

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาการนวด และการประคบสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการแพทย์แผนไทย
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องการนวดไทย และการประคบสมุนไพร
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับ
- 2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 2.1.1 ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ”

คำว่าผู้สูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต โดยที่อายุหรือวัยมีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคล ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ และสังคม

ความสูงอายุตตามพุทธศาสนา หมายถึง ความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ไปหาความตายของทุกสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเบื้องต้น อาการที่เรียกว่าชรา นั้นได้ปรากฏขึ้นตั้งแต่ผู้นั้นหรือสิ่งนั้นเกิดขึ้นเป็นตัวตนขึ้นมาทีเดียว และครอบงำเรื่อยไปจนผู้นั้นหรือสิ่งนั้นสลายไป

ความสูงอายุตตามพระพุทธศาสนาแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ปฏิจฉินชรา หมายถึง ความแก่ที่ถูกความเติบโตปิดบังอยู่ เช่น เด็กที่กำลังเติบโตความจริงก็ถูกความชราครอบงำอยู่เหมือนกัน หากความเติบโตมีมากกว่าความชราจึงถูกปิดบังไว้

2. อัปปฏิจฉิน หมายถึง ความแก่ที่ถูกเปิดเผย หรือความแก่ที่แสดงตัวออกมาให้เห็นเต็มที่ (เป็น มุฑุกันท์, ม.ป.ป. : 101 อ้างถึงใน ถศิวรณ รุ่งเมฆารัตน์, 2542: 7)

องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่าผู้สูงอายุในโลก คือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยคาดการณ์ว่าปี 2568 ผู้สูงอายุจะกลายเป็นประเด็นสำคัญของโลก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2544: 7)

ส่วนในประเทศไทยนั้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุปี 2546ได้บัญญัติในมาตราที่ 3ไว้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุประจำปี 2550 และได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปโดยได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3กลุ่มตามช่วงวัย คือ กลุ่มที่เป็น ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 31.7 เป็น ผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง (มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550:13)

จากที่มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ข้างต้น สรุปได้ว่า เกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดว่าผู้ใด จะเป็นผู้อยู่ในประเทศไทย คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชาย และหญิง และมีสัญชาติไทย แต่ ในการศึกษารุ่นนี้จะศึกษาในเขตพื้นที่ชนบท ดังนั้นผู้สูงอายุจะหมายถึง ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในช่วงวัยแรงงาน ที่เป็นผู้หารายได้หลักให้กับครอบครัวแล้ว มีอายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมทั้งมี สัญชาติไทย

### 2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี 2550 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัย กลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง

การกระจายตัวของประชากรสูงอายุในเชิงพื้นที่เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตาม เขตการปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่าผู้สูงอายุที่ได้มีการพักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มี ประมาณร้อยละ 28.6 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 71.4 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน ผู้สูงอายุมากที่สุดประมาณร้อยละ 33.6 รองลงมา คือภาคกลางประมาณร้อยละ 23.6 ภาคเหนือ ประมาณร้อยละ 20.9 และภาคใต้ประมาณร้อยละ 12.7 สำหรับในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นมี ผู้สูงอายุน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.2

จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุมากที่สุด ไม่นับรวมกรุงเทพมหานครคือ จังหวัด นครราชสีมา เชียงใหม่ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช และอุบลราชธานี สำหรับจังหวัดที่มีประชากร สูงอายุน้อยที่สุด คือ จังหวัดระนอง แม่ฮ่องสอน ภูเก็ต สมุทรสงคราม และพังงา

เมื่อพิจารณาอัตราประชากรสูงอายุในแต่ละภาคซึ่งหมายถึงร้อยละของจำนวนประชากร สูงอายุในแต่ละภาคต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในภาคนั้น ๆ พบว่าภาคเหนือมีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด

คือ 12.6 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10.7 ภาคกลางและภาคใต้มี อัตราผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 10.3 และ ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ) กรุงเทพมหานครมีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุด คือ 9.4

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) เป็นผู้ที่สมรส โดยร้อยละ 60.1 ของผู้สูงอายุที่สมรสเป็นผู้ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2.4 ที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน และมีผู้สูงอายุที่เป็นม่ายหย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 34.8 และเป็นโสดร้อยละ 2.7 ซึ่งใน 2 กลุ่มหลังนี้ถือได้ว่าเป็นผู้ที่ไม่คู่สมรส ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่านำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อความยากลำบากในการดำรงชีวิต

การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตผู้ได้รับการศึกษาย่อมมีโอกาสในการพัฒนาศักยภาพการดำรงชีวิตมากกว่าผู้ไม่ได้รับการศึกษาโดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาเท่านั้น (ร้อยละ 68.9) และรองลงมาคือต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 21.6) เพียงร้อยละ 9.5 จบสูงกว่าประถมศึกษา

เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุเรียนจบเป็นรายภาค พบว่ากรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เรียนจบสูงกว่าระดับประถมศึกษาสูงสุด (ร้อยละ 31.2) รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคใต้และภาคเหนือ (ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 8.1 และร้อยละ 6.3 ตามลำดับ) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษาต่ำสุด (ร้อยละ 5.1)

การทำงานนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวมีความมั่นคงในชีวิตแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรี ภาคภูมิใจที่สามารถเลี้ยงตนเองได้แม้จะผ่านพ้นวัยเกษียณอายุมาแล้วก็ตามนอกจากนี้การทำงานยังเป็นการออกกำลังกายทำให้สมองไม่หยุดนิ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุเอง ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.9 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 32.2 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.7 ในปี 2550 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นการเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และเพิ่มขึ้นทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.2) เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง รองลงมาคือช่วยธุรกิจครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง (ร้อยละ 17.2) เป็นลูกจ้าง (ร้อยละ 15.1) มีผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานเป็นนายจ้างร้อยละ 4.3 สำหรับการรวมกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพมีเพียงร้อยละ 0.2 ในด้านความต้องการทำงานจากการสำรวจครั้งนี้ได้ถามความต้องการทำงานของผู้สูงอายุทุกคนทั้งที่ทำงานในรอบสัปดาห์ที่แล้วและไม่ทำงาน พบว่าจำนวนประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) ของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีความต้องการที่จะทำงานร้อยละ 23.1 ของกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางยังมีความต้องการที่จะทำงานอยู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมีความต้องการที่จะทำงานต่ำสุดเพียงร้อยละ 8.9 กล่าวคือยิ่งมีอายุมากขึ้นความต้องการที่จะทำงานก็ยิ่งลดลง

แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.3) คือบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) แหล่งรายได้หลักรองลงมาคือจากการทำงานของผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ 28.9) จาก

คู่สมรส (ร้อยละ 6.1) จากเงินบำเหน็จ/บำนาญ(ร้อยละ 4.4) จากดอกเบี้ยที่อกเงยขึ้นมาจากเงินที่ผู้สูงอายุเก็บออมไว้/เงินออม/จากการขายทรัพย์สินที่มีอยู่ (ร้อยละ 2.9) และจากเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท (ร้อยละ 2.8) สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินที่ได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึง 2.2 เท่า (ร้อยละ 41.4 และร้อยละ 18.7 ตามลำดับ) ขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินที่ได้รับจากบุตรสูงกว่า ผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 61.5 และร้อยละ 40.8)

การติดต่อและการเยี่ยมเยียน หมายถึงถึงการที่บุตรที่อยู่นอกครัวเรือนมาเยี่ยมผู้สูงอายุ โทรศัพท์มาคุยกับผู้สูงอายุส่งอีเมลถึงผู้สูงอายุ และหรือการที่ผู้สูงอายุเป็นฝ่ายไปเยี่ยมบุตร โทรศัพท์คุยกับบุตร การส่งอีเมลถึงบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าวิธีการติดต่อและการเยี่ยมเยียนที่ใช้เป็นหลักระหว่างผู้สูงอายุและบุตร ได้แก่ การไปมาหาสู่หรือการเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 84.0) และการติดต่อทางโทรศัพท์ (ร้อยละ 68.8) เมื่อพิจารณาความถี่ในการเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร พบว่าร้อยละ 28.8 มีการเยี่ยมทุกวัน/เกือบทุกวันร้อยละ 16.2 เยี่ยมทุกสัปดาห์ร้อยละ 21.6 เยี่ยมทุกเดือนและร้อยละ 33.4 มีการเยี่ยมอย่างน้อยปีละครั้ง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550: 17)

สรุปว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุของไทยในปัจจุบันนั้น ประเทศไทยมีกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมดทั่วประเทศ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ จังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด คือ นครราชสีมา และจังหวัดที่มีผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือจังหวัดระนอง แต่อัตราผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดในแต่ละภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือมีอัตราผู้สูงอายุสูงกว่าภาคอื่นๆ ในส่วนข้อมูลพื้นฐานนั้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเท่านั้น ในกรุงเทพฯและภาคกลางมีสัดส่วนผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามากกว่าทุกภาคและมีรายได้หลักจากบุตรเป็นผู้ให้ รองลงมาคือ จากการทำงานของผู้สูงอายุเอง

### 2.1.3. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในปัจจุบันลักษณะของครอบครัวในสังคมไทยนั้นได้กลายเป็นครอบครัวแบบเดี่ยวมากกว่าครอบครัวแบบขยายไปแล้ว กล่าวคือการที่มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ไม่เกินสองรุ่น (Generation) ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวกลายเป็นปัญหาต่อเนื่องที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในปัจจุบันและในอนาคตมีแนวโน้มที่จะอยู่ลำพังหรืออยู่กับครอบครัวก็มักจะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่กับสมาชิกที่ต้องทำงานและผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านลำพังหรืออาจอยู่กับคู่ชีวิตที่เป็นผู้สูงอายุด้วยตนเองในเวลาที่สมาชิกคนอื่นออกไปทำงาน ซึ่งในประเด็นนี้เองจะทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่อง คือการที่ผู้สูงอายุต้องดูแลผู้สูงอายุ

ด้วยกันเอง การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทำให้ต้องมีการจ้างผู้ดูแลซึ่งอาจมีความรู้หรือทักษะที่ไม่ดีพอ

แนวความคิดในการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการสงเคราะห์มากกว่าการส่งเสริม คุ้มครอง และสนับสนุน จึงทำให้มุมมองต่อผู้สูงอายุเป็นการช่วยเหลือแบบสงเคราะห์โดยขาดการพัฒนาผู้สูงอายุยังมีผู้สูงอายุอีกหลายรายที่สังคมสามารถส่งเสริมให้ท่านดำรงไว้ซึ่งศักยภาพที่มีอยู่และนำศักยภาพนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสังคมไทยโดยปัญหานี้สังคมไทยต้องช่วยกันตีโจทย์ให้แตกกว่าจะหาทางออกหรือพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพโดยทำอย่างไรถึงจะสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสังคมได้

คำว่าศักยภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ในปี.ศ.2545 คือผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จะต้องประกอบด้วย 3 แนวคิด

**แนวคิดที่ 1** การพึ่งพาตนเองได้ หรือคงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเองในแต่ละช่วงชีวิตให้ได้

**แนวคิดที่ 2** การมีส่วนร่วมกับสังคมให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

**แนวคิดที่ 3** การสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้กับตนเองตามอัตภาพ ซึ่งข้อนี้รัฐอาจต้องเข้ามามีส่วนร่วมช่วยในการสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุในท้ายที่สุด (ศากุล ช่างไม้, 2550: 9)

ผู้สูงอายุไทย จำแนกได้ 3 กลุ่ม

**กลุ่มที่หนึ่งคือกลุ่มที่มีศักยภาพ (Active Aging)** เป็นผู้สูงอายุวัยต้น มีบทบาทและส่วนร่วมทางสังคม

**กลุ่มที่สองคือกลุ่มที่พอช่วยตนเองได้ (Independent Living for Elderly)** แต่ไม่มีบทบาทในการพัฒนาสังคมส่วนรวม จะต้องสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การมีรายได้อย่างต่อเนื่อง

**กลุ่มที่สามคือกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled Elderly)** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีอาชีพและรายได้ หรือมีแต่ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ เช่น ผู้สูงอายุภาคเกษตร รายได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีความพิการหรือทุพพลภาพ

จากการคาดประมาณประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2548 มีประชากรสูงอายุประมาณ 6.6 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นประมาณ 7.0 ล้านคนในปี 2550 ซึ่งจะรวมเป็น 10.4 ล้านคนในปี 2560 ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ กล่าวคือเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีบทบาททางสังคมเด่นชัด ประมาณร้อยละ 1.0 เป็นผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้ประมาณร้อยละ 84.0 และเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ประมาณร้อยละ 15.0 ผู้สูงอายุในกลุ่มพอช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งเป็นผู้ที่มีศักยภาพแฝงอยู่

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแฝงยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก โดยรัฐ และสังคมยังไม่ได้มีโอกาสที่จะดึงศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมเลย ผู้สูงอายุในประเทศไทยเผชิญปัญหาเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ อีกด้วย

ดังนั้นรัฐบาลในสมัยนาย อานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดนโยบาย และมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว ในปัจจุบันประเทศไทยอยู่ช่วงการดำเนินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยให้ประเทศไทยเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ”

โดยยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มี 5 ยุทธศาสตร์ 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์นั้นก็คือ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุในส่วนของยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุมีมาตรการ ดังนี้ **มาตรการที่ 1** ส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น **มาตรการที่ 2** มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ **มาตรการที่ 3** มาตรการส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ **มาตรการที่ 4** มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ **มาตรการที่ 5** มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อต่างๆ **มาตรการที่ 6** มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุนั้นให้ความสำคัญในเรื่องการดำเนินการเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการส่งเสริมศักยภาพซึ่งตรงจุดนี้ประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแฝงอยู่เป็นจำนวนมากทำให้เป็นที่น่าสนใจว่ายุทธศาสตร์นี้จะมีมาตรการใดมารองรับเพื่อจะได้สามารถนำศักยภาพแฝงของผู้สูงอายุที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเน้นทั้งในระดับบุคคลและองค์กรผู้สูงอายุ การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้คือ

การดำเนินงานของภาครัฐที่สำคัญมีดังนี้ การดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมผู้สูงอายุนี้มีหน่วยงานหลักจากภาครัฐเข้าร่วมดำเนินการ ยกตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ โดยมีการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านสุขภาพได้รับความรู้ และข้อมูลข่าวสารในการดูแลรักษาสุขภาพมีโอกาสร่วมกิจกรรมกีฬาและนันทนาการขณะเดียวกันได้รับบริการตรวจสุขภาพบริการด้านกายภาพบำบัด การนวดแผนไทยและการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีธรรมชาติกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีการจัดอบรมสัมมนาให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทัศนศึกษาดูงาน และการอบรมธรรมปฏิบัติ/และการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดองค์กรเครือข่ายด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการผลิตและเผยแพร่คู่มือสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดย

มุ่งเน้นการเผยแพร่ให้แก่หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผลิต“คู่มือกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” สำหรับเผยแพร่ให้แก่ชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ

การพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care) มีการส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์ดูแลและให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุพร้อมทั้งจัดทำคู่มือดูแลผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย และกิจกรรมนันทนาการแก่ผู้สูงอายุเป็นโครงการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายร่วมกัน และมีความรู้เรื่องการส่งเสริมการป้องกันและการดูแลสุขภาพตนเองกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามาเป็นอาสาสมัคร และร่วมบำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมส่วนรวมและการเผยแพร่ความรู้ภูมิปัญญา และประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้กับชุมชนโครงการส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายองค์กรชมรม ศูนย์ผู้สูงอายุ โดยการจัดสัมมนาการให้ความสนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพและการส่งเสริมอาชีพ เป็นต้นการผลิตสื่อ CD - Rom ดัชเน็วัดสุขภาพผู้สูงอายุไทย การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุผ่านทางระบบเว็บไซต์ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางวิชาการและมีการลงนามความร่วมมือในการส่งเสริม และสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรมอนามัยกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและโครงการปฏิบัติการรักษาศีลสัตถุ์ที่มีการนำผู้สูงอายุไปปฏิบัติธรรม และรักษาศีลในจังหวัดต่าง ๆ และการเยี่ยมชมสถานที่สำคัญทางพุทธศาสนา การฝึกอาชีพ มีการรวมกลุ่มจัดทำกิจกรรม อาทิ งานประดิษฐ์สำหรับผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีรายได้เสริม ตัวอย่างเช่น มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุในการประดิษฐ์ "โคมศรีล้านนา" ให้แก่เยาวชน ที่เป็นศิลปินวัฒนธรรม และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในจังหวัดทางภาคเหนือ เป็นต้นโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชนที่ดำเนินการโดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการเป็นการให้ความช่วยเหลือในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อการซ่อมแซมปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตที่ดีอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

หน่วยงานภาคเอกชน มีการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การจัดให้มีกิจกรรมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อาทิ การจัดเสวนา บรรยาย การสาธิต การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การป้องกันโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การให้บริการสุขภาพกายและสุขภาพจิต และให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เพื่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เช่นการออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ กายภาพบำบัด การจัดให้มีทัศนศึกษาออกสถานที่ ที่มีหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมดำเนินการ อาทิ กลุ่ม องค์กร ชมรมและเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ เป็นต้นกิจกรรมด้านการฝึกอาชีพ ที่เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะด้านอาชีพและมีรายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุตัวอย่างโดยการประกาศเกียรติคุณยกย่องและมอบโล่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีผลงานดีเด่นและทำคุณประโยชน์ให้สังคมและประเทศชาติการเผยแพร่ข่าวสาร ข้อมูลความรู้โดยการผลิตเอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ให้ผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ความเข้าใจและรู้เท่าทันต่อสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมปัจจุบัน

โดยโครงการที่ดำเนินการเพื่อให้มาตรการด้านการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุได้มีการขับเคลื่อนจึงได้จัดให้มีโครงการคลังภูมิปัญญา สืบเนื่องจากการที่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถได้มีพระราชเสาวนีย์ซึ่งมีประเด็นรับสั่งเกี่ยวกับการนำผู้ที่เกี่ยวข้องอายุแล้วแต่ยังมีความรู้ความสามารถมาช่วยงานเพื่อประโยชน์ต่อสังคม ต่อมาคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจึงได้มีการจัดทำระบบทะเบียนกลางธนาคารสมองทำหน้าที่เชื่อมประสานให้วุฒิสภาได้ทำงานตรงกับความต้องการของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ชุมชนโดยวุฒิสภาธนาคารสมองปัจจุบันมี 2,000 คนเศษเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องอายุจากภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชน อยู่ในส่วนกลาง และในสังคมเมืองเป็นส่วนใหญ่

จากแนวพระราชดำริข้างต้นทำให้ เข้าใจ ปรัชญาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเชื่อมั่นว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่า มีศักยภาพ มีศักดิ์ศรีสมควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคมเพื่อเป็นการรับสนองพระราชดำริฯ ประกอบกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักที่มีภารกิจด้านการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุน สถานภาพ บทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุได้พิจารณาเห็นว่าในภาคชนบทยังมีผู้สูงอายุที่ทรงภูมิปัญญาในด้านต่างๆตลอดจนนวัตกรรมจากภูมิปัญญาอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุได้คิดค้นหรือประมวลทักษะชีวิตขึ้นจากสภาพแวดล้อมอีกเป็นจำนวนมาก

หากได้รวบรวมขึ้นเป็นทะเบียนกลางของตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อเป็นคลังปัญญาของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การถ่ายทอดสู่ชุมชน ภูมิปัญญาก็จะไม่สูญสลายและสามารถอนุรักษ์ศิลปะความชำนาญกา พันฟูความรู้สืบทอดยังคนรุ่นต่อไปไม่สิ้นสุดผู้สูงอายุจะเกิดความภาคภูมิใจชุมชนจะได้รับประโยชน์ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาสังคมโดยภาคประชาชนเป็นแกนหลักส่งผลให้เกิดความมั่นคงยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ดังนั้นจึงได้จัดทำโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชน แต่จากสถิติการของนำความรู้ไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงนั้นยังพบว่ายังมีความถี่ต่ำในการนำไปใช้จริง จึงทำให้การดึงศักยภาพผู้สูงอายุนั้นยังไม่ได้ผล ดังนั้นจึงควรมีการจัดระบบการนำความรู้ของผู้สูงอายุ



มาใช้ประโยชน์อย่างมีระบบที่เอื้อต่อการนำไปใช้ได้จริงเพราะประเทศไทยยังมีปัญหาการขาดการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551: 3)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ารัฐบาลได้มีความพยายามในการดึงเอาศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาวโดยมียุทธศาสตร์เฉพาะที่เน้นการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ จึงได้จัดให้มีการขับเคลื่อนโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชน กล่าวคือ จัดให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศมาขึ้นทะเบียนคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชนโดยเน้นด้านภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์หนึ่งในภูมิปัญญานั้นก็คือ ภูมิปัญญาเรื่องสาธารณสุขซึ่งภูมิปัญญาในด้านนี้ก็อาจจะเกิดจากการมีประสบการณ์ในการรักษา การมีประสบการณ์ในการรับการรักษา ได้มีการเรียนรู้หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้และเคยนำไปปฏิบัติจนมีความชำนาญการมีศักยภาพของผู้สูงอายุคือความรู้ด้านภูมิปัญญาและสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

ดังนั้น ศักยภาพของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ ได้แก่ การมีประสบการณ์ในการรักษา การมีประสบการณ์ในการรับการรักษา ได้มีการเรียนรู้หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้และเคยนำไปปฏิบัติจนมีความชำนาญ และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

#### 2.1.4 ผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญ

ประเทศไทยมีการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขภายใต้รัฐธรรมนูญมาตั้งแต่ปี 2475 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พุทธศักราช 2475 ซึ่งประกาศใช้เป็นครั้งแรกนับแต่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชมาเป็นระบอบประชาธิปไตยควรเป็นรัฐธรรมนูญเพียงฉบับเดียวของไทยเช่นเดียวกับอารยประเทศที่มีการปกครองระบอบประชาธิปไตยพึงมีแต่โดยที่ประเทศไทยได้มีการทำรัฐประหารบ่อยครั้ง ส่งผลให้รัฐธรรมนูญอันเป็นแม่บทของการปกครองประเทศในขณะนั้นถูกล้มล้างไปจึงมีการยกร่างรัฐธรรมนูญขึ้นใหม่ในแต่ละครั้งหลังการรัฐประหาร

รัฐธรรมนูญแต่ละฉบับที่มีการประกาศใช้ภายหลังรัฐประหารมีบทบัญญัติที่คล้ายคลึงกันในส่วนโครงสร้างหลักๆ ของการปกครองประเทศ แต่บทบัญญัติในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ แนวนโยบายแห่งรัฐ และองค์กรที่เป็นกลไกในการตรวจสอบการบริหารประเทศนั้น แม้ในหลักการจะเหมือนกันในรัฐธรรมนูญแต่ละฉบับ แต่ในรายละเอียดนั้นมีความแตกต่างกันไปในรัฐธรรมนูญแต่ละฉบับ อันแสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการทางความคิดและความพยายามที่จะสร้างรากฐานการปกครองระบอบประชาธิปไตยที่มั่นคง

ในส่วนของบทบัญญัติที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น รัฐธรรมนูญตั้งแต่ฉบับแรก (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พุทธศักราช 2475 จนถึงรัฐธรรมนูญฉบับปี 2521 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2521ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติมสองครั้งใน 2528 และปี 2532) ไม่มี

บทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุแต่อย่างใด รัฐธรรมนูญ 2543 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติกล่าวถึงผู้สูงอายุ โดยบัญญัติให้รัฐพึงให้การช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพ กำลังใจ และความหวังในชีวิต (มาตรา 81) ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะได้รับอิทธิพลมาจากผลการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย เมื่อปี 2525 ที่ได้มีมติกำหนดนิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” ว่าหมายถึงความถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง และได้มีมติรองรับแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศในการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ คือ สุขภาพและโภชนาการ การคุ้มครองผู้บริโภคที่สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

รัฐธรรมนูญฉบับต่อๆ มาที่ประกาศใช้ภายหลังรัฐธรรมนูญปี 2543 คือ รัฐธรรมนูญปี 2540 และรัฐธรรมนูญปี 2550 ต่างก็มีบทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุเช่นกัน โดยมุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้สะท้อนอยู่ในบทบัญญัติที่กล่าวถึงผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญปี 2540 และรัฐธรรมนูญปี 2550 ด้วยซึ่งจะขอนำเสนอรายละเอียดของบทบัญญัติที่กล่าวถึงผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญปีล่าสุด คือปี 2550 ดังนี้

มีบทบัญญัติสองมาตราที่บรรจุหลักการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเช่นเดียวกับที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปี 2550ซึ่งได้แก่ มาตรา 53 (บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้ มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ - อยู่ในมาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญปี 2540) และมาตรา 80 (1) (รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุให้พึ่งพาตนเองได้ - อยู่ในมาตรา 80 วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2550) ซึ่งมีรายละเอียดของบทบัญญัติดังนี้

“มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ” และ “มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษา ปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้”

มาตรา 53 และมาตรา 80 (1) ของรัฐธรรมนูญปี 2550 แม้จะใช้ถ้อยคำแตกต่างไปจากมาตรา 54 และมาตรา 80 วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2540 บ้าง แต่มีหลักการเดียวกันกับมาตรา 54 และมาตรา 80 วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2540 ดังกล่าว บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ

มาตรา 53 และมาตรา 80 (1) จึงไม่แตกต่างจากที่วิเคราะห์ไว้แล้วในมาตรา 54 และมาตรา 80วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2540 นอกจากมาตรา 53 และมาตรา 80 (1) ดังกล่าวข้างต้นแล้ว รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550ได้เพิ่มเติมหลักการใหม่ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 40 ว่าด้วยสิทธิในกระบวนการยุติธรรม และมาตรา 84 (4) ว่าด้วยการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชรา อีกด้วย (ณัฐภัทร ถวัลย์โพธิ, 2551: 6-7)

## 2.1.5 อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

### 2.1.5.1 ความหมายของอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ผลรวมของความนึกคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ศรัทธา ความพอใจ และได้รับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งการประเมินผลตนเองในด้านความเป็นเอกลักษณ์ ความมีคุณค่า และความสามารถในด้านต่างๆ (กาญจนา กาญจนไตรรัตน์, 2527: 16)

Rogers 1951 (อ้างถึงใน สุกัญญา วิบูลย์พานิช, 2536: 25) ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ว่า หมายถึง โครงสร้างของการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะความสามารถคุณค่าของตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

James 1973 (อ้างถึงใน สุกัญญา วิบูลย์พานิช, 2536: 25) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์คือสิ่งที่บุคคลรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

- 1) อัตตาทางวัตถุ หมายถึง สิ่งต่างๆที่บุคคลนั้นเป็นเจ้าของร่างกาย ครอบครัวย
  - 2) อัตตาทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลนั้นที่มีต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
  - 3) อัตตาทางจิตใจ หมายถึง กระบวนการทางจิตใจ เช่น อารมณ์ ความต้องการ
- อัตตาทั้ง 3 ด้านนี้มีผลต่อการยอมรับในคุณค่าของตน (Self-esteem) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

อัตมโนทัศน์เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง และกับสิ่งแวดล้อมขึ้นอยู่กับว่าบุคคลอื่นในสังคมมีปฏิริยาต่อตัวบุคคลนั้นอย่างไร (Epstein, 1973: 405)

อัตมโนทัศน์ คือ ระบบโครงสร้างของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อส่วนรวม ทั้งหมดของร่างกาย พฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด วิถีชีวิต อันเป็นผลจากประสบการณ์ นอกจากจะทำให้เกิดการรับรู้แล้วยังจะมีการประเมินผลที่เกี่ยวกับตนเองด้วย (McDavid and Harari, 1969: 220)

### 2.1.5.2 องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

Driever 1976 (อ้างถึงใน สุกัญญา วิบูลย์พานิช, 2536: 6) ได้อธิบายถึงรายละเอียดองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ไว้ ดังนี้

1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองทั้งด้านความรู้สึก รูปร่างลักษณะ ความเคลื่อนไหวที่สามารถแสดงออกได้โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

- (1) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
- (2) ความสามารถในการควบคุมการกระทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาสถานที่

2) อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่า ความรู้สึก มั่นใจ และการประเมินค่าบุคลิกภาพตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

(1) ด้านศีลธรรมจรรยา (The Moral-ethical Self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความถูกต้องหรือความผิด ความสัมพันธ์กับศาสนา ความดีหรือความเลวของตนที่เกิดจากการประพฤติที่ฝ่าฝืนค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาที่ตนเองยอมรับนับถืออยู่

(2) ด้านความสม่ำเสมอในใจของตนเอง (Self-consistency) เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความเป็นตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความสมดุลอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีความรู้สึกไม่สมดุลก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวล

(3) ด้านอุดมการณ์หรือความคาดหวัง (Self-ideal/Self-expectancy) เป็นทัศนคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็นหรือคาดหวังไว้ แล้วจะพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นอย่างที่หวังไว้ ถ้าทำไม่ได้จะเกิดความรู้สึกที่ท้อถอยต่อคุณค่าและความสามารถของตน

(4) ด้านการยอมรับในคุณค่าของตน (Self-esteem) เป็นความรู้สึกนึกคิดหลายๆ ด้านซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณค่าของตนเอง และมีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ด้านอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกายและด้านส่วนตัว การสูญเสีย การวิตกกังวล ความรู้สึกผิดและความไม่สมหวังเหล่านี้มีส่วนเปลี่ยนแปลงการยอมรับในคุณค่าของตนเอง

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสามารถในการควบคุมการกระทำหน้าที่ของร่างกาย

2) อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านความสม่ำเสมอในใจของตนเอง ด้านอุดมการณ์หรือความคาดหวัง ด้านการยอมรับในคุณค่าของตน

### 2.1.5.3 อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ อารมณ์ จิตใจ การเรียนรู้สติปัญญา เศรษฐกิจ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย เพราะหมดภาระหน้าที่เรื่องงานและความรับผิดชอบ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคมและรู้ว่าตนเองไร้คุณค่า มีอัตมโนทัศน์ต่อการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีภาวะของโรคเรื้อรัง มีความบกพร่องในเรื่องของความคิด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการสนองตอบความ

ต้องการของตนเองและอาจต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแล จึงจะก่อให้เกิดความเครียด ขาดความมั่นใจ

แต่หากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สามารถรับรู้ในเรื่องของควมมีอายุมากขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ครอบครัว การยอมรับจากสังคมโดยสามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีขึ้น (อารีย์ สุวรรณคำ, 2541: 20)

### 2.1.6 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คนโดยทั่วไปนั้นมักจะมองผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่เสื่อมสภาพแล้วและต้องรอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุ คือ แหล่งสะสมความรู้และประสบการณ์ของคนรุ่นหลาน ที่มีศักยภาพสามารถช่วยเหลือพัฒนาสังคมและประเทศชาติได้อีกกลุ่มหนึ่งหากผู้สูงอายุได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาว (Berghorn et al, 1981: 331-347) กล่าวไว้ว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆด้าน ดังต่อไปนี้

#### 2.1.6.1 ด้านเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในการตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆทั้งในด้านที่อยู่อาศัยสภาพที่ดี มีอาหารที่เพียงพอมีคุณค่าการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องการมีสิ่งอำนวยความสะดวกและความสะดวกอื่นๆ การมีอาชีพหรือการทำงานของผู้สูงอายุ นอกจากได้มีรายได้เพื่อเลี้ยงตนเองแล้วยังได้ฝึกฝนการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายให้สามารถทำงานได้อย่างปกติและต่อเนื่อง เช่น ระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท เป็นต้น รวมทั้งสร้างคุณภาพภูมิใจ ความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจและมีคุณค่าในชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดียอมทำให้เกิดความพึงพอใจ นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีอัตราการทำงานในเชิงเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532: 16)

อย่างไรก็ตามฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทยยังอยู่ในระดับฝืดเคือง ทั้งนี้เนื่องมาจากประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นประเทศอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้บุตรหลานของผู้สูงอายุต้องขวนขวายหารายได้มาจุนเจือครอบครัวมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นภาระของรัฐในการให้สวัสดิการต่อผู้สูงอายุ

#### 2.1.6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

พุทธสุภษิตกล่าวไว้ว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” นั้นเป็นสัจธรรมที่แสดงถึงการมีสุขภาพที่ดีอันเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมวลมนุษยชน รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรในสังคม ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกันต่างก็ปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดี นั่นคือ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ สามารถพึ่งตนเองได้ อย่างไรก็ตามปัญหาภาวะสุขภาพ

ของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือปัญหาโรคภัยไข้เจ็บซึ่งมักเกิดขึ้นเสมอๆและโรคที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปวดท้อง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคปวดกระดูกและข้อ โรคชรา ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผิวหนัง สายตา การตมกลืนและการสัมผัส ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ความหว่าเหว่ เจ็บเหงา ซึมเศร้า ต้องการความรักและเอาใจใส่ เป็นต้น

สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามกฎธรรมชาติ นั่นคือยิ่งอายุมากขึ้นปัญหาสุขภาพก็จะมากขึ้น เช่น การเป็นโรคต่างๆ และการที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพดีขึ้น นอกจากจะมีชีวิตที่ยืนยาวแล้วยังจะต้องพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด และการเป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้นควรสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจโดยเน้นการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ

#### 2.1.6.3 ด้านสิ่งแวดล้อม

การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ มีทั้งบ้านพักอาศัยที่คงทนถาวรสะดวกสบาย ครอบคลุมและชุมชนอบอุ่น เพื่อนบ้านที่ดี มีบริการที่ดีด้านสาธารณูปโภคของชุมชนที่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความสงบและความเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและเป็นสุขได้

นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆตัว และสภาพแวดล้อมนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งตามปกติตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ย่อมต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ทางตรงก็ทางอ้อม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัว และนอกครอบครัวของผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองตอบต่อความต้องการทางสังคม เช่น การมีเพื่อนวัยเดียวกัน เนื่องจากทำให้สามารถรับทุกข์สุขได้อย่างเข้าอกเข้าใจกันดีกว่าคนต่างวัย ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความสุขความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งในด้านบุคคลสังคมบ้านชุมชนที่อยู่อาศัยและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในบ้านและชุมชนย่อมสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

#### 2.1.6.4 ด้านการพึ่งพาตนเอง

เมื่อสูงวัยขึ้น สมรรถนะการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายก็เสื่อมถอยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอเป็นโรค และเจ็บป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองจึงกลายเป็นเรื่องที่ยาก สำหรับการประเมินการพึ่งพาผู้สูงอายุสามารถประเมินได้โดยการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน (Calkins et al, 1986: 20) รวมทั้งการเตรียมอาหาร การซักรีดเสื้อผ้า การคิดคำนวณ การทำงานมีรายได้ การทำ

กิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่หากว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองต้องอาศัยบุคคลอื่นๆอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงลบบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงจากผู้ที่มิอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆตามความต้องการของตนเองมาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นซึ่งเป็นบทบาทที่อยากจะยอมรับ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัวสร้างภาระแก่ผู้อื่น

#### 2.6.1.5 ด้านการทำกิจกรรมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง

ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองนั้นมีค่ามีความหมาย ต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกว่าชีวิตนี้มีแต่ความเจียบเหงาน่าเบื่อหน่ายและหมดอาลัย การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้นจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความสนใจ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุว่ามี 3 ประเภท ดังนี้ (Berghorn et al, 1981: 343-344)

- 1) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activities) ได้แก่ การทำบุญเข้าวัดเพื่อตักบาตร การมีกิจกรรมในสโมสร เป็นต้น
- 2) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activities) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่างๆ เป็นต้น
- 3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary Activities) ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะสามารถปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะบุคคลที่สามารถทำและดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมีภาพพจน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเองและเป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองยังคงสามารถรักษาระดับการทำกิจกรรมได้มากหรือทำได้สม่ำเสมอ มองตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมซึ่งจะมีความสุขและพอใจที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ

#### 2.1.7 การดูแลสุขภาพตนเองและภาวะสุขของผู้สูงอายุ

สมจิต หนูเจริญกุล (2533 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 6-7) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ ดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อเป็นการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพอนามัย และสวัสดิภาพของแต่ละบุคคลการดูแลสุขภาพตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย แต่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพวัย และสภาพของแต่ละบุคคล

2. การดูแลสุขภาพตามพัฒนาการ เกิดขึ้นจากกระบวนการในการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต รวมทั้งการเจริญพันธุ์ในวัยต่างๆ ของชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะต่าง ๆ โดยทั่วไปเพื่อเป็นการปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการหรือความผิดปกติในโครงสร้างตลอดจนการทำงานของร่างกาย

ผู้วิจัยมีแนวทางการศึกษาดังนี้ การดูแลสุขภาพตนเองคือ การดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพทั้งในภาวะที่ปกติ และภาวะที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นรวมถึงการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 7) สรุปไว้ว่าแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มุ่งเน้นในความแตกต่างตนเอง ระหว่างการดูแลสุขภาพตนเองกับการดูแลสุขภาพด้วยวิชาชีพ กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มแนวคิดทางด้านสาธารณสุขที่มองการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ที่ระดับบริการขั้นต้นเป็นฐานล่างสุดของระบบบริการสุขภาพและกลุ่มที่สามมองจากมุมด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ที่เห็นว่าการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นลักษณะสำคัญของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะเป็นพฤติกรรม และการตัดสินใจของปัจเจกที่เกิดในบริบททางสังคม และระบบการบริการอื่น ๆ

มัลลิกา มัติโก (2530 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 7-8) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับพื้นฐานต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองที่นักสังคมวิทยา และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ให้ความสนใจ และพยายามผลักดันให้แนวคิดดังกล่าวกว้างขวาง และเป็นที่ยอมรับดังต่อไปนี้

1. สุขภาพ และความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคม และการดำเนินชีวิต ดังนั้นการดูแลรักษาสุขภาพ และความเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ และสิทธิโดยตรงของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

2. สุขภาพ และความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรมบุคคลแต่ละคนย่อมมีรูปแบบและวิธีการในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ถึงแม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหา และโรคภัยไข้เจ็บเดียวกันแต่เชื่อว่าต้องมีวิธีการ หรือรูปแบบในการจัดการที่เหมือนกัน เหตุเพราะว่าบุคคลแต่ละคนย่อมที่จะมีประสบการณ์ ความคิด ความชอบที่แตกต่างกันไป รวมทั้งความเชื่อและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพก็ย่อมจะมีความแตกต่างกัน เช่น ในอดีตมีความเชื่อว่าคนที่มีร่างกายอ้วนคือคนที่มี



สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ แต่ปัจจุบันกลับกลายเป็นว่า คนที่อ้วนนั้นแท้ที่จริงแล้วมีอาการ และสาเหตุของการเกิดโรคอยู่ในตัวมากมาย

3. ชุมชนทุกชุมชนมีการกำหนดรูปแบบการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยไว้แล้ว โดยกฎระเบียบทางสังคม เช่น กฎฝูงนกจะมีการช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ฤดูร้อนก็รณรงค์เรื่องอหิวาตกโรค หรือแม้กระทั่งการฉีดวัคซีนให้สุนัขเพื่อป้องกันโรคสุนัขบ้า

4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ถึงประชาชนในชนบท เนื่องจากบางชุมชนมีความห่างไกลจากความเจริญเป็นอย่างมาก การบริการสาธารณสุขก็ยังไม่ถึง ถ้าต้องการรับบริการก็มีราคาแพง ไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง

5. การส่งเสริมสุขภาพตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ชุมชน เพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเองและส่วนรวม ตลอดจนเพื่อเป็นการป้องกัน และแบ่งเบาภาระของแพทย์ให้น้อยลง

ลือชัย ศรีเงินยวง (2545 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 9-10) สุขภาพตนเองในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยแบ่งการพิจารณารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในฐานะวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญถือว่าเป็นแกนกลางของวัฒนธรรมทุกสังคม เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการเลือกที่จะมีวิถีการกิน การอยู่ การมีคู่ การเกิด และการตายของทุกคนในสังคม รวมทั้งมีแนวคิด วิถีการ วัตถุ และเทคโนโลยี ที่อาจเรียกรวมกันว่าภูมิปัญญาที่จะทำอย่างไร ถึงจะทำให้ การกิน การอยู่ การเกิด การตาย มีความสุข หรือความทุกข์น้อย พัฒนาการสิ่งเหล่านี้เป็นผลพวงทางวิชาการที่ถือว่าสะท้อนให้เห็นการปรับตัวของมนุษย์กับสภาพแวดล้อมทางนิเวศน์ สังคม เศรษฐกิจและประวัติศาสตร์ของแต่ละสังคมและเป็นวัฒนธรรมที่เหมาะสมสืบทอดดัดแปลง แลกเปลี่ยนกันและกลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของสังคม

2. การใช้ยารักษาตนเอง การซื้อยามากินเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพตนเองที่เปลี่ยนแปลงจากการดูแลรักษาตนเองด้วยการไม่ใช้ยาหรือการใช้การรักษาแบบพื้นบ้านในอดีตยาสมัยใหม่ที่แพร่กระจายกว้างขวางทำให้การซื้อยามากินเองกลายเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบใหม่ที่แพร่หลาย และมีบทบาทสำคัญที่สุดซึ่งไม่ได้เกิดเฉพาะกับสังคมไทยแต่หมายถึงประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลกในสังคมทุนนิยมบริโภคนิยมเช่นปัจจุบันที่สุขภาพก็เป็นสินค้าชนิดหนึ่งยาและผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพจำนวนมากกลายเป็นทางเลือกที่ไม่ใช่เฉพาะเพื่อการรักษาแต่เป็นวิถีทางในการดูแลและทำนุบำรุงสุขภาพของผู้คนมากยิ่งขึ้น

3. ครอบครัวยุคใหม่และชุมชนกับการดูแลตนเองในปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะปัญหาที่มีการตั้งข้อรังเกียจทางสังคม เช่น เอดส์ มะเร็ง โรคจิต และ ความพิการทั้งหลาย เป็นภาวะของความทุกข์ทั้งกายใจรวมถึงผู้เจ็บป่วย ครอบครัวยุคใหม่และญาติพี่น้องที่ยาวนาน

อย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ยากที่ระบบบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีธรรมชาติเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อจะมีความละเอียดอ่อนและอดทนเพียงพอที่จะดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องการการหนุนช่วยในหลายด้านโดยเฉพาะ อารมณ์จิตใจ และสังคม ผู้มีปัญหาเหล่านี้จึงต้องการดูแลมากกว่าการรักษา

4. กลุ่มและชุมชนที่ดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพตนเอง การรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือดูแลกันเองทางสุขภาพ เป็นปรากฏการณ์ที่มีขอบเขตของการเคลื่อนไหว กิจกรรม และวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย กว้างขวาง มีทั้งที่เกิดใหม่และที่เป็นความเคลื่อนไหวสืบเนื่องมายาวนาน บางกรณีเป็นหน่ออ่อนที่เกิดในชุมชนและบางกรณีเป็นการเคลื่อนไหวในระดับกว้างปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนมิติของการดูแลรักษาสุขภาพตนเองที่สะท้อนพลวัตรูปแบบใหม่ในสังคมที่ชัดเจน และน่าสนใจได้แก่ กลุ่มออกกำลังกายต่าง ๆ ชมรมชีวิตผสมผสานชีวิตและการทำมาหากินสู่สุขภาพ เช่น ชมรมหมอยาพื้นบ้านโสภณชุมชน อำเภอกุดชุม จังหัดยโสธร ชุมชนป่าแดด จังหวัดเชียงราย เป็นต้น เป็นระบบที่หนุนช่วยกลุ่มการดูแลตนเองในชุมชนให้มีความเป็นปึกแผ่นและเข้มแข็งยิ่งขึ้น

5. การเคลื่อนไหวทางสังคมในโครงการหรือนโยบายที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมกลุ่มประชาชนในหลายพื้นที่ซึ่งได้รับผลกระทบจากโครงการหรือนโยบายของรัฐรวมตัวลุกขึ้นมาเรียกร้องต่อต้านหรือคัดค้านโดยอาศัยเหตุผลด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่จะติดตามมา

สุขภาพของบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับการดูแลตนเอง กล่าวคือ บุคคลที่มีสุขภาพดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจย่อมสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่สุขภาพไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากอยู่ในภาวะเจ็บป่วย พิกการ หรือเกิดจากภาวะเสื่อมถอย จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ไม่เต็มที่ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจในชีวิตสูง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตและมีสุขภาพที่ดีจะปฏิบัติกิจกรรมในระดับสูง กล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญมาก เพราะถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายชีวิตอย่างมีความสุขได้เป็นอย่างดี (สุรพงษ์ คณานุกรักษ์, 2545: 37)

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

ความรู้สมัยก่อนเป็นการใช้ความรู้ที่รู้แจ้ง และมองเห็นโดยมีผู้กำหนดไว้ และนำไปปฏิบัติตามเท่านั้น เป็นการเรียนรู้อาจทฤษฎีหรือสิ่งที่กำหนดให้เห็นเท่านั้นแต่ปัจจุบันเน้นที่การนำเอาความรู้ที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคลมาใช้โดยการเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่เป็นการกระทำร่วมกันเพื่อเป็นการสร้างความรู้ (Knowledge Generation) โดยอาศัยการสร้างกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการ

เรียนรู้โดยการจัดการกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ทุกรูปแบบผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อสร้างความรู้ที่มีอยู่ในแหล่งต่าง ๆ (พรมพรรณ พันธมิฎ, 2547: 2)

การจัดการความรู้ เริ่มแรกก็คงต้องกลับไปดูความหมายของคำว่า “การจัดการ” ก่อน การจัดการ ก็คือ การที่เราดำเนินการกับสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ หรือได้ผลตามที่เรต้องการในเรื่องการจัดการความรู้ เริ่มแรกเราก็ต้องมาค้นหาว่า ความรู้อยู่ที่ไหน แล้ว ก็ต้องเลือกเอาบางความรู้ขึ้นมาเพราะว่าความรู้มันมีอยู่เยอะไปหมด เราเอามาทั้งหมดไม่ไหว เลือกแล้วนำมาขัดเกลา วิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ มีการรวบรวม จัดเก็บ จัดระบบการใช้ หรือการเผยแพร่ การใช้หรือการเผยแพร่ก็เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยน การผสมผสาน การสร้างความรู้ใหม่ ก็เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้ ตลอดจนการสร้างเครื่องมือต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเอกสารเป็นสิ่งพิมพ์ เครื่องมือสื่อสาร ไอที สร้างเป็นตำรา คู่มือ แบบฝึกหัด พวกนี้เป็นเครื่องมือ เป็นอุปกรณ์เพื่อการเรียนรู้ แล้วก็ต้องมีคนที่ช่วยถ่ายทอด ช่วยประยุกต์ ช่วยแนะนำเรื่องความรู้ที่เราเรียกว่าวิทยากร ต้องมีการฝึก วิทยากร พัฒนาวิทยากร

สิ่งเหล่านี้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้ การจัดการก็คือ ดำเนินการกับประเด็นต่างๆ ปัจจัยต่าง ๆ องค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุผลที่เราต้องการ อะไรคือ ผลที่เราต้องการ ผลที่เราต้องการ ก็คือ ได้มีความรู้ ได้ใช้ประโยชน์กว้างขวางยิ่งขึ้นเกิดประโยชน์ดีขึ้น นั่นคือสิ่งที่เรานั้นต้องการ ฉะนั้นการจัดการความรู้ คือ การดำเนินการกับสิ่งที่เราต้องการ ฉะนั้นการจัดการความรู้ คือ การดำเนินการกับปัจจัยต่างๆ เพื่อให้บรรลุ ก็คือ การได้ใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์มากขึ้น และดีขึ้น ได้ใช้ความรู้ หรือได้ประยุกต์ ได้ดัดแปลงได้ดำเนินการกับความรู้ เพราะหากเราแค่เก็บไว้เฉย ๆ ก็คงไม่เกิดประโยชน์อะไร การเก็บความรู้ใส่ตู้คงไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการจัดการความรู้ อย่างนั้นเรียกว่าจัดเก็บ ไม่ใช่จัดการ ต้องนำไปสู่ประโยชน์ ตัวสุดท้ายคือ เกิดประโยชน์

แนวความคิดการจัดการความรู้ เริ่มต้นด้วยความรู้ที่เป็น พระเอก นั่นคือ ความรู้ซ่อนเร้น หรือความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ยังไม่ได้เข้ารหัส หรือได้พิสูจน์ทางวิชาการเป็นความรู้ที่อยู่ในตัวตนหรืออยู่ภายในเครือข่าย ชุมชน หน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีความรู้อีกด้านหนึ่งคือ ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) ที่เข้ารหัสแล้วเผยแพร่ง่าย ทำความเข้าใจง่าย มีความชัดเจนสูง ผ่านการพิสูจน์ ทางวิชาการ ทางวิทยาศาสตร์ ความรู้นี้เป็นสิ่งที่เราค้นเคย และใช้อย่างมีพลัง หลังจากนั้นก็ได้มีการประดิษฐ์เครื่องพิมพ์ พิมพ์หนังสือได้มากมายทำให้ความรู้ด้านความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) ได้เข้ามาครองจักรวาล และพาราไดม์ของมนุษย์ ตามที่เข้าใจนั้น ความรู้ฝังลึกเคยครองมาก่อนแต่ได้สูญเสียพลังให้กับความรู้เด่นชัด จนทำให้เราไม่เข้าใจฝังลึกเลยประมาณ 20 ปีกว่าที่ผ่านมา วงการจัดการความรู้ได้ดึงเอาความรู้ฝังลึกกลับมาใหม่ โดยไม่ปฏิเสธความรู้เด่นชัด และได้มีการนำมาใช้ให้เกิดพลังที่เสริมกัน และคิดว่าวงการพัฒนานโยบายสาธารณะจะต้องใช้แนวคิดนี้กล่าวคือ

ควรดึงเอาทั้งความรู้ฝังลึก และความรู้ที่ชัดเจนมาใช้เสริมกันอย่างมีพลัง (วิจารณ์ พานิช, 2547: 77-79)

### 2.2.1 ประเภทของความรู้

ความรู้ที่นำมาจัดการแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในรูปแบบที่เป็นเอกสาร หรืออยู่ในตำราคู่มือการปฏิบัติงาน หรือสื่ออื่น ๆ ที่สามารถศึกษา จับต้องได้

2. ความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในตัวคน เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมมาเป็นเวลานาน เป็นภูมิปัญญาของแต่ละคน

การจัดการความรู้เด่นชัด(Explicit Knowledge Management) เน้นการเข้าถึงแหล่งความรู้ และการนำ “ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge)” ไปปรับใช้ แล้วเกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดความรู้ใหม่ จากนั้นนำมาสรุปไว้เพื่อใช้อ้างอิงหรือให้ผู้อื่นได้ใช้ต่อไป

(สถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม, ม.ป.ป.:1)

ส่วนการจัดการความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) เน้นการจัดเวทีเพื่อให้ผู้ปฏิบัติ มีการแบ่งปันความรู้ที่มีอยู่ในตัวของผู้ปฏิบัติ แล้วทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การสร้างความรู้ใหม่ที่แต่ละคนสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ต่อไป และใช้ได้ในชีวิตจริง ความรู้ 2 ประเภทนี้จะเปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมา คือ บางครั้งความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) จะถูกนำออกมาเป็นความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) และบางครั้ง ความรู้เด่นชัดก็เปลี่ยนไปเป็นความรู้ซ่อนเร้น

### 2.2.2 ความหมายของคำว่าจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่ซับซ้อน และกว้างขวาง ไม่สามารถให้นิยามด้วยถ้อยคำ สั้น ๆ ได้ ต้องให้นิยามหลายข้อ จึงจะครอบคลุมความหมาย ซึ่งได้แก่

การจัดการความรู้มีความหมายรวมถึง การรวบรวม การจัดระบบ การจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูลเพื่อสร้างเป็นความรู้ เทคโนโลยีด้านข้อมูลและด้านคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มพลังในการจัดการความรู้แต่เทคโนโลยีด้านข้อมูลและคอมพิวเตอร์โดยตัวของมันเองไม่ใช่การจัดการความรู้

การจัดการความรู้เกี่ยวข้องกับการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) ถ้าไม่มีการแบ่งปันความรู้ความพยายามในการจัดการความรู้จะไม่ประสบผลสำเร็จ พฤติกรรมภายในองค์กรเกี่ยวกับวัฒนธรรม พฤติกรรมและวิธีปฏิบัติ มีผลต่อการแบ่งปันความรู้ประเด็นด้านวัฒนธรรม และสังคมมีความสำคัญยิ่งต่อการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ต้องการผู้ทรงความรู้ความสามารถในการตีความ และประยุกต์ใช้ความรู้ในการสร้างนวัตกรรม และเป็นผู้นำทางในองค์กร รวมทั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่งสำหรับช่วยแนะนำวิธีประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ ดังนั้นกิจกรรมเกี่ยวกับคน ได้แก่ การดึงดูคนเก่ง

และตีการพัฒนาคน การติดตามความก้าวหน้าของคน และการดึงคนมีความรู้ความสามารถไว้ในองค์กรถือเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นเรื่องของการเพิ่มประสิทธิผลขององค์กร การจัดการความรู้เกิดขึ้นเพราะมีความเชื่อว่าจะช่วยสร้างความมีชีวิตชีวา และความสำเร็จให้แก่องค์กร การประเมิน “ต้นทุนทางปัญญา” (Intellectual Capital) และผลสำเร็จของการประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ เป็นดัชนีบอกว่าการจัดการความรู้ได้อย่างได้ผลหรือไม่ (วิจารณ์ พานิช, 2551: 1-14)

การจัดการความรู้ คือ กระบวนการที่ช่วยองค์กรในการระบุ คัดเลือก จัดระบบ เผยแพร่ และถ่ายโอนสารสนเทศ และความเชี่ยวชาญที่สำคัญซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความจำองค์กรที่อยู่ในรูปแบบที่มีโครงสร้างไม่ชัดเจน (Turban et al, 2004: 451)

การจัดการความรู้ คือ กระบวนการที่เป็นระบบในการสร้าง รักษา และสนับสนุนให้องค์กรใช้ความรู้ของบุคคล และความรู้ของส่วนรวมในการทำงานเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร (Bennet & D. Bennet. 2004. อ้างถึงใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2548: 42)

“**ตัวแบบปลา**” เป็นตัวแบบอย่างง่ายที่ใช้เปรียบเทียบการจัดการความรู้ได้ดีโดยใช้ส่วนต่างๆของปลาเป็นตัวอธิบายซึ่งปลาหนึ่งตัวจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. ส่วน “**หัวปลา**” (Knowledge Vision-KV) หมายถึง ส่วนที่เป็นเป้าหมาย วิสัยทัศน์หรือทิศทางของการจัดการความรู้ โดยก่อนที่จะทำจัดการความรู้ ต้องตอบให้ได้ว่า “เราจะทำ KM ไปเพื่ออะไร?” โดย “หัวปลา” นี้จะต้องเป็นของ “คุณกิจ” หรือผู้ดำเนินกิจกรรม KM ทั้งหมดโดยมี “คุณเอื้อ” และ “คุณอำนวย” คอยช่วยเหลือ ซึ่งคุณเอื้อนั้น(Chief Knowledge Officer-CKO) ก็คือผู้รับผิดชอบในระบบ KM คุณอำนวยคือ ผู้คอยอำนวยความสะดวกในการจัดการความรู้เป็นนักจุดประกายความคิด และเป็นนักเชื่อมโยงระหว่างผู้ปฏิบัติ “คุณกิจ” กับผู้บริหาร “คุณเอื้อ”

2. ส่วน “**ตัวปลา**” (Knowledge Sharing-KS) เป็นส่วนของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญ ซึ่ง “คุณอำนวย” จะมีบทบาทมากในการช่วยกระตุ้นให้ “คุณกิจ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้โดยเฉพาะความรู้ซ่อนเร้นที่มีอยู่ในตัว “คุณกิจ” พร้อมอำนวยให้เกิดบรรยากาศในการเรียนรู้แบบเป็นทีมให้เกิดการหมุนเวียนความรู้ ยกระดับความรู้ และเกิดนวัตกรรม

3. ส่วน “**หางปลา**” (Knowledge Assets-KA) เป็นส่วนของ “คลังความรู้” หรือ “ขุมความรู้” ที่ได้จากการเก็บสะสม “เกร็ดความรู้” ที่ได้จากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตัวปลา” ซึ่งเราอาจเก็บส่วนของ “หางปลา” นี้ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ICT ซึ่งเป็นการสกัดความรู้ที่ซ่อนเร้นให้เป็นความรู้ที่เด่นชัด นำไปเผยแพร่ และแลกเปลี่ยนหมุนเวียนใช้ พร้อมยกระดับต่อไป (สำนักงานจังหวัดสมุทรสงคราม, 2546: 3-4)

สรุปว่าการจัดการความรู้ หมายถึง การรวบรวม การนำความรู้มาจัดระเบียบ มีระบบการแลกเปลี่ยน เพื่อยกระดับความรู้ และเพื่อสามารถนำความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ง่าย

## 2.2.3 รูปแบบของการจัดการความรู้

### 2.2.3.1. การจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ

การจัดการความรู้อย่างเป็นระบบนี้หมายถึง การจัดการความรู้สมัยใหม่หรือที่เรียกกันว่า KM ตลอดจนหมายถึง การตีพิมพ์โดยองค์กรอีกด้วย การจัดการความรู้อย่างเป็นระบบมีขอบข่าย และองค์ประกอบ ดังนี้ คือ เป็นกระบวนการ หรือวิธีการรวบรวมความรู้ มีการกระทำโดยผู้เกี่ยวข้อง เป็นการสรรหา สร้าง รวบรวมความรู้ให้เป็นระบบ การเข้าถึงและนำมาใช้สะดวกง่ายต่อการสืบค้นก่อให้เกิดปัญญาปฏิบัติในการปฏิบัติงานต้องมีการถ่ายทอดและพัฒนาไม่สิ้นสุดนำมาใช้พัฒนาขีดความสามารถของกลุ่มมีการถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ต่อกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2547: 19)

ความรู้จำแนกได้ 4 ระดับ กล่าวคือ (วิจารณ์ พานิช, 2547: 4)

ระดับที่ 1 Know - What เป็นความรู้เชิงทฤษฎีล้วนๆ เปรียบเสมือนความรู้ของผู้จบปริญญาตรีหมาดๆ เมื่อนำความรู้เหล่านี้ไปใช้งาน ก็จะได้ผลบ้าง ไม่ได้ผลบ้าง

ระดับที่ 2 Know - How เป็นความรู้ที่มีทั้งเชิงทฤษฎี และเชิงบริบทเปรียบเสมือนความรู้ของผู้จบปริญญาและมีประสบการณ์การทำงานระยะหนึ่งเช่น 2 - 3 ปี ก็จะมีความรู้ในลักษณะที่รู้จักปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมหรือบริบท

ระดับที่ 3 Know - Why เป็นความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผลได้ว่าทำไมความรู้นั้น ๆ จึงใช้ได้ผลในบริบทหนึ่ง แต่ใช้ไม่ได้ผลในอีกบริบทหนึ่ง

ระดับที่ 4 Care- Why เป็นความรู้ในระดับคุณค่าความเชื่อซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อนมาจากภายในจิตใจแต่ต้องกระทำสิ่งนั้น ๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์

การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการอย่างน้อย 6 ประการต่อความรู้ ได้แก่

ประการแรก การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องาน หรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร

ประการที่สอง การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ

ประการที่สาม การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน

ประการที่สี่ การประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน

ประการที่ห้า การนำประสบการณ์จากการทำงาน และการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสกัด “ขุมความรู้” ออกมาบันทึกไว้

ประการที่สุดท้าย การจัดบันทึก “ขุมความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งาน และปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ลุ่มลึก และเชื่อมโยงมากขึ้น เหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น

โดยที่การดำเนินการ 6 ประการนี้บูรณาการเป็นเนื้อเดียวกัน ความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทั้ง ความรู้ที่ชัดแจ้ง อยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป (Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึกอยู่ในสมอง (Tacit Knowledge) ที่อยู่ในคน ทั้งที่อยู่ในใจ (ความเชื่อ ค่านิยม) อยู่ใน สมอง (เหตุผล) และอยู่ในมือ และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (ทักษะในการปฏิบัติ) การจัดการความรู้เป็น กิจกรรมที่คนจำนวนหนึ่งทำร่วมกันไม่ใช่กิจกรรมที่ทำโดยคนคนเดียว

กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิด พัฒนาการของความรู้ หรือการจัดการความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน คือ

**ขั้นตอนแรก** การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องใช้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ใน รูปแบบใด อยู่ที่ใคร

**ขั้นตอนที่สอง** การสร้าง และแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จาก ภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว

**ขั้นตอนที่สาม** การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อม สำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต

**ขั้นตอนที่สี่** การประมวล และกลั่นกรองความรู้ เช่น ปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็น มาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

**ขั้นตอนที่ห้า** การเข้าถึงความรู้เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่าย และ สะดวก เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web Board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

**ขั้นตอนที่หก** การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีเป็น Explicit Knowledgeอาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีเป็น Tacit Knowledge จัดทำเป็นระบบ ทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ และนวัตกรรม ชุมชนแห่งการ เรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

**ขั้นตอนสุดท้าย** การเรียนรู้ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการ เรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ไปใช้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียน ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ คือ วิธีการบริหารความรู้ สร้างความรู้ใหม่ อย่าง มีขั้นตอน และมีแบบแผนที่ชัดเจน มีการกลั่นกรองความรู้ที่ได้ออกมาในรูปเอกสารและมีการเผยแพร่ เพื่อทำให้เกิดเป็นระบบการเรียนรู้หมุนเวียนต่อไป

### 2.2.3.2 การจัดการความรู้ตามวิถีชุมชน

การจัดการความรู้ตามวิถีชุมชน หมายถึง การจัดการความรู้อย่างไม่เป็นระบบเป็นรูปแบบการจัดการความรู้แบบชาวบ้านที่จะเน้นด้านการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และเน้นคุณธรรม

William James (สันติ ทันทขม, 2549: 1) การเสริมสร้าง และการพัฒนาพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้นทำได้โดยให้บุคคลได้มีประสบการณ์ให้มากโดยเฉพาะประสบการณ์ตรง ปฏิบัติจริง เผชิญปัญหา และแก้ปัญหาจริง

John Dewey (สันติ ทันทขม, 2549: 1) มีความเชื่อว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้คนเราปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีหรือไม่ ได้แก่ประสบการณ์ (Experience) เขาเห็นว่า “การเรียนรู้เกิดขึ้นได้จากการกระทำ” (Learning by Doing) ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของมนุษย์ ที่จะต้องมีการส่งเสริม ซึ่งก็สอดคล้องกับวิธีการที่ชาวบ้านนิยมใช้วิธีการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ผ่านการปฏิบัติจากของจริง

ธรรมชาติการเรียนรู้ของชาวบ้าน ชาวบ้านจะเรียนรู้จากการปฏิบัติได้ดีกว่าการใช้คำหรือการฟังอย่างเดียว การรับรู้ของชาวบ้านจะต้องเข้าไปเผชิญสถานการณ์แล้วให้ความหมายชาวบ้านจึงจะเข้าใจ วัฒนธรรมการเรียนรู้ของชาวบ้าน ชาวบ้านไม่ชอบการเรียนรู้ในเชิงวิชาการที่ใช้ความคิดใช้สมองมาก แต่จะเน้นการปฏิบัติจริงจากของจริง และถอดความรู้จากการปฏิบัติ (ภัทร ยืนยง, 2551: 49)

การจัดการความรู้ควรประกอบด้วยคุณธรรม 8 ประการ ดังนี้

1) การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ศีลธรรมพื้นฐานนี้จะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันด้วยความสันติ สังคมส่วนใหญ่ขาดศีลธรรมพื้นฐานนี้จึงไปสู่การพัฒนาที่บิดเบี้ยว และไม่สามารถสร้างสันติสุขให้สังคมได้ การจัดการความรู้ขั้นพื้นฐานอยู่ที่การให้คุณค่าแก่ความรู้ที่อยู่ในตัวคนทุกคน จึงเป็นรูปธรรมแห่งการปฏิบัติที่เคารพศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคน

2) การไม่ใช้อำนาจ มนุษย์ตามปกติจะอำนาจกระทำต่อกัน แม้ในสังคมที่เรียกตัวเองว่าประชาธิปไตย เพราะอำนาจเป็นกิเลสที่ลึกที่สุดอย่างหนึ่งของมนุษย์ การใช้อำนาจอาจใช้โดยไม่รู้ตัว หรือทั้ง ๆ ที่มีความรักก็ได้ เช่น พ่อแม่ใช้กับลูก พระใช้กับชาวบ้าน การใช้อำนาจจะปกปิดกั้นกระบวนการตามธรรมชาติ กระบวนการธรรมชาติ คือ การรับรู้ เรียนรู้ งามงาม ถักทอเครือข่าย เมื่อใช้อำนาจจะทำให้กระบวนการตามธรรมชาติบิดเบี้ยวเบี่ยงเบนจากที่ควรจะเป็น การจัดการความรู้จะสร้างความสัมพันธ์ใหม่ ทุกคนมีความสำคัญประสบการณ์ของทุกคนมีความสำคัญ ความเสมอภาคทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้ทุกคนมีเสรีภาพที่จะนำเอาศักยภาพในตนเองออกมาแบ่งปันร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ถ้าเราตระหนักถึงการไม่ใช้อำนาจอยู่เนื่อง ๆ ความเสมอภาคที่แท้จริงจะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งให้เกิดความสุข และพลังของสร้างสรรค์



3) การฟังอย่างลึก การนำความรู้ที่แฝงเร้นในตัวออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ต้องมีการคุยกันที่เน้นการฟังอย่างลึก ไม่ใช่โต้เถียงกันโดยหวังชนะคะคานกัน หรือพ่นให้ผู้อื่นฟังข้างเดียว คนบางคนไม่ฟังคนอื่นเอาแต่พูด หรือฟังก็ไม่ได้ยิน อย่างนี้ปัญญาไม่เกิดแต่เป็นอาการของคนที่มีตัวตนจัด(Ego) ถ้าเราไม่เคารพคู่สนทนาก็จะไม่ฟังเขา การจะมีความตั้งใจอย่างลึกก็ต้องมีศีลธรรมพื้นฐาน คือ เคารพความเป็นคนของคู่สนทนาอย่างแท้จริง การฟังอย่างลึกทำให้เกิดปัญญา โบราณใช้คำว่า “พหูสูต” สำหรับผู้มีปัญญา เมื่อเราตั้งใจฟัง ผู้เล่าจะมีความรู้สึกที่ดี มีความเชื่อใจยอมอยากจะบอกอะไรที่เกี่ยวกับเขา ซึ่งตามปกติจะไม่บอกใคร

4) เป็นวิธีการทางบวก กล่าวคือ เอาความสำเร็จ ความภาคภูมิใจของสิ่งที่เคยทำด้วยดีเป็นตัวตั้ง นำมาให้เห็นคุณค่า และชื่นชมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ต่อยอดให้ดังงาม และมีประโยชน์ยิ่งขึ้น

วิธีการทางลบ คือ เอาความล้มเหลวหรือปัญหาเป็นตัวตั้ง วิพากษ์วิจารณ์แล้วทะเลาะกัน เป็นการทอนกำลัง

วิธีการทางบวก คือ ทำให้มีความปิติ มีกำลังใจ มีความสามัคคี และพลังสร้างสรรค์ที่จะเคลื่อนต่อไปในอนาคต

5) การเจริญธรรมะ 4 ประการ ที่เกื้อหนุนการเรียนรู้ร่วมกัน การจัดการความรู้ เน้นที่การส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน ปกติมนุษย์เรียนรู้ร่วมกันยากเพราะกิเลส เช่น ความโกรธ ความเกลียดชัง การมั่งการ การเรียนรู้ร่วมกันควรเจริญธรรม 4 ประการ คือ ความเอื้ออาทร ความเปิดเผย ความจริงใจ ความเชื่อถือไว้วางใจกัน เมื่อเกิดความเชื่อถือไว้วางใจกันจะมีค่ามาก เมื่อไม่คุยกันอย่างลึก ๆ ความรู้แฝงเร้นก็สำแดงออกมาไม่ได้ ฉะนั้น ประชาคมจัดการความรู้พึงเจริญให้มากซึ่งธรรมะ 4 ที่เกื้อหนุนการเรียนรู้ร่วมกัน

6) การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ เป็นอริยปัญญา การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ มีความสำคัญที่สุดในการทำให้ทำอะไรยาก ๆ ให้สำเร็จ การไม่เรียนรู้ การเรียนรู้ที่ท่องตำราอย่างเดียว การเรียนรู้เฉพาะบางคนโดยไม่ใช่การเรียนรู้ของคนทั้งหมดเรียนร่วมกัน ไม่ก่อให้เกิดปัญญาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่เป็นไปเพื่อความสำเร็จในขณะที่ความรู้ในตำราอาจไม่ได้มาด้วยการปฏิบัติหรืออยู่ห่างไกลการปฏิบัติ ความรู้ในตัวคนเป็นความรู้ที่เนื่องด้วยการปฏิบัติ และการจัดการความรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้การปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างเป็นผลสำเร็จการเรียนรู้จึงเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ อันจะทำให้เกิดอริยปัญญาหรือปัญญาเพื่อความสำเร็จ

7) การถักทอไปสู่โครงสร้างใหม่ขององค์กร และสังคม โครงสร้างสุดโต่ง 2 อย่าง คือ โครงสร้างทางดิ่ง และโครงสร้างปัจเจกชนนิยม

โครงสร้างดิ่งมีการเรียนรู้น้อยมาก และโครงสร้างแบบปัจเจกชนนิยมสุดโต่งแบบตัวใครตัวมันขาดพลังร่วมและปัญญาร่วมไม่สามารถนำไปสู่ความสำเร็จทางสังคมได้ การจัดการ

ความรู้นำไปสู่การถักทอโครงสร้างใหม่จากโครงสร้างทางดิ่ง และโครงสร้างปัจเจกชนนิยมไปสู่การเป็นเครือข่ายมนุษย์ มีความสำคัญยิ่งนัก เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานที่ไม่เคยทำได้สำเร็จด้วยวิธีการรุนแรง แต่สำเร็จได้ด้วยการจัดการความรู้อันประณีตที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ โครงสร้างใหม่จะปลดปล่อยมนุษย์ไปสู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข

8) การเจริญสติในการกระทำ การจัดการความรู้ที่ดีเป็นการเจริญสติไปในตัว การเจริญสติ คือ การรู้ตัว การรู้ตัวทำให้มีปัญญาและทำได้ถูกต้องในกระบวนการจัดการความรู้ที่ดีทุกคนต้องพยายามมีสติระลึกเมื่อทุกคนมีสติในกิจกรรมร่วมกันจะเกิดเป็นสติของกลุ่มหรือสติขององค์กร หรือสติของสังคมที่เป็นเรื่องใหม่ซึ่งดียิ่งนัก เพราะสังคมไม่มีสติเป็นอย่างไรเราพอนี้ก็ออกและเห็นอยู่ทั่วไป การเจริญสติทำให้จิตใจสงบมีอิสรภาพเพราะหลุดจากความบีบคั้นสัมพันธ์ความจริงได้ ควบคุมความคิด การพูด และการกระทำได้ การมีสติจึงเป็นความงาม ความดีและความสุขทุกคนควรทำความเข้าใจเรื่องสติและพยายามเจริญให้มากจะประสบความสำเร็จและความเจริญทั้งปวง (ประเวศ วะสี, 2550: 47-58)

การจัดการความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพของสังคมไทยมักจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ 3 ประการ ดังนี้

ประการแรก คือ นโยบายของรัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การส่งเสริมให้มีการใช้สมุนไพรการพัฒนาเทคโนโลยีและเวชภัณฑ์จากสมุนไพรการพัฒนา ระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยด้วยการส่งเสริมโรงพยาบาลชุมชนให้เปิดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยตามนโยบายที่ได้รับมา (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะเภสัชศาสตร์, 2550: 42) ตลอดจนการมีแผนพัฒนาสุขภาพสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) 1ใน10 ประการ คือการสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันตลอดจนการมีพระราชบัญญัติสุขภาพปีพ.ศ. 2550 ที่ได้มีการสนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและการมีพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะที่คอยควบคุมดูแลความปลอดภัยอีกด้วยผนวกกับการมีมาตรการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุที่เน้นการถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุด้วยแล้ว ทำให้นโยบายของรัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีส่วนผลักดันการจัดการความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพเป็นอย่างมาก

โดยจะขอยกตัวอย่างยุทธศาสตร์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและหน่วยงานที่สังกัดในกรมนี้ก็คือสถาบันการแพทย์แผนไทยว่ามียุทธศาสตร์ที่เน้นการส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ดังนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีพันธกิจ 8 ประการดังนี้

**ประการแรก**ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและกฎหมายอื่นที่**ประการที่สอง** ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ และเทคโนโลยี ด้าน

การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น **ประการที่สาม** กำหนดพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น **ประการที่สี่** ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น **ประการที่ห้า** พัฒนารูปแบบส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการบริการด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น **ประการที่หก** พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบให้เกิดผลสำเร็จแก่ราชการ และประชาชนยิ่งขึ้น **ประการที่เจ็ด** รวบรวม อนุรักษ์ ฝ้าระวัง และส่งเสริมคุ้มครองภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพร และ **ประการสุดท้าย** ปฏิบัติการอื่นใดตามกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

ยุทธศาสตร์ของกรม ประจำปี 2551-2554 มีดังนี้ **ยุทธศาสตร์ที่ 1** การพัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก **ยุทธศาสตร์ที่ 2** การพัฒนามาตรฐาน/คุณภาพการบริการ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก **ยุทธศาสตร์ที่ 3** การส่งเสริม และสนับสนุนให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพ **ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาระบบและกลไกในการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร **ยุทธศาสตร์ที่ 5** การพัฒนาระบบ และกลไกการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, 2551: 1) และสถาบันการแพทย์แผนไทย โดยมียุทธศาสตร์ 1. การวิจัยพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย 2. ส่งเสริมและสนับสนุนการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพ 3. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และบริการทางการแพทย์แผนไทยให้มาตรฐานและแข่งขันได้ 4. พัฒนากฎหมาย คุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพร เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2551: 1)

ประการที่สองคือ โครงสร้างสังคมไทยที่มีลักษณะเป็นระบบเครือญาติ สังคมไทยเป็นสังคมที่มีการจัดระบบเครือญาติและครอบครัวโดยสัมพันธ์ภาพระหว่างเครือญาตินั้นจะเน้นเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ต่าง ๆ ที่เครือญาติพึงปฏิบัติต่อซึ่งกันและกัน (สนิท สมัครงการ, 2545: 19) ซึ่งส่งผลทำให้การศึกษาวิชาการแพทย์จะถ่ายทอดภายในตระกูลจะสอนแต่เฉพาะลูกหลานเป็นส่วนใหญ่ โดยการถ่ายทอดจะขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถ่ายทอดกับผู้ที่ได้รับ เช่น ป้า น้า อา หรือผู้ใกล้ชิดมากที่สุด ส่วนน้อยที่จะเป็นคนอื่น เนื่องจากการรับใครเป็นศิษย์ไม่ใช่เรื่องง่าย ๆ เพราะต้องพิจารณาในด้านนิสัยใจคอ ความอดทน ความพากเพียรจึงเป็นที่รู้กันว่าในสมัยก่อนศิษย์จะมีความปรีชาสามารถสืบเนื่องมาจากครู

ประการที่สามคือ วัฒนธรรม ประกอบด้วย ลักษณะนิสัยที่เน้นการปฏิบัตินิยม กล่าวคือ ไม่ชอบการเรียนรู้ในเชิงวิชาการ ชอบการปฏิบัติจากของจริง และถอดความรู้จากการปฏิบัติ อีกส่วนหนึ่งคือ ความเชื่อด้านสาธารณสุขดั้งเดิม กล่าวคือ การปฏิบัติตามความเชื่อที่บรรพบุรุษถ่ายทอดมาให้ โดยในสมัยก่อนได้มีการแบ่งวิธีการรักษาออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพร การรักษาด้วยวิธีการรักษานวด/จับเส้น (หมอดำแย หมอจับเส้น หมอประคบ) การรักษาด้วยวิธีการทางด้านไสยศาสตร์และการเข้าทรงต่าง ๆ (ชัยพร พิบูลศิริ, ม.ป.ป: 35-36) จึงยังทำให้ความนิยมในการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยยังคงอยู่จนมีส่วนผลักดันให้เกิดการจัดการในเรื่องสุขภาพ

### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้

การถ่ายทอด หมายถึง การเผยแพร่องค์ความรู้ และเทคโนโลยีไปสู่กลุ่มเป้าหมาย โดยผ่านวิธีการ ถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การประชุมสัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดเวทีประชาคม การจัดศูนย์การเรียนรู้ การศึกษาทางไกล การสื่อสารมวลชน การใช้สื่อบุคคล และสื่อกิจกรรมต่าง ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 1)

การถ่ายทอดความรู้ (Knowledge Dissemination) หมายถึง การนำความรู้ที่ได้จากการสะสมแสวงหาทั้งหมดไปถ่ายทอดให้กับบุคคลที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด อาจอยู่ในรูปของกระบวนการสื่อความหมาย การใช้สื่อเทคโนโลยี ฯลฯ มาช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้ และเกิดการแลกเปลี่ยนหรือการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะ Transfer Knowledge โดยเพื่อที่จะทำให้เกิดความคิดใหม่ เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ขึ้น (พรหมพรณ พันธ์มิฏ, 2547: 3)

การถ่ายทอดความรู้ หมายถึงวิธีการส่งต่อความรู้ ความชำนาญหรือค่านิยมที่มีอยู่ไปยังบุคคลอื่น อาจเป็นเครือข่าย หรือสมาชิกคนอื่นในชุมชนก็ได้ อาจจะเป็นการถ่ายทอดโดยตรง หรือโดยทางอ้อมด้วยการตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ มีการเรียกค่าตอบแทนหรือไม่ก็ได้ (ปฐม นิคมานนท์, 2535: 34)

Davenport และ Prusak (1998 อ้างถึงใน อูรวี เตชานนท์, 2548: 14) ได้สรุปว่าการถ่ายทอดความรู้คือการคิดหาวิธีสำคัญบางอย่างสำหรับกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างไม่ตั้งใจ เป็นไปตามธรรมชาติของการทำงาน

O'Dell และ Grayson (1999 อ้างถึงใน อุบลวรรณ ชันฉวีวิทย์, 2549: 20) สรุปว่าการถ่ายทอดและการเผยแพร่ความรู้จะเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ซึ่งความสามารถในการเคลื่อนย้ายความรู้ถ้าเป็นขององค์การจะเป็นกำลังความสามารถในการถ่ายโอนอำนาจ และแบ่งปันอำนาจอย่างหนึ่ง

ภูมิปัญญานั้นกล่าวได้ว่าเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งด้วยเช่นกันโดยการถ่ายทอดวัฒนธรรมนั้นหมายถึง ผลของการถ่ายทอด และการเรียนรู้โดยเครื่องมือ คือ การสื่อสารวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์

ถ่ายทอดให้คนรุ่นต่อไปสมาชิกของสังคมที่เกิดมาใหม่จะได้รับการสั่งสอนวัฒนธรรมนั้นต่อไป (จรี จุล เกศ, 2516: 109-110 อ้างถึงใน สุวิมล พิริยธนาลัย, 2546: 44)

การถ่ายทอดวัฒนธรรมเป็นกระบวนการสื่อความหมายเพื่อให้คนในชุมชนเข้าใจในเหตุผล และเห็นคุณค่าของวัฒนธรรมนั้น และยึดเป็นแบบแผนต่อไป การถ่ายทอดอาจเกิดขึ้นโดยตรง คือ เจตนาถ่ายทอด เช่น จากพ่อแม่ไปยังลูก หรืออาจจะเกิดขึ้นได้โดยทางอ้อม เช่น การกระทำเลียนแบบ อย่างคนอื่น การลอกเลียนแบบของผู้ใหญ่ เป็นต้น (จิรณี สินุช, 2543: 14 อ้างถึงในสุวิมล พิริยธนา ลัย, 2546: 44) การแพทย์แผนไทยนั้นก็ถือว่าเป็นภูมิปัญญาของคนไทยที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ คนในอดีตนั้นจะใช้สติปัญญาของตนเองสั่งสมความรู้และประสบการณ์เพื่อการดำรงชีพมาโดยตลอด จนถึงปัจจุบัน และมีการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ที่สั่งสมไว้จากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่น หนึ่งด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมแต่ละท้องถิ่นทั้งทางตรงและทางอ้อม โดย อาศัยศรัทธาทางศาสนา ความเชื่อผีสาขต่าง ๆ รวมทั้งความเชื่อบรรพบุรุษเป็นพื้นฐานมีการถ่ายทอดกัน มาตั้งแต่อดีตถึงลูกหลานในปัจจุบันซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาชาวบ้านสรุปได้ดังนี้

#### 1. วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่เด็ก

เด็กโดยทั่วไปมีความสนใจในช่วงเวลานั้นในสิ่งที่ใกล้ตัว ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่กิจกรรมการ ถ่ายทอดต้องง่ายไม่ซับซ้อน สนุกสนาน ดึงดูดใจ เช่น การลองทำ (ตามอย่าง) การเล่านิทาน เป็นต้น วิธีการเหล่านี้เป็นการสร้างเสริมนิสัย และบุคลิกภาพที่สังคมปรารถนาซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นจริยธรรมที่ เป็นสิ่งที่ควรทำ และไม่ควรทำ

#### 2. วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่ผู้ใหญ่

ผู้ใหญ่ถือว่าเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มาพอสมควรแล้ว และเป็นวัยทำงาน วิธีการ ถ่ายทอดทำได้หลายรูปแบบ เช่น วิธีการบอกเล่าโดยตรง หรือบอกเล่าด้วยวิธีการสู่ขวัญพิธีกรรมตาม ขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นต่าง ๆ ดังจะเห็นได้โดยทั่วไปในพิธีกรรมการแต่งงานของทุก ท้องถิ่นจะมีขั้นตอนมีคำสอนที่ผู้ใหญ่สอนคู่บ่าวสาวรวมทั้งการลงมือประกอบอาชีพตามอย่างบรรพ บุรุษ ก็มีการถ่ายทอดเชื่อมโยงประสบการณ์โดยตลอดนอกจากนี้วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาจะออกมาใน รูปแบบการบันเทิงที่สอดแทรกในกระบวนการ และเนื้อหา เช่น สอดแทรกในคำร้องของลิเก หนัง ตะลุงในภาคใต้ เป็นต้น คำร้องเหล่านี้จะกล่าวถึงประวัติศาสตร์ท้องถิ่น ขนบธรรมเนียมประเพณี ท้องถิ่น คติธรรม คำสอนของศาสนา การเมืองการปกครอง การรักษาโรคพื้นบ้านโดยผู้ใหญ่กับเด็กจะ แตกต่างในประเด็นเรื่องการเข้าใจตนเองรู้จักคิดหาเหตุผลมีประสบการณ์ มีความพร้อม และเห็น คุณค่าของเป้าหมายมากกว่า (Knowles, 1984: 55-61)

Kermally (2000 อ้างถึงใน อูรวี เดชานนท์, 2548: 19) กล่าวว่า ความสำคัญในการ ถ่ายทอดความรู้ คือ การทำให้ Tacit Knowledge ที่เป็นความรู้ซึ่งบุคคลที่ติดตัวอยู่และถูกนำมาใช้ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่มิได้เขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้

กลายเป็นExplicit Knowledgeซึ่งก็คือ ความรู้ที่สามารถจดบันทึก และถ่ายทอดให้ผู้อื่นต่อไปได้ และ Kermally ยังได้กล่าวถึงความสำคัญของการถ่ายทอดความรู้เพิ่มเติมไว้ดังนี้ คือ การถ่ายทอดความรู้ จะช่วยทำให้การตัดสินใจสามารถทำได้รวดเร็วขึ้นและยังสามารถช่วยลดระยะเวลาในการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ โดยไม่ต้องลองผิดลองถูก

Kermally (2002 อ้างถึงใน ศิริพร เดชสิงห์ และคณะ, 2547: 13-14) ได้แบ่งรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. Socialisation คือ รูปแบบการแลกเปลี่ยนและการถ่ายทอด Tacit Knowledge ให้กลายเป็น Tacit Knowledge เช่นกัน เป็นกระบวนการของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างความรู้แบบ Tacit Knowledge ขึ้นมาใหม่ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิด และทักษะเชิงเทคนิค เป็นต้น

2. Externalisation คือ รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ที่ทำให้ Tacit Knowledge กลายเป็น Explicit Knowledge หรือเราเรียกกันว่าการนำความรู้สู่ภายนอกเป็นกระบวนการสร้างความรู้ที่สมบูรณ์จาก Tacit Knowledge ไปสู่ Explicit Knowledge เช่น การทำให้เกิดแนวคิด สมมติฐาน หรือโมเดล การประชุมหรือทำ Workshop แล้วจดบันทึกข้อสรุป ข้อเรียนรู้ที่ได้ไว้ ในการทำงานเมื่อสร้างแนวความคิด สมมติฐาน และทฤษฎีใหม่ ๆ ขึ้นมาก็จัดว่าเป็นการนำความรู้สู่ภายนอกเช่นกัน

3. Combination หรือการรวมตัวเข้าด้วยกัน คือรูปแบบการแลกเปลี่ยนถ่ายทอดความรู้โดย Explicit Knowledge ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดฐานความรู้จับต้องได้ที่แผ่ขยายกว้างขวางเกิดเป็นองค์ความรู้ที่สะสมไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือการจดบันทึกด้วยวิธีการอื่น ๆ มากยิ่งขึ้น แต่แต่ละบุคคลจะแลกเปลี่ยน และรวมความรู้เข้าด้วยกันโดยผ่านสื่อ เช่น เอกสาร การประชุม การสนทนาทางโทรศัพท์ หรือเครือข่ายการสื่อสารทางคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

4. Internalisation คือรูปแบบการถ่ายทอดความรู้จาก Explicit Knowledge ให้กลายมาเป็นความรู้ในลักษณะ Tacit Knowledge เป็นกระบวนการของการทำให้เห็นรูปร่างของความคิด โดยให้ Explicit Knowledge ไปสู่ Tacit Knowledge กระบวนการนี้สัมพันธ์กับการเรียนรู้โดยลงมือทำ การถ่ายทอดความรู้ในรูปแบบนี้ได้แก่ การอ่านหนังสือ การฟังเทปสรุปการบรรยาย

ถ้าจะแบ่งลักษณะการถ่ายทอดภูมิปัญญาในอดีตตามรูปแบบใหญ่ อาจจะได้ 2 รูปแบบ คือ แบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษร กับแบบลายลักษณ์อักษร ในอดีตส่วนใหญ่ใช้งานใส่ใบลานหรือสมุดข่อยที่ชาวใต้เรียกว่า บุคขาว บุคดำ ส่วนในปัจจุบันในยุคที่การสื่อสารมวลชนการคมนาคมเทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า ทันสมัยและรวดเร็วก็มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาผ่านทางสื่อมวลชนทุกสาขา เช่น หนังสือ สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และอื่น ๆ จึงกล่าวได้ว่าการถ่ายทอดภูมิปัญญานั้นมีส่วนทำให้เราทราบถึงที่มาของภูมิปัญญา (สุวิมล พิริยธนาลัย, 2546: 43)

ขั้นตอนหรือกระบวนการในการถ่ายทอด มีดังนี้

**ขั้นที่หนึ่ง**คือการรับการถ่ายทอดโดยการบรรยายหรือชี้แนะ (Directives/Presentations/Lectures) การถ่ายทอดด้วยวิธีการนี้จะเป็นสิ่งที่เราค้นเคยกันดี การถ่ายทอดความรู้ด้วยวิธีการนี้ก็พบเจอทั่วไปในองค์กร

**ขั้นที่สอง**คือ การถ่ายทอดผ่านสูตรสำเร็จ (Rules of Thumb) ภายใต้แนวทางนี้ตัวผู้สอนจะรวบรวมประสบการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้มา แล้วถ่ายทอดออกมาเป็นแนวทางประโยค หรือข้อคิดในแบบสั้น ๆ ที่ถ่ายทอดต่อไปยังคนอื่นรุ่นหนึ่ง

**ขั้นที่สาม**คือ การถ่ายทอดผ่านทางเรื่องราว หรือนิทาน (Stories with a Moral) ซึ่งถือเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการถ่ายทอด หรือบอกเล่าประสบการณ์จากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง และทำให้เรื่องราวเหล่านั้นได้ถูกจดจำได้ง่ายขึ้น

**ขั้นที่สี่**คือ การถ่ายทอดผ่านการตั้งคำถาม (Socratic Questioning) ซึ่งเป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้ที่มีมานานตั้งแต่สมัยประชาธิปไตยโบราณอย่าง Socratis

**ขั้นสุดท้าย**คือการถ่ายทอดความรู้โดยผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเอง และมีผู้ที่มีประสบการณ์คอยให้คำแนะนำ (Learning by Doing / Guided Experience) การถ่ายทอดความรู้ด้วยวิธี Guided Experience ยังสามารถแบ่งออกไปได้อีกหลายแบบไม่ว่าจะ Guided Observation ที่ผู้รับการถ่ายทอดจะคอยสังเกตในพฤติกรรม และการกระทำของผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ ซึ่งวิธีการนี้ก็สอดคล้องกับที่เด็กๆ เขาจะเกิดการเรียนรู้โดยสังเกตจากพฤติกรรมของพ่อแม่ หรือ Guided Problem Solving ที่ทั้งผู้ถ่ายทอดและผู้รับการถ่ายทอดจะมาร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยผู้รับการถ่ายทอดได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างใกล้ชิดถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า และสุดท้ายคือ Guided Experimentation ที่เมื่อได้เจอกับสถานการณ์หรือปัญหาแล้วจะมีผู้ที่มีประสบการณ์คอยให้คำแนะนำหรือช่วยเหลืออยู่ใกล้ ๆ (ฟลู เดเซอร์รินทร์, 2548: 1)

องค์ประกอบของการถ่ายทอดความรู้

การถ่ายทอดความรู้เป็นเสมือนหัวใจของการจัดการความรู้ซึ่งการถ่ายทอดความรู้นั้นประกอบด้วย ความรู้ (Knowledge) แรงจูงใจในการถ่ายทอด (Motivation to Transfer) ความสามารถในการถ่ายทอด (Ability to Transfer) และการดึงเอาความรู้ออกมา (Knowledge Elicitation Practices) (Tannenbaum และ Alliger, 2000 อ้างถึงใน อรุณี เดชานนท์, 2548: 20-21)

ความรู้ (Knowledge) คือ ความรู้ที่บุคคลหรือกลุ่มมี ซึ่งในส่วนนี้เป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติเกี่ยวกับบุคคลที่มีความรู้ ต้องมีความเข้าใจถึงแรงจูงใจที่ทำให้คนถ่ายทอดความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ และการปฏิบัติเพื่อที่จะนำเอาความรู้ของบุคคลเหล่านั้นออกมา ซึ่งก็คือการจับ

ประเด็นความรู้จากบุคคลที่มีความรู้ซึ่งการถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิผลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย การพัฒนา การรักษา และการจำแนก หรือบ่งชี้ตัวบุคคลที่มีความรู้

แรงจูงใจในการถ่ายทอด (Motivation to Transfer) หมายถึง ความเต็มใจของบุคคลที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลอื่น ๆ การจัดการความรู้นั้นมีสมมติฐานที่ยังไม่มีการยืนยันที่อยู่เบื้องหลังความพยายามส่วนใหญ่ของการดำเนินการดังกล่าวที่ว่า โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะเต็มใจที่จะถ่ายทอดความรู้ แต่สมมติฐานข้อนี้ก็อาจก่อให้เกิดความยากลำบากในการจัดการความรู้เนื่องจากคนมักจะไม่เต็มใจที่จะถ่ายทอดความรู้ หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลแต่สิ่งที่ส่งผลต่อแรงจูงใจที่ทำให้คนถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิผลนั้นขึ้นอยู่กับบุคคลได้รับการจูงใจให้ถ่ายทอด หรือแบ่งปันในสิ่งที่รู้

ความสามารถในการถ่ายทอด (Ability to Transfer) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะถ่ายทอดในสิ่งที่ตนเองรู้มีการทบทวนวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าผู้เชี่ยวชาญมักมีปัญหาในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความชำนาญของตนเอง ดังนั้น แม้ว่าคนที่มีความรู้และมีความต้องการที่จะถ่ายทอดความรู้ แต่ไม่สามารถกลั่นกรองและกล่าวถึงความรู้ความชำนาญออกมาได้อย่างชัดเจนก็อาจจะเป็นการขัดขวางต่อประสิทธิผลของการถ่ายทอดความรู้ได้ ซึ่งประสิทธิผลของการถ่ายทอดขึ้นอยู่กับความสามารถในการสื่อสารสิ่งที่รู้ออกมา

การดึงเอาความรู้ออกมา (Knowledge Elicitation Practices) หมายถึง การจับประเด็นความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Insights) และสารสนเทศ หรือข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ บางครั้งคนมีความเต็มใจที่จะถ่ายทอดความรู้ และความสามารถในการถ่ายทอดแต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จในการถ่ายทอดความรู้เนื่องจากไม่มีช่องทางที่เหมาะสม

การจูงใจให้คนมาร่วมกันแลกเปลี่ยน/ถ่ายทอดความรู้และการทำให้คนตระหนักถึงข้อจำกัดในการสื่อสารของผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นเรื่องที่มีความท้าทาย แต่มันก็เป็นเรื่องที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการถ่ายทอดความรู้

ในส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถ่ายทอดนั้นก็มีความสำคัญในการถ่ายทอดความรู้เช่นเดียวกัน ดังนี้

สมยศ นาวิการ (2543 อ้างถึงใน อรุณี เดชานนท์, 2548: 30) ได้ระบุคุณลักษณะของบุคลากรที่อยู่บนพื้นฐาน 5 ประเภท คือ คุณลักษณะด้านร่างกาย คุณลักษณะทางสังคม สติปัญญา บุคลิกภาพ คุณลักษณะที่เกี่ยวพันกับงาน ซึ่งคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรู้คือ

1. สติปัญญา ได้แก่ การมีสติปัญญาสูงพอที่จะสร้างแนวคิดเรียนรู้ และการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่น การมีความรู้ความสามารถทั้งในเรื่องงานที่ได้รับมอบหมาย และเรื่องอื่น ๆ และการมีความรู้สามารถในการถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความสามารถในการใช้ภาษา เพื่อการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้กัน



2. บุคลิกภาพ ได้แก่ ความกระตือรือร้น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความต้องการความสำเร็จ มีความรับผิดชอบ มีความมานะพากเพียร

3. คุณลักษณะทางสังคม ได้แก่ การมีทักษะทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสามารถในการปรับตัว ให้เกียรติผู้อื่น มีไหวพริบ

### 2.3.1 รูปแบบกระบวนการถ่ายทอดความรู้

#### 2.3.1.1 กระบวนการถ่ายทอดแบบสถาบัน

ในปัจจุบันมีสมาคม ชมรมแพทย์แผนโบราณที่เปิดอบรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณอยู่หลายแห่ง เช่น สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดปรินายก) สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดโพธิ์) เป็นต้นสมาคมเหล่านี้จะเปิดรับบุคคลที่ต้องการเรียนเกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณเป็นลูกศิษย์ และเปิดอบรมความรู้ด้านเวชกรรม และเภสัชกรรม (มีบางสมาคมที่มีการอบรมหัตถเวชด้วย) บุคคลที่มาอบรมนั้นโดยส่วนใหญ่มีอาชีพอื่นจึงเรียนเฉพาะเสาร์อาทิตย์ ช่วงเวลาขึ้นอยู่กับแต่ละสมาคมจะกำหนด เนื้อหาในการอบรมส่วนมากจะอาศัยตำราสาธารณสุขประกาศระบุไว้ให้เป็นตำรายาจำนวน 5 เล่มในการใช้เป็นเนื้อหาหลัก คือ ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์และตำราเวชศึกษา การเรียนมีแต่ด้านทฤษฎีไม่มีด้านปฏิบัติเว้นแต่ว่าสถานที่เรียนเปิดรับรักษาโรคด้วยจึงอาจจะได้เห็นผู้ป่วยบ้าง จำนวนผู้มาเรียนมีตั้งแต่ 10-50 คนขึ้นไป

ผู้ที่ประสงค์จะสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาต่างๆ จะต้องยื่นใบมอบตัวศิษย์ที่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อแสดงว่าเข้าอบรมวิชาแพทย์แผนโบราณไว้กับครู คุณสมบัติของครูต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะไม่น้อยกว่า 5 ปี และอายุไม่ต่ำกว่า 30 ปี ครูและศิษย์ต้องมีภูมิลำเนาในจังหวัดเดียวกัน และจะมีศิษย์สอบได้เมื่อยื่นใบมอบตัวศิษย์แล้วเป็นระยะเวลาตามที่กำหนด คือ สาขาเวชกรรม 3 ปี เภสัชหรือผดุงครรภ์ 1 ปี ผู้สอบจะเป็นชายหรือหญิงก็ได้ แต่ต้องมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ ส่วนพื่นความรู้ของผู้สอบกำหนดไว้เพียงอ่านออกเขียนได้เท่านั้น ได้มีความพยายามเสนอให้ปรับพื่นความรู้เป็นระดับ ม. 3 เป็นอย่างต่ำ แต่สมาคมต่าง ๆ เกรงว่าจะหาคนมาสมัครได้น้อยจึงยังไม่มีเปลี่ยนแปลงเกณฑ์แต่อย่างใด การสอบขึ้นทะเบียนจัดให้มีขึ้นปีละครั้งในเดือนเมษายน สถานที่สอบมีทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัดรวม 16 แห่ง ถือเกณฑ์ผ่านเมื่อผู้สอบได้คะแนนรวมอย่างน้อยร้อยละ 60 ขึ้นไป (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542: 39-40)

ตัวอย่างหลักสูตรการเรียนของสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดโพธิ์) มีดังนี้ **หลักสูตรหัตถศาสตร์ 60 ชม.** สอนศิลปะการนวดเริ่มจากพื้นฐาน มารยาท การวางมือ ทำนวด การจัดท่า นวด ตำแหน่ง และแนวเส้นที่นวด ข้อควรระวัง และข้อห้ามในการนวด เพื่อความปลอดภัยของคนไข้ คนไข้จะได้รับการบำบัด ขจัดความเมื่อยล้า คลายเส้นที่ตึง ดึงเส้นที่หย่อนให้เข้า

ที่ผ่อนคลายความเครียด สร้างเสริมความพร้อมและพลังกายให้มีสมรรถภาพพร้อมที่จะประกอบการทำงานหรือออกกำลังกายนักเรียนจะได้เรียนรู้วิธีการนวดเพื่อสุขภาพและผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้องตามแบบฉบับดั้งเดิมของวัดโพธิ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นต้นแบบการนวดแผนโบราณของไทย แบ่งการเรียนเป็นดังนี้

**ภาคปฏิบัติ (36 ชั่วโมง)** เริ่มเรียนตั้งแต่ กิริยามารยาท การวางมือ ทำนวด การจัดทำนวด ตำแหน่งและแนวเส้นนวด วิธีและขั้นตอนการนวดเพื่อสุขภาพ ผ่อนคลายความเครียด ขจัดความเมื่อยล้า เพิ่มความพร้อมและพลังกายให้มีสมรรถภาพ

**ภาคทฤษฎี (28 ชั่วโมง)** เรียนวิชาพื้นฐานเกี่ยวกับการนวดไทย ได้แก่ กายวิภาคศาสตร์และสรีระวิทยา ข้อห้ามข้อควรระวังในการนวด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เส้นประสาทสปีโรและลมที่เกิดจากเส้นประสาทสปีโร กฎหมายที่ควรรู้ รวมถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพ

การสมัครเรียนสามารถสมัครเรียนได้ทุกวัน (สมัครและเข้าเรียนได้เลย) เวลารับสมัคร 08.00-09.30 น. โดยมีเอกสารในการสมัครเรียน ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาพาสปอร์ต 1ใบ รูปถ่าย 2 นิ้วเท่ากัน จำนวน 3 รูป ลักษณะรูปถ่ายแต่งกายชุดสุภาพไม่สวมแว่นตา ไม่สวมหมวกไม่คาดผมหรือผ้าโพกศีรษะ ค่าเล่าเรียน 6,500 บาท ถ้าต้องการใบประกาศนียบัตรเป็นภาษาอังกฤษต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม 200 บาท

ในส่วนของ**หลักสูตรนวดวิชาชีพขั้นต้น**เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำหรับผู้ต้องการไปทำงานต่างประเทศ ผู้ที่จบหลักสูตรสามารถขึ้นทะเบียนทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานเพื่อรับวุฒิปัตรฝีมือแรงงานสาขาแพทย์แผนไทย ประเภทนวดไทยระดับ 1 ของกระทรวงแรงงานหลักสูตรแบ่งเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ภาคทฤษฎีประกอบด้วยพื้นฐานกายวิภาคศาสตร์ ความรู้เรื่องยาเบื้องต้น หลักการพื้นฐานเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย เส้นประสาทสปีโรและการเกิดโรค ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวด ทฤษฎีการนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพรวมถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพในภาคปฏิบัตินักเรียนจะได้เรียนและฝึกหัดการนวดไทยและการนวดทำนวดที่ผ่านหลักสูตรหัตถศาสตร์การนวดไทยและหลักสูตรนวดเท้า สามารถลงทะเบียนเรียนเฉพาะภาคทฤษฎีเพิ่มเติมอีก 12 วัน ราคา 4,000 บาทและตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นไป หลังจากที่เรียนภาคทฤษฎีจบแล้ว 12 วัน สำหรับผู้ที่ต้องการสอบวัดระดับมาตรฐานฝีมือแรงงานจะต้องฝึกปฏิบัติงานกับลูกค้าจริงจำนวน 100 คน ใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ จึงจะมีสิทธิ์สอบวัดระดับฯ ทั้งนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม 3,500 บาท

**หลักสูตรนวดวิชาชีพชั้นกลาง** เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำหรับผู้ต้องการไปทำงานต่างประเทศ ผู้ที่จบหลักสูตรสามารถขึ้นทะเบียนทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานเพื่อรับ วุฒิปัตรฝีมือแรงงานสาขาแพทย์แผนไทย ประเภทนวดไทย

ระดับ 2 ผู้ที่มีคุณสมบัติในการเรียนจะต้องสำเร็จหลักสูตร 153 ชั่วโมงหรือแรงงานระดับ 1 และจะต้องผ่านหลักสูตรหัตถศาสตร์บำบัด จึงสามารถขอลงทะเบียนเรียนเพิ่มเติม 24 วัน 6,500 บาท

สรุปได้ว่ากระบวนการถ่ายทอดความรู้แบบสถาบันจะสามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีรูปแบบการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ มีหลักสูตรรองรับในการถ่ายทอดความรู้อย่างชัดเจน โดยมีชมรมหรือสถาบันต่าง ๆ ที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ทำหน้าที่ในการถ่ายทอด

2.3.1.2 กระบวนการถ่ายทอดความรู้แบบวิถีชุมชน แบ่งได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) การถ่ายทอดความรู้ตามแบบพื้นบ้าน สำหรับหมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ที่ทำงานอยู่ในชนบท เช่น หมอสมุนไพร หมอดำยา หมอกระดูก หมอนวด เป็นต้น มักมีบรรพบุรุษเป็นหมอยู่ก่อนแล้วเรียนวิชาจากพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรืออาจจะเรียนกับหมอพื้นบ้านหรือหมอในละแวกนั้น ก่อนจะเริ่มเรียนต้องมีพิธีไหว้ครูและมอบตัวเป็นศิษย์ตามประเพณี การเรียนทางทฤษฎีจะอาศัยการศึกษาจากตำราเก่าที่สืบทอดกันมา เช่น สมุดข่อย ใบลาน บางคนอาจจะใช้หนังสือตำรามาตรฐานที่มีขายในท้องตลาด ในด้านการปฏิบัติจะเรียนจากประสบการณ์ของอาจารย์โดยตรง โดยการเป็นผู้ช่วยหมอ หรือลูกมือคอยสังเกต และจดจำจนกระทั่งเกิดความชำนาญ แต่อย่างไรก็ตามการเรียนการสอนแบบนี้จะไม่มีระบบมาตรฐานที่แน่นอนและที่สำคัญ คือ ตำราสมุดข่อยหรือใบลานที่คัดลอกต่อ ๆ กันมานั้น บางครั้งขาดการตรวจสอบรวมทั้งการอ่อนด้อยทางภาษาจึงอาจทำให้คัดลอกอย่างผิด ๆ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542: 40-41)

2) การถ่ายทอดความรู้ตามแบบดั้งเดิม เริ่มตั้งแต่อาศัยการท่องจำและการสังเกตจากบิดามารดาหรือครูอาจารย์ ต่อมาได้มีการบันทึกลงสมุดข่อย ใบลาน และแผ่นหินจนกระทั่งมีการพิมพ์ การถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยจึงมีวิวัฒนาการดีขึ้นเป็นลำดับ ดังนี้

(1) การคัดลอกตำราต่าง ๆ จากสมุดข่อย คัมภีร์ ใบลาน ฯลฯ โดยคงไว้ซึ่งคำศัพท์และสำนวนเก่าดั้งเดิม ได้แก่ตำราแพทย์ศาสตร์สังเคราะห์

(2) การทบทวน คัดเลือก เรียบเรียงเนื้อหาของคัมภีร์ต่าง ๆ ไว้โดยคงข้อความ สำนวนและคำศัพท์เดิมไว้ทั้งหมด เพื่อใช้เป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนาตำราในขั้นต่อไป ส่วนข้อความใดที่สื่อความหมายไม่ชัดเจนก็ได้ทำเป็นเชิงอรรถ อธิบาย แปล และตีความ

(3) ตีความคัมภีร์พร้อมทั้งมีเชิงอรรถเอกสารอ้างอิง มีความชัดเจนจากการวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์

(4) ทำเป็นคู่มือรักษาโรคของแพทย์แผนโบราณ ซึ่งจะรวบรวมวิธีการรักษาอย่างอย่างสังเขปที่เหมาะสมกับนักศึกษาทั่วไป (ทวิวัฒนา ทุนคุ้มทอง, 2540: 20-21)

กระบวนการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนนั้นเป็นการถ่ายทอดความรู้อย่างไม่เป็นระบบ ไม่มีแบบแผนที่แน่นอนชัดเจนแต่เน้นการถ่ายทอดผ่านระบบเครือญาติหรือผ่านการรับเป็นศิษย์แล้วโดยผ่านการสังเกต การบันทึก จากการปฏิบัติจริงของผู้ถ่ายทอดและลองนำมาปฏิบัติจนกระทั่งเกิดความชำนาญ

### 2.3.2 ผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจที่มีต่อการถ่ายทอดความรู้

การถ่ายทอดความรู้มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา โดยอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเคลื่อนไหวทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ไม่ดีก็ได้ โดยส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องอยู่ด้วยกัน 3 ฝ่าย ดังจะเห็นได้จากงานของจันท์เพ็ญ ทรัพย์ประชา และคณะ (2544) ที่ศึกษาเรื่องการทำทองสุโขทัย เรื่องการถ่ายทอดความรู้เรื่องทองสุโขทัยมีการถ่ายทอดความรู้ที่แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้ระหว่างช่างทองกับช่างทอง การถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกจ้าง (ผู้ที่ขอความรู้) การถ่ายทอดให้กับคนในครอบครัว

เพียงเพ็ญ อ่อนแก้ว (2546) ได้ศึกษาเรื่องการถ่ายทอดความรู้การทำผ้าพื้นเมืองในจังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปว่า การถ่ายทอดความรู้มี 5 รูปแบบ แต่ที่สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้ภายในชุมชนในกลุ่มที่มีความรู้คล้ายกันการถ่ายทอดความรู้ความชำนาญที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ความสามารถในการรักษาโรค เป็นต้น ความรู้เหล่านี้จะมีการถ่ายทอดเฉพาะภายในครอบครัว และเครือญาติ การถ่ายทอดให้ผู้สนใจไปขอรับการถ่ายทอดวิชา

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะแบ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรู้ออกเป็น 3 ฝ่าย ดังนี้

#### 2.3.2.1 กลุ่มผู้รักษาด้วยกัน

จากปัญหาภาวะเศรษฐกิจของไทยในปัจจุบัน ทำให้คนไทยส่วนใหญ่ต้องดิ้นรนหางานรองรับเพื่อเลี้ยงชีพให้อยู่รอด แพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาไทยอีกอันหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมาก โดยได้จัดให้มีการส่งเสริม และยกระดับบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ โดยเปิดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลของสถาบันการแพทย์แผนไทย พบว่าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยที่อยู่ใน การดูแลของมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา ได้จัดอบรมการนวดไทยมีผู้เข้าร่วมในการอบรมเป็นจำนวนมากในแต่ละรุ่นมีคิวจองยาวไปล่วงหน้า 3 รุ่น มีผู้จบหลักสูตรนวดแผนไทยที่กำลังอบรมอยู่แล้วเป็นรุ่นที่ 8 มีผู้รับการอบรมรวมทั้งสิ้น 2,000 คน หากประมาณการว่าคนเหล่านี้ มีรายได้เฉลี่ยคนละ 8,000 บาท/คน/เดือน ก็สามารถทำเงินได้ไม่ต่ำกว่า 300 ล้านบาท/ปี ไม่นับหมอนวดอื่น ๆ ที่ได้ผลพลอยได้จากการประชาสัมพันธ์อีกร่วมหมื่นคน โดยที่สถาบันการแพทย์แผนไทยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐเพียงปีละ 28-30 ล้านบาท ได้สร้างงานให้คนว่างงานมีมูลค่ามากกว่า 300 ล้านบาท/ปี แค่เรื่องนวดเรื่องเดียว การยกระดับการนวดไทยด้วยการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข และผู้ที่สนใจซึ่งว่างงาน สามารถนัดเพื่อประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ เป็นทางออกที่ดี สำหรับประชาชนอีกทางหนึ่ง การเปิดการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์แผนไทย โดยศูนย์ ฝึกอบรมนั้นประสบผลสำเร็จมาก ผู้ที่มาเรียนสม่ำเสมอสามารถสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะใน แต่ละรุ่นถึงร้อยละ 90.0 (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2551: 1)

การที่ภาวะเศรษฐกิจไทยมีการชะลอตัวลงนั้นทำให้ประชาชนหันมาสนใจอาชีพด้าน แพทย์แผนไทยมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการนวดไทยที่สร้างรายได้ได้เป็นอย่างดีซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา สดากร (2550) เรื่องคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยในส่วน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่าหมอนวดแผนไทยมีรายได้อยู่ในระดับสูง และด้านเงินทิบพิเศษก็อยู่ใน ระดับค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ที่ประกอบอาชีพด้านนี้มาก่อนแล้วนั้นจะต้องมีความกระตือรือร้นในการ เสาะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอเพื่อจะได้มีความรู้เท่าทันผู้ร่วมอาชีพคนอื่นๆ และผู้ร่วมอาชีพรุ่น ใหม่ที่จะเข้าเบียดแทรกแย่งส่วนแบ่งรายได้อีกด้วย วิธีการนั้นก็คือการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมอาชีพ เดียวกันโดยเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันเพื่อจะได้เพิ่มพูนความรู้ และไม่เป็นการเอาัดเอา เปรียบกันอีกด้วย เช่น การสอบถาม การพูดคุย การสังเกต เป็นต้น การถ่ายทอดความรู้ในกลุ่ม ผู้รักษาด้วยกันก็อาจจะเกิดการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันทำให้การ ถ่ายทอดความรู้เป็นเรื่องง่ายยิ่งขึ้น

### 2.3.2.2 กลุ่มคนในครอบครัวและเครือข่าย

การศึกษาการแพทย์ในสมัยก่อนนั้นเป็นการเรียนและถ่ายทอดภายในตระกูล เท่านั้น โดยการถ่ายทอดจะขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถ่ายทอดกับผู้ที่ได้รับการ ถ่ายทอด เช่น ป้า น้า อา หรือผู้ที่ใกล้ชิดที่สุด การศึกษาวิชาแพทย์จะถ่ายทอดภายในตระกูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกหลาน เพราะครูต้องใช้ความสังเกตพิจารณาในเรื่อง นิสัยใจคอและความอดทนพากเพียรว่าหลาน หรือลูกศิษย์คนใดสมควรที่จะได้รับการถ่ายทอดความรู้ มากน้อยแค่ไหน จึงเป็นที่รู้กันว่าในสมัยก่อนศิษย์จะมีความปรีชาสามารถสืบเนื่องมาจากครู (สถาบัน การแพทย์แผนไทย, 2542: 1)

การถ่ายทอดความรู้ความชำนาญที่มีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือ เป็นความสามารถ เฉพาะบุคคล หรือเฉพาะครอบครัว เช่น ความสามารถในการรักษาโรค งานช่างศิลป์ งานช่าง ฝีมือ ต่าง ๆ ความสามารถทางด้านดนตรี การขับร้อง เป็นต้น ความรู้เหล่านี้จะมีการถ่ายทอดเฉพาะภายใน ครอบครัวและเครือข่าย บางอย่างมีการหวงแหน และเป็นความลับในสายตระกูล (เพียงเพ็ญ อ่อน แก้ว, 2546: 36)

การเป็นเครือญาติกัน หรือบุคคลนั้น ๆ ได้รับความเคารพ นับถือเปรียบเสมือนเป็น เครือญาติกันจริง ๆ อาจทำให้เกิดความเกรงใจต่อกันเลยต้องถ่ายทอดความรู้ให้ เพราะถือเป็นค่านิยม ของสังคมไทย เนื่องจากโครงสร้างสังคมไทยนั้นมีลักษณะเป็นระบบเครือญาติ สังคมไทยเป็นสังคมที่มี

การจัดระบบเครือข่ายและครอบครัว โดยสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติจะเน้นเกี่ยวกับสิทธิ และหน้าที่ต่าง ๆ ที่ญาติพึงปฏิบัติต่อกัน (สนิท สมัครการ, 2545: 19) กล่าวได้ว่าความสัมพันธ์แบบเครือญาติเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้ได้

ตลอดจนการมีพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะทำให้ต้องมีความระมัดระวังมากยิ่งขึ้นเพราะมีผู้ที่มีความรู้พร้อมทั้งทำควมรักษาหลายคนที่ไม่ใช่ใบอนุญาตที่ถูกต้องตามกฎหมาย ทำให้การถ่ายทอดความรู้อยู่ในแวดวงเฉพาะเครือญาติ หรือคนที่สนิทสนมกันจริง ๆ เท่านั้นทำให้ไม่เข้าข่ายผิดกฎหมาย เพราะไม่ได้เปิดสอนหรือรับสอน เพราะหากเปิดสอนหรือรับสอนโดยที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนั้นเป็นการทำผิดกฎหมายและหากผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดนำความรู้ที่ได้ไปประกอบอาชีพหรือรักษาโรคให้ผู้อื่นก็เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายเช่นเดียวกัน

โดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน คือพระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ให้ไว้ ณ วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2542 ขอยกตัวอย่างเนื้อหาบางมาตรา ดังนี้

#### มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

“การประกอบโรคศิลปะ” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพ ที่กระทำ หรือ มุ่งหมายจะกระทำ ต่อมนุษย์ เกี่ยวกับ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์ แต่ไม่รวมถึง การประกอบวิชาชีพ ทาง การแพทย์ และ สาธารณสุขอื่น ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ๆ

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะ ตามความรู้ หรือ ตำราแบบไทย ที่ถ่ายทอด และ พัฒนา สืบต่อกันมา หรือ ตามการศึกษาจากสถานศึกษา ที่ คณะกรรมการรับรอง

“ผู้ประกอบโรคศิลปะ” หมายความว่า บุคคล ซึ่ง ได้ขึ้นทะเบียน และ รับ ใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ จาก คณะกรรมการวิชาชีพ

“เวชกรรมไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด หรือ การป้องกันโรค ด้วยกรรมวิธี การแพทย์แผนไทย (พระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ, 2542: 1-2)

#### 2.3.2.3 กลุ่มลูกศิษย์/ผู้ขอความรู้

จากที่ได้กล่าวมาในข้างต้นว่าเนื่องจากประเทศไทยประสบกับปัญหาภาวะเศรษฐกิจทำให้คนไทยส่วนใหญ่ต้องดิ้นรนหางานรองรับเพื่อเลี้ยงชีพให้อยู่รอด แพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาไทยอีกอันหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมาก และอยากเข้ามาประกอบอาชีพนี้มากขึ้นทำให้คนที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยสามารถฉกฉวยโอกาสในการหารายได้จากการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นได้ เนื่องจากการไปขอเรียนเกี่ยวกับความชำนาญเฉพาะทางเช่นนี้นั้นทำให้

ผู้มาขอเรียนต้องจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้สอนด้วย (เพียงเพ็ญ อ่อนแก้ว, 2546: 36) โดยในปัจจุบันนั้นก็ยังมีสมาคมหรือชมรมที่มีการเปิดอบรมหลักสูตรถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยโดยมีค่าใช้จ่ายในการเรียนหรือค่าตอบแทนหลายแห่ง โดยสมาคมชมรมแพทย์แผนโบราณที่เปิดอบรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณมีอยู่หลายแห่ง เช่น สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย(วัดปรินายก) สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย(วัดโพธิ์) เป็นต้น สมาคมเหล่านี้จะเปิดรับบุคคลที่ต้องการเรียนเกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณเป็นลูกศิษย์และเปิดอบรมความรู้ด้านเวชกรรมและเภสัชกรรม (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542: 39)

ในการถ่ายทอดความรู้ที่ยังแฝงเรื่องความต้องการในการยอมรับทางสังคมเอาไว้ อีกด้วย เพราะการที่มีลูกศิษย์หรือผู้ที่มาขอความรู้ที่ย่อมแสดงให้เห็นว่าผู้ถ่ายทอดความรู้นั้นได้รับการเคารพ นับถือจากผู้ที่มาขอความรู้ ซึ่งได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตติมา สดากกร (2550) ที่พบว่า หมอนวดแผนไทยส่วนใหญ่มีปัจจัยทางจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหมอนวดแผนไทยมีด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ และด้านการยอมรับจากสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเห็นคุณค่าของตนเอง และด้านการพัฒนาศักยภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างสูงด้วยเช่นกัน

ดังนั้น สรุปได้ว่าการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์ หรือผู้ที่มาขอความรู้อาจจะเกิดจากความต้องการการยอมรับจากสังคม และการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์อาจจะได้รับค่าตอบแทนก็ได้เนื่องจากการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นความรู้เฉพาะทางและในปัจจุบันก็มีการถ่ายทอดความรู้ที่ต้องมีค่าตอบแทนอย่างแพร่หลายอีกด้วย

### 2.3.3 การต่อยอดความรู้

การต่อยอดความรู้ หมายถึง การไม่ดูถูกองค์ความรู้ดั้งเดิม แต่เป็นการเรียนรู้ของเก่า แล้วเสริมต่อสร้างต่อจากฐานที่มั่นคง ( มิชิตา จำปาเทศ รอดสุทธิ, 2550: 46)

การวิจัย คือ การต่อยอดองค์ความรู้อย่างหนึ่งในภาษาอังกฤษ คำว่า “วิจัย” เขียนว่า “Research” ซึ่งบ่งบอกนัยยะอย่างชัดเจนว่า การวิจัยเป็น “การไปแสวงหาซ้ำแล้วซ้ำเล่าจากที่บรรพบุรุษทางวิชาการ” ได้เคยแสวงหากันแล้ว หรืออาจจะพูดได้ง่าย ๆ ว่า การวิจัยคือการไปสานต่อยอดองค์ความรู้เดิมที่ได้ตั้งต้นหรือ ขึ้นต้นเอาไว้แล้ว ด้วยเหตุนี้จึงเป็นท่าบังคับพื้นฐานว่า ในบทที่ 2 ของงานวิจัยจะต้องมีการไปอ่านแนวคิด ทฤษฎี และโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยที่มีเนื้อหาหรือเรื่องราวคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกับ ประเด็นที่กำลังศึกษาอยู่ ซึ่งเปรียบเสมือนป่าแห่งความรู้ที่มีอยู่ (กาญจนา แก้วเทพ , 2551: 3)

วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) กล่าวว่า “การค้นพบย่อมจะไม่ก่อให้เกิดการต่อยอดหากไร้การบันทึกซึ่งหลักฐานและหลักฐานนั้นต้องเป็นสิ่งที่สารคดีพิมพ์เผยแพร่ได้ ถึงจะเกิดการต่อยอดความรู้ที่สมบูรณ์ถือเป็นกระบวนการหนึ่งในการจัดการความรู้เพื่อให้

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เร็วขึ้น มองอีกมุมหนึ่งก็เป็นเหมือนการสนับสนุนให้เกียรติผู้อื่นโดยใช้การตีพิมพ์  
คุณประโยชน์ของการตีพิมพ์อยู่ที่การสร้างความรู้ ทำให้เกิดการถกเถียงโต้แย้ง เรียนรู้ ทำให้เกิด  
การศึกษาแลกเปลี่ยนแล้วก็เกิดกระบวนการต่อยอดความรู้”

เจตนา นาควัชระเมธี นักวิจัยอาวุโสสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) กล่าวว่า  
“แม้การตีพิมพ์จะไม่ใช่ว่าตัวแปรเดียวที่จะทำให้ความรู้ดำรงอยู่ได้แต่ทว่าการตีพิมพ์ก็เป็นวิถีทางที่สามารถ  
ทำให้การเผยแพร่ความรู้เป็นไปอย่างกว้างขวาง ปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้นั้นทำได้อย่างสะดวก”  
(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2548: 1)

กล่าวโดยสรุปการต่อยอดความรู้หมายถึง การเรียนรู้อองค์ความเดิมอย่างลึกซึ้งซึ่งเพื่อเสริมต่อ  
ความรู้ใหม่ด้วยการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ซึ่งก่อนที่จะมีการจดบันทึก ตีพิมพ์และเผยแพร่สมควร  
กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก่อน เพราะกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้  
เกิดการต่อยอดความรู้ได้ ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นในเรื่องการจัดการความรู้ควรมีคุณธรรม 8 ประการ  
นั้นได้อธิบายไว้ว่า การจัดการความรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้การปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างเป็น  
ผลสำเร็จ การเรียนรู้จึงเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ อันจะทำให้เกิดอิทธิปัญญา  
หรือปัญญาเพื่อความสำเร็จได้

George Richards Minot เป็นแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์ที่ได้สร้างผลงานที่เป็นประโยชน์  
ต่อเพื่อนมนุษย์ ด้วยการคิดค้นวิธีการรักษาโรคโลหิตจางชนิดร้ายแรง ส่งผลให้เขาได้รับรางวัลโนเบลปี  
ค.ศ.1934ได้นำเสนอวิธีการต่อยอดความรู้ให้กับผู้เรียนที่กำลังเก็บเกี่ยววิชาความรู้จากมหาวิทยาลัย  
ไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2551: 1)

1. พบปะคณาจารย์ อาจารย์ทุกคนต่างเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถระดับสูง ที่จะให้ความรู้  
และแนะนำทิศทางการต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ผู้เรียนควรเป็นฝ่ายเข้าหาอาจารย์ให้มากขึ้นในทุกช่องทางที่  
สามารถจะทำได้ เช่น ขอคำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ด้านการเรียน ตั้งคำถามในกรณีที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ  
ขอนัดพบอาจารย์เพื่อปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ

2. ค้นคว้าในห้องสมุด ห้องสมุดถือเป็นคลังแห่งปัญญาที่รวบรวมหนังสือ ซึ่งเป็นผลิตผลที่  
ผู้เขียนกลั่นกรองความคิดของตนถ่ายทอดผ่านตัวหนังสือ การอ่านหนังสือเป็นเสมือนได้ปฏิสัมพันธ์  
ทางความคิดกับผู้เขียน ก่อเกิดปัญญา และเปิดรับความคิดที่หลากหลาย นอกเหนือจากการเรียนใน  
ชั้นเรียน

3. เข้าร่วมเสวนาทางวิชาการ เป้าหมายการเรียนเพื่อความสำเร็จนั้นผู้เรียนจำเป็นต้องเป็น  
คนที่รู้กว้าง รู้ลึก รู้ไกลซึ่งไม่เพียงแต่ต้องอ่านหนังสือเท่านั้นแต่ควรเข้ารับฟังแนวคิดใหม่ ๆ ผ่านการฟัง  
เสวนาวิชาการหรือจากผู้ปฏิบัติงานจริงเพื่อจะรับฟังแนวคิดและองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น  
ๆ โดยตรง



4. ผีภยันตราย วิเคราะห์สิ่งรอบตัว การเป็นคนช่างสังเกต เป็นพื้นฐานหนึ่งของผู้เรียนรู้อย่างดี ช่วยขยายการเรียนรู้ออกไปอย่างไม่มีขอบเขตจำกัด สะท้อนว่ามีความสนใจแสวงหาความรู้อย่างจริงจังในเรื่องที่ตนสนใจ เปิดใจเรียนรู้จากสิ่งรอบตัวโดยนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้ และสามารถเลือกเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์และหลีกเลี่ยงการเรียนรู้ในสิ่งที่อาจก่อให้เกิดผลเสียได้

ในปัจจุบันจะสังเกตได้ว่าการจัดเวทีเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับกลุ่ม ระดับชุมชน จังหวัด และระดับประเทศ เพื่อต้องการขยายเวทีในการต่อยอดความรู้ โดยใช้วิธีการระดมสมองซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ในการต่อยอดความรู้ที่ดี ซึ่งเทคนิควิธีการที่ใช้ในการต่อยอดความรู้นี้สอดคล้องกับวิธีการต่อยอดความรู้ให้กับผู้เรียนร่วมหาวิทยาลัยของ George Richards Minot ด้วย

แนวทางในการศึกษาและเผยแพร่ภูมิปัญญามีดังนี้ (สุวิมล พิริยธนาลัย, 2546: 59)

1. การศึกษาหาความรู้ ทำความเข้าใจ จากนั้นก็ไปศึกษาดูงาน พบปะสนทนากับปราชญ์ชาวบ้าน เพื่อฟื้นฟูและสืบทอดภูมิปัญญาต่อไป

2. เก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญา โดยการสืบค้น สอบถาม ขอความร่วมมือจากผู้อื่นเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม แล้วนำมาวิเคราะห์จัดระบบเป็นเอกสารสำหรับศึกษา ส่งเสริม เผยแพร่ ค้นคว้า วิจัยในระดับลึกต่อไป

3. การศึกษา ค้นคว้า วิจัย โดยส่งเสริมให้มีการสนับสนุนการวิจัย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกิดองค์ความรู้ในรากเหง้าของภูมิปัญญา

4. การส่งเสริมเผยแพร่ โดยรวบรวมองค์ความรู้ที่เหมาะสมแล้วเลือกสรรอย่างพิถีพิถัน รมัดระวังที่เหมาะสมในแต่ละประเด็นแต่ละลักษณะนำมาจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ทางสื่อมวลชนทุกสาขาถ้ามีโอกาสอันเหมาะสมโดยมีเป้าหมายเผยแพร่ในประเทศ เพื่อส่งเสริมให้คนนำความรู้ไปใช้ และจะได้สืบทอด ปรัง ประยุกต์ให้ทันสมัย

การสร้างของใหม่ที่ “ต่อยอด” บนรากฐานเก่า เรียนรู้เข้าใจถึงแก่นถึงองค์ความรู้ดั้งเดิม ประกอบกับศึกษาเพิ่มเติมค้นคว้าของใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทที่ดำรงอยู่เป็นแนวทางที่จะช่วยสร้างและพัฒนาความรู้ทั้งหลายให้เจริญงอกงามขึ้นได้ การเรียนรู้ที่จะต่อยอดในสิ่งที่เป็นประโยชน์ สิ่งสร้างสรรค์จะช่วยสนับสนุนความสำเร็จได้ดี หากเรารู้จักคิดมองประเด็นต่าง ๆ จากความรู้ใหม่ที่เรารับได้เข้าใจและนำมาวิเคราะห์สร้างหลักการออกมานำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตจริง ความคิดนั้นก็มีความเป็นประโยชน์ต่อการทำงานและช่วยให้เราประสบความสำเร็จในชีวิตได้ การต่อยอดความรู้ภูมิปัญญาในเรื่องสุขภาพก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การต่อยอดความรู้ภูมิปัญญาในเรื่องสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่งเพราะเป็นการสืบทอดความรู้ดั้งเดิม อีกทั้งเป็นการพัฒนาภูมิปัญญาดั้งเดิมของบรรพบุรุษให้กลับมาใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายและเหมาะสมกับบริบทในปัจจุบันมากยิ่งขึ้นอีกด้วย

สรุปได้ว่าขั้นตอนของการต่อยอดความรู้ 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาหาความรู้ ทำความเข้าใจกับเรื่องต่างๆที่สนใจ ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาแล้วนำมาข้อมูลนั้นมา วิเคราะห์จัดระบบเป็นเอกสารสำหรับศึกษา ส่งเสริม เผยแพร่ ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมเผยแพร่โดยรวบรวมองค์ความรู้ที่เหมาะสมแล้ว เลือกสรรอย่างพิถีพิถันระมัดระวังที่เหมาะสมในแต่ละประเด็น ดังภาพที่ 2.5

## 2.4 พัฒนาการแพทย์แผนไทย

### 2.4.1 ลำดับพัฒนาการแพทย์แผนไทย

**ยุคก่อนสมัยสุโขทัย** ประมาณพ.ศ.1300 การแพทย์ของไทยนอกจากจะมีตำราเดิมแบบไทยแท้ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อดั้งเดิมของชนท้องถิ่นรวมทั้งสมุนไพรและไสยศาสตร์แล้วยังเอา ความรู้ผสมผสานมาจากการแพทย์อายุรเวทของอินเดียโดยเข้ามาพร้อมพุทธศาสนาในปีพ.ศ.600 โดยมีหลักฐานที่ทำให้เชื่อว่าแพทย์แผนไทยมีรากฐานมาจากอินเดียได้แก่ แพทย์แผนไทยมักจะมีคำกล่าว สรรเสริญ “ท่านชีวกโกมารภัจจ์” นอกจากนี้คำศัพท์ในคัมภีร์แพทย์ยังมีภาษาบาลีซึ่งเป็นภาษาหลัก ในพระไตรปิฎกตลอดจนได้รับอิทธิพลจากแพทย์จีนมาเล็กน้อย เช่น มักใช้แร่ธาตุรักษาโรคได้แก่ พรอท สารหนูและเหล็ก เป็นต้น แพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญกับอาการป่วยที่ปรากฏในการวินิจฉัยโรค

**สมัยสุโขทัย (พ.ศ.1763-1920)** จากหลักฐานการแพทย์ไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับระบบ การแพทย์ในสมัยนี้เลยแต่เชื่อว่ามึระบบการแพทย์ที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรโดยนำมาต้ม ปอกหรือบด ให้ละเอียดรับประทานเพราะมีการค้นพบหินบดยาสมัยทวารวดีและพบศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำ เจ็บป่วย ในสมัยนั้นมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูติ ผี ปีศาจ เพราะมีพิธีเสี ยกบาล เพราะมีพิธีที่ทำขึ้นเมื่อเด็กแรกเกิดไม่สบายโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำของผี

นอกจากสมุนไพรและไสยศาสตร์แล้วยังมีการนวดที่ได้รับความนิยมจนมีกรมหมอนวดขึ้นมา เป็นการใช้เท้าเหยียบ ความรู้การแพทย์ของราชบุรุษก็มีบ้างเพื่อใช้รักษาตนเอง เกิดจากการสังเกตและ ประสบการณ์ในการทดลองใช้พืชต่าง ๆ เป็นยาบำบัดลองผิดลองถูกหลายครั้งแล้วเล่าถ่ายทอดสั่งสอน ความรู้ทางการแพทย์นั้น ๆ สืบมา ผู้ที่มาฝากตัวเป็นศิษย์ให้เรียกว่าหมอเฉลยศักดิ์ในส่วนราชการ ความรู้ทางการแพทย์จะสืบทอดในตระกูลเท่านั้นเรียกว่าหมอหลวง

**สมัยอยุธยา (พ.ศ.1893-2310)** ไม่แตกต่างจากสมัยสุโขทัยเท่าไรนัก โดยกล่าวว่า การแพทย์สมัยนี้ประยุกต์มาจากอินเดียที่เรียกว่า อายุรเวทและการแพทย์แผนจีนรวมทั้งความเชื่อ ทางโหราศาสตร์และไสยศาสตร์เช่นการผูกตะกรุด คาถาผ้าประเจียด ลงเลขยันต์อาคม เป็นต้น โดย เชื่อกันว่า ครูต้องเป็นผู้มีการปฏิบัติดังงามในทุกด้านโดยเฉพาะความกตัญญูตามหลักคิดของแพทย์

ไทยแบบอายุรเวท คือถือกันว่า ครูดั้งเดิมคือพระฤาษี มีหลายองค์ที่คนพบสมุนไพรรักษาและคิดค้นวิธีการกายภาพบำบัดตามตำราฤาษีตัดตน

**สมัยธนบุรี** (พ.ศ.2311-2325) สืบเนื่องมาจากเน้นการกอบกู้เอกราช การแพทย์จึงถูกละเลยไปจึงไม่ปรากฏหลักฐานที่ชัดเจนเพราะถูกพม่าเผาทำลายไปหมด ความรู้ที่มีอยู่ใช้เฉพาะการดูแลผู้บาดเจ็บจากสงคราม

**สมัยรัตนโกสินทร์** (พ.ศ.2325-ปัจจุบัน) มีแบบแผนการรักษาได้รับการถ่ายทอดมาจากสมัยอยุธยา โดยผ่านทางตำราและคัมภีร์แพทย์ต่าง ๆ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการสืบทอดจากแพทย์รุ่นก่อนและอีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดลอกขึ้นมาใหม่ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นโดยเรียกประชุมแพทย์และผู้ที่มีความรู้มาช่วยกันตรวจสอบจากนั้นก็คัดลอกมาเก็บไว้ในกรมหมอลหลวง การบันทึกเป็นวิธีการหนึ่งในการถ่ายทอดให้แก่บุตรหลานของตนเพราะการแพทย์ต้องรู้การวินิจฉัยโรค คุณสมบัติสมุนไพรรักษาและการรักษาคนไข้ ซึ่งมีรายละเอียดเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงมีการคัดลอกสืบทอดกันมา

ในปัจจุบัน หลังสงครามโลกครั้งที่สองมีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขเป็นครั้งแรกเพื่อใช้ควบคุมและป้องกันโรคอย่างรัดกุม ในปัจจุบันยังมีตำรายาในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งรวบรวมไว้ในคัมภีร์แพทย์เป็นจำนวนมาก เช่น ตำรายาพิเศษ ตำรายาไทย หนังสือบทความเรื่องสมุนไพรรักษาตำรายากลางบ้าน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542: 3-35)

#### 2.4.2 แนวคิดระบบการแพทย์พื้นบ้าน

เมื่อเรากล่าวถึงการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันหรือการแพทย์พื้นบ้าน ในอดีตนั้นก็ทำให้คนทั่วไปอดนึกถึงแต่วิถีชีวิตหรือเรื่องราวในอดีตของบรรพชนไม่ได้ซึ่งคนไทยก็ต้องยอมรับตามตรงว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นเรื่องที่ค่อนข้างโบราณเพราะองค์ความรู้เหล่านี้ไม่มีการเคลื่อนไหวไม่มีการพัฒนาไม่สอดคล้องไม่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตคนไทยมานานแล้วแต่ในภาวะปัจจุบันสิ่งที่เราคิดว่าล้าหลังเหล่านั้นกลับได้รับการส่งเสริมฟื้นฟูเป็นอย่างมากเพื่อที่จะหวังว่าภูมิปัญญาที่ถูกหลงลืมเหล่านั้นจะกลับกลายมาเป็นตัวชูโรง และเชื่อมโยงกับชีวิตและความเชื่อที่ยังคงหลงเหลืออยู่ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไข วัฒนธรรม จารีตของแต่ละชุมชน การแพทย์พื้นบ้าน เป็นสิ่งที่สังคมได้ทำการสั่งเคราะห์ห้ขึ้นและรับการถ่ายทอดมา สันสมไว้ตลอดชีวิตระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงเปรียบเสมือนตะกอนที่กระแสน้ำวัฒนธรรมดั้งเดิมหลายสายที่พัดผ่านมาและสิ่งที่พัดผ่านเหล่านั้นก็ตกเป็นตะกอนสะสมไว้ คนแต่ละยุคแต่ละรุ่นก็จะเลือกสรรกลั่นกรองจนกลายมาเป็นแบบแผนวัฒนธรรมและความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝังถ่ายทอดต่อกันมาและกลายเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านในที่สุด

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2539 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 12-13) ได้กล่าวไว้ว่าในระบบของการแพทย์พื้นบ้านของประเทศไทยเป็นการดูแลรักษาสุขภาพ และการรักษาโรคของคนภายใน

ชุมชนของตนโดยการลองผิดลองถูกไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนมักเน้นในด้านความเชื่อหรือประสบการณ์เฉพาะของท้องถิ่นโดยมีการสืบทอดที่หลากหลายและมักมีการถ่ายทอดโดยตรง ระหว่างครูกับศิษย์หรือระหว่างคนในครอบครัวการแพทย์พื้นบ้านมีการใช้กันอย่างกว้างขวางโดยเรียกการแพทย์ที่มีอยู่ในพื้นที่ที่มีแพทย์พื้นบ้านอยู่ว่าการแพทย์พื้นบ้านความเชื่อของแพทย์พื้นบ้านเชื่อว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดโรครามีสาเหตุมาจากสิ่งสำคัญ 2 ประเด็นคือ

1. เรื่องเหนือธรรมชาติ เช่น ถูกพระเจ้าลงโทษซึ่งไม่มีใครในชุมชนที่ไม่เชื่อ เหตุก็เพราะว่าสิ่งที่เหนือธรรมชาติถูกสั่งสมและถ่ายทอดความเชื่อนั้นมาอย่างยาวนาน ดังจะเห็นได้ว่ามีบางเผ่า บางกลุ่มจะมีหมอผีประจำเผ่า หรือประจำกลุ่มอยู่ด้วยเสมอภายในชุมชนนั้น ทำให้ผู้คนมีความเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติ เชื่อเรื่องวิญญาณ รวมทั้งเชื่อว่าภูตผีปีศาจมาลงโทษ เมื่อเราทำสิ่งใดไม่ถูกต้องหรือขัดใจกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ก็มักจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย เพราะเชื่อว่าไปลบหลู่หรือมีความเชื่อเรื่องถูกพอมดมหมอผีมากระทำคุณไสยให้ตนเจ็บป่วย เป็นต้น

2. เรื่องของธรรมชาติ เช่น การเสียสมดุลของร่างกาย ค่อนข้างจะเป็นวิทยาศาสตร์ เช่น หยิน-หยางของจีน ธาตุ 5 ของหมอเมืองทางภาคเหนือ หรือความไม่สมดุลของธาตุในร่างกายของแพทย์แผนไทยซึ่งมี 4 ธาตุ เมื่อมนุษย์เกิดการเจ็บป่วยขึ้นมาก็เชื่อว่า เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุในร่างกาย ทำให้เกิดอาการป่วยขึ้นมา

แนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยในมนุษย์ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ใหญ่ ๆ ดังนี้ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 1-4)

1. เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ได้แก่ ผีบรรพบุรุษ สิ่งที่มีอำนาจ
2. เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ ได้แก่ การเสียสมดุลของร่างกายอันประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 (ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ)
3. ว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพลังจักรวาล ได้แก่ อิทธิพลของดวงดาวต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งพลังงานที่สร้างสรรค์ และพลังที่ทำร้ายสุขภาพ

การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย

1. การซักประวัติบุคคล การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย
2. ประวัติของโรค เช่น เริ่มป่วยเมื่อไร อาการเริ่มแรกจนมาพบหมอ อาการหนักเบา ในช่วงเวลาใด การรักษาที่ได้รับก่อนมา
3. การตรวจร่างกาย เช่น ดูรูปร่าง กำลัง สติอารมณ์ สีพจร ปาก ลิ้น ตา ผิวพรรณ และการตรวจเฉพาะที่ป่วย
4. การตรวจอาการ เช่น วัดปรอท ดูเหงื่อที่ออก ซักถามอุจจาระ ปัสสาวะ อาหาร และพฤติกรรมกรบริโภค เสียง การนอนหลับ ความรู้สึกต่าง ๆ (เจ็บคอ ขมปาก เป็นต้น)

5. การวิเคราะห์โรค โดยทำความเข้าใจกับอาการของคนไข้ โดยพิจารณาจากธาตุเรือน ฤดูกาลเวลาที่อาการเจ็บป่วย ช่วงอายุ ที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมที่สงสัยเป็นมูลเหตุก่อโรค เมื่อวิเคราะห์โรคได้แล้วจึงจะทำการรักษาต่อไป

การรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย

1. ปัจจัยที่ธรรมชาติกำหนด ได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล สุริยจักรวาล ความอนิจจัง การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2. ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรค โดยใช้หลักธรรมนามัยซึ่งประกอบ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

3. การรักษาด้วยการใช้อาหารหรือยาสมุนไพร เพื่อปรับให้สมดุล

4. การรักษาด้วยการนวด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้อธิบายถึงระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไว้ว่าภาพรวมของระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยประกอบขึ้นจากการแพทย์ระบบย่อย ที่สังคมถ่ายทอดสั่งสมกันมาตามวัฒนธรรม และสังคม โดยระบบการแพทย์พื้นบ้านอาจจำแนกเพื่อให้เกิดการเข้าใจในปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมแก้ปัญหา ความเจ็บป่วยได้ดี ในระบบการแพทย์พื้นบ้านได้ 4 ระบบ คือ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533: 90-110)

1. ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ กล่าวคือ การแพทย์ที่เป็นภูมิปัญญาของการต่อสู้เพื่อ การแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชนเพราะแต่ละชุมชนแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีความสามารถในการแก้ปัญหาแตกต่างกันไป ดังจะเห็นได้ว่าแต่ละท้องถิ่นแต่ละชุมชนจะมีโรคและยาประจำท้องถิ่นของตนซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะแตกต่างกันไปซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบของการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยออกเป็น 3 ลักษณะด้วยกันคือ

**การรักษาด้วยยากลางบ้าน** ซึ่งเป็นความรู้ที่ชาวบ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปมีอยู่และใช้กันอยู่ทั่วไปในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ชาวบ้านหรือชุมชนรู้จัก ยกตัวอย่างเช่น การหาสมุนไพรมารับประทาน

**แบบแผนการปฏิบัติเฉพาะ** ในสังคมหนึ่ง ๆ มักมีข้อปฏิบัติหรือแบบแผนเฉพาะ สังคมและความเชื่อนั้น ๆ ที่พบบ่อยที่สุดในทุกวัฒนธรรมก็คือ ข้อห้าม เช่น ห้ามรับประทานของแสลงกับโรค (อาหารที่ไม่ถูกกับโรค)

**การรักษากับหมอพื้นบ้าน** หมอพื้นบ้านที่มีส่วนใหญ่มักจะเป็นหมอที่รักษาได้เฉพาะโรคที่ตนได้ร่ำเรียนหรือได้รับการถ่ายทอดเท่านั้นหมอพื้นบ้านมีวิธีการรักษาที่ไม่มากมายนักไม่มีทฤษฎีเหมือนแพทย์ปัจจุบันแต่อาศัยการสังเกตและจดจากการบอกกล่าว

2. ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นระบบการแพทย์ที่มีความเชื่อเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอย่างมากเพราะมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการถูกสิ่ง

เหนือธรรมชาติกระทำ อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่ป่วยได้กระทำการละเมิด หรือลบหลู่อำนาจศักดิ์สิทธิ์ หรือ กฎเกณฑ์แห่งความถูกต้องที่สังคมยึดถือซึ่งสิ่งที่กล่าวมานี้อาจพบได้แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมที่ ต่างกันเช่น ภาคเหนือมี ผีมด ภาคกลางมี ผีกระหังและในอีสานมีผีปอบ การรักษานอกจากรักษาโดย การเช่นไหว้แล้ว การแพทย์พื้นบ้านยังมีรูปแบบในการรักษาที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติอีก รูปแบบหนึ่งคือ การรักษาด้วยหมอผี หรือหมอธรรม ที่รักษาโรคเกิดจากผีกระทำโดยการกำราบหรือ ปรามผีด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ใช้น้ำมันต์ การตีด้วยหวาย การผูกสายสิญจน์

3. ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ เมื่อชาวบ้านในชุมชนเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ชาวบ้าน จะไปหาหมอดูทรงมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปเช่น หมอทายเลข หมอดำรา หมอส่วนใหญ่จะใช้ตำรา พรหมชาติใช้ในการอ้างอิงโดยมีวิธีการคำนวณชะตาราศีจาก วัน เดือน ปีเกิดเมื่อการคำนวณเสร็จสิ้น หมอดูก็จะพยากรณ์อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากสิ่งใดกระทำ สามารถรักษาได้หรือไม่ ยาก ง่ายเพียงใด หากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากเคราะห์สามารถแก้ไขได้ หมอก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยไป หาหมอสะเดาะเคราะห์เพื่อทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้

4. ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลมา จากอินเดียทฤษฎีธาตุของแพทย์แผนไทยมีลักษณะเหมือนกับอินเดียเพราะเชื่อว่า ร่างกายของมนุษย์ ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการ ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก็เพราะมี สาเหตุมาจากความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกายเกิดความไม่สมดุล มีอาการแปรปรวน ซึ่งตามตำรา กล่าวไว้ว่าการแปรปรวนเกิดได้ 3 ลักษณะคือ

กำเริบ หมายถึง การเพิ่มขึ้นของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นๆ ตามระบบของร่างกาย  
 หย่อน หมายถึง การลดทอนลงของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในระบบร่างกาย  
 พิการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากธรรมชาติของธาตุนั้น

### 2.4.3 นโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย

การเคลื่อนไหวในสองทศวรรษที่ผ่านมาทำให้เห็นความคลี่คลายด้านการ พัฒนาและการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย หลายประเด็น คือ

2.4.3.1 การส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในงานกระทรวงสาธารณสุข มูลฐาน ทั้งในด้านการส่งเสริมและพัฒนาให้ประโยชน์ในชุมชน

2.4.3.2 การพัฒนาไกล และโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแล รับผิดชอบงานพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ ตั้งแต่การก่อรูปคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ เพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาแต่ละด้านทั้งระบบ การจัดตั้งศูนย์ประสานการ พัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทยเพื่อทำหน้าที่เลขานุการในการดูแลรับผิดชอบทั้งระบบและจัดทำ

แผนงานโครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ โดยอาศัยงบประมาณจากศูนย์พัฒนา  
ประสานงานองค์การอนามัยโลก

2.4.3.3 การพัฒนาด้านกำลังคน การริเริ่มนำบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย  
หรือแพทย์อายุรเวทได้ดำเนินการภายใต้งานวิจัยเรื่องผสมผสานการบริการการแพทย์แผนไทยใน  
ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในช่วงปีพ.ศ. 2535-2536 หลังจากนั้นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการ  
ดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย ได้จัดจ้างแพทย์แผนไทยประยุกต์จากโรงเรียนอายุรเวทมีคุณวุฒิ  
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ด้วยงบประมาณเงินบำรุงสถานพยาบาลเอง ปัจจุบันสถาบันดังกล่าวอยู่  
ในความดูแลของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.4.3.4 .การพัฒนาเทคโนโลยีและเวชภัณฑ์จากสมุนไพร ในระยะแรกสถาน  
บริการจะใช้จ่ายจากสมุนไพรเดี่ยว ในช่วงปี พ.ศ. 2539-2540 เป็นต้นมา มีการผสมผสานการแพทย์  
แผนไทยเข้าสู่ระบบการบริการสุขภาพภาครัฐกว้างขวางขึ้นมีการตรวจรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรทั้ง  
สมุนไพรเดี่ยวและยาตำรับ การนวด การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำ บางแห่งมีการผลิตยาสมุนไพร  
เพื่อใช้ในสถานบริการและสนับสนุนบริการอื่น ๆ ด้วย

2.4.3.5 การพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยการผสมผสาน  
การแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ในช่วงปีพ.ศ. 2539-2540 เป็นช่วงที่กระทรวง  
สาธารณสุขโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเปิด  
บริการการแพทย์แผนไทยตามความพร้อมของแต่ละแห่ง โดยแบ่งบริการได้เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 มีการจำหน่ายหรือใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย 1 ชนิด รวมทั้งการใช้ลูก  
ประคบสมุนไพร

ระดับที่ 2 มีบริการระดับที่ 1 และมีคลินิกบริการด้านการนวดไทย อบ ประคบ

ระดับที่ 3 มีบริการระดับที่ 1 2 และมีการจัดอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย  
ของกระทรวงสาธารณสุข

ระดับที่ 4 มีบริการระดับที่ 1 2 3 และมีการจัดอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย  
ของกระทรวงสาธารณสุข (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะเภสัชศาสตร์, 2551: 42-45)

กล่าวได้ว่าภูมิปัญญาด้านการนวดและการใช้สมุนไพรประคบนั้นมีมาตั้งแต่สมัยสุโขทัยซึ่ง  
ถือว่าเป็นภูมิปัญญาเก่าแก่ของไทยที่ใช้ในการรักษาโรค จนทำให้ในปัจจุบันประเทศไทยพยายาม  
รักษาภูมิปัญญาเก่าเอาไว้ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายต่าง ๆ มารองรับตามที่ได้กล่าว  
เอาไว้ข้างต้น

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร

### 2.5.1 การนวดไทย

#### 2.5.1.1 ประวัติการนวดไทย

จากการค้นคว้าข้อมูลทางประวัติศาสตร์พบว่า การนวดอย่างมีแบบแผนเริ่มมีการบันทึกไว้ตั้งแต่ราว 5,000 ปี มาแล้วในตำราวิชาแพทย์จีนในแผ่นดินจักรพรรดิฮวงตี้ และคัมภีร์อายุรเวทของอินเดียซึ่งมีอายุประมาณ 3,800 ปี ได้กล่าวถึงการนวดว่าเป็นการ ช่วยให้ร่างกายรักษาตนเองโดยใช้น้ำมันทาไปตามผิวหนังส่วนต่าง ๆ อิปโปเครติสผู้ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็น “บิดาแห่งวิชาแพทย์” ของโลกตะวันตก ได้กล่าวถึงการนวดไว้ว่า แพทย์จะต้องมีความเชี่ยวชาญในหลายสิ่งแต่ที่แน่นอนอย่างยิ่งก็คือต้องมีความเชี่ยวชาญในการนวดด้วย ในเอกสารทางการแพทย์ของอียิปต์ เปอร์เซีย และญี่ปุ่นก็ได้มีการกล่าวถึงคุณประโยชน์ของการนวดในการรักษาโรคต่าง ๆ ไขว่มากมาย เช่นเดียวกัน ปัจจุบันในโลกตะวันตกได้มีการพัฒนาการนวดออกไปหลายรูปแบบ ผสมผสานวิชาต่างๆ เข้ากับการนวดเพื่อให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น มีการสอนเผยแพร่ มีโรงเรียนและสถาบันสอนวิชานวด โดยเฉพาะหลายแห่งในหลาย ๆ ประเทศ โดยมีวิธีการนวดแบบญี่ปุ่นและแบบสวีดิชเป็นวิธีที่นิยมศึกษากันแพร่หลายที่สุด

สำหรับการนวดไทยหรือนวดแผนโบราณของเรานั้นเชื่อว่าเป็นการรักษาโรควิธีหนึ่งซึ่งมีผลทางการรักษาโรคบางโรคได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะโรคที่ไม่สามารถบำบัดได้ด้วยยาฉีดหรือยากิน การนวดเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะที่มีมาอย่างช้านาน โดยไม่ทราบแน่ชัดว่าเริ่มมีมาตั้งแต่เมื่อใดแต่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายตั้งแต่แผ่นดินสมัยอยุธยาไปจนถึงสมัยรัชกาลที่ 5-6 หมอนวดที่มีชื่อมากในขณะนั้นได้แก่ หมออินทเวตดา ซึ่งเป็นหมอนวดในราชสำนักและยังมีหมอนวดร่วมสมัยอีกหลายท่าน หมออินทเวตดาได้ถ่ายทอดวิชาการนวดให้แก่ศิษย์เอก คือ อาจารย์ณรงค์ศักดิ์ บุญรัตนศิริ ซึ่งต่อมากลายเป็นอาจารย์อยู่ที่อายุรเวทวิทยาลัย ท่านจึงได้ถ่ายทอดวิชาการนวดแบบราชสำนักนี้ให้แก่ นักศึกษาอายุรเวทวิทยาลัยทุกคน เพื่อทุกคนจะได้สืบทอดวิชาการนวดสายราชสำนักมิให้เสื่อมสูญไป นับได้ว่าอาจารย์ณรงค์ศักดิ์ได้เป็นผู้อนุรักษ์ศาสตร์แขนงนี้ผู้หนึ่ง ทำให้สามารถดำรงอยู่คู่ชาติบ้านเมือง สืบต่อมาจนถึงปัจจุบัน (รังสรรค์ ชีรเวชเจริญชัย, 2544: 34-35)

#### 2.5.1.2 ประเภทของการนวดไทย

1) การนวดแบบทั่วไป (แบบเชลยศักดิ์) หมายถึง การนวดแบบสามัญชนมีการสืบทอด ผักผ่อนแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเหมาะมากสำหรับชาวบ้านนวดกันเอง ใช้สองมือและอวัยวะส่วนอื่นโดยไม่ต้องใช้ยาในปัจจุบันเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในสังคมไทย การนวดแบบเชลยศักดิ์เป็นการนวดบริเวณกล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย การนวดแบบเชลยศักดิ์เป็นการนวดที่ปรากฏอยู่ในวัดและสังคมทั่วไป มีการสอนแบบสืบทอดกันมาจากคนรุ่นเก่า และมีแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่นก่อนเริ่มนวด ผู้นวดต้องพนมมือไหว้ครูเสียก่อนในขณะที่



ผู้ป่วยนอนอยู่บนพื้นหลังจากนั้นผู้หมวดจึงเริ่มหมวดจากเท้าไปยังหัวเขาแล้วไปสู่วิทยาการหมวดห้อง หลัง ไหล่ ต้นคอ และแขนจนทั่วทั้งตัว

การหมวดแบบเคลย์ศักดิ์ รู้จักกันทั่วไปว่า “จับเส้น” เพื่อให้เลือดลมเดินสะดวก ซึ่งตรงกับแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การหมวดเพื่อเพิ่มการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง นอกจากนี้ยังมีผลสะท้อนให้การทำงานของอวัยวะที่อยู่ห่างไปจากบริเวณหมวด ซึ่งเดิมมีน้อยกลับเพิ่มขึ้นจนกลับคืนสู่ภาวะปกติ ฉะนั้นข้อบ่งชี้ของการหมวดจึงมีมากมาย เช่น การรักษาเพื่อบรรเทาอาการเคล็ด ขัดยอก ชัน คอแข็งจากการตกหมอน รักษาอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืดเพื่อท้องผูก ปวดหลัง เจ็บเอว ปวดเข่า ตะคริว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาการวิงเวียน ช่วยคลายความเครียดทางกายและใจ และช่วยให้ข้อที่เคลื่อนไหวกลับเข้าที่ได้

2) การหมวดแบบราชสำนัก หมายถึงการหมวดเพื่อถวายกษัตริย์ และเจ้านายชั้นสูงของราชสำนัก ผู้หมวดจะต้องเดินเข้าเข้าหาผู้ป่วยที่นอนอยู่บนพื้น เมื่ออยู่ห่างผู้ป่วยราว 2 ศอก จึงนั่งพับเพียบและคารวะขอภัยผู้ป่วย หลังจากนั้นหมอมจะคลำชีพจรที่ข้อมือ และหลังเท้าข้างเดียวกันเมื่อตรวจดูอาการของโรคแล้วจึงเริ่มหมวดคล้ายการหมวดแบบทั่วไปต่างกันที่ตำแหน่งการวางมือ อกศอกที่แขนของผู้หมวดทำกับตัวของผู้ป่วยและท่าทางของผู้หมวด ซึ่งต้องกระทำอย่างสุภาพอย่างยิ่ง การหมวดแบบราชสำนักพิจารณาสมบัติของผู้เรียนอย่างปราณีตถี่ถ้วน การสอนมีขั้นตอนเน้นมารยาทของการหมวด การหมวดต้องสุภาพมาก ใช้อวัยวะได้น้อย และต้องตรงตามจุดจึงกล่าวไว้ว่าการฝึกมือและการหมวดมีเอกลักษณ์เฉพาะการหมวดแบบราชสำนักเป็นการหมวดพื้นฐานต่าง ๆ เช่น พื้นฐานขา (แบ่งเป็นขาด้านนอกและขาในด้านในในท่านอน) พื้นฐานหลัง พื้นฐานแขน (แบ่งเป็นแขนด้านนอกและด้านใน) พื้นฐานบ่า การหมวดกล้ามเนื้อต้นคอ การหมวดศีรษะ (แบ่งเป็นด้านหน้าและด้านหลัง) การหมวดคลายกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง (ท่าแหวก ท่า ناب) (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 111-112)

#### 2.5.1.3 ลักษณะการหมวดแบบไทย สามารถแยกรายละเอียดได้ดังนี้

1) การกด การกดมักใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่ส่วนของร่างกาย เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ให้เลือดถูกขับออกจากบริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดลงเลือดจะพุ่งออกมาเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น เพื่อให้ระบบการไหลเวียนของเลือดทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้เร็วขึ้น ข้อเสียของการกด คือ ถ้ากดนานจนเกินไปหรือหนักเกินไปจะทำให้หลอดเลือดเป็นอันอันตรายได้เช่น ทำให้เส้นเลือดฉีกขาด เกิดรอยเขียวช้ำบริเวณที่กด

2) การคลึง การคลึงคือการใช้หัวแม่มือหรือสันมือออกแรงกดให้ลึกถึงกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไปมาหรือคลึงเป็นวง ข้อเสียของการคลึง คือ การคลึงที่รุนแรงมากอาจทำให้เส้นเลือดฉีกขาดหรือถ้าไปคลึงที่เส้นประสาทบางแห่งทำให้เกิดความรู้สึกเสียวแปลบทำให้เส้นประสาทอักเสบได้

3) การบีบ การบีบเป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือแล้วออกแรงบีบที่กล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อ ช่วยให้หายจากอาการเมื่อยล้า การบีบยังช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย ข้อเสียของการบีบเช่นเดียวกับการกด คือถ้าบีบนานจนเกินไปอาจทำให้กล้ามเนื้อชา เพราะเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดภายในกล้ามเนื้อนั้น

4) การดึง การดึงเป็นการออกแรงเพื่อที่จะยืดเส้นเอ็นของกล้ามเนื้อหรือพังผืดของข้อต่อที่หดสั้นเข้าไปออก เพื่อช่วยให้ส่วนนั้นทำหน้าที่ได้ปกติ ในการดึงข้อต่อมักจะได้ยินเสียงลั่นในข้อต่อซึ่งแสดงว่าการดึงนั้นได้ผลและไม่ควรดึงต่อไปอีก สำหรับกรณีที่ไม่ได้ยินเสียงก็ไม่จำเป็นต้องพยายามทำให้เกิดเสียงเสียงลั่นในข้อต่อเกิดจากอากาศที่ซึมเข้าข้อต่อถูกไล่ออกมาจากข้อต่อ ต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งให้อากาศมีโอกาสดูดซึมเข้าสู่ข้อต่ออีกจึงเกิดเสียงได้ ข้อเสียของการดึง คืออาจทำให้เส้นเอ็นหรือพังผืดที่ฉีกขาดอยู่แล้วฉีกขาดมากขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรทำการดึงเมื่อมีอาการแพลงของข้อต่อในระยะเริ่มแรก ต้องรอให้หลังจากบาดเจ็บอย่างน้อย 14 วันจึงทำการดึงได้

5) การบิด การบิดเป็นการออกแรงเพื่อหมุนข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเส้นเอ็นให้ยืดออกทางด้านขวาง ข้อเสียของการบิดคล้ายกับข้อเสียของการดึง

6) การตัด เป็นการออกแรงเพื่อให้ข้อต่อที่ติดขัดเคลื่อนไหวได้ตามปกติ การตัดต้องออกแรงมาก และค่อนข้างรุนแรง การทำการตัดควรจะศึกษาเปรียบเทียบช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่จะทำการตัดกับข้อต่อปกติ ปกติจะต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยด้วย โดยถือว่าเด็กย่อมมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อดีกว่าผู้ใหญ่ ข้อเสียของการตัด คือ อาจทำให้กล้ามเนื้อฉีกขาด ถ้าผู้ป่วยไม่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบๆข้อต่อนั้นหรือกรณีทำการตัดคอในกรณีผู้สูงอายุซึ่งมีกระดูกค่อนข้างบาง การตัดที่รุนแรงอาจทำให้กระดูกหักได้ ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่ควรทำการตัด เพราะอาจทำให้ข้อต่อเคลื่อนจากเดิม หรือกรณีเท้าแพลงไม่ควรทำการตัดทันที อาจทำให้มีการอักเสบและปวดมากขึ้น

7) การตบตีหรือการทุบสับ เป็นการออกแรงกระตุ้นกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะเร้ามักใช้วิธีการเหล่านี้กับบริเวณหลังเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง ปวดคอ หรือช่วยขับเสมหะเวลาไอ ข้อเสีย คือทำให้กล้ามเนื้อช้ำบาดเจ็บได้ง่าย

8) การเหยียบ เป็นวิธีที่นิยมทำกันโดยให้เด็กหรือผู้อื่นขึ้นไปเหยียบหรือเดินอยู่บนหลัง ข้อเสียของการเหยียบ คือเป็นท่านอนที่มีอันตรายมากเพราะอาจทำให้กระดูกสันหลังหักและอาจแทงไขสันหลัง ทำให้เป็นอัมพาตได้ หรือทำให้เป็นอันตรายต่ออวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต เกิดการบาดเจ็บได้

#### 2.5.1.4 การเตรียมตัวของผู้นวด

1) การฝึกกำลังนิ้ว เพื่อเพิ่มให้นิ้วแข็งแรง จะได้มีกำลังเพียงพอมือไม่สั่นไม่อ่อนแรง กดได้ตรงเป้าหมายในการรักษา และได้ผลรวดเร็ว สามารถทำได้โดยการฝึกซ้อมยกกระดาน

ทุกวันด้วยการนั่งขัดสมาธิเพชรและห้อยมือเป็นรูปถ้วยไว้ข้างลำตัว แล้วยกตัวให้พ้นจากพื้น อาจใช้การฝึกโดยบีบซี่ผึ้งจนอ่อนตัว

2) การรักษาสุขภาพ ผู้นวดจะต้องรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอทั้งกายและใจ หมั่นออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง ถ้ารู้สึกไม่สบายหรือมีไข้ไม่ควรทำการนวดเพราะนอกจากจะนวดไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรแล้วยังอาจแพร่โรคให้กับผู้ถูกนวดได้และเล็บมือควรตัดให้สั้น

การแต่งรสนั้น หมายถึง การลงน้ำหนักมือในแต่ละรอบและจังหวะของการลงน้ำหนัก ซึ่งการลงน้ำหนักนิ้วมือที่กด มี 3 ระดับคือ

ระดับน้ำหนักเบา ประมาณร้อยละ 50 ของน้ำหนักที่สามารถลงได้สูงสุด

ระดับน้ำหนักปานกลาง ประมาณร้อยละ 70 ของน้ำหนักที่สามารถลงได้

ระดับน้ำหนักมาก ประมาณร้อยละ 90 ของน้ำหนักที่สามารถลงได้

สูงสุด (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 114-116)

2.5.1.5 ศิลของหมอนวดแผนไทย มี 3 ประการ คือ

1) ไม่ดื่มสุรา หมายถึง ไม่ดื่มสุราก่อนการนวด และเมื่อนวดเสร็จแล้วก็ไม่ควรดื่มสุรา และรับประทานอาหารที่บ้านของผู้ป่วย

2) ไม่ล่อลวง หมายถึง ไม่เลี้ยงไซ้ คือ ถ้าไม่สามารถนวดให้หายภายในครั้งเดียวก็ไม่ล่อลวงผู้ป่วยให้ต้องนวด 3 หรือ 4 ครั้ง เป็นต้น

3) มีความสุภาพ ไม่แสดงกิริยาโลภลาม หรือใช้คำพูดแทะโลมผู้ป่วยที่เป็นหญิงต้องนวดด้วยความเรียบร้อย (รังสรรค์ อธิเวชเจริญชัย, 2544: 36-37)

2.5.1.6 มารยาทในขณะที่ทำการนวดและข้อปฏิบัติหลังการนวด

1) มารยาทในขณะที่ทำการนวด

(1) ก่อนทำการนวดผู้นวดควรสำรวมจิตใจให้เป็นสมาธิ ระลึกถึงคุณครูอาจารย์ สำหรับการนวดแบบราชสำนักจะมีการยกมือไหว้ ผู้ถูกนวด เพื่อเป็นการขอขมาที่ล่วงเกินบนร่างกาย

(2) ขณะทำการนวดควรนั่งห่างจากผู้ถูกนวดพอสมควรในด้านที่จะทำการนวดไม่ควรคร่อมตัวผู้ถูกนวด สำหรับการนวดแบบราชสำนักจะเดินเข้าเข้าหาผู้ถูกนวดอย่างน้อย 4 ศอก และนั่งห่างจากผู้ถูกนวดประมาณ 1 ศอก และจับชีพจรดูลมเบื้องสูงกับลมเบื้องต่ำ

(3) ขณะนวดไม่ควรก้มหน้าจะทำให้หายใจรดผู้ถูกนวดซึ่งในการนวดแบบราชสำนักได้มีคำกล่าวไว้ว่า “แม้มหายใจก็ไม่ให้รดพระวรกาย” ขณะทำการนวดจึงมักหันหน้าตรงไปข้างหน้า โดยไม่ก้มหน้า และไม่เงยหน้ามองฟ้าอันเป็นการไม่แสดงความเคารพ

(4) ขณะทำการนวดห้ามกินอาหาร หรือสิ่งใด ๆ และระมัดระวังการพูด ที่อาจทำให้ผู้นวดตกใจ สะเทือนใจหรือหวาดกลัว ควรซักถาม และสังเกตอาการอยู่เสมอ ควรหยุด เมื่อผู้นวดขอให้พัก หรือเจ็บปวดจนทนไม่ไหว

## 2) ข้อปฏิบัติหลังการนวด

(1) คำแนะนำสำหรับผู้นวด หากผู้นวดมีอาการปวดนิ้วมือ ให้แช่มือใน น้ำอุ่นเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและการไหลเวียนโลหิต หรือใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบมือ และการ นวดคลึงบริเวณเนื้อมือและรอบข้อนิ้วมือ

(2) คำแนะนำสำหรับผู้ถูกนวด ควรงดอาหารแสลง เช่น อาหารมัน อาหารทอด หน่อไม้ ข้าวเหนียว เครื่องในสัตว์ เหล้า เบียร์ ของหมักดอง ห้ามสลด ปีบส่วนที่มีอาการ เจ็บ ทำกายบริหารเฉพาะโรคหรืออาการ

### 2.5.1.7 วิธีการนวด มีหลักพื้นฐานดังนี้

1) นวดพื้นฐานขา คือ การนวดตามกระดูกด้านข้าง จากหน้าแข้งลงไปถึงข้อ เท้า และจากเหนือเข่าขึ้นไปจนถึงต้นขา แล้วกลับมาวดด้านล่างของขาจากต้นขา (หัวตะคาก) ถึงข้อ เท้า ทำนวดคือ คนไข่นอนหงาย ผู้นวดนั่งพับเพียบ

(1) ให้ผู้นวดนั่งพับเพียบข้างลำตัวผู้ป่วยแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือด้านนอก (ด้านปลายเท้าหรือข้างเดียวกับที่นั้งข้างคนไข้) กดลงบนแนวกล้ามเนื้อขิดกระดูกหน้าแข้ง 2 จุด ซึ่ง เริ่มต้นประมาณ 2 นิ้วมือใต้สะบ้า กดเรียงกันลงมาโดยเฉียงนิ้วหัวแม่มือ 45 องศากับแนวกระดูกหน้า แข็ง และให้นิ้วมือ 4 นิ้วประคองบนหน้าแข้ง

(2) ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองวางคู่กันกดลงบนแนวกล้ามเนื้อขิดกระดูกหน้า แข็งต่อเนื่องจากจุดที่ 2 ในข้อข้างบน กดเรียงนิ้วต่อเนื่องไปจนถึงข้อเท้า โดยให้นิ้วมือ 4 นิ้วประคอง ล่าง

(3) ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันกดลงบนแนวกล้ามเนื้อต้นขาเหนือหัว เข่าประมาณ 2 นิ้วมือผู้นวด กดเรียงนิ้วต่อเนื่องไปตามขาที่นอนบนจนถึงหัวตะคาก (กดไปตามแนว กลางกล้ามเนื้อขาที่นอนบน)

(4) พลิกกลับมือโดยใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างจะชี้ลง กดลงบนแนว กล้ามเนื้อต้นขาด้านข้างเริ่มจากแนวปุ่มหัวตะคากกดเรียงนิ้วคู่ต่อเนื่องไปจนถึงข้อเท้า แต่ให้เว้น บริเวณเข้าไว้ไม่ต้องกด

(5) การนวดคลายหลังมือ ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบนหลังเท้าคนไข้

## 2) ทำเปิดประตูลม โดยคนไข้จะนอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าขาคู่

(1) ก่อนจะทำการเปิดประตูลมให้จับปลายเท้าคนไข้แบะออก (ขาข้างที่ จะเปิดประตูลม)

(2) ผู้หนดนั่งคุกเข่าขาคู่ (เข้าผู้หนดอยู่ประมาณเอวคนไข้) หันหน้าไปทางศีรษะคนไข้แล้ววางมือ (ข้างเดียวที่อยู่กับคนไข้) โดยใช้ปลายนิ้วก้อยแตะที่หัวตะคอกเฉียงมือ 45 องศา มืออีกข้างอยู่ในท่าเคารพ

(3) เมื่อวางได้ถูกต้องตรงตำแหน่งตามข้อ 2 แล้วให้น้ำหนักมือโดยการโน้มกตลงไปโดยใช้เวลาประมาณ 40-60 วินาที แล้วตั้งมือยกขึ้นซ้ำ ๆ

3) การนวดพื้นฐานหลัง คือการนวดไปบนร่องกล้ามเนื้อซิดกระดูกสันหลังทั้ง 2 ข้างจากบั้นเอว (ตรงกับหัวตะคอก) ถึงปุ่มกระดูกต้นคอ และจากซิดปุ่มกระดูกต้นคอมาถึงบั้นเอว เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณกระดูกสันหลังดีขึ้น การนวดพื้นฐานหลังมีด้วยกัน 2 ท่า คือ ท่า นั่งและท่านอน

การนวดพื้นฐานหลังท่านั่ง คนไข่นั่งสมาธิ ผู้หนดนั่งชันเข่า

(1) วางมือทั้งสองข้างบริเวณเอวของคนไข้ โดยให้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดบนร่องกล้ามเนื้อซิดกระดูกสันหลัง แล้วกดเรียงนิ้วขึ้นไปจนถึงปุ่มกระดูกต้นคอ โดยใช้น้ำหนัก 50 ปอนด์ (1/2ของกำลังผู้หนด)

(2) กดไต่ลงตั้งแต่ต้นคอจนถึงบริเวณบั้นเอวตามแนวเดิมในข้อ 1 โดยใช้ น้ำหนัก 70 ปอนด์ (3/4ของกำลังผู้หนด)

การนวดพื้นฐานหลังท่านอน คนไข่นอนตะแคงเข่าคู้ ผู้หนดคุกเข่าคู่

(1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านที่อยู่กับคนไข้) กดลงบริเวณเอวของคนไข้โดยที่ปลายนิ้วหัวแม่มือจะแตะซิดกระดูกสันหลัง (ตรงกับหัวตะคอก) แล้วกดไปบนร่องกล้ามเนื้อซิดกระดูกสันหลังจนถึงต้นคอ โดยใช้น้ำหนัก 50 ปอนด์ (1/2ของกำลังผู้หนด)

(2) กดนวดไต่ลงตั้งแต่ต้นคอจนถึงบริเวณเอวตามแนวเดิมในข้อ 1 โดยใช้ น้ำหนัก 70 ปอนด์ (3/4ของกำลังผู้หนด)

4) การนวดพื้นฐานขาด้านนอก คนไข่นอนตะแคงเข่าคู้ 90 องศา ผู้หนดนั่งเข่าคู่ตรงกับระดับเอวของคนไข้

(1) วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันคงไว้ในลักษณะคว่ำมือ กดลงบนจุดที่ 1 ซึ่งเป็นจุดสูงสุดของสะโพก (ตรงกับแนวหน้าขา) ตัวผู้หนดหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ประโยชน์คือ เพื่อจ่ายความร้อนไปที่ขาด้านนอก

(2) วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันในลักษณะหงายมือ กดลงบนจุดที่ 2 บนด้านหลังของกระดูกหัวตะคอกตัวผู้หนดอยู่ท่าเดียวกับในข้อที่ 1 ประโยชน์คือ เพื่อจ่ายความร้อนเข้าซิดกระดูกสะโพกและลงสู่ท้องขา ห้ามกดในรายที่ผู้ป่วยเป็นอัมพาตและเหยียดคู้งอขาไม่ได้ เพราะจะทำให้กระดูกสะโพกเคลื่อน

(3) วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันในลักษณะคว่ำมือ กดลงบนจุดที่ 3 บนจุดกึ่งกลางกล้ามเนื้อสะโพก (รอยบุ่มต่อกระดูกสะโพก) โดยตัวของผู้นวดจะนั่งฉียง 45 องศากับตัวคนไข้ ประโยชน์คือ เป็นจุดสำคัญในการตรวจสะโพกที่เคลื่อนว่าเข้าที่หรือไม่ ใช้แก้และตรวจมดลูกเคลื่อน มดลูกไม่เข้าอู่ หากผิดปกติจุดนี้จะแข็งมาก

(4) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านที่อยู่ข้างคนไข้) กดคลายกล้ามเนื้อท่อนบนขาต้านนอก จนถึงบริเวณเหนือเข่าและกดเน้นที่เหนือเข่าประมาณ 1 ฝ่ามือ ประโยชน์คือ บังคับความร้อนเข้าสู่กระดูกสะบ้า แก้อาไม่มีการกำลัง เหน็บขา

(5) ให้นิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดลงตรงกึ่งกลางความกว้างของกล้ามเนื้อขา ท่อนล่าง(แนวต่าตุม) เริ่มจากต่าจากเข่า ประมาณ 1 ฝ่ามือจนถึงข้อเท้า และกดเน้นที่กึ่งกลางขาท่อนล่าง ประโยชน์คือ จุดนี้สำคัญในการตรวจขาสิ่วว่าจะรักษาให้กลับเป็นปกติหรือไม่ รักษาตะคริว ปลายเท้าด้านขา

5) การนวดพื้นฐานขาต้านใน คนไข่นอนตะแคงคู่เข่า 90 องศา ผู้นวดคุก เข่าคู่

(1) วางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดลงบนขาท่อนบนชิดกระดูกข้อสะโพก ใต้กันย้อยประมาณ 2 นิ้ว กดไต่ลงมาถึงบริเวณเหนือหัวเข่า ประมาณ 2 นิ้วมือ ประโยชน์ คือ จุดนี้จ่ายความร้อนเข้ากระดูกสะโพกและหมอนรองกระดูกหลังและจุดกลางขาต้านในจ่ายความร้อนไปทั่วขา กระจายความร้อนลงส่วนล่าง กระจายความร้อนในท้อง จุดเหนือเข่าจะบังคับความร้อนเข้าเข่า ช่วยในกรณีสะบ้าเคลื่อน มีหินปูนเกาะ

(2) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านที่อยู่ข้างคนไข้) กดลงบนกึ่งกลางใต้ข้อพับเข่า แก้และตรวจเข่าเคลื่อน ถ้าเข่าไม่เข้าที่สนิท จุดนี้จะไม่มีการเริ่มต้น

(3) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านที่อยู่ข้างคนไข้) นวดกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหน้าแข้งด้านใน กดเรียง ๆ ไปจนถึงข้อเท้า

6) การนวดพื้นฐานแขนต้านใน เป็นการนวดตำแหน่งแขนต้านใน 5 จุดช่วยในรายที่เป็นอัมพาตแขน แขนอ่อนแรง ข้อมือและข้อนิ้วต่าง ๆ เคลื่อน และมีการอักเสบจากอุบัติเหตุ

การนวดพื้นฐานแขนต้านใน ท่านั่ง คนไข่นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้า

(1) ใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงกึ่งกลางแขนต้านใน (หงายมือ) มืออีกข้างหนึ่งจับข้อมือคนไข้จุดที่ 1 2 นิ้วมีประโยชน์คือ จ่ายความร้อนตลอดแนวแขนต้านในจนถึงปลายนิ้วและจ่ายความร้อนตลอดแขนถึงปลายมือ กระดูกกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

(2) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดลงกึ่งกลางข้อพับแขนแล้ววางไล่ลงไปจนถึงข้อมือ ประโยชน์ คือ ถ่ายความร้อนเข้ากระดูกข้อศอก และเยื่อหุ้มกระดูก ข้อต่อ จุดกลางแขนท่อนล่าง ช่วยถ่ายความร้อนไปสู่ข้อมือ และจุดข้อมือช่วยบังคับความร้อนออกปลายนิ้วทั้งหมด รักษาอาการชา

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน ท่านอน คนไข่นอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่

(1) ใช้อุ้งมือกดบริเวณกึ่งกลางแขนท่อนบน มืออีกข้างหนึ่งจับชีพจรที่ข้อมือ

(2) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กันกดลงบนข้อพับแขนด้านใน ไล่ลงไปจนถึงข้อมือ

7) ท่านวดพื้นฐานแขนด้านนอก

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก ท่านอน คนไข่นอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่

(1) ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่หันหน้าไปด้านศีรษะของคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือกดบนกึ่งกลางแขนท่อนบนด้านนอก (คว่ำมือ)

(2) ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่หันหน้าเข้าหาคนไข้ใช้นิ้วหัวแม่มือคู่กันกดบนบริเวณข้อศอกด้านนอกไล่จนไปถึงบริเวณข้อมือ

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก ท่านั่ง คนไข่นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้า ประโยชน์ คือ ใช้ช่วยเหลือนคนไข้ที่เป็นอัมพาตแขน แขนอ่อนแรง เป็นการส่งเลือดไปแขนด้านนอก แก้อาการชาบริเวณแขน

(1) ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้าด้านข้างคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างที่อยู่ใกล้กับคนไข้) กดบนกึ่งกลางแขนท่อนบนด้านนอก (คว่ำมือ)

(2) วางนิ้วหัวแม่มือเดี่ยว กดด้านบนข้อศอก (ด้านนอก) ไล่ไปจนถึงบริเวณข้อมือ

8) การนวดพื้นฐานหัวไหล่ คนไข่นั่งท่าขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้า ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้าด้านข้างคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือต่ำลง (ข้างที่อยู่กับคนไข้)

กดลงที่ร่องข้อต่อกระดูก หัวไหล่ประมาณกึ่งกลางสะบัก มืออีกข้างหนึ่งจับข้อมือคนไข้ยกขึ้นประมาณระดับสายตา

9) ท่านวดพื้นฐานบ่า การนวดพื้นฐานบ่าเพื่อให้กล้ามเนื้อที่เกร็งเกิดการอ่อนตัว และทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดบริเวณบ่าดีขึ้น โดยให้คนไข่นั่งสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดยืนท่าหงายสูง หกกลาง หกต่ำ

(1) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดบนแนวกล้ามเนื้อบ่าเริ่มจากขีตร่องข้อต่อกระดูกข้อไหล่ด้านบน กดไล่ไปจนถึงปัจจุบัน กระดูกต้นคอ โดยผู้นวดยืนอยู่ในท่าหงายสูงใช้น้ำหนัก 50 ปอนด์ (1/2 ของกำลังผู้นวด)

(2) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดไล่ลงจากซิดปุ้มกระดูกต้นคอไปตามแนวเดิมในข้อ 1 โดยผู้นวดยืนอยู่ท่ามกลางใช้น้ำหนัก 70 ปอนด์ (3/4ของกำลังผู้นวด)

(3) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดไล่ขึ้นเช่นเดียวกับข้อ 1 โดยผู้นวดยืนอยู่ท่ามกลางใช้น้ำหนัก 90 ปอนด์ (4/4ของกำลังผู้นวด)

10) การนวดศีรษะ คนไข่นั่งท่าขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้า

(1) ผู้นวดนั่งอยู่ด้านหลังคนไข้ในท่าพรหมสี่หน้าใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวาคลงบริเวณท้ายทอยข้างขวา มืออีกข้างหนึ่งแตะบริเวณหน้าผากของคนไข้

(2) กดเช่นเดียวกับข้อ 1 แต่เปลี่ยนเป็นใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ถนัดกดบริเวณกึ่งกลางท้ายทอยซิดกะโหลก (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 117-136)

#### 2.5.1.8 ประโยชน์ของการนวด

##### 1) ระบบหมุนเวียนเลือด

(1) การคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกจากบริเวณนั้น และมีเลือดใหม่ไหลมาแทนที่ช่วยในการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง

(2) สำหรับการบวม การคลึงจะทำให้บริเวณนั้นนิ่มลงได้ ทำให้การบวมลดลงแต่ไม่ควรคลึงในกรณีที่มีการอักเสบอาจทำให้บวมมากขึ้นได้

(3) อุณหภูมิเพิ่มขึ้นทำให้ส่วนที่นวดอุ่นขึ้น

##### 2) ระบบกล้ามเนื้อ

(1) ทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้นเช่นการเตรียมตัวของนักกีฬาก่อนการแข่งขัน

(2) ขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นทำให้กล้ามเนื้อเมื่อยล้าน้อยลงหลังการใช้งาน

(3) ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลง ผ่อนคลายความเกร็ง

(4) ในรายที่มีพังผืดเกิดภายในกล้ามเนื้อ การคลึงจะทำให้พังผืดอ่อนตัว ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้นและอาการเจ็บปวดลดลง

##### 3) ผิวหนัง

(1) ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ผิวเต่งตึง

(2) ยาคูดซิมได้ดีขึ้นทางผิวหนัง ภายหลังการนวดที่นานพอสมควร เช่น การนวดด้วยยาแก้ชา

(3) การคลึงในรายที่เป็นแผลเป็น (ซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อพังผืดอกแทนผิวหนังเดิม) ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้นทำให้แผลเป็นอ่อนตัวลงไปหรือเล็กลง

##### 4) ระบบทางเดินอาหาร



- (1) เพิ่มความตึงตัวของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะพลาอาหาร และลำไส้
- (2) เกิดการบีบตัวของภาวะพลาอาหารและลำไส้ ทำให้เจริญอาหาร ท้องไม่อืด

ไม่เพื่อ

#### 5) จิตใจ

- (1) ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกาย สบายใจ
- (2) ทำให้รู้สึกแจ่มใส กระฉับกระเฉง
- (3) ทำให้ลดความเครียด ความกังวล
- (4) ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ โดยเฉพาะสมาชิก

ในครอบครัวช่วยหนุนตักให้กันและกัน

#### 2.5.1.9 ข้อห้ามในการนวด

- 1) ห้ามนวด บริเวณบาดแผล เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ เจ็บป่วยหรือแผลแยก ทำให้หายช้า แต่นวดเบา ๆ รอบ ๆ แผลได้
- 2) ห้ามนวดบริเวณที่เป็นมะเร็ง เพราะการนวดอาจทำให้มะเร็งกระจายไปที่อื่น แต่ถ้าปวดเมื่อยส่วนอื่นสามารถนวดได้
- 3) ห้ามนวดบริเวณที่เกิดสีดำ เพราะเนื้อตายจากเส้นเลือดอุดตันหรือเลือดไปเลี้ยงน้อย เพราะการนวดทำให้ก้อนเลือดในหลอดเลือดดำเคลื่อนไปอุดตันหลอดเลือดในปอดหรือสมอง ถ้าจำเป็นต้องนวดต้องนวดด้วยความระมัดระวัง
- 4) ห้ามนวดในผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนัง เพราะจะทำให้เชื้อแพร่ออกไป
- 5) ห้ามนวดบริเวณที่มีการอักเสบเฉียบพลัน เพราะการนวดอาจจะทำให้อาการรุนแรงขึ้น
- 6) ห้ามนวดขณะมีไข้หรือครั่นเนื้อครั่นตัว

#### 2.5.2 การประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพร คือการใช้สมุนไพรหลายอย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย โดยนำมานึ่งให้ร้อน ประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอก ซึ่งน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออกมา และยังมีสาระสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนัง ช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัด ยอก และลดปวดได้

##### 2.5.2.1 อุปกรณ์การทำลูกประคบ

- 1) ผ้าดิบสำหรับห่อลูกประคบ
- 2) เชือกหรือหนังยาง
- 3) ตัวยาทึบสำหรับทำลูกประคบ
- 4) เตาพร้อมหม้อสำหรับนึ่ง

5) งานหรือชามอลูมิเนียมเจาะรู (เพื่อให้ไอน้ำผ่านได้) รองลูกประคบ

#### 2.5.2.2 ตัวยาที่นิยมใช้ทำลูกประคบ (สำหรับลูกประคบ 2 ลูก)

วิงเวียน

- 1) โพล (500 กรัม) แก้วปวดเมื่อยลดอาการอักเสบ
- 2) ผิวมะกรูดถ้าไม่มีใช้ใบแทน (200 กรัม) มีน้ำมันหอมระเหยแก้ลม
- 3) ตะไคร้บ้าน (100 กรัม) แต่งกลิ่น
- 4) ใบมะขาม (300 กรัม) แก้อาการคันตามร่างกาย ช่วยบำรุงผิว
- 5) ขมิ้นชัน (100 กรัม) ช่วยลดอาการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
- 6) เกลือ (1 ซ่อนโต๊ะ) ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาซึมผ่านผิวหนังได้

สะดวง

- 7) การบูร (2 ซ่อนโต๊ะ) แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ
- 8) ใบส้มป่อย (100 กรัม) ช่วยบำรุงผิว แก้โรคผิวหนัง ลดความดัน

#### 2.5.2.3 วิธีการทำลูกประคบ

จะทำให้ระคายพิมพ์)

- 1) หั่นหัวไพร ขมิ้นชัน ต้นตะไคร้ ผิวมะกรูด ตำพอหยาบ ๆ (เวลาประคบจะทำให้ระคายพิมพ์)
- 2) นำใบมะขาม ใบส้มป่อย (เฉพาะใบ) ผสมกับสมุนไพร ข้อ 1 เสร็จแล้วให้ใส่เกลือ การบูร คลุกเคล้าให้เป็นเนื้อเดียว แต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ
- 3) แบ่งตัวยาที่คลุกเคล้าเรียบร้อยแล้วใส่ผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบประมาณเท่าลูกส้มโอ รัดด้วยเชือกให้แน่น (ลูกประคบถูกความร้อนยาสมุนไพรจะปล่อยให้รัดใหม่ให้แน่นเหมือนเดิม)

โดยสับเปลี่ยนลูกประคบ

- 4) นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งในหม้อนึ่ง ใช้เวลานึ่งประมาณ 15-20 นาที
- 5) นำลูกประคบที่ได้รับความร้อนได้ที่แล้วมาประคบคนไข้ที่อาการต่าง ๆ

#### 2.5.2.4 วิธีการประคบ

- 1) จัดท่าคนไข้ให้เหมาะสม เช่นนอนหงาย นั่ง นอนตะแคง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งในการประคบสมุนไพร
- 2) นำลูกประคบที่ได้รับความร้อนได้ที่แล้วมาประคบบริเวณที่ต้องการประคบ (ทดสอบความร้อนของลูกประคบคือที่ท้องแขนหรือหลังมือ)
- 3) ในการวางลูกประคบบนผิวหนังคนไข้โดยตรงในช่วงแรก ๆ ต้องด้วยความเร็วไม่วางแช่นาน ๆ เพราะคนไข้ทนความร้อนไม่ได้มาก

4) เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงก็สามารถเปลี่ยนลูกประคบอีกลูกหนึ่งแทน (นำลูกเดิมไปนึ่งต่อ) ทำซ้ำตามข้อ 2, 3, 4

#### 2.5.2.5 วิธีการเก็บรักษาลูกประคบ

- 1) ลูกประคบสมุนไพรที่ทำในแต่ละครั้ง สามารถเก็บไว้ใช้ซ้ำได้ 3-5 ครั้ง
- 2) ควรเก็บลูกประคบไว้ในตู้เย็นจะทำให้เก็บได้นานขึ้น (ควรเช็ดลูกประคบด้วย ถ้ามีกลิ่นบูดหรือเหม็นเปรี้ยวไม่ควรเก็บไว้)
- 3) ถ้าลูกประคบแห้ง ก่อนใช้ควรพรมด้วยน้ำหรือเหล้าขาว
- 4) ถ้าลูกประคบที่ใช้ไม่มีสีเหลืองหรือสีเหลืองอ่อนลงแสดงว่ายาที่ใช้จัดแล้ว (คุณภาพน้อยลง) จะใช้ไม่ได้ผลควรเปลี่ยนลูกประคบใหม่

#### 2.5.2.6 ข้อควรระวังในการประคบ

- 1) ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณผิวหนังอ่อนๆหรือบริเวณที่เคยเป็นแผลมาก่อน ถ้าต้องการประคบควรใช้ผ้าขนหนูรองก่อนจนกว่าลูกประคบจะคลายความร้อนลงจากเดิม
- 2) ควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวความรู้สึกตอบสนองต่อความร้อนช้า อาจจะทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย ถ้าต้องการใช้ควรใช้ลูกประคบที่อุ่น ๆ
- 3) ไม่ควรใช้ลูกประคบสมุนไพรในกรณีที่มีแผล การอักเสบ (ปวด บวม แดง ร้อน) ในช่วง 24 ชั่วโมง แรกอาจจะทำให้บวมมากขึ้น
- 4) หลังจากประคบสมุนไพรแล้วไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะไปชำระล้างตัวยายออกจากผิวหนัง และอุณหภูมิในร่างกายปรับเปลี่ยนไม่ทันอาจจะทำให้เป็นไข้ได้

#### 2.5.2.7 ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

- 1) บรรเทาอาการปวดเมื่อย
- 2) ช่วยลดอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ หลัง 24-48 ชั่วโมง
- 3) ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
- 4) ช่วยให้เนื้อเยื่อ พังผืดยึดตัวออก
- 5) ลดการติดขัดข้อต่อ
- 6) ลดอาการปวด
- 7) ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

(สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 144-146)

## 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับ

### ทฤษฎีการยอมรับ

Rogers and Shoumarker (1971 อ้างถึงใน บุญธรรม จิตต์อนันต์, 2540: 212-213) กล่าวถึงกระบวนการยอมรับ (Adoption Process) ว่าเป็นกระบวนการทางจิตใจของบุคคล ซึ่งเริ่มต้นด้วยการเริ่มรู้หรือได้ยินเกี่ยวกับแนวความคิดใหม่แล้วไปสิ้นสุดลงด้วยการตัดสินใจยอมรับไปปฏิบัติ กระบวนการนี้มีลักษณะคล้ายกับการเรียนรู้และการตัดสินใจ (Learning and Decision Making) โดยได้แบ่งกระบวนการยอมรับออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1** ขั้นเริ่มรู้หรือรับรู้ (Awareness) เป็นขั้นแรกที่บุคคลเริ่มรู้เกี่ยวกับเรื่องใหม่หรือความคิดใหม่แต่ขาดรายละเอียด การรับรู้อาจเกิดขึ้นโดยบังเอิญด้วยการพบเห็นด้วยตนเองหรือโดยการเผยแพร่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลหรือเอกชน

บุคคลจะมีการตระหนักรู้โดยผ่านการกระตุ้นทางพฤติกรรมและการตระหนักรู้ไม่จำเป็นจะต้องถูกกระทำเพียงฝ่ายเดียว ความต้องการ หรือทัศนคติของตนเองและจะหลีกเลี่ยงทั้งตั้งใจและไม่ตั้งใจกับข่าวสารที่ขัดแย้งกับตนเองซึ่งเรียกว่า การเลือกความสนใจ (Selective Exposure) การเลือกความสนใจจะทำหน้าที่เหมือนตัวกลั่นกรองทางจิตใจในการพิจารณาข้อมูลข่าวสาร

**ขั้นที่ 2** ขั้นสู่ความสนใจ (Interest) เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มมีความสนใจในแนวความคิดใหม่จึงพยายามเฝ้าหาความรู้ในรายละเอียดเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาแยกแยะความเป็นไปได้ประโยชน์ และความเหมาะสม บุคคลจะมีแรงจูงใจที่จะค้นหาข้อมูลเพื่อลดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง บุคคลส่วนใหญ่จะถามจากเพื่อนสนิทถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสนใจนั้น ๆ ผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนการจูงใจคือ ทัศนคติต่อสิ่งที่สนใจอยู่ เช่น ความชอบหรือไม่ชอบ

**ขั้นที่ 3** ขั้นไตร่ตรอง (Evaluation) เป็นขั้นที่บุคคลศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับแนวความคิดใหม่ แล้วคิดเปรียบเทียบกับงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันว่า ถ้ารับเอาแนวความคิดใหม่มาปฏิบัติจะเกิดผลดีหรือไม่ดีอย่างไรบ้าง ในขณะนี้และในอนาคต ควรหรือไม่ที่จะทดลองดูก่อน หากรู้สึกว่ามีผลดีมากกว่าจะตัดสินใจทดลองดูเพื่อให้เกิดความแน่ใจก่อนที่จะรับไปปฏิบัติจริง ๆ

**ขั้นที่ 4** ขั้นทดลองทำ (Trial) เป็นขั้นที่บุคคลทดลองทำตามแนวความคิดใหม่โดยทำการทดลองแต่เพียงเล็กน้อย เพื่อดูว่าจะเข้ากันหรือไม่กับสถานการณ์ในปัจจุบันของตนและผลจะออกมาตามที่คาดคิดไว้หรือไม่ในขั้นนี้บุคคลจะแสวงหาข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับแนวความคิดใหม่นั้น ซึ่งผลจากการทดลองจะมีความสำคัญยิ่งต่อการตัดสินใจ ที่จะปฏิเสธหรือยอมรับต่อไป

โดยทั่วไปมักพบว่าจะมีอัตราการยอมรับที่รวดเร็วกว่า หากลองแล้วพบว่าเกิดประโยชน์วิธีการที่ใช้ เช่น การแจกจ่ายสินค้าตัวอย่างให้ลองใช้ เป็นต้น

**ขั้นที่ 5** ขั้นนำไปปฏิบัติหรือขั้นยอมรับ (Adoption) เป็นขั้นที่บุคคลตัดสินใจรับแนวความคิดใหม่ไปปฏิบัติอย่างเต็มที่ หลังจากที่ได้ทดลองปฏิบัติดูและทราบผลเป็นที่พอใจแล้ว

โดยแนวคิดนี้ผู้ศึกษาจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องแนวโน้มการนำองค์ความรู้ของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพไปใช้ในอนาคตโดยจะดูจากมิติเรื่องการยอมรับของกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นคนรุ่นใหม่และผู้สูงอายุ

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรินทร์ วงศ์คำแดง (2550) ได้ศึกษาเรื่องการจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้ผลการศึกษาดังนี้

### การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้าน

#### 1.การแสวงหาความรู้

หมอพื้นบ้านทั้ง 3 กลุ่มนั้น มีลักษณะของการแสวงหาความรู้ที่เหมือนกันคือ มีการสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษ ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย และบิดามารดา โดยหมอพื้นบ้านในสวนกลุ่มของหมอที่รักษาด้วยวิธีการทางค่ายไสยศาสตร์ และหมอสมุนไพรจะได้รับการสืบทอดองค์ความรู้มาจาก ปู่ ตา หรือบิดา ส่วนหมอพื้นบ้านในกลุ่มของหมอดำแยได้รับการสืบทอดความรู้มาจากยายายหรือแม่ของตนเองความรู้ของหมอพื้นบ้านนอกจากเป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริงอยู่ในวิถีชีวิต การเรียนรู้ ซึมซับ มีโอกาสได้ใกล้ชิด สังเกต และการเข้าร่วมจากประสบการณ์ตรงที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษแล้วยังได้แสวงหาความรู้จากผู้เฒ่าผู้แก่ ผู้รู้ในหมู่บ้านและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มหมอพื้นบ้านด้วยกัน โดยการสอบถาม พูดคุยสังเกต และลงมือปฏิบัติเมื่อได้ผลจึงเกิดความมั่นใจและปฏิบัติสืบทอดมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

#### 2.การนำความรู้ไปใช้

หมอไสยศาสตร์ จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้านแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อในเรื่องของผีและอำนาจเหนือธรรมชาติ รูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคจะอยู่ในรูปของการสั่งสอนให้อยู่ในริตรอยเดิม การพึ่งคำตักเตือนจากผู้ใหญ่ ข้อห้ามต่าง ๆ และการรักษาจะเป็นการพิธีกรรมต่าง ๆ เช่นการเลี้ยงผี การไล่ผี การใช้คาถาอาคม การดูเมือ การดูแลสุขภาพหลังจากการรักษาก็จะได้แก่ การมัดมือและ การเรียกขวัญ เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจให้กับผู้ที่เจ็บป่วยหมอสมุนไพรนำความรู้ไปใช้ในการรักษาคนทั้งในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียง ในลักษณะที่เรียกว่า “ยาหมอขอราน” คือมีการขอให้ทำการรักษาให้หรือการขอให้หมอหายมาให้แล้วค่อยตอบแทนในภายหลัง

ปัจจุบันเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไป การรักษาด้วยสมุนไพรได้เลือนหายไปในสังคมชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอไปมาก แต่ก็ยังมีผู้เฒ่าผู้แก่หรือคนในหมู่บ้านทำการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรบ้างแต่ก็ไม่มากนัก รูปแบบการรักษาก็เปลี่ยนเป็นการ “ซื้อยา” สมุนไพรมารักษาเองมากกว่า หมอสมุนไพรก็ต้องเป็น “คนขายยา” ตามที่มีคนสั่งมาส่วนหมอดำแยได้ใช้องค์ความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ

ครรภ์มารดาการทำคลอดกับหญิงมีครรภ์ในหมู่บ้านที่ตนเองอาศัยอยู่และหมู่บ้านใกล้เคียง เมื่อมีคนมาเรียกไปทำคลอดถึงแม้ว่าจะไม่สบายอยู่ก็จะไปหรือเวลาที่มีคนท้องก็จะขอให้ช่วยดูลักษณะของครรภ์ว่าเด็กอยู่ในท่าที่ปกติหรือไม่ ก็จะช่วยดูให้และจัดครรภ์ให้เด็กอยู่ในท่าที่ปกติในการทำคลอดแต่ละครั้งนั้นหมอดำแยทั้ง 3 กรณีศึกษาจะไม่คิดเงิน หรือเรียกร้อยเอาอะไร แต่เมื่อทำคลอด คนที่ทำคลอดให้ก็จะนำน้ำขมิ้นส้มป่อย และข้าวของต่าง ๆ บางทีก็เป็นเงินมาตำหัวและมอบให้ตามประเพณีของชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ ผลที่ได้รับจากการเป็นหมอดำแยสบายใจ และมีความสุข การทำคลอดด้วยหมอดำแย ทำให้ผู้คนได้ผูกพันได้ช่วยเหลือและให้กำลังใจกัน

### 3. การแบ่งปันหรือการถ่ายทอดความรู้

หมอไสยศาสตร์ ไม่มีการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นระบบชัดเจนนอกจากจะถ่ายทอดในรูปแบบของวัฒนธรรมและประเพณี การให้ผู้ที่สืบทอดองค์ความรู้นั้นเข้าร่วมพิธีกรรมต่าง ๆ ผู้ที่สืบทอดความรู้ได้โดยตรงก็คือลูกชายเท่านั้นสำหรับการแบ่งปันและการถ่ายทอดความรู้ของหมอสุมไพรได้แบ่งปันความรู้เรื่องของสมุนไพรรักษาโดยการสอบถามกันแลกเปลี่ยนกันบ้างบางทีก็ตามไปดูการรักษา นอกจากนี้การถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกหลานและผู้สนใจจะศึกษาเรื่องของสมุนไพรรักษาซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ใช่คนในท้องถิ่นหรือชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอโดยจะสอนในรูปแบบให้จำลักษณะ และชื่อของสมุนไพรรักษาให้ช่วยหยิบยานั้นยานี้ให้ บางครั้งก็พาไปดูการรักษาชาวบ้านด้วยเมื่อมีคนมาเรียกให้ไปรักษาในหมู่บ้าน

ส่วนการถ่ายทอดความรู้ของหมอดำแยนั้น ได้ถ่ายทอดความรู้ให้กับน้องสาวโดยสายเลือดของตนเองและผู้สนใจจะศึกษาโดยจะถ่ายทอดในรูปแบบของการมีส่วนร่วมในประสบการณ์จริงโดยการให้เป็นผู้ช่วยในการทำคลอดและทดลองในการทำคลอดส่วนตัวหมอดำแยเองนั้นจะให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ จนสามารถทำคลอดเองได้

#### การจัดการความรู้ในระดับกลุ่ม

##### 1. การแสวงหาความรู้เพิ่มเติมของหมอฟันบ้าน

ไม่ปรากฏเรื่องการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมของหมอฟันบ้านทั้ง 3 กลุ่ม เพราะหมอฟันบ้านส่วนใหญ่จะยึดถือในเรื่ององค์ความรู้เดิมที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษในรูปแบบของวัฒนธรรมและประเพณีที่ยังปฏิบัติกันอยู่ ต่างคนต่างปฏิบัติกันเองไม่มีการรวมกลุ่มกันและไม่มีการออกแสวงหาความรู้เพิ่มเติม

##### 2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มหมอฟันบ้าน

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มหมอฟันบ้านทั้ง 3 กลุ่มบ้างโดยการสอบถามพูดคุยสังเกตและลงมือปฏิบัติเมื่อได้ผลจึงเกิดความมั่นใจ และปฏิบัติสืบทอดมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันโดยเฉพาะกลุ่มของหมอไสยศาสตร์เวลาที่เกิดเหตุการณ์ใดในหมู่บ้านก็จะปรึกษารักษาหรือพูดคุยร่วมกันแก้ไขปัญหาตลอดโดยเฉพาะเรื่องของการแก้ไขเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน เพื่อให้ลูกหลานในหมู่บ้านอยู่ดีมีสุข

### 3. การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

กลุ่มหมอไสยศาสตร์จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้านของแต่ละคนแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อในเรื่องของผีและอำนาจเหนือธรรมชาติ การรักษาต่าง ๆ นั้นคนที่อยู่ในหมู่บ้านจะมาขอความช่วยเหลือให้ทำการรักษาโดยวิธีทางไสยศาสตร์ และความเชื่อเมื่อไปรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หายจึงมาทำการรักษาโดยวิธีการดั้งเดิม เมื่อหายก็จะเกิดความเชื่อถือ และขอให้หมอไสยศาสตร์ทำพิธีทุกครั้งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยรูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคจะอยู่ในรูปของการสั่งสอนให้อยู่ในไตรรอยเดิมการฟังคำตักเตือนจากผู้ใหญ่ ข้อห้ามต่าง ๆ จะคอยตักเตือนลูกหลานอยู่เสมอ

เมื่อมีการประชุมในหมู่บ้าน การรักษาคนในหมู่บ้านจะเป็นการพิธีกรรมต่าง ๆ เช่นการเลี้ยงผี การไล่ผี การใช้คาถาอาคม การดูเมื่ การดูแลสุขภาพหลังจากการรักษาก็จะได้แก่ การมัดมือและการเรียกขวัญเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจให้กับผู้ที่เจ็บป่วยกลุ่มหมอสมุนไพร จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้านของแต่ละคนแต่เนื่องจากปัจจุบันเมื่อสังคมของชาวเขาปกากะญอเปลี่ยนแปลงไปมาก การรักษาด้วยสมุนไพรค่อย ๆ เลือนหายไป เพราะมีสถานพยาบาลของรัฐเกิดขึ้น แต่ก็ยังมีผู้เฒ่าผู้แก่หรือคนในหมู่บ้านทำการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรบ้างแต่ก็ไม่มากนัก รูปแบบการรักษาที่เปลี่ยนเป็นการ “ซื้อยา” หมอสมุนไพรรักษาเองมากกว่า หมอสมุนไพรก็ต้องเป็น “คนขายยา” ตามที่มีคนสั่งมา นอกจากนี้การรักษาต่าง ๆ นั้นคนที่อยู่ในหมู่บ้านบางคนจะมาขอความช่วยเหลือให้ทำการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรเมื่อทำการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หาย จึงมาทำการรักษาโดยวิธีการดั้งเดิมเมื่อหายก็จะเกิดความเชื่อถือและขอให้รักษาทุกครั้งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยกลุ่มหมอตำแยจะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของแม่ และเด็กในหมู่บ้านของแต่ละคนอยู่บ้าง เนื่องจากปัจจุบันเมื่อสังคมของชาวเขาปกากะญอเปลี่ยนแปลงไปมาก การดูแลสุขภาพแม่และเด็กและการทำคลอดด้วยหมอตำแย ลดลงไป ยกเว้นในรายที่ไปหาหมอไม่ทันจริง ๆ ทั้งนี้เพราะมีสถานพยาบาลของรัฐเกิดขึ้น การทำคลอดด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันจะได้รับการยอมรับมากกว่าเพราะมีเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ครบครัน สะอาด และปลอดภัยกว่าการทำคลอดด้วยหมอตำแยหมอตำแยเชื่อว่าสาเหตุหนึ่งของการที่คนในหมู่บ้านห่างเหินกันไปไม่ค่อยรู้จักกันเพราะการไปคลอดที่โรงพยาบาลนั่นเองเพราะในสมัยก่อนคนรู้จักกันไปมาหาสู่กัน ผูกพันกัน มีความกตัญญูกตเวที เพราะหมอตำแยเป็นเหมือนปูชนียบุคคล เหมือนครู และเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวบ้าน

### 4. การถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ในกลุ่มหมอพื้นบ้าน

ยังไม่มี การถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ในกลุ่มหมอพื้นบ้านที่เป็นระบบชัดเจนไม่มีการบันทึกความรู้เป็นลายลักษณ์อักษร นอกจากจะถ่ายทอดในรูปแบบของการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันบ้าง และเมื่อสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิตในปัจจุบันของคนรุ่นหลังต่างกับ

หมอฟันบ้านในอดีตความเชื่อในเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติลดน้อยลงไปการดูแลสุขภาพปัจจุบันมักพึ่งพาแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าและคนรุ่นหลังต่างต้องเรียนหนังสือในโรงเรียน หรือแข่งขันกันทำมาหากินให้ทันกับสภาพสังคมปัจจุบันความสนใจถูกดึงดูตไปทางอื่นมากกว่าอาจทำให้องค์ความรู้ที่ถ่ายทอดต่อไปได้ในอนาคต

นพดล กองพล (2549) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาหมอฟันบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนาได้ผลการศึกษาดังนี้

ด้านสถานภาพส่วนตัวของหมอฟันบ้านพบว่าหมอฟันบ้านเป็นชายมากกว่าหญิงมีอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์เป็นหมอในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่มาแล้วมากกว่า 20 ปี มีความประพฤติดีเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน บางคนนอกจากเป็นผู้นำในด้านพิธีกรรมแล้ว ยังเป็นผู้นำในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่สาเหตุที่มาเป็นหมอฟันบ้านเพราะบิดาหรือญาติเคยเป็นหมอฟันบ้านมาก่อน

นอกจากนี้หมอที่เป็นชายเคยผ่านการบวชเรียนมาแล้ว และมีบรรพบุรุษหรือญาติพี่น้องเป็นหมอฟันบ้านมาก่อนทำให้มีแรงจูงใจในการเป็นหมอฟันบ้าน ด้านอาชีพร้อยละ 40.0 มีอาชีพเป็นหมอฟันบ้าน รองลงมาคือ ด้านเกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไปร้อยละ 10.0 ด้านรายได้ของหมอฟันบ้าน ร้อยละ 46.67 มีรายได้เกิน 7,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 40.0 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 ด้านการศึกษาร้อยละ 83.33 ของหมอฟันบ้านจบประถมศึกษา ร้อยละ 10.0 จบมัธยมศึกษาส่วน ปวส. และอนุปริญญามีเพียงร้อยละ 6.67 ด้านสถานภาพของผู้มารับบริการจากหมอฟันบ้าน พบว่าผู้ใช้บริการเป็นหญิงมากกว่าชาย มีอายุ 32 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันกับหมอ มารับการรักษาจากหมอฟันบ้าน เพราะไปรักษามาหลายแห่งแต่อาการไม่ดีขึ้นญาติพี่น้องบอกให้ไปรักษาจากหมอฟันบ้าน ด้านอาชีพ ร้อยละ 34.44 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมา ร้อยละ 30.0 มีอาชีพค้าขาย ด้านการศึกษาร้อยละ 47.78 จบประถมศึกษา รองมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 23.33 น้อยที่สุด คือ ปวช. ร้อยละ 7.78 ด้านรายได้ ผู้มาใช้บริการ ร้อยละ 43.33 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 25.56 มีรายได้มากกว่า 5,000 แต่ไม่เกิน 7,000 บาท ส่วนผู้มีรายได้เกิน 9,000 บาทมาใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 16.67

องค์ความรู้ของหมอฟันบ้านที่ใช้ดูแลสุขภาพในปัจจุบันที่มีผู้นิยมใช้บริการมีอยู่ 3 ประเภทคือ พิธีกรรม กายภาพและสมุนไพร โดยหมอสมุนไพรมีมากที่สุดร้อยละ 53.33 รูปแบบของยาที่ปรุงคือ ยาผง ยาต้ม ยาลูกกลอน ยาประคบ ยาอบ รองลงมาคือ กายภาพบำบัด ร้อยละ 30.0 รูปแบบที่ใช้ในการดูแลสุขภาพคือ ย่ำขาง เขี่ยเส้น นวดเอาเอ็น เช็ด แหก ตอกเส้น ส่วนพิธีกรรมร้อยละ 16.67 รูปแบบที่หมอฟันบ้านใช้คือ เรียกขวัญ สืบชะตา บูชาเทียน พิธีกรรมถือว่าเป็นส่วนสำคัญของหมอฟันบ้านในส่วนของ การบำบัด เสริมสร้างสุขภาพ และจิตใจของผู้ป่วยแนวทางการพัฒนาหมอฟันบ้านจากการสัมภาษณ์ หมอฟันบ้านและผู้มาใช้บริการมีหลายประเด็นที่มีความสัมพันธ์และแนวคิดสอดคล้องกัน เช่น สถานภาพของหมอฟันบ้านยังไม่มีที่เหมาะสมที่จะเป็นหมอรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการแต่ง



กาย ขาดความรู้ความชำนาญในการรักษาโรครวมทั้งขาดความน่าเชื่อถือไม่มีใบประกอบโรคศิลปะที่ปัจจุบันยังคงเป็นหมอเถื่อนไม่ได้รับการรับรองและยกย่องในสังคม

ส่วนของเวชภัณฑ์ควรมีการเร่งพัฒนาทั้งด้านรูปแบบและกระบวนการผลิตให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้นประเด็นสุดท้าย คือการรวบรวมและพัฒนาความรู้ที่มีอยู่อย่างเป็นระบบทั้งสามด้านที่กล่าวมาสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาหมอพื้นบ้าน การยอมรับจากส่วนราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใบรับรองความการเป็นหมอพื้นบ้านซึ่งผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ต้องการให้หมอพื้นบ้านเป็นหมอที่น่าเชื่อถือ สิ่งสำคัญอีกประการคือ ทุน หมอพื้นบ้านซึ่งถือว่าเป็นที่พึ่งของชุมชนรายได้ก็ถือว่าค่อนข้างน้อยหากจะพัฒนาสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีแหล่งทุนที่สนับสนุนช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการให้ฟรีหรือกู้ยืม

ในส่วนของข้อเสนอแนะมีดังนี้ แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้าน ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็นสองส่วนคือจากหมอพื้นบ้านและผู้ใช้บริการพบว่าหมอพื้นบ้านแต่ละคนมีความต้องการจะพัฒนาตนเองเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากหมอพื้นบ้านด้วยกันและจากผู้ใช้บริการต้องยอมรับว่าในกลุ่มหมอพื้นบ้านก็จะมี การแบ่งแยกกันชัดเจนในส่วนของอายุ ชื่อเสียง ประสบการณ์ เป็นธรรมเนียมของหมอพื้นบ้านที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาแต่โบราณศิษย์ต้องเคารพครูโดยไม่จำกัดว่าครูจะมีอายุมากหรือน้อยกว่าตนก็ตาม หมอพื้นบ้านแต่ละคนก็จะมีบุคลิกแตกต่างกันไป รวมทั้งองค์ความรู้ที่มี แต่ละคนก็จะไม่ยอมเปิดเผยให้คนอื่นได้รู้ ถ้าไม่สนิทกันจริง ๆ จะไม่มีโอกาสได้รู้ทำให้หมอแต่ละคนมีความรู้ความชำนาญที่แตกต่างกันเป็นสาเหตุหนึ่งที่พัฒนาได้ยาก

นอกจากนี้ในด้านองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านชาวล้านนามีความเชื่อว่าร่างกายคนเราประกอบด้วยธาตุ 5 ประการด้วยกันคือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ และอากาศธาตุซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของยั้งยง เทาประเสริฐศึกษา ที่กล่าวว่า ชาวล้านนามีความเชื่อว่าร่างกายของคนเราประกอบด้วยธาตุ 5 อย่าง คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ และอากาศธาตุ (หรือธาตุ พระเจ้า) แต่การศึกษาในกลุ่มหมอพื้นบ้านโคราชพบว่า ธาตุคนเราประกอบด้วย ธาตุ 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ จากความแตกต่างดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างของวัฒนธรรมและความเชื่อในแต่ละท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับความเชื่อในการดูแลสุขภาพ

รัฐชญา เหล่าชินชาติ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บริการนวดแผนไทยในเขตห้วยขวาง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.50 อยู่ในสถานภาพโสด ร้อยละ 55.50 มีอายุ 30 - 39 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 29.30 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.80 ส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 48.30 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 25.50 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดร้อยละ 29.50 เคยใช้บริการสถานที่บริการนวดแผนไทย รัชดาหัตถเวช ส่วนมากร้อยละ 43.0 ใช้บริการนวด แผนไทย 3 - 4 ครั้ง / เดือน เหตุผลที่ส่วนใหญ่ใช้

บริการนวดแผนไทยเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 57.80 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดร้อยละ 46.30 เลือกใช้บริการนวดแผนไทยที่วัดเปิดให้มีการนวด และใช้เวลาในการนวดแผนไทย 61 - 90 นาที จำนวนร้อยละ 40.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 37.80 เสียค่าใช้จ่ายในการบริการนวดแผนไทย 1,001 - 2,000 บาท และมักจะนิยมนวดตัวกันเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 37.30 การอภิปรายผลนั้นมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันในเรื่อง เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความพึงพอใจในการใช้บริการนวดแผนไทยแตกต่างกัน สรุปได้ว่า ข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันในเรื่อง ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความพึงพอใจในการใช้บริการนวดแผนไทยแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เพศ สถานภาพ อายุ และอาชีพ พบว่า ไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 พฤติกรรมการใช้บริการนวดแผนไทยที่แตกต่างกันในเรื่อง ความถี่ในการใช้บริการ สถานที่เลือกใช้บริการ ระยะเวลาที่ใช้บริการ จำนวนเงินที่จ่ายค่าบริการ และประเภทบริการนวดแผนไทย มีความพึงพอใจในการใช้บริการนวดแผนไทยแตกต่างกันสรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้บริการนวดแผนไทยที่แตกต่างกันในเรื่องจำนวนเงินที่จ่ายค่าบริการ ประเภทบริการนวดแผนไทย มีความพึงพอใจในการใช้บริการนวดแผนไทยแตกต่างกันจึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ยกเว้นความถี่ในการใช้บริการ สถานที่เลือกใช้บริการ และระยะเวลาที่ใช้บริการที่พบว่าไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยคุณภาพส่วนประสมการตลาด ในด้านสถานบริการนวดแผนไทยราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย การสื่อสารข้อมูล บุคลากร ขั้นตอนในการให้บริการนวดแผนไทยและบรรยากาศในการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการนวดแผนไทยสรุปได้ว่า ปัจจัยคุณภาพส่วนประสมการตลาด ในด้านสถานบริการนวดแผนไทยราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย การสื่อสารข้อมูล บุคลากร ขั้นตอนในการให้บริการนวดแผนไทยและบรรยากาศในการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการนวดแผนไทยจึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สรุปได้ว่า ผลจากพฤติกรรมของผู้ใช้บริการนวดแผนไทย มีความถี่ในการใช้บริการนวดแผนไทย 3 - 4 ครั้งต่อเดือน ส่วนใหญ่ที่ไปใช้บริการอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพนักงานเอกชน จะใช้เวลาในการนวด 61 - 90 นาที

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาจากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการนำผลงานศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานการตลาดในธุรกิจนวดแผนไทย ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.50 ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้บริการนวดธุรกิจนวดแผนไทยจัดโปรแกรมนวดแผนไทยมีให้เลือกหลายแบบมีอิสระต่อการขยายการเพิ่มจำนวน

ชั่วโมงที่จะนัดต่อเพื่อให้ผู้มาใช้บริการสามารถเลือกโปรแกรมการให้บริการได้ตามตรงความต้องการของตนเอง

2. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.30 ให้ข้อเสนอแนะต่อการให้บริการนัดแผนไทยในเรื่องอัตราค่าบริการควรถูกลงกว่านี้และมีหลายระดับราคาให้เลือกจึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนัดแผนไทยกำหนดนโยบายในเรื่องอัตราค่าบริการนัดแผนไทยให้เหมาะสมเป็นมาตรฐานเดียวกันมีการระบุราคาค่าบริการอย่างชัดเจน ซึ่งอาจนำกลยุทธ์ทางจิตวิทยามาใช้โดยการตั้งราคาให้ลงท้ายด้วยเลขเพื่อสร้างทัศนคติให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าราคาค่าบริการที่กำหนดนั้นเหมาะสมแล้ว

3. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.80 ให้ข้อเสนอแนะต่อการให้บริการนัดแผนไทย ในเรื่องสถานที่ให้บริการควรสังเกตเห็นได้ง่ายมีป้ายบอกทางชัดเจนจึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนัดแผนไทยปรับปรุงในเรื่องป้ายโฆษณาบอกทางให้มีความชัดเจน สามารถสังเกตเห็นได้ง่าย โดยการนำแสงไฟและจุดเด่นที่แปลกใหม่มาประกอบการโฆษณา เพื่อกระตุ้นให้อยากทดลองมาใช้บริการ

4. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.00 ให้ข้อเสนอแนะต่อการให้บริการนัดแผนไทยในเรื่องการเผยแพร่ข้อมูลการประชาสัมพันธ์สื่อต่าง ๆ ให้มากกว่านี้จึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนัดแผนไทยผลักดันการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์จากการนัดแผนไทยรวมถึงจัดโปรโมชั่นพิเศษให้ส่วนลดแก่ลูกค้าผ่านสื่อต่างๆ ทั้งสื่อบุคคลสื่อมวลชน เช่น อินเทอร์เน็ต โบชัวร์ แผ่นป้าย สื่อกิจกรรม เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับรู้ข้อมูลอย่างทั่วถึง

5. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.30 ให้ข้อเสนอแนะต่อการให้บริการนัดแผนไทยในเรื่องการจัดฝึกอบรมพนักงานให้มีการแต่งกายพุดจาและอภัยชัยที่ดูอย่างสม่าเสมอต่อเนื่อง โดยมีการให้รางวัลพนักงานดีเด่นจึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนัดแผนไทยผลักดันนโยบายฝึกอบรมให้แก่พนักงานทั้งในเรื่องของเทคนิคการนัด ความรู้เกี่ยวกับการนัด การแต่งกายพุดจาต้อนรับที่สุภาพรวมถึงจัดให้มีการประเมินผลและให้รางวัลแก่พนักงานที่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้พนักงานมีความกระตือรือร้น รับผิดชอบในการทำงานและตั้งใจทำงานมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

6. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.30 ให้ข้อเสนอแนะต่อการให้บริการนัดแผนไทยในเรื่องความสะอาดของสถานที่ให้บริการควรมีมากกว่านี้จึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนัดแผนไทยผลักดันนโยบาย 5 ส. (สะอาด สะดวก สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย) มาใช้ในการบริหารงานจัดตารางการทำงานสำหรับผู้ทำหน้าที่ดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยอย่างสม่าเสมอ

นางสาวฐิติมา สดากร (2550) ได้ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยในเขต กรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษามีดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลศึกษาเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา จำนวนรายได้รวมอาชีพเดิมและภาระครอบครัวพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของหมอนวดแผนไทย กรุงเทพมหานครและนนทบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30 -39 ปีส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า มีภูมิลำเนาจากภาคอีสานเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้รวมในช่วง 5,000 - 9,999 บาท อาชีพรับจ้างเป็นอาชีพเดิมก่อนมาเป็นหมอนวดแผนไทย โดยมีภาระครอบครัวเป็นจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลส่งเสีย 2 คน

ปัจจัยเกี่ยวกับการนวดแผนไทยศึกษาเกี่ยวกับ ด้านสถาบันนวดแผนไทยที่จบ ประสบการณ์ การนวดแผนไทย และระยะเวลาในการนวดแผนไทย พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับการนวดแผนไทยของหมอนวดแผนไทยกรุงเทพมหานครและนนทบุรี ส่วนใหญ่จบการนวดแผนไทยมาจากโรงเรียนและสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดโพธิ์) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การนวดแผนไทย 3 ปี โดยมีระยะเวลาในการนวดแผนไทยเฉลี่ยวันละ 4 - 5 ชั่วโมง

ปัจจัยทางเศรษฐกิจปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผู้วิจัยได้ศึกษา รายได้ เงินทิปพิเศษ รายจ่าย และภาวะหนี้สิน พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจของหมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี ส่วนใหญ่มีปัจจัยทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีรายได้อยู่ในระดับสูง ด้านเงินทิปพิเศษและด้านรายจ่ายอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและในด้านภาวะหนี้สินอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ปัจจัยทางจิตใจ ผู้วิจัยได้ศึกษา การเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับจากสังคม การพัฒนา ศักยภาพ และความภาคภูมิใจในอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่หมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี มีปัจจัยทางจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หมอนวดแผนไทยมี ด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ และด้านการยอมรับจากสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเห็นคุณค่าของตนเอง และด้านการพัฒนาศักยภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ปัจจัยทางสังคม ผู้วิจัยได้ศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน พบว่า ส่วนใหญ่หมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี มีปัจจัยทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับสูง และด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา มีระดับค่อนข้างสูง

ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับด้านสภาพแวดล้อมสถานที่ทำงาน พบว่า หมอนวดแผนไทยในกรุงเทพมหานครและนนทบุรีมีปัจจัยสภาพแวดล้อมด้านสภาพแวดล้อมสถานที่ทำงานในระดับค่อนข้างสูง

คุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทย ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม จากผลการวิจัยพบว่า หมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรีส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายด้าน พบว่า หมอนวดแผนไทยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงมีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

#### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตหมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี ครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้แบ่งข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวมและคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจของหมอนวดแผนไทยและเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจโดยตรงจะพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจทั้งด้านรายได้และรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจของหมอนวดแผนไทย จากการวิจัยพบว่าแม้หมอนวดแผนไทยจะมีรายได้สูงแต่ก็มีรายจ่ายสูงด้วยเช่นกันและจากสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของหมอนวดแผนไทยบางส่วนไม่ได้รับประกันสังคมต้องออกค่ารักษาพยาบาลเอง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่าควรจัดให้มีมาตรฐานการควบคุมดูแลระบบการดำเนินการสัญญาจ้าง รวมทั้งการจัดให้มีประกันสังคมในสถานประกอบการนวดแผนไทยอย่างทั่วถึงเพื่อสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในบางส่วนได้หรือมีกองทุนเพื่อช่วยเหลือหมอนวดแผนไทยในยามเจ็บป่วยหรือเมื่อมีอายุมากและไม่สามารถทำงานได้

#### ปัจจัยทางจิตใจ

เนื่องจากปัจจัยทางจิตใจด้านการเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับจากสังคมและการพัฒนาศักยภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยทั้งในภาพรวมและรายด้าน ดังนั้น ด้านการเห็นคุณค่าของตนเองและการยอมรับจากสังคมซึ่งเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของอาชีพจึงควรมีการส่งเสริมไม่ให้มีบริการทางเพศแอบแฝง และยกระดับภาพลักษณ์ที่ดีของอาชีพหมอนวดแผนไทยให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ส่วนการพัฒนาศักยภาพควรส่งเสริมความรู้การอบรมเพิ่มเติมหรือเพิ่มการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะอาชีพ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงเกินไป

#### ปัจจัยทางสังคม

เนื่องจากส่วนใหญ่ปัจจัยทางสังคมด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยทั้งในภาพรวม

และในรายด้าน แสดงว่า ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านนี้ด้วย ดังนั้นผู้บังคับบัญชาควรเข้ามาศึกษาดูแลบ้างพอสมควรเพื่อการแก้ไขปรับปรุงที่เหมาะสมและควรให้ความสำคัญยุทธธรรมอย่างเสมอภาคในการทำงานและควรมีการจัดกิจกรรมให้หมอนวดแผนไทยได้มีการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมร่วมกันบ้างเพื่อความสามัคคีและสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจของหมอนวดแผนไทย

#### ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

เนื่องจากส่วนใหญ่ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมด้านสภาพแวดล้อมสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยทั้งในภาพรวมและในรายด้านดังนั้นในสถานที่ทำงานควรมีการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานอาจมีการติดเครื่องปรับอากาศบ้างในที่ที่ไม่ค่อยมีอากาศถ่ายเทสะดวก หรือมีอากาศร้อนเกินไป

รัตนา กฤษณาธาร ( 2534) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ผลการศึกษาดังนี้การศึกษารั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมอนามัยและลักษณะอื่น ๆ ที่แตกต่างกันจะมีภาวะสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่ต่างกันอย่างไรโดยใช้ข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการอนามัยและการใช้ยาแผนโบราณ พ.ศ. 2529 ตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่า จำนวน 6,095 ราย การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพซึ่งวัดด้วยการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ตัวแปรภูมิหลังต่าง ๆ ที่นำมาศึกษา เขตที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกล่าว คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เจ็บป่วย และหรือบาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและชนบทสำหรับตัวแปรการศึกษาที่มีผลต่อความแตกต่างในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในภาคเหนือ ส่วนตัวแปรอายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำขนาดครัวเรือน ภาคและการสูบบุหรี่ ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งวัดด้วย

แบบแผนการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้พบว่าเขตที่อยู่อาศัย และอาการที่ป่วยมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองอื่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ เลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรังและไม่ป่วยสำหรับตัวแปรอายุและการศึกษามีผลให้เกิดความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเฉพาะในชนบท แบบแผนการรักษาพยาบาลแตกต่างกันตามภาค เฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาและกลุ่มประถมศึกษาส่วนตัวแปรเพศ ลักษณะของงานที่ทำและขนาดครัวเรือนมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุค่อนข้างน้อยหรือไม่มีเลย สำหรับการศึกษากับการรักษาพยาบาลที่

วัดด้วยการใช้ยาสมุนไพร พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษา ในระยะ 12 เดือน ก่อนการสำรวจของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ขนาดครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาค และอาการที่ป่วย แต่มีเพียงตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยเท่านั้นที่มีทิศทางความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพร เป็นไปตามสมมติฐาน คือผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท สำหรับตัวแปร อายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำและการศึกษาไม่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาของผู้สูงอายุที่ป่วย

ชุตินา วระวิบูล (2534) ได้ศึกษาเรื่องการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย ได้ผลการศึกษาดังนี้การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเลือกใช้และความแตกต่างในการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 2 กรณีคือกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยทั่วไป และกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นโรคประจำตัวและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และปัจจัยเกี่ยวกับบุตร กับ การเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุทั้ง 2 กรณี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยโดยทั่วไปมักจะเลือกใช้บริการจากสถานบริการประเภทอื่น ๆ คือ การรักษาแผนโบราณซื้อยากินเองไม่รักษาตรงลงมาคือ การเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ สถานีอนามัย และคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน

แบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยเช่นเดียวกันนี้ก็พบในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเมื่อเปรียบเทียบแบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่เมื่อเป็นโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยแผนปัจจุบันโดยใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยทั่วไปส่วนกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบทนั้นจะไม่พบว่ามีความแตกต่างกันมากนักในสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยโดยทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวในการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย คือจะมีสัดส่วนไม่เพิ่มมากขึ้นที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวก็ตาม เมื่อนำเอาคุณลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากรและปัจจัยเกี่ยวกับบุตรของผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์ร่วมกับการเลือกใช้

กาญจนา สุขแก้ว (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ผลการศึกษา ดังนี้การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแสวงหาจุดร่วมเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ให้เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เกื้อกูลกันการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาคำอธิบายเกี่ยวกับเงื่อนไขที่ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันยอมรับการแพทย์แผนไทย รวมทั้งแบบแผนและกระบวนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการศึกษาเอกสารและเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระดับลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบันและบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย

จำนวน 18 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเฉียบพลันจำนวน 14 ราย สมาชิกกลุ่มสมุนไพรรอบ วงจร เพื่อเศรษฐกิจชุมชน จำนวน 11 ราย รวมทั้งสิ้น 43 ราย

ผลการศึกษา พบว่าการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพิจารณา ได้ 2 มิติ กล่าวคือ มิติด้านผู้รับบริการและมิติด้านผู้ให้บริการซึ่งทั้งสองมิติมีความเชื่อมโยงกันในฐานะเป็นองค์ประกอบของระบบการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งนี้กลไกการบูรณาการนั้นถูกกำหนดโดยอุดมการณ์การพึ่งตนเองเพื่อการมีสุขภาพดีและฐานคิดของการดูแลรักษาสุขภาพและระบบการแพทย์ตลอดจนนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของรัฐ การบูรณาการในมิติของผู้รับบริการ พบว่ามีการบูรณาการในวิถีชีวิตอยู่แล้ว

ส่วนการบูรณาการเมื่อสุขภาพเสียสมดุล การบูรณาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้นถูกกำหนดโดยฐานคิดการแสวงหาการรักษาพยาบาลและฐานคิดการดูแลคุณภาพของร่างกายซึ่งบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสาระของสมุนไพรมีการประเมินภาวะเมื่อร่างกายเสียสมดุลและมีการถ่ายทอดบอกเล่าปากต่อปาก ดังนั้นการบูรณาการในมิติของผู้รับ จึงมีความสำคัญที่ก่อให้เกิดการบูรณาการในผู้ให้บริการจากผลการศึกษา พบว่ามีการบูรณาการด้านการให้บริการคลินิก ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความไม่เท่าเทียม กันระหว่างบุคลากรด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยในด้านโครงสร้างการบริหารโดยเฉพาะกรอบอัตรากำลัง นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการด้านการพัฒนาสมุนไพรมุ่งเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งตัวที่กำหนดคือนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ทั้งนี้ รัฐควรให้ความสนใจและดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยเฉพาะการสร้าง ความเท่าเทียม ระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนปัจจุบันในด้านโครงสร้างการบริหารงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการในระบบการดูแลรักษาสุขภาพอย่างแท้จริง

องอาจ พรหมไชย (2538)ได้ทำการศึกษาเรื่องการถ่ายทอดความรู้ของชาวไทยลื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ด้วยสมุนไพรมุ่งเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการถ่ายทอดความรู้ของชาวไทยลื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรมุ่งเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งตัวที่กำหนดคือนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ทั้งนี้ รัฐควรให้ความสนใจและดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยเฉพาะการสร้าง ความเท่าเทียม ระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนปัจจุบันในด้านโครงสร้างการบริหารงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการในระบบการดูแลรักษาสุขภาพอย่างแท้จริง

วิธีการศึกษาวิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีผสมผสานกัน คือ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกต การศึกษาวิจัยสรุปได้ดังนี้ประชาชนชาวไทยลื้ออยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทยประชาชนชาวไทยลื้อในชนบทมีวิถีชีวิต ที่เรียบง่าย มีวัฒนธรรมเป็นเอกลักษณ์ของตนเองและมีความสัมพันธ์กันแน่นแฟ้นเนื่องจากเป็นเครือญาติและเผ่าพันธุ์เดียวกันที่มีภาษาที่ใช้ของตนเองโดยพูดเป็นภาษาไทยลื้อชุมชนแห่งนี้จึงมีการถ่ายทอดความรู้ด้วย



สืบความรู้จากบรรพบุรุษแล้วมีการถ่ายทอดความรู้กันในลักษณะการกลมเกลียวทางสังคมโดยครอบครัว เครือญาติและเพื่อนบ้าน

นอกจากนี้ยังได้มีการเรียนรู้จากผู้รู้ เช่น พระ ผู้อาวุโส หมอพื้นบ้านทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชน เนื่องจากในอดีตสมัยที่มีการคมนาคมไม่สะดวก สถานบริการ การสาธารณสุขของรัฐอยู่ห่างไกล ประชาชนที่เจ็บป่วยจะต้องพึ่งพาการรักษาพยาบาลแบบดั้งเดิมที่ได้เรียนรู้กันมา คือการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรไสยศาสตร์และความรู้ในการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรและไสยศาสตร์ ได้มีการสืบทอดกันมาให้เห็นถึงปัจจุบันส่วนมากจะสืบทอดมักมีอยู่ในครอบครัวที่บรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านของชุมชนมาก่อน

แต่ในปัจจุบันหมอพื้นบ้านนับวันจะลดน้อยลงไปทุกที เนื่องจากสังคมปัจจุบันได้เห็นว่า การรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันได้ผลที่รวดเร็วกว่าการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพรการยอมรับการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพรของประชาชน ในชนบทยังให้การยอมรับและศรัทธา ซึ่งการยอมรับของการ รักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรส่วนมากผู้ใหญ่ยังมีความเชื่อที่สามารถรักษาโรคร้ายไข้เจ็บได้และยังนิยมใช้กันอยู่ เนื่องจากความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาในอดีต แล้วบอกเล่าและให้ปฏิบัติสืบทอดกันมาและอีกประการหนึ่งยาสมุนไพรจะราคาถูกกว่าและบางชนิดก็ไม่ต้องไปหาซื้อก็สามารถหาได้จากในชุมชนที่ปลูกพืชพันธุ์ต่าง ๆ ไว้และบางอย่างก็เป็นเครื่องปรุงอาหารของชาวบ้านตามวิถีชีวิตของชาวชนบทที่รับประทานอาหารอาศัยพืชพันธุ์ต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่แต่ละครัวเรือนก็จะมีสวนพืชผักของตัวเองอยู่ แล้ว

แต่คนสมัยปัจจุบันทั้งเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นคนสมัยใหม่ให้การยอมรับยาสมุนไพรน้อยกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากคนเหล่านั้นได้เรียนรู้การรักษาพยาบาลจากสื่อต่าง ๆ และจากสาธารณสุข ให้รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลด้วยวิธีวิทยาศาสตร์มากกว่าวิธีแพทย์แผนโบราณ และส่วนมากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลด้วย สมุนไพรและปัจจุบันก็ยังพบว่า การรักษาพยาบาลด้วย การแพทย์แผนโบราณยังมีอยู่กับประชาชนทุกกลุ่มควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

ทรงศิริ สาประเสริฐ (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องลักษณะการถ่ายทอดความรู้ของภูมิปัญญาชาวบ้านได้ผลการศึกษาดังนี้ ผลการวิจัยพบว่าภูมิปัญญาชาวบ้านถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เรียนโดยใช้วิธีการบอกทำให้ดูและปฏิบัติด้วยตนเองวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่ใช้เป็นประจำคือการบอกเน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้ถามและมีความเห็นว่าวิธีการที่ดีที่สุดในการถ่ายทอดความรู้คือการให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติด้วยตนเองการได้รับการยอมรับ และยกย่องจากสังคม คือ สิ่ง ที่ ภูมิปัญญาชาวบ้านภูมิใจมากที่สุดในชีวิตและเป็นเหตุจูงใจให้ภูมิปัญญาชาวบ้านถ่ายทอด ความรู้ให้กับผู้เรียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรู้ของภูมิปัญญาชาวบ้าน คือแหล่งความรู้ในการถ่ายทอดซึ่งมาจากตัวของภูมิปัญญาชาวบ้าน เนื้อหาสาระคือความรู้ ในงานลักษณะของคนซึ่งภูมิปัญญาชาวบ้านอยากถ่ายทอดความรู้ คือ

มีความสนใจอยากรู้ มีความขยัน อดทน เมื่อทำการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เรียน ภูมิปัญญาชาวบ้าน ไม่มีการ วางแผนล่วงหน้า ระยะเวลาในการถ่ายทอดในแต่ละเรื่องไม่เท่ากัน วิธีการประเมินผล การถ่ายทอดความรู้จะใช้การสังเกต และสื่อในการถ่ายทอดความรู้คือ สื่อของจริง สิ่งที่ได้รับจากการวิจัย คือ ภูมิปัญญาชาวบ้านในการวิจัยครั้งนี้เป็นคนซึ่งเรียนรู้ ด้วยตนเอง การได้รับการยกย่อง และยอมรับ จากผู้อื่นเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการจูงใจให้ ภูมิปัญญาชาวบ้านถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่น

เปรม ชินวันทนายนท์ (2547) กล่าวว่าภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยเป็นการดูแลสุขภาพ ในชุมชนแบบพื้นบ้านดั้งเดิมที่มีคู่กับประเทศไทยตั้งแต่ก่อนสมัยกรุงสุโขทัย ซึ่งมีความหลากหลายและเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปแต่ละสังคมวัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์โดยมีความเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจาก 1) สิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ผี ไสยศาสตร์ วิถีโคจรของดวงดาว ละมิด ขนบธรรมเนียมประเพณี 2) ธรรมชาติ ร่างกายเสียสมดุลตามวัย สิ่งแวดล้อม และสังคมซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งหรือหลายสาเหตุร่วมกันสำหรับองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพของหมอไสยศาสตร์นั้น หมอไสยศาสตร์จะมีความรู้ในเรื่องของการนับถือผี การเลี้ยงผีต่างๆ การไล่ผีคาถาอาคม และองค์ความรู้เรื่องของการประกอบพิธีกรรมที่สืบทอดกันมาของชาวเขาเผ่าปกากะญอ นั่นก็คือ พิธีมัดมือ การเรียกขวัญ การชี้ทางวัวควายที่หายไปให้กลับมาการบนบานศาลกล่าว การดูเมื่อจาก กระดุกไก่ การดูเมื่อจากเมล็ดข้าวสารและความรู้เรื่องของสมุนไพรพื้นบ้าน การเป่าและการต่อกระดูก ส่วนแนวคิดเรื่องสุขภาพของหมอสมุนไพรเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความผิดปกติของธาตุในร่างกายที่ไม่สมดุลกัน ในร่างกายของคนเราจะประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำธาตุลม และธาตุไฟ หากธาตุใดธาตุหนึ่งเปลี่ยนแปลงก็จะมีผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วย ไม่สบาย ดังนั้นสิ่งที่แก้ไขความเจ็บป่วยก็คือยาสมุนไพร การกินอาหารเช่น การกินอาหารมากไปหรือน้อยไปหรือไม่เหมาะสมกับธาตุก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้เช่นกัน นอกจากนี้หมอสมุนไพรยังเชื่อว่าการเจ็บป่วยก็เกิดขึ้นได้จากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่นผี ดวงดาวและโหราศาสตร์ บางครั้งคนเราถึงคราวดวงตกก็จะทำให้เจ็บป่วยและไม่สบายได้ ต้องทำพิธีแก้ไขดวง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี