



อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย

โดย

จิรายุ ชาติสุวรรณ

คุณฐิติพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคม ธุรกิจและการเมือง

วิทยาลัยนวัตกรรมสังคม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2565



TRADITIONAL THAI MEDICINE IDENTITY IN THAI SOCIETY

BY

JIRAYU CHARTSUWAN

**A DISSERTATION SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT
OF THE REQUIREMENTS FOR
THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY IN LEADERSHIP
IN SOCIETY, BUSINESS AND POLITICS
COLLEGE OF SOCIAL INNOVATION**

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2022

คุษฎีนิพนธ์เรื่อง

อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย

โดย

จิรายุ ชาติสุวรรณ

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคม ธุรกิจและการเมือง

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2565

รศ. ดร.สังศิต พิริยะรังสรรค์
ประธานกรรมการสอบ

ผศ. ดร.กนกรัตน์ ยศไกร
กรรมการ

ผศ. ดร.รัตพงษ์ สอนสุภาพ
กรรมการ

ผศ. ดร.ฉัตรวิญช์ อดิศัย
กรรมการ

ผศ. ดร.ชุลีรัตน์ เจริญพร
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต.หญิง ดร.วรรณิ์ สุขสาตร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

29 สิงหาคม 2565

Dissertation entitled

TRADITIONAL THAI MEDICINE IDENTITY IN THAI SOCIETY

by

JIRAYU CHARTSUWAN

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Doctor of Philosophy in Leadership in Society, Business and Politics

Rangsit University
Academic Year 2022

Assoc.Prof.Sungsidh Piriyarangsan, Ph.D.
Examination Committee Chairperson

Asst. Prof. Kanokrat Yossakrai, Ph.D.
Member

Asst. Prof. Rattaphong Sonsuphap, Ph.D.
Member

Asst.Prof. Chatwarun Angasinha, Ed.D.
Member

Asst.Prof. Chuleerat Charoenporn, Ph.D.
Member and Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plt.Off. Vannee Sooksatra, D.Eng.)

Dean of Graduate School

August 29, 2022

กิตติกรรมประกาศ

คุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีเนื่องมาจากได้รับความอนุเคราะห์จาก ผศ.ดร.ฉัตรวรัญช์ องค์กรสิงห์ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้แนวคิดการทำวิจัยผลงานองค์ความรู้แพทย์แผนไทยโดยอธิบายผ่านมุมมองทางสังคมศาสตร์ได้เป็นอย่างดี ให้ความเมตตาเอาใจใส่ช่วยเหลือและคอยให้คำปรึกษาแนะนำเป็นอย่างดีมาโดยตลอด รวมถึง ผศ.ดร.ชูลีรัตน์ เจริญพร ที่ช่วยชี้แนะแนวทางการทำวิจัยให้คำแนะนำเพื่อให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สังคีต พิริยะรังสรรค์ ประธานกรรมการสอบคุษฎีนิพนธ์ ผศ.ดร.กนกรัตน์ ยศไกร และ ผศ.ดร.รัตพงษ์ สอนสุภาพ ที่กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการและให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำคุษฎีนิพนธ์

ขอขอบพระคุณอาจารย์หมอแผนไทยผู้ให้ข้อมูลหลัก อาจารย์เพ็ญศรี สงวนทรัพย์ และ อาจารย์หมอเล็ก ที่ช่วยเปิดประเด็นด้านบทบาทหน้าที่ของแพทย์แผนไทยที่ควรจะเป็น ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความเป็นหมอแบบแพทย์แผนไทยที่มีอัตลักษณ์ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลจากมุมมองสาขาชีพ ได้แก่ ภก.พินิจ ชินสร้อย (เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพร) นางสาววิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (พยาบาลผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ณ วัดคำประมง) นพ.ก่อสกันธ์ เอื้อเพื่อ (ศัลยแพทย์ระบบประสาท) และนางสาวจรัสสิ อาจศิริ (พยาบาลผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย) ท่านทั้งหลาย ได้ให้ข้อมูลในมุมมองที่แตกต่างทำให้เห็นปัญหาการพัฒนางานแพทย์แผนไทยได้อย่างชัดเจน รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เคยรับบริการกับแพทย์แผนไทยที่ให้ข้อมูลทุกท่าน ข้อมูลจากทุกท่านเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยเล่มนี้สมบูรณ์และเป็นประโยชน์ต่อไปในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ดียิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ณภัทร พานิชการ ผู้ให้คำแนะนำในการทำวิจัยในทุกเรื่อง โดยเฉพาะความรู้ทางการแพทย์แผนไทย เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ให้ความเมตตาและเอาใจใส่ติดตามความก้าวหน้างานวิจัยอยู่เสมอ อีกทั้งยังเติมเต็มกำลังใจยามท้อแท้สิ้นหวัง

ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ รวมถึงเจ้าหน้าที่วิทยาลัยนวัตกรรมการสังคม มหาวิทยาลัยรังสิตทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือประสานงานต่าง ๆ อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการศึกษาและทำงานวิจัย

ขอบคุณเพื่อนร่วมทาง ดร.เพ็ญทิพา แจ่มจันทร์เกษม และนางสาวณฤดี นันทเวชซ์ ที่คอยช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่องจนงานวิจัยสำเร็จ ให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดีเสมอ

ขอบคุณ พี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ภัทรภาสคลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์และทุกท่านที่ไม่อาจระบุชื่อได้ทั้งหมด ที่คอยช่วยเหลือเป็นอย่างดี ทั้งยังอำนวยความสะดวกในทุก ๆ เรื่องตลอดระยะเวลาที่ลาศึกษาและทำงานวิจัย และท้ายที่สุดขอขอบพระคุณครอบครัวที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีที่สุดตลอดการศึกษานี้

จิรายุ ชาติสวรรณ
ผู้วิจัย



6006052 : จิรายุ ชาติสวรรณ
 ชื่อคุณิพนธ์ : อัดลัษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย
 หลัคสูตร : ปรังญาคุณิพนธ์ิต สาขาวิชาผู้นำทางสังคม ธุรกิจและการเมือง
 อาจารย์ที่ปรังษา : ผศ. ดร.ชูลีรัตน์ เจริญพร

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการก่อรูปของการแพทย์แผนไทย รูปแบบกระบวนการทัศน์การแพทย์แผนไทยและอัดลัษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย นำเสนอแนวคิดและการวิเคราะห์ปัญหาจากมุมมองของบุคลากรในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย บุคลากรในระบบการแพทย์สมัยใหม่และมุมมองจากผู้มารับบริการทางการแพทย์แผนไทย เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจต่อองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยพร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน

ผลการศึกษาพบว่าการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรับเอาแนวความคิดทฤษฎี ความเชื่อ รวมทั้งแบบแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกายใจมาจากพระพุทธศาสนาอันเป็นรากฐานของวัฒนธรรมไทย โดยกระบวนการทัศน์การแพทย์แผนไทยนั้นครอบคลุมทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา ป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรคโดยให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกบุคคลที่หลากหลาย ทั้งยังมีการบำบัดรักษาโรคทางใจโดยใช้ ธรรมโอสถ จนถึง การวางยารักษาแบบปัจเจกโอสถ โดยใช้หลักการบริหารยาตามรศยา ทั้งหมดล้วนแสดงถึงความ เป็นอัดลัษณ์ของการแพทย์แผนไทยที่มุ่งรักษาที่คน ค้นหาเหตุของโรค ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวทางการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ นโยบายทาง สาธารณสุขควรเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยมีทางเลือกอย่างเท่าเทียมในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและเพิ่มทางเลือกในการ รักษาให้กับประชาชน

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 225 หน้า)

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทย, อัดลัษณ์, กระบวนการทัศน์, การพัฒนา

6006052 : Jirayu Chartsuwan
 Dissertation Title : Traditional Thai Medicine Identity in Thai Society
 Program : Doctor of Philosophy in Leadership in Society, Business and Politics
 Dissertation Advisor : Asst.Prof. Chuleerat Charoenporn, Ph.D.

Abstract

This qualitative study aimed to investigate the evolution, the paradigms, and the identity of traditional Thai medicine in Thai, propose ideas, and analyze problems from the perspectives of traditional Thai medicine personnel, modern medicine personnel, and those receiving traditional Thai medicine services to promote a better understanding of the body of traditional Thai medicine knowledge and propose approaches for the sustainable development of traditional Thai medicine. Data were collected from 15 key informants through in-depth interviews.

The result revealed that traditional Thai medicine has continuously evolved, adopting ideas, beliefs, and holistic healthcare from Buddhist practice which is the root of Thai culture. The paradigms of traditional Thai medicine included concepts of diagnosis, treatment, disease prevention, and health promotion and rehabilitation with an emphasis on self-care practice to prevent causes of diseases on the basis of individualistic cultures. In addition, mental and emotional health treatment through Dhamma medicine – the teachings of the Buddha – and prescription according to the individualistic medicine and drug administration based on medicine flavors was found. These reflected the identity of traditional Thai medicine with an aim to diagnose a disease and find out its cause to provide patients with appropriate treatment. The research recommended change in the paradigms for the sustainable development of traditional Thai medicine. Ministry of Public Health' healthcare policies should provide patients with equal opportunities to receive treatment in traditional Thai medicine practice for the increase of treatment options resulting in the development of traditional Thai medicine.

(Total 225 pages)

Keywords: Traditional Thai Medicine, Identity, Paradigm, Development

Student's Signature Dissertation Advisor's Signature

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ฉ
บทที่ 1	
บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.3 คำถามการวิจัย	5
1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	6
1.5 นิยามศัพท์	6
บทที่ 2	
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 แนวคิดปรัชญาวิทยาศาสตร์	8
2.2 แนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism)	10
2.3 ยุคแห่งภูมิปัญญา (Age of Enlightenment)	13
2.4 แนวคิดสุขภาพองค์รวม (Holistic)	21
2.5 แนวคิดทฤษฎีความทันสมัย (Modernization Theory)	25
2.6 แนวคิดเรื่องอำนาจ	34
2.7 แนวคิดการทำให้เป็นแบบการแพทย์ (Medicalization)	41
2.8 แนวคิดเรื่องอัตลักษณ์	68
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย	77

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัย	81
	3.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)	81
	3.2 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)	84
	3.3 ระยะเวลาที่ทำการศึกษา	85
บทที่ 4	การก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย	88
	4.1 พระพุทธศาสนากับการแพทย์แผนไทย	88
	4.2 โลกทัศน์ทางการแพทย์แผนไทย	102
	4.3 ความเจ็บป่วยตามวิถีธรรมทางพระพุทธศาสนา	110
	4.4 ประวัติศาสตร์ไทยกับการแพทย์แผนไทย	114
	4.5 การจัดระบบความรู้ทางการแพทย์แผนไทย	122
บทที่ 5	อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย	128
	5.1 อัตลักษณ์ของการตรวจ วินิจฉัย แบบแพทย์แผนไทย	129
	5.2 อัตลักษณ์ของการรักษาแบบแพทย์แผนไทย	135
	5.3 ธรรมเนียมโอสถ	142
	5.4 อัตลักษณ์ของการใช้ยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทย	145
	5.5 อัตลักษณ์ของการดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทย	154
บทที่ 6	อำนาจที่มีต่อแพทย์แผนไทย	165
	6.1 อำนาจปฎิฐานนิยม	166
	6.2 อำนาจของวิชาชีพแพทย์	169
	6.3 อำนาจทางการศึกษา	178
	6.4 อำนาจรัฐ	184

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 7	
สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	191
7.1 กระบวนการค้นพบแพทย์แผนไทย	192
7.2 อุตสาหกรรมการแพทย์แผนไทย	201
7.3 แนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย	207
7.4 ข้อเสนอแนะ	213
บรรณานุกรม	215
ประวัติผู้วิจัย	225



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	สรุปเปรียบเทียบวิธีวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ศึกษา และผู้ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลที่สัมพันธ์กับคำถามการวิจัย	87



สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
2.1	กระบวนการสร้างอัตลักษณ์และปัจเจกภาพในแนวคิดหลังสมัยใหม่	69
2.2	กระบวนการสื่อความหมายของโรล็องด์ บาร์ต (Roland Barthes)	71
2.3	กรอบแนวคิด	80
4.1	ระบบการควบคุมการทำงานของธาตุในร่างกายทางการแพทย์แผนไทย	110



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบการแพทย์ของประเทศไทย มีการแพทย์ดั้งเดิมซึ่งเป็นภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพโดยยึดโยงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนไทยมาเป็นเวลานาน มีจุดเด่นเรื่องหลักการมองมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม สมัยหนึ่งถูกเรียกว่า การแพทย์โบราณ และเมื่อตราพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะฉบับ พ.ศ.2542 จึงเปลี่ยนชื่อการแพทย์โบราณเป็น “การแพทย์แผนไทย” ในสมัยรัชกาลที่ 3 เป็นปีแรกที่มีการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการแพทย์และการสาธารณสุข โดยดำเนินการควบคู่กันไป ผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือนายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “หมอบรัดเลย์” นักเผยแพร่คริสต์ศาสนาชาวอเมริกัน ซึ่งมากับคณะมิชชันนารีได้เข้ามาเมืองไทยจนทำให้การแพทย์แผนตะวันตกได้รับความนิยมจากประชาชน จนล้มการแพทย์แผนไทยไปช่วงเวลานึง (ทวี เลหาพันธ์, 2558)

การแพทย์แผนตะวันตกอ้างอิงแนวคิดวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ซึ่งเริ่มในช่วงเวลาที่พัฒนาการทางวิทยาศาสตร์ก้าวรุดหน้าไปอย่างรวดเร็วในยุโรประหว่าง ค.ศ. 1500 - 1750 ซึ่งในปัจจุบันเรียกว่า การปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ หลักการทางวิทยาศาสตร์ เป็นแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) เน้นการอธิบายการเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ในเชิงประจักษ์ (Empirical) หมายถึงการอธิบายที่สามารถเห็นได้จริง พิสูจน์ได้ด้วยหลักการและเป็นเหตุเป็นผลทางวิทยาศาสตร์ การปฏิวัติความรู้ทางวิทยาศาสตร์และสังคมในช่วงศตวรรษที่ 17 จนถึงศตวรรษที่ 18 ได้นำมาซึ่งภาวะสมัยใหม่ (Modernity) ในสังคมยุโรป ผลกระทบที่ตามมาของ “ภาวะสมัยใหม่” (Modernity) ซึ่งกระจายออกไปทั่วโลกที่เห็นได้ชัดเจน คือ ระบบการเมืองการปกครอง ระบบเศรษฐกิจและสังคมแบบทุนนิยม ระบบการศึกษา ตลอดจนรูปแบบการคิดและการใช้ชีวิตของคนในสังคม ส่งผลต่อการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ ทำให้การแพทย์สมัยใหม่มีความเป็นศาสตร์ที่เข้มแข็งกว่าแต่เดิมที่การอธิบายกระบวนการเกิดโรคนั้นไม่มีความชัดเจน และการเรียนการสอนยังไม่เป็นระบบ การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์อย่างเป็นทางการทำให้เกิดกลุ่มคนที่มีความชำนาญพิเศษในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย แพทย์มีความคิดที่ว่าร่างกายเป็นเครื่องจักร มุ่งทำการศึกษา

ส่วนปลีกย่อยของร่างกาย โดยสนใจส่วนที่เล็กกลง เล็กกลงไปทุกที และความเจ็บป่วยเป็นความชำรุดเสียหายของเครื่องจักร ส่วนหน้าที่ของแพทย์ คือ การซ่อมแซมเครื่องจักรนั้น (คาปรั้า, 2550)

การแพทย์แผนตะวันตก ได้มีการพัฒนาเรื่องทฤษฎีการแพทย์ตามยุคสมัย การเกิดขึ้นของการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้นเกิดขึ้นประมาณในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 1860 เมื่อหลุยส์ ปาสเตอร์ได้ค้นพบ ทฤษฎีการเกิดโรคจากเชื้อจุลินทรีย์ (The Germ Theory of Disease) ซึ่งได้ค้นพบว่าจุลินทรีย์หลายชนิด ได้แก่ แบคทีเรีย รา โปรโตซัว เป็นสาเหตุของการเกิดโรคติดต่อและโรคติดเชื้อ ต่อมาได้มีการพัฒนาทางการแพทย์อื่น ๆ ขึ้นบนรากฐานความรู้ของชีววิทยาทางการแพทย์ หลังจากวิทยาศาสตร์ได้เจริญก้าวหน้าถึงขีดสุด ในขณะที่เดียวกันความเสื่อมถอยของจริยธรรม สิ่งแวดล้อม และปัญหาสุขภาพในมิติใหม่ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น แม้ว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีจะเจริญอย่างมากแต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีความเชื่อและวัฒนธรรมที่หลากหลายได้ ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันต้องปรับเปลี่ยนจากทฤษฎีการแพทย์วิทยาศาสตร์แบบชีววิทยา มาเป็นทฤษฎีการแพทย์วิทยาศาสตร์ กระบวนทัศน์ใหม่ที่ยอมรับการแพทย์ทางเลือก และยอมรับบทบาททางจิตต่อมิติด้านสุขภาพมากขึ้นอย่างชัดเจน (ประพจน์ เกตุราภาส, 2557)

แนวคิดสุขภาพองค์รวม (Holistic) ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์หลักของการแพทย์ตะวันตกออกหมายรวมถึงการแพทย์แผนไทยด้วยนั้น มีทัศนะว่าโรคแต่ละโรคนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ มีหลายองค์ประกอบเข้ามาเกี่ยวข้อง ในสามศตวรรษที่ผ่านมาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพถูกรอบงำด้วยทัศนะที่เห็นมนุษย์เป็นเครื่องจักร ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้โดยการแยกแยะออกเป็นส่วน ๆ จิตใจและร่างกายก็เป็นคนละส่วนกัน โรคภัยไข้เจ็บคือการทำงานที่ผิดปกติของกลไกทางชีววิทยา สุขภาพดีคือการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทัศนะดังกล่าวเริ่มจะถูกบดบังด้วยโลกทัศน์แบบองค์รวมที่สอดคล้องกับนิเวศวิทยา ซึ่งเห็นว่าเอกภพมิใช่เครื่องจักรหากเป็นระบบที่มีชีวิตเป็นทัศนะที่ให้ความสำคัญแก่ความสัมพันธ์ต่อกันและการเป็นเหตุปัจจัยแก่กันและกันของปรากฏการณ์ทั้งหลายและพยายามเข้าใจธรรมชาติมิใช่แต่เพียงในแง่โครงสร้างพื้นฐาน (คาปรั้า, 2550) กล่าวคือ การแพทย์แบบองค์รวมมองว่าปัจจัยสำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาอยู่ที่ตัวผู้ป่วย ไม่ใช่ให้ความสำคัญกับแพทย์ผู้รักษาเพราะด้วยการเน้นเทคนิคการรักษาเกี่ยวกับทางกายเป็นส่วนใหญ่ แท้จริงสาเหตุส่วนใหญ่อยู่ที่พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่จะต้องมาแก้ไขเพื่อให้เกิดความยั่งยืน แพทย์เป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น การรักษาจะเป็นผลดีได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ระบบเกิดดุลยภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2536)

การแพทย์แผนไทยในอดีตเคยเป็นการแพทย์ระบบหลักในสังคมไทยและในระบบราชการมานาน จนเมื่อสมัยรัชกาลที่ 6 สยามประเทศต้องพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้มีความทันสมัย เพื่อให้พ้นจากการตกเป็นเมืองขึ้นในยุคล่าอาณานิคมที่แผ่อิทธิพลเข้ามา การแพทย์แผนไทยซึ่งถูกมองว่าเป็นอุปสรรคไม่สอดคล้องกับผลประโยชน์ของระบบทุนนิยมโลก และความทันสมัยของประเทศจึงถูกปลดระวางออกจากระบบราชการ โดยขณะนั้นนักเรียนแพทย์และประชาชนเริ่มเลื่อมใสในการแพทย์แผนตะวันตกมากขึ้น การแพทย์แผนไทยจึงถูกลดทอนบทบาทและหมดโอกาสในการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนแพทย์ในที่สุด ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 7 ประเทศไทยพัฒนาเข้าสู่ระบบการแพทย์แบบการแพทย์แผนตะวันตก จากสถานะดังกล่าวเป็นการปิดกั้นการพัฒนาการแพทย์แผนไทย แต่ยังคงมีการผลิตยาแผนไทยโดยกองโอสถศาลาจนถึง พ.ศ. 2484 จึงเลิกผลิต นับเป็นการยุติบทบาทการแพทย์แผนไทย ซึ่งให้บริการโดยรัฐอย่างสิ้นเชิง แม้การแพทย์แบบตะวันตกจะมีความเจริญก้าวหน้า แต่ก็มาพร้อมค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (ณัฐธิดา คำพล, 2554) นอกจากนี้ยังมีโรคภัยไข้เจ็บอีกมากมายที่การแพทย์แบบตะวันตกยังไม่มีทางเยียวยารักษา หรือให้การรักษาแล้วผู้ป่วยก็ยังได้รับความทุกข์ทรมาน การแพทย์แผนตะวันตกอย่างเดียวอาจไม่มีคำตอบสำหรับทุกปัญหา และต้องการเรียนรู้เพิ่มว่าการแพทย์แบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการแพทย์ดั้งเดิมซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดกันมาและดูแลสุขภาพของคนที่อยู่พื้นดินนั้น ๆ มาอย่างช้านาน จะสามารถนำมาผสมผสานเพื่อช่วยแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาทางการแพทย์ดังกล่าวข้างต้น ได้หรือไม่ (ทวี เลาหพันธ์, 2558)

การกลับมาให้ความสนใจการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยอีกครั้งในระยะหลัง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลขององค์การอนามัยโลก ในช่วงปี พ.ศ.2512-2517 องค์การอนามัยโลกได้เริ่มแสดงเจตนารมณ์ที่ให้ความสนใจที่จะพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละประเทศให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของคนทั่วโลก เพราะตระหนักในปัญหาของการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในแง่การกระจายบริการไปอย่างไม่ทั่วถึงและไม่เสมอภาค โดยเน้นเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมาภายหลังได้ให้ความสนใจการพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมทั้งระบบโดยตรง ดังที่ได้มีข้อตกลงร่วมกันของประเทศสมาชิกในการพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมด้านต่าง ๆ เช่น การผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การพัฒนาสมุนไพร นุคลากร การผลิต การฝึกอบรม และการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพในการรักษาโรค (ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, 2547)

ผลจากการที่องค์การอนามัยโลกได้พยายามดำเนินการเพื่อให้มีการนำการแพทย์ดั้งเดิมมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ทางด้านสุขภาพ ประเทศไทยจึงได้

ดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว โดยในระยะแรกเป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมา มีโครงการส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชนและการทดลองใช้รักษาผู้ป่วยในทางคลินิก ในลักษณะโครงการนำร่องและขยายผลออกไป ในเวลาต่อมา มีการบุกเบิกในการผลิตบุคลากรทางด้านกายภาพบำบัดแผนไทย คือ อายุรเวทหรือแพทย์แผนไทย ประยุกต์จากอายุรเวทวิทยาลัยและสถาบันในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นเมื่อ พ.ศ.2545 เพื่อทำหน้าที่วางยุทธศาสตร์และพัฒนางานการแพทย์แผนไทย มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย มาแล้ว 2 ฉบับ ฉบับแรก พ.ศ.2550-2554 มีเป้าหมายให้มีระบบการบริการแพทย์แผนไทยที่มีมาตรฐานและคุณภาพทัดเทียมกับการแพทย์แบบตะวันตก และมีมูลค่าการใช้จ่ายเพิ่มไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของมูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) และฉบับที่ 2 พ.ศ.2555-2559 กำหนดเป้าหมายให้ระบบบริการแพทย์แผนไทยมีมาตรฐานตั้งแต่องค์ความรู้ สถานที่ บุคลากร เวชปฏิบัติ ระบบข้อมูล ระบบยา รวมทั้งกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยต้องมีคุณภาพ (คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทย, 2554) ความสำคัญของการแพทย์แผนไทยที่มีมากขึ้น ยังเป็นผลมาจากกระแสความสนใจของภาคประชาชนและภาคธุรกิจ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่แสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาท่ามกลางสถานการณ์ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่บางโรคมีความรุนแรงกว่าในอดีต บางโรคมีความเรื้อรัง ยากที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หายขาด โดยลำพังการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวได้

แม้การแพทย์แผนไทยจะมีความสำคัญมากขึ้น แต่สถานะของการแพทย์แผนไทยก็ยังอยู่ในระดับต่ำ ไม่ค่อยได้รับการยอมรับจากภาครัฐและวงการแพทย์เท่าที่ควร โดยเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ค่อยไว้วางใจหรือไม่แน่ใจในประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย เห็นว่ามาตรฐานการรักษาไม่มีความแน่นอน (บุญมาส สันธูประภา และจรัสพรธณ สงวนเสริมศรี, 2533) องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยขาดความชัดเจน ไม่เป็นระบบ (เปรม ชินวันทนานนท์, 2547) เป็นศาสตร์ที่ไม่มีหลักสูตรและวิธีการปฏิบัติในการรักษาที่แน่นอน (สุด แสงวิเชียร, 2521) ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2545) โดยแพทย์ส่วนมากเชื่อว่าความดีของคุณภาพ มาตรฐานไม่เป็นระบบของการแพทย์แผนไทยจะเป็นเงื่อนไขที่ไม่ได้รับการพัฒนาให้ให้มีศักดิ์ศรีทัดเทียมการแพทย์แผนปัจจุบันในอนาคต (เปรม ชินวันทนานนท์, 2547) แม้ในส่วนที่พัฒนาให้ได้มาตรฐานแล้ว การยอมรับก็ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ดังจะพบว่าการศึกษาวิจัยสมุนไพรไทยจำนวนมากกระทำโดยทีมงานแพทย์และเภสัชกรแผนปัจจุบันที่แสดงประสิทธิผลที่น่าเชื่อถือหลาย

รายการ รวมทั้งรายการยาสมุนไพรที่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการยา รายการยาเหล่านี้ก็ยังถูกปฏิเสธจากแพทย์แผนปัจจุบันที่จะสั่งจ่ายหรือไม่ยอมรับต่อการรักษาด้วยยาสมุนไพร จึงน่าสนใจว่าอะไรคืออุปสรรคต่อปัญหาดังกล่าวที่แท้จริง ระหว่างตัวคุณภาพของระบบการแพทย์แผนไทยเองหรือความไม่เข้าใจในอัตลักษณ์ของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจศึกษาปรัชญาการแพทย์แผนไทยว่าแท้จริงแล้วมีการก่อรูปขึ้นอย่างไรในสังคมไทยตั้งแต่อดีตจนปัจจุบัน ค้นหาอัตลักษณ์ตัวตนที่แท้จริงของการแพทย์แผนไทย เพื่อสลัดอคติหรืออิทธิพลตะวันตกผ่านการหวนคืนสู่รากเหง้าทางวัฒนธรรมหรือการให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งวาทกรรมการพัฒนาที่ได้สร้างความเป็นอื่น (The Other) ให้กับสิ่งที่ไม่ใช่ตะวันตก งานวิจัยเน้นการเปิดประเด็นปัญหาจากในแง่มุมมองสังคมวิทยา มุมมองของบุคลากรในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย มุมมองของบุคลากรในระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่มีต่อองค์ความรู้/บุคลากรในกลุ่มการแพทย์แผนไทย และมุมมองจากผู้มารับบริการทางการแพทย์แผนไทย เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจต่อปัญหาพร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น เพื่อยกระดับสถานะและสถาปนาการแพทย์แผนไทยให้กลับมามีศักดิ์ศรีในการรับใช้ประชาชนตามสถานะที่ควรจะเป็น

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการทัศน์และการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย
- 1.2.2 เพื่อศึกษาอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย
- 1.2.3 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย

1.3 คำถามการวิจัย

การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด มีอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร และจะมีแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยอย่างไร

1.4 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.4.1 ทราบถึงกระบวนการทัศน์และการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย
- 1.4.2 ทราบถึงอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย
- 1.4.3 ทราบแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย

1.5 นิยามศัพท์

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หมายถึง วิชาชีพที่ประกอบการมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการแนะนำ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การศัลยกรรมไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย ด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งศึกษาจากสถานศึกษา และองค์ความรู้ด้านอื่นตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556 ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอดหรือพัฒนาสืบต่อกันมาตามตำราการแพทย์แผนไทยหรือจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

อัตลักษณ์ (Identity) หมายถึง ลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งของแพทย์แผนไทย ที่ทำให้รู้ตัวว่า แพทย์แผนไทยคืออะไร โลกทัศน์แพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร มีความเป็นตัวตนที่ทำให้คนอื่นรู้จักว่ากระบวนการดูแลสุขภาพแบบแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร หรือลักษณะเฉพาะตัวของแพทย์แผนไทย

กระบวนการทัศน์ (Paradigm) หมายถึง ทัศนะแม่บทที่กำหนดวิธีคิด วิธีมองและวิธีทำความเข้าใจต่อสรรพสิ่ง สิ่งที่แสดงความเชื่อเกี่ยวกับความจริง รูปแบบและขอบเขตของความรู้และวิธีวิทยาเกี่ยวกับความรู้ในแบบแพทย์แผนไทย

การพัฒนา (Development) หมายถึง การทำให้การแพทย์แผนไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพหนึ่งที่ดีกว่าเดิมอย่างเป็นระบบ หรือการทำให้ดีขึ้นกว่าสภาพเดิมที่เป็นอยู่อย่างเป็นระบบ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยคุณฉันทิพนธ์เรื่อง “อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย” มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ 1) เพื่อศึกษากระบวนการทัศน์และการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย 2) เพื่อศึกษาอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย และ 3) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย โดยมีคำถามการวิจัย คือ การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด มีอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร และจะมีแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยอย่างไร

สำหรับในบทนี้ จะเป็นการทบทวนแนวความคิด ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ งานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ปัญหาสถานะและการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การทบทวนจะให้ความสำคัญกับสาเหตุของปัญหาไม่น้อยไปกว่าการเสนอแนวทางแก้ไข ปัญหา เพราะหากสามารถตระหนักในสาเหตุที่แท้จริง จะทำให้แก้ไขปัญหานั้นตรงจุดที่สุด เป็นการประมวลคำตอบตามมุมมองที่หลากหลายต่อคำถามการวิจัย เพราะถึงแม้การแพทย์แผนไทยจะมีการพัฒนามากขึ้นเป็นลำดับ แต่ยังมีสถานะที่ต่ำต้อยและระดับการพัฒนาที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ หรือเทียบกับศักยภาพและประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนาของส่วนรวม การทบทวนงานศึกษาที่ผ่านมา จะทำการประมวลเป็นหมวดหมู่ ตามกรอบแนวความคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ เป็น 8 แนวคิด ดังนี้

- 2.1 แนวคิดปรัชญาวิทยาศาสตร์
- 2.2 แนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism)
- 2.3 ยุคแห่งภูมิปัญญา (Age of Enlightenment)
- 2.4 แนวคิดสุขภาพองค์รวม (Holistic)
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีความทันสมัย (Modernization Theory)
- 2.6 แนวคิดเรื่องอำนาจ
- 2.7 แนวคิดการทำให้เป็นแบบการแพทย์ (Medicalization)
- 2.8 แนวคิดเรื่องอัตลักษณ์

2.1 แนวคิดปรัชญาวิทยาศาสตร์

วิทยาศาสตร์ คือ ศาสตร์ที่พยายามจะเข้าใจ อธิบาย และคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับโลกที่เราอาศัยอยู่ ศาสนาทั้งหลายก็พยายามที่จะเข้าใจและอธิบายโลกเหมือนกัน แต่เราไม่ถือว่าศาสนาเป็นวิทยาศาสตร์ โหราศาสตร์และการทำนายโชคชะตาก็เป็นความพยายามที่จะทำนายอนาคต แต่คนส่วนใหญ่ไม่เรียกกิจกรรมเหล่านั้นว่าวิทยาศาสตร์ คุณลักษณะที่ทำให้วิทยาศาสตร์แตกต่างจากความรู้อื่น ๆ ก็คือวิธีการที่นักวิทยาศาสตร์ใช้สืบสาวหาความจริงเกี่ยวกับโลก เพราะวิทยาศาสตร์หลายสาขาใช้วิธีหาความรู้แตกต่างจากสาขาวิชาที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ (โอคาซา, 2549) ซึ่งได้แก่

การใช้วิธีทดลอง ซึ่งเป็นจุดเริ่มของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ นักวิทยาศาสตร์จะตั้งคำถามกับข้อสันนิษฐานเบื้องต้น ทำการทดลองครั้งหนึ่งแล้วได้ผลลัพธ์อย่างหนึ่ง เขาทดลองซ้ำอีก 2-3 ครั้ง และผลลัพธ์ยังเหมือนเดิม หลังจากนั้นเขาจะเชื่อมั่นว่าหากทำการทดลองภายใต้เงื่อนไขเดิมทุกประการก็จะได้ผลลัพธ์เดิมอีก แต่ก็มีวิทยาศาสตร์บางสาขาที่ไม่ใช่การทดลอง เช่น ดาราศาสตร์ไม่สามารถทำการทดลองกับดวงดาวบนท้องฟ้า ต้องใช้การสังเกตอย่างระมัดระวังแทน วิทยาศาสตร์ทางสังคมซึ่งเรียกว่าสังคมศาสตร์หลายสาขาก็ไม่ได้ใช้การทดลอง

การสร้างทฤษฎี นักวิทยาศาสตร์ไม่เพียงแต่บันทึกผลการทดลองและการสังเกตไว้ หากยังต้องการอธิบายผลการทดลองโดยสร้างเป็นทฤษฎีทั่วไปด้วย ซึ่งทำได้ไม่ยากนัก

2.1.1 จุดเริ่มของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่เริ่มในช่วงเวลาที่พัฒนาการทางวิทยาศาสตร์ก้าวรุดหน้าไปอย่างรวดเร็วในยุโรประหว่าง ค.ศ. 1500 - 1750 ซึ่งในปัจจุบันเรียกว่า การปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ อันที่จริง การศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์เริ่มมีมาตั้งแต่ยุคโบราณและยุคกลางแล้ว เท่ากับว่าการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์มิได้กำเนิดขึ้นในอากาศธาตุ โลกทัศน์สำคัญในยุคโบราณและยุคกลาง คือ โลกทัศน์แบบอริสโตเติล (Aristotelianism) โลกทัศน์นี้สืบทอดมาจากอริสโตเติลซึ่งเป็นนักปรัชญากรีกยุคโบราณผู้เสนอทฤษฎีทางฟิสิกส์ ชีววิทยา ดาราศาสตร์ และจักรวาลวิทยาอย่างละเอียด แต่ นักวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จะรู้สึกว่าคุณคิดและวิธีสืบสาวหาความรู้ของอริสโตเติลแปลกประหลาดมาก เช่น เขาเชื่อว่าวัตถุทั้งหลายในโลกนี้ ประกอบขึ้นด้วยธาตุทั้งสี่อันได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ เท่านั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับสิ่งที่วิชาเคมีสมัยใหม่บอกเรา

ก้าวสำคัญก้าวแรกในพัฒนาการของโลกทัศน์ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ คือ การปฏิวัติของโคเปอร์นิคัส ใน ค.ศ. 1542 โคเปอร์นิคัส (Copernicus, 1473 - 1543) ซึ่งเป็นชาวโปแลนด์ได้ตีพิมพ์หนังสือโจมตีแนวคิดที่ว่า โลกเป็นศูนย์กลางของจักรวาล มีดาวเคราะห์อื่น ๆ และดวงอาทิตย์โคจรรอบโลก (The Geocentric Model of The Universe) คาราศาสตร์ที่เชื่อว่า โลกเป็นศูนย์กลางของจักรวาลนี้เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า คาราศาสตร์แบบโทเลมี ตามชื่อของโทเลมี (Ptolemy) นักดาราศาสตร์ยุคกรีกโบราณ จักรวาลในแบบโทเลมีเป็นหัวใจของโลกทัศน์แบบอริสโตเติล ซึ่งได้รับความเชื่อถือมานานถึง 1,800 ปี จนกระทั่งโคเปอร์นิคัสเสนอว่า ดวงอาทิตย์เป็นศูนย์กลางของจักรวาล มีดาวเคราะห์รวมทั้งโลกโคจรรอบดวงอาทิตย์ ในตอนแรกทฤษฎีของโคเปอร์นิคัสถูกต่อต้านมาก โดยเฉพาะจากคริสตจักรคาทอลิก ซึ่งถือว่าจักรวาลในแบบของโคเปอร์นิคัสขัดแย้งกับคำสอนในพระคริสตธรรมคัมภีร์ และห้ามเผยแพร่หนังสือที่สนับสนุนว่า โลกโคจรรอบดวงอาทิตย์ แต่ทฤษฎีของโคเปอร์นิคัสก็ได้ค่อยๆ เข้ามาแทนที่ทฤษฎีของโทเลมีภายในเวลาหนึ่งร้อยปี

การปฏิวัติวิทยาศาสตร์บรรลุถึงจุดสุดยอดในงานของไอแซก นิวตัน (Newton, 1643-1727) ในประวัติศาสตร์ของวิทยาศาสตร์ความสำเร็จของนิวตันโดดเด่นหาที่เปรียบได้ยาก ผลงานชิ้นเอกของเขาคือหนังสือเรื่อง หลักคณิตศาสตร์ของปรัชญาธรรมชาติ (Mathematical Principles of Natural Philosophy) ตีพิมพ์ใน ค.ศ. 1687 นิวตันเห็นด้วยกับนักปรัชญาแนวจักรกลว่า จักรวาลประกอบด้วยอนุภาคซึ่งเคลื่อนที่แต่ได้ปรับปรุงกฎแห่งการเคลื่อนที่และการวิ่งชนกันให้ดีขึ้นจนปรากฏผลเป็นทฤษฎีพลวัตและกลศาสตร์อันยิ่งใหญ่ โดยมีกฎแห่งการเคลื่อนที่ทั้งสามกฎและกฎแห่งแรงโน้มถ่วงสากลอันเลื่องชื่อของเขาเป็นฐาน

ในช่วงสองร้อยปีต่อมาฟิสิกส์ในแบบของนิวตันได้จัดวางกรอบให้กับวิทยาศาสตร์ ความสำเร็จของนิวตันทำให้ความเชื่อมั่นในวิทยาศาสตร์เจริญงอกงามอย่างรวดเร็ว เชื่อกันในวงกว้างว่า ทฤษฎีของนิวตันได้แสดงให้เห็นการทำงานที่แท้จริงของธรรมชาติ และสามารถอธิบายทุกสิ่งทุกอย่างได้ อย่างน้อยก็ในหลักการมีความพยายามที่จะนำเอาวิธีอธิบายในแบบของนิวตันไปใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ คริสต์ศตวรรษที่ 18 และ 19 เป็นช่วงเวลาที่วิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะการค้นคว้าทางเคมี (Chemistry) ทัศนศาสตร์ (Optics) พลังงาน (Energy) อุณหพลศาสตร์ (Thermodynamics) และแม่เหล็กไฟฟ้า (Electromagnetism) พัฒนาการเหล่านี้โดยส่วนใหญ่แล้วถือว่า อยู่ในกรอบแนวคิดเกี่ยวกับจักรวาลของนิวตัน นักวิทยาศาสตร์ยอมรับว่าแนวความคิดของนิวตันถูกต้องในสาระสำคัญ สิ่งที่ยังต้องทำคือเพิ่มเติมรายละเอียดเท่านั้น พอถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ทฤษฎีของนิวตันถูกลบล้างด้วยทฤษฎีสัมพัทธภาพ (Relativity Theory) และกลศาสตร์ควอนตัม (Quantum Mechanics) ซึ่งถือเป็นพัฒนาการแนวปฏิวัติ

ในรุ่นหลัง ทฤษฎีสัมพัทธภาพซึ่งค้นพบโดยไอน์สไตน์แสดงให้เห็นว่า กลศาสตร์แบบนิวตันไม่ให้ผลลัพธ์ที่ถูกต้องเมื่อใช้กับสิ่งที่มีขนาดใหญ่มาก หรือสิ่งที่เคลื่อนที่ด้วยความเร็วสูงมาก ในทางกลับกันกลศาสตร์ควอนตัมก็แสดงให้เห็นว่า ทฤษฎีของนิวตันนำมาใช้อธิบายสิ่งที่มีขนาดเล็กมาก อย่างอนุภาคที่เล็กกว่าอะตอม (Subatomic Particles) ไม่ได้ ทฤษฎีสัมพัทธภาพและโดยเฉพาะกลศาสตร์ควอนตัมซึ่งเป็นจุดกำเนิดของฟิสิกส์ยุคใหม่ อธิบายธรรมชาติของความเป็นจริงที่คนจำนวนมากยอมรับหรือเข้าใจยาก ทั้งสองทฤษฎีกลับล้างความเชื่อเดิม และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดครั้งใหญ่ในวิชาฟิสิกส์ อันมีผลสืบเนื่องมาจนทุกวันนี้

เหตุการณ์สำคัญในชีววิทยา คือ การที่ดาร์วิน (Darwin, 2013) ค้นพบทฤษฎีวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต และตีพิมพ์ในหนังสือ ชื่อกำเนิดของสายพันธุ์ต่างๆ (The Origin of Species) ใน ค.ศ. 1859 ก่อนหน้านั้นเชื่อกันในวงกว้างว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างสิ่งมีชีวิตสายพันธุ์ต่าง ๆ แยกต่างหากจากกัน ดังคำสอนในพระคริสตธรรมคัมภีร์เล่มปฐมกาลว่าด้วยกำเนิดของโลกและมนุษย์ (Book of Genesis) แต่ดาร์วิน (Darwin, 2013) แย้งว่าสิ่งมีชีวิตร่วมสมัยสายพันธุ์ต่าง ๆ วิวัฒนาการมาจากบรรพบุรุษผ่านกระบวนการที่เรียกว่า การคัดสรรของธรรมชาติ (Natural Selection) การคัดสรรของธรรมชาติเกิดขึ้นเมื่อสิ่งมีชีวิตบางพวกมีลักษณะทางกายภาพที่ทำให้สามารถสืบลูกหลานจำนวนมากกว่าสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ งานศึกษาค้นคว้าต่อมาได้ยืนยันทฤษฎีของดาร์วิน (Darwin, 2013) ซึ่งเป็นหลักกลางของโลกทัศน์ชีววิทยายุคใหม่ คริสต์ศตวรรษที่ 20 ยังได้เห็นการปฏิวัติทางชีววิทยาซึ่งยังไม่เสร็จสมบูรณ์อีกเรื่องหนึ่ง ได้แก่ การปรากฏขึ้นของชีววิทยาโมเลกุล (Molecular Biology) ในพันธุศาสตร์โมเลกุล (Molecular Genetics)

2.2 แนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism)

มีกำเนิดจากแนวคิดของนักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศสออกุสต์ ค็องท์ โดยมีผู้สนับสนุนคือ จอห์น สจ๊วต มิลล์และเอมิล เดอร์ไคม์ และมีรากฐานมาจากปรัชญาของเรอเน เดการ์ต (Rene' Descartes) ผู้ซึ่งมีชีวิตอยู่ระหว่าง ค.ศ.1596-1650 ที่เน้นเรื่องความสามารถในการคิดได้และในการใช้เหตุผลของมนุษย์ ดังคำกล่าวที่มีชื่อเสียงของเดการ์ตว่า “การที่ข้าพเจ้าสงสัย แสดงว่าข้าพเจ้ามีอยู่จริง” (Cogito Ergo Sum) (จุฑาทิพย์ อมะวิชณี, 2544) ทฤษฎีของแนวคิดนี้ คือ ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) ทฤษฎีทางเลือกอย่างมีเหตุผล (Rational Choice Theory) และทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory)

คำว่า ปฏิฐานนิยม พัฒนามาจากคำว่า ปรัชญาเชิงบวก (Positive Philosophy) ซึ่งเป็นคำที่ ค็องท์ ใช้เรียกแนวคิดของเขา ปรัชญาเชิงบวกนี้ คือ ปรัชญาที่หวังให้เกิดผลเชิงบวกต่อสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนการปฏิรูปสังคม ซึ่งเป็นการตอบโต้ต่อผลเชิงลบของการเปลี่ยนแปลง สังคมในยุคแห่งการรู้แจ้ง (Enlightenment) ซึ่งค็องท์เห็นว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงและ ก่อให้เกิดผลลบต่อระเบียบทางสังคม (Social Order) ทำให้สังคมไม่มีระเบียบ แนวคิดปฏิฐานนิยม เชื่อว่าวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและสังคมศาสตร์มีกฎเกณฑ์เดียวกันจึงสามารถใช้วิธีการทาง วิทยาศาสตร์มาศึกษาเรื่องทางสังคมได้ เพราะสังคมมนุษย์ถูกกำหนดจากกฎทางสังคม (Social Law) เช่นเดียวกับที่ธรรมชาติถูกกำหนดจากกฎทางธรรมชาติ (Physical Law) ค็องท์เคยเรียกวิชาที่ศึกษา สังคมตามแนววิทยาศาสตร์ธรรมชาตินี้ว่าวิชาฟิสิกส์ทางสังคม (Social Physics) ก่อนจะเปลี่ยนมา เรียกว่าวิชาสังคมวิทยา (Sociology) ในปี ค.ศ.1832

ความก้าวหน้าของการวิจัยแนวปฏิฐานนิยม ปรากฏชัดในการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey) ซึ่งในระยะแรกเป็นการศึกษาโดยใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและการศึกษาในสนาม (Field Research) และให้ความสำคัญแก่การศึกษาปัญหาของคนจน โดยเฉพาะคนจนเมืองที่เป็นผลทางลบของการ ปฏิวัติอุตสาหกรรมเพื่อสนับสนุนนโยบายการปฏิรูปสังคม แต่นับจากทศวรรษที่ 1920 เป็นต้นมา การวิจัยเชิงสำรวจได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก วิธีการสำรวจแนวปฏิฐานนิยมนี้รุ่งเรืองมาก ในสหรัฐอเมริกาโดยเฉพาะในช่วงระหว่างและหลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา เนื่องจากมี การพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพ เช่น คอมพิวเตอร์ และการพัฒนาเทคนิคของการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ ความรู้ทางสถิติเป็นฐานการเก็บรวบรวมข้อมูลในโครงการขนาดใหญ่ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนและ ใช้ข้อมูลร่วมกันได้ รวมทั้งการที่โครงการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจำนวนมากทั้งจากหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชนทำให้นักวิจัยหันมาสนใจเรื่องตัวเลขและการศึกษาที่ปลอดจากค่านิยมมากกว่า ศึกษาเพื่อการปฏิรูปสังคม แต่จุดอ่อนของแนวคิดปฏิฐานนิยม คือ การให้ความสำคัญกับจำนวน หรือตัวเลขมากกว่าคน และพยายามสร้างทฤษฎีที่เป็นนามธรรมแต่ไม่สัมพันธ์กับชีวิตจริงของผู้คน ไม่มีมิติประวัติศาสตร์ ไม่ให้ความสำคัญกับบริบทหรือท้องถิ่น เห็นว่าความจริงมีสิ่งเดียว แนว คิดปฏิฐานนิยมได้ลดความนิยมลงโดยเฉพาะในยุโรปตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา

2.2.1 ปรัชญาวิทยาศาสตร์ปฏิฐานนิยมเชิงตรรกะ (Logical Positivist Philosophy of Science)

ปฏิฐานนิยมเชิงตรรกะ (Logical Positivism) เป็นการเคลื่อนไหวทางปรัชญาที่มีอิทธิพล ที่สุดในโลกที่พูดภาษาอังกฤษยุคหลังสงคราม ชาวปฏิฐานนิยมเชิงตรรกะแรกเริ่มเป็นกลุ่มนัก ปรัชญาและนักวิทยาศาสตร์ที่รวมตัวกันอย่างหลวมๆ จนกระทั่งประมาณกลางทศวรรษที่ 1960

เมื่อการเคลื่อนไหวของปฏิฐานนิยมเชิงตรรกะเริ่มสลายตัว ชาวปฏิฐานนิยมเชิงตรรกะยกย่องนับถือ วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ คณิตศาสตร์ และตรรกวิทยาสูงมาก ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์อันน่าตื่นใจ โดยเฉพาะความก้าวหน้าทางฟิสิกส์ในช่วงต้นของคริสต์ศตวรรษที่ 20 ได้สร้างความประทับใจให้ชาวปฏิฐานนิยมอย่างมากมาย จุดมุ่งหมายหนึ่งของพวกเขาคือ ทำให้วิชาปรัชญาเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น ด้วยความหวังว่าการเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้นจะทำให้วิชาปรัชญาก้าวหน้าในทำนองเดียวกัน ความเป็นปรีวิสัยของวิทยาศาสตร์ประทับใจชาวปฏิฐานนิยมเป็นพิเศษ พวกเขาเชื่อว่าคำถามทางวิทยาศาสตร์สามารถหาคำตอบที่เป็นวัตถุวิสัยได้โดยสมบูรณ์ ต่างจากในสาขาวิชาอื่นๆ ที่คำถามส่วนใหญ่วนเวียนอยู่กับความคิดเห็นเชิงอัตวิสัยของผู้ถาม เทคนิควิธีการอย่างการทดสอบด้วยการทดลอง ทำให้นักวิทยาศาสตร์เปรียบเทียบทฤษฎีของตนกับข้อเท็จจริงโดยตรงได้ และจึงสามารถลงความเห็น โดยมีข้อมูลสนับสนุนและปราศจากอคติว่าทฤษฎีนั้นถูกต้องหรือไม่ สำหรับชาวปฏิฐานนิยม วิทยาศาสตร์จึงเป็นกิจกรรมที่เป็นเหตุเป็นผลอย่างมีกระบวนการที่สนับเป็นเส้นทางไปสู่ความจริงที่ดำรงอยู่อย่างเชื่อมั่นได้เต็มบริบูรณ์ นักปรัชญาวิทยาศาสตร์จึงควรศึกษาบริบทของการอ้างเหตุผลสนับสนุนเท่านั้น

2.2.2 ลัทธิปัญญาเหตุผลนิยมกับปรัชญาวิพากษ์

เรอเน เดส์คาร์ต - Rene Descartes (ค.ศ.1596-1650) เป็นนักปรัชญาสำคัญที่สุดคนหนึ่งของโลกสมัยใหม่โดยถือเป็นนักปรัชญาโมเดิร์นคนแรก เป็นผู้ให้กำเนิดลัทธิปัญญาเหตุผลนิยม (Rationalism) ขึ้น Descartes แบ่งมนุษย์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นปัญญาเหตุผลซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม อีกส่วนหนึ่งเป็นร่างกายหรือเป็นโลกทางวัตถุ ปัญญาเหตุผล (Reason) เป็นของสูงมีความสำคัญ เพราะมันเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์ตระหนักถึงการดำรงอยู่ของตน "I Think Therefore I Am" ซึ่งต่างไปจากโลกทางวัตถุที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด ไร้จิตใจ ไร้จุดมุ่งหมาย เหมือนเครื่องจักร วิชิตคิดเช่นนี้นำไปสู่ความคิดจักรวาลที่เรียกว่าแบบนิวตันคือถือว่าจักรวาลเป็นเสมือนเครื่องจักร (แม้แต่ร่างกายคนก็เป็นเหมือนเครื่องจักรด้วยเช่นกัน) มีแต่ปัญญา (Reason) ของมนุษย์เท่านั้นที่มีฐานะพิเศษ (ธีรยุทธ บุญมี, 2547)

ปรัชญาแบบ Rationalism ของ Descartes แฝงด้วยคติแบบคริสเตียนชัดเจนเพราะให้ความสำคัญกับปัญญาเหตุผล ในฐานะที่เป็นสิ่งประทานมาจากพระเจ้าและทำให้มนุษย์ยังถึงการดำรงอยู่ของพระเจ้าได้ จึงไม่มีสิ่งใด ๆ ในโลกทางวัตถุที่จะเป็นข้อจำกัดหรือเป็นเครื่องมือคุณรู้เห็นขบวนการปัญญาเหตุผล (Reason) ในการเข้าใจโลกวัตถุ เปลี่ยนแปลงโลกวัตถุ และครอบงำใช้สอยโลกวัตถุได้โดย Rationalism จึงเป็นศาสนาคริสต์ในอีกสำนวนหนึ่งเท่านั้น

คานต์ (Kant, 1996) ค.ศ.1724-1800 เป็นนักปรัชญาที่ท้าทายกับความคิดแบบ Rationalism ที่มีอิทธิพลอย่างกว้างขวางในโลกตะวันตกของคริสเตียน Kant แย้งไว้ในหนังสือ วิพากษ์เหตุผลบริสุทธิ์ (Critique of Pure Reasons) เป็น 2 ลักษณะ คือ

1) ปัญญาเหตุผลของมนุษย์มีข้อจำกัดของมัน มันไม่สามารถหยั่งรู้ทุกสิ่งทุกอย่างได้ โดยเฉพาะสิ่งที่เป็นแก่นแท้ (Essences, Noumena) หรือที่ Kant เรียก “Thing in Itself” ได้ ทั้งนี้เพราะ Kant ถือว่าความรู้ของมนุษย์เกิดจากการผสมผสานระหว่างองค์ความคิดของมนุษย์กับการสังเกตการณ์โลกวัตถุรอบตัวเรา ไม่มีทางเอาความรู้นี้ไปใช้ศึกษาสิ่งที่อยู่พ้นไปจากโลกวัตถุ เช่น ไปตอบคำถามว่าพระเจ้ามีอยู่หรือไม่ จักรวาลสิ้นสุดหรือไม่ มนุษย์มี Free Will หรือไม่

2) คานต์ (Kant, 1996) ถือว่าปัญญาของมนุษย์มีลักษณะ Active มันไม่ได้เพียงรับรู้โลกภายนอกเฉยๆ แต่มันทำงานด้วยการจัดระเบียบให้โลกข้างนอกด้วยเช่นกัน เช่น เราารู้ได้ว่าต้นไม้ต้นหนึ่งสูงกว่าอีกต้นหนึ่ง ทั้งที่ในธรรมชาติไม่มีอะไรที่บอกได้เลยว่าต้นนี้สูงกว่าหรือเตี้ยกว่าอีกต้น แต่สมองเราสรุปลงไปเองว่าเป็นเช่นนั้น หรือ $7+2=9$ เป็นความเป็นจริงที่เป็นสากลและใช้ได้ทุก ๆ ที่ แต่ในโลกธรรมชาติเวลาเราเขียน $7+2$ ไม่มีคำว่าเก้าหรือเลข 9 อยู่เลย สมองเราหาข้อสรุปที่เป็นความจริงนั้นมาเอง

ถึงแม้ Kant จะเป็นผู้เปิดทางให้กับการวิพากษ์ความยึดมั่นถือมั่นของตะวันตกว่าปัญญาเหตุผลของมนุษย์มีขีดจำกัดในการที่จะรับรู้โลก เข้าใจโลก และเปลี่ยนแปลงโลกจนเกิดสิ่งที่เรียกว่า Critical Philosophy ขึ้น แต่คานต์ (Kant, 1996) ก็เปิดทางให้กับอีกกระแสหนึ่งของแนวคิดศาสนาแบบคริสต์ นั่นคือแนวที่เรียกว่า จิตวิญญาณนิยม (Spiritualism) หรือกระแสปรัชญาที่เรียกว่า จิตนิยม (Idealism) และกระแสความคิดทางศิลปะแบบ Romanticism ขึ้น

ในช่วงระยะศตวรรษที่ 16 และ 17 เป็นระยะที่มีการค้นพบความรู้ใหม่ ๆ ในวงการวิทยาศาสตร์ มีการทดลองทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ให้ได้ผลจริงจั่ง รวมทั้งปรับปรุงเครื่องมือวิทยาศาสตร์เพื่อใช้ในการทดลองครั้งถึงสมัยศตวรรษที่ 18 อันเป็นสมัยแห่งภูมิปัญญา (Enlightenment) การศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น จึงเกิดความสนใจที่จะประดิษฐ์คิดค้นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ และรวมถึงเครื่องมือเครื่องใช้ในการอุตสาหกรรมด้วย

2.3 ยุคแห่งภูมิปัญญา (Age of Enlightenment)

ยุคแห่งภูมิปัญญา หรือยุคเรืองปัญญา (Enlightenment) เป็นการเคลื่อนไหวทางวัฒนธรรมของเหล่าปัญญาชนในยุโรปและอาณานิคมบนทวีปอเมริกาช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 เป้าหมายเพื่อปฏิรูปสังคมและส่งเสริมการใช้หลักเหตุผลมากกว่าการใช้หลักจารีต ความเชื่อ และการเปิดเผยจาก

พระเจ้า รวมไปถึงส่งเสริมความรู้ทางวิทยาศาสตร์ขั้นสูง การเคลื่อนไหวยังสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้หรือการใช้ปัญญา ต่อต้านความเชื่อทางไสยศาสตร์ โมหาคติ และการชักนำให้ผิดเพี้ยนจากคริสตจักรและรัฐบาล (วิกิพีเดีย, ม.ป.ป.)

ในงานเขียนของคานต์ (Kant, 1996) ที่ชื่อว่า What is Enlightenment? ได้เขียนลงในวารสารที่ชื่อว่า Berlinische Monatschrift ฉบับเดือนพฤศจิกายน 1784 Kant ได้พยายามที่จะตอบคำถามที่ว่า “ยุคแห่งภูมิปัญญาคืออะไร?” ซึ่งก็คือการหาคำตอบให้กับสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับสังคมเยอรมันนั่นเอง

Enlightenment คือ การที่คนเราหลุดออกจากสภาพอันอ่อนแอ ซึ่งความอ่อนแอที่ว่านี้เกิดมาจากการที่พวกเขาทำตัวให้เป็นเช่นนั้น (Enlightenment is Man's Emergence From His Self-Incurred Immaturity) สภาพแวดล้อมที่ว่าเป็นก็คือสภาพของการที่คนเราไม่สามารถใช้ความนึกคิด ความเข้าใจของตัวเองได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งการชี้แนะของคนอื่น ความอ่อนแอลานี้มีสาเหตุมาจากตัวของมนุษย์เอง (Self-Incurred) การที่กล่าวว่าสาเหตุอยู่ที่ตัวมนุษย์เองนั้นหมายความว่า ถ้ามันไม่ใช่เรื่องของการขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง มันก็ต้องเป็นการที่คนเรานั้นขาดความเด็ดเดี่ยว มุ่งมั่นและความกล้าที่จะใช้ความเข้าใจของตัวเองโดยไม่อาศัยการชี้แนะของคนอื่นดังนั้นคตินี้สำคัญของ Enlightenment คือ จงมีความกล้าที่จะใช้ความเข้าใจของตัวเอง เป้าหมาย คือ ความก้าวหน้า (Progression)

ในส่วนงานของฟูโกต์ (Foucault, 1984) ที่ชื่อว่า What is Enlightenment? นั้น Foucault คิดตรงกันข้าม กับ Kant คือ สิ่งที่ยังเกิดขึ้นแก่มนุษย์เป็นพันธุการอันใหม่ที่เกิดขึ้นจาก “เสรีภาพในการที่จะใช้เหตุผลของมนุษย์” เขามองต่อไปอีกว่า Kant ได้อธิบายยุคแห่งภูมิปัญญาว่าเป็นช่วงเวลาที่มีมนุษยชาติสามารถใช้เหตุผลของตัวเองโดยที่ไม่ถูกครอบงำโดยอำนาจใด อันเป็นช่วงเวลาที่การวิพากษ์วิจารณ์ (The Critique) จะเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ มนุษย์สามารถรู้ได้ว่า “อะไรคือสิ่งที่เขาสามารถรู้ได้” “อะไรคือสิ่งที่เขาสามารถที่จะทำ” และ “อะไรคือสิ่งที่เขาจะคาดหวังได้” การวิพากษ์วิจารณ์ก็คือ เครื่องมือของเหตุผลที่ได้เจริญงอกงามในยุคแห่งภูมิปัญญาและในทางกลับกันยุคแห่งภูมิปัญญาก็คือยุคแห่งการวิพากษ์วิจารณ์นั่นเอง

อิทธิพลของขบวนการให้ความสว่างทางความคิด (The Influence of The Enlightenment) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่ายุคแห่งเหตุผล (The age of Reason) ความจริงแล้วหมายถึงขบวนการทางวัฒนธรรมของปัญญาชนกลุ่มหนึ่งที่มีขนาดใหญ่พอสมควรและกระจายไปแทบทุกประเทศในทวีปยุโรปตะวันตกในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 17 และ 18 โดยมีหลักคิดกว้าง ๆ คือ เน้นการใช้เหตุผล (Reason) และสนับสนุนแนวคิดเรื่องปัจเจกชนนิยม (Individualism) และต่อต้านประเพณีนิยม

(Traditionalism) ซึ่งก็คือ ระบบความเชื่อและระบบการปกครองในยุคกลางนั่นเอง เป้าประสงค์ของ ขบวนการนี้ คือการปฏิรูปสังคมโดยใช้เหตุผล และท้าทายความคิดที่มีรากฐานมาจากประเพณีและความเชื่อในโชคชะตา สนับสนุนการสร้างความรู้ให้ก้าวหน้าโดยผ่านวิธีการทางด้านวิทยาศาสตร์ สนับสนุนการคิดแบบวิทยาศาสตร์ สนับสนุนความ जिสงสัย โดยเฉพาะกับความเชื่อทางด้านศาสนา สนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้และการประลองปัญญา ขบวนการให้ความสว่างทางความคิดเป็นการปฏิบัติความคิดของมนุษย์ให้คิดอย่างมีเหตุผล ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนที่สำคัญคือเริ่มต้นด้วยการแสดงหลักความคิดที่ชัดเจน ตามด้วยการใช้ตรรกะที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปและทดสอบข้อสรุปกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และทบทวนหลักความคิดโดยใช้หลักฐานประกอบ นักคิดในขบวนการนี้มีความเชื่อในอำนาจของการใช้เหตุผลว่าสามารถนำไปสู่การค้นพบกฎธรรมชาติ (Natural Law หรือ Rational Order of Things) ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงสังคมได้ สรุปแล้วขบวนการนี้มีความเชื่อว่าการใช้เหตุผลสามารถนำไปสู่ความสว่างทางความคิดได้

เมื่อเปรียบเทียบแนวคิดแบบประเพณีกับแนวคิดของขบวนการให้ความสว่างทางความคิด จะได้ข้อเปรียบเทียบดังนี้

แนวความคิดเดิม

- 1) เชื่อในสิทธิที่พระเจ้าประทานมา (Divine Right)
- 2) เชื่อในแนวคิดดั้งเดิม
- 3) เปลี่ยนแปลง ชื่นชมความสมดุล ความสงบนิ่งของสังคม

แนวความคิดใหม่

- 1) เชื่อในหลักเหตุผล (Reasoning, Rationality)
- 2) เชื่อในลัทธิอรรถประโยชน์นิยม
- 3) ชื่นชมความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลง

เมื่อนำแนวคิดของขบวนการนี้มาใช้ในเชิงปฏิบัติกับสังคมที่เป็นอยู่ในขณะนั้นได้ส่งผลคือ ความเชื่อ ประเพณีทางสังคม กฎหมาย และสถาบันต่างๆ ทางสังคมถูกทดสอบด้วยกระบวนการของเหตุผล อะไรที่ไม่สมเหตุสมผลควรจะต้องถูกรื้อทิ้งไป ผลในทางปฏิบัติก็คือสถาบันต่าง ๆ ในสังคมถูกกระหน่ำวิจารณ์ โดยเฉพาะสิทธิอำนาจของกษัตริย์และศาสนา ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนนำพาไปสู่การปฏิวัติฝรั่งเศสและความไม่เป็นระเบียบของสังคม เป็นต้น (จิราภา วรเสียงสุข, 2556)

สิ่งที่ตามมาของยุคแห่งภูมิปัญญาก็คือ “ภาวะสมัยใหม่” (Modernity) สำหรับฟูโกต์ (Foucault, 1984) นักสังคมวิทยาเลื่องชื่อชาวฝรั่งเศสแล้ว ภาวะสมัยใหม่มิได้เป็นยุคสมัยทางประวัติศาสตร์ (A Period of History) แต่มันเป็น “ลักษณะท่าที”(An Attitude) อันหมายถึงระบบ

ความสัมพันธ์ของความเป็นจริง ซึ่งนำไปสู่การคิด ความรู้สึก การประพุดติ และการปฏิบัติตัวของ คนในช่วงเวลานั้น ภาวะสมัยใหม่มีลักษณะของสำนึกที่ขาดความต่อเนื่องของเวลา มันมีลักษณะ ของความเป็นตัวเอง ซึ่งฟูโกต์ (Foucault, 1984) คิดว่าในที่สุดมันนำมาซึ่งการตกอยู่ภายใต้ พันธนาการทางการเมือง สังคมหรือแม้กระทั่งศิลปะ Foucault ได้สรุปว่า ยุคแห่งภูมิปัญญาไม่ได้ทำ ให้มนุษย์เกิด “วุฒิภาวะ” (Mature Adulthood) ขึ้นมาได้ แม้กระทั่งทุกวันนี้มนุษย์เองก็ยังไม่อาจถึง ภาวะดังกล่าวได้ ไม่ว่าจะไปด้วยเทคโนโลยีของเหตุผล หรือด้วยยุทธวิธีของเสรีภาพก็ตาม

ผลกระทบที่ตามมาของภาวะสมัยใหม่ จากที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น “ภาวะสมัยใหม่” (Modernity) เริ่มขึ้นประมาณศตวรรษที่ 17-18 ในยุโรป ก่อนที่อิทธิพลของมันจะกระจายออกไปทั่ว โลก สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนสำหรับผลของภาวะสมัยใหม่ทุกวันนี้ก็คือ ระบบการเมืองการปกครอง ระบบเศรษฐกิจและสังคมแบบทุนนิยม ระบบการศึกษา ตลอดจนรูปแบบการคิดและการใช้ชีวิต ของคนในสังคม ซึ่งอาจจะสรุปได้ด้วยคำเพียงคำเดียว “โลกาภิวัตน์” (Globalization) (จุมพฏ คำสนอง, 2542)

2.3.1 แนวคิดทัศนะแม่บทการปฏิวัติวัฒนธรรมแบบใหม่ โดยฟริตจ็อฟ คาปรา (Fritjof Capra)

คาปรา (2550) เป็นนักวิทยาศาสตร์ชาวออสเตรเลียซึ่งมีผลงานคิดและเขียนที่ทำให้เขามี ชื่อเสียงเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในระดับโลก คาปราได้นำเสนอในเชิงการวิเคราะห์รูปธรรม และ เสนอทฤษฎีใหม่เพื่อเป็นกระบวนทัศน์ในการมองความจริงของโลก มนุษย์ ฯลฯ ในหนังสือเล่ม สำคัญคือ The Turning Point หรือจุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ ได้แสดงทัศนะและข้อมูลจากการศึกษา ค้นคว้าอย่างละเอียดข้ามสาขาวิชา (Transdisciplinary) โดยอาศัยปรัชญาโลกทัศน์ตะวันออกและ ฟิสิกส์ยุคใหม่ มาชี้ให้เห็นว่า วิกฤตการณ์ทั้งหลายในโลกปัจจุบัน มิได้เป็นปัญหาเฉพาะด้านหรืออยู่ ที่สาระทางความคิดของเรื่องนั้น ๆ เช่น ด้านการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพ จิตวิทยา สิ่งแวดล้อม ฯลฯ หากปรากฏการณ์ทั้งหลายเป็นตัวสะท้อนวิกฤตการณ์ด้านวัฒนธรรม กล่าวคือเป็น ปัญหาในระดับกระบวนทัศน์ คือ ทัศนะที่มนุษย์มีต่อ “ความจริง” (Reality) ของธรรมชาติแล้วไป กำหนดระบบคิด วิธีคิด การจัดการที่มนุษย์มีต่อสรรพสิ่งทั้งหลาย และดำรงชีวิตไปตามกระบวน ทัศน์ดังกล่าว จนกระทั่งนำมาสู่ทางตันของการพัฒนา ที่เป็นวิกฤตการณ์ของมนุษยชาติและโลก ทั้งหมด อันแก้ไขได้ยากหากไม่มีการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ในการมองความจริงแบบใหม่ ซึ่งค้นพบโดยฟิสิกส์แบบใหม่และปรัชญาตะวันออก แนวคิด-ทฤษฎีใหม่ วิธีคิดอย่างใหม่ และการ เปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ไม่ว่าในทางวิทยาศาสตร์หรือสังคม คาปราเห็นว่าความ สอดคล้องกันระหว่างฟิสิกส์ใหม่และศาสนาจะนำไปสู่กระบวนทัศน์ใหม่ในการมองความจริงของ

โลกแบบองค์รวม (Holistic) เป็นการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) ไปจากกระแสหลักซึ่งมีลักษณะแบบกลศาสตร์ คือ กลไก (Mechanistic) ลดส่วน แยกส่วน (Reductionist)

จากวิกฤตการณ์การแผ่อำนาจของชาติตะวันตก Westernization หรืออัสดงคตานุวัตรกระแสที่ครอบงำโลกทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และที่สำคัญที่สุดคือ ทางวัฒนธรรม ทัศนะแม่บทตะวันตกส่งผลสะท้อนต่อโลกในฐานะที่เป็นชีวลัยหรือกายาที่มีชีวิต ต่อโลกทัศน์ชีวทัศน์ ต่อการจัดระเบียบทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในระยะเวลาที่ทัศนะแม่บทตะวันตกแผ่อิทธิพลกว้างขวางที่สุดคือในศตวรรษที่ 20 มนุษยชาติต้องเผชิญกับสงครามโลกสองครั้ง และการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ในยุโรป เอเชีย และแอฟริกา ตลอดจนความรุนแรงระดับต่าง ๆ อีกมากมาย ความสามารถของมนุษย์ที่เพิ่มสูงขึ้นเพราะความสำเร็จและความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์-เทคโนโลยีได้นำไปสู่ประสิทธิภาพในการแข่งขันเชิงทำลายล้างกันมากขึ้นตลอดระยะเวลาเกือบร้อยปีที่ผ่านมา วัฏจักรที่ชัดเจน คือ การทิ้งระเบิดปรมาณูสองลูกที่ฮิโรชิมาและนางาซากิ

แนวคิดตะวันตก ที่ครอบงำโลก ควบคุมโลก ทำลายล้างโลกและกำลังถึงทางตัน แม้วิธีการเลี้ยงดูลูกที่นิยมปฏิบัติกันในสังคมตะวันตกหลายแห่ง ที่ปล่อยให้เด็กร้องจนเหนื่อยหลับไปเอง ไม่กอดอุ้ม กล่อมจนหลับไปเหมือนที่คนตะวันออกทำ ก็ได้ส่งผลทำให้ครอบครัวฝรั่งเศสขาดความอบอุ่น สิ่งที่คนตะวันออกกระทำในการเลี้ยงดูลูก ถูกนักวิชาการด้านจิตวิทยาตำหนิว่าทำให้เด็กโตขึ้นไม่มีระเบียบวินัย อาจกล่าวได้ว่าทัศนะแม่บทตะวันตกโดยองค์รวมแล้วส่งผลสะท้อนอย่างรุนแรงต่อความเชื่อมั่นในตัวเองของชนชั้นนำและชนชั้นกลางในสังคมตะวันออก ในนามของ “ความทันสมัย” และ “การพัฒนา” ทัศนะแม่บทและความคิดด้านต่าง ๆ ที่ผลิตขึ้นในสังคมตะวันตก และส่งออกเป็นสินค้าบริการทางวัฒนธรรม ได้มีส่วนทำให้สังคมตะวันออกหลายสังคมต้องตกอยู่ในวิหขามาเป็นเวลาช้านาน

ความคิดของตะวันออกมิใช่ความคิดเชิงครอบงำ หากเป็นความคิดที่มุ่งให้มนุษย์อยู่ร่วมกับโลกและสรรพสิ่งทั้งหลาย ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิตอย่างสงบสุข ไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน มีความรักเมตตาต่อกัน ความคิดนี้เป็นความคิดของการอยู่ร่วมกัน (Cohabitation) และวิวัฒนาการไปด้วยกัน (Co-evolution) ความคิดตะวันออกจึงให้ทางเลือกในการอยู่รอดและอยู่ดีมากกว่าที่จะมีอำนาจเหนือ และควบคุมครอบงำส่วนที่ด้อยกำลังกว่าหรือส่วนที่ไม่อาจโต้ตอบได้

นักคิดกลุ่มหนึ่งของสังคมตะวันตกได้ “ค้นพบ” ปรัชญาและความคิดตะวันออก และได้นำไปสำรวจประเมินสังคมของเขาเองอย่างรอบด้าน พวกเขาพบว่า ปรัชญาและความคิดตะวันออกนั้นแท้จริงกลับเป็นวิทยาศาสตร์ยิ่งไปเสียกว่าวิทยาศาสตร์แบบเก่า ฟิสิกส์แนวใหม่กับปรัชญา ฮินดู

พุทธ เต๋า และเซน สอดคล้องกันมากในการอธิบายและวิเคราะห์ปรากฏการณ์ของสรรพสิ่งที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า และไม่ปรากฏแม้จะอาศัยกล้องจุลทรรศน์ นักคิดตะวันตกได้เรียนรู้และเข้าถึงปรัชญาและความคิดของตะวันออกมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากความคิดเกี่ยวกับการดำรงอยู่ร่วมกันอย่างกลมกลืนของกลุ่มตรงข้าม เช่น “วูไหววู” ในปรัชญาเต๋า ซึ่งหมายถึงการละเว้นที่จะกระทำสิ่งที่ขัดต่อความประสานสอดคล้องกับกระบวนการเคลื่อนไหวของจักรวาล เป็นต้น ดังนั้นผู้เขียนหยินหยางจึงทำให้นักคิดตะวันตกได้เข้าใจความคิดของตะวันออก จนสามารถนำไปทบทวนทัศนะแม่บทอันเป็นรากเหง้าของวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ได้

คาปรั้า (2550) ได้แสดงความเห็นในการมองสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่แตกต่างจากมุมมองของแนวความคิดแบบเคส์คาตส์-นิวตัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1) ทุกสิ่งสามารถคำนวณผลทางคณิตศาสตร์ได้ (Mathematics) ธรรมชาติดำเนินไปหรือเคลื่อนไหวไปอย่างต่อเนื่องเหมือนเครื่องจักร ที่ถูกควบคุมด้วยกฎอันคงที่ และทุกสิ่งทุกอย่างอยู่ในโลกของวัตถุ สามารถจะอธิบายได้ในรูปของการจัดลำดับอย่างเป็นระเบียบ สรรพสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์ วัตถุ ธรรมชาติ ฯลฯ สามารถที่จะวัดและคำนวณค่าออกมาเป็นตัวเลขหรือผลทางคณิตศาสตร์ได้ และวิธีการดังกล่าวมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ เพราะคณิตศาสตร์ไม่มีความลำเอียงหรืออคติ แนวคิดนี้สนใจการศึกษาเฉพาะสิ่งที่สามารถวัดและหาปริมาณได้ คุณสมบัติอื่น เช่น สี เสียง รส หรือกลิ่น เป็นเพียงปรากฏการณ์ของความนึกคิดแบบอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งจะถูกแยกออกไปจากอาณาเขตของวิทยาศาสตร์ ความเป็นเหตุเป็นผลทั้งหลาย จึงถูกกำหนดไว้แล้วอย่างตายตัว สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจึงมีสาเหตุอันแน่นอน และนำไปสู่ผลที่เที่ยงตรงแน่นอน เราจึงสามารถคำนวณและคาดการณ์สิ่งต่าง ๆ ออกมาได้อย่างเที่ยงตรงแน่นอน หากเราสามารถรู้ชัดถึงรายละเอียดของสถานะของส่วนนั้น ๆ ในเวลานั้นได้

2) การวิเคราะห์แบบลดส่วน (Reductionist) วัตถุเป็นพื้นฐานของทุกปรากฏการณ์โลกทางวัตถุถูกมองว่าเป็นเครื่องจักรขนาดใหญ่ที่ประกอบขึ้นจากวัตถุเป็นชิ้น ๆ จำนวนมากมายที่สามารถแยกจากกันได้ เชื่อกันว่ากลไกของเอกภพก็เป็นเหมือนเครื่องจักรที่มนุษย์สร้างขึ้น คือประกอบด้วยหน่วยย่อยพื้นฐานต่าง ๆ ดังนั้นปรากฏการณ์อันสลับซับซ้อนต่าง ๆ สามารถทำความเข้าใจได้โดยการลดส่วนแยกย่อยลงมาศึกษาหน่วยย่อยพื้นฐานของมัน และมองหากลไกการทำงานของหน่วยย่อยเหล่านี้ และส่วนย่อยสามารถจะกำหนดความเป็นไปของส่วนทั้งหมดได้ ทำงานประสานกันทั้งหมดทุกส่วนภายในหน่วยชีวิตนั้น ๆ ยังแสดงถึงปฏิริยาต่อกันและกันระหว่างชีวิตกับสิ่งแวดล้อมด้วย หน้าที่การทำงานต่าง ๆ เหล่านี้สำคัญอย่างยิ่งต่อความปกติสมบูรณ์ของหน่วย

ชีวิตโดยตรง ในการวิเคราะห์อย่างเชื่อมโยงกับการแพทย์ ซึ่งแยกกันระหว่างแพทย์แผนตะวันตก และตะวันออก การแพทย์แผนตะวันตกรับเอาวิธีการค้นคว้าวิเคราะห์แบบลดส่วนของชีววิทยา สมัยใหม่มาใช้โดยยึดติดกับการแบ่งแยกออกเป็น ส่วน ๆ ตามหลักของเดส์คาร์ทส์ (Descartes, 2008) ทักษะเช่นนี้จึงคล้ายกับการมองมนุษย์ออกเป็น ส่วนเล็กลง ซึ่งมีข้อดีคือการสามารถจัดการ ได้ง่าย กระบวนทัศน์ดังกล่าวได้ก่อผลกระทบต่อนุชนและสิ่งที่สัมพันธ์กับมนุษย์ เช่น ในด้านการแพทย์ กระบวนทัศน์แบบกลไก แยกส่วน ลดส่วน มีอิทธิพลให้เกิดทักษะ ความเชื่อ ที่เห็นว่าร่างกายมนุษย์ ทำงานแบบกลไก ร่างกายมนุษย์ (สัตว์) สามารถแยกย่อยออกมาศึกษาเป็น ส่วน ๆ ได้ ความเจ็บป่วย ถูกลดทอนให้เกิดจากเชื้อโรค หรือความผิดปกติของอวัยวะหนึ่ง ๆ การแสวงหาความรู้และการ รักษาจึงมุ่งไปที่การกำจัด ควบคุม เชื้อโรค และเซลล์ที่ผิดปกติ เช่น มะเร็ง หรือมุ่งไปที่การศึกษา เจาะลึกความรู้เกี่ยวกับอวัยวะนั้น ๆ (หัวใจ ตับ ไต กระดูก ฯลฯ) เพื่อสร้างวิธีการรักษา แม้จะมี การศึกษากายวิภาค เพื่อศึกษาระบบการทำงานของร่างกายทั้งหมด แต่ก็อยู่บนความเชื่อแบบกลไก ที่ว่า ร่างกายเกิดจากการรวมกันของอวัยวะต่าง ๆ ประกอบกันเข้า จึงสามารถแยกส่วนออกมาศึกษา เจาะลึก ซอยแยกให้ลึกกลงไปเป็นลำดับ ได้จนถึงเซลล์เนื้อเยื่อ DNA ฯลฯ เสมือนหนึ่งเครื่องยนต์ กลไก การแพทย์สมัยใหม่ มิได้มองร่างกายในทักษะองค์รวม หรือหน่วยหนึ่งเดียวกัน ที่แยกซอย ออกไม่ได้ เพราะมีระบบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนย่อยทั้งหมด ส่งผลให้ปัจจุบันแพทย์เริ่มพบว่า เขาไม่สามารถเข้าใจ หรือไม่สามารถเชี่ยวชาญรักษาโรคร้ายไข้เจ็บสำคัญ ๆ ที่มีอยู่หลายต่อหลายโรค ในปัจจุบัน และปัญหาจำนวนมากที่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันกำลังเผชิญหน้าอยู่นั้นล้วน เนื่องมาจากการมองหน่วยชีวิตของมนุษย์ตามแบบจำลองลดส่วนซึ่งเป็นพื้นฐานของระบบ การแพทย์สมัยนี้ ไม่เพียงแต่แพทย์เท่านั้นที่มีทักษะดังกล่าว พยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพทางด้าน สุขอนามัย รวมทั้งสาธารณชนในวงกว้างก็มีทักษะเช่นที่ว่านี้ ซึ่งอาจจะหลงมกกว่าแพทย์เสียอีก

3) ทฤษฎีกลไกนิยม (Mechanistic) โจเซฟ นิเดม นักชีววิทยา ซึ่งได้รับแนวคิดของ เดส์คาร์ทส์ ได้เขียนไว้ว่า

ทฤษฎีกลไกนิยมและวัตถุนิยมเป็นรากฐานของความคิดทางวิทยาศาสตร์ และ ยังให้ความหมายครอบคลุมการศึกษาปรากฏการณ์ทางจิตใจไว้ในแนวคิด วิทยาศาสตร์แบบนั้นด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า “ข้าพเจ้าไม่ยอมรับเลยแม้แต่ข้อต่อ ความเห็นที่ว่าปรากฏการณ์ทางจิตใจไม่สามารถอธิบายได้โดยอาศัยหลักทางสรี รมี ทั้งหมดที่เราจะรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ก็จะต้องเป็นไปใน แบบกลไกนั่นเอง” (Descartes, 2008)

ประวัติศาสตร์ของวิทยาศาสตร์ตะวันตกยังส่งผลต่อความคิดทางการแพทย์มีผลก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า แบบจำลองเวชศาสตร์ชีวภาพ (Biomedical Model) ซึ่งได้สร้างพื้นฐานทางความคิดให้แก่วิทยาศาสตร์การแพทย์ยุคใหม่ ร่างกายมนุษย์ได้รับการปฏิบัติเหมือนกับเป็นเครื่องจักรเครื่องหนึ่ง ซึ่งสามารถวิเคราะห์วิจัยได้เป็นส่วนๆ ตามทฤษฎีเซลล์และทฤษฎีโมเลกุลของชีววิทยาเห็นว่าโรคร้ายไข้เจ็บก็เป็นเสมือนตัวขัดขวางการทำงานของกลไกทางชีววิทยา ส่วนบทบาทหน้าที่ของแพทย์ก็คือ เข้าทำการแทรกแซงแก้ไขกลไกเฉพาะส่วนที่ขัดข้องทั้งในทางฟิสิกส์และเคมี นับแต่สมัยของเดส์คาร์ทส์มาถึงสามศตวรรษแล้ววิทยาศาสตร์การแพทย์ก็ยังคงตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “ความคิดที่ว่าร่างกายเป็นเครื่องจักร และความเจ็บป่วยเป็นความชำรุดเสียหายของเครื่องจักรส่วนหน้าที่ของแพทย์คือการซ่อมแซมเครื่องจักรนั้น” ดังที่ฮอร์จ (George, 1970) เขียนไว้

วงการแพทย์แผนใหม่มุ่งทำการศึกษาลักษณะย่อยของร่างกาย โดยสนใจส่วนที่เล็ก เล็กลงไปทุกที ด้วยเหตุนี้การแพทย์แผนใหม่จึงมักจะรู้สึกต่อคนไข้ในฐานะที่เป็นมนุษย์ และการลดทอนเรื่องสุขภาพลงเป็นเพียงการทำงานของเครื่องยนต์กลไกเท่านั้น จึงทำให้แพทยศาสตร์แผนใหม่ไม่สามารถให้คำอธิบายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการของโรคร้ายไข้เจ็บได้อีกต่อไป

4) ร่างกายแยกกับจิต มนุษย์มีร่างกายและจิตใจที่แยกจากกันเป็นคนละส่วน และมีความแตกต่างกันโดยพื้นฐานสามารถแยกศึกษาและจัดการได้แบบเครื่องกล เรื่องของร่างกาย ไม่มีจิตมาปนอยู่ และความคิดเกี่ยวกับจิตใจ ก็ไม่มีเรื่องของร่างกายมาเกี่ยวข้อง และความคิดเกี่ยวกับจิตใจนั้น ก็ไม่มีเรื่องของร่างกายเข้ามาเกี่ยวข้องการแบ่งตามแบบเดส์คาร์ทส์ (Descartes, 2008) ที่แยกกายกับจิตออกจากกัน มีผลอย่างลึกซึ้งต่อความคิดแบบตะวันตก ที่ได้สอนเราให้รับรู้ว่าตัวตนของเรานั้น เป็นสิ่งที่แยกขาดและดำรงอยู่ “ภายใน” ร่างกาย ทำให้เราให้คุณค่าต่องานทางสมองสูงกว่างานทางกาย ทัศนศึกษาดังกล่าวทำให้หมอไม่ให้ความใส่ใจอย่างจริงจังต่อแง่มุมทางจิตวิทยาของการป่วยไข้ และนักจิตบำบัดไม่ใส่ใจในร่างกายของคนไข้ ในวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับชีวิต

ประเด็นสำคัญของคาปรั้าในการวิพากษ์วิจารณ์กระบวนทัศน์ มิได้มุ่งไปที่ตัวเนื้อหาสาระเพียงเท่านั้น หากจุดสำคัญอยู่ที่การชี้ให้เห็นถึงรูปธรรมของปัญหาที่เกิดขึ้นจากกระบวนทัศน์วิธีคิดของมนุษย์ที่มีต่อความจริงและความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งต่าง ๆ ในแบบกลไกแยกส่วนลดส่วน ตามอิทธิพลของความเชื่อในฟิสิกส์แบบนิวตัน จนกระทั่งมีอิทธิพลเหนือความรู้ของศาสตร์อื่นทั้งหมดในรอบ 2-3 ศตวรรษที่ผ่านมา

ดังที่เดส์คาร์ทส์ (Descartes, 2008 อ้างถึงใน เอกศักดิ์ ยุคตะนันท์, 2557) เปรียบเทียบว่า ปรัชญาคือต้นไม้ มีอภิปรัชญาเป็นราก ฟิสิกส์เป็นลำต้น และศาสตร์อื่นทั้งหมดคือกิ่งก้านที่แตกออกไปจากลำต้น (ฟิสิกส์) ซึ่งมีทัศนะอย่างเดียวกับฟรานซิส เบคอนที่มองว่าจุดมุ่งหมายของ

วิทยาศาสตร์ก็คือ การครอบงำและควบคุมธรรมชาติ และยืนยันว่าความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์สามารถนำไปใช้เพื่อ “ทำให้เราเป็นนายและเจ้าของธรรมชาติ” กระแสแห่งกระบวนทัศน์นี้มีอิทธิพลต่อระบบคิด วิธีคิด ของผู้คนในสังคมตะวันตกในรอบ 200 ปีที่ผ่านมามากที่สุด หล่อหลอมจนกระทั่งกลายเป็นวัฒนธรรมใหม่ ที่ปฏิเสธกระบวนทัศน์ที่มีต่อความจริงในระบบความเชื่อ ปรัชญาในระบบวัฒนธรรมอื่น รวมถึงปฏิเสธวิธีวิทยา (Methodology) ในการหาความจริงด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่มีอาจทดลองให้เห็นได้ในเชิงประจักษ์ หรือชั่ง ตวง วัด คำนวณ ได้

กระบวนทัศน์ดังกล่าวได้ทำให้ “วิธีการทางวิทยาศาสตร์” (Scientific Method) และวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ (Scientific Thinking) กลายเป็นฐานในการกำหนดความน่าเชื่อถือของศาสตร์อื่น ๆ หมายความว่าหากต้องการให้ศาสตร์และความรู้ใดน่าเชื่อถือ ศาสตร์นั้นจะต้องตั้งอยู่บนกระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งยังคงเป็นแบบกลไก ลดส่วน แยกส่วน แม้ว่าฟิสิกส์แบบเดิมนี้อาจถูกหักล้างด้วยฟิสิกส์ใหม่เมื่อช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ไปแล้วก็ตาม

คาปร้าเห็นว่า การหลุดพ้นจากวิกฤตการณ์คือการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ใหม่ ที่จะนำไปสู่ “การคิดใหม่-ทำใหม่” อย่างแท้จริงได้ คือการมองจักรวาล โลก มนุษย์ ธรรมชาติด้วยกระบวนทัศน์ใหม่ที่แตกต่างสิ้นเชิงกับกระบวนทัศน์ของฟิสิกส์แบบนิวตันและปรัชญาเดส์คาร์ทส์

2.4 แนวคิดสุขภาพองค์รวม (Holistic)

การมองสุขภาพแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับทุกมิติที่สัมพันธ์กับชีวิต คำว่า “องค์รวม” หรือ “Holism” มาจากคำว่า Holos หรือ Whole ในภาษากรีก หมายถึง ความเป็นจริงทั้งหมดหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสิ่ง (Wholeness) มีเอกลักษณะและเป็นเอกภาพ (Unity) ที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ (รุจินาถ อรรถสิทธิ์, 2541) สุขภาพในมุมมองแบบองค์รวมมิใช่การปราศจากโรคเท่านั้น แต่สุขภาพ คือ สุขภาพของชีวิต (Wellness) หรือคุณภาพชีวิตทั้งหมด ด้วยทัศนะดังกล่าวสอดคล้องกับการให้คำนิยาม “สุขภาพ” ของ WHO ณ ที่ประชุมนครเจนีวา เมื่อปี ค.ศ. 1986 ดังนี้ “Health is a State of Complete Physical, Mental and Social Well-being, Not Merely and Absence of Diseases and Infirmary” สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม มิใช่เพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้นและในที่ประชุมสมัชชา WHO เมื่อพฤษภาคม พ.ศ. 2541 มีการเพิ่มคำว่า “Spiritual Well-being” หรือ สุขทางจิตวิญญาณเข้าไปด้วย (ประเวศ วะสี, 2541)

แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมได้จุดประกายความเคลื่อนไหวของผู้คนในประเทศสหรัฐอเมริกา และยุโรปในช่วงครึ่งปลายศตวรรษที่ 20 เมื่อศรัทธาความเชื่อมั่นต่อสถาบันแพทย์

ปัจจุบันลดลง เมื่อแนวคิด และกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้รับความสนใจอย่างแพร่หลาย และได้มีพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งวิธีการ และการทดลองเพื่อเสนอทางเลือกใหม่ ๆ ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากหันมาพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพมากขึ้นแทนที่จะปล่อยให้เป็นเรื่องของแพทย์ดังแต่ก่อน ปัจจุบันแนวคิดแบบองค์รวมถือเป็นกระบวนการที่ใหม่ต่อการมองชีวิต และสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในวงการแพทย์และการสาธารณสุข

วอลเตอร์ (Walter, 2011 อ้างถึงใน ปัทมาวดี กสิกรรม, 2541) ประธาน American Holistic Health กล่าวว่า สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชีวิตทั้งหมดมากกว่าการเน้นแต่ความเจ็บป่วย หรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ดังนั้น สุขภาพองค์รวม หมายถึง การปรับแก้ไข และพัฒนาให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหลักการของสุขภาพแบบองค์รวมจะเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยให้บทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้สุขภาพแบบองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต การเรียนรู้และการสร้างความรับผิดชอบให้แก่บุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่สมดุลและสมบูรณ์ และเมื่อเจ็บป่วยจะใช้หลักการสุขภาพแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพ โดยใช้วิธีการแบบธรรมชาติ และการพิจารณาปัจจัยทั้งตัวคนที่รักษาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (ปัทมาวดี กสิกรรม, 2541)

การแพทย์แบบองค์รวมมองว่าปัจจัยสำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาอยู่ที่ตัวผู้ป่วย ไม่ใช่ให้ความสำคัญกับแพทย์ผู้รักษา เพราะด้วยการเน้นเทคนิควิธีการรักษาเกี่ยวกับทางกายเป็นส่วนใหญ่ แท้จริงสาเหตุส่วนใหญ่อยู่ที่พฤติกรรม และวิถีชีวิตที่จะต้องมาแก้ไขเพื่อให้เกิดความยั่งยืน แพทย์เป็นเพียงผู้สนับสนุนเท่านั้น การรักษาจะเป็นผลดีได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ระบบเกิดดุลยภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2536) ดังนั้น สุขภาพแบบองค์รวมเป็นการมองสุขภาพเชิงบวกที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพะของชีวิต (Wellness) แบบต่อเนื่อง หัวใจสำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม คือ การที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองโดยพัฒนาทักษะและแบบแผนการมีสุขภาพที่ดี (Healthy Lifestyle) (รุจิณา อรรถสิทธิ์, 2541) การให้ความหมายของสุขภาพแบบองค์รวมพอจะสรุปได้ว่าสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง ภาวะของชีวิตที่สมดุลต่อเนื่องผสมผสาน และพึ่งพาซึ่งกันและกันของมิติทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณภายใต้สภาวะแวดล้อมรอบตัวตน โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ และมีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติและสามารถเสริมสร้างความสมดุลของชีวิตได้ด้วยตนเองหากมิติของชีวิตบกพร่องก็จะมีผลกระทบต่อมิติที่เหลือจึงเป็นการมองทั้งตัวคน (Whole Person) ไม่ใช่

เฉพาะส่วนที่เจ็บป่วยเท่านั้น ดังนั้นสุขภาพแบบองค์รวมจึงไม่ได้หมายถึงเฉพาะเทคนิคการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงการปรับวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสังคมของบุคคล

แนวคิดแบบสุขภาพองค์รวมซึ่งเป็นแนวหลักของการแพทย์แบบตะวันออกมีทัศนะว่าโรคแต่ละโรคนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ มีหลายองค์ประกอบเข้ามาเกี่ยวข้อง ความแตกต่างอย่างชัดเจนประการหนึ่งระหว่างวิธีการบำบัดรักษาสุขภาพแบบตะวันออกกับแบบตะวันตกก็คือ ในสังคมเอเชียตะวันออกโดยทั่วไปความรู้แบบอัตวิสัยซึ่งเป็นแนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์ได้รับการประเมินค่าสูงมาก ในสามศตวรรษที่ผ่านมา วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพถูกครอบงำด้วยทัศนะที่เห็นมนุษย์เป็นเครื่องจักร ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้โดยการแยกแยะออกเป็น ส่วนๆ จิตใจและร่างกายก็เป็นคนละส่วนกัน โรคภัยไข้เจ็บคือการทำงานที่ผิดปกติของกลไกทางชีววิทยา สุขภาพดีคือการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทัศนะดังกล่าวเริ่มจะถูกดบังด้วยโลกทัศน์แบบองค์รวมที่สอดคล้องกับนิเวศวิทยา ซึ่งเห็นว่าเอกภพมิใช่เครื่องจักรหากเป็นระบบที่มีชีวิต เป็นทัศนะที่ให้ความสำคัญแก่ความสัมพันธ์ต่อกัน และการเป็นเหตุปัจจัยแก่กันและกันของปรากฏการณ์ทั้งหลายและพยายามเข้าใจธรรมชาติมิใช่แต่เพียงในแง่โครงสร้างพื้นฐาน (คาปรั้า, 2550) ดังนั้นองค์ประกอบของการเกิดโรคของแนวคิดสุขภาพองค์รวมจึงมิได้มีแค่องค์ประกอบทางกายภาพเท่านั้น หากยังมีองค์ประกอบทางด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคมเข้าเกี่ยวข้องด้วยเสมอ ด้วยการมอง “สุขภาพ” ในฐานะที่เป็นทั้งหมด (Totality) ของการมีชีวิตอยู่ของบุคคลจึงเป็นทรรศนะแบบองค์รวมของเรื่องสุขภาพ (Holistic View of Health) ซึ่งมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของปัจจัยทางกายภาพ ทางจิตใจอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิต โดยไม่สามารถแยกแยะจิตใจ ร่างกาย หรือสิ่งแวดล้อมออกจากกันอย่างอิสระแต่ต้องมองอย่างเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน

สมาคมการแพทย์แบบองค์รวมของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพแบบองค์รวม 2 แบบ ดังนี้

1) สุขภาพแบบองค์รวม คือ ทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย และจิตใจ เมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการรักษาจะเรียกว่าการรักษาแบบองค์รวม (Holistic Medicine)

2) สุขภาพแบบองค์รวม หมายถึงการดูแลสุขภาพแบบทางเลือก เป็นการเปลี่ยนการรักษาจากการแพทย์แผนปัจจุบันและใช้การรักษาแบบทางเลือก

ดังนั้น สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) จึงให้ความสำคัญกับองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีที่สุด สำหรับคำจำกัดความเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมของไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพองค์รวมเป็นสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ.2550 (สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ได้จำแนกภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) ระบบการแพทย์แผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยอาศัยความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาตั้งแต่ในอดีต เช่น รักษาด้วยการใช้สมุนไพร การนวด ประคบ การใช้ธรรมชาติบำบัด การนั่งสมาธิ

2) ระบบแพทย์พื้นบ้าน คือ ระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต

3) การแพทย์ทางเลือก หมายถึง ระบบการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หรือใช้แพทย์พื้นบ้าน เช่น โยคะ ชีกง หรือการฝังเข็ม

ด้วยเหตุนี้ สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) เป็นการบำบัด รักษาและส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพองค์รวมจะพิจารณาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน แล้วเป็นการบำบัด รักษาโดยการบูรณาการเชื่อมโยงวิถีชีวิตระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นไปที่การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาเป็นตัวช่วยในการบำบัด รักษา และปรับวิถีชีวิต รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมประกอบไปด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) มิติทางกาย (Physical Dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย 2) มิติทางจิตใจ (Psychological Dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดภัย 3) มิติทางสังคม (Social Dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน 4) มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงามด้วยความมีเมตตา กรุณา และมีความเสียสละ 5) มิติทางอารมณ์ (Emotional Dimension) คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับที่อยู่ในการควบคุมของแต่ละบุคคล (ปัทมาวดี กสิกรรม, 2541)

ดังนั้น มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 5 มิติ เป็นสภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต อารมณ์ และ สังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดคล้องกันเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญของสุขภาพที่จะควบคุมสภาวะในมิติอื่นให้ปรับตัวประสานกันอย่างสมบูรณ์ จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวมเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพมิให้เจ็บป่วย เพียงแต่มนุษย์ต้องเรียนรู้กฎแห่งธรรมชาติเพื่อให้รู้จักตัวเอง และที่สำคัญต้องมีแนวทางในการปฏิบัติตนเองให้สอดคล้องกับธรรมชาติและลดความต้องการเทคโนโลยีที่ตอบสนองสภาวะสุขภาพทางกายที่ไม่จำเป็น

2.5 แนวคิดทฤษฎีความทันสมัย (Modernization Theory)

“สมัยใหม่” (Modern) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Modernus” อันหมายถึง “ปัจจุบัน” (Now หรือ Today) ความคิดที่ว่าเราเป็นคนที่อยู่ในยุค “สมัยใหม่” (Modern) เริ่มมีขึ้นในประวัติศาสตร์ยุโรปในราวปี 476 อันเป็นปีที่อาณาจักรโรมันตะวันตกได้ล่มสลายไป และดินแดนในครอบครองได้ตกเป็นของอาณาจักรใหม่เชื้อชาติ Germanic โดย Cassiodorus (485-580) ซึ่งเป็นนักประวัติศาสตร์ของ Theodoric The Great ได้กำหนดเส้นแบ่งระหว่างภาวะโบราณ (Antiqui) กับภาวะสมัยใหม่ (Modern) โดยที่ Cassiodorus ได้เรียกคนร่วมสมัยเดียวกับเขาว่าเป็น “คนยุคใหม่” (The Moderns) ซึ่งมีหน้าที่นำเอาความรู้และวัฒนธรรมของ “คนโบราณ” (The Ancients) กลับมาอีกครั้งภายใต้เงื่อนไขใหม่ อย่างไรก็ตามแนวคิดในเรื่อง “Modernity” ที่เกิดขึ้นในเวลานั้นกับที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีความแตกต่างกันอยู่มาก ในขณะที่ปัจจุบันมองว่า “Ancient” คือ “ของเก่า” ที่ถูกแทนที่หรือพิชิตด้วย “Modern” หรือ “ของใหม่” นั่นเอง (จุมพฏ คำสนอง, 2542)

ทฤษฎีภาวะความทันสมัยเกิดจากความสำเร็จอย่างรวดเร็วของโครงการมาร์แชล (Marshall Plan) ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาช่วยเหลือประเทศต่าง ๆ ในยุโรป เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง และนักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ และสังคมวิทยาได้ประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ โดยนักเศรษฐศาสตร์พยายามหาแนวคิดมาอธิบายสภาพการณ์การพัฒนาในประเทศด้อยพัฒนาที่ตกอยู่ภายใต้การครอบงำของแนวคิดความทันสมัย นักเศรษฐศาสตร์เสนอรูปแบบการพัฒนาให้ความสำคัญต่อการแก้ปัญหาการรักษาระดับโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและการระดมทุนในรูปแบบต่างๆ โดยนำประสบการณ์ที่ประเทศตะวันตกไปใช้กับประเทศด้อยพัฒนา และพบว่าแนวทางพัฒนานี้ไม่เหมาะสมกับประเทศด้อยพัฒนาที่มีความ

แตกต่างกันและมีต้นเหตุของปัญหาที่ซับซ้อนมาก (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, 2541) จึงจำเป็นที่นักวิชาการหลากหลายสาขาต่างพร้อมกันอธิบายปรากฏการณ์นี้

ทฤษฎีภาวะทันสมัยเป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าความเจริญหรือการพัฒนาสามารถที่จะแผ่ขยายจากสังคมหรือประเทศที่เจริญกว่าไปยังสังคมหรือประเทศที่ด้อยกว่า โดยประเทศที่เจริญกว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เห็นว่าจำเป็น เช่น ความช่วยเหลือทางวิชาการ ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ เป็นต้น เพื่อให้ประเทศที่ด้อยกว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสถานะต่าง ๆ ให้มีลักษณะเหมือนกับประเทศที่เจริญแล้วเคยใช้มา นอกจากนี้ แนวคิดทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าสังคมเป็นระบบและมีความสมดุล แต่ขาดการพัฒนาหรือความเจริญอย่างเต็มที่ ซึ่งถ้าต้องการให้สังคมมีความเจริญจะมีความจำเป็นต้องนำสิ่งที่เจริญแล้วเข้าสู่ประเทศที่กำลังพัฒนา โดยการโยกย้ายถ่ายเทสิ่งที่ทันสมัยก้าวเข้าสู่ประเทศกำลังพัฒนานั้น และประเทศเหล่านั้นก็จะมีขบวนการปรับเปลี่ยนหรือโยกย้ายผสมผสานกลมกลืน ปรับสภาพ ให้มีรูปแบบตามสิ่งที่นำเข้า โดยเน้นที่การสร้างสถาบันต่างๆ เป็นแหล่งสร้างความทันสมัยตามแนวคิดและกลไกการพัฒนา จะเห็นได้ว่าแนวความคิดของทฤษฎีภาวะทันสมัย เกิดจากการผสมผสานหลักการของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมกับระบบการเมืองแบบประชาธิปไตยแบบเสรีนิยมของประเทศในกลุ่มยุโรป ตะวันตกและอเมริกาเหนือ ซึ่งมีลักษณะตรงกันข้ามกับกลุ่มประเทศสังคมนิยม ทฤษฎีภาวะทันสมัยเป็นที่ยอมรับขององค์การสหประชาชาติ จึงจัดตั้งโครงการช่วยเหลือการพัฒนาระหว่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศขึ้นหลายองค์กรที่สำคัญ เช่น ธนาคารเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (International Bank for Reconstruction and Development) กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund) ธนาคารโลก (World Bank) เป็นต้น

2.5.1 ความหมายของทฤษฎีภาวะทันสมัย

มัวร์ (Moore, 2009 อ้างถึงใน สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2546) กล่าวว่า ทฤษฎีภาวะทันสมัยหมายถึง การเปลี่ยนผ่านของสังคมเดิมไปสู่สังคมของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ และเกี่ยวพันกับเสถียรภาพของประเทศตะวันตก โดยมีสถาบันการเมืองที่ทรงประสิทธิภาพเป็นผู้ตัดสินนโยบาย การประเมินทัศนะ และปัญหาการพัฒนาของตนเอง

แบล็ค (Black, 1967, อ้างถึงใน สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2546) ให้ความหมายของทฤษฎีภาวะทันสมัยไว้ว่า เป็นกระบวนการของการพัฒนาทางปฏิบัติเศรษฐกิจของสถาบันต่าง ๆ ซึ่งปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นผลมาจากความรู้ที่ขยายตัวมากขึ้นของมนุษย์ ซึ่งทำให้มนุษย์สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์อยู่ได้ ประกอบกับการปฏิบัติทางวิทยาศาสตร์

แบล็ค (Black, 1967 อ้างถึงใน สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2546) ได้แบ่งโลกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนดั้งเดิม (Traditional) และส่วนทันสมัย (Modern) ที่มีการเปลี่ยนแปลงจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งผ่านกระบวนการของความทันสมัย

2.5.2 ลักษณะของภาวะทันสมัย

แนวคิดและวิธีการทำให้ทันสมัยจากนักรัฐศาสตร์ ท่านหนึ่งที่ศึกษาการเมืองโลกหลังสงครามเย็นอย่าง ซามูเอล ฮันติงตัน (Samuel Huntington) ในหนังสือชื่อ *The Clash of Civilizations and The Remaking of World Order* ว่าประเทศที่ทันสมัย ต้องถูกทำให้เกิดปัจจัยที่เรียกว่าการทำให้เป็นอุตสาหกรรม (Industrialization) การทำให้เป็นเมือง (Urbanization) การทำให้เป็นตะวันตก (Westernization) และการทำให้คนอ่านออกเขียนได้ (Huntington, 1996)

นับตั้งแต่มีการสร้างวาทกรรมที่เรียกว่า “การพัฒนา” (Development) โดยกรอบการพัฒนาที่มหาอำนาจตะวันตกกำหนดขึ้นมาเป็น วาทกรรม คือ ความรู้ชุดหนึ่งที่กำหนดความหมายและลักษณะของการพัฒนาและด้อยพัฒนา ซึ่งมีผลอย่างมากต่อความเป็นไปของทิศทางการพัฒนาในประเทศโลกที่สาม เพราะสถาบันการพัฒนาดังกล่าว จะใช้กรอบความคิดที่ถูกกำหนดขึ้นมาเป็นฐานในการช่วยเหลือการพัฒนาในประเทศโลกที่สามให้เป็นทุนนิยม ซึ่งทฤษฎีการสร้างคามทันสมัย (Modernization Theory) เป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นเพื่อมุ่งจะอธิบายการสร้างความเปลี่ยนแปลงในสังคมประเทศกำลังพัฒนามากที่สุด และได้กลายเป็นทฤษฎีกระแสหลักของการพัฒนาสังคมโลก

ทฤษฎีความทันสมัย ได้รับอิทธิพลทางความคิดมาจากนักสังคมวิทยายุคแรก ๆ คือ เดิร์คไคม์ (Durkheim, 1986) และเวเบอร์ (Weber, 2017) ซึ่งทั้งสองท่านก็ได้รับอิทธิพลจากดาร์วิน (Darwin, 2013) ในเรื่องการวิวัฒนาการของสังคม เดิร์คไคม์ (Durkheim, 1986) สนใจการเปลี่ยนแปลงสังคมมนุษย์ เขาได้เสนอว่ารูปแบบหลักของสังคมมี 2 รูปแบบ คือ สังคมแบบดั้งเดิมและสังคมสมัยใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมแบบสมัยใหม่นี้ เดิร์คไคม์มองว่าเป็น “ความสัมพันธ์แบบอินทรีย์” (Organic Solidarity) ซึ่งอยู่ในกรอบแนวคิดวิวัฒนาการของ ดาร์วิน (Darwin, 2013) นั่นเอง

ทฤษฎีความทันสมัยได้ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้ (สุมิตร สุวรรณ, 2554)

1) ทฤษฎีความทันสมัย ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของระบบคุณค่า ปทัสถาน ความเชื่อ การกำหนดรูปแบบของสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมด้วย

2) ประวัติศาสตร์ของการกลายเป็นอุตสาหกรรมตะวันตกมิได้รับการพิจารณาเพียงแค่ว่าคุณลักษณะเฉพาะของประเทศต่างๆ ทั่วโลก อย่างเช่นที่ ไอเซนชตาร์ท (Eisenstadt, 1974) กล่าวว่าโดยประวัติศาสตร์แล้ว การพัฒนาไปสู่ความทันสมัยคือกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบของระบบสังคมเศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งได้พัฒนาขึ้นมาในยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือระหว่างคริสต์ศตวรรษที่ 17-19

3) สังคมสมัยใหม่เกิดขึ้นมาเมื่อแบบแผนพฤติกรรมในสังคมดั้งเดิมหลักทางให้กับความทันสมัย (คือ การเสื่อมของระเบียบแบบแผนของสังคมดั้งเดิม) ในสังคมตะวันตก ความกดดันหรือแรงบีบซึ่งนำไปสู่ความทันสมัยนั้นเกิดขึ้นภายในสังคมตะวันตกเอง แต่ในประเทศกำลังพัฒนาความกดดันหรือแรงบีบคั้นต่อสังคมแบบดั้งเดิมมาจากภายนอก

4) กระบวนการนำไปสู่ความทันสมัยในปัจจุบันจึงเป็นเรื่องของการ “แพร่กระจาย” การแพร่กระจายนี้อาจเป็นไปได้หลายรูปแบบ หลายกระบวนการ อย่างเช่นการเกิดขึ้นและแพร่หลายของสังคมเมือง ซึ่งมีรากฐานมาจากระบบครอบครัวเดี่ยว การขยายตัวของการศึกษาที่ทำให้คนอ่านออกเขียนได้ การพัฒนาของระบบสื่อสารมวลชนที่ช่วยให้เกิดการกระจายข้อมูลข่าวสารและความคิดต่าง ๆ ได้กว้างขวาง ฯลฯ

อุดมคติของทฤษฎีความทันสมัย คือ ต้องการเปลี่ยนทุกสังคม โดยมีจุดหมายปลายทาง คือ เศรษฐกิจแบบทุนนิยม การเมืองแบบประชาธิปไตย สังคมเมืองหรืออุตสาหกรรมที่มีการแข่งขัน

แนวคิดหลักของทฤษฎีความทันสมัย คือ สังคมมีความเจริญไม่เท่ากัน ซึ่งสังคมไม่ควรยึดติด ในขนบธรรมเนียมประเพณีมากนัก ประเทศที่ร่ำรวยต้องช่วยประเทศยากจนทั้งด้านทุน เทคโนโลยี และวิชาการ ด้วยการทำให้เป็นอุตสาหกรรม เพื่อจะได้หลุดพ้นจากความยากจน ดังนั้นแนวคิดทฤษฎีนี้จึงมองว่า การพัฒนา คือ ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยมีตัวชี้วัดของการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Economic Growth) ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) รายได้ประชาชาติ (NI) เป็นต้น สำหรับกลยุทธ์ในการพัฒนา คือ การสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การเพิ่มบทบาทของรัฐในการวางแผน และการร่วมมือกับ ต่างประเทศ

แนวความคิดสำคัญของทฤษฎีภาวะทันสมัยกล่าวว่าไว้ว่า สังคมล้าหลังทุกสังคมสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นทันสมัยได้ โดยต้องมีปัจจัยภายนอกเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พยายามมุ่งเสริมให้สังคมที่ล้าหลังมีลักษณะทันสมัยมากขึ้น จุดมุ่งหมายของการพัฒนาตามแนวคิดของทฤษฎีภาวะทันสมัย สาระสำคัญของทฤษฎีภาวะทันสมัย (แสวงรัตน์มงคลมาศ, 2534) มีดังนี้

1) การพัฒนาประเทศให้มีความทันสมัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากสังคมที่ยังไม่เจริญก้าวหน้า มีระบบเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมล้าหลัง ไปสู่สังคมที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และมีเทคโนโลยีระดับสูงเช่นเดียวกับประเทศในกลุ่มยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือ

2) เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและชีวิตส่วนตัวของบุคคลในแต่ละประเทศ จะมีภาวะแตกต่างกัน 2 ประการคือ ภาวะเก่าแก่โบราณที่ล้าหลังกับภาวะทันสมัยที่มีความเจริญก้าวหน้าต้องสร้างความทันสมัยแทนที่ความล้าหลังโบราณ ประเทศจึงเจริญก้าวหน้า

3) ประเทศที่พัฒนาแล้วสามารถก้าวสู่ภาวะทันสมัยได้ด้วยตัวเอง แต่ประเทศด้อยพัฒนาไม่สามารถที่จะดำเนินการได้สำเร็จ อาจจะสร้างความทันสมัยได้เพียงบางส่วนเท่านั้นทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

4) กระบวนการสร้างภาวะความทันสมัยของประเทศด้อยพัฒนาต้องเป็นไปเช่นเดียวกับลักษณะการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจตามลำดับขั้น และการกระจายความเจริญทางเศรษฐกิจที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งความเจริญก้าวหน้าตามลำดับขั้นนี้เกิดขึ้นจากการที่สังคมยอมรับเทคโนโลยีทันสมัยในแต่ละขั้นโดยไม่ข้ามขั้นตอน

5) ภาวะทันสมัยทางเศรษฐกิจ คือ การมีโครงสร้างเศรษฐกิจที่ทันสมัยแบบสังคมอุตสาหกรรมและการสร้างชุมชนเมืองให้เกิดขึ้นโดยกระบวนการที่สำคัญ คือ การกลายเป็นอุตสาหกรรม (Industrialization) และการกลายเป็นเมือง (Urbanization)

6) ภาวะความทันสมัยทางการเมือง คือ การนำการปกครองตามระบอบประชาธิปไตยโดยมีตัวแทน (Representative Democracy) ตามแบบกลุ่มประเทศในยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือมาใช้

7) ภาวะความทันสมัยทางวัฒนธรรม คือ การใช้แนวความคิดแบบสมเหตุสมผลเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินใจระบบค่านิยม บรรทัดฐาน ทศนคติ และเป้าหมายของสังคม โดยการวางข้อกำหนดเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมของบุคคลและการจัดรูปแบบองค์กรของสถาบันต่างๆ เป็นองค์กรขนาดใหญ่ (Bureaucracy) แบบตะวันตก

8) บุคลิกภาพของสมาชิกในสังคมทันสมัย (Modern Man) แบบชาวตะวันตก เช่น มีความรับผิดชอบ มุ่งความสำเร็จเป็นสำคัญ มีระบบค่านิยมและการเรียนรู้เกี่ยวกับการเข้าร่วมตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Participation)

9) ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างภาวะทันสมัย คือ ผู้เชี่ยวชาญทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองแบบตะวันตก ซึ่งอาจเป็นคนในประเทศหรือต่างประเทศก็ได้

10) รัฐต้องมีบทบาทในการวางแผนเพื่อผลักดันให้เกิดภาวะทันสมัยด้วยการจัดตั้งองค์กรต่างๆ ขึ้นดำเนินงานอย่างจริงจัง ขอความช่วยเหลือจากประชาชนในประเทศและความร่วมมือกับรัฐบาลต่างประเทศ ทั้งในคน เงินทุน เทคโนโลยี การตลาด และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ (ปกรณ ปรียากร, 2528)

นอกจากนี้ พัชรินทร์ สิริสุนทร (2547) ได้นำเสนอลักษณะที่สำคัญของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัย ประกอบด้วย

1) เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและเทคโนโลยีในการดำรงชีวิตจากแบบเรียบง่ายในสังคมจารีต ไปสู่การดำรงชีวิตที่อาศัยความรู้และเทคโนโลยีระดับสูง มีความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น

2) เปลี่ยนแปลงระบบการผลิตจากเกษตรกรรมแบบยังชีพ หรือทำเกษตรกรรมในที่ดินแปลงเล็กเพื่อบริโภคในครัวเรือน เป็นการผลิตขนาดใหญ่เพื่อขาย มีการจ้างแรงงานภายนอกครอบครัวหรือชุมชนแทนการใช้แรงงานในครอบครัว

3) มีระบบอุตสาหกรรมในโรงงานและการใช้เครื่องจักรกลเพิ่มมากขึ้น

4) วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงจากความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการเป็นแบบเป็นทางการ

5) เกิดเมืองเพิ่มขึ้นและการขยายตัวของสังคมเมือง

6) มีการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนน สาธารณูปโภค โรงเรียน โรงพยาบาล

7) เกิดชนชั้นกลางและผู้ประกอบการ (Entrepreneur) เพิ่มขึ้น

8) มีการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อของคน จากอำนาจเหนือธรรมชาติ ครอบครัวและชุมชนนิยม เป็นความคิดเชิงเหตุผล ปัจเจกชนนิยมและวัตถุนิยม

9) โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว

10) สถาบันทางสังคมต่าง ๆ มีความสลับซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น

11) การจัดระเบียบทางสังคมใช้กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เป็นลายลักษณ์อักษรมากขึ้นแทนที่บรรทัดฐานและวิถีประเพณีที่ใช้กันในสังคมจารีต

เป้าหมายของทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ 3 ประการ คือ

1) ลัทธิพัฒนานิยม เน้นการพึ่งพาดตลาดต่างประเทศ การพึ่งพาความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ทั้งด้านเทคโนโลยีและเงินทุน การส่งเสริมการลงทุนจากต่างประเทศ การพัฒนาตามแรงผลักดันขององค์กรต่างประเทศ ให้สิทธิพิเศษและส่งเสริมการลงทุนขนาดใหญ่ และเน้นการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

2) ลัทธิบริโภคนิยม เน้นการโฆษณา การใช้สินค้าจากต่างประเทศ การมีวิถีการดำเนินชีวิต เหมือนต่างประเทศของชนชั้นสูงและชนชั้นกลาง

3) ลัทธิความมั่นคง เน้นการควบคุมของรัฐ การกดขี่และการบังคับชนชั้นต่ำให้ปฏิบัติตาม โดยการใช้กฎหมายขัดขวางการรวมกลุ่มหรือจำกัดบทบาทของมวลชน มีการสร้างศัตรูภายในชาติ เช่น การกล่าวหาผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับรัฐบาลหรือชนชั้นปกครองว่าเป็นคอมมิวนิสต์หรือผู้ประสงคร้าย

ระดับการพัฒนา การพัฒนาตามทฤษฎีความทันสมัย สามารถวิเคราะห์ระดับการพัฒนาได้เป็น 2 ระดับ คือ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2542)

1) ระดับโครงสร้างทางสังคม

1.1) เป็นสังคมเมือง (Urbanization) เน้นการพัฒนาด้านวัตถุ มีการสร้างตึกอาคารสูงใหญ่ มีสิ่งอำนวยความสะดวกใช้ในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการกินหรือการบริโภคอาหารแพง ๆ และมีชีวิต แบบหรูหราอยู่ในเมือง

1.2) เป็นสังคมอุตสาหกรรม (Industrialization) เน้นการผลิตเพื่อการขาย มีการใช้เครื่องจักรและเทคโนโลยีขั้นสูงมาช่วยในการผลิต เพื่อเพิ่มปริมาณการผลิตให้ได้มาก ๆ จะได้ส่งออก และทำกำไรสูงสุด

1.3) เป็นสังคมที่มีการแข่งขัน (Competition) เน้นการแข่งขันและประสิทธิภาพในการทำงาน เพราะการแข่งขันนำมาซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานของคนและองค์กร เน้นการผลิตให้ได้มากที่สุด แต่ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด

2) ระดับบุคคล ลักษณะของคนตามทฤษฎีนี้จะต้องเป็นเจ้าของกิจการหรือเจ้าของบริษัท การมีประเพณีเป็นเรื่องดีแต่ต้องไม่ยึดถือมากนักจนเป็นทาส ตำแหน่งหน้าที่การได้มาจากการทำงาน และความสามารถไม่ใช่ได้มาจากชาติกำเนิดเช่นในอดีต การคิดมุ่งสู่อนาคต เป็นคนมีเหตุผล มีการเปลี่ยนแปลงและประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีรวมถึงการมุ่งประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว ซึ่งอิงเคิลลิส (Inkeles, 1966) ได้กล่าวถึง ลักษณะของคนที่มีความทันสมัย (Modern Man) จำนวน 12 ข้อ (Inkeles, 1966) ได้แก่

- 1) เปิดประสบการณ์ใหม่ระดับบุคคล
- 2) มีความพร้อมยอมรับการเปลี่ยนแปลงระดับสังคม
- 3) ยอมรับความหลากหลายที่ต่างออกไป แต่ไม่ขาดจุดยืนของตัวเอง
- 4) เมื่อสงสัยอะไรต้องแสวงหาข่าวสารหรือความจริงให้ได้
- 5) มองอนาคตและปัจจุบันมากกว่าอดีต
- 6) มนุษย์สามารถเอาชนะธรรมชาติได้
- 7) มีการวางแผนที่ดี
- 8) มีความเชื่อมั่นว่าจะทำได้
- 9) ให้คุณค่าด้านทักษะทางเทคนิค
- 10) เชื่อในวิทยาศาสตร์และให้คุณค่าการศึกษาแบบทางการหรือการเข้าโรงเรียน
- 11) เคารพเกียรติของผู้อื่น
- 12) เป็นคนที่มีเหตุผล

บทบาทการศึกษาจากลักษณะของคนที่มีความทันสมัยตามที่ อิงเคิลลิส (Inkeles, 1966) ได้กล่าวไว้ 12 ประการ การศึกษามีบทบาทสำคัญและเป็นปัจจัยเชิงบวกในการพัฒนาคนให้มีลักษณะตามที่ต้องการ ซึ่งการศึกษาตามทฤษฎีนี้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การสร้างความทันสมัย การสร้าง ทักษะที่จำเป็นสำหรับการทำงาน การสร้างคนให้มีความรู้เพื่อตอบสนองการผลิต ดังนั้น การศึกษาจึง เน้นแบบทางการหรือการศึกษาในระบบ โรงเรียน (Formal Education) ที่รัฐเป็นผู้จัดไว้ในลักษณะ รวมศูนย์ซึ่งบ่งบอกของการพัฒนา คือ การขีดเขตทางสังคมและค่านิยมหรือทัศนคติของคนในสังคม นั่นเอง (ชนิตา รัศมีพลเมือง, 2542)

แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย ถือได้ว่าเป็นแนวคิดที่ชี้นำการพัฒนาของไทย ทั้งการพัฒนาประเทศและการพัฒนาสาขาต่างๆ ถึงแม้ว่าแนวคิดดังกล่าวจะมีข้อ ได้แย้งต่าง ๆ แต่ก็ยังถือว่าเป็นแนวคิดกระแสหลักอยู่ ประเด็นที่เป็นข้อ ได้แย้งหลัก ๆ ต่อกลุ่มแนวคิดนี้มาจากความเชื่อที่ว่า วิวัฒนาการของสังคมแต่ละสังคมอาจจะเป็นไปได้หลายอย่าง และขั้นตอนการพัฒนาก็อาจไม่จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนที่เหมือนกัน กลุ่มที่ได้แย้งแนวคิดการพัฒนาสู่ความทันสมัย (โดยเฉพาะกลุ่มทฤษฎีพึ่งพา) ชี้ว่าที่แท้จริงความทันสมัยในทางเศรษฐกิจ มีความหมายเท่ากับกระบวนการเปลี่ยนไปสู่อุตสาหกรรม ในทางสังคมวัฒนธรรม Modernization มีความหมายเท่ากับ Westernization และที่สำคัญก็คือ ภาวะความทันสมัยอาจจะไม่ใช่สภาวะการพัฒนาที่สังคมพึงปรารถนา หรือมีความทันสมัยแต่ไม่พัฒนานั่นเอง

2.5.3 การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยที่รับเอาภาวะทันสมัยเข้ามาในประเทศ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่น่าทึ่ง ภาวะทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาประเทศ ซึ่งพบว่าสังคมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่รับเอาภาวะทันสมัยเข้ามาในประเทศ (สนธยา พลศรี, 2545) ดังนี้

1) จากการนำเข้ามาของภาวะทันสมัยของการเกษตร โดยไม่ได้มีสำนึกจากการจัดการ และความเหมาะสมทางด้านสภาพแวดล้อมและการประยุกต์ใช้กับความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีคุณค่าทำให้เกษตรกรอยู่ในสภาพเป็นหนี้สินและสูญเสียที่ดินทำกินอยู่ในวงจรของความยากจนไม่จบสิ้น

2) การปกครองแบบประชาธิปไตยของไทยเปลี่ยนแปลงมาจากบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีใช้โดยประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง ประชาธิปไตยของไทยไม่ได้พัฒนามาจากประชาชนและเพื่อประชาชนโดยแท้จริง จึงทำให้ประชาธิปไตยในประเทศไทยพัฒนาไปอย่างไม่เต็มที่

3) ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศเป็นเกษตรกร โดยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหาร

4) ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเป็นระบบที่ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ของสังคมไทยเป็นผู้มีภาวะยากจน ถือครองทรัพย์สินเป็นส่วนน้อย และมีคนกลุ่มน้อยที่เป็นผู้มั่งคั่งร่ำรวยเป็นผู้ถือครองทรัพย์สินเป็นส่วนใหญ่ของสังคม

5) การรับเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบาย ทำให้ประชาชนพยายามให้ได้มาซึ่งเทคโนโลยีโดยผ่านทางผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ในบางกรณีใช้เพื่อการเลียนแบบเพื่อให้ได้การยอมรับของสังคมไม่ได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยีอย่างเต็มที่ เทคโนโลยีบางอย่างที่ไม่เหมาะสมยังส่งผลให้เกิดความเสียหายทางสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เหมาะสม

6) การเข้าเป็นสมาชิกขององค์กรต่าง ๆ ของโลกโดยจัดตั้งโดยชาติตะวันตกที่ทันสมัยแล้ว และมีความแตกต่างทางด้านความเจริญทางเศรษฐกิจ ทำให้ข้อตกลงบางอย่างขององค์กรต่าง ๆ เหล่านั้นเป็นประโยชน์กับเฉพาะบางประเทศแต่ก่อให้เกิดความเสียหายกับหลายๆ ประเทศที่มีการพัฒนาต่ำกว่า

7) การที่ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ไม่มีประโยชน์และช่วยทำให้เกิดการกระตุ้นให้ทำตาม เช่น การโฆษณาเพื่อช่วยทำให้เกิดความอยากมี อยากได้ อยากใช้ สินค้าที่ไม่จำเป็น และการเลียนแบบวัฒนธรรมที่ไม่เหมาะสมกับพื้นฐานและสภาพของสังคม ทำให้ประชาชนเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อมากกว่าการบริโภคข่าวสารเพื่อการพัฒนา

8) การเปลี่ยนแปลงกฎหมายให้มีความทันสมัยแต่ไม่เหมาะสมกับสังคมไทย ทำให้ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติที่มีคุณค่า เสียเปรียบทางการค้าและวัฒนธรรมที่ดั่งมาบางอย่างของสังคม

จากลักษณะของประเทศไทยในการนำทฤษฎีภาวะทันสมัยมาใช้ในการพัฒนาประเทศทำให้มองเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในสังคมไทยในปัจจุบันยังพบปัญหาจากภาวะทันสมัยอยู่เป็นอันมากที่จำเป็นต้องนำประเด็นที่สำคัญมาสอบถามผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อให้ได้ข้อมูลมาเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้มากที่สุด

การปฏิวัติความรู้ทางวิทยาศาสตร์และสังคมในช่วงศตวรรษที่ 17 จนถึงศตวรรษที่ 18 ได้นำมาซึ่งภาวะสมัยใหม่ (Modernity) ในสังคมยุโรป และช่วงเวลาศตวรรษที่ 18 นี้เอง บรรดานักปรัชญาแห่งขบวนการภูมิปัญญา (Enlightenment) ได้ทำการเผยแพร่ความคิดใหม่ ๆ ในเรื่องของมานุษยวิทยา ญาณวิทยา สังคม และประวัติศาสตร์ ที่พอจะสรุปได้ว่ามนุษย์นั้นเกิดจากมนุษย์และอยู่ได้ด้วยตัวเอง มนุษย์ไม่ได้เกิดจากพระเจ้าตามอย่างที่คริสตกาลได้อธิบายเอาไว้และสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ “รูปแบบของจิตสำนึกของความเป็นสมัยใหม่” (The Moderns’ Form of Consciousness) ซึ่งก็คือ ความมีเหตุผล ความถูกต้องเป็นจริง หรือความเป็นวิทยาศาสตร์

2.6 แนวคิดเรื่องอำนาจ

อำนาจเป็นประเด็นที่นักสังคมศาสตร์ให้ความสนใจและศึกษาวิจัยมานานแล้ว แมกซ์ เวเบอร์ อธิบายว่าอำนาจหมายถึงแนวโน้มของบุคคลที่ต้องการต่อต้านขัดขืนในสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในสังคม เวเบอร์เชื่อว่าการใช้อำนาจครอบงำคือรูปแบบปกติของความสัมพันธ์เชิงอำนาจซึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ที่ขึ้นอยู่กับคำสั่งและความแตกต่าง ความสัมพันธ์นี้เป็นปัญหาหลักของการวิเคราะห์สังคม แหล่งที่มาของอำนาจอาจเป็นทั้งผลผลิต และวิธีการจัดการ เช่น รูปแบบการปกครองต่าง ๆ (นฤพนธ์ ค้วงวิเศษ, 2562)

แนวคิดของกรัมสกี (Gramsci, 1971) เกี่ยวกับเรื่อง Hegemony และแนวคิดของมิเชล ฟูโกต์ (Foucault, 1978) เรื่องวาทกรรม คำว่า Hegemony เป็นการอธิบายให้เห็นรูปแบบการควบคุมที่มีได้มาจากอำนาจรัฐ แต่การควบคุมนี้ทำให้เกิดอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันของฐานะบุคคล ส่วนวาทกรรมเป็นเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างระบบความรู้ การสร้างคำอธิบายและอำนาจ รูปแบบอำนาจที่หลากหลายนี้มีส่วนควบคุมและกำหนด “ความจริง” ในกรณีของสังคมไทย อิทธิพลมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดและทับซ้อนอยู่กับอำนาจทางเศรษฐกิจ อำนาจของสถานภาพ

ทางสังคม และอำนาจของความรู้ “อำนาจ” และ “อิทธิพล” ตามนัยนี้จึงมิได้จำกัดอยู่เพียงในสถาบัน แต่เกิดขึ้นในทุกปริมณฑลและทุกทิศทาง ทั้งในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐกับผู้ป่วยยากจนที่ใช้สิทธิ์ “บัตรทอง” ที่สะท้อนผ่านการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลัก การรอที่ยาวนาน และบริการด้อยคุณภาพ หรือความสัมพันธ์ของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนกับนักธุรกิจที่ร่ำรวย ไม่ว่าผู้ป่วยจะยินดีใช้เงินลงทุนกับชีวิตมากเท่าไรก็ตาม กระบวนการรักษาด้วยเทคโนโลยีที่ซับซ้อน การให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมในกรณีที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา ค่ายาราคาแพงที่ไม่มีป้ายราคาติดประกาศให้รู้ล่วงหน้าหรือบริการเสริมทางการแพทย์ เช่น ค่าห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกราคาแพง แต่ไม่รับรองผลการรักษาจะหายหรือไม่ ล้วนสะท้อนการดำรงอยู่ของอำนาจในระบบบริการสุขภาพที่ก้าวพ้นขอบเขตเรื่องชนชั้นหรือสถานะทางเศรษฐกิจการพัฒนาแนวคิดเรื่อง “อำนาจ” เกิดขึ้นควบคู่กับการพัฒนาองค์ความรู้ทางสังคม

การพัฒนาแนวคิดเรื่อง “อำนาจ” เกิดขึ้นควบคู่กับการพัฒนาองค์ความรู้ทางสังคมวิทยา โดยตลอด นักคิดในแต่ละสำนักเสนอมุมมองที่แตกต่างกันไป ตามฐานคติและมโนทัศน์เรื่องอำนาจ แต่โดยทั่วไปการศึกษาเกี่ยวกับอำนาจ มักเริ่มจากการทำความเข้าใจกับความหมายและองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับอำนาจซึ่งมีอยู่หลากหลายลักษณะ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกบททวนแนวคิดเรื่องอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมาย วาทกรรม ความรู้

2.6.1 อำนาจคือความจริงและความรู้

นักคิดในกลุ่มนี้มีทัศนะว่า อำนาจไม่จำเป็นต้องผูกไว้กับสถานภาพทางสังคมของบุคคล สถาบัน หรือโครงสร้างทางสังคมหรือการปฏิสัมพันธ์แบบคู่ตรงข้ามเท่านั้นและไม่จำเป็นต้องปรากฏอยู่ในรูปของการครอบงำและต่อต้าน แต่อาจเกิดจาก “วาทกรรม (Discourse)” ซึ่งหมายความว่า การให้ความหมายถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ในลักษณะผูกขาด เพื่ออธิบายความจริง ทั้งที่อยู่ในรูปของภาษาและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน นักสังคมวิทยาคนสำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ Foucault (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2558)

ฟูโกต์ (Foucault, 1980) ในปี ค.ศ.1926-1984 นักคิดชาวฝรั่งเศส เสนอแนวคิดเรื่องอำนาจจากมุมมองอื่นนอกเหนือจากสำนักมาร์กซิสต์ โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ระหว่างชนชั้นหรือการครอบงำทางอุดมการณ์ สำหรับฟูโกต์ (Foucault, 1980) อำนาจมิได้อยู่ในฐานะกรรมสิทธิ์ของชนชั้นปกครอง รัฐ หรือองค์กรอภิปัตย์ แต่อยู่ในฐานะของการเป็นยุทธศาสตร์ (Strategy) ดังนั้น ผลลัพธ์จากการครอบงำซึ่งเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของอำนาจจึงมิได้เกิดจากการยึดครองหรือการนำไปใช้โดยองค์ประธานที่เป็นอัตบุคคลคนใดคนหนึ่ง แต่มันเป็นผลรวมของ

“กลอุบายการวางแผน (Manoeuvres) กลยุทธ์เทคนิคและการปฏิบัติงาน” มากกว่า นอกจากนั้นฟูโกต์ (Foucault, 1980) ก็ยังมีได้มองว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะสร้างผลกระทบในลักษณะข้อผูกมัดหรือข้อบังคับห้ามใดๆต่อ “ผู้ไร้อำนาจ” แต่จะเป็นไปในลักษณะของการครอบงำผู้คนเหล่านั้นและทำให้พวกเขาเป็นผู้กระจายอำนาจออกไปจากการที่ยอมให้อำนาจครอบงำตัวของพวกเขาเอง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ฟูโกต์ (Foucault, 1980) สร้างมโนทัศน์เรื่องอำนาจในฐานะที่มีได้เป็นสถาบันหรือเป็นโครงสร้าง แต่ในฐานะที่เป็น “สถานการณ์ทางยุทธศาสตร์ที่ซับซ้อน” หรือเป็น “ความหลากหลายซับซ้อน แห่งความสัมพันธ์ของพลังต่างๆ” และแม้จะ “มีวัตถุประสงค์” แต่ก็ไม่ได้เป็นความตั้งใจโดยตรงของอัตบุคคลผู้ใด (สมาร์ท, 2555) ฟูโกต์ (Foucault, 1980) เสนอแนวคิดที่สำคัญ 2 ประการ ดังนี้

ประการแรก ได้แก่ ความเชื่อมโยงกันระหว่างความรู้กับอำนาจ โดยฟูโกต์เชื่อว่าความรู้มีอำนาจในการสร้างความจริง “ระบอบของความจริง (Regime of Truth)” จึงเป็นสิ่งที่แสดงบทบาทในการกำหนดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ความรู้ตามนัยนี้จึงมีผลต่อวิธีที่มนุษย์ใช้ในการจัดการ ควบคุม โดยอาศัยเครื่องมือและกลวิธีต่าง ๆ ในสถานการณ์เฉพาะ ในบริบททางประวัติศาสตร์และระบอบของสถาบัน การลงโทษหรือการตัดสินว่าผิดหรือถูก ขึ้นอยู่กับอำนาจในการสร้างและนิยามความหมายของสิ่งนั้น ๆ จนสังคมเกิดความเชื่อและมีผลบังคับให้เป็นไปเช่นนั้น แม้ว่าจะไม่เคยมีการพิสูจน์ว่าจริงหรือไม่ก็ตาม

ประการที่สอง เสนอว่า อำนาจไม่ได้มีศูนย์กลางเดียว และไม่ได้เคลื่อนไปในทิศทางเดียวแต่กระจายออกเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์เชิงอำนาจแทรกตัวอยู่ในทุกปริมณฑล และทุกระดับของสังคม ทั้งในพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ

ฟูโกต์ (Foucault, 1980) ปฏิเสธความสัมพันธ์ทุกแบบของโครงสร้างสังคม ไม่ว่าจะเป็โครงสร้างของชนชั้นหรือสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น และไม่เชื่อว่าจะมีปัจจัยหรืออิทธิพลใดที่สามารถกำหนดอัตลักษณ์หรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคลได้ อีกทั้งยังไม่เชื่อว่าบุคคลเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors) หรือปัจจัยทางสังคม (Social Factors) แต่มองว่า การมองตนเองและการมองคนอื่น ๆ ของมนุษย์ ล้วนได้รับการหล่อหลอมและปรุงแต่งขึ้นผ่าน “วาทกรรม” หรือวิถีที่ใช้ในการมอง อธิบาย และขบคิดเกี่ยวกับสิ่งนั้น

ฟูโกต์ (Foucault, 1980) เสนอวิธีการวิเคราะห์อำนาจด้วยวิธีสังเกตการใช้อำนาจของกลุ่มและปัจเจกบุคคลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผ่านการปฏิสัมพันธ์กันทางสังคมระหว่างบุคคลกับสถาบันและพบว่าการแพร่กระจายหรือการทำงานของอำนาจ อยู่ในรูปแบบของโยโยของตาข่าย (Nets) ที่ไม่มีศูนย์กลาง ถูกบริหารผ่านโครงข่ายขององค์กร โดยมีบุคคลเป็นพาหะของอำนาจ

ดังนั้น “อำนาจ” ตามนัยนี้จึงเป็นมากกว่าการกระทำ กล่าวคือ เป็นกลไกทางสังคมที่มีการทำงานในลักษณะเฉพาะ มีความซับซ้อน และหลากหลายรูปแบบ การที่บุคคลและกลุ่มความพยายามขัดแย้งเพื่อรักษาอัตลักษณ์ของตนเองจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้น การทำความเข้าใจกับอำนาจจึงต้องเข้าใจคุณลักษณะของอำนาจที่อยู่ในรูปของระบบ (Power is a System) ซึ่งมีลักษณะเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ทั้งหมดที่อยู่ในสังคม เพราะอำนาจไม่ได้เป็นเพียงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้อำนาจกับผู้ที่ถูกกดขี่ และปัจเจกบุคคลไม่ใช่เป็นเพียงวัตถุของอำนาจ แต่เป็นแห่งหนที่อำนาจและการต่อต้านขัดแย้งก่อกำเนิดและดำเนินอยู่

ตามทัศนะของฟูโกต์ (Foucault, 1980) สถาบันไม่ได้เป็นเจ้าของอำนาจ และไม่สามารถใช้อำนาจกับบุคคลหรือกลุ่มได้ แต่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจได้ขยายปีก ครอบคลุมความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของสังคม และความรู้เป็นสิ่งที่ถูกออกแบบและสร้างขึ้นเฉพาะกาล ผ่านการสร้างและพัฒนาวาทกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในรูปแบบของความคิดและการตีความของมนุษย์ ซึ่งในท้ายที่สุดวาทกรรมทั้งหลายก็จะผลิตซ้ำรูปแบบความรู้ใหม่ ๆ เพื่อให้มนุษย์บางกลุ่มนำไปใช้ควบคุมกลุ่มอื่นๆ ฟูโกต์ให้ความสำคัญกับการใช้อำนาจของผู้มีอำนาจ โดยเชื่อว่าไม่ว่าการใช้อำนาจจะเป็นไปเพื่อกดขี่บุคคลเพียงใด แต่จะนำมาซึ่งรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ ๆ อยู่เสมอ การใช้บุคคลเป็นศูนย์กลางในการวิเคราะห์นั้นเชิงรุกทำให้บุคคลในทัศนะของฟูโกต์ ไม่ได้เป็นเพียงวัตถุหรือหน่วยทางสังคมที่ถูกกระทำโดยอำนาจ

ฟูโกต์ (Foucault, 1980) จึงได้ร่าง “ข้อควรระวัง” เชิงวิวิธวิทยาไว้ 5 ประการว่าด้วยรูปแบบระดับ ผลกระทบ ทิศทาง และ “ผลกระทบ” เชิงความรู้ที่เกิดจากอำนาจ (สมาร์ท, 2555) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) เรื่องรูปแบบ จะกล่าวถึงการวิเคราะห์อำนาจที่มีได้มุ่งไปยังอำนาจที่มีลักษณะจากศูนย์กลางหรือเป็นอำนาจที่ชอบธรรม แต่จะหันไปสนใจอำนาจที่มีรูปแบบในเชิงเทคนิคซึ่งฝังร่างอยู่ในสถาบันทางท้องถิ่น หรือตามพื้นที่ต่างๆ และมีลักษณะเป็นรูปธรรม

2) เรื่องระดับ ก็คือ การวิเคราะห์นั้นควรจะให้ความสำคัญไปยังการใช้อำนาจหรือปฏิบัติการแห่งอำนาจ และสนามแห่งการประยุกต์ใช้อำนาจนั้น ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตัดเรื่องกรรมสิทธิ์หรือความจงใจโดยตระหนักรู้ออกไป ไม่เพียงเท่านั้น การวิเคราะห์ยังต้องมุ่งเน้นไปที่วิธีการซึ่งสรรพสิ่ง “กำลังถูกปราบปรามอย่างไม่หยุดหย่อน หรือก็คือในระดับของกระบวนการที่ร่างกาย ท่าทาง และพฤติกรรมของเรากำลังถูกควบคุมสั่งการอย่างต่อเนื่องไม่หยุดชะงัก” โดยที่จะไม่มุ่งความสนใจไปยังประเด็นแรงจูงใจหรือผลประโยชน์ของบรรดากลุ่มชนชั้น หรือปัจเจกบุคคลเลย แต่การวิเคราะห์ปฏิบัติการแห่งการครอบงำจะหันหน้าความสนใจไป

ยังกระบวนการอันซับซ้อนหลากหลายซึ่งทำให้อัตมบุคคลถูกสร้างขึ้นในฐานะผลิตภัณฑ์แห่งการทำให้
อำนาจเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมามากกว่า

1) เรื่องผลกระทบ กล่าวไว้ว่า จากการที่อำนาจมิได้เป็นสินค้าหรือเป็นทรัพย์สินสมบัติใน
การครอบครองของปัจเจกชนกลุ่ม หรือชนชั้นใดชนชั้นหนึ่ง แต่มันหมุนเวียนไปทั่วทั้งองค์ภาพพ
ทางสังคม โดย “ทำหน้าที่คล้ายกับห่วงโซ่” และถูกใช้ผ่านองค์กรที่มีลักษณะเหมือนตาข่ายซึ่ง
สามารถดักจับทุกสิ่งทุกอย่างได้ ดังนั้นจากทัศนะเช่นนี้ปัจเจกจึงมิได้เป็นตัวแทนแห่งอำนาจ มิได้
ครอบครองอำนาจ และศักยภาพของพวกเขาก็ยังไม่สามารถถูกทำลายลงหรือถูกทำให้แปลกแยก
โดยอำนาจในทางตรงกันข้าม ผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่งของอำนาจก็คือการที่ร่างกาย ลักษณะ
ท่าทาง วาทกรรม และแรงปรารถนาบางประการถูกระงับและถูกนำมาใช้อธิบายลักษณะของ
ปัจเจก ดังนั้น นอกจากปัจเจกจะเป็นผลิตภัณฑ์แห่งอำนาจ พวกเขายังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อำนาจมี
ความเป็นปึกแผ่นได้อีกด้วย

2) เรื่องทิศทาง เป็นเรื่องเกี่ยวกับข้อกำหนดทางวิธีวิทยาซึ่งเชื่อมโยงกับข้อควรระวัง
ประการแรก กล่าวคือ โดยประเพณีปฏิบัติทั่วไป การวิเคราะห์อำนาจมักจะเริ่มต้นจากสถาบัน
ระดับมหภาค (เช่น อำนาจรัฐ) แล้วจึงสืบดูร่องรอยของการแพร่กระจายและการแทรกซึมของ
อำนาจที่ผ่านเข้าไปในระบบระเบียบข้อบังคับห้ามต่าง ๆ ของสังคม แต่สำหรับฟูโกต์ (Foucault,
1980) เขากลับเสนอว่า การวิเคราะห์ควรจะเริ่มจากระดับจุลภาคก่อน(ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่มนโททัศน์
เรื่องจุลพีลิกส์แห่งอำนาจ) เพื่อที่จะเผยให้เห็นถึงประวัติศาสตร์ เทคนิค และกลยุทธ์แห่งอำนาจที่มี
ลักษณะเป็นการเฉพาะแต่ละกรณีไป การวิเคราะห์อำนาจในลักษณะได้ระดับเช่นนี้ จะช่วยแสดงให้เห็น
เห็นว่ากลไกแห่งอำนาจได้ถูกยึดครองควบคุมบงการเปลี่ยนแปลงรูปปลักษณ์ และขยายขอบเขตไปสู่
รูปแบบของการครอบงำต่างๆ ที่มีลักษณะกว้างๆ หรือเป็นสากล (Global) ได้อย่างไร ทั้งนี้ การ
วิเคราะห์เทคนิคและกระบวนการแห่งอำนาจ ณ ระดับที่เป็นพื้นฐานมากที่สุดของระบบสังคมเช่น
ดังกล่าว ซึ่งดำเนินการโดยการบันทึกพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของมันและ
กระบวนการที่มันถูกผนวกเข้ากับการครอบงำในระดับโลกจะเป็นการวิเคราะห์ที่ต่างไปอย่างสิ้นเชิง
กับการวิเคราะห์ที่ไซม โนทส์อันมองอำนาจว่าอยู่ภายในใจกลางของอนุกรม (Nexus) ซึ่งสถาบัน
แล้วจึงค่อยค้นหาร่องรอยของการกระจาย และผลิตภัณฑ์ของมันผ่านการพิจารณาระบบระเบียบของ
สังคม ดังนั้นเราจะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายเชิงนัยของฟูโกต์ก็คือ การมุ่งที่จะพัฒนาความเข้าใจใน
ประเด็นเรื่องอำนาจ โดยการพุ่งไปยังส่วนของกลไก เทคนิค และกระบวนการแห่งอำนาจ หรือก็คือ
เป็นการคว้าวอำนาจทำงานอย่างไร แล้วหลังจากนั้นก็จะได้เห็นได้ว่า ณ จุดเชื่อมต่อใดที่กลไกเฉพาะ
บางประการแห่งอำนาจได้กลายมาเป็นประโยชน์ทางเศรษฐกิจและมีประโยชน์ทางการเมือง การ
ดำเนินการวิเคราะห์ในลักษณะเช่นนี้อาจจะทำให้เข้าใจได้ถึงวิธีการที่กลไก เทคนิค หรือ

กระบวนการแห่งอำนาจกลายก่อให้เกิดอรรถประโยชน์ทางเศรษฐกิจและทางการเมือง (ดังเช่น สำหรับชนชั้นปกครองนายทุน หรือกลไกแห่งรัฐ) แต่อย่างไรก็ตาม เราก็ควรต้องระลึกไว้ว่า แม้การวิเคราะห์ของฟูโกต์ (Foucault, 1980) จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกแห่งอำนาจกับสถาบันทางการเมืองและทางเศรษฐกิจ แต่กระนั้นก็ได้มีข้อสมมติฐานหรือพื้นที่ว่างใดๆ ที่จะนำไปสู่การสร้างทฤษฎีแบบครอบจักรวาล (General Theory) เพราะการวิเคราะห์ของฟูโกต์จะพิจารณาหรือตัดสินจากกรณีตัวอย่างเป็นรายละเอียดเท่านั้น

3) วิถีวิทยาอันเกี่ยวกับผลกระทบเชิงความรู้ที่เกิดจากอำนาจ ข้อควรระวังประการนี้มาจากจุดยืนของฟูโกต์ (Foucault, 1980) ที่ว่ากลไกแห่งอำนาจนั้นมักจะถูกผูกติดกับการผลิตเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในการรวบรวมและก่อสร้างความรู้ เครื่องมือเหล่านี้ก็ได้แก่ วิธีการในการสังเกตการณ์ เทคนิคในการบันทึกลงทะเบียน กระบวนการในการสืบค้นและวิจัย และเครื่องมือในการควบคุม ดังนั้น ปฏิบัติการของอำนาจประการสุดท้ายจึงก่อให้เกิดการแพร่กระจายของบรรดากลไกในการสร้างความรู้หรือการสร้างพื้นที่ให้ความรู้สามารถเกิดขึ้นมาได้

ฟูโกต์ (Foucault, 1981) เสนอแนวคิดเรื่อง วาทกรรมทางการแพทย์ (Medical Discourse) ไว้ในหนังสือชื่อ *The Birth of the Clinic* โดยกล่าวว่าวงการแพทย์ตะวันตกที่วางอยู่บนการประยุกต์ใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อการตรวจรักษาผู้ป่วยมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 ได้สร้าง “กระบวนการทำให้เป็นปกติ (Normalization)” โดยการจำแนกคนออกเป็น 2 ส่วนคือ คนปกติกับคนป่วย ดังนั้น บุคคลที่มีอาการแตกต่างไปจากสิ่งปกติที่วงการแพทย์กำหนดไว้เป็นบรรทัดฐาน (Norms) ก็จะถูกถือว่าเป็นผู้ป่วยหรือคนไม่ปกติ เช่น พวกรักร่วมเพศ (Homosexuals) “เด็กหญิงแม่ (Teenage Mom)” และต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ซึ่งเป็นคนปกติ Foucault วิจารณ์การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ว่า เป็นการทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นเพียงส่วนประกอบสำคัญของพิธีกรรมที่น่าเศร้าของอาจารย์แพทย์และนักศึกษาแพทย์เท่านั้น เพราะผู้ป่วยเป็นเพียง “โรค”

ตามทัศนะฟูโกต์ (Foucault, 2020) การสร้างอำนาจเพื่อวางกฎเกณฑ์ (Disciplinary Power) และถือว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการนำอำนาจมายึดโยงเข้ากับความรู้ในรูปแบบใหม่ที่มีเป้าหมายเพื่อจัดระเบียบสังคม เพื่อควบคุมสอดส่องดูแล ในทัศนะฟูโกต์ (Foucault, 2020) นั้นเป็นเพียงการสร้างวาทกรรมของวงการแพทย์ที่ก่อให้เกิดรูปแบบของความรู้ใหม่ ที่นำมาสู่การเพิ่มอำนาจให้แก่แพทย์ในการควบคุมบุคคลอีกรูปแบบหนึ่งเพื่อให้อำนาจโอบล้อมบุคคลอยู่ตลอดเวลา (Envelop) แต่จะมองเห็นได้ชัดเจนก็ต่อเมื่อเกิดการตั้งต้นขัดขึ้น (Resistance)

สรรพสิ่งล้วนเป็นภาพสะท้อนของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกิดขึ้นในสังคมได้ทั้งสิ้น และอำนาจมีน้ำหนักในการควบคุมมากกว่าความรู้ทั้งหลาย (Power Will Always Outweigh and Control Knowledge) โดยเขาเชื่อว่ากลุ่มบุคคลที่มีอำนาจสามารถยึดเยียดความคิดให้คนอื่นยอมรับได้ อำนาจในทัศนะของฟูโกต์ (Foucault, 2020) จึงไม่ได้เป็นบ่อเกิดของความรู้แต่เป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มที่มีอำนาจสร้างขึ้นไม่ใช่เกิดจากการค้นพบโดยบังเอิญฟูโกต์ (Foucault, 2020) เสนอว่าอำนาจมีหลายด้าน ในด้านลบอยู่ในรูปของการกดขี่และควบคุม (Domination) อำนาจในด้านบวกจะสร้างสรรค์ผลผลิต ความรู้ ความสุข และวาทกรรมที่เสริมสร้างอำนาจ (Empowerment) ดังนั้นการผูกขาดอำนาจจึงทำไม่ได้ เพราะอำนาจมีอยู่ทุกหนทุกแห่ง บุคคลสามารถสร้างสรรค์อำนาจได้โดยขึ้นกับบริบทและเงื่อนไขที่ช่วยส่งเสริม ดังนั้น กลุ่มคนชายขอบที่ดูเหมือนไร้อำนาจก็อาจสร้างอำนาจขึ้นมาได้ผ่านกระบวนการสร้างวาทกรรมและการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน การแสดงออกของอำนาจดังกล่าวเรียกว่า อำนาจท้องถิ่น (Local Power) ซึ่งอาจขยายขอบเขตออกไปจนกลายเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมได้

ตามทัศนะของฟูโกต์ (Foucault, 1981) ไม่มีปัจจัยใด ๆ ทางสังคมที่สามารถกำหนดอัตลักษณ์ของบุคคลได้ แต่การมอง อธิบาย และครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องนั้นของบุคคลล้วนถูกหล่อหลอมมาจากวาทกรรม และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relations) ที่ดำเนินอยู่ในสังคมทั้งสิ้น ความคิดสร้างสรรค์จึงมีหลายมิติ เพราะอาจเป็นเพียงสิ่งที่ถูกออกแบบขึ้นมาโดยวิธีเฉพาะผ่านการสร้างและพัฒนาวาทกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในรูปของความคิด และการตีความโลกของมนุษย์ ซึ่งในที่สุดวาทกรรมเหล่านี้ได้ผลิตตลอดจนป้อนผลผลิตของความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งอยู่ในรูปแบบขององค์ความรู้รูปแบบใหม่ ๆ หรือนวัตกรรมเพื่อให้นุชนบางกลุ่มนำไปใช้ควบคุมมนุษย์กลุ่มอื่น

ฟูโกต์ (Foucault, 1981) ไม่ยอมรับแนวคิดเรื่องรูปแบบของความรู้ที่เป็นจริงสูงสุด เขาไม่เชื่อว่าแพทย์ในปัจจุบันดีกว่าแพทย์ในยุคกลาง ความจริงหรือความเท็จในทัศนะของฟูโกต์ จึงไม่มีความสำคัญ แต่สิ่งสำคัญคือ บทบาทของความรู้ในรูปแบบใหม่ที่เข้ามากำหนดมุมมองของมนุษย์ต่อโลกและการตีความที่มนุษย์ใช้

แม้ว่างานเขียนของฟูโกต์ (Foucault, 1981) จะถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางว่ามีแต่ความคลุมเครือยากแก่การตีความและการทำความเข้าใจ แต่นั่นเกิดจากฐานคิดว่า สังคมมนุษย์เป็นแหล่งที่เต็มไปด้วยความคลุมเครือ ดังนั้น จึงไม่สามารถถูกลดทอนด้วยการนำทฤษฎีที่เรียบง่ายมาอธิบายได้และการที่เขาไม่เชื่อถือทฤษฎีต้นแบบใดเลย แต่พยายามสร้างองค์ความรู้เพื่อค้นหาคำตอบใหม่ ๆ ก็ทำให้แนวคิดของเขาเปิดพื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

2.7 แนวคิดการทำให้เป็นแบบการแพทย์ (Medicalization)

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ หมายถึง กระบวนการที่ปัญหาซึ่งครั้งหนึ่งมิใช่ปัญหาทางการแพทย์ แต่ในเวลาต่อมาปัญหานั้นได้มีการนิยามและดำเนินการราวกับว่าเป็นความเจ็บป่วยหรือปัญหาทางการแพทย์ (เทพินทร์ พัชรานุกฤษณ์, 2548)

งานศึกษาทางสังคมศาสตร์แสดงให้เห็นว่า มีปัญหาสังคมจำนวนหนึ่งในอดีตเคยมีการนิยามและให้ความหมายว่าเป็นเรื่องของบาป หรือความเลวของบุคคล ต่อมาได้มีการทำให้เป็นแบบการแพทย์และปัญหานั้นกลายเป็นเรื่องของความเจ็บป่วย เช่น การเสพสารเสพติด เด็กที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่สุข ความอ้วน การฆ่าตัวตาย เด็กที่มีพัฒนาการทางอารมณ์และสมองช้า ปัญหาความรุนแรง การละเมิดเด็ก และเด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้ เป็นต้น การทำให้เป็นแบบการแพทย์ ทำให้สังคมมองปัญหาเหล่านี้ในปัจจุบันว่าเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งที่สามารถทำให้หายหรือทุเลาได้ด้วยการบำบัดรักษา เช่น ในปัจจุบัน บุคคลผู้เสพสารเสพติดได้รับการตรวจวินิจฉัย วางแผนการบำบัดจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ มีการใช้สารเสพติดอื่นในฐานะที่เป็น “ยา” เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเลิกใช้สารเสพติดตัวเดิม และการดำเนินการก็กระทำในสถานบริการทางการแพทย์ ซึ่งในอดีตการดำเนินการของสังคมต่อบุคคลผู้เสพสารเสพติดจะทำได้โดยการกักขัง แยกผู้เสพสารเสพติด และการบังคับไม่ให้ใช้สารเสพติดอย่างเด็ดขาด (การลงแดง) นอกจากนั้นปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสมอง ในอดีตสังคมจะให้ความหมายว่าเกิดจากเวรกรรม บาปของบุคคล และครอบครัวและไม่สามารถแก้ไขได้ ในปัจจุบันความบกพร่องดังกล่าวมีการให้สาเหตุใหม่ว่าเกิดจากพันธุกรรม และเป็นความบกพร่องที่ป้องกันได้ หรือสามารถดำเนินการให้ทุเลาได้ โดยการใช้เทคโนโลยีและวิธีการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่

อย่างไรก็ดี การสรุปว่า ปัญหาสังคมใดที่มีการทำให้เป็นแบบการแพทย์นั้น ไม่จำเป็นที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องมีความเกี่ยวข้องโดยตรงในการดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น กล่าวคือ ไม่จำเป็นที่แพทย์จะต้องเป็นผู้ลงมือกระทำกับปัญหาด้วยตนเองแต่หากสังคมรับเอาแนวคิดทางการแพทย์ไปใช้ในการแก้ไขหรือดำเนินการกับปัญหาสังคมนั้นก็ถือว่าเป็นการทำให้ปัญหาสังคม หรือความเบี่ยงเบนนั้นเป็นแบบการแพทย์

ประเด็นที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของการทำให้เป็นแบบการแพทย์ คือ การทำให้เป็นแบบการแพทย์นั้น เป็นกระบวนการในการให้คำนิยามต่อการกระทำของบุคคล หรือปัญหาสังคมซึ่งมีความแตกต่างในระดับของการทำให้เป็นแบบการแพทย์ ดังนั้น การกล่าวถึงการทำให้เป็นแบบการแพทย์ จึงมิใช่หมายถึงการจำแนกว่า ปัญหาสังคมใดเป็นแบบการแพทย์ หรือปัญหาสังคมใดมิใช่เป็นแบบการแพทย์ แต่จะเป็นการพิจารณาว่า การเป็นแบบการแพทย์นั้นมีอยู่ในปัญหาสังคม

ต่างๆ นั้นในระดับใด เช่น ในบุคคลที่เป็นผู้วิกลจริต จะเห็นว่ามึ่ระดับของการทำให้เป็นแบบ การแพทย์สูง ตั้งแต่การจำแนกและกำหนดว่าบุคคลใดเป็นบุคคลวิกลจริต และการบำบัดรักษา บุคคลเหล่านี้ก็เป็นที่ไปตามแนวคิดทางการแพทย์และดำเนินการในสถานบริการทางการแพทย์ แต่ใน บุคคลที่เสพสารเสพติด จะเห็นว่าระดับของการทำให้เป็นแบบการแพทย์จะมีน้อยกว่า กล่าวคือ แม้บุคคลผู้เสพสารเสพติดจะต้องผ่านการวินิจฉัยและบำบัดรักษาจากแพทย์ แต่แพทย์จะเกี่ยวข้อง โดยตรงในการบำบัดรักษาน้อยกว่า และบุคคลมีระยะเวลาในการบำบัดในสถานบริการทาง การแพทย์น้อยกว่า นอกจากนี้การบำบัดรักษาการเสพสารเสพติดสามารถดำเนินการนอกสถาน บริการทางการแพทย์ แม้ว่าจะอาศัยแนวคิดทางการแพทย์ในการบำบัดก็ตาม เช่น การบำบัดรักษา สารเสพติดตามวัดโดยพระซึ่งได้อาศัยยาสมุนไพรเพื่อการรักษาอันมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับการใช้ยา ทางการแพทย์ เป็นต้น

2.7.1 พัฒนาการของกระบวนการทำให้เป็นแบบการแพทย์

การทำให้เป็นแบบการแพทย์เป็นกระบวนการที่มีได้เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ แต่เป็น กระบวนการที่เกี่ยวพันกับอำนาจและการต่อรองทางการเมือง การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ได้พบ การทำให้เป็นแบบการแพทย์ตั้งแต่ในสมัยกรีกโบราณ ซึ่งมีหลักฐานที่แสดงว่า ความเจ็บป่วย สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน และพฤติกรรมเบี่ยงเบนสามารถนำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วย ได้ แต่อย่างไรก็ดีในยุคนั้น แนวคิดทางการแพทย์มิได้เป็นแนวคิดหลักในการนิยามความเบี่ยงเบน หากเป็นสถาบันทางศาสนาที่ใช้หลักทางศาสนา จริยธรรม ในการนิยามและกำหนดวิธีการกระทำ ต่อบุคคลผู้เบี่ยงเบน

ในยุโรปยุคแห่งการรู้แจ้ง หรือราวศตวรรษที่ 17 - 18 อิทธิพลของศาสนาและเทววิทยาใน การนิยามและดำเนินการกับความเบี่ยงเบนเริ่มอ่อนลง เนื่องจากสังคมในยุคนั้นเน้นการให้ ความสำคัญของเหตุผล โดยเชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผล และสามารถตัดสินใจกระทำบนพื้นฐานของ การใช้เหตุผลและการพิจารณาถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับหลักการ ทางวิทยาศาสตร์ที่เน้นการอธิบายการเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ในเชิงประจักษ์ หมายถึง การอธิบายที่ สามารถเห็นได้จริง พิสูจน์ได้ด้วยหลักการและเป็นเหตุเป็นผลทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งลักษณะการ อธิบายดังกล่าวเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับการอธิบายตามแนวทางของเทววิทยาและศาสนา แนวคิดทางสังคมในยุครู้แจ้งนี้เน้นความมีเหตุผลและอิสระของบุคคลในการตัดสินใจเลือกกระทำ สิ่งต่าง ๆ โดยเห็นว่าบุคคลจะทำการคำนวณเปรียบเทียบความสุขและความเจ็บปวด หรือความทุกข์ ที่ตนจะได้รับเนื่องมาจากการกระทำโดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความสุข และหลีกเลี่ยงความ ทุกข์

แนวคิดทางสังคมในยุคแห่งการรู้แจ้งนี้ให้ความสำคัญอย่างมากกับหลักการและความเป็นวิทยาศาสตร์ในการทำความเข้าใจต่อความเป็นไปในโลก รวมทั้งพฤติกรรมของมนุษย์ หลักการวิทยาศาสตร์เป็นหลักการที่เน้นความเป็นคู่สัมพันธ์ คือ เหตุการณ์ใดๆ ที่เกิดขึ้นย่อมมีตัวกำหนดหรือสาเหตุ และมักจะพยายามหาสาเหตุที่สำคัญเพียงสาเหตุเดียวในการทำให้เกิดผล พฤติกรรมของบุคคลก็เช่นกัน เกิดจากแรงผลักดันบางอย่างที่เป็นตัวกำหนดให้เกิดผล คือ การกระทำขึ้น แนวคิดในยุคนี้จึงทำการหา “ตัวกำหนดสำคัญ” ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น อาชญากรรม

แนวคิดในยุคนี้ แยกตัวกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ตัวกำหนดทางสังคมสิ่งแวดล้อม และตัวกำหนดทางกายภาพ อย่างไรก็ตามในต้นกลางศตวรรษที่ 19 จากการนำเสนอแนวคิดของลอมโบโรโซ (Lombroso) ทำให้ตัวกำหนดทางกายภาพได้รับการให้ความสนใจอย่างมาก ว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการกระทำอาชญากรรม อาชญากรในยุคนี้จึงเป็น “คนเลว” เนื่องจากเขาถูกแรงผลักดันทางกายภาพ อันเป็นการทำ “ความเลว” โดยที่เขาไม่มีทางเลือก

การอธิบายสาเหตุการกระทำเบี่ยงเบนว่าเกิดจากแรงผลักดันหรือตัวกำหนดทางสังคมและกายภาพ อันทำให้บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากการกระทำตามแรงผลักดันนั้น ทำให้สังคมได้หันมาให้ความสำคัญต่อแนวทางในการควบคุมการกระทำผิดมากกว่าการลงโทษผู้ที่กระทำผิด แนวคิดในการรักษาผู้กระทำผิดจึงเกิดขึ้นแทนที่แนวทางหรือวิธีการลงโทษที่มีมาแต่เดิม

วิชาชีพแพทย์มีอิทธิพลต่อการปรับแนวคิดทางจริยธรรมและศีลธรรม ตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 19 การทำแท้งจัดว่าเป็นการกระทำที่ไม่เป็นความเบี่ยงเบน ไม่ผิดกฎหมาย และสตรีสามารถทำแท้งได้โดยไม่มีคามผิดทางศีลธรรม เนื่องจากสังคมในยุคนั้นเชื่อว่า ความมีชีวิตของทารกในครรภ์มารดาจะเริ่มเมื่อทารกมีการเคลื่อนไหว ดังนั้นตั้งแต่ในช่วงการปฏิสนธิไปจนถึงก่อนช่วงที่ทารกมีการเคลื่อนไหว จึงจัดว่า ยังไม่ใช่สิ่งมีชีวิต ดังนั้นการทำแท้งจึงไม่ถือว่าเป็นการฆ่า เนื่องจากสิ่งนั้นไม่ใช่สิ่งมีชีวิต ในทางศาสนากล่าวว่า เนื่องจากทารกในช่วงดังกล่าวยังไม่ถือว่าเป็นวิญญาณ (Soul) ไม่มีชีวิต การทำแท้งจึงไม่ผิดทั้งทางด้านศีลธรรมและกฎหมาย

จากความเชื่อดังกล่าว สังคมในยุคนั้นจึงมีอัตราการทำแท้งสูงมาก มีคลินิกเปิดให้บริการทำแท้งอย่างแพร่หลาย และมีการโฆษณาบริการในที่สาธารณะอย่างกว้างขวาง สตรีที่ใช้บริการทำแท้งในยุคแรกๆ นั้น ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และมักเป็นสตรีที่ยังไม่ได้แต่งงาน อย่างไรก็ตามในเวลาต่อมา มีสตรีผิวขาวในชนชั้นกลางและสูง ซึ่งนับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ มาใช้บริการในคลินิกเหล่านี้เป็นจำนวนมาก โดยสตรีผิวขาวในชนชั้นสูงและกลางนี้ มักจะทำแท้งเนื่องจากต้องการชะลอการมีบุตร หรือไม่ก็เนื่องจากมีจำนวนบุตรเพียงพอแล้ว กล่าวกันว่า ในปี ค.ศ. 1870 จะมีการทำแท้ง 1 ราย ในทุกๆ การเกิดมีชีพ 5 ราย

ในช่วงทศวรรษที่ 1850 กลุ่มแพทย์ โดยการนำของสโตเรอร์ (Storer, 1999) เริ่มเขียนบทความทางการแพทย์เกี่ยวกับการทำแท้ง โดยเน้นให้เห็นอันตรายและประเด็นทางด้านศีลธรรมจากการทำแท้ง นอกจากนี้กลุ่มนักเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิสตรีก็ได้เข้ามาเรียกร้องให้ยุติการทำแท้ง โดยเห็นการทำแท้งได้โดยเสรีทำให้ผู้หญิงตกอยู่ภายใต้การกดขี่มากขึ้น เนื่องจากชายไม่ต้องรับผิดชอบต่อการกระทำทางเพศของตน เป็นที่สังเกตว่าการเรียกร้องให้ยกเลิกการทำแท้งโดยเสรีนั้นไม่ได้รับความสนใจจากศาสนจักร เนื่องจากทางศาสนาเห็นว่า การพูดถึงการทำแท้งนั้นเป็นเรื่องที่หมิ่นเหม่กับเรื่องเพศที่ศาสนจักรไม่ควรเข้าไปเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การเรียกร้องทั้งจากกลุ่มแพทย์ประสานกับการเรียกร้องของสตรีได้นำไปสู่การออกกฎหมายที่กำหนดว่า การทำแท้งจัดเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ในประเทศอเมริกา ช่วงปี ค.ศ. 1866 – 1877

งานศึกษาในระยะต่อมาได้วิเคราะห์เหตุผลที่การแพทย์พยายามทำให้การทำแท้งเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย และสังคมในยุคนั้นมีการตอบรับต่อข้อเรียกร้องดังกล่าวว่า น่าจะเนื่องมาจากเหตุผล 2 ประการ คือ (1) การที่สตรีผิวขาวในชนชั้นสูงมีการทำแท้งเพิ่มขึ้นจนทำให้อัตราการเกิดในช่วงนั้นลดลง สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกรงว่าจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในสังคมยุคนั้น จะเป็นการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้ย้ายถิ่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนผิวดำที่อพยพครอบครัวใหญ่ของตนเข้ามาตั้งถิ่นฐานในอเมริกา ค่านิยมเกี่ยวกับเชื้อชาติ และการเหยียดสีผิว ทำให้ชนชั้นผู้นำในสังคมยุคนั้นซึ่งเป็นชายผิวขาวเกรงว่าสังคมอเมริกันในสมัยต่อมาจะถูกครอบงำด้วยชนผิวสีอื่นๆ (2) การเรียกร้องของแพทย์โดยการกล่าวถึงอันตรายที่อาจจะเกิดกับสตรีที่ทำแท้งนั้น มักกล่าวอ้างถึงการทำแท้งโดยบุคคลที่มีไข้แพทย์ ซึ่งการกล่าวอ้างดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อจะจำกัดสิทธิอำนาจในการทำแท้งเนื่องจากในยุคนั้น แพทย์ประกอบด้วยบุคคลหลายกลุ่ม เช่น แพทย์ที่ใช้การรักษาแบบโฮมิโอพาธี (Homeopathy) หรือแพทย์ที่ใช้พืชในการรักษา (Botanical Doctors) การกล่าวถึงอันตรายจากการทำแท้งจึงเป็นการกล่าวอ้างในความไม่ปลอดภัยหากมีการทำแท้งโดยบุคคลที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์อย่างเพียงพอ

การออกกฎหมายการทำแท้งและการตีพิมพ์อันตรายของการทำแท้งในวารสารทางการแพทย์นำไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อการทำแท้งในยุคต่อมา ในช่วงปี ค.ศ. 1900 การทำแท้งกลายเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรมและผิดกฎหมาย และทำให้ทัศนคติทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการสร้างค่านิยมความเบี่ยงเบน และในขณะเดียวกันก็กลายเป็นผู้ควบคุมความเบี่ยงเบนเนื่องจากการสร้างความเชื่อว่า การทำแท้งโดยแพทย์วิชาชีพนั้นมีความปลอดภัย

ความสำเร็จของวิชาชีพแพทย์ในการนิยามการทำแท้งว่าเป็นความเบี่ยงเบนได้ขยายไปสู่การนิยามและควบคุมความเบี่ยงเบนอื่นๆ ด้วย ในสมัยต่อมาแพทย์ได้กลายเป็นเสมือน “ตำรวจ

สุขภาพ” (A Medical Police) ที่มีสิทธิอำนาจในการให้คำแนะนำ ตรวจสอบสุขภาพในกลุ่มสตรีอาชีพ พิเศษ ซึ่งในอีกทางหนึ่งก็คือ การควบคุมการกระทำหรือความเบี่ยงเบนทางสุขภาพในกลุ่มสตรี อาชีพพิเศษที่อาจมีผลต่อสุขภาพของประชาชนทั่วไป นอกจากนี้สิทธิอำนาจของแพทย์ยังขยาย ไปสู่การดำเนินการคุมกำเนิดในกลุ่มบุคคลที่อาจเป็นอันตรายต่อสังคม การดำเนินการด้านการ วางแผนครอบครัว ซึ่งเดิมกระทำในกลุ่มบุคคลทั่วไปโดยอิสระได้กลายเป็นความชอบธรรมของ แพทย์ในการให้คำแนะนำ และสั่งยาคุมกำเนิด

กรณีการเกิดโรคเรื้อนทำให้ความเบี่ยงเบนและความเจ็บป่วยมีความซ้อนทับกันมากขึ้น เนื่องจากผลกระทบทางความพิการทางกายที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคเรื้อน ทำให้สังคมมีความกลัว การแพร่กระจายเชื้อ และนำไปสู่การตีตรา และแยกผู้ป่วยออกจากสังคม แม้ว่าในยุคแรก แพทย์ยัง ไม่มีการรักษาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โรคเรื้อนอย่างมีประสิทธิภาพ แต่แพทย์ได้มี อิทธิพลอย่างมากต่อการนิยามความเบี่ยงเบน และการตีตราของสังคม เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่มีสิทธิ อำนาจในการวินิจฉัยบุคคลว่าป่วยด้วยโรคเรื้อนหรือไม่ และผลการวินิจฉัยของแพทย์เป็นการ ตัดสินว่าบุคคลเป็นผู้เบี่ยงเบนด้วย

ในช่วงศตวรรษที่ 20 สถาบันการแพทย์เริ่มมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นในการกำหนดแนว ทงการดำเนินการต่อปัญหาสังคม ในยุคนี้แพทย์ได้รับการยกย่องและมีเกียรติสูงทางสังคมอัน เนื่องมาจากความสำเร็จในการค้นพบวิธีการรักษาโรคติดเชื้อ กล่าวได้ว่า การพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) ได้ก่อให้เกิดคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อความก้าวหน้าและสถานภาพทางสังคม ของวิชาชีพแพทย์ การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากเชื้อ โรคนี้มีผล สำคัญต่อการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างพระและแพทย์ในเรื่องที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยที่แต่เดิม ความเจ็บป่วยมักเชื่อว่าเกิดจากวิญญาณเหนือธรรมชาติ หรือการทำบาป การดำเนินการเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยจึงอยู่ในอาณาเขตของศาสนา และพระมักจะเป็นผู้ทำหน้าที่วินิจฉัย ให้สาเหตุและ รักษาความเจ็บป่วย การพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรคได้ส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย เป็นการทำให้เกิดกลุ่มคนเฉพาะในการดำเนินการกับความเจ็บป่วย และที่สำคัญ คือ ทำให้ศาสนจักรมีบทบาทเกี่ยวกับความเจ็บป่วยน้อยลง

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ ได้ทำให้การแพทย์มี ความเป็นศาสตร์ที่เข้มแข็งกว่าแต่เดิม ที่การอธิบายกระบวนการเกิดโรคยังไม่มี ความชัดเจน และการเรียนการสอนยังไม่เป็นระบบ การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ การ พัฒนากระบวนการเรียนการสอน และการฝึกหัดแพทย์อย่างเข้มงวด ทำให้เกิดกลุ่มคนที่มีความ ชำนาญพิเศษในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย แพทย์มีจำนวนมากขึ้นและเป็นแพทย์ที่ทำงาน

เต็มเวลา และจัดเป็นอาชีพหนึ่ง จากแต่เดิมที่แพทย์นั้นมีการทำงานเป็นบางเวลาและต้องประกอบอาชีพอื่นพร้อม ๆ กับการเป็นแพทย์

จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ความเป็นศาสตร์ทางการแพทย์ ได้ทำให้มีการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ และองค์กรทางวิชาชีพแพทย์ อย่างไรก็ตามความเป็นวิชาชีพแพทย์มิได้เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นศาสตร์ที่เข้มแข็ง หรือความเป็นผู้ชำนาญพิเศษในด้านความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่การเคลื่อนไหวทางการเมือง ได้ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งในองค์กรวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งการที่แพทย์มีสถานภาพทางสังคมเหนือกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวทางการเมืองในการกำหนดว่าบุคคลใดบ้างที่สามารถให้การรักษาความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการกำหนดขอบเขตหน้าที่ของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในการดำเนินการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การออกกฎหมายให้แพทย์ต้องมีใบประกอบโรคศิลป์เป็นกลวิธีที่สำคัญในการกำหนดสิทธิอำนาจของบุคคลในการรักษาความเจ็บป่วย นอกจากนี้การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาวิชาแพทย์ และการจำกัดปริมาณของบุคคลในการเข้าศึกษาแพทย์ทำให้สถานภาพทางสังคมและความเป็นองค์กรวิชาชีพมีความมั่นคงมากขึ้น เนื่องจากสามารถคัดเลือกสมาชิกใหม่ในกลุ่มของตนเอง ขณะเดียวกันก็ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะการณ์ที่ต้องแข่งขัน เนื่องจากแพทย์เท่านั้นที่เป็นกลุ่มคนที่มีสิทธิอำนาจในการรักษาความเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดี ไม่ใช่เฉพาะจากประสิทธิภาพการรักษาทางการแพทย์ และความเข้มแข็งขององค์กรวิชาชีพแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวที่ทำให้แพทย์ประสบความสำเร็จในการดำเนินการกับความเบี่ยงเบนทางสังคม การเปลี่ยนแปลงสังคมไปสู่ความเป็นสังคมอุตสาหกรรม อิทธิพลของศาสนาที่มีต่อการควบคุมสังคมลดลง การที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลง การลดลงในอำนาจของชนชั้นผู้นำเดิม และการเพิ่มขึ้นในกลุ่มคนที่เป็นนักวิชาชีพ ชนชั้นกลาง การเคลื่อนย้ายของผู้คนไปตั้งถิ่นฐานหรือทำงานในพื้นที่ต่างๆ ตลอดจนค่านิยมที่เน้นคุณค่าของปัจเจกและความเป็นมนุษย์ ก็มีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อการเบี่ยงเบนและวิธีการดำเนินการกับผู้เบี่ยงเบน

โดยสรุป การทำให้เป็นแบบการแพทย์จึงมิได้เกิดขึ้นเอง หากเกิดจากบริบททางสังคมที่เอื้อต่อปรากฏการณ์ดังกล่าว แนวคิดมนุษยนิยม (Humanism) การเน้นการทำความเข้าใจสังคมด้วยการใช้เหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์ ร่วมกับความก้าวหน้าทางการแพทย์อันส่งผลให้คนมีความศรัทธาในประสิทธิภาพการรักษาความเจ็บป่วย และนำไปสู่ความเชื่อของสังคมในการใช้วิธีการทางการแพทย์เพื่อควบคุมการเบี่ยงเบนทางสังคมอื่นๆ

2.7.2 ระดับของการทำให้เป็นแบบการแพทย์

จากรูปแบบการทำให้เป็นแบบการแพทย์ จะเห็นได้ว่าการทำให้เป็นแบบการแพทย์สามารถเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ คือ

1) ในระดับกรอบคิด

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับกรอบคิด สะท้อนให้เห็นได้จากการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการนิยามประเด็นปัญหา แต่อาจมิได้ใช้การรักษาทางการแพทย์เข้าไปเกี่ยวข้องในการดำเนินการกับปัญหานั้นก็ได้ เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บุคคลอาจกล่าวได้ว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งนั้นมีความไม่สมบูรณ์ทางจิต หรือพัฒนาการทางสังคมอารมณ์ไม่ดี ซึ่งเป็นการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ในการอธิบายปัญหา โดยที่มิได้ใช้แพทย์หรือเทคนิคทางการแพทย์ในการดำเนินการกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ตัวอย่างของการทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับกรอบคิดที่เห็นได้ในปัจจุบัน เช่น การที่นายกรัฐมนตรีของไทยมักกล่าวถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดว่า “จะต้องทำการเอกซเรย์ทุกตารางนิ้ว เพื่อให้ประเทศไทยปลอดจากยาเสพติด” หรือการกล่าวถึงโจรกรรมว่าเป็นพยาธิสภาพของสังคม สังคมไทยต้องการการเยียวยา และเศรษฐกิจของประเทศไทยเราเพิ่งฟื้นไข้ และภาวะเศรษฐกิจในยุคก่อนเข้าขั้น โคม่า เป็นต้น ซึ่งการใช้ศัพท์ทางการแพทย์นั้นเป็นไปเพื่อความหมายแก่ปรากฏการณ์ โดยที่มิได้ใช้แนวคิดทางการแพทย์หรือทักษะ เทคนิคทางการแพทย์แต่อย่างใดในการดำเนินการต่อภาวการณ์ที่กล่าวถึง

2) ในระดับสถาบัน

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับนี้ หมายถึง องค์กรทางสังคมบางองค์กรได้ใช้การแก้ปัญหาสังคมโดยใช้แนวทางการแพทย์ (Medical Approach) และวิชาชีพแพทย์ก็อาจจะมีบทบาทเป็นผู้คัดกรองบุคคลในการเข้ารับบริการขององค์กรทางสังคมดังกล่าว แต่การให้บริการหรือการดำเนินการในชีวิตประจำวันนั้นกระทำโดยบุคลากรที่ใช้วิชาชีพแพทย์ เช่น องค์กรที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพผู้พิการ การให้คำแนะนำปรึกษาด้านครอบครัว การแต่งงาน และองค์กรทางสวัสดิการสังคมอื่นๆ

3) ในระดับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับนี้จะเกิดขึ้นในกระบวนการรักษาที่แพทย์และผู้ป่วยมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กัน เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนต่อรองความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา ซึ่งในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว ปัญหาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบุคคล

จะได้รับการตีความและวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยที่ต้องทำการบำบัดรักษาตามแนวคิดทางการแพทย์

2.7.3 ผลทางลบของการทำให้เป็นแบบการแพทย์

1) ความไม่เท่าเทียมในการแยกความรับผิดชอบออกจากการกระทำเบี่ยงเบนในแต่ละกลุ่มบุคคล

การทำให้ความเบี่ยงเบนมีสถานภาพเป็นความเจ็บป่วย ไม่ใช่ความผิด ทำให้เกิดการแยกออกจากกันระหว่างความรับผิดชอบและการกระทำ นั่นคือ บุคคลกระทำผิดได้แต่บุคคลไม่ต้องรับผิดชอบต่อการกระทำผิดนั้น เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วย ซึ่งมีนัยว่าบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ แต่อย่างไรก็ดี การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วย และการนิยามความเบี่ยงเบนความเกี่ยวพันกับอำนาจของบุคคลในสังคม ดังที่ได้กล่าวไว้ในช่วงแรกความเบี่ยงเบนนั้นเกิดจากการนิยามของกลุ่มคนที่อำนาจในสังคม ที่จะกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ว่าการกระทำใดเป็นการเบี่ยงเบนหรือไม่ และเป็นการเบี่ยงเบนในระดับที่มากน้อยอย่างไร นอกจากนี้การทำให้เป็นแบบการแพทย์นั้นมีลักษณะสำคัญอยู่ที่การมีระดับของการทำให้เป็นแบบการแพทย์ที่แตกต่างกันในแต่ละความเบี่ยงเบน และมีระดับที่ต่างกันในกลุ่ม ผู้กระทำการเบี่ยงเบน เช่น การลักขโมยของในห้างสรรพสินค้าโดยดาราภาพยนตร์ หรือผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีระดับการทำให้เป็นแบบการแพทย์มากกว่า คือ มีการให้ความหมายว่าเป็นความผิดปกติทางจิต ในขณะที่การให้ความหมายอาจเป็นไปได้ในทางตรงข้ามหากบุคคลที่ลักขโมยของอย่างเดียวกัน ในห้างเดียวกันนั้นเป็นบุคคลเร่ร่อน

ดังนั้น แม้ว่าการทำให้เป็นแบบการแพทย์จะแยกความรับผิดชอบของบุคคลออกจากการกระทำเบี่ยงเบน แต่ก็เป็นการเกิดขึ้นที่ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดการแยกกลุ่มคนในสังคมว่ากลุ่มใดควรรับผิดชอบ และกลุ่มใดไม่ต้องรับผิดชอบต่อการเบี่ยงเบนและทำให้บุคคลบางกลุ่มในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอำนาจทางสังคมการเมืองน้อยกว่ามีสถานภาพเป็น “พลเมืองชั้นสอง”

2) ผลทางสังคมจากความไม่เป็นกลางในการวินิจฉัยทางการแพทย์

แม้ว่าการแพทย์ดูเหมือนจะได้รับการยอมรับในความเป็นวิทยาศาสตร์ และความเป็นวัตถุวิสัย (Objectivity) แต่การศึกษาทางสังคมในปัจจุบันได้กล่าวถึงความมีอคติที่อาจเกิดขึ้นในการวินิจฉัย และการรักษาความเจ็บป่วยของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นอคติที่เกิดจากสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วย นอกจากนี้อิทธิพลทางธุรกิจประกันภัยก็อาจมีผลต่อกระบวนการรักษาทางการแพทย์

ความไม่เป็นกลางอย่างแท้จริงในการวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบทางสังคมต่อผู้ป่วย เนื่องจากการนิยามว่าการกระทำใดเป็นความเจ็บป่วยนั้นเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในทางลบ นั่นคือ ตัดสินบุคคลจากการมีสุขภาพดี เป็นคนปกติ ไปสู่การตัดสินใจให้บุคคลนั้นเป็นผู้ป่วย มีความเจ็บป่วย และเป็นคน ไม่ปกติ ดังนั้นการวินิจฉัยทางการแพทย์จึงมีความหมายทางสังคมที่มากกว่าการบอกว่าบุคคลนั้นป่วยด้วยโรคอะไร เช่น การวินิจฉัยบุคคลรักร่วมเพศ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติมากกว่าจะได้รับประโยชน์จากการทำให้เป็นแบบการแพทย์ นอกจากนี้ในการวินิจฉัยโรคจิต การศึกษาพบว่าบุคคลที่เป็นชนชั้นต่ำของสังคมจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตมากกว่าและในระยะเวลาที่เร็วกว่าบุคคลที่เป็นชนชั้นสูง

ความไม่เป็นกลางในการวินิจฉัยทางการแพทย์ จึงส่งผลให้บุคคลบางกลุ่มได้รับการนิยามว่า เจ็บป่วย มากกว่าบุคคลบางกลุ่ม และทำให้มีภาพของความเป็นคนที่ไม่ปกติในสังคมมากกว่า

3) การครอบงำอำนาจการควบคุมทางสังคมในกลุ่มผู้ชำนาญการ

วิชาชีพแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะด้านสูงกว่าวิชาชีพอื่น ๆ และเป็นกลุ่มคนที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มคนทั่วไป โดยเป็นกลุ่มวิชาชีพมีกระบวนการจัดการเนื้อหาของงาน การประเมินผลงาน และการควบคุมตนเองสูงกว่าวิชาชีพอื่น ๆ กล่าวคือ แพทย์สามารถกำหนดได้ว่า ตนเองจะให้บริการอะไร แค่ไหน อย่างไรจึงจะเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ และจะดำเนินการต่อผู้ที่กระทำผิดมาตรฐานทางการแพทย์อย่างไร ซึ่งกล่าวได้ว่าไม่มีวิชาชีพใดที่สามารถกำหนดลักษณะงานได้อย่างครบถ้วนเบ็ดเสร็จเท่ากับวิชาชีพแพทย์

การทำให้ความเบี่ยงเบนกลายเป็นเรื่องทางการแพทย์ เช่น การดื่มสุราอย่างหนัก กลายเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่เสพสารเสพติด ส่งผลให้สังคมมองข้ามความสำคัญของความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้น และทำให้การดำเนินการต่อความเบี่ยงเบนไปอยู่ในพื้นที่ของวิชาชีพแพทย์มากกว่าพื้นที่ที่สาธารณะร่วมกันในสังคม การใคร่ครวญต่อการดำเนินการเพื่อลดความเบี่ยงเบนจึงได้รับความสนใจน้อยในหมู่ประชาชนทั่วไป เพราะความเบี่ยงเบนนั้นกลายเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะด้านในการรักษา นอกจากนี้การใช้ภาษาทางการแพทย์ในการอธิบายเหตุและวิธีการรักษาความเบี่ยงเบน ก็ทำให้ความเบี่ยงเบนนั้นเป็นเรื่องของแพทย์ที่คนทั่วไปไม่สามารถที่จะเข้าไปร่วมได้

ผลของการทำให้เกิดความโน้มเอียงในการเข้าใจว่าการดำเนินการต่อความเบี่ยงเบนทางสังคมนั้นเป็นเรื่องทางการแพทย์ นอกจากจะส่งผลทางลบต่อการตระหนักรู้ และการร่วมดำเนินการเพื่อแก้ไขในกลุ่มคนทั่วไปแล้ว ในอีกด้านหนึ่งยังส่งผลให้เกิดการครอบงำแนวคิดและ

วิธีการในการดำเนินการต่อความเบี่ยงเบนทางสังคมที่เกิดขึ้น โดยมีแนวโน้มที่จะใช้เฉพาะแนวคิดทางการแพทย์ในการดำเนินการควบคุม มากกว่าการพิจารณาหาทางเลือกอื่น ๆ

4) การทำให้ปัญหาสังคมกลายเป็นปัญหาของบุคคล

การทำให้ความเบี่ยงเบนเป็นความเจ็บป่วย และทำการรักษาตามแนวคิดทางการแพทย์ ทำให้เกิดแนวโน้มที่จะพิจารณาสาเหตุและการแก้ไขปัญหาสังคมที่ตัวบุคคลโดยละเลยการพิจารณา ระบบสังคม การมุ่งเน้นให้บุคคลรับผิดชอบตนเองในการปรับและงดการกระทำเบี่ยงเบน โดยให้ความร่วมมือทำตามคำแนะนำของแพทย์ ทำให้บุคคลผู้เบี่ยงเบนนั้น มีลักษณะเป็น “เหยื่อ” ของสังคม ซึ่งโดยแท้แล้วความเบี่ยงเบนนั้นอาจเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ระบบสังคมที่ส่งผลต่อความเบี่ยงเบนก็ได้ แต่การทำให้เป็นแบบการแพทย์ทำให้เกิดการละเลยที่จะทำการปรับระบบ หรือ โครงสร้างสังคมที่เป็นสาเหตุของความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้น และทำให้ปัญหาที่เป็นปัญหาสังคมมีสถานะเป็นปัญหาของปัจเจกเช่น ปัญหาเด็กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในโรงเรียน อาจเกิดจากการปรับตัวไม่ทันต่อสภาพสังคม ค่านิยม และบรรทัดฐานทางสังคมที่เปลี่ยนไป ซึ่งเป็นปัญหาของสังคม แต่การทำให้เป็นแบบการแพทย์ ทำให้ปัญหาดังกล่าวเป็นเรื่องของเด็กที่บกพร่อง ในพัฒนาการทางกายอารมณ์ สังคม มิใช่สังคม ปัญหาการดื่มสุรา อาจมาจาก โครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจกำหนดนโยบายการผลิต อุตสาหกรรมสุรา รวมทั้งการเก็บภาษีสุราและสรรพสามิต เป็นต้น

นอกจากนั้นการทำให้ความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของบุคคล มีผลกระทบต่อโอกาสในการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สถานะที่ดีกว่า

2.7.4 การคลี่คลายและการถอดถอนจากการทำให้เป็นแบบการแพทย์ (Demedicalization)

แม้ว่าแนวคิดทางการแพทย์จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินการต่อความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้นมากมาย แต่ในปัจจุบันก็พบว่า การดำเนินการของสังคมต่อความเบี่ยงเบนนั้นได้เปลี่ยนไปจากที่เคยใช้แนวคิดทางการแพทย์ไปสู่การใช้วิธีการอื่น ๆ มากขึ้น กระบวนการที่ปัญหาสังคมที่ครั้งหนึ่งเคยใช้แนวคิดการแพทย์เป็นหลักสำคัญในการแก้ปัญหา และในเวลาต่อมาปัญหานั้น ไม่ถูกนิยามและดำเนินการด้วยแนวคิดทางการแพทย์ เรียกว่า การคลี่คลายและการถอดถอนจากการทำให้เป็นแบบการแพทย์ (Demedicalization) ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ พฤติกรรมรักร่วมเพศ ซึ่งในอดีตเป็นความเบี่ยงเบนทางสังคม เป็นความเจ็บป่วย และมีการรักษาด้วยแนวคิดทางการแพทย์ เช่น การสะกดจิต การทำพฤติกรรมบำบัด แต่ในปัจจุบันรักร่วมเพศกลายเป็นเรื่องที่สังคมยอมรับได้มาก

ขึ้น ทำให้การทำให้เป็นแบบการแพทย์ลดลงและไม่จัดว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตอีกต่อไป แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลที่ร่วมเพศก็ยังถูกกีดกันในสังคมและยังเป็นความเบี่ยงเบนอยู่

การพัฒนาของศาสตร์ทางระบาดวิทยากล่าวได้ว่ามีผลทำให้การเป็นแบบการแพทย์ลดลงหรือหายไป การค้นพบปัจจัยเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทำให้อิทธิพลของทฤษฎีเชื้อโรคลดลง ความเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากลักษณะและแบบแผนการกระทำกิจกรรมต่างๆ เป็นเรื่องของพฤติกรรม และวิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลมากขึ้น นอกจากนั้นการศึกษาทางระบาดวิทยาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรและสังคมกับการเกิดโรค ทำให้สังคมให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมที่มีต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ วัย ฐานะทางเศรษฐกิจ แบบแผนอาชีพ ถิ่นที่อยู่อาศัย กับการสูบบุหรี่

ผลของการพบความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกลุ่มเสี่ยงและลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่วนมากเป็นผลจากการกระทำของบุคคลทำให้แนวคิดเกี่ยวกับความรับผิดชอบที่มีต่อความเจ็บป่วยเปลี่ยนไป จากเดิมที่ความเจ็บป่วยเกิดจากเชื้อโรค และบุคคลไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วย เนื่องจากบุคคลไม่มีเจตจำนงในการเจ็บป่วย และเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือความสามารถในการควบคุมของตนมาสู่การที่บุคคลต้องรับผิดชอบต่อจะมีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น บุคคลต้องรับผิดชอบต่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ต้องมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว คือ การมีแนวคิดที่บุคคลสามารถกระทำการเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยได้ ดังนั้น บุคคลใดที่ “ปล่อย” ให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น จึงเป็นบุคคลที่สมควรถูกตำหนิ เนื่องจากมีความบกพร่องในวินัยและการควบคุมตนเอง เช่น ผู้ป่วยโรคฮัน โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็งที่ปอด และมะเร็งที่ตับ อันเนื่องมาจากการบริโภคสุราและการสูบบุหรี่ เป็นต้น

การเปลี่ยนแนวคิดในด้านความรับผิดชอบของบุคคลต่อความเจ็บป่วย นำไปสู่การเพิ่มการตำหนิบุคคลที่เจ็บป่วย และในบางความเจ็บป่วย บุคคลจะถูกสังคมตีตราเป็นสองเท่า คือ การตำหนิที่ปล่อยให้ตนเองเจ็บป่วย และการตำหนิในความบกพร่องทางวินัยและการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องของคุณธรรม จริยธรรมมิใช่เรื่องทางกายด้วย เช่น กรณีผู้ป่วยเอชไอวี

จากลักษณะดังกล่าว จะเห็นว่าการทำให้เป็นแบบการแพทย์จะลดลง โดยเฉพาะในระดับกรอบคิด แม้จะเห็นการทำให้เป็นแบบการแพทย์ในรูปแบบของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อยู่ก็ตาม นอกจากนั้นอิทธิพลของแพทย์ในการแก้ไขความเบี่ยงเบนทางสังคมก็ลดลง เนื่องจากความเข้าใจใหม่ที่ว่า ความเบี่ยงเบน หรือความเจ็บป่วยนั้นมิได้เกิดจากตัวบุคคล หากเป็นผลมาจากสภาพสังคม การจัดการความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทางการเมือง เศรษฐกิจ ดังนั้น การดำเนินการเพื่อลดป้องกันความเบี่ยงเบน จึงมิได้ใช้แนวคิดทางการแพทย์เป็นหลักดังในยุคก่อน และเป็นผลทำให้สถานภาพการเป็นผู้ควบคุมทางสังคมของแพทย์ลดลง

การคลี่คลายและการถอดถอนจากการทำให้เป็นแบบการแพทย์เห็นได้อย่างชัดเจนในเรื่องเกี่ยวกับความตาย ในสังคมเดิมที่ศาสนายังมีอิทธิพลอย่างมากในการจัดระเบียบทางสังคม ความตายเป็นเรื่องปกติ มนุษย์ไม่ให้ความสนใจหรือต้องการหาความหมายของชีวิต เนื่องจากชีวิตและความตายเป็นสิ่งที่กำหนดโดยพระเจ้า ในทำนองเดียวกัน ในสังคมพุทธศาสนา ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่อยู่นอกเหนือการควบคุมและกรหลีกหนีของมนุษย์ ดังนั้น ในสังคมอดีตจึงมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อความตายเนื่องจากเชื่อว่าเป็นความหลุดพ้น และการได้อยู่ใกล้ชิดกับพระผู้เป็นเจ้า

อิทธิพลแนวคิดแบบวิทยาศาสตร์ และความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ทัศนคติของสังคมที่มีต่อความตาย และชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ชีวิตกลายเป็นเรื่องของความมีประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ แพทย์มีเป้าหมายเพื่อการรักษาชีวิต โดยการดำเนินการให้อวัยวะของร่างกายที่บกพร่องนั้นกลับมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ ความตายตามแนวคิดแพทย์ จึงกลายเป็นความล้มเหลวในการรักษา ดังนั้นแพทย์จึงพยายามดำเนินการเพื่อรักษาชีวิต ซึ่งเป็นจริยธรรมทางการแพทย์ที่สำคัญ ผลของการพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาโรคติดเชื้อที่เคยเป็นสาเหตุสำคัญของการตายอย่างใหญ่หลวงในหมู่มนุษยชาติ ทำให้สังคมและแพทย์รับรู้ว่าคุณรู้ทางการแพทย์สามารถทำให้คนมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น ในขณะเดียวกัน ก็ทำให้เกิดทัศนคติว่ามนุษย์สามารถควบคุมการตายได้และการมีชีวิตเป็นสิ่งที่มีค่าสูงสุด นอกจากนั้นความตายกลายเป็นสิ่งที่น่ากลัว เนื่องจากอิทธิพลของแนวคิดประจักษ์นิยมในยุคแห่งการรู้แจ้ง ที่เน้นสิ่งที่เห็นได้ วัดได้ ดังนั้นมนุษย์ต้องการรู้ในสภาวะหลังความตาย และได้กลายเป็นประเด็นที่มนุษย์ค้นคว้าต้องการหาคำตอบให้ได้ โดยไม่เชื่อในการกล่าวอ้างตามหลักศาสนาอีกต่อไป

ทัศนคติต่อความตายที่เปลี่ยนไปในทางลบ และการพยายามต่อสู้กับความตายเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย นำไปสู่การปรับปรุงแบบการตายและสถานที่ตายของบุคคล จากการตายที่บ้านและแวดล้อมด้วยครอบครัว ญาติพี่น้องไปสู่การตายอย่างลำพังกับบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล การศึกษาสังคมในยุคศตวรรษที่ 17 พบว่า ชนชั้นสูงของสังคมยุโรปนั้นนิยมที่จะตายภายใต้การดูแลของแพทย์ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มของการทำให้ความตายที่เคยเป็นเรื่องของครอบครัว กลายเป็นเรื่องทางการแพทย์

การแพทย์ได้พัฒนาเครื่องมือ วิธีการต่าง ๆ มากมายเพื่อรักษาชีวิต และส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันความตาย ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการตายก่อนวัยอันสมควรได้แพร่กระจายไปในกลุ่มประชาชน บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตนของตัวเองสามารถป้องกันความตายได้ เช่น การออกกำลังกาย การไม่รับประทานอาหารมัน เค็ม สามารถลด

การอดตันในเส้นเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดการตายได้ การกินอาหารให้ถูกสุขลักษณะจะช่วยทำให้ชีวิตยืนยาวได้ ผู้สูงอายุควรมีการปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดี เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ส่งเสริมให้บุคคลรับรู้โอกาสที่ตนจะสามารถควบคุมการตายได้ และส่งผลให้บุคคลและแพทย์พยายามรักษาชีวิตไว้ให้นานที่สุด จากทัศนะดังกล่าวจะเห็นว่า ในยุคหลังศตวรรษที่ 20 สถิติการตายของบุคคลที่โรงพยาบาลมีสูงมาก และในช่วงนั้นกล่าวได้ว่า มีระดับของการทำให้ความตายเป็นเรื่องทางการแพทย์สูงสุด

การคลี่คลายของการทำให้เป็นแบบการแพทย์เกิดขึ้นเมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงในอายุขัยเฉลี่ยของประชากรและแบบแผนความเจ็บป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาสังคมในการดูแลบุคคลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง จากแต่เดิมที่ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมหลัก แต่เมื่อขนาดของครอบครัวเล็กลง และการย้ายถิ่นของสมาชิกในครอบครัวมีมากขึ้น ทำให้สังคมต้องสร้างสถาบันทางสังคมอื่นๆ เพื่อบรรเทาปัญหาเหล่านี้ ยิ่งไปกว่านั้น จากการศึกษาที่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลจากแพทย์เป็นระยะเวลานานขึ้น และเป็นการดูแลพักฟื้นมากกว่าการรักษา ค่ารักษาทางการแพทย์ในบุคคล 2 กลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้สังคมและสถาบันการแพทย์ปรับแนวคิดในการให้บริการ โดยเน้นการให้บริการในสถานพักฟื้น ซึ่งเป็นสถานบริการที่แยกจากโรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน

การปรับรูปแบบบริการเป็นการให้บริการนอกโรงพยาบาลนั้น มิได้ส่งผลต่อการถดถอยของการทำให้เป็นแบบการแพทย์ เนื่องจากสถานพักฟื้นเหล่านั้นมีบริการสุขภาพเป็นบริการหลัก และยิ่งไปกว่านั้น ธุรกิจสถานบริการพักฟื้นเหล่านี้มักเน้นการให้บริการทางการแพทย์ที่กระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน ในประเทศยุโรปได้มีการพัฒนาสถานบริการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต และเป็นที่นิยมมากขึ้นในปัจจุบันและทำให้บุคคลสามารถควบคุมวางแผนเกี่ยวกับความตายของตนเองได้แน่นอนขึ้น

บุคคลในสถานดูแลผู้ป่วยขั้นสุดท้ายนี้ สามารถเลือกที่จะตายอย่างไม่เจ็บปวด ทรมาน โดยอาศัยยาและเครื่องมือทางการแพทย์ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ นอกจากนั้นบุคคลยังสามารถเตรียมการในการดำเนินการทางสังคมอื่นๆ อันเนื่องมาจากการตายของตน เช่น การทำพินัยกรรม การจัดการพิธีศพ รวมทั้งสามารถคาดการณ์ได้บ้างเกี่ยวกับเวลาที่ตนเองจะต้องเผชิญกับความตาย ดังนั้น กล่าวได้ว่า การแพทย์ได้มีอิทธิพลอย่างมากต่อความตาย และการดำเนินการทางสังคมที่เกี่ยวกับความตายในสถานดูแลนี้และกลายเป็นการพึ่งพิงของบุคคลที่กำลังจะตายนี้ต่อบุคลากรทางการแพทย์

อย่างไรก็ดี มิใช่ว่าการแพทย์จะมีอิทธิพลอย่างเด็ดขาดต่อความตาย แนวคิดทางสังคมในปัจจุบัน ที่เน้นสิทธิของประชาชนได้ทำให้บทบาทของแพทย์เป็นเพียงผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนมากกว่าการเป็นผู้ควบคุมเหมือนในช่วงศตวรรษที่ 20 บุคคลสามารถเลือกได้ว่าตนเองต้องการจบชีวิตในลักษณะใด ที่ใด และการตายในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกิดนอกโรงพยาบาลมากขึ้น

การศึกษาทางสังคมเกี่ยวกับความตาย ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงจากการที่สถานการณ์หนึ่งในสังคมที่เป็นเรื่องปกติ ธรรมชาติ กลายเป็นปัญหา นอกจากนี้ยังเห็นกระบวนการทำให้สถานการณ์ปกติทางสังคม กลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ และการคลี่คลายในระดับของการทำให้เป็นแบบการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดทางสังคมและความก้าวหน้าทางการแพทย์เอง

2.7.5 การครอบงำอำนาจทางการแพทย์ (Medical Dominance)

2.7.5.1 อำนาจของวิชาชีพแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ

แพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพที่สำคัญและมีอิทธิพลอย่างมากต่อแนวทางการให้บริการสุขภาพในทุก ๆ สังคม แม้ว่าในความเป็นจริง จำนวนแพทย์ที่ทำงานในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ นั้นมีสัดส่วนน้อยกว่าวิชาชีพอื่น ๆ เช่น พยาบาล และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ในประเทศไทย แพทย์ที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนทั้งสิ้น 18,025 คน ในขณะที่มีจำนวนพยาบาลทั้งหมด 70,978 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) ในประเทศออสเตรเลียก็มีลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ในจำนวนของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมด แพทย์จะมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 16 เป็นพยาบาลถึงร้อยละ 65 ในขณะที่เป็นนักวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักโภชนาการ นักอาชีวบำบัด นักกายภาพบำบัด นักรังสีวิทยา เกสซกรรมกรวมกันเป็นร้อยละ 15.5 (Germov, 2002)

2.7.5.2 ความหมายของวิชาชีพ

การอธิบายความหมายของวิชาชีพนั้นเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก โดยทั่วไปมักกล่าวถึงความหมายโดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง “อาชีพ” และ “วิชาชีพ” กล่าวคือ อาชีพ หมายถึง การทำกิจกรรมหรือการงานใดๆ ที่เป็นการทำมาหากินเลี้ยงชีพของตนเองและครอบครัว ผู้ที่ประกอบอาชีพนั้นอาจจะไม่ได้ผ่านการฝึกหัดหรือเรียนรู้เกี่ยวกับการทำอาชีพนั้น ๆ ในระบบโรงเรียนก็ได้ เช่น ช่างนา ช่างสวน ช่างตัดและลงรถยนต์ ช่างเสริมสวย ค้าขาย หรืออาจจะผ่านการเรียนรู้อบรมในระบบโรงเรียน เช่น ช่างตัดเย็บ ครุ พยาบาล เป็นต้น ในขณะที่ “วิชาชีพ” จะเป็นอาชีพที่ได้รับการยกย่องจากสังคมมากกว่าการทำมาหากินทั่ว ๆ ไป เช่น ครุ แพทย์ ทันตแพทย์ ทนายความ ผู้พิพากษา เป็นต้น การยกย่องทางสังคมเป็นเกณฑ์สำคัญที่ทำให้สามารถจำแนกความ

แตกต่างกันระหว่างอาชีพ และวิชาชีพ และในขณะเดียวกัน ระดับของการยกย่องทางสังคมจะแสดงถึงอิทธิพลของวิชาชีพนั้น ๆ ในสังคม

การยกย่องทางสังคมในวิชาชีพต่าง ๆ อาจแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น การให้เกียรติ การยกย่อง การเคารพนับถือ รวมถึงการยอมรับให้บุคคลในวิชาชีพนั้นมีสิทธิในการได้รับประโยชน์จากสังคมบางอย่างที่ต่างจากวิชาชีพหรืออาชีพอื่น ๆ เช่น การได้รับค่าตอบแทนมากกว่า การได้รับเงินช่วยเหลือทางสังคม และสวัสดิการสังคม ดังนั้น กลุ่มอาชีพหลาย ๆ กลุ่มจึงพยายามเรียกร้องหรือพัฒนาความเป็นวิชาชีพของตน เพื่อผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ตามมาจากการได้รับการยกย่องทางสังคม

อย่างไรก็ดี ความเป็นวิชาชีพและการได้รับการยกย่องทางสังคม มีผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ หรือความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพนั้น ๆ ตลอดจนมีคุณธรรมที่ควบคุมการทำงาน ดังนั้นการประกอบวิชาชีพจึงต้องมีทั้งความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะในสาขาวิชาชีพคนที่ทำให้แตกต่างจากวิชาชีพอื่นหรืออาชีพอื่น และมีจรรยาบรรณทางวิชาชีพของตน ดังนั้นการพัฒนาองค์ความรู้และศาสตร์ต่าง ๆ จึงส่งผลให้มีการพัฒนาหรือยกระดับทางวิชาชีพได้ เช่น การพัฒนาศาสตร์ ทฤษฎี และความเชี่ยวชาญทางเทคนิคทางพยาบาล ทำให้เกิดการยกระดับความเป็นวิชาชีพจากในยุคแรกๆ ที่มีสถานภาพเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือแพทย์

อย่างไรก็ตาม ความเป็นวิชาชีพมิได้เป็นผลมาจากการมีความรู้และความเชี่ยวชาญในสาขาของตนแต่เพียงอย่างเดียว ความเป็นวิชาชีพมีลักษณะสำคัญคือ ความเป็นอิสระและอำนาจในการควบคุมการดำเนินการในวิชาชีพของตน อาจแสดงออกได้โดยการพิจารณาให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และการจัดตั้งองค์กรทางวิชาชีพเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกใหม่หรือแนวทางในการควบคุมสมาชิกอย่างเป็นอิสระ ซึ่ง 2 ประเด็นนี้ใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาระดับของความเป็นวิชาชีพ เช่น วิชาชีพแพทย์ มีระดับความเป็นวิชาชีพมากกว่าวิชาชีพครู เนื่องจากแพทย์มีความเป็นอิสระในการกำหนดการคัดเลือกบุคคลใหม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกในวิชาชีพ รวมทั้งสามารถกำหนดวิธีการ และแนวทางในการควบคุมสมาชิกของตนเองได้มากกว่าครู ยิ่งไปกว่านั้นในกลุ่มวิชาชีพทั้งหมดที่มีอยู่ในสังคมปัจจุบัน วิชาชีพแพทย์จัดว่ามีระดับความเป็นวิชาชีพสูงที่สุด มีความเป็นอิสระทางวิชาชีพ และมีอำนาจในการควบคุมตนเอง รวมทั้งได้รับการยกย่องทางสังคมสูง

โดยสรุป ลักษณะสำคัญของความเป็นวิชาชีพนั้น ประกอบด้วย

1) ระดับการศึกษาที่แสดงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะของวิชาชีพ และต้องเป็นความรู้ในขั้นสูงมิใช่ความรู้ในระดับทั่วไป

- 2) จรรยาบรรณทางวิชาชีพเพื่อเป็นกรอบความประพฤติ บรรทัดฐานที่ควบคุมผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนั้นๆ
- 3) ใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพ เพื่อแสดงถึงความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพอย่างถูกต้อง ได้มาตรฐานทางวิชาชีพ
- 4) สมาคมวิชาชีพ เป็นการรวมกลุ่มคนในวิชาชีพเดียวกัน มีฐานะเป็นองค์กรทางสังคมที่ดำเนินหน้าที่ประสาน และควบคุมสมาชิกในวิชาชีพของตน
- 5) การควบคุมตนเองในกลุ่มวิชาชีพ เป็นการตั้งเกณฑ์ในการควบคุม วิธีการในการลงโทษสมาชิกที่ดำเนินการผิดหลักการความรู้ หรือจรรยาบรรณทางวิชาชีพ

2.7.5.3 พัฒนาการของวิชาชีพแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา

การศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์พบว่า วิชาชีพแพทย์มิได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองแต่อาศัยการพัฒนาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนการเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาความเป็นวิชาชีพของตน พัฒนาการความเป็นวิชาชีพแพทย์อาจแบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือ

2.7.5.4 ก่อนการพัฒนาความรู้ทางวิทยาศาสตร์

แม้การแพทย์จะมีมานานแล้วตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 แต่ความเป็นวิชาชีพแพทย์เริ่มปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัดและเป็นที่ยอมรับของสังคมในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 นี้เอง ในยุโรปในอดีตการแพทย์ไม่ได้มีลักษณะเป็นการให้บริการที่โรงพยาบาล และแพทย์มิได้มีผู้ป่วยมารับบริการมากเหมือนดังเช่นในปัจจุบัน ในยุคศตวรรษที่ 19 ความเจ็บป่วยส่วนมากบุคคลจะทำการรักษาตนเองในครอบครัว หากมือไม่สามารถรักษาได้ บุคคลก็จะไปหาผู้ที่มีความรู้ทางการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งมีอยู่มากมายในสังคม โดยที่อาจเป็นแพทย์ (ที่ยังมิได้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเช่นแพทย์ปัจจุบัน) และบุคคลอื่น ๆ เช่น คนขายยาที่สามารถให้ความรู้ได้ว่าจะต้องใช้ยาตัวใดในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หมอสมุนไพร หมอจัดกระดูก (Bonesetters) หรือพยาบาลที่มีอยู่ในชุมชน (Midwives)

ในยุคนี้ องค์ความรู้ทางการแพทย์ยังไม่เจริญก้าวหน้าดังเช่นในปัจจุบัน การแพทย์มีหลายแบบและบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นแพทย์ก็แบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม เช่น การแพทย์แบบอัลโลพาธี (Allopathic Medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์ที่รักษาโดยการส่งยาที่มีฤทธิ์ตรงกันข้ามกับอาการที่เป็น เช่น ผู้ป่วยที่เป็นไข้เนื่องจากป่วยเป็นมาลาเรีย ก็จะได้รับยาควินินเพื่อลดอาการไข้ ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นอ่อนก็จะได้รับยากระตุ้นการเต้นของหัวใจ นอกจากนั้น ยังมีการแพทย์แบบโฮมีโอพาธี (Homeopathy Medicine) ซึ่งใช้หลักความเหมือนกันในการรักษา กล่าวคือ แพทย์แบบโฮมีโอพาธีจะ

สิ่งยาที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงหรือเหมือนกันกับสาเหตุ ของความเจ็บป่วย เช่น รักษาอาการไข้ด้วยการให้ กินยาที่มีฤทธิ์ทำให้มีไข้ (ซึ่งแม้หลักการรักษาของแพทย์แบบโฮมีโอพาจะดูแปลกในสมัยนี้ แต่อาจ กล่าวได้ว่าเป็นหลักการเดียวกันกับการใช้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคต่างๆ ในสมัยปัจจุบัน)

ในยุคนั้น ประชาชนมีความศรัทธาในการแพทย์สมัยใหม่น้อยมาก และความศรัทธาที่มีต่อการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์สมัยใหม่ การแพทย์แบบ โฮมีโอพาหรืออัลโลพาตี ก็มีได้มีความแตกต่างไปจากความศรัทธาที่มีต่อหมอจตุรคกร หมอสมุนไพรมะและคนขายยา นอกจากนั้น การเรียนการสอนแพทย์ยังไม่เข้มงวดและเป็นระบบ แพทย์ส่วนใหญ่เรียนรู้จากการฝึกหัดทำการ ตรวจรักษาเพียงระยะเวลาไม่กี่เดือน และไม่จำเป็นต้องทำการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ แพทย์บางคน อาจไปฝึกหัดกับแพทย์คนอื่นเป็นการส่วนตัวในระยะแรกและทำการรักษาคนอื่นเมื่อมีความ เชี่ยวชาญดีแล้ว มาตรฐานของโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่ค่อนข้างต่ำ และมีมาตรฐานที่แตกต่างกันในแต่ละ โรงเรียน บางแห่งนักศึกษาแพทย์เรียนด้วยการฟังบรรยายอย่างเดียวโดยไม่ต้องมีการฝึกปฏิบัติ ในสมัยนั้น แพทย์มักประกอบอาชีพอื่นๆ ร่วมกับการเป็นแพทย์ มีแพทย์อยู่จำนวนหนึ่งที่ประกอบ อาชีพแพทย์อย่างเดียว และมักทำเป็นอาชีพอิสระ ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล

ในช่วงที่ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ยังไม่เจริญก้าวหน้า การแพทย์แบบอัลโลพาตีได้ พัฒนาองค์ความรู้ของตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยผ่านประสบการณ์ในการรักษา ของตนและจากการคาดการณ์ตามหลักทฤษฎีซึ่งยังมีได้มีการพิสูจน์ แต่ส่วนใหญ่แล้วความเจ็บป่วย ในสมัยนั้นมักเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงมากนัก เช่น อาการไข้ ปวด หรือ การคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันต่อสู้และทำให้หายจากอาการได้เอง ดังนั้น แพทย์แบบอัลโลพาตี ก็สามารถยืนยันความรู้ความสามารถของตนเองในการรักษา ผู้ป่วยได้แม้ว่าในความเป็นจริงจะมี ประสิทธิภาพในการรักษาน้อยและวิธีการรักษาที่ใช้ไม่ส่งผลต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นเท่าใดนัก

ในช่วงกลางศตวรรษที่ 19 การแพทย์แบบอัลโลพาตีเริ่มทำการรักษาด้วยการผ่าตัดผู้ป่วย ที่เสียชีวิตหลังการผ่าตัดเป็นจำนวนมาก เนื่องมาจากการขาดความรู้และการใช้ยาสลบที่ด้วย ประสิทธิภาพ รวมทั้งการติดเชื้อหลังการผ่าตัด มีหลักฐานแสดงว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาพบแพทย์นั้น เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน (Midwives) เนื่องจากในสมัย นั้น การแพทย์สมัยใหม่ยังไม่มีความเคร่งครัดในการระวังรักษาความสะอาดและการทำให้ปลอดเชื้อ แต่เจ้าหน้าที่พยาบาลโดยลักษณะงานทั่ว ๆ ไปมักมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาด เช่น การล้างเครื่องมือเครื่องใช้ การทำความสะอาดบริเวณที่ทำงาน จึงมีผลทำให้มือของเจ้าหน้าที่ พยาบาลได้ผ่านการชำระล้างบ่อยครั้งจึงมีมือที่ค่อนข้างสะอาด ในขณะที่แพทย์ส่วนใหญ่จะทำการ รักษาผู้ป่วยโดยไม่ล้างมือหรือไม่รักษาความสะอาดของเครื่องมือทางการแพทย์ นอกจากนั้นยัง

พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาตรวจรักษากับแพทย์จะมีจำนวนเสียชีวิตมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไปตรวจรักษากับเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชนและจากการประเมินประสิทธิภาพวิธีการรักษาจากตำราทางการแพทย์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในยุคนั้น พบว่า มีความเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่การแพทย์สมัยใหม่ทำการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีถึงร้อยละ 60 ที่ล้มชะและวิธีการรักษาทางการแพทย์นั้นกลับเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

2.7.5.5 ช่วงเริ่มพัฒนาความเป็นวิชาชีพ

แม้ว่าการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์แบบอัลโลพาธีจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพน้อยในการรักษาก็ตาม การแพทย์ก็สามารถพัฒนาความเป็นวิชาชีพและอำนาจในการจัดการสุขภาพ การพัฒนาความเป็นวิชาชีพประกอบไปด้วยเหตุการณ์สำคัญๆ หลายอย่าง คือ การเกิดองค์กรหรือสมาคมทางการแพทย์ (American Medical Association: AMA) และการจัดระบบการศึกษาแพทย์อย่างเข้มงวดและเป็นระบบอันเนื่องมาจากรายงานการศึกษาที่ชื่อ The Flexner Report

สมาคมทางการแพทย์ในประเทศอเมริกามีบทบาทสำคัญต่อการลดบทบาทของการแพทย์แบบอัลโลพาธีและการแพทย์แบบอื่น ๆ กล่าวคือ สมาคมแพทย์อเมริกันได้ทำการเคลื่อนไหวให้รัฐออกกฎหมายรับรองสิทธิอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่ให้มีอำนาจในการรักษาแต่ผู้เดียว โดยการแพทย์แบบอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แบบอัลโลพาธี โฮมิโอพาธีหรือหมอจัดกระดูก และเจ้าหน้าที่อื่นๆ นั้น เป็นการรักษาที่ไม่ได้รับการรับรองจากรัฐในช่วงแรกๆ นี้กล่าวได้ว่า ความพยายามของสมาคมแพทย์ไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากในยุคนั้นสังคมยังให้ความสำคัญของสุขภาพในลักษณะที่เป็นเรื่องภายในครอบครัว เป็นเรื่องของบุคคล มากกว่าจะเป็นเรื่องของสังคมที่ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะในการรักษาและจัดการสุขภาพ ทรานเจนกระทั่งวิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้า สังคมเริ่มให้ความสำคัญในการแสวงหาความรู้แบบวิทยาศาสตร์ มีความศรัทธาในผลการพิสูจน์ให้เห็นจริง การแพทย์สมัยใหม่ทำให้เห็นว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มิใช่เป็นเรื่องง่าย ๆ ที่สามารถกระทำกันเองได้ในระดับครอบครัว สังคมจึงหันมาสนใจและให้การยอมรับในการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้นเรื่อย ๆ

การพัฒนาวิทยาศาสตร์มีผลกระทบต่อพัฒนาการแพทย์แบบอื่น ๆ ในสังคมอเมริกันด้วยเช่นกัน การแพทย์แบบโฮมิโอพาธี และหมอจัดกระดูก ก็พยายามพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ของตนให้มีความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้นเช่นเดียวกับการแพทย์แบบอัลโลพาธีและสามารถผลักดันให้ตนเองสามารถเข้าไปอยู่ในระบบการเรียนการสอนแพทย์ได้ โดยรวมเข้ากับการแพทย์แบบอัลโลพาธี ดังนั้นในยุคนั้นจึงมีโรงเรียนแพทย์ที่ให้ประกาศนียบัตรและใบประกอบโรคศิลปะ

สำหรับแพทย์ทั้งแบบอัลโลพาธี การแพทย์แบบโฮมีโอพาธี และหมอจัดกระดูก อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้ทำการรักษาอื่นๆ ที่ไม่สามารถผลัดกันตัวเองรวมเข้ากับการแพทย์แบบอัลโลพาธี และไม่สามารถเข้าไปอยู่ในระบบการศึกษาและการได้รับใบประกอบโรคศิลป์ได้ เช่น การแพทย์แบบโครแพรดิก โดยเป็นการแพทย์ที่เน้นการนวดจัดกระดูกสันหลังเพื่อบรรเทาการปวด ซึ่งเป็นการแพทย์ที่มีการสนับสนุนจากประชาชนน้อย และได้รับความนิยมน้อยกว่า เช่นเดียวกับพวกแพทย์สมุนไพร (Herbalists) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Midwives) ก็ไม่ได้เข้าไปรวมอยู่ในระบบการศึกษาแพทย์ ดังนั้น ในยุคนี้ การเรียนการสอนแพทย์ที่เป็นระบบจึงมี 2 แบบใหญ่ คือ การแพทย์สมัยใหม่ (การแพทย์ปัจจุบัน) และการแพทย์แบบอัลโลพาธี (รวมการแพทย์แบบโฮมีโอพาธี และหมอจัดกระดูก)

รายงานการศึกษาของเฟล็กซ์เนอร์ (The Flexner Report) กล่าวว่ามีความอิทธิพลต่อการจัดการเรียนการสอนแพทย์ และระบบบริการสุขภาพอย่างมาก ในขณะเดียวกันก็ส่งผลต่อการเพิ่มบทบาทของการแพทย์แผนปัจจุบันและลดอิทธิพลของการแพทย์แบบอัลโลพาธี ในที่สุดนับจากปี ค.ศ. 1910 ที่มีการเผยแพร่รายงานการศึกษานี้ ระบบการเรียนแพทย์ได้มีการปรับมาตรฐานการเรียนการสอน เนื้อหา และมีการเน้นการศึกษาวิจัย การฝึกปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งโรงเรียนแพทย์จะต้องมีการปรับปรุงเทคโนโลยี เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อใช้ในการเรียนการสอน ในช่วงนี้มีโรงเรียนแพทย์ที่ต้องถูกปิดลงเป็นจำนวนมากเนื่องจากไม่ได้ตามหลักเกณฑ์มาตรฐาน จากจำนวนโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด 162 โรงเรียนในปี ค.ศ. 1906 เหลือเพียง 81 โรงเรียนในปี ค.ศ. 1922

ผลของการปรับมาตรฐานความรู้ การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ ทำให้เกิดการปรับคุณภาพในการให้บริการรักษา และทำให้การแพทย์สมัยใหม่ได้รับความศรัทธาจากประชาชนว่าเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย กล่าวกันว่า การพัฒนามาตรฐานโรงเรียนแพทย์และการปิดโรงเรียนแพทย์จำนวนมากนั้น ส่งผลให้ระบบการเรียนการสอนแพทย์มีความเหมือนกันมากขึ้น แพทย์กลายเป็นคนกลุ่มที่มีความเหมือนกัน จากแต่เดิมที่แพทย์มีหลายกลุ่มหลายมาตรฐาน หลายเทคนิค และหลายรูปแบบในการรักษาและการอธิบายความเจ็บป่วย ยิ่งไปกว่านั้นการที่โรงเรียนแพทย์มีการกำหนดกฎเกณฑ์ในการรับสมัครผู้เข้าเรียนแพทย์ไว้อย่างเข้มงวด โดยเฉพาะการเน้นความสามารถทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ซึ่งต้องผ่านการศึกษาในสถาบันการศึกษาชั้นสูง ทำให้กลุ่มคนบางกลุ่ม เช่น ชนกลุ่มน้อย ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ หรือแม้แต่สตรีก็มีโอกาสน้อยมากที่จะได้เข้าศึกษาแพทย์ ผลที่เกิดขึ้น คือ ในยุคนั้น แม้ว่าการแพทย์จะมีมาตรฐานในการศึกษาและมีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ก็มีจำนวนแพทย์ที่จบการศึกษาเป็นจำนวนน้อย และส่วนใหญ่ผู้ที่จบการศึกษาแพทย์จะเป็นชาย ผิวขาว เป็นผู้ที่มีฐานะทางสังคม เศรษฐกิจสูง ซึ่งการเป็นแพทย์ได้ส่งผลต่อกลุ่มคนที่มีสถานภาพสูงอยู่แล้วให้สูงเพิ่มขึ้นอีก

2.7.5.6 อำนาจของแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ

งานทางสังคมวิทยาในยุคแรก ๆ ให้ความสนใจศึกษาพัฒนาการและเงื่อนไขทางสังคมการเมืองที่มีผลต่อความเป็นวิชาชีพแพทย์โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ในปัจจุบันจากการที่ความผิดพลาดในการรักษาทางการแพทย์มีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแนวทางการจัดบริการทางการแพทย์ที่แพทย์มิได้เป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กร แต่ได้ปรับเป็นในรูปของคณะกรรมการบริหาร ทำให้นักสังคมวิทยาหันมาให้ความสนใจศึกษาความเป็นอิสระ (Autonomy) และการครอบงำอำนาจทางการแพทย์ (Medical Dominance) มากขึ้น

2.7.5.7 การครอบงำอำนาจทางการแพทย์ หมายถึง การที่แพทย์มีอำนาจและความเป็นอิสระในการควบคุมการทำงานของตนเอง การควบคุมการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ รวมไปถึงการควบคุมการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข การกำหนดนโยบายสาธารณสุข และการบริหารจัดการสถานบริการสาธารณสุข (Germov, 2002) อำนาจในการควบคุมทางการแพทย์ เป็นผลมาจากบทบาทของแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย กล่าวคือ เป็นความสามารถของแพทย์ที่จะควบคุมความรู้ที่ใช้ในการดำเนินการสุขภาพ และองค์ความรู้ทางการแพทย์นั้นเป็นองค์ความรู้หลักที่ใช้ในการจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนการที่แพทย์เป็นผู้นิเทศ และตรวจสอบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ รวมทั้งการมีสถานภาพทางสังคมที่เหนือกว่าบุคลากรอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ

แพทย์มีอำนาจในการควบคุมการบริการสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน เช่น แพทย์มีสิทธิอำนาจในการวินิจฉัยโรค การรับรองการเกิด การตาย ตลอดจนการรับรองให้บุคคลสามารถใช้บริการต่างๆ ทางสังคมหรือได้รับประโยชน์จากบริการสวัสดิการต่าง ๆ ได้ เช่น แพทย์เป็นผู้รับรองในใบลาป่วย หรือความเจ็บป่วยที่จะได้รับเงินทดแทนหรือชดเชยจากรัฐ เป็นต้น นอกจากนั้นแพทย์ยังมีสิทธิอำนาจในการควบคุมวิธีการรักษาและการวินิจฉัยโรค จะเห็นได้ว่าการวินิจฉัยและการกำหนดการรักษาของแพทย์เป็นการกำหนดแผนการทำงานของพยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ แพทย์เป็นผู้ที่กำหนดการเลือกใช้วิธีการรักษาและการทำงานของบุคลากรอื่น ๆ ในระดับการบริหาร องค์กรที่ให้บริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มักมีแพทย์ดำรงในระดับผู้บริหาร นั่นคือ แพทย์เป็นผู้กำหนดแนวทาง นโยบายของโรงพยาบาล รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์

ผลจากการที่แพทย์มักอยู่ในระดับผู้บริหารในองค์กรสุขภาพนี้ ทำให้วิชาชีพอื่น ๆ นั้นยากที่จะกำหนดทิศทางการพัฒนางานตนเองอย่างเป็นอิสระ ซึ่งความเป็นอิสระนี้ (Autonomy) เป็นลักษณะสำคัญของการครอบงำอำนาจทางการแพทย์ ความเป็นอิสระของวิชาชีพแพทย์ คือ สิทธิ

อำนาจที่จะกำหนดและประเมินการทำงานของบุคลากรอื่น ๆ โดยที่ตนเองไม่ตกเป็นฝ่ายได้รับการตรวจสอบจากบุคลากรเหล่านั้น ซึ่งหากแพทย์ต้องถูกตรวจสอบก็จะได้รับการตรวจสอบจากกลุ่มคนในวิชาชีพเดียวกัน ความเป็นอิสระนี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การมีอำนาจในการควบคุมวิชาชีพอื่น สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แบบ คือ

1) อำนาจทางเศรษฐกิจ (Economic Autonomy) หมายถึง อำนาจในการกำหนดค่าบริการทางการแพทย์

2) อำนาจทางการเมือง (Political Autonomy) หมายถึง สิทธิอำนาจที่จะแสดงความคิดเห็น ชี้นำ และตัดสินใจทางนโยบายการเมืองในฐานะที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ เช่น การที่รัฐออกระเบียบให้มีการตรวจบุคคลที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อป้องกันและควบคุมโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน เป็นต้น

3) อำนาจทางการแพทย์ (Clinical Autonomy) หมายถึง สิทธิอำนาจของแพทย์ในการกำหนดมาตรฐานทางวิชาชีพในกรรกายพยาบาล ที่นำไปสู่การกำหนดค่าใช้จ่ายและการทำงานของบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ประเด็นที่สำคัญ คือ ความเป็นอิสระทางวิชาชีพแพทย์ได้ส่งผลให้แพทย์มีสิทธิอำนาจในการควบคุมการทำงานของผู้อื่น ในขณะที่เดียวกันก็มีความอิสระในการกำหนดการทำงานของตนเอง

2.7.5.8 ข้อวิพากษ์เกี่ยวกับอำนาจของแพทย์ในระบบสุขภาพ

การที่แพทย์มีความเป็นอิสระและสามารถกำหนดการทำงานของตนเอง การทำงานของผู้อื่น กระบวนการทำงาน ตลอดจนลักษณะงาน รวมไปถึงการเป็นผู้ตรวจสอบการทำงานของบุคลากรอื่นๆ ทำให้วิชาชีพแพทย์มีอำนาจเบ็ดเสร็จในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ ซึ่งสังคมได้วิพากษ์การครอบงำอำนาจทางการแพทย์ในประเด็นเรื่องผลประโยชน์ กำไรในการบริการทางการแพทย์ ตลอดจนความไม่เสมอภาคและการกีดกันทางเพศในกระบวนการรักษาและการบริหารองค์กรสุขภาพ

1) การดำเนินการทางการแพทย์เป็นไปเพื่อประโยชน์ของวิชาชีพแพทย์มากกว่าประโยชน์ของสาธารณชน

วิชาชีพแพทย์มักได้รับการวิจารณ์ว่า การดำเนินการทางการแพทย์ การตั้งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา ตลอดจนการจัดระบบและขั้นตอนในการให้บริการนั้น เป็นไปเพื่อประโยชน์ของวิชาชีพแพทย์มากกว่าจะคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยและประโยชน์ต่อ

สาธารณชน นอกจากนั้นยังได้รับการวิจารณ์ว่า การที่แพทย์มีความเป็นอิสระในการควบคุมเนื้อหาและมาตรฐานการทำงานของตนเอง ทำให้การดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาความบกพร่องทางการแพทย์ เช่น การละเลยมิให้การรักษา การให้การรักษาที่ผิดพลาด การรักษาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีประสิทธิภาพนั้นทำได้ยากเนื่องจากเป็นระบบการทำงานที่ค่อนข้างปิดอย่างไรก็ตามสังคมเริ่มตระหนักถึงข้อบกพร่องทางการแพทย์ ตลอดจนความผิดพลาดในการรักษาทางการแพทย์ที่ได้ปรากฏให้เห็นมากขึ้นในหน้าหนังสือพิมพ์และวารสารทางวิชาการทางการแพทย์ เช่น การวิจัยทางการแพทย์ที่พบความผิดพลาดในการใช้ยา หรือความผิดพลาดในกระบวนการผ่าตัด และนำไปสู่การวิพากษ์และการเคลื่อนไหวเพื่อลดอำนาจของแพทย์ในบริการสุขภาพ

2) ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

การจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการรักษานำไปสู่การวิจารณ์ว่า วิชาชีพแพทย์อาจอาศัยประโยชน์จากความเป็นอิสระในการควบคุมเนื้อหาและกระบวนการให้การรักษา ทำให้แพทย์สามารถกำหนดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการใช้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งทำให้วิชาชีพแพทย์สามารถหากำไรจากบริการทางการแพทย์ โดยมีการวิจารณ์ว่าการกำหนดวิธีการรักษาทางการแพทย์นั้นเป็นไปตามกระบวนการวินิจฉัยทางคลินิกอย่างแท้จริงหรือเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของแพทย์ เช่น การสั่งยารักษาที่ไม่จำเป็น การผ่าตัด และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น และการส่งต่อไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานบริการอื่นๆ หรือสถานบริการรักษาเฉพาะทางโดยไม่จำเป็น เป็นต้น

3) การกีดกันทางเพศ

ข้อวิพากษ์เกี่ยวกับการกีดกันทางเพศในระบบบริการสุขภาพนี้ เป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องความเสมอภาคระหว่างชายและหญิง โดยการวิพากษ์ว่าวิชาชีพแพทย์เกิดและพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดที่ชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) กล่าวคือ การรักษาและการจัดระบบบริการนั้นเป็นแนวคิดที่มองจากมุมมองของผู้ชาย เช่น การตรวจร่างกายซึ่งมิได้คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศและบทบาททางเพศ แม้กระทั่งการบริการวางแผนครอบครัวก็มักจะเน้นการดำเนินการในผู้หญิงมากกว่า นอกจากนั้นยังมีการวิพากษ์ถึงบทบาทความเสมอภาคและความก้าวหน้าในการทำงานของแพทย์สตรีซึ่งมี โอกาสไม่เท่ากับแพทย์ชาย เช่น การที่แพทย์สตรีที่เป็นผู้บริหารองค์กรสุขภาพมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับแพทย์ชาย เป็นต้น

2.7.5.9 บริบททางสังคมและสุขภาพที่มีผลต่อการลดอำนาจของแพทย์

ข้อวิพากษ์วิจารณ์ของสังคมที่มีต่อการรักษาทางการแพทย์เป็นการสะท้อนถึงทัศนคติทางสังคมที่มีต่อแพทย์และการครอบงำทางอำนาจของแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการวิพากษ์วิจารณ์เหล่านี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงแนวคิดทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการให้ความหมายของแพทย์ ผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ตลอดจนการจัดระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาศาสตร์ของวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่น ๆ

1) แนวคิดทางเศรษฐกิจทุนนิยมกับการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมได้ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแนวคิดและความสัมพันธ์ทางสังคมในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ตลอดจนการจัดการทางการเมือง ระบบเศรษฐกิจในศตวรรษที่ 21 กล่าวได้ว่าเป็นยุคที่เปลี่ยนผ่านจากการพัฒนาอุตสาหกรรมแบบดั้งเดิม ไปสู่การให้ความสำคัญในเทคโนโลยี ข้อมูลการสื่อสาร และอุตสาหกรรมบริการ การเปลี่ยนแบบแผนทางอุตสาหกรรมนี้เกิดผลต่อการเปลี่ยนแนวคิดที่มีต่อการบริหารงาน กล่าวคือ สังคมให้ความสำคัญกับสื่อ สิ่งพิมพ์ และการกระจายข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งการให้ความสำคัญกับสัญลักษณ์หรือการสร้างภาพตัวแทนของสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น เช่น การใช้สโลแกนหรือสัญลักษณ์ของสินค้า เพื่อสร้างแรงจูงใจและศรัทธาของผู้บริโภคในมาตรฐานคุณภาพและบริการของสินค้า

แนวคิดใหม่ทางเศรษฐกิจทุนนิยมมีลักษณะการบริหารที่ให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคล โดยองค์กรจะต้องบริหารจัดการให้บุคคลในองค์กรมีโอกาสใช้และพัฒนาความสามารถของตนเองสูงสุด โดยองค์กรเข้าไปเกี่ยวข้องหรือขึ้นน่าน้อยที่สุด ในขณะที่แนวคิดในยุคเดิมนั้น เน้นการจัดการบริหารองค์กรที่ควบคุมการทำงานของบุคคล โดยกำหนดรายละเอียดอย่างชัดเจนว่า บุคคลต้องทำอะไร การทำงานจะต้องทำอย่างไร และต้องทำปริมาณแค่ไหนจึงจะเหมาะสมเข้าตาเกณฑ์มาตรฐาน การกำหนดลักษณะและกระบวนการทำงานที่ชัดเจนและแยกแยะในรายละเอียดสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแนวคิดที่เน้นคุณค่าศักยภาพและความสามารถอย่างอิสระของบุคคล มากกว่าการควบคุมบุคคลอย่างเข้มงวดและการตรวจสอบบุคคลให้กระทำตามเกณฑ์มาตรฐานงานที่กำหนดไว้

อุตสาหกรรมในยุคปัจจุบันเป็นอุตสาหกรรมที่เน้นเทคโนโลยีมากกว่าอุตสาหกรรมขั้นพื้นฐานหรือการแปรรูปในอดีต ดังนั้นความรู้ทางเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และกลายเป็นลักษณะสำคัญของการผลิตและการจำหน่ายบริการ นอกจากนี้อุตสาหกรรมในยุคใหม่นั้นการเข้าถึงผู้บริโภค และใช้ความต้องการผู้บริโภค

เป็นหลักในการพัฒนาสินค้าและบริการ ดังนั้น สินค้าและบริการในอุตสาหกรรมยุคใหม่จึงมีลักษณะการบริหารจัดการที่อยู่บนพื้นฐานความรู้ รวมทั้งนั้นการจัดการแบบยืดหยุ่นเพื่อปรับตัวเองให้สนองตอบความต้องการของผู้บริโภคอย่างทันที่

การเปลี่ยนแนวคิดในการบริหารจัดการมีผลกระทบต่อการบริหารองค์กรสุขภาพ ด้วยจากแต่เดิมที่การแพทย์เป็นไปเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล ความเป็นวิชาชีพที่แม้จะมีอิสระทางความรู้ ทางบริการ แต่ยังคงเน้นคุณธรรม ผ่านการกำหนดจรรยาบรรณทางวิชาชีพไปสู่การทำให้การแพทย์เป็นดังเช่นสินค้าแบบหนึ่งที่สามารถสร้างกำไรได้ และต้องมีสัญลักษณ์หรือเครื่องหมายที่แสดงถึงควมมีมาตรฐานในคุณภาพการบริการเช่นเดียวกับสินค้าประเภทอื่น ๆ ผลของแนวคิดทางเศรษฐกิจนี้ทำให้ธุรกิจการแพทย์ขยายตัวอย่างรวดเร็ว และทำให้เกิดการแข่งขันเช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ ในตลาด รวมทั้งทำให้สถานบริการสุขภาพต้องสร้างสัญลักษณ์หรือ “เครื่องหมายการค้า” ของตนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริโภคเข้าใช้บริการ

การจัดระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนจากการมีแนวคิดที่รัฐมีหน้าที่ในการจัดหาบริการสุขภาพในลักษณะที่เป็นสวัสดิการทางสังคมให้แก่พลเมืองในชาติ ไปสู่การจัดบริการสุขภาพในลักษณะของสินค้าที่มีตลาด และเป็นสินค้าที่มีการแข่งขันตามหลักการทางธุรกิจ การจัดการสุขภาพจึงเป็นเรื่องของเอกชน โดยรัฐกำกับอยู่ห่าง ๆ และโรงพยาบาล รวมทั้งแพทย์ กลายเป็นเรื่องของการลงทุนที่มีผลกำไร และต้องแข่งขันกับโรงพยาบาลอื่นๆ และผู้ป่วยได้กลายเป็น “ผู้บริโภค” ที่มีอำนาจในการต่อรองและเลือกสถานที่ใช้บริการสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งลักษณะเช่นนี้ ส่งผลกระทบต่อการครอบงำอำนาจของวิชาชีพแพทย์ในการจัดการองค์กรสุขภาพ แพทย์มีบทบาทและอิทธิพลน้อยลงในการกำกับและวางนโยบายขององค์กร ในขณะที่เดียวกันการให้บริการสุขภาพก็มีการคำนึงถึงความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้น

นอกจากนั้นการต้องตกอยู่ภายใต้การบริหารจัดการแบบใหม่และการแข่งขันระหว่างองค์กรสุขภาพด้วยกัน ทำให้องค์กรสุขภาพมีลักษณะการบริหารในรูปแบบขององค์กรธุรกิจที่มีคณะกรรมการบริหารซึ่งประกอบด้วยนักบริหารมืออาชีพ โดยที่แพทย์อาจเป็นหนึ่งในคณะกรรมการบริหารหรืออาจไม่เป็นก็ได้ ซึ่งเป็นลักษณะการบริหารที่ลดบทบาทและอำนาจของแพทย์ในองค์กรสุขภาพ

2) การปรับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

ผลของการเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่ประชากรสูงอายุมีจำนวนสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งแบบแผนความเจ็บป่วยที่เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าเชื้อโรค และเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า

การเจ็บป่วยเฉียบพลันดังเช่นในอดีต ทำให้การแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อไม่สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในยุคปัจจุบันได้ ยิ่งไปกว่านั้น การนิยามสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นความสมดุลและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลทั้งทางกาย ใจ สังคม ทำให้สุขภาพกลายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกว่าความรู้ ความเชี่ยวชาญของแพทย์

นิยามสุขภาพแนวใหม่และแบบแผนความเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมและความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้การจัดการสุขภาพเน้นการป้องกันความเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาความเจ็บป่วย และทำให้การจัดบริการสุขภาพเป็นการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งแพทย์อาจมิได้มีบทบาทหลักแต่เพียงผู้เดียวในเรื่องสุขภาพดังในอดีต

3) การแพทย์ทางเลือก

สืบเนื่องจากการที่ผู้ป่วยในปัจจุบันมีโอกาสเลือกตัดสินใจ หรือต่อรองการใช้บริการสุขภาพได้มากกว่าในอดีต ประกอบกับจำนวนของการแพทย์ทางเลือกที่มีอยู่มากในสังคม รวมทั้งมีการยอมรับในประสิทธิภาพและคุณค่าของการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากการศึกษาที่แสดงถึงผลข้างเคียงของวิธีการรักษาและการใช้ยาของการแพทย์สมัยใหม่ ยิ่งทำให้สังคมมีทัศนคติต่อการแพทย์ทางเลือกว่าเป็นการรักษาที่ปลอดภัยกว่า และเป็นการเข้าถึงธรรมชาติ นอกจากนี้การแพทย์ทางเลือกเองก็มีการพัฒนาศาสตร์และวิธีการรักษาของตนเองให้มีความทันสมัย และมีประสิทธิภาพที่สามารถอธิบายได้ด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น ทำให้อัตราการใช้การแพทย์ทางเลือกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยมีมากขึ้น บุคคลอาจใช้การแพทย์ทางเลือกพร้อมๆ กับการรักษาทางการแพทย์สมัยใหม่ หรืออาจเลือกใช้เฉพาะการแพทย์ทางเลือกอย่างเดียวในการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก็ได้ ลักษณะเช่นนี้ทำให้อำนาจของแพทย์ในบริบทสุขภาพลดลง อย่างไรก็ตามแพทย์ได้มีการปรับตัวเพื่อพยายามคงอำนาจและบทบาทของตนเองในกระบวนการรักษา

4) การพัฒนาในศาสตร์ของวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ

การพัฒนาศาสตร์ของวิชาชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดอำนาจของวิชาชีพแพทย์ การเปลี่ยนแบบแผนความเจ็บป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมีความสำคัญมากขึ้นและครอบครัว ชุมชนกลายเป็นแหล่งบริการสุขภาพหลัก การพัฒนาศาสตร์และเทคนิคการพยาบาลในการดูแลสุขภาพบุคคลที่บ้านและชุมชนได้ทำให้พยาบาลมีบทบาทหลักในการดำเนินการด้านสุขภาพชุมชน ในขณะที่แพทย์ยังจำกัดขอบเขตบทบาทการทำงานและความเชี่ยวชาญของตนในสถานบริการหรือโรงพยาบาล ซึ่งในอนาคตบทบาทของวิชาชีพพยาบาลจะมี

ความสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่รักษาหายได้ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ตลอดจนผู้สูงอายุ และผู้พิการในชุมชน

2.7.5.10 สิทธิของประชาชนทางด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสิทธิของประชาชนในด้านการได้รับประโยชน์และโอกาสในการเข้าถึงบริการสังคมและสุขภาพเริ่มปรากฏให้เห็นบ่อยครั้ง แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของประชาชนรวมกับการเคลื่อนไหวเรียกร้องสิทธิของกลุ่มสตรีได้ทำให้ประชาชนต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การใช้จ่าย และนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการครอบงำอำนาจของแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และแพทย์ กล่าวคือ ผู้ป่วยและแพทย์มีสถานภาพที่เท่าเทียมกันมากขึ้น และผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งลักษณะดังกล่าวจัดว่าเป็นการ ทำทลายอำนาจของแพทย์ในรูปแบบหนึ่ง

2.7.5.11 ผลของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสุขภาพที่มีต่ออำนาจของแพทย์

การเปลี่ยนแนวคิดในการบริหารจัดการธุรกิจสุขภาพ การเคลื่อนไหวเรียกร้องสิทธิของประชาชนและการพัฒนาศาสตร์ทางวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งการแพทย์ทางเลือก ทำให้เกิดการลดอำนาจแพทย์ใน 3 ลักษณะ คือ

1) การลดความเชื่อมั่นในองค์ความรู้ของวิชาชีพแพทย์

เป็นกระบวนการที่สังคมเริ่มตั้งคำถามต่อประสิทธิภาพขององค์ความรู้ทางการแพทย์ซึ่งเดิมเคยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์พัฒนาความเป็นวิชาชีพที่มีอิสระและควบคุมตนเองภายใน รวมทั้งการตั้งคำถามต่อสิทธิอำนาจของแพทย์ที่มีเหนือผู้ป่วย การตั้งคำถามดังกล่าวเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของความรู้ทางการแพทย์และสุขภาพที่มีอยู่และบุคคลมีโอกาเข้าถึงความรู้เหล่านั้น โดยผ่านนิตยสารทางการแพทย์ วารสารสุขภาพ หรือแม้แต่ข้อเขียนทางหนังสือพิมพ์ ซึ่งการสื่อสารผ่านอิเล็กทรอนิกส์ได้ทำให้ข้อมูลความรู้สุขภาพกระจายไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง นอกจากนั้นข้อมูลทางการแพทย์ก็ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น นอกจากนั้นข่าวสารสุขภาพเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นความบกพร่องในการรักษาทางการแพทย์ การฟ้องร้องเกี่ยวกับการละเลยของแพทย์หรือผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ประกอบกับการเรียกร้องสิทธิของบุคคลในด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยของตน ทำให้บุคคลและสังคมเริ่มตั้งข้อสังเกตในประสิทธิภาพของการรักษาและองค์ความรู้ทางการแพทย์ และมีการเคลื่อนไหวในเรื่องดังกล่าว

2) การลดอำนาจแพทย์ในการบริหารจัดการองค์กรสุขภาพ

จากการที่การบริหารองค์กรสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนเป็นการบริหารโดยคณะกรรมการ ซึ่งอาจมีและไม่มีแพทย์ร่วมเป็นกรรมการบริหาร ได้ทำให้สถานภาพแพทย์มีฐานะเทียบเท่ากับพนักงานอื่น ๆ ที่ได้รับค่าจ้างเงินเดือนตามลักษณะงาน โดยที่คณะกรรมการบริหารจะกำหนด นโยบายและควบคุมการบริการ กำหนดค่าบริการทางการแพทย์ และอัตราค่าจ้างเงินเดือนของพนักงานในองค์กร การบริหารในรูปแบบคณะกรรมการนี้ได้ส่งผลต่ออำนาจและความเป็นอิสระของแพทย์ที่เคยสามารถกำหนดลักษณะและขั้นตอนการบริการรวมทั้งการใช้หรือการจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์

3) การลดความเป็นอิสระในการรักษาพยาบาล

ผลจากการปรับการบริหารองค์กรสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการ ส่งผลให้การทำงานของแพทย์ต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องในการรักษาประสิทธิภาพในการรักษา นอกจากนั้นการรักษาของแพทย์จะต้องคำนึงถึงมาตรฐานในการรักษาเพื่อสามารถแข่งขันกับธุรกิจสุขภาพอื่นๆ ได้ งานศึกษาทางสังคมได้กล่าวถึงผลของการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการที่มีต่อการลดอำนาจของแพทย์ในการสั่งการตรวจรักษาอย่างเป็นอิสระ เนื่องจากคณะกรรมการบริหารรวมทั้งผู้ป่วยซึ่งกลายเป็น “ผู้บริโภคร” นั้นสามารถตรวจสอบ การทำงานและกระบวนการรักษาของแพทย์

สรุปประเด็นสำคัญ

1) ลักษณะสำคัญของวิชาชีพแพทย์ คือ ความอิสระและอำนาจในการควบคุมตนเอง และบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เป็นการควบคุมทั้งในระดับนโยบาย ลักษณะและกระบวนการทำงานรวมไปถึงการกำหนดมาตรฐานการตรวจสอบ และการมีสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ

2) การศึกษาพัฒนาการทางวิชาชีพแพทย์ทั้งในประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความศรัทธาของสังคมในประสิทธิภาพการรักษาทางการแพทย์ ประกอบกับพลังทางการเมืองที่เกิดจากการดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพแพทย์ทำให้แพทย์มีสิทธิอำนาจเหนือกว่าการแพทย์แบบอื่นๆ ที่มีอยู่ในสังคมขณะนั้น

3) การที่แพทย์มีอำนาจรอบงำการบริหาร บริการสุขภาพก่อให้เกิดข้อโต้แย้งจากสังคมที่สำคัญ คือ การรักษาทางการแพทย์นั้นเป็นไปตามขั้นตอนและกระบวนการรักษาทางวิชาชีพหรือเป็นไปเพื่อประโยชน์ส่วนตัวของแพทย์ การที่แพทย์สามารถกำหนดวิธีการรักษานำไปสู่การตั้ง

ข้อสังเกตในผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่เกิดในกระบวนการรักษาของแพทย์ และการกีดกันทางเพศในกระบวนการรักษา วินิจฉัยโรค และการบริหารองค์กรสุขภาพ

4) การลดอำนาจแพทย์เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในบริบททางสังคมและสุขภาพที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแนวคิดทางเศรษฐกิจที่สุขภาพมีลักษณะเป็นดั่งเช่นสินค้า ที่สามารถสร้างกำไรให้กับผู้ประกอบการ การจัดระบบบริหารองค์กรสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการ การเน้นความสำคัญของผู้บริโภค ทำให้อำนาจแพทย์ในองค์กรสุขภาพมีแนวโน้มลดลง และแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เปลี่ยนไปเป็นความสัมพันธ์ในลักษณะการแลกเปลี่ยนตามพันธสัญญา มากกว่าความมีบุญคุณและการเป็นผู้อุปถัมภ์

5) การเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารในองค์กรสุขภาพ การปรับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและการดำเนินการด้านสุขภาพ การเคลื่อนไหวเรียกร้องสิทธิของบุคคล ทำให้อำนาจของแพทย์ในการบริการสุขภาพลดลง กล่าวคือ เป็นการลดความเชื่อมั่นในองค์ความรู้ทางการแพทย์ การลดอำนาจบริหารจัดการ และการลดความเป็นอิสระทางวิชาชีพ

6) งานศึกษาทางสังคมวิทยาในปัจจุบันได้เสนอข้อโต้แย้งว่า อำนาจของแพทย์ไม่ได้ลดลงตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสุขภาพตามที่มีการกล่าวอ้างกัน โดยเสนอให้แยกการพิจารณาเงื่อนไขทางสังคมและสุขภาพที่อาจส่งทั้งผลทางบวกและทางลบต่ออำนาจแพทย์ นอกจากนั้นควรพิจารณาอำนาจแพทย์ในลักษณะที่เป็นผลจากการต่อรองระหว่างแรงกดดันทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถเพิ่มหรือลดระดับของอำนาจในบางบริบทมากกว่าจะพิจารณาในเชิง 2 ขั้ว คือ มีหรือไม่มีอำนาจ

2.8 แนวคิดเรื่องอัตลักษณ์

อัตลักษณ์ หมายถึง ตัวตน ตัวเอง ลักษณะของตนเอง โดยเน้นลักษณะทั้งหมดโดยไม่ได้เปรียบเทียบกับใคร และเป็นสิ่งที่เกิดจากการสร้างของวัฒนธรรม (ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2550)

อัตลักษณ์ หรือเอกลักษณ์ เป็นลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในตัวบุคคลหรือชนชาติใดชนชาติหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลนั้นรู้ตัวว่า เขาเป็นบุคคล เป็นตัวเขาเอง แตกต่างจากคนอื่น และทำให้คนอื่นรู้จักว่าเป็นใคร ด้วยเอกลักษณ์ของตนเอง จึงมีความสำคัญ เพราะเป็นเครื่องรักษาบุคคลแต่ละคน ให้มีความเป็นตัวตนของตนเองโดยแท้จริง (McCall, 1987)

สำหรับ ลอเลอร์ (Lawler, 2008) อธิบายว่า อัตลักษณ์มาจากภาษาละตินว่า “Idem” แปลว่า เหมือน (Same) อัตลักษณ์จึงเสมือนของสองสิ่งหรือฝาแฝดที่แยกขาดกันไม่ได้คือความเหมือน

(Sameness) และความลักษณะเฉพาะ (Uniqueness) ซึ่งมีมากกว่าลักษณะเฉพาะของบุคคลที่แสดงออกมา

อัตลักษณ์ คือ ความเป็นตัวตน ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตัวตน หรือสถาบัน โดยสะท้อนถึงลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ เป็นพลังแฝงที่นำไปสู่พฤติกรรม เป็นเจตคติที่บุคคล กลุ่มคน ที่มีต่อสถาบันหรือเป้าหมาย เป็นความคาดหวังของบุคคลหรือสถาบัน ที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความรู้สึก หรือความรู้สึกต่อตนเองและสถาบัน เป็นสิ่งสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของคนที่มีต่อบุคคล หรือสถาบัน และเป็นความนิยมที่มีต่อสถาบัน บุคคล ที่สถาบัน หรือบุคคลได้แสดงความ เป็น ตัวตน หรือความโดดเด่นเป็นที่รับรู้ของผู้อื่น

อภิญา เฟื่องฟูสกุล (2546) สรุปความหมายของอัตลักษณ์ในมิติเชิงสังคม ว่าหมายถึง การแสดงออกความเป็นตัวเราของปัจเจกบุคคลทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ทางสังคม โดยเหตุปัจเจกอาจมีหลายอัตลักษณ์ได้ในขณะเดียวกัน และการให้ความหมายของอัตลักษณ์ก็อาจเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของวัฒนธรรมและยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้มิติเวลาเร่งเร็วขึ้น และมีพื้นที่ที่หดรัดเข้ามา เกิดการเคลื่อนไหวทางวัฒนธรรม อย่างรวดเร็ว หลากหลายและซับซ้อน การเปลี่ยนแปลง นี้แสดงออกได้หลายลักษณะและหลายมิติ ในระดับ จุลภาคจะพบการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตประจำวันของปัจเจกบุคคลซึ่งเชื่อมโยงกับการปรับเปลี่ยนสัมพันธ์กับผู้อื่น ในระดับมหภาคจะพบการเคลื่อนไหวทางศาสนา ชาติพันธุ์ และวัฒนธรรมใหม่ๆ มากมาย และมีกระบวนการสร้างตัวตนและอัตลักษณ์จากการผสมผสานองค์ประกอบทางวัฒนธรรมที่ซับซ้อน ดังนั้นแนวคิดเรื่องอัตลักษณ์จึงเป็นสิ่งที่ทำให้รู้ว่าเราหรือสิ่งๆ นั้นคือใครหรืออะไร และเราหรือสิ่งๆ นั้นจะดำเนินความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งๆ อื่น ตลอดจนสภาพแวดล้อมรอบตัวได้อย่างไร



รูปที่ 2.1 กระบวนการสร้างอัตลักษณ์และปัจเจกภาพในแนวคิดหลังสมัยใหม่

ที่มา: อภิญา เฟื่องฟูสกุล, 2546

นันทนา น้าฝน (2536) กล่าวว่าอัตลักษณ์ของบุคคล (Identity) เป็นลักษณะอย่างหนึ่งในตัวบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นมีความเป็นตัวของตัวเองซึ่งแตกต่างจากผู้อื่น จะเห็นได้ว่าอัตลักษณ์จะเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งในตัวบุคคล ซึ่งในทางสังคมวิทยาถือว่า เมื่อบุคคล มาอยู่ร่วมกันใน

สังคมก็จะมีการติดต่อสื่อสารกัน หรือมีการกระทำทางสังคมระหว่างกัน (Social Interaction) โดยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาจะเป็นปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ซึ่งขึ้นอยู่กับปทัสถานทางสังคม (Social Norms) ตามโครงสร้างทางสังคมนั้น ๆ การกระทำระหว่างกันทางสังคมทำให้บุคคลมีบทบาทตามสถานการณ์ที่ตนสัมพันธ์อยู่ (Stryker, 1980) ในทางสังคมวิทยาจึงนิยามคำว่า อัตลักษณ์ (Identity) หมายถึง การรู้คิดเกี่ยวกับตนเองของบุคคลในเรื่องของบทบาทและตำแหน่ง ในระบบความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล

สำหรับ มีด (Mead, 1934) ได้อธิบายว่า ความเชื่อมต่อนี้ระหว่างกันที่ “เราเห็นตนเองอย่างไร” และความสามารถในตัวบุคคลที่จะจินตนาการว่า “คนอื่นเห็นเราอย่างไร” จึงเป็นเรื่องความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างภายใน (Internal) และภายนอก (External) เพราะถึงแม้ว่าอัตลักษณ์คือสิ่งที่ถูกสร้างจากบริบททางสังคม แต่จะต้องผ่านขั้นตอนการคิดของปัจเจกที่มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับโลกทางสังคมด้วย ดังนั้น อัตลักษณ์จึงมีทั้งอัตลักษณ์เชิงเดี่ยว และอัตลักษณ์ที่หลากหลาย โดยสามารถพบเห็นอัตลักษณ์ได้ทั้งในลักษณะที่จำกัดหยุดนิ่ง และอัตลักษณ์ที่ลื่นไหลเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งคล้ายกับ วูดวาท (Woodward, 2011) ที่กล่าวว่า อัตลักษณ์มีความสัมพันธ์เชื่อมต่อกันระหว่าง ฉัน (I) เห็นตัวเอง (Myself) และคนอื่นเห็นอย่างไร เพราะอัตลักษณ์ มีความเชื่อมต่อนี้ระหว่างปัจเจก (Individual) กับสังคม (Social)

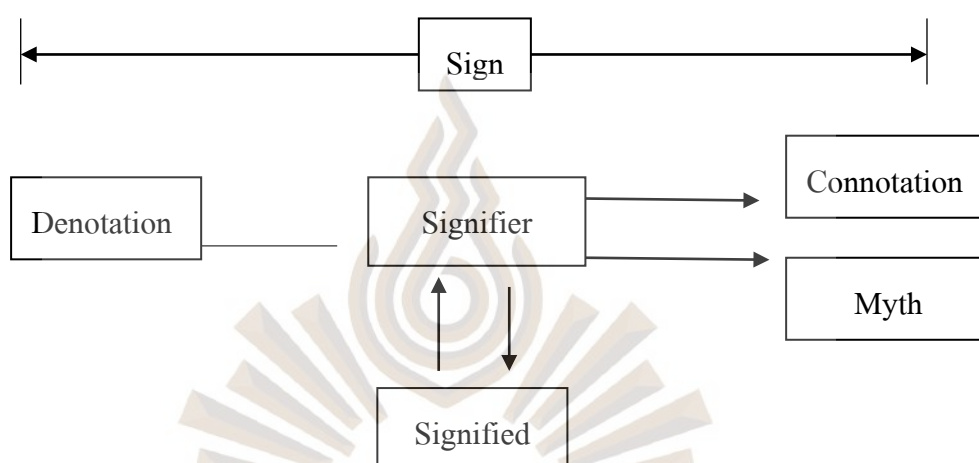
บาร์ท (Barth, 1969) สรุปว่า อัตลักษณ์ เป็นความพยายามสร้างขอบเขตของบุคคลเพื่อตอบคำถามให้ได้ว่าเราเป็นใคร แตกต่างกับคนอื่นอย่างไร สัมพันธ์กับเราอย่างไร คนอื่นสัมพันธ์กับเราอย่างไร ซึ่งเป็นกระบวนการที่เหมือนกับสิ่ง 2 สิ่งที่แตกต่างกันไม่ได้เช่นเดียวกับเหรียญ 2 ด้าน ด้านหนึ่งแสดงความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และอีกด้านหนึ่งแสดงความรู้สึกของคนอื่นต่อเรา เราอาจจะเข้าใจความหมายของภาพหรือวัตถุใด ๆ จากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างผู้รับสารกับภาพหรือวัตถุใด ๆ และปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งกระบวนการสร้างความหมาย ตามแนวคิดของ บาร์ท (Barthes, 2009) นักสัญวิทยาชาวฝรั่งเศส ซึ่งมีแนวคิดอ้างอิงแบบทฤษฎีโครงสร้างนิยม (Structuralism) ที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจโครงสร้างรูปแบบของความหมาย เฉกเช่นเดียวกับแนวคิดของ โซซูร์ (Saussure) ซึ่งได้ทำการจำแนกความหมายของสัญชนะไว้ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความหมายโดยตรง (Denotation Meaning) ซึ่งหมายความรวมถึงความเข้าใจตามตัวอักษรและสิ่งซึ่งปรากฏมองเห็นได้ชัดเจนเป็นรูปสัญชนะที่ทำให้เกิดความเข้าใจสามัญที่ตรงกันของคนส่วนใหญ่และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ความหมายโดยตรงนี้ถือได้ว่าเป็นความหมายในขั้นแรก (First Order of Signification) เป็นความหมายที่มีลักษณะเป็นสากล (Universal)

2) ความหมายโดยนัย (Connotation Meaning) เป็นตัวความหมายถึงการประกอบสร้างอย่างเป็นอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ส่วนบุคคล และอาจรวมถึงอารมณ์

ความรู้สึกละเอียดของแต่ละบุคคล จนไปถึงอัตวิสัยในระดับสังคมที่เราเรียกว่าค่านิยมในบริบทของสังคม หรือ วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

มายาคติ (Myth) ซึ่งหมายความถึงความหมายของความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่ง ๆ กับการแปรความหมายที่มีลักษณะที่สอดคล้องกับการเป็นเรื่องเล่าหรือการอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ และเหนือธรรมชาติในบริบททางสังคมหรือวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ (ปรววรรณ ดวงรัตน์, 2557)



รูปที่ 2.2 กระบวนการสื่อความหมายของโรล็องด์ บาร์ต (Roland Barthes)

ที่มา: วีรพล เกียมวิสุทธิ, 2560

สรุป อัตลักษณ์คือ ลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในตัวบุคคล หรือในกลุ่มชน ที่ทำให้บุคคลหรือกลุ่มชนนั้น รู้ตัวว่า เขาเป็นบุคคล เป็นตัวของเขาเอง มีความเป็นตัวตนที่ทำให้คนอื่นรู้จักว่าเป็นใคร ด้วยเอกลักษณ์ของตนเอง หรือลักษณะเฉพาะตัว ลักษณะที่เหมือนกัน มีร่วมกันหรือลักษณะที่ แสดงความเป็นอย่างเดียวกันของคนในสังคมหนึ่ง ๆ ซึ่งแตกต่างจากลักษณะร่วมของคนในสังคมอื่น

อัตลักษณ์ เกิดจากการสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง แล้วมีการถ่ายทอดทางความคิดสู่กัน ทำให้เกิดนิยามแก่ตนเอง ว่าฉันเป็นใคร การให้คำตอบแก่ตนเองว่าตัวตนของเราคืออะไร มีบทบาทอะไร การทำตามบทบาทของเราเป็นที่รู้จัก รับรู้ของตนเองและบุคคล สังคม การแสดงบทบาทในสังคม เป็นกรอบของการมีเอกลักษณ์ หรืออัตลักษณ์ของบุคคล (Identity) หรือเป็นการเรียนรู้รูปแบบของบทบาทการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมเป็นรากฐานของการเกิดเอกลักษณ์และการแสดงความเป็นตัวตน แสดงอัตลักษณ์ที่บุคคล กลุ่มคนเข้าไปเกี่ยวข้องกับการมีเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ของบุคคลตามโครงสร้างงาน หรือตามสถานการณ์ทางสังคมที่บุคคลนั้น เข้าไปเกี่ยวข้อง

สามารถพัฒนาขึ้นได้ โดยการคัดสรรองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้และคาดหวังในการมีบทบาทในตนเอง และกับองค์กร การแสดงออกของพฤติกรรมในสังคม การดำรงบทบาทในสังคม พฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นไปตามความต้องการ และตามเป้าหมายของบุคคลหรือองค์กร ถ้ามบทบาทนั้นๆทำให้บุคคลหรือองค์กรบรรลุตามความต้องการแล้ว บทบาทนั้น ๆ ก็จะได้รับการพัฒนาให้มีความมั่นคงในการปฏิบัติ การแสดงออกตามบทบาทหรือการได้ทดลองสมบทบาททำให้บุคคลนั้น เกิดการประเมินตนเอง และประเมิน โดยบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกระบวนการประเมินนี้จะสะท้อนกลับ ทำให้เกิดภาพพจน์ของตนเอง การมีภาพพจน์ที่สร้างความรู้สึกลึกซึ้งทางจิตวิทยาในตนเอง เมื่อได้แสดงพฤติกรรมตามบทบาทของตน เป็นการสร้างให้บุคคลเกิดความรู้สึกลึกซึ้งทางจิตวิทยาของพฤติกรรม หรือภาพที่แสดงออกตามบทบาทนั้น เป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมเด่นเฉพาะบทบาท การมีความรู้สึกลึกซึ้งทางจิตวิทยาในตนเองของบุคคล เมื่อสามารถมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ตามบทบาทนี้ยังมีมากเพียงใด ก็ยังทำให้ความมั่นคงของอัตลักษณ์และการแสดงออกของเอกลักษณ์ตามบทบาทนั้นสูงขึ้นไปด้วย

โครงสร้างทางความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับตนเอง ที่ถูกสร้างขึ้นให้มีความมั่นคง เป็นจุดเริ่มต้นของการประพฤติที่สม่ำเสมอ ความสม่ำเสมอของพฤติกรรม จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นพยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกลึกซึ้งเกี่ยวกับตนเอง

2.8.1 ความสำคัญของอัตลักษณ์

อัตลักษณ์ เป็นรากฐานแห่งความมั่นคงขององค์กร การมีอัตลักษณ์ที่ดี ย่อมส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดี นับเป็นการเตรียมพร้อมขององค์กร แม้มีวิกฤตเกิดขึ้นก็สามารถแก้ไขได้ทันที่องค์กรต่างๆ ที่ได้รับความสนใจจากสาธารณชนมากขึ้น ทุกคนต้องการรับรู้และมีส่วนเกี่ยวข้องในการแสดงความคิดเห็น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเพื่อสร้างและแสดงความเป็นตัวตนให้เด่นชัด เป็นที่รู้จักแก่ผู้อื่น มีภาพลักษณ์ที่แสดงออกถึงอัตลักษณ์ที่โดดเด่น จะทำให้เป็นที่รู้จัก ได้รับการสนับสนุนร่วมมือ ได้รับการไว้วางใจ ทำให้องค์กรนั้นประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน แต่หากองค์กรใด แสดงถึงความเป็นตัวตนที่เด่นชัด ไม่มีความโดดเด่น สะท้อนภาพที่สังคม บุคคลรับรู้ ในด้านไม่ดีจะได้รับการต่อต้าน คูหมีน เกลียดชัง นอกจากนี้ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี การสื่อสารยังมีผลต่อการสร้างอัตลักษณ์และสะท้อนภาพลักษณ์ให้เป็นที่รู้จักแก่บุคคลและสังคม นอกจากนี้อัตลักษณ์มีความสำคัญต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจของบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกลึกซึ้งทางจิตวิทยาการยอมรับในคุณค่าของตน บุคคลที่มีความพึงพอใจต่ออัตลักษณ์ของตน จะมีความภาคภูมิใจยอมรับในคุณค่าของตนเองก่อให้เกิดความมั่นใจ

และปราศจากความวิตกกังวลในการติดต่อและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น อัตลักษณ์จึงมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคล มีอิทธิพลต่อการสร้างความโดดเด่นของตนเอง

2.8.2 กระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของบุคคล และอัตลักษณ์ของกลุ่ม

การศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์ถือเป็นแก่นกลางหนึ่งของการศึกษาสังคมพหุวัฒนธรรม เนื่องจากวัฒนธรรมคือวิถีชีวิต คือ ระบบความสัมพันธ์ วัฒนธรรมจึงเป็น “รูปธรรม” ของอัตลักษณ์ หรือตัวตนของสังคมนั้น ๆ ด้วยหากแนวคิดเรื่องสังคมแบบพหุคือการยอมรับความแตกต่างหลากหลายของผู้คนในสังคม นั่นก็หมายความว่าความถึงการยอมรับในอัตลักษณ์ของปัจเจก ของชุมชน หรือของสังคมนั้น ๆ เช่นกัน อัตลักษณ์มีความหมายหลากหลายมิติ ในที่นี้จะนำเสนอนิยามและมุมมองโดยสังเขปของนักวิชาการบางท่านเกี่ยวกับอัตลักษณ์และความสัมพันธ์ระหว่างอัตลักษณ์กับสังคมและการสื่อสาร

อัตลักษณ์ (Identity) ตามคำกล่าวของ เฮเกิล (Hegel, 1997) ที่ว่า “การมองเห็นและยอมรับคนอื่น นำไปสู่การสร้างอัตลักษณ์ของตัวเอง” คำว่า อัตลักษณ์ของบุคคล หมายถึงมิติ “ภายใน” ของความเป็นตัวเราทั้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และแนวคิดเกี่ยวกับตัวเองหรือการรู้จักตัวเอง (Self-concept) รวมทั้ง สำนึกถึง “ความเป็นปัจเจก” ที่บุคคลเชื่อมต่อและสัมพันธ์กับสังคม อัตลักษณ์จึงเป็นสิ่งที่ทำให้รู้ว่า เราคือ “ใคร” และ “เราจะดำเนินความสัมพันธ์กับคนอื่นตลอดจนโลกภายนอกที่แวดล้อมตัวเราอย่างไร (Hegel, 1997 อ้างถึงใน กุสุมา ภาใหญ่, 2556)

การสร้างอัตลักษณ์บุคคล ในทางจิตวิทยาเกิดขึ้นนับตั้งแต่วันที่ออกจากครรภ์มารดา และลืมตาดูโลกต่อมาในวัยเด็ก เรารับรู้โลกด้วยวิธีคิดแบบเทียบเคียง การรับรู้หรือสัมผัสสรรพสิ่งรอบตัว แล้วเรารู้ว่า สิ่งนั้นสิ่งนี้คืออะไร แต่เมื่อเราเริ่มโตขึ้น เราเรียนรู้ภาษาและระบบสัญลักษณ์มากขึ้น เรารับรู้โลกผ่านการมองเชิงเปรียบเทียบและให้คุณค่า เราเริ่มคิดว่า สิ่งนั้นสิ่งนี้เหมือนอะไร การเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างเริ่มซับซ้อนและเป็นสัญลักษณ์มากขึ้นเมื่อเราเข้าสู่สังคมที่ใหญ่ขึ้นและความสัมพันธ์ทางสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น

ลากอง (Lacan, 1993) ได้เสนอแบบจำลองการสร้างอัตลักษณ์ที่เรียกว่า The Mirror Stage กล่าวคือ ในวัยทารก เรายังไม่รู้จักรว่าตัวเองคือใคร เรายังไม่สามารถแยกตัวเองออกจากแม่ได้ เรายังรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของแม่ แต่เมื่อเติบโตขึ้นถึงวัยเรียนรู้ เมื่อเราเห็นตัวเองในกระจกเงา เราเริ่มเรียนรู้ความเหมือนความต่างและตระหนักแล้วว่าเด็กในกระจก “นั่นไง คือตัวนั่นเอง” และเมื่อเราเห็นแม่ในกระจก เราก็ได้เรียนรู้อีกครั้งว่านี่คือ “ผู้หญิงที่เขาเคยเห็นและคุ้นเคย” ซึ่งแตกต่างจากคนที่เขาเพิ่งรู้จักใหม่ซึ่งก็คือ “ตัวของเขาเอง” ดังนั้น ในกระบวนการนี้ เรารู้จักตัวเองจากการมองว่าคนอื่นนั้นแตกต่างจากเราเริ่มหลุดพ้นออกจากการเป็นหนึ่งเดียวกับแม่ของเราอีกครั้ง ณ

จุดนี้ ตัวตนของเราค่อยๆ เริ่มก่อตัวขึ้น อัตลักษณ์ของเราเริ่มชัดเจนขึ้น เราได้ตระหนักถึงตัวตนของเราใน 2 ลักษณะคือ ตัวตนภายใน (ฉัน) และตัวตนในกระจก (ภาพตัวแทนของฉัน) เราเริ่มตระหนักถึงระยะห่างระหว่างตัวเราทั้งสองแบบนี้ และในที่สุด เราก็หลุดออกจากตัวตนภายในที่แต่เดิมเราเคยคิดว่ามันมีเพียงหนึ่งเดียว

ในทางสังคมวิทยา กระบวนการให้ความหมาย มักเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน อัตลักษณ์จึงเป็นการบอกถึงลักษณะหรือจำแนกแยกแยะ เบอร์เกอร์และลักก์แมน (Berger & Luckmann, 2011) กล่าวว่า อัตลักษณ์ถูกสร้างขึ้น โดยกระบวนการทางสังคม เมื่อตกผลึกแล้วอาจจะมีความคงที่ อาจปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้ ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นหลัก การประกอบขึ้นและดำรงอยู่ของอัตลักษณ์ มีกระบวนการทางสังคมในการสร้างและสืบทอด อัตลักษณ์ อย่างไรก็ตามย่อมขึ้นอยู่กับบริบทของความสัมพันธ์ของสังคมที่มีต่อตนหรือกลุ่มอื่นๆ ด้วย

อย่างไรก็ตาม อัตลักษณ์มีทั้งในระดับของปัจเจก (Individual) และระดับสังคม (Social Identity) ที่เชื่อมต่อและสัมพันธ์กัน โดยสังคมเป็นผู้กำหนดบทบาทหน้าที่และระบบ ดังนั้นคุณค่าที่ติดตามมาย่อมสืบเนื่องมาจากบทบาทและหน้าที่นั้น ในระดับปัจเจกนี้บุคคลหนึ่งอาจจะมีหลายอัตลักษณ์อยู่ในตัวเอง เช่น ความเป็นกลุ่มสังคมใดสังคมหนึ่ง เพศสภาพ อายุ อาชีพ ช่วงชั้นทางสังคม และศาสนา เป็นต้น และในขณะที่อัตลักษณ์ระดับสังคมนั้นถูกสร้างขึ้นบนพื้นฐานความเหมือนของสมาชิกในกลุ่ม หรือที่เรียกว่า อัตลักษณ์ร่วมของกลุ่ม (Collective) อย่างไรก็ตามในความเหมือนนั้นก็ยังคงมีความแตกต่างที่ต่างไปจากกลุ่มคนกลุ่มอื่น ซึ่งความต่างนี้จะทำให้ลักษณะเฉพาะที่เรียกว่าอัตลักษณ์ของกลุ่มนั้นเด่นชัดขึ้น (ประสิทธิ์ ลิปิธิชา, 2547)

2.8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตลักษณ์บุคคล อัตลักษณ์ร่วม และอัตลักษณ์องค์กร

อัตลักษณ์ เป็นลักษณะเฉพาะ หรือลักษณะที่เหมือนกันของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่สามารถบ่งบอกความแตกต่างและสร้างความจดจำได้ ซึ่งเป็นผลจากการยอมรับและเข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเองผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อันเป็นผลจากกระบวนการทางอารมณ์ความรู้สึก ภายในตนเอง และกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนั้น สามารถนำมาจำแนกประเภทของอัตลักษณ์ ได้ดังนี้

1) อัตลักษณ์บุคคล (Individual Identity)

อัตลักษณ์บุคคล เกี่ยวข้องกับ “มิติภายใน” ของบุคคล อันได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งบุคคลมีต่อตนเอง เป็นการให้ความหมายหรือเปลี่ยนแปลงความหมายเกี่ยวกับ ตนเองผ่าน

กระบวนการที่เขาสัมพันธ์กับโลกซึ่งก็อฟมัน (Goffman, 1990) นักสังคมวิทยาได้จำแนกอัตลักษณ์บุคคลตามทฤษฎีจิตสังคมของเอริกสัน (Erikson, 1994) ไว้ดังนี้

1.1) สิ่งที่คุณคาดหวังว่า เป็นตัวตนของตนเองซึ่งมีลักษณะเฉพาะและแตกต่างจากผู้อื่น (Ego Identity)

1.2) ภาพหรือลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในสายตาผู้อื่น (Personal Identity) ซึ่งสังคมมี กระบวนการแจ่มแจ้ง และระบุอัตลักษณ์บุคคลแตกต่างกันไป เช่น ในสังคมสมัยใหม่ใช้บัตรประจำตัวประชาชน หรือการพิมพ์ลายนิ้วมือ เป็นต้น

2) อัตลักษณ์ทางสังคม (Social Identity)

อัตลักษณ์ทางสังคม คือ สถานภาพทางสังคม เช่น อาชีพ ชนชั้น เพศ ชาติพันธุ์ หรือศาสนาที่คุณคนนั้นสังกัด อัตลักษณ์บุคคลและอัตลักษณ์ทางสังคมมีการซ้อนทับกันอยู่ เช่น การที่สังคมกำหนดบทบาทหน้าที่และตำแหน่งทางสังคม อาทิ ความเป็นลูก ความเป็นเพื่อน หรือตำแหน่งทางสังคมแก่บุคคล ส่งผลให้คุณคนเรียนรู้และเลือกนิยามตนเองให้เหมาะสมกับสังคม และมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบท สัญลักษณ์ ที่บุคคลนำมาใช้นิยามตนเองทั้งต่อสังคมและต่อตนเอง เช่น การเลือกแต่งกายเพื่อแสดงความเป็นสมาชิกของ สถาบัน หรือแต่ละสถานศึกษาเลือกใช้สัญลักษณ์ หรือเครื่องแบบที่แตกต่างกันเพื่อแสดงความเป็นตัวตน ให้ผู้อื่นรับรู้ ทั้งนี้การนิยามความหมายเพื่อแสดงถึงความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคลกับสิ่งที่ผู้อื่นมองเห็น อาจไม่สอดคล้องกันเสมอไป โดย ก็อฟมัน (Goffman, 1990) ได้จำแนกอัตลักษณ์สังคมนี้ออกเป็นสองส่วน ได้แก่

2.1) สิ่งที่สังคมเรียกร้องและคาดหวังจากบุคคล (Virtual Social Identity)

2.2) สิ่งที่เป็นอัตลักษณ์ที่แท้จริงของบุคคลนั้น (Actual Social Identity)

กล่าวโดยสรุป อัตลักษณ์แบ่งเป็นสองประเภท คือ อัตลักษณ์บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับมิติภายในของบุคคลที่รู้จักและรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และอัตลักษณ์ทางสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ทั้งนี้บุคคลจะนิยามและแสดงตนเองจากอารมณ์ ความรู้สึกภายในของตนเอง และจากความคาดหวังของสังคม ดังนั้นอัตลักษณ์บุคคลและอัตลักษณ์ทางสังคมจึงมีความเชื่อมโยง และส่งผลซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้น การสร้างอัตลักษณ์บุคคลจึงไม่ได้มีลักษณะถาวรแต่มีการก่อตัว และปรับเปลี่ยนตลอดเวลาตามบริบทของเวลาและสถานที่ที่บุคคลได้มีปฏิสัมพันธ์

โดย เอริกสัน (Erikson, 1994) เชื่อว่า การสร้างอัตลักษณ์บุคคลเป็นกระบวนการตลอดทั้งชีวิต (A Life Long Process) และได้แบ่งขั้นตอน การสร้างอัตลักษณ์ไว้ 8 ขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่ วัยทารกจนถึงวัยชรา (สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2544) ซึ่งในการสร้างอัตลักษณ์นี้ มีความเกี่ยวข้องกับ มิติภายในที่ปัจเจกบุคคลรู้จักและรับรู้เกี่ยวกับตนเองและมิติภายนอกที่ปัจเจกบุคคลให้และ

เปลี่ยนแปลงความหมายเกี่ยวกับตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (อภิญา เพื่องฟูสกุล, 2546) ความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างอัตลักษณ์บุคคล อัตลักษณ์กลุ่ม และอัตลักษณ์องค์กร มีดังนี้

1) กระบวนการที่อัตลักษณ์บุคคลกลายเป็นอัตลักษณ์ทางสังคม และกระบวนการที่สังคมหล่อหลอมอัตลักษณ์บุคคลขึ้นมา

ฮาร์เร (Harré, 1976) ได้อธิบายถึงกระบวนการที่อัตลักษณ์บุคคลกลายเป็นอัตลักษณ์ทางสังคมและ กระบวนการที่สังคมหล่อหลอมอัตลักษณ์บุคคลขึ้นมา ดังนี้

1.1) กระบวนการที่เด็กซึมซับเอาค่านิยม ผ่านกระบวนการขัดเกลาจากพ่อแม่หรือโรงเรียน (Appropriation)

1.2) กระบวนการที่ค่านิยมเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ต่าง ๆ ผสมเข้ามาในมิติภายในของบุคคล และก่อตัวขึ้นเป็นอัตลักษณ์บุคคล (Transformation)

1.3) กระบวนการที่อัตลักษณ์บุคคลถูกถ่ายทอด หรือแสดงออกในพื้นที่สาธารณะ (Publication)

1.4) กระบวนการที่ประสบการณ์ในกระบวนการ ทั้งสามข้างต้น ได้กลายเป็นประสบการณ์สาธารณะ ผ่านกลไกบางอย่าง เช่น การพิมพ์หนังสืออัตชีวประวัติ ออกมาจำหน่าย (Conventionalization) ทั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวทั้งหมดจะครอบคลุมทั้ง ส่วนที่บุคคลถูกกำหนดจากสังคม และส่วนที่บุคคลเลือก ให้ความหมายและกระทำภายในกรอบที่ถูกกำหนดด้วย

2) วงจรแห่งวัฒนธรรม (The Circuit of Culture) กับกระบวนการสร้างอัตลักษณ์บุคคลกระบวนการสร้างอัตลักษณ์บุคคลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องภายใต้วงจรแห่งวัฒนธรรม ซึ่งมีองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยจุดเริ่มต้นของวงจรมันจะเริ่มต้น ณ องค์ประกอบใดก่อนได้ดังนี้

2.1) การผลิต (Production) คือ การที่บุคคลให้ความหมายและเปลี่ยนแปลงความหมายจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในสถานการณ์และรูปแบบที่หลากหลาย

2.2) การบริโภค (Consumption) คือ การบริโภคทางวัฒนธรรม ที่ให้ความหมายจากการสร้างภาพตัวตน และในการบริโภคนั้น สถานที่ อุดมการณ์ เพศ และชนชั้นทางสังคมต่างก็หมุนเวียนและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

2.3) อัตลักษณ์ (Identity) คือ การแสดงออกต่อ ตนเองเกี่ยวกับคำถามว่า “เราเป็นใคร” “เรารู้สึกอย่างไร” และ “เรารู้สึกร่วมกับกลุ่มไหน”

2.4) กฎระเบียบ (Regulation) คือ ความหมาย ในทางวัฒนธรรมซึ่งไม่ได้เป็นเพียงสิ่งที่ฝังอยู่ในความคิด แต่ก่อรูปเป็นระเบียบปฏิบัติในสังคม (Regulate Social Practice) มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

2.5) ภาพตัวแทน (Representation) เป็นการสร้างความหมายผ่านภาษา โดยใช้สัญลักษณ์เพื่อสื่อสารกับผู้อื่น และใช้สัญลักษณ์อ้างอิงถึงความจริงทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

3) อัตลักษณ์องค์กร (Organizational Identity) กับการสร้างอัตลักษณ์บุคคล

จากแนวคิดที่ว่าอัตลักษณ์บุคคล และอัตลักษณ์ทางสังคมมีความเชื่อมโยงและส่งผลซึ่งกันและกัน โดยบุคคล ให้และเปลี่ยนแปลงความหมายเกี่ยวกับตนเองจากการ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม หนึ่งในอัตลักษณ์ทางสังคมที่มีผลต่อการสร้างอัตลักษณ์บุคคล คือ อัตลักษณ์ร่วม (Collective Identity) ของสมาชิกในองค์กรผ่านการ บัญญัติกฎระเบียบ ข้อบังคับ ธรรมเนียม และประเพณี เพื่อกำหนดอำนาจและบทบาทหน้าที่ของบุคคลภายในองค์กร ซึ่งอัตลักษณ์ร่วมนี้มีส่วนในการสร้างอัตลักษณ์องค์กร (Organizational Identity)

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบการศึกษาครั้งนี้ เป็นการนำแนวความคิด ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ งานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา ตามหัวข้องานวิจัย เรื่อง อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ ปัญหาสถานะและการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การทบทวนจะให้ความสำคัญกับสาเหตุของปัญหาตามมุมมองที่หลากหลายต่อคำถามว่า การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด และมีอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร งานศึกษานี้จะทำการวิเคราะห์ ตามกรอบแนวความคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ เป็น 7 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่พัฒนาการทางวิทยาศาสตร์อย่างรวดเร็ว โดยแนวความคิดนี้เป็นรูปแบบที่เน้นวิธีการแสวงหาความจริงเชิงสาเหตุ ตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ ต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสังเกตและหรือการทดลอง การใช้รูปแบบคณิตศาสตร์เป็นภาษาในการวิเคราะห์ ภารกิจหลักของการศึกษา คือ การสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและหาคำอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าว การปฏิบัติความรู้ทางวิทยาศาสตร์และสังคมในช่วงศตวรรษที่ 17 จนถึงศตวรรษที่ 18 ได้นำมาซึ่งภาวะสมัยใหม่ (Modernity) ในสังคมยุโรป ผลกระทบที่ตามมาของ “ภาวะสมัยใหม่” (Modernity) ซึ่งกระจายออกไปทั่วโลกที่เห็นได้ชัดเจน คือ ระบบ

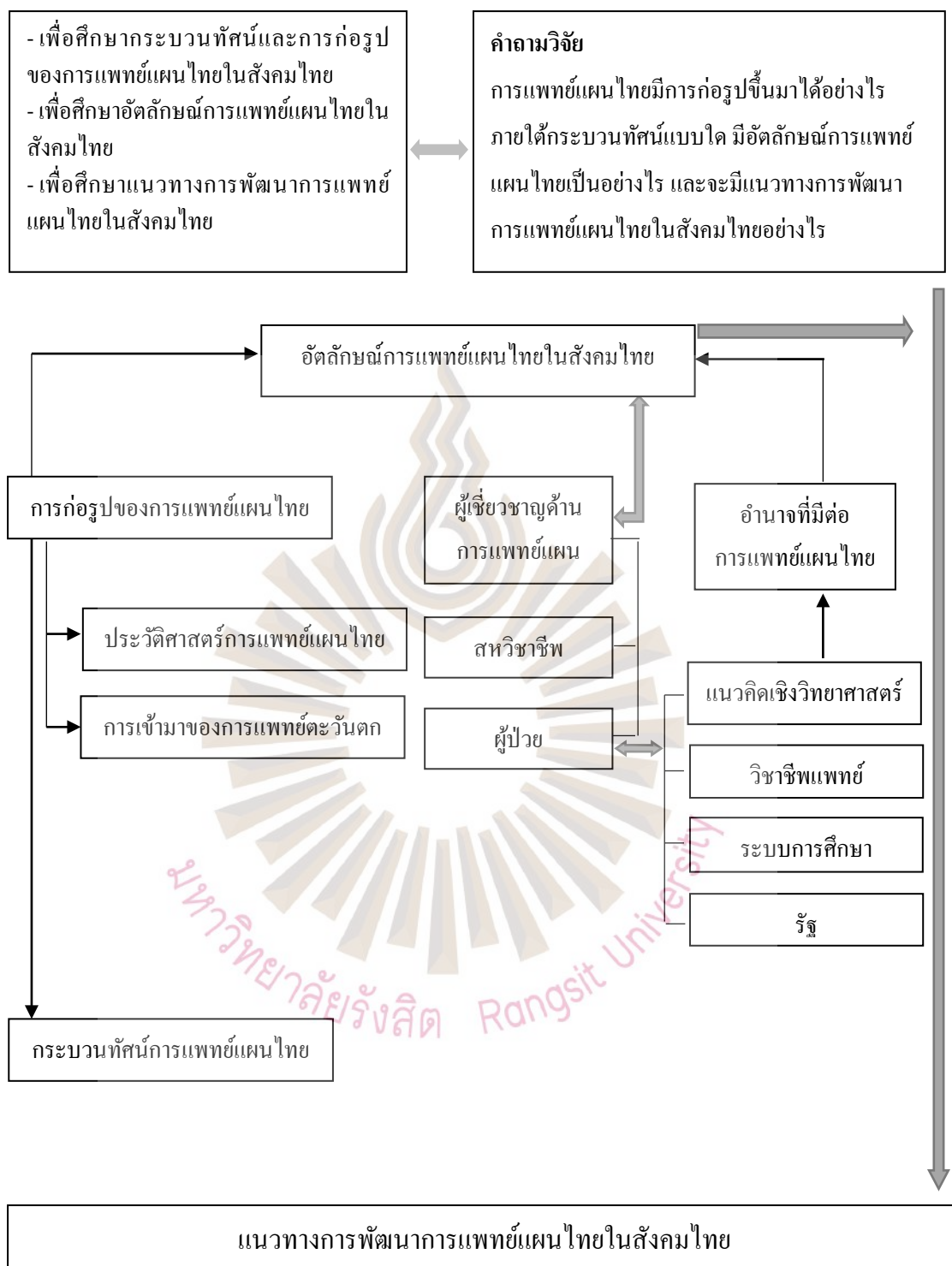
การเมืองการปกครอง ระบบเศรษฐกิจและสังคมแบบทุนนิยม ระบบการศึกษา ตลอดจนรูปแบบการคิดและการใช้ชีวิตของคนในสังคม ส่งผลต่อการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ ทำให้การแพทย์สมัยใหม่มีความเป็นศาสตร์ที่เข้มแข็งกว่าแต่เดิม การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ตามแนวคิดของเดส์คาร์ตทำให้แพทย์มีความคิดที่ว่าร่างกายเป็นเครื่องจักรมุ่งทำการศึกษาร่างกายส่วนปลีกย่อยของร่างกาย โดยสนใจส่วนที่เล็กลง เล็กลงไปทุกที และความเจ็บป่วยเป็นความชำรุดเสียหายของเครื่องจักร ส่วนหน้าที่ของแพทย์คือการซ่อมแซมเครื่องจักรนั้น ทศนะดังกล่าวเริ่มจะถูกบังคับด้วยโลกทัศน์แบบองค์รวมของคาปร้าที่สอดคล้องกับนิเวศวิทยา ซึ่งเห็นว่าเอกภพมิใช่เครื่องจักรหากเป็นระบบที่มีชีวิต เป็นทศนะที่ให้ความสำคัญแก่ความสัมพันธ์ต่อการเป็นเหตุปัจจัยแก่กันและกันของปรากฏการณ์ทั้งหลายและพยายามเข้าใจธรรมชาติมิใช่แต่เพียงในแง่โครงสร้างพื้นฐาน กล่าวคือ การแพทย์แบบองค์รวม (Holistic) มองว่าปัจจัยสำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาอยู่ที่ตัวผู้ป่วย สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยอยู่ที่พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เราดำรงชีวิตอยู่ การรักษาจะเป็นผลดีได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ระบบเกิดคุณภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

แนวคิดเรื่องอำนาจ ได้ถูกนำเสนอโดยนักคิดชาวฝรั่งเศสท่านหนึ่ง ได้แก่ Michael Foucault ได้อธิบายเรื่องอำนาจว่ามีได้อยู่ในฐานะกรรมสิทธิ์ของชนชั้นปกครอง รัฐ หรือองค์กรอธิปัตย์ แต่อยู่ในฐานะของการเป็นยุทธศาสตร์ (Strategy) ดังนั้น ผลลัพธ์จากการครอบงำซึ่งเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของอำนาจจึงมิได้เกิดจากการยึดครองหรือการนำไปใช้โดยองค์กรประธานที่เป็นอับบุคคลคนใดคนหนึ่ง แต่มันเป็นผลรวมของ “กลอุบายการวางแผน / กลยุทธ์เทคนิคและการปฏิบัติงาน” มากกว่า ฟูโกต์ (Foucault, 1980) เสนอแนวคิดที่สำคัญ 2 ประการ ดังนี้ ฟูโกต์เชื่อว่าความรู้มีอำนาจในการสร้างความจริงจึงเป็นสิ่งที่แสดงบทบาทในการกำหนดความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ความรู้ตามนัยนี้จึงมีผลต่อวิธีที่มนุษย์ใช้ในการจัดการ ควบคุม โดยอาศัยเครื่องมือและกลวิธีต่าง ๆ ในสถานการณ์เฉพาะ ในบริบททางประวัติศาสตร์และระบอบของสถาบัน การลงโทษหรือการตัดสินว่าผิดหรือถูก ขึ้นอยู่กับอำนาจในการสร้างและนิยามความหมายของสิ่งนั้นๆ จนสังคมเกิดความเชื่อและมีผลบังคับให้เป็นไปเช่นนั้น แม้ว่าจะไม่เคยมีการพิสูจน์ว่าจริงหรือไม่ก็ตาม ประการที่สอง เสนอว่า อำนาจไม่ได้มีศูนย์กลางเดียว และไม่ได้เคลื่อนไปในทิศทางเดียวแต่กระจายเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์เชิงอำนาจแทรกตัวอยู่ในทุกปริมณฑล และทุกระดับของสังคมทั้งในพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ เมื่ออำนาจลงมาอยู่ในวิชาชีพแพทย์ จึงเกิดการครอบงำอำนาจทางการแพทย์ ซึ่งหมายถึง การที่แพทย์มีอำนาจและความเป็นอิสระในการควบคุมการทำงานของตนเอง การควบคุมการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ รวมไปถึงการควบคุมการจัดสรร

ทรัพยากรสาธารณสุข การกำหนดนโยบายสาธารณสุข และการบริหารจัดการสถานบริการสาธารณสุขอำนาจในการควบคุมทางการแพทย์ เป็นผลมาจากบทบาทของแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย กล่าวคือ เป็นความสามารถของแพทย์ที่จะควบคุมความรู้ที่ใช้ในการดำเนินการสุขภาพ และองค์ความรู้ทางการแพทย์นั้นเป็นองค์ความรู้หลักที่ใช้ในการจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนการที่แพทย์เป็นผู้เฝ้าและตรวจสอบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ รวมทั้งการมีสถานภาพทางสังคมที่เหนือกว่าบุคลากรอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ ซึ่งการแพทย์แผนไทยที่เป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศไทยในอดีตก็ได้รับผลกระทบต่อการครอบงำทางการแพทย์ด้วยเช่นกัน

อัตลักษณ์ เป็นความพยายามสร้างขอบเขตของบุคคลเพื่อตอบคำถามให้ได้ว่าเราเป็นใคร แตกต่างกับคนอื่นอย่างไร สัมพันธ์กับเราอย่างไร คนอื่นสัมพันธ์กับเราอย่างไร ซึ่งเป็นกระบวนการที่เหมือนกับสิ่ง 2 สิ่งที่แยกจากกันไม่ได้เช่นเดียวกับเหรียญ 2 ด้าน ด้านหนึ่งแสดงความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน และอีกด้านหนึ่งแสดงความรู้สึกของคนอื่นต่อเรา ตามแนวคิดของบาร์ต (Barthes, 2009) นักสัญวิทยาชาวฝรั่งเศส ซึ่งมีแนวคิดอ้างอิงแบบทฤษฎีโครงสร้างนิยม (Structuralism) ได้ทำการจำแนกความหมายของสัญลักษณ์ไว้ออกเป็น 2 ประเภท คือ ความหมายโดยตรง (Denotation Meaning) ซึ่งหมายความรวมถึงความเข้าใจตามตัวอักษรและสิ่งซึ่งปรากฏมองเห็นได้ชัดเจนเป็นรูปสัญลักษณ์ที่ทำให้เกิดความเข้าใจสามัญที่ตรงกันของคนส่วนใหญ่และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป และความหมายโดยนัย (Connotation Meaning) หมายถึงการประกอบสร้างอย่างเป็นอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ส่วนบุคคล และอาจรวมถึงอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละบุคคล จนไปถึงอัตวิสัยในระดับสังคมที่เราเรียกว่าค่านิยมในบริบทของสังคมหรือ วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทั้งยังให้ความหมาย มายาคติ (Myth) ซึ่งหมายความถึงความหมายของความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่ง ๆ กับการแปรความหมายที่มีลักษณะที่สอดคล้องกับการเป็นเรื่องเล่าหรือการอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ และเหนือธรรมชาติในบริบททางสังคมหรือวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ หรืออาจหมายถึง ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนปฏิบัติอันเป็นผลรวมทางวัฒนธรรมที่ถูกนำเสนอ โดยเป็นการสื่อสารที่แฝงอุดมการณ์และวิถีคิดทางสังคม ทำให้สังคมเชื่อ และรับรู้เสมือนว่าเป็น ธรรมชาติ ซึ่งการศึกษาอัตลักษณ์ก็อาจเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจระบบคิดของผู้คนต่อการแพทย์แผนไทยได้อีกทางหนึ่ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยถูกสร้างขึ้นมาจากกระบวนการทัศนแบบใด อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจต่อปัญหาพร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาแก้ไขปัญหานั้นที่ตรงประเด็น เพื่อยกระดับสถานะและสถาปนาการแพทย์แผนไทยให้กลับมามีศักดิ์ศรีในการรับใช้ประชาชนตามสถานะที่ควรจะเป็น



รูปที่ 2.3 กรอบแนวคิด

ที่มา: ผู้วิจัย, 2564

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย” อาศัยระเบียบวิธีวิจัยทั้ง การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกและการค้นคว้าจากเอกสาร เพื่อศึกษา อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย อธิบายปัญหาสถานะและการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เพื่อนำไปสู่ ความเข้าใจต่อปัญหา พร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาแก้ไขปัญหานั้นที่ตรงประเด็น

ระเบียบวิธีวิจัยจึงประกอบด้วย 2 ส่วนดังกล่าว โดยจะกล่าวทีละส่วน และส่วนสุดท้ายจะ สรุปรวมในการประมวลวิธีต่าง ๆ ในพรรณนาและการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัยร่วมกันว่า การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด และมีอัตลักษณ์ การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน

3.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

3.1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วยกลุ่มคน 3 กลุ่ม เพื่อสอบถามใน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปรัชญาทางการแพทย์แผนไทย อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย และ มุมมองการจัดการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในส่วนต่าง ๆ การขอเข้าสัมภาษณ์อาศัยการรู้จักเป็นการ ส่วนตัวมาก่อน บางคนเข้าถึงด้วยการเข้าไปพบในการประชุมสัมมนา

กลุ่มที่ 1 กลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยที่ ปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์แผนไทย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น ที่ทำงานร่วมกับแพทย์ แผนไทย

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้มารับบริการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย

3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่กำหนด และได้รับการแนะนำต่อ (Snow Ball)

3.1.2.1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกกับกลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยแนวคำถามถึงทัศนคติและข้อมูลสนับสนุนต่อประเด็นและปัญหาดังนี้

- 1) ปรัชญาการแพทย์แผนไทย
- 2) สถานะและการพัฒนาการพัฒนารแพทย์แผนไทย
- 3) บทบาทของแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพ
- 4) อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในอดีตและปัจจุบัน
- 5) ความเชื่อมั่นต่อการใช้หัตถการทางการแพทย์แผนไทย หรือยาสมุนไพร
- 6) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

3.1.2.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกกับกลุ่มสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น ที่ทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยแนวคำถามถึงทัศนคติและข้อมูลสนับสนุนต่อประเด็นและปัญหาดังนี้

- 1) มุมมองที่แตกต่างด้านปรัชญาการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 2) สถานะและการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย
- 3) ทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย
- 4) อัตลักษณ์และบทบาทของแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพที่มีการให้บริการแบบผสมผสานแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 5) ความเชื่อมั่นต่อการใช้หัตถการทางการแพทย์แผนไทย หรือยาสมุนไพร
- 6) ปัญหาการบูรณาการการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 7) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

3.1.2.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกกับกลุ่มผู้มารับบริการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยแนวคำถามถึงทัศนคติและข้อมูลสนับสนุนต่อประเด็นและปัญหาดังนี้

- 1) อัตลักษณ์และบทบาทของแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพที่มีการให้บริการแบบผสมผสานแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 2) มุมมองการเลือกเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน

- 3) ความคิดเห็นต่อการเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 4) ความเชื่อมั่นต่อการใช้หัตถการทางการแพทย์แผนไทย หรือยาสมุนไพร
- 5) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาบริการทางการแพทย์แผนไทย

3.1.3 ตัวผู้วิจัย

ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ผู้วิจัยเป็นแพทย์แผนไทยมีประสบการณ์และเคยทำงานในโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพทางแพทย์แผนปัจจุบัน ปัจจุบันทำงานเป็นแพทย์แผนไทยในคลินิกเอกชนและเป็นอาจารย์พิเศษสอนฝึกทักษะทางการแพทย์แผนไทยให้แก่แพทย์แผนไทยและนักศึกษาแพทย์แผนไทยทั่วประเทศ มีทักษะการวิจัยภาคสนามและการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.4 เทคนิคการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-dept Interviews)

ผู้วิจัยจะใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปรัชญาทางการแพทย์แผนไทย อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย และมุมมองการจัดการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในส่วนต่าง ๆ ในเรื่องที่ศึกษา

3.1.5 เทปบันทึกเสียงและการจดบันทึกภาคสนาม

ในการสัมภาษณ์ระดับลึกจะมีการใช้เทปบันทึกเสียง หรือเครื่องบันทึกเสียง หรือการจดบันทึกภาคสนามขณะสัมภาษณ์ และหลังการสัมภาษณ์ โดยจะขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนเสมอ ทั้งประเด็นที่เป็นปัญหาพื้นฐานทั่วไปและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย

3.1.6 เทคนิคการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่เป็นความคิดเห็น ประสบการณ์ กระทำโดยการทำการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ รายในเรื่องเดียวกัน การตรวจสอบข้อเท็จจริงของเรื่องราวกระทำโดยการสอบถามเพื่อตรวจสอบกับผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและคนอื่น ๆ ตลอดจนการตรวจสอบจากเอกสารที่เป็นทางการ เช่น ประกาศทางราชการ เอกสารงานวิจัย รายงานการประชุมต่าง ๆ จนได้ข้อมูลที่ตรงกันหรือที่สามารถตัดสินใจได้ว่าอะไรคือข้อเท็จจริงของประเด็นนั้น ๆ

3.1.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมโดยการถอดเทปที่บันทึกการสัมภาษณ์ การจดบันทึกจากภาคสนาม เมื่อบันทึกข้อมูลภาคสนามแล้ว จะพิจารณาความสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่สมบูรณ์จะเก็บเพิ่ม แล้วรวบรวมเป็นหมวดหมู่จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล แล้วจำแนกเป็นข้อมูลในประเด็นสถานะและการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและปัญหาความไม่เป็นธรรมจากการถูกกระทำจากวิชาชีพแพทย์

3.1.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ระดับลึก ภาพถ่าย และข้อมูลอื่น ๆ จะทำการวิเคราะห์ จะทำการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล เป็นหมวดหมู่ดังนี้

3.1.8.1 ข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองด้านปรัชญาการแพทย์แผนไทย ภาพรวมปัญหาสถานะและการพัฒนาของการแพทย์แผนไทย จำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์แผนไทย

กลุ่มที่ 2 กลุ่มสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น ที่ทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทย

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้มารับบริการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย

3.1.8.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอัตลักษณ์และบทบาทของแพทย์แผนไทย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล อาศัยการจำแนกประเด็นตามตัวแปรในกรอบแนวคิด และทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และประสบการณ์ของผู้วิจัย

2) การวิเคราะห์ข้อมูลจะแบ่งข้อมูลหมวดหมู่เป็น 2 ประเด็นใหญ่ คือ 1) มุมมองด้านปรัชญาการแพทย์แผนไทย ภาพรวมปัญหาสถานะและการพัฒนาของการแพทย์แผนไทย
2) อัตลักษณ์และบทบาทของแพทย์แผนไทย

3.2 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

3.2.1 ขอบเขตของงานวิจัย

การค้นคว้าเอกสารทางวิชาการจะทำการรวบรวมเอกสาร ประกอบด้วย เอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานการแพทย์แผนไทย

3.2.2 แหล่งข้อมูล

เอกสารเหล่านี้ค้นคว้าได้จากห้องสมุดของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข และแหล่งสืบค้นออนไลน์

3.2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลคือกรอบแนวคิดในการศึกษารั้งนี้ รวมทั้งประสบการณ์ของผู้วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารเพื่อตอบคำถามใน 3 ประเด็น ถึงอัตลักษณ์ของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย คือ

- ประเด็นที่ 1 การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด
- ประเด็นที่ 2 อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร
- ประเด็นที่ 3 จะสามารถพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยให้ยั่งยืนได้อย่างไร

3.3 ระยะเวลาที่ทำการศึกษา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งหมด 10 เดือน เป็นระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งการค้นคว้าเอกสารทางประวัติศาสตร์และเอกสารทางวิชาการ ระยะเวลาในรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบ และการวิเคราะห์ข้อมูลอีก 2 เดือน

3.3.1 การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจากสองวิธีวิจัยร่วมกัน

ข้อมูลจากการรวบรวมทั้งการสัมภาษณ์และจากเอกสารจะถูกใช้ร่วมกันในการตอบคำถามการวิจัย คือ การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด มีอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร และจะมีแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืนได้อย่างไร การวิเคราะห์และนำเสนอจะแบ่งเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การก่อรูปขึ้นของระบบการแพทย์แผนไทย
 - 1.1) พระพุทธศาสนากับการแพทย์แผนไทย
 - 1.2) โลกทัศน์ทางการแพทย์แผนไทย
 - 1.3) ความเจ็บป่วยตามวิถีธรรมทางพระพุทธศาสนา
 - 1.4) ประวัติศาสตร์ไทยกับการแพทย์แผนไทย
 - 1.5) การจัดระบบความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

- 2) อุตสาหกรรมการแพทย์แผนไทย
 - 2.1) อุตสาหกรรมการตรวจ วินิจฉัย แบบแพทย์แผนไทย
 - 2.2) อุตสาหกรรมการรักษาแบบแพทย์แผนไทย
 - 2.3) ธรรมโอสถ
 - 2.4) อุตสาหกรรมการใช้ยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทย
 - 2.5) อุตสาหกรรมการดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทย
- 3) อำนาจที่มีต่อแพทย์แผนไทย
 - 3.1) อำนาจทางปฏิธานนิยม
 - 3.2) อำนาจของวิชาชีพแพทย์
 - 3.3) อำนาจทางการศึกษา
 - 3.4) อำนาจรัฐ
- 4) แนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย
 - 4.1) กระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทย
 - 4.2) อุตสาหกรรมการแพทย์แผนไทย
 - 4.3) แนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย
 - 4.4) ข้อเสนอแนะ

คำถามการวิจัยหลัก คือ การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด มีอุตสาหกรรมแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร และจะสามารถพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยให้ยั่งยืนได้อย่างไร คำถามนี้ได้ถูกแบ่งเป็นคำถามย่อยที่มีระเบียบวิธีการวิจัยและแหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูลเฉพาะกันไปดังนี้

คำถามการวิจัยที่ 1) การก่อรูปขึ้นของการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด อาศัยระเบียบวิธีการวิจัยด้วยการวิจัยเอกสารที่เก็บข้อมูลจาก เอกสารทางประวัติศาสตร์ เอกสารวิชาการ งานวิจัย และการสัมภาษณ์ข้อมูลจากกลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์แผนไทย

คำถามการวิจัยที่ 2) อุตสาหกรรมการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร อาศัยระเบียบวิธีการวิจัยด้วยการวิจัยเอกสารที่เก็บข้อมูลจากเอกสารวิชาการ งานวิจัยและการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์แผนไทย กลุ่มที่ 2 กลุ่มสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล

เกสัชกร เป็นต้น ที่ทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทย กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้มารับบริการที่เข้ารับการบริการทางการแพทย์แผนไทย

ตารางที่ 3.1 สรุประเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ศึกษา และผู้ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลที่สัมพันธ์กับคำถามการวิจัย

คำถามการวิจัย	ระเบียบวิธีวิจัย/เครื่องมือที่ใช้	ผู้ให้ข้อมูล/แหล่งข้อมูล
1) การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด	การวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์ระดับลึก	เอกสารทางวิชาการ/ กลุ่มแพทย์แผนไทย/ กลุ่มสาขาชีพ / กลุ่มผู้มารับบริการ
2) อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร	การวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์ระดับลึก	เอกสารทางวิชาการ/ กลุ่มแพทย์แผนไทย/ กลุ่มสาขาชีพ / กลุ่มผู้มารับบริการ
3) จะสามารถพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยให้ยั่งยืนได้อย่างไร	การวิจัยเอกสาร การสัมภาษณ์ระดับลึก	เอกสารทางวิชาการ/ กลุ่มแพทย์แผนไทย/ กลุ่มสาขาชีพ / กลุ่มผู้มารับบริการ

บทที่ 4

การก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย

งานวิจัยเรื่อง “อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย” สำหรับในบทนี้เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ในเรื่องการศึกษาการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย โดยเริ่มศึกษาจากพัฒนาการของการแพทย์แผนไทยว่าแท้จริงแล้วรากเหง้าของการแพทย์แผนไทยนั้นมาจากที่ใดหรือผ่านการวิวัฒนาการมาอย่างไรบ้าง เพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจต่อกระบวนการทัศน์การแพทย์แผนไทย ซึ่งงานวิจัยนี้จะชวนให้คิดเกี่ยวกับความจริงของสรรพสิ่งภายใต้กระบวนการทัศน์แบบแพทย์แผนไทย อันได้แก่ ความจริงของสรรพสิ่ง กลไกร่างกายมนุษย์ และการจัดการกับร่างกายมนุษย์ในแบบแพทย์แผนไทย นัยยะหนึ่งเพื่อชี้ให้เห็นถึงมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนตะวันตก โดยประเด็นที่จะนำเสนอในบทนี้มีดังนี้

- 4.1 พระพุทธศาสนากับการแพทย์แผนไทย
- 4.2 โลกทัศน์ทางการแพทย์แผนไทย
- 4.3 ความเจ็บป่วยตามวิถีธรรมทางพระพุทธศาสนา
- 4.4 ประวัติศาสตร์ไทยกับการแพทย์แผนไทย
- 4.5 การจัดระบบความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

4.1 พระพุทธศาสนากับการแพทย์แผนไทย

ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความยาวนาน ในระยะแรกศาสนาเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อจัดความหวาดกลัวสิ่งต่าง ๆ ที่ล้อมรอบตัวของมนุษย์ มนุษย์มักคิดว่าปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำของผู้มีฤทธิ์มากกว่าตน เมื่อมนุษย์เริ่มเรียนรู้ธรรมชาติมากขึ้นและเกิดเป็นศาสนาที่มีเหตุผลเข้ามาเป็นแบบแผนและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ความเชื่อศรัทธาในกิจกรรมหรือพิธีกรรมต่าง ๆ ของแต่ละศาสนาก็กลายมาเป็นประเพณี วัฒนธรรมที่ทำสืบต่อกันมา ผังราก อกงย แดกแขนงและเติบโตเคียงคู่กับวิวัฒนาการของมนุษย์เป็นระยะเวลายาวนาน โดยศาสนาทุกศาสนาจะเป็นที่พึงทางใจของมนุษย์ มีหลักธรรมคำสั่งสอนที่มุ่งหมายสั่งสอนให้คนที่เป็นสมาชิกในสังคมเป็นคนดี มีคุณธรรมมีเหตุผลและศรัทธาในความถูกต้อง มีพิธีกรรมและเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงความเป็นศาสนานั้น ๆ บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในฐานะ บทบาทใดจะต้องยึดหลักธรรมใน

การดำเนินชีวิต เพราะธรรมหรือหลักคำสอนจะช่วยแก้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ อีกทั้งจะทำให้ทุกคนอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติ ศาสนาจึงสะท้อนให้เห็นว่าเป็นสถาบันซึ่งทับซ้อนกับมิติทางสังคม การเมือง และวัฒนธรรมอย่างมีอาจแยกขาด (Holloway, 2016)

พระพุทธศาสนาถือได้ว่าเป็นศาสนาแห่งชาติไทย เนื่องจากมีประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศนับถือ คนไทยส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธมาตั้งแต่เริ่มสถาปนารัฐไทยและพระมหากษัตริย์ไทยทุกพระองค์ก็ทรงเป็นพุทธมามกะ พระพุทธศาสนาที่เข้ามาสู่ดินแดนสยามแรกสุดน่าจะเป็นเมื่อหลังจากที่พระเจ้าอโศกมหาราช ทรงอุปถัมภ์การสังคายนาพระไตรปิฎกครั้งที่ 3 เสร็จสิ้น เมื่อปี พ.ศ.236 และได้ส่งศาสนทูตออกเผยแผ่ศาสนาถึง 9 สาย ประวัติศาสตร์ไทยมักจะกล่าวถึงพระโสณะเถระ และพระอุตตระเถระว่าเป็นผู้นำพุทธศาสนาเข้าสู่ไทย หรือสุวรรณภูมิ จึงน่าจะเป็นพุทธเถรวาท ส่วนที่เข้ามาพร้อมอิทธิพลของอาณาจักรกัมพูชา หรือเขมรแต่เดิมนั้นส่วนใหญ่เป็นพุทธมหายาน โดยจาริกของพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ในราว พ.ศ. 1724 -1761 ซึ่งจาริกไว้ในหินทรายเกี่ยวกับการสร้างอโรคยาศาลานั้น ได้ออกพระนาม พระโภชชุกรู ไวยุทธะประภา ซึ่งเป็นพระโพธิสัตว์ หรือพระพุทธเจ้าปางหนึ่ง ที่ถือว่าเป็นเสมือนเทพแห่งการเยียวยารักษาโรคทั้งปวงอยู่หลายครั้ง (ชวัชชัย กมลธรรม, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, กันทิมา สิทธิชัยกิจ, 2558) มีความเป็นไปได้ว่าเมื่อรับเอาศาสนาใดมานับถือก็ย่อมได้รับเอาพิธีกรรมมาด้วย รวมถึงแนวความคิด ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติอื่น ๆ รวมทั้งแบบแผนหรือปรัชญาการแพทย์ต่าง ๆ ตามมาด้วย โดยนำมาผสมกลมกลืน หรือเลือกรับปรับใช้ควบคู่กับความรู้และทักษะที่มีในหมอพื้นบ้าน หรือการแพทย์ท้องถิ่นที่มีอยู่แต่เดิม ที่เราเรียกว่าเป็นการแพทย์พื้นบ้าน หรือแพทย์ประจำถิ่น (Folk Medicine / Indigenous Medicine) ที่เกิดจากคนมาอยู่รวมกันเป็นชุมชนเป็นสังคมขึ้น มีแบบแผนการดำรงชีวิตเหมือนกัน เรียกว่ามีวัฒนธรรมเดียวกัน ด้านอาหารการกิน การปฏิบัติตนยามเจ็บไข้ได้ป่วย และพฤติกรรมเพื่อสุขภาพยามปกติ และแม้ว่าในบางยุคศาสนาพราหมณ์และฮินดูจะมีอิทธิพลอย่างมาก แต่ต้องถือว่าศาสนาพุทธจะมีอิทธิพลทางความคิด และเป็นที่ยอมรับนับถือมากที่สุด และยั่งยืนยาวนานที่สุดในดินแดนแถบนี้ โดยเฉพาะประเทศไทย ศาสนาพุทธแท้จริงนั้นมีความเป็นปรัชญามากกว่าพิธีกรรม สอนให้เราหาความจริงตามธรรมชาติ การละทิ้งกิเลส แนวคิดเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด หากจะย้อนกลับไปก่อนที่ประเทศไทยจะมีศาสนาพุทธเข้ามา คนไทยส่วนใหญ่ นับถือผี ทำให้ศาสนาพุทธไม่ว่าจะไปอยู่ที่ไหนก็จะถูกศาสนาผีเข้ามาผสมอยู่เสมอ สะท้อนผ่านแบบแผนความเชื่อและพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น “ผีฟ้าพญาแถน” ผีฟ้าคือผู้ช่วยชาวบ้านในการติดต่อกับพญาแถนในการทำนายทายทัก และรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ โดยมีความเชื่อว่าโรค ความเจ็บป่วยต่าง ๆ เกิดจากการกระทำของภูตผีจะต้องรักษาด้วยการรำผีฟ้านั่นเอง โดยการรำผีฟ้าต้องอาศัย “คนทรง” หรือ “นางทรง” แม้ว่า

ชาวบ้านจะนิยมไปรักษาที่โรงพยาบาลและใช้ยาสมัยใหม่แต่ยาสมัยใหม่ก็รักษาได้ไม่หมดทุกโรค บางโรคหมอโรงพยาบาล เองก็ไม่อาจบอกได้ว่าคนไข้เป็นโรคอะไรคนไข้จึงมารักษาโดยการรำผีฟ้า เป็นต้น (Techakaew, 1997) อาจกล่าวได้ว่าคนไทยส่วนใหญ่ที่นับถือศาสนาพุทธมีพื้นฐานความคิด ความเชื่อแบบศาสนาผี แต่มีความเชื่อศีลธรรมแบบศาสนาพุทธ และมีความนิยมชมชอบพิธีกรรมต่าง ๆ แบบศาสนาพราหมณ์

ต่อเมื่อได้รับอิทธิพลทางความคิด ความเชื่อทางศาสนา หรือปรัชญา ตลอดจนมีวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และสังคมต่าง ๆ มีการติดต่อค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้า แลกเปลี่ยนความรู้และวัฒนธรรมซึ่งกันและกันมากขึ้น ชุมชนขยายออก เชื่อมโยงกัน เดิบโตขึ้นจนเป็นอาณาจักร เป็นประเทศ หรือเป็นทวีป การแพทย์หรือแบบแผนในระบบการรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการดูแลสุขภาพ ก็มีลักษณะชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะมีระบบการถ่ายทอดความรู้และทักษะการปฏิบัติต่าง ๆ มีการจดบันทึกเป็นคัมภีร์ หรือตำรับตำรา จารึกต่าง ๆ มีระบบการบริการที่มีโครงสร้างและกำลังคน มีกฎระเบียบ หรือข้อบังคับ หรือข้อบัญญัติที่พึงถือปฏิบัติ เช่น จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ มีการผลิตยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ หรือนำเข้าจากสังคมภายนอกก็ตาม ก็นับว่าเป็นการแพทย์ของประเทศนั้น ๆ ชนชาติไทยก็พัฒนามาในทำนองเดียวกัน

4.1.1 พระไตรปิฎกกับโครงสร้างร่างกายมนุษย์

จากการสืบค้นข้อมูล พบว่า หลักความเชื่อ หลักปฏิบัติ หรือหลักทฤษฎีทางแพทย์แผนไทย แนวคิดที่เป็นหลักสำคัญ น่าจะรับมาจากพระพุทธศาสนา เช่น ความรู้และความเชื่อเรื่อง ธาตุ 4 หรือมหาภูตรูป 4 ที่ประกอบกันเป็นร่างกายมนุษย์ และองค์ประกอบทางกายวิภาค โครงสร้างของร่างกายแบ่งตามธาตุต่าง ๆ ที่พิจารณาไว้โดยละเอียดในพระวิสุทธิมรรคและพระอภิธรรม โดยบางเนื้อหามีการเขียนแบบอุปมาโวหาร เพื่อให้ผู้อ่าน เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พยายามชี้ให้เห็นว่าทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมิได้มีอิทธิพลมาจากอายุรเวทที่กล่าวอ้างไว้ในหลายงานวิจัยในอดีต หากแต่ได้รับอิทธิพลมาจากพระพุทธศาสนาและอิทธิพลจากการแพทย์พื้นบ้านไทยที่ผ่านประสบการณ์และการเรียนรู้มายาวนานจนกลายเป็นการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน (ประทีป ชุมพล, 2554)

ผม โดยสี ปกติเป็นสีคำคุณสีลูกประจำดีควายใหม่ๆ โดยสีฐาน ยาว กลม มีสีฐาน เหมือนคันชั่ง...อนึ่ง เปรียบเหมือนฝักสำหรับแกงที่เกิดในน้ำครำที่ไหลออกจากบ้านขังอยู่

ที่ไม่สะอาด ย่อมเป็นสิ่งที่น่าเกลียดไม่น่าบริโภคของมนุษย์ชาวเมืองฉันไค แม้ผมทั้งหลายก็ ฉันนั้น จัดเป็นสิ่งที่น่าเกลียด เพราะเกิดด้วยน้ำที่ซึมออกมาแต่ส่วนต่าง ๆ มีน้ำเหลือง เลือด มูตร กรีส น้ำดี และเสมหะ เป็นต้น (พระพุทธโฆสะเถระ รจนา, 2554)

“เกี่ยวกับพระธรรม คำสอน ซึ่งพระธรรมก็คือ ความเป็นจริง เมื่อเป็นความจริง เรา กำลังบอกว่าให้ทุกคนอยู่แบบธรรมดา ก็ในเมื่อธรรม คือ ความเป็นจริง คา คือ ตา คือ เป็นไป เป็นไปตามความจริง เป็นไปตามสภาพนั้น ๆ เรา กำลังพูดถึงธรรมชาติ ธรรมก็คือ เป็นจริงก็คือ ความจริง บวกกับชาติก็คือการเกิด เกิดอะไรก็เกิด ความจริงก็คือแดดออกก็ร้อน ฝนตกก็ชื้น เกรียดก็ความร้อนขึ้น กลั่นอุจจาระ ปัสสาวะลมก็ค้ำ ก็ความจริงมันก็มีแค่นั้น ก็อิงตามศาสนาทั่ว ๆ ไปนี้แหละครับ แต่เราไม่เข้าใจมันเองว่ามันคือความจริง” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

หลักทฤษฎีเกี่ยวกับการปฏิสนธิ การเกิด การเจริญเติบโต ตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงการคลอด และการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด ทฤษฎีเกี่ยวกับสมุฏฐานการเกิด โรค ความจำเป็นที่ต้องปรับธาตุ การปรับพฤติกรรมตนเอง และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม หรือดัดแปลงสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อสุขภาพที่ดีที่ถูกกล่าวไว้ในหลากหลายพระคัมภีร์ ทางการแพทย์แผนไทยก็ได้มีเนื้อหาบางส่วนที่แทรกเนื้อหาของพระไตรปิฎกไว้เช่นกัน เช่น คัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย คัมภีร์ปฐมจินดา เวชศึกษา เป็นต้น

คำว่า คின்றนอยู่ คือ เราข้อมเห็น ข้อมแลดู ตรวจดู ฟังดู พิจารณา ดูซึ่งหมู่สัตว์นี้ คின்றน กระเสือกกระสน ทุนทุราย ห้วนไหว เอนเอียง กระสับกระส่ายไปมาด้วยความคின்றนเพราะค้นหา ด้วยความคின்றนเพราะทัญญู ด้วยความคின்றนเพราะกิเลส...ด้วยอาพาธมีดีเป็นสมุฏฐาน อาพาธมีเสมหะเป็นสมุฏฐาน อาพาธมีลมเป็นสมุฏฐาน อาพาธสันนิบาต อาพาธเกิดแต่ฤดูแปรปรวน อาพาธเกิดขึ้นเพราะการบริหารไม่สม่ำเสมอ (พระสูตรตันตปิฎก เล่มที่ 21) (สภายวพุทธิกสมาคมแห่งชาติ, 2555)

หนึ่งโสดจะกล่าวการ สมุฏฐานเป็นเค้ามูล พุทธรัตนตรัสบัญญัติ ซึ่งมูลโรคสามประการ ปิดตะแลเสมหะ แลวตะสมุฏฐานทั้งสามโดยประมาณ เป็นอาทิให้วิกล สรรเพชญัตริส พาทิ โปรคพระศิริมานนท์ คิลานกัมภีรณ วิกลกายเวทนา (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

จากข้อความข้างต้นที่กล่าวไว้ในคัมภีร์แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งเป็นคัมภีร์ที่แพทย์แผนไทยใช้ศึกษา อ้างอิงเป็นคัมภีร์หลัก ตามเนื้อความได้อธิบายว่า แพทย์นั้นต้องรู้เหตุของการเจ็บป่วยของโรคให้ได้ คือ ปิตตะ วาตะ และเสมหะ ซึ่งนำไปสู่การเป็นไข้ไม่สบาย เกิดอาการธาตุที่ไม่ปกติ และมีกายเวทนา คือ ไม่สบายกาย โดยในเนื้อหาได้กล่าวถึง ชื่อหนึ่งที่มีนัยยะหมายถึงพระพุทธเจ้า คือ พระสรรเพชญ์ และกล่าวถึงพระสาวกรูปหนึ่งของพระพุทธเจ้า คือ พระศิริมานนท์ จะเห็นว่าในพระคัมภีร์ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ วินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทยก็มักจะมีการสอดแทรกเนื้อหาอ้างอิงพระพุทธศาสนา รวมถึงการพิจารณาใช้สมุนไพรและยาตำรับต่าง ๆ เพื่อแก้ไขอาการกำเริบ หย่อน พิการของธาตุ ก็ถูกกล่าวถึงไว้ในพระไตรปิฎกเช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น การใช้กระเทียม เพื่อบรรเทาอาการจุกเสียดแน่นท้อง รากบัว ใช้แก้ไข เป็นต้น

สมัยนั้น ท่านพระสารีบุตรอาพาธเป็นลมเสียดท้อง ครั้งนั้นท่านพระมหาโมคคัลลานะเข้าไปหาท่านพระสารีบุตรแล้วถามว่า เมื่อก่อนท่านเป็นลมเสียดท้อง หายด้วยยาอะไร ท่านพระสารีบุตรตอบว่า ผมหายด้วยกระเทียม ภิกษุทั้งหลายกราบทูลเรื่องนั้นแด่พระผู้มีพระภาคฯ ตรัสว่า ดูภิกษุทั้งหลาย เราอนุญาตให้ฉันกระเทียมได้เพราะเหตุอาพาธฯ (พระวินัยปิฎก เล่มที่ 7) (มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2551)

ท่านพระสารีบุตรอาพาธเป็นไข้ตัวร้อน ท่านพระมหาโมคคัลลานะเข้าไปเยี่ยมท่านพระสารีบุตร ได้ถามท่านพระสารีบุตรว่า อาวุโส สารีบุตร เมื่อก่อนท่านอาพาธเป็นไข้ตัวร้อน รักษาหายด้วยเภสัชอะไร ท่านพระสารีบุตรตอบว่า รักษาหายด้วยรากบัวและเง่าบัว (พระวินัยปิฎก เล่ม 5) (สภายวพุทธิกสมาคมแห่งชาติ, 2555)

4.1.2 พระอภิธรรมกับมหาภูตรูป 4

ตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นวิทยาการทางโลกนั้น สิ่งมีชีวิตหมายถึง สิ่งที่เจริญเติบโตได้ กินอาหารได้ เคลื่อนไหวได้ และสืบพันธุ์ได้ ซึ่งนอกจากจะหมายถึง มนุษย์และสัตว์ทั้งหลายแล้วยังหมายถึงพืชอีกด้วย แต่ในพระอภิธรรมนั้น ให้คำจำกัดความของชีวิตไว้ว่า ชีวิต คือ ความเป็นอยู่ของร่างกาย จิตและเจตสิก โดยอาศัยกรรมเป็นผู้นำเกิด และตามรักษาดำรงชีวิตและกระทำการต่าง ๆ ได้โดยอาศัยจิต และเจตสิกเป็นผู้กำกับส่วนต่าง ๆ ที่ประกอบขึ้นเป็นร่างกายนั้น ในทางธรรมเรียกว่า รูปธรรมเป็นธรรมชาติที่ไม่มีความรู้สึก นึกคิดใด ๆ ทั้งสิ้น เปรียบได้ดังก้อนไม้ หรือเรียกสั้น ๆ ว่า รูป ส่วน จิตและเจตสิก เป็น นามธรรม เรียกสั้น ๆ ว่า นาม เป็นธรรมชาติที่รับรู้สิ่งต่าง ๆ และสามารถคิดนึกเรื่องราวต่าง ๆ ได้

ดังนั้น ตัวเราหรือสัตว์ทั้งหลาย จึงมีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วน ได้แก่ รูป (กาย) จิต และเจตสิก ซึ่งในทางพระพุทธศาสนาเรียกว่า รูป กับ นาม แต่เนื่องจากพืชทั้งหลายไม่ได้เกิดมาจากกรรม ไม่มีจิตและเจตสิกในการรับรู้ คิดนึกเรื่องราวต่าง ๆ ดังนั้นคำว่า “ชีวิต” ในพระอภิธรรมจึงหมายถึง มนุษย์และสัตว์ทั้งหลาย เท่านั้น (สภายวพุทธิกสมาคมแห่งชาติ, 2555)

หากจะอธิบายความจริงของสรรพสิ่ง เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจการแพทย์แผนไทยในเชิงลึก จำเป็นต้องทำความเข้าใจในพระธรรมที่พระพุทธเจ้าได้ทรงตรัสไว้ เนื่องด้วยแนวคิดหลักขององค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยนั้นได้รับอิทธิพลมาจากพระพุทธศาสนา เช่น แนวคิดเรื่องธาตุต่าง ๆ ที่ประกอบสร้างขึ้นเป็นมนุษย์ ก็ได้ถูกอธิบายไว้โดยละเอียดในพระอภิธรรม พระอภิธรรมก็คือธรรมะในพระไตรปิฎกที่สอนให้รู้จักธรรมชาติอันแท้จริงที่มีอยู่ในตัวเราและสัตว์ทั้งหลายอันได้แก่ จิต เจตสิก รูป และรู้จักพระนิพพานซึ่งเป็นจุดหมายอันสูงสุดในพระพุทธศาสนา ธรรมชาติทั้ง 4 คือ จิต เจตสิก รูป นิพพานนี้รวมเรียกว่า ปรมัตถธรรม

ปรมัตถธรรม คือ ธรรมชาติที่เป็นความจริงแท้แน่นอน ที่ดำรงลักษณะเฉพาะของตนไว้โดยไม่ผันแปรเปลี่ยนแปลง เป็นธรรมที่ปฏิเสธความเป็นสัตว์ ความเป็นบุคคล ความเป็นตัวตนโดยสิ้นเชิง ปรมัตถธรรม นี้เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สภาวะธรรม ปรมัตถธรรมประกอบด้วย จิต เจตสิก รูป นิพพาน ซึ่งมีความหมายโดยย่อดังนี้ จิต คือ ธรรมชาติที่ทำหน้าที่เห็น ได้ยิน รับกลิ่น รับรส รู้สัมผัสถูกต้อง ตลอดจนจนธรรมชาติ ที่ทำให้เกิดการคิด นึก รู้ จิตเป็นนามธรรม และมีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น วิญญาณ มโน มนัส มโนธาตุ มโนวิญญาณธาตุ เป็นต้น เจตสิก คือ ธรรมชาติที่ประกอบกับจิตปรุงแต่งจิต ทำให้เกิดความรู้สึก นึก คิด ที่แตกต่างกัน ทั้งทางที่ดีและไม่ดี เจตสิกเป็นนามธรรมที่เกิดร่วมกับจิต คือเกิดพร้อมกับจิต คับพร้อมกับจิต รู้อารมณ์เดียวกันกับจิต และอาศัยที่เกิดที่เดียวกันกับจิต สภาพของจิตเป็นเพียงประธานในการรู้อารมณ์ แต่การที่จิต โกรธหรือจิต โลภ เป็นเพราะมีเจตสิกเข้าประกอบปรุงแต่งให้เกิดความโกรธหรือความโลภนั่นเอง จิตและเจตสิกนั้นเป็นธรรมชาติที่ต้องเกิดร่วมกัน ต้องอิงอาศัยซึ่งกันและกัน และไม่สามารถแยกออกจากกันได้ รูป คือ ธรรมชาติที่แตกดับ ย่อยยับ สลายไปด้วยความเย็นและความร้อน ในร่างกายของคนเราและสัตว์ทั้งหลายนั้นมีรูปประชุมกันอยู่ รูปที่ประชุมกันอยู่นี้แต่ละรูปต่างก็แตกดับย่อยยับสลายไปตลอดเวลา หากความเที่ยงแท้ถาวรไม่ได้เลย นิพพาน เป็นธรรมชาติที่พ้นจากกิเลส พ้นจากการเวียนว่ายตายเกิด

หากจะขมมากว่าเฉพาะเรื่องรูปนั้นอาจแบ่งได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ รูปปรมัตถ คือ สภาวะธรรมที่มีลักษณะเฉพาะของตน จะเรียกว่าอะไรก็มีสภาพของมันแบบนั้น พระพุทธเจ้าได้ทรง

อธิบายรูปปรมาณูของธาตุทั้ง 4 หรือมหากฎรูป 4 ไว้ดังนี้ ปฐวิธาตุ มีลักษณะแข็งหรืออ่อน อาโปธาตุ มีลักษณะไหล หรือเกาะกุม เตโชธาตุมีลักษณะร้อนหรือเย็น และวาโยธาตุมีลักษณะไหวหรือเครื่องตั้ง

คุณกริกษุทั้งหลาย อีกประการหนึ่ง กิกษุยอมพิจารณาเห็นกายนี้แหละ ซึ่งตั้งอยู่ตามที่ ตั้งอยู่ตามปกติ โดยความเป็นธาตุว่า มีอยู่ในกายนี้ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุไฟ ธาตุลม (พระสุตตันตปิฎก เล่มที่ 4) (สภายวพุทธิกสมมาคมแห่งชาติ, 2555)

ส่วนรูปบัญญัติ ซึ่งเป็นรูปอีกลักษณะหนึ่งนั้น เป็นรูปที่เกิดทางมโนทวาร เป็นเพียง อารมณ์ของวิถีจิตทางมโนทวาร ถึงแม้จะมีพยัญชนะกล่าวว่าบัญญัติธรรม แต่ไม่ได้หมายถึงสภาพ ธรรมที่มีอยู่จริง รูปบัญญัติเป็นอารมณ์ของจิตที่คิดนึกเท่านั้น รูปบัญญัติไม่มีจริง ไม่มีสภาวะ ลักษณะ เช่น เราเรียกของสิ่งนี้ว่า เหล็ก แท้จริงคือ รูปที่เป็นของแข็ง เราเรียกสิ่งนี้น้ำน้ำแข็งแท้จริงนั้น คือ รูปที่เป็นของเย็น ดังนั้น การแพทย์แผนไทยจะมุ่งไปตรวจ รูปปรมาณู เพื่อหาความผิดปกติของ ธาตุภายในร่างกาย กล่าวคือ ตรวจเพื่อจะให้ผู้รู้สภาวะเย็น ร้อน อ่อน แข็ง ดิ่ง ไหว โดยรับผ่านอายตนะทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจนั่นเอง

4.1.3 ความเป็นองค์รวมของการแพทย์แผนไทย

ระบบการแพทย์แผนไทยนั้นเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อาศัยความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาตั้งแต่ในอดีต เช่น รักษา ด้วยการใช้สมุนไพร การนวด ประคบ การใช้ธรรมชาติบำบัด ผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีธาตุ การรักษาทั้งทางกายและจิตตามแบบศาสนาพุทธ แต่ก่อนจะมีระบบการแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นชัดเจน ประชาชนแต่ละท้องถิ่นก็มีแพทย์พื้นบ้าน หรือหมอพื้นบ้านที่เป็นระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน จนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต คำว่า “องค์รวม” หรือ “Holism” หมายถึง ความเป็นจริงทั้งหมดหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของ สิ่ง (Wholeness) มีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพ (Unity) ที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ (รุจินาด อรรถสิทธิ์, 2541) หากจะพูดถึงความเป็นองค์รวม ในมุมมองทางการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยมองว่าอาจแบ่งเป็น ความเป็นองค์รวมของธาตุ และความเป็นองค์รวมของร่างกาย เบื้องต้นจะขอกล่าวถึงความเป็นองค์รวมของธาตุ ซึ่งในคัมภีร์มหาโชดรัต ได้กล่าวไว้ว่า มหากฎรูป 4 อันได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟนั้นเป็นอนนคปริยาย

อันว่าธาตุทั้ง 4 อันพระอาจารย์กล่าวแล้ว คือว่า ในมหากฎรูป 4 เป็นอนนคปริยายต่าง ๆ ฟังรู้ ด้วยประการดังนี้ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

คำว่า อเนกปริยาย หากแยกตามความหมาย

คำว่า อเนก แปลว่า หลากหลาย มากมาย

คำว่า ปริยาย แปลว่า หนทาง อย่าง อ้อม

ดังนั้น อเนกปริยาย จึงหมายถึง แนวทางการเชื่อมต่อที่หลากหลาย โดยนัยยะนั้น หมายความว่า ธาตุต่าง ๆ ทำงานร่วมกัน เชื่อมโยงกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งเมื่อธาตุหนึ่งถูกรบกวนให้เกิดภาวะผิดปกติไป ธาตุอื่น ๆ ที่เหลือก็จะถูกรบกวนเชื่อมโยงกันไปทั้งระบบ เช่น เมื่อโดนน้ำร้อนลวกมือ แน่นอนว่าความร้อนมากกระทำโดยตรงกับธาตุดิน คือ ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังพองขึ้น มีน้ำเลือด น้ำเหลือง คือ ธาตุน้ำ มารวมกันมากขึ้นเพื่อรักษาสมดุลธาตุในร่างกาย และมีอาการแสบร้อนนั่นคือธาตุไฟ อาการเจ็บปวด นั่นคือธาตุลม ด้วยเหตุที่ลมและไฟเป็นคู่ธาตุกัน กล่าวคือ เมื่อไฟมากกระทำมากที่ตำแหน่งใด ธาตุลมจะมีกำลังมากขึ้นตาม จะเห็นว่าธาตุตัวใดตัวหนึ่งเมื่อถูกรบกวนก็จะส่งผลต่อเนื่องเชื่อมโยงไปยังตัวธาตุตัวอื่น ๆ ทำให้มีความผิดปกติตามกัน ดังนั้นการรักษาทางการแพทย์แผนไทยจึงมิได้มุ่งไปรักษาเพียงธาตุที่ถูกกระทบเพียงเท่านั้น แต่ยังพิจารณาถึงความผิดปกติของธาตุอื่น ๆ ด้วย นั่นคือการรักษาที่ครอบคลุมทุกธาตุในร่างกาย คือ ความเป็นองค์รวมของธาตุในแบบแพทย์แผนไทย ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์สมัยใหม่ที่มองว่าร่างกายเกิดจากการรวมกันของอวัยวะต่าง ๆ ประกอบกันเข้า จึงสามารถแยกส่วนออกมาศึกษาเจาะลึก ซอยแยกให้ลึกลงไปเป็นลำดับได้จนถึงเซลล์เนื้อเยื่อ DNA ฯลฯ เสมือนหนึ่งเครื่องยนต์กลไก

ส่วนความเป็นองค์รวมของร่างกายนั้น ต้องย้อนกลับ ไปถึงนิยามของการมีชีวิตในทัศนะของพระพุทธศาสนาว่า ตัวเราหรือสัตว์ทั้งหลาย มีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วน ได้แก่ รูป (กาย) จิต และเจตสิก หรือเรียกว่า รูป กับ นาม (จิตและเจตสิก) ต่างอาศัยซึ่งกันและกัน โดยกลไกร่างกายของมนุษย์จะทำงานร่วมกันระหว่างกายกับจิต โดยการทำงานของกายจะถูกมองเป็น มหาภูตรูป 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุไฟ ธาตุลม ในส่วนของการทำงานของจิตนั้นเป็นนามธรรมที่ดูจะเข้าใจยากแต่โดยสรุปคือเป็นตัวรับรู้ ความคิดนึกต่าง ๆ และจะส่งผลต่อตัวธาตุต่าง ๆ ในร่างกาย การแพทย์แผนไทยเรามักให้ความสำคัญต่อตัวจิต ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดความผิดปกติของร่างกายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว กล่าวคือ สภาพจิตใจที่ผิดปกติส่งผลให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อมีภาวะเครียด เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง หรืออารมณ์เชิงลบที่ถูกเก็บกดไว้ ก็ยิ่งส่งเสริมให้อาการทรุดหนักมากขึ้น มีการแพร่กระจายหรือก้อนมะเร็งขยายขนาดเพิ่มขึ้น หรือถ้าผู้ป่วยที่เพิ่งทราบว่าตนเองเป็น โรคร้ายแรง อาการทางกายก็ยิ่งทรุดหนักมากขึ้น เช่น นอนไม่หลับ

ไม่ยอมอาหาร อ่อนเพลีย เป็นต้น ในทางพุทธศาสนาจึงมีการใช้ ธรรมโอสถ เป็นวิธีหนึ่งในการบำบัดรักษาโดยการนำหลักธรรมะ หลักการปฏิบัติ มาใช้ในการบำบัดรักษาเยียวยาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งใจ เบิกบานใจ และมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายต่าง ๆ

ซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับแนวคิดวิทยาศาสตร์ที่เป็นรากฐานของการแพทย์สมัยใหม่ที่เชื่อว่ามนุษย์มีร่างกายและจิตใจที่แยกจากกันเป็นคนละส่วน และมีความแตกต่างกัน โดยพื้นฐานสามารถแยกศึกษาและจัดการได้แบบเครื่องกล เรื่องของร่างกาย ไม่มีจิตมาปนอยู่ และความคิดเกี่ยวกับจิตใจ ก็ไม่มีเรื่องของร่างกายมาเกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับแนวคิดตามแบบเดส์คาร์ทส์ นักปรัชญาผู้ให้กำเนิดลัทธิปัญญาเหตุผลนิยม (Rationalism) ได้แบ่งมนุษย์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นปัญญาเหตุผลซึ่งมีลักษณะเป็นนามธรรม อีกส่วนหนึ่งเป็นร่างกายหรือเป็นโลกทางวัตถุ ปัญญาเหตุผล (Reason) เป็นของสูง มีความสำคัญ เพราะมันเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์ตระหนักถึงการดำรงอยู่ของตน “I Think Therefore I Am” ซึ่งต่างไปจากโลกทางวัตถุที่ไม่มีความรู้สึกนึกคิด ไร้จิตใจ ไร้จุดมุ่งหมาย เหมือนเครื่องจักร วิธีคิดเช่นนี้นำไปสู่ความคิดจักรวาลที่เรียกว่าแบบนิวตันคือถือว่าจักรวาลเป็นเสมือนเครื่องจักร (แม้แต่ร่างกายคนก็เป็นเหมือนเครื่องจักรด้วยเช่นกัน) แยกกายกับจิตออกจากกัน มีผลอย่างลึกซึ้งต่อความคิดแบบตะวันตก ที่ได้สอนเราให้รับรู้ตัวตนของเรานั้น เป็นสิ่งที่แยกขาดและดำรงอยู่ “ภายใน” ร่างกาย ทำให้เราให้คุณค่าต่องานทางสมองสูงกว่างานทางกาย

ในมุมมองสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) คือ สุขภาพของชีวิต (Wellness) หรือคุณภาพชีวิตทั้งหมด มากกว่าการเน้นแต่ความเจ็บป่วย หรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยพิจารณาที่ “ตัวคนทั้งคน” ความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งหลักการของสุขภาพแบบองค์รวมจะเน้นการพัฒนาระดับการมีสุขภาพดีให้สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยให้บทวนพฤติกรรมในแต่ละวันที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนี้สุขภาพแบบองค์รวมเน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำรงชีวิต การเรียนรู้และการสร้างความรับผิดชอบให้แก่บุคคลได้พยายามดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่สมดุลและสมบูรณ์ และเมื่อเจ็บป่วยจะใช้หลักการสุขภาพแบบองค์รวมในการแลกเปลี่ยนเรื่องการรักษาและการดูแลสุขภาพ โดยใช้วิธีการแบบธรรมชาติ และการพิจารณาปัจจัยทั้งตัวคนที่รักษาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การแพทย์แผนไทยนั้นก็เช่นเดียวกับการแพทย์แผนตะวันออกอื่น ๆ อีกหลายศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับความเป็นองค์รวม เช่น การแพทย์จีนดั้งเดิมซึ่งเป็นรากฐานของการแพทย์ในเอเชียตะวันออกเป็นส่วนมาก มีแนวคิดเรื่องหยินและหยางเป็นแกนกลางเอกภพทั้งระบบ ทั้งธรรมชาติและสังคม อยู่ในสภาวะสมดุลที่เคลื่อนไหว องค์ประกอบทุกส่วนเคลื่อนไหวไปมาระหว่างชั่วตรงข้าม

องค์ชีวิตมนุษย์เป็นระบบที่ย่อส่วนมาจากเอกภพ แต่ละส่วนมีคุณสมบัติหยินและหยาง ชาวจีนมีความเข้าใจว่าร่างกายเป็นระบบที่มีอาจแยกได้ ซึ่งเกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน อยู่ในสภาวะแปรผันขึ้นลงไม่หยุดหย่อน หลากหลายและเป็นเหตุปัจจัยแก่กันและกัน ส่วนการแพทย์ดั้งเดิมอินเดีย หรือ อายุรเวท ซึ่งมีพื้นฐานจากศาสนาฮินดู เป็นองค์รวมของวิชาการ ศาสนา และปรัชญา เป็นสาขาหนึ่งของพระเวทซึ่งมีมามากกว่า 4000 ปีแล้ว โดยถือว่ามนุษย์เป็นจักรวาลย่อย (Microcosmos) สรรพสิ่งประกอบด้วยปัญจมหากุศะ (5 ธาตุ) ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศ (ช่องว่าง) การมีอยู่ของแต่ละบุคคลไม่สามารถแยกได้จากจักรวาลใหญ่ (Macrocosmos) ที่อยู่รอบได้ในส่วนของสุขภาพ สุขภาพที่ดี ได้แก่ การปราศจากความเจ็บป่วย และมีชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นต้น ความเป็นองค์รวมในมิติสุขภาพทั้ง 5 มิติ ได้แก่ มิติทางกาย (Physical Dimension) มิติทางจิตใจ (Psychological Dimension) มิติทางสังคม (Social Dimension) มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) และมิติทางอารมณ์ (Emotional Dimension) เป็นสภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต อารมณ์ และสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดคล้องกันเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญของสุขภาพที่จะควบคุมสภาวะในมิติอื่นให้ปรับตัวประสานกันอย่างสมบูรณ์ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแบบแพทย์แผนไทยจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพมิให้เจ็บป่วย เพียงแต่มนุษย์ต้องเรียนรู้กฎแห่งธรรมชาติเพื่อให้อัจฉริยะ และที่สำคัญต้องมีแนวทางในการปฏิบัติตนเองให้สอดคล้องกับธรรมชาติ โดยไม่มีการแบ่งแยกให้ความสำคัญแก่อวัยวะใดอวัยวะหนึ่งมากกว่าส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย การวินิจฉัยโรคไปจนถึงกระบวนการรักษา การตั้งยา หรือจัดยาตำรับต่าง ๆ การติดตามผลการรักษาไปจนถึงขั้นฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการป่วยไข้ หรือแม้แต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรคก็ตาม ต้องคิดวิเคราะห์เหตุและปัจจัยให้ครบถ้วน รอบด้านเสมอ ในการปรับสมดุลร่างกายในทุกขณะให้กลับสู่ธรรมชาติดั้งเดิมในที่สุด

“การแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์แผนตะวันออกมันก็เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นเรื่องธรรมชาติ แต่ผู้ที่เกิดการเจ็บป่วย เกิดอาการไม่ปกติ มีความไม่ปกติเกิดขึ้นในร่างกาย สิ่งที่เราต้องหาคือผิดธรรมชาติมัย ผิดธรรมชาติมัย ทำอะไรที่มันไม่สอดคล้องกับธรรมชาติมัย ...มนุษย์เราก็มียุคธรรมชาติที่มีความแตกต่างกัน เราจึงต้องบอกว่าเขาไม่สอดคล้องกับธรรมชาติแบบไหน เราจึงต้องไปหาว่าธรรมชาติของเขามันเป็นยังไงถึงต้องไปรู้ว่าเขามีธาตุกำเนิดยังไง ถึงจะสามารถไปปรับให้เขาสมดุลสำหรับตัวเขาของเขา นี่ก็คือวิถี” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

4.4.1 จิตวิญญาณกับการแพทย์แผนไทย

ในวงวิชาการคำว่า “จิตวิญญาณ” คำว่า จิต นั้นเป็นภาษาบาลี ส่วนภาษาไทยใช้คำว่า ใจ จิตวิญญาณเป็นคำภาษาบาลี ซึ่งคำนี้กำหนดใช้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ส่วนในทางฝ่ายพระพุทธศาสนาถือว่าจิตเป็นตัวนำในทุกสิ่งทุกอย่าง จิตเป็นใหญ่ ทุกสิ่งทุกอย่างสำเร็จจากจิต ถ้าจิตไม่ดี การกระทำก็ไม่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าจิตดี การกระทำทุกอย่างก็ดีตามไปด้วย จิตในทางภาษาบาลี คือ สภาพที่รู้อารมณ์ ที่เรียกว่าจิตเพราะคิดถึงอารมณ์ เพราะสิ่งสมสิ่งต่าง ๆ ที่เรียกว่า วิญญาณ เพราะรู้อารมณ์ต่าง ๆ ชัดเจน คำว่าจิต มโน มนะ วิญญาณ คำทั้งหมดนี้เอามาใช้ในภาษาไทย จนคนไทยได้ยินได้ฟังและเข้าใจในคำภาษาไทยว่า “ใจ” (สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช, 2551) ส่วนการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณอาจแบ่งได้ 2 ส่วนสำคัญคือ จิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มารับการรักษา และจิตวิญญาณของความเป็นหมอแพทย์แผนไทย ทั้ง 2 ส่วนนี้ต้องสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันจึงจะทำให้การรักษาเห็นผลที่ดี เนื่องด้วยการรักษาทางการแพทย์แผนไทยนั้นเน้นความเป็นองค์รวมกาย ใจ เมื่อเจ็บป่วยที่กาย ใจย่อมเจ็บป่วย เจ็บป่วยที่ใจก็ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องมีความเชื่อ ศรัทธาต่อองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย เพราะแม้จะได้รับการรักษาที่ดีเพียงใด แต่ใจไม่รับ รักษาอย่างไรก็ไม่หาย แต่หากผู้ป่วยมีความเชื่อ ศรัทธาที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งจะรับการรักษาตามคำแนะนำของหมอและดูแลตนเองตามแนวทางแบบแพทย์แผนไทย การรักษาก็จะเห็นผลดีขึ้นเร็ววัน

“ยาไทยกับยาจีนแม่เชื่อว่าที่เขาให้ทานเยอะ เพราะว่ามันมีตัวนี้แก้ตัวนี้ มันต้องมี อันนี้ช่วยกัน มันไม่เหมือนยาฝรั่ง มันแรง มันทานเม็ดเดียวจบ เห็นผลเร็วแต่ระยะยาวไม่โอเค” (คนไข้ 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 สิงหาคม 2563)

“เรารู้สึกคือถ้าเรามาหาตั้งแต่แรกๆ ถ้าเกิดเช็ดร่างกายด้วยการตรวจแบบแผนไทย บ่อย ๆ มันจะเป็นการปูพื้นฐานร่างกายที่ดีของร่างกายในอนาคตได้ อย่างเช่น วิธีการกิน ถ้าเราอายุประมาณ 10 หรือ 20 กว่า แล้วเรามาทางนี้ตั้งแต่แรก เราเชื่อว่า เราจะมีวิธีการดูแลตัวเองที่ดีกว่านี้ มันก็จะสะสมพฤติกรรมที่ดีนั้นไปเรื่อย ๆ อย่างเช่น การดื่มน้ำ การพักผ่อน การกินอาหารแต่ละชนิดส่งผลอะไรต่อร่างกาย แต่เมื่อไรที่คุณอายุเยอะแล้วคุณมา พฤติกรรมในการเปลี่ยนพวกนี้มันยากมาก มันจะทำได้ไม่ถ้อย่าง เพราะมันชิน สุดท้ายเราจะกลับมาตามใจตัวเองเหมือนเดิม” (คนไข้ 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 กันยายน 2563)

ส่วนจิตวิญญาณของความเป็นหมอแพทย์แผนไทย เป็นสิ่งที่ผู้เป็นหมอต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ หมอแพทย์แผนไทยต้องมีศีลธรรม มีความเมตตาต่อผู้ป่วย ยึดถือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอย่างเคร่งครัด จากปรัชญาการแพทย์แผนไทยที่เน้นความเป็นองค์รวมกายใจทำให้หมอจะต้องมีศิลปะในการรักษาทั้งทางกายและทางใจแก่ผู้ป่วย โรคทางกาย ต้องพิจารณาหาเหตุของโรค/อาการผิดปกติให้พบ ส่วนโรคทางใจอาจต้องใช้ธรรมโอสถมาช่วยในการรักษา หรือเน้นการพูดคุยปรับทัศนคติด้านลบต่าง ๆ เห็นได้จากในอดีตการรักษาพยาบาลมักอยู่ในวัดและมีพระเป็นผู้ทำการรักษา นั้นแสดงว่า การรักษามีได้มุ่งเน้นเพียงอาการทางกายยังให้ความสำคัญไปยังมิติทางจิตวิญญาณด้วย

“ที่ดูแลคือกลุ่มมะเร็งระยะสุดท้าย บางอย่างเราทำตามทฤษฎีหรือตำราไม่ได้ทั้งหมด แต่ในแง่ของความเป็นแผนไทยมันมีความเป็นจิตวิญญาณอยู่ในนั้น มันลึกเข้าไปถึงข้างในลึกๆ ของคนไข้ มันไม่ได้เน้นแค่ยาเพียงอย่างเดียว มันมีเรื่องของความเชื่อ ความศรัทธา ความอ่อนน้อมถ่อมตน หรือความยึดหยุ่นที่เราให้กับคนไข้ และตัวเราเองด้วยในการที่เราจะรักษาร่วมกับแพทย์แผนไทย” (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

“ในแง่การรักษาหลวงตาท่านผสมผสานแผนไทยยาไทยประมาณครึ่งหนึ่ง แต่อีกครึ่งหนึ่ง คือ เรื่องของจิต แม้ในมุมมองทางวิทยาศาสตร์ของเรา เราไม่เคยมองลึกขนาดนั้นทั้งที่โรงเรียนก็สอน แต่เราไม่เข้าใจจริงๆ เพราะเราไม่รู้จริงๆ ว่าจิตวิญญาณคืออะไร ความศรัทธา การรักษาคืออะไร ทำไมคนไข้ถึงไม่ยอมไป รพ. แต่อยากมาวัด มันก็เลยเป็นสิ่งที่เรารู้สึกว่าทำทนาย” (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

ดังนั้นการจะสร้างหมอแพทย์แผนไทยจึงต้องให้ความสำคัญกับการบ่มเพาะความเป็นหมอทางจิตวิญญาณด้วยเพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ในทุกมิติของสุขภาพ อันเป็นไปตามแนวคิดความเป็นองค์รวมแบบแพทย์แผนไทย

“การสร้างหมอแต่ละคนเราก็ไม่ได้ต้องการปริมาณ แต่เราอยากได้คุณภาพ มีสัก 2 คนแต่เขารักในวิชาชีพ มีจิตวิญญาณในความเป็นหมอ อยู่ที่ไหนเขาก็จะเป็นหมอ เพราะเขาอยากช่วยคนไข้ แต่ถ้าไม่สร้างเขาตั้งแต่แรก แล้วให้เขาไปเดินประท้วง

ไปเรียกร่องสิทธิ์ ไม่รู้บทบาทของตัวเอง และหลายที่ถูกระบบกลืน แต่ถ้าเกิดว่าทุกคนมีจิตวิญญาณลุกขึ้นมา กล้าที่จะต่อสู้แบบหลวงตา ขอมทนต่อเสียงด่าว่า ไม่ look down คนอื่น แล้วก็เป็นเพื่อนเป็นพันธมิตรกัน แผนไทยกับแผนปัจจุบันมันต้องมีวันหนึ่งที่เดินไปด้วยกันได้” (วิไลลักษณ์ ต้นติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

4.1.5 บทสวดมนต์เพื่อการบำบัดโรค

หลักพุทธธรรมที่ถูกนำมาใช้ในการบำบัดรักษาโรคทางใจนั้นส่วนใหญ่เป็นหลักธรรมสำคัญในทางพระพุทธศาสนา ที่นำมาใช้เพื่อละลายจากความยึดมั่นถือมั่น ลด ละ เลิกกิเลส เช่น โขชฌงค์ 7 คือ ธรรมที่เป็นองค์แห่งการตรัสรู้ 7 ประการ ได้แก่ ความมีสติ ความเป็นธรรม ความเพียร ความอหิงสา ความสงบกายสงบใจ สมาธิ และความมีใจเป็นกลางเพราะเห็นตามความเป็นจริง จึงมักนำหลักธรรมข้อนี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ในคิลานสูตรได้กล่าวถึงพระมหากัสสปะที่อาพาธเป็นไข้หนัก เมื่อพระพุทธเจ้าตรัสเทศนาเรื่อง โขชฌงค์ 7 ทำให้พระมหากัสสปะหายจากอาพาธได้ และในพระไตรปิฎกได้กล่าวถึงพระพุทธเจ้าทรงเทศนาเรื่อง โขชฌงค์ 7 ให้พระมหาโมคคัลลานะฟัง ทำให้หายจากอาพาธหนักได้เช่นกัน

ดูก่อนโมคคัลลานะ โขชฌงค์ 7 เหล่านี้แลเรากล่าวไว้ชอบแล้ว อันบุคคลเจริญแล้วกระทำมากแล้ว ย่อมเป็นไปเพื่อความรู้อย่างยิ่ง เพื่อความตรัสรู้ เพื่อนิพพาน (พระมหาภานุวิชัย, 2555)

จากการศึกษาการสร้างสุขภาพของชีวิตด้วยกระบวนการของ โขชฌงค์ส่งผลทำให้รู้ถึงสิ่งที่เหมาะสมกับกายประสาทส่วนต่าง ๆ มีความผ่อนคลายและทำงานอย่างเป็นปกติ ร่างกายเกิดความสมดุลมีความสุข สงบ ร่มเย็น และวางเฉย เมื่อรูปร่างพร้อมก็จะทำให้จิตผ่อนคลาย รู้เท่าทันทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจ เกิดปีติทำให้สุขภาพจิตดี จิตตั้งมั่นมีสติและสมาธิรู้ตามความเป็นจริงพร้อมที่จะปล่อยวางและเข้าใจสรรพสิ่งต่าง ๆ (สุภาพรรณ กลิ่นนาค, 2561) พระโบราณจารย์จึงได้นำเอาเนื้อหาของ โขชฌงค์มาแต่งเป็นบทสวดขึ้นชื่อว่า “โขชฌงค์ปริตร” ซึ่งเป็นบทสวดมนต์ที่นิยมสวดเพื่อป้องกันและขจัด โรคภัยไข้เจ็บ ความไม่สบายทั้งปวง (ศักดิ์สิทธิ์ พันธุ์สิทธิ์, 2563) โดยการสวด โขชฌงค์ปริตรพร้อมคำแปล นอกจากจะเป็นธรรมโอสถและพุทธมนต์แล้ว ยังมีงานวิจัยกล่าวถึงประสิทธิผลของการสวดบทโขชฌงค์ปริตรที่ทำให้ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงและมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกละวางทางจิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย (เบญญาภา กุลศิริไชย, 2555) โดยการสวดแต่ละครั้งจะต้องกล่าวคำแปลร่วมด้วยเพื่อความเข้าใจต่อเนื้อหาของจุดประสงค์ของบทสวดนั้น ๆ แต่ปัจจุบันนี้

บทสวดส่วนใหญ่เป็นภาษาบาลี สันสกฤต เมื่อแปลเนื้อหาของบทสวดไม่ออก การสวดโดยที่ไม่กล่าวคำแปลจึงไม่เข้าใจจุดประสงค์ของการสวดที่แท้จริง จะเห็นว่าความเป็นองค์รวมของร่างกาย ในมุมมองทางการแพทย์แผนไทย คือ กายกับจิตทำงานร่วมกันแยกจากกันไม่ได้ โดยจิตนั้นเป็นตัวหลักในการควบคุมการทำงานของส่วนต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์

อนึ่งจะกล่าวสอน กายนครมีมากมาย ประเทียบเปรียบในกาย ทุกหญิงชายในโลก ดวงจิตคือ กษัตริย์ ผ่านสมบัติอัน โอฬาร ข้าศึกคือ โรค เกิดเช่นฆ่าในกายเรา (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

4.1.6 หมอชีวกโกมารภัจจ์: บรมครูทางการแพทย์แผนไทย

ในพระไตรปิฎก ได้ปรากฏชื่อ “หมอชีวกโกมารภัจจ์” ซึ่งในวงการแพทย์แผนไทย เคารพนับถือและบูชาท่านเป็นบรมครูของการแพทย์แผนไทย ถูกกล่าวถึงว่าเป็นหมอรักษาโรคที่มีชื่อเสียงโด่งดังและมีผู้ยกย่องสรรเสริญในสติปัญญา ความรู้ ความสามารถ ตลอดจนความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ช่วยเหลือผู้เจ็บไข้โดยไม่เลือกฐานะ ท่านเป็นหมอคนเดียวที่ได้ทำหน้าที่สำคัญยิ่ง คือ เป็นหมอประจำพระพุทธเจ้าและเป็นอุบาสกในพระพุทธศาสนาที่มีความใกล้ชิดกับพระพุทธองค์ ความเป็นผู้มีคุณธรรมที่ควรถือเป็นแบบอย่างคนหนึ่ง การชักจูงคนที่ยังไม่มีศรัทธาให้เกิดศรัทธาในพระรัตนตรัย การให้คำแนะนำคนที่กำลังมีความทุกข์ให้ได้พบทางพ้นคลายทุกข์เช่นนี้นับเป็นหน้าที่ของอุบาสกที่ดีของพระพุทธศาสนา โดยการรักษาโรคของหมอชีวกโกมารภัจจ์ใช้แนวคิดที่ว่า “ไม่มีต้น ไหน ที่ไม่ใช่ยา” แสดงให้เห็นว่า ท่านมีแนวคิดในการรักษาโรคโดยใช้ธรรมชาติบำบัด ธรรมชาติในที่นี้คือสมุนไพร อันได้แก่การใช้ส่วนต่าง ๆ ของพืชหรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ นำมาเป็นยารักษาโรคแก่ผู้ป่วย (ทวี วรคุณ, 2551)

คุณภิกษุทั้งหลาย บรรดาอุบาสกผู้เป็นสาวกของตถาคต ซึ่งเป็นผู้มีความเลื่อมใสในบุคคลชีวกโกมารภัจจ์เป็นเลิศ (มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539)

ก็โดยสมัยนั้นแล ในมคธชนบทเกิดโรคระบาดขึ้น 5 ชนิด คือ โรคเรื้อน 1 โรคฝี 1 โรคกลาก 1 โรคมองคร้อ 1 โรคลมบ้าหมู 1 ประชาชนอันโรค 5 ชนิดกระทบเข้าแล้วได้เข้าไปหา หมอชีวกโกมารภัจจ์ แล้วกล่าวอย่างนี้ว่า ขอโอกาส ท่านอาจารย์ ขอท่านกรุณาช่วยรักษาพวกข้าพเจ้าด้วย” (พระวินัยปิฎก เล่ม 4) (สภายวพุทธิกสมาคมแห่งชาติ, 2555)

จะเห็นว่าประเทศไทยมีพระพุทธศาสนาเป็นรากฐานของวัฒนธรรมไทยมาช้านาน การแพทย์แผนไทยก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรับเอาแนวความคิดทฤษฎี ความเชื่อ รวมทั้งแบบแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาจากพระพุทธศาสนาโดยนำมาผสมกลมกลืน ปรับใช้ควบคู่กับองค์ความรู้ของการแพทย์ท้องถิ่นที่มีอยู่แต่เดิม จนมาเป็นการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยปัจจุบัน

4.2 โลกทัศน์ทางการแพทย์แผนไทย

หากจะพิจารณาโลกทัศน์ที่แตกต่างกันระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตก คงต้องพิจารณาลงลึกถึงกระบวนทัศน์ ซึ่งหมายถึงทัศนะแม่บทที่กำหนดวิธีคิด วิธีมอง และวิธีทำความเข้าใจต่อสรรพสิ่ง เราจะเข้าใจวิธีคิดแบบแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนขึ้นหากเราพิจารณาจากรากฐานที่เป็นกระบวนทัศน์ มี 3 องค์ประกอบที่เป็นฐานคติทั้งในด้านภววิทยา ญาณวิทยา และวิธีวิทยา อันได้แก่ความจริงของสรรพสิ่ง กลไกร่างกายมนุษย์ และการจัดการกับร่างกายมนุษย์ในแบบแพทย์แผนไทย ซึ่งกระบวนทัศน์ทางความรู้แต่ละชุดจะตอบคำถามพื้นฐานนี้แตกต่างกัน

“มันต่างกันตั้งแต่หลักการคิด โดยแผนไทยใช้ปรากฏการณ์วิทยา อธิบายด้วยวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ คือ เอาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติมาอธิบายการเกิดโรค โดยที่ไม่ได้คิดแบบแยกส่วน” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

การแพทย์แผนตะวันตกที่มีกระบวนทัศน์ทางความรู้แบบปฏิฐานนิยม (Positivism) เป็นกระบวนทัศน์ที่มีชุดของแนวคิดความเชื่อและปรัชญาที่วางรากฐานด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Method) โดยเชื่อว่าความเป็นจริงที่ถูกต้องจะต้องได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ได้ตรงตามสิ่งที่เกิดขึ้นจริง สามารถวัดได้และทำให้เป็นเชิงปริมาณได้ (สมศักดิ์ สามัคคีธรรม, 2555) ส่วนการแพทย์แผนไทยนั้นก็มีกระบวนทัศน์ทางความรู้ที่มีส่วนคล้ายคลึงกับแบบปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์ที่มีชุดของแนวคิดความเชื่อและปรัชญาที่ใช้วิธีการอนุมานปฏิบัติ เน้นการให้ความหมาย การเชื่อมโยงเหตุผลเชิงตรรกะผ่านการตีความ โดยขึ้นอยู่กับบริบทอันเฉพาะเจาะจงของแต่ละสังคม เป็นการทำความเข้าใจในการศึกษาระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งในงานวิจัยนี้จะหยิบยกมุมมองที่แตกต่างระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตก ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับร่างกายมนุษย์และการจัดการด้านสุขภาพ

4.2.1 กลไกร่างกายมนุษย์ในมุมมองการแพทย์แผนไทย

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีถูกผลักดันและกระตุ้นด้วยความคิดและวิธีคิดที่สำคัญในปรัชญาแบบสสารนิยม (Materialism) เป็นอย่างมาก เพราะความคิดที่สำคัญของปรัชญาดังกล่าวเน้นประเด็นที่ว่า มนุษย์คือก้อนสสารที่ประกอบกันขึ้นและทำงานคู่เคียงกับกลจักร ร่างกายประกอบด้วยเครื่องจักรกลมากมาย ทำงานได้ทั้งในขณะที่เรารู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัวหรือทั้งในขณะที่ตื่นและนอนหลับ ทั้งยังเชื่อในสิ่งที่เป็นรูปธรรมว่าเป็นความแท้จริงของสรรพสิ่ง สภาพความเป็นคนหรือความเป็นมนุษย์ที่ปรากฏอยู่ต้องอาศัยส่วนย่อยทั้งหลาย ถ้าไม่อาศัยส่วนย่อยเหล่านั้นแล้ว ความเป็นมนุษย์จะตั้งอยู่ไม่ได้ เพราะเชื่อว่าส่วนย่อยเป็นจริงกว่าส่วนรวม ดังนั้น การรวมตัวของกลุ่มอะตอม ก็คือการเกิดขึ้นของมนุษย์ ส่วนการแยกตัวของกลุ่มอะตอม ก็คือการตายของมนุษย์ สิ่งที่เรียกกันว่า ความรู้สึก นึกคิด ความจำ เป็นเพียงสมรรถภาพการทำงานของสมองเท่านั้น ไม่มีจิตหรือวิญญาณ การกำเนิดมนุษย์ เริ่มจากการปฏิสนธิคือเหตุการณ์ที่เซลล์ไข่ของเพศหญิงรวมกับเซลล์สืบพันธุ์เพศชาย คือ ตัวอสุจิ ผลิตรักษาของเซลล์สืบพันธุ์เพศหญิงและชายที่รวมกันเรียก ไซโกตหรือไข่ที่ปฏิสนธิแล้ว เกิดเป็นตัวอ่อน ซึ่งจะเคลื่อนมาที่โพรงมดลูกและฝังตัวยึดติดกับผนังมดลูกจนพัฒนาเจริญเติบโตกลายมาเป็นทารก (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ, ม.ป.ป) เกิดเป็นมนุษย์ที่มีกลไกอันสลับซับซ้อนแต่ทำงานประสานสอดคล้องกันอย่างสมดุล ดังนั้น การหาคำอธิบายที่ว่า มนุษย์คือใครและธรรมชาติของมนุษย์เป็นอย่างไรในทัศนะของนักวิทยาศาสตร์ธรรมชาติก็คือ การทอนมนุษย์แยกย่อยลงสู่รายละเอียดในระดับเซลล์ อะตอมและโมเลกุล มนุษย์ในทัศนะของพวกเขาก็คือ กลไกทางชีวภาพอันยิ่งใหญ่และงดงามอย่างน่าพิศวง

การเสนอทฤษฎีวิวัฒนาการของดาร์วิน (Darwin, 2013) ถือว่าเป็นจุดเกิดความขัดแย้งทางความคิดเกี่ยวกับกำเนิดของมนุษย์ระหว่างมุมมองของศาสนาประเภทเทวนิยมและวิทยาศาสตร์อย่างสิ้นเชิง ดาร์วินชี้ให้เห็นว่าชีวิตใด ๆ ในโลกก็ดี ไม่ได้เกิดจากการให้กำเนิดหรือการสร้างสรรค์ของพระเจ้า แต่เป็นกฎแห่งธรรมชาติที่สร้างสรรค์คัดสรรและเลือกให้ชีวิตแต่ละชีวิตคงอยู่หรือสูญพันธุ์ไป กฎที่ว่าเป็นนี้คือ กฎแห่งการอยู่รอดของผู้ที่แข็งแรงที่สุดและเหมาะสมที่สุด ธรรมชาติได้คัดเลือกชีวิตทั้งพืชและสัตว์ที่แข็งแรงให้อยู่รอด (ธีรยุทธ บุญมี, 2546)

ส่วนในทัศนะของการแพทย์แผนไทยอธิบายแนวคิดการกำเนิดสิ่งมีชีวิตในโลกมนุษย์หรือมนุษย์ภูมิ อ้างอิงจากเนื้อความในหนังสือ ไตรภูมิพระร่วงไว้ว่าการกำเนิดนั้นมี 4 ลักษณะด้วยกัน ได้แก่

- | | |
|-------------|-----------------------|
| 1) อันทชะ | คือ การกำเนิดจากไข่ |
| 2) ชลามพุชะ | คือ การกำเนิดจากครรภ์ |

- 3) สังเสทชะ คือ การกำเนิดจากเปลือกตม
 4) โอปาดิกะหรืออุปาดิกะ คือ การกำเนิดเกิดขึ้นเอง

บรรดาสัตว์ที่เกิดใน โลกมนุษย์นี้มีการเกิดด้วยกำเนิดทั้ง 4 ประเภท กำเนิดในครรภ์มีมากกว่ากำเนิดประเภทอื่น การกำเนิด 3 ประเภทมีปรากฏเป็นบางครั้งเท่านั้น การกำเนิดในครรภ์ของคนทั้งหลายมีดังนี้ (พระมหาธรรมราชาที่ 1 พญาสิทธิไทย, 2526)

คำว่า ชลามพุชะ หากแยกตามความหมาย

คำว่า ชล แปลว่า น้ำที่ไหล อีกนัยยะหมายถึง เลือดของพ่อ

คำว่า อัมพุ แปลว่า น้ำนิ่ง น้ำบ่อ อีกนัยยะหมายถึง ต่อมเลือดระดูของแม่

คำว่า ชะ มาจาก ชาคะ แปลว่า เกิด

ดังนั้น ชลามพุชะ จึงหมายถึง เกิดแต่น้ำ + น้ำ คือ น้ำเลือดของพ่อกับน้ำเลือดของแม่ มารวมกันกลายเป็นน้ำเลือดของลูก (เลือดก้อนใหม่) เมื่อเลือดมาผสมกันในลักษณะของชลามพุชะ บ่งบอกว่าการกำเนิดของคนเริ่มจากเลือดคือน้ำที่มีความร้อน ซึ่งเป็นการผสมรวมของความร้อนจากพ่อและแม่ กลายเป็นเลือดก้อนใหม่ของลูก เลือดที่ปฏิสนธินี้เป็นมหากุฎรูป ประกอบด้วยธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ เลือดทั้งสองมารวมกันอย่างสมบูรณ์ก็จะยึดและเกาะกุมกัน แต่ในก้อนเลือดนี้มี “ความร้อน” อาศัยอยู่ด้วยจึงทำให้เกิดการขยายของก้อนเลือด มีการเจริญเติบโตจนกลายเป็นทารกนั่นเอง

การกำเนิดในโลกอื่นที่ไม่ใช่โลกมนุษย์อาจมีลักษณะการกำเนิดแตกต่างกันออกไปได้ สำหรับในโลกมนุษย์นั้นพบการกำเนิดจากครรภ์มากกว่าการกำเนิดลักษณะอื่น การกำเนิดจากครรภ์นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะการกำเนิดมนุษย์เพียงเท่านั้น สิ่งมีชีวิตหลายชนิดก็มีการกำเนิดจากครรภ์มารดาด้วย เช่น สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม

สัตว์เกิดในครรภ์นั้น แรกทีเดียวมีขนาดเล็กมากเรียกว่า “กลละ” (พระมหาธรรมราชาที่ 1 พญาสิทธิไทย, 2526)

ในคัมภีร์ปฐมจินดาก็ได้อธิบายขนาดของกลละไว้เช่นกันว่ามีขนาดเล็กมาก เล็กกว่าหยดน้ำมันงาที่สกัดออกจากปลายขนจามรี 7 ครั้ง กลละนี้เนื่องจากเป็นเพียงการผสมกันของเลือดพ่อและเลือดแม่ แต่ยังไม่มีการฝังตัวที่มดลูกจึงสามารถละลายหายไปได้เสมอ คัมภีร์ปฐมจินดาจึงกล่าว

ว่า “...ตั้งขึ้นในครรถ์มารดาแล้วละลายไปได้วันละ 7 ครั้ง กว่าที่ตั้งขึ้นได้เป็นอันยากนัก...” (มูลนิธิพื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559) วรรณกรรมเช่นนี้จึงมีความหมายว่า การเกิดเป็นมนุษย์นั้นยากยิ่งนัก

จะเห็นว่าเพียงแค่อธิบายเรื่องการกำเนิดของมนุษย์ในทัศนะของการแพทย์แผนตะวันตกกับการแพทย์แผนไทย ยังมีความแตกต่างกันสิ้นเชิง จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งซึ่งทำให้โลกทัศน์ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน เกิดการมองต่างในองค์ประกอบร่างกายมนุษย์ นำไปสู่การพิจารณาความผิดปกติของร่างกายตลอดจนรูปแบบการรักษาดูแลสุขภาพ

ในมุมมองของแพทย์แผนไทย กลไกร่างกายของมนุษย์นั้นประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน คือ โครงสร้างร่างกาย ธาตุไฟ คือ ระบบพลังงาน ความร้อน ธาตุลม คือ การเคลื่อนไหวไหลเวียนต่าง ๆ ธาตุน้ำ คือ ระบบของเหลว ระบบเลือดที่ไหลเวียนหล่อเลี้ยงร่างกายให้ปกติ ทั้งนี้อาจมีหมอแผนไทยบางท่านได้กล่าวว่าร่างกายประกอบด้วย 5 ธาตุ เนื่องจากนับรวมอากาศธาตุ คือ ช่องว่างภายในธาตุต่าง ๆ ไปด้วยก็ถือว่าไม่ผิดจากทฤษฎี ร่างกายมนุษย์ถ้าจะเกิดความผิดปกติก็เพราะธาตุทั้ง 4 เป็นเหตุที่ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุล หรือเกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกาย

กายแห่งเราท่านทั้งหลายนี้ โลกิตเป็นปัจจัยชุ่มแซ่ให้สดชื่น มีธาตุทั้ง 4 เป็นเหตุ มีธาตุทั้ง 4 ก่อเกิด คือ เวียนตาย แลเวียนเกิดอยู่ในภพสงสาร ถึงจะเป็นเทวดา แลมนุษย์ก็ดี จะเป็นเดรัจฉานก็ดี แต่บรรดามีจิตวิญญาณก็ย่อมมีธาตุทั้ง 4 ทุก ๆ ตัว สัตว์กายแห่งเราท่านทั้งหลายนี้ เมื่อจะอันตรธานนั้น ก็ย่อมอันตรธานด้วยธาตุทั้ง 4 ธาตุทั้ง 4 บังเกิดแก่มนุษย์ทั้งหลาย จึงต้องกองรูปันธ์ทั้งหลาย อินทรีย์ทั้งปวง เมื่อจะทำลายเบญจขันธ์ ก็ทำลายด้วยธาตุทั้ง 4 มิได้เว้นจากบุคคลเลย (มูลนิธิพื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

“การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่อิงเรื่องธรรมชาติ มนุษย์เราเกิดมาจะมีลักษณะของธรรมชาติที่มีความชัดเจน คือ มีดิน น้ำ ลม ไฟ และมีช่องว่างที่เรียกว่าอากาศ เราหนีไม่พ้นอยู่ 5 ธาตุ ดิน น้ำ ลม ไฟ อากาศ เพราะฉะนั้นวิถีชีวิตของเราการดำเนินชีวิตของเราก็จะอิงไปตามธรรมชาติ คือ ให้ธาตุทั้ง 5 มันบริบูรณ์” (ฉัตร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

4.2.2 ระบบธาตุทางการแพทย์แผนไทย

ธาตุ คือ ลักษณะเฉพาะของธรรม ธรรม คือ ความเป็นจริง สิ่งที่มีอยู่จริง ดังนั้น ธาตุ จึงมีความหมายว่า ลักษณะเฉพาะของสิ่งที่มีอยู่จริง ซึ่งในทางการแพทย์แผนไทยได้อาศัยการอธิบายรูป

ธาตุทั้ง 4 มาจากพระอภิธรรม เพื่อใช้ในการพิจารณาธาตุภายในของผู้ป่วย เมื่อกล่าวถึงเรื่องรูป ในทางการแพทย์แผนไทยเรามักจะกล่าวถึง มหาภูตรูป 4 ซึ่งเป็นรูปที่เป็นใหญ่ เป็นประธาน เป็นที่อาศัยแก่รูปอื่น ๆ ทั้งหลาย รูปอื่น ๆ ทั้งหมดถ้าไม่มีมหาภูตรูปรองรับก็เกิดขึ้นไม่ได้ ที่ได้ชื่อว่ามหาภูตรูปเพราะเป็นที่อาศัยแห่งรูปทั้งหลาย ได้แก่ ปฐวีธาตุ (ธาตุดิน) อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) วาโยธาตุ (ธาตุลม) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปฐวีธาตุ (ธาตุดิน) สามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ เป็นธรรมชาติที่มีความแข็ง (กักขฬลักษณะ) และความอ่อน (มูทุลักษณะ) เพราะถ้านำไปเปรียบกับธาตุอื่นแล้ว ธาตุดินนี้มีสภาพแข็งกว่าธาตุอื่น มีความแข็งเป็นลักษณะ ไม่ได้กล่าวถึงความอ่อนด้วย เพราะความอ่อนก็คือ ความแข็งมีน้อยนั่นเอง กล่าวคือ วัตถุใดมีปฐวีมากก็แข็งมาก วัตถุใดมีปฐวีธาตุน้อยก็แข็งน้อย จึงรู้สึกละเอียดอ่อน ธาตุดิน มีลักษณะที่คงรูป 20 ประการ ได้แก่ เกศา (ผม) โลมา (ขน) นขา (เล็บ) ทันตา (ฟัน) ตะโจ (ผิวหนัง) มังสัง (กล้ามเนื้อ) นหารู (เส้นเอ็น) อัญฐิ (กระดูก) อัญฐิมิณชัง (เยื่อหุ้มกระดูก) วักกัง (ม้าม) หทยัง (หัวใจ) ปิหัง (ไต) ยกนัง (ตับ) ปีบผาสัง (ปอด) กิโถมกัง (พังผืด) อันตัง (ไส้ใหญ่) อันตคุนัง (ไส้เล็ก หรือสายรัดไส้) อุทริยัง (อาหารใหม่) กรีสัง (อาหารเก่า) มัตถเก มัตถลุงกัง (มันสมอง)

อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) สามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ โดยธรรมชาติที่มีลักษณะไหล เรียกว่า ปัทมณลักษณะ และธรรมชาติที่มีลักษณะเกาะกุม เรียกว่า อาพันชนลักษณะ อาโปธาตุนี้มีจำนวนพอประมาณในวัตถุใด ก็ทำหน้าที่เกาะกุมอย่างเหนียวแน่น วัตถุนั้นก็แข็ง ถ้าวัตถุใดมีอาโปธาตุมากก็เกาะกุมไม่เหนียวแน่น จึงทำให้วัตถุนั้นอ่อนลงและเหลวมากจนถึงกับไหลไปได้ โดยเมื่ออาโปธาตุถูกความร้อน ก็จะทำให้ไหลไป แต่ถ้าอาโปธาตุถูกความเย็นก็จะทำให้เกาะกุมเข้า เช่น เหล็กหรือขี้ผึ้งถูกความร้อนก็เหลวจนไหลได้ เมื่อเย็นแล้วกลับแข็งตัวตามเดิม หรือน้ำแข็ง ถ้าถูกความร้อนก็ละลายและไหล เมื่อให้ถูกเย็นจัด ก็จะจับกันเป็นก้อน น้ำแข็งอีก เป็นต้น ธาตุน้ำ มีลักษณะเป็นของเหลวไหลเวียน 12 ประการ ได้แก่ ปิตตัง (น้ำดี) เสมหัง (เสมหะ) ปุพโพ (น้ำหนอง) โลหิตตัง (น้ำเลือด) เสโท (น้ำเหลือง) เมโท (มันขี้) อัสสุ (น้ำตา) วสา (มันเหลว) เขโพ (น้ำลาย) สิงฆานิกา (น้ำมูก) ลลิกา (น้ำไขข้อ) มุตตัง (น้ำปัสสาวะ/น้ำมูตร)

เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) สามารถจำแนกอย่างกว้างได้เป็น 2 ลักษณะ คือ อุณหเตโช (ความร้อน) และสีตเตโช (ความเย็น/ร้อนน้อย) โดยธรรมชาติที่ทรงภาวการณ์สูงอมหรือความร้อน เตโชธาตุนี้แม้จะเป็นรูปธาตุที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์ของธาตุอื่น ๆ แต่ว่ามีประสิทธิภาพเหนือธาตุอื่น ๆ ตรงที่ว่าสัตว์ทั้งหลายอายุจะยืนหรือไม่ก็เพราะเตโชธาตุ เช่น ไฟให้ความอบอุ่นไม่พอ ไฟไม่

พ่อย่อยอาหาร เพียงเท่านั้นสัตว์ทั้งหลายก็จะดำรงชีวิตอยู่ไม่ได้แล้ว อีกทั้งเมื่อมีการกระทบจากสิ่งแวดล้อมภายนอกต่อธาตุภายในร่างกาย ธาตุแรกที่มีจะถูกกระทบ ก็คือ เตโชธาตุ หรือธาตุไฟ จึงเป็นที่มาของการเรียกผู้ที่ไม่สบาย หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย ว่า คนไข้ หรือ ผู้ไข้ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีความร้อนมากเกินปกตินั่นเอง ธาตุไฟ มีลักษณะของการให้ความร้อนมี 4 ประการ ได้แก่ สันตปปักคิ (ไฟทำให้ร่างกายอบอุ่น เป็นปกติ) ปรัทยัคคิ (ไฟทำให้ร้อนระส่ำระสาย ซึ่งทำให้เราต้องอาบน้ำและพัควี) ชिरณัคคิ (ไฟทำให้แก่คร่ำคร่า) ปริณามัคคิ (ไฟย่อยอาหาร) ซึ่งแต่ละธาตุจะทำงานเกี่ยวเนื่อง เชื่อมโยงกันเป็นระบบ สร้างระบบโครงสร้างร่างกายที่สามารถสัมผัสจับต้องได้ และระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ เป็นต้น

อนึ่งจะกล่าวสอน กายนครมีมากหลาย ประเทียบเปรียบในกาย ทุกหญิงชายในโลกา ดวงจิตคือ กษัตริย์ ผ่านสมบัติอัน โอพาร์ ข้าศึกคือ โรคา เกิดเช่นฆ่าในกายเรา เปรียบแพทย์คือทหาร อันชานาญรู้ตำเนา ข้าศึกมาอย่าใจเบา ห้อมล้อมรอบทุกทิศา ให้ดำรงกษัตริย์ไว้ คือดวงใจให้เร่งยา อนึ่งห้ามอย่าโกรธา ข้าศึกมาจะอันตราย ปิดตัง คือวังหน้า เร่งรักษาเขม้นหมาย อาหารอยู่ในกาย คือ เสบียงเลี้ยงโยธา (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559) หมายเหตุ : ปิดตัง คือ น้ำดี มักใช้แทนความหมายถึงความร้อน

วาโยธาตุ (ธาตุลม) สามารถจำแนกออกตามการเคลื่อนได้เป็น 2 ลักษณะ คือ สุขุมวาตะ (ลมกองละเอียด) และ โอพริกะวาตะ (ลมกองหยาบ) โดยธรรมชาติที่มีลักษณะการไหว เรียกว่า สมุทธีรณวาโย และธรรมชาติที่มีลักษณะการเคร่งตึง เรียกว่า วิตถัมภณวาโย ธาตุลมที่เคร่งตึงนั้นจะทำให้รูปที่เกิดพร้อมกันกับตน ตังมัน ไม่คลอนแคลนเคลื่อนไหวได้ ในร่างกายของคนเรา ถ้ามีลมที่เคร่งตึงมากก็จะรู้สึกตึง ปวดเมื่อยไปทั่วร่างกาย หรือเมื่อเวลาที่เรากเร็งแขน ขา หรือเพ่งตาอยู่นาน ๆ โดยไม่กระพริบตา ก็จะปรากฏเป็นอาการเคร่งตึง ถ้ามีลมที่เคร่งตึงน้อย ลมที่ไหวไปมามาก ร่างกายหรือสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็จะเคลื่อนไหวหรือไหวไปได้ ธาตุลมนี้ เป็นรูปธาตุที่มีความสำคัญมากแก่สัตว์ที่มีวิญญาณเพราะถ้าไม่มีลมหายใจก็ตาย ธาตุลม มีลักษณะของการเคลื่อนที่มี 6 ประการ ได้แก่ อุทซังคมาวาตา (ลมพัดจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน) อโคมมาวาตา (ลมพัดจากเบื้องบนสู่เบื้องล่าง) โกฎฐาสยาวาตา (ลมพัดในไส้) กุจฉิสยาวาตา (ลมพัดอยู่ในท้องนอกไส้) อังคมังคานุสาร์ริวาตา (ลมพัดทั่วร่างกาย) อัศสาสะปัสสาสะวาตา (ลมหายใจเข้าออก) อีกทั้งยังมีอากาศธาตุที่เป็นช่องว่างระหว่างธาตุต่าง ๆ เพื่อทำให้ธาตุมีช่องทางในการขับเคลื่อนไปได้

ธาตุในร่างกายแต่ละคนจะมีพื้นฐานลักษณะธาตุเด่นต่างกันตามวันเกิด เรียกว่า ธาตุกำเนิด หรือธาตุเจ้าเรือน เช่น ลักษณะธาตุดินของคนที่เกิดวันจันทร์จะเด่นกว่าคนที่เกิดวันอังคารซึ่งมีธาตุลมเด่น ลักษณะเฉพาะของแต่ละธาตุกำเนิด ถูกกล่าวไว้ในพระคัมภีร์นันทศาสตร์ “หนึ่งตลอดมาจากครรรค์ ระวี วันเสาร์ เตโชมีเป็นอาทิ ศศิ ครุ ปลวี อังการมีวาโย พุช อาโปศุภร์ด้วย ธาตุนี้มี้วยกับตน โรคระคนทั่วไป” (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559) ได้แก่

ผู้ที่เกิดวันเสาร์และวันอาทิตย์ จะมีลักษณะของธาตุไฟที่เด่น

ผู้ที่เกิดวันจันทร์และวันพฤหัสบดี จะมีลักษณะของธาตุดินที่เด่น

ผู้ที่เกิดวันอังคารจะมีลักษณะของธาตุลมที่เด่น

ผู้ที่เกิดวันพุธและวันศุกร์จะมีลักษณะของธาตุน้ำที่เด่น

“ถ้าเป็นหมอแผนไทยก็จะเป็นลักษณะรักษาตามอาการของคน ใช้ ธาตุเจ้าเรือน ลักษณะแบบนี้ก็ควรรักษาแบบนี้ ยาร้อน ยาเย็น ขึ้นกับลำดับจังหวะที่คนไข้เป็นผม ว่ามันเป็นอะไรที่เป็น dynamic ที่ค่อนข้างเป็นการไหลเวียนที่เห็นภาพ แผนไทย ผมว่ามันลึกและละเอียดมากกว่า”(ก่อกนกนธ์ เอื้อเพื่อ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 กันยายน 2563)

การเข้าใจระบบธาตุทางการแพทย์แผนไทย ความเป็นปัจเจกลักษณะธาตุที่แตกต่างกันอัน บ่งบอกถึงลักษณะธรรมชาติพื้นฐานของแต่ละคน จะนำไปสู่การพิจารณาปรับธาตุให้เข้าสู่สมดุล ของแต่ละคน กล่าวคือ ถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรค/กลุ่มอาการเดียวกัน การรักษาที่อาจจะไม่ เหมือนกันด้วยความต่างของธาตุกำเนิด และนี่เป็นอีกหนึ่งอัตลักษณ์ของการดูแลรักษาสุขภาพแบบ แพทย์แผนไทย

4.2.3 ระบบการควบคุมการทำงานของธาตุในร่างกายทางการแพทย์แผนไทย

ร่างกายของมนุษย์ ในมุมมองของแพทย์แผนไทย หากมองเฉพาะรูป (กาย) ซึ่งเป็นส่วนที่ แพทย์แผนไทยใช้ตรวจวิเคราะห์หาความผิดปกติของตัวธาตุจากภายนอกที่สะท้อนถึงความผิดปกติ ภายใน ถูกประกอบสร้างขึ้นโดยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุไฟ และธาตุลม ถ้าจะเกิดความ ผิดปกติก็เพราะธาตุทั้ง 4 เป็นเหตุที่ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุล หรือเกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกาย โดยธาตุทั้ง 4 นี้เป็นสหชาติธรรม เป็นธรรมที่เกิดพร้อมกัน เกิดร่วมกัน กล่าวคือไม่ว่าจะปรากฏ ณ ที่ใด จะต้องปรากฏ ณ ที่นั้นครบทั้งขณะ คือ ครบทั้ง 4 ธาตุเสมอ เป็นนิจและแน่นอน ต่างกันแต่ เพียงว่า อาจจะมีธาตุใดธาตุหนึ่งยิ่งและหย่อนกว่ากันเท่านั้น จะขาดธาตุใด ธาตุหนึ่งใน 4 ธาตุนี้ไป

แม้แต่เพียงธาตุเดียว เป็น ไม่มีเลย ธาตุดินที่แข็ง ย่อมจะอยู่กับน้ำที่เกาะกุมอยู่กับไฟที่เย็นและอยู่กับลมที่เคร่งคืด ส่วนธาตุดินที่อ่อน ย่อมจะอยู่กับน้ำที่ไหล อยู่กับไฟที่ร้อนและอยู่กับลมที่ไหว (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559) ยกตัวอย่าง น้ำลาย ซึ่งมีรูปแสดงความเป็นธาตุน้ำ แต่ยังมีธาตุดิน ซึ่งจะสังเกตเห็นคราบน้ำลายเมื่อน้ำระเหยไปหมดแล้ว มีธาตุไฟคือ น้ำลายมีความอุ่น เสมอและมีธาตุลมคือมีการเคลื่อนไหวออกมาได้ เป็นต้น

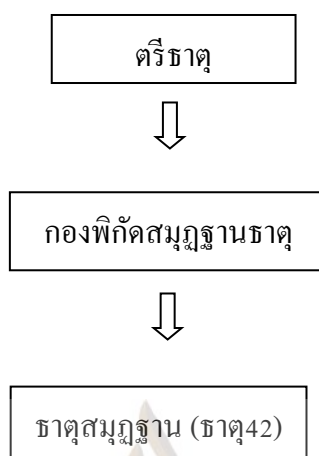
“ร่างกายทั้งร่างกายคือ 1 ระบบ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ถ้าองค์ประกอบ 4 อย่างนี้อยู่กันแบบปกติก็จะไม่เกิดโรค แต่ถ้าอยู่กันไม่ปกติ จะแสดงอาการผิดปกติออกมา หรือเราเรียกว่า โรค / ความไม่สบาย เกิดขึ้น” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

ธาตุในร่างกายจะถูกจัดการผ่านระบบการควบคุมการทำงานหลัก คือ ตรีธาตุ ประกอบด้วย วาตะ ปิตตะ และเสมหะ ซึ่งแพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญมาก เนื่องจากตรีธาตุเป็นสิ่งที่หมอจะต้องวิเคราะห์หาสมุฏฐาน (ที่ตั้ง, ที่แรกเกิด) การเกิดโรค/อาการที่ผิดปกติเพื่อไปนำไปสู่การรักษาที่สาเหตุของอาการเจ็บป่วยนั้น หรือเป็นการรักษาที่ต้นเหตุความเจ็บป่วยไม่ใช่แค่รักษาเพียงอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาหาเรา

หนึ่งโศคจะกล่าวการ สมุฏฐานเป็นเค้ามูล พุทธรัตนตรัสบัญญัติ ซึ่งมูลโรคสามประการ ปิตตะแลเสมหะ แลวาตะสมุฏฐานทั้งสาม โดยประมาณ เป็นอาทิให้วิกล สรรเพชญตรัสพาที โปรดพระศิริมานนที กิลาน์กำเริบรรณ วิกลกายเวทนา (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

วาตะ คือ ระบบการควบคุมลมหรือการเคลื่อนไหวทั้งหมดในร่างกาย
 ปิตตะ คือ ระบบการควบคุมไฟหรือความร้อนทั้งหมดในร่างกาย
 เสมหะ คือ ระบบการควบคุมน้ำหรือของเหลวทั้งหมดในร่างกาย

ตรีธาตุถือเป็นระบบที่ควบคุมการทำงานหลักของร่างกาย โดยจะควบคุมระบบย่อยลงไป ยัง กองพิถัดสมุฏฐานธาตุซึ่งเป็นระบบกลไกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของธาตุสมุฏฐาน หรือธาตุ 42 ประการที่เป็นรูปแสดงอาการผิดปกติในร่างกาย ให้หมอสามารถตรวจพบได้ทางอายุตะ 6 อัน ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความผิดปกติภายในร่างกายต่อไป ดังรูป



รูปที่ 4.1 ระบบการควบคุมการทำงานของธาตุในร่างกายทางการแพทย์แผนไทย

4.3 ความเจ็บป่วยตามวิถีธรรมทางพระพุทธศาสนา

4.3.1 การใช้ผัสสะและอายตนะทางการแพทย์แผนไทย

อายตนะ คือ สื่อเชื่อมต่อแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ อายตนะภายนอก ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ ธรรมารมณ์ และอายตนะภายใน ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ซึ่งจะทำงานเชื่อมต่อกันระหว่างอายตนะภายนอกกับอายตนะภายใน เมื่ออายตนะภายในซึ่งเป็นแดนรับรู้กระทบกับอารมณ์ คือ อายตนะภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกรู้ ก็จะทำให้เกิดความรู้จำเพาะด้านของอายตนะแต่ละอย่าง ๆ ขึ้น เช่น ตากระทบรูป เกิดการเห็น หูกระทบเสียง เกิดการได้ยิน เป็นต้น หมอแพทย์แผนไทยจึงต้องมีสมาธิ ความละเอียดในการตรวจร่างกายผ่านอายตนะเพื่อค้นหาความผิดปกติของธาตุที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ความไม่สมดุลของธาตุภายในมักจะแสดงออกสู่ภายนอกเพื่อให้หมอได้ตรวจร่างกาย ค้นหาเหตุของอาการ/โรคต่าง ๆ ได้แม่นยำขึ้น นอกจากนี้แพทย์แผนไทยยังมีการตรวจพิจารณาธาตุภายในแบบละเอียดผ่านการตรวจจับชีพจรที่อาศัยผัสสะของหมอที่ละเอียด เพื่อนำไปวิเคราะห์หาเหตุของโรคประกอบการรักษาที่แม่นยำยิ่งขึ้น

การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทยที่อาศัยผัสสะและอายตนะนั้นมักเป็นโรคที่เกิดขึ้นที่กาย อาจแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ พหิทโรโค (โรคที่เกิดขึ้นภายนอก เช่น กลากเคลื่อน มะเร็ง แผลต่าง ๆ) และอันตโรโค (โรคที่เกิดขึ้นภายใน เช่น ไข้ ลม ดาน เถา จุกเสียด) โดยหมอแพทย์แผนไทยจะมีการวินิจฉัยโรคโดยเรียกชื่อโรคดังกล่าวให้สื่อสารเข้าใจกันง่ายอีกด้วย

4.3.2 การใช้ประสาททางการแพทย์แผนไทย

รูปประสาท คือ รูปที่มีความใส คล้ายกระจกเงาที่มีความใสยอมสามารถรับภาพต่าง ๆ ภายนอกได้ ถ้ากระจกเงาขุ่นมัวเสียแล้ว ก็ไม่สามารถที่จะรับภาพเหล่านั้นได้เลย ปสาทรูปสามารถรับอารมณ์ได้เพื่อส่ง ไปแปรผลยังจิตประสาทมีอยู่ 5 อย่าง ได้แก่

1) จักขุประสาทรูป คือ ประสาทตา เป็นอวัยวะที่เห็นรูป เมื่อรูปกระทบอวัยวะนี้จะเกิดจักขุวิญญาณขึ้น จักขุประสาทที่อาศัยดวงตาซึ่งมีชั้นเนื้อเล็ก ๆ 3 ชั้นอยู่รอบ ๆ ดวงตาดำและตาขาว และตาที่อยู่ในเนื้อเดียว 5 ชั้นของเนื้อ เลือด ลม เสมหะ และน้ำเหลือง จักขุประสาทมีขนาดเท่าเมล็ดฝิ่นครึ่งเมล็ด มีลักษณะคล้ายศิระะเดินสร้างขึ้นโดยธาตุ 4 ตามกรรมในอดีต และตั้งอยู่ในที่ซึ่งมีเดโชธาตุมากกว่า เรียกว่า จักขุประสาท

2) โสตประสาทรูป คือ ประสาทหู เป็นอวัยวะที่ฟังเสียง เสียงเมื่อกระทบอวัยวะนี้จะเกิดโสตวิญญาณขึ้น โสตประสาทตั้งอยู่ภายในช่องหูทั้งสอง ที่ปกคลุมด้วยขนสีน้ำตาล อาศัยเยื่อแผ่นมีลักษณะคล้าย ๆ ก้านเมล็ดถั่วเขียวซึ่งสร้างขึ้นด้วยธาตุ 4 ตามกรรมในอดีต และเป็นที่ที่มีอากาศธาตุมากกว่า เรียกว่า โสตประสาท

3) ฆานประสาทรูป คือ ประสาทจมูก เป็นอวัยวะที่สูดดมกลิ่น เมื่อกลิ่นกระทบอวัยวะนี้จะเกิดฆานวิญญาณขึ้น ฆานประสาทตั้งอยู่ภายในจมูก มีลักษณะคล้ายดอกทองหลวง สร้างขึ้นโดยมหาธาตุรูปทั้ง 4 ตามกรรมในอดีต และตั้งอยู่ในที่ที่มีวาโยธาตุมากกว่า เรียกว่า ฆานประสาท

4) ชิวหาประสาทรูป คือ ประสาทลิ้น เป็นอวัยวะรู้รส เมื่อรสชาติต่าง ๆ กระทบกับอวัยวะนี้ จะเกิดชิวหาวิญญาณขึ้น ชิวหาประสาทมีลักษณะคล้ายดอกอุบล ซึ่งตั้งอยู่ภายในชั้นเนื้อของลิ้น สร้างขึ้น โดยธาตุทั้ง 4 ตามกรรมในอดีต และตั้งอยู่ในที่ที่มีวาโยธาตุมากกว่า เรียกว่า ชิวหาประสาท

5) กายประสาทรูป คือ ประสาทกาย เป็นอวัยวะที่รู้การกระทบสัมผัสด้วยอวัยวะนี้แล้ว กายวิญญาณจึงเกิดขึ้น กายประสาทนี้ตั้งอยู่ทั่ว ๆ ไปในร่างกาย ยกเว้นที่ผม ขน เล็บ ฟัน และส่วนอื่นในร่างกายที่ปราศจากความรู้สึก สร้างขึ้นโดยมหาธาตุรูปทั้ง 4 ตามกรรมในอดีต และตั้งอยู่ในที่ที่มีปฐวีธาตุมากกว่า เรียกว่า กายประสาท

รูปนั้นจะแปรผันไปตามจิตและเจตสิก ดังเช่นคำที่ว่า จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าวเพราะนามธรรมและรูปธรรมอาศัยกันและกัน สภาพจิตใจที่ผิดปกติจึงส่งผลให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ ในทางกลับกันแม้จิตจะเป็นสภาพรู้ ถ้าไม่มีรูปก็ไม่มีตัวรับ ทำให้ไม่รับรู้อะไร เช่น เมื่อไม่มีจักขุประสาท ก็ไม่เห็นอะไร การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทยจึงต้องอาศัยประสาททั้งของหมอและประสาทของผู้ป่วย กล่าวคือ การตรวจโดยประสาทหมอ เช่น การตรวจร่างกายที่อาศัยการสังเกต สีผิว

ใบหน้า การตรวจลักษณะลิ้น การตรวจการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น เพื่อดูความผิดปกติของธาตุที่แสดงออกภายนอกร่างกาย โดยหมอแพทย์แผนไทยจะมีการวินิจฉัยโรคโดยเรียกชื่อโรคให้สื่อสารเข้าใจกันในหมู่แพทย์ คือ จักขุโรโค (โรคซึ่งเป็นขึ้นที่ตา เช่น ตาแดง ตาแฉะ) โสตรโรโค (โรคซึ่งเป็นขึ้นที่หู เช่น หูตึง ฝูในหู) ฆานโรโค (โรคซึ่งเป็นขึ้นที่จมูก เช่น ริดสีดวงจมูก) จิวหาโรโค (โรคซึ่งเป็นขึ้นที่ลิ้น เช่น ลิ้นแตก ลิ้นเปื่อย) กายโรโค (โรคซึ่งเป็นขึ้นที่ตัว เช่น กลากเคลื่อน มะเร็ง) ส่วนการตรวจปสาธุผู้ป่วยนั้นมักจะได้จากการซักถามประวัติอาการ เช่น มีอาการตาพร่ามัวไหม จมูกได้กลิ่นดีไหม ลิ้นรับรสเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงอย่างไร เป็นต้น จะเห็นว่าการแพทย์แผนไทยนั้นมีความละเอียดถี่ถ้วนในการตรวจร่างกายเพื่อพิจารณาความผิดปกติของร่างกายเป็นอย่างมาก และเป็นการแพทย์ระบบหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับการรักษาในทุกมิติของสุขภาพ โดยการปรับให้เข้ากับธรรมชาติของปัจเจกชนที่มีความหลากหลาย

“หลักธรรมนี้ก็สำคัญ ธรรมะก็สำคัญ มีคนไข้หลายรายที่让他กินธรรมโอสถ พุศุยกุให้คนไข้เราสบายใจ หายเครียด ผ่อนคลาย ต้องรักษาควบคู่กัน เพราะป่วยใจก็ป่วยกาย เพราะความเครียดทำให้ไข้ทรุด ช่วยได้เยอะ ธรรมะอย่าไปทิ้ง” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“เราอิงคำว่า ธรรม คือความเป็นจริง วิถีของความเป็นจริง ๆ ของคนคนนี่คืออะไรล่ะ ก็คือธาตุอะไร เขามีธาตุอะไร หลักการตรวจก็คือตรวจหาสภาพสิ่งที่เขาเป็นปกติคืออะไร แล้ววันที่เขามา เขาไม่ปกติ อาการนี้เป็นอาการอะไรของธาตุอะไร แล้วก็จัดการ คือไปปรับให้กลับสู่สภาพของธาตุเดิมของเขา โดยอิงจากธาตุเดิมของเขานะครับ ไม่ได้อิงจากว่าหมอเข้าใจว่าควรจะใช้ยาแบบนี้เพื่อลดความร้อนหรือไปเพิ่มกำลังลม โดยที่ไม่อิงธาตุเดิมของเขาเลย เพราะฉะนั้นการรักษาการตรวจประเมินในลักษณะการอิงตัวธาตุเป็นหลัก เพราะฉะนั้นไม่ว่าจะเป็นการจับชีพจร จะเป็นการตรวจตา หู จมูก ปาก การตรวจแบบไหนก็แล้วแต่ ก็เป็นการตรวจเพื่ออิงกลับไปหาตัวธาตุเดิมของเขา” (ฉัตร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

4.3.3 การจัดการกับร่างกายของมนุษย์ในแบบแพทย์แผนไทย

ธาตุทั้ง 4 เมื่อเกิดความผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงไป แพทย์แผนไทยอธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงลักษณะของธาตุโดยเรียกว่า รัตนธาตุทั้ง 5 ได้แก่ ธาตุกำเริบ ธาตุหย่อน ธาตุพิการ ธาตุแตก ธาตุออกจากกาย โดยจะเป็นไปตามลำดับ ดังนี้

บัดนี้จักกล่าวแถลง ให้รู้แจ้งแห่งธาตุหนอ สังเขปไว้ย่อ ๆ พอเป็นอย่างทางเล่าเรียน ผู้ใดได้พบเห็น อย่าล้อเล่นแลติเตียน ด้วยข้าอู่สำหรับเพียร จึงได้เขียนเป็นตำรา จักกล่าวตามลักษณะ ชื่อรัตนธาตุทั้งห้า อาจารย์ท่านพระณา คัดลอกมาจากโรคนิทาน ลักษณะนั้นมีห้าเป็นธรรมดาแต่โบราณ คือธาตุนั้นพิการ กำริบแลหย่อนไป อนึ่งเล่าคือธาตุแตก เป็นแผนกนับออกไว้ ธาตุออกจากกายไซ้ร้ สังเขปได้ห้าประการ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

ธาตุกำริบ คือ ธาตุใดก็ตามเมื่อถูกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ ทำให้ธาตุเกิดการเปลี่ยนแปลง ตัวธาตุนั้นจะมีกำลังมากขึ้นก่อนเพื่อรักษาสมดุล เช่น เป็นไข้ตัวร้อน เป็นอาการของธาตุไฟกำริบ อาการปวดจากข้อเท้าแพลง เป็นอาการของธาตุดมกำริบ อาการบวมกดบวมตามร่างกาย เป็นอาการของธาตุน้ำที่กำริบ เป็นต้น

ธาตุหย่อน คือ หลังจากพ้นระยะการกำริบของธาตุ ถ้าร่างกายยังไม่สามารถปรับธาตุได้ หรือ ยังไม่ได้รับการรักษาธาตุก็จะเริ่มอ่อนกำลังลง หรือทำงานได้น้อยลง เช่น อาการเบื่ออาหารเป็นอาการของธาตุไฟหย่อน อาการอ่อนแรงเป็นอาการของธาตุดมหย่อน

ธาตุพิการ คือ เมื่อธาตุหย่อน หากยังไม่ได้รับการปรับธาตุให้เข้าสู่สมดุลอีก การทำงานของธาตุจะผิดปกติไป แสดงอาการลักษณะของธาตุกำริบผสมกับอาการของธาตุหย่อน เช่น อาการคนเป็นโรคภูมิแพ้อากาศ ที่บางวันก็ดูเพลีย (ธาตุหย่อน) บางวันก็มีน้ำมูกไหล (ธาตุกำริบ) บางวันคันตา (ธาตุกำริบ) อาการธาตุน้ำพิการ ปากเปื่อย (ธาตุหย่อน) คอเปื่อย (ธาตุหย่อน) เป็นตุ่มที่คอ (ธาตุกำริบ) มีไข้ (ธาตุกำริบ) เป็นต้น

อาไปธาตุพิการ คือ เชื้อไฟ น้ำลายพิการ ให้ปากเปื่อย คอเปื่อย บางที่เป็นขอดเป็นเม็ดขึ้นในคอ บางที่เป็น ไข้ มักปากแห้งคอแห้ง (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

ธาตุแตก คือ ตัวธาตุไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เหมือนเดิม ในคัมภีร์มักจะใช้คำว่า “ได้หนึ่งจะเสียสอง” เช่น โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง เป็นต้น

ไข้ใดล้มไข้ลง ในสามวันสี่วันมิ นอนสะดุ้งไม่สมประดี สติพลั้งไม่ยังกาย ให้เพื่อให้เรอราก แลราก มีแต่น้ำลาย มือเท้าทั้งขวาซ้าย ให้ผิดเพศสังเกตุเห็น ได้หนึ่งจะเสียสอง ในทำนองจงเล็งเห็น อาการที่มันเป็น คือ โทษธาตุชาติวาตา ถ้าแก้มือแลเท้า มิได้เรียบให้

ร้อนมา อาการบ้านดาลดา ให้ ควบคุมเครื่องเรือรังไป ถึงแก่วันสิบวัน จะอาสัญอย่างสงสัย เทียง
แต่อย่าอาลัย เพราะ โทษตายนั้นมิมา (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

ธาตุออกจากกาย คือ เมื่อผ่านระยะธาตุแตกไปกำลังธาตุก็จะเสื่อมลอยไปมาก ระยะนี้
ผู้ป่วยก็จะเริ่มคุมสติไม่ได้ มีอาการเหม่อลอย หรือเรียกหาคนแปลกหน้า การรักษาที่เป็นเพียงการ
ประคับประคองตัวธาตุให้คงไว้และจะมรณะในที่สุด

การเปลี่ยนแปลงลักษณะของธาตุนั้นขึ้นอยู่กับว่าธาตุตัวใดที่มีปัญหาที่จะแสดงอาการที่
แตกต่างกัน ซึ่งได้ถูกรวบรวมไว้โดยละเอียดในพระคัมภีร์แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งเป็นคัมภีร์
หลักที่แพทย์แผนไทยใช้อ้างอิง ค้นคว้า อีกทั้งยังมีการกล่าวถึงสูตรตำรับยาพร้อมวิธีเตรียมยาและ
วิธีการกินยาที่ใช้ในการแก้ธาตุพิการต่าง ๆ ด้วย

ถ้าจะแก้ เอารากเจตมูลเพลิง 1 โกรฐสอ 1 ลูกผักชี 1 ขิงแห้ง 1 ดีปลี 1 ผลมะตูมอ่อน 1
สะค้าน 1 หัวแห้วหมู 1 ผลพิลังกาสา 1 รากคืดเค้า 1 เปลือกมูกมัน 1 จันทน์ทั้ง 2 สมุลแว้ง
1 กกลังกา 2 1 ดอกพิกุล 1 ดอกบุนนาค 1 ดอกสารภี 1 เกสรบัวหลวง 1 ราก ขั้ดมอน 1 เอ
เสมอภาค ต้ม 3 เอ 1 กินแก้อาไปธาตุพิการ หายแล (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทย
เดิม, 2559)

4.4 ประวัติศาสตร์ไทยกับการแพทย์แผนไทย

วิวัฒนาการของการแพทย์ของประเทศไทย ในอดีตเป็นการดูแลสุขภาพโดยการแพทย์
ดั้งเดิม ยึดโยงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติ การใช้ยาสมุนไพรในการบำบัดรักษาโรคซึ่งในแต่ละถิ่น
ชุมชนก็มีความแตกต่างกันตามสภาพภูมิประเทศและวัฒนธรรมที่เราเรียกว่าเป็น การแพทย์พื้นบ้าน
หรือแพทย์ประจำถิ่น (Folk Medicine / Indigenous Medicine) (ประทีป ชุมพล, 2554) ตามแนวคิด
พหุลักษณะทางการแพทย์ (Medical Pluralism) ซึ่งเป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ที่ได้รับ
การยอมรับทั่วโลกว่า ในสังคมหนึ่ง ๆ ย่อมจะมีระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่าหนึ่งระบบเสมอ
ไม่ว่าสังคมนั้นจะเป็นสังคมสมัยใหม่ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่าง
มาก หรือจะเป็นสังคมดั้งเดิมที่ห่างไกลจากความทันสมัยก็ตาม ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะโดยความเป็น
จริงแล้ว ไม่มีการแพทย์ระบบใดระบบเดียว ที่จะมีความสมบูรณ์แบบในตัวของมันเองจนสามารถ
ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้อย่างบริบูรณ์ในทุกมิติและสอดคล้องเหมาะสมกับ
ความต้องการที่แตกต่างหลากหลายของผู้คนในสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2548)

ซึ่งในประเทศไทย ก็มีการแพทย์ดั้งเดิมที่เป็นภูมิปัญญาในการดูแลรักษาสุขภาพของคนในชาติมาช้านาน ก่อนที่จะมีการแพทย์สมัยใหม่ หรือการแพทย์แผนตะวันตก (Modern Medicine/Western Medicine) เข้ามาเป็นกระแสหลักในปัจจุบัน สมัยหนึ่งแพทย์แผนไทย ถูกเรียกว่า การแพทย์โบราณ และเมื่อตราพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลป์ฉบับพ.ศ.2542 จึงเปลี่ยนชื่อการแพทย์โบราณ เป็น “การแพทย์แผนไทย”

สำหรับเอกสารหลักฐานที่ปรากฏทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ที่เก่าแก่ย้อนหลังไปเป็นพันปีนั้น ไม่ปรากฏ อาจเป็นเพราะเทคโนโลยีหรือความรู้ในการผลิตกระดาษยังไม่ มี พัฒนาการด้านภาษาเขียนยังไม่มีเป็นของตนเองชัดเจน และการศึกษาความรู้ทักษะต่าง ๆ ใช้วิธีบอกกล่าวและท่องจำด้วยปากเปล่า และการปฏิบัติให้ดูเป็นตัวอย่างให้ศิษย์ หรือผู้รับการถ่ายทอด ได้ดูได้เห็นและจดจำเอาเอง โดยครูอาจารย์อาจเพียงบอกกล่าว หรือแนะนำเคล็ดวิธีต่าง ๆ ให้เท่านั้น

“เราก็อสังเกตุจากท่านลุงนี้แหละ เวลาเค้าหิบบยาเจอบคนไข้ สมมุติจะเป็นไข้เส้น ไข้เส้นรุนแรงมากนะ ไข้สำแดงอีก มันจะรุนแรงมาก เราก็อจะดูตามการหิบบของเค้า เราสงสัยว่าเค้าเป็นไข้แล้วใส่หัตถ์ศุภเทศไต้ยังงัยท่านลุง มันร้อนมากเลย ไข้เนี้ยมันไม่ใช่เป็นไข้หนาวสั่น มันเป็นไข้เส้น ไข้สำแดง มันมีเรื่องของลมเข้ามาเกี่ยว ธาตุลมเราต้องแก้ด้วย จะไปแก้เฉพาะธาตุไฟไม่ได้ เค้าก็อะธิบายแบบนี้” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

4.4.1 สมัยก่อนรัตนโกสินทร์

ในสมัยสุโขทัย การอยู่อาศัยของประชาชนมีลักษณะกระจายเป็นชุมชนหมู่บ้าน ชุมชนตำบล ชุมชนเมือง ในแต่ละชุมชนก็จะมีหมอกลางบ้านที่เรียกว่า หมอเฉลยศักดิ์ รักษาผู้เจ็บไข้ได้ป่วยด้วยวิธีทางพุทธศาสตร์และไสยศาสตร์ รวมทั้งการรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพร เป็นต้น ในทัศนะของคนในสมัยสุโขทัย โรงพยาบาลหรือโรคยาศาลา น่าจะหมายถึงเรือนตายของคนไข้ ด้วยลักษณะสังคมไทยในตอนนั้นทำให้คิดไปว่าการนำผู้ป่วยไปไว้ที่โรงพยาบาลนั้นเป็นการทอดทิ้ง ไม่ดูแลเอาใจใส่ ขาดความกตัญญู ชาวตะวันตกที่เข้ามาในสมัยอยุธยาจึงไม่พบเห็นโรงพยาบาล แม้ในสมัยรัชกาลที่ 5 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์การตั้งโรงพยาบาลแบบตะวันตกยังปรากฏว่ามีคนไทยไม่นิยมมารักษาเช่นกัน เพราะถือว่าโรงพยาบาลคือ เรือนคนตาย ฉะนั้นผู้ป่วยในสังคมไทยจึงได้รับการดูแลรักษาที่บ้าน มีญาติพี่น้องเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความอบอุ่น แม้จะตายก็ตายอย่างสงบและเป็น “การนอนตายตาหลับ” คือ ตายท่ามกลางญาติพี่น้องนั่นเอง (เจริญ เกร็นพงษ์, 2525)

ส่วนหลักฐานที่เก่าแก่และเป็นหลักฐานพิสูจน์ได้ชัดเจนที่สุด ได้แก่ หลักศิลาจารึกต่าง ๆ เช่น หลักศิลาจารึกพ่อขุนรามคำแหง ซึ่งกล่าวถึงเรื่องทั่วไป โดยมีการกล่าวถึงชีวิตความเป็นอยู่ โรคภัยไข้เจ็บ การรักษาพยาบาล การใช้สมุนไพร และแหล่งสมุนไพรที่ได้จากป่าเขาหรือปลูกกันขึ้นเอง รวมทั้งเรื่องอาหารในการบำรุงร่างกายบ้าง ที่เก่าแก่ง่า่นั้นมักจะเป็นตำนาน เช่น ตำนานเมืองหริภุญไชย นิทานรวมทั้งพงศาวดาร ที่เล่าต่อ ๆ กันมา (เช่น พงศาวดารการโยนก) บันทึกไว้ ขาดๆหายๆ ไม่สมบูรณ์บ้าง หรือได้จากเอกสารบันทึกของต่างชาติที่มาติดต่อทำมาค้าขาย หรือเจริญสัมพันธไมตรีบ้าง หรือนักประวัติศาสตร์ต่างชาติ ที่กล่าวถึงบ้าง เช่น ศิลาจารึกของเขมร จดหมายเหตุของลาตูแบร์ หรือของจีน เป็นต้น ยกตัวอย่าง ลาตูแบร์ (De La Lubere, 2552) ได้บันทึกในสมัยอยุธยาตามที่ชนะของชาวตะวันตกว่า

มาตรฐานการแพทย์ของชาวสยามไม่สมควรที่จะนับเนื่องได้ว่าเป็นวิทยาศาสตร์ ตามมาตรฐานยุโรป เพราะไม่มีความรู้เรื่องสัลยกรรมโดยเฉพาะในเรื่องกายวิภาคศาสตร์ (De La Lubere, 2552)

แม้ลาตูแบร์จะขาดความรู้ความเข้าใจในขบวนการรักษาทางการแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริงซึ่งอธิบายเป็นกระบวนการชัดเจนไม่ได้ แตกต่างกับการรักษาทางการแพทย์ตะวันตก แต่เขาก็สรุปถึงการรักษาแบบการแพทย์แผนไทยว่า “บำบัดให้หายไปได้ มิใช่บ่อย” สรุปว่า คนไทยหาย การป่วยไข้เพราะ “ชาวสยามไม่ค่อยดื่มเครื่องดองมากนักจึงเป็นเครื่องพ้นภัยจากโรคที่รักษาให้หายได้” (De La Lubere, 2552) นั้นหมายความว่าคนไทยไม่ได้เน้นรักษาโรค หรืออาการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวแต่ยังให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค นั่นคือรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีไทย ที่นับว่าเป็นตำราหลักการแพทย์แผนไทยโดยตรง ก็เป็นคัมภีร์ต่าง ๆ ในสมัยอยุธยา สืบเนื่องมาจนถึงยุครัตนโกสินทร์ตอนต้น เช่น ตำราพระโอสถพระนารายณ์ คัมภีร์โรคโลหิตจาง คัมภีร์ปฐมจินดา คัมภีร์ธาตุวิงศ์ คัมภีร์วรโยคสาร คัมภีร์ฉันทศาสตร์ คัมภีร์แผนนวด เป็นต้น ต่อมากัมภีร์ต่าง ๆ หลายเล่มได้รับการชำระและรวบรวมไว้ในตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์

4.4.2 สมัยรัตนโกสินทร์

ครั้นถึงสมัยรัตนโกสินทร์ ในสมัยรัชกาลที่ 1 ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ เป็นพระอารามหลวงโดยให้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ทรงให้รวบรวมและจารึกตำรายา และฤกษ์คัดคน ตำรานวดแผนไทยไว้ตามศาลาราย มีการจัดตั้งกรมหมอโรงพระโอสถ ผู้รับราชการเรียกว่า “หมอหลวง” ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลพระมหากษัตริย์ และพระบรมวงศานุวงศ์ การแต่งตั้งหมอหลวงในระยะแรกสันนิษฐานว่า คัดเลือกมาจากหมอร่ายฤทธิ์ที่มีความรู้ความชำนาญเข้ามารับราชการ รวมทั้งคัดเลือกเชื้อพระวงศ์ที่มีความรู้ความชำนาญในด้านการแพทย์เป็นผู้

กำกับดูแลกรมหมอ การแพทย์ในส่วนของภาคประชาชนจึงต้องพึ่งพาอาศัยหมอที่มีได้รับราชการที่เรียกว่า “หมอรายหมู่” หมอเชลยศักดิ์ หมอกลางบ้าน และหมอพระ หมอรายหมู่ส่วนหนึ่งเป็นหมอที่สืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษ ส่วนหนึ่งอาจเป็นพวกที่ศึกษาจากตำราแพทย์แล้วออกหาประสบการณ์ลองผิดลองถูกด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย หรือคัดนวดตนเองคลายปวดเมื่อย หรือเพื่อบำบัดโรคต่าง ๆ ที่รู้จักกันทั่วไปคือ “ทำฤๅษีตัดตน” ซึ่งถูกบันทึกไว้ในจารึกวัดโพธิ์ หรือวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม พระราชทานโดยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช (รัชกาลที่ 1) สร้างขึ้นราว พ.ศ. 2344 ทรงมีพระราชดำริให้จัดสร้างเป็นแหล่งเรียนรู้ของประชาชน จึงได้โปรดเกล้าฯ ให้จารึกข้อความลงบนแผ่นศิลาอ่อนซึ่งเป็นโครงภาพฤๅษีตัดตน 80 แผ่น ติดไว้ในอาคารส่วนต่าง ๆ ภายในวัด เพื่อสะดวกแก่การอ่านและการชมภาพประกอบเรื่องราว รูปปูนปั้นหล่อเนื้อดินบุกผสมสังกะสี 80 รูป ซึ่งปัจจุบันเหลือให้เห็นเพียง 24 รูป ที่แสดงท่าทางการนวดตนเองแบบแผนโบราณเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับสรีระร่างกาย รวมถึงตำราแพทย์แผนไทย ตำรายา ตำราการนวดไทย และทำฤๅษีตัดตน จนองค์การยูเนสโก (UNESCO) ขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกไว้ เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551 ต่อมาในปี พ.ศ.2562 ก็ได้ประกาศขึ้นทะเบียน นวดไทย (Nuad Thai) เป็นรายการตัวแทนมรดกวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติ (Intangible Cultural Heritage)

ลู้ศักราชพัน	พันมี เศษเฮย
ร้อยกับเก้าสิบแปดปี	วอกตั้ง
นักษัตริย์อัฐศกรวิ วารกติก มาศเส	
สุกรบักษ์ห้าคำครึ่ง	เมื่อไ้บรหาร
ให้พระประยูรราชผู้	เป็นกรม หมั่นเส
ณรงค์หริรักษรัตน์	ช่างไซ้
สังกสิคินุกผสม	หล่อรูป
นักสิทธิ์แปดสิบให้	เทิดถ้ำตัดตน

เสร็จเขียนเคลือบภาพพื้น ผิวกาย
ตั้งทุกศาลาราย รอบล้อม
อวาสเขตะวันถวาย นามทั่ว องค์เอย
จารึกแผ่นผาพร้อม โรคแก้หลายกล

(สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2546)

ต่อมาสมัยรัชกาลที่ 2 ทรงให้รวบรวมคัมภีร์แพทย์ที่กระจัดกระจายมารวบรวมไว้ ณ โรงพระโอสถ และให้กรมหมอหลวงคัดเลือกจดเป็นตำราหลวง สำหรับโรงพระโอสถเพื่อประโยชน์ของประชาชน ในปี พ.ศ. 2359 มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมาย ชื่อ “กฎหมายพนักงานพระโอสถถวาย” ให้อำนาจพนักงานมีอำนาจออกไปค้นหาพระโอสถ คือ สมุนไพร ที่ปรากฏมีอยู่ในแผ่นดิน ผู้ใดจะคัดค้านมิได้ พนักงานพระโอสถจึงมีอำนาจในการค้นหา และมักจะเป็นผู้ที่อยู่ในตระกูลสืบทอดกันมาเท่านั้น สมัยรัชกาลที่ 3 ทรงโปรดเกล้าฯ ให้พระยาบำเรอราชแพทย์ ที่เป็นแพทย์ประจำราชสำนัก เป็นแม่กองจัดประชุมหมอหลวงแต่งตำราและบันทึกตำรายาแผนโบราณต่าง ๆ พร้อมทั้งได้ทรงบูรณะปฏิสังขรณ์วัดราชโอรสาราม และจารึกตำราไว้ในแผ่นศิลา ตามเสาระเบียงพระวิหาร รวมทั้งทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) อีกครั้ง ให้จารึกตำรายาไว้บนหินอ่อนประดับไว้ตามผนัง โบสถ์ ศาลาราย รอบเจดีย์สี่องค์ของวัด เป็นตำราบอกสมุฏฐานของโรค และวิธีบำบัด ทรงให้นำสมุนไพรที่ใช้ปรุงยาและหายากมาปลูกไว้ ทั้งให้ปั้นรูปถายึดติดคนในท่าต่าง ๆ เพื่อให้ราษฎรได้ศึกษาและนำไปใช้ในการรักษาตน โดยมีหวงห้ามไว้ในตระกูลใด นับได้ว่าเป็นโรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งแรก คือ “วิทยาลัยการแพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์” ถือว่าเป็น “มหาวิทยาลัยเปิด” แห่งแรกในประเทศไทย การแพทย์ของประเทศไทยถูกแยกออกอย่างชัดเจนเป็นสองแผน คือ การแพทย์แผนเดิมหรือแผนโบราณ และการแพทย์แผนปัจจุบัน ในสมัยรัชกาลที่ 4 และในสมัยรัชกาลที่ 5 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สร้างโรงเรียนแพทยากรขึ้นที่ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. 2433 เพื่อจัดการสอนเรื่องแพทย์ มีหลักสูตร 3 ปี การเรียนมีทั้งวิชาแพทย์แผนตะวันตกและแพทย์แผนไทย มีการพิมพ์ตำราแพทย์สำหรับใช้ในโรงเรียนเล่มแรก คือ แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ (ฉบับหลวง) ในปี พ.ศ. 2438

จนเข้าสู่สมัยรัชกาลที่ 6 ถือว่าเป็นช่วงตกต่ำของวงการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนโบราณ เนื่องจากมีการแก้ไขปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาของแพทย์ มีการยกเลิกการเรียนวิชาการแพทย์ไทย โดยให้เหตุผลว่า การสอนวิชาการแพทย์ตามแบบไทยนั้นไม่เข้ากับแบบฝรั่ง (รัชชชัช กมลธรรม และคณะ, 2558) ต่อมา มีการคุ้มครองประกอบโรคศิลปะขึ้น ด้วยพระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466 พระราชบัญญัติฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อสวัสดิภาพของประชาชน ให้ความคุ้มครองป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชน อันเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพ โดยผู้ที่ไม่มีความรู้และมิได้ฝึกหัด และพระราชบัญญัติการแพทย์ให้ถือว่าการประกอบโรคศิลปะตามคำนิยามในมาตรา 3 ถือว่าเป็นการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งคำว่า “วิชาชีพ” ให้คำนิยามถึง องค์ประกอบของวิชาชีพนั้นควรประกอบด้วยความรู้ ความบริสุทธิ์ของประกาศนียบัตร และให้หมายรวมถึง คุณธรรม จรรยาบรรณในวิชาชีพด้วย มีปรากฏให้เห็นในเนื้อหาของ

กฎหมายพระราชบัญญัติดังกล่าว และให้คำนึงโรคศิลปะ หมายความว่า การบำบัดโรคทางยา และทางการผ่าตัด รวมทั้งการผดุงครรภ์ การช่างฟัน การสัตว์แพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือการรักษาคนบาดเจ็บโดยประการใด ๆ โดยที่จะประกอบโรคศิลปะต้องได้ขึ้นทะเบียน และได้รับใบอนุญาตตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ด้วยความไม่พร้อมในด้านการเรียนการสอน การสอบ และการประชาสัมพันธ์ ทำให้หมอพื้นบ้านจำนวนมากกลัวถูกจับจึงเลิกประกอบอาชีพนี้ บ้างก็เผาตำราทิ้งเป็นการลดบทบาทและเบียดขับการแพทย์แผนไทยออกจากระบบการแพทย์ กระแสหลักอย่างชัดเจน

การกลับมาให้ความสนใจการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยอีกครั้งในระยะหลัง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลขององค์การอนามัยโลก ในช่วงปี พ.ศ.2512-2517 องค์การอนามัยโลกได้เริ่มแสดงเจตนารมณ์ที่ให้ความสนใจที่จะพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละประเทศให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของคนทั่วโลก (ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, 2547) โดยนำการแพทย์ดั้งเดิมมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ทางด้านสุขภาพ ประเทศไทยจึงได้ดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว โดยในระยะแรกเป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ต่อมา มีโครงการส่งเสริมการผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาลชุมชนและการทดลองใช้รักษากับผู้ป่วยในทางคลินิก ในลักษณะโครงการนำร่องและขยายผลออกไป ในเวลาต่อมามีการบุกเบิกในการผลิตบุคลากรทางด้านการศึกษาการแพทย์แผนไทย คือ อาจารย์หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์จากมหาวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์) โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ เมื่อปี พ.ศ.2525 และสถาบันในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นเมื่อ พ.ศ.2536 เพื่อทำหน้าที่วางยุทธศาสตร์ และพัฒนางานการแพทย์แผนไทย ต่อมาในปี พ.ศ.2547 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้สถานบริการของรัฐ จะต้องจัดบริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้การแพทย์แผนไทย เข้ามามีบทบาทในระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้นตามลำดับ

สรุปได้ว่า พัฒนาการของการแพทย์แผนไทยในสังคม จากอดีตถึงปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษาหรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ ยึดโยงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติ ของประชาชน สอดคล้อง กับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยและวิถีชีวิตแบบไทย ถึงแม้ว่าในช่วงเหตุการณ์ประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจหรือได้รับอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรมจากชาติตะวันตก ส่งผลให้วิถีชีวิตแบบไทยได้ถูกเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

อย่างไรก็ตามการแพทย์แผนไทยก็ยังคงขึ้นหัตถ์และเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชนคนไทยเช่นเดิม

4.4.3 วิทยาลัยการแพทย์แผนโบราณ

พระราชกรณียกิจที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งในรัชกาลที่ 3 พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว พระมหาเจษฎาราชเจ้า คือ การรวบรวมองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมาเผยแพร่ในวงกว้าง ทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเป็นรากฐานของชาติไทย และตามหลักฐานจารึกแผ่นศิลาว่าด้วยการปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามราชวรมหาวิหาร ครั้งเสด็จพระราชดำเนินมาทรงถวายผ้าพระกฐิน ณ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ราชวรมหาวิหาร จ.ศ. 1193 ตรงกับวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2374 ได้ทอดพระเนตรเห็นพระอุโบสถ พระวิหาร พระระเบียง กุฏิเสนาสนะต่าง ๆ ซ้ำรูดปรักหักพังมาก จึงมีพระราชศรัทธาปฏิสังขรณ์และขยายพื้นที่ให้มากกว่าเดิมและมีพระบรมราชโองการให้หรือพระอุโบสถเดิม และก่อสร้างเสนาสนะสงฆ์ต่าง ๆ มีการจารึกตำราการแพทย์แผนไทยติดประดับไว้ตามศาลาราย เช่น แผนฝีดาษ ฝอยคเดียว แผนซัลลู่กะ แผนตำบองราหู แผนกุมาร และแม่ชื้อ อีกทั้ง มีการจัดสร้างรูปฤาษีคัตคน ตั้งไว้ศาลาละ 4-5 รูป รวม 16 หลัง และยังจารึกตำรายาต่าง ๆ ติดประดับไว้ในศาลาทั้ง 16 หลัง เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนได้ศึกษาและนำไปใช้ยามเจ็บป่วย วัดโพธิ์จึงเปรียบเสมือนกับเป็นมหาวิทยาลัยเปิด ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถเข้าไปค้นคว้าความรู้ได้ตลอดเวลา ร.3จึงโปรดเกล้าฯ ให้มีการจัดตั้ง วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยแห่งแรก คือ วิทยาลัยการแพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์ ซึ่งเป็นมรดกทางภูมิปัญญาและศิลปวัฒนธรรมที่ทรงคุณค่าของไทย เป็นศาสตร์และศิลป์ที่ได้รับการสืบทอดมาแต่โบราณกาลจนเป็นที่ประจักษ์แก่สังคมโลกมาช้านาน องค์การศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) หรือยูเนสโก (UNESCO) ได้ประกาศรับรองขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์เป็นมรดกความทรงจำแห่งโลก (Memory of the World) เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 เป็นความภาคภูมิใจแก่คนไทยทุกคนเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบันโรงเรียนเปิดสอนวิชาแพทย์โบราณ 4 สาขา ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย รวมถึงการนวดแผนโบราณ หรือเรียกกันว่า นวดวัดโพธิ์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและต่างประเทศ (ชเนกฐัตวัลลก ขุมทอง, 2545)

ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณและเพื่อเป็นการเทิดพระเกียรติและแสดงถึงความกตัญญูตงเวที กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นสมควรถวายพระราชสมัญญา “พระบิดาแห่งการแพทย์แผนไทย” แต่ พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว พระมหาเจษฎาราชเจ้า และกำหนดให้วันที่ 29 ตุลาคม ของทุกปี เป็น “วันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ”

4.4.4 การเข้ามาของการแพทย์แผนตะวันตก

บทบาทการแพทย์ตะวันตกที่เข้ามาในประเทศไทยมีมากขึ้นหลังการปฏิวัติอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในสมัยรัตนโกสินทร์การเข้ามาของมิชชันนารีชาวอเมริกัน ผู้ที่มีอิทธิพลต่อวงการแพทย์แผนไทยเป็นอันมาก นั่นคือ หมอบรัดเลย์ (Bladly) ที่สำเร็จทางการแพทย์โดยตรงและเป็นมิชชันนารีด้วย ได้นำองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตกมาถ่ายทอดและรักษา เช่น ยาเม็ด ยานิด อุปกรณ์การผ่าตัด ตำราทางการแพทย์ วิทยลัย แต่คนไทยส่วนใหญ่กลับยังนิยมชมชอบในการรักษาแบบแพทย์แผนไทยอยู่ จนเริ่มมีคนไปรักษาแล้วหายจุจหมอเทวดา มีหัตถการมากมาย มิใช่แค่ยาเม็ดเช่นแต่ก่อน มียาหลากหลายชนิด ยานิด ใช้การผ่าตัด ถอนฟัน ซึ่งเป็นรูปแบบของโรงพยาบาลในสมัยปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ตามมิชชันนารีก็ยังยึดการเผยแพร่ศาสนาเป็นหลัก โดยให้ผู้ป่วยสวดมนต์และอ่านพระคัมภีร์ก่อนกินยา และชี้ให้เห็นว่าฤทธิ์เดชของพระเป็นเจ้าจะทำให้ผู้ป่วยหายปกติจะได้เชื่อและศรัทธาในพระเจ้าของนิคายโปแตสแตนท์ (ศิลาปะชัย ชาญเฉลิม, 2508) ซึ่งเป็นประเด็นที่ขุนนางรู้สึกต่อต้าน มองว่าเป็นการนำคริสตศาสนาเข้ามาเผยแพร่อย่างเคลือบแฝงซึ่งเป็นการประทุษร้ายของชาวตะวันตกในสมัยนั้น ไม่ว่าจะเข้ามาในรูปแบบของนักการทูต การทหาร นายแพทย์ หรือหมอสอนศาสนาก็ตาม จนเข้ารัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ประมาณ พ.ศ.2411 ได้ทรงเห็นความสำคัญของการรักษาตามแนวแพทย์แผนไทย จึงได้ฟื้นฟูอย่างจริงจัง และพระองค์ทรงเล็งเห็นความเสื่อมถอยของการแพทย์แผนไทยหลังได้รับอิทธิพลจากการแพทย์แผนตะวันตก

ขอเตือนว่าหมอฝรั่งนั้นดีจริง แต่ควรให้ยาไทยสูญหากหาไม่ หมอไทยควรจะไม่ให้มีต่อไปภายหน้า หากควรมีไว้บ้าง ถ้าว่าส่วนตัวฉันเองสมัคกินยาไทย แลยังวางใจหากอู่ใจในหมอไทยมาก ถ้าหมอไทยจะรักษาแบบฝรั่งหมดจะเอือกเย็นเหมือน เหนอื่นไม่เห่นพระสงฆ์เลยเหมือนกัน แต่ตัวฉันอายุมากแล้ว เห็นจะไม่ได้อยู่จนหมอไทยหมดดอก คนภายหน้าจะพอใจอย่างฝรั่งกันทั่วไป จะไม่เดือดร้อนเช่นกันดอกกระมัง เป็นแต่ลองเตือนดูตามหัวเก่าๆ ที่หนึ่งเท่านั้น (พระราชดำรัส รัชกาลที่ 5 พ.ศ.2433)

ในเวลาต่อมาได้ทรงสร้างศิริราชพยาบาลขึ้นในปี พ.ศ.2430 สำหรับรักษาประชาชนทั่วไป และทรงจัดตั้งโรงเรียนแพทยากร ต่อมาคือ โรงเรียนแพทยาลัย เพื่อเป็นโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ ที่มีการเรียนการสอนทั้งการแพทย์ตะวันตกและการแพทย์แผนไทยควบคู่กัน ยังมีการจัดตั้งโอสถศาลา เพื่อจำหน่ายและผลิตยาไทย 10 ขนาน ได้แก่ ยาหอมอินทจักร ยาหอมนาวโกฐ ยาเทพจิตธรรมย์ ยานารายณ์ถอนจักร ยากำลังราชสีห์ ยาอุทัย ยาสุขไสยาสน ยาปลิววิธาตุพิการ ยาจันทร์ลีลา และยาธาตุบรรจุ สมัยรัชกาลที่ 6 ปราบกฏว่านักเรียนแพทย์และประชาชนเลื่อมใสในการแพทย์

ตะวันตกมากขึ้น การแพทย์ไทยจึงถูกลดทอนบทบาทและหมดโอกาสในการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนแพทย์ในที่สุด จนสมัยรัชกาลที่ 7 ประเทศไทยพัฒนาเข้าสู่แบบตะวันตกรวมถึงระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทย เป็นการปิดกั้นการพัฒนาการแพทย์แผนไทย แต่ยังคงมีการผลิตยาแผนไทย โดยกองโอสถศาลาจนถึง พ.ศ. 2484 จึงเลิกผลิต นับเป็นการยุติบทบาทการแพทย์แผนไทยซึ่งให้บริการโดยรัฐอย่างสิ้นเชิง

4.5 การจัดระบบความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการจัดบันทึก การจัดบันทึกทางวิชาการจึงเป็นจุดอ่อนของวิชาแพทย์แผนโบราณ เนื่องจากนิยมใช้วิธีการเรียนรู้จากการสังเกตและจดจำ ฝึกปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะส่วนบุคคลซึ่งต้องอาศัยเวลาการเรียนรู้ยาวนาน ขึ้นอยู่กับความสนใจ ใฝ่ใจ ความตั้งใจของผู้เรียนรู้ แตกต่างจากปัจจุบันที่มีระบบการเรียนรู้ทางการแพทย์แผนไทย การศึกษาถูกจัดเป็นระบบ เป็นขั้นตอน เรียนจบ 4 ปีก็จบมาเป็นหมอแพทย์แผนไทยได้ ข้อเสียคือทักษะเฉพาะตัวอาจยังไม่ได้รับการฝึกฝนพัฒนา ทำให้หมอแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ขาดความมั่นใจและความชำนาญทางทักษะวิชาชีพ

“แผนไทยโบราณจริง ๆ กับปัจจุบันนี้มันก็คนละแนวเนอะ เพราะว่าปัจจุบันนี้เรื่องวิชาการ มันก็สำคัญเนอะ แต่โบราณวิชาการ ไม่มีเลย แม้กระทั่งจดประวัติคนไข้ก็ยังไม่จด” (เพ็ญศรี สวงนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

4.5.1 ระบบการศึกษามัยใหม่

การเรียนรู้ของหมอแพทย์แผนไทยที่แต่เดิมเป็นการฝากตัวเป็นศิษย์ เรียนรู้จากการสังเกตจดจำจากการที่ครูทำให้ดู เรียนรู้ฝึกฝนจนเกิดความชำนาญในการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคต่าง ๆ โดยความรู้ถูกถ่ายทอดจากครูสู่ศิษย์โดยพิจารณาที่ความสนใจ และสามารถเรียนรู้สิ่งใดได้หรือไม่ได้ แต่ไม่มีใบก้านตีว่าเชี่ยวชาญเรื่องใด แต่ใช้คำว่าเชี่ยวชาญชำนาญในการรักษาด้านต่าง ๆ เช่น หมอกระดูก หมอยา หมอสมุนไพร เป็นต้น ส่วนเป็นการศึกษาแบบไม่เป็นทางการเป็นผลให้หมอพื้นบ้าน/แพทย์แผนไทยกลายเป็นหมอเถื่อน ไม่สามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้เนื่องจากไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ

“เราเลยขอให้ท่านสอน เรียนรู้ไปเรื่อย ๆ สังเกตไปเรื่อย ๆ” (เพ็ญศรี สวงนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

ในปัจจุบันมีการนำการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์เข้าสู่ระบบการศึกษา ทั้งทางภาครัฐและเอกชน ภาครัฐมักจะถูกเปิดสอนในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่ให้ความสำคัญกับการผลิตบัณฑิตในสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ซึ่งมีหลากหลาย มหาวิทยาลัย ในส่วนของเนื้อหาหลักสูตรก็จะเน้นทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นส่วนใหญ่ วิชาทางการแพทย์แผนไทยส่วนน้อย อาจเนื่องมาจากกระบวนการจัดทำหลักสูตรที่ยึดโครงสร้างตามแบบระบบการศึกษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงทำให้เนื้อหาส่วนใหญ่เอนเอียงไปทางการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ แต่ละสถาบันการอุดมศึกษาต่างก็ประกอบสร้างระบบการศึกษาแพทย์แผนไทยในระบบมหาวิทยาลัยที่เน้นสร้างบัณฑิตที่มีจุดเด่นแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่่มักจะพบปัญหาคล้ายกัน ได้แก่ ผู้ที่เรียนจบขาดทักษะความชำนาญ ขาดความเชื่อมั่นในการรักษาผู้ป่วย ไม่สามารถปฏิบัติงานเป็นแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ตามศักยภาพที่ควรจะเป็น

4.5.2 การแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556 “การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งศึกษาจากสถานศึกษา ที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

แพทย์แผนไทยประยุกต์ คือ บุคลากรทางการแพทย์สาขาหนึ่ง เกิดขึ้นจากแนวคิดของนายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ซึ่งต้องการพัฒนาและยกฐานะของการแพทย์แผนโบราณให้มีความเป็นวิทยาศาสตร์และมีหลักวิชาการรองรับในการอธิบาย อาจกล่าวได้ว่า แพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นบุคลากรการแพทย์สายพันธุ์ใหม่ของสังคมไทยที่กว่าครึ่งหนึ่งขององค์ความรู้จะต้องเรียนตามหลักวิชาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น กายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) และการตรวจวินิจฉัยตามแบบตะวันตก ผสมผสานกับคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของไทย รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย) สามารถวินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน เพียงแต่เมื่อถึงขั้นตอนในการรักษานั้น ต้องรักษาด้วยวิธีการการแพทย์แผนไทย อาทิการใช้ยาสมุนไพร นวด อบ ประคบ นอกจากนั้น ยังสามารถทำคลอดและให้การบำรุงแม่และทารกตามแนวทางการแพทย์แผนไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แพทย์แผนไทยประยุกต์จะต้องสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สาขา

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยเฉพาะเสียก่อนจึงสามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หรือให้การ รักษาแก่ผู้ป่วยได้ การสอบใบประกอบโรคศิลปะนั้น จะต้องสอบใบประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์ แผนไทยประยุกต์เท่านั้น จึงจะเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สมบูรณ์และถูกต้อง นอกจากนี้ยังมี สิทธิที่จะสอบใบประกอบโรคศิลปะหรือ ใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยสาขาเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย และผดุงครรภ์ได้

จุดแข็งที่พยายามสร้างแพทย์แผนไทยให้สามารถสื่อสารกับสาขาวิชาชีพทางแพทย์แผน ปัจจุบันได้นั้นกลับกลายเป็นจุดอ่อนในการสร้างหมอแพทย์แผนไทย อาจเนื่องมาจากขาดผู้สอนที่มี ทักษะทางวิชาชีพที่ดี สามารถถ่ายทอดความเป็นหมอแพทย์แผนไทยได้จึงทำให้หมอแพทย์แผน ไทยรุ่นใหม่ขาดทักษะการตรวจวินิจฉัย จึงไม่สามารถแสดงศักยภาพความเป็นหมอได้อย่างเต็ม ความสามารถ จะรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่สามารถทำได้

“มันก็เป็นแบบนี้ของมันมานานแล้ว การเรียนแพทย์แผนไทยเนี่ยมันต้องมองดูว่า อาจารย์ที่สอนเราเก่งจริงมัย บางทีผมก็บอกคนที่เขาจะไปสอนว่า...มึงจะเอาคน ตามอดไปสอนคนหูหนวก แล้วมันจะได้อะไร... เข้าใจไหม จบมาก็กลายเป็น ไอ้ปลาสองน้ำ เดียวนี้ไอ้สายพันธุ์ใหม่เนี่ย ปลาสองน้ำซัดๆ เลย จบมา จะรักษา แบบแผนไทยก็รักษาไม่ได้ จะรักษาแบบแผนปัจจุบันก็รักษาไม่ได้” (เล็ก, การ สื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

4.5.3 การให้พื้นที่กับการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่ดูแลสุขภาพคนไทยมานานนับพันปี จากหลักฐานทาง ประวัติศาสตร์ พบว่ามีการใช้ยาจากสมุนไพรในการรักษาโรคในอโรคยาศาลากว่า 100 แห่ง ซึ่งสร้าง ในสมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ของอาณาจักรขอมทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมาตั้งแต่ก่อน ตั้งกรุงสุโขทัย องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางพุทธศาสนาในเรื่อง ของธาตุสี่ และได้พัฒนามาตลอดช่วงประวัติศาสตร์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคสุโขทัย และรัตนโกสินทร์ตอนต้น มีการรวบรวม สังกายนา บันที่องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ตำรับยา ไทย การนวดไทยเป็นจารึก คัมภีร์ และตำราการแพทย์แผนไทยต่าง ๆ จนมาถึงสมัยรัชกาลที่ 5 เมื่อ มีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนตะวันตกแห่งแรกของประเทศใน ปี พ.ศ. 2430 ได้มีทั้งการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทย และการเรียนการสอนการแพทย์ แผนไทยควบคู่ไปกับการรักษาและการเรียนการสอนการแพทย์แผนตะวันตกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2432 แต่

เป็นที่น่าเสียดายที่บริการและการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยต้องยุติลงในราวปี พ.ศ. 2458 ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีบทบาทเต็มที่ในระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ขณะที่บทบาทของการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพคนไทยลดน้อยลงมากตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

จนกระทั่งในปี 2520 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมทำแผนงานเพื่อส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิม โดยองค์การอนามัยโลกขอให้ประเทศสมาชิกใช้การแพทย์ดั้งเดิมและยาจากสมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีผลให้บทบาทของสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้รับการฟื้นฟูขึ้นอีกครั้งหนึ่ง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือกและส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานตามที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้ระบุให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้วยการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน เช่น การแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร และการนวด และผสมผสานเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ให้สนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถผสมผสานเข้าในระบบสาธารณสุขการส่งเสริมการพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก และการใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพรได้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย ต่อมากระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้ง “สถาบันการแพทย์แผนไทย” เป็นหน่วยงานระดับกองโดยให้สังกัดกรมการแพทย์ และเป็นหน่วยงานภายในกรมการแพทย์อย่างไม่เป็นทางการ เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2536 โดยโอนบทบาทหน้าที่และเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเดิมมาสังกัดหน่วยงานใหม่และมีพิธีเปิด “สถาบันการแพทย์แผนไทย” อย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2536 โดยใช้สำนักงานของโรงพยาบาลสงฆ์ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานครเป็นสถานที่ปฏิบัติงาน

สถาบันการแพทย์แผนไทย โดยการนำของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ได้เริ่มต้นจัดทำและผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนพ.ร.บ. ฉบับนี้ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 เล่ม 110 ตอน 120 ซึ่งมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้กำหนดให้สถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจึงได้ย้ายจากอาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์มาอยู่ ณ อาคารพิพิธภัณฑสถานและศูนย์ฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนไทย (อาคารหมอเพ็ญภา ทรัพย์เจริญในปัจจุบัน) เมื่อปี 2544 และมีพิธีเปิดอาคารอย่างเป็นทางการ

ทางการ เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2545 จุดก้าวกระโดดของสถาบันการแพทย์แผนไทยสู่การเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เกิดขึ้นเมื่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทย ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2545 โดยรัฐบาลกำหนดความจำเป็นและขอบเขตเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ มีผลให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างบทบาทภารกิจ อัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น โดยโอนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทย ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์แผนไทยจีน และศูนย์ประสานงานการแพทย์ทางเลือก มาสังกัดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ตั้งขึ้นใหม่ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 ต่อมาในปีพ.ศ. 2545 ปรากฏในพระราชกฤษฎีกา เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เปลี่ยนเป็นกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกถือเป็นการให้พื้นที่แก่แพทย์แผนไทยในการบริหารจัดการที่ชัดเจนขึ้นในระบบสุขภาพภายใต้การบริหารของกระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย โดยเริ่มศึกษาค้นคว้าจากหลักฐานอ้างอิงต่าง ๆ ที่มีการกล่าวถึงเกี่ยวกับการรักษาแบบแพทย์แผนไทยการใช้สมุนไพรพบว่าส่วนใหญ่ในพระคัมภีร์ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ วิจัยวิจัยโรคทางการแพทย์แผนไทยมักจะมีการสอดแทรกเนื้อหาอ้างอิงพระพุทธศาสนา รวมถึงการพิจารณาใช้สมุนไพรและยาตำรับต่าง ๆ เพื่อแก้อาการความผิดปกติจึงอาจกล่าวได้ว่ารากเหง้าของการแพทย์แผนไทยนั้นมาจากพระพุทธศาสนาประเทศไทยมีพระพุทธศาสนาเป็นรากฐานของวัฒนธรรมไทยมาช้านานการแพทย์แผนไทยจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรับเอาแนวความคิดทฤษฎี ความเชื่อ รวมทั้งแบบแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยนำมาผสมกลมกลืน ปรับใช้ควบคู่กับองค์ความรู้ของการแพทย์ท้องถิ่นที่มีอยู่แต่เดิม จนมาเป็นการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยปัจจุบัน

การแพทย์แผนไทยนั้นมีกระบวนการทัศน์ทางความรู้ที่มีส่วนคล้ายคลึงกับแบบปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) โดยการแพทย์แผนไทยเป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษาหรือป้องกัน โรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ กระบวนการทัศน์การแพทย์แผนไทยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง ยึดโยงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของประชาชน สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยและวิถีชีวิตแบบไทย ถึงแม้ว่าในช่วงเหตุการณ์ประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจหรือได้รับอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรมจากชาติตะวันตก ส่งผลให้วิถีชีวิตแบบไทยได้ถูกเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยหากพิจารณามุมมองที่แตกต่างกันระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตก เริ่ม

ตั้งแต่เรื่องการกำเนิดของมนุษย์ในทัศนะของการแพทย์แผนตะวันตกกับการแพทย์แผนไทย ยังมีความแตกต่างกันสิ้นเชิง จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งซึ่งทำให้โลกทัศน์ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน เกิดการมองต่างในองค์ประกอบร่างกายมนุษย์ นำไปสู่การพิจารณาความผิดปกติของร่างกาย ตลอดจนรูปแบบการรักษาดูแลสุขภาพ ในมุมมองของแพทย์แผนไทย กลไกร่างกายของมนุษย์นั้นประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ซึ่งมีระบบการควบคุมหลักคือ ตรีธาตุ เน้นความเป็นองค์รวมภายในตัวธาตุเฉพาะคน หรือธาตุเจ้าเรือน ซึ่งแตกต่างกับการแพทย์สมัยใหม่ที่มีแนวคิดแยกส่วน ลดทอนร่างกายเป็นระบบกลไกคล้ายเครื่องจักร แพทย์แผนไทยจึงความละเอียดลึกซึ้งมากในการตรวจพิจารณาธาตุทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายเพื่อสืบหาความผิดปกติของร่างกาย การจัดการกับร่างกายของมนุษย์ในแบบแพทย์แผนไทยนั้นจึงมุ่งไปจัดการกับร่างกายของคนแต่ละคนซึ่งมีความเป็นปัจเจก ความแตกต่างกันของธาตุถึงแม้จะมีอาการ/โรคลักษณะเดียวกันก็จะมีกลไกการเกิดโรคที่แตกต่างกันด้วยความต่างของธาตุกำเนิด นำไปสู่การรักษาที่มีความเฉพาะบุคคลที่เป็นอัตลักษณ์ การดูแลสุขภาพแบบแพทย์แผนไทย



บทที่ 5

อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย

งานวิจัยเรื่อง “อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย” สำหรับบทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนออัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย อัตลักษณ์ เป็นความพยายามสร้างขอบเขตของบุคคลเพื่อตอบคำถามให้ได้ว่าเราเป็นใคร แตกต่างกับคนอื่นอย่างไร สัมพันธ์กับเราอย่างไร คนอื่นสัมพันธ์กับเราอย่างไร ตามแนวคิดของบาร์ต (Barthes, 2009) ซึ่งมีแนวคิดอ้างอิงแบบทฤษฎีโครงสร้างนิยม (Structuralism) ได้ทำการจำแนกความหมายของสัญลักษณ์ไว้ออกเป็น 2 ประเภท คือ ความหมายโดยตรง (Denotation Meaning) ซึ่งหมายความรวมถึงความเข้าใจตามตัวอักษรและสิ่งซึ่งปรากฏมองเห็นได้ชัดเจนเป็นรูปสัญลักษณ์ที่ทำให้เกิดความเข้าใจสามัญที่ตรงกันของคนส่วนใหญ่และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป และความหมายโดยนัย (Connotation Meaning) หมายถึงการประกอบสร้างอย่างเป็นอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ส่วนบุคคล และอาจรวมถึงอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละบุคคล จนไปถึงอัตวิสัยในระดับสังคมที่เราเรียกว่าค่านิยมในบริบทของสังคมหรือ วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอีกแนวทางหนึ่งให้ผู้คนที่ทำความเข้าใจต่อระบบคิดของการแพทย์แผนไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การแพทย์แผนไทย นับได้ว่าเป็นการแพทย์ที่อยู่คู่สังคมไทยและมีประวัติศาสตร์มายาวนาน แต่เดิมคำที่ใช้เรียกผู้รู้หรือผู้ที่มีความชำนาญในวิธีใดก็จะถูกเรียกกันว่า “หมอ” เช่น ผู้ที่ชำนาญในการหัดปรี้อ ปราบปรามสัตว์ต่าง เรียก หมอช้าง หมอม้า หมอจระเข้ เป็นต้น (ลินจี่ชยากร, 2462) ดังนั้นผู้ที่มีความชำนาญในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บมนุษย์ด้วยวิธีใช้สรรพยาต่างๆ ตามคัมภีร์แพทย์ ก็เรียกว่าหมอ หรือแพทย์ อันเป็นคำแผลงมาจาก “เวช” ซึ่งเวชนั้นแปลว่าหมอ เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น หมอยา หมอนวด หมอกุมาร หมอบาดแผล สำหรับหมอที่ชำนาญการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยมักเรียกกันว่า “หมอพื้นบ้าน” “แพทย์แผนโบราณ” ซึ่งภายหลังได้เปลี่ยนมาเรียกว่า “แพทย์แผนไทย”

ความรู้ในเบื้องต้นของการเรียนรู้ ฝึกฝนการเป็นแพทย์แผนไทยสิ่งที่ต้องรู้ คือ กิจ 4 ประการ ได้แก่ รู้ที่แรกเกิดของโรค รู้จักชื่อโรค รู้ยาสำหรับแก้โรค รู้ว่ายาอย่างไรจะควรแก้ด้วยโรคใด ความชำนาญนี้จึงจะเรียกว่า เป็นหมอ (พิศณุประสาทรเวช, พระยา, 2502) ซึ่งงานวิจัยนี้จะชี้ให้เห็นถึงกิจ 4 ประการที่แพทย์แผนไทยควรมีเพื่อนำไปสู่การสร้างแสดงอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในด้านต่าง ๆ มุ่งเน้นอธิบายจุดยืนของการแพทย์แผนไทยที่ผ่านการจัดระบบแล้วโดยอิงความ

เป็นสถาบันที่ประกอบสร้างบนระบบสุขภาพที่ให้คุณค่ากับการแพทย์สมัยใหม่เป็นหลัก โดยเสนอผ่านประเด็นดังนี้

- 5.1 อัตลักษณ์ของการตรวจ วินิจฉัย แบบแพทย์แผนไทย
- 5.2 อัตลักษณ์ของการรักษาแบบแพทย์แผนไทย
- 5.3 ธรรม โอสถ
- 5.4 อัตลักษณ์ของการใช้ยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทย
- 5.5 อัตลักษณ์ของการดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทย

5.1 อัตลักษณ์ของการตรวจ วินิจฉัย แบบแพทย์แผนไทย

วิธีการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย เป็นการตรวจที่อิงกับวิถีธรรมชาติ เพื่อหาสมุฏฐานโรคอันได้แก่ที่ตั้งที่แรกเกิดของโรคต่าง ๆ แพทย์แผนไทยใช้ตรวจวิเคราะห์หาความผิดปกติของตัวธาตุจากภายนอกที่สะท้อนถึงความผิดปกติภายในซึ่งถูกประกอบสร้างขึ้นโดยมหาภูตรูป 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุไฟ และธาตุลม อันมีลักษณะธรรมชาติที่จริงแท้ คือ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง ตึง ถ้าจะเกิดความผิดปกติในร่างกายก็เพราะธาตุทั้ง 4 เป็นเหตุที่ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุล หรือเกิดความผิดปกติขึ้นในร่างกาย โดยธาตุต่าง ๆ นั้นจะถูกจัดการผ่านระบบการควบคุมการทำงานหลักของร่างกายคือ ตรีธาตุ ประกอบไปด้วย วาตะ ปิตตะ และเสมหะ (ฉภัทร พานิชการ, 2564) เนื่องจากตรีธาตุเป็นสิ่งที่หมอจะต้องวิเคราะห์หาสมุฏฐาน (ที่ตั้ง, ที่แรกเกิด) การเกิดโรค/อาการที่ผิดปกติเพื่อไปนำไปสู่การรักษาที่สาเหตุของอาการเจ็บป่วยนั้น หรือ เป็นการรักษาที่ต้นเหตุ ความเจ็บป่วยไม่ใช่แค่รักษาเพียงอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาหาเรา

5.1.1 การวินิจฉัยโรคบนพื้นฐานความเป็นปัจเจกของมนุษย์

การจัดการกับร่างกายของมนุษย์ในแบบแพทย์แผนไทยนั้นจะมุ่งไปจัดการกับร่างกายของคนแต่ละคนซึ่งมีความเป็นปัจเจก ถึงแม้จะมีอาการ/โรคลักษณะเดียวกันก็จะมีกลไกการเกิดโรคที่แตกต่างกันด้วยความต่างของธาตุสมุฏฐาน คือ ธาตุกำเนิดหรือธาตุเจ้าเรือน ฤดูสมุฏฐาน คือ ความร้อน-เย็นที่มากกระทบบุคคลนั้น อายุสมุฏฐาน คือ ช่วงวัยของแต่ละคน และกาลสมุฏฐาน คือ ช่วงเวลาที่เกิดความผิดปกติในร่างกาย เหตุทั้งหมดเหล่านี้นำไปสู่การวิเคราะห์หาเหตุของความเจ็บป่วยที่มีความเฉพาะบุคคล

ลำดับนี้จักได้สำแดงในกองพิภคสมุฏฐาน 4 ประการนั้น คือธาตุสมุฏฐาน 1 ฤคสมุฏฐาน 1 อายุสมุฏฐาน 1 กาลสมุฏฐาน 1 สมุฏฐานทั้ง 4 ประการนี้ แพทย์ทั้งหลายพึงเรียนไว้ให้แจ้งในมหาพิภคสมุฏฐาน เป็นที่ตั้งแห่งภูมิโรค แลภูมิแพทย์ทั้งปวง (มูลนิธิพื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

โดยหลักการตรวจวินิจฉัยคือ ค้นหาให้เจอว่าธาตุตัวใดเป็นเหตุให้เกิดความไม่สมดุล แล้วคืนความสมดุลให้ธาตุนั้นๆ ให้ตัวธาตุได้ทำหน้าที่ที่เป็นปกติ ก็จะส่งผลให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ ซึ่งต้องปรับให้กลับไปสู่พื้นฐานลักษณะธาตุเดิมของผู้ป่วย หรือที่เรียกกันว่า “กลับไปสู่เจ้าเรือนเดิม”

“พื้นฐานองค์ประกอบเขาจริงๆธาตุไหนเป็นธาตุเด่น เพราะฉะนั้นคือหลักการตรวจก็คือตรวจหาสภาพสิ่งที่เขาเป็นปกติคืออะไร แล้ววันที่เขามาเขาไม่ปกติอาการนี้เป็นอาการอะไรของธาตุอะไร แล้วก็จัดการคือไปปรับให้กลับสู่สภาพของธาตุเดิมของเขา โดยอิงจากธาตุเดิมของเขาเนะครับ ไม่ได้อิงจากว่าหมอเข้าใจว่าควรจะใช้ยาแบบนี้เพื่อลดความร้อน หรือไปเพิ่มกำลังลม โดยที่ไม่อิงธาตุเดิมของเขาเลย เพราะฉะนั้นการรักษา การตรวจประเมินในลักษณะการอิงตัวธาตุเป็นหลัก เพราะฉะนั้นไม่ว่าจะเป็นการจับชีพจร จะเป็นการตรวจตา หู จมูก ปาก การตรวจแบบไหนก็แล้วแต่ ก็เป็นการตรวจเพื่ออิงกลับไปหาตัวธาตุ” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 สิงหาคม 2563)

5.1.2 การตรวจร่างกายผ่านอายตนะ

การตรวจรักษาแบบแพทย์แผนไทยมีการตรวจหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความชำนาญของหมอแต่ละท่าน โดยหมอแต่ละท่านได้ผ่านการฝึกประสบการณ์ตรวจรักษาคนไข้มานาน จนเป็นนิสัย หากจะแบ่งประเภทการตรวจอาการแบบแพทย์แผนไทย อาจจะพอแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ การตรวจอาการจากการสังเกต และการตรวจอาการภายใน

การตรวจอาการจากการสังเกต คือ การตรวจอาการผ่านอายตนะที่อาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย อก ตัวอย่างเช่น การตรวจลิ้น ตรวจตา ตรวจผิวหนัง เป็นต้น

อายตนะ คือสื่อเชื่อมต่อแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ อายตนะภายนอก ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ (กายสัมผัส) ธรรมารมณ์ (อารมณ์ที่ใจ) และอายตนะภายใน ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ซึ่งจะทำงานเชื่อมต่อกันระหว่างอายตนะภายนอกกับอายตนะภายใน เมื่ออายตนะภายในซึ่ง

เป็นแผนรับรู้กระทบกับอารมณ์ คืออายตนะภายนอก ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกรู้ ก็จะเกิดความรู้จำเพาะด้านของอายตนะแต่ละอย่าง ๆ ขึ้น เช่น ตากระทบรูป เกิดการเห็น หูกระทบเสียง เกิดการได้ยิน เป็นต้น หมอแพทย์แผนไทยจึงต้องมีสมาธิ ความละเอียดในการตรวจร่างกายผ่านอายตนะเพื่อค้นหาความผิดปกติของธาตุที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ความไม่สมดุลของธาตุภายในมักจะแสดงออกสู่ภายนอก เพื่อให้หมอได้ตรวจร่างกายค้นหาเหตุของอาการ/โรค ต่าง ๆ ได้แม่นยำขึ้น ซึ่งการตรวจอาการภายนอกนี้ต้องอาศัยการเรียนรู้จดจำและทำตามครู หลังจากนั้นนำมาฝึกปฏิบัติเองโดยทดลองตรวจซ้ำๆ กับคนไข้จนเกิดทักษะความชำนาญ เพื่อนำไปวินิจฉัยเคราะห์ วินิจฉัยโรคต่อไป

“เราใช้หลายวิธี คู่มือ ลิ่น ดูทุกอย่าง คือเราตรวจเจอแล้วว่าโรคนี้จะแสดงออกตรงไหน เราก็ตามไปดูตรงนั้นเลย ตรวจเฉพาะไปเลย แต่มันก็มีเรื่องแปลกกะพอมือเรากระทบปุ๊บสมองเราก็สั่งการออกมาเลย โดยอัตโนมัติ โดยธรรมชาติของเรา เพราะเราทำมันมาตลอด” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ไขมันจมูกข้างในมันจะบวมแดง ถ้าเป็นมันจะเหมือนมีดิ่งยื่นออกมา ทำให้หายใจไม่สะดวก แผนไทยเขาเรียก ริดสีดวงจมูกน้ำ มันจะขึ้น 2 ข้าง จะงอกในจมูก บางทีก็เกิดหนอง แล้วจะกลายเป็นมะเร็ง ถ้าเรารีบรักษาก็จะไม่มียะไร” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

5.1.3 การตรวจจับชีพจรแบบแพทย์แผนไทย

การตรวจอาการภายใน คือ การตรวจจับชีพจร หรือการตรวจเส้น ถือว่าเป็นเอกลักษณ์ของการตรวจแบบแพทย์แผนไทย คล้ายกับการแตะ ในศาสตร์การแพทย์แผนจีน การตรวจจับชีพจรเป็นวิธีการที่สามารถบ่งบอกความผิดปกติของธาตุต่าง ๆ ภายในร่างกายได้แม่นยำวิธีหนึ่ง การตรวจจับชีพจรนี้มีรูปแบบการตรวจที่หลากหลายขึ้นอยู่กับความชำนาญของหมอแต่ละท่าน โดยการตรวจจับชีพจรสามารถจับได้หลายตำแหน่งของร่างกาย เช่น ข้อมือ ข้อศอก รักแร้ ท้อง หลังเท้า เป็นต้น แต่บริเวณข้อมือเป็นตำแหน่งที่สามารถจับชีพจรได้ชัดที่สุด เพราะข้อมือเป็นส่วนปลายที่อยู่ร่างกายส่วนบนใกล้หัวใจซึ่งจะสามารถสัมผัสการไหลเวียนของเลือดได้ชัดเจน อีกเหตุผลหนึ่งคือบริเวณข้อมือมีข้อต่อกระดูกจำนวนมากเป็นตัวกั้นการไหลของเลือดทำให้เกิดการสะท้อนของชีพจรได้อย่างชัดเจน วิธีการจับชีพจรแบบหนึ่งชื่อ การตรวจจับชีพจรตรีธาตุ หมอจะใช้นิ้วมือสามนิ้ว ได้แก่ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางวางเรียงระนาบขนานกับกระดูกแขนท่อนล่างของผู้ป่วย โดยให้ตำแหน่ง

นิ้วชี้ (ซิกกระดุกข้อมือผู้ป่วย) สะท้อนการทำงานของวาตะ (ระบบลม การเคลื่อนไหว ไหลเวียนต่างๆ) ตำแหน่งนิ้วกลางสะท้อนการทำงานของปีตตะ (ระบบไฟ ความร้อนทั่วร่างกาย) และตำแหน่งนิ้วนางสะท้อนการทำงานของเสมหะ (ระบบน้ำ ของเหลวทั้งหมดในร่างกาย) (ฉกัทรพานิชกร, 2564) แพทย์แผนไทยจะทำการตรวจประเมินอาการภายในของผู้ป่วยจากการจับชีพจร พร้อมทั้งวินิจฉัยผลของลักษณะชีพจร อันจะบ่งบอกถึงสิ่งที่ตรวจพบที่ธาตุต่าง ๆ มีลักษณะอย่างไร เพื่อนำไปประเมินอาการเจ็บป่วยที่แสดงออกมาในขณะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ว่าขณะนั้นมีลักษณะธาตุใดที่มีกำลังมากขึ้นจนแสดงออกมาและสอดคล้องกับอาการที่ได้จากการซักถามประวัติคนไข้ใหม่แล้วนำมาประเมินกลไกของความผิดปกติของธาตุที่เกิดขึ้น ความแม่นยำของการตรวจจับชีพจรอาศัยการสัมผัสละเอียด ขึ้นอยู่กับความชำนาญของหมอที่ต้องผ่านการฝึกฝนจากครูผ่านการปฏิบัติให้ดู

“เราพูดตรงๆ เลยนะ เราก็มีความรู้สึก ท่านลุงเขามั่วรีปาวนะแคะมานั่งจับตรงนี้ (ข้อมือ) แล้วก็จับเส้นท้อง แล้วรู้ได้ไงว่าเค้าเป็นโรคอะไร ยังไง มั่วรีปาว เราก็สงสัย เราก็ทดลอง ตอนนั้นท่านลุงไม่ได้คิดฝึกเราหรอก แต่พอท่านลุงตรวจเสร็จพอมีคนไข้ปุ๊บ เราตามเลยแล้วก็มานั่งดูเวลาเขาตรวจ พอท่านลุงออกปุ๊บ เราก็บอกว่าอย่าเพิ่งไปนะ ขอจับหน่อย ขอตรวจต่อ” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ส่วนใหญ่ที่คนไข้บอกนี่เชื่อไม่ค่อยได้ สังเกตชีพจรเนี่ยแม่นยำที่สุดแล้ว” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ไปหัดแคะเส้น เส้นมันจะบอกเราหมดไม่ต้องใช้หูฟังฟังอะไรเลย เมื่อก่อนเขามีหูฟังกัน มั้ย ไม่เห็นมีหูฟัง เขาก็ใช้มือแทน” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

ยกตัวอย่าง เช่น เมื่อซักถามอาการผู้ป่วยมีอาการตัวร้อน หมอตรวจจับชีพจรผู้ป่วยจะพบตำแหน่งนิ้วกลาง ซึ่งสะท้อนการทำงานของปีตตะ (ระบบไฟ ความร้อนทั่วร่างกาย) สัมผัสลักษณะการเต้นเด่นชัดขึ้น บ่งบอกว่าภายในมีความร้อนมากเกินไป วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยมีอาการปีตตะกำเริบส่งผลให้น้ำดีกำเริบ แสดงอาการตัวร้อน หรือหมออาจจะซักถามอาการเกี่ยวกับน้ำดีกำเริบเพิ่มเติม เช่น มีอาการคอแห้ง ปากแห้ง ตาเหลือง ตัวเหลือง เป็นต้น เพื่อเป็นการยืนยันคำวินิจฉัยได้ถูกต้องแม่นยำขึ้น

“เออก็ดูจากชีพจร ตรวจ และต้องถามอาการร่วมด้วย บางที่มันพลาดเหมือนกัน เวลาจับเส้น มันก็ต้องถาม คือสงสัยแล้วว่าเป็นแบบนี้ใช่ไหม เราก็ต้องถามอาการ เพราะรู้แล้วว่า ถ้าเป็นที่น้ำดีมันมีอาการยังไง เราก็ถามเจาะไปเลย เราจะไม่ซักประวัติแบบหวานแห่” (เพ็ญศรี สวงนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

การตรวจจับชีพจรที่มีการใช้อยู่ในหมู่แพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่เป็นการสอนถ่ายทอดผ่านการทำให้ดู ต้องใช้เวลาเรียนรู้จากการฝึกฝนปฏิบัตินานจนกว่าจะเกิดความชำนาญและเป็นองค์ความรู้เฉพาะของหมอแต่ละท่านที่สืบทอดต่อกันภายในสำนัก จึงไม่มีการจดบันทึกอ้างอิงเป็นหลักฐานแบบลายลักษณ์อักษรและไม่ถูกกล่าวถึงในคัมภีร์ต่าง ๆ ทางการแพทย์แผนไทย องค์ความรู้เหล่านี้จึงหาผู้สอนยาก มีแพทย์แผนไทยส่วนน้อยที่สามารถตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจจับชีพจร อีกทั้งแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ไม่อยากจะเรียนรู้เนื่องจากยากที่จะทำความเข้าใจและใช้เวลานานกว่าจะสามารถปฏิบัติได้ จึงเลือกที่จะใช้การตรวจวินิจฉัยแบบแพทย์แผนปัจจุบันที่มีตำราให้ศึกษามากมายและมีแบบแผนชัดเจนกว่า ดังนั้นเมื่อการตรวจจับชีพจรถูกนำมาใช้น้อย องค์ความรู้จึงค่อยๆ เลือนลางและสูญหายไป

“เห็นท่านลุงจับก็จับตาม มั่วๆ ไป แต่ความมั่วของเราเนี่ยถ้าเราช่างสังเกต มันมั่วได้ผลนะ คนไข่นี้มามีอาการอย่างนี้ เส้นเขาเดินแบบนี้ ทำไมมันเดินไม่เหมือนกัน เราก็จดจำเรียนรู้ไปเรื่อย ๆ มันไปจากปฏิบัติเลยไม่ได้ทฤษฎี เรียนปฏิบัติเลยไวกว่าทฤษฎีเยอะ การตรวจเส้นเนี่ยสุดขยอแล้ว และอีกอย่างหนึ่งหมอแผนไทยเค้ามีศิลปะของเขาอยู่” (เพ็ญศรี สวงนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ถ้าเป็นแผนไทยรุ่นใหม่ ๆ ปัญหาหลัก ๆ ที่เจอคือ ทักษะการตรวจร่างกาย การประเมินแบบแผนไทยน้อย ความชำนาญน้อย ไม่ค่อยเจอหมอแผนไทยที่ตรวจและประเมินด้วยวิธีการแบบแผนไทย มักเจอตรวจและประเมินด้วยวิธีการทางแผนปัจจุบัน” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

5.1.4 การตรวจ การวินิจฉัย การประเมินอาการความผิดปกติทางการแพทย์แผนไทย

การรักษาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายของผู้ป่วยในระบบแพทย์แผนไทยจะอาศัยการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการไปพร้อมกัน กล่าวคือ หมอแพทย์แผนไทยจะใช้ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะตัวที่ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญในการประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อหาสมุฏฐานโรคและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคนนั้น ๆ ตามความแตกต่างของธาตุอันเป็นพื้นฐานที่มีความเป็นปัจเจก ซึ่งมีความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีหลากหลายวิชาชีพอมาช่วยร่วมการค้นหาโรค เช่น เทคนิคการแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น อีกทั้งยังอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ มาประเมินความผิดปกติของอาการผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือด การเอกซเรย์ การอัลตราซาวด์ เป็นต้น ทำให้แพทย์แผนปัจจุบันขาดทักษะในการตรวจร่างกายเนื่องจากแพทย์ให้ความสำคัญกับการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการประเมินอาการผู้ป่วยแทน ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยและรักษาอาการได้ไม่ถูกต้องเพราะอาการความผิดปกติบางอย่างนั้นไม่สามารถตรวจวัดได้จากเครื่องมือตนเอง

ส่วนปัญหาของหมอแพทย์แผนไทยปัจจุบันคือ หมอไม่ได้ตรวจวินิจฉัยให้ละเอียดตามวิธีแบบแพทย์แผนไทย ครั้นจ่ายยาให้ผู้ป่วยก็มักจะจ่ายยาตามอาการที่ผู้ป่วยบอกกล่าวตามแบบแพทย์แผนปัจจุบัน โดยไม่ได้ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงกับมูลเหตุของโรคที่เป็น เมื่อกินยาไปอาการก็ไม่ดีขึ้นเหตุเพราะหมอแพทย์แผนไทยไม่มีทักษะการตรวจวินิจฉัยธาตุภายในที่แม่นยำ เช่น การตรวจจับชีพจร ทำให้จ่ายยาไม่ตรงกับสมุฏฐานโรคของผู้ป่วย คนทั่วไปจึงมองว่ายาสมุนไพรเป็นเพียงสิ่งส่งเสริมร่างกาย ไม่สามารถรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยได้

“เด็กนี้เขาไปยึดติดแผนปัจจุบันไป จ่ายยาหวานไปตามอาการ ตามที่คนไข้บอก เพราะตรวจจับเส้นไม่ได้ ไม่มีคนสอนที่ชัดเจน มันยาก” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

จะเห็นว่าการตรวจวินิจฉัยแบบแพทย์แผนไทยนั้นมีความละเอียดลึกซึ้ง แพทย์แผนไทยต้องฝึกการประเมินภาวะความผิดปกติของร่างกายจากการซักประวัติซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับมูลเหตุการเกิดโรค อันเป็นเหตุปัจจัยที่กระทบทำให้ธาตุภายในเกิดความแปรปรวน เสียสมดุลและทำให้เกิดโรคขึ้น โดยเน้นซักถามอาการต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาพบหมอ การตรวจร่างกายทั้งการตรวจอาการจากการสังเกตและการตรวจอาการภายในจากการตรวจจับชีพจรให้เกิดความชำนาญ เพื่อนำสู่การวินิจฉัยภาวะความผิดปกติของร่างกาย หาสาเหตุของการเกิดโรค/มูลโรค อันเป็นสิ่งที่แพทย์แผนไทยต้องให้ความสำคัญ

“ตำรามันมีอยู่แล้วเชื่อผมเถอะมันอยู่ที่ว่าใครวินิจฉัยเก่งกว่ากัน ใครแหมะเส้นเก่งกว่ากันเท่านั้นเอง ไม่มีอะไร ตำรับมันมีอยู่แล้ว เราต้องหัดวินิจฉัย ต้องพิจารณา ตำรับว่ามันยังง” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

ถ้าตรวจอาการไข้ไม่ถึถ้วน ทำความวินิจฉัยผิด ก็เปรียบเหมือนคนเสียจักษุอันเดินไปโดยไม่รู้จักหนทาง เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้วการที่จะเยียวยารักษาต่อไปข้างหน้าย่อมจะผิดไปด้วยทั้งหมด เหตุฉะนั้นจึงเห็นว่า ชั้นตรวจอาการไข่นี้ เป็นข้อสำคัญของหมอโดยแท้จริง หมอจะมีฝีมือดีก็ด้วยศิลปอันนี้ คือความชำนาญที่จะทำนายไข้ถูกมากกว่าผิด (พิศณุประสารทเวช, พระยา, 2502)

5.2 อัตลักษณ์ของการรักษาแบบแพทย์แผนไทย

การรักษาทางการแพทย์แผนไทยเป็นกรรมวิธีทางภูมิปัญญาที่อิงธรรมชาติ เน้นการปรับสมดุลของธาตุภายในร่างกาย ความเป็นองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับการรักษาในทุกมิติของสุขภาพมุ่งปรับให้เข้ากับธรรมชาติของปัจเจกบุคคลที่มีความหลากหลาย ซึ่งแตกต่างกับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาแบบแยกส่วน ตามระบบกลไกโครงสร้างที่ผิดปกติ แพทย์แผนไทยเป็นการรักษาที่มุ่งค้นหาเหตุของโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติ ความไม่สมดุลของร่างกาย เพราะในบางครั้งอาการแสดงที่คนไข้มาพบหมออาจไม่สัมพันธ์กับความผิดปกติของธาตุภายในร่างกาย ทำให้หมอรักษาผิดทางได้ เนื่องจากหาเหตุของความผิดปกติ หรือสมุฏฐาน (ที่ตั้ง, ที่แรกเกิด) อาการ/โรค คลาดเคลื่อน หมอแพทย์แผนไทยจึงต้องมีความรอบรู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์สมุฏฐานต่าง ๆ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องตามสมุฏฐานโรค นอกจากการรักษาทางกายแล้ว หมอแพทย์แผนไทยยังให้ความสำคัญกับการรักษาทางใจ ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจ เน้นพูดคุย จนไปถึงการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจความเป็นปกติของธาตุ เข้าใจธรรมชาติในตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นได้

“จุดเด่นของแผนไทยจริงๆ เลย คือ การใช้ชีวิตในสอดคล้องกับธรรมชาติ ให้มองว่าสิ่งใกล้ตัวของเรา ยาใกล้ตัวของเรานี้แหละช่วยเราได้ และทำให้เราเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ว่าแผนไทยในการรักษาเขาไม่ได้รวมแค่ว่า แต่เขารักษาวิถีทางจิตวิญญาณ” (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

“ถ้าเป็นแผนไทยเป็นการทำให้ธาตุทั้ง 4 กลับไปอยู่กันแบบปกติ คือ เราอาจจะคุ้นชินกับคำว่า สมดุล แต่ในคัมภีร์จะบอกว่า ปกติ หรือบริบูรณ์ เพราะฉะนั้น แพทย์แผนไทย คือ ทำให้ภาวะองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบที่เรามองว่ามันทำงานเกี่ยวเนื่องเป็นระบบเดียวกัน ทำงานเกี่ยวเนื่องกันอย่างปกติและสมบูรณ์ แต่แผนปัจจุบันไปแก้จุด เช่น เป็นความดันไปให้ยาขยายหลอดเลือด ให้ยาขับปัสสาวะ ไม่ได้มองภาพรวมว่าการทำงานประสานกันของร่างกายเป็นปกติยังงัย” (พินิจชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการคันตามผิวหนัง ผิวแห้ง ขึ้นเป็นเม็ด หากเป็นทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ก็จะรักษาโดยการจ่ายยาแก้แพ้ แก้คัน ซึ่งเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ หากในมุมมองการรักษาแบบแพทย์แผนไทย หมอแพทย์แผนไทยจะมุ่งค้นหาเหตุของอาการ/โรค ว่าเกิดจากธาตุใดภายในร่างกายที่ผิดปกติ ทำงานมากเกินไป/น้อยเกินไป ส่งผลให้อวัยวะภายในตำแหน่งใดทำงานไม่ปกติ โดยใช้หลักการตรวจวินิจฉัยแบบแพทย์แผนไทย เช่น การตรวจจับชีพจร หากเป็นอาการดังกล่าวข้างต้นเหตุน่าจะมาจากการทำงานของปิตตะ (ระบบความร้อน) และเสมหะ (ระบบของเหลว) ที่มีปัญหา สะท้อนมาที่การทำงานของไตและท่อน้ำดี หมอแพทย์แผนไทยก็จะมุ่งไปรักษาที่เหตุของอาการ/โรคนั้น คือ ตำแหน่งไตและน้ำดีให้กลับสู่สมดุล อาการแสดงทางผิวหนังที่เกิดขึ้นก็จะหายไป

“ต้องรักษาที่เหตุ เหมือนคนไข้คันตามผิวหนัง ผิวแห้ง ขึ้นเป็นเม็ด รักษาแผนปัจจุบันมาเป็นปี ให้กินยาแก้แพ้แก้คันอยู่อย่างนั้น ไม่หาย แต่มารักษาที่เรา เราตรวจพบว่า มีปัญหาที่ไต เราก็ไปบำรุงไตให้ไตฟอกของเสีย ทำงานได้ดี เรื่องไปในทางเสมหะของเรา เราก็รักษาไปในทางนี้ คนไข้ก็หาย เราไม่ได้ให้ยาแก้คันเลยนะ แต่เราไปบำรุงไตเขา หรือเป็นที่ท่อน้ำดี เราก็รักษาที่ท่อน้ำดี น้ำดีก็ทำให้ผิวแห้งคันเหมือนกัน เราก็ไปหาเหตุ” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

5.2.1 ลักษณะการรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทย มี 3 แบบ ได้แก่

1) โรคที่รักษาก็หาย ไม่รักษาก็หาย

กลุ่มอาการ/โรคที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมูลเหตุการเกิดโรคทางการแพทย์แผนไทย อันได้แก่ อาหาร อิริยาบถ ความร้อนและเย็น อคนอน อดข้าว อดน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ ทำงานเกินกำลัง ความโศกเศร้าเสียใจ และโทสะมาก เหตุ

ปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมให้ธาตุภายในร่างกายเกิดความไม่สมดุล ธรรมชาติของธาตุเมื่อถูกระทบจากปัจจัยไม่ว่าจากภายนอกหรือภายในร่างกายจะมีกลไกภายในของตัวธาตุที่ช่วยรักษาสมดุล หากเราสังเกตถึงความไม่สบายตัวในช่วงที่ธาตุเกิดการเปลี่ยนแปลงก่อนจะเกินกำลังธาตุจนเสียสมดุล แล้วเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพอันเป็นมูลโรคที่จะก่อให้เกิดความผิดปกติ อารมณ์/ความไม่สบายตัวต่างๆ ก็จะผ่อนคลายหายไปโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาสมุนไพรหรือหัตถการต่างๆ หลักสำคัญคือ หมอต้องสืบหามูลเหตุการเกิดโรคให้พบว่าเกิดจากปัจจัยกระตุ้นใดที่แท้จริงที่ทำให้ธาตุเกิดความไม่สมดุลขึ้น แพทย์แผนไทยจึงสามารถตรวจประเมินภาวะสุขภาพก่อนจะเกิดโรคได้ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพเฉพาะบุคคล ก่อนจะเป็นปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังยากต่อการแก้ไขในอนาคต

“สมมุตินะเด็กปวดท้องมาก มันปวดท้องจากอะไร มันขี้ไม่ออก เราสวนออกมันก็หายแล้ว ไปกลับบ้าน ไม่ต้องเอายาไปกิน” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“มุมมองที่น่าสนใจของแพทย์แผนไทยจากประสบการณ์ คือ ถ้าเราเข้าใจแผนไทยจริงๆ เราสามารถค้นหาโรคได้เร็วกว่าแผนปัจจุบัน ความละเอียดของแผนไทย เรามองความแปรปรวนของระบบได้เร็วกว่า เมื่อระบบเกิดความแปรปรวนมันจะส่งสัญญาณออกมา แล้วถ้าสามารถบอกได้ว่าสัญญาณที่ส่งออกมา มันคือ ความแปรปรวนของระบบธาตุทั้ง 4 แล้วดึงกลับมาให้อยู่ในความปกติ โอกาสที่พัฒนาเป็นโรคนั้นจะน้อยลง ซึ่งแผนปัจจุบันมักจะไม่ว่าสัญญาณพวกนี้ หรือเจอก็ใกล้เป็นโรคแล้ว” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

“แพทย์แผนไทยเน้นการปรับพฤติกรรม ให้ร่างกายปรับตัวเอง การรักษาเช่นการกินยาสมุนไพร หัตถการต่างๆ เป็นแค่ตัวช่วย” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

2) โรคที่รักษาถึงหาย ไม่รักษาเรื้อรัง/ตาย

โรคกลุ่มนี้คือโรคที่แพทย์แผนไทยต้องเร่งรักษาเพื่อไม่ให้เกิดอาการเรื้อรัง หรือถึงแก่ชีวิต จากการศึกษาอาการเกิดโรค/ความผิดปกติ ทางกายแพทย์แผนไทยจะพิจารณาจากอาการแสดงของผู้ป่วย ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของธาตุทั้ง 4 เป็นไปตามกลไกรัตนธาตุทั้งห้า อันได้แก่ ธาตุกำเริบ ธาตุหย่อน ธาตุพิการ ธาตุแตก ธาตุออกจากกาย หมายความว่า ธาตุตัวใดเมื่อถูกระทบ

จากปัจจัยต่าง ๆ ทำให้ธาตุเกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกินกำลังธาตุที่จะรักษาสมดุล ตัวธาตุนั้นจะมีกำลังมากขึ้นก่อน เรียกว่า ธาตุกำเริบ หลังจากพ้นระยะการกำเริบของธาตุ ถ้ายังไม่ได้รับการรักษา ธาตุก็จะเริ่มอ่อนกำลังลง หรือทำงานได้น้อยลง เรียกธาตุหย่อน เมื่อธาตุหย่อน หากยังไม่ได้รับการปรับธาตุให้เข้าสู่สมดุลอีก ก็จะเข้าสู่ระยะธาตุพิการ คือ การทำงานของธาตุผิดปกติไป ธาตุกำเริบกับหย่อนสลับกัน คือ แสดงอาการของธาตุกำเริบผสมกับอาการของธาตุหย่อน และจะเข้าสู่ระยะธาตุแตก จนเข้าสู่ระยะธาตุออกจากกาย ซึ่ง 2 ระยะสุดท้ายนี้ธาตุที่ผิดปกติไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เหมือนเดิม แพทย์แผนไทยจะให้ความสำคัญในการรักษาความผิดปกติของธาตุที่อยู่ในช่วงของธาตุกำเริบ ธาตุหย่อน และธาตุพิการ เนื่องจากหลังพ้นกระบวนการรักษาแล้วร่างกายจะปรับเข้าสู่สมดุลกลับมาทำงานได้ตามปกติ โดยต้องปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำของหมอเพื่อไม่ให้โรค/อาการกลับมาเป็นซ้ำอีก

“เราเน้นรักษาธาตุกำเริบ หย่อน พิการ เพราะต้องการให้ผู้ป่วยได้ดูแลปรับพฤติกรรมร่วมด้วย ถ้าเข้าสู่ระยะธาตุแตกแล้ว รักษาแล้วจะไม่กลับมาเหมือนเดิม” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“การหายหรือไม่หายไม่ได้เกี่ยวกับหมอ แต่มันเกี่ยวกับคนไข้ว่าจะปรับพฤติกรรมได้ไหม คุณอย่ามาหวังพึ่งพาอะไรกับหมอ เพราะหมอเป็นแค่ผู้ชี้ ผู้รักษา แต่ว่าการหายขาดมันอยู่ที่คุณ” (ภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 สิงหาคม 2563)

3) โรคที่รักษาที่ตาย ไม่รักษาที่ตาย

เมื่อธาตุที่แปรปรวนมากจนเข้าสู่ระยะธาตุแตก กำลังธาตุก็จะเสื่อมถอยไปมากไม่สามารถปรับสู่ภาวะปกติได้เหมือนเดิม จนเมื่อเข้าสู่ระยะธาตุออกจากกาย ระยะนี้ผู้ป่วยก็จะเริ่มคุมสติไม่ได้ มีอาการเหม่อลอย หรือเรียกหาคนแปลกหน้า การรักษาก็เป็นเพียงการประคับประคองตัวธาตุให้คงไว้และจะมรณะในที่สุด หมอแพทย์แผนไทยบางท่านเมื่อมีผู้ป่วยมาให้รักษาจะใช้วิธีการทางโหราศาสตร์เพื่อประเมินดวงชะตาของผู้ป่วย ดูฤกษ์ยามที่เจ็บป่วย หากดวงชะตาขาด ก็มักจะไม่นับรักษา อาจใช้อุบายว่าโรคดังกล่าวนี้ตนไม่มีความสามารถรักษาได้ เพื่อป้องกันการเสียชื่อเสียงตน

ถ้าแลธาตุทั้งหลายขาดสูญสิ้นพร้อมกันดังกล่าวมานี้ ท่านย่อมตัดอาการ 3 ว่า รักษาไม่ได้ ถ้ายาเดียว แพทย์ผู้ใดจะเยียวยารักษาสืบไปมิได้เลย ถ้าธาตุทั้ง 4 จะขาด จะหย่อนไปแต่ 1 สิ่ง 2 สิ่ง 3 สิ่ง ดังนั้นยังจะพยายามได้ ให้แพทย์พิจารณาดูดังกล่าวมานั้นเถิด (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, 2559)

“แพทย์แผนไทยเนี่ยความรู้นั้นจะไม่เหมือนของคนอื่น แผนปัจจุบันมันจะมีอย่าง เดียว แต่แผนไทยเนี่ยมันมีหลายอย่าง ทั้งไสยศาสตร์ โหราศาสตร์ คุณก็ดูยาม คนป่วยมาจะเป็นจะตาย คุณมันหมดแหละ” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“แต่เวลาที่คูก็จะดูฤกษ์มรณะ ถ้าฤกษ์มรณะผมไม่เอาหรือ ผมก็บอกโรคนี้ผมไม่ เคยเจอ ถ้าคูแล้วโรคนี้ไม่หาย จะไปรักษาทำไม ก็ผมก็บอกไม่เคยเจอ แล้วใครจะ ทำอะไรผม” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

5.2.2 การรักษาที่ให้ความสำคัญกับทุกส่วนของร่างกาย

รูปแบบการรักษาทางการแพทย์แผนไทยมีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับศิลปะของหมอแต่ละ ท่าน โดยทั่วไปการรักษามักจะให้ความสำคัญกับทุกส่วนของร่างกาย อาทิเช่น การจ่ายยาสมุนไพร หัตถการต่าง ๆ เช่น การนวด การกดจุด การกวาดยา การประคบสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตาม มาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนดหรือรับรอง เนื่องจากแพทย์ แผนไทยมองว่าธาตุทั้ง 4 นี้เป็นสหชาตธรรม คือ เป็นธรรมที่เกิดพร้อมกัน เกิดร่วมกัน ไม่ว่าจะ ปรากฏ ณ ที่ใด จะต้องปรากฏ ณ ที่นั้นครบทั้งคณะ คือครบทั้ง 4 ธาตุเสมอ กล่าวคือเมื่อเกิดความ ผิดปกติที่ตำแหน่งใดก็จะกระทบต่อตำแหน่งอื่น ๆ ด้วยซึ่งหมอต้องค้นหาสมุฏฐานโรคให้พบแล้ว จึงพิจารณารูปแบบการรักษาที่จะกระทำต่อผู้ป่วย บางรายนวดอย่างเดียวอาการก็ดีขึ้นได้ แต่บางราย อาจต้องใช้การนวดร่วมกับการจ่ายยาสมุนไพรไปด้วย ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ แต่ที่สำคัญคือ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่เฉพาะอาการโรคของบุคคลนั้น ๆ หรือบางรายอาจไม่จำเป็นต้อง รับประทาน หรือหัตถการ เพียงพุดคุยเพื่อให้จิตใจผ่อนคลายอาการต่าง ๆ ก็ดีขึ้น

“ไม่จำเป็นต้องรับประทานสมุนไพรไปก็ได้ จริงๆเป็นการนั่งพุดคุยก็ได้ถ้ามันเป็น ปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาเรื่องความอ่อนแอในสภาพจิตใจ ก็นั่งพุดคุยกัน บางเคส จำเป็นต้องรับประทาน บางเคสก็จำเป็นต้องได้รับการกดจุด การนวด เพื่อให้กล้ามเนื้อ มันผ่อนคลาย บางเคสต้องใช้ 2-3 วิธีผสมกันไป มันไม่มีเหตุจำเป็นว่าต้องใช้วิธีใด วิธีหนึ่ง หรือจะไม่ใช้วิธีใดเลย อันนั้นดูตามความเหมาะสม” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

นอกจากนี้แพทย์แผนไทยในบางพื้นที่ยังมีการรักษาแบบพิเศษอื่น ๆ ร่วมด้วย นอกเหนือจากการใช้ยาสมุนไพรหรือหัตถการต่างๆ เช่น การใช้ไสยศาสตร์ เข้ามาร่วมในการรักษา แต่ด้วยวิธีการนี้เป็นวิธีการเฉพาะจึงทำให้หมอส่วนน้อยที่สามารถใช้วิธีนี้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ เช่น ผู้หญิงไม่สามารถเรียนไสยศาสตร์ได้ เพราะถูกมองว่ามีจิตใจไม่เข้มแข็งอาจเกิดผลเสียต่อตัวผู้เรียนเองได้

“ท่านลุงกับท่านกิ่ง เขาไปคนละแนว ท่านกิ่งเขาไปทางไสยศาสตร์ เป็นหมอเหมือนกัน ทางยาก็เป็น ไสยศาสตร์เขาก็เป็นนะ แต่ท่านลุง ไสยศาสตร์ไม่เอาเลย เอาทางยาอย่างเดียว” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ไสยศาสตร์นี้เพราะผู้หญิงจิตอ่อน โอกาสให้โทษเยอะมาก แค่ตกใจก็เข้าเราได้แล้ว” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

5.2.3 การรักษาด้วยยาสมุนไพร

สมุนไพรที่จะนำมาประกอบขึ้นเป็นยารักษาต่างๆ เพื่อใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น แพทย์แผนไทยจะใช้สมุนไพร 2 ชนิดขึ้นไป หรือที่เรียกกันว่า ยาตำรับ หากทานสมุนไพรชนิดเดียวไม่เรียกว่ายา เป็นเพียงอาหารเท่านั้น เหตุที่ยาแผนไทยต้องประกอบขึ้นจากสมุนไพร 2 ชนิดขึ้นไปนั้นเนื่องจากหลักการจ่ายยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทยใช้รสยา ในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย เหตุที่ต้องประสมหรือใช้สมุนไพรมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไปนั้นก็เพื่อจะได้ช่วยกันให้เป็นยามีฤทธิ์พอแก่การที่จะบำบัดโรคได้ แล้วจึงวางยาตามลักษณะธาตุแต่ละบุคคลตามอาการ/โรคตามสมุฏฐานที่ค้นพบ

อนึ่งวิธียาหลาย ๆ สิ่ง จึงเป็นยาขึ้นขนานหนึ่งนั้นก็จะมีฤทธิ์และกำลังเรี่ยวแรงขึ้น และจะให้ละคนด้วยรสต่าง ๆ ที่จะให้ตรงกับสมุฏฐานของโรค เมื่อของที่ผสมกันแล้วนั้น ให้คนไข้รับประทานหรือทา ถ้าโรคนั้นระงับหายไปได้ ตั้งแต่คนหนึ่งขึ้นไปเห็นคุณพอบเป็นตัวอย่างดังนี้ แล้วของที่ผสมขึ้นนั้น ได้นามเรียกว่า “ยา” ก็ถ้าจะไม่ผสมกันจะเป็นแต่เพียงสิ่งเดียว เช่น กะทือ พริกไทย หอม กระเทียม เหล่านี้ ก็จะเป็นอาหารสำหรับบริโภคไป หาเป็นยาที่จะแก้โรคได้ไม่ ต่อผสมกันขึ้นหลาย ๆ สิ่งแล้ว จึงจะมีฤทธิ์และกำลังที่เรียกว่า ยา อาจสามารถที่จะแก้โรคให้หายได้ เพราะเช่นนั้น จึงต้องผสมกันเป็นขนานขึ้นดังได้อธิบายมา (พิศณุประสารทเวช, พระยา, 2502)

นอกจากนี้ สมุนไพรยังถูกนำมาประกอบเป็นอาหารที่คนรับประทานกันอยู่ทุกวันเห็นได้จากเมนูอาหารของคนไทยในแต่ละภาคก็มีพืชสมุนไพรเข้ามาเป็นส่วนประกอบอยู่ในหลายเมนู เช่น น้ำพริก ต้มยำ เครื่องแกงต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งแต่ละเมนูก็มีการผสมกันอย่างลงตัวของสมุนไพรแต่ละชนิดที่นำมาประกอบ ยกตัวอย่างเมนูที่มีเครื่องแกงต่าง ๆ เป็นส่วนประกอบ เช่น แกงเขียวหวาน แกงคั่ว แกงเผ็ด มักมีเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ หมู เนื้อ ซึ่งเนื้อสัตว์เป็นสิ่งที่ร่างกายย่อยได้ยาก การใช้เครื่องแกงที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลากหลายชนิด เช่น ข่า พริก ตะไคร้ กระเทียม ผิวมะกรูด หอมแดง ที่มีรสเผ็ดร้อนมีสรรพคุณในการช่วยย่อย ขับลม จึงทำให้เมื่อกินแกงต่าง ๆ จึงมีรสชาติที่ครบรสและไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ในวิถีชีวิตของคนไทยในทุกยุค ทุกสมัย ไม่เพียงแต่ใช้สมุนไพรเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้นยังนำมาทำเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมร่างกายให้บริบูรณ์ เป็นการใช้สมุนไพรในการดูแลตัวเองโดยการกินอาหารเป็นยา

กล่าวโดยสรุป ระบบการรักษาของการแพทย์แผนไทยต้องหาสมุฏฐานโรค หรือที่เรียกเกิดโรคให้พบเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ตรงตามเหตุ/มูลโรค หมอต้องค้นหาว่าธาตุตัวใดไม่สมดุลแล้วคืนความสมดุลให้ธาตุนั้นๆ ให้ธาตุนั้นๆ ได้ทำหน้าที่ของมันตามปกติ ร่างกายก็จะเข้าสู่ภาวะปกติ โดยการรักษาไม่ใช่เพียงรักษาอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาหาหมอ แต่หมอต้อตรวจวินิจฉัยหาสมุฏฐาน (ที่ตั้ง/ที่แรกเกิด) โรคให้พบและค้นหาหรือหัตถการอื่น ๆ ให้เหมาะกับธาตุของผู้ป่วยเนื่องจากการรักษาทางการแพทย์แผนไทยต้องรักษาที่ต้นเหตุของโรคที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล อันเป็นอัตลักษณ์ของการรักษาแบบแพทย์แผนไทย

“ระบบการรักษาของแผนไทยคือไปปรับให้ความผิดปกตินั้นกลับมาทำงานปกติ ในภาวะที่เป็นอยู่ แต่ของแผนปัจจุบันเป็นการบังคับให้ทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้ปกติ ถ้ามองคือยังทำให้เกิดความรวน จะเห็นว่าเมื่อรักษาแผนปัจจุบันไปสักระยะจะเปลี่ยนเพิ่มยา หรือเปลี่ยนยา หรือต้องใช้ยาหลายตัวช่วย หรือคือยา เพราะไปบังคับร่างกาย” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

“เพราะฉะนั้นหน้าที่ของคุณหมอแผนไทย หรือคุณหมอแผนโบราณ คุณหมอแผนดั้งเดิม ก็คือกลับไปหาสภาพความเป็นจริง กลับไปหาสภาพธาตุของแต่ละบุคคล ซึ่งก็จะมี ความแตกต่างกัน ในแต่ละบุคคล เขาเกิดวัน เดือน ปีที่แตกต่างกัน หรือเกิดในเวลาที่แตกต่างกันก็จะมีธาตุหรือองค์ประกอบของธาตุที่แตกต่างกัน เขามีธาตุ 4 ธาตุ แต่สัดส่วนของธาตุไม่เท่ากัน ลักษณะของธาตุไม่เหมือนกัน เราจึงต้องมา

เรียนรู้เรื่องของธาตุกำเนิดว่าเขามีธาตุลักษณะแบบไหน ดูตามลักษณะบุคลิกภาพ
ของเขาลักษณะของธาตุเขาเป็นอย่างไร ธาตุที่มีลักษณะแตกต่างกัน การรักษา
ต้องมีความแตกต่าง” (ฉันทกร พานิชกร, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

5.3 ธรรมโอสถ

ธรรมโอสถเป็นหลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า ซึ่งมีต่อชาวโลกเพื่อให้ทุกคนพ้น
จากความทุกข์ ทรมาณทั้งกายและใจ ทรงได้ค้นพบวิธีดับทุกข์ทั้งหลายด้วยหลักธรรมที่พระองค์ทรง
ค้นพบและแนะนำชาวโลกทั้งหลายให้มาศึกษามาปฏิบัติ เพื่อความสุขสงบของชีวิตตน
พระพุทธศาสนา ทรงให้ความสำคัญกับการดูแลจิตใจเป็นที่สุด เพราะจิตและกายมีความสัมพันธ์กัน
จิตที่อ่อนแอสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ เช่น โรคเครียด หอบหืด ความดัน
โลหิตสูง ด้วยเหตุนี้ ธรรมโอสถของพระพุทธเจ้า จึงเป็นธรรมที่ว่า ด้วยการฝึกให้คลายความยึดมั่น
ถือมั่น หรือปล่อยวางในสิ่งทั้งหลายทั้งปวง ซึ่งหากปฏิบัติตามได้บางส่วน จะสามารถช่วยบรรเทา
โรคทางใจได้ หรือหากปฏิบัติตามได้หมดจนกระทั่งจิตปล่อยวางได้ และไม่มีความยึดมั่นในสิ่งทั้ง
ปวงได้ จะสามารถรักษาโรคทางจิตวิญญาณให้หายขาดได้อย่างแน่นอน โรคทางจิตมีสาเหตุมาจาก
การขาดหลักธรรม ซึ่งทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความรัก ความโลภ ความเกลียด ความกลัว
ความตื่นเต้น ความอิจฉาริษยา ความหวง ความหึง ความยึดมั่นถือมั่น ความสงสัย ความไม่แน่ใจ
ความวิตกกังวลในเรื่องของอนาคต และความอาลัยอาวรณ์ในอดีตที่ผ่านมา เป็นต้น ซึ่งอาการ
เหล่านี้จะหายขาดได้ก็ต้องอาศัย “ยาระงับสรรพโรค” คือ ธรรมโอสถ

5.3.1 โรคทางกายและโรคทางใจ

พระพุทธศาสนาได้กล่าวถึงความเจ็บป่วย หรือโรคเป็น 2 ประเภท คือ โรคทางกายและ
โรคทางใจ โรคทางกาย ได้แก่ โรคที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น โรคปวดศีรษะ
โรคเจ็บตา โรคหืด โรคทางกายนี้มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลและความไม่สมดุลของ
ธาตุทั้ง 4 โรคทางใจเกิดจากการที่จิตใจถูกรอบงำด้วยอุปกิเลสอาสวะ คือ ความโลภ ความโกรธ
และความหลง ความเสียใจ ที่เกิดจากการพลัดพรากจากของที่รักที่ชอบใจ ความคับแค้นใจ และ
ความเจ็บป่วยที่มีในกายเพราะทำให้เกิดความทุกข์ทางใจ ในพระพุทธศาสนามีหลักในการรักษาโรค
ที่เกิดจากการเจ็บป่วย 2 แนวทางด้วยกัน คือ การรักษาด้วยยาสมุนไพรและการรักษาด้วยธรรมโอสถ
(พระครูอินทสารวิจิตร อินฺทสโร, 2551)

5.3.2 การใช้ธรรมโอสธในการบำบัดรักษาโรค

ธรรมโอสธ เป็นวิธีหนึ่งในการบำบัดรักษาโดยการนำหลักธรรมะ หลักการปฏิบัติ มาใช้ในการบำบัดรักษาเยียวยาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งใจ เบิกบานใจ สงบเยือกเย็น ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นและมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายต่าง ๆ ทำให้มีสติมั่นคง อยู่กับปัจจุบันไม่ทุกข์ทรมานกับโรคร้ายที่เกิดขึ้น จึงส่งผลต่อร่างกายที่กำลังอ่อนแอทำให้มีพลังเรียวแรง ต่อสู้กับโรคร้ายจนอาการของโรคทุเลาลงและหายไปได้ในที่สุด ดังข้อความที่ปรากฏในพระไตรปิฎก ความว่า

เมื่อแสวงหาหา คือพระธรรมก็ได้พบศาสนาของพระสากยะ ศาสนานั้นเป็นยาชั้นเลิศกว่ายาทุกขนาน สำหรับบรรเทาทุกข์ทุกชนิด ข้าพระองค์ดื่มธรรมโอสธแล้วก็ถอนพิษได้ทั้งหมด ข้าพระองค์ได้สัมผัสพระนิพพาน ซึ่งไม่แก่ ไม่ตายเป็นภาวะเย็นสนิท

ธรรมโอสธที่ปรากฏในพระไตรปิฎกที่พระพุทธองค์ทรงใช้ในการรักษาโรคในยามอาพาธหรือเจ็บป่วยพอสรุปหลักการของธรรมะดังกล่าว ในประเด็นหลักสำคัญคือ การมีสติกำกับตนเองตลอดเวลา ทุกอิริยาบถของตนเอง แล้วมีการฝึกสมาธิเพื่อให้มีจิตใจตั้งมั่น แน่วแน่ สงบไม่หวั่นไหว เมื่อจิตใจสงบเป็นสมาธิแล้วก็จะทำให้เกิดปัญญา รู้แจ้งในปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มองเห็นเหตุและผลอย่างชัดเจน รู้จักปล่อยวาง ไม่ยึดมั่นถือมั่น ในตัวตนรู้หลักของธรรมชาติ การเกิดขึ้น ตั้งอยู่และดับไป ซึ่งโดยหลักการของธรรมโอสธนี้เมื่อผู้ใดได้ฝึกฝนตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องแล้วก็จะส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้เป็นผู้ที่มีจิตใจที่เข้มแข็ง จิตใจที่เป็นอิสระ เยือกเย็นและสงบสุข เมื่อจิตใจสงบสุขก็จะส่งผลต่อร่างกายทำให้ร่างกายแข็งแรง อวัยวะทุกส่วนทำงานเป็นปกติ เนื่องจากกายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างละเอียดอ่อนและลึกซึ้งหลักการของธรรมโอสธในพระพุทธศาสนาจึงสามารถรักษาโรคให้ทุเลาและหายไปได้ในที่สุด

5.3.3 ตัวอย่างหลักธรรมที่ใช้ในการรักษาโรคทางใจ

หลักธรรมสำคัญ ๆ หลายหมวดที่พระพุทธเจ้าทรงนำมาสอนหรือตรัสแสดงไว้ตามที่ ต่างๆ ในพระไตรปิฎกพบว่า ในหลักธรรมสำคัญ ๆ แต่ละหมวดที่ทรงตรัสแสดงไว้นั้น ทรงมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อนำไปสู่การดับทุกข์ให้สิ้นเชิง (พระนิพพาน) แล้วยังพบว่าพระพุทธเจ้าทรงนำหลักธรรมสำคัญๆ เหล่านั้นมาใช้ในการรักษาโรคต่างๆ ทั้งโรคทางกายและโรคทางใจอีกด้วย ดังจะยกตัวอย่าง ของพุทธพจน์ที่ตรัสแสดงไว้ในพระสูตรชื่อ มหาสกุททายีสสูตร มัชฌิมนิกาย มัชฌิมปัณณาสก์ ที่ทรงตรัสกับอุททปิริพาชกว่า ยามที่สาวกของเราทั้งหลายถูกความทุกข์ครอบงำ ถูกทุกข์ท่วมทับแล้ว เขาเหล่านั้นจะมาหาเราแล้วถามเรื่องทุกข์อริยสัจจ์ เราตอบคำถามเขา (ให้คำปรึกษา) ทำให้เขาสบายใจ แล้วพระองค์ตรัสธรรมกลายทุกข์ไว้ตามลำดับดังนี้ สติปัญฐาน 4 อธิบาท 4 โพชฌงค์ 7 มรรคมีองค์ 8 สมาธิ สัจญญา 10 ไตรลักษณ์ พรหมวิหาร 4 พระรัตนตรัย เป็นต้น

ในที่นี้ขอยกตัวอย่างหลักธรรมที่ใช้ในการรักษาโรคทางใจ ได้แก่ โภชณงค์ 7 ซึ่งนอกจากเป็นหมวดธรรมที่ใช้เป็นเครื่องมือในการนำไปสู่การตรัสรู้ได้แล้ว ยังพบว่าสามารถนำไปบำบัดรักษาโรคให้หายได้ คือ ครั้งหนึ่งใช้กับพระองค์เอง ในขณะที่ประชวรไข้หนักโดยโปรดให้พระจุนทะเถระสวดสาธยายโภชณงค์ให้พระองค์ฟังและทรงสดับ ฟังพิจารณาตามไปครั้นทรงสดับ ฟังธรรมบทนี้จบลงพระพุทธเจ้าก็ทรงหายจากพระประชวรทันที

โภชณงค์ 7 นั้นเป็นหลักธรรมขั้นสูงที่เกี่ยวกับการเจริญปัญญา ซึ่งเป็นปัญญาชนิดนำไปสู่การตรัสรู้ได้ ครั้นผู้ป่วยซึ่งมีฐานะเป็นพระอรหันต์ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้ผ่านการฝึกอบรมจิตในเรื่องศีลสมาธิ และปัญญามาอย่างครบถ้วนและบริบูรณ์อย่างดียิ่งได้แล้ว เมื่อได้รับการฟังสวดสาธยายธรรมในบทโภชณงค์ 7 และได้แนมจิตพิจารณาตามไปในธรรมซึ่งเป็นหมวดธรรมที่เป็น ไปเพื่อการตรัสรู้นี้ จิตท่านจึงได้ฟังและสนใจอยู่กับเฉพาะเรื่องการตรัสรู้ที่ท่านพอใจเพียงอย่างเดียวเท่านั้นจึงเกิดความยินดีพอใจในธรรมที่กำลังฟังอยู่เป็นล้นพ้น จนเกิดความปีติขึ้นอย่างท่วมท้นจิตใจ เมื่อจิตเกิดเป็นปีติสุข ก็ส่งผลให้ร่างกายได้รับความสงบเย็นตาม ไปด้วยเพราะกายกับใจมีความสัมพันธ์ที่ต้องอิงอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อใจเกิดความปีติเอิบอิ่มสดชื่นเบิกบานในธรรมแล้ว ย่อมจะสามารถช่วยบรรเทาหรือขจัดขั้วไล่ความเจ็บไข้ให้หายไปได้ ในยุคหลังได้มีการแต่งบทโภชณงค์เพิ่มเติมขึ้นมาชื่อว่า “โภชณงค์ปริตร” สำหรับใช้เป็นบทสวดให้กับผู้ป่วยได้ฟัง เพื่อเป็นเครื่องส่งเสริมกำลังใจ เพื่อให้หายจากโรคต่าง ๆ ได้ ซึ่งปัจจุบันจะพบเห็นได้ในหมู่พุทธบริษัทชาวไทยที่ได้ศึกษาถึงเรื่องนี้ เมื่อมีผู้ป่วยหนักจึงได้นิมนต์พระมาสวดสาธยายโภชณงค์ 7 ให้ผู้ป่วยได้ฟัง ซึ่งส่วนใหญ่ มักทำกันในลักษณะเป็นประเพณีเท่านั้น โดยผู้ป่วยทั่วไปจะไม่ค่อยรู้ถึงเนื้อหาสาระของบทสวดนั้นเลย ดังนั้นการฟังสวดโภชณงค์จึงไม่อาจหายจากโรคได้ นอกจากจะใช้เป็นเครื่องส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยให้ดีขึ้นบ้างเท่านั้น เพราะตามเนื้อหาสาระจริง ๆ ของบทสวด โภชณงค์ 7 เป็นหลักธรรมขั้นสูง ซึ่งผู้จะฟังบทสวดนี้แล้วหายจากโรคได้จะต้องเป็นผู้ที่เคยศึกษาหลักธรรมมาก่อนจึงจะสามารถเข้าใจเนื้อหาของธรรมที่นำมาแสดงนั้นได้ จะต้องได้รับการฝึกอบรมจิตมาอย่างดีเยี่ยมมาแล้ว ดังที่พระอรหันต์ทั้งหลายมีพระพุทธเจ้าและพระอรหันต์สาวก เป็นต้น ที่สามารถใช้ได้ผลมาแล้ว

แนวคิดทางการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญต่อตัวจิต ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดความผิดปกติของร่างกายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว กล่าวคือ สภาพจิตใจที่ผิดปกติส่งผลให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ การใช้ธรรมโอสธ ร่วมกับการรักษาทางกายตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยจึงได้ผลดี โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรังและร้ายแรง เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการกำลังใจในการรักษามากทั้งจากหมอผู้ให้การรักษา คอยชี้แนะให้คำแนะนำต่าง ๆ และกำลังใจจากครอบครัว หมอแพทย์แผนไทยที่ดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจะต้องมีความเข้าใจ

ลึกซึ่งในเรื่องของธรรมชาติ คือ ความเป็นจริง การมีอยู่จริง นั่นก็คือ ต้องเข้าใจธาตุทั้ง 4 ภายในร่างกาย ที่ทำงานสอดประสานกันเป็นองค์รวม เพื่อจะนำหลักธรรมร่วมกับหลักการรักษาแบบแพทย์แผนไทยมาบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางกายและทางใจอันเป็นการรักษาแบบองค์รวมที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลที่หลากหลายของผู้ป่วย เพื่อจัดการกับความหลากหลายในเหตุปัจจัยในอดีตที่ก่อให้เกิดโรค และความหลากหลายของอาการผู้ป่วยจากความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

“ในส่วนแผนไทยหลวงตาท่านใช้ ท่าน Integrative เรื่องของธรรมชาติ เข้าไปในการรักษาโรค ซึ่งเรารู้สึกว่ามันยืดหยุ่น โดยเฉพาะกลุ่มคนไข้ที่พิเศษคือกลุ่มมะเร็งระยะสุดท้าย บางอย่างเราทำตามทฤษฎีหรือตำราไม่ได้ทั้งหมด ในแง่ของความเป็นแผนไทยมันมีความเป็นจิตวิญญาณอยู่ในนั้น มันลึกเข้าไปถึงข้างในลึก ๆ ของคนไข้ มันไม่ได้เน้นแค่ยาเพียงอย่างเดียว มันมีเรื่องของความเชื่อ ความศรัทธา ความอ่อนน้อมถ่อมตน หรือความยืดหยุ่นที่เราให้กับคนไข้และตัวเราเองด้วย ในการที่เราจะรักษาร่วมกับแพทย์แผนไทย” (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

5.4 อัตลักษณ์ของการใช้ยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทย

“สมุนไพร” หมายความว่า ผลผลิตธรรมชาติที่ได้จากพืช สัตว์ จุลชีพ หรือแร่ที่ใช้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ เป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพร

“ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” หมายความว่า ยาจากสมุนไพรและให้หมายความรวมถึงยาแผนไทย ยาพัฒนาจากสมุนไพร ยาแผนโบราณที่ใช้กับมนุษย์ตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือยาตามองค์ความรู้ การแพทย์ทางเลือก เพื่อการบำบัด รักษาและบรรเทาความเจ็บป่วยของมนุษย์ หรือการป้องกันโรค มีส่วนประกอบสำคัญที่เป็นหรือแปรสภาพจากสมุนไพร ซึ่งพร้อมที่จะนำไปใช้แก่มนุษย์เพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพหรือการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น เสริมสร้างโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกาย หรือ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

“ยาแผนไทย” หมายความว่า ยาที่ได้จากสมุนไพรโดยตรง หรือที่ได้จากการผสมปรุง หรือแปรสภาพสมุนไพร ที่มุ่งหมายสำหรับใช้ตามศาสตร์องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย (กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2562)

“การอธิบายแนวทางการรักษาโรคอาจจะไม่เหมือนกัน บางกลุ่มอาจจะมองโรคเป็นแผนปัจจุบัน แต่จ่ายยาสมุนไพร แต่หมอโบราณ จะสนใจว่าลักษณะผิดปกติของธาตุที่แสดงออกมาคืออะไร แล้วให้ยาไปปรับให้อยู่ในสภาวะที่ปกติ อันนี้เรามองต่างกัน เพราะว่าในหมอแผนปัจจุบัน ก็อาจจะมีการใช้กระบวนการวิทยาศาสตร์สุขภาพเข้าไปเยอะในกระบวนการเรียนรู้ มันก็จะทำให้อัตลักษณ์มันถูกบดบัง อัตลักษณ์ที่ยังเหลืออยู่ชัดเจนของหมอแผนไทยในปัจจุบัน คือ จ่ายยาสมุนไพร” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

การใช้ยาสมุนไพร หรือ ยาแผนไทยโดยหมอแพทย์แผนไทยมีหลักการพิจารณาที่เป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างจากการจ่ายยาด้วยหลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่จ่ายยาตามกลไกการฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแต่หลักการจ่ายยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทยใช้ ฤษยา ในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย กล่าวคือเมื่อหมอค้นต้นเหตุพบแล้วว่าอาการผิดปกตินี้เกิดด้วยเหตุใด คือธาตุอะไรขาดอะไรเกินหรือกระทบกระทั่งธาตุอะไร อันเป็นเหตุให้ธาตุวิปลาส หมอก็จะต้องหาหนทางแก้ไข โดยการเลือกจ่ายยาสมุนไพรเป็นหนทางหนึ่งที่หมอแพทย์แผนไทยใช้ โดยหมอต้องรู้จักตัวยา คือ รู้จักรูป สี กลิ่น รส รู้จักสรรพคุณยา คือ รู้จักว่ารสยาหลักที่ใช้มี 3 รส ใช้เพื่อปรับแก้อาการใด รู้จักเครื่องยาที่มีชื่อต่างกันรวมเรียกเป็นชื่อเดียวโดยยาเหล่านี้ถูกจัดเป็นหมวด ๆ ตามพิภค เช่น ตรีผลา ประกอบด้วยผลสมอพิเภก ผลสมอไทย ผลมะขามป้อม เพื่อให้เข้าใจกันในหมู่แพทย์แผนไทยง่ายต่อการเรียกชื่อจดจำ อีกทั้งยังต้องรู้จักการปรุงยาที่ประสมใช้ตามวิธีต่างๆ เช่น ยาต้ม ยาบดผงละเอียด ยาดำพอก ยาดอง เป็นต้น เหตุที่ต้องประสมหรือใช้สมุนไพรมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไปนั้นก็เพื่อจะได้ช่วยกันให้เป็นยามีฤทธิ์พอแก่ที่จะบำบัดโรคได้ แล้วจึงวางยาตามลักษณะธาตุแต่ละบุคคลตามอาการ/โรคตามสมุฏฐานที่ค้นพบ

“ไม่ว่าอดีตหรือปัจจุบันยาไทยไม่เคยเปลี่ยน การใช้ก็ยังใช้เหมือนเดิม ถ้าเอาตามความเป็นจริง คือ อิงตามรสชาติของยาเสมอ ผาด หวาน มัน เค็ม ขม เปรี้ยว เมา เบื่อ สุขุม เผ็ดร้อน จืด หอม เย็น ยังเป็นรสชาติที่เราต้องเรียนรู้กันอยู่เสมอ การใช้ยาไทยไม่ใช่ชนิดเดียว การใช้ยาชนิดเดียว เราจะเรียกว่าน้ำกระสาย คือเอามาเป็นแค่การบำรุง เสริมสุขภาพทั่วไป เช่น น้ำมะตูม น้ำจิง แต่การใช้ในการรักษามันต้องใช้สมุนไพร 2 ชนิดขึ้นไป แสดงว่ามันต้องเอารสชาติหลายรส เข้าไปผสม รสชาติของตัวยาก็เอาไปปรับธาตุ ให้ธาตุกลับสู่สภาพตามความเป็นจริงของเขา หรือสภาพปกติที่เขาควรจะเป็น” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

5.4.1 รสยาทางการแพทย์แผนไทยและการนำไปใช้

หลักการบริหารยาตามองค์ความรู้แพทย์แผนไทยนั้นใช้ รสยา เป็นหลักสำคัญ รสยาที่หลากหลายได้จากสมุนไพรแต่ละชนิดที่มีรสชาติเด่นแตกต่างกัน ด้วยความเป็นองค์รวมของธาตุภายในร่างกายเมื่อเกิดความไม่สมดุลขึ้นจึงมีใช้ธาตุเพียงตัวเดียวที่เสียสมดุล ธาตุทั้งสี่จะได้รับผลกระทบทั้งหมดมากน้อยลดลั่นกัน การปรับสมดุลธาตุให้เข้าสู่ภาวะปกติจึงต้องใช้รสยาที่หลากหลายให้ตรงตามสมุฏฐานโรค อีกเหตุผล คือ ยาแผนไทยหนึ่งขนานจะมียาที่ตัดฤทธิ์ตัดรสกันเอง นั้นหมายความว่าหากมีสมุนไพรตัวใดมีพิษมากก็จะมีสมุนไพรที่ไปลดพิษสมุนไพรนั้นๆ เข้าไปกำกับอยู่ด้วย หรือหากมีสมุนไพรตัวใดมีฤทธิ์น้อยคาดว่าจะไม่เพียงพอต่อการบำบัดโรคก็มักจะมีสมุนไพรที่ไปเสริมกำลังสมุนไพรชนิดนั้นๆ เช่นกัน ทำให้ผลข้างเคียงจากการใช้ยาแผนไทยค่อนข้างน้อยหากจ่ายตามหลักคิดแบบแพทย์แผนไทย แลหานี้คืออีกหนึ่งจุดเด่นขององค์ความรู้แพทย์แผนไทย

“หมอโบราณเขาอยู่อู่แล้วนะ เขาถึงไม่ให้ใช้ยาเดี่ยว คนที่เขาเป็นหมอจริงๆ เขาจะไม่ให้ใช้ยาเดี่ยวนะ อย่างน้อยก็ต้อง 2 ตัวขึ้นไป” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“เราขาดความเข้าใจใจว่าเราไปอิงแต่เรื่องของสารสกัด เรากำลังไปอิงว่ามันมีฤทธิ์ต่างๆ แต่เรากำลังลืมไปว่าองค์ประกอบของยาไทย หนึ่งคือเวลาให้ไม่ได้ให้ชนิดเดียว ให้แบบ 2 ชนิดขึ้นไป และต้องมีตัวยาที่ตัดฤทธิ์ตัดรสกัน เพื่อให้เป็นตัวยาที่พอดีกับคน ๆ นั้น เพราะฉะนั้นมันไม่มีทางที่กินเข้าไปแล้วจะเกิดผลเสีย ถ้าคุณจ่ายยาเป็น หรือถ้ามันจะมีผลเสียจริงๆ มันก็จะเป็นผลเสียที่คุณรู้อยู่แล้วล่วงหน้าว่า กินเพราะว่าต้องเอาไปแก้แบบนี้ก่อน จากนั้นค่อยปรับยาอีกสูตรหนึ่งเอาไปปรับแก้” (ฉัตร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ยาไทยกับยาจีนแม่เชื่อว่าที่เขาให้ทานเยอะ เพราะว่ามันมีตัวนี้แก้ตัวนี้ มันต้องมีอันนี้ช่วยกัน มันไม่เหมือนยาฝรั่ง มันแรง มันทานเม็ดเดียวจบ เห็นผลเร็วแต่ระยะยาวไม่โอเค” (คนไข้ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 15 สิงหาคม 2563)

คำว่า รส ภาษาไทยเป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาบาลี สันสกฤต คือ คำว่า รส (อ่านว่า ระ-สะ) ซึ่ง หมายถึง 1) น้ำหรือของเหลว 2) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวภาพประสาท (ลิ้น) 3) ความรู้สึกทางใจ

ส่วนคำว่า ยา ตรงกับ โอสถ ในภาษาบาลี และ เกษัช ในภาษาสันสกฤต หมายถึง สิ่งที่ใช้
แก้หรือป้องกันโรค หรือบำรุงร่างกาย (พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2555)

ดังนั้น รสยาจึงหมายถึง สิ่งที่ชิมซาบอยู่ในยาสามารถละลายได้ในน้ำลายรับรู้ได้ด้วยลิ้น
ซึ่งมีทั้งปุ่มรับรส ประสาทรับสัมผัส รวมทั้งการรับรู้ด้วย กลิ่น รับรู้ได้ด้วยปฏิกิริยาของอวัยวะใน
ร่างกาย (กฤษดา ศรีหัตถิ, 2558)

รสยาที่ถูกกล่าวถึงและมีอิทธิพลมากในการศึกษาสรรพคุณยา คือ รสยา 9 รส ในตำราเวช
ศึกษาแพทย์ศาสตร์สังเขปและปรากฏในตำราประมวลหลักเภสัช รวมทั้งตำราแพทย์แผนโบราณ
ทั่วไปสาขาเภสัชกรรมซึ่งเป็นตำรากลางของกองการประกอบโรคศิลปะที่ใช้สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้
ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย โดยแบ่งรสยาเป็น 2 ประเภท คือ
ยารสประธาน ได้แก่ รสเย็น สำหรับแก้ในทางเตโช (ไฟ) รสร้อน สำหรับแก้ในทางวาโย (ลม) และ
รสสุขุม สำหรับแก้ทางโลหิต (เลือด) และรสของตัวยา (ยา 9 รส) ได้แก่ รสฝาด รสหวาน รสเมาเบื่อ
รสขม รสเผ็ดร้อน รสมัน รสหอมเย็น รสเค็ม รสเปรี้ยว และบางตำราอาจเพิ่มอีกรสเป็น 10 รส คือ
รสจืด การกล่าวถึงรสยาในคัมภีร์ตำราการแพทย์แผนไทยเน้นที่การใช้รสยาเป็นตัวแทนหรือตัวบ่งชี้
สรรพคุณยา ถึงแม้ได้บันทึกนิยามโดยตรง แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่ารสยาที่กล่าวถึงนั้นมีลักษณะเป็น
รสที่รับรู้ได้ด้วยลิ้น กลิ่น รวมทั้งยังเป็นผลของยาต่อร่างกาย โดยสรรพคุณแต่ละรสยาและตัวอย่าง
อาหาร มีดังนี้

รสฝาด สรรพคุณ สมานแผล แก้ท้องเสีย หากเกิดบาดแผลภายนอกอาจใช้เปลือกมังคุดมา
ต้มชะล้างแผลเพื่อสมานแผลให้หายเร็วได้ สมุนไพรรสฝาด เช่น กล้ายดิบ ช่วยแก้ท้องเสีย ใบฝรั่ง
ใบชา ช่วยสมานแผล เป็นต้น หากทานรสฝาดมากเกินไปจะทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ ส่วนการใช้
ภายนอกมากเกินไปอาจทำให้ผิวแห้งแตกได้

รสเปรี้ยว สรรพคุณ กัดเสมหะ ระบายอุจจาระ เจริญรสอาหาร แก้กระหายน้ำ กระทบ
สารพัดที่ดิบให้สุก สมุนไพรรสเปรี้ยว เช่น มะนาว ส้ม กระจับแดง มะขาม เป็นต้น สมุนไพรรส
เปรี้ยวมักใช้ในการกระตุ้นการขับถ่ายเป็นยาระบายอ่อนๆ เช่น น้ำคั้นมะขามเปียก ช่วยกัดเสมหะใน
ลำคอในทุกช่วงวัย ใช้น้ำมะนาว

รสหวาน สรรพคุณ แก้อาการอ่อนเพลีย แก้กระหาย ทำให้ชุ่มคอ ทำให้ชุ่มชื้นบำรุงกำลัง
สมุนไพรรสหวาน เช่น น้ำผึ้ง ชะเอม ดอกคำฝอย เป็นต้น แต่หากรับประทานรสหวานมากเกินไปก็จะ
ทำให้เกิดเสมหะในลำคามากขึ้นได้ ร่างกายมีความร้อนภายในเพิ่มขึ้น

รสเค็ม สรรพคุณ แก้เสมหะเหนียว รักษาเนื้อหนังขาดแผลไม่ให้เน่า ถ่ายน้ำเหลืองและเมือกมันในลำไส้เป็นยาระบาย สมุนไพรรสเค็ม เช่น เกลือ ผักชะคราม เป็นต้น เราจะใช้สมุนไพรที่มีรสเค็มในยาที่เน้นการถ่ายระบายโดยใช้เป็นเกลือสินเธาว์ หรืออาจนำเกลือมาผสมน้ำอุ่นอมบ้วนปากแก้อาการเสียวฟันหรือรักษาแผลในช่องปากได้

รสขม สรรพคุณ แก่ร้อน แก่กระหายน้ำ แก้ไข้ตัวร้อน ช่วยเจริญอาหาร สมุนไพรรสขม เช่น มะระ สะเดา ใบยอ เป็นต้น เมื่อร่างกายมีความร้อนมากขึ้นอาจจะแสดงอาการออกมา เช่น ปากแห้งคอแห้ง ตัวรุ่ม ๆ ตัวร้อน ลิ้นแดง ตาแดง สามารถรับประทานอาหารที่มีรสขมช่วยปรับสมดุลได้

รสหอมเย็น สรรพคุณ บำรุงหัวใจ ทำให้ชื่นใจ ทำให้ใจคอสดชื่น แก้อ่อนเพลีย ชูกำลัง สมุนไพรรสหอมเย็น เช่น เกสรดอกไม้ ดอกมะลิ ใบเตย เป็นต้น ส่วนใหญ่มักนำสมุนไพรกลิ่นหอมมาใช้เป็นส่วนประกอบในการทำขนมไทย หรือนำมาลอยในน้ำ เพราะเมื่อทานแล้วจะรู้สึกหอมชื่นใจเป็นรสที่รับได้ทั้งทางลิ้นและทางจมูกกระตุ้นการไหลเวียนเลือดลมได้ดี

รสเผ็ดร้อน สรรพคุณ แก้ลมจุกเสียดแน่นเพื่อ ขับผายลม ขับเหงื่อ ช่วยย่อยอาหาร สมุนไพรรสเผ็ดร้อน เช่น จิง ข่า กระเทียม ตะไคร้ เป็นต้น เมื่อมีอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อยสามารถดื่มน้ำจิงทานเพื่อขับผายลมได้

รสมัน สรรพคุณ บำรุงเส้นเอ็น บำรุงไขข้อ บำรุงไขมันให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย สมุนไพรรสมัน เช่น ถั่วต่าง ๆ งา น้ำมันจากพืช เป็นต้น ส่วนใหญ่มักนำน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันงา มาเป็นส่วนประกอบหลักในการทำน้ำมันทาพูนวดกล้ามเนื้อ บำรุงผิว

รสเมาเบื่อ สรรพคุณ แก้พิษต่าง ๆ เช่น พิษสัตว์กัดต่อย แก้ผื่นคันแก้ น้ำเหลืองเสีย สมุนไพรรสเมาเบื่อ เช่น ทองพันชั่ง ชุมเห็ดเทศ เมื่อมีอาการผิวหนังพุพองเป็นหนอง สามารถดื่มสมุนไพรรสเมาเบื่ออาบเพื่อลดอาการอักเสบจากผื่นน้ำเหลืองเสียได้ แต่หากใช้กินมากเกินไปจะทำให้ความร้อนในร่างกายมากขึ้นได้

รสจืด สรรพคุณ ขับปัสสาวะ ดับพิษไข้ สมุนไพรรสจืด เช่น รวงจืด หล้าต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่จะกินเมื่อมีอาการร้อนใน มีไข้ หรือถูกพิษต่าง ๆ เช่น แพ้สารเคมี แพ้อาหาร มักจะใช้สมุนไพรรสจืดเพื่อขับพิษ ขับความร้อนส่วนเกินออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะ

แม้การบริหารยาด้วยรศยาตามองค์ความรู้แพทย์แผนไทยมีความเฉพาะที่แสดงถึงอัตลักษณ์แต่ขณะเดียวกันก็กลายเป็นจุดอ่อนของการพัฒนาเช่นกัน เนื่องด้วยปัจจุบันแพทย์แผนไทยถูกสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ เกษัชกร พยาบาล เข้ามามีบทบาทร่วมในการจ่ายยาสมุนไพร วิชาชีพต่างๆ เหล่านั้นได้นำหลักการจ่ายยาตามวิธีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้ามาใช้ ทำให้องค์ความรู้การบริหารยาด้วยรศยาแบบแพทย์แผนไทยเริ่มเลือนลางไป อีกทั้งยังถูกมองว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ จ่ายยาโดยไร้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น งานวิจัยรับรอง อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับผลเสียได้ หากแต่นั้นเป็นผลให้ศิลปะการบริหารยาแบบไทยถูกเบียดขับออกจากระบบการแพทย์ไปอย่างสิ้นเชิง มีเพียงการใช้อยู่ในกลุ่มหมอแพทย์แผนไทยบางพื้นที่ส่วนน้อยที่ยังคงอนุรักษ์สืบทอดองค์ความรู้ต่อไป

“เราวิเคราะห์ยาไทยแบบผิด เพราะเราไม่วิเคราะห์รศยาในตำรับให้ชัดเจน พูดแต่ชื่อวิทย์ชื่อวงค์ทำให้เราไปต่อไม่ได้” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ถ้ากินถูกต้องตามศาสตร์แพทย์แผนไทยคิดว่าไม่มี แต่เมื่อไหร่ที่กินยาไทยไม่ตรงตามศาสตร์ มันก็จะเกิดผลเสีย และต้องดูว่าในบริบทของคนไข้มีความแปรปรวนของธาตุยังงัย ควรจะให้กินยาที่วัน หรือมีกระสายยาอะไรไปร่วม โดยไม่ใช้วิธีคิดแบบแผนปัจจุบันคือ เมื่อปวดแล้วให้ลดปวด โดยเอายาแผนไทยไปใช้แบบนี้จะทำให้เกิดผลข้างเคียงได้มากขึ้น” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

“ในการจ่ายยาสมุนไพร คิดด้วยหลักอะไร มีความต่างว่าจ่ายแบบแผนปัจจุบันหรือการให้ระบบธาตุให้กลับสู่ภาวะปกติ จ่ายด้วยหลักคิดอะไรนี่คือคำถาม แต่ไม่จ่ายยาเคมีเท่านั้นเอง นี่คือ อัตลักษณ์ร่วมคือการจ่ายยาสมุนไพร แต่ความต่างคือ หลักคิดในการจ่ายยา” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

5.4.2 ปังเจกโอสถ

การวางยา หรือการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย แพทย์แผนไทยต้องพิจารณาตามอาการ/โรคตามสมุฏฐาน ไม่เพียงเท่านั้นแพทย์แผนไทยยังให้ความสำคัญของลักษณะธาตุพื้นฐาน (อุตุภายใน) ที่แตกต่างของแต่ละบุคคล ได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน หรือธาตุกำเนิด กล่าวคือ “ปังเจกบุคคล”

หมายถึง แต่ละคนมีลักษณะของธาตุที่มีความจำเพาะ ถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน อาการก็แตกต่างกัน ยาที่ใช้จึงมีความแตกต่างกันด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า “लगเนื้อชอบलगยา” เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า การใช้ยาเพื่อรักษาโรคในผู้ป่วยแต่ละรายถึงแม้จะเป็นชนิดเดียวกันแต่อาจให้ผลในการรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างในการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย เช่น สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย อาหาร โรคประจำตัว เป็นต้น การจ่ายยาจึงต้องจ่ายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นการจ่ายยาเฉพาะราย เรียก “ปัจเจกโอสถ”

“โบราณเราการใช้ยาไม่มีตายตัว ธาตุของแต่ละคน คนไข้โรคเดียวกันธาตุมันเหมือนกันไหม เราก็ต้องพลิกแพลงไปตามธาตุ ตามอาการของคนไข้” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

ส่วนยาไทยกับยาฝรั่งที่คิดกันข้างนั้น ถ้าจะตัดสินว่าใครจะดีกว่ากัน ใครจะหายเร็วกว่ากัน ดังนี้ไม่ได้เป็นแน่ ตามคำที่พูดกันขมๆ ว่า लगเนื้อชอบलगยา เปนถ้อยคำอันจริงแท้ (ลินจี ชยากร, 2462)

การจ่ายยาให้กับผู้ป่วยนอกจากพิจารณาธาตุภายใน (ธาตุเจ้าเรือน) ที่มีความแตกต่างกันแล้วยังต้องถึงคำนึงถึงธาตุภายนอก คือ ฤดูกาลที่ผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วย เพราะความต่างของฤดูก็ส่งผลต่อธาตุภายในร่างกายให้เกิดความผิดปกติได้ ยาที่ใช้จึงแตกต่างกันแม้จะเป็นโรคเดียวกัน หากใช้ยาดำรับเดิมก็อาจเพิ่มน้ำกระสายยาเพื่อเสริมฤทธิ์ยาหลักซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามอาการผู้ป่วยตามฤดูต่าง ๆ เช่น เจ็บป่วยช่วงฤดูฝน หมอจะจ่ายน้ำกระสายยาที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรสร้อย เช่น ขิงเพื่อกระตุ้นให้ธาตุลมเคลื่อนไหลเวียนได้ดีขึ้น

“แสดงว่าการรักษาต้องแก้ไขไปตามอาการของคนไข้ แต่ละคนเราจะแก้ไขได้ยังไง ก็น้ำกระสาย เราจะแก้ไขได้ยังไงในเมื่อไม่ใช้น้ำกระสาย เช่น ตอนนี้อยู่ฤดูฝนต้องใช้น้ำกระสายยาน้ำขิง ใช้น้ำขิงให้ตรงกับอาการคนไข้ ซึ่งมันอยู่ที่วิถีคิด” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

แนวคิดที่มีหลักการคล้ายคลึงกับการวางยาตามองค์ความรู้แบบแพทย์แผนไทยที่ใช้มาช้านาน ในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เริ่มถูกกล่าวถึงและให้ความสนใจเมื่อประมาณปี 2500 เกี่ยวกับความจำเพาะของยาต่อร่างกายมนุษย์ แนวคิดนี้ชื่อ เภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmacogenetics)

หรือ Pharmacogenomics) เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจอย่างมากในปัจจุบันเป็น การศึกษาความหลากหลายของยีนมนุษย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งจะ ช่วยพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในแต่ละบุคคล การป้องกันโรค การตอบสนองต่อยา การเลือกใช้ยาและขนาดยาที่เหมาะสม การค้นหายาใหม่ การพัฒนายาใหม่ และการค้นหาขบวนการ ใหม่ที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มประชากร ซึ่งสิ่งเหล่านี้มาจากองค์ความรู้พื้นฐานว่า มนุษย์แต่ละคนมี ความแตกต่างของรหัสดีเอ็นเอในยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ยีนที่เกี่ยวข้องกับการออกฤทธิ์ของ ยาหรือเภสัชพลศาสตร์ และยีนที่เกี่ยวข้องกับเภสัชจลนศาสตร์ การทราบความแตกต่างเหล่านี้โดย ละเอียดย่อมจะนำไปสู่การเลือกใช้ยาตามความเหมาะสมกับโรค สาเหตุของโรค การเลือกขนาดยาที่ เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษาสูงสุด และลดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากับ ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ที่จำเพาะของลักษณะทางพันธุกรรมในเชิงลึกจนนำไป ประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติในผู้ป่วยแต่ละรายได้ (วิจิตรา ทศนียกุล, 2552)

5.4.3 ข้อควรระวังในการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่เป็นไปตามองค์ความรู้ดั้งเดิม

ในส่วนของยาสมุนไพร หรือยาแผนไทยนี้หาใช่จะไม่มีโทษต่อร่างกายเลย ขึ้นชื่อว่ายา ก็คือสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายรับเข้าไปย่อมกระทบต่อระบบธาตุภายใน หากใช้ตามหลักคิดแบบแผน ไทยผลกระทบที่จะทำให้ธาตุแปรปรวนมากขึ้นนั้นย่อมมีน้อย แต่หากไม่ยึดแนวคิดการบริหารยา แบบไทย คือหลักธรรมา ไม่พิจารณาอาการเจ็บป่วยหาเหตุของโรคตามสมุฏฐาน ย่อมนำมาซึ่งผลเสีย ต่อร่างกายหรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ เป็นไปตามคำภีร์ที่กล่าวไว้ว่า “ยาสมุนไพรมีคุณอนันต์แต่ก็มีโทษ มหันต์”

วิธีการนำสมุนไพรแต่ละชนิดมาประกอบเป็นยา หมอจะต้องมีความรู้ในสมุนไพรแต่ละ ชนิดเป็นอย่างดี เนื่องจากสมุนไพรบางชนิดมีพิษในตัวเอง สมุนไพรบางตัวต้องนำมาทำให้สะอาด ขึ้น หรือสมุนไพรบางตัวต้องทำให้มีฤทธิ์ที่มากขึ้นก่อนนำมาประกอบเป็นยา ดังนั้นหมอแพทย์แผน ไทยจึงต้องรู้วิธีการระงับพิษ ซึ่งตามความหมายของคำว่า สะตุ นี้มี 4 ประการ คือ 1) ทำให้ตัวยามีฤทธิ์ แรงขึ้น หรือให้รักษาตรงกับโรคดีขึ้น เช่น การระงับสารพิษ 2) ทำให้พิษของตัวยาลดลง เช่น การ สะตุรงทอง 3) ทำให้ตัวยาปราศจากเชื้อโรค 4) ทำนั้นตัวยานั้นสลายตัว (กรมพัฒนาการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย, 2557) เช่น เถาวัลย์เปรียง ต้องนำมาอบก่อนเพื่อลดความเป็นพิษของตัวยา หากกินสด ๆ อาจทำให้เกิดปัญหาที่ต่อมลูกหมาก ของเพศชายได้ เป็นต้น อีกประการหนึ่งคือ การกินยาสมุนไพรเป็นอาหารเสริม ซึ่งมากเกินไปที่ร่างกาย ต้องการและการกินยาสมุนไพรโดยไม่ได้รับการตรวจหาสมุฏฐานโรค หาเหตุที่ชัดเจน การใช้ตาม

ความเคซินหรือจากสื่อโฆษณาชวนเชื่อต่าง ๆ ก็ยังส่งผลเสียต่อร่างกาย นำไปสู่การเกิดอคติต่อสมุนไพร/ยาสมุนไพร จากการกินสมุนไพร/ยาสมุนไพร โดยปราศจากองค์ความรู้ดั้งเดิมด้วย

“มดลูกพิการว่านชักมดลูกเราแก้เก่งนะ แต่ถ้ากินมากเกินไปมดลูกก็พิการ ใ้่นะที่นี้ไม่ต้องแก้เลยถาวร” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“เรามักจะพูดถึงแค่ประโยชน์แต่ไม่พูดถึงโทษ เพราะฉะนั้นเวลาเราสอนเราบอกหมดเชื่อไม่เชื่อแล้วแต่ แต่เราก็จะบอกเขาไว้ เช่น เถาวัลย์เปรียง พูดแต่สรรพคุณมหาศาล เถาวัลย์เปรียงมันกินสด ๆ เราไม่ได้เอามาอบมาอย่าง มันมีพิษนะผู้ชายกินมากๆ ต่อมลูกหมากมีปัญหา” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

ความรู้ในหมวดนี้ เป็นความรู้อันสำคัญสุขุมอยู่ ถ้าไม่เรียนรู้ให้ชำนาญชาญแล้ว จะเป็นแพทย์ไม่ได้ เพราะว่ายาก็จะให้คนไข้กินนั้น ทุกสิ่งทุกขนานที่ท่านได้วางลงเป็นตำราไว้ ล้วนแต่เป็นยาดีที่ได้เคยรักษาไข้หายมาแล้วทั้งนั้น ถ้าจะว่าถึงคุณสรรพยาที่แก้โรคหายได้ ก็มีคุณเป็นอนันต์ หมอไม่ได้เรียนรู้จริง เป็นแต่รู้ว่าเป็นยา ก็ให้คนไข้กิน ถ้าผิดพลัง ก็อาจประหารชีวิตคนไข้เสีย ท่านจึงได้กล่าวว่ามีคุณก็อนันต์ มีโทษก็มหันต์ (พิศณุประสารทเวช, พระยา, 2502)

จะเห็นว่าการใช้ยาสมุนไพร หรือยาแผนไทย ในแบบแพทย์แผนไทยนั้นมีความเป็นอัตลักษณ์ที่แตกต่างจากองค์ความรู้การใช้ตามศาสตร์อื่นๆ นั่นคือ มักใช้สมุนไพรมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป จัดขึ้นเป็นยารับขนานหนึ่ง เพื่อให้ได้รสชาติที่หลากหลาย มีสมุนไพรที่ตัดฤทธิ์คัดรสกันเอง เพื่อใช้บำบัดอาการ/โรคได้ตรงตามสมุฏฐานโรคและลดผลข้างเคียงจากยา ใช้หลักการบริหารยาด้วยรสชาติที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของธาตุภายในร่างกาย กล่าวคือเมื่อร่างกายเกิดความไม่สมดุลขึ้น ธาตุทั้งสี่จะได้รับผลกระทบทั้งหมด การปรับสมดุลธาตุให้เข้าสู่ภาวะปกติจึงต้องยกย้ายกระสายยาให้ได้รสชาติที่หลากหลายในการปรับสมดุลร่างกาย อีกทั้งแพทย์แผนไทยยังให้ความสำคัญกับความหลากหลายของมนุษย์ ความเป็นปัจเจกบุคคล การวางยาหรือจ่ายยาจึงเป็นการจ่ายยาปัจเจกโอสถที่มีความเฉพาะเหมาะสมกับธาตุและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

ในส่วนของยาสมุนไพร หรือยาแผนไทยนี้หาใช่จะไม่มีโทษต่อร่างกายเลย ขึ้นชื่อว่ายา ก็คือสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายรับเข้าไปย่อมกระทบต่อระบบธาตุภายใน หากใช้ตามหลักคิดแบบแผน

ไทยผลกระทบที่จะทำให้ธาตุแปรปรวนมากขึ้นนั้นย่อมน้อย แต่หากไม่ยึดแนวความคิดการบริหารยาแบบไทย ไม่พิจารณาอาการเจ็บป่วยหาเหตุของโรคตามสมุฏฐานย่อมนำมาซึ่งผลเสียต่อร่างกายหรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ เป็นไปตามคัมภีร์ที่กล่าวไว้ว่า “ยาสมุนไพรมีคุณอนันต์แต่ก็มีโทษมหันต์”

5.5 อັตลัษณ์ของการดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคในระดับขั้นพื้นฐานตามระบบการบริการสาธารณสุข ซึ่งแนวความคิดดูแลสุขภาพตนเองได้สอดแทรกเข้าไปในการรักษาพยาบาลที่จะช่วยผู้เจ็บป่วยและผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงโดยการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะทำให้สุขภาพดี หลีกเลี่ยงโรคเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้มีกำลังใจ มีความรู้ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้เร็วที่สุด ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (มัลลิกา มติโก, 2534)

ในทางการแพทย์แผนไทยได้กล่าวถึงเหตุของความเจ็บป่วยนำมาซึ่งโรคทั้งปวงที่เกิดขึ้นแก่มนุษย์ หรือที่เรียกว่า “มูลโรค” นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากมูลเหตุมาแต่พฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ ได้แก่ การกระทบร้อน-เย็น อาหาร อิริยาบถ อดนอน อดข้าว อดน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ ดังนั้นหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ก็จะทำให้ร่างกายเกิดความไม่สมดุลก่อให้เกิดโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวยิ่งจะทำให้การหายจากโรคที่เป็นล่าช้า หรือรักษาวิธีใดก็ไม่หายด้วยเหตุเกิดจากไม่ปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั่นเอง

ความที่วู้ที่แรกเกิดของโรคนั้น คือเขารู้ฤดูแปรไป อาหารให้โทษ ไม่เปลี่ยนอิริยาบถ ต้องร้อนยิ่งนัก ต้องเย็นยิ่งนัก อดนอน อดข้าว อดน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ โทษทั้งปวงดังว่ามานี้แหละเป็นต้นเหตุที่แรกเกิดของโรค โรคจะบังเกิดขึ้นก็อาไศรยเหตุที่ว่ามา จึงได้จัดว่าเปนที่แรกเกิดของโรค (ลิ้นจี่ ชยากร, 2462)

“จากสภาพคนไข้ก็พอจะบอกได้ เอ่อการรักษาคนไข้ที่ผ่านๆมาถ้าเจอเป็นมานานพอสมควร ไปเจอมาหลากหลายหมอบ แล้วยังไม่หายสักที มันต้องไปสังเกตที่พฤติกรรมล่ะ เพราะโรคส่วนใหญ่ เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ที่ไม่หายเพราะไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มละปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาลักษณะของการดูแลตนเองแล้วพบว่ามี 2 ลักษณะคือ 1) ดูแลเมื่อตนเองอยู่ในสภาวะปกติ และ 2) การดูแลตนเองในสภาวะเจ็บป่วย จึงเปรียบได้กับการป้องกันและรักษาเย็บเย็บ (Bloom, 1971)

5.5.1 การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ

5.5.1.1 ส่งเสริมพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง นั่นคือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค หรือทางการแพทย์แผนไทยเรียก มูลเหตุการเกิดโรค/มูลโรค อันได้แก่ การกระทบร้อน-เย็น อาหาร อิริยาบถ อดนอน อดข้าว อดน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ กล่าวคือ แพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมดำรงชีวิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของมนุษย์ เช่น การกินอาหาร การนอน การดื่มน้ำ อิริยาบถต่าง ๆ โดยแพทย์แผนไทยต้องอธิบายให้คำแนะนำในการใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับร่างกายของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันเพื่อเป็นการปูพื้นฐานให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดีในอนาคต ห่างจากโรคร้ายต่างๆ

“นอนดึก เพราะเราไม่รู้ว่สิ่งแบบนี้ก็ทำให้เราเจ็บป่วยได้ ซึ่งตอนนี้เรารู้แล้ว ก็เลยเหมือนมีตัวขี้ไ่ว้บั้ง” (คนไข้ 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 สิงหาคม 2563)

“จริงๆ ที่เรารู้สึกคือถ้าเรามาหาตั้งแต่แรกๆ ถ้าเกิดเช้คร่างกายด้วยการตรวจแบบแพทย์บ่อยๆ มันจะเป็นการปูพื้นฐานร่างกายที่ดีของร่างกายในอนาคตได้ อย่างเช่น วิธีการกิน ถ้าเราอายุประมาณ 10 หรือ 20 กว่า แล้วเรามาทางนี้ตั้งแต่แรก เราเชื่อว่าเราจะมีวิธีการดูแลตัวเองที่ดีกว่านี้มันก็จะสะสมพฤติกรรมที่ดีนั้นไปเรื่อยๆ อย่างเช่น การดื่มน้ำ การพักผ่อน การกินอาหารแต่ละชนิดส่งผลอะไร

ต่อร่างกาย แต่เมื่อไรที่คุณอายุเยอะแล้วคุณมา พฤติกรรมในการเปลี่ยนพวกนี้มันยากมาก มันจะทำได้ไม่ก็อย่าง เพราะมันชิน สุดท้ายเราจะกลับมาตามใจตัวเองเหมือนเดิม” (คนไข้ 6, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 กันยายน 2563)

5.5.1.2 การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ แบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ คือ

1) การป้องกันความรุนแรงของโรค เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ซึ่งในทางการแพทย์แผนไทยมีการแนะนำให้ประชาชนรู้จักสังเกตความผิดปกติเบื้องต้นในร่างกายตนเองที่สะท้อนถึงความแปรปรวนของธาตุภายในร่างกาย เช่น เวลาารู้สึกขมปากขมคอ บ่งบอกว่าภายในร่างกายมีความร้อนมากเกินไป เวลาารู้สึกฝาดในปากในคอ บ่งบอกว่าภายในร่างกายมีลมมากกระทำมาก เป็นต้น อีกทั้งยังมีการแนะนำวิธีการบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น เช่น เมื่อมีอาการปวดหัวปกติเรามากจะเคยชินกับการทานยาแก้ปวดให้ยาช่วยจัดการกับปัญหาความไม่สบายนั้น ๆ จนหลงลืมการพึ่งพาตนเองในการบรรเทาอาการหรือหาต้นเหตุของโรคที่แท้จริงว่าเกิดจากปัจจัยใด ดังนั้นการดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทยในการป้องกันความรุนแรงของโรคเป็นหนทางแห่งการพึ่งพาตนเองมากกว่าการพึ่งพาเพียงยาหรือบุคลากรทางการแพทย์

“ตัวเรารู้ไม่ใช่ไม่รู้ เพียงแต่ไม่เคยสังเกต เช่น ขมคอจืดเลย เรารู้ทันทีว่าตอนนี้มีความขมอยู่ที่คอ แสดงว่ามันปัญหาธาตุไฟเกิดขึ้นแล้ว เราบอกว่ารู้สึกฝาดในคอ มันก็เป็นเรื่องของธาตุลมเข้าไปกระทำจะเห็นว่ารสชาติของยามันก็จะสื่อให้พอดีกับรสชาติของธาตุ” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“พอปวดหัวพยายามจะไม่กินยาปัจจุบัน เพราะไม่มันจะต้องหาพารา เพราะขึ้นปวดขึ้นไม่ไหว ต้องหายามากินเพื่อให้ตัวเองไม่ทรมาน พอมาพบหมอ (แพทย์แผนไทย) ที่นี่จะแบบ เอายานุ่นมาทา ยานี้มาทา มีบริหาร ยืด มีวิชาที่ได้มา เราคิดว่าต้องทำยังไงเพื่อบรรเทา” (คนไข้ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 สิงหาคม 2563)

2) การป้องกันโรคเบื้องต้น เป็นการกระทำต่าง ๆ ต่อร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกายจนกลายเป็นโรค หากในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ยกตัวอย่างเช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ ส่วนในทางการแพทย์แผนไทย คือ การปรับสมดุลธาตุภายในร่างกาย ซึ่งวิธีการ

ก็มีหลากหลาย เช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร การปรับสมดุลธาตุภายในนี้ หมอต้องวิเคราะห์สภาวะธาตุพื้นฐานของแต่ละบุคคลก่อนว่าธาตุกำเนิดปกตินั้นมีลักษณะใด แล้วจึงตรวจประเมินความแปรปรวนของธาตุภายใน หลังจากนั้นจึงวางแผนปรับสมดุลธาตุให้เหมาะสมเข้าสู่ภาวะสมดุลของแต่ละบุคคล เมื่อธาตุในร่างกายสมดุล แต่ละธาตุต่างทำหน้าที่อย่างสอดคล้องประสานกันแล้ว ธรรมชาติของธาตุจะสะท้อนสู่ภายนอกทำให้คนรู้สึกแข็งแรงขึ้น มีความทนต่อปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ มากขึ้น โดยระยะเวลาการปรับสมดุลมากขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ธาตุแปรปรวน และความสามารถในการควบคุมปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วยตนเอง

“เรารู้สึกแข็งแรงขึ้น เมื่อก่อนตอนทาน(ยาสมุนไพร)ใหม่ๆ มันอาจยังไม่เห็นผลเร็วเหมือนยาฝรั่ง แต่พอเรากินไประยะหนึ่งร่างกายเรามีภูมิมากขึ้น เข้าที่อยู่ตัวแล้วมันก็จะเห็นผลได้เร็วขึ้น เราเจ็บป่วยน้อยลง มีภูมิต้านทานมากขึ้น” (คนไข้ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 15 สิงหาคม 2563)

“บางทีตื่นเข้ามาเราชอบจาม ชอบไอ ชอบมีน้ำมูก พอกินยา (สมุนไพร) ไปก็โอเค แต่ถ้าช่วงไหนนอนหลับพักผ่อนเยอะ มันไม่มีอาการ แม้ว่าเหมือนกับยามันเป็นภูมิขึ้นมา แล้วก็รักษาเรื่อย ๆ คือ ของแม่เองก่อนจะมากินยาแก้แพ้เกือบทุกวันเลย กินแล้วรู้สึกมันง่วง มันกดประสาท มันตื่นแล้วมันไม่ใช่ตัวเรา มันง่วงมากเลย ไม่มีสติ” (คนไข้ 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 สิงหาคม 2563)

“บางที่เราอดนอนดึกๆ กันบ่อยๆ หลายๆ เดือน มันก็จะไอ อยู่เรื่อย ๆ กดรักษา กลับไปทานยา สักอาทิตย์แรกๆ ก็โอเคแล้ว แล้วก็โอเคมาเรื่อย ๆ” (คนไข้ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 15 สิงหาคม 2563)

“แม่ก็จะบอกว่า อย่างเพื่อนหนูเนี่ยฉีควักซิน ฉีอะไร บางคนก็ยังเป็นไข้หวัดใหญ่ ในช่วงไข้หวัดใหญ่ระบาดคนนะ เด็กจะเป็นกันเยอะมาก เพราะที่โรงเรียนเป็นห้องแอร์ แต่เขาก็ไม่เป็น นึกถึงตอนเวลาไข้หวัดระบาด ก็จะบอกคุณพ่อเขาว่าเด็กเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์นู่น สายพันธุ์นี้ แต่ลูกเราไม่เป็นเลย คือ เราก็ดูจากที่เมื่อก่อนเขาเคยเป็นอยู่ครั้งนึงตอนนั้นยังไม่ได้มารักษาแผนไทย เป็นที่ต้องหยุดอยู่บ้านเป็น

อาทิตย์ แล้วยังต้องทานยาตัวที่สำหรับไขหวัดใหญ่สายพันธุ์ต่างๆ แต่ตอนนี้ไม่เป็น
 เลข วัคซีนก็ไม่เคยฉีด” (คนไข้ 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 สิงหาคม 2563)

3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการ
 ยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในทาง
 การแพทย์แผนไทยมีความแตกต่างกับแพทย์แผนปัจจุบันที่มองที่เชื้อโรคเป็นหลัก ทำให้บางรายถูก
 กักตัวแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัว บางรายถูกกักให้รักษาตัวเพียงลำพังที่โรงพยาบาลทั้ง ๆ ที่โรค
 นั้นอาจไม่ใช่โรคที่สามารถติดต่อกันได้ ยิ่งทำให้จิตใจผู้ป่วยห่อเหี่ยว อาการต่าง ๆ ก็ยิ่งทรุดหนัก
 ลงเพราะขาดกำลังใจ การดูแลแบบแพทย์แผนไทยจึงเน้นการดูแลจากคนในครอบครัว ได้พักรักษา
 ตัวที่บ้านในสภาวะแวดล้อมที่ดียิ่งเป็นการเพิ่มกำลังใจอันส่งผลดีต่อการหายจากอาการทางกายได้
 ในอดีตเมื่อมีคนในบ้านเกิดความเจ็บป่วยไม่สบาย ญาติจะไปเชิญหมอให้มาดูอาการที่บ้าน หลังจาก
 หมอตรวจอาการ ออกยาให้เรียบร้อย จากนั้นจะเป็นหน้าที่ญาติเป็นผู้ดูแลต่อ ปัจจุบันแพทย์แผนไทย
 ก็ยังให้ความสำคัญไม่เพียงแก่ตัวผู้ป่วยแต่จะให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่คนดูแลผู้ป่วยรวมถึงคน
 ในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันไม่ให้ล้มป่วยตามมาและเพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาผู้ป่วยอีก
 ด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่หมอต้องให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ ทั้งเรื่องการจัดเตรียม
 ยา ให้อาหาร การกิน เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็ว และเป็นการป้องกันความผิดปกติที่
 อาจเกิดขึ้นต่อตนเองอีกด้วย

“อย่างสมัยนั้นฉนวนอพยพเป็นโรคที่อ้อมรั้วกัน มาตามตอนกลางคือ ดินหนึ่งแล้ว
 เราก็กินกับท่านลุง เข้าป่ากันนะ เพราะฉนวนเขาจะอพยพมาทางเรือ แล้วเขาจะไปยก
 ขนากันอยู่ตาม โกงกาง” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม
 2563)

“องค์รวมเลย แม้แต่ญาติ ถ้าคนไข้อาการหนักมา เราต้องถามว่าคนไหนเป็นคนดูแล
 แล้วดูแลกันยังไง หากผิดวิธีเราก็ต้องแนะนำไปว่าต้องทำอะไร ไม่งั้นคนดูแลจะ
 ล้มป่วยไปด้วย อาหารการกิน การนอน การรับประทานยาต้องตรงเวลาต่อเนื่องไม่
 ึ่งจะทำให้การรักษาของเราซ้ำ” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4
 สิงหาคม 2563)

5.5.2 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง ความรับรู้ของบุคคลว่ามีความผิดปกติไปจากเดิมและมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ทางการแพทย์แผนไทยจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้เหตุของการเจ็บป่วยรวมถึงวิธีบรรเทาอาการเบื้องต้น วิธีการดูแลตนเองให้ห่างไกลโรค ซึ่งเป็นการสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจสมดุลง่ายๆ ทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย รู้จักการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาด้วยตนเอง เช่น การดัดยากินเอง แพทย์แผนไทยไม่เพียงรักษาอาการทางกาย แต่ยังรักษาอาการทางใจอีกด้วย ความเชื่อ ความศรัทธา ต่อองค์ความรู้ซึ่งทำให้อาการป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น ดังคำที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” อีกทั้งยังสามารถนำองค์ความรู้ที่มีไปดูแลคนอื่น ๆ ได้ สิ่งที่แพทย์แผนไทยควรให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ มีดังต่อไปนี้

“แผนไทยในการรักษาเขาไม่ได้รวมแค่ว่า แต่เขารักษาวิถีทางจิตวิญญาณ เหมือนคนไข้ได้ร่วมพิธีดัดยา เขาจะรู้สึกว่ามีคุณค่าเขาดัดยากินเองกับมือ มันเหมือนยา เทวดาส่งมา มันบวกความศรัทธาเข้าไปด้วย แต่ถ้าเป็นยาฝรั่ง พึงมองว่ามันก็เหมือนให้ยาเม็ด ยาฉีด แต่คนไข้ไม่มีสิทธิ์เลือกเลยว่าเขาอยากกินรีเปล่า แต่เขาจำเป็นต้องทำตามในระบบ แต่ในแง่ของแผนไทยเรารู้สึกว่าสิ่งที่เด่นมาก ๆ คือ การทำให้เรารู้สึกว่าเรากับธรรมชาติมันสมดุลกัน อยู่ใกล้กันมาก” (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

รู้สาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่เหตุของโรค ซึ่งส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมก่อโรคต่าง ๆ เช่น การกินอาหาร การนอน อิริยาบถที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น มูลโรคต่าง ๆ นี้หากทำซ้ำ ๆ บ่อย ๆ จะเกิดความเคยชิน จนกระทั่งทำให้ธาตุภายในร่างกายเสียสมดุลส่งผลสะท้อนสู่ภายนอกก็ให้แสดงอาการผิดปกติต่างๆ ขึ้น หากจะรักษาความผิดปกติให้หายขาดย่อมต้องกลับไปหาเหตุของโรคซึ่งจะเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพระยะยาว

“มีคำตอบของโรค มีคำตอบของที่มาของโรค มีคำตอบของการกินอยู่หลับนอน ที่เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรค” (คนไข้ 7, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 กันยายน 2563)

“แล้วสิ่งที่เราประทับใจที่สุดคือ มันไม่เคยมีใครบอกเราว่ากินแบบนี้แล้วจะ สะท้อนแบบนี้ เช่น ห้ามกินน้ำเย็น ห้ามกินอาหารทะเล สัปดาห์ก็ห้ามกิน คิดในใจสิ่งที่ห้ามคือสิ่งที่เรากินมาทั้งหมดเลยนะ คือเราก็เลยกลับไปบอกแม่ว่าเราจะมาที่นี่ เพราะเรารู้สึกว่า ที่นี่รักษาเราจากต้นเหตุ ไม่ได้รักษาเราจากปลายเหตุ และอีกอย่างที่เราชอบคือ ถ้าข้างในคุณดี มันจะสะท้อนออกมาเอง” (คนไข้ 6, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 กันยายน 2563)

วิธีการรักษาเยียวยาตนเอง การใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการเบื้องต้น เช่น สมุนไพรในครัวเรือน สมุนไพรสาธารณสุขมูลฐาน อันเป็นการพึ่งพาตนเอง ลดการพึ่งพาต่างชาติรวมถึงลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

“บางทีคัน เมื่อก่อนหมอก็จะแนะนำให้เอาใบบัวบกตำกับข้าวสาร เมื่อก่อนเขาชอบเป็นผื่นที่ตัว เราก็เอาไปทาไว้ทั้งตัว จนตอนหลังมานี้ ที่ตัวไม่เป็น เป็นที่หัวคัน เขาก็ยังบอกว่าเอาใบบัวบกมาตำให้เขาหน่อยสิ จะได้เอามาพอกๆ แล้วมันเย็น แล้วมันดี แล้วพอเสร็จแล้ว ก็ไปสระหัวล้างออก” (คนไข้ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 15 สิงหาคม 2563)

“เวลาที่เพื่อนมีอาการปวดหัว คำแรกที่ถามคือ คอติงรีเปล่า แล้วก็บอกให้เพื่อน นวดคอตัวเอง หรือหาอะไรประคบ อาการจะดีขึ้น” (คนไข้ 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 สิงหาคม 2563)

หลังจากเข้ากระบวนการรักษา สิ่งสำคัญที่ลืมไม่ได้ คือ การงดอาหารแสดงต่อโรค แต่ละโรคก็มีอาหารแสดงที่มีความเฉพาะแตกต่างกัน เพื่อให้มีอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหายไปโดยเร็ว อีกทั้งยังเป็นการป้องกันไม่ให้ความผิดปกตินั้นเกิดขึ้นซ้ำ

“คำแนะนำนี้สำคัญ เช่น ในเรื่องอาหารการกิน ของแสดงสำคัญมาก ข้อปฏิบัติของคนไข้ ซึ่งแต่ละโรคไม่เหมือนกัน” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

รู้จักประเมินอาการเพื่อตัดสินใจไปพบแพทย์ หากเกิดการเจ็บป่วยมากเกินไปความสามารถที่จะบรรเทาอาการด้วยตนเองได้ ผู้ป่วยแต่ละคนมีช่องทางการเลือกเข้าสู่ระบบการแพทย์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความศรัทธาต่อองค์ความรู้ ผู้ป่วยส่วนมากที่เข้าสู่ระบบการแพทย์แผนไทยมักมารักษาตามคำบอกเล่าจากผู้อื่น หรือบางครั้งเกิดจากการทดลองด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยบางคนเมื่อเกิดความเจ็บป่วยก็อาจเลือกเข้ารับการรักษาทั้ง 2 แผน ที่มีชุดความคิดที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น หากมีแผลภายนอกผู้ป่วยจะเลือกเข้าพบแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ถ้าเกิดความผิดปกติภายในจากธาตุที่แปรปรวน ผู้ป่วยมักจะเลือกเข้าพบแพทย์แผนไทย เป็นต้น

“แผนปัจจุบันนะพี่ว่าเป็นแผล ถ้ามาแผนไทยคงจะเป็นเรื่องของข้างใน อะไรที่มองไม่เห็น ระบบเลือดลม” (คนไข้ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 สิงหาคม 2563)

“เกิดว่าเป็นแบบฉุกเฉิน จะไปแผนปัจจุบัน หนึ่งคือออกไปรับรองแพทย์ให้ได้แบบว่าหยุดงานได้ แต่ว่าถ้าเกิดว่าให้เลือกรักษาไทยเพราะมันรักษาที่ต้นเหตุ สมมติว่าข้อเท้าพลิก หมอแผนปัจจุบันก็ได้แค่ใส่เฝือกและก็รอวันหายเอง แต่คือแผนไทยจัดให้กระดูกกลับไปทีเดิม มันต่างกัน แต่ถึงจะไปแผนปัจจุบันก่อนสุดท้ายก็กลับมาที่แผนไทย เพราะรักษาที่ต้นเหตุ” (คนไข้ 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 สิงหาคม 2563)

“พี่เลือกไม่ได้นะ เพราะพี่มาแผนไทยอย่างเดียวเลย คือพี่ไม่กลับไปแผนปัจจุบันเลย คือ มีอยู่ช่วงนึงตกใจตอนที่เห็นตากุ้งยิง หมอ (แพทย์แผนปัจจุบัน) บอกว่าต้องชูด แต่หมอนี่(แพทย์แผนไทย)บอกว่าชูดไปที่เท่านั้น เดียวก็กลับมาเป็นใหม่ โอเคเงั้นก็เลือกไม่เจ็บตัวดีกว่า และก็ยังเชื่อหนักตอนที่ว่าพอเราใช้น้ำอุ่นประคบ มันก็ยุบจริงๆ เพราะฉะนั้นมันก็เลยเป็นความรู้ใหม่ว่า ถ้าเริ่มมีเม็ดที่ตาขึ้น เตรียมประคบน้ำอุ่นประคบเลย เราารู้สึกว่าเราได้ความรู้จากที่นี่” (คนไข้ 6, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 กันยายน 2563)

ดังนั้น การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย จึงเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น ส่วนการกระทำสิ่งใด ๆ นั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเองหรือแสวงหาคำแนะนำ หรือการรักษา

จากผู้อื่น จากครอบครัว และเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งการหายจากโรค หรือความผิดปกติต่าง ๆ ในทางการแพทย์แผนไทยมีความแตกต่างจากการหายจากโรคในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ โรคหรืออาการผิดปกตินั้น ๆ ได้หายไปอย่างสิ้นเชิงจากการที่ผู้ป่วยได้จัดการอาการผิดปกติตั้งแต่ต้นเหตุของโรค นั่นคือพฤติกรรมอันเป็นเหตุให้ธาตุเกิดความไม่สมดุลในร่างกาย ส่วนทางการแพทย์แผนปัจจุบันมักใช้ยาเพื่อไประงับอาการโรคที่เกิดขึ้น หากหมดฤทธิ์ยา อาการต่าง ๆ ก็ยังคงวนกลับมาเป็นอีกซ้ำ ๆ เดิม จากการไม่ปรับพฤติกรรมอันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น การหายจากโรคในทางการแพทย์แผนไทยจึงถูกมองว่ามีความยั่งยืนอันเนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้เหตุความเจ็บป่วยของตนและเข้าใจการดูแลรักษาตนเองต่อภาวะความผิดปกตินั้น ๆ เป็นอย่างดี

“บางอย่างแผนปัจจุบันทำไม่ได้ อย่างเช่น การรักษาที่ต้นเหตุ คือร่างกายมันสัมพันธ์กันหมด แต่ถ้าไปแผนปัจจุบันมันจะได้ทีละอย่าง และส่วนใหญ่เขาก็ให้กินยาเฉย ๆ โดยที่บอกสาเหตุไม่ได้” (คนไข้ 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 16 สิงหาคม 2563)

“แผนไทยมันหาย คือเหมือนกับว่าถ้าแผนปัจจุบันมันแค่กินยาเพื่อกดภูมิ แต่ว่าอันนี้มันมีสาเหตุอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และมันก็แบบเหมือนรักษาตั้งแต่ต้นเหตุแล้วมันหายจริง ๆ มันเห็นผล ซึ่งพอเปลี่ยนพฤติกรรมมันก็ค่อย ๆ หาย หายแบบยั่งยืนไม่ใช่เพราะยา” (คนไข้ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 สิงหาคม 2563)

ระบบการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์ที่อิงกับธรรมชาติยึดโยงวิถีชีวิตภูมิปัญญาของคนไทยจากรุ่นสู่รุ่น เป็นการเลือกรับปรับใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ตามแต่ละท้องถิ่นให้เหมาะสมกับธรรมชาติภายในร่างกาย ให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกบุคคลที่หลากหลาย การรักษาเมื่อยามล้มป่วยจึงมีความจำเพาะ ถึงแม้จะป่วยโรคเดียวกันแต่ก็มีการรักษา วางยาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสมุฏฐานโรคและธาตุกำเนิดอันเป็นพื้นฐานของแต่ละบุคคล การรักษาเน้นปรับสภาวะธาตุที่แปรปรวนให้เข้าสู่สมดุลของผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นหมอไม่เพียงมีความชำนาญในการตรวจอาการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในสภาวะไม่ปกติเท่านั้น แต่ต้องเรียนรู้และเข้าใจธรรมชาติอันเป็นต้นธาตุของผู้ป่วยด้วยเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาได้ตรงตามธาตุกำเนิดและตามสมุฏฐานโรคที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วย การให้ยาเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่ใช่ทุกโรคที่ต้องจ่ายยา ควรให้ยาเท่าที่จำเป็น ให้ผู้ป่วยดีขึ้นด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีกว่าหมอให้ยาไปบังคับให้ร่างกายดีขึ้น โดยที่ผู้ป่วยไม่

ปรับเปลี่ยนอะไรเลย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในสภาวะปกติ และเมื่อยามเจ็บป่วยที่เหมาะสมซึ่งส่งผลต่อการหายของโรคและการดำรงชีวิตต่ออย่างมีคุณภาพ

เป็นที่ประจักษ์ว่าการดูแลสุขภาพแบบแพทย์แผนไทยมีความละเอียดลึกซึ้งเริ่มตั้งแต่กระบวนการตรวจวินิจฉัย ด้วยวิธีการจับชีพจร การรักษาด้วยหัตถการต่าง ๆ ตามองค์ความรู้แบบแพทย์แผนไทย ทั้งยังมีการบำบัดรักษาโรคทางใจโดยใช้ ธรรมโอสธโดยการนำหลักธรรมะ หลักการปฏิบัติ มาใช้ในการบำบัดรักษาเยียวยาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายต่าง ๆ จนถึงการวางยารักษาแบบปัจเจกโอสธโดยใช้หลักการบริหารยาตามรศยา ทั้งหมดล้วนแสดงถึง ความเป็นอัตลักษณ์ของการแพทย์แผนไทยซึ่งแตกต่างกับการแพทย์แผนปัจจุบันที่มุ่งรักษาตามอาการที่ตัวโรคของผู้ป่วย แต่ระบบการแพทย์แผนไทยมุ่งรักษาที่คน ค้นหาเหตุของโรค บางครั้งการหายจากโรคอาจไม่ใช่เป้าหมายของการรักษาที่แท้จริง แต่การทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไม่ลำบากและมีความสุขในการใช้ชีวิตอาจเป็นเป้าหมายอันสูงสุดของการรักษาและนี่อาจเป็นช่องว่างของระบบสุขภาพการแพทย์กระแสหลักที่การแพทย์แผนไทยสามารถเข้าไปเติมเต็มได้อย่างเหมาะสม

“ทางนู่น (แพทย์แผนปัจจุบัน) เขาก็แค่ตรวจว่าเราเป็น (มะเร็งเต้านม) แล้วเราก็ไม่ทำอะไรต่อ คือ จริง ๆ ตรวจเจอเมื่อต้นปี เขาก็จะจับผ่าตัดแล้ว แต่ว่าความที่เราเคยเจอมาแล้วรอบหนึ่ง เราทำทุกอย่างแล้วครบกระบวนการของเขาแล้ว แล้วมันก็ยังกลับมาได้ เราก็เลยคิดว่า แล้วชั้นจะกลับไปทำให้ทรมาณตัวเองเหมือนที่ผ่าน มาแล้วมันมีโอกาสกลับมาได้อีกเหมือนอย่างเดิมอย่างนี้หรือ เราก็บอกตัวเอง พอรู้ว่าตัวเองเป็นก็จะบอกตัวเองทันทีเลยว่า ไม่เอา ไม่เอาเหมือนเดิม” (คนไข้ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 สิงหาคม 2563)

“แผนไทยจะถมช่องว่างของระบบสุขภาพแบบปัจจุบันนี้ได้ ในระบบสุขภาพแผนปัจจุบัน จะเน้นรักษาโรคหรืออาการ แต่ไม่เน้นดูแลเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แผนไทยจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น หรือการเข้าสู่สภาวะนั้นไม่มีผลกระทบรุนแรงต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งแผนไทยทำได้” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

“เมื่อเกิดความเจ็บป่วย การให้ยาเป็นสิ่งที่ดีแต่ไม่ใช่ทุกโรคที่จะต้องให้ยา ควรให้ยาเท่าที่จำเป็นให้ผู้ป่วยดีขึ้นด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดีกว่าหมอให้ยาไปบังคับให้มันดีโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนอะไรเลย เพราะเราเป็นหมอที่รักษาคน ไม่ใช่รักษาโรค” (อาจารย์ ดร.ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

แม้ระบบการแพทย์แผนไทยจะอยู่คู่กับสังคมไทยมาอย่างยาวนาน แต่ก็ยังถูกรักษาแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นระบบการแพทย์หลักในสังคมไทย ยึดครองพื้นที่ไป ทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นเพียงการแพทย์ทางเลือกที่ประชาชนแถบจะลืมเลือน การส่งเสริมพัฒนาเป็นเพียงการทำตามนโยบายที่สนองตอบความเชื่อแบบวิทยาศาสตร์ เป็นความพยายามทำให้เป็นแบบแพทย์ แต่ไม่ได้ชูอัตลักษณ์ตัวตนของแพทย์แผนไทยที่แท้จริง ทั้งการตรวจวินิจฉัย การรักษาด้วยหัตถการต่าง ๆ และการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่เป็นไปตามองค์ความรู้ดั้งเดิมด้วยเหตุที่ดูไม่น่าเชื่อถือ ไม่มีหลักฐานอ้างอิงเป็นวิทยาศาสตร์ทั้งยังไม่เกิดการยอมรับในวงการแพทย์แผนปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้ล้วนบดบังอัตลักษณ์ของการแพทย์แผนไทยโดยมีแนวคิดเรื่องอำนาจเป็นแกนหลักดังจะได้นำเสนอในบทต่อไป อันส่งผลให้การแพทย์แผนไทยในสังคมไทยที่ควรจะได้รับใช้ดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างยั่งยืน กลับกลายเป็นเพียงระบบการแพทย์ที่มีไว้ประดับระบบสุขภาพของสังคมไทยเท่านั้น

บทที่ 6

อำนาจที่มีต่อแพทย์แผนไทย

ประมาณศตวรรษที่ 18 วิทยาศาสตร์เข้ามามีบทบาทต่อวิถีคิดของคนในสังคมต่าง ๆ อย่างกว้างขวางในช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านทางสังคมนี้ ความรู้ได้ถูกนำมายึดโยงไว้กับค่านิยมเรื่องอำนาจ ต่อมาในศตวรรษที่ 20 โลกถูกมองว่าก้าวสู่ภาวะไร้พรมแดน ผู้นำในสังคมต่าง ๆ นำความรู้ใหม่ ๆ เช่น เทคโนโลยี แนวคิดความทันสมัยมาใช้เพื่อผลิตและออกแนวนโยบายการพัฒนาเป้าหมายสำคัญเพื่อควบคุมระบบเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในสังคมโลกทุนนิยมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยมีจุดหมายปลายทาง คือ เศรษฐกิจแบบทุนนิยม สังคมเมืองหรืออุตสาหกรรมที่มีการแข่งขัน อันเป็นไปตามแนวคิดเรื่องอำนาจที่ได้ถูกนำเสนอโดยนักคิดชาวฝรั่งเศสท่านหนึ่ง ได้แก่ ฟูโกต์ (Foucault, 1980) ได้อธิบายเรื่องอำนาจว่ามีได้อยู่ในฐานะกรรมสิทธิ์ของชนชั้นปกครอง รัฐ หรือองค์กรอันทรงเกียรติ แต่อยู่ในฐานะของการเป็นยุทธศาสตร์ (Strategy) ดังนั้น ผลลัพธ์จากการครอบงำซึ่งเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของอำนาจจึงมิได้เกิดจากการยึดครองหรือการนำไปใช้โดยองค์กรที่เป็นอัตบุคคลคนใดคนหนึ่ง แต่มันเป็นผลรวมของ “กลอุบายการวางแผน / กลยุทธ์เทคนิคและการปฏิบัติงาน” มากกว่า ประการที่สอง เสนอว่า อำนาจไม่ได้มีศูนย์กลางเดียว และไม่ได้เคลื่อนไปทิศทางเดียวแต่กระจายกระจายเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์เชิงอำนาจแทรกตัวอยู่ในทุกปริมณฑล และทุกระดับของสังคม ทั้งในพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ ดังนั้นเมื่ออำนาจลงมาอยู่ในวิชาชีพแพทย์ (แพทย์แผนปัจจุบัน) ทำให้แพทย์มีอำนาจและความเป็นอิสระในการควบคุมการทำงานของตนเอง อีกทั้งยังควบคุมการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ รวมไปถึงการควบคุมการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข การกำหนดนโยบายสาธารณสุข และการบริหารจัดการสถานบริการสาธารณสุข อำนาจในการควบคุมทางการแพทย์เป็นผลมาจากบทบาทของแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย กล่าวคือ เป็นความสามารถของแพทย์ที่จะควบคุมความรู้ที่ใช้ในการดำเนินการทางสุขภาพ และองค์ความรู้ทางการแพทย์นั้นเป็นองค์ความรู้หลักที่ใช้ในการจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนการที่แพทย์เป็นผู้นิเทศ และตรวจสอบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ รวมทั้งการมีสถานภาพทางสังคมที่เหนือกว่าบุคลากรอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ จะให้เห็นว่าระบบสุขภาพของไทยได้รับอิทธิพลโดยตรงจากระบบทุนนิยมตามแนวคิดตะวันตกผ่านระบบการแพทย์สมัยใหม่ หรือการแพทย์แผนปัจจุบันจนสลัดทิ้งวิถีการพึ่งพาตนเองตามแบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน

การแพทย์แผนไทยเคยมีสถานะเป็นการแพทย์กระแสหลักมาก่อน เมื่อถูกรัฐกำจัดออกไปจากราชการและไม่ได้รับการพัฒนายาวนานร่วมร้อยปีทำให้มีสถานะที่เป็นรองการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการที่รัฐหันไปอุดหนุนการแพทย์แผนปัจจุบันให้เป็นระบบการแพทย์หลักแทนที่ แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่นอกภาครัฐภายใต้การควบคุมของบุคลากรการแพทย์แผนปัจจุบันที่กุมอำนาจ ในระยะหลังมีแพทย์แผนไทยเข้าไปอยู่ในภาครัฐแต่ก็เป็นคนกลุ่มใหม่ที่รัฐผลิตขึ้นมาเพื่อดำเนินกิจกรรมในปรัชญาและรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิมภายใต้แนวคิดของวิชาชีพแพทย์

ผลการศึกษานี้แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นการกล่าวถึงอำนาจปฏิฐานนิยม ซึ่งเป็นรากฐานของการแพทย์แผนปัจจุบัน ตอนที่ 2 กล่าวถึงอำนาจของวิชาชีพแพทย์ ตอนที่ 3 กล่าวถึงอำนาจทางการศึกษาที่ส่งผลต่อการผลิตแพทย์แผนไทย และตอนที่ 4 เป็นการกล่าวถึงอำนาจรัฐที่มีต่อการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน

6.1 อำนาจปฏิฐานนิยม

ในช่วงประมาณศตวรรษที่ 18 ที่เริ่มมีการปฏิวัติความรู้ทางวิทยาศาสตร์และสังคม การพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) ขึ้น โดยแนวความคิดนี้เป็นรูปแบบที่เน้นวิธีการแสวงหาความจริงเชิงสาเหตุ ตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ คือ ต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสังเกตและหรือการทดลอง การใช้รูปแบบคณิตศาสตร์เป็นภาษาในการวิเคราะห์ การคิดแบบแยกส่วนทำให้โลกกลายเป็นวัตถุนิยม โดยนิยามของวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่เน้นความแม่นยำ ความชัดเจนและความสามารถในการวัดซ้ำได้เหมือนเดิม ซึ่งนั่นก็คือเรื่องของวัตถุ ในขณะที่ธรรมชาติมีทั้งรูปและนามมีมิติที่วัดไม่ได้ เช่น ความดี คุณค่า การเคลื่อนไหวของระบบธาตุภายในร่างกาย เหตุนี้จึงกลายเป็นจุดอ่อนของแนวคิดปฏิฐานนิยม (Positivism) คือ การให้ความสำคัญกับจำนวนหรือตัวเลขมากกว่าคน นำไปสู่การรักษาที่มุ่งรักษาที่ตัวโรคแต่มองข้ามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

“แผนปัจจุบันคิดเฉพาะส่วน ไม่ค่อยคิดรวมกันหมด ไม่ได้คิดถึงว่าอะไรขึ้นอะไรลงมันกระทบกับอะไร พอวินิจฉัยก็รีบส่งตรวจ หมอแผนปัจจุบันเขาเน้นการ Investigate เจาะเลือด x-ray เยอะๆ เว้อๆ เข้าไว้ การรักษาก็แล้วแต่โรค” (ก๋อสกนซ์ เอื้อเฟื้อ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 กันยายน 2563)

6.1.1 แนวคิดแยกส่วน

วิทยาศาสตร์การแพทย์ยุคใหม่ มองร่างกายมนุษย์เหมือนกับเป็นเครื่องจักรเครื่องหนึ่ง ซึ่งสามารถวิเคราะห์วิจัยได้เป็นส่วน ๆ ตามทฤษฎีเซลล์และทฤษฎีโมเลกุลของชีววิทยาเห็นว่า โรคภัยไข้เจ็บก็เป็นเสมือนตัวจัดขบวนการทำงานของกลไกทางชีววิทยา ส่วนบทบาทหน้าที่ของแพทย์ก็คือเข้าทำการแทรกแซงแก้ไขกลไกเฉพาะส่วนที่ขัดข้องทั้งในทางฟิสิกส์และเคมี เพราะเหตุว่าการแพทย์แผนตะวันตกรับเอาวิธีการค้นคว้าวิเคราะห์แบบลดส่วนของชีววิทยาสสมัยใหม่มาใช้ โดยยึดติดกับการแบ่งแยกออกเป็นส่วนๆ ตามหลักของเดส์คาร์ทส์ ซ้ำยังละเลยการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นบุคคลเต็มคน กระบวนทัศน์แบบกลไก แยกส่วน ลดส่วน มีอิทธิพลให้เกิดทัศนคติความเชื่อ ที่เห็นว่าร่างกายมนุษย์ทำงานแบบกลไก ร่างกายมนุษย์ (สัตว์) สามารถแยกย่อยออกมาศึกษาเป็นส่วน ๆ ได้ ความเจ็บป่วยถูกลดทอนให้เกิดจากเชื้อโรค หรือความผิดปกติของอวัยวะหนึ่งๆ

วงการแพทย์แผนใหม่จึงมุ่งทำการศึกษาลดย่อยของร่างกาย โดยสนใจส่วนที่เล็กลง เล็กลงไปทุกที การแพทย์แผนใหม่จึงมักจะรู้สึกต่อคนไข้ในฐานะที่เป็นมนุษย์ และการลดทอนเรื่องสุขภาพลงเป็นเพียงการทำงานของเครื่องยนต์กลไกเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ทำให้มีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ รวมทั้งอนุสาขาค่าต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยห่างไกลความเป็นองค์รวม เนื่องจากแพทย์จะให้การรักษาเฉพาะอาการ/โรคที่ตนเชี่ยวชาญ โดยให้ความสำคัญน้อยกับอาการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาไม่ครอบคลุม หรือในทางกลับกันอาจได้รับยาที่เกินความจำเป็นจากการจ่ายยาซ้ำซ้อนของแพทย์แต่ละสาขาที่ตนเข้ารับบริการ อีกทั้งมีการแยกแผนกรักษาที่ชัดเจน เช่น แผนกหัวใจ แผนกกระดูกและข้อ เป็นต้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการเข้ารับบริการอีกด้วย แนวคิดแยกส่วนซึ่งถูกนำมาใช้ในระบอบแพทยศาสตร์แผนใหม่ส่งผลให้แพทย์แผนใหม่ไม่สามารถให้คำอธิบายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการของโรคภัยไข้เจ็บได้อย่างสมบูรณ์ ในทุกมิติของสุขภาพ

6.1.2 แนวคิดปรากฏการณ์นิยม

การแพทย์แผนไทยนั้นมีชุดแนวคิดแบบปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ซึ่งเน้นการให้ความหมาย การเชื่อมโยงเหตุผลเชิงตรรกะผ่านการตีความ โดยขึ้นอยู่กับบริบทอันเฉพาะเจาะจงของแต่ละสังคม เป็นการทำความเข้าใจในการศึกษาระดับปัจเจกบุคคล จึงให้ความสำคัญกับธรรมชาติที่เป็นนามธรรมที่วัดไม่ได้เป็นตัวเลข เช่น การเคลื่อนไหวของระบบธาตุภายในร่างกาย โดยการตรวจจับชีพจรที่ต้องอาศัยการสัมผัสละเอียด เป็นต้น หลักการแพทย์แผนไทยเน้นสังเกต

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามกลไกธรรมชาติมาอธิบายเชื่อมโยงระบบธาตุภายในร่างกายทั้งในสภาวะปกติและผิดปกติจนก่อให้เกิดโรค โดยที่ไม่ได้คิดแบบแยกส่วน คิดว่าร่างกายทั้งร่างกาย คือ ระบบประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ หากเข้าใจกลไกธรรมชาติก็จะเข้าใจการทำงานของระบบธาตุภายในร่างกาย การรักษาจึงมุ่งเน้นที่คน และสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตต่อหลังได้รับการรักษาอย่างปกติมากที่สุด

“มันต่างกันตั้งแต่หลักการคิด โดยแผนไทยใช้ปรากฏการณ์วิทยา อธิบายด้วยวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ คือ เอาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติมาอธิบายการเกิดโรค โดยที่ไม่ได้คิดแบบแยกส่วน คิดว่าร่างกายทั้งร่างกายคือ 1 ระบบประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม, 2563)

“การรักษามุ่งเน้นอยู่ที่คนไข้เหมือนกัน แต่วิธีการรักษาของแผนไทยจะละเอียดกว่า แม้กระทั่งวันเดือนปีเกิด ธาตุต่าง ๆ ทำให้เรารู้สึกว่าการใส่ใจคนไข้มันมากกว่าแผนปัจจุบัน ใส่ใจในทุกๆอย่าง ตั้งแต่คุณภาพชีวิตว่า ใครเป็นคนดูแลคนให้ยาคนไข้ คุณค่าของตัวเองคนไข้เอง” (นวล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 กันยายน 2563)

ภาษาทางวิทยาศาสตร์หรือภาษาทางวิชาการมีความเป็นทางการระดับสูงและมีความคงที่แตกต่างจากปรากฏการณ์นิยมที่ยอมให้ภาษาทางวิชาการสั้นไหลได้ค่อนข้างสูง เช่น การเรียกชื่อสมุนไพรของหมอแต่ละพื้นที่ใช้ชื่อเรียกสมุนไพรชนิดเดียวกันแตกต่างกัน จึงอาจทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการนำมาใช้ หมอแผนไทยจึงต้องพิจารณาสูตรยาในคัมภีร์ที่หยิบยกมาว่าเป็นกลุ่มยารักษาอาการโรคใดมีสรรพคุณตรงกับสมุนไพรที่เก็บมาหรือไม่ เป็นต้น

“อย่างเห็ดตับเต่ามันขึ้นอยู่ที่ต้นตับเต่า แต่ทุกวันนี้มันชื่อเห็ดตับเต่าเหมือนกันแต่ไม่ใช่เห็ดต้นตับเต่าที่ใช้บำรุงตับ ผมก็ไม่รู้จะพูดยังไง ตับเต่ามันมี 2 ชนิดนะ ตับเต่าใหญ่กับตับเต่าเล็ก เดี่ยวนี้หายาก” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

ด้วยเหตุนี้จึงกลายเป็นจุดอ่อนของการแพทย์แผนไทยในด้านการทดสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) อีกทั้งยังขาดเครื่องมือที่จะมาวัดหรือแปลผลค่าออกมาเป็นรูปธรรม เพื่อใช้ในการวิจัย

พิสูจน์องค์ความรู้ให้เห็นเชิงประจักษ์ จึงทำให้เกิดข้อถกเถียงกันในวงวิชาการว่าการแพทย์แผนไทย นั้นไม่น่าเชื่อถือ ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ แม้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยล้วนแต่ถูกจดบันทึกจากการสังเกตจากการรักษาผู้ป่วย การใช้สมุนไพรรักษาโรคต่าง ๆ แต่อาจจะมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรน้อยเพราะส่วนใหญ่การถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์แผนไทยเป็นการศึกษาปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ไม่ได้เรียนรู้เป็นระบบเหมือนเช่นการแพทย์แผนปัจจุบัน อีกทั้งการเขียนตำรารวบรวมสรรพคุณของสมุนไพรในยุคหลังโดยนักวิชาการรุ่นใหม่ที่ยึดกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาจึงอาจมีความแตกต่างกับการใช้ยาสมุนไพรตามคัมภีร์โบราณของหมอแผนไทยที่ใช้รสยาในบอกสรรพคุณของสมุนไพรแต่ละชนิดที่จะนำไปรักษาผู้ป่วยยิ่งทำให้ไม่เกิดการยอมรับในวงกว้างจากบุคลากรทางการแพทย์สมัยใหม่

“เป็นวิทยาศาสตร์โดยธรรมชาติไม่ได้วิทยาศาสตร์แบบปัจจุบันนี้ เราไปประชุมที่เขาว่าแผนไทย ไม่มีหลักฐาน ไม่มีวิจัย บอกมันเป็นไปได้หรือแผนไทยไม่มีวิจัย เขาวิจัยโดยธรรมชาติของเขา นะ สังกัดทดลองจากคนไข้ของเขา ไม่งั้นเขาจะรู้หรือว่ายาตัวนี้แก้ไร ได้บ้าง สรรพคุณของสมุนไพร มันมากมายนะ บางที่เราไปอ่านสรรพคุณในหนังสือกับที่เรารักษามันคนละเรื่องกันเลย ของเรารักษาได้ เขาบอกมันจะได้ยังไงหนังสือเขียนไว้แบบนี้ นั่นมันหนังสือ นี่มันภาคปฏิบัติ เขาเรียนรู้ศึกษาของเขามา คุณก็เปิดใจบ้างสิ” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

6.2 อำนาจของวิชาชีพแพทย์

การขยายอำนาจวิชาชีพแพทย์ (Medicalization) เป็นการที่แพทย์มีลักษณะออกดีต่อการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์แผนไทยมาก ก็จะหาทางกีดกัน ทำลายความเชื่อถือ ในขณะที่แพทย์บางคนก็เล็งเห็นประโยชน์ก็ได้เข้ามามีอิทธิพลเหนือการแพทย์แผนไทยในทางการครอบงำให้เป็นส่วนหนึ่งของงานในหน้าที่ของตนเอง เช่น การจ่ายยาสมุนไพรให้แก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแท้จริงเป็นการสร้างความชอบธรรมในการครอบงำต่อการแพทย์แผนไทย โดยการให้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เกิดขึ้นนับตั้งแต่มีการนำการแพทย์แผนไทยกลับเข้ามาสู่ระบบสาธารณสุขภาครัฐอีกครั้ง รวมทั้งการเกิดขึ้นของสถาบันอุดมศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยด้วย

“หมอที่จ่ายยาไทยไม่ใช่หมอแผนปัจจุบัน เป็นหมอแผนไทย ทำให้ความเชื่อมั่นน้อย” (ก่อสภนธ์ เอื้อเฟื้อ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 กันยายน 2563)

การวิเคราะห์อิทธิพลของวิชาชีพแพทย์ที่มีต่อการแพทย์แผนไทยมีประเด็นย่อย คือ 1) มีลักษณะอำนาจในการผูกขาดทางวิชาชีพ 2) ระดับของการทำแพทย์แผนไทยให้เป็นแบบการแพทย์ 3) การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน โดยวิชาชีพแพทย์มีลักษณะเป็นผู้ทรงอิทธิพลในทางการควบคุมวิชาชีพอื่นๆ

6.2.1 อำนาจในการผูกขาดทางวิชาชีพ

กระบวนการผูกขาดทางวิชาชีพของแพทย์ในสังคมไทยต่างจากตะวันตก ที่กลุ่มวิชาชีพเองไม่ต้องต่อสู้มาเพื่อให้ได้อำนาจรัฐในการผูกขาดงานของตน หากอิทธิพลมหาอำนาจตะวันตกได้เข้ามาจัดการตั้งแต่ต้นในการกำจัดการแพทย์ดั้งเดิมของชาตินั้นคือการแพทย์แผนไทยออกไปจากสังคม พร้อมกับสถาปนาอำนาจของระบบการแพทย์แผนใหม่เข้ามาแทนที่ ภายหลังจากที่วิชาชีพแพทย์ในสังคมไทยได้อำนาจรัฐอยู่ในมือ พวกเขาทำหน้าที่กำจัดคู่แข่งออกไปทีละกลุ่ม นับตั้งแต่การรักษาของหมอพื้นบ้านที่ไม่มีใบประกอบ โดยอาศัยทั้งกฎหมาย และอิทธิพลของวิชาชีพ ในการทำลายความน่าเชื่อถือ กีดกัน ควบคุม หรือกดขี่คู่แข่งอื่นๆ เพื่อมิให้บุคคลเหล่านี้สามารถประกอบการแข่งขันกับพวกเขาได้ อาจารย์เพ็ญศรีผู้ศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยมาจากหมอพื้นบ้าน ฝึกฝนเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงร่วมกับท่านลุงซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านและมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนโบราณ แม้จะมีความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษาแบบแพทย์แผนไทยและได้รับความเชื่อมั่นอย่างมากจากประชาชนในพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียง ต่อเมื่อท่านลุงเสียชีวิต อาจารย์เพ็ญศรีก็กลายเป็นหมอเถื่อนที่ไม่สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้ตามกฎหมาย เนื่องจากไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ จึงต้องขวนขวายสอบขอขึ้นทะเบียนเพื่อมีใบประกอบโรคศิลปะไว้เพื่อประกอบวิชาชีพอย่างถูกต้องตามกฎหมาย สิ่งเหล่านี้เป็นการผูกขาดทางวิชาชีพที่เลวร้ายและรุนแรงในแง่ที่การกระทำกับคนไทยด้วยกันเอง

“ท่านลุงเสีย แล้วเราก็เป็นหมอเถื่อน เพราะท่านลุงมีใบประกอบเราก็ทำกับท่านลุงได้” (เพ็ญศรี สวงนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

การผูกขาดทางวิชาชีพของวิชาชีพแพทย์กระทำในหลายรูปแบบหลายขั้นตอน ส่วนต่อไปนี้เป็นกรอาศัยอำนาจของวิชาชีพแพทย์ในลักษณะเวชปฏิบัติและการปฏิบัติงานของวิชาชีพแพทย์โดยตรง แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญมีอภิบนโยบายเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาล แพทย์ส่วนใหญ่ไม่สั่งใช้ยาสมุนไพร มีเพียงแพทย์บางคนลองสั่งใช้สมุนไพรบางตัวเพื่อเพิ่มทางเลือกในการรักษาแก่ผู้ป่วยแต่ก็จะเลือกเคสที่ตนพิจารณาแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงร้ายแรงกับผู้ป่วย

หรือเป็นเคสที่หมดทางรักษาฟื้นฟูตามองค์ความรู้ของคุณแล้ว ทั้งนี้ทั้งนั้นล้วนเป็นการเสริมอำนาจสร้างความเชื่อมั่นต่อวิชาชีพของคุณในความเป็นผู้นำหลักด้านสุขภาพแต่ก็มีเพียงแพทย์ส่วนน้อยที่ส่งจ่ายยาสมุนไพร ไม่สามารถโน้มน้าวให้แพทย์คนอื่นสั่งใช้ได้แม้ผลการรักษาจะมีประสิทธิภาพที่

“ผมก็ลองใช้และก็คิดว่ามันก็เป็นโอกาสเป็นทางเลือก คือลักษณะที่ผมใช้คือคนไข้ที่ไม่ได้มีอันตรายถึงชีวิต หรือว่าถ้าเป็นพวก Stroke หรือ Spinal Cord ก็จะเป็นระยะที่คนไข้ฟื้นจิตอันตรายไปแล้ว คิดว่ามันก็เป็นกลไกของร่างกายที่จะฟื้นตัว ถ้าเราเอาแผนไทยเข้ามาช่วยตรงนี้ก็คิดว่ามันน่าจะช่วยให้ดีกว่ายาแผนปัจจุบัน ก็เลยลองรักษาคุณ มันดีกว่าที่คิด คนไข้ดีขึ้น ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ถ้าหมอรู้เหมือนกันหรือมากกว่าจะบอกยาก ถ้าพูดจริงๆ คือ พูดแล้วเขาไม่ค่อยเชื่อ” (ก่อสกันธ์ เอื้อเพื่อ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 กันยายน 2563)

หากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์แผนปัจจุบันยินยอมให้แพทย์แผนไทยสามารถจ่ายยาสมุนไพรได้ ก็จำเป็นต้องหาหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น งานวิจัยต่าง ๆ มาอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาตามแบบที่แพทย์แผนปัจจุบันเข้าใจโดยรูปแบบข้อมูลที่เป็นภาษาเชิงวิชาการ แต่หากจะอธิบายด้วยหลักการจ่ายยาตามองค์ความรู้แพทย์แผนไทยอันเป็นเอกลักษณ์ที่เป็นการบริหารยาด้วยรสรยา แพทย์แผนปัจจุบันก็จะไม่ยอมรับหรือไม่พยายามเข้าใจ สุดท้ายก็จะปฏิเสธหรือสั่งระงับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรให้แก่ผู้ป่วยรายนั้นๆ

“จำเป็นต้องสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มีตัววัดที่แผนปัจจุบันยอมรับแผนปัจจุบันไม่ได้ห้ามจ่ายยาสมุนไพร แต่ต้องการคำอธิบายว่าทำไมต้องจ่ายแบบนี้ มันมีผลยังไงในมุมมองที่เขาเข้าใจ หากเกิดความไม่เข้าใจกันศาสตร์หลักที่เป็นแผนปัจจุบันจะตีแผนทางเลือกตกลง จะไม่สามารถจ่ายได้” (พินิจ ชินสร้อย, การสื่อสารส่วนบุคคล, 26 สิงหาคม 2563)

6.2.2 แนวคิดการทำแพทย์แผนไทยให้เป็นแบบการแพทย์

วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน ได้สถาปนาอำนาจของตัวเองได้อย่างเต็มที่เมื่อสามารถจัดตั้งกรมสาธารณสุขซึ่งยกฐานะเป็นกระทรวงในเวลาต่อมา อันเป็นการหลุดพ้นจากอำนาจของนักปกครองในกระทรวงมหาดไทย ก่อนหน้านี้แม้จะสามารถกำจัดการแพทย์แผนโบราณออกไปจาก

ระบบราชการได้แต่วิชาชีพแพทย์ก็ยังไม่มีความอำนาจอำนาจที่เหนือระบบสาธารณสุขไทยในขณะนั้น อยู่ที่องค์กรระหว่างประเทศและวิชาชีพแพทย์จากชาติมหาอำนาจตะวันตกรวมทั้งขุนนางนักปกครองของรัฐไทยที่หัวเอนเอียงไปในทางตะวันตก ซึ่งมีอิทธิพลในการกำจัดการแพทย์ดั้งเดิม คือ การแพทย์แผนไทยและสถาปนาระบบผูกขาดให้การแพทย์ของไทยเดินตามระบบแบบตะวันตก

จำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ความเป็นศาสตร์ทางการแพทย์ ได้ทำให้มีการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ และองค์กรทางวิชาชีพแพทย์ อย่างไรก็ตามก็ตีความเป็นวิชาชีพแพทย์มิได้เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นศาสตร์ที่เข้มแข็ง หรือความเป็นผู้ชำนาญพิเศษในด้านความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่การเคลื่อนไหวทางการเมืองได้ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งในองค์กรวิชาชีพแพทย์ รวมทั้งการที่แพทย์มีสถานภาพทางสังคมเหนือกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวทางการเมืองในการกำหนดว่าบุคคลใดบ้างที่สามารถให้การรักษาความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการกำหนดขอบเขตหน้าที่ของกลุ่มบุคคลต่างๆ ในการดำเนินการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การออกกฎหมายให้แพทย์ต้องมิใช่ประกอบโรคศิลป์เป็นกลวิธีที่สำคัญในการกำหนดสิทธิอำนาจของบุคคลในการรักษาความเจ็บป่วย นอกจากนั้นการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาวิชาแพทย์ และการจำกัดปริมาณของบุคคลในการเข้าศึกษาแพทย์ทำให้สถานภาพทางสังคมและความเป็นองค์กรวิชาชีพมีความมั่นคงมากขึ้น เนื่องจากสามารถคัดเลือกสมาชิกใหม่ในกลุ่มของตนเอง ขณะเดียวกันก็ไม่ต้องตกอยู่ในสภาวะการที่ต้องแข่งขัน เนื่องจากแพทย์เท่านั้นที่เป็นกลุ่มคนที่มีสิทธิอำนาจในการรักษาความเจ็บป่วย

โดยสรุป การทำให้เป็นแบบการแพทย์จึงมิได้เกิดขึ้นเอง หากเกิดจากบริบททางสังคมที่เอื้อต่อปรากฏการณ์ดังกล่าว การเน้นการทำความเข้าใจสังคมด้วยการใช้เหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์ ร่วมกับความก้าวหน้าทางการแพทย์อันส่งผลให้คนมีความศรัทธาในประสิทธิภาพการรักษาความเจ็บป่วย และนำไปสู่ความเชื่อของสังคมในการใช้วิธีการทางการแพทย์เพื่อควบคุมการเบี่ยงเบนทางสังคมอื่นๆ

6.2.2.1 ระดับของการทำแพทย์แผนไทยให้เป็นแบบการแพทย์

1) ในระดับกรอบคิด

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับกรอบคิด สะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนจากการที่แพทย์แผนปัจจุบันพยายามทำให้คนทั่วไปเชื่อว่ายาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานนั้นต้องผ่านการศึกษาวิจัยตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ก่อนจะนำไปจ่ายแต่ผู้ป่วยในกลุ่มอาการ/โรคต่าง ๆ เช่นเดียวกับการพัฒนาในเชิงการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยหากแพทย์ทราบว่ามีผู้ป่วยนำสมุนไพร/ยาสมุนไพรมารับประทานเองซึ่งไม่ผ่านความเห็นชอบจากตนก็จะมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี บางรายก็จะ

กล่าวคำหยาบคาย โทษผู้ป่วยและสั่งห้ามใช้ ด้วยความอคติต่อยาสมุนไพร โดยมีความเชื่อว่ายาสมุนไพรทุกชนิดมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย เหตุเพราะคนไม่รู้จักรักษาแท้จริง ยาสมุนไพรคืออะไร ไม่รู้จักสรรพคุณรวมถึงวิธีใช้

“ส่วนมากจะมีคำถามว่า คนใช้กินยาสมุนไพรมาใหม่ คำถามนี้มันเป็นอคติเลย เขากลัวเรื่องสเตียรอยด์ เพราะเขาตีสมุนไพรเป็นสเตียรอยด์หมดเลย ซึ่งเขาไม่รู้จักรักษาวิธีใช้มากกว่า” (กอสกนธ์ เอื้อเฟื้อ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 กันยายน 2563)

สิ่งที่วิชาชีพแพทย์กำลังทำแพทย์แผนไทยให้เป็นแบบแพทย์โดยส่งผ่านมายาคติต่อสมุนไพร/ยาสมุนไพร เป็นการลดคุณค่าเสน่ห์ของสมุนไพร/ยาสมุนไพร ทั้งยังบังคับวิธีการใช้ยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทยอันเป็นอัตลักษณ์ อันได้แก่ การพึ่งพาตนเองโดยการใช้สมุนไพรรอบตัวที่มีคุณภาพ สดใหม่ เพื่อบรรเทาอาการผิดปกติเบื้องต้น การใช้ยาสมุนไพรรักษาอาการโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง ที่ได้สูตรตำรับจากคัมภีร์โบราณที่ผ่านการใช้อย่างยาวนาน ซึ่งหากรอนำยาสมุนไพรตำรับนี้เข้ากระบวนการศึกษาเสียก่อนอาจจะเป็นการตัดโอกาสผู้ป่วยจากการได้รับการรักษาจากยาตำรับนั้นได้ เป็นต้น

“ธรรมชาติจากยาที่มันมีคุณภาพ มีความสดใหม่ มีสรรพคุณทางยาสูง แต่ในขณะที่เดียวกันยาแผนปัจจุบันมันคือ วิทยาศาสตร์ ทุกอย่างต้องอิงกับการวิจัย อิงกับการพิสูจน์ แต่บางทีชีวิตคน มันไม่ได้รอการพิสูจน์ เพราะถ้าเขา รอการพิสูจน์ คนอาจจะตายก่อนด้วยซ้ำ” (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

จุดเด่นอีกประการของการใช้ยาสมุนไพรแบบแพทย์แผนไทย คือ การที่ผู้ป่วย/ญาติ ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาที่จะนำมารับประทานด้วยตนเอง เพราะเป็นการบ่งบอกถึงความเชื่อ ความศรัทธาต่อการรักษาอันส่งผลต่อจิตใจทำให้รักษาโรคทางใจไปพร้อมกับโรคทางกาย ทั้งยังเป็น การให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าแท้จริงเราเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อยามเจ็บป่วยก็ให้ระบบธรรมชาติมาดูแลสุขภาพเรา

“เขาคัดมากินเองกับมือ มันเหมือนยาเทวดาส่งมา มันบอกความศรัทธาเข้าไปด้วย แต่ถ้าเป็นยาฝรั่ง พี่มองว่ามันก็เหมือนให้ยาเม็ด ยานิด แต่คนใช้ไม่มีสิทธิ์เลือกเลย

ว่าเขาอยากกินรีเปล่า แต่เขาจำเป็นต้องทำตามในระบบ แต่ในแง่ของแผนไทยเรารู้สึกว่าสิ่งที่เด่นมาก ๆ คือ การทำให้เรารู้สึกว่าเรากับธรรมชาติมันสมดุลกัน อยู่ใกล้กันมาก” (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

2) ในระดับสถาบัน

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับนี้ หมายถึง วิชาชีพแพทย์พยายามเข้ามาเป็นบทบาทเป็นผู้ควบคุมการผลิตแพทย์แผนไทยโดยผ่านทางระบบการศึกษาการกลายมาเป็นแพทย์ต้องมีวิทยาศาสตร์การแพทย์มาร่วมในการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย กล่าวคือ สอนเนื้อหาแผนไทย แต่ในรูปแบบแผนปัจจุบัน หรือสอนเนื้อหาแผนปัจจุบันมากจนไม่มีพื้นที่ให้วิชาทางการแพทย์แผนไทย เห็นได้จากการเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทยในมหาวิทยาลัยมีการสอนวิชาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เรียกว่าวิชาฟิสิกส์คลินิกหลายวิชา เช่น กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา ชีวเคมี เกสัชวิทยา เกสัชเวท รวมทั้งวิชาการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น อายุรศาสตร์ อากาโรวิทยา การวินิจฉัยโรค ซึ่งโดยมากแพทย์จะเป็นผู้สอน โดยเฉพาะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่มักต้องตั้งกักคณะแพทย์หรือมีแพทย์เป็นคณบดี และวิชาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์เหล่านี้จะต้องใช้ในการสอบใบประกอบโรคศิลปะของสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ด้วย

แพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นมามีส่วนใหญ่ไม่เข้าใจแนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริง จึงทำให้ไม่เข้าใจความเป็นจริงของธรรมชาติ กลไกระบบธาตุอันเป็นหลักการพื้นฐานขององค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย เมื่อไม่สามารถอธิบายความผิดปกติของธาตุตามธรรมชาติจึงกลายเป็นจุดด้อยของการแพทย์แผนไทยเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้มีการนำวิทยาศาสตร์เข้ามาอธิบายความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายทดแทน

“เป็นจุดเด่นที่กลายเป็นจุดด้อย เพราะจุดที่เด่นทำกันไม่ได้ จากปมเด่นเลยกลายเป็นปมด้อย ถ้าเราไปอิงกับวิชาชีพอื่น ไปอิงกับวิทยาศาสตร์การแพทย์เพราะเราพยายามไปเติมให้มันเต็ม เอาวิทยาศาสตร์การแพทย์มาเติมให้มันเต็มทั้ง ๆ ที่ความจริงของตัวเองมันก็เต็มของมันอยู่แล้ว ในวิชามันเต็มอยู่แล้วแต่เราต่างหากที่พร่องมันเอง เพราะเราไม่เคยเติมให้มันเต็มเอง แต่เราเอาสิ่งอื่นมาเติมแทน มันก็เลยเปรียบเหมือนกินขนมเค้กกินเบอเกอร์แล้วห่อใบตอง เพื่อให้มันดูเป็นไทย” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 สิงหาคม 2563)

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับสถาบันอีกรูปแบบหนึ่งคือ การที่วิชาชีพแพทย์ แทรกแซงเข้ามาในระบบการให้บริการ การทำแนวเวชปฏิบัติในกลุ่มโรคต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการต้องได้รับการวัดปรอท วัดความดันโลหิต หรือบางรายต้อง x-rays ก่อนการรักษาซึ่งเป็นไปได้ตามกระบวนการทางการแพทย์สมัยใหม่

“มัน (แพทย์แผนไทยรุ่นใหม่) ก็มีวัดปรอท มีเครื่องฟัง สายพันธุ้เก่าเขาไม่ต้องมา วัดเขาก็รู้ได้ว่าเป็น โรคนี้โรคนั้น” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

แพทย์แผนไทยบางพื้นที่ถูกปิดกั้น ปิดโอกาสที่จะรักษาผู้ป่วยในโรคที่ตนมีความชำนาญ เนื่องจากแผนปัจจุบันมองว่าเป็น โรคที่เกินความสามารถของหมอแผนไทย อันเป็นความขัดแย้งทางแนวคิดในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน

“เขาให้ทำแต่โรคง่าย ๆ เลือด ๆ ลม ๆ โรคยากไม่ให้ทำ แม้แต่โรคหัด อีสุกอีไสยง ไม่ให้รักษาเลย บ้าริเปลา่ แผนไทยนี่เป็นตัวรักษาโรคพวกนี้เลยนะ แต่ก็ไม่ได้รักษา บอกว่าไม่ได้มันจะคิดเชื่อในกระแสเลือด ซึ่งคิดเชื่อในกระแสเลือดของเขามันก็คือ ธาตุไฟของเรา” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

3) ในระดับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

การทำให้เป็นแบบการแพทย์ในระดับนี้จะเกิดขึ้นในกระบวนการรักษาที่แพทย์ และผู้ป่วยมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กัน เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนต่อรองความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา ซึ่งในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวแพทย์แผนปัจจุบันมักจะแสดงอำนาจตนเป็นเสมือนผู้ออกคำสั่งควบคุมผู้ป่วย ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีสิทธิ์เลือกตัดสินใจในร่างกายของตนเอง บางครั้งคำพูดของแพทย์ก็บั่นทอนกำลังใจของผู้ป่วยจนส่งผลให้ความเจ็บป่วยทางกายทรุดหนักลง

“มีฟิตแบคเยอะเลยเพราะว่า คนไข้ที่มาบาคใจเพราะคำพูดหมอแผนปัจจุบัน เพราะ ในความเป็นหมอเองเรามากัดคนคนไข้ว่าสิ่งที่เขาเชื่อหรือสิ่งที่เขาคิดมันผิด แต่เรา ใช้ความคิดของเรา ที่เราคิดว่าเรารู้เยอะกว่าเขาไปบอกว่าคุณต้องทำอย่างนี้” (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

แต่ในแง่ของการเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์แผนไหน วิชาชีพใดทางสายสุขภาพ ต่างมีหน้าที่ให้ข้อมูลในการดูแลรักษาอาการผิดปกติที่ถูกต้องตามหลักการของศาสตร์แต่ละศาสตร์แล้วควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองตามแต่วิถีที่แตกต่างของแต่ละคน โดยเฉพาะกลุ่มคนไข้ระยะสุดท้ายของชีวิตที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง

“แต่ในแง่ของการเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแผนไหน เรามีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ไมล่่าเอียง ให้ข้อมูลทั้งข้อดีข้อเสีย ให้คนไข้เลือก หลักของการดูแลคนไข้แบบประคับประคอง คนไข้ควรได้มีโอกาสในการตัดสินใจในชีวิต โดยเฉพาะช่วงสุดท้ายของเขาว่าเขาจะเลือกที่จะรักษาแบบไหน แล้วเราเป็นผู้ที่ประสานให้คนไข้” (วิไลลักษณ์ ดันติตระกูล, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 กันยายน 2563)

ส่วนการแพทย์แผนไทยผู้ป่วยมีลักษณะการติดต่อกฎสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อาจเนื่องจากหมอแพทย์แผนไทยต้องมีการซักประวัติเพื่อหาเหตุของโรคจึงใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยนาน อีกทั้งยังให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การกิน การนอน อันเป็นมูลเหตุทำให้เกิดโรคและความผิดปกติขึ้นในร่างกายได้ หมอแพทย์แผนไทยจึงต้องให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเองให้หาย/ห่างไกลโรค โดยแต่ละคนก็จะมีเหตุปัจจัยที่แตกต่างกันไป

“อย่างเวลาที่เราไปหาหมอแผนปัจจุบันเขาไม่ได้บอกอะไรเราเยอะ เขาก็แค่ดูเรานิดนึ่ง อย่างเราไป รพ. เราไม่รู้สึกแฮปปี้ เราแบบแฮ็รักษาแค่นี้จริง ๆ เหรอ แค่ดูแล มันเหมือนเป็นการรักษาภายนอก ถามว่าทายถึงจุดไหน มันต้องปรับยาแรงไปเรื่อย ๆ เหรอ ถึงจะเอาอยู่ก็เลยคิดว่าไม่น่าจะใช่ แต่พอเรามาแผนไทยที่นี้เรารู้สึกว่าเราชอบ ถ้ากินอันนี้จะเป็นอันนั้น (คนไข้ 6, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 กันยายน 2563)

6.2.3 การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน

ความพยายามของการพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยในการบูรณาการการแพทย์แผนไทยให้เข้ากับระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบันนั้นดูดี แต่มีแนวโน้มว่าแพทย์แผนไทยจะถูกผนวกเข้าไปอยู่ภายใต้อำนาจของวิชาชีพทางการแพทย์แผนปัจจุบัน หมอแผนไทยท่านหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นว่ วิชาชีพแพทย์กำลังนำเอาการแพทย์แผนไทยเข้ามาเป็นของวิชาชีพตน กล่าวว่

“ก็ยังมีแผนปัจจุบันมาปนเปมาออกไป โดยเฉพาะต้องผ่านผมก่อน (แผนปัจจุบัน) แล้วมันต้องผ่านทำไม เออ ถ้ามันมีปัญหาเกี่ยวกับแผนปัจจุบันค่อยปรึกษาก็โอเค แต่มันเรื่องของแผนไทย ปล่อยให้น้องเขาทำไป ทำไมต้องมาผ่านเขาก่อน งง” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

“ถ้าจะให้เกิดการยอมรับของวิชาการมีผลส่วนใหญ่เลยว่าจะทำยังไงจะให้แผนปัจจุบันยอมรับ” (จรัสสี อาจศิริ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 กันยายน 2563)

แต่ดูเหมือนว่าแพทย์แผนปัจจุบันพยายามจะยึดครองอำนาจการจัดการด้านสุขภาพของประชาชนไว้เพียงวิชาชีพเดียวด้วยวิธีการที่แยบยล โดยอาศัยความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีมองว่าหมอ / แพทย์แผนปัจจุบัน คือผู้ซึ่งเป็นจี้ตาย จนประชาชนมีอาจปฏิเสธหรือสามารถเลือกวิธีการรักษาดูแลสุขภาพของตนเองตามความพึงพอใจได้ ในขณะที่แพทย์แผนไทยปัจจุบันกลับมีสถานะเป็นเพียงการแพทย์ทางเลือกหนึ่งที่รองรับกลุ่มผู้ป่วยที่หมดความเชื่อมั่นต่อวิธีการจัดการด้านสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จของแพทย์แผนปัจจุบัน และกลุ่มผู้ป่วยที่อยากมีสิทธิ์ในการเลือกรูปแบบการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยท่านหนึ่งได้ให้เหตุผลที่เลือกรูปแบบการรักษาแบบแพทย์แผนไทยว่าสามารถตอบอธิบายเหตุของความผิดปกติที่ผู้ป่วยสัมผัสได้ด้วยตนเอง และบอกวิธีการรักษาดูแลสุขภาพรวมถึงการใช้ชีวิตให้เหมาะกับสภาพร่างกาย

“ทางนู้น (แพทย์แผนปัจจุบัน) เขาก็แค่ตรวจว่าเราเป็น(มะเร็งเต้านม) แล้วเราก็ไม่ทำไร เขาก็จะจับผ่าตัดแล้ว แต่ว่าความที่เราเคยเจอมาแล้วรอบนึง เราทำทุกอย่างแล้วครบกระบวนการของเขาแล้ว แล้วมันก็ยังกลับมาได้ เราก็เลยคิดว่า แล้วชั้นจะกลับไปทำให้ทรมาณตัวเองเหมือนที่ผ่านมาแล้วมันมีโอกาสมันกลับมาได้อีกเหมือนอย่างเดิมอย่างนี้หรือ เราก็บอกตัวเอง ทันทิเลยว่ ไม่เอา ไม่เอาเหมือนเดิม” (คนไข้ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 สิงหาคม 2563)

“อย่างแผนปัจจุบัน เออะอะ ผ่าตัด คุณต้องผ่าตัด แต่ที่นี้ (แพทย์แผนไทย) แบบถ้าเราจะไม่ไปตรงนั้น ก็มารักษาตรงนี้ก็ได้ ชอบตรงนี้ ไม่ต้องไปผ่าตัด เท่าที่สัมผัสมันอธิบายไม่ได้แต่เรารู้ว่ามันต่างอะ เราไม่ชอบด้านนั้นแต่เรามาตรงนี้ได้ หมอก็จะอธิบายได้ว่ามันเพราะอย่างนี้นะ คือ อาการ โรคเราเออะ เรามาสัมผัสเองจริง ๆ มันใช่ตามที่หมอเขาจับมือ แม่วันนี้มันเป็นอย่างนี้นะ เขาอธิบายให้เราฟังมันตรง

กับร่างกายที่เราเป็น มาพูด มาคุย มาถามข้อสงสัยว่าทำไมเราถึงเป็น หมอก็จะตอบว่าเพราะมันเกิดจากแบบนี้ละ สาเหตุจากอะไร” (คนไข้ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 19 สิงหาคม 2563)

6.3 อำนวยการทางการศึกษา

ในช่วงศตวรรษที่ 20 สถาบันการแพทย์เริ่มมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้นในการกำหนดแนวทางการดำเนินการต่อปัญหาสังคม ในยุคนี้แพทย์ได้รับการยกย่องและมีเกียรติสูงทางสังคมอันเนื่องมาจากความสำเร็จในการค้นพบวิธีการรักษาโรคติดเชื้อ กล่าวได้ว่า การพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) ได้ก่อให้เกิดคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อความก้าวหน้าและสถานภาพทางสังคมของวิชาชีพแพทย์ การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากเชื้อโรคนี้มีผลสำคัญต่อการแบ่งแยกหน้าที่ระหว่างพระและแพทย์ในเรื่องที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยที่แต่เดิมความเจ็บป่วยมักเชื่อว่าเกิดจากวิญญาณเหนือธรรมชาติ หรือการทำบาป การดำเนินการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจึงอยู่ในอาณาเขตของศาสนา และพระมักจะเป็นผู้ทำหน้าที่วินิจฉัย ให้สาเหตุและรักษาความเจ็บป่วย การพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรคได้ส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นการทำให้เกิดกลุ่มคนเฉพาะในการดำเนินการกับความเจ็บป่วย และที่สำคัญคือวิชาชีพแพทย์ ในขณะที่การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกบุคคล แต่ละคนมีพื้นฐานธาตุที่แตกต่างกันนำไปสู่การรักษาที่เฉพาะบุคคล ความผิดปกติของธาตุสามารถตรวจได้จาก การตรวจจับชีพจร โดยอาศัยสัมผัสละเอียดของหมอที่จะทำการตรวจพร้อมวินิจฉัยธาตุที่ผิดปกติอันเป็นสมุฏฐานของโรคแล้วจึงจะพิจารณาจ่ายยาให้เหมาะกับธาตุของผู้ป่วยแต่ละคน

“เราเล่นกันที่ธาตุ แต่แผนปัจจุบันเล่นกันที่การอักเสบติดเชื้อ ถึงไม่หายก็ใช้ยาตัวเดิมอยู่อย่างนั้น แต่ของเราถ้าไม่หายเราเปลี่ยนยาเลยนะ เพราะธาตุของแต่ละคนไม่เหมือนกัน” (เพ็ญศรี สวงนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

6.3.1 การยกระดับการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบ

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ ได้ทำให้การแพทย์มีความเป็นศาสตร์ที่เข้มแข็งกว่าแต่เดิม ที่การอธิบายกระบวนการเกิดโรคที่มีความชัดเจน และการเรียนการสอนเป็นระบบ การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ การพัฒนาระบบการเรียนการสอน และการฝึกหัดแพทย์อย่างเข้มงวด ทำให้เกิดกลุ่มคนที่มีความชำนาญ

พิเศษในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย แพทย์มีจำนวนมากขึ้นและเป็นแพทย์ที่ทำงานเต็มเวลา และจัดเป็นอาชีพหนึ่ง จากแต่เดิมที่แพทย์นั้นมีการทำงานเป็นบางเวลาและต้องประกอบอาชีพอื่นพร้อม ๆ กับการเป็นแพทย์

การพัฒนาตามทฤษฎีความทันสมัยในระดับบุคคล ลักษณะของคนที่มีความทันสมัย (Modern Man) ข้อหนึ่งคือเชื่อในวิทยาศาสตร์และให้คุณค่าการศึกษาแบบทางการหรือการเข้าโรงเรียน นำไปสู่เหตุที่ทำให้หมอแพทย์แผนไทยที่แต่เดิมเป็นการฝากตัวเป็นศิษย์ ความรู้ถูกถ่ายทอดจากอาจารย์สู่ศิษย์โดยพิจารณาจากความสนใจ และสามารถเรียนรู้สิ่งใดได้หรือไม่ได้ แต่ไม่มีใบการันตีว่าเชี่ยวชาญเรื่องใด แต่ใช้คำว่าเชี่ยวชาญชำนาญในการรักษาในด้านต่าง ๆ เช่น หมอกระดูก หมอยา หมอจูก เป็นต้น ล้วนเป็นการศึกษาแบบไม่เป็นทางการเป็นผลให้หมอพื้นบ้าน/แพทย์แผนไทยกลายเป็นหมอเถื่อน ไม่สามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้เนื่องจากไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ

“ลุงหมอเล็กเรื่องงู คาถางู งูกัด งูอะไรก็ได้ กัดที่ไหนก็ได้แล้วแต่เป้าที่หู ไม่ได้เป้าที่แผล เราเลยต้องเชื่อใจเพราะพิสูจน์ได้ เคยเห็นมาหลายคน ถ้าผีท่านก็ส่งให้ตาจวน วัดยายรำ ถ้าไสยศาสตร์ท่านก็ส่งให้ท่านกึ่ง แต่ท่านกึ่งก็เก่งสู้หลวงพ่อกงไม่ได้” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

วิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบันมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อการยกระดับการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบ โดยเฉพาะสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์นับตั้งแต่ต้นพ.อวย เกตุสิงห์ที่ก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัย เมื่อท่านเกษียณราชการท่านได้นำการแพทย์แผนโบราณมาประยุกต์ให้เข้ากับวิชาการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาสอนวิชาต่างๆ เช่น วิชาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น กายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) และการตรวจวินิจฉัยตามแบบตะวันตก ส่วนแพทย์แผนไทยสอนวิชาว่าด้วยยาสมุนไพร, การนวดและเวชกรรมไทย จำนวนหน่วยกิตส่วนใหญ่เป็นวิชาทางวิทยาศาสตร์และพื้นฐานอื่นๆ มากกว่าวิชาทางด้านการแพทย์แผนไทย

6.3.2 การอุดมศึกษาสมัยใหม่กับการแพทย์แผนไทย

ในปัจจุบันมีมหาวิทยาลัยต่าง ๆ หันมาให้ความสำคัญกับการผลิตบัณฑิตในสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์มากขึ้น อย่างไรก็ตามทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ ต้องสอบใบประกอบวิชาชีพเช่นกัน แต่ขึ้นทะเบียนกันคนละประเภท โดยสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทย มีดังนี้

สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

- 1) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 3) สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
- 4) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
- 5) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- 6) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
- 7) คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา
- 8) วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
- 9) วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
- 10) สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สาขาการแพทย์แผนไทย

- 1) วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- 2) วิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต
- 3) คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 4) คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน

(วิทยาเขตสกลนคร)

อุบลราชธานี

- 5) วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏ
- 6) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
- 7) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
- 8) สถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- 9) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
- 10) วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้าน

จอมบึง

- 11) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- 12) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
- 13) วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก นนทบุรี
- 14) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

- 15) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
- 16) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ศรีวิชัย
- 17) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

โดยแต่ละสถาบันการอุดมศึกษาต่างก็ประกอบสร้างระบบการศึกษาแพทย์แผนไทยในระบบมหาวิทยาลัยที่เน้นสร้างบัณฑิตที่มีจุดเด่นแตกต่างกัน เช่น บางมหาวิทยาลัยเน้นการพัฒนาทางเกษตรกรรม บางมหาวิทยาลัยเน้นเกี่ยวกับงานบริการชุมชน เป็นต้น แต่ทุกสถาบันต่างมีปัญหา เช่นเดียวกันคือเรื่องคุณภาพของบัณฑิต ด้วยหลายมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนวิชาเหล่านี้เน้น เปิดสอนตามกระแสความต้องการของตลาดเพื่อหาประโยชน์โดยขาดความพร้อมทั้งอาจารย์ผู้สอน และสื่ออุปกรณ์การสอน การฝึกปฏิบัติทางคลินิกและการผลิตยา ทำให้ผู้ที่เรียนจบขาดทักษะความชำนาญขาดความเชื่อมั่นในการรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้บัณฑิตที่จบการศึกษาจากสถาบันการอุดมศึกษาไม่สามารถปฏิบัติงานเป็นแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ได้ตามศักยภาพที่ควรจะเป็น

6.3.3 การแพทย์แผนไทยประยุกต์

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คือ บุคลากรทางการแพทย์สาขาหนึ่ง เกิดขึ้นจากแนวคิดของนายแพทย์ อวย เกตุสิงห์ ซึ่งต้องการพัฒนาและยกฐานะของการแพทย์แผนโบราณให้มีความเป็นวิทยาศาสตร์และมีหลักวิชาการรองรับในการอธิบาย อาจกล่าวได้ว่า แพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นบุคลากรการแพทย์สายพันธุ์ใหม่ของสังคมไทยที่ครั้งหนึ่งขององค์ความรู้จะต้องเรียนตามหลักวิชาการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ผสมผสานกับคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของไทย รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย) สามารถวินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน เพียงแต่เมื่อถึงขั้นตอนในการรักษานั้น ต้องรักษาด้วยวิธีการการแพทย์แผนไทย เช่น การใช้ยาสมุนไพร นวด อบ ประคบ นอกจากนี้ ยังสามารถทำคลอดและดูแลมารดาหลังคลอด ตามแนวทางการแพทย์แผนไทยเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยแพทย์แผนไทยประยุกต์จะต้องสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยเฉพาะเสียก่อน จึงสามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หรือให้การรักษาแก่ผู้ป่วยได้ การสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะนั้น จะต้องสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์เท่านั้น จึงจะเป็นแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สมบูรณ์และถูกต้องตามกฎหมาย

หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์เมื่อเข้าสู่การจัดการในมหาวิทยาลัย ก็มีความพยายามของวิชาชีพแพทย์ที่จะให้หลักสูตรนี้สังกัดคณะแพทยศาสตร์หรือที่มีคณบดีเป็นแพทย์ โดยการกำหนดเงื่อนไขการรับรองหลักสูตรในกรรมการวิชาชีพอย่างผูกติดกับบทบาทของวิชาชีพแพทย์ เช่น ต้องมีการสอนวิชาทางด้านแพทยศาสตร์และวิชาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ต้องมีโรงพยาบาลเป็นแหล่งฝึกงาน ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ผูกไว้กับบทบาทของวิชาชีพแพทย์หรือคณะแพทยศาสตร์ ในสถานะเทียบเท่าภาควิชา เช่น สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ล้วนมีแพทย์เป็นคณบดี เป็นต้น ส่วนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิชาชีพทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น เกษษกร พยาบาล ก็ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อการสถาปนาการศึกษาทางด้านการแพทย์แผนไทยให้เข้าไปในทางสาขาวิชาของตนเองมากขึ้น อิทธิพลของวิชาชีพทางการแพทย์แผนปัจจุบันต่างๆ ที่เข้ามาครอบครองการจัดการศึกษาการแพทย์แผนไทยให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสาขาความเชี่ยวชาญของตนเอง

6.3.4 ใบบรรณบัตรวิชาชีพ

ใบบรรณบัตรวิชาชีพ หรือใบบรรณบัตรโรคศิลปะ เป็นใบบรรณบัตรให้สามารถประกอบวิชาชีพนั้นๆ ตามสาขาที่เรียนมา โดยผู้ที่จะได้รับใบบรรณบัตรประกอบวิชาชีพจะต้องมีคุณสมบัติตามที่องค์กรออกใบบรรณบัตรประกอบวิชาชีพกำหนดไว้ ผู้ที่ไม่มีใบบรรณบัตรประกอบวิชาชีพจะไม่สามารถประกอบวิชาชีพนั้นๆ ได้ ถ้าฝ่าฝืนจะมีโทษตามที่องค์กรวิชาชีพแต่ละองค์กรกำหนดไว้ พระราชบัญญัติ วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2556 ได้ประกาศไว้ว่า

“วิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า วิชาชีพที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการแนะนำ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านเวชกรรมไทย เกษษกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย การนวดไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และองค์ความรู้ด้านอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยซึ่งถ่ายทอดหรือพัฒนาสืบต่อกันมาตามตำราการแพทย์แผนไทยหรือจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง

“การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย โดยอาศัยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งศึกษาจากสถานศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งนี้ ตามระเบียบและข้อบังคับของสภาการแพทย์แผนไทย

จะเห็นว่าในสภาการแพทย์แผนไทยนั้นยังแบ่งการประกอบวิชาชีพออกเป็น 2 สาขา คือ แพทย์แผนไทย และแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งที่เนื้อหาสาระการเรียนหรือการประกอบวิชาชีพนั้นมีความคล้ายคลึงกันมาก ยังไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพโดย หมอพื้นบ้านซึ่งถูกรวมอยู่ในการประกอบวิชาชีพสาขาแพทย์แผนไทย การต่อสู้กับการแบ่งแยกหมอพื้นบ้านกับหมอแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ที่มิเห็นง่าเดียวกัน อาจารย์เล็กผู้ศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยมาจากหมอพื้นบ้าน ก่อนที่จะสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย ในทัศนะของท่าน หมอพื้นบ้านคือผู้ที่มีความรู้ในทางการรักษาด้วยยาสมุนไพรตามความรู้ดั้งเดิมที่สืบทอดกันมาตั้งแต่โบราณ หมอพื้นบ้านกับหมอแผนไทยก็คือคนกลุ่มเดียวกันก่อนที่รัฐจะสถาปนาระบบการขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะขึ้นมาควบคุม ท่านจึงเห็นว่าเป็นประเด็นการทำให้แพทย์แผนไทยถูกแบ่งแยก เพราะสถานะของหมอพื้นบ้านนั้นไม่ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมาย เสี่ยงต่อการถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย ท่านเห็นว่าหมอแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ หรือที่อาจารย์เล็กเรียก “พวกสายพันธุ์ใหม่” ที่สร้างผ่านระบบการศึกษาแบบตะวันตก คือ จบปริญญาตรี มีใบประกอบโรคศิลปะ แต่กลับไม่มีความสามารถทักษะการรักษาผู้ป่วยมากเพียงพอเมื่อเทียบกับหมอแพทย์แผนไทยรุ่นเก่าหรือหมอพื้นบ้าน อาจารย์เล็กจึงเรียกหมอแพทย์แผนไทยกลุ่มนี้ว่า “หมอกระดาษ”

“แต่เดี๋ยวนี้อะไรมาถูกก็เป็นแพทย์ เป็นเภสัชฯ เป็นหมอกระดาษกันเต็มเลย ปริญญาตรี ปริญญาโทแพทย์แผนไทยมีหมด สายพันธุ์ใหม่มีหมด สายพันธุ์เก่ามีอย่างเดียว ดำรามันมืออยู่แล้วเชื่อผมเถอะมันอยู่ที่ว่าใครวินิจฉัยเก่งกว่ากัน ใครเมะเส้นเก่งกว่ากันเท่านั้นเอง ไม่มีอะไร ดำรามันมืออยู่แล้ว เราต้องหัดวินิจฉัย ” (เล็ก, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

นอกจากนี้รัฐยังบกพร่องในเรื่องระบบการสอบใบประกอบวิชาชีพที่ภาครัฐจัดขึ้น คือ ไม่สามารถจัดสอบภาคปฏิบัติได้จริง ทำได้เพียงการสอบโดยการเขียนเท่านั้น การที่ผู้สอบได้ใบประกอบวิชาชีพ แต่ไม่มีทักษะในการนวด การปรุงยา หรือการรักษาโรค ย่อมเกี่ยวข้องกับความบกพร่องของระบบการสอบใบประกอบวิชาชีพของรัฐที่จัดขึ้นเองมากกว่า หากรัฐมีความจริงใจที่จะยกระดับและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหมอแผนไทย ก็จะเป็นเงื่อนไขสำคัญมากกว่า

ข้อบกพร่องของสมาคมต่าง ๆ เพราะแต่เดิมการศึกษาวิชาทางการแพทย์แผนไทยจะต้องศึกษาอย่างต่อเนื่อง ค้นคว้า สังเกตประสบการณ์ไปเรื่อย ๆ จนเกิดการซึมซับเข้าไปในตัวหมอ จากตัวอย่างการศึกษาด้านแพทย์แผนไทย ของอาจารย์ณภัทร ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ท่านได้บอกถึงวิธีการศึกษาเรียนรู้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยสมัยก่อนมากจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่มีการผสมผสานหลากหลายศาสตร์ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน โหราศาสตร์ จนเกิดการซึมซับเข้าไปในตัว และเกิดจากการพูดคุยรูปแบบวิธีการรักษากับหมอหลาย ๆ ท่าน ที่มีความชำนาญการรักษาด้านละด้าน เช่น หมอต่อกระดูก หมอยาสมุนไพร ประกอบกับความสนใจส่วนตัว มีการค้นคว้าหาความรู้จากตำราโบราณ คัมภีร์ต่างๆด้วยตนเอง นำมารักษาผู้ป่วยจริง จึงเป็นการสังสรรค์ประสบการณ์ทำให้เกิดความชำนาญเพิ่มขึ้น

“ใช้คำว่า ครูพักลักจำก็ไม่ได้เพราะไม่ใช่การไม่สอน แต่เป็นการเรียนรู้ไปตามสภาพที่เห็นอยู่ ก็ได้เห็นและก็ได้ฝึกฝนอะไรมา และได้พูดคุยกับหมอสมัยก่อนที่มีความรู้ความชำนาญในแต่ละศาสตร์ หมอกระดูกก็เคยไปเรียนรู้ หมอที่เกี่ยวข้องการใช้ยา ก็ไปเรียนรู้ การตรวจรักษาก็เคยไปเรียนรู้ แต่ไม่ใช่การเรียนตามสำนักไหน บางทีก็ไปเรียนรู้กับหมอตามบ้าน หมอพระก็ได้เห็นและก็ได้ฝึกฝนอะไรมา บวกกับชอบค้นคว้าหาตำราทางการแพทย์อยู่แล้ว เรียนรู้เรื่องโหราศาสตร์ เรียนรู้เรื่องวิธีต่าง ๆ เพื่อที่จะนำไปสู่ความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้น เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมมาเรื่อย ๆ” (ณภัทร พานิชการ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 สิงหาคม 2563)

จะเห็นว่าการศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทยสมัยใหม่ภายใต้อำนาจวิชาชีพแพทย์ส่งผลกระทบต่อการศึกษาองค์ความรู้ตามหลักวิชาการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม ทำให้บัณฑิตหรือผู้เข้ารับการอบรมที่จบหลักสูตรแพทย์แผนไทยขาดทักษะความชำนาญ ขาดความเชื่อมั่นต่อวิชาชีพตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติตนในฐานะแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มภาคภูมิ ยิ่งทำให้วิชาชีพแพทย์เข้ายึดครองพื้นที่ในการให้บริการหรือเข้ามาควบคุมวิชาชีพแพทย์แผนไทยอย่างเต็มรูปแบบด้วยเหตุที่แพทย์แผนไทยไม่สามารถบริหารจัดการระบบการศึกษาตามองค์ความรู้ตัวเองได้เต็มศักยภาพ

6.4 อำนาจรัฐ

การแพทย์แผนไทยในภาครัฐ อยู่ภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบันทั้งในกระทรวงสาธารณสุข เช่น ที่โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานอื่น ๆ แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ทำงานในระบบ

บริการสาธารณสุขบางส่วนทำงานด้านการศึกษาในมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนทางด้านการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของวิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีทัศนคติที่ไม่ดีนักต่อสถานะและการพัฒนาเพื่อยกศักยภาพของแพทย์แผนไทย

6.4.1 ความเป็นสถาบัน

การแพทย์แผนไทย ที่เพิ่งถูกนำกลับเข้ามาในระบบราชการได้ไม่นานนัก แพทย์แผนไทยกลุ่มแรกที่เข้าไปทำงานในภาครัฐคือ ผู้ที่จบการแพทย์แผนไทยประยุกต์จากอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งใช้เวลาเรียน 3 ปี ได้วุฒิปวส. คนเหล่านี้นับว่าเป็นผู้บุกเบิกงานแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะในด้านการรักษาทางคลินิกและการผลิตยาสมุนไพรในโรงพยาบาล ก่อนหน้านี้มีงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและการนวดทดแทนการใช้ยาแก้ปวดที่บุกเบิกโดยบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบัน คนเหล่านี้บางคนยังคงทำงานด้านการแพทย์แผนไทยโดยบางคนสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยด้วย แต่มีสถานะสูงกว่าแพทย์แผนไทย เช่น มีเงินเดือนสูงกว่า ได้รับค่าใบประกอบวิชาชีพของตน เช่นพยาบาล และมักเป็นหัวหน้างานการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันเกือบทุกสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่างก็มีแผนกการแพทย์แผนไทยที่เปิดให้บริการประชาชนด้านการบำบัดรักษาโรคตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพตามแบบแพทย์แผนไทย แต่ก็ยังไม่ได้รับความเชื่อมั่นจากบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ยกตัวอย่างเรื่องการใช้ยาสมุนไพร อาจเนื่องจากความไม่เข้าใจในองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยอย่างชัดเจน

“เรื่องของการใช้ยาสมุนไพร ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อยมาก โดยเฉพาะใน รพสต. ถ้าใน รพ. ถ้าจะถามของแผนปัจจุบันในการสั่งใช้ก็คงจะบอกว่าช่วยใช้เฉยๆ”
(จรัสสี อาจศิริ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 กันยายน 2563)

ความเป็นสถาบันด้านการศึกษาทางการแพทย์แผนไทย ในส่วนของการศึกษาในระบบอันได้แก่การศึกษาจากระดับอุดมศึกษาของภาครัฐ นักศึกษาแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ตามหลักสูตรจะต้องมีการฝึกภาคปฏิบัติ ที่ต้องไปเก็บประสบการณ์ตามแหล่งฝึกวิชาชีพตามสถานพยาบาลต่างๆ แต่ก็มีจะประสบปัญหาแหล่งฝึกมีจำนวนน้อย เนื่องจากแต่ละแหล่งฝึกจะจำกัดจำนวนนักศึกษาที่รับต่อปี ตามศักยภาพของจำนวนบุคลากรที่จะดูแลได้ อีกปัญหาที่สำคัญคือ

อาจารย์ประจำแหล่งฝึกไม่มีทักษะด้านวิชาชีพมากพอที่จะถ่ายทอดแก่นักศึกษา ทำให้ผลสัมฤทธิ์ของการออกไปเก็บประสบการณ์ของนักศึกษาไม่สำเร็จตามเป้าประสงค์

6.4.2 การควบคุมการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในเชิงนโยบายรัฐ

นับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งหน่วยงานระดับกอง คือ สถาบันการแพทย์แผนไทย นโยบายด้านการแพทย์แผนไทยก็ถูกกำหนดออกมาจากหน่วยงานนี้ ระหว่างปี พ.ศ.2544- 2548 สถาบันนี้สามารถโน้มน้าวให้สถานพยาบาลของรัฐเปิดงานด้านคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยได้ โดยมีงบประมาณเป็นแรงจูงใจ โดยเรียกว่าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย คลินิกบริการดังกล่าวส่วนใหญ่เน้นเปิดบริการแค่เรื่องนวด เนื่องจากหมอแพทย์แผนไทยที่มีความชำนาญในการตรวจรักษามีหาได้ยาก การส่งเสริมนี้เกิดขึ้นท่ามกลางทั้งกระแสสนับสนุนและต่อต้านจากวิชาชีพแพทย์ ทำให้การสนับสนุนเชิงนโยบายไม่ชัดเจนและไม่เต็มทีนัก แม้จะมีการผลิตแพทย์แผนไทยในระดับปริญญาตรีขึ้นมาทำงานในระบบราชการแต่ เป็นข้าราชการระดับล่างอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของวิชาชีพอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และใบประกอบวิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่เป็นการผลิตโดยไม่เน้นความสำคัญขององค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

“ช่วงนั้นนะ ปี47 48 เนี่ยแหละ รัฐบาลบังคับให้โรงพยาบาลต่างๆ ต้องมีแผนไทย แล้วลุงหมอเนี่ย เขาหาหมอไม่ได้ เขาก็เปิดแต่นวด เวลามาตรวจก็ตีตกเกณฑ์ทุกที เพราะไม่มีหมอ” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

ส่วนการจัดตั้งหน่วยงานระดับกรม คือกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ก็มีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายอีกรูปแบบหนึ่งที่แตกต่างออกไปจากเดิมที่สถาบันการแพทย์แผนไทยทำ นโยบายสำคัญคือจะต้องพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ดำเนินไปตามการพัฒนาแบบวิทยาศาสตร์ ไม่ใช่กรมการแพทย์แผนไทยที่พัฒนาตามองค์ความรู้ดั้งเดิม การพัฒนาในแบบวิทยาศาสตร์เน้นไปที่การพัฒนาสมุนไพรเพื่อรองรับธุรกิจแบบทุนนิยม โดยเป็นการพัฒนาเพื่อให้สมุนไพร/ยาแผนโบราณกลายเป็นยาแผนปัจจุบันที่ต้องผ่านการวิจัยตามวิธีทางวิทยาศาสตร์ อันเป็นผลงานของผู้เชี่ยวชาญทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ที่เข้ามาครอบครององค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ในขณะที่กลุ่มหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยภาคเอกชนที่เชื่อมั่นในองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมักจะมีความเห็นว่าการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ไม่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย หรือหากจะศึกษาวิจัยก็ควรมีการวิจัยยาตามแบบการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิมคือ การใช้ยาตำรับ ที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไปที่ประกอบด้วย

สมุนไพรที่เสริม/ตัดฤทธิ์กันอย่างลงตัวให้เหมาะกับการรักษาอาการโรคและไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่ใช่ยาเดี่ยวที่มีสมุนไพรชนิดเดียว

“บางกลุ่มที่เขาเชื่อเขาก็ยอมรับในการใช้ยาของเรา ยาแบบตำรับ ถ้าจะวิจัยก็ควรวิจัยเป็นตำรับยา ไม่ใช่แยกสารอะไรแบบนี้ เพราะมันฆ่าฤทธิ์เสริมฤทธิ์ ถ้าเอามาแยกมันก็พิษเยอะ โบราณเขารู้กันอยู่แล้วว่ายาเขามันมีพิษยังไง เขาก็เอามาฆ่าฤทธิ์เสริมฤทธิ์ คุ่มตัวนี้ไว้” (เพ็ญศรี สวงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

อาจกล่าวได้ว่านโยบายที่ทำให้แพทย์แผนไทยต้องเป็นไปตามแนววิทยาศาสตร์เพื่อเกิดการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นการลดบทบาทของแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยรุ่นหลังขาดความเข้าใจลึกซึ้งต่อองค์ความรู้แพทย์แผนไทยดั้งเดิม ไม่สามารถแสดงศักยภาพในฐานะแพทย์ที่บำบัดรักษาผู้ป่วยได้ เมื่อนโยบายที่สนับสนุนไม่ชัดเจน การพัฒนาทางการแพทย์แผนไทยของสถานพยาบาลรัฐจึงขึ้นกับเงื่อนไขภายในองค์กรนั้นๆ เช่น การเปิดบริการเพียงการนวดแผนไทย ไม่เน้นการตรวจรักษาตามองค์ความรู้เดิม การพัฒนาโดยมากมักเป็นในเชิงการสร้างรายได้ให้กับสถานพยาบาล มากกว่าการพัฒนาในการเพิ่มศักยภาพการบำบัดที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน

“โดยทั้งนี้ในแผนปัจจุบันถ้าถามเชิงลึกมันจะมีประเด็นในเรื่องของทางวิทยาศาสตร์ คือ กลไกการออกฤทธิ์สามารถอธิบายได้แค่ไหนว่าในเรื่องของการรักษา ถ้าแผนปัจจุบันเขาจะมอง เชิงวิทยาศาสตร์ในเรื่องของการรักษาว่าในแบบนี้ไปทางนี้ คือตอนนี้ของแผนไทยต้องใช้เวลา ที่จะโยกไปในเรื่องของวิชาการมาสนับสนุนว่าผลของการใช้ยาตรงนี้ในการรักษาสามารถรักษาได้ตรงแนวทางเวชปฏิบัติเหมือนของแผนปัจจุบัน ตอนนี้จะทำยังไงให้ความมั่นใจหรือการยอมรับ” (จรัสดี อาจศิริ, การสื่อสารส่วนบุคคล, 11 กันยายน 2563)

“เชิญไปดูรพ. ไหนก็ได้แล้วแต่แล้ว ไหนอะ หมอแผนไทยไม่มีเลย มีแต่หมอนวด มีแต่เตียงนวด โห เตียงนวดในกระทรวง เท่าไหร่กันนะ หันไปทางไหน ซ้ายขวา นวดกันหมดเลย แล้วไหนหมอแผนไทย ถามแล้วว่าไหนคลินิกหมอแผนไทย ตรวจจ่ายยากันตรงไหน ไม่มี เจ็บมากเลย” (เพ็ญศรี สวงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

การชี้้นำการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ดำเนินไปตามการพัฒนาแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ภายใต้อิทธิพลของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบทุนนิยม ซึ่งมีได้ทำงานบนปรัชญาการแพทย์แผนไทยเพื่อยกสถานะและพัฒนาศักยภาพของแพทย์แผนไทยเพื่อให้มีบทบาทในการบำบัดรักษาในระบบบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะจากภาคเอกชนจึงไม่ค่อยได้รับประโยชน์จากการมีกรรมนี้เท่าที่ควร เป็นการสร้างนโยบายให้การแพทย์แผนไทยกลายเป็นงานของผู้เชี่ยวชาญทางวิทยาศาสตร์การแพทย์มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีภารกิจในการสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้มีบทบาทในการบำบัดนอกเหนือไปจากการพัฒนาการแพทย์แผนไทย แม้จะมีเสียงคัดค้านว่ารัฐควรให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาภายในประเทศมากกว่าแต่ก็ไม่เป็นผล ทำให้สถานะและการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอยู่ในเงื่อนไขที่มีคู่แข่งท่ามกลางกระแสความสนใจการแพทย์นอกกระแสหลัก

นโยบายหรือมาตรการของรัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขหลายด้านให้ประโยชน์กับบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐมากกว่าเอกชน ให้ประโยชน์กับการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าการแพทย์แผนไทย ให้ประโยชน์กับอุตสาหกรรมในระบบทุนนิยมมากกว่าอุตสาหกรรมขนาดกลางในระบบเศรษฐกิจระดับล่าง การที่การแพทย์แผนไทยอยู่ภายใต้การควบคุมในทางนโยบายที่ยึดแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ผ่านการควบคุมของวิชาชีพแพทย์ ย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะและการพัฒนาของการแพทย์แผนไทยให้สามารถหลุดลัดลักษณะตามองค์ความรู้ดั้งเดิมได้

6.4.3 คำตอบแทนของหมอแพทย์แผนไทย

สถานะของแพทย์แผนไทยในภาครัฐด้านสถานะทางสังคมและรายได้คำตอบแทนอยู่ในระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขอื่น ๆ ในระบบราชการ หัวหน้าฝ่ายส่วนใหญ่ยังอยู่ได้บังคับบัญชาของวิชาชีพอื่น ๆ เช่น แพทย์ เกษัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทยมักจะทำงานด้านการนัดและตรวจวินิจฉัยก่อนการนัด หลายโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยจะทำหน้าที่ตรวจมากกว่าการนัดเพราะงานนัดจะมีหมอนวดที่ผ่านการอบรมทำหน้าที่อยู่ ยกเว้นในรายที่สำคัญเช่น อาการหนัก ๆ หรือมานวดหลายครั้งแล้วไม่หาย ส่วนในมหาวิทยาลัยแพทย์แผนไทยหรือนักศึกษาจะทำการนัดเอง การที่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่กำหนดให้ผู้ที่ทำการนัดส่วนใหญ่ก็คือหมอนวดที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยประมาณ 300 กว่าชั่วโมง ทำให้สถานะของงานการแพทย์แผนไทยดูต่ำต้อยไปอีก คือ หมอนวดไม่จำเป็นต้องมีวุฒิการศึกษาใด ๆ ก็สามารถปฏิบัติงานแทนผู้ประกอบวิชาชีพได้ทั้งที่การนัดเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ เมื่อมีหมอนวดทำการนัดแทนแล้วแพทย์แผนไทยก็มีบทบาทหลักแค่เป็นผู้ควบคุมกิจกรรม เช่น จัดคิว นัด ตารางเวรการนัดและรายงานสถิติการนัด ซึ่งเป็นงานที่ไม่ต้องใช้วิชาชีพที่เรียนมาเต็มที่

โดยเฉพาะผู้ที่จบแพทย์แผนไทยจากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และไปทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีหมอนวดจำนวนมาก สภาพการณ์ดังกล่าวอาจมีแนวโน้มให้แพทย์แผนไทยใช้ความรู้ความสามารถในการประกอบโรคศิลปะด้านการนวดน้อยลงจนอาจทำให้สถานะของวิชาชีพแพทย์แผนไทยตกต่ำลงได้

6.4.4 พื้นที่ยื่นของการแพทย์แผนไทย

งานที่แพทย์แผนไทยในภาครัฐไม่สามารถแสดงศักยภาพได้เต็มที่อีกงานที่สำคัญคือการตรวจรักษาด้วยตำรับยาแผนไทย รายการยามักจะไม่เพียงพอในการรักษาให้ครอบคลุมโรคต่างๆ งานการจ่ายยาหรือจำหน่ายยาจึงมักจะเป็นการจำหน่ายให้กับคนที่สนใจ เช่นผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้ หรือผู้ที่มารับการนวดในการรักษาต่อเนื่อง ในขณะที่ในภาคเอกชนงานเวชกรรมและเภสัชกรรมถือเป็นจุดแข็งที่มีอิสระในการประกอบวิชาชีพเต็มที่และรักษาได้ครอบคลุมหลายโรค สามารถปรุงยาให้เหมาะกับผู้ป่วยเฉพาะรายได้ ส่วนงานดูแลผู้ป่วยหลังคลอดที่กำลังเป็นที่นิยมในภาคเอกชนเพื่อดูแลทั้งสุขภาพและความงาม โรงพยาบาลรัฐหลายแห่งก็ได้นำไปดำเนินการด้วยเช่นกันและมักถูกนำไปใช้เป็นกิจกรรมหารายได้ให้กับสถานพยาบาลเช่นเดียวกับการนวดหรือการจำหน่ายยาสมุนไพร

“ของเรารัฐบาลไม่ส่งเสริม เพิ่งหันมาส่งเสริมไม่กี่ปีและก็ไม่จริงจัง บางคนเข้ามาทำโดยมีผลประโยชน์แฝง มันเลยไปไม่ถึงไหน เราต้องมีทุนกันเอง ทำเอง สู้ด้วยตัวเอง” (เพ็ญศรี สงวนทรัพย์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 4 สิงหาคม 2563)

อุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยในภาครัฐคือผู้บังคับบัญชา มักจะปิดกั้นการพัฒนาหรือปรับปรุงขยายงาน ไม่เพียงเรื่องนโยบายไม่สนับสนุนเท่านั้น การขยายงานด้านการนวดก็ทำได้จำกัด ไม่ว่าจะเป็นจำนวนหมอนวด การไม่ได้รับการปรับค่าตอบแทนตามสัดส่วนการนวดของหมอนวด การไม่ให้ทำงานนอกเวลาราชการ การไม่สนับสนุนการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในโรงพยาบาลและไม่สนับสนุนการสั่งใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งไม่สนับสนุนให้คนไข้มารับบริการนวด ด้านอาคารสถานที่ของงานแพทย์แผนไทยก็มักจะเป็นอาคารเก่าๆ ที่ปรับปรุงใหม่หรือ ตั้งอยู่ห่างออกไปจากอาคารหลักของโรงพยาบาล

โดยสรุป ปัญหาสถานะและการพัฒนาของการแพทย์แผนไทย มีความเกี่ยวข้องกับอำนาจทางแนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นรากฐานของการแพทย์แผนปัจจุบัน อำนาจของวิชาชีพแพทย์ที่มีต่อระบบการศึกษาที่ส่งผลโดยตรงต่อการผลิตแพทย์แผนไทย ทั้งพยายามจะยึดครองอำนาจการ

จัดการด้านสุขภาพของประชาชนไว้เพียงวิชาชีพเดียว และอำนาจรัฐที่มีต่อการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยในลักษณะถูกกระทำเชิงอำนาจ ในระบบทุนนิยม เพราะการแพทย์แผนไทยนั้นอยู่ในสถานะต่ำด้อยไร้อำนาจ ในขณะที่รัฐและวิชาชีพแพทย์มีและอาศัยอำนาจรัฐออกมาตรการที่เอื้อประโยชน์ในกับรัฐและวิชาชีพตนเอง และอุตสาหกรรมการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบทุนนิยมพร้อมกับกีดกัน ทำลายการแพทย์แผนไทยทั้งในตลาดและในคลินิกเวชปฏิบัติ สร้างความไม่เป็นธรรมให้กับแพทย์แผนไทยทั้งในภาครัฐและเอกชนและส่งผลกระทบต่อสถานะและการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ



บทที่ 7

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย” มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษากระบวนการทัศน์และการก่อรูปของการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย 2) เพื่อศึกษาอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยในสังคมไทย และ 3) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย โดยมีคำถามการวิจัย คือ การแพทย์แผนไทยมีการก่อรูปขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้กระบวนการทัศน์แบบใด มีอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร และจะมีแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยอย่างไร

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยนี้ โดยใช้ การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) การค้นคว้าจากเอกสารต่าง ๆ ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interviews) กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทยจำแนกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์แผนไทย 2) กลุ่มสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น ที่ทำงานร่วมกับแพทย์แผนไทย 3) กลุ่มผู้มารับบริการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย เพื่อศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปรัชญาทางการแพทย์แผนไทย อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย และมุมมองการจัดการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในส่วนต่าง ๆ ในเรื่องที่ศึกษา โดยอาศัยกรอบแนวความคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจต่อปัญหาพร้อมทั้งเสนอแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสังคมไทยให้กลับมามีบทบาทชัดเจนเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างมีศักดิ์ศรีในการรับใช้ประชาชนตามสถานะที่ควรจะเป็น โดยประเด็นที่นำเสนอในบทนี้มีดังนี้

7.1 กระบวนทัศน์แพทย์แผนไทย

7.2 อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย

7.3 แนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

7.4 ข้อเสนอแนะ

7.1 กระบวนทัศน์แพทย์แผนไทย

กระบวนทัศน์สุขภาพเป็นหัวใจของการปฏิรูประบบสุขภาพ ส่วนที่ลึกที่สุดของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การปฏิรูปทฤษฎี หรือทัศน์ หรือกระบวนทัศน์ เพราะทฤษฎีจะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งคงต้องดูที่การเปลี่ยนแปลงเพราะมนุษย์ในช่วงยุคต่าง ๆ คิดต่างกัน ไป และวิธีคิดในแต่ละยุคนี้ก็เชื่อมโยงไปสู่การคิดในเรื่องต่าง ๆ เรื่องสุขภาพก็เช่นกัน ดังนั้นก่อนที่จะนำกระบวนทัศน์ใหม่ไปใช้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเข้าใจรากฐานของวิธีคิดว่ามีกำเนิดมาอย่างไรและมีพัฒนาการอย่างไร กระบวนทัศน์สุขภาพที่เป็นอยู่ขณะนี้ เป็นกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์ อันเป็นแนวคิดหลักของการแพทย์สมัยใหม่/การแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับกระบวนทัศน์ของสุขภาพที่กำลังจะเปลี่ยนจากแนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์มาเป็นแบบบูรณาการจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เพราะกระบวนทัศน์ที่ไม่ลงตัวสามารถใช้ประโยชน์ได้ในบางช่วงหรือบางเรื่องแต่ในที่สุดจะเข้าสู่ความตีบตันเอง เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ คนยังคงเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นอีกเป็นจำนวนมาก ยังได้รับบริการสุขภาพไม่ทั่วถึง เกิดภาระมากขึ้นกับทุกฝ่าย เป็นต้น ปัจจุบันจึงมีความพยายามนำการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ และการแพทย์แผนไทยมาผสมผสานการรักษากับการแพทย์หลักเช่นการแพทย์แผนปัจจุบัน สิ่งสำคัญของการพิจารณาในเชิงกระบวนทัศน์ก็คือ กระบวนทัศน์มีฐานอยู่ที่ความศรัทธา ความเชื่อถือของคน และกระบวนทัศน์จะเริ่มต้นจากฐานใดฐานหนึ่งซึ่งเป็นพื้นฐานความคิดความเชื่อของฐานคิดนั้น ๆ และสืบเนื่องจากการมีพื้นฐานความเชื่อที่แตกต่างกัน จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกระบวนทัศน์ซึ่งกันและกันได้ กับทั้งไม่อาจผนวกเข้าด้วยกันได้ อันสืบเนื่องมาจากการมีฐานคิดที่แตกต่างกัน กระบวนทัศน์หนึ่ง ๆ ก็จะนำมาซึ่งวิธีการจัดการแบบหนึ่งซึ่งเป็นแบบเฉพาะอย่างของกระบวนทัศน์นั้น ๆ สิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจ คือ แต่ละกระบวนทัศน์ล้วนเกิดขึ้นท่ามกลางบริบทและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ความเข้าใจที่บกพร่องในระบบสุขภาพปัจจุบันคือ ความพยายามในการนำกระบวนทัศน์ที่แตกต่างกันมารวมอยู่ด้วยกัน เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียจากฐานคิดเดียวกัน เช่น กระบวนทัศน์ของการแพทย์แผนตะวันตก มีความแตกต่างจากกระบวนทัศน์การแพทย์แผนไทย สิ่งที่ตามต่อมาจากแนวคิดเชิงกระบวนทัศน์คือการเข้าถึงความรู้ การนิยามว่าสิ่งใดเป็นความจริงการศึกษาที่จะถ่ายทอดความรู้ผ่านครู ผู้สอนและผู้เรียน ตลอดจนระบบความรู้ต่างๆ

จากการศึกษาพบว่า กระบวนทัศน์แพทย์แผนไทย เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษาหรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค โดยยึดโยงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติ อันสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยและวิถีชีวิตแบบไทย ในมุมมองของ

แพทย์แผนไทยนั้นมีหลักคิดกว้าง ๆ คือ กลไกร่างกายของมนุษย์ นั้นประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ซึ่งมีระบบการควบคุมหลักคือ ตรีธาตุ เน้นความเป็นองค์รวมภายใน ตัวธาตุเฉพาะคน หรือธาตุเจ้าเรือน ซึ่งแตกต่างกับการแพทย์สมัยใหม่ที่มีแนวคิดแยกส่วน ลดทอน ร่างกายเป็นระบบกลไกคล้ายเครื่องจักร กระบวนทัศน์แบบแพทย์แผนตะวันตกจึงเอื้อไปสู่แนวคิด การจัดการร่างกายของมนุษย์ไปที่ละส่วน และแก้ปัญหาที่ตรงจุด และเพื่อให้ตรงจุดมากขึ้นจึงมีความพยายามแตกย่อยร่างกายของมนุษย์ออกไปให้ย่อยมากที่สุดเพื่อสะดวกแก่การควบคุมและการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด กระบวนทัศน์เช่นนี้จึงนำไปสู่การออกแบบเครื่องมือที่ทันสมัย เพื่อให้สามารถจัดการในส่วนที่บอบพร่องได้ชัดเจนที่สุด ตลอดจนการออกแบบยาเคมีเพื่อให้สามารถจัดการปัญหาความผิดปกติในอวัยวะที่พร่องนั้นให้ได้ผลมากที่สุด ในขณะที่กระบวนทัศน์การแพทย์แผนไทยมองร่างกายอย่างเป็นองค์รวม และร่างกายเป็นพื้นที่ในการประชุมของธาตุต่างๆ จึงมีความละเอียดลึกซึ้งมากในการตรวจพิจารณาธาตุทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายเพื่อสืบหา ความผิด ปกติของร่างกาย การจัดการกับร่างกายของมนุษย์ในแบบแพทย์แผนไทยนั้นจึงมุ่งไปจัดการกับร่างกายของคนแต่ละคนซึ่งมีความเป็นปัจเจก ความแตกต่างกันของธาตุถึงแม้จะมีอาการ/โรคลักษณะเดียวกันก็จะมีกลไกการเกิดโรคที่แตกต่างกันด้วยความต่างของธาตุกำเนิด นำไปสู่การรักษาที่มีความเฉพาะบุคคล

ถ้าหากจะทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่มีระบบความคิด ทฤษฎี การวินิจฉัยโรคการรักษาและการใช้ยาอย่างถูกต้อง เราจะต้องช่วยกันขุดค้น จัดระบบปรับปรุงให้ กระบวนทัศน์แพทย์แผนไทยมีระบบที่สมบูรณ์ในตัวเอง โดยไม่เอาทฤษฎีอื่น ๆ สอดแทรก เข้าไป หลังจากจัดเป็นระบบแล้ว จึงค่อย ๆ นำเอาความรู้ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เข้าไปช่วย ยกกระชับและพัฒนา ก็จะทำให้เรานอกจากจะสืบทอดการแพทย์แผนไทยอย่างไม่ลืมหูลืมตาแล้ว เรายังได้พัฒนาและเพิ่มอาวุธในการต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บของมนุษย์อีกแขนงหนึ่งด้วย

7.1.1 องค์รวมภายใน

กระบวนทัศน์แพทย์แผนไทย มองว่าสุขภาพคือ ความสมดุล เมื่อร่างกายมีความสมดุล ร่างกายก็จะมีสุขภาพดี มีความยั่งยืน สมดุลของสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อกายและจิต มีความสัมพันธ์ต่อกัน ทำงานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน โดยระบบการแพทย์แผนไทยนั้นเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต้องย้อนกลับไปถึงนิยามของการมีชีวิตในทัศนะของพระพุทธศาสนาอันเป็นรากเหง้าของการแพทย์แผนไทยว่าตัวเราหรือสัตว์ทั้งหลาย มีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วน ได้แก่ รูป (กาย) จิต และเจตสิก หรือเรียกว่า รูป กับ นาม (จิตและเจตสิก) ต่างอาศัยซึ่งกันและกัน โดยกลไกร่างกายของมนุษย์จะทำงานร่วมกันระหว่างกายกับจิต โดยการทำงานของกายจะถูกมองเป็นมหากุศ

รูป 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุไฟ ธาตุลม ความเป็นองค์รวมภายในธาตุแบบแพทย์แผนไทย มีความคล้ายคลึงกับสหชาตธรรมในทางพระพุทธศาสนา กล่าวคือ ธาตุทั้ง 4 นี้เป็นธรรมที่เกิดพร้อมกัน เกิดร่วมกัน ไม่ว่าจะปรากฏ ณ ที่ใด จะต้องปรากฏ ณ ที่นั้นครบทั้งคณะ คือ ครบทั้ง 4 ธาตุเสมอ เป็นนิจและแน่นอน ต่างกันแต่เพียงว่า อาจจะมีธาตุใดธาตุหนึ่งยิ่งและหย่อนกว่ากันเท่านั้น จะขาดธาตุใด ธาตุหนึ่งใน 4 ธาตุนี้ไปแม้แต่เพียงธาตุเดียว เป็น ไม่มีเลย กายนั้นมีองค์ประกอบ เช่น อวัยวะ โครงสร้างร่างกาย อาหาร สารอาหาร เลือด กล้ามเนื้อ เป็นต้น

ความแตกต่างของกระบวนการที่สัมพันธ์ตามแบบแพทย์แผนตะวันตกที่ส่งผลต่อวิธีการจัดการวิธีการรักษาร่างกายมนุษย์ ก็คือ การให้ความสนใจในสิ่งที่วัดได้ จับต้องได้ และมองเห็นได้ (Empirical Approach) ด้วยแนวทางการเข้าถึงความรู้เช่นนี้ ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกมุ่งให้ความสนใจต่อรูป (กาย) ในฐานะส่วนที่จับต้องได้ คาดคำนวณได้ วัดได้ และส่วนที่เป็นการทำงาน (Function) ของร่างกายก็จะให้ความสนใจกับสิ่งที่สามารถวัดได้เช่นกัน แม้จะมีการให้ความสนใจทางด้านจิตด้วย แต่ก็มุ่งเน้นไปที่ความสามารถในการวัดทางจิต แยกเป็นส่วนย่อยเพื่อให้สามารถวัดได้ในเชิงตัวเลขและการคาดคำนวณ ในขณะที่กระบวนการที่สัมพันธ์และวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ไม่ได้เป็นเช่นนั้น เพราะบางครั้งแม้จะเกิดความผิดปกติทางกายหากแต่คนนั้นยังสามารถทำงานและทำหน้าที่ได้ดี ก็จะต้องถือว่ายังมีสุขภาพดี เป็นจุดที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกับการแพทย์แผนไทย ที่มองว่าหากเกิดความผิดปกติของตัวธาตุภายในร่างกาย เกิดความไม่สมดุล ก็ถือว่าร่างกายของผู้นั้นเกิดความผิดปกติที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคในอนาคตได้ แพทย์แผนไทยจึงสามารถวินิจฉัยภาวะความผิดปกติก่อนเป็นโรคได้ เพื่อให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การปรับสมดุลร่างกายแก่ผู้ป่วยเป็นการป้องกันการเกิดโรคในอนาคต คนที่เป็นโรค มีรอยโรคหรือคิดว่าเป็นโรค ไม่จำเป็นต้องเป็นคนที่มีสุขภาพไม่ดี หรือคนที่ไม่เจอรอยโรคก็ได้แปลว่ามีสุขภาพดีเพราะต้องดูที่การทำหน้าที่ของร่างกายด้วย

ในส่วนของการทำงานของจิตนั้นเป็นนามธรรมที่ดูจะเข้าใจยากแต่โดยสรุปคือเป็นตัวรับรู้ ความคิดนึกต่าง ๆ และจะส่งผลต่อตัวธาตุต่าง ๆ ในร่างกาย การแพทย์แผนไทยมักให้ความสำคัญต่อตัวจิต ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดความผิดปกติของร่างกายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว กล่าวคือ สภาพจิตใจที่ผิดปกติส่งผลให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ จิตมีองค์ประกอบ เช่น อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ความเชื่อ ความศรัทธา เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระบบร่างกายภายใน ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าเป็น โรคอะไร หากแพทย์แผนปัจจุบันยังคงสนใจแต่เฉพาะ โรคที่รู้ ซึ่งเกิดขึ้นน้อยกว่าโรคที่ไม่รู้ จนทำให้ละทิ้งปัญหาไป ทั้งที่บางทีอาจ

ไม่ต้องรู้โรค แต่รู้ตัวปัญหา ก็สามารถรักษาได้ เช่นการมองความเป็นองค์รวมกายใจแบบแพทย์แผนไทย

พระพุทธศาสนาถือว่าชีวิตหนึ่ง ๆ ซึ่งยังต้องเวียนว่ายตายเกิดในวัฏสงสารต้องพบกับความทุกข์ 4 ประการ อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ คือการเกิด แก่ เจ็บ ตาย สัจธรรมทั้ง 4 อย่างนี้เป็นธรรมดาของชีวิตอันนำมาซึ่งทุกข์ที่หม่อมมนุษย์ผู้ยังไม่ถึงความหลุดพ้นจากอวิชชาต้องประสบพบเจอ โดยการแพทย์แผนไทยมองสภาวะทั้ง 4 นี้ว่าเป็นเรื่องธรรมดาตามธรรมชาติของมนุษย์เช่นกัน ในแต่ละสภาวะทุกข์ทั้ง 4 แพทย์แผนไทยมักจะทำความเข้าใจโดยยึดหลักความเป็นองค์รวมทั้งกายใจที่ทำงานสอดคล้องประสานกันอย่างลงตัว ตั้งแต่เรื่องการเกิดซึ่งการแพทย์แผนไทยอธิบายว่า มนุษย์กำเนิดจากกรรมมารดาโดยเลือดของพ่อกับน้ำเลือดของแม่ มารวมกันกลายเป็นน้ำเลือดของลูก (เลือดก้อนใหม่) ตามคัมภีร์ปฐมจินดาบอกว่า “เมื่อตั้งครรภ์ได้ 5 เดือนจึงมีจิตแลเบญจขันธ์พร้อม” บ่งบอกว่าการเกิดทางการแพทย์แผนไทยต้องประกอบไปด้วยกาย คือธาตุทั้ง 4 ที่ประกอบเป็นร่างกายมนุษย์และจิตที่เป็นตัวรับรู้อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ผ่านทางน้ำเลือดของพ่อและแม่ตั้งแต่การเริ่มมีการปฏิสนธิโดยที่จิตจะเริ่มทำงานเมื่ออายุครรภ์ได้ 5 เดือน ทั้ง 2 ส่วนนี้จะสมบูรณ์เมื่อตัวธาตุภายในร่างกายและจิตใจของผู้เป็นแม่มีความถึงพร้อมจึงจะให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพดีขึ้นได้ ส่วนการเกิดในทางการแพทย์แผนปัจจุบันอาจมองแค่ว่าเป็นเพียงการผสมกันระหว่างไข่จากแม่และอสุจิจากพ่อแล้วเกิดเป็นตัวอ่อนที่พัฒนาเป็นทารกต่อไป จึงมีนวัตกรรมการผสมเทียมมากมายเกิดขึ้นในผู้ที่เข้าค่ายมีบุตรยาก แต่กลับเห็นว่าบางรายทำตามวิธีผสมเทียมก็ครั้งก็ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้เนื่องมาจากความไม่สมดุลภายในร่างกายของมารดานั่นเอง ความแก่ในทางการแพทย์แผนไทย อธิบายว่า เกิดจากการทำงานของธาตุไฟที่มีชื่อว่าไฟจิรฉกคิ คือไฟที่ทำให้แก่คร่ำคร่า โดยไฟตัวนี้จะเริ่มทำงานตั้งแต่เกิดจนสิ้นอายุ โดยจะทำงานสัมพันธ์กับอารมณ์ กล่าวคือ คนที่อารมณ์ร้อน หงุดหงิดง่ายก็จะส่งผลให้ไฟจิรฉกคิทำงานมากขึ้นทำให้มีภาวะแก่ก่อนวัย ดังนั้นการชะลอความแก่ในทางการแพทย์แผนไทยจึงมุ่งเน้นที่การปรับที่จิตใจที่เป็นต้นทางของอารมณ์ที่ไม่ปกติ สังเกตผู้ที่ปฏิบัติธรรมอย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จิตใจผ่องใสก็แสดงออกทางหน้าตาที่สดชื่น ร่างกายที่สุขภาพดี

ในขณะที่เมื่อพิจารณากระบวนการที่แตกต่าง เช่น กระบวนการสนตามแพทย์แผนตะวันตกในเรื่องของศาสตร์การชะลอวัยในทางการแพทย์สมัยใหม่ มักจะมุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนช่วย เช่น การทำกิเลชั่น (การล้างพิษหลอดเลือด) การทำศัลยกรรมตกแต่งเพื่อลดความเหี่ยวย่นของผิวหนัง การใช้อาหารเสริมต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องของวัตถุ หรือ

รูปกายที่ไม่เน้นการให้ความสำคัญกับเรื่องทางใจ การจัดการกับกายเป็นเรื่องง่ายกว่าการจัดการทางใจ และทำให้ธุรกิจที่มีการจัดการทางกายเป็นธุรกิจที่มีแนวโน้มเติบโตสูงในยุคทุนนิยมที่คนใช้เงินเพื่อซื้อความสุข

สำหรับกระบวนการทัศน์ทางการแพทย์แผนไทย และวิธีการจัดการกับการเจ็บป่วยจนถึงการตายในทางการแพทย์แผนไทยก็มักจะพิจารณาความผิดปกติทั้งทางกายและใจร่วมกัน เมื่อถึงภาวะธาตุออกจากกายหรือใกล้สิ้นชีพแพทย์แผนไทยก็จะให้การดูแลระดับประคองธาตุจนธาตุในร่างกายดับหมดทุกธาตุคือการตายอย่างสมบูรณ์อย่างสงบ ส่วนการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งยึดแนวคิดวิทยาศาสตร์เป็นหลักก็มักจะใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นด้วยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์มาช่วยในการตรวจวินิจฉัยรวมไปถึงขั้นตอนการรักษา ในภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จนเมื่อถึงช่วงเวลาที่ร่างกายดำเนินไปสู่ความตายก็ยังคงใช้เครื่องมือต่าง ๆ นี้เพื่อยืดชีวิต แม้บางรายที่สัญญาณชีพกลับมาทำงานปกติแต่ร่างกายไม่ตอบสนองก็ยังคงใช้เครื่องมือเหล่านั้นเพื่อทำเสมือนผู้ป่วยยังมีชีวิตทั้งที่แท้จริงแล้วควรปล่อยให้วาระสุดท้ายของชีวิตได้จากไปอย่างสงบ

จะเห็นว่ากระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทยที่มองว่าสุขภาพคือ ความสมดุลของการทำงานของกายและจิตที่ทำงานสอดคล้องกันอย่างลงตัว เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกายใจ โดยอาศัยแนวคิดหลักจากพระพุทธศาสนา ที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะอันเป็นทุกข์ ตั้งแต่การเกิดการแก่ การเจ็บ และการตาย อันเป็นวัฏสงสารของมนุษย์อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง

7.1.2 อาหารเป็นยา

ในพระพุทธศาสนาได้กล่าวถึง อาหารคือสิ่งบำรุงเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าขาดอาหารเสียแล้วชีวิตเราก็จะอยู่ไม่ได้ โดยต้องเกิดภายในสัตว์ คือในสิ่งที่มีชีวิตเพราะอาหารชกลาปจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยโอชาที่อยู่ในร่างกายของสัตว์ เป็นผู้อุดหนุนโอชาที่อยู่ในอาหารต่าง ๆ นอกกร่างกายนั้น อาหารชกลาป คือ กลุ่มรูปที่เกิดจากอาหาร คนสัตว์จะมีชีวิตอยู่ได้ก็ต้องอาศัยอาหารทั้งนั้น อาหารมีทั้งชนิดที่เป็นรูปเรียกว่า รูปอาหาร และอาหารที่เป็นนาม เรียกว่า นามอาหาร อาหารชกลาปแบ่งเป็น 2 ประเภท มีดังนี้

1) กลุ่มของรูปที่เกิดจากอาหารที่เรารับประทานเข้าไปที่ยังไม่ย่อย จึงไม่ทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า แข็งแรงขึ้น หรือเมื่อกินเข้าไปแล้ว กลับทำให้ร่างกายรู้สึกอึดอัดไม่สบาย หมายความว่า อาหารชกลาปเหล่านี้ ถ้ากินอาหารมากไปก็ไม่สบายตัว แต่ถ้ากินน้อยเกินไปก็ไม่เพียงพอต่อการหล่อเลี้ยงร่างกาย

2) อาหารที่ย่อยเป็น โอชะ (สารอาหาร) แล้วทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า แข็งแรง

ดังนั้นการแพทย์แผนไทยจึงให้ความสำคัญกับอาหารที่รับประทานเข้าสู่ร่างกายมาก เพราะเป็นหนึ่งในมูลเหตุที่ก่อให้เกิดโรค ดังที่กล่าวไว้ในตำราเวชศาสตร์ว่า อาหารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเลี้ยงร่างกาย แต่ถ้าไม่ระวัง การบริโภคมากเกินไปโดยไม่รู้ปริมาณในอาหาร หรือตนเคยบริโภคเพียงไร แต่บริโภคน้อยกว่าที่เคยหรืออาหารนั้นเป็นของบูดของเสีย และที่ควรจะทำให้สุกเสียก่อน แต่ไม่ทำให้สุก หรือของที่มีรสแปลกกว่าที่ตนเคยบริโภค ก็บริโภคจนเหลือกิน ไม่ใช่ชิมดูแต่พอรู้รส และบริโภคอาหารไม่ตรงกับเวลาที่เคย เช่น ตอนเช้าเคยบริโภคอาหาร ไม่ได้บริโภคปล่อยให้ล่วงเลยไปจนเวลาบ่าย การที่บริโภคอาหารโดยอาการต่างๆ นี้ ย่อมทำให้ปกติธาตุในกายแปรไป โรคก็มีขึ้นในกาย จัดได้ชื่อว่า โรคเกิดเพราะอาหาร

การบริโภคมากเกินไปปกติ คือ รับประทานเกินอิม เกณฑ์ของคำว่า อิม หมายถึง หายหิว หากเราเรารับประทานอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด อาหารจะค่อยๆ ซึมซาบเข้าไปหล่อเลี้ยงร่างกาย แต่หากรับประทานอาหารเร็วเคี้ยวไม่ละเอียดและรับประทานจนอิม จะรู้สึกแน่นท้อง เนื่องจากรับประทานอาหารเกินอิมหรือบริโภคมากเกินไปปกติ

การบริโภคน้อยกว่าที่เคย คือ การรับประทานน้อยกว่าที่เคยรับประทานอยู่เป็นประจำ เนื่องจากร่างกายของคนเรานั้นมีการเผาผลาญคือมีไฟสำหรับเผาอาหารหรือที่เรียกว่า ปริณามัคคี เมื่อรับประทานอาหารน้อยกว่าที่เคยรับประทาน ทำให้มีอาหารน้อยลงแต่ไฟเผาอาหารยังคงมีอยู่เท่าเดิม เนื่องจากไฟในร่างกายเคยชินกับปริมาณอาหารที่จะเผา ไฟที่เกินมานี้จึงเผากระเพาะอาหารแทนอาหาร ทำให้เกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหารได้

อาหารนั้นเป็นของบูดของเสีย หมายถึง อาหารที่ไฟในอาหารเสียไปแล้ว หากรับประทานเข้าไปจะส่งผลให้ไฟในร่างกายเสียไปด้วย เช่น โยเกิร์ต นมเปรี้ยว เป็นต้น โดยในสมัยพุทธกาล พระพุทธเจ้าก็นำนมที่บูดเพื่อช่วยในการระบายถ่ายท้อง เป็นการบ่งบอกว่าหากถ่ายไม่ออก มีอาการท้องผูกให้ดื่มนมปกติที่ยังไม่บูดก็จะสามารถช่วยให้ขับถ่ายได้ แต่หากไม่ถ่ายจริงๆ การดื่มนมบูดเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้ถ่ายได้แล้ว แต่ในยุคสมัยปัจจุบันการดื่มนมเปรี้ยว โยเกิร์ตซึ่งเป็นนมที่บูดกันเป็นประจำ จึงทำให้การขับถ่ายไม่ปกติตามไปด้วย

อาหารควรจะทำให้สุกเสียก่อน คือ การรับประทานของดิบร่างกายจะต้องใช้ไฟในการย่อยอาหารมากขึ้น ปกติร่างกายของคนเราต้องการไฟที่อุ่นพอดี หากไฟเผาอาหารเกินพอดีทำให้ร่างกายร้อนขึ้น ร่างกายจะสะสมความร้อนไว้บ่อยครั้งเข้าจึงเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารที่มีไฟธาตุไม่ใช่อาหารที่ไม่มีไฟอยู่แล้ว คำว่าอาหารดิบนั้นไม่ใช่เฉพาะเนื้อสัตว์แต่รวมถึงผักดิบด้วย เพราะผักดิบต้องใช้ไฟในการย่อยอาหารมาก และปัจจุบันมีการใช้ยาฆ่าแมลงในการปลูกผัก การรับประทานผักดิบบ่อยครั้งหรือรับประทานครั้งละมาก ๆ จึงทำให้เกิดความร้อนสะสมในร่างกาย ทำให้ป่วยเป็นโรคได้ง่าย เช่น ผื่นคัน ภูมิแพ้ ปวดศีรษะบ่อย ๆ เป็นต้น การ

รับประทานผักที่ถูกต้องการจะเป็นผักที่สูงแล้ว เช่น ผักต้ม ผักลวก เป็นต้น หากต้องการรับประทานผักดิบควรเป็นผักที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม คนที่รับประทานเป็นประจำอยู่แล้วก็สามารถรับประทานได้ แต่คนที่ไม่เคยรับประทานมาก่อน ไม่ควรรับประทานในปริมาณมาก

รสแปลกกว่าที่คนเคยบริโภค คือ ปกติร่างกายของคนเราจะเคยชินกับอาหารรสใดก็รับประทานอาหารรสนั้น แต่หากรับประทานอาหารที่มีรสแปลกกว่าที่เคยไปมากก็จะทำให้เกิดความผิดปกติแก่ร่างกายได้ เช่น ไม่เคยรับประทานอาหารรสเปรี้ยว เมื่อรับประทานรสเปรี้ยวมากก็จะไม่สบายท้อง หรือปกติไม่เคยรับประทานอาหารรสเผ็ด เมื่อรับประทานอาหารรสเผ็ดจะทำให้ท้องผูก เป็นต้น หากต้องรับประทานอาหารที่ไม่เคยรับประทานมาก่อนควรเริ่มจากการชิมต่อจากนั้นค่อย ๆ ปรับปริมาณอาหารเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ปรับตัว การรับประทานอาหารนั้นต้องไม่รับประทานอาหารรสจัด สามารถรับประทานได้ทุกรสให้มีความหลากหลายแต่ต้องไม่มีรสใดจัดเลย เนื่องจากอาหารรสจัดจะทำให้ร่างกายมีความร้อนมากเกินไป นิยามคำว่ารสจัดไม่ได้หมายถึงรสเผ็ดเพียงอย่างเดียวแต่รวมถึงรสหวานจัด รสเปรี้ยวจัด รสมัน รสเค็ม แต่ถ้าเป็นรสเผ็ดร้อนจะมีประโยชน์มากเพราะกระตุ้นให้ลมไหลเวียนทั่วร่างกาย

รับประทานอาหารตามถิ่นที่อยู่อาศัย อยู่ที่ไหนรับประทานพื้นถิ่นนั้น ๆ เพราะร่างกายคนท้องถิ่นมักเหมาะกับพืชผักที่ขึ้นในท้องถิ่นนั้น ๆ ส่วนสาเหตุที่คนที่อยู่ภาคใต้นิยมรับประทานอาหารรสเผ็ด เนื่องจากภาคใต้ของประเทศไทยมีภูมิอากาศที่ร้อนชื้นติดทะเลจึงได้รับอิทธิพลของลมทะเลเสมอ ร่างกายของคนท้องถิ่นลมในร่างกายจะเคลื่อนยาก ผิวจะมันง่ายจึงต้องรับประทานอาหารรสเผ็ดเพื่อขับเหงื่อขับกลิ่นคาวทะเล คนท้องถิ่นจึงนิยมรับประทานอาหารรสเผ็ดแต่ไม่เหมาะกับคนที่อยู่ไกลจากทะเล ไม่ได้รับอิทธิพลจากทะเล เพราะจะทำให้ร่างกายร้อนขึ้น ส่วนวัฒนธรรมของคนภาคอีสานนิยมรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ จึงต้องใช้รสเผ็ดเพื่อกลบกลิ่นคาวนั้น ๆ จึงกลายเป็นความเคยชินว่าอาหารอีสานต้องมีรสชาติเผ็ดจัดจ้าน รวมไปถึงการกินพืชผักท้องถิ่น สมุนไพรพื้นบ้านเพราะธรรมชาติมีการรักษาสมดุลอยู่เสมอ บริเวณไหนที่มีพืชชนิดใดขึ้นมากบริเวณนั้นมักจะมีคนและสัตว์ที่อาศัยอยู่มักจะเจ็บป่วยด้วยอาการ/โรคที่ต้องใช้พืชสมุนไพรที่มีขึ้นอยู่ในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น ในแถบชายหาดมักจะมีผักบั้งทะเลขึ้นมากเพื่อใช้ในการรักษาพิษจากแมงกระพรุน เป็นต้น อีกทั้งในสังคมปัจจุบันนี้คนมักจะเลือกซื้อพืชผักจากตลาดซึ่งได้จากการเกษตรแบบอุตสาหกรรมที่มีผักให้บริโภคไม่หลากหลาย เช่น กะหล่ำปลี คะน้า แดงกวา ผักกาดขาว เป็นต้น และยังมีสารเคมีจากการเพาะปลูกติดมามากมายจากเทคโนโลยีทางการเกษตรแบบใหม่ที่น่ามาใช้ จนทำให้การบริโภคผักในยุคนี้เสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติมากกว่าผู้ที่ไม่ชอบบริโภคผักเสียอีก

บริโภคอาหารไม่ตรงกับเวลาที่เคยบริโภค การรับประทานอาหารเช้าควรรับประทานอาหารเช้าในแต่ละมื้อให้อยู่ในช่วงเวลาตามกาลสมุฏฐาน จึงถือว่ารับประทานอาหารเช้าตรงเวลา ถ้ารับประทานอาหารเช้าผิดเวลา คือ ไม่อยู่ในช่วงกาลสมุฏฐาน ก็จะทำให้ร่างกายมีไฟที่ผิดปกติได้

หากเคยรับประทานอาหารเช้าเวลาไหนก็ควรรับประทานเวลาเดิม เนื่องจากไฟเผาอาหารจะทำงานในเวลาเดิมของทุกวัน ปริมาณอาหารที่ควรรับประทาน มื้อเช้าสามารถรับประทานปริมาณมากได้ มื้อเที่ยงปริมาณอาหารลดลง เย็น ปริมาณอาหารน้อยที่สุด เนื่องจากช่วงพระอาทิตย์ขึ้นร่างกายยังทำงานอยู่ สามารถใช้พลังงานจากอาหารที่รับประทานได้ ส่วนหลังพระอาทิตย์ตก ร่างกายต้องการพักผ่อน จึงไม่ควรรับประทานอาหารเช้าปริมาณมากในมื้อเย็น เพราะเป็นการกระตุ้นไฟเผาอาหารออกมามาก จะทำให้การนอนหลับมีปัญหาตาม

จะเห็นว่าการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับการกินอาหารที่ได้กล่าวไว้เป็นตัวอย่างข้างต้นซึ่งเป็นการลดมูลเหตุที่ก่อให้เกิดโรค กล่าวคือลดเหตุปัจจัยที่จะทำให้ธาตุภายในร่างกายผิดปกติจนเกิดความไม่สมดุล เกิดโรคขึ้น โดยเฉพาะเรื่องอาหารที่คนต้องรับประทานเข้าสู่ร่างกายในทุกๆวัน ดังนั้นการกินอาหารที่ดี ถูกต้องตามหลักการแบบแพทย์แผนไทยถือว่าเป็นการกินอาหารเป็นยาเพื่อช่วยดูแลรักษาร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ แต่หากกินอาหารผิดหลักก็เป็นเสมือนยาพิษก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมากมาย

7.1.3 รสยาปรับสมดุล

เรื่องรสนั้น เป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยในการใช้รสของยาในการรักษา ความผิดปกติอันเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุในร่างกาย ความสมดุลในความหมายทางแพทย์แผนไทย คือธาตุทั้ง 4 บริบูรณ์ แต่ละองค์ประกอบธาตุทำงานอย่างเป็นธรรมชาติเป็นไปตามเหตุตามปัจจัย โดยรสแต่ละรสก็จะบ่งบอกถึงสรรพคุณของสมุนไพรชนิดนั้นๆ รสยาที่ถูกกล่าวถึงและมีอิทธิพลมากในการศึกษาสรรพคุณยา คือ รสยา 9 รส ได้แก่ รสฝาด รสหวาน รสเมาเบื่อ รสขม รสเผ็ดร้อน รสมัน รสหอมเย็น รสเค็ม รสเปรี้ยว และบางตำราอาจเพิ่มอีกรสเป็น 10 รส คือ รสจืด การกล่าวถึงรสนี้ในคัมภีร์ตำราการแพทย์แผนไทยเน้นที่การใช้รสยาเป็นตัวแทนหรือตัวบ่งชี้สรรพคุณยา ถึงแม้มิได้บันทึกนิยามโดยตรง แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่ารสนี้ที่กล่าวถึงนั้นมีลักษณะเป็นรสที่รับรู้ได้ด้วยลิ้น กลิ่น รวมทั้งยังเป็นผลของยาต่อร่างกาย นอกจากนี้องค์ความรู้เรื่องรสนี้มาใช้ในการรักษาแก้อาการความผิดปกติต่างๆ แล้วยังนำองค์ความรู้นี้มาปรับใช้ในการดูแลตนเองเบื้องต้นเพื่อปรับสมดุลร่างกายและรักษาอาการเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง รสยาอันเป็นเสน่ห์ของแพทย์แผนไทยนอกจากจะใช้เพื่อรักษาอาการเมื่อยามเจ็บป่วยแล้วยังมีคุณในการใช้เพื่อการปรับสมดุลธาตุภายในร่างกายให้เข้าสู่ภาวะสมดุลเพื่อทรงไว้ซึ่งสภาวะธาตุที่บริบูรณ์ ลดการฟุ้งพាយ อันเป็น

เป้าหมายของการดูแลตนเองในแบบแพทย์แผนไทยสิ่งสำคัญของรศยาตามแบบแพทย์แผนไทยที่สะท้อนถึงกระบวนการทัศนทางการแพทย์แผนไทย คือ การที่ความเจ็บป่วยนั้นสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคน เช่น คนรู้จักที่จะกินอาหารที่มีในพื้นที่นั้น โดยอาหารนั้นมีทั้งพืช ผัก ผลไม้ที่ขึ้นอยู่ตามสภาพภูมิประเทศนั้น ๆ และอาหารแต่ละอย่างก็มีรสที่แตกต่างกัน สำหรับอาหารของครอบครัวไทยในสมัยดั้งเดิมจึงมักจะหนีไม่พ้นน้ำพริกที่ใช้เป็นเครื่องเชื่อมให้สามารถรับประทานผักและผลไม้ได้อย่างหลากหลายตามความต้องการในร่างกายของแต่ละคน และการที่คนจะรู้ว่าร่างกายของตนขาดอะไรนั้นก็ขึ้นอยู่กับการที่ต้องสังเกตตัวเอง และต้องฟังตนเองเป็นหลัก

7.1.4 การดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทย

ในทางการแพทย์แผนไทยได้กล่าวถึงเหตุของความเจ็บป่วยนำมาซึ่งโรคทั้งปวงที่เกิดขึ้นแก่มนุษย์ หรือที่เรียกว่า “มูลโรค” นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากมูลเหตุมาแต่พฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ ได้แก่ การกระทบร้อน-เย็น อาหาร อิริยาบถ อดนอน อดข้าว อดน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ ดังนั้นหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ก็จะทำให้ร่างกายเกิดความไม่สมดุลก่อให้เกิดโรคหรือความผิดปกติต่าง ๆ ขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวยิ่งจะทำให้การหายจากโรคที่เป็นล่าช้า หรือรักษาวิธีใดก็ไม่หายด้วยเหตุเกิดจากไม่ปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั่นเอง เป้าหมายของการดูแลตนเองแบบแพทย์แผนไทยคือรู้จักการพึ่งพาตนเอง ต้องอธิบายให้คำแนะนำในการใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับร่างกายของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันเพื่อเป็นการปูพื้นฐานให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดีในอนาคต ห่างจากโรคภัยต่าง ๆ โดยผ่านการให้คำแนะนำตามมูลเหตุการเกิดโรคทางการแพทย์แผนไทย ในเรื่องของกรมี อิริยาบถทั้ง 4 ให้ถูกต้องสมดุล ทั้งท่าเดิน ท่านั่ง ท่านอนและท่ายืน การอดนอน เป็นมูลเหตุให้เกิดโรค การนอนตามปกติ จึงควรนอนเกิน 4 ชั่วโมง และอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ 22.00 – 02.00น. การอดน้ำ การดื่มน้ำในแต่ละวันนั้นต้องดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่ไม่ใช่การใช้เกณฑ์ 8-10 แก้วต่อวัน หลักของการแพทย์แผนไทยมีหลักหลักเกณฑ์ในการประเมินว่าดื่มน้ำพอหรือไม่ การกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ การขับถ่าย คือ การขับถ่ายความร้อนที่เสียออกมา การกลั้นไว้คือการบังคับความร้อนที่ต้องเอาออกไม่ให้เอาออกแล้วหมุนกลับไปใช้ซ้ำ เป็นผลเสียต่อร่างกาย การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายและการทำงานถือเป็นการออกกำลังกายซึ่งต้องทำเพียงพอดี การออกกำลังกายเชิงแผนไทย คือ การขยับเขยื้อนร่างกายต่อเนื่อง แล้วเริ่มมีเหงื่อออก จุดประสงค์คือต้องการให้ลมในร่างกายเคลื่อน และมีการระบายความร้อนออกเล็กน้อย เมื่อคืนมีการขยับ ลมเคลื่อน ไฟกระจาย น้ำมีการเคลื่อนไหวก็เพียงพอแล้ว ในส่วนระยะเวลาขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญกับความเศร้า

โศกเสียใจ การคิดแบบไม่ผ่อนคลาย คิดเรื่องเดิมซ้ำ ๆ คิดเป็นจริงเป็นจัง หงุดหงิด ไม่ได้ตั้งใจ ก็ถือว่าเศร้าโศกเสียใจ เป็นภาวะที่สภาพจิตไม่ปกติ ร่างกายจะไม่ปกติตาม เช่นเดียวกับ โทสะ คือ ภาวะที่ความร้อนในใจเพิ่มขึ้นแล้วสุ่มอยู่ภายใน ความโกรธ โมโห ทำโดยไม่มีสติ ทำด้วยโทสะ อารมณ์ โทสะนั้นจะทำให้เกิดภาวะผิดปกติ เพราะหากจิตใจดีร่างกายจะปกติดีตาม

โดยสรุป มูลเหตุการเกิดโรคเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นที่ประชาชนต้องเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในสภาวะปกติและเมื่อยามเจ็บป่วยที่เหมาะสมซึ่งส่งผลต่อการหายของโรคและการดำรงชีวิตต่ออย่างมีคุณภาพ ลักษณะของการดูแลตนเองที่สะท้อนถึงกระบวนการทางการแพทย์แผนไทย คือ การให้ความสนใจกับโรคที่เกิดกับกายและใจ และสัมพันธ์กับกิเลสในตัวมนุษย์ การเกิดโรค ๆ หนึ่งในทัศนะของการแพทย์แผนไทย ไม่ใช่เฉพาะการเกิดโรคทางกายหรือความผิดปกติทางกายเท่านั้น แต่โรคทางกายมีมูลเหตุมาจากฐานทางจิตใจด้วย และความเจ็บป่วยทางใจก็มีเหตุจากการไม่ระงับกิเลส ดังนั้นตามหลักการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยจึงต้องรู้จักที่จะดูแลตัวเองให้พ้นจากการเกิดกิเลสทางใจ และการดูแลตนเองจากอาหารการกินที่อยู่ในชีวิตประจำวันของคน หลักการของการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับการลดละกิเลสที่จะเป็นบ่อเกิดของโรค ไม่ว่าจะกิเลสนั้นจะอยู่ในรูปของโลภะ โทสะ โมหะ ที่เมื่อจิตไม่ได้ตั้งใจที่มุ่งหวังก็จะเกิดความเครียดและก่อให้เกิดเซลล์โครงสร้างที่ผิดปกติ ดันพิษร้อนออกมานอกร่างกายในลักษณะของก้อนเนื้อ ก้อนเลือดหรือสิ่งที่คิดว่าแปลกปลอม และเมื่อเข้าของร่างกายยังอ่านสัญญาณของร่างกายไม่ออก ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ก็อาจจะทำให้หายขาดจากโรคได้ยาก

7.2 อุดมการณ์การแพทย์แผนไทย

7.2.1 ความเป็นหมอแบบแพทย์แผนไทย

การฝึกฝนการเป็นแพทย์แผนไทยสิ่งที่ต้องรู้ คือ กิจ 4 ประการ ได้แก่ รู้ที่แรกเกิดของโรค รู้จักชื่อโรค รู้ยาสำหรับแก้โรค รู้ว่ายาอย่างไรจะควรแก้ด้วยโรคใด ความชำนาญนี้จึงจะเรียกว่าเป็นหมอแพทย์แผนไทยที่ได้ชื่อว่าเป็นเสกฐญาณแพทย์ คือ แพทย์ที่รู้ยิ่งกว่าแพทย์ทั้งหลาย คือ ต้องมีความรู้ในหลายศาสตร์ทั้งเวชศาสตร์ โสยศาสตร์ ภูมิศาสตร์ จริยศาสตร์ความเป็นแพทย์ เป็นต้น

ความเป็นหมอแพทย์แผนไทยมีความแตกต่างกับวิชาชีพแพทย์ที่นำมาผูกโยงกับระบบการศึกษาในปัจจุบัน ในเรื่องของการใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีความเห็นอกเห็นใจ มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ไม่ยกตนข่มท่าน กล่าวคือ ความเป็นหมอจะได้รับความเชื่อมั่น ศรัทธาอย่างสูงจากผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจในการจะพูดคุยอาการความเจ็บป่วยของตนรวมถึงสาเหตุที่ทำให้

เจ็บป่วยอย่างเปิดใจ และยังเป็นที่น่าเชื่อถือของประชาชนในพื้นที่ ด้วยความที่เมื่อยามเจ็บป่วยก็จะมาขอความช่วยเหลือ หมอแพทย์แผนไทยก็จะให้การรักษาด้วยความเมตตา ช่วยเหลือแบบไม่หวังสิ่งตอบแทนหวังเพียงให้ผู้ป่วยพ้นจากทุกข์เวทนา อีกหนึ่งความต่างของความเป็นหมอแบบแพทย์แผนไทยคือ หมอจะไปให้การรักษาในทุกที่มีผู้ป่วย หรือให้การรักษาที่บ้านของตน ซึ่งแตกต่างจากหมอสมัยใหม่ที่จะประจำที่โรงพยาบาลหรือสถานที่ที่จัดขึ้นเพื่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่บ้านทำให้เกิดขวัญกำลังใจที่ดีเนื่องจากได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัว เมื่อใจดีอาการทางกายก็ฟื้นฟูได้เร็วขึ้น

ประเด็นที่น่าสนใจคือการวิเคราะห์อัตลักษณ์ความเป็นวิชาชีพของการแพทย์แผนไทยกับแผนปัจจุบันที่มีเส้นแบ่งรอยต่อคือความเป็นนักวิชาชีพแพทย์ หรือกล่าวอีกทีก็คือ การศึกษาการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน ได้ถูกระบบการศึกษาตามแนวทางสมัยใหม่ดึงเข้าสู่ระบบ และอาจทำให้ทำลายความเป็นอัตลักษณ์ดั้งเดิมของการแพทย์แผนไทยลงไป

ความแตกต่างของการแพทย์แผนไทยดั้งเดิมที่หมอแผนไทยไม่ต้องได้รับเกียรติบัตรวิชาชีพหรือใบเฉพาะทาง ก็เพราะการรับรองความเป็นหมอที่สามารถช่วยชีวิตคนได้นั้นมาจากการยอมรับ นับถือ ศรัทธาของคนที่ได้รับการรักษา เป็นอัตวิสัย (Subjective) อย่างแท้จริง แต่เนื่องจากอัตวิสัยนี้เป็นสิ่งที่ระบบที่เชื่อมั่นในการวัดและคาดค่านวณ ได้พยายามขจัดให้หมดไป เพราะอัตวิสัยส่วนหนึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัด คาดค่านวณ ได้ เช่น “ความรู้สึกความใกล้ชิดระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย” เป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้ เป็นความรู้สึกเฉพาะตัวภายในบุคคล (Interpersonal) ที่กระบวนทัศน์แบบแยกส่วนไม่ถือว่าเป็นวิชาชีพของมืออาชีพ (Professional) ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเป็นมืออาชีพ การรักษาจึงต้องขจัดสิ่งที่วัดไม่ได้ออกไป จัดตั้งให้การรักษาอยู่ภายในสถานที่ตั้งอย่างเป็นทางการ มีระบบ ระเบียบแบบแผนที่เป็นมาตรฐานในทัศนะของกระบวนทัศน์ที่มีความเชื่อถือศรัทธาในแนวทางนี้ ดังนั้นเมื่อแนวทางของการแพทย์แผนไทยที่เน้นเรื่องความใกล้ชิดกับผู้ป่วยของแพทย์แผนไทย การที่หมอแผนไทยจะไปรักษาผู้ป่วยที่บ้าน เช่นนี้ก็ตาม ทำให้การเป็นหมอแผนไทยไม่ถูก “เข้าพวก” ในวิชาชีพพิเศษที่มีความเฉพาะเหมือนเช่นแพทย์แผนปัจจุบัน และเป็นธรรมดาอยู่เองที่เมื่อมีกระบวนทัศน์ที่แตกต่างจากกระบวนทัศน์กระแสหลัก กระบวนทัศน์ที่เป็นรองในเรื่องของการต่อรองเชิงอำนาจ ทำให้กระบวนทัศน์ที่เป็นรองถูกเบียดขับ หรือหากจะดำรงอยู่ก็จะได้รับการปฏิบัติ การยอมรับอย่างไม่เท่าเทียม

อย่างไรก็ตาม หากจะจำแนกความเป็นหมอแบบแพทย์แผนไทยพอจะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความเป็นหมอจากวิชาชีพ หมายถึง แพทย์แผนไทยที่มีองค์ความรู้มากหลากหลาย

ศาสตร์ มีจรรยาบรรณวิชาชีพ มีทักษะในการตรวจรักษาผู้ป่วยได้หลากหลายอาการ ส่วนใหญ่จะผ่านการเรียนรู้จากบรรพบุรุษของตน หรือการถ่ายทอดองค์ความรู้จากหมอพื้นบ้านผ่านการฟังตัวเป็นศิษย์ ตามศึกษาเรียนรู้ หรือตั้งจิตอธิษฐานของบวชครูและขอสืบทอดวิชา และ 2) ความเป็นหมอจากความเข้าใจในการดูแลอาการเจ็บป่วยขั้นพื้นฐานได้ หมายถึง ประชาชนทั่วไปที่มีองค์ความรู้ในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน ดังนั้นความเป็นหมอบแบบแพทย์แผนไทยนั้นมีความใกล้ชิดกับประชาชนมาก จะพูดคุยกันด้วยภาษาที่ไม่เป็นทางการ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่าย จึงเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ ดังคำโบราณที่ว่า “ฝากผีฝากไข้” กันได้ ความเป็นหมอบแบบแพทย์แผนไทยไม่เพียงแต่ดูแลรักษาเยียวยาโรคทางกายเท่านั้นแต่ยังรักษาโรคทางใจแก่ผู้ป่วยและญาติไปพร้อมกัน เพราะความเป็นหมอบแบบแพทย์แผนไทยเป็นหมอรักษา “คน” ไม่ได้รักษาเพียง “โรค” ซึ่งสิ่งนี้สะท้อนถึงกระบวนการแพทย์แผนไทยที่มีลักษณะเป็นองค์รวม คือ ไม่ได้มองมนุษย์ในลักษณะที่เป็นเครื่องจักร สามารถแยกส่วนลดทอนได้ หากแต่การแพทย์แผนไทยมองมนุษย์ในฐานะที่เป็นมนุษย์ มีกายและจิต มีกิเลส ค้นหาที่ลึกลงไปทำให้เกิด โรคกายและใจ การรักษาของหมอบแบบไทยจึงเป็นการรักษาหรือดูแล “ธาตุ” ที่ประชุมกันเป็นองค์รวม การใช้จ่ายสมุนไพรเป็นส่วนหนึ่ง แต่พร้อมกันนั้นหมอบแบบแพทย์แผนไทยในสมัยดั้งเดิมก็จะเป็นผู้รักษาศีล รักษาธรรม เพื่อเป็นแบบอย่างให้ผู้ป่วยประพฤติตนตามกับทั้งในการรักษาโรคก็จะสอนธรรมะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตไปด้วย

ประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์การเป็นแพทย์แผนไทยก็คือ ลักษณะของการถ่ายทอดความรู้ ในสมัยดั้งเดิม ผู้ที่มีความประสงค์อยากจะเป็นหมอเพื่อช่วยเหลือคน จะต้องไปฟังตัวกับครูอาจารย์การแพทย์แผนไทยเพื่อให้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ซึ่งอาจจะเปรียบเทียบไม่ได้กับระบบการศึกษาในสมัยปัจจุบันที่ย้ายที่เรียน หรือแหล่งความรู้ไปไว้ที่อาคาร สถาบัน โรงพยาบาล หรือมหาวิทยาลัย นัยของความแตกต่างที่น่าสนใจก็คือ การแพทย์แผนไทยในสมัยดั้งเดิมยังไม่มีสถานที่เฉพาะในการจัดการเรียนการสอน ครูแพทย์แผนไทยก็มักจะให้ลูกศิษย์มาเรียนรู้อยู่กับคนที่บ้าน และมักจะ “ดูแลศิษย์” เป็นเวลานาน การสอนอย่างใกล้ชิดเช่นนี้ นอกจากจะทำให้ศิษย์ได้เห็นวิถีชีวิตของการเป็นแพทย์ไทยอย่างใกล้ชิดแล้ว ในทางกลับกัน “ครู” ก็พิสูจน์ลูกศิษย์ไปด้วยพร้อมกันว่า มีความอดทน ขยัน ตั้งใจจริง และมีการบำเพาะความมีศีลมีธรรมเพียงพอหรือไม่ เพราะการเป็นแพทย์ต้องเป็นผู้ช่วยชีวิตคน ต้องสามารถแนะนำหนทางที่ถูกต้องในการดูแลชีวิตตนเองให้กับผู้ป่วยได้ และชีวิตทุกชีวิตมีความเหมือนกันในเรื่องของการประชุมธาตุ การดูแลกายและใจ ชีวิตแพทย์ผู้รักษาคนก็เช่นเดียวกันที่จะต้องดูแลกาย ใจรวมทั้งจิตวิญญาณของตนเองให้อยู่ในลู่ทางของความรู้อันการรักษาคคน และการมีศีลมีธรรมด้วย

7.2.2 สิ่งตอบแทนหลังการรักษา

ในอดีตการรักษากับแพทย์แผนไทยแทบจะไม่มีค่าใช้จ่ายเป็นเงินทอง หรือหากมีก็อาจจะอยู่ในรูปแบบที่รู้จักกันคือ “ค่าครู” เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาหรือหายจากโรคแล้วก็จะยกเครื่องบูชาครู ตามฐานะของผู้ป่วยให้กับหมอ กรณีที่ผู้ป่วยมีฐานะยากจนสิ่งของที่ใช้อาจเป็นเพียงสิ่งของเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ได้ ดังนั้น สิ่งตอบแทนหลังการรักษาอาจจะไม่ได้อยู่ในรูปแบบเงินทองของมีค่าอย่างเดียว แต่อาจจะเป็นสิ่งของต่าง ๆ ได้ เช่น ข้าวสาร อาหาร ผลไม้ เครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นต้น หรืออาจอยู่ในรูปแบบการมาลงแขก ลงแรงทำงานให้กับบ้านของหมอแพทย์แผนไทยที่รักษาคนแทน แต่การแพทย์ตะวันตกที่อยู่ในระบบทุนนิยม ที่ต้องพูดถึงกำไรขาดทุนเช่นในปัจจุบันนี้ ค่าตอบแทนค่ารักษาพยาบาล ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินในจำนวนมาก ยิ่งการรักษาที่บวกกับการบริการในการเพิ่มความสะดวกสบาย เช่น ห้องพักที่หรูหรา แพทย์มีความเป็นเฉพาะทางมาก มีพยาบาลให้บริการตลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมากขึ้น ทั้งที่จุดมุ่งหมายของการรักษานั้นเพียงเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วย แต่การบริการเหล่านี้ยิ่งส่งเสริมให้คนยึดติดกับกิเลสความฟุ้งเฟ้อ หลูหรูหรา ที่เป็นผลจากระบบทุนนิยม

สิ่งที่น่าสนใจเกี่ยวกับสิ่งตอบแทนหลังการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับยุคสมัยที่ให้ค่าความสำคัญกับตัวเงินและมูลค่าในรูปแบบตัวเงินมากขึ้น สะท้อนถึงกระบวนการทัศน์ของความเป็นแพทย์ตามแบบการแพทย์แผนไทยในสมัยดั้งเดิม การที่แพทย์ดำรงตนอยู่ในศีลในธรรม ลดละและชวนผู้ป่วยให้ลดละกิเลส เพื่อให้มีใจสงบ อันจะนำไปสู่ผลในการรักษาคนให้หายจากโรคที่เป็นคนที่สามารถลดละกิเลส ตัณหา อุปาทาน ได้ จะมีพฤติกรรมที่ตรงข้ามกับการแสวงหาสิ่งเสพ เพราะยิ่งเพิ่มการเสพ ก็ยิ่งเพิ่มความอยากได้ อยากมี อยากเป็น อยากเสพสิ่งแสดงต้องห้ามที่เป็นพิษกับร่างกาย ซึ่งเป็นปฏิภาคกลับกับความสงบรับ การแพทย์แผนไทยเน้นให้คนลดละกิเลส และอยู่ในสภาวะสงบรับของทั้งโรคและกิเลส เพื่อเอื้อต่อการรักษาให้ได้ผล ดังนั้น การที่แพทย์แผนไทยในสมัยดั้งเดิมไม่ได้คิดค่ารักษากับผู้ป่วยมากมายจนเกินกว่ากำลังที่ผู้ป่วยจะสามารถจ่ายได้ จึงเป็นวิถีของการไม่เพิ่มภาระกับผู้ป่วย เพราะความป่วยนั้นเป็นการสะท้อนถึงความทุกข์กายทุกข์ใจอยู่แล้ว ถ้าต้องเป็นทุกข์เพราะต้องหาเงินมารักษาตนเอง ความทุกข์นั้นก็จะเพิ่มขึ้น และเป็นการกระตุ้นโรค กระตุ้นการเจ็บป่วย มากกว่าจะทำให้โรคเกิดการสงบรับ และค่อยคลี่คลายการเจ็บป่วยไปในที่สุด

7.2.3 การใช้สมุนไพรอบตัว

หมอแพทย์แผนไทยในอดีตเมื่อไปตรวจอาการของผู้ป่วยที่บ้านแล้วก็จะหาเก็บสมุนไพรรอบบ้านของผู้ป่วยมาใช้เพื่อรักษาอาการโดยไม่ต้องหาซื้อ ดังนั้นหมอจึงต้องมีทักษะในการปรุงยา และความรู้เรื่องพืชสมุนไพร เมื่อหาสมุนไพรที่ต้องการไม่ได้ก็ต้องหาสมุนไพรตัวอื่นมาแทนโดยพิจารณาจากรสยาของสมุนไพรต้องเป็นทางเดียวกัน อีกทั้งยังใช้ประโยชน์จากสมุนไพรอบตัวในการบรรเทาอาการเบื้องต้นได้ เมื่อคนในบ้านมีความเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เมื่อมีอาการท้องอืดก็จะนำกระเทียม หรือขิงมาทานเพื่อบรรเทาอาการ หากมีอาการตัวร้อน ก็จะนำไปบวบก รากเตย ใบย่านาง มาทานเพื่อลดความร้อนในร่างกาย หากมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายก็นำ ไพล ตะไคร้ ใบมะขามมาทำลูกประคบร้อนเพื่อบรรเทาปวดเมื่อยได้ เป็นต้น สมุนไพรเหล่านี้ล้วนหาเก็บได้ตามบ้านหรือสามารถปลูกไว้ใช้เองได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ในปัจจุบันมีการนำสมุนไพรมาทำเชิงอุตสาหกรรมทำให้คนเข้าถึงได้ยาก เพราะต้องใช้เงินในการซื้อหา ในช่วงหนึ่งรัฐมีการสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เรื่องสมุนไพรสาธารณสุขมูลฐาน แนวการนำสมุนไพรมาใช้ในสาธารณสุขมูลฐานจะเน้นให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันและรักษาตัวเองในโรคสามัญที่สามารถรักษาตนเองได้ ทำให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้จริง ดังนั้นการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและการเผยแพร่สู่ประชาชนจึงนับว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน นอกจากนั้นสมุนไพรยังถูกนำมาประกอบอาหารที่คนรับประทานกันอยู่ทุกวันเห็นได้จากเมนูอาหารของคนไทยในแต่ละภาคก็มีพืชสมุนไพรเข้ามาเป็นส่วนประกอบอยู่ในหลายเมนู แต่ละเมนูมีการผสมกันอย่างลงตัวของผู้สมุนไพรแต่ละชนิดที่นำมาประกอบ ยกตัวอย่างเมนูที่มีเครื่องแกงต่าง ๆ เป็นส่วนประกอบ จัดได้สมดุลระหว่างสมุนไพรและเนื้อสัตว์ การใช้สมุนไพรอบตัวมีอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยในทุกยุค ทุกสมัย ไม่เพียงแต่ใช้เพื่อรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้นยังนำมาทำเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมร่างกายให้บริบูรณ์ เป็นการใช้สมุนไพรในการดูแลตัวเองโดยการกินอาหารเป็นยาไม่ใช่การกินยาเป็นอาหาร

สิ่งซึ่งสามารถพบได้ในการแพทย์แผนไทยคือการใช้สมุนไพรตามพื้นถิ่นนั้น ๆ หมอแพทย์แผนไทยจะมีความรู้เรื่องพืชพรรณที่สามารถนำมาใช้ในการรักษาตามแพทย์แผนไทย และเป็นพืชพรรณที่พบได้ในพื้นถิ่นนั้น ๆ ความหมายของการเป็นพืชพื้นถิ่นคือเมื่อพืชพรรณสามารถขึ้นได้ตามสภาพอากาศและสภาพแวดล้อมของพื้นถิ่นนั้น ๆ และสามารถเติบโตอย่างแข็งแรงจนสามารถนำมาทำเป็นยาได้ ก็สามารถมีพลังชีวิต และสามารถถ่ายทอดพลังชีวิตของพืชพรรณนั้นให้กับผู้ป่วยที่รอรับการรักษาเช่นกัน นอกจากนั้นการเป็นพืชพื้นถิ่นที่หาง่าย ขึ้นอยู่รอบตัว และมีปริมาณที่มากพอที่จะทำให้ทุกคนที่มีความรู้สามารถเลือกเก็บมารับประทานได้ เป็นการประหยัด

เพียงพอและพอดี ไม่รบกวนกายและจิตในการที่ต้องหาเงินมาเพื่อซื้อพืชพรรณเหล่านี้ ความสงบและความพอดี พอเพียงเป็นปัจจัยที่ทำให้โรคสงบ กายและจิตของผู้ป่วยก็ดีขึ้นเป็นลำดับ

7.2.4 ธรรมโอสถ

“ธรรมโอสถ” เป็นยารักษาจิตใจ ให้เกิดความสงบ เยือกเย็น จิตใจสดชื่นแจ่มใส ไม่ทุกข์ทรมาน วุ่นวาย จิตใจ ที่สงบ เยือกเย็น สดชื่นแจ่มใส นั้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายในทางที่ดีไปด้วย ทำให้มีสุขภาพร่างกาย แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย และยังสามารถรักษาหรือบรรเทาอาการที่เจ็บป่วยลงได้ โรคหลายอย่างเกิดจาก สภาพทางจิตใจ และยังส่งผลไปสู่สภาพร่างกายทำให้แสดงอาการของโรคออกมา ดังนั้นเมื่อใช้ธรรมโอสถ ในการดูแลจิตใจจึงเป็นเสมือนได้ใช้ยารักษาโรคไปในตัวซึ่งมีความสัมพันธ์กันคือ ถ้าจิตใจดีงาม เข้มแข็ง สงบเยือกเย็น รู้จักปล่อยวาง ไม่หมกมุ่นก็จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เกิดโรคหรือถ้าหากเป็นโรคอยู่แล้ว เมื่อได้นำธรรมโอสถมาใช้ปฏิบัติก็จะทำให้อาการของโรคทุเลาลง หรือหายไป ในที่สุด ต่างกับผู้ไม่มีธรรมโอสถเมื่อเกิดทุกข์ขึ้นที่ใจก็ไม่สามารถจัดการกับปัญหาตนเองได้ เพราะจิตใจไม่ได้รับการฝึกฝนอบรมมา ไม่รู้จักนำธรรมะมาใช้แก้ปัญหากับตัวเองได้จึงเป็นทุกข์หนัก และเกิดโรคขึ้นกับร่างกาย

แนวคิดทางการแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญต่อตัวจิต ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดความผิดปกติของร่างกายเช่นกัน อาจเป็นเพราะแนวคิดทฤษฎีหลักทางการแพทย์แผนไทยนำมาจากพุทธศาสนา การใช้ธรรมโอสถ ร่วมกับการรักษาทางกายตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทยจึงได้ผลดีในทุกกลุ่มโรค โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูร่างกาย บางครั้งเกิดความท้อแท้ต่ออาการเจ็บป่วยคน ทำให้จิตใจหมองหม่น ไม่สดชื่นส่งผลให้อาการทางกายอาการดำเนินโรคยิ่งแย่ลง กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการกำลังใจในการรักษามากทั้งจากหมอผู้ให้การรักษามอแพทย์แผนไทยจึงต้องมีความเข้าใจลึกซึ้งในเรื่องของธรรม คือ ความเป็นจริง การมีอยู่จริง นั่นก็คือ ต้องเข้าใจธาตุทั้ง 4 ภายในร่างกาย ที่ทำงานสอดประสานกันเป็นองค์รวม เข้าใจหลักธรรมเพื่อใช้กล่อมเกล้าจิตใจผู้ป่วย ร่วมกับหลักการรักษาแบบแพทย์แผนไทยมาบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางกายและทางใจอันเป็นการรักษาแบบองค์รวมที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลที่หลากหลายของผู้ป่วย เพื่อจัดการกับความหลากหลายในเหตุปัจจัยในอดีตที่ก่อให้เกิด โรคและความหลากหลายของอาการผู้ป่วยจากความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

เมื่อกระบวนการทัศน์ของการแพทย์แผนไทยไม่เป็นไปแบบแยกส่วน แต่มองเรื่องกายและจิตไปพร้อม ๆ กัน โดยแนวทางการรักษาและการดูแลตนเองคือการใช้พืชพื้นถิ่นที่มีการปรุงแต่งน้อย

อาหารที่ปราศจากการปรุงแต่ง หรือปรุงแต่งน้อย ใช้เครื่องหมักดองน้อย จะไม่ไปเสริมกิเลสของมนุษย์ ซึ่งกิเลสของมนุษย์จะวางตัวอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ความอยากในรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และการทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจอย่างมากมาเพื่อแสวงหาปัจจัยที่เอื้อต่อการสนองตอบในรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสเพื่อตอบสนองความต้องการของกามกิเลส การเร่งและการชวนขวยเพื่อแสวงหาให้สนองตอบต่อกิเลสเช่นนี้ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดทุกข์ ทุกข์กายและทุกข์ใจ ธรรมโอสถของพุทธศาสนาจึงเน้นในเรื่อง “การเผากิเลส” ซึ่งศักยภาพของมนุษย์ทุกคนสามารถไปได้ถึง ในขณะที่ระบบทุนนิยมเน้นเรื่องกิเลสของมนุษย์เป็น “จุดขาย” เพราะเมื่อใดก็ตามที่มนุษย์เผากิเลสได้ ไม่ว่าจะเป็นลำดับใด เมื่อไม่มีความอยาก หรืออยากน้อย ระบบทุนนิยมก็จะทำงานได้น้อย แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้ามนุษย์มีกิเลสมาก มีความอยากมาก ระบบทุนนิยมก็จะทำงานได้ดี สามารถผลิตสินค้าและบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อสนองความอยาก การตัด การระงับการปรุงแต่งจึงถือได้ว่าเป็นข้อสำคัญสำคัญของระบบทุนนิยม และอาจจะกล่าวได้ด้วยว่า ความอยากและระบบทุนนิยมเป็นปัจจัยที่ทำให้มนุษย์ก่อโรคกายใจได้ด้วย หากมนุษย์ยังไม่รู้จักการกิน ใช้น้ำไม่รู้จักพฤติกรรมการดูแลป้องกันตนเอง ไม่รู้จักกลไกการทำงานของกิเลส ไม่ระงับการปรุงแต่งทั้งด้านรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสในรูปแบบของการกิน การเสพและการใช้ชีวิต เมื่อนั้นมนุษย์ก็ยิ่งสัมผัสกับการเป็นโรคนานาชนิดที่นับวันก็จะมีคามซับซ้อนและพัฒนาการขึ้นเป็นลำดับ

7.3 แนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิด 3 ประการที่ผู้วิจัยได้คิดค้นขึ้น ดังนี้

7.3.1 การเข้าใจกระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทย (Understandable of Thai Traditional Medicine Paradigm)

7.3.2 การเข้าถึงอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย (Knowledgeable to Identity of Thai Traditional Medicine)

7.3.3 การเปลี่ยนกระบวนการทัศน์เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน (A Paradigm Shift Occurs Through Sustainable Development of Thai Traditional Medicine)

7.3.1 การเข้าใจกระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทย (Understandable of Thai Traditional Medicine Paradigm)

มีความจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วน ทุกระดับของระบบสาธารณสุขรวมถึงประชาชนทั่วไป ที่สำคัญคือ แพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ที่ต้องทำความเข้าใจต่อกระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทย ซึ่งเป็น

กระบวนการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษาหรือป้องกันโรค หรือ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ ยึดหลักความเป็นองค์รวมทั้งกายและใจ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงมูลเหตุที่ทำให้เกิดโรค โดยยึดโยงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติตั้งแต่เกิดจน สิ้นอายุ อันสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยและวิถีชีวิตแบบไทย การกินอาหารเป็นยา และการใช้รสาในการปรับสมดุลร่างกาย การจัดระบบให้กระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทยมีระบบที่ สมบูรณ์ในตัวเอง โดยไม่เอาทรรศนะอื่น ๆ สอดแทรกเข้าไป เป็นการพัฒนาสืบทอดการแพทย์ แผนไทยอย่างไม่ลืมหูลืมตา

7.3.2 การเข้าถึงอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทย (Knowledgeable to Identity of Thai Traditional Medicine)

อัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยเป็นเรื่องที่ต้องสนับสนุนและเปิดเผยให้บุคลากรทุกภาค ส่วน ทุกระดับในระบบสาธารณสุขรวมถึงประชาชนทั่วไปได้เข้าถึง รับรู้อย่างชัดเจน เนื่องด้วย อัตลักษณ์เป็นสิ่งที่สะท้อนความเป็นหมอแบบแพทย์แผนไทย และตอบคำถามที่อาจยังไม่ชัดเจน ว่าแพทย์แผนไทยทำอะไรได้บ้าง การดูแลสุขภาพแบบแพทย์แผนไทยมีความละเอียดลึกซึ้งเริ่ม ตั้งแต่กระบวนการตรวจวินิจฉัย ด้วยวิธีการจับชีพจร การรักษาด้วยหัตถการต่าง ๆ ตามองค์ความรู้ แบบแพทย์แผนไทย ทั้งยังมีการบำบัดรักษาโรคทางใจโดยใช้ ธรรมโอสถโดยการนำหลักธรรมะ หลักการปฏิบัติ มาใช้ในการบำบัดรักษาเยียวยาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายต่าง ๆ จนถึงการวางยารักษาแบบปัจเจกโอสถโดยใช้หลักการบริหารยาตามรสา การใช้ประโยชน์จาก สมุนไพรรอบตัว โดยเป้าหมายสำคัญของการแพทย์แผนไทย คือ ต้องการให้คนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้เรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองทั้งในสภาวะปกติและเมื่อยาม เจ็บป่วยที่เหมาะสมในแบบการแพทย์แผนไทยซึ่งส่งผลต่อการหายของโรคและการดำรงชีวิตอย่างมี คุณภาพ รัฐควรสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสมุนไพรและ การรักษาทางการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ กับสาขาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ส่งเสริมให้แพทย์แผน ไทยแสวงหาความร่วมมือในการรักษา เพื่อทำความเข้าใจกับสาขาชีพในรูปแบบการรักษาตาม กระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทยอันมีอัตลักษณ์ ทั้งยังเป็นการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์และลดการ ขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ และสนับสนุนงบประมาณ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง การเจ็บป่วยเบื้องต้น โดยใช้ยาสมุนไพรและ/หรือการปรับสมดุลให้เข้ากับวิถี ธรรมชาติ ลดการพึ่งพายาจากต่างชาติและการรักษาที่ไม่จำเป็น

7.3.3 การเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน (A Paradigm Shift Occurs Through Sustainable Development of Thai Traditional Medicine)

กระบวนทัศน์ คือสิ่งที่แสดงความเชื่อเกี่ยวกับความจริง รูปแบบและ ขอบเขตของความรู้ และวิธีวิทยาเกี่ยวกับความรู้ การปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การปฏิรูปทฤษฎี หรือทัศนคติ หรือกระบวนทัศน์ เพราะทฤษฎีจะนำไปสู่การปฏิบัติ หากเรายังคงจับเคลือบระบบการแพทย์แผนไทย ในกระบวนทัศน์แบบเดิมที่นำกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์มายึดโยง สิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาก็คือ ยั่งยืนพัฒนาแพทย์แผนไทย ก็เหมือนยิ่งบิดเบือนความเป็นอัตลักษณ์แบบแพทย์แผนไทยตามองค์ความรู้ดั้งเดิมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การกระจายผลประโยชน์ในสังคมก็จะเป็น ไปในลักษณะวิชาชีพแพทย์และผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนเป็นผู้ครอบครองผลประโยชน์ส่วนใหญ่ และเราจะไม่สามารถหยุดยั้ง หยุตวจรกรถึงกำไร การหาผลประโยชน์ การเร่งเร้าการบริโภคในสังคมได้ และในที่สุดก็จะไม่สามารถหยุดยั้งวิกฤตจากการพัฒนาแบบไม่ทรงไว้ซึ่งความเป็นแพทย์แผนไทยที่ถาโถมเข้ามาได้ การเปลี่ยนกระบวนทัศน์แพทย์แผนไทยถือเป็นก้าวแรกของการเปลี่ยนทิศทางของสังคมให้หันไปจากวิกฤต เป็นการเปลี่ยนวิธีคิด วิธีมอง วิธีอธิบายสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามแบบแพทย์แผนไทย ในงานวิจัยนี้จึงนำเสนอให้มีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างยั่งยืน เพื่อรื้อฟื้นความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาการแพทย์แผนไทยกับวิถีชีวิตแบบไทยบนฐานของทรัพยากรและวัฒนธรรมในท้องถิ่น โดยผู้วิจัยจะเสนอประเด็นปัญหาและแนวทางในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ดังนี้

7.3.3.1 การทำให้ยาสมุนไพรไทยเป็นอุตสาหกรรมยา

การพัฒนาสมุนไพรไทยในปัจจุบันนี้ไม่ได้ถูกพัฒนาเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ยาในรูปแบบที่ควรจะเป็นแต่เป็นการพัฒนาที่มุ่งหวังผลทางธุรกิจเป็นส่วนใหญ่โดยอาศัยรูปแบบการพัฒนาของทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ซึ่งมีความแตกต่างกับหลักการใช้ยาตามองค์ความรู้ดั้งเดิมของไทยอย่างสิ้นเชิง ข้อกล่าวหาที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการมองว่า การแพทย์แผนไทยเป็นระบบที่ล้าสมัย ขาดการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ ทำให้องค์ความรู้ขาดความน่าเชื่อถือ เต็มไปด้วยความเชื่อ พิธีกรรม และไสยศาสตร์ นับเป็นข้อกล่าวหาที่อคติ โดยไม่มีความเข้าใจภูมิปัญญาดั้งเดิมขาดมุมมองในเชิงกฎหมายที่ปิดกั้นการพัฒนาในทางวิทยาศาสตร์ที่บังคับใช้กับการแพทย์แผนไทยไม่เพียงแต่ยา เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย และเครื่องมือในการผลิตที่ถูกปิดกั้นการใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะจากวิชาชีพแพทย์ ยังรวมไปถึงองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์อื่น ๆ ที่ถูกสงวนไว้เป็นของการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น แม้ปัจจุบันจะอนุโลมให้สามารถใช้ได้ในระดับหนึ่ง ก็เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมทางการแพทย์ในระบบทุนนิยม สิ่งที่ไม่เป็นธรรมคือ

วิชาชีพทางการแพทย์แผนปัจจุบันกลับสามารถใช้ยาสมุนไพรและองค์ความรู้ดั้งเดิมในการรักษาได้ โดยไม่ถูกปิดกั้น

ส่วนกิจการสถานที่ผลิตยาสมุนไพรในปัจจุบันนี้มีขึ้นหลายที่ซึ่งได้รับประโยชน์มากขึ้น เพราะความนิยมในการซื้อยาสมุนไพรมาบริโภคเอง มากกว่าการบริโภคยาแพทย์แผนไทย อันเป็นแนวโน้มของกระแสบริโภคนิยมที่ทำให้สุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถซื้อได้ การซื้อยาสมุนไพรดังกล่าว นั้นยาเดี่ยวยังได้รับความนิยมมากกว่ายาตำรับซึ่งไม่ถูกหลักการรักษาตามหลักการแพทย์แผนไทย และมีอันตรายมากกว่าการรักษาด้วยยาตำรับ ทำให้ผู้ผลิตยาหันมาผลิตยาเดี่ยวยากขึ้น ส่วนร้านขายยาแผนโบราณอาจได้รับประโยชน์จากการที่คนหันมานิยมยาสมุนไพรมากขึ้นเช่นกัน แต่ในความจริงผู้ประกอบการก็จะประสบปัญหาถูกแย่งอาชีพเช่นกัน เพราะรัฐอนุญาตให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันสามารถขายยาสมุนไพรได้ ทั้งยังปล่อยให้มีการขายยาสมุนไพรตามห้างสรรพสินค้าและตลาดนัดต่าง ๆ อย่างเปิดเผย ส่วนในงานแสดงสินค้าที่ภาครัฐจัดขึ้นนั้นมักเอื้ออำนวยให้กับผู้ประกอบการภาครัฐมากกว่าในขณะที่ผู้ประกอบการเอกชนมักจะถูกกีดกัน

มีข้อถกเถียงที่น่าสนใจคือ หากพัฒนาการแพทย์แผนไทย จะพัฒนาด้วยกระบวนการวิธีกรอย่างไรถ้าไม่เอาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ซึ่งอาจจะรวมความไปถึงการพัฒนาการผลิตแบบสมัยใหม่ ด้วยเกณฑ์มาตรฐานการผลิตที่ดี หรือจีเอ็มพีด้วย ถ้าไม่เอาจีเอ็มพี แล้วจะเอาอะไรให้คนเชื่อถือ อนึ่ง ต้องยอมรับว่า กระบวนการทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เป็นสิ่งที่ดี เทคโนโลยีก็เป็นสิ่งที่ดีหากสามารถสร้างประโยชน์ให้กับมหาชน และไม่ได้หมายความว่าหากไม่เดินตามกระบวนการแบบวิทยาศาสตร์กระแสหลักแบบตะวันตกแล้วจะไม่เป็นหลักการทางวิทยาศาสตร์ การพัฒนายาสมุนไพรของไทยก็อยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ของตน สามารถพิสูจน์ได้ และผ่านการพิสูจน์มานับพัน ๆ ปี มาตรฐานดังกล่าวเป็นเครื่องมือของระบบทุนนิยมที่คล้ายกับมาตรฐาน ISO ที่ประเทศพัฒนาแล้วใช้ในการกีดกันและหาประโยชน์จากประเทศกำลังพัฒนา ในทางอุตสาหกรรมต่าง ๆ การบีบบังคับให้ประเทศไทยและประเทศอาเซียนอื่น ๆ มีมาตรฐานการผลิตยาสมุนไพรที่ดีก็มาจากข้อเสนอของญี่ปุ่นที่เข้ามามีอิทธิพลในเวทีระดับอาเซียนด้านการพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมให้เข้าสู่ระบบทุนนิยมมากขึ้น เจ้าหน้าที่รัฐในประเทศเองยังมีความไม่ชัดเจนในระดับมาตรฐานที่จะถือปฏิบัติในการบังคับว่าเป็นมาตรฐานใด ซึ่งสร้างความสับสนในหมู่แพทย์แผนไทยผู้มีกิจการผลิตยาสมุนไพร หากไม่เอา จีเอ็มพี แล้วจะเอาอะไร มีข้อเสนอจากแพทย์แผนไทยจำนวนมากในเรื่องนี้ที่รัฐควรรับฟังเพื่อให้มาตรการของรัฐเป็นการยกระดับการผลิตภายในประเทศให้มีความน่าเชื่อถือของผู้บริโภคมากขึ้น ภายใต้สภาพเศรษฐกิจของประเทศและฐานะของผู้ประกอบการ พร้อมกับมีมาตรการส่งเสริมอุตสาหกรรมยาสมุนไพรเพื่อให้อยู่ได้มากกว่าที่เป็นอยู่

ในมุมมองของหมอแผนไทย กลับเห็นว่า การแพทย์แผนไทยไม่จำเป็นต้องพิสูจน์ด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ แต่สามารถพิสูจน์ได้ตามหลักการวิทยาศาสตร์ในแบบของตน เช่น การบริหารยาด้วยรศยา กับสรรพคุณ ซึ่งผ่านการพิสูจน์จนเป็นตำราแล้ว จึงเพียงพอในการประกอบโรคศิลปะในการรักษาโรค ในขณะที่การศึกษาในทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่หลายชิ้นก็ได้พิสูจน์ความจริงถึงความรู้เหล่านี้ด้วยการค้นหาสูตร โครงสร้างของสารสกัดจากยาสมุนไพรสดต่างๆ ในสรรพคุณต่าง ๆ การพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กระทำกับสัตว์ทดลอง ในขณะที่การพิสูจน์ของการแพทย์ดั้งเดิมกระทำการพิสูจน์อย่างไม่ล่วงละเมิดกับชีวิตสัตว์และคน ด้วยเป็นการแพทย์ที่อยู่บนฐานคิดของหลักพุทธศาสนา นอกจากนี้ พิธีกรรม ความเชื่อ และไสยศาสตร์นั้นเป็นองค์ความรู้ดั้งเดิมที่ชาญฉลาดในการประกอบใช้เพื่อความเป็นองค์รวมในการบำบัดทั้งกายและใจ และความเป็นระเบียบของสังคม ที่หมอที่มีคุณธรรมนำวิชาเหล่านี้มาใช้กับคนไข้ของตนเอง เช่น การบริการมคตาในการปรุงยา และตัวของตน เพื่อให้ยาที่มีสรรพคุณที่ดีขึ้นสามารถขับไล่โรคทางกาย และโรคที่มากับวิบากกรรมหรือวิญญูณร้าย ที่วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ไม่สามารถเข้าถึงและพิสูจน์ได้อีกทั้งยังเป็นการสร้างความศรัทธาทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการกินยาเพื่อรักษาอาการความผิดปกติของตนได้

จะเห็นว่าการทำให้ยาสมุนไพรไทยเป็นอุตสาหกรรมยาแบบอย่างตะวันตกเพื่อเอื้อต่อระบบทุนนิยมยังเป็นการผลักดันการแพทย์แผนไทยให้พัฒนาไปผิดทิศทาง ทั้งยังเป็นการลดคุณค่าของยาสมุนไพรเนื่องด้วยการพัฒนาตามแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มุ่งเน้นการทำยาเดี่ยวไม่เน้นการใช้ยาตำรับที่มีส่วนประกอบของสมุนไพรมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป เพื่อให้ได้รสชาติที่หลากหลาย มีสมุนไพรที่ตัดฤทธิ์ศัตรูตนเองเพื่อใช้บำบัดอาการ/โรคได้ตรงตามสมุฏฐานโรคและลดผลข้างเคียงจากยา อันเป็นอัตลักษณ์ของการใช้ยาแบบแพทย์แผนไทยที่ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาอย่างแท้จริง

7.3.3.2 การสร้างแพทย์แผนไทยผ่านระบบการศึกษาสมัยใหม่

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ ได้ทำให้การแพทย์มีความเป็นศาสตร์ที่เข้มแข็งกว่าแต่เดิม ที่การอธิบายกระบวนการเกิดโรคที่มีความชัดเจน และการเรียนการสอนเป็นระบบตามทฤษฎีความทันสมัย การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ การพัฒนากระบวนการเรียนการสอน และการฝึกหัดแพทย์อย่างเข้มงวด สังคมจึงให้คุณค่า/ตีค่า (Value) ความเป็นวิชาชีพแพทย์ (Medical Professionalism) เกี่ยวกับความรู้ความชำนาญ/ทักษะเป็นอย่างสูง ทำให้แพทย์แผนปัจจุบันมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อการจัดการศึกษาแพทย์แผนไทยแบบใหม่โดยเฉพาะสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ ที่มีวิชาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์

มากกว่าวิชาทางการแพทย์แผนไทย โดยมีแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาสอนเป็นหลัก ซึ่งแต่เดิม การศึกษาวิชาทางการแพทย์แผนไทยจะต้องศึกษาอย่างต่อเนื่อง คั่นคว้า สังคมประสบการณ์ไปเรื่อย ๆ จนเกิดการซึมซับเข้าไปในตัวหมอ การสังขมประสบการณ์ทักษะการรักษาจนทำให้เกิดความชำนาญเพิ่มขึ้น จะเห็นว่าการศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทยสมัยใหม่ภายใต้อำนาจวิชาชีพแพทย์ส่งผลกระทบต่อการศึกษาของความรู้ตามหลักวิชาการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม ทำให้บัณฑิตหรือผู้เข้ารับการอบรมที่จบหลักสูตรแพทย์แผนไทยขาดทักษะความชำนาญ ขาดความเชื่อมั่นต่อวิชาชีพตน ไม่สามารถปฏิบัติตนในฐานะแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มภาคภูมิ มีความเป็นวิชาชีพน้อยจึงไม่สามารถแสดงความรู้ความชำนาญ/ทักษะระดับสูงทางการแพทย์แผนไทยได้ ยิ่งทำให้วิชาชีพแพทย์เข้ายึดครองพื้นที่ในการให้บริการหรือเข้ามาควบคุมวิชาชีพแพทย์แผนไทยอย่างเต็มรูปแบบด้วยเหตุที่แพทย์แผนไทยไม่สามารถบริหารจัดการระบบการศึกษาตามองค์ความรู้ตัวเองได้เต็มศักยภาพ

อีกทั้งรัฐและวิชาชีพแพทย์มีอิทธิพลทำให้แพทย์แผนไทยถูกแบ่งแยกออกจากกัน ด้วยระบบการศึกษาและการสอบใบประกอบโรคศิลปะ ด้านระบบการศึกษา เดิมมีเพียงการศึกษาในระบบรับมอบตัวศิษย์ของสมาคมต่าง ๆ ของเอกชน ต่อมาสมาคมและมูลนิธิต่าง ๆ ที่อิงกับอำนาจรัฐ และระบบการศึกษาสมัยใหม่ของสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดแยกระบบการสอบใบประกอบโรคศิลปะออกไปเป็นการแพทย์แผนไทยประเภทต่าง ๆ และการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จึงนำไปสู่การมีคณะกรรมการวิชาชีพแยกออกไปเป็นสองชุด ในสภาการแพทย์แผนไทย ยิ่งทำให้เกิดความไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของวิชาชีพ

7.3.3.3 ทางเลือกการรักษาที่เท่าเทียม

ความต้องการของประชาชนในปัจจุบันเริ่มตระหนักในสิทธิของตนเองและแสวงหาทางเลือกในการรักษาและความรู้ในการดูแลตนเองแทนการพึ่งพิงยาแผนปัจจุบันและวิชาชีพแพทย์ กระแสความต้องการให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษาของแพทย์ ย่อมสะท้อนกระแสของประชาชนที่ตื่นตัวกับภัยที่มาจากกาแพทย์เชิงพาณิชย์ทั้งในภาครัฐและเอกชนมากขึ้น ทุกที และแม้ประชาชนมีความต้องการเช่นนั้นจริง อาจมีปัญหาการก้าวข้ามวิชาชีพที่เกิดการครอบงำทางวิชาชีพของวิชาชีพแพทย์ที่มีอำนาจมากกว่าในเชิงการนำการแพทย์แขนงอื่น ๆ เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนไทย มาทำเอง อีกเหตุผลคือ ความต้องการของประชาชน ปัจจุบัน เปลี่ยนเป็นการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากใช้การแพทย์แผนไทยเข้าไปร่วมก็จะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตบางอย่างดีขึ้น ยืดระยะเวลาใช้ชีวิตเดิมให้นานขึ้น หรือลดการเพิ่มยาแผนปัจจุบัน รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคโควิด-19 ที่ยังไม่มียารักษาชัดเจน เพราะการพัฒนายาใหม่

ต้องใช้เวลาหลายปี หรือภาวะการณ์ขาดแคลนยา ทำให้ต้องกลับไปพึ่งพารัฐมีปัญญาการแพทย์ดั้งเดิม เพื่อรักษาอาการของผู้ป่วย หรือกลุ่มผู้ป่วยที่หมอแผนปัจจุบันไม่รักษาหรือหมดทางรักษา แพทย์แผนไทยปัจจุบันนี้อาจจะไม่ใช้แพทย์ทางเลือกอย่างที่ทุกคนเข้าใจแต่เป็นแพทย์ไม่มีทางเลือก เนื่องจากมักต้องรองรับเคสที่สิ้นหวังกับการรักษาที่ระบบแพทย์สมัยใหม่ บางครั้งระบบแพทย์แผนปัจจุบันก็ยังคงมีปัญหาที่ยังแก้ไม่ได้ ในบางโรค/กลุ่มอาการที่ยังไม่มีรูปแบบการรักษาที่ชัดเจน แต่การแพทย์แผนปัจจุบันก็ยังคงเป็นระบบการแพทย์หลักของไทย ทำให้ประชาชนเข้าถึงง่าย อีกนโยบายรัฐต่างส่งเสริมและเอื้อต่อการแพทย์แผนปัจจุบันให้มีความมั่นคง สันคลอนอำนาจได้ยาก เนื่องจากเป็นระบบการแพทย์ที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ในทางกลับกันแม้การแพทย์แผนไทยจะถูกนำมาใช้ และถูกกล่าวถึงมากขึ้น มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่เล็ก ๆ ก็ยังไม่ถูกการยอมรับจากทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน อาจเพราะถูกมองว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์

ความแตกต่างระหว่างแนวคิดที่เป็นพื้นฐานทางการแพทย์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยได้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปรากฏการณ์ทางสังคมที่ประกอบด้วยหลากหลายมิติ หลากหลายระดับและหลากหลายแง่มุม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะนำ การแพทย์ใดการแพทย์หนึ่งมาใช้เพื่อตอบปัญหาสุขภาพในทุกๆ มิติ ทุก ๆ ระดับและทุก ๆ แง่มุม ได้อย่างเหนือชั้นกว่า ควรเปิดพื้นที่ให้แต่ละการแพทย์ โดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของคนไทย มีโอกาสเท่าเทียมกันในการพัฒนาตนเองและให้บริการประชาชนตาม ศักยภาพ

จะเห็นว่าแต่ละแนวคิดการแพทย์ต่างมีจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง ดังนั้นจึงให้ประชาชนได้มีสิทธิ์เลือกใช้แบบใดแบบหนึ่ง หรือใช้ทั้งสองรูปแบบควบคู่กัน เพื่อตอบสนองต่อ ปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลาย อีกทั้งนโยบายทางสาธารณสุขควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมี ทางเลือกอย่างเท่าเทียมในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยในทุกกลุ่มอาการ/โรค โดยครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ เพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับประชาชน

7.4 ข้อเสนอแนะ

7.4.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) แพทย์แผนไทยควรสามัคคีกันเพื่อเอาชนะความพยายามแบ่งแยกและปกครองจากรัฐและวิชาชีพแพทย์ และเพื่อต่อสู้กับโครงสร้างอันอยู่ดิฐธรรมเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนางานของตนเอง ผ่านการมีนโยบาย การพัฒนาตามกระบวนทัศน์แพทย์แผนไทย การมีองค์กรสภาวิชาชีพ

การแพทย์แผนไทย มีหน่วยงานรัฐและกึ่งรัฐที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพของตน โดยปราศจากการครอบงำจากวิชาชีพการแพทย์แผนปัจจุบันและชนชั้นนำรัฐอื่น ๆ

2) แพทย์แผนไทยควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาทั้งในระดับปริญญา และหลักสูตรการเรียนการสอน ด้านการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาภาคเอกชน เพื่อพัฒนาความเป็นวิชาชีพแพทย์แผนไทยในมาตรฐานระดับสูงได้แก่ การออกแบบหลักสูตร (Curriculum Design) การคัดเลือก นักศึกษา (Student Selection) วิธีการสอน/การเรียนรู้ (Teaching/Learning Method) อิทธิพลของบทบาท ต้นแบบ (Role Modeling) และวิธีการประเมิน (Evaluation) โดยมุ่งเน้นผลิตแพทย์แผนไทยให้เข้าใจในหลักการตามองค์ความรู้ดั้งเดิม เข้าใจกระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทย และมีทักษะทางวิชาชีพเพียงพอต่อการออกมาประกอบวิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย เพื่อแสดงอัตลักษณ์การแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนให้ประชาชนเกิดความเชื่อถือและนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการรักษาของประชาชน

3) แพทย์แผนไทยควรได้รับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาทักษะทางวิชาชีพในบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานด้านบริการ เพื่อให้ได้มีโอกาสพัฒนาทักษะความสามารถและเพิ่มพูนความรู้ของตนเอง มีความพร้อมในการให้บริการแก่ประชาชน ทั้งยังเป็นการสร้างการยอมรับแก่บุคลากรทางการแพทย์ต่างสาขาวิชาชีพ

7.4.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) รัฐควรมีการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง การเจ็บป่วยเบื้องต้น โดยใช้ยาสมุนไพรและ/หรือการปรับสมดุลให้เข้ากับวิถีธรรมชาติ

2) นโยบายทางสาธารณสุขควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีทางเลือกอย่างเท่าเทียมในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยในทุกกลุ่มอาการ/โรค โดยครอบคลุมทุกสิทธิ์การรักษา เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและเพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับประชาชน

3) สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสมุนไพรและการรักษาทางการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ กับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยแสวงหาความร่วมมือในการรักษา เพื่อทำความเข้าใจกับสหวิชาชีพในรูปแบบการรักษาตามกระบวนการทัศน์แพทย์แผนไทย เป็นการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์และลดการขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ

บรรณานุกรม

- กฤษดา ศรีหมตรี. (2558). *การศึกษาการใช้รสนิยมเป็นเครื่องบ่งชี้สรรพคุณยาของหมอยาไทย* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, เชียงราย.
- กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2562). *พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กุสุมา ภูใหญ่. (2556). *กระบวนการสร้างอัตลักษณ์ มุมมองจิตวิเคราะห์และสังคมศาสตร์*. สืบค้น 5 พฤศจิกายน, 2562, จาก http://kusumakooyai.blogspot.com/2013/04/blog-post_5.html
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2548). *พหุลักษณะทางการแพทย์ : มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพในพหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมึปัญญาไทย สุขภาพไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. (2554). *ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมึปัญญาไทย สุขภาพไทย พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: อู่การพิมพ์.
- คาปร้า, ฟริตซ์เอฟ. (2550). *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม 1-3 อิทธิพลของความคิดแบบเดส์คาร์ทส์-นิวตัน The Turning Point (พิมพ์ครั้งที่ 6)* (ประชา หุตานุวัตร, พระไพศาล วิสาโล, สันติสุข โสภณศิริ และรสนา โตสิตระกูล, ผู้แปล). กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, จารรมิ เชียงทอง และสุนทร สุขสรานุจิต. (2555). *มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- จิราภา วรเสียงสุข. (2556). *ทฤษฎีสังคมวิทยาคลาสสิก (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: เอ็ม แอนด์ เอ็ม เวซอร์พรีนส์.
- จุฑาทิพย์ อุมะวิชนี (แปล). (2544). *วิวัฒนาการแห่งความคิด: ภาคนมนุษย์และโลก*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุมพล คำสนอง.(2542). *หลังสมัยใหม่ (What is Postmodern?)*. สืบค้น 5 พฤศจิกายน, 2562, จาก <http://www.library.polsci.chula.ac.th/dl/51ec88f1bd725f5f9b9da86832278a6b>
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. (2550). *อัตลักษณ์ วัฒนธรรม และการเปลี่ยนแปลง*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน, 2562, จาก http://www.soc.cmu.ac.th/~wsc/data/Identity28_3_05.pdf.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2541). *ทฤษฎีและแนวคิดเศรษฐกิจชุมชนชนชาวนา*. กรุงเทพฯ: โครงการวิถึ
ทรรศน์.
- ฉันทนา กระภูฤทธิ, ธนิตา ขุนบุญจันทร์, อาภากรณ์ เตชรัตน์ และกฤษณะ คตสุข. (2558). บันทึกภูมิ
ปัญญา: การนวดพื้นบ้านไทย กรณีหมอนทองเลื่อน วิเศษสิงห์ จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสาร
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 13(2), 58-64.
- ชนิตา รักษ์พลเมือง. (2550). *เอกสารประกอบการบรรยาย วิชาหลักและทฤษฎีพัฒนศึกษา*. คณะ
ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนนุส์วัลลภ ขุมทอง. (2545). *ประวัติศาสตร์ทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจของสุขภาพไทย:
ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทยและสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.).
- ชวามหาวิหาร. (2555). *พระอภิธรรม*. สืบค้น 15 ตุลาคม, 2563, จาก <https://www.thepathofpurit.com>
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2545). *สัญวิทยา, โครงสร้างนิยม, หลังโครงสร้างนิยมกับการศึกษา
รัฐศาสตร์= Semiology_structuralism. Post-structuralism and the study of political
science*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : วิทยา.
- ณภัทร พานิชการ. (2564). *พินิจแพทย์*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัฐธิญา คำพล, ศักนงค์ โตสงวน และมนรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์. (2554). *รายงานวิจัย
ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาจากสมุนไพรและนโยบายส่งเสริมการใช้ยา
จากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ทวี เลหาพันธ์. (2558). การพัฒนาการจัดการศึกษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์: (1) การพัฒนา
การแพทย์แผนไทย เมื่อกลับคืนสู่ศิริราช. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก*, 13(2), 3-13.
- ทวี วรคุณ. (2551). *หมอชีวกโกมารภักจ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สร้างสรรค์บุ๊คส์.
- เทพินทร์ พัชรานุกฤษณ์. (2548). *สังคมวิทยาการแพทย์*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ธวัชชัย กมลธรรม, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และกันทิมา สิทธิชัยกิจ. (2558). *ตำราการแพทย์แผนไทย
สำหรับแพทย์*. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข.
- ธีรยุทธ บุญมี. (2546). *ความหลากหลายของชีวิต ความหลากหลายทางวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ : สาย
ธาร.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ธีรยุทธ บุญมี. (2547). *โลก Modern & Post-modern* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : สายธาร.
- ธีรยุทธ บุญมี. (2557). *มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิชาษา.
- นพพร จันทรนำชู. (2559). พัฒนศึกษา: ความหลากหลายของกระบวนทัศน์ทางการศึกษา/การพัฒนา. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 36(2), 149-171.
- นฤพนธ์ คิ้ววิเศษ. (2557). อำนาจ (*Power*). สืบค้น 5 พฤศจิกายน, 2562, จาก <https://www.sac.or.th/databases/anthropology-concepts/glossary/116>
- นันทนา น้าฝน. (2536). *องค์ประกอบบางประการที่สัมพันธ์กับเอกลักษณ์เชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล* (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- บ้านจอมยุทธ. (ม.ป.ป). *แนวคิดทางปรัชญา-สังคม-วิทยาศาสตร์: กระบวนทัศน์*. สืบค้น 25 กรกฎาคม, 2563, จาก https://www.baanjomuyut.com/library_2/extension-2/paradigm/02.html
- บุญymas สิ้นรูประภา และจรัสพรรณ สงวนเสริมศรี.(2533). *รายงานการวิจัยเรื่องการแพทย์แผนโบราณในทัศนะของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. นนทบุรี: งานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญญาภา กุลศิริไชย. (2555). *การลดภาวะซึมเศร้าในผู้ประสบภัยพิบัติด้วยการรับทสวดโพชฌงค์ปริตรเข้าจิตได้สำนึก* (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, พระนครศรีอยุธยา.
- ปกรณ์ ปรียากร. (2528). *แนวความคิดว่าด้วยการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรววรรณ ดวงรัตน์. (2557). ศัญศาสตร์และความหมายที่แปรเปลี่ยน. *สุทธิปริทัศน์*, 28(88), 25-31.
- ประทีป ชุมพล. (2554). *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย : การศึกษาจากเอกสารตำรายา*. กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ประพจน์ เกตราภส. (2557). *ทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับทฤษฎีการแพทย์แผนปัจจุบัน*. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 12(2), 167-169.
- ประเวศ ะสี. (2541). *บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มูลนิธิหมอชาวบ้าน.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ประเวศ วะสี. (2550). “จุดเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพไทย” ใน มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประสิทธิ์ ธีปรีชา. (2547). การสร้างและสืบทอดอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง วาทกรรมอัตลักษณ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- ปราโมทย์ เสถียรรัตน์. (2547). การศึกษาแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยเพื่อเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- ปัทมาวดี กสิกรรม. (2541). โครงการศึกษาเบื้องต้นเพื่อพัฒนานโยบายด้านสุขภาพทางเลือก เพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- เปรม ชินวันทนนานนท์. (2547). ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการ. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- พระครูอินทสารวิจิตร อินฺทสโร (กิจไธสง). (2551). ศึกษาการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรและธรรมโอสถที่ปรากฏในคัมภีร์พระพุทธศาสนา (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระพุทธโฆสะเถระ ธนา. (2554). วิสุทธิมรรค ฉบับ สมเด็จพระพุทธมหาราช (อาจ อาสภมหาเถร) แปลและเรียบเรียง (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.
- พระไพศาล วิสาโล. (2536). องค์รวมแห่งสุขภาพ: ทิศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- พระมหาธรรมราชาที่ 1 ญาณิไทย. (2526). ไตรภูมิภค หรือ ไตรภูมิพระร่วง ฉบับตรวจสอบชำระใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร.
- พระมหาภาณุวิชญ์. (2555). พุทธวิธีการบำบัดโรคทางใจ (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, พระนครศรีอยุธยา.
- พระยาพิศณุประสาทรเวช. (2502). เวชศึกษา: คู่มือของผู้ศึกษาวิชาแพทย์. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. (2558). ความรู้ อำนาจและสุขภาพ : จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). *พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- มองซีเออร์, เดอ. ลา. ลูแบร์. (2552). *จดหมายเหตุ ลา ลูแบร์ ราชอาณาจักรสยาม* (สันต์ โกมลบุตร,
ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ศรีปัญญา.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). *แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โครงการงานวิจัยพฤติกรรม
สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. (2559). *ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์
ฉบับอนุรักษ) เล่มที่ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สุภาวิณีการพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2555). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. สืบค้น 10 ธันวาคม,
2564, จาก <https://dictionary.orst.go.th/>
- รุจินาด อรรถสิทธิ์. (2541). *การดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติ*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.
- ลีนิจ ชยากกร. (2462). *ลัทธิธรรมเนียมต่าง ๆ ภาคที่ 4 เรื่องวิชาแพทย์ไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
โสภณพิพรรฒธนากร.
- วรรณสิทธิ ไวกยะเสวี. (2533). *คู่มือการศึกษา พระอภิธรรมมคตสังคหะ ปริเฉทที่ 6 รูปสังคหวิภาค
และนิพพานปรมัตถ์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : มูลนิธิเนบ มหานิรันดร์.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (ม.ป.ป). *ยุคเรืองปัญญา*. สืบค้น 5 พฤศจิกายน ,2562, จาก
<https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%84%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%8D%E0%B8%B2>
- วิจิตร ทัศนียกุล. (2552). เกษขพันธุศาสตร์. *วารสารวิชาการศรีนครินทร์เวชสาร*, 24(1), 64-72.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2545). การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทยระหว่างปี พ.ศ.
2531-2543 ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง,(บก.) *พรมแดนความรู้
ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*.นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวรส.).
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2546). *นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ของประเทศไทย*. นนทบุรี : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วิฑิต วันฉนวนวิบูล และวิฑิต วันฉนวนวิบูล. (2537). *ปรัชญาแนวคิดพื้นฐานการแพทย์ตะวันออก-ตะวันตก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พีรราบ.
- วีรพล เจียมวิสุทธิ. (2560). *สัญญาะกับการสื่อสารอัตลักษณ์ในตราเครื่องหมายสัญลักษณ์การจัดการแข่งขันกีฬาโอลิมปิก*. วารสารวิชาการ *Veridian E-Journal*, 10(1), 2077-2092.
- ศักดิ์สิทธิ์ พันธุ์สัทธ. (2563). *โพชนังคปริตร พิชิตโรครภัย*. สืบค้น 10 พฤษภาคม, 2563, จาก <https://www.lcbp.co.th/บทความคมนต์/โพชนังคปริตร-พิชิตโรครภัย/?fbclid=IwAR2f4S1cAwfLRFmEoMXq383lo3VWs-oi4BEgKWfqrHRN35kP7YETa4wZJ0LM>
- ศิลปะชัย ชาญเฉลิม. (2508). *หมอบรัดเลย์กับกรุงสยาม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : รัชดารมภ์การพิมพ์.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2546). *“ขยับกาย สบายชีวี” ด้วยกายบริหารแบบไทย ทำฤกษ์ดีคั่นพื้นฐาน 15 ท่า* (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. (2556). *ระบบสุขภาพชุมชนเพื่อชุมชน*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.
- สนทยา พลศรี. (2545). *ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- สภายวพุทธิกสมาคมแห่งชาติ. (2555). *พระไตรปิฎกสำหรับผู้เริ่มศึกษา*. 2, *พระวินัยปิฎก เล่ม 2*. กรุงเทพฯ : บริษัท สำนักพิมพ์โพชนังค จำกัด.
- สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช. (2551). *จิต-วิญญาณ ในทางพระพุทธศาสนา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : มหามงกุฎราชวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ สามัคคีธรรม. (2555). *การแสวงหาความรู้ทางสังคมศาสตร์: เปรียบเทียบระหว่างแนวปฏิฐานนิยม แนวปรากฏการณ์นิยม และแนวตั้งนิยม*. *วารสารการเมือง การบริหาร การกฎหมาย คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(1), 1567-1580.
- สมาร์ท, แบร์รี่. (2555). *มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)* (จาระมี เชียงทอง และสุนทร สุขสรณัจิต, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2540). *ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ.(ม.ป.ป). *การปฏิสนธิและการตั้งครรภ์*. สืบค้น 10 ธันวาคม, 2563, จาก <http://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=9&chap=2&page=t9-2-infodetail01.html>
- สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2557). *การเตรียมเครื่องยาไทยบางชนิดก่อนใช้ปรุงยา (ประสะ-สะตุ-ฆ่าฤทธิ์)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระราชบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550ก). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน, 2562, จาก <https://www.nationalhealth.or.th/node/429>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550ข). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550*. กรุงเทพฯ: สหพัฒนไพศาล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). *ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ : กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สุด แสงวิเชียร. (2521). จุดจบของแพทย์แผนโบราณและการเริ่มต้นของการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*, 1(2), 20-28.
- สุภาพรรณ กลิ่นนาค. (2561). *การสร้างสุขภาวะของชีวิตตามแนวโพชฌงค์ในพระพุทธศาสนา* (Unpublished Doctoral dissertation). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, พระนครศรีอยุธยา.
- สุมาลี ไชยสุภรากุล. (2558). กระบวนทัศน์ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์. *วารสารจันทร์เกษมสาร*, 21(40), 1-8.
- สุมิตร สุวรรณ. (2554). *รัฐกับแนวคิดและทฤษฎีการพัฒนา*. นครปฐม: ภาควิชาการพัฒนาศาสตร์พยาบาล มนุษย์ และชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.
- สุรางค์ ใคว์ตระกูล.(2544). *จิตวิทยาการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวสิน พลนรัตน์ และคณะ. (2564). แนวทางการพัฒนาคลินิกจิตเวชชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ภายใต้ บริบทของการแพทย์พื้นบ้านล้านนา. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 8(5), 162-176.
- แสวง รัตน์มงคลมาศ. (2534). *ทฤษฎีสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ชมรมนักพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ห้องสมุดธรรมะ. (2542). *พระไตรปิฎก*. สืบค้น 15 ตุลาคม, 2563, จาก <http://www.tipitaka.com>
- อภิญา เพ็ญฟูสกุล. (2546). *อัตลักษณ์: การทบทวนทฤษฎีและกรอบแนวคิด (Identity)*.
 กรุงเทพฯ : คณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาสังคมวิทยา สำนักงานคณะกรรมการ
 วิจัยแห่งชาติ
- เอกศักดิ์ ยุคตะนันท์. (2557). *ข้อพิพาทด้วยปฐมปรัชญา* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น : ขอนแก่นการ
 พิมพ์.
- โอคาซา, ซาเมียร์. (2549). *ปรัชญาวิทยาศาสตร์โดยสังเขป (Philosophy of Science: A Very Short
 Introduction)* (จูไรต์น์ จันทรธำรง, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร
 (องค์การมหาชน).
- ฮัลโลเวย์, ริชาร์ด. (2562). *ศาสนา : ประวัติศาสตร์ศรัทธาแห่งมวลมนุษย์ (A Little History of
 Religion)* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (สุนันทา วรรณสินธ์, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: บุกส์เฮป.
- Barth, F. (1969). *Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference: the
 social organization of culture difference*. London: Allen & Unwin.
- Barthes, R. (2009). *Mythologies*. London, England: Vintage Classics.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2011). *Social construction of reality, the: A treatise in the
 sociology of knowledge*. Open Road Media.
- Black, C. E. (1967). *The Dynamics of Modernization: A Study in Comparative History*. New
 York: Harper & Row.
- Darwin, C. (2013). *The descent of man*. Ware, England: Wordsworth Editions.
- Descartes, R. (2008). *Meditations on first philosophy* (M. Moriarty, Trans.). Oxford University
 Press.
- Durkheim, E. (1986). *On politics and the state*. Oxford, England: Polity Press.
- Eisenstadt, S. N. (1974). *Tradition, Change and Modernity* (99th ed.). Nashville, TN: John Wiley
 & Sons.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity and the life cycle*. New York, NY: WW Norton.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. New York: Pantheon
 Books

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York, NY: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1981). The order of discourse. In Y, Robert (Ed), *Untying the Text: A Post-Structuralist Reader*. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Foucault, M. (1984). *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (2020). *Discipline and punish: The birth of the prison*. London, England: Penguin Classics.
- Germov, J. (2002). *Challenges to Medical Dominance*. Victoria Australia: Oxford University Press.
- Goffman, E. (1990). *The presentation of self in everyday life*. Harlow, England: Penguin Books.
- Gramsci, A. (1971). *Selections from the Prison Notebooks of Antonio Gramsci*. New York: International Publishers.
- Guba, E.G. (1990). *Paradigm Dialog*. London: Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
- Harre, R. (1976). *Life sentences: Aspects of the social role of language*. England: John Wiley & Sons.
- Haug, M. (1988). *A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization*. New York: Basic Book.
- Hegel, G. W. F. (1997). *On art, religion, and the history of philosophy: Introductory lectures*. Cambridge, MA: Hackett Publishing.
- Holloway, R. (2016). *A Little History of Religion*. London: Yale University Press.
- Huntington, S. (1996). *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. New York: The Free Press.
- Inkele, A. (1966). *The Modernization of Man*. New York: Basic Book.
- Inkeles, A. (1984). *Exploring Individual Modernity*. New York: John Wiley & Sons.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kant, I. (1996). *The critique of practical reason the critique of practical reason*. Cambridge: Independently Published.
- Lacan, J. (1997). The Seminar of Jacques Lacan: The Psychoses Book III 1955-1956 (R. Grigg, Trans.). In J.A. Miller (Eds.), *Le Séminaire, Livre III, Les Psychoses* (pp. 120-159). New York: WW Norton.
- Lawler, S. (2008). *Identity Sociological Perspectives*. Kundhi: Peplika Press PVT.
- McCall, G. J. (1987). *The structure, content, and dynamics of Self: Continuities in the study of role-identities*. New York: John Wiley & Sons.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. (C. W. Morris Ed.): University of Chicago Press
- Moore, W.E. (1963). *Social change*. Englewood Clifts, N.J.: Prentice-Hall.
- Moore, W.E. (2009). *Social Change* (2nd ed.). Old Tappan, NJ: Prentice Hall.
- Storer, H.R. (1999). *Champion of women & the unborn*. New York: Science History Publications.
- Stryker, S. (1980). *Symbolic Interactionism: A Social Structure Version*. California: Menlo Park.
- Techakaew, Y. (1997). *Rituals and beliefs of the ghost in the northeast* (Unpublished Master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Walter, S. (2011). *Holistic Health*. Retrieved July 21, 2021, from <https://ahha.org/selfhelp-articles/holistic-is-an-adjective-not-a-noun/>
- Weber, M. (2017). *Max Weber: A Biography* (2nd ed.). London, England: Routledge.
- Woodward, R. (2011). *Military Geographies* (1st ed.). Chichester, England: Wiley-Blackwell.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	จิรายุ ชาติสุวรรณ
วัน เดือน ปีเกิด	12 เมษายน 2531
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์, 2552 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์, 2559
สถานที่ทำงาน	ภัทรภาสคลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ตำแหน่งปัจจุบัน	แพทย์แผนไทยประยุกต์

