การนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลัง : ศึกษากรณีจังหวัดอุดรธานี

พัชรวดี เพ็งสระเกตุ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2552

การนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลัง : ศึกษากรณีจังหวัดอุดรธานี

พัชรวดี เพ็งสระเกตุ
คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)

ศาสตราจารย์.....ประธานกรรมการ
(ดร.สนิท สมัครการ)

รองศาสตราจารย์.....กรรมการและที่ปรึกษา
(ดร.สุพรรณี ไชยอำพร)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์..... กรรมการ
(ดร.คมพล สุวรรณกูฏ)

รองศาสตราจารย์.....คณบดี
(ดร.สุรสิทธิ์ วชิรขจร)
วันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2552

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์	การนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลัง : ศึกษากรณีจังหวัดอุดรธานี
ชื่อผู้เขียน	นางสาวพัชรวดี เพ็งสระเกตุ
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
ปีการศึกษา	2552

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาศักยภาพของผู้สูงอายุในด้านการนำความรู้เรื่องสุขภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์ 2) เพื่อศึกษาการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ 3) เพื่อศึกษาแนวโน้มการนำเอาความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพมาใช้ประโยชน์

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ(Key-informants) ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 21 คน ได้แก่ ผู้ที่เคยประกอบอาชีพ หรือกำลังประกอบอาชีพเป็นหมอนวดไทยและหมอประคบสมุนไพร จำนวน 15 คน ผู้ที่ใช้บริการนวดไทย และการประคบสมุนไพรจำนวน 6 คน แบ่งเป็น กลุ่มคนวัยทำงาน 3 คน และกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 3 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การเทียบเคียงแนวคิด ทฤษฎี ควบคู่บริบท และใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบ

ผลการศึกษา สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การเรียนรู้ ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งมีรูปแบบการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน ได้แก่ การเรียนรู้จากการลองผิดลองถูกด้วยตนเอง การเรียนรู้จากการสังเกต และการเรียนรู้จากการสาธิตโดยผู้รู้

2. ศักยภาพการนำความรู้ไปใช้ หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรสูงอายุยังมีศักยภาพในการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ ด้วยเหตุผล ดังนี้ 1) สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย 2) เดินทางสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่าย 3) เพิ่มทางเลือกในการรักษาในกรณีที่แพทย์แผนใหม่วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ เช่น อัมพาต เป็นต้น 4) ความชำนาญในการรักษาที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์มาเป็นระยะเวลานาน 5) การมีคุณธรรมในการรักษา 6) นโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ และนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทยของรัฐบาล

3.ลักษณะการถ่ายทอดความรู้ มีดังนี้ 1) เน้นการทำให้ดูเป็นแบบ 2) เน้นการให้ทดลองปฏิบัติจริง ขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ ได้แก่ 1) ขั้นตอนในการตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ 2) ขั้นตอนในการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอเรียนก่อนที่จะถ่ายทอดความรู้โดยละเอียดให้ 3) ขั้นตอนในการถ่ายทอดความรู้ที่ละเอียดซึ่งจะถ่ายทอดความรู้ในส่วนของการรักษาโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้

4. แนวโน้มการนำไปใช้ในอนาคตนั้น พบว่า ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการใช้ประโยชน์จากการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มผู้รับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตได้มีปริมาณการใช้บริการที่ค่อนข้างมีความถี่สูงมีการแนะนำบอกต่อให้คนรู้จักและคนในครอบครัวไปใช้บริการ และสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อีกด้วย

ข้อเสนอแนะที่สำคัญที่ได้จากการศึกษา คือ ภาครัฐในจังหวัดอุดรธานีควรจัดให้การจัดการความรู้ในเรื่องการนวดไทย และการประคบสมุนไพรของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ด้วยการมอบหมายให้เจ้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด เข้ามาจัดการความรู้ให้เป็นระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำไปใช้

ABSTRACT

Title of Thesis	The Elder's Health Knowledge for Proper Uses of the Up-coming Senile People: A Study of Udorn Thani Province.
Author	Miss Phatcharawadee Phengsrakate
Degree	Master of Arts (Social Development)
Year	2009

The objectives of this research are: 1) To study the elder's potential in taking health knowledge for proper usage; 2) to study the elder's transmission of health knowledge; 3) to study trends in the elder's health knowledge for proper usage.

It is qualitative research using the in-depth interview as a major tool for data collection of which 21 key-informants have been interviewed in-depth. Among 21 key-informants, 15 of them are Thai traditional massage practitioners; 6 being there receiving service in traditional Thai massage and herbal ingredients as part of the practice. Data analysis has been done with logical context description and descriptive statistics.

Findings of the study can be summarized as follows:

1. One-half of the senile people interviewed learn their health knowledge along the community's way, i .e. , learning by trial and error method, from observation and from the demonstration from knowledgeable persons.

2. As for potential of taking knowledge for proper usage, the massage practitioner including these using herbal ingredients have potential in this area with the following reasons: 1) the practice is conformed with Thai's way of life; 2) can move along conveniently and thrifty; 3) giving more alternatives to modern medicine in case of incurable causes such as paralysis; 4) being expertise in the field because of long-time experiences; 5) having ethics in curing; 6) corresponding to the government policy in promoting Thai traditional medicine.

3. Knowledge transmission methods are: 1) following the practical model; 2) emphasis on trial before real practice. The knowledge transmission steps are: 1) the decision step; 2) observation of the learners' behavior; 3) transmit the knowledge in details.

4. Trends in using the knowledge seem to be continuous usage because of its benefit in the area whose modern health practice is incapable of effective curing particularly among old people.

Among recommendations emerged are the government sector in Udorn Thani should organized these practices of health knowledge more systematically for the more effective use of the health knowledge.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี จากคณาจารย์คณะพัฒนาสังคม และสิงแวดล้อมทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ โดยขอขอบพระคุณอย่างยิง รองศาสตราจารย์ ดร.สุพรรณี ไชยอำพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา และตรวจสอบความบกพร่องต่างๆ ที่มีให้ได้นำไปปรับแก้จนสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สนิท สมัครการ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมพล สุวรรณกูฏ ที่กรุณาเป็นกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำ และตรวจแก้วิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิงขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี โดยได้ให้ความเอื้อเฟื้อในการเก็บข้อมูลทั้งในส่วนของข้อมูลเอกสาร และการให้สัมภาษณ์ที่ต้องใช้เวลานานให้เป็นไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณเพื่อน ๆ พัฒนาสังคมรุ่นที่ 42 โดยเฉพาะรุจิเรข ที่ได้ให้คำปรึกษาที่ดี และเป็นกำลังใจในการวิทยานิพนธ์เสมอมา

ท้ายที่สุดขอขอบคุณ คุณดาราวรรณ (พีบี) ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำกรอบแนวคิด ขอขอบพระคุณ พ่อแม่ ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล เริ่มตั้งแต่การติดต่อประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ตลอดจนให้คำปรึกษาในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษาทั้งหมด

พัชรวดี เพ็งสระเกตุ

เมษายน 2552

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	**(3)**
ABSTRACT	**(5)**
กิตติกรรมประกาศ	**(7)**
สารบัญ	**(8)**
สารบัญตาราง	**(10)**
สารบัญภาพ	**(11)**
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.4 ขอบเขตการศึกษา	3
1.5 ศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้	26
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้	37
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการแพทย์แผนไทย	53
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร	59
2.6 แนวคิดนิเวศวิทยาวัฒนธรรม	71
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับ	72
2.8 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	74

บทที่ 3 วิธีการศึกษาและการรวบรวมข้อมูล

3.1 วิธีการศึกษา 89

3.2 กลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ 89

3.3 แนวทางการสัมภาษณ์ 90

3.4 การรวบรวมข้อมูล 95

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล 95

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 บริบทจังหวัดอุดรธานี 96

4.2 บริบทเกี่ยวกับการนวดไทยและการประคบสมุนไพร ในจังหวัดอุดรธานี 102

4.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ 111

4.4 กรณีตัวอย่างการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ 122

4.5 วิธีการนวดไทยและการประคบสมุนไพร 137

4.6 การเรียนรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร 151

4.7 การถ่ายทอดความรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร 159

4.8 ศักยภาพการนำความรู้ไปใช้ 170

4.9 แนวโน้มการนำความรู้ไปใช้ 179

4.10 สรุปผลการศึกษา 184

บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล 185

5.2 ข้อเสนอแนะ 195

บรรณานุกรม 197

ภาคผนวก 204

ประวัติผู้เขียน 244

บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอะ

5.1 สรุป 185

5.2 ข้อเสนอแนะ 195

บรรณานุกรม 197

ภาคผนวก 204

ประวัติผู้เขียน 244

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

4.1 จำนวนและร้อยละประชากรจังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2550 101

4.2 เป้าหมายและผลการดำเนินงานของกรมการแพทย์แผนไทยฯ ในปีงบประมาณ 2548 104

4.3 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานนวดแผนไทยระหว่างปี 2547 กับปี 2548 105

4.4 ผลการดำเนินการตามโครงการเหนื่อยนักพักนวดทีปั๊มบางจาก 107

4.5 ข้อมูลพื้นฐานของหมอนวดไทยและหมอประคบสมุนไพร 113

4.6 ทัศนะเกียวกับความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ 116

4.7 ทัศนะเกียวกับความสำคัญของผู้สูงอายุ 116

4.8 ทัศนะเกียวกับการเปรียบเทียบเรืองสุขภาพกาย 117

4.9 ทัศนะเกียวกับการเปรียบเทียบเรืองสุขภาพจิต 117

4.10 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยทีอยู่ในวัยทำงาน 120

4.11 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยทีเป็นผู้สูงอายุ 121

4.12 ชนิดของสมุนไพรทีใช้ทำลูกประคบ 146

4.13 สรรพคุณของสมุนไพรทีใช่ทำลูกประคบ 148

4.14 ประเภทความรู้ทีมีควบคู่กัน 151

4.15 แหล่งทีมาของการฝึกอบรมตามรูปแบบการเรียนรู้แบบสถาบัน 153

4.16 การไหว้ครูของผู้ทีมีการเรียนรู้ตามแบบสถาบัน 154

4.17 รูปแบบการเรียนรู้เรืองการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ 155

4.18 การไหว้ครูของผู้ทีมีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน 157

4.19 ลักษณะวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน 161

4.20 รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุ 162

4.21 วิธีการต่อยอดความรู้ของผู้สูงอายุ 162

4.22 ประสบการณ์ในการรักษาของหมอนวดแผนไทยและหมอประคบสมุนไพร 168

4.19 ลักษณะวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน 161

4.20 รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุ 162

4.21 วิธีการต่อยอดความรู้ของผู้สูงอายุ 162
4.22 ประสบการณ์ในการรักษาของหมอนวดแผนไทย และหมอประคบสมุนไพร 168

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่

2.1	แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)	14
2.2	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2	15
2.3	โมเดลการจัดการความรู้เด่นชัดและความรู้ซ่อนเร้น	27
2.4	โมเดลการจัดระบบการนำความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ	37
2.5	วิธีการต่อยอดความรู้	52
4.1	แสดงอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่าง ๆ ของจังหวัดอุดรธานี	97
4.2	ศักยภาพการนำความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ	164
4.3	สรุปผลการศึกษา	183

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยอยู่ช่วงการดำเนินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยให้ประเทศไทยเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี 2550 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ10.7 โดยเป็นชายร้อยละ44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุในวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูงซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากสุดประมาณร้อยละ 33.6 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 23.6 ภาคเหนือร้อยละ 20.9 และภาคใต้ร้อยละ 12.7

การคาดประมาณประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2550 มีประชากรสูงอายุ10.4 ล้านคนและคาดว่าในปี 2560 ในจำนวนนี้จะมีผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีบทบาททางสังคมเด่นชัด ประมาณ ร้อยละ 1.0 เป็นผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้ ประมาณ ร้อยละ 84.0 และเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ประมาณร้อยละ 15.0 ผู้สูงอายุในกลุ่มพอช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งเป็นผู้ที่มีศักยภาพแฝงอยู่ สังเกตได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแฝงยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก โดยรัฐและสังคมยังไม่ได้มีโอกาสที่จะดึงศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมเลย

ภายใต้การดำเนินงานในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 นี้ได้มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญในเรื่องการดำเนินการเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการส่งเสริมศักยภาพ โครงการที่ดำเนินการเพื่อให้มาตรการด้านการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุนั้น ได้มีการขับเคลื่อนคือโครงการคลังภูมิปัญญาผู้สูงอายุชุมชนซึ่งให้นำผู้ที่เกษียณอายุแล้วแต่ยังมีความรู้ ความสามารถมาช่วยงานเพื่อประโยชน์ต่อสังคม ต่อมาคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้มีการจัดทำระบบทะเบียน

กลางธนาคารสมอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เกษียณอายุจากภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชน อยู่ในส่วนกลาง และในสังคมเมืองเป็นส่วนใหญ่ โดยแบ่งสาขาภูมิปัญญาออกเป็น 23สาขา อาทิเช่น การศึกษา การแพทย์และสาธารณสุข การเกษตร ศิลปะ/วัฒนธรรม/ประเพณี พัฒนาสังคม พลังงาน เป็นต้น

มาตรการในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุก็คือจะเน้นในด้านการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาเพื่อต้องการให้สังคมตระหนักในคุณค่า ศักดิ์ศรี และการมีศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาชุมชน/สังคมได้ หรืออีกนัยหนึ่งต้องการให้ผู้สูงอายุเป็น "ครูอย่างไม่เป็นทางการ"ในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนรุ่นหลัง จากการศึกษาเรื่องความเสียงของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549 ในระดับประเทศ พบว่า สิ่งดี ๆ ที่ต้องการถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังโดยกลุ่มตัวอย่างต้องการจะถ่ายทอดสิ่งดีๆห้าอันดับแรก ได้แก่ 1. อาหาร 2. งานฝีมือ (จักรสาน ทอผ้า สิ่งประดิษฐ์ตกแต่ง) 3. เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรม 4. นวดแผนโบราณสมุนไพร 5. เกี่ยวกับด้านทักษะอาชีพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550: 56)

จากข้อมูลข้างต้นจะแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีองค์ความรู้มากมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านภูมิปัญญาที่หลากหลายสาขาที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมได้ แต่จากสถิติการถ่ายทอดพบว่า มีผู้สูงอายุทั่วประเทศขึ้นทะเบียนคลังปัญญาจำนวน 4819 คน ผู้ที่ได้ถ่ายทอดมีเพียง 98 คนเท่านั้น การขึ้นทะเบียนคลังปัญญาผู้สูงอายุก็เป็นเพียงการสะสมความรู้เอาไว้เท่านั้นแต่ไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์ ดังนั้นควรมีการจัดการความรู้โดยการเปิดพื้นที่สาธารณะให้มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้สูงอายุสู่ลูกหลานในชุมชนหรือการจัดทำเป็นเครือข่ายเพื่อนำความรู้ที่ได้จากผู้สูงอายุนำไปใช้ได้จริงและให้เป็นประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม ตลอดจนเป็นการดึงศักยภาพแฝงของผู้สูงอายุที่มีอยู่เป็นจำนวนมากในสังคมไทยมาใช้ให้เต็มที่เพื่อสร้างความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุและการมีกำลังใจที่ดีในการใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลาย (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551: 1)

จังหวัดอุดรธานีนั้นเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย โดยสัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี ในระยะเวลาช่วง 10 ปีนี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 9.3 ในปี 2550 การดำเนินงานแพทย์แผนไทย ปี 2550 จังหวัดอุดรธานีก็มีผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย ที่จบการศึกษาประกาศนียบัตรแพทย์แผนไทยหลักสูตร 2 ปี จำนวน 12 คน (จาก โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง) มีโรงพยาบาลที่มีบริการแพทย์แผนไทยระดับ 2 (ยาสมุนไพรและบริการประคบ อบ นวด) จำนวน 17 แห่ง จาก 18 แห่ง ซึ่งขาดเพียงแห่งเดียวเท่านั้นที่ไม่มีการให้บริการแพทย์แผนไทย ในระดับสถานีอนามัย มีบริการแพทย์แผนไทยระดับ 1 จำนวนถึง 136 แห่ง และบริการแพทย์แผนไทยระดับ 2 จำนวน 8 แห่ง

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งประเด็นศึกษาการนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลัง ศึกษากรณีจังหวัดอุดรธานี เพื่อจะได้ทราบถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในด้านการนำความรู้เรื่องสุขภาพมาใช้ให้เป็นประโยชน์ กระบวนการถ่ายความรู้เรื่องสุขภาพ และแนวโน้มการนำความรู้ของผู้สูงอายุเรื่องสุขภาพมาใช้ประโยชน์

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาศักยภาพของผู้สูงอายุในด้านการนำความรู้เรื่องสุขภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์

1.2.2 เพื่อศึกษาการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ

1.2.3 เพื่อศึกษาแนวโน้มการนำเอาความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพมาใช้ประโยชน์

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.3.1 ทราบถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในด้านการนำความรู้เรื่องสุขภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์

1.3.2 ทราบถึงการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ

1.3.3 ทราบถึงแนวโน้มการนำเอาความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้แบ่งขอบเขตการศึกษาออกเป็น 3 ด้าน คือ

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหาสาระ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประเด็นด้านศักยภาพของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับการนวดไทย และการประคบสมุนไพร การถ่ายทอดภูมิปัญญาเกี่ยวกับการนวดไทยและการประคบสมุนไพรของผู้สูงอายุ และแนวโน้มการนำเอาความรู้ของผู้สูงอายุเรื่องสุขภาพไปใช้ไปใช้โดยดูจากมิติในการยอมรับ

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในจังหวัดอุดรธานี เพราะเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งถือว่าเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย และจังหวัดอุดรธานีก็เป็นจังหวัดที่ประชากรผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 9.3 จากประชากรทั้งหมดประมาณ1.5ล้านคนอีกด้วย

และยังเป็นพื้นทีที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยที่โดดเด่น กล่าวคือ มีโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยระดับที่ 2 ได้แก่ การใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคอย่างน้อย 5 ชนิด และการให้บริการ นวด อบ หรือประคบสมุนไพรอย่างใดอย่างหนึ่งจำนวนมากถึง 17 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 18 แห่ง

1.4.3 ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพหรือเคยประกอบอาชีพนวดไทย หรือประคบสมุนไพร ในจังหวัดอุดรธานี

1.5 ศัพท์ที่ในการศึกษา

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในวัยแรงงานที่เป็นผู้หารายได้หลักให้กับครอบครัวแล้ว และมีอายุ 50 ปีขึ้นไปทั้งชาย และหญิง และมีสัญชาติไทย

1.5.2 ความรู้เรื่องสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระบุได้ถูกต้องเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยในด้านการนวดไทยและการประคบสมุนไพรเพื่อรักษาโรค

1.5.3 การต่อยอดความรู้ หมายถึง การพินิจพิจารณา วิเคราะห์ และสังเคราะห์จนได้เทคนิคหรือองค์ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม หรือตอบสนองให้กับผู้รับบริการมากขึ้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลังจากการคาดประมาณประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี2550 มีประชากรสูงอายุ ประมาณ10.4 ล้านคน และในปี 2560 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุราว13.4 ล้านคนในจำนวนนี้จะมีผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีบทบาททางสังคมเด่นชัด ประมาณร้อยละ 1.0 เป็นผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้ ประมาณร้อยละ 84.0 และเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือประมาณร้อยละ15.0 ผู้สูงอายุในกลุ่มพอช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งเป็นผู้ที่มีศักยภาพแฝงอยู่

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแฝงยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก โดยรัฐและสังคมยังไม่ได้มีโอกาสที่จะดึงศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมเลย และรัฐบาลได้มีมาตรการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุโดยจัดให้มีโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชนขึ้นซึ่งสาขาที่มีผู้สูงอายุต้องการถ่ายทอดมากที่สุดหนึ่งในนั้นคือ ภูมิปัญญาด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจที่ศึกษาประเด็นการนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลัง ซึ่งได้มีการศึกษาค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการแพทย์แผนไทย

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องการนวดไทย และการประคบสมุนไพร

2.6 แนวคิดนิเวศวิทยาวัฒนธรรม

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับ

2.8 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ”

คำว่าผู้สูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต โดยทีอายุหรือวัยมีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคล ซึ่งมีส่วนเกียวข้องกับการเปลียนแปลงทางสรีระวิทยา จิตใจ และสังคม

ความสูงอายุตามพุทธศาสนา หมายถึง ความเคลือนใกล้เข้าไปหาความตายของทุกสิงทีเกิดเป็นเบืองต้น อาการทีเรียกว่าชรานันได้ปรากฏขึนตังแต่ผู้นันหรือสิงนันเกิดขึนเป็นตัวตนขึนมาทีเดียว และครอบงำเรือยไปจนผู้นันหรือสิงนันสลายไป

ความสูงอายุทางพระพุทธศาสนาแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ปฏิจฉินชรา หมายถึง ความแก่ทีถูกความเติบโตปิดบังอยู่ เช่น เด็กทีกำลังเติบโตความจริงก็ถูกความชราครอบงำอยู่เหมือนกัน หากความเติบโตมีมากกว่าความชราจึงถูกปิดบังไว้

2. อัปปฏิจฉิน หมายถึง ความแก่ทีถูกเปิดเผย หรือความแก่ทีแสดงตัวออกมาให้เห็นเต็มที (ปิ่น มุทุกันฑ์, ม.ป.ป. : 101 อ้างถึงใน ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์, 2542: 7)

องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่าผู้สูงอายุในโลก คือผู้ทีมีอายุ 65 ปีขึนไป โดยคาดการณ์ว่าปี 2568 ผู้สูงอายุจะกลายเป็นประเด็นสำคัญของโลก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2544: 7)

ส่วนในประเทศไทยนันตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุปี 2546ได้บัญญัติในมาตราที 3ไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึงมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึนไป และมีสัญชาติไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุประจำปี 2550 และได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ทีมีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึนไปโดยได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3กลุ่มตามช่วงวัย คือ กลุ่มทีเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึนไป) พบว่ามากกว่าครึงหนึง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย ซึงเป็นวัยทีต้องพึงพาสูง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550:13)

จากทีมีผู้ให้ความหมายเกียวกับผู้สูงอายุไว้ข้างต้น สรุปได้ว่า เกณฑ์ทีใช้ในการกำหนดว่าผู้ใดจะเป็นผู้อายุในประเทศไทย คือ ผู้ทีมีอายุ60 ปีบริบูรณ์ขึนไปทังชาย และหญิง และมีสัญชาติไทย แต่ในการศึกษาครังนีจะศึกษาในเขตพืนทีชนบท ดังนันผู้สูงอายุจะหมายถึง ผู้ทีไม่ได้อยู่ในช่วงวัยแรงงานทีเป็นผู้หารายได้หลักให้กับครอบครัวแล้ว มีอายุ 50 ปีขึนไปทังเพศชายและเพศหญิง รวมทังมีสัญชาติไทย

2.1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี 2550 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น3 กลุ่มตามช่วงวัย คือกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง

การกระจายตัวของประชากรสูงอายุในเชิงพื้นที่เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขตการปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่าผู้สูงอายุที่ได้มีการพักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีประมาณร้อยละ 28.6 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 71.4 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นมีจำนวนผู้สูงอายุมากสูงสุดประมาณร้อยละ 33.6 รองลงมา คือภาคกลางประมาณร้อยละ 23.6 ภาคเหนือประมาณร้อยละ 20.9 และภาคใต้ประมาณร้อยละ 12.7 สำหรับในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นมีผู้สูงอายุน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.2

จังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงอายุมากที่สุด ไม่นับรวมกรุงเทพมหานครคือ จังหวัดนครราชสีมา เชียงใหม่ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช และอุบลราชธานี สำหรับจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุน้อยที่สุด คือ จังหวัดระนอง แม่ฮ่องสอน ภูเก็ต สมุทรสงคราม และพังงา

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

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) เป็นผู้ที่สมรส โดยร้อยละ 60.1 ของผู้สูงอายุที่สมรสเป็นผู้ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2.4 ที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน และมีผู้สูงอายุที่เป็นม่าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 34.8 และเป็นโสดร้อยละ 2.7 ซึ่งใน 2 กลุ่มหลังนี้ถือได้ว่าเป็นผู้ที่ไม่มีคู่สมรส ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่อความยากลำบากในการดำรงชีวิต

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

เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุเรียนจบเป็นรายภาค พบว่ากรุงเทพฯ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เรียนจบสูงกว่าระดับประถมศึกษาสูงสุด (ร้อยละ31.2) รองลงมา คือ ภาคกลาง ภาคใต้และภาคเหนือ (ร้อยละ10.7ร้อยละ8.1 และร้อยละ6.3 ตามลำดับ) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษาต่ำสุด (ร้อยละ 5.1)

การทำงานนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวมีความมั่นคงในชีวิตแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ภาคภูมิใจที่สามารถเลี้ยงตนเองได้แม้จะผ่านพ้นวัยเกษียณอายุงานแล้วก็ตามนอกจากนี้การทำงานยังเป็นการออกกำลังกายทำให้สมองไม่หยุดนิ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุเอง ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มกว่าเมื่อก่อนโดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.9 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 32.2 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.7 ในปี 2550 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นการเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และเพิ่มขึ้นทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

สถานภาพการทำงานผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.2) เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง รองลงมาคือช่วยธุรกิจในครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง (ร้อยละ 17.2) เป็นลูกจ้าง (ร้อยละ 15.1) มีผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการทำงานเป็นนายจ้างร้อยละ4.3 สำหรับการรวมกลุ่มเพื่อประกอบอาชีพมีเพียงร้อยละ 0.2 ในด้านความต้องการทำงานจากการสำรวจครั้งนี้ได้ถามความต้องการทำงานของผู้สูงอายุทุกคนทั้งที่ทำงานในรอบสัปดาห์ที่แล้วและไม่ทำงาน พบว่าจำนวนประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) ของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีความต้องการที่จะทำงานร้อยละ 23.1 ของกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางยังมีความต้องการที่จะทำงานอยู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมีความต้องการที่จะทำงานต่ำสุดเพียงร้อยละ 8.9กล่าวคือยิ่งมีอายุมากขึ้นความต้องการที่จะทำงานก็ยิ่งลดลง

แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.3) คือบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) แหล่งรายได้หลักรองลงมาคือจากการทำงานของผู้สูงอายุเอง (ร้อยละ 28.9)จากคู่สมรส (ร้อยละ 6.1) จากเงินบำเหน็จ/บำนาญ(ร้อยละ 4.4) จากดอกเบี้ยทึงอกเงยขึ้นมาจากเงินที่ผู้สูงอายุเก็บออมไว้/เงินออม/จากการขายทรัพย์สินที่มีอยู่ (ร้อยละ2.9) และจากเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท (ร้อยละ 2.8) สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินที่ได้จากการทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึง 2.2 เท่า (ร้อยละ 41.4 และร้อยละ18.7 ตามลำดับ)ขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ดำรงชีพอยู่ด้วยเงินที่ได้รับจากบุตรสูงกว่า ผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 61.5 และร้อยละ 40.8)

การติดต่อและการเยี่ยมเยียน หมายรวมถึงการที่บุตรที่อยู่นอกครัวเรือนมาเยี่ยมผู้สูงอายุ โทรศัพท์มาคุยกับผู้สูงอายุส่งอีเมลถึงผู้สูงอายุ และหรือการที่ผู้สูงอายุเป็นฝ่ายไปเยี่ยมบุตร โทรศัพท์

คุยกับบุตร การส่งอีเมลถึงบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า วิธีการติดต่อและการเยี่ยมเยียนที่ใช้เป็นหลักระหว่างผู้สูงอายุและบุตร ได้แก่ การไปมาหาสู่หรือการเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 84.0) และการติดต่อทางโทรศัพท์ (ร้อยละ 68.8) เมื่อพิจารณาความถี่ในการเยี่ยมเยียนระหว่างผู้สูงอายุกับบุตร พบว่าร้อยละ 28.8 มีการเยี่ยมทุกวัน/เกือบทุกวันร้อยละ 16.2 เยี่ยมทุกสัปดาห์ร้อยละ 21.6 เยี่ยมทุกเดือนและร้อยละ 33.4 มีการเยี่ยมอย่างน้อยปีละครั้ง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550: 17)

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

2.1.3. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในปัจจุบันลักษณะของครอบครัวในสังคมไทยนั้นได้กลายเป็นครอบครัวแบบเดียวมากกว่าครอบครัวแบบขยายไปแล้ว กล่าวคือการที่มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ไม่เกินสองรุ่น (Generation) ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวกลายเป็นปัญหาต่อเนื่องที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในปัจจุบันและในอนาคตมีแนวโน้มที่จะอยู่ลำพังหรืออยู่กับครอบครัวก็มักจะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่กับสมาชิกที่ต้องทำงานและผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านลำพังหรืออาจอยู่กับคู่ชีวิตที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเองในเวลาที่สมาชิกคนอื่นออกไปทำงาน ซึ่งในประเด็นนี้เองจะทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่อง คือการที่ผู้สูงอายุต้องดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเอง การขาดผู้ดูแลผู้อายุในครอบครัวทำให้ต้องมีการจ้างผู้ดูแลซึ่งอาจมีความรู้หรือทักษะที่ไม่ดีพอ

แนวความคิดในการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการสงเคราะห์มากกว่าการส่งเสริม คุ้มครอง และสนับสนุน จึงทำให้มุมมองต่อผู้สูงอายุเป็นการช่วยเหลือแบบสงเคราะห์โดยขาดการพัฒนาผู้สูงอายุยังมีผู้สูงอายุอีกหลายรายที่สังคมสามารถส่งเสริมให้ท่านดำรงไว้ซึ่งศักยภาพที่มีอยู่และนำศักยภาพนั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสังคมไทย โดยปัญหานี้สังคมไทยต้องช่วยกันตีโจทย์ให้แตกว่าจะหาทางออกหรือพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพโดยทำอย่างไรถึงจะสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสังคมได้

คำว่าศักยภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ในปีพ.ศ.2545 คือ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ จะต้องประกอบด้วย 3 แนวคิด

แนวคิดที่ 1 การพึ่งพาตนเองได้ หรือคงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเองในแต่ละช่วงชีวิตให้ได้

แนวคิดที่ 2 การมีส่วนร่วมกับสังคมให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

แนวคิดที่ 3 การสร้างหลักประกันและความมั่นคงให้กับตนเองตามอัตภาพ ซึ่งข้อนี้รัฐอาจต้องเข้ามามีส่วนช่วยในการสร้างหลักประกันให้กับผู้อายุในท้ายที่สุด (ศากุล ช่างไม้, 2550: 9)

ผู้สูงอายุไทย จำแนกได้ 3 กลุ่ม

กลุ่มที่หนึ่งคือกลุ่มที่มีศักยภาพ (Active Aging) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น มีบทบาทและส่วนร่วมทางสังคม

กลุ่มที่สองคือกลุ่มที่พอช่วยตนเองได้ (Independent Living for Elderly) แต่ไม่มีบทบาทในการพัฒนาสังคมส่วนรวม จะต้องสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การมีรายได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่สามคือกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled Elderly) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีอาชีพและรายได้ หรือมีแต่ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ เช่น ผู้สูงอายุภาคเกษตร รายได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีความพิการหรือทุพพลภาพ

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

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแฝงยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก โดยรัฐ และสังคมยังไม่ได้มีโอกาสที่จะดึงศักยภาพเหล่านั้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมเลย ผู้สูงอายุในประเทศไทยเผชิญปัญหาเช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ อีกด้วย

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

โดยยุทธศาสตร์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มี 5 ยุทธศาสตร์ 1ใน5 ยุทธศาสตร์นั้นก็คือ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุในส่วนของยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุมีมาตรการดังนี้ **มาตรการที่ 1** ส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น**มาตรการที่ 2** มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ **มาตรการที่ 3** มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ **มาตรการที่ 4** มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ **มาตรการที่ 5** มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อต่างๆ **มาตรการที่ 6** มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุนั้นให้ความสำคัญในเรื่องการดำเนินการเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการส่งเสริมศักยภาพซึ่งตรงจุดนี้ประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแฝงอยู่เป็นจำนวนมากทำให้เป็นที่น่าสนใจว่ายุทธศาตร์นี้จะมีมาตรการใดมารองรับเพื่อจะได้สามารถนำศักยภาพแฝงของผู้สูงอายุที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเน้นทั้งในระดับบุคคลและองค์กรผู้สูงอายุ การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ มีผลการดำเนินงานที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้คือ

การดำเนินงานของภาครัฐที่สำคัญมีดังนี้ การดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมผู้สูงอายุนี้มีหน่วยงานหลักจากภาครัฐเข้าร่วมดำเนินการ ยกตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร สถาบันการศึกษากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ โดยมีการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านสุขภาพได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารในการดูแลรักษาสุขภาพมีโอกาสร่วมกิจกรรมกีฬาและนันทนาการขณะเดียวกันได้รับบริการตรวจสุขภาพบริการด้านกายภาพบำบัด การนวดแผนไทยและการบำบัดรักษาโรคด้วยวิธีธรรมชาติกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีการจัดอบรมสัมมนาให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทัศนศึกษาดูงาน และการอบรมธรรมปฏิบัติ/และการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดองค์กรเครือข่ายด้านสุขภาพผู้สูงอายุโครงการผลิตและเผยแพร่คู่มือสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการเผยแพร่ให้แก่หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผลิต“คู่มือกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ” สำหรับเผยแพร่ให้แก่ชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ

การพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care) มีการส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์ดูแลและให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุพร้อมทั้งจัดทำคู่มือดูแลผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย และกิจกรรมนันทนาการแก่ผู้สูงอายุเป็นโครงการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายร่วมกัน และมีความรู้เรื่องการส่งเสริมการป้องกันและการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามาเป็นอาสาสมัคร และร่วมบำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมส่วนรวมและการเผยแพร่ความรู้ภูมิปัญญา และประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้กับชุมชน โครงการส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายองค์กรชมรม ศูนย์ผู้สูงอายุ โดยการจัดสัมมนาการให้ความสนับสนุนกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพและการส่งเสริมอาชีพ เป็นต้นการผลิตสื่อ CD - Rom ดัชนีวัดสุขภาพผู้สูงอายุไทย การพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุผ่านทางระบบเว็บไซต์ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์โครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” เป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางวิชาการและมีการลงนามความร่วมมือในการส่งเสริม และสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรมอนามัยกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและโครงการปฏิบัติการรักษาศีลสัญจรที่มีการนำผู้สูงอายุไปปฏิบัติธรรม และรักษาศีลในจังหวัดต่าง ๆ และการเยียมชมสถานที่สำคัญทางพุทธศาสนาการฝึกอาชีพ มีการรวมกลุ่มจัดทำกิจกรรม อาทิ งานประดิษฐ์สำหรับผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และมีรายได้เสริม ตัวอย่างเช่น มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุในการประดิษฐ์ "โคมศรีล้านนา" ให้แก่เยาวชน ที่เป็นศิลปวัฒนธรรม และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในจังหวัดทางภาคเหนือ เป็นต้น โครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชนที่ดำเนินการ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการเป็นการให้ความช่วยเหลือในการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์เพื่อการซ่อมแซมปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตที่ดีอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

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

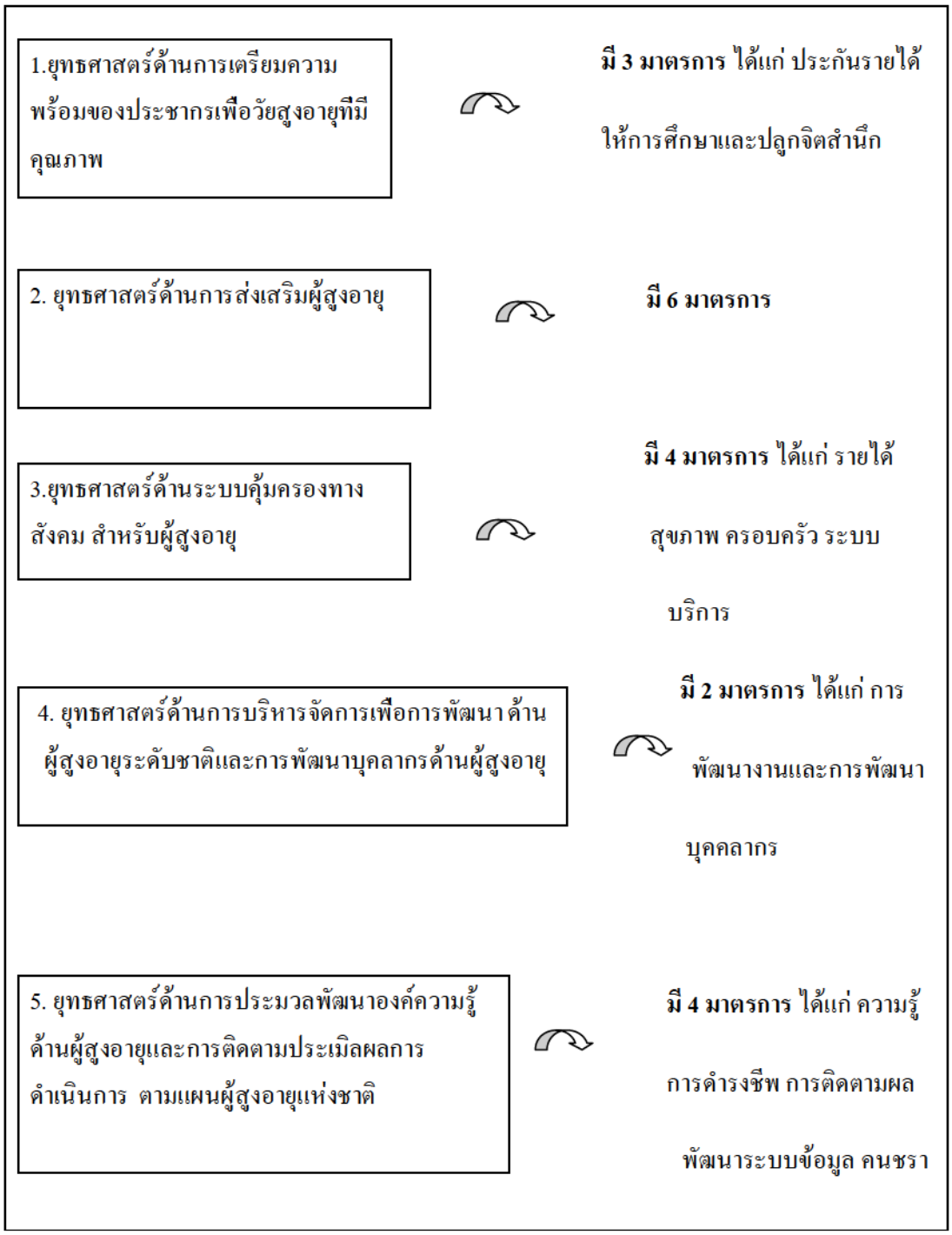
นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เพื่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เช่นการออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ กายภาพบำบัด การจัดให้มีทัศนศึกษานอกสถานที่ ที่มีหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมดำเนินการ อาทิ กลุ่ม องค์กร ชมรมและเครือข่ายด้าน

ผู้สูงอายุ เป็นต้นกิจกรรมด้านการฝึกอาชีพ ทีเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะด้านอาชีพและมีรายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุตัวอย่างโดยการประกาศเกียรติคุณยกย่องและมอบโล่ให้แก่ผู้สูงอายุทีมีผลงานดีเด่นและทำคุณประโยชน์ให้สังคมและประเทศชาติการเผยแพร่ข่าวสาร ข้อมูลความรู้โดยการผลิตเอกสารสิงพิมพ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ให้ผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ความเข้าใจและรู้เท่าทันต่อสถานการณ์ความเปลียนแปลงของโลกและสังคมปัจจุบัน

โดยโครงการทีดำเนินการเพื่อให้มาตรการด้านการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุได้มีการขับเคลือนจึงได้จัดให้มีโครงการคลังภูมิปัญญา สืบเนืองจากการทีสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถได้มีพระราชเสาวนีย์ซึงมีประเด็นรับสังเกียวกับการนำผู้ทีเกษียณอายุแล้วแต่ยังมีความรู้ความสามารถมาช่วยงานเพือประโยชน์ต่อสังคม ต่อมาคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจึงได้มีการจัดทำระบบทะเบียนกลางธนาคารสมองทำหน้าทีเชือมประสานให้วุฒิอาสาได้ทำงานตรงกับความต้องการของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ชุมชน โดยวุฒิอาสาธนาคารสมองปัจจุบันมี 2,000 คนเศษเป็นผู้ทีเกษียณอายุจากภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชน อยู่ในส่วนกลาง และในสังคมเมืองเป็นส่วนใหญ่

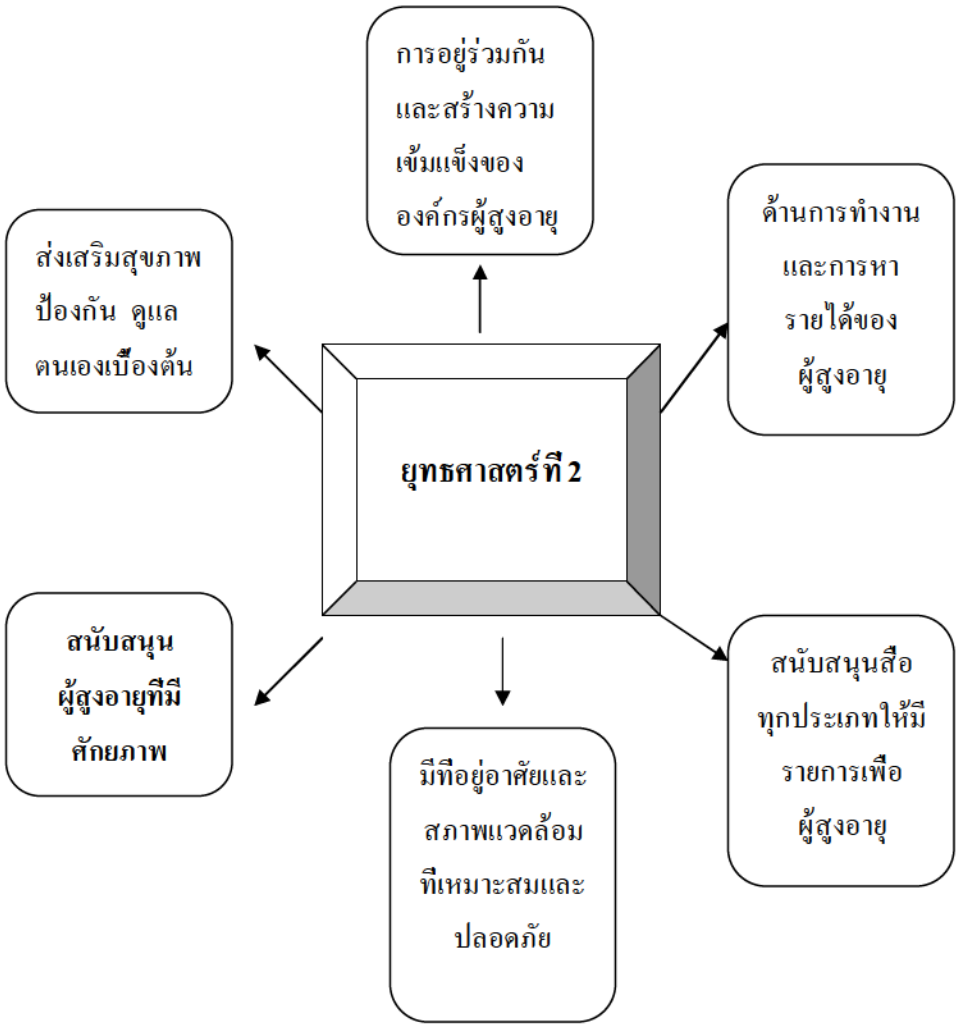
จากแนวพระราชดำริข้างต้นทำให้ เข้าใจ ปรัชญาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุทียึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเชือมั่นว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ทีมีคุณค่า มีศักยภาพ มีศักดิ์ศรีสมควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคมเพื่อเป็นการรับสนองพระราชดำริฯ ประกอบกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักทีมีภารกิจด้านการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุน สถานภาพ บทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุได้พิจารณาเห็นว่าในภาคชนบทยังมีผู้สูงอายุทีทรงภูมิปัญญาในด้านต่างๆตลอดจนนวัตกรรมจากภูมิปัญญาอืนๆ ทีผู้สูงอายุได้คิดค้นหรือประมวลทักษะชีวิตขึนจากสภาพแวดล้อมอีกเป็นจำนวนมาก

หากได้รวบรวมขึนเป็นทะเบียนกลางของตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อเป็นคลังปัญญาของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การถ่ายทอดสู่ชุมชน ภูมิปัญญาก็จะไม่สูญสลายและสามารถอนุรักษ์ศิลปะความชำนาญกา ฟื้นฟูความรู้สืบต่อยังคนรุ่นต่อไปไม่สิ้นสุดผู้สูงอายุจะเกิดความภาคภูมิใจชุมชนจะได้รับประโยชน์ก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาสังคมโดยภาคประชาชนเป็นแกนหลักส่งผลให้เกิดความมั่นคงยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ดังนั้นจึงได้จัดทำโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชน แต่จากสถิติการของนำความรู้ไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงนั้นยังพบว่ายังมีความถีต่ำในการนำไปใช้จริงจึงทำให้การดึงศักยภาพผู้สูงอายุนั้นยังไม่ได้ผล ดังนั้นจึงควรมีการจัดระบบการนำความรู้ของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์อย่างมีระบบทีเอือต่อการนำไปใช้ได้จริงเพราะประเทศไทยยังมีปัญหาการขาดการจัดการความรู้ทีมีประสิทธิภาพ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551: 3)



ภาพที่ 2.1 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)

แหล่งที่มา: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 2551: 5



ภาพที่ 2.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2

แหล่งที่มา: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2551: 5

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ารัฐบาลได้มีความพยายามในการดึงเอาศักยภาพของผู้อายุมาใช้ด้วยการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาวโดยมียุทธศาสตร์เฉพาะที่เน้นการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ จึงได้จัดให้มีการขับเคลื่อนโครงการคลังปัญญาผู้อายุชุมชน กล่าวคือ จัดให้ผู้สูงอายุทั่ว

ประเทศมาขึ้นทะเบียนคลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชน โดยเน้นด้านภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์ หนึ่งในภูมิปัญญานั้นก็คือ ภูมิปัญญาเรื่องสาธารณสุขซึ่งภูมิปัญญาในด้านนี้ก็อาจจะเกิดจากการมีประสบการณ์ในการรักษา การมีประสบการณ์ในการรับการรักษา ได้มีการเรียนรู้หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้และเคยนำไปปฏิบัติจนมีความชำนาญการมีศักยภาพของผู้สูงอายุคือการมีความรู้ด้านภูมิปัญญาและสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

ดังนั้น ศักยภาพของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ ได้แก่ การมีประสบการณ์ในการรักษา การมีประสบการณ์ในการรับการรักษา ได้มีการเรียนรู้หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้และเคยนำไปปฏิบัติจนมีความชำนาญ และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

2.1.4 ผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญ

ประเทศไทยมีการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขภายใต้รัฐธรรมนูญมาตั้งแต่ปี 2475 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พุทธศักราช 2475 ซึ่งประกาศใช้เป็นครั้งแรกนับแต่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชมาเป็นระบอบประชาธิปไตยควรเป็นรัฐธรรมนูญเพียงฉบับเดียวของไทยเช่นเดียวกับอารยประเทศที่มีการปกครองระบอบประชาธิปไตยพึงมีแต่โดยที่ประเทศไทยได้มีการทำรัฐประหารบ่อยครั้ง ส่งผลให้รัฐธรรมนูญอันเป็นแม่บทของการปกครองประเทศในขณะนั้นถูกล้มล้างไปจึงมีการยกร่างรัฐธรรมนูญขึ้นใหม่ในแต่ละครั้งหลังการรัฐประหาร

รัฐธรรมนูญแต่ละฉบับที่มีการประกาศใช้ภายหลังรัฐประหารมีบทบัญญัติที่คล้ายคลึงกันในส่วนของโครงสร้างหลักๆ ของการปกครองประเทศ แต่บทบัญญัติในส่วนที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ แนวนโยบายแห่งรัฐ และองค์กรที่เป็นกลไกในการตรวจสอบการบริหารประเทศนั้นแม้ในหลักการจะเหมือนกันในรัฐธรรมนูญแต่ละฉบับ แต่ในรายละเอียดนั้นมีความแตกต่างกันไปในรัฐธรรมนูญแต่ละฉบับ อันแสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการทางความคิดและความพยายามที่จะสร้างรากฐานการปกครองระบอบประชาธิปไตยที่มั่นคง

ในส่วนของบทบัญญัติที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น รัฐธรรมนูญตั้งแต่ฉบับแรก (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรสยาม พุทธศักราช 2475 จนถึงรัฐธรรมนูญฉบับปี 2521 (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2521ซึ่งมีการแก้ไขเพิ่มเติมสองครั้งใน2528 และปี 2532) ไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุแต่อย่างใด รัฐธรรมนูญ2543 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติกล่าวถึงผู้สูงอายุ โดยบัญญัติให้รัฐพึงให้การช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพ กำลังใจและความหวังในชีวิต (มาตรา 81) ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะได้รับอิทธิพลมาจากผลการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อปี 2525 ที่ได้มีมติกำหนดนิยามคำว่า

“ผู้สูงอายุ”ว่าหมายความถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงและได้มีมติรองรับแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในระดับภูมิภาคและระหว่างประเทศในการจัดการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ คือ สุขภาพและโภชนาการ การคุ้มครองผู้บริโภคที่สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

รัฐธรรมนูญฉบับต่อๆ มาที่ประกาศใช้ภายหลังรัฐธรรมนูญปี 2543 คือ รัฐธรรมนูญปี 2540 และรัฐธรรมนูญปี2550 ต่างก็มีบทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุเช่นกัน โดยมุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้สะท้อนอยู่ในบทบัญญัติที่กล่าวถึงผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญปี 2540 และรัฐธรรมนูญปี 2550 ด้วยซึ่งจะขอนำเสนอรายละเอียดของบทบัญญัติที่กล่าวถึงผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญปีล่าสุด คือปี 2550 ดังนี้

มีบทบัญญัติสองมาตราที่บรรจุหลักการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเช่นเดียวกับที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปี 2550ซึ่งได้แก่ มาตรา 53 (บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้ มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ - อยู่ในมาตรา 54 ของรัฐธรรมนูญปี 2540) และมาตรา 80 (1) (รัฐต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุให้พึงพาตนเองได้ - อยู่ในมาตรา80 วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2550) ซึ่งมีรายละเอียดของบทบัญญัติดังนี้

> “มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ” และ “มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้
> (1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัยส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึงพาตนเองได้”

มาตรา 53 และมาตรา 80 (1) ของรัฐธรรมนูญปี 2550 แม้จะใช้ถ้อยคำแตกต่างไปจากมาตรา 54 และมาตรา 80 วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2540 บ้าง แต่มีหลักการเดียวกันกับมาตรา 54 และมาตรา 80 วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2540 ดังกล่าว บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรา 53 และมาตรา 80 (1) จึงไม่แตกต่างจากที่วิเคราะห์ไว้แล้วในมาตรา 54 และมาตรา 80วรรคสองของรัฐธรรมนูญปี 2540 นอกจากมาตรา 53 และมาตรา 80 (1) ดังกล่าวข้างต้นแล้ว รัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้เพิ่มเติมหลักการใหม่ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 40 ว่าด้วยสิทธิในกระบวนการยุติธรรม และมาตรา 84 (4) ว่าด้วยการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชรา อีกด้วย (ณัฐภัทร ถวัลยโพธิ, 2551: 6-7)

2.1.5 อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

2.1.5.1 ความหมายของอัตมโนทัศน์

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

Rogers 1951 (อ้างถึงใน สุกัญญา วิบูลย์พาณิช, 2536: 25) ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ว่า หมายถึง โครงสร้างของการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะ ความสามารถคุณค่าของตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม

James 1973 (อ้างถึงใน สุกัญญา วิบูลย์พาณิช, 2536: 25) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์ คือสิ่งที่บุคคลรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

1) อัตตาทางวัตถุ หมายถึง สิ่งต่างๆที่บุคคลนั้นเป็นเจ้าของร่างกาย ครอบครัว

2) อัตตาทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลนั้นที่มีต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3) อัตตาทางจิตใจ หมายถึง กระบวนการทางจิตใจ เช่น อารมณ์ ความต้องการ อัตตาทั้ง 3 ด้านนี้มีผลต่อการยอมรับในคุณค่าของตน (Self-esteem) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

อัตมโนทัศน์เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง และกับสิ่งแวดล้อมขึ้นอยู่กับว่าบุคคลอื่นในสังคมมีปฏิกิริยาต่อตัวอบุคคลนั้นอย่างไร (Epstein, 1973: 405)

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

2.1.5.2 องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

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

1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองทั้งด้านความรู้สึก รูปร่างลักษณะ ความเคลื่อนไหวที่สามารถแสดงออกได้โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

(1) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

(2) ความสามารถในการควบคุมการกระทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาสถานที่

2) อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่า ความรู้สึก มั่นใจ และการประเมินค่าบุคลิกภาพตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

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

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

(3) ด้านอุดมการณ์หรือความคาดหวัง (Self-ideal/Self-expectancy) เป็นทัศนคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็นหรือคาดหวังไว้ แล้วจะพยายามเปลี่ยแปลงตนเองให้เป็นอย่างที่หวังไว้ ถ้าทำไม่ได้จะเกิดความรู้สึกท้อถอยด้อยคุณค่าและความสามารถของตน

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

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ ประกอบไปด้วย 2 สองส่วน ได้แก่

1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสามารถในการควบคุมการกระทำหน้าที่ของร่างกาย

2) อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านความสม่ำเสมอในใจของตนเอง ด้านอุดมการณ์หรือความคาดหวัง ด้านการยอมรับในคุณค่าของตน

2.1.5.3 อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ อารมณ์ จิตใจ การเรียนรู้ สติปัญญา เศรษฐกิจ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลง

ด้วย เพราะหมดภาระหน้าที่เรื่องงานและความรับผิดชอบ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคมและรู้ว่าตนเองไร้คุณค่า มีอัตมโนทัศน์ต่อการเปลี่ยนแปลงในทางลบ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีภาวะของโรคเรื้อรัง มีความบกพร่องในเรื่องของความคิด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการสนองตอบความต้องการของตนเองและอาจต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแล จึงจะก่อให้เกิดความเครียด ขาดความมั่นใจ

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

2.1.6 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

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

2.1.6.1 ด้านเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในการตอบสนองต่อความต้องการด้านต่างๆทั้งในด้านที่อยู่อาศัยสภาพที่ดี มีอาหารที่เพียวพอมีคุณค่าการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องการมีสิ่งอำนวยความสุขและความสะดวกอื่นๆ การมีอาชีพหรือการทำงานของผู้สูงอายุนอกจากได้มีรายได้เพื่อเลี้ยงตนเองแล้วยังได้ฝึกฝนการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายให้สามารถทำงานได้อย่างปกติและต่อเนื่อง เช่น ระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท เป็นต้น รวมทั้งสร้างความภาคภูมิใจ ความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจและมีคุณค่าในชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจ นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีอัตราการทำงานในเชิงเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532: 16)

อย่างไรก็ตามฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทยยังอยู่ในระดับฝืดเคือง ทั้งนี้เนื่องมาจากประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นประเทศอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้

บุตรหลานของผู้สูงอายุต้องขวนขวายหารายได้มาจุนเจือครอบครัวมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นภาระของรัฐในการให้สวัสดิการต่อผู้สูงอายุ

2.1.6.2 ด้านสุขภาพอนามัย

พุทธสุภาษิตกล่าวไว้ว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” นั้นเป็นสัจธรรมที่แสดงถึงการมีสุขภาพที่ดีอันเป็นสิ่งที่ปรารถนาของมวลมนุษย์ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรในสังคม ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกันต่างก็ปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดี นั่นคือ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ สามารถพึ่งตนเองได้ อย่างไรก็ตามปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือปัญหาโรคภัยไข้เจ็บซึ่งมักเกิดขึ้นเสมอๆและโรคที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปวดท้อง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคปวดกระดูกและข้อ โรคชรา ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผิวหนัง สายตา การดมกลิ่นและการสัมผัส ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ความหว้าเหว่ เงียบเหงา ซึมเศร้า ต้องการความรักและเอาใจใส่ เป็นต้น

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

2.1.6.3 ด้านสิ่งแวดล้อม

การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ มีที่อยู่อาศัยที่คงทนถาวรสะดวกสบาย ครอบครัวและชุมชนอบอุ่น เพื่อนบ้านที่ดี มีบริการที่ดีด้านสาธารณูปโภคของชุมชนที่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความสงบและความเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและเป็นสุขได้

นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆตัว และสภาพแวดล้อมนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งตามปกติตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ย่อมต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ทางตรงก็ทางอ้อม การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัว และนอกครอบครัวของผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองตอบต่อความต้องการทางสังคม เช่น การมีเพื่อนวัยเดียวกัน เนื่องจากทำให้สามารถปรับทุกข์สุขได้อย่างเข้าอกเข้าใจกันดีกว่าคนต่างวัย ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ให้ความสุขความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับรู้ว่าตนเองอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้ง

ในด้านบุคคลสังคมบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัยและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆทั้งในบ้านและชุมชน ย่อมสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

2.1.6.4 ด้านการพึ่งพาตนเอง

เมื่อสูงวัยขึ้น สมรรถนะการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายก็เสื่อมถอยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอเป็นโรค และเจ็บป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมตามปกติได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองจึงกลายเป็นเรื่องที่ยาก สำหรับการประเมินการพึ่งพาผู้สูงอายุสามารถประเมินได้โดยการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน (Calkins et al, 1986: 20) รวมทั้งการเตรียมอาหาร การซักรีดเสื้อผ้า การคิดคำนวณ การทำงานมีรายได้ การทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่หากว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมาสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองต้องอาศัยบุคคลอื่นๆอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆตามความต้องการของตนเองมาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับ ทำให้ผู้สุงอายุเกิดความรู้สึกอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัวสร้างภาระแก่ผู้อื่น

2.6.1.5 ด้านการทำกิจกรรมทางสังคมและการพัฒนาตนเอง

ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจรู้สึกว่าชีวิตของตนเองนั้นมีค่ามีความหมาย ต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกว่าชีวิตนี้มีแต่ความเงียบเหงาน่าเบื่อหน่ายและหมดอาลัย การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้นจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความสนใจ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุว่ามี 3 ประเภท ดังนี้ (Berghorn et al, 1981: 343-344)

1) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activities) ได้แก่ การทำบุญเข้าวัดเพื่อตักบาตร การมีกิจกรรมในสโมสร เป็นต้น

2) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activities) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่างๆ เป็นต้น

3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary Activities) ได้แก่ งานอดิเรกต่าง ๆ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

จากแนวคิดเกียวกับผู้สูงอายุเชื่อว่าผู้สูงอายุทีมีกิจกรรมสูงจะสามารถปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะบุคคลทีสามารถทำและดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้สูงอายุทีมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมีภาพพจน์ทีดีเกียวกับตนเองและเป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตผู้สูงอายุทีรับรู้ว่าตนเองยังคงสามารถรักษาระดับการทำกิจกรรมได้มากหรือทำได้สม่ำเสมอย่อมมองตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมซึงจะมีความสุขและพอใจทีจะทำกิจกรรมนั้น ๆ

2.1.7 การดูแลสุขภาพตนเองและภาวะสุขของผู้สูงอายุ

สมจิต หนุเจริญกุล (2533 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 6-7) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทีบุคคลริเริม และกระทำเพือทีจะรักษาไว้ซึงชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ ดูแลสุขภาพตนเองทีจำเป็นโดยทั่วไป เพือเป็นการส่งเสริม และรักษาไว้ซึงสุขภาพอนามัย และสวัสดิภาพของแต่ละบุคคลการดูแลสุขภาพตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย แต่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพวัย และสภาพของแต่ละบุคคล

2. การดูแลสุขภาพตามพัฒนาการ เกิดขึ้นจากกระบวนในการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต รวมทั้งการเจริญพันธุ์ในวัยต่างๆ ของชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ทีมีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะต่าง ๆ โดยทั่วไปเพือเป็นการปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมือเกิดภาวะเบียงเบนทางสุขภาพ หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพทีเกิดขึ้น เนืองจากความพิการหรือความผิดปกติในโครงสร้างตลอดจนการทำงานของร่างกาย

ผู้วิจัยมีแนวทางการศึกษาดังนี้ การดูแลสุขภาพตนเองคือ การดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพทั้งในภาวะทีปกติ และภาวะทีมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นรวมถึงการหลีกเลียงปัจจัยเสียงทีไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 7) สรุปไว้ว่าแนวคิดเกียวกับการดูแลสุขภาพตนเองอาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มทีมุ่งเน้นในความแตกต่างตนเอง ระหว่างการดูแลสุขภาพตนเองกับการดูแลสุขภาพด้วยวิชาชีพ กลุ่มทีสองเป็นกลุ่มแนวคิดทางด้านสาธารณสุขทีมองการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ทีระดับบริการขั้นต้นเป็นฐานล่างสุดของระบบบริการสุขภาพและกลุ่มทีสามมองจากมุมด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ทีเห็นว่าการดูแลสุขภาพ

ของตนเองเป็นลักษณะสำคัญของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์เป็นพฤติกรรมและการตัดสินใจของปัจเจกที่เกิดในบริบททางสังคม และระบบการบริการอื่น ๆ

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

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

2. สุขภาพ และความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรมบุคคลแต่ละคนย่อมมีรูปแบบและวิธีการในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ถึงแม้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหา และโรคภัยไข้เจ็บเดียวกันแต่ใช่ว่าจะต้องมีวิธีการ หรือรูปแบบในการจัดการที่เหมือนกัน เหตุเพราะว่าบุคคลแต่ละคนย่อมที่จะมีประสบการณ์ ความคิด ความชอบที่แตกต่างกันไป รวมทั้งความเชื่อและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพก็ย่อมจะมีความแตกต่างกัน เช่น ในอดีตมีความเชื่อว่าคนที่มีร่างกายอ้วนคือคนที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ แต่ปัจจุบันกลับกลายเป็นว่า คนที่อ้วนนั้นแท้ที่จริงแล้วมีอาการ และสาเหตุของการเกิดโรคอยู่ในตัวมากมาย

3. ชุมชนทุกชุมชนมีการกำหนดรูปแบบการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยไว้แล้ว โดยกฎระเบียบทางสังคม เช่น ฤดูฝนก็จะมีการช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ฤดูร้อนก็รณรงค์เรื่องอหิวาตกโรค หรือแม้กระทั่งการฉีดวัคซีนให้สุนัขเพื่อป้องกันโรคสุนัขบ้า

4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ทั่วถึงประชาชนในชนบท เนื่องจากบางชุมชนมีความห่างไกลจากความเจริญเป็นอย่างมาก การบริการสาธารณสุขก็ยังไม่ถึง ถ้าต้องการรับบริการก็มีราคาแพง ไม่สามารถที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องพื้นฐานของตนเอง

5. การส่งเสริมสุขภาพตนเอง เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ชุมชน เพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเองและส่วนรวม ตลอดจนเพื่อเป็นการป้องกัน และแบ่งเบาภาระของแพทย์ให้น้อยลง

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

1. การดูแลสุขภาพตนเองในฐานะวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญถือว่าเป็นแกนกลางของวัฒนธรรมทุกสังคม เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการเลือกที่จะมีวิธีการกิน การอยู่ การมีคู่ การเกิด

และการตายของทุกคนในสังคม รวมทั้งมีแนวคิด วิธีการ วัตถุ และเทคโนโลยี ที่อาจเรียกรวมกันว่าภูมิปัญญาที่จะทำอย่างไร ถึงจะทำให้ การกิน การอยู่ การเกิด การตาย มีความสุข หรือความทุกข์น้อย พัฒนาการสิ่งเหล่านี้เป็นผลพวงทางวิชาการที่ถือว่าสะท้อนให้เห็นการปรับตัวของมนุษย์กับสภาพแวดล้อมทางนิเวศน์ สังคม เศรษฐกิจและประวัติศาสตร์ของแต่ละสังคมและเป็นวัฒนธรรมที่เหมาะสมสืบทอด ดัดแปลง แลกเปลี่ยนกันและกลมกลืนไปกับวิถีชีวิตของสังคม

2. การใช้ยารักษาตนเอง การซื้อยากินเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพตนเองที่เปลี่ยนแปลงจากการดูแลรักษาตนเองด้วยการไม่ใช้ยาหรือการใช้การรักษาแบบพื้นบ้านในอดีตยาสมัยใหม่ที่แพร่กระจายกว้างขวางทำให้การซื้อยากินเองกลายเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบใหม่ที่แพร่หลาย และมีบทบาทสำคัญที่สุดซึ่งไม่ได้เกิดเฉพาะกับสังคมไทยแต่หมายถึงประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลกในสังคมทุนนิยมบริโภคเช่นปัจจุบันที่สุขภาพก็เป็นสินค้าชนิดหนึ่งยาและผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพจำนวนมากกลายเป็นทางเลือกที่ไม่ใช่เฉพาะเพื่อการรักษาแต่เป็นวิถีทางในการดูแลและทำนุบำรุงสุขภาพของผู้คนมากยิ่งขึ้น

3. ครอบครัว กลุ่มและชุมชนกับการดูแลตนเองในปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะปัญหาที่มีการถูกตั้งข้อรังเกียจทางสังคม เช่น เอดส์ มะเร็ง โรคจิต และความพิการทั้งหลาย เป็นภาวะของความทุกข์ทั้งกายใจรวมถึงผู้เจ็บป่วย ครอบครัวและญาติพี่น้องที่ยาวนานอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ยากที่ระบบบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีธรรมชาติเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อจะมีความละเอียดอ่อนและอดทนเพียงพอที่จะดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องการการหนุนช่วยในหลายด้าน โดยเฉพาะอารมณ์ จิตใจ และสังคม ผู้มีปัญหาเหล่านี้จึงต้องการดูแลมากกว่าการรักษา

4. กลุ่มและชุมชนที่ดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพตนเอง การรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือดูแลกันเองทางสุขภาพ เป็นปรากฏการณ์ที่มีขอบเขตของการเคลื่อนไหว กิจกรรม และวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย กว้างขวาง มีท้งที่เกิดใหม่และที่เป็นความเคลื่อนไหวสืบเนื่องมายาวนาน บางกรณีเป็นหน่ออ่อนที่เกิดในชุมชนและบางกรณีเป็นการเคลื่อนไหวในระดับกว้างปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนมิติของการดูแลรักษาสุขภาพตนเองที่สะท้อนพลวัตรแบบใหม่ในสังคมที่ชัดเจน และน่าสนใจได้แก่ กลุ่มออกกำลังกายต่าง ๆ ชมรมชีวจิตผสมผสานชีวิตและการทำมาหากินสู่สุขภาพ เช่น ชมรมหมอยาพื้นบ้านโสกขุมปูน อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ชุมชนป่าแดด จังหวัดเชียงราย เป็นต้น เป็นระบบที่หนุนช่วยกลุ่มการดูแลตนเองในชุมชนให้มีความเป็นปึกแผ่นและเข้มแข็งยิ่งขึ้น

5. การเคลื่อนไหวทางสังคมในโครงการหรือนโยบายที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมกลุ่มประชาชนในหลายพื้นที่ซึ่งได้รับผลกระทบจากโครงการหรือนโยบายของรัฐรวมตัวลุกขึ้นมาเรียกร้องต่อต้านหรือคัดค้าน โดยอาศัยเหตุผลด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่จะติดตามมา

สุขภาพของบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง กล่าวคือ บุคคลที่มีสุขภาพดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจย่อมสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าคนที่มีสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้เนื่องมาจากอยู่ในภาวะเจ็บป่วย พิการ หรือเกิดจากภาวะเสื่อมถอย จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ไม่เต็มที่ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจในชีวิตสูง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตและมีสุขภาพที่ดีจะปฏิบัติกิจกรรมในระดับสูง กล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุนั้นมีความสำคัญมาก เพราะถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายชีวิตอย่างมีความสุขได้เป็นอย่างดี
(สุรพงษ์ คณานุรักษ์, 2545: 37)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้

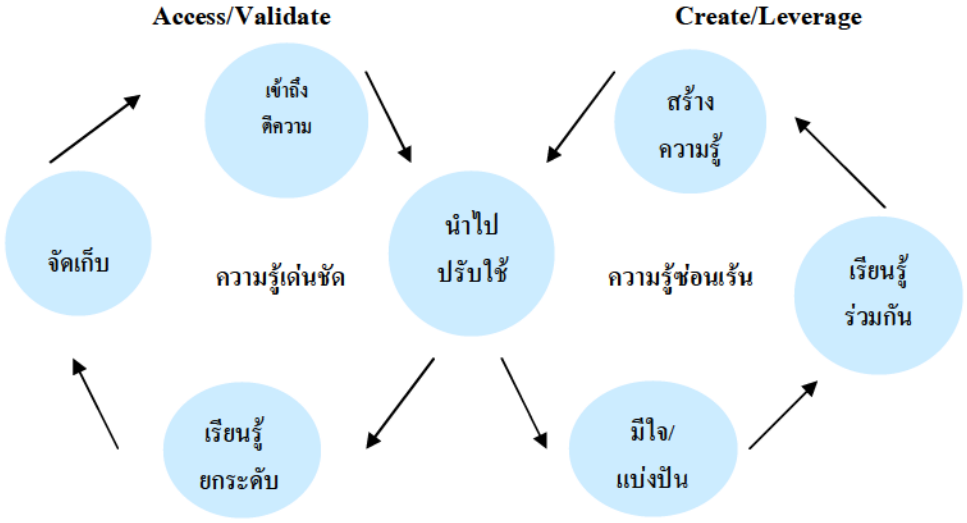
ความรู้สมัยก่อนเป็นการใช้ความรู้ที่รู้แจ้ง และมองเห็นโดยมีผู้กำหนดไว้ และนำไปปฏิบัติตามเท่านั้น เป็นการเรียนรู้จากทฤษฎีหรือสิ่งที่กำหนดให้เห็นเท่านั้นแต่ปัจจุบันเน้นที่การนำเอาความรู้ที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคลมาใช้โดยการเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่เป็นการกระทำร่วมกันเพื่อเป็นการสร้างความรู้ (Knowledge Generation)โดยอาศัยการสร้างกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ทุกรูปแบบผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อสร้างความรู้ที่มีอยู่ในแหล่งต่าง ๆ (พรมพรรณ พันธ์มิภู, 2547: 2)

การจัดการความรู้ เริ่มแรกก็คงต้องกลับไปดูความหมายของคำว่า “การจัดการ” ก่อน การจัดการ ก็คือ การที่เราดำเนินการกับสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จ หรือได้ผลตามที่เราต้องการในเรื่องการจัดการความรู้ เริ่มแรกเราก็ต้องมาค้นหาว่า ความรู้อยู่ที่ไหน แล้ว ก็ต้องเลือกเอาบางความรู้ขึ้นมาเพราะว่าความรู้มันมีอยู่เยอะไปหมด เราเอามาทั้งหมดไม่ไหว เลือกแล้วนำมาขัดเกลาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ มีการรวบรวม จัดเก็บ จัดระบบการใช้ หรือการเผยแพร่ การใช้หรือการเผยแพร่ก็เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยน การผสมผสาน การสร้างความรู้ใหม่ ก็เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้ ตลอดจนการสร้างเครื่องมือต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเอกสารเป็นสิ่งพิมพ์ เครื่องมือสื่อสาร ไอที สร้างเป็นตำรา คู่มือ แบบฝึกหัด พวกนี้เป็นเครื่องมือ เป็นอุปกรณ์เพื่อการเรียนรู้ แล้วก็ต้องมีคนที่จะช่วยถ่ายทอด ช่วยประยุกต์ ช่วยแนะนำเรื่องความรู้ที่เราเรียกว่าวิทยากร ต้องมีการฝึกวิทยากร พัฒนาวิทยากร

สิ่งเหล่านี้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งของการจัดความรู้ การจัดการก็คือ ดำเนินการกับประเด็นต่างๆ ปัจจัยต่าง ๆ องค์ประกอบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุผลที่เราต้องการ อะไรคือ ผลที่เราต้องการ ผลที่เราต้องการ ก็คือ ได้มีความรู้ ได้ใช้ประโยชน์กว้างขวางยิ่งขึ้นเกิดประโยชน์ดีขึ้น นั่นคือสิ่งที่เราต้น

ต้องการ ฉะนั้นการจัดการความรู้ คือ การดำเนินการกับสิ่งที่เราต้องการ ฉะนั้นการจัดการความรู้ คือ การดำเนินการกับปัจจัยต่างๆ เพื่อให้บรรลุ ก็คือ การได้ใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์มากขึ้น และดีขึ้น ได้ใช้ความรู้ หรือได้ประยุกต์ ได้ดัดแปลง ได้ดำเนินการกับความรู้ เพราะหากเราแค่เก็บไว้เฉย ๆ ก็คงไม่เกิดประโยชน์อะไร การเก็บความรู้ใส่ตู้คงไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการจัดการความรู้ อย่างนั้นเรียกว่าจัดเก็บ ไม่ใช้จัดการ ต้องนำไปสู่ประโยชน์ ตัวสุดท้ายคือ เกิดประโยชน์

แนวคิดการจัดการความรู้ เริ่มต้นด้วยความรู้ที่เป็น พระเอก นั่นคือ ความรู้ซ่อนเร้น หรือความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ยังไม่ได้เข้ารหัส หรือได้พิสูจน์ทางวิชาการเป็นความรู้ที่อยู่ในตัวตนหรืออยู่ภายในเครือข่าย ชุมชน หน่วยงาน นอกจากนี้ยังมีความรู้อีกด้านหนึ่งคือ ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) ที่เข้ารหัสแล้วเผยแพร่ง่าย ทำความเข้าใจง่าย มีความชัดเจนสูง ผ่านการพิสูจน์ ทางวิชาการ ทางวิทยาศาสตร์ ความรู้นี้เป็นสิ่งที่เราคุ้นเคย และใช้อย่างมีพลัง หลังจากนั้นก็ได้มีการประดิษฐ์เครื่องพิมพ์ พิมพ์หนังสือได้มากมายทำให้ความรู้ด้านความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) ได้เข้ามาครองจักรวาล และพาราไดม์ของมนุษย์ ตามที่เข้าใจนั้น ความรู้ฝังลึกเคยครองมาก่อนแต่ได้สูญเสียพลังให้กับความรู้เด่นชัด จนทำให้เราไม่เข้าใจฝังลึกเลยประมาณ 20 ปีกว่าที่ผ่านมา วงการจัดการความรู้ได้ดึงเอาความรู้ฝังลึกกลับมาใหม่ โดยไม่ปฏิเสธความรู้เด่นชัด และได้มีการนำมาใช้ให้เกิดพลังที่เสริมกัน และคิดว่าวงการพัฒนานโยบายสาธารณะจะต้องใช้แนวคิดนี้ กล่าวคือ ควรดึงเอาทั้งความรู้ฝังลึก และความรู้ที่ชัดเจนมาใช้เสริมกันอย่างมีพลัง (วิจารณ์ พานิช, 2547: 77-79)



ภาพที่ 2.3 โมเดลการจัดการความรู้เด่นชัดและความรู้ซ่อนเร้น

แหล่งที่มา: สถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม, ม.ป.ป.: 2

2.2.1 ประเภทของความรู้

ความรู้ที่นำมาจัดการแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

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

2. ความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในตัวคน เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมมาเป็นเวลานาน เป็นภูมิปัญญาของแต่ละคน

การจัดการความรู้เด่นชัด(Explicit Knowledge Management) เน้นการเข้าถึงแหล่งความรู้และการนำ “ความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge)” ไปปรับใช้ แล้วเกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดความรู้ใหม่ จากนั้นนำมาสรุปไว้เพื่อใช้อ้างอิงหรือให้ผู้อื่นได้ใช้ต่อไป
(สถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม, ม.ป.ป.:1)

ส่วนการจัดการความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) เน้นการจัดเวทีเพื่อให้ผู้ปฏิบัติ มีการแบ่งปันความรู้ที่มีอยู่ในตัวของผู้ปฏิบัติ แล้วทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การสร้างความรู้ใหม่ ที่แต่ละคนสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ต่อไป และใช้ได้ในชีวิตจริง ความรู้ 2 ประเภทนี้จะเปลี่ยนไปเปลี่ยนมา คือ บางครั้งความรู้ซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) จะถูกนำออกมาเป็นความรู้เด่นชัด (Explicit Knowledge) และบางครั้ง ความรู้เด่นชัดก็เปลี่ยนไปเป็นความรู้ซ่อนเร้น

2.2.2 ความหมายของคำว่าการจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่ซับซ้อน และกว้างขวาง ไม่สามารถให้นิยามด้วยถ้อยคำสั้น ๆ ได้ ต้องให้นิยามหลายข้อ จึงจะครอบคลุมความหมาย ซึ่งได้แก่

การจัดการความรู้มีความหมายรวมถึง การรวบรวม การจัดระบบ การจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูลเพื่อสร้างเป็นความรู้ เทคโนโลยีด้านข้อมูลและด้านคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มพลังในการจัดการความรู้แต่เทคโนโลยีด้านข้อมูลและคอมพิวเตอร์โดยตัวของมันเองไม่ใช่การจัดการความรู้

การจัดการความรู้เกี่ยวข้องกับการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) ถ้าไม่มีการแบ่งปันความรู้ความพยายามในการจัดการความรู้จะไม่ประสบผลสำเร็จ พฤติกรรมภายในองค์การเกี่ยวกับวัฒนธรรม พลวัตรและวิธีปฏิบัติ มีผลต่อการแบ่งปันความรู้ประเด็นด้านวัฒนธรรม และสังคมมีความสำคัญยิ่งต่อการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ต้องการผู้ทรงความรู้ความสามารถในการตีความ และประยุกต์ใช้ความรู้ในการสร้างนวัตกรรม และเป็นผู้นำทางในองค์การ รวมท้งต้องการผู้เชียวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่ง สำหรับช่วยแนะนำวิธีประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ ดังน้นกิจกรรมเกียวกับคน ได้แก่ การดึงดูดคนเก่ง และดีการพัฒนาคน การติดตามความก้าวหน้าของคน และการดึงคนมีความรู้ความสามารถไว้ในองค์การถือเป็นส่วนหนึงของการจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นเรืองของการเพิมประสิทธิผลขององค์การ การจัดการความรู้เกิดขึ้นเพราะมีความเชือว่าจะช่วยสร้างความมีชีวิตชีวาและความสำเร็จให้แก่องค์การ การประเมิน “ต้นทุนทางปัญญา” (Intellectual Capital) และผลสำเร็จของการประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ เป็นดัชนีบอกว่าองค์การมีการจัดการความรู้อย่างได้ผลหรือไม่(วิจารณ์ พานิช, 2551: 1-14)

การจัดการความรู้ คือ กระบวนการทีช่วยองค์กรในการระบุ คัดเลือก จัดระบบ เผยแพร่ และถ่ายโอนสารสนเทศ และความเชียวชาญทีสำคัญซึงเป็นส่วนหนึงของความจำองค์การทีอยู่ในรูปแบบทีมีโครงสร้างไม่ชัดเจน (Turban et al, 2004: 451)

การจัดการความรู้ คือ กระบวนการทีเป็นระบบในการสร้าง รักษา และสนับสนุนให้องค์การใช้ความรู้ของบุคคล และความรู้ของส่วนรวมในการทำงานเพือให้บรรลุพันธกิจขององค์การ (Bennet & D. Bennet. 2004. อ้างถึงใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2548: 42)

“ตัวแบบปลาทู” เป็นตัวแบบอย่างง่ายทีใช้เปรียบเทียบการจัดการความรู้ได้ดีโดยใช้ส่วนต่างๆของปลาทูเป็นตัวอธิบายซึงปลาทูหนึงตัวจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. ส่วน **“หัวปลา”** (Knowledge Vision-KV) หมายถึง ส่วนทีเป็นเป้าหมาย วิสัยทัศน์ หรือทิศทางของการจัดการความรู้ โดยก่อนทีจะทำจัดการความรู้ ต้องตอบให้ได้ว่า “เราจะทำ KM ไปเพืออะไร?” โดย “หัวปลา” นี้จะต้องเป็นของ “คุณกิจ” หรือผู้ดำเนินกิจกรรม KM ทั้งหมดโดยมี “คุณเอื้อ” และ“คุณอำนวย” คอยช่วยเหลือ ซึงคุณเอื้อน้น(Chief Knowledge Officer-CKO) ก็คือผู้รับผิดชอบในระบบ KM คุณอำนวยคือ ผู้คอยอำนวยความสะดวกในการจัดการความรู้เป็นนักจุดประกายความคิด และเป็นนักเชือมโยงระหว่างผู้ปฏิบัติ **“คุณกิจ”** กับผู้บริหาร **“คุณเอื้อ”**

2. ส่วน **“ตัวปลา”** (Knowledge Sharing-KS) เป็นส่วนของการแลกเปลียนเรียนรู้ ซึงถือว่าเป็นส่วนสำคัญ ซึง “คุณอำนวย” จะมีบทบาทมากในการช่วยกระตุ้นให้ “คุณกิจ” มีการแลกเปลียนเรียนรู้ความรู้โดยเฉพาะความรู้ซ่อนเร้นทีมีอยู่ในตัว “คุณกิจ” พร้อมอำนวยให้เกิดบรรยากาศในการเรียนรู้แบบเป็นทีมให้เกิดการหมุนเวียนความรู้ ยกระดับความรู้ และเกิดนวัตกรรม

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

สรุปว่าการจัดการความรู้ หมายถึง การรวบรวม การนำความรู้มาจัดระเบียบ มีระบบการแลกเปลี่ยน เพื่อยกระดับความรู้ และเพื่อสามารถนำความรู้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ง่าย

2.2.3 รูปแบบของการจัดการความรู้

2.2.3.1. การจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ

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

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

ระดับที 1 Know - What เป็นความรู้เชิงทฤษฎีล้วนๆ เปรียบเสมือนความรู้ของผู้จบปริญญาตรีหมาดๆ เมื่อนำความรู้เหล่านี้ไปใช้งาน ก็จะได้ผลบ้าง ไม่ได้ผลบ้าง

ระดับที 2 Know - How เป็นความรู้ที่มีทั้งเชิงทฤษฎี และเชิงบริบทเปรียบเสมือนความรู้ของผู้จบปริญญาและมีประสบการณ์การทำงานระยะหนึงเช่น 2 – 3 ปี ก็จะมีความรู้ในลักษณะที่รู้จักปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมหรือบริบท

ระดับที 3 Know - Why เป็นความรู้ในระดับที่อธิบายเหตุผลได้ว่าทำไมความรู้นั้น ๆ จึงใช้ได้ผลในบริบทหนึง แต่ใช้ไม่ได้ผลในอีกบริบทหนึง

ระดับที 4 Care- Why เป็นความรู้ในระดับคุณค่าความเชื่อซึงจะเป็นแรงขับดันมาจากภายในจิตใจแต่ต้องกระทำสิงนั้น ๆ เมื่อเผชิญสถานการณ์

การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการอย่างน้อย 6 ประการต่อความรู้ ได้แก่

ประการแรก การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องาน หรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร

ประการที่สอง การเสาะหาความรู้ที่ต้องการ

ประการที่สาม การปรับปรุง ดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วน ให้เหมาะต่อการใช้งานของตน

ประการที่สี่ การประยุกต์ใช้ความรู้ในกิจการงานของตน

ประการที่ห้า การนำประสบการณ์จากการทำงาน และการประยุกต์ใช้ความรู้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสกัด “ขุมความรู้” ออกมาบันทึกไว้

ประการที่สุดท้าย การจดบันทึก “ขุมความรู้” และ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งานและปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ลุ่มลึก และเชื่อมโยงมากขึ้น เหมาะต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น

โดยที่การดำเนินการ 6 ประการนี้บูรณาการเป็นเนื้อเดียวกัน ความรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทั้งความรู้ที่ชัดแจ้ง อยู่ในรูปของตัวหนังสือหรือรหัสอย่างอื่นที่เข้าใจได้ทั่วไป (Explicit Knowledge) และความรู้ฝังลึกอยู่ในสมอง (Tacit Knowledge) ที่อยู่ในคน ทั้งที่อยู่ในใจ (ความเชื่อ ค่านิยม) อยู่ในสมอง (เหตุผล) และอยู่ในมือ และส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (ทักษะในการปฏิบัติ) การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่คนจำนวนหนึ่งทำร่วมกัน ไม่ใช่กิจกรรมที่ทำโดยคนคนเดียว

กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้ หรือการจัดการความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร มีทั้งหมด 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนแรก การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องใช้อะไร ขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร

ขั้นตอนที่สอง การสร้าง และแสวงหาความรู้ เช่นการสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว

ขั้นตอนที่สาม การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต

ขั้นตอนที่สี่ การประมวล และกลั่นกรองความรู้ เช่น ปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

ขั้นตอนที่ห้า การเข้าถึงความรู้เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการ ได้ง่าย และสะดวก เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web Board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่หก การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีเป็น Explicit Knowledgeอาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีเป็นTacit Knowledge จัดทำเป็นระบบ ทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพ และนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

ขั้นตอนสุดท้าย การเรียนรู้ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ในไปใช้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ คือ วิธีการบริหารความรู้ สร้างความรู้ใหม่อย่างมีขั้นตอน และมีแบบแผนที่ชัดเจน มีการกลั่นกรองความรู้ที่ได้ออกมาในรูปเอกสารและมีการเผยแพร่เพื่อทำให้เกิดเป็นระบบการเรียนรู้หมุนเวียนต่อไป

2.2.3.2 การจัดการความรู้ตามวิถีชุมชน

การจัดการความรู้ตามวิถีชุมชน หมายถึง การจัดการความรู้อย่างไม่เป็นระบบเป็นรูปแบบการจัดการความรู้แบบชาวบ้านที่จะเน้นด้านการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และเน้นคุณธรรม

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

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

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

การจัดการความรู้ควรประกอบด้วยคุณธรรม 8 ประการ ดังนี้

1) การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน ศีลธรรมพื้นฐานนี้จะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันด้วยความสันติ สังคมส่วนใหญ่ขาดศีลธรรมพื้นฐานนี้จึงไปสู่การพัฒนาที่บิดเบี้ยว และไม่สามารถสร้างสันติสุขให้สังคมได้ การจัดการความรู้ขั้นพื้นฐานอยู่ที่การให้คุณค่าแก่ความรู้ที่อยู่ในตัวคนทุกคน จึงเป็นรูปธรรมแห่งการปฏิบัติที่เคารพศักดิ์ศรี และคุณค่าความเป็นคนของคนทุกคน

2) การไม่ใช้อำนาจ มนุษย์ตามปกติจะอำนาจกระทำต่อกัน แม้ในสังคมที่เรียกตัวเองว่าประชาธิปไตย เพราะอำนาจเป็นกิเลสที่ลึกที่สุดอย่างหนึ่งของมนุษย์ การใช้อำนาจอาจใช้โดยไม่

รู้ตัว หรือท้ง ๆ ทีมีความรักก็ได้ เช่น พ่อแม่ใช้กับลูก พระใช้กับชาวบ้าน การใช้อำนาจจะปกปิดก้น กระบวนการตามธรรมชาติ กระบวนการธรรมชาติ คือ การรับรู้ เรียนรู้ งอกงาม ถักทอเครือข่าย เมือใช้อำนาจจะทำให้กระบวนการตามธรรมชาติบิดเบี้ยวเบียงเบนจากทีควรจะเป็น การจัดการความรู้จะสร้างความสัมพันธ์ใหม่ ทุกคนมีความสำคัญประสบการณ์ของทุกคนมีความสำคัญ ความเสมอภาคทำให้เกิดความสัมพันธ์ทีดี ทำให้ทุกคนมีเสรีภาพทีจะนำเอาศักยภาพในตนออกมาแบ่งปันร่วมแลกเปลียนเรียนรู้กัน ถ้าเราตระหนักถึงการไม่ใช้อำนาจอยู่เนือง ๆ ความเสมอภาคทีแท้จริงจะมีมากขึนเรือย ๆ ส่งให้เกิดความสุข และพลังของความสร้างสรรค์

3) การฟังอย่างลึก การนำความรู้ทีแฝงเร้นในตัวออกมาแลกเปลียนเรียนรู้กัน ต้องมีการคุยกันทีเน้นการฟังอย่างลึก ไม่ใช่โต้เถียงกันโดยหวังชนะคะคานกัน หรือพ่นให้ผู้อืนฟังข้างเดียว คนบางคนไม่ฟังคนอืนเอาแต่พูด หรือฟังก็ไม่ได้ยิน อย่างนีปัญญาไม่เกิดแต่เป็นอาการของคนทีมีตัวตนจัด(Ego) ถ้าเราไม่เคารพคู่สนทนาก็จะไม่ฟังเขา การจะมีความตังใจอย่างลึกก็ต้องมีศีลธรรมพืนฐาน คือ เคารพความเป็นคนของคู่สนทนาอย่งแท้จริง การฟังอย่างลึกทำให้เกิดปัญญา โบราณใช้คำว่า “พหูสูต” สำหรับผู้มีปัญญา เมือเราตังใจฟัง ผู้เล่าจะมีความรู้สึกทีดี มีความเชือใจย่อมอยากจะบอกอะไรทีเกียวกับเขา ซึงตามปกติจะไม่บอกใคร

4) เป็นวิธีการทางบวก กล่าวคือ เอาความสำเร็จ ความภาคภูมิใจของสิงทีเคยทำด้วยดีเป็นตัวตัง นำมาให้เห็นคุณค่า และชืนชมแลกเปลียนเรียนรู้ ต่อยอดให้งดงาม และมีประโยชน์ยิงขึน

วิธีการทางลบ คือ เอาความล้มเหลวหรือปัญหามาเป็นตัวตัง วิพากษ์วิจารณ์ แล้วทะเลาะกัน เป็นการทอนกำลัง

วิธีการทางบวก คือ ทำให้มีความปีติ มีกำลังใจ มีความสามัคคี และพลังสร้างสรรค์ทีจะเคลือนต่อไปในอนาคต

5) การเจริญธรรมมะ 4 ประการ ทีเกือหนุนการเรียนรู้ร่วมกัน การจัดการความรู้เน้นทีการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน ปกติมนุษย์เรียนรู้ร่วมกันยากเพราะกิเลส เช่น ความโกรธ ความเกลียดอหังการ มมังการ การเรียนรู้ร่วมกันควรเจริญธรรม 4 ประการ คือ ความเอืออาทร ความเปิดเผย ความจริงใจ ความเชือถือไว้วางใจกัน เมือเกิดความเชือถือไว้วางใจกันจะมีค่ามาก เมือไม่คุยกันอย่างลึก ๆ ความรู้แฝงเร้นก็สำแดงออกมาไม่ได้ ฉะนัน ประชาคมจัดการความรู้พึงเจริญให้มากซึงธรรมะ 4 ทีเกือหนุนการเรียนรู้ร่วมกัน

6) การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ เป็นอิทธิปัญญา การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ มีความสำคัญทีสุดในการทำให้ทำอะไรยาก ๆ ให้สำเร็จ การไม่เรียนรู้ การเรียนรู้ทีท่องตำราอย่างเดียว การเรียนรู้เฉพาะบางคน โดยไม่ใช่การเรียนรู้ของคนทังหมดเรียนร่วมกัน ไม่ก่อให้เกิดปัญญาร่วมทีสอดคล้องกับความเป็นจริง ไม่เป็นไปเพือความสำเร็จในขณะทีความรู้ในตำราอาจไม่ได้มาด้วยการ

ปฏิบัติหรืออยู่ห่างไกลการปฏิบัติ ความรู้ในตัวคนเป็นความรู้ที่เนื่องด้วยการปฏิบัติ และการจัดการความรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้การปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างเป็นผลสำเร็จการเรียนรู้จึงเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ อันจะทำให้เกิดอิทธิปัญญาหรือปัญญาเพื่อความสำเร็จ

7) การถักทอไปสู่โครงสร้างใหม่ขององค์กร และสังคม โครงสร้างสุดโต่ง 2 อย่าง คือ โครงสร้างทางดิ่ง และโครงสร้างปัจเจกชนนิยม

โครงสร้างดิ่งมีการเรียนรู้น้อยมาก และโครงสร้างแบบปัจเจกชนนิยมสุดโต่งแบบตัวใครตัวมันขาดพลังร่วมและปัญญาร่วมไม่สามารถนำไปสู่ความสำเร็จทางสังคมได้ การจัดการความรู้นำไปสู่การถักทอโครงสร้างใหม่จากโครงสร้างทางดิ่ง และโครงสร้างปัจเจกชนนิยมไปสู่การเป็นเครือข่ายมนุษย์ มีความสำคัญยิ่งนัก เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานที่ไม่เคยทำได้สำเร็จด้วยวิธีการรุนแรง แต่สำเร็จได้ด้วยการจัดการความรู้อันประณีตที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ โครงสร้างใหม่จะปลดปล่อยมนุษย์ไปสู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข

8) การเจริญสติในการกระทำ การจัดการความรู้ที่ดีเป็นการเจริญสติไปในตัว การเจริญสติ คือ การรู้ตัว การรู้ตัวทำให้มีปัญญาและทำได้ถูกต้องในกระบวนการจัดการความรู้ที่ดีทุกคนต้องพยายามมีสติระลึกรู้เมื่อทุกคนมีสติในกิจกรรมร่วมกันจะเกิดเป็นสติของกลุ่มหรือสติขององค์กรหรือสติของสังคมที่เป็นเรื่องใหม่ซึ่งดียิ่งนัก เพราะสังคมไม่มีสติเป็นอย่างไรเราพอนึกออกและเห็นอยู่ทั่วไป การเจริญสติทำให้จิตใจสงบมีอิสรภาพเพราะหลุดจากความบีบคั้นสัมผัสความจริงได้ควบคุมความคิด การพูด และการกระทำได้ การมีสติจึงเป็นความงาม ความดีและความสุขทุกคนควรทำความเข้าใจเรื่องสติและพยายามเจริญให้มากจะประสบความสุขและความเจริญทั้งปวง (ประเวศ วะสี, 2550: 47-58)

การจัดการความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพของสังคมไทยมักจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ 3 ประการ ดังนี้

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

นโยบายของรัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีส่วนผลักดันการจัดการความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพเป็นอย่างมาก

โดยจะขอยกตัวอย่างยุทธศาสตร์ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและหน่วยงานที่สังกัดในกรมนั้นก็คือสถาบันการแพทย์แผนไทยว่ามียุทธศาสต์ที่เน้นการส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ดังนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมีพันธกิจ 8 ประการดังนี้

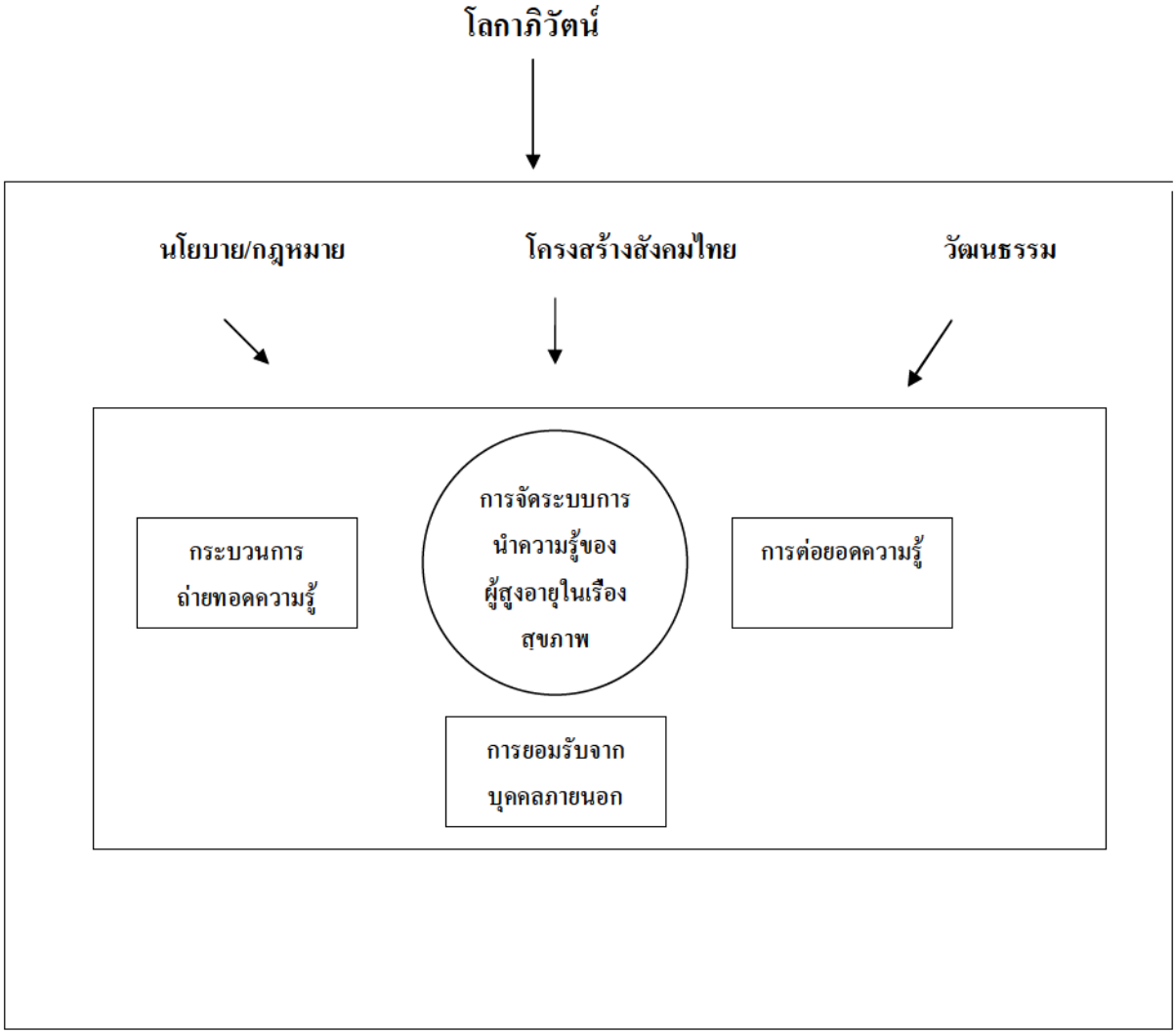
ประการแรกดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการค้มครองและส่งเสริมภูปัญญาการแพทย์แผนไทยและกฎหมายอื่น**ที่ประการที่สอง** ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ และเทคโนโลยี ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น**ประการที่สาม** กำหนดพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น**ประการที่สี่** ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกอื่น**ประการที่ห้า** พัฒนารูปแบบส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการบริการด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น**ประการที่หก** พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบให้เกิดผลสำเร็จแก่ราชการ และประชาชนยิ่งขึ้น**ประการที่เจ็ด** รวบรวม อนุรักษ์ เฝ้าระวัง และส่งเสริมคุ้มครองภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพร และ**ประการสุดท้าย** ปฏิบัติการอื่นใดตามกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หรือตามที่กระทรวงหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย

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

แข่งขันได้ 4. พัฒนากฎหมาย คุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพร เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2551: 1)

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

ประการที่สามคือ วัฒนธรรม ประกอบด้วย ลักษณะนิสัยที่เน้นการปฏิบัตินิยม กล่าวคือ ไม่ชอบการเรียนรู้ในเชิงวิชาการ ชอบการปฏิบัติจากของจริง และถอดความรู้จากการปฏิบัติ อีกส่วนหนึ่งคือ ความเชื่อด้านสาธารณสุขดั้งเดิม กล่าวคือ การปฏิบัติตามความเชื่อที่บรรพบุรุษถ่ายทอดมาให้ โดยในสมัยก่อนได้มีการแบ่งวิธีการรักษาออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพร การรักษาด้วยวิธีการรักษานวด/จับเส้น (หมอตำแย หมอจับเส้น หมอประคบ) การรักษาด้วยวิธีการทางด้านไสยศาสตร์และการเข้าทรงต่าง ๆ (ชัยพร พิบูลศิริ, ม.ป.ป: 35-36) จึงยังทำให้ความนิยมในการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยยังคงอยู่จนมีส่วนผลักดันให้เกิดการจัดการในเรื่องสุขภาพ ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 โมเดลการจัดระบบการนำความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้

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

การถ่ายทอดความรู้ (Knowledge Dissemination) หมายถึง การนำความรู้ที่ได้จากการสะสมแสวงหามาทั้งหมดไปถ่ายทอดให้กับบุคคลที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด อาจอยู่ในรูปของกระบวนการสื่อความหมาย การใช้สื่อเทคโนโลยี ฯลฯ มาช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้ และเกิดการแลกเปลี่ยนหรือการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะ Transfer Knowledge โดยเพื่อที่จะทำให้เกิดความคิดใหม่ เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ขึ้น (พรมพรรณ พันธ์มิภู, 2547: 3)

การถ่ายทอดความรู้ หมายถึงวิธีการส่งต่อความรู้ ความชำนาญหรือค่านิยมที่มีอยู่ไปยังบุคคลอื่น อาจเป็นเครือญาติ หรือสมาชิกคนอื่นในชุมชนก็ได้ อาจจะเป็นการถ่ายทอดโดยตรง หรือโดยทางอ้อมด้วยการจงใจหรือไม่จงใจ มีการเรียกค่าตอบแทนหรือไม่ก็ได้ (ปฐม นิคมานนท์, 2535: 34)

Davenport และ Prusak (1998 อ้างถึงใน อุรวี เดชานนท์, 2548: 14) ได้สรุปว่าการถ่ายทอดความรู้คือการคิดหายุทธวิธีสำคัญบางอย่างสำหรับกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความรู้กันอย่างไม่ต้องใจเป็นไปตามธรรมชาติของการทำงาน

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

ภูมิปัญญานั้นกล่าวได้ว่าเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งด้วยเช่นกัน โดยการถ่ายทอดวัฒนธรรมนั้น หมายถึง ผลของการถ่ายทอด และการเรียนรู้โดยเครื่องมือ คือ การสื่อสารวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์ถ่ายทอดให้คนรุ่นต่อไปสมาชิกของสังคมที่เกิดมาใหม่จะได้รับการสั่งสอนวัฒนธรรมนั้นต่อไป (จุรี จุลเกศ, 2516: 109-110 อ้างถึงใน สุวิมล พิริยธนาลัย, 2546: 44)

การถ่ายทอดวัฒนธรรมเป็นกระบวนการสื่อความหมายเพื่อให้คนในชุมชนเข้าใจในเหตุผลและเห็นคุณค่าของวัฒนธรรมนั้น และยึดเป็นแบบแผนต่อไป การถ่ายทอดอาจเกิดขึ้นโดยตรง คือ เจตนาถ่ายทอด เช่น จากพ่อแม่ไปยังลูก หรืออาจจะเกิดขึ้นได้โดยทางอ้อม เช่น การกระทำเลียนแบบอย่างคนอื่น การลอกเลียนแบบของผู้ใหญ่ เป็นต้น (จิริณี สินุธก, 2543: 14 อ้างถึงในสุวิมล พิริยธนาลัย, 2546: 44) การแพทย์แผนไทยนั้นก็ถือว่าเป็นภูมิปัญญาของคนไทยที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ คนในอดีตนั้นจะใช้สติปัญญาของตนเองสั่งสมความรู้และประสบการณ์เพื่อการดำรงชีพมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน และมีการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ที่สั่งสมไว้จากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่นหนึ่งด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมแต่ละท้องถิ่นทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยอาศัยศรัทธาทางศาสนา ความเชื่อผีสางต่างๆรวมทั้งความเชื่อบรรพบุรุษเป็นพื้นฐานมี

การถ่ายทอดกันมาตั้งแต่อดีตถึงลูกหลานในปัจจุบันซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาชาวบ้าน สรุปได้ดังนี้

1. วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่เด็ก

เด็กโดยทั่วไปมีความสนใจในช่วงเวลานั้นในสิ่งที่ใกล้ตัว ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่กิจกรรมการถ่ายทอดต้องง่ายไม่ซับซ้อน สนุกสนาน ดึงดูดใจ เช่น การลองทำ (ตามอย่าง) การเล่านิทาน เป็นต้น วิธีการเหล่านี้เป็นการสร้างเสริมนิสัย และบุคลิกภาพที่สังคมปรารถนาซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นจริยธรรมที่เป็นสิ่งที่ควรทำ และไม่ควรทำ

2.วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่ผู้ใหญ่

ผู้ใหญ่ถือว่าเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มาพอสมควรแล้ว และเป็นวัยทำงาน วิธีการถ่ายทอดทำได้หลายรูปแบบ เช่น วิธีการบอกเล่าโดยตรง หรือบอกเล่าด้วยวิธีการสู่ขวัญพิธีกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นต่าง ๆ ดังจะเห็นได้โดยทั่วไปในพิธีกรรมการแต่งงานของทุกท้องถิ่นจะมีขั้นตอนมีคำสอนที่ผู้ใหญ่สอนคู่บ่าวสาวรวมทั้งการลงมือประกอบอาชีพตามอย่างบรรพบุรุษ ก็มีการถ่ายทอดเชื่อมโยงประสบการ โดยตลอดนอกจากนี้วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาจะออกมาในรูปแบบการบันเทิงที่สอดแทรกในกระบวนการ และเนื้อหา เช่น สอดแทรกในคำร้องของลิเกหนังตะลุงในภาคใต้ เป็นต้น คำร้องเหล่านี้จะกล่าวถึงประวัติศาสตร์ท้องถิ่น ขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่น คติธรรม คำสอนของศาสนา การเมืองการปกครอง การรักษาโรคพื้นบ้านโดยผู้ใหญ่กับเด็กจะแตกต่างในประเด็นเรื่องการเข้าใจตนเองรู้จักคิดหาเหตุผลมีประสบการณ์ มีความพร้อม และห็นคุณค่าของเป้าหมายมากกว่า (Knowles, 1984: 55-61)

Kermally (2000 อ้างถึงใน อุรวี เดชานนท์, 2548: 19) กล่าวว่า ความสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ คือ การทำให้ Tacit Knowledge ที่เป็นความรู้ซึ่งบุคคลที่ติดตัวอยู่และถูกนำมาใช้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ แต่มิได้เขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้กลายเป็นExplicit Knowledgeซึ่งก็คือ ความรู้ที่สามารถจดบันทึก และถ่ายทอดให้ผู้อื่นต่อไปได้ และ Kermally ยังได้กล่าวถึงความสำคัญของการถ่ายทอดความรู้เพิ่มเติมไว้ดังนี้ คือ การถ่ายทอดความรู้จะช่วยทำให้การตัดสินใจสามารถทำได้รวดเร็วขึ้นและยังสามารถช่วยลดระยะเวลาในการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ โดยไม่ต้องลองผิดลองถูก

Kermally (2002 อ้างถึงใน ศิริพร เดชสิงห์ และคณะ, 2547: 13-14) ได้แบ่งรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ออกเป็น4 รูปแบบ ดังนี้

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

2. Externalisation คือ รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ที่ทำให้Tacit Knowledge กลายเป็น Explicit Knowledge หรือเราเรียกกันว่าการนำความรู้สู่ภายนอกเป็นกระบวนการสร้างความรู้ที่สมบูรณ์จากTacit Knowledgeไปสู่ Explicit Knowledge เช่น การทำให้เกิดแนวคิด สมมติฐาน หรือโมเดล การประชุมหรือทำWorkshop แล้วจดบันทึกข้อสรุป ข้อเรียนรู้ที่ได้ไว้ ในการทำงานเมื่อสร้างแนวความคิด สมมติฐาน และทฤษฎีใหม่ ๆ ขึ้นมาก็จัดว่าเป็นการนำความรู้สู่ภายนอกเช่นกัน

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

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

ถ้าจะแบ่งลักษณะการถ่ายทอดภูมิปัญญาในอดีตตามรูปแบบใหญ่ อาจะได้ 2 รูปแบบ คือ แบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษร กับแบบลายลักษณ์อักษร ในอดีตส่วนใหญ่ใช้จานใส่ใบลานหรือสมุดข่อยที่ชาวใต้เรียกว่า บุดขาว บุดดำ ส่วนในปัจจุบันในยุคที่การสื่อสารมวลชนการคมนาคมเทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า ทันสมัยและรวดเร็วก็มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาผ่านทางสื่อมวลชนทุกสาขา เช่น หนังสือ สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และอื่น ๆ จึงกล่าวได้ว่าการถ่ายทอดภูมิปัญญานั้นมีส่วนทำให้เราทราบถึงที่มาของภูมิปัญญา (สุวิมล พิริยธนาลัย, 2546: 43)

ขั้นตอนหรือกระบวนการในการถ่ายทอด มีดังนี้

ขั้นที่หนึ่งคือการรับการถ่ายทอดโดยการบรรยายหรือชี้นำ (Directives/Presentations/ Lectures) การถ่ายทอดด้วยวิธีการนี้จะเป็นสิ่งที่เราคุ้นเคยกันดี การถ่ายทอดความรู้ด้วยวิธีการนี้ก็พบเจอทั่วไปในองค์กร

ขั้นที่สองคือ การถ่ายทอดผ่านสูตรสำเร็จ (Rules of Thumb) ภายใต้แนวทางนี้ตัวผู้สอนจะรวบรวมประสบการณ์ที่ตนเองได้เรียนรู้มา แล้วถ่ายทอดออกมาเป็นแนวทางประโยค หรือข้อคิดในแบบสั้น ๆ ที่ถ่ายทอดต่อไปยังคนอีกรุ่นหนึ่ง

ขั้นที่สามคือ การถ่ายทอดผ่านทางเรื่องราว หรือนิทาน (Stories with a Moral) ซึ่งถือเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการถ่ายทอด หรือบอกเล่าประสบการณ์จากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง และทำให้เรื่องราวเหล่านั้นได้ถูกจดจำได้ง่ายขึ้น

ขั้นที่สี่คือ การถ่ายทอดผ่านทางการตั้งคำถาม (Socratic Questioning) ซึ่งเป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้ที่มีมานานตั้งแต่สมัยปราชญ์โบราณอย่าง Socratis

ขั้นสุดท้ายคือการถ่ายทอดความรู้โดยผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ด้วยตนเอง และมีผู้มีประสบการณ์คอยให้คำแนะนำ (Learning by Doing / Guided Experience) การถ่ายทอดความรู้ด้วยวิธี Guilded Experience ยังสามารถแบ่งออกไปได้อีกหลายแบบไม่ว่าจะ Guilded Observation ที่ผู้รับการถ่ายทอดจะคอยสังเกตในพฤติกรรม และการกระทำของผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ ซึ่งวิธีการนี้ก็สอดคล้องกับที่เด็กๆ เขาจะเกิดการเรียนรู้โดยสังเกตจากพฤติกรรมของพ่อแม่ หรือ Guilded Problem Solving ที่ทั้งผู้ถ่ายทอดและผู้รับการถ่ายทอดจะมาร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยผู้รับการถ่ายทอดได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างใกล้ชิดถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า และสุดท้ายคือ Guilded Experimentation ที่เมื่อได้เจอกับสถานการณ์หรือปัญหาแล้วจะมีผู้ที่มีประสบการณ์คอยให้คำแนะนำหรือช่วยเหลืออยู่ใกล้ ๆ (พสุ เดชะรินทร์, 2548: 1)

องค์ประกอบของการถ่ายทอดความรู้

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

ความรู้(Knowledge) คือ ความรู้ที่บุคคลหรือกลุ่มมี ซึ่งในส่วนนี้เป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติเกี่ยวกับบุคคลที่มีความรู้ ต้องมีความเข้าใจถึงแรงจูงใจที่ทำให้คนถ่ายทอดความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ และการปฏิบัติเพื่อที่จะนำเอาความรู้ของบุคคลเหล่านั้นออกมา ซึ่งก็คือการจับประเด็นความรู้จากบุคคลที่มีความรู้ซึ่งการถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิผลนั้นขึ้นอยู่กับการจ้าง การพัฒนา การรักษา และการจำแนก หรือบ่งชี้ตัวบุคคลที่มีความรู้

แรงจูงใจในการถ่ายทอด (Motivation to Transfer) หมายถึง ความเต็มใจของบุคคลที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลอื่นๆการจัดการความรู้นั้นมีสมมติฐานที่ยังไม่มีการยืนยันที่อยู่เบื้องหลังความพยายามส่วนใหญ่ของการดำเนินการดังกล่าวที่ว่า โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะเต็มใจที่จะถ่ายทอดความรู้ แต่สมมติฐานข้อนี้ก็อาจก่อให้เกิดความยากลำบากในการจัดการความรู้เนื่องจากคนมักจะไม่

เต็มใจที่จะถ่ายทอดความรู้ หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลแต่สิ่งที่ส่งผลต่อแรงจูงใจที่ทำให้คนถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิผลนั้นขึ้นอยู่กับบุคคลได้รับการจูงใจให้ถ่ายทอด หรือแบ่งปันในสิ่งที่รู้

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

การดึงเอาความรู้ออกมา (Knowledge Elicitation Practices) หมายถึงการจับประเด็นความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Insights) และสารสนเทศ หรือข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ บางครั้งคนมีความเต็มใจที่จะถ่ายทอดความรู้ และความสามารถในการถ่ายทอดแต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จในการถ่ายทอดความรู้เนื่องจากไม่มีช่องทางที่เหมาะสม

การจูงใจให้คนมาร่วมกันแลกเปลี่ยน/ถ่ายทอดความรู้และการทำให้คนตระหนักถึงข้อจำกัดในการสื่อสารของผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นเรื่องที่มีความท้าทาย แต่มันก็เป็นเรื่องที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการถ่ายทอดความรู้

ในส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถ่ายทอดนั้นก็มีความสำคัญในการถ่ายทอดความรู้เช่นเดียวกัน ดังนี้

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

1. สติปัญญา ได้แก่ การมีสติปัญญาสูงพอที่จะสร้างแนวคิดเรียนรู้ และการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่น การมีความรู้ความสามารถทั้งในเรื่องงานที่ได้รับมอบหมาย และเรื่องอื่น ๆ และการมีความรู้สามารถในการถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้กัน

2. บุคคลิกภาพ ได้แก่ ความกระตือรือร้น มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความต้องการความสำเร็จ มีความรับผิดชอบ มีความมานะพากเพียร

3. คุณลักษณะทางสังคม ได้แก่ การมีทักษะทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสามารถในการปรับตัว ให้เกียรติผู้อื่น มีไหวพริบ

2.3.1 รูปแบบกระบวนการถ่ายทอดความรู้

2.3.1.1 กระบวนการถ่ายทอดแบบสถาบัน

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

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

ตัวอย่างหลักสูตรการเรียนของสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดโพธิ์) มีดังนี้ **หลักสูตรหัตถศาสตร์ 60 ชม.** สอนศิลปะการนวดเริ่มจากพื้นฐาน มารยาท การวางมือ ท่านวด การจัดท่านวด ตำแหน่ง และแนวเส้นที่นวด ข้อควรระวัง และข้อห้ามในการนวด เพื่อความปลอดภัยของคนไข้ คนไข้จะได้รับการบำบัด ขจัดความเมื่อยล้า คลายเส้นที่ตึง ดึงเส้นที่หย่อนให้เข้าที่ ผ่อนคลายความเครียด สร้างเสริมความพร้อมและพลังกายให้มีสมรรถภาพพร้อมที่จะประกอบการงานหรือออกกำลังกายนักเรียนจะได้เรียนรู้วิธีการนวดเพื่อสุขภาพและผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้องตามแบบฉบับดั้งเดิมของวัดโพธิ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นต้นแบบการนวดแผนโบราณของไทย แบ่งการเรียนเป็นดังนี้

ภาคปฏิบัติ (36 ชั่วโมง) เริ่มเรียนตั้งแต่ กิริยามารยาท การวางมือ ท่านวด การจัดท่านวด ตำแหน่งและแนวเส้นนวด วิธีและขั้นตอนการนวดเพื่อสุขภาพ ผ่อนคลายความเครียด ขจัดความเมื่อยล้า เพิ่มความพร้อมและพลังกายให้มีสมรรถภาพ

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

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

ในส่วนของ**หลักสูตรนวดวิชาชีพชั้นต้น**เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำหรับผู้ต้องการไปทำงานต่างประเทศ ผู้ที่จบหลักสูตรสามารถขึ้นทะเบียนทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานเพื่อรับวุฒิบัตรฝีมือแรงงานสาขาแพทย์แผนไทย ประเภทนวดไทยระดับ 1 ของกระทรวงแรงงานหลักสูตรแบ่งเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ภาคทฤษฎีประกอบด้วยพื้นฐานกายวิภาคศาสตร์ ความรู้เรื่องยาเบื้องต้น หลักการพื้นฐานเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย เส้นประธานสิบและการเกิดโรค ข้อห้ามและข้อควรระวังในการนวด ทฤษฎีการนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพรวมถึงจรรยาบรรณในวิชาชีพในภาคปฏิบัตินักเรียนจะได้เรียนและฝึกหัดการนวดไทยและการนวดเท้านักเรียนที่ผ่านหลักสูตรหัตถศาสตร์การนวดไทยและหลักสูตรนวดเท้าสามารถลงทะเบียนเรียนเฉพาะภาคทฤษฎีเพิ่มเติมอีก 12 วัน ราคา 4,000 บาทและตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นไป หลังจากที่เรียนภาคทฤษฎีจบแล้ว 12 วัน สำหรับผู้ที่ต้องการสอบวัดระดับมาตรฐานฝีมือแรงงาน จะต้องฝึกปฏิบัติงานกับลูกค้าจริงจำนวน 100 คน ใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ จึงจะมีสิทธิ์สอบวัดระดับฯ ทั้งนี้ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม 3,500 บาท

หลักสูตรนวดวิชาชีพชั้นกลาง เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำหรับผู้ต้องการไปทำงานต่างประเทศ ผู้ที่จบหลักสูตรสามารถขึ้นทะเบียนทดสอบมาตราฐานฝีมือแรงงานเพื่อรับ วุฒิบัตรฝีมือแรงงานสาขาแพทย์แผนไทย ประเภทนวดไทยระดับ 2 ผู้ที่มีคุณสมบัติในการเรียนจะต้องสำเร็จหลักสูตร 153 ชั่วโมงหรือแรงงานระดับ 1 และจะต้องผ่านหลักสูตรหัตถศาสตร์บำบัด จึงสามารถขอลงทะเบียนเรียนเพิ่มเติม 24 วัน 6,500 บาท

สรุปได้ว่ากระบวนการถ่ายทอดความรู้แบบสถาบันจะสามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีรูปแบบการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ มีหลักสูตรรองรับในการถ่ายทอดความรู้อย่างชัดเจน โดยมีชมรมหรือสถาบันต่าง ๆ ที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ทำหน้าที่ในการถ่ายทอด

2.3.1.2 กระบวนการถ่ายทอดความรู้แบบวิถีชุมชน แบ่งได้เป็น 2 ส่วนดังนี้

1) การถ่ายทอดความรู้ตามแบบพื้นบ้าน สำหรับหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ที่ทำงานอยู่ในชนบท เช่น หมอสมุนไพร หมอตำแย หมอกระดูก หมอนวด เป็นต้น มักมีบรรพบุรุษเป็นหมออยู่ก่อนแล้วเรียนวิชาจากพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรืออาจจะเรียนกับหมอพื้นบ้านหรือหมอในละแวกนั้น ก่อนจะเริ่มเรียนต้องมีพิธีไหว้ครูและมอบตัวเป็นศิษย์ตามประเพณี การเรียนทางทฤษฎีจะอาศัยการศึกษาจากตำราเก่าที่สืบทอดกันมา เช่น สมุดข่อย ใบลาน บางคนอาจจะใช้หนังสือตำรามาตรฐานที่มีขายในท้องตลาด ในด้านการปฏิบัติจะเรียนจากประสบการณ์ของอาจารย์โดยตรง โดยการเป็นผู้ช่วยหมอ หรือลูกมือคอยสังเกต และจดจำจนกระทั่งเกิดความชำนาญ แต่อย่างไรก็ตามการเรียนการสอนแบบนี้จะไม่มีระบบมาตรฐานที่แน่นอนและที่สำคัญ คือ ตำราสมุดข่อย หรือใบลานที่คัดลอกต่อ ๆ กันมานั้น บางครั้งขาดการตรวจสอบรวมทั้งการอ่อนด้อยทางภาษาจึงอาจทำให้คัดลอกอย่างผิด ๆ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542: 40-41)

2) การถ่ายทอดความรู้ตามแบบดั้งเดิม เริ่มตั้งแต่อาศัยการท่องจำและการสังเกตจากบิดามารดาหรือครูอาจารย์ ต่อมาได้มีการบันทึกลงสมุดข่อย ใบลาน และแผ่นหิน จนกระทั่งมีการพิมพ์ การถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยจึงมีวิวัฒนาการดีขึ้นเป็นลำดับดังนี้

(1) การคัดลอกตำราต่าง ๆ จากสมุดข่อย คัมภีร์ ใบลาน ฯลฯ โดยคงไว้ซึ่งคำศัพท์และสำนวนเก่าดั้งเดิม ได้แก่ตำราแพทย์ศาสตร์สังเคราะห์

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

(3) ตีความคัมภีร์พร้อมทั้งมีเชิงอรรถเอกสารอ้างอิง มีความชัดเจนจากการวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์

(4) ทำเป็นคู่มือรักษาโรคของแพทย์แผนโบราณ ซึ่งจะรวบรวมวิธีการรักษาอย่างอย่างสังเขปที่เหมาะกับนักศึกษาทั่วไป (ทวีวัฒนา ทุนคุ้มทอง, 2540: 20-21)

กระบวนการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนนั้นเป็นการถ่ายทอดความรู้อย่างไม่เป็นระบบ ไม่มีแบบแผนที่แน่นอนชัดเจนแต่เน้นการถ่ายทอดผ่านระบบเครือญาติหรือผ่านการรับเป็น

ศิษย์แล้วโดยผ่านการสังเกต การบันทึก จากการปฏิบัติจริงของผู้ถ่ายทอดและลองนำมาปฏิบัติจนกระทั่งเกิดความชำนาญ

2.3.2 ผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจที่มีต่อการถ่ายทอดความรู้

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

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

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะแบ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรู้ออกเป็น 3 ฝ่าย ดังนี้

2.3.2.1กลุ่มผู้รักษาด้วยกัน

จากปัญหาภาวะเศรษฐกิจของไทยในปัจจุบัน ทำให้คนไทยส่วนใหญ่ต้องดิ้นรนหางานรองรับเพื่อเลี้ยงชีพให้อยู่รอด แพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาไทยอีกอันหนึ่งที่ได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมาก โดยได้จัดให้มีการส่งเสริม และยกระดับบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยให้มีประสิทธิภาพ โดยเปิดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลของสถาบันการแพทย์แผนไทย พบว่าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยที่อยู่ในการดูแลของมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา ได้จัดอบรมการนวดไทยมีผู้เข้าร่วมในการอบรมเป็นจำนวนมากในแต่ละรุ่นมีคิวจองยาวไปล่วงหน้า 3 รุ่น มีผู้จบหลักสูตรนวดแผนไทยที่กำลังอบรมอยู่แล้วเป็นรุ่นที่ 8 มีผู้รับการอบรมรวมทั้งสิ้น 2,000 คน หากประมาณการว่าคนเหล่านี้ มีรายได้เฉลี่ยคนละ 8,000 บาท/คน/เดือน ก็สามารถ ทำเงินได้ไม่ต่ำกว่า 300 ล้านบาท/ปี ไม่นับหมอนวดอื่น ๆ ที่ได้ผลพลอยได้จากการประชาสัมพันธ์อีกร่วมหมื่นคน โดยที่สถาบันการแพทย์แผนไทยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐเพียงปีละ 28–30 ล้านบาท ได้สร้างงานให้คนว่างงานมีมูลค่ามากกว่า 300 ล้านบาท/ปี แค่เรื่องนวดเรื่องเดียว การยกระดับการนวดไทยด้วยการจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่สนใจซึ่งว่างงาน สามารถนวดเพื่อประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ เป็นทางออกที่ดี

สำหรับประชาชนอีกทางหนึ่ง การเปิดการเรียนการสอนของสถาบันการแพทย์แผนไทย โดยศูนย์ฝึกอบรมนั้นประสบผลสำเร็จมาก ผู้ที่มาเรียนสมำเสมอสามารถสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะในแต่ละรุ่นถึงร้อยละ 90.0 (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2551: 1)

การที่ภาวะเศรษฐกิจไทยมีการชะลอตัวลงนั้นทำให้ประชาชนหันมาสนใจอาชีพด้านแพทย์แผนไทยมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการนวดไทยที่สร้างรายได้ได้เป็นอย่างดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา สดากร (2550) เรื่องคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยในส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่าหมอนวดแผนไทยมีรายได้อยู่ในระดับสูง และด้านเงินทิปพิเศษก็อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ที่ประกอบอาชีพด้านนี้อยู่ก่อนแล้วนั้นจะต้องมีความกระตือรือร้นในการเสาะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอเพื่อจะได้มีความรู้เท่าทันผู้ร่วมอาชีพคนอื่นๆ และผู้ร่วมอาชีพรุ่นใหม่ที่จะเข้าเบียดแทรกแซงส่วนแบ่งรายได้อีกด้วย วิธีการนั้นก็คือการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมอาชีพเดียวกันโดยเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันเพื่อจะได้เพิ่มพูนความรู้ และไม่เป็นการเอารัดเอาเปรียบกันอีกด้วย เช่น การสอบถาม การพูดคุย การสังเกต เป็นต้น การถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มผู้รักษาด้วยกันก็อาจจะเกิดการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันทำให้การถ่ายทอดความรู้เป็นเรื่องง่ายยิ่งขึ้น

2.3.2.2 กลุ่มคนในครอบครัวและเครือญาติ

การศึกษาการแพทย์ในสมัยก่อนนั้นเป็นการเรียนและถ่ายทอดภายในตระกูลเท่านั้น โดยการถ่ายทอดจะขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถ่ายทอดกับผู้ที่ได้รับการถ่ายทอด เช่น ป้า น้า อา หรือผู้ที่ใกล้ชิดที่สุด การศึกษาวิชาแพทย์จะถ่ายทอดภายในตระกูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกหลาน เพราะครูต้องใช้ความสังเกตพิจารณาในเรื่องนิสัยใจคอและความอดทนพากเพียรว่าหลาน หรือลูกศิษย์คนใดสมควรที่จะได้รับการถ่ายทอดความรู้มากน้อยแค่ไหน จึงเป็นที่รู้กันว่าในสมัยก่อนศิษย์จะมีความปรีชาสามารถสืบเนื่องมาจากครู (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542: 1)

การถ่ายทอดความรู้ความชำนาญที่มีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือ เป็นความสามารถเฉพาะบุคคล หรือเฉพาะครอบครัว เช่น ความสามารถในการรักษาโรค งานช่างศิลป์ งานช่าง ฝีมือต่าง ๆ ความสามารถทางด้านดนตรี การขับร้อง เป็นต้น ความรู้เหล่านี้จะมีการถ่ายทอดเฉพาะภายในครอบครัวและเครือญาติ บางอย่างมีการหวงแหน และเป็นความลับในสายตระกูล (เพียงเพ็ญ อ่อนแก้ว, 2546: 36)

การเป็นเครือญาติกัน หรือบุคคลนั้น ๆ ได้รับความเคารพ นับถือเปรียบเหมือนเป็นเครือญาติกันจริง ๆ อาจทำให้เกิดความเกรงใจต่อกันเลยต้องถ่ายทอดความรู้ให้ เพราะถือเป็นค่านิยมของสังคมไทย เนื่องจากโครงสร้างสังคมไทยนั้นมีลักษณะเป็นระบบเครือญาติ สังคมไทยเป็นสังคม

ทีมีการจัดระบบเครือญาติและครอบครัว โดยสัมพันธภาพระหว่างญาติจะเน้นเกียวกับสิทธิ และหน้าทีต่าง ๆ ทีญาติพึงปฏิบัติต่อกัน (สนิท สมัครการ, 2545: 19) กล่าวได้ว่าความสัมพันธ์แบบเครือญาติเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจทีส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้ได้

ตลอดจนการมีพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะทำให้ต้องมีความระมัดระวังมากยิงขึนเพราะมีผู้ทีมีความรู้พร้อมท้งทำความรักษาหลายคนทีไม่มีใบอนุญาติทีถูกต้องตามกฎหมายทำให้การถ่ายทอดความรู้อยู่ในแวดวงเฉพาะเครือญาติ หรือคนทีสนิทสนมกันจริง ๆ เท่านันทำให้ไม่เข้าข่ายผิดกฎหมาย เพราะไม่ได้เปิดสอนหรือรับสอน เพราะหากเปิดสอนหรือรับสอนโดยทีไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนันเป็นการทำผิดกฎหมายและหากผู้ทีได้รับการถ่ายทอดนำความรู้ทีได้ไปประกอบอาชีอาชีพหรือรักษาโรคให้ผู้อืนก็เป็นการกระทำทีผิดกฎหมายเช่นเดียวกัน

โดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะทีใช้อยู่ในปัจจุบัน คือพระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ให้ไว้ ณ วันที 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2542 ขอยกตัวอย่างเนือหาบางมาตรา ดังนี

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี

“การประกอบโรคศิลปะ”หมายความว่า การประกอบวิชาชีพ ทีกระทำ หรือมุ่งหมายจะกระทำ ต่อมนุษย์ เกียวกับ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟืนฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์ แต่ไม่รวมถึง การประกอบวิชาชีพ ทางการแพทย์ และ สาธารณสุขอืน ตามกฎหมายว่าด้วยการนัน ๆ

“การแพทย์แผนไทย”หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะ ตามความรู้ หรือตำราแบบไทย ทีถ่ายทอด และ พัฒนา สืบต่อกันมา หรือ ตามการศึกษาจากสถานศึกษาทีคณะกรรมการรับรอง

“ผู้ประกอบโรคศิลปะ” หมายความว่า บุคคล ซึง ได้ขึนทะเบียน และ รับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ จาก คณะกรรมการวิชาชีพ

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

2.3.2.3 กลุ่มลูกศิษย์/ผู้ขอความรู้

จากทีได้กล่าวมาในข้างต้นว่าเนืองจากประเทศไทยประสบกับปัญหาภาวะเศรษฐกิจทำให้คนไทยส่วนใหญ่ต้องดินรนหางานรองรับเพือเลียงชีพให้อยู่รอด แพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาไทยอีกอันหนึงทีได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมาก และอยากเข้ามาประกอบอาชีพนีมากขึนทำให้คนทีมีความรู้เกียวกับการแพทย์แผนไทยสามารถฉกฉวยโอกาสในการหารายได้จากการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อืนได้ เนืองจากการไปขอเรียนเกียวกับความชำนาญเฉพาะทางเช่นนีนันทำ

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

ในการถ่ายทอดความรู้นั้นยังแฝงเรื่องความต้องการในการยอมรับทางสังคมเอาไว้อีกด้วย เพราะการที่มีลูกศิษย์หรือผู้ที่มาขอความรู้นั้นย่อมแสดงให้เห็นว่าผู้ถ่ายทอดความรู้นั้นได้รับการเคารพ นับถือจากผู้ที่มาขอความรู้ ซึ่งได้สอดคล้องกับงานวิจัยของฐิติมา สดากร (2550) ที่พบว่าหมอนวดแผนไทยส่วนใหญ่มีปัจจัยทางจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหมอนวดแผนไทยมีด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ และด้านการยอมรับจากสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเห็นคุณค่าของตนเอง และด้านการพัฒนาศักยภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างสูงด้วยเช่นกัน

ดังนั้น สรุปได้ว่าการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์ หรือผู้ที่มาขอความรู้อาจจะเกิดจากความต้องการการยอมรับจากสังคม และการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์อาจจะได้รับค่าตอบแทนก็ได้เนื่องจากเป็นการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นความรู้เฉพาะทางและในปัจจุบันก็มีการถ่ายทอดความรู้ที่ต้องมีค่าตอบแทนอย่างแพร่หลายอีกด้วย

2.3.3 การต่อยอดความรู้

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

การวิจัย คือ การต่อยอดองค์ความรู้อย่างหนึ่งในภาษาอังกฤษ คำว่า “วิจัย” เขียนว่า “Research” ซึ่งบ่งบอกนัยยะอย่างชัดเจนว่า การวิจัยเป็น “การไปแสวงหาซ้ำแล้วซ้ำเล่าจากทีบรรพบุรุษทางวิชาการ” ได้เคยแสวงหากันแล้ว หรืออาจจะพูดได้ง่าย ๆ ว่า การวิจัยคือการไปสานต่อยอดองค์ความรู้เดิมที่ได้ตั้งต้นหรือ ขึ้นต้นเอาไว้แล้ว ด้วยเหตุนี้จึงเป็นท่าบังคับพื้นฐานว่า ในบทที 2 ของงานวิจัยจะต้องมีการไปอ่านแนวคิด ทฤษฎี และโดยเฉพาะอย่างยิงงานวิจัยที่มีเนื้อหาหรือเรืองราวคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกับ ประเด็นที่กำลังศึกษาอยู่ ซึงเปรียบเสมือนป่าแห่งความรู้ที่มีอยู่ (กาญจนา แก้วเทพ , 2551: 3)

วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)กล่าวว่า “การค้นพบย่อมจะไม่ก่อให้เกิดการต่อยอดหากไร้การบันทึกซึงหลักฐานและหลักฐานนั้นต้องเป็นสิงที่สารถ

ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ ถึงจะเกิดการต่อยอดความรู้ที่สมบูรณ์ถือเป็นกระบวนการหนึ่งในการจัดการความรู้เพื่อให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เร็วขึ้น มองอีกมุมหนึ่งก็เป็นเหมือนการสนับสนุนให้เกียรติผู้อื่นโดยใช้การตีพิมพ์คุณประโยชน์ของการตีพิมพ์อยู่ที่การสร้างความรู้ ทำให้เกิดการถกเถียงโต้แย้งเรียนรู้ ทำให้เกิดการศึกษาแลกเปลี่ยนแล้วก็เกิดกระบวนการต่อยอดความรู้"

เจตนา นาควัชระเมธี นักวิจัยอาวุโสสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) กล่าวว่า "แม้การตีพิมพ์จะไม่ใช่ตัวแปรเดียวที่จะทำให้ความรู้ดำรงอยู่ได้แต่ทว่าการตีพิมพ์ก็เป็นวิถีทางที่สามารถทำให้การเผยแพร่ความรู้เป็นไปอย่างกว้างขวาง ปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้นั้นทำได้อย่างสะดวก" (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2548: 1)

กล่าวโดยสรุปการต่อยอดความรู้หมายถึง การเรียนรู้องค์ความเดิมอย่างลึกซึ้งเพื่อเสริมต่อความรู้ใหม่ด้วยการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ซึ่งก่อนที่จะมีการจดบันทึก ตีพิมพ์และเผยแพร่นั้นควรมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก่อน เพราะกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้เกิดการต่อยอดความรู้ได้ ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นในเรื่องการจัดการความรู้ควรมีคุณธรรม 8 ประการนั้นได้อธิบายไว้ว่า การจัดการความรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้การปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างเป็นผลสำเร็จ การเรียนรู้จึงเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ อันจะทำให้เกิดอิทธิปัญญาหรือปัญญาเพื่อความสำเร็จได้

George Richards Minot เป็นแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์ที่ได้สร้างผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ ด้วยการคิดค้นวิธีรักษาโรคโลหิตจางชนิดร้ายแรง ส่งผลให้เขาได้รับรางวัลโนเบลปี ค.ศ.1934 ได้นำเสนอวิธีการต่อยอดความรู้ให้กับผู้เรียนที่กำลังเก็บเกี่ยววิชาความรู้จากร้วมหาวิทยาลัยไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2551: 1)

1. พบปะคณาจารย์ อาจารย์ทุกคนต่างเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถระดับสูง ที่จะให้ความรู้และแนะนำทิศทางต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ผู้เรียนควรเป็นฝ่ายเข้าหาอาจารย์ให้มากขึ้นในทุกช่องทางที่สามารถจะทำได้ เช่น ขอคำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ด้านการเรียน ตั้งคำถามในกรณีที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ขอนัดพบอาจารย์เพื่อปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ

2. ค้นคว้าในห้องสมุด ห้องสมุดถือเป็นคลังแห่งปัญญาที่รวบรวมหนังสือ ซึ่งเป็นผลิตผลที่ผู้เขียนกลั่นกรองความคิดของตนถ่ายทอดผ่านตัวหนังสือการอ่านหนังสือเป็นเสมือนได้ปฏิสัมพันธ์ทางความคิดกับผู้เขียน ก่อเกิดปัญญา และเปิดรับความคิดที่หลากหลาย นอกเหนือจากการเรียนในชั้นเรียน

3. เข้าร่วมเสวนาทางวิชาการ เป้าหมายการเรียนเพื่อความสำเร็จนั้นผู้เรียนจำเป็นต้องเป็นคนที่รู้กว้าง รู้ลึก รู้ไกลซึ่งไม่เพียงแต่ต้องอ่านหนังสือเท่านั้นแต่ควรเข้ารับฟังแนวคิดใหม่ ๆ ผ่านการฟัง

เสวนาวิชาการหรือจากผู้ปฏิบัติงานจริงเพื่อจะรับฟังแนวคิดและองค์ความรู้จากผู้เชียวชาญในเรื่องนั้น ๆ โดยตรง

4. ฝึกสังเกต วิเคราะห์สิ่งรอบตัว การเป็นคนช่างสังเกต เป็นพื้นฐานหนึ่งของนักเรียนรู้ที่ดี ช่วยขยายการเรียนรู้ออกไปอย่างไม่มีขอบเขตจำกัด สะท้อนว่ามีความสนใจแสวงหาความรู้อย่างจริงจังในเรื่องที่ตนสนใจ เปิดใจเรียนรู้จากสิ่งรอบตัวโดยนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้ และสามารถเลือกเรียนรู้ในสิ่งดีเป็นประโยชน์และหลีกเลี่ยงการเรียนรู้ในสิ่งที่อาจก่อให้เกิดผลเสียได้

ในปัจจุบันจะสังเกตได้ว่ามีการจัดเวทีเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับกลุ่ม ระดับชุมชน จังหวัดและระดับประเทศ เพื่อต้องการขยายเวทีในการต่อยอดความรู้ โดยใช้วิธีการระดมสมองซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้ในการต่อยอดความรู้ที่ดี ซึ่งเทคนิควิธีการที่ใช้ในการต่อยอดความรู้นี้สอดคล้องกับวิธีการต่อยอดความรู้ให้กับผู้เรียนร้วมหาวิทยาลัยของ George Richards Minot ด้วย

แนวทางในการศึกษาและเผยแพร่ภูมิปัญญามีดังนี้ (สุวิมล พิริยธนาลัย, 2546: 59)

1.การศึกษาหาความรู้ ทำความเข้าใจ จากนั้นก็ไปศึกษาดูงาน พบปะสนทนากับปราชญ์ชาวบ้าน เพื่อฟื้นฟูและสืบทอดภูมิปัญญาต่อไป

2. เก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญา โดยการสืบค้น สอบถาม ขอความร่วมมือจากผู้อื่นเพื่อให้ได้ขอมูลเพิ่ม แล้วนำมาวิเคราะห์จัดระบบเป็นเอกสารสำหรับศึกษา ส่งเสริม เผยแพร่ ค้นคว้า วิจัยในระดับลึกต่อไป

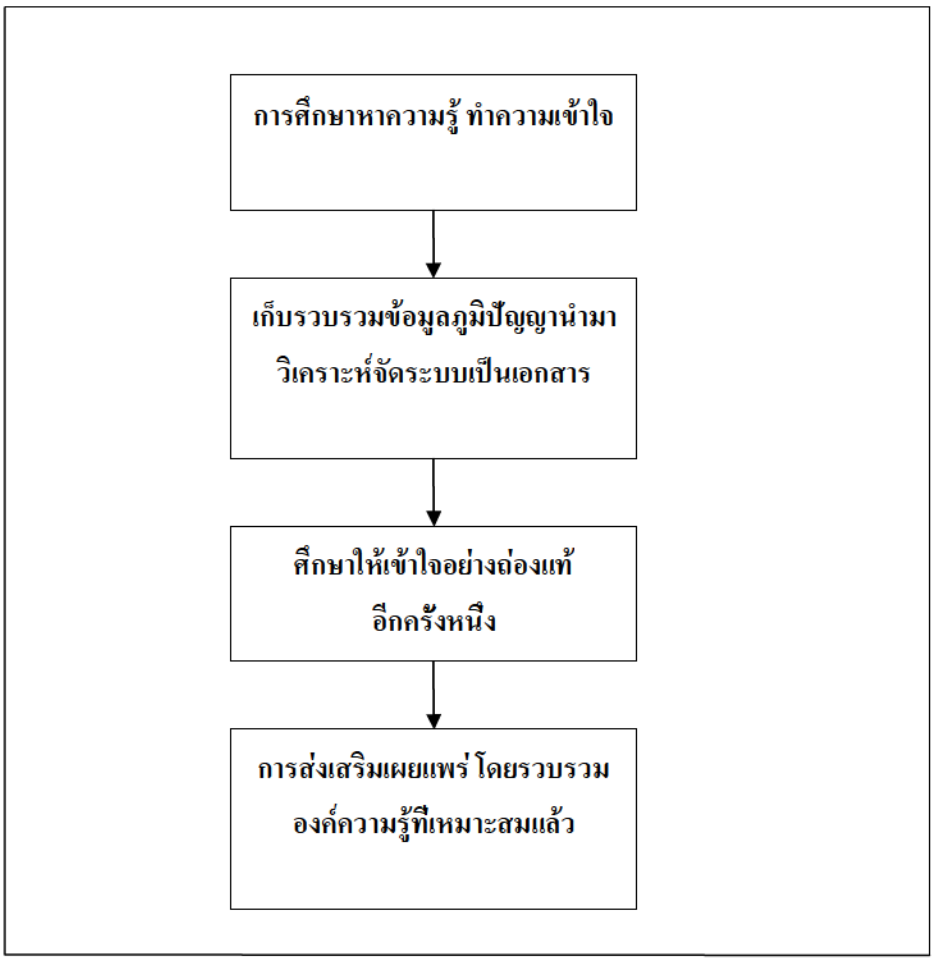
3. การศึกษา ค้นคว้า วิจัย โดยส่งเสริมให้มีการสนับสนุนการวิจัย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เกิดองค์ความรู้ในรากเหง้าของภูมิปัญญา

4. การส่งเสริมเผยแพร่ โดยรวบรวมองค์ความรู้ที่เหมาะสมแล้วเลือกสรรอย่างพิถีพิถันระมัดระวังที่เหมาะสมในแต่ละประเด็นแต่ละลักษณะนำมาจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ทางสื่อมวลชนทุกสาขาถ้ามีโอกาสอันเหมาะสมโดยมีเป้าหมายเผยแพร่ในประเทศ เพื่อส่งเสริมให้คนนำความรู้ไปใช้และจะได้สืบทอด ปรับ ประยุกต์ให้ทันสมัย

การสร้างของใหม่ที่ “ต่อยอด” บนรากฐานเก่า เรียนรู้เข้าใจถึงแก่นถึงองค์ความรู้ดั้งเดิม ประกอบกับศึกษาเพิ่มเติมค้นคว้าของใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทที่ดำรงอยู่เป็นแนวทางที่จะช่วยสร้างและพัฒนาความรู้ทั้งหลายให้เจริญงอกงามขึ้นได้ การเรียนรู้ที่จะต่อยอดในสิ่งที่เป็นประโยชน์ สิ่งที่สร้างสรรค์จะช่วยสนับสนุนความสำเร็จได้ดี หากเรารู้จักคิดมองประเด็นต่าง ๆ จากความรู้ใหม่ที่เราได้รับได้เข้าใจและนำมาวิเคราะห์สร้างหลักการออกมานำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตจริง ความคิดนั้นก็มีค่าและเป็นประโยชน์ต่อการทำงานและช่วยให้เราประสบความสำเร็จในชีวิตได้การต่อยอดความรู้ภูมิปัญญาในเรื่องสุขภาพก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การต่อยอดความรู้ภูมิปัญญาในเรื่องสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่งเพราะเป็นการสืบทอดความรู้ดั้งเดิม อีกทั้งเป็นการพัฒนาภูมิปัญญา

ด้งเดิมของบรรพบุรุษให้กลับมาใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายและเหมาะสมกับบริบทในปัจจุบันมากยิงขึ้นอีกด้วย

สรุปได้ว่าขั้นตอนของการต่อยอดความรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที 1 การศึกษาหาความรู้ทำความเข้าใจกับเรื่องต่างๆที่สนใจ ขั้นตอนที 2 เก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาแล้วนำมาข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์จัดระบบเป็นเอกสารสำหรับศึกษา ส่งเสริม เผยแพร่ ขั้นตอนที 3 การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และขั้นตอนที 4 การส่งเสริมเผยแพร่โดยรวบรวมองค์ความรู้ที่เหมาะสมแล้ว เลือกสรรอย่างพิถีพิถันระมัดระวังที่เหมาะสมในแต่ละประเด็น ดังภาพที 2.5



ภาพที 2.5 วิธีการต่อยอดความรู้

2.4 พัฒนาการแพทย์แผนไทย

2.4.1 ลำดับพัฒนาการแพทย์แผนไทย

ยุคก่อนสมัยสุโขทัย ประมาณพ.ศ.1300 การแพทย์ของไทยนอกจากจะมีตำราเดิมแบบไทยแท้ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อดั้งเดิมของชนท้องถิ่นรวมทั้งสมุนไพรและไสยศาสตร์แล้วยังเอาความรู้ผสมผสานมาจากการแพทย์อายุรเวทของอินเดียโดยเข้ามาพร้อมพุทธศาสนาในปีพ.ศ.600 โดยมีหลักฐานที่ทำให้เชื่อว่าแพทย์แผนไทยมีรากฐานมาจากอินเดียได้แก่ แพทย์แผนไทยมักจะมีคำกล่าวสรรเสริญ “ท่านชีวกโกมารภัจจ์” นอกจากนี้คำศัพท์ในคัมภีร์แพทย์ยังมีภาษาบาลีซึ่งเป็นภาษาหลักในพระไตรปิฎกตลอดจนได้รับอิทธิพลจากแพทย์จีนมาเล็กน้อย เช่น มักใช้แร่ธาตุรักษาโรคได้แก่ ปรอท สารหนูและเหล็ก เป็นต้น แพทย์แผนไทยจะให้ความสัมคัญกับอาการป่วยที่ปรากฏในการวิจิฉัยโรค

สมัยสุโขทัย (พ.ศ.1763-1920) จากหลักฐานการแพทย์ไม่พบข้อมูลเกียวกับระบบการแพทย์ในสมัยนี้เลยแต่เชื่อว่ามีระบบการแพทย์ที่มีการใช้ยาจากสมุนไพรโดยนำมาต้ม พอกหรือบดให้ละเอียดรับประทานเพราะมีการค้นพบหินบดยาสมัยทวาราวดีและพบศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำแหงเจ็บป่วย ในสมัยนั้นมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูติ ผี ปีศาจ เพราะมีพิธีเสียกบาล เพราะมีพิธีที่ทำขึ้นเมื่อเด็กแรกเกิดไม่สบายโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำของผี

นอกจากสมุนไพรและไสยศาสตร์แล้วยังมีการนวดที่ได้รับความนิยมจนมีกรมหมอนวดขึ้นมาเป็นการใช้เท้าเหยียบ ความรู้การแพทย์ของราษฎรก็มีบ้างเพื่อใช้รักษากันเอง เกิดจากการสังเกตและประสบการณ์ในการทดลองใช้พืชต่าง ๆ เป็นยาบำบัดลองผิดลองถูกหลายครั้งแล้วเล่าถ่ายทอดสั่งสอนความรู้ทางการแพทย์นั้น ๆ สืบมา ผู้ที่มาฝากตัวเป็นศิษย์ให้เรียกว่าหมอเชลยศักดิ์ในส่วนราชการความรู้ทางการแพทย์จะสืบทอดในตระกูลเท่านั้นเรียกว่าหมอหลวง

สมัยอยุธยา (พ.ศ.1893-2310) ไม่แตกต่างจากสมัยสุโขทัยเท่าไรนัก โดยกล่าวว่าการแพทย์สมัยนี้ประยุกต์มาจากอินเดียที่เรียกว่า อายุรเวทและการแพทย์แผนจีนรวมทั้งความเชื่อทางโหราศาสตร์และไสยศาสตร์เช่นการผูกตะกรุด คาดผ้าประเจียด ลงเลขยันต์อาคม เป็นต้น โดยเชื่อกันว่า ครูต้องเป็นผู้มีการปฏิบัติงดงามในทุกด้านโดยพาะความกตัญญูตามหลักคิดของแพทย์ไทยแบบอายุรเวท คือถือกันว่า ครูดั้งเดิมคือพระฤาษี มีหลายองค์ที่คนพบสมุนไพรและคิดค้นวิธีการกายภาพบำบัดตามตำราฤาษีดัดตน

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

สมัยรัตนโกสินทร์ (พ.ศ.2325-ปัจจุบัน) มีแบบแผนการรักษาได้รับการถ่ายทอดมาจากสมัยอยุธยา โดยผ่านทางตำราและคัมภีร์แพทย์ต่าง ๆ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการสืบทอดจากแพทย์รุ่นก่อนและอีกส่วนหนึ่งมาจากการคัดลอกขึ้นมาใหม่ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นโดยเรียกประชุมแพทย์และผู้ที่มีความรู้มาช่วยกันตรวจสอบจากนั้นก็คัดลอกมาเก็บไว้ในกรมหมอหลวง การบันทึกเป็นวิธีการหนึ่งในการถ่ายทอดให้แก่บุตรหลานของตนเพราะการแพทย์ต้องรู้การวินิจฉัยโรค คุณสมบัติสมุนไพร การปรุงยาและการรักษาคนไข้ ซึ่งมีรายละเอียดเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงมีการคัดลอกสืบต่อกันมา

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

2.4.2 แนวคิดระบบการแพทย์พื้นบ้าน

เมื่อเรากล่าวถึงการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันหรือการแพทย์พื้นบ้าน ในอดีตนั้นก็ทำให้คนทั่วไปอดนึกถึงแต่วิถีชีวิตหรือเรื่องราวในอดีตของบรรพชนไม่ได้ซึ่งคนไทยก็ต้องยอมรับตามตรงว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นเรื่องที่ค่อนข้างโบราณเพราะองค์ความรู้เหล่านี้ไม่มีการเคลื่อนไหวไม่มีการพัฒนาไม่สอดคล้องไม่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตคนไทยมานานแล้วแต่ในภาวะปัจจุบันสิ่งที่เราคิดว่าล้าหลังเหล่านั้นกลับได้รับการส่งเสริมฟื้นฟูเป็นอย่างมากเพื่อที่จะหวังว่าภูมิปัญญาที่ถูกหลงลืมเหล่านั้นจะกลับกลายมาเป็นตัวชูโรง และเชื่อมโยงกับชีวิตและความเชื่อที่ยังคงหลงเหลืออยู่ในชุมชน เพื่อทำให้ชุมชนดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไข วัฒนธรรม จารีตของแต่ละชุมชน การแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งที่สังคมได้ทำการสังเคราะห์ขึ้นและรับการถ่ายทอดมา สั่งสมไว้ตลอดชีวิตระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงเปรียบเสมือนตะกอนที่กระแสแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิมหลายสายที่พัดผ่านมาและสิ่งที่พัดผ่านเหล่านั้นก็ตกเป็นตะกอนสะสมไว้ คนแต่ละยุคแต่ละรุ่นก็จะเลือกสรรกลั่นกรองจนกลายมาเป็นแบบแผนวัฒนธรรมและความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝังถ่ายทอดต่อกันมาและกลายเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านในที่สุด

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ (2539 อ้างถึงใน นพดล กองพล, 2549: 12-13) ได้กล่าวไว้ว่าในระบบของการแพทย์พื้นบ้านของประเทศไทยเป็นการดูแลรักษาสุขภาพ และการรักษาโรคของคนภายในชุมชนของตน โดยการลองผิดลองถูกไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนมักเน้นในด้านความเชื่อหรือประสบการณ์เฉพาะของท้องถิ่นโดยมีการสืบทอดที่หลากหลายและมักมีการถ่ายโอนโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์หรือระหว่างคนในครอบครัวการแพทย์พื้นบ้านมีการใช้กันอย่างกว้างขวางโดย

เรียกการแพทย์ที่มีอยู่ในพื้นที่ที่มีแพทย์พื้นบ้านอยู่ว่าการแพทย์พื้นบ้านความเชื่อของแพทย์พื้นบ้านเชื่อว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมีสาเหตุมาจากสิ่งสำคัญ 2 ประเด็นคือ

1. เรื่องเหนือธรรมชาติ เช่น ถูกพระเจ้าลงโทษซึ่งไม่มีใครในชุมชนที่ไม่เชื่อ เหตุก็เพราะว่าสิ่งที่เหนือธรรมชาติถูกสั่งสมและถ่ายทอดความเชื่อนั้นมาอย่างยาวนาน ดังจะเห็นได้ว่ามีบางเผ่าบางกลุ่มจะมีหมอผีประจำเผ่า หรือประจำกลุ่มอยู่ด้วยเสมอภายในชุมชนนั้น ทำให้ผู้คนมีความเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติ เชื่อเรื่องวิญญาณ รวมทั้งเชื่อว่าภูตผีปีศาจมาลงโทษ เมื่อเราทำสิ่งใดไม่ถูกต้องหรือขัดใจกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ก็มักจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย เพราะเชื่อว่าไปลบหลู่หรือมีความเชื่อเรื่องถูกพ่อมดหมอผีมากระทำคุณไสยให้ตนเจ็บป่วย เป็นต้น

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

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

1. เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ได้แก่ ผีบรรพบุรุษ สิ่งที่มีอำนาจ

2. เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ ได้แก่ การเสียสมดุลของร่างกายอันประกอบด้วยธาตุทั้ง 4(ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ)

3. ว่าความเจ็บป่วยเกิดจากพลังจักรวาล ได้แก่ อิทธิพลของดวงดาวต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งพลังงานที่สร้างสรรค์ และพลังที่ทำร้ายสุขภาพ

การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย

1. การซักประวัติบุคคล การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย

2. ประวัติของโรค เช่น เริ่มป่วยเมื่อไร อาการเริ่มแรกจนมาพบหมอ อาการหนักเบา ในช่วงเวลาใด การรักษาที่ได้รับก่อนมา

3. การตรวจร่างกาย เช่น ดูรูปร่าง กำลัง สติอารมณ์ ชีพจร ปาก ลิ้น ตา ผิวพรรณ และการตรวจเฉพาะที่ป่วย

4. การตรวจอาการ เช่น วัดปรอท ดูเหงื่อที่ออก ซักถามอุจจาระ ปัสสาวะ อาหาร และพฤติกรรมการบริโภค เสียง การนอนหลับ ความรู้สึกต่าง ๆ (เจ็บคอ ขมปาก เป็นต้น)

5. การวิเคราะห์โรค โดยทำความเข้าใจกับอาการของคนไข้ โดยพิจารณาจากธาตุเรือน ฤดูกาลเวลาที่อาการเจ็บป่วย ช่วงอายุ ที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมที่สงสัยเป็นมูลเหตุก่อโรค เมื่อวิเคราะห์โรคได้แล้วจึงจะทำการรักษาต่อไป

การรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย

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

2. ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรค โดยใช้หลักธรรมานามัยซึ่งประกอบ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

3. การรักษาด้วยการใช้อาหารหรือยาสมุนไพร เพื่อปรับให้สมดุล

4. การรักษาด้วยการนวด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร

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

1. ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ กล่าวคือ การแพทย์ที่เป็นภูมิปัญญาของการต่อสู้เพื่อการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชนเพราะแต่ละชุมชนแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีความสามารถในการแก้ปัญหาแตกต่างกันไป ดังจะเห็นได้ว่าแต่ละท้องถิ่นแต่ละชุมชนจะมีโรคและยาประจำท้องถิ่นของตนซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะแตกต่างกันไปซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบของการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยออกเป็น 3 ลักษณะด้วยกันคือ

การรักษาด้วยยากลางบ้าน ซึ่งเป็นความรู้ที่ชาวบ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปมีอยู่และใช้กันอยู่ทั่วไปในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ชาวบ้านหรือชุมชนรู้จัก ยกตัวอย่างเช่น การหาสมุนไพรมารับประทาน

แบบแผนการปฏิบัติตัวเฉพาะ ในสังคมหนึ่ง ๆ มักมีข้อปฏิบัติหรือแบบแผนเฉพาะสังคมและความเชื่อนั้น ๆ ที่พบบ่อยที่สุดในทุกวัฒนธรรมก็คือ ข้อห้าม เช่น ห้ามรับประทานของแสลงกับโรค (อาหารที่ไม่ถูกกับโรค)

การรักษากับหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านที่มีส่วนใหญ่จะเป็นหมอที่รักษาได้เฉพาะโรคที่ตนได้ร่ำเรียนหรือได้รับการถ่ายทอดเท่านั้นหมอพื้นบ้านมีวิธีการรักษาที่ไม่มากมายนักไม่มีทฤษฎีเหมือนแพทย์ปัจจุบันแต่อาศัยการสังเกตและจดจากการบอกกล่าว

2. ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นระบบการแพทย์ที่มีความเชื่อเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอย่างมากเพราะมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการถูกสิ่งเหนือธรรมชาติกระทำ อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่ป่วยได้กระทำการละเมิด หรือลบหลู่อำนาจศักดิ์สิทธิ์ หรือกฎเกณฑ์แห่งความถูกต้องที่สังคมยึดถือซึ่งสิ่งที่กล่าวมานี้อาจพบได้แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมที่ต่างกันเช่น ภาคเหนือมี ผีมด ภาคกลางมี ผีกระหังและในอีสานมีผีปอบ การรักษานอกจากรักษาโดยการเซ่นไหว้แล้ว การแพทย์พื้นบ้านยังมีรูปแบบในการรักษาที่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติอีกรูปแบบหนึ่งคือ การรักษาด้วยหมอผี หรือหมอธรรม ที่รักษาโรคเกิดจากผีกระทำโดยการกำราบหรือปราบผีด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ใช้น้ำมนต์ การตีด้วยหวาย การผูกสายสิญจน์

3. ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ เมื่อชาวบ้านในชุมชนเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ชาวบ้านจะไปหาหมอดูทรงมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปเช่น หมอทายเลข หมอตำรา หมอส่วนใหญ่ก็จะใช้ตำราพรหมชาติใช้ในการอ้างอิงโดยมีวิธีการคำนวณชะตาราศีจาก วัน เดือน ปีเกิดเมื่อการคำนวณเสร็จสิ้นหมอดูก็จะพยากรณ์อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากสิ่งใดกระทำ สามารถรักษาได้หรือไม่ยากง่ายเพียงใด หากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากเคราะห์สามารถแก้ไขได้ หมอก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยไปหาหมอสะเดาะเคราะห์เพื่อทำพิธีสะเดาะเคราะห์ให้

4. ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลมาจากอินเดียทฤษฎีธาตุของแพทย์แผนไทยมีลักษณะเหมือนกับอินเดียเพราะเชื่อว่า ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการ ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก็เพราะมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของธาตุทั้ง 4 ในร่างกายเกิดความไม่สมดุล มีอาการแปรปรวน ซึ่งตามตำรากล่าวไว้ว่าการแปรปรวนเกิดได้ 3 ลักษณะคือ

กำเริบ หมายถึง การเพิ่มขึ้นของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นๆ ตามระบบของร่างกาย
หย่อน หมายถึง การลดทอนลงของคุณลักษณะแห่งธาตุนั้นในระบบร่างกาย
พิการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงผิดปกติไปจากธรรมดาของธาตุนั้น

2.4.3 นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

การเคลื่อนไหวในสองทศวรรษที่ผ่านมาทำให้เห็นความคลีคลายด้านการพัฒนาและการพัฒนาการแพทย์แผนไทย หลายประเด็น คือ

2.4.3.1 การส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในงานกระทรวงสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งในด้านการส่งเสริมและพัฒนาให้ประโยชน์ในชุมชน

2.4.3.2 การพัฒนากลไกล และโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแลรับผิดชอบงานพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ ตั้งแต่การก่อรูปคณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้รู้ ผู้เชียวชาญ

นักวิชาการ เพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาแต่ละด้านทั้งระบบ การจัดตั้งศูนย์ประสานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทยเพื่อทำหน้าที่เลขานุการในการดูแลรับผิดชอบทั้งระบบและจัดทำแผนงานโครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ โดยอาศัยงบประมาณจากศูนย์พัฒนาประสานงานองค์การอนามัยโลก

2.4.3.3 การพัฒนาด้านกำลังคน การริเริ่มนำบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์อายุรเวทได้ดำเนินการภายใต้งานวิจัยเรื่องผสมผสานการบริการการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอในช่วงปีพ.ศ. 2535-2536 หลังจากนั้นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย ได้จัดจ้างแพทย์แผนไทยประยุกต์จากโรงเรียนอายุรเวทมีคุณวุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ด้วยงบประมาณเงินบำรุงสถานพยาบาลเอง ปัจจุบันสถาบันดังกล่าวอยู่ในความดูแลของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.4.3.4 .การพัฒนาเทคโนโลยีและเวชภัณฑ์จากสมุนไพร ในระยะแรกสถานบริการจะใช้ยาจากสมุนไพรเดียว ในช่วงปี พ.ศ. 2539-2540 เป็นต้นมา มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการบริการสุขภาพภาครัฐกว้างขวางขึ้นมีการตรวจรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรทั้งสมุนไพรเดียวและยาตำรับ การนวด การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำ บางแห่งมีการผลิตยาสมุนไพรเพื่อใช้ในสถานบริการและสนับสนุนบริการอื่น ๆ ด้วย

2.4.3.5 การพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยการผสมผสานการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ในช่วงปีพ.ศ. 2539-2540 เป็นช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย มีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดบริการการแพทย์แผนไทยตามความพร้อมของแต่ละแห่ง โดยแบ่งบริการได้เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 มีการจำหน่ายหรือใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย1 ชนิด รวมทั้งการใช้ลูกประคบสมุนไพร

ระดับที่ 2 มีบริการระดับที่ 1 และมีคลินิกบริการด้านการนวดไทย อบ ประคบ

ระดับที่ 3 มีบริการระดับที่ 1 2 และมีการจัดอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข

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

กล่าวได้ว่าภูมิปัญญาด้านการนวดและการใช้สมุนไพรประคบนั้นมีมาตั้งแต่สมัยสุโขทัย ซึ่งถือว่าเป็นภูมิปัญญาเก่าแก่ของไทยที่ใช้ในการรักษาโรค จนทำให้ในปัจจุบันประเทศไทยพยายามรักษาภูมิปัญญากล่าวเอาไว้ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายต่าง ๆ มารองรับตามที่ได้กล่าวเอาไว้ข้างต้น

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้รองการนวดไทยและการประคบสมุนไพร

2.5.1 การนวดไทย

2.5.1.1 ประวัติการนวดไทย

จากการค้นคว้าข้อมูลทางประวัติศาสตร์พบว่า การนวดอย่างมีแบบแผนเริ่มมีการบันทึกไว้ตั้งแต่ราว 5,000 ปี มาแล้วในตำราวิชาแพทย์จีนในแผ่นดินจักรพรรดิฮ่วงตี้ และคัมภีร์อายุรเวทของอินเดียซึ่งมีอายุประมาณ 3,800 ปี ได้กล่าวถึงการนวดว่าเป็นการ ช่วยให้ร่างกายรักษาตนเองโดยใช้น้ำมันทาไปตามผิวหนังส่วนต่าง ๆ ฮิปโปเครติสผู้ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็น “บิดาแห่งวิชาแพทย์”ของโลกตะวันตก ได้กล่าวถึงการนวดไว้ว่า แพทย์จะต้องมีความเชียวชาญในหลายสิ่งแต่ที่แน่นอนอย่างยิ่งก็คือต้องมีความเชียวชาญในการนวดด้วย ในเอกสารทางการแพทย์ของอียิปต์ เปอร์เซีย และญี่ปุ่นก็ได้มีการกล่าวถึงคุณประโยชน์ของการนวดในการรักษาโรคต่าง ๆ ไว้มากมายเช่นเดียวกัน ปัจจุบันในโลกตะวันตกได้มีการพัฒนาการนวดออกไปหลายรูปแบบ ผสมผสานวิชาต่างๆเข้ากับการนวดเพื่อให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น มีการสอนเผยแพร่ มีโรงเรียนและสถาบันสอนวิชานวด โดยเฉพาะหลายแห่งในหลาย ๆ ประเทศ โดยมีวิธีการนวดแบบญี่ปุ่นและแบบสวีดิชเป็นวิธีที่นิยมศึกษากันแพร่หลายที่สุด

สำหรับการนวดไทยหรือนวดแผนโบราณของเรานั้นเชื่อว่าเป็นการรักษาโรควิธีหนึ่งซึ่งมีผลทางการรักษาโรคบางโรคได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะโรคที่ไม่สามารถบำบัดได้ด้วยยาฉีดหรือยากิน การนวดเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะที่มีมาอย่างช้านาน โดยไม่ทราบแน่ชัดว่าเริ่มมีมาตั้งแต่เมื่อใดแต่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายตั้งแต่แผ่นดินสมัยอยุธยาไปจนถึงสมัยรัชกาลที่ 5-6 หมอนวดที่มีชื่อมากในขณะนั้นได้แก่ หมออินเทวดา ซึ่งเป็นหมดนวดในราชสำนักและยังมีหมอนวดร่วมสมัยอีกหลายท่าน หมออินเทวดาได้ถ่ายทอดวิชาการนวดให้แก่ศิษย์เอก คือ อาจารย์ณรงค์ศักดิ์ บุญรัตนหิรัญ ซึ่งต่อมากลายเป็นอาจารย์อยู่ที่อายุรเวทวิทยาลัย ท่านจึงได้ถ่ายทอดวิชาการนวดแบบราชสำนักนี้ให้แก่นักศึกษาอายุรเวทวิทยาลัยทุกคน เพื่อทุกคนจะได้สืบทอดวิชาการนวดสายราชสำนักมิให้เสื่อมสูญไป นับได้ว่าอาจารย์ณรงค์ศักดิ์ได้เป็นผู้อนุรักษ์ศาสตร์แขนงนี้ผู้หนึ่ง ทำให้สามารถดำรงอยู่คู่ชาติบ้านเมืองสืบต่อมาจนถึงปัจจุบัน (รังสรรค์ ธีรเวชเจริญชัย, 2544: 34-35)

2.5.1.2 ประเภทของการนวดไทย

1) การนวดแบบทั่วไป (แบบเชลยศักดิ์) หมายถึง การนวดแบบสามัญชนมีการสืบทอด ฝึกฝนแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเหมาะมากสำหรับชาวบ้านนวดกันเอง ใช้สองมือและอวัยวะส่วนอื่นโดยไม่ต้องใช้ยาในปัจจุบันเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในสังคมไทย การนวดแบบเชลยศักดิ์เป็นการนวดบริเวณกล้ามเนื้อ และข้อศอกต่าง ๆ ของร่างกาย การนวดแบบ

เชลยศักดิ์เป็นการนวดที่ปรากฏอยู่ในวัดและสังคมทั่วไป มีการสอนแบบสืบทอดกันมาจากคนรุ่นเก่า และมีแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่นก่อนเริ่มนวด ผู้นวดต้องพนมมือไหว้ครูเสียก่อนในขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนพื้นหลังจากนั้นผู้นวดจึงเริ่มนวดจากเท้าไปยังหัวเข่าแล้วไปสู่โคนขามีการนวดท้อง หลัง ไหล่ ต้นคอ และแขนจนทั่วทั้งตัว

การนวดแบบเชลยศักดิ์ รู้จักกันทั่วไปว่า “จับเส้น” เพื่อให้เลือดลมเดินสะดวก ซึ่งตรงกับแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การนวดเพื่อเพิ่มการส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง นอกจากนี้ยังมีผลสะท้อนให้การทำงานของอวัยวะที่อยู่ห่างไปจากบริเวณนวด ซึ่งเดิมมีน้อยกลับเพิ่มขึ้นจนกลับคืนสู่ภาวะปกติ ฉะนั้นข้อบ่งชี้ของการนวดจึงมีมากมาย เช่น การรักษาเพื่อบรรเทาอาการเคล็ด ขัดยอก ช้น คอแข็งจากการตกหมอน รักษาอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืดเฟ้อ ท้องผูก ปวดหลัง เจ็บเอว ปวดเข่า ตะคริว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาการวิงเวียน ช่วยคลายความเครียดทางกายและใจ และช่วยให้ข้อที่เคลื่อนกลับเข้าที่ได้

2) การนวดแบบราชสำนัก หมายถึงการนวดเพื่อถวายกษัตริย์ และเจ้านายชั้นสูงของราชสำนัก ผู้นวดจะต้องเดินเข่าเข้าหาผู้ป่วยที่นอนอยู่บนพื้น เมื่ออยู่ห่างผู้ป่วยราว 2 ศอก จึงนั่งพับเพียบและคารวะขออภัยผู้ป่วย หลังจากนั้นหมอจะคลำชีพจรที่ข้อมือ และหลังเท้าข้างเดียวกันเมื่อตรวจดูอาการของโรคแล้วจึงเริ่มนวดคล้ายการนวดแบบทั่วไปต่างกันที่ตำแหน่งการวางมือ องศาที่แขนของผู้นวดทำกับตัวของผู้ป่วยและท่าทางของผู้นวด ซึ่งต้องกระทำอย่างสุภาพอย่างยิ่ง การนวดแบบราชสำนักพิจารณาสมบัติของผู้เรียนอย่างปราณีตถี่ถ้วน การสอนมีขั้นตอนเน้นมารยาทของการนวด การนวดต้องสุภาพมาก ใช้อวัยวะได้น้อย และต้องตรงตามจุดจึงกล่าวไว้ว่าการฝึกมือและการนวดมีเอกลักษณ์เฉพาะการนวดแบบราชสำนักเป็นการนวดพื้นฐานต่าง ๆ เช่น พื้นฐานขา (แบ่งเป็นขาด้านนอกและขาในด้านในในท่านอน) พื้นฐานหลัง พื้นฐานแขน (แบ่งเป็นแขนด้านนอกและด้านใน) พื้นฐานบ่า การนวดกล้ามเนื้อต้นคอ การนวดศีรษะ (แบ่งเป็นด้านหน้าและด้านหลัง) การนวดคลายกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง (ท่าแหวก ท่านาบ) (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 111-112)

2.5.1.3 ลักษณะการนวดแบบไทย สามารถแยกรายละเอียดได้ดังนี้

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

2) การคลึง การคลึงคือการใช้หัวแม่มือหรือสันมือออกแรงกดให้ลึกถึงกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไปมาหรือคลึงเป็นวง ข้อเสียของการคลึง คือ การคลึงที่รุนแรงมากอาจทำให้เส้นเลือดฉีกขาดหรือถ้าไปคลึงที่เส้นประสาทบางแห่งทำให้เกิดความรู้สึกเสียวแปลบทำให้เส้นประสาทอักเสบได้

3) การบีบ การบีบเป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือแล้วออกแรงบีบที่กล้ามเนื้อ เป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อ ช่วยให้หายจากอาการเมื่อยล้า การบีบยังช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย ข้อเสียของการบีบเช่นเดียวกับการกด คือถ้าบีบนานจนเกินไปอาจทำให้กล้ามเนื้อช้ำ เพราะเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดภายในกล้ามเนื้อนั้น

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

5) การบิด การบิดเป็นการออกแรงเพื่อหมุนข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเส้นเอ็นให้ยืดออกทางด้านขวาง ข้อเสียของการบิดคล้ายกับข้อเสียของการดึง

6) การดัด เป็นการออกแรงเพื่อให้ข้อต่อที่ติดขัดเคลื่อนไหวได้ตามปกติ การดัดต้องออกแรงมาก และค่อนข้างรุนแรง การทำการดัดควรจะศึกษาเปรียบเทียบช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่จะทำการดัดกับข้อต่อปกติ ปกติจะต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วยด้วย โดยถือว่าเด็กย่อมมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อดีกว่าผู้ใหญ่ ข้อเสียของการดัด คือ อาจทำให้กล้ามเนื้อฉีกขาด ถ้าผู้ป่วยไม่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบๆข้อต่อนั้นหรือกรณีทำการดัดคอในกรณีผู้สูงอายุซึ่งมีกระดูกค่อนข้างบาง การดัดที่รุนแรงอาจทำให้กระดูกหักได้ ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตมีกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่ควรทำการดัด เพราะอาจทำให้ข้อต่อเคลื่อนจากเดิม หรือกรณีเท้าแพลงไม่ควรทำการดัดทันที อาจทำให้มีการอักเสบและปวดมากขึ้น

7) การตบตีหรือการทุบสับ เป็นการออกแรงกระตุ้นกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะ เรามักใช้วิธีการเหล่านี้กับบริเวณหลังเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง ปวดคอ หรือช่วยขับเสมหะเวลาไอ ข้อเสีย คือทำให้กล้ามเนื้อช้าบาดเจ็บได้ง่าย

8) การเหยียบ เป็นวิธีที่นิยมทำกันโดยให้เด็กหรือผู้อื่นขึ้นไปเหยียบหรือเดินอยู่บนหลัง ข้อเสียของการเหยียบ คือเป็นท่านวดที่มีอันตรายมากเพราะอาจจะทำให้กระดูกสันหลัง

หักและอาจแทงถูกไขสันหลัง ทำให้เป็นอัมพาตได้ หรือทำให้เป็นอันตรายต่ออวัยวะภายใน เช่น ตับไต เกิดการบาดเจ็บได้

2.5.1.4 การเตรียมตัวของผู้นวด

1) การฝึกกำลังนิ้ว เพื่อเพิ่มให้นิ้วแข็งแรง จะได้มีกำลังเพียงพอมือ ไม่สั้น ไม่อ่อนแรง กดได้ตรงเป้าหายในการรักษา และได้ผลรวดเร็ว สามารถทำได้โดยการฝึกซ้อมยกกระดานทุกวันด้วยการนั่งขัดสมาธิเพชรและหย่งมือเป็นรูปถ้วยไว้ข้างลำตัว แล้วยกตัวให้พ้นจากพื้น อาจใช้การฝึก โดยบีบขี้ผึ้งจนอ่อนตัว

2) การรักษาสุขภาพ ผู้นวดจะต้องรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอทั้งกายและใจ หมั่นออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง ถ้ารู้สึกไม่สบายหรือมีไข้ไม่ควรทำการนวดเพราะนอกจากจะนวดไม่ได้ผลดีเท่าทีควรแล้วยังอาจแพร่โรคให้กับผู้ถูกนวดได้และเล็บมือควรตัดให้สั้น

การแต่งรสมือนั้น หมายถึง การลงน้ำหนักมือในแต่ละรอบและจังหวะของการลงน้ำหนัก ซึ่งการลงน้ำหนักนิ้วมือทีกด มี 3 ระดับคือ

ระดับน้ำหนักเบา ประมาณร้อยละ 50 ของน้ำหนักทีสามารถลงได้สูงสุด

ระดับน้ำหนักปานกลาง ประมาณร้อยละ 70 ของน้ำหนักทีสามารถลงได้

ระดับน้ำหนักมาก ประมาณร้อยละ 90 ของน้ำหนักทีสามารถลงได้สูงสุด (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 114-116)

2.5.1.5 ศีลของหมอนวดแผนไทย มี 3 ประการ คือ

1) ไม่ดืมสุรา หมายถึง ไม่ดืมสุราก่อนการนวด และเมือนวดเสร็จแล้วก็ไม่ควรดืมสุรา และรับประทานอาหารทีบ้านของผู้ป่วย

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

3) มีความสุภาพ ไม่แสดงกิริยาลวนลาม หรือใช้คำพูดแทะโลมผู้ป่วยทีเป็นหญิงต้องนวดด้วยความเรียบร้อย (รังสรรค์ ธีรเวชเจริญชัย, 2544: 36-37)

2.5.1.6 มารยาทในขณะทำการนวดและข้อปฏิบัติหลังการนวด

1) มารยาทในขณะทำการนวด

(1) ก่อนทำการนวดผู้นวดควรสำรวมจิตใจให้เป็นสมาธิ ระลึกถึงคุณครูอาจารย์ สำหรับการนวดแบบราชสำนักจะมีการยกมือไหว้ ผู้ถูกนวด เพื่อเป็นการขอขมาทีล่วงเกินบนร่างกาย

(2) ขณะทำการนวดควรนั่งห่างจากผู้ถูกนวดพอสมควรในด้านที่จะทำการนวดไม่ควรคร่อมตัวผู้ถูกนวด สำหรับการนวดแบบราชสำนักจะเดินเข่าเข้าหาผู้ถูกนวดอย่างน้อย 4 ศอก และนั่งห่างจากผู้ถูกนวดประมาณ 1 ศอก และจับชีพจรดูลมเบื้องสูงกับลมเบื้องต่ำ

(3) ขณะนวดไม่ควรก้มหน้าจะทำให้หายใจรดผู้ถูกนวดซึ่งในการนวดแบบราชสำนักได้มีคำกล่าวไว้ว่า "แม้ลมหายใจก็ไม่ให้รดพระวรกาย" ขณะทำการนวดจึงมักหันหน้าตรงไปข้างหน้า โดยไม่ก้มหน้า และไม่เงยหน้ามองฟ้าอันเป็นการไม่แสดงความเคารพ

(4) ขณะทำการนวดห้ามกินอาหาร หรือสิ่งใด ๆ และระมัดระวังการพูดที่อาจทำให้ผู้นวดตกใจ สะเทือนใจหรือหวาดกลัว ควรซักถามและสังเกตอาการอยู่เสมอ ควรหยุดเมื่อผู้นวดขอให้พัก หรือเจ็บปวดจนทนไม่ไหว

2) ข้อปฏิบัติหลังการนวด

(1) คำแนะนำสำหรับผู้นวด หากผู้นวดมีอาการปวดนิ้วมือ ให้แช่มือในน้ำอุ่นเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและการไหลเวียนโลหิต หรือใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบมือ และการนวดคลึงบริเวณเนินกล้ามเนื้อฝ่ามือและรอบข้อนิ้วมือ

(2) คำแนะนำสำหรับผู้ถูกนวด ควรงดอาหารแสลง เช่น อาหารมัน อาหารทอด หน่อไม้ ข้าวเหนียว เครื่องในสัตว์ เหล้า เบียร์ ของหมักดอง ห้ามสลัด บีบส่วนที่มีอาการเจ็บท่ากายบริหารเฉพาะโรคหรืออาการ

2.5.1.7 วิธีการนวด มีหลักพื้นฐานดังนี้

1) นวดพื้นฐานขา คือ การนวดตามกระดูกด้านข้าง จากหน้าแข้งลงไปถึงข้อเท้า และจากเหนือเข่าขึ้นไปจนถึงต้นขา แล้วกลับมานวดด้านล่างของขาจากต้นขา (หัวตะคาก) ถึงข้อเท้า ท่านวดคือ คนไข้นอนหงาย ผู้นวดนั่งพับเพียบ

(1) ให้ผู้นวดนั่งพับเพียบข้างลำตัวผู้ป่วยแล้วใช้นิ้วหัวแม่มือด้านนอก (ด้านปลายเท้าหรือข้างเดียวกับที่นั่งข้างคนไข้) กดลงบนแนวกล้ามเนื้อชิดกระดูหน้าแข้ง 2 จุด ซึ่งเริ่มต้นประมาณ 2 นิ้วมือใต้สะบ้า กดเรียงกันลงมาโดยเฉียงนิ้วหัวแม่มือ 45 องศากับแนวกระดูกหน้าแข้ง และให้นิ้วมือ 4 นิ้วประคองบนหน้าแข้ง

(2) ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองวางคู่กันกดลงบนแนวกล้ามเนื้อชิดกระดูกหน้าแข้งต่อเนื่องจากจุดที่ 2 ในข้อข้างบน กดเรียงนิ้วต่อเนื่องไปจนถึงข้อเท้า โดยให้นิ้วมือ 4 นิ้วประคองล่าง

(3) ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันกดลงบนแนวกล้ามเนื้อต้นขาเหนือหัวเข่าประมาณ 2 นิ้วมือผู้นวด กดเรียงนิ้วต่อเนื่องไปตามขาท่อนบนจนถึงหัวตะคาก (กดไปตามแนวกลางกล้ามเนื้อขาท่อนบน)

(4) พลิกกลับมือ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างจะชิดลง กดลงบนแนวกล้ามเนื้อต้นขาด้านข้างเริมจากแนวปุ่มหัวตะคากกดเรียงนิ้วคู่ต่อเนื่องไปจนถึงข้อเท้า แต่ให้เว้นบริเวณเข่าไว้ไม่ต้องกด

(5) การนวดคลายหลังมือ ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบนหลังเท้าคนไข้

2) ท่าเปิดประตูลม โดยคนไข้จะนอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าขาคู่

(1) ก่อนจะทำการเปิดประตูลมให้จับปลายเท้าคนไข้แบะออก (ขาข้างทีจะเปิดประตูลม)

(2) ผู้นวดนั่งคุกเข้าขาคู่ (เข่าผู้นวดอยู่ประมาณเอวคนไข้) หันหน้าไปทางศีรษะคนไข้แล้ววางมือ (ข้างเดียวทีอยู่กับคนไข้)โดยใช้ปลายนิ้วก้อยแตะทีหัวตะคากเฉียงมือ 45 องศา มืออีกข้างอยู่ในท่าเคารพ

(3) เมือวางได้ถูกต้องตรงตำแหน่งตามข้อ 2 แล้วให้ลงน้ำหนักมือโดยการโน้มกดลงไปโดยใช้เวลาประมาณ 40-60 วินาที แล้วตั้งมือยกขึนช้า ๆ

3) การนวดพืนฐานหลัง คือการนวดไปบนร่องกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหลังทั้ง 2 ข้างจากบั้นเอว (ตรงกับหัวตะคาก) ถึงปุ่มกระดูกต้นคอ และจากชิดปุ่มกระดูกต้นคอมาถึงบั้นเอว เพือให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณกระดูกสันหลังดีขึน การนวดพืนฐานหลังมีด้วยกัน 2 ท่า คือ ท่านั่งและท่านอน

การนวดพืนฐานหลังท่านั่ง คนไข้นั่งสมาธิ ผู้นวดนั่งชันเข่า

(1) วางมือทั้งสองข้างบริเวณเอวของคนไข้ โดยให้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดบนร่องกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหลัง แล้วกดเรียงนิ้วขึนไปจนถึงปุ่มกระดูกต้นคอ โดยใช้น้ำหนัก 50 ปอนด์ (1/2ของกำลังผู้นวด)

(2) กดไล่ลงตั้งแต่ต้นคอจนถึงบริเวณบั้นเอวตามแนวเดิมในข้อ1 โดยใช้น้ำหนัก 70 ปอนด์ (3/4ของกำลังผู้นวด)

การนวดพืนฐานหลังท่านอน คนไข้นอนตะแคงเข่าคู้ ผู้นวดคุกเข่าคู่

(1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านทีอยู่กับคนไข้) กดลงบริเวณเอวของคนไข้โดยทีปลายนิ้วหัวแม่มือจะแตะชิดกระดูกสันหลัง (ตรงกับหัวตะคาก) แล้วกดไปบนร่องกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหลังจนถึงต้นคอ โดยใช้น้ำหนัก 50 ปอนด์ (1/2ของกำลังผู้นวด)

(2) กดนวดไต่ลงตั้งแต่ต้นคอจนถึงบริเวณเอวตามแนวเดิมในข้อ 1 โดยใช้น้ำหนัก 70 ปอนด์ (3/4ของกำลังผู้นวด)

4) การนวดพืนฐานขาด้านนอก คนไข้นอนตะแคงเข่าคู้ 90 องศา ผู้นวดนั่งเข่าคู่ตรงกับระดับเอวของคนไข้

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

(2) วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันในลักษณะหงายมือ กดลงบนจุดที่ 2 บนด้านหลังของกระดูกหัวตะคากตัวผู้นวดอยู่ท่าเดียวกับในข้อที่ 1 ประโยชน์คือ เพื่อจ่ายความร้อนเข้าข้อกระดูกสะโพกและลงสู่ท้องขา ห้ามกดในรายที่ผู้ป่วยเป็นอัมพาตและเหยียดคู้งอขาไม่ได้ เพราะจะทำให้กระดูกสะโพกเคลื่อน

(3) วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันในลักษณะคว่ำมือ กดลงบนจุดที่ 3 บนจุดกึ่งกลางกล้ามเนื้อสะโพก (รอยบุ๋มต่อกระดูกสะโพก) โดยตัวของผู้นวดจะนั่งฉียง 45 องศากับตัวคนไข้ ประโยชน์คือ เป็นจุดสำคัญในการตรวจสะโพกทีเคลื่อนว่าเข้าทีหรือไม่ ใช้แก้และตรวจมดลูกเคลื่อน มดลูกไม่เข้าอู่ หากผิดปกติจุดนี้จะแข็งมาก

(4) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านทีอยู่ข้างคนไข้) กดคลายกล้ามเนื้อท่อนบนขาด้านนอก จนถึงบริเวณเหนือเข่าและกดเน้นทีเหนือเข่าประมาณ 1 ฝ่ามือ ประโยชน์คือ บังคับความร้อนเข้าสู่กระดูกสะบ้า แก้ขาไม่มีกำลัง เหน็บชา

(5) ให้วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดลงตรงกึ่งกลางความกว้างของกล้ามเนื้อขาท่อนล่าง(แนวตาตุ่ม) เริ่มจากตำจากเข่า ประมาณ 1 ฝ่ามือจนถึงข้อเท้า และกดเน้นทีกึ่งกลางขาท่อนล่าง ประโยชน์คือ จุดนี้สำคัญในการตรวจขาลีบว่าจะรักษาให้กลับเป็นปกติหรือไม่ รักษาตะคริวปลายเท้าด้านชา

5) การนวดพื้นฐานขาด้านใน คนไข้นอนตะแคงคู้เข่า 90 องศา ผู้นวดคุกเข่าคู่

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

(2) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านทีอยู่ข้างคนไข้) กดลงบนกึ่งกลางใต้ข้อพับเข่า แก้และตรวจเข่าเคลื่อน ถ้าเข่าไม่เข้าทีสนิท จุดนี้จะไม่มีชีพจรเต้น

(3)ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับด้านทีอยู่ข้างคนไข้)นวดกล้ามเนื้อชิดกระดูกสันหน้าแข้งด้านใน กดเรียง ๆ ไปจนถึงข้อเท้า

6) การนวดพื้นฐานแขนด้านใน เป็นการนวดตำแหน่งแขนด้านใน 5 จุด ช่วยในรายทีเป็นอัมพาตแขน แขนอ่อนแรง ข้อมือและข้อนิ้วต่าง ๆ เคลือน และมีการอักเสบจากอุบัติเหตุ

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน ท่านั่ง คนไข้นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสีหน้า

(1) ใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงกึงกลางแขนด้านใน (หงายมือ) มืออีกข้างหนึงจับข้อมือคนไข้จุดที 1 2 นี้มีประโยชน์คือ จ่ายความร้อนตลอดแนวแขนด้านในจนถึงปลายนิ้วและจ่ายความร้อนตลอดแขนถึงปลายมือ กระดูกกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ

(2) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดลงกึงกลางข้อพับแขนแล้วนวดไล่ลงไปจนถึงข้อมือ ประโยชน์ คือ จ่ายความร้อนเข้ากระดูกข้อศอก และเยื่อหุ้มกระดูก ข้อต่อ จุดกลางแขนท่อนล่าง ช่วยจ่ายความร้อนไปสู่ข้อมือ และจุดข้อมือช่วยบังคับความร้อนออกปลายนิ้วทั้งหมด รักษาอาการชา

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน ท่านอน คนไข้นอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่

(1) ใช้อุ้งมือกดบริเวณกึงกลางแขนท่อนบน มืออีกข้างหนึงจับชีพจรทีข้อมือ

(2) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กันกดลงบนข้อพับแขนด้านใน ไล่ลงไปจนถึงข้อมือ

7) ท่านวดพื้นฐานแขนด้านนอก

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก ท่านอน คนไข้นอนหงาย ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่

(1) ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่หันหน้าไปด้านศีรษะของคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือกดบนกึงกลางแขนท่อนบนด้านนอก (ควำมือ)

(2) ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่หันหน้าเข้าหาคนไข้ใช้นิ้วหัวแม่มือคู่กันกดบนบริเวณข้อศอกด้านนอกไล่จนไปถึงบริเวณข้อมือ

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก ท่านั่ง คนไข้นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสีหน้า ประโยชน์ คือ ใช้ช่วยเหลือคนไข้ทีเป็นอัมพาตแขน แขนอ่อนแรง เป็นการส่งเลือดไปแขนด้านนอก แก้อาการชาบริเวณแขน

(1) ผู้นวดนั่งท่าพรหมสีหน้าด้านข้างคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างทีอยู่ใกล้กับคนไข้) กดบนกึงกลางแขนท่อนบนด้านนอก (ควำมือ)

(2) วางนิ้วหัวแม่มือเดียว กดด้านบนข้อศอก (ด้านนอก) ไล่ไปจนถึงบริเวณข้อมือ

8) การนวดพื้นฐานหัวไหล่ คนไข้นั่งท่าขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสีหน้า ผู้นวดนั่งท่าพรหมสีหน้าด้านข้างคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือตำลง (ข้างทีอยู่กับคนไข้)

กดลงทีร่องข้อต่อกระดูก หัวไหล่ประมาณกึงกลางสะบัก มืออีกข้าหนึงจับข้อมือคนไข้ยกขึ้นประมาณระดับสายตา

9) ท่านวดพื้นฐานบ่า การนวดพื้นฐานบ่าเพื่อให้กล้ามเนื้อทีเกร็งเกิดการอ่อนตัวและทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดบริเวณบ่าดีขึ้น โดยให้คนไข้นั่งสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดยืนท่าหกสูง หกกลาง หกต่ำ

(1) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดบนแนวกล้ามเนื้อบ่าเริมจากชิดร่องข้อต่อกระดูกข้อไหล่ด้านบน กดไล่ไปจนถึงปัจจุบัน กระดูกต้นคอ โดยผู้นวดยืนอยู่ในท่าหกสูงใช้น้ำหนัก50 ปอนด์ (1/2ของกำลังผู้นวด)

(2) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดไล่ลงจากชิดปุ่มกระดูกต้นคอไปตามแนวเดิมในข้อ 1 โดยผู้นวดยืนอยู่ท่าหกกลางใช้น้ำหนัก 70 ปอนด์ (3/4ของกำลังผู้นวด)

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

10) การนวดศีรษะ คนไข้นั่งท่าขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่งท่าพรหมสีหน้า

(1) ผู้นวดนั่งอยู่ด้านหลังคนไข้ในท่าพรหมสีหน้าใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวากดลงบริเวณท้ายทอยข้างขวา มืออีกข้างหนึงแตะบริเวณหน้าผากของคนไข้

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

2.5.1.8 ประโยชน์ของการนวด

1) ระบบหมุนเวียนเลือด

(1) การคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกจากบริเวณนั้น และมีเลือดใหม่ไหลมาแทนที ช่วยในการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง

(2) สำหรับการบวม การคลึงจะทำให้บริเวณนั้นนิมลงได้ ทำให้การบวมลดลง แต่ไม่ควรคลึงในกรณีทีมีการอักเสบอาจทำให้บวมมากขึ้นได้

(3) อุณหภูมิเพิมขึ้นทำให้ส่วนทีนวดอุ่นขึ้น

2) ระบบกล้ามเนื้อ

(1) ทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนืองจากมีเลือดมาเลียงมากขึ้น เช่น การเตรียมตัวของนักกีฬาก่อนการแข่งขัน

(2) ขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นทำให้กล้ามเนื้อเมือยล้าน้อยลงหลังการใช้งาน

(3) ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลง ผ่อนคลายความเกร็ง

(4) ในรายที่มีพังผืดเกิดภายในกล้ามเนื้อ การคลึงจะทำให้พังผืดอ่อนตัว ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้นและอาการเจ็บปวดลดลง

3) ผิวหนัง

(1) ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ผิวเต่งตึง

(2) ยาดูดซึมได้ดีขึ้นทางผิวหนัง ภายหลังการนวดที่นานพอสมควร เช่น การนวดด้วยยาแก้ชา

(3) การคลึงในรายที่เป็นแผลเป็น (ซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อพังผืดงอกแทนผิวหนังเดิม) ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้นทำให้แผลเป็นอ่อนตัวลงไปหรือเล็กลง

4) ระบบทางเดินอาหาร

(1) เพิ่มความตึงตัวของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ กระเพาะอาหาร และลำไส้

(2) เกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เจริญอาหาร ท้องไม่อืด ไม่เฟ้อ

5) จิตใจ

(1) ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกาย สบายใจ

(2) ทำให้รู้สึกแจ่มใส กระฉับกระเฉง

(3) ทำให้ลดความเครียด ความกังวล

(4) ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวช่วยนวดให้กันและกัน

2.5.1.9 ข้อห้ามในการนวด

1) ห้ามนวด บริเวณบาดแผล เพราะจะทำให้เกิดการติดเชื้อ เจ็บป่วยหรือแผลแยก ทำให้หายช้า แต่นวดเบา ๆ รอบ ๆ แผลได้

2) ห้ามนวดบริเวณที่เป็นมะเร็ง เพราะการนวดอาจทำให้มะเร็งกระจายไปที่อื่น แต่ถ้าปวดเมื่อยส่วนอื่นสามารถนวดได้

3) ห้ามนวดบริเวณที่เกิดสีดำ เพราะเนื้อตายจากเส้นเลือดอุดตันหรือเลือดไปเลี้ยงน้อย เพราะการนวดทำให้ก้อนเลือดในหลอดเลือดดำเคลื่อนไปอุดหลอดเลือดในปอดหรือสมอง ถ้าจำเป็นต้องนวดต้องนวดด้วยความระมัดระวัง

4) ห้ามนวดในผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนัง เพราะจะทำให้เชื้อแพร่ออกไป

5) ห้ามนวดบริเวณที่มีการอักเสบเฉียบพลัน เพราะการนวดอาจจะทำให้อาการรุนแรงขึ้น

6) ห้ามนวดขณะมีไข้หรือครั่นเนื้อครั่นตัว

2.5.2 การประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพร คือการใช้สมุนไพรหลายอย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย โดยน้ำมานึ่งให้ร้อน ประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอก ซึ่งน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออกมา และยังมีสารสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนัง ช่วยรัดษาอาการเคล็ด ขัด ยอก และลดปวดได้

2.5.2.1 อุปกรณ์การทำลูกประคบ

1) ผ้าดิบสำหรับห่อลูกประคบ

2) เชือกหรือหนังยาง

3) ตัวยาที่ใช้ทำลูกประคบ

4) เตาพร้อมหม้อสำหรับนึ่ง

5) จานหรือชามอลูมิเนียมเจาะรู (เพื่อให้ไอน้ำผ่านได้) รองลูกประคบ

2.5.2.2 ตัวยาที่นิยมใช้ทำลูกประคบ (สำหรับลูกประคบ 2 ลูก)

1) ไพล (500 กรัม) แก้ปวดเมื่อยลดอาการอักเสบ

2) ผิวมะกรูดถ้าไม่มีใช้ใบแทน (200 กรัม) มีน้ำมันหอมละเหยแก้ลมวิงเวียน

3) ตะไคร้บ้าน (100 กรัม) แต่งกลิ่น

4) ใบมะขาม (300 กรัม) แก้อาการคันตามร่างกาย ช่วยบำรุงผิว

5) ขมิ้นชัน (100 กรัม) ช่วยลดอาการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง

6) เกลือ (1 ช้อนโต๊ะ) ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาซึมผ่านผิวหนังได้สะดวก

7) การบูร (2 ช้อนโต๊ะ) แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ

8) ใบส้มป่อย (100 กรัม) ช่วยบำรุงผิว แก้โรคผิวหนัง ลดความดัน

2.5.2.3 วิธีการทำลูกประคบ

1) ห้นหัวไพร ขมิ้นชัน ต้นตะไคร้ ผิวมะกรูด ตำพอหยาบ ๆ (เวลาประคบจะทำให้ระคายพิมพ์)

2) นำใบมะขาม ใบส้มป่อย (เฉพาะใบ) ผสมกับสมุนไพร ข้อ 1 เสร็จแล้วให้ใส่เกลือ การบูร คลุกเคล้าให้เป็นเนื้อเดียว แต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ

3) แบ่งตัวยาที่ลุกเคล้าเรียบร้อยแล้วใส่ผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบประมาณเท่าลูกส้มโอ รัดด้วยเชือกให้แน่น (ลูกประคบถูกความร้อนยาสมุนไพรจะฝ่อลงให้รัดใหม่ให้แน่นเหมือนเดิม)

4) นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งในหม้อนึ่ง ใช้เวลานึ่งประมาณ 15-20 นาที

5) นำลูกประคบที่ได้รับความร้อนได้ที่แล้วมาประคบคนไข้ที่อาการต่าง ๆ โดยสับเปลี่ยนลูกประคบ

2.5.2.4 วิธีการประคบ

1) จัดท่าคนไข้ให้เหมาะสม เช่นนอนหงาย นั่ง นอนตะแคง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งในการประคบสมุนไพร

2) นำลูกประคบที่ได้รับความร้อนได้ที่แล้วมาประคบบริเวณที่ต้องการประคบ (ทดสอบความร้อนของลูกประคบคือที่ท้องแขนหรือหลังมือ)

3) ในการวางลูกประคบบนผิวหนังคนไข้โดยตรงในช่วงแรก ๆ ต้องทำด้วยความเร็วไม่วางแช่นาน ๆ เพราะคนไข้ทนความร้อนไม่ได้มาก

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

2.5.2.5 วิธีการเก็บรักษาลูกประคบ

1) ลูกประคบสมุนไพรที่ทำในแต่ละครั้ง สามารถเก็บไว้ใช้ซ้ำได้ 3-5 ครั้ง

2) ควรเก็บลูกประคบไว้ในตู้เย็นจะทำให้เก็บได้นานขึ้น (ควรเช็ดลูกประคบด้วย ถ้ามีกลิ่นบูดหรือเหม็นเปรี้ยวไม่ควรเก็บไว้)

3) ถ้าลูกประคบแห้ง ก่อนใช้ควรพรมด้วยน้ำหรือเหล้าขาว

4) ถ้าลูกประคบที่ใช้ไม่มีสีเหลืองหรือสีเหลืองอ่อนลงแสดงว่ายาที่ใช้จืดแล้ว (คุณภาพน้อยลง) จะใช้ไม่ได้ผลควรเปลี่ยนลูกประคบใหม่

2.5.2.6 ข้อควรระวังในการประคบ

1) ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณผิวหนังอ่อนๆหรือบริเวณที่เคยเป็นแผลมาก่อน ถ้าต้องการประคบควรใช้ผ้าขนหนูรองก่อนจนกว่าลูกประคบจะคลายความร้อนลงจากเดิม

2) ควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวความรู้สึกตอบสนองต่อความร้อนช้า อาจจะทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย ถ้าต้องการใช้ควรใช้ลูกประคบที่อุ่น ๆ

3) ไม่ควรใช้ลูกประคบสมุนไพรในกรณีที่มีแผล การอักเสบ (ปวด บวม แดง ร้อน) ในช่วง 24 ชั่วโมง แรกอาจจะทำให้นวมมากขึ้น

4) หลังจากประคบสมุนไพรแล้วไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะไปชำระล้างตัวยาออกจากผิวหนัง และอุณหภูมิในร่างกายปรับเปลี่ยนไม่ทันอาจจะทำให้เป็นไข้ได้

2.5.2.7 ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

1) บรรเทาอาการปวดเมื่อย

2) ช่วยลดอาการบวด อักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ หลัง 24-48 ชั่วโมง

3) ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ

4) ช่วยให้เนื้อเยื่อ พังผืดยืดตัวออก

5) ลดการติดขัดข้องข้อต่อ

6) ลดอาการปวด

7) ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

(สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2547: 144-146)

2.6 แนวคิดนิเวศวิทยาวัฒธรรม

นิเวศวิทยาวัฒนธรรม (Cultural Ecology) เป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาแนวหนึ่งทีสนใจศึกษากระบวนการวิวัฒนาการทางสังคมวัฒนธรรมซึ่ง Julian Steward นักมานุษยวิทยาชาวอเมริกันได้อธิบายแนวความคิดแบบนิเวศวิทยาวัฒนธรรมว่าเป็นการศึกษากระบวนการปรับตัวของสังคมภายใต้ อิทธิพลของสิงแวดล้อมโดยเน้นการศึกษาวิวัฒนาการหรือการเปลียนแปลงอันเกิดจากการปรับตัว (Adaptation) ของสังคม แนวความคิดนี้มองสังคมในลักษณะเป็นพลวัตหรือเปลียนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเปลียนแปลงเป็นผลมาจากการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม โดยมีพื้นฐานสำคัญคือ เทคโนโลยีการผลิตโครงสร้างสังคม และลักษณะของสภาพแวดล้อมธรรมชาติเป็นเงื่อนไขหลักกำหนดกระบวนการเปลียนแปลงและปรับตัวของสังคม วัฒนธรรม

Steward มอง “วัฒนธรรม” ว่าเป็นเครื่องมือช่วยให้มนุษย์ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม ประเด็นสำคัญสำหรับการศึกษาเชิงมานุษยวิทยาจึงมีอยู่ว่าวัฒนธรรมมีการปรับตัวอย่างไรให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและมนุษย์มีวิธีการอย่างไรในการใช้เทคโนโลยีและระบบเศรษฐกิจในการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมถึงแม้ว่าวัฒนธรรมจะถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมแต่สจ๊วตเสนอว่าเราไม่ควรแยกแยะสภาพแวดล้อมออกจากความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญอีกส่วนหนึ่งในการอธิบายพฤติกรรม Steward ให้ความหมายนิเวศน์วิทยาว่า “คือการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อม นิเวศน์วิทยาทางวัฒนธรรม จึงหมายถึงวิธีการศึกษาหาข้อกำหนดหรือหลักเกณฑ์ทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นผลกระทบจากการปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อม (ของมนุษย์แต่ละสังคม) นิเวศน์วิทยาวัฒนธรรมจึงแตกต่างไปจากนิเวศน์วิทยาสังคม (Social Ecology) เพราะนิเวศน์วิทยาวัฒนธรรมมุ่งแสวงหากฎเกณฑ์เพืออธิบายทีมาของลักษณะและแบบแผนวัฒนธรรมบางประการทีมีอยู่ในแต่ละสภาวะแวดล้อมมากกว่ามุ่งแสวงหาหลักการทั่วไปทีใช้ได้กับทุกวัฒนธรรมและ

สภาพแวดล้อม “ **สิ่งที่สำคัญที่สุดในแนวคิดนี้คือ แก่นวัฒนธรรม”(Cultural Core)** ซึ่งหมายถึงกลุ่มของลักษณะหรือแบบแผนวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุดกับกิจกรรมเพื่อการดำรงชีพและการจัดการทางเศรษฐกิจ โดยจะมุ่งสนใจการนำวัฒนธรรมทางวัตถุ หรือระบบเทคนิควิทยาที่ใช้หรือเครื่องมือเทคโนโลยี (Form) มาใช้แตกต่างกันอย่างไรและก่อให้เกิดการจัดการทางด้านสังคมที่แตกต่างกันอย่างไร (Function) ในสภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกันเพราะสภาวะแวดล้อมแต่ละแห่งอาจเป็นตัวช่วยหรือข้อจำกัดใช้ (sequence) เทคนิควิทยาเหล่านี้ก็ได้

แนวคิดเวศวิทยาวัฒนธรรมได้รับการอธิบายความหมายในศัพท์สาขามานุษยวิทยาวัฒนธรรม และมานุษวิทยาวัฒนธรรมว่าหมายถึง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิงแวดล้อมทางธรรมชาติ การอยู่ร่วมกันกับสิงมีชีวิตอื่นๆ ส่งผลให้เกิดการปรับตัวและสร้างวัฒนธรรมตามหลักความสมดุลกับระบบนิเวศน์

จากการให้ความหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่าแนวคิดนิเวศวิทยาวัฒนธรรม มีกรอบแนวคิดมองเชิงวัฒนธรรมว่า เป็นการปรับตัวต่อปัญหาเบื้องต้นเกียวกับการดิ้นรนเพื่อมีชีวิตอยู่ (ภัทร ยืนยง, 2551: 17) การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าข้อมูลเพื่อหารูปแบบในการศึกษาโดยได้นำแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาในรืองการแบ่งกลุ่มประเภทการศึกษาองค์ความรู้เกียวกับการนวดไทยและการประสมุนไพรด้วย

2.7 แนวคิดเกียวกับการยอมรับ

ทฤษฎีการยอมรับ

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

ขั้นที่ 1 ขั้นเริมรู้หรือรับรู้ (Awareness) เป็นขั้นแรกที่บุคคลเริมรู้เกียวกับเรืองใหม่หรือความคิดใหม่แต่ขาดรายละเอียด การรับรู้อาจเกิดขึ้นโดยบังเอิญด้วยการพบเห็นด้วยตนเองหรือโดยการเผยแพร่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลหรือเอกชน

บุคคลจะมีการตระหนักรู้โดยผ่านการกระตุ้นทางพฤติกรรมและการตระหนักรู้ไม่จำเป็นจะต้องถูกกระทำเพียงฝ่ายเดียว ความต้องการ หรือทัศนคติของตนเองและจะหลีกเหลียงทั้งตั้งใจ

และไม่ต้องใจกับข่าวสารที่ขัดแย้งกับตนเองซึ่งเรียกว่า การเลือกความสนใจ (Selective Exposure) การเลือกความสนใจจะทำหน้าที่เหมือนตัวกลั่นกรองทางจิตใจในการพิจารณาข้อมูลข่าวสาร

ขั้นที่ 2 ขั้นสู่ความสนใจ (Interest) เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มมีความสนใจในแนวความคิดใหม่จึงพยายามใฝ่หาความรู้ในรายละเอียดเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาแยกแยะความเป็นไปได้ประโยชน์ และความเหมาะสม บุคคลจะมีแรงจูงใจที่จะค้นหาข้อมูลเพื่อลดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง บุคคลส่วนใหญ่จะถามจากเพื่อนสนิทถึงความคิดเกี่ยวกับความสนใจนั้น ๆ ผลลัพธ์ที่ได้จากขั้นตอนการจูงใจคือ ทัศนคติต่อสิ่งที่สนใจอยู่ เช่น ความชอบหรือไม่ชอบ

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

ขั้นที่ 4 ขั้นทดลองทำ (Trial) เป็นขั้นที่บุคคลทดลองทำตามแนวความคิดใหม่โดยทำการทดลองแต่เพียงเล็กน้อย เพื่อดูว่าจะเข้ากันหรือไม่กับสภาวะการณ์ในปัจจุบันของตนและผลจะออกมาตามที่คาดคิดไว้หรือไม่ ในขั้นนี้บุคคลจะแสวงหาข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับแนวความคิดใหม่นั้นซึ่งผลจากการทดลองจะมีความสำคัญยิ่งต่อการตัดสินใจ ที่จะปฏิเสธหรือยอมรับต่อไป

โดยทั่วไปมักพบว่าจะมีอัตราการยอมรับที่รวดเร็วกว่า หากลองแล้วพบว่าเกิดประโยชน์วิธีการที่ใช้ เช่น การแจกจ่ายสินค้าตัวอย่างให้ลองใช้ เป็นต้น

ขั้นที่5 ขั้นนำไปปฏิบัติหรือขั้นยอมรับ (Adoption) เป็นขั้นที่บุคคลตัดสินใจรับแนวความคิดใหม่ไปปฏิบัติอย่างเต็มที่ หลังจากที่ได้ทดลองปฏิบัติดูและทราบผลเป็นที่พอใจแล้ว

โดยแนวคิดนี้ผู้ศึกษาจะใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องแนวโน้มการนำองค์ความรู้ของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพไปใช้ในอนาคตโดยจะดูจากมิติเรื่องการยอมรับของกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นคนรุ่นใหม่และผู้สูงอายุ

2.8 งานวิจัยที่เกียวข้อง

สุรินทร วงค์คำแดง (2550) ได้ศึกษาเรืองการจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้ผลการศึกษาดังนี้

การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้าน

1.การแสวงหาความรู้

หมอพื้นบ้านทั้ง 3 กลุ่มนั้น มีลักษณะของการแสวงหาความรู้ที่เหมือนกันคือ มีการสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษ ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย และบิดามารดา โดยหมอพื้นบ้านในส่วนกลุ่มของหมอที่รักษาด้วยวิธีการทางด้ายไสยศาสตร์ และหมอสมุนไพรจะได้รับการสืบทอดองค์ความรู้มากจาก ปู่ ตา หรือบิดา ส่วนหมอพื้นบ้านในกลุ่มของหมอตำแยได้รับการสืบทอดความรู้มาจากย่ายายหรือแม่ของตนเองความรู้ของหมอพื้นบ้านอกจากเป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริงอยู่ในวิถีชีวิต การเรียนรู้ซึมซับ มีโอกาสได้ใกล้ชิด สังเกต และการเข้าร่วมจากประสบการณ์ตรงที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษแล้ว ยังได้แสวงหาความรู้จากผู้เฒ่าผู้แก่ ผู้รู้ในหมู่บ้านและแลกเปลียนเรียนรู้กับกลุ่มหมอพื้นบ้านด้วยกัน โดยการสอบถาม พูดคุยสังเกต และลงมือปฏิบัติเมือได้ผลจึงเกิดความมั่นใจและปฏิบัติสืบต่อมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

2.การนำความรู้ไปใช้

หมอไสยศาสตร์ จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้านแบบองค์รวมสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีและความเชือในเรืองของผีและอำนาจเหนือธรรมชาติ รูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคจะอยู่ในรูปของการสั่งสอนให้อยู่ในรีตรอยเดิม การฟังคำตักเตือนจากผู้ใหญ่ ข้อห้ามต่าง ๆ และการรักษาจะเป็นการพิธีกรรมต่าง ๆ เช่นการเลี้ยงผี การไล่ผี การใช้คาถาอาคม การดูเมือ การดูแลสุขภาพหลังจากการรักษาก็จะได้แก่ การมัดมือและ การเรียกขวัญ เพือเป็นการสร้างกำลังใจให้กับผู้ที่เจ็บป่วยหมอสมุนไพรนำความรู้ไปใช้ในการรักษาคนทั้งในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียง ในลักษณะที่เรียกว่า “ยาหมอขอวาน” คือมีการขอให้ทำการรักษาให้หรือการขอให้หมอหายามาให้แล้วค่อยตอบแทนในภายหลัง

ปัจจุบันเมือสังคมเปลียนแปลงไป การรักษาด้วยสมุนไพรได้เลือนหายไปในสังคมชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอไปมาก แต่ก็ยังมีผู้เฒ่าผู้แก่หรือคนในหมู่บ้านทำการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรบ้างแต่ก็ไม่มากนัก รูปแบบการรักษาก็เปลียนเป็นการ “ซื้อยา” สมุนไพรมารักษาเองมากกว่า หมอสมุนไพรก็ต้องเป็น “คนขายยา” ตามทีมีคนสั่งมาส่วนหมอตำแยได้ใช้องค์ความรู้ในเรืองของการดูแลสุขภาพครรภ์มารดาการทำคลอดกับหญิงมีครรภ์ในหมู่บ้านที่ตนเองอาศัยอยู่และหมู่บ้านใกล้เคียง เมือมีคนมาเรียกไปทำคลอดถึงแม้ว่าจะไม่สบายอยู่ก็จะไปหรือเวลาทีมีคนท้องก็จะขอให้ช่วยดูลักษณะของครรภ์ว่าเด็กอยู่ในท่าทีปกติหรือไม่ ก็จะช่วยดูให้และจัดครรภ์ให้เด็กอยู่ในท่าที

ปกติในการทำคลอดแต่ละครั้งนั้นหมอตำแยทั้ง 3 กรณีศึกษาจะไม่คิดเงิน หรือเรียกร้องเอาอะไร แต่เมื่อทำคลอด คนที่ทำคลอดให้ก็จะนำน้ำขมิ้นส้มป่อย และข้าวของต่าง ๆ บางทีก็เป็นเงินมาดำหัวและมอบให้ตามประเพณีของชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ ผลที่ได้รับจากการเป็นหมอตำแยสบายใจและมีความสุข การทำคลอดด้วยหมอตำแย ทำให้ผู้คนได้ผูกพันได้ช่วยเหลือและให้กำลังใจกัน

3.การแบ่งปันหรือการถ่ายทอดความรู้

หมอไสยศาสตร์ ไม่มีการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นระบบชัดเจนนอกจากจะถ่ายทอดในรูปแบบของวัฒนธรรมและประเพณี การให้ผู้ที่จะสืบทอดองค์ความรู้นั้นเข้าร่วมพิธีกรรมต่าง ๆ ผู้ที่จะสืบทอดความรู้ได้โดยตรงก็คือลูกชายเท่านั้นสำหรับการแบ่งปันและการถ่ายทอดความรู้ของหมอสมุนไพรได้แบ่งปันความรู้เรื่องของสมุนไพรโดยการสอบถามกันแลกยากันบ้างบางทีก็ตามไปดูการรักษา นอกจากนี้การถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกหลานและผู้ที่สนใจจะศึกษาเรื่องของสมุนไพรซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ใช่คนในท้องถิ่นหรือชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอโดยจะสอนในรูปแบบให้จำลักษณะ และชื่อของสมุนไพรให้ช่วยหยิบยานั้นยานี้ให้ บางครั้งก็พาไปดูการรักษาชาวบ้านด้วยเมื่อมีคนมาเรียกให้ไปรักษาในหมู่บ้าน

ส่วนการถ่ายทอดความรู้ของหมอตำแยนั้น ได้ถ่ายทอดความรู้ให้กับน้องสาวโดยสายเลือดของตนเองและผู้ที่สนใจจะศึกษาโดยจะถ่ายทอดในรูปแบบของการมีส่วนร่วมในประสบการณ์จริงโดยการให้เป็นผู้ช่วยในการทำคลอดและทดลองในการทำคลอดส่วนตัวหมอตำแยเองนั้นจะให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำ จนสามารถทำคลอดเองได้

การจัดการความรู้ในระดับกลุ่ม

1. การแสวงหาความรู้เพิ่มเติมของหมอพื้นบ้าน

ไม่ปรากฏเรื่องการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมของหมอพื้นบ้านทั้ง 3 กลุ่ม เพราะหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะยึดถือในเรื่ององค์ความรู้เดิมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษในรูปแบบของวัฒนธรรมและประเพณีที่ยังปฏิบัติกันอยู่ ต่างคนต่างปฏิบัติกันเองไม่มีการรวมกลุ่มกันและไม่มีการออกแสวงหาความรู้เพิ่มเติม

2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มหมอพื้นบ้าน

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มหมอพื้นบ้านทั้ง 3 กลุ่มบ้างโดยการสอบถามพูดคุยสังเกตและลงมือปฏิบัติเมื่อได้ผลจึงเกิดความมั่นใจ และปฏิบัติสืบต่อมาจนกระทั่งถึงปัจจุบันโดยเฉพาะกลุ่มของหมอไสยศาสตร์เวลาที่เกิดเหตุการณ์ใดในหมู่บ้านก็จะปรึกษาหารือพูดคุยร่วมกันแก้ไขปัญหาตลอดโดยเฉพาะเรื่องของการแก้ขัดต่างๆที่เกิดขึ้นในหมู่บ้าน เพื่อให้ลูกหลานในหมู่บ้านอยู่ดีมีสุข

3. การนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

กลุ่มหมอไสยศาสตร์จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้านของแต่ละคนแบบองค์รวม สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อในเรื่องของผีและอำนาจเหนือธรรมชาติ การรักษาต่าง ๆ นั้นคนที่อยู่ในหมู่บ้านจะมาขอความช่วยเหลือให้ทำการรักษาโดยวิธีทางไสยศาสตร์และความเชื่อเมื่อไปรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หายจึงมาทำการรักษโดยวิธีการดั้งเดิม เมื่อหายก็จะเกิดความเชื่อถือ และขอให้หมอไสยศาสตร์ทำพิธีทุกครั้งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยรูปแบบของการดูแลรักษาสุขภาพตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคจะอยู่ในรูปของการสั่งสอนให้อยู่ในรีตรอยเดิมการฟังคำตักเตือนจากผู้ใหญ่ ข้อห้ามต่าง ๆ จะคอยตักเตือนลูกหลานอยู่เสมอ

เมื่อมีการประชุมในหมู่บ้าน การรักษาคนในหมู่บ้านจะเป็นการพิธีกรรมต่าง ๆ เช่นการเลี้ยงผี การไล่ผี การใช้คาถาอาคม การดูเมือ การดูแลสุขภาพหลังจากการรักษาก็จะได้แก่ การมัดมือและการเรียกขวัญเพื่อเป็นการสร้างกำลังใจให้กับผู้ที่เจ็บป่วยกลุ่มหมอสมุนไพร จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้านของแต่ละคนแต่เนื่องจากปัจจุบันเมือสังคมของชาวเขาปกาเกอะญอเปลียนแปลงไปมาก การรักษาด้วยสมุนไพรค่อย ๆ เลือนหายไป เพราะมีสถานพยาบาลของรัฐเกิดขึ้น แต่ก็ยังมีผู้เฒ่าผู้แก่หรือคนในหมู่บ้านทำการรักษาโรคด้วยยาสมุนไพรบ้างแต่ก็ไม่มากนัก รูปแบบการรักษาก็เปลียนเป็นการ “ซื้อยา” สมุนไพรมารักษาเองมากกว่า หมอสมุนไพรก็ต้องเป็น “คนขายยา” ตามที่มีคนสั่งมา นอกจากนี้การรักษาต่าง ๆ นั้นคนที่อยู่ในหมู่บ้านบางคนจะมาขอความช่วยเหลือให้ทำการรักษาโดยการใช้ยาสมุนไพรเมือทำการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หายจึงมาทำการรักษาโดยวิธีการดั้งเดิมเมือหายก็จะเกิดความเชือถือและขอให้รักษาทุกครั้งเมือเกิดความเจ็บป่วยกลุ่มหมอตำแยจะใช้ความรู้ที่มีอยู่ดูแลสุขภาพของแม่ และเด็กในหมู่บ้านของแต่ละคนอยู่บ้าง เนื่องจากปัจจุบันเมือสังคมของชาวเขาปกาเกอะญอเปลียนแปลงไปมาก การดูแลสุขภาพแม่และเด็กและการทำคลอดด้วยหมอตำแย ลดลงไป ยกเว้นในรายที่ไปหาหมอไม่ทันจริง ๆ ทั้งนี้เพราะมีสถานพยาบาลของรัฐเกิดขึ้น การทำคลอดด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันจะได้รับการยอมรับมากกว่าเพราะมีเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ครบครัน สะอาด และปลอดภัยกว่าการทำคลอดด้วยหมอตำแย หมอตำแยเชือว่าสาเหตุหนึงของการที่คนในหมู่บ้านห่างเหินกันไปไม่ค่อยรู้จักกันเพราะการไปคลอดที่โรงพยาบาลนั้นเองเพราะในสมัยก่อนคนรู้จักกันไปมาหาสู่กัน ผูกพันกัน มีความกตัญญูกตเวที เพราะหมอตำแยเป็นเหมือนปูชนียบุคคล เหมือนครู และเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวบ้าน

4. การถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ในกลุ่มหมอพื้นบ้าน

ยังไม่มีการถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ในกลุ่มหมอพื้นบ้านที่เป็นระบบชัดเจน ไม่มีการบันทึกความรู้เป็นลายลักษณ์อักษร นอกจากจะถ่ายทอดในรูปแบบของการพูดคุยแลกเปลียนความคิดเห็นกันบ้าง และเมือสภาพสังคมที่เปลียนแปลงไปอย่างรวดเร็ว วิถีชีวิตในปัจจุบันของคนรุ่นหลัง

ต่างกับหมอพื้นบ้านในอดีตความเชื่อในเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติลดน้อยลงไปการดูแลรักษาสุขภาพปัจจุบันมักพึ่งพาแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าและคนรุ่นหลังต่างต้องเรียนหนังสือในโรงเรียน หรือแข่งขันกันทำมาหากินให้ทันกับสภาพสังคมปัจจุบันความสนใจถูกดึงดูดไปทางอื่นมากกว่าอาจทำให้องค์ความรู้นั้นขาดผู้สืบทอดต่อไปได้ในอนาคต

นพดล กองพล (2549) ได้ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนาได้ผลการศึกษาดังนี้

ด้านสถานภาพส่วนตัวของหมอพื้นบ้านพบว่าหมอพื้นบ้านเป็นชายมากกว่าหญิงมีอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์เป็นหมอในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่มาแล้วมากกว่า 20 ปี มีความประพฤติดีเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน บางคนนอกจากเป็นผู้นำในด้านพิธีกรรมแล้ว ยังเป็นผู้นำในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่สาเหตุที่มาเป็นหมอพื้นบ้านเพราะบิดาหรือญาติเคยเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน

นอกจากนี้หมอที่เป็นชายเคยผ่านการบวชเรียนมาแล้ว และมีบรรพบุรุษหรือญาติพี่น้องเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนทำให้มีแรงจูงใจในการเป็นหมอพื้นบ้าน ด้านอาชีพร้อยละ 40.0 มีอาชีพเป็นหมอพื้นบ้าน รองลงมาคือ ด้านเกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไปร้อยละ 10.0 ด้านรายได้ของหมอพื้นบ้านร้อยละ 46.67 มีรายได้เกิน 7,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 40.0 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 ด้านการศึกษาร้อยละ 83.33 ของหมอพื้นบ้านจบประถมศึกษาร้อยละ 10.0 จบมัธยมศึกษาส่วน ปวส. และอนุปริญญามีเพียร้อยละ 6.67 ด้านสถานภาพของผู้มารับบริการจากหมอพื้นบ้านพบว่าผู้ใช้บริการเป็นหญิงมากกว่าชาย มีอายุ 32 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันกับหมอ มารับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน เพราะไปรักษามาหลายแห่งแต่อาการไม่ดีขึ้นญาติพี่น้องบอกให้ไปรักษาจากหมอพื้นบ้าน ด้านอาชีพ ร้อยละ 34.44 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาร้อยละ 30.0 มีอาชีพค้าขาย ด้านการศึกษาร้อยละ 47.78 จบประถมศึกษารองมา คือ มัธยมศึกษาร้อยละ 23.33 น้อยที่สุด คือ ปวช. ร้อยละ7.78 ด้านรายได้ ผู้มาใช้บริการร้อยละ 43.33 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทรองลงมาร้อยละ 25.56 มีรายได้มากกว่า 5,000 แต่ไม่เกิน 7,000 บาท ส่วนผู้มีรายได้เกิน 9,000 บาทมาใช้บริการคิดเป็นร้อยละ 16.67

องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านที่ใช้ดูแลสุขภาพในปัจจุบันที่มีผู้นิยมใช้บริการมีอยู่ 3 ประเภทคือ พิธีกรรม กายภาพและสมุนไพร โดยหมอสมุนไพรมีมากที่สุดร้อยละ 53.33 รูปแบบของยาที่ปรุงคือ ยาผง ยาลีม ยาลูกกลอน ยาประคบ ยาอบ รองลงมาคือ กายภาพบำบัดร้อยละ30.0 รูปแบบที่ใช้ในการดูแลสุขภาพคือ ย่ำขาง เขียเส้น นวดเอาเอ็น เช็ด แหก ตอกเส้น ส่วนพิธีกรรมร้อยละ 16.67 รูปแบบที่หมอพื้นบ้านใช้คือ เรียกขวัญ สืบชะตา บูชาเทียน พิธีกรรมถือว่าเป็นส่วนสำคัญของหมอพื้นบ้านในส่วนของการบำบัด เสริมสร้างสุขภาพ และจิตใจของผู้ป่วยแนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านจากการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านและผู้มาใช้บริการมีหลายประเด็นที่มีความสัมพันธ์และแนวคิดสอดคล้องกัน

เช่น สถานภาพของหมอพื้นบ้านยังไม่มีความเหมาะที่จะเป็นหมอรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิงการแต่งกาย ขาดความรู้ความชำนาญในการรักษาโรครวมทั้งขาดความน่าเชื่อถือไม่มีใบประกอบโรคศิลปะที่ปัจจุบันยังคงเป็นหมอเถื่อนไม่ได้รับการรับรองและยกย่องในสังคม

ส่วนของเวชภัณฑ์ควรมีการเร่งพัฒนาทั้งด้านรูปแบบและกระบวนการผลิตให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้นประเด็นสุดท้าย คือการรวบรวมและพัฒนาความรู้ที่มีอยู่อย่างเป็นระบบทั้งสามด้านที่กล่าวมาสำคัญเป็นอย่างยิงในการพัฒนาหมอพื้นบ้าน การยอมรับจากส่วนราชการ โดยเฉพาะอย่างยิงใบรับรองความการเป็นหมอพื้นบ้านซึงผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ต้องการให้หมอพื้นบ้านเป็นหมอที่น่าเชื่อถือ สิงสำคัญอีกประการคือ ทุน หมอพื้นบ้านซึงถือว่าเป็นที่พึงของชุมชนรายได้ก็ถือว่าค่อนข้างน้อยหากจะพัฒนาสิงที่กล่าวมาข้างต้นจำเป็นอย่างยิงต้องมีแหล่งทุนที่สนับสนุนช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการให้ฟรีหรือกู้ยืม

ในส่วนของข้อเสนอแนะมีดังนี้ แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้าน ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็นสองส่วนคือจากหมอพื้นบ้านและผู้ใช้บริการพบว่าหมอพื้นบ้านแต่ละคนมีความต้องการจะพัฒนาตนเองเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากหมอพื้นบ้านด้วยกันและจากผู้ใช้บริการต้องยอมรับว่าในกลุ่มหมอพื้นบ้านก็จะมีการแบ่งแยกกันชัดเจนในส่วนของอายุ ชื่อเสียง ประสบการณ์ เป็นธรรมเนียมของหมอพื้นบ้านที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาแต่โบราณศิษย์ต้องเคารพครูโดยไม่จำกัดว่าครูจะมีอายุมากหรือน้อยกว่าตนก็ตาม หมอพื้นบ้านแต่ละคนก็จะมีบุคลิกแตกต่างกันไป รวมทั้งองค์ความรู้ที่มี แต่ละคนก็จะไม่ยอมเปิดเผยให้คนอื่นได้รู้ ถ้าไม่สนิทกันจริง ๆ จะไม่มีโอกาสได้รู้ทำให้หมอแต่ละคนมีความรู้ความชำนาญที่แตกต่างกันเป็นสาเหตุหนึงที่พัฒนาได้ยาก

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

รัฐชญา เหล่าชินชาติ (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บริการนวดแผนไทย ในเขตห้วยขวาง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาดังนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.50 อยู่ในสถานภาพโสด ร้อยละ 55.50 มีอายุ 30 - 39 ปี จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 29.30 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 51.80 ส่วนใหญ่มีอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 48.30 และมีรายได้เฉลียต่อเดือน 15,001 - 20,000 บาท จำนวนมากที่สุด

ร้อยละ 25.50 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดร้อยละ 29.50 เคยใช้บริการสถานที่บริการนวดแผนไทยรัชดาหัตถเวช ส่วนมากร้อยละ 43.0 ใช้บริการนวด แผนไทย 3 - 4 ครั้ง / เดือน เหตุผลที่ส่วนใหญ่ใช้บริการนวดแผนไทยเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 57.80 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดร้อยละ46.30 เลือกใช้บริการนวดแผนไทยที่วัดเปิดให้มีการนวด และใช้เวลาในการนวดแผนไทย 61 - 90 นาที จำนวนร้อยละ 40.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 37.80 เสียค่าใช้จ่ายในการบริการนวดแผนไทย 1,001 - 2,000 บาท และมักจะนิยมนวดตัวกันเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 37.30

การอภิปรายผลนั้นมีดังนี้

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

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

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

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาจากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการนำผลงานศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานการตลาดในธุรกิจนวดแผนไทย ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.50 ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้บริการนวดธุรกิจนวดแผนไทยจัดโปรแกรมนวดแผนไทยมีให้เลือกหลายแบบมีอิสระต่อการขยายการเพิ่มจำนวนชั่วโมงที่จะนวดต่อเพื่อให้ผู้มาใช้บริการสามารถเลือกโปรแกรมการใช้บริการได้ตามตรงความต้องการของตนเอง

2. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.30 ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้บริการนวดแผนไทยในเรื่องอัตราค่าบริการควรถูกลงกว่านี้และมีหลายระดับราคาให้เลือกจึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนวดแผนไทยกำหนดนโยบายในเรื่องอัตราค่าบริการนวดแผนไทยให้เหมาะสมเป็นมาตรฐานเดียวกันมีการระบุราคาค่าบริการอย่างชัดเจน ซึ่งอาจนำกลยุทธ์ทางจิตวิทยามาใช้โดยการตั้งราคาให้ลงท้ายด้วยเลขเพื่อสร้างทัศนคติให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าราคาค่าบริการที่กำหนดนั้นเหมาะสมแล้ว

3. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.80 ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้บริการนวดแผนไทย ในเรื่องสถานที่ให้บริการควรสังเกตเห็นได้ง่ายมีป้ายบอกทางชัดเจนจึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนวดแผนไทยปรับปรุงในเรื่องป้ายโฆษณาบอกทางให้มีความชัดเจน สามารถสังเกตเห็นได้ง่าย โดยการนำแสงไฟและจุดเด่นที่แปลกใหม่มาประกอบการโฆษณา เพื่อกระตุ้นให้อยากทดลองมาใช้บริการ

4. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.00 ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้บริการนวดแผนไทยในเรื่องการเผยแพร่ข้อมูลการประชาสัมพันธ์ลงสื่อต่าง ๆให้มากกว่านี้จึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนวดแผนไทยผลักดันการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์จากการนวดแผนไทยรวมถึงจัดโปรโมชั่นพิเศษให้ส่วนลดแก่ลูกค้าผ่านสื่อต่างๆ ทั้งสื่อบุคคลสื่อมวลชน เช่น อินเทอร์เน็ต โบชัวร์ แผ่นป้าย สื่อกิจกรรม เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับรู้ข้อมูลอย่างทั่วถึง

5. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.30 ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้บริการนวดแผนไทยในเรื่องการจัดฝึกอบรมพนักงานให้มีการแต่งกายพูดจาและอัธยาศัยที่ดีอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยมีการให้รางวัลพนักงานดีเด่นจึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนวดแผนไทยผลักดันนโยบายฝึกอบรมให้แก่พนักงานทั้งในเรื่องของเทคนิคการนวด ความรู้เกี่ยวกับการนวด การแต่งกาย พูดจาต้อนรับที่สุภาพรวมถึงจัดให้มีการประเมินผลและให้รางวัลแก่พนักงานที่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างที่ดีอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้พนักงานมีความกระตือรือร้นรับผิดชอบในการทำงานและตั้งใจทำงานมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

6. จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.30 ให้ข้อเสนอแนะต่อการใช้บริการนวดแผนไทยในเรื่องความสะอาดของสถานที่ให้บริการควรมีมากกว่านี้จึงเห็นควรให้ทางผู้ประกอบการธุรกิจนวดแผนไทยผลักดันนโยบาย 5 ส. (สะอาด สะดวก สะสาง สุขลักษณะ และสร้างนิสัย) มาใช้

ในการบริหารงานจัดตารางการทำงานสำหรับผู้ทำหน้าที่ดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยอย่างสม่ำเสมอ

นางสาวฐิติมา สดากร (2550) ได้ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษามีดังนี้

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

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

ปัจจัยทางเศรษฐกิจปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผู้วิจัยได้ศึกษา รายได้ เงินทิปพิเศษ รายจ่าย และภาวะหนี้สิน พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจของหมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี ส่วนใหญ่มีปัจจัยทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีรายได้อยู่ในระดับสูง ด้านเงินทิปพิเศษและด้านรายจ่ายอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและ ในด้านภาวะหนี้สินอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ปัจจัยทางจิตใจ ผู้วิจัยได้ศึกษา การเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับจากสังคม การพัฒนาศักยภาพ และความภาคภูมิใจในอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่หมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี มีปัจจัยทางจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หมอนวดแผนไทยมีด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ และด้านการยอมรับจากสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเห็นคุณค่าของตนเอง และด้านการพัฒนาศักยภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ปัจจัยทางสังคม ผู้วิจัยได้ศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา และความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน พบว่า ส่วนใหญ่หมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี มีปัจจัยทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับสูง และด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชา มีระดับค่อนข้างสูง

ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยได้ศึกษาเกียวกับด้านสภาพแวดล้อมสถานทีทำงาน พบว่า หมอนวดแผนไทยในกรุงเทพมหานครและนนทบุรีมีปัจจัยสภาพแวดล้อมด้านสภาพแวดล้อมสถานทีทำงานในระดับค่อนข้างสูง

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

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยเรืองคุณภาพชีวิตหมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและนนทบุรี ครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยให้มีคุณภาพชีวิตทีดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้แบ่งข้อเสนอแนะ ดังนี้

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

เนืองจากปัจจัยทางเศรษฐกิจด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวมและคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจของหมอนวดแผนไทยและเมือพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจโดยตรงจะพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจทั้งด้านรายได้และรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจของหมอนวดแผนไทย จากการวิจัยพบว่าแม้หมอนวดแผนไทยจะมีรายได้สูงแต่ก็มีรายจ่ายสูงด้วยเช่นกันและจากสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของหมอนวดแผนไทยบางส่วนไม่ได้รับประกันสังคมต้องออกค่ารักษาพยาบาลเอง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่าควรจัดให้มีมาตรฐานการควบคุมดูแลระบบการดำเนินการสัญญาจ้าง รวมทั้งการจัดให้มีประกันสังคมในสถานประกอบการนวดแผนไทยอย่างทั่วถึงเพือสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในบางส่วนได้หรือมีกองทุนเพือช่วยเหลือหมอนวดแผนไทยในยามเจ็บป่วยหรือเมือมีอายุมากและไม่สามารถทำงานได้

ปัจจัยทางจิตใจ

เนืองจากปัจจัยทางจิตใจด้านการเห็นคุณค่าของตนเอง การยอมรับจากสังคมและการพัฒนาศักยภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยทั้งในภาพรวมและรายด้าน ดังนั้น ด้านการเห็นคุณค่าของตนเองและการยอมรับจากสังคมซึงเกียวกับภาพลักษณ์ของอาชีพจึงควรมีการส่งเสริมไม่ให้มีบริการทางเพศแอบแฝง และยกระดับภาพลักษณ์ทีดีของอาชีพหมอนวดแผนไทยให้เป็นทียอมรับมากขึ้น ส่วนการพัฒนาศักยภาพควรส่งเสริมความรู้การอบรมเพิมเติมหรือ

เพิ่มการกระจายข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะอาชีพ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยมีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงเกินไป

ปัจจัยทางสังคม

เนื่องจากส่วนใหญ่ปัจจัยทางสังคมด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยทั้งในภาพรวมและในรายด้าน แสดงว่า ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านนี้ด้วย ดังนั้นผู้บังคับบัญชาควรเข้ามาศึกษาดูแลบ้างพอสมควรเพื่อการแก้ไขปรับปรุงที่เหมาะสมและควรให้ความยุติธรรมอย่างเสมอภาคในการทำงานและควรมีการจัดกิจกรรมให้หมอนวดแผนไทยได้มีการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมร่วมกันบ้างเพื่อความสามัคคีและสุขภาพอานามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจของหมอนวดแผนไทย

ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม

เนื่องจากส่วนใหญ่ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมด้านสภาพแวดล้อมสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทยทั้งในภาพรวมและในรายด้านดังนั้นในสถานที่ทำงานควรมีการคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงานอาจมีการติดเครื่องปรับอากาศบ้างในที่ที่ไม่ค่อยมีอากาศถ่ายเทสะดวก หรือมีอากาศร้อนเกินไป

รัตนา กฤษฎาธาร (2534) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ผลการศึกษาดังนี้การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมอนามัยและลักษณะอื่น ๆ ที่แตกต่างกันจะมีภาวะสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่ต่างกันอย่างไร โดยใช้ข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการอนามัยและการใช้ยาแผนโบราณ พ.ศ. 2529 ตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่า จำนวน 6,095 ราย การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพซึ่งวัดด้วยการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ตัวแปรภูมิหลังต่าง ๆ ที่นำมาศึกษา เขตที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างชัดเจนต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกล่าว คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เจ็บป่วย และหรือบาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและชนบท สำหรับตัวแปรการศึกษามีผลต่อความแตกต่างในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในภาคเหนือ ส่วนตัวแปรอายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำขนาดครัวเรือน ภาคและการสูบบุหรี่ ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งวัดด้วย

แบบแผนการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ พบว่าเขตที่อยู่อาศัย และอาการที่ป่วยมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพมหานคร และเขตเมืองอื่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรังและไม่ป่วย สำหรับตัวแปรอายุและการศึกษามีผลให้เกิดความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเฉพาะในชนบท แบบแผนการรักษาพยาบาลฯแตกต่างตามภาค เฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาและกลุ่มประถมศึกษาส่วนตัวแปรเพศ ลักษณะของงานที่ทำและขนาดครัวเรือนมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุค่อนข้างน้อยหรือไม่มีเลย สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่วัดด้วยการใช้ยาสมุนไพร พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ขนาดครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคและอาการที่ป่วย แต่มีเพียงตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยเท่านั้นที่มีทิศทางความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพรเป็นไปตามสมมติฐาน คือผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหาคร ใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท สำหรับตัวแปร อายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำและการศึกษาไม่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการรักษาของผู้สูงอายุที่ป่วย

ชุติภา วระวิบุล (2534) ได้ศึกษาเรื่องการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย ได้ผลการศึกษาดังนี้การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเลือกใช้และความแตกต่างในการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ 2 กรณีคือกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยทั่วไป และกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นโรคประจำตัวและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และปัจจัยเกี่ยวกับบุตร กับการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุทั้ง 2 กรณี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยโดยทั่วไปมักจะเลือกใช้บริการจากสถานบริการประเภทอื่น ๆ คือ การรักษาแผนโบราณซื้อยากินเองไม่รักษารองลงมาคือการเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ สถานีอนามัย และคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน

แบบแผนการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยเช่นเดียวกันนี้ก็พบในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเมื่อเปรียบเทียบแบบแผนการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่เมื่อเป็นโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยแผนปัจจุบันโดยใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูงกว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยทั่วไปส่วนกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบทนั้นจะไม่พบว่ามีความแตกต่างกันมากนักในสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยโดยทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวในการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัย คือจะมีสัดส่วนไม่เพิ่มมากขึ้นที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวก็ตาม เมื่อนำเอาคุณลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากรและปัจจัยเกี่ยวกับบุตรของผู้สูงอายุ มาวิเคราะห์ร่วมกับการเลือกใช้

กาญจนา สุขแก้ว (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ผลการศึกษา ดังนี้การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแสวงหาจุดร่วมเพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ให้เป็นระบบการดูแลรักษาสุขภาพที่เกื้อกูลกันการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาคำอธิบายเกี่ยวกับเงื่อนไขที่ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันยอมรับการแพทย์แผนไทย รวมทั้งแบบแผนและกระบวนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการศึกษาเอกสารและเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระดับลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบันและบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 18 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเฉียบพลันจำนวน 14 ราย สมาชิกกลุ่มสมุนไพรครบ วงจรเพื่อเศรษฐกิจชุมชน จำนวน 11 ราย รวมทั้งสิ้น 43 ราย

ผลการศึกษา พบว่าการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพิจารณา ได้ 2 มิติ กล่าวคือ มิติด้านผู้รับบริการและมิติด้านผู้ให้บริการซึ่งทั้งสองมิติมีความเชื่อมโยงกันในฐานะเป็นองค์ประกอบของระบบการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งนี้กลไกการบูรณาการนั้นถูกกำหนดโดยอุดมการณ์การพึ่งตนเองเพื่อการมีสุขภาพดีและฐานคิดของการดูแลรักษาสุขภาพและระบบการแพทย์ตลอดจนนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของรัฐ การบูรณาการในมิติของผู้รับบริการพบว่า มีการบูรณาการในวิถีชีวิตอยู่แล้ว

ส่วนการบูรณาการเมื่อสุขภาพเสียสมดุล การบูรณาการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้นถูกกำหนดโดยฐานคิดการแสวงหาการรักษาพยาบาลและฐานคิดการดูแลดุลยภาพของร่างกายซึ่งบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสาระของสมุนไพรมีการประเมินภาวะเมื่อร่างกายเสียสมดุลและมีการถ่ายทอดบอกเล่าปากต่อปาก ดังนั้นการบูรณาในมิติของผู้รับ จึงมีความสำคัญที่ก่อให้เกิดการบูรณาการในผู้ให้บริการจากผลการศึกษา พบว่ามีการบูรณาการด้านการให้บริการคลินิก ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความไม่เท่าเทียม กันระหว่างบุคลากรด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทยในด้านโครงสร้างการบริหาร โดยเฉพาะกรอบอัตรากำลัง นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการด้านการพัฒนายาสมุนไพรเข้ามาสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งตัวที่กำหนดคือ นโยบายการพัฒนาสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ทั้งนี้รัฐควรให้ความสนใจและดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยเฉพาะการสร้างความเท่าเทียมระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนปัจจุบันในด้านโครงสร้างการบริหารงานเพื่อให้เกิดการบูรณาการในระบบการดูแลรักษาสุขภาพอย่างแท้จริง

องอาจ พรมไชย (2538)ได้ทำการศึกษาเรื่องการถ่ายทอดความรู้ของชาวไทยลื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ด้วยสมุนไพร ได้ผลการศึกษาดังนี้ การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

กระบวนการถ่ายทอดความรู้ของชาวไทยลื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรที่มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและศึกษาการยอมรับของประชาชนในการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพรของประชาชนในชุมชนชนบทของชาวไทยลื้อ

วิธีการศึกษาวิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีผสมผสานกัน คือ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกต การศึกษาวิจัยสรุปได้ดังนี้ประชาชนชาวไทยลื้ออยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทยประชาชนชาวไทยลื้อในชนบทมีวิถีชีวิต ที่เรียบง่าย มีวัฒนธรรมเป็นเอกลักษณ์ของตนเองและมีความ สัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้นเนื่องจากเป็นเครือญาติและเผ่าพันธุ์เดียวกันที่มีภาษาที่ใช้ของตนเองโดยพูดเป็นภาษาไทยลื้อชุมชนแห่งนี้จึงมีการถ่ายทอดความรู้ด้วยการ สืบความรู้จากบรรพบุรุษแล้วมีการถ่ายทอดความรู้กันในลักษณะการกล่อมเกลาทางสังคมโดยครอบครัว เครือญาติและเพื่อนบ้าน

นอกจากนี้ยังได้มีการเรียนรู้จากผู้รู้ เช่น พระ ผู้อาวุโส หมอพื้นบ้านทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชน เนื่องจากในอดีตสมัยที่มีการคมนาคมไม่สะดวก สถานบริการ การสาธารณสุขของรัฐอยู่ห่างไกล ประชาชนที่เจ็บป่วยจะต้อง พึ่งพาการรักษาพยาบาลแบบดั้งเดิมที่ได้เรียนรู้กันมา คือ การรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรไสยศาสตร์และความรู้ในการรักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรและไสยศาสตร์ได้มีการสืบทอดกันมาให้เห็นถึงปัจจุบันส่วนมากจะสืบทอดมักมีอยู่ในครอบครัวที่บรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านของชุมชนมาก่อน

แต่ในปัจจุบันหมอพื้นบ้านนับวันจะลดน้อยลงไปทุกที เนื่องจากสังคมปัจจุบันได้เห็นว่าการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันได้ผลที่รวดเร็วกว่าการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพรการยอมรับการรักษาพยาบาลด้วยยาสมุนไพรของประชาชน ในชนบทยังให้การยอมรับและศรัทธา ซึ่งการยอมรับของการ รักษาพยาบาลด้วยสมุนไพรส่วนมากผู้ใหญ่ยังมีความเชื่อที่สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บได้และยังนิยมใช้กันอยู่ เนื่องจากความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาในอดีต แล้วบอกเล่าและให้ปฏิบัติสืบต่อกันมาและอีกประการหนึ่งยาสมุนไพรจะราคาถูกกว่าและบางชนิดก็ไม่ต้องไปหาซื้อก็สามารถหาได้จากในชุมชนที่ปลูกพืชพันธุ์ต่าง ๆ ไว้และบางอย่างก็เป็นเครื่องปรุงอาหารของชาวบ้านตามวิถีชีวิตของชาวชนบทที่รับประทานอาหารอาศัยพืชพันธุ์ต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่แต่ละครัวเรือนก็จะมีสวนพืชผักของตัวเองอยู่ แล้ว

แต่คนสมัยปัจจุบันทั้งเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นคนสมัยใหม่ให้การยอมรับยาสมุนไพรน้อยกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากคนเหล่านั้นได้เรียนรู้การรักษาพยาบาลจากสื่อต่าง ๆ และจากสาธารณสุขให้รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยและการรักษาพยาบาลด้วยวิธีวิทยาศาสตร์มากกว่าวิธีแพทย์แผนโบราณและส่วนมากยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลด้วย สมุนไพรและปัจจุบันก็ยัง

พบว่า การรักษาพยาบาลด้วย การแพทย์แผนโบราณยังมีอยู่กับประชาชนทุกกลุ่มควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

ทรงศิริ สาประเสริฐ (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องลักษณะการถ่ายทอดความรู้ของภูมิปัญญาชาวบ้านได้ผลการศึกษาดังนี้ ผลการวิจัยพบว่าภูมิปัญญาชาวบ้านถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เรียโดยใช้วิธีการบอกทำให้ดูและปฏิบัติด้วยตนเองวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่ใช้เป็นประจำคือการบอกเน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้ถามและมีความเห็นว่าวิธีการที่ดีที่สุดในการถ่ายทอดความรู้คือการให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติด้วยตนเองการได้รับการยอมรับ และยกย่องจากสังคม คือ สิ่งที่ ภูมิปัญญาชาวบ้านภูมิใจมากที่สุดในชีวิตและเป็นเหตุจูงใจให้ภูมิปัญญาชาวบ้านถ่ายทอด ความรู้ให้กับผู้เรียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรู้ของภูมิปัญญาชาวบ้าน คือแหล่งความรู้ในการถ่ายทอดซึ่งมาจากตัวของภูมิปัญญาชาวบ้าน เนื้อหาสาระคือความรู้ ในงานลักษณะของคนซึ่งภูมิปัญญาชาวบ้านอยากถ่ายทอดความรู้ คือ มีความสนใจอยากรู้ มีความขยัน อดทน เมื่อทำการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เรียน ภูมิปัญญาชาวบ้านไม่มีการ วางแผนล่วงหน้า ระยะเวลาในการถ่ายทอดในแต่ละเรื่องไม่เท่ากัน วิธีการประเมินผล การถ่ายทอดความรู้จะใช้การสังเกต และสื่อในการถ่ายทอดความรู้คือ สื่อของจริง สิ่งที่ได้รับจากการวิจัยคือ ภูมิปัญญาชาวบ้านในการวิจัยครั้งนี้เป็นคนซึ่งเรียนรู้ ด้วยตนเอง การได้รับการยกย่อง และยอมรับจากผู้อื่นเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการจูงใจให้ ภูมิปัญญาชาวบ้านถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่น

เปรม ชินวันทนานนท์ (2547) กล่าวว่าภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยเป็นการดูแลสุขภาพในชุมชนแบบพื้นบ้านดั้งเดิมที่มีคู่กับประเทศไทยตั้งแต่ก่อนสมัยกรุงสุโขทัย ซึ่งมีความหลากหลายและเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปแต่ละสังคมวัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์โดยมีความเชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจาก 1) สิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ผี ไสยศาสตร์ วิถีโคจรของดวงดาว ละเมิดขนบธรรมเนียมประเพณี 2) ธรรมชาติ ร่างกายเสียสมดุลตามวัย สิ่งแวดล้อม และสังคมซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งหรือหลายสาเหตุร่วมกันสำหรับองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพของหมอไสยศาสตร์นั้น หมอไสยศาสตร์จะมีความรู้ในเรื่องของการนับถือผี การเลี้ยงผีต่างๆ การไล่ผีคาถาอาคมและองค์ความรู้เรื่องของการประกอบพิธีกรรมที่สืบทอดกันมาของชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ นั่นก็คือพิธีมัดมือ การเรียกขวัญ การชี้ทางวัวควายที่หายไปให้กลับมาการบนบานศาลกล่าว การดูเมื่อจากกระดูกไก่ การดูเมื่อจากเมล็ดข้าวสารและความรู้เรื่องของสมุนไพรพื้นบ้าน การเป่าและการต่อกระดูก

ส่วนแนวคิดเรื่องสุขภาพของหมอสมุนไพรเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความผิดปกติของธาตุในร่างกายที่ไม่สมดุลกัน ในร่างกายของคนเราจะประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำธาตุลมและธาตุไฟ หากธาตุใดธาตุหนึ่งเปลี่ยนแปลงก็จะมีผลกระทบกับร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วย

ไม่สบาย ดังนั้นสิ่งที่แก้ไขความเจ็บป่วยก็คือยาสมุนไพร การกินอาหารเช่น การกินอาหารมากไป หรือน้อยไปหรือไม่เหมาะสมกับธาตุก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้เช่นกัน นอกจากนี้หมอสมุนไพรยังเชื่อว่าการเจ็บป่วยก็เกิดขึ้นได้จากอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่นผี ดวงดาวและโหราศาสตร์ บางครั้งคนเราถึงคราวดวงตกก็จะทำให้เจ็บป่วยและไม่สบายได้ ต้องทำพิธีแก้ไขดวง

บทที่ 3

วิธีการศึกษาและรวบรวมข้อมูล

การศึกษาเรื่อง การนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลัง ศึกษากรณีจังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาเรื่องการนำความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพรมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจนต่อการวิเคราะห์ ผู้ศึกษาวิจัยมีวิธีการศึกษาและการรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

3.1 วิธีการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้วิธีการศึกษาในแนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพ(Qualitative Study) โดยผู้ศึกษาวิจัยได้ใช้วิธีการศึกษาและการรวบรวมข้อมูล 3 วิธีดังนี้

3.1.1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง(Documentary Study) ได้แก่ วิทยานิพนธ์ ภาคนิพนธ์ บทความวิชาการต่าง ๆ เป็นต้น

3.1.2 การศึกษาจากภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้สูงอายุที่เคยหรือกำลังประกอบอาชีพหมอนวดไทยและประคบสมุนไพร ในพื้นที่ศึกษา

3.1.3 การศึกษาโดยการสังเกต ผู้ศึกษาใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3.2 กลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

3.2.1 กลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่อาศัย และประกอบอาชีพด้านการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพร ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

3.2.2 ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key-informants) ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกมาจากกลุ่มเป้าหมาย โดยมีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ในการรักษาไม่น้อยกว่า 5 ปีอย่างต่อเนื่อง ใน1ปีจะต้องรักษาผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 30 คน และจะต้องเต็มใจให้ข้อมูล จำนวน 15 คน และยังได้ทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากผู้มาใช้บริการการนวดไทย และการประคบสมุนไพรทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนวัยทำงาน โดยมีคุณสมบัติ คือ เคยมาใช้บริการไม่น้อยกว่า 1 ปี และเต็มใจให้ข้อมูล จำนวน 6 คน รวมเป็น 21 คน

3.3 แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview)

ประเด็นในการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาใช้เป็นประเด็นในการเก็บข้อมูลเป็นประเด็นในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ที่ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยหรือประกอบอาชีพนวดไทยและประคบสมุนไพรใน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และมีบางประเด็นคำถามในแนวทางการสัมภาษณ์ที่ใช้เฉพาะในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้มาใช้บริการการนวดไทยและการประคบสมุนไพรทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มคนวัยทำงาน โดยแบ่งโครงสร้างการสัมภาษณ์ ดังนี้

แนวประเด็นในการสัมภาษณ์

1. ข้อมูลพื้นฐานและทัศนะของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 การศึกษาสูงสุด

1.1.4 อาชีพปัจจุบัน

1.1.5 สถานภาพสมรส

1.1.6 จำนวนบุตร

1.1.7 รายได้ต่อเดือน

1.1.8 สุขภาพและโรคประจำตัว

1.1.9 วิธีการรักษาสุขภาพ

1.1.10 ประสบการณ์ในการนวดไทยและการประคบ

1.1.11 การพักอาศัย

1.2 ทัศนะและความแตกต่างของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1.2.1 ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ

1.2.2 คุณค่าของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน (การประเมินตนเอง)

1.2.2.1 ความสัมพันธ์ในสังคมของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1) ความสัมพันธ์ทางศาสนา

2) ความสัมพันธ์ในครอบครัว

3) ความสัมพันธ์ทางสังคม

1.2.2.2 ความสำคัญในสังคมของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1) เป็นแหล่งความรู้และประสบการณ์

2) เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนรุ่นหลัง

1.2.3 สุขภาพกายของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1.2.4 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

2. ความรู้เกี่ยวกับการนวดไทย

2.1 ประเภทการนวดไทย

2.2 ลักษณะการนวดไทย

2.3 การเตรียมตัวของผู้นวด

2.4 ข้อห้ามในการนวด

2.5 ประโยชน์ของการนวด

2.6 จรรยาบรรณในการนวด

3. ความรู้เกี่ยวกับการประคบสมุนไพร

3.1 อุปกรณ์ที่ใช้ทำลูกประคบ

3.1.1 ผ้าดิบ

3.1.2 เชือก

3.1.3 เตาพร้อมหม้อนึ่ง

3.1.4 จานเจาะรูสำหรับรองนึ่ง

3.2 สมุนไพรและ สรรพคุณสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

3.2.1 ชนิดของสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

3.2.2 สรรคุณของสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

3.2.3 ปริมาณของสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

3.3 วิธีการทำลูกประคบ

3.3.1 การหั่นสมุนไพร

3.3.2 วิธีการคลุกเคล้า

3.3.3 ขนาดของสมุนไพรที่ใช้ห่อลูกประคบ

3.3.4 ระยะเวลาที่นึงลูกประคบ

3.4 วิธีการรักษาลูกประคบ

3.5 ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร

3.6 ประโยชน์จากการประคบสมุนไพร

3.6.1 ระบบเลือด

3.6.2 กล้ามเนื้อ

3.6.3 ข้อต่อ

3.6.4 พังผืด

4. การวินิจฉัยโรค

4.1 การซักประวัติบุคคล

4.2 การซักประวัติโรค

4.3 การตรวจอาการ

4.3.1 ใช้สายตา

4.3.2 ใช้เครื่องมือ

5. การรักษาโรค

5.1 วิธีการนวด

5.2 วิธีการประคบสมุนไพร

6. การจัดระบบการนำความรู้ในเรื่องสุขภาพ

6.1 รูปแบบการเรียนรู้

6.1.1 แบบเป็นระบบ

6.1.1.1 สร้างและแสวงหาความรู้ใหม่

1) ความรู้เก่า

2) ความรู้ใหม่

3) วิธีการเพิ่มความรู้

6.1.1.2 การกลั่นกรองความรู้ที่ได้ออกมาในรูปเอกสาร

6.1.1.3 การเผยแพร่เพื่อทำให้เกิดเป็นระบบการเรียนรู้หมุนเวียน

6.1.2 แบบวิถีชุมชน

6.1.2.1 การสังเกตจากการปฏิบัติจริงของผู้ถ่ายทอด

6.1.2.2 เน้นการมีคุณธรรมในการเรียนรู้

1) การเคารพในความรู้และผู้ให้ความรู้

2) ฟังอย่างตั้งใจและนำปฏิบัติตามในภายหลัง

3) มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ที่กำลังเรียนรู้ร่วมกัน

4) ลองปฏิบัติไปพร้อมๆกับการสังเกตอย่างตั้งใจและให้เกียรติ

6.1.2.3 การฝากตัวเป็นศิษย์

6.2 การถ่ายทอดความรู้

6.2.1 ขั้นตอน และวิธีการในการถ่ายทอด

6.2.1.1 การถ่ายทอดในกลุ่มผู้รักษาด้วยกัน

1) ประสบการณ์ในการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มผู้รักษาด้วยกัน

2) ลักษณะของบุคคลที่จะแลกเปลี่ยนความรู้ด้วย

3) เนื้อหาความรู้ที่ถ่ายทอด/แลกเปลี่ยน

6.2.1.2 การถ่ายทอดในครอบครัวและเครือญาติ

1) วิธีการถ่ายทอดความรู้

2) บุคคลที่ถ่ายทอดความรู้ และรับการถ่ายทอดความรู้

3) ค่านิยมในการถ่ายทอดความรู้ในครอบครัว

4) ความแตกต่างระหว่างการถ่ายทอดความรู้ในครอบครัวกับเครือญาติ

5) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

6.2.1.3 การถ่ายทอดให้ลูกศิษย์/ผู้ขอความรู้

1) จำนวนลูกศิษย์

2) คุณลักษณะของบุคคลที่จะรับเป็นลูกศิษย์

3) วิธีการรับลูกศิษย์

4) ความรู้สึกที่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้ลูกศิษย์

5) ระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์

6.2.2 รูปแบบในการถ่ายทอดความรู้

6.2.2.1 ตามแบบสถาบัน

1) การเรียนการสอนโดยการบรรยายในภาคทฤษฎี

2) การทดลองปฏิบัติ

3) การคาดเดาผลการรักษา

4) การต่อยอดความรู้

6.2.2.2 ตามแบบวิถีชุมชน (การบอกเล่าประสบการณ์ โดยมีโอกาสเรียนรู้เองโดยมีผู้มีประสบการณ์ให้คำแนะนำจนได้รับการยอมรับ)

1) การสังเกตจากการปฏิบัติจริงของผู้ถ่ายทอดและทดลองทำ

2) ให้อ่านจากตำราที่มีการสืบทอดกันมา และทดลองนำมาปฏิบัติ

3) การคาดเดาผลการรักษา

4) การต่อยอดความรู้

7. แนวโน้มการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

7.1 ทัศนะการยอมรับจากผู้ใช้บริการ

7.1.1 การรับรู้

7.1.1.1 จากการเผยแพร่

7.1.1.2 จากการพบเห็นโดยบังเอิญ

7.1.1.3 สื่อบุคคล

7.1.2 ความสนใจ

7.1.2.1 ดูรายละเอียดเพิ่มเติม

7.1.2.2 รู้ถึงประโยชน์

7.1.3 ไตร่ตรอง

7.1.3.1 มีการเปรียบเทียบระหว่างแบบเก่ากับแบบใหม่

7.1.4 ลองปฏิบัติ

7.1.4.1 นำกลับมาทำที่บ้าน (ลักษณะการเจ็บป่วย วิธีการพร้อมเหตุผล ความถี่ ความต่อเนื่อง เงื่อนไขในการทดลองทำ)

7.1.4.2 ทดลองทำให้กับผู้อื่น (ลักษณะการเจ็บป่วย วิธีการพร้อมเหตุผล ความถี่ ความต่อเนื่อง เงื่อนไขในการทดลองทำ)

7.1.5 การยอมรับ ศึกษาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และในระดับชุมชน ในประเด็นดังนี้

7.1.5.1 รูปแบบในการยอมรับ (การแนะนำบอกต่อ ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุน ความพึงพอใจ การยกย่อง)

7.1.5.2 ระยะเวลาในการยอมรับ

7.2 ทัศนะของกลุ่มผู้ทำการรักษา

7.2.1 ความเห็นในอนาคต

7.2.1.1 การยึดเป็นอาชีพ

7.2.1.2 การยอมรับในอนาคต

7.2.1.3 การสนับสนุนจากรัฐ /การสนับสนุนจากภายนอก

3.4 การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาวิจัยได้ข้อมูลโดยตรงจากข้อมูลผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งวิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลนั้น ผู้ศึกษาวิจัยใช้เทคนิคที่เรียกว่าลูกบอลหิมะ (Snowball Technique) โดยเริ่มจากความเป็นญาติของญาติผู้ใหญ่ (Key-person) ไปยังผู้ให้ข้อมูลคนแรกของผู้วิจัย และจากผู้ให้ข้อมูลคนแรกไปยังคนที่ 2 และคนต่อไปเรื่อย ๆ จนครบทั้งหมด 15 คน เมื่อเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับผู้ที่ให้ข้อมูลที่สำคัญ และแจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ใช้บริการจะใช้วิธีการพูดคุยปรึกษากับกลุ่มหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรให้ช่วยแนะนำให้รู้จักกับผู้ป่วย หรือผู้ที่มาใช้บริการที่ จากนั้นจะเข้าไปแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขออนุญาตสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ ในการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ผู้ศึกษาวิจัยอาศัยการตีความ วิเคราะห์ข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องพร้อมกับแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาวิจัยจะใช้วิธีการสังเกตบริบทของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์อีกส่วนหนึ่ง

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1.การวิเคราะห์จากเอกสาร โดยการนำเอาข้อมูลที่ได้จากเอกสารมาวิเคราะห์ ตีความ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นหมวดหมู่และนำมาเชื่อมโยงกับการศึกษาการจัดการความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนดไว้

2.การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ อาศัยการตีความและสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ การศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ตามหลักตรรกะ คือ ใช้เหตุผลมาวิเคราะห์เทียบเคียงกับแนวทฤษฎี ควบคู่ไปกับบริบท โดยใช้สถิติพรรณนาประกอบ

บทที่ 4
ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 21 คน แบ่งออกเป็น หมอนวดไทย และหมอประคบสมุนไพรจำนวน 15 คน และผู้ใช้บริการจำนวน 6 คน การศึกษาได้ศึกษาจากข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ รวมทั้งการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ในการศึกษาเรื่องการนำความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุรุ่นหลัง ศึกษากรณีจังหวัดอุดรธานี ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษา แบ่งออกได้ ดังนี้

4.1 บริบทจังหวัดอุดรธานี

4.2 บริบทเกี่ยวกับการนวดไทยและการประคบสมุนไพรในจังหวัดอุดรธานี

4.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

4.4 กรณีตัวอย่างการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

4.5 ความรู้เรื่องนวดไทยและการประคบสมุนไพร

4.6 การเรียนรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร

4.7 การถ่ายทอดความรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร

4.8 ศักยภาพการนำความรู้มาใช้

4.9 แนวโน้มการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

4.10 สรุปผลการศึกษา

4.1 บริบทจังหวัดอุดรธานี

ข้อมูลบริบทจังหวัดอุดรธานีแบ่งออกเป็น 12 ส่วน ได้แก่ ขนาดที่ตั้ง อาณาเขตติดต่อ สภาพภูมิประเทศ ลักษณะภูมิอากาศ การปกครอง เชื้อชาติ ศาสนา ศิลปวัฒนธรรมและประเพณี การศึกษา สาธารณสุข ภาวะสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ และข้อมูลประชากร มีรายละเอียด ดังนี้

4.1.1 ขนาดที่ตั้ง

จังหวัดอุดรธานีมีพื้นที่ 11,730.30ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 7,331,438.75ไร่เป็นจังหวัดที่มี พื้นที่มากเป็นอันดับ 4 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งอยู่ที่เส้นรุ้งที่ 17 องศาเหนือ เส้นแวงที่ 103 องศาตะวันออก อยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยห่างจากกรุงเทพมหานคร

ตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2 ระยะทาง 564 กิโลเมตร (เทศบาลนครอุดรธานี, 2550: 1)

4.1.2 อาณาเขตติดต่อ

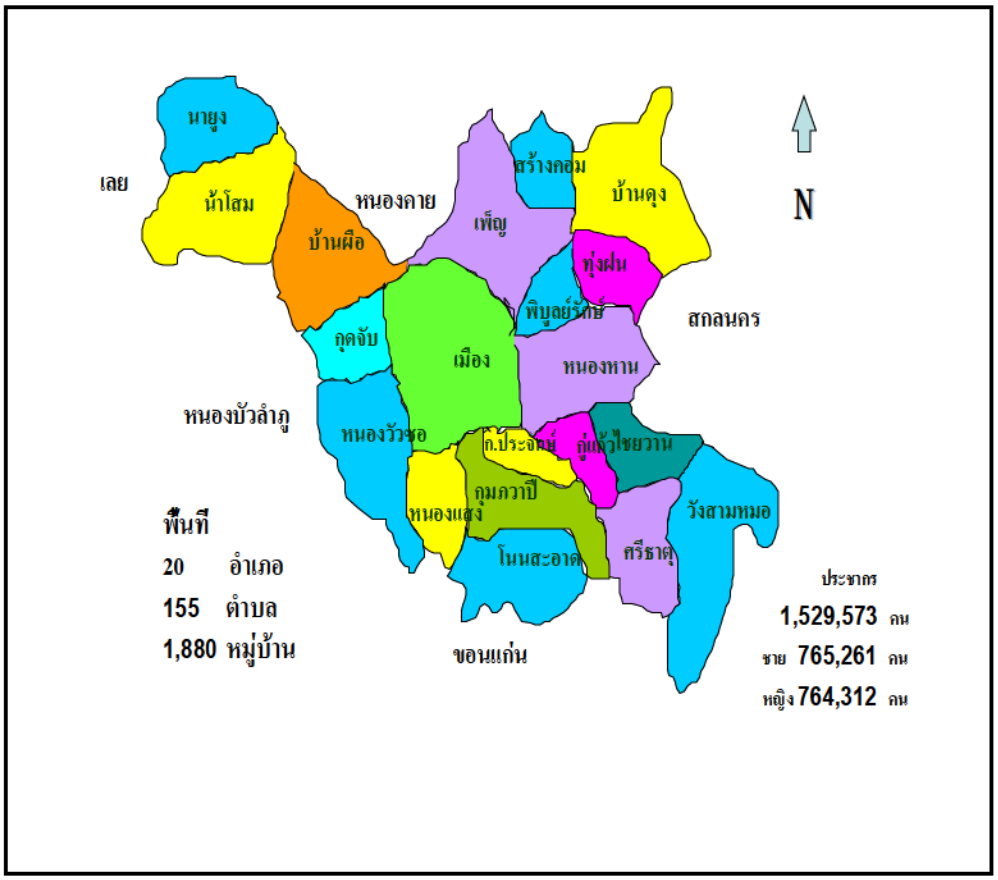
จังหวัดอุดรธานี มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่าง ๆ 6 จังหวัด ดังนี้

ทิศเหนือ : ติดต่อกับจังหวัดหนองคาย

ทิศตะวันออก : ติดต่อกับจังหวัดสกลนคร

ทิศใต้ : ติดต่อกับจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดกาฬสินธุ์

ทิศตะวันตก : ติดต่อกับจังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดเลย



ภาพที่ 4.1 แสดงอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่าง ๆ ของจังหวัดอุดรธานี

แหล่งที่มา: เทศบาลนครอุดรธานี, 2550: 1

4.1.3 สภาพภูมิประเทศ

สภาพภูมิประเทศของจังหวัดอุดรธานี มีลักษณะคล้ายผีเสื้อตัวใหญ่กระพือปีกบิน ลักษณะภูมิประเทศทั่วไปประกอบไปด้วยภูเขาทีสูง ทีราบลุ่ม และพื้นทีลูกคลื่นลอนตื้น แบ่งออกได้ 2 บริเวณ คือ

4.1.3.1 บริเวณทีสูงทางทิศตะวันตกและทางทิศใต้ สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นพื้นทีภูเขา บางส่วนเป็นพื้นทีลูกคลื่นลอนตื้นหรือลอนลึก มีความสูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 200 เมตร สภาพภูมิประเทศลักษณะนี้ครอบคลุมพื้นทีในเขตอำเภอน้ำโสม อำเภอหนองวัวซอ อำเภอโนนสะอาด อำเภอศรีธาตุ อำเภอวังสามหมอ และด้านตะวันตกของอำเภอกุดจับ และอำเภอบ้านผือ มีเทือกเขาสูงสลับเนินเตี้ย บางส่วนเป็นพื้นทีลูกคลื่นลอนตื้นสลับพื้นทีนา มีทีราบลุ่ม อยู่บริเวณริมแม่น้ำ เช่น ลำน้ำโมง ลำปาว เป็นต้น

4.1.3.2 บริเวณพื้นทีลูกคลื่นทางตะวันออกเฉียงเหนือและทิศตะวันออก สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นพื้นทีลูกคลื่นลอนตื้น มีทีดอนสลับทีนา บางส่วนนั้นมีลักษณะเป็นเนินเขาเตี้ยๆ มีความสูงจากระดับน้ำทะเล ในระดับปานกลางเฉลียน้อยกว่า 200 เมตร สภาพภูมิประเทศนี้ครอบคลุมพื้นทีอำเภอบ้านผือ อำเภอเมือง อำเภอกุมภวาปี อำเภอหนองแสง อำเภอไชยวาน อำเภอเพ็ญ อำเภอทุ่งฝน อำเภอสร้างคอม อำเภอบ้านดุง มีทีราบลุ่มเป็นบริเวณใหญ่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอกุมภวาปีซึงเป็นต้นกำเนิดลำน้ำปาวพื้นทีลูกคลื่นดังกล่าวจะมีพื้นทีสูงซึงเป็นป่าสงวนเดิมทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือทาง อำเภอบ้านดุงนอกจากนียังมีบริเวณพื้นทีราบลุ่มบริเวณแม่น้ำต่าง ๆ เช่น ห้วยน้ำสวย ห้วยหลวง ลำน้ำเพ็ญ ห้วยดาน ห้วยไพจานใหญ่ และแม่น้ำสงคราม

4.1.4 ลักษณะภูมิอากาศ

สภาพอากาศของจังหวัดอุดรธานีนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ฤดูด้วยกันได้แก่ ฤดูร้อน ฤดูฝนและฤดูหนาวเนืองจาก เป็นทีราบสูง มีเทือกเขาทีติดต่อกันเป็นแนวยาวอากาศจึงค่อนข้างร้อนอบอ้าวในฤดูร้อนและค่อนข้างหนาวเย็นมากในฤดูหนาว เดือนทีมีอากาศอบอ้าวมากทีสุดคือ เดือนเมษายนและหนาวทีสุด ในเดือนมกราคมอุณหภูมิในปี 2549 กล่าวคือ มีอุณหภูมิสูงสุด 40.20 °c อุณหภูมิต่ำสุด 13.20°c ปริมาณน้ำฝน ในปี 2549 มีปริมาณน้ำฝนรวม 1,179 มิลลิลิตร จำนวนวันทีฝนตก 117 วันลักษณะภูมิอากาศนั้นมีความสำคัญต่อการทำเกษตรกรรมและการปลูกสมุนไพรเป็นอย่างมาก จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดทีเมือถึงฤดูร้อนก็จะมีอากาศร้อนมากและเมือถึงฤดูหนาวก็จะมีอากาศทีหนาวมากเนืองจากพื้นทีส่วนใหญ่เป็นทีราบสูงทำให้นิยมปลูกพืชทนแล้ง เช่น อ้อย มันสำปะหลัง เป็นต้น ส่วนการปลูกสมุนไพรถ้าจะให้ได้ผลดีก็ควรปลูกสมุนไพรทีต้องการน้ำน้อย เช่น บอระเพ็ด เป็นต้น

4.1.5 การปกครอง

จังหวัดอุดรธานีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 155 ตำบล 1,880 หมู่บ้าน 404,064 หลังคาเรือน 403 ชุมชน แยกเป็นเทศบาลนครอุดรธานี 1 แห่ง มี 100 ชุมชน เทศบาลเมือง 2 แห่ง/ เทศบาลตำบล 27 แห่ง มี 303 ชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล 150 แห่ง
(เทศบาลนครอุดรธานี, 2550: 3)

4.1.6 เชื้อชาติ

ประชากรจังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 95 เป็นคนไทยมีเพียงส่วนน้อยที่เป็นชาวต่างชาติที่สำคัญ ได้แก่ คนจีน คนญวน จังหวัดอุดรธานีได้จัดตั้งครั้งแรกเมื่อพ.ศ. 243 ประชากรส่วนใหญ่อพยพมาจากถิ่นอื่นและมาตั้งหลักแหล่ง ประชาชนที่เป็นชาวพื้นเมืองจึงแทบไม่มีมีแต่พวกชาวไทยย้อที่ตั้งหลักแหล่งอาศัยอยู่ที่อำเภอวังสามหมอ และอำเภอศรีธาตุซึ่งมีจำนวนไม่มาก

4.1.7 ศาสนา

ประชากรในจังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ นอกจากนี้ยังมีประชากรบางส่วนนับถือศาสนาอื่น ๆ ได้แก่ ศาสนาคริสต์และอิสลามสถานประกอบศาสนกิจของศาสนาต่างๆ มีดังนี้ (เทศบาลนครอุดรธานี, 2550: 3)

1. วัด/ที่พักสงฆ์	1,463	แห่ง
- มหานิกาย	1,181	แห่ง
- ธรรมยุติ	282	แห่ง
2. พระภิกษุ	7,117	รูป
3. สามเณร	3,998	รูป
4.โรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญ	20	แห่ง
5.โรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกธรรมบาลี	154	แห่ง
6. ศูนย์โรงเรียนพระพุทธศาสนาวันอาทิตย์	17	แห่ง
7.วัดร้าง	115	แห่ง
8.ที่พักสงฆ์	512	แห่ง

ประชากรส่วนใหญ่แม้จะนับถือศาสนาพุทธแต่ก็ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติด้วย เช่น ความเชื่อเรื่องปอบ ความเชื่อเรื่องบรรพบุรษ เป็นต้น เหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมในการแสดงออกในบางเรื่องอีกด้วย

4.1.8 ศิลปวัฒนธรรมและประเพณี

ศิลปวัฒนธรรมของจังหวัดอุดรธานี มีดังนี้

ศิลปะการละเล่นพื้นเมืองได้แก่ หมอลำ กลองยาว แมงตับเต่า เซิ้งปั้นหม้อ

พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ	1	แห่ง
ศูนย์วัฒนธรรมจังหวัด/อำเภอ	3	แห่ง
แหล่งโบราณสถาน	41	แห่ง
อุทยานประวัติศาสตร์	1	แห่ง

4.1.9 การศึกษา

ระดับประถมศึกษา มีทั้งหมด	851	แห่ง
ระดับมัธยมศึกษา	71	แห่ง
ระดับโรงเรียน/วิทยาลัย/ มหาวิทยาลัย	18	แห่ง

4.1.10 ด้านสาธารณสุข

1) สถานพยาบาลของรัฐ	232	แห่ง
2) โรงพยาบาลเอกชน	6	แห่ง
3) คลินิก		
ผดุงครรภ์	21	แห่ง
การพยาบาลและการผดุงครรภ์	83	แห่ง
เทคนิคการแพทย์	3	แห่ง
สหคลินิก	2	แห่ง
แพทย์แผนไทย	5	แห่ง
แพทย์แผนไทยประยุกต์	1	แห่ง

4.1.11 ภาวะสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสถานีอนามัยโซนราชพฤกษ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบของสถานีอนามัย 5 แห่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2550 โดยรวม พบว่า มีสุขภาพดี ร้อยละ 68.5 มีโรคเรื้อรัง อ่อนแอ บอบบาง ร้อยละ 31.5

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.0 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.9 มีการออกกำลังกายทุกวัน หรือ 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 55.4 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 82.3 อาหารที่งดรับประทานหรือรับประทานแต่ปริมาณน้อย ได้แก่ อาหารที่มีไขมันมาก เนื้อวัว เนื้อหมู ร้อยละ 30.4 การป้องกันอุบัติเหตุจากการคาดเข็มขัดหรือสวมหมวกนิรภัย มีการคาดเข็มขัดหรือสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 31.7 มีฟันมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 50.0 ตรวจสุขภาพช่องปากใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 20.4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 87.7 นอนหลับพักผ่อนวันละ 6 -8ชั่วโมง ร้อยละ 70.4 มีกิจกรรมทำงานอดิเรกที่บ้าน ร้อยละ 59.6

(ศรีวรรณ มโนสัมฤทธิ์ และคณะ, 2550: บทคัดย่อ)

4.1.12 ข้อมูลประชากรปี 2550 (ทะเบียนราษฎร์)

ประชากรกลางปี 2550 จังหวัดอุดรธานีมีจำนวนทั้งสิ้น 1,529,573 คน เป็นชาย 765,261 คน หญิง764,312 คน อัตราส่วน ชาย : หญิง = 1 : 1 และแยกตาม กลุ่มอายุ ดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละประชากรจังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2550

	ชาย		หญิง		รวม	
กลุ่มอายุ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-1	4,275	0.6	4,096	0.5	8,371	0.5
<1-4	45,301	5.9	42,903	5.6	88,204	5.8
4-Jan	41,026	5.4	38,807	5.1	79,833	5.2
9-May	55,808	5.1	52,846	6.9	108,654	7.1
14-Oct	64,029	8.4	60,993	8	125,022	8.2
15-19	63,748	8.3	59,811	7.8	123,559	8.1
20-24	61,176	8	60,173	7.9	121,349	7.9
25-29	70,356	9.2	68,213	8.9	138,569	9.1

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	ชาย		หญิง		รวม	
กลุ่มอายุ	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
30-34	75,745	9.9	73,002	9.6	148,747	9.7
35-39	73,710	9.6	73,538	9.6	147,248	9.6
40-44	64,210	8.4	64,293	8.4	128,503	8.4
45-49	52,314	6.8	53,038	6.9	105,352	6.9
50-54	41,411	5.4	44,030	5.8	85,441	5.6
55-59	32,343	4.2	34,878	4.6	67,221	4.4
60-64	23,713	3.1	25,800	3.4	49,513	3.2
65-69	16,669	2.2	19,140	2.5	35,809	2.3
70-74	11,428	1.5	13,701	1.8	25,129	1.6
75-79	7,195	0.9	9,277	1.2	16,472	1.1
80-84	3,316	0.4	4,645	0.6	7,961	0.5
85 ปี	2,789	0.4	4,031	0.5	6,820	0.5
รวม	**765,261**	**100.0**	**764,312**	**100.0**		**100.0**

แหล่งที่มา: เทศบาลนครอุดรธานี, 2550: 9

4.2 บริบทเกี่ยวกับการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรในจังหวัดอุดรธานี

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในทุกพื้นที่ในประเทศไทย จังหวัดอุดรธานีก็เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาการแพทย์ไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อต้องการให้คนไทยมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงด้วยภูมิปัญญาไทย และยังเป็นการสืบทอดภูมิปัญญาด้านสุขภาพของบรรพบุรุษไว้ด้วย บริบทเกี่ยวกับการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรในจังหวัดอุดรธานี ประกอบไปด้วย เรื่องการดำเนินงานของการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานี งานบริหารทั่วไปและงานการแพทย์แผนไทยในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีและธุรกิจการนวดแผนไทยในจังหวัดอุดรธานี เพื่อต้องการแสดงให้เห็นถึง

สภาพแวดล้อมในภาพรวมเกี่ยวกับเรื่องการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพรทั้งหมดเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ในประเด็นสำคัญในการศึกษาเรื่องการจัดระบบการนำความรู้ในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 การดำเนินงานของการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานี

ปีงบประมาณ 2548 เป็นปีที่จังหวัดอุดรธานีได้มีการดำเนินนโยบายการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ5เป้าหมายหลัก ได้แก่

1. สถานีอนามัยจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 1 ขึ้นไป คือ มียาสมุนไพรใช้ โดยเป็นการใช้อย่างน้อยทั้ง 5 ชนิด ดำเนินการให้ได้ ร้อยละ 100.0

2.โรงพยาบาลชุมชนจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 2 ขึ้นไป คือ มีคลินิคแยกชัดเจน มีการให้บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง นวด / อบ / ประคบ ดำเนินการให้ได้ ร้อยละ 100.0

3.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 2 ขึ้นไปดำเนินการให้ได้ร้อยละ 100.0

4. มูลค่าการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการบริการในโรงพยาบาลศูนย์ดำเนินการให้ได้ร้อยละ 1.0

5. มูลค่าการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการบริการในโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการให้ได้ร้อยละ3 .0

6.สถานบริการสาธารณสุขที่ต้องมีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้มาตรฐานดำเนินการให้ได้ ร้อยละ50.0

ข้อมูลข้างต้นนั้นสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญรายหนึ่งที่กล่าวไว้ว่าในปีพ.ศ. 2548 เป็นปีที่ได้เข้ารับการอบรมเรื่องการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพร โดยทางจังหวัดได้จัดการอบรมขึ้นเพื่อเสริมสร้างทักษะอาชีพให้กับแรงงานที่ว่างงานและเพื่อเผยแพร่ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของบรรพบุรุษให้คงอยู่ โดยในปีนั้นมีผู้สนใจเข้ารับการอบรมเป็นจำนวนมาก และมีการอบรมต่อเนื่องตลอดทั้งปี เพราะมีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงในทุกพื้นที่ ในปัจจุบันก็ยังมีการอบรมฝึกทักษะอาชีพเรื่องนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรให้กับประชาชนและแรงงานที่ว่างงานอย่างต่อเนื่องซึ่งมีศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานเป็นตัวแทนจัดการอบรมทักษะอาชีพนี้ขึ้นมาโดยได้รับเสียงสนับสนุนที่ดีจากประชาชนชาวจังหวัดอุดรธานี กอปรกับจังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดที่มีชาวต่างชาติเข้ามาพักอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากซึ่งชาวต่างชาตินั้นนิยม

เข้ารับบริการการนวดแผนไทยเป็นอย่างมากทำให้แผนการดำเนินนโยบายการแพทย์แผนไทยนั้นได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี

ตารางที่ 4.2 เป้าหมายและผลการดำเนินงานของงานการแพทย์แผนไทย ฯ ในปีงบประมาณ 2548

เป้าหมาย	ร้อยละ	ผลการดำเนินงาน
1. สถานีอนามัยจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 1 ขึ้นไป	100.0	99.52
2.โรงพยาบาลชุมชนจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 2 ขึ้นไป	100.0	94.40
3.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 2 ขึ้นไป	100.0	100.0
4. มูลค่าการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการบริการในโรงพยาบาลศูนย์	1.0	ไม่มีรายงาน
5. มูลค่าการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการบริการในโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการ	3.0	0.80
6.สถานบริการสาธารณสุขที่ต้องมีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยได้มาตรฐาน	50.0	ยังไม่ได้ประเมิน

แหล่งที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค, 2548: 1

ผลการดำเนินงานของงานการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานีใน ปีพ.ศ.2548 นั้นโดยส่วนใหญ่ผลการดำเนินงานได้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้วางเอาไว้ กล่าวคือ มีความต้องการให้สถานีอนามัยจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 1 ขึ้นไป โดยต้องดำเนินการให้ได้ร้อยละ 100.0 ซึ่งทางจังหวัดสามารถดำเนินการจริงได้ถึงร้อยละ 99.52 และมีความต้องการให้โรงพยาบาลชุมชนจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทยระดับ 2 ขึ้นไป ดำเนินการให้ได้ร้อยละ 100.0 ซึ่งทางจังหวัดสามารถดำเนินการจริงได้ถึงร้อยละ 94.40 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานีได้มีการขยายตัวและเติบโตอย่างรวดเร็วตามที่ได้ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานไว้ได้

ตาราง 4.3 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานนวดแผนไทยระหว่างปี 2547 กับปี 2548 จำนวน(ครั้ง) ของผู้มารับบริการนวดแผนไทย ปี 2547-ปี2548

เดือน	ปี2547	เดือน	ปี2548
ต.ค. 46	153	ต.ค. 47	172
พ.ย.46	126	พ.ย.47	168
ธ.ค. 46	116	ธ.ค. 47	179
ม.ค.47	99	ม.ค.48	143
ก.พ. 47	121	ก.พ. 48	141
มี.ค.47	111	มี.ค.48	176
เม.ย.47	119	เม.ย.48	176
พ.ค.47	120	พ.ค.48	173
มิ.ย. 47	116	มิ.ย. 48	181
ก.ค.47	113	ก.ค.48	164
ส.ค. 47	143	ส.ค. 48	160
ก.ย. 47	114	ก.ย. 48	199

แหล่งที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค, 2548: 34

จากตารางข้างต้นแสดงการเปรียบเทียบให้เห็นว่าผู้ที่เข้ามารับบริการนวดแผนไทยระหว่างปีพ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2547 ในทุก ๆ เดือนแต่เพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงปลายปีพ.ศ.2548 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินนโยบายการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานีมีการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม ในปัจจุบันก็ยังได้มีการดำเนินนโยบายอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

ในปีงบประมาณเดียวกันนี้ยังได้จัดให้มีการขับเคลื่อนนโยบายการผลิตยาสมุนไพร โดยต้องให้ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยโรงพยาบาลอำเภอเพ็ญให้เป็นสถานที่หลักในการผลิตยาสมุนไพรที่ใช้ในจังหวัดอุดรธานี ดังนี้ ประเภทยารับประทาน ได้แก่ ฟ้าทะลายโจรชนิดแคปซูล ขมิ้นชันชนิดแคปซูล เพชรสังฆาตชนิดแคปซูล บอระเพ็ดชนิดแคปซูล เถาวัลย์เปรียงชนิดแคปซูล ยาอมเพ็ญทิพย์ ประเภทยาใช้ภายนอก ได้แก่ ยาหม่องน้ำ(สำลี) ยาหม่องน้ำ(ลูกกลิ้ง) ยาหม่องไพล ครีมนวดเท้า เสลดพังพอนทิงเจอร์ ประเภทชาชง ชาชงหญ้านวดแมว ชาชงมะขามแขก ชาชงดอกคำฝอย

ประเภทลูกประคบและชุดอบ ได้แก่ ลูกประคบแบบแห้ง ลูกประคบแบบสด และชุดอบสมุนไพรแห้ง

การดำเนินงานด้านการผลิตสมุนไพรนั้นจะต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการให้บริการต่างๆของการแพทย์แผนไทย เพราะสมุนไพรนั้นเปรียบเสมือนองค์ประกอบหลักในการให้บริการการแพทย์แผนไทย เช่นต้องใช้ลูกประคบในการประคบสมุไพร ใช้ยาหม่องในการนวด ใช้สมุนไพรประเภทชาชงให้บริการหลังการรับบริการการแพทย์แผนไทยชนิดต่าง ๆ เพื่ออการผ่อนคลาย เป็นต้น ทำให้การเติบโตของนโยบายการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานีเติบโตไปอย่างมั่นคงและครอบคลุมในทุกพื้นที่ด้วย

โดยในปี 2550 ที่ผ่านมามีผลการดำเนินงาน สรุปโดยย่อดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2550: 1)

1. ส่งเสริมการผสมผสานบริการแพทย์แผนไทยเข้าสู่สถานบริการภาครัฐอย่างมีมาตรฐาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี มีข้อมูลผู้จบการศึกษาประกาศนียบัตรแพทย์แผนไทย (อายุรเวท) หลักสูตร 2 ปี จำนวน 12 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง

การประกวดเป็น 2 ระดับ คือระดับโซนอำเภอ และ ระดับจังหวัด นำคะแนนมาจัดลำดับ และจากการสุ่มประเมิน (สุดยอด) สถานบริการ (ที่หนึ่งของอำเภอ) ในส่วนของข้อบกพร่องที่พบได้แก่ ข้อที่ได้ 0 หรือ 1คะแนนนำมาวิเคราะห์ และจัดทำคำแนะนำเบื้องต้นนำไปสู่การกำหนดทิศทางการพัฒนาของสถานบริการต่อไป

2. ส่งเสริมการดำเนินงานแพทย์ทางเลือก งานแพทย์พื้นบ้านในชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2550: 3)

จากการดำเนินการส่งเสริมให้ ชมรมหมอพื้นบ้านสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่น อำเภอบ้านดุง ซึ่งมีกิจกรรมต่อเนื่อง และกระตุ้นให้อำเภออื่น ๆ อีก 10 พื้นที่ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้แกนนำเครือข่ายอีก 4 อำเภอเกิดแนวทางการดำเนินงานเพื่อการรวมตัวได้สำเร็จ และมีกิจกรรมต่อเนื่องเช่นเดียวกับที่บ้านดุง ได้แก่ อำเภอเพ็ญ อำเภอหนองแสง อำเภอกุมภวาปี อำเภอทุ่งฝน

3. การดำเนินงานตามภารกิจของสำนักงานนายทะเบียนจังหวัด ตาม พรบ.คุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พศ. 2542 ดำเนินการประชุมคณะกรรมการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในวันที่ 6 มิถุนายน 2550 และประชุมคัดเลือกผู้ที่สมควรเสนอชื่อเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิระดับจังหวัดในวันที่ 13 มิถุนายน 2550 ดังนี้

กลุ่มหมอพื้นบ้าน -นายเมฆ พลแสน

กลุ่ม NGO - นางพรสวรรค์ เรืองประทีป

กลุ่มผู้ปลูกและแปรรูป - นายบุญไทย ไชยเสนา

กลุ่มผู้ผลิตและจำหน่าย - นายสำรวย ดลวิจิตร

กลุ่มนักวิชาการ - นายสมลักษณ์ โพธิ์จันทร์

4. โครงการเหนื่อยนักพักนวดทีปั้มบางจากตามทีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับบริษัทบางจากปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน) นั้นได้จัดให้มีการดำเนินโครงการเหนื่อยนักพักนวดทีปั๊มบางจาก

โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ร่วมกับสถานีบริการน้ำมันบางจาก จ.อุดรธานี ได้ร่วมดำเนินการตามโครงการดังกล่าว ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2548 จนถึงปัจจุบันซึ่งผู้ดำเนินการคือคุณอมรา วงษ์ศิริได้ร่วมดำเนินการตั้งแต่เริ่มเปิดบริการในเดือนธันวาคม 2548 เป็นต้นมามีผลการดำเนินงาน ตามตารางที 4.4

ตารางที 4.4 ผลการดำเนินการตามโครงการเหนื่อยนักพักนวดทีปั๊มบางจาก

เดือน-ปี	จำนวน ชม	จำนวนคน		
		รวม	ชาย	หญิง
รวม ปีงบประมาณ 2549 (ปีเปิดดำเนินการ)	1,483.08	1,226	858	368
รวม ปีงบประมาณ 2550	3,741.20	2,854	1,967	887
ต.ค.-50	480.00	335	222	113
พ.ย.-50	481.67	343	236	107
ธ.ค.-50	523.50	374	233	141
ม.ค.-51	441.67	328	222	106
ต.ค.50 –ม.ค.-51	1,926.83	1,380.00	913.00	467.00

แหล่งที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2550: 4

จากรายงานผลการดำเนินโครงการเหนื่อยนักพักนวดทีปั้มบางจาก พบว่าจำนวนชั่วโมงทีมีผู้มาใช้บริการในจุดนวดทีปั้มน้ำมันในปี 2550 เพิมขึ้นมากกว่าปี 2549 เกือบสองเท่า แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานีนั้นมีการขยายตัวไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปี 2550 และคาดว่าน่ามีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องในปี 2551 เนื่องจาก

ข้อมูลข้างต้นได้บ่งชี้ว่าระหว่างช่วงเดือนตุลาคม 2550 จนถึงเดือนมกราคม 2551 มีจำนวนชั่วโมงที่ให้บริการการนวดมากกว่าปี 2549 ตลอดทั้งปี

4.2.2 งานบริหารทั่วไปและงานการแพทย์แผนไทยในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

การดำเนินนโยบายการแพทย์แผนไทยในในจังหวัดอุดรธานีนั้นได้มีการดำเนินงานไปพร้อม ๆ กันทั้ง 18 อำเภอ และ 2 กิ่งอำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองอุดรธานี กุดจับ หนองวัวซอ กุมภวาปี โนนสะอาด หนองหาน ทุ่งฝน ไชยวาน ศรีธาตุ วังสามหมอ บ้านดุง บ้านผือ น้ำโสม เพ็ญ สร้างคอม หนองแสง นายูง พิบูลย์รักษ์ และอีก 2 กิ่งอำเภอ คือ กิ่งอำเภอกู่แก้ว กิ่งอำเภอประจักษ์

การดำเนินงานและการบริหารในครั้งนี้จะแบ่งออกเป็น 9 ส่วนสำคัญ ได้แก่

1. การแต่งตั้งผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย
2. การจัดทำแผนปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย
3. การจัดระบบข้อมูลกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร
4. การจัดระบบข้อมูลกลุ่มหมอพื้นบ้าน
5. การจัดระบบข้อมูลกลุ่มหมอแผนโบราณ
6. การจัดทำรายงานประจำเดือน
7. การใช้ยาสมุนไพร
8. การนวดแผนไทย
9. การประคบ/อบสมุนไพร

จากข้อมูลผลการนิเทศน์งานการแพทย์แผนไทยในแต่ละอำเภอของกลุ่มงานผู้คุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีโดยในเขตการดำเนินงานในอำเภอเมืองได้มีข้อมูลดังนี้ สถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองอุดรธานีได้มีการใช้ยาสมุนไพรถึงร้อยละ 96.3 มีการนวดแผนไทยประมาณร้อยละ 51.9 มีการประคบ /อบสมุนไพร ร้อยละ 55.6 มีคำสั่งแต่งตั้งผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 85.2 มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานร้อยละ 70.4 มีการจัดระบบข้อมูลกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร ร้อยละ 48.1 มีการจัดระบบข้อมูลกลุ่มหมอพื้นบ้านและหมอแผนโบราณร้อยละ 70.4 มีการจัดทำรายงานประจำเดือนร้อยละ 92.6 ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีมีการดำเนินการการแพทย์แผนไทยในทุกกิจกรรมร้อยละ 100.0

ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินงานทั้งในระดับสถานีอนามัยและระดับโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดระบบข้อมูลเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านยังไม่ได้มีการดำเนินการในหลายสถานบริการและการให้บริการนวดแผนไทย อบ/ประคบสมุนไพรยังมีจำนวนสถานีอนามัยที่ให้บริการน้อย

แนวทางการแก้ไขที่จะนำไปปฏิบัติในครั้งต่อไป ได้แก่ จัดทำจัดระบบข้อมูลเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านเพื่อจะได้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำทำเนียบหมอพื้นบ้านต่อไป จัดทำจัดระบบข้อมูลเกี่ยวกับหมอแผนโบราณเพื่อจะได้เป็นฐานข้อมูลในการจัดทำทำเนียบหมอแผนโบราณ และควรจะส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานีอนามัยมีการให้บริการนวดแผนไทย อบ/ประคบสมุนไพรให้มากขึ้นกว่าเดิม

4.2.3 ธุรกิจการนวดแผนไทยในจังหวัดอุดรธานี

จากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ : กรณีศึกษาการนวดแผนไทยในจังหวัดใกล้เคียงจังหวัดขอนแก่นได้แก่ จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดหนองคาย เนื่องจากปัจจุบันธุรกิจบริการสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียงกำลังเจริญเติบโต โดยสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

1. กิจการนวดแผนไทยในจังหวัดขอนแก่น อุดรธานี และหนองคายมีการดำเนินการทางธุรกิจที่ค่อนข้างมีแบบแผนและได้มีการพัฒนาการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสถานบริการตามประกาศกระทรวงฉบับใหม่ทั้งในด้านอุปกรณ์และอาคารสถานที่

2. ในภาพรวมของกิจการบริการสุขภาพที่มีบริการนวดแผนไทย มีสัดส่วนพนักงานที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานร้อยละ76.0 แต่เพื่อสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยให้กับผู้ใช้บริการสถานประกอบการจึงควรปรับปรุงให้พนักงานทุกคนผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐาน

3. ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจในการใช้บริการเพื่อสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น อุดรธานีและหนองคาย โดยมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากในด้านการต้อนรับ ดูแล เอาใจใส่ลูกค้า (นาถฤดี มณีเนตร, 2549: บทคัดย่อ)

การธุรกิจการนวดแผนไทยในจังหวัดอุดรธานีนั้นได้สร้างความมั่นใจให้กับลูกค้าได้นั้นเนื่องจากทางจังหวัดได้จัดให้มีการตรวจเยี่ยมการให้บริการอยู่เสมอ พื้นที่ที่มีการให้บริการการนวดที่หนาแน่นที่สุด คือ สวนสาธารณะหนองประจักษ์ ทั้งหมดประมาณ 13 ร้าน โดยร้านที่เข้าร่วมโครงการในการรับการตรวจสอบจากโครงการพัฒนาบุคลากร และบริการนวดแผนไทยของกลุ่มนวดหนองประจักษ์ ตามโครงการส่งเสริมพัฒนาธุรกิจสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี เพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชียมีทั้งหมด 8 ร้าน ซึ่งผลการตรวจเยี่ยมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ด้วยกันและมีเกณฑ์ผ่านคือ ร้อยละ 80.0 ดังนี้

1. ด้านสถานที่ แบ่งออกเป็น

บริเวณที่จัดบริการมีความสะอาด และมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 82.1

บริเวณที่จัดบริการไม่ควรให้มิดชิดหรือลับตาจนเกินไป ร้อยละ 85.71

การจัดบริการให้อยู่ในพื้นที่ที่กำหนด ร้อยละ 100.0

2. ด้านผู้ให้บริการ แบ่งออกเป็น

ผู้ให้บริการนวดควรเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมจากหน่วยงานหรือสถาบันที่ได้รับการรับรอง ร้อยละ 82.0

ผู้ให้บริการควรเป็นสมาชิกชมรมนวดแผนไทยในเครือข่ายธุรกิจบริการสุขภาพ ร้อยละ 25.0

ผู้ให้บริการนวดต้องไม่เป็นโรคติดต่อหรือในขณะให้บริการต้องไม่เป็นโรคติดต่อได้ เช่น ไข้หวัด ไอ ร้อยละ 89.28

ผู้ให้บริการมีการตรวจสุขภาพทุกระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 53.57

3. ด้านการบริการ

ให้มีการจัดทำทะเบียนและประวัติของผู้ให้บริการนวดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้และไม่ให้ผู้อื่นที่มิใช่ผู้ที่มีรายชื่อในทะเบียนมาให้บริการนวด ร้อยละ 53.57

ผู้ให้บริการมีเครื่องแบบที่รัดกุม สุภาพ สะอาดเรียบร้อยสะดวกต่อการปฏิบัติงานและมีป้ายชื่อ ร้อยละ 78.57

4. ด้านความปลอดภัย

ผ้า อุปกรณ์และเครื่องมือทุกชนิดเมื่อให้บริการแล้วต้องซักหรือล้างทำความสะอาดอย่างถูกสุขลักษณะก่อนนำกลับมาใช้บริการครั้งต่อไปและการบริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต้องผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อได้ มีเทคนิคการปลอดเชื้อ รวมท้งน้ำที่ใช้อย่างเพียงพอ ร้อยละ 78.57

จากข้อมูลทั้งหมดพบว่า ธุรกิจการนวดแผนไทยในจังหวัดอุดรธานีนั้นกำลังมีการขยายตัวและการเติบโตที่ดี เนื่องจากการได้รับการดูแลที่ดีจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในจังหวัดอุดรธานีตั้งแต่ในระดับนโยบายไปจนถึงระดับปฏิบัติการ การตรวจเยี่ยมธุรกิจการนวดแผนไทยในจังหวัดอุดรธานีนั้นอยู่เกณฑ์ที่ดีเป็นที่น่าพอใจ และทางจังหวัดจะเร่งปรับปรุงในส่วนที่ยังไม่ได้มาตรฐานให้ดีขึ้น ได้แก่ บริเวณใดที่แสงสว่างไม่เพียงพอบางจุดใช้ไฟสีส้ม ทำให้มองดูสลัวก็จะปรับเปลี่ยนความสะดวกและปริมาณน้ำที่นำมาใช้ทำความสะอาดมีน้อย และบริเวณที่ทิ้งน้ำที่ใช้แล้วไม่เหมาะสมเพียงพอจะมีการปรับปรุงให้มีน้ำใช้มากขึ้น การก้นสถานที่วางเบาะนวดตัวทึบเกินไปแสงสว่างไม่ถึง ไม่โปร่ง และสูงเกินไป โดยจะปรับให้มีความสูงไม่เกิน 80 ซม. และใช้ผ้าโปร่งมองทะลุผ่านได้ จัดทำป้ายชื่อประจำตัวผู้ให้บริการนวดควรมีรูปติด และควรเป็นบทบาทของชมรมธุรกิจ

สุขภาพพนักงานนวดที่ยังไม่เป็นสมาชิกของชมรมธุรกิจสุขภาพจะจัดให้มีการประชุมและประชาสัมพันธ์ชมรมธุรกิจสุขภาพให้แก่พนักงานนวดให้ทราบ และจัดทำป้ายชื่อติดหน้าอกให้แก่สมาชิกทุกคนพัฒนาการแต่งกายให้มีเอกลักษณ์ของแต่ละกลุ่มตรวจร่างกายประจำปีให้กับกลุ่มผู้ให้บริการการนวดและจะจัดให้มีการนัดประชุมประจำเดือน

4.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

ส่วนนี้จะเป็นข้อมูลที่เป็นหมอนวดและหมอประคบสมุนไพร 15 คน โดยแบ่งข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม คือ **ข้อมูลประชากร**ได้แก่ เพศ อายุ **ข้อมูลด้านสังคม**ได้แก่ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร โรคประจำตัว **ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ**ได้แก่ อาชีพปัจจุบัน อาชีพเดิม อาชีพของคู่สมรส รายได้ การพักอาศัย และประสบการณ์ในการรักษา ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

เพศ ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเกินครึ่งนั้นเป็นเพศหญิง (ร้อยละ73.0) ที่เหลือเป็นเพศชาย (ร้อยละ 27.0) เนื่องจากผู้ชายสามารถเลือกประกอบอาชีพได้หลากหลายมากกว่าผู้หญิง และผู้ใช้บริการทั้งผู้ชายและผู้หญิงส่วนใหญ่นิยม และไว้วางใจหมอนวดผู้หญิง เพราะเชื่อว่าจะไม่ทำอันตรายขณะนวด

อายุ กลุ่มอายุของผู้ให้ข้อมูลเกือบครึ่งหนึ่งอายุระหว่าง 50-60ปี (ร้อยละ46.0) ที่เหลือเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 61-70ปี (ร้อยละ27.0) และกลุ่มอายุ 71 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ27.0) ซึ่งอายุต่ำสุด คือ50 ปี และอายุสูงสุดคือ 84 ปี

ระดับการศึกษา เกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ72.0) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ14.0) และไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ14.0) ในสัดส่วนที่เท่ากัน สังเกตได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะจบการศึกษาภาคบังคับในสมัยก่อน และมีส่วนน้อยมากที่มีโอกาสได้เรียนต่อสูงกว่าภาคบังคับในสมัยนั้น ซึ่งลักษณะค่านิยมของคนสมัยก่อนไม่ได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาแต่ให้ความสำคัญกับการทำมาหากิน

สถานภาพสมรส กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ74.0) ได้สมรสและมีครอบครัวแล้วที่เหลือคือหย่าร้าง (ร้อยละ 26.0) เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุก็มักจะผ่านชีวิตการแต่งงานกันมาแล้ว

จำนวนบุตร กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกือบครึ่งหนึ่งมีบุตรจำนวน 1-2คน (ร้อยละ47.0) และมีบุตรจำนวน3-5คน (ร้อยละ47.0) ในสัดส่วนที่เท่ากัน เพราะกลุ่มผู้ที่มีบุตรน้อย คือกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง ส่วนกลุ่มที่มีบุตร 3-5 คนนั้นยังอยู่ด้วยกันไม่ได้หย่าร้าง

โรคประจำตัว กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนมาก (ร้อยละ80.0) สุขภาพแข็งแรงดีไม่มีโรคประจำ มีเพียงส่วนน้อยทีมีโรคประจำตัว (ร้อยละ20) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง กระเพาะอาหาร อักเสบ และโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง

อาชีพเดิม ผู้ให้ข้อมูลเกือบครึงหนึง (ร้อยละ46.0) ประกอบอาชีพทำนามาก่อน รองลงมาจะประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 40.0) เนืองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที ประชาชนจะนิยมทำเกษตรกรรมมากทีสุด เนืองจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้และมีฐานะยากจน

อาชีพปัจจุบัน ประมาณ1ใน 3 ของผู้ให้ข้อมูลในปัจจุบันประกอบอาชีพหมอนวดผ่อนคลาย (ร้อยละ 34.0) รองลงมาได้แก่ หมอจับเส้น (ร้อยละ27.0) และประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ18.0) เนืองจากในปัจจุบันจังหวัดอุดรธานีจัดให้มีการฝึกอบรมทักษะการนวดไทยและการประคบสมุนไพรให้กับประชาชนทีสนใจและทีกำลังว่างงานอยู่ให้มีงานทำ ดังนั้นสังเกตได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในปัจจุบันกำลังประกอบอาชีพเป็นหมอนวดผ่อนคลายอยู่เป็นจำนวนมาก

รายได้ รายได้ของผู้ให้ข้อมูลเฉลียต่อเดือนเกินครึง(ร้อยละ 60.0) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท รองลงมานั้นมีรายได้อยู่ที 3,000-5,000 บาท (ร้อยละ 26.0) รายได้ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะไม่แตกต่างกันมากเนืองจากอัตราในการให้บริการนวดทั่วไปมีการกำหนดไว้ชัดเจนอยู่แล้วทีชั่วโมงละ 100 บาทโดยไม่เกิน 120 บาท

การพักอาศัย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกินครึงหนึงพักอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ73.0) รองลงคืออยู่คนเดียว (ร้อยละ20.0) เนืองจากลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สมรสแล้ว ส่วนกลุ่มทีอยู่คนเดียวคือ กลุ่มผู้ทีหย่าร้างกับคู่สมรส

อาชีพคู่สมรส อาชีพของคู่สมรสของผู้ให้ข้อมูลเกือบครึงหนึง (ร้อยละ 40.0) ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงคือเป็นแม่บ้าน (27.0) ทำนา (ร้อยละ20.0) และค้าขาย (ร้อยละ13.0)

ประสบการณ์ในการรักษา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกือบจะถึงครึงหนึงมีประสบการณ์ในการรักษาไม่เกิน 10 ปี (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า40 ปี (ร้อยละ 27.0) เนืองกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เริมเข้าสู่อาชีพในช่วงวัยประมาณกลางคนทำให้ประสบการณ์ในการรักษายังมีไม่มาก แต่กลุ่มทีมีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า 40 ปีเกือบครึงจะเป็นผู้ทีสูงอายุมากแล้ว

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลพื้นฐานของหมอนวดและหมอประคบสมุนไพร

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
เพศ		
ชาย	4	27.0
หญิง	11	73.0
อายุ (ปี)		
50-60	7	46.0
61-70	4	27.0
71 ขึ้นไป	4	27.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	14.0
ประถมศึกษาปีที่ 4	11	72.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	14.0
อาชีพเดิม		
ทำนา	7	46.0
รับจ้าง	1	7.0
ธุรกิจส่วนตัว	6	40.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	7.0
อาชีพปัจจุบัน		
หมอนวดผ่อนคลาย	5	34.0
หมอนวดจับเส้น	4	27.0
หมอยาสมุนไพร	2	14.0
ธุรกิจส่วนตัว	3	18.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	7.0

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
รายได้ต่อเดือน		
3,000-5,000 บาท	4	26.0
5,001-10,000 บาท	9	60.0
30,000 บาท	1	7.0
ไม่มีรายได้	1	7.0
สถานภาพสมรส		
สมรส	11	74.0
หย่าร้าง	4	26.0
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	12	80.0
มีโรคประจำตัว	3	20.0
ความดันโลหิตสูง		
กระเพาะอาหารอักเสบ		
กล้ามเนื้ออ่อนแรง		
การพักอาศัย		
อยู่คนเดียว	3	20.0
อยู่กับครอบครัว	11	73.0
อยู่ที่วัด	1	7.0
อาชีพคู่สมรส		
ทำนา	3	20.0
รับจ้าง	6	40.0
ค้าขาย	2	13.0
แม่บ้าน	4	27.0

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	1	6.0
1-2 คน	7	47.0
3-5 คน	7	47.0
ประสบการณ์ในการรักษา		
ไม่เกิน 10 ปี	7	47.0
10-20ปี	2	13.0
35-40 ปี	2	13.0
40 ปี ขึ้นไป	4	27.0

หมายเหตุ * ฐานร้อยคิดจาก 15

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีทัศนะเกียวกับความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไปในเชิงบวกเป็นค่อนข้างมาก (ร้อยละ 74.0) โดยคิดว่าผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองโดยไม่ต้องเป็นภาระให้กับบุตรได้ ทัศนะเกียวกับความสำคัญของผู้สูงอายุทีมีต่อครอบครัวและสังคมนั้นเป็นไปในเชิงบวกเกินกว่าครึง (ร้อยละ 67.0) โดยคิดว่าผู้สูงอายุจะเป็นทีปรึกษาปัญหาครอบครัวได้ดีเนืองจากผ่านประสบการณ์การมีครอบครัวมาก่อน เมือให้แสดงทัศนะเปรียบเทียบสุขภาพกายและสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน พบว่าส่วนมากตอบว่าผู้สูงอายุในอดีตมีสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน (ร้อยละ 94.0) และคิดว่าผู้สูงอายุในอดีตมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 94.0) โดยได้ให้เหตุผลว่าในอดีตมีอากาศทีบริสุทธิ์มากกว่า มีมลภาวะน้อยกว่า มีโรคน้อยกว่า อาหารการกินก็ปลอดภัยมากกว่าอีกด้วย

ตารางที่ 4.6 ทัศนะเกียวกับความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ

ทัศนะเกียวกับความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
ทัศนะเชิงบวก		
สามารถหาเงินเลี้ยงตนเองได้	6	40.3
เป็นแหล่งความรู้	5	33.7
ทัศนะเชิงลบ		
เป็นภาระให้กับบุตรเพราะอายุมาก ทำมาหากินเองไม่ได้	4	26.0
รวม	**15**	**100.0**

หมายเหตุ * ฐานร้อยคิดจาก 15

ตารางที่ 4.7 ทัศนะเกียวกับความสำคัญของผู้สูงอายุ

ทัศนะเกียวกับความสำคัญของ ผู้สูงอายุ	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
ทัศนะเชิงบวก		
เป็นทีปรึกษาปัญหาครอบครัวให้บุตรได้	7	49.6
เป็นกลุ่มคนทีอุปถัมภ์ศาสนา	3	20.1
ทัศนะเชิงลบ		
ปืนทีปรึกษาให้กับคนในครอบครัวไม่ได้ เพราะเป็นคนสมัยก่อนไม่เข้าใจ ปัญหาคนในปัจจุบัน	3	19.8
ไม่สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคมได้	2	13.2
รวม	**15.0**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 15

ตารางที่ 4.8 ทัศนะเกี่ยวกับการเปรียบเทียบเรื่องสุขภาพกาย

ทัศนะเกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
ทัศนะเชิงบวก		
ผู้สูงอายุในอดีตมีสุขภาพกายแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะรู้จักใช้สมุนไพรรักษาโรค	10	67.1
ผู้สูงอายุในอดีตมีสุขภาพกายแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะอาหารไม่มีสารพิษปนเปื้อน	4	26.9
ทัศนะเชิงลบ		
ผู้สูงอายุในปัจจุบันแข็งแรงกว่า เพราะมีสือหลายแขนงทีสอนวิธีการดูแลสุขภาพ	1	6.0
รวม	**15**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 15

ตารางที่ 4.9 ทัศนะเกี่ยวกับการเปรียบเทียบเรื่องสุขภาพจิต

ทัศนะเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=15)	ร้อยละ (100.0)
ทัศนะเชิงลบต่อตนเอง		
ผู้สูงอายุในอดีตมีสุขภาพจิตดีกว่าเพราะมีโรคน้อยกว่าโรค	8	53.7
ผู้สูงอายุในอดีตมีสุขภาพจิตดีกว่าเพราะไม่มีเรื่องความขัดแย้งในสังคม	6	40.3

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ทัศนะเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ	จำนวน (n=15)	ร้อยละ (100.0)
ทัศนะเชิงบวกต่อตนเอง		
ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีสุขภาพจิตดีกว่าเพราะมีสิ่งที่ผ่อนคลายเครียดมากกว่า	1	6.0
รวม	**15**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 15

จากการศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญที่เป็นผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทย จำนวน 6 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 คือกลุ่มผู้ใช้บริการที่ยังอยู่ในวัยทำงาน จำนวน 3 คน และกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ **ข้อมูลประชากร** ได้แก่ เพศ อายุ **ข้อมูลด้านสังคม** ได้แก่ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว **ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ** ได้แก่ อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการใช้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มผู้ใช้บริการที่ยังอยู่ในวัยทำงาน

เพศ กลุ่มผู้ใช้บริการที่ยังอยู่ในวัยทำงานเป็นเพศหญิงทั้งหมด 3คน (ร้อยละ 100.0) เนื่องจากการนวดนอกจากจะเป็นการรักษาโรคหรือผ่อนคลายความเมื่อยล้าแล้วยังมีสรรพคุณในเรื่องความสวยงามอีกด้วย เช่น ความแต่งตึงของผิว เป็นต้น

อายุ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นวัยทำงานเกินครึ่งอายุประมาณ 33 ปี (ร้อยละ 67.0) รองลงมาคืออายุ 27 ปี (ร้อยละ 33.0)

ระดับการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น ทำให้คนรุ่นใหม่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีกันมากขึ้น

อาชีพ มีผู้ประกอบอาชีพทำธุรกิจส่วนตัวเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 67.0) รองลงคือ พนักงานในบริษัทเอกชน (ร้อยละ 33.0)

รายได้ ผู้ให้ข้อมูลเกินครึ่งมีรายได้อยู่ระหว่าง 15,000-25,000 บาท (ร้อยละ 67.0) เนื่องจากมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีทำให้มีรายได้ค่อนข้างดี

โรคประจำตัว ผู้ให้ข้อมูลเกินครึ่ง (ร้อยละ 67.0) จะมีอาการปวดไหล่ และปวดขา เพราะต้องทำงานตอลดทั้งวัน เนื่องจากเป็นกลุ่มคนในวัยทำงาน

ประสบการณ์ในการใช้บริการ เกินครึ่งมีประสบการณ์ในการใช้บริการนวดอยู่ระหว่าง 2-5 ปี (ร้อยละ 67.0) โดยจะใช้บริการหลังจากที่ได้ทำงานแล้ว เพราะมีรายได้เป็นของตนเองและอาจจะเกิดความเมื่อยล้าจากการทำงานจึงต้องใช้บริการนวด

กลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ

เพศ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุ เกินครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.0) และที่เหลือเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 33.0)

อายุ เกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.0) มีอายุระหว่าง 50-60 ปี ที่เหลืออายุ 64 ปี (ร้อยละ 33.0)

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของผู้ที่ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงนั้นคละกันไปทั้งในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 33.0) มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 33.0) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.0)

อาชีพ เกินกว่าครึ่งหนึ่งเป็นข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 67.0) ได้แก่ ปลัดอำเภอ และตำรวจที่เหลือเป็นแม่บ้านดูแลครอบครัว

รายได้ เกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.0) มีรายได้เดือนละประมาณ 18,000 บาท เนื่องจากเป็นข้าราชการบำนาญเหมือนกัน

โรคประจำตัว ทั้งหมดมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100.0) โดยมีโรคประจำตัว ได้แก่ ปวดหลัง ปวดขา และเบาหวาน เนื่องจากผู้สูงอายุนั้นจะมีกระดูกที่ไม่แข็งแรงเหมือนเดิมทำให้ปวดหลัง ปวดขาได้ง่าย โรคเบาหวานก็เป็นอีกหนึ่งโรคที่มักจะเกิดกับผู้สูงอายุ

ประสบการณ์ในการใช้บริการ ทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) มีประสบการณ์ในการใช้บริการนวดอยู่ระหว่าง 1-5 ปี โดยจะเริ่มใช้บริการเมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้นและเมื่อโรคประจำตัวกำเริบ

ตารางที่ 4.10 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยที่อยู่ในวัยทำงาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=3)	ร้อยละ* (100.0)
เพศ		
ชาย	0	0.0
หญิง	3	100.0
อายุ		
27 ปี	1	33.0
33 ปี	2	67.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	3	100.0
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว	2	67.0
พนักงานบริษัทเอกชน	1	33.0
รายได้		
15,000-25,000บาท	2	67.0
มากกว่า25,000บาท	1	33.0
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	1	33.0
มีโรคประจำตัว	2	67.0
ปวดไหล่		
ปวดขา		
ประสบการณ์ในการใช้บริการ		
2-5 ปี	2	67.0
มากกว่า10ปี	1	33.0

หมายเหตุ * ฐานร้อยคิดจาก

ตารางที่ 4.11 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยที่เป็นผู้สูงอายุ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=3)	ร้อยละ* (100.0)
เพศ		
ชาย	2	67.0
หญิง	1	33.0
อายุ		
50-60ปี	2	67.0
61ปีขึ้นไป	1	33.0
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	2	67.0
ปริญญาตรี	1	33.0
อาชีพ		
ข้าราชการ	2	67.0
แม่บ้าน	1	33.0
รายได้		
18,000 บาท	2	67.0
ไม่มีรายได้	1	33.0
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำ	3	100.0
ปวดหลัง		
ปวดขา		
เบาหวาน		
ประสบการณ์ในการใช้บริการ		
1-5 ปี	3	100.0

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 3

4.4 กรณีตัวอย่างการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

ในการศึกษาเรื่องการนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพเพื่อปรับใช้กับผู้สูงอายุรุ่นหลังจำเป็นต้องใช้ข้อมูลหลักจากการสัมภาษณ์เจาะลึกในการศึกษาจำนวนทั้งหมด 21 คนซึ่งแบ่งออกเป็นหมอนวดและประคบสมุนไพรจำนวน 15 คนและผู้ใช้บริการที่อยู่ในวัยทำงานและผู้ใช้บริการผู้สูงอายุรวมกันจำนวน 6 คนแต่เนื่องจากแต่ละรายมีรายละเอียดมากเกี่ยวกับวิธีการนวดการประคบสมุนไพร การเรียนรู้ การถ่ายทอดความรู้ และแนวโน้มการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์แต่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงขอนำเสนอเป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง 3 คน ซึ่งทั้ง 3 คนมีวิธีการเรียนรู้ที่แตกต่างกันแต่มีวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกทั้ง 3 คน เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 1: นางลดา*

นางลดา อายุ 64 ปี เป็นคนตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีโดยกำเนิด พ่อและแม่ประกอบอาชีพรับจ้างทำนา พี่น้องทั้งหมด 8 คน นางลดา เป็นคนที่ 6 จบการศึกษาเพียงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เท่ากันกับพี่น้องทุกคนเพราะฐานะทางบ้านยากจนเมื่อในวัยเด็กอายุประมาณ7-8 ขวบ นางลดารู้จักการนวดจับเส้นจากการพูดคุยของญาติผู้ใหญ่ที่หลังจากที่เลิกงานรับจ้างทำนาในแต่ละวันก็มักจะจับกลุ่มพูดคุยกันในบ้านของตนเองอยู่เสมอ ๆ เพราะพ่อแม่ของนางลดาเป็นคนอัธยาศัยดี ญาติๆจึงชอบมานั่งพูดคุยกันที่บ้านอยู่เสมอๆ โดยมักจะพูดคุยสอบถามกันเมื่อมีคนในเครือญาติได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น ขาแพลงจากการตกต้นนา ปวดหลังจากการเกี่ยวข้าวหรือการดำนา เป็นต้น ก็มักจะมีการถามหาหมอจับเส้นว่าที่ไหนเก่งและนวดดี เพื่อต้องการให้หมอจับเส้นมานวดรักษาหรือนวดบรรเทาอาการเจ็บปวด ดังนั้นนางลดาจึงได้รับรู้เรื่องหมอจับเส้นตั้งแต่ตอนนั้นเป็นต้นมา เมื่ออายุได้17-18ปีนางลดาได้รับจ้างทำนาให้กับคนในหมู่บ้านแต่นางลดาก็ไม่สนใจจะใช้บริการหมอนวดจับเส้นเพราะแม้จะทำงานหนักแต่เนื่องจากอายุยังไม่มากสุขภาพร่างกายก็ยังแข็งแรงดี ทำให้นางลดาไม่สนใจจะใช้บริการการนวดจับเส้นเพื่อแก้ปวดเมื่อยเหมือนญาติผู้ใหญ่ของตนเองเลย ปีพ.ศ. 2508 ได้พบรักและแต่งงานกับคนในหมู่บ้านเดียวกันมีบุตรด้วยกันทั้งหมด 4 คนเป็นบุตรสาว 1 คน บุตรชาย 3 คนในขณะนั้นนางลดาและสามีประกอบอาชีพรับจ้างทำนา ซึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอที่จะใช้จ่ายในครอบครัว ดังนั้นในปีพ.ศ. 2516 นางลดาซึ่งขณะนั้นอายุราว 28 ปีจึงตัดสินใจไปประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านให้กับนายจ้างคนไทยที่ประเทศซาอุดิอาระเบียได้เงินเดือน 7,000 บาทต่อเดือน แต่ไปอยู่ที่ประเทศซาอุดิอาระเบียได้ประมาณ 5 ปี ก็กลับมาเพราะ

---

*นามสมมุติ

คิดถึงครอบครัว และคิดว่ากลับมารับจ้างทำนาที่บ้านดีกว่าถึงแม้ว่าจะได้เงินไม่มากแต่ก็สบายใจและยังได้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว

ปีพ.ศ. 2542 สามีได้เสียชีวิตด้วยโรคชราขณะนั้นสามีนางลดาอายุ 54 ปีและในปัจจุบันนางลดาอาศัยอยู่กับหลานสาว 1 คนอายุ 15 ปี หลานสาวคนนี้เป็นลูกสาวของลูกชายคนเล็ก กำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่โรงเรียนประจำตำบล และอาศัยอยู่กับลูกชายคนเล็กอายุประมาณ 32 ปี ประกอบอาชีพเป็นแรงงานรับจ้าง ส่วนลูกชายลูกคนโตได้ทำงานเป็นพนักงานเสิร์ฟในร้านอาหารแห่งหนึ่งโดยพักอาศัยอยู่ในตัวจังหวัดเพื่อจะได้ใกล้กับสถานที่ทำงาน ส่วนลูกชายคนรองนั้นประกอบอาชีพรับจ้างทำนาโดยอยู่พักอาศัยอยู่กับภรรยาและลูกในละแวกใกล้เคียงกับนางลดาซึ่งลูกชายทั้งสามคนไม่ได้เลี้ยงดูนางลดาเลย มีเพียงลูกสาวคนเล็กเท่านั้นที่แต่งงานกับสามีชาวญี่ปุ่นได้ส่งเงินมาลงทุนซื้อเครื่องซักผ้าให้ 5 เครื่องราคาในขณะนั้นประมาณ 40,000 บาทเพื่อเปิดร้านซักรีดซึ่งเพิ่งจะเริ่มทำได้ 4 ปีที่แล้ว รายได้ต่อเดือนจากการเปิดร้านซักรีดประมาณ 8,000 บาทต่อเดือนซึ่งพอที่จะดูแลตนเอง และเลี้ยงดูหลานสาวที่เป็นลูกสาวของลูกชายคนเล็กได้ หลังจากที่เลิกประกอบอาชีพนวดจับเส้นขณะนั้นนางลดาอายุ 60 ปี เพราะไม่มีกำลังในการนวดได้ดีเหมือนเดิมแต่ที่ยังต้องทำงานซักรีดเสื้อผ้าอยู่ เพราะต้องดูแลหลานสาวที่อาศัยอยู่กับตนเอง เนื่องจากลูกชายมีรายได้ไม่มากและเป็นคนที่ไม่ขยันทำงาน โรคประจำตัวที่เป็น คือโรคความดันโลหิตสูงเพิ่งจะเริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อตอนอายุย่างเข้า 60 ปี โดยปกติแล้วนางลดาเป็นคนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ถ้าเจ็บป่วยก็จะไปหาหมอแผนปัจจุบันอยู่เสมอ แต่ถ้าปวดเมื่อยถึงจะมีการใช้บริการการนวดจับเส้นบ้างช่วงนั้นอายุประมาณ 44-45 ปี เพราะขณะนั้นยังไม่มีความรู้เรื่องการนวดแต่ในระยะหลังเมื่ออายุประมาณเกือบ ๆ 50 ปี เมื่อนางลดาปวดเมื่อยนางลดาก็จะใช้ความรู้ที่มีนวดตัวเองโดยไม่ต้องใช้บริการการนวดจากหมอจับเส้นคนอื่นโดยนวดให้ตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งคิดเป็นเงินอย่างน้อยก็ราว ๆ 1,200 บาทต่อปี การรักษาสุขภาพก็จะเน้นการออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านอยู่เป็นประจำ แม้ว่าจะเลิกนวดจับเส้นเป็นอาชีพแล้วแต่ก็ยังนวดให้กับลูกสาวเมื่อเวลาที่ลูกสาวกลับมาเยี่ยมบ้านทุกครั้งซึ่งลูกสาวจะกลับมาเยี่ยมเป็นประจำประมาณปีละ 2 ครั้งส่วนการนวดให้หลานสาวนั้นค่อนข้างบ่อยมากอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพราะอยู่ใกล้ชิดกันบางครั้งก็จะประคบสมุนไพรให้หลานสาวด้วยเพื่อต้องการให้หลานสาวผ่อนคลายและนางลดาเองก็ได้เรียนรู้เรื่องการประคบสมุนไพรด้วยตนเองอีกด้วย จากการซื้อลูกประคบสมุนไพรมาจากแหล่งผลิตและอ่านฉลากวิธีการประคบที่ให้มาด้วยตนเองและลองประคบให้หลานสาวซึ่งก็ได้ผลเป็นอย่างดี

ทัศนะเกี่ยวกับผู้สูงอายุของนางลดานางได้กล่าวว่า “คนแก่เป็นคนเก่งดูแลตัวเองก็ได้” และคิดว่าตนเองนั้นเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้กับลูกสาวได้ เพราะลูกสาวเมื่อมีปัญหาครอบครัว เช่น ทะเลาะกับสามี เป็นต้น ก็มักจะมาปรึกษาอยู่เสมอ ๆ และผู้สูงอายุยังมีความสำคัญในสังคม เพราะเป็นแหล่ง

ความรู้และประสบการณ์ให้กับลูกหลานหรือเด็กรุ่นหลังได้ นางลดายังได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุในอดีต โดยเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในปัจจุบันไว้ว่า “สุขภาพกายกับใจของคนแก่โบราณดีกว่าคนแก่เดี๋ยวนี้” เนื่องจากนางนิดาที่เคยมานวดให้กับนางลดาหรือเรียกว่าอาจารย์ของนางลดานั้น อายุ 84 ปีแล้วแต่ก็ยังมีสุขภาพแข็งแรง และมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะนางนิดาเป็นคนมีอารมณ์ดีไม่เคยมีเรื่องทะเลาะแว้งกับใครเลย

นางลดาเริ่มต้นอาชีพนวดจับเส้นเมื่ออายุได้ประมาณ 45 ปี เพราะคิดว่าหากยังรับจ้างทำนาต่อไปคงได้เงินไม่พอใช้จ่ายในครอบครัว เนื่องจากทำงานสู้คนหนุ่มสาวไม่ได้ แรงบันดาลใจที่ทำให้นางลดาอยากที่จะเป็นอาชีพเป็นหมอนวดจับเส้นนั้น เนื่องจากในช่วงที่นางลดาได้ทำงานเป็นแม่บ้านให้กับนายจ้างที่เป็นคนไทยอยู่ที่ซาอุดิอาระเบีย มักจะถูกเรียกให้มานวดเมื่อนายจ้างรู้สึกปวดเมื่อยอยู่เสมอ และมักจะได้รับการชื่นชมทุกครั้งที่นวดให้กับนายจ้าง จึงทำให้นางลดารู้ภูมิใจที่มีฝีมือในการนวดที่ดี หลังจากนั้นเมื่อต้องการมีรายได้ที่มากขึ้นจึงคิดอยากเรียนวิธีการนวดจับเส้นที่ถูกวิธี จึงได้ไปสอบถามเพื่อนบ้านว่าในหมู่บ้านที่นางลดาอาศัยอยู่นั้นมีหมอนวดจับเส้นอยู่หรือไม่ เพราะต้องการนวดแก้ปวดเมื่อย นางลดาก็ได้รับคำแนะนำว่ามีนางนิดาเป็นหมอนวดจับเส้นในหมู่บ้านใกล้เคียงกันเป็นหมอนวดจับเส้นที่เก่งมาก นางลดาจึงได้ไปว่าจ้างให้นางนิดามานวดให้ที่บ้านอยู่ประมาณ 3 ครั้ง โดยจดจำตำแหน่ง และขั้นตอนจากการนวดของนางนิดาด้วยตนเองในลักษณะการเรียนรู้แบบครูพักลักจำ จากนั้นก็นำมาลองนวดให้กับคนในครอบครัว และคนในละแวกใกล้เคียงที่เป็นเครือญาติกันในระยะเวลา 3-4 เดือนจนได้รับคำชม และพูดกันปากต่อปากจนเป็นที่รู้จักเลยประกอบอาชีพเป็นหมอนวดจับเส้นได้ในที่สุด

ก่อนที่นางลดาจะทำการนวดทุกครั้งมักจะต้องถามผู้ถูกนวดก่อนว่ามีอาการปวดท้องหรือเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ เนื่องจากข้อห้ามในการนวดก็คือ ห้ามนวดคนที่เป็นโรคเบาหวาน เพราะจะช้ำในโดยฟังจากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่นางลดานับถือเล่าให้ฟัง และห้ามนวดคนที่ปวดท้องเพราะอาจจะเป็นโรคเกี่ยวกับตับไต และอาจกำเริบได้หากมีการนวดบริเวณนั้น แต่ถ้ากดดูแล้วมีลมในท้องก็จะกดให้เรอเอาลมออกมา โดยปกติจะไม่นวดท้องให้เพราะกลัวจะเป็นอันตรายกับผู้ถูกนวด ข้อห้ามดังกล่าวนี้นางลดาได้ศึกษาด้วยตนเองจากสื่อโทรทัศน์ ส่วนมารยาทในเรื่องการนวดที่นางลดาถือปฏิบัติอยู่เสมอคือห้ามพูดมากในขณะที่นวด เพราะจะทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกรำคาญ และตนเองก็จะไม่มีสมาธิด้วย

ลักษณะการนวดของนางลดานั้นจะใช้การกดจุดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งวิธีการนวดของนางลดานั้นแม้จะปวดเมื่อยเฉพาะจุดก็จะนวดทั้งตัวด้วยเหตุผลที่ว่า‘‘เส้นมันถึงกัน”โดยจะไม่เน้นความต่อเนื่องของท่านวด เพราะถือว่าการนวดจับเส้นไม่ได้เหมือนการนวดผ่อนคลายเพื่อการพักผ่อนที่ต้องไม่ให้ผู้ถูกนวดรู้สึกถึงความไม่ต่อเนื่องของท่านวด แต่การนวดจับเส้นจะเน้นการรักษาโรค แต่

ละจุดจะกดนิ่งนาน 5-10 วินาที และจะนวดซ้ำบริเวณที่เดิมอีกประมาณ 3-5 รอบ เช่น นวดขาครบทุกจุดในรอบแรก ก็จะต้องนวดทุกจุดซ้ำในรอบสอง และสามด้วยการกด และการคลึง จะกดและคลึงเบาๆ สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับบริการการนวดมาก่อน เพราะอาจจะทำให้ช้ำและเคล็ดขัดยอกได้ง่าย ซึ่งใช้เวลานวดประมาณ 1 ชั่วโมง คิดราคาชั่วโมงละ 100 บาท ใน 1 วันนางลดาสามารถนวดได้มากที่สุดประมาณ 5 คนแต่โดยทั่วไปจะมีลูกค้าเข้ามานวดเฉลี่ยวันละประมาณ 2-3 คน ดังนั้นรายได้ต่อเดือนจากการนวดจะได้ไม่น้อยกว่า 6,000 บาทแต่จะไม่เกินจำนวน 9,000 บาทโดยที่จะไม่นับรวมเงินที่ได้พิเศษหรือ “ทิป” จากลูกค้า

เมื่อประมาณปีพ.ศ. 2542 นั้นเป็นช่วงระยะเวลาที่นางลดามีรายได้จากการนวดรักษาโรคสูงที่สุดประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน ช่วงที่รายได้จากการนวดเริ่มลดลงคือช่วง 5 ปีที่แล้วเพราะช่วงนั้นนางลดาอายุย่าง 60 ปี นางลดาเริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอาการหน้ามืด ตาลาย วิงเวียน จึงนวดได้น้อยลงเหลือประมาณ 1-2 คนต่อวันแต่ก็ไม่สามารถนวดได้ทุกวัน ดังนั้นจึงตัดสินใจเลิกอาชีพนวดในที่สุด ในปัจจุบันที่ประกอบอาชีพซักรีดนั้นแม้จะดูเป็นงานที่หนักแต่ที่จริงแล้วนางลดามีเครื่องทุ่นแรงก็คือ เครื่องซักผ้าที่ลูกสาวซื้อมาให้โดยที่ไม่ต้องลงซักมือ เมื่อซักผ้าเสร็จเรียบร้อยหากหลานสาวหรือลูกชายอยู่ด้วยก็จะช่วยตากผ้าให้ นางลดามีหน้าที่รีดผ้าเท่านั้นและไม่ต้องไปรับส่งผ้าให้ลูกค้าเพราะลูกค้าจะแวะมารับเองเนื่องจากลูกค้าของนางลดาเป็นลูกค้าประจำที่มีจำนวนไม่มากประมาณ 9 คน และเป็นคนในหมู่บ้านเดียวกันทั้งหมด ทำให้อาชีพซักรีดไม่เหนื่อยเท่ากับอาชีพนวดจับเส้น

ในส่วนความรู้เรื่องการประคบสมุนไพรนางลดาบอกเล่าว่า “ไม่ได้ทำลูกประคบแต่ซื้อมาทำเองที่บ้าน เพราะสะดวก และราคาไม่แพง” และก็พอทราบบ้างว่าลูกประคบสมุนไพรนั้นประกอบด้วยสมุนไพรหลัก ๆ ได้แก่ ไพล ขมิ้น เกลือ การบูร พิมเสน เถาเอ็นอ่อน และรู้สรรพคุณสมุนไพรที่กล่าวมาข้างต้นยกเว้นเถาเอ็นอ่อนดังนี้ ไพลมีสรรพคุณแก้ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ถ้ามีบาดแผลก็สามารถสมานแผลได้ดี และยังใช้ทาป้องกันยุงและแมลงรบกวนได้อีกด้วย ขมิ้นมีสรรพคุณแก้ผื่นคันตามผิวหนัง แมลงสัตว์กัดต่อย รักษาแผลสด แผลพุพอง ฝี หนอง และบำรุงผิวพรรณให้สดใส เกลือช่วยให้สมุนไพรต่าง ๆ ซึมเข้าสู่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว การบูรและพิมเสนช่วยให้มีกลิ่นหอมและทำให้เย็นสดชื่นขณะทำการประคบ ที่รู้สรรพคุณเพราะสอบถามจากคนขายลูกประคบสมุนไพร นางลดาทดลองการประคบสมุนไพรด้วยตนเองจากการอ่านฉลากที่แนบมาในห่อลูกประคบสมุนไพร ซึ่งลองประคบให้กับตนเองบ้างให้กับหลานสาวบ้างจนสามารถประคบสมุนไพรได้ถูกต้องที่คิดว่าทำให้ถูกต้องเพราะประคบสมุนไพรด้วยความระมัดระวังไม่ทำให้ตนเองหรือผู้ถูกประคบเกิดแผลพุพองที่เกิดจากการประคบที่ลูกประคบมีอุณหภูมิสูงจนเกินไปเมื่อประคบก็ทำให้ตนเองและหลานรู้สึกผ่อนคลายได้ดี

เมื่อทำการประคบจะไม่แช่ลูกประคบไว้เป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้ลูกประคบลวกผิวหนังจนเกิดอาการพุพองได้ โดยในช่วงแรกของการประคบลูกประคบจะร้อนมาก ๆ จะทำให้การประคบในช่วงแรกต้องประคบในแต่ละจุดค่อนข้างเร็ว พอลูกประคบเริ่มอุ่นจึงค่อยประคบช้าลงได้ การประคบสมุนไพรนั้นจะประคบทั้งตัว หรือเฉพาะบริเวณที่ปวดก็ได้แต่เมื่อประคบเสร็จใช้เวลาประคบนานประมาณ 30 นาที ในส่วนข้อยกเว้นในการประคบสมุนไพรนางลดาบอกเล่าว่าอย่าให้ลูกประคบร้อนจนเกินไป เพราะจะทำให้ผิวหนังพอง และสรรพคุณของการประคบสมุนไพรก็เพื่อบรรเทาอาการวิงเวียน ปวดเมื่อย ซึ่งมักจะประคบตามจุดที่นวดหรือประคบบริเวณที่ฟกช้าอักเสบก็จะทำให้แผลหายเร็วขึ้น ระบบโลหิตก็จะหมุนเวียนดีขึ้นอีกด้วย

ในเรื่องการถ่ายทอดความรู้นั้นนางลดาไม่ได้มีการถ่ายทอดความรู้ให้ใครเลย แต่จะนวดให้กับหลานสาวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันและลูกสาวเมื่อกลับมาจากญี่ปุ่น ปีละประมาณ 2 ครั้งอยู่เสมอ กอปรกับทั้งลูกสาวและลูกชายเองก็ไม่สนใจที่จะเรียนรู้วิชาการนวดจับเส้นจากนางลดาเลย เพราะมีแต่ลูกชายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนลูกสาวเองก็ไปอยู่ญี่ปุ่นไม่มีเวลาอยู่ด้วยกันพอที่จะสอนความรู้เรื่องการนวดจับเส้นให้ได้ นางลดาเองนั้นก็เป็นคนไม่ค่อยชอบพูดคุยกับใคร ถ้าไม่มีใครมาพูดคุยด้วยหรือซักถามนางลดาก่อน อีกทั้งหากคนในครอบครัวมีอาการปวดเมื่อยก็มีนางลดาคอยดูแล และนวดแก้อาการปวดเมื่อยหรือบาดเจ็บให้กับคนในครอบครัวอยู่แล้ว ดังนั้นจึงไม่มีคนในครอบครัวกระตือรือร้นอยากที่จะเรียนรู้ นอกจากหลานสาวที่อาศัยอยู่ด้วยกันที่มักจะชอบถามความรู้เรื่องการนวดกับนางลดาบ้างเมื่อนางลดานวดให้แต่ก็ยังไม่ได้มีการถ่ายทอดอย่างจริงจังเพราะหลานสาวเองยังเด็กอยู่และน่าสนใจการเรียนก่อนเป็นอันดับแรก

เรื่องการรับลูกศิษย์ นางลดาได้เล่าให้ฟังว่า“ไม่มีลูกศิษย์เพราะไม่ได้รับศิษย์ ไม่ชอบพูดคุยกับคนไม่รู้จัก ต้องรอให้คนเข้ามาพูดด้วยก่อนถึงจะพูดด้วย” เนื่องจากนางลดามีนิสัยที่ไม่ชอบพูดคุยกับคนไม่รู้จัก ไม่เป็นคนช่างพูดด้วยทำให้ค่อนข้างหนักใจหากจะต้องรับศิษย์ ประกอบกับคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยมานวดจับเส้นแต่ชอบนวดน้ำมันเพื่อผ่อนคลายมากกว่าทำให้ไม่มีใครมาขอความรู้หรือมาขอเรียนกับนางลดาเลย หากจะให้ถ่ายทอดความรู้เรื่องการนวดให้กับคนอื่นก็ยินดี แต่ต้องสนใจที่จะเรียนวิชานวดจับเส้นอย่างจริงจัง เพราะไม่เช่นนั้นนางลดาจะรู้สึกไม่ดีและไม่อยากสอนไปในที่สุด โดยวิธีการถ่ายทอดความรู้ของนางลดาก็คือ ต้องให้ผู้มาขอความรู้มาซักถามเองหรือให้นางลดาสาธิตให้ดู และจดจำเอง เพราะสอนไม่เป็น หากสงสัยในเรื่องใดก็ให้ซักถามเพิ่มเติมจากนางลดาได้ตลอดเวลา โดยอธิบายว่าต้องการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะเช่นนี้ให้กับผู้มาขอความรู้ก็เพื่อเป็นการฝึกความอดทนให้กับผู้มาขอความรู้ การจะเรียนเรื่องการนวดกับนางลดานั้นไม่ต้องมีพิธีไหว้ครูก็ได้ และไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ เลย เพราะตอนที่นางลดาเรียนรู้เรื่องนวดมาจากนางนิดาก็ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายเช่นกัน แต่หากต้องการจะไหว้ครูก่อนที่จะเริ่มรับการถ่ายทอดความรู้

เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจก็สามารถทำได้ ด้วยการไหว้ครูแบบขันธ์ 5 ประกอบไปด้วย ดอกไม้ 5 คู่ ธูป 5 คู่ และเทียน 5 คู่ นำมาบูชาที่หิ้งพระในบ้านของผู้ที่ถ่ายทอดความรู้ให้ก็ได้

การเรียนรู้เพิ่มเติมหรือที่เรียกว่าการต่อยอดความรู้ของนางลดานั้นไม่ได้มาจากการพูดคุยเพิ่มเติมความรู้จากผู้อื่น แต่เกิดจากการเรียนรู้ด้วยตนเองซึ่งหากมีโอกาสก็จะสังเกต จดจำและกลับมาทดลองกับตนเอง บางครั้งก็ทดลองปฏิบัติให้กับหลานด้วยความระมัดระวัง เช่น การประคบสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งนางลดาอ่านจากฉลากที่แนบมากับในซองที่ห่อลูกประสมุนไพร โดยต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนและทดลองปฏิบัติด้วยความระมัดระวังหากไม่แน่ใจให้ทดลองกับตนเองก่อน จากนั้นจึงทดลองปฏิบัติให้กับผู้อื่น และต้องปฏิบัติบ่อย ๆ จนเกิดทักษะที่ดี นางลดาให้เหตุผลว่าที่ต้องมีการหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เนื่องจากตนเองมีการเรียนวิชาการนวดมาในระยะเวลาที่สั้น อาจจะทำให้ได้รับความรู้ไม่ครบถ้วน ดังนั้น การขยันฝึกฝน และการหาความรู้เพิ่มเติมจากการอ่านหนังสือ การดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้เกิดความชำนาญ และเกิดความมั่นใจในการรักษาโรคได้ดี อีกทั้งยังจะทำให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดีอีกด้วย

ความเห็นเกี่ยวกับอาชีพนี้ในอนาคต นางลดาได้ให้ความเห็นว่าน่าจะดีเพราะปัจจุบันการนวดมีหลายรูปแบบ เช่น การนวดน้ำมัน การนวดเท้า เป็นต้น ซึ่งสามารถสร้างรายได้ให้กับคนที่ประกอบอาชีพนี้ได้ดี เรื่องนโยบายการส่งเสริมการนวดแผนไทยของรัฐบาลนั้นนางลดาไม่เคยรับรู้เรื่องการส่งเสริมการนวดไทยจากรัฐบาลเลย แต่คิดว่าหากได้รับการส่งเสริมหรือการสนับสนุนจากรัฐบาลจริงๆก็จะทำให้คนไทยได้มีงานทำไม่ตกงาน เพราะในปัจจุบันมีคนตกงานเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเศรษฐกิจไม่ดี อีกทั้งได้รับคำบอกเล่าจากหลานสาวที่เป็นหลานของพี่สาวตนเองว่าได้ทำงานที่ร้านนวดไทยที่กรุงเทพฯ นั้นมีรายได้ต่อเดือนค่อนดีข้างมาก เพราะสามารถเลี้ยงดูคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ดังนั้นจึงคิดว่าอาชีพนี้น่าจะเติบโตได้ดีในอนาคต

กรณีศึกษาที่ 2: นางนิดา*

นางนิดา อายุ 84 ปี เป็นคนตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีโดยกำเนิด พ่อและแม่เป็นชาวนา มีพี่น้องท้องหมด 7 คน นางนิดาเป็นลูกคนโต ไม่ได้เรียนหนังสือเพราะเป็นลูกคนโตต้องดูแลน้อง ๆ อีก 6 คนระหว่างที่พ่อแม่ทำงาน ฐานะทางบ้านค่อนข้างยากจน นางนิดาไม่เคยรู้จักการนวดจับเส้นมาก่อนเลยแต่เมื่อได้อายุประมาณ 15 ปีก็ต้องช่วยพ่อแม่ทำนาอย่างจริงจังและต้องช่วยเหลือแบ่งเบาภาระให้กับแม่ด้วยการทำงานบ้านอยู่เสมอ จึงทำให้เมื่อนางนิดารู้สึกปวดเมื่อยก็มักจะคลายปวดเมื่อยให้ตัวเองด้วยการบีบนวดตัวเองอยู่เสมอ ๆ แต่เป็นการบีบนวดแบบไม่มีทักษะความรู้ในเรื่องการนวดแต่อย่างใด ในปีพ.ศ. 2492 นางนิดาอายุ 20 ปีได้แต่งงานกับสามีขณะนั้นสามีอายุประมาณ 22 ปี สามีของนางลดาประกอบอาชีพรับจ้างทำนามีลูกด้วยกันแค่ 2 คนเป็นลูกชายทั้ง

สองคน ลูกชายทั้งสองคนประกอบอาชีพทำนา โดยลูกชายคนโตได้ทำนาและปลูกผักสวนครัวในที่ดินมรดกที่ตกทอดมาตั้งแต่สมัยพ่อและแม่ของนางนิดาประมาณ 17 ไร่ในส่วนของลูกชายคนรอง หลังจากแต่งงานแล้วย้ายไปอยู่กับภรรยาในหมู่บ้านอื่นและทำนาอยู่ในที่นาของภรรยา

พ.ศ. 2512 สามีนางนิดาอายุ 46 ปีเสียชีวิตกระทันหันด้วยอุบัติเหตุ ปัจจุบันนางนิดาอาศัยอยู่กับลูกชายคนโตอายุ 54 ปี พร้อมกับลูกสะใภ้ และหลานสาวอายุประมาณ 14 ปีกำลังอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น นางนิดาประกอบอาชีพเก็บผักสวนครัวที่ปลูกเองไปขายที่ตลาดในหมู่บ้าน มีรายได้เป็นบางวันที่เก็บผักไปขายซึ่งจะได้ไม่เกินวันละ 100 บาท หรือไม่เกินเดือนละ 3,000 บาท เป็นเงินที่เก็บเอาใช้ส่วนตัว เพราะลูกชายที่นางนิดาอาศัยอยู่ด้วยนั้นเลี้ยงดูนางนิดาเป็นอย่างดี กล่าวคือ คอยดูแลเรื่องอาหารทั้ง 3 มื้อ หยิบยื่นเงินให้ใช้อยู่เป็นประจำแต่จะให้คราวละไม่มากเท่าไหร่ แต่ก็พอที่จะซื้อหมากพลูในตลาดกินได้ไม่เคยขาด ผักสวนครัวที่นางนิดานำไปขายก็เป็นผักที่ลูกชายปลูกให้ อีกทั้งยังเลี้ยงเป็ดเพื่อให้นางนิดาเก็บไข่เป็ดไปขายโดยรายได้ที่ได้จากการขายของในตลาดก็จะยกให้นางนิดาทั้งหมด นางนิดามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว โดยบอกวิธีการรักษาสุขภาพไว้ว่าจะต้องรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ไม่ดื่มเหล้าเวลาเจ็บป่วยก็จะกินยาต้ม สูตรโบราณ ไม่เคยไปหาหมอแผนปัจจุบันเลยทุกวันนี้นางนิดาก็ยังมีสุขภาพแข็งแรงอีกทั้งนางนิดาชอบรับประทานผักที่ปลูกเองอยู่เป็นประจำ และเป็นคนที่ยิ้มแย้มแจ่มใสทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีมาก คนในครอบครัวมีก็สุขภาพแข็งแรงดีทุกคน เพราะได้รับเคล็ดลับการดูแลสุขภาพมาจากนางนิดา ประสบการณ์การนวดครั้งแรกของนางนิดาขณะนั้นอายุประมาณ 38-39 ปี มีคนรู้จักมาใช้ให้บีบนวดให้เพื่อคลายปวดเมื่อย เมื่อนวดเสร็จนางนิดาก็ได้รับคำชม และรู้สึกดีใจมาก ทำให้มีแรงบันดาลใจอยากจะนวดให้คนรู้จักอยู่ตลอด

ทัศนะเกี่ยวกับผู้สูงอายุของนางนิดา ซึ่งได้พูดว่า “คนแก่ก็ดูแลตัวเองได้อยู่” นางนิดาได้ให้เหตุผลว่าทุกวันนี้ก็ยังสามารถเก็บผักไปขายที่ตลาดเองได้ แม้ว่าระยะทางจากบ้านกับตลาดจะไกลกันก็สามารถดูแลตัวได้ไม่ต้องรบกวนลูกหลานให้พาไป และผู้สูงอายุยังมีความสำคัญ เพราะเป็นศูนย์รวมจิตใจให้กับคนในครอบครัว เนื่องจากสามีเสียชีวิตไปนานแล้วทำให้นางนิดากลายเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้กับลูกชายทั้งสองคน เมื่อให้นางนิดาเปรียบเทียบสุขภาพกาย และจิตระหว่างผู้สูงอายุในอดีต และปัจจุบันนั้นแตกต่างกันอย่างไรนางนิดาก็ตอบว่า “คนแก่รุ่นพี่แข็งแรงกว่า เพราะน้องสาว 3 คนตายไปหมดแล้ว เพื่อนรุ่นน้องที่อยู่แถวบ้านก็ตายไปหมดแล้ว” และถ้าอยากจะมีสุขภาพแข็งแรงต้องใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย

นางนิดาเริ่มเรียนรู้วิธีการนวดด้วยตนเองอย่างจริงจังเมื่ออายุประมาณ 39 ปี เนื่องจากเริ่มมีคนชื่นชมฝีมือในการนวดว่านวดได้ดี จากนั้นนางนิดาก็มักจะลองมานวดให้กับคนในครอบครัวอยู่เสมอ นางนิดาจะจำจุดตรงคนถูกนวดบอกว่าดี และจำไปนวดให้คนอื่น ๆ ต่อไป เวลาว่าง ๆ ก็จะ

ลองนวดตนเองและลองจับเส้นตนเองดูเป็นลักษณะการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการลองผิดลองถูก บางครั้งก็เกิดการบาดเจ็บจากการกดผิดจุด หรือกดแรงจนเกินไปฝึกฝนอยู่ประมาณเกือบ1ปีเต็มจนเริ่มรับจ้างนวด นางนิดาเริ่มนวดรักษาโรคครั้งแรกให้กับนายใจคนรู้จักเมื่อนางนิดาอายุประมาณ 40 ปี นวดที่บริเวณอวัยวะเพศของนายใจเพราะมีอาการบวมอักเสบ โดยนายใจเล่าให้นางนิดาฟังว่าหมอแผนปัจจุบันบอกว่าต้องผ่าตัด แต่นายใจไม่อยากผ่าตัดเลยอยากให้นางนิดาช่วยนวดรักษาให้ นางนิดาเล่ารายละเอียดให้ฟังว่าจากการวิเคราะห์อาการของโรค ก็พบว่าเส้นเอ็นบริเวณนั้นมันจมลงไปต้องเขียเส้นเอ็นขึ้นมาให้เข้าที่เหมือนเดิมก็จะหาย การวิเคราะห์โรคของนางนิดาเป็นการวิเคราะห์โดยใช้หลักการจากการวินิจฉัยตามวิธีการนวดจับเส้นแบบโบราณ นายใจมารับการนวดจากนางนิดาประมาณ 5ครั้ง อาการบวมก็หายเป็นปกติโดยไม่ต้องไปผ่าตัดที่โรงพยาบาล ทำให้นางนิดามีชื่อเสียงเลื่องลือเป็นที่รู้จักของคนในหมู่บ้านในระยะเวลาไม่นาน

การนวดของนางนิดาจะเป็นการนวดเฉพาะจุดที่ปวดเท่านั้น ยกเว้นถ้าต้องการนวดทั้งตัวก็ต้องแจ้งความต้องการว่าต้องการนวดทั้งตัวให้กับนางนิดาทราบก่อนการนวดช่วงแรกของการรับจ้างนวดนางนิดาจะไม่ได้การกำหนดราคาการนวดเอาไว้ชัดเจน โดยค่าบริการในการนวดนั้นตามแต่ความพอใจของผู้ถูกนวด ในระยะหลังประมาณ 20 กว่าปีที่ผ่านนางนิดาได้กำหนดราคาในการนวดขึ้นมาโดยจะคิดราคาค่านวดชั่วโมงละ 100 บาท ตามที่หมอนวดคนอื่นๆกำหนดราคาเอาไว้ก่อนแล้ว ในอดีตนางนิดานวดได้สูงสุดถึงวันละ 5 คน ช่วงที่นางนิดายังรับจ้างนวดจับเส้นอยู่ในมีรายได้จากการนวดจับเส้นประมาณ 3,000 บาท เนื่องจากว่าไม่ได้มีการกำหนดราคาจึงได้เงินจากการนวดไม่มากเท่าที่ควร แต่ช่วงหลังที่มีการกำหนดราคาค่านวดขึ้นมาจะได้รายได้ประมาณวันละ ไม่น้อยกว่า 300 บาท เฉลี่ยเดือนละประมาณ 9,000 บาท ช่วงปีพ.ศ. 2534 เป็นปีที่มีลูกค้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก และสม่ำเสมอทุกวัน

ลักษณะการนวดของนางนิดาจะใช้นิ้วโป้งในการกดและการคลึงตามจุดนวดเพื่อเป็นเขี่ยเส้นที่จมให้ขึ้นมาอยู่ในจุดเดิมเพื่อจะได้หายปวดเมื่อยในบริเวณนั้นที่ถูกนวด ก่อนนวดทุก ๆ ครั้ง นางนิดาจะต้องทำการไหว้ครูด้วยขันธ์ 5 ซึ่งขันธ์ 5 นั้นจะประกอบไปด้วยธูป 5 คู่ ดอกไม้ 5 คู่ โดยชนิดของดอกไม้นั้นจะเป็นดอกไม้ที่นิยมนำมาไว้พระ เช่น ดอกบัว ดอกดาวเรือง ดอกกล้วยไม้ เป็นต้นจากนั้นก็จะนำไปบูชาไว้ที่หิ้งพระในบ้าน ที่ต้องมีการไหว้ครู เพราะเมื่อนางนิดาเป็นเด็กเคยเห็นเวลาที่พ่อแม่จะเริ่มต้นทำอะไรก็ตามถ้าอยากให้เป็นสิริมงคลแก่ตัวเราเอง และคนในครอบครัวจะต้องไหว้ครูด้วยขันธ์ 5 จากนั้นนางนิดาจะใช้ยาหม่องทามือก่อนแล้วจึงจะทำการนวดให้กับผู้ถูกนวดทุกครั้ง โดยจะไม่ใช้ยาหม่องทาตัวผู้ถูกนวด เพราะทำให้ลื่นและนวดยากขึ้น เพราะจะจับเส้นได้ยาก และหากผิดพลาดจะทำให้เส้นพลิกได้ ดังนั้นนางนิดาจะไม่ใช้ยาหม่องทาตัวผู้ถูกนวดเลย แต่จะทายาหม่องอีกครั้งหลังจากนวดเสร็จแล้วด้วยการลูบไล้ตามร่างกายของผู้ถูกนวด ยาหม่องที่ใช้

ทาหลังการนวดจะเป็นยาหม่องชนิดน้ำหรือยาหม่องชนิดขี้ผึ้งก็ได้ แต่ขอให้ยาหม่องนั้นมีสรรพคุณในการแก้ปวดเมื่อก็สามารถใช้ได้ทั้งหมด ในระยะหลังนางนิดาเกรงใจผู้ถูกนวดหรือลูกค้า กลัวว่าลูกค้าจะรอนานหากจะจัดขันธ์ 5 มาไหว้ครูก่อนการนวด ดังนั้นนางนิดาก็จะนวดก่อนแล้วจึงกลับมาไหว้ครูที่บ้านในภายหลัง

การนวดจะนวดวนซ้ำอยู่ที่บริเวณนั้น ๆ ประมาณ 2 ถึง 3 รอบโดยใช้นิ้วโป้งกดเท่านั้นจะมีการบีบบ้างบริเวณไหล่จากนั้นก็จะกดและคลึงทั้งหมด วิธีการนวดจะคล้ายคลึงกับกรณีศึกษาแรกเพราะนางลดาเรียนรู้วิธีการนวดมาจากนางนิดา การนวดจะมีการเรียงลำดับเป็นขั้นตอนที่ไม่ถูกต้องมากนัก เพราะไม่ได้เรียนมาโดยตรงแต่ก็มีฝือในการกดและการหาจุดนวดนั้นนางนิดามีความชำนาญมากแม้จะสูงอายุมากแล้ว นางนิดาเลิกนวดจับเส้นมาแล้วประมาณ 5-6 ปี เนื่องจากสูงอายุมากแต่ถ้าหากมีคนรู้จักมาขอร้องให้นวดให้ก็ยังรับบ้างเป็นบางครั้งบางคราว ความรู้เรื่องการประคบสมุนไพรนั้นนางนิดาไม่มีความรู้ในเรื่องนี้เลย เพราะไม่ได้สนใจแต่นางนิดารู้จักหมอสมุนไพรอยู่คนหนึ่ง และทราบว่าการจะเรียนรู้เรื่องสมุนไพรต้องใช้เวลานานและต้องสนใจหรือสนใจจริงจึงจะเกิดทักษะและมีความชำนาญซึ่งเมื่อเจ็บป่วยก็มักจะไปซื้อยากับหมอสมุนไพรคนนี้มาต้มรับประทานก็จะหายไม่ต้องไปหาแผนปัจจุบัน

ในส่วนของการถ่ายทอดความรู้นั้นนางนิดาบอกเล่าว่าไม่มีคนมาเรียนด้วยโดยตรงแต่มีคนมาใช้บริการนวดจากตนเองจากนั้นก็สังเกต และจดจำ แล้วกลับไปทดลองปฏิบัติเองอย่างที่ชาวบ้านเรียกกันว่า“ครูพักลักจำ” ยกตัวอย่างเช่น นางลดาที่ได้ว่าจ้างให้นางนิดามานวดให้กับตนเองที่บ้านประมาณ 3 ครั้งเพื่อจดจำรายละเอียดการนวดของนางนิดาจากนั้นนางลดาก็จดจำความรู้เรื่องนวดจากนางนิดาไป ซึ่งถือเป็นการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นแบบไม่รู้ตัวและไม่ได้มีการเตรียมตัวล่วงหน้าใด ๆ เลย หากมีคนต้องการที่จะเรียนนวดกับตนเองก็ยินดีจะสอนให้แต่ต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเรียนอย่างจริงจังและต้องมีความอดทนสูงมากด้วย ลักษณะการถ่ายทอดความรู้ของนางนิดานั้น จะมีลักษณะการถ่ายทอดที่เน้นการทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิตโดยให้เหตุผลว่าตนเองสอนใครไม่เป็นจะบอกเล่าเป็นคำพูดก็ไม่ถนัด เพราะไม่เคยได้เรียนหนังสือ ไม่เข้าใจวิธีการอธิบายที่ถูกต้อง จึงคิดว่าจะใช้วิธีการทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิตและจะสาธิตให้ดูอย่างช้า ๆ เพื่อผู้รับการถ่ายทอดจะได้ไม่เข้าใจความรู้ที่ต้องการจะถ่ายทอดคลาดเคลื่อนนางนิดาได้ให้เหตุผลว่าที่ต้องการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นเพราะไม่ต้องการให้ความรู้สูญหายไปกับตนเอง อยากให้ความรู้ที่มีอยู่นั้นได้มีโอกาสนำไปใช้ประโยชน์กับลูกหลานในอนาคตทั้งในเรื่องการนำไปประกอบอาชีพ หรือนำไปใช้ดูแลรักษาสุขภาพ

การรับศิษย์ของนิดาจะไม่มีการรับศิษย์แบบเป็นทางการ แต่หากใครต้องการได้ความรู้จากนิดาก็สามารถมาขอความรู้ได้เลย ซึ่งก่อนอื่นหากใครก็ตามที่มีความประสงค์ต้องการจะเรียนรู้

วิชาการนวดจับเส้นกับนางนิดาต้องมาหานางนิดาที่บ้าน และแจ้งความประสงค์ที่ต้องการจะเรียนให้กับนางนิดาได้รับทราบก่อนล่วงหน้า จากนั้นนางนิดาจะจัดให้มีการไหว้ครูด้วยขันธ์ 5ซึ่งประกอบด้วยธูป 5 คู่ เทียน 5 คู่ และดอกไม้ที่เรียกกันว่าเป็นดอกไม้ที่มีความเป็นมงคล และต้องมีขนาดเล็ก ได้แก่ ดอกเข็ม ดอกบานไม่รู้โรย จำนวน 5 คู่ เนื่องจากต้องนำมาใส่ในจานเดียวกันจึงต้องใช้ดอกไม้ขนาดเล็กโดยผู้ที่จะมาขอเรียนจะต้องเป็นผู้ที่เตรียมขันธ์ 5 มาด้วยตนเอง เพื่อจะได้นำมาบูชาครูที่หิ้งพระในบ้านของนางนิดาเพื่อจะได้เป็นสิริมงคลแก่ท้งผู้ถ่ายทอดความรู้ และผู้รับการถ่ายทอดความรู้ อีกท้งผู้ที่มาเรียนจะต้องเป็นผู้ที่มีความอดทนในการเรียนรู้ เพราะอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้ที่นานซึ่งนางนิดาก็ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ เนื่องจากผู้ที่มาขอความรู้แต่ละคนนั้นมีความสามารถในการเรียนรู้ที่ไม่เท่ากัน และผู้ที่มาขอความรู้จะต้องใฝ่รู้เป็นอย่างมาก หากไม่เข้าใจตรงจุดใดหรือไม่เข้าใจเนื้อหาในเรื่องใดก็ให้รีบซักถาม เนื่องจากนางนิดาจะสาธิตให้ดูเท่านั้น และข้อสำคัญผู้ที่จะมาขอความรู้ต้องพูด และฟังภาษาอีสานได้คล่องแคล่วเพื่อจะได้สื่อสารกันได้ง่ายขึ้น เนื่องจากนางนิดาจะถนัดพูด และฟังภาษาอิสาน หากพูดภาษาทางราชการจะทำให้สื่อสารกันไม่เข้าใจ

ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายหรือค่าตอบแทนในการถ่ายทอดความรู้ให้นั้น นางนิดาบอกเล่าว่าไม่ได้เรียกร้องค่าเล่าเรียนจากผู้มาขอความรู้ แต่ถ้าหาผู้มาขอเรียนมีความประสงค์จะให้ก็ไม่ขัดข้องอะไร เนื่องจากว่านางนิดาไม่อยากให้วิชาความรู้ที่ตนเองมีอยู่สูญหายไปพร้อมกับตนเอง แต่ที่ไม่เรียกร้องค่าเล่าเรียนจากผู้มาขอเรียน เพราะ ไม่อยากจะเอาเปรียบผู้ที่มาขอความรู้ เพราะตัวนางนิดาเองไม่สามารถออกใบประกาศ หรือใบรับรองการอบรมที่จะใช้ในการประกอบอาชีพให้กับผู้มาขอเรียนได้ และในทุกวันนี้ก็มีสถาบันต่าง ๆ ที่เปิดอบรมเกี่ยวกับเรื่องการนวดไทยพร้อมกับให้ใบประกาศหรือใบรับรองการอบรมเป็นจำนวนมาก แต่นางนิดาก็มีความภาคภูมิใจในวิชาความรู้ของตนเองเพราะเป็นการนวดแบบจับเส้นที่ส่วนใหญ่สถาบันต่าง ๆ จะไม่ได้เปิดอบรม โดยมากแล้วมักจะเปิดสอนการนวดผ่อนคลายทั่วไป การนวดน้ำมัน การนวดฝ่าเท้า อีกท้งความรู้ที่มีก็เป็นความรู้ที่ได้มาจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนั้นหากใครสนใจจะมาขอความรู้นางนิดาก็ยินดีที่ถ่ายทอดให้เสมอ ปัจจุบันนี้ถึงแม้ว่านางนิดาไม่รับจ้างนวดแล้วแต่นางนิดาก็ยังนวดให้กับคนในครอบครัวอยู่เป็นบางครั้งบางคราว หากคนในครอบครัวมีอาการปวดเมื่อย หรือไม่สบายโดยส่วนใหญ่มักจะนวดให้กับหลานสาวที่เป็นลูกสาวคนเล็กของลูกชายคนโตของนางนิดาเนื่องจากนางนิดารู้สึกรัก และสนิทสนมกับหลานสาวคนนี้มากกว่าหลานสาวคนอื่น เพราะหลานสาวคนนี้เป็นเด็กดี มีความกตัญญู ช่วยแบ่งภาระให้กับพ่อแม่ และใช้ง่าย ถ้าหากหลานสาวสนใจที่จะรับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการนวดจับเส้นก็จะถ่ายทอดให้อย่างไม่ขัดข้อง แต่ในขณะนี้ต้องการให้หลานสาวตั้งใจเรียนหนังสือ และทุ่มเทสนใจในการเรียนหนังสือก่อน จากนั้นจะใช้ช่วงเวลาที่หลานสาวว่างถ่ายทอดความรู้ให้อย่างค่อย

เป็นด้วยกันด้วยการทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต เพราะทุกวันนี้หลานสาวก็มีทักษะในการนวดจับเส้นขั้นพื้นฐานมาบ้างแล้วจากการสังเกตการนวดของนางนิดาเอง ทำให้การถ่ายทอดความรู้เป็นไปได้ด้วยดี

การต่อยอดความรู้นั้นนางนิดาบอกเล่าว่าตนเองอ่านหนังสือไม่ออกเขียนหนังสือไม่เป็นจึงไม่สามารถบันทึกความรู้ที่มีอยู่ได้ นอกจากบอกเล่าให้ผู้อื่นฟังหากมีคนมาซักถามหรือสนใจ แต่เมื่อมีโอกาสได้เจอเพื่อนร่วมอาชีพ หรือผู้ที่มีความสนใจเรื่องการนวดจับเส้นก็มักจะแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกันด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กันอยู่เสมอนางนิดาได้ให้เหตุผลว่าวิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เช่นนี้ทำให้ได้ความรู้เพิ่มเติมเป็นอย่างมาก เพราะเชื่อว่าแต่ละคนก็จะมีประสบการณ์ที่น่าสนใจแตกต่างกันออกไปยิ่งพูดคุยกับหมอนวดจับเส้นสูงอายุด้วยกันก็ยิ่งได้ความรู้เพิ่มมากขึ้นเพราะหมอนวดจับเส้นสูงอายุก็มักจะมีประสบการณ์การรักษามาอย่างยาวนานซึ่งเรื่องที่ใช้พูดคุย หรือใช้ในการแลกเปลี่ยนกันก็จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการรักษาโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่ได้ หรือแพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าอาจจะมีโอกาสน้อยที่กลับมาเป็นปกติ เช่น โรคอัมพาต เป็นต้น นางนิดายังได้เล่าให้ฟังเพิ่มเติมอีกว่า การต่อยอดความรู้หรือการหาความรู้เพิ่มเติมนั้นควรทำเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือเรียกว่า “ทำให้เป็นนิสัย” เนื่องจากการต่อยอดความรู้จะทำให้มีความรู้ ความชำนาญในการรักษาโรคเพิ่มมากขึ้นด้วย

ความเห็นเกี่ยวกับอาชีพนี้ในอนาคต นางนิดาได้ให้ความเห็นว่าอาชีพนวดน่าจะไปได้ไกล เพราะหลานที่เป็นหลานของน้องสาวไปทำงานนวดสปาที่ประเทศญี่ปุ่นได้เงินเดือนเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งไม่ได้มาเรียนวิชาการนวดกับนางนิดาแต่ไปเรียนที่สถาบันสอนการนวดที่กรุงเทพฯและได้ใบประกอบวิชาชีพ ดังนั้นจึงคิดว่าผู้ที่ประกอบอาชีพนวดในปัจจุบันคงได้รายได้มากกว่าในอดีตและถือว่าเป็นอาชีพที่ดี

กรณีศึกษาที่ 3: พิยดา*

นางพิยดาอายุ 50 ปี เป็นคนตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกำเนิด พ่อและแม่ประกอบอาชีพเปิดร้านขายของชำเล็ก ๆ ในหมู่บ้านและรับจ้างทำนาควบคู่กันไป มีพี่น้องทั้งหมด 5 คนนางพิยดาเป็นลูกคนรองจบการศึกษาเพียงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เท่ากันกับพี่น้องทุกคน เพราะพ่อ และแม่ต้องการให้ลูก ๆ ทุกคนช่วยงานในครอบครัวมากกว่าไปเรียนหนังสือเพราะจะทำให้ขาดแรงงานในการทำงานให้กับครอบครัวและจะทำให้ครอบครัวมีรายได้ลดลงนางพิยดาไม่เคยรู้จักการนวดไทยที่มีรูปการนวดที่ถูกต้องมาก่อน หากแต่รู้จักแบบผิวเผินเพราะเคยบีบนวดให้กับพ่อและแม่บ้างเมื่อพ่อหรือแม่เรียกใช้แต่ก็นวดให้แบบไม่มีความรู้เรื่องการนวดที่ถูกต้องและเหมาะสม

เมืออายุประมาณ 20 ปี ได้สมรสกับสามีซึ่งสามีประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้าง มีลูกสาวด้วยกัน 2 คนทั้งสองคนจบการศึกษาเพียงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เพราะฐานะทางบ้านค่อนข้างยากจน และลูกสาวทั้งสองก็เรียนหนังสือได้ไม่เก่งลูกทั้งสองเลยตัดสินใจไม่เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายต่อทั้งคู่ โดยทั้งลูกสาวทั้งสองคนมีความตั้งใจทีจะทำงานมากกว่า เนื่องจากต้องการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว และต้องการแบ่งเบาภาระให้กับพ่อแม่ เพราะอย่างน้อยพ่อกับแม่จะได้ไม่ต้องรับภาระเลี้ยงดูค่าอาหารการกินในแต่ละวัน ลูกสาวคนโตอายุ 24 ปี ประกอบอาชีพเป็นพนักงานเสิร์ฟอาหารทีร้านอาหารในจังหวัดภูเก็ตโดยการชักชวนจากญาติ ส่วนลูกสาวคนเล็กอายุ 22 ปี ประกอบอาชีพขายลูกชิ้นปิ้งในหมู่บ้าน

ปัจจุบันนางพิยดาอาศัยอยู่กับสามี และลูกสาวคนเล็ก เมือก่อนนางพิยดาเปิดร้านขายของชำเล็กๆในหมู่บ้านโดยรับช่วงต่อจากพ่อกับแม่ เพราะพีน้องคนอืนๆได้แต่งงาน และแยกย้ายไปอยู่ทีอืนกันหมด แต่รายได้จากการขายของชำในหม่บ้านนั้นไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนืองจากค่าครองชีพในปัจจุบันนั้นสูงขึนกว่าในอดีตค่อนข้างมาก สามีของนางพิยดาก็อายุเพิมมากขึนทำงานได้ไม่มากเหมือนแต่ก่อนทำให้รายได้หลักในครอบครัว ส่วนใหญ่รายได้หลักจึงมาจากการขายของชำ ดังนั้นปี พ.ศ. 2548 นางพิยดาจึงตัดสินใจมาอบรมวิธีการนวดแผนไทยเพือประกอบอาชีพเป็นหมอนวดแผนไทยเราเพราะได้เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นนอกจากค่ารถ และค่าอาหารกลางวันเท่านั้น ซึงเป็นจำนวนไม่มากเมือเทียบกับการได้ความรู้เรืองการนวดไทยมาประกอบอาชีพเลียงดูครอบครัวอีกทั้งก็ยังมีคนในหมู่บ้านเดียวกันไปอบรมกันเป็นจำนวนมาก ดังนั้นนางพิยาดาจึงตัดสินใจไปอบรมการนวดแผนไทยอย่างไม่มีความลังเลใจเลย หลังจากทีได้ประกอบอาชีพนวดแผนไทยแล้วนางพิยดาก็มีรายได้จากการนวดแผนไทยต่อเดือนประมาณ 6000-7000 บาทซึงมากกว่าตอนทีเปิดร้านขายของชำในหมู่บ้านเกือบเท่าตัว นางพิยดามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี เพราะไม่ดืมเหล้า และสูบบุหรีทีต้องดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอนั้น เนืองจากการเป็นหมอนวดแผนไทยต้องดูแลสุขภาพตนเอง เพราะเวลานวดให้กับลูกค้าต้องอยู่ใกล้ชิดกับลูกค้ามากอาจจะทำให้ลูกค้าติดโรคได้ ซึงนางพิยดาจะต้องดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ประสบการณ์ในการนวดครั้งแรก คือการนวดฝึกงานหลังจากผ่านการอบรบจากสถาบันอบรมการนวดมาแล้วทีร้านนวดใกล้บ้าน และได้รับคำชมจากผู้มาทดลองใช้บริการเป็นอย่างดี

ทัศนะเกียวกับผู้สูงอายุของนางพิยดานางได้กล่าวว่า“คนมีอายุก็ยังหาเงินได้” นางพิยดาได้ให้เหตุผลว่าทุกวันนีตนเอง และสามีดูแลกัน และกันโดยทีไม่ต้องพึงพาลูกสาวทั้ง 2 คนเลย รู้สึกดีทีไม่ต้องเป็นภาระให้กับลูกทั้งสองอีกทั้งเข้าใจดีว่าลูกสาวทั้งสองคนจบการศึกษาไม่สูงทำให้งานทีทำเป็นงานทีได้เงินไม่มากจึงไม่เสียใจทีลูก ๆ ไม่สามารถดูแลตนเอง และสามีได้แต่ก็ดีใจทีลูกประกอบอาชีพสุจริต และเป็นคนดีของสังคมไม่ได้ทำตัวเป็นปัญหาของสังคม นางพิยดายังได้พูดถึง

ความสำคัญของผู้สูงอายุไว้ว่าผู้สูงอายุยังมีความสำคัญ เพราะยังสามารถดูแลลูกได้เสมอถ้าลูกต้องการ เมื่อให้นางพิยดาเปรียบเทียบสุขภาพกาย และจิตระหว่างผู้สูงอายุในอดีต และปัจจุบันนั้นว่าแตกต่างกันอย่างไรนางพิยดาก็ตอบว่า “ไม่แตกต่างกัน แล้วแต่การดูแลตัวเอง แล้วแต่การกินอยู่ในแต่ละวัน และการทำใจยอมรับสิ่งที่ไม่ดี อย่าเครียด”

นางพิยดาได้เรียนวิชาการนวดมาจากศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานที่กรมจัดหางานของจังหวัดอุดรธานีจัดขึ้นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ระยะเวลาในการเรียนประมาณ 3 เดือนเรียนครั้งละ 30 คน เรียนตั้งแต่เวลา 08.00-16.00น. ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เริ่มเรียนนวด เมื่อประมาณปีพ.ศ. 2548 เนื่องจากรายได้ในครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย กอปรกับเพื่อนแนะนำให้มาอบรมและทราบว่าไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นจึงสนใจที่จะมาอบรมหลักสูตรการนวดที่ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานที่ได้จัดขึ้น อาจารย์ที่มาเป็นผู้อบรมการนวดในขณะนั้นอายุประมาณ 50 ปีโดยแบ่งให้เรียนภาคทฤษฎี 1 เดือนที่มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี และเรียนภาคปฏิบัติที่ลานฝึกในบ้านของอาจารย์ประมาณ 2 เดือน เมื่อเรียนครบหลักสูตรก็จะได้รับใบประกาศจากจากศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานสามารถประกอบวิชาชีพได้ และได้มีการเรียนเรื่องประคบสมุนไพรมาบางส่วนแต่ไม่ละเอียดเหมือนกับการนวดโดยสถาบันการฝึกอบรมแห่งนี้ได้ถูกหน่วยงานกลางจากภาครัฐเข้ามาประเมินวิธีการอบรมอยู่เสมอ ๆ การอบรมจะเปิดอบรม 4 ครั้งต่อปี กล่าวคือหลังจากที่รุ่นหนึ่งๆจบไปแล้วก็จะเว้นให้มีการรับสมัครประมาณ 15 วันจากนั้นก็จะเริ่มการอบรม และเป็นเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนครบ 4 ครั้งใน 1 ปีผู้ที่มาอบรมส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงอายุราว 30-50 ปี ตอนที่เริ่มเรียนนวดครั้งแรกกับสถาบันที่อบรมการนวด ผู้อบรมทุกคนต้องมี “กา รขึ้นครู” ซึ่งหมายถึง การไหว้ครูในครั้งแรกของการเรียนนวด โดยจะไว้ในวันพฤหัสบดี ประกอบไปด้วย ดอกไม้ชนิดใดก็ได้ที่เชื่อกันว่าเป็นดอกไม้ที่มีความเป็นสิริมงคล ธูป 3 ดอก เทียน 2 เล่ม หญ้าแพรก และมะเขือ จากนั้นทุกครั้งก่อนจะทำการนวดนางพิยดาจะพนมมือขึ้นเหนือศีรษะประมาณ 2-3 วินาทีซึ่งเป็นการไหว้ครูเพื่อให้เกิดขวัญ กำลังใจและเป็นการทำสมาธิก่อนการนวดอีกด้วย

ปัจจุบันนางพิยดารับจ้างนวดแผนไทยที่สวนสาธารณะหนองประจักษ์ โดยเช่าที่กับทางเทศบาลนครอุดรธานีวันละ30 บาท กลุ่มของนางพิยดามีอยู่ด้วยกัน 5 คนซึ่งเป็นคนที่มาจากหมู่บ้านเดียวกันทั้งหมด ทางกลุ่มจะเปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 16.00-22.00น.ในทุก ๆ วัน โดยทั่วไปผู้นวด 1 คนจะมีลูกค้ามาใช้บริการประมาณ 3 คนในวันธรรมดา ถ้าเป็นวันศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์จะมีลูกค้ามาใช้บริการประมาณ 5 คนต่อผู้นวด 1 คน คิดราคาค่านวดชั่วโมงละ 100 บาท แต่นางพิยดาจะหักเงินจากผู้นวดในกลุ่ม คนละ 20 บาทในชั่งโมงแรกของการนวดถึงแม้จะนวดให้กับลูกค้ารายแรก 2 ชั่วโมงก็คิดแค่ 20 บาท เพราะนางพิยดาเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้แก่ ค่าเช่าที่ ค่าไฟ ค่าน้ำ

ดีม ลูกค้าทีมาใช้บริการส่วนใหญ่อายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่มักจะมาใช้บริการการนวดตัว

โดยการนวดทีนางพิยดานวดนั้นเรียกว่าการนวดแบบเชลยศักดิ์เป็นการนวดแบบทั่วไปโดยจะใช้ อุ้งมือ ข้อศอก เข่า การเหยียบ การกดด้วยนิ้วมือในการนวด และสามารถคร่อมตัวผู้ถูกนวดด้วย วิธีการนวดนั้นจะแล้วแต่ตามความถนัดของผู้นวดจะใช้ส่วนใดของร่างกายในการนวดก็ได้ ทีเลือกการนวดแบบเชลยศักดิ์มานวดให้กับลูกค้า เพราะว่าทำให้นวดได้ง่ายขึ้นไม่ต้องเกร็ง เนื่องจากการนวดอีกแบบหนึ่งทีเรียกกันว่า การนวดแบบราชสำนักจะใช้นิ้วโป้งในการนวดเท่านั้นและเวลานวดผู้นวดจะต้องนั่งพับเพียบนวดเพียงอย่างเดียว และต้องห่างจากผู้ถูกนวดประมาณ 1 ศอกเป็นการนวดกดจุดรักษาเวลาเคลื่อนตัวก็จะใช้วิธีการคลานเข่าเท่านั้นมักจะใช้กับพระมหากษัตริย์หรือขุนนางในสมัยก่อนวิธีการนวดอย่างนางลดาและนางนิดาเรียกว่าเป็นการนวดแบบเชลยศักดิ์เช่นกัน วิธีการนวดของนางพิยดาจะใช้การกดจากอุ้งมือและการบีบเป็นหลักในส่วนการนวดขาท่อนบนอาจจะใช้การเหยียบบ้างหากผู้ถูกนวดอนุญาต ในการนวดบ่าบางครั้งจะใช้ศอกในการคลึง ส่วนบริเวณศีรษะมักจะใช้การกดเสมอ การดัดจะใช้ในส่วนแขนและเอว การนวดของนางพิยดาจะเป็นการนวดเพื่อความผ่อนคลายเท่านั้น แต่ละจุดจะกดนึงนาน 5-10 วินาทีและจะนวดซ้ำบริเวณทีเดิมอีกประมาณ 3-5 รอบ เช่น นวดขาครบทุกจุดในรอบแรกก็จะต้องนวดทุกจุดซ้ำในรอบสองและสามด้วยการกดด้วยอุ้งมือสำหรับผู้ทีไม่เคยได้รับบริการการนวดมาก่อนเพราะอาจจะทำให้ช้าและเคล็ดขัดยอกได้ง่าย

ข้อห้ามในการนวด มีดังนี้ จะไม่นวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพราะจะทำให้เชื้อกระจายได้ง่าย โดยก่อนนวดทุกครั้งจะสอบถามผู้มานวดก่อนเสมอ คนทีเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากๆจะไม่สามารถรับบริการการนวดได้ เพราะอาจจะทำให้หายใจไม่ทันในบางท่านวด ส่วนคนทีเป็นโรคเบาหวานสามารถมาใช้บริการการนวดได้ แต่จะต้องไม่ลงน้ำหนักมือแรงจนเกินไปเพราะจะทำให้มีแผลฟกช้ำ และมีอาการช้ำในได้ ผู้ถูกนวดทีมีอายุประมาณ 50 ปีขึ้นไปจะไม่ใช้วิธีการดัดเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเป็นโรคกระดูกพรุน

ในเรื่องการประคบสมุนไพรนั้นนางพิยดาไม่ได้ทำประคบสมุนไพรขึ้นมาเอง เพราะไม่แน่ใจว่าต้องมีสมุนไพรชนิดใดบ้าง อีกทั้งการหาซื้อลูกประคบในปัจจุบันก็สามารถหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง นางพิยดาเล่าถึงวิธีการประคบสมุนไพรไว้ว่า ทุกครั้งก่อนทีจะทำการประคบจะต้องทำการทดสอบความร้อนบริเวณหลังมือของผู้ประคบก่อนเสมอ เพื่อลูกประคบจะได้ไม่ร้อนเกินไปขณะทำการประคบ เมื่อทำการประคบจะไม่แช่ลูกประคบไว้เป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้ลูกประคบลวกผิวหนังจนเกิดอาการพุพองได้โดยในช่วงแรกของการประคบลูกประคบจะร้อนมาก ๆ จะทำให้การประคบในช่วงแรกต้องประคบในแต่ละจุดค่อนข้างเร็ว พอลูกประคบเริมอุ่นจึงค่อย

ประคบช้าลงได้ ประคบช้าๆไปเรือย ๆ จนลูกประคบไม่ร้อนแล้วจึงเปลี่ยนลูกประคบลูกที่2 ที่นึ่งอยู่ในหม้อนึ่งมาเปลี่ยนประคบต่อนำลูกแรกไปวางที่หม้อนึ่งต่อไป เพราะหากลูกประคบไม่ร้อนจะทำให้การประคบไม่ได้ผลดี

ลูกประคบที่ใช้แล้วสามารถเก็บใส่ตู้เย็น และเอาไว้ใช้ครั้งต่อไปได้โดยดูจากสี และกลิ่นของลูกประคบ เพราะหากลูกประคบมีสีที่จืดมากกว่าเดิม หรือมีกลิ่นบูดไม่ควรนำมาใช้ วิธีการเก็บลูกประคบอีกวิธีหนึ่งที่ได้ผลดีก็คือ เมื่อใช้แล้วก็แกะลูกประคบออกจากผ้า และนำมาตากแดดทิ้งไว้จนกว่าจะแห้ง และนำผ้าไปห่อ และมัดปลายให้เหมือนเดิม ลูกประคบที่เคยใช้แล้วก็จะเหมือนลูกประคบใหม่ ลูกประคบลูกนึ่งใช้ได้ประมาณ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาประคบนานเกือบ 1 ชั่วโมง ข้อห้ามในการประคบคือ ห้ามประคบในเด็กที่ยังเล็กมาก ๆ เพราะผิวเด็กจะอ่อนมากอาจจะทำให้เกิดแผลพุพองได้ง่าย การประคบให้ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะผู้ที่ป่วยเป็นอัมพาตจะไม่มีความรู้สึก หรือรู้สึกช้า การประคบควรระมัดระวังเป็นอย่างมากอย่าให้ร้อนจนเกินไป เพราะผู้ป่วยเป็นอัมพาตจะไม่สามารถบอกได้ว่าลูกประคบนั้นร้อนเกินไปหรือไม่

การถ่ายทอดความรู้ของนางพิยดาส่วนใหญ่นางพิยดาจะไม่ค่อยอยากรับลูกศิษย์โดยนางพิยดาให้เหตุผลว่า “เป็นคนรับลูกศิษย์น้อย เพราะฉันออกใบประกาศให้เขาไม่ได้ฉันเลยไม่อยากสอนเขา” กล่าวคือที่นางพิยดาไม่รับลูกศิษย์แม้จะมีคนมาขอเรียนบ่อย ๆ เนื่องจากเห็นว่าเป็นหัวหน้ากลุ่มในการนวดของซุ้มนวดนี้ทำให้มีคนรู้จักแต่ที่ไม่รับ เพราะว่าไม่สามารถออกใบประกาศผ่านการอบรมการนวดให้กับผู้มาขอเรียนได้ทำให้ผู้ขอเรียนไม่สามารถนำไปประกอบอาชีพได้อย่างเปิดเผย แต่นางพิยดาเล่าให้ฟังว่าตนเองมีลูกศิษย์ที่มาขอเรียน และตนได้ถ่ายทอดความรู้ให้ประมาณ 3 คน ซึ่งทั้ง 3 คนเป็นคนในหมู่บ้านเดียวกันที่มีสามีเป็นชาวต่างชาติพวกเธอต้องการเรียนวิธีการนวดเพื่อสำหรับเอาไว้ดูแลสามีชาวต่างชาติที่ชอบการนวดไทยเป็นอย่างมาก โดยใช้ระยะเวลาในการสอนแบบรวบรัดประมาณ 2 สัปดาห์ ซึ่งไม่มีการเรียนในภาคทฤษฎีเลยจะเน้นการเรียนในภาคปฏิบัติด้วยการสาธิตให้ดูจากนั้นก็ให้ผู้ที่มาขอเรียนจับคู่กันอีกคนหนึ่งไม่มีคู่ก็จะไปขอความร่วมมือคนรู้จักให้มาเป็นคู่ในการปฏิบัติให้ ค่าตอบแทนที่ได้รับประมาณ 6,000 บาทต่อคนแต่นางพิยดาไม่ได้คิดค่าสอนนวดไว้ล่วงหน้าแต่เป็นข้อตกลงของกลุ่มผู้ที่มาขอเรียนที่ตัดสินใจจ่ายเงินค่าตอบแทนในราคานี้ที่นางพิยดาตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ให้ เพราะคิดว่าคนกลุ่มนี้ไม่ต้องการใบประกาศในการประกอบวิชาชีพแต่เป็นการใช้นวดให้กับคนในครอบครัวจึงทำให้นางพิยดาคิดว่าตนเองไม่ได้เอาเปรียบผู้เรียนจึงตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เรียนกลุ่มนี้ การถ่ายทอดความรู้ของนางพิยดาจะมีลักษณะที่จะเน้นการทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิตและให้ผู้ขอความรู้นั้นปฏิบัติตามการสาธิตพร้อมการอธิบายขณะทำการสาธิตอีกด้วย นางพิยดาไม่ได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ที่มีให้กับคนในครอบครัวเลย เพราะคนในครอบครัวไม่มีใครสนใจแต่เมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วย หรือมีอาการเมื่อยล้าจาก

การทำงาน นางพิยดาก็จะดูแลสุขภาพด้วยการนวดให้อยู่เป็นประจำ ดังนั้น โอกาสในการถ่ายทอดความรู้ของนางพิยดา ก็คือ เมื่อมีผู้มาขอความรู้ก็จะถ่ายทอดให้เพราะถือว่าได้รับการให้เกียรติ ยกย่องให้เป็นครู แต่จะไม่ต้องไม่ได้นำไปประกอบอาชีพ เพราะไม่สามารถออกใบประกาศรับรองการฝึกอบรมให้ได้ ในส่วนค่าตอบแทนก็ไม่ได้เรียกร้องแต่ถ้าให้ก็จะรับไว้เพราะอยากได้รายได้เพิ่มเติมเพื่อนำมาดูแลคนในครอบครัว

การต่อยอดความรู้ หรือการเรียนรู้เพิ่มเติมนางพิยดาจะทำเมื่อมีโอกาสได้พบเจอ หรือพูดคุยกับผู้ที่มีอายุมากกว่า เพราะคิดว่าผู้ที่มีอายุมากกว่านั้นน่าจะมีประสบการณ์มาอย่างยาวนาน แต่จะไม่มีการจดบันทึกหรือตีพิมพ์ใด ๆ นอกจากนำไปบอกต่อให้กับเพื่อนที่สนิทสนมกันได้รู้เท่านั้น

ความเห็นเกียวกับอาชีพนี้ในอนาคต นางพิยดาได้ให้ความเห็นว่าอาชีพนวดน่าจะดีเพราะชาวต่างชาตินิยมการนวดแบบไทยทำให้คนไทยมีช่องทางในการทำมาหากิน และทุกวันนี้อาชีพนวดก็สร้างรายได้เป็นที่น่าพอใจให้กับตนเอง รู้สึกดีใจที่รัฐบาลช่วยเหลือประชาชนด้วยการจัดอบรมการนวดไทยฟรีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายผ่านทางศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานทำให้คนจน คนไม่มีอาชีพ และผู้สูงอายุมีช่องทางในการสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว ตลอดจนอยากให้รัฐบาลสนับสนุนให้มีการอบรมอย่างนี้ตลอดไป

4.5 ความรู้การนวดไทยและการประคบสมุนไพร

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้สัมภาณ์ผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร จำนวน 15 คน โดยประเด็นที่นำเสนอ ได้แก่

4.5.1 ความรู้เรื่องการนวดไทย

4.5.2 ข้อห้ามของการนวด

4.5.3 ประโยชน์ของการนวด

4.5.4 ความรู้เรื่องการประคบสมุนไพร

ทั้ง 4 ประเด็นที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น มีรายละเอียดทั้งหมด ดังนี้

4.5.1 ความรู้เรื่องการนวดไทย

การที่คนเราจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างซึ่งสามารถสรุปเป็นองค์ประกอบได้ 4 อย่างด้วยกัน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การนวดนี้เป็นวิธีการอย่างหนึ่งซึ่งสามารถบรรลุหลักการ หรือองค์ประกอบทั้ง 4 นี้ได้กล่าวคือ

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การพยายามเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และจิตใจให้สมบูรณ์อยู่ตลอดเวลา การทำการนวดเป็นประจำทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปทั่วร่างกาย การนวดจะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ในทางตรง และเป็นผลให้อายุยาวในทางอ้อม เนื่องจากปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

2. ด้านการป้องกันโรค การนวดมีส่วนช่วยในด้านการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ร่างกายพร้อมที่จะต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บในกรณีของผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้สูงอายุที่ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานการนวดช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามสันที่ผิวหนังหุ้มระดูกอยู่ได้

3. การรักษา การนวดรักษา คือการนวดตามจุดต่าง ๆ เช่น จุดตามตำราการนวดดั้งเดิมของไทย หรือจุดฝังเข็ม เป็นต้น การนวดฝ่าเท้าทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในส่วนอื่นของร่างกาย การนวดกล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็นที่แพลงจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้เร็วขึ้น

4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง หลังจากหายจากโรคแล้วสามารถกลับเข้าสู่สังคมที่ตนเองอยู่ได้แล้ว บุคคลที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ คนพิการ และผู้เป็นโรคเรื้อรัง การนวดช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยังเหลืออยู่นำมาใช้งานได้ เพื่อช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

จากการศึกษาสามารถแบ่งประเภทของการนวดได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ การนวดจับเส้นและการนวดผ่อนคลาย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.5.1.1 การนวดจับเส้น

การนวดจับเส้นเป็นการนวดรักษาโรค เช่น ข้อเท้าแพลง ปวดหลัง กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เป็นต้น ซึ่งจะใช้วิธีการกดโดยมักจะใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่ส่วนจุดนวดต่าง ๆ ตามร่างกายเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว และให้เลือดถูกขับออกมาจากหลอดเลือดบริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดลงเลือดก็จะพุ่งออกมาเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดทำหน้าที่ได้ดีช่วยการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้รวดเร็วขึ้น ระหว่างที่กดก็จะมีการคลึงด้วยนิ้วมือเป็นลักษณะวงกลมเพื่อให้ลึกถึงกล้ามเนื้อ และให้กล้ามเนื้อได้เคลื่อนไปมาด้วย การคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกไปจากบริเวณนั้น และมีเลือดใหม่มาแทนที่ช่วยในการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลือง การนวดจับเส้นจะเป็นการนวดรักษาโรคของคนโบราณมานานมากแล้วซึ่งปัจจุบันการนวดจับเส้นมีน้อยลงแต่จะเป็นการนวดผ่อนคลายเพิ่มมากขึ้น

1) การวินิจฉัยโรค ก่อนที่จะมีการนวดจับเส้นเพื่อรักษาโรคก็มักจะต้องมีการสอบถามประวัติผู้ป่วย โรคประจำตัว อาการของโรคที่เป็น และพฤติกรรมการบริโภค ดังนี้

(1) เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ เนื่องจากคนที่ป่วยเป็นโรคเหวานนั้นผู้นวดจะต้องนวดรักษาด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างมาก เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเป็นแผลได้

ง่าย และจะหายได้ช้า การนวดแรงจนเกินไปอาจจะทำให้ร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานเกิดอาการช้ำมากกว่าคนปกติ

(2) เป็นโรคผิวหนังหรือไม่ เนื่องผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนังบางชนิดเมื่อได้รับการนวดอาจจะทำให้โรคผิวหนังชนิดนั้นลุกลามเพิ่มมากขึ้นและอาจจะทำให้ผู้นวดติดโรคได้

(3) ตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ เพราะถ้าหากตั้งครรภ์อยู่ผู้นวดจะไม่นวดบริเวณท้องของผู้ป่วยเพราะอาจจะทำให้กระทบเทือนต่อเด็กในครรภ์หรือหากนวดแรงเกินไปก็อาจเป็นอันตรายต่อเด็กในครรภ์ได้

(4) เคยนวดจับเส้นมาก่อนหรือไม่ หากไม่เคยนวดจับเส้นมาก่อนผู้นวดจะได้ทราบว่าจะต้องออกแรงนวดในระดับใด เพราะถ้าไม่เคยนวดมาก่อนจะออกแรงการนวดในระดับเบาถึงปานกลางจะได้ไม่เกิดแผลฟกช้ำ หากเคยนวดจับเส้นมาก่อนผู้นวดก็จะได้กล้าออกแรงนวดเพิ่มขึ้นในบางจุดที่เส้นจมลึกได้

(5) มีอาการร้อนใน หรือตัวบวมหรือไม่ เพราะการนวดอาจจะทำให้เลือดสูบฉีดแรงเกิดอาการร้อนเพิ่มมากขึ้นจนทำให้ช็อคหมดสติได้

(6) รับประทานอาหารที่ส่งผลให้เลือดลมติดขัดหรือไม่ เช่น ไข่ ไก่งวง ไก่ต๊อก วัว ดักแด้ กุ้ง ปลาโด ผักชะอม ปลาค้าว เต่า และตะพาบมียูริกมากมีผลต่อกระแสเลือด เป็ดเทศทำให้ขาบวม เป็นต้น โดยต้องหยุดพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นก่อน เพราะไม่เช่นนั้นการนวดจับเส้นก็ไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคได้

2) การเตรียมตัวของผู้นวด

(1) รักษาสุขภาพของตนให้ดีทั้งทางกายและทางใจ เพราะถ้ารักษาตนให้มีสุขขภาพดีไม่ได้แล้วก็คงไม่สามารถรักษาโรคให้ใครได้ เช่น การแต่งกายให้สะอาด รักษาความสะอาดด้านร่างกาย ไม่ให้มีกลิ่นตัว กลิ่นปาก ฯลฯ

(2) ตัดเล็บให้สั้น และทำความสะอาดเสมอ ตรงจุดนี้มีความสำคัญเป็นอย่าง เพราะการนวดต้องใช้มือสัมผัสผิวผู้ป่วย การตัดเล็บให้สั้นเพื่อป้องกันไม่เล็บไปขีดข่วนผู้ป่วย

(3) ถ้าไม่สบายไม่ควรรักษาเพราะจะไม่ได้ผลในการรักษา และอาจทำให้ผู้ป่วยติดโรคเพิ่มมากขึ้นไปอีก นับว่าเป็นการทำร้ายผู้ป่วยอย่างหนึ่ง

(4) ต้องมีคุณธรรมและมารยาท ด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของตนให้เต็มความสามารถเพื่อให้คนไข้หายดีที่สุด หายเร็วที่สุด เสียเงินน้อยที่สุด

(5) เมื่อมีอาการปวดนิ้วมือหลังการนวด ควรแช่มือในน้ำอุ่นเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายจากนั้นนวด และคลึงบริเวณเมือและรอบๆข้อนิ้วมือ

3) ต้องรู้ถึงระบบกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อในร่างกายเป็นอย่างดี

(1) กระดูกของคนเรามีทั้งหมด 206 ชิ้นถ้าแบ่งตามลักษณะของกระดูกสามารถแบ่งได้ ดังนี้

กระดูกยาว ได้แก่ กระดูกแขน กระดูกขา

กระดูกสั้น ได้แก่ กระดูกข้อมือ กระดูกข้อเท้า

กระดูกแบน ได้แก่ กระดูกซี่โครง กระดูกอก กระดูกสะบัก

กระดูกที่มีรูปร่างไม่แน่นอนได้แก่ กะโหลกศีรษะ สันหลัง

(2) ข้อต่อเป็นส่วนที่ปลายกระดูกมาต่อกัน โดยมีกระดูกอ่อนบุอยู่ที่ปลายกระดูกทั้งสอง มีพังผืดหุ้มรอบข้อต่อ เกิดเป็นช่องว่าง ภายในมีน้ำไขข้อ ยาบางชนิดที่ฉีดเข้าข้อโดยตรงจะทำลายกระดูกอ่อนได้ ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น การนวดมีส่วนช่วยให้ยาและอาหารซึมผ่านข้อต่อได้เร็วขึ้น และมักไม่มีผลเสียใด ๆ สามารถแบ่ง ๆ ได้ 3 ประเภท ได้แก่

เคลื่อนไหวแบบบานพับ เช่น ข้อศอก ข้อเข่า

เคลื่อนไหว 2 ระนาบ เช่น ข้อมือ

เคลื่อนไหว 3 ระนาบ เช่น ข้อไหล่ ข้อสะโพก มีท้งงอเข้า เหยียดออก กางออก หุบเข้า หมุนเข้าใน หมุนออกนอก

(3) กล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 3ชนิด ได้แก่ กล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อที่เกียวข้องกับการนวดมากที่สุด ได้แก่ กล้ามเนื้อลาย

กล้ามเนื้อลาย จะเกาะติดอยู่บนกระดูกหรือเป็นพังผืดยึดกับกระดูก ตามใบหน้า ลำตัว และแขน ขา สามารถสั่งงานให้ทำได้

กล้ามเนื้อเรียบ เป็นกล้ามเนื้อที่ไม่สามารถสั่งให้ทำงานได้ เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ หลอดเลือด

กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นกล้ามเนื้อลายแต่ไม่สามารถสั่งงานให้ทำได้

4) วิธีการนวดจับเส้น ส่วนใหญ่แม้จะปวดเฉพาะจุดก็มักจะนวดทั้งตัว เพราะว่าเส้นเอ็นในร่างกายมีการเชื่อมโยงถึงกันทั่วร่างกาย โดยมีขั้นตอนในการนวดที่สามารถสรุปได้ ดังนี้

นอนหงาย

(1) นวดเท้า (นวดตามร่องกระดูกและกดปลายเท้าขึ้น-ลงไปเรื่อยๆทำสลับกันไปเช่นนี้ทั้งเท้าข้างซ้ายและเท้าข้างขวา)

(2) นวดขา -เริ่มกดห่างจากข้อเท้าประมาณ 1 คืบมือ ใช้นิ้วโป้งกดบริเวณที่ชิดกระดูกสันหน้าแข้งนอกด้านซ้ายไปตลอดแนวยาวของหน้าแข้ง กดจากห่างจากข้อเท้า

ประมาณ 1 คืบมือ ใช้นิ้วโป้งกดบริเวณที่ชิดกระดูกสันหน้าแข้งนอกด้านขวา กดด้วยนิ้วหัวแม่มือขวาและซ้ายพร้อมๆกันไล่ไปจนเกือบถึงหัวเข่า

-กดจากข้อต่อบริเวณหัวเข่าทั้งเป็นแนวยาวคู่ขนานกัน 2เส้น ไปจนถึงต้นขาต่ำกว่าสะโพกเล็กน้อย กดด้วยนิ้วหัวแม่มือขวา และซ้ายพร้อม ๆ กัน

นอนคว่ำ

(3) นวดขา เริ่มจากเอ็นร้อยหวายไปจนถึงก้น กดด้วยนิ้วหัวแม่มือขวาและซ้ายพร้อมๆกัน บางครั้งในอุ้งมือกดแทนการใช้นิ้วมือกด

ลุกขึ้นนั่ง

(4) นวดหลัง กดจากกลางสะบักลงมาแยกมือทั้งสองข้างนวดตามแนวชิดเส้นกระดูกสันหลังประมาณ 2 นิ้ว กดตรงร่องกล้ามเนื้อจนถึงจุดร่องกล้ามเนื้อทั้งสองข้างที่ร่องบั้นเอว กดขึ้นลงสลับกันไป ในบางครั้งใช้อุ้งมือในการกดแทนการใช้นิ้วมือกดทั้งด้านขวา และซ้ายพร้อมๆกัน

(5) นวดบ่า กดบริเวณร่องบ่าทั้งสองโดยเส้นจะไปถึงสันหลัง ใช้มือบีบไหล่สลับกับการกดเส้นบริเวณร่องบ่าทั้งสองข้าง ทำไปพร้อม ๆ กันทั้งสองข้าง

(6) นวดแขน -หงายมือ เหนือข้อมือเล็กน้อยกดเส้นเอ็นตามแนวนิ้วกลางไปจนถึงต้นแขน และเหนือข้อมือเล็กน้อยกดเส้นเอ็นตามแนวนิ้วก้อยไปจนถึงต้นแขนบริเวณใต้รักแร้ นวดขึ้น-ลงสลับกันไปเรื่อย ๆ

-คว่ำมือ เหนือข้อมือเล็กน้อยกดเส้นเอ็นตามแนวนิ้วกลางไปจนถึงร่องกล้ามเนื้อสามเหลี่ยมต้นแขน นวดขึ้น-ลงสลับกันไป

(7) นวดมือ นวดตามร่องกระดูกมือทั้ง 4 ร่อง ทั้งคว่ำมือ และหงายมือ กดและคลึงใจกลางมือ จากนั้นบีบมือออกแรงเล็กน้อยเป็นการบริหารมือ

(8) นวดศีรษะ -ด้านหลังศีรษะ บริเวณใต้ท้ายทอยตรงบริเวณร่องกล้ามเนื้อทั้ง 3 จุด ใช้นิ้วกดทั้งสองจุดซ้ายและขวาพร้อมกัน จากนั้นเปลี่ยนมือข้างที่ถนัดกดจุดที่สามที่เป็นจุดตรงกลางระหว่างจุดที่หนึ่งกับจุดที่สอง โดยมือที่ไม่ถนัดยังกดจุดเดิมเอาไว้อยู่ จากนั้นเปลี่ยนมือที่ถนัดมากดจุดที่สามและใช้มือที่ถนัดกลับไปกดจุดเดิมในตอนแรก

-บริเวณหน้า บริเวณใต้หัวคิ้วสองจุด ระหว่างคิ้วหนึ่งจุด ใช้นิ้วมือคลึงเบาเป็นวงกลม ใช้นิ้วกดทั้งสองจุดซ้ายและขวาพร้อมกัน จากนั้นเปลี่ยนมือข้างที่ถนัดกดจุดที่สามที่เป็นจุดตรงกลางระหว่างจุดที่หนึ่งกับจุดที่สอง โดยมือที่ไม่ถนัดยังกดจุดเดิมเอาไว้อยู่ จากนั้นเปลี่ยนมือที่ถนัดมากดจุดที่สาม และใช้มือที่ถนัดกลับไปกดจุดเดิมในตอนแรก

(9) นวดท้อง กดรอบๆสะดือตามเข็มนาฬิกา โดยจะไม่กดแรงใช้แรงในการกดระดับปานกลางเท่านั้น เพราะหากกดแรงอาจจะทำให้กระทบกระเทือนถึงตับและไตได้

แต่ละจุดจะกดนิ่งนาน 5-10 วินาที และจะนวดซ้ำบริเวณที่เดิมอีกประมาณ 3-5รอบ เช่นนวดขาครบทุกจุดในรอบแรก ก็จะต้องนวดทุกจุดซ้ำในรอบสองและสามด้วยการกด และการคลึง จะกดและคลึงเบา ๆ สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับบริการการนวดมาก่อน เพราะอาจจะทำให้ช้ำและเคล็ดขัดยอกได้ง่าย

หมอนวดจับเส้นบางคนมีความเชื่อเกี่ยวกับเส้น ดังนี้ เส้นในที่นี้จะหมายถึง เส้นเลือดลมที่มีผลต่อการไหลเวียนของเลือดหรือการสั่งงานต่างๆที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหรือลมปราณซึ่งจะทำให้มีผลต่ออวัยวะภายในต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละเส้นด้วยโดยเส้นมีอยู่ทั้งหมด 5 เส้น ได้แก่ เส้นดำ เส้นแดง เส้นน้ำเหลือง เส้นน้ำมัน และเส้นเชื่อม สาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการบริโภค เช่น อายุมากแต่ชอบดื่มน้ำอัดลม และน้ำเย็นมาก เป็นต้น การแพทย์ปัจจุบันเรียกปัญหานี้ว่า “Embolism” ปัญหาเกี่ยวกับเส้นได้แก่ เส้นจม เส้นขี้กัน เส้นคอเรสเตอรอล เส้นกะทิ เส้นกระดาน เส้นแบน โดยจะใช้ไม้นวดที่ทำจากไม้มะขามเนื่องจากไม้มะขามนั้นไม่มีเสี้ยนยาวประมาณ 6 นิ้ว และใช้ค้อนยางขนาดเล็กมีความกว้างประมาณนิ้วครึ่ง ใช้ทุบแทนอุ้งมือ เพราะการทุบเส้นด้วยมือจะทำให้เจ็บมือ และเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย หรือบางครั้งเส้นอยู่ลึกต้องใช้แรงในการเคาะค่อนข้างมากจึงใช้ไม้มะขาม และค้อนยางมาช่วยแทน ที่ใช้ไม้ทุบเบา ๆ เพราะเส้นจะฟูขึ้นแล้วจึงสามารถใช้นิ้วสะกิดเส้นที่จม หรือพลิกขึ้นมาให้อยู่ในลักษณะปกติเช่นเดิม

4.5.1.2 การนวดผ่อนคลาย

การนวดผ่อนคลายเป็นการนวดเพื่อการผ่อนคลาย และลดอาการเมื่อยล้าของร่างกายจากการทำงานซึ่งใช้ลักษณะการนวดที่แตกต่างกันออกไปแล้ว แต่ความถนัดของผู้นวดส่วนมากจะใช้วิธีการบีบการบีบเป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือแล้วออกแรงบีบที่กล้ามเนื้อเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อช่วยให้หายจากอาการเมื่อยล้า และการบีบยังช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย ในบางท่านวดก็จะใช้วิธีการดึง ดัด และการสับ ยกตัวอย่างเช่น การดึงนิ้วมือ การดึงเป็นการออกแรงเพื่อที่จะยืดเส้นเอ็นของกล้ามเนื้อหรือพังผืดของข้อต่อที่หดสั้นเข้าไปให้ออกมา เพื่อให้ส่วนนั้นทำหน้าที่ได้ตามปกติ ในการดึงข้อต่อมักจะได้ยินเสียงลั่นในข้อซึ่งแสดงว่าการดึงนั้นได้ผล เป็นต้น

1) การเตรียมตัวของผู้นวด

(1) รักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เพราะเมื่อเวลานวดผู้นวดจะต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้นวด หากมีอาการเจ็บป่วยอาจจะทำให้ผู้ถูกนวดเจ็บป่วยตามไปด้วย

(2) รักษาความสะอาดอยู่เสมอ เช่น ล้างมือให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น รักษาความสะอาดไม่ได้มีกลิ่นปาก และกลิ่นตัว

(3) มีสมาธิในการนวดทุกครั้ง เพราะการนวดให้ประสิทธิภาพต้องมีสมาธิอยู่เสมอ

(4) ฝึกนิ้วมือให้แข็งแรงอยู่เสมอด้วยการขยำดินน้ำมัน หรือฝึกฝนการนวดอยู่เป็นประจำ

2) วิธีการนวดผ่อนคลาย สามารถสรุปขั้นตอนในการนวดได้ดังนี้

นอนหงาย

(1) นวดเท้า นวดตามร่องกระดูกและกดปลายเท้าขึ้นลงอย่างช้า ๆ

(2) นวดขา เริ่มกดห่างจากข้อเท้าประมาณ 1 คืบมือ ใช้อุ้งมือบริเวณที่ชิดกระดูกสันหน้าแข้งนอกด้านซ้ายไปตลอดแนวยาวของหน้าแข้ง กดจากห่างจากข้อเท้าประมาณ 1 คืบมือ ใช้อุ้งมือกดบริเวณที่ชิดกระดูกสันหน้าแข้งนอกด้านขวา กดด้วยอุ้งมือมือขวา และซ้ายพร้อม ๆ กันไล่ไปจนเกือบถึงหัวเข่า กดจากข้อต่อบริเวณหัวเข่าทั้งเป็นแนวยาวคู่ขนานกัน 2 เส้นไปจนถึงต้นขาต่ำกว่าสะโพกเล็กน้อย กดด้วยอุ้งมือมือขวาและซ้ายพร้อม ๆ กัน

(3) นวดแขน หงายมือ กดด้วยอุ้งมือเหนือข้อมือตามแนวนิ้วกลางไปจนถึงต้นแขน และเหนือข้อมือตามแนวนิ้วก้อยไปจนถึงต้นแขนบริเวณใต้รักแร้ และใช้แรงบีบนวดขึ้นลงตามแนวยาวของแขนพร้อมทั้งแขนซ้าย และขวาสลับกันไป

นอนตะแคง

(4) นวดหลัง -นอนตะแคงซ้าย กดกลางสะบักหลัง นวดตามแนวชิดเส้นกระดูกสันหลังด้านซ้ายด้วยการใช้อุ้งมือ

-นอนตะแคงขวา กดกลางสะบักหลัง นวดตามแนวชิดเส้นกระดูกสันหลังด้านขวาด้วยการใช้อุ้งมือ

นอนคว่ำ

(5) นวดหลัง กดจากกลางสะบักลงมาแยกมือทั้งสองข้างนวดตามแนวชิดเส้นกระดูกสันหลังกดตรงร่องกล้ามเนื้อจนถึงจุดร่องกล้ามเนื้อทั้งสองข้างที่ร่องบั้นเอว

(6) นวดขา เริ่มจากเอ็นร้อยหวายไปจนถึงก้น โดยการใช้อุ้งมือกดขึ้นลงซ้าไปซ้ามาอย่างช้า ๆ ด้วยแรงที่สม่ำเสมอ

(7) นวดแขน เหนือข้อมือตามแนวนิ้วกลางไปจนถึงร่องกล้ามเนื้อสามเหลี่ยมต้นแขน และดัดแขนด้วยการพับแขนขึ้นไปให้มือขึ้นไปอยู่บริเวณคอโดยลักษณะแขนจะอยู่ในรูปสามเหลี่ยมจากนั้นยกต้นขึ้นเล็กน้อย

นอนหงาย

(8) นวดหน้า ดึงหน้าโดยจับบริเวณร่องแก้มทั้งสองข้างพร้อม ๆ กัน จากนั้นก็นวดใบหูเบา ๆ ด้วยการคลึง และใช้มือดันปลายคางให้เชิดขึ้น

(9) นวดศีรษะ ยกศีรษะขึ้น กดจุดบริเวณใต้ท้ายทอยบริเวณร่องกล้ามเนื้อทั้ง 3 จุด กดจุดทีอยู่ระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง และระหว่างคิ้วอีกหนึ่งจุด นวดขมับทั้งสองข้างพร้อมกัน จากนั้นกดจุดตั้งแต่กลางศีรษะลงมาตามแนวยาวไปจนถึงท้ายทอย และนวดกดจุดจากแนวผมข้างซ้าย และข้างขวาตามแนวยาว

ลุกขึ้นนั่ง

(10) นวดบ่า ด้วยการใช้ศอกกด และคลึงไปบนบ่าทั้งสองข้าง

(11) ดัดเอว ให้ผู้ถูกนวดเอามือไขว้กันแล้วยกมือขึ้นเหนือศีรษะ ผู้นวดจะใช้มือสอดเข้ามาในวงแขนของผู้ถูกนวดจากนั้นจะทำการหมุนตัวด้วยการแกว่งตัวไปพร้อม ๆ กันกับผู้ถูกนวดให้เป็นวงกลม เริมจากซ้ายไปขวา และครั้งทีสองเริมจากขวามาซ้าย

แต่ละจุดในการนวดกดจุดจะกดนิงนาน 5-10 วินาทีและจะนวดซ้ำบริเวณทีเดิมอีกประมาณ 3-5 รอบ เช่นนวดขาครบทุกจุดในรอบแรก ก็จะต้องนวดทุกจุดซ้ำในรอบสองและสามด้วยการกดด้วยอุ้งมือสำหรับผู้ทีไม่เคยได้รับบริการการนวดมาก่อน เพราะอาจจะทำให้ช้ำและเคล็ดขัดยอกได้ง่าย

4.5.2 ข้อห้ามของการนวด

4.5.2.1 มีภาวะทีตรงกับข้อห้ามต่อไปนี้ไม่ควรนวด

1) มีไข้ ทั้งนี้เพราะภาวะทีร่างกายมีไข้คือภาวะทีร่างกายมีอุณหภูมิสูง การนวดทีต้องมีการสัมผัสร่างกายผู้ป่วยนอกจากจะทำให้อุณหภูมิผู้ป่วยสูงขึ้นแล้วยังทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายไปสู่ผู้นวดได้ง่าย

2) มีโรคผิวหนัง เนื่องจากการนวดต้องมีการสัมผัสโดยตรงทีผิวหนังจึงทำให้แพร่กระจายเชื้อโรคทีติดต่อทางการสัมผัสได้ เช่น โรคกลาก โรคเกลื้อน และโรคหิด เป็นต้น

3) กระดูกหัก ผู้ป่วยทีมีการอาการกระดูกหัก หรือข้อเคลื่อนทียังไม่ติดดีอาจทำให้เกิดอาการเคลื่อนหลุดซ้ำ และเป็นอันตรายต่อเนื้อเยือประสาท และเส้นเลือดในบริเวณทีเคลื่อนหลุดได้

4) บริเวณทีมีบาดแผล การนวดบริเวณแผลเปิดจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยได้ง่าย และอาจจะทำให้แผลอักเสบได้อีกด้วย

5) ผู้นวดที่มีอาการมึนเมา ขาดสติ ผู้ที่มึนเมา ขาดสติอาจจะทำให้ผู้ถูกนวดเกิดอันตรายได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากภาวะกระดูกสันหลังหักทับประสาทไขสันหลังจะมีอาการชาที่ขาและปลายเท้า หากได้รับการกดนวดไม่ว่าแรงเพียงใดก็จะไม่รู้สึกถึงแรงกดเหมือนคนปกติ อาจเกิดการชอกช้ำหรือกระดูกหักจากการนวดได้

6) มีโรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้ การนวดในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้อาจมีผลทำให้ความดันสูงขึ้นกว่าเดิมได้ถ้าผู้ที่ถูกนวดไม่สบายและเกร็งกล้ามเนื้อขณะถูกกดนวดนั้นซึ่งเป็นภาวะที่เสียงต่อการเกิดอัมพาตจากเส้นเลือดในสมองแตก

4.5.2.2 ภาวะบางอย่างอาจนวดได้แต่ต้องนวดด้วยความระมัดระวัง มีรายละเอียดดังนี้

1) โรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะรู้สึกอ่อนเพลียได้ง่ายกว่าคนปกติ และอาจมีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการนวดบำบัด เช่น ปวดข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เครียด และชาตามปลายเท้า เป็นต้น การนวดแผนไทยในผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องทำด้วยการนวดเพียงเบา ๆแต่นวดซ้ำแนวเดิมได้หลายรอบจะดีกว่านวดด้วยการกดนวดแรง ๆ เพียงครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้ง การนวดแรงจะทำให้เกิดการฟกช้ำได้ง่าย

2) มีอายุมากกว่า 60ปี ผู้ที่มีอายุเกิน 60ปีจัดว่าอยู่ในช่วงวัยชราซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยอย่างชัดเจน เช่น ข้อเสื่อม กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง เป็นต้น การนวดคนในวัยนี้ต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ ไม่ควรนวดหรือดัดอย่างรุนแรง มิเช่นนั้นอาจจะทำให้ข้ออักเสบ หรือกระดูกหักได้

4.5.3 ประโยชน์ของการนวด

ผลการศึกษาพบว่า การนวดมีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบกล้ามเนื้อ ผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร จิตใจ มีรายละเอียดดังนี้

4.5.1.1 ระบบไหลเวียนเลือด การคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกไปจากบริเวณนั้น และมีเลือดใหม่มาแทนที่ ช่วยในการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง สำหรับการบวมนั้น การคลึงจะทำให้บริเวณนั้นนิมลงได้

4.5.1.2 ระบบกล้ามเนื้อ การนวดทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลงผ่อนคลายความเกร็งไปได้ การคลึงจะช่วยให้อาการเจ็บปวดลดลง

4.5.1.3 ผิวหนัง ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ผิวหนังเต่งตึง ทำให้ยาดูดซึมทางผิวหนังได้ดี ภายหลังการนวดที่นานพอสมควร เช่น การนวดด้วยยาแก้ช้ำ เป็นต้น

4.5.1.4 ระบบทางเดินอาหาร การนวดจะเพิ่มการตึงตัวของระบบทางเดินอาหาร

4.5.1.5 จิตใจ การนวดทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย แจ่มใส และลดความเครียดได้

4.5.4 ความรู้เรื่องการประคบสมุนไพร

การนวดและการประคบสมุนไพรไปพร้อม ๆ กันนั้นจะช่วยให้ร่างกายคลายเมื่อยได้มากขึ้น สูตรที่นิยมใช้เป็นตัวยาพื้นฐานจะประกอบด้วย ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้บ้าน ผิวมะกรูด ใบมะขาม ใบส้มป่อย และเกลือ

4.5.4.1 สมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

สมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายชนิดมีหมอสมุนไพรคนหนึ่งเป็นหมอที่จัดยาในการประคบสมุนไพรให้กับผู้ป่วยได้บอกว่าสูตรลูกประคบที่จัดให้ผู้ป่วยนั้นเป็นสูตรที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ เพราะบรรพบุรุษเป็นหมอยาพื้นบ้าน ทำให้สูตรลูกประคบแตกต่างจากคนอื่น ๆ และมีสรรพคุณที่แก้โรคต่างได้มากกว่า ประกอบไปด้วยสมุนไพรถึง 13 ชนิด ด้วยกันได้แก่ เถาเอ็นอ่อน ศรีชมชื่น รากหัวเข่าคอน ใบเป้า ใบหนาด ใบส้มป่อย ขมิ้นชัน ตะไคร้หอม ใบมะกรูด พลับพลึง ไพล การบูร และพิมเสน

ตารางที่ 4.12 ชนิดของสมุนไพรหลักที่ใช้ทำลูกประคบ

ชนิดสมุนไพร	จำนวน (n=5)	ร้อยละ* (100.0)
ไพล	5	100.0
เถาเอ็นอ่อน	5	100.0
เกลือ	3	60.0
การบูร	3	60.0
ใบเป้า	5	100.0
ใบหนาด	5	100.0
ใบมะขาม	4	80.0
ขมิ้นชัน	5	100.0

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 5 ซึ่งเป็นกลุ่มหมอประคบสมุนไพร

โดยสมุนไพรทุกชนิดนั้นจะใช้ในปริมาณเท่า ๆ กันยกเว้นในส่วนของเกลือและการบูรใช้ในปริมาณประมาณครึ่งหนึ่งของการใช้สมุนไพร 1 ชนิดโดยส่วนมากจะใส่สมุนไพรลงในผ้าฝ้ายดิบในปริมาณที่สามารถห่อได้ขนาดเท่าผลส้มโอเพื่อจะได้มีขนาดพอเหมาะในขณะทำการประคบแต่หากจะใช้ประคบที่ใบหน้าก็ลดขนาดลงมาให้เล็กลงประมาณครึ่งหนึ่งของผลส้มโอ ลูกประคบที่ใช้ส่วนใหญ่จะใช้ลูกประคบชนิดแห้งเพราะหาซื้อได้ง่ายและเก็บไว้ได้นานกว่าลูกประคบชนิดสด

การตากสมุนไพรนั้นต้องนำสมุนไพรทั้งหมดมาหั่นให้ละเอียดแล้วนำไปตากประมาณ 3-4 แดด การตากสมุนไพร 1 แดดต้องตากให้ได้ตลอดทั้งวันตั้งแต่เริ่มมีแดดจนแดดหมด เมื่อสมุนไพรแห้งแล้วก็ควรเก็บไว้ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท เพราะไม่เช่นนั้นอาจจะทำให้สมุนไพรขึ้นราได้ แต่ถ้าเป็นสมุนไพรที่ใช้นำไปอบตัวจะหั่นแบบหยาบหรือหั่นชิ้นใหญ่กว่า เพราะสมุนไพรมีไม่มากเท่าสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ ดังนั้นต้องหั่นสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบให้ละเอียดจะได้ใส่สมุนไพรที่เตรียมไว้ได้ครบทุกชนิดและขนาดของลูกประคบจะได้ไม่ใหญ่จนเกินไป เพราะหากลูกประคบใหญ่เกินไปจะทำให้ประคบสมุนไพรได้ไม่ถนัดลูกประคบสมุนไพร 1 ลูกนั้นจะมีอายุการใช้งานนานประมาณ 2 ปี

4.5.4.2 สรรพคุณของสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

สรรพคุณของสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบส่วนใหญ่นั้นจะมีสรรพคุณให้การแก้เคล็ดขัดยอก ฟกช้ำ และการอักเสบเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) เถาเอ็นอ่อน มีสรรพคุณแก้เส้นเอ็นเกิดการอักเสบ
2) ศรีชมชื่น มีสรรพคุณทำให้ระบบเลือดดี
3) รากหัวเข่าคอน มีสรรพคุณแก้โรคหัวเข่าเสื่อม
4) ใบเป้า มีสรรพคุณแก้แก้เคล็ดขัดยอก และฟกช้ำ
5) ใบหนาด มีสรรพคุณแก้แก้เคล็ดขัดยอก และฟกช้ำ
6) ใบส้มป่อย มีสรรพคุณแก้โรคผิวหนัง
7) ขมิ้นชัน มีสรรพคุณแก้การคัน และการเกิดผดผื่นคัน
8) ตะไคร้หอม ใช้ในการแต่งกลิ่น และมีสรรพคุณในการบำรุงผิว
9) ใบมะกรูด มีสรรพคุณแก้ลมวิงเวียน
10) พลับพลึง มีสรรพคุณแก้เส้นเอ็นอักเสบ
11) ไพล มีสรรพคุณแก้ปวด เคล็ดขัดยอก และอาการอักเสบ
12) การบูร ใช้ในการแต่งกลิ่นและมีสรรพคุณทำให้รู้สึกสดชื่น
13) พิมเสน ใช้ในการแต่งกลิ่นและมีสรรพคุณทำให้รู้สึกสดชื่น

14) เกลือ มีสรรพคุณช่วยให้ลูกประคบร้อนได้นาน และนำพาตัวยาเข้าสู่ผิวหนังได้ดี

ตารางที่ 4.13 สรรพคุณของสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

สรรพคุณของสมุนไพร	จำนวน (n=5)	ร้อยละ* (100.0)
เถาเอ็นอ่อนแก้เส้นเอ็นอักเสบ	5	100.0
ศรีชมชื่นทำให้ระบบเลือดดี	1	20.0
รากหัวเข่าคอนแก้โรคเข่าเสื่อม	1	20.0
ใบเป้าแก้เคล็ดขัดยอก	5	100.0
ใบหนาดแก้เคล็ดขัดยอก	5	100.0
ใบส้มป่อยแก้โรคผิวหนัง	2	40.0
ขมิ้นชันแก้อาการคัน	5	100.0
ตะไคร้หอมบำรุงผิว	3	60.0
ใบมะกรูดแก้ลมวิงเวียน	3	60.0
ใบพลับพลึงแก้เส้นเอ็นอักเสบ	1	20.0
ไพลแก้ปวด ลดการอักเสบ	5	100.0
การบูรทำให้สดชื่น	3	60.0
พิมเสนทำให้สดชื่น	3	60.0
เกลือทำให้ตัวยาเข้าสู่ผิวได้เร็ว	3	60.0

หมายเหตุ* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

4.5.4.3 การเก็บรักษาลูกประคบ

ลูกประคบสมุนไพรนั้นสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำได้ประมาณ 2-3 ครั้งหากรู้จักวิธีการเก็บรักษา จากการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

1) หลังจากใช้งานแต่ละครั้งควรเก็บลูกประคบที่เย็นแล้วใส่ถุงเก็บในตู้เย็น ก่อนเก็บควรใช้ยางรัดปากถุงให้แน่นหรือนึ่งตลอดเวลาเช้า, เย็น หรือนำไปผึ่งลมในที่อากาศถ่ายเท

2) หลังการใช้งานแต่ละครั้งหากไม่นำลูกประคบไปแช่ตู้เย็นก็ควรนำแกะสมุนไพรออกจากผ้าและนำมาสมุนไพรไปตากแดดจนกว่าสมุนไพรจะแห้งสนิทจากนั้นก็มัดให้เข้าที่ตามเดิมแล้วนำไปเก็บเอาไว้ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

3) ข้อสังเกตที่น่าสนใจในการเก็บลูกประคบก็คือ ถ้ามีกลิ่นบูดหรือสีเหลืองจากขมิ้นนั้นเปลี่ยนสีเป็นเหลืองอ่อนมาก ๆ แสดงว่าลูกประคบนั้นไม่สามารถใช้ประคบได้แล้วควรนำไปทิ้ง เพราะถ้านำประคบก็จะไม่ได้ผล

4.5.4.4 วิธีการประคบสมุนไพร

1) นำลูกประคบสมุนไพรทั้งสองลูกไปนึ่งเป็นเวลาประมาณ 10-15 นาที

2) จัดท่าคนไข้ให้เหมาะสม เช่นนอนหงาย นั่ง นอนตะแคง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งในการประคบสมุนไพร

3) เตรียมผ้าขนหนูสำหรับรองลูกประคบขณะประคบก็ได้ หรือจะให้ผู้ถูกประคบถอดเสื้อผ้าแล้วประคบก็ได้ แต่ทุกครั้งก่อนที่จะทำการประคบจะต้องทำการทดสอบความร้อนบริเวณหลังมือ หรือท้องแขนของผู้ประคบก่อนเสมอเพื่อลูกประคบจะได้ไม่ร้อนเกินไปขณะทำการประคบ

4) เมื่อทำการประคบจะไม่แช่ลูกประคบไว้เป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ลูกประคบลวกผิวหนังจนเกิดอาการพุพองได้เพราะทนความร้อนได้ไม่มากโดยในช่วงแรกของการประคบลูกประคบจะร้อนมาก ๆ จะทำให้การประคบในช่วงแรกต้องประคบในแต่ละจุดค่อนข้างเร็วพอลูกประคบเริ่มอุ่นจึงค่อยประคบช้าลงได้

5) เมื่อลูกประคบลูกแรกไม่ร้อนแล้วควรผลัดเปลี่ยนกันกับลูกประคบ 2 ลูกที่ 2 และนำลูกแรกไปวางที่หม้อนึ่งต่อไป

การประคบสมุนไพรนั้นจะประคบทั้งตัว หรือเฉพาะบริเวณที่ปวดก็ได้ แต่เมื่อประคบเสร็จใช้เวลาประคบนานประมาณ 30 นาที ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพรก็คืออย่าให้ลูกประคบร้อนจนเกินไป เพราะจะทำให้ผิวหนังพอง ต้องมีความระมัดระวังเป็นอย่างมากในการประคบให้กับผู้ป่วยเป็นเบาหวานโดยเฉพาะประเภทที่ผิวหนังพุพอง ผู้ป่วยเป็นอัมพาต เพราะผู้ป่วยเหล่านี้จะตอบสนองต่อความร้อนได้ช้ากว่าคนปกติ เมื่อประคบเสร็จเรียบร้อยแล้วควรทิ้งไว้

ประมาณ 2 ชั่วโมงห้ามอาบน้ำ เพราะร่างกายจะปรับอุณหภูมิไม่ทันอาจจะทำให้ให้เกิดอาการช็อค หรืออาจจะไม่สบายได้ เคล็ดลับที่สำคัญในการประคบสมุนไพรคือ การใช้น้ำมันงาทาตัวผู้ถูกประคบก่อนเพราะจะได้ความร้อนได้ดี ลดการอาการพุพองที่เกิดจากความร้อน และช่วยในการดูดซึมตัวยาได้ดี

4.5.4.5 ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพรมีมาตั้งแต่โบราณ นิยมใช้แก้อาการท้องอืด แก้ตามจุดปวดต่าง ๆ หรือแม้แต่การย่างไฟ กับการประคบเมื่อเกิดอุบัติเหตุเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย คลายเส้นเอ็นที่ตึงให้ผ่อนคลายช่วยให้เนื้อเยื่อ ข้อต่อหรือเอ็นยึดข้อต่าง ๆ คลายตัว ทำให้เลือดลมที่ติดขัดไหลเวียนให้ดีขึ้นช่วยให้คลายเครียดและนอนหลับได้ดี กรณีเมื่อเกิดอุบัติเหตุไม่ควรใช้ความร้อนรักษาทันที ควรรอเวลา 48 ชั่วโมงก่อน ค่อยใช้ความร้อนช่วย เพราะจะทำให้แผลหายช้า ดังนั้นประโยชน์จากการประคบสมุนไพรสามารถสรุปได้ ดังนี้

1) เพื่อบรรเทาอาการวิงเวียน ปวดเมื่อย
2) ฟกช้ำ อักเสบ ก็จะทำให้แผลหายเร็วขึ้น
3) ระบบโลหิตก็จะหมุนเวียนดีขึ้น
4) มีสรรพคุณ แก้อาการภูมิแพ้ได้
5) รักษาการอักเสบบริเวณเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อได้ดี
6) แก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ
7) คลายเครียด และช่วยให้นอนหลับสบาย

ผลการศึกษาได้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญบางคนมีความรู้ในการรักษาโรคมากกว่าหนึ่งเรื่องหรือมากกว่า 1 วิธีการ ได้แก่ หมอนวดจับเส้นก็จะมีความรู้เรื่องการประคบสมุนไพรด้วยและหมอยาสมุนไพรก็จะมีความรู้เรื่องการประคบสมุนไพรควบคู่กันไปด้วย ผู้ให้ข้อมูลที่มีความรู้เรื่องการนวดจับเส้น การนวดผ่อนคลาย และการประคบสมุนไพรมีจำนวนผู้ที่มีความรู้ดังกล่าวอยู่ในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน แต่ถ้าหากจะให้จัดกลุ่มความรู้ตามความถนัดของแต่ละบุคคลก็สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหมอนวดมีจำนวน 10 คนซึ่งยังสามารถแบ่งออกเป็นหมอนวดจับเส้น 5 คนและหมอนวดผ่อนคลาย 5 คนส่วนกลุ่มหมอประคบสมุนไพรมีจำนวน 5 คน

ตารางที่ 4.14 ประเภทความรู้ที่มีควบคู่กัน

ประเภทความรู้ที่มีควบคู่กัน	จำนวน (n=5)	ร้อยละ* (100.0)
นวดจับเส้นกับการประคบสมุนไพร	3	60.0
หมอสมุนไพรและหมอประคบ	2	40.0
รวม	**5**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 5 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญที่มีความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทย มากกว่า 1 เรื่อง

4.6 การเรียนรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพร

การนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรเป็นภูมิปัญญาอันมีค่าของชาวไทยที่มีมาแต่โบราณ คนไทยเรียนรู้วิธีการช่วยเหลือกันเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยการบีบนวด การดัดตนเอง และการใช้สมุนไพรรักษาโรคมานานแล้ว ในปัจจุบันการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เพราะนอกจากจะสามารถรักษาอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้แล้วยังสามารถบำบัดจิตใจได้ด้วย

4.6.1 รูปแบบการเรียนรู้

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถแบ่งการเรียนรู้ของผู้สูงอายุออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การเรียนรู้ตามแบบสถาบัน และการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.6.1.1 การเรียนรู้ตามแบบสถาบัน

การเรียนรู้ใด ๆ ก็ตามเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นผู้สอนควรให้ผู้เรียนจับหลักการให้ได้เสียก่อน จากนั้นจะนำไปสู่วิธีการที่ละเอียด และเป็นขั้นตอนตามมาซึ่งผู้เรียนสามารถนำไปฝึกปฏิบัติให้เกิดความรู้และความชำนาญมากขึ้นได้ อีกทั้งยังสามารถนำไปดัดแปลงและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้อย่างเหมาะสมการเรียนรู้เรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพรตามแบบสถาบันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญมีจำนวนทั้งหมด 7 คนคิดเป็นร้อยละ 47.0 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด เนื่องจากในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยกอปรกับกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน จังหวัดอุดรธานี จัดให้มีการอบรมทักษะฝีมือแรงงานแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นทำให้มีประชาชนและผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากสนใจเข้ารับการอบรมเพื่อประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว

การเรียนนวดแผนไทยจำเป็นต้องเรียนรู้ทั้งทฤษฎี และปฏิบัติให้ถ่องแท้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนมีทั้งความรู้ และทักษะเพียงพอแก่การนำไปใช้ ในส่วนทฤษฎีที่จำเป็นต้องประกอบไปด้วย ประวัติความเป็นมา หลักการและวิธีการ การนวดตามแนวเส้นเอ็น วิธีการประคบสมุนไพร สมุนไพรที่ใช้ในการประคบ สรรพคุณของสมุนไพรที่ใช้ในการประคบ ข้อห้ามเกี่ยวกับการนวดและการประคบสมุนไพร ประโยชน์ที่จะได้รับจากการนวดและการประคบสมุนไพร (พิยดา, 2552)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญพบว่า ร้อยละ58.0ที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบสถาบันจะเรียนรู้มาจากศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน ตั้งอยู่ที่ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ร้อยละ29.0 รวมกลุ่มกัน และเชิญผู้เชียวชาญมาสอนแต่ได้ยื่นเรื่องขอใบประกาศผ่านการอบรมจากกรมพัฒนาฝีมือแรงงานเช่นกันและร้อยละ 13.0 เรียนรู้มาจากสถาบันอื่น โดยแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การเรียนรู้ในภาคทฤษฎี และการเรียนรู้ในภาคปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การเรียนรู้ในภาคทฤษฎีใช้ระยะเวลาในการเรียนประมาณ 1 เดือน เนื้อหาที่เรียนจะประกอบไปด้วย ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับการนวด หลักการและวิธีการนวด แนวเส้นตามร่างกาย สมุนไพรและสรรพคุณสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ วิธีการประคบสมุนไพร ประโยชน์และข้อควรระวังต่าง ๆ เกี่ยวกับการนวดและการประคบสมุนไพร (นิภา, 2552)

2) การเรียนรู้ในภาคปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติประมาณ 3 เดือน โดยจะจับคู่ระหว่างกลุ่มผู้เรียนด้วยกันซึ่งมีประมาณ 30 คน ต่อ 1 กลุ่มเรียน การเรียนในภาคปฏิบัติผู้เรียนจะจับคู่กันในการเรียนการฝึกปฏิบัติวิธีการนวดซึ่งจะสลับกันเป็นผู้นวดและผู้ถูกนวด โดยมีอาจารย์ผู้สอนจะคอยบรรยายและสาธิตให้ดูไปพร้อม ๆ กัน โดยจะเริ่มเรียนประมาณ 08.00-16.00น. ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ซึ่งจะใช้พื้นที่ในมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีเป็นสถานที่ในการเรียนในส่วนภาคทฤษฎี ในส่วนภาคปฏิบัติจะใช้พื้นที่บริเวณลานกว้างที่บ้านของอาจารย์ผู้สอนในการฝึกการนวด และการประคบสมุนไพร (จิตรา, 2552)

ส่วนคนที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมจากศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานนั้นจะรวมกลุ่มกันเองประมาณ 30 คน1ในคนที่เรียนนั้นเป็นผู้จัดการอบรมและเชิญอาจารย์ผู้เชียวชาญด้านการนวดไทย และการประคบสมุนไพรมาสอน โดยจะใช้พื้นที่ลานวัดในชุมชนหรือในหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการเรียนการสอนซึ่งจะเริ่มเรียนประมาณ 09.00-15.00 น.ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยผู้เรียนต้องจ่ายเงินค่าสอนหรือค่าตอบแทน คนละ 300 บาทต่อเดือนให้กับอาจารย์ผู้สอน ระยะเวลาในการเรียนทั้งหมดประมาณ 2 เดือน แบ่งเป็นเรียนในภาคทฤษฎี 2 สัปดาห์ และภาคปฏิบัติอีกประมาณ

6 สัปดาห์ ผู้ที่เป็นตัวแทนให้การจัดการอบรมจะยื่นหนังสือไปที่กรมพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดอุดรธานีเพื่อให้กรมพัฒนาฝีมือแรงงานออกใบประกาศรับรองผ่านการอบรมให้กับผู้เรียนทั้งหมด ในส่วนของค่าอาหารกลางวันกลุ่มผู้เรียนที่มีประมาณ 30 คนจะต้องรวบรวมเงินให้ได้วันละ 400 บาทเพื่อถวายภัตตาอาหารให้พระฉันเพลเพื่อที่ผู้มาเรียนจะได้รับประทานอาหารหลังจากที่พระได้ฉันเพลแล้ว เนื่องจากกลุ่มผู้เรียนได้มาขอใช้สถานที่ของวัดในการเรียนแต่ทั้งหมดนี้ทางวัดไม่ได้เรียกร้องให้ทำแต่เป็นข้อตกลงร่วมกันของกลุ่มผู้มาเรียน

ตารางที่ 4.15 แหล่งที่มาของการฝึกอบรมตามรูปแบบการเรียนรู้แบบสถาบัน

แหล่งที่มาของการอบรม	จำนวน (n=7)	ร้อยละ* (100.0)
ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน	4	58.0
รวมกลุ่มกันและเชิญผู้เชียวชาญมาสอน	2	29.0
สถาบันอื่น	1	13.0
รวม	**7**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 7 ซึ่งเป็นกลุ่มหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรที่มีรูปแบบการเรียนรู้ตามแบบสถาบัน

การไหว้ครูนั้นเป็นมารยาทอันงดงามของสังคมไทยที่ไม่ค่อยพบในประเทศอื่น ๆ ทางตะวันตก การอธิษฐานไหว้ครูเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจ รวมทั้งสมาธิให้แก่ผู้นวดเป็นอย่างดี ทำให้การนวดเกิดพลังและมีประสิทธิภาพสูง ครูในที่นี้อาจหมายถึงบุคคลที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้แก่ผู้นวด บุพการีของผู้นวด การไหว้ครูยังหมายถึง “การไหว้หมอชีวก” ซึ่งท่านเป็นหมอด้านอายุรเวทชาวอินเดีย เพราะวัฒนธรรมการนวดของไทยได้รับอิทธิพลมาจากศาสตร์ด้านการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย (จิตรา, 2552) วันแรกที่เริ่มเข้ารับการอบรมการนวดไทยผู้เรียนทุกคนจะต้องมีการไหว้ครูหรือที่เรียกกันว่า “การขึ้นครู” โดยจะใช้ดอกไม้ชนิดใดก็ได้ที่ใช้สำหรับไหว้พระ หญ้าแพรก มะเขือเปราะ ธูป 3 ดอก เทียน 1 คู่ ในการไหว้ครู เพื่อจะได้รำลึกถึงบุญคุณครูอาจารย์ แต่เมื่อผู้นวดจะลงมือนวดก็ควรประนมมือไหว้พร้อมกับรำลึกถึงครูดังกล่าวซึ่งใช้เวลาเพียง 2-3 วินาที ก็เกิดกำลังใจ และสมาธิขึ้นได้แล้ว ผู้ที่ได้รับการอบรมจากสถาบันหรือเรียนรู้ตามแบบสถาบันจะมี

การไหว้ครูก่อนการเรียนรู้วิชาคิดเป็นร้อยละ 100.0 เนื่องจากทางสถาบันเป็นจะกำหนดให้มีการไหว้ครูก่อนการเรียนเสมอ เพื่อให้ เกิดขวัญกำลังใจในการเรียนรู้

ตารางที่ 4.16 การไหว้ครูของผู้ที่มีการเรียนรู้ตามแบบสถาบัน

การไหว้ครูของผู้ที่มีการเรียนรู้ตามแบบสถาบัน	จำนวน (n=7)	ร้อยละ* (100.0)
ไหว้ครู	7	100.0
ไม่ไหว้ครู	0	0.0
รวม	**7**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 7 ซึ่งเป็นกลุ่มหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรที่มีรูปแบบการฯ เรียนรู้ตามแบบสถาบัน

4.6.1.2 การเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน

จากการศึกษาความเป็นมาของหมอนวดพื้นบ้านในอิสานเมื่อปีพ.ศ. 2547 ของวิชัย อึงพินิจพงษ์ และคณะ (2547) พบว่า หมอนวดส่วนหนึ่งเรียนรู้จากการลองผิดลองถูกจากการนวดตนเอง และนวดให้ญาติพี่น้องที่ปวดเมื่อยตามตัวเมื่อทำบ่อย ๆ ก็เกิดความชำนาญแล้วต่อมาจึงเป็นที่รู้จักของคนต่างถิ่นและมาใช้บริการมากในที่สุด ซึ่งวิธีการเหล่านี้ถือเป็นรูปแบบการเรียนรู้ตามวิถีชุมชน และเป็นรูปแบบการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ

ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญจะมีวิธีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน คิดเป็นร้อยละ 53.0 โดยสามารถแบ่งวิธีการเรียนรู้ออกเป็น 3 วิธี รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การเรียนรู้จากการลองผิดลองถูกด้วยตนเอง

วิธีการนี้อาจจะเกิดจากการลองนวดให้กับคนในครอบครัว และญาติพี่น้องเมื่อทำบ่อยๆจึงเกิดความชำนาญ อีกทั้งมีการฝึกฝนทักษะด้วยการนวดตนเองอยู่เป็นประจำ บางครั้งนวดผิดพลาดก็ทำให้เกิดอาการบาดเจ็บได้ แต่ก็ทำให้มีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้นจนสามารถนวดจับเส้นรักษาโรคได้ แต่ความรู้ที่ได้จะเป็นความรู้ที่จะทำให้ผู้ที่เรียนรู้จากการลองผิดลองถูกด้วยตนเองจดจำความรู้ที่ได้อย่างแม่นยำ เพราะเกิดจากความเข้าใจและการค้นคว้าด้วยตนเองจริง ๆ (นิดา, 2552)

2) การเรียนรู้จากการสังเกต

การเรียนรู้วิชาการแพทย์แผนไทยในชุมชนชนบทมักจะใช้วิธีการสังเกตและจดจำจนกระทั่งเกิดความชำนาญ แต่การเรียนการสอนในวิธีการแบบนี้ไม่มีระบบและมาตรฐานที่แน่นอน เพราะอาจจะเกิดจากการตีความและทำความเข้าใจไปเองโดยที่ไม่ได้รับการอธิบายที่ละเอียดจากผู้เชียวชาญ วิธีการเรียนรู้เช่นนี้ อาจจะเกิดจากการว่าจ้างให้หมอนวดมานวดให้ที่บ้าน จากนั้นก็สังเกตและจดจำวิธีการนวดของหมอนวดในทุกขั้นตอน จากนั้นก็ลองนำมานวดให้กับคนในครอบครัวและญาติพี่น้อง แต่ต้องมีความขยันหมั่นเพียรในการฝึกฝนอยู่เป็นประจำจนเกิดความชำนาญ การเรียนรู้ในลักษณะนี้ก็สามารถรู้วิชาการนวดแผนไทยได้ แต่ผู้ที่เรียนรู้ในลักษณะนี้ต้องเป็นคนที่ชอบเรียนรู้อยู่เสมอ ๆ ดังนั้น เมื่อมีโอกาสจึงควรที่จะเพิ่มเติมความรู้ให้กับตนเองด้วยการดูรายการทางโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรืออ่านหนังสือเกี่ยวกับการนวดเพิ่มเติมอยู่เสมอ (ลดา, 2552)

3) การเรียนรู้จากการสาธิตโดยผู้รู้

หมอสมุนไพรและหมอนวดส่วนใหญ่มักจะมีบรรพบุรุษเป็นหมออยู่แล้ว ทำให้การเรียนนั้นเกิดจากประสบการณ์ตรงจากการรักษาจริงหรือการสาธิตโดยผู้รู้แต่อยู่ในสถานการณ์จริง จากนั้นผู้เรียนจะใช้การสังเกตและการจดจำหากมีข้อสงสัยก็จะสอบถามภายหลังการรักษา การเรียนรู้ด้วยวิธีการสาธิตเป็นวิธีการที่ชุมชนนิยมใช้ในการเรียนรู้มาอย่างยาวนานแล้ว จากการศึกษาพบว่า หมอนวดจับเส้นบางคนได้เรียนวิชาจากอาจารย์ด้วยการสาธิตซึ่งอาจารย์จะให้ผู้มาขอเรียนเป็นหุ่น และอาจารย์ผู้สอนจะจับเส้นแล้วบอกว่าเส้นไหนอยู่ตรงบริเวณใดเช่น หากปวดขาจะจับเส้นบริเวณเอ็นร้อยหวายขึ้นไปเป็นแนวยาวตามขาเป็นต้น (อุดม, 2552)

ตารางที่ 4.17 รูปแบบการเรียนรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ

รูปแบบการเรียนรู้	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
การเรียนรู้ตามแบบสถาบัน	7	47.0
การเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน	8	53.0
รวม	**15**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 15

การไหว้ครูของการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนจะแตกต่างจากการเรียนรู้ตามแบบสถาบัน การไหว้ครูของการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนจะใช้ขันธ์ 5 ไหว้ครู ขันธ์ 5 จะประกอบไปด้วยดอกไม้ใช้บูชาจำนวน 5 คู่ ต้องใช้ดอกไม้ขนาดเล็ก เช่น ดอกเข็ม ดอกบานไม่รู้โรยเพื่อจะได้ใส่ในจานได้พอดีและจะได้วางบนหิ้งพระได้สะดวกและยังต้องมี ธูป 5 คู่ เทียนเล่มเล็ก 5 คู่นำไปบูชาที่หิ้งพระภายในบ้านของอาจารย์ผู้สอนซึ่งชาวบ้านในแถบภาคอิสานนิยมใช้ไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อความเป็นสิริมงคลในชีวิตไม่ใช่ใช้เฉพาะเจาะจงทีจะในการไหว้ครูเพียงอย่างเดียวการไหว้ครูของการเรียนรู้ตามแบบสถาบันนั้นจะไหว้เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจรวมทั้งเพื่อเป็นการรวบรวมสมาธิแต่การไหว้ครูของการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนนั้นมีความหมายกว้างออกไปกว่านั้นหมอจับเส้นบางคนให้ข้อมูลว่าเรียนรู้วิชาจากการฝันซึ่งฝันว่ามีคนมาสอนวิชาการนวดด้วยการขีดเขียนเส้นตามร่างกายเพื่อบอกแนวเส้นในการนวดโดยเรียกคนมาเข้าฝันนี้ว่า“ปู่ทวด”จากนั้นวันรุ่งขึ้นก็ลองนวดให้กับคนในครอบครัวจากคนที่ไม่เคยมีความรู้เรื่องการนวดมาก่อนแต่สามารถนวดจับเส้นได้ดีจนได้คำชมและเกิดข้อสงสัยว่าทำไมถึงนวดจับเส้นท้ง ๆ ที่ไม่เคยเรียนมาก่อน จากนั้นจึงลองนวดจับเส้นให้กับญาติพี่น้องและลูกหลานในละแวกใกล้เคียงไปเรือย ๆ จนเป็นที่รู้จักของคนในหมู่บ้านเป็นหมอนวดจับเส้นรักษาโรค ทุกครั้งก่อนการนวดรักษาโรคจะต้องมีการไหว้ครูอย่างง่ายด้วยการประนมมือเหนือศีรษะประมาณ 2-3 วินาทีแล้วจึงนวด แต่ในทุกวันพระจะต้องบูชาครูหรือไหว้ครูด้วยขันธ์ 5 เสมอเพราะเชื่อว่าการไหว้ครูจะทำให้ครูเข้ามาอยู่ในร่างกายของผู้นวดและทำให้ผู้นวดสามารถนวดรักษาโรคให้ผู้ป่วยได้ เนื่องจากหมอนวดผู้นี้เป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงมาตั้งแต่อายุ 17 ปีซึ่งสามารถเดินได้ด้วยตนเองแต่ต้องเดินให้ช้าหากจะให้ดีต้องมีคนมาช่วยพยุงให้เดินโดยไม่เคยไปรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันเลยเพราะคิดว่าคงไม่ทางรักษาให้หายได้ และเสียดายเงินเนื่องจากฐานะทางบ้านไม่ค่อยดีแต่เมื่อทำการนวดรักษาโรคจะสามารถนวดได้ดีเหมือนคนทีมีร่างกายแข็งแรงเป็นปกติทั่วไปซึงการนวด 1 ครั้งต้องใช้เวลานวดอย่างน้อย 1 ชั่วโมงทำให้เชื่อว่าเป็นเพราะอาจารย์ปู่ทวดเข้ามาอยู่ในร่างกายผู้นวดขณะทำการรักษา (หนูดี, 2552)

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการไหว้ครูของการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนนั้นมีความหมายกว้างออกไปกว่าการเคารพบูชาครูและการทำสมาธิก่อนการนวดแต่มีความเชื่อทางไสยศาสตร์เข้ามาผสมผสานอยู่ด้วยว่าครูอาจารย์ที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติจะคอยช่วยเหลือให้การรักษาโรคดำเนินไปได้ด้วยดีซึ่งผู้ที่มีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนจะมีการไหว้ครูก่อนการเรียนรู้คิดเป็นร้อยละ 38.0 ที่เหลือร้อยละ 62.0 ที่จะไม่เคร่งครัดในการที่จะต้องไหว้ครูก่อนการเรียนเนื่องจากมีการเรียนรู้ด้วยตนเองและมีเรียนรู้วิชาจากคนในครอบครัว

ตารางที่ 4.18 การไหว้ครูของผู้ที่มีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน

การไหว้ครูของผู้ที่มีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน	จำนวน (n=8)	ร้อยละ* (100.0)
ไหว้ครู	3	38.0
ไม่ไหว้ครู	5	62.0
รวม	**8**	**100.0**

หมายเหตุ * ฐานร้อยคิดจาก 8 ซึ่งเป็นกลุ่มหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรที่มีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน

4.6.2 ความแตกต่างระหว่างการเรียนรู้ตามแบบสถาบันและการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน

เมื่อมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้มีลักษณะบางอย่างที่แตกต่างกันตามไปด้วย มีรายละเอียดดังนี้

4.6.2.1 ลักษณะความรู้ที่ได้

การเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนจะสอนความรู้เรื่องการนวดจับเส้นเพื่อการรักษาโรค เนื่องจากในอดีตการแพทย์ยังไม่ขยายไปสู่ชุมชนทำให้คนในชุมชนต้องพึ่งพาตนเองด้วยการรักษาโรคจากการนวดจับเส้นที่เป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน ซึ่งจะใช้วิธีการกดโดยมักจะใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่จุดนวดบริเวณต่างๆตามร่างกายเพื่อให้กล้ามเนื้อคลายตัว และให้เลือดฉูกขับออกจากหลอดเลือดที่บริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดเลือดก็จะพุ่งออกมาเลี้ยงบริเวณนั้น การนวดจับเส้นเป็นนวดเพื่อเขียเส้นเอ็นที่หมอจับเส้นเรียกว่า “เส้นจม” ให้ขึ้นมาอยู่ในรูปเดิมก็จะทำให้อาการบาดเจ็บลดลง หากเป็นการเรียนรู้เรื่องการประคบสมุนไพรก็จะต้องเรียนรู้ตั้งแต่การเลือกใช้สมุนไพร สรรพคุณสมุนไพร การทำลูกประคบ และวิธีการประคบอย่างละเอียด

ในขณะที่การเรียนรู้ตามแบบสถาบันจะสอนความรู้เรื่องการนวดผ่อนคลายเพื่อการผ่อนคลาย และการเมื่อยล้าของร่างกายจากการทำงาน กล่าวได้ว่า การสอนความรู้เรื่องการนวดจากสถาบันเป็นการสอนเพื่อให้เกิดทักษะที่สามารถนำไปประกอบอาชีพได้มากกว่าเน้นเพื่อการรักษาโรคเหมือนการนวดจับเส้น เนื่องจากในปัจจุบันรัฐบาลได้มีนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทย และนโยบายพัฒนาฝีมือแรงงาน จังหวัดอุดรธานีก็เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่ขานรับนโยบายสังเกตได้จากกรมพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดอุดรธานีจัดการอบรมฝึกทักษะอาชีพการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพรให้กับประชาชนในจังหวัด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่มีรูปแบบการเรียนรู้ตามแบบสถาบัน

เกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ58.0) จะผ่านการอบรมจากศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานในจังหวัด ดังนั้นเมื่อมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันทำให้มีลักษณะความรู้ที่ได้แตกต่างกันด้วย

4.6.2.2 ลำดับขั้นตอนในการนวด

การเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนจะมีลำดับขั้นตอนในการนวดที่ไม่เน้นความต่อเนื่องของท่านวดแต่เน้นว่าถ้าต้องการจะนวดตรงบริเวณจุดใดก็จะจัดท่านวดให้เหมาะสมตรงตามบริเวณจุดที่ต้องการนวด จากการศึกษาพบว่าหมอนวดจับเส้นบางคนจะนวดเฉพาะจุดที่ปวดเมื่อยหรือที่เรียกว่าจุดที่เส้นจมเท่านั้นจะไม่นวดทั้งตัวนอกจากจะแจ้งให้ทราบก่อนการนวดว่าต้องการจะนวดทั้งตัว ทำให้มีลำดับขั้นตอนการนวดที่ไม่เน้นความต่อเนื่องของท่านวด กล่าวคือ จะไม่เน้นที่ท่านวดหากว่ากำลังนวดท่านอนก็จะไม่นวดท่านอนให้ครบทุกส่วนแต่จะเน้นการนวดโดยการแบ่งส่วนตามร่างกายเช่น ถ้านวดขาท่านอนหงายเสร็จแล้วต่อไปก็จะนวดขาท่านอนคว่ำ เป็นต้น โดยจะไม่นวดท่านอนหงายให้ครบทุกส่วนของร่างกายก่อน เพราะปกติจะนวดเฉพาะส่วนหรือเฉพาะจุดเท่านั้นทำให้มีลำดับขั้นตอนการนวดแบบทั้งตัวไม่มีความต่อเนื่องของท่านวดแต่การนวดผ่อนคลายจะเน้นความต่อเนื่องของท่านวดเพราะไม่ต้องการให้ผู้มารับบริการหรือผู้ถูกนวดขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากผู้มารับบริการต้องการนวดเพื่อการผ่อนคลายและเพื่อเป็นการพักผ่อนไม่ได้เน้นการรักษาโรค ดังนั้นวิธีการนวดผ่อนคลายจะต้องไม่สะดุด เพราะผู้มารับบริการบางคนจะนอนหลับขณะนวดหากลำดับขั้นตอนไม่ต่อเนื่องอาจจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกตัวได้ (นิดา, 2552)

4.6.2.3 จุดมุ่งหมายของการนวด

การนวดจับเส้นมีจุดมุ่งหมายในการรักษาโรค จากการสัมภาษณ์ หมอนวดจับเส้น 2 คนได้เล่าถึงประสบการณ์การรักษาโรคไว้อย่างน่าสนใจว่าเคยรักษาผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคตับให้หายได้โดยใช้วิธีการนวดการจับเส้นและการให้ยาสมุนไพรบางตัวที่มีสรรพคุณในการรักษาโรคตับ ส่วนหมอนวดจับเส้นอีกคนหนึ่งได้เล่าว่ามีประสบการณ์ในการรักษาให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างให้กลับมาเดินเป็นปกติได้อย่างเดิมถึง 2 รายด้วยกัน โดยใช้ระยะเวลาในการรักษาด้วยการนวดต่อ 1 ราย ประมาณ 15 วัน ปัจจุบันผู้ป่วยทั้ง 2 คน มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้นเดินได้คล่องเหมือนเดิมและที่สำคัญผู้ป่วยทั้ง 2 คนสามารถกลับมาทำงานได้อีกครั้ง

การนวดผ่อนคลายนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการให้ผู้ถูกนวดได้พักผ่อนร่างกายผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเรียนรู้เรื่องการนวดผ่อนคลายเป็นการเรียนเพื่อสร้างอาชีพให้กับผู้เรียนเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจฝืดเคืองทำให้มีแรงงานที่ตกงานหรือว่างงานอยู่เป็นจำนวนมาก และจากการสัมภาษณ์กลุ่มหมอนวดบริเวณสวนสาธารณะหนองประจักษ์ก็พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มที่ไปเรียนนวดผ่อนคลายกับสถาบันการฝึกอบรมที่ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานนั้นเพื่อต้อง

นำไปประกอบอาชีพมากกว่านำไปใช้ในการดูแลสุขาพตนเองหรือคนในครอบครัว ดังนั้นการฝึกอบรมการนวดผ่อนคลายจึงเป็นการฝึกทักษะเพื่อสร้างอาชีพให้กับประชาชนทั่วไป

4.7 การถ่ายทอดความรู้เรื่องการนวดและการประกบสมุนไพรของผู้สูงอายุ

สมุนไพรกับการแพทย์แผนไทยมีวิวัฒนาการมาเป็นเวลานานช้านานแล้วตั้งแต่ยุคก่อนสุโขทัยจวบจนกระทั่งถึงปัจจุบัน มีห้วงช่วงเวลาแห่งความเจริญก้าวหน้า การสืบสาน การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ในปัจจุบันหลังจากที่รัฐบาลมีนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทยขึ้นทำให้คนนิยมกลับมาชื่นชอบกับวิถีแห่งธรรมชาติบำบัด และการแพทย์ทางเลือกเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การถ่ายทอดความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยจึงมีความสำคัญในแง่ของการสืบสานภูมิปัญญาและวัฒนธรรมไทยเป็นอย่างมาก การศึกษาในครั้งนี้จึงสนใจที่จะศึกษาการะบวนการถ่ายทอดความรู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดระบบการนำความรู้ของผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์

4.7.1 รูปแบบการถ่ายทอดความรู้

ผลการศึกษารูปแบบการถ่ายทอดความรู้ในครั้งนี้สามารถแบ่งรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนและการถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบันซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.7.1.1. การถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน

ในสังคมไทยสมัยก่อนการถ่ายทอดวิชาการนวดแผนไทยยังไม่มีการสอนอย่างเป็นระเบียบแบบแผน แต่เป็นการสืบทอดตามสายบรรพบุรุษหรือตระกูลเดียวกันผู้เป็นอาจารย์จะพิจารณาว่าผู้เรียนมีความสนใจและร่างกายแข็งแรงเหมาะสมที่จะถ่ายทอดวิชาความรู้ให้หรืออาจเป็นผู้ที่คุ้นเคยและอยากเรียนวิชามาฝากตัวเป็นศิษย์ โดยจะมีวิธีการไหว้ครูก่อนจะสอนความรู้ให้ จะมีวิธีการเรียนการสอนที่มีลักษณะแบบตัวต่อตัวเริ่มจากการฝึกกำลังนิ้วตั้งแต่ขยำก้อนขี้ผึ้ง ดินน้ำมันหรือดินเหนียวจนนิ้วและมือแข็งแรงมากขึ้น จากนั้นจะสอนเรื่องจุดนวดและท่านวดต่าง ๆ แล้วเริ่มฝึกปฏิบัติหัดนวดครและติดตามครูเพื่อรับรู้ประสบการณ์วิธีการนวดและจับเส้นให้ได้จากครูมากที่สุด การเรียนรู้จะต้องใช้ความอุตสาหะอย่างมากในการฝึกฝีมือจึงจะสามารถรับวิชาการนวดแผนไทยได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หมอนวด และหมอประคบสมุนไพรจำนวน 15 คน มีจำนวนถึง 13 คนที่มีวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนหรือคาดการณ์เอาไว้ล่วงหน้าว่าถ้าหากมีลูกศิษย์ก็จะถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนร้อยละ 87.0 แม้บางคนจะมีรูปแบบเรียนรู้แบบสถาบันมาก็ตามเนื่องจากเป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบดั้งเดิมของบรรพบุรุษที่สืบทอด

กันมาและสอดคล้องกับธรรมชาติของการเรียนรู้ของชาวบ้านที่ไม่ชอบเรียนรู้แบบวิชาการ การถ่ายทอดแบบนี้จะเน้นการปฏิบัติจากของจริง หรือการสาธิตจากผู้สอนแล้วให้ลูกศิษย์ได้สังเกตดูจากการรักษาจริง และให้ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติจริงด้วยมีลักษณะการถ่ายทอดแบบปากต่อปากแล้วท่องจำจากนั้นต้องอาศัยประสบการณ์ใช้การสังเกตการสาธิตหรือการรักษาของผู้สอนแล้วจดจำให้ขึ้นใจ ผู้เรียนต้องหมั่นฝึกประสบการณ์ และฝึกฝนทักษะอยู่เป็นประจำจนเกิดความชำนาญในการนวดระดับต้น คือการนวดผ่อนคลายได้ดีแล้วจึงเรียนวิธีการจับเส้นต่อไปการสอนด้วยวิธีการสาธิตนั้น ในช่วงแรกจะให้ลูกศิษย์จับคู่กันจากนั้นจะสอนด้วยการสาธิตวิธีการนวดโดยจะให้คนรู้จักมาเป็นหุ่นในการสาธิตการนวดของผู้สอน และจะให้ลูกศิษย์สลับกันเป็นผู้นวดในระยะหลังลูกศิษย์จะต้องหาคนมาเป็นหุ่นในการนวดเพื่อให้ลูกศิษย์มีบทบาทเป็นผู้นวดเท่านั้นจากนั้นผู้สอนจะคอยตรวจดูว่าผู้เรียนนวดได้ถูกต้องหรือไม่ซึ่งจะไม่มีการเรียนในภาคทฤษฎีที่จะอธิบายถึงประวัติความเป็นมาของการนวด และหลักการของการนวด แต่จะเริ่มเรียนเรื่องการนวดเส้นต่าง ๆ ของร่างกายเลยทันที ได้แก่ การนวดแขน นวดขา นวดหลัง นวดบ่า ไหล่และนวดศรีษะ (พิยดา, 2552) บางคนจะมีวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัวโดยใช้ความเคยชินในการอยู่ร่วมกัน ยกตัวอย่างเช่น การใช้ให้ปลูกสมุนไพร ตากสมุนไพรและจะสอดแทรกความรู้เรื่องสมุนไพรระหว่างที่ใช้ให้ปลูกสมุนไพร หรือตากสมุนไพรทีละเล็กทีละน้อยจนซึมซับความรู้ไปเองอย่างไม่รู้ตัว เมื่อมีการรักษาผู้ป่วยจะให้เรียกคนในครอบครัวที่ต้องการถ่ายทอดความรู้มาเป็นผู้ช่วย อาทิ การประคบสมุนไพรให้กับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตต้องใช้ความระมัดระวังเป็นอย่างมากระหว่างที่ทำการรักษาจะให้ผู้เรียนคอยเป็นผู้ช่วยในการเปลี่ยนลูกประคบ ซึ่งจะต้องทดสอบความร้อนก่อนที่จะยื่นให้ประคบผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจะไม่มีความรู้สึกหรือรับความสึกได้ช้าซึ่งกว่าจะรู้ว่าลูกประคบร้อนเกินไปก็อาจจะทำให้ผิวหนังพุพองจากความร้อนไปแล้ว เป็นต้น (สุดา, 2552) โดยสามารถสรุปได้ว่าลักษณะวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนได้ ดังนี้

1) เน้นทำให้ดูเป็นแบบ

วิธีการถ่ายทอดความรู้โดยใช้การสังเกตและการท่องจำจากการทำให้ดูเป็นแบบเป็นวิธีการที่ใช้กันมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ เนื่องจากการเรียนแพทย์ไม่ใช่เรื่องง่าย ดังนั้นผู้เรียนต้องคอยสังเกตการรักษาของอาจารย์ผู้สอน และติดตามไถ่ถามจนเข้าใจอย่างถ่องแท้จริง ๆ และจึงจดจำความรู้ที่เรียนมาให้ขึ้นใจ เพราะการใช้วิธีการบรรยายเพียงอย่างเดียวอาจจะทำให้ผู้เรียนนั้นท่องจำตามเนื้อหาที่สอนแต่ไม่ได้เข้าใจจริง ๆ เหมือนการได้สังเกตจากการปฏิบัติจริง การทำให้ดูเป็นแบบมีอยู่กัน 2 แบบ คือ การทำให้ดูเป็นแบบจากการสอนธิตโดยผู้สอน การทำให้ดูเป็นแบบจากการรักษาจริงของผู้สอน

2) เน้นการให้ทดลองปฏิบัติจริง

วิธีการที่เน้นการทดลองจากการปฏิบัติจริงเป็นวิธีการที่ชาวบ้านใช้ในการถ่ายทอดความรู้เนื่องจากธรรมชาติการเรียนรู้ของชาวบ้านมักจะเรียนรู้จากการปฏิบัติได้ดีกว่าการฟังเพียงอย่างเดียว อีกทั้งชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เรียนหนังสือทำให้วิธีการเรียนแบบสถาบันที่มีการเรียนทางด้านทฤษฎีด้วยวิธีการบรรยายนั้นได้ผลลัพธ์ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้านได้ไม่ดีเท่าที่ควร สังเกตได้ว่าผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญจำนวนค่อนข้างมากจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้นคิดเป็นร้อยละ 74.0 จึงทำให้หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรส่วนใหญ่มีวิธีการถ่ายทอดความรู้หรือคิดว่าจะใช้วิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน โดยวิธีการนี้จะเน้นให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติจริงด้วยตนเองซึ่งจะมีผู้สอนคอยให้คำแนะนำอยู่ขณะฝึกปฏิบัติด้วย

ตารางที่ 4.19 ลักษณะวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน

วิธีการถ่ายทอดความรู้	จำนวน (n=13)	ร้อยละ* (100.0)
1.เน้นให้ดูเป็นแบบจากวิธีการสาธิต	8	62.0
2.เน้นให้ดูเป็นแบบจากการรักษาจริง	4	31.0
3.เน้นการให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติจริงด้วยตนเองโดยมีผู้สอนดูแล	1	7.0
รวม	**13**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 13 ซึ่งเป็นกลุ่มหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรที่มีการถ่ายทอดตามแบบวิถีชุมชน

4.7.1.2 การถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบัน

ผลการศึกษาพบว่า มีหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรจำนวน 2 คนจากจำนวนทั้งหมด 15 คนมีวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบันหรือคาดการณ์เอาไว้ล่วงหน้าว่าถ้าหากมีลูกศิษย์ก็จะถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบัน คิดเป็นร้อยละ13.0 การถ่ายทอดแบบสถาบันนี้จะใช้วิธีการบรรยายเนื้อหาความรู้ก่อนจากนั้นจึงจะใช้วิธีการสาธิตและการบรรยายควบคู่กันต่อไป ซึ่ง

ลูกศิษย์ต้องใช้วิธีการสังเกต จดจำ และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนซึ่งหากมีข้อสงสัยก็สามารถซักถามผู้สอนได้ จากการสัมภาษณ์หมอสมุนไพร 2 คน พบว่าหมอสมุนไพรทั้ง 2 มีวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบันโดยได้ให้เหตุผลว่าการจะสอนเรื่องสมุนไพรต้องมีความละเอียดรอบคอบมากเพราะสมุนไพรถ้าใช้ไม่ถูกกับโรคก็อาจจะทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายของผู้ป่วยได้ หากจัดยาไม่ถูกกับโรคก็จะทำให้ผู้ป่วยนั้นป่วยเรื้อรัง หรือไม่รู้ลำดับขั้นตอนในการรักษาก็อาจจะทำให้ไม่สามารถรักษาโรคได้ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุไม่ควรประคบสมุนไพรทันทีควรรอเวลา 48 ชั่วโมงก่อน แล้วค่อยใช้ความร้อนไม่เช่นนั้นแผลจะหายช้า เป็นต้น

การเรียนรู้เรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพรต้องมีวิธีการถ่ายทอดให้ผู้เรียนเข้าใจอย่างละเอียดและชัดเจนไม่เช่นนั้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงหรือหายช้า หมอสมุนไพรอีกคนหนึ่งเรียนรู้วิชามาจากสำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ ดังนั้นจึงต้องการถ่ายทอดความรู้ตามรูปแบบที่ได้เรียนรู้วิชามา เพราะคิดว่าจะทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์เหมือนที่ตนเองได้รับมา แต่จนถึงทุกวันนี้ยังไม่มีผู้มาขอเรียนเนื่องจากคนในละแวกใกล้เคียงไม่ค่อยมีใครรู้ว่าเคยเรียนรู้วิชาสมุนไพรมาจากสำนักพุทธศาสนาแห่งชาติเนื่องจากเพิ่งย้ายมาได้แค่ 4 ปีแต่ในอดีตเคยมีผู้มาขอคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับสมุนไพรอยู่บ้างแต่ไม่ได้ถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นทางการดังนั้นจึงตั้งใจว่าหากมีผู้มาขอเรียนจะถ่ายทอดตามแบบที่ตนเองได้เรียนรู้มา (บุญ, 2552)

ตารางที่ 4.20 รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุ

รูปแบบการถ่ายทอดความรู้	จำนวน (n=15)	ร้อยละ* (100.0)
การถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบัน	2	13.0
การถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน	13	87.0
รวม	**15**	**100.0**

หมายเหตุ* ฐานร้อยคิดจาก 15

4.7.2 การไหว้ครู

ผลการศึกษา พบว่าองค์ประกอบการไหว้ครูมีอยู่ด้วยกัน 2รูปแบบได้แก่ การไหว้ครูด้วยขันธ์ 5 การขึ้นครู ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.7.2.1 การไหว้ครูด้วย ขันธ์ 5

โดยขันธ์ 5 นั้นจะประกอบไปด้วยดอกไม้ทีมีขนาดเล็กทีสามารถหาได้ง่ายเช่น ดอกบานไม่รู้โรย ดอกเข็ม เป็นต้น แต่ต้องเป็นดอกไม้ทีเชือกันว่าเป็นดอกไม้มงคล ดอกไม้ทีเป็นไม่เป็นมงคล เช่น ดอกพิกุล ดอกล้นทม เป็นต้น ดอกไม้ใช้บูชาจำนวน 5 คู่ ทีต้องใช้ดอกไม้ขนาดเล็กเพือจะได้ใส่ในจานได้พอดีและจะได้วางบนหิงพระได้สะดวก และยังต้องมี ธูป 5 คู่ เทียน 5 คู่ อีกด้วยจึงเรียกว่าขันธ์ 5 แล้วจากนั้นก็ให้นำไปถวายบนแท่นบูชาพระทีบ้านครูผู้สอนเพือความเป็นสิริมงคลและเพือเป็นการขออนุญาตครูอาจารย์ทีเป็นความเชือเกียวกับทางไสยศาตร์ให้ช่วยลงมาถ่ายทอดความรู้ให้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีหลังจากทีอาจารย์ผู้สอนถ่ายทอดความรู้ให้จนผู้เรียนมีความรู้ความชำนาญแล้วทุกครั้งทีทำการนวดจะต้องประนมมือขึนเหนือศีรษะเพือให้ครูอาจารย์ผู้ล่วงลับไปแล้วช่วยให้การรักษาเป็นไปได้ด้วยดีและในทุกวันพระจะต้องจัดขันธ์ 5 ขึนไหว้ครูบนหิงพระทุกครั้งเพือเป็นการบูชาครูด้วย จากการศึกษาพบว่าหมอนวดทีมีการไหว้ครูด้วยขันธ์ 5 จะเป็นหมอนวดทีมีวิธีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน

4.7.2.2 การขึนครู

การขึนครู คือ การไหว้ครูในครั้งแรกของการรับการถ่ายทอดความรู้จากอาจารย์ผู้สอน ประกอบไปด้วย ดอกไม้ชนิดใดก็ได้ทีใช้ในการบูชาพระ หญ้าแพรก มะเขือเปราะ ธูป 3 ดอก เทียนเล่มเล็ก 1 คู่เพือจะได้เป็นการรำลึกถึงบุญคุณของครูอาจารย์แต่เมือผู้นวดลงมือนวดทุกครั้งก็ควรประนมมือไหว้พร้อมกับรำลึกถึงครูดังกล่าวซึงใช้เวลาเพียง 2-3 วินาทีเพือสร้างขวัญ และกำลังใจ และสร้างสมาธิทีดีให้กับผู้นวดก่อนลงมือนวด จากการศึกษาพบว่า หมอนวดทีเรียกการไหว้ครูครั้งแรกว่าการขึนครูนั้นมาจากหมอนวดทีเรียนการนวดมาจากสถาบันทีจัดการอบรมการนวดโดยสถาบันทีอบรมให้จะจัดให้มีการไหว้ครูอย่างเป็นทางการครั้งแรกก่อนการเข้าสู่ชั่วโมงแรกของการเรียนบรรยายในภาคทฤษฎีเพือเป็นการเคารพครูอาจารย์ และครูผู้สอนด้วย

การเก็บข้อมูลในครั้งนีมีผู้ให้ข้อมูลทีสำคัญทีเป็นหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรจำนวน 15 คน แต่มีเพียงจำนวน 5 คนเท่านั้นทีผ่านการมีลูกศิษย์มาแล้วจากการศึกษา พบว่าร้อยละ 80.0 มีการไหว้ครูก่อนทีจะมีการถ่ายทอดความรู้ให้มีเพียงร้อยละ 20.0 เท่านั้นทีไม่เคร่งครัดทีจะต้องมีการไหว้ครูก่อนการถ่ายทอดความรู้ให้แสดงให้เห็นว่าการไหว้ครูถือเป็นกระบวนการทีสำคัญทีผู้ถ่ายทอดความรู้ยังให้ความสำคัญ

4.7.3 ผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจที่มีต่อการถ่ายทอดความรู้

สังคมไทยนั้นมีความเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เนื่องจากมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ากระทบจนทำให้สังคมต้องเกิดการปรับตัวเพื่อให้อยู่รอดได้ การถ่ายทอดความรู้ก็เช่นเดียวกันได้รับผลกระทบจากภาวะทางเศรษฐกิจจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไป ดังนี้

4.7.3.1 ถ่ายทอดความรู้แบบรวบรัด

โดยปกติการถ่ายทอดความรู้เรื่องการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพรถ้าเป็นการถ่ายทอดความรู้แบบสถาบันจะมีระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้ประมาณ 3-4 เดือนตามทีหลักสูตรได้กำหนดเอาไว้ หากผู้เรียนคนใดไม่สามารถปฏิบัติตามได้ก็จะไม่รับใบประกาศผ่านการอบรมไปประกอบอาชีพได้ หากเป็นการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนจะมีระยะเวลาการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่แน่นอน ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเรียนอย่างน้อย 1ปี เนื่องจากไม่มีหลักสูตรการเรียนที่แน่นอน จากการศึกษาพบว่า เหตุผลที่มีการถ่ายทอดความรู้แบบรวบรัดเนื่องมาจากผู้เรียนไม่ได้ต้องการนำไปประกอบอาชีพแต่ต้องการนำไปนวดให้กับสามีชาวต่างชาติ และมีเวลาในการเรียนเพียง 2 อาทิตย์เท่านั้น โดยให้ค่าตอบแทนที่สูงมาก การถ่ายทอดความรู้แบบรวบรัดนี้จะสอนแค่ท่าพื้นฐานการนวดอย่างง่ายที่มีลักษณะการนวดด้วยอุ้งมือเป็นการนวดแบบผ่อนคลายไม่ได้คาดหวังในเรื่องผลการรักษา (พิยดา, 2552)

ในกรณีการแต่งงานข้ามชาติของสตรีชาวอุดรธานีด้านบริบทของชุมชนจะเกี่ยวข้องกับโครงสร้างพื้นฐานของชุมชน เศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้วิถีชีวิต การแต่งงานข้ามชาติเป็นการพยายามเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการเพื่อความอยู่รอด และความมั่นคงในชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจ ทั้งด้านรายได้ รายจ่าย ภาระหนี้สิน การเก็บออม หรือการลงทุนประกอบอาชีพ ดังนั้นสตรีที่แต่งงานกับชาวต่างชาติส่วนใหญ่จึงต้องการดูแลสามีชาวต่างชาติให้ดี เพราะนั้นหมายถึงความมั่นคงรายได้ และความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว ซึ่งแต่ละคนก็จะมีวิธีการดูแลสามีชาวต่างชาติที่แตกต่างกันออกไป เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย เป็นต้น

4.7.3.2 ถ่ายทอดความรู้แบบมีเงื่อนไข

การศึกษาการแพทย์สมัยก่อนการเรียนรู้และการถ่ายทอดภายในตระกูลโดยการถ่ายทอดจะขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถ่ายทอดกับผู้รับการถ่ายทอดเช่น ลุง ป้าน้าอา หรือผู้ที่ใกล้ชิดมากที่สุด เนื่องจากการรับศิษย์เป็นเรื่องยาก เพราะบุคคลที่จะมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการรับการถ่ายทอดความรู้นั้นต้องมีคุณสมบัติด้วยกันหลายข้อ เช่น เป็นคนช่างสังเกต มีความอดทน เป็นคนขยันหมั่นฝึกฝน เป็นต้น เพราะไม่เช่นนั้นจะทำให้ผู้สอนเสียชื่อเสียงและ

อาจจะทำให้รักษาผู้ป่วยผิดพลาดได้ในปัจจุบันผู้ที่มีความรู้ด้านการนวดจับเส้น การประคบสมุนไพร วิธีการทำลูกประคบสมุนไพรและน้ำมันสำหรับใช้ในการนวดนั้นเริ่มหวงแหนวิชาความรู้เพราะเศรษฐกิจฝืดเคือง ผู้ที่มีความรู้เหล่านี้ก็มักจะผลิตสินค้าออกมาจำหน่าย เช่น น้ำมันนวด ลูกประคบสมุนไพร เป็นต้น และมีการจดลิขสิทธิ์ทางปัญญาเอาไว้เพื่อป้องกันคู่แข่งทางการค้าลอกเลียนแบบสินค้า โดยมากมักจะถ่ายทอดความรู้ที่มีให้กับคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่จะไม่ผลิตสินค้าออกมาขายเป็นคู่แข่งทางการค้ากัน จากการสัมภาษณ์พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญจำนวน 2 คนในจำนวนทั้งหมด 15 คนบอกว่าจะไม่รับลูกศิษย์และจะถ่ายทอดให้กับคนในครอบครัวเท่านั้น โดยให้เหตุผลว่าที่ไม่รับลูกศิษย์เพราะกลัวความรู้ที่มีจะรั่วไหลไปถึงคู่แข่งทางการค้า เนื่องจากครอบครัวประกอบอาชีพ คือ ขายผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสมุนไพร และน้ำมันนวดร่างกายแก้ปวดเมื่อย โดยเป็นสูตรที่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ โดยจะถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่ให้สัญญาว่าจะไม่ผลิตสินค้าออกมาขายก็จะยอมถ่ายทอดความรู้ให้ (สุดา, 552) หมอนวดอีกคนหนึ่งนั้นมีวิธีการนวดที่ไม่เหมือนใครคือจะใช้ไม้มะขามตีหรือเคาะบริเวณที่จะจับเส้นให้เส้นฟูขึ้นแล้วจึงใช้นิ้วหัวแม่มือสะกิดเส้นขึ้นมาจึงถือว่าเป็นวิธีการที่แปลกและได้ผลการรักษาที่ดีจึงหวงแหนวิชาความรู้มากโดยไม่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้ใครเลยนอกจากคนในครอบครัวทำให้ถูกจองคิวจากคนไข้ให้รักษาโรคเต็มไปตลอดทั้งปีเพราะสามารถรักษาโรคให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงสำเร็จมาหลายรายแล้ว จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีผลต่อกระบวนการถ่ายทอดความรู้ให้มีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไป (ผล, 2552)

4.7.4 ความเชื่อกับการถ่ายทอดความรู้

ความเชื่อกับสังคมไทยนั้นอยู่คู่กันมาช้านานแล้ว ความเชื่อทางไสยศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการแพทย์แผนไทย ยกตัวอย่างเช่น หลักสูตรของครูบางคนจะสอนวิชาไสยศาสตร์ให้ด้วย เรียกว่า “ไสยรักษ์” คือการรักษาโรคภัยไข้เจ็บด้วยอาคม และนับว่าเป็นวิชาการแพทย์แผนไทยแขนงหนึ่ง ความเชื่อทางด้านไสยศาตร์ยังส่งผลต่อกระทบต่อการถ่ายทอดความรู้ด้วย จากการสัมภาษณ์พบว่า หมอที่เคยรักษาผู้ป่วยโรคตับให้หายได้ อธิบายวิชาความรู้ที่มีว่าความรู้นี้มีเพียง 3 คน ที่รู้วิชาได้แก่ อาจารย์ผู้สอน ศิษย์ผู้พี และตนเอง เนื่องจากมีความเชื่อว่าบุคคลที่ 4 ที่รู้วิชานี้จะถึงแก่ความตาย เพราะเคยเกิดเหตุการณ์เช่นนี้กับลูกศิษย์คนที่ 3 ของอาจารย์เรียนได้ไม่นานก็เสียชีวิต ความเชื่อเช่นนี้ส่งผลให้ไม่มีการถ่ายทอดวิชาความรู้นี้เลย เพราะกลัวคนในครอบครัวเสียชีวิต หมออีกคนหนึ่งที่ให้ข้อมูลว่าได้รับวิชาความรู้จากการเข้าฝันของครูอาจารย์เรียกว่า “ปู่ทวด” ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ไม่มีตัวตนแต่เชื่อว่ามาดลใจให้ฝันแล้วสอนวิชานวดจับเส้นให้ และนับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาก็สามารถนวดจับเส้นรักษาโรคได้จึงจัดขันธ์ 5 ไว้บนหิ้งพระ “เพื่อรับครู” ให้มาอยู่กับตนเอง ทำให้สามารถ

รักษาผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต 2 รายให้หายป่วย และกลับมาเดินได้เป็นปกติ และกลายเป็นที่รู้จักของคนในละแวกใกล้เคียงจนมีผู้มาขอเรียนวิชาการนวดจับเส้นเป็นจำนวนมาก แต่ผู้มาขอเรียนไม่สามารถเรียนวิชาการนวดจับเส้นได้สำเร็จแม้แต่คนเดียวแม้ว่าจะทุ่มเทในการสอนเป็นอย่างมาก แต่เมื่อถ่ายทอดความรู้ให้กับบุตร ปรากฏว่าบุตรสามารถเรียนวิชาจับเส้นได้สำเร็จ ทำให้มีความเชื่อว่า “อาจารย์ปู่ทวด” ไม่อยากถ่ายทอดความรู้นี้ให้กับคนอื่นนอกจากคนในตระกูลเดียวกัน ดังนั้นจึงตัดสินใจไม่รับลูกศิษย์อีกเลย เพราะเชื่อว่าไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ให้ใครได้สำเร็จ หากจะวิเคราะห์อีกด้านหนึ่งอาจวิเคราะห์ได้ว่าการถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวนั้นง่ายกว่าถ่ายทอดความรู้ให้คนอื่นเนื่องจากจะมีเวลาอยู่ด้วยกันอยู่บ่อย ๆ ก็ย่อมทีจะมีเวลาทีจะถ่ายทอดความรู้ให้กันได้ตลอดเวลา การถ่ายทอดความรู้ภายในครอบครัวอาจเป็นไปในลักษณะการถ่ายทอดแบบไม่รู้ตัวเป็นการซึมซับในแต่ละวันด้วยการสังเกตการรักษาผู้ป่วยก็เป็นไปได้ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มาขอเรียนที่ไม่ได้มีเวลาอยู่ด้วยกันตลอดเวลา จากข้อมูลที่ได้สามารถสรุปลักษณะความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ที่ส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้ได้ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

1. เชื่อว่าวิชาความรู้ที่มีนั้นสามารถถ่ายทอดความรู้ได้เฉพาะในวงแคบเท่านั้น คือไม่เกิน 3 คน หากฝ่าฝืนจะทำให้บุคคลที่รู้วิชาคนที่ 4 นั้นเสียชีวิตกระทันหัน

2. เชื่อว่าหากอาจารย์เจ้าของวิชาที่ล่วงลับไม่ต้องการถ่ายทอดความรู้ให้ใครแล้วไม่ว่าจะพยายามทุ่มเทถ่ายทอดความรู้ให้มากเพียงใดก็จะไม่สำเร็จ โดยสังเกตจากการถ่ายทอดความรู้ในช่วงแรก ๆ หากลูกศิษย์เรียนวิชาแล้วไม่มีความคืบหน้าใด ๆ เลยก็จะหยุดถ่ายทอดความรู้ทันที

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ที่อยู่คู่กับคนไทยมานานนั้นเป็นอุปสรรคต่อการถ่ายทอดความรู้เรื่องการนวดและการรักษาโรคด้วยการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุ

4.7.5 การต่อยอดความรู้

การต่อยอดความรู้ คือ การเพิ่มความรู้ที่มีอยู่ให้เพิ่มมากขึ้นและสามารถนำไปบอกต่อหรือเผยแพร่ให้กับผู้อื่นได้รับรู้เพื่อจะนำไปใช้ประโยชน์ได้ การต่อยอดความรู้ของผู้สูงอายุมีอยู่ด้วยกัน5 ลักษณะ ดังนี้

4.7.5.1 อ่านหนังสือ

การเรียนเพิ่มเติมทางทฤษฎีนั้นบางคนจะใช้หนังสือตำรามาตรฐานที่ขายตามท้องตลาดมาช่วยเสริมสร้างความรู้ในแง่ของหลักการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนนั้นไม่เน้นการเรียนในภาคทฤษฎีอาจจะทำให้ไม่สามารถจับหลักการที่ถูกต้องได้เน้นการปฏิบัติอย่างเข้มข้น (ลดา, 2552)

4.7.5.2 ชมรายการโทรทัศน์ที่เกียวกับสุขภาพ

สื่อโทรทัศน์นั้นเป็นสื่อที่คนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ง่ายในปัจจุบันนั้นมีรายการเกียวกับการดูแลรักษาสุขภาพอย่างแพร่หลาย เนื่องจากคนไทยหันมารักสุขภาพกันมากขึ้นทำให้คนทั่วไปสามารถเพิ่มเติมความรู้ได้อย่างง่าย ๆ ด้วยการดูรายการ โทรทัศน์เกียวกับสุขภาพที่มีอยู่เป็นประจำในทุกๆวัน (จิตรา, 2552)

4.7.5.3 พูดคุยแลกเปลียนความรู้กับผู้ที่สนใจเรืองสุขภาพหรือผู้ร่วมอาชีพ

การพูดคุยแลกเปลียนความรู้กับผู้ที่สนใจเรืองสุขภาพ หรือผู้ร่วมอาชีพก็เป็นวิธีการที่น่าสนใจอีกวิธีหนึ่งในการเพิ่มความรู้ให้กับตนเองได้อย่างง่าย ๆ เพราะแต่ละคนก็มีประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป การพูดคุยแลกเปลียนกันบ่อย ๆ จะทำให้ได้รับความรู้ใหม่ได้อย่างง่าย ๆ (นิดา, 2552)

4.7.5.4 รวบรวมข้อมูลเป็นรูปเล่ม

การรวบรวมข้อมูลเป็นรูปเล่มเป็นวิธีการที่ต่อเนืองมาจากการอ่านหนังสือ ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญคนหนึ่งใช้วิธีการอ่านหนังสือพิมพ์คอลัมน์เกียวกับสมุนไพรเป็นประจำ เมื่อพบข้อมูลที่น่าสนใจก็จะตัด และนำมาติดในสมุดเก็บเอาไว้ จากนั้นจะทำสารบัญเพื่อให้เปิดหาข้อมูลที่มีอยู่เป็นจำนวนมากได้ง่ายขึ้น หากมีผู้ใดสนใจเรืองสมุนไพรก็ให้ยืมไปอ่านได้เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ด้วย (บุญ, 2552)

4.7.5.5 ทดลอง/ทดสอบเพื่อการต่อยอดความรู้

วิธีการนี้เป็นวิธีการตอบข้อสงสัยด้วยตนเองในการต่อยอดความรู้ เช่น การทดลองประคบสมุนไพรด้วยการอ่านฉลากวิธีการประคบที่แนบมากับลูกประคบที่ซื้อมาด้วยความระมัดระวัง การทดลองผ่าศพด้วยการติดต่อขอซื้อศพจากญาติผู้ตายจากโรงพยาบาลแห่งหนึง และนำมาผ่าเพื่อพิจารณาเส้นเลือด เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ และเก็บเอาไว้ในความทรงจำ จากนั้นก็นำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันในการรักษาโรคให้ผู้ป่วย (ผล, 2552)

การต่อยอดความรู้นั้นมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดความรู้ เนืองจากหากมีการต่อยอดความรู้จะทำให้การถ่ายทอดความรู้นั้นมีประสิทธิภาพมากยิงขึ้น จากการศึกษาพบว่าจากจำนวนหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรจำนวน 15 คน มีเพียง 5 คนเท่านั้นที่มีการต่อยอดความรู้โดยให้เหตุผลว่าต้องการหาความรู้เพิ่มเติมให้กับตนเองเพื่อเพิ่มความชำนาญและเพื่อผลสำเร็จในการรักษา ส่วนผู้ที่ไม่ต่อยอดความรู้นั้นบางคนให้เหตุผลว่า ความรู้ที่มีนั้นมากเพียงพอที่จะทำการรักษาให้กับผู้ป่วยได้แล้วบางคนให้เหตุผลที่แตกต่างออกไปว่ามีลักษณะนิสัยไม่ชอบค้นคว้าหาความรู้เพราะมีผู้ร่วมอาชีพหลายคนก็ไม่มีการต่อยอดความรู้หรือการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมแต่ก็สามารถรักษาผู้ป่วยได้มาเป็นระยะเวลานานอย่างไม่มีปัญหาและจากการสังเกตยังได้พบข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่าหมอ

นวดและหมอประคบทีมีการต่อยอดความรู้ทั้งหมดนั้นจะมีผู้ป่วยมาใช้บริการมากหรือการจองคิวลงในปฏิทินเต็มตลอดทั้งปี บางคนถูกจองคิวให้รักษาไปจนถึงปีหน้าเลยก็มี มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักของคนในชุมชนและชุมชนใกล้เคียงและยังสามารถรักษาโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้อีกด้วย จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการต่อยอดความรู้นั้นเป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นการเพิ่มเติมความรู้และทำให้ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคด้วยวิธีการต่อยอดความรู้ที่หมอนวดแผนไทย และหมอประคบสมุนไพรสูงอายุนิยมปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การอ่านหนังสือ (ร้อยละ 60.0) รองลงมาได้แก่ การชมรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 40.0) และการทดลองปฏิบัติจริงเมื่อมีข้อสงสัย (ร้อยละ 40.0) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะใช้วิธีการต่อยอดความรู้ด้วยการอ่านหนังสือมากที่สุด ดังนั้นภาครัฐควรมีการควบคุมคุณภาพของหนังสือที่ออกมาจำหน่ายให้ได้มาตรฐานทั้งในเชิงเนื้อหาที่ต้องถูกต้อง ชัดเจน และราคาไม่สูงมากเกินไป

ตารางที่ 4.21 วิธีการต่อยอดความรู้ของผู้สูงอายุ

วิธีการต่อยอดความรู้	จำนวน (n=5)	ร้อยละ* (100.0)
อ่านหนังสือ	3	60.0
ชมรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ	2	40.0
พูดคุยแลกเปลี่ยนกับที่สนใจเรื่องสุขภาพ	1	20.0
เก็บรวมรวมข้อมูลเป็นรูปเล่มจากการอ่านหนังสือ	1	20.0
ทดลองปฏิบัติจริงเพื่อตอบข้อสงสัย	2	40.0

หมายเหตุ * ฐานร้อยคิดจาก 5 ซึ่งเป็นกลุ่มหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรที่มีการต่อยอดความรู้

4.7.6 ขั้นตอนในการถ่ายทอดความรู้

ขั้นตอนในการถ่ายทอดความรู้ของหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรมีอยู่ด้วยกัน 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนในการตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ ขั้นตอนในการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอเรียนก่อนที่จะถ่ายทอดความรู้โดยละเอียดให้และขั้นตอนในการถ่ายทอดความรู้ที่ละเอียดให้มีรายละเอียด ดังนี้

4.7.6.1 ขั้นตอนในการตัดสินใจถ่ายทอดความรู้

ในการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มของหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรจะตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ก็ต่อเมื่อมีผู้มาขอความรู้ เพราะการมีผู้มาขอความรู้นั้น หมายถึงว่า ผู้ถ่ายทอดได้รับความเคารพนับถือให้เป็น “ครู” ซึ่งถือว่าเป็นการให้เกียรติและได้มองเห็นความสำคัญหรือเป็นการมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่ผ่านการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้มาขอความรู้ทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ให้เหตุผลว่าที่ตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ เพราะถือว่าบุคคลนั้นได้ให้เกียรติและให้ความสำคัญกับความรู้ที่ผู้สูงอายุมี กอปรกับไม่ต้องการให้ความรู้สูญหายไปกับตนเอง โดยปราศจากการสืบทอดความรู้ เพราะหากมีการสืบทอดนั้นหมายถึง การมีโอกาสที่จะนำความรู้ที่มีไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ในกลุ่มผู้ที่ยังไม่ได้มีการถ่ายทอดความรู้ให้กับใครเลยนั้นมีเป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 20.0) ที่มีการตัดสินใจที่จะไม่ถ่ายทอดความรู้ให้กับใครเลย เพราะให้เหตุผลเกี่ยวกับเรื่องความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ไว้ว่า หากถ่ายทอดความรู้ให้บุคคลที่สี่ล่วงรู้วิชาจะทำให้บุคคลนั้นเสียชีวิต เนื่องจากขณะนี้มีผู้รู้วิชานี้ครบสามคนแล้ว และเหตุผลที่ตัดสินใจไม่ถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นนอกจากคนในครอบครัวอีกเหตุผลหนึ่งก็คือ มีความเชื่อที่ว่าอาจารย์ผู้ล่วงลับผู้ที่เป็นเจ้าของวิชาไม่ยินยอมถ่ายทอดให้ผู้อื่นนอกจากคนในครอบครัว เนื่องจากพยายามที่จะรับศิษย์หลายครั้งแต่ทุกครั้งก็ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้สำเร็จ แต่เมื่อถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัวก็สามารถถ่ายทอดความรู้ได้สำเร็จ ดังนั้นจึงตัดสินใจที่จะไม่ถ่ายทอดความรู้ให้คนนอกอีกเลย ในส่วนกลุ่มผู้ที่ยังไม่มีการถ่ายทอดความรู้แต่มีความตั้งใจหรือตัดสินใจที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่น (ร้อยละ 80.0) ได้ให้เหมือนกันกับกลุ่มที่ได้ถ่ายทอดความรู้แล้วรู้แล้ว ก็คือ ถือว่าบุคคลนั้นได้ให้เกียรติ และให้ความสำคัญกับความรู้ที่ผู้สูงอายุมี กอปรกับไม่ต้องการให้ความรู้สูญหายไปกับตนเอง และต้องการให้ความรู้ที่มีสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ได้ในอนาคต

4.7.6.2 ขั้นตอนในการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอความรู้ก่อนการถ่ายทอดความรู้โดยละเอียดให้

ในขั้นแรกของการรับศิษย์ ผู้ถ่ายทอดความรู้จะไม่คัดเลือกผู้มาขอเรียนโดยจะรับเอาไว้ทั้งหมด จากนั้นจึงจะใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอเรียนผ่านการถ่ายทอดความรู้ในขั้นพื้นฐาน ซึ่งหากผู้มาขอเรียนไม่มีความอดทน ไม่มีความขยันหมั่นเพียรในการฝึกฝน และไม่มีปฏิภาณไหวพริบในการรับการถ่ายทอดความรู้ในขั้นพื้นฐาน ก็จะหยุดถ่ายทอดความรู้ให้ในทันทีโดยไม่มีระยะเวลาในการกำหนด แต่จะสังเกตจากความคืบหน้าในความรู้ที่ได้ถ่ายทอดให้ หากถ่ายทอดซ้ำ ๆ หลายครั้งแล้วยังจำไม่ได้ ก็จะหยุดการถ่ายทอดลงไปในที่สุด โดยได้ให้เหตุผลว่าหากทำการรักษาจริงอาจจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ เพราะศาสตร์ด้านการแพทย์นั้นต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ และความระมัดระวังเป็นอย่างมาก อีกทั้งยังทำให้ผู้ถ่ายทอดความรู้

เสียชื่อเสียงไปด้วย แต่ในกรณีการถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัว หรือเครือญาติที่สนิทผู้ถ่ายทอดจะพยายามถ่ายทอดความรู้ หรือมีความอดทนในการถ่ายทอดความรู้ให้มากกว่าบุคคลทั่วไป แม้ว่าคนในครอบครัวหรือเครือญาติจะมีความดื้อหน้าในความรู้น้อยมากก็ตาม แต่หากผู้ถ่ายทอดความรู้ได้พยายามถ่ายทอดความรู้จนถึงที่สุดแล้ว แต่ผู้รับการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นคนในครอบครัวหรือเครือญาติที่สนิทนั้นไม่สามารถรับการถ่ายทอดได้อย่างสมบูรณ์ก็จะหยุดการถ่ายทอดความรู้ลง เพราะเชื่อว่าคงจะไม่มีพรสวรรค์ในด้านนี้

4.7.6.3 ขั้นตอนในการถ่ายทอดความรู้ที่ละเอียดให้

ขั้นตอนนี้จะสืบเนื่องมาจากขั้นตอนในการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอความรู้ โดยสังเกตว่าผู้มาขอความรู้มีความอดทน มีความขยันหมั่นเพียรในการฝึกฝน และมีปฏิภาณไหวพริบในการรับการถ่ายทอดความรู้ในขั้นพื้นฐาน โดยในขั้นตอนนี้จะเน้นการถ่ายทอดแบบค่อยเป็นค่อยไป และเริ่มให้ฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโดยมีผู้ถ่ายทอดคอยดูแลอย่างใกล้ชิด จากนั้นจะถ่ายทอดความรู้ในส่วนของการรักษาโรคที่รักษาได้ยากหรือเป็นโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าหมดทางเยียวยา เช่น โรคอัมพาต เป็นต้น โดยหัวใจของการรักษาโรคเหล่านี้ก็คือ ความชำนาญ ความอดทนต่อการรักษา ยกตัวอย่างเช่น การรักษาโรคอัมพาตด้วยการนวดจับเส้นผู้นวดจะต้องมีความแม่นยำในการจับเส้น เพราะผู้ป่วยอัมพาตไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ หรือบอกได้ว่าเกิดความเจ็บปวดขณะนวด อีกทั้งการรักษาผู้ป่วยเป็นอัมพาตต้องรับการรักษาด้วยการนวดติดต่อกันเป็นระยะเวลาที่นาน ดังนั้นผู้รักษาจึงต้องมีความอดทนเป็นอย่างมาก เป็นต้น

4.8 ศักยภาพการนำความรู้มาใช้

คำว่า “ศักยภาพ” จากการให้ความหมายของพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปีพ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ภาวะแฝง อำนาจแฝงหรือคุณสมบัติที่มีแฝงอยู่ในสิ่งต่างๆอาจทำให้พัฒนาหรือให้ปรากฏเป็นสิ่งที่ประจักษ์ได้ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542: 38) โดยการผู้สูงอายุที่มีความรู้หรือมีภูมิปัญญาในเรื่องต่าง ๆ ก็ถือว่าเป็นผู้ที่มีศักยภาพแต่เป็นในลักษณะการมีศักยภาพแฝงขาดการนำความรู้ที่มีไปใช้ประโยชน์ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรสูงอายุในจังหวัดอุดรธานีมีศักยภาพในการนำความรู้ที่มีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.8.1 เหตุผลที่ทำให้หมอนวดแผนไทย และหมอประคบสมุนไพรมีศักยภาพในการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษา พบว่าหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรสูงอายุยังได้รับความไว้วางใจให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยในจังหวัดอุดรธานี เนื่องจากในปัจจุบันรัฐบาลได้มีนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทย และนโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการดึงศักยภาพแฝงในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษมาใช้ให้เกิดประโยชน์ สังคมไทยยังพึงพาการรักษาจากหมอนวดและหมอประคบสมุนไพร เนื่องจากมีความเชื่อในพลังการแพทย์รูปแบบนี้ และเชื่อว่าความรู้ต่าง ๆ จะมีการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นอยู่ตลอดเวลาอีกทั้งความรู้ของระบบการแพทย์พื้นบ้านบางอย่างไม่สามารถใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์มายืนยันได้ทั้งหมด เช่น การรักษาโรคตับด้วยการนวดจับเส้ และใช้ยาสมุนไพรในขณะที่แพทย์แผนปัจจุบันต้องใช้วิธีการผ่าตัดหรือการนวดจับเส้นให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตหายได้ภายในระยะเวลาประมาณ 15 วันซึ่งในขณะที่แพทย์แผนปัจจุบันให้ทำกายภาพบำบัดนานเป็นปี เป็นต้น ซึ่งก่อนการรักษามักมีพิธีกรรมความเชื่อทางไสยศาสตร์เข้ามาร่วมด้วย เช่น การไหว้ครู เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการรักษามากยิ่งขึ้นด้วยว่าจะมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจเหนือธรรมชาติคอยช่วยเหลือดูแลให้การรักษาเป็นไปด้วยดี

การที่หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรที่สูงอายุได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยให้ทำการรักษานั้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าหมอสูงอายุน่าจะมีประสบการณ์การรักษาโรคมาอย่างยาวนานทำให้ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยมากกว่าหมอนวดในวัยอื่นความเจ็บป่วยเล็กน้อยบางชนิดที่ทราบสาเหตุชัดเจน มักได้รับความนิยมให้หมอนวดนวดรักษาให้เพราะสะดวกในการเดินทางกรณีที่ชาวบ้านที่อยู่ในเขตนอกเมืองหรือห่างไกลสถานพยาบาลของรัฐและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรบางคนจะไม่เรียกร้องค่ารักษาโรคกับผู้ป่วย ค่ารักษาที่จะได้นั้นขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ป่วยว่ามีความพึงพอใจต่อผลการรักษามากน้อยเพียงใดหรือหมอบางคนก็รักษาโดยจะไม่คิดค่าใช้จ่ายหากรักษาโรคไม่หายอีกด้วย หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรได้ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่าที่เป็นเช่นนี้เพราะได้ให้คำมั่นสัญญากับอาจารย์ผู้ถ่ายทอดความรู้ให้ว่าจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรมในการรักษาผู้ป่วย ไม่ขูดรีดผู้ป่วย หากไม่ปฏิบัติวิชาความรู้ที่ได้รับจะเสื่อมและหายไปหรือรักษาคนไข้ไม่สำเร็จกลุ่มผู้ป่วยที่หมดทางรักษาหรือไม่มีโอกาสหาย เช่น เป็นอัมพาตที่ไม่มีทางฟื้นตัว เป็นต้น แต่จากการศึกษาพบว่า หมอนวดจับเส้นหลายคนสามารถนวดจับเส้นรักษาผู้ป่วยอัมพาตให้กลับมาเป็นปกติได้ หรือหมอประคบสมุนไพรสามารถประคบสมุนไพรให้กับผู้ป่วยอัมพาตจากที่ไม่มีความรู้สึกหรือตอบสนองต่อความรู้สึกช้าให้กลับมามีความรู้สึกได้ เป็นต้น (อุดม และไพร, 2552)

กลุ่มหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.0) มีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า 10 ปีขึ้นไป ซึ่งในกลุ่มดังกล่าวนี้สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มทีมีประสบการณ์ในการรักษา 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.0 กลุ่มทีมีประสบการณ์ในการรักษา 35-40 ปีคิดเป็นร้อยละ 13.0 และกลุ่มทีมีประสบการณ์ในการรักษา 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 27.0 จากการสัมภาษณ์พบว่าในกลุ่มหมอนวดของหมอนวดจับเส้นจะใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้ประมาณ 1 ปี ซึ่งหลังจากนั้นก็จะใช้วิธีการฝึกฝนด้วยการทดลองปฏิบัติจริงอย่างเสมอจนเกิดความชำนาญ จะเห็นได้ชัดโดยเฉพาะอย่างยิงในกลุ่มของหมอจับเส้นถึงแม้จะสูงอายุมาก มีเรียวแรงลดน้อยลง แต่เมือต้องลงมือนวดรักษาก็สามารถจับเส้นได้ถูกต้อง แม่นยำ โดยไม่ต้องเสียเวลาในการหาจุดนวดเลย เมือมีความเชียวชาญหรือมีความชำนาญในความรู้ทีมีก็จะส่งผลต่อศักยภาพในการนำความรู้ทีมีไปใช้รักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4.22 ประสบการณ์ในการรักษาของหมอนวดแผนไทย และหมอประคบสมุนไพร

ประสบการณ์ในการรักษา	จำนวน (n=15)	ร้อยละ (100.0)
ไม่เกิน 10 ปี	7	47.0
10-20ปี	2	13.0
35-40 ปี	2	13.0
40 ปี ขึ้นไป	4	27.0
รวม	**15**	**100.0**

หมายเหตุ ฐานร้อยคิดจาก 15

นโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถินของผู้สูงอายุ และนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทยของรัฐบาลได้ทำให้การนวดไทย และการประคบสมุนไพรได้กลายเป็นแพทย์ทางเลือกให้กับประชาชนได้ใช้วิธีการธรรมชาติบำบัดในการดูแลสุขภาพผ่านการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนหันมารักษาสุขภาพกันเพิมมากขึ้น จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้รับบริการทั้งกลุ่มคนวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุมักจะทราบถึงนโยบายของรัฐเกียวกับส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถินของผู้สูงอายุและนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างดี โดยได้รับทราบนโยบายจากการโฆษณาประสัมพันธ์ของ

ภาครัฐ และการอ่านข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อต่าง ๆ ด้วยตนเองจนนำไปสู่ความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทย หรือเพิ่มความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทยให้สม่ำเสมอมากยิ่งขึ้น และเป็นที่มาของกระบวนการการยอมรับของคนภายนอกที่มีผลต่อการจัดระบบความรู้ของผู้สูงอายุอีกด้วย

จากการวิเคราะห์และการอภิปรายเกี่ยวกับข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรสูงอายุมีศักยภาพในการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ ด้วยเหตุผลดังนี้

4.8.1.1 เนื่องจากการรักษากับหมอพื้นบ้านถือเป็นระบบสาธารณสุขแบบดั้งเดิมของสังคมไทยที่ยังยึดติดอยู่กับคนไทยมาจนถึงปัจจุบันเพราะคนไทยยังมีความเชื่อในพลังการรักษาของหมอพื้นบ้านตามแบบความเชื่อเรื่องการรักษาโรคของบรรพบุรุษ กอปรกับการที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาผู้สูงอายุและนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้กลับมาเป็นแพทย์ทางเลือกให้กับคนไทย และยังส่งเสริมวิธีการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการธรรมชาติบำบัดอีกมากมายที่สอดคล้องกับวิธีการรักษาของหมอพื้นบ้าน ทำให้หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรยังได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยให้ทำการรักษาโรคอยู่จนถึงปัจจุบันก่อให้เกิดโอกาสในการแสดงศักยภาพในการรักษาโรคได้ (อุดม, 2552)

4.8.1.2 การรักษาโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อยบางชนิดที่มีสาเหตุที่ชัดเจน เช่น การตกบันได ข้อเท้าพลิก แผลฟกช้ำ เป็นต้น เนื่องจากสะดวกในการเดินทางกรณีที่ชาวบ้านที่อยู่ในเขตนอกเมืองหรือห่างไกลสถานพยาบาลของรัฐและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรบางคนไม่รับค่ารักษาหากรักษาโรคให้กับผู้ป่วยไม่ได้ เนื่องจากไม่ต้องการเอาเปรียบผู้ป่วยเพราะคิดว่าเป็นการซ้ำเติมเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเนื่องจากได้ให้คำสัญญากับอาจารย์ผู้ถ่ายทอดวิชาให้ว่าจะเป็นผู้มีคุณธรรมไม่เอาเปรียบผู้ป่วยหากไปปฏิบัติตามคำสัญญาจะทำให้ความรู้ที่มีอยู่สูญหายไปหรือรักษาโรคให้ผู้ป่วยไม่ได้ อีกทั้งการไม่รับค่ารักษาหากรักษาโรคให้กับผู้ป่วยไม่ได้นั้นยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยว่าหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรนั้นมีศักยภาพในการรักษาโรคให้หายได้ (หนูดี, 2552)

4.8.1.3 การรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หมดทางรักษาหรือไม่มีโอกาสหายให้กลับมามีความหวังขึ้นอีกครั้งกับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้านบางอย่างไม่สามารถใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์มายืนยันได้ทั้งหมด เช่น การรักษาโรคตับด้วยการนวดจับเส้นหรือการรักษาผู้ป่วยอัมพาตให้กลับมาเดินได้เป็นปกติด้วยการนวดจับเส้น เป็นต้น กอปรกับพิธีกรรมก่อนการรักษาอย่างการไหว้ครูในรูปแบบต่าง ๆ นั้นก็เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยได้ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายที่หมดทางรักษาจากหมอแผนปัจจุบันมีที่พึ่งทางใจ และกลับมามีพลังความเชื่อ

ต่อการรักษาในรูปแบบนี้ก่อให้เกิดการมีกำลังใจที่ดีหรือมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ซึ่งทำให้ผลการรักษาด้วยหมอพื้นบ้านในผู้ป่วยบางรายที่ป่วยเป็นโรคร้ายนั้นได้ผลการรักษาที่ดี หรือทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคนั้น ๆ ได้อีกด้วย (ผล , 2552)

4.8.1.4 การสั่งสมประสบการณ์ในการรักษาโรคของผู้สูงอายุที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการฝึกปฏิบัติจริง ทั้งจากประสบการณ์ในการรักษาจริงและการต่อยอดความรู้หรือการหาความรู้เพิ่มเติม จนเกิดความชำนาญในความรู้ที่มีอยู่ จึงส่งผลต่อศักยภาพในการนำความรู้ที่มีไปใช้รักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.8.1.5 การมีคุณธรรมในการรักษาโรค เนื่องจากการเรียนรู้ของกลุ่มหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรสูงอายุจะมีความเกี่ยวพันกับความเชื่อด้านไสยศาสตร์ สังเกตได้จากการไหว้ครูก่อนการรักษา เพราะเชื่อว่าหากเป็นผู้คุณธรรม กล่าวคือไม่คิดเอารัดผู้ป่วยด้วยการเรียกค่าตอบแทนในราคาที่สูง ไม่เลี้ยงไข้ผู้ป่วย และปฏิบัติตนเป็นคนดี อาจารย์ผู้ล่วงลับจะคอยปกป้องคุ้มครอง และช่วยเหลือการรักษา แต่หากเป็นผู้ไม่มีคุณธรรมในการรักษาวิชาความรู้ที่มีก็จะเสื่อมและหายไป ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการเข้ามารับการรักษาได้เป็นอย่างดี (นิดา , 2552)

4.8.1.6 นโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุและนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทยของรัฐบาลได้ ทำให้การนวดไทยและการประคบสมุนไพรได้กลายเป็นแพทย์ทางเลือกให้กับประชาชนได้ใช้วิธีการธรรมชาติบำบัดในการดูแลสุขภาพผ่านการประชาสัมพันธ์ จนนำไปสู่ความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทยหรือเพิ่มความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทยให้กับกลุ่มผู้ที่ใช้บริการที่จะกลายมากเป็นผู้สูงอายุในอนาคตเพิ่มมากขึ้น

หากมองถึงศักยภาพในการนำความรู้ในเรื่องสุขภาพไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในอนาคตต่อผู้สูงอายุรุ่นหลังนั้นจะต้องดูถึงการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุอีกด้วย เมื่อกล่าวถึงการศึกษาวิชาแพทย์ในสมัยก่อนนั้นจะเป็นการเรียนและการถ่ายทอดภายในตระกูลเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือการถ่ายทอดความรู้จะขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ถ่ายทอดกับผู้รับ เช่น ปู่-พ่อ- ลูก- หลาน หรือผู้ที่ใกล้ชิดที่สุด เช่น ลูกเขย เป็นต้น ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นจะพบว่า การถ่ายทอดวิชาในลักษณะดังกล่าวชัดเจนมากและเรียกว่า “การสืบทอดวิชา”นอกจากการสืบทอดวิชาที่มีเฉพาะในวงศ์ตระกูลข้างต้นยังมีการถ่ายทอดวิชาอีกลักษณะหนึ่งนั่นคือ การถ่ายทอดวิชาระหว่างครูกับศิษย์ โดยครูจะแนะนำสั่งสอน ศิษย์ต้องหมั่นสังเกตและจดจำการรักษาทั้งหมดให้แม่นยำ เห็นได้ว่าจุดเด่นของการถ่ายทอดความรู้ในระบบการแพทย์พื้นบ้านนั้นจะพบว่า การถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวเป็นการถ่ายทอดความรู้กันโดยสายเลือด คือสามารถรับความรู้จากบรรพบุรุษได้โดยตรง แตกต่างจากระบบ

การแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะในระบบการแพทย์ประเภทหลังนี้ผู้ที่จะเป็นแพทย์ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถส่วนบุคคล จุดเด่นของระบบการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าวจึงมีส่วนเอื้อให้การแพทย์ระบบนี้สามารถดำรงอยู่ได้จนถึงปัจจุบันส่งผลต่อการความยั่งยืนในการนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อผู้สูงอายุรุ่นหลังได้

4.8.2 องค์ประกอบที่เกี่ยวพันกับศักยภาพการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

หากจะวิเคราะห์ถึงศักยภาพการนำความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพมมาใช้ประโยชน์สามารถวิเคราะห์ถึงโครงสร้างที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพการนำความรู้ไปใช้ ได้ดังนี้

4.8.2.1 การถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นไปในลักษณะตามแบบวิถีชุมชน กล่าวคือ มีลักษณะการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่เป็นทางการ ไม่มีหลักสูตรในการถ่ายทอดความรู้ และไม่มีระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้ที่ชัดเจนซึ่งจะเน้นให้เป็นไปตามธรรมชาติของชุมชนที่ไม่รีบเร่งไม่เน้นรูปแบบในเชิงวิชาการ เนื่องจากลักษณะการถ่ายทอดความรู้เช่นนี้มีมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษที่ใช้สืบทอดความรู้ในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการดั้งเดิมนี้ในการถ่ายทอดความรู้ของตนเอง ซึ่งจะทำให้ดูเป็นแบบและการให้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองโดยอาจารย์ผู้สอนจะคอยให้คำแนะนำขณะทำการฝึกปฏิบัติจากนั้นจึงค่อย ๆ นำไปฝึกปฏิบัติโดยลำพัง แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างมากผู้เรียนต้องเป็นคนที่มีความอดทนมีความขยันหมั่นเพียรในการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญด้วยตนเองเพราะการถ่ายทอดความรู้ในตามแบบวิถีชุมชนจะมีลักษณะการถ่ายทอดความรู้แบบค่อยเป็นค่อยไปไม่รีบเร่งเพราะไม่ได้มีการกำหนดระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้ที่ชัดเจนแต่จะขึ้นอยู่กับผู้เรียนว่าจะมีความขยันหมั่นเพียรมากน้อยเพียงใด โดยมากมักจะถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัวหรือเครือญาติเพราะระบบเครือญาติเป็นโครงสร้างที่ร้อยเรียงเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยไปแล้ว (สุมา, 2552) ในส่วนของการถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบันนั้นมีข้อดีก็คือ มีระเบียบแบบแผนในการถ่ายทอดความรู้ มีการจดบันทึกข้อมูลที่ได้รับจากการถ่ายทอดทำให้ความรู้ไม่เลือนหายไปเพราะการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (บุญ , 2552)

4.8.2.2 ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีการต่อยอดความรู้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มเติมความรู้ให้กับตนเองโดยส่วนมากมักจะเก็บเอาไว้ในความทรงจำโดยจะไม่นิยมการจดบันทึกความรู้เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้สูงอายุที่การต่อยอดความรู้นั้นมักจะประสบความสำเร็จในการรักษาสังเกตได้จากการมีผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นจำนวนมากและการมีชื่อเสียงจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหมอนวดแผนไทย และหมอประคบสมุนไพรที่ได้มีการต่อยอดความรู้นั้นมีจำนวน 5 คนจากจำนวนทั้งสิ้น 15 คน

ทั้งหมด (ร้อยละ100.0) ทีมีการต่อยอดความรู้จะมีผู้ป่วยมาใช้บริการมาก หรือการจองคิวลงในปฏิทินเต็มตลอดทั้งปี บางคนถูกจองคิวให้รักษาไปจนถึงปีหน้าเลยก็มี อีกทั้งยังมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักของคนในชุมชน และชุมชนใกล้เคียง

4.8.3.3 ความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์กับสังคมไทยนั้นอยู่คู่กันมาอย่างยาวนานแล้ว ผู้สูงอายุมีความเชื่อฝังลึกเกียวกับเรื่องราวด้านไสยศาสตร์และอำนาจเหนือธรรมชาติเป็นอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น พิธีกรรมไหว้ครูก่อนทีจะมีการถ่ายทอดความรู้เพราะเชื่อว่าเป็นการบูชาครูทีล่วงลับไปแล้วให้ช่วยคุ้มครองให้การถ่ายทอดความรู้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากการศึกษาพบว่ามีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คนเท่านั้นทีเคยผ่านการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์โดยประมาณร้อยละ 80.0 ให้ความสำคัญกับการไหว้ครูก่อนการถ่ายทอดความรู้อีกทั้งการเรียนวิชาแพทย์ในอดีตจะมีวิชาการแพทย์ทีเรียกว่า “ไสยรักษ์” คือการใช้คาถาอาคมในการรักษาโรคซึงก็ถือว่าเป็นการแพทย์ไทยแขนงหนึง เนืองจากในอดีตสาธารณสุขของไทยยังไม่มีความเจริญก้าวหน้าจึงต้องใช้ความเชื่อทางด้านไสยศาตร์เป็นทีพึงทางใจและใช้ความเชื่อดังกล่าวเป็นส่วนหนึงในการรักษาโรคตามแบบดั้งเดิม

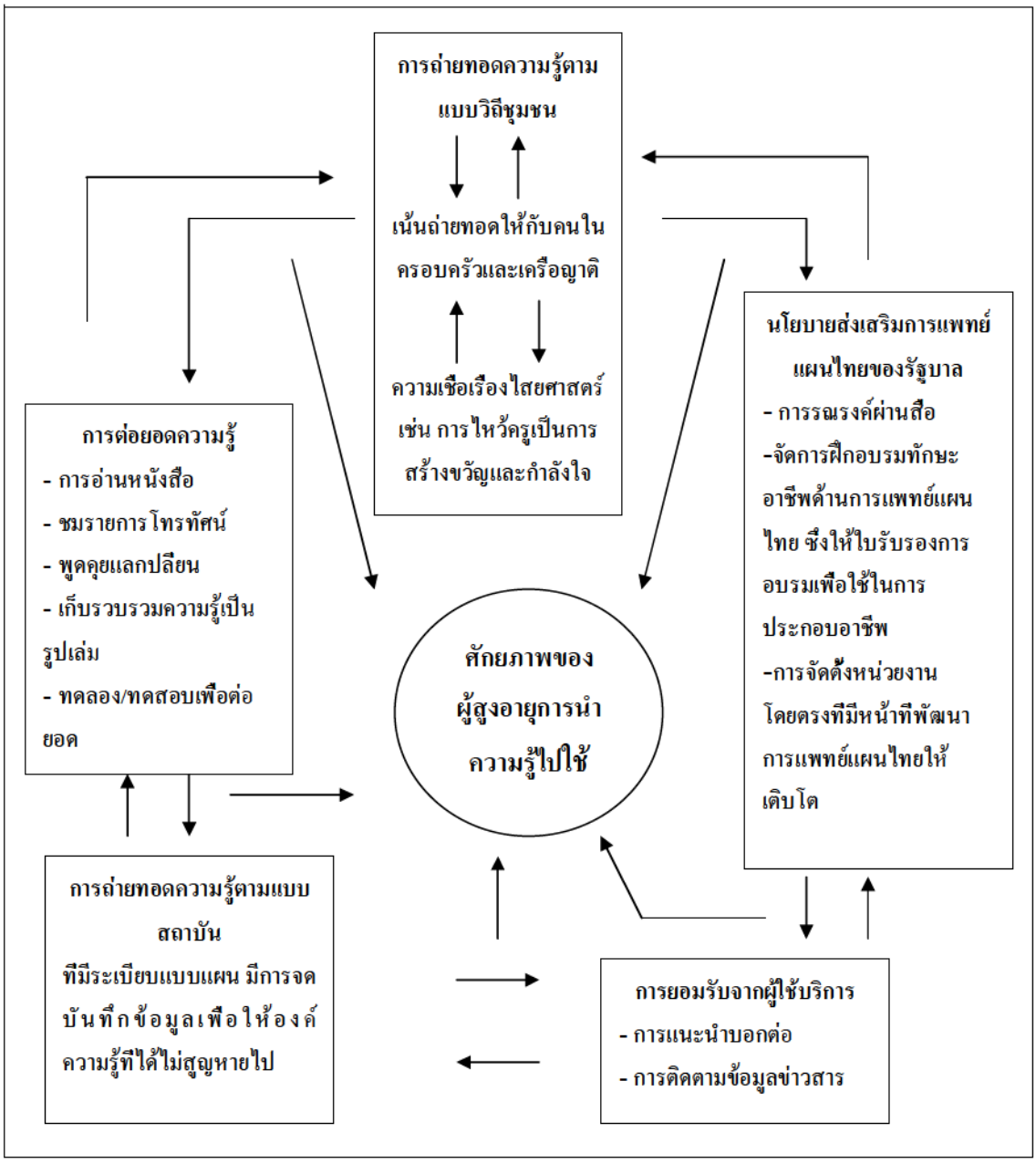
โดยในสมัยก่อนได้มีการแบ่งวิธีการรักษาออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพร การรักษาด้วยวิธีการรักษานวด/จับเส้น (หมอตำแย หมอจับเส้น หมอประคบ) การรักษาด้วยวิธีการทางด้านไสยศาสตร์และการเข้าทรง (ชัยพร พิบูลศิริ, ม.ป.ป: 35-36) ทำให้ความเชื่อในเรืองทางด้านไสยศาสตร์มีอิทธิพลต่อการถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุด้วย

4.8.2.4 การยอมรับจากคนภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ และยินดีทีจะถ่ายทอดความรู้ให้กับคนทีมาขอความรู้ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยินดีทีจะถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ทีมาขอความรู้ (ร้อยละ 80.0) เพราะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความภูมิใจทีได้รับการยอมรับจากบุคคลภายนอก และเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ในปัจจุบันผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิงกลุ่มคนวัยทำงานทีจะต้องกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคตนั้นมีปริมาณการใช้บริการทีมีความถีสูง คือ อย่างน้อยประมาณเดือนละ 1 ครั้งและมีการใช้บริการอย่างมากถึงเดือนละ 4 ครั้ง อีกทั้งยังมีการแนะนำบอกต่อให้เพือนสนิทไปใช้บริการการแพทย์แผนไทยอีกด้วยเนืองกลุ่มคนวัยทำงานก็มักจะได้รับคำแนะนำจากคนรู้จักให้ไปใช้บริการมาอีกทอดหนึงเช่นเดียวกัน การได้รับการยอมรับจากคนภายนอกส่งผลต่อการจัดระบบการนำความรู้ของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุยินดีทีจะถ่ายทอดความรู้ทีมีให้เกิดประโยชน์ต่อคนรุ่นหลังได้

4.8.2.5 นโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถินของผู้สูงอายุ และนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยให้กลายเป็นแพทย์ทางเลือกให้กับประชาชนได้ใช้วิธีการธรรมชาติบำบัดในการดูแลสุขภาพ ซึงหมอนวดแผนไทยและหมอประคบสมุนไพรสูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.0) ไม่ทราบถึงนโยบายการส่งเสริมต่าง ๆ ของภาครัฐเลยโดยได้ให้ความเห็นว่าหากรัฐมีนโยบายในการ

ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ และนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยนั้นจะดีมาก เพราะจะทำให้ความรู้ของผู้สูงอายุที่มีสามารถดำรงอยู่ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับคนรุ่นหลังได้ โดยนโยบายของภาครัฐนั้นได้ขับเคลื่อนผ่านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขลงมาถึงกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก. 2552: 3) และส่งต่อไปยังหน่วยงานที่สังกัดอยู่ในกรมนี้ เช่น สถาบันการแพททย์แผนไทย เป็นต้น สถาบันการแพทย์แผนไทยนั้นได้มีโครงการมากมายที่ส่งต่อไปยังหน่วยงานในสังกัดอีกเช่นกัน เช่น กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่มีหน้าที่ดำเนินงานของงานการแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุดรธานีที่ได้เริ่มดำเนินงานนี้อย่างจริงจังในปี 2548 เพื่อขยายพื้นที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย และการที่กรมพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด ได้จัดอบรมทักษะอาชีพฝีมือแรงงานเกี่ยวกับทักษะการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพรแบบไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้นให้กับผู้ที่สนใจในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น สรุปว่า นโยบายการส่งเสริมของภาครัฐสามารถระบุถึงวิธีการหลัก ๆ ที่ใช้การส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ได้ดังนี้ 1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆให้ประชาชนตระหนักถึงคุณค่าของการแพทย์แผนไทย 2) การให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีการอบรมทักษะเรื่องการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพรแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย พร้อมทั้งการให้ใบประกาศนียบัตรรับรองผ่านการฝึกอบรมเพื่อใช้ในการประกอบอาชีพได้ 3) การจัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย อย่างเช่น สถาบันการแพทย์แผนไทย ที่ได้มีหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายผ่านกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการดำเนินนโยบายให้โรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานีจัดให้มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย ระดับ 2 ในทุกโรงพยาบาล เป็นต้น

กลุ่มผู้รับบริการทั้งกลุ่มคนวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาส่วนมาก (ร้อยละ84.0) ทราบถึงนโยบายของรัฐเกี่ยวกับส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ และนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างดี โดยได้รับทราบนโยบายจากการโฆษณาประสัมพันธ์ของภาครัฐ และการอ่านข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อต่าง ๆ ด้วยตนเอง จนนำไปสู่ความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทยหรือเพิ่มความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทยให้สม่ำเสมอมากยิ่งขึ้น และเป็นที่มาของกระบวนการการยอมรับของคนภายนอกที่มีผลต่อการจัดระบบความรู้ของผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น



ภาพที่ 4.1 ศักยภาพการนำความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพไปใช้ประโยชน์

4.9 แนวโน้มการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการนวดและการประคบสมุนไพรในครั้งนี้เพื่อต้องการทีจะศึกษาเรื่องของการยอมรับการใช้บริการแพทย์ทางเลือกอย่างการแพทย์แผนไทยว่า ในปัจจุบันได้รับการยอมรับมากน้อยเพียงใดจากกลุ่มคนในวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อดูแนวโน้มการนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตด้วย

4.9.1 ความแตกต่างของการไปใช้บริการระหว่างกลุ่มคนวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มคนวัยทำงานนิยมไปใช้บริการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดผ่อนคลายเพื่อผ่อนคลายความเมื่อยล้าจากการทำงาน และเพื่อความสวยงาม เพราะการนวดนั้นจะช่วยบำรุงผิวพรรณได้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุจะนิยมไปใช้บริการประเภทการนวดจับเส้น และการประคบสมุนไพรร่วมด้วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการรักษาโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ได้แก่ ปวดหลัง ปวดขา และโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายมากกว่าคนปกติ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยทีเป็นโรคเบาหวานต้องนวดด้วยความระมัดระวังและต้องรักษาด้วยยาสมุนไพรร่วมด้วย กลุ่มผู้สูงอายุจึงนิยมใช้บริการนวดจับเส้น และประคบสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการของโรคทีเป็นอยู่ โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะมีหมอนวดประจำเป็นผู้นวดรักษาให้เพราะการรักษาโรคนั้นต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในขณะทีกลุ่มคนวัยทำงานจะไม่มีหมอนวดประจำแต่จะเน้นเลือกใช้บริการกับหมอนวดทีสามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวกและชอบทดลองไปใช้บริการในสถานทีต่างๆทีหลากหลายไม่ค่อยชอบใช้บริการในสถานทีเดิม ๆ อีกทั้งการใช้บริการนวดของกลุ่มคนวัยทำงานจะเน้นการนวดเพื่อผ่อนคลายความเมื่อยล้าเท่านั้น ทำให้ไม่ต้องการการนวดรักษาทีต่อเนื่องจากหมอนวดประจำเหมือนกลุ่มผู้สูงอายุ

ความถีในการไปใช้บริการของกลุ่มคนวัยทำงานจะไปใช้บริการค่อนข้างถีโดยใช้บริการอย่างมากอาทิตย์ละ 1 ครั้ง และใช้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นเงินประมาณ 1,200-4,800 บาทต่อคนต่อปี หากคิดในอัตราชั่วโมงละ 100 บาท และในแต่ละครั้งนวด 1ชั่วโมง แต่การนวดประเภทการนวดน้ำมันจะมีราคาสูงถึงประมาณชั่วโมงละ 350-400 บาท และในบางครั้งจะใช้บริการนวดนานถึง 2 ชั่วโมงแต่ในขณะทีความถีในการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุนั้นค่อนข้างน้อย คือ ใช้บริการนวดอย่างมากประมาณเดือนละ 2 ครั้งและอย่างน้อยประมาณปีละ1-2 ครั้งเนืองจากจะไปใช้บริการนวดเมืออาการของโรคทีเป็นอยู่กำเริบ และการไปใช้บริการนวดจับเส้นในการรักษาโรคส่วนใหญ่หมอนวดจะไม่นิยมนวดให้บ่อย ๆ เพราะเชือกันว่าจะการนวดรักษาจะไม่นวดบ่อยเพราะการไปนวดบ่อยแสดงว่าการรักษาโรคไม่ได้ผล และหมายถึงหมอนวดจับเส้นเลียงไข้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องการความต่อเนืองในการรักษาเช่น กรณีป่วยเป็นอัมพาตต้องรับการนวดรักษาอย่างต่อเนืองจาก

หมอคนเดิมซึ่งเหมือนกับการรักษากับแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์ที่ดูแลรักษาโรคมาให้ตั้งแต่ต้นเพื่อดูผลการรักษาว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และควรรักษาต่อไปอย่างไร

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าความแตกต่างในเรื่องการไปใช้บริการของกลุ่มคนทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันใน 3 ด้าน ได้แก่ 1. ประเภทของการนวดที่กลุ่มคนทำงานนิยมนวดผ่อนคลายแต่กลุ่มผู้สูงอายุนิยมนวดจับเส้นมากกว่า 2. สถานที่ประจำในการนวด คนทำงานจะไม่นิยมนวดในสถานที่เดิมๆแต่จะลองนวดในที่อื่น ๆ ไปเรื่อย ๆ เพื่อค้นหาว่าที่นวดดีที่สุดเพราะการนวดไม่ได้ต้องการการนวดที่ต่อเนื่องจากหมอนวดคนเดิม แต่ผู้สูงอายุนั้นจะนวดเพื่อรักษาโรคการนวดจะเน้นใช้บริการการนวดจากหมอนวดคนเดิมที่เคยรักษา หรือบรรเทาอาการของโรคให้ดีขึ้นได้ และเพื่อความต่อเนื่องของการรักษาโรคด้วย 3. ความถี่ในการไปใช้บริการ กลุ่มคนวัยทำงานจะมีความถี่ในการไปใช้บริการสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเน้นการนวดเพื่อความผ่อนคลายเพื่อการพักผ่อนร่างกายที่เมื่อยล้าจากการทำงาน แต่การนวดจับเส้นเป็นการนวดรักษาโรคโดยเมื่อมีอาการกำเริบจึงไปใช้บริการ ดังนั้นปริมาณความถี่ในการไปใช้บริการจึงมีความแตกต่างกัน

4.9.2 รูปแบบการยอมรับของผู้ใช้บริการ

รูปแบบการยอมรับของผู้ใช้บริการนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ การแนะนำให้ผู้อื่นไปใช้บริการ และการติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.9.2.1 การแนะนำให้ผู้อื่นไปใช้บริการ

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ใช้บริการทั้ง 2 กลุ่มโดยทั้งกลุ่มคนในวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดนั้น (ร้อยละ 100.0) เคยได้แนะนำให้ผู้อื่นไปใช้บริการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพร โดยบุคคลที่แนะนำให้ไปใช้บริการ ได้แก่ เพื่อนที่สนิท และคนในครอบครัวไป โดยจะแนะนำให้ไปใช้บริการที่ตนได้เคยไปใช้บริการมาก่อน เช่น กลุ่มคนวัยทำงานก็มักจะแนะนำให้เพื่อนร่วมงานที่สนิทไปนวดผ่อนคลายเพื่อคลายความเมื่อยล้าจากการทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุก็มักจะแนะนำบอกต่อให้ไปใช้บริการนวดจับเส้น เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มผู้ให้บริการทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ได้รับการแนะนำจากเพื่อน และคนที่รู้จักมาอีกทอดหนึ่ง ทำให้เมื่อได้มีโอกาสไปใช้บริการมาแล้วก็อยากที่จะแนะนำบอกต่อสิ่งดี ๆ ให้กับเพื่อนสนิท และคนในครอบครัว แต่โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.0)จะแนะนำบอกต่อให้เพื่อนสนิทไปใช้บริการกว่าคนในครอบครัว เนื่องจากคนในครอบครัวนั้นรู้อยู่แล้วว่าได้ไปรับบริการจากที่ใดมา เพราะอยู่ใกล้ชิดกัน ดังนั้นจึงสนใจที่จะแนะนำบอกต่อเพื่อนสนิทมากกว่า

4.9.2.2 การติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐ

ในภาพรวมของการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.0) ติดตามข่าวสารเรื่องการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐ โดยพบว่า รัฐบาลมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดบริการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ให้มีบริการนวดไทย ประคบสมุนไพร และผลิตยาสมุนไพร อีกทั้งยังจัดให้อาสาสมัครหมู่บ้านเข้ารับการอบรมเรื่องการนวดไทยเพื่อนไปใช้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวหรือนำไปประกอบอาชีพ สังเกตได้จากจังหวัดอุดรธานีมีจุดให้บริการนวดแผนไทยเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อน เช่น บริเวณสวนสาธารณะหนองประจักษ์ที่มีซุ้มให้บริการนวดไม่ต่ำกว่า 10 ซุ้ม เป็นต้น และจากการติดตามข้อมูลข่าวสารของผู้ใช้บริการยังได้ใช้ข้อแนะนำเพิ่มเติมว่าควรจะสนับสนุนผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสมุนไพรด้วย เพราะถือว่าเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนควบคู่กันไป เช่น ลูกประคบสมุนไพร น้ำมันนวดสมุนไพร สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งผลิตภัณฑ์ในรูปแบบนี้มีการผลิตเป็นสินค้าOTOPในจังหวัดอุดรธานีหลายกลุ่มด้วยกัน รัฐบาลควรพัฒนาสินค้าOTOPประเภทผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับสมุนไพรให้ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การพัฒนารูป แบบบรรจุภัณฑ์ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนหันมานิยมใช้สมุนไพรไทยให้มากขึ้น และการพัฒนาเหล่านี้ควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมายังขาดความต่อเนื่องทำให้เกิดกระแสความนิยมเป็นระยะ ๆ และเงียบหายไป การติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐยังเกิดจากการที่ผู้ใช้บริการใช้วิธีการซักถามพูดคุยกับหมอนวดขณะทำการนวด ทำให้ได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมว่ากลุ่มหมอนวดแผนไทยในจังหวัดอุดรธานีมีอยู่ด้วยกันหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มหมอนวดคนตาบอด กลุ่มหมอนวดคนหูหนวก เป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสในสังคมอยู่แล้ว ซึ่งรัฐบาลยังไม่ได้ขยายการสนับสนุนเข้าไปสู่กลุ่มผู้พิการได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นคิดว่ารัฐบาลควรเข้ามาดูแลให้กับสนับสนุนคนกลุ่มนี้ให้ได้ด้วย

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการยอมรับของผู้ใช้บริการทั้งหมดจะแสดงออกในรูปแบบของการแนะนำบอกต่อให้ผู้อื่นไปใช้บริการ และสนใจที่ติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐแต่ยังไม่ถึงขั้นตอนของการนำไปทดลองปฏิบัติเอง หรือการสนับสนุนในด้านการเงิน เพราะผู้ใช้บริการส่วนใหญ่นั้นถือว่าการไปใช้บริการก็ถือเป็นการสนับสนุนด้านการเงินให้กับผู้นวดอยู่แล้ว

จากข้อมูลข้างต้นสามารถวิเคราะห์แนวโน้มการนำไปใช้ในอนาคตได้ว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการใช้ประโยชน์จากการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตได้มีปริมาณการใช้บริการที่ค่อนข้างมีความถี่สูงมีการแนะนำบอกต่อให้คนรู้จักและคนในครอบครัวไปใช้บริการ และ

สนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆอีกด้วยทฤษฎีการยอมรับได้อธิบายไว้ว่ากระบวนการยอมรับ (Adoption Process) นั้นเป็นกระบวนการทางจิตใจของบุคคลซึ่งเริ่มต้นด้วยการเริ่มรู้หรือได้ยินเกี่ยวกับแนวความคิดใหม่แล้วไปสิ้นสุดลงด้วยการตัดสินใจยอมรับไปปฏิบัติความคิดของผู้ใช้บริการทั้งหมดอยู่ในขั้นการเริ่มหรือรับรู้ซึ่งเป็นขั้นแรกของกระบวนการยอมรับการรับรู้อาจเกิดขึ้นโดยบังเอิญด้วยการพบเห็นด้วยตนเองหรือโดยการเผยแพร่และแสดงออกมาในด้านพฤติกรรมด้วยการไปใช้บริการซึ่งเมื่อได้รับความพอใจจากการไปใช้บริการก็จะทำให้มีการแนะนำบอกต่อให้กับผู้อื่นไปใช้บริการ ได้แก่ เพื่อนที่สนิท และคนในเครอบครัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเช่นนี้สม่ำเสมอนั้นอาจทำให้นำไปสู่ขั้นของความสนใจ และขั้นของการไตร่ตรองเพื่อพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้รับอย่างจริงจนจะนำไปสู่ขั้นของการทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง และกลายเป็นการยอมรับอย่างสมบูรณ์ได้ แต่อย่างน้อยที่สุดผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตได้อยู่ในกระบวนการยอมรับขั้นแรกแล้ว ดังนั้นแนวโน้มการนำความรู้ในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุไปใช้ในอนาคตนั้นมีโอกาสที่ผู้สุงอายุรุ่นหลังจะนำไปใช้ประโยชน์ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

4.10 สรุปผลการศึกษา

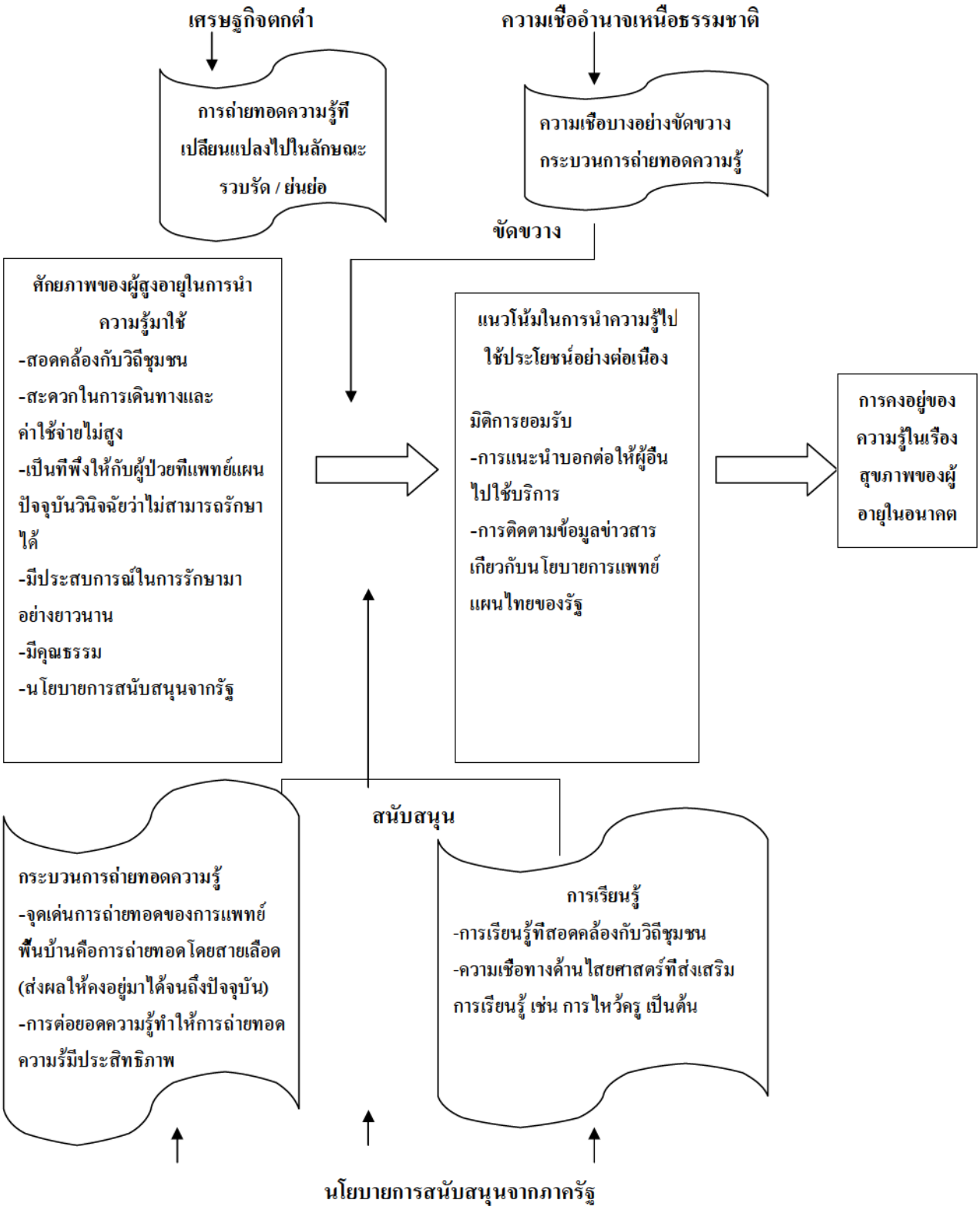
จากผลการศึกษาทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้นั้นจะส่งผลต่อแนวโน้มในการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุรุ่นหลังได้ เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องสุขภาพสามารถรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วย หรือผู้มาใช้บริการในรูปแบบของการแนะนำบอกต่อให้ผู้อื่นไปใช้บริการ และการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย กอปรกับการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยที่เน้นการประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนให้ประชาชนหันมาใช้วิธีการธรรมชาติบำบัดมากขึ้นซึ่งก็สอดคล้องการรักษาของการแพทย์แผนไทย

เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการนำความรู้มาใช้ประโยชน์มีอยู่ด้วยกัน 6 เหตุผล ดังนี้ 1. สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย 2. เดินทางสะดวกและประหยัดค่าใช้จ่าย 3. เพิ่มทางเลือกในการรักษาในกรณีที่แพทย์แผนใหม่วินิจฉัยว่าไม่สามารถรักษาได้ เช่น อัมพาต เป็นต้น 4. ความชำนาญในการรักษาที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์มาเป็นระยะเวลานาน 5.การมีคุณธรรมในการรักษา 6. นโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ และนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทยของรัฐบาล เหตุผลทั้ง 6 ประการนี้เอื้อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพที่มีให้เกิดประโยชน์ได้

ส่วนที่ช่วยให้การแพทย์พื้นบ้านสามารถดำรงอยู่มาได้จนถึงปัจจุบันนี้ก็คือ จุดเด่นของการถ่ายทอดความรู้ของการแพทย์รูปแบบนี้ที่เน้นการถ่ายทอดความรู้โดยสายเลือด ในขณะที่การแพทย์

แผนปัจจุบันนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับความสามารถ จุดเด่นของระบบการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าวจึงมีส่วนเอื้อให้การแพทย์ระบบนี้สามารถดำรงอยู่ได้จนถึงปัจจุบันส่งผลต่อการความยั่งยืนในการนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อผู้สูงอายุรุ่นหลังอีกด้วย การต่อยอดความรู้ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยให้การถ่ายทอดความรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาพบว่าหมอนวดและหมอประคบที่มีการต่อยอดความรู้ทั้งหมดนั้นจะประสบความสำเร็จในการรักษาโรคและมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักของคนในพื้นที่ แสดงให้เห็นว่าการต่อยอดความรู้นั้นเป็นการส่งเสริมศักยภาพการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้เป็นอย่างดี วิธีการเรียนรู้ของการแพทย์พื้นบ้านนั้นจะเน้นตามแบบวิถีชุมชน คือ การลองผิดลองถูกด้วยตนเอง การสังเกตและการสาธิตจากผู้รู้ ทำให้มีความสอดคล้องกับธรรมชาติการเรียนรู้ของชาวบ้านที่เน้นถอดความรู้จากการปฏิบัติจริงมากกว่าการเรียนรู้ในรูปแบบที่เป็นวิชาการประกอบกับความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ ได้แก่ การไหว้ครูนั้น ช่วยสร้างขวัญและกำลังในการเรียนรู้การถ่ายทอดความรู้ได้เป็นอย่างดีโดยผู้ที่เรียนรู้หรือผู้รับการถ่ายทอดนั้นมีความมั่นใจมากขึ้น

ส่วนที่เป็นสิ่งขัดขวางที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดศักยภาพในการนำความรู้ไปใช้ได้แก่ ระบบเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองได้ส่งผลกระทบต่อการถ่ายทอดความรู้ กล่าวคือ 1. ก่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้แบบรวบรัดโดยผู้รับการถ่ายทอดยินยอมจ่ายค่าตอบแทนให้ในราคาสูง การถ่ายทอดในลักษณะนี้นั้นทั้งผู้ถ่ายทอด และผู้รับการถ่ายทอดไม่ได้คาดหวังในผลการรักษาแต่นำไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวเท่านั้น การถ่ายทอดความรู้ที่รวบรัดนี้อาจจะทำให้ได้รับความรู้ที่คลาดเคลื่อนและส่งผลต่อการนำไปใช้ต่อได้ 2. ก่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้แบบมีเงื่อนไข เนื่องจากผู้ที่มีความรู้ในด้านนี้มักจะทำสินค้าออกมาจำหน่าย และมีการจดลิขสิทธิ์ทางปัญญาเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีผู้มาขอความรู้ก็มักจะไม่ยอมถ่ายทอดความรู้ให้ เนื่องจากไม่ต้องการให้ผู้มาขอความรู้ผลิตสินค้าออกมาขายเป็นคู่แข่งกัน โดยมากจะถ่ายทอดให้คนในครอบครัวและเครือญาติกันหรือบุคคลที่น่าเชื่อถือที่ให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่ผลิตสินค้าออกมาขายเป็นคู่แข่ง ความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์นั้นนอกจากจะเป็นส่วนช่วยในการสนับสนุนการเรียนรู้ และการถ่ายทอดความรู้แล้ว แต่ในขณะเดียวกันความเชื่อทางไสยศาสตร์บางอย่างก็ส่งผลให้เกิดการขัดขวางการถ่ายทอดความรู้เช่นกัน ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะดังนี้ 1. เชื่อว่าวิชาความรู้ที่มีนั้นสามารถถ่ายทอดความรู้ได้เฉพาะในวงแคบเท่านั้น คือ ไม่เกิน 3 คน หากฝ่าฝืนจะทำให้บุคคลที่รู้วิชาคนที่ 4 นั้นเสียชีวิตกระทันหัน 2. เชื่อว่าหากอาจารย์เจ้าของวิชาที่ล่วงลับไม่ต้องการถ่ายทอดความรู้ให้ใครแล้วไม่ว่าจะพยายามทุ่มเทถ่ายทอดความรู้ให้มากเพียงใดก็จะไม่สำเร็จ โดยสังเกตจากการถ่ายทอดความรู้ในช่วงแรก ๆ หากลูกศิษย์เรียนวิชาแล้วไม่มีความคืบหน้าใด ๆ เลยก็จะหยุดถ่ายทอดความรู้ทันที ความเชื่อทางไสยศาสตร์นี้ถือเป็นสิ่งที่ขัดขวางการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งส่งผลต่อการคงอยู่ และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในอนาคตอีกด้วย



ภาพที่ 4.2 สรุปผลการศึกษา

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่อง การนำความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพมาปรับใช้สำหรับผู้สูงอายุในรุ่นหลัง ศึกษากรณี จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาศักยภาพของผู้สูงอายุในด้านการนำความรู้เรื่องสุขภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์ การถ่ายทอดความรู้ของผู้สูงอายุและแนวโน้มการนำเอาความรู้ของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพมาใช้ประโยชน์ รวมถึงเสนอแนะแนวทางในการนำความรู้ของผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในอนาคต ในการศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากผู้ให้มูลทีสำคัญ จำนวน 21 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มผู้ทีเคยประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพเป็นหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรจำนวน 15 คนและกลุ่มผู้ใช้บริการจำนวน 6 คนโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) พร้อมกับการสังเกต (Observation) แบบมีส่วนร่วมประกอบกับการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งเป็นท้งเอกสารและงานวิจัยต่างๆทีเกียวข้องในการนำเอามาวิเคราะห์ร่วมในเชิงพรรณนาในการอธิบายผลการศึกษา สามารถสรุปได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ข้อมูลเกียวกับกลุ่มหมอนวด และหมอประคบสมุนไพร

หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรส่วนมากเป็นคนจังหวัดอุดรธานี หรือเรียกว่าเป็นคนพื้นถิ่นตั้งแต่กำเนิด หมอนวด และหมอประคบสมุนไพรน้นส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เนืองจากผู้ชายสามารถเลือกประกอบอาชีพได้หลากหลายมากกว่าผู้หญิง และผู้ใช้บริการท้งผู้ชาย และผู้หญิงส่วนใหญ่นิยม และไว้วางใจหมอนวดผู้หญิง เพราะเชือว่าจะไม่ทำอันตรายขณะนวด

กลุ่มหมอนวดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

5.1.1.1 นวดผ่อนคลาย กลุ่มหมอนวดกลุ่มนีเรียนวิชาการนวดมาจากศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดอุดธานีจะเป็นลักษณะการนวดแบบผ่อนคลายซึงจะเน้นเพือความผ่อนคลายความ

เมื่อยล้าของร่างกายซึ่งใช้ลักษณะการนวดที่แตกต่างกันออกไปแล้วแต่ความถนัดของผู้นวด ส่วนมากจะใช้วิธีการบีบการบีบเป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือแล้วออกแรงบีบทีกล้ามเนื้อเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดมายังกล้ามเนื้อช่วยให้หายจากอาการเมื่อยล้า และการบีบยังช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย ในบางท่านวดก็จะใช้วิธีการดึง ดัด และการสับ ซึ่งขั้นตอนในการนวดจะเน้นความต่อเนื่องของท่านวดเพื่อให้ผู้ถูนวดได้รับการพักผ่อน และความสบายจากการนวดอย่างไม่สะดุด เช่น ถ้ากำลังนวดท่านอนหงายก็จะนวดทุกส่วนของร่างกายในท่านอนหงานจนครบทุกส่วนก่อน แล้วจึงเปลียนเป็นท่านอนคว่ำ เป็นต้น

การเตรียมตัวของผู้นวด ได้แก่ รักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เพราะต้องใกล้ชิดกับผู้ถูกนวด รักษาความสะอาด เช่น ล้างมือ รักษาความสะอาดในช่องปากให้ไม่มีกลินปาก และมีสมาธิทุกครั้งก่อนจะทำการนวด

5.1.1.2 นวดจับเส้น กลุ่มหมอนวดประเภทนี้จะค่อนข้างสูงอายุมากกว่ากลุ่มหมอนวดผ่อนคลายโดยส่วนมากจะเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชนด้วยการสังเกต จดจำ และนำไปปฏิบัติ การนวดจับเส้นเป็นการนวดรักษาโรค ซึ่งจะใช้วิธีการกดโดยมักจะใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่ส่วนจุดนวดต่าง ๆ ตามร่างกายเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว และให้เลือดถูกขับออกมาจากหลอดเลือดบริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดลงเลือดก็จะพุ่งออกมาเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดทำหน้าที่ได้ดีช่วยการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้รวดเร็วขึ้น ระหว่างที่กดก็จะมีการคลึงด้วยนิ้วมือเป็นลักษณะวงกลมเพื่อให้ลึกถึงกล้ามเนื้อ และให้กล้ามเนื้อได้เคลื่อนไปมาด้วย การคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกไปจากบริเวณนั้น และมีเลือดใหม่มาแทนที่ช่วยในการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลือง การนวดจับเส้นจะไม่เน้นความต่อเนื่องของท่านวด เพราะการนวดจับเส้นจะเน้นการนวดเฉพาะจุดที่เจ็บปวด หรือจุดที่มีอาการเป็นหลัก

การวินิจฉัยโรค ก่อนที่จะมีการนวดจับเส้นเพื่อรักษาโรคก็มักจะต้องมีการสอบถามประวัติผู้ป่วย โรคประจำตัว อาการของโรคที่เป็น และพฤติกรรมการบริโภค ก่อนแล้วจึงทำการรักษา

การเตรียมตัวของผู้นวดนั้นมีลักษณะคล้ายกับการนวดผ่อนคลาย แต่เน้นการมีความมีคุณธรรมในการรักษาโรค หมายถึง ผู้ป่วยจะต้องไม่เสียเงินค่ารักษาที่สูงหรือหมอนวดไม่ควรเรียกร้องค่ารักษาที่สูงมากจากผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการซ้ำเติมผู้ป่วย และเป็นคนไม่มีคุณธรรม

ข้อห้ามในเรื่องวิธีการนวดทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ ผู้นวด และผู้ถูกนวดมีไข้ เป็นโรคผิวหนังกระดูกหัก มีบาดแผลในบริเวณจุดนวด ผู้ถูกนวดมีอาการมึนเมา โรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้ และควรระมัดระวังในการนวดกับผู้ถูกนวดที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพราะจะมีอาการฟกช้ำ

ได้ง่าย และผู้ถูกนวดที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องกระดูกพรุน และข้ออักเสบ

ประโยชน์ของการนวด ได้แก่ 1. ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้นมีเลือดใหม่มาแทนที่ ช่วยในการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลือง 2. การนวดทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น 3 ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ผิวหนังเต่งตึง ทำให้ยาดูดซึมทางผิวหนังได้ดี 4. การนวดจะเพิ่มการตึงตัวของระบบทางเดินอาหาร 5. การนวดทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกาย สบายใจ

การนวด และการประคบสมุนไพรไปพร้อมๆกันนั้นจะช่วยให้ร่างกายคลายเมื่อยได้มากขึ้น สมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบมีอยู่หลายสูตร บางสูตรใช้สมุนไพรกว่า 10 ชนิด แต่สูตรที่นิยมใช้เป็นตัวยาพื้นฐานจะประกอบด้วย ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้บ้าน ผิวมะกรูด ใบมะขาม ใบส้มป่อย และเกลือ โดยส่วนมากจะใส่สมุนไพรลงในผ้าฝ้ายดิบในปริมาณที่สามารถห่อได้ขนาดเท่าผลส้มโอ เพื่อจะได้มีขนาดพอเหมาะในขณะทำการประคบลูกประคบที่ใช้ส่วนใหญ่จะใช้ลูกประคบชนิดแห้ง เพราะหาซื้อได้ง่าย และเก็บไว้ได้นานกว่าลูกประคบชนิดสด การตากสมุนไพรนั้นต้องนำสมุนไพรทั้งหมดมาหั่นให้ละเอียดแล้วนำไปตากประมาณ 3-4 แดด การตาก 1 แดดต้องตากตลอดทั้งวันตั้งแต่เริ่มมีแดดจนแดดหมด เมื่อสมุนไพรแห้งแล้วก็ควรเก็บไว้ในที่ที่มีอากาศถ่ายเท เพราะไม่เช่นนั้นอาจจะทำให้สมุนไพรขึ้นราได้

การประคบสมุนไพรจะไม่แช่ลูกประคบไว้กับจุดประคบเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้ลูกประคบลวกผิวหนังจนเกิดอาการพุพองได้ เพราะทนความได้ไม่มากโดยในช่วงแรกของการประคบลูกประคบจะร้อนมาก ๆ จะทำให้การประคบในช่วงแรกต้องประคบในแต่ละจุดค่อนข้างเร็ว พอลูกประคบเริ่มอุ่นจึงค่อยประคบช้าลงได้ การประคบสมุนไพรนั้นจะประคบทั้งตัว หรือเฉพาะบริเวณที่ปวดก็ได้ แต่เมื่อประคบเสร็จใช้เวลาประคบนานประมาณ 30 นาที ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพรก็คือ อย่าให้ลูกประคบร้อนจนเกินไป เพราะจะทำให้ผิวหนังพอง ต้องมีความระมัดระวังเป็นอย่างมากในการประคบให้กับผู้ป่วยเป็นเบาหวาน โดยเฉพาะประเภทที่ผิวหนังพุพอง ผู้ป่วยเป็นอัมพาต เพราะผู้ป่วยเหล่านี้จะตอบสนองต่อความร้อนได้ช้ากว่าคนปกติ เมื่อประคบเสร็จเรียบร้อยแล้วควรทิ้งไว้ประมาณ 2 ชั่วโมงห้ามอาบน้ำ เพราะร่างกายจะปรับอุณหภูมิไม่ทันอาจจะทำให้เกิดอาการช็อคหรืออาจจะไม่สบายได้ เคล็ดลับที่สำคัญในการประคบสมุนไพรคือ การใช้น้ำมันงาทาตัวผู้ถูกประคบก่อน เพราะจะได้ความร้อนได้ดี ลดการอาการพุพองที่เกิดจากความร้อน และช่วยในการดูดซึมตัวยาได้ดี

5.1.2 การเรียนรู้

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การเรียนรู้ตามแบบสถาบัน และการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน ดังนี้

5.1.2.1 การเรียนรู้ตามแบบสถาบัน หมอนวดเกือบครึ่งหนึ่งมีรูปแบบการเรียนรู้ตามแบบสถาบันการเรียนรู้ในรูปแบบนี้จะนำไปสู่วิธีการที่ละเอียด และเป็นขั้นตอนตามมาซึ่งผู้เรียนสามารถนำไปฝึกปฏิบัติให้เกิดความรู้และความชำนาญมากขึ้นได้ อีกทั้งยังสามารถนำไปดัดแปลงและพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้อย่างเหมาะสม การเรียนรู้ของหมอนวดกลุ่มนี้จะเรียนรู้มาจากศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงาน ตั้งอยู่ที่ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี หรือรวมกลุ่มกัน และเชิญผู้เชี่ยวชาญมาสอน แต่ได้ยื่นเรื่องขอใบประกาศผ่านการอบรมจากกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน โดยแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การเรียนรู้ในภาคทฤษฎี และการเรียนรู้ในภาคปฏิบัติ

5.1.2.2 การเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน หมอนวดเกินครึ่งหนึ่งมีรูปแบบการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน การเรียนรู้ในรูปแบบนี้จะแบ่งวิธีการเรียนรู้ออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

1) การเรียนรู้จากการลองผิดลองถูกด้วยตนเอง เกิดจากการลองนวดให้กับคนในครอบครัวและญาติพี่น้องเมื่อทำบ่อยๆ จึงเกิดความชำนาญ อีกทั้งมีการฝึกฝนทักษะด้วยการนวดตนเองอยู่เป็นประจำ

2) การเรียนรู้จากการสังเกต การเรียนรู้วิชาการแพทย์แผนไทยในชุมชนชนบทมักจะใช้วิธีการสังเกตและจดจำจนกระทั่งเกิดความชำนาญ ซึ่งจะต้องมีความขยันหมั่นเพียรในการฝึกฝนอยู่เป็นประจำจนเกิดความชำนาญ

3) การเรียนรู้จากการสาธิตโดยผู้รู้ หมอสมุนไพรและหมอนวดส่วนใหญ่มักจะมีบรรพบุรุษเป็นหมออยู่แล้วทำให้การเรียนนั้นเกิดจากประสบการณ์ตรงจากการรักษาจริงหรือการสาธิตโดยผู้รู้แต่อยู่ในสถานการณ์จริง จากนั้นผู้เรียนจะใช้การสังเกตและการจดจำหากมีข้อสงสัยก็จะสอบถามภายหลังการรักษา

5.1.3 ศักยภาพการนำความรู้มาใช้

หมอนวดและหมอประคบสมุนไพรสูงอายุมีศักยภาพในการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ด้วยเหตุผลดังนี้

5.1.3.1 เนื่องจากการรักษากับหมอพื้นบ้านถือเป็นระบบสาธารณสุขแบบดั้งเดิมของสังคมไทยที่ยังยึดติดอยู่กับคนไทยมาจนถึงปัจจุบัน เพราะคนไทยยังมีความเชื่อในพลังการรักษาของหมอพื้นบ้านตามแบบความเชื่อเรื่องการรักษาโรคของบรรบุรุษ กอปรกับการส่งเสริมของภาครัฐ ทำ

ให้หมอนวด และหมอประคบสมุนไพรยังได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยให้ทำการรักษาโรคอยู่จนถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดโอกาสในการแสดงศักยภาพในการรักษาโรคได้

5.1.3.2 การรักษาโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อยบางชนิดที่มีสาเหตุที่ชัดเจน เช่น การตกบันได ข้อเท้าพลิก แผลฟกช้ำ เป็นต้น เนื่องจากสะดวกในการเดินทางกรณีที่ชาวบ้านที่อยู่ในเขตนอกเมือง หรือห่างไกลสถานพยาบาลของรัฐและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน หมอนวด และหมอประคบสมุนไพรบางคนไม่รับค่ารักษาหากรักษาโรคให้กับผู้ป่วยไม่ได้ เนื่องจากได้ให้คำสัญญากับอาจารย์ผู้ถ่ายทอดวิชาให้ว่าจะเป็นผู้มีคุณธรรม หากไปปฏิบัติตามคำสัญญาจะทำให้ความรู้ที่มีอยู่สูญหายไปหรือรักษาโรคให้ผู้ป่วยไม่ได้ อีกทั้งการไม่รับค่ารักษา หากรักษาโรคให้กับผู้ป่วยไม่ได้นั้นยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยว่าหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรนั้นมีศักยภาพในการรักษาโรคให้หายได้

5.1.3.3 การรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หมดทางรักษาหรือผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสหายให้กลับมามีความหวังขึ้นอีกครั้งกับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ระบบการแพทย์พื้นบ้านบางอย่างไม่สามารถใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์มายืนยันได้ทั้งหมด กอปรกับพิธีกรรมก่อนการรักษาอย่างการไหว้ครูในรูปแบบต่าง ๆนั้นก็เป็นการการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายที่หมดทางรักษาจากหมอแผนปัจจุบันมีที่พึ่งทางใจและกลับมามีพลังความเชื่อต่อการรักษาในรูปแบบนี้ ก่อให้เกิดการมีกำลังใจที่ดี หรือมีกำลังใจที่เข้มแข็งซึ่งทำให้ผลการรักษาด้วยหมอพื้นบ้านในผู้ป่วยบางรายที่ป่วยเป็นโรคร้ายนั้นได้ผลการรักษาที่ดีหรือทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคนั้น ๆ ได้อีกด้วย

5.1.3.4 การสั่งสมประสบการณ์ในการรักษาโรคของผู้สูงอายุที่มีมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทั้งจากการฝึกปฏิบัติจริง ทั้งจากประสบการณ์ในการรักษาจริงและการต่อยอดความรู้หรือการหาความรู้เพิ่มเติม จนเกิดความชำนาญในความรู้ที่มีอยู่ จึงส่งผลต่อศักยภาพในการนำความรู้ที่มีไปใช้รักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.3.5 การมีคุณธรรมในการรักษาโรค เนื่องจากการเรียนรู้ของกลุ่มหมอนวดและหมอประคบสมุนไพรสูงอายุจะมีความเกี่ยวพันกับความเชื่อด้านไสยศาสตร์ สังเกตได้จากการไหว้ครูก่อนการรักษา เพราะเชื่อว่าหากเป็นผู้คุณธรรม กล่าวคือ ไม่คิดเอารัดผู้ป่วยด้วยการเรียกค่าตอบแทนในราคาที่สูง ไม่เลี้ยงไข้ผู้ป่วย และปฏิบัติตนเป็นคนดีอาจารย์ผู้ล่วงลับจะคอยปกป้องคุ้มครองและช่วยเหลือการรักษา แต่หากเป็นผู้ไม่มีคุณธรรมในการรักษาวิชาความรู้ที่มีก็จะเสื่อมและหายไปทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในการเข้ามารับการรักษาได้เป็นอย่างดี

5.1.3.6 นโยบายในเรื่องการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุและนโยบายพัฒนาการแพทย์แผนไทยของรัฐบาลได้ ทำให้การนวดไทย และการประคบสมุนไพรได้กลายเป็นแพทย์ทางเลือกให้กับประชาชนได้ใช้วิธีการธรรมชาติบำบัดในการดูแลสุขภาพผ่านการประชาสัมพันธ์

จนนำไปสู่ความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทย หรือเพิ่มความสนใจในการไปใช้บริการการแพทย์แผนไทยให้กับกลุ่มผู้ที่ใช้บริการที่จะกลายมาเป็นผู้สูงอายุในอนาคตเพิ่มมากขึ้น

การถ่ายทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านเป็นการถ่ายทอดความรู้กันโดยสายเลือด คือสามารถรับความรู้จากบรรบุรุษได้ แตกต่างจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะในระบบการแพทย์ประเภทหลังนี้ผู้ที่จะเป็นแพทย์ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถส่วนบุคคล จุดเด่นของระบบการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าวจึงมีส่วนเอื้อให้การแพทย์ระบบนี้สามารถดำรงอยู่ได้จนถึงปัจจุบัน ส่งผลต่อการความยั่งยืนในการนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อผู้สูงอายุรุ่นหลังได้

5.1.4 การถ่ายทอดความรู้

5.1.4.1 รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบได้แก่

1) การถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน หมอนวด และหมอประคบสมุนไพรเกือบทั้งหมดมีรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชน หรือคาดการณ์ว่าหากมีลูกศิษย์ก็จะถ่ายทอดความรู้ตามรูปแบบดังกล่าว โดยสามารถสรุปลักษณะวิธีการถ่ายทอดความรู้ตามแบบวิถีชุมชนได้ ดังนี้

(1) เน้นการทำให้ดูเป็นแบบ

ผู้เรียนต้องคอยสังเกตการรักษาของอาจารย์ผู้สอน และติดตามไถ่ถามจนเข้าใจอย่างถ่องแท้จริงๆ และจึงจดจำความรู้ที่เรียนมาให้ขึ้นใจ เพราะการใช้วิธีการบรรยายเพียงอย่างเดียวอาจจะทำให้ผู้เรียนนั้นท่องจำตามเนื้อหาที่สอนแต่ไม่ได้เข้าใจจริง ๆ เหมือนการได้สังเกตจากการปฏิบัติจริง

(2) เน้นการให้ทดลองปฏิบัติจริง

วิธีการที่เน้นการทดลองจากการปฏิบัติจริงเป็นวิธีการที่ชาวบ้านใช้ในการถ่ายทอดความรู้ เนื่องจากธรรมชาติการเรียนรู้ของชาวบ้านมักจะเรียนรู้จากการปฏิบัติได้ดีกว่าการฟังบรรยาย อีกทั้งชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้เรียนหนังสือทำให้วิธีการเรียนแบบสถาบันที่มีการเรียนทางด้านทฤษฎีด้วยวิธีการบรรยายนั้นได้ผลลัพธ์ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวบ้านได้ไม่ดีเท่าที่ควร

2) การถ่ายทอดความรู้ตามแบบสถาบัน การถ่ายทอดแบบสถาบันนี้จะใช้วิธีการบรรยายเนื้อหาความรู้ก่อนจากนั้นจึงจะใช้วิธีการสาธิต และการบรรยายควบคู่กันต่อไป ซึ่งลูกศิษย์ต้องใช้วิธีการสังเกต จดจำ และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอน ซึ่งหากมีข้อสงสัยก็สามารถซักถามผู้สอนได้ การถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์หรือการรักษาโรค

นั้นจะต้องให้ผู้เรียนเข้าใจอย่างละเอียด และชัดเจน ไม่เช่นนั้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง หรือหายช้า อีกทั้งการจะถ่ายทอดความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรต้องมีความละเอียดรอบคอบมาก เพราะสมุนไพรถ้าใช้ไม่ถูกกับโรคก็อาจจะทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายของผู้ป่วยได้ หากจัดยาไม่ถูกกับโรคก็จะทำให้ผู้ป่วยนั้นป่วยเรื้อรัง หรือไม่รู้ลำดับขั้นตอนในการรักษาก็อาจจะทำให้ไม่สามารถรักษาโรคได้ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุไม่ควรประคบสมุนไพรทันทีควรรอเวลา 48 ชั่วโมงก่อน แล้วค่อยใช้ความร้อนไม่เช่นนั้นแผลจะหายช้า เป็นต้น

5.1.4.2 การไหว้ครู

การไหว้ครูมีอยู่ด้วยกัน 2 รูปแบบได้แก่ การไหว้ครูด้วย ขันธ์5 การขึ้นครู ดังนี้

1) การไหว้ครูด้วย ขันธ์ 5 โดยขันธ์ 5 นั้นจะประกอบไปด้วยดอกไม้ทีมีขนาดเล็กทีสามารถหาได้ง่าย แต่ต้องเป็นดอกไม้ทีเชือกันว่าเป็นดอกไม้มงคล ดอกไม้ใช้บูชาจำนวน 5 คู่ ทีต้องใช้ดอกไม้ขนาดเล็ก เพื่อจะได้ใส่ในจานได้พอดี และจะได้วางบนหิ้งพระได้สะดวก และยังต้องมี ธูป 5 คู่ เทียน5 คู่ นำไปถวายบนหิ้งพระทีบ้านครูผู้สอนเพื่อความเป็นสิริมงคล และเพื่อเป็นการขออนุญาตครูอาจารย์ทีเป็นความเชือเกียวกับทางไสยศาตร์ให้ช่วยลงมาถ่ายทอดความรู้ให้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี หมอนวดทีมีการไหว้ครูด้วยขันธ์ 5 จะเป็นหมอนวดทีมีวิธีการเรียนรู้ตามแบบวิถีชุมชน

2) การขึ้นครู คือ การไหว้ครูในครั้งแรกของการรับการถ่ายทอดความรู้จากอาจารย์ผู้สอน ประกอบไปด้วย ดอกไม้ชนิดใดก็ได้ทีใช้ในการบูชาพระ หญ้าแพรก มะเขือเปราะ ธูป 3 ดอก เทียน 1 คู่ เพื่อจะได้เป็นการรำลึกถึงบุญคุณของครูอาจารย์ แต่เมื่อผู้นวดลงมือนวดทุกครั้งก็ควรประนมมือไหว้พร้อมกับรำลึกถึงครูดังกล่าวซึงใช้เวลาเพียง 2-3 วินาทีเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ และสร้างสมาธิทีดีให้กับผู้นวดก่อนลงมือนวด หมอนวดทีเรียกการไหว้ครูครั้งแรกว่าการขึ้นครูนั้นมาจากหมอนวดทีเรียนการนวดมาจากสถาบันทีจัดการอบรมการนวดโดยสถาบันทีอบรมให้จะจัดให้มีการไหว้ครูอย่างเป็นทางการครั้งแรกก่อนการเข้าสู่ชั่วโมงแรกของการเรียนบรรยายในภาคทฤษฎี เพื่อเป็นการเคารพครูอาจารย์ และครูผู้สอนด้วย

5.1.4.3 ผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจทีมีต่อการถ่ายทอดความรู้

เนืองจากปัจจัยทางเศรษฐกิจทียำแย่จึงส่งผลต่อการการถ่ายทอดความรู้ในเรืองสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ดังนี้

1) ถ่ายทอดความรู้แบบรวบรัด เหตุผลทีมีการถ่ายทอดความรู้แบบรวบรัดเนืองมาจากผู้เรียนไม่ได้ต้องการนำไปประกอบอาชีพแต่ต้องการนำไปนวดให้กับสามีชาวต่างชาติและมีเวลาในการเรียนเพียง 2 อาทิตย์เท่านั้น โดยให้ค่าตอบแทนทีสูงมาก การถ่ายทอดความรู้แบบรวบรัดนี้จะสอนแค่ท่าพืนฐานการนวดอย่างง่ายทีมีลักษณะการนวดด้วยอุ้งมือเป็นการนวดแบบผ่อน

คลายไม่ได้คาดหวังในเรื่องผลการรักษาพื้นที่จังหวัดอุดรธานีเป็นเขตพื้นที่ที่มีสตรีชาวอุดรธานีแต่งงานข้ามชาติกันอย่างแพร่หลาย อันเนื่องมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นหลัก การแต่งงานข้ามชาติจึงเป็นความพยายาม เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการเพื่อความอยู่รอด และความมั่นคงในชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นสตรีที่แต่งงานกับชาวต่างชาติส่วนใหญ่จึงต้องการดูแลสามีชาวต่างชาติให้ดี เพราะนั่นหมายถึงความมั่นคงรายได้ และความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว

2) ถ่ายทอดความรู้แบบมีเงื่อนไข ในปัจจุบันผู้ที่มีความรู้ด้านการนวดจับเส้น การประคบสมุนไพร วิธีการทำลูกประคบสมุนไพรและน้ำมันสำหรับใช้ในการนวดนั้นเริ่มหวงแหนวิชาความรู้ เพราะเศรษฐกิจฝืดเคือง ผู้ที่มีความรู้เหล่านี้ก็มักจะผลิตสินค้าออกมาจำหน่าย และมีการจดลิขสิทธิ์ทางปัญญาเอาไว้เพื่อป้องกันคู่แข่งทางการค้าลอกเลียนแบบสินค้า โดยมากมักจะถ่ายทอดความรู้ที่มีให้กับคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่จะไม่ผลิตสินค้าออกมาขายเป็นคู่แข่งทางการค้ากัน จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีผลต่อกระบวนการถ่ายทอดความรู้ให้มีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงไป

5.1.4.4 ความเชื่อกับการถ่ายทอดความรู้

ความเชื่อทางไสยศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการแพทย์แผนไทย ยกตัวอย่างเช่น หลักสูตรของครูบางคนจะสอนวิชาไสยศาสตร์ให้ด้วยเรียกว่า “ไสยรักษ์” คือการรักษาโรคภัยไข้เจ็บด้วยอาคม และนับว่าเป็นวิชาการแพทย์แผนไทยแขนงหนึ่ง ความเชื่อทางด้านไสยศาตร์ยังส่งผลต่อกระทบต่อการถ่ายทอดความรู้ด้วย จากข้อมูลที่ได้สามารถสรุปลักษณะความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ที่ส่งผลต่อการถ่ายทอดความรู้ได้ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

1) เชื่อว่าวิชาความรู้ที่มีนั้นสามารถถ่ายทอดความรู้ได้เฉพาะในวงแคบเท่านั้น คือ ไม่เกิน3 คน หากฝ่าฝืนจะทำให้บุคคลที่รู้วิชาคนที่ 4 นั้นเสียชีวิตกระทันหัน

2) เชื่อว่าหากอาจารย์เจ้าของวิชาที่ล่วงลับไม่ต้องการถ่ายทอดความรู้ให้ใครแล้วไม่ว่าจะพยายามทุ่มเทถ่ายทอดความรู้ให้มากเพียงใดก็จะไม่สำเร็จ โดยสังเกตจากการถ่ายทอดความรู้ในช่วงแรก ๆ หากลูกศิษย์เรียนวิชาแล้วไม่มีความคืบหน้าใด ๆ เลยก็จะหยุดถ่ายทอดความรู้ทันที

5.1.4.5 การต่อยอดความรู้

ต่อยอดความรู้ คือ การเพิ่มความรู้ที่มีอยู่ให้เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปบอกต่อหรือเผยแพร่ให้กับผู้อื่นได้รับรู้เพื่อจะนำไปใช้ประโยชน์ได้ การต่อยอดความรู้ของผู้สูงอายุมีอยู่ด้วยกัน 5 ลักษณะ ดังนี้

1) อ่านหนังสือ การใช้หนังสือตำรามาตรฐานที่ขายตามท้องตลาดมาช่วยเสริมสร้างความรู้ในแง่ของหลักการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

2) ดูรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

3) พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ที่สนใจในเรื่องสุขภาพเหมือนกันหรือผู้ร่วมอาชีพเดียวกันเพราะแต่ละคนก็มีประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันบ่อย ๆ จะทำให้ได้รับความรู้ใหม่ได้อย่างง่าย ๆ

4) รวบรวมข้อมูลเป็นรูปเล่ม เป็นวิธีการที่ต่อเนื่องมาจากการอ่านหนังสือเมื่อพบข้อมูลที่น่าสนใจก็จะตัด และนำมาติดในสมุดเก็บเอาไว้ จากนั้นจะทำสารบัญเพื่อให้เปิดหาข้อมูลที่มีอยู่เป็นจำนวนมากได้ง่ายขึ้น โดยสามารถนำข้อมูลที่มีอยู่ไปเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ได้อีกด้วย

5) ทดลอง/ทดสอบเพื่อการต่อยอด วิธีการนี้เป็นวิธีการตอบข้อสงสัยด้วยตนเอง เช่น การทดลองผ่าศพด้วยการติดต่อขอซื้อศพจากญาติผู้ตายจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และนำมาผ่าเพื่อพิจารณาเส้นเลือด เส้นเอ็น กล้ามเนื้อ เป็นต้น และเก็บเอาไว้ในความทรงจำหากต้องใช้ประโยชน์ก็จะดึงออกมาใช้จากความทรงจำ

การต่อยอดความรู้นั้นมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดความรู้ เนื่องจากหากมีการต่อยอดความรู้จะทำให้การถ่ายทอดความรู้นั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.1.4.6 ขั้นตอนในการถ่ายทอดความรู้ของหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรมีอยู่ด้วยกัน 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1) ขั้นตอนในการตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ ในการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มของหมอนวด และหมอประคบสมุนไพรจะตัดสินใจถ่ายทอดความรู้ก็ต่อเมื่อมีผู้มาขอความรู้ เพราะการมีผู้มาขอความรู้นั้น หมายถึงว่า ผู้ถ่ายทอดได้รับความเคารพนับถือให้เป็น “ครู” ถือว่าเป็นการให้เกียรติและมองเห็นความสำคัญ หรือเป็นการมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ

2) ขั้นตอนในการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอความรู้ก่อนการถ่ายทอดความรู้โดยละเอียดให้ ในขั้นแรกของการรับศิษย์ ผู้ถ่ายทอดความรู้จะไม่คัดเลือกผู้มาขอเรียนโดยจะรับเอาไว้ทั้งหมด จากนั้นจึงจะใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอเรียนผ่านการถ่ายทอดความรู้ในขั้นพื้นฐาน ซึ่งหาผู้มาขอเรียนไม่มีความอดทน ไม่มีความขยันหมั่นเพียรในการฝึกฝน และไม่มีปฏิภาณไหวพริบในการรับการถ่ายทอดความรู้ในขั้นพื้นฐาน ก็จะหยุดถ่ายทอดความรู้ให้ในทันที

3) ขั้นตอนในการถ่ายทอดความรู้ทีละเอียดให้ ขั้นตอนนี้จะสืบเนื่องมาจากขั้นตอนในการสังเกตพฤติกรรมของผู้มาขอความรู้ โดยสังเกตว่าผู้มาขอความรู้มีความอดทน มีความขยันหมั่นเพียรในการฝึกฝน และมีปฏิภาณไหวพริบในการรับการถ่ายทอดความรู้ในขั้นพื้นฐาน โดยในขั้นตอนนี้จะเน้นการถ่ายทอดแบบค่อยเป็นค่อยไป และเริ่มให้ฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโดยมีผู้

ถ่ายทอดคอยดูแลอย่างใกล้ชิด จากนั้นจะถ่ายทอดความรู้ในส่วนของการรักษาโรคที่รักษาได้ยาก หรือเป็นโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าหมดทางเยียวยา เช่น โรคอัมพาต เป็นต้น

5.1.5 แนวโน้มการนำไปใช้

จากผลการศึกษาได้ข้อสรุปใน 2 ประเด็น ได้แก่ ความแตกต่างของการไปใช้บริการระหว่างกลุ่มคนวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ และ รูปแบบการยอมรับของผู้ใช้บริการ ดังนี้

5.1.5.1 ความแตกต่างของการไปใช้บริการระหว่างกลุ่มคนวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มคนวัยทำงานนิยมไปใช้บริการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดผ่อนคลาย เพื่อผ่อนคลายความเมื่อยล้าจากการทำงาน และเพื่อความสวยงาม เพราะการนวดนั้นจะช่วยบำรุงผิวพรรณได้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุจะนิยมไปใช้บริการประเภทการนวดจับเส้น และการประคบสมุนไพรร่วมด้วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการรักษาโรค การไปใช้บริการของกลุ่มคนวัยทำงานจะไปใช้บริการค่อนข้างถี่ในขณะที่ความถี่ในการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุนั้นค่อนข้างน้อย เนื่องจากจะไปใช้บริการเมื่ออาการของโรคที่เป็นอยู่กำเริบ และการไปใช้บริการนวดจับเส้นในการรักษาโรคส่วนใหญ่หมอนวดจะไม่นิยมนวดให้บ่อย ๆ เพราะเชื่อกันว่าจะการนวดรักษาจะไม่นวดบ่อย เพราะการไปนวดบ่อยแสดงว่าการรักษาโรคไม่ได้ผลและหมายถึงหมอนวดจับเส้นเลี้ยงไข้

5.1.5.2 รูปแบบการยอมรับของผู้ใช้บริการ รูปแบบการยอมรับของผู้ใช้บริการสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะได้แก่

1) การแนะนำให้ผู้อื่นไปใช้บริการ

ทั้งกลุ่มคนในวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุมักจะแนะนำให้เพื่อนที่สนิทและคนในครอบครัวไปใช้บริการที่ตนเคยลองใช้บริการมาก่อน เนื่องจากเคยได้รับการแนะนำจากเพื่อนและคนที่รู้จักมาอีกทอดหนึ่ง ทำให้เมื่อได้มีโอกาสไปใช้บริการมาแล้วก็อยากที่จะแนะนำบอกต่อสิ่งดีๆ ให้กับเพื่อนสนิทและคนในครอบครัว

2) การติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐ

ในภาพรวมของการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการนั้นส่วนมากติดตามข่าวสารเรื่องการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐ โดยทราบว่า รัฐบาลมีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดบริการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ให้มีบริการนวดไทย ประคบสมุนไพร และผลิตยาสมุนไพร อีกทั้งยังจัดให้อาสาสมัครหมู่บ้านเข้ารับการอบรมเรื่องการนวดไทยเพื่อนไปใช้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวหรือนำไปประกอบอาชีพ และจากการติดตามข้อมูลข่าวสารของ

ผู้ใช้บริการยังได้ให้ข้อแนะนำเพิ่มเติมว่าควรจะสนับสนุนผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสมุนไพรด้วย เพราะถือว่าเป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนควบคู่กันไป

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการยอมรับของผู้ใช้บริการทั้งหมดจะแสดงออกในรูปแบบของการแนะนำบอกต่อให้ผู้อื่นไปใช้บริการ และสนใจที่ติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมนโยบายการแพทย์แผนไทยของรัฐแต่ยังไม่ถึงขั้นตอนของการนำไปทดลองปฏิบัติเอง หรือการสนับสนุนในด้านการเงิน เพราะผู้ใช้บริการส่วนใหญ่นั้นถือว่าการไปใช้บริการก็ถือเป็นการสนับสนุนด้านการเงินให้กับผู้นวดอยู่แล้ว จากข้อมูลข้างต้นสามารถวิเคราะห์แนวโน้มการนำไปใช้ในอนาคตได้ว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการใช้ประโยชน์จากการนวดแผนไทย และการประคบสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มผู้รับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนวัยทำงานที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตได้มีปริมาณการใช้บริการที่ค่อนข้างมีความถี่สูงมีการแนะนำบอกต่อให้คนรู้จักและคนในครอบครัวไปใช้บริการ และสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆอีกด้วย ทฤษฎีการยอมรับได้อธิบายไว้ว่ากระบวนการยอมรับ (Adoption Process) นั้นเป็นกระบวนการทางจิตใจของบุคคล ซึ่งเริ่มต้นด้วยการเริ่มรู้ หรือได้ยินเกี่ยวกับแนวความคิดใหม่ แล้วไปสิ้นสุดลงด้วยการตัดสินใจยอมรับไปปฏิบัติ

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับแนวทางในการปฏิบัติ

5.2.1.1 ภาครัฐในจังหวัดอุดรธานีควรจัดให้การจัดระบบความรู้ในเรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพรของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ด้วยการมอบหมายให้เจ้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด เข้ามาจัดระบบความรู้ให้เป็นระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการนำไปใช้ ดังนี้

1) จัดให้มีการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยการนวดไทย และการประคบสมุนไพรของผู้สูงอายุโดยเชิญผู้สูงอายุที่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวมาเป็นวิทยากร

2) จัดตั้งทีมงานของสาธารณสุขจังหวัดแบ่งออกเป็นหลายทีมงาน จากนั้นส่งทีมงานลงพื้นที่ในการสอบถาม เก็บข้อมูล และเรียนรู้ จากผู้สูงอายุที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องการนวดไทยและการประคบสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีรูปแบบการต่อยอดความรู้แบบไม่จดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นจึงควรมีการติดตามความรู้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

3) รวบรวมความรู้เรื่องการนวดไทย และการประคบสมุนไพรของผู้สูงอายุเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยการตีพิมพ์เป็นหนังสือ เพื่อจะได้ใช้ในการเผยแพร่ให้กับประชาชนทั่วไปได้นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ

5.2.1.2 ภาครัฐส่วนกลางควรจัดให้มีการควบคุมดูแลผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน การนวดไทย และการประคบสมุนไพรต้องใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับสมุนไพรในการรักษาโรค ได้แก่ น้ำมันนวด ลูกประคบสมุนไพร ดังนั้นภาครัฐจึงควรเข้ามาดูแลควบคุมผลิตภัณฑ์เพราะจะส่งผลต่อจำนวนผู้ที่เข้ามาใช้บริการประเภทนี้

5.2.1.3 ภาครัฐในจังหวัดอุดรธานี และภาครัฐส่วนกลางจัดการรณรงค์ และประชาสัมพันธ์ให้คนรุ่นใหม่ตระหนักถึงภูมิปัญญาในเรื่องสุขภาพของบรรพบุรุษ ด้วยการหันมาใช้วิธีการธรรมชาติบำบัดอย่างการนวดไทยและการประคบสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ และสนใจที่จะเรียนรู้ภูมิปัญญาดังกล่าวจากคนใกล้ตัวที่มีความรู้ในเรื่องนี้ หรือผู้สูงอายุที่มีความรู้ในเรื่องนี้เพื่อเป็นการสืบทอดภูมิปัญญาให้คงอยู่ต่อไปได้

5.2.1.4 ทำลายความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ที่ขัดขวางการถ่ายทอดความรู้ด้วยการพิสูจน์ความเชื่อนั้น ๆ ให้ชัดเจนกับคนจำนวนมาก เพื่อทำลายความเชื่อที่มีให้ลดความเข้มข้นลง หรือการหาวิธีการที่ละมุนละม่อมในการรับการถ่ายทอดที่ทำให้ผู้ถ่ายทอดสบายใจด้วย เช่น การรับการถ่ายทอดที่ไม่ผ่านการถ่ายทอดโดยตรง แต่เกิดจากการเฝ้าสังเกตการรักษาด้วยตนเอง เป็นต้น

5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาเรื่องภูมิปัญญาที่เกี่ยวสุขภาพของผู้สูงอายุในแขนงอื่น ๆ บ้าง เช่น ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุเรื่องหมอกระดูก หมอสมุนไพร เป็นต้น เพื่อรวบรวม และเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดระบบการนำความรู้ในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. 2551. **วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์**. ค้นวันที่ 11 มกราคม 2552 จาก http://www.dtam.moph.go.th/internet/high_execusive3

กระทรวงสาธารณสุข. 2550. **การถ่ายทอด**. ค้นวันที่ 1 มกราคม 2552 จาก www.panyathai.co.th

กาญจนา กาญจนไตรรัตน์. 2527. **การศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งล่าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนา แก้วเทพ. 2551. **เอกสารประกอบโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการความก้าวหน้าด้านการศึกษา เรื่องปรัชญาและแนวคิดการวิจัยทางนิเทศศาสตร์.** ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

กาญจนา สุขแก้ว. 2545. **การบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน**. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. 2551. **ริชาร์ด ไมนอท ต่อยอดทางความรู้ สู่รางวัลโนเบล**. ค้นวันที่ 30 มกราคม 2552 จาก http://www.kriengsak.com/index.php?components

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2533. **ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท**. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2548. **คำอธิบายวิธีการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการติดตามประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการประจำปีงบประมาณ 2548**. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

จันทร์เพ็ญ ทรัพย์ประชา. 2544. **ทองสุโขทัย กระบวนการคิด การถ่ายทอดภูมิปัญญา**. ค้นวันที่ 28 มกราคม 2551 จาก http://www.sukhothai.ru.ac.th/travel-sukhothai/sk-t.htm

จิริณี สินุธก. 2543. อ้างถึงใน สุวิมล พิริยธนาลัย. 2546. **ภูมิปัญญาชาวบ้านในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ศึกษากรณีชุมชนประมงพื้นบ้าน จังหวัดปัตตานี**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

จุรี จุลเกศ. 2516. อ้างถึงใน สุวิมล พิริยธนาลัย. 2546. **ภูมิปัญญาชาวบ้านในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ศึกษากรณีชุมชนประมงพื้นบ้าน จังหวัดปัตตานี**. ภาคนิพนธ์ คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒน บริหารศาสตร์.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะเภสัชศาสตร์. 2550. **การบูรณาการการแพทย์แผนไทย สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย**. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

ชัยพร พิบูลศิริ. ม.ป.ป. **เอกสารประกอบการสอนวิชา พค. 503 ระบบสังคมไทย**. (อัดสำเนา)

ชุติภา วระวิบุล. 2534. **การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐิติมา สดากร. 2550. **คุณภาพชีวิตของหมอนวดแผนไทย ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ณัฐภัทร ถวัลยโพธิ. 2551. **ผู้สูงอายุในกฎหมายไทย**. (อัดสำเนา)

ทรงศิริ สาประเสริฐ. 2541. **ลักษณะการถ่ายทอดความรู้ของภูมิปัญญาชาวบ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีวัฒนา ทุนคุ้มทอง. 2540. **บทบาทของสื่อมวลชนในการเผยแพร่ภูมิปัญญาไทย : กรณีการแพทย์แผนไทย**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ทวีวัฒนา หงษ์วิวัฒน์. 2533. **แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. 2548. **องค์การแห่งความรู้จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: แซท โฟร์ พริ้นติ้ง.

เทศบาลนครอุดรธานี. 2550. **ข้อมูลทั่วไปจังหวัดอุดรธานี.** ค้นวันที่ 30 มีนาคม 2552. จาก http://www.udo.moph.go.th/announce/upload/581595295

นพดล กองพล. 2549. **แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. 2532. **สรุปการวิจัยโครงการผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นาถฤดี มณีเนตร. 2549. **ธุรกิจการนวดแผนไทย**. ค้นวันที่ 15 มกราคม 2552 จาก http://ora.kku.ac.th/res_kku/Abstract/AbstractView.asp?Qid=-472625535

บุญธรรม จิตต์อนันต์. 2540. **กระบวนการยอมรับ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ปฐม นิคมานนท์. 2535. **รายงานการวิจัยการค้นหาความรู้และระบบถ่ายทอดความรู้ในชุมชนชนบทไทย**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ประเวศ วะสี. 2550. **การจัดการความรู้ กระบวนการปลดปล่อยมนุษย์ สู่ศักยภาพ เสรีภาพ และความสุข**. กรุงเทพฯ: กรีน-ปัญญาญาณ.

ปิ่น มุทุกัณฑ์. ม.ป.ป. อ้างถึงใน ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์. 2542. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.** ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

เปรม ชินวันทนานนท์. 2547. อ้างถึงใน นพดล กองพล. 2549. **แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. ค้นวันที 12 เมษายน 2552 จาก http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-38-search.asp

พรมพรรณ พันธ์มิภู. 2547. **การบริหารองค์ความรู้**. ค้นวันที 1 มกราคม 2552 จาก http://kromchol.rid.go.th /ffd/Web_Inform

พระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ. 2542. เมื่อวันที 23 มกราคม 2552 จาก http://www.ams.cmu.ac.th/pub/law/license

พสุ เดชะรินทร์. 2548. **แนวทางในการถ่ายทอดความรู้**. ค้นวันที 1 มกราคม 2552 จาก http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2005q3/article2005sep27p5.html

เพียงเพ็ญ อ่อนแก้ว. 2546. **การถ่ายทอดความรู้การทอผ้าพื้นเมืองในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ภัทร ยืนยง. 2551. **การจัดการความรู้เรื่องสิทธิชุมชน : ศึกษากรณีชุมชนประมงพื้นบ้านกว๊านพะเยา จังหวัดพะเยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

มัลลิกา มัติโก. 2530. **แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

มิชิตา จำปา รอดสุทธิ. 2550 (30 เมษายน). การบริหารงานและการจัดการองค์การ. **ประชาชาติธุรกิจ**: 46

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2550. **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

รังสรรค์ ธีรเวชเจริญชัย. 2544. **ปัจจัยพื้นฐานมูลเหตุและผลจากการเข้าสู่อาชีพบริการ : ศึกษาเฉพาะกรณีอาชีพหัตถเวช (นวดแผนไทย)**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

รัฏชญา เหล่าชินชาติ. 2549. **ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการนวดแผนไทยในเขตห้วยขวาง จังหวัดกรุงเทพมหานคร**. ภาคนิพนธ์คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.

รัตนา กฤษฎาธาร. 2534. **ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฤดีวรรณ รุ่งเมฆารัตน์. 2542. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ลือชัย เงินยวง. 2545. **แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

วิจารณ์ พานิช. 2547. **การดำเนินการจัดการความรู้ในองค์กร**. (เอกสารคำบรรยาย)

_____ . 2551. **การจัดการความรู้เพื่อคุณภาพที่สมดุล**. ค้นวันที่ 28 พฤจิกายน 2551 จาก http://www.sci-educ.nfe.go.th/download/kmDoc/what_is_KM.doc

ศรีวรรณ มโนสัมฤทธิ์ และคณะ. 2550. **รายงานการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ.** คณะวิทยาการจัดการ: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2544. **รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้**. ม.ป.ท: ม.ป.พ.

ศากุล ช่างไม้. 2550. **สังคมไทยกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต**. ค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2551. จาก http://news.sanook.com/scoop/scoop_121136.php

ศิริพร เดชสิงห์ และคณะ. 2547. **ปัจจัยที่เอื้อต่อการถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพภายในองค์กรข้ามชาติ : กรณีศึกษาบริษัทบู๊ทส์รีเทล (ประเทศไทย) จำกัด.** ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สถาบันการจัดการความรู้เพื่อสังคม ม.ป.ป. **การจัดการความรู้ Knowledge Management-KM.** ม.ป.ท. : ม.ป.พ.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2542. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยสมุนไพรกับการแพทย์แผนไทย**. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาตำราการแพทย์แผนไทย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา.

_____. 2547. **คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

_____. 2550. **วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์**. ค้นวันที่ 11 มกราคม 2552 จาก http://www.dtam.moph.go.th/alternative/viewstory.php?id=552

_____. 2551. ภาวะวิกฤตของเศรษฐกิจไทย คนสมัครเรียนแพทย์แผนไทยเพียบ. ค้นวันที่ 23 มกราคม 2552 จากhttp://ittm.dtam.moph.go.th/data_all/articles/article11.htm

สนิท สมัครการ. 2545. **มีเงินก็นับว่าน้องมีทองก็นับว่าพี่**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมจิต หนุเจริญ. 2533. อ้างถึงใน นพดล กองพล. 2549. **แนวทางการพัฒนาหมอพื้นบ้านเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวล้านนา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

สมยศ นาวีการ. 2543. อ้างถึงใน อุรวี เดชานนท์. 2548. **ความเป็นปัจเจกนิยม ความเป็นกลุ่มนิยม และรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของพนักงานระดับบังคับบัญชา ศึกษากรณี บริษัทในกลุ่มสมบูรณ์**. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สันติ ทันชม. 2549. **แนวทัศนะของกลุ่มจิตวิทยาหน้าทีนิยม**. ค้นวันที 1 มกราคม 2552 จาก http://dit.dru.ac.th/home/023/human/04.htm

สำนักงานกองทุนสนับสนุการวิจัย. 2548. **กาลิเลโอ กับ... "การตีพิมพ์" ตัวแปรสำคัญแห่งการต่อยอดความรู้**. ค้นวันที 15 ธันวาคม 2551. จาก http://www.trf.or.th/News/Content.asp

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. 2547. การจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

สำนักงานจังหวัดสมุทรสงคราม. 2546. **การจัดการความรู้**. ค้นวันที 3 มกราคม 2552 จาก www. province.prd.go.th/samutsongkram

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2550. **โครงการถ่ายทอดองค์ความรู้และสร้างกระแสการใช้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก.** ค้นวันที 5 เมษายน 2552. จาก www. Udo.moph.go.th/announce/upload/1625048516

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 2551. **โครงการคลังภูมิปัญญาผู้สูงอายุชุมชน.** ค้นวันที 30 พฤศจิกายน 2551. จาก http:// wisdom.opp.go.th/info.php

สุกัญญา วิบูลย์พาณิช. 2536. อัตมโนทัศน์และการพึงพาตนเองทางเศรษฐกิจของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุรพงษ์ คณานุรักษ์. 2545. **การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีเทศบาลนครยะลา**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุรินทร วงค์คำแดง. 2550. **การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านชาวเขาปกาเกอะญอ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวิมล พิริยธนาลัย. 2546. **ภูมิปัญญาชาวบ้านในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ศึกษากรณีชุมชนประมงพื้นบ้าน จังหวัดปัตตานี**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

องอาจ พรมไชย. 2538. การถ่ายทอดความรู้ของชาวไทยลื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ด้วยสมุนไพร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อารีย์ สุวรรณคำ. 2541. **อัตมโมทัศน์และการปรับตัวของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร**. ภาคนิพนธ์คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อุบลวรรณ ขันธีวิทย์. 2549. **สภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการถ่ายทอดความรู้ในองค์การกรณี ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ**. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อุรวี เดชานนท์. 2548. **ความเป็นปัจเจกนิยม ความเป็นกลุ่มนิยม และรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของพนักงานระดับบังคับบัญชา ศึกษากรณี บริษัทในกลุ่มสมบูรณ์**. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Bennet & D. Bennet. 2004. อ้างถึงใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. 2548. **องค์การแห่งความรู้จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: แซท์โฟร์ พริ้นติ้ง.

Berghorn, F.J., et al. 1981. **The Dynamics of Aging : Original Essays on the Process and Experience of Growing Old**. Colorado: West view Press.

Calkins, E., et al. 1986. **The Practice of Geriatics.** Philadelphia: W.B.Saunders Company.

Davenport & Prusak. 1998. อ้างถึงใน อุรวี เดชานนท์. 2548. **ความเป็นปัจเจกนิยม ความเป็นกลุ่มนิยม และรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของพนักงานระดับบังคับบัญชา : ศึกษากรณีบริษัทในกลุ่มสมบูรณ์**. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Dell & Grayson. 1999. อ้างถึงใน อุบลวรรณ ขันธีวิทย์. 2549. **สภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการถ่ายทอดความรู้ในองค์การ กรณีศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ**. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Epstien., 1973. **The Self-concept Revisited or a Theory of a Theory**. American Psychologist.

James. 1973. อ้างถึงใน สุกัญญา วิบูลย์พาณิช. 2536. **อัตมโมทัศน์และการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจของคนพิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Kermally. 2000. อ้างถึงใน อุรวี เดชานนท์. 2548. **ความเป็นปัจเจกนิยม ความเป็นกลุ่มนิยม และรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของพนักงานระดับบังคับบัญชา ศึกษากรณี บริษัทในกลุ่มสมบูรณ์**. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Kermally. 2002. อ้างถึงใน ศิริพร เดชสิงห์ และคณะ. 2547. **ปัจจัยที่เอื้อต่อการถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพภายในองค์องค์กรข้ามชาติ: กรณีศึกษาบริษัทบู๊ทส์รีเทล (ประเทศไทย) จำกัด.** ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Knowles, M.S. 1984. **The Adult Learner**: A Neglected Species. Houston, Texas: Gulf.

McDavid J.W. and Harari H., 1969**. Social psychology**. New York: Harper & Row.

Rogers. 1951. อ้างถึงใน สุกัญญา วิบูลย์พาณิช. 2536. **อัตมโมทัศน์และการพึงพาตนเองทางเศรษฐกิจของคนพิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Tannenbuam & Alliger 2000. อ้างถึงใน อุรวี เดชานนท์. 2548. **ความเป็นปัจเจกนิยม ความเป็นกลุ่มนิยม และรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของพนักงานระดับบังคับบัญชา ศึกษากรณีบริษัทในกลุ่มสมบูรณ์**. ภาคนิพนธ์โครงการบัณฑิตศึกษาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

Turban, et al., 2004. **Introduction to information Technology**. Toronto: John Wiley & Sons.

จิตรา. 2552 (26 กุมภาพันธ์). การสัมภาษณ์

นิดา. 2552 (15 กุมภาพันธ์). การสัมภาษณ์

นิภา. 2552 (26 กุมภาพันธ์). การสัมภาษณ์

บุญ. 2552 (21 มีนาคม). การสัมภาษณ์

ผล. 2552 (16 มีนาคม). การสัมภาษณ์

พิยดา. 2552 (18 กุมภาพันธ์). การสัมภาษณ์

ไพร. 2552 (20 มีนาคม). การสัมภาษณ์

ลดา. 2552 (11 มีนาคม). การสัมภาษณ์

สุดา. 2552 (16 มีนาคม). การสัมภาษณ์

สุมา. 2552 (19 มีนาคม). การสัมภาษณ์

หนูดี. 2552 (19 มีนาคม). การสัมภาษณ์

อุดม. 2552 (17 มีนาคม). การสัมภาษณ์

ภาคผนวก ก
แนวประเด็นในการสัมภาษณ์

1.ข้อมูลพื้นฐานและทัศนะของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 การศึกษาสูงสุด

1.1.4 อาชีพปัจจุบัน

1.1.5 สถานภาพสมรส

1.1.6 จำนวนบุตร

1.1.7 รายได้ต่อเดือน

1.1.8 สุขภาพและโรคประจำตัว (โรคทางกรรมพันธุ์ ระยะเวลาที่เป็น)

1.1.9 วิธีการรักษาสุขภาพ (วิธีการป้องกันโรค วิธีการรักษาเบื้องต้น การตัดสินใจเข้ารับการรักษา วิธีการฟื้นฟู)

1.1.10 ประสบการณ์ในการนวดไทยและการประคบสมุนไพร (ระยะเวลา การลองปฏิบัติครั้งแรก การยอมรับในการรักษา)

1.1.11 การพักอาศัย (ครอบครัว เครือญาติ ลำพัง)

1.2 ทัศนะและความแตกต่างของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1.2.1 ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ (ผู้ที่รอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น แหล่งความรู้และประสบการณ์)

1.2.2 คุณค่าของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน (การประเมินตนเอง)

1.2.2.1 ความสัมพันธ์ในสังคมของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1) ความสัมพันธ์ทางศาสนา (ผู้อุปถัมภ์ศาสนา)

2) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (ศูนย์รวมจิตใจของคนในครอบครัว ขัดเกลาจิตใจคนในครอบครัว)

3) ความสัมพันธ์ทางสังคม (การทำกิจกรรมทางสังคม การเป็นกลุ่มทางสังคม)

1.2.2.2 ความสำคัญในสังคมของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1) เป็นแหล่งความรู้และประสบการณ์

2) เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนรุ่นหลัง

1.2.3 สุขภาพกายของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

1.2.4 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบัน

2.ความรู้เกี่ยวกับการนวดไทย

2.1 ประเภทการนวดไทย (นวดจับเส้น นวดพื้นฐานหรือการนวดแยกส่วนตามร่างกาย)

2.2 ลักษณะการนวดไทย (กด คลึง บีบ ดึง บิด ดัด ทุบ เหยียบ)

2.3 การเตรียมตัวของผู้นวด (สุขภาพ การฝึกฝน)

2.4 ข้อห้ามในการนวด (บริเวณที่ห้ามนวด วิธีสังเกต โรคที่ห้ามนวด)

2.5 ประโยชน์ของการนวด (ระบบหมุนเวียนเลือด ระบบกล้ามเนื้อ ผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร จิตใจ)

2.6 จรรยาบรรณในการนวด (มารยาทก่อนการนวด มารยาทหลังการนวด)

3.ความรู้เกี่ยวกับการประคบสมุนไพร

3.1 อุปกรณ์ที่ใช้ทำลูกประคบ

3.1.1 ผ้าดิบ (ชนิดของผ้า จำนวน ขนาดของผ้า)

3.1.2 เชือก (ชนิดของเชือก จำนวน ความยาวของเชือก)

3.1.3 เตาพร้อมหม้อนึ่ง (ชนิดของเตาและหม้อนึ่ง ขนาดของเตาและหม้อนึ่ง)

3.1.4 จานเจาะรูสำหรับรองนึ่ง (ชนิดของจานเจาะรู ขนาดของจานเจาะรู)

3.2 สมุนไพรและ สรรพคุณสมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบ

3.2.1 ชนิดสมุนไพรที่ใช้ลูกประคบ(จำนวนชนิดสมุนไพร ปริมาณ วิธีการคัดเลือก)

3.2.2 สรรพคุณสมุนไพร

3.3 วิธีการทำลูกประคบ

3.3.1 การหั่นสมุนไพร (หั่นละเอียด หั่นหยาบ)

3.3.2 วิธีการคลุกเคล้า (คลุกเคล้าแบบแห้ง คุกเคล้าแบบเปียก)

3.3.3 ขนาดของสมุนไพรที่ใช้ห่อลูกประคบ (เหตุผล)

3.3.4 ระยะเวลาที่นึ่งลูกประคบ

3.4 วิธีการรักษาลูกประคบ

3.5 ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร (บริเวณที่ห้ามประคบสมุนไพร โรคที่ห้ามประคบสมุนไพร)

3.6 ประโยชน์จากการประคบสมุนไพร

3.6.1 ระบบเลือด

3.6.2 กล้ามเนื้อ

3.6.3 ข้อต่อ

3.6.4 พังผืด

4.การวินิจฉัยโรค

4.1 การซักประวัติบุคคล (เรื่องที่ถาม เหตุผล)

4.2 การซักประวัติโรค (ระยะเวลาที่ป่วย ลักษณะอาการ ช่วงเวลาที่โรคกำเริบ)

4.3 การตรวจอาการ

4.3.1 ใช้สายตา (วิธีสังเกต เหตุผล)

4.3.2 ใช้เครื่องมือ (ชนิดของเครื่องมือ วิธีใช้ เหตุผล)

5.การรักษาโรค

5.1 วิธีการนวด (การนวดขา แขน หลัง ศีรษะ ไหล่ บ่า)

5.2 วิธีการประคบสมุนไพร (การจัดท่าคนไข้ การทดสอบระดับความร้อนของลูกประคบ ระยะเวลาในการประคบ)

6.การจัดระบบการนำความรู้ในเรื่องสุขภาพ

6.1 รูปแบบการเรียนรู้

6.1.1 แบบเป็นระบบ

6.1.1.1 สร้างและแสวงหาความรู้ใหม่

1) ความรู้เก่า (รูปแบบความรู้ แหล่งความรู้ การจัดหมวดหมู่)

2) ความรู้ใหม่ (รูปแบบความรู้ แหล่งความรู้ การจัดหมวดหมู่)

3) วิธีการเพิ่มความรู้ (รูปแบบความรู้ แหล่งความรู้ เทคนิคการเพิ่มความรู้)

6.1.1.2 การกลั่นกรองความรู้ที่ได้ออกมาในรูปเอกสาร (เรียบเรียงโดยการเขียน เรียบเรียงโดยการตีพิมพ์)

6.1.1.3 การเผยแพร่เพื่อทำให้เกิดเป็นระบบการเรียนรู้หมุนเวียน (ระบบพี่เลี้ยง ทีมงาน เวทีแลกเปลี่ยน การตีพิมพ์)

6.1.2 แบบวิถีชุมชน

6.1.2.1 การสังเกตจากการปฏิบัติจริงของผู้ถ่ายทอด (ก่อนทำ ขณะทำ หลังทำ)

6.1.2.2 เน้นการมีคุณธรรมในการเรียนรู้

1) การเคารพในความรู้และผู้ให้ความรู้

2) ฟังอย่างตั้งใจและนำปฏิบัติตามในภายหลัง

3) มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ที่กำลังเรียนรู้ร่วมกัน

4) ลองปฏิบัติไปพร้อมๆกับการสังเกตอย่างตั้งใจและให้เกียรติ

6.1.2.3 การฝากตัวเป็นศิษย์ (การฝากตัวเป็นศิษย์ เงื่อนไข ระยะเวลาในการเรียนรู้)

6.2 การถ่ายทอดความรู้

6.2.1 ขั้นตอนและวิธีการในการถ่ายทอด

6.2.1.1 การถ่ายทอดในกลุ่มผู้รักษาด้วยกัน

1) ประสบการณ์ในการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มผู้รักษาด้วยกัน (วิธีการการแลกเปลี่ยน/ถ่ายทอด เหตุผลในการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มผู้รักษาด้วย (การแข่งขันในการประกอบอาชีพกับคนรุ่นใหม่) ความถีในการถ่ายทอดความรู้ระหว่างผู้รักษาด้วยกัน)

2) ลักษณะของบุคคลที่จะแลกเปลี่ยนความรู้ด้วย (ลักษณะบุคคล วิธีการสังเกต เหตุผล)

3) เนื้อหาความรู้ที่ถ่ายทอด/แลกเปลี่ยน (ความแตกต่างในเนื้อหาความรู้ที่แลกเปลี่ยนในอดีตกับปัจจุบัน เหตุผล)

6.2.1.2 การถ่ายทอดในครอบครัวและเครือญาติ

1) วิธีการถ่ายทอดความรู้ (สังเกต จดบันทึก ลองปฏิบัติ การเป็นผู้ช่วย เนื้อหาความรู้ในการถ่ายทอด การเรียงลำดับเนื้อหาการถ่ายทอด ระยะเวลาการถ่ายทอด การทดสอบ)

2) บุคคลที่ถ่ายทอดความรู้และรับการถ่ายทอดความรู้ (ครอบครัว เครือญาติ คุณลักษณะของคนในครอบครัวหรือเครือญาติที่เหมาะสมต่อการถ่ายทอดความรู้)

3) ค่านิยมในการถ่ายทอดความรู้ในครอบครัว (เหตุผล ระยะเวลาที่ถ่ายทอดความรู้เฉพาะในครอบครัวและเครือญาติ ข้อดี ข้อเสีย)

4) ความแตกต่างระหว่างการถ่ายทอดความรู้ในครอบครัวกับเครือญาติหรือบุคคลที่นับถือเหมือนญาติ (ความเกรงใจ บทบาทหน้าที่เครือญาติพึงปฏิบัติต่อกัน)

5) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ความคิดเห็นเรื่องผลกระทบต่อการถ่ายทอดจากการมีหรือไม่มีใบอนุญาต)

6.2.1.3 การถ่ายทอดให้ลูกศิษย์/ผู้ขอความรู้

1) จำนวนลูกศิษย์ (เหตุผลที่รับหรือไม่รับลูกศิษย์)

2) คุณลักษณะของบุคคลที่จะรับเป็นลูกศิษย์ (ลักษณะนิสัย รับคนทั่วไป รับเฉพาะคนในครอบครัว เครือญาติ หรือคนที่สนิทสนม เหตุผล)

3) วิธีการรับลูกศิษย์ (การไหว้ครู เหตุผล ค่าใช้จ่ายในการไหว้ครู ค่าตอบแทนในการสอนลูกศิษย์ เหตุผล)

4) ความคิดเห็นต่อสถาบันหลายแห่งที่เปิดสอนและมีค่าใช้จ่ายสูง

5) ความรู้สึกที่ได้ถ่ายทอดความรู้ให้ลูกศิษย์ (ภาคภูมิใจ ได้รับการยอมรับ)

6) ความรู้สึกของคนในครอบครัวและคนรอบข้างที่มีหลังจากที่รับลูกศิษย์

7) ระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้ให้กับลูกศิษย์เนื้อหาในการถ่ายทอด การเรียงลำดับเรื่องที่ถ่ายทอด เหตุผล การตัดสินใจสิ้นสุดการถ่ายทอด เหตุผล การทดสอบลูกศิษย์ เหตุผล)

6.2.2 รูปแบบในการถ่ายทอดความรู้

6.2.2.1 ตามแบบสถาบัน

1) การเรียนการสอน โดยการบรรยายในภาคทฤษฎี (เอกสารประกอบการสอน การจดบันทึก มีตารางการเรียนการสอน การเรียงลำดับเนื้อหาที่เรียน การแนะนำตำราให้อ่านเพิ่มเติม เกณฑ์ในการวัดผล เหตุผล)

2) การทดลองปฏิบัติ (ทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ระยะเวลาในการทดลองปฏิบัติ เกณฑ์ในการวัดผล)

3) การคาดเดาผลการรักษา

4) การต่อยอดความรู้ (การจดบันทึกหลังการรักษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่เป็นทางการและกลุ่มที่ไม่เป็นทางการเพื่อนำมาปรับใช้ในการรักษา การเผยแพร่ การตีพิมพ์)

6.2.2.2 ตามแบบวิถีชุมชน

1) วิธีการถ่ายทอด (การบอกเล่าประสบการณ์ การสังเกตจากการปฏิบัติจริง วิธีการสังเกต เหตุผล การบันทึก วิธีการบันทึก การเป็นผู้ช่วย อ่านตำราเอง เหตุผล)

2) เนื้อหาที่เรียน (รายละเอียด ระยะเวลาในการเรียนรู้ เหตุผล)

3) การคาดเดาผลการรักษา

4) การต่อยอดความรู้ (การจดบันทึก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่เป็นทางการ กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ)

7.แนวโน้มการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

7.1 ทัศนะการยอมรับจากผู้ใช้บริการ

7.1.1 การรับรู้

7.1.1.1 จากการเผยแพร่

7.1.1.2 จากการพบเห็นโดยบังเอิญ

7.1.1.3 สื่อบุคคล

7.1.2 ความสนใจ

7.1.2.1 ดูรายละเอียดเพิ่มเติม

7.1.2.2 รู้ถึงประโยชน์

7.1.3 ไตร่ตรอง

7.1.3.1 มีการเปรียบเทียบระหว่างแบบเก่ากับแบบใหม่

7.1.4 ลองปฏิบัติ

7.1.4.1 นำกลับมาทำที่บ้าน (ลักษณะการเจ็บป่วย วิธีการพร้อมเหตุผล ความถี่ ความต่อเนื่อง เงื่อนไขในการทดลองทำ)

7.1.4.2 ทดลองทำให้กับผู้อื่น (ลักษณะการเจ็บป่วย วิธีการพร้อมเหตุผล ความถี่ ความต่อเนื่อง เงื่อนไขในการทดลองทำ)

7.1.5 การยอมรับ ศึกษาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และในระดับชุมชน ในประเด็นดังนี้

7.1.5.1รูปแบบในการยอมรับ (การแนะนำบอกต่อ ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุน ความพึงพอใจ การยกย่อง)

7.1.5.2 ระยะเวลาในการยอมรับ

7.2 ทัศนะของกลุ่มผู้ทำการรักษา

7.2.1 ความเห็นในอนาคต

1) การยึดเป็นอาชีพ

2) การยอมรับในอนาคต

3) การสนับสนุนจากรัฐ (ภาษี เงิน กฎหมาย)

4) การสนับสนุนจากภายนอก

ภาคผนวก ข

ตารางที ข.1 ข้อมูลพื้นฐานของหมอนวดและหมอประคบสมุนไพร

ชื่อ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพเดิม	อาชพปัจจุบัน	รายได้	สถานภาพสมรส	โรคประจำตัว	การพักอาศัย	อาชีพคู่สมรส	จำนวนบุตร	ประสบการณ์ในการรักษา
ลดา	หญิง	64	ประถมศึกษาปีที 4	ทำนา	ธุรกิจส่วนตัว	7,000	สมรส	ความดันโลหิตสูง	อยู่กับครอบครัว	ทำนา	4	15
นิดา	หญิง	84	ไม่ได้เรียน	ทำนา	ธุรกิจส่วนตัว	3,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	ทำนา	2	40
พิยดา	หญิง	50	ประถมศึกษาปีที 4	ธุรกิจส่วนตัว	นวดผ่อนคลาย	7,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	รับจ้าง	2	4
นภา	หญิง	52	ประถมศึกษาปีที 4	รับจ้าง	นวดผ่อนคลาย	7,000	สมรส	ไม่มี	อยู่คนเดียว	รับจ้าง	1	4
นิภา	หญิง	58	ประถมศึกษาปีที 4	ธุรกิจส่วนตัว	นวดผ่อนคลาย	8,000	หย่าร้าง	กระเพาะอาหาร	อยู่คนเดียว	ค้าขาย	1	5
จิตรา	หญิง	63	ประถมศึกษาปีที 4	ธุรกิจส่วนตัว	นวดผ่อนคลาย	6,000	หย่าร้าง	ไม่มี	อยู่คนเดียว	ค้าขาย	1	5

ตารางที่ ข. 1 ข้อมูลพื้นฐานของหมอนวดและหมอประคบสมุนไพร (ต่อ)

ชื่อ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพเดิม	อาชพปัจจุบัน	รายได้	สถานภาพสมรส	โรคประจำตัว	การพักอาศัย	อาชีพคู่สมรส	จำนวนบุตร	ประสบการณ์ในการรักษา
สุดา	หญิง	55	ประถมศึกษาปีที่ 4	ธุรกิจส่วนตัว	ธุรกิจส่วนตัว	8,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	รับจ้าง	3	41
พิชญา	หญิง	50	ประถมศึกษาปีที่ 4	ทำนา	นวดผ่อนคลาย	6,000	หย่าร้าง	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	รับจ้าง	4	6
สุมา	หญิง	73	ประถมศึกษาปีที่ 4	ทำนา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	รับจ้าง	0	63
ผล	ชาย	80	ไม่ได้เรียน	ไม่ได้ทำ	นวดจับเส้น	8,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	แม่บ้าน	4	50
ญาดา	หญิง	60	ประถมศึกษาปีที่ 4	ทำนา	นวดจับเส้น	3,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	รับจ้าง	2	6
อุดม	ชาย	63	ประถมศึกษาปีที่ 4	ทำนา	นวดจับเส้น	10,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับครอบครัว	แม่บ้าน	5	43
หนูดี	หญิง	67	ประถมศึกษาปีที่ 4	ทำนา	นวดจับเส้น	4,000	สมรส	กล้ามเนื้ออ่อนแรง	อยู่กับครอบครัว	ทำนา	1	18

ตารางที่ ข. 1 ข้อมูลพื้นฐานของหมอนวดและหมอประคบสมุนไพร (ต่อ)

ชื่อ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพเดิม	อาชพ ปัจจุบัน	รายได้	สถานภาพ สมรส	โรค ประจำตัว	การพัก อาศัย	อาชีพคู่ สมรส	จำนวน บุตร	ประสบ การณ์ ในการ รักษา
ไพร	ชาย	53	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ธุรกิจส่วนตัว	หมอ สมุนไพร	30,000	สมรส	ไม่มี	อยู่กับ ครอบครัว	แม่บ้าน	3	35
บุญ	ชาย	73	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ธุรกิจส่วนตัว	หมอ สมุนไพร	รายได้ไม่ แน่นอน	หย่าร้าง	ไม่มี	วัด	แม่บ้าน	4	6

ตารางที่ ข. 2 ข้อมูลทัศนะของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

ทัศนะ	ลดา	นิดา	พิยดา	นภา	นิภา	จิตรา	สุดา	พิชญา	สุมา	ผล	ญาดา	อุดม	หนูดี	ไพร	บุญ
ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+
ความสำคัญในสังคมของผู้สูงอายุ	+	+	+	-	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+
สุขภาพกายเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในอดีต	/	/	/	/	x	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
สุขภาพจิตเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในอดีต	/	/	/	/	/	/	x	/	/	/	/	/	/	/	/

หมายเหตุ + มีทัศนคติในเชิงบวกต่อตนเอง / คิดว่าผู้สูงอายุในอดีตแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน

- มีทัศนคติในเชิงลบต่อตนเอง x คิดว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในอดีต

ตารางที่ ข. 3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการทั้งในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ

ชื่อ	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้	โรคประจำตัว	ประสบการณ์ในการใช้บริการ
กลุ่มวัยทำงาน							
เอ	หญิง	33	ปริญญาตรี	ธุรกิจส่วนตัว	25,000	ปวดไหล่	5
บี	หญิง	33	ปริญญาตรี	ธุรกิจส่วนตัว	30,000	ไม่มี	12
ซี	หญิง	27	ปริญญาตรี	ประชาสัมพันธ์	15,000	ปวดขา	2
กลุ่มผู้สูงอายุ							
ดี	ชาย	65	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ตำรวจ	18,000	ปวดหลัง	5
อี	หญิง	50	มัธยมศึกษาปีที่ 3	แม่บ้าน	ไม่มีรายได้ประจำ	ปวดขา	1
เอฟ	ชาย	57	ปริญญาตรี	ปลัดอำเภอ	18,000	เบาหวาน	3

ตารางที่ ข. 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของกลุ่มผู้ใช้บริการทั้งหมด

ชื่อ	สาเหตุที่ใช้บริการ	บุคคลที่แนะนำท่านให้ไปใช้บริการ	ประเภทการใช้บริการ	ความถี่ในการใช้บริการ	การแนะนำบอกต่อบุคคลให้ใช้บริการ	สถานที่ใช้บริการประจำ	คนในครอบครัวที่ใช้บริการ	การรับรู้นโยบายรัฐ
กลุ่มวัยทำงาน								
เอ	ปวดไหล่	รุ่นพี่ทีมมหาวิทยาลัย	นวดผ่อนคลาย	อาทิตย์ละครั้ง	เพื่อนสนิท	ไม่มี	แม่	ทราบ
บี	เมื่อยล้า,ความสวยงาม	ไม่มีใครแนะนำ	นวดผ่อนคลาย	เดือนละครั้ง	เพื่อนสนิท	ไม่มี	ไม่มี	ทราบ
ซี	ปวดขา	เพื่อนที่ทำงาน	นวดผ่อนคลาย	เดือนละครั้ง	เพื่อนที่ทำงาน	ไม่มี	แม่	ทราบ
กลุ่มผู้สูงอายุ								
ดี	ปวดหลัง	คนในหมู่บ้านเดียวกัน	นวดจับเส้น	ปีละ2-3ครั้ง	เพื่อนที่สูงอายุ	มี	ไม่มี	ทราบดี
อี	เมื่อยล้า	ลูกสาว	นวดผ่อนคลาย	ปีละ2-3ครั้ง	เพื่อน	ไม่มี	ลูกสาว	ไม่ทราบ
เอฟ	เมื่อยล้า,เครียด	คนในหมู่บ้านเดียวกัน	นวดจับเส้น	เดือนละ2ครั้ง	คนในครอบครัว	มี	ภรรยา,พ่อตา,แม่ยาย	ทราบดี

ตารางที่ ข. 5 ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ

ชื่อ	รูปแบบการเรียนรู้	ค่าเล่าเรียน	การไหว้ครูก่อนการเรียน	วิชาหลักที่เรียน
ลดา	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่มีการไหว้ครู	นวดจับเส้น
นิดา	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่มีการไหว้ครู	นวดจับเส้น
พิยดา	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดผ่อนคลาย
นภา	แบบสถาบัน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดผ่อนคลาย
นิภา	แบบสถาบัน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดผ่อนคลาย
จิตรา	แบบสถาบัน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดผ่อนคลาย
สุดา	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่มีการไหว้ครู	ประคบสมุนไพร
พิชญา	แบบสถาบัน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดผ่อนคลาย
สุมา	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	ไม่มีการไหว้ครู	นวดจับเส้น
ผล	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดจับเส้น
ญาดา	แบบสถาบัน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดผ่อนคลาย
อุดม	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดจับเส้น
หนูดี	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	นวดจับเส้น
ไพร	แบบวิถีชุมชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	หมอสมุนไพร
บุญ	แบบสถาบัน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	มีการไหว้ครู	หมอสมุนไพร

ตารางที่ ข. 6 ข้อมูลเกี่ยวกับประภทของความรู้ที่เรียนรู้

ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ	นวดจับเส้น	นวดผ่อนคลาย	ประคบสมุนไพร	หมอสมุนไพร
ลดา	/		/	
นิดา	/			
พิยดา		/		
นภา		/		
นิภา		/		
จิตรา		/		
สุดา			/	
พิชญา		/		
สุมา	/			
ผล	/			
ญาดา		/		
อุดม	/		/	
หนูดี	/		/	
ไพร			/	/
บุญ			/	/

ตารางที่ ข. 7 ข้อมูลเกี่ยวกับการถ่ายทอดความรู้

ชื่อ	บุคคลที่ต้องการถ่ายทอดความรู้ให้	วิธีการถ่ายทอด	การต่อยอดความรู้	การรับศิษย์	การไหว้ครูก่อนการถ่ายทอดความรู้	ค่าตอบแทนในการถ่ายทอดความรู้
ลดา	คนในครอบครัว	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-
นิดา	ใครก็ได้	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-
พิยดา	ใครก็ได้	ทดลองให้ฝึกปฏิบัติจริงโดยมีผู้สอนดูแล	ยั	มีศิษย์	ไม่เคร่งครัด	แล้วแต่จะให้
นภา	ใครก็ได้	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	ไม่มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-
นิภา	ไม่ถ่ายทอด	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	ไม่มี	ไม่รับศิษย์	-	-
จิตรา	ใครก็ได้	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-
สุดา	ครอบครัวและญาติ	ทำให้ดูเป็นแบบการรักษาจริง	ไม่มี	มีศิษย์	ไหว้ครู	แล้วแต่จะให้
พิชญา	ใครก็ได้	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	ไม่มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-

ตารางที่ ข. 7 (ต่อ)

ชื่อ	บุคคลที่ต้องการถ่ายทอดความรู้ให้	วิธีการถ่ายทอด	การต่อยอดความรู้	การรับศิษย์	การไหว้ครูก่อนการถ่ายทอดความรู้	ค่าตอบแทนในการถ่ายทอดความรู้
สุมา	ใครก็ได้	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	ไม่มี	มีศิษย์	ไหว้ครู	แล้วแต่จะให้
ผล	ครอบครัวและญาติ	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการรักษาจริง	มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-
ญาดา	ใครก็ได้	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการสาธิต	ไม่มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-
อุดม	ไม่ถ่ายทอด	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการรักษาจริง	ไม่มี	ไม่รับศิษย์	-	-
หนูดี	ใครก็ได้	ทำให้ดูเป็นแบบด้วยการรักษาจริง	ไม่มี	มีศิษย์	ไหว้ครู	ไม่รับ
ไพร	ใครก็ได้และครอบครัว	บรรยายภาคทฤษฎี การให้ทดลองปฏิบัติจริงโดยมีผู้สอนดูแล	ไม่มี	มีศิษย์	ไหว้ครู	ไม่รับ
บุญ	ใครก็ได้	บรรยายภาคทฤษฎี การให้ทดลองปฏิบัติจริงโดยมีผู้สอนดูแล	มี	ยังไม่มีศิษย์	-	-

ตารางที่ ข. 8 วิธการต่อยอดความรู้

ผู้ที่มีการต่อยอดความรู้					
วิธีการต่อยอดความรู้	ลดา	จิตรา	นิดา	พระบุญ	ผล
1.อ่านหนังสือ	/	/		/	
2.ดูรายการโทรทัศน์ที่เกียวกับสุขภาพ	/	/			
3.พูดคุยแลกเปลียนความรู้			/		
4.รวบรวมข้อมูลเป็นรูปเล่ม				/	
5.ทดลองปฏิบัติจริงเมื่อมีข้อสงสัย	/				/

ตารางที่ ข. 9 การแนะนำบอกต่อให้บุคคลไปใช้บริการ

กลุ่มผู้ใช้บริการ	บุคคลที่แนะนำไปใช้บริการ	
	เพื่อนสนิท	ครอบครัว
กลุ่มวัยทำงาน เอ	/	
บี	/	
ซี	/	
กลุ่มผู้สูงอายุ ดี	/	
อี	/	
เอฟ		/

ภาคผนวก ค

พระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที ๑๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๒

เป็นปีที ๕๔ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จ พระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการ โปรดเกล้า ฯ ให้ประกาศว่า

โดยทีเป็นการสมควร ปรับปรุง กฎหมาย ว่าด้วย การควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

พระราชบัญญัตินี มีบทบัญญัติบางประการ เกียวกับ การจำกัดสิทธิและเสรีภาพ ของ บุคคล ซึง มาตรา ๒๙ ประกอบกับ มาตรา ๓๕ มาตรา ๓๖ มาตรา ๓๙ มาตรา ๔๘ และ มาตรา ๕๐ ของ รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้ โดยอาศัยอำนาจ ตามบทบัญญัติ แห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้ตรา พระราชบัญญัติขึนไว้ โดยคำแนะนำ และ ยินยอม ของ รัฐสภา ในการศึกษาครังนีจะขอนำเสนอ มาตรา๑-๗ ซึงมีรายละเอียดดังนี

มาตรา ๑

พระราชบัญญัตินีเรียกว่า " พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ "

มาตรา ๒*

พระราชบัญญัตินี ให้ใช้บังคับ ตังแต่ วันถัดจากวันประกาศใน ราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

*[รก.๒๕๔๒/๓๙ก/๒๘/๑๘ พฤษภาคม ๒๕๔๒]

มาตรา ๓

(๑) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช ๒๔๗๙

(๒) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที ๒) พุทธศักราช ๒๔๘๐

(๓) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที ๓) พุทธศักราช ๒๔๘๓

(๔) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๔๘๐

(๕) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๔๘๐

(๖) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๐๔

(๗) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๐๘

(๘) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๘) พ.ศ. ๒๕๑๑

(๙) คำสั่งของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดิน ฉบับที่ ๓๘ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๙

(๑๐) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๙) พ.ศ. ๒๕๓๐

มาตรา ๔

ในพระราชบัญญัตินี้

"การประกอบโรคศิลปะ" หมายความว่า การประกอบวิชาชีพ ทีกระทำ หรือ มุ่งหมายจะกระทำ ต่อมนุษย์เกียวกับ การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์ แต่ไม่รวมถึง การประกอบวิชาชีพ ทางการแพทย์ และสาธารณสุขอืน ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ๆ

"การแพทย์แผนไทย" หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะ ตามความรู้ หรือ ตำราแบบไทยทีถ่ายทอด และ พัฒนา สืบต่อกันมา หรือ ตามการศึกษาจากสถานศึกษา ทีคณะกรรมการรับรอง

"เวชกรรมไทย" หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด หรือ การป้องกันโรค ด้วยกรรมวิธี การแพทย์แผนไทย

"เภสัชกรรมไทย" หมายความว่า การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและ การประกันคุณภาพยา การปรุงยา และ การจ่ายยา ตามใบสั่งยา ของผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย และ การจัดจำหน่ายยา ตามกฎหมาย ว่าด้วยยา ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธี การแพทย์แผนไทย

"การผดุงครรภ์ไทย" หมายความว่า การตรวจ การบำบัด การแนะนำ และ การส่งเสริมสุขภาพ หญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติ ในระยะตั้งครรภ์ และ ระยะคลอด การทำคลอด การดูแล และ ส่งเสริมสุขภาพ มารดาและทารก ในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธี การแพทย์แผนไทย

"การแพทย์แผนไทยประยุกต์" หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะ ตามการศึกษาจากสถานศึกษา ทีคณะกรรมการรับรอง และ ใช้เครืองมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เพือการ วินิจฉัยและการบำบัดโรค ตามทีกำหนดในกฎกระทรวง

"กายภาพบำบัด" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับ การตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัด ความบกพร่อง ของ ร่างกาย ซึ่ง เกิดเนื่องจาก ภาวะของโรค หรือ การเคลื่อนไหว ที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไข และ การฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการ ของร่างกาย และ จิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือ การใช้เครื่องมือ หรือ อุปกรณ์ที่ รัฐมนตรี ประกาศให้เป็น เครื่องมือ หรือ อุปกรณ์กายภาพบำบัด (ยกเลิกแล้ว)

"เทคนิคการแพทย์" หมายความว่า การกระทำใด ๆ เพื่อให้ได้ สิ่งตัวอย่างและ การดำเนินการโดยวิธีการ ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อ การวินิจฉัย การติดตามการบำบัด การพยากรณ์โรค การป้องกันโรค การประเมินภาวะทางสุขภาพ หรือ การวิจัย(ยกเลิกแล้ว)

"ผู้ประกอบโรคศิลปะ" หมายความว่า บุคคล ซึ่ง ได้ขึ้นทะเบียน และ รับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ จาก คณะกรรมการวิชาชีพ

"ใบอนุญาต" หมายความว่า ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"กรรมการ" หมายความว่า กรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"อนุกรรมการ" หมายความว่า อนุกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"พนักงานเจ้าหน้าที่" หมายความว่า ผู้ซึ่ง รัฐมนตรี แต่งตั้ง ให้ปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัตินี้

"รัฐมนตรี" หมายความว่า รัฐมนตรี ผู้รักษาการ ตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕

การประกอบโรคศิลปะ ตาม พระราชบัญญัตินี้ แบ่งเป็น สาขาต่าง ๆ ดังนี้

(๑) สาขา การแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และ การแพทย์แผนไทยประเภทอื่น ตามที่ รัฐมนตรี ประกาศกำหนด โดยคำแนะนำ ของคณะกรรมการ

(๒) สาขา การแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๓) สาขา กายภาพบำบัด (ยกเลิกแล้ว)

(๔) สาขา เทคนิคการแพทย์ (ยกเลิกแล้ว)

(๕) สาขา อื่น ตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

สาขา การแก้ไข ความผิดปกติ ของ การสื่อความหมาย (โดย พรฎ. ๒๕๔๕)

สาขา เทคโนโลยีหัวใจ และ ทรวงอก (โดย พรฎ. ๒๕๔๕)

สาขา รังสีเทคนิค (โดย พรฎ. ๒๕๔๕)

สาขา กิจกรรมบำบัด (โดย พรฎ. ๒๕๔๕)

สาขา จิตวิทยาคลินิก (โดย พรฎ. ๒๕๔๖)

มาตรา ๖

ในกรณีที บทบัญญัติแห่งกฎหมายใด อ้างถึง การประกอบโรคศิลปะ หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ ในส่วนที่เกียวกับ บทบัญญัติ แห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้หมายความว่า เป็นการอ้างถึง การประกอบโรคศิลปะ หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๗

ให้รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข รักษาการ ตามพระราชบัญญัตินี้ และ ให้มีอำนาจแต่งต้ง พนักงานเจ้าหน้าที กับ ออกกฎกระทรวง กำหนดค่าธรรมเนียม ไม่เกินอัตรา ท้ายพระราชบัญญัตินี้ และ กำหนดกิจการอืน รวมทั้ง ออกระเบียบ และ ประกาศ ทั้งนี้ เพือปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวง ระเบียบ และ ประกาศนั้น เมือ ได้ประกาศใน ราชกิจจานุเบกษา แล้วให้ใช้บังคับได้

ภาคผนวก ง

พระราชบัญญัติ

คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542

เป็นปีที่ 54 ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการ โปรดเกล้า ฯ ให้ประกาศว่า โดยทีเป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกียวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ ของบุคคล ซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 35 มาตรา 48 และมาตรา 50 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและ ยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า "พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542"

มาตรา 2* พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมือพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

*[รก.2542/120ก/49/29 พฤศจิกายน 2542]

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

"ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย" หมายความว่า พืนความรู้ความสามารถเกียวกับ การแพทย์แผนไทย

"การแพทย์แผนไทย" หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์เกียวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การ ผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์ อุปกรณ์และเครืองมือทางการแพทย์ ทังนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราทีได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อ กันมา

"ตำราการแพทย์แผนไทย" หมายความว่า หลักวิชาการต่าง ๆ เกียวกับการแพทย์ แผนไทยทังทีได้บันทึกไว้ในสมุดไทย ใบลาน ศิลาจารึก หรือวัสดุอืนใดหรือทีมิได้มีการบันทึก กันไว้แต่เป็นการเรียนรู้หรือถ่ายทอดสืบต่อกันมาไม่ว่าด้วยวิธีใด "ยาแผนไทย" หมายความว่า ยาทีได้จากสมุนไพรโดยตรงหรือทีได้จากการ ผสม ปรุง หรือแปรสภาพสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผน

"ผู้สืบทอดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย" หมายความว่า บุคคล ซึ่งได้รับการถ่ายทอดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยจากผู้คิดค้น ผู้ปรับปรุง หรือ ผู้พัฒนาสิ่งดังกล่าวหรือได้เล่าเรียนสืบต่อกันมาโดยไม่ทราบผู้คิดค้น ผู้ปรับปรุงหรือผู้พัฒนาสิ่ง ดังกล่าว หรือผู้ซึ่งได้รับมอบสิ่งดังกล่าวจากบุคคลอื่น "ผู้ทรงสิทธิ" หมายความว่า บุคคลซึ่งได้จดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้ "จำหน่าย" หมายความว่า ขาย จ่าย แจก หรือแลกเปลี่ยน และให้หมายความ รวมถึงมีไว้เพื่อจำหน่ายด้วย "ส่งออก" หมายความว่า นำหรือส่งออกนอกราชอาณาจักร "แปรรูป" หมายความว่า การปรุงแต่งหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพหรือคุณสมบัติของสมุนไพร "คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย "กรรมการ" หมายความว่า กรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย "ผู้อนุญาต" หมายความว่า ปลัดกระทรวงหรือผู้ซึ่งปลัดกระทรวงมอบหมาย "นายทะเบียน" หมายความว่า นายทะเบียนกลางหรือนายทะเบียนจังหวัด แล้วแต่กรณี "พนักงานเจ้าหน้าที่" หมายความว่า ผู้อนุญาต นายทะเบียน และผู้ซึ่งรัฐมนตรี แต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ "ปลัดกระทรวง" หมายความว่า ปลัดกระทรวงสาธารณสุข "รัฐมนตรี" หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราท้ายพระราชบัญญัตินี้และกำหนดกิจการอื่น รวมทั้งออกระเบียบและประกาศ ทั้งนี้ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎกระทรวง ระเบียบและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

โบราณตามกฎหมายว่าด้วยยา "ตำรับยาแผนไทย" หมายความว่า สูตรซึ่งระบุกรรมวิธีการผลิตและส่วนประกอบ สิ่งปรุงที่มียาแผนไทยรวมอยู่ด้วยไม่ว่าสิ่งปรุงนั้นจะมีรูปลักษณะใด "สมุนไพร" หมายความว่า พืช สัตว์ จุลชีพ ธาตุวัตถุ สารสกัดดั้งเดิมจากพืชหรือ สัตว์ที่ใช้หรือแปรสภาพหรือผสมหรือปรุงเป็นยาหรืออาหารเพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ และให้หมายความรวมถึงถิ่นกำเนิด หรือถิ่นที่อยู่ของสิ่งดังกล่าวด้วย "สมุนไพรควบคุม" หมายความว่า สมุนไพรที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้เป็น สมุนไพรควบคุม "เขตอนุรักษ์" หมายความว่า เขตป่าสงวนแห่งชาติ เขตพื้นที่คุ้มครองอย่างอื่นเพื่อ สงวนและรักษาสภาพธรรมชาติตามที่มีกฎหมายกำหนด "สารสกัดดั้งเดิม" หมายความว่า สารธรรมชาติที่ยังมิได้ปรุงแต่งหรือต่อเติม โมเลกุลตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ จนเกิดเป็นสารใหม่ "แปรรูปอย่างหยาบ" หมายความว่า การปรุงแต่งหรือเปลี่ยนแปลงสภาพหรือ คุณสมบัติของสมุนไพร ทำให้ได้สารสกัดแบบรวมด้วยกรรมวิธีแบบดั้งเดิมและแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมิได้สกัดแยกสารบริสุทธิ์เป็นรายชนิดหรือรายตัว

มาตรา 5 ให้มีคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญา อธิบดีกรมปศุสัตว์ อธิบดีกรมป่าไม้ อธิบดีกรมวิชาการเกษตร อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เลขาธิการสำนักงานนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ เป็นกรรมการ โดยตำแหน่ง กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการโดยตำแหน่งซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยเลือกจากกลุ่มผู้ประกอบโรคศิลปะและจากกลุ่มผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์ทางด้านการแพทย์แผนไทย การผลิตหรือจำหน่ายยาแผนไทยและการปลูกหรือแปรรูปสมุนไพร และผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นกรรมการและเลขานุการ การเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 6 คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่รัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศตามพระราชบัญญัตินี้

(2) ส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและ สมุนไพร

(3) กำหนดมาตรการเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงและประสานงานระหว่างส่วน ราชการ รัฐวิสาหกิจ ชุมชน และองค์กรเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิ ปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

(4) ให้ความเห็นชอบในการสั่งเพิกถอนการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยตามมาตรา 39 วรรคสาม

(5) พิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งหรือคำวินิจฉัยของนายทะเบียนหรือของ ผู้อนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้

(6) วางระเบียบเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การบริหาร การจัดหาผลประโยชน์ และการใช้จ่ายเงินกองทุนและการดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

(7) ปฏิบัติการอื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นกำหนดให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการ

(8) ปฏิบัติการอื่นตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา 7 กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละ สองปีนับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ภายใต้บังคับมาตรา 5 วรรคสอง รัฐมนตรีอาจแต่งตั้งผู้อื่นซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกันเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแทนได้ และให้ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ตนแทน

มาตรา 8 นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามมาตรา 7 กรรมการผู้ทรง คุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งพ้นจากตำแหน่งเมื่อ (1) ตาย (2) ลาออก (3) เป็นบุคคลล้มละลาย (4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ (5) รัฐมนตรีสั่งให้ออกเพราะบกพร่องหรือไม่สุจริตต่อหน้าที่ หรือมีความ ประพฤติเสื่อมเสีย (6) ต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ (7) พ้นจากการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ในกรณีที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นกรรมการ ในฐานะนั้น

มาตรา 9 การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง ของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม ในการประชุมครั้งใด ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่สามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่ง ในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียง ชี้ขาด

มาตรา 10 คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือ ปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่คณะกรรมการมอบหมาย ให้นำมาตรา 9 มาใช้บังคับแก่การประชุมของคณะอนุกรรมการ โดยอนุโลม

มาตรา 11 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ คณะกรรมการและคณะ อนุกรรมการมีอำนาจสั่งให้บุคคลเกี่ยวข้องชี้แจงหรือนำพยานหลักฐานมาแสดงเพื่อประกอบ การพิจารณา

มาตรา 12 ให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทยในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การศึกษาวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และรับผิดชอบในงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการ

มาตรา 13 ให้ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทยเป็นนายทะเบียนกลาง และ ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นนายทะเบียนจังหวัด

หมวด 2

การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

มาตรา 14 สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่จะได้รับการคุ้มครองตาม พระราชบัญญัตินี้ ได้แก่ สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยและตำรา การแพทย์แผนไทย

มาตรา 15 ให้สถาบันการแพทย์แผนไทยมีหน้าที่รวบรวมข้อมูลภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยและตำราการแพทย์แผนไทยทั่วราชอาณาจักร เพื่อจัดทำทะเบียน การจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับตำรับยาแผนไทยและ ตำราการแพทย์แผนไทยตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 16 ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีสามประเภท คือ

(1) ตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ

(2) ตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป

(3) ตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล

มาตรา 17 ให้รัฐมนตรีมีอำนาจประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยหรือตำรา การแพทย์แผนไทยที่มีประโยชน์หรือมีคุณค่าในทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขเป็นพิเศษ ให้เป็นตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ แล้วแต่กรณี การประกาศตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดใน กฎกระทรวง

มาตรา 18 ให้รัฐมนตรีมีอำนาจประกาศกำหนดตำรับยาแผนไทยหรือตำรา การแพทย์แผนไทยที่มีการใช้ประโยชน์กันอย่างแพร่หลายหรือที่พ้นอายุการคุ้มครองสิทธิตาม มาตรา 33 ให้เป็นตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป แล้วแต่กรณี การประกาศตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดใน กฎกระทรวง

มาตรา 19 ผู้ใดประสงค์จะนำตำรับยาแผนไทยของชาติไปขอขึ้นทะเบียนตำรับยา และขออนุญาตผลิตยาตามกฎหมายว่าด้วยยา หรือนำไปทำการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนา เป็นตำรับยาใหม่เพื่อประโยชน์ในทางการค้า หรือประสงค์จะทำการศึกษาวิจัยตำราการแพทย์ แผนไทยของชาติเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยขึ้นใหม่ เพื่อนำไป ใช้ประโยชน์ในทางการค้าให้ยื่นคำขอรับอนุญาตใช้ประโยชน์และชำระค่าธรรมเนียมรวมทั้ง ค่าตอบแทนสำหรับการใช้ประโยชน์ดังกล่าวต่อผู้อนุญาตการขอรับอนุญาตและการอนุญาต ข้อจำกัดสิทธิ และค่าตอบแทน ให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 20 ตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลหรือตำราการแพทย์แผนไทยส่วนบุคคล ตามมาตรา 16 (3) อาจนำมาจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อขอรับการ คุ้มครองและส่งเสริมตามที่กำหนดโดยบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ได้ โดยยื่นคำขอต่อนายทะเบียน การขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไป ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 21 บุคคลซึ่งมีสิทธิจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตาม มาตรา 20 ต้องมีสัญชาติไทยและมีคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นผู้คิดค้นตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย

(2) เป็นผู้ปรับปรุงหรือพัฒนาตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย

(3) เป็นผู้สืบทอดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทย

มาตรา 22 ห้ามมิให้รับจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เมื่อ นายทะเบียนเห็นว่า

(1) เป็นตำรับยาแผนไทยของชาติหรือตำราการแพทย์แผนไทยของชาติ หรือเป็นตำรับยาแผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไป หรือ

(2) เป็นตำรับยาแผนไทยส่วนบุคคลที่ปรุงโดยไม่ใช้หลักการแพทย์แผนไทย เช่น ใช้สารสกัดจากพืช สัตว์ หรือจุลชีพที่มิใช่สารสกัดดั้งเดิมตามธรรมชาติหรือใช้วิธีการแปรรูป ที่มิใช่การแปรรูปอย่างหยาบ

มาตรา 23 การขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยรายใด ไม่ชอบด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ หรือเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงตามมาตรา 20 วรรคสอง ให้นายทะเบียนมีคำสั่งให้ผู้ขอจดทะเบียนรายนั้นแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับคำสั่งนั้น ถ้าผู้ขอจดทะเบียนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของนายทะเบียนภายในกำหนดเวลาตาม วรรคหนึ่ง ให้ยกเลิกคำขอจดทะเบียนนั้น

มาตรา 24 เมื่อนายทะเบียนตรวจสอบคำขอจดทะเบียนแล้วเห็นว่าผู้ขอจด ทะเบียนเป็นผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 21 และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ขอจดทะเบียนนั้น ไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 22 ให้นายทะเบียนประกาศโฆษณาคำขอจดทะเบียนนั้น โดย ไม่ชักช้า ณ สำนักงานทะเบียนและที่ทำการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

มาตรา 25 ในกรณีที่มีขอยื่นคำขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ร่วมกันหลายคน ให้นายทะเบียนกำหนดวันสอบสวนและแจ้งไปยังผู้ขอจดทะเบียนทุกคน ในการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง นายทะเบียนจะเรียกผู้ขอจดทะเบียนคนใดมาให้ ถ้อยคำ ชี้แจง หรือให้ส่งเอกสารหรือสิ่งใดเพิ่มเติมก็ได้ เมื่อนายทะเบียนได้ดำเนินการสอบสวน และปลัดกระทรวงได้วินิจฉัยแล้ว

ให้นายทะเบียนแจ้งคำวินิจฉัยไปยังผู้ขอจดทะเบียนทุกคน การสอบสวนและการพิจารณาวินิจฉัย ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 26 ในกรณีที่มีผู้ขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย อย่างเดียวกันหลายคนโดยไม่ได้ร่วมกัน ให้บุคคลซึ่งได้ยื่นคำขอจดทะเบียนไว้ก่อนเป็นผู้มีสิทธิ จดทะเบียน ถ้ายื่นคำขอจดทะเบียนในวันและเวลาเดียวกัน ให้ทำความตกลงกันว่าจะให้บุคคลใด มีสิทธิแต่ผู้เดียว หรือให้มีสิทธิร่วมกันถ้าตกลงกันไม่ได้ภายในเวลาที่นายทะเบียนกำหนด ให้คู่กรณี นำคดีไปสู่ศาลภายในกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันสิ้นระยะเวลาที่นายทะเบียนกำหนด ถ้าไม่นำคดี ไปสู่ศาลภายในกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ยกเลิกคำขอจดทะเบียนของบุคคลเหล่านั้น

มาตรา 27 เมื่อนายทะเบียนตรวจสอบคำขอจดทะเบียนแล้วเห็นว่าผู้ขอจดทะเบียน ไม่ได้เป็นผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 21 และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ขอจดทะเบียนนั้นมี ลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 22 ให้นายทะเบียนมีคำสั่งยกคำขอจดทะเบียนนั้น และให้มีหนังสือ แจ้งคำสั่งไปยังผู้ขอจดทะเบียนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีคำสั่งยกคำขอจดทะเบียนดังกล่าว

มาตรา 28 ในกรณีที่ผู้ขอจดทะเบียนอุทธรณ์คำสั่งของนายทะเบียนตามมาตรา 27 ถ้าคณะกรรมการมีคำวินิจฉัยอุทธรณ์ว่าคำสั่งของนายทะเบียนไม่ถูกต้อง ให้นายทะเบียนดำเนินการเกี่ยวกับคำขอจดทะเบียนรายนั้นต่อไป

มาตรา 29 เมื่อได้ประกาศโฆษณาคำขอจดทะเบียนรายใดตามมาตรา 24 แล้ว บุคคลใดเห็นว่าตนมีสิทธิจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้น จะยื่นคำคัดค้านต่อ นายทะเบียนพร้อมทั้งแสดงหลักฐานก็ได้ แต่ต้องยื่นภายในหกสิบวันนับแต่วันประกาศโฆษณาตาม มาตรา 24

มาตรา 30 ก่อนที่จะมีคำวินิจฉัย นายทะเบียนต้องให้ผู้ขอจดทะเบียนและผู้คัดค้าน ชี้แจงหรือนำพยานหลักฐานมาแสดงเพื่อประกอบการพิจารณา

เมื่อนายทะเบียนได้มีคำวินิจฉัยแล้ว ให้มีหนังสือแจ้งคำวินิจฉัยพร้อมด้วยเหตุผล ให้ผู้ขอจดทะเบียนและผู้คัดค้านทราบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีคำวินิจฉัยดังกล่าว

มาตรา 31 ในกรณีที่ไม่มีผู้คัดค้านตามมาตรา 29 หรือในกรณีที่มีผู้คัดค้าน และ ได้มีคำวินิจฉัยถึงที่สุดให้ผู้ขอจดทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิจดทะเบียนหรือให้ผู้คัดค้านเป็นผู้มีสิทธิ จดทะเบียนก็ดี ให้นายทะเบียนมีคำสั่งให้จดทะเบียนสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้แก่ผู้ขอ จดทะเบียนหรือผู้คัดค้านนั้นได้เมื่อได้มีคำสั่งให้จดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้นายทะเบียนมีหนังสือแจ้งคำสั่งให้ผู้ขอจดทะเบียนหรือผู้คัดค้านทราบ และให้ชำระค่าธรรมเนียมการจดทะเบียนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่ง ถ้าผู้ขอ จดทะเบียนหรือผู้คัดค้านไม่ชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนดเวลาดังกล่าว ให้ยกเลิกคำขอ จดทะเบียน

หนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้เป็น ไปตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 32 ในกรณีที่ปลัดกระทรวงมีคำวินิจฉัยตามมาตรา 25 วรรคสอง ว่ามีสิทธิ ได้รับการจดทะเบียนหลายคน หรือกรณีที่ผู้ยื่นคำขอจดทะเบียนอย่างเดียวกันหลายคนตกลงให้มี สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยร่วมกัน หรือศาลพิพากษาให้มีสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยร่วมกันตามมาตรา 26 ให้บุคคลเหล่านั้นมีสิทธิจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยร่วมกันได้

มาตรา 33 สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้ ให้มีอายุ ตลอดอายุของผู้ทรงสิทธิ และมีอยู่ต่อไปอีกเป็นเวลาห้าสิบปีนับแต่วันที่ผู้ทรงสิทธิถึงแก่ความตาย ในกรณีที่มีผู้ทรงสิทธิร่วมตามมาตรา 32 ให้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ดังกล่าวมีอยู่ตลอดอายุของผู้ทรงสิทธิร่วม และมีอยู่ต่อไปอีกเป็นเวลาห้าสิบปีนับแต่ผู้ทรงสิทธิร่วม คนสุดท้ายถึงแก่ความตาย เมื่อพ้นระยะเวลาตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสองแล้ว ให้รัฐมนตรีประกาศใน ราชกิจจานุเบกษากำหนดตำรับยาแผนไทยหรือตำราการแพทย์แผนไทยนั้น ให้เป็นตำรับยา แผนไทยทั่วไปหรือตำราการแพทย์แผนไทยทั่วไปตามมาตรา 16 (2) แล้วแต่กรณี

มาตรา 34 ผู้ทรงสิทธิเท่านั้นมีสิทธิในการผลิตยา และมีสิทธิในการใช้ศึกษาวิจัย จำหน่าย ปรับปรุงหรือพัฒนาตำรับยาแผนไทยหรือภูมิปัญญาในตำราการแพทย์แผนไทยที่ได้ จดทะเบียนไว้ ความในวรรคหนึ่งไม่ใช้บังคับแก่

(1) การกระทำใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการศึกษา ค้นคว้า ทดลอง หรือวิจัยตาม ระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด หรือ

(2) การเตรียมยาเฉพาะรายตามใบสั่งแพทย์ โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทย หรือ3) การผลิตยาเพื่อยังชีพแบบพื้นบ้าน หรือการผลิตยาโดยสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนราชการหรือหน่วยงานของรัฐ เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ หรือการใช้ตำราการแพทย์แผนไทยเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 35 สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัตินี้ไม่อาจโอน ให้แก่ผู้อื่นได้ เว้นแต่เป็นการตกทอดทางมรดก ผู้ที่ได้รับการตกทอดทางมรดกซึ่งมีสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตาม วรรคหนึ่ง ต้องยื่นคำขอจดทะเบียนต่อนายทะเบียนภายในสองปีนับแต่วันที่ผู้ทรงสิทธิถึงแก่ ความตาย เมื่อไม่มีผู้ยื่นคำขอจดทะเบียนรับการตกทอดทางมรดกซึ่งสิทธิในภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยภายในกำหนดเวลาตามวรรคสอง ให้ถือว่าสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์

แผนไทย ทีจะได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้เป็นอันสิ้นสุดลง และให้นำมาตรา 33 วรรคสาม มาใช้ บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 36 ผู้ทรงสิทธิจะอนุญาตให้บุคคลใดใช้สิทธิของตนตามมาตรา 34 ก็ได้ การอนุญาตให้ใช้สิทธิตามวรรคหนึง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงือนไขทีกำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 37 นายทะเบียนมีอำนาจสั่งเพิกถอนการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยได้ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้ทรงสิทธิได้ใช้สิทธินั้นโดยขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน

(2) ผู้ทรงสิทธิได้ฝ่าฝืนหรือมิได้ปฏิบัติตามเงือนไขหรือข้อจำกัดทีนายทะเบียน กำหนดในการรับจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้น

(3) ผู้ทรงสิทธิได้ใช้สิทธิอันอาจก่อให้เกิดความเสือมเสียอย่างร้ายแรงต่อภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทีได้จดทะเบียนไว้

มาตรา 38 ผู้มีส่วนได้เสียหรือพนักงานอัยการอาจฟ้องต่อศาลขอให้เพิกถอน การจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทีได้จดทะเบียนโดยไม่ชอบด้วยมาตรา 21 หรือมาตรา 22 ได้

มาตรา 39 ก่อนทีจะสั่งเพิกถอนการจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยตามมาตรา 37 ให้นายทะเบียนทำการสอบสวนข้อเท็จจริงและแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิทราบ เพือยืนคำชีแจงภายในสามสิบวันนับแต่วันทีได้รับแจ้งดังกล่าว ในการสอบสวนข้อเท็จจริงตามวรรคหนึง นายทะเบียนจะให้บุคคลทีเกียวข้อง ชีแจงหรือนำพยานหลักฐานมาแสดงเพือประกอบการพิจารณาก็ได้ เมือนายทะเบียนได้ทำการสอบสวนข้อเท็จจริงแล้วเห็นว่ามีเหตุผลสมควรเพิกถอน การจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้นายทะเบียนเสนอขอความเห็นชอบจาก คณะกรรมการ เมือคณะกรรมการให้ความเห็นชอบแล้วให้นายทะเบียนสั่งเพิกถอนการจดทะเบียน สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้นได้ และให้มีหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าวพร้อมด้วยเหตุผล ให้ผู้ทรงสิทธินั้นทราบภายในสามสิบวันนับแต่วันทีมีคำสั่งเพิกถอนการจดทะเบียนดังกล่าว

มาตรา 40 ผู้ทรงสิทธิทีถูกเพิกถอนการจดทะเบียนตามมาตรา 39 อาจขอ จดทะเบียนใหม่ได้ตามมาตรา 20 เมือพ้นกำหนดหนึงปีนับแต่วันทีนายทะเบียนมีคำสั่งเพิกถอน การจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้น

มาตรา 41 ในกรณีทีผู้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ได้ใช้สิทธินั้นโดยขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือฝ่าฝืน หรือมิได้ ปฏิบัติตามเงือนไขทีกำหนดในกฎกระทรวงออกตามความในมาตรา 36 วรรคสอง หรือใช้สิทธิ อันอาจ

ก่อให้เกิดความเสื่อมเสียอย่างร้ายแรงต่อภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ได้จดทะเบียนไว้ นายทะเบียนมีอำนาจสั่งเพิกถอนการอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้นได้

การเพิกถอนการอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามมาตรานี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 42 ก่อนที่จะสั่งเพิกถอนการอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยตามมาตรา 41 ให้นายทะเบียนมีหนังสือแจ้งให้ผู้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยนั้นทราบเพื่อยื่นคำชี้แจงภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งจาก นายทะเบียน และให้นำมาตรา 39 วรรคสอง มาใช้บังคับโดยอนุโลม

เมื่อนายทะเบียนมีคำสั่งเพิกถอนการอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยแล้ว ให้มีหนังสือแจ้งคำสั่งพร้อมด้วยเหตุผลให้ผู้ทรงสิทธิ และผู้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิ ในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทราบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีคำสั่งเพิกถอนการอนุญาต ดังกล่าว

มาตรา 43 บุคคลซึ่งมีสัญชาติของประเทศอื่นที่ยินยอมให้บุคคลสัญชาติไทยได้รับ การคุ้มครองสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในประเทศนั้นได้ อาจขอจดทะเบียนสิทธิใน ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นเมืองของประเทศนั้นที่ได้จดทะเบียนไว้ในประเทศของตนเพื่อขอรับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้ได้

การขอจดทะเบียน การออกหนังสือสำคัญแสดงการจดทะเบียน และการเพิกถอน การจดทะเบียนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

หมวด 3

การคุ้มครองสมุนไพร

มาตรา 44 เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสมุนไพร ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำ ของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษากำหนดประเภท ลักษณะ ชนิด และชื่อ ของสมุนไพรที่มีค่าต่อการศึกษาหรือวิจัย หรือมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ หรืออาจจะสูญพันธุ์ ให้เป็นสมุนไพรควบคุม

มาตรา 45 เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสมุนไพรควบคุม ให้รัฐมนตรีโดย คำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา

(1) กำหนดจำนวนหรือปริมาณของสมุนไพรควบคุมที่ครอบครอง ใช้ประโยชน์ ดูแล เก็บรักษา หรือขนย้ายที่ต้องแจ้งต่อนายทะเบียน

(2) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการแจ้งตาม (1)

(3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการครอบครอง การใช้ประโยชน์ การดูแล การเก็บรักษา หรือการขนย้ายสมุนไพรควบคุม

(4) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการศึกษาวิจัยสมุนไพรควบคุม

(5) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการส่งออกสมุนไพรควบคุม เพื่อ การค้าและที่มิใช่เพื่อการค้า หรือในการจำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า

(6) กำหนดการอื่นใดเพื่อคุ้มครอง ป้องกัน หรือระงับหรือบรรเทาอันตราย หรือ ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่สมุนไพรควบคุม

มาตรา 46 ห้ามมิให้ผู้ใดศึกษาวิจัยหรือส่งออกสมุนไพรควบคุม หรือจำหน่าย หรือแปรรูปสมุนไพรควบคุมเพื่อการค้า เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต
การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง ใบอนุญาตที่ออกตามความในวรรคหนึ่ง ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคมของปี ที่สามนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

มาตรา 47 ใบอนุญาตที่ออกตามมาตรา 46 ให้คุ้มกันถึงลูกจ้างหรือตัวแทนของ ผู้รับใบอนุญาตด้วย ให้ถือว่าการกระทำของลูกจ้างหรือตัวแทนของผู้รับใบอนุญาตตามวรรคหนึ่ง เป็นการกระทำของผู้รับใบอนุญาตด้วย เว้นแต่ผู้รับใบอนุญาตจะพิสูจน์ได้ว่าการกระทำนั้นเป็น การสุดวิสัยที่ตนจะล่วงรู้หรือควบคุมได้

มาตรา 48 บทบัญญัติมาตรา 46 มิให้ใช้บังคับแก่การศึกษาวิจัยสมุนไพรควบคุม ซึ่งกระทำโดยหน่วยงานของรัฐ แต่ต้องแจ้งต่อนายทะเบียนและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 45 (4)

มาตรา 49 การต่ออายุใบอนุญาตที่ออกตามมาตรา 46 ผู้รับใบอนุญาตจะต้อง ยื่นขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอดังกล่าวแล้ว ให้ดำเนินกิจการต่อไปได้จนกว่า ผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตนั้น การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 50 ในกรณีใบอนุญาตที่ออกตามมาตรา 46 สูญหายหรือถูกทำลาย ให้ ผู้รับใบอนุญาตยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับทราบการสูญหายหรือถูกทำลายนั้น การขอและออกใบแทนใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 51 ให้ผู้มีไว้ในครอบครองซึ่งสมุนไพรควบคุมเกินกว่าจำนวนหรือ ปริมาณที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 45(1) อยู่ในวันที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจา นุเบกษากำหนดให้สมุนไพรนั้นเป็นสมุนไพรควบคุมแจ้งการครอบครองสมุนไพรควบคุมนั้น ต่อนายทะเบียนตามพระราชบัญญัตินี้ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในประกาศดังกล่าว

มาตรา 52 เมื่อปรากฏว่าผู้รับใบอนุญาตที่ออกตามมาตรา 46 ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ หรือกฎกระทรวง ระเบียบหรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ผู้อนุญาต มีอำนาจสั่งพักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดคราวละไม่เกินเก้าสิบวัน

ผู้รับใบอนุญาตซึ่งถูกพักใช้ใบอนุญาตต้องหยุดประกอบกิจการตามใบอนุญาตนั้น และระหว่างถูกพักใช้ใบอนุญาตจะขอรับใบอนุญาตใด ๆ ตามพระราชบัญญัตินี้อีกไม่ได้

มาตรา 53 ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตก่อนกำหนดเวลาได้ เมื่อเป็นที่พอใจว่าผู้รับใบอนุญาตซึ่งถูกพักใช้ใบอนุญาตได้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ หรือ กฎกระทรวง ระเบียบหรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้แล้ว

มาตรา 54 เมื่อปรากฏว่าผู้รับใบอนุญาตที่ออกตามมาตรา 46 ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ หรือกฎกระทรวง ระเบียบหรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้และเป็นการกระทำผิดที่ร้ายแรง ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาตได้ผู้รับใบอนุญาตซึ่งถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาต ต้องหยุดประกอบกิจการตาม ใบอนุญาตนั้น และจะขอรับใบอนุญาตใด ๆ ตามพระราชบัญญัตินี้อีกไม่ได้จนกว่าจะพ้นกำหนด สองปีนับแต่วันที่ถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาต และผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้หรือไม่ก็ได้สุดแต่จะ พิจารณาเห็นสมควร

มาตรา 55 คำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา 52 และคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตตาม มาตรา 54 ให้ทำเป็นหนังสือแจ้งให้ผู้รับใบอนุญาตทราบ ในกรณีที่ไม่พบตัวผู้รับใบอนุญาต หรือ ผู้รับใบอนุญาตไม่ยอมรับคำสั่งดังกล่าว ให้ปิดคำสั่งไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานที่ที่ระบุ ไว้ในใบอนุญาต และให้ถือว่าผู้รับใบอนุญาตทราบคำสั่งนั้นแล้วตั้งแต่วันที่ปิดคำสั่ง

มาตรา 56 ผู้รับใบอนุญาตซึ่งถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตตามมาตรา 54 จะจำหน่าย สมุนไพร ควบคุมของตนที่เหลืออยู่แก่ผู้รับใบอนุญาตอื่นหรือแก่ผู้ซึ่งผู้อนุญาตเห็นสมควรก็ได้ ภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ทราบคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต หรือในกรณีที่มีการอุทธรณ์ให้นับ ตั้งแต่วันที่ทราบคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ เว้นแต่ผู้อนุญาตจะผ่อนผันขยายเวลาให้อีกแต่ต้อง ไม่เกินหกสิบวัน

มาตรา 57 เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของ สมุนไพรที่มีระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติหรือมีความหลากหลายทางชีวภาพหรืออาจได้รับผล กระทบกระเทือนจากการกระทำของมนุษย์ได้โดยง่ายในเขตพื้นที่ที่ได้มีการกำหนดให้เป็นเขต อนุรักษ์ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการจัดทำแผนปฏิบัติการเรียกว่า "แผนจัดการ เพื่อคุ้มครองสมุนไพร" เสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรตามวรรคหนึ่ง อาจจัดทำเป็นแผนระยะสั้น ระยะกลาง หรือระยะยาวได้ตามความเหมาะสม และจะต้องประกอบด้วยแผนงานและแนวทาง การดำเนินงานในเรื่อง ดังต่อไปนี้

(1) การกำหนดเงื่อนไขในการอนุญาตให้บุคคลใดเข้าไปในเขตอนุรักษ์ตาม กฎหมายว่าด้วยการนั้นให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ เพื่อรักษาสภาพธรรมชาติหรือคุณค่า ของสมุนไพร หรือมิให้กระทบกระเทือนต่อระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติหรือความหลากหลายทาง ชีวภาพในบริเวณที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพร

(2) กำหนดวิธีการจัดการโดยเฉพาะสำหรับพื้นที่บริเวณที่เป็นถิ่นกำเนิดของ สมุนไพร รวมทั้งการกำหนดขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อ ประโยชน์ในการร่วมมือและประสานงานให้เกิดประสิทธิภาพในอันที่จะรักษาสภาพธรรมชาติ ระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติความหลากหลายทางชีวภาพ และคุณค่าของสมุนไพรในพื้นที่บริเวณ นั้น

(3) การสำรวจและศึกษาวิจัยสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร เพื่อ ประโยชน์ในการกำหนดมาตรการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร (4) การตรวจสอบ ติดตาม และวิเคราะห์การเข้าไปในเขตอนุรักษ์เพื่อประโยชน์ ในการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรตามวรรคหนึ่ง ให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 58 เพื่อประโยชน์ในการจัดทำแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรตาม มาตรา 57 ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในพื้นที่ที่ได้มีการกำหนดให้เป็นเขตอนุรักษ์ใด ๆ เพื่อทำการสำรวจและศึกษาวิจัยสมุนไพรและถิ่นกำเนิดของสมุนไพร ทั้งนี้ โดยความร่วมมือและ ประสานงานของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 59 เมื่อได้ประกาศใช้แผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรตามมาตรา 57 แล้ว การคุ้มครองและจัดการพื้นที่ในเขตอนุรักษ์ให้เป็นไปตามแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรและ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

มาตรา 60 ในพื้นที่เขตอนุรักษ์ใด ถ้าปรากฏว่ามีการจัดการพื้นที่โดยไม่ถูกต้อง หรือมีสภาพปัญหาการจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรโดยไม่ถูกต้อง หรือมีการทำลายสมุนไพร หรือถิ่นกำเนิดของสมุนไพรอย่างรุนแรงเข้าขั้นวิกฤตซึ่งจะต้องได้รับการแก้ไขโดยทันที และ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องไม่มีอำนาจตามกฎหมายหรือไม่สามารถที่จะทำการแก้ไขปัญหาได้ ให้ รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการเสนอขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรีให้กระทรวงสาธารณสุข เข้าดำเนินการเพื่อใช้มาตรการคุ้มครองตามแผนจัดการเพื่อคุ้มครองสมุนไพรตามมาตรา 57 เท่าที่ จำเป็นและเหมาะสมเพื่อควบคุมและแก้ไขปัญหาได้ทีดินในบริเวณพื้นที่ที่จะกำหนดให้เป็นพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรตามวรรคหนึ่งนั้น ต้องไม่เป็นที่ดินที่อยู่ในกรรมสิทธิ์หรือสิทธิครอบครองตามประมวลกฎหมายที่ดินของบุคคลใด ซึ่งมิใช่ทบวงการเมืองกฎกระทรวงตามวรรคหนึ่งจะต้องมีแผนที่แสดงแนวเขตที่ดินที่กำหนดเป็นพื้นที่ คุ้มครองสมุนไพรนั้นแนบท้ายกฎกระทรวงด้วย

มาตรา 61 ในกรณีที่พื้นที่ใดเป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรที่มีระบบนิเวศน์ตาม ธรรมชาติหรือมีความหลากหลายทางชีวภาพที่อาจถูกทำลายหรืออาจได้รับผลกระทบกระเทือน จากการ

กระทำของมนุษย์ได้โดยง่าย หรือการเข้าไปใช้ประโยชน์จากสมุนไพรอันมีลักษณะเป็นการ เสียงต่อการสูญพันธ์หรือการลดลงของพันธุกรรม หรือทางราชการมีวัตถุประสงค์จะส่งเสริมให้ ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดการบริหาร การพัฒนา และการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในพื้น ที่นั้น และพื้นที่นั้นยังมิได้ถูกประกาศกำหนดให้เป็นเขตอนุรักษ์ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของ คณะกรรมการมีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนดให้พื้นที่นั้นเป็นเขตพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร ที่ดินในบริเวณพื้นที่ที่จะกำหนดให้เป็นพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรตามวรรคหนึ่งนั้น ต้องไม่เป็นที่ดินที่อยู่ในกรรมสิทธิ์หรือสิทธิครอบครองตามประมวลกฎหมายที่ดินของบุคคลใด ซึ่งมิใช่ทบวงการเมือง

มาตรา 62 ในการออกกฎกระทรวงตามมาตรา 61 ให้กำหนดมาตรการคุ้มครอง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังต่อไป

(1) การใช้ประโยชน์จากสมุนไพรเพื่อรักษาสภาพธรรมชาติหรือคุณค่าของ สมุนไพร หรือมิให้กระทบกระเทือนต่อระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติหรือความหลากหลายทาง ชีวภาพในพื้นที่นั้น

(2) ห้ามกระทำการใด ๆ ที่อาจเป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดผลกระทบในทาง เปลี่ยนแปลงระบบนิเวศน์ของพื้นที่นั้นจากลักษณะตามธรรมชาติหรือความหลากหลายทาง ชีวภาพหรือเกิดผลกระทบต่อคุณค่าของสมุนไพร

(3) กำหนดวิธีการจัดการโดยเฉพาะสำหรับพื้นที่นั้น รวมทั้งการกำหนด ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการร่วมมือ และประสานงานให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อรักษาสภาพธรรมชาติหรือคุณค่าของ สมุนไพรหรือระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติหรือความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่นั้น

(4) กำหนดมาตรการคุ้มครองอื่น ๆ ตามที่จำเป็นและเหมาะสมกับสภาพของพื้นที่ นั้น นี้ไว้ในกฎกระทรวงด้วย ให้นำมาตรา 49 มาตรา 50 และมาตรา 52 ถึงมาตรา 55 มาใช้บังคับโดยอนุโลม กับการต่ออายุใบอนุญาต การขอใบแทนใบอนุญาต การพักใช้ใบอนุญาตและการเพิกถอนใบอนุญาตที่ออกตามความในวรรคหนึ่งโดยอนุโลม

มาตรา 63 ในพื้นที่คุ้มครองสมุนไพร ห้ามมิให้ผู้ใดยึดถือหรือครอบครองที่ดิน หรือปลูกหรือก่อสร้างสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือตัด โค่น แผ้วถาง เผา หรือทำลายต้นไม้ หรือพฤกษชาติอื่น หรือทำลายความหลากหลายทางชีวภาพหรือระบบนิเวศน์ตามธรรมชาติ หรือขุดหาแร่ หิน ดิน หรือเปลี่ยนแปลงทางน้ำ หรือทำให้น้ำในลำน้ำ ลำห้วย หนอง บึง ท่วมท้น เหือดแห้ง เป็นพิษ หรือเป็นอันตรายต่อสมุนไพร เว้นแต่การดำเนินการใด ๆ เพื่อจัดการบริหารพื้นที่คุ้มครองสมุนไพรหรือใช้ประโยชน์จากสมุนไพรโดยได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 64 เพื่อสนับสนุนให้เอกชนมีส่วนร่วมในการคุ้มครอง ส่งเสริมและ พัฒนาสมุนไพร เจ้าของหรือผู้ครอบครองที่ดินที่เป็นถิ่นกำเนิดของสมุนไพรหรือที่ดินที่จะใช้ปลูก สมุนไพร มีสิทธินำที่ดินนั้นไปขอขึ้นทะเบียนต่อนายทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือหรือขอรับ การสนับสนุนตามพระราชบัญญัตินี้ การขอขึ้นทะเบียน การออกใบสำคัญการขึ้นทะเบียน และการเพิกถอนการขึ้นทะเบียน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 65 เจ้าของหรือผู้ครอบครองที่ดินที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้วตามมาตรา 64 มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนตามระเบียบที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

หมวด 4

การอุทธรณ์

มาตรา 66 ในกรณีที่นายทะเบียนมีคำสั่งยกคำขอจดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 27 ผู้ขอจดทะเบียนมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งนั้นต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งของนายทะเบียน

มาตรา 67 ในกรณีที่นายทะเบียนมีคำวินิจฉัยเกี่ยวกับผู้มีสิทธิจดทะเบียนสิทธิใน ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 30 วรรคสอง ผู้ขอจดทะเบียนหรือผู้คัดค้าน แล้วแต่กรณี มีสิทธิอุทธรณ์คำวินิจฉัยนั้นต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง คำวินิจฉัยของนายทะเบียน

มาตรา 68 ในกรณีที่นายทะเบียนมีคำสั่งเพิกถอนการจดทะเบียนสิทธิใน ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 39 วรรคสาม ผู้ทรงสิทธิมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งนั้นต่อ รัฐมนตรีภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งของนายทะเบียน คำวินิจฉัยของรัฐมนตรีให้เป็นที่สุด การอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ไม่เป็นการทุเลาการบังคับคำสั่งเพิกถอนการ จดทะเบียนสิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

มาตรา 69 ในกรณีที่นายทะเบียนมีคำสั่งเพิกถอนการอนุญาตให้ใช้สิทธิใน ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา 41 ผู้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งนั้นต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือ แจ้งคำสั่งของนายทะเบียน การอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ไม่เป็นการทุเลาการบังคับคำสั่งเพิกถอนการอนุญาต ให้ใช้สิทธิในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

มาตรา 70 ในกรณีที่ผู้อนุญาตมีคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา 52 หรือมีคำสั่ง เพิกถอนใบอนุญาตตามมาตรา 54 ผู้รับใบอนุญาตซึ่งถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาต หรือถูกสั่งเพิกถอน ใบอนุญาตนั้นมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งนั้นต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือ แจ้งคำสั่ง

ของนายทะเบียน การอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่ง ไม่เป็นการทุเลาการบังคับคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

มาตรา 71 คำวินิจฉัยของคณะกรรมการตามมาตรา 66 มาตรา 67 มาตรา 69 และ มาตรา 70 ให้เป็นที่สุด

มาตรา 72 การยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

หมวด 5

พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา 73 ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจ

มาตรา 74 ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัว พนักงานเจ้าหน้าที่ บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนดโดย ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 75 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็น เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

หมวด 6

กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

มาตรา 76 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งเรียกว่า "กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทย" ในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนสำหรับใช้จ่าย เกี่ยวกับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

กองทุนประกอบด้วยเงินและทรัพย์สินดังต่อไปนี้

การบริหาร การจัดหาผลประโยชน์ และการใช้จ่ายเงินกองทุน ให้เป็นไปตาม ระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยความเห็นของกระทรวงการคลัง

มาตรา 77 ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการตาม มาตรา 11 ประกอบมาตรา 6 (5) หรือคำสั่งของนายทะเบียนตามมาตรา 39 วรรคสอง หรือคำสั่ง ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 73 (4) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกิน สองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 78 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 19 มาตรา 46 มาตรา 52 วรรคสอง มาตรา 54 วรรคสอง หรือมาตรา 63 วรรคหนึ่งหรือ ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 73 (5) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 79 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 51 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับ ไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 80 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรการคุ้มครองตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงทีออกตาม มาตรา 62 (2) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสีหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 81 ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าทีตามมาตรา 73 วรรคสอง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

มาตรา 82 ในกรณีทีผู้กระทำความผิดซึงต้องรับโทษตามพระราชบัญญัตินี้ เป็น นิติบุคคล กรรมการผู้จัดการ ผู้จัดการ หรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้น ต้องรับโทษตามทีบัญญัติไว้ สำหรับความผิดนั้นด้วย เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่าการกระทำของนิติบุคคลนั้นได้กระทำโดยตน ไม่รู้เห็นหรือยินยอมในการกระทำนั้น

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ
ชวน หลีกภัย
นายกรัฐมนตรี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวพัชรวดี เพ็งสระเกตุ
ประวัติการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2549
ภูมิลำเนา	จังหวัดนครราชสีมา
สถานที่ติดต่อ	89 ถนนประชาอุทิศ ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เบอร์โทร 089-5700031