

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญในการศึกษาวิจัย

บ้านมีเสา หลังคามีจั่ว ส่วนต่าง ๆ ของตัวบ้านประกอบเชื่อมกันเป็น โครงสร้างกายภาพ ของสังคมก็เช่นกันต่างมีบริเวณ สัญลักษณ์ ขอบเขตทางความคิด สามารถอธิบายและให้ความหมาย ประกอบกันขึ้นเป็นพื้นที่ทางวัฒนธรรม ช่วยรองรับฐานคิดของคนในแต่ละชุมชน เขตแดนทาง ความคิดดังกล่าว สามารถสังเกตได้จากคำที่ใช้เรียกชื่อส่วนต่าง ๆ ของหมู่บ้านอาทิ หัวบ้าน ท้ายบ้าน ใจบ้าน หัวไร่ ปลายนา เป็นต้น คำเหล่านี้บ่งบอกความหมาย แสดงที่ตั้ง และชี้ให้เห็น แนวเขต ซึ่งพื้นที่เหล่านั้นถูกระบุชื่อ ตำแหน่งราวกับว่าหมู่บ้านนั้นมีชีวิต สะท้อนให้เห็นความคิด ที่ประกอบสร้างขึ้นกลายเป็นกายภาพของชุมชน

พื้นที่ดังกล่าวเป็นบริเวณที่เจ้าของวัฒนธรรมแปลงจินตนาการ ความคิด และความเชื่อ ให้กลายเป็นสัญลักษณ์ อธิบายความหมาย จัดวางความสัมพันธ์โดยจัดให้มีพิธีกรรมประกอบซ้ำ อีกตรงบริเวณเดิมในแต่ละช่วงเทศกาล ทั้งนี้เพื่อบ่งบอกความสำคัญของตำแหน่ง อาณาบริเวณและ การมีอยู่ของพื้นที่นั้น ประเพณีการทำบุญใจบ้าน บูชาเสาเรือน พิธีคำฉันท์โพธิ์ การส่งเคราะห์ และการปิดป่าสิ่งอัปมงคลจึงเกิดขึ้นที่กลางบ้าน ท้ายบ้านและหัวบ้าน ซึ่งเป็นรูปธรรมที่เห็นได้ใน แต่ละช่วง เวลาในรอบปีของชุมชน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสังเกตได้ชัดเจนในยามที่หมู่บ้านเกิด “เคราะห์ภัย” พิธีกรรมจะถูกจัดขึ้นเพื่อให้การคุ้มครองป้องกัน โรคร้ายที่มาเยือนเยือน ประเพณีต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นกระบวนการสร้าง “ภูมิคุ้มกันทางใจ” ให้กับคนในชุมชน

การสร้างขวัญ และกำลังใจให้คนในชุมชนเปรียบเสมือน การเยียวยาจิตใจให้ผู้คนใน ยามเกิดปัญหาโรคร้าย กลวิธีดังกล่าวถือเป็นเป็นส่วนหนึ่งในระบบวัฒนธรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องสุขภาพและมิติทางจิตวิญญาณ การประกอบพิธีต้องอาศัยคนที่มีประสบการณ์ซึ่งทำโดยผู้สูงวัย เป็นหลัก ภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนงานเวชกรรมทางสังคม เพราะมีองค์ประกอบทั้งการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม การฟื้นฟูและการให้กำลังใจ เพื่อที่จะให้คน เหล่านั้นมีความหวังต่อสู้กับปัญหาความทุกข์และความเจ็บป่วย ในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยวิธี พื้นบ้านดังกล่าว ยังเป็นจังหวะที่ทำให้คนในชุมชนได้มารวมตัวกัน เป็นโอกาสให้คนทั้ง 3 วัย คือ ผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ และเด็ก ได้มีส่วนเข้าร่วมกันเรียนรู้แก้ไขปรากฏการณ์ทางสังคมไปพร้อม ๆ กัน กลุ่มอาการ “ความเจ็บป่วย” ของสังคมอาจสังเกตได้จากปรากฏการณ์ การใช้ความรุนแรง ในระดับ บุคคล ครอบครัว จนกระทั่งเหตุการณ์ความขัดแย้งระดับชุมชนที่กลายเป็นฉนวนปะทุให้เกิด

สงครามในระดับประเทศ การใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยจนนำไปสู่การคอร์รัปชัน ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนน ปัญหาเด็กติดเกม วัยรุ่นติดการพนัน ภาวะความเครียด การฆ่าตัวตาย ปัญหายาเสพติด อาการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของโรคทางสังคมที่เกิดขึ้นกับกายและจิตใจ เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ไม่ได้เกิดจากสาเหตุของเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว (ประเวศ วะสี, 2536; เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และกัญญา ตีวิเศษ, 2540; โกวิท คัมภีรภาพ, 2544)

ดังนั้นกระบวนการเยียวยาแก้ไขจึงควรพิจารณาจากหลายมิติ (นะโองิ อิระมะ, โคจิ เซะโอะ, และเคโกะ วะเซะคะ, 2553) เพื่ออธิบายมูลเหตุของความเจ็บป่วยให้ครอบคลุม เชื่อมโยงกับระบบความคิดเรื่องสุขภาพภายในชุมชน โครงสร้างทางเศรษฐกิจ เงื่อนไขทางสังคม ระบบการเมือง ซึ่งในแต่ละมิตินั้นล้วนเป็นเรื่องที่แยกไม่ออกจากบริบททางวัฒนธรรมโรเซน (Rosen, 1974) ฐานความคิดเริ่มต้นดังกล่าวเป็นมุมมองของการเรียนรู้ที่จะสานความเข้าใจที่แตกต่าง ช่วยก่อให้เกิดสะพานเชื่อมความเข้าใจมิติทางประวัติศาสตร์ มิติของโรคภัยและความทุกข์ยากของคนในแต่ละท้องถิ่น

การพิจารณามิติด้านภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตของคนในแต่ละชุมชน ประกอบกับกระบวนการการรักษาทางชีวภาพ ช่วยให้งานรักษา การเตรียมการป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพมีพลัง, เกิดความใกล้ชิดระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ทั้งจะช่วยย่นย่อระยะห่างระหว่างกรอบคิดแบบเดียวที่ตายตัวกับความเป็นจริงที่มีความหลากหลายของระบบคิด ซึ่งมีอยู่ในระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

การสร้างทางเลือกใหม่ในระบบสุขภาพไทยต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน ร่วม กันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างพื้นที่ของกระบวนการบูรณาการใหม่ที่ไม่จำกัดเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น การประสานพลังจากผู้มีจิตอาสาจากทุกเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ เปิดโอกาสให้พลังที่มีอยู่ในแต่ละชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจัดการความเจ็บป่วยเหล่านั้น จะช่วยให้งานเวชกรรมเกิดแนวร่วมทางสังคมและไม่ถูกจำกัดเฉพาะผู้มีใบประกอบโรคศิลปะ กฎหมายที่เอื้ออำนวย การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะมิติทางวัฒนธรรมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญยิ่งที่ควรขยายเครือข่ายความร่วมมือ ด้วยปรากฏว่าโรคที่เกิดขึ้นในสังคมนั้น ไม่ได้เกิดจากปัญหาสุขอนามัยเพียงด้านเดียว แต่เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังสะท้อนให้เห็นโครงสร้างทางความทุกข์ยากของประชาชน ปรากฏอาการออกมาให้เห็นว่าสังคมกำลังเสียความสมดุล “ภูมิคุ้มกันทางสังคมกำลังบกพร่อง”

เรื่องของสุขภาพ ผู้สูงวัย วัฒนธรรม การศึกษา เศรษฐกิจ และความมั่นคงของรัฐเป็นประเด็นหลักที่สำคัญมากในการสร้างคุณภาพชีวิต แต่กลับถูกจัดแบ่งให้เป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละ

กระทรวง เช่น ปัญหาสุขภาพเจ้าภาพคือกระทรวงสาธารณสุข งานผู้สูงวัยเป็นเรื่องของ กระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ งานวัฒนธรรมเป็นเรื่องของกระทรวงวัฒนธรรม
งานการศึกษาเป็นเรื่องเฉพาะของกระทรวงศึกษาธิการ การกิจถูกแบ่งและทอนงานออกเป็นส่วน ๆ
ขาดมิติของการบูรณาการข้ามกระทรวง

งานหลักที่ตั้งไว้ของแต่ละกระทรวง แต่ละหน่วยงานใช้ขอบเขตภารกิจเป็นเส้นแบ่ง
อำนาจหน้าที่ แต่ละกรมกองจึงถูกแยกความรับผิดชอบออกจากกันตามตัวบทกฎหมาย ยืงนานวัน
ยิ่งทำให้เกิดกรอบการทำงานที่แข็งตัว ไม่เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้ว่าจะมีการประสาน
การทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงแต่ก็เป็นเพียงการทำงานตามบัญญัติของตัวหนังสือ ลอยตัว
ออกจากสภาพความทุกข์ของคน และชุมชน เพราะคนทำงานในระบบนั้นมองเห็นแต่แบบประเมิน
วิงหาแต่ตัวดัชนีชี้วัด มองข้ามมิติความเป็นมนุษย์ จึงทำให้เกิดปัญหาซับซ้อนต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

รูปธรรมของปัญหาที่เห็นและเป็นอยู่อาจกล่าวได้ว่า แม้มีการสร้างถนนเชื่อมต่อไปยัง
ทุกโรงพยาบาล มีเทคโนโลยีสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือ และมีศูนย์การแพทย์รักษาโรคเฉพาะทาง
เพิ่มมากขึ้น แต่ไม่สามารถรับมือจำนวนผู้ป่วยได้ทั้งหมด สถานการณ์ผู้ป่วยยังล้นโรงพยาบาลยังมี
อยู่ นายแพทย์กวี ไซยศิริ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เปิดเผยว่าโรงพยาบาลมี
เตียงรองรับผู้ป่วยได้ 1,500 เตียง แต่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยขณะนี้กว่า 2,000 คน (ครอบครัวข่าว,
2553) จึงก่อให้เกิดความทุกข์ที่เพิ่มขึ้น จากการรอคิวรับการรักษาจากรัฐซึ่งมีไม่เพียงพอ

ในมุมตรงข้ามความยากลำบากในการเข้าถึงบริการของรัฐ กลับทำให้ภูมิปัญญาในตัวผู้
สูงวัยยังทรงคุณค่า แม้ว่าจะระบบการรักษาพื้นบ้านในชุมชนแต่ละชาติพันธุ์ อาจไม่สมบูรณ์และได้
มาตรฐานในสายตาของรัฐ ทว่ากลับเป็นพื้นที่บริการซึ่งคนในชุมชนเข้าถึงได้ เปิดโอกาสให้ผู้สูงวัย
หมอบ้านได้แสดงศักยภาพปฏิบัติเรื่องที่ควรทำแสดงความสามารถและใช้ความรู้ประสบการณ์
ที่ผ่านมาช่วยเหลือผู้ป่วย ซ้ำยังช่วยสืบทอดภูมิปัญญาการรักษาสุขภาพของบรรพชน วิธีการรักษา
พื้นบ้านดังกล่าวยังเป็นทุนทางวัฒนธรรมและพลังที่มีอยู่แล้วในกลุ่มผู้สูงวัย เป็นกลไกที่มีอยู่ใน
ระบบสุขภาพท้องถิ่น บ่งบอกให้เห็นร่องรอยและประสบการณ์ของผู้สูงวัยว่ายังมีบทบาทความ
สำคัญ เป็นทางเลือกและที่พึ่งพิงให้กับคนในชุมชนเสมอมา

จากตัวเลขทางสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติประมาณว่า โครงสร้างประชากรไทย
มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10.7 ขณะนี้ประชากรไทยปี พ.ศ. 2550 มี 66.04 ล้านคน และภายในปี
พ.ศ. 2560 ทุก 100 คน จะมีเด็กประมาณร้อยละ 19.7 และผู้สูงอายุปีประมาณร้อยละ 14.9 ตัวเลข
ดังกล่าวชี้ให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ซึ่งประเทศไทยถูกจัดเข้าไปอยู่ใน
สังคมของผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่น
เดี่ยวตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 จากเดิมปี พ.ศ. 2537 เพียงร้อยละ

3.6 และปี พ.ศ. 2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 6.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, บทสรุปผู้บริหาร) การเพิ่มขึ้นของตัวเลขดังกล่าวนำไปสู่แนวทางในการรับมือและประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและส่งผลถึงผลดีถึงสังคมโดยรวม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, หน้า 4) แต่ก็เป็นเพียงการสำรวจเชิงตัวเลขครอบคลุมแต่เพียงภาพรวมแต่ไม่ได้สะท้อนให้เห็นวิถีชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวชายแดน และไม่ได้ให้รายละเอียดระบบสุขภาพผู้สูงอายุในชนบท งานที่ออกมาชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงและให้สังคมตระหนักถึงการเตรียมพร้อมสำหรับการรับมือการเปลี่ยนแปลงที่ตามมา (ชินตา วิชาวุธ, 2553)

ดังนั้นการรับมือการขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุ จึงควรเตรียมแผนบริการด้านสุขภาพที่มี “ความหลากหลาย” พร้อมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มคนเหล่านี้ในระยะยาว จึงเป็นงานเร่งด่วนที่ควรศึกษาวิจัยเพื่อเตรียมการรับมือในอนาคต แต่การศึกษาวิจัยผู้สูงอายุที่ผ่านมามักมองผู้สูงอายุเป็น “ฝ่ายรับ” รัฐเป็นฝ่ายสงเคราะห์ คอยเข้าไปช่วยเหลือ แทนที่จะเน้นการศึกษาเพื่อขยายศักยภาพของผู้สูงอายุในทุก ๆ มิติ เปลี่ยนภาพฝ่ายรับเป็น “ผู้ร่วมรุก” ดังพลังที่มีอยู่แล้วในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้มาช่วยกันสร้างภูมิคุ้มกันให้กับคนทุกวัย

การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ คือ กระบวนการของงานเวชกรรมทางสังคมที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพและพัฒนาความสามารถของคนในชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง โดยเฉพาะพื้นที่บริการสาธารณสุขบริเวณชายแดน เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องควรหันมาศึกษาบทบาททุนทางวัฒนธรรมอย่างเป็นระบบ เพราะมรดกทางภูมิปัญญาเป็นทุนทางสังคมที่มีคุณค่า หากนำมาคิดสรรปรับปรุงผลิตซ้ำและปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น ภายใต้กรอบของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพิ่มทุนปรับใช้ให้เป็นทางเลือกหนึ่งในระบบสุขภาพหลัก ซึ่งในระยะยาวสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพ เสริมสร้างความแข็งแรงให้กับผู้สูงอายุและคนในชุมชนได้ ทว่าที่ผ่านมาขาดการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ส่วนมากบุคลากรในระบบโรงพยาบาลยังมองข้ามความสำคัญของการแพทย์พื้นบ้าน เน้นชี้แต่จุดอ่อนของการแพทย์พื้นบ้าน ก่อให้เป็นรองในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และมักมองข้ามจุดแข็งของการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละพื้นที่ ทำให้ขาดแนวร่วมไม่สามารถเข้าถึงคุณประโยชน์ของภูมิปัญญา มติของความเรียบง่าย ความใกล้ชิด ความรู้สึกเป็นกันเอง ความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535; ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2546; คารณี อ่อนชมจันทร์, 2546)

การจะปรับกระบวนการทัศน์ดังกล่าว ต้องเปลี่ยนมุมมองของรัฐใหม่ โดยชุมชนเองต้องช่วยกันเร่งรวบรวมภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่ชัดเจน ส่วนเครือข่ายภาคีต้องร่วมเสริม ยืนยันด้วยระบบ

ข้อมูลและผลของการรักษา (Evidence based medicine) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีพลังและเป็นกลไกสำคัญในการร่วมพัฒนาระบบสุขภาพภายในชุมชน

การค้นหาพื้นที่ตัวอย่างและพัฒนากระบวนการริเริ่มขยายผล เพื่อโน้มน้าวให้เห็นศักยภาพผู้สูงอายุที่ดำรงอยู่จริง ดังเช่นการขับเคลื่อนงานของวุฒิสภาสาธารณสุขการสมอง (ธนาคารสมอง, 2547, หน้า 1) ทำให้เห็นภารกิจและภูมิปัญญาที่อยู่ในตัวผู้สูงอายุเป็นรูปธรรมที่ช่วยส่งเสริมทุนทางสังคมให้กับลูกหลาน ดังนั้นความสูงวัยจึงเป็นมรดกสำคัญที่มีอยู่ในทุกชุมชน, กิจกรรมของผู้สูงอายุวุฒิสภาฯ ช่วยเสริมบทบาททำให้ผู้สูงอายุโดดเด่นยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุยังทรงคุณค่า และมีศักดิ์ศรี

ด้วยเหตุนี้การประสานพลังในตัวผู้สูงวัยกับงานเวชกรรมสังคม จึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เพราะเป็นทุนเดิมของท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว การสืบทอดภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพจึงเป็นพลังทางสังคม ที่ช่วยหนุนและแก้ไขความทุกข์กายและใจของคนในชุมชน การร่วมกันเรียนรู้จัดวางเงื่อนไขให้สังคมเคลื่อนไปสู่ภาวะปกติ คือกระบวนการผลิตซ้ำ “ภูมิคุ้มกันทางปัญญา” เป็นการฟื้นฟูพลังของคนในชุมชน โดยไม่จำเป็นต้องทำลายฐานคิดหรือรื้อถอนระบบจารีตที่มีอยู่เดิม และถ้าเรารู้จักเลือกและปรับใช้ให้เหมาะสม ร่วมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในการรับมือกับภาวะความเจ็บป่วย ภูมิปัญญาด้านสุขภาพจะงอกงามเติบโตและจะก่อตัวเป็นความรู้ที่ไม่หยุดนิ่ง ประเด็นของสุขภาพชาติพันธุ์วัฒนธรรมการรักษาพื้นบ้าน พื้นที่ชายแดนและความมั่นคงของประเทศจะถูกผสมผสานให้เป็นหนึ่งเดียวกัน มิติของความยั่งยืนและภาวะสันติสุขในสังคมจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อประสานให้เกิดประเด็นการเชื่อมต่อ

พลเอกสุรยุทธ์ที่ผ่านมามีการวิจัยศึกษาเกี่ยวกับภูมิปัญญามีอยู่ด้วยกันหลายมิติ ทั้งด้านสังคมการเมือง ประวัติศาสตร์ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ชนกลุ่มน้อย ศิลปวัฒนธรรม ถึงแม้จะมีการศึกษาในเชิงชาติพันธุ์กับการแพทย์ในประเทศไทยอยู่บ้าง แต่ในช่วงแรก ๆ นับเป็นงานสร้างฐานความเข้าใจมากกว่าเน้นการเชื่อมต่อในเชิงนโยบาย สำหรับสาขาวิชาการที่นำมาใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานด้านสังคมศาสตร์และมักใช้วิธีทางมานุษยวิทยา ส่วนงานวิจัยด้านการแพทย์พื้นบ้าน ในช่วง พ.ศ. 2525-2545 นี้ส่วนใหญ่เป็นงานที่มีลักษณะสหวิทยาการน้อยมาก (รุจิณา อรรถสิทธิ์, 2546, หน้า 3) จึงขาดพลังและรูปธรรมในการขับเคลื่อนเชิงระบบ

ทว่าผลของการศึกษาดังกล่าวได้ช่วยปูฐานก่อตัวให้เกิด “กระแส” การศึกษาภูมิปัญญาด้านสุขภาพในระยะต่อมา เช่นงาน หมอพระ มิติใหม่: ของพุทธศาสนาและสาธารณสุขไทย ศึกษาในปี พ.ศ. 2525 และได้รับการตีพิมพ์ปี พ.ศ. 2529 ของ กอสลิง, เดวิด แอล (2529) งานด้านสังคมวิทยาการแพทย์มีการศึกษาวิจัยแบบแผนพฤติกรรม การรักษาเยียวยาตัวเองด้วยฝิ่นของชาวม้ง

ที่เจ็บป่วย (พัชรินทร์ สิริสุนทร, 2531) และการศึกษาและรวบรวมคำร่ายพินันชลบุรี ซึ่งเป็นงานวิจัยประวัติศาสตร์ท้องถิ่นเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ (ภารดี มหาจันทร์, 2533) เป็นต้น

ระยะหลังนี้เริ่มมีการศึกษาเพื่อการส่งเสริมและสร้างนักวิจัยที่ใช้มิติทางวัฒนธรรมในการพัฒนา เช่น เรื่องชาติพันธุ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ, 2538) การสำรวจภาพรวมการดูแลสุขภาพสุขภาพเรื่อง สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย (เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ, 2539) และงานการขับเคลื่อนเชิงระบบ โดยใช้งานแนวคิดเชิงวาทกรรมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง งานดังกล่าวช่วยสะท้อนบางแง่มุมของภัยบางอย่างที่มากับระบบการแพทย์สมัยใหม่ และมีติของความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการรุกเข้ามามีอิทธิพลครอบงำสังคมไทย ของทวิศักดิ์ เผือกสม (2543) โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2548)

สำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แม้จะมีการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 1,248 เรื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2523-พ.ศ.2553 (สำนักหอสมุดแห่งชาติ, 2553) แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในมิติของชีวการแพทย์ (Biomedicine) เป็นการศึกษาจากบุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานที่เน้นการวิจัยเชิงปฏิฐานนิยมผ่านมุมมองของเจ้าของวิชาชีพ (Professional views) เช่น การศึกษาระดับโมเลกุลเซลล์ในลิโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงในผู้สูงอายุที่ปราศจากโรคหัวใจ (ชวนพิศ แดงสวัสดิ์, 2523) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (ศิริวรรณ สิ้นไชย, 2532) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (กิ่งทิพย์ แด่มทอง, 2546) ระบบการตรวจสอบการหกล้มและพฤติกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและผู้พิการ (ศศิวรรณ ไพอารมณ, 2551) สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ (รุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล, 2551)

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาส่วนมากเน้นการค้นหาคำอธิบาย ความพึงพอใจ สาเหตุ กลไกในทางการแพทย์ จึงมักมองข้ามมิติทางวัฒนธรรมและไม่ได้เน้นให้เห็นความสำคัญในประเด็นศักยภาพของผู้สูงอายุรวมถึง “พลัง” ที่มีอยู่ในระบบการแพทย์พื้นบ้านมากเท่าที่ควร ในอดีตกระแสดังกล่าวยังขาดการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในระบบสุขภาพของชุมชน (Community based) และมักไม่ใส่ใจกับคำอธิบาย ความหมายที่ “คน” ในแต่ละวัฒนธรรมพยายาม “สื่อ” (Emi views) ประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจเป็นพิเศษและต้องการขยาย คือ พลังภูมิปัญญาของผู้สูงวัยพื้นที่ซึ่งเป็นจุดเกาะเกี่ยวทางวัฒนธรรม ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับองค์ความรู้พื้นบ้านที่เชื่อมโยงกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพข้ามรัฐในสังคมไทย

จังหวัดเชียงใหม่อยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทย พื้นที่บางส่วนของจังหวัดมีส่วนที่ติดต่อกับชายแดนของประเทศเมียนมาร์ มีเป็นเส้นทางเชื่อมต่อการค้าขายไปถึงประเทศจีน ในอดีต

มีการเคลื่อนย้ายผสมผสานระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เช่น ไทใหญ่ ว้า ลาหู่ ลีซอ ม้งและจีนที่อพยพมาทางบก (Overland chinese) ซึ่งกระจายตัวอยู่บริเวณชายแดนนั้น จึงมีทั้งความหลากหลายทางชาติพันธุ์ และความคลุมเครือในเรื่องพรมแดนระหว่างรัฐ รวมไปถึงปัญหาเรื่องสิทธิมนุษยชน (เอกชัย ปิ่นแก้ว, 2548)

ในจำนวนความหลากหลายของชาติพันธุ์ต่าง ๆ นั้น วิถีชีวิตของคนจีนบกซึ่งมาตั้งถิ่นฐานบริเวณภาคเหนือของไทยนั้นได้นำภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการรักษาความเจ็บป่วยในรูปแบบต่าง ๆ เข้ามาด้วย ตัวอย่างเช่น การนวด กดจุด รมยา ดูดกระปุก กว้าชา ผังเจ้ม และวิธีการใช้สมุนไพรชนิดต่าง ๆ ซึ่งภูมิปัญญาเหล่านี้ คือ ส่วนหนึ่งในระบบวิถีการดำรงชีวิต และเป็นวัฒนธรรมพื้นบ้านที่ใช้จัดการกับโรคภัยไข้เจ็บภายในชุมชน

ระบบการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าวที่ยกตัวอย่างมานั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมย่อยในการดูแลสุขภาพภายในท้องถิ่น ซึ่งในปัจจุบันแบบแผนการรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านดังกล่าวยังคงดำรงบทบาทอยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์ของตน แต่ละชุมชนยังมีการสืบทอดและนำมาใช้แก้ไข ป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยให้กับคนในหมู่บ้าน ทว่าอดีตที่ผ่านมาสังคมไทยมีการศึกษาข้อมูลในมิติทางเวชกรรมชาติพันธุ์ (Ethnomedicine) และภูมิปัญญาข้ามรัฐในวงจำกัด ขณะที่ปัจจุบันเริ่มมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการบูรณาการการแพทย์พื้นบ้านจีน เพื่อผสมผสานการแพทย์แผนจีนเข้าสู่ในระบบสุขภาพของไทย ซึ่งเป็นพันธกิจของสถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก, 2553)

การเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่มีคุณค่า ซึ่งผู้วิจัยตระหนักเป็นอย่างยิ่งว่าพื้นที่ชายแดนดังกล่าวยังคงมีเรื่องราว ความรู้ ภูมิปัญญา และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ควรขยาย จึงควรพัฒนากระบวนการสืบสาน และต่อยอดความรู้พื้นบ้านที่มีอยู่ในระบบสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่ง เพราะ ณ วินาทีนี้ความเหล่านี้นกลายเป็นความรู้ท้องถิ่นที่ไม่ต้องเสียเงินนำเข้าจากต่างประเทศ เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่มีอยู่ในภูมิปัญญาพื้นบ้านและเป็นส่วนหนึ่งของระบบโครงสร้างสุขภาพในสังคมไทย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาวะและชีวิตมนุษย์โดยตรง

ดังนั้นการชี้ให้เห็นถึงคุณประโยชน์ ความสำคัญขององค์ความรู้เหล่านั้น รวมทั้งขยายการรับรู้ให้ผู้คนตระหนักเพิ่มมากยิ่งขึ้น ผ่านการศึกษาวิจัยถือเป็นกระบวนการส่งเสริมความรู้ที่ช่วยสะท้อนให้เห็นศักยภาพของคนในแต่ละชาติพันธุ์ว่า กลุ่มคนเหล่านั้นต่างมีภูมิปัญญาและมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองมาตั้งแต่อดีต การย้อนศึกษากระบวนการความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นกลไกสำคัญในการสืบสานภูมิปัญญา เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันในการพึ่งตนเอง ก่อนที่จะปล่อยให้ระบบการแพทย์ตะวันตกเข้ามามีอิทธิพลครอบงำจนไม่เหลือพื้นที่การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ในสังคมไทย

การศึกษาครั้งนี้ได้เน้นวิจัยไปที่ประวัติศาสตร์สุขภาพในชุมชน ระบบคิด คุณค่าที่มีอยู่ในแบบแผนการดูแลสุขภาพพื้นบ้าน บริบทแวดล้อมที่ก่อรูปเป็นความสัมพันธ์ทางสังคม เจาะลึกในประเด็นความเจ็บป่วยของคนในชุมชน ค้นหาเรื่องราวประสบการณ์ผ่านคนที่เคยได้รับการรักษาสุขภาพด้วยวิธีพื้นบ้านจีนย้อนหลังไปก่อนมีอนามัย พ.ศ. 2527 จนถึงสถานการณ์ปัจจุบันพ.ศ. 2556 โดยศึกษาในกลุ่มของผู้สูงวัย และผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาพื้นบ้าน หรือเคยให้การรักษาแก่ผู้อื่นเป็นหลัก การศึกษาผู้ที่เคยป่วยในกลุ่มอื่น ๆ เป็นข้อมูลเสริม ทั้งนี้เพื่อจัดกลุ่มของโรคและอาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ในอดีต ถอดรหัสการให้ความหมายของโรคในทัศนะของคนในชุมชนและประมวลประสบการณ์ผ่านเรื่องเล่าความทรงจำของผู้ป่วย เพื่อย้อนให้เห็นปรากฏการณ์ในอดีต การต่อสู้กับปัญหาสุขภาพโรคร้ายของคนในหมู่บ้าน ความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจากรัฐ และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมภายในชุมชน เพื่อแปรพลังปัจจุบันที่มีอยู่ในกลุ่มผู้สูงวัย ให้เป็นกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนในอนาคต

แม้วิธีการรักษาพื้นบ้านจะไม่สามารถแทนที่ระบบการแพทย์เชิงชีวภาพได้ทุกอย่าง เพราะพลังของภูมิปัญญาพื้นบ้านอยู่ที่ระบบคิดมากกว่าเรื่องเทคโนโลยี แต่สามารถสะท้อนให้เห็นผ่านการจัดการความเจ็บป่วยได้ในระดับหนึ่ง และแม้ภูมิปัญญาพื้นบ้านอาจจะไม่มีเวชระเบียนบันทึกแต่เป็นความรู้ที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล (Tacit knowledge) มีวัฒนธรรมภายในชุมชนรองรับ ภูมิปัญญาด้านสุขภาพจึงเป็นชุดความรู้อีกแบบหนึ่งในการจัดการ โรคร้ายที่พยายามปรับตัวให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนแต่ละท้องถิ่น ซึ่งนอกจากประสิทธิภาพแล้ว การให้ความหมายและความเรียบง่ายของการรักษาพื้นบ้านคือคุณค่าหลักที่มีอยู่ในระบบสุขภาพภายในชุมชน ด้วยวิธีในการรักษาพื้นบ้านที่ดูไม่ซับซ้อน และไม่จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของรัฐ และเป็นทางเลือกหนึ่งที่ควรเร่งพัฒนาให้ความสำคัญ

การมุ่งพัฒนาสังคมของผู้สูงวัยให้มีสุขภาพที่ดี อยู่เย็นเป็นสุข จะเป็นกระจกที่สะท้อนให้เห็นว่าสังคมไทยยังเอาใจใส่ให้ความสำคัญกับผู้สูงวัย การเกื้อกูล และการเอื้ออาทรไม่ใช่น้ำที่แต่เป็นน้ำใจของคนในชุมชน ซึ่งไม่ต้องอาศัยเทคโนโลยีชั้นสูงทางการแพทย์ ทุกชุมชนมีอยู่แล้ว เป็นสิ่งที่เราไม่ต้องกู้ยืมจากใคร “สุขภาพ” และ “สันติสุข” ไม่ใช่เรื่องเทคนิคของนักวิชาชีพเฉพาะทาง เพราะทุกคนรอบครัวสามารถช่วยกันเร่ง ร่วมกันสร้าง ตั้งเป้าหมายให้เป็นเสมือนหลักชัยของผู้สูงอายุโดยที่คนในชุมชนทุกคนสามารถร่วมผลักดันไปให้ถึงได้ในระดับนโยบาย

ดังนั้นการดึงพลังความรู้ของผู้สูงวัยออกมาใช้ จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคม สังคมที่เอาใจใส่กับผู้สูงวัยและเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุจะช่วยสร้าง

บรรยากาศและประสานให้คนหลายวัยได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดกระบวนการสืบทอด ส่งผ่านความรู้ การปรนนิบัติดูแลผู้สูงอายุจึงไม่ใช่เพียงแค่การแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณเท่านั้น หากเป็นการร่วมกันแสดงออกของคนในครอบครัว ซึ่งเป็นผลสะท้อนส่งผลถึงความสามัคคี เป็นเหมือนสวัสดิการและความมั่นคงของทุกคนในหมู่บ้าน ด้วยเหตุนี้การแสดงออกถึงความกตัญญูจึงเปรียบไปคล้ายกับ“เสาหลักที่คอยค้ำยัน” ระบบความมั่นคงทางสังคม เมื่อเราดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ก็ดูแลเรา ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีวัยที่แตกต่างจากคนหนุ่มสาว แต่พลังของคนกลุ่มนี้ยังคงมีศักยภาพ มีประสบการณ์และความสามารถในการช่วยเหลือสังคมได้อีกมากมาย

การศึกษาภูมิปัญญาของผู้สูงวัยและเรียนรู้เรื่องเล่าผ่านประสบการณ์ของผู้ที่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน ช่วยให้เราเห็นศักยภาพของการจัดการสุขภาพของคนในพื้นที่ชายแดนว่ายังมีระบบการแพทย์พื้นบ้านอีกระบบหนึ่ง ซึ่งยังเป็นที่พักของคนที่หมู่บ้านได้ การศึกษาด้วยวิธีทางมานุษยวิทยาการแพทย์จะช่วยให้เราเข้าใจสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม เห็นพลังที่มีอยู่ในภูมิปัญญาที่ใช้ในการรักษาสุขภาพ การศึกษาเชิงลึกทำให้เข้าถึงกลไกและบริบทของผู้ที่เคยได้รับการรักษาว่ามีความหลังและความทรงจำอย่างไรกับภาวะความเจ็บป่วย การประมวลเหตุการณ์สำคัญดังกล่าวเพื่อให้เห็นศักยภาพของชุมชนในแต่ละช่วงเวลา เมื่อเผชิญปัญหาความเจ็บป่วย คนในชุมชนได้จัดการเยียวยา และสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมที่ผ่านมาในอดีตได้อย่างไร

การเชื่อมโยงประวัติศาสตร์สุขภาพของชุมชน ผ่านประสบการณ์การต่อสู้กับความเจ็บป่วยในอดีตจะช่วยขยายมุมมองให้เห็นแนวทางการจัดการปัญหาสุขภาพในอนาคตว่า สังคม ไทยควรมีทางเลือกมากกว่าหนึ่งระบบ ทั้งนี้เราจะพัฒนาความคิดร่วมกันอย่างไรเพื่อก่อให้เกิดการบูรณาการระบบบริการสุขภาพภายในชุมชน ที่สามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย และก่อให้เกิดเป็นแนวทางบริการสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

การเจาะจงศึกษากลุ่มชาวจีนที่อพยพเข้ามาอยู่ทางตอนเหนือของประเทศไทย เพราะต้องการขยายฐานความเข้าใจในประเด็นของ “ภูมิปัญญาสุขภาพข้ามรัฐ” ที่ผสมผสานกันอยู่บริเวณชายแดนไทย อธิบายการเชื่อมต่อความรู้ในระบบความสัมพันธ์ทางสังคม ผ่านแบบแผนการดูแลสุขภาพด้วยวิธีพื้นบ้าน ผู้วิจัยมีความตั้งใจที่จะสืบสานองค์ความรู้และร่วมสร้างแนวร่วมเชื่อมต่อระหว่างกลุ่มผู้สูงวัย กลุ่มหมอพื้นบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายภาคเอกชน รวมทั้งประสานองค์กรท้องถิ่นผนึกกำลังกันเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่มีลักษณะที่เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น ตลอดจนใช้กระบวนการปฏิบัติการวิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชน เพื่อร่วมพัฒนาร่างแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้านในอนาคต

สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ภาวะสูงวัยก็เป็นส่วนหนึ่งในวงจรชีวิตของมนุษย์ การศึกษาเรื่องเวชกรรมสังคม ภูมิพลังผู้สูงวัย จึงเป็นกลไกที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ช่วยเชื่อมต่อและบูรณาการภูมิปัญญาจีนในสังคมไทย เป็นแนวทางสร้างสรรค์การจัดการและให้บริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย ซึ่งระบบคิดที่มีอยู่ในระบบการแพทย์พื้นบ้านของจีนสามารถประยุกต์และปรับใช้ ในระบบบริการสุขภาพของรัฐที่ไม่จำกัดเฉพาะคนเพียงชาติใดชาติเดียว

การบูรณาการระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกในระบบงานสาธารณสุข หรือการให้บริการคู่ขนานในระดับสถานีนโยบายบางพื้นที่ ยังเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และอาจกลายเป็นโครงการนำร่องหรือ ต้นแบบของทางเลือกในแก้ปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดนในอนาคต เพราะสอดคล้องกับประเด็นการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 จาก 11 ประเด็นหลัก มติที่ 7 ว่าด้วยการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552, หน้า 3)

สถานการณ์ข้างต้นเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการผลักดันของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาระบบภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2554 นี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2550 และกำลังได้รับการขับเคลื่อน (สถาบันสุขภาพวิถีไทย, 2552, คำนำ) ตัวแผนฯ เปิดช่องให้สามารถพัฒนาโครงการเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านได้แสดงบทบาท และมีพื้นที่อื่นทางสังคมมากขึ้น องค์ความรู้ที่อยู่ในระบบการแพทย์พื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ล้วนมีคุณค่า การศึกษาวิจัยวัฒนธรรมสุขภาพในแต่ละชุมชน จะช่วยเผยให้เห็นศักยภาพของระบบการแพทย์พื้นบ้าน โดยเฉพาะพลังทางปัญญาของผู้สูงวัยโดยส่วนใหญ่เป็นหมอพื้นบ้านซึ่งยังมีภูมิความรู้ และยังมีพลังคอยเป็นหลักสามารถเชื่อมโยงคนทุกวัย ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบสุขภาพภายในชุมชน ซึ่งจะช่วยก่อให้เกิดเครือข่ายและพลังทางสังคม ครอบคลุมงานเวชกรรมในทุก ๆ มิติ งานเวชกรรมสังคม จึงมีเรื่องราวมากกว่ามิติของ เชื้อโรค และการเฝ้าระวังความเจ็บป่วย เพราะเนื่องงานขยายภารกิจจากการป้องกัน ไปสู่การรักษาทั้ง “คนป่วย” และ “คนไม่ป่วย” จากการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพที่ต้องทำตามดัชนีประเมินผลแต่ละปี ไปสู่การจัดการให้เกิดคุณภาพ และภาวะสันติในสังคมการค้นหาจุดเกาะเกี่ยวทางวัฒนธรรม การพัฒนารูปแบบการบริการให้เหมาะสมกับแต่ละท้องถิ่น การขยายพื้นที่ความเข้าใจและเดิมความเต็มมุนุษย์ในระบบการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้แพทย์และคนไข้ได้มีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นนั้น แม้เป็นเพียงจินตนาการเริ่มต้นที่อยากจะให้เกิดเต็มทุกพื้นที่ ทว่าสิ่งที่กล่าวมานี้มีอยู่บ้างแล้วในระบบการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละชุมชน

ประเด็นสำคัญจึงอยู่ที่บูรณาการกระบวนทัศน์ระหว่างระบบการแพทย์พื้นบ้านที่ขับเคลื่อนโดยภาคประชาชนกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร ให้กลายเป็นระบบบริการสุขภาพ

หลักในระดับชุมชน โดยจะทำให้เกิดขึ้นจริงและยั่งยืนได้อย่างไรในระยะยาว แนวคิดดังกล่าวจะทำให้ชุมชนมีทางเลือกมากกว่าหนึ่งระบบ คำถามเหล่านี้เป็นแนวคิดนำทางซึ่งต้องอาศัยทุกฝ่ายช่วยกันพัฒนากระบวนการที่จะผสมภูมิปัญญาการรักษาพื้นบ้านเข้ากับบริการสุขภาพของรัฐ เพื่อขยายพื้นที่ให้คนจากทุกภาคส่วนช่วยกันปรับปรุงประสิทธิภาพร่วมกัน

การจัดการบริการปฐมภูมิในระบบสุขภาพชุมชน โดยอาศัยคนภายในชุมชนเป็นฐาน สิ่งสำคัญที่ต้องใคร่ครวญอย่างหนักและศึกษาอย่างลึกซึ้ง คือ ระบบคิด คุณค่า และความหลากหลายของบริการการแพทย์พื้นบ้านซึ่งต้องช่วยกันออกแบบร่วมกันในอนาคต แต่ละชุมชนอาจจะเสนอจัดให้เป็นอีกทางเลือกแยกออกจากจากระบบบริการกระแสหลักของรัฐ หรือเป็นศูนย์สุขภาพทางเลือกในการสนับสนุนขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตามเรื่องสำคัญ คือ ต้องมีกระบวนการประเมินให้ได้ว่าภูมิปัญญาด้านสุขภาพพื้นบ้านดังกล่าวเป็นที่พึง ซึ่งมีประสิทธิภาพปลอดภัย และช่วยเพิ่มคุณค่าภูมิปัญญา ความสามารถในการพึ่งตนเองให้กับคนในชุมชน ประเด็นเหล่านี้จะก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาให้สังคมเกิด “สุขภาวะ” ที่ยั่งยืนอันเป็นสภาวะเดียวกับ “ดุลยภาพ” และ “สันติสุข”

เวชกรรมสังคม ภูมิพลังผู้สูงวัย: วิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ตามแนวชายแดนไทยภาคเหนือ เป็นการศึกษาบริบททางประวัติศาสตร์สุขภาพของชุมชนจีน เป็นการเรียนรู้พลังของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่อยู่ในสังคมไทย เป็นการเชื่อมต่อภูมิปัญญาข้ามรัฐ ประสานและประยุกต์ใช้องค์ความรู้ร่วมกับประเทศเพื่อนบ้าน เป็นกลไกในการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยและเป็นทางเลือกที่ดำรงอยู่ในระบบสุขภาพชุมชนของไทยตามแนวชายแดน ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพดังกล่าวยังมีความหมาย มีคุณค่า และมีพลังในการช่วยดูแลและรับมือกับปัญหาความเจ็บป่วยของคนในชุมชนตลอดมา

ระบบสุขภาพในชุมชนแต่เดิมเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ การแก้ไขความเจ็บป่วยเบื้องต้นเริ่มจากการพึ่งพาตนเองก่อนพึ่งพาคนกันเอง สุขภาพจึงไม่ได้ฝากไว้ที่โรงพยาบาลเหมือนในปัจจุบัน การจับมือเชื่อมต่อกันระหว่างชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน การตระหนักถึงภูมิปัญญาผู้สูงวัย และคัดสรรนำมาใช้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในชุมชน ซึ่งช่วยแบ่งเบาภารกิจภาครัฐ และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพของครอบครัว อาจกล่าวได้ว่า คุณลักษณะที่ทำให้กลไกของระบบสุขภาพในชุมชนเคลื่อนต่อได้ นอกจากองค์ความรู้ท้องถิ่นด้านต่าง ๆ แล้ว ก็คือ “สำนึกคุณค่าของผู้สูงวัย” ที่อยู่ในระบบวัฒนธรรมชุมชน การระลึกถึงคุณค่าของผู้สูงวัย หมอพื้นบ้าน ผู้มีพระคุณ ทำให้คนในชุมชนเกิดสำนึกความผูกพันร่วมกัน การน้อมนำคุณธรรมพลังความดีของท่านเหล่านั้นมาสถิตไว้ในใจ ก่อให้เกิดดวงจรมงคล และเป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนงานเวชกรรมสังคม

งานเวชกรรมสังคมจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยแก้ไขปัญหาค่าความเจ็บป่วย และช่วยรักษาคุณภาพของสังคมที่ควรหนุนเสริม คุณประโยชน์จะทวีคูณค่ามากยิ่งขึ้น ถ้าช่วยกันเร่งศึกษาวิจัย สร้างความเข้าใจในการผสมผสาน หรือ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนแบบคู่ขนานให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การแพทย์พื้นบ้านบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐ กลายเป็นงานเวชกรรมที่ทุกคนในสังคมมีส่วนร่วม.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

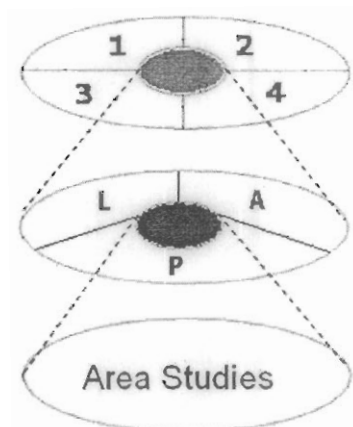
1. ศึกษาประวัติศาสตร์ความเจ็บป่วย โรคและกลุ่มอาการในอดีตที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน
2. ศึกษาสถานการณ์ ในปัจจุบัน การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
3. ศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง และเสนอร่างแผนส่งเสริมสุขภาพในชุมชน บนฐานการปรับปรนภูมิปัญญาพื้นบ้าน ผ่านการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เพื่อดำรงอยู่ด้านสุขภาพในยุคปัจจุบัน

คำถามในการวิจัย

1. พื้นที่ตามแนวชายแดนบริเวณนี้ในอดีตผู้สูงวัย และหมอพื้นบ้านมีประสบการณ์ ในการรักษาโรคใดบ้าง (ให้ภาพประวัติศาสตร์ ธรรมเนียมรักษา รูปแบบการรักษาที่ปรากฏในอดีต)
2. ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน มีบทบาท หน้าที่ (Function) อย่างไร ในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่คนในชุมชน (มิติของประโยชน์และการดำรงอยู่ของภูมิปัญญาด้านสุขภาพ)
3. ชุมชนและภาครัฐจะพัฒนาพื้นที่ร่วมกัน ในการจัดระบบการแพทย์พื้นบ้าน เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ และพัฒนาระบบการสืบสานต่อยอด ภูมิปัญญาด้านสุขภาพในชุมชนต่อไปได้อย่างไร (การขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ ให้ระบบสุขภาพชุมชนได้แสดงศักยภาพ ในบริบทใหม่ของนวัตกรรมสุขภาพปฐมภูมิ)

กรอบและแนวคิดนำทางเบื้องต้น

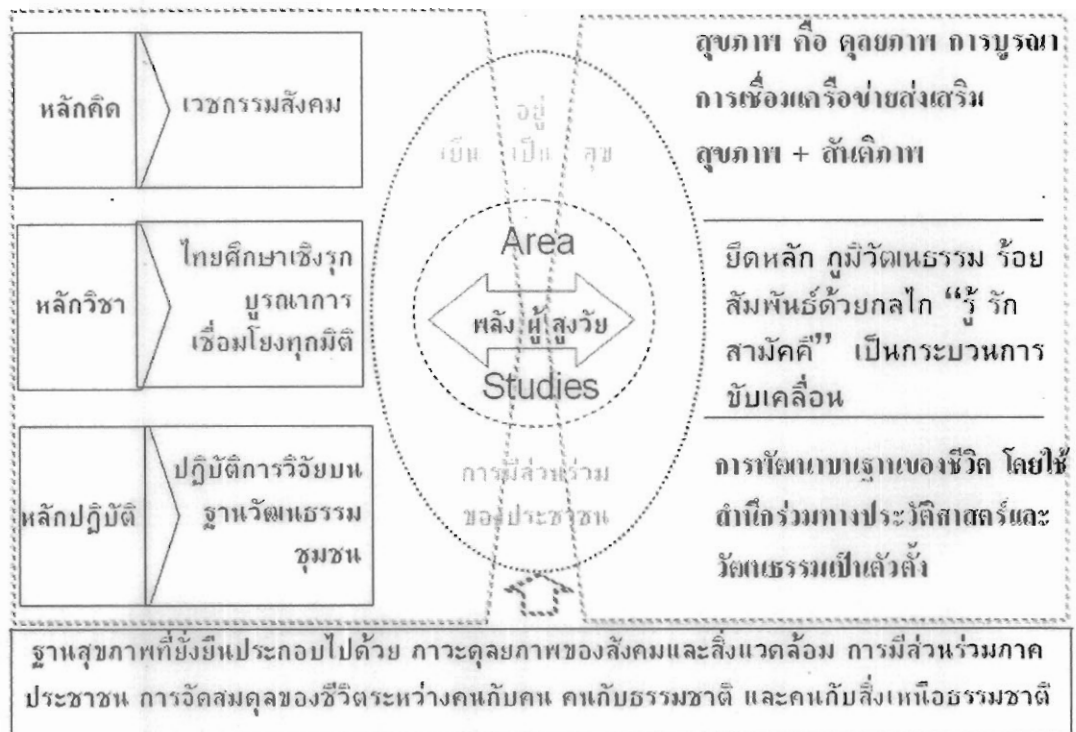
กรอบความคิดในเรื่องเวชกรรมสังคม ภูมิพลังผู้สูงวัยฯ เป็นกรอบเพื่อช่วยในการวางแผนงานโครงการโดยสังเขป จึงเป็นเพียงแนวทางคิดนำทางเบื้องต้น ทั้งนี้ได้แปลงแนวคิดนำทางให้เป็นภาพที่ 1 ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1-1 วงรีของแนวคิดในเบื้องต้น ก่อนเริ่มการทำงานวิจัย

- วงสีเทา หมายถึง แหล่งรวมข้อมูลที่ได้จากด้านใด 4 ส่วนคือ 1 กลุ่มตัวอย่าง (Case) 2 สถานที่ (Place) 3 แหล่งเอกสารข้อมูล (Data & Information) และ 4 เหตุการณ์ (Situation)
- วงสีแดง หมายถึง ระเบียบวิธีรวบรวมข้อมูลผสมกัน 3 ส่วน คือ “L” วิธีการทางประวัติศาสตร์บอกเล่า (Life history) “A” วิธีการทางมานุษยวิทยา (Anthropology) และ “P” ปฏิบัติการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์เชิงลึก (Participant observation and in-depth interviews)
- วงใหญ่ หมายถึง พื้นที่หมู่บ้านที่ศึกษา และชุมชน ภูมิศาสตร์โดยรอบ และเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Area studies)
- เส้นประ หมายถึง ขอบเขต (Scope) ที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเป็นมุมสะท้อนยืดหดขยายได้ (Lively) ตามเหตุการณ์ เป็นความสามารถในการกระทำที่เหมาะสมในบริบททางสังคมนั้น (Savoir)
- วงกลมทั้ง 3 เป็นกระบวนการศึกษา บริบทและพลังชุมชนที่มีอยู่ ตลอดจนค้นหา
- แนวโน้ม กระบวนการสนับสนุนให้ผู้สูงวัย สามารถนำศักยภาพของตนมาใช้ให้เกิดประโยชน์
- ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน

กระบวนการค้นพบเวชกรรมสังคม การดูแลสุขภาพและคุณภาพของสังคม



ภาพที่ 1-2 พื้นที่วงกลมผู้สูงวัย กับ ประเด็นความคิดที่เกี่ยวข้อง

หลักคิด คือ วิธีคิดที่อยู่ในระบบงานเวชกรรมสังคม (ดูรายละเอียดในบทที่ 6)

หลักวิชา คือ ศาสตร์และศิลป์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย เป็นแนวคิดนำทางที่เรียกว่าการบูรณาการไทยศึกษา ประกอบด้วยแนวคิดย่อย ๆ 4 แนวประกอบกันเพื่อการปฏิบัติงาน คือ

1. ย้อนอดีตความเจ็บป่วยของชีวิต (Life history) ปูแนวทางเพื่อเคลื่อนต่องานวิจัย
2. เลือกรับวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นให้ทราบการเชื่อมต่อภาพองค์รวม (Holistic caring)
3. ขับเคลื่อนไทยศึกษาในเชิงรุก (Proactive) ปลุกแนวร่วมคลี่คลายทุกข์ของแผ่นดิน
4. เปิดว่างไว้เรียนรู้แนวคิดอื่น (Emptiness) เพื่อประยุกต์ให้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง

หลักปฏิบัติ คือ การลงมือกระทำจริงในพื้นที่ ภายใต้แผนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมร่วมกับคนในชุมชน ทั้ง 3 หลักเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นและสะท้อนกลับไปมาระหว่างพลังของคนในชุมชน และเครือข่าย โดยเฉพาะผู้สูงวัยซึ่งถือเป็นประเด็นหลักที่ศึกษา ส่วนสุขภาพ และคุณภาพนั้น เป็นภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นจริง ผ่านกลยุทธ์ของการเชื่อมเครือข่ายผ่านเครือข่ายของชาวจีนและลูกหลานไทยเชื้อสายจีนเชื่อมกับภูมิปัญญาข้ามรัฐ ประสานโดยใช้ฐานประวัติศาสตร์ชุมชน

และสำนักร่วมทางวัฒนธรรม นำมาเป็นตัวตั้ง เน้นประเด็นสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และ
เครือข่ายเวชอาสา บริเวณแนวชายแดน

ประโยชน์ที่ได้รับ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกิดข้อค้นพบสำคัญที่เป็นประโยชน์ทั้งในระดับบุคคลองค์กร
ภาครัฐและคนในชุมชน 4 ข้อหลักดังนี้คือ

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณและประวัติการใช้สมุนไพรของหมอพื้นบ้าน จำนวน
125 ชนิด ครอบคลุม 18 อาการ ที่ยังคงนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งในและนอก
ชุมชน ซึ่งนำมาเป็นฐานข้อมูลเรื่องสมุนไพรพื้นบ้านที่ชุมชนยังคงใช้ในการพึ่งตนเอง
2. ประชาชนในและนอกพื้นที่มีทางเลือกเพิ่มขึ้นในบริการสุขภาพแบบผสมผสาน
เพราะหมอพื้นบ้านบริเวณใกล้เคียงเกิดการรวมตัวกัน กลายเป็นชมรมหมอพื้นบ้าน มาพบปะแลกเปลี่ยน
ความรู้กันทุกสัปดาห์ เกิดเป็นกิจกรรมให้บริการสุขภาพร่วมกัน ทุกวันพฤหัสบดีที่
วัดต้นโชค อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
3. นวัตกรรมสุขภาพแบบผสมผสานบนฐานภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ซึ่งทางโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลเรียนเรียนรู้จากกลุ่มหมอพื้นบ้าน ภายหลังทำให้เกิดการวางแผน การจัด
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างชุมชนกับภาครัฐ รวมทั้งการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากร
สาธารณสุขได้มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ร่วมกับกลุ่มหมอพื้นบ้าน ซึ่งนำไป
สู่แนวคิดการจัดตั้งศูนย์สุขภาพผสมผสานที่ขับเคลื่อนโดยภาคประชาชนในเวลาต่อมา
4. กลุ่มหมอพื้นบ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกิดแนวคิดในการพัฒนา
ตำรับ ที่ได้รับการคัดสรรจากกลุ่มหมอพื้นบ้าน โดยพยายามถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับคัดเลือกเหล่านี้
เพื่อจัดกลุ่มสรรพคุณของตัวยา และการขยายพื้นที่ปลูกสมุนไพร ซึ่งเป็นภูมิรู้มวลรวมที่กลุ่มคน
ในชุมชนได้มีส่วนร่วมเรียนรู้ในกระบวนการจัดการร่วมกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ด้านพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้ใช้พื้นที่หมู่บ้านดอกคำวอน บริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์
ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นศูนย์กลางตั้งต้น โดยมีแหล่งสมุนไพรที่
ชุมชนเก็บ กลุ่มหมอพื้นบ้านเป็นตัวเชื่อมโยงไปยังพื้นที่ของผู้ที่เจ็บป่วย ตลาด หมู่บ้าน และแนวป่า
ที่อยู่ข้างเคียง ศึกษาเครือข่ายนอกพื้นที่และ คนรู้จักซึ่งไปมาหาสู่กันระหว่างอำเภอเป็นบริบทเสริม
ใช้ป่า และพื้นที่ชายแดนเป็นฉาก แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนกับหมู่บ้านคน

กับแหล่งสมุนไพร ประกอบกันเป็นภาพรวมของความเคลื่อนไหวที่อยู่บนฐานวัฒนธรรมในระบบสุขภาพของหมู่บ้านแห่งนี้

ด้านเวลา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ย้อนกลับไปได้ตั้งแต่ปีก่อนปี พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการตั้งสถานีอนามัย จนถึงเดือนปลาย เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 โดยเริ่มจากประวัติความทรงจำเกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชน ตั้งแต่ช่วงอพยพการเข้ามาตั้งถิ่นฐานในพื้นที่บริเวณชายแดนไทยดังกล่าว โดยจะนำมาบันทึกลำดับเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น โรคที่รุมเร้าชุมชนในอดีต โรคร้ายแรงและโรคที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ในชุมชน ปีที่ก่อตั้งสถานีอนามัย จุดบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุดของชุมชน มีรูปแบบการรักษาพื้นบ้านแบบใดบ้าง ประสบการณ์ที่ได้รับจากระบบสุขภาพกระแสหลัก เรื่อยมาจนกระทั่งสถานการณ์ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์สุขภาพ วัฒนธรรมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น มิติทางวัฒนธรรมสุขภาพจะเจาะลึกในส่วนของระบบการแพทย์พื้นบ้านที่อยู่ใน องค์ความรู้ของชาวบ้าน (Popular sector) เน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงวัยเป็นหลัก โดยอาศัยบริบทการรักษาพื้นบ้านด้านอื่น ๆ เป็นส่วนประกอบ เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน คือส่วนที่เป็นประวัติศาสตร์สุขภาพโรคร้ายโดยรวมในอดีตที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน ส่วนที่เป็นองค์ความรู้พื้นบ้านที่ชุมชนใช้จัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของคนในชุมชน และส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาร่างแผนสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน

นิยามศัพท์

(การอธิบายคำนิยามในส่วนนี้เป็นเพียงการให้ความหมายเบื้องต้น เพื่อเป็นแนวคิดนำทาง สู่การรวบรวม และประมวลความหมายก่อนการลงภาคสนาม ซึ่งในคอนทักต์สุดท้ายกลุ่มคนในชุมชนจะเป็นผู้อธิบายคุณค่าให้คำจำกัดความของคำนิยามของเขาเอง ข้อความในส่วนนี้จึงไม่ใช่คำจำกัดความที่ตายตัว)

เวชกรรมสังคม หมายถึง แนวคิดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม ดูแลทั้งคนที่ป่วย และคนที่ไม่ป่วย เยียวยาทั้งกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมิติทางจิตวิญญาณ โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติ เป็นกระบวนการสร้างแนวร่วมสานพลังจากทุกส่วน เข้ามาช่วยให้สังคมเคลื่อนไปสู่ดุลยภาพ และสันติสุขของชุมชน

ภูมิพลังผู้สูงวัย หมายถึง บทบาทของผู้สูงวัยในการเติมพลังให้สังคม โดยอาศัยพื้นพความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมอยู่ในตัวผู้สูงวัย

ผู้สูงวัย หมายถึง บุคคลที่อายุตั้งแต่อายุ 51 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

การรักษาพื้นบ้าน หมายถึง ภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีอยู่ในระบบวัฒนธรรมชุมชน เป็นแนวคิดที่ใช้จัดการปัญหาความเจ็บป่วย หรือป้องกัน โรคภัยที่จะเกิดขึ้น เป็นผลรวมของความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ตรงระดับปัจเจก ปฏิบัติแล้วได้ผลจึงบอกต่อ มีการถ่ายทอดกันระหว่างคนในครอบครัว หรือ เรียนรู้จากคนใกล้ชิด ตั้งอยู่บนฐานของประสบการณ์ และความกรุณา ความเมตตา ที่มุ่งปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นจากโรคภัย