

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จินตนาการ (จินต หรือ ความคิด) เป็นอาการของการไตร่ตรอง และเป็นหน่ออ่อนของฐานความรู้ จินตนาการจึงเปรียบเสมือน “เมล็ดพันธุ์” ของความรู้ที่ก่อให้เกิดแนวคิด ทฤษฎีและฐานความเข้าใจ “การงอก” ของจินตนาการจึงเป็นปรากฏการณ์ ซึ่งนำไปสู่กระบวนการของการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่

การทบทวนฝึกใช้จินตนาการช่วยบ่มเพาะให้มนุษย์เกิดหลักคิด หลักวิชา และหลักการปฏิบัติ รวมทั้งช่วยสร้างแรงบันดาลใจในการขยายต่อฐานความรู้ที่มีอยู่เดิม ด้วยเหตุที่ความรู้และจินตนาการต่างอาศัยซึ่งกันและกัน การผสมผสานกันของทั้งสองส่วน จึงช่วยก่อให้เกิดแนวทางในการค้นคว้าข้อมูล ช่วยเปิดพื้นที่ของการแสวงหาฐานคิดซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการวิจัย สำหรับงานชิ้นนี้เป็นการศึกษาเรื่อง เวชกรรมสังคม ภูมิพลังผู้สูงวัย: วิถีชุมชนกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านตามแนวชายแดนไทยภาคเหนือ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดนำทาง เอกสารงานวิจัย และบทความความเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องปูทางการทำงาน ในเบื้องต้นแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดนำทาง
2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเวชกรรมสังคม
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

แนวคิดนำทาง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีแนวความคิดเบื้องต้น 4 แนวนำทาง เชื่อมประสานกันในการพัฒนาระบบความคิด ทั้ง 4 แนวนี้เป็นเพียงเข็มทิศ “นำทาง” ในการพัฒนางานวิจัย ทั้งนี้ในการรวบรวมขึ้นมาเป็นฐานเบื้องต้นเพื่อช่วยแสดงให้เห็นแนวการทำงานคร่าว ๆ เพื่อปูฐานไปสู่วิธีวิทยาในการปฏิบัติการวิจัยในบทต่อไป สำหรับส่วนนี้ประกอบด้วยแนวคิดย่อย 4 แนว ดังนี้

1. เวลา (Time line) เป็นตัวบอกความเคลื่อนไหว
2. พื้นที่ (Area) หมู่บ้านที่อยู่บริเวณชายแดนพื้นภาค
3. ความเป็นมนุษย์ (Humanized) เป็นวงจรของการเชื่อมประสาน
4. ปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ (Health phenomena) เป็นตัวเดินเรื่อง

1. เวลา (Time line) เป็นตัวบอกความเคลื่อนไหว

เวลา กับ ชีวิตเป็นแนวคิดที่ใช้นำมาเป็นแนวทางการศึกษา ผู้วิจัยเลือกประวัติศาสตร์ชีวิต (Life history) แอ็คติคส์, ยอร์จ เอ. (2531) ใช้ช่วงเวลาความทรงจำในอดีต ย้อนศึกษาเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับสุขภาพผ่านโรคภัยของคนในชุมชน เป็นแนวคิดที่ช่วยปลูกให้ปัจเจกบุคคลในประวัติศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านมีพลัง งานวิจัยแนวประวัติศาสตร์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้าน ที่ปรากฏย้อนกลับไปในไม่เกิน 5 ปี ของ โซ ยังซู (So Young Suh, 2006) ได้ชี้ให้เห็นภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิมของคนพื้นเมืองว่ามีระบบภูมิปัญญาดั้งเดิมของตนเอง การศึกษาได้ลำดับเรื่องราวของ “เวลา” และ “เหตุการณ์” สำคัญ โดยรวบรวมข้อมูลในอดีตและนำมาสังเคราะห์อยู่ในงานวิจัยชื่อ ระหว่างการแพทย์ท้องถิ่นเกาหลีกับความเป็นสากล (Korean Medicine between the Local and the Universal: 2143-2488) เป็นงานด้านประวัติศาสตร์การแพทย์ที่ทรงคุณค่าในอดีตของชาวเกาหลี อธิบายให้ทราบถึงความคิดที่เกี่ยวข้องกับระบบวัฒนธรรมและสุขภาพ ที่มีลักษณะเฉพาะในแบบของตนเองไม่ได้รับองค์ความรู้จากจีนมาทั้งหมด งานวิจัยยืนยันผ่านหลักฐานความรู้ในการใช้สมุนไพร ระบบการให้ความหมาย ผ่านคำบอกเล่าในประวัติศาสตร์ และหลักฐานที่บันทึกเกี่ยวกับพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน (Ethnobotany) ถึงแม้เกาหลีจะเคยได้รับอิทธิพลจากจีน ญี่ปุ่น และอิทธิพลของการแพทย์ตะวันตกในระยะหลัง ทว่าประเทศเกาหลียังคงมีระบบคิด และการให้ความหมายซึ่งมีลักษณะเฉพาะของตนเอง จึงอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาประวัติศาสตร์ท้องถิ่นจะสมบูรณ์ไปไม่ได้ถ้าขาดมิติเรื่องของ “เวลา” และ “วัฒนธรรม” โดยเฉพาะมิติของ “คน” ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในชุมชน

สำหรับประเทศไทย การสำรวจคุณค่าและองค์ความรู้ที่มีอยู่ในระบบวัฒนธรรมสุขภาพในอดีตช่วยสะท้อนพลวัต ความหลากหลายของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยที่สำคัญดังตัวอย่างงานของ ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ (2535) เรื่อง ศักยภาพของหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ (2538) เรื่อง ชาติพันธุ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านเชิงราย ซึ่งต่อมามีโครงการสุขภาพหมอมือเมืองและสมุนไพรในช่วงระยะเวลาเพียง 3 ปี (พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2549) เพิ่มอีกจำนวน 60 เรื่อง ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องภูมิปัญญากับการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนวิจัย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2553)

งานศึกษาเหล่านี้ช่วยเพิ่มกระแสดูความเข้มข้นในการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ช่วยขยายผลให้เห็นคุณค่าและความหลากหลายที่ดำรงอยู่อดีต รวมทั้งรื้อฟื้นคุณค่าภูมิปัญญาท้องถิ่นของแต่ละชาติพันธุ์ ที่สำคัญยิ่งก็งานเหล่านั้นช่วยเติมให้เห็นประวัติศาสตร์และองค์ความรู้ที่อยู่ในระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทย

2. พื้นที่ (Area) หมู่บ้านที่อยู่บริเวณชายแดนเป็นฉาก

พื้นที่ตามแนวชายแดน มีลักษณะพิเศษ เพราะเป็นพื้นที่เชื่อมต่อระหว่างประเทศ เพื่อนบ้าน นอกจากเรื่องความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ยังมีปัญหาเรื่องการจัดการพื้นที่ ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ด้วยเหตุของที่ตั้งนั้นอยู่ห่างไกลทั้งอำนาจรัฐและบริการของรัฐ จึงทำให้การบริหารนโยบายผ่านมุมมองแบบมหภาคไปไม่ถึงการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่และไม่เป็นไปอย่างที่รัฐมุ่งหวัง สิ่งเหล่านี้เห็นได้ชัดจากปรากฏการณ์พื้นที่ภาคใต้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นเรื่องของสันติสุขกับสุขภาวะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกัน (อมรา พงศาพิชญ์, 2541) ได้เสนอแนวทางการจัดการความรู้เพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน งานชิ้นนี้ช่วยให้มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกัน การจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบและการทำความเข้าใจภาพรวมของสุขภาวะกับมิติของความมั่นคง เป็นเรื่องที่ไม่สามารถจัดการอย่างแยกส่วน

การศึกษาเชิงรุกเพื่อมุ่งขยายพื้นที่ความเข้าใจ ซึ่งให้เห็นความทุกข์ยากของคนบริเวณชายขอบ เป็นกระบวนการจัดการที่จะนำมาสู่แนวทางการเปลี่ยนแปลง (ยศ สันตสมบัติ, 2548) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละพื้นที่ระหว่างชุมชนกับรัฐ ช่วยเปิดพื้นที่ของการพัฒนาความเข้าใจแบบบูรณาการผ่านมุมมองของชุมชน แนวคิดดังกล่าวช่วยฉายให้เห็นภาพองค์รวมของคนที่สัมพันธ์กับ ป่า มิติของสุขภาพกับความมั่นคง ของชุมชน ช่วยทำให้แต่ละ “พื้นที่” มีความหมายเกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้น เป็นแนวการทำงานที่ช่วยกระตุ้นให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงระบบความรู้ต่าง ๆ ที่เชื่อมต่อกันระหว่างธรรมชาติ คน และ บริบทของวัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่น

การมองให้เป็นองค์รวมช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงประสานชุดความรู้ด้านต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อพุ่งไปที่เป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า งานวิจัยที่ช่วยโน้มน้าวให้เห็นคุณค่าของ “ความต่าง” เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางไปตามเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่ เช่นงานของ ยงศักดิ์ ดันติปัญญ (2548 ก) เรื่อง เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการเปิดพื้นที่ทางสังคมในระบบสุขภาพไทย และ กณิกนันต์ หยกสกุล (2551) เรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ตัวอย่างที่กล่าวมาช่วยเปิดประเด็นการศึกษาองค์ความรู้เรื่องสุขภาพ ที่นำไปสู่การเปิดพื้นที่การจัดกิจกรรมและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะในแต่ละพื้นที่ ช่วยให้การจัดกิจกรรมเกิดความเหมาะสมในแต่ละชุมชน

ความแตกต่างของภูมิศาสตร์และการเข้าถึงบริการของรัฐดังกล่าว เป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม ประเด็นดังกล่าวมีผลต่อระบบสุขภาพในการดำรงชีวิตในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะแหล่งอาหารแหล่งสมุนไพร ที่นำมาใช้ประกอบอาหารและใช้ในการรักษาร่างกาย ตัวอย่างเช่นวิทยานิพนธ์ของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532) และทักษิณา ไกรราช (2549) ช่วยขยายมุมมองให้เห็นมิติของภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมของการใช้สมุนไพรในชุมชน

และศักยภาพการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ งานทั้ง 2 เล่ม ช่วยเน้นให้เห็นพื้นที่ทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาที่แทรกอยู่ในวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน

งานวิจัยของ อังคณา อินตะ (2551) เรื่อง พืชศาสตร์พื้นบ้าน และความหลากหลายของพืชเกษตร ของชุมชนไทลื้อและอาข่า ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยกับเขตปกครองตนเองสิบสองปันนาประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็นการศึกษา “ข้ามพื้นที่” (Cross country study) เปรียบเทียบแหล่งอาหารและสมุนไพรบริเวณภาคเหนือของไทยกับประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนพบว่า จากเดิมที่คนในชุมชนเคยมีพืชที่ใช้เป็นอาหารจำนวน 325 ชนิด และพืชที่เคยใช้เป็นยารักษาโรคจำนวน 229 ชนิด แต่ภายหลังย้ายถิ่นมาอยู่ทางภาคเหนือตอนบนของไทย มีเพียงพืชที่ใช้เป็นอาหารได้เพียง 147 ชนิด และพืชที่เคยใช้เป็นยารักษาโรคเหลือเพียง 60 ชนิด ผลของการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน ย่อมส่งผลถึงแหล่งอาหาร ความรู้เกี่ยวกับด้วยาสมุนไพรที่ใช้ดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งอาจเลือนหายถ้าขาดการจดบันทึกส่งต่อให้คนรุ่นต่อไป

การพัฒนาแหล่งอาหาร สุขภาพ และความมั่นคงในชุมชนชายแดน จะกลายเป็นเรื่องเดียวกัน ถ้ามีระบบคิดเชิงองค์รวม และรู้จักเรียนรู้ระบบการจัดการที่มีอยู่ในภูมิปัญญาของชาวบ้านแต่ละท้องถิ่น การพัฒนาพื้นที่ชายแดนภาคเหนือของไทย แม้จะมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ มีพืชผักตามธรรมชาติและมีบริบททางวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ แต่เราสามารถใช้อนุปัญญาข้ามถิ่น แบ่งปันช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกันได้ โดยเฉพาะพื้นที่ซึ่งอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล รัฐควรสนับสนุนพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นให้เข้มแข็ง โดยอาศัยฐานความรู้จากแต่ละชุมชน ต่อยอด ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของจำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทย (ประพจน์ เกตุราภาส, จิราพร ลิ้มปานานนท์ และรัชณี จันทรเกษ, 2551)

การประสานเชื่อมโยงให้แต่ละพื้นที่เกิดระบบสุขภาพที่เชื่อมกันระหว่างรัฐกับชุมชน จะกลายเป็นระบบสวัสดิการรองรับสังคมผู้สูงวัย เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนได้ทันที ดังงานของ ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์ (2553) ได้จัดกิจกรรมประสานศักยภาพของผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขชนน้อย (อสม. น้อย) เพื่อให้คนในชุมชนเห็นคุณค่าที่อยู่ในตัวผู้สูงอายุ โดยเปิดพื้นที่ผ่านโครงการ “ผู้เฒ่าเล่าขานตำนานบางระกำ” ซึ่งก่อให้เกิดการถ่ายทอดเรื่องราว การบันทึก และผลิตซ้ำในรูปแบบต่าง ๆ กิจกรรมดังกล่าวได้ช่วยกระตุ้นให้เยาวชน เกิดกระบวนการเรียนรู้ และตระหนักเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ รวมทั้งได้ช่วยจัดการประสานให้เกิดแนวร่วมระหว่างผู้สูงอายุกับคนในแต่ละพื้นที่ เกิดเป็นวงจรความร่วมมือการพัฒนาแบบที่เหมาะสมกับสังคมเฉพาะกลุ่มที่นำไปสู่ทางเลือกของการเปลี่ยนแปลงและวิธีการที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่

3. ความเป็นมนุษย์ (Humanized)

ความเป็นมนุษย์กับการช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นวงจรหรือหัวใจในการเชื่อมประสานสายใยระหว่างชีวิตกับชีวิตควรหนุนเสริมให้คงอยู่ในระบบการแพทย์ทุกระบบ เพื่อลดช่องว่างของโครงสร้างที่ก่อให้เกิดระบบการแพทย์เชิงพาณิชย์ จึงควรปรับเปลี่ยนกรอบคิดที่ใช้คำตอบแทนเป็น ตัวตั้ง เปลี่ยนเป็นการใช้ความรักการใส่ใจและความร่วมมือเป็นพื้นฐานของการสร้างหลักประกัน สุขภาพที่ยั่งยืน เติมน้ำใจเข้าไปในระบบการให้บริการทุกขั้นตอน แทนการยึดงบประมาณเป็นเรื่องหลักในการขับเคลื่อน

แม้ว่าเงินจะเป็นปัจจัยสำคัญแต่ในระยะยาวเงินแก้ปัญหาสุขภาพของสังคมโดยรวมไม่ได้ และจะกลายเป็นอุปสรรคแก่ผู้ยากไร้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังเช่น โรงพยาบาลเอกชนกับ โรงพยาบาลของรัฐ เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่แสดงให้เห็นความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบการให้บริการ ดังนั้นการใส่ใจและเน้นย้ำให้ทุกภาคส่วนให้ตระหนักถึงความเป็นมนุษย์ จะช่วยให้ความเอื้ออาทร เกิดการเชื่อมต่อกับความเป็นมนุษย์ไม่ขาดพร่องไปในสังคม

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2551ก) ได้เสนอองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ข้อ เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ คือ 1. ความสามารถในการมองเห็นองค์รวม 2. ความสามารถในการมองเห็นมนุษย์ และ 3. ความสามารถในการมองเห็นความทุกข์ของมนุษย์ การตระหนักและเอาใจใส่เข้าไปในทุกมิติช่วยขยายให้เห็นแนวการปฏิบัติของการรักษาแบบองค์รวม (Holistic care) ช่วยลดจุดอ่อนปฏิบัติการรักษาแบบแยกส่วน ที่มีมุมมองเฉพาะเฉพาะอวัยวะที่เจ็บป่วย หรือเน้นที่ตรวจคัดพบความทุกข์ใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นบริบทของโรค ระบบการดูแลสุขภาพที่เปี่ยม ล้นในความเป็นมนุษย์จะช่วยเติมส่วนที่ขาดหายไปในระบบสุขภาพแบบกลไก เพราะเข้าถึงส่วนลึก ในการเยียวยาจิตด้านวัฒนธรรม และจิตวิญญาณของประชาชน

ระบบคิดดังกล่าวล้วนแทรกอยู่ในหลักปรัชญาการแพทย์จีน (วิจิต วัฒนวิบูล และคณะ, 2551) มีอยู่ในระบบการแพทย์แผนไทย (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2539) และยังคงดำรงอยู่ในระบบ การแพทย์พื้นบ้าน (เบนเนอร์แมน, โรเบิร์ต เอช, เบอร์ตัน, จอนห์, และเลิน เวิน เฉียน, 2526) ซึ่งไม่ ถือว่าเรื่องของรายได้เป็นสาระสำคัญ (ราตรี มฤคทัต, 2535; สุจินดา จุจาวานิช, 2535) แต่กิจวัตร ของสังคมที่เร่งรีบ และกระบวน การรักษาของโรงพยาบาลในปัจจุบัน ทำให้ปฏิบัติการดูแลรักษา คุณลักษณะประจำของช่างเทคนิค มองเห็นอวัยวะเป็นเพียงกลไก การรักษาแก้ไขจึงถูกแยกส่วน แบ่งไปตามความชำนาญของแพทย์เฉพาะทาง

กระบวนกรที่ควรเติมเข้าไปในระบบการแพทย์พาณิชย์ คือ การฟังอย่างตั้งใจในเรื่อง ที่ผู้ป่วยต้องการบอกเล่าเพราะ “การเล่า” และ “การรับฟัง” อย่างลึกซึ้ง เป็นส่วนสำคัญของศิลปะใน การเยียวยารักษา ซึ่งเป็นแนวความคิดของเมชล-มาร์ดรอนา (Mehl-Madrone, 2007) พยายาม

สะท้อนให้สังคมตระหนักรู้ โดยที่ผ่านมาปฏิบัติการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเสมือนสายพานในโรงงานอุตสาหกรรมมีการคัดกรองแล้วส่งต่อไปตามช่องของผู้เชี่ยวชาญ ความเป็นมนุษย์จึงถูกทอดทิ้งให้เหลือเพียงระนาบเดียว เป็นสิ่งที่รับรู้ผ่านเครื่องมือทางการแพทย์ หรือจังหวะที่ได้ยินผ่านหูฟัง (Stethoscope) มีเพียงตัวเลขของอุณหภูมิที่ปรอทวัดได้ และสัญญาณที่คอมพิวเตอร์รู้จัก มิติของความเป็นคนได้ถูกถ่ายโอนผ่านฐานข้อมูลเหลือแค่ตัวเลขในบัตรประชาชน ชื่อโรคและอาการของโรคกลายเป็นอักษรที่ไร้ชีวิต ถูกบันทึกอยู่ในแฟ้มของงานเวชระเบียน ความเจ็บป่วยถูกแปลความเป็นใบสั่งยา การรักษาจึงคล้ายพิธีกรรมทางการแพทย์อีกรูปแบบหนึ่งที่คนไข้ไม่เข้าใจ มีเพียงตัวเลขของจำนวนเงินเท่านั้นที่ชัดเจน ซึ่งบรรดาญาติพี่น้องของผู้ป่วยจำเป็นต้องจ่ายหลังกระบวนการรักษา

การสร้างบูรณาการความรู้ เพื่อค้นหาวิธีทางที่เหมาะสมว่าทำอะไรจะจัดการระบบดูแลสุขภาพให้เคลื่อนไปถึงเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านควบคู่ไปกับระบบการแพทย์กระแสหลักเป็นเรื่องท้าทาย เพราะประเด็นเหล่านี้สามารถช่วยลดพื้นที่ของความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยเพิ่มคุณภาพความใกล้ชิดระหว่างแพทย์กับคนไข้ เป็นการจัดการความรู้ร่วมกับประชาชนเพื่อเคลื่อนไปสู่หลักประกันสุขภาพ (วิจารณ์ พานิช, 2547) ที่เต็มเปี่ยมไปด้วยโมตรจิต รู้สึกถึงความอบอุ่นเมื่อได้ใช้บริการ กล่าวคือจะพัฒนาไปถึงจุดนั้นได้ ต้องไม่เพียงฟังแต่จังหวะการเต้นของคลื่นหัวใจ แต่ต้องฝึกให้ได้ยินเข้าไปถึงส่วนลึกของหัวใจมนุษย์ ถ้าพูดที่ผู้ป่วยต้องการจะบอกเล่านั้น ครอบครัวตัวบริบทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยให้แพทย์ได้รับฟัง (ประเสริฐ ผลิผลการพิมพ์, 2550)

ดังนั้นใน “ยามเจ็บป่วย” จึงเป็น “โอกาส” ในการแสดงออกถึงความเอื้อเฟื้อ ช่วยเหลือแบ่งปัน การแสดงออกถึงน้ำใจและความเอื้ออาทรให้กันและกัน โดยเฉพาะเป็นจังหวะที่ผู้สูงวัยในหมู่บ้าน ได้ใช้ประสบการณ์ที่มีอยู่ในการอธิบายดูแลช่วยเหลือคนไข้ แสดงภูมิรู้ ความสามารถ และให้ความหมายผ่านกระบวนการในการรักษาได้โดยตรง สิ่งเหล่านี้เป็นสำนึกที่มีอยู่ในระบบสุขภาพพื้นบ้านของชุมชน เป็นความรู้ที่มีพลวัต เป็นจุดของประสานแนวคิดการพัฒนาประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพเข้าด้วยกัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540, หน้า ii) ความเจ็บป่วยจึงเป็นเวทีในการหลอมรวม สายสัมพันธ์ของคนในชุมชน เป็นพื้นที่ในการยกระดับความเป็นมนุษย์ ช่วยพัฒนาจริยธรรมและแนวทางปฏิบัติสู่อุดมคติการดำเนินชีวิต และเป็นฐานบ่มจิตสำนึกของผู้คนที่พร้อมจะอาสาช่วยเหลือผู้อื่น มากกว่าการมุ่งหวังในเรื่องอามิสสินจ้าง

เมตตาธรรมที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ เป็นความปรารถนาดีที่จะช่วยผู้อื่นให้พ้นจากความเจ็บป่วย มักเป็นประเด็นที่ไม่ได้กล่าวถึงในมุมของการแพทย์เชิงพาณิชย์เพราะมุ่งเน้นประสิทธิภาพเป็นหลัก ในมุมกลับกันภูมิปัญญาพื้นบ้านในชุมชนซึ่งมีศักยภาพในการเยียวยาในระดับหนึ่ง

(รังสรรค์ จันต๊ะ, 2544) ถึงแม้จะไม่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เพราะถูกกระชับพื้นที่ด้วยกฎหมายและใบประกอบโรคศิลปะ ทว่าในปัจจุบันยังสามารถดำรงอยู่ได้เพราะความเป็นมนุษย์ พร้อมกับโครงสร้างส่วนหนึ่งที่มีอยู่ในกลุ่มของผู้สูงวัย หมอพื้นบ้าน และฐานภูมิปัญญาในท้องถิ่นที่รู้จักปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปตามพลวัตของโรคภัย ภูมิปัญญาเหล่านี้ได้ช่วยแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยและคอยดูแลรักษาคนในชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ด้วยเหตุนี้การสนับสนุนงานเวชกรรมสังคมที่อยู่ในระบบวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นจึงเป็นการช่วยสร้างวงจรมงคลรองรับฐานของความเป็นมนุษย์ เป็นการขยายพื้นที่เพาะบ่มคุณธรรมการเกื้อกูลช่วยเหลือกันในชุมชน ซึ่งความรู้ดังกล่าวมีลักษณะเป็นองค์รวม ไม่อาจแยกออกจากบริบทในการใช้ของแต่ละท้องถิ่น (Local based) เพราะสาระของภูมิปัญญาท้องถิ่นโยงอยู่บนฐานของคนกับวัฒนธรรม จึงสัมผัสได้ถึงความเป็นมนุษย์ที่เปี่ยมด้วยเมตตาธรรม (ตุลฤ ตาร์ธาง, 2551) ในงานเขียนเรื่องวิถีแห่งคุณภาพ การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันผ่านองค์ความรู้ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ ซึ่งภูมิปัญญาเหล่านั้นส่วนใหญ่อยู่ในตัวผู้สูงวัยในแต่ละชุมชน การรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านเป็นปรากฏการณ์ที่มีให้เห็นได้เสมอในยามที่ผู้คนในหมู่บ้านเจ็บป่วย

4. ปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ (Health phenomena) เป็นตัวเดินเรื่องความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ซึ่งเกิดขึ้นกับมนุษย์ในแต่ละช่วงเวลามีต้นเหตุทั้งพฤติกรรม ส่วนตัว กรรมพันธุ์ และบริบทของเหตุปัจจัยที่อยู่แวดล้อม ในยามที่เจ็บป่วยจึงมีทั้งคำอธิบายทั้งที่ชัดเจนและความรู้ที่คลุมเครือรองรับอยู่ ทั้งนี้การให้คำอธิบายขึ้นอยู่กับประสบการณ์ และพื้นฐาน ความรู้ของคนในแต่ละวัฒนธรรม (Indigenous knowledge) ซึ่งในเวลาต่อมาความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมเริ่มตกผลึก เกิดการพัฒนาชำระและการตรวจสอบ ถูกปรับใช้ให้ดีขึ้นในแต่ละยุค การสืบทอดและการให้บริการรักษาจึงก่อให้เกิดแบบแผนการดูแลสุขภาพ เกิดเป็นองค์ความรู้ในการรับมือกับความเจ็บป่วย เมื่อความรู้เหล่านั้นถูกถ่ายทอดสืบทอดกัน จึงก่อให้เกิดมรดกทางภูมิปัญญาด้านสุขภาพ (ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2547)

ปรากฏการณ์โรคภัยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดเรื่องเล่าของผู้คน เกิดประสบการณ์และความรู้ที่เคลื่อนไหวไม่หยุดนิ่ง ปรากฏการณ์ดังกล่าวช่วยสะท้อนให้เห็นความสามารถของมนุษย์ในการต่อสู้ปรับตัว เพื่อค้นหาวิธีการจัดการความเจ็บป่วยเพื่อให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่รอด การต่อสู้ดิ้นรนก่อให้เกิดกระบวนการแสวงหาความรู้ใหม่เพื่อใช้ในการดูแลรักษาโรคชนิดต่าง ๆ ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการบอกเล่าเกี่ยวกับสุขภาพของคนแต่ละกลุ่ม คือ การสื่อสารทำให้เราเข้าใจมูลเหตุของความทุกข์ และโรคภัยที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่ ฮาร์เตอร์, เจ็บบ์, & เบค (Harter, Japp, & Beck, 2005) กล่าวถึง การให้ความหมายและปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วย

ช่วยเปิดมุมมองให้เราเข้าถึงมิติของสุขภาวะในบริบทอื่นๆ นอกจากตัวเชื้อโรค และช่วยทำให้เราเห็นคุณค่าของภูมิปัญญาและเรื่องราวความเป็นมาในอดีต

นอกเหนือจากเรื่องเชื้อโรคกับสุขภาพแล้ว ปูนัม (Poonam, 1987) และทวิศกดิ์เผือกสม (2545) ได้เสนอให้เห็นเรื่องของความเจ็บป่วยว่ายังเกี่ยวข้องกับมิติอื่น ๆ อย่างเช่น มิติของงานเวชกรรม กับอำนาจรัฐ เป็นมิติทางประวัติศาสตร์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องโยงกับการแผ่ขยายอิทธิพลของจักรวรรดินิยมในอดีต สืบไปถึงการเข้ามาครอบงำของการแพทย์สมัยใหม่ การช่วงชิงพื้นที่บริการสุขภาพจากระบบการแพทย์ดั้งเดิม กดดันให้คนพื้นเมืองยอมจำนน ก่อให้เกิดกระบวนการต่อรอง การปะทะและการปรับตัวระหว่างรัฐ ประชาชนและหมอพื้นบ้าน ส่งผลกระทบกับระบบการแพทย์พื้นเมืองของแต่ละท้องถิ่น งานวิจัยดังกล่าวช่วยอธิบายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนซึ่งแฝงอยู่ในมิติของงานเวชกรรม ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะของการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ผู้ป่วยแต่ละคนมีประสบการณ์เข้าถึงระบบการรักษา และการเยียวยาแตกต่างกันไป แต่ละประเทศไม่ได้มีรูปแบบใดรูปแบบเดียวในการรักษา ความหลากหลายของพหุลักษณะทางการแพทย์ดังกล่าว (Medical pluralism) อยู่บนฐานความรู้ และปรัชญาการรักษาที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้การเปิดพื้นที่ให้ หมอพื้นบ้าน ผู้สูงวัยได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในระบบสุขภาพ จะช่วยให้ช่องทางการเข้าถึงรับการรักษาเปิดกว้าง ระบบสุขภาพชุมชนเกิดความหลากหลาย เกิดการมีส่วนร่วมของประชาสังคมกับสุขภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540, หน้า 16-17) สนองตอบความต้องการของคนแต่ละชาติพันธุ์ และเป็น การลดข้อจำกัดมิติทางจิตวิญญาณ ซึ่งการแพทย์แบบชีวกลไกเข้าไม่ถึง

ดังนั้นการศึกษาวิจัยในแต่ละพื้นที่จึงควรเปิดใจเว้นพื้นที่ว่างไว้เพื่อเอาไว้สำหรับเรียนรู้ และบรรจุสิ่งใหม่ๆ ที่พบในภาคสนาม รวมทั้งปล่อยให้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาเป็นตัวนำทางในการศึกษา (Natural setting) แทนการยึดแนวคิดหรือทฤษฎีที่ตายตัว เปลี่ยนมุมมองใหม่เป็นการใช้ประสบการณ์ของชุมชนเป็นตัวตั้ง จะช่วยทำให้เราได้เรียนรู้ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงบนพื้นที่ และเข้าใจความหมาย บริบทและสถานการณ์ตามสภาพที่เป็นจริง เกรสเวลล์ (Cresswell, 2009) การสลายกรอบคิดที่แข็งตัว ช่วยทำปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพเกิดความยืดหยุ่น และเกิดลักษณะที่เป็นพลวัต สามารถขยายจุดเกาะเกี่ยวใหม่ในการเปิดรับข้อมูล เพื่อให้ความรู้และความไม่รู้ในแต่ละมุมได้มีโอกาสมาบรรจบกัน

การศึกษาภาคสนามผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ จะช่วยทำให้ได้ยินน้ำเสียงของคนเล่า เรียนรู้น้ำใจของคนในชุมชน ที่มีส่วนช่วยเหลือดูแลรักษาผู้เจ็บป่วย ช่วยเพิ่มความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง มองเห็นความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ด้วยเหตุนี้การนำเรื่องเล่า

ความเจ็บป่วย กระบวนการรักษาสุขภาพในชุมชนในอดีตมาศึกษาทบทวน วิเคราะห์ปรากฏการณ์ ความต่อเนื่องกับปัจจุบัน และสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อต่อยอดจะเป็นหนทางสำคัญในการช่วยให้ โครงการพัฒนาระบบสุขภาพในชุมชนเกิดการประสานพลังระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับคนในชุมชน สืบทอดความรู้ ขยายทุนทางวัฒนธรรม เพื่อเตรียมรับมือกับปัญหาการให้บริการสุขภาพในอนาคต (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2541)

ดังนั้นการประมวลความเจ็บป่วยย้อนไปในอดีตแต่ละรอบปี แต่ละช่วงของฤดูกาล แต่ละ เดือนและแต่ละวันในรอบสัปดาห์ รวมทั้งการฝังตัวเก็บข้อมูล (คลุกวงใน) อย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษา องค์ความรู้ที่ใช้ในการจัดการความเจ็บป่วยในแต่ละช่วงเวลา จะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจความหมาย และความหลากหลายที่ปรากฏในระบบสุขภาพของแต่ละชุมชน และเมื่อเราสามารถประยุกต์หรือ เชื่อมต่อกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพในระบบการให้บริการในปัจจุบันได้ จะช่วยเพิ่มพลังภูมิปัญญา ของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่ทางเลือกใหม่ในระบบสุขภาพไทย กลายเป็นเป็นภูมิปัญญา ทางเลือกที่นำไปสู่วิถีสุขภาพแบบบูรณาการ (ยุค ศรีอริยะ, 2542, หน้า 162)

จากแนวคิดเบื้องต้นย่อ ๆ ทั้ง 4 แนว ทำให้ผู้วิจัยเกิดมุมมองในการทำงานพอสรุปได้ ดังนี้ คือ 1. เรื่อง “เวลา” ช่วยส่องให้เห็นแนวทางที่ควรทบทวน 2. เรื่อง “พื้นที่” ช่วยชี้ให้เห็น ตำแหน่ง จุดเกาะเกี่ยว และพรมแดนที่เกี่ยวข้อง 3. เรื่อง “ความเป็นมนุษย์” ช่วยเตือนสติผู้วิจัยให้ ตระหนักและรับรู้ ถึงปฏิกิริยาความรู้สึกของคนในพื้นที่ ซึ่งในบางครั้งต้องถอยห่างจากมุมมอง เชิงตรรกะหรือความเข้าใจแบบกลไก การพัฒนาวิธีการฟังอย่างลึกซึ้งซึ่งช่วยให้เข้าใจเสียงที่อยู่ภายใน ของคนในชุมชน การทำความเข้าใจคนในแต่ละพื้นที่ และตระหนักถึงบริบทดังกล่าว ทำให้เกิดข้อ พิจารณาในการปฏิบัติการวิจัย และ 4. เรื่อง “ปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ” ช่วยทำให้เห็นภาวะ ความเคลื่อนไหว ความคลุมเครือที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การต่อสู้กับความทุกข์ของคนใน ชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการซึ่งผู้วิจัยต้องเรียนรู้ เตรียมใจ ตั้งสติ และพัฒนาตนให้พร้อมรับมือ กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและพลิกผันได้ตลอดเวลา

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเวชกรรมสังคม

ส่วนนี้เน้นการให้ความหมายประกอบคำว่า เวชกรรมสังคมที่ใช้ในหลักการทั่วไป การ ศึกษาความหมายเฉพาะในมุมมองของเจ้าของวัฒนธรรม และขยายความเข้าใจองค์รวมแห่งสุขภาพ ที่เชื่อมต่อกับความมั่นคงของรัฐ ซึ่งนำไปสู่การปรับกระบวนการทัศน์เพื่อเปิดพื้นที่ให้งานเวชกรรมภาค ประชาชนได้เข้าไปเสริมพลังในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน แนวคิดหลักดังกล่าวมีเนื้อหา ประกอบด้วย 3 ส่วนย่อยดังนี้ 1. ความหมายเกี่ยวกับเวชกรรมสังคม 2. สุขภาพกับความมั่นคงของ รัฐ และ 3. ภาคประชาชนกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

ความหมายเกี่ยวกับเวชกรรมสังคม

ความหมายของคำว่า “เวชกรรมสังคม” เป็นคำที่ประกอบไปด้วยคำหลัก 2 คำ คือ คำว่า “เวชกรรม” และ “สังคม” พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมาย เวชกรรม ว่าเป็นคำนาม หมายถึง การรักษาโรค ส่วนคำว่า สังคม ถ้าเป็นคำนาม หมายถึง คนจำนวนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง กันตามระเบียบ กฎเกณฑ์ สังคม ถ้าเป็นคำวิเศษณ์ หมายถึง ที่เกี่ยวกับการพบปะสังสรรค์หรือชุมนุมชน เช่น วงสังคม งานสังคม แต่เมื่อนำคำทั้งสองมารวมกัน คำว่า “เวชกรรมสังคม” ไม่ปรากฏคำนี้ อธิบายในพจนานุกรมดังกล่าว

ในปี พ.ศ. 2391 คำว่า Social medicine มีนักปฏิรูปสังคมชื่อ รูคอล์ฟ เวชอร์ (Rudolf Virchow) (2364-2445) ได้วางหลักการและความหมายพื้นฐานของงานเวชกรรมสังคมไว้ว่า เป็นการศึกษาเงื่อนไขทางสังคม และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจที่มีผลกระทบกับสุขภาพ การเกิดโรค และเวชปฏิบัติแอนเออร์สัน, แลนนี่ และ วิกเตอร์ (Anderson, Lanny, & Victor, 2005) เสนอให้เห็นมุมมองในการพยายามทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับสังคมและความเหลื่อมล้ำ นอกเหนือไปจากสาเหตุของพยาธิสภาพ

แนวคิดดังกล่าวนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาระบบสุขภาพของประชาชนในทวีปยุโรป ในช่วงปฏิวัติอุตสาหกรรม รูคอล์ฟนั้นเป็นทั้งนักพยาธิวิทยาและนักเคลื่อนไหว ตัวเขาและคณะได้กระตุ้น และผลักดันให้คนในสังคมหันมาใส่ใจปัญหาสุขภาพของคนยากจน ช่วยกันแก้ปัญหาชุมชนแออัด ร่วมมือกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบกับสุขภาพของประชาชน ซึ่งคำว่า “เวชกรรมสังคม” คำนี้ต่อมาถูกนำมาใช้ในหลากหลายความหมาย และปรับใช้ไปตามเงื่อนไขความแตกต่างในแต่ละสังคม

แนวการศึกษาเวชกรรมสังคมของรูคอล์ฟ ต่อมาโรเซน (Rosen, 1974) ได้ประมวลความหมายของการขับเคลื่อนงานเวชกรรมของเขาครอบคลุมหลักการทั่วไป 3 ด้านดังต่อไปนี้

1. ตัวกำหนดทางสังคม และเศรษฐกิจมีอิทธิพลส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โรคภัยและปฏิบัติการทางการแพทย์

2. สุขภาพของประชาชนเป็นงานหนึ่งในการกิจที่สำคัญยิ่งของสังคม

3. คนในสังคมควรเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน

หนึ่งทศวรรษหลังจากที่รูคอล์ฟเสียชีวิต มิลตันน์ (Milton, 2002) ได้สรุปภาพรวมเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวงานเวชกรรมสังคมโดยย่อไว้ว่า หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 แนวคิดการเคลื่อนไหวงานเวชกรรมสังคมได้รับการพัฒนาให้เข้มข้นขึ้นในสหราชอาณาจักรในช่วงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 20 ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาแนวความคิดทางเวชกรรมสังคมได้รับการพัฒนาให้ขยายวงกว้างออกไปอีกโดย นักเศรษฐศาสตร์และนักวิชาการด้านสถิติสาธารณสุข เอคค์

การ์ ไชเคนสตรีกเกอร์ (Edgar Sydenstricker) นักสังคมวิทยา เบรินฮาร์ท เจ สเตรินท์ (Bernhard J. Stern) นักวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซี อี เอ วินสโลว์ (C. E. A Winslow) และนักประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ เฮนรี ซี ไชเกอร์ริส (Henry E. Sigerist) ในความเห็นของเทอริส คำว่า “เวชกรรมสังคม” ขณะนี้กำลังถูกแทนที่ด้วยคำว่า “สาธารณสุข” ด้วยเหตุที่มีการใช้ความหมายนี้ถูกใช้ในมุมจำกัดเฉพาะทาง แต่อีกด้านหนึ่งคำคำนี้ก็มีความหมายคาบเกี่ยวกับสาขาวิชาอื่น มากยิ่งไปกว่าคุณลักษณะของงานด้านเวชปฏิบัติเดิมที่คนส่วนใหญ่เข้าใจ

อย่างไรก็ตาม ถ้าจะเทียบเคียงจากความหมายเดิม บนฐานของคำที่นำมาเรียงกัน ผู้วิจัยใช้คำว่าเวชกรรมสังคม ในบริบทของการรักษาอาการ และความเจ็บป่วยในมุมกว้างกว่าการจัดการกับตัวเชื้อโรคในระดับปัจเจก มีขอบเขตรวมความไปถึงมิติทางวัฒนธรรม คุณภาพ และการสร้างสันติสุขให้เกิดในสังคม โดยขยายความไปถึงศักยภาพของชนในครอบครัว ซึ่งสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยเองได้ด้วยพื้นเพความรู้ที่มีอยู่แล้วในชุมชน (Popular sector) ซึ่งไม่ใช่มิติอย่างที่ผู้เชี่ยวชาญตะวันตกใช้ปฏิบัติ (Professional sector)

แม้การให้ความหมายของเวชกรรมสังคมแบบตะวันตก จะเป็นความพยายามทำความเข้าใจ ปัจจัยที่มีส่วนกำหนดความเป็นไปทางสังคม ศึกษาเงื่อนไขแวดล้อมที่มีผลกับสุขภาพ และกลายเป็นแนวคิดสำคัญที่วางรากฐานการปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานสาธารณสุข ทว่าคำดังกล่าวเป็นบริบทของความหมายที่เกิดขึ้นจากกลุ่มนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ เป็นเพียงความหมายที่เติบโตในบริบทของสังคมอุตสาหกรรม และยังไม่สามารถให้ความหมายได้ครบถ้วน ในการอธิบายคุณ ลักษณะของสังคมในเอเชียได้ทั้งหมด โดยเฉพาะพื้นที่บริเวณแนวชายแดนของสังคมไทยซึ่งมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ดำรงอยู่

ด้วยเหตุที่ความหมายของเวชกรรมสังคมมีลักษณะไม่หยุดนิ่ง ถึงแม้จะเขียนตัวอักษรอย่างเดียวกันแต่ไม่ว่าคนในและคนนอกพื้นที่ที่จะเข้าใจได้ตรงกันเสมอไป เพื่อช่วยลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมความคิด และช่วยประสานให้ทุกหมู่เหล่าเข้าใจกันมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดทางอรรถศาสตร์ชาติพันธุ์ (Ethnosemantic) นำมาช่วยอธิบายความหมายของสุขภาพในมิติของชาติพันธุ์วรรณา ศึกษาความเจ็บป่วยผ่านระบบของ “คำ” “ความ” และ “สัญญาะ” ไบรอน (Byron, 1977) รวมไปถึงและการมองหาบริบทของความเจ็บปวดของโรคภัยที่ชาวบ้านอธิบาย ผ่านความหมายในเชิงวัฒนธรรมที่แฝงอยู่ในระบบสุขภาพของคนในหมู่บ้าน

การศึกษาในมิติของอรรถศาสตร์ชาติพันธุ์มุ่งหวังที่จะช่วยให้สังคมทราบข้อจำกัดในระบบคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน และเพิ่มความเข้าใจระบบสุขภาพชุมชน การอธิบายความหมายที่แฝงอยู่ในวิถีชีวิตของชาติพันธุ์อื่นนอกเหนือไปจากการอธิบายในมิติทางการแพทย์

แบบชีววิทยา แนวคิดอรรถศาสตร์ให้ความสำคัญของการให้ความหมายสะท้อนโลกทัศน์ของผู้พูด และการตีความเกี่ยวข้องกับระบบการรับรู้โลกภายในและภายนอกของผู้พูด ส่วนเรื่องชาติพันธุ์ เป็นสาขาหนึ่งที่พรรณนาถึงลักษณะวัฒนธรรมแบบต่าง ๆ การเปิดพื้นที่ในการรับรู้และเข้าใจ ความหมายผ่านคำ ความ สัญลักษณ์ และอารมณ์ความเจ็บปวดผ่านบริบททางวัฒนธรรม เป็นกระบวนการสำคัญในการตีความและอธิบายความหมาย ช่วยให้เร้าเข้าใจมุมมองของเจ้าของ วัฒนธรรมที่ต่างไปจากเรา คลิฟฟอร์ด เกียร์ซ (Clifford, 1973)

การศึกษาคำว่า เวชกรรมสังคม จะทำให้เกิดความเข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งผ่านมุมมอง ของแต่ละวัฒนธรรม จะช่วยให้คนที่อยู่นอกวัฒนธรรมเข้าใจระบบคิด และบริบทที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพของกลุ่มชนต่างวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น การเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นจุดร่วมของ การเสริมสร้างเครือข่ายประชาสังคม (Civic network) เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย และช่วยประสานฐานคิดของระบบการแพทย์แบบชีววิทยา และระบบการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละ ถิ่น จากมุมมองในการให้ความหมายของความเจ็บป่วยในแบบของเจ้าของวัฒนธรรม (Emic view) ของไคลน์แมน (Kleinman, 1988)

ดังนั้น การทำความเข้าใจระบบคิดเรื่อง เวชกรรมสังคมของแต่ละวัฒนธรรม จึงเป็น กระบวนการเชื่อมต่อบริบทสุขภาพและเพิ่มความเข้าใจร่วมกันระหว่างวัฒนธรรมให้ขยายตัว สิ่งเหล่านี้เป็นหลักการพื้นฐานและความหมายเบื้องต้น ส่วนรายละเอียดของการอธิบายความหมาย ย่อมมีข้อปลีกย่อยแตกต่างกันซึ่งงานชิ้นนี้จะให้รายละเอียดในบทต่อไป สำหรับความหมายโดยย่อ ในส่วนนี้ งานเวชกรรมสังคม คือ แนวคิดที่นำไปสู่วิธีการจัดการแก้ไขความทุกข์ สร้างสุขให้กับ คนในสังคม โดยใช้ภูมิปัญญาที่ไม่หยุดนิ่งเป็นเครื่องมือจัดการปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สังคมเกิดสุข ภาวะที่ยั่งยืน

2. สุขภาพกับความมั่นคงของรัฐ

การเปรียบเทียบปรากฏการณ์เรื่องสุขภาพ กับ ความมั่นคงของรัฐทางโลกตะวันออก สามารถย้อนกลับไปไปในรัชสมัยของถึงไท่จงฮ่องเต้ พ.ศ. 1174 พระองค์ทรงมีพระราชดำริซึ่ง สะท้อนให้เห็นแนวคิด งานบริหารราชการในแผ่นดินซึ่งมีผลเชื่อมโยงกับสันติสุขของบ้านเมือง โดยอุปมาเรื่องการปกครองกับภาวะของคนเจ็บป่วย เป็นการมองเหตุปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกับ สุขภาพ และความมั่นคงของรัฐ ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ในชีวิตประจำวัน คราวนั้นพระองค์ทรงตรัส แก่เหล่าอำมาตย์ว่า

“...เหตุผลการปกครองบ้านเมืองกับการพักฟื้นนั้นเหมือนกัน คนไข้เมื่อรู้สึกมีอาการ ดีขึ้นจะต้องระมัดระวัง พักฟื้นให้ดี หากปล่อยให้โรคกำเริบ อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การปกครอง ของประเทศก็เช่นกัน แผ่นดินเพิ่งสงบสันติ ยังต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ หากหลงระเริง โสโธนง

คน ฟุ้งเฟ้อ ฟุ้งเฟ้อ หมกมุ่นสุรานารี ก็จะเป็นเหตุนำไปสู่ความปราชัยล่มสลาย...” (อุ จิง, 2552, หน้า 45)

ประเด็นสำคัญหนึ่งที่มีอยู่ในพระราชดำรัส คือ การเตือนสติประชาชนว่าอย่าประมาทให้ครองตนอยู่ในทางที่เหมาะสม และให้รู้จักเฝ้าระวังป้องกันรับมือกับภัยที่แฝงเร้น การชะล่าใจอาจทำให้ไม่สามารถรับมือภัยที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้งที่ ใจความสำคัญดังกล่าวนี้เป็นการเปรียบเทียบให้เห็นมุมมองของเรื่องเล่าผ่านความเจ็บป่วยของร่างกายที่เชื่อมต่อกับความมั่นคงของประเทศ ซึ่งต้องใส่ใจและระมัดระวังเป็นพิเศษ

ในจริยศาสตร์การแพทย์แต่โบราณของจีนมีคำกล่าวที่ว่า แพทย์ระดับบนรักษาประเทศ แพทย์ระดับกลางรักษาคคน แพทย์ระดับล่างรักษาโรค (หลี่ ถ้วนัง, 2552, หน้า 13-16) อธิบายเพิ่มเติมแบบคร่าว ๆ ได้ดังนี้ การดูแลบ้านเมืองให้มีความมั่นคงเป็นปกติสุข จัดการป้องกันทุกภัยไม่ให้เกิดกับประชาชนได้ถือว่า เป็นแพทย์ระดับบน รักษาคนโดยองค์รวมและจัดการดูแลสุขภาพชีวิตของประชาชนเพื่อให้เกิดดุลยภาพในสังคมถือว่าเป็นแพทย์ระดับกลาง รักษาเพียงอาการความเจ็บป่วยอวัยวะเฉพาะส่วนของร่างกาย หรือรักษาเพียงโรคแต่ละชนิด ถือเป็นแพทย์ระดับล่าง แนวคิดเรื่องสุขภาพกับความมั่นคงของรัฐช่วยเปิดมุมมองให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างระบบดุลยภาพของรัฐกับสุขภาวะของสังคม มุมมองแบบองค์รวมดังกล่าวช่วยชี้ให้เห็นความเชื่อมต่อของสุขภาพ ดุลยภาพ และสันติภาพล้วนเกี่ยวข้องกัน เป็นการให้ความหมายเวชกรรมสังคมเชิงองค์รวม ที่เป็นส่วนสำคัญในการสร้างบริบทของสันติสุข กล่าวคือ ถ้าประเทศชาติขาดสันติภาพแล้ว เราไม่สามารถธำรงบูรณภาพและดุลยภาพของประเทศต่อไปได้ (ประเวศ วะสี, 2552 ข, หน้า 11) สุขภาวะที่หายไปจากปรากฏการณ์ดังกล่าว สามารถสังเกตอาการทางสังคมได้จากการที่รัฐบาลไม่สามารถบังคับใช้กฎหมาย เกิดเหตุจลาจล การล่งละเมิดอำนาจรัฐที่ขยายตัวไปทั่วประเทศ เกิดภาวะวิกฤตต่อเนื่อง จนรัฐอ่อนแอเสียสมดุลและไม่สามารถสร้างความเจริญของรัฐให้พัฒนาต่อไปได้

การปรับกระบวนทัศน์เพื่อให้เห็นมิติของระบบสุขภาพกับความมั่นคง ต้องการแนวคิดในการบูรณาการที่ช่วยประสานความรู้แบบองค์รวม การข้ามเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงองค์รวมแห่งสุขภาพ เพื่อดุลยภาพสิ่งแวดล้อมและสังคม เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประเทศชาติและประชาชน แนวคิดการดูแลสุขภาพเชิงองค์รวมปรากฏอยู่ในหลายวัฒนธรรม (พระไพศาล วิสาโล, 2536, หน้า 3) ทั้งภูมิภาคตะวันตกและตะวันออก การสนับสนุนวัฒนธรรมท้องถิ่นจะช่วยเติมเชื้อไฟให้การเคลื่อนไหวจัดการสุขภาพในชุมชนมีพลัง เรื่องสุขภาพ ดุลยภาพ และสันติภาพของรัฐ จะผสานและแยกไม่ออกจากวัฒนธรรมของคนในชุมชน

สุขภาพและและภาวะความมั่นคงเป็นระบบคิดสำคัญที่แทรกอยู่ในประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน การจะทำความเข้าใจต้องมองภาพเชิงองค์รวม พิจารณาจากบริบทของสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมชุมชน แหล่งสมุนไพร ภูมิปัญญาของผู้สูงวัย ซึ่งเป็นองค์รวมของความรู้ที่ยึดโยงและอาศัยซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมการรักษาได้อย่างเด็ดขาด (ฉลาดชาย รมิตานนท์, 2547) ในทำนองเดียวกัน เมื่อคนกลับมาดูแลป่า ป่าจะดูแลเรา การรักษาป่าไม้ จึงเปรียบเสมือนการจัดการให้กับข้าวในบ้านเรามีของกินอยู่เสมอ การมีป่าจึงเหมือนหลักประกันความมั่นคงทางอาหารและสุขภาพของชุมชน จึงอาจอุปมาได้ว่าการมีป่าเหมือนเหมือนมีตู้ยาในหมู่บ้าน ความอุดมของป่าเป็นหลักประกันว่าความอึดของชุมชน ป่าจึงเป็นเสมือนตู้กับข้าวของชุมชน ด้วยเหตุนี้การร่วมมือดูแลรักษาป่าจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการสร้างหลักประกันความมั่นคงให้คงอยู่ในชุมชน

สถานการณ์ปัจจุบันระบบนิเวศกำลังถูกทำลาย ส่งผลให้สังคมสูญเสียดุลยภาพ ปรากฏการณ์ภัยธรรมชาติและความเจ็บป่วยในชุมชนที่ปรากฏจึงเป็นเสมือนภาพหนึ่งที่ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ขอบเขตความมั่นคงของรัฐ โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสุขภาพไม่ได้เป็นปัญหาจำกัดอยู่เฉพาะในประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น ตัวอย่างเช่นภัยจากการแพร่ระบาดของของไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 (H1N1) จากประเทศเม็กซิโกแพร่ไปสู่ประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรปและในเอเชียมากกว่า 70 ประเทศ (Redorbit, 2010) โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน ชาร์ส (Severe acute respiratory syndrome) ได้ส่งผลกระทบกับระบบเศรษฐกิจจีนและเศรษฐกิจในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก (กระทรวงต่างประเทศ, 2546)

การแพร่กระจายของโรคต่าง ๆ ขยายไปเกือบทุกมุมโลก ทั้งโรคหวัดนก (Avian Influenza) โรคมือเท้าปาก (Hand, Foot and Mouth Disease) โรคไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal Meningitis) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติ สะท้อนให้เห็นความเคลื่อนไหวของโรคที่เปลี่ยนแปลงและไม่หยุดนิ่ง ยังไม่รวมกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และโรคติดเชื้อใหม่ ๆ ที่ปรากฏมีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงประมาณ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา และโรคติดต่อที่มีแนวโน้มจะพบมากขึ้นในอนาคต (ศูนย์วิจัยและบริการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อระดับใหม่, ม.ป.ป.) โรคเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นไม่เพียงมีผลกระทบในทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบถึงระบบเศรษฐกิจของประเทศเพื่อนบ้าน

ภาพรวมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในช่วงที่ผ่านมาของประเทศไทยมีตัวเลขเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี พ.ศ. 2538 จากมูลค่า 147,837 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 1.6 เท่า ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่นั้นถูกใช้ไปสำหรับการรักษาพยาบาลมากกว่า การส่งเสริมป้องกันสุขภาพ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2551) ยิ่งไปกว่านั้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้นของความเจ็บป่วยของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น โรคเท้าช้าง (Lymphatic Filariasis หรือ Elephantiasis) วัณโรค (Tuberculosis) มาลาเรีย (Malaria) ส่งผลกระทบถึงระบบเศรษฐกิจและสายสัมพันธ์ระหว่างประเทศอีกด้วย

ตัวอย่างที่น่าเสนอต่อไปนี้แสดงให้เห็นปัญหาและความเคลื่อนไหว และข้อจำกัดที่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันก็ไม่สามารถจะรับมือได้เต็มพิกัด โดยเฉพาะในพื้นที่การให้บริการสุขภาพบริเวณ “ชายแดน” ไทยและเมียนมามีปัญหาความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบกับความมั่นคงระหว่างประเทศ ปัญหากลุ่มชาติพันธุ์ มนุษยธรรม ซึ่งล้วนเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในประเทศและประเทศเพื่อนบ้าน การรับมือจึงต้องมีระบบคิดใหม่รองรับพลวัตของปัญหาสุขภาพข้ามรัฐดังกล่าว สำหรับโรคชายแดนในกลุ่มคนไร้สถานะทางทะเบียนที่พบระหว่างปี พ.ศ. 2550-2551 นั้น สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า 10 อันดับแรก ได้แก่ อูงจระร่วง มาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดปวม ไข้เลือดออก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาหารเป็นพิษ วัณโรค ตาแดง และอีสุกอีใส (อุ้มคนนอกทะเบียน รพ. ชายแดนเคียง!, 2553) นवलจันทร์ เวชสุวรรณมณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรีได้บอกเล่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้คนบริเวณชายแดน ซึ่งเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย ตัวเลขของคนไร้สถานะทางทะเบียนประมาณ 10,000 คน เป็นทั้งคนพม่า กะเหรี่ยง และชนกลุ่มน้อย ซึ่งบางรายเดินทางมาจากประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อมาถึงมักมีอาการหนักเกือบทุกคนจึง “ไม่ต้องพูดถึงเรื่องค่ารักษา ไม่ว่าผู้ป่วยจะหลบหนีเข้าเมือง เป็นชนกลุ่มน้อย ไม่ว่าจะทำมาค้าด้วยกรณีใด โรงพยาบาลมีหน้าที่รักษา จึงต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้กลายเป็นหนี้สะสมของโรงพยาบาล” เป็นความเจ็บป่วยของคนที่มีสถานะและไร้สถานะที่สะท้อนความมั่นคงสุขภาพบริเวณชายแดนไทย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ยากจนและยังไม่มีบัตรประกันสุขภาพใด เป็นการให้ความช่วยเหลือตามหลักสิทธิมนุษยชน เป็นเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพทั้งของคนไทย และคนไร้สถานะทางทะเบียนที่เคลื่อนไปมาบริเวณชายแดนของประเทศไทย ภาระหนักดังกล่าวประมวลเป็นตัวเลขค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาคนไร้สถานะปี พ.ศ. 2551 จากโรงพยาบาลชายแดน 172 แห่งใน 15 จังหวัด รวมเป็นเงินปีละประมาณ 468 ล้านบาท ซึ่งโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องแบกรับภาระส่วนนี้ทั้งหมด (ทุกซ์คนไร้สถานะ เหมือนโรคที่รอกยา, 2553) สถานการณ์ดังกล่าว เดิมสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เคยเสนอคณะรัฐมนตรี เมื่อ พ.ศ. 2548 แต่สำนักงบประมาณไม่เห็นด้วยด้วยเห็นว่าเกินกว่าบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ต่อมาเมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2552 ผู้แทนสภาความมั่นคงแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กองตรวจคนเข้าเมือง กรมการปกครอง กระทรวง

แรงงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีมติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบในหลักการเพื่อขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาที่ขยายตัว

“...สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลที่รอการพิสูจน์สถานะ โดยมีเหตุผลว่าการบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องต้องดูแลทั้งระบบ และการควบคุมป้องกันโรคติดต่อเป็นเรื่องความมั่นคงของสังคม และที่สำคัญกลุ่มคนด้อยโอกาสควรได้รับการช่วยเหลือตามสิทธิพื้นฐานในรัฐธรรมนูญและพันธะสัญญาระหว่างประเทศ...” (ทฤษฏีคนไร้สถานะ เหมือน โรคที่รอยา, 2553)

หลังจากนั้น เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ได้มีมติอนุมัติงบประมาณกลางจำนวน 472,823,000 ล้านบาท ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอให้แก่องานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดสรรให้โรงพยาบาลตามแนวชายแดนจำนวน 15 จังหวัด เพื่อนำเงินไปใช้จ่ายดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่กลุ่มคนไร้สัญชาติที่รอการพิสูจน์สถานะและชนกลุ่มน้อยเพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ หลักมนุษยธรรม และลดปัญหาการแพร่ระบาดของ โรคภัย ไม่ว่าจะเป็นระบบการควบคุมโรคเท้าช้าง ไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย และโดยเฉพาะโรคฉี่หนู โรคดีซ่าน เท่านั้น ยังช่วยสะท้อนให้เห็นคุณค่ามนุษยธรรม จุดยืนประเทศไทยที่พึงมีต่อประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน (สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2553)

ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ความเห็นผ่านประโยคสั้น ๆ แต่ครอบคลุมสาระโดยรวมว่า “ความมั่นคงของประเทศ ผมว่าต้องขึ้นอยู่กับความมั่นคงในสุขภาพของประชาชนด้วย” ซึ่งประชาชนในที่นี้ เกี่ยวพันกับพื้นที่ของความเจ็บป่วย บริเวณชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน เป็นมิติด้านมนุษยธรรมและอำนาจระหว่างประเทศที่ซ้อนทับกัน ส่งผลกระทบถึงทั้ง 2 รัฐ จึงเป็นประเด็นที่อ่อนไหว ต้องทุบเทสตีปัญญาในการจัดการในรอบใหม่ เพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดการสุขภาพบริเวณพื้นที่ชายแดนที่เหมาะสมและระดมสติปัญญาประสานทุกภาคีเข้าร่วมมือจัดการแก้ไขปัญหากับเหล่านั้น

เหตุการณ์ความเคลื่อนไหวดังกล่าว สะท้อนให้เห็นมิติของสุขภาพว่าเป็นเรื่องเกี่ยวพันกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เชื่อมโยงกับปัญหาความยากจน การแพร่ระบาดของโรคระบบงบประมาณ จนถึงความมั่นคงของรัฐ กลายเป็นเรื่องที่ซับซ้อนซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เหมาะสม รับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น การทบทวนการจัดการดูแลสุขภาพบริเวณชายแดนกันใหม่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553) แนวคิดการช่วยผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้าน คือแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคบริเวณชายแดน ซึ่งอาจมีพาหะแพร่กระจายต่อมายังคนไทย การช่วยผู้อื่นในกรณีดังกล่าวก็คือ การช่วยตนเอง การทำให้พื้นที่ใกล้เคียงเกิดสุขภาวะ ก็คือ กระบวนการสร้างสันติสุขและความมั่นคงร่วมกัน

การจัดการระบบสุขภาพ นอกจากมีโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือและงบประมาณเท่านั้นคงไม่พอที่จะเป็นหลักประกันสุขภาพของประชาชน ยังต้องอาศัยส่วนผสมของภูมิปัญญาท้องถิ่น และการจัดการสุขภาพภาคประชาชน ผ่านเวทีการแบ่งปันความรู้ระหว่างรัฐเพื่อนบ้าน เพราะองค์ประกอบสำคัญที่มีถูกมองข้ามไปในพื้นที่ชายแดน คือ การพัฒนาระบบคิดข้ามวัฒนธรรมที่เข้าใจทั้งภาพรวมและเงื่อนไขเฉพาะของแต่ละพื้นที่ (อานันท์ กาญจนพันธุ์, 2548) ซึ่งฐานคิดดังกล่าวจะมีส่วนทำให้การพัฒนางานสุขภาพและความมั่นคงบริเวณชายแดนเกิดการบูรณาการเชื่อมโยงกัน

การสนับสนุนเข้าร่วมในระบบการจัดการหลักประกันสุขภาพ และการสังเคราะห์องค์ความรู้ของแต่ละพื้นที่ จะก่อให้เกิดการสร้างแนวคิดหรือนวัตกรรมสุขภาพใหม่ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพในพื้นที่เฉพาะอย่างเป็นระบบ (วิพุธ พูลเจริญ, 2547) ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนบริเวณชายแดนไทย จึงเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความเข้าใจหลายมิติ เพราะเป็นเรื่องละเอียดอ่อนมีผลกระทบต่อความมั่นคงระหว่างประเทศ การทำความเข้าใจเชิงลึกในแต่ละพื้นที่เป็นกระบวนการจัดการคุณภาพของชีวิต ที่ก้าวข้ามเรื่องของมิติทางชาติพันธุ์ เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การสร้างสุขภาวะ มิติของมนุษยธรรมและความมั่นคงข้ามรัฐที่ยั่งยืน

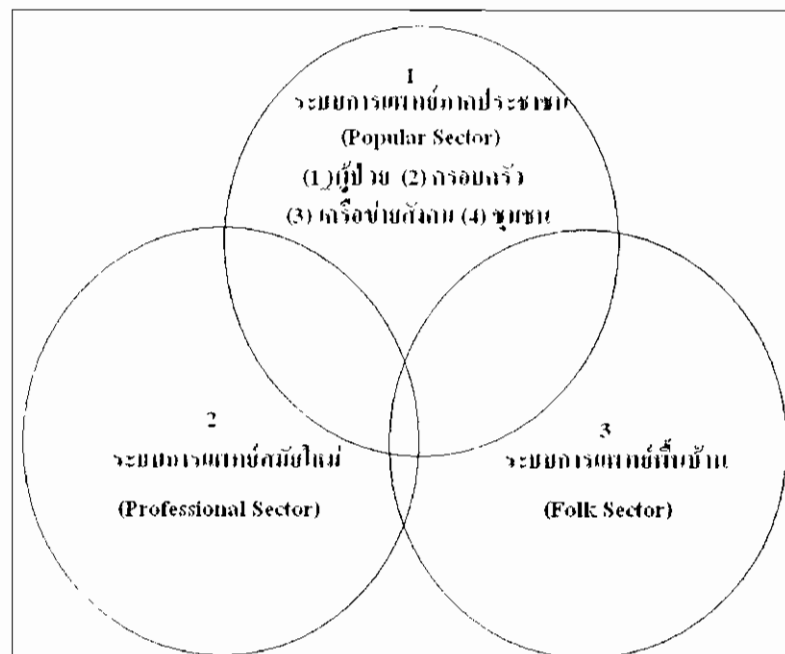
ขณะที่โรคภัยต่าง ๆ ยังคงรุมเร้าสังคมไทยต่อเนื่อง ทั้งโรคติดเชื้อและโรคอุบัติใหม่ที่ทวีเพิ่มจำนวนขึ้น ประกอบกับระบบการแพทย์แบบชีววิทยาเองก็ยังไม่สามารถรับมือกับโรคภัยต่าง ๆ ได้ทุกโรค สารพัดปัญหาเหล่านี้ก็กลายมาเป็นช่องทาง ซึ่งเปิดพื้นที่ให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนได้แสดงบทบาท และคุณค่า กลายเป็นอีกทางเลือกในการพึ่งพาตนเองของคนในชุมชนก่อนใช้บริการของรัฐ ด้วยเหตุนี้ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนจึงยังมีโอกาสพัฒนา “พลัง” และ “ความหมาย” ให้เติบโตต่อไปควบคู่ไปพร้อมกับการให้บริการสุขภาพแบบอื่นในสังคมไทยในวิกฤตดังกล่าวที่ยกมาช่วยเปิดโอกาสให้การศึกษาภูมิปัญญาด้านสุขภาพภาคประชาชน เกิดการการรวมตัวของเครือข่ายหมอพื้นบ้านทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ทำให้เกิดการทบทวนทิศทางในการบูรณาการความรู้ในแต่ละท้องถิ่น นำทุนทางวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นคงของรัฐ มาปรับใช้กลายเป็นแนวคิดสำคัญในการสร้างศูนย์การเรียนรู้ภูมิปัญญา เช่น ศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2550) การจัดการเรียนการสอน และพัฒนาความรู้แพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในระดับมหาวิทยาลัย จัดสรรอัตรากำลังตำแหน่ง งบประมาณ ส่งเสริมการใช้สมุนไพร และพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพการบริการ เป็นกระบวนการสำคัญในการนำพลัง

ภูมิปัญญาที่มีอยู่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (เปรม ชินวันทนนานท์ และคณะ, 2547, หน้า 102-104)

3. ภาคประชาชนกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

ไคลน์แมน (Kleinman, 1984) เสนอแนวคิดว่าในแต่ละสังคมประกอบด้วยระบบบริการสาธารณสุข 3 ระบบย่อยด้วยกัน คือ ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (Popular sector) ระบบการแพทย์สมัยใหม่ (Professional sector) และระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ซึ่งโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2551 ก, หน้า 70) นำมาปรับปรุงเพื่อให้ผู้ที่ทำงานวิจัยระบบสุขภาพในแต่ละพื้นที่ใช้เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจระบบสุขภาพภายในแต่ละชุมชน

แนวคิดดังกล่าวจึงกลายเป็นกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมระดมสมอง ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในชุมชน เพื่อให้คนทำงานวิจัยเห็นบริบทโดยรอบที่มีอยู่ในระบบสุขภาพภายในแต่ละพื้นที่ เกิดเข้าใจภาพรวมได้ง่ายขึ้น จากการแบ่งระบบสุขภาพของชุมชนออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้



ภาพที่ 2-1 โลกสุขภาพของชาวบ้าน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2551, หน้า 70)

วงที่ 1 ภาคประชาชน ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ อีก 4 ส่วนคือ

1. ผู้ป่วย
2. ครอบครัว
3. เครือข่ายสังคม และ

4. ชุมชน

วงที่ 2 ระบบการแพทย์สมัยใหม่

วงที่ 3 ระบบการแพทย์พื้นบ้าน

การจัดวางตำแหน่งของแต่ละวงทำให้เห็นสถานภาพของแต่ละส่วนว่ามีขอบเขตในภาคของคนอย่างไร และในแต่ละส่วนมีส่วนที่เกี่ยวข้องอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งนี้มีบางส่วนที่ซ้อนทับกันเป็นลักษณะ ร่ม ซึ่งมีเป็นส่วนใหญ่ สำหรับวงที่ 1 เป็นวงใหญ่มีพื้นที่มากที่สุด (Popular sector) แม้ภาคประชาชนส่วนใหญ่จะไม่ใช่มูลนิธิหรือเอ็นจีโอ แต่ถือว่าเป็นคนส่วนมาก ซึ่งรัฐและหน่วยงานเอกชนควรเปิดพื้นที่ ประสานทุนวัฒนธรรม ดึงศักยภาพภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เพื่อการเปลี่ยนแปลงให้คนทั้งสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีเพิ่มมากขึ้น

ประเวศ วะสี (2547) เสนอกรอบคิดเรื่องปริมณฑลแห่งสุขภาพ ในทัศนะที่ว่าเรื่องสุขภาพคือ คุณภาพ ความเจ็บป่วยทุกชนิด คือ การเสียคุณภาพ สุขภาพที่ดีจึงไม่ได้หมายความว่าไม่ป่วยเป็นโรค แต่สุขภาพที่ดีหมายถึงภาวะที่เกิดคุณภาพความลงตัวของร่างกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม การสูญเสียสมดุลในแต่ละส่วนดังกล่าว นำมาซึ่งภาวะของความเจ็บป่วย กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ แม้ว่าเราเป็นโรค แต่เราก็สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนมีสุขภาพที่ดีกว่าคนปกติบางคนที่ไม่เป็นโรค เพราะแม้ว่าเขาจะป่วยแต่ตระหนักดีถึงการรักษาสุขภาพ รู้จักสร้างสมดุลให้ชีวิต คนป่วยก็อยู่ต่ออย่างมีความสุขได้แม้จะมีโรคประจำตัว

(1) โรคที่นิยามได้ ชัดเจน	(2) ความเจ็บป่วยที่นิยามไม่ได้ หรือไม่ทราบสาเหตุ
(3) เขตสุขภาพดี	

ภาพที่ 2-2 กรอบสี่เหลี่ยมจำลอง ปริมณฑลของสุขภาพทั้งหมด

พื้นที่ 1 + 2 + 3 คือ ปริมณฑลสุขภาพทั้งหมด

1 + 2 = สุขภาพเสีย

3 = สุขภาพดี

จากอดีตจนถึงปัจจุบันเราให้ความสนใจในเขตที่ 3 คือเขตสุขภาพดีน้อยมากเพราะระบบการแพทย์กระแสหลักจำกัดตัวอยู่กับเรื่องของ “โรค” และสิ่งที่นิยามได้ชัดเจน (เขตที่ 1) ผลที่ตามมาคือ ทฤษฎีโรค อธิบายกลุ่มอาการของความเจ็บป่วยในเขตที่ 2 ได้ไม่ชัดเจน จึงทำให้ศักยภาพในการเข้าถึง และดูแลความเจ็บป่วยในเขตนี้ลดน้อยลง

ดังนั้นถ้าเราประยุกต์กรอบคิดเรื่องสุขภาพ คือ คุณภาพ และขยายความเข้าใจในเรื่องของปริมาณของสุขภาพให้มากขึ้น เราจะสามารถใช้แนวคิดคุณภาพบำบัดนี้ไปประยุกต์ใช้ในทุก ๆ เขตของปริมาณ และสามารถเพิ่มพลังการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มในสังคม กรอบคิดดังกล่าวนี้ช่วยให้งาน “เวชกรรมสังคม” มีแนวร่วมเพิ่มขึ้น การนิยามความหมายของการมีสุขภาพดีใหม่ เป็นการเปิดพื้นที่ให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพึ่งตนเองและจัดการระบบสุขภาพภายในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพที่สะท้อนความเหลื่อมล้ำระหว่างชาติพันธุ์ พลุกเร้าให้ภาคประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมของมาลี สิทธิเกรียงไกร (2543) ได้พยายามถ่ายทอดให้เห็นปัญหาสุขภาพของคนกะเหรี่ยงในสังคมไทย ซึ่งได้รับความทุกข์ทรมานจากผลกระทบของโรงงานแต่งแร่ตะกั่ว การลุกขึ้นต่อรองของชนกลุ่มน้อยก่อให้เกิดความเคลื่อนไหว ช่วยเปิดพื้นที่ให้คนชายขอบได้รวมตัวกัน แม้จะเกิดผลสั้นสะเทือนกับโรงงาน แต่ปัญหาสุขภาพในชุมชนยังไม่ได้รับการเยียวยาทุกภาคส่วนจึงต้องช่วยกันแสวงหาทิศทางที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือคนเหล่านั้น ประเด็นของงานศึกษาชาติพันธุ์กับงานสาธารณสุขเป็นเรื่องที่ท้าทาย การเผยแพร่ความเข้าใจเรื่องชาติพันธุ์สู่สาธารณชนจะช่วยให้มองเห็นภาพความเป็นชาติพันธุ์ที่กว้างกว่าเรื่องของชนกลุ่มน้อย (ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2547, หน้า 3) และทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความรู้สึกร่วมว่าปัญหามลพิษปัญหาสุขภาพเป็นภารกิจของทุกคนที่ต้องช่วยกันแก้ไขป้องกัน

แนวคิดของประเวศ วะสี, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และมาลี สิทธิเกรียงไกร ดังกล่าวช่วยทำให้เห็นพื้นที่ของภาคประชาชน (วงที่ 1) ตระหนักในศักยภาพที่ชุมชนมีอยู่ และต้องช่วยกันเสริมแนวทางการจัดการในการขยายปริมาณแห่งสุขภาพ ถ้าทุกภาคส่วนช่วยกันประสานพลังเข้าเสริมในทุกเขต จะช่วยบูรณาการแนวคิดเชิงระบบที่ก่อให้เกิดงานเวชกรรมสังคมใหม่ที่ทรงพลังและช่วยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพื้นที่พึงประสงค์ในระบบสุขภาพของแต่ละชุมชนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จะช่วยให้งานเวชกรรมสังคมมีคุณค่า นำไปสู่การปลดปล่อยพลังภูมิปัญญาชุมชนที่เคลื่อนไหวอยู่ในวงจำกัด

ไปสู่งานด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และอาจขยายการให้บริการสุขภาพในวงกว้างกว่าชุมชนของตนเองในอนาคต พลังของเวชกรรมสังคม คือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มุ่งปรับปรุงและค้นหาสิ่งที่พร่องหายไปในระบบสุขภาพ สู่เป้าหมายการลดจำนวนผู้ป่วย ทำให้คนในชุมชนไปโรงพยาบาลน้อยลง แนวคิดเวชกรรมสังคมจึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดทุกภาคส่วนช่วยกันค้นหาดูแลสุขภาพของชีวิต สร้างสุขภาพะที่ยั่งยืน เอื้ออำนวยให้ประชาชนทุกชนชั้นน้อยลง และพบความสงบสุขได้ง่ายขึ้น

สรุปความคิดเบื้องต้นที่ได้ในแนวคิดที่ 2 คำนึงงานเวชกรรมสังคม คือกระบวนการจัดการดูแลสุขภาพชีวิตและสังคมเพื่อให้เกิดสุขภาพะของคนในชุมชน เป็นการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยพิจารณาทั้งมิติทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมืองระหว่างประเทศ จิตวิญญาณ และอธิบายบริบทที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่เสียสมดุล ซึ่งการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดการระบบสุขภาพ (Popular sector) จะช่วยขยายพื้นที่ของการมีสุขภาพดี ลดการพึ่งพาระบบผู้เชี่ยวชาญ (Professional sector) ซึ่งเป็นความมุ่งหวังของทุกฝ่ายที่พยายามลดการพึ่งพาบริการรัฐ เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง ลดภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดทางเลือกหรือแนวทางการรื้อฟื้นพื้นที่ปฏิบัติการของภูมิปัญญาด้านสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น และเป็นแนวทางการเพิ่มพลังการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การทบทวนเกี่ยวกับผู้สูงอายุในส่วนนี้ครอบคลุมประเด็นหลักเกี่ยวกับ การให้ความหมาย ทศนะเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และ สิ่งที่ควรขยายต่อ โดยเรียงลำดับตามหัวข้อ 3 ประเด็นดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุทำไมต้องเกษียณที่ 60
2. มุมมองผู้สูงอายุกรอบคิดที่ควรทบทวน และ
3. ขุมทรัพย์ทางปัญญาที่ควรขยาย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุทำไมต้องเกษียณที่ 60

การให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ผ่านมาแต่ละวัฒนธรรมมีมุมมองที่หลากหลาย บรรลุศิริพานิช (2550, หน้า 6-7) ศึกษาานิยามคำว่าผู้สูงอายุ และได้สรุปความหมายออกเป็น 3 แบบ คือ

1. แบ่งตามอายุที่สูงขึ้นตามปีปฏิทิน
2. แบ่งตามสภาวะของชีวิตวิทยาและกายภาพของร่างกาย และ
3. แบ่งตามสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ด้วยเหตุนี้ คำว่า คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่า ผู้สูงวัย ผู้สูงอายุ ผู้อาวุโส ฯลฯ จึงถูกนำมาใช้ในความหมายทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ทั้งนี้การนิยามตามปีปฏิทินจึงเป็นเพียงรูปแบบหนึ่งเท่านั้นของการให้ความหมาย

เรื่องการนิยามขึ้นอยู่กับส่วนผสมของแนวคิด ค่านิยมและความเชื่อของแต่ละชุมชน รวมทั้งอำนาจการกำหนดความหมายกลางที่รัฐแต่ละแห่งบัญญัติขึ้น คำและความหมายที่มี จึงอาจ

ถูกแยกให้ย่อยลงไปได้อีกในแต่ละพื้นที่ ความหมายของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับสถานะภาพที่เปลี่ยนไป ประกอบกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง โดยมีฐานกิตติวัฒนธรรมเป็นตัวประกอบความหมาย ความเข้าใจ ในคำแต่ละคำจะลึกซึ้งเพียงใดขึ้นอยู่กับ การให้ความหมาย ซึ่งคนนอกกับคนใน อาจเข้าใจไม่ตรงกัน แต่ความคลุมเครืออาจถูกทำให้ชัดเจนผ่านการให้การนิยามใหม่ได้เสมอเมื่อ เวลาเปลี่ยนไป อย่างไรก็ตามประสบการณ์และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ ช่างที่จะจำกัดเพียงแค่นิยามและความหมายที่ตายตัว

ตัวอย่างในระบบราชการไทยเมื่อบุคคลมีอายุครบ 60 ปี ถูกนิยามว่า คือ ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการนิยามขององค์กรสหประชาชาติ ส่วนกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วจะนิยามผู้สูงอายุคือ ผู้ที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป (World Health Organization, 2010) ซึ่งตัวเลขและความหมายดังกล่าวถูกสร้าง และกำหนดโดยสังคมนมนุษย์ ถ้าปรับเปลี่ยนแล้วเกิดผลในทางที่เป็นคุณกับมวลมนุษย์ย่อมเป็นเรื่อง มงคลกับทุกชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับอนิสงส์โดยตรง

ภาพความเสื่อมถอยของชีวิตมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งในวงจร การเกิด แก่ เจ็บ ตาย และเป็น กระบวนการที่ปรากฏให้เห็นในธรรมชาติ โดยมีตัวอายุบ่งบอกช่วงเวลา ตั้งแต่เกิดจนถึงเวลาที่ กล่าวถึง กาลเวลาถูกนับเคลื่อนไปตามรอบปีของปฏิทิน วงจรชีวิตที่เวียนเปลี่ยนไปในแต่ละ ช่วงเวลา สะท้อนให้เห็นภาวะของ “สังขารทั้งหลายล้วนไม่เที่ยง เป็นทุกข์ และเป็นอนัตตา” ถ้าเรายอมรับพุทธพจน์นี้ ท่าทีของเราต่อความชราภาพย่อมเป็นไปในทางที่ยอมรับอย่างมีสติ อันเป็นเงื่อนไขไปสู่การแสวงหาทางปัญญาเพื่อปรับตัวทั้งในระดับบุคคลและสังคม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542, คำนำ) ในทางกลับกันถ้าเราปล่อยให้ชีวิตของตนหมดคุณค่าเมื่อ อายุ 60 เท่ากับปล่อยให้ตัวเลขมากำหนดตัวเรา บั่นทอนและทำลายพลังชีวิตของตนเองให้หมดไป

ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมศักยภาพในแต่ละช่วงวัยจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เพราะแต่ละช่วงวัย ย่อมมีกิจวัตรและความหมายที่เหมาะสมของชีวิตแตกต่างกัน(ณรงค์ หนูสอน, 2553) มูลเหตุที่ หลากหลายเหล่านี้ช่วยหนุนเนื่องรองรับจังหวะชีวิตของตนเองและกระบวนการทัศน์ใหม่ของแต่ละ พื้นที่ ความชราจึงไม่จำเป็นต้องหยุดเอาไว้ที่อายุและค่านิยามเสมอไป เพราะการเกษียณและ ค่านิยามไม่ใช่สิ่งที่สะท้อนความเป็นจริงของผู้สูงวัยทั้งหมด พลังชีวิตของผู้สูงวัยจะถูกใช้ได้ อย่างมีคุณค่า เมื่อไม่จำกัดเกณฑ์ความชราไว้ที่ตัวเลขเมื่ออายุ 60 ปี

การให้ความหมายของวัยในแต่ละช่วงเวลาจะปฏิบัติตนอย่างไรนั้น ในอดีตขงจื้อ (ก่อน ค.ศ. 551-479) ไม่ได้ระบุว่าถึงวัยใดควร “เกษียณ” แต่ให้เป็นหลักคิดผ่านมุมมองของตนว่า “เมื่ออายุได้ 15 ปี ข้าพเจ้าตั้งใจเล่าเรียน เมื่ออายุได้ 30 ปี ข้าพเจ้าเริ่มแสดงบทบาทได้ เมื่ออายุได้ 40 ปี ข้าพเจ้ามีความมั่นใจในตนเอง เมื่ออายุได้ 50 ปี ข้าพเจ้ารู้ถึงเจตน์จำนงของฟ้า (เทียน-มิ่ง) เมื่ออายุ

ได้ 60 ปี ข้าพเจ้าพร้อมที่จะฟังโดยไม่มีข้อโต้แย้ง เมื่ออายุได้ 70 ปี ข้าพเจ้าสามารถปฏิบัติตามความปรารถนาของจิตใจโดยไม่ละเมิดประเพณี” (วุฒิชัย มูลศิลป์, 2540, หน้า 21)

ข้อความดังกล่าวให้ภาพความเปลี่ยนแปลงและแนวปฏิบัติในแต่ละช่วงอายุของชีวิตของจ้าวไม่ได้รับเวลาเกษียณโดยตรง ในยามเมื่ออายุได้ 60 ปี ในวัยนั้นจ้าวได้เสนอแนะแนวปฏิบัติเกี่ยวกับชีวิต ถอดความได้ว่า ถ้าคนเราพร้อมที่จะรับฟังได้โดยไม่มีข้อโต้แย้ง ในช่วงวัยดังกล่าวถ้ากระทำได้ตามนั้น แรงเสียดทานที่มีอยู่ระหว่างวัยในสังคมจะลดน้อยลงทันที ความร่วมมือและสุนทรียะแห่งการสนทนาจะเกิดขึ้นตามมา ดังนั้นการวางหลักการปฏิบัติในแต่ละช่วงชีวิตว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรให้เหมาะสม สิ่งใดที่ควรคำนึงถึงเป็นเรื่องหลักให้สอดคล้องกับวัย น่าจะเป็นสาระหลักนำมาร่วมพิจารณาเกณฑ์ในการทำงานแทนเกณฑ์ของตัวเลขที่เป็นตัวกำหนดเวลาการเกษียณ อายุ การเหมารวมย่อมทำให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเปลี่ยนเป็นผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในมิติของกฎหมาย ซึ่งความจริงแล้วมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากมายังมีศักยภาพในการทำงาน (JICA, 2007)

การใช้เกณฑ์ตัวเลข 60 ปี ย้ำเรื่องตัวเลขที่เพิ่มขึ้นตามปีปฏิทินกลายเป็นการปิดโอกาสในการทำงานของคนจำนวนมากที่ยังคงมีความสามารถ สำหรับความเคลื่อนไหวล่าสุดในงานประชุมวิชาการระดับชาติ “ประชากรและสังคม 2533” ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา วาพัฒน์ (2533, หน้า 1-34) ได้เสนอให้ประเทศไทยปรับคำนิยามผู้สูงอายุใหม่ จาก 60 ขึ้นไปเป็น 65 ปี ผลของนิยามใหม่จะทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุลดลง และคาดว่าจะทำให้มีแรงงานเพิ่มอยู่ในระบบถึง 2.5 ล้านคน บทความนี้ได้เสนอแนะว่าเกณฑ์อายุที่ใช้เป็นนิยามนั้นควรมีพื้นฐานมาจากอายุที่เหลืออยู่ ซึ่งน่าจะเหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ดีกว่านิยามเดิมที่ใช้ระยะเวลา 60 ปี เป็นเกณฑ์ แนวคิดนี้ถ้าเกิดขึ้นจริงย่อมส่งผลกับนโยบายเกษียณอายุของสังคมไทยและเกิดการปรับเปลี่ยนฐานคิดใหม่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในอนาคต

มุมมองผู้สูงอายุกรอบคิดที่ควรทบทวน

นิติรัฐของประเทศไทยมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ มุมมองดังกล่าวเป็นร่องรอยที่ปรากฏการณ์ในการวิเคราะห์ของฉฐภัทร ถวัลย์โพธิ์ (2551, หน้า 11-19) เมื่อย้อนกลับไปดูประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499 มาตรา 307 รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 มาตรา 80 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งบัญญัติขึ้นมาเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีสถานะอำนาจทางกฎหมายรองรับการเคลื่อนไหว จากการวิเคราะห์ด้วยบทในกฎหมายไทย ยังคงมีมุมมองผู้สูงอายุว่าเป็น “ภาระ” ที่รัฐต้องสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือดังนี้

กฎหมายระดับพระราชบัญญัติฉบับแรกที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือประมวลกฎหมาย

อาญา พ.ศ. 2499 ได้บัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือคนชรา หมวด 4 ว่าด้วยความผิดฐานทอดทิ้งเด็ก คนป่วยเจ็บ หรือคนชรา บัญญัติไว้ดังนี้

“มาตรา 307 ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความป่วยเจ็บ กายพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นับว่าเป็นกฎหมายเพียงฉบับเดียวที่บัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองและให้สิทธิประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ได้กำหนดความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ไว้ในมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวให้หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” บทบัญญัติต่าง ๆ ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 สะท้อนถึงเจตนารมณ์ ของการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โดยเน้น ที่การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีอาชีพ หรือกิจกรรมที่เหมาะสมตามวัย และให้ได้รับสวัสดิการจากรัฐที่เพียงพอเพื่อไม่เป็นภาระ แก่บุคคลอื่นในครอบครัว

บทความการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุในกฎหมายไทย ของฉันทภัทรดังกล่าวสรุปว่า จากบทบัญญัติ มาตรา 307 แห่งประมวลกฎหมายอาญาจะเห็นว่าได้จัด “คนชรา” ไว้ในกลุ่มเดียวกันกับ “คนป่วย” “ผู้ที่มีกายพิการ” หรือ “จิตพิการ” จึงอาจกล่าวได้ว่า ในสายตาของประมวลกฎหมายอาญานั้น ผู้สูงอายุหรือคนชรามันเป็นผู้อ่อนแอและเป็นวัตถุแห่งการปกป้องคุ้มครอง บทบัญญัติ มาตรา 307 แห่งประมวลกฎหมายอาญาที่ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุหรือคนชรานั้น เป็นเพียงภาพสะท้อนของข้อสมมุติฐานที่ว่าผู้สูงอายุมักจะเจ็บป่วยถาวรและพึ่งพาตนเองไม่ได้ ตัวบทที่อยู่ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ยังไม่ได้เปลี่ยนมุมมองผู้สูงอายุ จากเดิมที่ว่าเป็น “ภาระ” ของสังคมปรับมาเป็น “กำลัง” ของสังคม

การศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาทำให้ภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาและเป็นภาระที่ต้องได้รับการ “สงเคราะห์” เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทว่าความเป็นจริงผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ได้เป็นเช่นนั้น ปาริชาติ วัลย์เสถียร (2549, หน้า 75-76) มองประเด็นดังกล่าวว่า เป็นทั้ง “ทุกข์” และ “ทุน” ไม่สามารถจำแนกแยกกันอย่างเด็ดขาด การก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะต้องกลายเป็นภาระ การเริ่มต้นปรับทัศนคติใหม่โดยไม่เหมารวมว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมถอยเสมอไป เป็นแนวคิดสำคัญในการประสานคนระหว่างวัย ช่วยให้ตัวเลขที่เพิ่มขึ้นของ “อายุ” ยิ่งเพิ่มขึ้นยังมีความหมาย และยังบ่งบอกให้เห็นพลังความรู้ที่สะสมมา สะท้อนผ่านประสบการณ์ และภูมิปัญญาที่ควรค่าแก่การเรียนรู้ของเจ้าของชีวิตได้ด้วย

การรวมตัวของกลุ่มผู้สูงอายุหลังเกษียณ ที่สมัครเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือสังคม

ในโครงการธนาคารคลังสมองวุฒิสภา (คณะกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุ, 2551) ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาท ผ่านกิจกรรมเพื่อสังคม ใช้ประสบการณ์ ประสานประโยชน์จากกลุ่มคนเกษียณ เข้าร่วมจัดกิจกรรม ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้กับผู้อื่น เกิดพลังในการรวมตัวของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นศักยภาพและระบบเครือข่ายในกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วยลดภาพเชิงลบในมุมมองที่มองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระ ในงานวิจัยของ สารทิส สกุลฤๅ (2552) ชี้ให้เห็นพลังของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มีประโยชน์ที่ทำงานในโครงการคลังสมอง แต่ในอีกมุมหนึ่งกลับเป็นเรื่องน่าเสียดาย การดำเนินงานไม่มีประสิทธิภาพ ไม่จริงจัง ทั้งที่เป็นโครงการที่อยู่ในการดูแลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ฉันทาพัชร ทศนรุ่งเรือง, 2553) การทบทวนยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550-2554 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2548) ได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active aging) 2. กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ (Independent living for elderly) และ 3. กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled elderly) ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาให้ความสำคัญผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 ตัวอย่างเช่น รุ่งฟ้า อธิราชบุรีไพศาล (2551) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุเด่นที่การเพิ่มสมรรถนะพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ อรรถพร พุ่มพวง (2551) ศึกษาประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ กระแสพลังที่ขาดหายไป ในงานวิจัยแนวนี้ คือ การโน้มให้เห็นพลังของผู้สูงอายุในชุมชนและกระบวนการเพิ่มศักยภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวอย่างที่ยกมาเป็นเพียงบางส่วนของที่คงอยู่ ในกระบวนการทัศน์เดิมซึ่งมองผู้สูงอายุในเชิงให้การ “สงเคราะห์” จึงเน้นไปที่การให้บริการ การจัดสวัสดิการ และการทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีรายได้มากกว่าประเด็นการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมาร่วมส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชน

ด้วยเหตุเหล่านี้ มีส่วนทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกปริวิตกในสังคม มองผู้สูงอายุเป็นเรื่องของภาระ ซึ่งกระแสความคิดดังกล่าวสอดคล้องกับผลสะท้อนจากการสำรวจข้อมูลปี พ.ศ. 2550 ของ คณะอนุกรรมการติดตามการดำเนินการตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุ (2551) ได้สำรวจความคิดเห็นของประชาชน พบว่าประชาชนร้อยละ 16.9 เห็นว่าผู้สูงอายุควรไปอยู่บ้านพักคนชรา หรือวัด ร้อยละ 20.9 เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นคนมีประโยชน์น้อย ร้อยละ 35.6 เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นภาระแก่บุตรหลานหรือครอบครัว และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมักถูกเหมาให้เป็นกลุ่มของคนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ ทำให้ความสูงวัยซึ่งเป็นทุนทางวัฒนธรรมในอดีต ถูกแปลงภาพใหม่จากระบบตลาดทุนในปัจจุบัน กลายเป็นสิ่งที่ไม่ได้เพิ่มและเสริมรายได้ให้กับวงจรของระบบทุนนิยม ตารางต่อไปนี้เป็นผลการประมวลสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้เห็น การเปลี่ยนกรอบวิธีคิดในสังคมไทยต่อผู้สูงอายุ ที่ควรปรับ และกระบวนการทัศน์ที่ควรขยายเพิ่ม

ตารางที่ 2-1 มุมมองผู้สูงอายุ กรอบคิดที่ควรปรับ กระบวนทัศน์ที่ควรขยาย (สอน จำปาลอด, 2550)

มุมมองของผู้สูงอายุ	กรอบวิธีคิดที่ควรปรับ	กระบวนทัศน์ที่ควรขยาย
ผู้สูงอายุมองตัวเอง	1. ไร้คุณค่า	เห็นคุณค่าคน มั่นใจในศักยภาพที่มีอยู่ พร้อม
	2. รอรับการช่วยเหลือ	ถ่ายทอดคุณค่าสู่ครอบครัว/ ชุมชน/ สังคม
ครอบครัวมอง	1. ต้องดูแล	เห็นศักยภาพ ดูเป็นแบบอย่างที่ดีควรปฏิบัติ
ผู้สูงอายุ	2. เป็นภาระ	เป็นผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจกิจกรรมในครอบครัว
ชุมชนมองผู้สูงอายุ	1. คนสำคัญวันเดียว	เป็นต้นแบบวิถีชีวิต และที่พึ่งทางความคิด
	2. คนใกล้ตัว	ของคนในชุมชน ให้น้ำหนักในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในกิจกรรมชุมชน
สังคมมองผู้สูงอายุ	1. หมดน้ำยา	เป็นแรงผลักดัน ประสานคนระหว่างวัย ได้
	2. หมดสภาพ	ซึมซับเรียนรู้และเกิดความตระหนักในคุณค่าภูมิปัญญาที่มีอยู่ในตัวผู้สูงอายุ
รัฐมองผู้สูงอายุ	1. ให้การสงเคราะห์	ประสานเครือข่ายผู้สูงอายุ คัดสรร และระดมภูมิปัญญาเพื่อประยุกต์ใช้ในเชิงรุก ตามความพร้อมของแต่ละพื้นที่

สถานการณ์ดังกล่าวนั้น สุชาดา ทวีสิทธิ์ (2553, หน้า 1-5) เสนอให้ทบทวนกระบวนทัศน์ที่เกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุใหม่ และตั้งคำถามที่ชวนให้คิดต่อเช่น ทำไมผู้สูงอายุบางสังคมดูมีค่าแต่บางสังคมได้รับการยกย่องในบางสังคม ทำไม? ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุในความรับรู้ของเราจึงตยตัว และมักเป็นภาพด้านลบที่พูดถึงเฉพาะความเสื่อมสภาพ ต้องพึ่งพิงลูกหลาน รวมทั้งเสนอให้รื้อถอนภาพลักษณ์เชิงลบ และให้ช่วยกันผลิตภาพลักษณ์ คุณลักษณะของผู้สูงอายุเชิงบวกให้แพร่หลายมากขึ้น การทบทวนให้ความหมายใหม่ และการพัฒนาวิธีวิทยาในการสร้างพื้นที่ เพิ่มความเข้าใจและผลิตองค์ความรู้ใหม่เป็นเรื่องท้าทายในการทำงานเรื่องผู้สูงอายุเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ในทศวรรษปัจจุบัน

งานวิจัยของ ชลดา ดิยะวิสุทธิ และคณะ (2547, หน้า 15) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ พฤติกรรมการกินอาหาร ความเชื่อมั่นตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุมักยึดความชอบของตนเองเป็นหลัก เพราะได้รับอิทธิพลการเลี้ยงดูจากครอบครัว การรับประทานอาหารจึงเป็นเรื่องของความเคยชิน จึง

ไม่คำนึงถึงภาวะความดันโลหิต สำหรับเรื่องการรับประทานยารักษาความดันโลหิต ผู้สูงอายุปรับปริมาณยาตามความคิดของตนเอง มีการเลือกใช้สมุนไพรและยาอื่นร่วมด้วย ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นบทบาทบุคลากรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ยังไม่สามารถตอบสนอง และเข้าถึงความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

การปรับฐานคิดเพื่อการทำงานกับผู้สูงอายุ ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม แนวคิดนี้ได้รับการยืนยันผ่านผลการศึกษาวิจัยของ เขียวลักษณ์ จิตตะโคตร (2547, หน้า 20) เรื่อง ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้เกิดความรู้สึกร่วมกันในการมีส่วนร่วมกำหนดการวางแผนกิจกรรม การวิเคราะห์แก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้บริบทของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาของ ชลดาวิพากษ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพชี้ให้เห็น “จุดอ่อน” ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ส่วนการศึกษาของเขียวลักษณ์ ช่วย “ปิดจุดอ่อน” ที่บุคลากรทางการแพทย์มักมองข้ามไปในการทำงานกับผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนจากการให้คำแนะนำเปลี่ยนเป็นเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ประสานให้กลุ่มผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในทุกขั้นตอน เป็นกลไกสำคัญในการเตรียมความพร้อมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ การทำงานเรื่องผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ และบริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ประเด็นสำคัญในการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่ควรเน้น คือ การเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพกลุ่มที่ 1 และผู้ที่พอจะช่วยเหลือตนเองได้กลุ่มที่ 2 มีบทบาทเพิ่มมากขึ้น ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรทำความเข้าใจศักยภาพที่มีอยู่ของแต่ละชุมชน การประสานพลังกับกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีศักยภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการและจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ สามารถช่วยแบ่งเบาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มอื่นในระยะยาว การสนับสนุนและขยายพื้นที่การมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 และ 2 มีโอกาสแสดงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นผู้สูงอายุ เป็นทั้งให้และผู้รับในขณะเดียวกัน (มาลีณี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และ อัจฉรา เอนซ์, 2541) ด้วยเหตุนี้การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว จึงต้องปรับกระบวนการทัศน และให้ความหมายใหม่ เพื่อช่วยให้เกิดการบูรณาการบริการสุขภาพและภูมิปัญญาของท้องถิ่นเกิดการพัฒนาาร่วมกันในทุก ๆ มิติ

3. ชุมทรัพย์ทางปัญญาที่ควรขยาย

การเตรียมการที่ดีก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พร้อมสร้างแผนปฏิบัติการเชิงรุกของผู้สูงวัยเสมือนการลับเหลี่ยมมุมเพื่อพัฒนาตนเอง การฝึกกำลังในกลุ่มคนดังกล่าวจะก่อให้เกิดพื้นที่หลอมรวมความรู้และพลังระหว่างวัยเข้าด้วยกัน เหลี่ยมคมของชีวิตในยามเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นผลึก

ทางภูมิปัญญาที่ทรงคุณค่า การเจียรนัยประสบการณ์ชีวิต การสกัดองค์ความรู้และส่งต่อหลักคิดให้กับลูก หลาน เป็นมรดกสำคัญยิ่งกว่าเรื่องทรัพย์สินเงินทอง ซึ่งปัจจุบันเรามักมองข้ามไป การครองตนให้สมวัยกับผู้สูงอายุ หนึ่งสิ่งสมควรรู้ และใช้จังหวะในการถ่ายทอดความชำนาญ เผยแผ่หลักคุณธรรมเป็นหน้าที่สำคัญของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ การปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต รักษาสุขภาพให้สมดุล มีศักยภาพ และมีความสุขในการแบ่งปัน ถ้าทำได้ตามนั้นผู้สูงอายุจะกลายเป็นแบบอย่างให้ลูกหลานเห็นและเป็นกำลังใจให้กับคนรุ่นเดียวกัน ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุจะเป็นเสมือนหลักชัยของบ้านเมือง “ความแก่” จึงไม่ใช่สิ่งที่ไร้คุณค่า แต่เป็นวาระที่เต็มไปด้วยความหมาย เป็นช่วงสำคัญของจังหวะชีวิตที่สามารถช่วยเหลือ หลอมคนรุ่นใหม่ ส่งต่อสิ่งที่มีคุณค่าให้กับสังคม

แนวคิดเรื่องดังกล่าวสะท้อนอยู่ในพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในวันเฉลิมพระชนมพรรษาพุทธศักราช 2549 ความว่า

“ความแก่นั่นเป็นกำลังใจ...ถ้าอายุมากขึ้นมันก็เป็นประโยชน์ได้เปรียบ... เรียกว่ามีประสบการณ์... คนที่อายุมาก ถ้ารักษาความดี รักษาคุณสมบัติ คุณธรรม ก็ได้เปรียบคนที่อายุน้อยและในประเทศชาติถ้ามีคนที่มีอายุมากและได้เปรียบชาติบ้านเมืองจะก้าวหน้าได้” (กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าเป็นคลังสมอง หรือเป็นหลักชัยของสังคม เป็นกระบวนทัศน์ที่ถูกขับเคลื่อนรณรงค์มาอย่างต่อเนื่อง ในแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2545- พ.ศ.2564 (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) การเปรียบผู้สูงอายุ เป็นเสมือนชุมทรัพย์ทางปัญญา (สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ, 2547) หรือร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน คอยให้การคุ้มครองลูกหลาน เป็นภาพลักษณ์เชิงบวกที่ควรขยาย และเป็นสิ่งที่ไม่ได้เกินความจริง เพราะผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงทำคุณประโยชน์ต่อสังคมอย่างต่อเนื่อง (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2553) สำหรับการขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุยังคงเป็นเรื่องท้าทาย (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2547) ชวนให้คิดต่อไปว่า พลังปัญญาของผู้สูงอายุ จะเป็นหลักชัยที่ส่องทางสว่างให้กับคนรุ่นต่อไปได้นานเท่าใด โดยเฉพาะในกลุ่มของหมอพื้นบ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงวัย

ตัวเลขของชุมทรัพย์ทางภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ที่ขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้าน เป็นบุคคลที่ทำประโยชน์ให้คนในแต่ละชุมชน มีจำนวน 47,790 คน จัดว่าเป็นชุมทรัพย์ด้านภูมิปัญญาไทยของประเทศ แต่ยังไม่มีการประกอบโรคศิลปะ เพื่อแก้ปัญหาหมอพื้นบ้านเถื่อน คณะกรรมการวิชาชีพ สาขากาพย์แพทย์แผนไทย ได้กำหนดคุณสมบัติให้หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 20 ปี

ขึ้นไป ให้มีสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการประเมิน ไม่ต้องสอบ ทว่ามีผู้ที่สอบผ่านการประเมินจากกองประกอบโรคศิลปะเพียง 44 คน มีไม่ถึงร้อยละ 1 ของหมอฟันบ้านทั้งหมด เสียชีวิตแล้ว 5 คน เหลือเพียง 39 คน (สร. เปิดไฟเขียวหมอฟันบ้าน 16,000 คน มีประสบการณ์ 20 ปี ขึ้นทะเบียนได้เลย ไม่ต้องสอบ, 2553)

ดังนั้นการปรับปรุงกฎระเบียบเพื่อความหมายใหม่ จะเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการ และระบบการจัดการสุขภาพภาคประชาชน โดยเฉพาะการดึงพลังของกลุ่มผู้สูงวัยเหล่านั้น มาช่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพในชุมชน เป็นชุมชนที่ควรขยาย ประสบการณ์และความรู้ของผู้สูงอายุ จึงเปรียบเสมือน โข้วที่ช่วยถนอมเลี้ยงให้ เด็กและหนุ่มสาวเห็นตัวอย่าง เติบโตอย่างมีคุณค่า เป็นกลไกช่วยเยียวยารักษาผู้ป่วยในแต่ละท้องถิ่น เป็นพลังที่มีอยู่แล้ว และเป็นองค์ประกอบสำคัญของจริยธรรมชุมชนที่คอยประสานความสัมพันธ์ของคนป่วยและคนไม่ป่วยในชุมชนเข้าด้วยกัน การปลูกฝังเรื่องความกตัญญูในครอบครัวเป็นเสมือนวัคซีนที่ช่วยหล่อหลอมให้เกิดจริยธรรมและความมั่นคงในชุมชน แนวคิดเรื่องความกตัญญูเป็นเสมือนทุนทางวัฒนธรรมในระบบการปลูกสร้างคุณธรรมให้เกิดในครอบครัว ชุมทรัพย์ที่มีอยู่ในตัวผู้สูงวัยจึงเป็นฐานสำคัญของภูมิปัญญา เป็นพื้นที่เพาะบ่มสร้างความมั่นคงให้กับสังคมและประเทศชาติ ชาวจีนได้สร้างฐานคิดเพื่อปลูกสร้างจริยธรรมในใจผ่านการสอนเด็กให้รู้จักการเคารพผู้สูงวัย ซึ่งเป็นคุณธรรมที่มีอยู่ในขนบประเพณีในสังคมต่างๆทั่วโลก แต่ระดับในการให้ความหมายและการปฏิบัติต่อผู้สูงวัยนั้นมีวัตรปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่นสังคมจีนในยุคจั้นกั๋ว (พ.ศ. 140-พ.ศ. 322) เมิ่งจื้อได้กล่าวไว้ว่า “ต้องเคารพผู้อาวุโสของผู้อื่นเสมอเหมือนผู้อาวุโสของตน ต้องรักและดูแลลูกหลานของผู้อื่นเสมอเหมือนลูกของตน” (มหาวิทยาลัยครูหนานจิง และมหาวิทยาลัยครูอันฮุย, 2550, หน้า 21) คำจีนมีคำกล่าวที่ว่า “关爱今天的老年人就是关爱明天的自己” แปลความได้ว่า “การดูแลผู้สูงอายุในวันนี้ ก็คือการดูแลตัวเองในวันพรุ่งนี้” แนวความคิดที่สอดแทรกในประโยคทั้งดังกล่าว เป็นโครงสร้างที่ช่วยจัดระบบฐานคิดคนในชุมชนไม่เพียงรองรับการดูแลผู้สูงอายุ แต่คือระบบคิดที่ช่วยสร้างความมั่นคงให้กับโครงสร้างทางสังคม เพราะสักวันหนึ่งทุกคนที่มีชีวิตอยู่ยืนนาน ย่อมเข้าถึงภาวะที่ต้องอาศัยความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลรอบข้างไม่มากก็น้อย ถ้าขาดหลักคิดที่เป็นฐานการเอื้อเอื้อให้กันและกันแล้ว สังคมคงมีอาจดำรงอยู่ต่อไปได้อย่างสงบสุข เพราะความทุกข์ที่คนในสังคมต่างประสบเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันในการจัดการปัญหา

“ต้นกล้า” ทางความคิดที่แฝงอยู่ในตัวอักษรดังกล่าว วางแนวคิดที่สอนเรื่องหลักการพึ่งพา และหลักควรปรนนิบัติต่อผู้สูงวัย คือ กระบวนการกำหนดจริยวัตรที่ควรปฏิบัติกับบุคคลที่อยู่ในครอบครัวและในสังคม การที่เราดูแลผู้สูงอายุในวันนี้ก็คือ การสอน เรื่องการปฏิบัติตัวให้เด็กในวันนี้เลียนแบบอย่างต่อไปในอนาคต ความหมายในประโยคดังกล่าว จึงไม่ใช่เพียง

การถ่ายทอดคำสอน แต่ได้สอดแทรกความหมายผ่านประเพณีที่ควรสานต่อ เป็นการแสดงความกตัญญูที่สอนกันผ่านการกระทำ

ด้วยบรรทัดฐานทางสังคมดังกล่าว ทำให้เกิดวงจรการดูแลซึ่งกันและกัน เชื่อมร้อยด้วยคุณค่าผ่านการให้ความหมายของ “ความกตัญญู” ซึ่งเป็นรากฐานของคุณธรรมทั้งปวง เพื่อที่จะให้แนวคิดและการปฏิบัตินั้นเกื้อหนุนกัน การให้ความเคารพผู้สูงวัย การปรนนิบัติดูแล การให้ความรักและเมตตาต่อเด็ก จึงเป็นการแสดงออกที่สะท้อน ความผูกพัน สายใย และบรรยากาศของความอบอุ่นในครอบครัว และสะท้อนถึงสุขภาวะในชุมชน ธรรมเนียมปฏิบัติ การแสดงความกตัญญูกลายเป็นกลไกและบรรทัดฐานที่คนในสังคมพึงปฏิบัติต่อกัน ก่อให้เกิดระบบในการจัดการพื้นฐาน และเป็นทุนทรัพย์ทางความคิด (Intellectual properties) ที่ถูกประกอบสร้างเอาไว้รองรับ “ความมั่นคงทางสังคม” (Social security)

สรุปความคิดเบื้องต้นที่ได้ผ่านแนวคิดที่ 3 เรื่องการให้นิยามความหมายผู้สูงอายุใหม่จะก่อให้เกิดกระบวนการทัศน์ของการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของสังคมไทย ประเด็นสิทธิตามกฎหมายของผู้สูงอายุ สะท้อนแนวคิดเน้นการสงเคราะห์มากกว่า การดึงเอาศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านบวกออกมาใช้ การประมวลประสบการณ์องค์ความรู้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ จะช่วยเปลี่ยนมุมมองจากการสงเคราะห์ มาเป็นการสร้างกระบวนการวิเคราะห์ การผลิตภาพเชิงสร้างสรรค์ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมเชิงรุกร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดกลไกการประสานพลังภายในที่มีอยู่ในแต่ละชุมชน เมื่อมีการผลิตซ้ำและบูรณาการความรู้เหล่านั้นออกมาใช้ จะช่วยสร้างเสริมบรรยากาศสุขภาวะให้กับคนในแต่ละชุมชน นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการขยายการลงทุนทางวัฒนธรรม ผ่านฐานความรู้ของกลุ่มผู้สูงวัย ซึ่งแต่ละภาคส่วนสามารถช่วยกันร่วมสร้างให้ระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน

แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ

ส่วนนี้เป็นการทบทวนให้เห็นแนวคิดการดำเนินงานภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่สำคัญในมุมมองขององค์การอนามัยโลก ประมวลให้เห็นความเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งจำแนกคุณลักษณะของการศึกษาวิจัยภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพไทย โดยแบ่งเป็น 3 หัวข้อหลักดังนี้

1. มุมมององค์การอนามัยโลก [WHO] ประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน

องค์การอนามัยโลกริเริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานในปี พ.ศ. 2521 เพราะเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริม การพัฒนาและการผสมผสานแนวทางในการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้านกับงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงสนับสนุนการขยายแนวคิดความร่วมมือกับ

ทุกฝ่ายที่ปฏิบัติการเกี่ยวข้องกับการแพทย์ทุกระบบ โดยมีเป้าหมายผลักดันนโยบายไปสู่การสร้างเสริมให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี

ทั้งนี้ทรัพยากรท้องถิ่นที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญคือ หมอสมุนไพร หมอจีน (การแทงเข็มและอื่น ๆ) หมออายุรเวท ยูนาณิ โยคะ และหมอตำแย ในส่วนของประเทศไทยมีโครงการอบรมหมอตำแยทั่วประเทศในระหว่าง ปี พ.ศ. 2519-2528 โดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก มีหมอตำแยที่ได้รับการอบรมทั้งสิ้น 12,864 คน (ยงศักดิ์ ดันติปัญญ, ปัทมวดี กสิกรรม, รุจินาถ อรรถสิษฐ, โอภาส เทภูธากุล, และปรัณัฐ สุขสุทธิ์, 2543, หน้า 18-29)

ทว่าแนวคิดในช่วงเริ่มต้นพัฒนาบุคลากรการแพทย์พื้นบ้านนั้น กลับกลายเป็นการลดทอนบทบาทของหมอตำแย เพราะการอบรมเพิ่มเติมเน้นขาดกระบวนการในการบูรณาการประสานความเข้าใจในเชิงฐานคิดระหว่างการแพทย์ปัจจุบันกับการแพทย์พื้นบ้าน ช่วงเวลาที่ผ่านมามหาหมอตำแยพลอยถูกปรับบทบาท เป็นแค่คนที่คอยพาคนท้องไปฝากครรภ์กับหน่วยงานภาครัฐแทนที่ในช่วงนั้นจะเกิดกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างระหว่างบุคลากรภาครัฐกับภาคประชาชน ปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นผลจากการไม่วางใจและทิวทัศน์ไม่ถูกต้องต่อการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับระบบการแพทย์สมัยใหม่ (ยงศักดิ์ ดันติปัญญ และคณะ, 2543 หน้า 19-20) แต่อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์แนวคิดการผสมผสานการให้บริการการแพทย์ทั้งสองระบบในประเทศไทยนี้กลับพบว่าแพทย์แผนปัจจุบันได้รับอนุญาตให้จ่ายยาสมุนไพรกับคนไข้ได้ และยังพบว่า 2 ใน 3 ของแพทย์ทั้งหมดจ่ายยาสมุนไพร ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (ยงศักดิ์ ดันติปัญญ และคณะ, 2543, หน้า 29)

ความเคลื่อนไหวครั้งสำคัญขององค์การอนามัยโลก [WHO] เกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพคือ การตีพิมพ์เอกสารเรื่องยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิม 2002-2005 (World Health Organization, 2002, pp. 1-48) พิมพ์ออกมาในปี พ.ศ. 2545 WHO ได้เสนอแนวคิดเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพให้กับประเทศสมาชิกร่วมกันพัฒนานโยบายสุขภาพ และยกระดับระบบการแพทย์ดั้งเดิม ประเด็นหลักมุ่งไปที่เรื่องการบูรณาการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่นโยบายการดูแลสุขภาพของรัฐ ตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ เพื่อแก้ปัญหาความระแวงสงสัยด้านความปลอดภัย ด้วยการพัฒนาระบบอ้างอิงฐานความรู้ การจัดระบบบันทึกผลและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสนับสนุนให้แต่ละประเทศขยายฐานความรู้เรื่องการแพทย์ดั้งเดิมสร้างระบบประกันคุณภาพการบริการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจน

กลุ่มผู้ที่ถูกเอารัดเอาเปรียบ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการวิจัยพัฒนาความรู้และแนะนำให้มีการให้บริการ การแพทย์ดั้งเดิม ที่สมเหตุ สมผล สิ่งเหล่านี้เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องคัดรอนามัยโลกได้วางแนวคิด และทิศทาง สนับสนุนการปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ดั้งเดิมสำหรับประเทศสมาชิก ทั่วโลก

ประเทศมองโกเลียเป็นกรณีศึกษาหนึ่งที่มีแนวคิดในการผสมผสานระบบยาสมุนไพรกับ ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งกลายเป็นตัวอย่างต้นแบบความสำเร็จในการใช้ภูมิปัญญา บูรณาการในระบบสุขภาพของประเทศ (มูลนิธินิปปอน, ม.ป.ป, หน้า 6-7) ย้อนหลังไปในช่วงปี พ.ศ. 2473 ประเทศมองโกเลียตกอยู่ภายใต้ระบอบการปกครองของสหภาพโซเวียต ยาแผนดั้งเดิม ของประเทศมองโกเลียได้ถูกห้ามใช้ในประเทศ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2533 จึงได้รับการฟื้นฟูขึ้นมาอีก ครั้ง ซึ่งต่อมาในเดือนมกราคม พ.ศ.2547 รัฐบาลมองโกเลียและมูลนิธินิปปอนได้ริเริ่มแนวคิดการ เสริมความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชน โดยส่งเสริมการใช้ยาแผนดั้งเดิม ภายใต้ชื่อ โครงการ กล่องยาแผนดั้งเดิมประจำครอบครัวในประเทศมองโกเลีย เริ่มต้นดำเนินการในปี พ.ศ. 2547-พ.ศ. 2552 เพื่อสนับสนุนให้มีการใช้ยาแผนดั้งเดิม ซึ่งได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขของ ประเทศแล้ว พื้นที่โครงการนี้ครอบคลุม 17 หมู่บ้าน 5 จังหวัด จำนวนประชากรจำนวน 50,000 คน มีแพทย์เข้าร่วมโครงการเยี่ยมบ้าน 100 คน เพื่อสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้เป็นโครงการตัวอย่าง ภายในกล่องยาแผนดั้งเดิมทั้งหมดมียาแบ่งเป็น 12 กลุ่ม เช่น ยาสำหรับการรักษาโรคหวัด แก้พิษสัตว์กัดต่อย ท้องผูก อาการปวดท้อง อาหารไม่ย่อย บาดแผล และความดันโลหิตสูง กลยุทธ์ในการให้บริการที่โดดเด่นคือ การแจกยาให้ “ใช้ก่อน จ่ายทีหลัง” หลังจากนั้นจะมีแพทย์เวียนไปตรวจเยี่ยมเป็นระยะ ภายในกล่องยายังบรรจุ ปรอทวัดไข้ สำลี ผ้า ก๊อซ และคู่มือการใช้ คำวิสาธุ อุปกรณณ์และคำยาในกล่องคิดเป็นเงิน 340 บาท ผลที่ได้จากการ ดำเนินงาน โครงการกล่องยาแผนดั้งเดิม สามารถลดจำนวนการไปรักษาที่โรงพยาบาลของประชาชน ได้ถึงร้อยละ 45 และทำให้ภาพลักษณ์ของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาแผนดั้งเดิมดีขึ้นอย่างมาก (มูลนิธินิปปอน, ม.ป.ป, หน้า 7)

ส่วนความเคลื่อนไหวในระดับอาเซียนนั้น ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพ จัดการจัดประชุม การแพทย์ดั้งเดิมในกลุ่มอาเซียนเป็นครั้งแรก ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม ถึง 2 กันยายน พ.ศ. 2552 ในหัวข้อเรื่อง ความร่วมมือในภูมิภาคด้านการแพทย์ดั้งเดิม ผู้การใช้ประโยชน์ในระบบบริการ สาธารณสุข และในงานสาธารณสุขมูลฐาน การผนึกกำลังในเรื่องการแพทย์ดั้งเดิมในกลุ่มอาเซียน ครั้งนี้ มุ่งก่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่าย การแลกเปลี่ยนความรู้ การวิจัยและการใช้ภูมิปัญญา การแพทย์ดั้งเดิมในระดับอนุภูมิภาค โดยมีกองทุนภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยสนับสนุน

งบประมาณในการจัดประชุม (วิชา ใจดี, 2552) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวยังคงพัฒนาไปตามทิศทางที่สอดคล้องกับการสนับสนุนขององค์กรอนามัยโลก 2002-2005

2. ภาพรวมความเคลื่อนไหวการแพทย์พื้นบ้านในสังคมไทย

การดำเนินงานที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ในช่วงพ.ศ. 2519-2553 ที่ผ่านมามีงานวิจัยและโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านนโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่สำคัญของภาครัฐและภาคประชาชน (ขงศักดิ์ ดันติปัญญ และคณะ, 2543, หน้า 18, 21, 39-40) สามารถแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา ดังนี้

ช่วงที่ 1 พ.ศ. 2519-2529

ช่วงเริ่มต้นของความพยายามฟื้นฟู ผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับบริการสาธารณสุขในตั้งแต่ปี

พ.ศ.2519 กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีโครงการอบรมหมอตำแยทั่วประเทศ

พ.ศ. 2520-พ.ศ.2521 สมาคมโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ สำนักวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ได้จัดพิมพ์ ประมวลสรรพคุณยาไทย (ภาค 1-3) ในช่วง พ.ศ. 2520-2521

พ.ศ. 2522 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชจัดให้มีการประชุมสัมมนาครั้งแรกเกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณ ที่มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดพื้นที่ทางวิชาการไปสู่การทบทวนระบบความรู้ที่มีอยู่อีกครั้ง

พ.ศ. 2522 โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมกิจกรรม ป้องกันและรักษาโรคด้วยตนเอง ดำเนินกิจกรรมรวบรวมความรู้และเผยแพร่ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรจาก คำรับและคำราชของชาวบ้าน ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนมาเป็นมูลนิธิสุขภาพไทยในปี พ.ศ. 2539

พ.ศ. 2523 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดโครงการวิจัยยาแผนโบราณ (โกมล สีวะบรร, 2523) และในปีเดียวกัน โครงการเผยแพร่เอกลักษณ์ของไทย กระทรวงศึกษาธิการ (2523) ได้จัดพิมพ์ตำราอาจารย์กวัดราชโอรสและพระโอสถพระนารายณ์

พ.ศ. 2524 นายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์ ทำวิจัยเกี่ยวกับผลของการนวดแบบเดิมของไทย เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญต่อการจัดตั้ง โครงการฟื้นฟูการนวดในเวลาต่อมา และในปีเดียวกันองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุขจัดโครงการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พ.ศ. 2525 นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัย ผลิตบุคลากรการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

พ.ศ. 2526 สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผลิตสิ่งพิมพ์ด้านสมุนไพร ได้แก่ จุลสารข้อมูลสมุนไพร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 และจัดทำฐานข้อมูล

เพื่อการสืบค้น

พ.ศ. 2527 โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง จัดพิมพ์ สมุนไพรชาวบ้าน: รวมความรู้จากข่าวสารสมุนไพรตั้งแต่ปี 2523-2525

พ.ศ. 2528 กลุ่มศึกษาปัญหายา มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา มูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะกรรมการประสานงานองค์กรภาคเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับสมาคมแพทย์แผนโบราณต่าง ๆ จัดสัมมนาฟื้นฟูการนวดเป็นครั้งแรก มีผู้เข้าร่วมสัมมนากว่า 500 คน ก่อให้เกิดกระแสการนวดไทย เป็นที่แพร่หลายมากขึ้นในเวลาต่อมา ในปีเดียวกันนี้มีการทดลองใช้สมุนไพร 5 ชนิด ในคลินิกของโรงพยาบาลชุมชน และได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้มีการใช้ยาสมุนไพรและยาไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

พ.ศ. 2529 ได้จัดให้มีสัมมนาระดับชาติ เพื่อทบทวนสถานการณ์ สภาพปัญหา และแสวงหาแนวทางในการพัฒนาแพทย์แผนไทยเพื่อการพึ่งตนเอง การจัดประชุมปฏิบัติการเพื่อเตรียมการสัมมนาในครั้งนั้นก่อให้เกิดจัดพิมพ์หนังสือ “การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง” ในปีต่อมา

ช่วงที่ 2 พ.ศ. 2530-2540

ช่วงนี้มีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ ขึ้นมารองรับการเติบโตเชิงโครงสร้าง มีทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน ที่เข้าร่วมกิจกรรมช่วยเสริมฐานภูมิปัญญาด้านสุขภาพเชิงนโยบาย โดยเข้าร่วมผลิตสื่อ ทำงานวิจัย เผยแพร่ความรู้ จัดตั้งเครือข่าย รวบรวมประสบการณ์ เพื่อขับเคลื่อนภูมิปัญญาด้านสุขภาพจากภาครัฐและภาคประชาชน

พ.ศ. 2530 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จัดพิมพ์ สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เป็นการเผยแพร่คุณประโยชน์ของสมุนไพร

พ.ศ. 2531 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จัดพิมพ์ การปลูกและการดูแลพืชสมุนไพร

พ.ศ. 2532 มีมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จัดตั้ง ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย เพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและแนวทางในการพัฒนาแพทย์แผนไทย และให้การสนับสนุนสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เวลาต่อมาได้ยกระดับเป็นหน่วยงานระดับกอง ชื่อว่า “สถาบันการแพทย์แผนไทย ”

พ.ศ. 2533 คณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล จัดพิมพ์หนังสือ คู่มือสมุนไพรรักษาโรคตามกลุ่มอาการ (เทพพนม เมืองแมน และคณะ, 2533)

พ.ศ. 2534 แนวคิดการประยุกต์การแพทย์พื้นบ้านเริ่มบูรณาการเข้าไปในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย หมอพื้นบ้านร่วมรักษา

ในกรณีโรคกระดูก โรงพยาบาล เติง หมอพื้นบ้านเข้าร่วมรักษาโรคเอดส์ และ โรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ได้พัฒนากิจกรรมร่วมกับหมอพื้นบ้าน ศึกษาสมุนไพร แปลคำรายา แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมอแผนปัจจุบันกับหมอพื้นบ้านเพื่อใช้ในการรักษาสุขภาพชุมชน

พ.ศ. 2534-2535 สำนักงานสาธารณสุขมูลฐานได้ร่วมกับ ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำโครงการวิจัยศักยภาพของหมอพื้นบ้านกับสาธารณสุขมูลฐาน โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

พ.ศ. 2536 จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัดกรมการแพทย์ ในปีเดียวกัน มีการก่อตั้งสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทยขึ้น จากองค์กรสมาชิก 28 องค์กร

พ.ศ. 2537 แพทย์หญิงเพ็ญภา แปล เอกสารโบราณภาษาธรรมอีสาน คำรายาทั้งหมดของพ่อจารย์เคน ถาวงศ์

พ.ศ. 2538 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทยจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนจีนให้ ได้มาตรฐานคุณภาพที่เหมาะสม สำหรับการเป็นการแพทย์ทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพประชาชนไทย

พ.ศ. 2539 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดพิมพ์หนังสือ สมุนไพรพื้นบ้าน ถิ่นนา

พ.ศ. 2540 เกิดเครือข่ายหมอเมืองถิ่นนา 8 กลุ่ม จาก 8 จังหวัด รวมตัวกันเพื่อผลักดัน “โครงการหมอเมืองถิ่นนา” โดยกลุ่มหมอพื้นบ้าน ร่วมกับ มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชนและศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยภาคเหนือ สำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่ (รุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์, 2546, หน้า 18, 108)

พ.ศ. 2540-2544 แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) เป็นครั้งแรกที่มีการระบุเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้าน แบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1. การพัฒนาองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความหลากหลายทางชีวภาพ 2. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ 3. การพัฒนาระบบการศึกษา บริการและสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

ช่วง พ.ศ.2541- ปัจจุบัน

การดำเนินงานในช่วงนี้ เป็นรอยต่อที่สำคัญ ซึ่งนำไปสู่การทบทวนแนวคิด พัฒนาระบบกลไกในการจัดการและสร้างความรู้ผ่านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพใหม่ เกิดพัฒนาการดำเนินงานภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่สำคัญ เรียงตามลำดับในแต่ละช่วง พอสังเขปดังนี้

พ.ศ. 2541 สถาบันการแพทย์แผนไทย จัดทำพจนานุกรมการแพทย์พื้นบ้านชาวไทยภูเขาเปรียบเทียบกับ 6 ชนเผ่า เพื่อสร้างคู่มือในการสื่อสารด้านสาธารณสุขให้บุคลากรทางการแพทย์

พ.ศ. 2542 กลุ่มหมอพื้นบ้าน ภาคอีสานร่วมก่อตั้ง “สหภาพหมอพื้นบ้านอีสาน” เกิดเวทีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พื้นฟูสมุนไพรและพัฒนา การรักษาแบบพื้นบ้าน (รุจิราต อรรถสิทธิ์, 2546, หน้า 19, 109)

พ.ศ. 2542 ประชิด วามานนท์ เสนอเอกสารประกอบการประชุม เรื่อง ประวัติศาสตร์การบริโภคผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้าน 4 ภาค. วันที่ 15-16 พฤษภาคม 2542. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พ.ศ. 2542 30 สิงหาคม-2 กันยายน 2542 ประเทศไทยจัดสัมมนาด้านการพัฒนาความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก Mekong-Asian-Indian Ocean ในหัวข้อ “Traditional and Alternative Medicine for Elderly” (รุจิราต อรรถสิทธิ์, 2546, หน้า 84)

พ.ศ. 2543 ยงศักดิ์ ดันติปัญญและคณะ (2543) เสนอการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมของระบบสุขภาพทางเลือกในประเทศไทย เพื่อสังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสม นำไปสู่ข้อเสนอการปฏิรูปประเทศไทยที่ครอบคลุม “การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ในระบบสุขภาพไทย

พ.ศ. 2543 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ร่วมสนับสนุนการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับสุขภาพงานวิจัย หมอเมือง สมุนไพร การแพทย์ชนเผ่า เริ่มมีงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นผลิตออกมาเพิ่มมากขึ้น

พ.ศ. 2544 โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จัดตลาดนัดสุขภาพ เพื่อใช้เป็นกลไกในการเปิดตัวตนของหมอพื้นบ้าน โดยในงานประชุมวิชาการ และมีการนิยามคำว่า ระบบสุขภาพวิถีไท ให้ชัดเจนโดยมุ่งหวังจะให้คำนี้ครอบคลุมการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (ประพนธ์ เกตุราศ, 2551 ก, หน้า 50-51)

พ.ศ. 2544 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสมัชชาสุขภาพร่วมขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เปิดเวทีสะท้อนความคิดเห็น ผ่านการประชุมเครือข่ายหมอพื้นบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนประมวลความรู้ไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะภาคประชาชน

พ.ศ. 2544 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้จัดทำโครงการนำร่องพัฒนาแหล่งปลูกวัตถุดิบสมุนไพร สนับสนุนให้เกษตรกรผู้ปลูก ยกระดับมาตรฐานการผลิตให้ได้มาตรฐานสากล เพื่อส่งเสริมการส่งออก

พ.ศ. 2545 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้จัดทำโครงการรางวัลสมุนไพรไทยคุณภาพ เพื่อการขยายผล และเพิ่มชนิดของการปลูกสมุนไพรในพื้นที่ทั่วประเทศ

พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดพิมพ์เอกสาร เพื่อสนับสนุนแนวทางการจัดตั้ง ศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย เรื่องแนวทางการดำเนินงานศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้าน ไทย โดยมีสาระสังเขป ดังนี้ คือ ให้ดำเนินงานรวบรวม อนุรักษ์ พื้นฟู ต่อยอดภูมิปัญญาการแพทย์ พื้นบ้าน ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์กระแสหลักได้ และจัดการให้สอดคล้องกับกลไก ของสังคมที่มีอยู่เดิม (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2546, หน้า 1-2)

พ.ศ. 2547 เปรม ชินวันทนนานท์ และคณะ (2547) ทำการศึกษาเรื่อง ทิศทางการนำ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าระบบบริการสุขภาพ

พ.ศ. 2547-2553 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เป็นแกน หลักในการจัดงาน “มหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ” ถือเป็นการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ในการเผยแพร่ความรู้เรื่องสมุนไพร ภูมิปัญญาด้านสุขภาพไปพร้อมๆ กับ การจัดประชุมวิชาการ ประจำในแต่ละปี

พ.ศ. 2548 ในวาระเฉลิมฉลองการสถาปนาความสัมพันธ์ทางการทูต ไทย-จีน ครบ 30 ปี ได้มีการสถาปนาความร่วมมือไทยจีน เปิดสถาบันการแพทย์ ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สังกัดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก

พ.ศ. 2548 เริ่มแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2548- 2552 พัฒนาสมุนไพรจากตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai herbal pharmacopocia) เพิ่มขึ้น จากเดิมที่มีอยู่ 21 ชนิด ให้เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 50 ชนิด

พ.ศ. 2549 สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ร่วมกับสถาบันการศึกษา และองค์กรภาคีทั่วประเทศ สนับสนุนโครงการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ กิจกรรม การดูแลสุขภาพใกล้บ้าน

พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด ยุทธศาสตร์ดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ มาตรา 47(7) ว่า “การส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ อื่น ๆ ”

พ.ศ. 2550 ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และอุบลวรรณ ขอพึง (2550) มีงานวิจัยเชิงนโยบาย เรื่อง โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ: ข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยบริการแพทย์แผนไทยเพื่อการ สร้างคน สร้างความรู้ ดูแลสุขภาพแบบพอเพียง เสนอต่อ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2550 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ วันที่ 12 มิถุนายน 2550 แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550-2554 เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทกำหนดทิศทางการ ดำเนินการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก

พ.ศ. 2551 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติฯ

พ.ศ. 2551 สำนักส่งเสริมและจัดการสินค้าเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร จัดพิมพ์ เอกสารวิชาการเรื่องการพัฒนาพืชสมุนไพรจีนในประเทศไทย เป็นผลจากโครงการสำรวจพื้นที่ เพาะปลูกพืชสมุนไพรจีนเพื่อลดการนำเข้าปี พ.ศ. 2546-2548 และโครงการ การผลิต และแปรรูป สมุนไพรจีนเพื่อลดการนำเข้าปี พ.ศ. 2548-2549 ซึ่งเป็นโครงการวิจัยเชิงบูรณาการ ระหว่าง กรมส่งเสริมการเกษตรกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พ.ศ. 2552 การประชุมโครงการวิจัยเพื่อผลักดันยาไทย และยาสมุนไพร เข้าสู่บัญชียา หลักแห่งชาติ จิราพร ลิ้มปานานนท์ รัชณี จันทร์เกษ และสุรตนา อำนวยผล (2552)

พ.ศ. 2552 วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จัดชุมนุมหมอพื้นบ้านจาก 4 ประเทศลุ่มน้ำโขง เชียงตุง (เมียนมาร์) หลวงน้ำทา (ลาว) สิบสองปันนา (จีน) และไทย ระหว่าง 14-17 มี.ค 2552 เพื่อขยายความร่วมมือด้านการแพทย์พื้นบ้านข้ามรัฐไทย

พ.ศ. 2552 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไทย เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2552 เพื่อเป็นกลไกทางวิชาการที่อิสระ และมีความคล่องตัว ปฏิบัติการ เพื่อเชื่อมโยงกับชุมชนซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกภาครัฐ มุ่งพัฒนาศักยภาพคน สร้างความรู้และสร้างชุมชน วิชาการ

พ.ศ. 2553 การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้านในการพัฒนา ตำรับยาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชน วันที่ 28-30 มิถุนายน พ.ศ. 2553 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อนำไปสู่การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลรักษามะเร็ง

พ.ศ. 2553 รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานเปิดประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อม หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ด้านการรักษาตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เมื่อ 21 กันยายน พ.ศ. 2553 จำนวน 200 คนจาก 76 จังหวัด เพื่อการประเมินรับรองและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1) (ค)

พ.ศ. 2553 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การสนับสนุน โครงการเคลื่อนที่ คลินิกอาข่า เพื่อสุขภาพผู้ชาวเขา ดันแบบการรักษาแนวแพทย์ผสมผสานใน ยุคปัจจุบัน

การศึกษาวิจัยภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่ผ่านมาเกี่ยวข้องกับ ศักยภาพของหมอพื้นบ้าน (คน) ผ่านบันทึก (ตำรา) แหล่งอาหาร สมุนไพร (พื้นที่) และโครงสร้างของระบบบริการของรัฐ (กลไก) ที่ช่วยเสริมให้เกิดการพัฒนาได้ครบวงจร มิติสำคัญที่เชื่อมต่อกันระหว่างคน ตำรา ป่า คือ ระบบความคิดที่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งงานของ อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2546) ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของหมอพื้นบ้านกับมิติของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ระบบศีลธรรม และความรู้ ผ่านตัวตนของหมอพื้นบ้าน รวมเป็นระบบความสัมพันธ์ทางสังคม ประเภทหนึ่งที่จะช่วยก่อตัวเป็น โครงสร้างสุขภาพภายในชุมชน

ทั้งนี้การศึกษาภูมิปัญญาด้านสุขภาพในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีประเด็นในการศึกษาในเรื่อง ภูมิปัญญาด้านสุขภาพหลายมิติ ซึ่งมีการเน้นความสำคัญที่แตกต่างกันไป ซึ่งภาพรวมของการศึกษาเหล่านั้น สามารถจำแนกได้อย่างน้อย 4 มิติ 3 ด้าน ดังนี้คือ 1. การสืบค้นว่ามีอยู่ 2. การศึกษาเชิงปฏิฐานนิยม 3. การประยุกต์ต่อยอดภูมิปัญญาด้านสุขภาพ และ 4. การอธิบายความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

1. การสืบค้นว่ามีอยู่ (Existed) เป็นการศึกษาเพื่อประมวลสถานการณ์ จัดกลุ่มรวบรวมตำรายาโบราณ ศึกษาศักยภาพของหมอพื้นบ้าน สรรพคุณยาสมุนไพร และการศึกษาทางพฤกษศาสตร์ชาติพันธุ์ งานเหล่านี้มีกระจายตัวไปทั่วทุกภูมิภาค เช่น ภูมิปัญญาพื้นบ้านอีสานจากวรรณกรรมตำรายา ของ วิณา วิสเพ็ญ (2548) มิติทางวัฒนธรรมในการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคอีสาน ของ ทักษิณา ไกรราช (2549) ภาคเหนือ เช่น การบุกเบิกรวบรวมตำรายาสมุนไพรล้านนา ของหน่วยงานวิจัยคัมภีร์โบราณ ซึ่งเป็นโครงการร่วมมือระหว่างพิพิธภัณฑสถานชาติพันธุ์วิทยาแห่งชาติ โอซาก้ากับสถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2525) ภาคตะวันออก เช่น สุนันทา โอศิริ และคณะ (2552) สมุนไพรและภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยในภาคตะวันออก ภาคใต้ พฤกษศาสตร์พื้นบ้านของชนเผ่าชาวกูในจังหวัดตรัง พัทลุง และยะลา (เกศริน มณีบุญ, 2544) ภาคตะวันตก (ลมกริช เศรษฐบุผา และดวงใจ สุขเฉลิม, 2552) พฤกษศาสตร์พื้นบ้านของชาวมูเซอคำ จังหวัดตากและ ภาคกลางมีการรวบรวมตำรับยาสมุนไพร 4,368 ตำรา (สุนัยวิชัย และพัฒนาผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ, 2553)

งานวิจัยในช่วงแรกส่วนใหญ่ยังอยู่ในฐานการศึกษาในศาสตร์ของตนเอง โดยต่อมาเริ่มใช้ศาสตร์จากสาขาอื่น เช่นการปริวรรตตำราด้วยคอมพิวเตอร์ การเก็บข้อมูลภาคสนาม ร่วมกับหมอพื้นบ้าน การทำระบบฐานข้อมูลยาสมุนไพรเพื่อการประยุกต์ กระบวนการแปรรูปทางเภสัชวิทยาต่อยอดองค์ความรู้เดิมเริ่มมีจำนวนมากขึ้นในช่วงปัจจุบัน ปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้เห็น

การเชื่อมต่อภูมิปัญญาที่มีอยู่ในอดีต และกระบวนการรวบรวมข้อมูลในปัจจุบัน พลวัตเหล่านี้เป็นแนวทางซึ่งนำไปสู่การเพิ่มพูนความรู้ การตีความใหม่ เพื่อพัฒนาภูมิปัญญาและการใช้สมุนไพรใหม่ในทศวรรษนี้

2. การศึกษาเชิงปฏิฐานนิยม

งานวิจัยด้านสุขภาพในสังคมไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ เช่น ไท้จิ กคจุล ซึ่ง ศึกษาในเรื่องการป้องกัน รักษา และการเปรียบเทียบกับในกลุ่มผู้สูงอายุ ปรากฏให้เห็นต่อเนื่อง ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ในจำนวนนั้นมีเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาจีนหลายเรื่องดังต่อไปนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2550 มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้วยการรำมวย ไท้จิ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุโดยคณะพยาบาลศาสตร์หลายชั้น ซึ่งใช้กระบวนการทดลองทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ ผลการทดลองพบว่าการออกกำลังกายโดยใช้ภูมิปัญญาจีนดังกล่าว ช่วยการทำหน้าที่ของระบบในร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้น (เบญจวรรณ ศรีไพบุลย์, 2548) สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (อุไรวรรณ โพธิ์พนม, 2545) ช่วยลดระดับน้ำตาลกลูโคสในผู้ป่วยเบาหวาน (ศิริลักษณ์ โพธิ์สุยะ, 2548) ช่วยลดความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ (กิ่งดาว ขุ่ยอาภัย, 2548) และช่วยเพิ่มระดับความจำในผู้สูงอายุ (สุภาวดี ทองนอก, 2550) ทั้งยังสามารถลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุได้ (นภัส ทับกล้า, 2549) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความสำคัญในการออกกำลังกาย และการประยุกต์แนวความคิดการใช้ภูมิปัญญาจีนด้านสุขภาพ มาเป็นทางเลือกในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ กุหลาบ รัตนสังขธรรม และคณะ (2549, บทคัดย่อ) ศึกษาภูมิปัญญาจีนในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า เทคนิคเต๋าเต๋อชั่นชีช่วยทำให้ผู้ฝึกเกิดสมาธิ ส่งผลต่ออัมฤชาทางอารมณ์ ภาวะสุขภาพ และผลการเรียน เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงให้เข้าใจองค์รวมของระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิต ควรขยายผล และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ

แม้การศึกษาเชิงปฏิฐานนิยมจะแสดงให้เห็นผลการศึกษา ยืนยันในเชิงสถิติตัวเลขที่สามารถวัดผลได้ แต่เป็นการศึกษาบนฐานความคิดในเชิงควบคุม มุ่งที่จะสร้างกฎทั่วไป หรือทฤษฎีบนฐานของการตรวจสอบ จึงลดทอนความเข้าใจให้เหลือในสิ่งที่เครื่องมือวิจัยสามารถวัดได้ ทว่าพลังความรู้ที่มีอยู่ในภูมิปัญญายังมีมิติอื่น ๆ อีก ที่ยังวัดไม่ได้ หรือยังไม่มีเครื่องมือวัด ภูมิปัญญาในมิติของงานปฏิฐานนิยมแนวนี้ อธิบายปรากฏการณ์เป็นส่วน ๆ แม้จะเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย แต่ไม่ได้ประมวลภาพรวมของภูมิปัญญาที่เชื่อมต่อกับวิถีชีวิตของชุมชน

3. การประยุกต์ต่อยอดภูมิปัญญาด้านสุขภาพ มีหน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน ร่วมกันส่งเสริมเพิ่มพูนภูมิความรู้ให้ประชาชนหันมารื้อฟื้นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่มีอยู่ ในระบบสุขภาพชุมชน

การประยุกต์ความรู้ที่ทำต่อเนื่องและครบวงจร ตั้งแต่การรวบรวมทำเนียบหมอพื้นบ้าน จัดหมู่ตำรา
ปริวรรต สังกายนา ยกระดับความรู้ในตัวหมอพื้นบ้าน พัฒนาวิวิธวิทยาของการแพทย์พื้นบ้าน
จัดประชุมแลกเปลี่ยนผลิตตำรากกลาง สร้างเครือข่ายการเชื่อมต่อ เพื่อการจัดการบุคลากร
องค์ความรู้เหล่านั้นเข้าสู่ระบบการจัดการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย และการให้บริการรักษา
สุขภาพ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ในกระบวนการดังกล่าวนี้มี
มหาวิทยาลัยที่เป็นตัวอย่างการจัดการเชื่อมต่อ ระบบการเรียนการสอน การวิจัยด้านการแพทย์
พื้นบ้านที่ครบวงจร และขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องที่โดดเด่นเป็นพิเศษ คือ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้าน
และการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ, 2550)

การเติบโตของภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม นอกจากการสร้างกระบวนการสืบ
ทอดความรู้ผ่านระบบอุดมศึกษาแล้ว วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหา
วิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (มจร.) ยังเป็นแกนหลักสำคัญร่วมเปิดคลินิกแพทย์แผนไทย ร่วมกับ
สถานีนามัย 6 แห่ง ขององค์การบริหารส่วนตำบล (สำนักประชาสัมพันธ์เขต 3 เชียงใหม่, 2550)
จัดคลินิกแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่บริการชุมชน (วิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2555) พัฒนาศูนย์การ
เรียนรู้สมุนไพรให้กับเทศบาลตำบลป่ากอคำ เพื่อรองรับโครงการบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน
และจัดตั้งสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยขึ้นในที่ทำการเทศบาลตำบลป่ากอคำ ตำบลแม่ลาว จังหวัด
เชียงราย นับเป็นการบุกเบิกและการขยายพื้นที่บริการสุขภาพ ผ่านโครงสร้างหน่วยงานของรัฐใน
ท้องถิ่นที่ปรากฏให้เห็นได้อย่างชัดเจน

4. การอธิบายความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หนังสือเรื่อง ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท
ไทย ของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535) ได้สะท้อนให้เห็นมิติของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ผ่าน
เรื่องระบบการแพทย์พื้นบ้านไทย เปิดการรับรู้และการให้ความหมายระบบสุขภาพในชนบทไทย
เป็นการขยายแนวคิด และเสริมความเข้าใจระบบการแพทย์พื้นบ้าน ผ่านมุมมองด้านมานุษยวิทยา
การแพทย์พื้นบ้านในสังคมไทย ช่นเดียวกับแนวคิดของ ยศ สันตสมบัติ (2542) ได้นำเสนอแนวคิด
ในงานเรื่อง ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ผ่านความ
หลากหลายของชาติพันธุ์ทางภาคเหนือของประเทศไทย ความหลากหลายเหล่านี้แสดงให้เห็นพลัง
การต่อรองของทุนที่มีชีวิต กลุ่มชนที่ยังดำรงรักษาความมั่นคงให้กับธรรมชาติ เป็นงานที่ช่วยเปิด
พื้นที่ให้เห็นศักยภาพองค์ความรู้ของภูมิปัญญาที่มีส่วนช่วยสร้างคุณภาพให้กับสังคม เลิศชาย
ศิริชัย (2545, หน้า บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางสังคม และ
กระบวนการรักษาผู้ป่วย ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ ระบบการแพทย์พื้นบ้านเกิดขึ้น ดำรงอยู่และสื
ทอดตนเอง โดยอาศัยสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ การจัดความสัมพันธ์กับระบบนิเวศ การเอื้อเพื่อ
แบ่งปันกันในท้องถิ่น ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมที่คนในชุมชนเข้ามาร่วมกันให้ความหมาย

กลายเป็นกระบวนการแสวงหาทางออก เกิดภูมิปัญญาที่ชุมชนร่วมกันสร้างขึ้นมาใช้ดูแลรักษาสุขภาพ ข้อเสนอที่รัฐควรทำ คือ การเปิดโอกาสให้ว่าทกรรมของการ แพทย์พื้นบ้านของคนในชุมชนได้มีโอกาสเปิดพื้นที่ของตัวเองอย่างเต็มที่

ยงศักดิ์ ดันติปัญญ และคณะ(2543, หน้า11) ได้ทำการศึกษาสำรวจ ทบทวนสถานการณ์การแพทย์พื้นบ้าน และได้จำแนกภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพไทยออกเป็น 2 ส่วน คือ 1. การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Indigenous self-care) ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่ดำรงอยู่ในชุมชน และ 2. การแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine) เป็นความรู้ในเชิงลึกที่มีอยู่ในตัวหมอพื้นบ้าน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านยังมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการแพทย์อื่นๆในสังคมจึงทำให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านไม่หยุดนิ่งและมีการปรับตัวต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ปรากฏให้เห็นในกระบวนการเชื่อมต่อเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และความพยายามในการเปิดพื้นที่ต่อช่องทางสังคมให้กับระบบสุขภาพไทย (ยงศักดิ์ ดันติปัญญ, 2548 ก)

ข้อสังเกตจากการทบทวนเอกสาร การศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยของ ยงศักดิ์ ดันติปัญญ (2548 ข) ได้ชี้ให้เห็นมิติที่สำคัญที่ขาดหายไปของการศึกษาภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่ผ่านมา คือเรื่องฐานวิทยา ในการทำความเข้าใจองค์ความรู้ที่ได้มาของคนในชุมชน เพราะปฏิกิริยาของ“ระบบคิด”ที่มีอยู่ในแต่ละท้องถิ่น ล้วนมีผลต่อการอธิบายความหมายของสัญลักษณ์ ปรากฏการณ์ และระบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในสังคม ระบบคุณค่าดังกล่าวต่างเชื่อมโยงกับการแสวงหาทางเลือกในการรักษาสุขภาพของคนในแต่ละชุมชน คุณลักษณะที่โดดเด่นของงานที่กล่าวมาข้างต้นนั้น มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่สะท้อนให้เห็น ความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลง กลายเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไท และการจัดการเชิงระบบในเวลาต่อมา

ทั้งนี้การจำแนกงานวิจัยทั้ง 4 มิติ ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์สำคัญที่ผ่านมาอย่างน้อย 3 ด้าน คือ

ด้านแรก “ทุน” ทางวัฒนธรรมที่มีอยู่ในระบบสุขภาพชุมชน แสดงให้เห็นพลังและทรัพยากรที่มีอยู่ในสังคมไทย ผ่านหมอพื้นบ้าน ตำรา สมุนไพร ประสบการณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ด้านที่สอง “พลวัต” ในการปรับตัวของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งไม่เคยหยุดนิ่งต่างเคลื่อนไหวผ่านตัวบุคคล องค์กรเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

ด้านที่สาม “การเชื่อมต่อ” ของวัฒนธรรมภูมิปัญญาในอดีต กับการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพในปัจจุบัน ผ่านระบบสุขภาพชุมชนซึ่งกำลังก่อตัวขึ้นใหม่

3. ยุทธศาสตร์ภูมิปัญญา ศูนย์วัฒนธรรมสุขภาพในระบบสุขภาพชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนแม่บท ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย สุขภาพวิถีไทย (2550-2554) โดยได้กำหนดทิศทางการทำงาน 5 ยุทธศาสตร์ได้แก่ 1. ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 3. ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 4. ยุทธศาสตร์การพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร และ 5. ยุทธศาสตร์การคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย (สถาบันสุขภาพวิถีไทย, 2552, หน้า 8)

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ฯ พ.ศ. 2550-2554 ถือได้ว่าเป็นการเสริมสร้างพื้นที่และวางรากฐานสำคัญในการประสานความเข้าใจทางวิชาการให้การแพทย์ทั้ง 3 ระบบ (ส่ววิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ, 2547, บทนำ) เป็นแกนหลักที่ก่อให้เกิดกระบวนการ การขับเคลื่อนเชิงระบบ ซึ่งช่วยหนุนเสริมให้ระบบ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เกิดพัฒนาการต่อเนื่อง ทั้งนี้มีแนวคิดในการจัดการเชิงสหวิทยาการเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพื้นที่

ยุทธศาสตร์ภูมิปัญญา สุขภาพวิถีไทย ทำให้เกิดปฏิบัติการเชิงรุก (สถาบันสุขภาพวิถีไทย, 2552, หน้า 26) เพื่อการเปลี่ยนแปลงในเชิงพื้นที่ กล่าวคือ มีทั้งยุทธศาสตร์การเตรียมกำลัง กำลังกำลังและการฝึกกำลัง เพื่อพัฒนาเครือข่ายหมอพื้นบ้าน บุคลากรของรัฐ ด้วยเหตุนี้ในทางปฏิบัติในแต่ละแห่งจึงต้องมีการประยุกต์แผนฯ ให้ใช้ได้กับสถานการณ์เฉพาะในพื้นที่จริง ปรากฏการณ์ดังกล่าวกำลังถูกขับเคลื่อนไปสู่การเปลี่ยนแปลงในแต่ละพื้นที่

การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพในระบบสุขภาพชุมชน เป็นกลไกที่ช่วยให้เกิดสะพานเชื่อมต่อความรู้ที่ขาดหายไปในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติฯ เพื่อพัฒนาให้เกิดแผนสุขภาพตำบล แผนระดับจังหวัด หรือ แผนเฉพาะพื้นที่บนฐานการจัดการของคนในท้องถิ่น ซึ่งรัฐพยายามสนับสนุนและส่งเสริม กระบวนการแปลงพลังความคิดของคนในชุมชน ให้กลายเป็นแผนสุขภาพชุมชนนำไปสู่การปฏิบัติการให้เหมาะสมในแต่ละแห่ง (โครงการการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ, 2549) ดังนั้นการบูรณาการบริการงานสุขภาพกับระบบเกิดของคนในชุมชนเข้าด้วยกันจะเป็นตัวอย่างต้นแบบของการพัฒนาแนวคิดการดูแลสุขภาพของคนทุกวัยในระยะยาว

การจัดการนวัตกรรมสุขภาพในระบบสุขภาพชุมชนจะนำไปสู่ การพัฒนาทุนวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น เกิดการนำองค์ความรู้เดิมขึ้นมาคิดสรร ปรับใช้เพื่อรองรับนวัตกรรมใหม่

(สถาบันสุขภาพวิถีไทย, 2552, หน้า 41) และการบูรณาการร่วมกันระหว่างการแพทย์ทุกระบบ ซึ่งจะช่วยปลดปล่อยพลังภูมิปัญญาชุมชนที่เคลื่อนไหวอยู่ในวงจำกัด ให้ขยายตัว เพิ่มพื้นที่การเชื่อมต่อกับระบบการให้บริการสุขภาพในสังคมที่หลากหลาย มุ่งไปสู่การพึ่งตนเอง ลดจำนวนผู้ป่วย และลดจำนวนคนไปโรงพยาบาล เกิดกลไกในการป้องกัน และการจัดการภูมิปัญญาสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีและวิธีวิทยาในการสร้างและจัดการความรู้ ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2547)

กว่าสามทศวรรษที่ผ่านมา การศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวตั้งแต่ระดับชุมชน (พื้นฟูภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน) จนถึงโครงสร้างการบริการในระดับรัฐ (ยุทธศาสตร์ฯ 2550-2554) แม้เป็นเพียงความพยายามในช่วงของการเริ่มต้น แต่ได้เปิดพื้นที่ให้ระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ได้มีเวทีขึ้นขึ้นอีกครั้ง ทั้งนี้สถานการณ์พัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบันยังมีประเด็นและโอกาสในการศึกษาเพื่อขยายพื้นที่ขององค์ความรู้พื้นบ้านได้อีกมาก ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาไม่จำกัดเพียงศักยภาพของคน และตำราป้า แต่กำลังเคลื่อนตัวไปพร้อม ๆ กับแนวคิดการจัดการเชิงระบบ เพื่อพัฒนาโครงสร้างของระบบที่สามารถสร้างกระบวนการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์นอกกระแสหลัก

สรุปเบื้องต้นในแนวคิดที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดพลัง “คำจูน” สังคมไทย การพัฒนาระบบคิดและความรู้ในแต่ละท้องถิ่น ช่วยขยายพรมแดนเรื่องความมั่นคงในระบบสุขภาพของแต่ละชุมชน จากเดิมที่เน้นเฉพาะมิติทางการแพทย์ ไปสู่การประสานความร่วมมือในมิติทางวัฒนธรรม การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านไม่เคยหยุดนิ่ง แต่ยังขาดการเชื่อมต่อในวงกว้าง การเสริมพลังของภูมิปัญญาด้านสุขภาพคือการพัฒนาความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพภาคประชาชน ส่วนการส่งเสริมสุขภาพชุมชนในระยะยาว กลไกหลักที่ดีที่สุดคือกลไกที่อยู่ในพื้นที่ สถานการณ์ปัจจุบันในประเทศไทยยังต้องการความรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างแพทย์ทุกระบบ

การทบทวนแนวคิดภูมิปัญญาด้านสุขภาพทำให้เห็นประเด็นการวิจัยที่มีการทำอยู่ก่อน และและมองเห็นแนวทางในการศึกษาที่มีอยู่จำกัด การย้อนกลับไปพิจารณาพัฒนาการที่ผ่านมา ช่วยประมวลให้เห็นระบบคิด เครือข่าย และการสร้างกลไกเพื่อการรองรับระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นำไปสู่แนวทางการประสานภูมิปัญญาด้านสุขภาพ เข้าไปในระบบการให้บริการสาธารณสุขในบางพื้นที่ ทว่าแม้มียุทธศาสตร์ชาติฯ รองรับ แต่ยังคงมีประเด็นสำคัญที่ต้องขยายต่อ คือ ทำอย่างไรให้การแพทย์พื้นบ้านมีพลังยั่งยืน มีองค์ความรู้ที่ชัดเจน ทำให้คนในยุคปัจจุบันเข้าใจได้ง่ายขึ้น ซึ่งคำถามดังกล่าวทบทวนให้เกิดการประยุกต์องค์ความรู้ และภูมิปัญญาของชุมชนใหม่ นำไปสู่แนวทางการสร้างนวัตกรรมสุขภาพชุมชนในแต่ละพื้นที่