เรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนะของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ โดยทำการศึกษาในนักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 409 ราย ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติโน้มไปในทางลบเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เช่นเดียวกับการศึกษาของรุจินาถ อรรถสิทธิ์และคณะ (2539, หน้า 19) เรื่องการประเมินผลการพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ทำการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศจำนวน 172 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเห็นผลช้าและไม่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของนิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2535, หน้า 75) เรื่องเดิมหน้า 53 ให้ผลการศึกษาว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ายาสมุนไพรเห็นผลช้าและมีสรรพคุณไม่ดีเท่ากับยาแผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยมีข้อจำกัดในการรักษาทำให้ไม่สามารถรักษาโรคได้อย่างครอบคลุมทุกกรณี และการแพทย์แผนไทยขาดข้อมูลการวิจัยหรือข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือมายืนยัน

ส่วนประสิทธิภาพการนวดแผนไทยมีผลต่อระบบผิวหนังทำให้โลหิตที่ผิวหนังไหลเวียนได้ดีขึ้น ทำให้อุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มขึ้นมีผลกระตุ้นการขับเหงื่อและไขมัน ทำให้ผิวหนังเต่งตึงกว่าเดิม และทำความสะอาดง่าย ผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เคลื่อนไหวได้สะดวกมากขึ้น ผลต่อระบบไหลเวียนเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น เส้นเลือดฝอยขยายตัว และขับถ่ายของเสียจากเซลล์สู่ระบบเลือดดำและปัสสาวะได้เพิ่มขึ้น ช่วยบรรเทาอาการปวดอันเนื่องมาจากการคั่งค้างของสารเคมีที่เป็นของเสียจากการทำงานของเซลล์ ผลต่อระบบประสาททำให้รู้สึกผ่อนคลายทั้งระบบประสาทและกล้ามเนื้อ และผลต่อระบบย่อยอาหารคือช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ย่อยอาหารและขับถ่ายกากอาหารได้ดีขึ้น ดังนั้นการนวดจึงมีผลลดอาการท้องผูก และช่วยให้มีความอยากอาหาร (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, หน้า 93) สอดคล้องกับการศึกษาโครงการฟื้นฟูการนวดไทย (2538, หน้า 79)

เรื่องกรนวดไทยเพื่อนำบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทำการศึกษาผู้มารับบริการในโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข 6 แห่งจำนวน 85 คน พบว่าการนวดสามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดที่เกิดจากการไหลเวียนโลหิตไม่สะดวกและปวดที่เกิดจากการยึดติดของพังผืดได้ค่อนข้างดี

ในขณะที่การประคบสมุนไพรมีประสิทธิภาพหลายประการ ได้แก่ ช่วยให้เนื้อเยื่อพังผืดยืดตัวออก ลดการติดขัดของข้อต่อบริเวณที่ประคบ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการบวมที่เกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็นหรือบริเวณข้อต่อต่างๆ และช่วยกระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540, หน้า 89)

ส่วนประสิทธิภาพของการอบไอน้ำสมุนไพร คือ ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น คลายความตึงเครียด ช่วยชำระล้างและขับของเสียออกจากร่างกายทางผิวหนัง ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น บรรเทาอาการปวดเมื่อย ช่วยให้ระบบหายใจดีขึ้น ช่วยบำรุงผิวพรรณ บรรเทาอาการคันรักษาผดผื่น บรรเทาอาการโรคภูมิแพ้ ช่วยรักษาอาการโรคผิวหนังชนิดไม่ร้ายแรงและไม่ติดเชื้อ ช่วยให้ผิวหนังร่างกายลดลงได้ชั่วคราว หมู้นหลังคลอดบุตรช่วยให้มดลูกแห้งเข้าอุ้งรีว บรรเทาอาการบวม เหน็บชา และอาการลมพิษ บรรเทาอาการโรคหืดและอาการบางอย่าง เช่น ยอก โรคเก๊าท์ เป็นต้น และการส่งเสริมสุขภาพ อาจใช้ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ตามความเหมาะสม (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540, หน้า 91-92)

4. การยอมรับการแพทย์แผนไทย

4.1. ความหมายของการยอมรับ หมายถึงการยินดีหรือเต็มใจที่จะได้รับหรือการเลือกให้ความสนใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับความต้องการของบุคคลนั้นและบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งนั้นหรือให้ความสนใจต่อสิ่งนั้นซึ่งเป็นผลจากการเลือกของบุคคลนั่นเอง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, หน้า 19-27) การที่จะพิจารณาว่าบุคคลมีการยอมรับต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น อาจพิจารณาจากบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงว่ายอมรับ หรือรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเอง หรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง พฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ การต้องการอยู่เสมอมือที่จะพัฒนาในการกระทำสิ่งนั้นๆ ให้มีประสิทธิภาพ มีความพยายามในการชักจูงบุคคลอื่นๆ ให้กระทำตาม และมีความเชื่อในประโยชน์และประสิทธิภาพของสิ่งนั้น (จิราวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2536, หน้า 25) สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ การยอมรับการแพทย์แผนไทย หมายถึงที่มสุขภาพมีความตระหนักถึงความสำคัญของการแพทย์แผนไทย เห็นด้วยกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ มีความเชื่อมั่นต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพ

4.2 การยอมรับของทีมนักจิตวิทยาต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือก ก็อาจจะพิจารณาได้จากพฤติกรรมหรือความคิดเห็นที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับของบุคลากรสาธารณสุข โดยสิ่งที่จะทำให้บุคลากรเกิดการยอมรับต่อการแพทย์แผนไทยคือการที่บุคลากรสาธารณสุขมีความตระหนักว่า การแพทย์แผนไทยเป็นทฤษฎีที่มีการดูแลสุขภาพแบบเป็นองค์รวมซึ่งคนไทยในอดีตได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและถ่ายทอดกันมาเป็นระยะเวลายาวนานอันเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของคนไทย และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนมาตั้งแต่โบราณ เป็นภูมิปัญญาของคนไทยด้านการดูแลสุขภาพที่อิงหลักธรรมชาติที่เรียบง่าย ง่าย เลี้ยงง่าย ผลข้างเคียงน้อย ประหยัด และพึ่งตนเองได้ (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2538, หน้า 29-32) และการแสดงให้เห็นถึงการยอมรับการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุขคือมีการใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือประชาชนผู้มารับบริการ

สอดคล้องกับการศึกษาของพิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชคและคณะ (มปป., หน้า 54) เรื่องเดิมหน้า 53 และการศึกษาของรุจินา อรรถสิทธิ์และคณะ (2539, หน้า 19) เรื่องเดิมหน้า 54 ที่ให้ผลการศึกษาสอดคล้องกันว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า การใช้การแพทย์แผนไทยสอดคล้องกับวิถีชีวิตไทย เป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมไทยและเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของคนไทย และการแพทย์แผนไทยสามารถผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของอดิศักดิ์ เหลืองเวชการและคณะ (2533-2535, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 336) เรื่องเดิมหน้า 53 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ควรให้มีการกำหนดตำแหน่งแพทย์อายุรเวทผู้ปฏิบัติงานให้อยู่ในระบบที่ถูกต้อง รวมทั้งการศึกษาของสมทรง ณ นครและคณะ (2529, อ้างใน เสาวภา พรศิริพงษ์และคณะ, 2539, หน้า 322) เรื่องความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของชาวชนบทและบุคลากรสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 114 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรคและเคยใช้สมุนไพรรักษาโรค แตกต่างกับการศึกษาของพิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชคและคณะ (มปป.) เรื่องเดิมหน้า 53 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนยังขาดนโยบายที่แน่ชัด อีกทั้งขาดการถ่ายทอดนโยบาย ไปยังบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทำให้การดำเนินการแพทย์แผนไทยเป็นเพียงความสนใจของผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรสาธารณสุขไม่ใส่ใจที่จะมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล เนื่องจากภาระในหน้าที่ประจำอยู่มากจนไม่มีเวลาให้กับการพัฒนางานด้านอื่นๆ การศึกษาของนิลเนตร วีระสมบัติและคณะ (2535, หน้า 75) เรื่องเดิมหน้า 53 ให้ผลการศึกษาว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.4 ไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลไม่ให้ความสนใจและไม่ยอมรับการรักษาแบบแผนไทยอีกทั้งมีงานประจำมากทำให้ไม่มีเวลาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ด้านการแพทย์แผนไทย การศึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะ (2539, หน้า 16) เรื่องเดิมและพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารและรูปแบบการเตรียมยาสมุนไพรมีความยุ่งยาก และการศึกษาของสวัสดิ์ ทรัพย์เจริญ (2528, อ้างในเสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ, 2539, หน้า 252) เรื่องเดิมหน้า 54 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อถือน้อยในความสามารถในการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนไทย โดยเชื่อว่าวินิจฉัยโรคโดยอาศัยประสบการณ์ ไม่ได้ใช้หลักวิทยาศาสตร์

ดังนั้นความคิดเห็นของทีมสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางที่เห็นด้วยหรือปฏิเสธจะขึ้นอยู่กับการตระหนักถึงประโยชน์และประสิทธิภาพของการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้เกิดการยอมรับอันจะทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเห็นด้วยต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถความคิดเห็นที่ได้นำไปปรับปรุงแผนนโยบายในการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยต่อไป

สรุปแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า ในสังคมประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพซึ่งเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ โดยมีองค์ประกอบอยู่ 3 ส่วนคือ ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ โดยในปัจจุบัน ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพที่เน้นการแพทย์แผนปัจจุบันถือว่าเป็นระบบการดูแลสุขภาพกระแสหลักของประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกอย่างไรก็ตามเรายังพบว่าระบบการแพทย์แผนปัจจุบันมีข้อจำกัดหลายประการได้แก่ การดูแลแบบแยกส่วน เน้นการรักษาโรคมมากกว่ารักษาคน นิยมเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง เสียค่าใช้จ่ายสูง และไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของประชาชน ทำให้มีการฟื้นฟูระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านที่มีแนวคิดเป็นองค์รวม มองความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อม มีราคาถูกลง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อให้เป็นทางเลือกในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สำหรับประเทศไทยก็ได้มีการฟื้นฟูองค์ความรู้และพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่มีแนวคิดทฤษฎีสสมดุลร่างกายตามธรรมชาติ โดยพิจารณาว่าร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้งสี่ คือ ดิน น้ำ ลม และไฟ โดยมีสาเหตุของความเจ็บป่วยจากการเสียสมดุลของธาตุทั้งสี่นั่นเอง การเสียสมดุลนั้นอาจเกิดจากปัจจัยของอายุ เวลา ฤดูกาล ภูมิประเทศ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยมีวิธีการรักษาที่ยึดหลักการปรับตัวเข้าสู่สมดุลด้วย การปรับปรุงพฤติกรรม การรับประทานยาหรืออาหารสมุนไพร การนวดแผนไทย การอบสมุนไพร และการประคบด้วยสมุนไพร ซึ่งนอกจากจะเป็นวิธีการรักษาเยียวยาแล้ว

ยังมีผลในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย ที่ยึดหลักองค์รวมอีกด้วย จะเห็นได้ว่า การแพทย์แผนไทยได้มีการฟื้นฟูองค์ความรู้และพัฒนาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 จนถึงปัจจุบัน แต่การผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐยังอยู่ในวงจำกัด โดยมีปัญหาและอุปสรรคซึ่งได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษา คือ นโยบายการดำเนินงานไม่ชัดเจน ปัญหาด้านการบริหารจัดการ ปัญหาการจัดหาและผลิตยาสมุนไพร ปัญหาผู้รับบริการ และปัญหาที่สำคัญมากประการหนึ่งคือ การที่บุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่ยังขาดการยอมรับต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขนั่นเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาความคิดเห็นของทีมสุขภาพต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในประเด็นของประโยชน์ ประสิทธิภาพ และการยอมรับ โดยได้สร้างเครื่องมือโดยใช้กรอบคือ ด้านประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ราคาถูก ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาของประชาชน โรงพยาบาลและของประเทศ ส่งเสริมการพึ่งตนเอง และช่วยลดปัญหาการใช้ยาเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม ด้านประสิทธิภาพ ได้แก่ ผลการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วยที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคมด้วยการแพทย์แผนไทย ทั้งการใช้ยาสมุนไพร การนวดแผนไทย การประคบและการอบสมุนไพรและความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งอาการแพ้ยาหรือสารเคมี และด้านการยอมรับได้แก่ มีความเชื่อมั่นต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลสุขภาพ มีทัศนคติด้านบวกต่อการแพทย์แผนไทย การตระหนักถึงความสำคัญของการแพทย์แผนไทยคือ เป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมไทยและช่วยให้ประชาชนยอมรับการแพทย์แผนไทย รวมทั้งมีความเห็นด้วยกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยให้ประสบผลสำเร็จต่อไป