รายงานการศึกษาเรื่อง

ระบบ โครงสร้าง และกลไก
ในการพัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท:

มาตรการด้านการศึกษา

SYSTEM, STRUCTURE AND MECHANISM FOR CONSERVATION, DEVELOPMENT AND PROTECTION OF THAI HEALTH WISDOM: THE EDUCATION STRATEGY

คณะผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชิต เปานิล

นาวสาวปารณัฐ สุขสุทธิ์

นางสาวรัชนี จันทร์เกษ

ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กันยายน ๒๕๔๘

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาชิ้นนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือและความเสียสละจากบุคคลหลายฝ่าย คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณ คณะอนุกรรมการวิชาการ การจัดงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ทุกๆ ท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่เปิดโอกาสให้คณะผู้ศึกษาได้ทำงานชิ้นนี้ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดช่วงการทำงาน ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ที่กรุณาเป็นประธานในที่ประชุมเสนอผลงาน รวมทั้งนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทรี วิทยานารถไพศาล ที่กรุณารับเป็นผู้วิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการศึกษาชิ้นนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าให้สัมภาษณ์อย่างเต็มที่ เพื่อนำข้อมูลความเห็นมาประกอบการวิเคราะห์และนำเสนอครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่กรุณาทำหน้าที่ประสานงานและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการต่างๆ ที่ขาดไม่ได้และสำคัญอย่างยิ่งคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด คณะผู้วิจัยหวังว่า ความช่วยเหลือที่ทุกท่านได้มอบให้ผ่านการศึกษาชิ้นนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้พัฒนาภูมิปัญญาไทสุขภาพวิถีไทต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชิต เปานิล
นาวสาวปารณัฐ สุขสุทธิ์
นางสาวรัชนี จันทร์เกษ

กันยายน ๒๕๔๘

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เรื่อง ระบบ โครงสร้าง และกลไกในการพัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท: มาตรการด้านการศึกษา

หนึ่งในสาเหตุสำคัญทางประวัติศาสตร์ที่ทำให้การพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพไทยต้องขาดช่วงไปเกือบหนึ่งศตวรรษ คือการขาดระบบการศึกษาที่เกื้อหนุนการสืบทอดและพัฒนาองค์ความรู้ให้เหมาะกับยุคสมัย การแพทย์ไทยและการแพทย์พื้นบ้านถูกทอดทิ้งให้สืบทอดเรียนรู้ไปตามยถากรรมอยู่ในภาคประชาชน กฎระเบียบที่รัฐออกมาก็ปิดโอกาสการพัฒนาโดยห้ามนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ร่วมไปด้วย การสอบใบประกอบโรคศิลปะที่เน้นแต่การท่องจำตำราได้ทำให้มีแต่หมอกระดาษเกิดขึ้น ส่วนหมอพื้นบ้านก็ถูกกีดกันจนกลายเป็นหมอเถื่อน ความรู้ท้องถิ่นมากมายถูกทอดทิ้งลืมเลือน จนทุกวันนี้เราไม่เข้าใจภูมิปัญญามากพอที่จะใช้พัฒนาต่อยอดได้

แม้ขณะนี้การศึกษาอบรมด้านการแพทย์แผนไทยจะเฟื่องฟูขึ้น มีสถาบันอุดมศึกษาชั้นนำ ๑๑ แห่ง จัดหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านแพทย์แผนไทย และมีหลักสูตรอบรมที่ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขอีกกว่า ๒๐๐ หลักสูตร แต่ในส่วนของปรัชญา เนื้อหาความรู้ ความสามารถของครู และกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างหมอไทยที่มีคุณภาพ หากมองในสายตาผู้ที่เกี่ยวข้องแล้วยังเห็นว่าอยู่ในอาการ “น่าเป็นห่วง”

การศึกษาชิ้นนี้ได้ทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อเสนอยุทธศาสตร์การจัดการศึกษาภูมิปัญญาไทย ผลการศึกษาพบว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยความเข้าใจเรื่องกระบวนทัศน์มาเป็นพื้นฐาน การพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพไทยโดยใช้ความรู้และเทคโนโลยียุคใหม่ที่ตั้งอยู่บนกระบวนทัศน์ที่รับรู้ความจริงแตกต่างจากอดีตมาก ในด้านหนึ่งก็มีประโยชน์ช่วยให้เกิดความชัดเจนแม่นยำมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้ละเลยคุณค่าทางวัฒนธรรมที่สัมพันธ์อยู่กับความเชื่อ ความศรัทธา และวิถีของชุมชนไป การพัฒนาระบบการศึกษาการแพทย์จีนและแพทย์อายุรเวทให้มีมาตรฐานชัดเจนขึ้นแสดงให้เห็นแล้วว่าได้ลดความหลากหลายของภูมิปัญญานั้นลง การศึกษานี้เสนอแนวคิดหลัก ๕ ประการ เพื่อจัดระบบการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทยเพื่อความเป็นไท ประกอบด้วย

๑. ต้องทำความเข้าใจกับความแตกต่างของกระบวนทัศน์ที่เป็นพื้นฐานในการรับรู้ความจริงของภูมิปัญญาสุขภาพไทยและกระบวนทัศน์ชีวการแพทย์ที่ใช้ในปัจจุบัน
๒. ต้องเร่งรวบรวมและทำความเข้าใจความรู้เดิม พร้อมทั้งสร้างความรู้ใหม่ก่อนที่จะหมดไป
๓. ต้องพัฒนาสู่ความหลากหลายเพื่อคงสถานะของการเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ดูแลสุขภาพ
๔. ต้องพัฒนาภายใต้อัตลักษณ์ (Identity) และความภาคภูมิ (Dignity) ในความเป็นไทย
๕. ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับคุณธรรมและหลักศาสนธรรมเพื่อไม่หลุดจากกระบวนทัศน์เดิม

การศึกษานี้มีข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการดำเนินงานพัฒนาด้านการศึกษา ดังนี้

๑. สร้างกลไกจัดการความรู้และพัฒนาระบบการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย โดยตั้ง “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” ซึ่งเป็นองค์กรแนวใหม่ที่จะเป็นกลไกสร้างความรู้ สร้างคน และชุมชนวิชาการ ผ่านการให้ทุนศึกษาวิจัยและทำงานประสานงานกับทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒. สร้างเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา เพื่อให้สถาบันที่เปิดหลักสูตรการแพทย์แผนไทยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ช่วยเหลือ และพัฒนาไปด้วยกันในทุกขั้นตอนของการจัดการศึกษา รวมทั้งสร้างเงื่อนไขให้การวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาเป็นไปเพื่อความเข้าใจในปรัชญา กระบวนทัศน์ และองค์ความรู้ของภูมิปัญญาท้องถิ่นยิ่งๆ ขึ้น

๓. สนับสนุนการสร้างต้นแบบการจัดการศึกษาภาคประชาชน โดยสนับสนุนองค์ความรู้ และทุนวิจัยเชิงปฏิบัติการ ให้ชุมชนพัฒนารูปแบบการสืบสานภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับท้องถิ่นตน พร้อมทั้งสร้างเงื่อนไขให้เกิดเครือข่ายการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ขึ้นด้วย

๔. พัฒนาศูนย์บริการสุขภาพภูมิปัญญาไทยขึ้นในหลายรูปแบบ เพื่อเป็นจุดเชื่อมต่อ ให้ความรู้และสร้างการยอมรับกับคนทุกกลุ่ม ใช้เป็นแหล่งฝึกงานที่มีคุณภาพของนักศึกษา พร้อมทั้งเป็นแหล่งข้อมูลเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคม

ยุทธศาสตร์นี้ดำเนินการได้ทันที โดยตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อจัดตั้งสถาบันฯ ขึ้นก่อน เพื่อนำผู้ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันคิดและผลักดัน โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นชุดเลขานุการดำเนินงาน ใช้ทรัพยากรจากแหล่งทุนที่มีอยู่แล้ว เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย หรือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น มาทำโครงการนำร่องก่อนจนกว่าจัดตั้งสถาบันฯ เสร็จ

System, Structure and Mechanism for Conservation, Development and Protection of Thai Health Wisdom: the Education Strategy

Wichit Paonil[1], Paranath Suksuth[2], Rutchanee Chantraket[3]

One of the important historical phenomena that have frozen, almost a century, the development of Thai health wisdom was the lacking of well-organized education system. Without any support from the government, this local wisdom was exclusively learned in the edge of Thai society. Laws and other regulatory systems left no space for traditional healers and eventually pushed them to the marginality or sometimes labeled as quack. Furthermore, the licensure system is not only ineffective for strengthening the healer knowledge, but also produces many of "paper doctors" who have no practical skill of healing.

With worldwide situation, Thai local wisdom today has become more popular. Eleven prominent universities offer bachelor's degree in Thai traditional medicine while more than 200 training courses related to Thai local wisdom are approved by the Ministry of Public Health. However, we know very little in philosophy and fundamental knowledge as well as teachers' competency of our Thai health wisdom. The situation of Thai health wisdom, from the professional viewpoint, is still in crisis.

This study aims to propose the concepts and strategies for the education management by reviewing documents and interviewing key informants. Although the research and development of Thai healing wisdom under scientific paradigm has brought more precise knowledge, it also has extensive limitations. Cultural aspect of local wisdom including spiritual and supernatural dimensions that cannot be measured by any scientific tools are always misinterpreted and neglected. The diversity of healing and learning techniques disappeared through the process of quantification and standardization. This paper proposes 5 basic concepts for the education management in Thai health wisdom:

---

[1] Assistant Professor, Department of Pharmaceutical Botany Mahidol University

[2] Policy and Plan Analyst, Society and Health Institute, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health

[3] Public Health Technical Officer, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health

1. Understanding the differences in fundamentals between Thai health wisdom paradigm and biomedical paradigm.
2. Gathering and scrutinizing basic knowledge for synthesizing the new suitable wisdom.
3. Maintaining the variation of healing techniques for the different contexts of utilization.
4. Developing with the Thai identity and dignity.
5. Developing along side the virtue and religious attitudes and beliefs.

The strategies for the education management include:

1. Establishing the "Thai Health Wisdom Institute" with a mission of knowledge management by gathering all relevant groups to work together through research projects.
2. Encouraging the institutions in higher education to set a network of Thai Traditional Medicine Faculties for developing the better standard of curricula and outcome.
3. Supporting the "Local Education System" for developing suitable healing techniques within context of each community.
4. Motivating both government and private sectors to develop different "Service Models" that serve needs for all groups of consumer.

These strategies should be immediately applied before the disappearance of health wisdom resources. The Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine should be the coordinator and secretariat at the initial stage. Research fund from HSRI, Thai Health Promotion Foundation or The Thailand Research Fund should be considered as the primary resources.

ระบบ โครงสร้าง และกลไกในการพัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท: มาตรการด้านการศึกษา

วิชิต เปานิล[๑], ปารณัฐ สุขสุทธิ์[๒], รัชนี จันทร์เกษ[๓]

เกริ่นนำ

ความสนใจการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยแม้จะเพิ่มขึ้นสูงมากในช่วง ๒ ทศวรรษนี้ แต่ผลการศึกษาหลายชิ้นที่ผ่านมาล้วนสะท้อนในลักษณะเดียวกันว่าความสนใจดังกล่าวเป็นเพียงกระแสความตื่นตัวที่สอดรับกับความสนใจของสังคมโลกและการเติบโตของบริโภคนิยมที่แปลงทุกอย่างไม่เว้นแม้แต่วัฒนธรรมท้องถิ่นให้กลายเป็นสินค้าและบริการ ในขณะที่องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไม่ว่าตำรา ตัวหมอ หรือการใช้จริงในสังคมล้วนอยู่ในภาวะวิกฤติที่ต้องแก้ไขและพัฒนาขึ้นอย่างเร่งด่วน (วิชัย โชควิวัฒน, ๒๕๔๕; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๗; ยงศักดิ์ และรวงทิพย์ ตันติปิฎก, ๒๕๔๗) หากไม่เร่งฟื้นฟูคุณค่าที่แท้จริงของภูมิปัญญาไทยขึ้นคำว่าภูมิปัญญาไทยคงไม่สามารถนำมาขายได้อีกต่อไป

สาเหตุสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดสูญญากาศของการพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพไทยไปเกือบหนึ่งศตวรรษก่อนหน้านี้ คือการที่ภาครัฐทอดทิ้งระบบการจัดการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทยทุกแบบไปอย่างสิ้นเชิงทั้งในเชิงนโยบายและการสนับสนุน หลังจากยกเลิกการเรียนการสอนและให้บริการด้วยการแพทย์ไทยที่โรงเรียนแพทยาลัยและศิริราชพยาบาล เมื่อ พ.ศ. ๒๔๕๐ แล้ว (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, ๒๕๒๖) ระบบการศึกษาภูมิปัญญาไทยได้ถูกปล่อยให้สืบทอดเรียนรู้ตามยถากรรมอยู่ในภาคประชาชน การเติบโตขึ้นของการแพทย์ตะวันตกยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการจำกัดและควบคุมการแพทย์แผนไทยยิ่งขึ้นอีกด้วย

อิทธิพลของวิธีคิดและวิธีการรักษาโรคแบบตะวันตกได้ทำให้ภาครัฐเริ่มมองสุขภาพแยกออกจากวิถีชีวิตปกติของชาวบ้านและชุมชน เห็นการเยียวยาผู้ป่วยว่าเป็น “การประกอบโรคศิลปะ” ถ้าปล่อยให้ทำโดยอิสระไม่ควบคุมจะ “*เป็นผลร้ายต่อสวัสดิภาพของประชาชนและบั่นทอนเสถียรภาพของชาติ*” (กองการประกอบโรคศิลปะ, ๒๕๔๘) จึงมีแนวคิดที่จะควบคุมการรักษาโรค โดยตราพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖ ขึ้น กำหนดให้แพทย์ทั้งแผนตะวันตกและแผนไทยต้องมาขึ้นทะเบียนกับรัฐ ได้ตั้งสภาการแพทย์ขึ้นมากำกับดูแล แล้วพัฒนาต่อจนเป็นพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ ซึ่งนอกจากจะจัดภูมิปัญญาไทยว่าเป็น“แผนโบราณ” แล้วยังทำให้หมอไทยอีกจำนวนมาก

---

[๑] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาเภสัชเภสัชพฤกษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[๒] เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

[๓] นักวิชาการสาธารณสุข, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

อยู่ในฐานะ “หมอเถื่อน” หลังจากสอบใบประกอบโรคศิลปะไม่ผ่าน เพราะศาสตร์ที่ตนใช้ไม่ปรากฏอยู่ในตำรามาตรฐานและอีกจำนวนมากอ่านเขียนได้ไม่ดีพอที่จะทำข้อสอบ หลายคนหมดความภาคภูมิใจในความรู้ของตน บ้างก็กลัวความผิดจนต้องนำตำราไปเผาทิ้ง ไม่กล้าให้การรักษาผู้ป่วย ไม่กล้าแสดงตัว และไม่สืบทอดความรู้ให้ใครอีกต่อไป ส่วนการสอบเพื่อรับรองความรู้ ก็กลายเป็นเพียงการวัดความสามารถในการท่องจำตำรา ทำให้หมอไทยจำนวนมากกลายเป็น “หมอกระดาษ” ที่ขาดทักษะการตรวจรักษาไม่สามารถรักษาโรคได้จริง กฎเกณฑ์ของรัฐยังปิดโอกาสการพัฒนาภูมิปัญญาไทยโดยห้ามนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้อีกด้วย จนนำมาสู่ภาวะวิกฤติแห่งภูมิปัญญาสุขภาพไทยในปัจจุบัน

มาตรการด้านการศึกษาเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท

งานชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอแนวทางการพัฒนาภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท ผ่านการจัดระบบ โครงสร้าง และกลไกด้านการศึกษา ซึ่งเป็นหนึ่งใน ๕ มาตรการเบื้องต้น[๔]ที่ต้องประสานกันเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนานี้ โดยส่วนแรกจะกล่าวถึงประวัติการจัดการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทยพอสังเขปเพื่อชี้ให้เห็นความเป็นมาและจุดเปลี่ยนที่สำคัญของภูมิปัญญาไทยเพื่อเชื่อมโยงมายังสถานการณ์ปัจจุบัน จากนั้นนำเสนอการจัดระบบการศึกษาของการแพทย์จีนและอายุรเวทของอินเดียเพื่อประกอบการวิเคราะห์ การศึกษานี้ได้วิเคราะห์ต้นเหตุของปัญหาการจัดการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทยในระดับกระบวนทัศน์ ก่อนที่จะเสนอยุทธศาสตร์และแนวทางการพัฒนาภูมิปัญญาไทยเพื่อความเป็นไทในอนาคต

เนื่องจากภูมิปัญญาไทและสุขภาพวิถีไทเป็นประเด็นที่กว้างครอบคลุมองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งหมดที่จะนำสู่วิถีชีวิตที่อิสระของมวลมนุษย์ เพื่อความชัดเจนการศึกษาครั้งนี้ได้จำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านเนื่องจากมีบริบทความเป็นมาที่ใกล้เคียงกัน และมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาก่อนที่จะสูญหายไป อีกทั้งสามารถพัฒนาจากพื้นฐานที่มีอยู่ในสังคมไทยได้ทันที ก่อนที่จะขยายแนวคิดนี้สู่การแพทย์ทางเลือกหรือภูมิปัญญาไทอื่นๆ ต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการรวบรวมเอกสาร รายงานการศึกษาของหน่วยงาน หลักสูตรการเรียนการสอนในสถาบันต่างๆ และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาสุขภาพไทย ๑๐ ท่าน รวมทั้งเข้าร่วมสังเกตการณ์ในการจัดกิจกรรมหรือเสวนาในเรื่องที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

ความล้มเหลวของการจัดการศึกษาการแพทย์ไทย

รูปแบบการเรียนรู้ศาสตร์และศิลปวิทยาของโลกตะวันออกในอดีตมักเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน นั่นคือการติดตามรับใช้และเรียนรู้อยู่กับครูที่ตนศรัทธา ครูที่มีชื่อเสียงมีวิชาดีก็จะมีคนมาขอเป็นศิษย์มาก

---

[๔] มาตรการอีก ๔ ด้าน คือ มาตรการด้านการเงิน มาตรการด้านการจัดการความรู้ วิจัยและพัฒนา มาตรการด้านกฎหมาย และมาตรการด้านศักยภาพของชุมชนและสังคม ที่จะต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กันด้วย

จนเป็นสำนักวิชา มีโอกาสคัดเลือกและถ่ายทอดวิชาให้ศิษย์ตามอุปนิสัย ความสามารถและคุณธรรมของแต่ละคน ในสังคมไทยการเรียนเป็นหมอนอกเหนือจากการสืบทอดกันในสายตระกูลของผู้ที่เป็นหมอและฝากตัวเรียนกับครูที่ตนเองนับถือศรัทธาแล้ว อาจได้ความรู้มาขณะบวชเรียนในวัดที่มีพระที่เชี่ยวชาญเรื่องการรักษาโรค ส่วนแพทย์หลวงที่เรียนอย่างจริงจังจนเรียกว่าเป็นสำนักนั้นเปิดสอนและฝึกหัดกันในสำนักกรมแพทย์พระราชวังบวรวิชัยชาญ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, ๒๕๓๐: ๑๗) การเรียนรู้สืบทอดภูมิปัญญาในอดีตจึงเปิดกว้างหลากหลาย และสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ และวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลไกการสร้างหมอที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับท้องถิ่นนั้นๆ ได้

เมื่อประเทศพัฒนาไปสู่ความทันสมัย ได้มีความพยายามจัดการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยขึ้นให้เป็นระบบ โดยตั้งโรงเรียนแพทยากรเพื่อฝึกแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๒ (ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๔๔๓ ได้ยกขึ้นเป็นโรงเรียนราชแพทยาลัย) เปิดสอนทั้งการแพทย์ไทยและแพทย์ตะวันตกควบคู่กันไป แม้ว่าล้นเกล้ารัชกาลที่ ๕ จะทรงเห็นคุณูปการของการแพทย์ตะวันตก แต่ก็ทรงเห็นคุณค่าของยาไทยหมอไทยที่สมควรอนุรักษ์ให้คงอยู่สืบไป พระองค์ทรงมีพระราชหัตถเลขาถึงสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๓ ความตอนหนึ่งว่า

> *"...ขอเตือนว่า หมอฝรั่งนั้นดีจริง แต่ควรให้ยาไทยสูญหฤๅหาไม่ หมอไทยควรจะไม่ให้มีต่อไปภายน่าหฤๅควรจะมีไว้บ้าง ถ้าว่าส่วนตัวฉันเองยังสมัคกินยาไทยแลยังวางใจหฤๅอุ่นใจในหมอไทยมาก ถ้าหมอไทยจะรักษาอย่างฝรั่งหมด ดูเยือกเยนเหมือนเหนอื่น ไม่เหนพระเหนสงฆ์เลยเหมือนกัน แต่ตัวฉันก็อายุมากแล้ว เหนจะไม่ได้อยู่ไปจนหมอไทยหมดคอก คนภายน่าจะพอใจอย่างฝรั่งทั่วกันไป จะไม่เดือดร้อนเช่นฉันดอกกระมัง เปนแต่ลองเตือนดูตามหัวเก่าๆ ทีหนึ่งเท่านั้น..."* (สรรใจ แสงวิเชียร, ๒๕๓๑: ๒๓ อ้างใน บุษบา ประภาสพงศ์ และคณะ, ๒๕๔๒:๒)

ในการนั้นสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาดำรงราชานุภาพ ทรงมีหนังสือกราบบังคมทูลตอบพระราชหัตถเลขาฉบับนี้ มีความตอนหนึ่งว่า "*การสอนวิชาในโรงเรียนแพทยากรนี้ ข้าพระพุทธเจ้าได้ตั้งใจ แลคิดด้วยเกล้า ฯ ว่าจะให้ฝึกสอนทั้งวิชาฝรั่งแลยาไทย เลือกแต่สิ่งที่ดีทั้ง ๒ ฝ่ายมาประสมกัน... การที่ฝึกสอนอยู่เดี๋ยวนี้ก็อยู่ในทางนี้ มิได้ยอมให้ทิ้งวิธีไทย*" (เพิ่งอ้าง: ๕)

อย่างไรก็ตามหลังจากเปิดสอนการแพทย์ไทยควบคู่ไปได้เพียง ๑๘ ปี ก็ได้ปิดแผนกแพทย์ไทยที่ศิริราชลงทั้งงานบริการและการจัดการเรียนการสอน โดยมีการอ้างถึงพระดำริของมหาอมาตย์ตรีพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นไชยนาทนเรนทร ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาโรงเรียนราชแพทยาลัยขณะนั้น ว่า "*การสอนวิชาแพทย์ตามแบบไทยนั้นไม่เข้ากันกับแบบฝรั่ง ทำให้นักเรียนมึนงงและเสียเวลาไปเปล่าๆ เอาเวลามาเพิ่มใช้ในการเรียนวิชาแพทย์แผนปัจจุบันดีกว่า*" (ชัยนาทนเรนทร, พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยา อ้างใน วิชัย โชควิวัฒน, ๒๕๔๕: ๕๘) นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นๆ อีก บ้างก็ว่าเป็นเพราะหมอไทยเกี่ยงกันไม่

ยอมมาทำงานในโรงพยาบาล เนื่องจากใช้ยาไม่เหมือนกันและการปฏิบัติไม่ลงรอยเดียวกัน ไม่มีหลักสูตรและวิธีปฏิบัติที่แน่นอนจริงจัง การเรียนต้องท่องจำอย่างตายตัว ขาดความประทับใจและน่าเบื่อ ตำราก็มีจำกัดอยู่เฉพาะตำราของหลวง การสอนปฏิบัติมีบันทึกแต่เพียงอย่างเดียวคือวิธีให้ยา ไม่ปรากฏมีวิธีปฏิบัติ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, ๒๕๓๐: ๑๘) บ้างก็กล่าวถึงเรื่องของการปกปิดวิชายอมรับเฉพาะพวกพ้องตัวเอง และไม่มีการพัฒนาวิชาการด้านแพทย์ไทย (วิชัย โชควิวัฒน, ๒๕๔๖) เป็นต้น

ภาครัฐนอกจากไม่สนับสนุนการจัดการศึกษาการแพทย์ไทยแล้ว ยังได้ออกกฎระเบียบที่จำกัดการสืบทอดภูมิปัญญาสุขภาพไทยอยู่ไม่น้อยดังที่กล่าวมาแล้ว แม้ด้านหนึ่งอาจมองได้ว่าทำเพื่อคุ้มครองชาวบ้านให้ได้รับการดูแลจากหมอที่มีความรู้ แต่กระบวนการจัดสอบความรู้และเงื่อนไขที่วางไว้ก็ไม่ได้ช่วยให้บรรลุเจตนารมณ์ดังกล่าวเลย ตรงข้ามกลับทำให้ได้ผู้ที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการรักษาแต่ท่องจำเก่งมาเป็นหมอ สิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการศึกษาแพทย์แผนไทยที่ผ่านมาจวบจนปัจจุบันคือการเปิดโรงเรียน ชมรม สมาคม เพื่อติวให้ทำข้อสอบให้ได้ โรงเรียนแพทย์แผนไทยที่มีชื่อเสียงภายใต้ระบบนี้คือโรงเรียนที่สอนแล้วมีผู้สอบผ่านได้มาก แม้ว่าเวลาผ่านมาเกือบ ๗๐ ปีแล้ว เงื่อนไขในการสอบนี้ก็ยังมีผลบังคับใช้อยู่ (ตามมาตรา ๖๗ แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒) การจัดการศึกษาในลักษณะนี้จึงมิใช่การสืบสานความรู้ หรือผลิตหมอที่มีความสามารถในการรักษาตามศาสตร์การแพทย์ไทยให้สังคม แต่เป็นเพียงกระบวนการสร้างความชอบธรรมให้กับรัฐและคนบางกลุ่มเท่านั้น

การแพทย์พื้นบ้านภูมิปัญญาที่ถูกลืม

ในส่วนของระบบการสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน นอกจากไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาใดๆ จากภาครัฐแล้ว พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ ทำให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยของหมอพื้นบ้านเป็นเรื่องผิดกฎหมายเพราะเป็นการให้การดูแลสุขภาพโดยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ ไม่เว้นแม้แต่เด็กเล็กอย่าง “หมอน้อย” ที่เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยเรือนหมื่น หรือ “วิชัย” ที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เชียงใหม่ในยามที่วงการแพทย์ไม่สนใจ ก็ยังถูกดำเนินคดีด้วยมาตรการนี้ (สนใจค้นข่าวนี้ได้จาก มติชนรายวัน, ช่วง 25 ก.พ.-๓ มี.ค. ๒๕๓๗)

หมอพื้นบ้านบางส่วนอาจไม่ได้รับผลกระทบจากมาตรการทางกฎหมายมากนัก แต่นั่นหมายถึงต้องรู้จักเจียมตัวจำกัดบทบาทตนเองอยู่ที่ชายขอบของสังคม ไม่ทำตัวเด่นดังเกินกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน การไม่มีตัวตนในทางกฎหมาย ไม่มีพื้นที่ยืนอย่างเป็นทางการของหมอพื้นบ้าน ด้านหนึ่งก็มีประโยชน์ที่ทำให้รัฐไม่เข้ามาก้าวก่ายจนภูมิปัญญาต้องผิดเพี้ยนไปเหมือนที่เกิดกับการแพทย์แผนไทย แต่อีกด้านหนึ่งก็ทำให้เกียรติยศศักดิ์ศรีของหมอพื้นบ้านลดน้อยลงจนคนรุ่นใหม่ไม่อยากเข้ามารับหน้าที่นี้

แนวทางการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัยถือได้ว่าเป็นภัยคุกคามที่สำคัญที่สุดของการแพทย์พื้นบ้าน ระบบการศึกษาสมัยใหม่ที่ให้คุณค่ากับความรู้จากนอกชุมชน ทำให้ความรู้ของหมอพื้นบ้านไม่ใช่สิ่งที่เด็กในระบบโรงเรียนต้องเรียนรู้หรืออยากเรียนรู้อีกต่อไป ความรู้และวิธีคิดที่ปลูกฝังในโรงเรียนได้ลดความเชื่อต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่มีในชุมชน ลดทักษะการเรียนรู้จำแนกต้นยา ลดกระทั่ง

ความสามารถในการท่องจำตำรับยาที่ผูกเป็นโศลกยาวๆ เพราะการดูถูกการท่องจำของระบบการศึกษาสมัยใหม่ นอกจากนี้วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับสภาพสังคมและเทคโนโลยี ได้ทำให้ทัศนะต่อชีวิตของคนรุ่นใหม่ต่างไปจากเดิม คุณค่าของคนอยู่ที่มูลค่าของทรัพย์สินเงินทองที่ครอบครอง ผู้คนต้องการชีวิตที่รวดเร็วสะดวกสบายขึ้น จึงไม่มีใครอยากเป็นหมอพื้นบ้านหรือกินยาฝนยาต้มของหมอพื้นบ้านอีกต่อไป โรคใหม่ๆ ที่เป็นผลจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมยุคใหม่หมอพื้นบ้านก็ไม่มีประสบการณ์ที่จะรักษา สมุนไพรที่เคยมีใช้อย่างสมบูรณ์ในป่าก็หมดไป ภูมิปัญญาสุขภาพไทยนอกจากจะถูกลืมและลดคุณค่าลงแล้ว ในสายตาคนรุ่นใหม่ยังดูเหมือนว่าเป็นระบบที่ไม่เหมาะสมกับสังคมยุคนี้เอาเลย

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ก้าวใหม่ของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย

การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในประวัติศาสตร์การจัดการศึกษาการแพทย์แผนไทยเกิดขึ้นเมื่อศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ เปิดโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทยขึ้นเมื่อปลายปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ในพื้นที่ของวัดบวรนิเวศวิหาร โดยใช้ชื่อว่าโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภัจจ์) และเปิดคลินิกให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการแผนไทยขึ้นในที่เดียวกันด้วย เป้าหมายหลักของท่านคือต้องการที่จะสร้างหมอไทยพันธุ์ใหม่ ที่เข้าใจและสามารถใช้ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคแบบไทยได้

ท่านได้ขอให้เพื่อนๆ และลูกศิษย์ที่เป็นอาจารย์แพทย์ อาจารย์เภสัชแผนไทยและแผนปัจจุบันที่มีความรู้และประสบการณ์มาช่วยสอนนักเรียนที่ท่านคัดเลือกมาอย่างดี มีความต้องการจะเป็นหมอและมีบุคลิกนิสัยหรือพื้นฐานครอบครัวที่จะเป็นหมอที่ดีได้ ตลอดช่วงที่เรียนท่านให้ความสำคัญต่อการพัฒนาผู้เรียนด้านคุณธรรมจรรยาไม่น้อยไปกว่าด้านวิชาการ ท่านนิมนต์พระมาสอนศีลธรรมทุกสัปดาห์ ให้ฝึกสมาธิ รับศีล ๕ พาไปทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคมในโอกาสต่างๆ หรือช่วยกันทาสีซ่อมแซมโรงเรียน เป็นต้น ถ้ามีเวลาในช่วงเช้าท่านจะอบรมนักเรียนให้แง่คิดการดำเนินชีวิตและการทำงาน พร้อมทั้งปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่าง ในด้านวิชาการช่วงแรกเรียนหนักมากถึง ๑๕๙ หน่วยกิต เป็นการสอนด้านการแพทย์ไทย ๖๑ หน่วยกิต แต่ก็ต้องปรับลดในช่วงต่อมาเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ของระบบการศึกษา (บทสัมภาษณ์ สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ; ไพเราะ รอดระกำ และคณะ, ๒๕๓๗)

ผลผลิตจากโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัยในนามแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้รับการยอมรับอย่างสูงจากหน่วยงานต่างๆ ได้ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่สนใจเปิดให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ที่ช่วยสร้างอาชีพและกระตุ้นให้คนสนใจสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นมากขึ้น บางส่วนทำหน้าที่ประสานงานด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในกระทรวงสาธารณสุข เป็นอาจารย์สอนแพทย์แผนไทย หรือออกไปประกอบอาชีพอิสระด้านการแพทย์แผนไทย กล่าวได้ว่าผลผลิตจากอายุรเวทวิทยาลัยได้สร้างผลกระทบด้านบวกให้เกิดความตื่นตัวด้านการแพทย์แผนไทยขึ้นอย่างชัดเจน แพทย์อายุรเวทจึงถือ

ว่าเป็น นวตกรรมอันล้ำค่าที่เปิดพรมแดนอีกด้านหนึ่งให้กับการพัฒนาการแพทย์ไทย จนส่งผลให้การแพทย์แผนไทยประยุกต์ได้รับการยกให้เป็นสาขาใหม่ของการประกอบโรคศิลปะ

หลังจากกระแสสังคมสนใจสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมากขึ้น สถาบันการศึกษาต่างๆ ได้นำหลักสูตรของอายุรเวทไปปรับใช้เปิดเป็นหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยประยุกต์อีกหลายหลักสูตร แต่สถาบันเหล่านี้ส่วนใหญ่รับไปเพียงแนวคิดในการจัดหลักสูตรที่ผสมผสานเนื้อหาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เข้าไปเพียงเท่านั้น ส่วนแนวคิดในการจัดการศึกษาที่เน้นคุณธรรมควบคู่ไปกับความรู้ทางการแพทย์อย่างที่ท่านผู้ก่อตั้งได้ทุ่มเททำมาดูเหมือนจะไม่ได้สนใจเท่าที่ควร

สำหรับอายุรเวทวิทยาลัยเองหลังจากที่อาจารย์อวยและอาจารย์ในยุคแรกหลายท่านชราลงจนช่วยสอนไม่ได้หรือเสียชีวิตไปก็ได้ทำให้ความเข้มแข็งลดลง ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จึงได้โอนย้ายมาสังกัดคณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผลิตบัณฑิตการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผลจากการปรับเปลี่ยนครั้งนี้จะเป็นอย่างไรคงต้องรอพิสูจน์กันต่อไป

การจัดการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยระดับอุดมศึกษา

ปัจจุบันมีสถาบันอุดมศึกษา ๑๑ แห่ง จัดหลักสูตรการแพทย์แผนไทยขึ้น (ตารางที่ ๑) ซึ่งส่วนใหญ่จัดเป็นหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ส่วนน้อยกว่าเป็นหลักสูตรการแพทย์แผนไทย มีเพียงหลักสูตรการแพทย์ตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิตเท่านั้นที่ต่างออกไปมาก โดยได้สอนถึงการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ร่วมด้วย ความรับผิดชอบในการจัดการสอนมักอยู่ในคณะที่มีอยู่แล้ว เช่น คณะวิทยาศาสตร์หรือคณะแพทย์ศาสตร์ มีส่วนน้อยที่ตั้งขึ้นเป็นคณะใหม่ ผู้สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่จะได้รับประสาทปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือการแพทย์ตะวันออก อีกส่วนหนึ่งให้วุฒิการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตโดยตรง ซึ่งเป็นวุฒิที่ไม่เคยปรากฏในระดับอุดมศึกษามาก่อน และมีเพียงมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายเท่านั้นที่ให้ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย

การที่หลักสูตรเหล่านี้ตั้งขึ้นใหม่ในสถาบันที่มีการจัดการเรียนการสอนที่ลงตัวอยู่แล้ว การบริหารจัดการทุกอย่างจึงจัดให้อยู่ในรูปแบบและภายใต้เงื่อนไขเดียวกับที่มีอยู่เดิม ตั้งแต่การคัดเลือกผู้เข้าศึกษาจะรับผู้สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. ๖) สายวิทยาศาสตร์ หรือเทียบเท่า ในหลักสูตรปริญญาตรีต่อเนื่อง (๒ ปี) จะรับผู้ที่สำเร็จปริญญาตรีด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรือประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การคัดเลือกใช้ผลการเรียนที่ผ่านมาร่วมกับวิธีการสอบคัดเลือกและการสัมภาษณ์ มีทั้งระบบการรับผ่านระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัย (Admission) ส่วนกลาง และระบบรับตรงหรือระบบโควต้าของแต่ละมหาวิทยาลัย

ช่วงเวลาเรียนมีทั้งแบบเรียนเต็มเวลาในชั้นเรียน การเรียนเป็นชุดวิชา (Module) การเรียนในช่วงเย็นนอกเวลาราชการ หรือวันเสาร์และอาทิตย์ การสอนมีทั้งภาคบรรยายในส่วนที่เป็นทฤษฎี ภาคปฏิบัติ

ในห้องปฏิบัติการหรือในคลินิก และการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย ส่วนการวัดผลใช้การสอบรูปแบบต่างๆ และตัดเกรดเช่นเดียวกับการศึกษาระดับอุดมศึกษาทั่วไป อย่างไรก็ตามบางสถาบันได้พยายามปรับปรุงรูปแบบการรับนักศึกษาและการเรียนการสอนให้ได้คนที่สนใจเรียนมากขึ้น เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่มีการทำงานวิจัยกับเครือข่ายหมอพื้นบ้านอยู่แล้ว ได้เปิดโอกาสให้บุตรหลานของหมอพื้นบ้านที่สนใจได้มาเรียนต่อมากขึ้น และกำหนดให้มีเวลาฝึกงานเรียนรู้กับหมอพื้นบ้านประเภทต่างๆ ด้วย

ตารางที่ ๑ การจัดการเรียนการสอนด้านแพทย์แผนไทยในสถาบันอุดมศึกษา

สถาบัน/คณะ-สาขาวิชา	**วุฒิที่ได้รับเมื่อสำเร็จการศึกษา**	**วุฒิที่ใช้ศึกษา**
ม.ราชภัฏเชียงราย, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก	ป.บัณฑิต (การวิจัยและพัฒนาเภสัชกรรมแผนไทย) ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย	ป.ตรี ม. ๖
ม.สุโขทัยธรรมาธิราช, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	การแพทย์แผนไทยบัณฑิต	ปวส., ป. แพทย์แผนไทย
ม. สงขลานครินทร์, คณะแพทย์แผนไทย	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทย	ม. ๖ (วิทย์)
ม. รามคำแหง, คณะวิทยาศาสตร์	วิทยาศาสตรบัณฑิต (แพทย์แผนไทย)	ม. ๖ (วิทย์)
ม. มหาสารคาม, คณะแพทย์ศาสตร์	วิทยาศาสตรบัณฑิต (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)	ปวส., ป. แพทย์แผนไทย
ม. มหิดล, คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชฯ	การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต	ม. ๖ (วิทย์)
ม. ธรรมศาสตร์, คณะแพทย์ศาสตร์	วิทยาศาสตรบัณฑิต (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)	ม. ๖ (วิทย์)
ม. แม่ฟ้าหลวง, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	การแพทย์แผนไทยบัณฑิต (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)	ม. ๖ (วิทย์)
ม. นเรศวร, คณะสาธารณสุขศาสตร์	วิทยาศาสตรบัณฑิต (การแพทย์แผนไทยประยุกต์)	ม. ๖ (วิทย์)
ม. เทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตปทุมธานี, คณะวิทยาศาสตร์	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	ม. ๖ (วิทย์)
ม.รังสิต, คณะการแพทย์ตะวันออก	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการแพทย์ตะวันออก	ม. ๖, ป.ตรี

ที่มา: ปรับปรุงจากศูนย์ประสานประชาสังคมและภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย สสจ.ปราจีนบุรี, ๒๕๔๗

ในด้านองค์ประกอบของหลักสูตรส่วนใหญ่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เนื่องจากต้องเป็นไปตามข้อกำหนดการศึกษาระดับปริญญาตรี และต้องสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรที่กรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์กำหนดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อการรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเมื่อสำเร็จการศึกษา ดังนั้นภาพรวมของหลักสูตรจะมีเนื้อหาในหมวดวิชาศึกษาทั่วไปประมาณ ๒๑–๓๘ หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะที่รวมการฝึกงานประสบการณ์วิชาชีพด้วยรวมแล้วประมาณ ๑๐๐–๑๒๓ หน่วยกิต และวิชาเลือกเสรี ๓-๖ หน่วยกิต

เนื้อหาในหมวดวิชาศึกษาทั่วไปประกอบด้วยกลุ่มวิชาพื้นฐานทางภาษาไทย ภาษาอังกฤษ สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และคอมพิวเตอร์ ซึ่งมักเป็นรายวิชากลาง

ที่มหาวิทยาลัยเปิดสอนอยู่แล้ว ส่วนหมวดวิชาเฉพาะสามารถแบ่งย่อยได้เป็นหมวดพื้นฐานวิชาชีพซึ่งเป็นพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เช่น กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา ชีวเคมี จุลชีววิทยา เภสัชวิทยา พยาธิวิทยา เภสัชพฤกษศาสตร์ เป็นต้น และกลุ่มวิชาชีพแพทย์แผนไทยอีกไม่น้อยกว่า ๔๖ หน่วยกิต มีเนื้อหาเกี่ยวกับเวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย หัตถเวชกรรมแผนไทย ผดุงครรภ์ไทย สถิติและการวิจัยสำหรับการแพทย์แผนไทย เป็นต้น นอกจากนี้จะยังมีการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพจำนวนหนึ่ง แต่ไม่พบว่ามีการจัดรายวิชาด้านคุณธรรมจริยธรรมของแพทย์ไทยเป็นพิเศษแต่อย่างใด

ด้านอาจารย์ประจำหลักสูตรจัดเป็นปัญหาสำคัญในทุกสถาบัน เนื่องจากหมอไทยที่เก่งจนเป็นที่ยอมรับว่าเป็นอาจารย์ได้มีอยู่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่มีอายุมากและมักได้รับเชิญจากแทบทุกสถาบันให้ไปช่วยสอน บางท่านไม่ถนัดที่จะให้ความรู้โดยการบรรยายในห้องขนาดใหญ่หรือการเตรียมเนื้อหามาสอนให้นักเรียนซักถามในห้อง จึงมักปฏิเสธที่จะช่วยสอนอีกหลังจากผ่านการสอนในปีแรก นอกจากนี้ยังมีจำนวนน้อยมากที่นำประสบการณ์จากการดูแลรักษาผู้ป่วยมาใช้สอน ส่วนใหญ่สถาบันแก้ปัญหาโดยใช้อาจารย์ประจำในสถาบันมาสอนวิชาพื้นฐาน ส่วนอาจารย์ด้านวิชาชีพไทยโดยตรงมักเชิญอาจารย์พิเศษจากภายนอกและเน้นการสอนทฤษฎีตามตำรา

การจัดการเรียนการสอนการแพทย์ไทยในสถาบันอุดมศึกษาจึงยังต้องการการพัฒนาอีกมาก และยังไม่อยู่ในฐานะของขุมปัญญาที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพหรือสร้างความรู้ใหม่ให้กับภูมิปัญญาไทยได้

การจัดอบรมระยะสั้นด้านภูมิปัญญาสุขภาพไทย

การเรียนการสอนด้านภูมิปัญญาสุขภาพไทยอีกลักษณะหนึ่งคือการจัดอบรมวิชาการระยะสั้นโดยมีการพัฒนาหลักสูตรขึ้นมากมาย ในส่วนของการเรียนเพื่อสอบใบประกอบโรคศิลปะที่ต้องใช้เวลาเรียนนาน นอกเหนือจากการเปิดติวเพื่อสอบแบบเดิมแล้ว สถาบันการศึกษาได้นำไปปรับเป็นหลักสูตรระดับประกาศนียบัตร ทำให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาใช้ศึกษาต่อด้านการแพทย์แผนไทยในระดับอุดมศึกษาได้ นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรอบรมระยะสั้นอีกมากมาย ใช้เวลาอบรมตั้งแต่ไม่กี่ชั่วโมงไปจนหลายสัปดาห์ จัดโดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่เป็นหลักสูตรด้านการนวดแผนไทยและการนวดฝ่าเท้า

หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางขึ้น ทำหน้าที่พิจารณาให้การรับรองหลักสูตรการเรียนการสอนของส่วนราชการ สถานศึกษา และสถาบันที่ผลิตผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้ทำให้มีการเปิดอบรมความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้กับประชาชนทั่วไปมากขึ้น ปัจจุบัน (สิงหาคม ๒๕๔๘) มีการประกาศรับรองไปแล้ว ๕ ครั้ง มีหลักสูตรได้รับการรับรองรวม ๒๑๔ หลักสูตร (รายละเอียดดูได้ที่ web site กองการประกอบโรคศิลปะ http://mrd-hss.moph.go.th/oldweb) จากหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจะเห็นได้ว่าผู้ให้การอบรมการแพทย์แผนไทยมีหลายกลุ่ม ทั้งสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานราชการ โรงเรียน กลุ่มชมรม สมาคม รวมทั้งกิจการของภาคเอกชน มีการฝึกอบรมลักษณะใหม่ๆ เกิดขึ้น เช่น หลักสูตรสปาตะวันตก หลักสูตรไทยสัปปายะ หลักสูตรการนวดและเสริมความงาม หลักสูตรนวดน้ำมันหอมระเหย

หลักสูตรการเสริมสวยผม เป็นต้น อย่างไรก็ตามหลักสูตรที่ได้รับการรับรองมากที่สุดได้แก่หลักสูตรการนวดไทยแบบต่างๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการตอบรับของสังคมในเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดี

การจัดการศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน

แม้ระบบการศึกษาสมัยใหม่และการพัฒนาประเทศโดยรวมทำให้ความสนใจการแพทย์พื้นบ้านของคนรุ่นใหม่ลดลงไปมาก แต่เนื่องจากองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านสัมพันธ์อยู่กับวิถีชีวิตชุมชนอย่างใกล้ชิด ไม่ได้เป็นสิ่งไกลตัวและถูกกระทำให้แปลกแยกไปจากผู้คน หรือความเชื่อในท้องถิ่น และไม่ใช่เรื่องของหมอแต่เพียงผู้เดียว (ยศ สันตสมบัติ, ๒๕๔๒: ๑๐๑) ในพื้นที่ซึ่งวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็งจึงยังมีหมอพื้นบ้านอยู่อีกจำนวนมาก ความรู้ที่เหลืออยู่ทั้งหมดจึงเป็นเรื่องของความสนใจสืบต่อถ่ายทอดกันเองในท้องถิ่น โดยมีวิถีชีวิตและพื้นฐานความเชื่อร่วมกันเป็นตัวเชื่อมร้อย เช่น ความเชื่อในเรื่องผี ไม่ว่าผีบรรพบุรุษ หรือผีฟ้าพญาแถน ก็ช่วยให้การรักษาด้วยการรำผีฟ้ายังดำรงอยู่ ความเชื่อเรื่องภพชาติในอดีต บุญกรรม อิทธิพลของดวงดาว และพลังเหนือธรรมชาติ ก็ยังทำให้หมอมนต์ หมอธรรม หมอยาสั่ง รวมทั้งหมอยาสมุนไพรที่มักต้องมีพิธีกรรมประกอบด้วยยังคงหลงเหลืออยู่เป็นที่พึ่งให้ผู้ป่วย

การสืบทอดความรู้หมอพื้นบ้านออกนอกสายตระกูล มักเริ่มต้นที่ความศรัทธาในผลการรักษาหรือในวิถีชีวิตของหมอที่มักอยู่ในฐานะของผู้ใหญ่ที่คนในชุมชนเคารพ ผนวกกับความสนใจของผู้เรียนและพรสวรรค์ที่มี การเรียนเป็นหมอพื้นบ้านใช่ว่าจะเรียนได้ทุกคน หมอธรรมในภาคอีสานจะมีบางคนเท่านั้นที่เรียน “ติดหรือขึ้น” ซึ่งต้องเป็นคนที่มีภาวะพิเศษมีอะไรที่เหนือคนธรรมดา ปฏิบัติในสิ่งที่คนธรรมดาปฏิบัติไม่ได้ (ปรีชา อุยตระกูล, ๒๕๔๐: ๗๕) คนไหนที่เรียนแล้ว “ไม่ขึ้น” ก็ต้องเลิกล้มไปหาเรียนสิ่งที่เหมาะสมกับตนต่อไป หมอพื้นบ้านอีกจำนวนหนึ่งคือผู้ที่ได้รับการเลือกสรรจาก ผี เทวดา หรือสิ่งเหนือธรรมชาติโดยตรง โดยได้รับมอบอำนาจหรือความสามารถในการรักษาโรคจากการสื่อสารหรือเป็นร่างทรงของอำนาจศักดิ์สิทธิ์นั้น (ยศ สันตสมบัติ, ๒๕๔๒: ๑๐๑) ซึ่งการแพทย์พื้นบ้านในต่างประเทศก็มีการสืบทอดในลักษณะนี้อยู่เช่นกัน (ดู Struther R. et. al., 2004)

การศึกษาอนุรักษ์ฟื้นฟูองค์ความรู้หมอพื้นบ้านและวิธีดูแลสุขภาพของท้องถิ่นที่ผ่านมาต้องยกความดีความชอบให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนที่บุกเบิกทำงานพัฒนาอยู่ในพื้นที่ชนบท จากการสัมภาษณ์ผู้ทำงานในองค์กรเหล่านี้พบว่าแต่แรกไม่ได้เริ่มสนใจเรื่องภูมิปัญญาสุขภาพมากนัก แต่เมื่อทำงานในจุดที่ตนสนใจ เช่น เรื่องป่า หรือสิ่งแวดล้อมไประยะหนึ่ง มักต้องโยงเข้าไปเกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาสุขภาพและพบว่าเป็นเรื่องที่มีประโยชน์และมีความเข้มแข็งมากที่สุดอย่างหนึ่งของชุมชน จึงได้เข้ามาจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน จนเกิดเป็นเครือข่ายหมอพื้นบ้านขึ้นหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มหมอเมืองในภาคเหนือ สภาหมอพื้นบ้านที่ภาคอีสาน เป็นต้น

แม้กิจกรรมการสร้างเครือข่ายจะดูเหมือนจะเป็นวัฒนธรรมใหม่ที่หมอพื้นบ้านจำนวนมากไม่คุ้นเคย แต่หลังจากดำเนินการไประยะหนึ่งพบว่ากิจกรรมนี้เป็นเวทีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับรูปแบบการสืบทอดเรียนรู้ภูมิปัญญาแบบ

ดั้งเดิมที่เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างหมอกับหมอ หมอกับผู้ป่วย หมอกับสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตของชุมชน เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ดำเนินควบคู่ไปกับวิถีชีวิตด้านอื่นที่องค์กรพัฒนาเอกชนสนใจทำงานอยู่แต่แรก ทำให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายและผสมผสานกับการเรียนรู้ด้านอื่นๆ ไปด้วย เช่น นำประเด็นอนุรักษ์ป่าไปสัมพันธ์กับความอุดมสมบูรณ์ของสมุนไพร หรือโยงสมุนไพรเข้ากับการทำเกษตรอินทรีย์ เป็นต้น ทำให้เป็นความรู้ที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตมีโอกาสสืบทอดความรู้ไปยังคนรุ่นใหม่ได้ง่ายขึ้น

ในด้านความพยายามจัดการศึกษาเพื่อสืบทอดความรู้พื้นบ้านให้เป็นระบบในสถาบันการศึกษามีรูปธรรมที่น่าสนใจที่หลักสูตรการแพทย์พื้นบ้านของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ซึ่งเริ่มจากการทำชุดโครงการวิจัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ชนเผ่าภาคเหนือ ทำงานวิจัยรวบรวมองค์ความรู้และสร้างเครือข่าย สถาบันจะทำหน้าที่เป็นหน่วยจัดการความรู้ทำงานในลักษณะพหุภาคีกับชุมชนและเครือข่ายต่างๆ เพื่อศึกษาวิจัย สังคายนา ตรวจสอบ และพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้านให้เป็นระบบและชัดเจนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ แล้วพัฒนาไปสู่การเปิดหลักสูตรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา ซึ่งเปิดรับนักศึกษามาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, ๒๕๔๗–ก; http://www.lannadoctor.com/foredu.php)

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ผลักดันให้มีศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยในชุมชนขึ้น โดยต้องการให้เป็นพื้นที่สำหรับการส่งเสริมการเรียนรู้ การศึกษา ถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ จากการทำงานใน ๑ ปีแรก โดยมีงบประมาณ ๓๐,๐๐๐ บาทต่อแห่ง พอจะเห็นได้ว่าศูนย์การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการทำงานด้านการแพทย์พื้นบ้านมาก่อน ส่วนกลุ่มที่เพิ่งเริ่มจัดตั้งและประสานงานตามระบบราชการในเบื้องต้นพบว่ายังมีปัญหาติดขัดหลายด้าน ต้องอาศัยเวลาเรียนรู้และพัฒนาวิธีการทำงานอีกระยะหนึ่งจึงจะได้รูปแบบที่เหมาะสมในการสนับสนุนและทำงานพัฒนาระบบสืบทอดความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านร่วมกับชุมชน (พจีกาญจณ์ จีระเสถียรพงศ์ และรุจินาถ อรรถสิษฐ, ๒๕๔๗) นอกจากนี้ยังสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการรักษาเยียวยาของหมอพื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่นโดยเฉพาะในส่วนของหมอสมุนไพรและหมอนวด ส่วนหมอพิธีกรรมและมิติด้านความเชื่ออื่นอาจยังไม่ได้ให้ความสนใจศึกษามากนัก

จากการได้ร่วมการจัดกิจกรรมเหล่านี้ทำให้เห็นว่าโอกาสการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านยังเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ นอกเหนือจากองค์กรพัฒนาเอกชนแล้วบุคลากรสาธารณสุขก็เริ่มให้ความสนใจทำงานด้านนี้มากขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนทั้งในด้านแนวคิด ความรู้ในการทำงาน และงบประมาณมากขึ้น

การจัดการศึกษาการแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือกที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านแม้จะมีมานานในสังคมไทยโดยเฉพาะการแพทย์จีน แต่ก็เพิ่งได้รับความสนใจหรือพูดถึงกันมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่าน

การศึกษาของปัทมาวดี กสิกรรม (๒๕๔๑: ๑๘) พบว่ามีการแพทย์ทางเลือกแบบต่างๆ ในสังคมไทยอยู่ไม่ต่ำกว่า ๓๘ เทคนิค และอีก ๓๕ เทคนิค ได้รับการยอมรับนำมาใช้อยู่ในสถานพยาบาลแผนปัจจุบันแล้ว เช่น การฝังเข็ม ดนตรีบำบัด ธาราบำบัด การแพทย์ทางเลือกบางวิธี เช่น พลังจักรวาล โยเร และชีวจิต มีรูปแบบและกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้และขยายฐานมวลชนที่เข้มแข็งชัดเจนมากมีคนไทยจำนวนนับแสนคนที่เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเหล่านี้ ส่วนการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น แพทย์จัดกระดูก (Chiropractor) โฮมีโอพาธี (Homeopathy) ยังให้การรักษาจำกัดอยู่ในวงแคบๆ เนื่องจากมีปัญหาในเชิงกฎหมาย แม้การแพทย์ทางเลือกเหล่านี้มีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยให้กับคนจำนวนไม่น้อย แต่วิธีการเหล่านี้ยังไม่ได้รับความสนใจมากนักจากภาครัฐหรือองค์พัฒนาเอกชน หลายๆ ครั้งยังถูกตรวจสอบหรือยับยั้งจากทางราชการอีกด้วย

การแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐมากที่สุดในขณะนี้คือการแพทย์จีน โดยสถาบันการแพทย์ไทยจีนได้พยายามดำเนินการเพื่อให้แพทย์จีนที่มีความรู้ความสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายไปแล้ว ๒๑๗ ราย และได้เริ่มพัฒนาระบบการศึกษาโดยเชิญอาจารย์แพทย์จีนมาให้การอบรมหลักสูตรการแพทย์จีนและการฝังเข็มทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติรวม ๓ เดือน แก่แพทย์ที่สนใจไปแล้ว ๑๓ รุ่น รุ่นละประมาณ ๓๐ คน (สัมภาษณ์ นพ. ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, เมษายน ๒๕๔๘) ส่วนในสถาบันการศึกษานอกเหนือจากหลักสูตรการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิตแล้ว มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติได้เปิดหลักสูตรการแพทย์จีนขึ้นโดยตรง โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติงานกับอาจารย์และผู้ป่วยในประเทศจีนโดยตรงด้วย (มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, ๒๕๔๗) การแพทย์ทางเลือกอีกระบบหนึ่งที่กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กำลังดำเนินการพัฒนาขึ้นเป็นหลักสูตรต่อเนื่องหลังปริญญาให้กับบุคลากรสาธารณสุข คือ โฮมีโอพาธี (Homeopathy) เนื่องจากเห็นว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพที่น่าจะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพให้คนไทยได้ และมีความเป็นไปได้ที่จะจัดการศึกษาอบรมขึ้นในประเทศไทย (สัมภาษณ์คุณมณฑกา ธีรชัยสกุล, กรกฎาคม ๒๕๔๘) ซึ่งต้องติดตามผลการดำเนินงานกันต่อไป

ระบบการศึกษาแพทย์จีนและแพทย์อายุรเวท: บทเรียนเพื่อจัดระบบการศึกษาภูมิปัญญาไทย

การแพทย์จีนและแพทย์อายุรเวทของอินเดียถือได้ว่าเป็นระบบการแพทย์นอกกระแสหลักที่มีความเข้มแข็งและได้รับการยอมรับสูง ในส่วนนี้จะกล่าวถึงระบบการจัดการศึกษาของการแพทย์ ๒ แบบนี้โดยสังเขป เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการเสนอยุทธศาสตร์การจัดระบบการศึกษาภูมิปัญญาไทยต่อไป

ระบบการศึกษาการแพทย์จีนในจีนแผ่นดินใหญ่

การแพทย์จีนถือว่าเป็นระบบการแพทย์นอกกระแสหลักที่เก่าแก่และมีความเข้มแข็งสมบูรณ์มากที่สุดระบบหนึ่งที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก ด้วยความจำเป็นทางสังคมและการเมือง

(ดูรายละเอียดใน วิทิต วัณนาวิบูล, ๒๕๓๗; เปรม ชินวันทนานนท์ และคณะ, ๒๕๔๗) ทำให้การแพทย์จีนได้รับการพัฒนาและสืบทอดองค์ความรู้มาอย่างต่อเนื่องมั่งคง ปัจจุบันมีมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนที่ผลิตแพทย์จีนประเภทต่างๆ ทั้งในระดับปริญญาและต่ำกว่าปริญญา ๒๖ แห่ง โดยหลักสูตรปริญญาตรีจะใช้ใช้เวลาเรียน ๕ ปี และต้องฝึกงานอีก ๑ ปี จึงจะมีสิทธิสอบใบประกอบโรคศิลปะ (ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, ๒๕๔๗: ๕๔) นอกจากนี้ยังมีสถาบันวิจัยและพัฒนาการแพทย์จีนประมาณ ๑๗๐ แห่ง ผลิตงานวิจัยออกมากว่า ๖๐๐ เรื่อง ด้านการรักษามีทั้งเปิดให้บริการในโรงพยาบาลร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันและโรงพยาบาลที่เปิดรักษาด้วยการแพทย์จีนโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตามการแพทย์จีนก็ยังได้รับความนิยมน้อยกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน คือมีการใช้ประมาณร้อยละ ๔๐ สำหรับการเจ็บป่วยทั่วๆ ไป และสัดส่วนการใช้จะน้อยลงอีกในโรคที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น (เปรม ชินวันทนานนท์ และคณะ, ๒๕๔๗: ๑๔๖-๗)

ระบบการจัดการศึกษาของการแพทย์จีนเข้มแข็งมาก มีหลักสูตรหลากหลายให้เรียนทั้งแบบเต็มเวลา ๕ ปี มีหลักสูตรผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาให้ศึกษาเพิ่มเติม หลักสูตรที่จัดขึ้นให้กับชาวต่างชาติโดยเฉพาะในระดับปริญญาโทและเอก มีหลักสูตรต่อเนื่อง ๒-๓ ปี สำหรับผู้ที่จบแพทย์ตะวันตกมาแล้ว และมีหลักสูตรที่ผสมผสานแพทย์ทั้งสองระบบให้เลือกเรียนด้วย ในหลักสูตรพื้นฐานระดับอุดมศึกษาของแพทย์แผนจีนและแผนตะวันตกได้กำหนดให้เรียนปรัชญาและหลักพื้นฐานของการแพทย์อีกระบบหนึ่งด้วยเพื่อให้เข้าใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรการแพทย์จีนเบื้องต้นเพื่อผลิตเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นในชนบท และรัฐบาลยังสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ชนเผ่าของชาวไท ทิเบต มองโกเลีย และซินเกียง ให้สืบทอดใช้ในชุมชนของชนเผ่านั้นๆ ด้วย ความนิยมในการแพทย์จีนได้ส่งผลให้มีการเปิดการเรียนการสอนและอบรมด้านการแพทย์จีนจำนวนมากในประเทศตะวันตก

ความชัดเจนของระบบการจัดการศึกษาและการพัฒนาการแพทย์จีนที่ได้รับการยอมรับสูงจนหลายประเทศต้องการใช้เป็นต้นแบบนี้ อีกด้านหนึ่งก็ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นเพราะใช้ระบบที่สอดคล้องกับวิธีคิดและวิธีการจัดการศึกษาของประเทศตะวันตกและเป็นการพัฒนาการแพทย์จีนเพียงด้านเดียวจนทำให้วิธีการรักษาที่เคยมีอย่างหลากหลายซึ่งรวมถึงการใช้เวทมนต์คาถาเครื่องลางสิ่งศักดิ์สิทธิ์หายไป เหลือเพียงการแพทย์จีนที่ชัดเจนรูปแบบเดียว นอกจากนี้การแพทย์จีนยังได้รับการสนับสนุนและพัฒนาน้อยกว่าการแพทย์ตะวันตกมากด้วย (Wiseman N, 2000)

ระบบการศึกษาการแพทย์จีนในไต้หวัน

ไต้หวันไม่ได้พัฒนาการแพทย์จีนมาต่อเนื่องเหมือนจีนแผ่นดินใหญ่ ในช่วงที่ญี่ปุ่นปกครองพื้นที่บนเกาะไต้หวัน (ค.ศ. ๑๘๙๕–๑๙๔๕) ได้นำระบบการแพทย์ตะวันตกมาใช้เป็นแนวทางหลักในการแก้ปัญหาสุขภาพ และเมื่อรัฐบาลจีนเข้าปกครองไต้หวันแทนญี่ปุ่น ก็ยังคงใช้นโยบายเดิมที่จะพัฒนาระบบการแพทย์ตะวันตกในการแก้ปัญหาสุขภาพแต่ยังให้ใช้การแพทย์จีนควบคู่ไปด้วย การสืบทอดความรู้แต่เดิมอาศัยการฝากตัวเข้าเป็นศิษย์กับหมอร่วมกับการฝึกฝนเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้การแพทย์จีน

ที่นี่ยังคงมีความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติอยู่มากกว่าในจีนแผ่นดินใหญ่ (Wiseman N, 2000) รัฐบาลได้จัดให้มีการสอบรับรองความรู้ของหมอจีนเหล่านี้โดยไม่ได้กำหนดความรู้พื้นฐานหรือการฝึกอบรมใดๆ ส่งผลให้คุณภาพของหมอและความเชื่อถือของประชาชนลดลง (Chi C, et., 1996) และได้ประกาศยกเลิกระบบการสอบนี้ไปในที่สุดเมื่อต้นปี ค.ศ. ๒๐๐๐

ในช่วงแรกในโรงเรียนแพทย์ตะวันตกในไต้หวันได้มีการสอนแพทย์จีนควบคู่ไปด้วย ต่อมาก็ได้ยกเลิกไปและตั้ง China Medical College ขึ้นสอนแพทย์จีนเป็นการเฉพาะเมื่อ ค.ศ. ๑๙๖๖ โดยผู้เรียนต้องศึกษาจนจบหลักสูตรการแพทย์ตะวันตกก่อนแล้วจึงเรียนการแพทย์จีนเพิ่มอีก ๙๐ หน่วยกิต รวมเวลาเรียนและฝึกงานทั้งสิ้น ๗ ปี จึงมีสิทธิ์สอบรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หลักสูตรการเรียนแพทย์จีนที่นี่เมื่อเทียบกับจีนแผ่นดินใหญ่แล้วถือว่านำวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้น้อยกว่ามาก และเนื่องจากแพทย์จีนที่จบจากมหาวิทยาลัยสามารถสอบใบอนุญาตเป็นแพทย์แผนตะวันตกได้ ในทางกฎหมายแล้วแพทย์จีนไม่ว่าจะจบจากมหาวิทยาลัยหรือสอบตรงจะมีศักดิ์และสิทธิเท่ากัน จึงส่งผลให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยประมาณร้อยละ ๖๐ หันไปประกอบอาชีพเป็นแพทย์ตะวันตก (Wiseman N, 2000) เพราะมีรายได้และมีเกียรติในสังคมสูงกว่า เพื่อแก้ปัญหานี้ ในปี ๑๙๘๔ จึงได้เปิดหลักสูตรสำหรับผู้ที่จบปริญญาตรีให้ศึกษาการแพทย์จีนต่อโดยใช้เวลา ๕ ปี นอกจากนี้ที่คณะแพทย์ของมหาวิทยาลัย Changgung ก็ได้เปิดสอนการแพทย์จีนขึ้น แต่เน้นการประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ร่วมไปด้วย ระบบการศึกษาแพทย์จีนในปัจจุบันจึงกำลังพัฒนาโดยใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมากขึ้น และมุ่งสู่ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้นด้วย เช่น โรคเด็ก อายุรกรรม สูตินรีเวช อุบัติเหตุ ฝังเข็ม เป็นต้น

ไต้หวันมีแพทย์จีนอยู่เพียง ๑ ใน ๑๐ ของแพทย์แผนปัจจุบันในขณะที่จีนแผ่นดินใหญ่มีประมาณ ๑ ใน ๓ (Wiseman N, 2000) ส่วนใหญ่ทำงานในคลินิกมากกว่าในโรงพยาบาล ข้อมูลในปี ๑๙๙๒ พบว่าโรงพยาบาลที่เปิดรักษาด้วยการแพทย์จีนมีทั้งหมด ๙๒ แห่ง มีไม่ถึงร้อยละ ๒๐ ที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันเปิดรวมอยู่ด้วย Chi C และคณะ (1996) ตั้งข้อสังเกตว่าหลังจากที่ระบบประกันสุขภาพของไต้หวันเปิดโอกาสให้เบิกค่ารักษาจากการแพทย์จีนได้ ส่งผลให้มีคนใช้บริการจากแพทย์จีนเพิ่มขึ้น มีคลินิกแพทย์จีนเปิดเพิ่มขึ้น และอุตสาหกรรมยาจีนสำเร็จรูปก็เติบโตขึ้นอย่างชัดเจนเช่นกัน ในส่วนของการบริหารจัดการด้านแพทย์และเภสัชกรรมแผนจีนของไต้หวันได้รับการพัฒนามาเป็นลำดับ และนับตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๕ เป็นต้นมาได้อยู่ภายใต้การดูแลของ Committee on Chinese Medicine and Pharmacy ในกระทรวงสุขภาพ[๕]

ระบบการศึกษาแพทย์อายุรเวทของอินเดีย

ก่อน ค.ศ. ๑๙๗๐ การจัดการศึกษาการแพทย์อินเดียอยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละรัฐ ส่งผลให้มีมาตรฐานที่แตกต่างกันมากในการผลิตแพทย์ ต่อมาในปี ๑๙๗๐ รัฐบาลกลางอินเดียได้ออกกฎหมายชื่อ

---

[๕] ศึกษารายละเอียดการดำเนินงานของหน่วยงานได้ที่ http://www.ccmp.gov.tw/index-e/1.htm

Indian Medicine Central Council Act เพื่อให้มีองค์กรกลางรับผิดชอบดูแลการแพทย์อินเดีย โดยใช้ชื่อว่า สภากลางการแพทย์อินเดีย (Central Council of Indian Medicine, CCIM) อยู่ภายใต้กระทรวงสุขภาพและความผาสุขของครอบครัว (Ministry of Health & Family Welfare) โดยมีกระบวนการเลือกตัวแทนของแพทย์แต่ละระบบมาทำงานร่วมกันอย่างรัดกุม สภากลางมีหน้าที่กำหนดมาตรฐานการศึกษาการแพทย์อินเดีย ซึ่งประกอบด้วย อายุรเวท (Ayurveda), สิทธา (Siddha), และยูนานิ (Unani Tibb) และมีหน้าที่ให้คำแนะนำรัฐบาลกลางในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับแพทย์อินเดีย รวมทั้งเป็นนายทะเบียนกลาง กำหนดมาตรฐานและดูแลด้านจริยธรรมของการปฏิบัติวิชาชีพของแพทย์แผนอินเดียแต่ละระบบอีกด้วย

จากกฎหมายดังกล่าวส่งผลให้การจัดระบบระบบการศึกษาแพทย์อายุรเวทของอินเดียในปัจจุบันมีมาตรฐานเดียวคือต้องผ่านการศึกษาในสถาบันการศึกษาทั้งหมด (ดูรายละเอียดใน www.ccimindia.org) โดยสถาบันที่ผลิตบุคลากรเหล่านี้ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ที่สภากลางกำหนดขึ้น เช่น มาตรฐานขั้นต่ำและข้อกำหนดสำหรับวิทยาลัยอายุรเวทและโรงพยาบาลของวิทยาลัย ข้อกำหนดสำหรับการจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา รวมทั้งแผนการสอน เช่น Syllabus for Ayurvedacharya course, Syllabus for post-graduate course of Ayurveda, Indian Medicine Central Council (Postgraduate Ayurveda Education) Regulations, 2005 เป็นต้น

การศึกษาแพทย์อายุรเวทเป็นการศึกษาในระดับปริญญาตรี ผู้ที่จะเข้าเรียนได้ต้องสำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสายวิทยาศาสตร์หรือเทียบเท่ามาก่อน หรือนักเรียนที่ผ่านหลักสูตรเตรียมความพร้อม Pre Ayurvedic course ๑-๒ ปีมาแล้ว ใช้เวลาศึกษาตลอดหลักสูตร ๕ ปีครึ่ง จำนวนนักศึกษาที่แต่ละสถาบันจะรับได้ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงในโรงพยาบาลของวิทยาลัย โดยกำหนดสัดส่วนไว้ที่ ๓ เตียง รับนักศึกษาได้ ๑ คนต่อปี ในการเรียนจะเรียนเนื้อหาการแพทย์อายุรเวทไปเป็นขั้นๆ แล้วมีการจัดสอบโดยใช้ข้อสอบมาตรฐานร่วมกันครั้งละ ๖ วิชา รวม ๓ ครั้ง ห่างกันช่วงละ ๑ ปีครึ่ง จากนั้นจึงมีสิทธิฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ (internship) อีก ๖–๑๒ เดือน ก่อนจบ เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับปริญญาตรีทางอายุรเวท ที่เรียกว่า Ayurvedacharya (Bachelor of Ayurvedic Medicine and Surgery)

มาตรฐานการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษาเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญทางแพทย์อายุรเวทด้านต่างๆ 22 สาขา กำหนดโดยสภากลางเช่นเดียวกัน ผู้ที่จะเข้าศึกษาต้องจบปริญญาตรีด้านแพทย์อายุรเวท เนื้อหาที่เรียนมีทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติที่เฉพาะทางยิ่งขึ้น และต้องประยุกต์เข้ากับวิชาการสมัยใหม่ได้ ใช้เวลาศึกษาอย่างน้อย ๓ ปี โดยผู้เรียนต้องทำวิทยานิพนธ์ ๑ เรื่อง ด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในวงการวิชาการสามารถลงตีพิมพ์ในวารสารได้ เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับคุณวุฒิ M.D.-Ayurveda. หรือ M.S.-Ayurveda ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชนที่เปิดสอนอายุรเวทระดับปริญญาตรีและ/หรือบัณฑิตศึกษาที่ได้รับการรับรองจากสภากลางกระจายอยู่ใน ๒๓ รัฐของอินเดียรวม ๒๒๑ แห่ง

การจัดการเรียนการสอนอายุรเวทที่มีมาตรฐานชัดเจนนี้ส่วนหนึ่งได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เข้าถึงศาสตร์ด้านอายุเวทได้จริง ไม่มีการซึมซับมิติทางจิตวิญญาณที่ถ่ายทอดจากครูสู่ศิษย์อย่างเช่นในอดีต ผู้ที่สำเร็จการศึกษาแล้วจำนวนไม่น้อยที่สั่งจ่ายยาแผนปัจจุบัน

ให้กับคนไข้ ส่วนผู้ที่สนใจที่นำไปใช้อย่างจริงจังต้องไปขอฝึกงานเพิ่มเติมเองจากหมอที่มีความสามารถมีประสบการณ์ ภายใต้ระบบนี้ผู้เรียนจำนวนไม่น้อยคือผู้ที่ไม่สามารถสอบเข้าเรียนแพทย์แผนปัจจุบันได้ (จากการสัมภาษณ์คุณธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์) ความเป็นวิทยาศาสตร์ของอายุรเวทที่ศึกษาวิจัยก็เน้นด้านสารสำคัญในตัวยาสมุนไพรเป็นหลัก ทอดทิ้งมิติด้านอื่นที่ศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ได้ยากไป

จากระบบการจัดการศึกษาการแพทย์จีนในประเทศจีนและไต้หวัน และการแพทย์อายุรเวทในอินเดีย จะเห็นได้ว่าทุกประเทศพยายามปรับรูปแบบการจัดการศึกษาของตนให้มีมาตรฐาน อิงอยู่กับวิธีการจัดการศึกษาแบบตะวันตก ซึ่งมีความชัดเจน เป็นระบบ และสอดคล้องกับระบบการศึกษาที่กำลังใช้อยู่ แต่ขณะเดียวกันการจัดการศึกษาแบบนี้ได้ลดทอนองค์ความรู้และคุณค่าของภูมิปัญญาที่ไม่สามารถถ่ายทอดเรียนรู้ด้วยการเรียนลักษณะนี้ได้ ภูมิปัญญาที่เป็นมิติด้านอารมณ์ ความรู้สึก คุณธรรม จริยธรรม จิตวิญญาณและอำนาจเหนือธรรมชาติมักถูกละเลยไป ทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์ท้องถิ่นบางด้านเท่านั้นที่ถูกดึงเข้าสู่ระบบการเรียนรู้

นักการศึกษาส่วนใหญ่ตระหนักดีถึงข้อจำกัดนี้ แต่มักยอมจำนนเพราะไม่เห็นว่ามีวิธีการอื่นใดที่ดีกว่านี้ ระบบการเรียนรู้ในสถาบันการศึกษาถูกพัฒนาให้เหมาะสมกับการเรียนวิชาความรู้แบบตะวันตกที่ความรู้บันทึกอยู่ในตำรา แต่สำหรับภูมิปัญญาตะวันออกยังองค์มีความรู้อีกชุดหนึ่งที่อยู่เหนือตำราและประสาทสัมผัส แต่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความเชื่อและวิถีชีวิตของชุมชน การกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพของไทย จึงควรต้องวิเคราะห์ไปถึงระดับกระบวนทัศน์ที่เป็นรากฐานขององค์ความรู้นี้ เพื่อสร้างรูปแบบที่เหมาะสมในการสืบทอดเรียนรู้ภูมิปัญญาของตน และใช้วิธีการจัดการศึกษาในกระแสหลักได้อย่างเหมาะเท่าทันไม่ถูกครอบงำจนยอมให้องค์ความรู้ของตนสูญหาย

ความแตกต่างของกระบวนทัศน์: ข้อพึงพิจารณาก่อนจัดระบบการศึกษาภูมิปัญญาไทย

ความแตกต่างในกระบวนทัศน์[๖] นำไปสู่ความเข้าใจโลก ชีวิต และสุขภาพที่ต่างกัน จุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อที่เราเชื่อว่าเป็นความจริงอย่างยิ่งกลับเป็นสิ่งที่ไม่มีอยู่จริงเลยในอดีต หมอจีนรักษาโรคติดเชื้อจำนวนมากให้หายขาดได้โดยไม่ต้องรู้จักเชื้อโรคเลย ในขณะที่เส้นลมปราณที่ใช้ฝังเข็มหรือเส้นประธาน ๑๐ ในการนวดไทยก็ไม่มีอยู่จริงในการรับรู้ของคนยุคนี้ ความจริงเกี่ยวกับโรค วิธีรักษาโรค และการหายจากโรคจึงเป็นความจริงเฉพาะเมื่ออยู่ภายใต้กระบวนทัศน์นั้นๆ เท่านั้น ความแตกต่างของกระบวนทัศน์ในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมกับระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ จึงเป็นจุดที่มี

[๖] กระบวนทัศน์ในที่นี้หมายถึงชุดของแนวคิด คุณค่า การรับรู้ และความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติที่ชุมชนหนึ่งๆ ยึดถือร่วมกัน ซึ่งเป็นตัวกำหนดทัศนะต่อความจริงและแนวทางในการแสวงหาความรู้ ความจริงของชุมชนนั้น (Kuhn T, 1970: 175; Guba E, 1990: 18; Capra F, 1986 อ้างใน Capra F, 1997: 5-6)

ความสำคัญสูงมากและเป็นจุดที่ต้องทำความเข้าใจในเบื้องต้นก่อนที่จะพัฒนาระบบการศึกษาหรือระบบใดๆ

สังคมปัจจุบันได้ทำให้เราคุ้นเคยอยู่กับกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์แบบกลไกของนิวตัน ที่เชื่อว่าความจริงจะต้องจับต้องหรือวัดออกมาให้เห็นได้อย่างชัดเจน ทำซ้ำได้เหมือนเดิม หากวัดเป็นตัวเลขได้ยิ่งดี พยายามอธิบายสิ่งต่างๆ อย่างเป็นกลไก ศึกษาแยกย่อยลดส่วนลงไปเรื่อยๆ จะยกย่องการใช้เหตุผลและดูถูกการใช้อารมณ์ความรู้สึก ระบบสุขภาพที่ดีภายใต้กระบวนทัศน์นี้จึงต้องเป็นระบบที่มีโครงสร้างและกลไกที่แน่นอน โรคต้องสามารถชี้ความบกพร่องออกมาเป็นตัวเลขหรือภาพที่ชัดเจน ต้องสามารถอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยาได้อย่างแม่นยำ มีเหตุผลประกอบให้กับการรักษาทุกอย่างและสามารถใช้ได้อย่างเป็นสากลกับคนทุกเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ ตรงตามหลักการที่กระบวนทัศน์เชิงกลไกกำหนดไว้ทั้งสิ้น

แต่เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพแบบเดิมตั้งอยู่บนคนละกระบวนทัศน์กับที่กล่าวมา จึงมีความจริงและคำอธิบายความเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไป ซึ่งอาจสื่อสารกันไม่ได้เลยกับคนที่อยู่ในกระบวนทัศน์แบบกลไกในปัจจุบัน เมื่อสังคมใช้กระบวนทัศน์เชิงกลไกในปัจจุบันเป็นเกณฑ์ คำอธิบายความเจ็บป่วยในอดีตจึงอาจกลายเป็นความงมงาย ไร้สาระ ไม่มีเหตุผล หรือเข้าใจไม่ได้ สิ่งที่เกิดขึ้นขณะนี้คือ เราไม่เข้าใจสิ่งที่เขียนไว้ในตำรายาไม่ว่าจะเป็น ชื่อโรค (เช่น โรคกระษัย ไข้หงระทด) คำอธิบายเกี่ยวกับร่างกาย (เช่น ไฟสำหรับร้อนระส่ำระสาย (ปริทัยมัคคี) เยื่อในกระดูก) อาการเจ็บป่วย (เช่น เส้นท้องตึง เถาดาน) รสของยา (เช่น รสสุขุม รสเมาเบื่อ เป็นต้น) รวมทั้งไม่สามารถเข้าใจคำอธิบายไข้จักรสูตร ในคัมภีร์ตักกะศิลา ที่ว่า “...*ต่อพระจันทรขึ้นทำพิษให้สลบ ถ้าพระจันทรไม่ขึ้นพิษถอยลง*” (กระทรวงศึกษาธิการ, ๒๕๔๒: ๖๙๙) เพราะไม่เข้าใจว่าการขึ้นของดวงจันทร์จะสัมพันธ์กับอาการป่วยได้อย่างไร ขณะเดียวกันข้อมูลที่วงการแพทย์อธิบายอาการ “ของขึ้น” ของคนที่สักลิงลม ก็ดูจะไร้สาระหรือใช้ไม่ได้เลยในสายตาชาวบ้าน ยังไม่นับการไม่สามารถอธิบายเรื่องการเสกตะปูเข้าท้องหรือผลที่เกิดขึ้นจากการฝังเข็ม หรือใช้เวทมนต์อีกด้วย

ความไม่เข้าใจในความแตกต่างของกระบวนทัศน์ยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนาภูมิปัญญาไทย ทำให้ผู้ทำงานซึ่งเคยชินอยู่กับกระบวนทัศน์ใหม่ไม่เข้าใจพฤติกรรมบางอย่างของตัวหมอ เช่น ทำไมหมอไม่บันทึกตำรับยาให้ละเอียด ทำไมไม่มาตรวจรักษาหรือสอนที่โรงพยาบาล หรือทำไมทำงานร่วมกับหมอคนอื่นไม่ได้ เป็นต้น หลายๆ ครั้งก็ไม่เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ทำไมถึงยอมเสียเงินมากมายเพื่อจ้างหมอลำผีฟ้ามารักษาซึ่งแพงกว่าการรักษาที่โรงพยาบาลมาก รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาในการวิจัยตำรับยาไทยมากมาย เช่น ไม่รู้ขนาดหรือวิธีใช้ที่ชัดเจนของยา (เพราะบอกเพียงคร่าวๆ เช่น เอาทั้ง ๕ ต้มน้ำดื่ม) ไม่รู้ตำรับที่ชัดเจน (เพราะปรับเปลี่ยนตัวยาได้ตลอด) รวมทั้งไม่เห็นความสำคัญของเคล็ดหรือคาถาที่ใช้เมื่อเก็บยาหรือเตรียมยา เป็นต้น

ปัญหาการจัดระบบและกลไกด้านการศึกษาเพื่อสืบทอดภูมิปัญญาสุขภาพไทยจำนวนไม่น้อยจึงสืบเนื่องมาจากความไม่เข้าใจเรื่องกระบวนทัศน์ เป็นปัญหาของกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์แบบกลไกที่แฝงฝังอยู่ในระบบการศึกษาและระบบอื่นๆ จนทำให้เกิดเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาภูมิปัญญาไทย เช่น

- *ความไม่เข้าใจในองค์ความรู้ของการแพทย์ไทย* ทำให้เราหลงตั้งคำถามที่คนในอดีตไม่เคยถาม เช่น สมุนไพรตำรับนี้มีสารสำคัญอะไร โรคนี้เกิดจากเชื้อใด และไม่ตั้งคำถามในสิ่งที่คนในอดีตเคยถาม เช่น ต้องไปหาหมอจากทิศใดรักษาจึงจะดี (ทำให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ของหมอดูกับหมอยา) ความแตกต่างนี้ส่งผลให้คนยุคนี้ไม่สามารถเข้าใจเรื่องราวหลายอย่างในตำราได้ เช่น ไม่เข้าใจหลักที่ใช้จัดหมวดหมู่อวัยวะในร่างกาย เพราะเหตุใดจึงจัดอาหารเก่าและอาหารใหม่ว่าเป็นอวัยวะของร่างกาย แต่ทำไมไม่จัดมดลูกหรือกระเพาะอาหารว่าเป็นอวัยวะ ความไม่เข้าใจเหล่านี้ทำให้คนยุคนี้เชื่อถือตำราหรือข้อมูลจากหมอยาลดลง และมีผลต่อการคัดเลือกเนื้อหาที่จะสอนหรือจะสืบทอดไว้ในระบบการศึกษาด้วย ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์, ๒๕๔๗) ที่เนื้อหาในส่วนที่เป็นแก่นของวิชาชีพที่กำหนดให้เรียนในระดับ ปวส. และปริญญา มีเนื้อหาที่ต้องเรียนเท่ากันคือ ๔๖ หน่วยกิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรู้ส่วนที่เป็นแก่นของวิชาชีพไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งมากกว่าที่นี้เลย

- *การไม่เห็นคุณค่าของคุณธรรมและพิธีกรรม* เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถวัดออกมาให้ชัดเจนได้ ภายใต้กระบวนทัศน์แบบกลไกแล้วจะถือว่าเป็นความจริงน้อยกว่า เมื่อนำมาจัดระบบการศึกษาจึงให้ความสำคัญกับเรื่องเหล่านี้น้อยกว่าสิ่งที่จับต้องได้ เช่น เทคนิคการรักษาหรือตัวยาสมุนไพร และไม่สนใจเคล็ดหรือพิธีกรรมที่หมอในอดีตถือ เช่น ต้องมีศีล ถือคำสัตย์ สวดมนต์ทำวัตรเป็นประจำ ไม่ลอดใต้ถุนบ้านหรือราวตากผ้า ไม่กินอาหารในงานศพ ถือฤกษ์ยาม เป็นต้น การละเลยเห็นได้อย่างชัดเจนจากเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์อีกเช่นกัน ที่ไม่มีการกำหนดเนื้อหาหรือกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมลงในหลักสูตรไว้อย่างชัดเจน เพียงแต่ระบุให้สอดแทรกไว้ในเนื้อหาของวิชาต่างๆ

- *การไม่เห็นแนวทางอื่นในการพัฒนาระบบการศึกษาภูมิปัญญาไทย* เพราะเคยชินอยู่กับการแก้ไขปัญหาด้วยเทคนิคหรือวิธีการที่กำหนดโดยกระบวนทัศน์ขณะนั้น ทำให้รู้สึกว่าระบบที่มีอยู่เป็นวิธีที่ดีที่สุดแล้วในการพัฒนา พร้อมกันนั้นก็เห็นปัญหามากมายของวิธีการเรียนรู้แบบดั้งเดิม การคิดระบบการศึกษาที่ไม่ติดอยู่ในกรอบเดิมจึงเป็นเรื่องยากและท้าทายอย่างมาก การที่มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายให้ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิตกับผู้สำเร็จการศึกษาแพทย์แผนไทยแทนที่จะเป็นวิทยาศาสตรบัณฑิต หรือเลือกผู้เรียนที่เป็นทายาทของหมอพื้นบ้านแทนที่จะคัดจากผู้ที่สอบคัดเลือกได้คะแนนสูงอย่างเดียว ถือเป็นตัวอย่างหนึ่งของการท้าทายกรอบความคิดเดิมที่มีอยู่

บริบททางสังคมกับระบบการศึกษาภูมิปัญญาไทย

การที่กระแสโลกเป็นพลังผลักดันสำคัญทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้รับการพูดถึงและยอมรับมากขึ้นในยุคนี้ กระแสนี้ก็ได้มีคำตอบสำเร็จรูปที่กำหนดทิศทางการพัฒนาให้กับภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้แล้ว การหมุนไปของโลกภายใต้แนวคิดทุนนิยมบริโภคนิยมที่สอดรับกันอย่างดีกับวิทยาศาสตร์แบบกลไก ได้ขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เติบโตขึ้นในฐานะของสินค้าและบริการชิ้นใหม่ที่ขายได้ ไม่

เว้นแม้แต่ในระบบการศึกษาก็ผลักให้หลักสูตรการแพทย์แผนไทยถูกแปรไปเป็นสินค้าในธุรกิจการศึกษา ปรับโฉมหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาด เพื่อเสนอขายให้กับคนที่สนใจโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพและคุณธรรมของหมอไทยที่ควรมี เห็นได้จากหลักสูตรอบรมที่ได้รับการรับรองมาตรฐานไปแล้วมักเน้นที่การนวดเพื่อผ่อนคลายหรือใช้เสริมความงามเป็นหลัก นำการนวดไทยมาใช้เพิ่มขนาดทรวงอก หรือนำสรรพคุณฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศมาเป็นจุดขาย แม้ว่าการจัดการเรียนการสอนจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการของคนในสังคม แต่ขณะเดียวกันสถาบันโดยเฉพาะระดับอุดมศึกษาก็ต้องมีจุดยืนที่ชัดเจนชี้นำสังคมให้รู้เท่าทันกระแสโลก และสามารถสืบทอดพัฒนาภูมิปัญญาไทยต่อไปได้

นอกจากกระแสโลกแล้วความคาดหวังของสังคมต่อภูมิปัญญาสุขภาพไทยยังถูกกำหนดด้วยความคุ้นเคยในการรักษาด้วยวิธีการแผนปัจจุบัน ทุกวันนี้คนต้องการใช้ยาไทยในลักษณะเดียวกับยาแผนปัจจุบัน คือ เป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้สะดวก หายเร็ว ราคาถูก และมีมาตรฐานสูง ซึ่งการรักษาด้วยภูมิปัญญาไทยอาจตอบสนองความคาดหวังนี้ได้เพียงไม่กี่ข้อ แต่มีคุณค่าอย่างอื่นที่การรักษาแผนปัจจุบันไม่มี เช่น เป็นการเยียวยาอย่างเป็นองค์รวม มีความอบอุ่นเข้าถึงธรรมชาติของชีวิตและจิตวิญญาณ หากในกระบวนการพัฒนาภูมิปัญญาไทยไม่สร้างคุณค่าในส่วนนี้ให้เด่นขึ้น ยังคงทุ่มเทวิจัยหาสารสำคัญ พัฒนารูปแบบให้ทันสมัยอยู่ด้านเดียว อาจกล่าวได้ว่าไม่มีทางที่ภูมิปัญญาสุขภาพไทยของเราจะเป็นไทได้ มูลค่าน้อยนิดของสมุนไพรเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านเทคโนโลยีการสกัดสารและส่วนผสมอื่นที่แพงมากในผลิตภัณฑ์สมุนไพร ก็แสดงให้เห็นความไม่สามารถเป็นไทของภูมิปัญญาไทยได้เป็นอย่างดี

นโยบายรัฐเป็นอีกบริบทหนึ่งที่สำคัญมากต่อการพัฒนาระบบการศึกษา ความแตกต่างอย่างมากของการแพทย์จีนในจีนแผ่นดินใหญ่และไต้หวัน และระบบการศึกษาแพทย์อายุรเวทก่อนและหลังการตั้งสภากลางการแพทย์อินเดียเป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นอิทธิพลนี้ได้ชัดเจนมาก ปัจจุบันรัฐบาลไทยให้ความสนใจพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยมากขึ้น แต่เป้าหมายยังคงมุ่งไปที่การวิจัยและพัฒนาโดยใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อประโยชน์ทางการค้าเป็นหลัก ยังไม่สนใจที่จะพัฒนาตัวองค์ความรู้ซึ่งต้องมีระบบการศึกษาที่ดีเป็นพื้นฐาน หากไม่สามารถชี้ให้ภาครัฐเห็นคุณค่าเชิงวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่มีอยู่ในภูมิปัญญาไทยเพื่อกลับมาพัฒนาด้านนี้ให้เข้มแข็ง ไม่ช้าความภาคภูมิใจในภูมิปัญญานี้คงหมดไป ประเทศไทยคงเป็นได้เพียงแหล่งปลูกวัตถุดิบสมุนไพรของนายทุนจากบริษัทข้ามชาติเท่านั้น

แนวคิดเพื่อการบริหารจัดการระบบการจัดการศึกษาภูมิปัญญาไทย

ในการจัดการระบบ โครงสร้าง และกลไกด้านการศึกษา เพื่อพัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาสุขภาพไทย เพื่อความเป็นไท ควรดำเนินงานภายใต้แนวคิดหลัก ๕ ข้อ ต่อไปนี้

๑. ทำความเข้าใจความแตกต่างของกระบวนทัศน์

การทำความเข้าใจเรื่องกระบวนทัศน์และตระหนักในความแตกต่างที่มีในระดับกระบวนทัศน์จะเป็นจุดแรกที่ช่วยสร้างความเข้าใจกัน และทำให้เกิดการยอมรับในความแตกต่างในมุมมองต่อความจริง ช่วยให้เห็นคุณค่าของภูมิปัญญาไทยโดยไม่ต้องใช้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์แบบกลไกตัดสิน ซึ่งจะช่วยให้พัฒนาภูมิปัญญาไทยได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยรู้จักและเท่าทันการพัฒนาด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สามารถเลือกนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาไทยได้อย่างเป็นไท

๒. เร่งรวบรวมทำความเข้าใจความรู้เดิมและสร้างความรู้ใหม่

การขาดช่วงการสืบทอดความรู้นอกจากทำให้ขาดความเข้าใจที่ลึกซึ้งในองค์ความรู้แล้ว ความรู้ที่มีอยู่เดิมก็ขาดหายและร่อยหรอลงไปตามการร่วงโรยของชีวิตหมอไทยและหมอพื้นบ้าน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรีบรวบรวมและสังคายนาองค์ความรู้กันใหม่ (ต้องทำภายใต้การตระหนักถึงความแตกต่างในกระบวนทัศน์) พร้อมกับหาวิธีสร้างความรู้ใหม่จากการรวบรวมประสบการณ์ที่ได้จากการใช้ศาสตร์การแพทย์ไทยและภูมิปัญญาพื้นบ้านดูแลผู้ป่วยจริงๆ ซึ่งต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบรู้จักนำความรู้และเทคโนโลยีมาเป็นเครื่องมือในการทำงาน เช่น เทคนิคการจัดการความรู้ (Knowledge management) การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อจัดทำฐานข้อมูล เป็นต้น

๓. พัฒนาไปสู่ความหลากหลาย

จีนหลังจากทอดทิ้งภูมิปัญญาสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและสิ่งเหนือธรรมชาติไประยะหนึ่ง ก็ได้กลับมาสนับสนุนให้อนุรักษ์และพัฒนาภูมิปัญญาสุขภาพของแต่ละชนเผ่าไว้ ส่วนระบบการศึกษาที่มีอยู่ก็พยายามพัฒนาให้หลักสูตรหลากหลายเหมาะกับคนแต่ละกลุ่มมากขึ้น การกำหนดแนวทางการพัฒนาที่มุ่งไปเพียงด้านใดด้านหนึ่งจะทำให้ความหลากหลายที่มีอยู่ในสังคมลดลง ดังนั้นการกำหนดมาตรฐานในการจัดการศึกษาที่เข้มงวด อาจนำไปสู่การศึกษาที่คับแคบที่ตอบสนองความต้องการของคนเพียงบางกลุ่มในสังคม ในที่สุดจะทำให้คนกลุ่มน้อยที่มีโอกาสเลือกน้อยอยู่แล้วต้องไร้ทางเลือกในที่สุด การจะพัฒนาระบบการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทยซึ่งอยู่ในฐานะอีกทางเลือกในการดูแลสุขภาพ จึงควรมุ่งเป้าพัฒนาไปสู่ความหลากหลาย เพื่อยังคงสถานภาพการเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของคนไทยไว้ ซึ่งอาจพอเป็นความหวังให้คนไทยได้เป็นไทด้านสุขภาพบ้าง

๔. พัฒนาภายใต้อัตลักษณ์ (Identity) และความภาคภูมิ (Dignity) ในความเป็นไทย

ภูมิปัญญาสุขภาพไทยเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมอันล้ำค่าของบรรพบุรุษที่คนไทยควรภาคภูมิใจเป็นเครื่องบ่งบอกถึงวิธีคิดและตัวตนของคนไทย ดังคุณค่าของยาหอมไม่ได้อยู่ที่การแก้ลมวิงเวียนเท่านั้น แต่อยู่ที่ความประณีตในการเตรียม อยู่ที่กลิ่นหอมเย็น และรสชาติชุ่มชื่นใจที่ชาติอื่นใดไม่มี เมื่อใดยาหอมถูกสกัดให้เหลือเพียงสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ทำเป็นเม็ดไร้สีและกลิ่นใช้สะดวกออกฤทธิ์เร็ว เมื่อนั้นคงไม่

เหลือให้ภาคภูมิใจว่าเป็นยาหอมของไทยอีกต่อไป (วิชิต เปานิล และคณะ, ๒๕๔๘) กระบวนการพัฒนาใดๆ รวมถึงการจัดระบบการศึกษาจึงต้องทำภายใต้ความรู้สึกรักและภาคภูมิใจในความเป็นตัวตนของไทยที่ชาติอื่นไม่มี มิใช่เห็นแต่ข้อจำกัดข้อบกพร่องของตนเองหรือคอยหวังถึงวันที่จะเป็นแบบผู้อื่น

๕. พัฒนาควบคู่ไปกับคุณธรรม และศาสนธรรม

ภูมิปัญญาด้านสุขภาพของไทยถือเป็นความรู้ท้องถิ่น ซึ่งจะต้องมีฐานของศาสนธรรมประกอบอยู่ด้วยเสมอ (นิธิ เอียวศรีวงศ์, ๒๕๔๗: ๕๕) เพราะเป็นกลไกหลักที่ควบคุมจริยธรรมของหมอ เป็นตัวกำกับให้กระบวนทัศน์ของหมอและผู้ขอรับรักษาตรงกัน หลายๆ ครั้งยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยด้วย การพัฒนาระบบการศึกษาภูมิปัญญาด้านนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำควบคู่ไปกับคุณธรรมและศาสนธรรม

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาสุขภาพไทย

ยุทธศาสตร์การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาสุขภาพไทย ควรประกอบด้วย

๑. สร้างกลไกจัดการความรู้และพัฒนาระบบการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย

เพื่อให้มีศักยภาพและความเป็นเอกภาพในการทำงานสร้างองค์ความรู้ จัดระบบการศึกษา และสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการ ควรต้องตั้งผู้รับผิดชอบในการจัดการความรู้และพัฒนาระบบการศึกษาโดยตรงขึ้นมาดำเนินภาระกิจนี้ องค์กรนี้ต้องทำงานโดยไม่ติดกรอบราชการซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการทำงานเชิงรุก เป็นองค์กรแนวใหม่ที่คล่องตัว และรวมคนที่มีฉันทะมาทำงานนี้ด้วยกัน อาจใช้ชื่อว่า “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” (ดูข้อเสนอของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๗: ๓๙) ทำหน้าที่สร้างความรู้ สร้างคน และสร้างชุมชนวิชาการที่เข้มแข็ง ประสานงานกับกรรมการวิชาชีพ สถาบันการศึกษา หน่วยงานรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายหมอพื้นบ้าน และองค์กรชุมชน

ในช่วงแรกหน่วยงานนี้ต้องเร่ง*ศึกษาทำความเข้าใจกระบวนทัศน์และปรัชญาการแพทย์ไทย* แล้วทำให้ทุกภาคส่วนตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงประชาชนทั่วไปได้ร่วมศึกษาเรียนรู้ในเรื่องนี้ ให้เห็นคุณค่าและเข้าใจปรัชญาภูมิปัญญาสุขภาพไทยชัดเจนขึ้น โดยเผยแพร่ข้อมูลผ่านวารสาร เวทีวิชาการ และสื่อมวลชน หรือทำผ่านเงื่อนไขการให้ทุนศึกษาวิจัยภูมิปัญญาไทย นอกจากนี้ยังต้องทำหน้าที่กระตุ้นและประสานกับทุกหน่วยงานรวมทั้งเครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายการจัดการศึกษาภาคประชาชน และพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพภูมิปัญญาไทย (ที่ถึงจะกล่าวต่อไป) เพื่อนำแนวคิดด้านกระบวนทัศน์มาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดระบบการศึกษาและพัฒนาภูมิปัญญาไทยโดยรวมต่อไป

๒. สร้างเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา

ปัจจุบันมีแนวโน้มที่สถาบันอุดมศึกษาจะเปิดหลักสูตรด้านการแพทย์แผนไทยมากขึ้น การสร้างเครือข่ายระหว่างสถาบันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ช่วยเหลือ และทำงานพัฒนาไปด้วยกัน จะช่วยให้ระบบการศึกษาภูมิปัญญาไทยในสถาบันอุดมศึกษาพัฒนาไปได้เร็วขึ้น ประสบการณ์การเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อพัฒนาเป็นหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (ดูยิ่งยง เทาประเสริฐ, ๒๕๔๗-ก; ๒๕๔๗-ข) อาจเป็นแบบอย่างของกระบวนการที่ดีให้สถาบันอื่นนำไปใช้ เนื่องจากระบบการศึกษาควรต้องจัดให้สอดคล้องกับกระบวนทัศน์ เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาเหล่านี้ควรต้องร่วมกันทบทวนและพัฒนาระบบต่างๆ ขึ้นใหม่ที่สอดคล้องกับกระบวนทัศน์ภูมิปัญญาไทย ตั้งแต่การเฟ้นหาผู้ที่สนใจมาเรียน พัฒนาหลักสูตรและเทคนิคการเรียนการสอน การฝึกงาน การพัฒนาคุณธรรมผู้เรียน พัฒนาความรู้ของผู้สอน และพัฒนาวิธีประเมินผลการเรียนที่วัดความเป็นหมอที่ดีไม่ใช่วัดเพียงความรู้

นอกจากด้านที่ประสานงานกันแล้ว แต่ละสถาบันควรได้รับการสนับสนุนให้มีทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจนของตนเอง ซึ่งควรสัมพันธ์และเรียนรู้อย่างใกล้ชิดกับคนในท้องถิ่นเพื่อที่จะผลิตหมอไทยที่เหมาะสมกับการทำงานในพื้นที่ นอกจากนี้แต่ละแห่งควรต้องมองไปถึงความก้าวหน้าทางวิชาการระดับบัณฑิตศึกษาและการเป็นผู้เชี่ยวชาญในสายวิชาชีพ ดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญอย่างหนึ่งในการจัดการศึกษาระดับสูงนี้ คือ ความเข้าใจในกระบวนทัศน์และปรัชญาของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ต้องมีเพิ่มขึ้น มิใช่มุ่งแต่ประยุกต์ใช้วิทยาการสมัยใหม่โดยที่องค์ความรู้พื้นฐานของตนยังไม่ชัดเจน “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” ต้องช่วยสร้างเงื่อนไขสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านนี้เป็นพิเศษด้วย เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันชี้ให้เห็นแนวโน้มว่าสถาบันอุดมศึกษามุ่งวิจัยเพื่อประยุกต์การแพทย์แผนไทย ขณะที่มีการศึกษาองค์ความรู้พื้นฐานการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นไม่มากนัก

๓. สร้างต้นแบบการจัดการศึกษาภาคประชาชน

ต้องมีกระบวนการพัฒนาต้นแบบการจัดการศึกษาเพื่อสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านหรือหมอแผนไทยที่เก่งๆ ไว้ โดยสนับสนุนให้ภาคประชาชนได้เข้ามาจัดการศึกษาอย่างเต็มที่ ควรเป็นการศึกษานอกระบบที่ให้ความสำคัญกับองค์กรท้องถิ่น คุณค่าทางศีลธรรม และมีวิถีการจัดการความรู้แบบพื้นบ้านที่อาจยังคงเอกลักษณ์การสืบทอดแบบฝากตัวเป็นศิษย์กับครูหรืออื่นๆ ไว้ด้วย การพัฒนาต้นแบบนี้ “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” ที่จะตั้งขึ้น ต้องทำหน้าที่สนับสนุนองค์ความรู้ และทุนวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการนี้ โดยควรให้เป็นทุนที่มีระยะเวลาดำเนินการนานพอที่จะเห็นผลงาน เช่น ๓-๕ ปี เพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดการศึกษาที่หลากหลายและสัมพันธ์อยู่กับวัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่น พร้อมๆ กันนั้นก็สร้างเครือข่ายของกลุ่มบุกเบิกเหล่านี้พัฒนาให้เป็นระบบการสืบสานความรู้พื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นและขยายพื้นที่ต่อไป การสนับสนุนการวิจัยอาจตั้งเงื่อนไขให้มีการระดมศักยภาพของชุมชนมาใช้ เช่น ให้วิทยาลัยชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการหรือองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม

และใช้รูปแบบการจัดการศึกษาแบบใหม่ คือ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งเปิดโอกาสให้เทียบโอนวุฒิได้ถึงระดับอุดมศึกษา นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้มีการจัดหลักสูตรศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านในมหาวิทยาลัยเพื่อใช้ศักยภาพของสถาบันอุดมศึกษามาช่วยพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาการยิ่งขึ้น

๔. พัฒนาศูนย์บริการสุขภาพภูมิปัญญาไทย

การให้บริการสุขภาพถือว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการวัดความสำเร็จของการพัฒนาภูมิปัญญาไทย เป็นจุดที่จะเชื่อมต่อและสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นในสังคม รูปแบบศูนย์บริการสุขภาพนี้ควรมีความหลากหลาย ในระดับสถาบันอุดมศึกษาที่สอนด้านนี้ควรต้องมีศูนย์บริการระดับโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งบุคลากร จำนวนผู้ป่วย และเครื่องมือที่รองรับการฝึกงานของนักศึกษาได้ ส่วนสถานศึกษาในระดับรองลงมา รวมทั้งหน่วยจัดการศึกษาภาคประชาชนที่เน้นการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ก็ต้องมีศูนย์บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบการจัดการศึกษาของตน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยที่มีอยู่แล้วตามโรงพยาบาลก็ควรพัฒนาให้เกิดความหลากหลายมากขึ้น เข้าไปเรียนรู้และทำงานร่วมกับชุมชนเพิ่มขึ้น และอาจเชื่อมโยงไปยังสถาบันอุดมศึกษาโดยเปิดรับเป็นสถานที่ฝึกงานให้นักศึกษา “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” ที่จะตั้งขึ้น ควรต้องเข้ามามีบทบาทในการให้ทุนวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาต้นแบบศูนย์บริการสุขภาพเหล่านี้ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการให้ทุนวิจัยควรสร้างเงื่อนไขเพื่อการพัฒนาประกอบไปด้วย เช่น

- การให้บริการที่ศูนย์ฯ ต้องนำเสนอปรัชญาหรือกระบวนทัศน์ของการรักษาแบบนั้นไปด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงความแตกต่างในวิธีคิดที่ใช้ในการรักษาโรค[๗]
- ศูนย์บริการนั้นต้องพัฒนาจนเป็นแหล่งให้การฝึกงานกับนักศึกษาด้านภูมิปัญญาไทยได้ เพื่อกระตุ้นการพัฒนาและเปิดโอกาสให้สถาบันการศึกษาเข้ามาร่วมพัฒนาศูนย์นั้นๆ
- ศูนย์บริการนั้นต้องส่ง case report เดือนละ ๑ เรื่อง ต่อผู้ให้บริการหนึ่งคน แล้วนำ case เหล่านั้นกลับมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพนั้น ด้วยการจัดทำเป็นวารสารเผยแพร่ในเครือข่ายและนำข้อมูลไปศึกษาต่อในระดับที่ลึกยิ่งขึ้น
- ต้องเข้าร่วมอยู่ในเครือข่ายพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพภูมิปัญญาไทย เพื่อดูแลด้านคุณธรรมจริยธรรม และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาไปพร้อมๆ กัน

---

[๗] เช่น ชี้ให้เห็นว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการขาดสมดุลอย่างเรื้อรัง ทำให้ต้องแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นอย่างเป็นองค์รวม จึงไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาเพียงอย่างเดียว ต้องปรับวิถีชีวิต อารมณ์ จิตใจ ต้องใช้เวลา... ข้อมูลเหล่านี้ส่วนหนึ่งควรต้องได้รับการสนับสนุนหรือสร้างความเข้าใจเบื้องต้นโดยสถาบันสุขภาพวิถีไทย

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อบรรลุยุทธศาสตร์มาตรการด้านการศึกษา

การดำเนินกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการองค์ความรู้และระบบการศึกษาข้างต้น สามารถดำเนินการได้ทันที ดังนี้

๑. กำหนดเจ้าภาพดำเนินการเพื่อให้เกิด “สถาบันสุขภาพวิถีไทย” โดยตั้ง “คณะกรรมการประสานงานเพื่อจัดตั้งสถาบันฯ” ที่รวมผู้ที่เกี่ยวข้องด้านนี้เข้ามาช่วยคิดและผลักดัน โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นชุดเลขานุการดำเนินงานประสานงานให้เกิดสถาบันฯ ขึ้น

๒. ระหว่างรอการจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควรเตรียมทำความเข้าใจประเด็นด้านกระบวนทัศน์และเร่งรวบรวมองค์ความรู้เดิมและเสริมสร้างภูมิปัญญาไทยขึ้นใหม่ โดยดำเนินการผ่านกิจกรรมที่กองต่างๆ ทำอยู่แล้ว หรือประสานงานกับนักวิชาการให้ทำงานวิจัยด้านนี้โดยตรง พร้อมทั้งทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลให้คนในวงการทุกฝ่ายรับทราบ

๓. ในช่วงแรกนี้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยการสนับสนุนของ “คณะกรรมการประสานงานเพื่อจัดตั้งสถาบันฯ” ควรจัดหาแหล่งทุนมาทำโครงการนำร่องก่อน โดยอาจขอสนับสนุนจากแหล่งทุนที่มีอยู่แล้ว เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) หรือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น

๔. เริ่มแสวงหาและพัฒนาทีมงานที่จะทำงานร่วมกันในสถาบันฯ เนื่องจากผู้ที่สนใจทำงานนี้ส่วนหนึ่งอาจคุ้นเคยอยู่กับระบบ วิธีคิด และวิธีการแบบราชการ จึงต้องมีระบบพัฒนาบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมในการทำงานแบบใหม่ตามขอบเขตความรับผิดชอบเมื่อตั้งเป็นสถาบันฯ

ข้อเสนอที่กล่าวมาเป็นมาตรการขั้นต้นที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนด้านการศึกษาและพัฒนาความรู้จากภูมิปัญญาไทย แต่กระนั้นยังต้องอาศัยความร่วมมือจากอีกหลายฝ่ายทั้งด้านนโยบายที่ต้องสนับสนุนทรัพยากรและกำหนดทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ช่วยออกระเบียบกฎหมายที่เอื้อต่อการจัดการศึกษา ด้านความรู้ที่ต้องการกำลังและสติปัญญาจากคนในวิชาชีพ นักวิชาการ และสถาบันการศึกษาที่สนใจเรื่องภูมิปัญญาไทยมาอุทิศตัวสร้างความเข้มแข็งให้องค์ความรู้และช่วยกันสร้างหมอไทยรุ่นใหม่ที่มีคุณภาพ และต้องสร้างความยอมรับและให้เกิดการสนับสนุนที่มาจากภาคประชาชนให้ได้ อย่างไรก็ตามจุดสำคัญที่สุดคือทุกฝ่ายต้องตระหนักว่าภูมิปัญญาสุขภาพไทยตั้งอยู่บนฐานกระบวนทัศน์และปรัชญาที่เฉพาะของตน การพัฒนาใดๆ ต้องรู้เท่าทันในความแตกต่างนี้และต้องเกิดจากความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาไทยด้วย

……..

เอกสารอ้างอิง

Capra, F. (1997). *The web of life: a new synthesis of mind and matter*. London: Flamingo.

Central Council of Indian Medicine. (๓๑ สิงหาคม ๒๕๔๘) [ออนไลน์] จาก: http://www.ccimindia.org

Chi C, et. (1996) The practice of Chinese medicine in Taiwan. *Social Science & Medicine*. 43 (9), p. 1329-48.

Committee on Chinese Medicine and Pharmacy, Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, R.O.C. (๑๗ กันยายน ๒๕๔๘) [ออนไลน์] จาก: http://www.ccmp.gov.tw/index-e/1.htm

Guba, E. (1990). Alternative paradigm dialog. in Guba, E. G. ed. *The paradigm dialog.* Newbury Park: Sage Publication.

Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions. 2nd ed., enlarged.* Chicago: The University of Chicago Press.

Struther R. et. al., (2004) Traditional indigenous healing: Part I. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery.* 10, p. 141-149.

Wiseman N. (2000) Education and practice of Chinese Medicine in Taiwan. Speech given at 31st TCM Congress, Rothenburg. June 2000. (๓๑ สิงหาคม ๒๕๔๘). [ออนไลน์] จาก: http://www.paradigm-pubs.com/refs/TAIWAN.htm.

กองการประกอบโรคศิลปะ (๒๕๔๘) *ประวัติกองการประกอบโรคศิลปะ*. (๒๕ สิงหาคม ๒๕๔๘). [ออนไลน์] จาก: http://mrd-hss.moph.go.th/history.html

การแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๘). [ออนไลน์] จาก: http://reg.mfu.ac.th/registrar/program_info.asp

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๘). [ออนไลน์] จาก: http://www.cupt.org/med/information/med_2.doc

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (๒๕๔๗) ทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพสุขภาพวิถีไทย แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการองค์ความรู้. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เภตราคาศ (บก.) *ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. หน้า ๒–๔๘.

คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์. (๒๕๔๗) *เกณฑ์มาตรฐานการรับรองหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงและระดับปริญญาตรี*. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กองการประกอบโรคศิลปะ.

คณะการแพทย์ตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๘). [ออนไลน์] จาก: http://www.rsu.ac.th/oriental_med

คาปร้า, ฟริตจ๊อฟ. (๒๕๓๙), *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม ๑-๓*. (พระประชา ปสนฺนธมฺโม, พระไพศาล วิสาโล, สันติสุข โสภณสิริ และ รสนา โตสิตระกูล, ผู้แปล) กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ (๒๕๒๖) *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ ๘*. กรุงเทพฯ: โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว.

ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง. (๒๕๔๗) ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านนานาชาติ ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์*. นนทบุรี: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

นิธิ เอียวศรีวงศ์. (๒๕๔๗) กระบวนการสร้างความรู้ของชุมชน ใน ภาสกร อินทุมาร (บก.) *ความรู้ท้องถิ่น การจัดการความรู้สู่การจัดการทางสังคม* เชียงใหม่: วิทยาลัยการจัดการทางสังคม.

บุษบา ประภาสพงศ์ และคณะ (บก.). 2542. *แพทยศาสตร์สงเคราะห์: ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกทางวรรณกรรมของชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันภาษาไทย กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ.

ปรีชา อุยตระกูล. (๒๕๔๐). การดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาพยาบาล : กรณีหมอธรรม. ใน ชยันต์ วรรธนะภูติ และฉันทนา บรรพศิริโชติ (บก.) *ระบบความรู้พื้นบ้านปัจจุบัน: การวิจัยและพัฒนา*. กรุงเทพฯ: โครงการศึกษาชาติพันธุ์และการพัฒนา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโครงการศึกษาทางเลือกการพัฒนา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัทมาวดี กสิกรรม (๒๕๔๑) *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เปรม ชินวันทนานนท์ และคณะ. (๒๕๔๗) ทิศทางการนำการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าระบบบริการสุขภาพ ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และประพจน์ เภตราคาศ (บก.) *ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. หน้า ๑๐๑–๑๕๘.

พจีกาญจณ์ จีระเสถียรพงศ์ และรุจินาถ อรรถสิษฐ (บก.). (๒๕๔๗) *บทเรียนหนึ่งปีศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยในชุมชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

ไพเราะ รอดระกำ และคณะ (๒๕๓๗) อายุรเวท: การปรับตัวเพื่อการอยู่รอดของการแพทย์ไทย. ใน เสาวภา พรสิริพงษ์ และ พรทิพย์ อุศุภรัตน์ (บก.) *การบันทึกและถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (๒๕๔๗) หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยฯ *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ (ต.ค ๒๕๔๖– ม.ต. ๒๕๔๗).

ยศ สันตสมบัติ. ๒๕๔๒. *ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ (๒๕๔๗–ก). แนวทางการพัฒนาเพื่อจัดระบบองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน. ใน *รวมบทความทางวิชาการ การแพทย์พื้นบ้านไทย*. ธนิดา ขุนบุญจันทร์, รต.หญิง, รน., (บก.) นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. หน้า๙๙–๑๕๖.

---------- (๒๕๔๗–ข) *วิธีการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา*. เชียงใหม่: วนิดาเพลส.

วิชัย โชควิวัฒน. (๒๕๔๕) การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๓๑–๒๕๔๓ ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และสมชาย มุกสง (บก.) *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า ๕๒–๑๐๓.

---------- (๒๕๔๖) การแพทย์แผนไทยย้อนยุคหรือทันยุค *ใน นโยบายและทิศทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย*. นนทบุรี: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. หน้า ๑๖–๓๙

วิชิต เปานิล, นุศราพร เกษสมบูรณ์ และชาลี ทองเรือง. (๒๕๔๘) *รางานการวิจัยวัฒนธรรมการใช้ยาหอมในสังคมไทย*. กรุงเทพ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๘). [ออนไลน์] จาก: http://www.lannadoctor.com/foredu.php.

วิทิต วัณนาวิบูล. (๒๕๓๗) *ประวัติการแพทย์จีน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์ประสานประชาสังคมและภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย สสจ.ปราจีนบุรี, ๒๕๔๗. *รายงานการวิเคราะห์หลักสูตรการแพทย์แผนไทย*. ปราจีนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี (เอกสารอัดสำเนา)

สถาบันการแพทย์แผนไทย, ๒๕๔๕ *หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของกระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

สภากลางของการแพทย์อินเดีย. (๑ สิงหาคม ๒๕๔๘). [ออนไลน์] จาก: http://www.ccimindia.org

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, ๒๕๓๐. สถานการณ์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน. ใน สุวิทย์ วิบุลผล ประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ บก. *การแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

<u>การสัมภาษณ์</u>

ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง. ๑๕ เมษายน ๒๕๔๘. ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี. สัมภาษณ์.

ชัชวาลย์ ทองดีเลิศ. ๓ พฤษภาคม ๒๕๔๘. ผู้อำนวยการวิทยาลัยการจัดการทางสังคม (วจส.) จังหวัดกรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์.

ธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์. ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๔๘. แพทย์อายุรเวท/ แพทย์แผนไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร. สัมภาษณ์.

ประกิต สุมนกาญจน์. ๑๙ สิงหาคม ๒๕๔๘. แพทย์แผนไทย สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สัมภาษณ์.

มณฑกา ธีรชัยสกุล. ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๔๘. กรรมการจัดทำหลักสูตรการบำบัดแบบโอมีโอพาธี. กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.

มาลา คำจันทร์. ๒๘ เมษายน ๒๕๔๘. ผู้อำนวยการโฮงเฮียนสืบสานภูมิปัญญาล้านนา จังหวัดเชียงใหม่. สัมภาษณ์.

ยงยุทธ ตรีนุชกร. ๓ มิถุนายน ๒๕๔๘. ครูภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย/ นักพัฒนาอิสระ จังหวัดขอนแก่น. สัมภาษณ์.

สวิง ตันอุด. ๒๘ เมษายน ๒๕๔๘. ผู้อำนวยการวิทยาลัยการจัดการทางสังคม (วจส.) ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่. สัมภาษณ์.

สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ. ๑๙ สิงหาคม ๒๕๔๘. แพทย์แผนไทย สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สัมภาษณ์.

เอกชัย ปัญญาวัฒนานุกูล. ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๔๘. ผู้มีประสบการณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ/ นักวิชาการอิสระ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. สัมภาษณ์.

.....