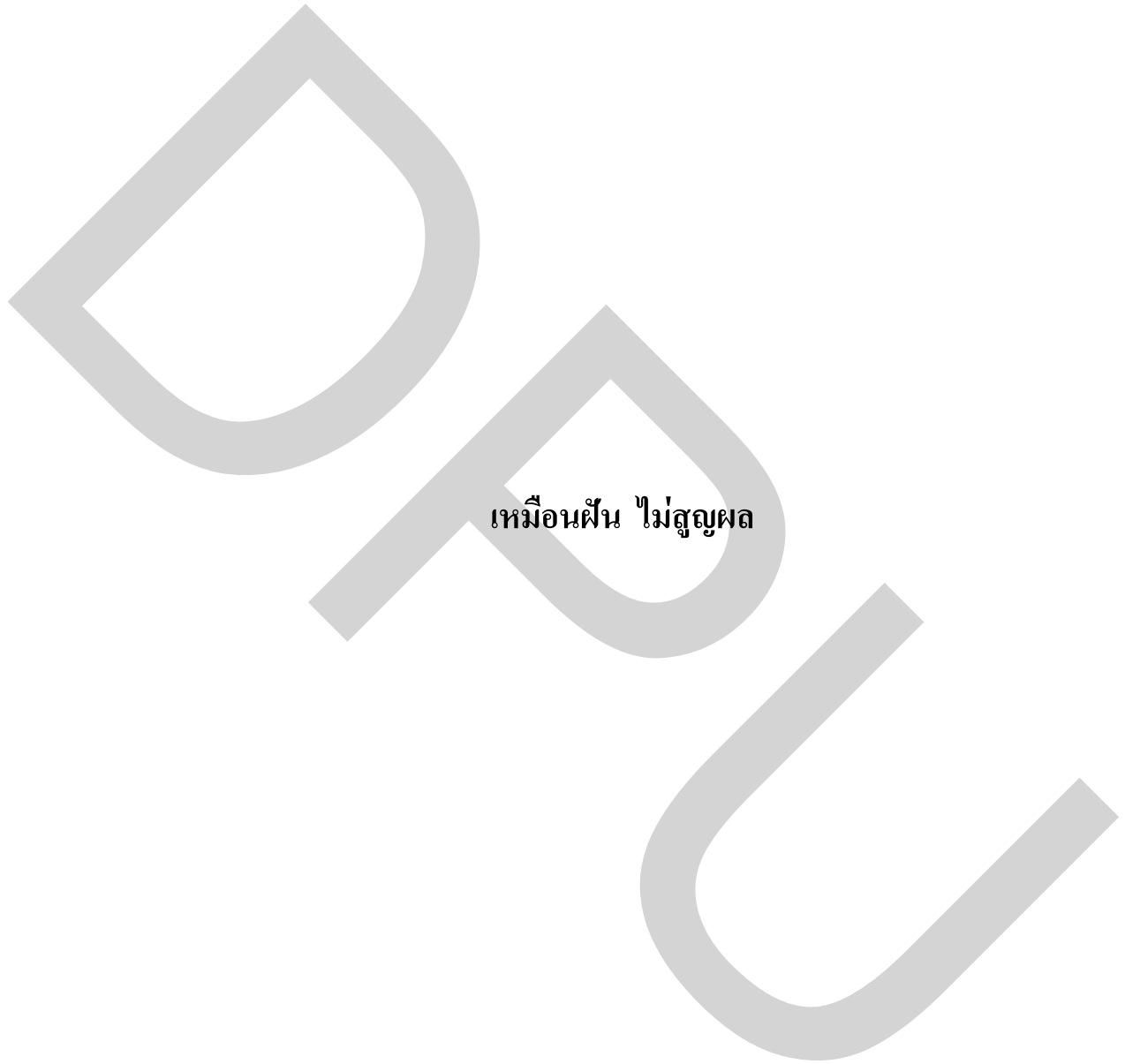


กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิเทศศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2557

Health Communication Process in Context of Thai traditional medicine



Muanfun Maisuenpon

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Doctor of Philosophy in Communication Arts Program
Faculty of Communication Arts, Dhurakij Pundit University**

2014

หัวข้อวิทยานิพนธ์	กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย
ชื่อผู้เขียน	เหมือนฝัน ไม่สูญผล
อาจารย์ที่ปรึกษา	ดร.มนต์ ขอเจริญ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.อุษา บิ๊กกินส์
สาขาวิชา	นิเทศศาสตร์คุณวุฒิบัณฑิต
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย (2) กระบวนการสื่อสารภายในบริบทการแพทย์แผนไทย (3) การให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยวิธีการวิเคราะห์บริบท (context analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในบริบทการแพทย์แผนไทย อันได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข เป็นกรณีศึกษา คือ คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43 และคลินิกการแพทย์แผนไทย วัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงาน โรงพยาบาลสงฆ์ เขตดอนเมือง ผลการศึกษาพบว่า

1) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในบริบทการแพทย์แผนไทย เกิดจากสภาวะการที่รายได้ไม่พอรายจ่าย ส่งผลให้เกิดเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคร้ายแรง ที่ต้องเผชิญกับสภาวะค่าครองชีพสูงจะมีแนวโน้มในการเกิดช่องว่างทางสุขภาพกับกลุ่มคนเหล่านี้ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

2) กระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ผู้สื่อสารสุขภาพจะมีการในคุณค่าของการแพทย์แผนไทย ที่แสดงออกถึงการสืบทอดพิธีกรรมการรักษาของแพทย์แผนไทย อันเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ในการรักษาของแพทย์แผนไทยจนทำให้เกิดทักษะในการสื่อสารสุขภาพ และผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อในการแพทย์แผนไทยที่ทำให้เกิดการยอมรับในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย

นอกจากนี้ยังเป็นการชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพที่มีการต่อรองสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ ในส่วนตัวแพทย์แผนไทยจะมีการแสดงออกถึงการต่อรองในองค์ความรู้ที่มีการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนไทย

กับวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อต่อรองบทบาทหน้าที่ความเป็นแพทย์ที่มีกฎเกณฑ์แผนปัจจุบัน มองว่า ไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์ และในส่วนของผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการต่อรองสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพที่แสดงออกถึงความสนใจและความใส่ใจในสุขภาพของตนเองที่ส่งผลต่อการกล้าทดลองในการใช้วิธีการทางการแพทย์แผนไทย และการนำแพทย์แผนไทยในการไปปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและสุขภาพได้

3) การให้ความหมายเรื่องของสุขภาพที่เกิดขึ้นในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนี้ เป็นชุดความหมายเรื่องสุขภาพหลักอันเกิดจากการเห็นพ้องกันระหว่างแพทย์แผนไทย และผู้ป่วย สื่อถึงการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพและการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพกับผู้อื่นในสังคม ใน 3 ลักษณะคือ

3.1) การนิยามความหมายการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย คือ การรักษาความสมดุล

3.2) หลักการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย คือ ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

3.3) วิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย คือ วิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการบูรณาการสุขภาพ

ดังนั้นการศึกษาเรื่องกระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยนี้ เป็นแสดงให้เห็นถึงการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยที่เป็นตัวกำหนดคุณลักษณะความต้องการโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคมของแพทย์แผนไทย และผู้ป่วย อันส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพความเป็นมนุษย์ด้วยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย การสร้างคุณค่าจากความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการรักษาของการแพทย์แผนไทยในการปรับสมดุลชีวิตและการสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพและการสร้างโอกาสในการมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคมด้วยการแพทย์แผนไทย

Thesis Title	Health Communication Process in Context of Thai Traditional Medicine
Author	Muanfun Maisuenpon
Advisor	Ph.d Mon Kocharoen
Co-Advisor	Associate Professor Dr. Ousa Biggins
Department	Doctor of Philosophy of Communication Arts
Academic Year	2014

ABSTRACT

The research has objectives to (1) social determine of health that has effect on health communication in context of Thai traditional medicine (2) explain communication process in context of Thai traditional medicine (3) define health in context of Thai traditional medicine. This is the qualitative research conducted through qualitative research and context analysis via in-depth interviews with target group in context of Thai traditional medicine including Thai traditional medicine practitioners, patients and their relatives as health communicator. Participant observation in Thai traditional medicine clinics is also conducted. Thai Net Dao Thai traditional medicine clinic, Soi Lasalle 43 and Wat Prom Rang Si Thai traditional medicine clinic, Priest Hospital Center, Don Muang district are selected as case studies. The studies yield the following results:

1) The social determinant of health in the context of Thai traditional medicine includes insufficient income. This is reason why low-income patients, elders, physical challenged people, patients with chronic and fatal diseases facing high cost of living have gap in terms of health. They cannot have good health as other people with higher standard of life.

2) In the health communication process in context of Thai traditional medicine, the health communicator will value Thai traditional medicine reflecting how they cherish the practice of Thai traditional medicine. The practice is the result of accumulated experiences that turn into skills in health communication. The patient must believe and respect the practice in order to value Thai traditional medicine.

In addition, the research also demonstrates traits of health communicators. The Thai traditional medicine shows integration of Thai traditional medicine and medical science even though the practitioners are considered lacking science. In terms of patients, they demonstrate how they care for their health since they are willing to opt and apply the Thai traditional medicine in their daily life. Consequently, cost of healthcare is reduced.

3) Definition of health through health communication process in the context of Thai traditional medicine is agreed upon Thai traditional medicine and patient. The definition reflects the value of the practice in terms of reducing health gap and bringing health equality to people in the society through the following 3 dimensions:

3.1) Definition of good health in the context of Thai traditional medicine is keeping balance.

3.2) Principle of good health in the context of Thai traditional medicine is wisdom of Thai healthy way of life.

3.3) Healthcare in the context of Thai traditional medicine is holistic and integrated health care practice.

Therefore, the research on Communication Process in Context of Thai Traditional Medicine reveals values of Thai traditional medicine as a determinant of need and opportunity for having good health. This will result in improving humanity through Thai traditional wisdom including balancing and promoting healthy practice through Thai traditional medicine. The Thai traditional medicine will reduce social gap and bring opportunity to good health to wider people.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตรงตามเจตนารมณ์ โดยเริ่มต้นจากการจุดประกายและการเสริมสร้างพลังความคิด ความเชื่อ และความศรัทธา รวมถึงการสนับสนุนช่วยเหลือในทุกๆ ด้านจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ลำดับแรก ขอกราบขอบพระคุณผู้ใกล้ชิด เข้าใจในตัวตนและเห็นคุณค่าในงานตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จ ได้แก่ อาจารย์ ดร.มนต์ ขอเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.อุษา บิ๊กกินส์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่คอยดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ด้วยความอดทนและเข้าใจมาโดยตลอด

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กุลทิพย์ ศาสตรระรุจิ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ ดูแลเอาใจใส่ตั้งแต่เริ่มต้นในกระบวนการเรียนปริญญาเอกจนถึงการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ รวมถึงกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ซึ่งประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาสินี อุดยานนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิษฐา หรุ่นเกษม ซึ่งเป็นนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการสื่อสารสุขภาพ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อความสมบูรณ์ของวิทยานิพนธ์ในเชิงคุณค่าทางวิชาการและต่อสังคม รวมถึงผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาเพื่อให้ข้อมูลอันมีคุณค่าแก่การวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันฑาทกาน ดวงรัตน์ คณบดีคณะนิเทศศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร. พิระ จิระ โสภณ ผู้อำนวยการหลักสูตรนิเทศศาสตรศึกษาบัณฑิต และอาจารย์ ดร.อุษา รุ่งโรจน์การคำ ผู้ช่วยผู้อำนวยการหลักสูตรฯ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต ที่เมตตาและคอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด รวมถึงสุทธัญญา ประไพ เลขาประจำหลักสูตรฯ ที่ทำหน้าที่ประสานงานให้การดำเนินงานของวิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นไปด้วยความราบรื่น

สุดท้าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณเพชรรัตน์ ไม่สูญผล ผู้เป็นป้าซึ่งถือเป็นแม่ผู้ให้ชีวิตที่คอยสนับสนุนเรื่องการศึกษาโดยตลอด และคุณสมภพ สุขอัน สามิ ผู้คอยให้กำลังใจและเข้าใจในทุกๆ อย่าง กำลังใจตัวน้อยๆ ที่เติบโตพร้อมกับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อย่างเด็กชายคนตรี ไม่สูญผล (ฟ้าใหม่) และที่ขาดไม่ได้คือขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ แห่ง Ph.d DPU Club ที่คอยให้กำลังใจกันและกันมาโดยตลอด รวมถึงนายวัฒนา ไม่สูญผล (บิดา) และนางสาวสิริพร เพชรรัตน์ (น้องสาว) เทวดาและนางฟ้า ที่คอยให้กำลังใจและเฝ้าดูความสำเร็จอยู่บนสวรรค์ ซึ่งที่กล่าวมาทั้งหมดนี้คือผู้ที่สร้างแรงบันดาลใจ และผลักดันให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
สารบัญตาราง.....	๘
สารบัญภาพ.....	๘
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 ปัญหาคำวิจัย.....	9
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	10
1.4 ขอบนิยามของการวิจัย.....	10
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย.....	10
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
2.1 แนวคิดเรื่องระบบการแพทย์แผนไทย.....	14
2.2 แนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม.....	31
2.3 แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพ.....	57
2.4 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อให้ความหมายเรื่องสุขภาพ.....	73
2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	85
2.6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	91
3. ระเบียบวิธีวิจัย.....	93
3.1 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	94
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	96
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	115
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	119
3.5 การนำเสนอข้อมูล.....	119

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการวิจัย.....	120
4.1 ผลการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพ ภายในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	120
4.2 ผลการศึกษากระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	149
4.3 ผลการศึกษาการให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	191
5. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	214
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	214
5.2 อภิปรายผลการศึกษา.....	223
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	231
บรรณานุกรม.....	233
ภาคผนวก.....	244
ประวัติผู้เขียน.....	268

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 ประวัติและพัฒนาการการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย.....	15
2.2 แสดงความแตกต่างระหว่างกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม กับกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ.....	34
2.3 แสดงความแตกต่างระหว่างทฤษฎีเก่าและทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์.....	35
2.4 การเปรียบเทียบแบบจำลองเชิงการถ่ายทอดและเชิงพิธีกรรม.....	75
2.5 รูปแบบรหัสที่สื่อมวลชนใช้ในการ “ผลิต” ดั้วบท และรหัสที่ผู้รับสารใช้ในการ “อ่าน” สาร.....	84
3.1 ตารางจำแนกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล.....	99
3.2 ผู้ป่วย.....	104
3.3 ญาติผู้ป่วย.....	112
4.1 แสดงการให้ความหมายสุขภาพของแพทย์แผนไทยแบบเกื้อหนุน (Supportive meaning).....	213
4.2 แสดงการให้ความหมายสุขภาพของแพทย์แผนไทยแบบต่อรองความหมาย (Counter-balance meaning).....	213
5.1 แสดงสรุปผลการศึกษาชุดความหมายสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย.....	221
5.2 แสดงสรุปผลของลักษณะความหมายสุขภาพแบบเกื้อหนุน การแพทย์แผนไทย (Supportive meaning).....	222
5.3 แสดงสรุปผลของลักษณะความหมายสุขภาพแบบต่อรองความหมาย การแพทย์แผนไทย (Counter-balance meaning).....	223

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1	33
2.2	36
2.3	53
2.4	55
2.5	57
2.6	58
2.7	59
2.8	59
2.9	60
2.10	68
2.11	70
2.12	73
2.13	74
2.14	80
2.15	
	92
3.1	93
3.2	95
3.3	96
4.1	121
4.2	122
4.3	122
4.4	125
4.5	129

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
4.6	
ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ อันเกิดจากระยะเวลาในการรักษา.....	131
4.7	
ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ อันเกิดจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง.....	134
4.8	
ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อมอันเกิดจากความด้อยโอกาส ในการวางแผนด้านเงินทุนสำรองเพื่อสุขภาพ.....	136
4.9	
ตัวกำหนดสุขภาพเชิงนโยบายที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพ ในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	138
4.10	
ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพ ในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	142
4.11	
คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	150
4.12	
คุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ.....	150
4.13	
การแสดงออกถึงคุณลักษณะของการมีความรู้รอบด้าน ของบุคลากรทางแพทย์แผนไทย.....	151
4.14	
การอ่านผลฟิล์ม X Ray.....	153
4.15	
การใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์..... ร่วมกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนไทย	153
4.16	
คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่แสดงออกถึงประสบการณ์ในการรักษา.....	154
4.17	
คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่แสดงออกถึงจรรยาบรรณ ความเป็นแพทย์แผนไทย.....	155
4.18	
แสดงจำนวนแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะ ปฏิบัติหน้าที่ประจำคลินิก.....	158
4.19	
ลักษณะการแต่งกายของแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติหน้าที่.....	159
4.20	
คุณลักษณะของผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ.....	160
4.21	
คุณลักษณะของผู้ที่ป่วยที่แสดงออกถึงความเชื่อ ในการรักษาของแพทย์แผนไทย.....	160

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
4.22 คุณลักษณะของผู้ที่ป่วยที่แสดงออกถึงการมีประสบการณ์ เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย.....	162
4.23 คุณลักษณะของผู้ที่ป่วยที่แสดงออกถึงความใส่ใจ/ความสนใจ ในสุขภาพของตนเอง.....	164
4.24 คุณลักษณะของญาติผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทย ในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ.....	165
4.25 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	168
4.26 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเชิงพิธีกรรมของการแพทย์แผนไทย.....	168
4.27 การสาธิตพิธีกรรมปรุงยา.....	169
4.28 พิธีกรรมการปรุงยาแผนไทย.....	169
4.29 พิธีไหว้ครู/ครอบครูแพทย์แผนไทย.....	171
4.30 พิธีกรรมการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับเจ้ากรรมนายเวร.....	172
4.31 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีของการแพทย์แผนไทย.....	172
4.32 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อใหม่ในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	173
4.33 Facebook คลินิกการแพทย์แผนไทยนครดาว.....	174
4.34 การใช้สื่อใหม่ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย.....	174
4.35 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีด้านวิทยุกระจายเสียง ในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	176
4.36 การจัดรายการทั่วทิศถิ่นไทย ทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย คลื่นความถี่ F.M. 92.5 MHz. ทุกวัน จันทร์เวลา 13.00-14.00 น.....	177
4.37 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการผลิตและวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข.....	179
4.38 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีภูมิปัญญาในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	181
4.39 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย.....	185
4.40 ประเด็นสุขภาพกับความเชื่อและความศรัทธาที่เกิดขึ้น ในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	185

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
4.41 การให้ความหมายของการนิยามความหมายสุขภาพดีของผู้สื่อสารสุขภาพ ในบริบทการแพทย์แผนไทย.....	192
4.42 การให้ความหมายหลักการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย.....	199
4.43 การให้ความหมายวิธีการมีสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย.....	205

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรไทย เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากทางภาครัฐ และหน่วยงานต่างๆ อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะจากภาครัฐมีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพแก่คนไทย รวมทั้งการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพที่สื่อถึงการตระหนักต่อความสำคัญในการป้องกันและการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขระดับมหภาค ขณะเดียวกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาคเอกชนรวมถึงสื่อประเภทต่างๆ ก็ได้รับความคาดหวังจากสาธารณชนให้มีบทบาทต่อการพัฒนาระบบสุขภาพโดยองค์รวมของประชาชนด้วยอันจะเห็นได้จากการกำหนดสุขภาพที่ดีเป็นวาระแห่งชาติ การสร้างประเด็น การนำเสนอข่าวสารโดยสื่อมวลชนอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นกระแสแห่งความสนใจของสาธารณชน สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดกระแสปลูกเร้าให้คนหันมาสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงแทนการดูแลเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย ในลักษณะของการ “สร้างนำซ่อม” ซึ่งการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้จึงเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ความตระหนักในการสร้างค่านิยม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการสื่อสารจึงเป็น “เครื่องมือ” สำคัญการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญ, 2551)

การสื่อสารสุขภาพนั้น คือการสนับสนุนให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้คนเข้าถึงแนวทางในการป้องกัน/รักษา และกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการปฏิบัติ เพื่อให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดขึ้นน้อยที่สุด Kreps & Thornton (อ้างถึงใน Kreps, 2001, p.63) ในสังคมไทย พบว่าหลายๆ ฝ่ายมักมองว่าการสื่อสารสุขภาพเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการสื่อสารในระดับชุมชน และสังคมในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วยต่างๆ มากกว่าการให้สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งขัดกับคำจำกัดความของการสื่อสารสุขภาพที่เน้นการปรับวิถีชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพดี ไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหาอาการเจ็บป่วยที่จะต้องพึ่งพาวิทยาการทางการแพทย์เท่านั้น แต่สุขภาพคืออำนาจในการตัดสินใจในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง อันนำไปสู่การกำหนดความหมายของการมีสุขภาพดีที่ไม่ใช่เพียงแต่อาการเจ็บป่วย แต่สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิต

“อโรคยา ปรมา ลาภา” เป็นพุทธภาษิตที่มีความหมายว่า การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ เป็นแสดงให้เห็นว่า “สุขภาพ” เป็นสิ่งสำคัญในปัจจุบันพื้นฐานแห่งชีวิตและความสำเร็จ อันเป็นสุดยอดปรารถนาของมนุษย์ทุกคนที่ต่างจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นตามลำดับ หรือจนเป็นที่น่าพอใจของเจ้าของสุขภาพ ซึ่งความหมายของพุทธภาษิตนี้มีความสอดคล้องกับจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (2541) ที่ว่า “สุขภาพ” หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์ และมีความเป็นพลวัตรทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ และไม่ใช่ว่าเพียงปราศจากโรคเท่านั้น อาจกล่าวได้ว่า การนิยามความหมายของสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ต้องการแสดงให้เห็นถึงความสมบูรณ์ของสุขภาพทั้ง 4 มิติ ประกอบด้วย สุขภาพกาย คือ การมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ สุขภาพจิต คือ การมีจิตที่เป็นสุข ไม่เครียด มีเมตตา กรุณา มีสติมีสมาธิ สุขภาพสังคม คือ การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน อย่างสงบสันติสุข และสุขภาพจิตวิญญาณ คือ ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากการมีจิตใจสูงเข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละเลิกความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งที่สูงสุดของความเชื่อแต่ละบุคคลนั้น มีการเกื้อหนุนและเชื่อมโยงส่งผลซึ่งกันและกัน และมีการเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนไปตามปัจจัยแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ

อย่างไรก็ตามสุขภาพจะมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงในแบบพลวัตรซึ่งขึ้นอยู่กับความสลับซับซ้อนของปัจจัยที่เข้ามามีความสัมพันธ์ในการกำหนดสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบของแต่ละบุคคลที่นอกเหนือจากอาการเจ็บป่วยอันเกิดจากเชื้อโรคและอาการเจ็บป่วยต่างๆ แต่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพตามโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้คนในสังคมเกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม อาทิ รายได้ต่ำไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์ ความไม่เท่าเทียมกันในการเกิดโรคใหม่ๆ ความไม่เป็นธรรมในการตายจากโรคที่ไม่เป็นที่ยอมรับในการรักษาทางการแพทย์ และการไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น อาจถือได้ว่า “สุขภาพ” เป็นผลความสัมพันธ์กับปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคม อาทิ ปัจจัยการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมถึงเทคโนโลยี และการสื่อสาร เป็นต้น หรือเรียกปัจจัยเหล่านี้ว่า “ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” (Social Determinants of Health- SDH)

“ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” (Social Determinant of Health -SDH) เป็นผลมาจากมิติของสมัชชาองค์การอนามัยโลกในการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพใหม่ ที่ต้องการระบุปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ หรือแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่ทำให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกเปลี่ยนไป โดยการเปลี่ยนทิศทางการครั้งนี้ถือว่าการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่สุดครั้งหนึ่งเพราะว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงค่านิยมปัญหาจากการตั้งคำถามว่า “ทำไมจึงป่วย” มาเป็น “ทำไมคนกลุ่มนี้จึงป่วยมากกว่าคนกลุ่มอื่น” และเปลี่ยนคำตอบ

“จากเชื้อโรคหรือสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยมาเป็นคำตอบทางสังคม” แทน อาจกล่าวได้ว่า “ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” คือ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมซึ่งบิดเบือนทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรเงินและอำนาจอย่างไม่เป็นธรรม ผ่านโครงสร้างทางสังคมหรือสถาบันทางสังคมรวมทั้งสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วย” (สุพจน์ เคนดวง, 2553) ทำให้เห็นว่า ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม คือเงื่อนไขที่ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพทางผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของคนในสังคมไม่เท่าเทียมกันอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทางสังคม

จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2557) ประจำปี 2556 พบว่า ครอบครัวยุคใหม่ ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบของตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม และมีการคาดการณ์ถึงแนวโน้มอาการเจ็บป่วยใน 10 ปีข้างหน้าคือในปี 2562 จะมีการเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดเชื้อเรื้อรัง อาทิ โรคมะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายของเพศชายที่พบสูงสุด และขณะที่ โรคเบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งปากมดลูกจะเป็นสาเหตุการตายของเพศหญิงที่พบสูงสุด โดยรายงานฉบับข้างต้นนี้เป็นการแสดงให้เห็นว่าอาการเจ็บป่วยหรือสุขภาพที่มีผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม รวมถึงระบบบริการสุขภาพที่ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมอันส่งผลต่อสุขภาพของคนในสังคมและเป้าหมายในการกำหนดทิศทางของสุขภาพของคนในประเทศ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทยเป็นระบบสุขภาพที่ยึดหลักของการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ เน้นที่วิธีการรักษาสุขภาพ อาการเจ็บป่วยเฉพาะส่วนของร่างกาย ด้วยการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อสร้างความมั่นใจและความมั่นใจในการรักษาสุขภาพที่อยู่ในอำนาจดุลพินิจการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา บำบัดอาการเจ็บป่วย เป็นผู้กำหนดโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบกับการมีนโยบาย การสนับสนุนจากทางภาครัฐ ตั้งแต่การปฏิรูปประเทศไทยในสมัยรัชกาลที่ 9 จนถึงปัจจุบัน ที่พัฒนาระบบการศึกษา การส่งเสริมการใช้บริการ และการออกนโยบายที่เอื้อประโยชน์วงการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่นกรณีการกำเนิดโรงพยาบาลศิริราช และ โรงเรียนแพทยาลัยที่มีการผลิตแพทย์แผนตะวันตกหรือแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อรองรับการปฏิรูปประเทศอันส่งผลต่อการตัดเทียมอวัยวะ การออกกฎหมายตราพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนปัจจุบัน และการจำกัดสิทธิของระบบการแพทย์อื่นๆ ที่มีใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างการแพทย์แผนไทยไม่ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลัก ซึ่งเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่า การแพทย์แผนปัจจุบัน ได้รับการกำหนดให้เป็นวิธีการรักษาสุขภาพในระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศไทย

ถึงแม้ว่าการแพทย์แผนปัจจุบันจะได้นำวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้เพื่อการดูแลรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยต่างๆในระบบบริการสุขภาพ แต่กลับพบว่าไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนในสังคมได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง อันเนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษามากกว่าสร้างเสริมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่แพงจากการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม การใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือยโดยขาดการควบคุมทางการตลาด ภาวะค่าใช้จ่ายที่ส่งผลกระทบต่อภาระค่าครองชีพของคนในสังคม โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อย หรือยากจนก็จะขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ อีกทั้งการกระจุกนุเคราะห์ทางการแพทย์ที่อยู่ในกรุงเทพฯ และตามหัวเมืองใหญ่ๆ ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพนั้นเกิดการกระจุกตัวตามไปด้วย (คะนองยุทธ กาญจนกุล, 2554) อันก่อให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีรายได้น้อย หรืออยู่ห่างไกลจากเมืองใหญ่นั้นไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพหลักได้อย่างเท่าเทียมผู้อื่น

จากข้อมูลสุขภาพะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง ปี 2556 พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น โดยในปี 2555 ประชากรมีหลักประกันสุขภาพ จำนวน 64.59 ล้านคนครอบคลุมร้อยละ 99.90 ของประชากร แต่การบริการสาธารณสุขยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพและความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากรทางการสาธารณสุขระหว่างพื้นที่อยู่มาก โดยในปี 2553 พบว่า ในเขตกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,052 คน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วน แพทย์ 1 คน ต่อประชากร 4,947 คน ด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์และสถานบริการขนาดใหญ่ยังคงกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลาง ส่วนภาคอีสานมีความกระจุกตัวน้อยที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) เป็นการแสดงถึงช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ประกอบกับการแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยโรคได้ และนำความทุกข์ทรมานมาให้ผู้ป่วย ทำให้เกิดการแสวงหาทางออกของปัญหาสุขภาพจากบริการสุขภาพกระแสหลัก มุ่งสู่ระบบบริการสุขภาพทางเลือก เพื่อตอบสนองความต้องการความเท่าเทียมทางสุขภาพ

ระบบสุขภาพทางเลือก คือ แนวคิด และแบบแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจเรียกรวมๆ กันได้ว่า เป็นศาสตร์แห่งสุขภาพทางเลือก (Alternative Health) หรือ การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) โดยหนึ่งในศาสตร์แห่งสุขภาพทางเลือกนี้ คือ “การแพทย์แผนไทย” ที่กลุ่มคนในสังคมกลุ่มหนึ่งได้ใช้เป็นทางออกด้านปัญหาสุขภาพของตน (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2556)

“การแพทย์แผนไทย” (Thai Tradition Medicine) เป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของไทยที่เกิดจากการเรียนรู้สั่งสม ถ่ายทอด และผสมผสานกับการแพทย์อื่นๆที่เข้ามาสู่สังคมไทย เป็นภูมิปัญญาของบรรพชนในการดูแลสุขภาพจิต จึงมีความเหมาะสมกับสังคมไทยมากกว่าระบบการแพทย์อื่นๆ การแพทย์แผนไทยมาจากปรัชญาพุทธศาสนา (ประทีป ชุมพล, 2541, น.4) อิทธิพลของการแพทย์อินเดีย และการแพทย์แผนจีน (สมพร ภูติยานันต์, 2542, น.3-9) ก่อนที่การแพทย์แผนตะวันตกจะเข้ามาพร้อมกับการเผยแพร่คริสต์ศาสนา และเป็นการแพทย์กระแสหลักแทน เพราะได้นับการสนับสนุนหลายด้าน ทั้งเมืองการปกครอง และความเป็นวิทยาศาสตร์ ทำให้การแพทย์แผนไทยค่อยๆ เสื่อมความนิยมลงเรื่อยๆ แต่ไม่เคยหมดไปจากสังคม ต่อมาการแพทย์แผนไทยได้ถูกรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่ เมื่อองค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้ใช้การรักษาแบบพื้นบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อกระจายการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพผู้ชุมชน หลังจากนั้นทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขต่อการแพทย์แผนไทยค่อยๆ มีความชัดเจน และแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539, น.7) อาทิ มีการบรรจุระบบการแพทย์แผนไทยเข้าไว้ในโรงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ยกระดับหน่วยงานรับผิดชอบด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นระดับกรม หลังจากปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (บรราย), 13 พฤษภาคม 2545, อ้างถึงใน สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2545) ประกอบกับ ภาครัฐได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนจากทางภาครัฐด้วยการกำหนดลงในการแพทย์แผนไทยลงในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ขึ้น

การกำหนดให้แพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 นั้น ถือเป็นการกำหนดทิศทางการปฏิบัติโดยมี 5 ยุทธศาสตร์อันได้แก่ การสร้างและจัดการความรู้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนากำลังคน การพัฒนาระบบยาไทยและยาจากสมุนไพร และการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และในเวลาต่อมาได้มีการจัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 2 ขึ้น (พ.ศ. 2555-2559) ยังคงประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ของฉบับที่ 1 แต่เพิ่มในด้านระบบบริการที่เน้นระบบสุขภาพชุมชน และเพิ่มในด้าน “การสื่อสารสาธารณะ” รวมเป็น 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เพื่อตระหนักถึงคุณค่าและมีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุนการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการสนับสนุนจากทางภาครัฐได้นำการแพทย์แผนไทยเข้าไปบรรจุอยู่ในการบริการสุขภาพของสถานพยาบาลของทางภาครัฐ และเอกชน

อย่างไรก็ตามการกำหนดทิศทางดังกล่าวทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยกระดับสถานอนามัยทั่วประเทศทั้งหมด จำนวน 9,750 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี 2554 มีบริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยมุ่งให้โรงพยาบาลทุกระดับ ดำเนินการให้บริการผสมผสานกันระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรไทย พบว่า ทั่วประเทศมีโรงพยาบาลในสังกัดเปิดบริการด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 2,521 แห่ง มีบริการนวดไทยเพื่อการรักษา นวดไทยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลหลังคลอดการอบประคบสมุนไพรต่อปีมีประชาชนใช้บริการกว่า 1 ล้านคน ซึ่ง 1 ใน 3 เป็นผู้ให้บริการการนวด ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยให้ได้มาตรฐาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่ให้บริการแพทย์แผนไทยและมีแพทย์แผนไทยประจำแบ่งเป็นระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีบริการแพทย์แผนไทยพื้นฐาน 4,769 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 616 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 72 แห่ง และโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/โรงพยาบาลเอกชน 26 แห่ง มีบุคลากรแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 13,244 คน และสามารถใช้บริการบริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย นวดไทย นวดประคบ อบสมุนไพร ทั้งการบริการในสถานพยาบาล และการบริการเชิงรุกในชุมชน บริการฟื้นฟูสุขภาพแม่หลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ นวด อบ ประคบ ทับหม้อเกลือ แนะนำการดูแลหลังคลอด และการส่งยาจากสมุนไพรในบัญชีหลักแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) แต่ในความเป็นจริงแล้วเป็นการส่งเสริมสนับสนุนเชิงนโยบาย แต่ขาดการส่งเสริมในทางปฏิบัติ ดังคำกล่าวของของแพทย์แผนไทยที่ว่า

“อำนาจการส่งยาในโรงพยาบาลอยู่ที่แพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นการจ่ายยาแผนไทยจึงมีโอกาสน้อยมากแทบเป็นศูนย์เลยทีเดียว และแพทย์แผนไทยที่อยู่ตาม โรงพยาบาลที่ได้แต่เพียงการนวดแผนไทยเท่านั้น” และ “ถ้าโรงพยาบาลเอาแค่การนวดผ่อนคลายไปไว้ในโรงพยาบาลแล้ว บอกว่านี่คือ แพทย์แผนไทยที่ได้รับการส่งเสริมตามนโยบายของรัฐแล้วนั้น ก็คงไม่จำเป็นจะต้องมีแพทย์แผนไทยประจำโรงพยาบาลก็ได้ เพราะว่าเอาแค่ผู้ที่ฝึกอบรมการนวด ที่ได้รับใบประกาศวิชาชีพไปนวดก็ได้” (แพทย์แผนไทย 1, การสื่อสารระหว่างบุคคล, 13 พฤศจิกายน 2556)

จากประโยคข้างต้นนี้ สื่อให้เห็นถึงปัญหาเชิงปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมในสิทธิความเป็นแพทย์เทียบเท่ากับแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เลือกเปิดสถานพยาบาลแบบไม่รับค้ำคืน หรือคลินิกขึ้นเพื่อรักษา

ผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยได้อย่างเต็มรูปแบบ รวมถึงบางสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย บางแห่งทำหน้าที่เป็นสถานศึกษาเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อการสืบทอดวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ในการประกอบอาชีพด้วยการขอสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยได้ และเพื่อเผยแพร่วิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้คลินิกการแพทย์แผนไทยที่ทำการเปิดสอนวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยจำเป็นที่มีสถานที่ฝึกฝนนักเรียนแพทย์แผนไทยให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักทฤษฎีและการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

จากข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการกระจายของสถาบันที่มีความประสงค์จะจัดการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการรับรองสถาบันหรือสถานพยาบาลของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ในช่วงปี 2550-2555 ตามระเบียบคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยว่าด้วยการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ การทดสอบความรู้ และการรับรองสถาบันหรือสถานพยาบาล พ.ศ. 2550 ลงนามโดยนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ วันที่ 26 ธันวาคม 2550 พบว่าสถาบันที่ได้ผ่านการรับรองตั้งแต่ 2550-2555 จำนวน 40 แห่ง โดยเป็นประเภทนวดไทยหลักสูตร 800 ชั่วโมง มี 39 แห่ง ประเภทเวชกรรม เกษษกรรม มีเพียง 1 แห่ง (บล็อก oknation, 2557)

สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองในการฝึกการเรียนการสอนวิชาการทางการแพทย์แผนไทยดังกล่าว จะต้องเปิดสถานพยาบาลที่ใช้ในการฝึกอบรมด้านปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ดังนั้นคลินิกเหล่านี้จึงมีการเปิดทำการรักษาแบบสาธารณสุข (ไม่คิดค่าใช้จ่าย) เพื่อใช้เป็นสถานที่ในการฝึกฝนนักเรียนแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างสิทธิความเป็นแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพ อันนำไปสู่การขอขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แผนไทยได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และถือเป็นการช่วยเหลือผู้ยากไร้ หรือด้อยโอกาสทางสุขภาพ อันเกิดจากข้อจำกัด หรือเงื่อนไขบางอย่างที่เข้ามามีความสัมพันธ์ในการกำหนดสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ รวมถึงบุคคลที่มีความต้องการมีอำนาจความรับผิดชอบสุขภาพตนเอง โดยมีได้จากการตัดสินใจของแพทย์แผนปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่าคลินิกการแพทย์แผนไทย สาธารณกุศล เป็นบริบทสุขภาพที่สร้างสิทธิความเท่าเทียมในความเป็นแพทย์แผนไทย หรือเป็นบริบทสุขภาพที่สร้างโอกาสความเท่าเทียมทางสุขภาพให้กับผู้ป่วย หรือผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ

“การมีบัตร 30 บาท หรือหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ไม่ได้ตอบ โจทย์ของปัญหาด้านสุขภาพอย่างแท้จริง เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาแค่ 30 บาทก็จริง แต่ค่าเดินทางไม่มี และการที่จะหยุดงานของคนหาเช้ากินค่ำ เพื่อไปโรงพยาบาล มันเสียเงินมากกว่า 30 บาท ประกอบกับคลินิก

นอกเวลาจะต้องเสียเงินเพิ่ม ไม่มีใครอยากเสียเงินเพิ่ม และไม่มีใครอยากหยุดงานเลยไม่มีใครอยากไปหาหมอที่โรงพยาบาลเท่าไรหรอก...ทั้งนี้หน้าที่อย่างหนึ่งของการแพทย์แผนไทย คือ การที่เราจะต้องสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ เพราะการแพทย์แผนไทยนั้นเราสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น” (การสื่อสารระหว่างบุคคล, 19 พฤศจิกายน 2556)

ประโยชน์ข้างต้นนี้ยังเป็นการสื่อถึงตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมต่างๆ ที่ความสัมพันธ์ต่อสุขภาพของผู้ที่มีรายได้น้อย ที่ให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ และมีการแสดงออกถึงความต้องการสิทธิการมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่น เพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพ ซึ่งคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุขกุล จึงถือเป็นบริบททางสุขภาพที่มีสื่อถึงสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ และการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างโอกาสทางสุขภาพของผู้ด้อยโอกาส หรืออีกนัยหนึ่งคือ การกำหนดคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ เพื่อปรับปรุงสุขภาพ โดยการผสมผสานวัฒนธรรมใหม่ๆ (Modern cultures) ผ่านสื่อประเภทต่างๆ ตามความเหมาะสมเพื่อสามารถที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเป้าหมายตามที่ต้องการสร้างแรงผลักดันให้คนในสังคมให้สามารถค้นหา หรือเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาสุขภาพ หรือสร้างวิถีชีวิต (Lifestyle) สุขภาพที่ดีให้กับตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย

ในการศึกษาศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย จึงเลือกพื้นที่เป็นกรณีศึกษา คือ คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ตั้งอยู่ที่ ซอยลาซาล 43 กรุงเทพฯ ก่อตั้งตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2523 ที่ทำการรักษาแบบสาธารณสุขกุลเฉพาะวันอังคารเปิดทำการตั้งแต่เวลา 8.00 น. – 16.00 น. เพื่อการรักษากลุ่มผู้ด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบการรักษาสุขภาพ และเป็นสถานที่ฝึกงานของนักเรียนแพทย์แผนไทยจากหลายๆ สถานบันในประเทศ และคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ตั้งอยู่ที่ วัดพรหมรังษี เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ ก่อตั้งเมื่อปี 2543 เป็นคลินิกสาธารณสุขกุลเปิดทำการทุกวันตั้งแต่เวลา 9.00 น. -15.00 น. ปิดเฉพาะวันพระ โดยทั้งสองคลินิกนี้เป็นคลินิกแพทย์แผนไทยสาธารณสุขกุลที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ทำให้ผู้วิจัยเกิดข้อสงสัยว่า ในเมื่อการกระจุกของบริการสุขภาพทางการแพทย์แผนปัจจุบันอยู่ในเขตกรุงเทพฯ แล้วทำไมยังมีกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และกลุ่มคนเหล่านี้มีคุณลักษณะอย่างไรที่แสดงออกถึงการด้อยโอกาส และความต้องการความเท่าเทียมทางสุขภาพ และมีตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมตัวใดที่มีความสัมพันธ์และส่งผลให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเหล่านี้ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นได้ อันนำไปสู่การให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ

ทั้งนี้เพื่อความสำเร็จในการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย จำเป็นจะต้องเรียนรู้ และผสมผสานองค์ความรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพและการแพทย์แผนไทย ในการสร้างสิทธิ ความเท่าเทียมทางสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เนื่องจากแนวคิดของการสื่อสาร สุขภาพมองได้หลายมิติ เพราะเรื่องสื่อสารสุขภาพเป็นพลวัตมีความต่อเนื่องในวิถีชีวิตของบุคคล เป็นเรื่องสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึง การมีสติปัญญา การกินดี อยู่ดีในสังคม และสิ่งแวดล้อมดี รวมถึงการมีหลักการแห่งชีวิตที่ดีงาม (Spiritual Wellbeing) ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดของการแพทย์แผนไทยที่มองสุขภาพเป็นแบบองค์รวม (Holistic Health) กล่าวคือการพิจารณาเรื่องสุขภาพ โดยเน้นความสัมพันธ์กันของระบบสุขภาพที่ไม่มีการแยกขาด ออกจากกันระหว่าง กาย จิต สังคม และนิเวศวิทยา เพราะฉะนั้นการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์ แผนไทยจึงไม่สามารถแยกกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และให้ความหมาย เรื่องสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยจึงไม่ได้มีความหมายเฉพาะเทคนิคด้านการดูแลสุขภาพ เท่านั้น แต่หมายรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การกินอาหารตลอดจนการเข้า ไปเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพ ในบริบทแพทย์แผนไทย” ที่มุ่งเน้นการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลในการสื่อสาร สุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ที่ส่งผลให้ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรค เรื้อรังหรือโรคร้ายแรงกลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ ที่มีการแสดงออกถึงความต้องการ มีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นผ่านกระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทแพทย์แผนไทยที่สื่อ ให้เห็นถึงการสืบทอด การต่อรอง และการยอมรับงานต่อการด้อยโอกาสทางสุขภาพ และมีการให้ ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทยที่ทำการจัดชุดความหมายหลักเรื่องสุขภาพ ดีของการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การนิยามการมีสุขภาพดี หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมี สุขภาพดี อันนำไปสู่การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยที่นำไปสู่การสร้างสิทธิความเท่าเทียมทาง สุขภาพเช่นเดียวกับผู้อื่นในสังคม

1.2 ปัญหาวิจัย

1. ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมใดที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย
2. กระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทยมีลักษณะอย่างไร
3. การให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทยมีลักษณะอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่ส่งผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย
2. เพื่อศึกษากระบวนการการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย
3. เพื่อศึกษาการให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

1.4 ขอบสันนิฐานการวิจัย

1. กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ คือ กลุ่มตัวแทนความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่มีสังคมความสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วย ปัญหาค่าครองชีพสูง และปัญหาการว่างงานที่ส่งผลให้ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและร้ายแรง ให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ เพราะการจัดลำดับความสำคัญของสุขภาพเป็นเรื่องอันดับสุดท้าย ดังนั้นในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข จึงเป็นวิธีการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพและสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย

2. กระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย จะเน้นถึงการศึกษาคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย และผู้ป่วยที่มีการแสดงออกถึงคุณลักษณะถึงความต้องการสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพที่สื่อการสืบทอด การต่อรอง และยอมจำนน ซึ่งส่งผลต่อการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ

3. การให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ที่แพทย์แผนไทยและผู้ป่วยได้ทำการจัดชุดความหมายเรื่องสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยที่เห็นพ้องต้องกันจนเกิดเป็นชุดความหมายสุขภาพหลักภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การให้นิยามความหมายสุขภาพดี หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมีสุขภาพดี ที่เกิดขึ้นในคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข อันนำไปสู่ให้คุณค่าและการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย

ในการศึกษาเรื่อง กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยนี้ ผู้วิจัยได้เน้นการศึกษาในบางองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร คือ เน้นวิเคราะห์ไปที่องค์ประกอบของตัวผู้ส่งสารคือแพทย์แผนไทย และผู้รับสารคือผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์

แผนไทยสาธารณสุขศาสตร์ที่มีการแสดงออกถึงความต้องการสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ และมีการแสดงออกถึงการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการด้อยโอกาสทางสุขภาพของคนในสังคม
2. เพื่อทราบถึงวิธีการสื่อสารสุขภาพที่ส่งผลต่อการสร้างคุณค่าและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย
3. เพื่อทราบถึงการให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทยในมิติของการให้ค่านิยมการมีสุขภาพดี หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมีสุขภาพดี เพื่อคุณค่าของการแพทย์แผนไทย และการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ
4. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทสุขภาพทางเลือกอื่นๆต่อไป

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม** หมายถึง เงื่อนไขอันเกิดจากค่าครองชีพสูง และปัญหาการว่างส่งผลให้ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและร้ายแรง ให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ เพราะการจัดลำดับความสำคัญของสุขภาพเป็นเรื่องอันดับสุดท้าย

2. **กระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย** หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับบริบททางสังคมที่ส่งผลต่อการกำหนดคุณลักษณะองค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยและการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ ได้แก่

1) **ผู้สื่อสารสุขภาพ** หมายถึง บุคคลที่เกี่ยวข้องภายในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยที่มีการสื่อสารกันเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพกับการแพทย์แผนไทยให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพประกอบด้วย

บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย หมายถึงบุคคลที่ทำหน้าในการให้บริการด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทยที่สามารถสังเกตได้คือ มีการมีความรู้รอบด้าน มีประสบการณ์ในการรักษา มีจรรยาบรรณในวิชาชีพ มีเครื่องยืนยันศักดิ์และสิทธิ์ในความเป็นแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกฎหมาย และมีบุคลิกภาพแต่งกายที่สื่อให้เห็นถึงความเป็นแพทย์ ในลักษณะการ

สืบทอด ต่อรอง และขอมจํานน อันส่งผลต่อการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ และการสร้างคุณค่าให้กับการแพทย์แผนไทย

ผู้ป่วยในบริบทของการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงความ ต้องการมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นที่สามารถสังเกตได้คือ มีความเชื่อในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย มีประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย มีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพกับการแพทย์แผนไทย และมีความสนใจใส่ใจในสุขภาพของตนเอง

ญาติผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการแนะนำถึงคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพกับผู้ป่วย โดยสามารถสังเกตได้คือมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย มีการแสวงหาข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย และมีอำนาจในการตัดสินใจในสุขภาพของผู้ป่วย

2) สารสุขภาพ หมายถึง ประเด็น หรือข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่เกิดขึ้นภายในบริบทการแพทย์แผนไทยที่แสดงออกถึงความเชื่อและความศรัทธา วัฒนธรรมสุขภาพไทย การเน้นรักษาความสมดุล ค่าใช้จ่ายน้อย หรือเป็นการรักษาแบบสาธารณสุข กระบวนการบำบัดรักษาทั้งร่างกายและจิตใจ การเลือกรักษาร่างกายไว้ทั้งหมด และการสร้างโอกาสทางสุขภาพอันเกิดจากแพทย์แผนปัจจุบันหาสาเหตุของอาการเจ็บป่วยไม่ได้

3) ช่องทางการสื่อสารสุขภาพ หมายถึง การกำหนดการใช้สื่อที่แพทย์แผนไทยใช้ในการสื่อสาร เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ ประกอบด้วย

การสื่อสารสุขภาพผ่านพิธีกรรมทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง กลวิธีในการถ่ายทอดวิธีการดูแลรักษาสุขภาพผ่านพิธีกรรมทางการแพทย์แผนไทยที่สื่อให้เห็นถึงความเชื่อและความศรัทธาในวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่ได้รับการสืบทอดมาจากรุ่นสู่รุ่นจนกลายเป็นพิธีกรรมของแพทย์แผนไทย

ในที่นี้คือ พิธีกรรมการอุทิศส่วนบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวร พิธีกรรมการปรุงยา และพิธีกรรมการไหว้/ครอบครูแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่แพทย์แผนไทยปฏิบัติสืบทอดพิธีกรรมจากมาจกอดีตจนถึงปัจจุบัน

การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีของการแพทย์แผนไทย หมายถึง การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีอันทันสมัยสื่อให้เห็นถึงการพัฒนาศักยภาพของการแพทย์แผนไทย ความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน เพื่อสร้างคุณค่าขององค์ความรู้ด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย และการนำไปพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ในเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ

ดูแลรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยแบบพึ่งพาตนเองอันนำไปสู่การมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

ในที่นี้คือ เทคโนโลยีสื่อใหม่ เทคโนโลยีด้านสื่อวิทยุการกระจายเสียง เทคโนโลยีการผลิตและวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยีภูมิปัญญา

3. การแพทย์แผนไทย หมายถึง บริบทการบริการสุขภาพที่สื่อให้เห็นถึงภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในการรักษาและให้คำแนะนำดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การใช้ยาสมุนไพร ทั้งเป็นยาและอาหาร การนวด การประคบ การอยู่ไฟ ในลักษณะคลินิกสาธารณสุขมูลฐานให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพเช่นเดียวกับผู้อื่นในสังคม

ในที่นี้หมายถึง คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43 และคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์ ที่ให้บริการด้านสุขภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในลักษณะคลินิกสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือผู้ที่ต้องการรักษาสุขภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย

4. การให้ความหมายสุขภาพ หมายถึง วิธีการในการจัดชุดความหมายเรื่องสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ที่แพทย์แผนไทยและผู้ป่วยภายในคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข ซึ่งต่างเห็นพ้องต้องกันถึงการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยที่มีผลต่อการสร้างโอกาสทางสุขภาพให้เท่าเทียมผู้อื่นในสังคมประกอบด้วย

การนิยามความหมายสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย หมายถึง การให้คำจำกัดความของการนิยามความหมายเรื่องสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ที่เกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจ อันนำไปสู่การสร้างโอกาสในการมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคมภายในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข

หลักการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย หมายถึง การให้ความหมายของหลักการสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย อันเกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจในองค์ความรู้ด้านหลักการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพภายในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข

วิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย หมายถึง การให้ความหมายวิธีการมีสุขภาพดีในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทย อันเกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ หรือวิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี เพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการสิทธิความเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย” เป็นการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย กระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย และการให้ความหมายเรื่องสุขภาพบริบทการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อเชื่อมโยงไปสู่กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเรื่องระบบการแพทย์แผนไทย
 - 2.2 แนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม
 - 2.3 แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพ
 - 2.4 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสร้างความหมาย
 - 2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย
- โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวคิดเรื่องระบบการแพทย์แผนไทย

2.1.1 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของไทยที่เกิดจากความรู้ สัมผัสถ่ายทอด และผสมผสานกับการแพทย์อื่นๆ ที่เข้ามาในสังคมไทย เป็นภูมิปัญญาของบรรพชนในการดูแลสุขภาพ จึงเหมาะสมกับสังคมไทยมากกว่าระบบการแพทย์อื่นๆ การแพทย์แผนไทยนั้นมาจากรากปรัชญาทางพุทธศาสนา ที่ชื่อว่า “ติจจฉา” (ประทีป ชุมพล, 2541, น.4) และอิทธิพลการแพทย์อายุรเวชของอินเดียจากหลักฐานที่คัมภีร์การแพทย์แผนไทยที่มักกล่าวถึงแพทย์ประจำพระองค์ คือ หมอชีวกโกมารภัจจ์ ในฐานะผู้เรียบเรียง และอิทธิพลจากการแพทย์แผนจีนในเรื่องของยาอายุวัฒนะและยาบำรุงหัวใจ (สมพร ภูติยานันท์, 2542, น. 3-9)

อย่างไรก็ตาม จากการรวบรวมข้อมูลประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทยนั้น ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงพัฒนาการทางการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับสังคมไทย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงการแพทย์แผนไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันอันมีเหตุปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อวงการแพทย์แผนไทยดังนี้

ตารางที่ 2.1 ประวัติและพัฒนาการการแพทย์แผนไทยในประเทศไทย

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
ทวารวดี	พุทธศตวรรษที่ 12	ค้นพบแท่นบดยากับธรรมจักร คาดว่ามีการเผยแพร่พุทธศาสนา และมีการนำเอาวิทยาการการแพทย์เข้ามากับพระภิกษุสงฆ์ พราหมณ์ และพ่อค้าที่มาจากอินเดีย	ยุคก่อนประวัติศาสตร์ไทย
หริภุญชัย	พ.ศ. 1204-1211	พระนางจามเทวี ผู้ครองนคร ทรงขอพระราชทานของมงคลจากบิดา หนึ่งในนั้นคือหมอยา ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญในยุคก่อนประวัติศาสตร์	
เชียงใหม่	พ.ศ. 1300	มีรูปแบบการรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านด้วยสมุนไพรและไสยศาสตร์ ผสมผสานกับการแพทย์อายุรเวทอินเดีย ปรากฏในบทสวดสรรเสริญท่านชีวกโกมารภัจจ์ และคัมภีร์แพทย์กายาบาลี	
ขอม	พ.ศ. 1724-1763	สมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 โปรดให้สร้าง อโรคยาศาลา มีรูปแบบการรักษาด้วยการเวทย์ ผสมผสานกับการใช้สมุนไพร และการขอพรจากพระไภยษคุรุไวฑูรย์ประภา	
สุโขทัย	พ.ศ. 1763-1981	ระบบการแพทย์ที่ใช้สมุนไพร โดยการนำยามด้มหรือพอก บดให้ละเอียด ก่อนรับประทาน และมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่า เกิดจากการกระทำของภูติปิศาจจึงมีพิธีแสดงความนอบน้อม และพิธีกรรมตักตวงเสกยา	
กรุงศรีอยุธยา	พ.ศ. 1991-2031	สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ มีหลักฐานเกี่ยวกับการกำหนดให้มีข้าราชการกรมแพทยาโรงพระโอสถ กรมยา กรมหมอนวด กรมหมอดา กรมหมอรวงโรค โดยใช้สืบเนื่องกรุงรัตนโกสินทร์ และมีการแบ่งแพทย์เป็น หมอหลวง และหมอราชฎูรหรือหมอเชลยศักดิ์	ยุคประวัติศาสตร์ไทย
	พ.ศ. 2034-2072	พระรามาธิบดีที่ 2 โปรดเกล้าเป็นชาติแรกที่เข้ามาและมีแพทย์เข้ามาในกรุงศรีอยุธยาด้วย โดยมีการถ่ายทอดตำรับยาขึ้นใส่แผ่น	
	พ.ศ. 2077-2089	พระไชยราชาธิราช ชาวโปรตุเกสนำศาสนาคริสต์นิกาย โรมันคาทอลิก เข้ามาเผยแพร่แก่คนไทย แต่ไม่ได้รับความนิยมเนื่องจากความเข้าใจทางภาษาไม่เพียงพอ	
	พ.ศ. 2199-2231	สมเด็จพระนารายณ์มหาราช ปรากฏหลักฐานว่าฝรั่งเศสตั้งโรงพยาบาล ที่กรุงศรีอยุธยา และไม่สามารถสนับสนุนได้ว่าเป็น โรงพยาบาลเดียวกันกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในรายงานของมิสซังฝรั่งเศส พ.ศ. 2222 และมีคนไข้ประจำ 50-90 คน และคนไข้ไปมาวันละ 200-300 คน	
	พ.ศ. 2202-2204	มีการรวบรวมตำราแพทย์แผนไทยขึ้นครั้งแรก ชื่อ “ตำราพระโอสถพระนารายณ์”	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
กรุงธนบุรี	พ.ศ. 2311-2325	สมเด็จพระเจ้าฟ้าชายทัตพงศ์ และสมเด็จพระเจ้าฟ้าชายทัตไทย เจ้านายชั้นสูง 2 พระองค์เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย	ยุคประวัติศาสตร์ไทย
กรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น	(ร.1) พ.ศ. 2325-2352	ปฏิสังขรณ์วัดโพธารามขึ้นเป็นพระอารามหลวง รวบรวมจารึกษา และถาพียัดคั่นที่เป็นคินปิ่น และแบ่งเป็น หมอหลวง และหมอราษฎร์ ตามแบบสมัยอยุธยา	
	(ร.2) พ.ศ. 2352-2367	หมอหลวงสืบตามและคัดเลือกสรรคารายาดีจกเป็นคารายาหลวง ค้ำหรับโรงพระโอสถ ชื่อว่า “คารายาโรงพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2” และตรากฎหมายการปรุงยาชื่อ กฎหมายพนักงนพระโอสถเสวย ว่าเป็นคิลปะชั้นสูง จะต้องสืบทอดเฉพาะคนในตระกูลเท่านั้น	
	(ร.3) พ.ศ. 2367-2394	(แพทย์ตะวันตก) ได้รู้จักประสิทธิภาพของการแพทย์ตะวันตก อาทิ การใช้ยา คิวินิน รักษาโรคมาลาเรีย เกิดการผ่าตัดแขนงที่ สำเร็จ ปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษสำเร็จ ประกาศให้หมอหลวง และหมอราษฎร์เรียนการปลูกฝี, (แพทย์แผนไทย) จารึกคารากการแพทย์แผนไทยลงในแผ่นศิลาแลง	
	(ร.4) พ.ศ. 2394-2411	เกิดอหิวาตกโรคระบาด ศาสนาจารย์เอส.จี แมคฟาร์แลนด์ ก่อตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนตะวันตกแห่งแรก เขียนรายงานเผยแพร่ในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยอหิวาตกโรคในสมัยนั้น ก่อตั้งโรงพยาบาลแมคคอร์มิค เริ่มงานควบคุมไข้มาลาเรียทางภาคเหนือ	
กรุงรัตนโกสินทร์ จนถึงปัจจุบัน	(ร.5) พ.ศ. 2411-2453	ยังไม่สามารถใช้พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้โดยตรง เพราะประชาชนยังกลัวและไม่ไว้ใจการแพทย์แผนตะวันตก เกิดคัมภีร์ “เวชศาสตร์ฉบับหลวง” ก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ เปลี่ยนโรงคัมฝืนเป็นโรงเรียนการแพทย์ และใช้ชื่อว่า “ราชแพทยาลัย” เปิดร้านขายยาในสังกัดกรมพยาบาล เรียกว่า “โอสถสภา” และจัดทำคาราวศศาสตร์วรรณา คาราวศศาสตร์สงเคราะห์ เพื่อจ่ายค่อการศึกษา	ยุคการเปลี่ยนแปลง
	(ร.6) พ.ศ. 2453-2468	ยกเลิกวิชาแพทย์แผนไทย ในโรงเรียนแพทยาลัย แยกและปรับปรุงขยายงานกรมพยาบาล รวมงานสาธารณสุขไว้ด้วยกัน เปลี่ยนชื่อเป็น “กรมสาธารณสุขกระทรวงมหาดไทย โปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ และพระราชบัญญัติการประกอบโรคคิลปะ	
	(ร.7) พ.ศ. 2468-2477	ออกกฎแบ่งการประกอบโรคคิลปะเป็น แผนปัจจุบัน และ แผนโบราณ ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคคิลปะแผนโบราณ	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
	ปลาย (ร.7) พ.ศ. 2475	ก่อตั้งสมาคมการแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย	ยุคแห่งการดิ้นรนและอนุรักษ์
	(ร.8) พ.ศ. 2477-2489	ตราพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อมาแทน พ.ร.บ.ฉบับเดิม ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข และเกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 ทำให้ขาดแคลนเวชภัณฑ์ ส่งผลให้มีการพัฒนาวิจัยสมุนไพรอีกครั้ง	
	(ร.9) ปัจจุบัน 2494	จัดตั้งหลักสูตร โรงเรียนแพทย์แผนไทย ชื่อ “โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย	
	พ.ศ.2500	ก่อตั้งสมาคมการแพทย์แผนโบราณฯ	
	พ.ศ. 2516	ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม ได้มีการบรรจุการแพทย์แผนไทยลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	ยุคแห่งการฟื้นฟู
	พ.ศ. 2520	รวบรวมข้อมูลสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคพื้นๆ องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้ประเทศสมาชิกใช้การรักษาตามแบบพื้นบ้านและสมุนไพร เริ่มนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน	
	พ.ศ. 2521	องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้ประเทศสมาชิกใช้การรักษาตามแบบพื้นบ้านและสมุนไพร ซึ่งทำให้รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษาและพัฒนาแพทย์แผนไทยมากขึ้น	
	พ.ศ. 2522	เริ่มนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน โดยการเพิ่มโครงการฯ นี้เข้าไปในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 และให้มีการควบคุมนโยบายในรูปแบบคณะกรรมการ เกิดโครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งพาตนเองของ มูลนิธิโกมลคีมทอง และโครงการพัฒนาเทคนิคการทำสมุนไพร โดยใช้วิธีการนำกิจกรรมในระดับชุมชนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม	
	พ.ศ. 2523-2524	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสมุนไพร รศ.นพ.กรุงไกร เจนพาณิชย์ ได้ฟื้นฟูการนวดไทย และภาครัฐได้กำหนดนโยบายด้านยาขึ้น โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับสมุนไพร ตั้งหน่วย “สมุนไพรและเวชกรรมแผนโบราณ” เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนด้านสมุนไพร ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น “ฝ่ายสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในชุมชน”	
	พ.ศ. 2525	นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัย โดยสอนความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพควบคู่ไปกับวิชาการแพทย์แผนโบราณ เรียกว่า “แพทย์แผนไทยประยุกต์”	
	พ.ศ. 2528	ก่อตั้ง “โครงการฟื้นฟูการนวดไทย” เพื่อการรณรงค์เผยแพร่การนวดไทยแก่ประชาชน	
	พ.ศ. 2529	ก่อตั้งศูนย์รวมสมาคมการแพทย์แผนไทยโบราณขึ้น	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อาณาจักร	ปี	เหตุการณ์	ยุค
	พ.ศ. 2530	นักวิชาการหลายฝ่ายได้ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางในการพัฒนาแพทย์แผนไทย โดยการจัดพิมพ์หนังสือ “การแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาแห่งการพึ่งพาตนเอง”	
	พ.ศ. 2532	กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยฯ เพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและแนวทางการแพทย์แผนไทย	
	พ.ศ. 2536	จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นหน่วยงานการพัฒนาประสานงานสนับสนุน และสร้างความร่วมมือของด้านการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข	
	พ.ศ. 2542	19 พ.ย. ประกาศการใช้ พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ ซึ่งได้เปลี่ยนชื่อการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เป็น “การแพทย์แผนไทย” และมีการเลือกตั้งคณะกรรมการฯ	
	พ.ศ. 2543	26 พ.ค. ประกาศใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและก่อตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย	
	พ.ศ. 2545	มีพระราชกฤษฎีกาประกาศตั้ง “กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก”	
	พ.ศ. 2550	จัดทำ แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2550-2554)	
	พ.ศ. 2553	27 มี.ค. ก่อสร้าง รพ.การแพทย์แผนไทยแห่งแรกของประเทศไทย คือ “รพ.การแพทย์แผนไทยจังหวัดสกลนคร”	
	พ.ศ. 2555	เปิด โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยจังหวัดสกลนคร และจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2555-2559)	
	พ.ศ. 2556	ประกาศใช้ พ.ร.บ.วิชาชีพแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีกฎหมายด้วยวิชาชีพแพทย์แผนไทย เพื่อแยกการกำกับ ควบคุม การประกอบวิชาชีพแผนไทย ออกจากคณะกรรมการต่างๆ เดิม โดยจัดตั้ง “สภาแพทย์แผนไทย”	

นอกจากนี้ ขงศักดิ์ ต้นติปิฎก และคณะ (2543, น.64) ได้วิเคราะห์และสรุปเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. การแพทย์แผนไทย เคยเป็นการแพทย์กระแสหลักของสังคมไทยมาก่อน แต่ต่อมาได้เสื่อมความนิยมลง เพราะไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนโดยรัฐ แต่ภาคประชาชนได้รับการสนับสนุนยังคงอนุรักษ์ไว้จนถึงทุกวันนี้

2. การฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยในภาคประชาสังคมและภาครัฐในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา มีส่วนทำให้การแพทย์แผนไทยกลับมามีบทบาทและเป็นที่ยอมรับมากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง โดยมีความพยายามที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข แต่ยังคงเป็นการผสมผสานใน

ระดับที่ถูกผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งภายใต้ระบบบริการที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก ทำให้พบกับข้อจำกัดและอุปสรรคอีกมากมาย

3. มีความพยายามของภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้มีความเป็นอิสระในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เข้มแข็ง แต่ก็ยังเป็นส่วนเล็กๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาลไม่มากนัก

4. จากความพยายามของฝ่ายต่างๆ มีผลทำให้ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เอื้อต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะการยกเลิก การจำกัดให้การแพทย์แผนไทยเป็นการศึกษาโดยมิให้อาศัยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ ตามพ.ร.บ. ฉบับเก่า และมีคณะกรรมการวิชาชีพที่มีส่วนหนึ่งมาจากการเลือกตั้ง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในวิชาชีพในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดที่การพัฒนา ยังคงอยู่ภายใต้การทำงานของระบบราชการ

5. มีบุคลากรในสาขาการแพทย์แผนไทยจำนวนมาก (ไม่น้อยกว่าหมื่นคน) และมีแนวโน้มจะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ระบบสุขภาพของประชาชนยังไม่อาจใช้ประโยชน์จากทรัพยากรบุคคลในส่วนนี้ได้เต็มที่ เพราะระบบการเรียนการสอนการสอบยังไม่เอื้อให้การแพทย์แผนไทยได้พัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ และยังไม่มีการสำรวจกำลังคนของการแพทย์แผนไทยทั่วประเทศอย่างจริงจัง

6. องค์กรด้านการแพทย์แผนไทยมีอยู่จำนวนมากและกระจัดกระจายทั่วประเทศ ประกอบกับการพยายามที่จะประสานเครือข่ายให้เป็นเครือข่ายประชาสังคมที่มีคุณภาพโดยภาคประชาสังคม ยังต้องการ การสนับสนุนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

7. การให้บริการตามบ้านและการให้บริการโดยองค์กรชุมชนเป็นจุดแข็งของการให้บริการของระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งควรมีการสำรวจและส่งเสริมในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

8. การวิจัยและพัฒนาที่ผ่านมายังคงเน้นที่การวิจัยสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในขณะที่การวิจัยทฤษฎีและองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแม้จะมีปริมาณมากขึ้น แต่ยังคงทำได้จำกัดเพราะมีอุปสรรคที่การพัฒนาองค์ความรู้ได้ในช่วงมาเป็นเวลานาน

สรุป การแพทย์แผนไทยมีบทบาทอยู่ในระบบสุขภาพของประเทศมาอย่างยาวนาน นับตั้งแต่อดีต แม้ภายหลังจะถูกกลบกดหายไปในประเทศ แต่ก็ยังคงมีภาควิชาชีพและภาคประชาชนให้การสนับสนุนส่งเสริมตามกำลัง จนเมื่อประเทศเข้าสู่ภาวะวิกฤตและจำเป็นจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น การแพทย์แผนไทยจึงถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาอีกครั้ง ซึ่งการที่จะสามารถปรับใช้การแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมกับยุคสมัยและระบบสุขภาพที่มีอยู่นั้น จำเป็นจะต้องเข้าใจ

ประวัติความเป็นมา พัฒนาการของการแพทย์แผนไทยเพื่อเข้าใจว่าในแต่ละยุคนี้มีการสร้างความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นบริบทเชื่อมโยงและส่งผลต่อการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย

2.1.2 ความหมายของการแพทย์แผนไทยและระบบการแพทย์แผนไทย

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2543, น.2) ให้ความหมายของการแพทย์แผนไทยว่า

“การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาป้องกัน หรือส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้ความหมายรวมถึงการเตรียมการ การผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้ หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา”

พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (ราชกิจจานุเบกษา, 2542, น.29) ให้ความหมายของการแพทย์แผนไทย ว่า

“การแพทย์แผนไทย หมายถึง การประกอบโรคศิลปะตามความรู้ หรือตำราแบบไทย ที่พัฒนาและถ่ายทอดสืบเนื่องต่อกันมา หรือการศึกษาจากสถานศึกษาที่กระทรวงรับรอง”

ดังนั้นจากพระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้ให้นิยามความหมายของระบบการแพทย์แผนไทย หมายถึง ระบบการจัดบริการสาธารณสุข ที่อาศัยพื้นความรู้ความสามารถที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้าน กับการแพทย์แผนอื่นๆ ที่มีการจัดการระบบองค์ความรู้ และมีการควบคุมทางวิชาชีพตามกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม การนิยามความหมาย การแพทย์แผนไทยนี้ ได้มีนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย ที่ได้จำกัดความการแพทย์แผนไทย ที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นคำจำกัดความที่ครอบคลุม ครบถ้วน สมบูรณ์ นั่นคือ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ (2540), ประทีป ชุมพล (2541, น.1-2) และสมพร ภูริตานันท์ (2542, น.50) โดยให้คำจำกัดความ การแพทย์แผนไทยว่า

“การแพทย์แผนไทย หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้ และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และการบำบัดรักษาโรค/ความเจ็บป่วยของประชาชนไทยแบบดั้งเดิม ที่สอดคล้องกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไทย และวิถีชีวิตแบบไทย วิธีการปฏิบัติของการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นเป็นลูกกลอน เป็นต้น) หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้พุทธศาสนา หรือพิธีกรรมเพื่อดูแลสุขภาพจิต การคลอด การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิม และธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสม การถ่ายทอด ประสบการณ์อย่างเป็นระบบ โดยการบอกเล่า การสังเกต การบันทึก การวิเคราะห์ วิจัย และ

การศึกษาผ่านการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย นอกจากนั้นผู้ที่ให้ความหมาย จะเน้นเฉพาะด้าน เช่น กลวิธี เน้นภูมิปัญญา และการเน้นการประกอบโรคศิลปะ”

นอกจากนี้ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2536, น.8-12) กล่าวว่า ระบบการแพทย์แผนไทย ในมิติการศึกษามานุษยวิทยาทางการแพทย์ ว่า “การแพทย์แผนไทย” นั้นเป็นสาขาที่เกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรมทางการแพทย์ และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ในวัฒนธรรมนั้นมีกรอบแนวคิดในการศึกษา อยู่ 2 ประการคือ

1) ระบบทฤษฎีโรค (Disease Theory System) หมายถึง ระบบความคิด ทฤษฎี การแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรค

2) ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) หมายถึง ระบบที่สังคมจัดขึ้น เพื่อให้ การดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบต่างกันไป โดยจะประกอบด้วย ผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับการ ดูแลรักษา สถานที่ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ รูปแบบของการดูแลสุขภาพ ตลอดจนยา อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ รวมไปถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ และผู้รับการรักษา

ดังนั้น ระบบการแพทย์แผนไทย คือ ภูมิปัญญาดั้งเดิมในการรักษาบำรุงสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพร่างกายที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประกอบด้วยทฤษฎีด้านความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของ โรคด้านการตรวจรักษา และมีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วย อย่งไรก็ตามเพ็ญ นภา ทรัพย์เจริญ และกัญญา ดิวิเศษ, บรรณาธิการ (2540, น.16) กล่าวถึง ระบบการแพทย์แผนไทย คือ ความเชื่อในการเกิดโรคของการแพทย์แผนไทย เชื่อว่าเกิดจาก 3 กลุ่มใหญ่คือ จากสิ่งเหนือ ธรรมชาติ จากการเสียสมดุลของร่างกาย และพลังจักรวาล

2.1.3 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เป็นความพยายามจะอธิบายภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งสภาวะปกติ และสภาวะที่ผิดปกติ (เป็นโรค) โดยใช้ทฤษฎีความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกาย เข้ามาอธิบาย โดยสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2530, น.23-28) ได้สรุปทฤษฎีการแพทย์แผนไทยไว้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค กล่าวคือ การแพทย์แผนไทยมองว่า ความเจ็บป่วยมิได้มีสาเหตุจากเชื้อโรค ที่เรียกว่า “กิมชาติ” เท่านั้น แต่มีสมุฏฐาน (ที่ตั้งแรกเกิดของโรค) และมูลเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

1.1 ธาตุสมุฏฐาน หมายถึง ธาตุทั้ง 4 ที่เป็นองค์ประกอบทั้งหมดของร่างกายมนุษย์ นี้ถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บไข้ อันได้แก่

1) ปถวิธาตุ (ธาตุดิน) คือ ธาตุที่มีลักษณะแข็งแข็ง ภายในตัวมี ภายนอกตัวมี กล่าวถึงเฉพาะภายใน สำหรับกำหนดเป็นธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือทำให้ร่างกายมีสิ่งยึดเหนี่ยวเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ซึ่งประกอบด้วยกันทั้งหมด 20 ประการ คือ ผม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เอ็น กระดูก เยื่อในกระดูก ม้าม หัวใจ ตับ พังพืด ไต ปอด ไข้ำใหญ่ ไข้ำน้อย อาหารใหม่ อาหารเก่า และมันสมอง หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในตัว ที่มีลักษณะแข็ง เป็นต้น

2) อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) คือ ธาตุที่มีลักษณะเอิบอาบ ภายในตัวมี ภายนอกตัวมี กล่าวเฉพาะเป็นภายใน สำหรับกำหนดพอให้สำเร็จประโยชน์ ประกอบด้วยน้ำ 12 ประการ คือ ดี เสลด หนอง เลือด เหงื่อ มันข้น น้ำตา มันเหลว น้ำมูก ไข้ำข้อ หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในตัว ที่มีลักษณะอาบเอิบ เป็นต้น

3) เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) ทางการแพทย์แผนไทยระบุว่า เป็นธาตุที่ทำให้เกิดความอบอุ่นในร่างกาย ประกอบด้วย 4 ประการคือ ไฟที่ยังกายให้อบอุ่น ไฟที่ยังกายให้ทรุดโทรม ไฟที่ยังกายให้กระวนวาย ไฟที่ยังอาหารให้ย่อย หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในตัว ที่มีลักษณะร้อน เป็นต้น

4) วาโยธาตุ (ธาตุลม) ทางการแพทย์แผนไทยได้กำหนดไว้ 6 ประการ คือ ลมพัดขึ้นเบื้องบน ลมพัดลงเบื้องต่ำ ลมในท้อง ลมในลำไส้ ลมชานในลำตัว หรือสิ่งอื่นใดก็ตามในลักษณะที่พัดผันไป เป็นต้น

ดังนั้น ถ้าธาตุทั้ง 4 ของร่างกายอยู่ในสภาพที่สมดุล ร่างกายอยู่ในปกติสุข แต่เมื่อใดก็ตามที่ธาตุทั้ง 4 เกิดขาดการสมดุล ร่างกายก็จะเจ็บป่วย การรักษาโรคที่เกิดจากการขาดสมดุลธาตุ จึงเป็นการปรับสภาพร่างกายให้กลับคืนมามีความสมดุลดั้งเดิม ได้แก่ การใช้ยาประจำธาตุ แก้อาการที่หย่อน กำเริบ หรือพิการ

1.2 อุดสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลของฤดูกาล ได้แก่ อำนาจพลังแห่งดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ทำให้เวลาตลอด 24 ชั่วโมง ที่ผ่านเข้าไปมีอิทธิพลที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวตลอดเวลา ความร้อนเย็นที่สัมผัสระหว่างรอยต่อแห่งฤดูกาล มีผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสรุปได้ว่า

- 1) ฤดูร้อนเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- 2) ฤดูฝนเจ็บป่วยด้วยธาตุลม
- 3) ฤดูหนาวเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

1.3 กาลสมุฏฐาน หมายถึง อิทธิพลแห่งกาลเวลา ได้แก่ อำนาจพลังแห่งดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ทำให้เวลาตลอด 24 ชั่วโมงที่ผ่านเข้าไปมีอิทธิพลที่ทำให้มนุษย์ต้องการปรับตัวทุกนาที่ ซึ่งสรุปคือ

- 1) เวลา 6.00-10.00 น. มีอิทธิพลของธาตุน้ำ
- 2) เวลา 10.00-14.00 น. มีอิทธิพลของธาตุไฟ
- 3) เวลา 14.00-18.00 น. มีอิทธิพลของธาตุลม

กลางวันและกลางคืนเป็นเช่นเดียวกัน นอกเหนือจากอิทธิพลของดวงอาทิตย์และดวงจันทร์แล้ว ยังมีอิทธิพลของดาวอื่นๆ อีกมากมาย ในสุริยจักรวาล ซึ่งมนุษย์มีความเชื่อและสรุปเป็นองค์ความรู้ที่เรียกว่า โหราศาสตร์

1.4 อายุสมุฏฐาน หมายถึง มนุษย์เกิดมาต่างมีอายุขัยเป็นไปตามธรรมชาติ มีเกิดแก่ เจ็บ ตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายไปได้ ซึ่งแบ่งเป็น ปฐมวัย 0-6 ปี มัชฌิมวัย 16-32 ปี มัชฌิมวัย คือ วัยตั้งแต่ 32 ปี จนถึงอายุขัย การเจ็บป่วยในแต่ละวัยจะแตกต่างกัน โดย

- 1) วัยเด็ก (ปฐมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ
- 2) วัยกลางคน (มัชฌิมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- 3) วัยชรา (มัชฌิมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุลม

จะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา ทารกจะได้รับอิทธิพลของอาหารที่มารดา คัมภีร์อิทธิพลของธรรมชาติ ภูมิอากาศ ดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ดวงดาวในจักรวาล และสังขาร ได้แก่ ความอนิจจัง ความแก่ ความเสื่อมสลายแห่งสังขาร

1.5 ประเทศสมุฏฐาน คือ คนเราเกิดหรือเติบโตในท้องที่แบบใด ฝนตกชุก แห้งแล้ง น้ำเค็ม หรือเขาสูง เนินผา แสดงถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อสุขภาพคือ

- 1) น้ำฝนกรวดทราย ป่วยด้วยธาตุน้ำ
- 2) น้ำเค็มเปลือกตม ป่วยด้วยธาตุดิน
- 3) น้ำฝนเปลือกตม ป่วยด้วยธาตุลม
- 4) ภูเขาสูง ป่วยด้วยธาตุไฟ

1.6 มูลเหตุของโรค หมายถึง สาเหตุที่ทำให้ธาตุ 4 เกิดการวิปริต แปรปรวนจนเกิดโรคภัยไข้เจ็บนั้น มีมูลเหตุมาจากอาหาร (กินอาหารมาก หรือน้อยเกินไป บุค ไม่เคยกิน ผิดเวลา), ความร้อนและความเย็น, อดนอน อดข้าว และอดน้ำ, กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ, ทำงานเกินกำลัง, เสรีา โศกเสียใจและโทสะมาก

2. การตรวจรักษาโรค กล่าวคือ แพทย์จะเน้นทำการตรวจร่างกาย และเน้นข้อมูลวันเดือน ปีเกิด อายุ เพื่อตรวจดูว่าธาตุเจ้าเรือนเป็นอย่างไร มีอาการของธาตุใด นั่นคือ ความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ว่า ธาตุอะไรหย่อนกำเริบ หรือพิการประการใด อาการที่เจ็บป่วยหากมีการตั้งชื่อไว้ และมีแบบแผนการรักษาตามตำราแน่นอน ก็จะแต่งยารักษาตามนั้น หากพบว่าเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ชัดเจน จะใช้ทฤษฎีตรวจสอบธาตุที่เรียกว่า การคูณธาตุ (คำนวณธาตุ) แล้วแต่งยาหม้อให้ผู้ป่วย

นอกจากนี้ การแพทย์แผนไทยยังเน้นการกินอาหารตามธาตุ และละเว้นอาหารที่ไม่สอดคล้องกับธาตุ เช่น

- 2.1 ธาตุดิน ควรทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม
- 2.2 ธาตุน้ำ ควรทานอาหารรสเปรี้ยว หลีกเลี่ยงอาหารรสมันจัด
- 2.3 ธาตุลม ควรทานอาหารรสเผ็ดร้อน หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด
- 2.4 ธาตุไฟ ควรทานอาหารรสขม เย็น จืด ไม่ควรกินของร้อน เป็นต้น

3. วิธีการตรวจโรคนั้น นอกจากอาหารและสมุนไพรแล้วยังมีการอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร และการนวดไทย บริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน การนั่งสมาธิ

จะเห็นได้ว่า กลวิธีการรักษาของระบบการแพทย์แผนไทย จะเป็นแบบผสมผสานกัน ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพร การอบ การประคบ และการนวด และทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีแนวความคิดแบบองค์รวม ทั้งยังช่วยสร้างเสริมการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ คือ การให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับธรรมชาติ และให้กลไกของร่างกายทำหน้าที่รักษาตัวเองเป็นสำคัญ (อนนท์ รัตติ, 2547, น.16)

แนวคิดหลักธรรมานามัย ในการแพทย์แผนไทย

ธรรมานามัย หมายถึง ระบบการเสริมสร้างสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติ โดยให้ความสำคัญแก่สิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ธรรมานามัยจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ มีร่างกายแข็งแรง มีจิตที่สงบ รู้กระทบรู้กระทำสามารถช่วยเหลือตัวเองและสังคมได้ (อวย เกตุสิงห์ 2531, น.166)

แนวคิดพื้นฐานของหลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทยมองว่าภาวะสุขภาพแบบองค์รวม พุทธธรรมมองชีวิตคนเป็นนามรูป และใช้นามรูปที่เป็น 2 อย่างนี้รวมกันเป็นเอกพจน์ คือ การรวมกัน หรือต่อเนื่องกันเป็นหนึ่งไม่มองแยกเป็นสองเพราะมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวไม่แยกต่างหากจากกัน เป็นระบบแห่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับอาศัยกัน องค์ประกอบของธรรมานามัยมี 3 ส่วน คือ

1) กายานามัย เป็นการส่งเสริมสุขภาพทางกายด้วยการออกกำลังกายโดยวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสมแก่วัยและสภาพร่างกายของบุคคล เพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและเสี่ยงต่ออันตรายน้อยที่สุด เป็นความจริงที่ว่าวิธีการออกกำลังกายต่างๆ นั้น บางวิธีอาจไม่เหมาะสมสำหรับทุกคน ในทางปฏิบัติจึงต้องมีการทดสอบความพร้อมของสมรรถภาพร่างกาย เช่น การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ สำหรับการแพทย์แผนไทยมีวิธีการส่งเสริมสุขภาพกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน การฝึกลมปราณ เป็นต้น นอกจากการบริหารแล้วยังมีข้อในการเลือกรับประทานอาหารตามแบบธาตุเจ้าเรือน การพักผ่อนอย่างเพียงพอที่จัดอยู่ในหมวดส่งเสริมสุขภาพกายด้วย

2) จิตตานามัย การส่งเสริมสุขภาพทางใจด้วยการปฏิบัติสมาธิและวิปัสสนาตามหลักที่กำหนดในพุทธธรรมอัสยศีลในการละเว้นความชั่วทุจริตทางกาย วาจา ใจ เพื่อสร้างพื้นฐานจิตให้มั่นคง และการอบรมสมาธิภาวนา ช่วยให้จิตนิ่งไปจนถึงขั้นวิปัสสนาเพื่อสร้างจิตในการรับรู้ความจริงของชีวิต โดยเฉพาะเรื่องกฎแห่งกรรม

3) ชีวิตานามัย การดำเนินชีวิตโดยยึดหลักอนามัย คือ อาศัยการปฏิบัติตามกายานามัย เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและฝึกจิตตานามัย ให้ส่งผลให้เกิดชีวิตานามัยที่ดีด้วย เช่น การล้างพิษในร่างกายเป็นบางโอกาส การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง หากรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องอาจจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านกายและด้านจิต การละเว้นสิ่งเสพติดทั้งหลาย เป็นต้น สิ่งสำคัญคือ การดำเนินชีวิตให้ใกล้ชิดธรรมชาติมากที่สุด หลีกเลี่ยงมลภาวะ ประกอบสัมมนาอาชีพที่ไม่เป็นโทษ จะได้ไม่ต้องหวาดระแวงเพราะโทษจากการทุจริตนั้น

การปฏิบัติตามหลักกายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย นั้นจะช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพความงามแก่ผู้ปฏิบัติอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นความงามทั้งรูปลักษณะภายนอกและงามจากภายในด้วยศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งมีผลที่ลึกซึ้งเกินกว่าที่บุคคลทั่วไปที่ไม่ได้ปฏิบัติจะเข้าใจได้ว่า เพราะเหตุใด สิ่งเหล่านี้ประกอบกันเป็นผลแห่งบูรณาการองค์รวมของชีวิตด้วยหลักธรรมานามัย ดังนั้น หลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทยจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวมที่บูรณาการร่วมกับการดำเนินชีวิตในแนวพุทธศาสนาว่าด้วยหลักธรรมชาติของกายและจิตใจที่ต้องเคลื่อนไหวไปตามกาลเวลา เคลื่อนไหวไปตามการกระทำความดีหรือชั่ว

จากแนวคิดของระบบการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดเกณฑ์ในการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ที่ใช้การจัดกลุ่มชุดความหมายสุขภาพที่แบ่งออกเป็น การนิยามความหมายสุขภาพ หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการรักษาสุขภาพ อันเกิดขึ้นในบริบทของการแพทย์แผนไทย ในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

2.1.4 คุณธรรมจริยธรรมการแพทย์แผนไทย

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยที่ดีนั้น นอกจากจะมีความรู้ ทักษะประสบการณ์ในวิชาชีพแล้ว ต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมกำกับด้วย จะทำให้ออกจากเป็นแพทย์ที่เก่งแล้ว จะทำให้เป็นแพทย์ที่ดี ด้วยการมีคุณธรรมและจริยธรรม สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย จะทำการบำบัดรักษาด้วยเมตตาธรรม เพื่อประโยชน์สุขและบำบัดทุกข์ให้แก่คนไข้ คัมภีร์ที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมและจริยธรรมสำหรับแพทย์แผนไทย ได้แก่ จรรยาแพทย์ตามคัมภีร์ฉันทศาสตร์ ของพระยาวิเชียรขิบัติ (กล่อม) จากตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์เล่ม 1 คัมภีร์แพทยาลังการ คัมภีร์เวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช และจรรยาเภสัช จากตำราเภสัชกรรมแผนไทย ในที่นี้จะขอกกล่าวถึง

เฉพาะคัมภีร์แพทยาลังการ เนื่องจากแพทย์แผนไทยได้ยึดหลักจริยธรรมตามคัมภีร์นี้เป็นหลัก (ห้องจุลสาร สาขาวิชาวิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพ, 2557)

คัมภีร์แพทยาลังการ ของพระยาพิศณุประสาทเวช ได้กล่าวด้วยคุณธรรมอันเป็นเครื่องประดับของหมอ คนที่เป็นหมอใหม่แต่จะมีแต่ความรู้ในยา และรู้จักโรคอย่างเดียวนั้นเมื่อใดควรต้องเป็นคนที่อหยาตย์อันเรียบร้อยเป็นที่พอใจของคนทั้งหลายด้วย จึงจะเป็นหมอดีได้ ถ้าเป็นแต่รู้วิชาของหมอ แต่ไม่เป็นผู้มีความอารีโอบอ้อมต่อคนทั้งหลายแล้ว ก็ไม่มีใครนับถือยอมทำความรู้ของตนให้เสื่อม ไม่มีใครหาไปปรึกษา ลากผลจะมีมาแต่ไหน เพราะฉะนั้นหมอจึงต้องเป็นคนที่อหยาตย์ดี หมอที่ดีนั้นย่อมประกอบด้วยคุณธรรมเหล่านี้ เป็นต้น คือ

1) มีเมตตาจิตแก่คนไข้

ด้วยคนไข้อันความทุกข์เวทนา ครอบงำอยู่ในใจตามมากและน้อย แล้วจะมีจิตคิดหวังที่จะเอาหมอเป็นที่พึ่ง หมอไปถึงก็ดีใจอยากจะฟังคำอธิบายของหมอ ที่จะช่วยระงับซึ่งอาการโรคของตน ถ้าหมอนั้นเป็นผู้มีเมตตาปราณีให้คนไข้เป็นที่ชื่นชมยินดีแล้ว ความสุขโสมนัสก็จะบังเกิดแก่คนไข้ เป็นทางที่จะบรรเทาไข้ใจให้หมดหรือน้อยลงไปได้ และจะเชื่อถ้อยฟังคำของหมอผู้นั้นด้วย เมื่อความวิตกอันเป็นทุกข์ในใจเบาบางลง น้ำเลี้ยงหัวใจก็ผ่องใส โรคที่มีอยู่ในกายก็จะพลันหายได้โดยไม่ช้าวัน คนไข้ที่หายนั้นก็จะเคารพนับถือหมอนั้นต่อไปเป็นอันสงฆ์อีกส่วนหนึ่งด้วย ถ้าหมอเป็นคนโหดเหี้ยมไม่มีเมตตาจิตแก่คนไข้ ย่อมไม่เป็นที่นิยมของคนไข้ ความวิตกก็มีอยู่ร่ำไป นับว่าเป็นไข้บังเกิดขึ้นอีกส่วนหนึ่ง เป็นเหตุที่จะพาให้โรคที่มีอยู่ในร่างกายนั้นกำเริบขึ้นได้พอที่จะหายได้เร็วก็เป็นช้าวันไป หรือบางทีก็ไข้จะทรุดหนักลงทำให้ยากแก่การรักษาพยาบาลข้อนี้อาจจะเป็นได้ เพราะฉะนั้นเมตตาจิตจึงเป็นคุณธรรมเกื้อกูลแก่หมอและคนไข้ ควรที่หมอจะตั้งเมตตาจิตไว้ในสันดาน

2) ไม่เห็นแก่ลาภ

ลาภผลที่จะได้แก่ตนนั้นย่อมเป็นที่ปรารถนา เป็นที่ยินดีด้วยกันก็จริง แต่บุคคลที่มีอหยาตย์เรียบร้อย หวังตั้งตนให้เป็นที่น่านับถือแห่งคนทั้งหลายแล้ว ย่อมไม่เพ่งเล็งเอาด้วยอุบาย หรือ กดขี่หลอกลวงเลย หมอเมื่อเขาหาไปรักษาไข้ ควรตั้งใจเสียก่อนว่าจะไปรักษาให้หาย เพื่อเอาชื่อเสียง รักษาโดยสุจริต เมื่อผู้นั้นหายไข้แล้วขวัญข้าวค่าย่อมมีอยู่เอง ถึงหากว่าตามธรรมดาเคยได้เท่านั้นเท่านี้ ถ้าคนไข้ขาดสนจะให้เท่านั้นไม่ได้หรือไม่มีจะให้เลย ก็ไม่ควรจะเพิกเฉยละเมินเสีย ควรจะช่วยอนุเคราะห์ด้วยเมตตาจิตเป็นที่ตั้ง คุณความดีก็จะมีแก่ตน คนทั้งหลายจะเคารพนับถือ ลาภผลก็คงจะได้มา ถ้าหมอเป็นคนมีความโลภเห็นแก่ลาภ ไข้พอจะหายได้ไม่ช้าวัน แกล้งหน่วงเหนี่ยวไว้ให้หายช้า หรือไข้เป็นอย่างที่น่าตกอกตกใจก็บอกไปเสียอย่างหนึ่งเพื่อให้เจ้าไข้ หรือคิด

อุบายอยากได้ขวัญข้าวค่ายาค่าป่วยการให้มากด้วยประการใดๆ เล่ห์ประการหนึ่งว่าจะทำนาค้าขายบนหลังคนไข้อามังมีเสียทีเดียว ไม่คิดเพื่อแม่ที่จะให้ความสุขแก่เพื่อนบ้านฐานถิ่น ฉะนั้นแล้วใครเล่าจะเคารพนับถือ เมื่อไม่มีใครนับถือแล้วลาภผลที่เคยได้ในวิชาที่เป็นหมอมจะมีมาแต่ไหน มีแต่จะเสื่อมถอยน้อยลงทุกวัน เพราะฉะนั้นหมोजึงควรเป็นคนไม่เห็นแก่ลาภ

3) ไม่เป็นคนโอ้อวด

ผู้ที่แสดงถ้อยคำโอ้อวดให้เกินกว่าความรู้ของตน เป็นต้นว่ารักษาไข้อะไรหายสักรายหนึ่งก็เอาขึ้นตั้ง ไปที่ไหนก็อวดรำไป ความรู้จริงแก่ใจไม่รู้ถึงแต่พูดเกินกว่าความรู้ ไปเจอไข้ที่ตนพูดว่ารู้เข้ารักษาไม่ได้ เขาจะเรียกว่าเป็นหมอขาดภูมิ ย่อมเป็นข้อหมิ่นประมาทของคนทั้งหลายต่อไปไม่มีคนเชื่อถือเลยพาให้ความรู้ที่มีอยู่เสื่อมไปด้วย เพราะฉะนั้นในข้อนี้ควรต้องระวัง ถ้าพูดความที่ได้เรียนรู้ว่าจะทำได้จริงก็ไม่จำเป็นว่าเป็นคน โอ้อวด แต่ถึงดังนั้นต้องพูดได้ในเมื่อถึงคราวที่จะพูด ถ้าเอาไปพูดเสียรำไปก็ตกอยู่ในฐานะเป็นคน โอ้อวด พาให้เสื่อมเสียความเชื่อถือได้เหมือนกันที่จริงความรู้ที่มีอยู่ในคนนั้นไม่จำเป็นต้อง โอ้อวดอะไรสุดแต่ถึงคราวที่ต้องใช้ทำให้ปรากฏแก่คนทั้งหลายแล้ว กิตติศัพท์ความเลื่องลือก็ปรากฏขึ้นเอง ย่อมจะเป็นที่เชื่อถือยำเกรงของคนทั้งหลายด้วย

4) ความไม่ปิดบังความเขลาของตนไว้

เมื่อได้ตรวจคนไข้ พิจารณาห้กิริยาอาการตลอดแล้วจะต้องเข้าใจว่าเป็นโรคอะไรเกิดขึ้นเพราะอะไร สามารถที่จะรักษาพยาบาลให้หายได้หรือไม่ ตกลงว่าจะรักษาให้หายได้จึงรักษาพยาบาลตามความรู้ความสามารถของตน ถ้าไปพบปะไข้ที่ตนไม่เคยรักษาหรือความรู้ของตนไม่เพียงพอที่จะรักษาได้ ก็พึงแสดงให้เจ้าไข้เขาารู้เสียแต่ต้นมือ เพื่อเขาจะได้ไปหาหมออื่นรักษา ถ้าจะให้ดีตนรู้ว่าใครจะรักษาได้บอกแนะนำให้เขาด้วยจะเป็นที่ยินดีของเจ้าไข้ ถึงหากว่าไข่นั้นจะไม่หายเพราะตนรักษาก็ดี ตนก็ย่อมจะได้ความนิยมนับถือต่อไปว่าเป็นคนไม่ปิดบังความเขลาไว้ ถ้าจะปิดบังความเขลาไว้รักษาไข้ด้วยความที่ไม่เข้าใจ ไข้ก็จะทรุดหนักลงที่สุดจะถึงเป็นอันตรายแก่ชีวิตก็จะเป็นได้ เมื่อเป็นเช่นนี้หมอนั้นจะได้รับความความดีเยียนของคนทั้งหลาย แล้วเป็นทางที่จะเสื่อมเสียจากลาภผล

5) ไม่ปิดบังความดีของผู้อื่น

เมื่อได้ยินได้ฟังเขาสรรเสริญคุณวิชาของผู้อื่น ควรทำอหยาศย์แซมชื่นสรรเสริญตามเมื่อผู้นั้นทราบอหยาศย์ของเราดังนี้ ย่อมมีจิตรักใคร่จะเป็นมิตรกับเราบ้าง คุณธรรมอันนี้ย่อมเป็นทางสืบสนธิในสามัคคีรส ซึ่งนักปราชญ์ทั้งหลาย ย่อมกล่าวสรรเสริญว่าเป็นกัลยาณธรรม นำมาซึ่งความสุขแก่ตนจึงเป็นคุณธรรมที่บุคคลควรประพฤติ

6) ไม่หวงกันลาภของผู้อื่น

เมื่อตนเป็นหมอรักษาไข้ เป็นหวังว่าลาภผลจะได้แก่ตนแต่ถ้าพึ่งผู้เดียว จะทำการไม่ถนัด ที่ดีควรหาพวกพ้องหรือผู้ใดผู้หนึ่ง ซึ่งมีความรู้มาช่วยการนั้นจึงสำเร็จได้ดี เช่น ตนเป็นแค่หมอยา จะต้องหาหมอนวดมาช่วยอีกทางหนึ่ง ฉะนั้น แต่ละครั้งจะให้เป็นอย่างนั้นก็กลัวว่าลาภที่ตนจะได้มันต้องแบ่งส่วนให้ผู้อื่นไปเสียจะได้น้อย หวงกันไว้ไม่ให้ผู้อื่นเข้ามามีส่วนนี้เป็นข้อที่จะทำอันตรายให้แก่คนไข้ หมอไม่ควรคิดเช่นนั้นเลย ถ้าเห็นทางที่จะเฉลี่ยลาภผลให้แก่ผู้ที่มีความรู้ด้วยกัน โดยประการใด ก็ควรแสดงความยินดีแก่ผู้ให้ การที่จะรักษาพยาบาลไข้ ถ้ามีเพื่อนเป็นคู่คิดคู่ปรึกษาช่วยเกื้อหนุนซึ่งกันและกันแล้ว เป็นข้อที่ป้องกันความพลั้งผลได้และอาจที่จะรักษาไข้ให้หายเร็วด้วย

7) ไม่ลุแก่อำนาจ อคติทั้ง 4 คือ

ฉันทาคติ ความรักใคร่พอใจนั้น คือ ทำความรักใคร่ในบุคคลที่ไม่เสมอกัน บางคนก็ตั้งใจรักษาพยาบาล บางคนก็เกลียดชัง ไม่รักษาโดยความตั้งใจจะให้โรครหาย

โทสาคติ ความโกรธนั้น คือ ไข้แต่โทสะจิตเป็นเบื้องหนา ไม่มีใจอันดีต่อคนไข้ ทำอะไรก็จะเอาแต่ใจของตน ไม่ผ่อนผันตามอริยาสัยของคนไข้ ให้มีสติอารมณ์เบิกบานบ้างเลย

ภยาคติ ความกลัวนั้น คือ กลัวในสิ่งที่ไม่ควรกลัว เป็นต้นว่ารักษาไข้ กลัวเขาจะไม่ให้ขวัญข้าวค่ายาก็ไม่ตั้งใจรักษา กลัวว่ายาดีที่ทำไว้ ถ้าจะให้คนไข้กินอาจหายได้ แต่กลัวจะหมดเสีย

โมหาคติ ความหลงนั้น คือ หลงเชื่อตนมีความรู้ดี ไม่ต้องทำอริยาสัยเพื่อแม่เป็นมิตรไมตรีกับผู้อื่นหรือหลงเชื่อว่ายาของตนดี รักษาไข้หายได้โดยไม่ตรวจอาการไข้ก่อนที่จะวางยา (อคติ 4 ประการที่กล่าวมานี้ สำหรับหมอไม่เป็นสาธุการนะทั่วไป) หมอผู้ใดไม่ลุอำนาจแก่อคติ 4 ประการนี้แล้ว คุณความดีก็จะมีในตน

8) ความไม่หวั่นไหวด้วยโลกธรรม

ลาภที่จะได้หรือไม่ได้ ไม่มีก็ดี ความนิทาน ความสรรเสริญก็ดี มียศศักดิ์ก็ดี หรือปราศจากยศศักดิ์ก็ดี ความทุกข์ ความสุขเหล่านี้มาถึงตน ก็มีอริยาสัยหนักแน่น มัชยัสถ์เป็นกลาง ไม่ทำความกระวนกระวาย ขวนขวายยินดียินร้าย เตือดร้อนรำคาญ ซึ่งเป็นเหตุจะทำลายคุณความดีของตนและทำจิตใจให้พิกลไปจากความเป็นปกติ เพราะโลกธรรมนี้ย่อมยุบยุบส่งเสริมบุคคลให้ตกไปในทางที่ชั่วได้ ผู้ที่ไม่หวั่นไหวต่อโลกธรรมจึงเป็นที่สรรเสริญของผู้ที่มีปัญญา

9) มีหิริโอตตปปะ

ละอาย สะอึ้ง กลัวต่อบาป อันเป็นเวรกรรมต่อภพชาติในภายหน้าละเว้นจากวิหิงสา พยาบาท อาฆาต จองเวรต่อบุคคลอื่น มีใจอันชุ่มชื่น ไปด้วยความกรุณาเป็นเบื้องหน้า

10) ไม่เป็นคนเกียจคร้านและมั่งง่าย

ตั้งใจอุทิศเวลาทำการรักษาพยาบาลไข้โดยเต็มกำลัง ใช้ปัญญา พินิจพิจารณาโดยถ้วนถี่ ถึงเวลาไปตรวจก็ไปตรวจฟังดูอาการเพื่อจะได้คิดประกอบรักษา ความรู้ที่มีอยู่แล้วก็เอาใจใส่ สอบสวน ให้แจ่มแจ้งเจริญขึ้น สิ่งที่ไม่รู้ห่มั่นศึกษาค้นคว้า หากความรู้ใส่ตนต่อไปมิได้เพิกเฉยและ ห่มั่นประกอบยาไว้สำหรับรักษาคนไข้ ในตำราให้เอาอะไรก็อย่างก็อุตสาหามาทำให้ครบกับตำรา ไม่สักแต่ว่าในตำราให้เอา 10 อย่าง ก็เอาแต่ 5-6 อย่าง ทำด้วยความมั่งง่าย ความจริงเครื่องยานั้นถ้า ไม่ประสมให้ครบตามตำราที่ทำนวางลงไว้แล้วก็ไม่สักดีสิทธิ์ และจะลงโทษว่ายาไม่ดีไม่ได้ เพราะฉะนั้นหมอจึงไม่ควรเป็นคนมั่งง่ายตรวจไข้ก็ต้องตรวจโดยถี่ถ้วนเหมือนกัน ถ้าเป็นแต่มียาไม่ ตรวจไข้ให้ต้องกับยาแล้ว ยานั่นก็ไม่เป็นประโยชน์อะไร ไข้กับยาต้องให้ตรงกัน นี่เป็นข้อสำคัญ

11) มีโยนิโสมนสิการ

ตริตรงในใจโดยแยกกาย จะตรวจอาการโรคก็ตรวจด้วยพินิจพิเคราะห์เหตุผลโดย รอบคอบ เมื่อจะประกอบยารักษาที่ทำด้วยความไคร่ครวญ ใช้อ้องค์วิจารณ์ปัญญาสอดส่องให้ แน่นอนแก้ไขทุกสิ่งทุกอย่าง นี่เป็นองค์อันสำคัญสำหรับวิชาแพทย์

12) ไม่เป็นคนมีสันดานอันประกอบด้วยความมัวเมา

เป็นต้นว่า เสพย์สุรา สูบกำยาน ยาฝิ่น ละเลิงหลงหรือมัวเมาไปในการเล่นเบี้ย เล่นการ พนันต่างๆ อันเป็นทางที่จะทำตนให้ได้ความเดือดร้อนรำคาญ เพราะความประพฤตินั้นเป็นเข้าศึก กับคุณวิชาของตน เพื่อหลีกเลี่ยงไปพ้นมิให้พัวพัน มีสันดานตั้งมั่นในทางสุจริต การปฏิบัติหน้าที่ การงานอาชีพใด ถ้าบุคคลนั้นมีคุณธรรมยอมเป็นที่รักใคร่และเป็นมิตรกับคนทั่วไป ซึ่งเป็นรากฐาน ของจริยธรรม

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน แพทย์แผนไทยได้นำสิทธิที่ผู้ป่วยพึงมี 10 ประการ เพื่อใช้ในการ กำหนดคุณธรรมจริยธรรมของแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยประเด็น สำคัญที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยจะต้องทำความเข้าใจและวิเคราะห์ว่าในบทบาทของ ผู้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขานั้น โดยอิสระในวิชาชีพของตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาท อะไรบ้างในการปฏิบัติงานในวิชาชีพของตนเองที่พึงปฏิบัติ พึงละเว้น และสนองตอบสิทธิของ ผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ ที่เรียกว่า “สิทธิของผู้ป่วย”

สิทธิของผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนมีหลักสำคัญที่ยอมรับในระดับสากลนั้น คือ บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจในกิจการต่างๆ ส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วย ถือว่าเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจน การได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ เพื่อสมควรประกอบการตัดสินใจของตนเอง ฉะนั้นผู้ป่วยจึงเป็นบุคคล

สำคัญที่จะต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ในหลายๆ ประเทศได้นำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นกฎหมาย

ประเทศไทยมิได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรง แต่มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย คือ มาตรา 28 ว่า บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นๆ และมาตรา 31 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายและในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ แต่ประเทศไทยนั้นผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการ แก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเรื่องจริยธรรมคุณธรรมของแพทย์แผนไทยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์คุณลักษณะของแพทย์แผนไทย ในฐานะผู้สื่อสารในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

2.2 แนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

2.2.1 กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ

เมื่อพูดถึงคำว่า “สุขภาพ” คนทั่วไปรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ มักจะนึกถึงโรคภัยไข้เจ็บและมักพึ่งพาการรักษาจากระบบบริการสุขภาพของประเทศมากกว่าที่จะนึกถึงการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากกระบวนทัศน์ในอดีตได้ให้ความสำคัญของการซ่อมสุขภาพด้วยเทคโนโลยี และการบริการทางการแพทย์ เพื่อฟื้นฟูร่างกายและยืดอายุ ซึ่งปัจจุบันมุมมองของการมองสุขภาพนั้นมีการครอบคลุมถึงสุขภาพที่มีหลายมิติ ซึ่งรุจินาดอรรณดิษฐ์ (2548) ได้ประมวลกระบวนทัศน์ของสุขภาพในปัจจุบันว่ามี 3 ยุค คือ

ยุคที่หนึ่ง: กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedical Paradigm) หรือทฤษฎีโรค

เป็นการมองชีวิต หรือร่างกายประดุจเครื่องจักร มองว่าความเจ็บป่วยหรือโรคไม่ต่างจากความขัดข้องของเครื่องจักร แพทย์หรือนักวิชาชีพจะสนใจเฉพาะสิ่งที่ผิดปกติ หรือโรคเท่านั้น และจะทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ซ่อมแซมเครื่องจักร โดยกระบวนทัศน์นี้ ก่อให้เกิดมุมมองและการรักษาโรคแบบแยกส่วน กลายเป็นการแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาโดยเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบัน

ยุคที่สอง: กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบสังคม (Sociomedical Paradigm)

เป็นกระบวนทัศน์ที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 17 ที่มีจุดร่วมกันระหว่างการแพทย์ชีวภาพกับการแพทย์แบบสังคมคือ “ความสนใจด้านความเจ็บป่วยและการเป็น โรค” แต่ทว่ามีความอธิบายต่าง

ออกไปคือ “การขยายสาเหตุ/ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคว่ามิได้เกิดจากเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายเท่านั้น หากแต่ยังมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมวัฒนธรรมที่มีส่วนสำคัญอย่างมากที่ส่งผลต่อสุขภาพ หรือความเจ็บป่วย”

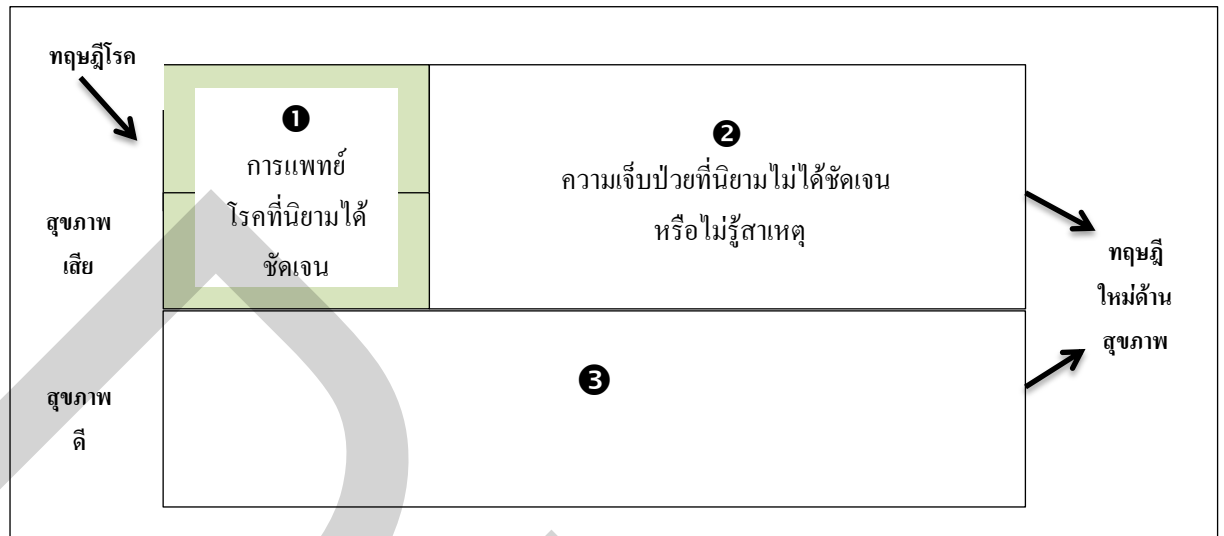
จนกระทั่งศตวรรษที่ 19 หลายประเทศได้ยอมรับร่วมกันว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมจะต้องได้นับการดูแลแก้ไข หรือปฏิรูปเพื่อสุขภาพที่ดี ปัจจุบันนี้เรารู้จักกระบวนการทัศนศาสตร์แบบสังคมนี้นี้ในนามของ Social Determinants of Health (SDH)

ยุคที่สาม: กระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคม (Socio-ecological Paradigm of Health)

กระบวนทัศน์แบบนิเวศน์สังคมที่พัฒนาต่อออกมาจากกระบวนทัศน์ SDH ว่านอกจากสุขภาพและความเจ็บไข้ได้ป่วยจะเกิดมาจากปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมแล้ว สุขภาพก็ยิ่งเกิดขึ้นกับศักยภาพทางกายและใจ และกายภาพของบุคคลที่จะเผชิญกับภัยคุกคามทั้งจากภายในและภายนอกด้วย

ดังนั้นการอธิบายจึงเริ่มหันมาใช้ การอธิบายเชิงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม ที่เรียกว่า “การใช้ชีวิต หรือลีลาชีวิต” (Lifestyle) ของบุคคลนั้นๆ กระบวนทัศน์ด้านการแพทย์/สุขภาพ แบบสุดท้ายจึงเริ่มมีการอธิบายสุขภาพในมุมมองแบบองค์รวมที่เกิดขึ้นแบบการผสมผสาน/การปฏิสัมพันธ์กันหลายๆ ปัจจัย

โดย 3 ยุค ของกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพนี้ หนึ่งฤทัย ขอบผลกลาง (2552) พบว่า กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพส่งผลต่อการวิจัยสื่อสารสุขภาพในปัจจุบันนั้น ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพจากกระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพมาสู่การแพทย์แบบสังคม และในยุคสุดท้ายก็จะเป็นกระบวนทัศน์ของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่เริ่มหันมาให้ความสนใจการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างหลายๆปัจจัยที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ จากกระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคมนี้นี้ ประเวศ วะสี (2547) ได้พัฒนาแนวคิด “ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ” เพื่อหาคำอธิบายถึงปริมาตรของสุขภาพให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนี้



ภาพที่ 2.1 ปริมาณของสุขภาพ

จากแผนภาพนี้สามารถแสดงให้เห็นถึงปริมาณของสุขภาพ ได้ 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ส่วนที่สุขภาพดี และส่วนที่สุขภาพเสีย กล่าวคือ

1) ส่วนที่สุขภาพดี ได้แก่ เขตที่ 3 ก็คือ กลุ่มคนที่มีสุขภาพพลานามัยดีเป็นปกติ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ดำเนินชีวิตอย่างสามัญชนธรรมดา ส่วนนี้จะเป็นส่วนใหญ่ของพื้นที่ทั้งหมด เพราะโดยทั่วไปสังคมเราจะมีคนสุขภาพปกติ/สุขภาพดีมากกว่าคนเจ็บป่วย

2) ส่วนที่สุขภาพเสีย ได้แก่ ส่วนที่มีขนาดเล็กลงมา ซึ่งเริ่มได้แก่ คนที่เริ่มมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ในกลุ่มสุขภาพเสียนี้ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1) เจ็บป่วยโดยหมอรู้สาเหตุ อันเป็นเขตที่ 1 เป็นพวกที่เจ็บไข้ได้ป่วยแล้วหมอใช้เครื่องมือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เป็นเพราะอะไรเชื้อโรคตัวไหน หรืออวัยวะใดบกพร่อง จะสังเกตเห็นว่าเขตนี้นั้นพื้นที่น้อย และอาจจัดการอยู่ได้ด้วยทฤษฎีโรค

2.2) กลุ่มคนที่เจ็บป่วยแต่ไม่รู้สาเหตุเป็นเพราะอะไร อันเป็นเขตที่ 2 บรรดาแพทย์จะไม่สบายใจมากกับกลุ่มนี้ เพราะไม่เข้าใจว่าคนไข้ป่วยเป็นอะไร และบางครั้งก็โกรธว่าคนไข้แกล้งทำ

อาจกล่าวได้ ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ จะจำแนกว่าในเขตที่ 1 เป็นการมองสุขภาพแบบทฤษฎีโรค หรือการมองสุขภาพเพียงแค่อาการเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งเป็นการมองสุขภาพแบบกระบวนทัศน์ดั้งเดิม และในส่วนเขตที่ 2 และ 3 นั้นเป็นพื้นที่ที่จะต้องใช้ในการมองสุขภาพแบบกระบวนทัศน์ใหม่ที่มองความซับซ้อนของปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ซึ่งการมองสุขภาพแบบกระบวนทัศน์ดั้งเดิม และกระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ มีความแตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงความแตกต่างระหว่างกระบวนการทัศนด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม กับกระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพ

กระบวนการทัศนด้านสุขภาพแบบดั้งเดิม	กระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพ
1. การดูแลรักษาสุขภาพมุ่งแต่ส่วนกาย ซึ่งดูแลจัดการได้เป็นส่วนๆ	1. มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความซับซ้อนหลายมิติ มิได้มีเพียงมิติแห่งสรีระเพียงอย่างเดียว แต่อารมณ์ จิตใจ สังคม มีอิทธิพลอย่างสูงต่อสุขภาพ
2. ต้องต่อสู้กับธรรมชาติ เพื่อควบคุมและรักษาให้ร่างกายมีสุขภาพดี เนื่องจากร่างกายมนุษย์มีขีดความสามารถจำกัดมากที่จะรักษาตนเอง	2. ร่างกายดูแลรักษาตนเองได้ โดยอาศัยสมดุลของร่างกาย ตามวิถีธรรมชาติ และการใช้ชีวิตอย่างสมดุล
3. การจำกัดอาการเจ็บป่วย สามารถที่จะใช้สารสกัด และเทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อจัดการอาการเจ็บป่วยนั้นได้ทันที และมีเวลาในการรักษาที่แน่นอน	3. ร่างกายมีกลไกตามธรรมชาติ ที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย แต่การฟื้นฟูสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาเพื่อสร้างสมดุล และมีความแตกต่างในแต่ละคน ไม่สามารถทำนายเวลาได้
4. จุดมุ่งหมายของวิทยาศาสตร์การแพทย์ คือการค้นหาวิธีการบำบัดความเจ็บป่วยอย่างแยกออกเป็นโรคๆ โดยค้นหาสาเหตุหนึ่งต่อโรคหนึ่ง	4. โดยธรรมชาติแล้ว ร่างกายมีกลไกของการป้องกันโรค เชี่ยวชาญตนเอง การเกิดโรคเป็นผลมาจากการเสียสมดุลของภูมิคุ้มกันร่างกายซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุที่มีผลซึ่งกันและกัน
5. ความรู้ทางการแพทย์แบ่งชั้นลงมาเป็นลำดับ แพทย์คือผู้มีอำนาจในการรักษา	5. การรักษาสุขภาพเป็นกระบวนการร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคลกับผู้ให้การรักษาสุขภาพ แพทย์มิใช่ผู้มีอำนาจสุดท้ายในการควบคุมการรักษา

จากตารางที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างกระบวนการทัศนสุขภาพดั้งเดิมกับกระบวนการทัศนใหม่ด้านสุขภาพนั้น ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคเท่านั้น แต่เป็นการมองสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกๆ ด้าน ทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ ซึ่งความหมายในแต่ละด้าน คือ

สุขภาพทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดีไม่เป็นอุปถัมภ์ต่างๆ เป็นต้น

1. สุขภาพทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น

2. สุขภาพทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ชุมชน ในสังคมโลก ซึ่งหมายรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ

3. สุขภาพทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากจิตใจสูงเข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าสู่สิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึง พระนิพานหรือพระผู้เป็นเจ้าของหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน

อย่างไรก็ตาม กระบวนทัศน์สุขภาพแบบใหม่ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม ได้ก่อให้เกิดทฤษฎีการแพทย์แบบใหม่ขึ้น (ทฤษฎีสุขภาพ) โดยมีความแตกต่างไปจากทฤษฎีการแพทย์แบบเก่า (ทฤษฎีโรค) ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2.3 แสดงความแตกต่างระหว่างทฤษฎีเก่าและทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์

มิติต่างๆ	ทฤษฎีการแพทย์เก่า (ทฤษฎีโรค)	ทฤษฎีการแพทย์ใหม่ (ทฤษฎีสุขภาพ)
1. ธรรมชาติ	เห็นเฉพาะส่วน (กาย)	เห็นทั้งหมดแบบองค์รวม
2. แนวทาง	รักษาโรค	รักษาคคน
3. เครื่องมือ	เทคโนโลยี	หลากหลาย ขอมรับในการแพทย์ ทางเลือก
4. ประเภทของการแพทย์	ฐานปัจเจกเป็นรายๆ (One to one care)	ฐานประชากร (Population-based)
5. ระบบบริการสุขภาพ	ตั้งรับ ช่อมสุขภาพ	รุก สร้างนำช่อม
6. ค่าใช้จ่าย-ผลตอบแทน	แพงมาก ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำ	ประหยัด ผลตอบแทนทางสุขภาพสูง
7. ผลลัพธ์	การช่อมสุขภาพเป็นรายๆ	การพัฒนามนุษย์ - สังคม - สิ่งแวดล้อม ทั้งหมด
8. ศักยภาพของการแพทย์และ บุคลากรทางสาธารณสุข	ถูกจำกัดอยู่ร่วมกับมิติทาง เทคนิค	มีส่วนร่วมในการพาสังคมออกจาก วิกฤติ

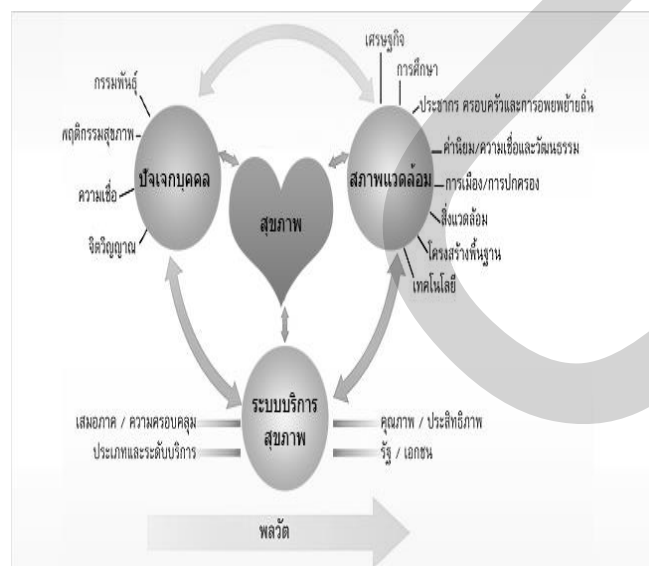
จากตารางข้างต้นทำให้สุขภาพตามกระบวนทัศน์ใหม่จึงหมายถึง “กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง”

สุขภาพในที่นี้ หมายถึง ความบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และทางสังคม ซึ่งนอกจากจะมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างมากจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจสตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค

โดยผู้วิจัยได้นำกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ และปริมณฑลด้านสุขภาพมาใช้ในการวิเคราะห์การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 นอกจากการเชื่อมโยงระหว่าง 4 มิติภายในตัวมันเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัย อีก 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล (มนุษย์) กับปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์กันกับสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้เรียกว่า “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” (health determinants)

2.2.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant)

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) หมายถึง สิ่งใดๆ ที่ตามที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบวกและทางลบแล้วมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2550, น.9-21)



ภาพที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ที่มา: <http://www.moph.go.th/ops/thp/>

1. ปัจเจกบุคคล ในที่นี้หมายถึง มนุษย์แต่ละคน ซึ่งจะมีสุขภาพอย่างน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตนเอง (อันได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรม) ร่วมกับปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ ที่สำคัญ มีดังนี้

(1) พันธุกรรม มนุษย์ทุกคนมีพันธุกรรม (DND) ซึ่งกำหนดรูปร่าง หน้าตา สรีระ สถิติปัญญา จิตใจ อารมณ์ นิสัยใจคอ บุคลิกภาพ ภูมิคุ้มกัน พฤติกรรม การเกิดโรค

(2) อายุและเพศ ปัจจัยทั้งสองนี้นอกจากเป็นตัวกำหนดพัฒนาการทางร่างกาย และการเกิดโรคแล้ว ยังมีผลต่อการเรียนรู้ ประสบการณ์ชีวิต พฤติกรรม และบทบาทครอบครัว และสังคม ทั้งนี้อาจได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของแต่ละสังคม ซึ่งอาจแตกต่างกันไป เช่น ในหลายวัฒนธรรม สตรีและเด็กถือว่าเป็นกลุ่มที่อ่อนแอ ถูกกระทำหรือถูกกดขี่ ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงในเด็กสตรี ปัญหาแรงงานเด็ก และปัญหาโสเภณี เป็นต้น

1.2 ปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของการรับรู้ ทักษะ ความเชื่อ แรงจูงใจ และค่านิยมของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมบุคคลอันจะมีผลต่อการเกิดโรคและสุขภาพของบุคคลนั้น

1.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม ในที่นี้คือ พฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลโดยตรงกับสุขภาพ และการเจ็บป่วยของคนๆ นั้น ได้แก่

(1) การดำเนินชีวิตประจำวัน ตั้งแต่ตื่นเช้าจนถึงเข้านอน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการกินอยู่หลับนอน อิริยาบถต่างๆ ถ้าขาดสุขลักษณะนิสัยที่ดี ขาดจิตสำนึกในความปลอดภัย หรือประมาท ก็อาจก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือตกเป็นเหยื่อการก่ออาชญากรรมขึ้นได้

(2) การเรียน หมายถึง การเรียนรู้ของบุคคลทั้งในวิชาการ วิชาชีพ ทักษะชีวิต ที่มาจากแหล่งความรู้ อาทิเช่น ครอบครัว สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน ผู้รู้ หากบุคคลนั้นสามารถเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาตั้งแต่เกิดจนตาย รู้จักวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำไปปฏิบัติพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ก็ย่อมสร้างสุขภาพให้แก่ตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสุขภาพทางจิตวิญญาณ

(3) การงาน หมายถึง การทำงานและการประกอบอาชีพ ลักษณะของอาชีพ และสิ่งแวดล้อมของการทำงานย่อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพบุคคล ซึ่งการเจ็บป่วยในลักษณะนี้เรียกว่า “โรคจากการประกอบอาชีพ (occupational diseases)” และการส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน เรียกว่า “ชีวอนามัย (occupational health)”

(4) การเล่น หมายถึง การเล่นสนุกสนาน การหาความบันเทิง การทำงานอดิเรก การพักผ่อนหย่อนใจ หากปฏิบัติไม่ถูกต้องก็อาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น การใช้ยาสูบเพื่อขี้ โรคติดเกม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

(5) การปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีความสัมพันธ์กับบุคคลภายในครอบครัว ที่ทำงาน หน่วยงาน องค์กรชุมชน ยังหมายรวมถึง การมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การปฏิสัมพันธ์ อาจจะมีลักษณะเชิงบวกซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะ (เช่น ความเอื้ออาทร การอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ) หรือลักษณะเชิงลบซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาวะ (เช่น การทำร้ายกัน การทำลายสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติอันก่อให้เกิดภาวะโลกร้อน)

(6) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรค ที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ 4 มิติ ดังนี้

a) พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อร่างกาย คือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การไม่เสพบุหรี่ แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การจับไข้ด้วยความประมาท ขาดสุขลักษณะนิสัยที่ดี

b) พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อจิต และสังคม ก็คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชิงลบดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเหตุแห่งความตึงเครียด และการทะเลาะเบาะแว้ง รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง การก่ออาชญากรรม การทำร้ายร่างกาย เป็นต้น

c) พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อจิตวิญญาณ ก็คือ การบริหารจัดการ (หมายถึง การปฏิบัติตนตามแก่นทางศาสนา) ไม่สามารถลดอัตราและความเห็นแก่ตัว รวมทั้งนำไปสู่การใช้ชีวิตที่ฟุ้งเฟ้อ และประมาท อันส่งผลกระทบต่อสุขภาวะโดยรวม

(7) การดูแลสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวตลอดจนแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตน

2. สิ่งแวดล้อม โดยหลักๆ แล้วสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 สิ่งแวดล้อมกายภาพ ครอบคลุมสภาพแวดล้อมที่เป็นกายภาพทั้งหมด ที่สำคัญได้แก่

(1) ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต อันได้แก่ ที่อยู่อาศัย น้ำ อากาศ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นต้น

(2) การคมนาคม ประกอบด้วย ยานพาหนะและถนนหนทางซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเกิดอุบัติเหตุ อันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับแรกๆ ของบ้านเรา

(3) สิ่งเสพติด และมลพิษ เป็นสาเหตุสำคัญของการทำลายสุขภาพของประชาชนจำนวนมาก

(4) สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สวนสาธารณะ สวนสุขภาพ สถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย เวชภัณฑ์ วัคซีน เป็นต้น

2.2 สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ หมายถึงสิ่งที่มีชีวิต ได้แก่

- (1) เชื้อโรค ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อและมะเร็งบางชนิด
- (2) พืช ได้แก่ ต้นไม้ สมุนไพร ผักผลไม้ที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ รวมทั้งพืชบางชนิดที่เป็นพืชต่อสุขภาพ
- (3) สัตว์ เป็นแหล่งสารอาหารที่สำคัญต่อมนุษย์ และเป็นพืชภัยต่อสุขภาพ
- (4) มนุษย์ เป็นปัจจัยแวดล้อมของบุคคลที่ทั้งส่งเสริมและบั่นทอนสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ขึ้นอยู่กับว่าเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก หรือลบ

2.3 สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ครอบคลุมปัจจัยย่อยอันมากมาย ที่สำคัญได้แก่

(1) ครอบครัว ถือเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งในปัจจุบันสถาบันครอบครัวมีความอ่อนแอ อันเนื่องจากผลกระทบของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทำให้เกิดความห่างเหิน และความแตกแยกในครอบครัว เกิดปัญหาการหย่าร้าง การทอดทิ้งเด็ก ผู้สูงอายุ และคนเจ็บป่วย เป็นต้น

(2) ชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชนย่อมส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของบุคคล ถ้าชุมชนเข้มแข็ง ย่อมมีศักยภาพในการดูแลพึ่งพาตนเอง

(3) ระบบสังคม ประกอบด้วยระบบย่อยๆ อีกมากมายที่สำคัญ ได้แก่ เศรษฐกิจ พาณิชยกรรม การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม สื่อมวลชน สารสนเทศ ค่านิยมทางสังคม กฎหมาย การเมือง การปกครอง ระบบสังคมที่เกี่ยวข้องกับทิศทางและนโยบายในการพัฒนาประเทศและสังคม การจัดสรรทรัพยากร ทัศนคติ ค่านิยม วิถีชีวิต และพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชาชน

(4) หน่วยงาน/องค์กรในสังคม หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่อยู่ในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น ที่ทำหน้าที่ต่างๆ เพื่อให้ระบบสังคมขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งออกได้ 4 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

หน่วยงาน/องค์กรรัฐ (governmental organization หรือ GOs หรือ Public sector) ได้แก่ รัฐบาล สถาบันการศึกษาของรัฐ องค์กรปกครองทุกระดับ ตำรวจ ซึ่งเป็นแกนในการกำหนดทิศทาง นโยบาย กฎหมาย การจัดการทรัพยากรในการพัฒนาประเทศ และชุมชน

หน่วยงาน/องค์กรภาคธุรกิจเอกชน (private sector หรือ profit-marking organization) หมายถึง หน่วยงานที่แสวงหาผลกำไรทางธุรกิจ ซึ่งเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ของประเทศ และมีอิทธิพลต่อการเมืองการปกครอง และทิศทางนโยบายของการพัฒนาประเทศ และชุมชน

หน่วยงาน/องค์กรที่ไม่มุ่งค้ากำไร (non-profit organization) ได้แก่ สภา/สมาคมวิชาชีพ สหภาพแรงงาน และองค์กรพัฒนาเอกชน (non-government organization หรือ NGOs) เป็นต้น

องค์กรชุมชน เป็นรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มุ่งกิจกรรมร่วมกันเพื่อพัฒนาสมาชิก อาทิเช่น กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อนำไปสู่สถานะด้านต่างๆ

3. ระบบบริการสาธารณสุข สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

(1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การหาทางส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดยรวมๆ ไม่ได้มุ่งป้องกันไม่ให้เป็นโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น การพัฒนาสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม การมีสุขนิสัยที่ดี การบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพมักจะกระทำในรูปแบบการให้การศึกษากับบุคคลปกติทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

(2) การป้องกันโรค หมายถึง การหามาตรการ หรือการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคใดโรคหนึ่งเป็นเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น การฉีดวัคซีน และการทานยาป้องกันโรคต่างๆ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

(3) การรักษาพยาบาล เมื่อเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยขึ้นมาก็จำเป็นต้องหาทางวินิจฉัยโรคแต่เนิ่นๆ ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม

(4) การฟื้นฟู เมื่อเกิดโรคแทรกซ้อน หรือเกิดความพิการขึ้น ก็จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยวิธีการต่างๆ

อย่างไรก็ตาม สุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อสุขภาพ ตามที่กล่าวแล้ว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพโดยยึดที่ตัวบุคคล และเราสามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตามโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม อันได้แก่ ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม รายได้ ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และการส่งต่อบริการทางการแพทย์ ความไม่เท่าเทียมกันในการเกิดโรคใหม่ๆ ความเป็นธรรมในการตายจากโรคที่ไม่เป็นที่ยอมรับในการรักษาทางการแพทย์ ไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิผล เป็นต้น ซึ่งถือได้ว่า สุขภาพ เป็นผลมาจากการเชื่อมโยงกับปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ อาทิเช่น ปัจจัยการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมถึงเทคโนโลยี และการสื่อสาร เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้ เป็น “ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” (Social Determinants of Health- SDH) นั่นเอง

2.2.3 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinant of Health-SDH)

จากหนังสือชื่อ Social Determinants of Health (1999) ที่มี M.Marmot และ R.G. Wilkinson เป็นบรรณาธิการ ได้อธิบายว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรมนั้น เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีของประชาชน นอกจากนั้น ปัจจัยดังกล่าวก็ยังเข้ามาเกี่ยวข้องกับลักษณะของการเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาอีกด้วย โดยช่วงกลางศตวรรษที่ 20 แนวคิดเรื่อง “ปัจจัยสังคมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสุขภาพ” ได้รับความยอมรับจากองค์การอนามัยโลก ได้ระบุปัจจัยสำคัญๆ ด้าน เศรษฐกิจ-สังคม-วัฒนธรรม-สิ่งแวดล้อมที่เข้ามากำหนดภาวะการมีสุขภาพที่ดีหรือเลวของประชาชน อันได้แก่ ความแตกต่าง/เหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ-สังคม ความเครียด ประสิทธิภาพชีวิต การกีดกันทางสังคม ชีวิตการทำงาน การตกงาน สารเสพติด อาหาร และการจราจร กระแสแนวคิดใหม่ดังกล่าวนำมาสู่การขยายมุมมองและแนวคิดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบวงกว้าง เช่น ขยายไปถึงการสร้างเมืองน่าอยู่/ชุมชนน่าอยู่ (healthy city, Health community)

ผลจากมติของสมัชชาองค์การอนามัยโลกในการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพใหม่ ที่มีภาระระบุปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ หรือแนวคิดในแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่ชื่อว่า “ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” (social determinant of health-SDH) ซึ่งมีผลทำให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกเปลี่ยนไป การเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาสุขภาพครั้งนี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่สุดครั้งหนึ่งเพราะว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงค่านิยมปัญหาจากการตั้งคำถามว่า “ทำไมจึงป่วย” มาเป็น “ทำไมคนกลุ่มนี้จึงป่วยมากกว่าคนกลุ่มอื่น” และเปลี่ยนคำตอบ “จากเชื้อโรคหรือสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยมาเป็นคำตอบทางสังคม” แทน (WHO, 2010) โดยให้คำจำกัดความของตัวกำหนดสุขภาพทางสังคม ดังนี้

1) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของทุกคนตั้งแต่แรกเกิดถึงชราภาพให้ดีขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการเลี้ยงดู การศึกษา การงาน บ้านชุมชน สวัสดิการสังคมและระบบบริการสุขภาพ

2) การจัดการกับการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม

3) การวัดและการประเมินผล

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะในการให้คำจำกัดความตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมนั้น มีความชัดเจนอยู่ในตัวมันแล้วก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถสร้างความชัดเจนในการสื่อสารแนวคิดนี้ได้ ซึ่งสุพจน์ เด่นดวง (2553) ได้เขียนบทความเรื่อง “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” ที่นำเสนอในการประชุมวิชาการเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ ระหว่างวันที่ 22-26

พฤศจิกายน 2553 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อทำการเสนอการให้คำนิยามว่า

“ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม คือ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมซึ่งบิดเบือนทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรเงินและอำนาจอย่างไม่เป็นธรรม ผ่านโครงสร้างทางสังคมหรือสถาบันทางสังคมรวมทั้งสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วย”

โดยตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมแต่ละตัวสามารถขยายความได้ดังนี้

1. ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ในภาษาอังกฤษมีศัพท์หลายคำคือ Health difference, health disparities, Health inequalities และ health inequities แต่ละคำมีความหมายร่วมกันและความแตกต่างกันบ้าง ทั้งนี้เป็นตามการมองความแตกต่างว่าเป็นความแตกต่างแบบไหน เช่น แบบชีวภาพ แบบระบาดวิทยา แบบสถานภาพทางสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคม แนวคิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเน้นความแตกต่างที่เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสังคม

อาจกล่าวสรุปโดยรวมได้ว่า “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ” คือ ความแตกต่างกันของสุขภาพมีหลายแบบเป็นความแตกต่างโดยธรรมชาติหรือโดยชีวภาพ ซึ่งยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ความแตกต่างที่ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพสนใจ นั่นคือ

“ความแตกต่างเกิดจากสังคมได้มีการกระทำที่เป็นระบบจนทำให้กลุ่มคนหนึ่งที่อยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ และความเสียเปรียบนี้ทำให้เขาไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นกับความต้องการของการดำเนินชีวิต ผลที่ตามมาคือ เขาจะมีสุขภาพที่แย่กว่าคนอื่น”

ดังนั้นการที่เขาจะมีสุขภาพแย่กว่าคนอื่นเป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรม การที่เขาไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นกับชีวิตของเขาต่างๆ ที่เขาควรจะได้รับก็เป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรม ไม่เป็นธรรมมากยิ่งขึ้นเมื่อการกีดกันนี้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะระบบสังคมที่ไม่เป็นธรรม และยิ่งไม่เป็นธรรมมากยิ่งขึ้นเมื่อเราสามารถจัดการไม่ให้เกิดการกีดกันอย่างเป็นระบบและทำให้เขามีชีวิตที่ดีได้แต่เราไม่ทำหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า แนวคิดความไม่เป็นธรรมทางสังคมนี้จะอยู่บนพื้นฐานของความแตกต่างทางสังคม (social differences) มิใช่ความแตกต่างตามธรรมชาติหรืออย่างอื่นที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ความจำเป็น (Needs) มิใช่ความต้องการ (Demand or want) หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable) มิใช่แก้ไขไม่ได้และอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม

อย่างไรก็ตาม จุดแรกที่ทำกรวิเคราะห์คือ ความแตกต่างของสุขภาพระหว่างกลุ่มคนทางสังคมว่ามีหรือไม่มี และถ้ามีมันเป็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มไหนกับกลุ่มไหน และไม่เป็นธรรมหรือไม่ เช่น ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำกว่ามักจะมีอายุขัยโดยเฉลี่ยต่ำกว่า ความแตกต่างนี้ไม่เป็นธรรม เพราะว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำกว่ากำหนด หรือมากกว่านั้นเป็นสิ่งที่

ป้องกัน และแก้ไขได้ (Avoidable) และผู้ที่มีฐานะด้านเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำกว่าก็ยังมีความต้องการ (Needs) จะเป็นอิสระจากความเจ็บป่วยและความตายเหมือนคนที่มีฐานะดีกว่า เป็นต้น

พื้นฐานทางจริยธรรมของแนวคิดความไม่เป็นธรรมทางสังคม

จากแนวคิดเรื่องการกระจายความเป็นธรรมของ Rawls (John Rawls's Distributive Justice) (1997) ได้เน้นหลักจริยธรรมเรื่องการกระจายทรัพยากรของสังคมอย่างเท่าเทียมกัน กล่าวคือ

สุขภาพเป็นทรัพยากรที่สำคัญมากอย่างหนึ่งที่มนุษย์เราใช้เพื่อการบรรลุถึงความสำเร็จของชีวิตที่ดี เมื่อสุขภาพดีเท่ากันเราก็แข่งขันกันได้อย่างเป็นธรรม หากเอาคนที่สุขภาพดีไม่เท่ากันคนที่ป่วยก็ไม่มีทางที่จะแข่งขันกับคนที่ไม่ป่วยได้ ดังนั้น การกล่าวถึงเรื่องเศรษฐกิจการตลาดแบบการค้าเสรีและการปกครองแบบประชาธิปไตยที่อ้างว่าเป็นเรื่องของการแข่งขันที่เท่าเทียมกันจึงไม่เป็นความจริง

บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขสุขภาพและปัจจัยที่ทำให้คนมีสุขภาพดีไม่ควรถือว่าเป็นบริการที่ฟุ่มเฟือยทั้งหลาย แต่ต้องถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้คนมีชีวิตที่ดี ดังนั้นเราควรจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากรของสังคมใหม่โดยเน้นไปที่การทำให้ชีวิตและเงื่อนไขของชีวิตของกลุ่มคนในสังคมที่เสียเปรียบให้เขาได้รับบริการและทรัพยากรที่จำเป็นที่ทำให้เขามีชีวิตที่ดี “หลักสำคัญของเรื่องนี้ก็คือ ความจำเป็น (Needs) ของกลุ่มคนที่ต้องเกิดมาในสภาพที่มีความเสียเปรียบทางสังคม”

จากหนังสือชื่อ Development as Freedom (1999) ของ Amarty Sen นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ได้เสนอแนวคิดเรื่องการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ที่เน้นย้ำว่า การพัฒนานั้นต้องวัดที่การพัฒนาศักยภาพหรือการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ (Human development/Human capacity development) ไม่ใช่วัดที่ตัวเงินหรือตัววัดในทางเศรษฐกิจ และตัววัดพัฒนามนุษย์คือ การทำให้มนุษย์มีศักยภาพที่จะดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ และตัววัดที่ดีตัวหนึ่งของเรื่องนี้คือ “สุขภาพหรือคุณภาพชีวิต”

แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนนั้น พื้นฐานทางจริยธรรมที่สำคัญของความเป็นธรรมทางสุขภาพอีกพื้นฐานหนึ่งนั่นคือ “สิทธิมนุษยชน” ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนในโลกควรมีหรือได้รับไม่ว่าเขาจะเป็นใครและอยู่ที่ไหน อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้มักจะถูกมองอย่างแคบๆ ไปยังเรื่องสิทธิทางการเมืองในด้านการแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่แท้จริงแล้วสิทธิมนุษยชนนั้นมีขอบเขตกว้างขวางมาก ครอบคลุมถึงสิทธิทางการเมือง สังคม และวัฒนธรรม และรวมถึงสิทธิทางสุขภาพหรือเกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วย สิทธิมนุษยชนมีพื้นฐานแนวคิดเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ การเลือกปฏิบัติไม่อาจทำได้ ไม่ว่าจะพื้นฐานใดก็ตาม เช่น เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา

อายุ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น แทบทุกประเทศได้ลงนามยอมรับสิทธิมนุษยชน องค์การอนามัยโลกก็ยอมรับหลักการนี้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “สิทธิทางสุขภาพ” ที่หมายถึง ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการที่จะใช้ทรัพยากรในโลกเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะมีชีวิตของเขา มันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน หากว่าทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของเขาถูกพรากไปจากเขา และปล่อยให้เขาเหล่านั้นต้องทนทุกข์ทรมานหรือป่วยจากการขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น

2. การถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม (Dominant social relation)

ในที่นี้คือ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนี้ อาจได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่มีอยู่แล้ว เช่น ความสัมพันธ์ทางชนชั้นที่ไม่เท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายที่ไม่เท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ระหว่างชาติพันธุ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน เป็นต้น หรืออาจเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากการศึกษาวิเคราะห์ขึ้นมาใหม่จากประสบการณ์ในแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มชนได้ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดกับผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนเมือง เราจำเป็นต้องนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันนี้ ซึ่งเป็นที่มาของความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพที่ชัดเจน เพื่อเข้าใจถึงปัญหาและเป็นพื้นฐานของการดำเนินการ เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันนี้ไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจนในรายงานของคณะกรรมการปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เพียงแต่บอกว่าเป็นความเป็นธรรมทางการเงินอำนาจและทรัพยากร ความเป็นธรรมระหว่างชายกับหญิง หรือความเป็นธรรมระหว่างประเทศในระบบโลกาภิวัตน์อย่างกว้างๆ เท่านั้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของนักวิจัยหรือผู้ที่รับผิดชอบต้องวิเคราะห์หาลักษณะของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนี้เอง

ดังนั้นความไม่สัมพันธ์ทางสังคมนี้ อาจกล่าวได้ว่า คือความสัมพันธ์ทางสังคมที่กำหนดการกระจายอำนาจทรัพยากรและเงิน เช่น ความสัมพันธ์ทางชนชั้น เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างนายทุนและกรรมกรที่นายทุนผูกขาดอำนาจทรัพยากร และเงินไว้เกือบหมดและปล่อยให้เหลือไว้เพียงเล็กน้อยให้กับกรรมกรที่ต้องขายแรงงานเลี้ยงชีวิตวันต่อวัน ความสัมพันธ์ทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่กดขี่หญิงทำให้ผู้หญิงเข้าไม่ถึงอำนาจเงินและทรัพยากรทำให้ชีวิตหรือสุขภาพของผู้หญิงที่ควรจะดีกว่านี้ไม่ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างไทยเป็นใหญ่กับชนกลุ่มน้อยทำให้ชนกลุ่มน้อยเข้าไม่ถึงทรัพยากรอำนาจเงิน ซึ่งทำให้ชีวิตและสุขภาพของพวกเขาแย่กว่าคนไทยเป็นต้น

3. ผ่านโครงสร้างหรือสถาบันทางสังคม

ในที่นี้คือ เงื่อนไขทางสังคม หมายถึง โครงสร้างทางสังคม และสถาบันทางสังคม ทั้งหลาย กล่าวคือ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนั้นได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางสังคม และสถาบันทางสังคมให้บิดเบี้ยวไปตามความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนั้น โครงสร้างทางสังคมและสถาบันทางสังคมที่บิดเบี้ยวหรือไม่เป็นธรรมนั้นก็จะส่งผลทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพตามมานั่นเอง

โครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม ในรายงานเรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้น กล่าวถึง โครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมอยู่สองชุด คือ

ความไม่เป็นธรรมทางสังคมชุดที่หนึ่ง คือ สถาบันครอบครัวและการศึกษา (Equity from the start or early life) สถาบันเศรษฐกิจหรืองาน (Work) สถาบันบ้านและชุมชน (Housing and neighborhood) สถาบันที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคมหรือความมั่นคงของมนุษย์ (Social security) และสถาบันสุขภาพ (Universal health care)

ความไม่เป็นธรรมทางสังคมชุดที่สอง ได้แก่ ระบบโลกาภิวัตน์ (Globalization) และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการค้าเสรี, สถาบันรัฐที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางการเมืองหรืออำนาจระหว่างรัฐกับประชาชน และสถาบันที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางด้านทรัพยากรระหว่างรัฐกับประชาชน คือ เรื่องของภาษีและการจัดทำงบประมาณตอบสนองความต้องการของประชาชน และความสัมพันธ์หญิงชาย

โดยความไม่เป็นธรรมทางสังคมทั้ง 2 ชุดนี้ สามารถนำมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพได้ดังนี้

1) การเริ่มต้นอย่างเท่าเทียมกัน (Equity from the start)

เกิดขึ้นในสถาบันครอบครัวและการศึกษานั้น กล่าวคือ ถ้าเด็กที่เกิดมาและได้รับการดูแลไม่ดีมักจะมีสุขภาพที่ไม่ดีตามมาด้วย เช่น เด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อย เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่แล้วมีโอกาสเป็นเบาหวานมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวปกติ อีกนัยหนึ่งก็คือ ครอบครัวที่ยากจน ครอบครัวที่แตกแยกและครอบครัวที่มีความรุนแรง เป็นต้น มักจะส่งผลทำให้เด็กที่เกิดมาไม่ได้รับการดูแล เรื่องอาหาร การเลี้ยงดูและการศึกษาที่ไม่ดีซึ่งส่งผลต่อการทำให้เด็กมีสุขภาพไม่ดี

ดังนั้น คณะกรรมการปัจจัยกำหนดสุขภาพจึงให้มีนโยบายการดูแลเด็กในเรื่องอาหารและโภชนาการและการศึกษาฟรีสำหรับเด็กทุกคนตั้งแต่แรกเกิดจนจบชั้นมัธยมปลายหรือวิทยาลัย ถ้าทำได้ อย่่างไรก็ดี หากพิจารณาจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดที่สองแล้ว ก็หมายความว่า ความสัมพันธ์หญิงและชายในครอบครัวแบบชายเป็นใหญ่ที่ใช้ความรุนแรงใน

ครอบครัว ครอบครัวแตกแยกต้องไม่มี คนในครอบครัวต้องไม่มีใครว่างงานและไม่มีการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เพราะว่างงานเป็นที่มาของเงินหรือปัจจัยสี่ที่เป็นพื้นฐานสุขภาพ

2) การมีงานที่ดีทำ (Decent work)

กล่าวคือ การที่ครอบครัวต้องการงานที่ดีปลอดภัย งานเป็นที่มาของปัจจัยสี่ งานเป็นที่มาของตัวตนหรือสถานภาพทางสังคม การศึกษาทางอาชีวอนามัยแสดงให้เห็นว่า งานนั้นอาจฆ่าคนหรือทำอันตรายกับคนงานได้ โดยการศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจที่เกิดจากการมีชั่วโมงการทำงาน (ฟินิจ ฟ่าอานวย, 2549) อย่างไรก็ดี ความเครียดจากการทำงานและอันตรายทางด้านกายภาพที่มาจากการทำงานนั้นเกี่ยวข้องกับนโยบายของรัฐในการคุ้มครองคนงาน เช่น ประกันสังคม กองทุนทดแทน การแข่งขันแบบเสรีทางการค้าและโลกาภิวัตน์

3) สถาบันบ้านและชุมชนหรือเพื่อนบ้าน (Housing and neighborhood)

ในที่นี้ บ้านนอกจากช่วยป้องกันแมลง ความร้อน ความเย็น ความเปียกชื้น ความปลอดภัยจากการรุกรานของผู้อื่นแล้ว ยังเป็นที่สำหรับพักผ่อน การนอนหลับ การเป็นส่วนตัว ความมั่นคงของชีวิต ผู้ที่ไม่มีบ้านเป็นของตนเองจะไม่มีคามมั่นคงทางชีวิต และคนที่มีบ้านแต่เป็นบ้านนั้นแออัด บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ บ้านที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น โดยบ้านเหล่านี้ก็เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาจติดเชื้อทางเดินหายใจ อาจมีปัญหาเรื่องความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งหรือกระทบกระทั่งระหว่างกัน ตลอดจนการไม่มีที่ส่วนตัวในการพักผ่อน หากมีบ้านแล้วแต่บ้านนั้นมีเพื่อนบ้านหรือชุมชนที่เป็นสลัมที่เต็มไปด้วยยาเสพติด คนว่างงาน เสี่ยงดั่ง น้ำครำ ฝุ่นละออง ไม่มีไฟส่องสว่าง ไม่มีสวนสาธารณะ เสี่ยงต่อการติดยา ถูกขูดและเป็นโรค คนในบ้านนั้นหรือชุมชนนั้นก็จะมีสุขภาพที่ดีได้

อย่างไรก็ตาม การมีบ้านและชุมชนที่ดีบางครั้งก็เกินความสามารถของคนในสังคมจะหามาได้ ดังนั้น นโยบายของรัฐ (ชุดที่สอง) ในการจัดหาบ้านราคาถูกลงให้กับคนในสังคม หรือการกระจายความเจริญออกไปยังชนบทเพื่อให้คนในชนบทมีงานและไม่ย้ายถิ่นฐานเข้าในเมืองมากเกินไปจนกระทั่งรับมือไม่ไหวและกลายเป็นสลัมจึงเป็นเรื่องที่รัฐจะต้องกระทำ

4) สวัสดิการหรือความมั่นคงของมนุษย์ (Social welfare or security)

มนุษย์โดยทั่วไปสามารถจัดหาปัจจัยสี่ของการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองในวัยทำงานและมีงานทำ ดังนั้นเด็ก คนชราและคนว่างงานจึงเป็นคนที่ช่วยตัวเองไม่ได้ คนเหล่านี้มีความต้องการ (Needs) ในอาหาร ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม หากเขาไม่ได้รับ เขาก็จะหิวโหย เป็นคนไร้บ้าน เป็นขอทาน เป็นโจร เป็นคนป่วย มนุษย์โดยทั่วไปต้องการงานทำ แต่อาจไม่มีงานทำ และในภาวะที่ไม่มีงานทำ เป็นหน้าที่ของคนในสังคมที่จะต้องจัดหาสวัสดิการที่จำเป็นให้เพื่อที่จะสร้าง

ความมั่นคงหรือสุขภาพให้กับชีวิตของคนที่ย่างงานหรือเกษียณอายุแล้ว ดังนั้นนโยบายของรัฐ (ชุดที่สอง) จึงต้องดำเนินนโยบายในเรื่องอย่างเข้มข้น

5) การรักษาพยาบาลถ้วนหน้า (Universal health care)

แม้ว่าทุกคนต้องเจ็บป่วยและตาย แต่สังคมก็มีองค์ความรู้และทรัพยากรในการป้องกันการเจ็บป่วย รักษาเจ็บป่วยและชะลอการตาย อย่างไรก็ตามความรู้และทรัพยากรเหล่านั้นมักจะไม่ได้ได้รับการจัดสรรอย่างเป็นธรรมหรือตามความต้องการของคน แต่ถูกจัดสรรตามความสามารถที่จะจ่าย (Purchasing power) ดังนั้นก็เป็นหน้าที่ของรัฐและสังคมที่จะต้องจัดหาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสุขภาพให้กับทุกคนอย่างเท่าเทียมกันหรือตามความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่าย เพื่อให้คนเหล่านั้นมีสุขภาพที่ดีเท่ากับคนอื่นๆ และสามารถแข่งขันกับคนอื่นได้อย่างเท่าเทียม

ถึงแม้ว่าคณะกรรมการปัจจัยกำหนดสุขภาพจะกล่าวว่า ปัจจัยชุดแรกจะประกอบไปด้วยห้าปัจจัยนี้ แต่ไม่ได้หมายความว่า แต่ละประเทศต้องเหมือนกันเสมอไป อาจเพิ่มเติมได้ดังเช่น ในยุโรปเพิ่มเรื่องการติดยาเสพติด การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดและอาหารเข้าด้วย แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องระมัดระวังที่สุดนั้นไม่ใช่เรื่องเหล่านี้แต่อยู่ที่การตีความเรื่องเหล่านี้ว่าเป็นอย่างไร เช่น หากตีความเรื่องอาหารเป็นเรื่องของสารอาหารและโภชนาการมากเกินไป แล้วก็จะทำให้มิติทางสังคมของอาหารหายไป คือสิทธิในการเข้าถึงอาหารหรือการไม่หิวโหยไป ปล่อยกลไกของตลาดทำหน้าที่แสวงหากำไรจากการครอบครองอาหารและสร้างความไม่เป็นธรรมทางสังคมต่อไป

ความไม่เป็นธรรมทางสังคมชุดที่สอง ประกอบไปด้วยโลกาภิวัตน์ ความสัมพันธ์หญิงชาย รัฐและสังคม ความไม่เป็นธรรมชุดสองนี้ถูกเขียนในเชิงข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นการบิดเบือนแนวคิดทางสังคมอย่างมาก นอกจากนี้ ยังเขียนแบบบิดเบือนในลักษณะที่เป็นหัวข้อหรือประเด็นเฉยๆ โดยหลีกเลี่ยงการเขียนในเชิงความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันที่มีส่วนกำหนดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดแรกหรือเงิน อำนาจ และทรัพยากร ดังนั้นความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันที่กำหนดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดแรกและกำหนดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพผ่านอำนาจเงินและทรัพยากร (สุพจน์ เต๋นดวง, 2553) ดังนี้

1) โลกาภิวัตน์

กล่าวอีกหนึ่งก็คือ ระบบความสัมพันธ์แบบระบบทุนนิยมโลกที่สร้างความไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศ โดยการค้าเสรี ประเทศที่มีอำนาจทหาร มีความรู้และเทคโนโลยี มีการเจริญเติบโตของระบบอุตสาหกรรม ย่อมได้เปรียบประเทศที่มีแต่ทรัพยากรธรรมชาติ หรือวัตถุดิบ แต่ไม่มีความรู้และเทคโนโลยีในการเปลี่ยนวัตถุดิบในราคาถูก การนำสินค้าที่อันตรายที่ไม่จำเป็นเข้ามาการลงทุนอย่างเสรี โดยการไม่เลือกว่าอุตสาหกรรมนั้นอันตรายต่อคนและสิ่งแวดล้อมหรือไม่ โดยไม่มีการควบคุมการถ่ายเทกำไรออก การใช้อำนาจทหารกดดัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ความ

ไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศเกิดมากขึ้น ทำนองเดียวกันก็ส่งผลถึงความไม่เท่าเทียมกันในประเทศด้วย และความไม่เท่าเทียมกันในสุขภาพด้วย

ในหัวข้อนี้คณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เน้นเรื่องการค้าหรือการตลาดที่ไม่มีความรับผิดชอบ กล่าวคือ การค้าหรือการตลาดแบบปกปิดแล้วเป็นเรื่องที่ดีหรือจำเป็นต่อสังคม เพราะว่าเป็นกลไกนำสิ่งที่ดีเข้ามาตอบสนองความต้องการและการกระจายสิ่งที่ดีที่มีมากมายออกไปให้มีราคา แต่อย่างไรก็ตาม มักมีการค้าในเรื่องที่เป็นอันตรายอยู่ด้วย เช่น การค้าอาวุธและการค้าฝิ่น เป็นต้น ในปัจจุบันการค้ายาสูบ การค้าสุรา การค้าอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ขนมกรุบกรอบที่โฆษณาชวนเชื่อให้เด็กรับประทานจนฟันผุและได้รับน้ำตาลกับสารอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์และขัดขวางการรับประทานอาหารมื้อหลัก เป็นต้น การตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ประเทศมหาอำนาจมักจะผูกเอาเรื่องการค้าเข้าสู่ตลาดการค้าเสรีไว้ด้วย เช่น การตลาดการค้าปลีก การนำเข้ายาสูบ เป็นต้น ดังนั้นคณะกรรมการปัจจัยสังคมสุขภาพจึงได้เสนอทางออกไว้ในข้อตกลงการค้าเสรีว่า หากพบว่าการค้าเสรีดังกล่าวหรือสินค้าดังกล่าวมีอันตรายต่อสุขภาพก็ขอให้รัฐหรือสังคมสามารถขอเปลี่ยนแปลงข้อตกลงดังกล่าวได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีธรรมาภิบาลในระดับโลก ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศและความไม่เท่าเทียมกันในประเทศก็จะตามมา

2) รัฐและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคม อาจแยกเป็น 2 ประเภทคือ

2.1 ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจการคลัง

ประเด็นทางเศรษฐกิจ โดยเนื้อแท้แล้วรัฐมิได้เป็นกลางที่คนทั่วไปคิด รัฐมักเข้าข้างนายทุน หากเป็นการตลาดแบบเสรีประชาธิปไตยหรือทหาร หากเป็นการปกครองแบบอำนาจนิยม การเข้าข้างนี้ทำได้สองทาง คือ

การเก็บภาษีที่เก็บคนจนมากกว่าคนรวย คือ ภาษีทางอ้อมและภาษีอัตราคงที่ หรือถดถอย ซึ่งคนรวยจะจ่ายน้อยกว่าคนจนเมื่อเทียบกับรายได้ที่เขาได้หรือได้รับ ตลอดจนการลดหย่อนภาษีและให้สิทธิพิเศษให้กับนักลงทุนจากต่างประเทศมากมายที่ทำให้คนจนมีเงินใช้จ่าย เพื่อดำรงชีวิตหรือสุขภาพน้อยลงและป่วยมากขึ้น

การจัดสรรงบประมาณ คือ การที่รัฐบาลมักจัดสรรให้กับคนรวยหรือคนที่มีอำนาจมากกว่า เช่น จัดให้คนในเมืองมากกว่าคนชนบท จัดให้การรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน ซึ่งเป็นการจัดการให้กับคนรวยที่ป่วยและเข้าถึงได้มากกว่าทั้งระยะทางและเงินที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล จัดสรรให้กับคนรวยที่มีรถยนต์ขับมากกว่าจัดสรรให้กับคนที่ไม่มียานยนต์ เป็นต้น หากรัฐจะจัดสรรให้กับคนที่ยากจนเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลหรือสวัสดิการก็มักจะบอกว่าเป็นประชานิยม หรือไม่ควรจัดสรรให้เพราะว่าคนเหล่านี้ก็เกี่ยวข้องเป็นกาฝาก

2.2 ความสัมพันธ์ทางการเมือง

ประเด็นทางการเมืองในกรณีนี้รัฐมักจะกล่าวว่าตนเองจะเสียอำนาจให้กับประชาชน ดังนั้นรัฐจึงพยายามรักษาการปกครองแบบอำนาจนิยมไว้ให้นานที่สุด หากเป็นประเทศประชาธิปไตยก็จะพยายามทำให้การปกครองส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไว้ให้มากที่สุด ไม่พยายามทำให้เกิดการปกครองส่วนท้องถิ่น หากเกิดการปกครองส่วนท้องถิ่นก็พยายามกีดกันคนชายขอบ ตั้งแต่คนที่ไม่มีทะเบียนบ้านในเขต แรงงาน การย้ายถิ่นทั้งในประเทศและข้ามชาติ กีดกันชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มพิการ กลุ่มที่สาม กีดกันองค์กรพัฒนาเอกชนและการรวมตัวของกลุ่มชาวบ้านออกจากการปกครอง เป็นต้น

ดังนั้น กลุ่มคนเหล่านี้จะไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี คนเหล่านี้ไม่ได้รับสวัสดิการสังคม คนเหล่านี้ไม่ได้รับงานที่ดี หากไม่ได้เป็นในชนชาตินั้น เช่น คนไทยมีบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน เป็นต้น คนเหล่านี้มักจะไม่มีบ้านและรวมตัวกันอยู่ในสลัมและลูกหลานของคนเหล่านี้เติบโตพร้อมกับความขาดแคลนของปัจจัยสังคมชุดที่หนึ่งที่ทำให้เป็นต่อสุขภาพที่ดี

1) ความสัมพันธ์หญิงชาย หรือความสัมพันธ์ทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่

คนในสังคมไทยโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ มักมองไม่ค่อยเห็นว่าประเด็นเรื่องความสัมพันธ์หญิงชายเป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่าเปรียบเทียบกับสังคมอิสลามและฮินดูหรือจีนโบราณแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายของไทยดูดีว่ามาก โดยเฉพาะผู้หญิงไทยที่มาจากครอบครัวชั้นกลางขึ้นไป หรือหากเห็นว่ามีความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันก็มักจะกล่าวว่า เป็นธรรมดาที่เป็นหญิงข้างต่ำหลัง ผู้ชายเป็นข้างทำหน้าที่ หรือผู้หญิงเป็นคนเก็บเงินหมด ความเชื่อแบบนี้ทำให้ไม่เห็นข้อเท็จจริงว่ามีผู้หญิงที่ยากจนและการศึกษาต่ำในชนบท ในโรงงานยังถูกผู้ชายกดขี่อยู่มากและไม่ทราบว่าตัวเองต้องตกอยู่ภายใต้อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ด้วย จึงไม่เห็นว่าเป็นตัวเองก็ถูกเอาเปรียบ

ในการพิจารณารายละเอียดเรื่องการทำงานก็จะพบว่า ผู้ชายทำงานนอกบ้านอย่างเดียว ผู้หญิงทำงานนอกบ้านและในบ้านเพื่อจุนเจือครอบครัว งานนอกบ้านก็เป็นงานชั้นสองและงานบริการ ขณะที่ผู้ชายทำงานตัดสินใจมีอำนาจ มีรายได้ และความก้าวหน้าดีกว่า งานในบ้านซึ่งมีมากมายผู้ชายไม่ต้องทำเช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เลี้ยงลูก ดูแลคนในครอบครัวและแม้แต่งานซ่อมแซมผู้หญิงก็ยังต้องทำ ขณะที่ผู้ชายดื่มเหล้าเบียร์ และนอนดูโทรทัศน์ รอรับประทานอาหาร นอนพักผ่อน ผู้หญิงถูกควบคุมเรื่องเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์อย่างเข้มงวดด้วยระบบตัวเดียวแต่หลายเมีย

อย่างไรก็ตาม ระบบชายเป็นใหญ่ในเนื้อแท้ นั้น เป็นการกดขี่ผู้หญิงหรือภรรยาทำให้มองว่า ครอบครัวที่ผู้หญิงกล้าหาญสามีนั้นเป็นผู้หญิงไม่ดี แต่ผู้หญิงที่ทนการกดขี่ของสามีนั้นเป็นผู้หญิงดี ดังนั้นในครอบครัวจึงมีแต่ความรุนแรง ซึ่งรวมการข่มขืนภรรยาและบุตรหลาน เป็นต้น ความเครียดและการขาดแคลน ลักษณะความสัมพันธ์ที่ชายเป็นใหญ่แบบนี้ ทำให้การเลี้ยงดูเด็กและการให้การศึกษาเด็กอาจไม่ดีได้ โดยเฉพาะการได้รับการรักษาช้ากว่า ต้องทำงานบ้านมากกว่า การมีบรรทัดฐานว่าเด็กวัยรุ่นห้ามมีเพศสัมพันธ์และห้ามท้อง หรือไม่ยอมรับเด็กนักเรียนนักศึกษาที่ท้องให้ใช้ชีวิตปกติในสังคมโดยปราศจากการถูกตีตรา อันเป็นผลตามที่มาของการกดขี่ทางเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์จึงมีการทำแท้งตามมา เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว ความสัมพันธ์แบบระบบทุนนิยมโลก ความสัมพันธ์ทางสังคมแบบชายเป็นใหญ่กำหนดการสร้างการทำงานของรัฐบาล และการทำงานของคนในครอบครัวและการศึกษาระบบเศรษฐกิจหรืองานบ้านและชุมชน ระบบสวัสดิการและความมั่นคงทางสังคม และระบบรักษาพยาบาลให้เป็นระบบที่เป็นทุนนิยมแบบชายเป็นใหญ่ ซึ่งส่งผลทำให้สังคมเป็นสังคมที่ไม่เป็นธรรม เช่น สังคมชนชั้นที่คนรวยรวยมากกว่า สังคมที่ชายเป็นใหญ่และทุนนิยม สังคมที่รัฐเป็นแบบอำนาจนิยม ผลที่ตามมาคือ คนกลุ่มที่เป็นชายขอบจะป่วยและตายมากกว่ากลุ่มคนอื่นที่ได้เปรียบ

เช่นเดียวกันกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพชุดแรก ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมชุดที่สองนี้เราสามารถเพิ่มเติมความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมเข้าไปด้วยอีก เช่น ความสัมพันธ์ทางชาติพันธุ์ที่ไม่เป็นธรรมที่ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นกลุ่มคนกลุ่มน้อยเข้าไม่ถึงทรัพยากรอำนาจเงินและมีผลที่ตามมาคือ คนเหล่านี้มีสุขภาพที่ไม่ดีหรือต่ำกว่าสุขภาพของกลุ่มคนอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะของตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

โดยข้อเสนอแนะนี้ อาจกล่าวได้ว่า เป็นการเขียนชุดโครงสร้างการพัฒนาความเป็นธรรมทางสุขภาพใหม่ว่ามี 2 ชุด กล่าวคือ ชุดที่พัฒนามาจากสาเหตุที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมชุดที่สอง แต่นำไปเขียนใหม่ได้ดังนี้

1) การบูรณาการความเป็นธรรมทางสุขภาพลงไปในทุกนโยบาย ทุกระบบทุกโครงการ นั่นคือ การทำให้สุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนา หากเป็นเป้าหมายหลักไม่ได้ก็ต้องทำให้ทุกนโยบายหรือโครงการส่งผลดีต่อสุขภาพหรือลดช่องว่างทางสุขภาพได้

2) การคลังสาธารณะ เป็นเรื่องของการเก็บภาษีจากประชาชน และใช้จ่ายภาษีนั้นออกมาพัฒนาประเทศ เช่นเดียวกับข้อแรก การคลังสาธารณะต้องเป็นไปเพื่อสุขภาพหรือสนับสนุนสุขภาพ เช่น การเก็บภาษีที่ก้าวหน้า ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมมากกว่าการเก็บภาษีทาง

ออกแบบอัตราคงที่ หรือการใช้จ่ายในเรื่องสวัสดิการสังคมมีประโยชน์กับสุขภาพมากกว่าการใช้จ่ายสนับสนุนความสะดวกสบายของคนในเมืองที่มีจำนวนน้อย

3) ความเป็นธรรมระหว่างหญิงกับชาย ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงกับชายในแทบทุกสังคมนั้นหญิงมักเสียผู้ชาย แต่ความเสียเปรียบนี้มีได้เป็นไปตามธรรมชาติ แต่เป็นการสร้างทางสังคมต่างหากดำรงอยู่ที่ถูกสร้างอย่างบิดเบือนไว้เช่นนี้ ผู้หญิงก็จะถูกกดขี่ต่อไป

4) เสริมพลังอำนาจทางการเมืองดึงเอาผู้ที่ถูกกีดกันกลับเข้ามาในสังคม มักมีหลายกลุ่มที่เป็นคนที่เรียกว่าคนชายขอบ เช่น กะเทย แรงงานต่างด้าว ชนกลุ่มน้อย คนแก่และคนพิการ เป็นต้น คนเหล่านี้เป็นคนที่มีความศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองและสังคมได้ แต่กลับเป็นว่ากลุ่มคนเหล่านี้ถูกวางกรรมทางสังคมทำให้เขาเป็นคนชายขอบเข้าไม่ถึงทรัพยากรสุขภาพและทำให้เขาป่วย เราต้องเลิกวางกรรมเหล่านั้น แล้วดึงคนเหล่านั้นเข้ามามีส่วนร่วมเสมอกัน

5) ธรรมเนียมปฏิบัติระดับโลก ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศมิได้เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน ระบบทุนนิยมในอดีตที่ล่าอาณานิคม และในปัจจุบันที่ล่าทางวัฒนธรรมได้ดูดซับทรัพยากรของประเทศด้อยพัฒนาที่จะเป็นประโยชน์กับคนในท้องถิ่นไปจำนวนมากและทิ้งไว้ซึ่งปัญหาสังคมและสิ่งแวดล้อม ความขัดแย้งรวมถึงปัญหาสุขภาพด้วย ในปัจจุบันกระแสโลกภิวัตน์ที่เข้ามาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องคนจนจำนวนมากตั้งตัวไม่ทันและตกเป็นเหยื่อของกระแสโลกภิวัตน์ ความร่วมมือระหว่างประเทศในการที่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่เท่าเทียมกันและมีธรรมาภิบาลนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการที่จะลดช่องว่างทางสุขภาพระหว่างประเทศ เพื่อลดความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศ

ข้อเสนอแนะอีกชุดของคณะกรรมการปัจจัยกำหนดสุขภาพ นอกเหนือจากข้อเสนอแนะในชุดที่หนึ่งแล้ว คณะกรรมการฯ ยังเสนอแนะทางการศึกษาวิจัยอีกด้วยว่า ทั้งนี้ เพราะที่ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพนั้นมาจากงานวิจัย หรือข้อค้นพบเชิงประจักษ์ เพื่อยืนยันแนวคิดนี้ทำได้จริงและมีการทำแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพนี้ยังขาดองค์ความรู้อีกจำนวนมาก ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเน้นการสร้างความรู้พิเศษ แต่มิใช่สร้างความรู้เท่านั้น ความรู้เหล่านี้จะต้องถูกเปลี่ยนให้เป็นนโยบายและมุ่งสู่การปฏิบัติด้วย และเพื่อให้การปฏิบัติสำเร็จ ลุล่วงหรือทำให้รู้ว่าช่องว่างทางสุขภาพลดลงหรือไม่ เมื่อลงมือแก้ไขปัญหาแล้ว ดังนั้นแนวคิดนี้จึงเน้นเรื่องของการสร้างเครื่องมือชี้วัด การสอดส่องติดตาม การประเมินผล และการกลับมาทบทวนความผิดพลาดจากบทเรียนด้วย

อย่างไรก็ตาม ปรับปรุงสุขภาพะในการลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสังคม ตามหลักของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (สุพจน์ เด่นดวง, 2553) มีมาตรการดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงความคิดของว่า ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ และความไม่เป็นธรรมทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ เนื่องจากความไม่เป็นธรรมนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และความไม่เป็นธรรมนั้นถือเป็นสิ่งที่ไม่ยุติธรรมในสังคม เช่น ไม่ควรให้เด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดมีอายุเฉลี่ยที่สั้นกว่าเด็กที่อยู่อาศัยในบ้านจัดสรร เป็นต้น

(2) การแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เน้นหนักไปที่ การแก้ไขความไม่เป็นธรรมในสุขภาพ ในชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันตั้งแต่เกิดจนวาระสุดท้ายของชีวิต อันได้แก่

2.1 การแก้ไขความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเด็กตั้งแต่เริ่มต้นชีวิตให้เท่าเทียมกัน

2.2 การทำให้ผู้ใช้แรงงานทุกคนมีงานทำเท่าเทียมกันและปลอดภัย และได้ค่าตอบแทนที่คุ้มค่าเหมาะสมกับลักษณะของการประกอบอาชีพ

2.3 การมีที่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เหมาะสมกับการอยู่อาศัยอย่างเท่าเทียมกัน

2.4 การมีสิทธิในการเข้าถึงการบริการสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย การที่ทุกคนมีสวัสดิการสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกเรื่องสำหรับทุกคน

(3) การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ กล่าวคือ ความไม่เป็นธรรมทางสังคมมักเกี่ยวข้องกับอำนาจ การเงิน ทรัพยากรที่อยู่ในสถาบันต่างๆ ในสังคม ดังนั้นจึงไม่ควรที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะในสถาบันทางสังคมเท่านั้น เพราะความเป็นธรรมทางสังคมมีรากฐานจากความไม่เท่าเทียมทางชนชั้น

(4) การสร้างระบบการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ และความไม่เป็นธรรมทางสังคม เพื่อชีวิตให้เห็นถึงปัญหาความเป็นธรรมยังดำรงอยู่ เพื่อความเข้าใจถึงปัญหา เพื่อทำเป็นตัวชี้วัดการติดตาม และเร่งรัดให้บรรลู่วัตถุประสงค์ของการลดช่องว่างอย่างไม่เป็นธรรม

(5) นโยบายของสังคมและโครงสร้างทางสังคมต่างๆ ของรัฐ และสถาบันทางสังคมต่างๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อด้านความไม่เป็นธรรมทางสังคม

อาจกล่าวสรุปได้ว่า แนวคิดเรื่อง ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ หรือตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมนี้ จึงเป็นความพยายามที่จะระบุปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ ดังนั้นเมื่อมีเหตุหนึ่งเหตุใด หรือการกระทำหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป ย่อมมีผลให้สุขภาพของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยหากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านั้นเป็นไปในทางที่ดี ก็น่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มนั้นดีขึ้น แต่หากเป็นไปในทางตรงข้ามสุขภาพประชาชนก็เสื่อมลงเช่นกัน

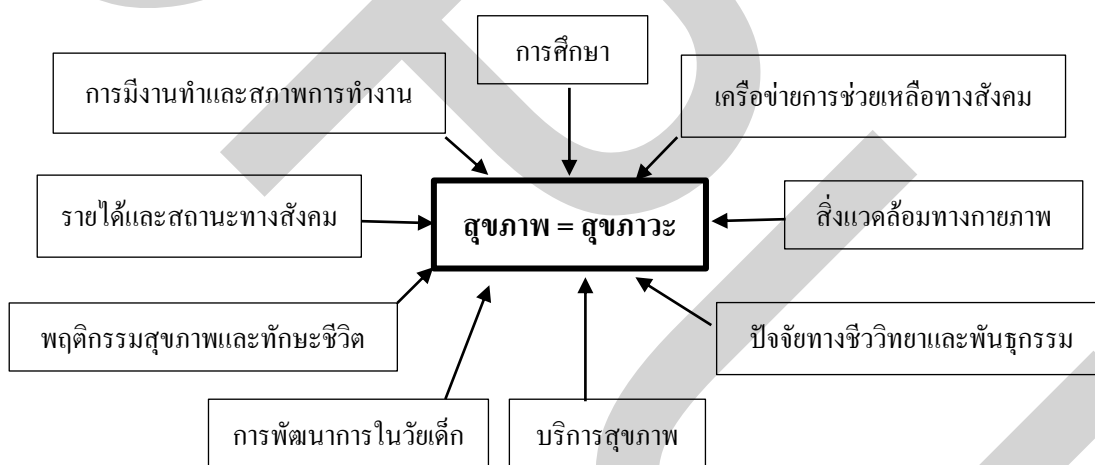
ดังนั้นผู้วิจัยได้นำชุดโครงสร้างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพนี้ มาวิเคราะห์หาตัวกำหนดสุขภาพทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพของคนไทย อันนำไปสู่การแสวงหาทางลดช่องว่างทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งนำมาตอบโจทย์การวิจัยข้อที่ 1

2.2.4 กรณีศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

การระบุตัวกำหนดสุขภาพ มักมีความแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดต่างๆ ซึ่งแต่ละกรอบแนวคิดมักจะมีลักษณะเฉพาะ และสอดคล้องกับบริบทที่ทำการศึกษาดังเช่นกรณีศึกษาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพในประเทศแคนาดา ประเทศอังกฤษ และในประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีของประเทศแคนาดา

จากกรอบแนวคิดนี้ ใช้ในการกำหนดเรื่องบ่งชี้ว่า เมื่อมีการกำหนดนโยบายหรือโครงการใดๆ มีผลกระทบต่อปัจจัยเหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วย โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพออกเป็น 9 กลุ่ม ดังภาพ



ภาพที่ 2.3 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีของประเทศแคนาดา (Kwiatkowski and Ooi 2001)

1. รายได้และสถานะทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ กล่าวคือ คนมีรายได้สูงกว่ามักมีสุขภาพดีกว่าคนมีรายได้ต่ำกว่า ถึงแม้ว่าจะอยู่ภายใต้ระบบสุขภาพที่ยึดหลักความเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่ายิ่งสังคมมีการกระจายรายได้ที่มีความเป็นธรรมมากขึ้น ประชาชนในสังคมนั้นก็จะยิ่งมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้โดยมิได้ขึ้นอยู่กับรายจ่ายด้านบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ

2. การศึกษา คือ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางสุขภาพ เพราะระดับการศึกษาสูงจะมีผลต่อการสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมการทำงานของตนได้มากกว่า สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่า

3. การมีงานทำและสภาพการทำงาน กล่าวคือ การมีงานทำและการตกงานมีผลมากต่อสถานะทางสุขภาพ เนื่องจากคนตกงานมีภาวะความกดดันในจิตใจสูง มีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าคนมีงานทำ และคนที่มีงานทำก็มีปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น งานที่มีความเครียด งานที่มีความเสี่ยง

4. สิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ คือ สุขภาพของมนุษย์ต้องพึ่งพาอากาศ น้ำ อาหาร และที่พักอาศัย เป็นปัจจัยพื้นฐานทางสุขภาพ การกระทำของมนุษย์มีผลให้เกิดมลภาวะต่อปัจจัยเหล่านี้ และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยได้

5. ปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรม กล่าวคือ ปัจจัยและกลไกชีวภาพของร่างกาย เช่น การเจริญเติบโต การชราภาพ เพศ ตลอดจนพันธุกรรมล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ และทำให้การเกิดโรคของแต่ละคนแตกต่างกันไป

6. เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคม อันได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และการช่วยเหลือกันในชุมชน มีผลต่อสุขภาพ ช่วยลดความเครียด และแก้ปัญหาหลายประการ จากการศึกษาพบว่า คนที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (พบปะผู้คนมาก) มีอัตราการตายก่อนวัยอันควรน้อยกว่าคนที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยอย่างชัดเจน

7. พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต คือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีทางเลือกที่ดีจะช่วยเพิ่มพูนสถานะทางสุขภาพ การรับประทานอาหารที่สมดุล การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

8. การพัฒนาในวัยเด็ก มีหลักฐานจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ชีวิตช่วงก่อนคลอดจนถึงช่วงชีวิตในวัยเด็ก มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ทักษะชีวิต และความสามารถต่างๆ เมื่อเติบโตในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ การดูแลในวัยเด็กยังมีผลต่อความสมบูรณ์ของจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

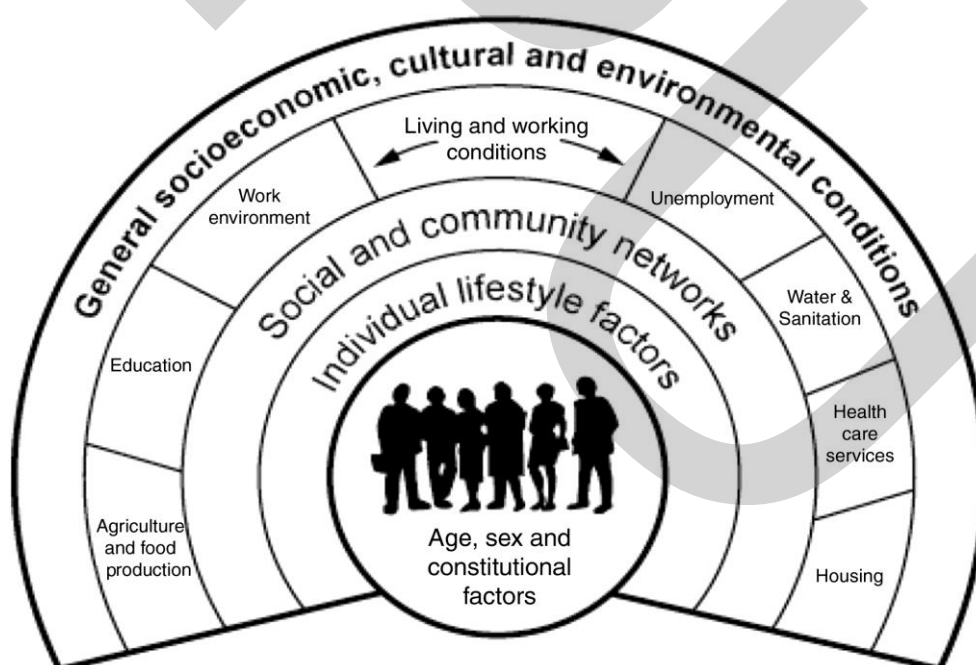
9. บริการสุขภาพ คือ การบริการสุขภาพที่เน้นด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค มีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนในแง่ดี

จากกรอบแนวคิดของประเทศแคนาดา มีข้อเด่นคือ การจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพเป็นข้อๆ อย่างชัดเจน ครอบคลุมทั้งปัจจัยกายภาพ-ชีวภาพ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ-สังคม ทำให้สะดวกในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แต่มีข้อด้อยคือ ยังขาดการนำเสนอถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยในระดับต่างๆ

2. ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีของประเทศไทย

เป็นการนำเสนอให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมสุขภาพของมนุษย์ และตัวมนุษย์เองอยู่ในระดับหรือเป็นลำดับขึ้นไป จากปัจจัยในตัวมนุษย์ ไปสู่ปัจจัยในระดับชุมชน และสังคมที่ใหญ่ขึ้น โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับด้วยกันคือ

1. ปัจจัยที่อยู่ในตัวมนุษย์เอง เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของมนุษย์ เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการเดินทาง พฤติกรรมการพักผ่อน
3. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคม และเครือข่ายในชุมชน เช่น ความสัมพันธ์ในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ความเข้มแข็งของชุมชน
4. เงื่อนไขในการดำเนินชีวิต และเงื่อนไขในการทำงาน เช่น การผลิตอาหาร และผลผลิตทางการเกษตร สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
5. เงื่อนไขโดยรวมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ ในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ



ภาพที่ 2.4 กรอบความคิดตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในประเทศไทย

ถึงแม้ว่า กรอบแนวคิดในลักษณะนี้จะมิได้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มของปัจจัยต่างๆ ที่ชัดเจนเหมือนประเทศแคนาดา แต่มีข้อดีตรงที่ว่า สามารถกระตุ้นให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่อยู่ใกล้ตัว (พฤติกรรม) ปัจจัยภายในชุมชน (ระดับเครือข่ายสังคมสาธารณะ) และปัจจัยที่ใกล้ตัวเราออกไป (นโยบายสาธารณะ)

3. ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในกรณีประเทศไทย

แนวโน้มปัจจัยที่กำหนดสุขภาพในประเทศไทยนั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลทำให้ปัญหาสุขภาพมีหลายรูปแบบเปลี่ยนไป

สามารถ ใจเตี้ย (2556) ได้วิเคราะห์ถึงแนวโน้มปัจจัยที่กำหนดสุขภาพในประเทศไทยว่า “เป็นแนวโน้มที่ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม” ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

สังคมโลกมีวิถีการบริโภคนิยมเป็นหลัก ทำให้การแข่งขันทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศรุนแรง ประเทศไทยจึงต้องเผชิญกับสภาพการแข่งขันที่รุนแรง ประเทศไทยจำเป็นต้องก้าวไปสู่ความเป็นสากลในเวทีการแข่งขันระดับโลก ส่งผลให้เกิดการจ้างงาน เมื่อประชาชนมีงานทำย่อมก่อให้เกิดรายได้ มีทางเลือกในการรับบริการด้านสุขภาพและการบริโภคอาหารมากขึ้น และมีทางเลือกที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Information Technology (IT) จะทำให้มีการพัฒนาสินค้า บริการรวมเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้บริโภคสามารถเลือกได้มากขึ้นและผู้ผลิตสามารถผลิตได้ตรงตามความต้องการของผู้บริโภค สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนไทยอย่างมาก และสามารถกำหนดจิตสำนึกของคนในสังคม หรือครอบงำความคิดนั่นเอง เช่น เทคโนโลยีที่เชื่อมโยงการผลิตอาหารและการทำฟาร์มสมัยใหม่ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าอย่างมาก เช่น การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงในปัจจุบัน เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม

การติดต่อสื่อสารและเปลี่ยนทางด้านวัตถุและวัฒนธรรมมากขึ้น มีผลกระทบต่อจริยธรรม คุณค่า ค่านิยม ซึ่งส่งผลต่อไปถึงพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ในสังคม เช่น การบริโภคสื่อที่ไม่มีจิตสำนึกในการถ่ายทอด ทำให้เกิดการเลียนแบบและสังสมประสบการณ์ และรับอิทธิพลสังคมถึงตะวันตกที่ติดมากับเทคโนโลยีมากขึ้น ส่งผลต่อความฟุ้งเฟ้อ รวมถึงการปรับรูปแบบการ

ดำรงชีวิตแบบตะวันตกมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ อันได้แก่ การเกิดคลอเรสเตอรอลสูงในร่างกาย อันเกิดจากการรับประทานอาหาร การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อันเกิดจากการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง

ระบบการเมืองของประเทศไทยเป็นระบอบประชาธิปไตย ดังนั้นฝ่ายการเมืองจึงทำงานเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน นโยบายต่างๆ ที่สร้างขึ้นมานั้นจำเป็นจะต้องคำนึงสิ่งที่ถูกนำไปปฏิบัติการเข้าถึงชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ลดความขัดแย้ง ความกีดกัน และความเสมอภาคในสังคม

5. วิถีชีวิตที่ฟุ่มเฟือย

สังคมไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มนิยมความฟุ้งเฟ้อ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งนิยมการบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย และค่านิยมในวิถีชีวิตแบบนี้จะส่งผลไปสู่ในวัยทำงาน อันนำไปสู่ปัญหาทางสังคม เช่น การขายบริการทางเพศ หรือก่ออาชญากรรม เนื่องจากต้องการมีทุกอย่างทัดเทียมเพื่อน และอีกด้านหนึ่งคือ ลักษณะนิสัยของคนเปลี่ยนไปเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น ค่าครองชีพที่สูงขึ้นส่งผลต่อสถานะความเครียดอันก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น

2.3 แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพ

2.3.1 แนวคิดเรื่องกระบวนการสื่อสาร

การสื่อสาร (communication) คือกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือบุคคลต่อกลุ่ม โดยใช้สัญลักษณ์ สัญลักษณ์ หรือพฤติกรรมที่เข้าใจกัน โดยมีองค์ประกอบดังนี้



ภาพที่ 2.5 แสดง Model การสื่อสาร

ผู้ส่งสารคือผู้ที่ทำหน้าที่ส่งข้อมูล สารไปยังผู้รับสารโดยผ่านช่องทางที่เรียกว่าสื่อ ถ้าหากเป็นการสื่อสารทางเดียวผู้ส่งจะทำหน้าที่ส่งเพียงประการเดียว แต่ถ้าเป็นการสื่อสาร 2 ทางผู้ส่งสารจะเป็นผู้รับในบางครั้งด้วย ผู้ส่งสารจะต้องมีทักษะในการสื่อสาร มีเจตคติต่อตนเอง

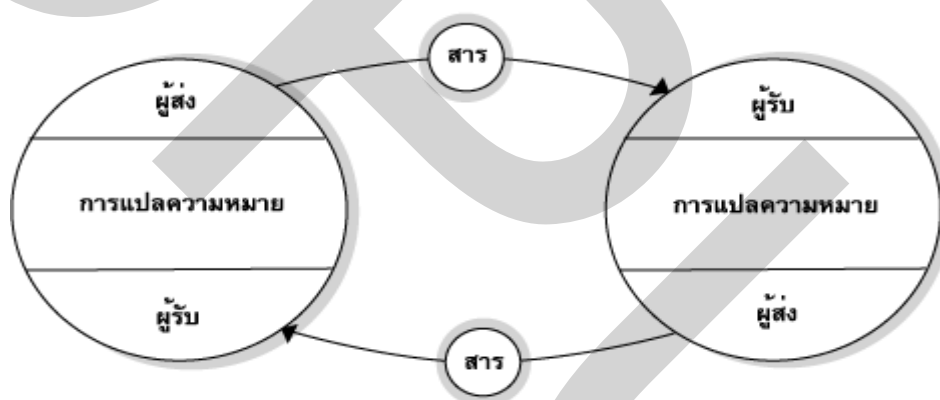
ต่อเรื่องที่จะส่ง ต้องมีความรู้ในเนื้อหาที่จะส่งและอยู่ในระบบสังคมเดียวกับผู้รับก็จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ

ข่าวสารในกระบวนการติดต่อสื่อสารก็มีความสำคัญ ข่าวสารที่ดีต้องแปลเป็นรหัส เพื่อสะดวกในการส่ง การรับและตีความ เนื้อหาสารและการจัดสารก็จะต้องทำให้การสื่อความหมายง่ายขึ้น

สื่อหรือช่องทางในการรับสารคือ ประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัส และตัวกลางที่มนุษย์สร้างขึ้นมา เช่น สิ่งพิมพ์ กราฟิก สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ผู้รับสารคือผู้ที่เป็นเป้าหมายของผู้ส่งสาร การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพ ผู้รับสารจะต้องมีประสิทธิภาพในการรับรู้มีเจตคติที่ดีต่อข้อมูลข่าวสาร ต่อผู้ส่งสารและต่อตนเอง

รูปแบบจำลองเชิงวงกลมการสื่อสารของออสกู๊ดและชแรมม์

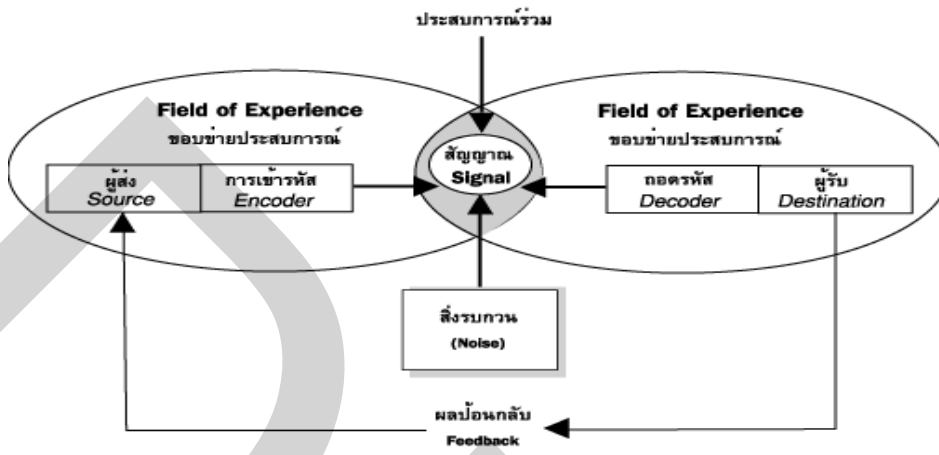


ที่มา : ที่มาจากหนังสือเทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรมของ กิดานันท์ มลิทอง

ภาพที่ 2.6 แสดงรูปแบบจำลองเชิงวงกลมของออสกู๊ดและชแรมม์

ปี 1954 Wilber schramm และ C.E. Osgood ได้สร้าง Model รูปแบบจำลองเชิงวงกลมการสื่อสาร เป็นรูปแบบของการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication)

รูปแบบจำลองการสื่อสารของชแรมม์

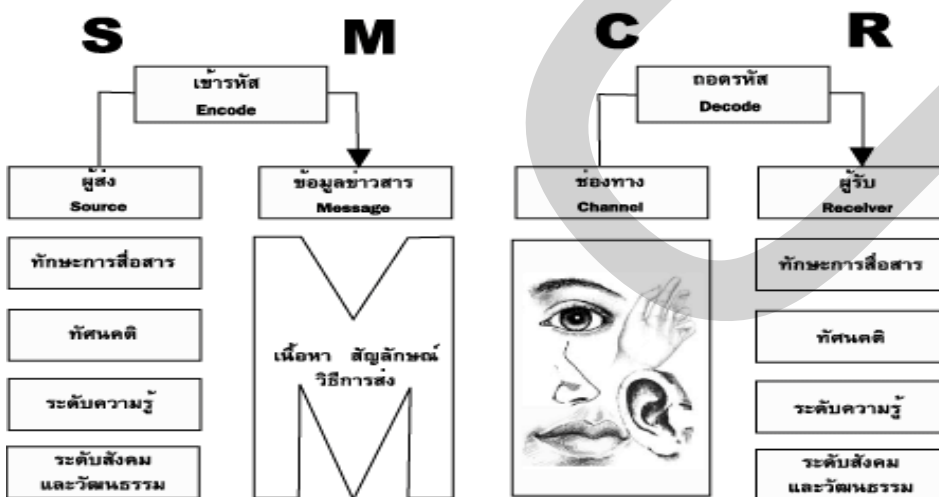


ที่มา : ที่มาจากหนังสือเทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรมของ กิดานันท์ มลิทอง

ภาพที่ 2.7 แสดงรูปแบบจำลองเชิงวงกลมของแรมม์

ปี 1954 Wilber schramm กล่าวถึงพื้นฐานประสบการณ์ร่วม (Field of Experience) ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารว่าจะต้องมีประสบการณ์ร่วมกันเพื่อสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน

แบบจำลอง SMCR ของเบอร์โล



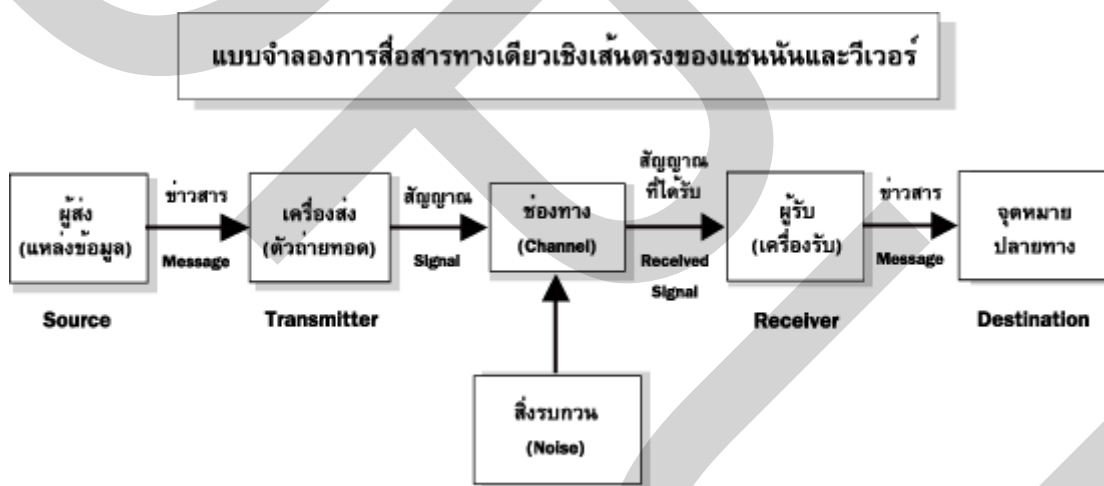
ที่มา : ที่มาจากหนังสือเทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรมของ กิดานันท์ มลิทอง

ภาพที่ 2.8 แสดงรูปแบบจำลอง SMCR ของเบอร์โล

ปี 1960 แบบจำลองการสื่อสารของเบอร์โล (Berlo) ได้ให้ความสำคัญกับสิ่งต่างๆ คือ

1. ผู้ส่งสาร (Source) ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถเข้ารหัส (Encode) เนื้อหาข่าวสารได้ มีความรู้เข้าใจในข้อมูลที่จะส่ง สามารถปรับระดับให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้รับสาร
2. ข่าวสาร (Message) คือเนื้อหา สัญลักษณ์ และวิธีการส่ง
3. ช่องทางการสื่อสาร (Channel) ให้ผู้รับสารได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5
4. ผู้รับสาร (Receiver) ผู้ที่มีความสามารถในการถอดรหัส (Decode) สารที่รับมาได้ อย่างถูกต้อง

แบบจำลองการสื่อสารของเบอร์โล จะให้ความสำคัญในปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้การสื่อสารประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะการรับรู้ ระบบสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งผู้รับและผู้ส่งต้องมีตรงกันเสมอ



ที่มา : ใ้มาจากหนังสือเทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรมของ กิตานันท์ มลิทอง

ภาพที่ 2.9 แสดงแบบจำลองการสื่อสารทางเดียวเชิงเส้นตรงของแชนนอนและวีเวอร์

ตามแบบจำลองของแชนนอนและวีเวอร์ (Shannon and Weaver) จะมองถึงองค์ประกอบพื้นฐานของการสื่อสารเช่นเดียวกับเบอร์โลแล้ว ยังให้ความสำคัญกับ "สิ่งรบกวน" (Noise) ด้วย เพราะในการสื่อสารหากมีสิ่งรบกวนเกิดขึ้นก็จะหมายถึงการเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร เช่น หากอาจารย์ใช้ภาพเป็นสื่อการสอนแต่ภาพนั้นไม่ชัดเจนหรือเล็เกินไป ก็จะทำให้ผู้เรียนเห็นไม่ชัดเจนทำให้เกิดการไม่เข้าใจ

จากการศึกษากระบวนการสื่อสารที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองกระบวนการสื่อสารของเบอร์โล มาวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย เพื่อนำมาตอบโจทย์การวิจัยในข้อที่ 2

2.3.2 แนวคิดเรื่องการสื่อสารสุขภาพ

จากเอกสารของ Office of Disease Prevention and Health Promotion ของอเมริกา พบว่าหน่วยงานนั้นมองการสื่อสารว่าสามารถมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ได้ครอบคลุมในทุกด้านของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภัย (พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เดียวสมบุญกิจ, 2551) โดยเฉพาะสามารถมีส่วนร่วมในเรื่องดังนี้

- 1) บทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์กับคนไข้ผ่านการสื่อสารที่แม่นยำ น่าฟังพอใจ และมีผลดีต่อการรักษาพยาบาล
- 2) เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการแสวงหาและการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพของประชาชน
- 3) ใช้การสื่อสารเพื่อให้การปฏิบัติตนของผู้ป่วยนั้นเป็นไปตามข้อปฏิบัติและคำแนะนำทางการแพทย์
- 4) เป็นผู้กระทำการเผยแพร่และรณรงค์ด้านสื่อและสารของสาธารณสุข
- 5) ทำการเผยแพร่สู่สาธารณะในเรื่องภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของเอกชนและประชากร หรือที่เรียกว่า Risk Communication
- 6) ทำหน้าที่ในการสื่อสารและการจัดการภาพลักษณ์ด้านสุขภาพในสื่อและในวัฒนธรรม
- 7) ให้การศึกษาแก่ประชาชนและผู้บริโภคให้รู้ถึงวิธีการใช้บริการระบบสาธารณสุข และการเข้าถึงระบบการรักษาสุขภาพร่วมกันพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขและการแพทย์ทางไกล

พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เดียวสมบุญกิจ (2552) ได้กล่าวถึง สาเหตุที่ทำให้คนสนใจการสื่อสารสุขภาพนั้น เกิดจากการระดมความคิดเห็นของนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้าน “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” พบว่าจุดเริ่มต้นที่ทำให้คนสนใจศึกษาเรื่อง “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” มีหลากหลายเหตุผลได้แก่

ประการแรก การสื่อสารสุขภาพเป็นเรื่องใกล้ตัว ไม่ว่าจะเป็นความสนใจส่วนตัว ประสบปัญหาจากคนใกล้ตัว สื่อใกล้ตัว หรืออาจเป็นปัญหาของตนเองที่กำลังเดือดร้อน

ประการที่สอง เป็นเรื่องของกระแสสังคม ที่ปัจจุบันคนหันมาสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกำหนัดวาระโดยรัฐบาล สื่อมวลชน หรือองค์กรต่างๆ เช่น สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ทำคำขวัญ “สร้างนำซ่อม” กลายเป็นกระแส ที่ปลูกเร้าให้คนหันมาสนใจสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ก่อนการเจ็บป่วยต้องซ่อมแซมสุขภาพโดยระบบบริหาร หรือกระแสสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนจากเรื่อง “เชื้อโรคและการจัดการเชื้อโรคมารูเรื่อง “คุณภาพชีวิตและการจัดการกับความเครียดที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี” เป็นต้น ซึ่งการสร้างกระแสดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยเรื่องการสื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง

ประการที่สาม อาจมีจุดเริ่มต้นจากปัญหาในการสื่อสารของผู้ที่ต้องการสื่อสารเรื่องสุขภาพ เช่น นักสื่อสารสุขภาพมักประสบปัญหาในเรื่องการสื่อสารให้คนเข้าใจเรื่องสุขภาพ และการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ดังนั้น จึงต้องการแสวงหาวิธีการสื่อสารสุขภาพระหว่างหมอกับคนไข้ (Patient-provider) ที่ก่อให้เกิดความหมายร่วมกัน และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งการสื่อสารสุขภาพในภาวะวิกฤต เช่น การสื่อสารกับคนไข้ที่เรียกร้องค่าเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นต้น

“การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” (Health Communication) เป็นคำที่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ เอกฉันทน์ที่แทนคำว่า “การสื่อสารสายสุขภาพ” (Medical Health) แต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง “การสื่อสาร” (Communication) และ “สุขภาพ” (Health) ซึ่งถือว่าเป็นบริบทหนึ่งของการสื่อสารเพื่อการพัฒนา ที่มองว่าเราจะใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการจัดการด้านสุขภาพนั้นอย่างไร มีปัจจัยอะไรที่ส่งผลต่อกระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพเชิงป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และการศึกษาผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดในระดับชุมชนและสังคม โดยมีเป้าหมายในการสร้างสังคมให้มีความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (Shart และ Poer, 1988)

ความหมายของการสื่อสารสุขภาพ

ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับคำนิยามความหมายของคำว่า “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ที่ลงตัวหรือเป็นมาตรฐานที่ยอมรับร่วมกัน เนื่องจาก “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” นี้มีความเกี่ยวพันกันระหว่าง 2 ศาสตร์ คือ “สุขภาพ” (Health) และ “การสื่อสาร” (Communication) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รวบรวมคำนิยาม ความหมาย การสื่อสารเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่เน้นศึกษากระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

Northouse & Northouse (1992) ได้ให้คำนิยาม การสื่อสารเพื่อสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพ คือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนที่เข้ามาใช้บริการทั่วไปในบทบาทของการดูแลรักษาสุขภาพ

ดังนั้น “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” นั้นเป็นกลยุทธ์ในการบอกกล่าวหรือการแจ้งให้ทราบ (informing) รวมทั้งการส่งผลอิทธิพล (influencing) และการชักจูงใจให้บุคคล สถาบัน และ

สาธารณสุขรับทราบเกี่ยวกับความสำคัญของประเด็นสุขภาพต่างๆ ที่รวมทั้งการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงนโยบายการดูแลรักษาสุขภาพ ธุรกิจสุขภาพ และในขณะเดียวกันก็ยังรวมถึงคุณภาพชีวิต และสุขภาพของแต่ละบุคคลในสังคมนั้นๆ

Kreps & Thornton (1992, p.2) ได้ให้นิยามเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพ โดยอิงเป้าหมายของผู้สื่อสารเป็นสำคัญ โดยชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารเพื่อสุขภาพ คือ การสนับสนุนให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การส่งเสริมให้คนดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนให้คนเข้าถึงแนวทางในการป้องกัน/รักษา และการนำกลยุทธ์ที่เหมาะสมไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้อันตรายเสี่ยงต่างๆ เกิดขึ้นน้อยที่สุดในสังคมไทยพบว่าหลายๆ ฝ่ายมักมองว่าการสื่อสารเพื่อสุขภาพเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการสื่อสารในระดับชุมชน และสังคมในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ

WHO (1996) ให้ความหมาย “การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” ว่า “เป็นการใช้กลยุทธ์หลักๆ ในการบอกกล่าวหรือแจ้ง (Inform) ให้สาธารณสุขทราบเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ด้วยการสื่อสารสื่อมวลชน (Mass communication) และการใช้สื่อผสมประเภทอื่นๆ (Multimedia) รวมทั้งนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ที่มุ่งเผยแพร่เนื้อหา ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการตระหนักในประเด็นดังกล่าว ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และในระดับสังคม” อีกทั้งรวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ (Health development) ด้วย โดย WHO ได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมดังนี้

“การสื่อสารเพื่อสุขภาพ” เป็นกระบวนการที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับสังคมโดยรวม โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมใหม่ๆ (Modern cultures) ผ่านสื่อประเภทต่างๆ ตามความเหมาะสมเพื่อสามารถที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเป้าหมายตามที่ต้องการได้ ทั้งนี้มีงานวิจัยหลายเล่มที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การใช้ทฤษฎีการสื่อสารในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) จะสามารถสร้างแรงให้คนในสังคมให้สามารถค้นหา หรือเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาสุขภาพ หรือสร้างวิถีชีวิต (Lifestyle) ผู้ที่มีสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้

ทั้งนี้ WHO ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า “การสื่อสารสุขภาพ” จะประกอบด้วยศาสตร์หลายๆ ศาสตร์ เช่น สารบันเทิง (Edutainment หรือ entertainment-education) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การชี้นำด้านสื่อ (Media Advocacy) การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication) และการสื่อสารเพื่อสังคม (Social Communication and Social Marketing) ฯลฯ

ซึ่งประเด็นเนื้อหาด้านสุขภาพต่างๆ จะถูกนำเสนอโดยใช้สื่อที่มีความหลากหลาย รูปแบบ อาทิเช่น การเล่าเรื่อง การแสดงละครหุ่นเชิด การนำเสนอด้วยเพลง ฯลฯ รวมทั้งการใช้สื่อ ประสมที่ประกอบด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยต่างๆ ในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเพิ่มการ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายให้ได้มากขึ้นและมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารสุขภาพตามคำประกาศโทรนโตเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Toronto Consensus Statement on the relationship between communication practices and health outcomes, 1991) ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ 8 ประการ คือ

- 1) ปัญหาของการสื่อสารในบริการสุขภาพมีความสำคัญและพบได้เสมอ
- 2) ปัจจัยเอื้อให้เกิดความวิตกกังวลหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ คือ การขาดความเชื่อมั่นของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอันเนื่องมาจากการขาดข้อมูล จากการอธิบายที่ไม่พอเพียงและการตอบคำถามที่ไม่ครบถ้วนของผู้ให้บริการสุขภาพ
- 3) ผู้ให้บริการทางสุขภาพหรือแพทย์ คาดการณ์ประมาณทั้งปริมาณและประเภทของ ข้อมูลที่ไม่ตรงต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
- 4) การเพิ่มคุณภาพของการสื่อสารระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ หรือผู้ป่วยกับแพทย์ นั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านบวกของการบริการสุขภาพ
- 5) การแสดงออกซึ่งความเข้าใจและการอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพหรือแพทย์ จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการสุขภาพหรือผู้ป่วยลงได้เสมอ แม้ว่าจะไม่สามารถจะจัดได้ หมดก็ตาม
- 6) การเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มระดับความ พึงพอใจและระดับความยินยอมในการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งการเพิ่มผลลัพธ์เชิงบวก
- 7) ระดับความโศกเศร้าของผู้ป่วย อาการหนักจะลดลงก็ต่อเมื่อผู้ป่วยนั้นมีความมั่นใจว่าจะได้รับข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องแล้ว เมื่อผู้ให้บริการสุขภาพหรือแพทย์ ได้เรียนรู้เทคนิคของ การสื่อสารที่ดีแล้วนั้น จะสามารถทำการสื่อสารสุขภาพเชิงบวกได้อย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่เพิ่ม ระยะเวลาการให้บริการ
- 8) ร่วมกันพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขและการแพทย์ทางไกล

พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบูรณกิจ (2551) ให้คำนิยามว่า การสื่อสารสุขภาพ คือ การดำเนินงานเพื่อการสื่อสารสองทางระหว่างผู้รับสารและผู้ส่งสาร ที่เปิดโอกาสให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายและทั่วถึง มีการจัดองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนประชาชน

มาลี บุญศิริพันธ์ (2548) กล่าวว่า การสื่อสารสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น โดยผ่านสื่อมวลชน และสื่อบุคคล โดยเน้นการสื่อสารสองทาง

หนึ่งฤทัย ขอผลกลาง (2552) ให้คำนิยามการสื่อสารสุขภาพในงานวิจัยเรื่อง พัฒนาการ และแนวโน้มของการวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทย หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยน สื่อสารระหว่างกันที่เชื่อว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร พร้อมทั้งจะรับความคิดเห็นของผู้อื่นได้ในรูปแบบการสื่อสารสองทาง

กล่าวโดยสรุป การสื่อสารเพื่อสุขภาพ จึงหมายถึง กระบวนการถ่ายทอด แลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร ระหว่างกันที่เชื่อมั่นว่าคนเราเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร เพื่อการเรียนรู้ข้อมูล และความหมายสุขภาพร่วมกัน อันนำไปสู่การสร้างวิถีชีวิตสู่การมีสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง

องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม จากการนิยามความหมายการสื่อสารเพื่อสุขภาพนี้ ทำให้เห็นว่า ไม่ว่า รูปแบบการสื่อสารเพื่อสุขภาพในรูปแบบใดก็ตาม สิ่งหนึ่งที่ขาดไม่ได้ คือ “องค์ประกอบของการสื่อสาร” (วาสนา จันทร์สว่าง, 2548) นั่นคือ ผู้ส่งสาร สาร ช่องทาง และผู้รับสาร นั่นเอง ซึ่ง องค์ประกอบของการสื่อสารนั้นจะแตกต่างกันไปตามบริบทที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นในบริบทของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น องค์ประกอบของการสื่อสาร จะมีลักษณะดังนี้

1) ผู้ส่งสาร หมายถึงผู้นำด้านสุขภาพ หรือผู้ปฏิบัติการด้านสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ผู้ส่งสารจะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะการสื่อสาร, มีบุคลิกภาพ, น่าเชื่อถือ ศรัทธา, รับผิดชอบ, จิตสาธารณะ โดยไม่ใช่เฉพาะแค่บุคลากรทางสุขภาพเท่านั้น, สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ และถ่ายทอดให้ปฏิบัติได้, มีการสื่อสารเพื่อเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม

2) เนื้อหาของสาร ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การสร้างจิตสำนึกเพื่อการเสริมสร้างปรับเปลี่ยน และคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ดังนั้น เนื้อหาของสารจะต้องเพียงพอในการนำไปสู่การปฏิบัติได้, จัดเก็บเนื้อหาเหมาะสม สามารถนำไปใช้งานได้จริง, เนื้อหาง่ายเป็นธรรมชาติ, มีการทำสอบก่อนนำไปใช้งาน พร้อมการปรับแต่งให้เหมาะสมกับผู้รับสาร, สารมีความสร้างสรรค์ไม่น่าเบื่อ, ข้อมูลท้องถิ่น, ข้อมูลชุมชน, สารชัดเจน เข้าใจง่าย

3) สื่อ หรือ ช่องทาง กิจกรรม วิธีการเข้าถึงผู้รับ, มีการใช้สื่อมวลชน และสื่อชุมชนในสัดส่วนที่เหมาะสม, มีการใช้สื่อผสม, การจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อสร้างกระแสสังคม, มีความต่อเนื่องและครบวงจร, มีความนิยมและความน่าเชื่อถือ

4) ผู้รับสาร อันได้แก่ กลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มเป้าหมายรอง และประชาชนทั่วไป ซึ่งผู้รับสารแต่ละกลุ่มเหล่านี้ สามารถมีปฏิกิริยาตอบโต้, แบ่งกลุ่มย่อย (Audience Segmentation) เพื่อส่งสารเฉพาะเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย, เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักตัวจริง

5) ผลของการสื่อสาร อาจเกิดขึ้นในรูปแบบของการรับรู้ ความสนใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

6) ผลกระทบ คือ ประโยชน์หรือโทษที่เกิดขึ้นตามมาจากการดำเนินงานโครงการสื่อสาร

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดองค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพนี้ มาวิเคราะห์ถึงคุณลักษณะองค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย จากองค์ประกอบของการสื่อสารเหล่านี้ ทำให้เห็นว่าประสิทธิภาพของการสื่อสารสุขภาพนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นการกำหนดรูปแบบ หรือกำหนดวิธีการของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ ซึ่ง Ratzan (อ้างถึงในกรมการสาธารณสุข, 2549) ได้กำหนดแนวคิดในการแบ่งการสื่อสารสุขภาพ ออกเป็น 2 แนวคิดและวิธีการ ดังนี้

1) ใช้ระดับการสื่อสารเป็นตัวกำหนดขอบเขต (The Communication-Levels Approach)

การสื่อสารมีการกำหนดโครงสร้างของตัวมันเองออกเป็นการสื่อสารระดับต่างๆ เช่น การสื่อสารกับตนเอง (Intrapersonal Communication), การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication), การสื่อสารในกลุ่มย่อย (Small Group Communication), การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication), การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) และการสื่อสารสาธารณะ (Public Communication)

แนวคิดดังกล่าว สามารถที่จะใช้วิธีการเช่นเดียวกันกับศาสตร์ด้านการสื่อสารสุขภาพได้เช่นกัน เพราะจากผลงานด้านการสื่อสารสุขภาพที่ปรากฏออกมาในช่วงประมาณกว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคคล และการสื่อสารมวลชน เป็นประเภทการสื่อสารที่มีการนำไปใช้มากที่สุด ในกระบวนการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพ โดยที่ Interpersonal Communication จะเน้นที่การสื่อสารระหว่างบุคคล การเผชิญหน้า การพบปะพูดคุย เช่น The Patient-Provider Relationship (Arnston et al., 1978; Ballard-Reisch, 1990; Beisecker & beisecker, 1993; Brenders, 1989; Evans et. al. 1992; Wyatt, 1991) ต่างก็ล้วนแต่ให้ความสำคัญกับเรื่องการสื่อสารสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักวิชาชีพสุขภาพกับคนไข้

2) ใช้บริบทและประเด็นการสื่อสารเป็นตัวกำหนดขอบเขต (Operational Approach) ประกอบด้วย

2.1 การใช้บริบทของการสื่อสาร (Context of Communication)

เป็นตัวกำหนดขอบเขตของการสื่อสารสุขภาพ เป็นการมองกระบวนการสื่อสารทั้งในประเด็นสิ่งแวดล้อม และในประเด็นที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสื่อสารที่มุ่งเน้นการถ่ายทอดประเด็นสุขภาพเพื่อให้สามารถส่งผลต่อการมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตของกลุ่มเป้าหมาย

2.2 ส่วนการใช้ประเด็นการสื่อสาร (Topic of Communication)

เป็นตัวกำหนดขอบเขตจะมีจุดเน้นเพียงประเด็นเดียวคือ ต้องเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเท่านั้น การสื่อสารสุขภาพจึงนับว่าเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งของการสื่อสารของมนุษย์ (Human Communication)

นอกจากนี้ Ratzan และคณะ (1994) ยังได้กล่าวว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นจะประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่เชื่อมประสานกัน เพื่อตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีในกลุ่มเป้าหมายในระดับที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพจะประกอบไปด้วย

1. การให้ศึกษา (Health Education) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นสู่การส่งเสริมกิจกรรมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการแจ้งให้ทราบการให้การศึกษาแก่ปัจเจกบุคคลผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ

2. การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Marketing) การสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในสังคม เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพสู่พฤติกรรมทางบวก โดยใช้หลักการตลาดเข้ามาเสริมแรงกับสื่อมวลชนประเภทต่างๆ

3. การชี้นำ (Advocacy) มักเป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อมวลชนในการส่งเสริมนโยบาย กฎระเบียบและโครงการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่างๆ

4. การสื่อสารกับภาวะความเสี่ยง (Risk Communication) มักเป็นกิจกรรมเกี่ยวข้องกับสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ที่จะต้องมีการพิจารณาภาวการณ์แวดล้อม และวิธีการลดจนทางเลือกต่างๆ ในการจัดการกับภาวะความเสี่ยงนั้นๆ เช่น การให้คำปรึกษาส่วนตัว (Individual Counseling)

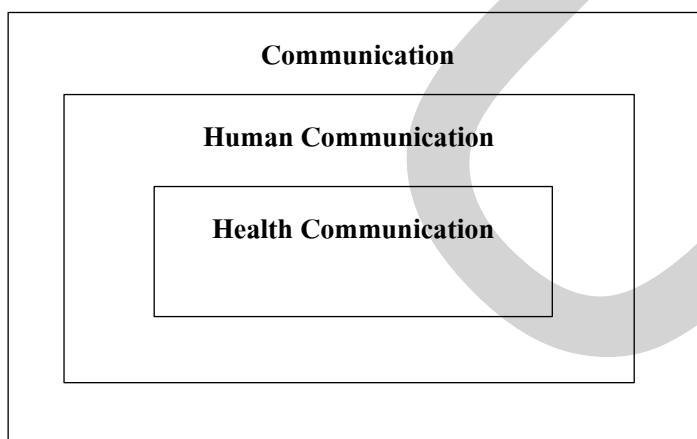
5. การสื่อสารกับผู้ป่วย (Patient Communication) จะเกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลข่าวสารกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการต่างๆ เช่น การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับคนไข้ (Provider-patient communication) และเป็นที่ยอมรับมากที่สุดคือ การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มที่อยู่ในสภาพเดียวกัน หรือที่เคยอยู่ในสภาพเดียวกันมาก่อนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันและกันที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Peer-to-peer communication)

6. การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Consumer Health Information) จะเป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้ หรือของครอบครัวได้ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพในลักษณะต่างๆ เช่น ประกันสุขภาพ การป้องกันและการดูแลรักษาสุขภาพของตน ฯลฯ

7. การใช้สื่อใหม่ประเภทต่างๆ (New Media) หมายถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ ทั้งนี้เป็นเพราะกระแสความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในปัจจุบัน โดยเฉพาะการใช้อินเทอร์เน็ต และ www. ต่างๆ ที่นำมาเสริมกับสื่อประเภทเดิมที่มีการใช้กันมากในการสื่อสารสุขภาพคือ สื่อมวลชน และการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อที่จะนำมาใช้ในการแพร่กระจายแนวคิด วิธีการเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพสามารถกระจายได้มากมายและทั่วถึง

ในปัจจุบันกระแสของ Interactive Health Communication จะได้รับความสนใจมากขึ้นในการเปิดโอกาสให้คนที่สนใจหรือคนป่วย หรือแม้แต่นักวิชาการด้วยกันเองเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แนวคิดระหว่างกันและกันผ่านสื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในปัจจุบัน โดยอาจมีการแยกย่อยออกเป็นกลุ่มเฉพาะเล็กอีกเช่น Consumer Health Informatics ที่เน้นการบริการด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มกับกลุ่มลูกค้าที่เป็นสมาชิกเท่านั้น เป็นต้น

Northouse & Northouse (อ้างถึงในปาจิริย์ ฐานะสมบูรณ์กิจ, 2551) ได้เขียนแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพที่เน้นว่าการสื่อสารสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารระหว่างบุคคล ในหนังสือ “Health Communication Strategies for Health Professionals”



ภาพที่ 2.10 แผนภาพเกณฑ์บริบทของกระบวนการสื่อสาร

ที่มา: Northouse and Northouse (1992) (อ้างถึงใน ปาจิริย์ ฐานะสมบูรณ์กิจ, 2551)

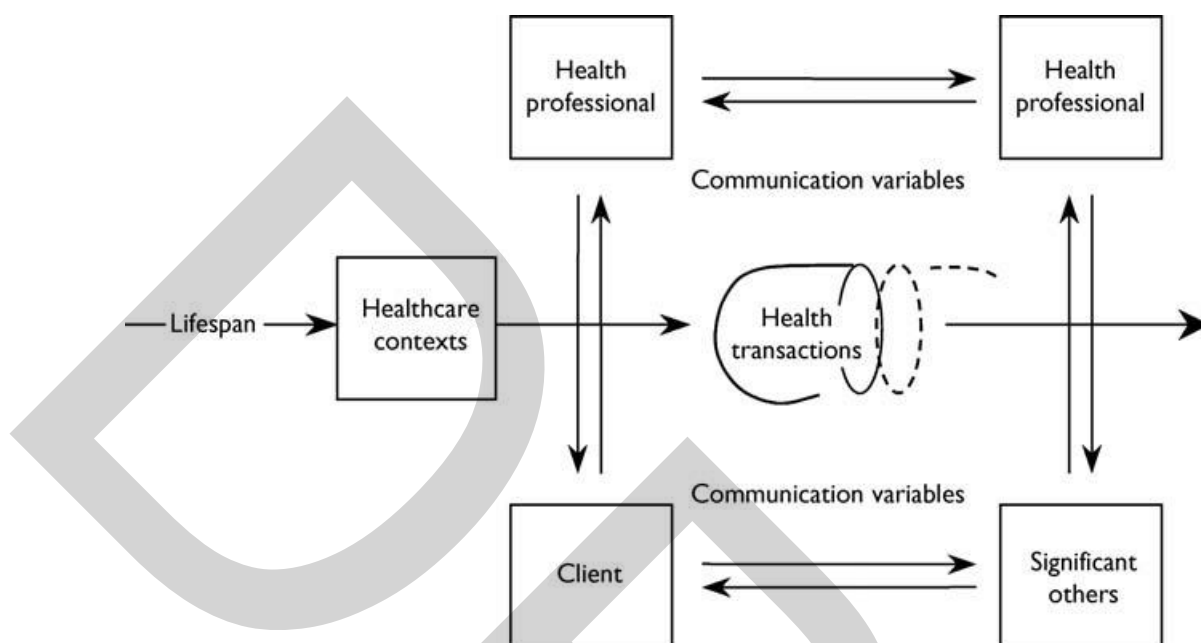
แนวคิดจากแผนภาพแสดงให้เห็นว่า กรอบใหญ่ของการสื่อสารที่สามารถแบ่งออกเป็นหลายรูปแบบโดยใช้เกณฑ์บริบทของกระบวนการสื่อสาร อันประกอบด้วย การสื่อสารในตัวบุคคล (Intrapersonal Communication) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การสื่อสารในกลุ่มย่อย (Small Group Communication) การสื่อสารองค์กร (Organization Communication) การสื่อสารสาธารณะ (Public Communication) และการสื่อสารมวลชน (Mass Communication)

ต่อเมื่อถูกกรอบให้แคบลงมาเป็น Human Communication ที่หมายถึงการสื่อสารของมนุษย์ ที่เป็นหนึ่งในการสื่อสารประเภทต่างๆ ที่มีอยู่ ทำให้เป็นการศึกษาในเรื่องนี้จึงมุ่งไปที่การสื่อสารระหว่างบุคคล เช่น Interpersonal Communication หรือ Small Group Communication ฉะนั้นจึงเป็นเหตุให้ Health Communication ที่หมายถึง การสื่อสารสุขภาพถูกกรอบให้แคบลงมาอยู่ที่ภายในกรอบของการสื่อสารระหว่างบุคคลอีกที ที่ถูกจำกัดความให้อยู่เฉพาะคำว่า การสื่อสารสุขภาพเท่านั้น

แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Model : HCM)

แบบจำลองการสื่อสารสุขภาพของ King (1981) เป็นแบบจำลองที่อยู่ภายใต้คำจำกัดความ (Northouse & Northouse, 1992) ที่ว่า “การสื่อสารสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ” และแนวคิดที่ว่าความต้องการความรู้และทักษะในการสื่อสารสุขภาพนั้นไม่ได้ถูกตีกรอบจำกัดอยู่แต่เฉพาะกับแพทย์ที่ทำการรักษาอยู่เท่านั้น แต่มันเป็นความจำเป็นต่อผู้ทำงานด้านสาธารณสุขทุกแขนง ไม่ว่าจะเป็นเภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้รับบริการด้านสุขภาพต่างๆ จำเป็นต้องใช้กระบวนการสื่อสารนี้ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

Health Communication : Strategies for Health Professionals



ภาพที่ 2.11 Northouse and Northouse's model of health communication

ที่มา: Northouse and Northouse (1998) (อ้างถึงใน Dianne Berry (2007, น.34)

แบบจำลอง HCM นี้ได้นำเสนอแนวคิดว่าการสื่อสารสุขภาพ หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ คือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วย หรือประชาชนที่เข้ามาใช้บริการทั่วไปในบทบาทของการดูแลสุขภาพ ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวเน้นที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสถานะแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ คือ

1) ความสัมพันธ์ (Relationships) แบบจำลองนี้แสดงถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหลัก 3 ประการคือ

(1) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Health Profession) ในที่นี้หมายถึง บุคลากรที่ได้อยู่ในสาขาวิชาชีพสาธารณสุขต่างๆ ที่ได้รับการอบรม มีประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรให้บริการสาธารณสุขทุกแขนง เกสซ์ นักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เป็นต้น บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้มีส่วนในการสร้างวิถีชีวิต ทักษะคิด ค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ในประเด็นสุขภาพต่อผู้คนที่เข้ามา

ปฏิสัมพันธ์ด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการรักษา หรือคนที่เข้ามารับบริการประเภทต่างๆ หรือคนที่ต้องการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือประชาชนในสังคมทั่วไปที่มีความสนใจในสุขภาพ

(2) ผู้รับบริการ (Client) ในที่นี้คือ ผู้รับบริการ ลูกค้า คนไข้หรือบุคคลที่เข้ามารับบริการด้านสุขภาพในสถานการณ์ต่างๆ อาจเป็นคนไข้ที่เจ็บป่วยต้องการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล หรือผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาและรับยากลับบ้าน หรือมารับคำแนะนำเรื่องสุขภาพทั่วไป หรือประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้มาติดต่อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยผู้รับบริการเหล่านี้จะมีลักษณะเป็นปัจเจกที่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้ ทักษะ ค่านิยม ความเชื่อ ที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ในประเด็นด้านสุขภาพได้ไม่เท่ากัน การที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจะมีปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิด หรือพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพจึงต่างกัน และปัจจัยที่ส่งผลต่อลักษณะความเป็นปัจเจกของผู้รับสารอีกปัจจัยหนึ่ง คือ เครือข่ายทางสังคม (Social Network) ของผู้รับบริการที่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการสื่อสารสุขภาพ

(3) บุคคลที่มีความสัมพันธ์อื่นๆ (Significant Other) เครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ (Social Network) ที่หมายถึง บุคคลที่รับบริการ (Clients) มีความสัมพันธ์ในทุกระดับ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการด้านสุขภาพเหล่านี้ อันเนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะมีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ ในลักษณะที่เป็นเครือข่ายที่อยู่รอบตัวผู้มารับบริการ การทำงานของเครือข่ายอาจเป็นคำแนะนำ ชี้ชวน ชักจูงใจให้รับบริการ และการได้มาซึ่งข่าวสารสุขภาพจากเครือข่ายทางสังคมที่เข้ามามีส่วนร่วมนั่นเอง

2) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Transaction)

ในที่นี้หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสารสุขภาพ กระบวนการสื่อสารในที่นี้จะใช้ทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา เพื่อทำการส่งข่าวสารด้านสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพไปสู่ผู้รับบริการ และรวมถึงกระบวนการแสวงหาข่าวสารของผู้รับบริการ อันส่งผลต่อการรับรู้ การตีความข่าวสารสุขภาพของผู้บริการ

ในส่วนของ Communication Variables แบบจำลองนี้ได้มีการนำเสนอภาพวงกลมตรงกลาง ที่แสดงถึงกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารสุขภาพที่ออกมาในลักษณะเป็นวงกลม เพื่อแสดงว่า กระบวนการสื่อสารเป็นมิติที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด ทำการเคลื่อนไหวเพื่อส่งต่อข่าวสารระหว่างเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ที่อยู่ในกรอบสี่เหลี่ยมนี้ หมายถึง การสื่อสารของให้บริการสุขภาพ ผู้รับบริการสุขภาพ และเครือข่ายทางสังคมของ

ผู้รับบริการที่มีการสื่อสารถึงกันในลักษณะโต้ตอบกันไปมาสองทาง (Two-way Communication) ในขณะที่เดียวกันความเคลื่อนไหวนี้บ่งบอกถึงความไม่หยุดนิ่งของกระบวนการสื่อสารสุขภาพที่มีตัวแปร (Communication variables) ที่มีตัวแปรตามเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมของแต่ละชีวิตในสังคม แต่ละสถานการณ์ที่มีการแปรผันอย่างต่อเนื่อง

3) บริบท (Context)

บริบทในการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งเป็นบริบทของการสื่อสารสุขภาพที่มีอิทธิพลที่สำคัญมากต่อการติดต่อสื่อสารในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ ผู้รับบริการและเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการ ที่เป็นสมาชิกครอบครัว และรวมถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยบริบทอาจแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่หนึ่ง บริบทของการดูแลรักษาสุขภาพ ที่หมายถึง สภาพแวดล้อม สถานที่ และการจัดการในระบบบริการสุขภาพ อาทิเช่น โรงพยาบาล บ้านพักคนชรา คลินิก สำนักงาน การแพทย์ ห้องไอซียู (ICU : Intensive Care Unit) เป็นต้น ซึ่งบริบทเหล่านี้ เป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบการติดต่อสื่อสารในวิธีการที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมการบริการสุขภาพในแต่ละแห่ง

ระดับที่สอง บริบทของการดูแลสุขภาพ ซึ่งหมายถึงรูปแบบการสื่อสารของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ ที่อาจเกิดรูปแบบการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) หนึ่งต่อหนึ่ง หรือสามฝ่าย หรือกลุ่มเล็กๆ (Small Group Communication) หลายกลุ่ม และระหว่างบุคคลต่างๆ ในกลุ่มขนาดใหญ่

องค์ประกอบของแบบจำลองการสื่อสารสุขภาพ (HCM) นี้จึงเป็นการสรุปให้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิสัมพันธ์ของการสื่อสารสุขภาพของบุคคลที่เป็นทั้งผู้ให้ (ผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ) และผู้รับบริการด้านสุขภาพ และเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพทางสังคม ภายใต้บริบทด้านสุขภาพที่ก่อตัวขึ้น ทำให้เชื่อว่าในขณะที่ความซับซ้อนของมิติในการดูแลรักษาสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่จะสามารถมีเข้าใจด้านการสื่อสารสุขภาพมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ใช้บริบทการแพทย์แผนไทยเป็นตัวกำหนด โดยมองที่กระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับบริบททางสังคมที่ส่งผลต่อการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพอันนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

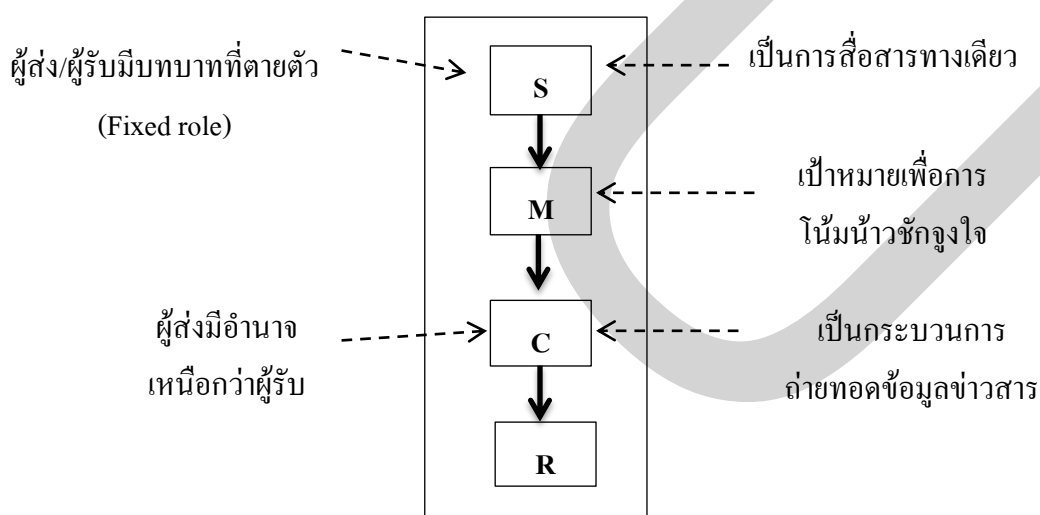
2.4 แนวคิดเรื่องการสื่อสารเพื่อสร้างความหมาย

2.4.1 คำนิยามของการสื่อสาร

ถึงแม้จะมีคนให้คำนิยาม “การสื่อสาร” เอาไว้จำนวนมาก แต่ทว่าในที่นี่คือ การสื่อสารที่เป็นกระบวนการเชื่อมต่อระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 คือ ผู้ส่งสาร (Sender) เนื้อหาสาร (Message) ช่องทางการสื่อสาร/ตัวสื่อ (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) โดยองค์ประกอบของการสื่อสารนี้จะมีทิศทางของการสื่อสารได้ 2 ทิศทาง คือ ทิศทางแรก คือ การสื่อสารแบบทางเดียวที่เรียกว่า “One-way communication” เป็นรูปแบบที่ข่าวสารไหลเพียงทางเดียวจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร และทิศทางที่สอง คือ การสื่อสารแบบสองทาง ที่เรียกว่า “Two-way communication” เป็นรูปแบบที่เพิ่มการไหลข่าวสารจากทิศทางแรกโดยมีการเพิ่มปฏิกริยาป้อนกลับ (Feedback) จากผู้รับสารกลับไปยังผู้ส่งสาร โดยทิศทางของการสื่อสารทั้งสองนี้ทำให้เกิดแบบจำลองการสื่อสารขึ้น

กาจนา แก้วเทพ และคณะ (2556, น.169-172) ได้กล่าวถึง แบบจำลองของการสื่อสารจากข้อเสนอของ J.W. Carey (1992) ที่ได้แบ่งแบบจำลองการสื่อสารออกเป็น 2 แบบที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน คือ แบบจำลองการสื่อสารเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model) และแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model) โดยมีรายละเอียดดังนี้

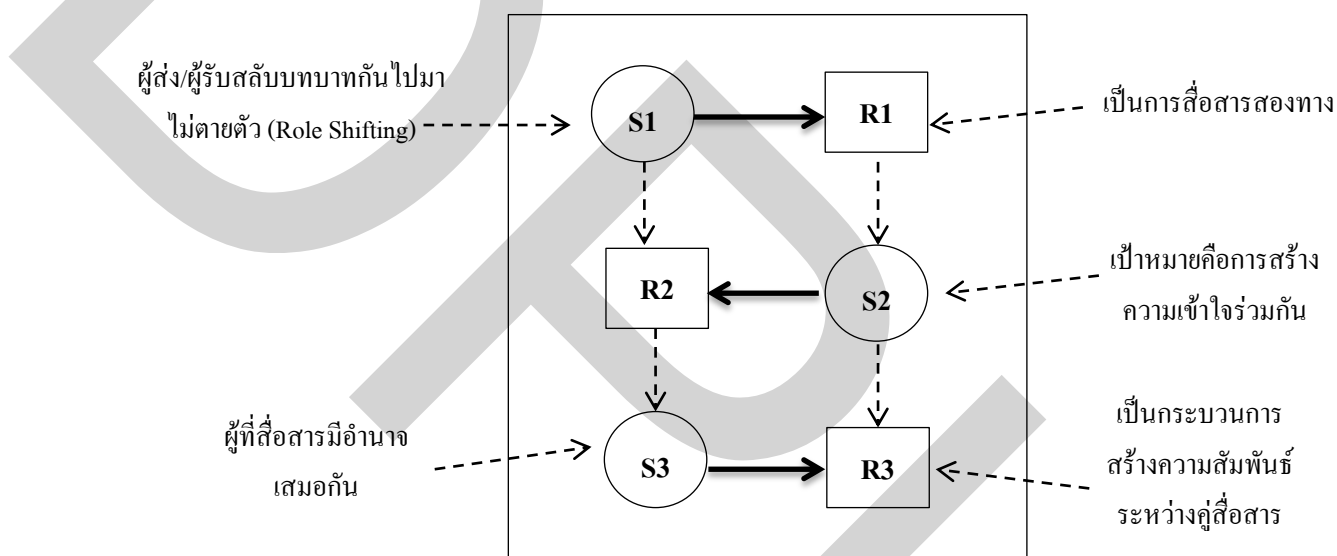
แบบจำลองการสื่อสารเชิงการถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model)



ภาพที่ 2.12 แบบจำลองการสื่อสารเชิงถ่ายทอดข่าวสาร (Transmission Model)

ในแบบจำลองนี้ ผู้ส่งสาร (S) จะสร้างสาร (M) แล้วส่งผ่านสื่อ/ช่องทาง (C) ไปยังผู้รับสารแบบทางเดียว โดยที่ผู้รับสารไม่มีโอกาสส่งสารย้อนกลับไปที่เรียกว่า “เป็นการสื่อสารทางเดียว” เป้าหมายของการสื่อสารในลักษณะนี้ คือ ฝ่ายผู้ส่งสารต้องการจะแจ้งข้อมูล หรือต้องการที่ชักชวน โน้มน้าวใจ และเป็นที่น่าสังเกตอย่างหนึ่งว่า ผู้ส่งสารและผู้รับสารก็จะเล่นไปตลอด ฝ่ายผู้รับจะเล่นบทรับไปตลอด รวมทั้งผู้ส่งจะมีอำนาจเหนือกว่าผู้รับสาร

แบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model)



ภาพที่ 2.13 แบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรม (Ritualistic Model)

ในแบบจำลองนี้จะแตกต่างจากแบบจำลองแรก โดยเริ่มเปิดฉากตั้งแต่ผู้ส่งสาร (S1) จะส่งสารไปยัง (R1) ในช่วงจังหวะที่สอง ผู้รับสาร (R1) จะเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ส่งสารบ้าง (S2) ส่วนผู้ส่งสารเจ้าเดิมก็จะเปลี่ยนหน้าที่ไปเป็นผู้รับสาร (R2) และสลับเปลี่ยนกันไปตลอดทั้งกระบวนการสื่อสาร

รูปแบบของแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรมนี้ ที่เรากันเคยกันดีคือ การสนทนาพูดคุยที่ทั้งสองฝ่ายต่างผลัดกันพูดกันฟังนั่นเอง เป้าหมายของการสื่อสารลักษณะนี้ คือ “การสร้างลักษณะร่วมกัน” (Shared) ให้เกิดขึ้น เช่น การสร้างความเข้าใจร่วมกัน (เช่นพ่อแม่กับครูที่พูดคุยกันเรื่องปัญหาของเด็ก) สร้างอารมณ์ร่วมกัน (เช่นกลุ่มคนที่ เป็นโรคเอดส์และถูกสังคมรังเกียจมาปรับ

ทุกซ์กัน) สร้างประสบการณ์ร่วมกัน (เช่นการเล่าสู่กันฟังว่าไปเที่ยวเมืองนอกมาแล้วเป็นอย่างไรบ้าง) เป็นต้น และแน่นอนว่าในแบบจำลองเชิงพิธีกรรมนี้ ผู้ส่งสารและผู้รับสารจะไม่ใช้บทบาทแบบตายตัว หากแต่จะมีการสลับปรับเปลี่ยนบทบาทกันไปมา (Role Shifting) คู่สื่อสารจึงมีอำนาจที่เสมอกัน

ตารางที่ 2.4 การเปรียบเทียบแบบจำลองเชิงการถ่ายทอดและเชิงพิธีกรรม

แบบจำลองเชิงการถ่ายทอด (Transmission Model)	แบบจำลองเชิงพิธีกรรม (Ritualistic model)
1. เป้าหมายหลัก คือการถ่ายทอดข่าวสารเพื่อ การโน้มน้าวผู้รับสาร (Persuasion)	1. เป้าหมายหลัก คือ การสร้างความเข้าใจ ร่วมกันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (Shared meaning)
2. ความสำคัญของการสื่อสารจึงอยู่ที่ผู้ส่งสาร (Sender-center)	2. ความสำคัญอยู่ที่ทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสารซึ่ง ต้องการความเข้าใจกันและกัน
3. ทิศทางการไหลข่าวสารเป็นแบบทางเดียว (one-way flow) และเป็นแนวตั้ง (vertical)	3. ทิศทางการไหลของสารเป็นแบบสองทาง (Two-way flow) และเป็นแนวระนาบ (horizontal)
4. บทบาทของการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารจะ ตายตัวตลอดกระบวนการสื่อสาร	4. บทบาทของผู้ส่งสารและผู้รับสารจะสลับ เปลี่ยนกัน ไม่มีการผูกขาด
5. ผลลัพธ์ของการสื่อสาร เมื่อสิ้นสุด กระบวนการผู้รับสารจะรู้ข่าวสาร หรือเห็น คล้อยตามผู้ส่งสาร	5. หลังจากสื่อสารสิ้นสุดลง ทั้งผู้ส่งสารและ ผู้รับความคิดเห็นจะแลกเปลี่ยนข่าวสารและ ความเห็นของกันและกัน

ที่มา: กาญจนา แก้วเทพ. (2547). สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: Higher Press.

ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการสื่อสารเชิงพิธีกรรมมาวิเคราะห์กระบวนการสื่อสาร
คุณภาพของการแพทย์แผนไทยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ของการศึกษา

2.4.2 การสื่อสารเพื่อสร้างความหมาย

ทฤษฎีสัญญาวิทยาและการสร้างความหมาย (Semiology and Signification)

แนวคิดเรื่องระบบสัญญาณหรือวิธีการหาความรู้แบบสัญญาณวิทยาของสำนักโครงสร้างนิยม (Structuralism) เป็นวิธีการหาความรู้ที่พัฒนาต่อออกมาจากสาขาวิชาด้านภาษาศาสตร์ โดยเฟร์ดินันด์ เดอ โซซูร์ (Ferdinand de Saussure) ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นบิดาของภาษาศาสตร์ทั่วไป (general linguistics) ผู้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง “ภาษา” กับ “ความเป็นจริง” ไว้ว่าภาษาช่วยให้มนุษย์สามารถจัดระบบ (Organize) สร้าง (Construct) และเป็นเครื่องมือ (Instrument) ให้มนุษย์เข้าสู่ “ระบบความเป็นจริง”

นอกจาก Claude Levi Strauss ที่ได้นำแนวคิดของ เดอ โซซูร์ มาศึกษาในแนวทางมานุษยวิทยาเชิงโครงสร้าง ยังมี โรลองด์ บาร์ธส์ (Roland Barthes) ซึ่งนำแนวคิดของเดอ โซซูร์ มาใช้ในแนวทางที่เรียกว่าสัญศาสตร์ หรือสัญญาณวิทยา (Semiotics /Semiology) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้ในแวดลอมวงวรรณคดีวิจารณ์และวัฒนธรรมศึกษา (ณัฐชา วงษ์วานิช, 2549, น.181-182)

การสื่อสารและระบบสัญญาณ (communication and sign systems)

ตามแนวคิดของสำนักโครงสร้างนิยม สัญญาณ (sign) และวัฒนธรรม (culture) เป็นเรื่องเดียวกัน (culture is sign system) วัฒนธรรมต่างๆ ล้วนอยู่ในรูปของสัญญาณวิทยาที่มีความหมายจากการประกอบสร้างท่ามกลางบริบททางสังคม ตั้งแต่กระบวนการผลิต การกระจาย และการบริโภค (production/distribution/consumption of meaning) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าวัฒนธรรม คือพื้นที่ที่มีปฏิบัติการด้านการสร้างและใช้ระบบสัญญาณภายใต้บริบทสังคม (กาจนา แก้วเทพ, 2547, น.60)

การวิเคราะห์สื่อสารมวลชนด้วยทฤษฎีสัญญาวิทยาจากกระบวนการทัศน์ที่อธิบาย “สื่อสาร” ว่าเป็นกระบวนการสร้าง “ความหมายร่วมกัน” (shared meaning) ระหว่างผู้ส่งสาร/ผู้เข้ารหัสกับผู้รับสาร/ผู้ถอดรหัส จากลักษณะของการสื่อสารที่เปรียบเทียบได้กับการเข้าร่วมพิธีกรรม (ritualistic model) การศึกษาสื่อมวลชนในเชิงวัฒนธรรมศึกษาพยายามที่จะตอบคำถามว่าสื่อมวลชนได้ใช้ภาษาเพื่อประกอบสร้าง (construct/generate) ความหมายที่จะตอบคำถามว่าสื่อมวลชนได้ใช้ภาษาเพื่อประกอบสร้างความหมายแก่สิ่งต่างๆ รอบตัวเราผ่านสัญญาณต่างๆ ขึ้นมาได้อย่างไร ทั้งนี้ นอกเหนือจากภาษาแล้ว ทุกสิ่งทุกอย่างก็สามารถเป็นสัญญาณได้ หากว่าสิ่งนั้นได้รับการกำหนด/ประกอบสร้างความหมายบางอย่างเอาไว้ โดยเป็นความหมายที่มากกว่าตัวมันเองหรือนอกเหนือจากลักษณะทางกายภาพของสัญญาณนั้น นอกจากนี้ความหมายเหล่านั้นยังสามารถเปลี่ยนแปลง โดยถูกรื้อถอน และประกอบสร้างความหมายขึ้นมาใหม่ได้ตามบริบทแวดล้อม เช่น สภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป

“สัญวิทยา” จึงเป็นการศึกษากระบวนการสร้างความหมาย หรือวิธีการที่จะนำเอา สัญญาต่างๆ มาใช้ตีความหมายภายในตัวบท (text) อันเป็นผลผลิตทั้งหมดของการสื่อสารที่จะต้อง พิจารณาร่วมกับบริบทอยู่เสมอ ทั้งนี้ตัวบทอันมีสัญญาต่างๆ แฝงอยู่นั้นสามารถสะท้อนสภาพ สังคมและประกอบสร้างโครงสร้างสังคมไปพร้อมๆ กัน ซึ่งตามแนวคิดของสำนักโครงสร้างนิยม การวิเคราะห์ตัวบทเป็นทั้งการค้นคว้าว่าส่วนใดที่สะท้อน-สะท้อนอย่างไร และส่วนใดที่ประกอบ สร้าง-ประกอบสร้างอย่างไร

สัญญาเป็นเรื่องของการตกลงร่วมกันและการเข้าใจร่วมกันของคนในสังคม การ ประกอบสร้างความหมายนั้น ประกอบด้วยสัญญา (sign) รหัส (code) และวัฒนธรรม (culture) กล่าวคือ เราจะรับรู้สัญญานั้น มาจากมีแบบแผนหรือรหัส (code) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวหมายและตัวหมายถึงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยที่การตีความหมายของสัญญานั้น ส่วนหนึ่ง จะมาจากการเรียนรู้ความสัมพันธ์ของรหัสหรือเรียนรู้ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทำให้จำได้ (recognition code) นอกจากนี้ สัญญาและรหัสต่างๆ จะอยู่ท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ ทางวัฒนธรรมนั้นๆ หากเปลี่ยนบริบทไป ความหมายก็จะเปลี่ยนไปด้วยกัน

การสร้างความหมายของสัญญา (Signification)

โซซูร์แบ่งกระบวนการสร้างความหมายของสัญญาออกเป็น 2 ส่วน (นักทฤษฎาจารย์วานิช, 2549, น.183)

ส่วนแรก คือ ตัวหมาย (Signifier) ซึ่งเป็นรูปแบบทางกายภาพ หรือสิ่งที่รับรู้ได้จาก ประสบาสัมผัส เช่น คำที่เขียน เส้นต่างๆ ในหน้ากระดาษที่ก่อให้เกิดภาพวาด รูปภาพ หรือเสียง

ส่วนที่สอง คือ ตัวหมายถึง (Signified) สิ่งที่ถูกหมายถึงโดยตัวหมาย ตามบริบททาง วัฒนธรรมที่ถูกสร้างขึ้น

ดังนั้นหากเราพูดถึงคำว่า “ต้นไม้” จึงไม่จำเป็นว่าต้องหมายถึงต้นไม้ที่เฉพาะเจาะจง แต่ สามารถหมายถึงความเป็นต้นไม้ที่อยู่อยู่ในระบบนิเวศหรือต้นไม้ที่เป็นที่สถิตด้วยก็ได้

ดังที่บาร์ธส์ได้อธิบายไว้ว่า “ตัวหมาย” มีลักษณะเชิงวัตถุ (materiality) ส่วน “ตัว หมายถึง” เป็นตัวแทนทางความคิดของสิ่งต่างๆ (a mental representation of the “thing”) โดยที่ “ตัว หมายถึง” หนึ่งๆ อาจมี “ตัวหมาย” ได้มากมาย

“กระบวนการสร้างความหมายของสัญญา” จะเกิดขึ้น เมื่อมีการนำตัวหมาย และตัว หมายถึงมาโยงความสัมพันธ์กัน โดยบุคคลจะเกิดการรับรู้สัญญานผ่านประสบาสัมผัส และเกิดภาพ ความหมายปรากฏขึ้นในโครงสร้างความคิดที่จะแตกต่างกันไปตามแต่ละประสบการณ์ การเรียนรู้ทาง สังคมของบุคคล และประวัติศาสตร์ของสังคมนั้นๆ ในส่วนของ “สัญญา” (sign) นั้น”

ชาร์ลส์ เพียร์ซ (Charles Peirce) กล่าวถึง ความแตกต่างกันของความสัมพันธ์ระหว่าง สัญญะกับวัตถุที่มีอยู่จริง (หรือสิ่งที่สัญญะนั้นอ้างถึง) โดยแบ่งสัญญะออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

Icon (ภาพลักษณ์-ตัวแทนภาพ) เป็นตัวแทนที่เหมือนหรือคล้ายคลึงสิ่งที่สัญญะนั้น หมายถึง กล่าวได้ว่ารูปแบบของสัญญะชนิดนี้ถูกกำหนดขึ้นมาโดยภาพปรากฏของวัตถุนั้นๆ หรือตามลักษณะที่ประสาทสัมผัสมนุษย์สามารถรับรู้ได้นั่นเอง เช่น ภาพถ่าย ภาพเหมือน แผนที่ หรือเสียงฮัมคล้ายผึ้งในธรรมชาติ

Index (ดัชนี-ตัวบ่งชี้) เป็นสัญญะที่มีลักษณะเป็นตัวชี้ หรือเกี่ยวพันโดยตรงกับสิ่งที่อ้างถึง โดยเชื่อมโยงกันอย่างเป็นเหตุเป็นผล (logical meaning) เช่น เครื่องหมายที่แสดงยศ ตำแหน่งจะเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงความมีอำนาจ หรือควันเป็นตัวบ่งชี้ของไฟ

Symbol (สัญลักษณ์) เป็นสัญญะที่ไม่มีความสัมพันธ์ หรือเชื่อมโยงกันระหว่างสัญญะกับวัตถุ หรือความคล้ายคลึงระหว่างตัวหมายกับตัวหมายถึง แต่เกิดขึ้นโดยการตกลงร่วมกันทางวัฒนธรรมของผู้ใช้สัญญะนั้นๆ

ดังนั้น เมื่อสัญลักษณ์เดียวกันแต่ภายในบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน สัญญะดังกล่าวก็สามารถมีความหมายที่แตกต่างกันได้ นอกจากนี้ การทำความเข้าใจในสัญญะประเภทนี้จึงต้องอาศัยการเรียนรู้ เพื่อที่เข้าใจตรงกันได้ เช่น ป้ายจราจรบนท้องถนน ภาษา ตัวเลข หรือกฎระเบียบที่ใช้ในท้องถนน

ทั้งนี้ลักษณะของสัญญะทั้ง 3 แบบดังกล่าว ไม่ได้แยกขาดจากกันโดยสิ้นเชิง เนื่องจากสัญญะหนึ่งๆ อาจประกอบไปด้วยรูปแบบต่างๆ กัน หรือการที่ความหมายของสัญญะหนึ่งๆ อาจมีตัวหมายถึงได้มากมายนั่นเอง นอกเหนือจากการวิเคราะห์สัญญะของโซซูร์ เพื่อตอบคำถามหลักถึงองค์ประกอบกฎเกณฑ์เบื้องหลัง และการสร้างความหมายของสัญญะ โรลองด์ บาร์ธส์ (Roland Barthes) ได้อธิบายโดยนำสัญญะไปเชื่อมโยงกับโครงสร้างอำนาจ เพื่อที่จะตอบคำถามว่าพลังของสัญญะมาจากที่ไหน บาร์ธส์ได้แบ่งกระบวนการสร้างความหมายของสัญญะในแง่ของระดับความหมาย ออกเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความหมายนัยตรง (denotation)

ความหมายนัยตรง เป็นความหมายในระดับที่เกี่ยวข้องกับความจริงตามธรรมชาติ เป็นการอ้างถึงสามัญสำนึก หรือความหมายที่ปรากฏชัดเจนอยู่แล้วของสัญญะ (sign) และความสัมพันธ์ของสัญญะกับสิ่งที่กล่าวถึงในความหมายที่ชัดเจนของสัญญะ เช่น ภาพของอาคารใดอาคารหนึ่ง แสดงว่าเป็นอาคาร เป็นกระบวนการสร้างความหมายขั้นตอนแรก

ดังเช่นที่โซซูร์ กล่าวว่า ระดับความหมายนัยตรง หมายถึง ความสัมพันธ์พื้นฐานระหว่างสัญลักษณ์นั้นๆ กับตัวที่ถูกอ้างถึง ความหมายนัยตรงจึงเป็นความหมายของสิ่งที่ กล่าวถึงในลักษณะที่เป็นสากล (universal) เป็นความหมายเดียวสำหรับทุกคน เป็นสภาวะวิสัย (objective) คืออ้างอิงขึ้น โดยไม่มีการประเมินคุณค่าจากตัวผู้ใช้ความหมาย และปราศจากความโน้มเอียงในค่านิยมใดค่านิยมหนึ่ง

ระดับที่ 2 ความหมายโดยนัยแฝง (connotation) หรือความหมายนัยประหวัด

เป็นความหมายทางสังคมซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรมการรับสารในแต่ละบริบททางสังคม ความหมายซึ่งสามารถแปรไปตามสภาวะทางเศรษฐกิจ-สังคม (social context) และตามยุคตามสมัยทางประวัติศาสตร์ (historical context) รวมถึงการให้ความหมายของผู้รับสารที่อาจจะแตกต่างกันได้ตามประสบการณ์ส่วนบุคคลและการเรียนรู้ทางสังคมที่ไม่เหมือนกัน

การคุมควบคุมความหมายทางสังคมจะกระทำได้โดยเปลี่ยนตัวหมาย/ตัวให้ความหมาย แต่คงตัวหมายถึง/ตัวคิดนามธรรม การสร้างความหมายทางสังคมจึงอยู่ที่การเลือกและการจัดสัญลักษณ์ เช่น การโฆษณาทางสื่อสิ่งพิมพ์จะหมายถึง องค์ประกอบทางอวัจนภาษาต่างๆ (non-verbal elements) เช่น ภาพ ประกอบ ขนาด แสง สี ฯลฯ การตีความหมายในชั้นความหมายนัยแฝงนี้เอง ที่เป็นการตีความหมายในระดับที่มีปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (ไม่ได้เกิดจากตัวของสัญลักษณ์เอง) สัญลักษณ์ในความหมายระดับนี้

นอกจากนี้ ยังมีการถ่ายทอดความหมายโดยนัยประหวัดแล้ว ยังไปหน้าที่ถ่ายทอดความหมายในลักษณะมายาคติ (Myth) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้รูปแบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่งอย่างใดเป็นธรรมชาติ ด้วยการทำให้คนส่วนใหญ่ยอมรับความหมายเหล่านั้น โดยไม่มีการตั้งคำถาม เนื่องจาก “กระบวนการสร้างมายาคติ” (Mythologies) ได้เปลี่ยนแปลง ลดทอน ปกปิด บิดเบือนฐานะการเป็นสัญลักษณ์ของสรรพสิ่งในสังคมให้กลายเป็นเรื่องของธรรมชาติ (to naturalize) เป็นสิ่งปกติธรรมดา (ไชยรัตน์ เจริญสิน โอฟาร, 2543, น.133-149)

1. รูปสัญลักษณ์ (signifier)	2. ความหมายสัญลักษณ์ (signified)		
ภาษา มายาคติ	3. สัญลักษณ์ (sign) I รูปสัญลักษณ์		II ความหมายสัญลักษณ์
III สัญลักษณ์			อุดมการณ์

ภาพที่ 2.14 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาษากับมายาคติ

ที่มา: Barthes, 1975, (อ้างถึงใน อุบลรัตน์ ศิริชูศักดิ์, 2547, น.573)

มายาคติจัดว่าเป็น “ระบบสัญลักษณ์วิทยาในระดับที่สอง” หรือ “เป็นความหมายขั้นที่สองของตัวหมายถึง” กล่าวคือ เป็นการนำเอาสัญลักษณ์ในระดับของภาษามาเป็นตัวหมาย ซึ่งเป็นสิ่งว่างเปล่าและมองไม่เห็น เรียกว่า “From” สิ่งที่มาyacติ ทำคือ บิดเบือน “meaning” ให้เป็น “form” โดยบิดเบือนความหมาย ทำให้ความหมายเดิมอยู่ไกลจนเรามองข้ามไป (ความหมายเดิมยังคงอยู่ไม่ได้หายไปอย่างสิ้นเชิง) และใส่เฉพาะสิ่งที่มายาคติต้องการให้เรารับรู้แทน อาจกล่าวได้ว่า มายาคติเกิดจากความพยายามใน “กระบวนการสร้างความหมาย” ให้เป็นสากลต่อสังคมเพื่อเข้าครอบคลุมความเป็นจริง เพราะมายาคติที่ได้รับการผลิตซ้ำในความถี่ระดับหนึ่งจะสามารถกลายเป็น “อุดมการณ์” ได้

กลไกการทำงานของอุดมการณ์จากกระบวนการสร้างความหมายของสัญลักษณ์ เริ่มจากการแยกสิ่งต่างๆ ออกจากขั้วตรงข้าม (binary opposition) เช่น หญิง/ชาย, ขาว/ดำ, อ้วน/ผอม, ไข้โรค/แข็งแรง แล้วเปรียบเทียบระหว่างขั้วเหล่านั้น โดยใช้ชุดอธิบายความหมายเพื่อสร้างความชอบธรรม จากนั้นก็ใช้กลไกต่างๆ ของสังคมกระจายความหมายดังกล่าวออกไปผ่านกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดการยอมรับ (consent) ในสังคม และหากว่าการแพร่กระจายความหมายดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำๆ จนกระทั่งตกผลึกเป็นดังกรอบบรรทัดฐานที่จำกัดความคิดของเราโดยมีอำนาจชอบธรรม และเมื่อความหมายโดยนัยจากการผลิตสัญลักษณ์ถูกหล่อหลอมจนกลายเป็นอุดมการณ์ กระบวนการดังกล่าว ที่เรียกว่า “การผลิตซ้ำทางอุดมการณ์” (ideological reproduction) (กาญจนา แก้วเทพ, 2547, น.76-77) ซึ่งเป็น

ลักษณะของการที่ความหมายนั้นๆ มีอำนาจเข้าครอบงำพื้นที่ทางความคิดของคนในสังคมให้มีวัฒนธรรมหรือระบบความคิดแบบเดียวกัน

สัญญะวิทยาสามารถนำมาวิเคราะห์กับสิ่งที่มีอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะสิ่งที่มักถูกให้ความหมาย ถูกคิดหรือทำซ้ำไปเหมือนกัน โดยที่ผู้คนมักมองข้ามไปอย่างไร้ตัว การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมด้วยสัญญะวิทยา ช่วยให้เรามองและตั้งคำถามต่อคำถามต่อสิ่งต่างๆ ที่มากกว่าการมองเหมารวม (stereotype) หรือยอมรับโดยปริยายในความหมายของสิ่งที่อยู่รอบตัวเราในชีวิตประจำวัน เพราะเป้าหมายของการศึกษาเชิงสัญญะวิทยา คือ การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวหมาย และตัวหมายถึงที่ไม่หยุดอยู่ที่การเข้าใจว่าความหมายแต่ละตัวอะไรเท่านั้น แต่คือ การเจาะลึกไปที่พลังของสัญญะที่ทำให้คนเกิดการยอมรับร่วมกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การยอมรับตามในระบบอำนาจหนึ่งๆ ได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีสัญญะวิทยา เพื่อวิเคราะห์หว่าเมื่อแยกตัวบท (แพทย์แผนไทย) ออกเป็นส่วนย่อยๆ (สัญญะต่างๆ) ตัวบทนี้ได้ประกอบสร้างความหมายคำว่า “สุขภาพ” ขึ้นมาหรือไม่ อย่างไร เพราะกระบวนการสร้างความหมาย เป็นแนวคิดนามธรรมที่ถูกประกอบสร้างขึ้นผ่านรูปสัญญะ หรือตัวหมายต่างๆ การวิเคราะห์สัญญะจึงช่วยให้เข้าใจถึงการก่อตัวของการสร้างความหมายที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ในกรณีศึกษานี้ มีกระบวนการสร้างความหมายโดยใช้ตัวหมายอะไร และถูกใช้อย่างไร ซึ่งในส่วนหลังนี้จะเป็นส่วนที่ผู้วิจัยจะเน้นมากกว่าส่วนแรก เนื่องจากข้อค้นพบที่ได้ในส่วนนี้จะช่วยอธิบายถึงบทบาทของสัญญะในการสร้างความหมายคำว่า “สุขภาพ” ว่าระบบสัญญะต่างๆ นั้นไม่ได้มีลักษณะเป็นกลาง แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้อำนาจของบางสิ่งอย่างที่เขาไปกำกับการผลิต และการแพร่กระจายความหมายอย่างไร

2.4.3 การเข้ารหัส-การถอดรหัสเพื่อสร้างความหมาย

จากหลักการของสัญญะวิทยาของ โชซูร์ ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่าง “ภาษา” กับสิ่งที่เรียกว่า “ความจริง” ว่าเป็น “ความจริงที่ถูกเลือกสรร” (selective reality) จากกระบวนการสร้างความหมายผ่านสัญญะนั้น เพื่อที่จะตอบคำถามว่าความหมายนั้นถูกสร้าง แพร่กระจายและบริโภคได้อย่างไร สจิวต ฮอลล์ (Stuaurt Hall) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีของสำนักวัฒนธรรมศึกษา (British Cultural Studies) ได้พัฒนาแนวคิดจากสัญญะวิทยาโดยอธิบายถึงการเข้ารหัส และการถอดรหัส (encoding/decoding) ในการวิเคราะห์ตัวบทและบริบทต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจในความเป็นจริงทางสังคมที่ถูกประกอบสร้าง (social construct of reality) เหล่านั้น

สจิวต ฮอลล์ เป็นนักวิชาการคนสำคัญที่ทำให้การศึกษาด้านวัฒนธรรมศึกษา (cultural studies) เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในอังกฤษและอเมริกา เขาสนใจในเรื่องแนวคิดเรื่องความเป็นเจ้าทางอุดมการณ์ (hegemony) ของอันโตนิโอ กรัมซซี และปฏิเสธการครอบงำความคิดแบบเบ็ดเสร็จ

ของอัลทูแซร์ ที่เสนอไว้ ฮอลต์ได้ประยุกต์แนวคิดเรื่องความเป็นเจ้าทางอุดมการณ์เพื่อศึกษาเนื้อหาทางอุดมการณ์ที่ปรากฏในตัวบทของสื่อ และหน้าที่ของอุดมการณ์ในการประกอบสร้างชีวิตประจำวันของคนในสังคม และมีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาอุดมการณ์ในเนื้อหาสื่อมวลชน (media text) โดยวิเคราะห์อุดมการณ์ที่อยู่ในตัวบท (ผลผลิตของสื่อ) เช่น การใช้ภาษา การวิเคราะห์กระบวนการบริโภค/เปิดตัวรับบทนั้นของผู้รับสาร (cultural reception) ว่า “อ่าน” อุดมการณ์ที่ผลิตขึ้นผ่านสื่ออย่างไร ทั้งนี้โดยให้ความสำคัญกับเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ และความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มผู้รับ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสถานภาพรองในสังคม เช่น ผู้หญิงคนผิวดำ กลุ่มวัยรุ่น ชนกลุ่มน้อย ผู้ที่สูบบุหรี่ เป็นต้น

ผู้รับสาร-ผู้ถอดรหัส และผู้ส่งสาร-ผู้เข้ารหัส

ถึงแม้สำนักวัฒนธรรมศึกษาจะมีข้อสันนิษฐานว่าสื่อมวลชนมีผลต่อการก่อรูปอุดมการณ์ของคนในสังคม แต่ผู้รับสารก็สามารถเป็นผู้ถอดรหัสความหมายและตีความที่มีอิสระจากอุดมการณ์เหล่านั้นได้เช่นกัน ไม่ว่าจะมากหรือน้อย (relative autonomy) สื่อจึงไม่ได้มีอิทธิพลถึงขั้นที่สามารถครอบงำความคิดของผู้รับสารได้อย่างเบ็ดเสร็จ ดังนั้นนอกจากการศึกษาถึงที่มาของการผลิตตัวบทในแง่ของโครงสร้างทางสังคม และผู้ผลิตแล้วจึงควรศึกษาถึงท่าทีของผู้รับสารจากการบริโภคตัวบทเหล่านั้นด้วย

แนวคิดเรื่องการเข้ารหัส-การถอดรหัสของฮอลต์ นั้นอยู่บนพื้นฐานว่าผู้ผลิตและผู้รับสารต่างเป็นผู้สร้างความหมาย (meaning generator) ตามแนวคิดพื้นฐานว่ากระบวนการสื่อสารมีลักษณะเปรียบเทียบเหมือนพิธีกรรม (ritualistic) ซึ่งผู้เข้าร่วมสื่อสารทั้งฝ่ายผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความหมายของกันและกัน (shared meaning) เนื่องจากความหมายจะถูกสร้างขึ้นทั้งในขั้นตอนของผู้ผลิตและขั้นตอนของผู้รับสาร สำนักวัฒนธรรมศึกษาเรียกผู้รับสารว่าเป็น “ผู้อ่าน” (reader) และเรียกกิจกรรมการเปิดรับ/ตีความ/ใช้สื่อ ทั้งหมดว่า “การอ่าน (สื่อ)” (reading)

ฮอลต์ มีแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้รับสารในฐานะการเป็นผู้ถอดรหัส (decoder) ที่ไม่จำเป็นต้องอ่านความหมาย หรือตีความตรงกับสารที่ผู้ส่งสารเข้ารหัสมาเสมอไป จากทัศนะที่เชื่อว่าผู้รับสารมีลักษณะที่ผู้ทำ (active) การตีความของผู้รับสารอาจเป็นไปได้หลากหลายตามภูมิหลังทางประสบการณ์ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพการณ์ทางสังคม ฯลฯ ซึ่งทำให้บุคคลมีกรอบการตีความที่แตกต่างกันได้ สืบเนื่องจากทัศนะที่มีต่อผู้รับสารดังกล่าว ฮอลต์ จึงมองผู้ส่งสารในฐานะที่ไม่ใช่เพียงผู้ทำหน้าที่ส่งผ่านข่าวสาร หากแต่เป็นผู้เข้ารหัส (encoder) สารที่ส่งไปสารเหล่านั้นมีลักษณะเชิงสัญลักษณ์ (symbolic message) โดยกระบวนการเข้ารหัสที่เป็นธรรมชาติต่างๆ ที่สารเหล่านั้นเป็นความจริงที่ถูกสร้างขึ้นมา เช่น การใช้บรรดาศัพทัญญูที่เป็นภาพเหมือน (icon

sign) ที่จะร่วมกำหนดเงื่อนไขการรับรู้ หรือจุดยืนในการมองแก่ผู้รับสารให้สามารถมองเห็นวัตถุ (object) ได้เหมือนกับโลกของความจริง ดังนั้น จึงทำให้ผู้รับสารมักตีความไปตามเท่าที่เห็นได้โดยอัตโนมัติ

จากแนวคิดนี้เอง ฮอลล์ จึงมองว่าสื่อมวลชนสามารถเป็นผู้เข้ารหัสทางด้านอุดมการณ์ตามความต้องการของผู้ใช้สื่อหรือผู้มีอำนาจในสื่อ เพื่อรักษาสถานภาพให้คงอยู่ (status quo) หรือการช่วยกลบเกลื่อนสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ เป็นต้น และการสร้างความเชิงอุดมการณ์ของสื่อในการผลิตความจริงและอำนาจในการนิยามถึง ควบคุม และกีดกันหมายอื่นๆ นี้เอง ที่ทำให้สื่อมีบทบาทในการรักษา หรือสร้างอำนาจแก่สิ่งหนึ่งๆเหนือคนอื่นๆ ได้ (power over) ซึ่งสิ่งที่จะต้องสนใจวิเคราะห์ต่อไปในการมองไปถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั้นๆ ก็คือการดูว่าใครเป็นผู้ใช้อำนาจดังกล่าว เช่น เนื้อหาทางอุดมการณ์ที่ปรากฏในตัวบทของสื่อมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมในชีวิตประจำวันของคนกลุ่มน้อยอย่างไร และผู้ที่อยู่เบื้องหลังการสร้างอุดมการณ์ที่มองไม่เห็นดังกล่าวคือใคร

ในกระบวนการเข้ารหัสและการถอดรหัส ผู้รับสารและผู้ส่งสารไม่จำเป็นต้องถือรหัสเล่มเดียวกัน การถอดรหัสที่ผิดเพี้ยนไปจากความตั้งใจของผู้ส่งสารถือว่าเป็นกฎของการสื่อสารที่ไม่ใช่การถอดรหัสที่ผิดพลาด แต่เป็นเพียงการถอดรหัสที่แตกต่างไปจากฝ่ายผู้ส่งสารเท่านั้น เนื่องจากฝ่ายผู้รับสารเองก็มีกรอบการอ้างอิงที่นำมาสร้างการถอดรหัสต่างๆ ได้มากมาย อย่างไรก็ตาม ฮอลล์เห็นว่าในขณะที่รับสารสามารถมีปัจจัยต่างๆ หรือความเป็นอัตวิสัยในการตีความก็มักจะพบว่าในการตีความที่เบี่ยงเบนไปจากความตั้งใจของผู้ส่งสารนั้น จะมีลักษณะของการตีความที่บิดเบือนอย่างเป็นระบบอยู่ (systematically distorted communication) ซึ่งเป็นผลจากการที่ความหมายเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้าง หรือถูกกำหนดมาแล้วจากผู้ผลิตสาร ดังนั้นการตีความที่เป็นไปได้อย่างหลากหลายของผู้รับสารนั้น (polysemic) เป็นเพียงกลุ่มชุดของความหมายที่ถูกวางกรอบไว้แล้ว โดยที่มักจะจะเป็นรหัสความหมายที่สอดคล้องกับความหมายกระแสหลัก (dominant meaning) ของผู้มีอำนาจในสังคมที่เผยแพร่และเป็นที่ยอมรับอยู่ทั่วไป (กาญจนา แก้วเทพ, 2544, น.294)

การเข้ารหัสของผู้ส่งสารและการตีความรหัสของผู้รับสาร

ผลกระทบของสื่อมวลชนตามความคิดของฮอลล์ คือผลในทางอุดมการณ์มากกว่าการมีผลพฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา โดยที่ในฐานะของการเป็นผู้ถอดรหัสนั้น ผู้รับสารจะมีความเป็นอิสระในการตีความของตนอยู่ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม แม้การถอดรหัสอาจเป็นได้หลากหลายตามประสบการณ์ การเรียนรู้ทางสังคม แต่กระบวนการเข้ารหัส-ถอดใดๆ ก็มักจะมีลักษณะของการครอบงำอยู่ไม่มากนัก

จากการศึกษาถึงการตอบโต้การครอบงำทางอุดมการณ์ของสื่อในชนชั้นแรงงานและชนชั้นที่เสียเปรียบของสังคม เช่น ผู้หญิง คนเชื้อชาติอื่นๆ ในประเทศอังกฤษ โดยใช้วิธีวิทยาวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา และการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อหาในสื่อและการตีความกลุ่มผู้รับ

ฮอลล์สรุปว่า รหัสที่สื่อมวลชนใช้ในการผลิตตัวบท ได้แก่ รหัสแบบกระแสหลัก รหัสของสื่อมวลชน/วิชาชีพ และรหัสที่ผู้รับสาร “อ่าน” สาร ได้แก่ รหัสแบบที่ผู้ผลิตต้องการ รหัสแบบต่อรอง และรหัสมืออาชีพที่ตรงข้าม

ฮอลล์ อธิบายว่าสื่อจะเข้ารหัสความหมายตามที่ตนต้องการให้ผู้รับสารตีความ ซึ่งหากผู้รับสารส่วนใหญ่ตีความ หรือถอดรหัสไปตามนั้นรหัสความหมายดังกล่าว ก็จะมีลักษณะเป็น

รหัสของกระแสหลัก ซึ่งเป็นความหมายตามที่ผู้มีอำนาจในสังคมต้องการและคนส่วนใหญ่ยอมรับ ส่วนรหัสแบบวิชาชีพสื่อหมายถึงรหัสความหมายจากเทคนิคในการผลิตต่างๆ ของสื่อสารมวลชน เช่น คัดเลือก การตัดต่อ ฯลฯ

รหัสแบบต่อรอง นั้นมักเป็นรหัสที่ผู้รับสารใช้เวลาามากที่สุดโดยเป็นรหัสที่ผสมผสานอยู่ระหว่างการยอมรับ (adaptive) กับการต่อต้าน (oppositional) กล่าวคือ ในขณะที่ผู้รับสารยอมรับความหมายตามที่สื่อต้องการ แต่ขณะเดียวกันก็เลือกที่จะรับหรือปฏิเสธภาพรวมของความหมายนั้นๆ เข้าทำนองว่า “เห็นด้วยไม่ทั้งหมด” หรือ “ไม่เห็นด้วยแต่ก็พอลอยตามได้ในบางส่วน” นั่นเอง

รหัสแบบต่อต้านโดยสิ้นเชิงนั้น เป็นรหัสของผู้รับสารที่สะท้อนว่าไม่เพียงแต่ผู้รับสารจะสามารถถอดรหัสว่าสื่อกำลังส่งสัญญาณอะไรมา (รู้ว่า preferred code คืออะไร) แต่พวกเขาสามารถปฏิเสธรหัสอย่างที่สื่อต้องการเหล่านั้นจากเหตุผลหรืออารมณ์ของตนเองเมื่อไรก็ได้

ตารางที่ 2.5 รูปแบบรหัสที่สื่อมวลชนใช้ในการ “ผลิต” ตัวบท และรหัสที่ผู้รับสารใช้ในการ “อ่าน” สาร

การเข้ารหัส (ผู้ส่งสาร)	การถอดรหัส (ผู้รับสาร)
รหัสแบบกระแสหลัก (dominant/hegemonic code)	รหัสแบบที่ผู้ผลิตต้องการ (preferred code)
รหัสของสื่อมวลชน/วิชาชีพ (professional code)	รหัสแบบต่อรอง (negotiated code)
	รหัสแบบตรงข้าม (oppositional code)

แนวคิดเรื่องการถอดรหัสของผู้รับสารได้นำไปสู่การทบทวนแนวคิดเรื่องอุดมการณ์ และการสร้างจิตสำนึกแบบผิดๆ (false consciousness) ของสำนักแฟรงค์เฟิร์ต (Frankfurt School) ที่มองผู้รับสารว่าเป็นผู้ถูกระงับโดยไม่อาจต้านทานอำนาจจากสื่อได้เลย เนื่องจากถึงแม้ว่าสื่อจะทำหน้าที่รักษาระบบค่านิยมแบบกระแสหลักในสังคมก็ตามแต่ผู้รับสารก็สามารถตีความในลักษณะที่ต่อต้านได้ นอกจากนี้หลังจากที่เกิดการตีความแล้ว หากว่าผู้รับสารก็ไปสู่ความหมายไปใช้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันแล้ว ความหมายหรืออุดมการณ์ในสื่อจะมีผลต่อไปหรือไม่ นั่น มีแนวโน้มว่าจะขึ้นอยู่กับความรู้ผ่านประสบการณ์จริงมากกว่า

ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเข้ารหัส-ถอดรหัส มาใช้ในการวิเคราะห์การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อค้นหาคำจำกัดความของความหมายการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยที่สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยได้ให้ความหมายเอาไว้ในการกำหนดให้เป็นความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทยในการศึกษาคั้งนี้ อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้าง โอกาสและสิทธิความเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

2.5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 งานวิจัยภายในประเทศ

เพ็ญญา และคณะ (2540) ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย ในการให้บริการผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขของรัฐ พบว่า สถานพยาบาลที่มีการให้บริการคลินิกการทางแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น 29 แห่งในประเทศไทย แบ่งเป็นสถานบริการในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ 23 แห่ง และสถานบริการนอกระบบสาธารณสุข 6 แห่ง เก็บข้อมูลโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ประจำอยู่สถาบันการแพทย์แผนไทยและโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า คลินิกส่วนใหญ่ให้บริการนวด ออบสมุนไพร ประคบสมุนไพร และจ่ายยาสมุนไพร อีกทั้ง 20 แห่งมีการผลิตยาด้วย โดยผลิตทั้งสิ้น 117 ชนิด แบ่งเป็นยาเดี่ยว 48 ตำรับ ยาตำรับ 58 ตำรับ และเป็นเครื่องสำอาง 11 ชนิด และการศึกษาความพึงพอใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์แผนไทยและผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยได้ขยายวงกว้างขึ้นโดยผู้ที่มีการศึกษาสูง รายได้มากเป็นกลุ่มใหม่ที่ใช้บริการและมีความพึงพอใจในระดับสูง ในขณะที่ชนชั้นกลาง-ล่าง ยังคงมีการใช้การแพทย์แผนไทยและมีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกัน

พินิจ ฟ้าอำนาจ (2549) ศึกษาเรื่อง ข้อมูลทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม มีผลกระทบต่อสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในลักษณะที่หลากหลาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยจากโรค ซึ่งมักจะมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมทั้งในระดับครัวเรือนและในระดับพื้นที่ ยังมีผลต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและโรคที่เกี่ยวข้อง ภาวะทางโภชนาการ การเจ็บป่วยทั่วไป ภาวะทุพพลภาพ โอกาสทางการศึกษา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งควรจะศึกษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดช่องว่างระหว่างพื้นที่ และระหว่างกลุ่มของครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน

เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และพีระพงษ์ วงศ์อุปราช (ม.ป.ป.) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์พฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือกของคนไทย พบว่าประชาชนให้ความหมายของการแพทย์ทางเลือก คือการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและบูรณาการ, การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม, การ “ตัดลึนใจเลือก” ของประชาชนในการดูแลสุขภาพ, การดูแลสุขภาพที่เน้นธรรมชาติ, การแพทย์ที่นอกเหนือการแพทย์ตะวันตก, การแพทย์ที่มีความด้อยด้านศักดิ์ศรีกว่าการแพทย์กระแสหลัก, การป้องกันและดูแลรักษาไม่ให้เจ็บป่วย, ภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม ทั้งนี้รูปแบบการแพทย์ทางเลือกที่ใช้มากที่สุด คือการออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร การนวด การควบคุมอาหาร การบริโภคอาหารผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ การปรับวิถีการดำเนินชีวิต

ปัจจัยการทำนายการใช้แพทย์ทางเลือก ในด้านลักษณะทางสังคมประชากร พบว่าเป็นตัวแปร การเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ สถานะทางสุขภาพและเพศ ส่วนตัวแปรด้านความพึงพอใจที่ทำนายพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่าปัจจัยด้านความพึงพอใจในประสิทธิผลและความปลอดภัย ในด้านตัวแปรทำนายการใช้แพทย์ทางเลือกเหตุผลการตัดสินใจใช้ทางแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การนำไปปฏิบัติได้เอง และการใช้เพื่อการเสริมสร้างและบำรุงสุขภาพ และการใช้เพื่อการปรับสมดุลในร่างกาย

ชัชฎา บุญญศาสตร์พันธุ์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่ากระบวนการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กันในทุกองค์ประกอบของการสื่อสาร โดยผลการศึกษาครั้งนี้ได้อธิบายถึง ลักษณะของผู้ส่งสารหรือแพทย์ที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าแพทย์จะมีแนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิดแตกต่างกัน และมีขั้นตอนในการบอกข่าว 6 ขั้นตอน คือ การเตรียมความพร้อม การประเมินว่าผู้ป่วยทราบมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบอะไรบ้าง การให้ข้อมูล การแสดงการตอบรับความรู้สึกผู้ป่วย และช่วยผู้ป่วยในการวางแผนในอนาคต โดยแพทย์ทุกคนจะต้องผ่านการอบรมในทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย (Communication Skill) ในหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับ จริยธรรมการติดต่อสื่อสาร การให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาซึ่งบรรจุอยู่ในหลักสูตรแพทย์แผนไทย จึงส่งผลให้แพทย์มีพื้นฐานในการใช้ทักษะ ในการติดต่อสื่อสารเป็นอย่างดี จนเกิดการยอมรับและการสร้างความน่าเชื่อถือแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ลักษณะของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีการศึกษาสูงจะมีการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม แต่จะเชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นประเด็นสำคัญ และลักษณะของสาร เป็นสารที่เกิดขึ้นใน กระบวนการปฏิสัมพันธ์การสื่อสารทั้ง 2 ฝ่าย ในเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เพื่อได้บรรลุ วัตถุประสงค์ร่วมกัน (Share Meaning) หรือ (Common Understanding) ในการรักษาโรคมะเร็ง อาทิ การทำความเข้าใจ การยอมรับ วิธีการรักษา การให้กำลังใจ การปฏิบัติตัว ฯลฯ โดยการศึกษาครั้งนี้ ความสำคัญไปที่สารจากแพทย์ สารจากผู้ป่วยโรคมะเร็ง และความเข้าใจร่วมกันระหว่างแพทย์กับ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

สุพจน์ เคนดวง (2553) ได้ศึกษาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพ เชิงสังคม พบว่า ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม คือความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่ถูกกำหนดโดย ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งบิดเบือนทำให้เกิดกระบวนการกระจายทรัพยากรเงินและ อำนาจอย่างไม่เป็นธรรมผ่าน โครงสร้างหรือสถาบันทางสังคม เนื่องจากว่าคนเหล่านั้นถูกกีดกัน จากทรัพยากรสุขภาพหรือเงิน ทรัพยากรและอำนาจอย่างเป็นระบบจนกลายเป็นคนที่ยากจน ขาด แคลน ใจและเจ็บป่วย โดยที่ไม่ใช่ความผิดของเขา มันเป็นสิ่งที่ไม่เป็นธรรมกับเขาที่เขาไม่ได้รับสิ่ง ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินเหมือนคนอื่น ไม่เป็นธรรมสำหรับเขาเพราะว่าปัญหาเหล่านี้สังคม สามารถจัดการแก้ไขได้ หรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดได้ และสำหรับเราที่สามารถช่วยเขาได้ปล่อยให้เขา ตายโดยไม่ยื่นมือเข้าไปช่วยถือว่า เราเป็นผู้ที่ไม่มีจริยธรรมเป็นคนที่โหดร้าย

รัชชัช เทียนงามและคณะ (2554) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสถานการณ์งานวิจัยการแพทย์ แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรระหว่าง พ.ศ. 2543-2552 พบว่า

1) ผลการวิจัยที่รวบรวมได้ในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการศึกษาด้านสมุนไพร มากที่สุด ร้อยละ 53.38 รองลงมาคือการแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 17.88, 15.98 และ 12.73 ตามลำดับ

2) ด้านการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ศึกษาด้านการนวดไทย ประสิทธิภาพในการรักษา อาการต่างๆ และความพึงพอใจ

3) ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนใหญ่มุ่งการศึกษากระบวนการแพทย์พื้นบ้าน สถานภาพ หมอพื้นบ้าน การดำรงอยู่ การถ่ายทอดความรู้และประเภทของโรคที่รักษา

4) ด้านการแพทย์ทางเลือก ส่วนใหญ่เป็นไปตามกระแส ไม่มีทิศทางชัดเจนเน้นการใช้ ทุนเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน

5) ด้านสมุนไพร ส่วนมากเป็นงานวิจัยสมุนไพรเชิงเดี่ยวเพื่อหาสารบริสุทธิ์และพิสูจน์ ค่าหรือฤทธิ์ของสารบริสุทธิ์ ยังมีงานวิจัยตำรายาไทยน้อย

6) ด้านการวิจัยเชิงระบบเป็นการศึกษา เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนา ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2555 ใน 5 ยุทธศาสตร์ คือการสร้างและจัดการความรู้ การ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนากำลังคน การพัฒนาระบบยาไทยและสมุนไพร และการ คุ่มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาไม่มีทิศทางชัดเจนและไม่สามารถ สร้างการยอมรับในระบบบริการสุขภาพได้มีข้อเสนอแนะการจัดการงานวิจัยในทศวรรษหน้าที่ สอดคล้องไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 11 ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคน เป็นศูนย์กลาง สร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติและที่สำคัญคือต้องดำรงคุณค่าขององค์ความรู้ ภูมิปัญญา

อนนท์ รักดี (2546) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี พบว่า

ลักษณะของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีฐานะดี มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์แผนไทย หลายครั้ง แต่มาใช้บริการสถานบริการแห่งนี้เพียงแค่ 1-3 ครั้ง ลักษณะของโรค ส่วนใหญ่เป็นโรค เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รักษาด้วยการนวดหรือนวดร่วมกับการประคบ

คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยอธิบายสาเหตุ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยตาม หลักการวิทยาศาสตร์ หรือเหตุการณ์ผิดปกติหรือการป่วยในอดีตที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วย อธิบายลักษณะโรค ตามความผิดปกติหรือการปวด อาการผิดปกติที่เป็นบ่อยๆ หรือขาด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัจจัยที่มีผลในการเลือกบริการการแพทย์แผนไทย คือ ด้านผู้รับบริการ ส่วนใหญ่มี ความเชื่อว่าถ้ามีอาการเช่นนี้ควรใช้บริการการแพทย์แผนไทย ทดลองมาใช้บริการตามคำแนะนำ ของผู้มีประสบการณ์หรือหมอดหวัง ไม่พอใจในการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ด้านผู้ให้บริการ เป็นผู้มีความสามารถและประสบการณ์สูง มีชื่อเสียง และเป็นคนในสังคมเดียวกัน ด้านระบบบริการ คือ การนวด การใช้ยาไทย มีหลักและเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ บรรยากาศของสภาพแวดล้อม หรือมีความเป็นกันเอง ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น การที่แพทย์แนะนำให้รักษาแบบผสมผสาน และการเบิกค่า รักษาพยาบาลได้ในสถานบริการของรัฐ

2.5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Xu Tong (1978) ศึกษาเรื่อง Combining Traditional Chinese and Modern Western Medicine พบว่า

1) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 เมื่อประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนได้ให้ความสำคัญกับการ พัฒนาการแพทย์แผนจีนอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2493 รัฐบาลจีนได้กำหนดนโยบาย “รัฐบาลจีนให้ ความสำคัญต่อการแพทย์จีนและการแพทย์แบบตะวันตกอย่างเท่าเทียมกัน” ทำให้มีการระดม

ความคิดเพื่อการฟื้นฟูยกระดับการแพทย์แผนจีนขึ้น กระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลจีนได้ก่อตั้ง “กรมการแพทย์จีน” (Department of Traditional Chinese Medicine) มีบทบาทในการกำหนดนโยบายแผนงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาการแพทย์แผนจีน นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการบริหารด้านการแพทย์จีน (State Administration of Traditional Chinese Medicine) อันเป็นโครงสร้างที่มีบทบาทด้วยนโยบาย

2) ด้านการศึกษา ในปี พ.ศ. 2499 รัฐบาลจีนได้ก่อตั้งวิทยาลัยการแพทย์จีนขึ้น 4 แห่ง แรกขึ้นที่เมืองปักกิ่ง กวางโจว ช่างไฮ้ และเฉิงตู และขยายจำนวนขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งปัจจุบันมีวิทยาลัยการแพทย์จีนร่วม 100 แห่ง และวิทยาลัยการแพทย์มองโกเลีย และคณะกรรมการแพทย์จีน 11 แห่ง อยู่ในโรงเรียนแพทย์ตะวันตกด้วย ด้านการบริการทางการแพทย์จีนมีโรงพยาบาลแพทย์จีนระดับเมือง จำนวน 2,300 แห่ง และมีจำนวนเตียงมากกว่า 207,000 เตียง นอกจากนี้ ยังมีบุคลากรการแพทย์จีนทั้งหมดจำนวน 538,000 คน ส่วนมากเป็น “หมอชาวบ้าน” (village doctor) อยู่ในเขตชนบท โดยแพทย์จีนเหล่านี้ให้บริการโดยใช้ยาสมุนไพรและการฝังเข็มเพื่อป้องกันและรักษาโรคให้ชาวบ้านชนบท

3) ทิศทางและรูปแบบการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก มีลักษณะกิจกรรมการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตกสามารถจำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ

(1) การผสมผสานในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข คือการผสมผสานระหว่างการแพทย์จีนกับแพทย์ตะวันตกนั้นมิได้ปรากฏอย่างชัดเจน โดยทั่วไปสรุปว่า การแพทย์จีนถูกนำไปใช้ในสัดส่วนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 40) ในบริการสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับโรงพยาบาล (ยกเว้นแผนกแพทย์จีน) โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ใช้แพทย์แบบตะวันตกและผนวกการใช้ยาจีน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของโรคและอาจมีปรากฏการณ์ที่เหลื่อมล้ำซ้อนกันโดยที่ทดลองรักษาแผนใดแผนหนึ่งก่อน และเปลี่ยนมารักษาแผนอื่นที่หลัง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการบริการทางการแพทย์มี 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์จีน ระบบการแพทย์แบบตะวันตก ระบบการแพทย์แบบผสมผสาน

(2) การผสมผสานในการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งรัฐบาลจีนได้ให้ความสำคัญกับการวิจัยแบบผสมผสานนี้มาก โดยในปี พ.ศ. 2524 สมาคมการผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก เพื่อทำการวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีพื้นฐานของการแพทย์จีน วิธีวินิจฉัยและการรักษาโรคของแพทย์จีน หลักการและผลทางคลินิกของการฝังเข็ม เป็นต้น และทำการตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ

มหาวิทยาลัยซาร์ (1982) ประเทศเยอรมนี ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย โดยมี ศาสตราจารย์ฮันเตอร์ริง ผู้เชี่ยวชาญด้านชาติพันธุ์วิทยา ได้สัมภาษณ์แพทย์จำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งผลการศึกษา

พบว่า ระยะเวลาโดยเฉลี่ยแพทย์มีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วยแต่ละรายสั้นมาก ซึ่งมันไม่ได้เพียงพอต่อการซักประวัติ หรือการสอบถามอาการเจ็บป่วยตลอดจนการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และเนื่องจากการใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยน้อย แพทย์แต่ละรายก็มีการบริหารเวลาในหลายวิธี ซึ่งแพทย์บางรายก็มีรูปแบบการสนทนากับผู้ป่วยที่น่าสนใจ ผู้ป่วยก็สามารถให้ข้อมูลการเจ็บป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนั้นระยะเวลาที่สนทนากับผู้ป่วยอาจไม่ใช่เรื่องของการซักถามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยคือไม่ใช่เรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นการสนทนาในเรื่องอื่นๆ เช่น อาจพูดคุยเรื่องส่วนตัวของแพทย์รวมอยู่ด้วย และในเรื่องของบุคลิกภาพท่าทางการแต่งกายของแพทย์ในระหว่างการสนทนากับผู้ป่วยจะมีผลต่อการลดความกังวลใจ หรือความกลัวของผู้ป่วยได้ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้นการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ จากผู้ป่วยจะมีมากขึ้นด้วย นอกจากนั้นการวิจัยครั้งนี้ยังได้ศึกษาในเรื่องของความพึงพอใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยว่า แพทย์กับผู้ป่วยมีช่องว่างในเรื่องการศึกษา เช่น ผู้ป่วยไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์และไม่ติดตามผลการรักษา และในทางกลับกันแพทย์เองก็มักจะไม่วางใจความต้องการของผู้ป่วยในวิถีชีวิตของแต่ละคนด้วย รวมทั้งผู้ป่วยเองก็มีความวิตกกังวลขณะพูดคุยกับแพทย์ โดยจะแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบในทางขัดแย้งกับความคิดเห็นของแพทย์ และก็เป็นเหตุผลอีกประการที่แพทย์มักจะสนทนากับผู้ป่วยที่ฉลาดและมากระดับการศึกษา

Chantaan Banpasirichote (1989) ศึกษาเรื่อง The Indigenization of Development Process in Thailand: A case Study of Traditional Medical Revivalist Movement (Thai Massage) พบว่า การฟื้นฟูการแพทย์แผนโบราณ หรือการสร้างแพทย์ทางเลือกในเมืองไทยนั้น เกิดจากกลุ่มภาคประชาสังคม (Civil Society) มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูการแพทย์แผนโบราณ แต่การที่แกนนำในการฟื้นฟูการแพทย์แผนโบราณ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และชนชั้นนำ (elite) ได้ทำการทดสอบผลและความปลอดภัยของการแพทย์แผนโบราณนั้น ยังคงเป็นไปตามความคิดและทัศนคติของแพทย์แผนปัจจุบัน และได้ทำการเผยแพร่ภายใต้การควบคุมของผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนปัจจุบัน

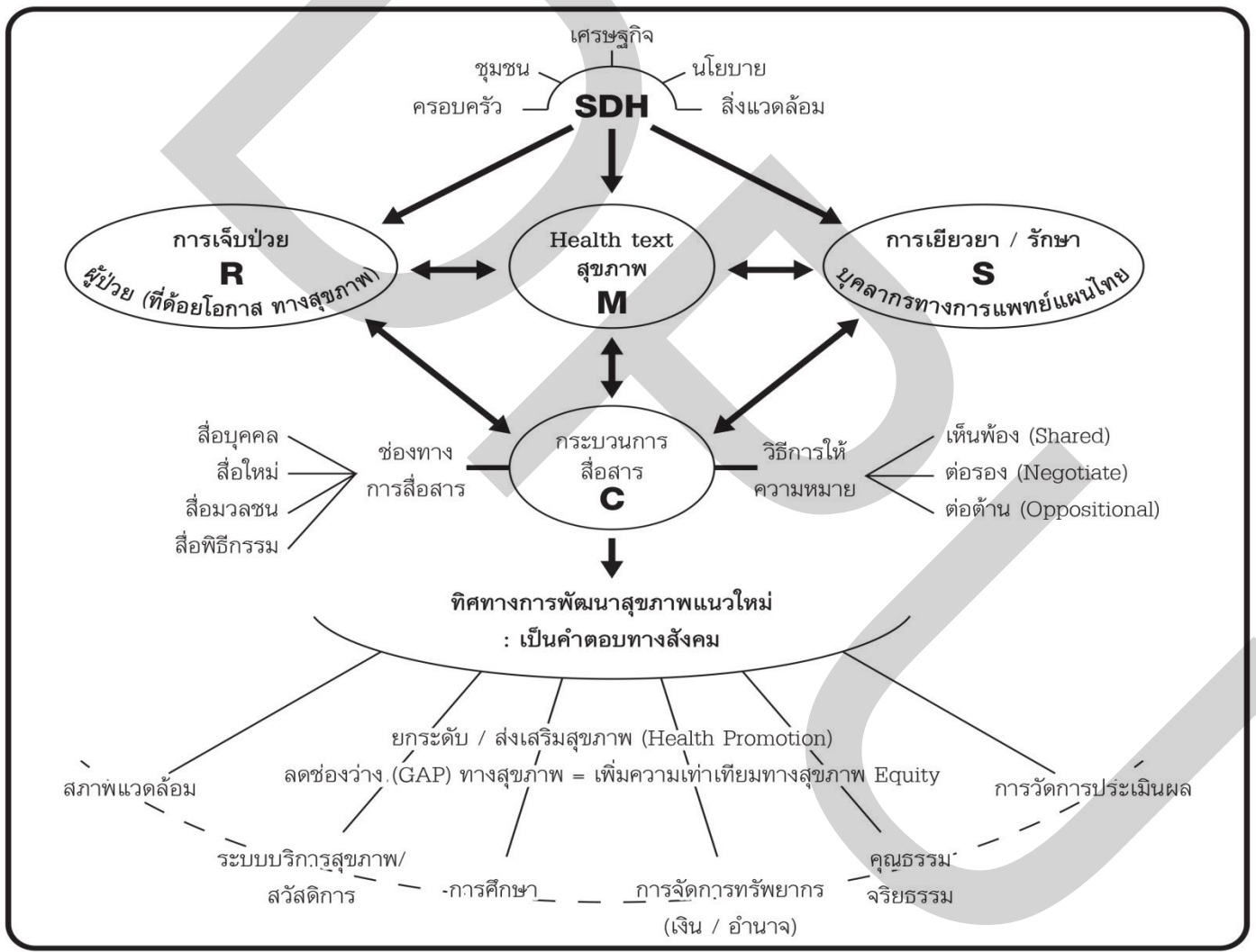
Annette Squetimkin-Anquoe (2013) ศึกษาเรื่อง Urban Indian Perspectives of traditional Indian Medicine เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของชนเผ่าอินเดียนแดงที่ยังคงรักษาสุขภาพตามแบบวิถีการแพทย์ของอินเดียน คือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมถึงองค์ประกอบ กาย จิตใจ จิตวิญญาณ ตามขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมชนเผ่าอินเดียน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เรียกว่า “Ethnographic Futuer Research (EFR)” เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยภายในชนเผ่ามีผลต่อระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพตามแบบวิถี

การแพทย์อินเดีย คือ ปัจจัยด้านระบบวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ความรู้แบบดั้งเดิมของชนเผ่าที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ กาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของชาวอินเดียในอัลเบิร์ต

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประมวลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และนำมาสรุปออกมาเป็น Conceptual Model หรือ Conceptual Map เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลคือ

การวิเคราะห์ข้อมูลตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ในการกำหนดคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ ในที่นี้คือ บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย ที่ทำหน้าที่เยียวยารักษาสุขภาพ และผู้ป่วยให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ โดยในบริบทการแพทย์แผนไทยที่ทำการศึกษา เป็นบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข ส่งผลให้มีการกำหนดประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพการแพทย์แผนไทยและการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ ทำให้เกิดการสร้างความคุ้มค่าของการแพทย์แผนไทยในการกำหนดความหมาย และการกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ ที่ไม่ใช่แค่คำตอบทางสุขภาพจากเชื้อโรคหรือโรคร้ายไข้เจ็บ แต่เป็นการหาคำตอบสุขภาพจากสังคมว่าทำไมกลุ่มคนเหล่านี้ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นได้เพราะเหตุใด อันนำไปสู่การยกระดับหรือการสร้างเสริมสุขภาพ และลดช่องว่างทางสุขภาพ เพื่อสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพในที่สุด โดยผู้วิจัยได้วางกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



**CONTEXT :
แพทย์แผนไทย**

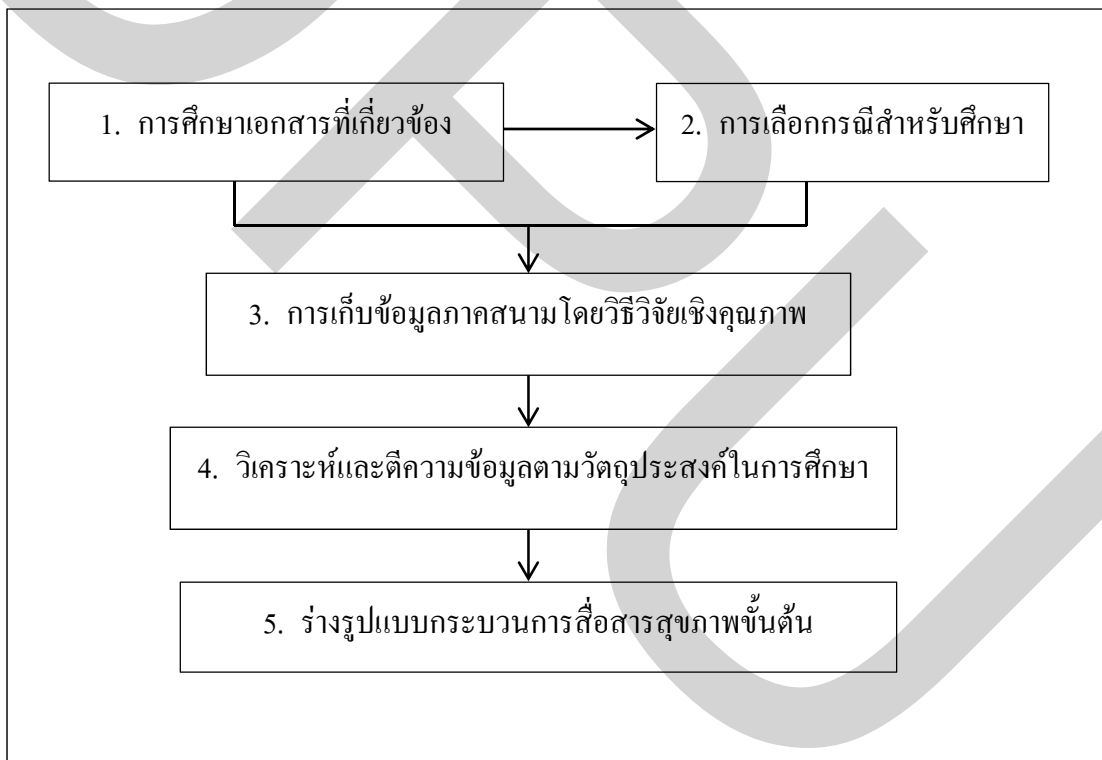
- ภูมิปัญญาสืบทอด
- พุทธศาสนา
- พิธีกรรม
- เน้นหัตถบำบัด
- ความเชื่อ / สิ่งเหนือธรรมชาติ
- อิทธิพล ฤดูกาล
- การพึ่งพาตนเอง
- วิถีชีวิตแบบไทย
- สมุนไพร / ธรรมชาติ
- วัฒนธรรมธาตุ
- ระดับชุมชน

ภาพที่ 2.15 กรอบแนวคิดของการวิจัยเบื้องต้น (conceptual framework) กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัย “กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย” นี้ เป็นศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยการกรณีศึกษาเจาะจง (Case Study Approach) เพื่อหาความสัมพันธ์ของบริบทแวดล้อม (Contextual Analysis) ที่มีผลต่อกระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่าเพื่อสร้างโอกาสหรือความเท่าเทียมทางสุขภาพ โดยมีแนวทางในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการงานวิจัย

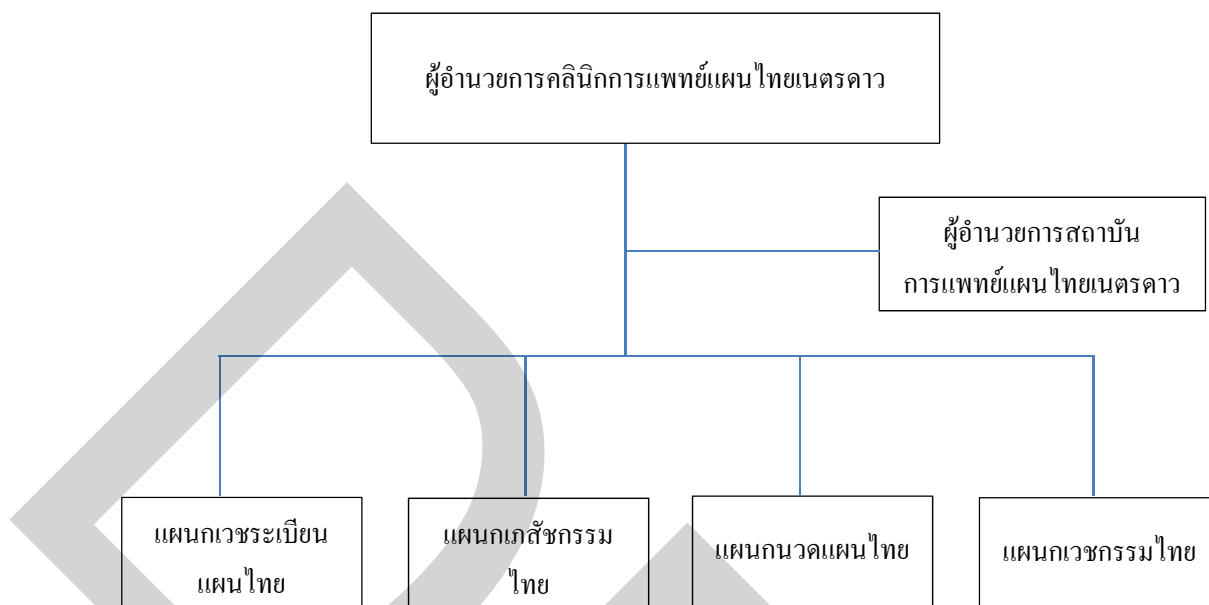
3.1 วิธีการดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) เพื่อทำการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ที่ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของบริบทแวดล้อม (Context) ที่มีผลต่อกระบวนการสื่อสารสุขภาพในลักษณะเชิงพรรณนา (descriptive) ถึงความสัมพันธ์ของตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อกระบวนการสื่อสารของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การกำหนดคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพและกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย และการวิเคราะห์การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยและสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ

บริบทที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้เป็นคลินิกการแพทย์แผนไทยที่มีลักษณะเป็นคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุขที่ได้รับการอนุญาตอย่างถูกต้องตามกฎหมายเกณฑ์ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยแบบไม่รับค้ำคืน ที่ให้บริการในการให้คำปรึกษา ตรวจวินิจฉัยโรค และวิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทย อันได้แก่ การจ่ายยาสมุนไพรไทย การนวดแผนไทย การอบ ประคบเพื่อการรักษา และอยู่ไฟมารดาหลังคลอดโดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกรณีที่ใช้ในการศึกษา ที่มีลักษณะคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข เพื่อเป็นตัวแทน อันได้แก่ คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว กองทุนชีวโกมารภักจ์ มูลนิธิวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนา ชอยลาซาน 43/1 และคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังสี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว กองทุนชีวโกมารภักจ์ มูลนิธิวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนา ชอยลาซาน 43/1

คลินิกการแพทย์แผนไทยนี้ เป็นสถานพยาบาลที่ได้รับการอนุญาตอย่างถูกต้องตามกฎหมายเกณฑ์ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยแบบไม่รับค้ำคืน ที่ให้บริการในการให้คำปรึกษา ตรวจวินิจฉัยโรค และวิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย รวมถึงการบริการทางการแพทย์แผนไทย อันได้แก่ การจ่ายยาสมุนไพรไทย การนวดแผนไทย การอบ ประคบเพื่อการรักษา และอยู่ไฟมารดาหลังคลอดโดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 และมีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ที่มีการจัดการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติให้ประชาชนที่สนใจ โดยมีโครงสร้างองค์กรดังนี้



ภาพที่ 3.2 โครงสร้างคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาวกองทุนชีวโกมารภักจ์ มุลินีวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนาชอยลาซาน 43/1

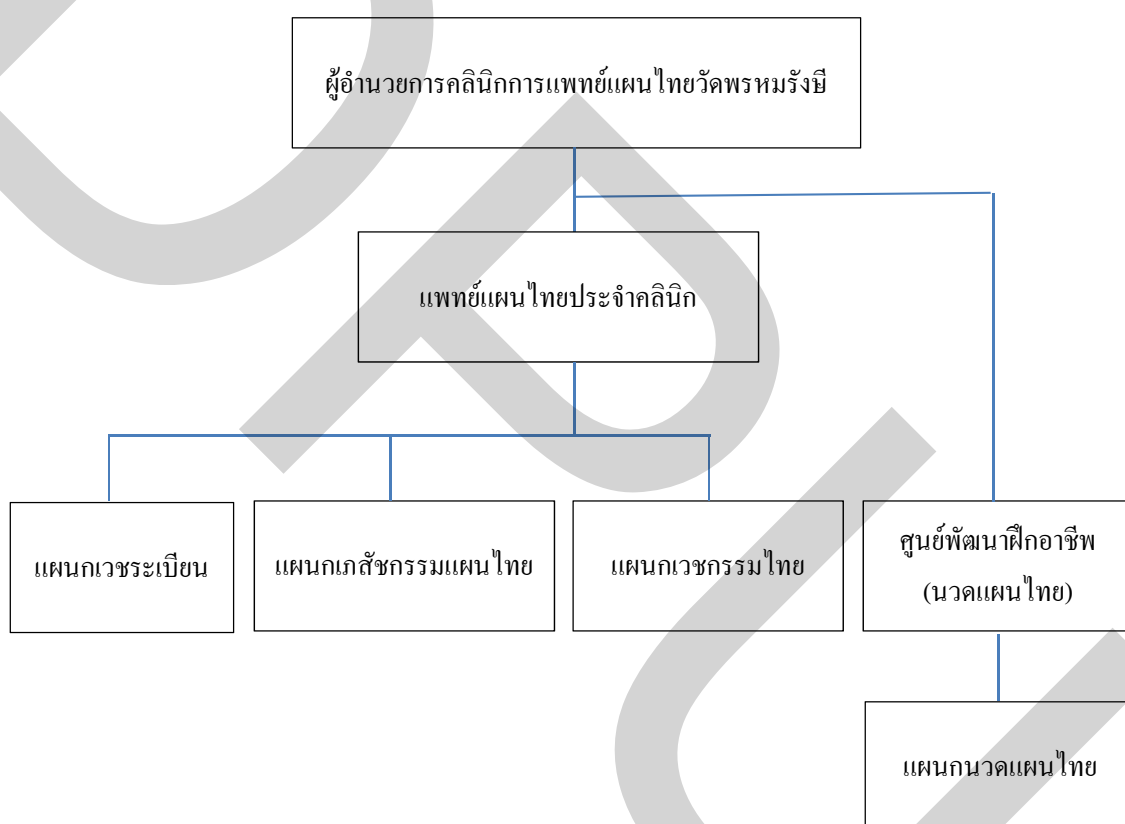
จุดที่สนใจในการคัดเลือกเป็นกรณีศึกษาคือ คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาวกองทุนชีวโกมารภักจ์ มุลินีวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนาชอยลาซาน 43/1 ตั้งอยู่ที่ชอยลาซาน 43/1 เป็นคลินิกสาทรณกุศล ที่ทำการรักษาฟรี เปิดเฉพาะวันอังคาร โดยเป็นการรักษาแบบบันทึกสถิติและจดบันทึกเพื่อเก็บประวัติการรักษา เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน ฝึกงานของมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่มีการเปิดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กระทรวงสาธารณสุข ต่างประเทศหลายๆ ประเทศ และเปิดทำการรักษาตั้งแต่ปี 2523 นอกจากนี้ คุณหมอเนตรดาว ขวงศรี ผู้อำนวยการคลินิกฯ ยังเป็นผู้ดำเนินรายการทั่วทิศถิ่นไทย สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย FM 92.5 และ AM 800 เป็นการตอบปัญหาสุขภาพด้วยวิธีการแบบองค์รวมที่เน้นการรักษาแบบพึ่งตนเองได้ด้วยการแพทย์แผนไทย

2) คลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์

เป็นคลินิกการแพทย์แผนไทยสาทรณกุศล โดยแนวคิดของพระครูพิทักษ์พรหมรังษี เจ้าอาวาสวัดพรหมรังษี แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ ที่ต้องการเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยสาทรณกุศลขึ้น เพื่อรักษาผู้ป่วยที่ยากไร้ หรือด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการรักษา และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งพระครูพิทักษ์พรหมรังษีเจ้าอาวาส เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านพืชสมุนไพร และการใช้สมุนไพร จนได้รับพระราชทานปริญญาด้านจิตตคติธรรมศักดิ์ด้าน

การแพทย์แผนไทย จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง และปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพัฒนาสังคม จากมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร และเป็นวิทยากรพิเศษให้กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองตามภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี เปิดทำการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 9.00-15.00 น. หยุดทุกวันพระ

นอกจากนี้ ทางวัดพรหมรังษีเองยังเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านพืชสมุนไพรไทย ซึ่งทางวัดได้มีการปลูกพืชสมุนไพร ที่ใช้ในการผลิตยาสมุนไพรเพื่อการรักษาในคลินิก และยังเป็นสถานที่ฝึกอบรมวิชาชีพพณฑมนไทยให้กับประชาชนที่มีความสนใจ และผู้ที่มีรายได้น้อยเพื่อฝึกวิชาชีพ



ภาพที่ 3.3 โครงสร้างคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยการคัดเลือกกลุ่มที่เฉพาะเจาะจง มุ่งที่ผู้เกี่ยวข้องในบริบทการแพทย์แผนไทย อันได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในคลินิก, กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์แผนไทย, กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 60 คน

โดยกลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ หรือมีความไม่เท่าเทียมในสิทธิทางสุขภาพ อันเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่ส่งให้กลุ่มคนเหล่านี้เลือกที่จะสร้างโอกาสทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในคลินิกสาธารณสุข โดยมียุทธศาสตร์ของการคัดเลือกคุณลักษณะกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

3.2.1 กลุ่มผู้บริหารงานในคลินิก

เป็นบุคลากรที่อยู่ในสายวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการฝึกฝนอบรม และมีประสบการณ์ในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และมีใบประกอบโรคศิลปะวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (อันได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง) นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ขอใบอนุญาตสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกลุ่มนี้มีความสำคัญในการกำหนดนโยบาย และรูปแบบวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทยในลักษณะคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุขสุขภาพ ส่งผลต่อการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยในกระบวนการสื่อสารของการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ในกลุ่มนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 2 คน คือ

1) ผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว กองทุนชีววิถีโกมารภักดิ์ มูลนิธิวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนา

2) ผู้อำนวยการคลินิกแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์

3.2.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติการแพทย์แผนไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข

เป็นบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่อยู่ในสายวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการฝึกฝนอบรม และมีประสบการณ์ในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และมีใบประกอบโรคศิลปะวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (อันได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง)

โดยกลุ่มนี้มีความสำคัญในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ ที่มีการแสดงออกถึงสิทธิความเท่าเทียมความเป็นแพทย์แผนไทย และมีการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างความเท่าเทียมในสิทธิการรักษาในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จำนวนทั้งสิ้น 13 คน ในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อยๆ คือ

1) แพทย์แผนไทยประจำคลินิก

2) แพทย์แผนไทยฝึกปฏิบัติงาน เพื่อเตรียมตัวสอบใบประกอบโรคศิลปะวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

3) นักเรียนแพทย์แผนไทยฝึกภาคปฏิบัติ

3.2.3 กลุ่มผู้ป่วยในคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข

โดยกลุ่มนี้มีความสำคัญในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยที่สื่อการด้วยโอกาสทางสุขภาพอันเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม และมีการแสดงออกถึงคุณลักษณะของความต้องการมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) มีจำนวนทั้งสิ้น 50 คน คือ

3.2.3 กลุ่มญาติผู้ป่วยในคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข

โดยกลุ่มนี้เป็นเครือข่ายของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้มีอำนาจในการชี้ชวน ให้ข้อมูลด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการสร้างโอกาสหรือสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ เพื่อต่อรองความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ในกลุ่มนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลบางคนยินดีที่ให้ข้อมูล แต่ไม่ประสงค์ที่จะเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการลงโค้ดจัดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อสะดวกให้การนำเสนอผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางจำแนกข้อมูลจำแนกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

ตารางที่ 3.1 แพทย์แผนไทย

No.	Code	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-หน้าที่	ประสบการณ์ (ปี)	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว กองทุนชีวโกมารภักดิ์ มูลนิธิวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนา ซอยลาซาน 43/1						
1.	แพทย์แผนไทย 1	เนตรดาว ขวงศรี	ผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว กองทุนชีวโกมารภักดิ์ มูลนิธิวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนา	20	13 พ.ย. 56	อาจารย์ผู้สอนวิชาเวชกรรมไทยสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว
2.	แพทย์แผนไทย 2	จำเนียร หงส์สุวรรณ	แพทย์แผนไทยประจำที่คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	3	1 ธ.ค. 56	
3.	แพทย์แผนไทย 3	รุ่งพิทย์ ทองใบพณิชกุล	แพทย์แผนไทยประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	5	11 มี.ค. 57	

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-หน้าที่	ประสบการณ์ (ปี)	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
4.	แพทย์แผนไทย 4	กนิษฐพัทธ์ (สงวนนามสกุล)	แพทย์แผนไทยประจำแผนกนวดไทยที่คลินิก แพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	5	11 มี.ค.57	อาจารย์ประจำสอนวิชานวดแผนไทยสถาบันแพทย์แผนไทยเนตรดาว
5.	แพทย์แผนไทย 5	สงบ (สงวนนามสกุล)	แพทย์แผนไทยประจำแผนกนวดไทย ที่คลินิก แพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	5	11 มี.ค.57	อาจารย์ประจำสอนวิชานวดแผนไทยสถาบันแพทย์แผนไทยเนตรดาว
6.	แพทย์แผนไทย 6	กวิณนาถ หงส์สุวรรณ	แพทย์แผนไทยประจำแผนกนวดไทยที่คลินิก แพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	3	11 มี.ค. 57	
7.	แพทย์แผนไทย 7	สุจิตรา เกื้อนถนอม	แพทย์แผนไทยประจำแผนกนวดไทยที่คลินิก แพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	4	25 มี.ค. 57	อาจารย์ประจำสอนวิชากฎหมายเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยสถาบันแพทย์แผนไทยเนตรดาว

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-หน้าที่	ประสบการณ์ ในการรักษา (ปี)	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
8.	เภสัชกรรมไทย	พรพิมล เจริญสุข	เภสัชกรรมไทยประจำที่คลินิกแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	6	1 ธ.ค. 56	อาจารย์ประจำสอนวิชา เภสัชแผนไทยสถาบัน แพทย์แผนไทย เนตรดาว
9.	เวชระเบียนแผนไทย	วิจิตรา พุ่มคชา	เจ้าหน้าที่เวชระเบียนประจำที่คลินิกแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	2	11 มี.ค. 57	นักเรียนทุนแพทย์แผน ไทยของสถาบันแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ปี 2
10.	แพทย์แผนไทยฝึกหัด 1	วชิราภรณ์ ชนากันต์	นักเรียนแพทย์แผนไทยฝึกหัด ที่คลินิกแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	-	16 พ.ย.56	นักเรียนแพทย์แผนไทย ของสถาบันแพทย์แผน ไทยเนตรดาว ปีสุดท้าย ฝึกหัดเพื่อเตรียมสอบ ใบประกอบโรคศิลปะ แพทย์แผนไทย

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-หน้าที่	ประสบการณ์ ในการรักษา (ปี)	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
11.	แพทย์แผนไทยฝึกหัด 2	ก๊าวกวี พงศ์สุวัฒน์	นักเรียนแพทย์แผนไทยฝึกหัด ที่คลินิกแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1	-	19 พ.ย.56	นักเรียนแพทย์แผนไทย ของสถาบันแพทย์แผน ไทยเนตรดาว ปีสุดท้าย ฝึกหัดเพื่อเตรียมสอบ ใบประกอบโรคศิลปะ แพทย์แผนไทย
12.	นักเรียนแพทย์แผนไทย 1	ด้อย แซ่จิว	นักเรียนแพทย์แผนไทยฝึกหัด ที่คลินิกแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1 ฝึกปรุง ยาแผนไทย และนวดไทย	-	2 ธ.ค. 57	นักเรียนทุนแพทย์แผน ไทยของสถาบันแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ปี 2
13.	นักเรียนแพทย์แผนไทย 2	จันทนา ทองพรหมนอก	นักเรียนแพทย์แผนไทยฝึกหัด ที่คลินิกแพทย์ แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43/1 ฝึกปรุง ยาแผนไทย และนวดไทย	-	2 ธ.ค. 56	นักเรียนแพทย์แผนไทย ของสถาบันแพทย์แผน ไทยเนตรดาว ปี 2

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-หน้าที่	ประสบการณ์ ในการรักษา (ปี)	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
คลินิกแพทย์แผนไทยวัดพระธรรมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์						
14.	แพทย์แผนไทย 8	พระครูพิทักษ์พระธรรมรังษี	ผู้อำนวยการคลินิกแพทย์แผนไทย วัดพระธรรมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาล สงฆ์	12	1 เม.ย. 57	
15.	แพทย์แผนไทย 9	กรุณา (สงวนนามสกุล)	แพทย์แผนไทยประจำคลินิกแพทย์แผนไทย วัดพระธรรมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาล สงฆ์	5	21 พ.ย. 56	

ตารางที่ 3.2 ผู้ป่วย

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรค ที่เป็น	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว กองทุนชีวโกมารภักดิ์ มูลนิธิวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนา ชอยลาซาน 43/1								
1	ผู้ป่วย 1	ทองมา พุ่มดอกไม้	56	รับจ้างขึ้นตาล, ทำ น้ำตาลมะพร้าว	เบาหวาน ความดัน สูง เก๊าท์	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 9 เดือน	1 ธ.ค. 56	
2	ผู้ป่วย 2	ทองคำ ทวีรัช	57	ทำดอกไม้จันทร์, ขึ้นตาล	ท้าวแสนปม	รักษาต่อเนื่อง	1 ธ.ค. 56	
3	ผู้ป่วย 3	เต็มเต็ม บุญพิทักษ์	36	ขับมอเตอร์ไซด์ รับจ้าง	มะเร็งต่อมลูกหมาก	รักษาต่อเนื่อง	4 ก.พ. 57	
4	ผู้ป่วย 4	ปิ่นปิ่น (นามสมมุติ)	14	นักเรียน	ชาลิบ ไม่มีแรงเดิน	รักษาต่อเนื่อง	4 ก.พ. 57	
5	ผู้ป่วย 5	จำรูญ บุญสิงห์ทอง	63	รับจ้างซักผ้า	ข้อเข่าเสื่อม ความดัน ต่ำ เบาหวาน	รักษาต่อเนื่อง	4 ก.พ.57	
6	ผู้ป่วย 6	สุปราณี บุญสิงห์ทอง	53	รับจ้างซักผ้า	ชาปลายมือและเท้า ปวดหลัง	รักษาต่อเนื่อง	4 ก.พ. 57	
7	ผู้ป่วย 7	เอมิกา ก้อนทอง	29	พนักงานต้อนรับ	ไมเกรน ภูมิแพ้	รักษาครั้งแรก	2 ก.พ.57	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรคที่เป็น	ระยะเวลาการรักษาในรอบ 12 เดือน	วันที่สัมภาษณ์	หมายเหตุ
8	ผู้ป่วย 8	ดอกไม้ แสนมองกลาง	48	รับจ้างปักชื้อ	ความดันต่ำ ปวดหลัง	รักษาต่อเนื่อง	25 ก.พ. 57	
9	ผู้ป่วย 9	พรเทพ นันทองใบ	69	ขับรถแท็กซี่	มะเร็งตับ	รักษาต่อเนื่อง	25 ก.พ. 57	
10	ผู้ป่วย 10	สมภพ สุขอัน	37	พนักงานขาย	นิ้วในกรวยไต	รักษาใหม่	25 ก.พ. 57	
11	ผู้ป่วย 11	ชอบ (นามสมมติ)	77	-	อัมพฤกษ์	รักษาต่อเนื่อง	25 ก.พ. 57	
12	ผู้ป่วย 12	จอมใจ (สงวนนามสกุล)	32	พนักงานโรงงาน	ริดสีดวงทวารหนัก ปวดหลัง	รักษาใหม่	2 เม.ย. 57	แรงงานต่างด้าว
13	ผู้ป่วย 13	นคร เพ็ชรพลอย	40	ขับรถแท็กซี่	เบาหวาน ความดันต่ำ	รักษาต่อเนื่อง	25 ก.พ. 57	
14	ผู้ป่วย 14	อนุรักษ์ (สงวนนามสกุล)	32	คนงานส่งของ	ตาปลาที่เท้าขวา	รักษาครั้งแรก	25 ก.พ. 57	แรงงานต่างด้าว
15	ผู้ป่วย 15	วิฑูรย์ พันจรรย์วงศ์	35	รับจ้างคีย์ข้อมูล	ออฟซินโดรม ไมเกรน	รักษาใหม่	25 ก.พ. 57	
16	ผู้ป่วย 16	ดรุณี ทรัพย์รักษา	22	นักศึกษา	ไมเกรน ปวดประจำเดือน	รักษาต่อเนื่อง	4 มี.ค. 57	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรค ที่เป็น	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
17	ผู้ป่วย 17	จันทร์เพ็ญ อนันต์เพชร	55	แม่บ้าน	มือชา เท้าชา ปวดหลัง	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 8 เดือน	4 มี.ค. 57	
18	ผู้ป่วย 18	นพดล ดวงมาลา	44	ขับรถส่งของ	ปวดหลังตื้อนคอ และ หัวไหล่ เบาหวาน ความดัน มือเท้าชา	รักษาต่อเนื่อง	4 มี.ค. 57	
19	ผู้ป่วย 19	ทับทิม วนมุขมงคล	50	แม่บ้าน	ต้อกระจก เบาหวาน	รักษาต่อเนื่อง	4 มี.ค. 57	
20	ผู้ป่วย 20	โจม มั่นพิมาย	41	ขายลูกชิ้นทอด	มะเร็งลำไส้ใหญ่	รักษาต่อเนื่อง	4 มี.ค. 57	
21	ผู้ป่วย 21	เด่น ดวงจันทิก	63	-	ปวดหลัง มือเท้าชา ข้อ เข่าเสื่อม เก๊าท์	รักษาต่อเนื่อง	4 มี.ค. 57	
22	ผู้ป่วย 22	อรพรรณ ปริยะ	21	นักศึกษา	ประจำเดือนมา ไม่ปกติ ไมเกรน	รักษาใหม่	4 มี.ค. 57	
23	ผู้ป่วย 23	รุ่งชดา ชนะภัย	27	ประชาสัมพันธ์	ไมเกรน กรดไหลย้อน	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 2 เดือน	4 มี.ค.57	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรค ที่เป็น	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
24	ผู้ป่วย 24	มาลา ปิ่นดอกไม้	80	-	ปวดหลัง ซาปลายมือ และเท้า ตาฟางมองไม่ ค่อยเห็น	รักษาต่อเนื่อง	11 มี.ค. 57	
25	ผู้ป่วย 25	อัมพร ทองใบ	77	แม่บ้าน	ต้อกระจก หัวเข่าบวม	รักษาต่อเนื่อง	11 มี.ค. 57	
26	ผู้ป่วย 26	นงลักษณ์ ศรีพุ่ม	33	ข้าราชการส่งนักเรียน	มะเร็งรังไข่	รักษาต่อเนื่อง	11 มี.ค. 57	
27	ผู้ป่วย 27	กัญญา เฝ้าหอมพันธุ์	42	เข็บผ้าโรงงาน	เนื้องอกในมดลูก , ปวดหลัง และหัวไหล่	รักษาต่อเนื่อง	18 มี.ค. 57	ฟังรายการทั่วทิศถิ่น ไทย
28	ผู้ป่วย 28	สุกัญญา เฝ้าหอมพันธุ์	39	ขายข้าวเหนียว หมูπίง	ปวดหลัง ไหล่ติด	รักษาใหม่	18 มี.ค. 57	มากับพี่สาวกัญญา
29	ผู้ป่วย 29	เอมมี (นามสมมติ)	27	นางโซว์คาบาร์เรต์	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	รักษาใหม่	18 มี.ค. 57	สาวประเภทสอง
30	ผู้ป่วย 30	รุ่งนภา หินไรสง	30	พนักงานขายสินค้า	กรดไหลย้อน ไมเกรน ภูมิแพ้	รักษาใหม่	18 มี.ค. 57	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรคที่เป็น	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
31	ผู้ป่วย 31	ก้อยกั้ง (สงวนชื่อ- นามสกุล จริง)	26	นักศึกษา	ปวดประจำเดือน ภูมิแพ้	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 10 เดือน	18 มี.ค. 57	
32	ผู้ป่วย 32	บุญช่วย ฟ้ามืองปัก	50	ช่างเชื่อม	ต่อกระดูก, เก๊าท์	รักษาต่อเนื่อง	25 มี.ค. 57	
33	ผู้ป่วย 33	ต่อมแต้ม (นามสมมุติ)	25	ขายบริการ	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	รักษาต่อเนื่อง	25 มี.ค. 57	สาวประเภทสอง
34	ผู้ป่วย 34	สมชาติ (สงวนนามสกุล)	47	พนักงานโรงงาน	กระดูกคอเคลื่อน ผิดรูปเกิดจากการห้อย พระเครื่องกดทับ และ มีอาการทางประสาท	รักษาใหม่	25 มี.ค. 57	
35	ผู้ป่วย 35	พงษ์พันธ์ (สงวนนามสกุล)	43	ขับรถส่งของ	มะเร็งทวารหนัก	รักษาใหม่	25 มี.ค. 57	
36	ผู้ป่วย 36	มุกิตา สนิทรัมย์	28	เจ้าของกิจการร้าน ดอกไม้	ปวดหลัง ภูมิแพ้ หอบ หืด	รักษาต่อเนื่อง	25 มี.ค. 57	
37	ผู้ป่วย 37	อาภา ถาวรสุข	84	แม่บ้าน	ต่อกระดูก ข้อเข่าเสื่อม	รักษาต่อเนื่อง	25 มี.ค. 57	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรค ที่เป็น	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
38	ผู้ป่วย 38	อนิรุช อนุพันธ์พรหมมี	24	นักศึกษา	ไมเกรน ภูมิแพ้ ริดสีดวงทวารหนัก	รักษาใหม่	2 เม.ย. 57	มีรสนิยมนชอบเพศ เดียวกัน
39	ผู้ป่วย 39	เชิญขวัญ โทจันทร์เทศ	32	พนักงานบัญชี	ออฟฟิตซินโดรม	รักษาต่อเนื่อง	1 เม.ย. 57	
40	ผู้ป่วย 40	ฟ้า (นามสมมติ)	32	ขายอาหารตามสั่ง	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	รักษาต่อเนื่อง	1 เม.ย. 57	ติดเชื้อจากสามี
41	ผู้ป่วย 41	มูสนา ฮ่องมาฮา	39	พี่เลี้ยงเด็ก	ผื่นแพ้ กรดไหลย้อน	รักษาใหม่	2 เม.ย. 57	แรงงานต่างด้าว
42	ผู้ป่วย 42	หยาดฝน ทิพย์พิมาย	38	ครูโรงเรียนอนุบาล	ไหล่ติด ภูมิแพ้ ปวด ท้องประจำเดือน	รักษาใหม่	1 เม.ย. 56	
43	ผู้ป่วย 43	พิทักษ์กมล จันทราพิทักษ์	32	เลขานุการ	อยู่ไฟหลังคลอดบุตร	รักษาใหม่	1 เม.ย.57	เพิ่งคลอดบุตรได้ สองสัปดาห์
คลินิกแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์								
44	ผู้ป่วย 44	บัวผัน นากา	74	แม่บ้าน	มะเร็งริมฝีปาก	รักษาต่อเนื่อง	27 ก.พ. 57	
45	ผู้ป่วย 45	คำพันธ์ เสนารักษ์	72	-	อัมพฤกษ์ (สาเหตุ จากเส้นเลือดใน สมองแตก)	รักษาต่อเนื่อง	27 ก.พ. 57	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรค ที่เป็น	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
47	ผู้ป่วย 47	แทนทอง ดันทองกลาง	50	ขับรถตู้กตุ๊กรับจ้าง	เบาหวาน ขาดเลือด ไปเลี้ยงขาไม่เพียงพอ	รักษาต่อเนื่อง	28 ก.พ. 57	
48	ผู้ป่วย 48	แก้วใจ ณ ถลาง	45	พนักงานบริษัท	ภูมิแพ้ หอบหืด	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 2 เดือน	28 ก.พ. 57	
49	ผู้ป่วย 49	อภิสิริ ไชยวงศ์	55	รับจ้างตัดหญ้า คณงานจัดสวน	ริดสีดวงทวารหนัก เก๊าท์	รักษาต่อเนื่อง	28 ก.พ. 57	
50	ผู้ป่วย 50	ชำนาญ นิพนธ์พานิช	69	รับหมาก่อสร้าง	มือสั่น ชาปลายมือ ปลายเท้า	รักษาใหม่	3 มี.ค. 57	
51	ผู้ป่วย 51	จำเนียร ตะเพียรทอง	66	เข็บผ้าโหล	เบาหวาน, โรคหัวใจ	รักษาต่อเนื่อง	5 มี.ค. 57	
52	ผู้ป่วย 52	ทองแดง แสงจันทิก	37	ช่างซ่อมรถยนต์	หมอนรองกระดูกทับ เส้นประสาท	รักษาใหม่	5 มี.ค. 57	
53	ผู้ป่วย 53	วิทยา เจริญสินไชย	39	ขับรถส่งของ	ปวดหลังต้นคอ และ หัวไหล่	รักษาต่อเนื่อง	12 มี.ค. 57	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	อาการเจ็บป่วย/โรค ที่เป็น	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
54	ผู้ป่วย 54	บุญไกร หนูคอนทราย	64	-	อัมพฤกษ์	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 2 เดือน	19 มี.ค. 57	ประสบอุบัติเหตุรถ มอเตอร์ไซด์คว่ำ
55	ผู้ป่วย 55	สายสวาท โคตรสมบัติ	51	ขายผักในตลาด	ความดันสูง หน้ามืด บ่อย ปวดหลัง	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 5 เดือน	20 มี.ค. 57	
56	ผู้ป่วย 56	มุกดา คัมภีร์ภานนท์	60	แม่บ้าน	มือเท้าชา ไม่มีแรง เดิน	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 6 เดือน	2 เม.ย. 57	
57	ผู้ป่วย 57	จิตาภา แดงทองใส	63	อสม.	วัยทอง, ข้อเข่าเสื่อม	รักษาต่อเนื่อง	2 เม.ย. 57	
58	ผู้ป่วย 58	อมรพันธุ์ ขอนโพธิ์ไทย	59	-	อัมพฤกษ์	เคยรักษาแล้วหยุด ไปเกือบ 2 เดือน	2 เม.ย. 57	ไม่มีใครพามาจึงรักษา ไม่ต่อเนื่อง
59	ผู้ป่วย 59	สมชาติ เชื้อวิจิตรกุล	49	รับซื้อของเก่า	ข้อเข่าเสื่อม	รักษาใหม่	3 เม.ย. 57	
60	ผู้ป่วย 60	แพรวไหม มหารัตนาโชค	26	นักศึกษา	คอเคล็ด	รักษาใหม่	3 เม.ย. 57	

ตารางที่ 3.3 ญาติผู้ป่วย

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	ประสบการณ์ในการ ใช้แพทย์แผนไทย	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
คลินิกแผนไทยเนตรดาว กองทุนชีวิตโกมารภักจ มูลนิธิวิทยาศาสตร์ทางจิตเพื่อการพัฒนา ชอยลาชาน 43/1								
1	ญาติ 1	เดช พุ่มคชา	63	NGO , เปรียบเสมือน ผู้นำทางความคิดใน ชุมชนวัดธรรมิ อ.บางนางลี่ จ.สมุทรสงคราม	- ใช้สมุนไพรในการ รักษาสุขภาพ ตนเอง - ออกกำลังกายด้วย โยคะทุกเช้า	-	1 ธ.ค. 56	- นำแพทย์แผนไทยจาก คลินิกแพทย์แผนไทยเนตร ดาว ออกหน่วยตรวจรักษา สุขภาพแบบแพทย์แผน ไทยให้กับคนในชุมชน วัดธรรมิ อ.บางนางลี่ จ.สมุทรสงคราม และพื้นที่ ใกล้เคียง - เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพให้กับคนในชุมชน
2	ญาติ 2	เต็มใจ (นามสมมุติ)	21	นักศึกษา	ไม่เคยรักษา	ไม่เคย	25 ก.พ. 57	- พาเพื่อนมารักษาโรค HIV
3	ญาติ 3	นานา	28	พี่เลี้ยงเด็ก	ผื่นแพ้ผิวหนัง	รักษาเมื่อ 4 เดือน ที่แล้ว	4 มี.ค. 57	ฟังรายการทั่วทิศถิ่นไทย

ตารางที่ 3.3 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	ประสบการณ์ในการใช้แพทย์แผนไทย	ระยะเวลาการรักษาในรอบ 12 เดือน	วันที่สัมภาษณ์	หมายเหตุ
4	ญาติ 4	กลอยใจ แสนพลไทย	48	ชายของตามตลาดนัด	-	-	4 มี.ค. 57	พาคณพ่อกที่เป็นอัมพาตมา รักษาอาการแผลกดทับ
5	ญาติ 5	เอื้องสาย สายคำพร	72	แม่บ้าน	เคยรักษาอาการตาฟาง จากต่อลม	รักษาต่อเนื่อง	4 มี.ค.57	พาน้องสาววัย 60 ปี มารักษาอาการต่อลม
6	ญาติ 6	นนนี่ (นามสมมุติ)	30	นางโซว์คาบาเร่ต์	ไม่เคย	-	11 มี.ค. 57	พาเพื่อนมารักษา HIV
คลินิกแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์								
7	ญาติ 7	กัมพล รัตนะจันทร์	62	เจ้าของกิจการ	นำแพทย์แผนไทยเข้ามารักษาคนงานในโรงงาน	ทุกๆ เดือน	20 ก.พ. 57	- รู้จักแพทย์แผนไทยจากเข้าร่วมสัมมนาด้านพืชสมุนไพร
8	ญาติ 8	สมพร ดิฉันทิก	45	รับจ้างเย็บผ้าโหล	เคยรักษาอาการปวดหลัง	รักษาต่อเนื่องรับยาทานทุกเดือน	6 มี.ค. 57	- พาลูกคำพัน วัย 72 ปี มารักษาโรคอัมพฤกษ์ - รู้จักแพทย์แผนไทยจากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน

ตารางที่ 3.3 (ต่อ)

No.	Code	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	อาชีพ	ประสบการณ์ในการ ใช้แพทย์แผนไทย	ระยะเวลาการรักษา ในรอบ 12 เดือน	วันที่ สัมภาษณ์	หมายเหตุ
9	ญาติ 9	นางนุช คำวงษ์เจริญ	24	แม่บ้าน	เคยเรียนนวดแผน ไทยที่นี้	เมื่อ 2 ปีที่แล้ว	13 มี.ค. 57	พาสามีชาวต่างชาติมานวด แก้อาการปวดหลัง
10	ญาติ 10	มณฑกานต์ หวังวิริยะขจร	45	ผลิตน้ำสมุนไพรเพื่อ จำหน่าย	รักษาอาการปวดหลัง และไมเกรน	รักษาต่อเนื่อง	3 เม.ย. 57	ใช้บ้านตนเองเป็นหน่วย แพทย์เคลื่อนที่ของคลินิกวัด พรหมรังษีในการดูแลรักษา สุขภาพของคนในชุมชนของ ตนใน อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การศึกษาวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) จากตำรา เอกสาร บทความวารสาร งานวิจัย เว็บไซต์ คู่มือ รายงานประจำปี พระราชบัญญัติ กฎหมาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ธรรมนูญสุขภาพ เวชระเบียน เป็นต้น เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ตัวกำหนดสุขภาพส่วนบุคคล ตัวกำหนดสุขภาพเชิงนโยบาย ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจ ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ส่งผลต่อสิทธิความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพและการค่อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคนในสังคม

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลรายละเอียดในเชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (Key informants) โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น โดยแบบสัมภาษณ์นี้ผู้สัมภาษณ์จะมีประเด็นคำถามเฉพาะที่ต้องการคำตอบไว้จำนวนหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้สัมภาษณ์มีอิสระในการให้ข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้เพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น (ปาริชาติ สถาปิตานนท์, 2549) แบบการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ถูกสร้างขึ้นนี้เป็นคำถามปลายเปิดทั้งหมดมี ดังนี้

แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่เป็นระดับผู้บริหารงานสถานพยาบาลพื้นที่เป้าหมาย เพื่อค้นหาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพ ในการกำหนดคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ และกลยุทธ์การสื่อสาร รวมถึงการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลนั้นมีข้อคำถามใหญ่ คือ

- 1) ประวัติความเป็นมาของสถานพยาบาลแห่งนี้มีความเป็นมาอย่างไร
- 2) รูปแบบการดำเนินงานของสถานพยาบาลแห่งนี้มีลักษณะอย่างไร และมูลเหตุหรือปัจจัยใดที่ก่อให้เกิดเป็นคลินิกการแพทย์แผนไทยในลักษณะสาธารณสุข
- 3) ข้อจำกัดของการแพทย์แผนไทยมีอะไรบ้าง และอะไรบ้างที่ส่งผลต่อวงการแพทย์แผนไทย รวมถึงพัฒนาการของการแพทย์แผนไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันนั้นมีลักษณะอย่างไร (เพื่อค้นหาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อวงการแพทย์แผนไทย)
- 4) ผู้ป่วยที่เลือกรับบริการทางการแพทย์แผนไทยโดยส่วนใหญ่เป็นใคร (ตามหลักประชากรศาสตร์ และจิตวิทยา รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม) และอาการเจ็บป่วยที่เข้ามาทำการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยคืออะไร (ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ)

5) รูปแบบในการรักษาของการแพทย์แผนไทยในคลินิกสาธาณกุศลมีลักษณะอย่างไร และสิ่งใดคือจุดเด่นของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย (สื่อ หรือประเด็นในการสื่อสาร)

6) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพของคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธาณกุศลนั้นมีลักษณะใด และผ่านสื่อใดบ้าง รวมถึงประเด็นใดที่ใช้ในการสื่อสาร (ค้นหาสื่อที่ใช้ในการสื่อสาร และประเด็นที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ)

7) คุณลักษณะของการเป็นแพทย์แผนไทยนั้นประกอบด้วยอะไรบ้าง และอะไรคือจุดเด่นของการแพทย์แผนไทย หรือมีอะไรบ้างที่แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน (คุณลักษณะของการแพทย์แผนไทย และการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย)

8) สุขภาพในความหมายของแพทย์แผนไทยคืออะไร และมีวิธีการสื่อสารอย่างไรกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (การนิยามความหมายสุขภาพดี, หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมีสุขภาพดี)

แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มนักวิชาชีพแพทย์แผนไทย คุณลักษณะของการแพทย์แผนไทย และกลวิธีในการสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย และการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย คือ

1) ปัจจุบันสุขภาพของคนไทยเป็นอย่างไร และมีอะไรบ้างที่ส่งผลต่อสุขภาพ คืออะไร เพราะเหตุใด (ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยของคนในสังคม)

2) การแพทย์แผนไทยคืออะไร มีพัฒนาการอย่างไร และมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยหรือไม่ ในแง่มุมใด (การสร้างคุณค่ากับการแพทย์แผนไทย และกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย)

3) ความแตกต่างระหว่างการแพทย์แผนไทย กับการแพทย์แผนปัจจุบัน และมีข้อจำกัดอะไรที่ส่งผลต่อวงการแพทย์แผนไทย (คุณลักษณะของแพทย์แผนไทย และตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อแพทย์แผนไทย)

4) รูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันมีรูปแบบและลักษณะอย่างไร และมีการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยในรูปแบบใด (กลยุทธ์การใช้สื่อของการแพทย์แผนไทย)

5) เนื้อหาหรือประเด็นหลักที่แพทย์แผนไทยทำการสื่อสารกับผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย รวมถึงบุคคลที่สนใจในการแพทย์แผนไทย มีลักษณะอย่างไร (การกำหนดประเด็นการสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย)

6) ปัญหาและอุปสรรคของการการแพทย์แผนไทยมีอะไรบ้าง และการแพทย์แผนไทยมีวิธีการจัดการกับปัญหานั้นๆอย่างไร เพราะเหตุใด (ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ)

7) การแพทย์แผนไทยนั้นมีส่วนช่วยในการลดปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้ในลักษณะใด และมีวิธีการอย่างไรที่สื่อให้เห็นถึงศักยภาพของการแพทย์แผนไทย (การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย)

8) การแพทย์แผนไทยมีผลอย่างไรต่อสุขภาพของคนในยุคปัจจุบัน (การนิยามความหมายสุขภาพดี, หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมีสุขภาพดี)

แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วย โดยกลุ่มนี้มีความสำคัญที่แสดงออกถึงความด้อยโอกาสทางสุขภาพ และมีความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม มีข้อคำถามใหญ่ ดังนี้

1) ประวัติและความเป็นมาของผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ปัญหาด้านสุขภาพ สิทธิด้านประกันสุขภาพ)

2) พฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยมีลักษณะอย่างไรในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และส่งผลอย่างไรต่อสุขภาพ (คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย)

3) มูลเหตุ หรือปัจจัยใดที่ทำให้ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย (ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการด้อยโอกาสทางสุขภาพ)

4) รูปแบบที่เลือกใช้ในการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยคืออะไร เพราะเหตุใด (ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการด้อยโอกาสทางสุขภาพ)

5) การรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร อะไรคือมูลเหตุที่ตัดสินใจเลือกการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพ (กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ และคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย)

6) ความแตกต่างระหว่างการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันคืออะไร (การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย)

7) สุขภาพดีในความหมายท่านเป็นอย่างไร และการแพทย์แผนไทยมีอย่างไรต่อสุขภาพ (การนิยามความหมายสุขภาพดี, หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมีสุขภาพดี)

แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interviews) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มญาติผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทยโดยกลุ่มนี้มีความสำคัญเนื่องจาก กลุ่มคนเหล่านี้มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในการชี้ชวน และเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างโอกาสทางสุขภาพ มีข้อคำถามใหญ่ ดังนี้

1) ประวัติและความเป็นมาของญาติผู้ป่วยเป็นอย่างไร (คุณลักษณะของญาติผู้ป่วยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย)

2) การรับรู้ข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร และมีประสบการณ์ตรงในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร (กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ และคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ)

3) สุขภาพดีในความหมายของท่านเป็นอย่างไร และการแพทย์แผนไทยมีอย่างไรต่อสุขภาพของท่าน (ค่านิยมความหมายสุขภาพดี, หลักการมีสุขภาพดี, วิธีการมีสุขภาพดี และการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย)

4) ความแตกต่างระหว่างการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันคืออะไร (การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย)

5) มูลเหตุหรือปัจจัยใดที่เลือกการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพ (ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการกำหนดคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ)

6) มีรูปแบบวิธีการสื่อสารอย่างไรในการแนะนำการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพกับผู้ป่วยที่พามาปรึกษา และสื่อสารอย่างไรกับแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังรับบริการการแพทย์แผนไทย (กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่ากับการแพทย์แผนไทย)

3. การสังเกตการณ์ (Observation) โดยผู้วิจัยจะทำการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในบริบทสถานพยาบาลที่เป็นกรณีศึกษาคือ คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาวฯ และคลินิกแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ถือเป็นตัวกำหนดองค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพในบริบทการให้บริการด้านสุขภาพในลักษณะคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข อันก่อให้เกิดการสร้างคุณค่าให้กับการแพทย์แผนไทยในการสร้างโอกาสและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพในกรณีศึกษาการแพทย์แผนไทยกับผู้รับบริการที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นวิธีการสังเกตการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) ด้วยการเข้าไปอาสาสมัครช่วยเหลืองานในคลินิกการกุศล เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความรู้จักกับผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์แผนไทย และผู้ป่วย รวมถึงญาติผู้ป่วย จากการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งประเด็นที่เข้าไปสังเกตการณ์คือ

1) รูปแบบการดำเนินงานในสถานพยาบาล

2) กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลที่เป็นกรณีศึกษา

3) สื่อ และช่องทางที่ใช้ในสถานพยาบาล มีลักษณะอย่างไร

4) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์แผนไทย ผู้รับบริการ และกลุ่มญาติผู้รับบริการ

ทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา

5) การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยผ่านวิธีการสื่อสารและพิธีกรรมต่างๆ ของการแพทย์แผนไทย

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย” นี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์บริบท (context) โดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้อย่างเบื้องต้น เพื่อศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive) ถึงตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่สื่อให้เห็นการด้อยโอกาสทางสุขภาพ องค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพ อันได้แก่ คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ และกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ และการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างโอกาสและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ

3.5 การนำเสนอข้อมูล

จากการวิเคราะห์บริบท เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงอำนาจของตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่สื่อต่อการด้อยโอกาสทางสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย องค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพ อันได้แก่ คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ และกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ และการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างโอกาสและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ ผู้วิจัยจะได้นำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาโดยแบ่งตามวัตถุประสงค์ดังนี้

- บทที่ 4 ผลการวิจัย ใช้การนำเสนอข้อมูลพรรณนาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้
- บทที่ 5 สรุป การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะในการวิจัย

บทที่ 4

ผลงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่เจาะจงกรณีศึกษาที่คลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข คือคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ซอยลาซาน 43 และคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์บริบท (contextual analysis) ที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย โดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้เบื้องต้น เพื่อพรรณนาถึงตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารของการแพทย์แผนไทย องค์ประกอบกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย และการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างโอกาสและความเท่าเทียมทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับขั้นตอนของงานวิจัย ออกเป็นสามส่วน คือ

4.1 ผลการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

4.2 ผลการศึกษากระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

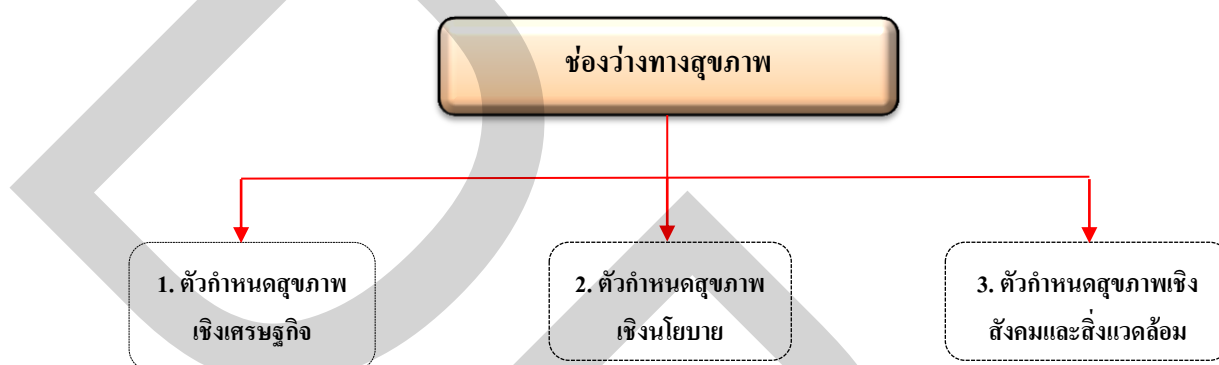
4.3 ผลการศึกษาเรื่องการให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผลการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

ในเรื่องตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย คือ ช่องว่างทางสุขภาพของบุคคลที่เสียเปรียบหรือด้อยโอกาสในการมีสุขภาพดี อันเกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมผ่าน โครงสร้างหรือสถาบันทางสังคม รวมถึงสถาบันสุขภาพ และมีการสื่อให้เห็นถึงความด้อยโอกาส หรือความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ที่ผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพเหล่านี้มีความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นทางสังคมด้วยการแพทย์แผนไทย

ดังนั้นจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบว่าในบริบททางการแพทย์แผนไทยนั้นมีตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างสังคมต่อการมีสุขภาพดี

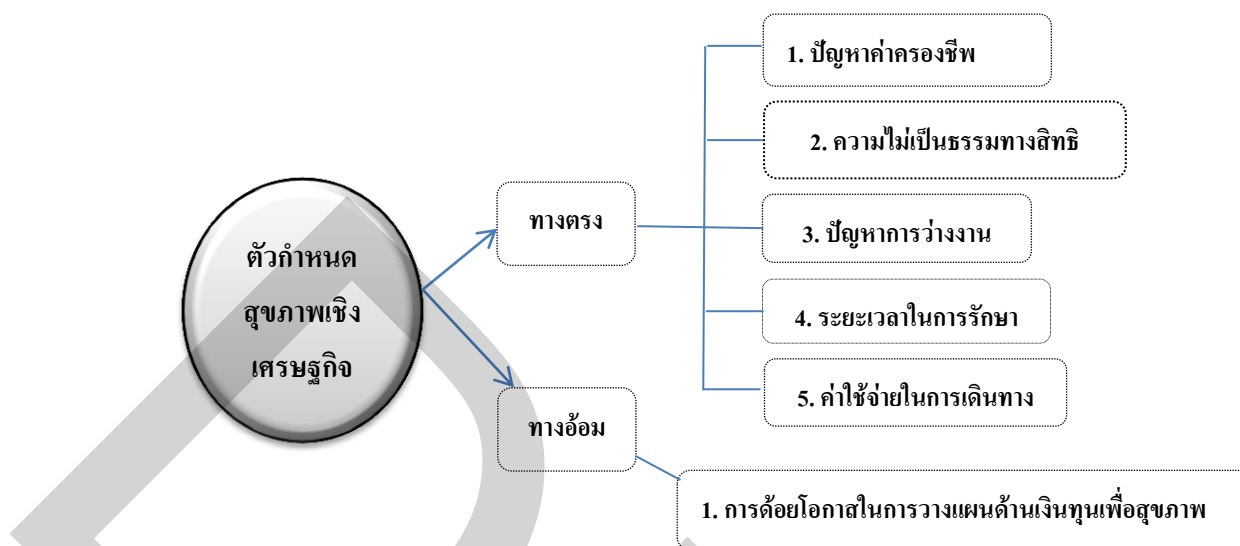
นั้น ได้แก่ ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจ ตัวกำหนดสุขภาพส่วนบุคคล ตัวกำหนดสุขภาพเชิงนโยบาย และตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพ และส่งผลให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพ และสื่อให้เห็นถึงการใช้อำนาจแพทย์แผนไทยในการลดช่องว่างทางสุขภาพ เพื่อสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพในกระบวนการสื่อสารการแพทย์แผนไทยนี้ โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 4.1 ช่องว่างทางสุขภาพอันเกิดจากความสัมพันธ์กับตัวกำหนดเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย

4.1.1 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจ

ช่องว่างทางสุขภาพผ่านโครงสร้างทางสังคม อันเกิดจากสถาบันเศรษฐกิจหรืองานที่ทำเป็นตัวกำหนดที่มาของปัจจัยสี่ บทบาทสถานภาพทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจะถูกทำให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพและส่งผลให้เกิดความเสียเปรียบและด้อยโอกาสของการมีสุขภาพดี อันนำไปสู่การลดช่องว่างทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย โดยตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการเกิดช่องว่างทางสุขภาพ มีดังนี้

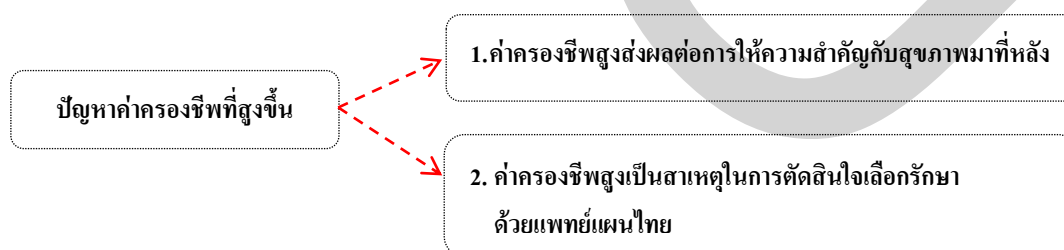


ภาพที่ 4.2 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย

4.1.1.1 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางตรง

เป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนที่เสียเปรียบในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจเหล่านี้ ถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่เกิดจากปัญหาของการมีงานที่ดี และรายได้ของผู้ที่มีรายได้น้อย ดังนั้นวิธีการลดช่องว่างทางสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้จึงเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการสร้างโอกาสในการที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม โดยมีตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางตรง มีดังนี้

1) ปัญหาค่าครองชีพที่สูงขึ้น



ภาพที่ 4.3 ปัญหาค่าครองชีพส่งผลต่อการเกิดช่องว่างทางสุขภาพ

1.1) ค่าครองชีพสูงส่งผลต่อการให้ความสำคัญกับสุขภาพมาที่หลัง

ช่องว่างทางสุขภาพอันเกิดจากปัญหาค่าครองชีพที่สูงขึ้นนั้น เป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลให้เกิดการจัดลำดับความคิด ความสำคัญในการดำรงชีวิต ซึ่งส่งผลทำให้เกิดเงื่อนไขของค่าครองชีพที่ก่อให้เกิดความเสียเปรียบที่ทำให้กลุ่มคนผู้ที่มีรายได้น้อยไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพและความต้องการที่จะมีสุขภาพดีได้เนื่องจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพจะมาเป็นอันดับสุดท้าย

ดังความเห็นของผู้ป่วย อายุ 40 ปี อาชีพขับแท็กซี่ ได้เสนอข้อจำกัดในเรื่องของค่าครองชีพที่สูงขึ้น ถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลให้การให้ความสำคัญกับสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่คิดเป็นอันดับสุดท้าย

“ค่าของกินของใช้ก็ขึ้น หมูก็ขึ้นราคา ค่าเทอมลูกก็ต้องจ่าย เศรษฐกิจแบบนี้ ใช้จ่าย 4 กินมาก่อนยารักษาโรค ฉะนั้น ถ้าจะคิดเรื่องรักษาโรคเอาไว้อันดับสุดท้าย เอาเงินไว้กินให้ท้องของคนในครอบครัวอึดมาก่อนดีกว่า ยังมีอีกหลายปากยังรอเราอยู่ สาเหตุที่รักษาที่นี่ก็เพราะคลินิกนี้รักษาฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย” (ผู้ป่วย 13 อายุ 40 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาวฯ ได้ให้ความเห็นช่องว่างทางสุขภาพอันเกิดจากค่าครองชีพที่สูงขึ้นนั้น ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางตรง กล่าวคือ ยิ่งค่าครองชีพสูงมากเท่าไร ก็ยิ่งมีการแข่งขันกันทำมาหากินมากเท่านั้นเพื่อได้มาซึ่งค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งการแข่งขันนี้เองคือ ช่องว่างทางสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อการละเลยในเรื่องความต้องการที่จะมีสุขภาพดีของประชาชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยิ่งการแข่งขันในด้านการทำมาหากินมากเท่าไร ค่าครองชีพยิ่งสูงมากขึ้นเท่าไร มันจะส่งผลต่อสุขภาพ จากการสอบถามซักประวัติผู้ป่วย พบว่าสภาวะความเครียด ที่เกิดจากการทำงาน การรีบเร่งทำงานจนลืมใส่ใจด้านสุขภาพ มันทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย อาทิ โรคหัวใจ ความดันโลหิตทั้งสูงและต่ำ ออฟฟิศซินโดรม อัมพฤกษ์-อัมพาต เป็นต้น ล้วนมารายได้ไม่พอรายจ่าย พอไม่พอก็ต้องทำงานให้มากขึ้นให้พอค่าใช้จ่าย” (แพทย์แผนไทย 1 สัมภาษณ์ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

1.2) ค่าครองชีพสูงเป็นสาเหตุในการตัดสินใจเลือกรักษาด้วยแพทย์แผนไทย

เมื่อรายได้ไม่พอรายจ่าย ซึ่งเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากค่าครองชีพที่สูงขึ้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมองว่า รูปแบบการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะคลินิกสาธารณสุขกุล จึงเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ประหยัดค่าใช้จ่าย ดังความเห็นที่ว่า

“รายได้ไม่พอรายจ่าย ข้าวของแพงขึ้นทุกวัน.....พอไม่สบายมาๆ ขึ้นขึ้นต้องไปโรงพยาบาล ถ้าเป็นของรัฐกว่าหมอมจะมาก็ต้องรอคิว ลูกก็ยังเล็ก อยู่กันเอง 3 คน พ่อแม่ลูก แผน

ก็ต้องรีบไปทำงานเช้า สดท้ายต้องพาเข้าโรงพยาบาลเอกชน หมดไปเกือบ 2 พัน ไม่ไหวหรอก จะให้ไปรักษาต่อเนื่อง ขอมมรักษาที่นี้ดีกว่าอย่างน้อยประหยัดค่ายา ค่าหมอเสียแต่ค่าเดินทางอย่างเดียวเท่านั้น ” (ผู้ป่วย 10 อายุ 37 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

นอกจากนี้ยุคค่าครองชีพที่สูงขึ้น ผู้ป่วยวัย 30 ปี อาชีพพนักงานขายสินค้า ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับ การตัดสินใจเลือกวิธีการแพทย์แผนไทยดูแลรักษาอาการกรดไหลย้อน ไมเกรน และภูมิแพ้ของตนนั้น มองว่าผู้ที่มีรายได้น้อยในสถานะค่าครองชีพสูงนั้น สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญแต่ก็สามารถเลือกวิธีการดูแลที่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายได้ ดังความเห็นที่ว่า

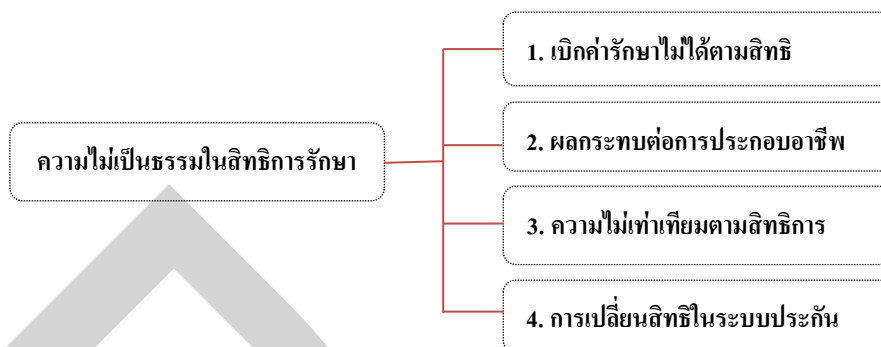
“ยุคค่าครองชีพสูงกว่าเงิน 300 บาท นอกจากจะประหยัดค่าใช้จ่ายสุขภาพของแพงแล้ว อาการเจ็บป่วย ก็สามารถประหยัดได้...หาหมอแผนไทยทำไมจะต้องอายุใคร ก็คนรายได้น้อย ทุกอย่างรัดเข็มขัด คลินิกนี้รักษาฟรี เรื่องสุขภาพกับการประหยัดก็สามารถทำได้ ถ้ารู้จักวิธีการ” (ผู้ป่วย 30 อายุ 30 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2557)

สอดคล้องกับผู้ป่วยวัย 69 ปี อาชีพรับเหมาก่อสร้าง เห็นว่าค่าครองชีพที่สูงขึ้นค่าใช้จ่ายที่ได้จากเบี้ยยังชีพ เป็นเพียงปัจจัยที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่สามารถใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้ ดังนั้นคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุขจึงเป็นทางออกด้านสุขภาพ ดังความเห็นที่ว่า

“อายุ 69 ปี ได้เบี้ยคนชรา 500 บาท แคกินข้าว 3-4 วัน ก็หมดแล้ว จะเอาเงินไหนไปหาหมอ ลุงเป็นน้อยแค่ชาปลายนิ้ว มือสั่นนิดหน่อย แต่ผู้สูงอายุบางคนเป็นมากกว่าลุง 500 ก็ไม่พอแล้ว คลินิกวัดพรหมฯ เป็นคลินิกการกุศลจึงตอบ โจทย์คนชราที่ไม่มีรายได้อ” (ผู้ป่วย 50 อายุ 69 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 มีนาคม 2557)

2) ความไม่เป็นธรรมทางสิทธิการรักษา

ความไม่เป็นธรรมทางสิทธิการรักษา คือช่องว่างทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากสิทธิการรักษา อันเกิดจากตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจนี้จะส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียเปรียบและด้อยโอกาสของการมีสุขภาพดี อันนำไปสู่การลดช่องว่างสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม โดยความไม่เป็นธรรมทางสิทธิการรักษามีดังนี้



ภาพที่ 4.4 ตัวกำหนดสุขภาพที่เกิดจากความไม่เป็นธรรมในสิทธิการรักษา

2.1) ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในการเบิกจ่ายค่ารักษาตามสิทธิ

ความไม่เป็นธรรมในสิทธิการรักษาอันเกิดจากข้อจำกัดในการเบิกจ่ายค่ารักษาตามสิทธิในการรักษาได้ตามสิทธิ ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดข้อเสียเปรียบทางสุขภาพของผู้มีรายได้น้อย ดังนั้นการที่ผู้ที่มีรายได้น้อยจะลดช่องว่างทางความเป็นธรรมทางสุขภาพนี้ได้นั้น คือ การแสวงหาทางออกด้านสุขภาพทางเลือกอย่างแพทย์แผนไทยที่ผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสามารถเข้าถึงได้

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังสีนั้น ความเห็นว่าการข้อจำกัดในความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอันเกิดจากการเบิกจ่ายค่ารักษาโรควางโรคไม่ได้ตามสิทธิ นั้น ถือเป็นข้อเสียเปรียบทางสุขภาพอันเกิดจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ทำให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรคที่เกิดจากความเครียดบางโรคก็ไม่สามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ หรือจะใช้ประกันสังคมได้ เช่น โรคประสาท โรคเครียด เป็นต้น คนมีรายได้น้อยทำไง ค่ารักษาโรคพวกนี้มันแพงนะลูก ก็ต้องหาวิธีการรักษาทางเลือกต่างๆ เพื่อให้ตนเองพ้นทุกข์จากอาการเจ็บป่วย” (แพทย์แผนไทย 8 , สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นมะเร็งริมฝีปาก ที่เห็นว่าข้อเสียเปรียบทางสุขภาพอันเกิดจากค่าส่วนต่างในการรักษาตามสิทธิในการรักษานั้น เป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเป็นธรรม ดังนั้นการตัดสินใจเลือกการแพทย์แผนไทยในการรักษาสุขภาพนั้น จึงเป็นวิธีการลดช่องว่างทางสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มะเร็งริมฝีปาก มันทรมาณนะ กินอะไรก็ไม่ค่อยได้ ยาบางตัวต้องจ่ายเพิ่ม ยาไม่มีดังค์ หรอกหนูเอาเงินเก็บไว้เป็นค่าทำศพตอนยายตายดีกว่า จะได้ไม่ต้องเดือดร้อนลูกหลาน” (ผู้ป่วย 44 อายุ 74 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2557)

2.2) ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ

ข้อจำกัดทางสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยนั้น ถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีไม่เท่าเทียมผู้อื่นและมีผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพในอนาคต

ตั้งความเห็นของผู้ป่วย อายุ 47 ปี อาชีพขับรถรับจ้าง ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แสดง ความเห็นถึงข้อเสียเปรียบของการเข้ารับผ่าตัดขาเพื่อรักษาโรคเบาหวานนั้น เป็นความไม่เป็นธรรม ทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลให้ไม่ สามารถเข้ารับการรักษาในระบบบริการสุขภาพได้ ดังนั้นการแพทย์แผนไทย จึงถูกใช้เป็นวิธีการ ในลดช่องว่างทางสุขภาพเพื่อหาโอกาสในการรักษาสุขภาพที่ส่งต่อการประกอบอาชีพของ ผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ ดังกล่าวที่ว่า

“ลุงเป็นเบาหวาน หมอบอกว่า ลุงต้องตัดขา เพราะเลือดไม่ไปเลี้ยงแล้ว ขามันดำ... ลุง มีบัตร 30 บาท ก็จริงถึงจะรักษาฟรี แต่ลุงจะต้องเสียค่าทำลาชยาอีกหนึ่งพันบาท ไม่ไหวหอรอกคน หาเช่ากินค่า ที่สำคัญลุงขับรถตุ๊กตุ๊ก ถ้าลุงตัดขาจะขับตุ๊กตุ๊กยัง งัย ขับไม่ได้เอาอะไรกิน.....คิดว่าลอง รักษาด้วยแพทย์แผนไทยดู เพราะที่นี้รักษาฟรี” (ผู้ป่วย 47 อายุ 50 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557)

2.3) ความไม่เท่าเทียมตามสิทธิการรักษา

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบบริการสุขภาพ เพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับ ประชาชนมีสุขภาพดี เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น แต่พบว่าหลักประกัน สุขภาพที่มีอยู่นั้นไม่ครอบคลุมทุกอาการเจ็บป่วยได้ตามต้องการของประชาชน ส่งผลให้เกิด ช่องว่างทางสุขภาพที่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่ตรงตามสิทธิที่เขามีอยู่นั้น ไม่สามารถเข้ารับ การรักษาตามสิทธิได้ เนื่องจากอาการเจ็บป่วยเหล่านี้จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่า รักษาเองทั้งหมด ก่อให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่า เทียมผู้อื่นในสังคม โดยความไม่เท่าเทียมตามสิทธิการรักษานี้ ได้แก่

2.3.1 ความไม่เท่าเทียมตามสิทธิการรักษาอันเกิดจากการประสบอุบัติเหตุ

ช่องว่างทางสุขภาพอันเกิดจากการใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพอันเกิดจากการประสบ อุบัติเหตุ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง “การประสบอุบัติเหตุที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ของสิทธิการรักษา ของผู้ป่วย” ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเลือกวิธีการทางการแพทย์

แผนไทยนั้น เป็นการลดช่องว่างทางสุขภาพ เพื่อสร้างโอกาสในการมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

จากความเห็นของผู้ป่วย อายุ 33 ปี อาชีพพนักงานรักษาความปลอดภัย ที่กล่าวถึง ความด้อยโอกาสทางสุขภาพของเขานั้น เกิดจากข้อจำกัดในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษา และอาการเจ็บป่วยอันเกิดจากการประสบอุบัติเหตุของตนเองนั้น ไม่อยู่ในข่ายที่ได้รับสิทธิการรักษา ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมตามสิทธิ ดังนั้นการที่เขาเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยนั้น คือวิธีการลดช่องว่างทางสุขภาพเพื่อส่งผลต่อความเท่าเทียมทางสุขภาพให้กับตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติงานไม่ได้ครอบคลุมในสิทธิประกันสังคม ตอนนั้นได้เงินชดเชยรายได้ที่ไม่ได้ทำงาน เพราะขาดหัก กับเงินจาก พรบ. รด ก็ใช้จ่ายไป พอดีเผื่อออกก็ยังมีความอยู่เงินที่ได้มาก็ไม่พอค่ารักษาแบบต่อเนื่อง ปวดมากก็ทนเอา ซึ่อยากกินเองบ้าง ตอนนี้อยู่ไม่ไหวแล้ว มันปวดจนขา เหมือนจะไม่มีความรู้สึก สุดท้ายก็ต้องหาที่พึ่งอื่นที่ไม่ใช่หมอตตามโรงพยาบาล” (ผู้ป่วย 46 อายุ 33 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุว่า นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) นั้น ไม่ได้ครอบคลุมในกรณีที่ถูกรถชนโดยไม่มีคู่กรณี ถือเป็นความไม่เท่าเทียมทางสิทธิการรักษา ที่จำเป็นจะต้องมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เพื่อที่จะทำให้มีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยประสบอุบัติเหตุเมื่อรถมอเตอร์ไซด์ชนแล้วหนี เมื่อ 2 ปี ที่แล้ว...บัตร 30 บาท ก็ใช้ไม่ได้ไม่ได้ครอบคลุมถึงอุบัติเหตุต้องจ่ายเอง” (ผู้ป่วย 54 อายุ 64 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 19 มีนาคม 2557)

2.3.2 ไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากการใช้เวชภัณฑ์ยาตามบัญชียาตามสิทธิ

ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากการใช้เวชภัณฑ์ตามบัญชียาตามสิทธิ นั้น เป็นความเสียเปรียบในการมีสุขภาพดีเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม ที่ส่งผลให้ผู้ที่มียาได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษานั้น เป็นยานอกบัญชียาหลักตามสิทธิ ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

ดังคำกล่าวของผู้ป่วย อายุ 50 ปี อาชีพแม่บ้าน เข้ารับการรักษาอาการต่อกระดูก และเบาหวานด้วยแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง ได้แสดงความเห็นว่า ช่องว่างทางสุขภาพส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่เท่าเทียมของการใช้เวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักนั้น จะต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนต่างที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยาบางตัวก็เป็นยาอยู่นอกบัญชียาของสิทธิการรักษา ทั้งๆ ที่โรคที่เป็นมันเป็นโรคที่อยู่ในสิทธิการรักษา” (ผู้ป่วย 19 อายุ 50 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เคยทำงานห้องยาในโรงพยาบาล ได้กล่าวถึง ข้อจำกัดยาที่ใช้ตามสิทธิ กับยาที่ใช้กับผู้ป่วยที่ประสงค์ออกค่าใช้จ่ายเองนั้น ช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมในการใช้เวชภัณฑ์ตามสิทธิ

“การมีบัตร 30 บาท หรือประกันสังคมก็ตาม สิทธิในการรักษาก็ไม่เท่ากัน หรือแม้กระทั่งยาที่ใช้ก็ใช้ยาไม่เหมือนกัน จากประสบการณ์ที่เคยทำงานห้องยาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง (ขอสงวนชื่อโรงพยาบาล) เห็นเลยว่า ยาที่ใช้กับคนที่ใช้สิทธิประกันสังคม กับคนที่จ่ายเองจะใช้ยาที่มีคุณภาพไม่เท่ากัน มันสะท้อนให้เห็นเลยว่า สิทธิประกันสุขภาพ ก็ไม่ได้สามารถให้ยากับคนไข้ได้เท่าเทียมกัน สุดท้ายทางออกของสุขภาพก็มาลงที่แพทย์ทางเลือกอย่างแพทย์แผนไทย” (ผู้ป่วย 10 อายุ 37 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

2.3.3 ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพในสิทธิการดูแลมารดาหลังคลอดบุตร

ในความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับบริการอยู่ไฟ ได้ให้ความเห็นว่า สิทธิของการประกันสังคมนั้นไม่ได้ครอบคลุมถึงสิทธิการดูแลรักษาดูแลมารดาหลังคลอด ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพกับมารดาหลังคลอดบุตร ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีสิทธิประกันสังคม เขาจ่ายค่าคลอดมา หมั่นกว่าบาท ให้ค่านมลูกเดือนละ 400 บาท และเงินเดือนอีก 45 วัน นายจ้างออกให้ 45 วัน แค่นั้น ค่ารักษาอื่นๆ ที่เกิดจากการคลอดลูกไม่ได้สิทธิเบิก เช่น การอยู่ไฟ...ดังนั้นจะต้องหาค่าใช้จ่ายในการดูแลในส่วนตัวเอง” (ผู้ป่วย 43 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

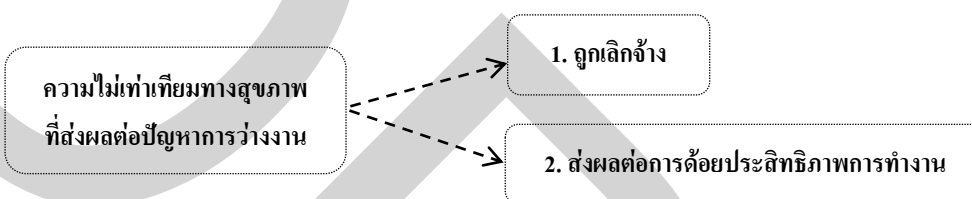
2.4) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากการเปลี่ยนสิทธิในระบบประกันสุขภาพ

การเปลี่ยนสิทธิการรักษาสุขภาพในปัจจุบันนั้น ส่งผลต่อความเสียเปรียบในการมีสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากในช่วงการเปลี่ยนสิทธิในการรักษานั้น ถ้าหากเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นจะไม่สามารถใช้สิทธิประกันสุขภาพได้ ส่งผลให้เกิดความด้อยโอกาสทางการรักษาสุขภาพ ที่เกิดจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสิทธิ

จากความเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการปวดประจำเดือนและโรคภูมิแพ้ เห็นว่า ช่องว่างทางสุขภาพอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสิทธินั้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ซึ่งถือความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรียนเพิ่งจบ เพิ่งได้ที่ทำงาน ไม่สบายไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอถามว่ามีสิทธิอะไรบ้าง ก็บอกให้บัตรไป สิ่งที่ได้คำตอบคือว่าใช้ไม่ได้เพราะทำงานยังไม่ถึง 3 เดือนยังเบิกไม่ได้ แล้วเลยถามว่าแล้ว บัตร 30 บาท ที่มีสิทธิใช้กับโรงพยาบาลนี้ คำตอบที่ได้คือใช้ไม่ได้ค่ะ เลือกลงเอาค่ะ ใช้ได้แค่สิทธิใดสิทธิหนึ่งเท่านั้น ถ้ามีประกันสังคม 30 บาท ก็ใช้ไม่ได้ คืออะไรไม่เข้าใจตัดสินใจหวนกลับมาใช้แพทย์แผนไทยเหมือนเดิม” (ผู้ป่วย 31 อายุ 26 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

3) ปัญหาการว่างงานมีผลต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ



ภาพที่ 4.5 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อปัญหาการว่างงาน

ปัญหาการว่างงานนี้เป็นเงื่อนไขที่สำคัญก่อให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพของคนในสังคมที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยงานการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัญหาการว่างงานที่ส่งผลต่อช่องว่างทางสุขภาพมี 2 ลักษณะดังนี้

3.1) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพส่งผลต่อถูกเลิกจ้าง

ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการถูกเลิกจ้าง เป็นผลสืบเนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของคน ซึ่งก่อให้เกิดการถูกเลิกจ้างของนายจ้างหรือผู้ว่าจ้าง และถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดการด้อยโอกาสทางสุขภาพของผู้ถูกเลิกจ้างจากการเจ็บป่วย ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยที่ถูกเลิกจ้างเหล่านี้เลือกการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย จึงเป็นวิธีการที่ช่วยลดช่องว่างสุขภาพให้กับตนเอง

ดังความเห็นของผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อายุ 72 ปี เห็นว่า การด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพนั้น เกิดจากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เพราะอาการเจ็บป่วย และส่งผล

ต่อรายได้ในการดำรงชีพ ซึ่งเป็นช่องว่างทางสุขภาพอันส่งผลต่อการกำหนดวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อก่อนลุงมีอาชีพรับจ้างทำบายศรี เป็นอัมพฤกษ์แบบนี้ก็ไม่มีใครจ้างทำ งานไม่มีทำได้เบียดคนพิการ กับคนชรา เดือนละพันบาท ไม่เพียงพอที่จะไปหาหอรอก จะไปขอเงินลูกก็เกรงใจ เพิ่งจะแต่งงานมีครอบครัว ไม่กล้าเป็นภาระกับลูก ทางออกที่ดีที่สุดคือการมาหาหมอแผนโบราณ ให้นำคนให้ ขอยามาทาน อายุก็เยอะช่วยเหลืองานอะไรก็ได้ ไม่อยากเป็นภาระใครๆ” (ผู้ป่วย 45 อายุ 72 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2557)

3.2) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการด้อยประสิทธิภาพการทำงาน

ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานนั้น หมายถึง เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยนั้นจะส่งผลต่อการด้อยประสิทธิภาพในการทำงาน จนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ในที่สุด โดยความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพนี้เป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดการด้อยโอกาสในการเข้ารับการรักษาสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วย อันนำไปสู่การแสวงหาวิธีการลดช่องว่างทางสุขภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ก้อนบกร่อง อายุ 25 ปี ประกอบอาชีพขายบริการ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเสียเปรียบทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดการด้อยประสิทธิภาพในการทำงาน อันก่อให้เกิดช่องว่างในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจ เป็นสาเหตุในความเป็นธรรมทางสุขภาพ ดังนั้นการเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยจึงเป็นวิธีการที่ใช้ในการลดช่องว่างทางสุขภาพที่ผสมผสานกับวิธีการทางการแพทย์ปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า

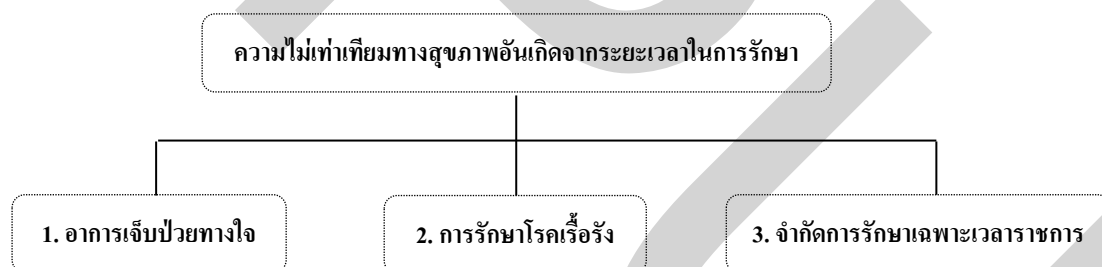
“คงทำอาชีพเดิมไม่ได้แล้วละ เงินที่มีก็ต้องเก็บเอาไว้ละ เอาไว้ใช้จ่ายยามจำเป็น ตอนนี้ไม่คิดอะไรมากละ คงหางานฝีมือ งานแฮนด์เมดมาทำที่บ้าน เป็นรายได้ เพราะโรคนี้ใครเป็นก็ไม่มีใครรับเข้าทำงาน การรักษาคงเลือกเอาแบบผสมกันละ ทั้งหาหมอแผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทยเป็นตัวช่วยอีกทางเพื่อลดค่าใช้จ่าย” (ผู้ป่วย 33 อายุ 25 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม อาการเจ็บป่วยนั้นส่งผลต่อการด้อยประสิทธิภาพการทำงานแล้วนั้น ยังส่งผลต่อการปรับการทำงานให้สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วย แต่การปรับเปลี่ยนงานนั้นก็ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย ดังนั้นช่องว่างทางสุขภาพจึงเกิดขึ้นดังความเห็นของผู้ป่วย อายุ 27 ปี อาชีพนางโชว์บาร์เร่ต์ ได้แสดงความคิดเห็นถึง อาการเจ็บป่วยเป็นผลต่อการด้อยประสิทธิภาพในการทำงาน และอาจส่งผลต่อรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดการลดช่องว่างทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“นางโซว์ไม่ได้เป็นแล้วค่ะ เพราะว่าป่วยเป็นโรคมึ่กั่มกันบพร่อง เพื่อนๆ ที่ทำงาน ก็ทราบนะค่ะ เจ้านายก็ทราบ แต่ไม่ได้ไล่เร่ออก เพราะเขาเห็นใจเรา เพียงแต่เขาเปลี่ยนหน้าที่ให้ เราแทนจากที่เคยเป็นนางโซว์ ก็ให้เรามาคิดโซว์ ออกแบบเสื้อผ้าแทน แต่ซึ่งรายได้อาจจะไม่มาก เพียงพอกับตอนเป็นนางโซว์ เพราะเราไม่ได้ทิบจากแขก ไม่ได้ไปยื่นถ่ายรูป แต่ถามว่ารายได้พอ ไหม ขอบอกว่าพอ แต่อาจจะไม่เพียงพอต่อค่ารักษาเท่านั้นค่ะ” (ผู้ป่วย 29 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

4) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากระยะเวลาในการรักษา

ระยะเวลาในการรักษานั้น เป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าอาการเจ็บป่วยนั้นมีระยะเวลารักษายิ่งนานมากไหร่ ก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษามากเท่านั้น ทำให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยเกิดความเสียเปรียบทางสุขภาพ อันเป็นผลพวงจากตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่เป็นเงื่อนไขที่มีความสัมพันธ์ต่อการแสวงหาทางออกเพื่อลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย โดยความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากระยะเวลาในการรักษา มีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.6 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากระยะเวลาในการรักษา

4.1) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากอาการโรคทางใจ

สภาวะความเครียดหรืออาการเจ็บป่วยทางจิตใจนั้นมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ต่อการกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อการเกิดช่องว่างทางสุขภาพ อันเนื่องจากระยะเวลาในการรักษายิ่งนานเท่าไหร่ก็ยิ่งมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลให้เกิดสภาวะความเครียดและปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่จะมีสุขภาพดีได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

ตามความเห็นของเวชระเบียนแผนไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ที่ได้จากการสอบถามซักประวัติผู้ป่วย พบว่า ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพนั้น คือระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายส่งผลให้ต่อสภาวะอาการเจ็บป่วยทางกาย และความเครียดนั้นคือ อาการเจ็บป่วยทางใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรคทางใจ โรคเครียด โรคซึมเศร้า ก็มีมารักษาที่นี้ละ ส่วนใหญ่มักจะมาพ่วงกับผู้ป่วยโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง หรือแม้กระทั่งโรคเอดส์ ก็มักจะมีปัญหาเรื่องนี้ กล่าวคือ การที่พวกเขาเลือกจะมารักษาที่นี้ ปัจจัยสำคัญเลย คือ กำลังทรัพย์ในการรักษาตัว ถึงแม้บางคนจะมีสิทธิในการรักษา แต่ก็ไม่มีกำลังมากพอที่จะรักษาโรคได้ตลอด” (เวชระเบียนแผนไทย, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพระมหาธาตุวรมหาวิหาร ที่กล่าวถึง ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจนั้นคือ รายได้ และค่าใช้จ่ายที่มีความสัมพันธ์ระยะเวลาในการรักษาโรคเรื้อรัง จะส่งผลต่อสภาวะความเครียดที่มีผลต่อสุขภาพจิตด้วย ดังนั้น การที่กลุ่มผู้ป่วยที่เลือกที่จะรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น คือ การที่จะลดช่องว่างทางสุขภาพทางกายที่มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาสุขภาพทางจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนมีรายได้น้อย ค่ายารักษาโรคเรื้อรัง อย่างมะเร็ง อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือ เบาหวาน ความดัน มันมีค่าใช้จ่ายแพง ดังนั้นผู้ป่วยและญาติต่างก็หาวิธีการรักษาทางเลือกต่างๆ เพื่อให้ตนเองพ้นทุกข์จากอาการเจ็บป่วย.....ถ้าอาการเจ็บป่วยยังใช้เวลานานในการรักษา คนเหล่านี้ก็ต้องการที่พึ่งทางใจ หาที่พึ่งรักษาทางกาย ก็พุ่งมาหาแพทย์แผนไทย” (แพทย์แผนไทย 8, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

4.2) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากการรักษาโรคเรื้อรัง

อาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ถือเป็นความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษาในลักษณะต่างๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าเวชภัณฑ์ เป็นต้น จึงถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่เกิดข้อเสียเปรียบและด้อยโอกาสทางสุขภาพของผู้มีรายได้น้อย ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ในความเห็นของผู้ป่วย อายุ 32 ปี อาชีพขายอาหารตามสั่ง ป่วยด้วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องนั้นเห็นว่า อาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงนั้น จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก ต่อเนื่องและยาวนานนั้น ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ อันนำไปสู่การแสวงหาวิธีการลดช่องว่างทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรคเอดส์ ใดๆ ก็รู้ว่ารักษาไม่หาย และต้องใช้เวลารักษานาน และยังคงตอนนี้เป็นแบบนี้ จะทำงานหักโหมมากก็ไม่ได้ เพราะเราภูมิต่ำ คิดเรื่องง่าย ต้องรักษาสุขภาพทุกอย่างเป็นอย่างดี สาเหตุที่เลือกรักษาด้วยแพทย์แผนไทย คือ เรื่องค่าใช้จ่ายนี้แหละ เพราะที่นี้รักษาฟรี ยอมตื่นเช้า มากๆ สักวันเพื่อมารับคิวแรกๆ จะได้รับกลับไปขายข้าวได้ต่อ” (ผู้ป่วย 40 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์ วันที่ 1 เมษายน 2557)

4.3) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากการจำกัดเวลาในการรักษาเฉพาะเวลา ราชการ

การจำกัดเวลาในการรักษาเฉพาะเวลาราชการ ถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อผู้ที่มีรายได้น้อยคือโอกาสทางสุขภาพ อันเนื่องจากการจำกัดเวลาในการรักษาไม่สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิต

ตามความเห็นของผู้ป่วย อายุ 45 ปี อาชีพพนักงานบริษัท ที่เข้ารับการรักษาอาการหอบหืด และภูมิแพ้ ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับสิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาลตามนโยบายที่มีการกำหนดเงื่อนไขในการเข้ารับการรักษาจะต้องในเวลาราชการนั้น ซึ่งก่อให้เกิดความเสียเปรียบในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิต อันนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

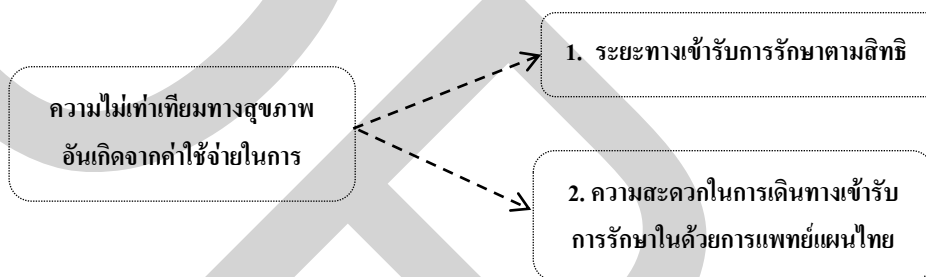
“สิทธิประกันสังคม เมื่อก่อนยังหาตามคลินิกได้ แต่ปัจจุบันจะต้องไปโรงพยาบาลอย่างเดียวเท่านั้น ซึ่งแพทย์เฉพาะทางมาเฉพาะเวลาราชการเท่านั้น ทำให้คนทำงานบางที่ไม่อยากกลางานทำใจ ก็ต้องหาซื้อยาทานเอง หาหมอเสียเงินเองตามคลินิก หรือหาแพทย์ทางเลือกแล้วจะจ่ายทำไม่เดือนละ 750 บาท มันไม่ได้ช่วยตอบคำถามสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม” (ผู้ป่วย 48 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วย อายุ 14 ปี ที่มีความพิการแต่กำเนิด ที่ได้กล่าวถึงช่องว่างทางสุขภาพที่เกิดจากเงื่อนไขของระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา นั้น ส่งผลต่อความเสียเปรียบทางสุขภาพที่มีผลต่อการมีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ขาลีบ ไม่มีแรง ไม่ทราบสาเหตุ หมอให้ทำกายภาพ ซึ่งถ้าหนูจะใช้สิทธิในการรักษา จะต้องมาในเวลาทำการ ตั้งแต่ 9.00- 16.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ซึ่งเวลานี้คุณแม่ต้องทำงาน แต่ถ้าจะมาทำกายภาพคลินิกนอกเวลา มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม นอกเหนือจากบัตร 30 บาท แม่เลยพามาให้หมอที่นั่นมาให้” (ผู้ป่วย 4 อายุ 14 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

5) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพ เนื่องจากระยะทางในการเดินทางเข้ารับการรักษามตามสิทธิอยู่ค่อนข้างไกลมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ค่อนข้างสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตของผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งถือเป็นความเสียเปรียบของการมีสุขภาพดีของกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย ดังนั้นวิธีการลดช่องว่างความเสียเปรียบทางสุขภาพของกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อยนั้น จึงเลือกวิธีการรักษาสุขภาพที่ตนเองได้รับความสะดวก เพื่อสร้างความไม่เท่าเทียมสุขภาพให้กับตนเอง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่เกิดจากความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอันเกิดจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีดังนี้



ภาพที่ 4.7 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพอันเกิดจากค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

5.1) ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพจากระยะทางเข้ารับการรักษามตามสิทธิ

ระยะทางเข้ารับการรักษามตามสิทธิในระบบประกันสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กล่าวคือ ถ้าระยะทางในการเดินทางที่เข้ารับการรักษามตามสิทธินั้นมีระยะทางที่ค่อนข้างไกลจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ค่อนข้างสูง ซึ่งถือเป็นข้อเสียเปรียบทางสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพจากระยะทางเข้ารับการรักษามตามสิทธินั้นเป็นข้อเสียเปรียบทางสุขภาพที่ไม่ได้อยู่ที่สิทธิในระบบบริการสุขภาพ แต่หากเป็นข้อเสียเปรียบทางสุขภาพอันเกิดจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับสิทธิต่างหาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“การมีบัตร 30 บาท หรือหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ไม่ได้ตอบโจทยปัญหาด้านสุขภาพอย่างแท้จริง.....เพราะค่ารักษา 30 บาท แต่ค่าเดินทางไม่มี ในบางกรณีที่อยู่ต่างจังหวัดห่างไกล

โรงพยาบาล ค่าเดินทางแพงมาก คนจึงไม่นิยมไปรักษา นอกจากจะป่วยใกล้ตายแล้วจริงๆ เพราะไม่คุ้มกับการจะต้องหยุดงานทำมาหากิน” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

5.2) ความสะดวกในการเดินทางเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

ความสะดวกในการเดินทางเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น เป็นการแสวงหาทางออกเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพของกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กล่าวคือ ถึงแม้ว่าจะมีสิทธิในการรักษาตามระบบก็ตามแต่ แต่หากมีค่าใช้จ่ายที่สูงและมีข้อจำกัดด้านเวลาในการรักษาที่ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการทำงานและการดำเนินชีวิต จะส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

ความเห็นของผู้ป่วย อายุ 37 ปี ป่วยเป็นโรคนี้ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับข้อเสียเปรียบทางสุขภาพอันเกิดจากค่าเดินทางในการเข้ารับการรักษาตามสิทธิมีราคาที่สูงและเสียเวลาค่อนข้างมาก ดังนั้นการเลือกเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย จึงเป็นการเลือกตามความสะดวกในการเดินทาง และเป็นการลดช่องว่างทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

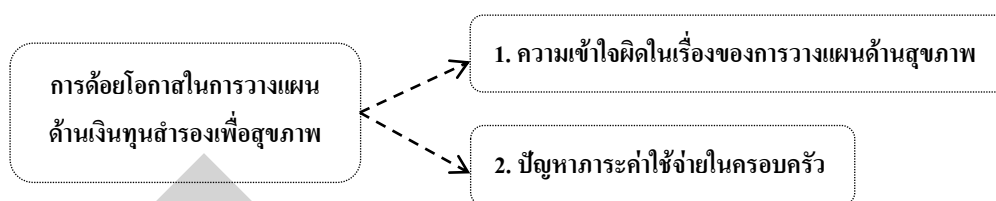
“เมื่อก่อนทำงานราชการ สามารถเบิกได้ ตอนนี้ออกมาทำงานส่วนตัว มีแต่บัตร 30 บาท ไม่พอแถมสิทธิรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลภูมิพล จะให้เดินทางมารักษาเสียเวลา เสียเงินมากไปไหม แต่ที่เลือกมาหาคลินิกแผนไทย 43 นี้ เพราะจะต้องมารับของไปขายที่ต่างจังหวัดแล้วนี้พอดี เลยเลือกมาตรงกับวันที่ต้องหาหมอจะได้ประหยัดเวลาและค่าเดินทางไปในตัว” (ผู้ป่วย 10 อายุ 37ปี, สัมภาษณ์วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของญาติผู้ป่วย อายุ 72 ปี ว่าการด้อยโอกาสทางสุขภาพอันเกิดจากการเดินทางนั้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพ ดังนั้นการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพจึงเป็นวิธีการที่เลือกดูแลสุขภาพตนเองตามความเหมาะสมและสะดวกในการเดินทางเป็นหลัก ดังคำกล่าวที่ว่า

“พาน้องสาวมารักษาที่นี่เพราะตัวเองก็รักษาที่นี่เหมือนกัน ที่บ้านมีแต่คนแก่อยู่กันจะไปไหนมาไหนก็ลำบากหูตาก็ไม่ดี วัลอยู่ใกล้หมู่บ้าน เดินทางง่ายดี และอีกอย่างเหมาะกับคนสูงอายุอย่างพวกฉัน” (ญาติ 5 อายุ 72 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

4.1.1.2 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อม

ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อม ช่องว่างทางสุขภาพที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเมื่อไหร่ ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อมจะมีความสัมพันธ์กับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ที่ไม่เคยคำนึงถึงสุขภาพ จะไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ โดยตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อม ที่พบในการศึกษาครั้งนี้คือ “การด้อยโอกาสในการวางแผนด้านเงินทุนสำรองทางสุขภาพ”



ภาพที่ 4.8 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อมอันเกิดจากความด้อยโอกาสในการวางแผนด้านเงินทุนสำรองเพื่อสุขภาพ

ความด้อยโอกาสในการวางแผนด้านเงินทุนสำรองเพื่อสุขภาพ ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อม ที่ส่งผลกระทบต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ อันเกิดภาวะเศรษฐกิจค่าครองชีพสูง ประกอบกับสังคมที่มุ่งเน้นในเรื่องของวัตถุนิยม ทำให้ผู้คนหันมาสนใจเรื่องของวัตถุนิยม และการแบกภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่สูงขึ้นส่งผลให้การคำนึงถึงการวางแผนด้านการเงิน จะเริ่มวางแผนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย หรือเริ่มมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น หรือการวางแผนนั้นไม่สามารถกระทำได้จริงอันเนื่องจากความสมดุลของรายได้กับรายจ่ายที่ไม่สมดุลเพียงพอที่เหลือเก็บไว้เป็นเงินทุนสำรอง ดังนั้นความด้อยโอกาสในการวางแผนเงินทุนสำรองสุขภาพนี้ จึงก่อให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจทางอ้อมขึ้นเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ดังนี้

1) ความเข้าใจผิดในเรื่องของการวางแผนด้านสุขภาพ

ตามความเห็นของผู้ป่วย อายุ 26 ปี อาชีพนักศึกษาและทำงานพาร์ทไทม์ในร้านสะดวกซื้อ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับการวางแผนเงินทุนสำรองเพื่อการรักษาสุขภาพนั้น เห็นว่าเป็นเรื่องของคนสูงอายุที่จะคิดวางแผนกัน ประกอบกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ยังทำให้การให้ความสำคัญของการวางแผนด้านเงินทุนสำรองเพื่อสุขภาพยิ่งลดลง ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพในยามเจ็บป่วยมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่ได้คิดถึงทุนสำรองเลยเวลาเจ็บป่วย เห็นว่ามีประกันสังคม และอายุยังไม่มากก็ไม่น่าจะเป็นอะไรมาก แต่เอาเข้าจริงๆ บางอย่างก็มีส่วนต่างในการรักษา จำพวกค่ายา, ค่าหาหมอนอกเวลาราชการ อะไรต่างๆ นานาที่ต้องเสีย.....ที่ทำงานก็เหมือนทำงานใช้หนี้บัตร เพราะผ่อนโทรศัพท์มือถือ รถยนต์ และก็อื่นๆ อีก ทำไงได้ล่ะ”

สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์แผนไทยฝึกหัด ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทย เนตรดาวที่แสดงความเห็นเกี่ยวกับการวางแผนการเงินเพื่อการรักษาสุขภาพว่า ในรูปแบบของ วิถีชีวิตคนไทยไม่ค่อยคิดถึงสิ่งนี้เท่าไรนักในช่วงเพิ่งเรียนจบใหม่ แต่จะเริ่มเห็นความสำคัญมากขึ้นก็ต่อเมื่ออายุเริ่มเข้าวัยกลางคน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนเรียนจบปริญญาตรีใหม่ๆ ไม่เคยคิดว่าจะต้องกักเก็บเงินไว้รักษาตัวเองยามแก่ เพราะคิดว่ายังไม่แก่ไม่ป่วย และในส่วนตัวเองก็คิดว่าคนไทยส่วนใหญ่ก็คิดเช่นนั้น กว่าที่จะคิดเก็บเงินรักษาก็ต่อเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน แต่ในความเป็นจริงแล้วไม่ว่าวัยใดก็สามารถป่วยได้ ถ้าไม่รู้จักดูแลสุขภาพก็ป่วยได้ทั้งนั้น จากพูดคุยกับผู้ป่วยบางคน ก็เคยบ่นนะ ถ้าวางแผนดีๆ ตั้งแต่หนุ่มๆ สาวๆ ก็ไม่ต้องมาหาหมอฟรีที่นี่” (แพทย์แผนไทยฝึกหัด 1, สัมภาษณ์วันที่ 16 พฤศจิกายน 2556)

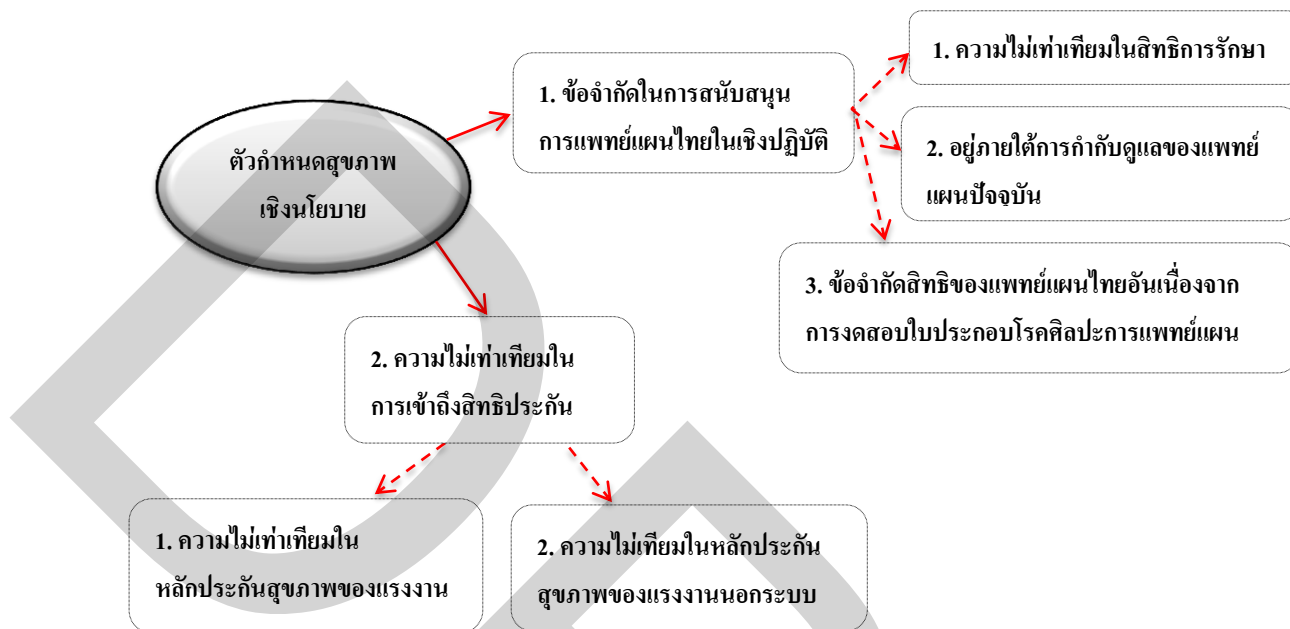
1) ปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวส่งผลต่อการวางแผนด้านเงินทุนสำรองเพื่อสุขภาพ

ปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ถือเป็นข้อเสียเปรียบทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการวางแผนด้านเงินทุนสำรองเพื่อสุขภาพ อันก่อให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลต่อผู้ที่มีรายได้น้อย หรือมีภาระในค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัว ดังนั้นเลือกแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ จึงเป็นวิธีการลดช่องว่างสุขภาพที่อันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่น

ตามความเห็นของผู้ป่วย อายุ 32 ปี อาชีพขายอาหารตามสั่ง ได้กล่าวถึง ความคิดในการวางแผนด้านการเงินเพื่อการรักษาสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถทำได้ เนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอที่จะเก็บไว้เป็นเงินทุนสำรองได้

“เราหาเข้ากินค่า เงินที่หามาได้ก็จะเอาผ่อนรถ ผ่อนบ้าน ค่าเทอมลูก ทำให้คิดเก็บเงินสำรองไว้ตอนฉุกเฉิน เป็นได้แค่ความคิดเท่านั้น ไม่สามารถเก็บเงินทุนสำรองได้จริงๆ พอเราคิดจะเก็บ จะเก็บ ก็มีเหตุที่จำเป็นต้องใช้ ถ้าจะถามว่าตอนนี้มีเงินทุนสำรองไหม ตอบได้เลยนะว่าไม่มี แต่ถ้าถามว่ามีความคิดเรื่องนี้ไหม ตอบเลยว่ามีคิดบ้าง.... แต่เราไม่มีรายได้เดือนหนึ่งหลายๆหมื่นนะที่จะมีโอกาสดังวางแผนได้อย่างเขา” (ผู้ป่วย อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

4.1.2 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงนโยบาย



ภาพที่ 4.9 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงนโยบายที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

4.1.2.1 ข้อจำกัดในการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในเชิงปฏิบัติมีผลต่อความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ

1) ความไม่เท่าเทียมในสิทธิการรักษา

เป็นการด้อยโอกาสทางสุขภาพอันเกิดจากการที่แพทย์แผนไทยถูกจำกัดสิทธิในการรักษาอาการเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพเทียบเท่ากับแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นส่งผลต่อความเป็นธรรมในสิทธิการรักษาของแพทย์แผนไทย อันส่งผลต่อช่องว่างทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยประจำแผนกเวชกรรมไทย คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยากเข้าไปทำงานโรงพยาบาลเท่าไรนัก เนื่องจากสิทธิและอำนาจในการตัดสินใจอยู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในสิทธิการรักษาของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในความคิดเห็น แพทย์แผนไทยไม่มีใครอยากไปอยู่ตามโรงพยาบาลเท่าไรนักหรอก เพราะไปอยู่ที่เปรียบเสมือนพลเมืองชั้นสองในโรงพยาบาล เพราะอำนาจสิทธิในการดูแลรักษาคนไข้อยู่ที่แพทย์แผนปัจจุบัน เราไม่มีสิทธิ ไม่มีอำนาจใดๆ ทั้งนี้ การเลือกที่จะรักษาด้วยแพทย์

แผนไทยในโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐ จะอยู่ที่แพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ใช่คนไข้ ดังนั้น ถ้าคนไข้อยากจะรักษาด้วยแพทย์แผนไทยจำเป็นจะต้องมาหาตามคลินิกมากกว่า เห็นไหมว่า นโยบายกับการปฏิบัติมันขัดแย้งกัน” (แพทย์แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า ภาครัฐขาดความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการใช้แพทย์แผนไทย เพียงแค่การนวด ซึ่งถือเป็นการจำกัดสิทธิในการรักษาการแพทย์แผนไทยเป็นเพียงแค่การนวด เท่านั้น

“ถ้าโรงพยาบาลเอาแค่การนวดผ่อนคลายไปไว้ในโรงพยาบาล แล้วบอกว่านี่คือแพทย์แผนไทยที่ได้รับการส่งเสริมจากกระทรวงสาธารณสุข ก็คงไม่จำเป็นจะต้องมีแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะอยู่ประจำก็ได้ เอาแค่คนที่ฝึกนวด 150 ชั่วโมง อยู่ก็คงเพียงพอ เพราะนโยบายส่งเสริมให้มีการใช้แพทย์แผนไทย แต่ก็ไม่ได้ใช้องค์ความรู้ของแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริง ส่งผลให้แพทย์แผนไทยก็ไม่อยากอยู่ตามโรงพยาบาล คนที่อยากรักษา ก็จะต้องเสาะแสวงหากันเอง ถ้าเจอของจริงก็ดีไป ถ้าเจอที่ไม่จริงก็เหมารวมว่าแพทย์แผนไทยทั้งหมด” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกนวดแผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่าคนส่วนใหญ่มักมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าเป็นการนวด เนื่องจากการส่งเสริมของนโยบายทางภาครัฐนั้น จะส่งเสริมเพียงแค่การนวด ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนส่วนใหญ่ที่มาหาหมอที่นี้มักเข้าใจผิดว่าที่นี้รับนวดผ่อนคลาย นวดคลายเส้น เหมือนตามโรงพยาบาลที่เอาแพทย์แผนไทยไปส่งเสริมแต่แค่การนวด ส่งผลต่อการเข้าใจผิด เพราะที่นี้จะนวดให้เฉพาะรายที่มีอาการที่ต้องนวดเท่านั้น หรือผู้ป่วยบางโรคก็ไม่สามารถนวดได้ เช่น ความดันสูงที่มีอาการสูงมากๆ ดังนั้นถ้าคนไข้หรือญาติเข้าใจว่ามาที่นี้เพื่อต้องการนวดนั้น เข้าใจผิดจากนโยบายของภาครัฐที่ส่งเสริม” (แพทย์แผนไทย 4, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

2) อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยแพทย์แผนปัจจุบัน

การกำหนดอำนาจหน้าที่ของแพทย์แผนไทยให้อยู่ภายใต้อำนาจการกำกับดูแลของแพทย์แผนปัจจุบันนั้น เป็นการสร้างช่องว่างทางสุขภาพในระบบบริการทางการแพทย์ ส่งผลให้แพทย์แผนไทยไม่ยอมอยู่ในระบบบริการสุขภาพ

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังสี เห็นว่า ถึงจะมีหน่วยงานที่คอยกำกับดูแลส่งเสริมวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งถือเป็นการยกระดับการแพทย์แผนไทยในระดับหนึ่ง แต่หน่วยงานเหล่านี้ยังคงอยู่ภายใต้การกำกับดูแลด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งผลให้ขาดความเข้าใจในแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถึงแม้ว่าจะมีหน่วยงานอย่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันการแพทย์แผนไทย และสภาวิชาชีพแผนไทย แต่หน่วยงานเหล่านี้ยังอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน มันมีผลนะเพราะบุคคลเหล่านั้นอาจจะไม่เข้าใจแพทย์แผนไทยได้อย่างแท้จริง” (แพทย์แผนไทย 8, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ว่าการมีหน่วยงานที่เข้ามาส่งเสริมสนับสนุนการแพทย์แผนไทย แต่ถ้าผู้บริหารขาดความเข้าใจในการแพทย์แผนไทยก็ยากที่จะขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมด้านการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“แล้วไง...มีหน่วยงานในกระทรวงฯ ส่งเสริมการแพทย์แผนไทย...แต่ถ้าตราบไคที่ผู้บริหารในหน่วยงานเหล่านั้นยังคงเป็นแพทย์แผนไทยที่น้อยคนนักจะเข้าใจแพทย์แผนไทยอย่างหมอเพ็ญญา หรืออาจารย์หมออวย ..ก็เป็นการยากที่จะขับเคลื่อนนโยบายการแพทย์แผนไทยได้อย่างแท้จริง...” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

จำกัดสิทธิของแพทย์แผนไทยอันเนื่องจากการงดสอบใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยทั้ง 4 สาขา

การงดสอบใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยทั้ง 4 สาขานั้นส่งผลต่อการสร้างข้อจำกัดในสิทธิความเป็นแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกฎหมาย และทำให้สิทธิในการรักษาของแพทย์แผนไทยเป็นไปอย่างไม่ถูกต้อง

แพทย์แผนไทยฝึกหัด ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า ถึงแม้ว่ากรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย ได้มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้แพทย์แผนไทย แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นการแพทย์แผนไทยในขณะนี้คือ การงดสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยนั้น ส่งผลให้นักเรียนแพทย์แผนไทยทั้ง ประเภท ก. และประเภท ข. ไม่สามารถขอสอบขึ้นทะเบียนได้ อันส่งผลต่อการประกอบวิชาชีพของแพทย์แผนไทย และทำให้นักเรียนแพทย์แผนไทยเหล่านี้ไม่สามารถมีใบประกอบโรคศิลปะ เพื่อแสดงศักดิ์และสิทธิความเป็นแพทย์แผนไทยได้เท่าเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“งดสอบใบประกอบฯ แผนไทยทั้ง 4 สาขา มา 2 ปีแล้ว มันทำให้นักเรียนแพทย์แผนไทย ไม่สามารถประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ..ตอนนี้ น่าจะเกือบ 30,000 กว่าคนได้...และยังไม่ได้ข้อสรุปว่าจะจัดสอบเมื่อใด...” (แพทย์แผนไทยฝึกหัด 2, สัมภาษณ์วันที่ 19 พฤศจิกายน 2556)

4.1.2.2 ความไม่เท่าเทียมในหลักประกันสุขภาพ

เป็นความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นในกลุ่มอย่างกลุ่มแรงงานต่างด้าว และแรงงานนอกระบบ ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ที่ส่งผลให้เกิดความเสียเปรียบในการที่จะมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

1) ความไม่เท่าเทียมในหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

ในความเห็นของผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าว เห็นว่า นโยบายด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวยังไม่มีการเผยแพร่ ชี้แจงให้กับแรงงานต่างด้าวทราบอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดข้อเสียเปรียบในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้แต่ว่าเค้าให้สิทธิแรงงานต่างด้าวแล้ว ตอนกลางปี 56 หัวหน้าบอกมา แต่ยังไม่ชัดเจนว่ายังไง ไม่แน่ใจ หามอที่นี้ฟรีไม่ต้องเสียเงิน ใกล้ที่ทำงาน” (ผู้ป่วย 41 อายุ 39 ปี, สัมภาษณ์ วันที่ 1 เมษายน 2557)

ญาติผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของกิจการ ได้ให้ความเห็นว่า แรงงานต่างด้าวที่ทำงานกับตนเอง นั้น มักมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับนโยบายระบบบริการสุขภาพของไทย ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบการรักษาสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยพาแรงงานต่างด้าวไปหาหมอที่โรงพยาบาล แต่หมอซักประวัติชะงักมันกลัว วิ่งหนีเลย มันกลัวว่าจะหาว่ามันหลบหนีเข้าเมือง เลยตัดสินใจเอาแพทย์แผนไทยเข้าไปดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้คนงานต่างด้าวก่อน ถ้าป่วยหนักหรือประสบอุบัติเหตุอย่างไร ก็พาไปส่งโรงพยาบาลอยู่ดี ใช้แพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลเป็นสวัสดิการเฉยๆ มันไม่เหมือนคนไทยที่เราไม่ต้องมากังวลเรื่องประกันสังคม แต่แรงงานต่างด้าวขอบอกว่า รุนแรงและยุ่งยากมากในการเดินเอกสาร” (ญาติ 7 อายุ 62 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557)

2) ความไม่เท่าเทียมในสิทธิหลักประกันสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

ช่องว่างทางสุขภาพของแรงงานนอกระบบ กับการมีสิทธิในการรักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม หรือแม้แต่โรคบางโรค อาการเจ็บป่วยบางอาการที่แรงงานนอกระบบเหล่านี้ไม่สามารถรับสิทธิตามนโยบายดังกล่าวได้ เพราะขาดความรู้ ความเข้าใจในนโยบายหลักประกันสุขภาพ และกองทุนประกันสังคม อันนำไปสู่การเลือกการแพทย์แผนไทย เพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับซื้อของเก่า ว่าข้อเสียเปรียบทางสุขภาพของตนเอง เกิดจากการเป็นแรงงานนอกระบบไม่ส่งผลต่อการถูกจำกัดสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ดังคำกล่าวที่ว่า

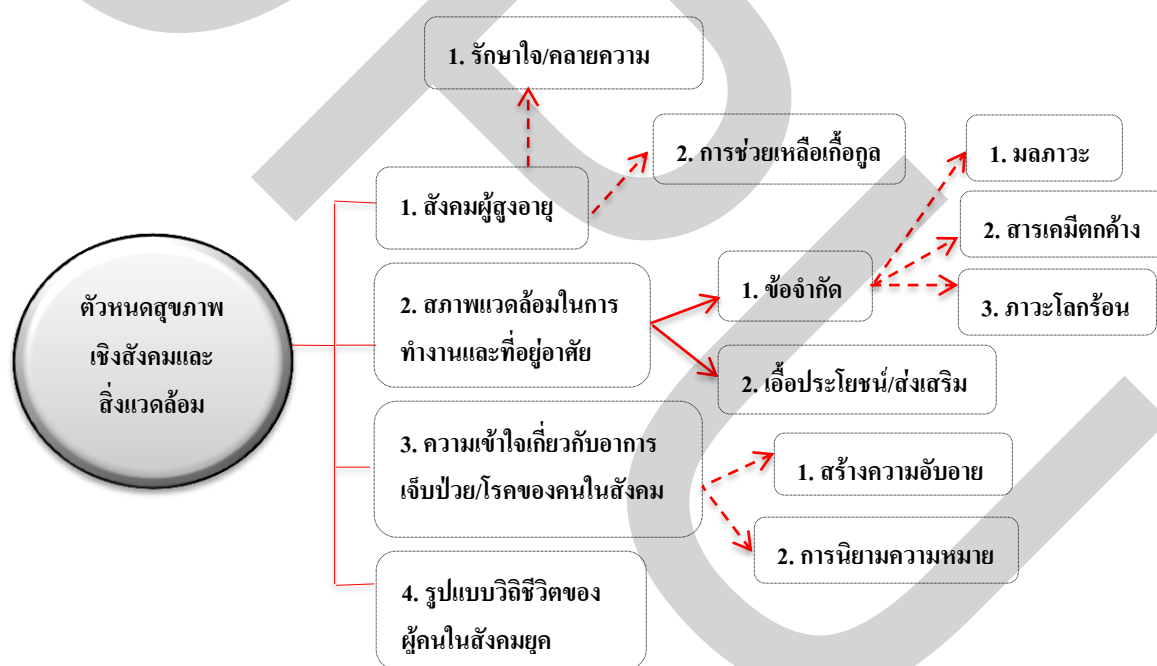
“อาชีพถีบชาเล้ง รับซื้อของเก่า จะไปมีนายจ้างที่ไหน อายุก็เกินที่จะไปเป็นลูกจ้างใคร เค้าจะเอาสิทธิประกันสังคมก็ไม่มีกับเขา มีบัตร 30 บาท โรคกล้ามเนื้ออักเสบ ซื้อเข้าเสื่อม ก็ไม่อยู่

ในข่ายได้รับสิทธิอีก ทำได้ก็แค่ซื้อยาทา ซื้อยามานวด บรรเทากันไป หรือไม่ก็รักษาแพทย์ทางเลือก อย่างแพทย์แผนไทย” (ผู้ป่วย 59 อายุ 63 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับผู้ป่วยที่รับจ้างเย็บผ้าโหล่นั้น ที่เป็นเครื่องยืนยันได้ว่า สิทธิของแรงงานนอกระบบในระบบบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึงเทียบเท่ากับผู้ที่ประกันตนกับนายจ้าง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เย็บผ้าโหลอยู่บ้าน จะเอาสิทธิไหนมารักษาแหละหนู นอกจากบัตร 30 บาท มันก็ไม่ได้ครอบคลุมกับอาการเจ็บป่วยเท่าไรหรือหอก โรคเบาหวาน กับโรคหัวใจโตมันก็ได้นะ แต่ที่ปวดขาปวดข้อ หมอบอกว่ามันไม่ได้อยู่ในสิทธิจะต้องจ่ายค่ายาเพิ่มเองแต่ถ้ามองถึงหลักประกันสังคมที่คนทำงานในโรงงาน ออฟฟิศ เก้าทำงานกัน ยังมีสวัสดิการด้านสุขภาพ การเลิกจ้าง หรือบำนาญ แต่อย่างเราไม่มี” (ผู้ป่วย 51 อายุ 66 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 5 มีนาคม 2557)

4.1.3 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 4.10 ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

4.1.3.1 ปัญหาของสังคมผู้สูงอายุ

ปัญหาของสังคมผู้สูงอายุนั้นมีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลต่อข้อเสียเปรียบทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดความไม่เท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม อันนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยเพื่อใช้ลดช่องว่างทางสุขภาพ โดยการวิจัยครั้งนี้ 2 ลักษณะคือ

1) เพื่อการรักษาใจ/คลายความเหงา

ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งไม่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพทางกาย แต่เป็นผลจากปัญหาสุขภาพทางใจที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อสุขภาพใจ คือ การทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง

แพทย์แผนไทย แผนกนวดประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับช่องว่างทางสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น เกิดจากการทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังนั้น ส่งผลให้เกิดข้อเสียเปรียบทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีการแสดงออกถึงข้อเสียเปรียบทางสุขภาพจากการพูดคุยสื่อสารกันในระหว่างการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผู้สูงอายุที่มารักษาที่นี่ ส่วนหนึ่งก็มักจะบ่นว่าถูกลูกหลานทิ้งให้อยู่บ้าน เหงาอยู่กับบ้านข้าง ป่วยกายไม่เท่าไร ป่วยใจมากกว่า สาเหตุที่คนสูงอายุมารักษาด้วยแพทย์แผนไทยส่วนหนึ่ง มาจากรูปแบบวิธีการดูแลรักษาของแพทย์แผนไทยเปรียบเสมือนคนในครอบครัวดูแลกันเอง มั่นค่อนข้างอบอุ่น ซึ่งภาพแบบนี้ในปัจจุบันมีน้อยลง” (แพทย์แผนไทย 5 สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของนักเรียนแพทย์แผนไทยของสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุเลือกเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย นั้นเกิดจากวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถช่วยรักษาสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งถือเป็นการลดช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพใจให้กับผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาการป่วยของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเสื่อมของทางร่างกายมันก็ขึ้นไปตามวัย แต่อาการป่วยทางใจมีมากกว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้ป่วยอะไร แต่ชอบมาที่คลินิก ชอบมาพูดคุย มาให้นักเรียนแพทย์ที่นั่นนวดให้บ้าง นั่นคือ ความเหงา การมารักษาโรคด้วยแพทย์แผนไทย อาจเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาใจให้คลายความเหงาจากการอยู่ตามลำพัง” (นักเรียนแพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

2) สามารถพึ่งพาตนเองได้

การแพทย์แผนไทยนั้น เป็นการแสวงหาวิธีการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุเห็นว่า เป็นวิธีการที่สามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ อันส่งผลต่อการสร้างโอกาสทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ญาติผู้ป่วย อายุ 45 ปี อาชีพรับจ้างเย็บผ้าโหล ได้พาผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อายุ 72 ปี ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น เป็นวิธีการที่ดีที่สุดใน การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่กับ โดยลำพัง เพราะสามารถที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็นการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่บ้านมีแต่คนแก่ ต้องดูแลกันเอง ลูกหลานก็ไปทำงานกันหมดแต่เช้ากลับมาก็ค่ำ การดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ เพราะทำเองได้ง่ายๆ” (ญาติ 8 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 6 มีนาคม 2557)

4.1.3.2 สภาพแวดล้อมในการทำงานและที่อยู่อาศัย

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมนี้มีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดทางสุขภาพ และการเอื้อประโยชน์ต่อการมีสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการแสวงหาทางออกสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพผู้อื่นในสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) สภาพแวดล้อมที่ในการทำงานและที่อยู่อาศัยข้อจำกัดทางสุขภาพ

1.1) ข้อจำกัดของสุขภาพที่เกิดจากมลพิษ

มลพิษเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการก่อให้เกิดการมีสุขภาพดีไม่เท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

ในความเห็นของผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพขายข้าวเหนียวหมูบึ่งอายุ 39 ปี ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับ สภาพแวดล้อม และการประกอบอาชีพนั้น มีผลต่อการมีสุขภาพดีของแต่ละบุคคลอันส่งผลต่อการกำหนดวิธีการดูแลรักษาสุขภาพ กล่าวคือ

“ขายไก่ย่าง ข้าวเหนียวหมูบึ่ง ช่างถนนมาเกือบ 5 ปี อากาศภูมิแพ้ก็กำเริบ หายใจไม่ออกสุดท้ายเป็นหอบต้องพ่นยาเรื่อยๆ ไม่ไหวแรงไม่มี ออกไปขายของก็ไม่ได้ เพราะว่าทั้งฝุ่น ทั้งควันรถ ควันย่างไก่ย่างหมู คมทุกวัน ภูมิแพ้กำเริบ ไม่ทำก็ไม่รู้จะทำอะไร ที่มาหาหมอแผนไทย เพราะเคยได้ชารวจจิต กับชาหนุมานประสานกายมาทานตอนสัปดาห์สมุนไพร แล้วดีขึ้น เลยรักษาต่อเนื่องมาตลอด” (ผู้ป่วย 28 อายุ 39 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยที่เป็นภูมิแพ้เนื่องจาก การแพ้เกสรดอกไม้ ได้ให้ความเห็นถึง ข้อเสียเปรียบทางสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยนั้น เกิดจากสภาวะการทำงาน

นั่นคือ ร้านดอกไม้ที่ความสัมพันธ์กับต่อปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเลือกการแพทย์แผนไทยในการลดข้อเสียเปรียบทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนี้ จึงเป็นวิธีการที่ใช้ในการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่บ้านเปิดร้านขายดอกไม้ ต้องนอนดึกตื่นเช้าเพื่อส่งดอกไม้ มันไม่แปลกที่จะเป็นภูมิแพ้ แต่เราต้องอยู่กับมัน สุดท้ายต้องหาวิธีสู้โรคด้วยแพทย์แผนไทย ” (ผู้ป่วย 36 อายุ 28 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

1.2) ปัญหาสารพิษตกค้าง

ปัญหาสารพิษตกค้าง ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เข้ามามีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กล่าวคือ ถ้าหากในชุมชน อาหารที่รับประทาน มีสารพิษตกค้างที่ค่อนข้างสูงจะส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยของคนในชุมชน ซึ่งเป็นข้อเสียเปรียบทางสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

ในความเห็นของผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพขายผักสดในตลาด เห็นว่าสุขภาพนั้นเกิดจากสภาวะแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยที่บางครั้งแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่สามารถหาสาเหตุได้ ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกการแพทย์แผนไทยเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่บ้านปลูกผักส่งตลาด และตัวเองก็เอาผักมาขายเองด้วย สมัยนี้แมลงมันเยอะ ยาฆ่าแมลงก็มาก มันส่งผลต่อสุขภาพ ไปหาหมอโรงพยาบาลหาไม่พบว่าเป็นอะไร สุดท้ายก็ต้องมาหาหมอแผนไทย หมอให้ทานรางจืด และให้ปลูกรางจืดไว้ทานเอง” (ผู้ป่วย 55 อายุ 51 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 20 มีนาคม 2557)

1.3) สภาวะโลกร้อนที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ

สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะโลกร้อนนั้น เป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดการแสวงหาวิธีการลดช่องว่างทางสุขภาพและเสริมการสร้างศักยภาพของตนเองให้อยู่ร่วมกับสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จากความเห็นของญาติผู้ป่วย 1 เห็นว่า ปัจจุบันสภาวะแวดล้อมเริ่มเปลี่ยนไปอันเนื่องจากภาวะโลกร้อน ดังนั้นการที่จะมีสุขภาพดีได้นั้น เจ้าของสุขภาพจะต้องรู้จักวิธีการรักษาความสมดุลระหว่างสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแพทย์แผนไทยคือวิธีการที่ใช้ในการรักษาสมดุล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัจจุบันโลกร้อนขึ้น ฤดูกาลเปลี่ยน โรคแปลกๆ มีเยอะขึ้น โรคที่เคยมีอยู่กลับรักษายากมากขึ้น เองย้ายนะกะ ไร่ไร่ไร่ไร่ 2009 ที่ทุกคนต่างกลัว และหาทางรักษา สุดท้ายก็หวน

กลับมาหาภูมิปัญญาพืชสมุนไพรไทยอย่างฟ้าทะลายโจร มันเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า อาการเจ็บป่วยของคนเราริขึ้นอยู่กัความสามารถในการปรับสภาพตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ตนอยู่ และการแพทย์แผนไทยคือตัวช่วยในการปรับสภาพ” (ญาติ 1 อายุ 63 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2557)

1. สภาพแวดล้อมที่ในการทำงานและที่อยู่อาศัยเอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ

สภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ที่อยู่อาศัยในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีนั้น ได้รับประโยชน์ อันนำไปสู่การมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่น

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยท่านหนึ่งที่ประกอบอาชีพผลิตน้ำสมุนไพร และเป็นประธานชุมชนหมู่ 12 อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ ว่า หากคนในชุมชนมีความร่วมมือและจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพแล้วนั้น ก็จะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่บ้านทำน้ำสมุนไพรขาย จึงศึกษาเกี่ยวกับสมุนไพรที่สามารถใช้รักษาร่างกายเบื้องต้น และปลูกใช้เองด้วยและแนะนำคนในหมู่บ้านใช้สมุนไพรรักษาสุขภาพ ทุกเย็นก็จะมีกิจกรรมออกกำลังกายด้วยการรำฟอง การยืดเส้นด้วยท่าฤๅษีดัดตน หรือในบางสัปดาห์ก็มีการจัดกิจกรรมการสอนวิธีการผลิตผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การทำน้ำหมัก EM ซึ่งทางหมู่บ้านได้จัดเป็นกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้คนในหมู่บ้านได้รู้จักวิธีการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง” (ญาติ 10 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพขายของตามตลาดนัด เห็นว่า การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยหาได้จากสิ่งรอบๆ ตัว เช่น พืชผักสวนครัว ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทยมานาน ซึ่งถือเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และเอื้อประโยชน์ต่อการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“จริงๆ แล้วพืชผักสวนครัวที่ปลูกตามรั้วบ้าน ทุกสิ่งทุกอย่างมันเป็นพืชผักที่ใช้ทำยาได้ การจะมีสุขภาพดี ไม่จำเป็นต้องพึ่งยาสมุนไพรที่หายากจากป่า แต่เราต้องรู้จักศึกษาสิ่งทีรอบตัวที่สามารถนำมารักษา ป้องกันโรคให้ได้ ซึ่งตอนนี้ที่บ้านก็หันมาปลูกพืชผักสวนครัวแล้ว นอกจากเราจะได้ผักมาประกอบอาหารเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายแล้ว ยังนำมารักษาสุขภาพเบื้องต้นได้” (ญาติ 4 อายุ 48 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนชุมชน หรือในครอบครัวที่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับพืชสมุนไพรนั้น เป็นโอกาสในการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ ที่สร้างความเข้าใจวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ครอบครัวที่ต่างจังหวัดทำอาชีพปลูกพืชสมุนไพรขาย ก็คงไม่แปลกอะไรถ้าจะรักษาสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทย เพราะที่บ้านก็ใช้พืชผักสมุนไพรในการรักษาตนเองเบื้องต้นอยู่แล้ว” (ผู้ป่วย 60 อายุ 26 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าว ได้ให้ความเห็นว่า ในสังคมพม่าจะนิยมใช้พืชสมุนไพรในชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่แตกต่างกับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งทำให้ทราบได้ว่าตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมนั้น เป็นตัวกำหนดสุขภาพที่ช่วยในการเอื้อประโยชน์การมีสุขภาพดี ด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่พม่าการใช้ยาสมุนไพร เป็นเรื่องธรรมดา ที่ใช้กันในชีวิตประจำวัน เช่น แป้งทานาคา เป็นสมุนไพร นำมาฝน ในการรักษาสุขภาพ วันนี้อายุขัยยาวนาน นานาเองก็ได้มีโอกาส หาหมอด้วยเลย คุณยายก็ไม่ว่านะสนับสนุนให้รักษา เพราะมันเป็นธรรมชาติ” (ญาติ 3 อายุ 28 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

4.1.3.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย/โรคของคนในสังคม

1) สร้างความอับอาย

ความอับอายจากอาการเจ็บป่วย หรือรูปร่างลักษณะของร่างกายที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ถือเป็นข้อจำกัดทางสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ อันนำไปสู่การแสวงหาทางออกเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ดังคำกล่าวของผู้ป่วย อายุ 57 ปี ที่เข้ารับการรักษาโรคท้าวแสนปมด้วยการแพทย์แผนไทย ที่ระบุถึงเหตุผลที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ อันเนื่องจากสาเหตุจากความอับอายในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่า

“โรคท้าวแสนปม ทำให้รูปร่างฉันดูน่าเกลียด ไปไหนใครๆ ก็มอง ยิงเวลาไปโรงพยาบาล บางครั้งก็โดนคนที่มาหาหมอทำท่ารังเกียจใส่ หรือไม่ก็พยาบาลก็ทำท่าเหมือนไม่อยากรักษาให้ก็ไม่เข้าใจนะว่าโรคนี้มันติดต่อกันด้วยการจับด้วยหรือไง ดัดสินใจรักษาด้วยสมุนไพรดีกว่า” (ผู้ป่วย 2 อายุ 57 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยโรคมะเร็งริมฝีปากที่ให้ความเห็นถึงรูปลักษณะของอาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดการอับอายผู้คนในสังคม ส่งผลต่อการไม่กล้าที่จะเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยในระบบบริการสุขภาพได้ และส่งผลต่อการแสวงหาทางออกทางสุขภาพด้วยการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพให้กับตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปากมันบวมข้างหนึ่ง เพราะก้อนมะเร็งมันทำให้ปากผิดรูป ไปโรงพยาบาลที ใครงๆ ก็มอง เหมือนเป็นตัวประหลาด” (ผู้ป่วย 44 อายุ 74 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2557)

2) การนิยามความหมายสุขภาพ

ความเข้าใจเกี่ยวกับการระบาดของโรคของคนในสังคม ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สร้างการนิยามความหมายสุขภาพ และถือเป็นข้อจำกัดทางสุขภาพ อันส่งผลให้เกิดการเข้าใจผิดของคนในสังคม ซึ่งเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยไม่เท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม ดังนั้นการแสวงหาวิธีการทางการแพทย์แผนไทยนั้น เพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพเพื่อสร้างความเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม ตามความเห็นของญาติผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยโรคมะเร็งมึลุ่มกันบกพร่องเข้ารับการรักษาว่า

“เอดส์ ใครเป็นแล้วก็ตายก็เข้าใจนะ แต่เวลาไปโรงพยาบาลจะต้องไปส่วนของคลินิกนิรนาม ใครๆ ก็รู้คนที่ไปที่นั่นเป็น โรคอะไร ไม่กล้าไปหรือกลัวพ่อแม่จะรู้ว่าเป็น โรคอะไร เพราะว่าโรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน นอกจากนั้นแล้ว พ่อแม่รู้ เพื่อนบ้านรู้ เอาไปพูด สงสารพ่อแม่ แล้วเขาจะหาว่าพ่อแม่เราเป็นเหมือนเรา ในความเป็นจริงเอดส์มันก็ไม่ได้ติดกันง่ายๆ นะ แต่คนยังเข้าใจผิดอยู่เลยว่า ถ้าอยู่ร่วมกับคนเป็นเอดส์แล้วจะเป็นเอดส์ตาม...เอดส์นะไม่ใช่ให้หวัด” (ญาติ 2 อายุ 21 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

ในความเห็นของผู้ป่วย อายุ 32 ที่เข้ารับการรักษา อาการมึลุ่มกันบกพร่องนั้น ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับ การค่อยโอกาสทางสุขภาพของตนเอง เกิดจากการให้ความหมายของสาเหตุของการเจ็บป่วยของคนในสังคม เป็นข้อจำกัดในการเข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพ อันนำไปสู่การเลือกวิธีการรักษาสุขภาพแผนไทย เพื่อสร้างโอกาสทางสุขภาพให้กับตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ใครรู้ว่าเราเป็น โรคนี้ ก็ตีตราเราไปแล้วว่าเรา เป็นผู้หญิงไม่ดี ไม่กล้าที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลกลัวคนเขาจะรู้ เพราะเราก็ตายช้าใน โรงพยาบาลด้วย ทำให้เลือกรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ผสมกับการตรวจร่างกายบ้างที่คลินิกนิรนาม แต่ต้องไปที่ไกลๆ จะได้ไม่มีคนรู้” (ผู้ป่วย 40 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

4.1.3.4 รูปแบบวิถีชีวิตของคนในสังคมยุคปัจจุบัน

รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมยุคปัจจุบันอันเกิดจากกระแสวัฒนธรรมนั้น ถือเป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดช่องว่างทางสุขภาพ กล่าวคือมีรูปแบบวิถีชีวิตจะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคและอาการเจ็บป่วยได้

ในความเห็นของผู้ป่วยโรคมะเร็งมึลุ่มกันบกพร่องเห็นว่ารูปแบบการดำเนินชีวิตที่พึงเพื่อหลงใหลในวัฒนธรรมนั้นส่งผลต่อการคิดคำนึงถึงอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อันก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อที่สังคมไม่ยอมรับซึ่งถือเป็นข้อเสียเปรียบทางสุขภาพ และส่งผลต่อการแสวงหาทางออกของสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนยังไม่รู้ว่าป่วย ก็มีเงินเท่าไรใช้หมด ทั้งกิน เที่ยว เสื้อผ้า มือถือ เครื่องสำอาง ไม่เคยคิดถึงเงินเก็บทั้งนั้น เพราะคิดว่ายังไม่ถึงเวลาต้องเก็บเงิน พอรู้ว่าตัวเองป่วย และจำเป็นต้องใช้เงินรักษาโรค ก็ไม่มี สิ่งที่ทำได้คือ หาทางเลือกในการรักษา” (ผู้ป่วย 29 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องที่กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรคของตนเองว่า เกิดจากกระแสวัตถุนิยมที่ทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่หนูเลือกประกอบอาชีพนี้ เพราะหนูอยากมีมือถือเท่ๆ มีเสื้อผ้าดีๆ ใส่ ได้ไปเที่ยว มีรถขับ เรื่องป่วยไม่สบายไม่เคยคิด คิดว่าสักอีกปีจะเลิกทำอาชีพนี้แล้ว พอคิดว่าหนูไปสอบเข้าที่ทำงานที่หนึ่งได้ เค้าให้ไปตรวจร่างกาย ทางโรงพยาบาลบอกหนูว่าหนูมีเลือดบวก หนูไม่กล้าบอก พ่อแม่ที่ต่างจังหวัด หนูกลัว หนูไม่อยากให้ใครรู้ว่าหนูป่วย เป็นอะไร หาแพทย์ทางเลือกน่าจะเป็น ทางออกของหนู” (ผู้ป่วย 33 อายุ 25 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

ดังนั้นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย นั้น สื่อให้เห็นถึงช่องว่างทางสุขภาพที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิถีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพอันนำไปสู่การสร้างโอกาสในการที่จะมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่น และสามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบการพึ่งพาตนเอง

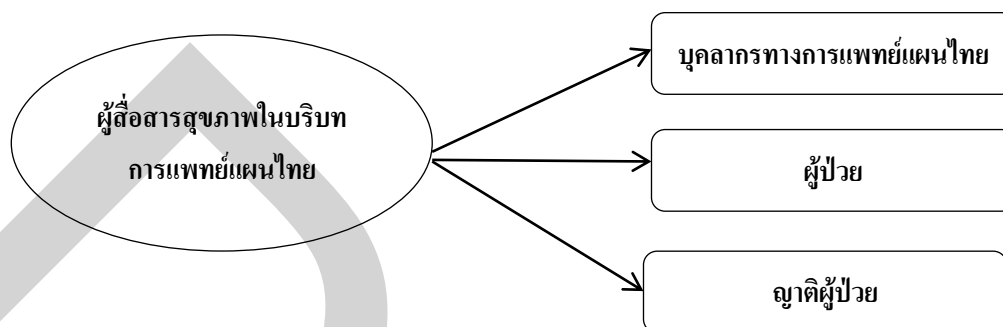
4.2 ผลการศึกษากระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

จากผลการศึกษาี้ ต้องการที่จะบรรยายถึง องค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วย และญาติ ผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นผู้สื่อสารสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม และมีแสดงออกถึงคุณลักษณะความต้องการมีสุขภาพดี รวมถึงมีการกำหนดกลยุทธ์ การสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการสร้างโอกาสในการมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นด้วยการแพทย์แผนไทย โดยผู้วิจัยได้แบ่งรายละเอียดของผลการศึกษากระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยดังนี้

4.2.1 คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

ในที่นี้คือ บุคคลที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย โดยทำหน้าที่สลับสับเปลี่ยนส่งสารและรับสารเปลี่ยนไปตลอดเวลาในการสื่อสาร โดยมีเป้าหมายในการสร้างความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย และมีการแสดงออกถึงคุณลักษณะความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นอันเกิดขึ้นในบริบทของการแพทย์แผนไทยที่มี

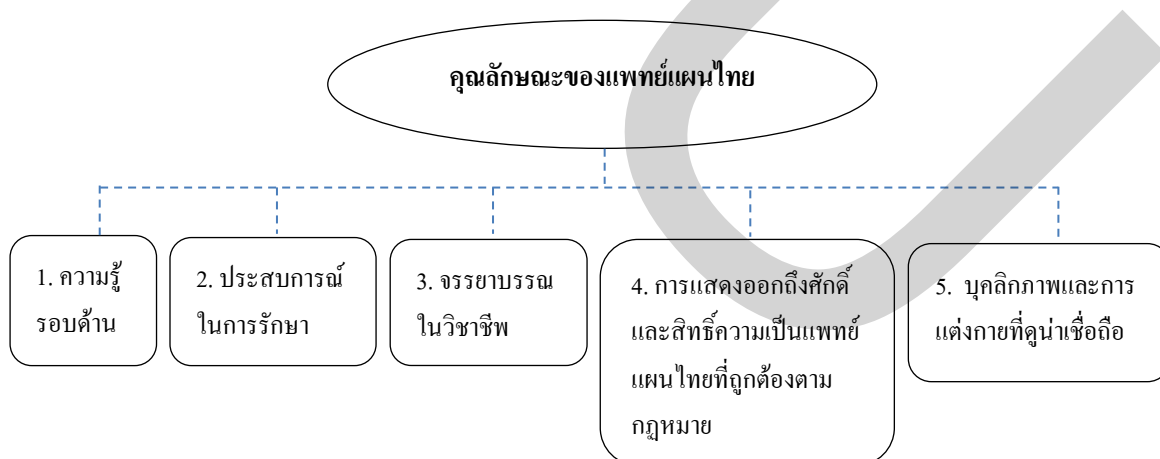
ความสัมพันธ์กับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม โดยผู้สื่อสารในบริบทการแพทย์แผนไทยมีคุณลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.11 คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

4.2.1.1 คุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ

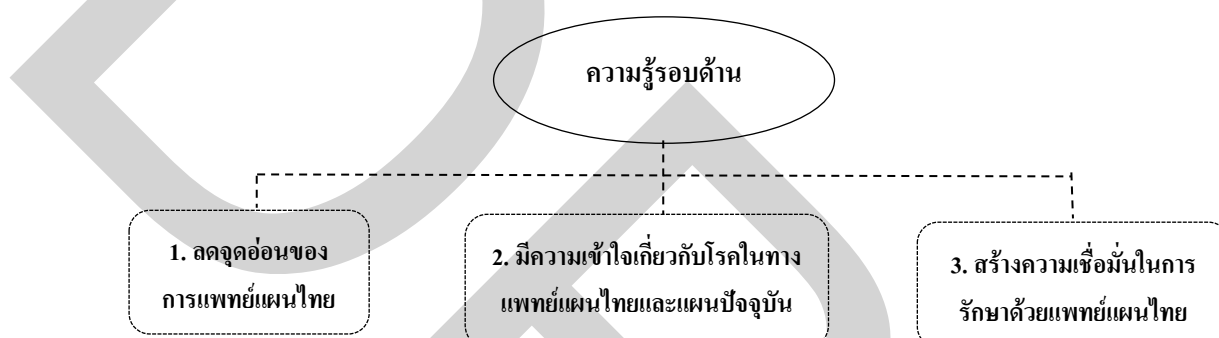
ในที่นี้คือ บุคลากรที่ได้อยู่ในสายวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย ปฏิบัติหน้าที่บริการด้านสุขภาพแผนไทย อันได้แก่ แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่เวชระเบียนแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย แพทย์แผนไทยฝึกหัด และนักเรียนแพทย์แผนไทย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่า คุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพนั้นมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้



ภาพที่ 4.12 คุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ

1) ความรู้รอบด้าน

ความรู้รอบด้านทั้งศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย และศาสตร์ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันนั้น มีผลการสื่อสารสุขภาพ เนื่องจากแพทย์แผนไทยจะมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งส่งผลต่อการตรวจวินิจฉัยโรคทั้งทางการแพทย์แผนไทยและมีความเข้าใจในการวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการรักษาให้กับผู้ป่วย ซึ่งการที่แพทย์แผนไทยจะแสดงออกถึงคุณลักษณะที่มีความรู้รอบด้านในลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.13 การแสดงออกถึงคุณลักษณะของการมีความรู้รอบด้านของบุคลากรทางแพทย์แผนไทย

1.1) เพื่อลดจุดอ่อนของการแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทย เนตรดาวเห็นว่า การมีความรู้ด้านวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ถือเป็นการลดจุดอ่อนของแพทย์แผนไทยที่ถูกโจมตีว่า ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ดังกล่าวที่ว่า

“การที่มีความรู้เกี่ยวกับวิทยาการแพทย์แผนปัจจุบัน มันส่งผลดีต่อการรักษา เพราะผู้ป่วยบางคนได้นำผลเลือดที่ตรวจจากโรงพยาบาลมาให้เราดู เพื่อใช้ในการประกอบการรักษา ถ้าเรามีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ มันเป็นผลดีต่อการรักษามาก เพราะจะทำให้เราวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการรักษา เพราะจุดอ่อนของแพทย์แผนไทยที่เรา รู้ๆ กันอยู่ และมักถูกโจมตี คือ ความไม่เป็นวิทยาศาสตร์นี้แหละ” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.2) มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในทางแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน

แพทย์แผนไทย แผนกนวดแผนไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว และอาจารย์สอนวิชาการนวดแผนไทยแบบราชสำนัก สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า การ

มีความรู้ในการแพทย์แผนไทยนั้นจะนำไปสู่การใช้เพื่อการขอสอบมีใบประกอบโรคศิลปะแล้วยังนำไปใช้ในการประกอบอาชีพ

“การเรียนแพทย์แผนไทยไม่ว่าที่ไหนก็จะต้องเรียนทุกสาขาที่เราจะต้องสอบใบประกอบโรคศิลปะ คือ ผดุงครรภ์ เกษษกรรม นวดแผนไทย และเวชกรรม ซึ่งถือเป็นองค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้น แพทย์แผนไทยทุกคนจะต้องมีความรู้ ว่าโรคนี้แพทย์แผนไทยเรียกว่าอะไร ใช้อย่างไรในการรักษา แล้วแพทย์แผนปัจจุบันเรียกว่าอะไร ซึ่งมีผลต่อการกำหนดชื่อโรคที่สอดคล้องกันกับความเข้าใจในยุคปัจจุบัน” (แพทย์แผนไทย 5, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตามความคิดเห็นของนักเรียนแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ที่เห็นการว่าไม่ใช่เรื่องใหม่ที่แพทย์แผนไทยจะต้องมีความรู้ด้านวิทยาการทางการแพทย์แผนไทย เพราะว่าแพทย์แผนไทยได้มีการพัฒนาศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยผนวกเข้ากับวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เรียกว่า แพทย์แผนไทยประยุกต์

“แพทย์แผนไทยยุคใหม่ มีการพัฒนาองค์ความรู้หลายด้านอย่างหลายคนเข้าใจ ไม่ใช่เรียนแต่คัมภีร์โบราณเท่านั้น แต่มีการเรียนรู้ด้านวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อใช้ในการประสานการทำงานได้กับการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือเรียกว่า แพทย์แผนไทยประยุกต์ แต่ในความเป็นจริงแล้วการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คือแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกัน แต่ต่างกันตรงที่ใบประกอบโรคศิลปะเท่านั้น” (นักเรียนแพทย์แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

1.3) สร้างความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

ในมุมมองของผู้อำนวยการคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว และเป็นอาจารย์ผู้สอนวิชาเวชกรรมไทยสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า การที่แพทย์แผนไทยมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาใช้นั้นนอกจากจะสร้างความมั่นใจในการรักษาแล้ว ยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“แพทย์แผนไทยในยุคปัจจุบันนี้ มีการประยุกต์เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาใช้ในการรักษา เพื่อส่งผลต่อความมั่นใจในการรักษามากขึ้น เช่น การใช้หูฟัง เครื่องวัดความดัน โปรทวัดไข้ เป็นต้น ซึ่งมีการบรรจุสิ่งเหล่านี้เข้าในหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ทั้งประเภท ก และประเภท ข เพื่อให้ให้นักเรียนแพทย์แผนไทยสามารถใช้เครื่องมือเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง นอกจากนั้น ยังมีการสอนอ่านค่าผลตรวจเลือด ฟิล์ม X-Ray เบื้องต้น รวมถึงการเรียนกายวิภาค เพื่อนำมาใช้ผสมผสานกับการนวดแผนไทยให้การรักษามีประสิทธิภาพ ถือเป็น การสร้าง

ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยและญาติ” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)



ภาพที่ 4.14 การอ่านผลฟิล์ม X Ray



ภาพที่ 4.15 การใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนไทย

อย่างไรก็ตามในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ได้เห็นต่างจากผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ในการประยุกต์ใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้น จะต้องพึงระลึกไว้เสมอว่าเราเป็นแพทย์แผนไทย ดังนั้นเราจะต้องมีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดวิธีการรักษาแบบการแพทย์แผนไทยให้เกิดการยอมรับให้ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“การนำเอาเครื่องมือแพทย์มาช่วยในการรักษามันก็ดี มันส่งผลต่อความเชื่อในการรักษาของผู้ป่วย ในยุคปัจจุบันที่ยึดติดกับความเป็นวิทยาศาสตร์ แต่เราเป็นแพทย์แผนไทยต้องพึงระลึกไว้เสมอว่า รากเหง้าในวิธีการรักษานั้น เราเป็นแบบไหน การแพทย์แผนไทยคืออะไร ตรงจุดนี้เราจะต้องระลึกไว้เสมอว่า ถึงแม้จะมีเครื่องมือแพทย์เข้ามาช่วยในการรักษา แต่เรายังคงเป็นแพทย์แผนไทย เราจะต้องถ่ายทอดวิธีการรักษาแบบแพทย์แผนไทย และสร้างความเชื่อในวิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยให้เกิดการยอมรับในการรักษาให้ได้” (แพทย์แผนไทย 8, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

2) ประสบการณ์ในการรักษา

ประสบการณ์ในการรักษา

1. ความสามารถในการอธิบายวิธีการรักษาให้ผู้ป่วย

2. การแสดงออกถึงความเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะด้าน

ภาพที่ 4.16 คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่แสดงออกถึงประสบการณ์ในการรักษา

คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารนั้น ประสบการณ์ในการรักษานั้นถือเป็นการสื่อให้เห็นถึงทักษะความสามารถในการวินิจฉัยโรคที่สร้างความน่าเชื่อถือในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยประสบการณ์ในการรักษาของการแพทย์แผนไทยนั้น จะส่งผลต่อการสื่อสารในลักษณะดังนี้

2.1) ความสามารถในการอธิบายวิธีการรักษาให้ผู้ป่วย

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่าประสบการณ์ในการรักษามีผลต่อความสามารถหรือทักษะในการอธิบายวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเกิดการยอมรับวิธีการรักษาได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในหลักการของแพทย์แผนไทยนั้น ไม่จำเป็นเสมอไปว่าอายุน้อยกว่าจะมีประสบการณ์น้อยกว่าคนที่อายุมากกว่า แต่อยู่ที่ว่าเรามีประสบการณ์ในการรักษามากน้อยแค่ไหน สามารถวินิจฉัยโรคที่เป็นนั้นได้อย่างไร และสามารถอธิบายถึงวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการรักษาได้มากกว่าน้อยแค่ไหน ซึ่งอันนั้นก็อันหนึ่งของผู้ป่วยจะยอมรับได้” (แพทย์แผนไทย 6, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่าประสบการณ์ในการรักษามีส่วนช่วยในการกำหนดรูปแบบวิธีการรักษา และสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยในวิธีการรักษาและการนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

“ประสบการณ์มันช่วยให้เรารู้ว่าควรจะใช้วิธีการใดในการรักษาคนไข้อย่างไร เราจะใช้คัมภีร์ไหนในการรักษาโรคให้กับเขา เพราะมันมีผลต่อการตั้งยาสมุนไพรในการรักษา ซึ่งยาเหล่านั้นมีทั้งยาต้ม ยาเม็ด หรือจำเป็นจะต้องมีการนวดเพื่อรักษาด้วยหรือไม่ ซึ่งในวิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย จำเป็นจะต้องอธิบายวิธีการได้อย่างชัดเจน เพื่อสร้างความเข้าใจกับคนไข้ว่าเราจะทำการรักษาโรคนั้น เพื่อนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

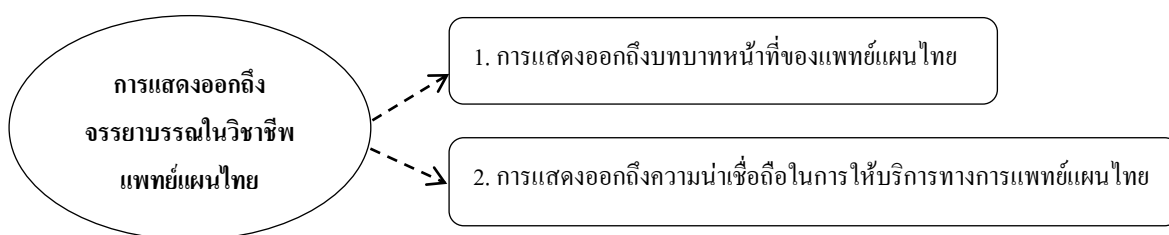
2.2) การแสดงออกถึงความเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะด้าน

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี เห็นว่าความชำนาญในการรักษานั้น ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนสั่งสมประสบการณ์ที่มีผลต่อ การแสดงออกถึงความเป็นผู้มีทักษะเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะด้าน ดังคำกล่าวที่ว่า

“การจะเป็นแพทย์แผนไทยที่มีความเชี่ยวชาญและชำนาญในการรักษาได้นั้น ต้องอาศัยระยะเวลาสั่งสมประสบการณ์ ซึ่งในสมัยก่อนกว่าจะเป็นแพทย์แผนไทยได้จะต้องติดตาม แพทย์แผนไทยไปรักษาผู้ป่วย เป็นลูกมือทำยา เพื่อฝึกฝนความชำนาญจนกลายเป็นประสบการณ์ โดยปัจจุบันนี้ก็เช่นกัน แพทย์แผนไทยจะต้องฝึกฝนสั่งสมประสบการณ์ในการรักษา และสะท้อนให้เห็นว่า ใครเชี่ยวชาญด้านไหนเช่น หมอยา หมอนวด เป็นต้น เพื่อเข้าใจรูปแบบการเกิดโรค และสามารถกำหนดวิธีการรักษา และถ่ายทอดให้ผู้ป่วยเข้าใจได้อย่างถูกต้อง” (แพทย์แผนไทย 9, สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤศจิกายน 2556)

3) การแสดงออกถึงจรรยาบรรณความเป็นแพทย์แผนไทย

จรรยาบรรณความเป็นแพทย์แผนไทยจะเป็นจิตสำนึกที่อยู่ในตัวบุคคลที่กระทำหน้าที่ความเป็นแพทย์แผนไทยนั้นออกมา ถ้าแพทย์แผนไทยมีจิตสำนึกมีจรรยาบรรณความเป็นแพทย์สูงจะมีรูปแบบการสื่อสารที่ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยมากเท่านั้น



ภาพที่ 4.17 คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่แสดงออกถึงจรรยาบรรณความเป็นแพทย์แผนไทย

3.1) การแสดงออกถึงบทบาทหน้าที่ของแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของนักเรียนแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ที่เห็นว่า คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยจะต้องมีคุณธรรมจริยธรรมนั้น ถือเป็นเครื่องเตือนใจในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์แผนไทยให้ดีที่สุด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตัวแพทย์แผนไทยเองจำเป็นจะต้องพึงระลึกไว้เสมอถึงจริยธรรมในความเป็นแพทย์ที่มีหน้าที่ในการรักษา ดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับมาดูแลรักษาสุขภาพ” (นักเรียนแพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์แผนไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี เห็นว่า หน้าที่ของแพทย์แผนไทยนอกจากที่จะรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วยจากโรคแล้ว การรับฟังปัญหาของผู้ป่วยถือเป็นสิ่งที่ช่วยรักษาจิตใจที่แพทย์แผนไทยพึงกระทำ เป็นหน้าที่ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางคนที่มาหาหมอ ก็ไม่ได้เจ็บป่วยทางกาย เท่าไรหรอก แต่อาจมีอาการทางใจเช่น ความเหงา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มาปรึกษาที่นี่ บางคนไม่ได้มาปรึกษา แค่มานั่งคุยเพื่อคลายความเหงาก็มี หรือไม่ก็พูดคุยในเรื่องส่วนตัวเพื่อระบายความทุกข์ในใจของเขาออกมา สิ่งที่แพทย์แผนไทยทำได้ดีและถือเป็นการรักษาเยียวยาอาการใจได้คือ การรับฟัง การเป็นผู้ฟังที่ดีก็ส่งผลต่อการรักษาจิตใจได้อย่างหนึ่ง นี่อาจถือได้ว่าเป็นภาระกิจของเรา” (แพทย์แผนไทย 9 อายุ 39 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤศจิกายน 2556)

อย่างไรก็ตาม แพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว และเป็นอาจารย์ผู้สอนกฎหมายจริยธรรมการแพทย์แผนไทยของสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า จริยธรรมในวิชาชีพของการแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่แพทย์แผนไทยพึงระวังในการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดและเกิดผลเสียกับวงการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในการสื่อสารอะไรกับผู้ป่วยออกไป แพทย์แผนไทยต้องพึงระวังเกี่ยวกับจริยธรรมในวิชาชีพ และที่สำคัญคือ การกล่าวอ้างสรรพคุณในการรักษาเกินจริงให้กับผู้ป่วยนั้น มันไม่ได้เป็นผลดีกับผู้ป่วยเลย และยิ่งกว่านั้นจะเป็นผลเสียกับแพทย์แผนไทย และวงการแพทย์แผนไทย” (แพทย์แผนไทย 7 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

3.2) การแสดงถึงความน่าเชื่อถือในการให้บริการทางแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของवेशระเบียนแผนไทย เห็นว่า สิทธิของผู้ป่วย 10 ประการของการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นบทบัญญัติที่จะต้องพึงแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนปัจจุบันพึงยึดปฏิบัติ นั้น เป็นสิ่งสะท้อนถึงความน่าเชื่อถือของแพทย์แผนไทยในสายตาผู้ป่วย

“บทบัญญัติของสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการ ของการรักษาพยาบาล ของวิชาชีพทางการแพทย์ ไม่ว่าจะแพทย์แผนไทย พยาบาล หรือแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้เหมือนกัน นั่นคือ สิ่งที่แพทย์แผนไทยพึงระลึกถึงและต้องตั้งตนอยู่ในจรรยาบรรณในวิชาชีพ มันเป็นสิ่งสะท้อนความน่าเชื่อถือในความเป็นแพทย์แผนไทยในสายตาผู้ป่วย” (เวชระเบียน อายุ 42 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

4) การแสดงออกถึงศักดิ์และสิทธิ์ความเป็นแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกฎหมาย

ความน่าเชื่อถือของการแพทย์แผนไทยในที่นี้คือ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะทั้ง 4 สาขา อันได้แก่ ผดุงครรภ์ไทย เกษษกรรมไทย นวดแผนไทย และเวชกรรมไทย ซึ่งแพทย์แผนไทยต้องใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือทั้ง 4 ประเภท เพื่อเป็นเครื่องการันตีคุณสมบัติความรู้ ความสามารถ ความเป็นแพทย์แผนไทย ที่สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยนครดาวเห็นว่า การมีใบประกอบโรคศิลปะฯ นั้น เป็นเครื่องยืนยันในศักดิ์และสิทธิ์ของความเป็นแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่อย่างไรก็ตาม ความเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะด้านนั้น จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความถนัดของแพทย์แผนไทยแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวที่ว่า

“คลินิกนี้เป็นการสืบทอดต่อมาจากคุณพ่อ สมัยคุณพ่อใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย นั้นเป็นใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนโบราณ เพราะไฉนว่าโบราณนี้แหละคือปัญหา เพราะมันดูคร่ำครึ แต่ตัวเองช่วยงานคุณพ่อในคลินิกตั้งแต่เด็ก ฝึกฝน และเข้าเรียนการแพทย์แผนไทยที่กระทรวงสาธารณสุข และสอบมีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย ทั้ง 4 สาขาได้ ในส่วนตัวคิดว่า การมีใบประกอบโรคศิลปะไม่ว่าแขนงไหนก็ตาม มีส่วนในความน่าเชื่อถือในศักดิ์และสิทธิ์ของความเป็นแพทย์ เช่นเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนประสบการณ์ในความชำนาญในการรักษานั้นมันขึ้นอยู่กับว่าใครถนัดอะไร ใครถนัดเรื่องการตั้งยา ก็เป็นหมอยา ใครถนัดเรื่องนวด ก็เป็นหมอนวด เป็นต้น” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

ในความเห็นของเกษษกรรมไทย เห็นถึงความจำเป็นส่วนบุคคลในการมีใบประกอบโรคศิลปะ เนื่องจาก ใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยนั้นนอกจากจะใช้ประกอบวิชาชีพในการรักษาแล้ว ยังใช้ประกอบอาชีพอื่นได้ เช่น เกษษกรปรุงยาแผนไทยในโรงงาน ที่ถูกต้องตามกฎหมาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ของพี่ที่เลือกเรียนแพทย์แผนไทยก็เพราะที่บ้านสามมีพี่ เป็นโรงงานผลิตยาแผนไทยอยู่ จำเป็นต้องมาเรียนเพื่อมีใบประกอบโรคศิลปะ ของพี่มีใบประกอบโรคศิลปะทั้ง 4 สาขา เช่นกัน พี่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้เช่นเดียวกับแผนกเวชกรรมไทย แต่ด้วยความที่ว่างานที่พี่ทำประจำเป็นงานเกี่ยวกับพืชสมุนไพรในการทำยาที่โรงงาน ความถนัดจึงเป็นทางเกษษกรรมไทย” (เกษษกรรมไทย อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า ใบประกอบโรคศิลปะเป็นเรื่องของกฎหมายจะส่งผลต่อการยอมรับในความเป็นแพทย์แผนไทย

“ใบประกอบโรคศิลปะมันคือเครื่องการันตีว่า แพทย์แผนไทยผู้นั้นได้รับการยอมรับ มีศักดิ์และสิทธิ์ความเป็นแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วย พรบ. การประกอบโรคศิลปะ” (แพทย์แผนไทย 7, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)



ภาพที่ 4.18 แสดงจำนวนแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะปฏิบัติหน้าที่ประจำคลินิก

5) บุคลิกภาพและเครื่องแต่งกายที่ดูเหมาะสมและแสดงออกถึงความเป็นแพทย์แผนไทย

การแต่งกายของแพทย์แผนไทยที่ดูเหมาะสมจะส่งผลต่อความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการรักษาของผู้ป่วย



ภาพที่ 4.19 ลักษณะการแต่งกายของแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติหน้าที่

ในความเห็นของนักเรียนแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาวเห็นว่า ถึงแม้จะมีประสบการณ์น้อย แต่การแต่งกายที่แสดงออกถึงความเป็นแพทย์แผนไทยก็จะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ประสบการณ์มีผลน้อยมาก เพราะตั้งแต่ฝึกงานที่คลินิกมาก็ได้รับความไว้วางใจและการยอมรับจากคนไข้พอสมควร เพราะอาจจะเป็นเพราะการใส่เสื้อกราวนก็เป็นที่สร้างความเชื่อและภาษาที่เราใช้ในการสื่อสาร เพราะว่าการอยู่ในแผนกเภสัชสิ่งหนึ่งที่จะต้องติดต่อสื่อสารกับคนไข้และญาติ คือการอธิบายถึงวิธีการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ ทั้งยาเม็ดทานอย่างไร ถ้าเป็นยาผงยาผงแบบไหนจะต้องใช้ชงกับน้ำอะไร ถ้ายาต้มจะต้องต้มแบบไหน นานเท่าไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าเราสื่อสารให้คนไข้หรือญาติให้เข้าใจข้อมูลตรงกับกับวิธีการรักษาและข้อควรปฏิบัติที่เราแจ้งไปได้ และเขาสามารถปฏิบัติตามได้ ก็แสดงว่าเขาไว้วางใจเรา” (นักเรียนแพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

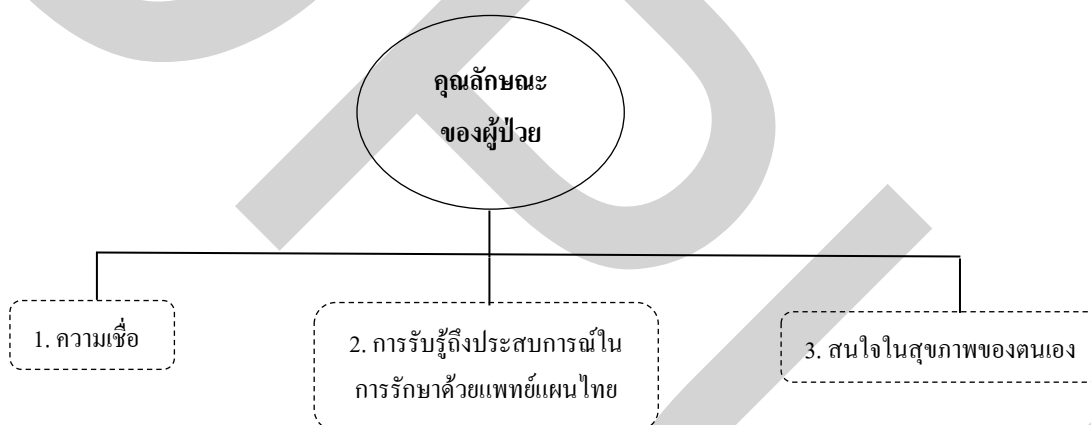
สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์แผนไทยฝึกหัด ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาวเห็นว่า การเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญกับการแต่งกายของแพทย์แผนไทยที่ดูเหมาะสมและน่าเชื่อถือ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตั้งแต่เริ่มเรียนแพทย์แผนไทย อาจารย์ทุกท่านจะคอยตรวจเครื่องแต่งกายเสมอในการออกตรวจว่าจะต้องแต่งกายในลักษณะไหน เพราะเรื่องเครื่องแต่งกายของแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่สร้างความเชื่อมั่นให้กับคนไข้ที่เข้ารับการรักษากับเรา ถ้าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับก็ดูตั้งเครื่องแต่งกาย เป็นอันดับแรก” (แพทย์แผนไทยฝึกหัด 2, สัมภาษณ์วันที่ 19 พฤศจิกายน 2556)

ดังนั้นคุณลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การมีความรู้รอบด้าน มีประสบการณ์ในการรักษา มีจรรยาบรรณในวิชาชีพ การแสดงออกถึงศักดิ์และสิทธิ์ความเป็นแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องตามกฎหมาย, และมีบุคลิกภาพและการแต่งกายที่ดูเหมาะสม ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้ เป็นคุณลักษณะที่แพทย์แผนไทยพึงมีเพื่อสื่อให้เห็นถึง ความเชื่อถือ ความศรัทธาในตัวแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่าความหมายการมีสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย

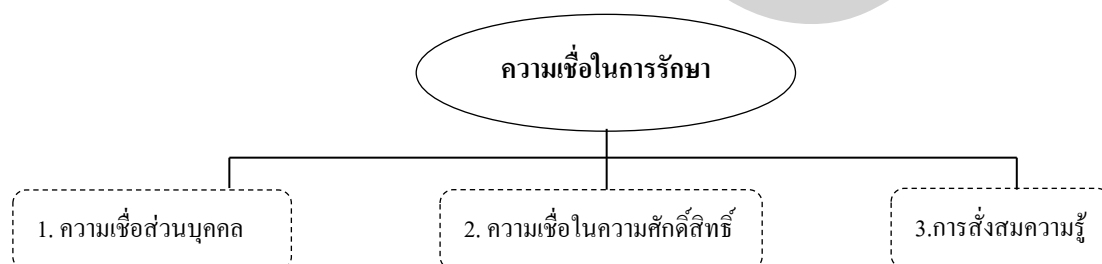
4.2.1.2 คุณลักษณะของผู้ป่วยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย

ในที่นี้คือ บุคคลที่มีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ในการดูแลรักษาสุขภาพของตน และมีการแสดงออกถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม จากการสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่า คุณลักษณะของผู้ป่วยในฐานะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยจะต้องมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้



ภาพที่ 4.20 คุณลักษณะของผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ

1) ความเชื่อในการรักษาของการแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 4.21 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนไทย

1.1) ความเชื่อในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นความเชื่อส่วนบุคคล

ความเห็นของผู้ป่วยโรคไมเกรน อายุ 22 ปี เห็นว่า ความเชื่อในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นความเชื่อส่วนบุคคล

“คนส่วนใหญ่คิดว่าการแพทย์แผนไทยนั้น ง่าย การรักษาไม่น่าเชื่อถือ หลอกขายยา แต่หนูเชื่อนะค่ะ ว่าสามารถรักษาอาการป่วยหนูดีขึ้น จากที่ปวดหัวไมเกรนบ่อยๆ ก็น้อยลง ปวดประจำเดือนน้อยลง” (ผู้ป่วย 16 อายุ 22 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการคอเคล็ด อาชีพนักศึกษา ที่แสดงความเห็น เกี่ยวกับความเชื่อของการแพทย์แผนไทยนั้นสามารถรักษาโรคได้เพราะมีการรักษา มาตั้งแต่โบราณ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เชื่อว่าแพทย์แผนไทยรักษาโรคได้ ถ้าไม่ได้จะมีมาตั้งแต่สมัยโบราณหรือเปล่า และยังคงมีอยู่จนถึงปัจจุบัน” (ผู้ป่วย 60 อายุ 26 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

1.2) ความเชื่อในความศักดิ์สิทธิ์ในการรักษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการกระดูกต้นคอเคล็ดชนิดรูป ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ว่า การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น ผู้ป่วยมีความเชื่อในความศักดิ์สิทธิ์ของการรักษาและยาที่ใช้ในการรักษาจะส่งผลต่อการยอมรับในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยในที่สุด

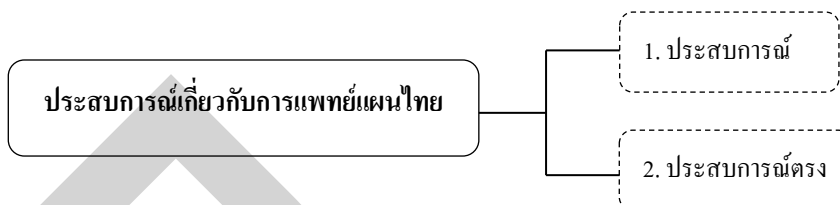
“หมอบอกว่า ยาที่นี้เป็นยาสมุนไพร ผมถามว่าศักดิ์สิทธิ์ไหม หมอตอบว่าใช่ เพราะยาที่ปรุงนี้เราจะต้องนำไปไว้ที่หิ้งพระเพื่อบูชาสร้างความศักดิ์สิทธิ์ของยา ผมเลยตกลงรักษาและยอมที่จะถอดพระนะ เพราะถือว่าทานยาได้ทานพุทธคุณเข้าสู่ร่างกายแล้ว” (ผู้ป่วย 34 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

1.3) ความเชื่อจากการสั่งสมความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

การสั่งสมความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ยิ่งผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยมากก็ยิ่งส่งผลต่อความเชื่อในการปฏิบัติตามวิธีการรักษาแผนไทยด้วยเช่นกัน ดังความเห็นของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก อายุ 50 ปี ว่า

“เชื่อว่าแพทย์แผนไทยสามารถรักษาโรคได้ เพราะแพทย์แผนไทยเป็นวิธีการรักษาสุขภาพที่อยู่ในประเทศเรามาแต่โบราณ ส่วนตัวเชื่อมั่นว่าวิธีการนี้ต้องสามารถรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นได้” (ผู้ป่วย 32 อายุ 50 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

2) การรับรู้ถึงประสบการณ์ในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 4.22 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

เป็นการแสวงหาข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ และยืนยันความมั่นใจในการรักษาสุขภาพแผนไทย กล่าวคือ ถ้าข้อมูลแพทย์แผนไทยที่ได้สอดคล้องกับความเชื่อของตนเองมากก็จะส่งผลต่อการสร้างโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม จาก การสัมภาษณ์และการสังเกตผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทยนี้ พบว่า คุณลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยนั้นมีลักษณะดังนี้

2.1) ประสบการณ์ร่วมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็งที่ศูนย์มะเร็งกรุงเทพ ได้แสดงความเห็นถึงสาเหตุของการเลือกวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น เกิดจากการแสวงหาข้อมูลจากผู้ที่ เป็นโรคเดียวกันและมีประสบการณ์รักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่รู้ว่าจะดีขึ้นไหม แต่จากการสอบถามเพื่อนที่เป็นโรคเดียวกันบอกว่ารักษาที่นี่ มันบอกว่ามันดีขึ้นแต่ไม่รู้ว่าจะจริงไหมเลยลองดูละ....” (ผู้ป่วย 29 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดหลัง ต้นคอและหัวไหล่ อาชีพขับรถส่งของ เห็นว่า การสอบถามจากผู้มีประสบการณ์ตรงในการรักษานั้นมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างมาก

“เคยไปหาหมอที่โรงพยาบาล หมอให้ยาแก้ปวดอย่างแรงให้มาทาน แต่ผลที่ตามมาคือ ยามันกัดกระเพาะมาก ไม่ไหวปวดท้อง ก็คิดว่าน่าจะมีทางออกอย่างอื่นที่จะรักษาได้โดยไม่ต้องกินยา หาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย สอบถามผู้ที่เคยรักษาบ้าง ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ว่าอะไร หรือว่ามันไม่ดี เลยตัดสินใจเลือกหาหมอแผนไทยแทน” (ผู้ป่วย 53 อายุ 39 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 12 มีนาคม 2557)

ความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการปวดหลัง อาชีพรับจ้างซักผ้า เห็นว่า การรู้จักวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย จากการถ่ายทอดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยจากคนในครอบครัว ซึ่งเป็นการแสวงหาข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ตรง ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้สิ ว่ามารักษาแพทย์แผนไทยคืออะไร ก็คือวิธีการรักษาสุขภาพสมุนไพร การนวด การทานอาหารที่เป็นธรรมชาติ และมีผลดีต่อสุขภาพ เพราะมันมีมาแต่สมัยรุ่นพ่อรุ่นแม่แล้ว” (ผู้ป่วย 6 อายุ 53 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557)

ในความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรค office Syndrome อาชีพพนักงานบัญชี ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับการมีประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น เกิดจากการเปิดรับข่าวสารจากผู้มีประสบการณ์ตรงในการรักษาอันส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยดังคำกล่าวที่ว่า

“ในส่วนตัวไม่เคยรักษาอะไรด้วยแพทย์แผนไทย เคยแต่เข้าสพอย่างเดียวนะ มีหมอนวดที่สพแนะนำว่าต้องนวดแก้อาการแล้ว เพราะว่าเส้นมันจมนะ หมอนวดที่นั่นแนะนำให้มาหาหมอแก้ อาการ ประกอบกับวันก่อนได้ยีนวิทยุแม่บ้านเค้าฟัง รายการหมอนวดตรา และไม่ไกลจากที่ทำงานมากเลยทดลองมารักษาฟรีดูก่อน ตอนนั้รักษาของหมอนวดตราทั้งสองก็คือ ถ้าว่างวันอังคารจะมาที่ลาซาน43 ถ้าไม่ว่างจะยอมเสียเงินไปที่อีกคลินิกหนึ่งในซอยสุขุมวิท 66/1 รักษาต่อเนื่องมาเกือบ 4 เดือนแล้ว” (ผู้ป่วย 39 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับผู้ป่วยเข้ารับรักษาอาการไมเกรน อาชีพนักประชาสัมพันธ์ ให้ความเห็นว่าการรับรู้และการรู้จักแพทย์แผนไทยนั้นมาจากสื่อโทรทัศน์ และภาพยนตร์ที่แสดงให้เห็นถึงวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นประสบการณ์ร่วมที่ได้รับจากสื่อโทรทัศน์ หรือภาพยนตร์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนที่ตัดสินใจมารักษาที่นี้ทำใจแล้วว่าต้องต้มยาทานแน่ๆ เพราะเคยดูหนังหรือละครเห็น เวลาหมอไทยจะรักษาคนป่วยจะต้องต้มยาใส่ชามมาป้อน แต่มารักษาจริงๆ ก็ไม่ได้แตกต่างจากแพทย์แผนปัจจุบันเลย เหมือนกันไม่ต่างกัน” (ผู้ป่วย 23 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

2.2) การมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

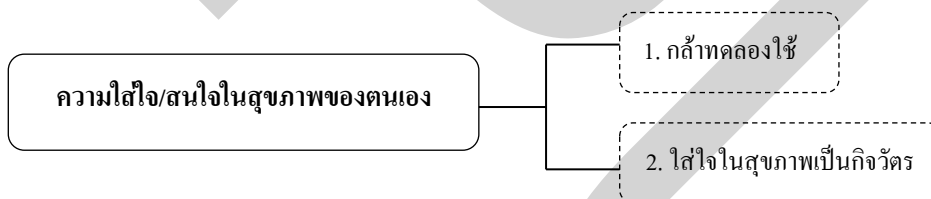
ในความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท อาชีพช่างซ่อมรถยนต์เห็นว่า การมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยนั้น มีผลต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยนัดตามร้าน แต่แค่คล้ายๆ บ้าง หมอบางคนเหมือนไม่ได้นัด เหมือนมาขำเรา มาหาหมอแผนไทยที่คลินิกนี้มีนอกจากการนวด การกินยาคลายเส้นแล้ว ยังมีการตอกเส้น แก้อาการด้วย รู้สึกดีขึ้นเลยคิดว่าจะมารักษาแบบต่อเนื่องการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยที่เคยรักษามา คือ การนวด การทานยาหม้อที่แฟนหามาให้ทานบ้าง มันไม่ได้ยากอะไรหรอก แต่ที่เลือกรักษาที่นี้อย่างต่อเนื่องเพราะต้องการหาหมอแพทย์แผนไทยที่เป็นแพทย์แผนไทยจริงๆ” (ผู้ป่วย 52 อายุ 37 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 5 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการปวดประจำเดือน อาชีพนักศึกษา ที่กล่าวถึงประสบการณ์ตรงในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น ถึงแม้จะเป็นเพียงแค่การใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เป็นผลิตภัณฑ์อาหารเสริมก็ตาม นั่นถือเป็นประสบการณ์ตรงที่ส่งผลต่อการเลือกรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เคยซื้อพวกชาสมุนไพรตามร้านขายผลิตภัณฑ์สุขภาพมาดื่ม โอเคนะชอบทานง่าย ไม่ขมเลย และตอนนี้ดื่มเป็นประจำทุกคืน เป็นพวกขาระบาย และลดไขมัน ที่ลองมาหาหมอดูเพื่อรักษาสุขภาพ และอาการประจำเดือนที่มาไม่ปกติเท่านั้น” (ผู้ป่วย 22 อายุ 21 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

3) มีความใส่ใจ/สนใจในสุขภาพของตนเอง



ภาพที่ 4.23 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความใส่ใจ/ความสนใจในสุขภาพของตนเอง

ผู้ป่วยที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองมาก จะมีการแสวงหาข้อมูลที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ และจะทำการทดลองวิธีการเหล่านั้นให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองมากที่สุด จากการสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่า ผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทยจะมีการแสดงออกถึงคุณลักษณะของการเป็นผู้ที่ใส่ใจหรือสนใจในสุขภาพของตนเอง ในลักษณะดังนี้

3.1) เป็นผู้กล้าใช้ กู้ยืมทดลอง

ในความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรคริดสีดวงทวาร อาชีพนักศึกษา เห็นว่า การให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพนั้นมีผลต่อการที่จะทดลองใช้แพทย์แผนไทยในการรักษาสุขภาพในเชิงลึก

“หนูคิดว่าสมุนไพรดีต่อสุขภาพ ค่ะ เพราะที่ผ่านมาก็ศึกษา และทดลองกับตัวเอง โดยหันมาทานอาหารเพื่อสุขภาพ จำพวกข้าวกล้อง น้ํานมถั่วเหลือง ลดอาหารทอด เนื้อสัตว์ใหญ่ หันมาทานปลาให้มากขึ้น ก็รู้สึกว่าคุณภาพดีขึ้นนะค่ะพี่ แต่ที่เลือกมารักษาที่นี่ อยากรู้คุณดูแลรักษาสุขภาพเชิงลึก” (ผู้ป่วย 38 อายุ 24 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

3.2) เป็นผู้ที่มีความใส่ใจในสุขภาพเป็นกิจวัตรประจำวัน

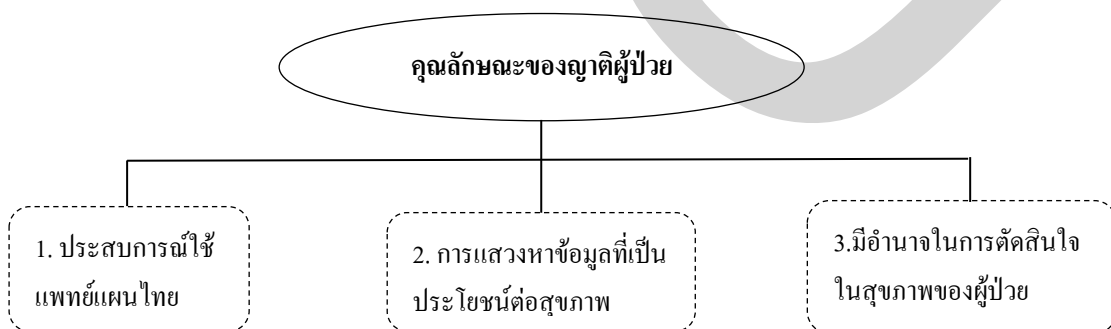
ในความเห็นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาชีพขับรถส่งของเห็นว่า การที่จะใส่ใจในสุขภาพนั้น ไม่ใช่เพียงแค่การเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์เท่านั้น แต่จะต้องเป็นการใส่ใจสุขภาพที่เกิดขึ้นในกิจวัตรประจำวัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“การที่เราหลงลืมเรื่องความใส่ใจในชีวิตประจำวันเรา มันส่งผลต่อสุขภาพ กว่าจะรู้ก็เมื่อป่วยแล้ว พอมารักษาด้วยการแพทย์แผนไทยจริงๆ แล้ว มันสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ไม่ยากเลย ตื่นเช้าก็ออกกำลังกายตามที่หมอบอก และทานยาที่หมอบอกให้ รวมถึงตอนนี้ที่บ้านเริ่มปลูกผักทานเอง หันมาทานผักตามฤดูกาล จากเมื่อก่อนที่ทานข้าวนอกบ้านเวลาขับรถเดี๋ยวนี้ห่อข้าวจากบ้านไปทาน นอกจากจะอร่อยถูกใจแล้วยังอิมและรักษาสุขภาพด้วย” (ผู้ป่วย 18 อายุ 44 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

ดังนั้นคุณลักษณะของผู้ป่วยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยนั้น จะมีการแสดงออกถึงคุณลักษณะความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม อันได้แก่ การมีความเชื่อในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพแผนไทยและมีความสนใจใส่ใจในสุขภาพของตนเอง

4.2.1.3 คุณลักษณะของญาติผู้ป่วยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ

ในที่นี้คือ บุคคลทำหน้าที่ชี้ชวน แนะนำให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจในการดูแลรักษาสุขภาพแผนไทย โดยคุณลักษณะของญาติผู้ป่วย (ผู้สื่อสารสุขภาพ) ในบริบทการแพทย์แผนไทยดังนี้



ภาพที่ 4.24 คุณลักษณะของญาติผู้ป่วยในบริบทการแพทย์แผนไทยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ

1) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ในที่นี้คือ ญาติผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้แพทย์แผนไทยในการรักษาสุขภาพของตน ถ้ายังญาติผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการรักษามากส่งผลต่อการสั่งสมความรู้ และความเข้าใจในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์เหล่านี้ให้กับผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ อันนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพแผนไทย เพื่อสร้างโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคมได้

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เป็นประธานชุมชน หมู่ 12 อ.พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ประกอบอาชีพผลิตน้ำสมุนไพร เห็นว่า การที่จะเผยแพร่ข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยให้กับผู้อื่นได้นั้นจะต้องรู้จักและเคยใช้ เพื่อสร้างฐานข้อมูลความเข้าใจในวิธีการรักษาอย่างถูกต้อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่บ้านทำน้ำสมุนไพรขายอยู่แล้ว เช่น น้ำกระเจียว น้ำอัญชัน น้ำย่านาง น้ำมะระขี้นก และก็ใช้แพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพอยู่แล้ว คือ การทานผักพื้นบ้านนะ เรายังก็เพิ่งรู้เหมือนกันว่า อาหารไทยมันคือยาดีๆ นี่เอง อย่างแกงจืดเหล็ก ก็ยา ช่วยระบายและนอนหลับสบาย.... ในความคิดพื้นๆ ถ้าเราได้ลองใช้และมันดีกับตัวเราจริงๆ แล้วนำมาเผยแพร่ในชุมชนก็จะส่งผลดีต่อคนในชุมชนเชื่อมั่นในการรักษา ” (ญาติ 10 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับญาติผู้ป่วยที่เคยเรียนนวดแผนไทย ที่ศูนย์การเรียนรู้วัดพรหมรังษี เห็นว่าการที่ได้เรียนวิชาการนวดแผนไทยนั้นถือเป็นประสบการณ์ตรงที่ส่งผลต่อการรู้จักวิธีการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น อันส่งผลต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และเป็นผู้เผยแพร่ให้คนในครอบครัวได้รู้จักวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนตัวนะเคยเรียนนวดแผนไทยที่วัดพรหมรังษี หลวงปู่ท่านสอนและแนะนำให้ปลูกพืชสมุนไพร และใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาสุขภาพตนเอง แบบง่ายๆ เช่น ขมิ้นชัน ฟ้าทลายโจร หรือแม้แต่ผักพื้นบ้านก็สามารถเป็นยาได้ อย่างถ้าท้องอืดดื่มน้ำใสบกระเพราทานมันก็ช่วยเธอได้นะ มันก็ช่วยได้จริงๆ ทุกวันนี้พี่ทำชาสมุนไพรทานเอง พี่มีสามีเป็นคนอังกฤษ เดี่ยวนี้สามีพี่ก็ไม่ได้ทานชาฝรั่งแล้ว หันมาทานน้ำสมุนไพรแทน” (ญาติ 9 อายุ 40 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 13 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้นำทางความคิดในชุมชนวัดธรรมิ อ.บางนางลี่ จ.สมุทรสงคราม เห็นว่า การที่เราจะเผยแพร่การแพทย์แผนไทยให้คนในชุมชนได้นั้นเราจะต้องปฏิบัติตนเองให้เห็นว่าการแพทย์แผนไทยนั้นคืออย่างไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปกติตอนเช้าลูงตื่นมาออกกำลังกายยืดเส้น อายุเยอะแล้วจะให้ออกกำลังกายอย่างคนหนุ่มไม่ได้หรอก ลุงใช้ทำฤๅษีคัดคนยืดเส้นทุกเช้า จริงๆ มันก็คือ โยคะแบบภูมิปัญญาไทยนั่นแหละ อาหารลุงจะเน้นผักกับปลาโดยส่วนใหญ่เพื่อสุขภาพดี แต่ลุงมีเกล็ดลึบนะ คือ ลุงทานปลีสาวะ

ตนเอง แต่ต้องเป็นปีศาจของตนเองที่ตื่นตอนเช้านะ มันเป็นวิธีการรักษาร่างกายที่มีแต่โบราณแล้ว” (ญาติ 1 อายุ 63 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

2) เป็นผู้แสวงหาข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

เมื่อญาติผู้ป่วยทราบถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อันถือเป็นช่องว่างทางสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคมได้ ดังนั้นการแสวงหาทางออกสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วยและทำหน้าที่ในการชี้ชวนโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพอันนำไปสู่การมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม ซึ่งถือเป็นคุณลักษณะของญาติผู้ป่วยในฐานะผู้สื่อสารในบริบทการแพทย์แผนไทย

ตามความเห็นของญาติผู้ป่วย อาชีพนางโชว์คานาร์เรต์ เห็นว่า การรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นส่งผลต่อ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในวิธีการที่ได้รับการแสวงหาข้อมูลเพื่อสร้างประสบการณ์ร่วมในการชี้นำชักจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เพื่อนที่เคยทำงานด้วยกันที่พืथा เคยเล่าให้ฟังว่าที่นี่รักษาโรคด้วยสมุนไพร ทำให้หนูหาข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย ลองโทรมาหาที่คลินิกเพื่อถามทาง และถามว่ารักษาโรคนี้ได้ไหม จึงชวนเพื่อนที่ป่วยมาทดลองรักษาคุะ” (ญาติ 6 อายุ 30 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

3) เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในสุขภาพของผู้ป่วย

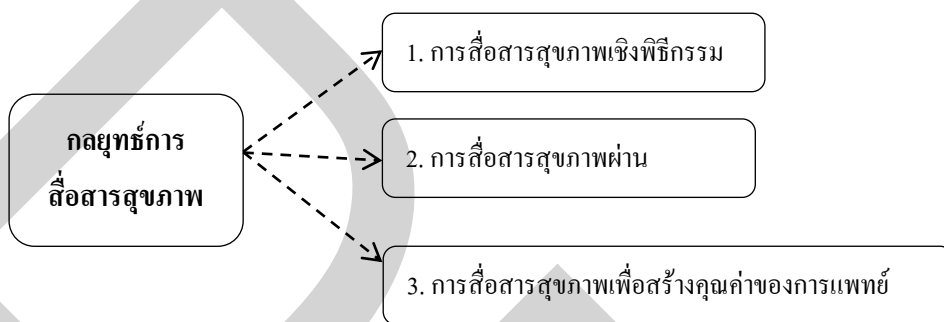
ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น อำนาจในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาจะอยู่ที่ญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยที่มีอำนาจในการโน้มน้าวจิตใจผู้ป่วยให้เห็นถึงวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่ส่งผลต่อการสร้างโอกาสทางสุขภาพเพื่อสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพให้กับผู้ป่วย

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคอัมพาต เห็นว่า ในบางครั้งสิทธิในการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองแต่เป็นอำนาจการตัดสินใจที่ญาติผู้ป่วยเป็นผู้เลือก ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่เคยมีประสบการณ์เรื่องการใช้แพทย์แผนไทยเลย กลัวด้วยซ้ำเพราะดูโฆษณาว่าสมุนไพรมีสเตอรอยด์ กลัวหมอปปลอม อย่างที่มีข่าวออก พอมาที่นี่เห็นรูปแบบการจัดการรักษา น่าเชื่อถือ หมอทุกคนมีใบประกอบโรคศิลปะ ก็เลยพาคุณพ่อที่เป็นอัมพาตมารักษาแต่เป็นการตัดสินใจเลือกเองนะคุณพ่อแกทำอะไรไม่ได้แล้วมันอาจเป็นวิธีเดียวที่จะช่วยท่าน” (ญาติ 4 อายุ 48 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

ดังนั้นคุณลักษณะของญาติผู้ป่วยในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย จะมีการแสดงออกถึง การมีประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย เป็นผู้แสวงหาข้อมูลสุขภาพ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในสุขภาพของผู้ป่วย

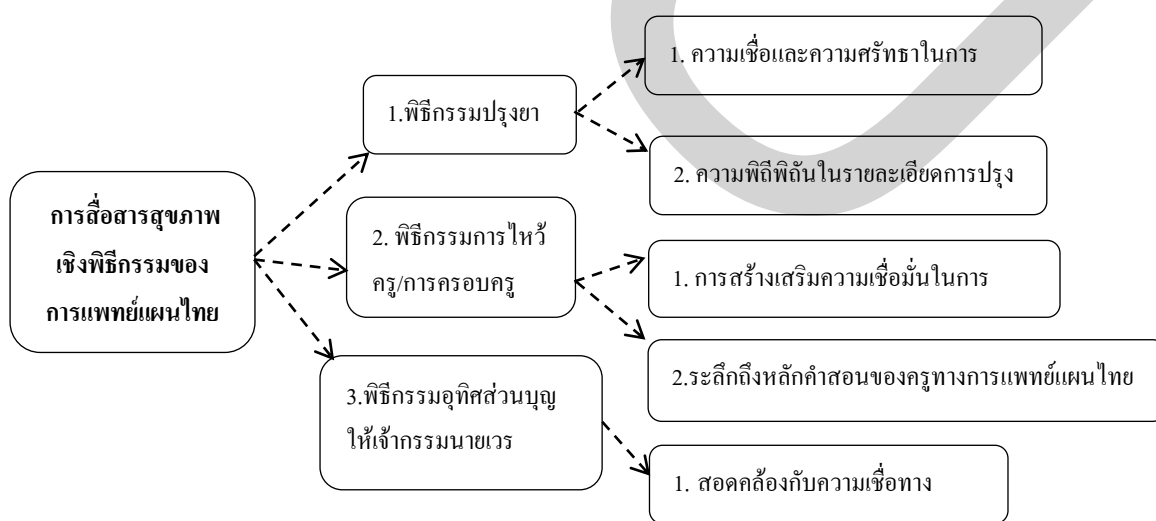
4.2.2 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 4.25 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

เนื่องจากในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้น เป็นการให้ความสำคัญของตัวสื่อ และเนื้อหาของสารเพื่อสร้างความหมาย และสร้างคุณค่าของสุขภาพดี ซึ่งจากการสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในบริบทการแพทย์แผนไทยนั้น พบว่ากระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้นมีการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพมีลักษณะดังนี้

4.2.2.1 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเชิงพิธีกรรมของการแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 4.26 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเชิงพิธีกรรมของการแพทย์แผนไทย

จากการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล พบว่า การสื่อสารเชิงพิธีกรรมนั้น เป็นการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพิธีกรรมในการรักษาของการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างความหมายและการให้คุณค่าของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ที่ส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างโอกาสที่จะมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่น โดยการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเชิงพิธีกรรมของการแพทย์แผนไทย ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1) พิธีกรรมการปรุงยา

เป็นกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพของแพทย์แผนไทยที่สื่อให้เห็นถึง ความเชื่อและความศรัทธาในการรักษา รวมถึงความพิถีพิถันในรายละเอียดผ่านพิธีกรรมปรุงยา เพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย และเป็นการกำหนดความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การกำหนดวิธีการทางการแพทย์แผนไทยเพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 4.27 การสาธิตพิธีกรรมปรุงยา



ภาพที่ 4.28 พิธีกรรมการปรุงยาแผนไทย

1.1) สื่อความหมายความเชื่อและความศรัทธาในการรักษาของแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของเภสัชกรรมแผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า พิธีกรรมในการปรุงยา เป็นการสื่อให้เห็นถึงความใส่ใจในเรื่องสุขภาพที่ส่งผ่านกระบวนการผลิตยา และส่งผลต่อความเชื่อ ในการให้คุณค่าของยาแผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและความศรัทธาในการรักษาของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาสุขภาพแผนไทยของผู้ป่วยเพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพ

ดังกล่าวของเภสัชกรรมแผนไทยที่เห็นว่า พิธีกรรมในการปรุงยาเป็นการสื่อให้เห็นถึงคุณค่าและภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อในการรักษาของการแพทย์แผนไทย

“พิธีกรรมการทำยาบางอย่างส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการรักษา เช่น ยามหานิลแห่งทอง เป็นยาที่จะมีส่วนผสมและใช้ระยะเวลาทำที่ค่อนข้างนาน ต้องเคี้ยวยาให้เหนียวแล้วนำมาปั้นเป็นแท่ง แล้วยังต้องการปิดทองคำแท้ ซึ่งทองคำแท้เป็นธาตุวัตถุในการเข้ายาของแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว แต่ด้วยวิธีการทำและการปิดทองคำส่งผลให้สร้างความขลังกับยา มันคือภูมิปัญญาอย่างหนึ่งที่สร้างความเชื่อ ความศรัทธาในการรักษา” (เภสัชกรรมไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

1.2) สื่อถึงความพิถีพิถันในรายละเอียดการปรุงยา

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย เชนกเวชกรรมไทย และนวดแผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า ขั้นตอนในการปรุงยานั้น เป็นพิธีกรรมที่สื่อให้เห็นถึงความใส่ใจในรายละเอียดของยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“การปรุงยาแผนไทยหนึ่งตำรับ ผู้ปรุงจะต้องมีความพิถีพิถันและใส่ใจในรายละเอียดของตำรับยาที่ใช้ในการรักษาเป็นอย่างมาก เนื่องจากยาแผนไทยจะต้องใช้เวลาที่ค่อนข้างนานในการเคี้ยว การปรุง ถึงแม้ว่าที่นี่จะเป็นคลินิกสาธารณสุขทุกศาสตร์ก็ตาม แต่ยาที่ใช้ก็ไม่ใช่ว่าที่ไม่มีคุณภาพ เพราะเราใส่ใจในรายละเอียดของการปรุงยาทุกขั้นตอนเพื่อให้ได้ยาดีที่มีคุณภาพ” (แพทย์แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

2) พิธีกรรมการไหว้ครู/ครอบครูแพทย์แผนไทย

2.1) เพื่อการสร้างเสริมความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยฝึกหัด ประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า พิธีกรรมการครอบครูนี้เป็นสื่อให้เห็นถึง การบูชาครูบาอาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และเป็น การระลึกถึงบูรพาจารย์ทางการแพทย์แผนไทย อันส่งผลต่อการเสริมสร้างความมั่นใจกับแพทย์แผนไทยในการรักษาผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่คลินิกทุกปี จะทำพิธีครอบครูทางการแพทย์แผนไทย เพื่อเสริมสร้างสิริมงคลและเป็นการบูชาบูรพาจารย์ด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งส่งผลต่อจิตใจนักเรียนแพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย” (แพทย์แผนไทยฝึกหัด1, สัมภาษณ์วันที่ 16 พฤศจิกายน 2556)

2.2) เพื่อระลึกถึงหลักคำสอนของครูบาอาจารย์ทางการแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย และนวดแผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า พิธีกรรมการครอบครู คือ การเสริมสร้างความเป็นสิริมงคลแก่แพทย์แผนไทยทุกคน และเป็นการระลึกถึงหลักคำสอนของครูบาอาจารย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“การครอบครูแพทย์แผนไทย เป็นพิธีกรรมที่กระทำขึ้นทุกๆปี นอกจากการทำบุญทุกวัน ที่ 23 พฤษภาคม ซึ่งเป็นวันถึงแก่กรรมของหมอเพ็ญ ผู้ที่อุทิศตนฟื้นฟูแพทย์แผนไทยแล้ว การครอบครูถือเป็นพิธีกรรมเพื่อเสริมสิริมงคลให้กับแพทย์แผนไทยทุกคน อย่างน้อยเป็นการระลึกว่า เราก็คือศิษย์มีครู ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยเราจะต้องระลึกถึงหลักคำสอนของครูบาอาจารย์อย่างเคร่งครัด” (แพทย์แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)



ภาพที่ 4.29 พิธีไหว้ครู/ครอบครูแพทย์แผนไทย

3) พิธีกรรมการอุทิศส่วนบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวร

เป็นกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพของแพทย์แผนไทยที่สื่อให้เห็นถึง พิธีกรรมการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางพุทธศาสนา ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ที่ให้ความเห็นถึงพิธีกรรมการอุทิศส่วนบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวรนั้นเป็นการสืบทอดพิธีกรรมแต่โบราณของแพทย์แผนไทย ที่ส่งผลต่อการสร้างความเป็นสิริมงคลและมีผลทางการจิตใจของผู้เข้าร่วมพิธีกรรมฯ ดังคำกล่าวที่ว่า

“พิธีกรรมการทำบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวร ที่นี้จะกระทำทุกปีเพื่อความเป็นสิริมงคล และมีผลทางจิตใจของผู้ป่วยในการรักษา ซึ่งพิธีกรรมนี้เป็นพิธีกรรมที่สืบทอดมาตั้งแต่สมัยโบราณของการแพทย์แผนไทย” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)



ภาพที่ 4.30 พิธีกรรมการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับเจ้ากรรมนายเวร

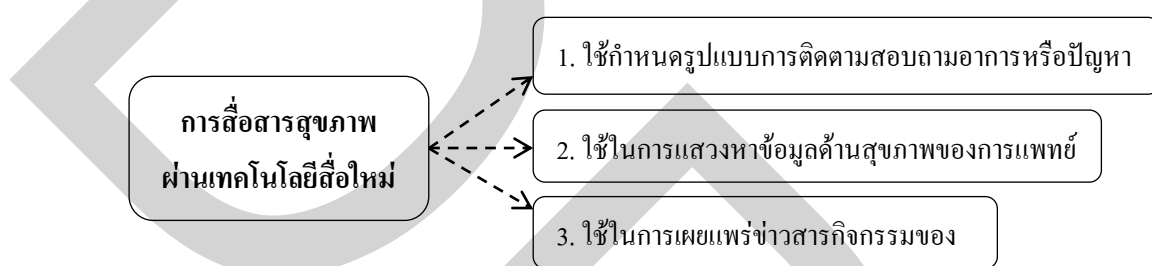
4.2.2.2 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีของการแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 4.31 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อเทคโนโลยีของการแพทย์แผนไทย

ในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้น พบว่า มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่สอดคล้องกับยุคสมัย เพื่อกำหนดประเด็นของข้อมูลข่าวสาร ในการนิยามความหมายสุขภาพ หลักการของการมีสุขภาพดี และวิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่า และความหมายของการมีสุขภาพดีด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมกัน โดยสื่อที่ปรากฏในบริบทการแพทย์แผนไทย มีดังนี้

1) การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อใหม่ (New Media) ในบริบทการแพทย์แผนไทย

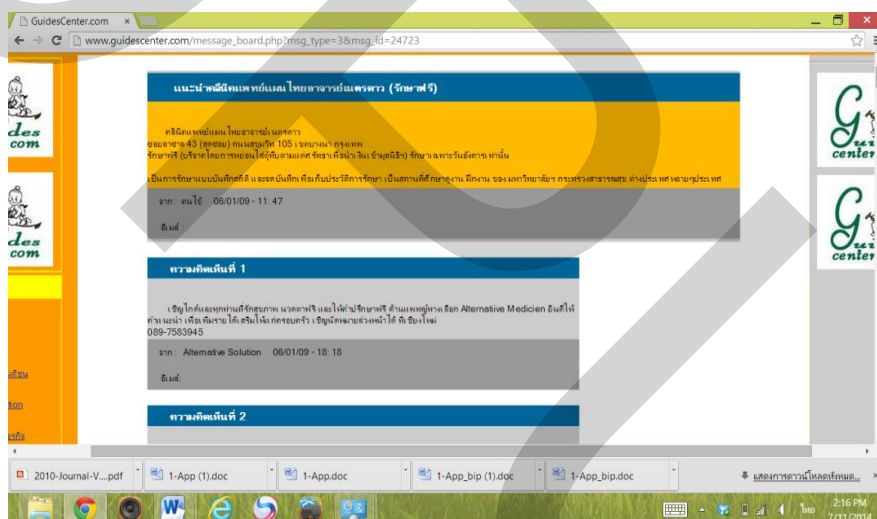


ภาพที่ 4.32 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อใหม่ในบริบทการแพทย์แผนไทย

เป็นรูปแบบของกิจกรรมการสื่อสารสุขภาพของแพทย์แผนไทยนั้น จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การแพทย์แผนไทยได้ใช้เทคโนโลยีสื่อใหม่ อาทิเช่น โทรศัพท์มือถือ E-mail, Application อย่าง Line หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์ อย่าง Facebook เหล่านี้ ซึ่งถือเป็นการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อใหม่ในบริบทการแพทย์แผนไทย เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการติดตามผลการรักษาของแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วยหรือญาติได้สะดวก และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน โดยการสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อใหม่ในบริบทการแพทย์แผนไทย มีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.33 Facebook คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว



ภาพที่ 4.34 การใช้สื่อใหม่ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

ที่มา: (http://www.guidescenter.com/message_board.php?msg_type=3&msg_id=24723)

1.1) กำหนดรูปแบบการติดตามสอบถามอาการหรือปัญหาสุขภาพ

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยศึกษา เห็นว่า การที่แพทย์แผนไทยได้นำเทคโนโลยีด้านการสื่อสารเข้ามาช่วยในการติดต่อสอบถาม เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยนั้นมีประโยชน์ต่อวงการแพทย์แผนไทยอย่างมาก

“โทรศัพท์มือถือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ดีมากในการติดตามสอบถามอาการคนไข้ เพราะว่ามันนักเรียนแพทย์แผนไทยทุกคนในปีสุดท้ายจะต้องมีการเก็บเคส เพื่อทำรายงานส่ง และเพื่อเตรียมสอบใบประกอบโรคศิลปะเวชกรรมไทย ดังนั้นการใช้โทรศัพท์มือถือ จึงมีประโยชน์มากในการติดตามอาการคนไข้ และให้คนไข้สามารถโทรสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพได้” (แพทย์แผนไทยศึกษา 1, สัมภาษณ์วันที่ 16 พฤศจิกายน 2556)

นอกจากนี้ แพทย์แผนไทยประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ยังได้แสดงความเห็นว่า การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการใช้โทรศัพท์มือถือแล้วนั้น การใช้ Application อย่างไลน์ มีส่วนช่วยในการอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

“มีนะที่ญาติคนไข้ใช้ไลน์ สอบถามเรื่องเกี่ยวกับยาคนไข้บ้าง หรือรบกวนเรื่องการต่อยาในกรณีที่ไม่สามารถพาคนไข้มารับยาเองได้บ้าง ในส่วนตัวไม่ปฏิเสธเทคโนโลยี แต่คิดว่าเทคโนโลยีมีส่วนให้การดูแลคนไข้ได้ง่ายมากขึ้น” (แพทย์แผนไทย 6, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.2) ใช้ในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของผู้ป่วยเห็นว่า การแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนั้นสื่อใหม่อย่างอินเทอร์เน็ตถือเป็นช่องทางเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนไทยที่เหมาะสมกับคนในยุคปัจจุบัน

“ที่รู้จักคลินิกนี้ได้จากคำบอกเล่าจากเพื่อนบ้านว่า ได้ยินมาจากรายการทั่วทิศถิ่นไทย แต่ตัวเองหาข้อมูลคลินิกนี้จาก google เพื่อหาเส้นทางในการเดินทางมารักษา... ซึ่งคิดว่าเป็นวิธีที่สามารถค้นสิ่งต่างๆ ที่เราต้องการค้นหาโดยจะหาเวลาไหนก็ได้” (ผู้ป่วย 42 อายุ 38 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยอายุ 27 ปี เห็นว่า การแสวงหาข้อมูลสุขภาพที่สร้างความมั่นใจในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

“ปัจจุบันการแสวงหาข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ก็จะหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต ก็เป็นคนหนึ่งนะที่หาข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย กับการดูแลสุขภาพ หาข้อมูลจนมั่นใจแล้วจึงมาหาหมอแผนไทยรักษา” (ผู้ป่วย 23 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

ในความเห็นของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการไมเกรน อาชีพนักประชาสัมพันธ์ เห็นว่าสื่อใหม่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาข้อมูลข่าวสารสุขภาพของแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างความมั่นใจและใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัจจุบันการแสวงหาข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ก็จะหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต ก็เป็นคนหนึ่งที่หาข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย กับการดูแลสุขภาพ หาข้อมูลจนมั่นใจแล้วจึง มาหาหมอแผนไทยรักษา” (ผู้ป่วย 23 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

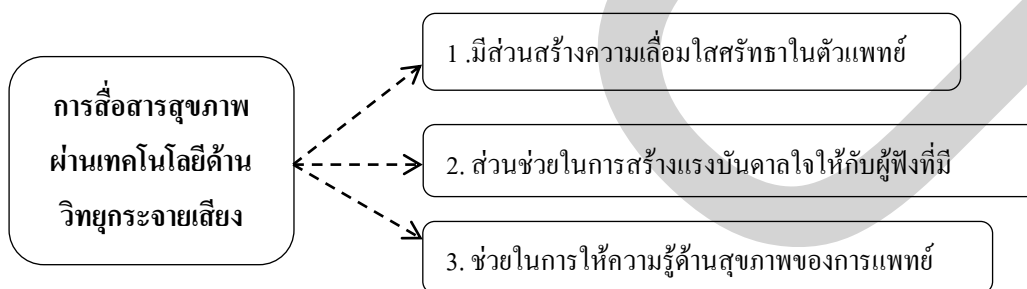
1.3) ใช้ในการเผยแพร่ข่าวสารกิจกรรมของคลินิก

เทคโนโลยีสื่อใหม่ถือเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่แพทย์แผนไทยทำการเผยแพร่ข้อมูลเหล่านี้ผ่านสื่อใหม่เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจในการแพทย์แผนไทย และถือเป็นการบอกกล่าวชี้แจง บอกเส้นทางในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

“ที่คลินิกจะใช้ Facebook เหมือนกันใช้เพื่อประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย และเป็นช่องทางหนึ่งในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่สนใจเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีลูกศิษย์ที่จบไปแล้วได้จัดทำ Website สมุนไพรดอกทอคอม เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสมุนไพรอีกทางหนึ่ง” (แพทย์แผนไทย 4, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2257)

ดังนั้นเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อใหม่ มีส่วนช่วยในกิจกรรมด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย อันได้แก่ การกำหนดรูปแบบการติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ, ใช้ในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารของการแพทย์แผนไทย และใช้ในการเผยแพร่ข่าวสารกิจกรรมของคลินิก อันนำไปสู่การสร้างความรู้ ความเข้าใจในวิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย และมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษา

2) การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีด้านวิทยุกระจายเสียงในบริบทการแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 4.35 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีด้านวิทยุกระจายเสียงในบริบทการแพทย์แผนไทย

การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อวิทยุกระจายเสียงในบริบทการแพทย์แผนไทย มีส่วนในการสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย และถือว่าเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วย หรือผู้ที่ต้องการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพได้จำนวนมาก อันนำไปสู่การสร้างหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย โดยการสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีวิทยุกระจายเสียงในบริบทการแพทย์แผนไทย มีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.36 การจัดรายการทั่วทิศถิ่นไทย ทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย คลื่นความถี่ F.M. 92.5 MHz. ทุกวัน จันทร์เวลา 13.00-14.00 น.

2.1) สร้างความเชื่อมโยงสรีรวิทยาในตัวแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย คลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า ผู้ป่วยที่เชื่อมั่นและศรัทธาในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะความศรัทธาในตัวผู้อำนวยการคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว เกิดจากการเป็นแฟนรายการทั่วทิศถิ่นไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนไข้ที่มารักษาที่นี่ส่วนหนึ่งเป็นแฟนรายการทั่วทิศถิ่นไทยของอ.เนตรดาว บางคนไม่ได้มาหาเอง แต่พาญาติพี่น้องตัวเองมารักษาที่นี่” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

2.2) การสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ฟังที่มีปัญหาสุขภาพ

ผู้ป่วย อายุ 42 ปี เข้ารับการรักษาเนื้องอกในมดลูก และอาการปวดหลังและไหล่ ประกอบอาชีพรับจ้างเย็บผ้าในโรงงาน ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับแรงบันดาลใจในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น เป็นผลมาจากการฟังรายการทั่วทิศถิ่นไทย ที่มีเนื้อหาในรายการ

เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย อันส่งผลให้หันมาดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฟังรายการทั่วทิศถิ่นไทย ตอนทำงาน ได้แรงบันดาลใจในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองอย่างมาก และก็ได้ไม่ยาก” (ผู้ป่วย 27 อายุ 42 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

2.3) การให้ความรู้ด้านสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงการรับฟังรายการวิทยุนี้ ช่วยสร้างความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ อันนำไปสู่การให้คุณค่าการแพทย์แผนไทยในการสร้างโอกาสในการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองได้

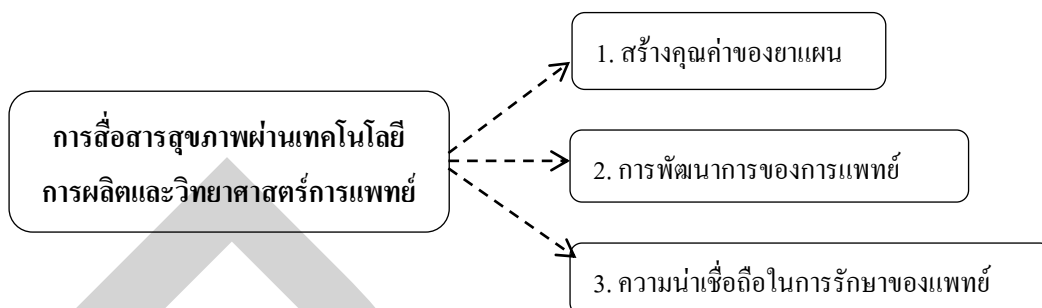
“คุณยาย แกชอบฟังรายการนี้ ก็ฟังด้วยทำงานด้วย ฟังแล้วได้สาระดี ได้ความรู้ทั้งพืชสมุนไพร การดูแลสุขภาพและสามารถนำมาปลูกเอง ทำเองได้ที่บ้าน” (ญาติ 3 อายุ 28 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตามในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยนครดาว ที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากรผู้ให้ข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยในรายการทั่วทิศถิ่นไทย ทาง FM. 92.5 MHz. ว่าข้อมูลที่ได้จากการจัดรายการนั้นมาจากการที่ผู้ฟังเป็นคนโทรเข้ามาในรายการ ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาสุขภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ

“เวลาอาจารย์จัดรายการส่วนใหญ่คนที่โทรเข้ามารายการ มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพโดยส่วนใหญ่ มากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

3) การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการผลิตและวิทยาศาสตร์การแพทย์ในบริบทการแพทย์แผนไทย

การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการผลิตและวิทยาศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นการสื่อให้เห็นถึงการผสมผสานวิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยให้เข้ากับเทคโนโลยีทางการผลิตและเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ ในการนิยามความหมายสุขภาพดี หลักการ และวิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่ให้คุณค่าของการมีสุขภาพดี และการยอมรับวิธีการทางการแพทย์แผนไทย จากสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่า ในบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษานั้น พบกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการผลิตและเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่แสดงถึงการผสมผสานวิธีการรักษา และการให้คุณค่าของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย มีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.37 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการผลิตและวิทยาศาสตร์การแพทย์ในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุข

3.1) สร้างคุณค่าของยาแผนไทยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนในยุคปัจจุบัน

ตามความเห็นของเภสัชกรรมไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่าการนำเอาเทคโนโลยีการผลิตมาใช้กับยาแผนไทยนั้นถือเป็นการให้คุณค่า และถือเป็นการสร้างโอกาสในการเผยแพร่ให้คนรุ่นใหม่หันมาสนใจในวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

“การนำเอาเทคโนโลยีการผลิตยาแบบแพทย์ปัจจุบัน นำมาใช้กับยาแพทย์แผนไทย ส่งผลให้ยาไทยทานง่ายขึ้น เช่น ยาหอมบางตัวต้องนำมาละลายน้ำร้อนเพื่อดื่ม ปัจจุบันยาหอมได้นำมาอัดเม็ดทำให้ทานง่ายขึ้น และเหมาะกับคนรุ่นใหม่ ๆ ที่หันมาสนใจรักษาด้วยแพทย์แผนไทย” (เภสัชกรรมไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับผู้ป่วย อายุ 21 ปี ที่เห็นว่าการแปรรูปของยาไทยนั้น ส่งผลต่อการตัดสินใจในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยาไทยมีการแปรรูปเปลี่ยนไปจากเดิมมาก นอกเหนือจากการมียาต้มแล้ว ยังมียาเม็ดอัดแคปซูลที่ง่ายต่อการรับประทานมาก เหมาะกับคนรุ่นใหม่อย่างหนูค่ะ” (ผู้ป่วย 22 อายุ 21 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

สอดคล้อง ในความเห็นของผู้ป่วยเห็นว่า เทคโนโลยีด้านการผลิตยาไทยที่ทันสมัยสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในยุคปัจจุบันนั้น มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยในการที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

“ถ้าจะให้ดื่มยาทานคงยาก เพราะต้องทำงานนอกบ้าน กว่าจะกลับก็ดึกมาก แต่พอเห็นยาไทยเป็นเม็ด อัดแคปซูลแล้ว น่าจะดีกว่าแต่ก่อนที่จะทานยาไทยต้องต้มยา เป็นชั่วโมงกว่าจะได้ทานยาสักแก้ว” (ผู้ป่วย 42 อายุ 38 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

3.2) สื่อให้เห็นถึงการพัฒนาการของการแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า การพัฒนารูปแบบของยาไทยควรที่จะมีความเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งถือเป็นการพัฒนาการและการปรับตัวของการแพทย์แผนไทยแบบหนึ่งที่จะส่งผลให้คนในสังคมยอมรับ และตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพ

“ถึงแม้จะมียาไทยจะมีการพัฒนารูปแบบของยาไปให้มันเหมาะกับตามยุคตามสมัยก็ตาม แต่ยาไทยที่ดี ควรจะเป็นการต้มยาแบบดั้งเดิมจะดีกว่า ไม่ใช่แบบใหม่ไม่ดี แต่เสน่ห์ของยาไทยคือการต้มจากหม้อดิน ซึ่งผู้ป่วยหลายๆ คนก็ยังชอบที่จะทานยาต้มอยู่” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่เข้ารับการอยู่ไฟเห็นว่า เทคโนโลยีการผลิตยาที่ทันสมัยก็ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบคุณค่าของยาไทยแบบดั้งเดิมได้ ดังกล่าวที่ว่า

“ถึงจะมีเทคโนโลยีการผลิตยาที่ทันสมัยเท่าไรก็ตาม การทานยาต้มคือเอกลักษณ์ที่แสดงความเป็นยาแผนไทย ถึงจะดูไม่ทันสมัย แต่มันก็สะท้อนการใส่ใจในการปรุงยา ที่ในการแพทย์แผนปัจจุบันไม่มี” (ผู้ป่วย 46 อายุ 33 ปี, สัมภาษณ์ 27 กุมภาพันธ์ 2557)

3.3) สร้างความน่าเชื่อถือในการรักษาของแพทย์แผนไทย

ในความเห็นของนักเรียนแพทย์แผนไทยสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่าการเรียนรู้วิธีการใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนในการสร้างความน่าเชื่อถือในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยมากยิ่งขึ้น

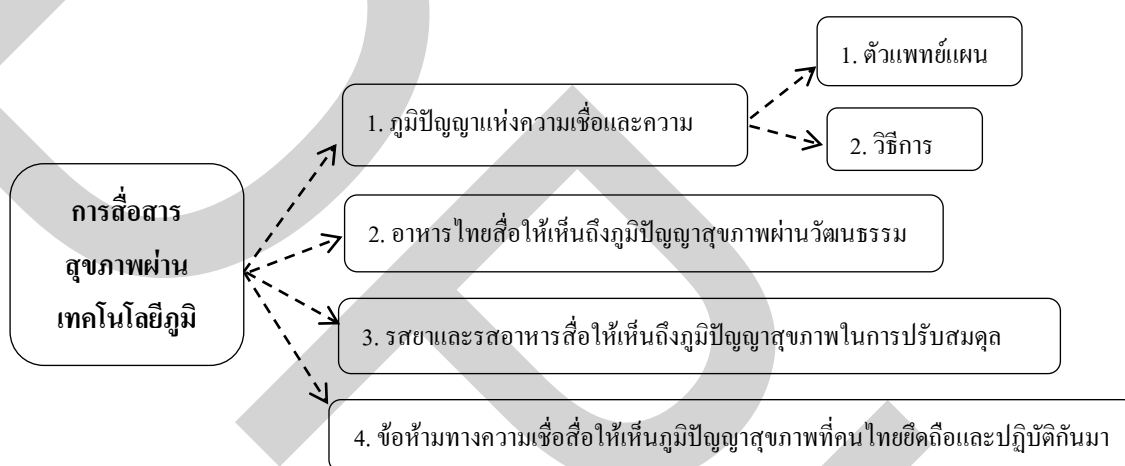
“ปัจจุบันการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยจะมีการเรียนการใช้เครื่องมือแพทย์ จำพวกหูฟัง การวัดความดัน การอ่านค่าผลเลือด การอ่านฟิล์ม X-ray รวมถึงการเรียนกายวิภาค มันส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์แผนไทยให้แม่นยำ และสร้างความน่าเชื่อถือในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา” (นักเรียนแพทย์แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เพราะว่าการนำเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาประยุกต์ใช้ในการรักษาสุขภาพมีผลต่อความน่าเชื่อถือของแพทย์แผนไทย

“การนำเครื่องมือแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาใช้ในการวินิจฉัยโรคเป็นผลดีต่อการพยากรณ์โรคของแพทย์แผนไทยที่คู่มือหลักการน่าเชื่อถือ” (ผู้ป่วย 7 อายุ 29 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557)

4) การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีภูมิปัญญา (Wisdom Tecnology / Human Tecnology) ในบริบทการแพทย์แผนไทย

กำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างความคิด ความเชื่อและหลักการในการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่ การให้คุณค่า ความหมายสุขภาพดีด้วยการแพทย์แผนไทย ในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จาก สัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่า ในบริบทที่ผู้วิจัยทำการศึกษานั้น พบกลยุทธ์การ สื่อสารผ่านเทคโนโลยีภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย มีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.38 การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีภูมิปัญญาในบริบทการแพทย์แผนไทย

4.1) ภูมิปัญญาแห่งความเชื่อและความศรัทธาในการแพทย์แผนไทย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม นั้น พบว่า กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีภูมิปัญญานั้นสื่อให้เห็นถึงความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งถือเป็นการสร้างโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม โดยความเชื่อและความศรัทธาที่พบในการศึกษาครั้งนี้มี 2 ลักษณะ คือ

4.1.1 ความเชื่อ/ความศรัทธาในตัวแพทย์แผนไทย

ความเชื่อ และความศรัทธาในตัวแพทย์แผนไทย จะเป็นความเชื่อและความศรัทธาเฉพาะตัวบุคคล ดังคำกล่าวของญาติผู้ป่วย อายุ 45 ปี กล่าวไว้ว่า

“ความเชื่อ และความศรัทธาในตัวหลวงปู่ นั้น นอกจากการสืบทอดพระพุทธศาสนา แล้ว ท่านยังมีเมตตาในการรักษาในการเปิดคลินิกแพทย์แผนไทย เพื่อรักษาคณเฑาะว์ที่ไม่ค่อยมีเงินหา

หมอ หรือคนที่ทรมหวังในการรักษา ส่วนตัวเชื่อว่าการรักษาแบบนี้สามารถช่วยให้ทูเลา บรรเทาได้ หรือหายจากการเจ็บป่วยได้” (ญาติ 10 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์แผนไทยประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาวที่กล่าวถึง ความเชื่อและความศรัทธาในตัวผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ว่าเกิดจากการที่ท่านเป็นวิทยากรด้านสุขภาพแผนไทย และการเปิดคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณกุศล

“ผู้ป่วยหลายคนที่มารักษาที่นี่ เพราะอาจารย์เนตรดาว เพราะท่านเป็นวิทยากรเรื่อง แพทย์แผนไทย จัดรายการวิทยุ และสิ่งหนึ่งที่อาจารย์ท่านทำคือ การเปิดคลินิกการกุศลทุกวัน อังคาร ซึ่งมันส่งผลต่อความเชื่อในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยของที่นี่อย่างหนึ่ง” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม การเลือกตัวแพทย์แผนไทยแบบเฉพาะเจาะจงว่าต้องการรักษากับใครนั้น เป็นเรื่องยืนยันได้ว่า ความเชื่อในตัวแพทย์แผนไทยมีส่วนในการกำหนดสุขภาพของคนมากกว่า วิธีการรักษา ดังคำกล่าวของเวชระเบียนแพทย์แผนไทย ประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาวที่ว่า

“โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเชื่อในตัวแพทย์แผนไทยมากกว่าวิธีการรักษา เพราะสังเกตจากการเจาะจงแพทย์ที่ใช้ในการรักษา มันเป็นการสื่อให้เห็นว่า แพทย์เป็นตัวกำหนดสุขภาพของผู้ป่วย” (เวชระเบียนแผนไทย, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

4.1.2 ความเชื่อและความศรัทธาในวิธีการรักษา

ความเชื่อและความศรัทธาวิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยนั้น ผู้ป่วยอายุ 43 ปี อาชีพ ขับรถส่งของมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทวารหนัก ได้เปรียบเทียบให้เห็นว่าวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้นยังเป็นที่ยอมรับในแพทย์แผนปัจจุบัน เช่นกรณีนายแพทย์สมหมาย ทองประเสริฐ ที่ได้เปิดทำการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาสมุนไพรนั้น สื่อให้เห็นถึงความเชื่อในวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทย ในการสร้างโอกาสทางสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เชื่อนะเชื่อในวิธีการรักษาแผนไทยนะ ถ้ามันไม่ดีจริงทำไม หมอแผนปัจจุบันอย่าง หมอสมหมายเอาสมุนไพรมาทำยารักษาโรคมะเร็ง จริงไหม” (ผู้ป่วย 35 อายุ 43 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม ในความเห็นของผู้ป่วยอายุ 84 ปี เข้ารับการรักษาโรคต่อกระฉก แสดงเห็นถึงสาเหตุที่ตัดสินใจเลือกรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้นเป็นผลมาจากวิธีการรักษาของแพทย์แผนไทยมีสอดคล้องกับความเชื่อทางพุทธศาสนา ดังคำกล่าวที่ว่า

“วิธีการรักษาสอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา เช่น เรื่องเวรกรรม ...อย่างพิธีการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับเจ้ากรรมนายเวร มันส่งผลต่อความเชื่อที่มีในพระพุทธศาสนา กับ

หลักการทางการแพทย์แผนไทย มั่นดีต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างเรานะ” (ผู้ป่วย 37 อายุ 84 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

4.2) อาหารไทยสื่อให้เห็นถึงภูมิปัญญาสุขภาพผ่านวัฒนธรรมการกิน

ในความคิดเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้ให้ความเห็นว่า อาหารไทย เป็นการแสดงให้เห็นถึงภูมิปัญญาสุขภาพที่แทรกอยู่ในวัฒนธรรมการกิน ซึ่งแพทย์แผนไทยจะเน้นความสำคัญในการรับประทานอาหาร เพื่อดูแลสุขภาพสุขภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาสมุนไพร ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาหารที่ดีต่อสุขภาพ บางครั้งก็ไม่จำเป็นจะต้องเป็นอาหารออกานิกส์หรืออกินผักพื้นบ้าน ผักตามท้องถิ่น ก็รักษาสุขภาพได้ ซึ่งในวัฒนธรรมการกินอาหารของไทยเราจะเป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพแล้ว สิ่งก่อกวน เช่น ข้าวยาปักยได้ มีแต่ผักสมุนไพร อาทิ ตะไคร้ ใบมะกรูด หรือแม้แต่แกงเลียงเอง ก็จัดเป็นยาช่วยกระตุ้นน้ำนมให้กับแม่ ที่เกิดจากเครื่องแกงและผักที่ปรุงในแกงเลียงนั่นเอง ซึ่งถือได้ว่า อาหารไทยเป็นภูมิปัญญาสุขภาพที่แทรกอยู่ในวัฒนธรรมการกินของไทยนั่นเอง ซึ่งแพทย์แผนไทยจะเน้นตรงนี้มากกว่าการจ่ายยาเพื่อรักษาอาการ” (แพทย์แผนไทย 5, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ป่วย อายุ 27 ปี ที่เข้ารับการรักษาอาการกรดไหลย้อนและไมเกรน ให้ความเห็นว่า อาหารไทยในแต่ละท้องถิ่น คือ อาหารเพื่อสุขภาพ และถือเป็นองค์ความรู้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพที่คนไทยยึดถือและปฏิบัติ

“อาหารไทยในแต่ละท้องถิ่น มั่นดีต่อสุขภาพ เช่น การลดความอ้วนก็ไม่จำเป็นต้องกินสลัดแบบฝรั่งเลย น้ำพริกผักมันก็คือสลัดแบบไทยๆ อยู่แล้ว หรือทางใต้ก็มีข้าวยา ตอนนี้หันมาทานอาหารเพื่อสุขภาพดีแบบไทย ซึ่งเป็นองค์ความรู้ภูมิปัญญาไทย ที่คนไทยทานกันมาช้านาน” (ผู้ป่วย 23 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

4.3) รสชาติและรสอาหารสื่อให้เห็นถึงภูมิปัญญาสุขภาพในการปรับสมดุลของร่างกาย

ความเชื่อของการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยนั้น เกิดจากการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้ให้ความเห็นว่า การแพทย์แผนไทยจะเน้นเรื่องรสชาติ รสอาหารในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น เพื่อการปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งถือเป็นความเชื่อด้านสุขภาพ และเป็นภูมิปัญญาที่สั่งสมความรู้มาช้านาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความเชื่อของแพทย์แผนไทย คือ อาหารเป็นบ่อเกิดของกองโรค กับกองธาตุ กล่าวคือเราจะป่วยเป็นอะไรจะขึ้นอยู่กับอาหารที่เรากินเข้าไป หรือ ฝรั่งเรียกว่า YOU ARE WHAT YOU EAT นั่นเอง ฉะนั้น แต่ละพื้นที่จะมีวิธีการรับประทานอาหารให้สอดคล้องกับท้องถิ่น..... ซึ่ง

แพทย์แผนไทยจะเน้นเรื่องรสอาหาร และรสยา เพื่อปรับสมดุลธาตุ กับการรักษาอาการเจ็บป่วย ถือเป็นความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพรูปแบบหนึ่ง ที่มีการสั่งสมกันมานาน และเป็นภูมิปัญญาสุขภาพ” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

สอดคล้องกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วย อายุ 63 ปี ที่กล่าวถึง อาหารเป็นยาเป็นภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย เนื่องจากคนไทยจะรู้ว่าอาหารรสชาติไหนเหมาะสมกับการทานในฤดูกาลใด ซึ่งสอดคล้องกับรสยาของแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในความเป็นจริงแล้ว อาหารเป็นยาภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย คำกล่าวนี้นั้นจริงแท้แน่นอน เพราะว่า คนไทยตั้งแต่สมัยก่อนจะรู้ว่า ควรทานอะไรในฤดูไหน แล้วจะดีต่อสุขภาพ เช่น ช่วงเปลี่ยนฤดูเราจะทานแกงส้มดอกแค เพราะมีความเชื่อกันว่าทานดอกแคจะแก้ไขหวัดลม ซึ่งสอดคล้องกับรสยาแพทย์แผนไทยว่า รสขม บำรุงธาตุไฟ ฤดูเปลี่ยนธาตุไฟก็มีปัญหา การทานอาหารรสขมแบบดอกแคก็ช่วยบำรุงได้” (ญาติผู้ป่วย 1 อายุ 63 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2556)

4.4) ข้อห้ามเกี่ยวตามความเชื่อสื่อให้เห็นภูมิปัญญาสุขภาพที่คนไทยยึดถือและปฏิบัติกันมาแบบไม่รู้ตัว

ตามความเห็นของผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนและภูมิแพ้ อาชีพพนักงานขายสินค้า อายุ 30 ปี ได้กล่าวถึง ข้อห้ามในการรับประทานอาหารบางอย่างมีผลต่ออาการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่าของแสลง นั้น เป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมสุขภาพของไทย หรือแม้การเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วก็ยังยึดถือปฏิบัติกันแบบไม่รู้ตัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ของแสลงเป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมสุขภาพของไทย เช่น การทานยาต้ม จะไม่ให้ทานจำพวกหน่อไม้ เพราะมันแสลงโรค เป็นผลห้ามกินไข่ เพราะไข่จะทำให้แผลไม่สวย พอมารักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้เรายังยึดปฏิบัติแบบไม่รู้ตัว ทั้งๆ ที่หมอแผนปัจจุบันไม่ได้ห้ามอะไร” (ผู้ป่วย 30 อายุ 30 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

4.2.2.3 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าของแพทย์แผนไทย

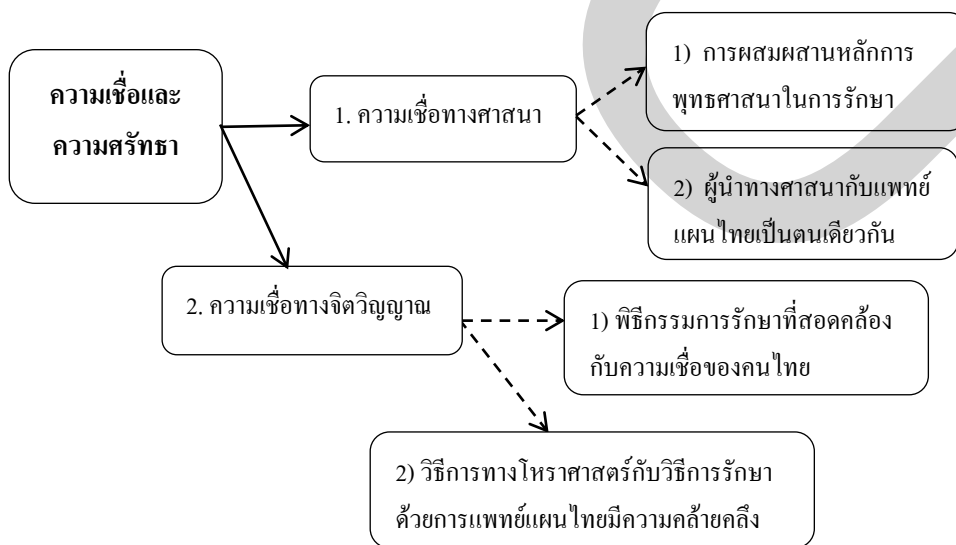
เป็นประเด็นหรือเนื้อหาที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้น เป็นประเด็นเนื้อหาที่สร้างคุณค่าให้กับแพทย์แผนไทยในลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.39 กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย

1) ความเชื่อและความศรัทธา

เป็นประเด็น/เนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างความเชื่อและความศรัทธาในการแพทย์แผนไทยอันนำไปสู่การมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ให้ประเด็นความเชื่อและความศรัทธา มีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.40 ประเด็นสุขภาพกับความเชื่อและความศรัทธาที่เกิดขึ้นในบริบทการแพทย์แผนไทย

1.1) ความเชื่อทางศาสนา

1.1.1 การผสมผสานหลักการพุทธศาสนาในการรักษา

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี มองว่า วิธีการรักษาด้วยยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาสุขภาพกายแล้ว การแจกหนังสือธรรมะให้กับผู้ป่วยเป็นวิธีการสื่อสารสุขภาพรูปแบบหนึ่งที่สอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา

“ผู้ที่เจ็บไข้ได้ป่วยส่วนใหญ่มักมีทุกข์ ทุกข์ทางกายคือการเจ็บไข้ที่เกิดจากโรค ทุกข์ทางใจคือ ความวิตกกังวลต่ออาการของตนเอง ซึ่งบุคคลเหล่านี้ก็ต้องการที่พึ่งทางใจ ก็พึ่งหาวัดพอหาที่พึ่งรักษาทางกาย ก็พุงมาหาหมอ ยิ่งบางคนมีความเครียดมาก กายป่วย ใจป่วย ก็คงต้องหาทั้งวัดและหมอ บางครั้งนอกจากเราจะรักษาอาการป่วยทางกายด้วยยาสมุนไพรแล้ว ยังต้องแจกยารักษาใจด้วยธรรมะหรือหนังสือธรรมะให้ข้อคิดดีๆ เพื่อคิดและปลงได้ในเรื่องของความทุกข์ที่เกิดขึ้น” (แพทย์แผนไทย 8, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

1.1.2 ผู้นำทางศาสนากับแพทย์แผนไทยเป็นคนเดียวกัน

ในมุมมองของผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่เข้าทำงานในประเทศไทย อายุ 39 ปี เห็นว่า ในบางครั้งผู้นำทางศาสนากับผู้ทำหน้าที่รักษาอาจเป็นคนคนเดียวกัน ซึ่งถ้าเป็นเช่นนั้น ก็ยิ่งส่งผลต่อความเชื่อในวิธีการรักษาเป็นอย่างมาก

“ความเชื่อทางศาสนาของคนกระเหรี่ยงในพม่าจะนับถือผีปู่ย่าให้คุ้มครอง รักษาอาการป่วยไข้ ผสมผสานกับการรักษาด้วยยาสมุนไพร และหมอมือที่ทำการรักษาโรคจะถือว่าเป็นผู้นำทางความเชื่อทางจิตวิญญาณ ดังนั้นถ้าหมอสั่งให้ทำอะไรต้องทำตาม ถ้าอยากหายจากโรคที่ป่วย..... ดังนั้นการมาหาหมอไทยมันก็ไม่ต่างอะไรกับการหาหมอที่บ้าน” (ผู้ป่วย 41 อายุ 39, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของกิจการ อายุ 62 ปี มองว่า ความเลื่อมใสในพระพุทธรูปศาสนากับความเชื่อและความศรัทธาในตัวแพทย์แผนไทยจะต้องมีความสอดคล้องกัน จะยิ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการรักษา

“ในความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อในตัวแพทย์แผนไทยนั้น คือ ตัวแพทย์แผนไทยจะต้องเป็นผู้ที่คงอยู่ในศีลธรรมมากเท่าไร ก็ยิ่งส่งผลต่อความเลื่อมใสในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย นี้คือ ซึ่งตนเองก็เป็นลูกศิษย์ท่านมานานแล้ว” (ญาติผู้ป่วย 7 อายุ 62 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2557)

1.2 ความเชื่อทางจิตวิญญาณ

1.2.1 พิธีกรรมการรักษาที่สอดคล้องกับความเชื่อของคนไทย

ผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้แสดงความเห็นว่าเป็นพิธีกรรมตามความเชื่อเรื่องเวรกรรมนั้น สอดคล้องกับพิธีกรรมทางการแพทย์แผนไทยนั่นคือ การทำบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวรที่กระทำสืบเนื่องกันมาตั้งแต่สมัยโบราณ

“พิธีกรรมการทำบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวร ที่นี้จะกระทำทุกปีเพื่อความเป็นสิริมงคล และมีผลทางจิตใจของผู้ป่วยในการรักษา ซึ่งพิธีกรรมนี้เป็นพิธีกรรมที่สืบทอดมาตั้งแต่สมัยโบราณของการแพทย์แผนไทย” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

นอกจากนี้ ผู้ป่วยอายุ 80 ปี มองว่า การเข้าร่วมพิธีกรรมทำบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวรนั้น เป็นความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“วันนี้มีการทำบุญคลินิก ฉันมารักษาที่นี่ประจำ วันนี้นอกจากจะมารักษาแล้ว จะมาร่วมทำบุญขอมาเจ้ากรรมนายเวรด้วย จะได้หมดทุกข์ หมดโศก หมดโรค หมดภัย” (ผู้ป่วย 24 อายุ 80 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.2.2 วิธีการทางโหราศาสตร์กับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยมีความคล้ายคลึงกัน

แพทย์แผนไทยประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว มองว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตรวจวินิจฉัยสุขภาพเบื้องต้นของการแพทย์แผนไทย จะใช้วิธีการเดียวกันกับการตรวจดวงชะตาแบบโหราศาสตร์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รูปแบบของการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย จะเน้นการรักษาความสมดุลของธาตุเจ้าเรือน ดังนั้น เราจะมี การตรวจวินิจฉัยคนไข้ ด้วยการชั่งประวัติวันเดือนปีเกิด เพื่อหาธาตุเจ้าเรือนหลัก ธาตุเจ้าเรือนรอง เพื่อใช้ในการตั้งยา รักษา ปรับสมดุลธาตุทั้ง 4 ของแต่ละคน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์หาธาตุเจ้าเรือนจะคล้ายกับการตั้งดวงของโหราศาสตร์ของไทย แต่แพทย์แผนไทยไม่มีความสามารถในการตรวจดวงชะตาให้ใครนะ” (แพทย์แผนไทย 4, สัมภาษณ์วันที่ 11 พฤศจิกายน 2557)

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่าในปัจจุบันนี้การตั้งธาตุเจ้าเรือนที่ใช้วิธีการทางโหราศาสตร์นั้นยังคงกระทำอยู่ แต่มีการผนวกวิธีทางวิทยาศาสตร์เพื่อสร้างความแม่นยำในการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางคนเข้าใจว่า แพทย์แผนไทยสามารถตรวจดวงชะตาได้ เพราะเห็นสอบถามวันเดือนปีเกิด เวลาเกิดด้วย ซึ่งเหมือนกับหมอดู ซึ่งการสอบถามวันเดือนปีเกิดนี้ เพื่อต้องการหาธาตุเจ้าเรือนที่ใช้ในการประกอบการรักษาใช้ในการตั้งยา รักษา ไม่ได้ตรวจดวงชะตาราศี ซึ่งสิ่งนี้เอง แพทย์แผนไทยเรามักถูกโจมตีจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ใช้การสุ่มคาดคะเนเอา มันไม่ได้หลักฐานเชิงประจักษ์แบบวิธีการของเขา แต่ในความเป็นจริงแล้วการเรียนแพทย์แผนไทย

ในปัจจุบันเรามีการประยุกต์ใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อส่งผลต่อการตรวจรักษาที่แม่นยำ ถือเป็น การผสมผสานระหว่างวิทยาศาสตร์กับวัฒนธรรมสุขภาพแบบไทยๆ” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์ วันที่ 11 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม แพทย์แผนไทยประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาวได้แสดงความ คิดเห็นต่างจากความเห็นของแพทย์แผนไทยข้างต้น เนื่องจากวิธีการของแพทย์แผนไทย กับโหราศาสตร์มีศาสตร์ใช้หลักการเดียวกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการเข้าใจผิดของผู้ป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันเป็นความเชื่อใจที่ผิด ที่คิดว่า แพทย์แผนไทย กับโหราศาสตร์ ก็มีบางศาสตร์ที่ โหราศาสตร์ กับแพทย์แผนไทยอาจใช้เหมือนกันเท่านั้น คือ การคำนวณธาตุเจ้าเรือนกับวันเดือนปี เกิด เพื่อพยากรณ์จุดด้อยของร่างกายที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ดังนั้นผู้ป่วยหรือญาติบางคนก็เลือก รักษาด้วยแพทย์แผนไทย เพราะหวังจะให้หมอตรวจให้คงมาผิดที่....ซึ่งความเชื่อแบบผิดๆ นี้เอง ส่งผลให้กลุ่มคนบางกลุ่มชอบอ้างตนว่าเป็นแพทย์แผนไทย ใช้การตรวจดวงชะตาผู้ป่วยและใช้การ รักษาแบบผิดๆ ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มักไม่มีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย หรือไม่มีความรู้ ด้านการแพทย์แผนไทยเลยซะทีเดียว กลุ่มคนเหล่านี้แหละเป็นกลุ่มคนที่สร้างตราบาปและช่องว่าง ในความเชื่อมั่นให้กับแพทย์แผนไทย” (แพทย์แผนไทย 7, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

1) เป็นวัฒนธรรมสุขภาพไทย

วิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ด้วยการอยู่ไฟของมารดาหลังคลอด บุตรนั้น ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการอยู่ไฟ เห็นว่าเป็นวิธีการฟื้นฟูสุขภาพที่สอดคล้องกับความเชื่อมา ตั้งแต่โบราณที่ยังคงยึดปฏิบัติกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรม ดังคำกล่าวที่ว่า

“การอยู่ไฟ หลังคลอดบุตรมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ เพื่อการขับน้ำคาวปลาและมดลูกเข้าอยู่ เคยเห็นแม่บอกว่า ถ้าอยู่ไฟแล้วเชื่อว่า เวลาฝนตกจะไม่หนาวสะท้าน จะไม่ค่อยปวดหลังตอนแก่ และอีกอย่างหนึ่งคือ ผิวพรรณจะส่องไสมีน้ำมีนวล” (ผู้ป่วย 43 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

นอกจากนี้ญาติผู้ป่วย อายุ 29 ปี อาชีพแม่บ้าน ที่เคยเรียนการนวดแผนไทยได้แสดง ความเห็นเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพแผนไทยสิ่งแรกที่ทุกคนนึกถึง คือ การนวด โดยการนวด เป็นสิ่งที่อยู่กับคนไทยมานาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“แพทย์แผนไทยเป็นการดูแลรักษาสุขภาพที่ยังรากฝังลึกอยู่ในคนไทยมานาน สังเกต คำพูดคนไทยสิ ถ้าพูดถึงเรื่องสุขภาพ มักจะพูดว่าเลือดลม เส้นยึด ถ้าคนไทยปวดเมื่อยเมื่อไหร่ สิ่งแรกที่นึกถึงคือ นวด นั่นคือการดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นของคนไทย ..เอาง่าย พี่ลองนึกดูนะ

ว่าผู้ใหญ่ที่บ้านเวลาเมื่อเนื้อเมื่อตัว ก็จะชอบให้เห็นเด็กๆ นวด หรือเหยียบให้ จริงไหมพื” (ญาติ 9 อายุ 40 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 13 มีนาคม 2557)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการประจำเดือนที่มาไม่ปกติ อาชีพนักศึกษา อายุ 22 ปี ได้แสดงความคิดเห็นถึง วิธีการทางการแพทย์แผนไทยจะถูกซ่อนอยู่ในพิธีกรรมตามประเพณีของไทย เช่น การใช้ขมิ้น ในพิธีกรรมบวชนาค หรือการใช้ส้มป่อยในการเล่นน้ำสงกรานต์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่เลือกรักษาแพทย์แผนไทย เพราะมันเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับประเทศไทยมานานแล้ว โดยที่บางทีเราก็ไม่รู้ตัวว่านี่แหละคือ ภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมสุขภาพ เช่น การใช้ขมิ้นทานาคที่เพ็งโกนผมใหม่ๆ เพราะขมิ้นมีสารฆ่าเชื้อโรค ดังนั้นการทาขมิ้นเป็นการป้องกันเชื้อโรคเข้าผิวหนัง เพื่อป้องกันเชื้อโรค และนอกจากนั้นประเพณีสงกรานต์แบบล้านนาที่นำไปส้มป่อยใส่ในน้ำนั้น นอกจากเป็นสิริมงคลแล้ว ยังทำให้น้ำในขันเป็นน้ำค้างซึ่งมันดีต่อสุขภาพ” (ผู้ป่วย 22 อายุ 21 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

นอกจากนี้ กิจกรรมการอยู่ไฟที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตของคนไทยนั้น ผู้ป่วยที่เลือกรับบริการอยู่ไฟเห็นว่า การอยู่ไฟคือภาพสะท้อนถึงสายสัมพันธ์ครอบครัวที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“การอยู่ไฟนอกจากจะดูแลร่างกายของแม่แล้ว ยังเป็นการสะท้อนภาพของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพทั้งแม่และเด็กด้วย ที่คนไทยยึดถือมาตั้งแต่โบราณ เพราะว่าการที่แม่จะต้องอยู่ไฟนั้น ลูกจะได้รับการดูแลจากผู้ใหญ่ในครอบครัว อาจจะเป็นคุณยายหรือคุณย่า หรือ ป้า น้า อา ในครอบครัว ถือเป็นการสร้างสายสัมพันธ์อันดีระหว่างแม่และเด็ก กับคนในครอบครัว” (ผู้ป่วย 43 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

2) เน้นการรักษาความสมดุล

ประเด็นของการสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยที่มุ่งเน้นในการรักษาความสมดุลนั้น ในที่นี้คือความสมดุลของธาตุเจ้าเรือน ที่แพทย์แผนไทยมองว่าสุขภาพจะดีได้นั้นจะต้องมีความสมดุลของธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และสอดคล้องกับสภาพภูมิอากาศ และภูมิประเทศของแต่ละบุคคลอาศัย

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยประจำแผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทย เนตรดาว เห็นว่าการแพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญของการรักษาความสมดุลของร่างกาย

“ความสมดุลของธาตุทั้ง 4 มันไม่ได้หมายถึงแค่ดิน น้ำ ลม ไฟ ในร่างกายของเราเท่านั้น แต่การปรับสมดุลของธาตุทั้ง 4 ให้สอดคล้องกับ วัย อายุ ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ กาลเวลา ล้วนแต่เป็นบ่อเกิดของการเสียความสมดุลของร่างกายได้ทั้งหมด ดังนั้น แพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญ

ของรักษาความสมดุลนี้มาก หรือเรียกว่า สมดุลธาตุ ที่มีความสอดคล้องและสมดุลกับธาตุเจ้าเรือน” (แพทย์แผนไทย 7, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

และแพทย์แผนไทยประจำแผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว อีกท่านมองว่า อาการเจ็บป่วยในบางครั้งไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคเท่านั้น ดังนั้น การรักษาความสมดุลของร่างกายจึงส่งผลต่อให้ความหมายสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาการเจ็บป่วยของร่างกายนั้นไม่เกิดจากเชื้อโรคเท่านั้น แต่เกิดจากที่ร่างกายขาดความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย ซึ่งแพทย์แผนไทยจะเน้นการรักษาสุขภาพด้วยการปรับความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ให้กลับมาสมดุลดั้งเดิม” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

3) มีค่าใช้จ่ายน้อย/เป็นการรักษาแบบสาธารณสุข

ในความเห็นของผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ เห็นว่า สุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ในคลินิกสาธารณสุขนั้น เป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้ที่ไม่มียารายได้

“ทางออกของคนที่มีฐานะไม่ค่อยดีอย่างบ้านหนู คือ คลินิกการกุศลแบบนี้ เพราะไม่ต้องเสียเงินในการรักษา หนูมาสมัครรักษาที่นี่ ” (ผู้ป่วย 4 อายุ 14 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557)

นอกจากนี้ ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพขายของตามตลาดนัด เห็นว่าการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยหาได้จากสิ่งรอบๆ ตัว เช่น พืชผักสวนครัว ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทยมานาน ซึ่งถือเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“จริงๆ แล้วพืชผักสวนครัวที่ปลูกตามรั้วบ้าน ทุกสิ่งทุกอย่างมันเป็นพืชผักที่ใช้ทำยาได้ การจะมีสุขภาพดี ไม่จำเป็นต้องพึ่งยาสมุนไพรที่หายากจากป่า แต่เราต้องรู้จักศึกษาสิ่งทีรอบตัวที่สามารถนำมารักษา ป้องกันโรคให้เราได้ ซึ่งตอนนี้ที่บ้านก็หันมาปลูกพืชผักสวนครัวแล้ว นอกจากเราจะได้ผักมาประกอบอาหารเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายแล้ว ยังนำมารักษาสุขภาพเบื้องต้นได้ ” (ญาติ 4 อายุ 48 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

1) กระบวนการบำบัดรักษาทั้งร่างกายและจิตใจ

แพทย์แผนไทย แผนกนวดประจำคลินิกแพทย์แผนไทยเนตรดาว แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังนั้น เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ที่แสดงออกจากการพูดคุยสื่อสารกันในช่วงการรักษា

“ผู้สูงอายุที่มารักษาที่นี่ ส่วนหนึ่งก็มักจะบ่นว่าถูกลูกหลานทิ้งให้อยู่บ้าน เหงาอยู่กับบ้านข้าง ป่วยกายไม่เท่าไร ป่วยใจมากกว่า สาเหตุที่คนสูงอายุมารักษาด้วยแพทย์แผนไทยส่วน

หนึ่ง มาจากรูปแบบวิธีการดูแลรักษาของแพทย์แผนไทยเปรียบเสมือนคนในครอบครัวดูแลกันเอง มันค่อนข้างอบอุ่น ซึ่งภาพแบบนี้ในปัจจุบันมีน้อยลง” (แพทย์แผนไทย 5 สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

นักเรียนแพทย์แผนไทยของสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุเลือกเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย นั้นเกิดจากวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถช่วยรักษาสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาการป่วยของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเสื่อมของทางร่างกายมันก็เป็นไปตามวัย แต่อาการป่วยทางใจมีมากกว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้ป่วยอะไร แต่ชอบมาที่คลินิก ชอบมาพูดคุย มาให้นักเรียนแพทย์ที่นั่นนวดให้บ้าง นั่นคือ ความเหงา การมารักษาโรคด้วยแพทย์แผนไทย อาจเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาใจให้คลายความเหงาจากการอยู่ตามลำพัง” (นักเรียนแพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

2) การเลือกรักษาร่างกายทั้งหมดไว้ โดยไม่ตัดทิ้ง

ดังความเห็นของผู้ป่วย อายุ 47 ปี อาชีพขับรถรับจ้าง ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้กล่าว ว่า

“ถ้าไปโรงพยาบาลที่ไร หมอมักบอกเสมอว่า อย่ากินยาหม้อ มันมีแต่สเตียรอยด์ พอลุงบอกว่าเคยรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย หมอคุณทุกที่.....แต่เพราะ หมอแผนไทยนี้แหละทำให้ลุงรอดจากการตัดขานะ” (ผู้ป่วย 46 อายุ 50 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557)

3) เป็นการสร้างโอกาสทางสุขภาพอันเกิดจากอาการที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่วินิจฉัยให้

ในความเห็นของผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพขายผักสดในตลาด เห็นว่าสุขภาพนั้นเกิดจากสภาวะแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วย ที่บางครั้งแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่สามารถหาสาเหตุได้ ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกการแพทย์แผนไทย เป็นทางออก

“ที่บ้านปลูกผักส่งตลาด และตัวเองก็เอาผักมาขายเองด้วย สมัยนี้แมลงมันเยอะ ยาฆ่าแมลงก็มาก มันส่งผลต่อสุขภาพ ไปหาหมอโรงพยาบาลหาไม่พบว่าเป็นอะไร สุดท้ายก็ต้องมาหาหมอแผนไทย หมอให้ทานรางจืด และให้ปลูกรางจืดไว้ทานเอง ” (ผู้ป่วย 55 อายุ 51 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 20 มีนาคม 2557)

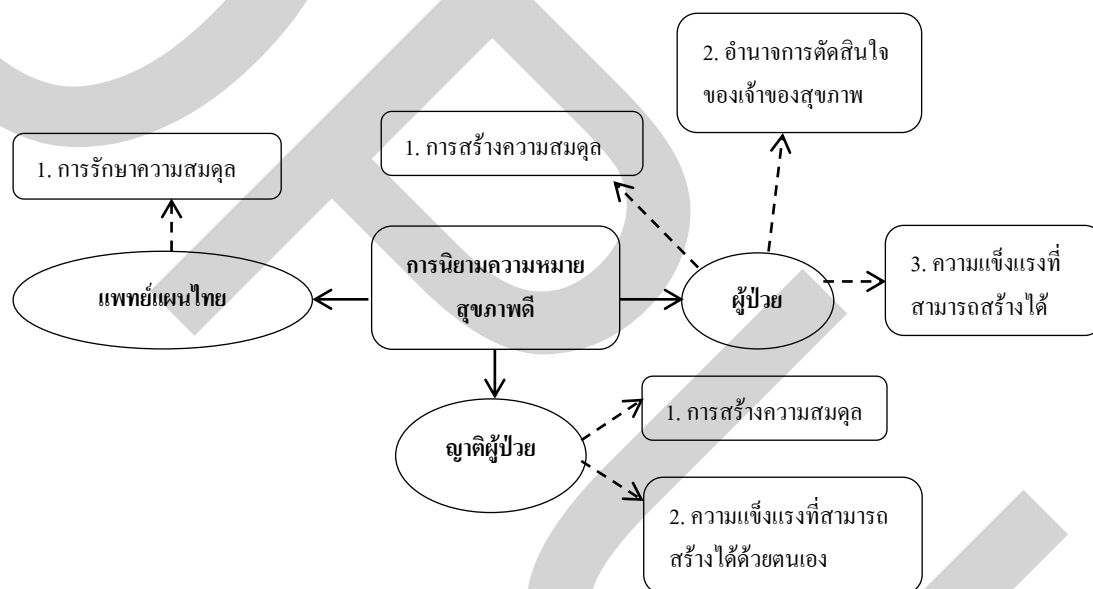
4.3 ผลการศึกษาการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย

ในการศึกษาการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนี้ เป็นการศึกษาหาคำจำกัดความหมายของการมีสุขภาพดี อันเกิดจากวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของแพทย์แผนไทย ที่ผู้สื่อสารสุขภาพได้ให้ความหมายสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย เพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพ

และเป็นการสร้างโอกาสในการมีสุขภาวะดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคมด้วยการแพทย์แผนไทย โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพได้มีการให้ความหมายของการมีสุขภาวะดีในบริบทการแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดลำดับชุดความหมายสุขภาพดีใน 3 ลักษณะ คือ การนิยามความหมายเรื่องสุขภาพดี หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการรักษาสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 การนิยามความหมายเรื่องสุขภาพดีภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

เป็นการให้คำจำกัดความหมายในการมีสุขภาพดี อันเกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจ ความหมายการมีสุขภาพดีภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ที่ผู้สื่อสารสุขภาพได้ให้คำจำกัดความของการนิยามความหมายเรื่องสุขภาพดี อันนำไปสู่การสร้างโอกาสในการมีสุขภาวะที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม โดยผู้สื่อสารสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ได้นิยามความหมายสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ดังนี้



ภาพที่ 4.41 การให้ความหมายของการนิยามความหมายสุขภาพดีของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

1) การนิยามความหมายสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย

1.1) สุขภาพดี คือ การรักษาสมดุล

1.1.1 ความสมดุลของธาตุทั้ง 4

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยประจำแผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทย เนตรดาว เห็นว่า การแพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญของการรักษาความสมดุลของร่างกาย

“ความสมดุลของธาตุทั้ง 4 มันไม่ได้หมายถึงแค่ดิน น้ำ ลม ไฟ ในร่างกายของเราเท่านั้น แต่การปรับสมดุลของธาตุทั้ง 4 ให้สอดคล้องกับ วัย อายุ ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ กาลเวลา ล้วนแต่เป็นบ่อเกิดของการเสียความสมดุลของร่างกายได้ทั้งหมด ดังนั้น แพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญกับการรักษาความสมดุลนี้มาก หรือเรียกว่า สมดุลฐานธาตุ ที่มีความสอดคล้องและสมดุลกับธาตุเจ้าเรือน” (แพทย์แผนไทย 7, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

แพทย์แผนไทยประจำแผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว อีกท่านมองว่า อาการเจ็บป่วยในบางครั้งไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคเท่านั้น ดังนั้น การรักษาความสมดุลของร่างกายจึงส่งผลต่อการให้ความหมายสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาการเจ็บป่วยของร่างกายนั้นไม่เกิดจากเชื้อโรคเท่านั้น แต่เกิดจากที่ร่างกายขาดความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย ซึ่งแพทย์แผนไทยจะเน้นการรักษาสุขภาพด้วยการปรับความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ให้กลับมาสมดุลดั้งเดิม” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.1.2 เป็นการระบุนสาเหตุของสุขภาพ

ในมุมมองของแพทย์แผนไทยประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาวเห็นว่า สุขภาพจะดีหรือไม่นั้น แพทย์แผนไทยจะทำการวินิจฉัยโรคเพื่อระบุนสาเหตุของการเกิดโรคที่เกิดจากการขาดความสมดุล

“อาการเจ็บป่วยของร่างกายนั้นไม่เกิดจากเชื้อโรคเท่านั้น แต่สภาวะแวดล้อมเป็นบ่อเกิดจากที่ร่างกายขาดความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย ซึ่งแพทย์แผนไทยจะเน้นการรักษาสุขภาพด้วยการปรับความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ให้กลับมาสมดุลดั้งเดิม ดังนั้นการระบุนสาเหตุของการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นมันขึ้นอยู่กับความสมดุลของร่างกายเป็นสำคัญ” (แพทย์แผนไทย 3, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.1.3 การจัดระบบความสัมพันธ์ของร่างกายให้สมดุลกับสิ่งแวดล้อม

แพทย์แผนไทยฝึกหัดได้กล่าวถึง ความสมดุลของธาตุทั้ง 4 คือ การจัดระบบความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อมและสังคมให้มีความสัมพันธ์และสมดุล ดังคำกล่าวที่ว่า

“การดูแลรักษาสุขภาพเป็นการจัดระบบความสัมพันธ์ของตัวเอง ในที่นี้ คือ ทั้งกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมให้มีความสัมพันธ์กันอย่างสมดุล อันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี” (แพทย์แผนไทยฝึกหัด 2, สัมภาษณ์วันที่ 19 พฤศจิกายน 2556)

2) การนิยามความหมายสุขภาพดีของผู้ป่วย

2.1) สุขภาพดี คือ การสร้างความสมดุล

การมีสุขภาพดีนั้น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อายุ 77 ปี มองว่าการแพทย์แผนไทย คือตัวช่วยให้ร่างกายเกิดความสมดุลจากภายในและภายนอก และถือเป็นการสร้างโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“การแพทย์แผนไทย คือตัวช่วยในการสร้างความสมดุลให้กับอวัยวะภายใน และอวัยวะภายนอกให้ทำงานได้อย่างดี เช่น การนวดเป็นการกระตุ้นให้เลือดลมเดินดี ส่งผลให้แขนขาที่ไม่มีแรงสามารถกลับมาใช้งานได้อีกครั้ง” (ผู้ป่วย 11 อายุ 77 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2557)

ชุดความหมายสุขภาพคือความสมดุลนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาชีพขับรถส่งของ ที่เห็นว่า การแพทย์แผนไทยเป็นวิธีการที่เน้นการรักษาความสมดุล อันส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดีของบุคคลที่ปฏิบัติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพ ต้องมีความสมดุล เหมือนจีนจะมีหยินกับหยาง เป็นสิ่งที่สื่อความหมายของความสมดุล สุขภาพก็เช่นเดียวกันจะต้องมีความสมดุล ถ้าขาดความสมดุลเมื่อไหร่ ก็จะเกิดอาการเจ็บป่วยได้เมื่อนั้น ส่วนการแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์ที่เน้นการรักษาความสมดุล ทำให้ร่างกายที่มีอาการเจ็บป่วยเสียสมดุลกับมามีความสมดุลเช่นเดิม เช่น การรับประทานอาหาร หรือการรับประทานยาเบญจกูลเพื่อปรับธาตุทั้ง 4 ในร่างกายให้สมดุล การนั่งสมาธิเพื่อรักษาความสมดุลของจิตใจ ซึ่งถ้าใครทำได้ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพ” (ผู้ป่วย 18 อายุ 44 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

2.2) สุขภาพดี คือ อำนาจของการตัดสินใจของเจ้าของสุขภาพ

2.2.1 ความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

ในความเห็นของผู้ป่วยอายุ 66 ปี อาชีพเย็บผ้าโหล เห็นว่าวิธีการแพทย์แผนไทยเป็นวิธีการที่นำมาใช้ดูแลรักษาเองได้ดังคำกล่าวที่ว่า

“การมีสุขภาพดี ด้วยการแพทย์แผนไทยแบบง่ายๆ คือ การออกกำลังกาย ทานอาหารที่เป็นประโยชน์ เหมาะกับวัย การถือศีลเพื่อรักษาจิตใจให้สงบ สามารถทำได้ด้วยตนเอง” (ผู้ป่วย 51 อายุ 66 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 5 มีนาคม 2557)

ในมุมมองของผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์แผนไทย เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ โดยไม่พึ่งพาวิธีการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“วิธีการปฏิบัติตนของแพทย์แผนไทย สามารถกลับไปดูแลตัวเองได้ที่บ้านซึ่งทำได้ไม่ยากอะไร แค่เลือกผักที่กินให้เหมาะกับโรคที่ป่วย อย่างลุงเป็นเบาหวาน กิ่งคทานแป็งขัดสี ทานพวกข้าวกล้อง ทานผักให้เยอะขึ้น โดยเฉพาะทานพวกขอมะม่วง ขอมะยม เหล่านี้ช่วยให้น้ำตาลลดได้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ขอมรับปล่อยวางกับอาการเจ็บป่วยเท่านี้ก็มีความสุข...และไม่ต้อง

ฟังกาสาเรคมีมากนั้กมันก็ส่งผลดีต่อร่างกาย เพราะว่าผักที่ทานอาหารที่กินก็เป็นสิ่งที่มีอยู่รอบตัวเราที่เราหลงลืมว่ามันมีประโยชน์ต่อสุขภาพมากแค่ไหน” (ผู้ป่วย 47 อายุ 50 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557)

นอกจากนี้ การดูแลรักษาสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยนี้ ยังเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเรียกได้ว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง

“การดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย คือการหลีกเลี่ยงบ่อเกิดแห่งโรค เช่น การทานอาหารที่กระตุ้นการเกิดโรค การหันมาทานอาหารที่เป็นธรรมชาติ เช่น ผักพื้นบ้าน การเข้านอนแต่หัวค่ำ ดื่มน้ำเพื่อออกมารับอากาศบริสุทธิ์ ถือว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง” (ผู้ป่วย 37 อายุ 84 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

โดยชุดความหมายนี้ ผู้ป่วยอาชีพนักศึกษา อายุ 26 ปี ได้ให้ความเห็นว่า เป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองนี้ สามารถกระทำได้โดยไม่จำกัดช่วงวัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่ว่าวัยไหนก็สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้สูงอายุที่มารักษาด้วยแพทย์แผนไทย เพราะแพทย์แผนไทย คือวิธีการดูแลสุขภาพที่สามารถทำเองได้ทุกที่ เพราะมันอยู่ในกิจวัตรของคนไทยทุกคน” (ผู้ป่วย 60 อายุ 26 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

2.2.2 เป็นความรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง

การนิยามความหมายสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ในความเห็นของผู้ป่วยอาชีพขับรถส่งของ ที่เข้ารับการรักษาอาการปวดหลัง หัวไหล่และต้นคอ เห็นว่า สุขภาพดี หมายถึง สุขภาพที่ดีนั้น ควรเป็นการตัดสินใจ และเลือกวิธีการในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การเลือกวิถีทางการแพทย์แผนไทย นั่นคือ ความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองที่จะเลือกวิธีการใดที่เหมาะสมต่อสุขภาพของเขา ดังคำกล่าวที่ว่า

“การแพทย์แผนไทย คือ วิธีการดูแลสุขภาพที่เราเป็นผู้เลือกเอง รับผิดชอบสุขภาพของตนเอง.....รูปแบบการรักษาสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทย คือ การทานสมุนไพร อาจเป็นรูปแบบยาหม้อ การนวด การอบยา เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการที่เราสามารถเลือกที่จะจัดการสุขภาพของตนเอง” (ผู้ป่วย 18 อายุ 44 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม การนิยามความหมายสุขภาพดีที่เกิดจากอำนาจในการตัดสินใจรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง นั้นเงื่อนไขของแต่ละบุคคลที่ส่งผลต่อการตีความหมาย และการตัดสินใจเลือกวิธีการแพทย์แผนไทย ดังความเห็นของผู้ป่วย อายุ 37 ปี ที่ตกงาน ว่า

“การตัดสินใจเลือกรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย อาจจะเกิดจากข้อจำกัดของแต่ละบุคคลที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการใช้แพทย์แผนไทยนะ เพราะอย่างผมไม่มีเงิน ตกงาน อะไร

ที่ไม่ต้องสิ้นเปลือง คือทางเลือกในการตัดสินใจ” (ผู้ป่วย 10 อายุ 37 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

2.2.3 เป็นการแสวงหาทางออกสุขภาพที่นอกเหนือระบบบริการสุขภาพ

ในการนิยามความหมายสุขภาพดีในมุมมองนี้ คือ ผู้ป่วย อายุ 77 ปี อาชีพแม่บ้าน ที่เข้ารับการรักษาอาการเข้าบวม และต่อกระดูก เห็นว่า เป็นการแพทย์ที่ไม่อยู่ในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่จัดไว้ให้ เช่นการแพทย์แผนไทยนั้น แต่เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่จะเลือกวิธีการรักษาสุขภาพตนเอง ดังนั้นวิธีการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทย จึงเป็นการที่แสวงหาทางออกสุขภาพของผู้ป่วยด้วยตนเอง

“การแพทย์แผนไทย คือการแพทย์ที่นอกเหนือจากแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาล มีอยู่ตามท้องถิ่น พื้นบ้าน และการเลือกวิธีการรักษาที่คนไข้เป็นคนเลือกที่จะรักษาเอง” (ผู้ป่วย 25 อายุ 77 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

ในมุมมองของผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพนี้ อาจเกิดจากความต้องการของตัวเองที่จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรือวิธีการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติอยู่นั้น อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพของตน

“การตัดสินใจที่เลือกการอยู่ไฟด้วยการแพทย์แผนไทย วิธีการนี้ไม่เข้าข่ายเบิกตามสิทธิได้...เพื่อต้องการขับน้ำคาวปลาออกให้หมด ประกอบกับตัวเองไม่ค่อยมีน้ำนม การทานอาหารจำพวกแกงเลียง ไก่ผัดจิง อาจช่วยได้ส่วนหนึ่งแต่ก็ยังไม่เพียงพอ แต่มาอยู่ไฟ ก็ได้ทานยาพวกไฟ 5 กอง ขับน้ำคาวปลา กับยาประสะน้ำนม เพื่อกระตุ้นให้น้ำนมมากขึ้น” (ผู้ป่วย 43 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

นอกจากนี้ ผู้ป่วย อายุ 57 ปี อาชีพรับจ้างซักผ้า มีอาการป่วยด้วยโรคมือเท้าชาและปวดหลัง ได้มีความเห็นที่ขัดแย้งว่า อำนวยในการเลือกวิธีการรักษานอกระบบบริการสุขภาพนั้น เกิดจากการเรียนรู้ และการจดจำวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยที่สั่งสมจนเป็นประสบการณ์ ส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียที่เกิดกับสุขภาพกับวิธีการของการแพทย์แผนไทย โดยไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงเท่านั้นที่จะรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“การใช้แพทย์แผนไทยเกิดจากการเรียนรู้และการจดจำ เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพกับการแพทย์แผนไทย ที่ได้รับ ดังนั้นคนไข้คนหนึ่ง que เลือกวิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ก็ไม่ได้หมายความว่าเขาเป็นโรคร้ายแรง หรือไม่มีทางรักษา แต่เป็นการคิด วิเคราะห์ถึงข้อดี ข้อเสียในการรักษา ที่มีผลต่อการตัดสินใจ” (ผู้ป่วย 6 อายุ 53 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557)

2.3) สุขภาพดี คือ ความแข็งแรงที่สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง

2.3.1 ความแข็งแรงที่เกิดจากการสร้างเสริมสุขภาพ

ในความเห็นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ 40 ปี อาชีพขับแท็กซี่ เห็นว่าสุขภาพดีสามารถสร้างได้ด้วยตนเองก่อนที่จะเจ็บป่วย หรืออาจเรียกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพเราสามารถสร้างเองได้ ด้วยการดูแลตนเองก่อนที่จะเจ็บป่วย ซึ่งแพทย์แผนไทยเน้นการปรับสมดุลร่างกายให้สามารถต้านทานโรคได้ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่สุขภาพเราสามารถสร้างเองได้ ด้วยการดูแลตนเองก่อนที่จะเจ็บป่วย” (ผู้ป่วย 13 อายุ 40 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยโรคไมเกรน อายุ 22 ปี อาชีพนักศึกษา เห็นว่าการแพทย์แผนไทยคือการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง

“การแพทย์แผนไทยจริงๆ มันใช้เพื่อป้องกันก่อนมันจะเป็นโรค เพราะถ้ามันเกิดแล้วก็ไม่สามารถรักษาได้ 100% เพราะการแพทย์แผนไทยมันเข้าไปเสริมให้เรามีสุขภาพที่แข็งแรงเท่านั้นเอง” (ผู้ป่วย 42 อายุ 38 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

2.3.2 ความแข็งแรงเกิดจากการควบคุมและการสร้างภูมิคุ้มกันโรค

ในความเห็นของผู้ป่วย อายุ 38 ปี อาชีพครู โรงเรียนอนุบาล เห็นว่าการจะมีสุขภาพดีนั้นจะต้องมีความสามารถในการป้องกันโรค ซึ่งแพทย์แผนไทยนั้นมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค

“การแพทย์แผนไทยจริงๆ มันใช้เพื่อป้องกันก่อนมันจะเป็นโรค เพราะถ้ามันเกิดแล้วก็ไม่สามารถรักษาได้ 100% เพราะการแพทย์แผนไทยมันเข้าไปเสริมภูมิเท่านั้นเอง” (ผู้ป่วย 42 อายุ 38 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

2.3.3 ความแข็งแรงคือความสามารถฟื้นฟูสุขภาพหลังอาการเจ็บป่วย

ในชุดความหมายสุขภาพคือ ความไม่เจ็บป่วย ซึ่งการแพทย์แผนไทย คือวิธีการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพหลังจากอาการเจ็บป่วย ดังความเห็นของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ อายุ 24 ปี อาชีพนักศึกษา

“การมีสุขภาพดีก็คือ การไม่เจ็บ ไม่ใช่ สุขภาพไม่ดี คือ การเจ็บไข้ได้ป่วย ทั้งเรื้อรังและไม่เรื้อรัง ส่วนแพทย์แผนไทย คือวิธีการบำรุงฟื้นฟูสุขภาพให้ฟื้นจากอาการเจ็บป่วย” (ผู้ป่วย 38 อายุ 24 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

3) การนิยามความหมายสุขภาพดีของญาติผู้ป่วย

3.1) สุขภาพดี คือ การสร้างความสมดุล

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาอาการปวดหลังด้วยการแพทย์แผนไทย เห็นว่า สุขภาพที่ดีคือมาจากข้างในตัวเราที่สามารถทำงานได้อย่างสอดคล้องประสานกันอย่างลงตัว และการแพทย์แผนไทยคือตัวเสริมทำให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพมาจากข้างใน เราจะป้องกันดูแล ทำให้สุขภาพดี ส่วนการแพทย์แผนไทย คือ ตัวเสริมประสานให้ร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล อย่างเช่น ออกกำลังกายประสานระหว่าง ยาสมุนไพร การทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่เครียด มีสติตั้งอยู่ในความไม่ประมาท” (ญาติ 4 อายุ 48 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

3.2) สุขภาพดี คือ ความแข็งแรงที่สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง

ในที่นี้หมายถึง ความสามารถในการต้านทาน โรคที่เราสามารถเป็นผู้สร้างความแข็งแรงให้กับสุขภาพได้ด้วยตนเอง

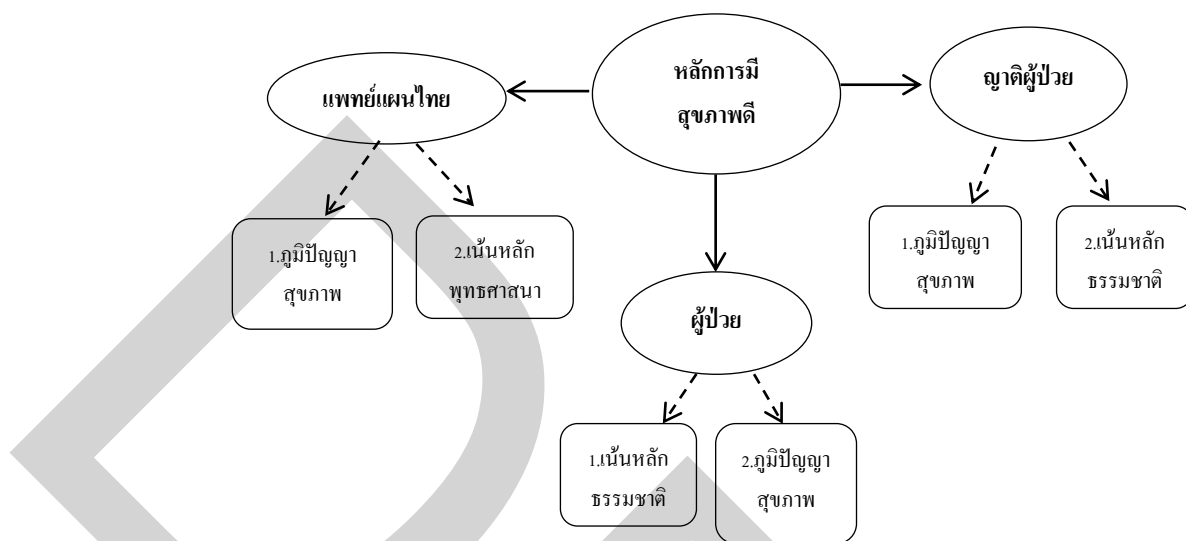
ในความเห็นของญาติผู้ป่วยเป็นเจ้าของกิจการ และนำแรงงานต่างด้าวเข้ามารักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เห็นว่าสุขภาพดี คือ สิ่งที่เราสามารถสร้างเองได้ ส่วนการแพทย์แผนไทยคือการปรับสมดุลร่างกายให้สามารถต้านทานโรคได้

“สุขภาพเราสามารถสร้างเองได้ ด้วยการดูแลตนเองก่อนที่จะเจ็บป่วย ซึ่งแพทย์แผนไทยเน้นการปรับสมดุลร่างกายให้สามารถต้านทานโรคได้ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่แพทย์แผนไทยเท่านั้นที่ทำเช่นนี้ แพทย์ทางตะวันตกก็มีลักษณะเช่นนี้เหมือนกัน...ซึ่งการมองว่าใครสุขภาพดีกว่าใครนั้น ในส่วนตัวคิดว่าอย่าเอามาเทียบเพราะวิธีการในการที่จะมีสุขภาพดีของแต่ละบุคคลอาจจะไม่เหมือนกัน ดังนั้นจึงไม่ควรเอามาเปรียบเทียบกัน” (ญาติ 7 อายุ 62 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557)

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่รักษาอาการต่อลมด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง ได้พาน้องสาวมารักษาอาการต่อลม ได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดีนั้น คือ การสร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพก่อนที่จะป่วยก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพในอนาคต

“ขยายว่า ถ้าเรารู้จักดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังหนุ่มสาวนะมันเป็นเรื่องคุ้มกันด้านปัญหาสุขภาพในตอนแก่...แพทย์แผนไทยคือวิธีการที่ดีที่สุดในการสร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพ” (ญาติ 5 อายุ 72 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

4.3.2 หลักการมีสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย



ภาพที่ 4.42 การให้ความหมายหลักการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย

เป็นการให้ความหมายของหลักการสุขภาพดี อันเกิดจากการรับรู้ ความเข้าใจในองค์ความรู้ด้าน หลักการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี โดยผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย ได้ให้ความหมายของหลักการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย เพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพอันนำไปสู่การสร้างโอกาสในการมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม โดยผู้สื่อสารสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของหลักการมีสุขภาพดีในบริบทการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1) หลักการมีสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย

1.1) ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

1.1.1 เป็นการสังมองค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจนถึงปัจจุบัน

ตามความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์ไทยเนตรดาวได้ให้ความหมายของหลักการมีสุขภาพดี หมายถึง ภูมิปัญญาสุขภาพตามแบบวิถีไทย เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการสังม ถ่ายทอดมาช้านาน ผ่านกระบวนการลองผิดลองถูก พิสูจน์จนกลายเป็นความจริงที่มีการถ่ายทอดจนถึงปัจจุบัน

“การแพทย์แผนไทย เป็นภูมิปัญญาไทยที่ยังรากฝังลึกในวัฒนธรรม ดังที่ปรากฏในจารึกวัดโพธิ์ และอยู่ในภูมิปัญญาอาหารไทย ...เพราะฉะนั้นการแพทย์แผนไทยคือการสังมองค์ความรู้ด้านสุขภาพจากรุ่นสู่รุ่น ดังเช่น แกงจืดเหล็กช่วยระบาย และทำให้ออนหลับสบาย หรือแม้แต่

แกงเลียงที่ช่วยกระตุ้นน้ำนม และจับน้ำคาวปลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นภูมิปัญญาอาหารเพื่อสุขภาพของไทย” (แพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 13 พฤศจิกายน 2556)

1.1.2 เป็นการแสดงออกถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างกลุ่มคนในครอบครัว

ในการให้ความหมายถึงหลักการสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาวเห็นว่า สุขภาพดี คือ พิธีกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพที่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“การแพทย์แผนไทย จะมีพิธีกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพ เช่น ก่อนคลอดจะมีพิธีกรรมการกล่อมท้อง คือการนวดท้อง ซึ่งจริงๆ แล้วเป็นการกระตุ้นให้พัฒนาการเด็กตั้งแตอยู่ในครรภ์ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก เมื่อคลอดก็มีการอยู่ไฟ เป็นการผ่อนคลายแม่เด็ก และเป็นการสร้างสายใยระหว่างครอบครัว เพราะตั้งแต่โบราณ การอยู่ไฟจะต้องมีผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็น ย่า ยาย หรือแม่ ช่วยเหลือเลี้ยงดูลูกในระหว่างอยู่ไฟ อันเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัว ถือเป็นภูมิปัญญาการสร้างสุขภาวะทางกาย ใจ ทางสังคม” (แพทย์แผนไทย 4, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.1.3 วิธีการดูแลสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว

นักเรียนแพทย์แผนไทยสถาบันการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่าหลักการมีสุขภาพดีเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบไทยที่มีลักษณะเฉพาะตัว

“วิธีการดูแลสุขภาพแบบไทยๆ การแพทย์แบบไทยๆ มันเป็นสิ่งที่ไม่มีใครหาเจอได้เฉพาะแพทย์แผนไทยเท่านั้น หรือสิ่งที่เรียกว่าวัฒนธรรมสุขภาพของไทย เป็นภูมิปัญญาการดูแลรักษาสุขภาพที่คงอยู่คู่ประเทศไทย” (นักเรียนแพทย์แผนไทย 1, สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์แผนไทยฝึกหัดที่คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า การแพทย์แผนไทยนั้นมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยิ่งตอนนี้ประเทศไทยเราจะเข้าสู่ AEC ซึ่งวัฒนธรรมไทยเป็นวัฒนธรรมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวไม่เหมือนคนอื่น การแพทย์แผนไทยก็เช่นกัน เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่แสดงออกถึงความ เป็นไทย ถ้าเราไม่คงรักษาไว้อาจสูญหายไปตามเวลา” (แพทย์แผนไทยฝึกหัด 1, สัมภาษณ์วันที่ 16 พฤศจิกายน 2556)

1.1.4 เป็นทรัพย์สินทางปัญญาที่ควรค่าแก่การอนุรักษ์และมีการสืบทอด

ชุดความหมายการแพทย์แผนไทยเป็นวัฒนธรรมสุขภาพนี้ เกษชกรกรมไทยได้แสดงความเห็นว่า การแพทย์แผนไทยเป็นทรัพย์สินทางปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพในวัฒนธรรมไทย

“การแพทย์แผนไทยถือเป็นทรัพย์สินทางปัญญาที่จำเป็นต้องมีการสืบทอด ซึ่งสมุนไพรคือภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพมาช้านาน ซึ่งเราไม่เคยคิดถึงสิ่งเหล่านี้ มีสมุนไพรหลายชนิด

ที่ถูกชาวต่างชาตินำไปจดสิทธิบัตร อย่างปล่องน้อย ยารักษาโรคระเพาะ ถูกญี่ปุ่นจดสิทธิบัตร...
ต่อไปสมุนไพรไทยมีในป่ามากมาย เราจะไม่สามารถใช้ได้ ถ้าไม่มีใครใส่ใจสืบทอด” (เกศชกรม
แผนไทย, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับความเห็นของนักเรียนแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยเนตร
ดาว เห็นว่า สุขภาพแผนไทย คือ องค์ความรู้ภูมิปัญญาที่ประเมินค่าไม่ได้ ควรค่าแก่การอนุรักษ์

“สุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย เป็นสิ่งที่ทรงคุณค่า ควรค่าแก่การอนุรักษ์ให้คงอยู่...
ถ้าหากเรามองว่าการแพทย์แผนไทยในเรื่องแบบการตลาด หนุมองว่า เป็นสิ่งที่ประเมินค่าไม่ได้”
(นักเรียนแพทย์แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

1.1.5 เป็นหลักการในการฟื้นฟูสุขภาพและความงาม

นอกจากความหมายของหลักการมีสุขภาพดีแล้ว แพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทย
ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว ได้ให้ความหมายหลักการมีสุขภาพดีเป็นการสะท้อน
ความคิดให้เห็นถึงความหมายของการแพทย์แผนไทยยังเป็นภูมิปัญญาด้านความงาม ดังคำกล่าว
ที่ว่า

“นอกจากการแพทย์แผนไทยเป็นการฟื้นฟูสุขภาพจากอาการเจ็บป่วยแล้ว การแพทย์
แผนไทยยังเป็นการฟื้นฟูความงามด้วย เช่น มะขามเปียกมีฤทธิ์เป็นกรดที่เรียกว่า AHA ที่เรา
สามารถนำมาขัดผิวเพื่อช่วยในการผลัดเซลล์ผิว หรือการทำแป้งร่ำแบบโบราณ หรือน้ำปรุงที่ใช้ใน
การประพรมผิว...สิ่งเหล่านี้คือ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพและความงามของไทยอย่างแท้จริง” (แพทย์
แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์แผนไทย แผนกเวชกรรมไทยคลินิกการแพทย์แผน
ไทยเนตรดาว อีกท่านที่เห็นว่า การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งการรักษาสุขภาพและความงาม

“การแพทย์แผนไทย เป็นส่วนหนึ่งในการรักษาสุขภาพและความงามได้ดี เองง่ายๆ ถ้า
เราเป็นสิ่วอักเสบเราก็เอาดินสอพองผสมมะนาว หรือขมิ้นกับนมพอกหน้า ซึ่งที่ทำนี้เป็นวิธีการ
รักษาสิ่วอักเสบแบบโบราณ” (แพทย์แผนไทย 6, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.2 เน้นหลักการของพุทธศาสนา

ในความเห็นของผู้อำนวยการคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี เห็นว่า การนำ
หลักธรรมของพุทธศาสนาเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพนั้นคือ “ธรรมานามัย” ที่เน้น
การมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิตใจ และการดำรงชีวิต การอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีไม่เป็นภัยต่อ
ร่างกาย และจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“หลักธรรมานามัย คือ หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่นำเอาหลักการของ
พระพุทธศาสนา มาใช้ในการดูแลสุขภาพ อันได้แก่ กายานามัย เป็นหลักป้องกันสุขภาพ จิตตานา

มัย เป็นบริหารจัดการ เพื่อให้จิตแข็งแรงอยู่เสมอ และชีวิตานามัย เป็นการดำเนินชีวิตให้ดำรงอยู่ในสิ่งดีงาม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะนำมาประยุกต์ในการสร้างความเข้าใจในสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย” (แพทย์แผนไทย 8, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

2) หลักการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย

2.1) หลักการมีสุขภาพดี คือ การเน้นหลักธรรมชาติ

ในมุมมองของผู้ป่วย มองว่า สุขภาพที่ดีนั้นเกิดจากการใช้ชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ให้ได้มากที่สุด ดังความเห็นของผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าว ให้ความเห็นว่า

“สุขภาพไม่จำเป็นไม่ต้องปรุงแต่งอะไรมาก ไม่จำเป็นต้องใช้เคมี หรือสารปรุงแต่งอะไร ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีคือการใช้ชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติมากที่สุด ซึ่งการแพทย์แผนไทยก็ใช้หลักการแบบนี้เช่นกัน” (ผู้ป่วย 14 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

ในความคิดเห็นเกี่ยวกับวิถีสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย คือ การใช้ประโยชน์จากธรรมชาติที่ผู้ป่วยอาชีพนักศึกษา อายุ 26 ปี ได้แสดงความคิดเห็นว่า

“วิถีสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย คือ การใช้สิ่งที่เราสามารถใช้ประโยชน์จากพืชผักสมุนไพรที่มาจากธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาสารเคมี มันจะส่งผลดีต่อสุขภาพ” (ผู้ป่วย 31 อายุ 26 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย คือ การรักษาบำบัดสุขภาพด้วยที่มาจากธรรมชาติ ซึ่งหมายถึงสมุนไพร ในความเห็นของผู้ป่วย อายุ 33 ปี อาชีพพนักงานรักษาความปลอดภัย เห็นว่าธรรมชาติ คือ วิธีการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด

“การดูแลสุขภาพด้วยธรรมชาติน่าจะดีที่สุดสำหรับร่างกาย ซึ่งแพทย์แผนไทยก็ใช้ยาที่มาจากธรรมชาติ หรือ ยาสมุนไพร ใช้วิธีแบบธรรมชาติ มันดีที่สุดแล้วสำหรับร่างกายของเรา” (ผู้ป่วย 46 อายุ 33 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2557)

2.2) หลักการมีสุขภาพดี เป็นภูมิปัญญาสุขภาพ

2.2.1 เป็นองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับการสืบทอดมาแต่โบราณ

หลักการมีสุขภาพดี คือ องค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดถึงวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับการสืบทอดมาแต่โบราณ ตามความเห็นของผู้ป่วยโรคมือเท้าชา อายุ 60 ปี กล่าวว่า

“รู้จักแพทย์แผนไทย คือแพทย์แผนโบราณที่มีมาแต่โบราณ ที่รักษาด้วยยาสมุนไพร รักษาด้วยการนวด ซึ่งมันเหมาะกับคนสูงอายุอย่างฉันนะ เพราะเป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่ใช้กันมานาน” (ผู้ป่วย 56 อายุ 60 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วย อายุ 53 ปี อาชีพรับจ้างซักผ้า เห็นว่า การแพทย์แผนไทยมีใช้มานานแล้วจึงเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ

“การรักษาแพทย์แผนไทยคืออะไร ก็คือวิธีการรักษาสุขภาพสมุนไพร การนวด การทานอาหารที่เป็นธรรมชาติ และมีผลดีต่อสุขภาพ เพราะมันมีมาแต่สมัยรุ่นพ่อรุ่นแม่แล้ว” (ผู้ป่วย 6 อายุ 53 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557)

ในความเห็นของผู้ป่วยโรคไมเกรน อายุ 27 ปี อาชีพนักประชาสัมพันธ์ เห็นว่า สุขภาพที่เกิดจากวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการใช้ประโยชน์จากสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“แพทย์แผนไทยเป็นวิธีการใช้ประโยชน์จากสิ่งรอบตัวๆ เช่น การใช้พืชสวนครัวในการรักษาสุขภาพ เช่น ตะไคร้ใช้ไล่ยุง ถือเป็นภูมิปัญญาของคนไทยที่ประยุกต์ใช้สิ่งรอบตัวให้เป็นประโยชน์ หรือที่เขาเรียกกันว่า D.I.Y” (ผู้ป่วย 23 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

3) หลักการมีสุขภาพดีของญาติผู้ป่วย

3.1) หลักการมีสุขภาพดี คือ ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

3.1.1 องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่ในอาหารไทย

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่นำหน่วยแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ ของคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เข้าบริการสุขภาพในชุมชนวัดอรุณภูมิเห็นว่า หลักการมีสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย เป็นภูมิปัญญาสุขภาพที่ซ่อนอยู่ในรูปแบบของอาหารไทย

“หลายๆ ภาคมีรูปแบบการดูแลสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงภูมิปัญญาไทยอย่างมาก ดังเช่น ภูมิปัญญาอาหารไทย ซึ่งอาหารไทย คืออาหารที่สร้างเสริมสุขภาพด้วยพืชผักในประเทศ นอกจากจะเป็นอาหารแล้ว อาหารบางอย่างก็เป็นยารักษาโรคด้วย เช่น การทานแกงเลียงช่วยกระตุ้นน้ำนมในคุณแม่เพิ่งคลอด หรือการทานแกงส้มดอกแค แก้ไข้หวัดในช่วงฤดูการเปลี่ยน ซึ่งแต่ละภูมิภาคก็มีวิธีการดูแลสุขภาพที่แสดงออกด้วยภูมิปัญญาไทย” (ญาติ 1 อายุ 63 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

สอดคล้องกับหลักการมีสุขภาพดี คือ การแสดงออกถึงภูมิปัญญาการใช้พืชผักตามท้องถิ่นมาประกอบอาหารเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ที่ญาติผู้ป่วยอายุ 48 ปี ได้พาคุณพ่อมารักษาโรคอัมพาตด้วยการแพทย์แผนไทยว่า

“อาหารไทยดีที่สุด เพราะอาหารส่วนใหญ่จะเป็นการแสดงออกถึงภูมิปัญญาสุขภาพที่ใช้พืชผักสมุนไพรในการปรุงอาหารตามท้องถิ่น สังเกตดูคนอายุเป็นร้อยปีส่วนใหญ่ทานน้ำพริกผักกันทั้งนั้น ไม่ค่อยทานหมู ทานไก่ ทานเนื้อเหมือนอาหารฝรั่ง ก็มีสุขภาพดี ซึ่งแพทย์แผนไทยจะเน้นอย่างมากในการทานอาหารให้เหมาะกับสุขภาพ” (ญาติ 4 อายุ 48 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

3.1.2 การฟื้นฟูองค์ความรู้ด้านสุขภาพของไทยเพื่อการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง

เป็นความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของกิจการ และนำแรงงานต่างด้าวเข้ามารักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เห็นว่า ภาพการรับเอาวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามามีผลกระทบต่อเสียต่อสุขภาพ ดังนั้นการจะมีสุขภาพที่ดีได้ต้องหวนกลับมาใช้ภูมิปัญญาและองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพของไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“การปฏิบัติตนแบบแพทย์แผนไทย เป็นภาพสะท้อนถึงภูมิปัญญาของคนไทยรุ่นก่อนเก่า และยึดถือปฏิบัติกันมาจนทุกวันนี้ แต่เมื่อคนเรารับเอาวัฒนธรรมต่างชาติเข้ามาเราก็หลงลืมความเป็นไทยขึ้น เลิกกินน้ำพริก มากินไก่ทอด พิซซ่า หมูกระทะ ปลูกบ้านเรือนไทยมีทิศทางลมเย็นสบาย กลับปลูกบ้านทรงทึบอุดอู้ เคยเข้าวัดฟังธรรม กลับมาเข้าผับฟังเพลง ผลที่ตามมาคือผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้นถ้าเราหันกลับมาใช้ชีวิตแบบไทยๆ ไม่จำเป็นเลยที่ต้องพึ่งหมอ” (ญาติ 7 อายุ 62 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557)

3.2) หลักการสุขภาพดี ต้องเน้นหลักธรรมชาติบำบัด

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ด้วยการแพทย์แผนไทย ได้นำผู้ป่วยโรคมะเร็งก้อนบกร่องเข้ารับการรักษา เห็นว่า การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพที่เน้นหลักการธรรมชาติ

“การดูแลและฟื้นฟู บำรุง รักษาสุขภาพที่เน้นหลักการธรรมชาติ คือ แพทย์แผนไทยเป็นพื้นฐานของการมีชีวิต โดยมุ่งไปที่การกินอยู่แบบธรรมชาติ การรู้จักธรรมชาติของตัวเองและสิ่งแวดล้อม การไม่เบียดเบียนคนอื่นและธรรมชาติ” (ญาติ 2 อายุ 21 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

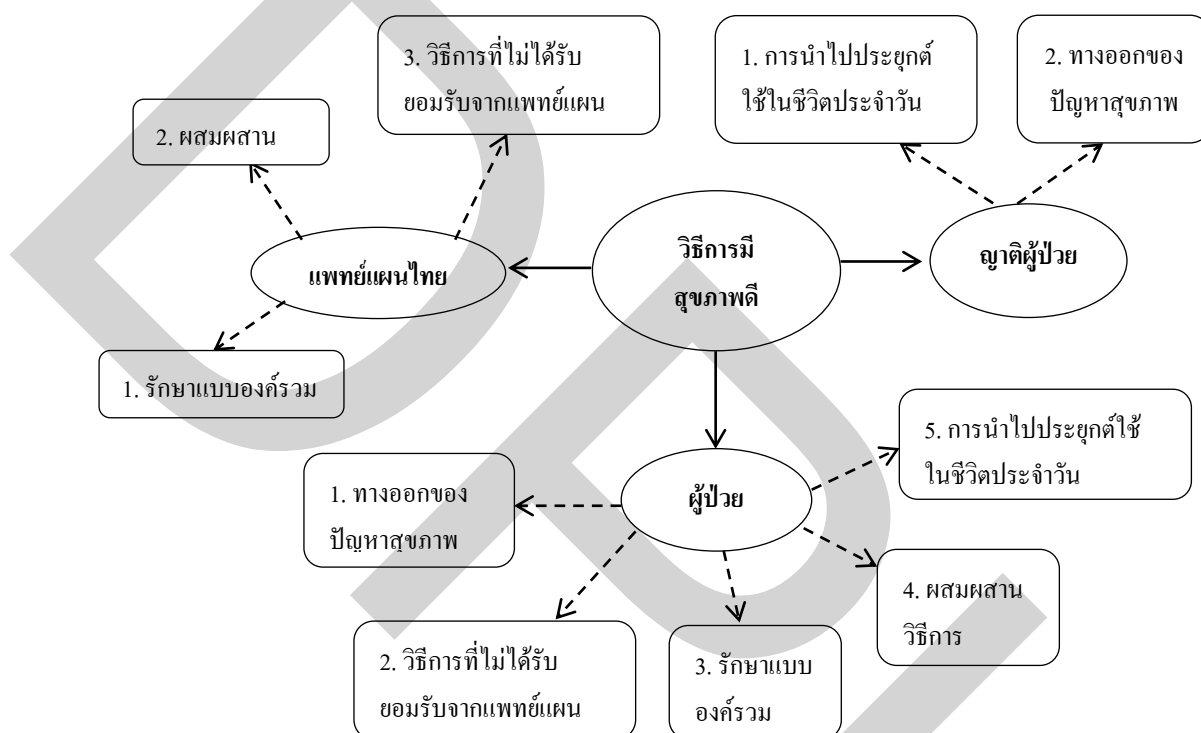
ในการให้ความหมายหลักการมีสุขภาพดีของญาติผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นที่เลี้ยงเด็ก และเคยเข้ารับการรักษาอาการผื่นแพ้ผิวหนังด้วยแพทย์แผนไทย ได้ให้ความเห็นว่า หลักการมีสุขภาพดีคือความเข้าใจ และการมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับธรรมชาติ และการแพทย์แผนไทย คือการแพทย์แบบเชิงป้องกัน ที่ใช้ธรรมชาติบำบัดตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าจะมีสุขภาพดี เราสามารถเข้าใจธรรมชาติ การอยู่กับธรรมชาติ ไม่ฝืนเข้าใจมัน เป็นการประพฤติดนให้สอดคล้องกับธรรมชาติ เป็นการแพทย์เชิงป้องกัน ที่ใช้ธรรมชาติบำบัดตนเอง” (ญาติ 3 อายุ 28 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

4.3.3 วิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย

เป็นการให้ความหมายวิธีการมีสุขภาพดีในบริบทการแพทย์แผนไทย อันเกิดจากการรับรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติ หรือวิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่ส่งผลต่อการมี

สุขภาพดี โดยผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย ได้ให้ความหมายของวิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย เพื่อการลดช่องว่างทางสุขภาพอันนำไปสู่การสร้างโอกาสในการมีสุขภาพที่ดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม โดยผู้สื่อสารสุขภาพในการศึกษาค้างนี้ ได้ให้ความหมายของวิธีการมีสุขภาพดีในบริบทการแพทย์แผนไทย ดังนี้



ภาพที่ 4.43 การให้ความหมายวิธีการมีสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย

1) วิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย

1.1) วิธีการรักษาสุขภาพ คือ วิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1.1.1 ความสามารถในการปรับตัวให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม

ตั้งมุมมองของแพทย์แผนไทย ประจำแผนกนวดแผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทย เนตรดาว เห็นว่าวิธีการดูแลสุขภาพที่ดีนั้น คือการให้ความสำคัญกับการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“การแพทย์แผนไทย จะให้ความสำคัญของสภาวะร่างกาย จิตใจที่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และมีความรู้เท่าทันกับสิ่งที่จะเป็นอันตราย หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพโรค” (แพทย์แผนไทย 5, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับผู้อำนวยการคลินิกแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี มองว่า ความสมดุลของธาตุทั้ง 4 นี้คือ การมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นอาการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคของการแพทย์แผนไทย คือ การขาดความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัจจุบันคนเจ็บป่วยนั้น ไม่เกิดแค่เฉพาะได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเลยซะทีเดียว แต่หากเกิดจากการที่เราเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกายที่ไม่สอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมที่เราเผชิญอยู่ สุดท้ายก็เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น” (แพทย์แผนไทย 8, สัมภาษณ์วันที่ 2 เมษายน 2557)

1.1.2 เป็นวิธีการรักษาสุขภาพที่ไม่ได้มองเพียงแต่สุขภาพกายเท่านั้น

ในมุมมองเกี่ยวกับวิธีการรักษาสุขภาพของแพทย์แผนไทยประจำแผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า สุขภาพไม่ใช่มองแค่การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจ แต่จะต้องวิเคราะห์ไปถึงปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งในการให้ความหมายลักษณะนี้คือ การมองสุขภาพแบบองค์รวม ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพไม่ได้มองแค่เพียงสภาวะทางกายและจิตใจเท่านั้น สุขภาพต้องมองแบบองค์รวม คือ การมองไปถึงสภาพแวดล้อมทั้งคน พืช สัตว์ ภูมิประเทศ ภูมิอากาศที่ส่งผลต่อสภาวะทั้งร่างกาย และจิตใจของคนๆ นั้น ตัวอย่าง การกินอาหารดีต่อสุขภาพทำให้ร่างกายดี การมีจิตใจที่ผ่อนคลายทำให้จิตใจดี การคิดดี ทำดี เอื้อเพื่อแบ่งปันผู้อื่นก็จะส่งผลต่อการมีชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมอย่างสงบสุข ซึ่งเหล่านี้เป็นวัฏจักรสุขภาพที่สอดคล้องกันเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกออกจากกัน” (แพทย์แผนไทย 6, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี เห็นว่า สุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น จะให้ความสำคัญกับสุขภาพที่สอดคล้องกับ หรือสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดโรค ดังคำกล่าวที่ว่า

“การแพทย์แผนไทย จะการให้ความสำคัญของสภาวะร่างกาย จิตใจที่สามารถสอดคล้องประสานสมดุลกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และมีความรู้เท่าทันกับสิ่งที่จะเป็นอันตราย หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และ โรค” (แพทย์แผนไทย 9, สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤศจิกายน 2556)

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยประจำแผนกเวชกรรมไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า วิธีการรักษาสุขภาพจะต้องมองทั้งร่างกาย จิตใจ ที่สอดคล้องความสมดุลกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เพราะมันมีผลกระทบซึ่งกันและกันเป็นวัฏจักร ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพไม่ได้มองแค่เพียงสภาวะทางกายและจิตใจเท่านั้น แต่เป็นการมองไปถึงสภาพแวดล้อมทั้งคน พืช สัตว์ ภูมิประเทศ ภูมิอากาศที่ส่งผลต่อสภาวะทั้งร่างกาย และจิตใจของคนๆ นั้น ตัวอย่าง การกินอาหารดีต่อสุขภาพทำให้ร่างกายดี การมีจิตใจที่ผ่อนคลาย ทำให้จิตใจดี การ

คิดดี ทำดี เอื้อเพื่อแบ่งปันผู้อื่น ก็จะส่งผลต่อการมีชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมอย่างสงบสุข ซึ่งเหล่านี้เป็นวัฏจักรสุขภาพที่สอดคล้องกันเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกออกจากกัน” (แพทย์แผนไทย 6, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.2) วิธีการมีสุขภาพดี เป็นการผสมผสานวิธีการและการบูรณาการสุขภาพให้ดีขึ้น

ในความเห็นของแพทย์แผนไทย ประจำแผนกเวชกรรมไทยและนวดแผนไทย คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า วิธีการรักษาสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยในปัจจุบันเกิด จากการผสมผสานวิธีการรักษาและการบูรณาการสุขภาพนี้ เป็นการอธิบายถึงรูปแบบการรักษาสุขภาพที่เหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประพฤติกและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“วิธีการดูแลอาการเจ็บป่วยที่มีการผสมผสานรูปแบบวิธีการ เช่น การผสมผสานวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยให้เหมาะกับอาการเจ็บป่วย รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับดังเดิมให้มากที่สุด เช่น โรคอัมพฤกษ์ เราจะต้องรักษาด้วยการนวดผสมผสานกับการทานยาสมุนไพร ซึ่งในบางรายที่ผู้ป่วยมีอาการเส้นตึงยึด เราอาจจะต้องใช้ลูกประคบช่วย หรือมีการอบสมุนไพร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคนไข้มีโรคอื่นแทรกซ้อนหรือไม่ รวมถึงจะแนะนำวิธีการปฏิบัติตนของตนเอง และญาติ หลังจากการรักษาทุกครั้ง” (แพทย์แผนไทย 2, สัมภาษณ์วันที่ 1 ธันวาคม 2556)

ในความเห็นของเวชระเบียนแพทย์แผนไทย เกี่ยวกับชุดความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้น เป็นรูปแบบการรักษาสุขภาพที่เน้นการผสมผสานวิธีการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“การแพทย์แผนไทยเป็นรูปแบบการรักษาสุขภาพที่ใช้การบูรณาการที่เน้นการผสมผสานวิธีการรักษา ทั้งการทานยา การนวด การอบ การประคบ เพื่อฟื้นฟูให้หายจากอาการเจ็บป่วย และมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีแบบยั่งยืน” (เวชระเบียน, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

1.3) เป็นวิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน

ในความเห็นของแพทย์แผนไทยฝึกหัด ประจำคลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาว เห็นว่า วิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนั้นเป็นสิ่งที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่ให้การยอมรับและเป็นข้อห้ามในการรักษา เนื่องจากแพทย์แผนปัจจุบันมองว่า แพทย์แผนไทยไม่ใช่วิทยาศาสตร์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีหลายเคสเหมือนกันที่เข้ามาปรึกษาถึงวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ก็มักจะมีคำถามว่า ทำไมหมอแผนปัจจุบันต้องห้ามไม่ให้รักษาด้วยการแพทย์แผนไทย...ก็เลยบอกไปว่า ก็ไม่

ต้องบอกว่ามารักษาด้วยแผนไทยแล้วกัน ตัดปัญหาได้ในระดับหนึ่ง...แต่ในความเห็นของตนเองนะ คิดว่าที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่ยอมรับแพทย์แผนไทยนั้น เพราะคิดว่า วิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยไม่เป็นวิทยาศาสตร์ จึงเป็นสิ่งต้องห้ามจากระบบความคิดในการศึกษาวิชาการแพทย์ที่มาจากคนละศาสตร์กัน” (แพทย์แผนไทยฝึกหัด 1, สัมภาษณ์วันที่ 16 พฤศจิกายน 2556)

2) วิธีการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย

2.1) วิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย คือ ทางออกของปัญหาสุขภาพ

เป็นการให้ความหมายของกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มองว่า วิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยนั้น คือ วิถีทางในการแสวงหา การดิ้นรนเพื่อให้มีชีวิตอยู่ หรือการหายจากอาการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เผชิญอยู่

2.1.1 เป็นวิธีการรักษาสุขภาพของคนสิ้นหวัง

ในความเห็นของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ดิ้นรนกับพร่อง เห็นว่าวิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น คือ ทางออกของคนสิ้นหวังในการรักษา

“โรคเอดส์ ใดๆ ก็รู้ว่า รักษาไม่หาย แต่เมื่อรู้ว่าเป็น จะทำอะไรและก็ต้องทางออกหาทางอยู่รอด แพทย์แผนไทยมันก็คือ ความหวังของคนสิ้นหวังอย่างพี่” (ผู้ป่วย 40 อายุ 32 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ ที่เห็นว่า การแพทย์แผนไทยคือที่พึ่งสุดท้ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

“มะเร็ง คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือไม่ก็พันธุกรรม ก็กลัวนะเห็นใครๆ พอตัดตรงนั้น มันก็ไปเกิดอีกที่ ไม่อยากเป็นเพราะรู้ว่ามันปวดแสบแสบ เคียดแสบไหน เคยจะไปหาหมอสมหมาย แก่ก็ตายแล้ว ตอนนี่ที่พึ่งสุดท้าย หมอนอนตราวแล้วล่ะ” (ผู้ป่วย 26 อายุ 33 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 11 มีนาคม 2557)

อย่างไรก็ตาม การดิ้นรนที่จะมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่ติดเชื่อภูมิคุ้มกันบกพร่องเห็นว่าการแพทย์แผนไทย คือ ทางออกสุดท้ายที่ดีกว่าการนอนรอความตาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ต่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นทางออกสุดท้ายที่ไม่มีความหวังก็ตาม ก็จะรักษา จะไม่ยอมนอนรอความตายโดยเด็ดขาด” (ผู้ป่วย 29 อายุ 27 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

2.1.2 เป็นวิธีการรักษาสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายน้อย

ในความเห็นของผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้อื่น เห็นว่า วิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในคลินิกสาธารณสุขมูลฐาน เป็นทางออกที่เหมาะสมกับผู้ที่ไม่มียาได้อื่น

“ทางออกของคนที่มีฐานะไม่ค่อยดีอย่างบ้านหนู คือ คลินิกการกุศลแบบนี้ เพราะไม่ต้องเสียเงินในการรักษา หนูมานวดรักษาที่นี่” (ผู้ป่วย 4 อายุ 14 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2557)

2.1.3 เป็นวิธีการรักษาสุขภาพจากการไม่ได้รับคำตอบเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับคำตอบจากปัญหาสุขภาพจากการแพทย์แผนปัจจุบันนั้น ส่งผลต่อการสร้างความหมายเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อทางโรงพยาบาลไม่ได้ให้คำตอบอะไรเกี่ยวกับเนื้องอกที่อยู่ในมดลูก ถ้าเนื้องอกนั้นเป็นเนื้อร้าย พี่ไม่ต้องปล่อยตัวเองเป็นมะเร็ง พี่ไม่เสี่ยงหรือกับมะเร็ง ” (ผู้ป่วย 27 อายุ 42 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 18 มีนาคม 2557)

2.2 วิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย คือวิธีการที่ไม่รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน

2.2.1 เป็นวิธีการสิ่งต้องห้ามในการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ในความเห็นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาชีพขับรถตุ๊กตุ๊ก เห็นว่า วิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยถึงแม้จะเป็นสิ่งต้องห้ามในการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ผู้ป่วยกลับเห็นว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้รอดจากการเป็นคนพิการอันเนื่องจากการผ่าตัด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าไปโรงพยาบาลที่ไร หมอมักบอกเสมอว่า อย่ากินยาหม้อ มันมีแต่สเตียรอยด์ พอลูกบอกว่าเคยรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย หมอจตุกที.....แต่เพราะหมอแผนไทยนี้แหละทำให้ลูกรอดจากการตัดขานะ” (ผู้ป่วย 46 อายุ 50 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557)

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ถามกับภรรยาที่ให้ความเห็นว่า แพทย์แผนปัจจุบันไม่ยอมรับวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เนื่องจากกลัวมีโรคแทรกซ้อนอันเกิดจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

“แพทย์แผนไทยมักบอกเสมอว่า อย่าบอกว่ามีรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ตอนแรกก็ไม่เข้าใจว่าทำไม พอเอาจริงๆ ก็เลยถามหมอที่โรงพยาบาลว่า ถ้าไปรักษายาสมุนไพรร่วมได้ไหม... โคนหมอดู หมอบอกว่า ไม่ควร เพราะอาจจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้.....ถึงเข้าใจว่า หมอแผนปัจจุบันไม่ยอมรับการรักษาด้วยยาสมุนไพร” (ผู้ป่วย 33 อายุ 25 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

2.2.2 เป็นวิธีการรักษาที่มีความขัดแย้งในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ในความเห็นของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ เห็นว่า วิธีการของการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันนั้นมีความขัดแย้งกัน เนื่องจากวิธีการที่ใช้ในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยยังไม่น่าเชื่อถือพอสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน

“หมอที่โรงพยาบาลบอกว่า ห้ามกินยาสมุนไพร น้ำหมักอะไรทั้งนั้นนะมันจะทำให้ดับทำงานหนัก รวมถึงการห้ามไปรักษาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกต่างๆ เพราะมันก็ขัดแย้งกับวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน” (ผู้ป่วย 9 อายุ 69 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

2.2.3 วิธีการของการแพทย์แผนไทยไม่เป็นวิทยาศาสตร์เช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ในความเห็นของผู้ป่วยที่รักษาอาการไมเกรน อาชีพนักศึกษา เห็นว่า วิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นการคาดคะเน วิเคราะห์แบบโบราณ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการแพทย์แผนไทย

“ในความคิดของหนูนะ การที่แพทย์แผนไทยไม่รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การที่ไม่ได้เป็นวิทยาศาสตร์แบบแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับ.....แต่ถึงอย่างไรการแพทย์แผนไทยยังงี้ก็มีคนรักษานะ เพราะมันเป็นการแพทย์แบบความเชื่อที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่เข้าใจ” (ผู้ป่วย 16 อายุ 22 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

2.3) วิธีการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม

2.3.1 เป็นวิธีการรักษาสุขภาพที่เน้นการรักษาความสมดุล

ในมุมมองของผู้ป่วยอายุ 41 ปี อาชีพขายลูกชิ้นทอด ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพ ในมิติแบบองค์รวม องค์รวมในที่นี้คือ ร่างกาย จิตใจ ต้องมีความสมดุลกัน นอกจากนั้น ยังกินความไปถึงจิตวิญญาณ ความคิด ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวอีกด้วย

“สุขภาพต้องเป็นองค์รวม คือ สุขภาพทั้งหมดทั้งร่างกาย และจิตใจ คือมันต้องสมดุลกันเกี่ยวข้องกัน การใช้แพทย์แผนไทยใช้หลักการเดียวกัน คือ ร่างกายไม่เจ็บป่วยส่งผลถึงจิตใจ จิตใจห่อเหี่ยวส่งผลถึงร่างกายเช่นกัน” (ผู้ป่วย 20 อายุ 41 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

2.3.2 เป็นวิธีการรักษาสุขภาพที่เน้นการสร้างความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

ในชุดความหมายวิธีการรักษาสุขภาพขององค์รวมนี้ ตามแนวคิดของผู้ป่วย อายุ 50 ปี ป่วยด้วยโรคเก๊าท์ เห็นว่าสุขภาพที่ดีนั้น เกิดจากความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจที่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพแบบวิถีการแพทย์แผนไทย น่าจะเป็นการมีชีวิตที่ดีมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถปรับตัวได้กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ที่สำคัญต้องรู้เท่าทันกับสิ่งที่เป็นโทษต่อสุขภาพ” (ผู้ป่วย 32 อายุ 50 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

สอดคล้องกับการให้ความหมายสุขภาพ คือ การใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ไม่หลงใหลกับสิ่งที่เป็นโทษต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องได้ให้

ความเห็นไว้ ส่วนการแพทย์แผนไทย คือการดูแลรักษาสุขภาพที่ไม่ได้มองแค่การเจ็บป่วยเพียงร่างกายเท่านั้น แต่มองสุขภาพเกิดจากอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“วิธีการดูแลสุขภาพคือ การใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่หลงใหลกับสิ่งชั่วร้าย รู้เท่าทันภัยที่จะเกิดขึ้นกับชีวิต และการแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้แค่เพียงอาการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่มองทะลุไปยังจิตใจที่ส่งผ่านมายังผู้ป่วย” (ผู้ป่วย 33 อายุ 25 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 มีนาคม 2557)

2.4) วิธีการมีสุขภาพดีแบบการผสมผสานและการบูรณาการสุขภาพ

2.4.1 เป็นการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันให้มีสุขภาพดีขึ้น

ชุดความหมายวิธีการมีสุขภาพดีในมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาชีพขับรถแท็กซี่เห็นว่า การที่จะมีสุขภาพดีนั้น จะต้องมีการผสมผสานวิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“วิธีการแพทย์แผนไทยที่ใช้ นั้น ลุงใช้แพทย์แผนไทยผสมกับแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะว่าลุงจะต้องไปตรวจเบาหวานทุกเดือน ก็จะได้รู้ผลเลือดด้วยว่าที่รักษาด้วยแพทย์แผนไทยนั้น น้ำตาลลดแค่ไหน ตอนนี้ไม่ต้องฉีดอินซูลินแล้วน้ำตาลลดลงมาก แค่น้ำตาลตามหมอสั่งก็พอ” (ผู้ป่วย 13 อายุ 40 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2557)

2.4.2 เป็นการผสมผสานวิทยาการสมัยใหม่มีส่วนช่วยให้สุขภาพดีขึ้น

ผู้ป่วยโรคไมเกรน อาชีพนักศึกษา เห็นว่าวิธีการรักษาสุขภาพ หมายถึงการผสมผสานและการบูรณาการสุขภาพนี้ คือการที่แพทย์แผนไทยได้นำเอาวิทยาการสมัยใหม่เข้ามาช่วยในการรักษา ถือเป็น การผสมผสานและการบูรณาการสุขภาพให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“วิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยมันไม่เหมือนแต่ก่อนนะ มันมีการผสมผสานวิทยาการสมัยใหม่ คือมันไม่ต้องกินยาต้มอย่างเดียวเหมือนแต่ก่อน ตอนนี้มีทั้งยาเม็ดด้วย ซึ่งง่ายต่อการพกพา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้” (ผู้ป่วย 16 อายุ 22 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 4 มีนาคม 2557)

2.5) เป็นวิธีการที่สามารถนำไปปรับประยุกต์ในชีวิตประจำวัน

การให้ความหมายวิธีการรักษา ในมุมมองของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ อาชีพนักศึกษา เห็นว่าการแพทย์แผนไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเข้าใจในสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวอย่างรู้เท่าทัน

“การบูรณาการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย คือการที่เราเอาแพทย์แผนไทยนำมาปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เรามีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีความพร้อมทั้งทาง

ร่างกายและจิตใจ ...ของหนูใช้การทานอาหารพวกผักเยอะขึ้น ลดเนื้อสัตว์ ของมันลดลง ออกกำลังกายมากขึ้น วันพระหนูพยายามถือศีลนะ นอกจากนี้ ในทุกๆ วันเราจะต้องตริกตรองอย่างมีสติ เพื่อให้คิด วิเคราะห์ แยกแยะถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ” (ผู้ป่วย 38 อายุ 24 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 1 เมษายน 2557)

3) วิธีการมีสุขภาพดีของญาติผู้ป่วย

3.1) เป็นวิธีการที่สามารถนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยเป็นประธานชุมชนหมู่ 12 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ที่เคยรักษาอาการปวดหลังและไมเกรนด้วยแพทย์แผนไทย ที่คลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี เห็นว่าวิธีการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

“การดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถนำมาประยุกต์ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ เช่น การดื่มน้ำสมุนไพร ที่สอดคล้องกับช่วงฤดูกาล อาการเจ็บป่วย เช่น หนาวร้อนอาจจะดื่มน้ำใบเตยแทน ซึ่งมันก็ไม่ได้ผิดหลักวิธีการของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มันจะช่วยให้เรามีสุขภาพดีขึ้น” (ญาติ 10 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 3 เมษายน 2557)

สอดคล้องกับในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการเรียนวิชาการแพทย์แผนไทยเห็นว่า วิธีดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถทำได้ด้วยตัวเอง

“การแพทย์แผนไทย เป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอทุกครั้ง หรือเสมอไป เนื่องจากการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น ทำทางฤๅษี ดัดตน ก็คือโยคะแบบไทย รักษาอาการได้เยอะมาก” (ญาติ 9 อายุ 24 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 13 มีนาคม 2557)

3.2) เป็นวิธีการในการหาทางออกของปัญหาสุขภาพ

ในความเห็นของญาติผู้ป่วยที่เคยรักษาอาการปวดหลัง ได้พาผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยว่า ในการที่ถูกปฏิเสธในการรักษาดูแลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันนั้น ส่งผลต่อการก่อให้เกิดความสิ้นหวังหมดกำลังใจในการรักษา การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น ถือเป็นวิธีการรักษาสุขภาพที่เป็นทางออกและความหวังของผู้ป่วยดังกล่าวที่ว่า

“ลุง...แกเป็นอัมพฤกษ์มานานแล้ว และไม่มีวิ๊แววที่จะดีขึ้น ดังนั้นพอที่ได้ยินเรื่องการรักษาดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย ก็เลยเล่าให้ลุงฟัง แกดีใจมาก และให้พามารักษาที่นี่ ลุงแกบอกว่าอย่างน้อยมันเป็นความหวังที่จะทำให้ลุงกลับมาสุขภาพที่ดีขึ้น” (ญาติ 8 อายุ 45 ปี, สัมภาษณ์วันที่ 6 มีนาคม 2557)

จากผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ที่ต้องการที่จะค้นหาการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้น สามารถนำเกณฑ์ของการให้ความหมายสุขภาพที่แสดงออกถึงความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทยในลักษณะเกื้อหนุน (Supportive meaning) และลักษณะแบบการต่อรองความหมาย (Counter-balance meaning) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงการให้ความหมายสุขภาพของแพทย์แผนไทยแบบเกื้อหนุน (Supportive meaning)

สุขภาพ	แพทย์แผนไทย
ภูมิปัญญาสุขภาพ	1) สอดคล้องกับบริบท/ยุคสมัย 2) เป็นทรัพย์สินทางปัญญา 3) เป็นสะท้อนภาพให้เห็นถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างคนในสังคม
การรักษาความสมดุล	1) เป็นความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม 2) ระบุสาเหตุของอาการเจ็บป่วย
เน้นหลักธรรมชาติ	1) การใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ 2) การใช้ประโยชน์จากธรรมชาติ
สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง	1) ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง 2) ความสามารถในการป้องกันโรค 3) ความสามารถในการฟื้นฟูสุขภาพ 4) ความสามารถในการฟื้นฟูความงาม

ตารางที่ 4.2 แสดงการให้ความหมายสุขภาพของแพทย์แผนไทยแบบต่อรองความหมาย (Counter-balance meaning)

การแพทย์แผนไทย	การแพทย์แผนปัจจุบัน
1) การพึ่งพาตนเอง	1) การพึ่งพาแพทย์ / พึ่งพาเทคโนโลยี
2) เน้นความเป็นธรรมชาติ	2) ไม่เป็นธรรมชาติ
3) มองสุขภาพแบบองค์รวม	3) มองสุขภาพแบบแยกส่วน
4) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ	4) เน้นรักษาโรค
5) เป็นภูมิปัญญา	5) เป็นวิทยาศาสตร์

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลงานวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยวิธีการวิจัยที่เจาะจงกรณีศึกษา เพื่อวิเคราะห์บริบท (context analysis) ที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารสุขภาพที่เกิดในบริบทของคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณกุศล ในที่นี้คือ คลินิกการแพทย์แผนไทยเนตรดาวซอยลาซาน 43 และคลินิกการแพทย์แผนไทยวัดพรหมรังษี ศูนย์ประสานงานโรงพยาบาลสงฆ์ ตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้เบื้องต้นด้วยการพรรณนาถึงตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย กระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่สื่อให้เห็นถึงคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย และผู้ป่วยที่มีการแสดงออกถึงความต้องการสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ และการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่ผู้สื่อสารสุขภาพได้มีการจัดชุดความหมายสุขภาพที่เห็นพ้องต้องกันจนกลายเป็นชุดความหมายสุขภาพหลักในบริบทการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการสร้างโอกาสและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอสรุปผลการศึกษา อภิปรายผลการศึกษาที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ข้อจำกัดของการวิจัย และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต โดยมีดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง กระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย นี้ ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาที่แบ่งตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน คือ

- 5.1.1 ข้อสรุปผลการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย
- 5.1.2 ข้อสรุปผลกระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย
- 5.1.3 ข้อสรุปผลการศึกษาเรื่องการให้ความหมายเรื่องสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

5.1.1 ข้อสรุปผลการศึกษาดำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

จากผลการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย เป็นตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีอิทธิพลทำให้กลุ่มคนผู้มีรายได้น้อย แรงงานต่างด้าว คนชรา ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคภัยเรื้อรัง ให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ เนื่องจากไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม คือ

1) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจ เกิดจากอิทธิพลจากสถาบันเศรษฐกิจหรืองานที่ทำเป็นตัวกำหนดสุขภาพที่เข้ามากำหนดการจัดลำดับความสำคัญเรื่องสุขภาพเป็นอันดับสุดท้ายของปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิต ทั้งทางตรงและทางอ้อม

2) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงนโยบาย เกิดจากการนโยบายระบบบริการสุขภาพที่กำหนดรูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพไม่ครอบคลุมถึงอาการเจ็บป่วย และไม่ครอบคลุมกลุ่มคนต่างๆ ในสังคม ทำให้กลุ่มเหล่านั้นถูกจำกัดสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

3) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม เกิดจากอิทธิพลของกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิตอันส่งผลต่อการกำหนดสุขภาพ รวมถึงมีอิทธิพลต่อการสร้างความเชื่อและความศรัทธาในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย

4) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสิ่งแวดล้อม เกิดจากสภาวะแวดล้อมของบุคคลที่มีเอื้อประโยชน์ต่อการมีสุขภาพดี และเกิดข้อจำกัดทางสุขภาพของบุคคลที่อยู่อาศัย หรือทำงานในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลภาวะทางสุขภาพ

ดังนั้นข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัย พบว่า ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลต่อการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย คือ ตัวกำหนดสุขภาพเชิงเศรษฐกิจ เพราะมีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการจัดลำดับความสำคัญทางสุขภาพของบุคคลให้อยู่อันดับสุดท้าย และตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม เป็นกลุ่มอิทธิพลที่ชี้แนะ โน้มน้าวใจ อันนำไปสู่การสร้างเชื่อและความศรัทธาการแพทย์แผนไทย เพื่อการสร้างโอกาสและสิทธิทางสุขภาพให้เท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

5.1.2 สรุปผลการศึกษาระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

จากผลการศึกษาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ในบริบทการแพทย์แผนไทยมีบุคคลที่เกี่ยวข้องในบริบทการสื่อสารสุขภาพ ได้แก่ การแพทย์แผนไทย ผู้ป่วย และญาติ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้จะเน้นไปที่การวิเคราะห์คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยและผู้ป่วยเท่านั้น

นอกจากนี้ยังพบว่าประเด็นหรือเนื้อหาสุขภาพกับการแพทย์แผนไทย และช่องทางที่แพทย์แผนไทยใช้ พบว่า เป็นประเด็นและช่องทางการสื่อสารสุขภาพในการสร้างคุณค่าของ

การแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างโอกาสหรือสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ โดยผลการศึกษารังนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์แผนไทย ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ในคลินิกการแพทย์แผนไทย สาธารณกุศล ถือเป็นสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย โดยแต่ละกลุ่มมีการแสดงออกถึงคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพดังนี้

1) **คุณลักษณะของแพทย์แผนไทย** พบว่า แสดงออกถึงคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพที่แพทย์แผนไทยต้องการสื่อให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้รักษาหรือเยียวยาสุขภาพในลักษณะคือ

1.1 การมีความรู้รอบด้าน ทั้งศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย และการใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อลดจุดอ่อนของการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจในการวินิจฉัยโรคได้ทั้งแบบแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นสื่อให้เห็นถึงการต่อรองอำนาจในการรักษา การเยียวยาสุขภาพที่มีความรู้เช่นเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน

1.2 มีประสบการณ์ในการรักษา คือ การแสดงออกถึงความสามารถในการรักษาด้วยศาสตร์ด้วยการแพทย์แผนไทย และเป็นการแสดงออกถึงบทบาทหน้าที่ในการสืบทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

1.3 การมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ คือ การแสดงออกถึงบทบาทหน้าที่ในการเยียวยาบำบัดรักษาของแพทย์แผนไทยที่ไม่ใช่แค่การรักษาแต่อาการเจ็บป่วยทางกาย แต่จะมีการดูแลรักษาสุขภาพใจให้กับผู้ป่วย

1.4 การมีใบประกอบโรคศิลปะทางการแพทย์แผนไทย เป็นการแสดงออกถึงศักดิ์และสิทธิในความเป็นแพทย์แผนไทยเช่นเดียวกันกับการที่แพทย์แผนปัจจุบันมีใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเป็นการสื่อให้เห็นถึงรูปแบบการยอมรับจันต่อระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจำเป็นต้องมีการกำกับวิชาชีพด้วยใบประกอบโรคศิลปะทางการแพทย์แผนไทย

1.5 การมีบุคลิกภาพและการแต่งกายที่ดูเหมาะสม เป็นการสื่อให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้เยียวยารักษาสุขภาพ คือการสวมใส่เสื้อกราวเช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งถือเป็นการยอมรับจันต่อระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่จะต้องมีการกำหนดรูปแบบเครื่องแต่งกายที่แสดงออกถึงสิทธิความเป็นแพทย์ หรือผู้เยียวยา รักษาสุขภาพเช่นเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน

จากผลการศึกษา ผู้วิจัย พบว่า คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยในฐานะของผู้สื่อสารสุขภาพที่แสดงออกถึงบทบาทในการสืบทอดภูมิปัญญาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยผ่าน

ประสบการณ์ในการรักษา และมีการต่อรองบทบาทหน้าที่ในการเชี่ยวชาญเช่นเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยการแสดงออกถึงการมีความรู้รอบด้าน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้างนี้พบว่าการแสดงออกถึงการยอมรับงานต่อระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่จำเป็นจะต้องแสดงออกถึงบทบาทหน้าที่ความเป็นแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมายด้วยการแต่งกายด้วยเสื้อกราวที่สื่อถึงความเป็นแพทย์ และการมีใบประกอบโรคศิลปะเพื่อสื่อให้เห็นถึงศักดิ์และสิทธิความเป็นแพทย์แผนไทย

2) คุณลักษณะของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยคือ กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือโรคร้ายแรง ที่มีความต้องการมีสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ในลักษณะคือ

2.1 ความเชื่อในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย อันเกิดจากความเชื่อส่วนบุคคล ความศักดิ์สิทธิ์ในพิธีกรรมการรักษา และการสั่งสมความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาสุขภาพ

2.2 การรับรู้ถึงประสบการณ์ในการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย อันเกิดจากการได้เน้นการถ่ายทอดประสบการณ์ด้านสุขภาพกับการแพทย์แผนไทยทำให้เกิดการสั่งสมความรู้ ความเข้าใจในหลักการ และวิธีการในการรักษาสุขภาพอันนำไปสู่การใช้ประโยชน์จากการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ

2.3 มีความสนใจหรือใส่ใจในสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าที่จะทดลองใช้แพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ หรือนำไปปรับประยุกต์ในชีวิตประจำวัน

ดังนั้นจากผลการศึกษา ผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วย ถือเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ จะมีการแสดงออกถึงความเชื่อในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การรับรู้ผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และการมีความสนใจในสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ

3) คุณลักษณะของญาติผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วย คือ กลุ่มผู้มีอิทธิพลในการชี้แนะ โน้มน้าว หรือมีอำนาจในการตัดสินใจในสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ โดยมีลักษณะคือ

3.1 เป็นผู้มีประสบการณ์ในการรักษาของการแพทย์แผนไทย ทำให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การถ่ายทอดประสบการณ์ตรงเพื่อการแนะนำ ชี้ชวน และใช้ในการประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาสุขภาพ

3.2 มีการแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ในกรณีที่ถูกผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ทางการแพทย์แผนไทย จะทำหน้าที่เป็นผู้แสวงหาข้อมูลเพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจให้กับผู้ป่วย

3.3 เป็นผู้ที่มีความสามารถในการตัดสินใจในสุขภาพของผู้ป่วย บทบาทหน้าที่นี้ญาติผู้ป่วยจะแสดงออกก็ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีต้องพึ่งพาความช่วยเหลือของผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยแทนผู้ป่วย

ดังนั้นจากผลการศึกษา ผู้วิจัย พบว่า บทบาทหน้าที่ของญาติผู้ป่วยในกระบวนการสื่อสารสุขภาพ เกิดจาก การมีประสบการณ์ตรง การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และการมีอำนาจในการตัดสินใจในสุขภาพผู้ป่วย ที่ทำให้ญาติผู้ป่วยมีความสามารถในการถ่ายทอดรูปแบบวิธีการในการชี้นำ โน้มน้าว ในผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างโอกาสทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 เนื้อหาหรือประเด็นสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นหรือเนื้อหาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยในบริบทคลินิก การแพทย์แผนไทยสาธารณสุขจะสื่อถึงคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการสร้างโอกาสทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยเห็นว่า ประเด็น หรือเนื้อหาที่แสดงถึงคุณค่าของการแพทย์แผนไทย มีลักษณะดังนี้

- 1) สุขภาพเกิดจากการสร้างคุณค่าจากความเชื่อและความศรัทธาในการแพทย์แผนไทยที่มีความสอดคล้องกับความเชื่อทางพุทธศาสนา และความเชื่อทางจิตวิญญาณของไทย
- 2) การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมสุขภาพที่ยังคงสืบทอดวิธีการปฏิบัติจากอดีตจนถึงปัจจุบัน
- 3) การแพทย์แผนไทยจะเน้นการรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ ให้มีความสอดคล้องกับสภาพภูมิอากาศ สภาพภูมิประเทศที่อยู่อาศัย และกาลเวลาอันก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เรียกว่า “ธาตุเจ้าเรือน”
- 4) การรักษาแบบสาธารณสุข หรือมีค่าใช้จ่ายน้อย จะสื่อถึงคุณค่าของการแพทย์แผนไทย ที่เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาและสามารถใช้สิ่งรอบๆตัวในการดูแลรักษาสุขภาพได้
- 5) วิธีการทางการแพทย์แผนไทยที่เปรียบเสมือนการดูแลคนในครอบครัว ที่สื่อให้เห็นถึงกระบวนการบำบัดรักษาทั้งร่างกายและจิตใจ
- 6) การรักษาสุขภาพแบบองค์รวมโดยไม่ตัดส่วนหนึ่งของร่างกายทิ้ง
- 7) การสร้างโอกาสทางสุขภาพอันเกิดจากแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถหาสาเหตุของอาการเจ็บป่วยได้

ส่วนที่ 3 ช่องทางการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษาพบว่า ช่องทางการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย พบว่า แพทย์แผนไทยใช้ช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในลักษณะดังนี้

1) การสื่อสารสุขภาพผ่านพิธีกรรมทางการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษาพบว่า พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เป็นการสื่อถึงความเชื่อและความศรัทธาในวิธีการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่ความสอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงการกำหนดความหมายและการสร้างคุณค่าของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างโอกาสที่จะสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม ในลักษณะดังนี้

1. พิธีกรรมการปรุงยา พบว่า เป็นสื่อให้เห็นถึงคุณค่าของยาไทย อันเกิดขึ้นในกระบวนการผลิตยาแผนไทยที่มีการผสมผสานพิธีกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นการสื่อถึงความเชื่อและความศรัทธาในการรักษา และความพิถีพิถันในรายละเอียดในการปรุงยา

2. พิธีกรรมการไหว้ครูและการครอบครูแพทย์แผนไทย พบว่า เป็นการสื่อถึงการระลึกถึงบูรพาจารย์ทางการแพทย์แผนไทย เพื่อย้ำให้แพทย์แผนไทยได้ระลึกถึงคุณธรรมจริยธรรม จรรยาบรรณแพทย์แผนไทย และหลักคำสอนของครูบาอาจารย์ทางการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทย์แผนไทยในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะเป็นอะไรก็ตาม

3. พิธีกรรมการอุทิศส่วนบุญให้กับเจ้ากรรมนายเวร พบว่า เป็นกลวิธีการรักษาสุขภาพที่เน้นในการรักษาสุขภาพใจผ่านพิธีกรรมทางพุทธศาสนา เพื่อสร้างความเชื่อและและ ความศรัทธาในคุณค่าของการแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วย

ดังนั้นจากผลการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อพิธีกรรมทางการแพทย์แผนไทย เป็นพิธีกรรมตามความเชื่อในการรักษาของแพทย์แผนไทยที่มีการผสมผสานกับพิธีกรรมทางพุทธศาสนา อันนำไปสู่การสร้าง ความเชื่อและความศรัทธาในวิธีการรักษาของแพทย์แผนไทย

2) การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีของการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษาพบว่า แพทย์แผนไทยมีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อสื่อถึงการพัฒนาศักยภาพของการแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน อันนำไปสู่สร้างคุณค่าการแพทย์แผนไทย ในลักษณะดังนี้

1. สื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสื่อใหม่ พบว่า การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสื่อใหม่ของแพทย์แผนไทย ในการติดตามหรือสอบถามอาการรวมถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย และการเผยแพร่ข่าวสารกิจกรรมต่างๆ ของ

คลินิก เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ

2. กลยุทธ์การสื่อสารผ่านเทคโนโลยีด้านวิทยุกระจายเสียง พบว่า การที่แพทย์แผนไทยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีด้านการกระจายเสียง ในการสร้างความเลื่อมใสศรัทธาในตัวแพทย์แผนไทย สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ฟังที่ด้อยโอกาสทางสุขภาพ และสร้างความรู้ด้านสุขภาพของการแพทย์แผนไทย มีผลต่อการเข้าถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสเป็นจำนวนมากและเป็นการสร้างโอกาสทางสุขภาพกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะนำการแพทย์แผนไทยไปปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

3. การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการผลิตและวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีการผลิตและวิทยาศาสตร์การแพทย์ของการแพทย์แผนไทย เป็นการสื่อถึงการพัฒนาศักยภาพของการแพทย์แผนไทยการสร้างคุณค่าให้กับยาไทย การพัฒนาการของวงการแพทย์แผนไทย และการสร้างความน่าเชื่อถือและการยอมรับวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างความเท่าเทียมในสิทธิการรักษาและโอกาสทางสุขภาพ

4. การสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีภูมิปัญญาสุขภาพ พบว่า องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองนี้คือ เทคโนโลยีภูมิปัญญาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อสื่อถึงภูมิปัญญาแห่งความเชื่อและความศรัทธาในการแพทย์แผนไทยกับตัวแพทย์แผนไทย และวิธีการรักษา อาหารไทยเป็นยาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาในการปรับสมดุลสุขภาพ และข้อห้ามตามความเชื่อด้านสุขภาพของไทย

ดังนั้นผลการศึกษา ผู้วิจัยเห็นว่าการสื่อสารสุขภาพผ่านเทคโนโลยีของการแพทย์แผนไทย เป็นการกำหนดการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาศักยภาพของการแพทย์แผนไทยให้มีความเหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง

สรุปผลการศึกษากระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์กับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม ประกอบด้วยเศรษฐกิจ นโยบาย และสังคม ที่เข้ามามีส่วนในการกำหนดสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ และมีความต้องการแสวงหาทางออกด้านสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย โดยเนื้อหาหรือประเด็นที่แสดงออกถึงสิทธิความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพ และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย รวมถึงช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพฯ พบว่า สื่อบุคคล เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดที่ใช้

ในการสื่อสารสุขภาพ ในการสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการดูแลรักษาสุขภาพ

5.1.3 ข้อเสนอสรุปผลการศึกษาคำให้การให้ความหมายเรื่องของสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

ผลการศึกษาดังกล่าววัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทยของผู้สื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ในบริบทคลินิกการแพทย์แผนไทยสาขารศกศล มีความสัมพันธ์กับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่ส่งผลให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ หรือมีสิทธิไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ และมีความต้องการมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นสังคมด้วยการแพทย์แผนไทย จึงทำการให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างคุณค่าและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยเห็นว่าชุดความหมายเรื่องของสุขภาพของการแพทย์แผนไทย จะเป็นการสื่อถึงการให้คำนิยามการมีสุขภาพดี หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมีสุขภาพดี ในลักษณะดังนี้

ตารางที่ 5.1 แสดงสรุปผลการศึกษาคำให้การให้ความหมายสุขภาพดีภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย	ผู้สื่อสารสุขภาพ		
	แพทย์แผนไทย	ผู้ป่วย	ญาติผู้ป่วย
การนิยามความหมายการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย			
1. การรักษาความสมดุล	✓	✓	✓
2. ความแข็งแรงที่สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง		✓	✓
3. เป็นอำนาจในการตัดสินใจของเจ้าของสุขภาพ		✓	
หลักการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย			
1. ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย	✓	✓	✓
2. เน้นหลักพุทธศาสนา	✓		
3. เน้นหลักธรรมชาติบำบัด		✓	✓
วิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย			
1. เน้นการรักษาแบบองค์รวม	✓	✓	✓
2. เป็นการผสมผสานวิถีและการบูรณาการสุขภาพ	✓	✓	
3. วิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน	✓	✓	
4. เป็นวิธีการเพื่อหาทางออกของปัญหาสุขภาพ		✓	✓
5. สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน		✓	✓

ดังนั้นจากข้อค้นพบในการศึกษาทำให้ผู้วิจัยจึงเห็นว่าทำให้ความหมายสุขภาพดีภายในบริบทการแพทย์แผนไทยที่ผู้สื่อสารสุขภาพได้ให้ความร่วมกันคือ คือ

การนิยามความหมายสุขภาพดี คือ การรักษาความสมดุล

หลักการมีสุขภาพดี คือ การใช้ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

วิธีการมีสุขภาพดี คือ จะต้องทำการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนที่เป็นอย่าง

นอกจากนี้จากผลการศึกษากการให้ความหมายเรื่องสุขภาพดีภายในบริบทการแพทย์แผนไทยนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์จุดความหมายสุขภาพดีภายในบริบทการแพทย์แผนไทย พบว่าจุดความหมายเรื่องสุขภาพดี มี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแบบเกื้อหนุนความสุขภาพของการแพทย์แผนไทย (Supportive meaning) และลักษณะแบบต่อรองความหมายสุขภาพกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (Counter-balance meaning) อันเป็นการแสดงให้เห็นถึงการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5.2 แสดงสรุปผลของลักษณะความหมายสุขภาพแบบเกื้อหนุนภายในบริบทการแพทย์แผนไทย (Supportive meaning)

สุขภาพ	แพทย์แผนไทย
ภูมิปัญญาสุขภาพ	1) สอดคล้องกับบริบท/ยุคสมัย 2) เป็นทรัพย์สินทางปัญญา 3) เป็นสะท้อนภาพให้เห็นถึงความสัมพันธ์อันดีระหว่างคนในสังคม
การรักษาความสมดุล	1) เป็นความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม 2) ระบุสาเหตุของอาการเจ็บป่วย
เน้นหลักธรรมชาติ	1) การใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ 2) การใช้ประโยชน์จากธรรมชาติ
สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง	1) ความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง 2) ความสามารถในการป้องกันโรค 3) ความสามารถในการฟื้นฟูสุขภาพ 4) ความสามารถในการฟื้นฟูความงาม

จากตารางสรุปผลข้างต้นนี้ ผู้วิจัยพบว่า ชุดความหมายสุขภาพดีภายในบริบทการแพทย์แผนไทยที่มีลักษณะแบบเกื้อหนุน(Supportive meaning) เป็นการให้ความหมายที่แสดงถึงการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างโอกาสทางสุขภาพของผู้ป่วยโอกาสทางสุขภาพให้กลับมามีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม

ตารางที่ 5.3 แสดงสรุปผลของลักษณะการต่อรองความหมายสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย (Counter-balance meaning)

การแพทย์แผนไทย	การแพทย์แผนปัจจุบัน
1) การพึ่งพาตนเอง	1) การพึ่งพาแพทย์ / พึ่งพาเทคโนโลยี
2) เน้นความเป็นธรรมชาติ	2) ไม่เป็นธรรมชาติ
3) มองสุขภาพแบบองค์รวม	3) มองสุขภาพแบบแยกส่วน
4) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ	4) เน้นรักษาโรค
5) เป็นภูมิปัญญา	5) เป็นวิทยาศาสตร์

จากตารางสรุปผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัย พบว่า ชุดความหมายสุขภาพดีในบริบทการแพทย์แผนไทยที่มีลักษณะแบบต่อรองความหมาย (Counter-balance meaning) เป็นการสื่อให้เห็นถึงการต่อรองความหมายสุขภาพดี ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้อำนาจ หรือจำกัดความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนปัจจุบัน อันแสดงออกถึงสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพที่แพทย์แผนไทย และการสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย

5.2 การอภิปรายผลการศึกษา

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาเรื่องกระบวนการสื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทย สามารถนำมาอภิปรายผลได้ในประเด็นหลักๆ ดังต่อไปนี้

1. การด้อยโอกาสทางสุขภาพเกิดจากปัญหาค่าครองชีพที่ส่งผลให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของสุขภาพเป็นอันดับสุดท้าย

จากบทความเรื่อง “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม” ที่สุพจน์ เต็มดวง (2553) ได้เสนอการให้คำนิยามของคำว่า “ตัวกำหนดสุขภาพ” ว่ามีการกำหนดคุณลักษณะหนึ่ง คือ “ความแตกต่างอันเกิดจากสังคมได้มีการกระทำที่เป็นระบบจนทำให้กลุ่มคนหนึ่งอยู่ในฐานะเสียเปรียบ และความเสียหายนี้ทำให้เขาไม่ได้รับสิ่งที่จำเป็นกับความต้องการต่อ

การดำเนินชีวิต ผลที่ตามมาคือ การที่เขาจะมีสุขภาพแย่กว่าคนอื่น ซึ่งความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ คือ การถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม (Dominant social relation) ที่ส่งผลต่อการสร้างความแตกต่างของสุขภาพระหว่างกลุ่มคนในสังคม เกิดจากความไม่เท่าเทียมที่อยู่บนพื้นฐานความแตกต่างทางสังคม (Social differences) ไม่ใช่ความแตกต่างตามธรรมชาติหรืออย่างอื่นที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ความจำเป็น (Needs) ไม่ใช่ความต้องการ (Demand or want) หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Avoidable) ไม่ใช่แก้ไขไม่ได้และอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม จากรายงานของคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ยังไม่มีการระบุชัดเจนว่าความสัมพันธ์ทางสังคมใดที่ส่งผลต่อการกำหนดสุขภาพ แต่เป็นเพียงการระบุตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมอย่างกว้างๆเท่านั้น โดยตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมนี้จึงเป็นการวิเคราะห์หาประสบการณ์ในแต่ละบริบทเพื่อหาความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกัน เพื่อการสร้างความเข้าใจถึงปัญหาและเป็นพื้นฐานการดำเนินการ เพื่อลดความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในกรณีของตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมภายในบริบทการแพทย์แผนไทย พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมส่งผลให้ กลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและร้ายแรง ให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสุขภาพ อันเกิดจากการจัดลำดับความสำคัญเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องอันดับสุดท้าย ที่มีเป็นผลมาจากปัญหาค่าครองชีพสูง และปัญหาการว่างงาน ถือเป็นปัญหาเศรษฐกิจระดับครัวเรือนที่มีความสัมพันธ์กับค่าเดินทาง และระยะเวลาในการรักษาในระบบบริการสุขภาพตามสิทธิประกันสุขภาพของแต่ละบุคคลพืงมี

ซึ่งเป็นไปได้ในแนวทางเดียวกับการศึกษาตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมในประเทศแคนาดา ได้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกรมีงานทำ และสภาพการทำงาน กล่าวคือ การมีงานทำและการตกงานมีมากต่อการสถานะทางสุขภาพ เนื่องจากคนตกงานจะมีภาวะความกดดันในจิตใจสูง อัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าคนที่มมีงานทำ และคนที่มมีงานทำก็มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น งานที่ทำมีความเครียด งานที่ทำมีภาวะความเสี่ยงต่อโรค นั้นแสดงว่า ปัญหาการว่างงานในการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์ต่อการมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่น

อย่างไรก็ตามจากรายงานการวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ในเรื่องของภาวะสังคมไทยในไตรมาสที่หนึ่งปี 2556 พบว่า ปัญหาค่าครองชีพที่สูงจะมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้น้อย และการบริการด้านสุขภาพมีการกระจุกตัวในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร นั้นแสดงให้เห็นว่าการกระจุกตัวของระบบบริการทางการแพทย์อยู่ในเมืองใหญ่เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แต่ในกรณีการศึกษาครั้งนี้ กลับเห็นต่างจากรายงานการวิจัยดังที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากคลินิกการแพทย์แผนไทยสาธารณสุขที่ใช้ในการศึกษา เป็นคลินิกที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งถือเป็นเมืองใหญ่ที่มีการกระจุกของระบบ

บริการทางการแพทย์ ดังนั้น กระระจุกตัวของระบบบริการทางการแพทย์จึงไม่ใช่เงื่อนไขหลักที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แต่กลับพบว่า การด้อยโอกาสทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะค่าครองชีพสูง คือข้อจำกัด หรือเงื่อนไขที่ส่งต่อการด้อยโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการทางการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างโอกาสทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ พินิจเอื้อฟ้าอำนวย (2549) พบว่า ปัจจัยเศรษฐกิจสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพและการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ในลักษณะที่หลากหลาย

ในสถานะการที่รายได้ไม่พอรายจ่าย ส่งผลให้เกิดเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคร้ายแรง ที่ต้องเผชิญกับสถานะค่าครองชีพสูงจะมีแนวโน้มในการเกิดช่องว่างทางสุขภาพกับกลุ่มคนเหล่านี้ไม่สามารถมีสุขภาพดีเท่าเทียมผู้อื่นในสังคม ดังนั้นระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยที่มีลักษณะเป็นคลินิกสาธารณสุขจึงเป็นทางเลือกในการลดช่องว่างทางสุขภาพกับกลุ่มคนเหล่านี้ได้ เพราะวิธีการรักษาสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายน้อย หรือต้องประหยัดค่าใช้จ่าย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย และการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ

2. การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพผ่านคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพ

แนวทางในการวิเคราะห์องค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพของวาสนา จันทร์สว่าง (2548) ได้ชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่ขาดไม่ได้คือ องค์ประกอบการสื่อสาร คือ ผู้ส่งสาร สาร ช่องทาง และผู้รับสาร แต่องค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพจะแตกต่างกันไปตามบริบทที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแบบจำลองการสื่อสารของเบอร์โล (Berlo) ที่เห็นว่า ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลทำให้การสื่อสารประสบผลสำเร็จได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะคิด ระดับความรู้ ระบบสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งผู้รับและผู้ส่งต้องมีตรงกันเสมอ

บทบาทหน้าที่ของผู้สื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย

ในบริบทการแพทย์แผนไทย พบว่ามีกระบวนการสื่อสารสุขภาพจะมีการสร้างลักษณะร่วมกันทั้งผู้ส่งสาร และผู้รับสาร (Shared) ให้เกิดขึ้น กล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย และผู้ป่วย ถือเป็นองค์ประกอบในกระบวนการสื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ที่มีการแสดงออกถึงความต้องการสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ โดยการแสดงออกดังกล่าวจะเป็นการสื่อให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่ของผู้สื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย คือ

1) คุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่แสดงออกถึงความเท่าเทียมในสิทธิความเป็นแพทย์เพื่อการเยียวยารักษาผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ มีข้อค้นพบว่าคุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่แสดงออกมาจะกระทำเพื่อแสดงถึงวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร ในลักษณะดังนี้

1. แสดงออกถึงความเชี่ยวชาญ และความชำนาญในพิธีกรรมการรักษา ซึ่งมาจากการสั่งสมประสบการณ์ คือ บทบาทหน้าที่ของแพทย์แผนไทยในการเป็นผู้สืบทอดพิธีกรรมทางรักษาของการแพทย์แผนไทย

2. การแสดงออกถึงความรู้รอบด้านทั้งการแพทย์แผนไทยและวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อเสริมสร้างทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในการรักษาทั้ง 2 ศาสตร์ สื่อถึงการพัฒนาศักยภาพของการแพทย์แผนไทย และลดจุดอ่อนของการแพทย์แผนไทยที่ถูกมองว่าไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์ คือ การต่อรองสิทธิความเป็นแพทย์แผนไทยที่มีบทบาทหน้าที่ในการเยียวยาผู้ป่วยเช่นเดียวกันกับแพทย์แผนปัจจุบัน

3. การสวมเสื้อกราวตามแบบแพทย์แผนปัจจุบัน ถือเป็นารแสดงออกถึงการถูกกดทับหรือการยอมรับจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่แพทย์ผู้ปฏิบัติหน้าที่จะต้องสวมใส่เสื้อกราว

2) คุณลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความต้องการสิทธิเท่าเทียมทางสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีข้อค้นพบว่าคุณลักษณะของผู้ป่วยที่แสดงออกมาจะกระทำเพื่อแสดงถึงวัตถุประสงค์การสื่อสาร ดังนี้

1. ความเชื่อในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ถือเป็นความเชื่อส่วนบุคคลที่เกิดจากการสั่งสมความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และเกิดการยอมรับในการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

2. การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ เป็นคุณลักษณะที่ผู้ป่วยต้องการที่จะแสดงออกถึงเรื่องยืนยันตามความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

3. การสนใจในสุขภาพของตนเอง เป็นคุณลักษณะที่ต้องการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถมีอำนาจในตัดสินใจในวิธีการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง

ข้อค้นพบในการศึกษาองค์ประกอบของกระบวนการสื่อสารสุขภาพ ที่เน้นการศึกษาไปที่ผู้สื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทยที่ไม่มีลักษณะตายตัว กล่าวคือ แพทย์แผนไทยจะต้องมีการสั่งสมประสบการณ์ในการรักษา เพื่อแสดงออกถึงการสืบทอดพิธีกรรมการรักษาสุขภาพของการแพทย์แผนไทย และผู้ป่วยที่มีความเชื่อในวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทย จะมีการแสดงออกถึงการยอมรับในหลักการและวิธีการรักษาของแพทย์แผนไทย ถือเป็นคุณลักษณะ

ร่วมกันในการให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อเสนอของ J.W. Carey (1992, อ้างถึงใน กาญจนา แก้วเทพ, 2556, น.169-172) เห็นว่ากระบวนการสื่อสารเชิงพิธีกรรมจะเป็นการสร้างคุณลักษณะร่วมกันให้เกิดขึ้น แต่ไม่ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ส่งสารและผู้รับสารแบบตายตัว

คุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพในบริบทการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างคุณค่าและสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ

จากคุณลักษณะของแพทย์แผนไทยที่แสดงออกถึงการเป็นผู้มีประสบการณ์ และผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงความเชื่อ ที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ มีสอดคล้องกับผลการศึกษาของอนนท์ รัตติ (2545) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี พบว่า ปัจจัยที่มีผลในการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย คือ ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วย มีความเชื่อในการรักษา ที่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยเช่นนี้ควรที่จะรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและผู้ให้บริการ หรือแพทย์แผนไทยเป็นผู้มีความสามารถและประสบการณ์สูง และมีความเห็นต่างจากผลการศึกษาดังกล่าว ในส่วนของลักษณะของการมีความรู้รอบด้าน เพื่อการสร้างสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพ และการสวมเสื้อกราว เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับงานต่อระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

ตามข้อค้นพบในการศึกษาที่ว่า การแต่งกาย และบุคลิกภาพของแพทย์แผนไทย จะมีผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาส่งผลต่อการให้ความร่วมมือ และความเชื่อในการรักษาของผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทยของมหาวิทยาลัยซาร์ (1982) พบว่า บุคลิกภาพท่าทางและการแต่งกายของแพทย์ในระหว่างการสนทนากับผู้ป่วยจะมีผลต่อการลดความกังวลใจ หรือความกลัวของผู้ป่วย ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษาว่า การแต่งกายและบุคลิกภาพมีผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาส่งผลต่อการให้ความร่วมมือ และความเชื่อในการรักษาของผู้ป่วย

นอกจากนี้ข้อค้นพบของผู้ป่วยในคุณลักษณะของความเชื่อในวิธีการรักษาของการแพทย์แผนไทยในลักษณะของความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับความศักดิ์ในพิธีกรรมการรักษา และการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยนั้นส่งผลต่อการยอมรับในวิธีการทางการแพทย์แผนไทย มีความเห็นที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Annette Squetinkin-Anquoe (2013) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของชนเผ่าอินเดียนแดงในการเลือกรักษาด้วยการแพทย์ของชนเผ่าพบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ชนเผ่าอินเดียนแดงยังคงเลือกที่จะรักษาด้วยการแพทย์แบบดั้งเดิมของเขา

คือ ระบบวัฒนธรรมความเชื่อ และความรู้ดั้งเดิมเกี่ยวกับสุขภาพของชนเผ่าที่สื่อให้เห็นถึงการยอมรับวิธีการรักษาสุขภาพแบบดั้งเดิมเอาไว้ได้

ดังนั้นในคุณค่าของการแพทย์แผนไทย คือการสืบทอดพิธีกรรมการรักษาของแพทย์แผนไทย ที่อันเกิดจากผู้สื่อสารสุขภาพ อย่างแพทย์แผนไทยได้ทำการสังสมประสบการณ์ในการรักษาจนทำให้เกิดทักษะในการสื่อสารสุขภาพ และผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อในการแพทย์แผนไทยที่ทำให้เกิดต่อการยอมรับในวิธีการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยเพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังเป็นการชี้ให้เห็นถึงคุณลักษณะของผู้สื่อสารสุขภาพที่มีการต่อรองสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ ในส่วนตัวแพทย์แผนไทยจะมีการแสดงออกถึงการต่อรองในองค์ความรู้ที่มีการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนไทย กับวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อต่อรองบทบาทหน้าที่ความเป็นแพทย์ที่มักถูกแพทย์แผนปัจจุบันมองว่า ไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์ และในส่วนของผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการต่อรองสิทธิความเท่าเทียมทางสุขภาพที่แสดงออกถึงความสนใจและความใส่ใจในสุขภาพของตนเองที่ส่งผลต่อการกล้าทดลองในการใช้วิธีการทางการแพทย์แผนไทย และการนำแพทย์แผนไทยในการไปปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลและสุขภาพได้

3. การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เกิดจากการจัดชุดความหมายเรื่องสุขภาพดีที่แพทย์แผนไทยกับผู้ป่วยภายในบริบทการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การสร้างคุณค่าให้กับการแพทย์แผนไทย

จากข้อค้นพบจากการศึกษานี้ สื่อให้เห็นถึงชุดความหมายเรื่องสุขภาพดี เพื่อสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย ที่เป็นไปตามแนวคิดของสจ๊วต ฮอลล์ ที่กล่าวถึง การเข้ารหัสความหมายตามที่ตนต้องการให้ผู้รับสารตีความ ซึ่งหากผู้รับสารส่วนใหญ่ตีความ หรือถอดรหัสไปตามรหัสความหมายดังกล่าว จะมีลักษณะเป็น รหัสของกระแสหลัก ซึ่งเป็นความหมายตามที่ผู้มีอำนาจในสังคมต้องการและคนส่วนใหญ่ยอมรับ รหัสแบบต่อรองเป็นรหัสที่ผู้รับสารใช้เวลามากที่สุดโดยเป็นรหัสที่ผสมผสานอยู่ระหว่างการยอมรับ (adaptive) กับการต่อต้าน (oppositional) กล่าวคือ ในขณะที่ผู้รับสารยอมรับความหมายตามที่สื่อต้องการ แต่ขณะเดียวกันก็เลือกที่จะรับหรือปฏิเสธภาพรวมของความหมายนั้นๆ เข้าทำนองว่า “เห็นด้วยไม่ทั้งหมด” หรือ “ไม่เห็นด้วยแต่ก็พอลด้อยตามได้ในบางส่วน” นั่นเอง (กาญจนา แก้วเทพ, 2544, น.294)

ในการศึกษาครั้งนี้ การให้ความหมายเรื่องสุขภาพของการแพทย์แผนไทย คือ ชุดความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ที่แพทย์แผนไทยและผู้ป่วยได้ให้ความหมายสุขภาพในลักษณะที่พ้องกันและการต่อรองความหมายสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการลดช่องว่างทางสุขภาพ ดังนี้

การให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทยในลักษณะป้องกัน ระหว่างแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วย มีดังนี้

1) การนิยามความหมายสุขภาพดี พบว่า การให้ความหมายสุขภาพร่วมกันในกระบวนการสื่อสารสุขภาพที่เห็นป้องกันระหว่างแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วย เห็นว่า การนิยามความหมายสุขภาพดีในบริบทการแพทย์แผนไทย คือ “การรักษาความสมดุล” เนื่องจากการแพทย์แผนไทยไม่ใช่การแพทย์ที่รักษาเพียงแต่สุขภาพกายเท่านั้น แต่เป็นการเน้นการปรับสมดุลทั้งระบบที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ ให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม

2) หลักการมีสุขภาพดี พบว่า แพทย์แผนไทย และผู้ป่วย เห็นพ้องกันว่า “ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย” คือ หลักการมีสุขภาพดี อันเกิดจากการสั่งสมองค์ความรู้ที่ทำให้สามารถนำสิ่งต่างๆรอบตัว อย่างพืช ผัก สมุนไพรมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองได้ มี อันนำไปสู่การให้คุณค่าของการแพทย์แผนไทย และลดช่องว่างทางสุขภาพให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

3) วิธีการมีสุขภาพดี แพทย์แผนไทย และผู้ป่วย เห็นพ้องกันว่า “การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม” คือการมีสุขภาพดีได้จะต้องมีการดูแลสุขภาพทั้งหมดยกและจิตใจที่มีความสมดุลกัน และมีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งวิธีการมีสุขภาพดีนี้จะมีการเห็นพ้องกับการนิยามความหมายสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยคือการรักษาความสมดุล และวิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยจะต้อง สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการผสมผสานรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยกับแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดการบูรณาการสุขภาพและสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทย

ดังนั้น การสร้างคุณค่าของการแพทย์แผนไทยในการลดช่องว่างทางสุขภาพ เกิดจากการให้ความหมายการมีสุขภาพดีร่วมกันของแพทย์แผนไทย และผู้ป่วยภายในบริบทการแพทย์แผนไทยนี้ ทำให้เห็นว่า การรักษาความสมดุล คือ การนิยามความหมายสุขภาพดี ด้วยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย อันคือหลักการมีสุขภาพ อันนำไปสู่การกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และการบูรณาการสุขภาพที่สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อันเป็นการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

การต่อรองความหมายการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย

ข้อค้นพบ การต่อรองความหมายการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย คือ การให้ความหมายของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย กับผู้ป่วย ที่มีความเห็นต่างกันอันเกิดจากความเข้าใจการนิยามความหมาย หลักการ และวิธีการ ในลักษณะดังนี้

1) การนิยามความหมายสุขภาพดี ที่แพทย์แผนไทย และผู้ป่วย ได้ต่อรองความหมายของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ในลักษณะดังนี้

การต่อรองการนิยามความหมายการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย คือ อำนาจในการตัดสินใจของเจ้าของสุขภาพ เป็นการต่อรองอำนาจการกำหนดสุขภาพดีจากแพทย์เป็นผู้กำหนดมาเป็นอำนาจในการมีสุขภาพดีเป็นหน้าที่ของเจ้าของสุขภาพเป็นผู้กำหนดเอง และสามารถสร้างได้ด้วยตนเอง เป็นการต่อรองความหมายการมีสุขภาพดี

2) หลักการมีสุขภาพดี ที่แพทย์แผนไทย และผู้ป่วย ได้ต่อรองความหมายของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ในลักษณะดังนี้

2.1 การต่อรองหลักการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย คือ การเน้นหลักพุทธศาสนา เป็นการต่อรองความหมายหลักการมีสุขภาพดีที่แพทย์แผนไทยได้นำหลักธรรมนามัย ซึ่งส่งผลต่อการสร้างความเชื่อและความศรัทธาการแพทย์แผนไทยที่สอดคล้องกับความเชื่อตามหลักพุทธศาสนา

2.2 การต่อรองหลักการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย คือ การเน้นหลักธรรมชาติเป็นการต่อรองความหมายหลักการมีสุขภาพดีที่ผู้ป่วยเห็นว่า การมีสุขภาพดีเป็นหลักการให้การดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติจะส่งผลดีต่อสุขภาพมากที่สุด

3) วิธีการดูแลสุขภาพ ที่แพทย์แผนไทย และผู้ป่วย ได้ต่อรองความหมายของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทย ในลักษณะดังนี้

3.1 การต่อรองความหมายวิธีการมีสุขภาพดีของแพทย์แผนไทย คือวิธีการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากการวิธีการรักษาทางการแพทย์แผนไทยจำกัดความหมายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้มองว่าแพทย์แผนไทยนั้นไม่มีความเป็นวิทยาศาสตร์และกลายเป็นสิ่งต้องห้ามในการแพทย์แผนปัจจุบัน

3.2 การต่อรองความหมายวิธีการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย คือวิธีการหาทางออกของปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเห็นว่าวิธีการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนไทย เป็นทางออกของปัญหาสุขภาพจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ทางออกด้านค่าใช้จ่าย และทางออกจากสุขภาพจากการที่ไม่ได้รับคำตอบจากแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยได้มีการต่อรองความหมายวิธีการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบันนั่นเอง

ตามที่ จันท์เพ็ญ เซอร์เรอร์ ได้ทำการศึกษาเรื่อง สถานการณ์พฤติกรรมกรใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย พบว่า การให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์ทางเลือกของประชาชน คือ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและการบูรณาการ การดูแลสุขภาพองค์รวม การดูแลสุขภาพที่เน้นหลักธรรมชาติ การป้องกันและดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกของประชาชนในการ

ดูแลสุขภาพ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม และการแพทย์ที่มีความด้อยศักดิ์ศรีกว่าแพทย์กระแสหลัก ซึ่งการให้ความหมายสุขภาพของการแพทย์ทางเลือกความสอดคล้องกับความหมายสุขภาพแผนไทยในการศึกษารั้งนี้ เนื่องจาก การแพทย์แผนไทย เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพทางเลือก

นอกจากนี้ข้อค้นพบในการศึกษารั้งนี้ ยังพบว่า เป็นชุดความหมายสุขภาพของการแพทย์แผนไทย ทั้งการนิยามความหมายสุขภาพดี หลักการมีสุขภาพดี และวิธีการมีสุขภาพดี เป็นการเน้นการอธิบายสุขภาพที่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่เรียกว่า “การใช้ชีวิต หรือลีลาชีวิต” ของแต่ละบุคคล โดยสอดคล้องชุดความหมายสุขภาพนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจินาด อรรถวิษณุ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างสุขภาพชุมชน ในเส้นทางสุขภาพชุมชน นั้นเห็นว่าหัวใจสำคัญของการมีสุขภาพดี คือ การที่บุคคลสามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยมีการพัฒนาทักษะและแบบแผนการมีสุขภาพดี (health lifestyle) และมีตนเองเป็นผู้กำหนด เป็นผู้ได้รับผลและเป็นผู้ประเมินผลสุขภาพตนเอง อาจกล่าวได้ว่า ชุดความหมายสุขภาพดีด้วยการแพทย์แผนไทย จึงเป็นการนิยามความหมายสุขภาพที่เกิดจากความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีการพัฒนาทักษะและแบบแผนการมีสุขภาพดีด้วยการแพทย์แผนไทย

ดังนั้น แพทย์แผนไทย และผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นผู้สื่อสารสุขภาพภายในบริบทการแพทย์แผนไทย ได้มีการกำหนดชุดความหมายของการมีสุขภาพดีของการแพทย์แผนไทยที่มีเห็นพ้องกัน ประกอบด้วย การนิยามความหมายสุขภาพดี คือ การรักษาความสมดุล หลักการมีสุขภาพดี เป็นภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย และวิธีการมีสุขภาพดี จะต้องรักษาสุขภาพแบบองค์รวม จึงเป็นชุดความหมายการแพทย์แผนไทยกระแสหลักภายในบริบทการแพทย์แผนไทยที่ส่งผลต่อการลดช่องว่างทางสุขภาพ ที่เป็นเป็นการแสดงให้เห็นชุดความหมายที่ลึกซึ้ง ทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับชีวิต โดยไม่ได้มองแค่การเจ็บป่วยเพียงประการเดียวเท่านั้น แต่เป็นการมองรวมความเรื่อง ความสมดุลและความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย รวมทั้งเรื่องความสำคัญต่อการดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “กระบวนการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย” ผู้วิจัยได้ค้นพบว่าการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทย จะช่วยในการลดช่องว่างทางสุขภาพ ได้ก็ต่อเมื่อมีการกำหนดชุดความหมายของการมีสุขภาพดีในลักษณะดังนี้

1) การสร้างคุณค่าใหม่ให้กับเรื่องสุขภาพ กล่าวคือ การสร้างความคิด ความเชื่อในหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพแบบพึ่งพาตนเองมากกว่าการที่จะเน้นการให้คุณค่าในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยกำหนดประเด็นในการสร้างสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง

ด้วยการแพทย์แผนไทย การสนับสนุนการปลูก และการใช้ยาสมุนไพร ลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศเพื่อสร้างคุณค่าให้กับยาไทยในการรักษาโรค ซึ่งเป็นการลดช่องว่างสุขภาพได้

2) การสร้างความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนี้ เป็นการที่แพทย์แผนไทยจะต้องสร้างความเชื่อมั่นในองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยที่สะท้อนให้เห็นถึงภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพ และการมีใบประกอบโรคศิลปะในการแสดงสิทธิความเป็นแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ตัวแพทย์แผนไทยเป็นผู้สร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยแล้ว กลุ่มเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย นั่นคือ กลุ่มของญาติผู้ป่วย จะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการชี้แนะ โน้มน้าวในการสร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยนั้น ตัวของญาติผู้ทำหน้าที่นี้จะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการรักษา หรือเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางอ้อมอันเกิดจากการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อันนำไปสู่การสร้างคุณค่า ความหมายในการมีสุขภาพดี ที่มีผลจากความเชื่อและความศรัทธาในการรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

3) การปรับสมดุลชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ป้องกันก่อนการเจ็บป่วยเพื่อลดความพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพ ด้วยใช้การแพทย์แผนไทยในการปรับสมดุลของสุขภาพที่ต้องความสอดคล้องกันทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ อันนำไปสู่การมีสุขภาพดี ลดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพนั้น ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยนั้น ประเด็นที่ทำการสื่อสารนั้นจะเป็นประเด็นในการสร้างคุณค่าในการพัฒนาศักยภาพความเป็นมนุษย์ ด้วยเทคโนโลยีภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพอันส่งผลมาจากความเชื่อและความศรัทธาในความสามารถของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง อันส่งผลต่อการมีสุขภาพดีได้ในที่สุด

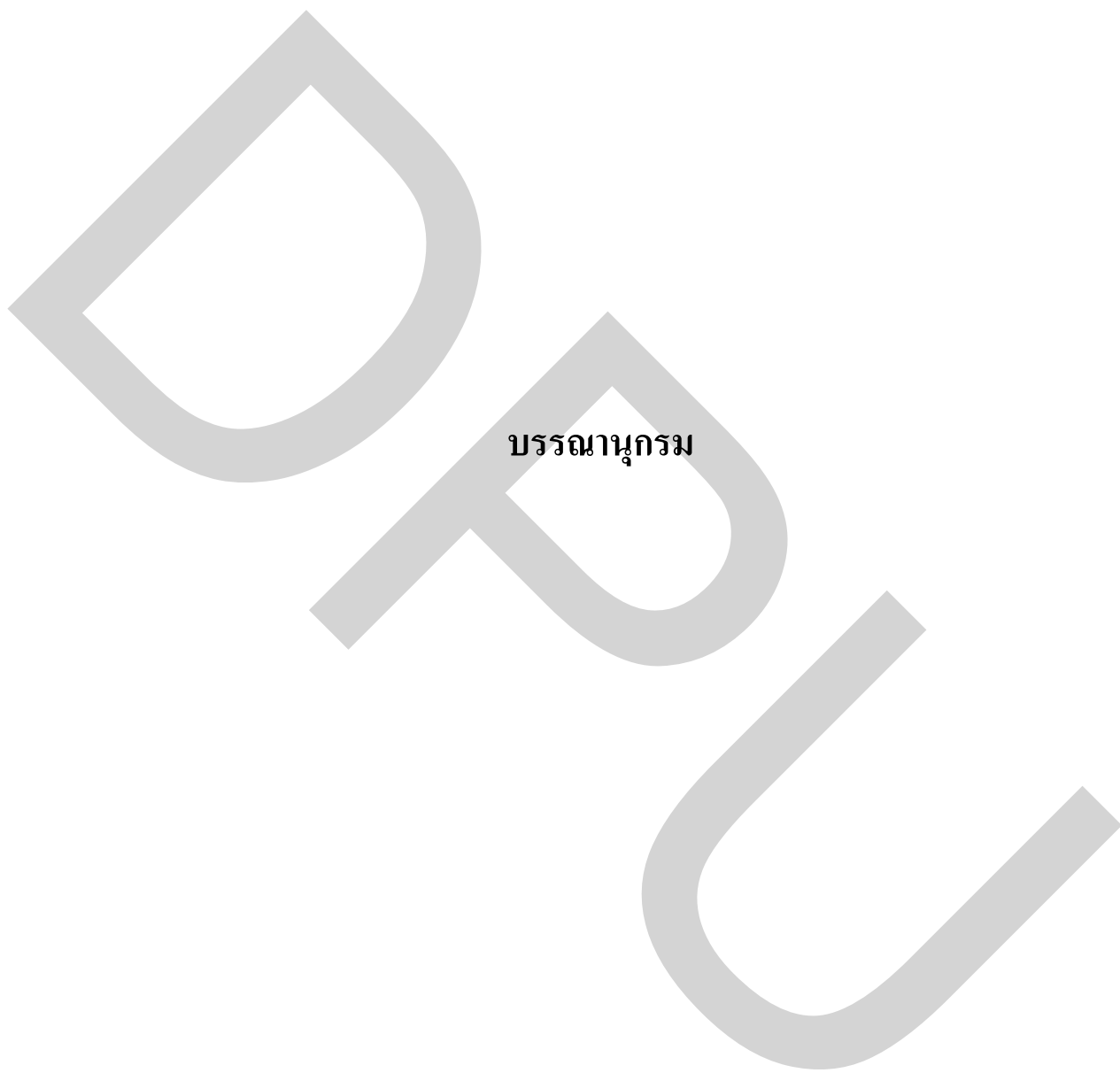
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1) การวิจัยในอนาคตควรมีการผสมผสานวิจัยเชิงปริมาณเพื่อค้นหาปัจจัยเชิงสาเหตุของการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพแบบพึ่งพาตนเอง

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกระบวนการสื่อสารในบริบทการแพทย์แผนไทยกับในบริบทการแพทย์แผนปัจจุบัน ว่ามีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันอย่างไร ควรปรับปรุงรูปแบบการสื่อสารสุขภาพอย่างไรให้มีประโยชน์สูงสุด

3) การนำรูปแบบการสื่อสารสุขภาพของการแพทย์แผนไทยไปทดสอบในบริบทการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กาญจนา แก้วเทพ. (2549). *การวิจัย: จากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: ซีโน ดีไซน์.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2549). *ศาสตร์แห่งสื่อและวัฒนธรรมศึกษา*. กรุงเทพฯ: เอดิชั่นเพรสโปรดักส์.
- กาญจนา แก้วเทพ, และสมสุข หินวิมาน. (2551). *สายธารแห่งนักคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองกับสื่อศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). *ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2548). *มานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และยงศักดิ์ ตันติปิฎก. (2550). *สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยและสังคมสุขภาพ.
- คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมีปัญญาไท สุขภาพวิถีไท กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2551). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนากฎมีปัญญาไท สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550-2554*. นนทบุรี: คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมีปัญญาไท สุขภาพวิถีไท กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจัดพิมพ์เอกสารทางประวัติศาสตร์ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2513). *ศิลาจารึกปราสาทพระขรรค์: ประชุมจารึกภาคที่ 4*. พระนคร: ทำเนียบนายกรัฐมนตรี.
- คณะอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนากฎมีปัญญาไท สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2555-2559. (2555). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนากฎมีปัญญาไท สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555-2559)*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- คະນອງຍຸທ កាญຈນកູລ. (2554). *การบริหารองค์การและทรัพยากรสาธารณสุข หน่วยที่ 1-15*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- คาปรา, ฟริตจอบ. (2529). *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ [The Turning Point]* (พระประชา ปสนนธมโม, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: มุลนิธิโกมลคีมทอง.
- จรัล เกร็นพงษ์ (บ.ก.). (2525). *ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช.
- จารึก ไชยรักษ์, และวิสุทธิ บุญญะโสภิต. (2543). *จัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไร: แนวทาง (Guideline) การจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. (2547). *กระบวนการที่สน้เกี่ยวกับสุขภาพและภูมิปัญญาพื้นบ้านเกี่ยวกับสุขภาพ: มุมมองจากทฤษฎีสังคมวิทยา*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2520). *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนโบราณในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สังคมศาสตร์การแพทย์.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2543). *วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลัษณ์ และความเป็นอื่น*. กรุงเทพฯ: วิทยาษา.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์, และวิสุทธิ บุญญะโสภิต. (2553). *กงล้อที่เคลื่อนไป 1 รอบปี: จากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 มติ 7 [เอกสารอัดสำเนา]*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพวิถีไทย.
- ธวัชชัย เทียนงาม, และคณะ. (2554). *หนึ่งทศวรรษงานวิจัยภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท: การศึกษาสถานการณ์งานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรระหว่าง พ.ศ. 2543-2552*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพวิถีไทย ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ประทีป ชุมพล. (2541). *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย การศึกษาจากเอกสารตำรายา*. กรุงเทพฯ: อาคีโฑฟ.
- ประพจน์ เกตราศาสตร์, และคณะ. (2551). *การบูรณาการ การแพทย์แผนไทย: สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ: หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประมวลสาระชุดวิชาปรัชญานิตศาสตร์และทฤษฎีการสื่อสาร หน่วยที่ 1-15. (2548). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ปาจริย์ ณะสมบุญณกิจ. (2551). *การสื่อสารสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

- ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยการสื่อสาร*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ สถาปิตานนท์, กิตติ กัญภัย, พัฒนาพงศ์ จิติเกตุ, และปิยนภ จิติเกตุ. (2546). *การสื่อสารสุขภาพ ศักยภาพของสื่อมวลชนในการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2551). *การสื่อสารสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- พิชาญ พัฒนา. (2509). *ความเป็นมาของแพทย์เมืองไทย*. พระนคร: โอเดียนสโตร์.
- พิมาน แจ่มจรัส (ผู้รวบรวม). (2510). *ชุมนุมจดหมายเหตุฝรั่งในเมืองไทย*. พระนคร: ผ่านฟ้าพิทยา.
- เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์, และพิระพงศ์ วงศ์อุปราษ. (2552). *สถานการณ์พฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือกของคนไทย (รายงานผลการวิจัย)*. นนทบุรี: โครงการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ภายใต้การสนับสนุน สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2539). *การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1*. (2495). พระนคร: โรงพิมพ์พานิชสุกผล.
- ยงศักดิ์ ต้นปีฎก, และคณะ. (2543). *การสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ “การพัฒนาระบบสุขภาพทางเลือกในระบบสุขภาพไทย” (รายงานผลการวิจัย)*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- โยชาพิทักษ์ (แทน ประทีปะจิตติ), ชุน. (2518). *วิชาหมอนวด*. พระนคร: ศิลปาบรรณาการ.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2542). กรุงเทพฯ: สำนักงานราชกิจจานุเบกษา สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- ราตรี มฤคทัต. (2536). *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนโบราณในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สังคมศาสตร์การแพทย์.
- รุจิรา พฤษยาชีวะ, และคณะ (ผู้รวบรวม). (2541). *คำสำหรับ แพทย์แผนไทย แพทย์เชลยศักดิ์ โดยการรับสนองพระบรมราชโพรก ใน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาประชาธิปก พระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ของนายร้อยเอก ชุน โยชาพิทักษ์ (แทน ประทีปะจิตติ) เจ้าของและผู้จัดการ นายจรัส เกิดเชื้อ บรรณาธิการ นิตยสารรายปักษ์ ชื่อหนังสือพิมพ์ แพทย์เชลยศักดิ์ ออกระหว่างวันที่ 7 พฤศจิกายน 2473 ถึงวันที่ 7 ธันวาคม 2474*. นนทบุรี: สถาบันแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

- ลาลูแบร์, ซีมอง เดอ. (2510). *ราชอาณาจักรสยาม [Du Royaume de Siam]: จดหมายเหตุลาลูแบร์ ฉบับสมบูรณ์* (สันต์ ท. โกมลบุตร, ผู้แปล). พระนคร: ก้าวหน้า.
- วาสนา จันท์สว่าง, และคณะ. (2548). *กระบวนการสื่อสารการรณรงค์ด้านสุขภาพ* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2543). *คู่มือปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2539). *ข้อเสนอจัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมิธ, มัลคอล์ม อาร์เธอร์. (2542). *หมอฝรั่งในวังสยาม [A Physician at the Court of Siam]* (พิมาน แจ่มจรัส, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: รวมทรงคน.
- สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2553). *รายงานการสาธารณสุข ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2552-2553 (ข้อมูลบรรณานุกรม หอสมุดแห่งชาติ)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2540). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2551). *ทฤษฎีสังคมวิทยา*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภิญญา กลางณรงค์, และคณะ. (2548). *สื่อวิทยุและสื่อโทรทัศน์เพื่อข่าวสารสุขภาพเพื่อประชาชน* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุริยา สมุทคุปต์, และคณะ. (2543). *วาทกรรมของลัทธิพิธีและวิกฤตการณ์ของความทันสมัยในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- หนึ่งหทัย ขอผลกลาง. (2552). *พัฒนาการและแนวโน้มของการวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทย* (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- หอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร. (2515). *กฎหมายตราสามดวง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: องค์การคำคุณุสภา.
- อรทัย รวยอาจิน, และกาญจนา แก้วเทพ. (2523). *บทบาทของการแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขไทย* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อวย เกตุสิงห์. (2520). *การแพทย์ไทยกับการแพทย์แบบตะวันตก*. กรุงเทพฯ: สังคมศาสตร์การแพทย์.

บทความ

กาญจนา แก้วเทพ. (2547). สื่อและวัฒนธรรมศึกษาเพื่อการวิเคราะห์สื่อมวลชนในยุคสารสนเทศ. *รัฐศาสตร์สาร*, 25, 60.

โกทม อาริยา, และคณะ. (2548). แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน. ใน ปาจริย์ ชนะสมบุญกิจ, และสุอังคณา แก้วบุญเรือง (ผู้เรียบเรียง), *สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพและนักสื่อสารสุขภาพ (พ.ศ. 2547-2548)* (น. 9-27). กรุงเทพฯ: อุทยานพิมพ์.

ชาติชาย มุกสง. (2547, 24-25 มกราคม). วาทกรรมการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2487-2487). ใน *เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการเพื่อเป็นเกียรติแก่อาจารย์ ดร. ชัยนัต วรรณะภูติ เนื่องในโอกาสเกษียณอายุ 60 ปี*.

ณัฐชา วงษ์วานิช. (2549). รายการปฏิบัติการล่าฝัน (Academy Fantasia): มุมมองจากสัตยวิทยาและปรากฏการณ์วิทยา. *รัฐศาสตร์สาร*, 27, 181-182.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2543, กันยายน-ธันวาคม). ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมจริงหรือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 54, 84-85.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2543, พฤษภาคม-สิงหาคม). วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการเปลี่ยนแปลงของรัฐไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น. *วารสารธรรมศาสตร์*, 26(2), 73-93.

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2548). สถานะขององค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย: สาระการวิจัยและแนวทางการศึกษาในอนาคต. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และชาติชาย มุกสง (บ.ก.), *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย* (น. 28-34). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปรีดา ศรีชลาลัย. (2512, มกราคม). คำให้การขุนหลวงวัดประดู่ทรงธรรม เอกสารหอหลวง แฉลงงานประวัติศาสตร์. *เอกสารโบราณคดี*, 3, 53-65.

เปรม ชินวันทนานนท์, และคณะ. (2547). ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ. ใน *มหกรรมสมุนไพรมหาชาติครั้งที่ 1 ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อชาวไทยและชาวโลก: การประชุมวิชาการและชุมนุมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ*.

วันพุธที่ 1 – วันอาทิตย์ที่ 5 กันยายน 2547 ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก องค์การเภสัชกรรม มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และบริษัท มติชน จำกัด (มหาชน).

พนา ทองมีอาคม, และเพ็ญพักตร์ เทียวสมบุญกิจ. (2551). การสื่อสารสุขภาพ: ประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษาด้านนิเทศศาสตร์และการบริหารด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการคณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*, 12(2), 9-18.

มาลี บุญศิริพันธ์. (2548). ความต้องการและความเป็นไปได้ในการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพและนักสื่อสารสุขภาพ. ใน ปาจารย์ ธนะสมบุญกิจ, และสุอังคณา แก้วบุญเรือง (ผู้เรียบเรียง), *สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพและนักสื่อสารสุขภาพ (พ.ศ. 2547-2548)* (น. 171-202). กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.

ยงศักดิ์ ต้นติปัญญา. (2548). ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน มิติที่ขาดหายของการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย. ใน *ภูมิปัญญาสุขภาพ: ปฏิบัติการต่อรองของความรู้ท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

วรรณรัตน์ รัตนวรางค์, และณปิตยา บรรจงจิตร. (2552, ตุลาคม – ธันวาคม). นิเทศศาสตร์ประยุกต์กับการสื่อสารสุขภาพ: สื่อสารอย่างไรคนไข้เข้าใจไม่มีปัญหา. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 4(4), 539-545 [เอกสารอัดสำเนา].

สุด แสงวิเชียร. (2521). จุดจบของการแพทย์แผนโบราณและการเริ่มต้นของการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*, 1(2), 20-27.

สุด แสงวิเชียร. (2528). นายแพทย์брัดเลย์กับการนำการแพทย์แผนปัจจุบันสู่ประเทศสยามในสมัยรัตนโกสินทร์. ใน *เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง หมอบริดเลย์กับสังคมไทย, วันที่ 16-17 กรกฎาคม 2528*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2530). สถานการณ์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บ.ก.), *การแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาแห่งการพึ่งพาตนเอง* (น. 13-55). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

เสถียร โกเศศ. (2491). เรื่องกระบองแดง. *วารสารศิลปากร*, 1(3), 53-54.

อัญชลี จุฑาพุทธิ (บ.ก.). WHO Congress on Traditional Medicine. ใน *การประชุมวิชาการ, วันที่ 6-9 พฤศจิกายน 2551 ณ กรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

วิทยานิพนธ์

- กฤตยา พนมยงค์. (2553). การศึกษาวิเคราะห์ปรัชญาการแพทย์แผนไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- ประดับเพชร ครุฑชั่งทอง. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการ
นวดไทยของผู้มารับบริการในศูนย์วิชาชีพระแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสวนสุนันทา (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
- ยุวดี ตปนิยกร. (2521). วิวัฒนาการของการแพทย์แผนไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดรัชกาล
สมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: คณะ
อักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

- มูลนิธิสุขภาพไทย. (2555). *บัญชียาหลักแห่งชาติจากสมุนไพร*. สืบค้น 18 มกราคม 2556, จาก
www.thaihof.org/pagr/บัญชียาหลักแห่งชาติสมุนไพร.
- สำนักข่าวอิศรา. (2557). *รายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ประจำปี 2556*. สืบค้น 22 กุมภาพันธ์ 2557, จาก [http://www.isranews.org/thaireform-
other-news](http://www.isranews.org/thaireform-other-news)
- เว็บ Unigang. (2554). *สาธารณสุขเพิ่มอัตรา นักรแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลทั่วไทย*.
สืบค้น 1 ธันวาคม 2557, จาก <http://www.unigang.com/Article/6831>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *ได้เวลาลงหลักปักฐานโรงพยาบาล
การแพทย์แผนไทย. รายงานสุขภาพคนไทย, 68-72*. สืบค้น 17 มกราคม 2556, จาก
http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2012/thai2012_20.pdf
- สปสช.จัดงบประมาณปี 57 ให้แพทย์แผนไทย 400 ล้าน หวังคนเข้าถึงบริการ. (2556, 10 ตุลาคม). *ประชา
ไท*. สืบค้น 22 พฤศจิกายน 2556, จาก [http://www.prachatai.com/journal/2013/10/
49184](http://www.prachatai.com/journal/2013/10/49184)
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2557). *ภาวะสังคมไทยไตรมาส
หนึ่ง ประจำปี 2556*. สืบค้น 27 กุมภาพันธ์ 2557, จาก [http://social.nesdb.go.th/
social/Portals/0/Documents/Q1-56_169.pdf](http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/Q1-56_169.pdf)

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557, 27 เมษายน). สถิติฯ คนไทยพบแพทย์แผนปัจจุบันเป็นอันดับ 1. *เดลินิวส์*. สืบค้น 1 ธันวาคม 2557, จาก <http://www.dailynews.co.th/Content/IT/233248>
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2553). พฤติกรรมทางการแพทย์ ในมิติสังคมวัฒนธรรม. ใน *หนังสือรวมบทความจากการประชุม ประจำปีทางมนุษยวิทยา ครั้งที่ 2 เรื่อง ชาติพันธุ์กับการแพทย์: เอกสารทางวิชาการลำดับที่ 37*. สืบค้น 18 มกราคม 2556, จาก http://www.shi.or.th/upload/SHI_team.pdf
- สุพจน์ เต๋นดวง. (2553). *ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม*. สืบค้น 11 กันยายน 2556, จาก <http://hsmi.psu.ac.th/upload/forum/doc4ef00a1625d53.pdf>
- สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี. (2545, 13 พฤษภาคม). *สถาบันการแพทย์แผนไทย*. สืบค้น 22 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://www.ittm.or.th/information/info63.htm>.

ภาษาต่างประเทศ

BOOKS

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (1997). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gochman, D. S. (1997). *Handbook of health behavior research*. New York: Plenum Press.
- Huff, R. M., & Kline, M. V. (1999). *Promoting health in multicultural populations: A handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- O'Donnell, M. P. (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). Albany: Delmar Thomson Learning.
- Pender, N. J., & Pender, A. R. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Ray, E. B., & Donohew, L. (1990). *Communication and health: Systems and applications*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.

ARTICLES

- Bandura, A. (2004, April 1). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bruhn, J. G., & Philips, B. U. (1984, June 1). Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 151-169.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origin of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991, November 30). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, 303(6814), 1385-1387.

DISSERTATIONS

- Banpasirichote, C. (1989). *The Indigenization of Development Process in Thailand: A case Study of Traditional Medical Revivalist Movement (Thai Massage)* (Doctoral dissertation). Waterloo, ONT: University of Waterloo.
- Somchintana, T. R. (1986). *The Principles and Concept of Thai Classical Medicine* (Doctoral dissertation). Madison, WI: University of Wisconsin-Madison.

ELECTRONIC SOURES

- Sawatdichai, C. (2011). *Psoriasis: Integrated Thai Traditional and Conventional Medicine Therapy in Eastern Thailand Electronic Document*. Retrieved, from http://www.eurojournals.com/AJSR_38_03.pdf
- World Bank. (2004). *Traditional modern medicine in the context of globalization*. Indigenous Knowledge (IK) Notes; no 68. Washington, DC: World Bank. Retrieved May, 2004, from <http://documents.worldbank.org/curated/en/2004/05/5545715/traditional-modern-medicine-context-globalization>

Kreps, G. L. (2001). The Evolution and Advancement of Health Communication Inquiry.

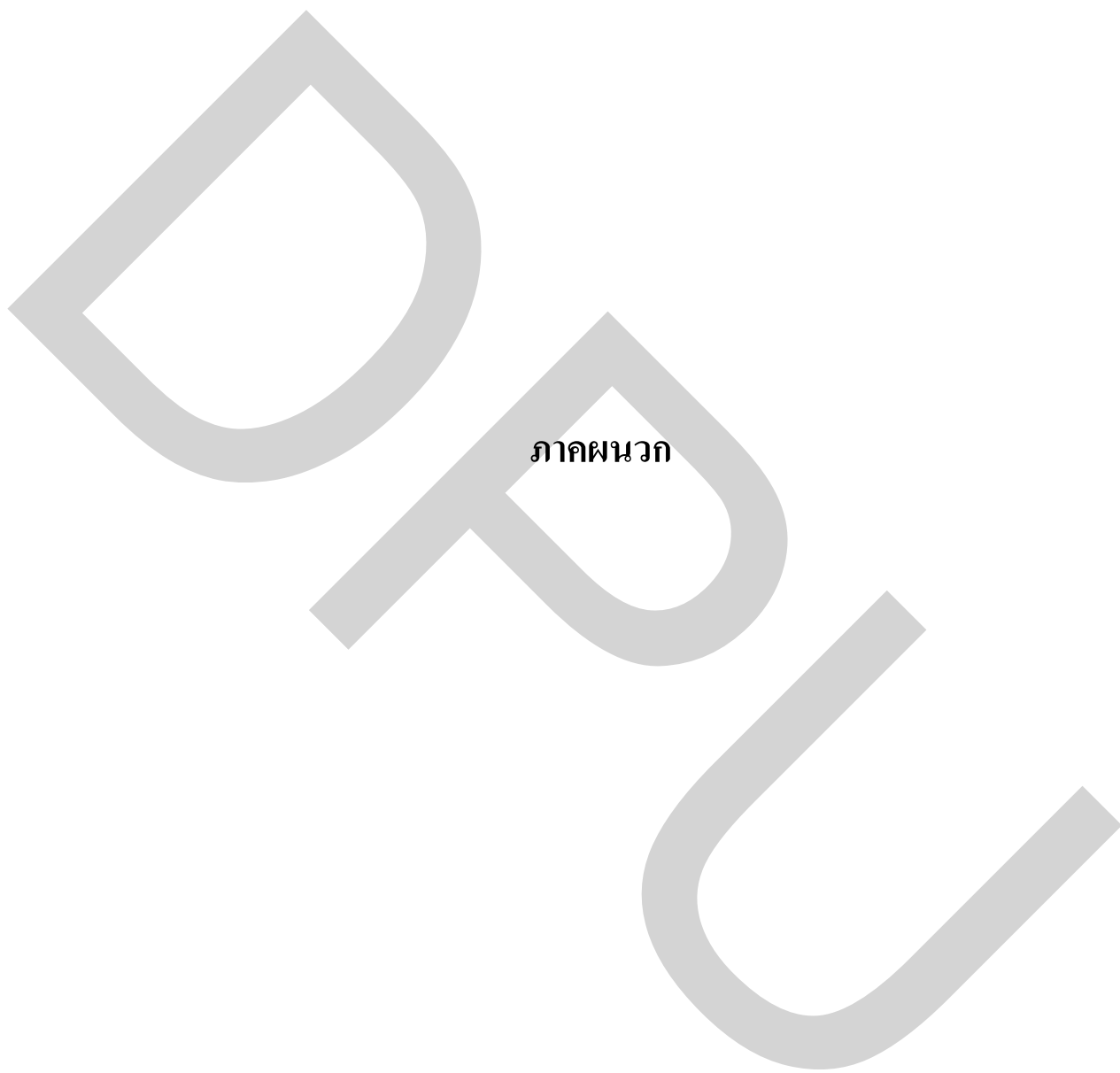
Communication Yearbook, 24, 231-253. Retrieved, from http://www.researchgate.net/publication/233992171_The_Evolution_and_Advancement_of_Health_Communication_Inquiry

Nakanishi, M. (1992). *N. Fairclough's Concept of Discourse in Terms of Articulation Theory*.

Retrieved, from http://www.gifu-cwc.ac.jp/tosyo/kiyo/58/zenbun58/fairclough_nakanishi.pdf

Other Materials

Boesch, E. (1972). *Communication between Doctors and Patients in Thailand: A Report from the South Asia; Research Programme, Part 1, Survey of the Problem and Analysis of the Consultations*. Saarbrücken: University of the Saar



ภาคผนวก



พระราชบัญญัติ
วิชาชีพการแพทย์แผนไทย
พ.ศ. ๒๕๕๖

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖

เป็นปีที่ ๖๘ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๒ มาตรา ๓๓ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๓ และมาตรา ๔๕ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

“วิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า วิชาชีพที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการแนะนำ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และองค์ความรู้ด้านอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอดหรือพัฒนาสืบต่อกันมา ตามตำราการแพทย์แผนไทยหรือจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งศึกษาจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

“กรรมวิธีการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า กรรมวิธีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนดหรือรับรอง แล้วแต่กรณี

“เวชกรรมไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการผดุงครรภ์ไทย เภสัชกรรมไทย และการนวดไทย ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“เภสัชกรรมไทย” หมายความว่า การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยาและการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และการจัดจำหน่ายยา ตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“การผดุงครรภ์ไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแล การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“การนวดไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“การแพทย์พื้นบ้านไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ซึ่งสืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยจากสภาการแพทย์แผนไทย

“ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสภาการแพทย์แผนไทย

“ใบอนุญาต” หมายความว่า ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ของสภาการแพทย์แผนไทย

“สมาชิก” หมายความว่า สมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการสภาการแพทย์แผนไทย

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติราชการตามพระราชบัญญัตินี้

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ วิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้ ประกอบด้วย

(๑) การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การฝังเข็มไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือการแพทย์แผนไทยประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

(๒) การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

มาตรา ๕ ในกรณีที่ยกเว้นให้ตามกฎหมายใดอ้างถึงการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย การประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย หรือผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้หมายความถึงการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้แทนสภาการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๖ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราท้ายพระราชบัญญัตินี้ รวมทั้งออกระเบียบและประกาศใด ๆ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวง ระเบียบและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

สภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๗ ให้มีสภาการแพทย์แผนไทยเป็นนิติบุคคล ซึ่งมีวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๘ สภาการแพทย์แผนไทย มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมการศึกษา การพัฒนา การวิจัย การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๒) ควบคุม กำกับ ดูแล และกำหนดมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๓) ควบคุมความประพฤติ จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

(๔) ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้การศึกษาแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

(๕) ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

(๖) ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก

(๗) ผดุงไว้ซึ่งสิทธิ ความเป็นธรรม และส่งเสริมสวัสดิการให้แก่สมาชิก

(๘) เป็นตัวแทนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ของประเทศไทย

มาตรา ๙ สภาการแพทย์แผนไทย มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๒) ออกคำสั่งตามมาตรา ๔๕

(๓) รับรองปริญญา ประกาศนียบัตร หรือวุฒิบัตรในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของสถาบันต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการสมัครเป็นสมาชิก

(๔) รับรองหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรมเป็นผู้ชำนาญการในด้านต่าง ๆ ของวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของสถาบันที่ทำการฝึกอบรมดังกล่าว

(๕) รับรองวิทยฐานะของสถาบันที่ทำการฝึกอบรมใน (๔)

(๖) ออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และออกหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

(๗) จัดทำแผนการดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อสภานายกพิเศษอย่างน้อยปีละครั้ง

(๘) ดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสภาการแพทย์แผนไทย

(๙) บริหารกิจการใด ๆ ตามวัตถุประสงค์ และอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ตลอดจนกิจการใด ๆ ของสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๑๐ สภาการแพทย์แผนไทยอาจมีรายได้ดังต่อไปนี้

(๑) เงินอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดิน

(๒) ค่าจดทะเบียนสมาชิก ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียมต่าง ๆ

(๓) ผลประโยชน์ที่ได้จากการจัดการทรัพย์สินและกิจการตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดในมาตรา ๘

(๔) เงินและทรัพย์สินซึ่งมีผู้ให้แก่สภาการแพทย์แผนไทย

(๕) ดอกผลของเงินและทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) และ (๔)

มาตรา ๑๑ ให้รัฐมนตรีดำรงตำแหน่งสภานายกพิเศษแห่งสภาการแพทย์แผนไทยและมีอำนาจหน้าที่ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้

หมวด ๒
สมาชิก

มาตรา ๑๒ สมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- (๑) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
- (๒) มีความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยดังต่อไปนี้
 - (ก) ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรมและต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย หรือ
 - (ข) ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองและต้องสอบผ่านความรู้ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย หรือ
 - (ค) เป็นผู้มีส่วนราชการรับรองความรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย โดยผ่านการประเมินหรือการสอบตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย
- (๓) ไม่เป็นผู้ประพฤดิเสียหายซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- (๔) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
- (๕) ไม่เป็นผู้วิกลจริต จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๑๓ สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกมีดังต่อไปนี้

- (๑) ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ขอหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย หรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์หรือขอหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย โดยปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยว่าด้วยการนั้น
- (๒) แสดงความเห็นเป็นหนังสือเกี่ยวกับกิจการของสภาการแพทย์แผนไทยส่งไปยังคณะกรรมการเพื่อพิจารณา และในกรณีที่สมาชิกร่วมกันตั้งห้าสิบคนขึ้นไปเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องใดที่เกี่ยวกับกิจการของสภาการแพทย์แผนไทย คณะกรรมการต้องพิจารณาและแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เสนอทราบภายในเก้าสิบวันนับแต่วันได้รับเรื่อง

(๓) เลือก รับเลือก หรือรับเลือกตั้งเป็นกรรมการ เฉพาะสมาชิกที่มีใบอนุญาต

(๔) ผดุงไว้ซึ่งเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพและปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๑๔ สมาชิกภาพของสมาชิกสิ้นสุดลงเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ขาดคุณสมบัติตามมาตรา ๑๒ (๒)

(๔) คณะกรรมการมีมติให้พ้นจากสมาชิกภาพ เพราะเห็นว่าเป็นผู้นำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพตามมาตรา ๑๒ (๓) หรือ (๔)

(๕) มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๒ (๕) และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจำนวนไม่น้อยกว่าสามคน ซึ่งคณะกรรมการกำหนด ลงความเห็นว่าจะไม่สามารถบำบัดรักษาให้หายเป็นปกติได้ หรือต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาเกินกว่าสองปี

ในกรณีที่สมาชิกผู้ใดมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๒ (๕) แต่ยังไม่ถึงขนาดที่สมาชิกภาพสิ้นสุดลงตามวรรคหนึ่ง (๕) คณะกรรมการอาจมีมติให้พักใช้ใบอนุญาตของสมาชิกผู้นั้นได้ โดยมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี และให้นำความในมาตรา ๓๑ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๓

คณะกรรมการ

มาตรา ๑๕ ให้มีคณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย

(๑) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

(๒) กรรมการซึ่งเป็นคณบดี หรือหัวหน้าหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเทียบเท่าคณะหรือหัวหน้าภาควิชาที่ผลิตบัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งละหนึ่งคน เลือกกันเองให้เหลือสาขาละสามคน

(๓) กรรมการซึ่งเป็นผู้แทนสมาคมหรือมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทยแห่งละหนึ่งคน เลือกกันเองให้เหลือสามคน

(๔) หัวหน้าสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองโดยมีผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ให้การอบรม เลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน

(๕) กรรมการซึ่งได้รับเลือกตั้งโดยสมาชิกมีจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการใน (๑) (๒) (๓) และ (๔) รวมกันในขณะเลือกตั้งแต่ละคราว ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงสัดส่วนของวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามมาตรา ๔

มาตรา ๑๖ คณะกรรมการอาจแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาได้ และให้มีอำนาจถอดถอนที่ปรึกษาด้วย

ให้ที่ปรึกษาดำรงตำแหน่งตามวาระของกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕)

มาตรา ๑๗ ให้คณะกรรมการเลือกกรรมการจากมาตรา ๑๕ (๕) ภายในสามสิบวันนับจากวันเลือกตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕) เพื่อดำรงตำแหน่งนายกสภาการแพทย์แผนไทย อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนหนึ่ง และอุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนที่สอง ตำแหน่งละหนึ่งคน

ให้นายกสภาการแพทย์แผนไทยเลือกกรรมการเพื่อดำรงตำแหน่งเลขาธิการ รองเลขาธิการ ประชาสัมพันธ์ และเหรียญิก ตำแหน่งละหนึ่งคน และอาจเลือกกรรมการเพื่อดำรงตำแหน่งอื่นได้ตามความจำเป็น ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ให้นายกสภาการแพทย์แผนไทยมีอำนาจถอดถอนเลขาธิการ รองเลขาธิการ ประชาสัมพันธ์ เหรียญิก และผู้ดำรงตำแหน่งอื่นตามวรรคสองออกจากตำแหน่งได้ ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

ให้นายกสภาการแพทย์แผนไทย อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนหนึ่งและอุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนที่สอง ดำรงตำแหน่งตามวาระของกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕)

เมื่อผู้ดำรงตำแหน่งนายกสภาการแพทย์แผนไทยพ้นจากหน้าที่ ให้เลขาธิการ รองเลขาธิการ ประชาสัมพันธ์ เหรียญิก และผู้ดำรงตำแหน่งอื่นตามวรรคสองพ้นจากตำแหน่งด้วย

มาตรา ๑๘ การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๒) (๓) และ (๔) การเลือกตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕) การแต่งตั้งที่ปรึกษาตามมาตรา ๑๖ การเลือกกรรมการเพื่อดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ตามมาตรา ๑๗ และการเลื่อนหรือการเลือกหรือการเลือกตั้งกรรมการตามมาตรา ๒๓ ให้เป็นไปตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๑๙ กรรมการตามมาตรา ๑๕ (๓) (๔) และ (๕) ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- (๒) เป็นผู้ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต
- (๓) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

มาตรา ๒๐ กรรมการตามมาตรา ๑๕ (๒) (๓) (๔) และ (๕) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปี และอาจได้รับเลือก หรือได้รับเลือกตั้งใหม่ได้ แล้วแต่กรณี แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันไม่ได้

ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะมีการเลือกหรือเลือกตั้งกรรมการขึ้นใหม่

มาตรา ๒๑ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๑๕ (๓) (๔) และ (๕) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (๑) สมาชิกภาพสิ้นสุดลงตามมาตรา ๑๔
- (๒) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๙
- (๓) ลาออก

กรรมการตามมาตรา ๑๕ (๒) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) พ้นจากตำแหน่งคณบดีหรือหัวหน้าหน่วยงานที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่มีฐานะเทียบเท่าคณะหรือหัวหน้าภาควิชาที่ผลิตบัณฑิตสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและสถาบันอุดมศึกษาของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยสถาบันอุดมศึกษาเอกชน

(๒) ลาออก

มาตรา ๒๒ เมื่อตำแหน่งกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๒) (๓) และ (๔) ว่างลงก่อนครบวาระให้คณะกรรมการดำเนินการให้ได้มาภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง

ในกรณีที่วาระของกรรมการตามวรรคหนึ่งเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน คณะกรรมการจะให้มีการเลือกกรรมการแทนหรือไม่ก็ได้

ให้ผู้ซึ่งเป็นกรรมการแทนนั้นอยู่ในตำแหน่งได้เพียงเท่าวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

มาตรา ๒๓ เมื่อตำแหน่งกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕) ว่างลงไม่เกินหนึ่งในสามของจำนวนกรรมการดังกล่าวทั้งหมดก่อนครบวาระ ให้คณะกรรมการเลื่อนสมาชิกผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา ๑๙ และได้รับคะแนนจากการเลือกตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕) ในลำดับถัดไปขึ้นเป็นกรรมการแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง

ในกรณีที่ตำแหน่งกรรมการตามวรรคหนึ่งว่างลงรวมกันเกินหนึ่งในสามของจำนวนกรรมการซึ่งได้รับเลือกตั้ง ให้คณะกรรมการจัดให้มีการเลือกตั้งสมาชิกขึ้นเป็นกรรมการแทนภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่จำนวนกรรมการดังกล่าวได้ว่างลงเกินหนึ่งในสาม

ในกรณีไม่มีผู้ได้รับการเลื่อนขึ้นเป็นกรรมการแทนตามวรรคหนึ่ง หรือมีแต่ยังไม่ครบตามจำนวนตำแหน่งกรรมการที่ว่างลง ให้นำความในวรรคสองมาใช้บังคับโดยอนุโลม

ถ้าวาระของกรรมการตามวรรคหนึ่งเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวันไม่ต้องเลื่อนหรือเลือกตั้งกรรมการแทน

ให้ผู้ซึ่งเป็นกรรมการแทนนั้นอยู่ในตำแหน่งได้เพียงเท่าวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

มาตรา ๒๔ ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) บริหารและดำเนินกิจการสภาการแพทย์แผนไทยตามวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ที่กำหนดในมาตรา ๘ และมาตรา ๙ รวมทั้งการบริหารเงินรายได้ตามมาตรา ๑๐

(๒) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมการการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะอนุกรรมการจรรยาบรรณ คณะอนุกรรมการสอบสวน และคณะอนุกรรมการอื่น เพื่อทำการหรือพิจารณาเรื่องต่าง ๆ อันอยู่ในขอบเขตแห่งวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของสภาการแพทย์แผนไทย

(๓) กำหนดแผนการดำเนินงานและงบประมาณของสภาการแพทย์แผนไทย

(๔) ออกข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยว่าด้วย

(ก) การเป็นสมาชิก

(ข) การกำหนดโรคตามมาตรา ๑๒ (๕)

(ค) การกำหนดค่าจดทะเบียนสมาชิก ค่าบำรุง และค่าธรรมเนียมอื่น นอกจากที่กำหนดไว้ในอัตราค่าธรรมเนียมท้ายพระราชบัญญัตินี้

(ง) การเลือก การเลือกตั้งกรรมการ การเลื่อนผู้มีคุณสมบัติขึ้นเป็นกรรมการแทน การแต่งตั้งที่ปรึกษา และการเลือกกรรมการเพื่อดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ตามมาตรา ๑๘

(จ) การประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะที่ปรึกษา

(ฉ) การกำหนดอำนาจหน้าที่ของผู้ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาตามมาตรา ๑๖

(ช) การกำหนดอำนาจหน้าที่ของผู้ดำรงตำแหน่งอื่นตามมาตรา ๑๗ วรรคสอง

(ซ) คุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามมาตรา ๓๕

(ณ) แบบและประเภทใบอนุญาต หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขึ้นทะเบียนการออกใบอนุญาต อายุใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต และการออกใบแทนใบอนุญาต

(ญ) หลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

(ฎ) หลักเกณฑ์การพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต

(ฏ) จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

(ฐ) การจัดตั้ง การดำเนินการ และการเลิกสถาบันที่ทำการฝึกอบรมเป็นผู้ชำนาญการของวิชาชีพการแพทย์แผนไทย รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการว่าด้วยการศึกษาต่อเนื่องของการแพทย์แผนไทยเพื่อเพิ่มพูนความรู้และเสริมทักษะการประกอบวิชาชีพ

(ฑ) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบความรู้หรือการประเมินตามมาตรา ๑๒ (๒)

(ฒ) หลักเกณฑ์การสืบสวนหรือสอบสวนในกรณีที่มีการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(ณ) ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(ด) เรื่องอื่น ๆ อันอยู่ในขอบเขตแห่งวัตถุประสงค์หรืออยู่ในอำนาจหน้าที่ของสภาการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความสำคัญในการช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่ และให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

ภายใต้บังคับมาตรา ๓๐ ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

มาตรา ๒๕ นายกสภาการแพทย์แผนไทย อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนหนึ่ง อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนที่สอง เลขานุการ รองเลขานุการ ประชาสัมพันธ์ เจริญญิก ที่ปรึกษา และผู้ดำรงตำแหน่งอื่น มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) นายกสภาการแพทย์แผนไทย มีอำนาจหน้าที่
- (ก) บริหารและดำเนินกิจการของสภาการแพทย์แผนไทย ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ หรือตามมติของคณะกรรมการ
- (ข) เป็นผู้แทนสภาการแพทย์แผนไทย ในกิจการต่าง ๆ
- (ค) เป็นประธานในที่ประชุมคณะกรรมการ
- นายกสภาการแพทย์แผนไทยอาจมอบหมายเป็นหนังสือให้กรรมการอื่นปฏิบัติหน้าที่แทน ตามที่เห็นสมควร
- (๒) อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนที่หนึ่ง เป็นผู้ช่วยนายกสภาการแพทย์แผนไทย ในกิจการอันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของสภาการแพทย์แผนไทยตามที่นายกสภาการแพทย์แผนไทยมอบหมาย และเป็นผู้ทำการแทนนายกสภาการแพทย์แผนไทย เมื่อนายกสภาการแพทย์แผนไทยไม่อยู่หรือไม่สามารถ ปฏิบัติหน้าที่ได้
- (๓) อุปนายกสภาการแพทย์แผนไทยคนที่สอง เป็นผู้ช่วยนายกสภาการแพทย์แผนไทย ในกิจการอันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของนายกสภาการแพทย์แผนไทยตามที่นายกสภาการแพทย์แผนไทยมอบหมาย และเป็นผู้ทำการแทนนายกสภาการแพทย์แผนไทย เมื่อทั้งนายกสภาการแพทย์แผนไทยและอุปนายก สภาการแพทย์แผนไทยคนที่หนึ่งไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (๔) เลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่
- (ก) ควบคุมบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่สภาการแพทย์แผนไทย ทุกระดับ
- (ข) ควบคุมรับผิดชอบในงานธุรการทั่วไปของสภาการแพทย์แผนไทย
- (ค) รับผิดชอบในการดูแลรักษาทะเบียนสมาชิก ทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และทะเบียนอื่น ๆ ของสภาการแพทย์แผนไทย
- (ง) ควบคุมดูแลทรัพย์สินของสภาการแพทย์แผนไทย
- (จ) เป็นเลขานุการคณะกรรมการ
- (๕) รองเลขาธิการ เป็นผู้ช่วยเลขาธิการในกิจการอันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของเลขาธิการตามที่ เลขาธิการมอบหมาย และเป็นผู้ทำการแทนเลขาธิการเมื่อเลขาธิการไม่อยู่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- (๖) ประชาสัมพันธ์ มีอำนาจหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ แนะนำ และเผยแพร่กิจการของ สภาการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชนและองค์กรอื่น
- (๗) เภรณูญิก มีอำนาจหน้าที่ควบคุม ดูแล รับผิดชอบการบัญชี การเงิน และการงบประมาณ ของสภาการแพทย์แผนไทย
- (๘) ผู้ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาตามมาตรา ๑๖ มีอำนาจหน้าที่ตามที่คณะกรรมการกำหนด
- (๙) ผู้ดำรงตำแหน่งอื่นตามมาตรา ๑๗ วรรคสอง มีอำนาจหน้าที่ตามที่คณะกรรมการกำหนด
- มาตรา ๒๖ ให้มีคณะกรรมการการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยคณะหนึ่ง มีอำนาจหน้าที่ องค์กรประกอบ คุณสมบัติ และวิธีการได้มาซึ่งอนุกรรมการตามข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๒๗ ให้มีคณะกรรมการการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์คณะหนึ่ง มีอำนาจหน้าที่ องค์กรประกอบ คุณสมบัติ และวิธีการได้มาซึ่งอนุกรรมการตามข้อบังคับของ สภาการแพทย์แผนไทย

หมวด ๔

การดำเนินการของคณะกรรมการ

มาตรา ๒๘ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวน กรรมการทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะนั้น จึงจะเป็นองค์ประชุม

มติของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก ในการลงคะแนนกรรมการคนหนึ่งมีเสียงหนึ่งเสียง ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มติของที่ประชุมในกรณีให้สมาชิกพ้นจากสมาชิกภาพตามมาตรา ๑๔ (๔) ให้ถือคะแนนเสียง ไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะนี้

การประชุมคณะกรรมการ ให้นำความในวรรคหนึ่งและวรรคสองมาใช้บังคับโดยอนุโลม

การประชุมคณะที่ปรึกษา ให้เป็นไปตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๒๙ สถานายกพิเศษจะเข้าฟังการประชุมและชี้แจงแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม คณะกรรมการ หรือจะส่งความเห็นเป็นหนังสือไปยังสภาการแพทย์แผนไทยในเรื่องใด ๆ ก็ได้

มาตรา ๓๐ มติของที่ประชุมคณะกรรมการในเรื่องดังต่อไปนี้ ต้องได้รับความเห็นชอบ จากสถานายกพิเศษก่อน จึงจะดำเนินการตามมตินั้นได้

(๑) การออกข้อบังคับ

(๒) การกำหนดแผนการดำเนินงานและงบประมาณของสภาการแพทย์แผนไทย

(๓) การให้สมาชิกพ้นจากสมาชิกภาพตามมาตรา ๑๔ (๔)

(๔) การวินิจฉัยชี้ขาดให้พักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตตามมาตรา ๔๕ วรรคสาม (๔)

หรือ (๕)

ให้นายกสภาการแพทย์แผนไทยเสนอมติตามวรรคหนึ่งต่อสถานายกพิเศษโดยไม่ชักช้า สถานายกพิเศษอาจมีคำสั่งยับยั้งมตินั้นได้ ในกรณีที่มิได้ยับยั้งมติตามวรรคหนึ่ง (๑) ภายในสามสิบวัน หรือมิได้ยับยั้งมติตามวรรคหนึ่ง (๒) (๓) หรือ (๔) ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับมติที่นายก สภาการแพทย์แผนไทยเสนอ ให้ถือว่าสถานายกพิเศษให้ความเห็นชอบมตินั้น

ถ้าสถานายกพิเศษยับยั้งมติใด ให้คณะกรรมการประชุมพิจารณาอีกครั้งหนึ่งภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับการยับยั้ง ในการประชุมนั้นถ้ามีเสียงยืนยันมติไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวน กรรมการทั้งหมดที่มีอยู่ในขณะนั้น ก็ได้ดำเนินการตามมตินั้นได้

หมวด ๕

การควบคุมการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย
และการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

มาตรา ๓๑ ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กระทำการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เว้นแต่ในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

(๑) การกระทำต่อตนเอง

(๒) การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยตามหน้าที่ ตามกฎหมาย ตามหลักมนุษยธรรมหรือตามธรรมจรรยา โดยมีได้รับประโยชน์ตอบแทน

(๓) นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรม ซึ่งทำการฝึกหัดหรือฝึกอบรมในความควบคุมของสถาบันการศึกษาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของรัฐหรือที่ได้รับอนุญาตจากทางราชการให้จัดตั้งสถาบันทางการแพทย์ของรัฐ หรือสถาบันการศึกษา หรือสถาบันทางการแพทย์อื่นที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง ทั้งนี้ ภายใต้ความควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ฝึกหัดหรือผู้ให้การฝึกอบรมซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๔) บุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษอื่นตามที่มิใช่กฎหมายกำหนด หรือสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(๕) บุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในความควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(๖) การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ทั้งนี้ โดยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

(๗) หมอพื้นบ้าน ซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานไม่น้อยกว่าสิบปีเป็นที่นิยมนอกจากชุมชน โดยมีคณะกรรมการหมู่บ้านหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เสนอให้หน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นผู้รับรอง ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา ๓๒ ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือวุฒิปริญญาตรีในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ใช้คำหรือข้อความด้วยอักษรไทยหรืออักษรต่างประเทศว่าแพทย์แผนไทย หรือ

ใช้อักษรย่อของคำดังกล่าว หรือใช้คำแสดงวุฒิการศึกษาทางแพทย์แผนไทย หรือใช้อักษรย่อของวุฒิดังกล่าว ประกอบกับชื่อหรือชื่อสกุลของตน หรือใช้คำหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน ซึ่งทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน

มาตรา ๓๓ ห้ามมิให้ผู้ใช้คำหรือข้อความที่แสดงให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนมีสิทธิเป็นผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว ทั้งนี้ รวมถึงการใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้อื่นกระทำการดังกล่าวให้แก่ตน เว้นแต่ผู้นั้นเป็นผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากสภาการแพทย์แผนไทย หรือที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๓๔ การขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต อายุใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาต การออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และหนังสือแสดงวุฒิอื่น รวมทั้งการออกใบแทนในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ให้เป็นไปตามข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๓๕ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องสมัครเป็นสมาชิกแห่งสภาการแพทย์แผนไทย และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

เมื่อสมาชิกภาพของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ผู้ใดสิ้นสุดลงตามมาตรา ๑๔ ให้ใบอนุญาตของผู้นั้นสิ้นสุดลง

ให้ผู้ซึ่งสมาชิกภาพสิ้นสุดลงตามมาตรา ๑๔ (๓) และ (๔) ส่งคืนใบอนุญาตต่อเลขาธิการภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ทราบการสิ้นสุดสมาชิกภาพ

มาตรา ๓๖ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ต้องประกอบวิชาชีพภายใต้บังคับแห่งข้อจำกัดและเงื่อนไขและต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย

มาตรา ๓๗ บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายเพราะการประทุพผิตตามมาตรา ๓๖ ของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีสิทธิกล่าวหาผู้ก่อให้เกิดความเสียหายนั้น โดยทำคำกล่าวหาเป็นหนังสือยื่นต่อสภาการแพทย์แผนไทย

บุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าประทุพผิตตามมาตรา ๓๖ โดยทำคำกล่าวโทษเป็นหนังสือยื่นต่อสภาการแพทย์แผนไทย

กรรมการมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าประทุพผิตตามมาตรา ๓๖ โดยแจ้งเรื่องต่อสภาการแพทย์แผนไทย

สิทธิการกล่าวหาตามวรรคหนึ่งหรือสิทธิการกล่าวโทษตามวรรคสองหรือวรรคสามสิ้นสุดลงเมื่อพ้นหนึ่งปีนับแต่วันที่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้กล่าวโทษรู้เรื่องการประทุพติผิดตามมาตรา ๓๖ และรู้ตัวผู้ประทุพติผิด ทั้งนี้ ไม่เกินสามปีนับแต่วันที่มีการประทุพติผิดตามมาตรา ๓๖

การถอนเรื่องการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษที่ได้ยื่นหรือแจ้งไว้แล้วนั้นไม่เป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๓๘ เมื่อสภาการแพทย์แผนไทยได้รับเรื่องการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษตามมาตรา ๓๗ หรือในกรณีที่คณะกรรมการมีมติว่ามีพฤติการณ์อันสมควรให้มีการพิจารณาเกี่ยวกับการประทุพติผิดตามมาตรา ๓๖ ของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้เลขาธิการเสนอเรื่องดังกล่าวต่อประธานอนุกรรมการจรรยาบรรณโดยไม่ชักช้า

มาตรา ๓๙ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจรรยาบรรณจากสมาชิกประกอบด้วยประธานคนหนึ่ง และอนุกรรมการมีจำนวนรวมกันไม่น้อยกว่าสามคน มีอำนาจหน้าที่สืบสวนหาข้อเท็จจริงในเรื่องที่ได้รับตามมาตรา ๓๘ แล้วทำรายงานพร้อมทั้งความเห็นเสนอคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจรรยาบรรณเกินกว่าหนึ่งคณะก็ได้

ให้คณะอนุกรรมการจรรยาบรรณดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดในวรรคหนึ่งให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการกำหนด ถ้ามีเหตุจำเป็นไม่อาจดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ประธานอนุกรรมการจรรยาบรรณแจ้งให้คณะกรรมการทราบก่อนครบกำหนดเวลาดังกล่าว ในการนี้ให้คณะกรรมการพิจารณาขยายระยะเวลาดำเนินการออกไปได้ไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่ครบกำหนดเวลา

มาตรา ๔๐ เมื่อคณะกรรมการได้รับรายงานและความเห็นของคณะอนุกรรมการจรรยาบรรณแล้ว ให้คณะกรรมการพิจารณารายงานและความเห็นดังกล่าวแล้วมีมติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (๑) ให้คณะอนุกรรมการจรรยาบรรณสืบสวนหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติมเพื่อเสนอให้คณะกรรมการพิจารณา
- (๒) ให้คณะอนุกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนในกรณีที่เห็นว่าข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษนั้นมีมูล
- (๓) ให้ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษในกรณีที่เห็นว่าข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษนั้นไม่มีมูล

มาตรา ๔๑ ให้คณะกรรมการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสอบสวนจากสมาชิกประกอบด้วยประธานคนหนึ่ง และอนุกรรมการมีจำนวนรวมกันไม่น้อยกว่าสามคน มีอำนาจหน้าที่สอบสวน สรุปผลการสอบสวนและเสนอสำนวนการสอบสวนพร้อมทั้งความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อวินิจฉัยชี้ขาด

คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสอบสวนเกินกว่าหนึ่งคณะก็ได้

ให้คณะอนุกรรมการสอบสวนดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดในวรรคหนึ่งให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการกำหนด ถ้ามีเหตุจำเป็นไม่อาจดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ประธานอนุกรรมการสอบสวนแจ้งให้คณะกรรมการทราบก่อนครบกำหนดเวลาดังกล่าว ในการนี้ ให้คณะกรรมการพิจารณาขยายระยะเวลาดำเนินการออกไปได้ไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่ครบกำหนดเวลา

มาตรา ๔๒ ในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการจรรยาบรรณและของคณะกรรมการสอบสวนตามพระราชบัญญัตินี้ ให้อนุกรรมการจรรยาบรรณและอนุกรรมการสอบสวนเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา มีอำนาจเรียกบุคคลใด ๆ มาให้ถ้อยคำและมีหนังสือแจ้งให้บุคคลใด ๆ ส่งเอกสารหรือวัตถุเพื่อประโยชน์แก่การดำเนินงานของคณะกรรมการดังกล่าว

มาตรา ๔๓ ให้ประธานอนุกรรมการสอบสวนมีหนังสือแจ้งข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ พร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องที่ถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษให้ผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษไม่น้อยกว่าสิบห้าวันก่อนวันเริ่มทำการสอบสวน

ผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษมีสิทธิทำคำชี้แจงหรือนำพยานหลักฐานใด ๆ มาให้คณะกรรมการสอบสวน

คำชี้แจงหรือพยานหลักฐานให้ยื่นต่อประธานอนุกรรมการสอบสวนภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากประธานอนุกรรมการสอบสวน หรือภายในกำหนดเวลาที่คณะกรรมการสอบสวนจะขยายให้

มาตรา ๔๔ เมื่อคณะกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนเสร็จสิ้นแล้วให้เสนอสำนวนการสอบสวน พร้อมทั้งความเห็นต่อคณะกรรมการภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ทำการสอบสวนเสร็จสิ้นและต้องไม่เกินกำหนดเวลาตามมาตรา ๔๑ วรรคสาม เพื่อให้คณะกรรมการวินิจฉัยชี้ขาด

มาตรา ๔๕ เมื่อคณะกรรมการได้รับสำนวนการสอบสวนและความเห็นของคณะกรรมการสอบสวนแล้ว ให้คณะกรรมการพิจารณาสำนวนการสอบสวนและความคิดเห็นดังกล่าวให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับสำนวนการสอบสวนและความเห็นของคณะกรรมการสอบสวน

คณะกรรมการอาจให้คณะกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนเพิ่มเติมก่อนวินิจฉัยชี้ขาดก็ได้ และให้นำความในมาตรา ๔๑ วรรคสาม มาใช้บังคับโดยอนุโลม

คณะกรรมการมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (๑) ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ
- (๒) ว่ากล่าวตักเตือน
- (๓) ภาคทัณฑ์
- (๔) พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี
- (๕) เพิกถอนใบอนุญาต

ภายใต้บังคับมาตรา ๓๐ คำวินิจฉัยชี้ขาดของคณะกรรมการตามมาตรา นี้ ให้ทำเป็นคำสั่ง สภาการแพทย์แผนไทยพร้อมด้วยเหตุผลของการวินิจฉัยชี้ขาด และให้ถือเป็นที่สุด

มาตรา ๔๖ ให้เลขาธิการแจ้งคำสั่งสภาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา ๔๕ ไปยังผู้ถูกกล่าวหา หรือผู้ถูกกล่าวโทษเพื่อทราบภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่มีคำสั่งดังกล่าว และให้บันทึกข้อความตามคำสั่งนั้นไว้ในทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พร้อมทั้งแจ้งผลการวินิจฉัยชี้ขาดให้ผู้กล่าวหาหรือผู้กล่าวโทษทราบด้วย

มาตรา ๔๗ ภายใต้บังคับมาตรา ๓๑ ห้ามมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ซึ่งอยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือซึ่งถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยนับแต่วันที่ทราบคำสั่งสภาการแพทย์แผนไทยที่สั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือสั่งเพิกถอนใบอนุญาตนั้น

มาตรา ๔๘ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ซึ่งอยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาต ผู้ใดกระทำการฝ่าฝืนตามมาตรา ๔๗ และถูกลงโทษจำคุกตามมาตรา ๕๓ โดยคำพิพากษาถึงที่สุด ให้คณะกรรมการสั่งเพิกถอนใบอนุญาตของผู้นั้นนับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุด

มาตรา ๔๙ ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ซึ่งถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้เมื่อพ้นสองปีนับแต่วันที่ถูกลงโทษจำคุก แต่เมื่อคณะกรรมการได้พิจารณาคำขอรับใบอนุญาตและปฏิเสธการออกใบอนุญาต ผู้นั้นจะยื่นคำขอรับใบอนุญาตในครั้งต่อ ๆ ไปได้อีกต่อเมื่อสิ้นระยะเวลาหนึ่งปีนับแต่วันที่คณะกรรมการปฏิเสธการออกใบอนุญาต

หมวด ๖

พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๕๐ ในการปฏิบัติหน้าที่ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจดังต่อไปนี้

(๑) เข้าไปในสถานที่ทำการของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในเวลาทำการของสถานที่นั้น เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

(๒) เข้าไปในสถานที่หรือยานพาหนะใด ๆ ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่า จะมีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือในเวลาทำการของสถานที่นั้น เพื่อตรวจค้นเอกสารหรือวัตถุใด ๆ ที่อาจใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ประกอบกับกรณีมีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าหากเน้นซักถามจะเอาหมายค้นมาได้ เอกสารหรือวัตถุดังกล่าวจะถูกย้าย ซุกซ่อน ทำลายหรือทำให้เปลี่ยนแปลงสภาพไปจากเดิม

(๓) ยึดเอกสาร หรือวัตถุใด ๆ ที่อาจใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง ให้บุคคลที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๕๑ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัว

บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา ๕๒ ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

เล่ม ๑๓๐ ตอนที่ ๑๐ ก ราชกิจจานุเบกษา ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

หน้า ๑๗
ราชกิจจานุเบกษา

หมวด ๗
บทกำหนดโทษ

มาตรา ๕๓ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๑ หรือมาตรา ๔๗ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๔ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๒ หรือมาตรา ๓๓ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๕ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๕ วรรคสาม หรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ตามมาตรา ๕๐ วรรคสอง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

มาตรา ๕๖ ผู้ใดไม่มาให้ถ้อยคำหรือไม่ส่งเอกสารหรือวัตถุใด ๆ ตามที่เรียกหรือแจ้งให้ส่ง ตามมาตรา ๔๒ โดยไม่มีเหตุอันควร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๗ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๕๑ วรรคหนึ่ง โดยไม่มีเหตุอันควร ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๕๘ ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าผู้นั้นเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕๙ ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และใบอนุญาตนั้นยังคงใช้ได้ ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๖๐ ให้นำความในมาตรา ๔๙ มาใช้บังคับกับผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ที่จะยื่นคำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

มาตรา ๖๑ ในระยะเริ่มแรกที่ยังมิได้เลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๒) (๓) (๔) และ เลือกตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕) ให้คณะกรรมการประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นนายกสภาการแพทย์แผนไทย อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

ประธานและรองประธานคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และประธานและรองประธานคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะที่ดำรงตำแหน่งอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และนายกสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทยเป็นกรรมการ

ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งกรรมการตามวรรคหนึ่ง ทำหน้าที่เลขาธิการ รองเลขาธิการ เภรณูญิกและผู้ดำรงตำแหน่งอื่น ตามความจำเป็น

การเลือกกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๒) (๓) และ (๔) และการเลือกตั้งกรรมการตามมาตรา ๑๕ (๕) ให้กระทำให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

เพื่อประโยชน์แห่งการจัดส่วนได้เสีย ในวาระแรกห้ามมิให้ผู้ที่เป็นกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในชั้นสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาดำรงตำแหน่งนายกสภาการแพทย์แผนไทย และเลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย ภายในสองปีนับแต่วันที่พ้นจากตำแหน่ง กรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว

มาตรา ๖๒ ในระหว่างที่ยังมิได้ออกกฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับ หรือประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ให้นำกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะในส่วนที่เกี่ยวกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย มาใช้บังคับโดยอนุโลม แต่ต้องไม่เกินสองปี นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๖๓ ให้ถือว่าการประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพหรือข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะในส่วนที่เกี่ยวกับวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้กระทำก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับและยังไม่มี การดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ เป็นการประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพหรือข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามพระราชบัญญัตินี้ และการดำเนินการต่อไปให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ในกรณีที่มีการดำเนินการกับผู้ประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพหรือข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ และการดำเนินการต่อไปให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร

นายกรัฐมนตรี

อัตราค่าธรรมเนียมวิชาชีพการแพทย์แผนไทย

- | | |
|--|------------------|
| (๑) ค่าขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
การแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์
แผนไทยประยุกต์ | ฉบับละ ๓,๐๐๐ บาท |
| (๒) ค่าต่ออายุใบอนุญาต | ฉบับละ ๒,๐๐๐ บาท |
| (๓) ค่าหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพ
การแพทย์แผนไทยประยุกต์ | ฉบับละ ๕๐๐ บาท |
| (๔) ค่าหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ
ในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือ
การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ | ฉบับละ ๒,๐๐๐ บาท |
| (๕) ค่าใบแทนใบอนุญาต | ฉบับละ ๕๐๐ บาท |

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ อยู่ในความควบคุมตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ทำหน้าที่กำกับดูแลการประกอบโรคศิลปะต่าง ๆ และมีคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งในปัจจุบันจำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมีบุคลากรเหล่านี้มีคุณสมบัติ วิทยุฒิ ความรู้ความชำนาญด้านวิชาชีพแพทย์แผนไทยและวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ อีกทั้งในปัจจุบันวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้เจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นอันมาก และมีศักยภาพเพียงพอที่จะปกครองตนเองได้ในวงการแพทย์แผนไทยด้วยกัน อีกทั้งเพื่อให้เป็นการสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ให้บุคคลมีเสรีภาพในการประกอบกิจการหรือประกอบอาชีพและการแข่งขันโดยเสรีอย่างเป็นธรรม รวมตลอดจนให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองโดยตรง จึงสมควรแยกการกำกับดูแลและการควบคุมการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ออกจากอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะและคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยจัดตั้ง “สภาการแพทย์แผนไทย” ขึ้น เพื่อส่งเสริมการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กำหนดและควบคุมมาตรฐานและจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ให้เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและควบคุมมิให้มีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากบุคคลซึ่งไม่มีความรู้ อันก่อให้เกิดภัยและความเสียหายแก่ประชาชน พร้อมกับเป็นการสนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาให้วิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีความเจริญก้าวหน้าในภายภาคหน้าต่อไป จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

สภาการแพทย์แผนไทย

คำแนะนำการยื่นคำขอเป็นสมาชิก / คำขอดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิก บัตรสมาชิก และใบอนุญาต / คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

เพื่อความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีปฏิบัติกรยื่นคำขอฯ โปรดอ่านรายละเอียด

1. ในขณะนี้ ตั้งแต่วันที่ 27 ตุลาคม 2557 เป็นต้นไป สภาการแพทย์แผนไทยจะเปิดทำธุรกรรมให้ยื่นคำขอฯ ในวันทำการปกติ เวลา 09.00-12.00 น. และ 13.00-15.30 ดังนี้ (หยุดวันเสาร์-อาทิตย์ และนักชัตดฤกษ์)
 - 1.1 คำขอเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย
 - 1.2 คำขอดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิก บัตรสมาชิก และใบอนุญาต
 - 1.3 คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ทั้งนี้ต้องยื่นคำขอให้ครบถ้วนทั้ง 3 คำขอ ตามข้อ 1.1 ถึง 1.3 สามารถรับแบบคำขอฯ โดยตรงจากสำนักงานเลขาธิการสภาการแพทย์แผนไทย หรือ Download ได้ที่ www.mrd.go.th/ข่าวประชาสัมพันธ์/ยื่นคำขอเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย www.thaimed.or.th (เว็บไซต์สภาการแพทย์แผนไทย)
2. เพื่อเป็นการดำเนินการเร่งด่วนให้กับผู้ที่สอบผ่านในปี พ.ศ.2556-2557 จำเป็นต้องมีใบอนุญาตสำหรับใช้ประกอบวิชาชีพในการทำงาน กลุ่มผู้ยื่นคำขอได้ในขณะนี้ ได้แก่
 - 2.1 ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมาตรา 33 (1) (ก) หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตาม มาตรา 33 (1) (ข) หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ซึ่งมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแล้ว หากประสงค์จะรับหนังสือสำคัญการเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย และบัตรประจำตัวสมาชิก ยื่นคำขอฯและชำระเงินตามข้อ 5

ตามข้อ 2.1 นี้ สภาการแพทย์แผนไทย ยังไม่เปิดธุรกรรมรับใบอนุญาตสภาการแพทย์แผนไทย แบบใหม่ ตามที่กำหนดในท้ายข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยฯ) ทั้งนี้สภาการแพทย์แผนไทย จะประชาสัมพันธ์ ให้ทราบกำหนดระยะเวลาดำเนินการธุรกรรมในภายหลังอีกครั้ง
 - 2.2 ผู้สอบผ่านความรู้ตามมาตรา 12 (2) (ข) ในปี พ.ศ. 2557
 - 2.2.1 ผู้ที่สอบผ่านความรู้ตามมาตรา 12 (2) (ข) ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งยังไม่เคยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในด้านอื่นๆ หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตาม มาตรา 33 (1) (ก) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ยื่นคำขอฯ และชำระเงินตามข้อ 5
 - 2.2.2 ผู้ที่สอบผ่านความรู้ตามมาตรา 12 (2) (ข) ในปี พ.ศ. 2557 และเคยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในด้านอื่นๆ ตามมาตรา 33 (1) (ข) หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตาม มาตรา 33 (1) (ก) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ถือว่าได้เป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยแล้ว ไม่ต้องชำระค่าจดทะเบียน ให้ยื่นคำขอฯและชำระเงินตามข้อ 5
 - 2.3 ผู้สอบผ่านความรู้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ (ก่อนปี พ.ศ.2556 และปี พ.ศ.2556-2557)
 - 2.3.1 ผู้ที่สอบผ่านความรู้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สอบผ่านและได้หนังสือรับรองเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ในปี พ.ศ.2556-2557 ซึ่งยังไม่เคยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตาม มาตรา 33

- (1) (ก) หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 33 (1) (ข) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ยื่นคำขอและชำระเงินตามข้อ 5
- 2.3.2 ผู้ที่สอบผ่านความรู้การแพทย์แผนไทยประยุกต์และได้หนังสือรับรองเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2556-2557 และเคยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 33 (1) (ก) หรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 33 (1) (ข) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ถือว่าได้เป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทยแล้ว ไม่ต้องชำระค่าจดทะเบียน ให้ยื่นคำขอ และชำระเงินตามข้อ 5
3. ต้องกรอกข้อมูล แบบหลักฐานประกอบการพิจารณาให้ครบถ้วนทุกแบบคำขอ และชำระเงินเต็มจำนวนตามข้อ 5 โดยยื่นแบบคำขอด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่ซึ่งจะดำเนินการรับแบบคำขอจากท่าน
- หากตรวจสอบแล้วพบว่าท่านกรอกข้อมูลไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง หรือยื่นเอกสารหลักฐานเท็จ สภาการแพทย์แผนไทย จะระงับการดำเนินการขอเป็นสมาชิก การขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตทันที
- 3.1 คำขอเป็นสมาชิกสภาการแพทย์แผนไทย แบบหลักฐานตามระบุในแบบฟอร์ม ข้อ 5
- 3.2 คำขอดำเนินการด้านทะเบียนสมาชิก บัตรสมาชิก และใบอนุญาต แบบหลักฐานตามระบุในแบบฟอร์ม ข้อ 3
- 3.3 คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต แบบหลักฐานตามระบุในแบบฟอร์ม ข้อ 4
- เพื่อประโยชน์ของท่าน สภาการแพทย์แผนไทยสามารถติดต่อประสานท่านได้สะดวก และรวดเร็ว โปรดแจ้งข้อมูลให้ถูกต้อง และเขียนตัวบรรจง
- o ที่อยู่ซึ่งติดต่อได้ให้ชัดเจน
 - o หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (ถ้ามี)
 - o Email Address
4. เตรียมรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 7 รูป (ต้องเหมือนกันทุกรูป) และเขียนชื่อ - นามสกุลด้านหลังทุกรูป (ไม่รับรูปถ่ายขนาดเกิน 1 นิ้ว)
5. ต้องชำระเงินเต็มจำนวน ในอัตราดังนี้
- 5.1 รายการแยกตามกลุ่มที่สามารถยื่นคำขอ

รายการ		บาท	(ก) (ข) ประยุกต์	(ข)		ประยุกต์	
			2.1	2.2.1	2.2.2	2.3.1	2.3.2
1	ค่าจดทะเบียนสมาชิก	1,000	ไม่ต้อง	✓	ไม่ต้อง	✓	ไม่ต้อง
2	หนังสือสำคัญการเป็นสมาชิก	100	✓	-	✓	-	✓
3	บัตรประจำตัวสมาชิก	100	✓	✓	✓	✓	✓
4	ใบอนุญาตฯ แผนไทย (ก) หรือ (ข)		ยังไม่เปิด ทำธุรกรรม				
	1) เวชกรรมไทย	500		✓	✓	-	-
	2) เภสัชกรรมไทย	500		✓	✓	-	-
	3) ผดุงครรภ์ไทย	500		✓	✓	-	-
	4) การนวดไทย	500	✓	✓	-	-	
5	ใบอนุญาตฯ แผนไทยประยุกต์	500	-	-	-	✓	✓
รวมจำนวนเงินที่ต้องชำระ			200	ดูในข้อ 5.2		1,600	700

5.2 รายการแยกตามกลุ่ม (ข)

จำนวนด้านที่รับใบอนุญาต	2.2.1	2.2.2
1 ด้าน	1,600	700
2 ด้าน	2,100	1,200
3 ด้าน	2,600	1,700
4 ด้าน	3,100	2,200

- 5.3 กรณีขอเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ต้องแนบสำเนาหนังสือสำคัญการได้รับอนุมัติให้เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล หรือ สำเนาทะเบียนสมรสกรณีขอเปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุลจากการสมรส โดยเปิดทำธุรกรรมเฉพาะกลุ่ม 2.2.1 / 2.2.2 / 2.3.1 / 2.3.2
6. หลังจากเจ้าหน้าที่รับแบบคำขอไว้แล้ว
- 6.1 จะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและเอกสารทั้งหมด กรณีที่ผู้ยื่นคำขอปฏิบัติตามขั้นตอน กรอกข้อมูลถูกต้อง ยื่นเอกสารครบถ้วนตรงตามจริง และชำระเงินเรียบร้อยแล้ว จึงจะเสนอรายชื่อต่อคณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทยเพื่อพิจารณาให้มิดีรับหรือไม่รับเป็นสมาชิก กรณีมีมิดีรับเป็นสมาชิกแล้ว จะจัดทำเอกสารสำคัญต่อไป
- 6.2 หากตรวจสอบแล้วพบว่าผู้ยื่นคำขอไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือยื่นเอกสารไม่ครบถ้วนตรงตามจริง หรือไม่ชำระเงินตามที่กำหนดไว้ จะไม่สามารถเสนอรายชื่อต่อคณะกรรมการสภาการแพทย์แผนไทยเพื่อพิจารณา จนกว่าท่านจะปฏิบัติตามรายละเอียดในเอกสารนี้
- 6.3 ตามข้อ 6.1 และ 6.2 สภาการแพทย์แผนไทยจะแจ้งมติแก่ผู้สมัครเป็นสมาชิกทราบตามที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้
7. ติดตามข่าวสารที่ www.mrd.go.th(ข่าวประชาสัมพันธ์ (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ)
www.thaimed.or.th (สภาการแพทย์แผนไทย)
www.thaicam.go.th (สำนักการแพทย์ทางเลือก)
- หมายเลขติดต่อสอบถาม 0 2590 1997 ต่อ 308 , โทรสาร 0 2590 1997 ต่อ 306
8. สภาการแพทย์แผนไทยจะประชาสัมพันธ์แจ้งทราบ ให้มารับหนังสือสำคัญต่างๆที่เสร็จสมบูรณ์แล้วทาง Web Site ในข้อ 7

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

นางสาวเหมือนฝัน ไม่สูญผล

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2544 นิเทศศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยุกระจายเสียงและ
โทรทัศน์ (นศ.บ) มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตพ.ศ. 2547 นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการประชาสัมพันธ์
(นศ.ม) มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ผู้จัดการร้านเปียกอะไหล่ยนต์

นักวิชาการด้านการประชาสัมพันธ์ บริษัท เอ็นริชคอนซัล
แดนท์ จำกัดอาจารย์ (พิเศษ) คณะนิเทศศาสตร์ สาขาวิทยุกระจายเสียง
และโทรทัศน์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

วิทยากรพิเศษ ประจำคณะวิทยากรจัดการ สาขาวิชา

นิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา