

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

“การพึ่งตนเอง” เป็นลักษณะทางสังคมที่สามารถพิจารณาได้หลายมิติและหลายระดับ การพึ่งตนเองทั้งของบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีพลวัตแปรเปลี่ยนไปตามโครงสร้างสังคมในระดับมหภาค (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2547ก: 11) การวิจัยนี้จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานในการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 1) ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
- 2) ชุมชนกับการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ
 - 2.1 การพึ่งตนเองตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
 - 2.2 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน
- 3) ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน: ระบบการดูแลสุขภาพในบริบทสังคมวัฒนธรรม
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านไทย
 - 3.1.1 ความหมายของการแพทย์พื้นบ้าน
 - 3.1.2 การจำแนกประเภทหมอพื้นบ้านไทย
 - 3.2 บริบททางสังคมวัฒนธรรมของจังหวัดสมุทรสาคร
- 4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

“เศรษฐกิจพอเพียง” (Sufficiency Economy) เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พลชนิกกรชาวไทยมาโดยตลอด ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ และภายหลังได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ไขเพื่อให้รอดพ้น และสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลงต่างๆ (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง, 2548: 5)

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นหลักคิดที่ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกๆระดับ ให้ดำเนินไปในทางสายกลาง ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก

ตามกระแสโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง คือความพอประมาณ ความมีเหตุมีผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งจากภายนอกและภายใน โดยต้องอาศัยความรู้ ความรอบคอบ ความระมัดระวัง และมีคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต เพื่อความก้าวหน้าอย่างสมดุล มั่นคง และยั่งยืน (จิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2551: ข) การนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ สามารถทำได้ในทุกระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัวยุทธศาสตร์ ชุมชน และองค์กร ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน ก็สามารถนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางในการตัดสินใจได้ ดังนั้น การประยุกต์ใช้หลักคิดดังกล่าวจึงเกิดได้หลายระดับ หลายมิติ และหลายรูปแบบ ไม่มีสูตรสำเร็จ แม้ว่าจะเป็นกรอบแนวคิดเดียวกัน แต่ละคนจะต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละกรณี ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขและสภาวะที่เผชิญอยู่ การยึดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงจะช่วยให้ “อุกคิต” ว่าการตัดสินใจ การดำเนินชีวิต หรือการดำเนินกิจกรรมใดๆ มีความเหมาะสมหรือไม่ จะมีความสมดุลยั่งยืนหรือไม่ มีความเสี่ยงและเตรียมรับความเสี่ยงอย่างไร (ณัฐพงษ์ ทองภักดี, 2551: 16)

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (Philosophy of the Sufficiency Economy) มีหลักพิจารณาอยู่ 5 ส่วน ดังนี้ (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง, 2548: 14-17)

1) **กรอบแนวคิด** เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนในทางที่ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตลอดเวลา และเป็นกรอมองโลกเชิงระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มุ่งเน้นการรอดพ้นจากภัยและวิกฤต เพื่อความมั่นคงและความยั่งยืนของการพัฒนา

2) **คุณลักษณะ** เศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติตนได้ในทุกระดับ โดยเน้นการปฏิบัติบนทางสายกลางและการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน

3) **คำนิยาม** ความพอเพียง จะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการพร้อมๆ กัน ดังนี้

- **ความพอประมาณ** หมายถึง ความพอดี ที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

- **ความมีเหตุผล** หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ อย่างรอบคอบ

- **การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว** หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งใกล้และไกล

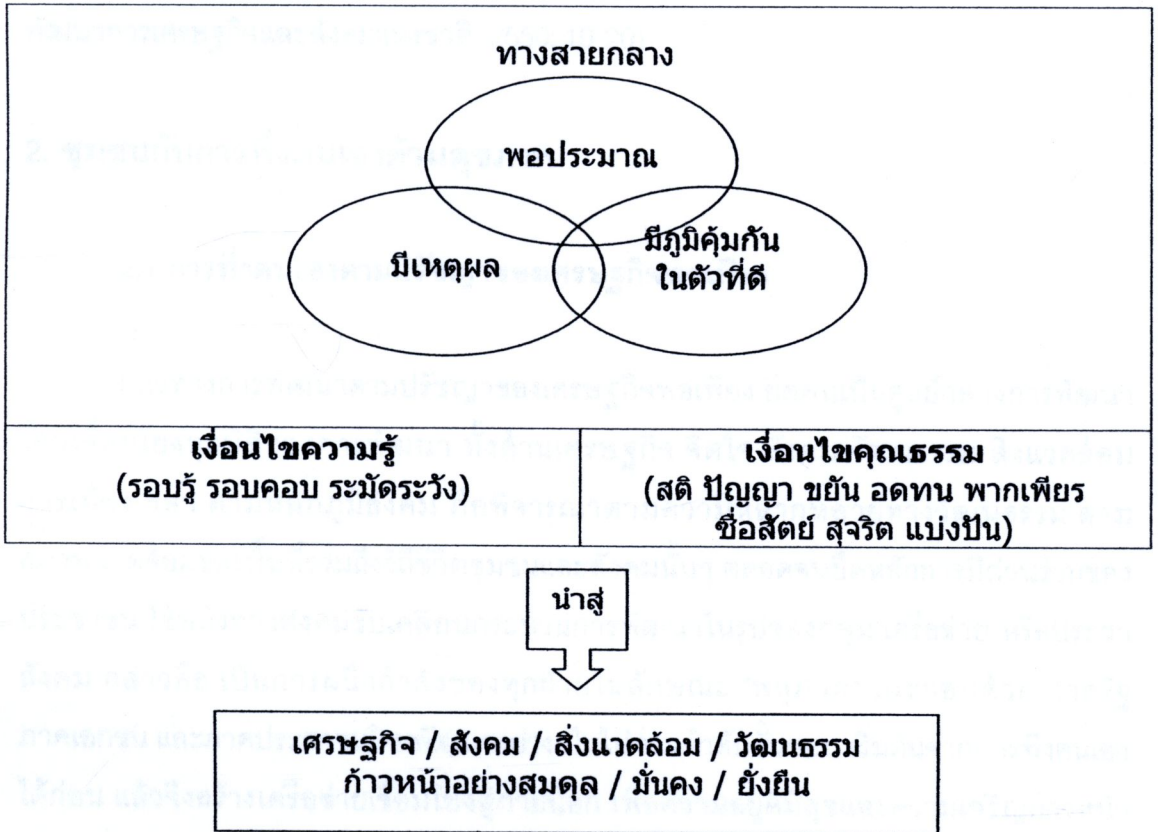
4) **เงื่อนไข** การตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียงนั้น ต้องอาศัยทั้งความรู้และคุณธรรมเป็นพื้นฐาน กล่าวคือ

- **เงื่อนไขความรู้** ประกอบด้วย **ความรอบรู้**เกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน **ความรอบคอบ**ที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกันเพื่อประกอบการวางแผน และ**ความระมัดระวัง**ในขั้นปฏิบัติ

- **เงื่อนไขคุณธรรม** ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

5) **แนวทางปฏิบัติ / ผลที่คาดว่าจะได้รับ** จากการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ คือ การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ที่มา คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง (2550: 8)

เศรษฐกิจพอเพียงนั้น เป็นหลักการขั้นพื้นฐาน ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ ทั้งในเชิงสังคม และในเชิงรัฐศาสตร์ ที่จะทำให้การพัฒนาประเทศมีความสมดุลและยั่งยืน ซึ่งเมื่อปฏิบัติตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เข้าใจถึงหลักความพอประมาณ มีเหตุผล เข้าใจถึงหลักการขับเคลื่อนฯ โดยใช้หลักวิชาการ คุณธรรมและความเพียร จะช่วยให้เกิดความสมดุลและมีภูมิคุ้มกันที่จะรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ทั้งในด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี นั่นก็คือความสมดุลในทุนทั้ง 3 ทุนที่เป็นเสาหลักค้ำจุนประเทศ ซึ่งได้แก่ 1) ทุนทางด้านเศรษฐกิจ การทำมาหากิน รายได้ รายจ่าย 2) ทุนทางด้านสังคม และ 3) ทุนด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กล่าวโดยสรุป ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเมื่อปฏิบัติแล้วในทุกระดับ ทั้งระดับครอบครัว ระดับชุมชน ระดับรัฐ ประเทศก็จะมีความมั่นคงและ

ยั่งยืน มีความสมดุลในทุนทั้งสาม (อำพน กิตติอำพน, 2550 อ้างใน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550: 19-20)

2. ชุมชนกับการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

2.1 การพึ่งตนเองตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

แนวทางการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา โดยเชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนา ทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง ฯลฯ ตามหลักภูมิสังคม คือพิจารณาตามความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตามสภาพแวดล้อมของพื้นที่รวมถึงวิถีชีวิตชุมชนและสังคมนั้นๆ ตลอดจนยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน ใช้พลังทางสังคมขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาในรูปของกลุ่ม เครือข่าย หรือประชาสังคม กล่าวคือ เป็นการผนึกกำลังของทุกฝ่ายในลักษณะ “พหุภาคี” ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนโดยพัฒนาอย่างเป็นไปตามลำดับขั้นตอน เริ่มต้นจากการพึ่งตนเองได้ก่อน แล้วจึงสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงสู่ภายนอก เพื่อความอยู่ดีมีสุขและความเจริญก้าวหน้าต่อไป ซึ่ง สุเมธ ตันติเวชกุล (2552: 250-254) อธิบายว่า แนวทางการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงนั้น เป็นการหันกลับมายึดทางสายกลาง หรือมัชฌิมาปฏิปทาในการดำรงชีวิต โดยใช้หลักการพึ่งตนเอง 5 ประการ ดังนี้

1) **พึ่งตนเองทางจิตใจ** คนที่สมบูรณ์พร้อมต้องมีจิตใจที่เข้มแข็ง มีจิตสำนึกว่าตนนั้นสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้น จึงควรที่จะสร้างพลังผลักดันให้มีภาวะจิตใจอีกheim ต่อสู้ชีวิตด้วยความสุจริต แม้อาจจะไม่ประสบผลสำเร็จบ้างก็ตาม มิพึงควรท้อแท้ ให้อภัยต่อไป พึงยึดพระราชดำรัส “การพัฒนาคน” ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

“...บุคคลต้องมีรากฐานทางจิตใจที่ดี คือความหนักแน่นมั่นคงในสุจริตธรรม และความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติหน้าที่จนสำเร็จ ทั้งต้องมีกุศโลบายหรือวิธีการอันแยบยลในการปฏิบัติงานประกอบพร้อมกันด้วยจึงจะสัมฤทธิ์ผลที่แน่นอน และบังเกิดประโยชน์อันยั่งยืนแก่ตนเองและแผ่นดิน...”

2) **พึ่งตนเองทางสังคม** ควรเสริมสร้างให้แต่ละชุมชนในท้องถิ่นได้ร่วมมือช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทุกคนทำหน้าที่อย่างเต็มที่ เพื่อให้งานรุดหน้าพร้อมเพรียงกัน และนำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดและเผยแพร่ให้ได้รับประโยชน์ซึ่งกันและกัน ดังพระบรมราโชวาทที่ว่า

“...เพื่อให้งานรุดหน้าไปพร้อมเพรียงกันไม่ลดหลั่น จึงขอให้ทุกคนพยายามที่จะทำงานในหน้าที่อย่างเต็มที่ และให้มีการประสานสัมพันธ์กันให้ดี เพื่อให้งานทั้งหมดเป็นงานที่เกื้อหนุน สนับสนุนกัน...”

3) **พึ่งตนเองได้ทางทรัพยากรธรรมชาติ** คือ การส่งเสริมให้มีการนำเอาศักยภาพของผู้คนในท้องถิ่น สามารถเสาะแสวงหาทรัพยากรธรรมชาติหรือวัสดุในท้องถิ่นที่มีอยู่มากำให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาประเทศได้อย่างดียิ่ง สิ่งดีก็คือการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom) ซึ่งมีมากมายในประเทศ

4) **พึ่งตนเองได้ทางเทคโนโลยี** ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาทดลอง ทดสอบเพื่อให้ได้มาซึ่งเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพภูมิประเทศและสังคมไทย และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

5) **พึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ** หมายถึง สามารถอยู่ได้ด้วยตนเองในระดับเบื้องต้น กล่าวคือ แม้ไม่มีเงินก็ยังมีข้าว ปลา ผัก ผลไม้ในท้องถิ่นของตนเองเพื่อการยังชีพ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในระดับมหภาคต่อไปได้ด้วย

จุฑาพรรณี ผดุงชีวิต (2551: 123-127) เสนอว่า ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมีโลกทัศน์ (World view) แบบพุทธทัศน์ที่มุ่งพัฒนามิติทางจิตใจเพื่อต้านภัยจากวิกฤตแห่งยุคสมัยใหม่ โดยที่พุทธศาสนาเน้นกระบวนการทางปัญญาหรือวิธีการคิดมากกว่าตัวความคิด ตามหลักโยนิโสมนสิการหรือการคิดอย่างแยบคาย คิดอย่างถูกวิธี มีระบบ คิดวิเคราะห์อย่างลึกซึ้ง อันเป็นขั้นตอนสำคัญในการสร้างปัญญาบริสุทธิ์ เป็นอิสระ และเพื่อให้ทุกคน “สามารถเป็นที่พึ่งแก่ตนเองได้” โดยอาศัยกระบวนการก่อเกิดปัญญา 7 ประการ ได้แก่ 1) การฟัง ชักถาม สอบค้น หรือสวนะ/ปริปุจฉา 2) การสนทนา ถกเถียง อภิปราย หรือสากัจฉา 3) การสังเกต การเฝ้าดู ดูอย่างพินิจ หรือปัสสนะ/นิชฌานะ 4) การพิจารณาโดยแยบคาย หรือโยนิโสมนสิการ 5) การชั่งหาเหตุผล หรือ

ตุลนา 6) การไตร่ตรอง ตรวจสอบ ทบทวน ทดลอง เลือกรู้หรือวิมังสา/วิจัย และ 7) การเสพคุณฝึกหัด ทำบ่อย ทำให้มาก หรืออาเสวนะภาวนะ/พหุสิกฺขณัม ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ย่อมส่งเสริมการน้อมรับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นการพัฒนาสติแห่งจิตใจ และการกอบกู้ฟื้นฟูศักดิ์ศรีความดีของมนุษย์มาประยุกต์ใช้ในระดับบุคคลและครอบครัวอันเป็นพื้นฐานของสังคมวัฒนธรรมได้ ดังพระบรมราโชวาท ที่ว่า (พิศิษฐ์ ใจทยักัง, 2552: 195)

“...คุณธรรมที่ทุกคนควรจะต้องตั้งไว้ประจำตัวประจำใจให้มันเสมอประการหนึ่ง ก็คือการรู้จักคิดพิจารณาให้จนกระจ่างชัด ไม่ว่าจะพิจารณาเรื่องราว ปัญหา สถานการณ์ หรือแม้บุคคลใดๆ ก็ตาม ก็พยายามพิจารณาด้วยจิตใจที่มั่นคงเป็นกลาง ไม่หวั่น ไม่สะเทือนด้วยอคติ เพื่อจิตใจที่มั่นคงเป็นกลางนั้นจักได้ประคับประคองความคิดความเห็นให้พุ่งตรงเข้าสู่สาระ คือแก่นและความสำคัญของเรื่อง ทั้งจับเหตุจับผลของเรื่องนั้นๆ ซึ่งเกี่ยวเนื่องถึงกันและกันเป็นกระบวนการได้ทั้งหมดทุกขั้นตอน ทำให้ความรู้ความเห็นในเรื่องที่พิจารณากระจ่างแจ่มแจ้ง และสามารถจำแนกแจกแจงประเด็นได้โดยถูกต้องแม่นยำ ว่าสิ่งใดผิด สิ่งใดถูก สิ่งใดดี สิ่งใดชั่ว สิ่งใดควรทำ ไม่ควรทำอย่างไร เพียงใด

การทำความรู้ความคิดให้แจ่มแจ้งนี้ คือ ปัญญา ซึ่งมีอุปการะแก่การปฏิบัติตัวปฏิบัติงานเป็นอันมาก เพราะเป็นปัจจัยสร้างสรรค์ความดีความเจริญทุกอย่างได้อย่างวิเศษสุด...”

ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมอย่างมาก ผลในเชิงบวกที่พอจะสรุปได้ คือ ทำให้สังคมเป็นสังคมเปิด ประชาชนมีสิทธิ์และโอกาสในการเข้าถึง รับรู้ รับฟังข้อมูลมากขึ้น คุณภาพชีวิตบางด้านดีขึ้น แต่ผลเสียกลับมีมากกว่า คือ วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมมากขึ้น รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมสลับซับซ้อนมากขึ้น อาทิ ความสัมพันธ์ของผู้คนดำเนินไปภายใต้เงื่อนไขของเงินและผลประโยชน์เป็นสำคัญ อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นรูปแบบทางวัฒนธรรมแบบเมืองที่ตั้งอยู่บนเศรษฐกิจเหี้ยม คือแก่งแย่งชิงดีชิงเด่นเอาเปรียบ สภาพจิตใจเสื่อมโทรมลงภายใต้มายาคติของการบริโภคไม่รู้จบ (The myth of unending consumption) และค่านิยมแบบทุนนิยมที่ตีค่าทุกอย่างเป็น “สินค้า” แม้กระทั่งวัฒนธรรมยังถูกกระทำให้กลายเป็นสินค้าอุปโภคบริโภคได้ ส่งผลให้ประเทศไทยกลายเป็นประเทศที่ “มองออกไปข้างนอก” (Outward society) มากกว่าจะมองพินิจพิจารณาตนเองเป็นสำคัญ ดังนั้น เมื่อมีการน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นกรอบความคิดและแนวทาง



ในการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และ 10 จึงเป็นการที่รัฐพยายามรื้อถอนรูปแบบอัตลักษณ์ของความสัมพันธ์แบบทุนนิยมที่เห็นเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการดำรงชีวิต โดยหันกลับมาฟื้นฟูมิติมนุษย์ (Human dimension) ที่เอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ วิถีไทยดั้งเดิมที่อยู่กันแบบพึ่งพาอาศัย หากแต่ต้องพึ่งตนเองให้ได้ก่อน และเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเองให้ระแวงระวังวาทกรรมแห่งอุดมการณ์ทุนนิยมที่ทรงพลังและหยั่งรากฝังลึกอยู่ในสังคมไทย ซึ่งในระดับปัจเจกบุคคล สิ่งสำคัญที่ต้องการสร้างใหม่ คือ รูปแบบความสัมพันธ์ของคนไทยที่ตั้งอยู่บนหลักจริยธรรมและเมตตาธรรม การเคารพสิทธิส่วนบุคคล การยอมรับในความคิดเห็นที่แตกต่าง ส่วนในระดับชุมชน ควรส่งเสริมความสัมพันธ์แบบเศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเองหรือชุมชนาภิวัตน์ (Localization) ซึ่งเป็นทางหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืนตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (จุฬาพรพร ผดุงชีวิต, 2551: 130-132)

กล่าวโดยสรุป บุคคล ชุมชน และองค์กรต่างๆ ทุกภาคส่วนในสังคมไทยควรส่งเสริมสนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างจริงจัง โดยเน้นการพึ่งพาตนเองด้วยหลักทางสายกลาง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในพุทธศาสนา ที่จะสามารถนำไปสู่กระบวนการสร้างจิตสำนึกนิยมไทย และการสร้างระบบเศรษฐกิจวัฒนธรรมที่ทำให้คนในชาติสามารถดำรงชีวิตและดำรงชาติอยู่บนพื้นฐานของความเข้มแข็งทางภูมิปัญญาและภูมิธรรมของตนเองได้

2.2 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

ชุมชน (Community) มีหลายความหมาย หมายถึงกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันหรือใกล้เคียงกัน ดังที่เรียกกันว่าหมู่บ้าน (ในชนบท) ชุมชนแออัด (ในเมือง) หรือหมายถึงกลุ่มคนที่อยู่ในที่เดียวกันหรือห่างไกลกันแต่สัมพันธ์กันด้วยความสนใจ ผลประโยชน์ ความเชื่อ เผ่าพันธุ์ อาชีพ ปัญหาเดียวกัน เช่น ชุมชนชาวประมง ชุมชนชาวคริสต์ ชุมชนชาวเกย์ การรวมกลุ่มเป็นสมาคมต่างๆ ของคนอาชีพเดียวกัน เป็นต้น ชุมชน อาจเรียกว่า “ประชาคม” ซึ่งแปลจากภาษาอังกฤษว่า community เช่นเดียวกัน เพื่อบ่งบอกถึงกลุ่มรัฐประเทศ กลุ่มทางการเมือง กลุ่มกิจกรรมสาธารณะ เช่น ประชาคมยุโรป (European Community) ในภาษาไทยมีการนำมาใช้ในความหมายประยุกต์ซึ่งหมายถึงกลุ่มคน รวมถึงการประชุมเพื่อพิจารณาเรื่องราวหรือประเด็นสาธารณะ เช่น ประชาคมหมู่บ้าน ประชาคมตำบล การทำประชาคม เป็นต้น (เสรี พงศ์พิศ, 2547: 65-66)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ห้องสมุดงานวิจัย

วันที่..... 29 พ.ย. 2555

เลขทะเบียน..... 250765

จากกระแสโลกาภิวัตน์ที่ทำให้ชุมชนถูกรอบงำจากค่านิยมภายนอก จนทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสูญหายไป คนรุ่นใหม่ตกอยู่ภายใต้ค่านิยมแบบบริโภคนิยมและใช้ชีวิตไม่สอดคล้องกับวิถีชุมชนและสภาพแวดล้อม ฯลฯ นักพัฒนาสังคมได้พยายามหาทางออกเพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว โดยประเด็นที่กล่าวถึงกันมากในปัจจุบันก็คือ “ชุมชนเข้มแข็ง” นั่นเอง ซึ่งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนขึ้นอยู่กับพื้นฐานของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและการใช้ทุนทางสังคมในการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนต้องเผชิญ อนึ่ง คณะอนุกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤต ภายใต้คณะกรรมการนโยบายสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดลักษณะของชุมชนเข้มแข็งไว้ 8 ประการ ดังนี้ (วิชัย รูปขำดี, 2551: 193)

- 1) สมาชิกของชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนและชุมชนที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง
- 2) สมาชิกของชุมชนพร้อมที่จะร่วมกันจัดการกับปัญหาของตนและชุมชน
- 3) มีกระบวนการของชุมชนที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีของชุมชน ซึ่งขับเคลื่อนโดยผู้นำองค์กรชุมชน ในลักษณะเปิดโอกาสให้แก่สมาชิกทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วม มีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้
- 4) สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ของชุมชน กำหนดวิสัยทัศน์ร่วม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ดำเนินงานติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาและพัฒนาของชุมชน ผ่านกระบวนการของชุมชน
- 5) สมาชิกของชุมชนเกิดการเรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมในกระบวนการของชุมชน
- 6) มีแผนของชุมชนที่ประกอบด้วยการพัฒนาในทุกๆ ด้านที่มุ่งการพึ่งตนเอง เอื้อประโยชน์ต่อสมาชิกชุมชนทุกคน และหวังการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน
- 7) การพึ่งพาความช่วยเหลือจากภายนอก เป็นการพึ่งพาเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด ไม่ใช่การพึ่งพาตลอดไป
- 8) มีเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีการพัฒนา อาจเป็นหมู่บ้าน/ชุมชนอื่น ท้องถิ่น ภาคราชการ องค์กรเอกชน นักธุรกิจ นักวิชาการ และอื่นๆ ในลักษณะของการมีความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน

ขณะที่ เสรี พงศ์พิศ (2551ก: 136-137) กล่าวว่า ชุมชนเข้มแข็งคือชุมชนที่พึ่งตนเองได้ โดยไม่ได้ปฏิเสธรัฐ ไม่ได้เป็นรัฐอิสระ หรือปิดขังตัวเองในโลกเล็กๆ แต่เป็นชุมชนที่สามารถจัด

ความสัมพันธ์กับชุมชน สังคม และโลกอย่างเป็นตัวของตัวเอง ไม่ใช่วิ่งไล่ตามกระแสโลกแบบไม่ลืมหูลืมตา ชุมชนเข้มแข็งไม่ได้ปฏิเสธตลาด การค้าขายหรือธุรกิจ หากแต่รู้ว่าเมื่อไรควรค้าควรขาย ทำทำไม และทำอย่างไรจึงจะไม่เสี่ยง ไม่ล้มและขาดเจ็บ ซึ่งชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

- 1) เป็นชุมชนเรียนรู้และพร้อมที่จะเรียนรู้ ไม่รอสูตรสำเร็จในการแก้ไขปัญหา ไม่นั่งรอความช่วยเหลือจากรัฐหรือภายนอก แต่ร่วมกันค้นหาทางออกและพัฒนาศักยภาพของตนเอง
- 2) ชุมชนตัดสินใจได้อย่างเป็นอิสระ คือเป็นอิสระจากการครอบงำของคนอื่น สถาบันอื่น องค์กรอื่น ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง พ่อค้า ข้าราชการ อาจารย์ เอ็นจีโอ ฯลฯ เป็นอิสระเพราะตัดสินใจด้วยข้อมูลและความรู้ที่ค้นหา ไม่ใช่เพราะคนอื่นบอกหรือแนะนำ
- 3) เป็นชุมชนที่จัดการ "ทุน" ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุนซึ่งหมายถึงอะไรที่มากกว่าเงิน เป็นทุนทรัพยากร ทุนความรู้ภูมิปัญญา ทุนโคตรทรัพย์ และทุนทางสังคม ทำให้มีรากฐานมั่นคง มีหลักประกันชีวิตที่ไม่ได้ฝากไว้กับธุรกิจการค้าที่ชุมชนไม่มีความรู้ความชำนาญ แต่ฝากไว้กับระบบเศรษฐกิจชุมชนที่มั่นคงและพอเพียง
- 4) มีธรรมาภิบาล โปร่งใสตรวจสอบได้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน เพื่อประโยชน์สุขแก่ส่วนรวม สามารถแก้ไขปัญหาความขัดแย้งต่างๆ ด้วยสันติวิธีตามวิถีแห่งภูมิปัญญา

อย่างไรก็ตาม แนวคิด "การพึ่งตนเอง" มีหลายสกุลความคิด ซึ่งต่างก็นิยามความหมายและแนวทางในการที่จะบรรลุถึงการพึ่งตนเองได้แตกต่างกันออกไป ดังเช่น ผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม (อ้างใน เสรี พงศ์พิศ, 2551ข) ที่อธิบายเรื่องการพึ่งตนเองไว้ว่า การพึ่งตนเองเป็นสภาวะอิสระ หมายถึงความสามารถของคนที่จะช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด โดยไม่เป็นภาระคนอื่นมากเกินไป มีความสมดุล ความพอดีในชีวิต เป็นสภาวะทางกายที่สอดคล้องกับสภาวะทางจิตที่เป็นอิสระ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ มีสิ่งจำเป็นปัจจัยสี่พอเพียง เป็นความพร้อมของชีวิตทางร่างกายและจิตใจ การพึ่งตนเองหมายถึงการจัดชีวิตให้สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ อย่างเหมาะสม กับคนกับสังคม กับธรรมชาติรอบๆ ตัวเรา การพึ่งตนเองหมายถึงการมีสวัสดิการและความมั่นคงในชีวิต

ในปัจจุบันถึงอนาคต สวัสดิการที่พร้อมจะตอบสนองเราทันที โดยที่เราไม่ต้องไปเรียกให้ใครมาจัด สวัสดิการให้ หรือให้ใครมาช่วยเหลือ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2547ก: 7 อ้างถึง จุลสารทางเลือกการพัฒนา, 2528: 3) อธิบายว่า “การพึ่งตนเอง” น่าจะมีความหมายเป็นเชิงสัมพันธ์ คือ พึ่งตนเองในขณะที่พึ่งพาผู้อื่น เป็นการพึ่งพาที่นำไปสู่การไม่พึ่งพา คือ เป็นการพึ่งพาอย่างรู้เท่าทัน และกรอบการมองเรื่อง การพึ่งพานี้จะต้องไม่มุ่งแข่งขัน หรือไม่มุ่งครอบงำเหนือกว่า แต่เป็นการมุ่งสู่ความเป็นไทต่อกัน การช่วยเหลือกันเป็นสิ่งจำเป็น คือพึ่งพาในสิ่งที่เราไม่มี เกื้อกูลสิ่งที่เรามีให้ผู้อื่น การพึ่งพานี้ทำไป เพื่อให้แต่ละชุมชนพึ่งตนเองได้

ข้อเขียนดังกล่าวยังได้เน้นว่า การพึ่งตนเองเป็นเรื่องของอำนาจการตัดสินใจ โดยต้องเป็นการตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นตัวของตัวเองทางความคิด ซึ่งสอดคล้องกับ ภมรรัตน์ สุธรรม (2546: 72) ที่เห็นว่าแนวคิดการพึ่งตนเองมีจุดเด่นอยู่ที่การกำหนดเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาชุมชนขั้นสุดท้าย ในการใช้อำนาจตัดสินใจของชุมชนในรูปของพลังกลุ่ม กล่าวคือ การพัฒนาที่มุ่งสู่การพึ่งตนเองของชุมชนนั้นต้องทำในรูปกลุ่มหรือ “องค์กรชุมชน” และมีการรวมตัวเป็นเครือข่าย มีการอยู่ร่วมกันเป็นชุมชน สมาชิกในชุมชนมีจิตสำนึก มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือกัน ชุมชนมีความสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาโดยผ่านการวิเคราะห์ปัญหาและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยกระบวนการทางภูมิปัญญาของชุมชนซึ่งผ่านการสะสมประสบการณ์อย่างยาวนาน การที่ชุมชนมีความเป็นตัวของตัวเองในด้านความคิด การมองปัญหาต่างๆ โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมสามารถนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชนได้ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม โดยคำว่า “องค์กรชุมชน” (Community-based organization) นั้น เสรี พงศ์พิศ (2547: 45) อธิบายว่าหมายถึง การรวมกลุ่มของชาวบ้านในชุมชนหมู่บ้านและท้องถิ่นต่างๆ เพื่อประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน ตามประเด็นเฉพาะต่างๆ โดยมีหรือไม่มีสถานภาพทางกฎหมายก็ได้

ขณะที่ เจิมสุข ทานา (2547: 7) อธิบายว่า การพึ่งตนเองของชุมชน หมายถึง ชีตความสามารถในอันที่จะตอบสนองความต้องการและแก้ไขสภาพปัญหาของคนส่วนใหญ่ในชุมชน รวมทั้งความสามารถของชุมชนในการประสานความร่วมมือการดำเนินงานกับคนภายในชุมชน

ขณะเดียวกันก็ดำเนินการแก้ไขปัญหามาจากภายนอกชุมชน ทั้งนี้ ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อความปกติสุขในการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน

จากลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าแนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งนั้นสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง กล่าวคือ การประยุกต์ใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในระดับครอบครัวและชุมชน มุ่งส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่พอกินพอใช้เป็นพื้นฐาน โดยไม่เบียดเบียนผู้อื่น ขณะเดียวกันผู้ที่มีฐานะเพียงพอที่จะพึ่งตนเองได้แล้วนั้น ย่อมสามารถสร้างความเจริญก้าวหน้าให้แก่ชุมชนและสังคมได้ บนพื้นฐานของการแบ่งปัน ร่วมมือ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นชุมชนที่เข้มแข็งได้ในที่สุด นอกจากนั้นแล้ว ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงยังเน้นการสร้างรากฐานของประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมให้เกิดความเข้มแข็งและสมดุล ซึ่งทำได้ด้วยการพัฒนาคน สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ชุมชน สร้างองค์ความรู้ภายในเครือข่าย และพัฒนาระบบส่งเสริมการบริหารจัดการท้องถิ่นที่ดี ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนมีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งทั้งสิ้น จึงกล่าวได้ว่าปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแก่นของแนวความคิดในการสร้างเศรษฐกิจชุมชนและความเข้มแข็งของชุมชนนั่นเอง (คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง, 2549: 22-23)

ในด้านการดูแลสุขภาพ แนวคิดเรื่องการพึ่งตนเองที่มีความชัดเจนและถูกนำเสนออย่างเป็นระบบที่สุด ได้แก่ งานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเป็นแนวทางที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับท้องถิ่นเป็นยุทธวิธีสำคัญสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวจำเป็นต้องมีการทบทวนและปรับให้ทันต่อสถานการณ์ทางสังคม เนื่องจากสังคมไทย แม้ชาวบ้านและชุมชนชนบทก็ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจสังคมที่เชื่อมโยงกันทั่วโลก ทำให้แนวคิดการพึ่งตนเองที่นำเสนอผ่านนโยบายสาธารณสุขมูลฐานกำลังถูกท้าทายด้วยความจริงชุดใหม่ของสังคมไทย เพราะสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและมีความแตกต่างหลากหลายระหว่างท้องถิ่นต่างๆ มากขึ้น ทั้งในด้านบริบทความเป็นเมืองกับชนบท ด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง นิเวศวิทยา เป็นต้น แนวคิดเรื่องการพึ่งตนเองจะสามารถใช้ได้กับชุมชนที่แตกต่างหลากหลายได้อย่างไร จึงกลายเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2547ก: 3-4) โดยที่ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2547ข: 9) ได้นิยามการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ไว้ว่า หมายถึง ศักยภาพในการจัดการให้เกิดความผาสุกและการมีชีวิตที่สมบูรณ์ รวมทั้งความสามารถ

ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในมิติต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีพลวัตต่อกันโดยไม่ตกเป็นเบี้ยล่าง หรือถูกเอาเปรียบจากบุคคล องค์กร สถาบัน หรือระบบโครงสร้างอื่นๆ

ชุมชนพึ่งตนเองได้ทางสาธารณสุข คือการมุ่งพัฒนาด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และสังคม ควบคู่ไปกับการจัดการเรื่องสุขภาพ ตลอดจนมุ่งในแง่การปรับปรุง วิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีการเตรียมเพื่อสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงการจัดสวัสดิการของสังคม ชุมชนด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต อนึ่ง สำหรับประเทศไทย ในระยะการพัฒนาตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นต้นมา ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งเพื่อนำไปสู่ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ทางสุขภาพ โดยกำหนดระดับและลักษณะของการพึ่งตนเองไว้ ดังนี้ (สุเทพ บุญสูตร, 2543: 29-31)

1) ระดับบุคคลและครอบครัว พึ่งตนเองทางสุขภาพได้โดย

บุคคล : เรียนรู้และได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษาด้านสุขภาพจนสามารถดูแล สุขภาพตนเองได้ รวมทั้งการพัฒนาตนเองให้เป็นแบบอย่างที่ดี เข้าใจถึงสิทธิประโยชน์ทาง การแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนช่วยเหลือเกื้อกูลและร่วมกันพัฒนาให้คนในครอบครัว ชุมชน ที่ตนอยู่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ครอบครัว : รู้และเข้าใจปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว สามารถดูแลปัญหา สุขภาพของคนในครอบครัวได้ มีการจัดกิจกรรมหรือเข้ารับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เพื่อให้คน ในครอบครัวมีสุขภาพดี ให้ความสำคัญกับการให้การศึกษาและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ บุตรหลาน ตลอดจนเตรียมความพร้อมเมื่อยามเจ็บป่วย หรือไปรับบริการสุขภาพและมีส่วนร่วมใน กิจกรรมพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

2) ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางการสาธารณสุขมูลฐาน : โดยมีศักยภาพและขีดความสามารถในการบริหารจัดการและพัฒนาการสาธารณสุข เพื่อให้ทุกคนในชุมชนมีสุขภาพดี โดยที่

- ชุมชนสามารถจัดบริการสาธารณสุขด้วยชุมชนเอง โดยบริการสาธารณสุขที่จัด นั้นต้องสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสุขภาพ อย่างสอดคล้อง

กับวิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรมชุมชน ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่น ตามความต้องการและเป็นที่ยอมรับของชุมชน ทั้งนี้ ต้องมีความต่อเนื่องและผสมผสานกัน

- ชุมชนสามารถจัดองค์กรและทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหา พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน ตลอดจนมีการส่งเสริมและฝึกภาคีความร่วมมือ เพื่อให้บุคคล ครอบครัว และกลุ่มองค์กรต่างๆ สถาบันที่สำคัญของชุมชน เช่น การศึกษา ศาสนา แพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น ทั้งภาครัฐและเอกชนที่อยู่ในและนอกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน

- ชุมชนมีการจัดกระบวนการเพื่อให้การศึกษาในเรื่องสุขภาพ พัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะของทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งพัฒนาผู้นำในด้านสุขภาพ เป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้และพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีความนิยมสุขภาพที่ดี มีสำนึกและความเสียสละเพื่อส่วนรวม

- ชุมชนมีการสำรวจและประเมินสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน โดยมีการพัฒนาระบบการสำรวจและนำข้อมูลด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตมาใช้ในการวางแผนและประเมินผล มีการส่งข่าวสารสุขภาพถึงทุกครอบครัวเพื่อร่วมกันป้องกันแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ปรับปรุงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการปกป้องสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

- ชุมชนมีการพัฒนาด้านหลักประกันสำหรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ มีการส่งเสริมให้ครอบครัวได้เตรียมการเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น รวมถึงการพัฒนาระบบสวัสดิการของชุมชนเพื่อมีส่วนช่วยกลุ่มคนที่ยากไร้และเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข

- พัฒนาชุมชนตนเองให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงการสร้างเครือข่ายร่วมกับชุมชนอื่นเพื่อพัฒนาท้องถิ่นของตนเองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาให้ชุมชนเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ทางสุขภาพนั้น จะต้องเริ่มจากบุคคล กลุ่ม องค์กรชุมชน ที่มุ่งประโยชน์ร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชุมชนตนเอง จนเกิดความร่วมมือที่กว้างขวางและหลากหลาย กลายเป็นพหุภาคีหรือประชาคมสุขภาพที่มีอุดมการณ์ร่วม และมีความเป็นเจ้าของพื้นที่หรือกิจกรรมการพัฒนาในชุมชนของตนอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน: ระบบการดูแลสุขภาพในบริบทสังคมวัฒนธรรม

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านไทย

การแพทย์พื้นบ้าน เป็นภูมิปัญญาที่มีอยู่ดั้งเดิมในชุมชนท้องถิ่น เกิดจากความเชื่อและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของคนในชุมชน และมีการสั่งสมความรู้ ถ่ายทอดสู่คนรุ่นต่อๆ ไป จนกลายเป็นวิถีชีวิตของชุมชน (ยงศักดิ์ ต้นติปิฎก และคณะ, 2543: 9) สำหรับประเทศไทย ก่อนที่การแพทย์แบบตะวันตกจะเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น การแพทย์พื้นบ้านก็ได้ทำหน้าที่ดังกล่าว และอยู่คู่กับสังคมไทยมาอย่างยาวนาน ตั้งแต่ก่อนสมัยสุโขทัย โดยมีรูปแบบที่หลากหลายและเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์ (เปรม ชินวันทนนานนท์, 2547: 106) การแพทย์พื้นบ้าน จึงเป็นระบบการแพทย์ที่อยู่บนฐานวัฒนธรรมของชุมชน เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีการดำรงชีวิตของชุมชนและสังคมเป็นสำคัญ การศึกษาเกี่ยวกับระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงฐานคิด ความเชื่อ องค์ความรู้ และแนวคิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1.1 ความหมายของการแพทย์พื้นบ้าน

ในปัจจุบันได้มีผู้ให้คำนิยามคำว่า “การแพทย์พื้นบ้าน” ไว้มากมาย อาทิ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552: 6) ระบุว่า การแพทย์พื้นบ้าน หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมา ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จารีต ประเพณี และทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่นนั้น

ขณะที่ ประกาศคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2547) ให้ความหมายของ การแพทย์พื้นบ้าน หมายความว่า การดูแลรักษาสุขภาพโดยใช้ความรู้ที่สืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และทรัพยากรของท้องถิ่นนั้นๆ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2547: 1)

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2547: 2) ให้ความหมายว่า การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การแพทย์ที่สังคมพื้นบ้านได้ถ่ายทอด สละสลีต่อกันมาช้านาน และได้รับการถ่ายทอดมาเป็นการแพทย์ของท้องถิ่น โดยมีขบวนการเยียวยารักษาโรคตามวิถีการดำรงชีวิตและความเชื่อของชาวบ้าน

ดารณี อ่อนชมจันทร์ (2546: 14) ระบุว่า ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่อยู่ในวิถีชีวิต วัฒนธรรมของแต่ละชุมชนที่ดูแลสุขภาพกันเองมาแต่ดั้งเดิม เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณี และทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น

กัญจนา ตีวิเศษ และคณะ (บรรณาธิการ) (2550: 9) ได้ให้ความหมายว่า การแพทย์พื้นบ้านไทย (Thai indigenous medicine) หมายถึง การดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนแบบดั้งเดิม จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณี และทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550 อ้างใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ดี ต้นติปิฎก, 2550: 215-217) ระบุว่า การแพทย์พื้นบ้าน เป็นระบบการแพทย์ที่มีความแตกต่างหลากหลายอย่างยิ่ง เป็นระบบการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ รวมทั้งระบบการแพทย์ท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาค โดยการแพทย์เหล่านี้มีลักษณะร่วมที่สำคัญ คือ เป็นระบบการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของท้องถิ่นและเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชน ประกอบด้วยระบบวิถีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดรักษาด้วยเวทมนตร์ อาคม และสมุนไพรจากธรรมชาติ โดยมีพิธีกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการรักษา ในปัจจุบันการแพทย์พื้นบ้านได้รับการยอมรับมากขึ้นในฐานะ “ภูมิปัญญาท้องถิ่น”

วิชัย ไชควิวัฒน์ (2546: 13) อธิบายว่า การแพทย์พื้นบ้านไทย หมายถึงการแพทย์ที่มีอยู่ในระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชนจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม ประเพณี วัฒนธรรม และทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น โดยการแพทย์พื้นบ้านครอบคลุมตั้งแต่ระดับภาค ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชนทุกระดับ

สรุปได้ว่า การแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous or folk medicine) จัดเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นประการหนึ่ง โดยเป็นภูมิปัญญาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในแต่ละท้องถิ่นหรือชุมชน โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น เป็นระบบการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งประกอบด้วยระบบวิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม ประเพณี วัฒนธรรม รวมถึงทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน และเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น

3.1.2 การจำแนกประเภทหมอพื้นบ้านไทย

ผู้ให้การรักษาหรือผู้ปฏิบัติการเยียวยาความเจ็บไข้ได้ป่วยตามภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านนั้น มักนิยมเรียกกันว่า “หมอพื้นบ้าน” (Folk healer) ซึ่งตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ให้ความหมายว่า เป็นบุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552: 7) โดยเป็นผู้สืบทอดภูมิปัญญาการรักษาโรคที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน โดยที่หมอพื้นบ้านแต่ละคนก็มีภูมิปัญญาหรือองค์ความรู้ที่แตกต่างกันไปในการรักษาความเจ็บป่วยแต่ละประเภท เช่น หมอยา (สมุนไพร) หมอกระดูก หมอนวดจับเส้น หมอจูง หมอตำแย เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงศักดิ์ ตันติปฏิภก, 2550: 115-120) ขณะที่ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2547: 2) อธิบายว่า หมอพื้นบ้าน หมายถึง ผู้ที่มีบทบาทในการรักษาพยาบาล การป้องกัน การวินิจฉัยโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการแบบพื้นบ้านที่สืบทอดและปรับเปลี่ยนมาตลอดเวลา ภายในระบบวัฒนธรรมเฉพาะของชุมชน

การจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านสามารถกระทำได้หลายวิธี แต่ที่นิยมกันนั้น Kleinman (1980: 59) อธิบายว่า โดยทั่วไปแล้วมักถือเอาความแตกต่างของฐานคิดความเชื่อ



เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาเป็นหลัก โดยกลุ่มแรก มีฐานความเชื่อทางศาสนาหรือไสยศาสตร์ (Sacred part) ที่เชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น หมอผี หมอพิธีกรรมทั้งหลาย ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งมีฐานความเชื่อจากเหตุผลเชิงประจักษ์ (Secular part) ตามหลักธรรมชาติ เช่น หมอสมุนไพร หมอกระดูก เป็นต้น ซึ่ง พนม วงศ์ไทย (2547: 34-36) ได้จำแนกหมอพื้นบ้านในสังคมไทยออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ตามแนวคิดของ Kleinman ดังนี้

1. หมอพื้นบ้านที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (Personalistic medical system) ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยหลักวิทยาศาสตร์ เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากเคราะห์กรรมจากการกระทำของผีหรืออำนาจศักดิ์สิทธิ์ เวทมนต์ หรืออิทธิพลการโคจรของดวงดาว รวมถึงความเจ็บป่วยที่เกิดจากการละเมิดขนบธรรมเนียมของสังคม เป็นต้น หมอประเภทนี้อาจเรียกรวมกันได้ว่า “หมอพิธีกรรม” ซึ่งสามารถจำแนกย่อยได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 หมอคู่ ทำหน้าที่ไขข้อข้องใจให้แก่ชาวบ้านโดยการทำนายหาสาเหตุของโรค พร้อมทั้งแนะนำวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา

1.2 หมอสูตร หมอขวัญ หรือหมอสะเดาะเคราะห์ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่แก้ไขปัญหให้แก่ชาวบ้านผ่านทางพิธีกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความสบายใจหรือเรียกความมั่นใจให้กลับคืนมา

1.3 หมอธรรม หมอผีฟ้า หมอกลุ่มนี้จะให้คำตอบเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยการนั่งทางใน หรือการรับรู้ด้วยวิธีพิเศษ และให้การรักษาไปตามสาเหตุต่างๆ

2. หมอพื้นบ้านที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุธรรมชาติ (Natural medical system) หรือความแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 ซึ่งหมอในกลุ่มนี้ ได้แก่

2.1 หมอยา หมอสมุนไพร หรือชื่ออื่นๆ ตามแต่ท้องถิ่น วิธีการรักษาจะใช้สมุนไพรเป็นหลัก แต่หมอพื้นบ้านกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น หมอสมุนไพรจึงอาจมีความรู้เกี่ยวกับเวทมนต์คาถา ควบคู่ไปกับการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาด้วย

2.2 หมอตำแย เน้นการทำคลอด การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด วิธีการที่
ใช้ส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพร เช่น การอบ ประคบ การอยู่ไฟ เป็นต้น

2.3 หมอกระดูกหรือหมอน้ำมัน เน้นการรักษาโรคเกี่ยวกับกระดูก เช่น กระดูกหัก
โดยใช้วิธีการเข้าเฝือกควบคู่กับการทาน้ำมันมนต์ และอาจมีการเป่าคาถาร่วมด้วย

2.4 หมอนวด เน้นการรักษาโดยการจับเส้นต่างๆ และการคลายกล้ามเนื้อ ซึ่ง
นอกจากการนวดแล้วยังอาจใช้สมุนไพร น้ำมันมนต์ และคาถาร่วมด้วย

2.5 หมอเป่าหรือเป่าเสก วิธีการรักษาจะใช้คาถาอาคมเป็นหลัก โดยการเป่าซึ่งมี
ตั้งแต่การเป่าลมธรรมดา น้ำหมาก น้ำมันต์ หรือบางครั้งอาจเป็นสมุนไพรบางชนิด หมอกลุ่มนี้จะ
รักษาโรค เช่น ฝี งูสวัด กระดูกหัก สุนัขกัด เป็นต้น

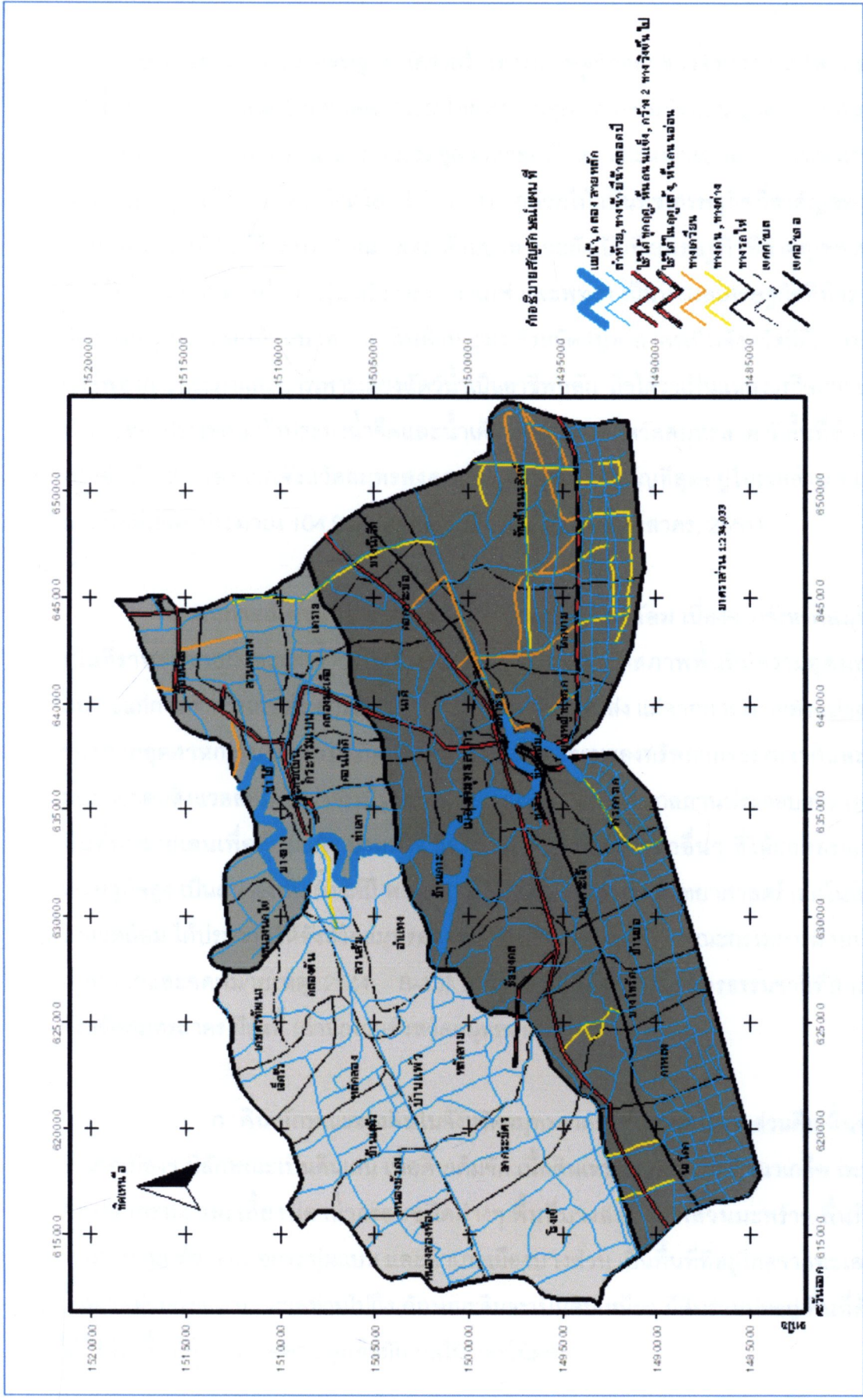
ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในกลุ่มประเภทที่ 2 คือ กลุ่มที่มีฐาน
ความเชื่อตามหลักธรรมชาติ เนื่องจากสามารถเห็นผลเชิงประจักษ์ และสอดคล้องกับการรับรู้ของ
คนในชุมชนที่ศึกษาที่ระบุว่าหมอพื้นบ้านในชุมชนของตนนั้นประกอบด้วย หมอสมุนไพร หมอนวด
และหมอเป่าเสก

3.2 บริบททางสังคมวัฒนธรรมของจังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดชายทะเล ตั้งอยู่ปากแม่น้ำท่าจีน ในสมัยกรุงศรีอยุธยา
สมุทรสาครเดิมเป็นชุมชนขนาดใหญ่ที่มีชาวจีนนำเรือสำเภาเข้ามาจอดเทียบท่าค้าขายแลกเปลี่ยน
สินค้าและได้พักอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก จึงเรียกว่า “บ้านท่าจีน” ตั้งอยู่บริเวณปากอ่าวไทย ต่อมา
ในสมัยแผ่นดินสมเด็จพระมหาจักรพรรดิ (พ.ศ. 2099) ได้โปรดให้ยกฐานะ “บ้านท่าจีน” ขึ้นเป็น
“เมืองสาครบุรี” เพื่อเป็นหัวเมืองสำหรับเรียกกระดมพลเวลาเกิดสงคราม และเป็นเมืองด่านหน้า
ป้องกันข้าศึกศัตรูที่จะเข้ามารุกรานบุกรุกทางทะเล ต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระ
พระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 ทรงโปรดให้เปลี่ยนชื่อเป็น “เมืองสมุทรสาคร” ซึ่งมีความหมาย
ว่า “เมืองแห่งทะเลและแม่น้ำ” ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5
(พ.ศ. 2448) ทรงปฏิรูปการปกครอง มีการจัดระบบการบริหารราชการส่วนภูมิภาคเป็นมณฑล

เทศาภิบาล และได้ทรงมีพระราชดำริที่จะสร้างสรรค์ความเจริญให้แก่ท้องถิ่นโดยใช้รูปแบบการปกครองแบบสุขาภิบาล จึงได้มีพระบรมราชโองการให้ยกฐานะ “ตำบลท่าฉลอม” เป็น “สุขาภิบาลท่าฉลอม” จังหวัดสมุทรสาคร ถือเป็นสุขาภิบาลที่ตั้งขึ้นในหัวเมืองเป็นแห่งแรกของประเทศไทย ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 6 (พ.ศ. 2456) โปรดเกล้าฯ ให้เปลี่ยนคำว่า “เมือง” เป็น “จังหวัด” ทั่วทุกแห่งในพระราชอาณาจักร “เมืองสมุทรสาคร” จึงเปลี่ยนเป็น “จังหวัดสมุทรสาคร” มาจวบจนปัจจุบันนี้ (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2552)

ในปัจจุบัน สมุทรสาครเป็นจังหวัดปริมณฑล ที่มีสภาพสังคมแบบกึ่งชนบทกึ่งเมือง ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมักจะตั้งบ้านเรือนกระจุกตัวอยู่ริมถนนสายหลักและสายรอง มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ส่วนในชนบทการตั้งบ้านเรือนจะกระจายไปตามริมแม่น้ำลำคลอง ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนไทยเชื้อสายจีน และเชื้อสายรามัญ จำนวนประชากรในปี 2551 มีจำนวน 478,146 คน เป็นเพศชาย 231,803 คน เพศหญิง 246,343 คน จำนวนครัวเรือน 181,751 ครัวเรือน ความหนาแน่นเท่ากับ 548.11 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยอำเภอที่มีประชากรมากที่สุด ได้แก่ อำเภอเมืองฯ ส่วนอำเภอที่มีความหนาแน่นมากที่สุด ได้แก่ อำเภอกระทุ่มแบน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)



ภาพที่ 2 แผนที่จังหวัดสมุทรสาคร
ที่มา สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร (2550)

สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ โครงสร้างทางเศรษฐกิจหลักของจังหวัดสมุทรสาคร ขึ้นอยู่กับภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรม โดยโรงงานอุตสาหกรรมที่ขออนุญาตประกอบการมาก ได้แก่ หมวดอุตสาหกรรมพลาสติก หมวดอุตสาหกรรมโลหะ และหมวดอุตสาหกรรมอาหาร ส่วนสินค้าเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัด ได้แก่ 1) กุ้งฝอย เป็นพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัด สามารถทำรายได้ให้ปีละประมาณ 900 ล้านบาท และยังเป็นพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ 2) ไม้ผล ได้แก่ มะพร้าว องุ่น ฝรั่ง มะม่วง ชมพู และพุทรา เป็นพืชผลเศรษฐกิจที่ทำรายได้ให้จังหวัดปีละหลายพันล้านบาท 3) สินค้าประมง จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่มีการประกอบอาชีพทำการประมงและการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำเป็นอาชีพหลัก ถือได้ว่าเป็นแหล่งธุรกิจการประมงที่สำคัญของประเทศ มีทั้งประมงน้ำจืดและน้ำเค็ม 4) เกลือ จังหวัดสมุทรสาครมีพื้นที่ทำนาเกลือเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดสมุทรสงคราม แหล่งผลิตที่สำคัญที่สุดอยู่ในเขตอำเภอมือง ได้ผลผลิตมีมูลค่าประมาณ 104.9 ล้านบาท (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2551)

สถานการณ์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาครเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล ทั้งยังมีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่าน ทำให้สภาพพื้นที่มีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำเกษตร การประมง และการคมนาคมขนส่ง แต่จากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและปัญหามลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาขยะมูลฝอย น้ำเสียจากสถานประกอบการ การรุกรานพื้นที่ป่าชายเลนเพื่อทำนากุ้ง นาเกลือ และการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำอื่นๆ ที่ให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจสูง เป็นต้น ดังนั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ได้ประกาศให้จังหวัดสมุทรสาครเป็นเขตควบคุมมลพิษ (คณะกรรมการฝ่ายประมวลกฎหมายและจดหมายเหตุ, 2544: 8-13) ในปัจจุบันลักษณะทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญของจังหวัดสมุทรสาคร มีดังนี้ (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2551)

ก. **ดิน** ลักษณะของดินในจังหวัดสมุทรสาครจำแนกได้เป็น 2 ส่วนคือ พื้นที่ในเขตอำเภอมืองฯ มีลักษณะเป็นดินเลน เนื้อดินเค็มจัด เนื้อดินเหนียว เป็นพื้นที่ทำนาเกลือ เพาะเลี้ยงกุ้ง ปลากระพง และเลี้ยงปลาน้ำจืดชนิดต่างๆ พื้นที่บางส่วนใช้ทำสวนมะพร้าว พื้นที่ในเขตอำเภอบ้านแพ้ว อำเภอกะทู้แบน และอำเภอมืองบางส่วน เป็นพื้นที่ที่อยู่ไกลจากทะเลออกไป น้ำทะเลท่วมถึงและน้ำทะเลท่วมไม่ถึง ลักษณะดินจะเป็นดินเหนียว มีดินร่วนปนอยู่ พื้นที่ดังกล่าวได้ใช้เป็นพื้นที่ทำการเกษตร ปลูกพืชผัก ผลไม้ และไม้ดอก

ข. ป่าไม้ จังหวัดสมุทรสาคร มีพื้นที่ป่า จำนวน 21,125 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 3.94 ของพื้นที่ทั้งหมดของจังหวัด สภาพทั่วไปเป็นป่าชายเลนขึ้นอยู่เป็นหย่อมๆ ตามฝั่งทะเล กว้างประมาณ 200-300 เมตรเศษ และสองฝั่งแม่น้ำลำคลองเป็นแนวแคบๆ ระยะประมาณ 10-12 เมตร เขตป่าสงวนแห่งชาติ 2 แห่ง พื้นที่ 16,208 ไร่ มีสภาพป่าเหลืออยู่ประมาณ 450 ไร่ ปัจจุบัน ได้ตั้งเป็นศูนย์ธรรมชาติป่าชายเลนอ่าวมหาชัยฝั่งตะวันตก จังหวัดสมุทรสาคร นอกนั้นมีสภาพเป็น ทะเลโคลนเนื่องจากการกัดเซาะของกระแสน้ำและคลื่นลมธรรมชาติ พื้นที่ป่าชายเลนอนุรักษ์ ประมาณ 176,518.75 ไร่ ในเขตอำเภอเมืองฯ และอำเภอบ้านแพ้ว ยังคงมีสภาพป่าเหลืออยู่ จำนวน 11,369 ไร่ จะถูกจำแนกโดยแผนที่จำแนกเขตการใช้ประโยชน์ที่ดินป่าชายเลน ตามมติ คณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2530

ค. แหล่งน้ำธรรมชาติ จังหวัดสมุทรสาครได้รับน้ำส่วนใหญ่จากแม่น้ำท่าจีน และแม่น้ำเจ้าพระยาโดยการชลประทาน โดยมีโครงการเก็บน้ำจากแหล่งน้ำในลำคลอง ชลประทาน 10 สาย และคลองธรรมชาติ กว่า 170 สาย แหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญของจังหวัด ได้แก่ แม่น้ำท่าจีน คลองมหาชัย คลองพิทยาลงกรณ์ คลองสุนัขหอน คลองภาษีเจริญ คลองบาง ยาง และคลองดำเนินสะดวก

สถานการณ์ด้านศิลปวัฒนธรรมประเพณี เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาครมีประชากร หลายเชื้อชาติอยู่ร่วมกัน ซึ่งนอกจากจะมีธรรมเนียมประเพณีแบบคนไทยภาคกลางโดยทั่วไปแล้ว ยังมีคนไทยเชื้อสายจีน คนไทยเชื้อสายรามัญหรือมอญ และคนไทยเชื้อสายลาวโซ่ง โดยประชากร แต่ละกลุ่มต่างก็สืบทอดและธำรงไว้ซึ่งขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่มชนที่ แตกต่างกันออกไป อาทิ ประเพณีแห่เจ้าพ่อหลักเมือง ประเพณีศาลเจ้าแม่จื๋ยบ่วยเนี้ย ประเพณี นมัสการพระมหาโพธิสัตว์กวนอิมของชาวไทยเชื้อสายจีน ประเพณีรำผี ประเพณีตักบาตรน้ำผึ้ง ประเพณีแห่ทางหงส์ ประเพณีล้างเท้าพระและตักบาตรดอกไม้ของชาวไทยเชื้อสายรามัญ รวมถึง ประเพณีทำขวัญ (สู่ขวัญ) และพิธีเสนเรือนหรือการเซ่นไหว้ผีเรือนของชาวไทยเชื้อสายลาวโซ่ง เป็นต้น การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่นดังกล่าว แม้จะเปลี่ยนแปลงจากเดิมไปบ้าง ตามสภาพแวดล้อมทางสังคม แต่ส่วนใหญ่ยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมไว้ อย่างไรก็ตาม คนไทยเหล่านี้ล้วนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ภายใต้ความจงรักภักดีต่อสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ จนไม่อาจแยกความรู้สึกอันแตกต่างกันได้ อนึ่ง ในด้านการนับถือศาสนานั้น ประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาคร คือประมาณ ร้อยละ 99 นับถือศาสนาพุทธ โดยมีวัดใน

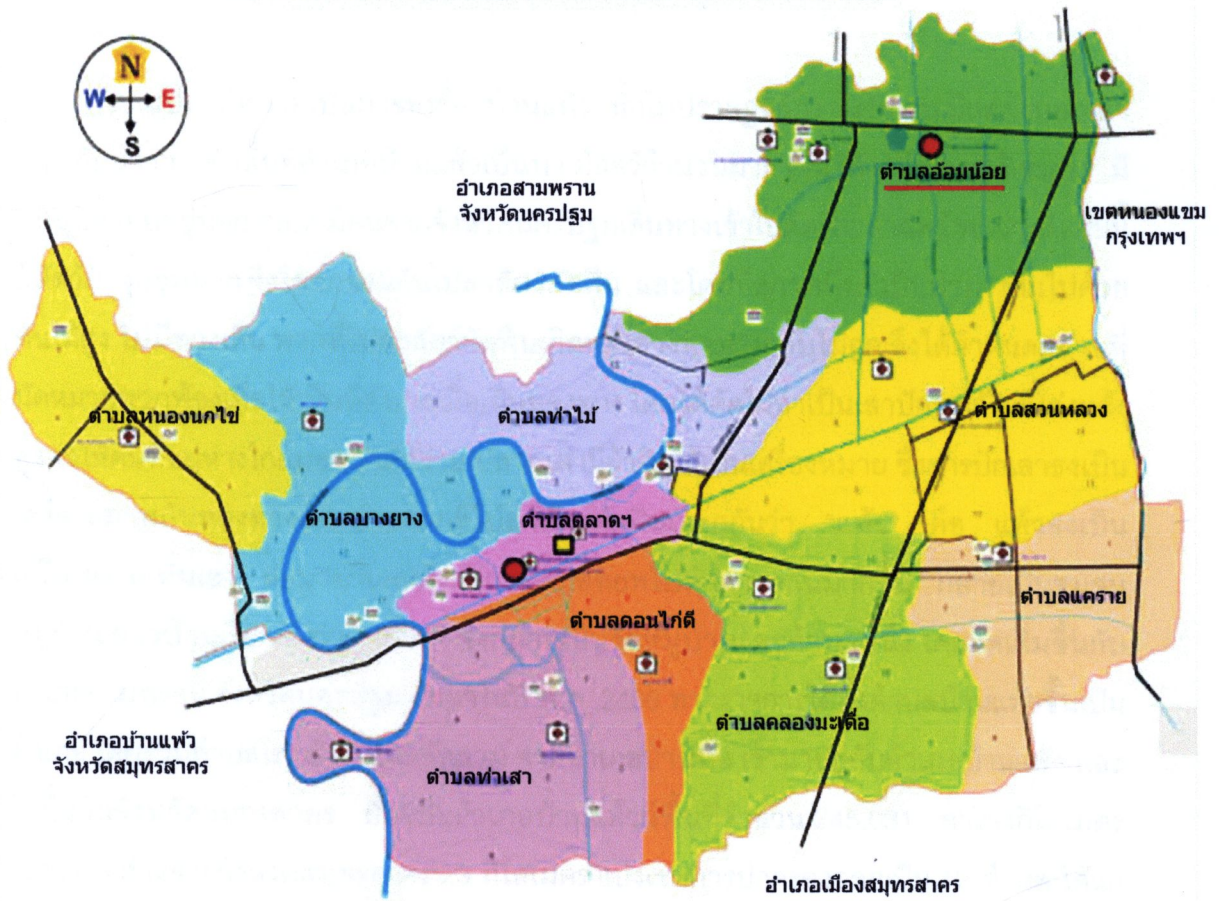
พระพุทธศาสนา จำนวนทั้งสิ้น 107 วัด มีโบสถ์ในศาสนาคริสต์ จำนวน 2 แห่ง และมีมัสยิด 1 แห่ง นอกจากนั้น ยังมีโบราณสถานอันเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สำคัญ อาทิ ศาลพันท้ายนรสิงห์ ป้อมวิเชียรโชฎก ปลองเหล็ยม วัดใหญ่จอมปราสาท เป็นต้น (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2552)

บริบททางสังคมและสภาพแวดล้อมของอำเภอกระทุ่มแบน

อำเภอกระทุ่มแบนได้ถูกจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติปกครองท้องที่เมื่อ พ.ศ. 2443 ซึ่งเดิมขึ้นตรงต่อเมืองสมุทรสาคร ต่อมาในปี พ.ศ. 2469 ทางราชการได้มีคำสั่งโอนตำบลท่าไม้ ตำบลบางยาง ตำบลชุกข์ (หนองนกไข่) และตำบลอ้อมน้อย รวม 4 ตำบล ซึ่งเคยอยู่ในความปกครองของอำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม มาขึ้นกับอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และในปี พ.ศ. 2486 จังหวัดสมุทรสาครได้ถูกยุบรวมกับจังหวัดธนบุรี โดยรัฐบาลในสมัยนั้นมีนโยบายจัดตั้งปลัดตำบลจึงได้ยุบรวมตำบลในอำเภอกระทุ่มแบน คือ รวมตำบลดอนไถ่กับตำบลท่าเสา เรียกว่าตำบลท่าเสา รวมตำบลแครายกับตำบลสวนหลวง เรียกว่าตำบลสวนหลวง ส่วนตำบลอื่นๆ ยังคงสถานะเดิม ต่อมาในปี พ.ศ. 2489 ได้มีการประกาศยกฐานะจังหวัดสมุทรสาครขึ้นใหม่ อำเภอกระทุ่มแบนจึงกลับมาอยู่ในความปกครองของจังหวัดสมุทรสาครอีกครั้ง พร้อมทั้งได้มีการประกาศแยกตำบลที่รวมกันให้เป็นตำบลเหมือนเดิมที่เป็นอยู่ก่อน ในปัจจุบันที่ว่าการอำเภอกระทุ่มแบนตั้งอยู่ริมคลองภาษีเจริญ ตำบลตลาดกระทุ่มแบน ระยะทางห่างจากตัวจังหวัด 14 กิโลเมตร มีพื้นที่ 135.276 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 ตำบล ได้แก่ ตำบลตลาดกระทุ่มแบน ท่าไม้ บางยาง คลองมะเดื่อ หนองนกไข่ ดอนไถ่ แคราย ท่าเสา สวนหลวง และอ้อมน้อย (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2552) ดังภาพที่ 3

ปัจจุบันอำเภอกระทุ่มแบนเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดของจังหวัดสมุทรสาคร โดยในปี พ.ศ. 2551 มีประชากรรวมทั้งสิ้น 149,201 คน เป็นเพศชาย 72,596 คน และเพศหญิง 76,605 คน ความหนาแน่น 1,082.93 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

แผนที่โดยสังเขปอำเภอกระทุ่มแบน



ภาพที่ 3 แผนที่อำเภอกระทุ่มแบน
ที่มา สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร (2552)

บริบททางสังคมและสภาพแวดล้อมของอำเภอบ้านแพ้ว

อำเภอบ้านแพ้ว เป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 3 อำเภอของจังหวัดสมุทรสาคร ตั้งอยู่ในบริเวณพื้นที่ราบริมฝั่งคลองดำเนินสะดวกที่เชื่อมต่อระหว่างแม่น้ำท่าจีนกับแม่น้ำแม่กลอง ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านแพ้วมีหลายเชื้อชาติ ได้แก่ ไทย ญวน จีน และลาว จึงมีประเพณีและวัฒนธรรมในลักษณะผสมผสาน โดยมีจุดเชื่อมโยงที่สำคัญคือพุทธศาสนาที่คนทุกกลุ่มชาติพันธุ์นับถือเป็นศาสนาหลัก การประกอบอาชีพของชาวอำเภอบ้านแพ้ว คือ การทำสวนผักและผลไม้สวนกล้วยไม้ ปลูกข้าว เลี้ยงปลาโดยเฉพาะปลาช่อนและปลาสลิด รวมถึงเลี้ยงกุ้ง ซึ่งผลผลิต

ทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ มะพร้าว น้ำหอม มะนาว องุ่น ฝรั่ง ชมพู แก้วมังกร เป็นต้น (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2552)

ตามประวัติความเป็นมาของชื่อ “บ้านแพ้ว” นั้นไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน มีแต่คำบอกเล่า ต่อๆ กันมาว่า เดิมพื้นที่อำเภอบ้านแพ้วเป็นป่า มีสัตว์จำนวนมาก เช่น กิ้ง เสือ จระเข้ หมูป่า มีราษฎรอาศัยอยู่น้อย ต่อมามีคนจากจังหวัดนครปฐมเดินทางเข้าไปตัดฟัน ล่าสัตว์ พบว่าบริเวณนี้มีสัตว์ป่าชุกชุมมาก จึงได้ชักชวนกันไปล่าสัตว์ตัดฟัน และโดยที่สภาพพื้นที่เป็นป่ารก เต็มไปด้วยต้นไม้สูง ไม่มีทางเดิน พวกที่ไปล่าสัตว์ตัดฟันเกิดหลงทางหาทางกลับไม่ถูก จึงได้กำหนดสถานที่นัดหมายพวกพ้องเพื่อให้เป็นที่ยึดเหนี่ยวเมื่อเดินทาง โดยได้ตัดไม้ทำเป็นเสาปักธงไว้ในที่โล่งแจ้ง สูงพอให้คนที่อยู่ห่างไกลมองเห็นได้ง่าย ปลายเสามีผ้าติดไว้เป็นเครื่องหมาย ซึ่งการปักเสารวมเป็นเครื่องหมายกันหลงทางดังกล่าวพวกที่ไปล่าสัตว์ตัดฟันเรียกกันว่า “แพ้ว” คือ แพ้วจริงเป็นเครื่องหมายนั่นเอง ต่อมาบริเวณดังกล่าวมีคนอพยพไปทำมาหากินมากขึ้น กลายเป็นชุมชนหมู่บ้าน ชาวบ้านเรียกกันว่า “แพ้ว” จึงกลายเป็นชื่อหมู่บ้านและตำบลหนึ่ง โดยแต่เดิมขึ้นกับอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ต่อมาในปี พ.ศ. 2468 ทางราชการได้ตั้งตำบลบ้านแพ้วขึ้นเป็นอำเภอ โดยรวมตำบลโรงเข้ ตำบลหลักสาม จากอำเภอบ้านบ่อ เข้ามาอยู่กับอำเภอบ้านแพ้ว และให้ขึ้นกับจังหวัดสมุทรสาคร ปัจจุบันอำเภอบ้านแพ้วมีพื้นที่จำนวน 245.031 ตารางกิโลเมตร ระยะทางห่างจากจังหวัดสมุทรสาคร 23 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 12 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านแพ้ว โรงเข้ ยกกระบัตร อำแพง หลักสอง หลักสาม คลองตัน เจ็ดริ้ว สวนส้ม หนองบัว หนองสองห้อง และเกษตรพัฒนา (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2552) ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แผนที่อำเภอบ้านแพ้ว

ที่มา สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร (2552)

ในส่วนของตำบลหลักสาม ที่มาของชื่อ “หลักสาม” มาจากเสาหลักกิโลเมตรริมคลองดำเนินสะดวก ที่ทำด้วยหินเป็นแท่ง สูงจากพื้นดินประมาณ 1 เมตร ระบุตัวเลขแสดงระยะทางไว้เป็น 3 ภาษา คือ เลขไทย เลขโรมัน และเลขจีน สำหรับเสาหลักสามนี้อยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว จึงเป็นที่มาของชื่อตำบล และปัจจุบันกลายเป็นสถานที่ศักดิ์สิทธิ์มีคนมาจุดธูปขอพรอยู่เสมอ



ภาพที่ 5 เสาหลักสาม ริมคลองดำเนินสะดวก

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งตนเองด้านสุขภาพและภูมิปัญญา การแพทย์พื้นบ้านทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ได้มีผู้ศึกษาไว้ในหลายประเด็น ได้แก่ การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน ลำดับขั้นในการเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชน และ ประสิทธิภาพของการแพทย์พื้นบ้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

การทบทวนเอกสารในประเด็นเกี่ยวกับการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนนั้น พบ งานวิจัยของ ภมรรัตน์ สุธรรม (2546: 28-29) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพลวัตชุมชนกับการพึ่งตนเองใน ชุมชนภาคตะวันตกจำนวน 5 ชุมชน พบว่าในช่วงบุกเบิกชุมชนมีระบบเศรษฐกิจแบบดั้งเดิมหรือ แบบพอเพียง สามารถพึ่งตนเองด้านปัจจัยสี่ได้ในระดับสูง โดยมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้พึ่งตนเองได้ คือ ความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ จำนวนประชากรน้อย และความสัมพันธ์แบบเครือญาติภายในชุมชน ต่อมาในช่วงชุมชนขยายตัว ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการผลิตที่เน้นการผลิตเพื่อขาย ทำให้ชุมชนมีระบบเศรษฐกิจแบบพึ่งพา ระดับการพึ่งตนเองด้านปัจจัยสี่ลดลง ต้องพึ่งพาภายนอกมากขึ้น ชุมชนเกิดวิกฤตทั้งในด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ชุมชนในช่วงปรับตัว ได้มีการรวมตัวเป็นองค์กรชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมในการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น โดยเน้นการจัดสวัสดิการให้กับชุมชน การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติเพื่อเป็นฐานเศรษฐกิจที่สำคัญของชุมชน โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรชุมชน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำ การมีส่วนร่วมของชุมชน ความสัมพันธ์ภายในชุมชนแบบเครือญาติ กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน และปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกในด้านวิชาการ บุคลากร และงบประมาณ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรชุมชนที่เข้มแข็งกับการพึ่งตนเองของชุมชนนั้น พบว่าองค์กรชุมชนที่เข้มแข็งจะมีบทบาทสำคัญในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมในการพึ่งตนเองทางด้านเศรษฐกิจของชุมชน ทำให้ชุมชนมีแหล่งเงินทุนของตนเอง ชุมชนสามารถจัดสวัสดิการในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่สมาชิก การดำเนินกิจกรรมการพึ่งตนเองด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม องค์กรชุมชนได้เน้นการจัดการทรัพยากรธรรมชาติให้เกิดความยั่งยืน เพื่อเป็นฐานเศรษฐกิจที่สำคัญของชุมชน มีการสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชนในการ

ต่อรองเพื่อจัดการทรัพยากรธรรมชาติโดยชุมชน การฟื้นฟูระบบนิเวศน์ให้กลับคืนสู่สมดุล การสร้างเครือข่าย การเรียนรู้ และทำให้ชุมชนเป็นศูนย์การเรียนรู้ที่สำคัญทั้งในด้านเศรษฐกิจชุมชน ศูนย์ศึกษาธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เจิมสุข ทานา (2547: 147-161) ศึกษาความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชนกับภาวะสุขภาพในชุมชนบ้านสันติสุข ตำบลแม่ลาหลวง อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าองค์ประกอบและกระบวนการที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ ประกอบด้วย 1) มีระบบการประกอบอาชีพ การเกษตรแบบพึ่งตนเอง มีการทำสวน ทำไร่ และการเก็บหาของป่า 2) มีระบบการผลิตเพื่อการยังชีพและพึ่งตนเองภายในชุมชน คือ การทอผ้า การตีเครื่องเงิน การจักสาน 3) มีผู้นำธรรมชาติที่หลากหลาย นำไปสู่ความร่วมมือพึ่งพาอาศัยกันและกันของคนในชุมชน เกิดกลุ่มกิจกรรมต่างๆ มากมาย 4) มีศาสนาคริสต์เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของสมาชิกในชุมชน เป็นศาสนาหลักประจำหมู่บ้าน โดยมีการปฏิบัติศาสนกิจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความมีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลกันในด้านต่างๆ เช่น การลงแขกเอามือในการทำการเกษตร การสร้างบ้าน การแบ่งปันผลผลิต 5) มีระบบเครือข่ายที่แน่นแฟ้น มีความสามัคคี ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนจะได้รับความร่วมมือด้วยดี 6) กระบวนการเรียนรู้เพื่อชีวิต เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนทุกระดับ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งการสอน การสังเกต การอ่าน การฟัง การทดลองทำ การเลียนแบบอย่าง การแลกเปลี่ยน เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะของความเป็นประชาสังคม ซึ่งเป็นตัวนำชุมชนไปสู่การปลดปล่อย จากความบีบคั้นทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ที่มีต่อผู้คนในชุมชนและครอบครัว ทำให้ชุมชนมีสันติภาพ มีความสามารถในการพึ่งตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีในทุกมิติ ดังนี้

มิติทางกาย ในชุมชนจะมีการปลูกพืชสมุนไพรไว้ใช้เองในครัวเรือน โดยส่วนหนึ่งจะเป็นพืชที่ใช้เป็นอาหารในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นชาวบ้านยังมีความรู้ในการรักษาโรคด้วยสมุนไพรโดยการบอกกล่าวสืบทอดแก่ลูกหลานมายาวนาน เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ ก็จะใช้ไพล (ชาวบ้านเรียก ปูเลย) มาผานเป็นแว่น นำไปต้มดื่ม เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าชุมชนมีภูมิปัญญาในการดูแลรักษาโรคเป็นตำรับของตนเอง นำองค์ความรู้มาปฏิบัติ และถ่ายทอดสู่ลูกหลานอย่างต่อเนื่องมาจนถึงทุกวันนี้ แต่ก็ยังมีการพึ่งพาสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลอยู่บ้างในกรณีที่พึ่งตนเองแล้วไม่ดีขึ้น นอกจากนั้น ยังมีกองทุนยาซึ่งจำหน่ายยาราคาถูกแก่ชาวบ้าน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ดูแล ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถานีอนามัย ส่วนใหญ่จะ

เป็นยาสยามัญประจำบ้าน และมีเครื่องวัดความดันโลหิตไว้ให้บริการด้วย แต่ส่วนใหญ่หากชาวบ้านเจ็บป่วย อสม. จะแนะนำให้ลองใช้สมุนไพรก่อน หากไม่ดีขึ้นจึงจะใช้ยาจากกองทุนยารักษาต่อ และจากสถานการณ์ที่พบ มีชาวบ้านมาใช้บริการน้อยมาก เนื่องจากส่วนใหญ่ยังนิยมใช้สมุนไพร กอปรกับการที่ชุมชนมีวิถีการเกษตรแบบยังชีพ มีการปลูกพืชสวนครัวไว้รับประทานเอง ทำให้ได้อาหารที่ปลอดสารพิษ และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง ถือเป็นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยได้อีกทางหนึ่งด้วย

มิติทางจิตใจ การที่ชุมชนยึดถือแนวปฏิบัติตามหลักคริสตศาสนา มีการไปทำพิธีที่โบสถ์ทุกวันอาทิตย์โดยพร้อมเพรียงกัน ส่งผลดีต่อภาวะจิตใจของคนในชุมชน เนื่องจากศาสนาสอนให้คนมีเมตตา ไม่โลภ รู้จักให้อภัย ช่วยเหลือเกื้อกูล มีน้ำใจต่อกัน ทำให้ชุมชนอยู่ร่วมกันบนพื้นฐานแห่งความเอื้ออาทร รักใคร่ปรองดองกัน นอกจากนี้ การที่ชุมชนมีกลุ่มองค์กรทางการเงิน เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพต่างๆ ทำให้ชาวบ้านได้รับผลประโยชน์และการดูแลจากกลุ่มกองทุนเหล่านี้ ส่งผลถึงการลดภาวะความเครียดทางจิตใจของคนในชุมชนได้

มิติสุขภาพทางสังคม การที่ชุมชนมีการรวมกลุ่มในรูปแบบต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ชุมชนต้องการ เพื่อแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหาต่างๆ ของชุมชน ส่งผลดีต่อสมาชิกทุกคนในชุมชนทั้งในด้านเศรษฐกิจ ระบบโครงสร้างพื้นฐาน รวมถึงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

มิติสุขภาพทางปัญญา ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้หลากหลายรูปแบบ ที่มีพื้นฐานมาจากการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และมีการถ่ายทอดทักษะและภูมิปัญญาสู่ลูกหลานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากราชการในการฝึกอบรมทักษะและวิชาการ ส่งผลให้ชุมชนมีโอกาสและเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้เพื่อชีวิต อันจะทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและนำไปสู่การพึ่งตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรรอดตายที่เน้นว่าการที่ปัจเจกบุคคลหรือชุมชนจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ได้นั้น สิ่งหนึ่งที่จะต้องทำ คือ การมีทักษะชีวิตหรือมีปัญญานั่นเอง

เบญจมาศ นันตาวีราช (2551: 100-105) ศึกษากระบวนการพึ่งพาตนเองด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนบ้านแม่ฮักพัฒนา ตำบลหนองแห่ย์ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

กระบวนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชนแบบองค์รวม เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ในการดูแลรักษาอาการเจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติที่ยังคงมีอยู่ในชุมชน โดยมีแพทย์พื้นบ้านและแพทย์แผนปัจจุบันเป็นทางเลือกในการตัดสินใจในดูแลรักษาสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่เอื้อให้เกิดกระบวนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ การมีแพทย์พื้นบ้าน และรูปแบบความสัมพันธ์ในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกันมากแบบเครือญาติ จึงสามารถถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลรักษาเวลาเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ เจ้าหน้าที่รัฐ โดยสถานีนามัย โรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพของชุมชน โดยที่เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยชาวบ้านจะใช้วิธีการดูแลกันเองก่อน เช่น นอนพัก รักษาด้วยสมุนไพร บิบนวด เป็นต้น หากเมื่อรักษาตนเองแล้วไม่หาย รูปแบบการดูแลสุขภาพก็จะขึ้นอยู่กับชนิดของโรคและความเชื่อโรคนั้นต้องรักษาตามแบบแผนใด เช่น ถ้าเป็นโรคงูสวัด (ชาวบ้านเรียกว่า มะเร็งไขปลา) ก็จะไปหาหมอพื้นบ้านรักษาด้วยวิธีเสกเป่า แต่ถ้าเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ก็จะไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ตาม ถ้ารักษาไประยะหนึ่งแล้วยังไม่หายขาดหรือเป็นๆ หายๆ ชาวบ้านก็จะกลับมารักษาแบบพื้นบ้านอีก หรืออาจรักษาทั้ง 2 วิธีควบคู่กันไป

4.2 การเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชน

การตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของบุคคลแต่ละคนนั้น ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์เดิมของตน รวมถึงอิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิด และปัจจัยทางสังคม เช่น เศรษฐฐานะ ระบบสวัสดิการ เป็นต้น ซึ่งในประเด็นนี้ Sawatsing (2003: 67-79) ได้ศึกษาพบว่าเหตุผลที่ประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ยังคงเลือกใช้บริการกับหมอพื้นบ้าน เนื่องจากมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยบางอย่างต้องรักษากับหมอพื้นบ้านเท่านั้น ประกอบกับความพึงพอใจในการรักษาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยครั้งก่อน ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและญาติสามารถกำหนดได้เองตามเศรษฐฐานะของตน การเดินทางที่สะดวกสบาย เนื่องจากอยู่ภายในหมู่บ้านเดียวกัน รวมทั้งการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความชำนาญในการรักษาของหมอพื้นบ้านจากพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เป็นต้น เช่นเดียวกับที่ ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 151-162) พบว่าในกลุ่มประชากรที่ยังคงมีการใช้สมุนไพรอยู่นั้น เป็นการตอบสนองส่วนที่ขาดไปของระบบสาธารณสุขแผนใหม่ อาทิ ความต้องการการรักษาบางประเภท เช่น โรคปวดเมื่อย ที่ต้องการหมอนวดจับเส้น หรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงหาก



ไปปรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนใหม่ เช่น การสลายนิ่วด้วยเครื่องเลเซอร์ ซึ่งผู้ป่วยจะนิยมกินยาสมุนไพรเพื่อรักษานิ่วที่มีราคาถูกกว่า ถือเป็นทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มคนที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดีนัก หรือกลุ่มที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง เอชดี เป็นต้น ขณะที่ ยรรยงค์ นาคมา (2552: 26-29) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยกระดูกหักจะมีปัจจัยในการตัดสินใจเลือกรับการรักษาระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์พื้นบ้านอยู่หลายปัจจัย ได้แก่ อาการและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา ระดับการศึกษา คำแนะนำของญาติ ความกลัวการผ่าตัดหรือถูกตัดอวัยวะ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ญาติที่มีประสบการณ์ตรงจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญที่สุดในการแนะนำชักจูงให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่หมอฟื้นบ้าน

ในส่วนของลำดับขั้นในการเลือกใช้บริการสุขภาพนั้น คมพล สุวรรณภฎ (2544: 426-451) ศึกษาพบว่าเมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กๆ น้อยๆ ประชาชนจะมีการดูแลตนเองและดูแลกันเองภายในครัวเรือน ต่อเมื่อไม่สามารถรักษาตัวเอง ก็จะพึ่งผู้ชำนาญการในชุมชนหรือสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ใกล้เคียง โดยที่ชาวบ้านสามารถประยุกต์ใช้ทั้งภูมิปัญญาดั้งเดิมและภูมิปัญญาสมัยใหม่ได้อย่างกลมกลืนโดยไม่ปฏิเสธด้านใดด้านหนึ่งอย่างสิ้นเชิง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชาวบ้านมีทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ ทั้งระบบการดูแลสุขภาพในครัวเรือนและชุมชน ระบบการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่น ระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และรวมถึงระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ด้วย ทั้งนี้ ปัจจัยที่ช่วยให้ชุมชนสามารถแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพได้อย่างหลากหลายและเหมาะสม ประกอบด้วยความสามารถในการเรียนรู้เชิงรุก ความสามารถในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และวิถีคิดแบบพึ่งตนเองภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ในประเด็นเดียวกัน ผลการวิจัยจากต่างประเทศโดย Lewis (2007: 146-165) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเชื้อสายแอฟริกันที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีความเชื่อและมีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านอยู่มาก แม้จะอพยพมาอยู่ในสหรัฐอเมริกาเป็นเวลานานเพียงใดก็ตาม โดยคนกลุ่มนี้จะมีสังคมของตนเอง และยังคงวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมไว้อย่างเหนียวแน่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา คือการรักษาและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่การแพทย์แผนตะวันตกจะถูกเลือกใช้เป็นทางการแพทย์

เสริมหรือเป็นทางเลือกลำดับที่สองในกรณีที่การแพทย์แบบพื้นบ้านให้ผลในการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

ขณะที่ Nakapraseartgul (2001: 57-63) ได้สำรวจสถานการณ์เกี่ยวกับการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย ณ สถานีอนามัย ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 56 แห่ง พบว่าบริการที่จัดขึ้นนั้นมีเพียง 2 ประเภท ได้แก่ ด้านการให้ยาสมุนไพร และด้านการนวด (รวมถึงการอบ ประคบสมุนไพร) โดยสถานีอนามัยที่จัดให้มีบริการดังกล่าวก็ยังมีจำนวนค่อนข้างน้อย ซึ่งบริการที่พบมากที่สุด คือ การจ่ายยาสมุนไพรให้แก่ผู้ป่วย ร้อยละ 28.6 นอกเหนือจากนั้น ในด้านการนวดไทย การประคบสมุนไพร และการอบสมุนไพร มีการจัดบริการน้อยมาก คือ ร้อยละ 5.4, 3.6 และ 1.8 ตามลำดับ ส่วนในด้านวิชาการและการฝึกอบรม พบว่า มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 80.4 และการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรแก่ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 78.6 อนึ่ง สาเหตุที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่ไม่มีการดำเนินงานในด้านต่างๆ นั้น เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ รวมถึงการขาดทักษะในการปฏิบัติงาน การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ การไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ เป็นต้น

ส่วนในบริบทของสังคมไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการให้และการใช้บริการสุขภาพหมอพื้นบ้านในเขตชนบทของจังหวัดบุรีรัมย์ โดย Sawatsing (2003: 67-79) พบว่า หมอพื้นบ้านในพื้นที่ศึกษามี 6 ประเภท ได้แก่ หมอเป่า หมอทรง หมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอนวดจับเส้น และหมอสะเดาะเคราะห์ โดยขั้นตอนการรักษา ไม่แตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่การไหว้ครู การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการสมนาคุณหมอพื้นบ้านภายหลังที่รักษาหายแล้ว สำหรับเหตุผลที่หมอพื้นบ้านยังคงมีบทบาทในการรักษา เนื่องจากมีรูปแบบและวิธีการรักษาที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและการประเมินผลการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกับชาวบ้าน รวมถึงการมีคุณสมบัติที่น่าเชื่อถือศรัทธา

4.3 ประสิทธิภาพของการแพทย์พื้นบ้าน

การประเมินประสิทธิภาพของการแพทย์พื้นบ้านในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยนั้น จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยต่างๆ แล้วพบว่ามีการศึกษาติดตามการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนในด้านการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก ซึ่งเป็นการประเมินโดยใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์แผน

ปัจจุบันเป็นเกณฑ์หลักในการตัดสินใจ ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจของตัวผู้ป่วย โดยการวิจัยที่พบในประเด็นนี้ ได้แก่ งานวิจัยของ ทศนาถ อัมพนนวัฒน์ (2552: 501-509) ที่ติดตามประเมินประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอฟันบ้าน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 มีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวน 30 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยกระดูกไหปลาร้าหัก 13 ราย แขนหัก 11 ราย และขาหัก 6 ราย สำหรับขั้นตอนการรักษานั้น หมอฟันบ้านจะเริ่มต้นด้วยการเตรียมน้ำมันประสานเส้นเอ็นกระดูก การบุชาครุ การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคซึ่งประกอบด้วย การดัดกระดูก การเข้าเฝือก การถอดเฝือก การทาน้ำมันประสานเส้นเอ็นกระดูก และการเป่าคาตา หลังจากนั้นก็จะมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ส่วนการติดตามประเมินผลการรักษากระทำภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาจากหมอฟันบ้านเป็นเวลา 4 เดือน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคกระดูกและข้อ (Orthopedist) ใช้เกณฑ์การประเมินการเชื่อมติดของกระดูก (Structure) ซึ่งประเมินได้จากภาพถ่ายรังสี (X-ray) ร่วมกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติงาน (Function) หรือการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion) พบว่ามีผู้ป่วยที่หายเป็นปกติติดตามเกณฑ์ทุกด้าน ร้อยละ 36.67 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกระดูกไหปลาร้าหัก ส่วนรายอื่นๆ ผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลว่า ข้อดีของกระบวนการรักษาของหมอฟันบ้าน คือ การบุชาครุ เนื่องจากการใช้ความเชื่อทางพุทธศาสนาและทางจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ตั้งใจรับการรักษา และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การใช้น้ำมันประสานเส้นเอ็นกระดูก มีส่วนผสมของไพล ซึ่งมีสรรพคุณช่วยลดอาการบวมอักเสบได้ อย่างไรก็ตามสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ผลการรักษาของหมอฟันบ้านไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องมาจากหมอฟันบ้านมีความเชื่อเกี่ยวกับการเข้าเฝือกว่ากระทำเฉพาะส่วนที่เป็นกระดูกตรง เช่น แขน ขา เท่านั้น จึงไม่ใส่เฝือกบริเวณข้อ เป็นเหตุให้ผลการรักษาในผู้ป่วยที่กระดูกหักบริเวณข้อได้ผลไม่ดี กระดูกโค้งผิดรูป ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอธิบายให้หมอฟันบ้านเข้าใจ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการรักษาให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น อนึ่ง นอกจากการประเมินประสิทธิผลของการรักษาโดยอาศัยกรอบแนวคิดและวิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว งานวิจัยนี้ยังมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยร่วมด้วย โดยจำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคำปรึกษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผลการรักษา การวินิจฉัยโรค และการติดตามผลการรักษา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทุกด้านในระดับมากถึงมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุด คือ ด้านคำปรึกษา รองลงมา คือ การติดตามผลการรักษา กล่าวโดยสรุป จากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนยังคงใช้บริการระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ โดยจะเลือกใช้

แนวทางการรักษาแบบพื้นบ้านตามความเชื่อและประสบการณ์ของตน ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันด้วย

นอกจากนั้น ยรรยงค์ นาคมา (2552: 26-29) ได้ศึกษาหมอฟันบ้านในจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งกระบวนการรักษาผู้ป่วย จะเริ่มจากการวินิจฉัย โดยการซักถาม ตำแหน่งที่บาดเจ็บ จากนั้นจะใช้มือคลำและกดบริเวณที่บาดเจ็บเพื่อประเมินว่ากระดูกหักหรือไม่ ถ้าหักจะบอกให้ผู้ป่วยทราบ ว่ากระดูกส่วนใดหัก พร้อมกับจะพูดสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วย จากนั้นจะเริ่มกระบวนการรักษา โดยให้ผู้ป่วยกราบพระรัตนตรัยและไหว้ครูที่หน้าโต๊ะหมู่บูชา แล้วจึงนำน้ำมันมะพร้าวที่ผ่านการทำพิธีมาก่อนแล้วมาทาและนวดบริเวณที่บาดเจ็บพร้อมทั้งเป่ามนต์ แล้วจึงให้ผู้ป่วยกินน้ำมันมะพร้าว 1 ช้อนโต๊ะ ส่วนการเข้าเฝือกนั้นจะทำในกรณีกระดูกหักบางตำแหน่ง โดยเฝือกที่ใช้จะเป็นเฝือกไม้ไผ่ ต่อจากนั้นหมอฟันบ้านจะบอกข้อห้ามในการใช้งานอวัยวะส่วนที่หัก และนัดให้ผู้ป่วยมาพบทุกวันต่อเนื่องกัน 3 วัน ภายหลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยนำน้ำมันมะพร้าวกลับไปทาและรับประทานที่บ้านวันละ 1 ครั้งจนกว่าจะหาย โดยหมอฟันบ้านรายนี้จะไม่ใช่ยาและสมุนไพรอื่นใดร่วมในการรักษาด้วย ส่วนผลการรักษานั้น ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยจำนวน 4 รายเพื่อประเมินผล โดยวิธีทางออร์โธปิดิกส์ (Orthopedics) โดยดูจากฟิล์มเอ็กซเรย์ และประเมินการเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อต่อส่วนที่หักนั้น ซึ่งผลการประเมินพบว่า ทั้ง 4 รายหายดีสามารถเคลื่อนไหวและใช้งานอวัยวะส่วนที่หักได้ตามปกติ แต่มีอยู่ 2 รายที่มีการติดของกระดูกผิดรูปเล็กน้อย ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้น พบว่า 2 รายที่กระดูกติดสนิทดี ตอบว่าพอใจมาก ส่วนอีก 2 รายที่มีกระดูกผิดรูปเล็กน้อย ตอบว่าพอใจปานกลาง ทั้งนี้ ความพึงพอใจดังกล่าวสืบเนื่องมาจากการที่หมอฟันบ้านมีขั้นตอนในการรักษาไม่ยุ่งยากเมื่อเปรียบเทียบกับหมอแผนปัจจุบันตามความคิดเห็นของผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การพบหมอฟันบ้าน ซึ่งสามารถไปพบได้ตลอดเวลาโดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาทันที ต่างกับหมอแผนปัจจุบันที่ต้องมีการทำบัตร ซักประวัติ ตรวจเบื้องต้นโดยพยาบาล และหมอบอกทั่วไปหรือหมอเวร ก่อนส่งไปพบหมอกระดูก นอกจากนี้ ระหว่างการรักษาหมอแผนปัจจุบันมีการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลและขั้นตอนการรักษาน้อยมาก ต่างจากหมอฟันบ้านที่ทุกขั้นตอนจะได้รับการบอกกล่าวด้วยภาษาแบบชาวบ้านที่เข้าใจง่าย อีกทั้งยังมีการพูดให้กำลังใจ รวมถึงญาติสามารถอยู่เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดในทุกขั้นตอนของการรักษาอีกด้วย ด้านระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยมีความเห็นว่าการรักษากับหมอแผนปัจจุบันจะใช้เวลาอย่างน้อย 1-3 เดือน โดยระหว่างนั้นจะห้ามใช้อวัยวะที่บาดเจ็บ ซึ่งในมุมมองของผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เพราะมีภาระด้านเศรษฐกิจที่ต้องประกอบอาชีพและทำกิจวัตร

ประจำวันด้วยตนเอง ขณะที่การรักษาที่หมอพื้นบ้านจะใช้เวลาน้อยกว่าและข้อหำน้อยกว่า ไม่เพียงเท่านั้น ประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาที่หมอพื้นบ้าน เนื่องจากหมอพื้นบ้านไม่มีการเรียกร้องหรือกำหนดค่ารักษาแต่อย่างใด แล้วแต่ผู้ป่วยจะมอบให้ โดยถือเป็นค่าไหว้ครูและทำบุญอุทิศให้เจ้ากรรมนายเวร โดยหมอพื้นบ้านจะนำเงินนี้ไปทำบุญต่อไป ทำให้ผู้ป่วยไม่วิตกกังวลต่อค่ารักษา ในขณะที่การรักษาแผนปัจจุบันจะมีอัตราค่ายาและค่าบริการที่กำหนดไว้ตายตัว โดยเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง ตามภาวะเศรษฐกิจและตามความทันสมัยของเครื่องมือ แม้ว่าในปัจจุบันประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายแฝงที่เกิดขึ้นทุกวันที่ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์หรือนอนโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง ค่าอาหารของญาติที่ไปเฝ้าไข้ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันยังต้องขาดรายได้จากการหยุดประกอบอาชีพในระหว่างการรักษาอีกด้วย จากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยยังคงมีความพึงพอใจที่จะไปรับการรักษาจากหมอพื้นบ้านอยู่ในปัจจุบันนี้

จากการทบทวนสาระสำคัญของทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สามารถประมวลเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

