

รายงานผลโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

**เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ
ของชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอกนครบุรี
จังหวัดนครราชสีมา**

**The Development of Community Health Service of
Tambol Cok Krajay, Kornburi, Nakhon Rachasima
Province, Thailand**

ดร.ฉัตรวรัญ องค์กรสิงห์ และคณะ

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กันยายน 2549

สารบัญ

บทที่		หน้า
	สารบัญ บทสรุปสำหรับผู้บริหาร บทคัดย่อ	๗ ค ฉ
1	บทนำ - ความสำคัญของปัญหา - วัตถุประสงค์ของโครงการ - คำถามการวิจัย - ขอบเขตการวิจัย - การออกแบบการวิจัย - ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	1 1 5 6 6 7 8
2	แนวคิด เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบความคิดในการวิจัย - ระบบสุขภาพ : ฐานคิดและการเชื่อมโยง - ระบบบริการสุขภาพ : ฐานคิด ความหมาย พัฒนาการและความเชื่อมโยงกับระบบอื่น - สถานการณ์สุขภาพชุมชนในประเทศไทย - การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ - กรอบความคิดในการวิจัย	9 10 20 32 35 39
3	วิธีดำเนินการวิจัย	46
4	บริบทพื้นที่ วิธีชุมชนและวิถีสุขภาพ - ภูมิหลังของสาครบุรี..เมืองนี้มีต้นน้ำ - ชุมชนตำบลโคกกระชายและความเปลี่ยนแปลงในวิถีชุมชน - สัมปทานป่าไม้และเขื่อน : การพัฒนาและวิถีสุขภาพ - ระบบบริการสุขภาพในชุมชนโคกกระชาย - ระบบความรู้ : กรณีตัวอย่างหมอพื้นบ้าน	50 50 54 58 62 68
5	เวทีชุมชน กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	73
6	พืชเศรษฐกิจ เกษตรอินทรีย์และระบบสุขภาพ	84
7	บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ	95
	บรรณานุกรม	106
	ภาคผนวก	109
	คณะที่ปรึกษาและคณะผู้วิจัย	

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ จ.นครราชสีมา เกิดขึ้นเนื่องมาจากการที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ให้ความสนใจกับการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพของชุมชน และมีแนวคิดอย่างเปิดใจกว้างโดยไม่ยึดกรอบการจัดบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ตามโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐ แต่ให้ออกมาจากการศึกษาถึงความต้องการจากฐานรากของชุมชนในรูปแบบระบบบริการสุขภาพ ที่มาจากความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โดยโครงการ ฯ นี้ ได้ออกแบบเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการและแบ่งระยะการศึกษาและปฏิบัติการออกเป็น 3 ระยะ **ในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลเป็น “ตัวแบบ” (Model) ของการจัดระบบบริการสุขภาพ** ในระยะที่ 2 คณะนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องจะนำตัวแบบนั้นมาทดลองดำเนินการ พร้อมกับมีการประเมินแก้ไข ปรับเปลี่ยน จนกระทั่งถึงระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่วางแผนไว้สำหรับการประเมินผลและการพัฒนาสำหรับโครงการฯ ที่นำเสนอในครั้งนี้ เป็นผลงานจากการเสร็จสิ้นในระยะที่ 1

ระบบสุขภาพของประเทศไทย ถูกกำกับด้วยอิทธิพลของนโยบายสุขภาพระดับโลก และสังคมโลก (Global Health Policy) โดยได้รับการถ่ายทอดเชิงแนวคิด ปรัชญา การรับนโยบายและการปรับปรุง ตลอดจนวิธีการปฏิบัติอันมีผลกระทบจากความผันแปรในทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจนกระทั่งเป็นดัชนีชี้วัดระดับการพัฒนาของประเทศ ขณะที่ **ระบบบริการสุขภาพ (Health care system)** เป็นระบบที่อยู่ภายในระบบสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ เช่นระบบประกันสุขภาพ ระบบการประกันคุณภาพ ระบบการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ระบบความรู้ ระบบความมั่นคงของชุมชนในทางเศรษฐกิจ ระบบความมั่นคงทางอาหาร (food security) ระบบสวัสดิการ (welfare system) หรือระบบอื่นๆ ที่ล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องกับชุมชนที่ถูกห่อหุ้มไว้ด้วยระบบเหล่านี้ งานศึกษาวิจัยนี้จึงเริ่มต้นจากการตั้งคำถามกับระบบสุขภาพซึ่งเป็นระบบใหญ่ ซึ่งจะเชื่อมโยงให้เห็นถึงระบบบริการสุขภาพกระบวนการทัศน์ที่เป็นทัศน์พื้นฐานของระบบสุขภาพ ในปัจจุบัน การคลี่คลายให้เห็นภูมิหลังของทั้งสองทัศน์ในส่วนแรก จะนำไปสู่ความเข้าใจในส่วนที่สองคือระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการตั้งคำถามเพื่อศึกษาว่าระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนต้องการเป็นอย่างไรนั้นจะต้องตรวจสอบ สถานการณ์ปัจจุบัน (Current situation) ของระบบบริการสุขภาพ ในส่วนที่สามเพื่อทำให้ส่วนที่สี่เรื่อง การทบทวนแนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพมีความชัดเจน และสามารถนำไปเป็นวิธีวิทยาในการดำเนินการวิจัย

เอกลักษณ์ของโครงการวิจัยนี้คือการจัดเวทีเพื่อให้คณะนักวิจัยแลกเปลี่ยนความรู้กับชุมชนและให้ชุมชนแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ในรูปแบบของ group discussion , การจัดประชุมระดมสมองในรูปแบบของการอภิปรายอย่างมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาข้อมูลระดับชุมชนด้านกายภาพ ชีวภาพ

เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม การจัดบริการสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนและประเมินสุขภาพของชุมชนตามสภาพที่เป็นจริง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่ชุมชนเผชิญอยู่ โดยเน้นการพูดคุยในประเด็นของ (1) สภาพปัญหาด้านสุขภาพ ที่สะท้อนออกมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำลายสุขภาพ ที่ใช้อุปโภค และบริโภคในการผลิต (2) ร่วมค้นหาผู้รู้และความรู้ที่ชุมชนสะสมมาในอดีตที่สามารถนำมาประยุกต์แก้ไขปัญหสุขภาพในปัจจุบันได้ (3) ปลุกเร้าให้ชุมชนเห็นต้นทุนของทรัพยากรที่สามารถนำความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ มาร่วมจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน และ (4) ร่วมกันวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพชุมชนว่ามีแนวโน้มไปทิศทางใด พร้อมหาทางเลือกที่เป็นประสบการณ์ของชุมชนสุดท้าย (5) นำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลเป็นรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพที่เป็นความต้องการของคนในชุมชน

นอกจากการจัดเวทีอย่างต่อเนื่องและระดมสมองในโครงการฯ แล้ว คณะผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการแทรกแซง (intervening) โดยใช้วิถีทางเกษตรอินทรีย์เข้ามาเชื่อมโยงกับ เพราะพบว่าคนในชุมชนให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเองน้อยเนื่องจากมีสถานีนอนมัยและโรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบเรื่องนี้อยู่แล้ว สิ่งที่คนในชุมชนต้องการอย่างเร่งด่วนคือ ความรู้ที่จะสามารถพัฒนาผลผลิตเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ คณะผู้วิจัยเห็นพ้องกันว่าในการดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการจตุรูปแบบระบบบริการสุขภาพนั้นหากมิได้มีเครื่องมือที่จะทำให้ชุมชนสนใจแล้ว กระบวนการในการพัฒนาระบบก็ไม่อาจเกิดขึ้น และจากผลของโครงการ คนในชุมชนให้ความเห็นว่า สถิติของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำพืชไร่ของคนในชุมชน โดยเฉพาะการปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยวตามนโยบายการส่งเสริมจากภาครัฐเช่นแตงกวา ข้าวโพด เกษตรกรต้องพึ่งพาเมล็ดพันธุ์สารเคมี ปุ๋ยเคมี สารเคมี ยาฆ่าหญ้า ยาฉีดกำจัดวัชพืชและแมลงจากบริษัทเอกชนธุรกิจการเกษตรที่อำนวยความสะดวกให้กับคนในชุมชน โดยระบบการส่งเสริมการขายที่ให้บริการถึงบ้านเกษตรกรลูกค้าซึ่งในเมล็ดพันธุ์ที่ซื้อบริษัทนั้นเกษตรกรยังไม่แน่ใจว่ามีการปลอมปนเมล็ดวัชพืชเพื่อให้การกำจัดและยาเกิดวงจรซื้ออย่างต่อเนื่องและเป็นระบบหรือไม่

แบบแผนของระบบบริการสุขภาพชุมชนที่หลายเวทีช่วยกันสังเคราะห์ออกมานั้น มีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ (1) **ทุนทางสังคม** ที่ถือเป็นบริบทเกี่ยวกระหวัดร้อยผู้คนเข้าไว้ด้วยกัน โดยชุมชนให้ความสำคัญกับคนที่มิใช่ มีจุดมุ่งหมาย อุดมการณ์ร่วมกัน มีจิตสำนึกร่วมโดยเน้นไปที่ผู้นำและภาวะที่จะสามารถดูแลบริหารระบบบริการสุขภาพชุมชนนี้ได้ ที่น่าสนใจคือในทุนทางสังคมนี้ ได้รวมเรื่องห่วงโซ่ของอาหารในชุมชนเข้าไว้ด้วย (2) **แบบแผนความสัมพันธ์** ทุนทางสังคมจะเกิดขึ้นและเกี่ยวร้อยกับองค์ประกอบอื่นๆ นั้นจะต้องมีแบบแผนความสัมพันธ์ที่ชุมชนประยุกต์ขึ้นมาโดยยังเรียกร้องแบบแผนในรูปแบบสังคมดั้งเดิมอยู่ แบบแผนความสัมพันธ์เหล่านั้นได้แก่ การพึ่งพาอาศัยกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วม การอบรมศึกษาและดูงาน การบริหารจัดการ (3) **การสนับสนุนการบริการ**

จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคนในชุมชนให้ความสำคัญกับ หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐที่ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด อำเภอสถาณานิคม , โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล วัดและบพาทของพระสงฆ์ สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น และวิทยุชุมชน (4) **บุคลากรในระบบ** ที่ชุมชนเห็นว่าจำเป็นในระบบบริการได้แก่ แพทย์, พยาบาล, อสม และ หมอพื้นบ้าน โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะต้องเชื่อมโยงกันด้วย (5) **ระบบความรู้** ที่ชุมชนปรารถนาเป็นผู้รับและค่อยๆ เรียนรู้การแลกเปลี่ยน การทบทวนและการสังเคราะห์ โดยระบบความรู้ที่เป็นความคิดของชุมชนควรจะประกอบด้วย คน, ความรู้, ทรัพยากรในชุมชน,เงินสนับสนุน , วัฒนธรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะการจัดสร้างชุมชนไว้ในระบบความรู้ด้วย เนื่องจากคนในชุมชนเห็นว่า เยาวชนจะเป็นที่พึ่งของชุมชนและสังคม จึงเป็นทั้งผู้รับการถ่ายทอดและผู้ถ่ายทอดในรุ่นๆ ต่อๆ ไป

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอกนครบุรี จ.นครราชสีมา เกิดขึ้นเนื่องจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) (Health Research Institution - HSRI) ให้ความสนใจกับการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพของชุมชน และมีแนวคิดอย่างเปิดใจกว้างโดยไม่ยึดกรอบการจัดบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ตามโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐ แต่ให้โอกาสในการศึกษาถึงความต้องการจากฐานรากของชุมชนในรูปแบบระบบบริการสุขภาพที่มาจากความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โครงการ ฯ นี้ ได้ออกแบบเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และแบ่งระยะการศึกษาและปฏิบัติการออกเป็น 3 ระยะ **ในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลเป็น “ตัวแบบ” (Model) ของการจัดระบบบริการสุขภาพ** ในระยะที่ 2 คณะนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องจะนำตัวแบบนั้นมาทดลองดำเนินการ พร้อมกับมีการประเมิน แก้ไข ปรับเปลี่ยน จนกระทั่งถึงระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่วางแผนไว้สำหรับการประเมินผลและการพัฒนา สำหรับโครงการฯ ที่นำเสนอในครั้งนี้ เป็นผลงานจากการเสร็จสิ้นในระยะที่ 1

แบบแผนของระบบบริการสุขภาพชุมชนที่หลายเวทีช่วยกันสังเคราะห์ออกมานั้น มีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ (1) **ทุนทางสังคม** ที่ถือเป็นบริบทเกี่ยวกระหวัดร้อยผู้คนเข้าไว้ด้วยกัน โดยชุมชนให้ความสำคัญกับคนที่มีใจ มีจุดมุ่งหมาย อุดมการณ์ร่วมกัน มีจิตสำนึกร่วมโดยเน้นไปที่ผู้นำและภาวะที่จะสามารถดูแลบริหารระบบบริการสุขภาพชุมชนนี้ได้ ที่น่าสนใจคือในทุนทางสังคมนี้ ได้รวมเรื่องห่วงโซ่ของอาหารในชุมชนเข้าไว้ด้วย (2) **แบบแผนความสัมพันธ์** ทุนทางสังคมจะเกิดขึ้นและเกี่ยวร้อยกับองค์ประกอบอื่นๆ นั้นจะต้องมีแบบแผนความสัมพันธ์ที่ชุมชนประยุกต์ขึ้นมาโดยยังเรียกร้องแบบแผนในรูปแบบสังคมดั้งเดิมอยู่ แบบแผนความสัมพันธ์เหล่านั้นได้แก่ การพึ่งพาอาศัยกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วม การอบรมศึกษาและดูงาน การบริหารจัดการ (3) **การสนับสนุนการบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** ซึ่งคนในชุมชนให้ความสำคัญกับ หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐที่ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด อำเภอ สถานีอนามัย , โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล วัดและบทบาทของพระสงฆ์ สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น และวิทยุชุมชน (4) **บุคลากรในระบบ** ที่ชุมชนเห็นว่าจำเป็นในระบบบริการได้แก่ แพทย์, พยาบาล, อสม และ หมอพื้นบ้าน โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะต้องเชื่อมโยงกันด้วย (5) **ระบบความรู้** ที่ชุมชนปรารถนาเป็นผู้รับและค่อยๆ เรียนรู้การแลกเปลี่ยน การทบทวนและการสังเคราะห์ โดยระบบความรู้ที่เป็นความคิดของชุมชนควรจะประกอบด้วย คน, ความรู้, ทรัพยากรในชุมชน, เงินสนับสนุน , วัฒนธรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะการจัดสร้างชุมชนไว้ในระบบความรู้ด้วย เนื่องจากคนในชุมชนเห็นว่า เยาวชนจะเป็นที่พึ่งของชุมชนและสังคม จึงเป็นทั้งผู้รับการถ่ายทอดและผู้ถ่ายทอดในรุ่นๆ ต่อๆ ไป

ABSTRACT

This applied research study is designed for the development of community health services of Tambol Cok Krajay, Kornburi District, Nakorn Rachasima Province, Thailand. The Health Research Institute (HRI) became interested in the development of community health services in an open manner, without respect to the particular roles and levels of the government-based public health services organizational structure. This study rather focusses on the basic community needs with respect to public health structures as expressed by the community requiring such services. The study was divided into three phases. The first phase involved field research and data collection and analysis to develop a model of community health services relevant to the needs of the community. The second phase saw the researchers and participants in the study employ and test the model developed, including the evaluation, correction and adjustment of the model. Finally, in the third phase planning and development of the public health services model is reported in this thesis as the result of the study.

The synthesis of ideas surrounding community health services systems has it including several elements. First, social capital is the context of common concern for all parties involved in community health. The community placed a high value on health workers who had a sense of purpose, communal commitment and social conscience as they provide leadership in provision of community health services in this community. This social capital is deeply enmeshed in the food chain for the community. Secondly, the social capital emerges out of a mental map of human relationships in the community, including its collective memory, by which the community interprets its health needs. This mental map of human relationships in the community includes patterns of mutual support, exchange of information, participation, training and site visitation opportunities and community health management. Thirdly, outside public resources in support of community health that were held in high esteem by the participants in the study included resources channeled through the provincial and district offices and local health stations, local hospitals, local authorities at the provincial, district and the municipal offices, religious centers and leaders, educational institutions and locally-produced radio programs. Fourthly, human resources in the system are viewed as learners and exchangers of information, reviewing and analyzing situations. The relationship might be viewed as involving people, knowledge, community resources, outside resources, culture and family relationships, particularly in informing the community about the health care systems. Respondents viewed young adults as the backbone of the community and society most in need of public health information and most able to pass it on to the future generations.

บทที่ 1

บทนำ

โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอกนครบุรี จ.นครราชสีมา เกิดขึ้นเนื่องมาจากการที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ให้ความสนใจกับกระบวนการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพของชุมชน และมีแนวคิดอย่างเปิดใจกว้างโดยไม่ยึดกรอบการจัดบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ตามโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของรัฐ แต่ให้โอกาสในการศึกษาถึงรูปแบบระบบบริการสุขภาพจากฐานรากของชุมชนใน ที่เป็นความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

โครงการ ฯ นี้ ออกแบบในลักษณะโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลเป็น “ตัวแบบ” (Model) ของการจัดระบบบริการสุขภาพ ในระยะที่ 2 คณะนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องจะนำตัวแบบนั้นมาทดลองดำเนินการ พร้อมกับการประเมิน แก้ไข ปรับเปลี่ยน จนกระทั่งถึงระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่วางแผนไว้สำหรับการประเมินผลและการพัฒนา สำหรับโครงการฯ ที่นำเสนอในครั้งนี้ เป็นผลงานจากการเสร็จสิ้นในระยะที่ 1

1. ความสำคัญของปัญหา

“สุขภาพ” หรือ “สภาวะ” มีความเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆ ของชีวิต ไม่สามารถแยกขาดหรือลดทอนเป็นส่วนๆ สุขภาพจึงมิใช่แค่การมีสภาวะที่ดีของชีวิตโดยมีร่างกายแข็งแรง จิตใจสบาย แต่สภาวะที่ดีนี้ยังสัมพันธ์กับความสามารถที่จะใช้ร่างกายและจิตใจที่ดีในการดำเนินชีวิตไปตามบทบาท และหน้าที่ทางสังคมท่ามกลางบริบทแวดล้อม สุขภาพจึงเป็นความหมายทั้งในมิติที่กว้างและลึก มีความสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนที่ประกอบเป็นมนุษย์และเชื่อมโยงกันประดุจข่ายใยแห่งชีวิต ปัญหาสุขภาพจึงเป็นทั้งสาเหตุและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สิน ปัญหาสังคม วัฒนธรรม ปัญหาในเชิงโครงสร้างทางการเมือง ทั้งหมดนี้ต่างล้วนเชื่อมโยงกับสุขภาพ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในระดับปัจเจก ได้แก่โรคทางกาย โรคทางใจในรูปของภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตประสาท อาการทางกายและทางใจของระดับปัจเจกได้ส่งผลอย่างลึกซึ้งต่อการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวและเป็นชุมชน

แม้อายุขัยเฉลี่ยเมื่อเกิด (Life expectancy at birth) ของประชากรไทย ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นผลจากการจัดโครงสร้างทางสาธารณสุข และความสามารถในการควบคุมการเกิด ทำให้อัตราการตายของทารกลดลง ความก้าวหน้าทางการแพทย์ส่งผลให้จำนวนของผู้สูงอายุมีเพิ่มมากขึ้น แต่สภาวะการณ์เช่นนี้ยังไม่อาจวิเคราะห์ว่าสุขภาพของคนมีแนวโน้มที่ดีขึ้น หลักการพัฒนาประเทศที่ให้เศรษฐกิจนำหน้าการพัฒนาทางสังคมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการผลิตที่เน้นการเร่งผลผลิตเพื่อขายมากกว่าการผลิตเพื่อบริโภคและกินอยู่อย่างพอเพียง ความจำเป็นในการเร่งผลผลิตทำให้การปลูกข้าว,

ปลูกพืชผัก, การเลี้ยงสัตว์ และการทำมาหากินในภาคเกษตรกรรมจะต้องอาศัยสารเคมีต่างๆ ที่สามารถกำจัดศัตรูพืช สารเหล่านี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของคน และทำให้เกิดความไม่สมดุลในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน การสูญเสียที่ดิน สูญเสียป่า สูญเสียน้ำ ภาวะของการเป็นหนี้สินจากการลงทุนแล้วล้มเหลว ประสบภาวะการขาดทุนจากผลผลิตปีแล้วปีเล่า พร้อมๆ กับการเผชิญกับมลภาวะและสารพิษต่างๆ จากโรงงานอุตสาหกรรม ส่งผลให้จิตใจของคนมีความตึงเครียดความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว และสังคมเกิดความเปลี่ยนแปลงเมื่อคนออกจากครอบครัวและชุมชนไปทำงานในระบบอุตสาหกรรม มีความเป็นอยู่อย่างแปลกแยกจากชุมชนและวิถีขนบธรรมเนียมการดูแลสุขภาพแบบเดิม การใช้ชีวิตท่ามกลางมลพิษ สารเคมีและการดำรงอยู่ในภาวะความตึงเครียดเช่นนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรค โรคต่างๆ เหล่านี้ซึ่งมีทั้งโรคที่ติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ข้อสำคัญคือปัจจุบันโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเหล่านี้ได้แก่โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ท้องร่วง ความดันโลหิตสูง ปอดบวมและโรคหัวใจหลอดเลือด (สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, 2544) อันเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการใช้ชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งชุมชนสามารถดูแล ป้องกันตนเองได้โดยปรับวิถีชีวิตการดำรงอยู่ของตนเอง

ปัญหาจากสภาพความเป็นอยู่ในชุมชนและสังคมดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเสียสุขภาพทางกายแต่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจด้วย เพราะจากสถิติอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในปี 2540-2544 เพิ่มขึ้นจาก 27.4 % เป็น 36.4 % โดยพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย 14 % มาจากความขัดสนและความยากจนและการว่างงาน (ที่มา : <http://www.dmph.moph.go.th>) นอกจากนั้นในปี 2547 คนไข้ที่เป็นโรคจิต เป็นจำนวน 6 % ต่อประชากรแสนคน และคนไข้ที่เป็นโรควิตกกังวล 5.3 % ต่อประชากรแสนคนเช่นกัน สำหรับโรคเครียด โรควิตกกังวลและโรคประสาทใน 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ในปี 2547 เพิ่มขึ้นกว่าปี 2546 จำนวน 2.11 % ต่อประชากร 100,000 คน โดยแพทย์ผู้ให้การดูแลสุขภาพคนป่วยรายงานและตั้งข้อสังเกตว่า ปัญหาที่รุมเร้าเป็นปัจจัยกระตุ้นก็คือค่าครองชีพและภาวะหนี้สินโดยเฉพาะในครอบครัวเกษตรกรที่ถือเป็นปัญหาหนักของครอบครัว ปัญหาทางจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อบัจเจกเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากอาการของผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง วุ่นวาย ไม่มีสมาธิ พูดบ่นอยู่คนเดียว พูดมาก หงุดหงิด เอะอะ ก้าวร้าวถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ คลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน หวาดระแวง ซึมเศร้า หวาดกลัว จนถึงขั้นอยากตายเกิดพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง พฤติกรรมเช่นนี้ก่อให้เกิดความหวาดผวา และส่งผลกระทบต่อภาวะจิตประสาทของผู้อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน (บทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในโครงการ) ซึ่งแพทย์สามารถให้การรักษาเฉพาะอาการทางกายที่เกิดเฉียบพลัน เช่น ปวดหัว ปวดท้อง นอนไม่หลับ ยาที่ให้กับผู้ป่วยเป็นประเภทยาแก้ปวด ยาแก้ลมประสาทและยานอนหลับ การให้ยาจึงเป็นเพียงการบรรเทาปัญหาในระดับหนึ่ง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่อาจแก้ปัญหาที่ลึกซึ้งกว่านั้นได้โดยเฉพาะปัญหาที่มีสาเหตุจากเศรษฐกิจในครอบครัว

เมื่อคนในชุมชนป่วยที่พึงก็คือการเข้าหาระบบบริการสุขภาพที่มีองค์ประกอบหลายส่วน ซึ่งถ้าหากองค์ประกอบในแต่ละส่วนมีศักยภาพและให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพชุมชนก็จะดำเนินไปได้ด้วยดี แต่ถ้าหากองค์ประกอบเหล่านั้นประสบปัญหาภายใน หรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่เชื่อมต่อระหว่างองค์ประกอบด้วยกัน ไม่มีความเชื่อมต่อระหว่างผู้ป่วย และบริบทที่ล้อมรอบก็อาจทำให้เกิดปัญหาต่อการที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาในระบบบริการสุขภาพคือ โครงสร้างของการให้บริการ ซึ่งในปัจจุบันจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) การบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน เป็นบริการพื้นฐานในชุมชน 2) การบริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) ที่มุ่งเน้นการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น เป็นบริการที่จัดให้ที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป และ 3) การให้บริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) ซึ่งเป็นบริการที่ให้แกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยจัดให้ที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ (สุนทรวดี เรือรบพิเชฐ และคณะ, 2544) สิ่งที่น่าสนใจคือแม้ว่าจะมีการแบ่งระดับของการจัดบริการดังกล่าวแต่ระบบบริการสุขภาพของชุมชนก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการเกิดโรคเท่าที่ควร อันเนื่องมาจากสภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น โรคเหล่านี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาณินอยู่ของคนซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยา แต่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิต ดังนั้นแม้จะมีการให้ยาและรักษาพยาบาลในสถานที่ทั้งระดับดังกล่าว แต่เมื่อพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชนไม่เปลี่ยน แนวโน้มของประชาชนในการจะหายจากโรคเรื้อรังจึงยังไม่เพิ่มขึ้นเท่าที่ควร

ปัจจัยอีกประการหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ คือกำลังคนหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ปัญหาที่สำคัญในขณะนี้คือสถานการณ์ด้านการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะความไม่เสมอภาคในการกระจาย อันเป็นปัญหาที่เรื้อรังและเพิ่มความรุนแรงขึ้นทุกขณะ โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอที่ห่างไกลไม่มีแพทย์ไปปฏิบัติงาน ในขณะที่การผลิตแพทย์ ทันตแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ก็ไม่เพียงพอทั้งปริมาณและทักษะความเชี่ยวชาญในการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคที่เปลี่ยนไป ขณะเดียวกันการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในระดับสถานีนอามัยยังไม่อาจสนองกับความต้องการของประชาชน แม้ว่าจะมีการเพิ่มกำลังคนประจำสถานีนอามัย และยกระดับคุณภาพสถานีนอามัยด้วยการเพิ่มบุคลากรปริญญาเช่น พยาบาล แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนั้นการปรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่สนับสนุนให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับระบบบริการสุขภาพ ทำให้ภาระงานของบุคลากรทางสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นด้วย การกำหนดให้ทำงานเชิงรุกและเพิ่มขอบข่ายงานที่ขึ้นจากงานประจำทำให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขไม่อาจดำเนินการในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ และทำให้บริการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การปรับปรุงเชิงโครงสร้างด้วยการขยายเครือข่ายการให้บริการเป็นตัวอย่างความพยายามของภาครัฐที่จะจัดระบบรักษาสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากที่สุด แต่เงื่อนไขอื่นๆ เช่น การขาดแคลนกำลังคนทางด้านสาธารณสุขก็เป็นอุปสรรคต่อนโยบายเชิงรุกในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะของปัญหาเช่นนี้ทำให้นักวิจัยในระบบสาธารณสุขเริ่มตั้งคำถามถึงแบบแผนหรือรูปแบบที่ควรจะเป็นของระบบบริการสุขภาพชุมชน

ขณะเดียวกันที่มีการปรับตัวเชิงโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข กระแสการฟื้นฟู การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ได้รับการเร่งเร้าและขยายตัวอย่างกว้างขวางขึ้นในสังคมไทย มีการรื้อฟื้นวิธีการตามแบบแผนการแพทย์พื้นบ้านที่ได้ถูกละเลยจากสังคมไทยไปนาน ย้อนกลับคืนมาอีกครั้ง เช่น การนวด การประคบ และการใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาโรค งานส่งเสริมสุขภาพได้พยายามจัดให้มีการถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบเข้ามาไว้ในระบบบริการสาธารณสุข เช่น การไปเยี่ยมบ้าน การจัดเวทีประชาคม การให้คำปรึกษาหารือ การกระตุ้นให้เกิดการวิจัยเพื่อฟื้นฟูองค์ความรู้ในการแพทย์ทางเลือกตามแบบแผนไทยและการสร้างแนวคิดใหม่ให้คนหันมาพึ่งตนเอง ภารกิจเหล่านี้ได้ถูกจัดเป็นงานเชิงรุกของระบบบริการสุขภาพชุมชน ซึ่งในหน่วยบริการเชิงโครงสร้างของสาธารณสุขยังเกิดปัญหาและความไม่ลงรอยกันเนื่องจากเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น การใช้ยาสมุนไพรยังต้องการองค์ความรู้จากงานวิจัยเพื่อการยกระดับมาตรฐานการรักษาด้วยยาสมุนไพร (รสนา โตสิตระกูล, 2543) งานสร้างองค์ความรู้จำเป็นจะต้องได้รับการยอมรับและสร้างมาตรฐานเช่นเดียวกับการแพทย์แผนตะวันตก ภารกิจเช่นนี้นอกจากจะเป็นการเพิ่มหน้าที่ให้กับบุคลากรของรัฐแล้ว ด้วยระบบการรวมศูนย์อำนาจในการจัดการเรื่องสุขภาพทำให้การดำเนินการเกิดปัญหา ทางออกที่ได้มีการเสนอไว้คือ รัฐและกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเชื่อมโยงกลุ่มต่างๆ ที่มีศักยภาพ เพื่อให้ภาครัฐสามารถจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสอดคล้องมากยิ่งขึ้น

นอกจากแนวทางการแพทย์แผนไทยแล้ว ปัจจุบันการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแนวทางการแพทย์ทางเลือกยังได้รับการเผยแพร่ในสังคมไทยอย่างกว้างขวาง หลักสำคัญประการหนึ่งของการแพทย์ทางเลือกคือการใช้วิธีการที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อวิถีชีวิตในการป้องกัน รักษา บำบัด และส่งเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากวิธีการเหล่านี้อาจเป็นเรื่องใหม่สำหรับชุมชนและต้องการกระบวนการในการสร้างความรู้ ความเข้าใจในการนำไปปรับประยุกต์ใช้ ดังนั้นแม้กระทรวงสาธารณสุขจะจัดหน่วยงานในโครงสร้างเช่นโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยขึ้นมารองรับ แต่การนำไปปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลในเชิงกว้างก็ยังเป็นปัญหา และยังเป็นงานเชิงรุกที่สร้างภาระนอกเหนือจากงานประจำให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข

การจัดระบบบริการสุขภาพชุมชน นอกจากองค์ประกอบเชิงโครงสร้างและบุคลากรดังกล่าว การจัดการความรู้เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่นำมาสร้างระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนประสงค์ ดังนั้นใน

การสร้างความร่วมมือกับชุมชนในการเผยแพร่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้นั้น จำเป็นต้องมีองค์กรทางสังคมที่จะดำเนินการในด้านการบริหารจัดการ การเป็นหน่วยความรู้ที่จะจัดกระบวนการ “การจัดการความรู้” สู่ชุมชน องค์กรในชุมชนที่เป็นทุนทางสังคมของชุมชนจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน

กล่าวโดยสรุป ความเปลี่ยนแปลงในวิถีการใช้ชีวิตของคนส่งผลต่อระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพของชุมชนที่มีพัฒนาการมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันอาจตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีในมิติของการรักษา แต่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นงานเชิงรุก และเป็นงานที่ต้องการการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและชุมชน ยังเป็นงานที่ต้องสร้างองค์ความรู้เพื่อนำมาเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ และยังต้องการรูปแบบ แบบแผนเพื่อให้คำตอบกับสังคม

โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพชุมชน จึงได้รับการออกแบบโดยพิจารณาถึงปัญหาและสาเหตุของระบบบริการสุขภาพที่คนในชุมชนเผชิญอยู่ หัวใจหลักของการศึกษาในโครงการคือการตอบคำถามว่า รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพชุมชนควรเป็นอย่างไร ท่ามกลางวิถีชุมชนที่ดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อม ภูมิประเทศ วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ และทุนทางสังคมของชุมชน

2. การออกแบบงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยการเชิงปฏิบัติการ (action research) เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อการเรียนรู้ และสร้างความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพะให้กับคนในชุมชน งานวิจัยในโครงการฯ นี้ได้ถูกออกแบบโดยแบ่งระยะเวลาออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

2.1 ในช่วงปีแรก คณะวิจัยทำการศึกษานำข้อมูลเหล่านั้นมาสังเคราะห์และประมวลเป็นรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพ ที่มีความต้องการของคนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง ลักษณะของการบริหารจัดการ ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินการ และระบบความรู้เบื้องต้นที่สามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพะของชุมชน

2.2 ในช่วงปีที่สอง คณะนักวิจัยจะนำรูปแบบดังกล่าวมาทดลองดำเนินการ พร้อมกับมีการประเมินแก้ไข ปรับเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมไปกับคนในชุมชนที่มาใช้บริการ เป็นการดำเนินการสร้างความรู้ในการบริการสร้างเสริมสุขภาพะและรักษาพยาบาลของชุมชน และเพื่อให้การสร้างรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพสามารถเกิดผลในเชิงปฏิบัติและนำไปสู่การขยายผล

2.3 ในช่วงปีที่สาม คณะวิจัยจะดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ โดยเน้นที่การสร้างการยอมรับและการสร้างเครือข่ายร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การจัดบริการสุขภาพเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนโดยชุมชน และสามารถนำไปสู่ข้อเสนอในเชิงนโยบายต่อไป

สำหรับในปีแรกคณะผู้วิจัยใช้ งานวิจัยเชิงกรณีศึกษา (case studies) เป็นการวิจัยโดยศึกษาวิถีชีวิตของชุมชนโดยใช้กรณีตัวอย่างจากชุมชนตำบลโคกกระชาย โดยจะใช้วิธีวิทยาของการสร้างทฤษฎีจากฐานราก (grounded theory) ซึ่งมีได้เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของทฤษฎีที่มีอยู่ แต่ทฤษฎีความรู้ที่ได้จะมาจากประสบการณ์ การรับรู้ ความคิดของคนในชุมชน ด้วยวิธีวิทยาเช่นนี้จะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจกับวิถีแห่งสุขภาวะท่ามกลางการดำรงอยู่ของชุมชน และสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาสังเคราะห์เพื่อจัดรูปแบบของการจัดระบบบริการสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

3. วัตถุประสงค์ของโครงการ

เนื่องจากโครงการนี้แบ่งเป็น 3 ช่วง วัตถุประสงค์โดยภาพรวมของโครงการก็คือ การให้คนในชุมชนสามารถสร้างและเป็นผู้ใช้ระบบบริการสุขภาพชุมชน เพื่อสุขภาวะของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

สำหรับในช่วงแรกของโครงการนี้ วัตถุประสงค์เฉพาะคือเพื่อศึกษาถึงความต้องการของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับองค์กรต่างๆในชุมชน ท่ามกลางบริบทแวดล้อมของชุมชนที่มีความผันแปรไปในมิติทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิต

4. คำถามการวิจัย

ระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนต้องการเป็นอย่างไร ในการก่อรูประบบบริการสุขภาพชุมชนมีเงื่อนไขปัจจัยอะไรบ้าง กระบวนการในการดำเนินการในระบบควรเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพชุมชนบ้าง แต่ละภาคส่วนควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ระบบความรู้ที่จะเอื้อต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างไร

5. พื้นที่การวิจัย

คณะนักวิจัยได้เลือกชุมชนในตำบลโคกกระชาย อำเภอดงเจริญ จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ในการวิจัย ซึ่งตำบลโคกกระชายมี 23 หมู่บ้าน ได้แก่หมู่บ้านต่างๆ ดังนี้

หมู่ที่	บ้าน	หมู่ที่	บ้าน	หมู่ที่	บ้าน
1	โคกกระชาย	9	หนองสระเสด็จ	17	มาบกราด
2	โนนกลุ่ม	10	ทุ่งตะเคียน	18	หนองสระเสด็จ
3	โนนระเวียง	11	ชัยเจริญ	19	โคกกระชาย
4	มะค่า	12	เนินเสมา	20	หนองโปลา
5	มาบกราด	13	โนนกลุ่ม	21	บ้านใหม่โคกไบบัว
6	ตะกุดใหญ่	14	มาบกราด	22	มาบกราด
7	โคกไบบัว	15	บ้านใหม่ชัยมงคล	23	บ้านโคกไบบัว
8	มะค่า	16	หนองโปลา		

สาเหตุที่เลือกตำบลโคกกระชายเป็นพื้นที่ในการวิจัยเนื่องจากในพื้นที่นี้มีทุนทางสังคมที่สามารถเคลื่อนต่อการสร้างระบบบริการสุขภาพของชุมชน โดยคนในชุมชนเองมีความตื่นตัวต่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง และได้รวมตัวกันก่อตั้ง ชมรมอนุรักษ์และส่งเสริมสมุนไพรพืชมงคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านการดูแลสุขภาพ เช่น หมอพื้นบ้าน หมอยา สมาชิกของชมรมนี้เป็นผู้มีความสนใจในระบบสุขภาพของคนในชุมชน และเต็มใจที่จะสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมบริการสุขภาพในชุมชน นอกจากนั้นคนในชุมชนนี้ส่วนหนึ่งยังเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุและผู้ปฏิบัติธรรมแสงบุญ วัดป่าเขาคงคา ที่มีกิจกรรมในทุกวันพระของเดือนและช่วงวันสำคัญทางศาสนา อันแสดงถึงการมีได้มุ่งเน้นที่ความสมบูรณ์ในเชิงกายภาพแต่เพียงอย่างเดียวหากแต่ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตใจด้วย วิถีของสมาชิกชมรมนอกจากมาวัดตามประเพณีนอกจากจะให้วัดเป็นที่พักพิงทางใจแล้วยังได้อาศัยวัดเป็นแหล่งของการศึกษาอบรมของกลุ่มอาชีพ การให้ความรู้เรื่องสมุนไพร การดูแลรักษาตนเองตามแบบแพทย์พื้นบ้าน นอกจากการเคลื่อนไหวในเชิงองค์กรที่เป็นทุนทางสังคมแล้ว คนในชุมชนตำบลโคกกระชายส่วนหนึ่งยังมีการใช้สมุนไพร และวิธีการรักษาแบบดั้งเดิม ซึ่งมีทั้ง หมอยา หมอนวดน้ำมัน หมอพระและหมอพื้นบ้าน ปัจจุบันเวลาเจ็บป่วย คนในชุมชนจะไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยโคกกระชาย, สถานีนอนามัยมาบกราด, สถานีนอนามัยหนองโบสถ์ หรือโรงพยาบาลนครบุรี ซึ่งเป็นสถานพยาบาลชนิด 60 เตียง ขึ้นอยู่กับว่าบริเวณหมู่บ้านใดอยู่ใกล้กับสถานพยาบาลใด

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ชุมชนสามารถเข้าใจถึงกระบวนการสุขภาพะในด้านการรักษา ป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง และพึ่งตนเองได้มากขึ้นภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 ชุมชนสามารถเรียนรู้ร่วมกันถึงระบบสุขภาพ การเรียนรู้นี้จะเกิดจากฐานของการวิเคราะห์สถานการณ์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การทดลองปฏิบัติ การประเมิน การติดตามผล การปรับปรุงประยุกต์ใช้ โดยผลจากความรู้จะถูกนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และช่วยกันหาคำตอบ เพื่อหาแนวทางของการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนและเหมาะสมของคนในชุมชน

6.3 ชุมชนสามารถร่วมกันสร้างรูปแบบของการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

บทที่ 2

แนวคิด เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบความคิดในการวิจัย

ระบบสุขภาพ (Health System) มีความพลวัตไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสังคมใดๆ ก็ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงในระดับที่เหนือกว่านั้น เช่นการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากนโยบายสุขภาพของสังคมโลก ในระยะเวลานับศตวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้ถูกกำกับด้วยแนวคิด ปรัชญาและวิทยาการตามแบบอย่างของตะวันตก

นโยบายด้านสาธารณสุขเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดระบบสุขภาพของคนในประเทศ เมื่อกล่าวถึงระบบสุขภาพ จึงหมายรวมเอาระบบอื่นๆ ของประเทศเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ไม่ว่าจะเป็นระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจและสังคม ระบบต่างๆ เหล่านี้ได้ถูกนำมาพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งระดับของรายได้ ระดับของสุขภาพ ระดับของความมั่นคงทางสังคม คุณภาพชีวิตของประชาชนจึงได้รับการจัดสรรให้เป็นดัชนีชี้วัดระดับการพัฒนาของประเทศ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) มีบทบาทอย่างยิ่งต่อการกำหนดปรัชญา แนวคิดและวิธีการสร้างระบบสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะการวางระบบสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) ที่ก่อให้เกิดการจัดวางโครงสร้างและการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในทุกระดับ นโยบายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกจึงมีผลต่อการกำหนดนโยบายของระบบสุขภาพในประเทศ เช่นเมื่อองค์การอนามัยโลกได้กำหนดดัชนีชี้วัดสถานการณ์สุขภาพของประชาชนจาก “อายุขัยเฉลี่ยที่ปราศจากทุพพลภาพ” (Disability Adjusted Life year) วิธีการที่จะนำไปสู่การพัฒนาดัชนีชี้วัดนี้ก็คือการลดอัตราการตายและการเกิด การเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยมาสู่สถานะสุขภาพที่ทุกคนมีชีวิตยืนยาวโดยปราศจากภาวะความพิการและความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้ในสังคมตามศักยภาพของแต่ละคน ซึ่งประเทศไทยได้ใช้แนวทางนี้ด้วยการพัฒนาโครงการและรูปแบบต่างๆ ในด้านการคุมกำเนิด การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา เป็นการมองอย่างก้าวข้ามจากการพุ่งเป้าไปเฉพาะการให้บริการในส่วนของภาคสาธารณสุข (Health sector) เป็นการจัดการบริการอย่างเป็นระบบ นั้นหมายถึงการให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพมิได้เน้นเฉพาะการใช้ความรู้และเทคโนโลยีทางด้านชีวภาพทางการแพทย์เป็นฐานเท่านั้น แต่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์เชิงระบบของโครงสร้างการพัฒนาประเทศในมิติต่างๆ และให้มีการจัดการเชิงนโยบาย โดยอาศัยกลไก บทบาทและหน้าที่ขององค์กร ด้วยการศึกษาและทำความเข้าใจกับเหตุปัจจัยในทุกภาคส่วนที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ (WHO, 2000) หลักการสำคัญขององค์การอนามัยโลก คือการพัฒนาดัชนีชี้วัดการจัดระบบสุขภาพเน้นที่ความเป็นธรรม (Equity) โดยต้องการให้แต่ละชุมชน และแต่ละบุคคลซึ่งมีความต้องการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันตามเงื่อนไขของคุณภาพชีวิตที่อยู่ท่ามกลางบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่าง

หลากหลายให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางสังคมได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งการจัดระบบบริการนี้มีเป้าหมายในสุขภาพทางกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ (Than Sein and Rafei U.M., 2002)

ระบบสุขภาพ และ ระบบบริการสุขภาพ (Health care system) มีความเชื่อมโยงกัน ที่ผ่านมามีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบสุขภาพมักถูกจำกัดหรือวนเวียนเฉพาะด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยละเลยที่จะให้ความสนใจแก่เหตุปัจจัยอื่นซึ่งเป็นกลไกทางสังคม เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การให้ความหมายกับระบบบริการสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญในโครงการวิจัยนี้ เช่นการให้ความหมายกับการให้บริการทางสุขภาพ ครอบคลุมองค์ประกอบในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Disease prevention and control) การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล (Diagnosis and treatment) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การให้ความหมายเช่นนี้นำมาซึ่งภารกิจและการบริหารจัดการในการบริการสุขภาพให้กับประชาชน ขณะเดียวกันระบบบริการสุขภาพก็เชื่อมสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ด้วยเช่นระบบประกันสุขภาพ ระบบการประกันคุณภาพ ระบบการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ระบบความรู้ ระบบความมั่นคงของชุมชนในทางเศรษฐกิจ ระบบความมั่นคงทางอาหาร (food security) ระบบสวัสดิการ (welfare system) หรือระบบอื่นๆที่ล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องกับชุมชน

งานศึกษาวิจัยนี้นำเสนอด้วยการเริ่มต้นจากการตั้งคำถามกับระบบสุขภาพซึ่งเป็นระบบใหญ่อันจะเชื่อมโยงให้เห็นถึงกระบวนการที่ป็นทัศนะพื้นฐานของระบบสุขภาพ (Health system) ในปัจจุบัน การคลี่คลายให้เห็นภูมิหลัง (background) ในส่วนที่หนึ่ง จะนำไปสู่ความเข้าใจในส่วนที่สองคือ ระบบบริการสุขภาพ (Health care system) และระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนที่สามเป็นการนำเสนอสถานการณ์ปัจจุบัน (Current situation) ของระบบบริการสุขภาพ เพื่อทำให้ การทบทวนแนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดระบบบริการสุขภาพ ในส่วนที่สี่มีความชัดเจนขึ้น

ส่วนที่หนึ่ง ระบบสุขภาพ : ฐานคิดและการเชื่อมโยง

ในส่วนนี้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนคือ (1.1) นำเสนอถึงฐานคิดในระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยแยกออกเป็นฐานคิดตามแบบแผนไทย และตามแบบแผนตะวันตก ฐานคิดที่ต่างกันส่งผลทำให้วิธีการในระบบสุขภาพแตกต่างกันด้วย ในส่วนย่อยที่ 2 (1.2) นำเสนอถึงการให้ความหมายกับระบบสุขภาพในทางเมือง คลี่คลายให้เห็นถึงอำนาจทางการเมืองและการปกครองที่มีอิทธิพลต่อระบบสุขภาพ และในส่วนที่ 3 (1.3) ได้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่มีกฎหมาย พระราชบัญญัติเข้ามาเกี่ยวข้อง

1.1 ฐานคิดในระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพไทยวิวัฒนาการมาจากระบบการดูแลสุขภาพตัวเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในอดีตมาสู่การใช้แนวคิดและวิธีการตามแบบแผนตะวันตกในปัจจุบัน แต่เดิมนั้นคนในชุมชนทั่วไปพึ่งพิง

ตัวเองด้วยความสามารถในการรักษาตามแบบพื้นบ้าน อันเป็นมรดกวิชาการรักษาที่สืบทอดกันมาจากรบรรพบุรุษและครอบครัวโดยอาศัยตัวยาและสมุนไพรพื้นบ้าน ต่อมาเมื่อสภาพการเมืองและสังคมเปลี่ยนแปลงไป ได้มีการหันมาพึ่งพิงการแพทย์และเทคโนโลยีแผนปัจจุบันโดยมีภาครัฐเป็นผู้ให้บริการสุขภาพหลัก การปฏิบัติตนและการให้บริการหรือรับบริการใดๆ ก็ตามในการดูแลสุขภาพในวิถีภูมิปัญญาเดิม ซึ่งอาจใช้คำเรียกในที่นี้ว่าเป็นแนวทางการแพทย์แผนไทย กับแนวทางการแพทย์แผนตะวันตกที่เติบโตขึ้นในหลายทศวรรษที่ผ่านมา นับเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่มาจากฐานคิดที่มีความแตกต่างกัน

แนวทางการแพทย์แผนไทย สามารถเข้าใจได้โดยมองผ่านวิถีการดำรงอยู่ในวิถีชีวิตของคน ซึ่งเมื่อมองย้อนกลับไปวิถีชีวิตของคนในชุมชนแต่ดั้งเดิมพบว่ามี การดำเนินชีวิตไปพร้อมด้วยความเชื่อในมิติต่างๆ ได้แก่มิติทางจิตวิญญาณ ความเชื่ออันเป็นฐานรากที่สำคัญในวิถีประเพณีปฏิบัติตนต่อธรรมชาติต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกันและต่อสิ่งเหนือธรรมชาติเช่นความเชื่อว่ามีมนุษย์ไม่ได้อยู่อย่างแยกส่วนกับธรรมชาติ หากแต่ต้องสัมพันธ์กับธรรมชาติ เช่นป่าเขาลำเนาไม้ และแม่น้ำลำธาร โดยมนุษย์จัดความสัมพันธ์ของตนกับสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ให้อำนวยต่อการดำรงชีวิตด้วยการสร้างระบบความเชื่อและสถาบันทางสังคม (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2534) ความเชื่อนี้เป็นสายสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติต่อมนุษย์ด้วยกัน และต่อธรรมชาติที่แวดล้อมมนุษย์ ความเชื่อนี้มาซึ่งการแบ่งปัน การจัดสรรและแลกเปลี่ยนแรงงานตามความจำเป็นของเพื่อนบ้านและชุมชน การตระหนักในระบบคุณค่าของการพึ่งพิงอาศัยซึ่งกันและกัน ความเชื่อเหล่านี้ได้รับการส่งสม ถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนรุ่นต่อไป

ในระบบความเชื่อแต่ดั้งเดิมเชื่อกันว่ามนุษย์นั้นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับธรรมชาติ ความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติรวมถึงพืชและสัตว์จึงมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ วิถีการปฏิบัติตนต่อธรรมชาติจึงเป็นไปด้วยความเคารพอย่างยิ่งในฐานะผู้มีพระคุณ และเคารพต่อสิ่งที่คุ้มครองธรรมชาติในฐานะที่เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์และมีอำนาจบาตรมีเหนือกว่ามนุษย์ เช่นการนับถือ “ผี” และเชื่อว่าทุกสิ่งล้วนมี “ขวัญ” ซึ่งหมายถึง แก่นชีวิต เป็นความเจริญงอกงาม ไม่ว่าคน สัตว์ พืช สิ่งของต่างก็มีขวัญทั้งสิ้น ดังนั้นในการกระทำใดๆ ไม่ว่าจะด้านความเป็นอยู่หรือการทำมาหาเลี้ยงชีพ ก็จะต้องมีพิธีกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับขวัญของสิ่งเหล่านี้

ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิตสุขภาพ ผู้คนในชุมชนใช้ระบบความเชื่อและความสัมพันธ์ที่มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพของคน เช่นความเชื่อเรื่องธาตุทั้ง 5 ที่ประกอบด้วยธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศธาตุที่ถือว่าเป็นจุดกำเนิดของมนุษย์ เชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรมในรูปแบบของการอธิบายเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดของสรรพสัตว์และชีวิตมนุษย์ โดยเชื่อว่าสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับ “กรรม” ทั้งกรรมจากการกระทำในปัจจุบันและกรรมสั่งสมมาจากอดีตชาติ แต่ท่ามกลางเหตุปัจจัยเหล่านี้เมื่อมีความผันแปรที่จะทำให้เกิดโรค คนในชุมชนนอกจากจะเชื่อว่าเป็นกรรมแล้ว ในส่วนหนึ่งก็รักษาดูแลกันไปเท่าที่ความรู้จะมี ผลของการรักษาย่อมด้วยเหตุ

และเงื่อนไขให้เป็นไปตามครรลองแห่งเหตุปัจจัยและการดำเนินชีวิตตามธรรมชาติ เช่นเมื่อถึงวัยชราและต้องจบชีวิตจากไปก็ถือเป็นเงื่อนไขของชีวิตที่ต้องเกิดขึ้น มิติเช่นนี้เป็นการมองสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม หรือเป็นมิติของการดำเนินวิถีชีวิต เป็นการมองจากมุม “สุขภาพดี” (Good health approach) ตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนแก่ โดยไม่ได้มองสุขภาพในเชิงเจ็บป่วย (Sick health approach) ที่มองจากโรคหรือการบำบัดรักษาเป็นหลัก (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2546) วิธีการมองเช่นนี้จึงนำไปสู่วิธีการในการรักษา การบำบัดและการฟื้นฟูร่างกาย อันสะท้อนถึงทัศนคติการรับรู้ของคนในชุมชนนั้นๆ

ในส่วนของสังคม วิถีของคนสมัยดั้งเดิมเชื่อว่าสุขภาพไม่ใช่เรื่องเฉพาะหมอ ยา หรือสุขภาพแต่เป็นเรื่องของการดำเนินชีวิตให้เป็นสุข ทั้งในส่วนของบุคคล ครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ของครอบครัวและญาติมิตรที่ต้องพึ่งพาเกื้อกูลและเอื้ออาทรกันมีส่วนสำคัญต่อการรักษาสุขภาพซึ่งไม่เฉพาะแต่เรื่องของคนใดคนหนึ่ง แต่ครอบครัวและชุมชนจะคอยดูแลช่วยเหลือกัน ดังนั้น การงานที่อยู่ในวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่คนได้ทำงานร่วมกันจึงมิได้ให้คุณค่าทางการหาเลี้ยงตัวเองเท่านั้น แต่ยังให้คุณค่าทางจิตใจอีกด้วย ด้วยเหตุนี้ การมีสุขภาพดีของบุคคลจึงสอดคล้องไปกับการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างไม่สามารถแยกจากกันได้

แนวทางการแพทย์แผนตะวันตก ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้รับเอาวิทยาการแผนตะวันตกเข้ามาปรับวิธีคิดในการดูแลสุขภาพ วิธีการที่สำคัญก็คือการศึกษาร่างกายมนุษย์ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบมาทำการศึกษเฉพาะส่วน ทัศนะเช่นนี้ก็เป็นฐานรากของแนวคิดในการคิดค้นอุปกรณ์และเทคโนโลยีต่างๆ ให้เข้ามาช่วยเหลือและจัดการเพื่อให้เกิดความสะดวกในการดำรงชีวิต เช่นมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการวินิจฉัยโรค มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถนำเอาชิ้นส่วนของอวัยวะมาตรวจด้วยเครื่องมือตรวจสอบ วัดผลค่าความผิดปกติหรือความบกพร่องได้ด้วยตัวเลขที่ชัดเจน ส่วนการรักษากระทำไปตามสาเหตุที่วินิจฉัย ถ้าเกิดการผิดปกติของอวัยวะใดก็แก้ที่อวัยวะนั้น เช่น หากหัวใจผิดปกติก็มาปรับการเต้นให้เป็นปกติ หลอดเลือดตีบก็ทำการขยายด้วยยาหรือการผ่าตัด ถ้าวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคติดเชื้อก็ต้องพยายามให้ทราบว่าเป็นชนิดใด เช่นเป็นเชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส การรักษาก็คือเข้าไปฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคเหล่านั้น ข้อพิจารณาที่สำคัญคือด้วยลักษณะของการแยกส่วนในการวินิจฉัยและการรักษา ทำให้แม้การรักษาเฉพาะจุดหรืออวัยวะนั้นจะประสบความสำเร็จแต่ผู้ป่วยต้องได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและยาหรือสารเคมีที่รับเข้าไป

ฐานคิดของการแยกส่วนได้ถูกนำมาใช้กับการจัดการกับร่างกายของมนุษย์ผ่านศาสตร์ต่างๆ เช่นในทางกายวิภาคศาสตร์ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอวัยวะต่างๆ ของโครงสร้างร่างกาย ทั้งการทดสอบ การตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่นเมื่อมีการแตกหักขั้วกระดูกของกระดูกโครงสร้างต่างๆ ผู้ป่วยก็ได้รับการจัดการด้วยการผ่าตัด การเข้าเฝือกด้วยการดามโลหะตลอดจนการใช้ความรู้ด้าน

กายภาพบำบัดและการใช้เครื่องมือกระตุ้นร่างกายต่างๆ เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงกับสภาพปกติได้มากที่สุด (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2544)

ปัจจัยที่ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกได้รับการยอมรับอย่างรวดเร็วคือประสิทธิภาพในการรักษาที่สามารถให้ผลอย่างชัดเจนและการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขของผู้นำประเทศ โดยเฉพาะเมื่อวัคซีนและยาปฏิชีวนะ สามารถปราบโรคระบาดที่ร้ายแรง เช่นวัณโรค อหิวาต์ กาฬโรค หรือไข้ดำด้วย ก็ยังทำให้ได้รับความเชื่อมั่นเพิ่มมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามทั้งสองทัศนะข้างต้นไม่อาจชี้ขาดว่าทัศนะหรือวิธีการแบบใดจะเหมาะสมในการดูแลรักษาสุขภาพของมนุษย์มากกว่ากัน ทั้งนี้เพราะหลักวิชาการใดๆ ก็ตามล้วนดำรงความน่าเชื่อถืออยู่ภายใต้บริบทสังคม หลักการหนึ่งๆ จะเหมาะสำหรับบริบทแวดล้อมหนึ่งและสามารถใช้แก้ปัญหาอย่างหนึ่งได้อย่างเหมาะสม หากบริบทเปลี่ยนแปลงไป หลักการนั้นก็อาจสอดคล้องหรืออย่างน้อยก็ไม่จับใจผู้ปฏิบัติ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2542) ความไม่จับใจผู้ปฏิบัตินั้นเป็นเงื่อนไขเพียงประการหนึ่ง แต่มีเงื่อนไขประการอื่นๆ อีก ได้แก่สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปตามสภาวะการพัฒนา การพัฒนาที่เน้นการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจที่กระตุ้นเร้าการใช้สารเคมีได้ก่อให้เกิดโรคใหม่ๆ สถานการณ์ที่อธิบายความเป็นไปเหล่านี้ได้แก่ โรคระบาดที่เคยใช้ยาปฏิชีวนะและเครื่องมือเทคโนโลยีที่เคยใช้ได้ผลในการปราบปรามนั้นได้หวนกลับมาอีก มีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้โรคร้ายถูกกำราบไปในช่วงที่ผ่านมาว่าแม้การใช้ยาและวัคซีนจะเป็นส่วนหนึ่ง แต่พฤติกรรมและการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์ก็เป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน เหตุที่โรคต่างๆ ลดน้อยลงเป็นเพราะมีความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เช่นการกินอาหาร การอยู่อาศัย การจัดสาธารณูปโภค การจัดการระบบของเสียอัน เป็นสาเหตุแห่งความเสี่ยงในการเกิดโรค นั้นหมายถึง ความสำเร็จการปราบโรคระบาดจึงมิได้เกิดขึ้นจากยาปฏิชีวนะหรือการรักษาด้วยการใช้เทคโนโลยีในระดับสูง หรือกล่าวอีกทางหนึ่งก็คือความสำเร็จดังกล่าวไม่ใช่สิ่งที่คงทนถาวร เพราะปัจจัยของการเกิดโรคมีความผันแปรไปตามบริบททางสังคม ปัจจุบันค่านิยมของวัฒนธรรมการบริโภคของคนเปลี่ยนไปเป็นผลต่อระบบสุขภาพของคนในสังคม ตัวอย่างดังกล่าวคือคนละเลยการกินอาหารที่ปลูกโดยธรรมชาติ หันมานิยมวัฒนธรรมฟาสต์ฟู้ดในสังคมเมือง หรือนิยมอาหารที่ซื้อจากตลาด จากรถเข็นและมอเตอร์ไซด์ที่วิ่งเข้าไปขายในหมู่บ้าน ค่านิยมเหล่านี้เมื่อถูกสนับสนุนด้วยระบบเศรษฐกิจและระบบตลาดสมัยใหม่ที่ทำให้โครงสร้างการเกษตรเปลี่ยนแปลง มีการใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อคน ใช้ยาปราบศัตรูพืช จึงเป็นสาเหตุแห่งการเกิดโรคและระบบสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

1.2 ระบบสุขภาพ : ความหมายและการพัฒนาการทางการเมือง

“ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบการจัดการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ”

นัยสำคัญของระบบสุขภาพรวมความถึงกิจกรรมทุกอย่างที่ทำการส่งเสริม รักษาและคง

สภาพของสุขภาพให้เป็นที่น่าพอใจ ระบบสุขภาพประกอบด้วยเรื่องของการจัดบริการสุขภาพ (Delivery of health service) และการจัดการด้านอื่นๆ ที่มีผลให้คนมีสุขภาพดีทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่น การศึกษาที่ทำให้คนมีความรู้ความสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว การจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย การมีความรู้และรู้จักคัดสรรอาหารที่มีประโยชน์ (WHO, 2000) การดำเนินการใดๆ ในด้านระบบสุขภาพจึงมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการคือ (๑) พัฒนาให้สุขภาพของคนในสังคมนั้นดีขึ้น (๒) เพื่อตอบสนองความคาดหวังของสังคม และ (๓) ใช้ทรัพยากรเพื่อป้องกันการสูญเสียค่าใช้จ่ายเมื่อมีการเจ็บป่วย ด้วยวัตถุประสงค์ดังกล่าว การจัดให้บริการแก่ประชาชนจึงเป็นเรื่องสำคัญ การบริการด้านสุขภาพ จึงหมายถึงการบริการต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพรวมถึงการบริการสาธารณสุขด้วย (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

การสร้างคามหมายของระบบสุขภาพมีรากฐานที่สำคัญจากอำนาจทางการเมือง การเมืองจึงเป็นตัวแปรผันที่สำคัญและมีผลกระทบอย่างสูงต่อระบบสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสาธารณสุขถือเป็นเพียงเครื่องมือที่ภาครัฐส่วนการปกครองกระทำกับภาคประชาชนโดยใช้ผ่านนโยบายสาธารณะ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านสาธารณสุขจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและการเศรษฐกิจ คำกล่าวนี้วิเคราะห์ผ่านปรากฏการณ์นับตั้งแต่ประเทศไทยรับเอาการพัฒนาประเทศแบบทันสมัย (modernization) มาใช้ในการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและคุณภาพชีวิตของประชาชน พร้อมกับการรับเอาวิทยาการความรู้เข้ามาสร้างและจัดการระบบความรู้ใหม่ของประเทศ การวิเคราะห์ถึงพัฒนาการทางสาธารณสุขผ่านผู้นำและอำนาจทางการเมืองจะทำได้

กระบวนการที่ทำให้อิทธิพลของการรักษาแบบแพทย์แผนตะวันตกได้รับการยกระดับขึ้นเป็นกระแสหลัก และมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพในสังคมไทยจนเป็นรากฐานเผยแพร่อย่างกว้างขวางจนถึงปัจจุบัน กระบวนการดังกล่าวได้แก่

(1) การสนับสนุนจากผู้นำประเทศ บุคคลในชั้นพระราชมวงษ์และข้าราชการในวังทำให้การแพทย์แผนตะวันตกได้รับความไว้วางใจอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเมื่อบุคคลชั้นนำประจักษ์ในความซื่อสัตย์ในการรักษา ในพ.ศ.2375 นายแพทย์บริดเลย์ ได้รักษาชีวิตคนด้วยการถ่ายโลหิตให้กับสตรีมิชชันนารี ผ่าตัดแขนให้กับพระภิกษุ ถอนฟันโดยใช้เข็ม นำวิธีการปลูกฝีมารักษาโรคฝีดาษ การเข้าถึงผู้นำประเทศ ได้ส่งผลให้การรักษาด้วยแนวทางการแพทย์แผนตะวันตกได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น และใน พ.ศ. 2439 นายแพทย์ชาวอังกฤษ ปีเตอร์ กาแวน ได้เป็นแพทย์ประจำพระองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 และในปีเดียวกันนั้น สมเด็จพระบรมราชินีฯ ในรัชกาลที่ 5 ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สร้างโรงเรียนพยาบาลขึ้นในศิริราชพยาบาล โดยกลุ่มโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 5 พ.ศ. 2411 – 2453) มีถึง 17 แห่ง

(2) การเผยแพร่ความรู้ผ่านหน่วยงานของภาครัฐ สถาบันการศึกษาและสถาบันทางวิชาชีพ

การเสริมสร้างแนวทางการแพทย์แผนตะวันตกให้เข้มแข็งได้กระทำผ่านการบริหารจัดการโดยรัฐในรูปแบบของการจัดตั้งเป็นองค์กร การออกกฎหมาย การผลิตบุคคลที่สามารถปฏิบัติการและถ่ายทอดวิธีการทางการแพทย์ โดยในพ.ศ. 2435 หลังจากที่ได้มีการประกาศตั้งกรมต่างๆ เป็นกระทรวงในการดูแลสุขทุกข์ในการดำรงชีวิตและจัดการกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิตของประชาชน ในรูปแบบของการจัดโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินโดยกระทรวงมหาดไทย กระทรวงธรรมการ กระทรวงนครบาลเป็นต้น ในงานเชิงโครงสร้างทางสาธารณสุข พ.ศ.2455 ได้ย้ายสังกัดกรมพยาบาลจากกระทรวงธรรมการมาขึ้นกับกระทรวงมหาดไทย ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการสาธารณสุข จัดให้มีโรงเรียนพยาบาล มีแพทย์ประจำเมือง มีการผลิตยาและจำหน่ายในราคาถูก ออกกฎหมายสาธารณสุข และระบุงการป้องกันโรคติดต่ออันตราย และในสมัยรัชกาลที่ 6 (พ.ศ.2453 – 2468) ได้ขยายงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขออกไปยังท้องถิ่น โดยจัดให้มีแพทย์ประจำจังหวัดและมีสารวัตรแพทย์ประจำมณฑล มีการตราพระราชบัญญัติระงับโรคระบาดหัวเมือง จัดให้มีโอสถสภาตามหัวเมือง มีกฎหมายเกี่ยวกับการปกครองสาธารณสุข ออกพระราชบัญญัติปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 เรื่องแพทย์ประจำตำบล และได้ปรับปรุงโรงเรียนราชแพทยาลัยและโรงพยาบาลศิริราชในเรื่องหลักสูตรวิชาแพทย์ให้ทันสมัยตามแบบของประเทศยุโรป และใน พ.ศ. 2461 ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการพยายามจัดหมวดหมู่ที่เอื้อต่อการบริหารงานสาธารณสุข โดยให้มี 6 กองคือกองบัญชาการ กองสุขศึกษา กองสาธารณสุข กองยาเสพติดให้โทษ กองโอสถศาลารัฐบาล และกองสุขาภิบาลในภูมิภาค

แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นแผนที่จัดทำไว้เป็นแผนย่อยและพัฒนาคู่เคียงไปกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีผลต่อการจัดการระบบบริการสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการจัดการด้านกำลังคนทางสาธารณสุข ในแผนฯ 1 - 3 เน้นในด้านการพัฒนาทรัพยากรด้านกำลังคน วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรักษาพยาบาลและป้องกันโรค การวางแผนครอบครัว ภาวะโภชนาการมุ่งเน้นด้านการให้เด็กและทารกก่อนวัยเรียนได้สารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต มีมาตรการป้องกันสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ เริ่มมีการสนับสนุนการผลิตวัตถุดิบภายในประเทศเพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยา แผนและโครงการส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปในลักษณะของการขยายการให้บริการ การสร้างโรงพยาบาล การเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วย สำหรับในด้านการดำเนินนโยบายหรือการนำนโยบายไปปฏิบัติที่น่าสนใจคือลักษณะของการบริหารงานเป็นแบบรวบอำนาจอยู่ที่ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข, 2518) แต่การดำเนินการดังกล่าวมีปัญหาด้านการบริหารจัดการเนื่องจากขาดองค์กรที่รับผิดชอบในการวางแผน ต่อมา มีการแก้ไขและจัดตั้งขึ้นในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 ที่ถือเป็นจุดเปลี่ยนหรือเป็นการปฏิวัติการวางแผนแบบเดิม โดยใช้เทคนิคการวางแผนขององค์การอนามัยโลกที่ระบุแผนงานโครงการ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามและประเมินผล จุดที่คล้ายคลึงกันของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับ 1 - 4 คือการให้ความสำคัญกับการผลิตบุคลากรสาธารณสุขให้เพียงพอกับความต้องการ

(3) การรักษาที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การเผยแพร่กระจายและถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตกเป็นความร่วมมือกันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างผู้บริหารประเทศและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยการสร้างโรงเรียนแพทย์ การใช้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติความรู้และมือฉมังต่างประเทศให้เงินทุนสนับสนุน โดยจัดระบบการศึกษาเฉพาะด้านการแพทย์ให้สัมพันธ์กับระบบการศึกษาระดับสูงในประเทศ ในพ.ศ. 2466 มุลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ได้ช่วยปรับปรุงการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ให้เข้าสู่ระดับมาตรฐานสากล กำหนดความรู้ภาคบังคับเป็นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 8 เตรียมแพทย์ 2 ปี และหลักสูตรแพทย์ 4 ปี ได้มีการกำหนดแนวทางด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป และจำกัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้เป็นเรื่องเชี่ยวชาญเฉพาะเทคนิค และส่งผลให้เกิด “การผลิตคนสร้างสุขภาพเฉพาะทาง” โดยใช้ระบบการศึกษาเป็นพื้นฐาน ได้มีการวางแผนด้านกำลังคนเพื่อรับใช้แนวทางการแพทย์แผนตะวันตกและการบริหารจัดการให้กำลังคนเหล่านั้นสนองต่อสาธารณะโดยใช้กระบวนการในการบริหารจัดการทางการเมือง พ.ศ. 2466 ได้มีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ขึ้นเพื่อควบคุมการประกอบอาชีพแพทย์ตามมาตรฐานสากล ผู้ดำเนินการได้แก่ “สภาการแพทย์” โดยมีอธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นประธานายก และประกอบด้วยข้าราชการประจำเป็นกรรมการซึ่งเป็นผู้แทนและทำหน้าที่ดูแลการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลป์ พ.ศ.2485 รัฐบาลของจอมพล ป.พิบูลสงคราม ได้ประกาศตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเพื่อรวบรวมกิจการแพทย์ให้ขึ้นเป็นหน่วยเดียวกัน และได้มีการตราพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ พ.ศ.2479 – 2488 และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2465 - 2486 (กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2525)

(4) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) องค์การอนามัยโลกมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศในด้านวิชาการต่างๆ โดยเฉพาะทางด้านการแพทย์ โดยประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกขององค์การอนามัยโลก – WHO อันดับที่ 21 เมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ.2491 โดยในทศวรรษที่องค์การอนามัยโลกจะกำหนดคำขวัญเป็นประโยคสั้นๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในประเทศนั้นๆ ได้ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั่วโลก (ดุชนี สุทธิปริยาศรี, 2530) ในด้านวิชาการและความเป็นสถาบัน องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน เริ่มดำเนินการจากการเป็นส่วนหนึ่งของโครงการศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานแห่งอาเซียน โดยได้ก่อตั้งศูนย์ระดับภาค 4 แห่ง ที่จังหวัดขอนแก่น นครสวรรค์ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช ซึ่งรับผิดชอบภารกิจในระดับภาคลงไปจนถึงระดับชุมชนหมู่บ้าน ครอบคลุมทั่วประเทศ และกำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข ส่วนศูนย์ฝึกอบรมฯ ณ ศาลายา อยู่ในการกำกับดูแลของมหาวิทยาลัยมหิดลและเป็นศูนย์กลางของโครงการรับผิดชอบในระดับประเทศและระดับนานาชาติ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามโครงการช่วยเหลือแล้ว ศูนย์ฝึกอบรมฯ ณ ศาลายานี้ จึงได้ปรับสถานะเป็นสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน และดำเนินงานต่างๆ มาอย่างสืบเนื่องถึงปัจจุบัน

สิ่งที่น่าสนใจก็คือกลยุทธ์ของการเร่งรัดบริการด้านงานสาธารณสุขที่องค์กรอนามัยโลกใช้ได้ผลและเป็นที่แพร่หลายคือการกำหนดแนวทาง หรือ “คำขวัญ” เช่น คำขวัญ พ.ศ.2524 ได้แก่ “Health for all by the year 2000 สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543” (Health for all : All for health) และ พ.ศ. 2531 ได้แก่ “ Health for all : All for health. สุขภาพดีถ้วนหน้า เพราะประชาร่วมใจ “ คำขวัญดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการกำหนดแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เพราะในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 – 2535) มีการเริ่มต้นที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การใช้เกณฑ์คุณภาพชีวิตเป็นมาตรฐานในการดำรงชีพและสร้างความเป็นอยู่อย่างเสมอภาค พัฒนาการที่เห็นได้ชัดคือการบรรจุประเด็นทางด้านสาธารณสุข โดยนโยบายที่ชัดเจนคือ การมีดัชนีชี้วัดเพื่อความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ)

1.3 ระบบสุขภาพ : กฎหมาย พระราชบัญญัติและปัจจัยประกอบ

ระบบสุขภาพจะดำเนินไปได้ภายใต้เจตจำนงขององค์กรหรือสถาบันใด ซึ่งถูกกำกับด้วยการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกเหนือขึ้นไปนั้น จำเป็นต้องได้รับการยอมรับจากระบบการเมือง การตรากฎหมาย ตราพระราชบัญญัติใดๆ เกี่ยวกับระบบสุขภาพ เป็นอำนาจของฝ่ายบริหารและฝ่ายการเมือง สำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทยได้แก่ การปฏิรูประบบสาธารณสุข (Health Care Reform) ใน พ.ศ.2539 ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสหภาพยุโรป อันมีสาเหตุเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่สูงขึ้นทุกปี ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้และโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งโรคทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นถูกใช้ไปในการซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างเสริมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดมีรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ.2540 นั้นเป็นผลจากการบ่มเพาะปัญหาในหลายๆ โดยเฉพาะปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ และปัญหาค่าล้มคน ที่ทำให้ขาดกลไกการจัดการที่ดี การบริหารในรูประบบราชการที่ปราศจากประสิทธิภาพ สำหรับในด้านระบบสุขภาพ เห็นได้จากสาระสำคัญในมาตราต่างๆ ได้แก่

มาตรา 52 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ การบริการสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

มาตรา 79 “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม รวมทั้งด้านสุขภาพชีวิตของประชาชน”

มาตรา 80 “รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้”

รัฐธรรมนูญดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างการบริหารราชการในหลายภาคส่วน โดยได้มีการตราพระราชบัญญัติใหม่ซึ่งได้แก่ พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจรัฐ, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, พระราชบัญญัติปฏิรูประบบราชการ, พระราชบัญญัติปฏิรูปการศึกษา, พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ, พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พระราชบัญญัติประกันสังคม, พระราชบัญญัติสถานพยาบาล, พระราชบัญญัติวิชาชีพ (การพยาบาลและการผดุงครรภ์, เวชกรรม, เภสัชกรรม และทันตกรรม) , พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (จังหวัด, ตำบล, เทศบาล, กรุงเทพมหานคร) โดย เนื้อหาสาระสำคัญได้เน้นถึงสิทธิ อำนาจหน้าที่ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน อันนำมาซึ่งการได้รับสิทธิที่เสมอกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน สาระที่สำคัญยิ่งของรัฐธรรมนูญฉบับนี้คือการเน้นการบริการสาธารณสุขที่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ การให้องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ และรวมถึงการพิทักษ์สิทธิของประชาชนในด้านของการฟ้องร้องด้วย

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติปี 2540 ระบุว่าระบบสุขภาพที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ควรจะมีองค์ประกอบดังนี้ (๑) เป็นระบบที่มีศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม (๒) เป็นระบบที่มีความเคารพในสิทธิ คุณค่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน (๓) เป็นระบบที่มีโครงสร้างครบถ้วนและมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ (๔) เป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์ และ (๕) เป็นระบบที่มีปัญญาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546)

สำหรับพระราชบัญญัติอันเป็นผลทำให้เกิดกฎหมาย กฎกระทรวง ระเบียบ ข้อบังคับหรือประกาศกฎกระทรวงในการปรับโครงสร้างการบริหารราชการที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ได้แก่

(1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 นโยบายสำคัญคือการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกคน (ภายหลังเปลี่ยนเป็น 30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพจากเหตุผลเรื่องค่าใช้จ่าย เนื้อหาสำคัญคือเป็นมาตรการทางกฎหมายที่จะคุ้มครองให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพด้วยความเสมอภาค หน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาเพื่อรองรับนโยบายก็คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ความเกี่ยวข้องของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขก็คือการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการทำหน้าที่ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และการปรับรูปแบบการทำงานเพื่อรองรับศูนย์สุขภาพชุมชน เช่นการให้สถานีอนามัย เป็นด่านหน้าในการดูแลสุขภาพของประชาชน

(2) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพ

ทางสาธารณสุข เช่นการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สามารถสร้างงานอิสระเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน และสามารถให้บริการได้ที่บ้านผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มีการเข้าถึงด้านการบริการสุขภาพมากขึ้น

(3) พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ.2542 ประชาชนสามารถรวมตัวกันทำกิจกรรมโดยวัตถุประสงค์คือต้องการให้เกิดการบริหารงานแนวใหม่ที่มีความคล่องตัว มีฐานะเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคล

(4) พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 อันเป็นการถ่ายโอนอำนาจด้วยการปรับปรุงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขทั้งใน ส่วนกลาง (กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์, กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ) ส่วนภูมิภาค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย) และ เครือข่ายสถานบริการ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปถือเป็นกลุ่มบริการเดียวกัน

(5) พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชนในท้องถิ่น โดยผ่านการบริหารจัดการด้านงบประมาณที่โอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการดำเนินการ

(6) พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ที่เป็นการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารวิชาชีพแห่งโรคศิลปะที่มีผลใช้บังคับต่อสาขาการผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ การแพทย์แผนไทย สาขาเภสัชกรรม และเวชกรรม และการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีสาระสำคัญในเชิงแนวคิดคือ เปลี่ยนจากความหมาย “โรคศิลปะ” ที่หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์ในการบำบัดรักษาโรค มาเป็นการประกอบวิชาชีพที่มุ่งหมายกระทำต่อมนุษย์ ซึ่งทำให้ความหมายของการประกอบวิชาชีพในการแพทย์แผนไทยได้รับการรับรองว่า เป็นการประกอบโรคศิลปะตามความรู้แบบไทย โดยการบำบัดโรคด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย (สาขาเวชกรรมไทย) และการผลิตยาตามกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย (สาขาเภสัชกรรมไทย)

ในระบบสุขภาพประกอบด้วยระบบอื่นๆ ที่จะช่วยทำให้ระบบสุขภาพเคลื่อนไหวไปได้ และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามที่วางไว้ ระบบดังกล่าวได้แก่ระบบสร้างสุขภาพ ระบบควบคุมป้องกันโรค ระบบบริการสุขภาพ โดยมีทรัพยากรที่ใช้ร่วมกัน ได้แก่ทรัพยากรความรู้ ทรัพยากรคน ทรัพยากรคนในวิชาชีพและทรัพยากรด้านเทคโนโลยี (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ภายในวงใหญ่ของระบบสุขภาพจึงประกอบด้วยวงกลมอีกมากมายที่มีความสัมพันธ์อย่างซับซ้อน เกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน และกัน สิ่งที่เป็นอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์เรื่องระบบสุขภาพก็คือ การพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพที่สามารถนำมาใช้ทำนายความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินนโยบาย

แผนงาน โครงการ และกิจกรรมใดๆ เพราะสุขภาพมีความสัมพันธ์ เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆ จำนวนมาก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนไปด้วย ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพในกระบวนการตัดสินใจก่อนดำเนินโครงการใดๆ เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (ดารินวรรณ เศรษฐธรรมและคณะ, 2547)

การศึกษาในส่วนแรกนี้เป็นการคลี่คลายให้เห็นถึงฐานคิดของการรักษาดูแลสุขภาพตามแบบแผนไทยและแผนตะวันตกที่มีฐานคิดที่มีต่อธรรมชาติและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน และนำมาซึ่งวิธีการที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งการตัดสินใจของคนในประเทศที่จะใช้วิธีการรักษาแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับอำนาจทางการเมืองและการปกครองโดยผู้นำประเทศเป็นหลัก การจัดระบบสุขภาพให้ขึ้นอยู่กับสถาบันการศึกษาและสถาบันทางวิชาชีพ ทำให้แนวทางการแพทย์แผนตะวันตกสามารถสร้างองค์ความรู้ได้อย่างเข้มแข็ง สามารถพัฒนาบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนตะวันตกได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างการยอมรับผ่านกฎหมายและพระราชบัญญัติวิชาชีพ โดยเฉพาะพระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ ที่ให้สิทธิและอำนาจหน้าที่กับบุคลากรทางสาธารณสุขในการจัดการกับระบบสุขภาพ การบริหารจัดการระบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาการแพทย์แผนตะวันตกมากกว่าการแพทย์แผนไทยตามแบบดั้งเดิม ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่จะกล่าวถึงในส่วนต่อไป

ส่วนที่สอง ระบบบริการสุขภาพ : ฐานคิด ความหมาย พัฒนาการ และความเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ

การนำเสนอในส่วนนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย ส่วนแรก (2.1) คือการให้ความหมายและ พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ ในฐานะที่เป็นระบบย่อยและมีการเชื่อมร้อยกับระบบใหญ่ คือระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ ใน ส่วนที่สอง (2.2) เป็นการนำเสนอถึงระบบย่อยอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ ในลักษณะที่เป็นโครงสร้างการจัดตั้งของรัฐ และ และ ส่วนที่สาม (2.3) นำเสนอแนวทางการที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการเกี่ยวกับระบบสุขภาพของตนเองมากขึ้นนับจาก รัฐธรรมนูญ ภาคประชาชนปี 2540 เป็นต้นมา

2.1 ระบบบริการสุขภาพ : ความหมายและ พัฒนาการ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ร่างขึ้นเมื่อ พ.ศ.2540 ได้ให้ทิศทางความหมาย **ระบบบริการสุขภาพหรือระบบบริการสาธารณสุข** ไว้ดังนี้

ระบบบริการสุขภาพ มีทิศทางมุ่งสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก และไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ ต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย มีความเป็นธรรม ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เป็นที่ยอมรับได้ทั้งในทางเศรษฐกิจ วิชาการ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และมีหลายแบบแผนให้ประชาชนเลือกได้

ระบบบริการสาธารณสุข หมายความว่า เป็นระบบการจัดการเพื่อให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข อันประกอบด้วย การบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งแบบตั้งรับและเชิงรุก ซึ่งอาจแบ่งได้คร่าวๆ เป็น ระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น (ปฐมภูมิ) ระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง (ทุติยภูมิ) ระบบบริการสาธารณสุขระดับสูง (ตติยภูมิ) ระบบบริการสาธารณสุขเฉพาะทาง และระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ รวมทั้งระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอีกด้วย

องค์ประกอบสำคัญในการบริหารจัดการงานสาธารณสุขให้มีผลในมิติทางด้านสุขภาพ คือ นโยบายสาธารณะและการนำไปใช้ มีนโยบายสาธารณะที่ใช้กันอยู่ ๒ คำและความหมาย คือ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) กับนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนี้

(1) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) มุ่งที่ภาพรวมคือสุขภาพของประชาชนเป็นนโยบายที่ให้ความเข้าใจว่าสุขภาพเป็นเรื่องขององค์รวมและนิเวศวิทยา และเป็นทัศนคติร่วมกันของมิติทางกาย, ใจและสังคมของประชาชน เป้าหมายของนโยบายคือการสร้างความรับรู้กับสาธารณะในเรื่องของสุขภาพ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จะต้องได้รับความเห็นดีด้วยจากภาคต่างๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ วิธีการที่ใช้ได้แก่กฎระเบียบหรือกฎหมาย, มาตรการทางการเงินการคลัง, ภาษี และการเปลี่ยนแปลงองค์กร ดังนั้นเสาหลักของนโยบายจึงเป็นความเข้าใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม, สภาพเศรษฐกิจและทางเลือกส่วนบุคคล ระหว่างกลยุทธ์การป้องกันสุขภาพ, การศึกษา, ความเกี่ยวข้องกับชุมชน และการวางแผนโดยภาคต่างๆ (หทัย ชิตานนท์, 2541)

(2) นโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) เน้นที่ตัวระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นหลัก มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพของประชาชน ข้อจำกัดในตัวเองของนโยบายสาธารณสุขคือเป็นนโยบายที่จำกัดเฉพาะอยู่ในสาขา และมุ่งเน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพหรือพยายามธำรงรักษาระบบที่เป็นอยู่ ในขณะที่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อสุขภาพ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541) นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยซึ่งเริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2485 ที่สถาปนากระทรวงสาธารณสุข และได้รับการวิเคราะห์ในลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการเมืองว่า การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขนั้นถูกใช้เป็นแนวทาง “นโยบายสาธารณะทางการเมือง” (อิสระ สุวรรณบลด, 2541) ซึ่งจากการวิเคราะห์นโยบายของรัฐบาลในชุดต่างๆ นั้นพบว่ามีนโยบายสำคัญอยู่ 28 ข้อ จัดได้เป็น 4 กลุ่มคือ (1) การสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่เพียงพอ สามารถเข้าถึงมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (2) การสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมอนามัยเพื่อมุ่งป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (3) การพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข และ (4) การปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางการเมืองมีผลต่อพัฒนาการและการปรับเปลี่ยนนโยบายทางสาธารณสุข จากระยะแรกที่มีการบริหารราชการเป็นแบบรวมศูนย์ ได้ส่งผลต่อระบบการบริหารและนโยบายสาธารณสุขด้วย แต่ต่อมาเมื่อสภาพการเมืองเปลี่ยนไป ประชาชนมีส่วนร่วมในทางการเมืองมากขึ้น รูปแบบของระบบบริการสาธารณสุขหรือระบบบริการสุขภาพก็เปลี่ยนไปด้วย ดังจะวิเคราะห์ได้จากพัฒนาการทางการเมืองและการสาธารณสุขดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ 24 มิถุนายน 2475 ทำให้มีการเคลื่อนย้ายศูนย์อำนาจจากส่วนกลางกระจายออกสู่ภูมิภาค ระบบสาธารณสุขเป็นนโยบายหนึ่งในหลายข้อของคณะราษฎร ซึ่งข้อสำคัญคือจัดให้มีสถานพยาบาลเพื่อรักษาประชาชนที่เจ็บป่วยในต่างจังหวัดให้เพียงพอ ได้มีการจัดตั้ง “กองแพทย์สังคม” ในโครงสร้างของกรมสาธารณสุขและมีโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด ที่น่าสนใจคือแนวคิดของการแพทย์ในสมัยนั้นที่มีแนวโน้มสนใจในเรื่องโภชนาการกับสุขภาพกายและจิต เพราะมีการจัดตั้งกองใหม่ขึ้นหลายกอง สองกองในนั้นคือ กองส่งเสริมอาหารและกองสุขภาพจิต

(2) การเกิดจุลาจลโดยมีกลุ่มนิสิตนักศึกษาเป็นแกนนำเมื่อ 6 ตุลาคม 2519 ที่เรียกร้องให้ประชาชนที่อยู่ในเขตชนบทที่มีความยากจนหนาแน่นและมีอยู่ทั่วทุกพื้นที่ ในปี 2521 มีนโยบายของรัฐที่วางกลยุทธ์ให้ประชาชนได้รับการบริการขั้นพื้นฐานและบริการทางสาธารณสุขอย่างทั่วถึงถือเป็น “การสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแย่งชิงประชาชน” และผนวกกับเรื่องของการกินอยู่ในวิถีชีวิต สอดคล้องกับเศรษฐกิจและสังคมเพื่อช่วยให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองดังกล่าว ส่งผลให้ในด้านของการบริหารจัดการด้านระบบบริการสุขภาพได้มีการวางแผนอย่างเป็นระบบมากขึ้น ได้มีการเร่งรัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน เร่งการใช้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพ มีการปรับปรุงระบบงานของสาธารณสุขทั้งในเขตเมืองและชนบทโดยเน้นเรื่องการพัฒนา นโยบายและการวางแผน มีการกระจายอำนาจออกสู่ชนบท ตลอดจนการพัฒนาเผยแพร่ข่าวสาร มีการดำเนินการในด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะในเรื่องอาหารและวัสดุภัณฑ์ที่ใช้ในการเกษตรเพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัย แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นยังคงซ้ำเดิมคือการกระจายตัวของแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขยังไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพและเมืองใหญ่ และยังมีการรวมอำนาจอยู่ที่ศูนย์กลาง ไม่มีความคล่องตัวในการใช้งบประมาณ

ความหมายและขอบเขตของการบริการระบบสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำความเข้าใจได้จากการจัดระบบบริการสุขภาพตามระดับของการให้บริการเป็น 5 ระดับคือ

(1) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในครอบครัว (safe care level) หมายถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ

อนามัย ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย และหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพในระดับนี้ได้เกิดขึ้นในสังคมดั้งเดิมที่คนในครอบครัวและชุมชนจะดูแลสุขภาพกันเอง หากเกินความสามารถก็จะหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในชุมชน ซึ่งได้แก่หมอสุนไพร หมอน้ำมนต์ หมอญ หมอน้ำมัน หมอนวด เป็นต้น

(2) การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care level) ในช่วงเกือบ 30 ปีที่ผ่านมาที่การสาธารณสุขได้รับอิทธิพลจากการกำหนดขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะด้านการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ได้รับการบัญญัติจากองค์การอนามัยโลกในการประชุมนานาชาติที่จัดขึ้น ณ เมืองอัลมา อตา (Alma Ata) เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2521 สาระสำคัญที่รัฐบาลของประเทศไทยได้ลงนามสนธิสัญญาข้อตกลงกับองค์การอนามัยโลกคือให้ยึดถือการสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศและต้องเกี่ยวข้องกับงานสาขาอื่นๆเช่น งานเกษตรกรรม การเลี้ยงสัตว์ โภชนาการ อุตสาหกรรม การศึกษา การเคหะ การปกครอง และการคมนาคม ซึ่งรัฐบาลไทยกำหนดนโยบาย กลวิธี และแผนงานระดับชาติ และวางเป้าหมายให้ทุกคนมีสุขภาพดีภายใน พ.ศ. 2543 และประชากรไทยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วประเทศก่อนกำหนด อันเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติว่าประเทศไทยสามารถปรับประยุกต์แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานจนเป็นตัวอย่างให้กับประเทศที่กำลังพัฒนาในด้านสาธารณสุข (WHO, 1988)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสาธารณสุขมูลฐานคือ “การดูแลสุขภาพตามความจำเป็นโดยใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ พิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และเป็นที่ยอมรับของสังคมโดยความร่วมมืออย่างเต็มที่ของประชาชน วิธีการและเทคโนโลยีดังกล่าวจะต้องจัดหาให้มีอยู่โดยทั่วไป ซึ่งบุคคลและครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ วิธีการและเทคโนโลยีเหล่านั้นต้องมีราคาถูกลงที่ชุมชนและประเทศชาติจะสามารถจัดหาและบำรุงรักษาได้ในทุกระดับของการพัฒนา ทั้งนี้โดยยึดหลักของการตัดสินใจด้วยตนเอง และการพึ่งตนเองได้ของบุคคลและชุมชนเป็นประการสำคัญ”

สาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชน และสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขมูลฐานแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสุขภาพในระดับนี้ผู้ให้บริการคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนซึ่งไม่ใช่เจ้าหน้าที่รัฐ

(3) การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (primary care level) หรือ **ระบบปฐมภูมิ** เป็นการ จัดบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป หมายความว่า ระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนในเชิงวิทยาการ และเทคโนโลยีไม่มาก แต่ยุ่งยากซับซ้อนในมิติของมนุษย์และสังคม เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ บริการเป็น องค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับ ระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง ระบบบริการอื่นๆ และกับชุมชน เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่าง กันและกันเป็นอย่างดี ประกอบด้วยหน่วยบริการ 2 ส่วน คือ

(3.1) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับหมู่บ้านซึ่ง จัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่กันดารห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลง่ายๆ เบื้องต้น

(3.2) สถานีอนามัย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล หรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (first line health service) มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน คือพนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการดำเนินการให้ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการ สาธารณสุขบรรจุเข้าทำงานด้วย การให้บริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และรักษาพยาบาล ซึ่งการดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐาน การนิเทศอนามัยและการสนับสนุนทางวิชาการจาก โรงพยาบาลชุมชน

(3.3) ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับตลอดจนคลินิกเอกชนเป็นการบริการผู้ป่วยทั่วไป

(4) การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (secondary care level) หรือ **ระบบทุติยภูมิ** หมายความว่า ระบบบริการสาธารณสุขที่จัดการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่ คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งในเชิงวิทยาการและ เทคโนโลยีมากกว่าบริการสาธารณสุขระดับต้น ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะ ด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น ระดับสูง และระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อ ความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี เป็นการจัดการบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์ ทางสาขาหลักดังนี้

(4.1) โรงพยาบาลชุมชน (ร.พ.ช.) เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป จนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

(4.2) โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ของรัฐ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่มีขนาดและจำนวนเตียง

ผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน

(4.3) โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการโดยธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลางาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

(5) การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (tertiary care) หรือ ระบบตติยภูมิ หมายความว่า ระบบบริการสาธารณสุขที่จัดการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง ระบบบริการสาธารณสุขเฉพาะทาง และระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี เป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ดังนี้ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน

2.2 ระบบบริการสุขภาพ : ความสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ ที่เชื่อมโยง

2.2.1 ระบบความรู้

ระบบความรู้ในงานศึกษานี้หมายถึงระบบความรู้ที่ใช้ในการบริการสุขภาพ หากย้อนมองว่าเหตุใดมนุษย์จึงต้องการความรู้ ก็เนื่องจากมนุษย์ต้องการนำความรู้นั้นไปใช้หรือนำไปปฏิบัติในการใช้ชีวิต การกระทำของมนุษย์ที่รองรับด้วยความรู้จึงมิได้อยู่บนความว่างเปล่า หากแต่ผูกพันอยู่กับความคิด ความเชื่อ ค่านิยมและเทคนิควิธีการต่างๆ ที่ประมวลขึ้นจากกระบวนการเรียนรู้ในวิถีชีวิตจากประสบการณ์ต่างๆ มาเป็นความรู้ (ฉัตรวรณฺ องค์กรสิงห์, 2545) ระบบความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับ “ความจริง” และกระบวนการที่มนุษย์จะมีความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ควรจะประกอบด้วย (1) ธรรมชาติหรือลักษณะของความจริง (nature of reality) อันเป็นสิ่งที่ถูกศึกษาหรือสิ่งที่มนุษย์ต้องการรู้ (2) ให้มีความสำคัญกับ “ผู้รู้” ซึ่งจะต้องมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ถูกศึกษาหรือถูกรู้ ท่าทีและความสามารถของผู้รู้ และ (3) วิธีการ หนทาง หรือองค์ประกอบอื่นๆ ที่ทำให้ผู้รู้สามารถเข้าถึงสิ่งที่ต้องการรู้นั้น (Guba, Egon G & Lincoln, Yvonna S., 1994) การศึกษาเรื่องระบบความรู้ที่ให้ความสำคัญกับ ความรู้ (Knowledge) และความจริง (truth) จำเป็นต้องพิจารณาถึง อำนาจของความรู้ (Power of Knowledge) โดยความรู้ถูกพิจารณาว่ามีอำนาจมากเมื่อความรู้สามารถที่จะแสดงถึงสภาพของความจริง เช่นความรู้ที่ตั้งอยู่บนหลักการของวิทยาศาสตร์และวิธีวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีอำนาจเนื่องจากช่วยให้คนตระหนักถึงความมีเหตุผล สามารถแสดงออกถึงความเป็นตัวเองได้อย่างอิสระและสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่ (Usher, 1994) ความสำคัญของการตระหนักเช่นนี้ก็คือการที่คนในสังคมจะให้คุณค่ากับความรู้ชุดใด จะมีอำนาจของความรู้ที่แทรกเข้าอยู่ในความรู้นั้นจนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เช่นการเปลี่ยนแปลงในยุคของความทันสมัย ความรู้ความจริงในยุคสมัยนี้ไม่เพียงแต่ตั้งอยู่บนหลักการเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่เป็นความรู้ความจริงที่ถูกจัดระเบียบโดยแนวคิดทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการ

ใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะการปรับปรุงการผลิตหรือการบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพคือประหยัดและรวดเร็ว ซึ่งทำให้เทคโนโลยีเครื่องจักร เทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งระบบการสื่อสารโทรคมนาคม การติดต่อด้วยโทรศัพท์ โทรสาร คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ ที่ช่วยย่นย่อระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร จัดเก็บและส่งผ่านข้อมูลเป็นความรู้ที่มีพลังอำนาจสูงสุด และเป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย จนถึงขั้นเป็นเครื่องช่วยชี้ระดับคุณภาพของการศึกษา (UNESCO, 1985) ดังนั้น ความรู้อื่น กระบวนการหรือวิธีการอื่นที่ละเลยความเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีเหล่านี้ จึงถูกมองว่าเป็นเรื่องด้อยพัฒนา ล้าหลัง ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ทันเหตุการณ์

อย่างไรก็ตาม มีแนวคิดเกี่ยวกับระบบความรู้อีกประการหนึ่งก็คือ **การจัดการความรู้** ซึ่งมีความหมายถึง การใช้ความรู้เพื่อสร้างความรู้และโยงความรู้ไปสู่สถานการณ์จริงให้ได้ผลที่ประเสริฐได้ และจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อยกระดับความรู้และการปฏิบัติให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและพัฒนาจิตใจให้เป็นคนดีขึ้นด้วย (ประเวศ วะสี, 2546) ในด้านกระบวนการจัดการความรู้ ได้มีการกำหนดกระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การกำหนดความรู้ที่ต้องการใช้จากการสร้างเป้าหมายร่วมกัน, การสร้างความรู้, การเสาะหาความรู้, การแลกเปลี่ยนความรู้ และการประยุกต์ใช้ความรู้ โดยสาระคือการให้ความสำคัญกับสารสนเทศ ที่ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการในการนำข้อมูลมาคัดเลือก จัดหมวดหมู่ ใส่แบบแผนและบริบทเพื่อให้เข้าใจความหมายได้ง่ายและชัดเจนขึ้น (วิจารณ์ พานิช, 2546) ดังนั้น ความรู้โดยนัยนี้ จึงเกิดจากการประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์และจำแนกแยกแยะสารสนเทศเพื่อนำไปสู่การตีความและการทำความเข้าใจกับสารสนเทศ เหล่านั้นจนกลายเป็นความรู้ที่ครอบคลุมทั้งส่วนของความรู้ที่เปิดเผย ชัดเจน (explicit knowledge) และความรู้โดยนัยที่ฝังลึกในตัวคน (tacit knowledge) ความรู้ที่เปิดเผยหมายถึง ความรู้ที่ปรากฏในเอกสาร ตำรา วิดีโอ อินเทอร์เน็ต บันทึกหรือรายงานต่างๆ ส่วนความรู้โดยนัย หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ค่านิยมที่ได้จากประสบการณ์ ข้อสังเกต ที่สั่งสมมานานจากการเรียนรู้ที่หลากหลายจนเกิดความรู้

การทำความเข้าใจกับประเด็นของระบบความรู้ ความจริงอำนาจของความรู้ และความรู้ที่อยู่ในรูปแบบที่ชัดเจน กับความรู้แบบแฝงฝังดังกล่าว จะนำไปสู่กับการทำความเข้าใจถึงระบบบริการสุขภาพในชุมชน ที่มีวิถีของการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้บริการของสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ตามโครงสร้างสาธารณสุข ที่อ้างอิงวิธีปฏิบัติตามแบบอย่างของการแพทย์แผนตะวันตก ในขณะที่การดูแลสุขภาพตนเองด้วยแนวทางการแพทย์พื้นบ้านยังดำรงอยู่ในชุมชน และนโยบายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพก็เป็นภารกิจของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางสาธารณสุข การทำความเข้าใจกับระบบความรู้ในฐานคิดเช่นนี้จะทำให้สามารถวิเคราะห์ถึงแนวทางการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในวิถีทางที่จะทำให้ประชาชนลดการพึ่งพิงภาครัฐ สามารถพึ่งพิงตนเองได้ตามสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่ อันเป็นเป้าประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐานดังได้กล่าวไว้ในเบื้องต้น

2.2.2 ระบบกำลังคน

การขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นปัญหาที่มีมาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง การขาดแคลนแพทย์ได้รับการคลี่คลายในระดับหนึ่งเมื่อรัฐบาลให้มีการผลิตแพทย์ชนบทเพิ่มในปี 2535 สาเหตุสำคัญของการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์คือ การที่บุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพ ฯ การเคลื่อนย้ายบุคลากรจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน และการไหลออกไปทำงานในต่างประเทศ

ในการบริหารจัดการกำลังคนระบบค่าตอบแทนเป็นหลักการพิจารณาที่สำคัญ แม้ในกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันก็ยังมี ความแตกต่างในสัดส่วนของค่าตอบแทน เช่น ค่าตอบแทนสำหรับกำลังคนทางการแพทย์ขาดความเป็นธรรมเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นที่ทำงานในพื้นที่เดียวกันซึ่งเป็นที่กันดาร เช่น แพทย์ ได้รับค่าตอบแทน 2 หมื่นบาทต่อเดือน แต่พยาบาลได้รับ 2 พันบาทต่อเดือน ซึ่งแตกต่างกันถึง 10 เท่า ในขณะที่ค่าตอบแทนพยาบาลในลักษณะเงินเดือนและสวัสดิการจะได้รับเหมือนข้าราชการทั่วไป แต่เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น การเข้าเวรป่วย เหวดึก และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโรคติดต่ออย่างรุนแรง เช่นโรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี รวมทั้งโรคซาร์ มีผลต่ออัตราการขาดแคลนกำลังคนทางพยาบาล (วิลาวัลย์ เสนารัตน์, 2548)

ผลสะท้อนของการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพชุมชนในระดับต่างๆของการให้บริการคือ ในระดับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีจำนวนแพทย์และพยาบาลวิชาชีพน้อย ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งขาดศรัทธาต่อบริการของสถานีนามัยและมักข้ามขั้นไปใช้บริการของโรงพยาบาล และก่อให้เกิดพฤติกรรมข้ามขั้นตอนของประชาชน (ปริดาแต่อารักษ์, 2544) โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พบในโรงพยาบาลสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานีนามัยได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาที่โรงพยาบาลเพราะคิดว่าโรงพยาบาลดีกว่าสถานีนามัยทั้งในแง่ของการรักษา แพทย์และพยาบาล การใช้เครื่องมือ เมื่อเป็นเช่นนี้จึงทำให้โรงพยาบาลเผชิญกับความแออัดและทำให้ให้บริการที่ดีกับผู้ป่วยไม่ได้ และเนื่องจากปริมาณงานการดูแลสุขภาพในระดับต้นมีสูงมาก ทำให้แพทย์ต้องดูแลผู้ป่วยด้วยเวลาอันจำกัด ซึ่งขัดขวางต่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หรือการให้บริการแบบส่งเสริมสุขภาพ

ฐานคิดของการรักษาพยาบาลที่ใช้แนวทางการรักษาโรคมามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลต่อการผลิตกำลังคนทางการแพทย์ เช่นอัตราของแพทย์ที่มุ่งศึกษาเฉพาะทาง (ที่มีปริญญาบัตรการฝึกอบรมจาก การศึกษาต่อเนื่อง) มีเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ใน พ.ศ. 2542 อัตราส่วนของแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วประมาณ 69.4 ในขณะที่แพทย์เวชปฏิบัติมีน้อยลง และมีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2514 (สุพัตรา ศรีวณิชชาการและคณะ, 2539) การผลิตกำลังคนตามแนวทางกับแพทย์แผนปัจจุบัน อาจมีความแตกต่างจากฐานคิดของการรักษาแบบพื้นบ้านที่อยู่ในวิถีชีวิต กล่าวคือเมื่อการศึกษาและความรู้ในด้านต่างๆที่ครอบครัวยุคใหม่ถ่ายทอดให้กับสมาชิก ถูกย้ายเข้าไปในระบบการศึกษาที่จัดโดยรัฐ ในด้านสุขภาพ ครอบครัวที่เคยมีการสืบทอดในเรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพร การนวด การดูแลตนเองยามเจ็บไข้ ก็ได้ถูกย้าย

เข้าไปในระบบโรงพยาบาล สถานือนามัย โครงสร้างสังคมเช่นนี้จำเป็นต้องมีคนทันสมัย (modern man) เป็นผู้ขับเคลื่อน และต้องได้รับการฝึกอบรมด้วยแบบอย่างเฉพาะ (specialization) เพื่อให้เป็นผู้เชี่ยวชาญจากการศึกษาในระบบแบบแผนที่สร้างขึ้นจากมาตรฐานและเจตจำนงตามนโยบายของรัฐในด้านสาธารณสุข บุคคลากรเหล่านี้คือบุคคลที่รัฐสร้างขึ้นมาให้ดูแลสาธารณสุขด้วยวิธีการเฉพาะอย่าง แพทย์ เป็นผู้ได้รับสิทธิในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาแก่ผู้ป่วย โดยมีผู้แบ่งแยกทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เช่นเภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น การแบ่งแยกหน้าที่เช่นนี้เป็นเรื่องดีเพราะผู้เชี่ยวชาญแต่ละเรื่องจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างละเอียดละออ แต่ข้อพิจารณา ก็คือการแบ่งแยกหน้าที่กันมากเกินไปทำให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปเรื่อยๆ ตามรายละเอียดการแบ่งแยกของวิชาชีพ เช่นเมื่อตรวจร่างกายเสร็จก็ส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วส่งกลับมาหาแพทย์ หากเป็นโรคที่ไม่เกี่ยวกับสาขาที่เชี่ยวชาญและสงสัยจะเป็นอย่างอื่น ก็ส่งผู้ป่วยไปหาผู้เชี่ยวชาญคนต่อไป หากเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลายๆ ระบบ จะถูกส่งต่อเรื่อยไปหาพยาบาล เภสัชกร หรือหน่วยกายภาพบำบัด เป็นต้น เพราะเมื่อในแต่ละวิชาชีพยังถูกแบ่งซอยแยกย่อยให้มีความเฉพาะทางแตกต่างกันไป และบุคลากรที่ให้การรักษาผู้ป่วยต่างก็แสวงหาความเป็นเลิศ (excellence) ตามสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ เช่นแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านตา หู คอ จมูก ผิวหนัง ไต ปอด กระดูก ออโรปีดิคส์ ในการผ่าตัดแบ่งความชำนาญตามอวัยวะที่ทำการผ่าตัดและตามอวัยวะที่เป็นโรค เป็นต้น สำหรับงานกายภาพบำบัด แม้จะยังไม่ได้มีการแยกชัดเจนโดยมีกฎหมายรองรับ แต่ก็มี การแบ่งตามความเชี่ยวชาญในวิชาชีพได้แก่ โครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหายใจและการไหลเวียนเลือด เด็ก และกีฬา ซึ่งการแยกแยะเช่นนี้ส่งผลต่อการจัดการกับร่างกายของมนุษย์ ข้อดีก็คือนักวิชาชีพเฉพาะทางเหล่านั้นมีเวลาศึกษาและทำให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น ส่งผลต่อการใช้เทคโนโลยีและการพัฒนาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่ใช้ในการรักษา ส่วนหนึ่งทำให้ผู้ป่วยหายและรอดชีวิต แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีหลายอาการหรือมีปัญหาของอวัยวะหลายๆ อย่างพร้อมกัน และปัญหาหรืออาการผิดปกติที่อวัยวะหนึ่งนำไปสู่ความผิดปกติที่อวัยวะอื่นๆ ซึ่งมีความเชื่อมสัมพันธ์กัน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปหาแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่ “คาดเดา” ว่าจะสอดคล้องกับ “วิชาชีพ” นั้นวิชาชีพนี้ จึงทำให้เกิดความขัดแย้งในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยได้รับความยุ่งยากมากขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.- Village health volunteers, VHVs) และ

ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส. - Village health communicators, VHCs) ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากคนในชุมชน ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบกำลังคนในระบบบริการสุขภาพระดับต้นอย่างขนานใหญ่ และเป็นการสะท้อนถึงมิติทางด้านการดูแลสุขภาพที่อยู่ถึงโครงสร้างของภาครัฐ เนื่องจากคนเหล่านี้เป็นสมาชิกของชุมชนที่มีบทบาทผู้นำชุมชนในการบริการสุขภาพระดับต้น ไม่ได้เป็นบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขและไม่ได้รับเงินเดือนหรือค่าตอบแทน นอกจากได้รับเป็นสวัสดิการรักษาพยาบาลและการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ

อสม. เป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับต้นที่มุ่งเน้นแผนงานโครงการด้านสาธารณสุข เช่น การประเมินน้ำหนักเด็กอายุ 1-5 ปี ในแผนการโภชนาการ, การให้ความรู้ด้านสาธารณสุขตามหมู่บ้าน ซึ่งบทบาทในการดูแลสุขภาพเหล่านี้ค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถและความพร้อมของ อสม.ในแต่ละพื้นที่ เช่น การตรวจสุขภาพ การตรวจเบาหวาน การวัดความดัน รวมถึงการตรวจโรคทั่วไปเช่น ไข้หวัดหรือท้องร่วง นอกจากนี้ ปัจจุบัน อสม.ส่วนหนึ่งยังได้รับการพัฒนาความรู้ตามแนวทางการแพทย์แผนไทย เช่นการนวด การอบประคบ เป็นต้น

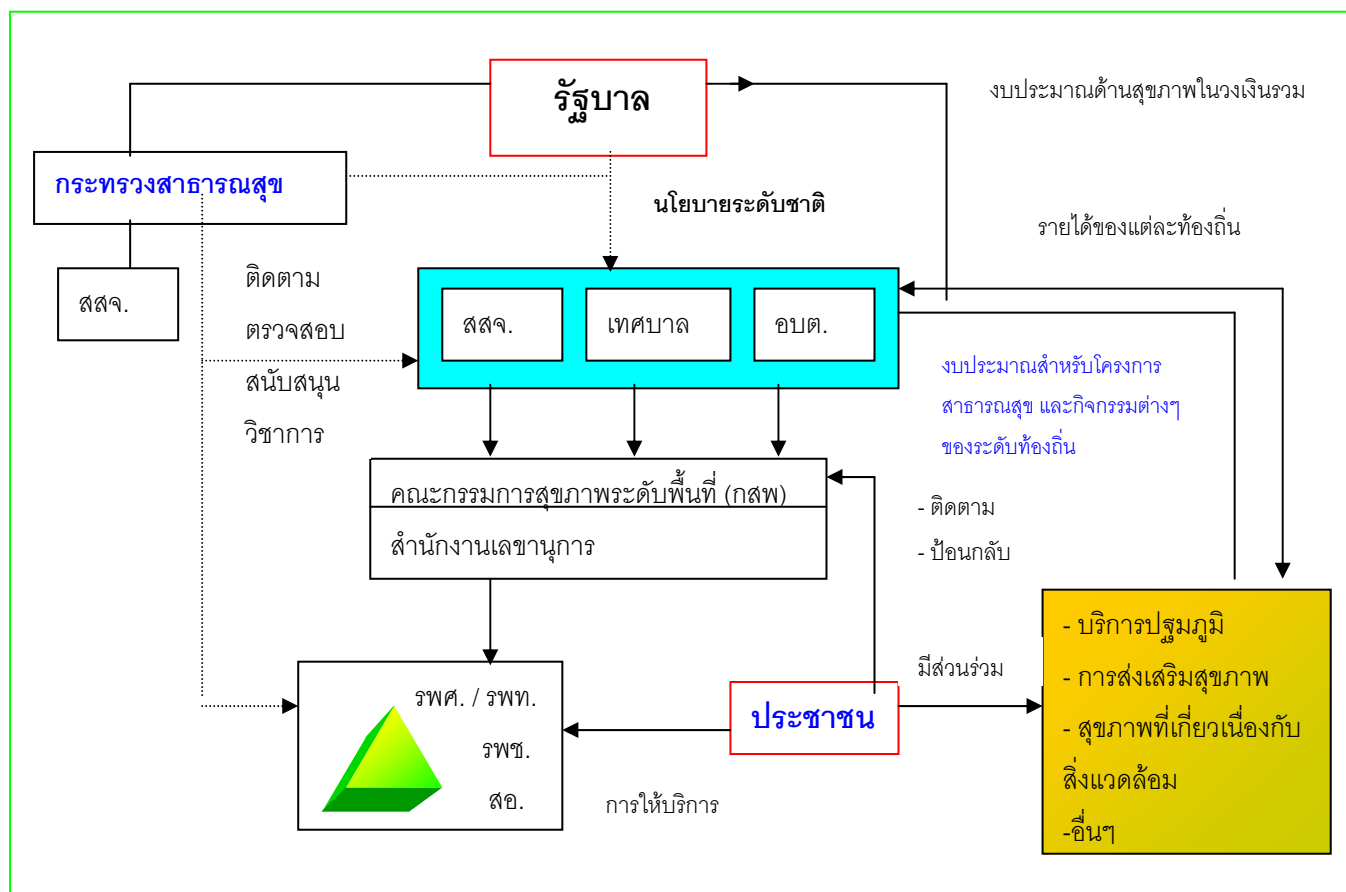
ปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาในการวางแผนเรื่องกำลังคนไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในสาขาวิชาชีพใดก็คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ผลการศึกษาชี้ว่า ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของบุคคลในการทำงาน และส่งผลกระทบต่อสิ่งที่ได้แก่ (1) การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม (2) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีมีความปลอดภัย (3) โอกาสในการพัฒนาความสามารถของพนักงาน (4) ความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน (5) ความพึงพอใจในการทำงาน ความรู้สึกมีคุณค่าในงาน และ (6) มีการติดต่อสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีในงาน (Davis.K and J.W.Newstrom, 1997)

สิ่งที่น่าสนใจและเป็นข้อท้าทายในระบบกำลังคนในอนาคตก็คือ เมื่อลักษณะและแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนไป การดูแลรักษาเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการรักษาและซ่อมแซม การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจะทำให้รูปแบบของกำลังคนเปลี่ยนไปด้วย รูปแบบของบุคลากรอาจเปลี่ยนไป เช่นพยาบาลอาจมีหลายชนิดและมีสมรรถนะต่างกันในการผลิต การใช้และการกระจาย โดยเฉพาะเมื่อมีพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการร่วมสร้างบุคลากรทางวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น เช่นพยาบาลของ อบต.เน้นการทำงานร่วมกับชุมชนในการพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตทั้งหมด พยาบาลในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเน้นการทำงานในเชิงคลินิก พยาบาลในระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเน้นการเป็นผู้จัดการการบริการสุขภาพให้ชุมชน เป็นต้น

ข้อเรียกร้องที่เกิดขึ้นเพื่อดำเนินรับมือกับปัญหาการผลิต การกระจายและการใช้กำลังคนทางด้านสาธารณสุขคือการสนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาต่างๆ ร่วมกันศึกษาวิเคราะห์ความเหมาะสมของระบบบริการสุขภาพ และวางแผนการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในแต่ละด้านที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในแต่ละพื้นที่ทั้งในเขตเมือง และชนบทโดยไม่จำเป็นต้องติดยึดกับโครงสร้างทางวิชาชีพของบุคลากรต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น การผลิตทันตแพทย์เพื่อให้บริการทางทันตกรรมทุกประเภท และทุกกลุ่มอายุซึ่งไม่มีทางที่จะผลิตได้เพียงพอต่อการบริการในอีกสิบปีข้างหน้า การผลิตเภสัชกรที่ผูกติดกับเงื่อนไขการจ้างงานให้ทำงานกับภาครัฐซึ่งไม่ช่วยให้บริการเช่นนี้ครอบคลุมในทุกชุมชนได้ หรือตัวอย่างการผลิตพยาบาลที่กำหนดไว้ให้เข้าทำงานในระบบบริการ

สุขภาพปฐมภูมิในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้เกิดความต้องการทางด้านกำลังคน หรืออาจเกิดความขาดแคลน ซึ่งจะโยงไปถึงการวางแผนการผลิต และการกระจายกำลังคนต่อไป

2.2.3 ระบบการบริหารและการบริการของวิชาชีพ



ที่มา : ระบบการกระจายการสาธารณสุขแบบใหม่ (จากระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ภาพที่ 14.2 อ้างจาก Public sector reform and future development of health insurance in Thailand)

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้ถูกนิยามเป็นเป้าหมายเชิงปฏิบัติการในการจัดการหลักประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยให้บริการและรับเงินอุดหนุนจากรัฐ ในการจัดบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ให้กับประชาชนโดยครอบคลุมถึงวิธีการให้บริการ ปริมาณและคุณภาพของผู้ให้บริการ ตลอดจนถึงจำนวนประชากรที่หน่วยบริการนี้ โครงสร้างของการบริหารที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้บริการปฐมภูมิ ดังแผนภูมิข้างต้น สะท้อนถึงการบริหารของภาครัฐ การจัดสรรงบประมาณ และการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นในด้านการจัดการด้านสาธารณสุข

โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย (1) หน่วยคู่สัญญา (CUP) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในการดำเนินบทบาทการบริหารจัดการ ประสานงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม

และประเมินผล และ (2) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) คือสถานีอนามัย และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ซึ่งมีหน้าที่ในการรักษา ป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ความเกี่ยวข้องของการจัดโครงสร้างดังกล่าวนอกจากจะสามารถมองในมิติของการเมือง การเงินการคลัง การประสานงานกับภาคีส่วนต่างๆ แล้ว ในส่วนของวิชาชีพที่มีบทบาทตรงโดยเฉพาะการมุ่งให้การจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จะสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ในฐานะที่เป็นด้านแรกของการให้บริการสุขภาพได้นั้น มีผู้สังเคราะห์บทบาทหน้าที่ของพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ได้รับการคาดหวังให้เป็นผู้จัดการระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิไว้ดังนี้

(1) ผู้ให้บริการสุขภาพ บทบาทคือการเป็นผู้ให้บริการเชิงรุกโดยเน้นการปลูกจิตสำนึกการส่งเสริมและป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง, เป็นผู้ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรค รักษาโรค เบื้องต้นและฉุกเฉิน , ให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ติดตามให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้คำแนะนำกับญาติและผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

(2) ผู้บริหารและผู้จัดการดูแลสุขภาพ เป็นบทบาทในการวางแผนการให้บริการในการติดตามและประเมินผลสถานะของโรค และประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยร่วมกับคนในชุมชน

(3) ผู้แนะนำและร่วมสร้างความรู้ เป็นผู้ให้คำแนะนำ คำปรึกษาในเชิงคลินิกในเรื่องโรค เรื่องความเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษา บำบัด โดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่

(4) ผู้คุ้มครองสิทธิของคนในชุมชน เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้อยู่ใกล้ฐานและแหล่งข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน จึงสามารถถ่ายทอดข่าวสารเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการรักษาพยาบาล เช่นสิทธิการได้รับการช่วยเหลือสวัสดิการจากรัฐของคนพิการ คนสูงอายุและผู้ป่วยเอดส์

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหาร การบริการของวิชาชีพกับความคาดหวังในการได้รับการบริการของชุมชน มี เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข เป็นปัจจัยแปรผันอย่างสำคัญเทคโนโลยีเหล่านี้จึงได้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้มีหน้าที่อย่างเฉพาะทางเพื่อให้เกิดประสิทธิผลตรงต่ออาการของโรค หรืออวัยวะที่ผิดปกติมากที่สุด และนับวันก็ยิ่งมีการผลิตเทคโนโลยีระดับสูงในวงการแพทย์เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาร่างกายมนุษย์ได้อย่างละเอียดชัดเจน การนำเทคโนโลยีระดับสูงมาใช้ก่อให้เกิดความมั่นใจในระบบของการวินิจฉัยและการรักษาทั้งโดยผู้รับการรักษาเองและผู้ที่อยู่ในวิชาชีพ เช่นเมื่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลและได้รับการสั่งให้ไปเอกซเรย์ ทำอัลตราซาวนด์ เจาะเลือดเก็บอุจจาระ ปัสสาวะเข้าไปวินิจฉัยในห้องแล็บ หรือรักษาบำบัดกล้ามเนื้อด้วยการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีระดับสูง ผู้ป่วยมักจะเกิดความอุ่นใจและคิดว่าเป็นการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ถี่ถ้วน การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่มีนวัตกรรมที่แตกต่างไปจากเดิมทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจเพราะมีความศรัทธาว่านวัตกรรมดังกล่าว

ได้รับการพัฒนาเพื่อให้หาย ขณะเดียวกันนักวิชาชีพก็เกิดความมั่นใจในการยึดถือผลและการแปรผล เพื่อที่จะได้ให้การรักษำบำบัดอย่างถูกต้อง ด้วยเหตุนี้บุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกฝนอย่าง เฉพาะทางในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เหล่านี้จึงได้รับความคาดหวังอย่างสูงจากผู้ป่วยในฐานะเป็นผู้ใช้ เครื่องมือในด้านงบประมาณเครื่องมือและเทคโนโลยีเหล่านี้นำเข้ามาจากต่างประเทศและมีราคาสูง สิ่ง ที่ต้องพิจารณาคือความจำเป็นในการเข้าถึงเทคโนโลยีระดับสูง เพราะโดยแท้จริงแล้วมีเพียงร้อยละ 20 ของโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้นที่ต้องการใช้เทคโนโลยีที่สูงในทางการแพทย์ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2544) เช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งได้โอกาสทำสแกนกระดูกสันหลังเนื่องจากเกิดปวดหลังอย่างมาก และรู้สึกตื่นตาตื่นใจเมื่อ ได้เห็นภาพกระดูกสันหลังของตัวเองในแผ่นฟิล์ม ซึ่งหมอได้ชี้ให้เห็นจุดที่เป็นต้นเหตุแห่งอาการปวดหลัง ว่า เป็นจุดที่หมอนรองกระดูกเสื่อม และชี้ให้เห็นภาพกระดูกสันหลังที่ค่อนข้างเอียง ผู้ป่วยคนนั้นรู้สึก พอใจมากแม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายที่สูง ที่น่าสังเกตก็คือ ส่วนใหญ่หลังจากที่ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีทันสมัย ค่อนข้างมาก และได้ผลออกมาแล้วมักพบว่าไม่มีอะไรผิดปกติ (สมัย อาภาภิรม, 2540) กรณีผู้ป่วยรายนี้ ไม่ต้องผ่าตัดเพียงแต่ทำกายภาพบำบัดและงดเว้นการออกกำลังกายบางท่าที่จะส่งผลกระทบต่อบริเวณ นั้น

ในแง่ของการบริหารจัดการมีการวิเคราะห์ว่าปัญหาของการจัดระบบบริการสุขภาพของสังคม ไทยมีเหตุปัจจัยมาจากการขาดกระบวนการสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นและความ ต้องการประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนอีกทั้งไม่สามารถนำเอาความรู้เหล่านี้มาใช้ในการวางแผน วาง ระบบบริการสุขภาพของชุมชนในพื้นที่ต่างๆ ให้มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับความจำเป็นของชุมชน ต่างๆ จุดอ่อนส่วนนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้บริหารระบบบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการทางสุขภาพส่วน ใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองจำกัดอยู่ในทักษะเฉพาะวิชาชีพที่ตนศึกษาเล่าเรียนมาเท่านั้น เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด ฯลฯ ยังไม่มีสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานใดๆ ให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัยการวางระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสม กับความจำเป็นของชุมชนที่มี ลักษณะเฉพาะตัวแตกต่างกันไป ผลก็คือ การวางรูปแบบโรงพยาบาล หรือ สถานือนามัย หรือ แม้แต่ ระบบเครือข่ายต่างๆ ถูกจัดวางในลักษณะจักรกล (Mechanistic Design) เพื่อให้เกิดความสะดวกในการ บริหารจัดการ และส่งกำลังบำรุงในระบบราชการ ทั้งๆ ที่แนวโน้มการจัดบริการในอนาคตมุ่งเน้นไปในรูป ของความร่วมมือภาครัฐกับภาคเอกชน (Public Private Mix) ที่มีความคล่องตัวและยืดหยุ่นและหยิ่งยิ่น มากกว่า

ทางเลือกสำหรับจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ จึงควรมีการสนับสนุนให้ ทำการศึกษาวิจัยโดยกลุ่มนักวิชาชีพทางสุขภาพร่วมกับประชาคมในแต่ละท้องถิ่น จนเกิดความเข้าใจที่ แจ่มชัดและค่อยๆ ปรับวางโครงสร้าง บทบาทและหน้าที่ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพใน แต่ละชุมชน เพื่อให้ระบบที่เกิดขึ้นมีความอ่อนตัวพอที่จะช่วยให้เกิดการตอบสนองต่อความจำเป็นทาง

สุขภาพ ที่แตกต่างหลากหลายในแต่ละพื้นที่ จึงเป็นการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรมตามเจตนารมย์ที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

สิ่งสำคัญคือ ต้องเปิดช่องทางให้ภาคประชาคม ท้องถิ่น และเอกชนในแต่ละพื้นที่มีโอกาสเข้ามา มีส่วนเรียนรู้วางแผน และออกแบบระบบร่วมกันได้ เพื่อเป็นการเสริมสำนึกให้กับชุมชน และท้องถิ่นให้เกิดความเชื่อมั่น (Empowerment) ในการฝึกกำลัง ภูมิปัญญา และทุนทรัพย์ เพื่อวางกลไกระบบ บริการสุขภาพ (Architecture) จัดกลไกระบบ (Engineering System) ตลอดจนเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลจัดการระบบบริการสุขภาพ (System Governance) ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับทิศทาง และนโยบายบริการสุขภาพรวมของประเทศ (<http://www.hsri.or.th/html/article1.htm>)

ส่วนที่สาม สถานการณ์สุขภาพของชุมชนในประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจมีผลต่อการพัฒนาในทุกๆ ด้านรวมถึงด้านสังคมและระบบสุขภาพ นโยบายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีผลทำให้โครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปด้วย กล่าวคือ มีผู้สูงอายุมากขึ้น อัตราการตายในทารกลดลง อายุขัยเฉลี่ยเมื่อเกิด (Life expectancy at birth) ของประชากรไทย ได้เพิ่มขึ้น จาก 58 ปี ในระหว่างปี พ.ศ.2517-2519 ไปเป็น 70.2 ปี ในระหว่าง พ.ศ. 2543-2548 ขณะที่ประชากรหญิง จาก 63.8 เป็น 74.7 ทั้งนี้เป็นผลจากการจัดโครงสร้างทาง สาธารณสุขและความสามารถในการควบคุมการเกิด แต่ยังไม่อาจวิเคราะห์ว่าสุขภาพทางกายของคนมี แนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีความผันแปรในมิติสังคม อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการพัฒนา ที่ให้เศรษฐกิจนำหน้าการพัฒนาทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการผลิต การพัฒนาที่ทำลาย สิ่งแวดล้อมที่เน้นการบริโภคมากกว่าการผลิตเพื่อขายและอยู่อย่างพอเพียง กระบวนการเหล่านี้ได้ทำให้เกิดความไม่สมดุลในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน การสูญเสียที่ดิน สูญเสียป่า สูญเสียน้ำ ภาวะของ การเป็นหนี้สินจากการลงทุนแล้วล้มเหลว ขาดทุนจากผลผลิตปีแล้วปีเล่า พร้อมๆ กับมลภาวะและ สารพิษต่างๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกับโรงงานอุตสาหกรรม สภาวะเช่นนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรค โดยเฉพาะ โรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้แก่โรคเอดส์และอุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ, ท้องร่วง, ความดันโลหิตสูง, ปอดบวม และโรคหัวใจหลอดเลือด (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2544) ใน พ.ศ.2544-2545 สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกคือ โรคมะเร็ง, โรคอุบัติเหตุและการเป็นพิษ, ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง, โรคหัวใจและโรคปอดอักเสบ ซึ่งโรคเหล่านี้มีเหตุปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการใช้ชีวิตของคนเช่นพฤติกรรมบริโภคที่ส่งผลกับปริมาณโคเลสเตอรอล สูงและโรคปอดที่สะท้อนถึงภาวะของการสูบบุหรี่ที่ได้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นเชื้อโรคใหม่ๆ ที่ เกิดขึ้นตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ยากลำบาก ต่อการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งสิ้น โรคเหล่านี้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจนเกินวิสัยที่เทคโนโลยีและการวิจัย พัฒนาเพื่อหาตัวยาใหม่ๆ มาแก้ไขได้ทัน ด้านจิตใจ อัตราการฆ่าตัวตายในปี 2540-2544 เพิ่มขึ้นจาก 27.4 เป็น 36.4 โดยพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย 14 % มาจากความขัดสนและความยากจนและการว่างงาน

(ที่มา : <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/46regions.asp>) นอกจากนั้นในปี 2547 คนไข้ที่เป็นโรคจิต เป็นจำนวน 6 % ต่อประชากรแสนคน และ คนไข้ที่เป็นโรคจิตกึ่งวล 5.3 ต่อประชากรแสนคนเช่นกัน สำหรับโรคเครียด โรคจิตกึ่งวลและโรคประสาทใน 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ในปี 2547 เพิ่มขึ้นกว่าปี 2546 จำนวน 2.11 % ต่อประชากร 100,000 คน โดยแพทย์ผู้รับให้การดูแลรักษาคนป่วยรายงานและตั้งข้อสังเกตว่า ปัญหาที่รุมเร้าเป็นปัจจัยกระตุ้นก็คือค่าครองชีพและภาวะหนี้สินโดยเฉพาะในครอบครัวเกษตรกรตลอดจนปัญหาครอบครัว ปัญหาทางจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อปัจเจกเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลต่อครอบครัว เนื่องจากอาการของผู้ป่วยจะแสดงออกด้วยอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง รุนแรง ไม่มีสมาธิ พุดบ่นอยู่คนเดียว พุดมาก หงุดหงิด เอะอะ ก้าวร้าวถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น ทำลายสิ่งของ คลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน หวาดระแวง ซึมเศร้า หวาดกลัว และอาจมีความคิดถึงขั้นอยากตายเกิดพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ซึ่งพฤติกรรมเช่นนี้ก่อให้เกิดความหวาดผวา และส่งผลต่อภาวะจิตประสาทของผู้อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน สำหรับการรักษาแพทย์สุขภาพจิตและแพทย์ทั่วไปก็จะให้การรักษาแต่อาการทางกายที่เกิดขึ้นพลัน เช่น ปวดหัว ปวดท้อง นอนไม่หลับ และมักจะให้ยาประเภทแก้ปวด ยาแก้ลมประสาทและยานอนหลับ การใช้ยาจึงเป็นเพียงการบรรเทาปัญหาในระดับหนึ่ง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่อาจแก้ปัญหาที่ลึกซึ้งกว่านั้นได้โดยเฉพาะปัญหาที่มาจากต้นตออย่างปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว

สถานการณ์โรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การกลับมาอีกของโรคที่เคยระบาดและมีการรายงานว่าสามารถกำจัดได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัจจุบันโรคเหล่านั้นได้วนกลับมาอีก ในปี 2538 องค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่าคนที่ตายเพราะวัณโรคมีถึง 3 ล้านคน นับเป็นปริมาณซึ่งมากกว่าเมื่อต้นคริสต์วรรษ ทุกวันนี้ไม่มีประเทศใดเลยที่ไม่พบผู้ป่วยโรคนี้ สำหรับอหิวาตกโรคที่เคยคิดว่าใกล้สูญพันธุ์แล้ว ภายในช่วงเวลา 12 ปี (พ.ศ.2523-2535) ได้เพิ่มเกือบร้อยละ 60 (ไพศาล วิสาโล, 2542) ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2535 พบว่าสถิติผู้ป่วยวัณโรคซึ่งลดลงมาโดยตลอดได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี 2536 มีผู้ป่วย 49,688 ราย เสียชีวิต 3,595 ราย ในขณะที่การปรับตัวเพื่อรับมือกับโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังดังกล่าวยังพัฒนาไปไม่ทัน สถิติของคนตายและคนพิการด้วยอุบัติเหตุก็เพิ่มมากขึ้น จากฐานข้อมูลการเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2546 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในปี 2545 มีจำนวนผู้ป่วยนอก 30,326 คน ผู้ป่วยใน 100,583 คน ในปี 2546 ผู้ป่วยนอก 32,269 คน และผู้ป่วยใน 111,038 คน ซึ่งส่งผลต่อระบบงบประมาณของประเทศ ทำให้มีอัตราค่าใช้จ่ายสูงเพิ่มกว่าเดิม 5.72 % และ 3.22 % ตามลำดับ สำหรับโรคที่ต้องมีมาตรการโดยเฉพาะการรักษาโรคลึ้นหัวใจโดยใช้บอลลูนผ่านทางผิวหนัง การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเกินกว่า 17 % และ 10 % ตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2546)

ปัญหาในระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับบริบทต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เน้นการผลิตในภาคอุตสาหกรรม การค้าและการบริการ การเน้นเกษตรเชิงพาณิชย์เพื่อส่งออกได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทย ระบบการค้าและอุตสาหกรรมที่ดึงคนจากภาคเกษตรเข้าสู่ภาคการผลิตและภาคบริการ ทำให้อาชีพในการทำมาหากินของคนในชุมชนดั้งเดิมที่ดำรงชีวิตโดยอาศัยป่าและอาหารจากธรรมชาติเปลี่ยนไป มีการรุกป่าแผ้วถางป่าเพื่อใช้ที่ดินในการสร้างโรงงานอุตสาหกรรม สร้างที่พักและความเจริญในรูปแบบต่างๆ ที่เอื้อต่อระบบทุนนิยม การเติบโตของภาคอุตสาหกรรมและบริการได้ดึงคนออกจากภาคเกษตรเพื่อเข้าเป็นแรงงานไร้ฝีมือในเมือง มีที่อยู่อาศัยอย่างแออัดยัดเยียด มีสภาวะการทำงานที่ไร้สวัสดิการด้านสุขภาพ มีสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคขึ้นกับอาหารที่บริโภคเข้าไป ดังนั้นจากเดิมที่คนในชนบทเคยคุ้นเคยกับการหาอาหารกินที่พื้นที่ยังมีป่าสาธณะไว้เป็น supermarket สามารถหาอาหารทั้งพืชและสัตว์มาบริโภคในครอบครัว รวมทั้งการสามารถเก็บสมุนไพรจากป่า ได้เปลี่ยนเป็นวิธีการบริโภคแบบเมืองในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ชุมชนของไทยได้รับผลกระทบจากการปฏิวัติเขียว ผ่านการส่งเสริมให้ชาวนาทำการเกษตรกรรมแบบเข้มข้นเพื่อการส่งออก เกษตรกรได้เปลี่ยนมาทำนาโดยพันธุ์ข้าวที่รัฐบาลส่งเสริม ทำให้ต้องใช้ปัจจัยการผลิตสมัยใหม่ การใช้ปุ๋ย และสารเคมีจากต่างประเทศ การผลิตแบบอุตสาหกรรมมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ในการใช้สารเคมีในการปลูกพืช การเลี้ยงสัตว์ ซึ่งส่งผลให้อัตราการเพิ่มของการใช้ปุ๋ยเคมีต่อปีในการปลูกข้าวเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าอัตราการเพิ่มของผลผลิต การผลิตดังกล่าวได้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมี ดังที่มีการเจาะเลือดตรวจสารพิษในร่างกาย พบว่าชาวบ้านที่ใช้สารเคมีในไร่นามีความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีเพื่อการเกษตรอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการใช้ยากำจัดศัตรูพืชซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นสูงตลอดเวลา สารกำจัดศัตรูพืชที่ใช้กันมากที่สุดคือสารกำจัดวัชพืช ซึ่งใช้รวมทั่วประเทศปีละประมาณ 23,000 ตัน รองลงมาคือสารกำจัดแมลงประมาณ 15,000 ตัน และสารกำจัดเชื้อราประมาณ 6,000 ตัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546) และในพ.ศ. 2539 กองอาชีวอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาสมรรถภาพปอดของเกษตรกรที่สัมผัสสารกำจัดวัชพืช ยิ่งไปกว่านั้นพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรและพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย ยังไม่ถูกต้อง ได้แก่ การปฏิบัติเมื่อถูกสารทอด ไม่ติดป้ายเตือนห้ามเข้าบริเวณฉีดพ่น และขณะที่พ่นสารก็ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายตนเอง นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบนิเวศคือ การพังทลายของดิน ความอุดมสมบูรณ์ของแร่ธาตุในดินลดลง และกระทบต่อชีวิตของเกษตรกรรายย่อย ทั้งในด้านคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ มีปัญหานี้สิน ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงปัญหาของชุมชนที่ก้าวเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจการตลาด มีฐานชีวิตพึ่งอยู่บนการผลิตเพื่อขายแบบเข้มข้น และความล่มสลายในด้านวิธีการผลิต

ปัญหาสุขภาพกับปัญหาสิ่งแวดล้อมเติบโตอย่างคู่ขนานนับช่วงทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการเกิดมลภาวะในสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดอันตรายคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ การปล่อยของเสียจากโรงงานลงแม่น้ำและสู่ชั้นบรรยากาศจนเกิด

ปรากฏการณ์เรือนกระจก และทำให้เกิดแหล่งพักตัวของโรคเขตร้อนที่ขยายตัวไปทั่วโลก นอกจากนั้นในเชิงสังคมระบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและชนบทก็ขาดตอนไปเนื่องมาจากแรงงานที่เข้าสู่เมืองใหญ่ คนในชนบทมีเพียงคนชราและเด็กซึ่งมีช่องว่างระหว่างวัยสูง การถ่ายทอดความรู้ด้านการรักษาสุขภาพที่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวจึงเป็นไปได้ลำบาก ปัญหารายได้ของแรงงานไร้ทักษะและค่าใช้จ่ายที่ถีบตัวสูงขึ้นมีผลต่อนโยบายเศรษฐกิจของรัฐในการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันด้านสุขภาพ ความกดดันสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนจากรายได้ไม่พอจ่าย อันเนื่องมาจากระบบการศึกษามัธยมใหม่ของบุตรหลาน ระบบการตลาดที่ยึดตามแนวทางทุนนิยมได้สร้างผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ สินค้าและเทคโนโลยีเข้ามาสนองความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้นและกระตุ้นการซื้อ เพราะเมื่อรายจ่ายสูงขึ้นทำให้คนต้องทำการกู้ยืมทั้งในและนอกระบบเกิดภาวะหนี้สิน อันเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดสภาวะทางจิตของประชาชน ปัญหาสุขภาพจึงต้องการการแก้ไขในระดับการเมือง ไม่ว่าจะเป็นในระดับนโยบายประเทศ เช่นการออกกฎหมายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประชาชน การปฏิรูประบบการเมืองและระบบการจัดการในภาครัฐซึ่งส่งผลต่อการบริหารงานของบุคลากรทางสาธารณสุข การเคลื่อนไหวของภาคประชาคมและการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่นกรณีการจัดการซื้อยาและเวชภัณฑ์ นอกจากบริบทต่างๆ ที่แวดล้อมสังคมแล้วประเทศไทยยังมีความเชื่อมสัมพันธ์กับประเทศอื่นๆ นโยบายด้านสุขภาพของไทยจึงเชื่อมโยงกับนโยบายขององค์กรต่างประเทศ เช่นนโยบายรัฐในด้านการค้าต่างชาตินโยบายด้านการค้าโลก และนโยบายด้านภาษี เป็นต้น การทำความเข้าใจกับบริบททางสังคมทั้งในและนอกประเทศจึงมีความสำคัญต่อการคำนึงถึงระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพราะชีวิตของมนุษย์มิได้มีเพียงโครงสร้างทางร่างกาย แต่ประกอบด้วยจิตใจและมีปฏิสัมพันธ์กับทุกสิ่งทุกอย่างที่แวดล้อม การดูแลรักษาร่างกายในลักษณะที่เป็นองค์รวมจึงหมายถึงระบบที่เชื่อมสัมพันธ์สิ่งเหล่านี้เข้าด้วยกันอย่างสอดคล้องและสมดุล

การมองเห็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งกายและใจ ผู้เกี่ยวข้องเห็นทุกส่วนของคนในชุมชน ที่ติดกับดักกับระบบเศรษฐกิจกระแสหลัก วิธีทางที่จะบรรเทาปัญหาและทุกข์ของประชาชนโดยหลักแล้วอาจจะต้องหันเหแนวทางให้ชุมชนรู้จัก เข้าใจ และหลีกเลี่ยงระบบเศรษฐกิจกระแสหลัก แต่แนวทางเช่นนั้นเป็นการแก้ไขในระยะยาว ซึ่งจะต้องทำควบคู่กับการปลูกจิตสำนึก และการสร้างจิตสำนึกใหม่ โดยรวมถึงการเห็นปัญหาอย่างผูกโยงในทุกๆ ด้าน

ส่วนที่สี่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ

4.1 ระบบสุขภาพกับแนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7-9 นับได้ว่ามีทิศทางของการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่ได้มีการจัดสร้างกระบวนการแผนแม่บทชุมชนขึ้นควบคู่กัน และเอื้อให้ประชาชนร่วมมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 นี้โดยนำประเด็นที่นำเสนอในกระบวนการชุมชนเข้าสู่อำนาจพิจารณาในเชิงนโยบายสำหรับสาระในด้านสุขภาพนั้นมีความชัดเจนมากกว่าแผนพัฒนาฉบับใดๆ ที่ผ่านมา กล่าวคือมีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน / ครอบครัว / ชุมชน / ประชาคม

(แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9) โดยมีหลักการสำคัญคือใช้ระบบการศึกษาและระบบสื่อสารมวลชน ในการสร้างศักยภาพ ภูมิปัญญา และการเรียนรู้ของประชาชนเพื่อการสร้างเสริมทักษะชีวิตและสุขภาพ เน้นการสื่อสารที่ทันสมัยเช่นอินเทอร์เน็ตสุขภาพ มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ และเผยแพร่สู่ประชาชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ และมีองค์กรและระบบที่ ควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูลและการคัดกรองการบริโภคข้อมูลสุขภาพ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบบริการสุขภาพคือนโยบายการ กระจายอำนาจ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ใน 3 ด้านที่สำคัญคือ (1) ด้านความอิสระในการ กำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ (2) ด้านบริหารจัดการโดยลดภารกิจของราชการส่วนกลางและ ส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแทน และ (3) ด้านประสิทธิภาพ ของการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วม ตรวจสอบ ในการจัดบริการสาธารณะเช่น การจัดการศึกษา การสาธารณสุข และการจัดการทรัพยากร จากธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมโดยให้คณะกรรมการเฉพาะด้านระดับเขตพื้นที่ในเขตจังหวัด ซึ่งประกอบ ด้วย ผู้แทนพนักงานรัฐ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนฝ่ายวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนประชาคมหรือภาคประชาสังคม

ดังนั้นในการกระจายอำนาจทางด้านบริการสุขภาพให้กับประชาชน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ จัดตั้งสำนักงานสนับสนุนและพัฒนากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (สพกส.) เพื่อเป็นหน่วยงาน ส่วนกลางในการดำเนินงานเรื่องการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น พร้อมทั้งได้จัดตั้ง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ของจังหวัดนั้น เพื่อเป็นกลไกของท้องถิ่นในการดำเนินงาน กระจายอำนาจในระดับพื้นที่ โดยกสพ.นี้ประกอบด้วยตัวแทนของกลุ่มบุคคล / องค์กร 3 ฝ่าย คือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ และตัวแทนของประชาชนหรือประชาคมและ ผู้ทรงคุณวุฒิ หรือที่เรียกสั้นๆ ว่าเป็นกลุ่มไตรภาคีของ กสพ. นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้ตัวแทนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธานกสพ. และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการ กสพ. โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลางในการประสานการดำเนินการ กระทรวง สาธารณสุขได้เริ่มปฏิบัติการในแนวคิดและกลไกดังกล่าวด้วยการทดลองปฏิบัติการใน 10 จังหวัดแรกที่มี ความพร้อม คือ จังหวัดภูเก็ต สงขลา เชียงใหม่ พะเยา มหาสารคาม พระนครศรีอยุธยา นครราชสีมา และชัยนาท ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของกสพ.ในจังหวัดน่าน้องได้หยุดชะงักลงเมื่อกระทรวงสาธารณสุข ได้เปลี่ยนแปลงนโยบายและคำสั่งใหม่คือ การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของ กสพ.จังหวัดจากคณะกรรมการ

ที่มีอำนาจเต็มในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และการบริหารจัดการในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เปลี่ยนไป เป็นเพียงคณะที่ปรึกษาของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การเปลี่ยนกลับไปที่เคยเป็นแกนหลักในการปฏิบัติการในพื้นที่ยังคงเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่เช่นเดิม ซึ่งก็หมายถึงการยกเลิกระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นนั่นเอง (ประสิทธิ์ ลีระพันธุ์ และคณะ, 2548)

ในเนื้อหาของการดำเนินการ ปีงบประมาณ 2544-2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนงานสาธารณสุขมูลฐานและงานส่งเสริมสุขภาพไปสู่การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งจากงานศึกษา อปท.ที่สามารถดำเนินการในด้านสาธารณสุขจะดำเนินกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การสร้างสุขภาพเด็กปฐมวัย เด็กนักเรียน กิจกรรมวางแผนครอบครัวและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ในงานสาธารณสุขเชิงป้องกัน ภารกิจของ อปท. ได้แก่การควบคุมพาหะนำโรค (โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย โรคพิษสุนัขบ้า) การให้ความรู้ การดูแลสุขภาพอนามัยให้กับกลุ่มเยาวชนและประชาชน และการให้ไปรับรองด้านสุขภาพอาหาร นอกจากนี้ยังมีการตรวจรักษาโรคระดับสาธารณสุขมูลฐาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้วิธีการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยใช้อาสาสมัครประชาชน จึงอาจกล่าวได้ว่าการดำเนินการสาธารณสุขในเชิงป้องกันจะประสบผลสำเร็จ ได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชน และโดยพื้นฐานของชุมชนชนบทจะมีลักษณะความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยและช่วยเหลือกัน ในชุมชนชนบทจึงมีคุณลักษณะที่เอื้อต่อการดำเนินนวัตกรรมสาธารณสุขเชิงป้องกันได้อย่างประสบผลสำเร็จ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีตัวแปรที่สำคัญคือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อนุมัติงบประมาณตามโครงการ 30 บาท (รักษาทุกโรค) การจัดสรรงบประมาณ และการบริหารงานการเงินการคลังให้โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาใช้การบริหารงบประมาณนั้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการบริการ และความไม่เท่าเทียมกันในการใช้บริการ โดยเฉพาะด้วยโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่ใช้ระบบการค้าและอุตสาหกรรมนำหน้าประกอบกับวิถีชีวิตของพลเมืองแบบบริโภคนิยมเป็นหลักทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย วิธีการดำรงชีวิต การกินอยู่ ส่งผลให้ลักษณะของโรคแตกต่างกันไปด้วย โรคของคนจนอยู่ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความขาดแคลน ซึ่งได้แก่โรคขาดสารอาหาร โรคพยาธิ และโรคติดเชื้อต่างๆ ในขณะที่โรคของคนรวยและคนชนชั้นกลางจะอยู่ในกลุ่มของโรคไร้เชื้อ โรคเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็ง จิตประสาท อย่างไรก็ตามเมื่อคนจนและคนรวยต่างตกอยู่ในโครงสร้างเศรษฐกิจเดียวกัน ภาวะของโรคเหล่านี้ก็เกิดขึ้นกับกลุ่มคนจนและคนรวยอย่างถ้วนหน้า ตัวชี้ขาดที่สำคัญจึงอยู่ที่งบประมาณในการรักษาและหลักประกันในการรักษาและการเข้าถึงบริการ เพราะเมื่อรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับสถานพยาบาลในการรักษาโรคจึงดูเหมือนไม่ใช่อุปสรรคกับประชาชนผู้มีรายได้น้อย ขณะที่คนรวยและคนชนชั้นกลางที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายเงิน

เพื่อรักษาดูแลตนเองก็กลับยังไม่มีปัญหา เพราะสามารถที่จะเลือกสรรบริการที่ดีสำหรับตนเองได้ แต่สำหรับคนจนนั้น ประเด็นที่ได้รับการร้องเรียนคือ ยา เวชภัณฑ์ที่ได้รับจากการใช้บริการ 30 บาทไม่ได้รับการไม่มีคุณภาพ ไม่เท่าเทียมกับระบบสวัสดิการประกันสังคมและระบบการรักษาข้าราชการ อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นคนชนชั้นในระดับเศรษฐกิจอย่างไรความสำเร็จทางการแพทย์ก็ได้ขึ้นอยู่กับเฉพาะที่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้หรือความสามารถของบุคลากรทางวิชาชีพในการรักษาโรคเท่านั้น หากยังอยู่ที่ความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญโรคได้อย่างผาสุก

การผ่านจากโรคจึงมิได้หมายถึงการผ่านทางพยาธิโรค แต่หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถประคองจิตให้เป็นปกติจนถึงที่สุดซึ่งหมายถึงการวางจิตวางใจต่อโรคด้วย ในปัจจุบันด้วยสถานการณ์ที่บุคลากรทางสาธารณสุขไม่เพียงพอ และด้วยโรคใหม่ๆ ที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับอัตราขยายของพลเมือง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแพทย์ที่มีพื้นฐานวิธีคิดเพียงแค่นั่นแต่วิธีการจัดการกับโรค จึงให้ความสนใจน้อยต่อผู้ป่วยว่าจะมีท่าทีที่ถูกต้องต่อโรคอย่างไร ดังนั้นเมื่อระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถให้คำตอบในการรักษาโรคให้หายขาดได้ และยังเกิดผลกระทบต่อการใช้จ่าย ข้อมูลงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาและประสิทธิภาพของการใช้จ่ายไม่มีความชัดเจน การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนที่ไม่อาจใช้ความสัมพันธ์และอำนาจเชิงโครงสร้างเนื่องจากติดขัดกับกระบวนการในการกระจายอำนาจ สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปัจเจก ชุมชน โดยเคลื่อนไหวในภาคประชาชน และต้องช่วยเหลือตัวเองในการซื้อยามากิน และหาวิธีการรักษาทางอื่นที่สามารถช่วยเหลือและบรรเทาตนเองให้พ้นจากความเจ็บป่วยด้วยทางเลือกอื่นๆ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตัวเองด้วยวิธีการต่างๆ แม้กระทั่งการพึ่งพาอาศัยสิ่งซึ่งเป็นนามธรรมเช่นพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์

การบำบัดรักษาตนเองด้วยวิธีการทางจิตนั้น ทุกวันนี้สถาบันการแพทย์หลายแห่งยอมรับแล้วว่าผู้ที่เชื่อพระเจ้าหรือหันสวดภาวนาถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีโอกาสหายป่วยหรือรอดตายมากกว่าคนทั่วไปที่ไม่เชื่อ เช่นเมื่อปี 2538 ศูนย์การแพทย์ดาร์มัทธิตซ์ค็อกในสหรัฐอเมริกาพบว่าในบรรดาผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดหัวใจและมีศรัทธาในศาสนามีโอกาสรอดตายได้มากกว่าผู้ไม่มีศรัทธาเป็น 3 เท่า ในทำนองเดียวกันสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติมีรายงานวิจัยว่า คนแก่ที่ไปวัดบ่อยๆ จะมีสุขภาพดีกว่าและมีอารมณ์ซึมเศร้าน้อยกว่าคนที่ไม่ไปวัด (ไพศาล วิสาโล, 2542) นัยสำคัญมิได้อยู่ที่ว่าสิ่งที่ประชาชนยอมรับนับถือนั้นศักดิ์สิทธิ์จริงหรือไม่ แต่นัยสำคัญคือศรัทธาและความเชื่อเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อสภาวะของคนปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงถือเป็นกระแสเคลื่อนไหวจากภาคประชาชนในเรื่องหลักๆ ที่ต้องการดูแลสุขภาพด้วยตนเองด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความเป็นอยู่ ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิดที่ประชาชนตระหนักได้ว่า ระบบสุขภาพมิใช่เฉพาะการรักษาทางกายภาพเท่านั้น แต่จะต้องมีการเคลื่อนไหวไปอย่างเป็นองค์รวมทั้งกายและจิตใจ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบข้างด้วย

การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบบริการสุขภาพที่ไม่เน้นในเรื่องการรักษาโรค และปฏิบัติการเชิงคลินิก (clinical practice) แต่เน้นในด้านการดูแลสุขภาพในการป้องกันนั้น องค์การแพทยเอกชนมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม บทบาทที่สำคัญคือการสร้างทัศนคติสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของหน่วยงานหน่วยใดเพียงหน่วยเดียว แต่สามารถสอดแทรกในทุกงานขององค์การเอกชน โดยเน้นกิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา และควรมีการทำงานในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกับชุมชน โดยมีโซทำงานในลักษณะการสั่งการ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ , 2543) รูปแบบที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพนั้นควรจะสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย มี 3 ส่วนที่สำคัญคือ (1) วัฒนธรรมในสังคม ซึ่งมีความหมายรวมถึงความเชื่อ ค่านิยม การมีวัฒนธรรมและชนบประเพณี เป็นวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกาย สังคมและจิตใจ (2) ศาสนา ที่เป็นกรอบความประพฤติ ปฏิบัติ และส่งผลให้สังคมดำเนินไปได้อย่างมีความสุข และ (3) สังคมและชุมชนแบบเครือญาติ ที่เอื้อเฟื้อกันในทุกๆ ด้านเช่นการแลกเปลี่ยนอาหาร การทำงานในภาคเกษตรที่ใช้แรงกายในการทำงานหนักแทนการใช้สารเคมี

ประเด็นสำคัญที่เป็นเหตุและผลลัพท์จากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบบริการสุขภาพคือการส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ ลักษณะของการที่สมาชิกพึ่งตนเองได้คือสามารถรวมกลุ่มและทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายเดียวกันอย่างพร้อมเพรียงและต่อเนื่อง สามารถพึ่งพากันได้ในทุกด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในทางด้านเศรษฐกิจ สามารถพึ่งตนเองได้จากการออม และมีได้มีความหมายในการออมเงินอย่างเดียว แต่รวมถึงการออมความอุดมสมบูรณ์ของดิน การออมพืชยืนต้น และสัตว์พื้นเมืองที่หลากหลาย โดยคนในชุมชนมีความสามัคคี ร่วมคิด ร่วมทำและเป็นหนึ่งเดียวในการทำกิจกรรม โดยที่สิ่งเหล่านี้จะดำเนินไปได้ คนในชุมชนให้ความสำคัญกับผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สำหรับกิจกรรมที่เชื่อมโยงให้เกิดความเข้มแข็งและการพึ่งตนเองในการสร้างเสริมให้มีสุขภาพดี คือให้ชุมชนมีอาหารที่อุดมสมบูรณ์เพียงพอ ปลอดภัย พืช สามารถลดรายจ่าย ผลิตหนี้สิน เพิ่มรายได้ เพิ่มการออม คำนึงความอุดมสมบูรณ์ให้ผืนดิน ป่าอุดม ทำใหลดการอพยพแรงงาน ครอบครัวได้อยู่ร่วมกันมีความรักความเอื้ออาทรต่อกัน มีความสุขทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ประชาสังคม, 2542)

4.2 เครือข่ายอินแปง : สุขภาพกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

“อินแปง” เป็นชุมชนที่มีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายดำเนินงานด้านการพัฒนาชุมชนโดยชุมชนเอง จากจุดเล็กที่เริ่มเพียงในระดับหมู่บ้าน ได้ขยายเป็นตำบล ขยายไปเป็นอำเภอ จนถึงระดับจังหวัดและจังหวัดข้างเคียง ปัจจุบันการรวมตัวของเครือข่ายอินแปงเกิดขึ้นใน 5 จังหวัดได้แก่อุดรธานี การพินธุ์ สกลนคร นครพนมและ มุกดาหาร ทั้ง 5 จังหวัดนี้มีการเชื่อมโยงกันใน 22 อำเภอ และ 90 ตำบล โดยหลักการของเครือข่ายการเรียนรู้ของอินแปงสู่การสร้างเครือข่ายองค์กร มีการต่อเชื่อมด้วยรากฐานความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม 4 ประการคือ รัก ศรัทธา พี่น้องและบุญคุณ ด้วยกระบวนการที่

ต่อเนื่อง มุ่งหาเป้าหมายร่วมกัน โดยใช้การจัดทำแผนแม่บทด้านสุขภาพของชุมชนในระดับตำบลเป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสะท้อนภาพที่แท้จริงของชุมชนตำบลใน 3 ประการคือ

(1) เห็นสภาพปัญหาด้านสุขภาพที่สะท้อนออกมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ตลอดทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำลายสุขภาพที่ใช้อุปโภคบริโภคและในการผลิต ร่วมกันวิเคราะห์แนวโน้มของสุขภาพชุมชนว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางใด

(2) เห็นผู้รู้และความรู้ที่ชุมชนสะสมมาในอดีตที่สามารถนำมาประยุกต์แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในปัจจุบันได้

(3) เห็นต้นทุนทางทรัพยากรที่สามารถนำความรู้เดิมกับความรู้ใหม่มาบริหารจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ปรากฏในปัจจุบัน

วิถีชีวิตและบริบทของชุมชนอินแปง อินแปง เป็นชุมชนที่อยู่ในจังหวัดภาคอีสาน ที่มีระบบการเกษตรและการปลูกพืชคล้ายกัน ได้แก่การปลูกข้าวและพืชไร่ แต่เดิมปลูกเพื่อเอาไปบริโภคในครอบครัว เมื่อมีเหลือก็ขายบ้าง แต่ต่อมาเมื่อการปลูกมันสำปะหลังเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นพืชเศรษฐกิจและการพัฒนาในทุกๆ ด้านเข้าไปในชุมชน วัฒนธรรมความพออยู่พอกินในชุมชนหายไป และเริ่มมีความเป็นอยู่ที่ฟุ้งเฟ้อมากขึ้น ประกอบกับมีสถาบันการเงินที่ให้กู้ยืมเงินมากขึ้น ทำให้ชุมชนประสบปัญหาการทำมาหาได้ไม่พอกับรายจ่าย หนี้สินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีทั้งหนี้สินในระบบคือการกู้จากธนาคารและสถาบันการเงินของรัฐ และหนี้นอกกระบบที่กู้ยืมจากนายทุน เจ้าแก่ ความยากจนและหนี้สินเกี่ยวข้องกันเป็นวงจร คนในชุมชนอินแปงยังประสบกับความยากจนก็มีการนำที่ดินไปจำนองเพื่อนำเงินมาใช้หนี้ บางคนก็ขายพื้นที่การผลิตเพื่อเพิ่มจำนวนผลผลิต แต่เท่ากับเป็นการทำลายแหล่งอาหารธรรมชาติ ความตึงเครียดทางเศรษฐกิจส่งผลทำให้ระบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวล่มสลาย เด็กไม่เชื่อฟังพ่อแม่ จำนวนเยาวชนในโรงเรียนที่ติดยาเสพติดมีเพิ่มมากขึ้น ลักษณะของระบบเศรษฐกิจและสังคมในชุมชนเช่นนี้ทำให้คนลดทอนความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่เชื่อมั่นในสังคมและชุมชน เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดโรคทางใจ และโรคทางด้านร่างกาย รากเหง้าของสังคมแต่เดิมคือการทำชุมชนสามารถดูแลตนเองและดูแลกันเองได้ มีความสงบสุข ไม่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างสิ้นเปลือง คนในชุมชนแต่เดิมผูกสัมพันธ์กันด้วยจริยธรรม มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยเหลือกัน มีบุญคุณต่อกัน

หลักการเรียนรู้ในมหาวิทยาลัยชีวิตอินแปง มีหลักการคิด หลักวิเคราะห์ มุ่งสร้างชุมชนเกษตรกรรมใหม่ตามแนวอินแปง โดยผู้เข้าร่วมและเรียนรู้ จะเป็นนักเรียนรู้ นักสร้างความรู้ นักจัดการ และนักวิสาหกิจสุขภาพชุมชน และเรียนรู้เพื่อเกิดสำนึกและแสดงออกด้วยความรัก ความศรัทธา ความเป็นพี่น้อง ความเคารพในผู้มีบุญคุณ

หลักสูตรที่มีการเรียนรู้ในมหาวิทยาลัยชีวิตอินแปง คือ

(1) หลักสูตรเกษตรกรรมพื้นฐานชีวิตอินแปง มี 9 หลักการ คือ

- หลักการทำอยู่ทำกิน ปลูกทุกอย่างที่กิน กินทุกอย่างที่ปลูก (อิมท้องก่อน เหลือ แจก แลก แปรรูป ขยายร่วมกัน
- หลักการปลูกพืชหลายระดับให้พึ่งพาอาศัยกันให้ได้กินหมุนเวียนทั้งปี
- หลักการปลูกพืชหลายระดับให้พึ่งพาอาศัยกับการเลี้ยงสัตว์พื้นบ้านแบบปล่อย
- หลักการสังเกตความเป็นไปของธรรมชาติ โดยศึกษาจากป่าโคก ป่าดง ห้วย
- หลักการสร้างคุณค่าเพื่อเพิ่มมูลค่า
- หลักการไม่ไปหาตลาดแต่ให้ตลาดมาหา
- หลักการรู้จักกินอย่างมีคุณค่าต่อชีวิต เมนุชีวิต
- หลักการสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- หลักการจัดทำงบดุล เศรษฐกิจครอบครัว

(2) หลักสูตรการแปรรูปทรัพยากร และสร้างสินค้าทดแทน

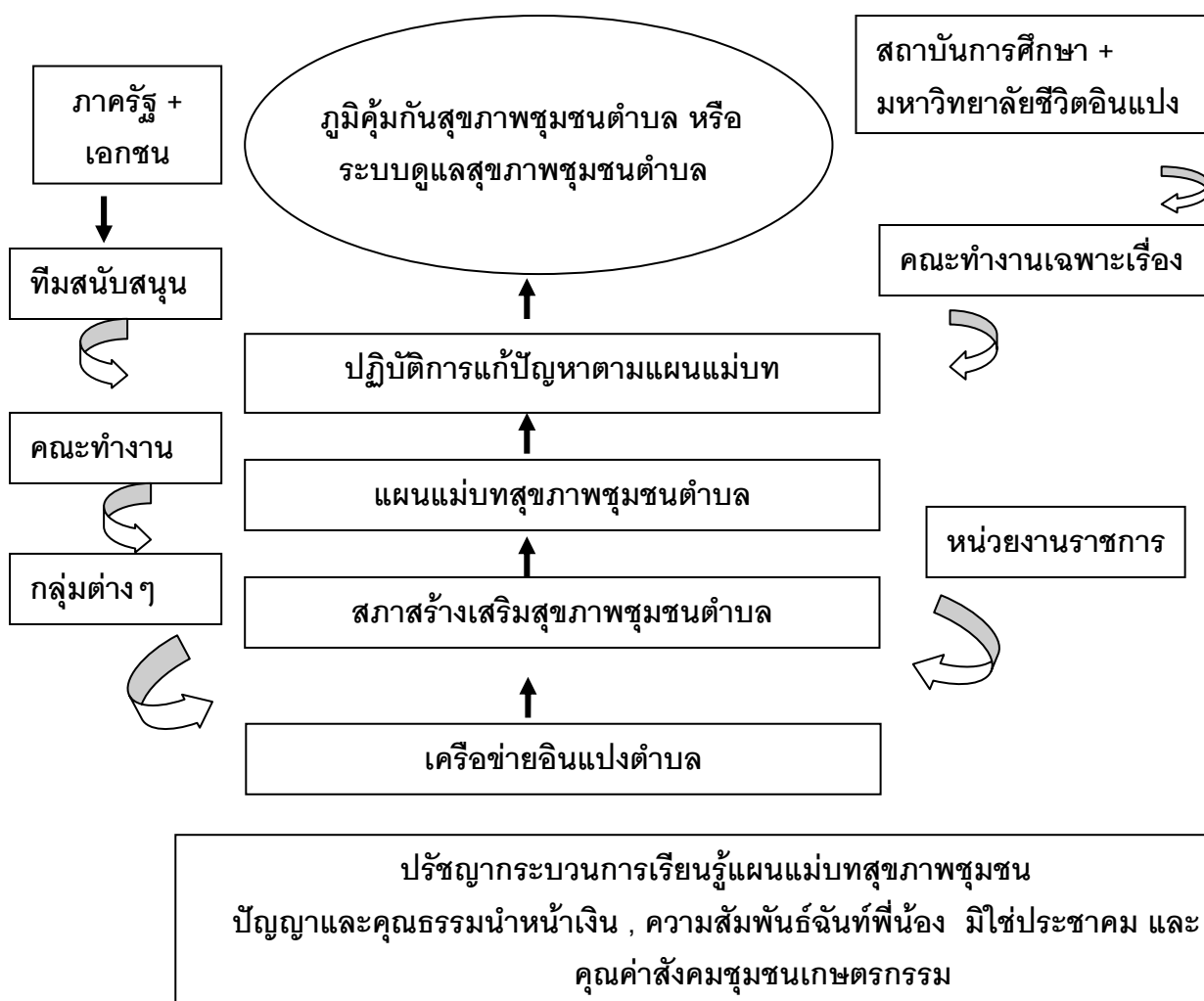
- การผลิตน้ำหมากเฒ่า น้ำสมอ น้ำคั่ว น้ำมะขามป้อม น้ำแตงเดี้ยว
- ผลิตภัณฑ์ ปลาหมัก ปลาแดก
- ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ ยาป้องกันแมลงชีวภาพ
- ผลิตภัณฑ์ขนม ทำสั่นกล้วยเดี้ยวจากกล้วย มัน ผือกและธัญพืช
- ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ สบู่เหลว แชมพู ครีมฟอกหน้า น้ำยาอเนกประสงค์
- อบถ่าน ทำเตาประหยัดพลังงาน เตาเผาขยะ เตาอบพลังแสงอาทิตย์
- ทำผักพื้นบ้านดอง น้ำมันพืช เห็ดพื้นบ้าน

(3) หลักสูตรวิสาหกิจสุขภาพชุมชน

- โรงงานน้ำผลไม้พื้นบ้าน
- โรงงานผงนัว ครัวชนชาติชนเผ่ากะเลิง
- โรงงานปุ๋ยชีวภาพ ยาป้องกันแมลงชีวภาพ
- โรงงานแปรรูปสมุนไพร ชา โรงกลั่นน้ำมันพืชสมุนไพร
- โรงสีข้าวฮาง ธนาคารข้าว สถาบันการเงินชุมชน
- โรงงานหมากเฒ่า สมอ คั่ว
- โรงเพาะชำพื้นบ้าน ต้นทุนป่าชุมชน

ผลจากกระบวนการเรียนรู้ จากกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น เครือข่ายอินแปงสามารถสร้างรูปแบบและแผนงานได้ดังนี้

(1) **แผนแม่บทสุขภาพชุมชนตำบล** จากกระบวนการเรียนรู้ที่นักวิจัยและคนในชุมชนได้ทำงานร่วมกัน ก่อให้เกิดความรู้และนำไปสู่การจัดทำแผนแม่บท เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ดังแผนภูมิดังนี้



(2) ระบบภูมิคุ้มกันสุขภาพชุมชนตำบล หรือ ระบบดูแลสุขภาพชุมชนตำบล



(3) การเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์แบบรูปธรรม

จากการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันกับชุมชน ชุมชนได้เปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ดังนี้

- ยกปามาไว้ที่สวน ปลูกทุกอย่างที่กิน กินทุกอย่างที่ปลูกตามข้อตกลง ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญอันดับหนึ่ง ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยแนวคิด “อาหารเป็นยา” หลักการของแนวคิดนี้มุ่งเน้นการปลูกพืชที่ผสมภูมิปัญญาท้องถิ่นและความเชื่อดั้งเดิม เช่น ปลูกพืชอะไรบ้างที่จะป้องกันโรคไม่ให้เยี่ยมกรายเข้าบ้านเรือน ความเชื่อเช่นนี้นำไปสู่การปลูกต้นไม้ที่กินไม่ให้เป็นโรค และการปลูกที่สามารถนำมากินเพื่อรักษา เช่นคนอีสานมักจะเป็นโรคเลือด โรคลมในท้อง ซึ่งอาจเป็นผลจากการบริโภคข้าวเหนียว ผักที่จะช่วยเรื่องลมในท้องก็คือ หอม และ ผักแพว

- เพาะพันธุ์ไม้พื้นบ้าน เช่นหวาย เม่า สมอ คอนแคน ยาง มะค่า ยอ ผักหวาน ฯลฯ
- อนุรักษ์คอนปู้ตา ปาสาธารณะ รื้อฟื้นแนวคิดการอยู่ร่วมกับป่าให้กับชุมชน เช่นแนวคิด อีก 20 ปีจะปลูกเรือน ต้องปลูกไม้ตั้งแต่วันนี้

- จัดตั้งธนาคารวัน
- จัดตั้งโรงงานแปรรูปสมุนไพร
- มีศูนย์จัดการสุขภาพชุมชนเครือข่ายอินแปง (นวดพื้นบ้านสมุนไพร หมอพื้นบ้าน)
- ข้าวพื้นเมืองปลอดสาร - ข้าวฮาง (เป็นข้าวกล้อง ข้อดีคือเวลานำไปสี ข้าวไม่หักและกินแล้วอึดนาน)
- เผาถ่านแบบอบ
- โรงงานแปรรูปน้ำผลไม้พื้นบ้าน เป็นการผลิตของทดแทนแปรรูป โดยพัฒนาพืชผักและผลไม้เป็นของแปรรูป สามารถขายได้ ได้แก่ ยอ มะขาม ซึ่งมีแคลเซียมสูงให้เป็นน้ำผลไม้
- จัดทำน้ำแดดเดียว เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจัดให้คนในชุมชนได้ดื่มน้ำที่มีคุณภาพ การทำน้ำแดดเดียวคือใช้แสงอุลตราไวโอเลตฆ่าเชื้อโรคในน้ำ โดยมีวิธีการที่ง่ายคือนำน้ำสำหรับดื่มได้ โดยไม่ต้องต้ม ใส่ขวดแก้วใส วางเรียง 45 องศา หันขวดเข้าหาแดดทิ้งไว้ 1 วัน หลังจากนั้นนำมาดื่มได้

- โครงการเด็กฮักถิ่น ให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน
- ผลิตเครื่องมือการเกษตร จอบ เสียม พรวน
- นำพืชพันธุ์พื้นบ้านมาแปรรูปเป็นผงนัว แทนการซื้อผงชูรส
- จัดตั้งโรงงานนุ้ยชีวภาพ
- รื้อฟื้นและสานต่อภูมิปัญญาเดิม การทอดผ้าย้อมคราม ย้อมสีธรรมชาติ
- ทำปุ๋ยสูตรพื้นบ้าน เลี้ยงไก่ วัว ควาย และจัดการโรงงานอาหารสัตว์
- แปรรูปของใช้จากน้ำชีวภาพ เช่นสบู่เหลว ยาสีฟัน
- แปรรูปพืชผลที่ปลูกแล้วเหลือกิน เหลือขาย ได้แก่แปรรูปกล้วย นำมาทำเป็นแป้งอ้อย เป็นน้ำตาลอ้อย เกลือ ปลายน้ำสงคราม แปรรูปแบ่งพื้นบ้านเป็นขนม

- จัดตั้งกองทุนสวัสดิการผู้ยากไร้ และกองทุนออมทรัพย์หมู่บ้าน/ ตำบล โดยนำเงินมาระดมทุน ก่อนอื่นมาร่วมหรือว่าจะนำเงินออมไปทำอะไร ด้วยวิธีการนี้จึงเป็นการ “ออมเงินโดยใช้ปัญญา” นับรวมเวลา 15 ปีที่ก่อตั้งเครือข่ายอินแปง และมีการจัดตั้งกองทุนออมทรัพย์ ปัจจุบันกองทุนมีเงินหมุนเวียนนับ 100 ล้านบาท ซึ่งเงินจำนวนนี้จะกระจายอยู่ในทุกหมู่บ้าน

- ผลิตรายการวิทยุชุมชน เพื่อเผยแพร่และกระจายข่าวเพื่อสร้างเครือข่ายให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

(4) การเปลี่ยนแปลงเชิงประสบการณ์แบบนามธรรม

จากการทำงานและเรียนรู้ร่วมกันกับชุมชน มีการเปลี่ยนแปลงต่อจิตสำนึกและวิถีคิดของชุมชนดังนี้

- ความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพในมิติของอินแปง
- สุขภาพ คือความสามารถของคนแต่ละคนในการจัดการกับเหตุปัจจัยที่มากระทบ แล้วก่อให้เกิดความสบาย ความสุขที่แท้จริงทั้งกายและใจ โดยไม่ก่อให้เกิดผลทางลบกับสิ่งแวดล้อมใดใด
- สุขภาพชุมชน คือสภาวะที่ชุมชนสามารถจัดการสร้างและแก้ไขปัจจัยต่างๆ ให้เชื่อมต่อสุขภาวะทั้งกายใจ ก่อให้เกิดระบบภูมิคุ้มกันชุมชนที่สามารถทำงานป้องกันชุมชนได้ตลอดเวลา
- วิสาหกิจสุขภาพชุมชน คือความพยายามที่ไม่ธรรมดาของชุมชนในการจัดการกิจการด้านสุขภาพ ด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับภูมิปัญญาสากล

(5) โรงเรียนดูแลสุขภาพวิถีไทอีสาน

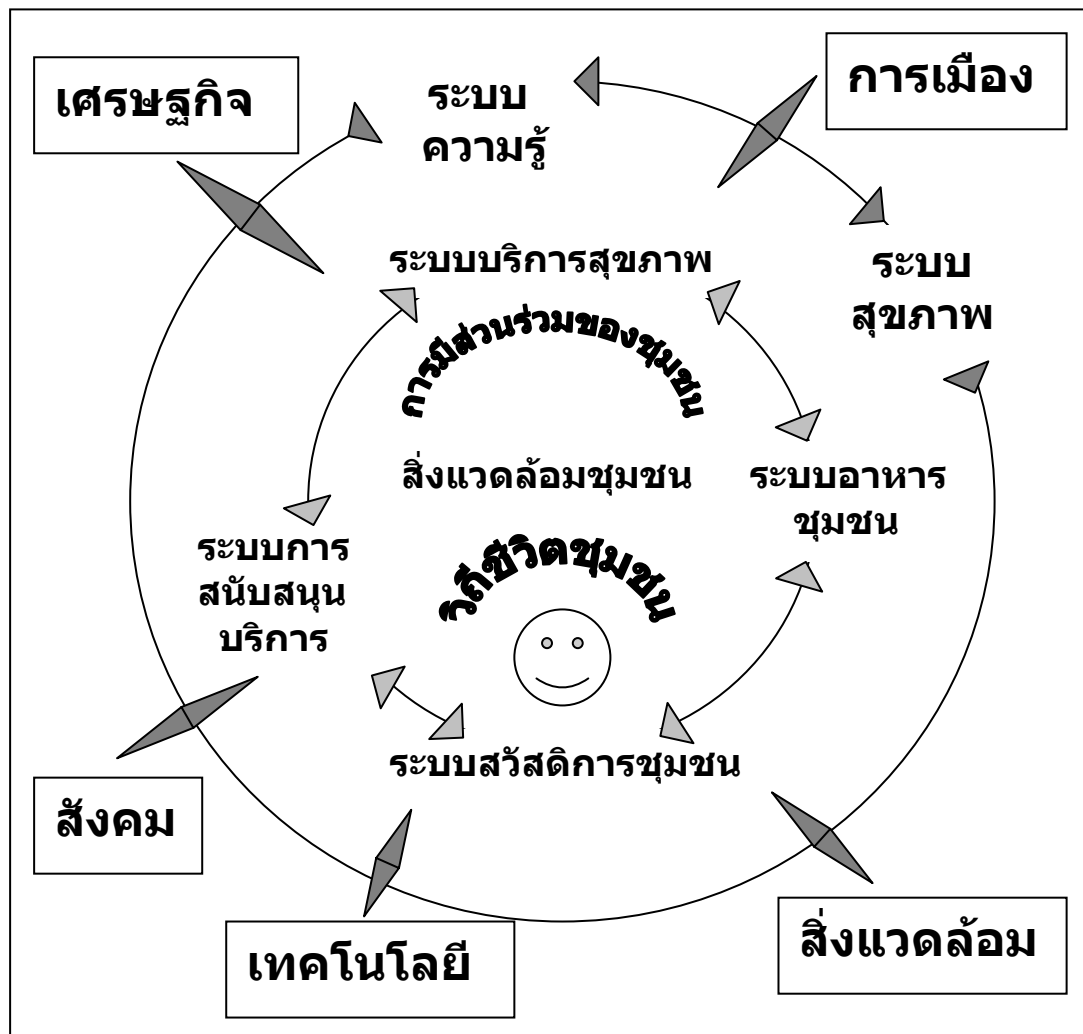
- เรียนรู้จากหมอพื้นบ้าน หมอทางเลือก หมอแผนปัจจุบัน เคลื่อนที่ไปตามตำบลต่างๆ โดยศูนย์จัดการสุขภาพเครือข่ายอินแปงตำบลเป็นเจ้าภาพ ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย นักเรียนประจำโรงเรียนดูแลสุขภาพวิถีไทและผู้สนใจในตำบลนั้น โดยผู้เข้าร่วมสมทบอาหารและบริจาคค่าใช้จ่าย

- เรียนรู้หลักการดูแลสุขภาพวิถีไทอีสาน การนวด ดัด สมุนไพร ชา การตรวจคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร อาหารสุขภาพ น้ำแดดเดียว การฟอกโคลนเพื่อดูแลส่งเสริมและบำบัด การใช้ความร้อนในการบำบัดโรค (การอบ รีด ประคบ ย่ำ ย่างและอาบแดด) การใช้ น้ำในการบำบัดโรคได้แก่ การใช้พั้งน้ำส้มละเื้อน การแช่น้ำ การรด/ราดน้ำ การบริหารร่างกายด้วยรูปแบบต่างๆ เช่นโยคะ ฤาษีดัดตน ญีเคียวจูซี่) การรักษาด้วยพิธีกรรมพื้นบ้านแบบดั้งเดิม เช่นการใช้คาถา สมมาบายศรี เสี้ยว การยกครู การดูดวง การแผ่เมตตา และการใช้สมาธิ ใช้เสียงดนตรีในการบำบัดโรค เป็นต้น

- การส่งเสริมให้ผู้ที่มีความรู้ทางด้านการรักษา การใช้สมุนไพร และมีคุณธรรมสามารถที่จะรักษาคนได้ตามมาตรฐานที่ภาครัฐวางไว้ เช่นการส่งเสริมให้หมอพื้นบ้านได้รับใบ

ประกอบโรคศิลป์ ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลป์ 2542 และส่งเสริมการศึกษาตามแบบ แพทย์แผนไทยตามมาตรฐานของกรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

กรอบความคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อการเรียนรู้ และการสร้างความรู้เพื่อสร้างสรรและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนในชุมชน งานวิจัยได้ถูกออกแบบเพื่อการทำ ความเข้าใจกับวิถีชีวิตของชุมชนตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่ชุมชนเผชิญ อยู่ โครงการนี้มีระยะเวลา 3 ปี ในระยะแรกคณะวิจัยเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาวิจัยเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมา สังเคราะห์และประมวลเป็นรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพที่เป็นความต้องการของคนในชุมชน ซึ่ง ประกอบด้วยโครงสร้าง ลักษณะของการบริหารจัดการ ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินการ และชุด ความรู้เบื้องต้นที่สามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน วิถีวิทยาของงานวิจัยนี้มี 3 ส่วนคือ

(1) **งานวิจัยเชิงกรณีศึกษา** (case studies) เป็นการวิจัยโดยศึกษาวิถีชีวิตของชุมชนโดยใช้กรณีตัวอย่างจากชุมชนตำบลโคกกระชาย งานวิจัยเชิงกรณีศึกษาจะใช้วิถีวิทยาของการสร้างทฤษฎี จากฐานราก (grounded theory) ซึ่งมีได้เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของทฤษฎีที่มีอยู่ แต่ทฤษฎี ความรู้ที่ได้จะมาจากประสบการณ์ การรับรู้ ความคิดของคนในชุมชน ด้วยวิถีวิทยาเช่นนี้จะทำให้เกิด ความรู้ ความเข้าใจกับวิถีแห่งสุขภาพท่ามกลางการดำรงอยู่ของชุมชน และสามารถนำข้อมูลเหล่านั้น มาสังเคราะห์เพื่อจัดรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

(2) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ** (action research) เป็นการวิจัยเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันกับชุมชน โดยใช้วิถีวิทยาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่เน้นให้การดูแล การบำบัดรักษา การ ส่งเสริม การป้องกัน โดยเน้นวิธีการใช้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ยาสมุนไพรและการให้ ความสำคัญกับการบำบัดดูแลทางด้านจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย ตลอดจนรณรงค์ด้านการ ป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพไปพร้อมๆ กัน

(3) **การวิจัยเชิงนโยบาย** (policy research) เป็นการศึกษากระบวนการดำเนินการของ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถถอดประสบการณ์การเรียนรู้ และสังเคราะห์ความรู้ที่ได้รับ ระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการและข้อมูลจากการวิจัยกรณีศึกษา เพื่อให้เกิดผลต่อการจัดรูปแบบ โครงสร้าง การดำเนินการ ทรัพยากรที่ใช้ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นท่ามกลางบริบทแวดล้อม อันจะเป็นผลต่อการวางนโยบายต่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ที่เน้นการใช้วิธีการแพทย์ พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ตลอดจนทรัพยากรธรรมชาติที่จะเอื้อต่อสุขภาพของคนในชุมชน

ข้อสังเกต วิถีวิทยาของทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าวไม่สามารถแยกจากกันได้ แต่เป็นกระบวนการที่ ดำเนินไปพร้อมๆ กัน โดยจะมีการประเมินผล การติดตาม การประเมินตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายมิได้เป็นไปเพื่อสร้างและพัฒนา รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพที่ตายตัว (static) แต่เพื่อให้ สามารถสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่มีชีวิตด้วยพลังอันเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ การสร้างสรรความรู้ และการใช้ความรู้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ของครอบครัว และของชุมชน

3.1 กระบวนการศึกษา

มีกระบวนการและประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรมและสร้างกรอบความคิด ด้วยวิธีการศึกษาจากเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษาถึงแนวคิด ทฤษฎี พระราชบัญญัติ การให้ความหมายของระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ สถานการณ์ สถิติของโรคปัจจุบัน และแนวคิด วิถีปฏิบัติของการมีส่วนร่วมของประชาชน

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ในการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก คณะผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักในสองกลุ่มหลัก ๆ คือ กลุ่มของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขในภาครัฐ ตามระดับของการให้บริการในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และกลุ่มของคนในชุมชนที่ใช้บริการในสถานีนามัยทั้ง 3 แห่งซึ่งได้แก่สถานีนามัยมาบกราด หนองโปลา และโคกกระชาย ในการเก็บข้อมูลจากคนกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสร้างเป็นมโนทัศน์ (concepts) และจัดหมวดหมู่ (categories) จนสามารถสรุปออกมาเป็นข้อสมมติฐานชั่วคราว (temporary hypothesis) เพื่อพิจารณาถึงผู้ให้ข้อมูลหลักคนถัดไปที่ในการให้ข้อมูลจะไม่สนับสนุนข้อมูลเดิม และมีลักษณะแตกต่างไปจากกลุ่มมโนทัศน์เดิม

3. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกก่อนที่จะดำเนินโครงการ และเก็บข้อมูลในพื้นที่ชุดหนึ่งเพื่อนำมาเป็นข้อมูลเริ่มต้น ก่อนที่จะดำเนินโครงการและนำมาสร้างกรอบคำถามที่นำไปใช้ในการสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบโครงในงานวิจัย ในการสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยได้ใช้เทปบันทึกการให้สัมภาษณ์ หลังจากนั้นได้นำมาถอดความอย่างละเอียดเพื่อนำมาดำเนินการวิเคราะห์และสร้างทฤษฎีจากฐานราก

4 การอภิปรายกลุ่มเฉพาะเจาะจง (Focus Group Discussion) คณะผู้วิจัยได้จัดการประชุมกลุ่มย่อย โดยได้มีการดำเนินการ 6 ครั้ง เพื่อให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มได้ร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ แนวคิดในการจัดการระบบบริการสุขภาพของท้องถิ่น ซึ่งมีแต่ละกลุ่มดังนี้ (1) กลุ่มผู้บริหาร แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลครบุรี) (2) กลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสถานีนามัยทั้ง 3 แห่ง (3) กลุ่มของ อสม.บ้านโนนระเวียง ต.โคกกระชาย (4) กลุ่ม อสม.สถานีนามัยมาบกราด (5) กลุ่ม อสม.สถานีนามัยหนองโปลา และ (6) กลุ่มของคนในชุมชนที่มีความสนใจการแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร

5. การประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือของการประชุมเพื่อสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูล โดยเนื้อหาที่จัดประชุมเชิงปฏิบัติการนั้นมีความหลากหลายสอดคล้องกับการดำเนินวิถีชีวิตในชุมชน โดยเฉพาะการความรู้เรื่องเกษตรอินทรีย์ ซึ่งเป็นข้อมูลความรู้ที่คนส่วนใหญ่ในชุมชนต้องการความรู้เช่นนี้เป็นรูปธรรม เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของพวกเขาโดยตรง โดยคณะผู้วิจัยได้จัดพื้นที่สาธิต และสนับสนุนให้เกิดการขยายและต่อยอดความคิดในชุมชนอย่างขยายผล ในการประชุมแต่ละครั้งจัดเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นความรู้รูปแบบของการสังเคราะห์ความรู้จะจัดกระทำในหลายวิธี เช่นการสนทนาแลกเปลี่ยน การจัดทำเอกสาร

สรุป การจัดเวทีประชาคมที่ประกอบด้วยนักวิชาการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทางสาธารณสุขและคนในชุมชน ได้ออกความเห็นและร่วมกันสร้างสรรและพัฒนารูปแบบการบริการ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการจัดประชุม นำมาสร้างเป็นรูปแบบของระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนต้องการ แล้วนำรูปแบบที่ได้จากการวิเคราะห์ นำเสนอในที่ประชุมของผู้เกี่ยวข้อง โดยจัดเวทีที่เป็นตัวแทนของภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน โดยนำข้อคิดเห็นจากที่ประชุมมาปรับรูปแบบ และนำเสนอในที่ นักวิชาการที่ส่วนกลางอีกครั้ง

3.2 การให้ความหมายเบื้องต้น

งานศึกษานี้ให้ความหมายเบื้องต้นของคำสำคัญๆ เพื่อเป็นกรอบโครงในการสร้างแบบคำถาม ในการวิจัยซึ่งได้แก่คำว่าระบบบริการสุขภาพ และ ความเป็นชุมชน

ระบบบริการสุขภาพ ในกรอบโครงของงานวิจัยนี้หมายถึง ระบบการจัดการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน รวมถึงระบบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ วิถีชีวิตและการดำรงอยู่ของบุคคล สภาพแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบอาหาร ระบบสวัสดิการของชุมชน และระบบการสนับสนุนบริการซึ่งรวมทั้งการสนับสนุนด้วยงบประมาณ บุคลากรทางวิชาชีพทั้งของภาครัฐ ภาคเอกชนและภาครัฐ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ระบบบริการสุขภาพมีความเชื่อมสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระบบอื่นๆ ที่มีขอบเขตกว้างขวางกว่าได้แก่ระบบสุขภาพ ระบบความรู้ ซึ่งระบบทั้งหมดนั้นอยู่ภายใต้ความเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคม ระบบวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและนิเวศสิ่งแวดล้อม ความหมายของการเปลี่ยนแปลงคือมิติของชีวิตชุมชนจะต้องบอกผ่านเรื่องราวมาจากอดีต จนถึงปัจจุบัน เพื่อที่จะได้ทราบแนวโน้มของอนาคตเพื่อประโยชน์ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนต้องการ

ชุมชน ในกรอบโครงของงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้คนที่รวมตัวอยู่ในสังคมที่อยู่ในตำบลโคกกระชาย โดยมีแบบแผนทางสังคม วิถีชีวิตและระบบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้คนและระบบอื่นๆ ความเป็นชุมชนจึงมีมิติของเวลาเข้ามากำกับ มีความเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ เข้ามากำหนดความเป็นไปของชุมชน ทั้งระบบต่างๆ ที่แวดล้อม ผสมกับปัจจัยด้านเวลาและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ชุมชนให้ความหมายของระบบบริการสุขภาพในทัศนะของชุมชน

3.3 การเลือกพื้นที่ในการวิจัย

คณะผู้วิจัยเลือกตำบลโคกกระชายเป็นพื้นที่ในการวิจัยเนื่องจากในพื้นที่นี้มีทุนทางสังคมที่สามารถเคลื่อนต่อการสร้างระบบบริการสุขภาพของชุมชน ทุนทางสังคมดังกล่าวได้แก่คนในชุมชน และมูลนิธิพุทธรักษา

มูลนิธิพุทธรักษา ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2537 โดยเริ่มแรกยังไม่ได้มีการขออนุญาตเป็นมูลนิธิ ต่อมาในปี 2541 ได้รับอนุญาตให้จัดตั้งจากสำนักงานวัฒนธรรมแห่งชาติเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2541 ให้

จัดตั้งเป็นมูลนิธิ โดยมีจุดมุ่งหมายคือการปลูกป่าและรักษาป่า และเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ยากไร้ เด็กที่ขาดแคลนทุนการศึกษา ผู้ชราและผู้เจ็บป่วยที่ขาดที่พึ่งพิง รวมทั้งการปลูกพืชผัก สมุนไพรเพื่อประโยชน์แห่งสุขภาพ

มูลนิธิพุทธนามิที่ตั้งอยู่เชิงเขา ติดกับวัดป่าเขาคงคา บ้านโนนระเวียง ต.โคกกระชาย อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา ในพื้นที่ๆ เดิมเคยเป็นไร่มันสำปะหลังที่เสื่อมสภาพจนทำการเพาะปลูกใดๆ ไม่ได้อีกแล้ว มูลนิธิพุทธนามิได้ซื้อที่ดินเสื่อมสภาพเหล่านี้ไว้ และตั้งใจพลิกฟื้นให้เป็นที่ดินที่ทำการเพาะปลูกได้ใหม่ ด้วยวิธีการทางเกษตรธรรมชาติ และปลอดจากการใช้สารพิษทั้งปวง ด้วยความอดทนนานนับกว่าสิบปี ผืนดินที่ยากจะเยียวยาก็ค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ไม้ยืนต้นนานาพันธุ์ทั้งที่ปลูกใหม่และที่มีอยู่เดิมค่อยเติบโตใหญ่ และจากการป้องกันไฟป่าที่คนในมูลนิธิและชุมชนรอบๆ เฝ้าระวังและต่อสู้อย่างสุดความสามารถด้วยทุกวิธีเท่าที่จะมีกำลัง ป่าทั้งที่อยู่เบื้องสูงบนภูเขาและในที่ราบเบื้องล่างก็ค่อยเขียวชอุ่มขึ้น ผืนดินได้รับการฟื้นฟูตามแนวทางเกษตรอินทรีย์จนเป็นสวนป่าเล็กๆ ที่หลากหลาย มีทั้งไม้ยืนต้น พืชผัก และสมุนไพรรวมทั้งว่านต่างๆ กว่าสองร้อยชนิดเพื่อเป็นอาหารและการบำบัดบำรุงชีวิต

มูลนิธิพุทธนามิ ยึดวิถีทางของพุทธเป็นหัวใจการดำเนินงาน และปรารถนาจะให้ที่แห่งนี้เป็ที่ตั้งอาศรมของมหาตมะคานธี จึงได้ขนานนามว่า “มูลนิธิพุทธนามิ อาศรมแห่งศานติสุข” การดำเนินงานใดที่มีจุดมุ่งหมายดำเนินไปตามปรัชญาของพุทธแท้ มีความเมตตากรุณาเป็นที่ตั้ง มีความใฝ่รู้ ใฝ่ศึกษาค้นคว้าและปฏิบัติโดยไม่หยุดยั้ง มีความซื่อตรงเป็นหลัก ทุกกิจกรรมของพุทธนามิจะตั้งอยู่และดำเนินไปบนหลักการทั้งสามนี้ แม้บางกิจกรรมจะต้องมีการดำเนินงานทางการตลาด แต่ก็จะต้องเป็นการตลาดที่ซื่อตรง มีเมตตา และปรารถนาดีต่อกัน

ชมรมอนุรักษ์และส่งเสริมสมุนไพรพุทธนามิ เป็นการรวมตัวของชุมชนที่มีความตื่นตัวต่อการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง โดยได้รวมตัวกันก่อตั้งโดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านการดูแลสุขภาพ เช่นหมอยาพื้นบ้าน หมอยา สมาชิกของชมรมนี้เป็นผู้มีความสนใจในระบบสุขภาพของคนในชุมชน และเต็มใจที่จะสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมบริการสุขภาพในชุมชน นอกจากนั้นคนในชุมชนนี้ส่วนหนึ่งยังเป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุและผู้ปฏิบัติธรรมแสงบุญ วัดป่าเขาคงคา ที่มีกิจกรรมในทุกวันพระของเดือนและช่วงวันสำคัญทางศาสนา อันแสดงถึงการมีได้มุ่งเน้นที่ความสมบูรณ์ในเชิงกายภาพแต่เพียงอย่างเดียวหากแต่ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตใจด้วย วิถีของสมาชิกชมรมนอกจากมาวัดตามประเพณีและให้วัดเป็นที่พักพิงทางใจแล้วยังได้อาศัยวัดเป็นแหล่งของการศึกษาอบรมของกลุ่มอาชีพ การให้ความรู้เรื่องสมุนไพร การดูแลรักษาตนเองตามแบบแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนั้นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชนยิ่งไปกว่าทุนในเชิงสถาบัน นั่นก็คือคนในชุมชนตำบลโคกกระชายส่วนหนึ่งยังมีการใช้สมุนไพร และวิธีการรักษาแบบดั้งเดิม ซึ่งมีทั้งหมอยา หมอนวดน้ำมัน หมอพระและหมอยาพื้นบ้าน และปรารถนาที่จะรักษาภูมิปัญญาดั้งเดิมเหล่านี้ไว้

บทที่ 4

บริบทพื้นที่ วิถีชุมชน และ วิถีสุขภาพ

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอสภาพภูมิประเทศของอำเภอครบุรีโดยสังเขป ในส่วนที่สอดคล้องกับการศึกษาโครงการฯ ความสำคัญของการมีป่า มีทรัพยากรธรรมชาติ มีแหล่งน้ำที่เอื้อต่อการเพาะปลูก และภูมิประเทศที่เอื้อต่อการหาอยู่หากิน วิถีสุขภาพของผู้คนไม่ได้แปลกแยกออกจากระบบสุขภาพ แต่เปลี่ยนแปลงไปตามผลจากการพัฒนาที่เกิดขึ้น การทำความเข้าใจกับบริบทของอำเภอครบุรี และวิถีชีวิตของผู้คนในพื้นที่ตำบลโคกกระชาย อันเป็นพื้นที่ของการวิจัย จึงเป็นหนึ่งของการทำความเข้าใจถึงวิถีคิด และการประพฤติปฏิบัติตนในท้องถิ่นของชุมชน การศึกษาวิถีชีวิตของชุมชนจึงหมายถึงรวมถึงทุกสรรพสิ่งที่คนในชุมชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมต่างๆ ในชุมชน และโยงไปถึงวิถีสุขภาพซึ่งมีส่วนทั้งการรับรู้ได้ทางกายภาพ และการรับรู้ได้ทางจิตใจ

ส่วนที่หนึ่ง ภูมิหลังของสาครบุรี..เมืองนี้มีต้นน้ำ

พื้นที่ที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยนี้คือเขตให้บริการด้านสุขภาพตามโครงสร้างของรัฐในตำบลโคกกระชาย ซึ่งตั้งอยู่ที่อำเภอครบุรี ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอภาพกว้างๆ ของการเมือง การปกครอง การเศรษฐกิจ และการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีการจัดบริการทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ตลอดจนภาคีหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.1.1 ประวัติความเป็นมา

อำเภอครบุรี เดิมอยู่ในเขตปกครองของอำเภอกะโทก (อำเภอโชคชัยในปัจจุบัน) ได้รับการยกฐานะเป็นกิ่งอำเภอในปี พ.ศ. 2450 ซึ่งขณะนั้นมีเขตการปกครองรวม 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลแะ ตำบลจระเข้หิน และตำบลสระตะเคียน เรียกชื่อว่า "กิ่งอำเภอแะ" เนื่องจากที่ตั้งของที่ว่าอำเภออยู่ในเขตหมู่บ้านแะ ตำบลแะ สำหรับคำว่า "แะ" เป็นสำเนียงภาษาพื้นเมืองหมายถึง "แะ" และการที่ได้ชื่อว่า "บ้านแะ" ตามคำพูดของผู้สูงอายุในหมู่บ้านต่างๆ ว่ามาจากสภาพของหมู่บ้านซึ่งเป็นที่ต่ำและมีโคลนตมอยู่ทั่วไป ชาวบ้านจึงเรียกว่า "บ้านแะ" ต่อมาในปี พ.ศ. 2482 ได้รับการยกฐานะขึ้นเป็นอำเภอ และได้ชื่อว่า "อำเภอครบุรี" โดยใช้ชื่อตำบลหนึ่งมาเป็นชื่ออำเภอ คือตำบลครบุรี ซึ่งเดิมเป็นตำบลหนึ่งของอำเภอบักรังชัย ต่อมาได้รวมเข้ากับกิ่งอำเภอแะ และตั้งเป็น "อำเภอครบุรี" เพื่อสะดวกในการติดต่อราชการของประชาชน เพราะมีระยะทางใกล้กว่า โดยมีที่ว่าอำเภอครบุรีตั้งอยู่ที่กิ่งอำเภอแะเดิม และในปี พ.ศ. 2521 อำเภอครบุรี ได้มีการแยกออกไปเป็นอีก 1 อำเภอ คืออำเภอเสิงสาง ในปัจจุบัน

คำว่า "ครบุรี" แปลว่าเมืองต้นน้ำ หรือเมืองสายน้ำ เพราะมีแควน้ำหลายสายจึงเรียกว่า "เมืองสาครบุรี" ต่อมาคำว่า "สาครบุรี" กล่อนหายไปจึงเหลือคำว่า "ครบุรี" มาตราบนจนทุกวันนี้ เอกลักษณ์ของคนท้องถิ่นของครบุรี คือมักนิยมมีนามสกุลที่ลงท้ายด้วยคำว่า "ครบุรี" เช่น เจริญครบุรี นัฒครบุรี จรครบุรี ฯลฯ และนามสกุลที่ลงท้ายด้วยคำว่า "กระโทก" เช่น แยมกระโทก หอกกระโทก เสยกระโทก ฯลฯ ทั้งนี้เนื่องจากเคยเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอกะโทก (อำเภอโชคชัย) นั่นเอง

4.1.2 ที่ตั้ง ภูมิประเทศของอำเภอ

ที่ว่าอำเภอครบุรี ตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 4 ตำบลแซะ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ทางทิศใต้ของจังหวัดนครราชสีมา ห่างจากตัวจังหวัด 58 กิโลเมตร มีพื้นที่ 1,784 ตารางกิโลเมตร หรือ 1,115,000 ไร่ เป็นพื้นที่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ และป่าเตรียมการสงวน 1,453.68 ตารางกิโลเมตร หรือ 908,550 ไร่ และพื้นที่นอกเขตป่าไม้ 330.32 ตารางกิโลเมตร หรือ 206,450 ไร่

อาณาเขตของอำเภอครบุรี ติดต่อกับจังหวัดและอำเภอใกล้เคียงคือ

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอโชคชัย หนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอรังน้ำเขียว อำเภอปักธงชัย

สภาพพื้นที่อำเภอครบุรี อยู่ในระดับความสูงจากน้ำทะเลปานกลาง 187,900 เมตร ลักษณะพื้นที่เป็นลูกคลื่น พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบเชิงเขาหรือพื้นที่ดอน มีภูเขาสลับซับซ้อนอยู่ทางใต้ของพื้นที่คือ เทือกเขาชันกำแพง มียอดเขาที่สำคัญของอำเภอ เช่น เขาจอมทอง เขาวง เขาละมั่ง ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของต้นน้ำหลายสาย ได้แก่ แม่น้ำมูล แม่น้ำแซะ ลำห้วยเพี้ยก ลำห้วยสะแก โดยแม่น้ำเหล่านี้จะไหลลาดไปทางทิศเหนือแล้วรวมตัวกันเป็นแม่น้ำมูล จึงทำให้เกิดเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำ เหมาะแก่การทำนา ส่วนพื้นที่ทางทิศตะวันออกเป็นที่ราบลูกคลื่น จึงเหมาะแก่การทำไร่และปลูกไม้ผล และทำเลทุ่งเลี้ยงสัตว์

หากไม่มีความเปลี่ยนแปลงเช่นภัยแล้งทั่วประเทศ ในปี 2548 ที่ผ่านมา ภูมิอากาศของอำเภอครบุรีโดยปกติจะเหมือนภูมิอากาศของประเทศไทยโดยทั่วไป คือมี 3 ฤดู คือ

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่ กลางเดือนกุมภาพันธ์ ไปถึงปลายเดือนพฤษภาคม เกิดจากอิทธิพลลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ซึ่งพัดมาจากทะเลจีนใต้และอ่าวไทย

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่ กลางเดือนพฤษภาคม หรือต้นเดือนมิถุนายน ไปจนถึงปลายเดือนตุลาคม เกิดจากอิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ และอิทธิพลจากพายุดีเปรสชันจากทะเลจีนใต้ที่พัดผ่านเข้ามา

ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม ไปจนถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ เกิดจากอิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศจีน

4.1.3 การปกครอง

ตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ.2457 อำเภอครบุรีแบ่งออกเป็น 12 ตำบล 122 หมู่บ้าน และมีเทศบาลตำบล 3 แห่ง คือตำบลแซะ, ตำบลจระเข้มิน, ตำบลไทรโยง-ไชยวาล

สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบล 12 แห่ง ได้แก่ ตำบลแซะ, ตำบลบ้านใหม่, ตำบลเฉลียง, ตำบลโคกกระชาย, ตำบลจระเข้มิน, ตำบลครบุรี, ตำบลครบุรีใต้, ตำบลมาบตะโกเอน, ตำบลลำเพี้ยก, ตำบลตะแบกบาน, ตำบลสระวานพระยา, ตำบลอรพิมพ์

คำขวัญอำเภอครบุรีสะท้อนถึงแหล่งท่องเที่ยว และโบราณสถานเก่าที่ยังหลงเหลืออยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนพระภิกษุคือหลวงปู่โณซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของคนในจังหวัดนครราชสีมา และในจังหวัดใกล้เคียง ในบทบาทของพระภิกษุผู้อนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยในด้านการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพร

แก่งวังเต่า เขาจอมทอง สองเขื่อนงามล้ำ ถ้ำวัวแดง

ศิลาแลง ปรากฏครบุรี บารมีหลวงปู่โณ

4.1.4 ป่า และเขื่อน : ต้นกำเนิดของแหล่งน้ำ

อำเภอครบุรี เป็นเมืองที่มีสายน้ำไหลผ่าน มีแหล่งน้ำธรรมชาติ ได้แก่ ลำมูลบน ลำแชะ และลำห้วยต่างๆ นอกจากนี้ยังมีแหล่งน้ำที่สร้างขึ้นเอง ได้แก่ เขื่อนลำมูลบน เขื่อนลำแชะ เพื่อใช้ในการอุปโภค และประโยชน์จากด้านเกษตร มีพื้นที่ป่าไม้สำคัญได้แก่ อุทยานแห่งชาติทับลาน ป่าสงวนแห่งชาติ ป่าครบุรี ป่าดงอีจานใหญ่ ในสมัยก่อน ป่าเหล่านี้มีความอุดมสมบูรณ์อย่างยิ่ง

อุทยานแห่งชาติทับลาน คือป่าที่สมบูรณ์มีพื้นที่ครอบคลุมท้องที่อำเภอปักธงชัย อำเภอครบุรี อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี สภาพป่ามีความอุดมสมบูรณ์และมีป่าลาน ซึ่งหาได้ยาก ที่มีเฉพาะบางท้องที่เท่านั้น มีต้นลานขึ้นตามธรรมชาติ พ.ศ. 2524 ได้มีพระราชกฤษฎีกากำหนดบริเวณที่ดิน ป่าวังน้ำเขียวและป่าครบุรี ในท้องที่ตำบลสะแกราช ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอปักธงชัย ตำบลครบุรี ตำบลจรเข้มังคัง ตำบลโคกกระชาย อำเภอครบุรี และตำบลสระตะเคียน ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา และป่าแก่งดินสอ ป่าแก่งใหญ่ และป่าเขาสะโตน ในท้องที่ตำบลบุพราหมณ์ ตำบลทุ่งโพธิ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ให้เป็นอุทยานแห่งชาติ นับเป็นอุทยานแห่งชาติลำดับที่ 40 ของประเทศไทย และใหญ่เป็นอันดับสองรองจากอุทยานแห่งชาติแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี เป็นแหล่งต้นน้ำที่สำคัญของภาคอีสานและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 สาย คือ แม่น้ำมูลและแม่น้ำบางปะกงเป็นแหล่งกำเนิดของแม่น้ำ ลำธารต่างๆ และมีธรรมชาติที่สวยงาม เช่น หุบผา หน้าผา น้ำตก บริเวณป่าดังกล่าวโดยรอบมีสภาพป่าสมบูรณ์ มีสัตว์พันธุ์สวยงาม สัตว์ป่าชุกชุม ด้วยขนาดพื้นที่อันกว้างใหญ่ซึ่งประกอบด้วยป่าหลายประเภท อุทยานแห่งนี้จึงมีระบบนิเวศที่หลากหลายทั้งพันธุ์พืชและสัตว์ที่อุดมสมบูรณ์ จากการสำรวจพบว่าในพื้นที่เขตอุทยานมีสัตว์ป่าอยู่ถึง 321 ชนิด เช่น ช้าง กระทิง วัวแดง เสือ เลียงผา แมวดาว เก้งและหมี เป็นต้น

ป่าและน้ำมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น สภาพของป่าชุ่มชื้นทำให้น้ำอุดมสมบูรณ์ เพราะมีทั้งน้ำซับ (น้ำที่ไหลรินออกมาตามซอกหิน ไหลมาเรื่อยๆ ไม่มีหยุด วิธีการได้น้ำซับคือ นำกระบอกไม้ไผ่หรือท่อพลาสติกเข้าไปในร่องหิน ให้น้ำไหลหยดลงในแอ่งหรือบ่อที่รองรับ น้ำซับนี้ไหลมาจากทางน้ำบนภูเขาที่ไหลมาเรื่อยๆ ไม่มีหยุด) ลำห้วยและหนองบึง สัตว์ป่านานาชนิดมีชุกชุม ความสูงใหญ่ของต้นไม้ในป่านั้น กล่าวกันว่า แม้นิยามเที่ยง แสงตะวันก็แทบจะส่องลงมาไม่ถึงพื้นดินทีเดียว

เขื่อนลำนมูนและเขื่อนลำแชะ ในอำเภอบัวชุมนั้นเป็นที่รู้จักในนามของแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อและมีความสวยงาม เขื่อนลำนมูนเป็นเขื่อนดินขนาดใหญ่กั้นลำน้ำมูลตอนบน ตั้งอยู่ในเขตตำบลจะเข้หิน ห่างจากตัวอำเภอบัวชุมประมาณ 22 กิโลเมตร สร้างเพื่อการชลประทานในเขตพื้นที่อำเภอบัวชุม บั๊กชัยและโชคชัย บริเวณทะเลสาบเหนือเขื่อนมีความสวยงามมาก สามารถมองเห็นแนวเทือกเขาที่อยู่ไกลสุดตา ที่นี่สามารถเห็นเขาจอมทองซึ่งตั้งอยู่ติดริมน้ำเหนือเขื่อนลำนมูนจัดเป็นยอดเขาที่มีความสูงและลาดชันค่อนข้างมาก จึงสามารถแลเห็นได้แม้จะอยู่ในส่วนใดของอำเภอบัวชุมก็ตาม จัดเป็นสถานที่ท่องเที่ยวที่มีทัศนียภาพที่สวยงามโดยเฉพาะในยามเย็น บนยอดเขา มีพระพุทธรูปให้นักท่องเที่ยวกราบไหว้ และสามารถมองเห็นทิวทัศน์โดยรอบ โดยเฉพาะสันเขื่อนลำนมูนหรือแนวเขาสลับซับซ้อนในเขตอุทยานแห่งชาติทับลาน ทัศนียภาพบริเวณรอบเขื่อนและเลยไปยังวังมะนาวอันเป็นเกาะแก่งที่มีความงดงามอีกแห่งหนึ่ง

สำหรับเขื่อนลำแชะนั้นเป็นเขื่อนดินเพื่อการชลประทานขนาดใหญ่อีกแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา สร้างกั้นลำแชะที่ตำบลโคกกระชาย ห่างจากตัวอำเภอบัวชุมไปทางทิศใต้ประมาณ 20 กิโลเมตร ที่บริเวณนี้จะเห็นน้ำตกวังเต่าตั้งอยู่ในเขตอุทยานแห่งชาติทับลาน เป็นต้นน้ำของลำแชะจัดเป็นน้ำตกที่มีความสวยงามอีกแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา การไปชมน้ำตกวังเต่านี้อาจเดินทางเรือหรือล่องแพไปตามลำแชะซึ่งอำเภอบัวชุมได้จัดบริการที่บ้านมาบกราด ตำบลโคกกระชาย โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที ก็จะถึงตัวน้ำตก

4.1.5 อาชีพและการทำมาหากิน

(1) การเกษตรกรรม การประกอบอาชีพของราษฎรในพื้นที่อำเภอบัวชุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เลี้ยงสัตว์ และอุตสาหกรรม เป็นสัดส่วนมากน้อยตามลำดับ โดยมีพื้นที่ทำไร่มากที่สุด จำนวน 319,570 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 81.58 โดยเฉพาะทำไร่มันสำปะหลังถึงร้อยละ 81.58 พื้นที่ทำนา 65,909 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 16.83 และพื้นที่ทำสวน 6,236 ไร่ ร้อยละ 1.59

ลำดับที่	พืชเศรษฐกิจ	พื้นที่ปลูก(ไร่)	ผลผลิตเฉลี่ย (กก./ไร่/ปี)	จำนวนครัวเรือนที่ปลูก
1.	มันสำปะหลัง	285,299	3,500	10,066
2.	อ้อย	17,226	8,900	166
3.	ข้าวนาปี	65,909	392	7,014
4.	ไร่นาสวนผสม	2,892	-	-
5.	ไม้ผล-ไม้ยืนต้น	15,036	-	-

ภาคเกษตรกรรมยังเป็นอาชีพหลักของเกษตรกรในพื้นที่ มีการทำการเกษตรแบบผสมผสานมากขึ้นเพื่อลดอัตราการเสี่ยงในการขายผลผลิต ราคาสินค้าทางการเกษตรมีผลต่อความเป็นอยู่ของราษฎร

หากปีไหนราคาดีก็จะทำให้เกษตรกรมีรายได้ที่ดีตามไปด้วย และปัญหาที่มีผลกระทบต่อเกษตรกรในพื้นที่ ได้แก่ แมลงศัตรูพืชและโรคระบาดในพืช กับปัญหาน้ำราคาแพง

(2) การเลี้ยงสัตว์ การเลี้ยงสัตว์เป็นอีกอาชีพหนึ่งที่สำคัญของอำเภอดงรัก ปริมาณของสัตว์ที่เลี้ยง (ที่มา : ข้อมูลจากสำนักงานปศุสัตว์อำเภอดงรัก ปี 2548) เรียงลำดับดังนี้ ไก่พื้นเมืองและไก่เนื้อมีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง (155,798 และ 122,897 ตัว) นอกจากนั้นเป็นไก่ไข่ เป็ดเนื้อ เป็ดเทศและเป็ดไข่ ตามลำดับ สำหรับสุกรนั้นเลี้ยงมากรองลงมา จากนั้นเป็นโคนมและโคเนื้อ การเลี้ยงสัตว์ปีกซึ่งเป็นฟาร์มแบบเปิดส่งผลทำให้คนในชุมชนน่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคไข้หวัดนก แต่จากการตรวจสอบจากสถานพยาบาลในอำเภอ ยังไม่มีรายงานว่ามีคนป่วยจากโรคไข้หวัดนก มีแต่อาการเป็นไข้และติดเชื้อไวรัสอื่น

(3) การอุตสาหกรรม ในอำเภอดงรัก มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ และประกอบการ จำนวน 2 แห่ง คือ หมู่ที่ 2 ตำบลจระเข้หิน โรงงานน้ำตาลอุตสาหกรรมหนองใหญ่ หมู่ที่ 6 ตำบลอรพิมพ์ โรงงานแป้งมันสำปะหลัง เป็นโรงงานที่ปรับปรุงวัตถุดิบในพื้นที่ เช่น มันสำปะหลัง อ้อย ฯลฯ ไปแปรรูปเป็นน้ำตาลและแป้งมันสำปะหลัง โดยใช้แรงงานในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีการจ้างงานในชนบทและเพียงพอต่อความต้องการในการรองรับผลผลิตทางการเกษตร หากไม่สามารถที่จะส่งผลผลิตให้กับโรงงานในพื้นที่ได้ทันก็สามารถนำไปขายให้กับโรงงานประเภทเดียวกันที่อยู่ในอำเภอใกล้เคียงกัน เช่น อำเภอโขงเจียม อำเภอเมืองนครราชสีมา เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินการดังกล่าวในโรงงานมีผลกระทบต่อมลภาวะเป็นพิษ ได้แก่ ปัญหาฝุ่นละอองที่เกิดจากโรงงานน้ำตาล และปัญหาน้ำเสีย กลิ่นเหม็นที่เกิดจากโรงงานแป้งมัน

(4) การรับจ้าง คนในชุมชนตำบลโคกกระชายส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้าง โดยรับจ้างทั่วไป และรับจ้างในงานเกษตร เด็กวัยรุ่นและคนหนุ่มสาวอายุประมาณ 15-35 ปี เข้าสู่วัยแรงงาน อุตสาหกรรม นอกจากนั้นรับจ้างในเมือง และมีส่วนหนึ่งที่เข้าสู่การหางานในกรุงเทพและเมืองใหญ่

ส่วนที่สอง ชุมชนตำบลโคกกระชายและความเปลี่ยนแปลงในวิถีชุมชน

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในพื้นที่วิจัยคือตำบลโคกกระชาย ซึ่งเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอดงรักที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบริบทอันเนื่องมาจากการพัฒนา ทั้งนี้อำเภอดงรัก ก็เหมือนกับชุมชนในประเทศไทยทั่วไป ที่ต้องเผชิญกับกระแสความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นพร้อมกันแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่เน้นระบบเศรษฐกิจเป็นตัวนำ และให้ความสำคัญกับระบบทุนที่เน้นบริโภคนิยมและวัตถุนิยม ความเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้คน ได้แก่สองเรื่องหลักๆ คือ การสร้างเขื่อน และการเปลี่ยนแปลงรอบระยะเวลาการผลิตข้าว ตลอดจนการปลูกมันสำปะหลังให้เป็นพืชพาณิชย์ (cash crop) การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม เช่นนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของคนในชุมชน

4.2.1 วิถีชุมชน ระบบสังคมและการเปลี่ยนผ่าน

ในอดีตเมื่อประมาณ 100 ปีที่ผ่านมา โดยผู้ให้สัมภาษณ์ที่อายุประมาณ 70-80 ปี นับเป็นคนที่ 2 เนื่องจากคนรุ่นปู่ย่าตายายนั้นไม่ใช่คนในพื้นที่ แต่รุ่นพ่อแม่หรือรุ่นตนเองนั้นอพยพย้ายมาจากถิ่นอื่น แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังสามารถพลิกฟื้นความทรงจำในอดีตที่พ่อแม่เคยเล่าให้ถึงสภาพของพื้นที่ป่าเขา ต้นไม้ ลำน้ำและอุดมความสมบูรณ์ที่เคยมีอยู่ในอดีตและที่ประสบด้วยตนเองในสมัยที่ยังเป็นเด็กน้อย การเล่าถึงสภาพธรรมชาติที่เคยมีมาอย่างอุดมสมบูรณ์นี้ไม่ได้เล่าเพียงเฉพาะมิติของการเข้าไปเพื่อนำทรัพยากรจากป่ามาใช้ หากแต่ครอบคลุมถึงวิถีการดำรงชีวิตที่ประกอบด้วยการหาอยู่ หากิน การเจ็บไข้ได้ป่วยก็รักษาดูแลกันตามวิถีของชุมชน

จากการสอบถามผู้สูงอายุหลายคน ได้ความตรงกันว่าตั้งแต่รุ่นพ่อแม่มาแล้วนั้น ตำบลนี้รวมทั้งถิ่นใกล้เคียง มีสภาพเป็นป่าสูง ที่อุดมด้วยต้นไม้ใหญ่น้อยนานาพันธุ์ ล้วนเป็นไม้มีค่า เช่นตะเคียน , ประดู่, ไม้แดง ฯลฯ ไม้ใหญ่ๆ ชนิดหลายคนโอบมีอยู่มากมาย สภาพของป่าชุ่มชื้นเพราะมีทั้งน้ำซับ (น้ำที่ไหลรินออกมาตามซอกหิน ไหลมาเรื่อยๆ ไม่มีหยุด วิธีการได้น้ำซับคือ นำกระบอกล้อมไม้ไผ่หรือท่อน้ำเสียบเข้าไปในร่องหิน ให้น้ำไหลหยดลงในแอ่งหรือบ่อที่รองรับ น้ำซับนี้ไหลมาจากทางน้ำบนภูเขาที่ไหลมาเรื่อยไม่มีหยุด) ลำห้วยและหนองบึง สัตว์ป่านานาชนิดมีชุกชุม ความสูงใหญ่ของต้นไม้ในป่านั้น กล่าวกันว่า แม้ในยามเที่ยง แสงตะวันก็แทบจะส่องลงมาไม่ถึงพื้นดินทีเดียว

ป่าคือแหล่งอาหาร คนในชุมชนเล่าว่าสมัยก่อนมีป่ามาก “ป่า” ในความหมายของชุมชนมีหลายลักษณะและแต่ละลักษณะมีความแตกต่างกันไป แต่ทุกลักษณะล้วนสอดคล้องกับวิถีความเป็นอยู่ของคนในชุมชน เช่นป่าตามโคก เอาไว้ทำนา ป่าสูงคือป่าทึบที่มีไม้ใหญ่ๆ ขึ้นเต็ม ไม้ที่เป็นไม้เนื้อแข็งเช่นตะเคียน มะค่ามีคนโค่นเอาลงมาทำบ้านได้ ป่าเลี้ยงควายคือป่าที่มีหญ้าขึ้นเต็ม ดังนั้นป่าในฐานะที่เป็นแหล่งอาหาร จึงมีความหมายถึงแหล่งอาหารของทั้งคนและสัตว์ การมีอาหารอันเกิดจากสภาพความอุดมสมบูรณ์ของป่า คนสมัยก่อนเล่าว่าก่อนที่จะประกาศให้เป็นอุทยานแห่งชาติ ยังสามารถเข้าป่าล่าสัตว์ ดักสัตว์มาเป็นอาหาร ซึ่งมีมากทั้งกบ อึ่ง แอ้ กระรอก กระแต เต่า ตะพาบ หมูป่า กระต่าย งู นก เก้ง กวาง เนื่องจากความความอุดมของป่าเป็นผลให้มีฝนตกตามฤดู ทำให้สามารถทำนา ปลูกพืชผัก หาปลาเลี้ยงชีวิตได้ ในห้วย หนอง คลอง บึงซึ่งเป็นแหล่งน้ำตามธรรมชาตินั้นมีปลาต่างๆ สามารถหากินได้อย่างไม่ผิดเคือง ส่วนพืชและผักนั้นมีให้กินอย่างเหลือเฟือ ทั้งที่หาในป่าเช่นผักหวาน ผักกูด หน่อไม้ เห็ด ยอดผักจิก ยอดแต้ว ยอดกระโดน ยอดมะกอก พักข้าว และที่ปลูกไว้กินเองเช่นพริก มะเขือ ข่า ตะไคร้ พัก แฟง ถั่ว บวบ มะรุม สมัยก่อนตอนที่ยังไม่มีเหมืองชลประทานและไม่มีการตัดไม้ ยังมีความอุดมสมบูรณ์อยู่ ส่งผลต่อการวางแผนการทำนา เพราะทำให้คนรุ่นก่อนคาดเดาได้ว่าฝนจะมาเมื่อใด “ลมฉิวนี้ น้ำก็มาแล้ว” ฝนที่มาจากฤดูกาลทำให้คนสมัยก่อนไม่ต้องกังวลอะไร สภาพความของธรรมชาติบอกให้รู้ถึงวิถีชีวิตของการทำข้าวเอามากิน “เพียงพายุมาก็รู้ ฝนจะตก แต่ก่อนถึงยาม รู้เลยว่าจะตก”

สมัยก่อนคนต้องมาหักร้างถางพงเพื่อเอาที่ทำไร่ทำนา การทำไร่ทำนาในสมัยก่อนยังไม่มีเครื่องทุ่นแรง การขุดดินยังใช้จอบ เสียม ใช้วัว ควายและแรงคนเป็นหลัก สมัยก่อนที่จะมีปุ๋ยเคมี คนปลูกข้าวกัน

ปีละครั้ง และไม่ใช่ปุ๋ยอื่นใดนอกจากปุ๋ยที่ได้จากมูลวัว ควายที่ใช้ในการทำนา การทำนาปรัง ในพื้นที่ลุ่มก็ใช้การดำนา แต่ในที่โคกใช้การหว่าน พันธุ์ข้าวที่ปลูกสมัยก่อนยังเป็นพันธุ์พื้นเมือง เช่นทองพันชั่ง, ทองมาเอง, เสือราก, ข้าวหอมดง (ข้าวพันธุ์นี้เวลาหุงจะหอมไปไกล หอมกว่าข้าวหอมมะลิ) , ข้าวเหลือง แต่พันธุ์ข้าวเหล่านี้ปัจจุบันหมดไปแล้วเนื่องจากการแจกและเผยแพร่พันธุ์ข้าวหอมมะลิของกรมวิชาการ เกษตร และคนในชุมชนชอบทดลองพันธุ์ใหม่ หากใครว่าพันธุ์ไหนดีก็เชื่อตามคำของเพื่อนบ้านว่าพันธุ์นั้นดี พันธุ์ดีก็เอามาทดลอง จนกระทั่งพันธุ์เก่าๆ ไม่เหลือและไม่ได้มีการอนุรักษ์ไว้ คนสมัยก่อนที่ชีวิตไม่ผูกกับระบบเศรษฐกิจโดยมีเงินเป็นตัวแลกเปลี่ยนเช่นสมัยนี้ จะปล่อยให้ข้าวเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อปลูกแล้วก็แล้วกัน ไปดูแลบ้าง แต่ไม่ถึงกับเอาใจใส่ บังคับไปทุกฝีก้าวอย่างสมัยปัจจุบัน สมัยก่อนเวลามีหนูมากินข้าวในนา คนจึงไม่เดือดร้อน และไม่เห็นว่าหนูเป็นศัตรูอาฆาตที่ต้องฆ่าให้ตายเหมือนสมัยนี้ “ข้าวมันมีชีวิตของมัน แต่คนเราไปเอาใจใส่ทุกเรื่อง ไปฆ่าสัตว์ที่อาศัยข้าว”

สภาพของการแลกเปลี่ยนแรงงานในช่วง 40-50 ปีที่ผ่านมายังมีบ้างในชุมชนสมัยก่อน และทุกบ้านจะทำนาปลูกข้าวกินเอง การทำนาเมื่อก่อนมีเหลือพอกิน ก็เก็บไว้ในยุ้งฉาง เวลาจะหุงกินก็เอามาซ้อมด้วยครกไม้ใบใหญ่ หรือสีด้วยเครื่องมือ ในการซ้อมเอาข้าวไว้กินเองนี้จะไม่ซ้อมเก็บไว้มาก ซ้อมพอหุงกินวันหนึ่ง หรือ 2-3 วัน ข้าวที่ซ้อมจะเอาเพียงพอกินได้ ลอกเปลือกแข็งออกชั้นเดียว เป็นสีน้ำตาลอ่อนหรือสีรำ ไม่ขาวเกลี้ยงเหมือนข้าวที่ออกจากโรงสี สำหรับปุ๋ยไม่ต้องใช้เพราะเวลาที่น้ำฝนมาแต่ละปีจะพัดพาเอาซากพืช ซากสัตว์ ไปไม่ผู้จากป่าเขาลงมา รวมทั้งขี้วัวขี้ควายที่เลี้ยงไว้ทับถมกันจนเป็นปุ๋ย ทำให้ข้าวงาม นอกจากการปลูกข้าวแล้ว คนในชุมชนทำไร่ล้มลุก ปลูกพืชผักที่พอขายได้ ปลูกอ้อย ปลูกถั่วลิสง หว่านข้าวโพดสลับกัน แต่ทำไม่มากประมาณ 2-3 งานตามแรงคนที่ไม่มีครอบครัวส่วนใหญ่จะปลูกเอาไว้พอกิน เพราะสมัยก่อนไม่มีใครขายกัน “อยากทำตรงไหนก็ทำ เพราะป่ามาก” และ “ส่วนใหญ่ชอบกันกิน แจกกันกินมากกว่า”

บ้านเรือน ความเป็นอยู่และระบบความสัมพันธ์ในชุมชน สภาพบ้านเรือนของคนในชุมชนสมัยก่อนเป็นบ้านหลังเล็กๆ ชั้นเดียว ใต้ถุนยกสูง รวมกันเป็นหมู่บ้านเล็กๆ มีเพียงหมู่ละ 10-20 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องกันเพราะนอกจากจะอพยพมาจากถิ่นอื่นมารวมกันเป็นหมู่แล้ว ก็มีการแต่งงานอยู่กินด้วยกันในกลุ่ม ความเป็นหมู่เดียวกันทำให้แบ่งปันกัน นอกจากบ้านเรือนที่เรียบง่ายแล้ว การกินอยู่ก็ไม่ยุ่งยาก น้ำกินน้ำใช้ไม่ต้องซื้อ เวลาที่ฝนตกลงมาก็รองใส่โอ่งใบใหญ่สีแดงเป็นโอ่งประจำทุกบ้าน หรือไม่ก็ไปตักน้ำที่ห้วยมาใส่ไว้ น้ำที่ตักมาจากห้วย หนองหรือแหล่งน้ำตามธรรมชาตินั้นสามารถใช้ดื่มใช้กินได้อย่างสนิทใจ

สมัยเมื่อ 40-50 ปีก่อนการใช้เงินยังไม่มีความสำคัญเหมือนทุกวันนี้ เพราะไม่มีสินค้ามาขาย และคนในชุมชนก็ไม่มีอะไรจะขายให้กัน ทุกๆ บ้านทำเหมือนกันหมด คือปลูกข้าว ปลูกผัก หาปลา ทอผ้าไว้ใช้ นานๆ จะเข้าไปตลาดซึ่งก็อยู่ไกล สมัยก่อนเป็นทางเกวียน กว่าจะถึงใช้เวลาเป็นวันๆ จึงไม่ค่อยมีคนเข้าไป การที่ไม่ได้ใช้เงินจึงทำให้ไม่มีคนรวยหรือคนจน มีแต่คนขยันหรือขี้เกียจทำมาหากินเท่านั้น

ระบบครอบครัวและความสัมพันธ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และส่งผลต่อระบบสุขภาพชุมชน ประมาณช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2544 – 2549) ผู้หญิงไทยในชุมชนตำบลโคกกระชายนิยมที่จะมีคู่เป็นชาวต่างชาติ (เฉพาะหมู่บ้านในชุมชนมาบราดมีมากกว่า 30 ราย) โดยใช้บริการหาคู่ทางอินเทอร์เน็ตโดยผ่านร้านที่เปิดบริการเช่าชั่วโมงคอมพิวเตอร์ในอำเภอครบุรี ผู้หญิงไทยส่วนหนึ่งจะมีครอบครัว มีลูก แต่สามีมักติดเหล้า ติดการพนันทำให้เลิกรากัน บางคนก็ไปทำงานรับจ้างที่กรุงเทพฯ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงงาน งานก่อสร้าง หากเป็นงานในจังหวัดนครราชสีมา ก็เป็นโรงงานในเขตอุตสาหกรรม อำเภอเมือง และที่อำเภอโชคชัย

4.2.3 วิถีสุขภาพของชุมชนดั้งเดิมและระยะเปลี่ยนผ่าน

โรคภัยไข้เจ็บ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เล่าว่า สมัยโน้นที่นี้หาอยู่หากินง่าย ในน้ำมีปลาในป่ามีผัก ผู้คนแม้ยากจนแต่ก็พอมีความสุข ร่างกายแข็งแรงดี ไม่ค่อยเจ็บไข้อะไร หากจะเจ็บป่วยบ้าง สมัยก่อนก็จะเป็นไข้ป่า โรคหัด ไข้จับสั่น ไข้มาเลเรีย โรคฝีในท้อง โรคไข้สันนิบาต โรคริดสีดวงสำหรับการรักษา เมื่อประมาณ 50 ปีก่อนที่ยังไม่มีสถานีนามัย เมื่อคนในชุมชนไม่สบายก็จะหายากินกันเองตามที่พอมีความรู้อยู่บ้าง ส่วนใหญ่จะเป็นยาต้ม โดยใช้ส่วนต่างๆ ของพืชมาต้มทำยา บางคนก็มีความรู้จากที่พ่อแม่ รุ่นปู่ย่าบอกต่อๆ กันมา การรักษาตนเองนั้นเป็นการลองผิดลองถูกเช่นการรักษาริดสีดวงทวารของคนสมัยก่อน บางคนเป็นมากบอกว่ามีขนาดใหญ่ “เท่ากลีบมะเฟือง” คนที่เป็นไม่ได้ไปหาหมอเพราะอยู่ไกล หากจะออกมาหาหมอที่อนามัยจะต้องเช่ารถมา จึงพยายามรักษาเอง ใช้น้ำส้มสายชูกัดให้แตก แล้วรักษาแผล บางคนใช้ยารมควัน รมให้แห้ง โรคบางอย่างหากทดลองรักษาตัวเองแล้วไม่หาย ญาติพี่น้องก็จะไปหาหมอที่ได้รับความนิยมว่ารักษาดี หรือบางทีก็ไปรับหมอมานที่บ้าน หมอเหล่านี้มีความเชี่ยวชาญต่างๆ กัน หมอบางคนเป็นหมอเป่า ซึ่งมีทั้งเป่าเด็กและเป่าผู้ใหญ่หมอถอนหมองู ที่รักษาคนถูกงูกัด หมอเป่าหมา รักษาคนที่ถูกหมากัด ที่น่าสังเกตคือหมอเหล่านี้จะไม่เรียกตัวเองว่าเป็นหมอพื้นบ้าน คนในชุมชนบางที่รักษากับหมอพื้นบ้าน และหมอเสนารักษ์ ซึ่งเป็นทหาร เคยอยู่ในกองรบเคยมีความรู้เรื่องการรักษาพยาบาล สามารถฉีดยาได้ ให้น้ำเกลือได้

“ถึงเจ็บป่วยเป็นไข้เป็นหนาวมั่ง เก็บสมุนไพรมาต้มกินก็หาย”

สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่อายุ 50 ปีขึ้นไปต่างพูดเหมือนกันว่าสมัยก่อนไม่มีโรคอย่างที่สมัยนี้เรียกว่าเบาหวาน โรคฉี่หนู โรคเครียด แต่สมัยนี้มีมากนับตั้งแต่เริ่มใส่ปุ๋ยและฉีดยาฆ่าแมลง นอกจากนั้นการเจ็บป่วยของคนด้วยการพ่นยา ฉีดยาสารพิษนี้เป็นเรื่องที่แพทย์เองก็รับรู้ได้ เพราะเมื่อเอาคนที่ได้รับพิษจากการพ่นยาต้องเข้าโรงพยาบาล หมอจะรับตัวไว้และถามว่าพ่นยาอะไรมา หากเอายี่ห้อยา หรือถือกระป๋องที่มียี่ห้อ มีตัวหนังสือบอกรายละเอียดของยาไปด้วย หมอจะรู้ว่าควรจะใช้อะไรแก้และรักษาได้ทันที่

ในสมัยก่อนคนรุ่นเก่าๆ ที่ยังพอจำได้แล้วว่าที่วัดของหลวงปู่นิลเป็นที่รักษาคนที่ป่วยไข้ด้วยโรคต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เคยเห็นหลวงปู่รักษาคนป่วย มีคนมานอนกันเต็มศาลา ทั้งคนป่วยและญาติ

ที่มาเฝ้าคนป่วยจนวัดเป็นเหมือนโรงพยาบาล หลวงปู่จะตรวจคนป่วยและสั่งให้ลูกศิษย์ดมยาให้คนไข้กิน คนที่มารักษากับหลวงปู่ส่วนใหญ่จะหาย หลวงปู่ให้ทั้งข้าวที่ไปบิณฑบาตมาและให้ทั้งยาต้มจนหาย ดิกลับไปบ้านได้ แต่บางคนไม่หายหลวงปู่ก็จะเผาให้เสร็จ คนในอำเภอศรีบุญรินับถือศรัทธาหลวงปู่มาก ส่วนตำรายาต่างๆ นี้มีการเก็บไว้และสืบทอด แต่ยังไม่ได้ทำเป็นระบบ มีการสูญหายบ้างแต่ผู้ที่เก็บไว้ก็มี แต่ตอนหลังหายไปเพราะไม่มีคนนิยมใช้ยาไทย ไปใช้บริการสถานือนามัย โรงพยาบาลและคลินิกที่รักษาตามแพทย์แผนปัจจุบัน

ส่วนที่สาม สัมปทานป่าไม้ และเขื่อน : การพัฒนาและวิถีสุขภาพของชุมชน

4.3.1 สัมปทานป่าไม้และสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน

ในชุมชนได้เริ่มมีการสร้างถนนในปี 2520 แต่ก็ยังเป็นป่าไม้เริ่มหมดใน พ.ศ. 2530 พวกเผ่าถ่าน โรงไม้โคกพนาเข้าถนนเส้นหลักๆ ได้แก่ถนนที่ไปอำเภอ แต่ถนนส่วนใหญ่ที่ใช้ในหมู่บ้าน และในชุมชนก็ยังเป็นถนนดิน ต้องใช้รถไถ สำหรับไฟฟ้า เพิ่งเข้ามาเมื่อปี พ.ศ.2525 แต่ก็ยังไม่ได้ทีเดียวครบทุกหมู่บ้าน ปัจจุบันพื้นที่ที่อยู่ห่างออกไปทางบ้านมาบกราดบางบ้านที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนก็ยังไม่มีการไฟฟ้าใช้ ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้เรื่องเมื่อเริ่มมีสัมปทานการตัดไม้ โดยเฉพาะโรงเลื่อยไม้ที่ได้รับสัมปทานมีการโค่นไม้ลงมาเป็นจำนวนมาก มีการเลื่อยต้นไม้ใหญ่ พร้อมกับเริ่มมีการทำถนน และเอาไม้มาทำไม้หมอนรถไฟ

แหล่งเก็บน้ำที่สำคัญได้แก่เขื่อนมูลบนและเขื่อนลำแชะ เป็นเขื่อนดินที่เป็นการพัฒนาแหล่งน้ำในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีจุดประสงค์เก็บกักน้ำในลุ่มแม่น้ำชีและแม่น้ำมูล เขื่อนมูลบนสร้างเสร็จในปี 2537 โดยสร้างปิดกั้นลำน้ำมูลบนที่ตำบลจระเข้มห็น มีความกว้าง 8 เมตร ยาว 850 เมตร สามารถส่งน้ำเข้าพื้นที่เกษตรได้รวม 158,350 ไร่ ในขณะที่เขื่อนลำแชะ สร้างเมื่อพ.ศ. 2502 เป็นเขื่อนเก็บกักน้ำขนาดใหญ่เช่นกัน สร้างปิดกั้นลำแชะ เขื่อนนี้ตั้งอยู่ที่ตำบลโคกกระชาย สันเขื่อนยาว 2,400 เมตร กว้าง 8 เมตร เก็บน้ำได้ 275 ล้านลูกบาศก์ ส่งน้ำช่วยเหลือพื้นที่เกษตรได้แสนกว่าไร่ เพื่อช่วยการเกษตร การสร้างเขื่อน ทำให้ต้องตัดไม้ ทำลายป่า และคนส่วนใหญ่ขาดที่ทำกิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคนทำให้คนทำมาหากินได้ยากลำบากขึ้น แต่นั่นเป็นเพียงผลกระทบต่อกายภาพที่สามารถสัมผัสได้ด้วยตา แต่ส่วนที่สัมผัสได้ยากคือผลกระทบทางด้านจิตใจ ซึ่งสะท้อนกลับไปในระบบสุขภาพของคนในท้องที่อย่างชัดเจน

เริ่มตั้งแต่รู้ว่าจะมีการสร้างเขื่อน ชาวบ้านเล่าว่าก่อนหน้านี้มีนายทุนมากว่าร้อยที่ซื้อที่ดิน ชาวบ้านไม่รู้บางคนก็ขายที่ดินไป ในช่วงนั้นมีผู้นำบางคนได้พยายามแนะนำไม่ให้ชาวบ้านขายที่ดินให้นายทุน แต่ชาวบ้านส่วนใหญ่อยากได้เงิน จึงขายในราคาที่ถูก ต่อมาก็รู้ว่าจะมีการสร้างโครงการนี้ ความรู้สึกของชาวบ้านเริ่มเสียสละและก็หวงที่ดินไม่ยอมให้ใครมาชิงเอาของเจ้าของไป โดยเฉพาะเมื่อรู้ว่าคนที่มาซื้อเป็นนายทุนเพื่อเอาสิทธิไปเรียกร้องค่าที่ดินเวนคืน คนที่ขายที่ดินไปให้กลุ่มนายทุนที่มากว่าร้อยก็รู้สึกเหมือนถูกหลอกและรู้สึกว่าเสียเปรียบ จึงเกิดการก่อตัวเป็นกลุ่มที่คัดค้านต่อสู้เรียกร้องให้รัฐชดเชยค่าที่ดินที่เหมาะสม โดยมีการรวมคนจากที่อื่นๆ จากต่างจังหวัดต่างอำเภอ จาก

แนวพิมาย จากเพชรบูรณ์ ชัยภูมิ มาอยู่กันอย่างแออัดเพื่อต่อสู้คัดค้านไม่ให้มีการสร้างเขื่อน การต่อสู้เพื่อเรียกร้องเงินชดเชยประการหนึ่งของชาวบ้านก็คือ รวมกันไปสร้างบ้านหลังเล็กๆ เป็นลักษณะกระท่อมในพื้นที่ที่เป็นที่ดินทำมาหากิน เพื่อจองพื้นที่ และให้รัฐรับรู้ว่าเป็นที่อยู่ที่ดิน และต้องชดใช้

บ้านประมาณเกือบ 70 หลังได้ถูกสร้างขึ้นบริเวณสันเขื่อนปัจจุบัน โดยในการชดใช้ค่าเวนคืน เจ้าหน้าที่รัฐต้องมาคำนวณเพื่อจ่ายค่าบ้าน วัดดูว่าบ้านมีกี่ตารางเมตร เอาจำนวนเงินคูณตารางเมตร ชาวบ้านเรียนรู้เรื่องการใช้ค่าชดเชย ขณะนั้นความเห็นถูกแยกออกไปเป็นหลายกลุ่ม บางกลุ่มก็เห็นว่าการทำเช่นนั้นไม่ถูก ควรเรียกร้องเอาค่าชดเชยที่ดินที่แท้จริง บางกลุ่มยอมตามค่าชดเชยและยินยอมย้ายออกไปทำมาหากินในที่ดินใหม่ที่รัฐจัดสรรให้ แต่บางกลุ่มไม่ยอม เนื่องจากที่ดินที่จัดสรรให้ นั้น ไม่สามารถปลูกพืชได้ เนื่องจากอยู่ไกล ไม่มีทางน้ำ ไม่มีเหมืองฝาย ไม่สามารถปลูกข้าว จับปลาได้อย่างเดิม ในขณะนั้นเริ่มมีคนอพยพออกไปออกชุมชนเข้ามาหางานในเมืองใหญ่ทำ แต่บางส่วนก็ยังต่อสู้เรียกร้องสิทธิค่าชดเชยต่อไป

บ้านโบกกับปัญหาทางเดินหายใจ บ้านที่สร้างขึ้นก่อสร้างด้วยอิฐบล็อก ต่อกันยาวที่มีผู้ให้ข้อมูลหลักเปรียบว่าเหมือน “โบกักรัดไฟ” มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า ชาวบ้านที่เป็นเจ้าของที่ดินที่แท้จริงไม่ได้เป็นผู้สร้าง เพราะไม่มีเงินมากพอ แต่ผู้ที่ทำเป็นกลุ่มนายทุนที่ไปกว้านซื้อที่ดินไว้ตั้งแต่แรก ที่รู้ว่าจะมีการสร้างเขื่อน การทำเช่นนั้นจึงเป็นสิ่งที่ชาวบ้านเรียกว่า “เอาสองต่อ” เพราะนอกจากจะได้กำไรจากการซื้อที่ดินจากชาวบ้านในตอนแรกแล้ว ยังได้กำไรจากการเวนคืนด้วย บ้านเหล่านี้ถูกสร้างขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้มีจำนวนมาก และต้องมีคนไปอยู่ เพื่อแสดงหลักฐานกับรัฐว่ามีคนอยู่จริงเพื่อจะรับเงินจริง ลักษณะของบ้านโบกักรัดไฟนี้ไม่เอื้อต่อสุขภาพของคนอยู่อาศัย และทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจ

“ห้องลักษณะตามยาวแต่จะไม่มีหน้าต่างไม่มีประตู การสร้างเอาไว้
เพื่อเอาปริมาณ มันก็เลยมีผลการเจ็บป่วย เรื่องไข้ หอบ เพราะ
ไม่มีช่องระบายลม ช่องแสงแดด ระบบหายใจ อยู่อย่างเบียด ๆ สร้าง
แบบหลังคาติดกันหลังคาเกยกัน คนเยอะ สมัยนั้นการขอบ้านเลข
ที่ยาก มีบ้านเลขที่ หลวงต้องชดใช้ให้เพราะมีบ้าน ใครมีบ้านเลขที่ หลวง
ให้รายละเอียด 3 แสง”

ไร่ที่ทำมาหากิน ผลทางจิตใจ การชดใช้การสร้างเขื่อน เป็นเหตุให้มีจำนวนสมาชิกชุมชนเพิ่มขึ้นด้วย เพราะเมื่อมีการเรียกร้อง ก็มีชาวบ้านในพื้นที่ประมาณ 500 หลัง และมีอีกส่วนที่อพยพมาจากที่อื่นประมาณ 200 หลัง ชวนมากันปักหลัก จนกลายเป็นคนพื้นที่ เพราะในการเรียกร้องค่าชดเชยนั้นจะมีทางได้เงินหลายอย่าง ตั้งแต่ บ้าน ต้นไม้ ทุกอย่างสามารถนับจำนวนแล้วคำนวณออกมาเป็นเงินได้หมด ผู้ให้ข้อมูลหลักตั้งข้อสังเกตว่าในการเวนคืนและจ่ายเงินค่าชดเชยกลุ่มของนายทุนและกลุ่มข้าราชการมีการคอร์รัปชั่น เข้ามามีส่วนได้ผลประโยชน์โดยอาศัยหน้าที่และความรับผิดชอบ เนื่องจากในการเรียกร้องเอาค่าเวนคืนและค่าชดเชยนั้นจะต้องมีเลขที่บ้าน มีการรับรองว่า

เป็นที่ดินที่ทำประโยชน์มาก่อน จึงมีการข่มขู่ชาวบ้านให้ขายที่ดินให้ในราคาถูกบ้าง ชูว่าจะไม่ออกเลขที่บ้านให้บ้าง หากไม่ยินยอม หรือไม่ให้บางส่วนเป็นคำดำเนินการ

“เขาจะไม่ให้ที่ คุณนะถ้าคุณไม่มีโฉนดบ้านไม่มีโฉนด
คุณต้องขายไร่ละ 800 พันนี่ ก็ขายให้นายทุน แต่พอถึง
เวลาจริง ๆ ไร่ละ 3 หมื่น ก็เป็นชื่อนายทุนไปเยอะแยะ”

ความกดดันของผู้เรียกร้องไม่เพียงแต่ความรู้สึกเสียเปรียบที่เจ้าหน้าที่บางคนร่วมมือกับนายทุน แต่ในกลุ่มของชาวบ้านที่เรียกร้องก็เกิดความขัดแย้งกันเอง เมื่อมีผู้นำบางคนที่ยอมเป็นเครื่องมือของนายทุนมาเกลี้ยกล่อมให้ชาวบ้านรับค่าเวนคืนและเซ็นหนังสือรับในจำนวนที่ชาวบ้านเห็นว่าเป็นธรรม ในช่วงที่ต่อสู้เรียกร้องและมีการเดินขบวนเข้าไปที่ศาลากลางจังหวัดบ้าง ที่กรุงเทพฯ บ้าง มีชาวบ้านบางคนที่มีลูกเต้าไม่สามารถเดินทางร่วมไปด้วยได้ ก็จะเซ็นหนังสือมอบอำนาจให้ผู้นำไปจัดการให้ แต่ผู้นำก็เอาประโยชน์เข้าตนเอง กระบวนการเหล่านี้ทำให้ผู้เข้าร่วมการเรียกร้องค่าชดเชยนอกจากจะไม่ได้เงินเต็มตามจำนวนอย่างที่ควรจะได้แล้ว ยังเป็นการสร้างภาวะกดดันทางจิตใจให้เพิ่มขึ้น

“ตรงประท้วงมีการเก็บเงินเรียไร แต่ผู้นำเขิดเงินไป ตามไม่ได้
เป็นมา 3-4 ปีที่ผ่านมาผู้นำก็หนีไป ถ้าพูดตามจริงชาวบ้านได้เงิน
แต่หลวงขาดทุน แต่เม็ดเงิน 100 บาท อาจตกถึงชาวบ้าน 30-50”

กระบวนการเรียกร้องและต่อสู้อันเนื่องมาจากการสร้างเขื่อนกินเวลายาวนาน นับตั้งแต่มีการเริ่มโครงการ พ.ศ. 2502 ได้เริ่มลงมือสร้างเขื่อนประมาณ พ.ศ. 2530 เขื่อนแล้วเสร็จเริ่มกักน้ำ พ.ศ. 2535 และกว่าจะใช้ได้จริงๆ ก็ พ.ศ. 2542 ผลของ 40 ปีในการต่อสู้เรื่องเขื่อนและที่ดินทำมาหากิน ชาวบ้านที่อยู่ใต้เขื่อนจำต้องอพยพขึ้นมาบางคนไปซื้อที่ดินทำกินอยู่ในหมู่บ้านอื่นตำบลอื่น บางคนก็ได้ไปอยู่บนสันเขื่อน แต่การปลูกพืชผล การทำมาหากินก็เปลี่ยนไปจากเดิม การจัดที่ดินทำกินบนที่ราบสูงทำให้ไม่สามารถหาที่ทำกินได้ เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด ความกดดันสะสม ที่ไม่อาจตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือทางการแพทย์แต่เป็นปัญหาภายในจิตใจของผู้คน ยิ่งไปกว่านั้น เงินที่ได้รับการชดเชยมายังถูกนำไปใช้ในการที่จะไม่สามารถสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืนให้กับคุณภาพชีวิต เพราะเมื่อผนวกกับการอยู่ในกระแสด้านนิยมที่เข้ามากับความทันสมัยด้วยระบบเศรษฐกิจที่เน้นบริโภคนิยม บางครอบครัวที่ได้เงินค่าชดเชยมาเป็นจำนวนมากๆ จะนำไปซื้อวัตถุที่มาพร้อมกับแนวคิดทันสมัย เช่น มอเตอร์ไซด์ บ้านหลังใหญ่และเฟอร์นิเจอร์เครื่องเสียง เครื่องอำนวยความสะดวกเช่นทีวี วิถี แต่บ้านที่สร้างใหญ่เหล่านี้มักมีคนแก่และลูกหลานเฝ้า เนื่องจากคนหนุ่มคนสาวไม่มีที่ดินทำกิน ต้องออกไปหาทำกินในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ และไม่ได้กลับไปทำไร่ทำนาอีก

“ชาวบ้านได้มาที่เดียว 4-5 แสน ไปซื้อมอเตอร์ไซด์ให้ลูก
ได้อินเขาพูดกันว่าวันหนึ่ง ๆ ขายมอเตอร์ไซด์ในนครบุรี.
ไม่ต่ำกว่า 50 คันที่ขายได้ ตอนปี 35 ชาวบ้านได้มาซื้อที่
ทางบ้านมาบกราดจะเป็นหลังปูนงาม ๆ แต่ต่อมาไม่มีอาชีพอะไร
เขาได้เงินมาก่อนนั้นก็เหมือนน้ำท่วม ปีหน้าได้มาก็หายหมด”

ระบบเศรษฐกิจของคนในชุมชนตำบลโคกกระชายโดยภาพรวมไม่ตึงคน คนเป็นหนี้สินกัน
มากหนี้สินของคนในชุมชนมีผลต่อความเครียดและระบบสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ คนในชุมชน
แทบทุกครัวเรือนจะกู้เงินเพื่อมาใช้จ่ายในครอบครัว กู้ไปแต่งงานลูก งานบวช, การลงทุนทำไร่มัน
สำปะหลัง ซื้อมอเตอร์ไซด์ จ้างแรงงาน โดยเฉพาะปีไหนที่ฝนแล้งมากปีนั้นจะเป็นหนี้มาก สถาบันที่คนในชุมชน
เป็นหนี้ได้แก่ ธกส, เงินกู้กองทุนหมู่บ้าน และกู้ธนาคารที่เสียดอกเบี้ยร้อยละ 5 คนที่ปลูกมัน
สำปะหลังและรวมมันโต ยามว่างจะไปทำงานรับจ้างนอกหมู่บ้าน รายได้ประมาณ 120 บาท/วัน คนใน
ชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เสริม นอกจากการรับจ้างรายวันเท่านั้น

4.3.2 รูปแบบของอาหาร

สิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่งจากผู้ให้ข้อมูลหลักเลยก็คือ คนที่มีอายุ 50 ปีลงมาและ อสม. จะ
ให้ความเห็นที่ตรงกันว่า การกินอาหารที่ดีคือในวันหนึ่งๆ ควรจะต้องกินอาหาร 5 ส่วน มีนม เนื้อสัตว์
ผัก แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกอาหารหลักที่คิดว่าต้องกินได้ครบ 5 ทั้งส่วนนั้นมีอะไรบ้าง แต่รูปแบบ
ของการกินอาหารที่พูดคุยในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และจากการประชุมกลุ่มย่อยและการประชุมระดม
สมองพบว่า ปัจจุบันคนในชุมชนจะไม่ทำอาหารกินเองเพราะไม่มีเวลา แต่จะซื้อจากตลาดหรือรถขาย
กับข้าวที่พวงไใส่ท้ายเข้ามาในหมู่บ้าน ซึ่งมีราคาถูกกว่าทำกินเองมาก ราคาเฉลี่ยถุงละประมาณ 10
บาท ส่วนข้าวนั้นส่วนใหญ่จะใช้หม้อไฟฟ้าหุงข้าว

พฤติกรรมในรสอาหารของคนในชุมชนส่วนใหญ่จะยอมรับว่าติดรสหวาน และจะต้องใช้
ผงชูรสในการปรุงอาหาร ผู้ให้ข้อมูลหลักอายุประมาณ 25 – 50 ปี ยอมรับว่าวันหนึ่งๆ กินน้ำตาลมาก
โดยอยู่ในรูปแบบต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นน้ำอัดลม ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นคนอายุมากและจะต้องเลี้ยงดู
หลานที่ลูกๆ มาฝากไว้ให้เลี้ยงโดยที่พ่อแม่ของเด็กต้องไปทำงานนั้น บอกว่าหลานของตนส่วนใหญ่จะติด
น้ำอัดลมและหากพ่อแม่ของเด็กให้เงินไว้จะต้องเสียค่าน้ำอัดลมเป็นเงินวันละหลายบาท

“น้ำขวดอะไรนั่น เด็กน้อยมันกินวันละหลาย
เดี๋ยวก็มาขอ...ไม่ให้ไม่ได้...มันร้องจะเอา..
พ่อแม่มันก็ไม่อยู่..สงสารมัน”

ค่านิยมในการกินอาหารของเด็กๆ มีผลต่อการกินอยู่ของพ่อแม่และคนในครอบครัว
เพราะนอกจากเด็กๆ จะนิยมกินอาหารสำเร็จรูปเช่นน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบที่อยู่ในถุง และบะหมี่

สำเร็จรูปแล้ว ในแต่ละมื้อที่กินข้าว เด็กๆจะเลือกกินเนื้อสัตว์เช่นหมู ไก่มากกว่ากินผัก น้ำพริก ซึ่งเป็นแบบแผนการกินที่เปลี่ยนแปลงไปจากวิถีเดิมที่กินอยู่ง่าย

“เดี๋ยวนี้ลูกไม่กินแล้ว เพราะว่าต้องหากับข้าวดีๆ
คนแต่ก่อนไม่ต้องยาก ถึงเวลามาทำข้าวให้ลูกกิน
ทำพริก ทำปลาให้ลูก มีปลาให้กินก็ถือว่าดีถมเถ”

ผู้ให้ข้อมูลหลักย้อนเล่าถึงการเริ่มกินผงชูรสของคนในชุมชนที่เริ่มขึ้นพร้อมๆ กับการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการพบโรคพยาธิใบไม้ในตับ และพบว่าวัฒนธรรมการกินปลาร้าโดยไม่ต้มสุกโดยเฉพาะคนในพื้นที่ถิ่นอีสานทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การรณรงค์ทำให้ปลาร้าต้มสุกได้ผลดีด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งของ อสม ขณะเดียวกันที่คนเห็นโทษภัยของปลาร้าดิบ และยังไม่คุ้นกับรสชาติ “ไม่แซบ” ของปลาร้าต้มสุก ผงชูรสก็เข้ามามีบทบาทอย่างยิ่งต่อวิถีการกินอยู่ของคนในชุมชน

“เกิดมาก็เห็นพ่อแม่กินแล้ว...ติดมาก ต้องใส่ทุกมือ
บางวันกลับมาจากโรงเรียนไม่มีอะไรกิน ก็เอาตุลุด
ข้าว ถ้ามีพวก....(ปะหมี่สำเร็จรูป)...ก็ดี..มีตั้งคักก็ซื้อกิน”

ความรับผิดชอบของผู้ขายในการใช้วัตถุดิบ และส่วนประกอบของอาหารที่ปรุงขึ้นเพื่อขายผู้บริโภค นั้น ผู้ขายในตลาดยังให้ความสนใจน้อย ส่วนใหญ่จะมุ่งในเรื่องของการแต่งตัว มีหมวก มีผ้ากันเปื้อน แต่สำหรับสินค้าที่นำมาขาย ไม่ว่าจะเป็นเนื้อสัตว์ ผัก อาหารดอง น้ำตาลปี๊บ ฯลฯ นั้น ผู้ขายยอมรับว่าไม่อาจเลือกได้และจะต้องซื้อจากเจ้าประจำที่ไม่รู้ว่ามีการผลิตมาอย่างไร ซึ่งตนเองและครอบครัวก็กินอาหารตลาดเช่นนี้เหมือนกันโดยไม่รู้แน่ชัดว่าอาหารมีส่วนทำให้เกิดโรคต่างๆ หรือไม่ นอกจากนี้ในบรรดาผู้ค้ารายย่อยเช่นแม่ค้าผลไม้ ยอมรับว่าผู้ซื้อส่วนใหญ่จะชอบผัก ผลไม้ที่สวย จึงจำเป็นต้องใช้สารที่ช่วยให้ผลไม้สด และสวยบ้างเหมือนกัน เช่นขนุน ได้ใช้ผงกัดยางละลายน้ำ เอาขนุนแช่ลงไป จะทำให้ยางขาวๆ ที่ติดออกหมด ทำให้แกะง่าย ได้เม็ดขนุนสวย ขายได้ราคา

ส่วนที่สี่ ระบบบริการสุขภาพในชุมชนโคกกระชาย

ในการศึกษาการให้บริการสุขภาพในพื้นที่การวิจัยประชาชนกลุ่มเป้าหมายในตำบลโคกกระชาย จะไปใช้บริการที่สถานบริการระดับทุติยภูมิคือโรงพยาบาลอำเภอกนครบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ) และสถานีนามัยทั้ง 3 แห่งคือสถานีนามัยมาบกราด หนองโบสถ์และโคกกระชายตามแต่ที่จะใกล้บ้าน การนำเสนอในส่วนนี้เป็นความเห็นของคนในชุมชนที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ

สถานบริการ ประชากรในตำบลโคกกระชายมีประมาณ 11,275 คน และในจำนวนนี้แยกไปใช้บริการที่ โรงพยาบาลอำเภอกนครบุรี และสถานอนามัยทั้ง 3 แห่ง แต่ผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนครบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอขนาด 60 เตียง มีเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน เพราะนอกจากจะเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอแล้ว มาตรฐานการรักษาและให้บริการอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ทั้งในด้านของระบบการบริหารจัดการและมาตรฐานทางด้านเวชปฏิบัติ การให้บริการทางการแพทย์ นอกจากแพทย์จะออก OPD ตรวจผู้ป่วยแล้ว ยังมีระบบจัดเวรให้แพทย์ออกตรวจเยี่ยมที่สถานอนามัย และที่สถานีเองก็มีระบบการวินิจฉัยโรค การให้บริการข้อมูลวิชาการ การให้คำแนะนำกับคนไข้อย่างเป็นระบบ ความสะดวกและความพึงพอใจของคนในชุมชนส่วนใหญ่มาจากระบบบริการ 30 บาทรักษาทุกโรค และบุคลากรในโรงพยาบาลนครบุรีที่มีความรู้ มีความสามารถ ตลอดจนเครื่องมือที่สะอาดและทันสมัย เนื่องจากระบบสาธารณสุขขึ้นอยู่กับความสะอาดของเครื่องมือ ความพร้อมของเครื่องมือ สะอาดไม่มีเชื้อโรค พยาบาลที่นำผ่านระบบการฝึกในเรื่องระบบความสะอาด ระบบการฆ่าเชื้อโรค เช่น น้ำยาฆ่า การนี้ ทำให้คนในชุมชนเกิดความมั่นใจในการบริการ และทำให้สามารถรวดเร็วขึ้นอีกระดับหนึ่ง สำหรับส่วนของการใช้เครื่องมือในสถานอนามัยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลนครบุรี เช่นเครื่องมืออนามัยของโคกกระชายจะส่งไปที่โรงพยาบาลนครบุรีทำให้เป็นมาตรฐานเหมือนกับโรงพยาบาล

กรณีฉุกเฉิน ญาติผู้ป่วยจะพาคนป่วยเข้าไปที่โรงพยาบาลนครบุรีซึ่งมีแพทย์เวร และมีเจ้าหน้าที่ทำงานอย่างเป็นระบบ นับตั้งแต่คนเจ็บแปล เจ้าหน้าที่ทะเบียน เจ้าหน้าที่และพยาบาลในห้องฉุกเฉิน เภสัชกร เจ้าหน้าที่ทางด้านเทคนิค คนที่เข้ามาที่โรงพยาบาลนครบุรีจึงมีความมั่นใจในระดับหนึ่งและจะไม่ไปที่สถานอนามัยในกรณีฉุกเฉิน แต่คนที่จะทำเช่นนั้นได้จะต้องมีฐานะพอสมควร อาจจะมีรถ หรือสามารถว่าจ้างเพื่อนบ้านที่มีรถให้มาส่ง ค่ารถปิคอัพที่วานกันในฐานะเพื่อนบ้านประมาณ 100-150 บาท หากเป็นคนที่ไม่คุ้นกันมากนักจะคิดอัตราต่อเที่ยว ไปและรวมทั้งอาจรับกลับด้วยประมาณ 200-250 บาท นอกจากนั้นในชุมชนโคกกระชายมีคลินิกที่เปิดโดยพยาบาลวิชาชีพที่เปิดนอกเวลาตั้งแต่ 17.00 น.-20.00 น. และสามารถบำบัดผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ในมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล เช่นการเย็บแผล การฉีดยา การให้น้ำเกลือ

ความสามารถของสถานบริการในการรองรับผู้ป่วย ความสามารถของโรงพยาบาลนครบุรีในการรองรับผู้ป่วยนั้นมีสูง ด้วยคุณภาพของบุคลากร ยา เวชภัณฑ์ การบริการและมาตรฐานทางปฏิบัติ สำหรับสถานอนามัยซึ่งความสามารถในการรักษาอยู่ที่การวินิจฉัย และการให้ยาคนไข้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำสถานี แต่ในพื้นที่การวิจัยที่สถานอนามัยโคกกระชายมีพยาบาลคนเดียว ส่วนหนองโสนต์และมาบกราดไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ ซึ่งทำให้การวินิจฉัยและการให้ยา เป็นไปในระดับพื้นฐาน เช่นเป็นไข้ ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว ซึ่งเป็นยาที่ใช้ได้ทั่วไป ความสามารถในการรักษาจะขึ้นอยู่กับบุคลากร หมายความว่า หากสถานอนามัยใดมีพยาบาลมาประจำ สถานอนามัยนั้นก็สามารถที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาโรคอื่นๆ ได้ด้วย ปัจจุบันโรงพยาบาลนครบุรีได้ให้นโยบายในการให้แพทย์ออกไปที่สถานอนามัย โดยเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเช่นเบาหวาน ความดัน หัวใจ ซึ่งสามารถที่จะรับยาที่สถานอนามัย และสามารถใช้อุปกรณ์ตรวจสอบน้ำตาลในเลือดได้อย่างง่าย ๆ และ

รวดเร็วที่สามารถทำได้ในระดับสถานีนามัย การที่มีแพทย์ออกให้บริการที่สถานีนามัยนี้สามารถลดการคับคั่งของผู้ป่วยเรื้อรังที่โรงพยาบาลนครบุรีได้ในระดับหนึ่ง และให้พยาบาลทำหน้าที่เยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด กับทั้งให้พยาบาลทำหน้าที่วินิจฉัย ชักถามอาการผู้ป่วยก่อนที่จะพบแพทย์ โดยการวัดความดัน ชักถามอาการที่เป็น ข้อสังเกตที่น่าสนใจเพื่อบันทึกให้หมอไว้เป็นข้อมูล ซึ่งในช่วงของการทำหน้าที่ ชักถามอาการของผู้ป่วยนี้ พยาบาลได้ทำหน้าที่ชี้แจงถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการกินอาหาร การออกกำลังกายด้วย

“สมัยก่อนจะให้อยู่ในโรงพยาบาลหมด แต่เดี๋ยวนี้ให้มาอยู่
ที่อนามัยเดือนละครั้ง ที่มาตรวจรักษาที่นี้ได้เลย โดยกลุ่มคน
พวกนี้ โรงพยาบาล หมอ จะต้องคิดมากกว่าอาการที่ขึ้น
ควบคุมตัวเองได้ เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลในตัวเองได้
ให้มาพบอนามัย โดยพบแพทย์เดือนละครั้ง มาให้น้อง
พยาบาลช่วยยารักษาให้ ก็รู้สึกดีขึ้น”

ความสามารถของโรงพยาบาลนครบุรีนี้เป็นที่พึงพอใจของคนในอำเภอนครบุรี และเขตใกล้เคียง (เช่นอำเภอลำปาง หรือปักธงชัย ซึ่งสามารถรักษาที่โรงพยาบาลนครบุรีได้สะดวกกว่าจะไปโรงพยาบาลอำเภอลำปาง) สำหรับในชุมชนโคกกระชายผู้ให้ข้อมูลหลักมีความพอใจในมาตรฐานและการบริการของโรงพยาบาลนครบุรี ในการบริหารจัดการของผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่พูดจาดีกับคนไข้และผู้ป่วย มาตรฐานและเครื่องมือสะอาดสะอาด ข้อตำหนิเดียวที่จะมีก็คือคิดว่าโรงพยาบาลนานจนคับคั่ง ผู้ป่วยที่มาหีบบัตรตั้งแต่ตีห้า กว่าจะได้ตรวจประมาณ 9.30 -10.00 น. หรือบางทีก็กว่านั้น

ระบบบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ ความสำคัญของอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยทวีความจำเป็นมากขึ้นโดยเฉพาะถังออกซิเจน เนื่องจากคนเป็นโรคทางเดินหายใจ หอบ หืดมากขึ้น ซึ่งเมื่อก่อนทำไม่ได้ แต่ปัจจุบันมีถังออกซิเจนมาให้ และต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์เหล่านี้ และเมื่อมีผู้ป่วยที่ต้องการถังออกซิเจนนี้มากขึ้น นั่นหมายถึงการมีผู้ชำนาญที่สามารถใช้เครื่องมือดังกล่าว ซึ่งสถานีนามัยต้องขยับศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากรเพิ่มขึ้น

การรักษาแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย

โรงพยาบาลนครบุรีได้ฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยขึ้นและให้ไว้เป็นทางเลือกของคนในชุมชนในการรักษา เช่นการใช้สมุนไพร การรักษาโดยการนวด อบ ประคบและการจับเส้นตามแบบแผนการนวดของไทย การดูแลสตรีมีครรภ์ด้วยการอบหม้อเกลือหลังคลอด โดยแพทย์จะวินิจฉัยก่อนว่าควรจะให้ใช้วิธีการแพทย์แผนไทยได้หรือไม่ รับประทานถั่วหรือไม่ว่า หรือหากจะใช้ยาสมุนไพรควรใช้ในขนาดใด เป็นระยะเวลาเท่าใด สรุปก็คือการใช้แนวทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลนครบุรีนั้นเป็นไปตามกำหนด

เกณฑ์การพิจารณาของแพทย์ในโรงพยาบาลครบุรี โดยเจ้าหน้าที่ประจำงานการแพทย์แผนไทยนั้นซึ่งมีทั้งพยาบาลและนักกายภาพบำบัดที่สามารถประยุกต์การดัด ตั้งเข้ากับการนวดตามแบบแผนไทย จึงทำให้โรงพยาบาลครบุรีนับได้ว่ามีส่วนของงานการแพทย์แผนไทยที่ก้าวหน้าในระดับหนึ่ง

การแพทย์พื้นบ้านที่ดำรงอยู่ในชุมชนซึ่งผู้คนเลื่อมความนิยมน้อยลงไปแล้วนั้น มีข้อดีและข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งได้แก่ (1) ความรู้และวิธีการที่ใช้ คนที่มารักษากับหมอพื้นบ้านเช่นหมอต่อกกระดูก จะมีความเชื่อถือศรัทธาในการรักษาที่ไม่ฝัดดัด ไม่ต้องใช้มีด แต่ใช้การดัด คาถาบริกรรมและน้ำมันนวด การเข้าเฝือกที่ไม่ต้องใช้ปูนปลาสเตอร์แบบที่โรงพยาบาลใช้ (2) ตัวหมอที่รักษา เนื่องจากไม่ได้รับการถ่ายทอดอย่างมีแบบแผน การจะทำให้ผู้ที่ไม่คุ้นเคยและมารับการรักษาก็เป็นเรื่องยากจนกว่าจะมีผู้ทรงคุณวุฒิ หรือผู้ที่ชุมชนเชื่อถือศรัทธาให้การรับรองการรักษา เช่นในหมู่บ้านมาบกราด ที่มีหมอต่อกกระดูก มีชาวเยอรมันคนหนึ่งมีภรรยาเป็นคนไทยในหมู่บ้าน เกิดอุบัติเหตุ กระดูกหักหลายแห่งไปรักษากับหมอที่โรงพยาบาล ฝัดดัดมาจากโรงพยาบาลและมีอาการบวม จึงไม่กลับไปโรงพยาบาลอีก มาลองรักษากับหมอต่อกกระดูก และอาการดีขึ้น ซึ่งกรณีแบบนี้ได้สร้างความเชื่อมั่นให้คนในชุมชนเรื่องการรักษาและการต่อกระดูกมากขึ้น (3) มาตรฐานและคุณภาพในการรักษา ในแง่ของมาตรฐานการปลอดเชื้อ วิธีการรักษาของหมอพื้นบ้านจะถูกตั้งคำถามและอาจนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อ แต่ในแง่ของหมอพื้นบ้านที่คุ้นเคยกับวิธีการที่ตนเองใช้ และเชื่อมั่นในผลการรักษา ซึ่งหมอบอกว่า “หากทำให้พอดีแล้ว ไม่ต้องโฆษณาเลย” หมอต่อกกระดูกจึงยังได้รับความนิยมจากคนในชุมชนอยู่เนื่องจากเป็นการแก้ไขที่ภายนอก ไม่ต้องฉีดยา ไม่ต้องผ่า นอกจากนั้นหมอบางคนยังบอกคนไข้ไว้ล่วงหน้าถึงของแสลงที่ห้ามกิน และโดยเฉพาะอาการเครียด คิดมาก หมอบอกว่า “ความเครียดนี้เป็นศัตรูต่อการรักษา”

สถานการณ์โรคและการรักษาในชุมชน

เนื่องจากในตำบลโคกกระชายประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการใช้สารเคมีในการเกษตรเป็นจำนวนมากและขาดความรู้เรื่องการใช้สารเคมี ซึ่งเสี่ยงต่อการรับสารพิษ อีกทั้งไม่มีเวลาในการออกกำลังกายและไม่ใส่ใจเรื่องสุขภาพ จึงส่งผลให้สุขภาพร่างกายของประชาชนไม่ดี โรคที่เป็นมากที่สุดที่ในชุมชนก็คือโรคเบาหวาน รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประชาชนที่เป็นโรคดังกล่าวจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลครบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอที่สะดวกและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ครบมากกว่าสถานีนามัยและเป็นโรคที่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์เป็นพิเศษ แต่โรคที่เป็นมากที่สุดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัยคือโรคระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากอากาศเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้ร่างกายปรับสภาพไม่ทันจึงเกิดอาการผิดปกติทางระบบหายใจ นอกจากนี้ยังพบโรคต่างๆอีก คือ โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และโรคระบบย่อยอาหาร อย่างไรก็ตาม ต้องกล่าวว่า 80% ของผู้ป่วยสามารถหายได้ในระดับอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากโรคที่มาเป็นอันดับหนึ่งของคนในพื้นที่จะเป็น โรคระบบทางเดินหายใจ อาการที่เป็นได้แก่ ไข้หวัด ไอ ดังนั้นเมื่อคนไข้เข้ารับการรักษาที่สถานีนามัย 80% ก็มักจะหาย แต่จะมีประมาณ 20% ที่เหลือต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเวลาที่แพทย์

ออกตรวจ สถานือนามัยก็จะนัดหมายให้คนไข้มาพบแพทย์เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง คนไข้ประเภทนี้ มักจะเป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ขณะเดียวกันส่วนของ 80 % ที่หายก็มักจะมีโอกาสกลับมาเป็นอีก นอกจากนั้นก็มีโรคที่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลเช่น ไข้เลือดออก อุจจาระร่วงอย่างแรง หรือ โรคเลปโต ฯ หรือที่คนในชุมชนเรียกกันติดปากว่าโรคเยี่ยวหนู หรือโรคฉี่หนู

คนในชุมชนมีทางเลือกในการดูแลตัวเองด้วยการซื้อยาชุดมากินเอง ยาชุดนี้ยังหาซื้อได้ในร้านขายของหมู่บ้าน หรือยาประเภทแก้ปวด ปวดเมื่อย ความนิยมยาชุดในการส่งผลต่อการรักษาเป็นเพียงส่วนหนึ่ง แต่ในเชิงจิตวิทยาแล้ว ผู้ที่คุ้นเคยกับยาชุดมีความรู้สึก “ติด”

“คนเคยกิน คล้ายๆกับยาเสพติด ไม่กินมันจะอยู่ไม่ได้”

บทบาทของการส่งเสริมและป้องกันโรค

โรงพยาบาลนครบุรีมีการส่งเสริมและป้องกันโรคโดยสนับสนุน จัดอบรมและให้ความรู้ประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีการสอนการออกกำลังกายทั้งโดยแอโรบิค ไม้พลอง โดยใช้งบประมาณแต่น้อย เนื่องจากเป็นลักษณะ “กองทุนน้ำใจ” ผู้ที่มาออกกำลังกายซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการฟื้นฟูสภาพ ได้ช่วยกันสละเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย แต่อย่างไรก็ตามปริมาณผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครบุรี ทำให้บทบาทในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของคนในชุมชนส่วนหนึ่งต้องกระทำผ่านสถานือนามัย โดยผ่าน อสม. ความรู้ที่ถ่ายทอดผ่านอสม. มีเรื่องหลักๆ คือ (1) การให้ความรู้ด้านสาธารณสุข เช่น ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและการป้องกันตัวเมื่อเกิดบาดแผลของคนที่เป็นโรคเบาหวาน แนะนำการป้องกันโรคตามฤดูกาลที่เกิดขึ้นในชุมชน การฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กและผู้ปกครอง (2) การป้องกันโรค การแนะนำการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยการแจกทรายอะเบทแก่ประชาชน เปลี่ยนน้ำภาชนะ และฉีดพ่นควันเพื่อกำจัดลูกน้ำและยุงลาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดไข้เลือดออก (ในปี 2549 นี้องค์การบริหารส่วนตำบลนำเรื่องนี้ไปดำเนินการเอง เป็นการลดภาระสถานือนามัย) นอกจากนี้ยังมีการฉีดวัคซีน เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันแก่เด็กในหมู่บ้านทุกคน (3) การวัดความดัน และชั่งน้ำหนักให้เด็กในชุมชน

ผู้นำท้องถิ่น องค์กรเอกชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในจำนวนสถานือนามัยทั้ง 3 แห่ง สถานือนามัยหนองโบสถ์เป็นสถานือนามัยน้องใหม่ล่าสุด และการเกิดขึ้นของสถานือนามัยก็เกิดจากการร่วมมือของคนในชุมชนอย่างแท้จริง โดยผู้ใหญ่บ้านเห็นว่าลูกบ้านต้องเดินทางไปหาหมอที่สถานือนามัยโคกกระชายที่อยู่ไกลมาก ประกอบกับบริเวณบ้านหนองโบสถ์ก็มีหลังคาเรือนมาก แต่ยังไม่มียงบประมาณที่จะสร้างสถานือนามัย ผู้ใหญ่บ้านจึงได้เอาแรงคนในหมู่บ้านสร้างสถานือนามัยขึ้นตามปัจจัยจะหาได้ ในตอนที่ทำเริ่มแรกไม่มีใครเชื่อว่าจะสำเร็จเนื่องจากสถานพยาบาลจะต้องได้รับการอนุมัติงบประมาณจากภาครัฐก่อน กับทั้งได้รับการอนุมัติด้านกำลังคน

งบประมาณค่าใช้จ่าย เวชภัณฑ์ จึงจะเป็นระบบและสามารถสร้างสถานีนอนามัยแห่งใหม่ได้ แต่หากรอให้ระบบเคลื่อนไปตามแบบแผนของภาครัฐเช่นนี้ ผู้นำท้องถิ่นเห็นว่าจะไม่ทันการ จึงตัดสินใจสร้างสถานีนอนามัยขึ้นตามกำลังของตนเอง ขอเงินบริจาคและขอแรงตามแต่ที่จะได้รับการช่วยเหลือ โดยมีมูลนิธิพุทธนาถที่เป็นองค์กรเอกชนในพื้นที่ ภาคเอกชน ซึ่งได้แก่บริษัทในกรุงเทพ เขตนครราชสีมา และร้านค้าในอำเภอครบุรี ความเสียสละของผู้นำชุมชนคนนี้มีมาก ถึงกับเลาะฝาเรือนของบ้านตนเองมาทำสถานีนอนามัย และสุดท้ายได้รับความร่วมมือจากภาครัฐในด้านมาตรฐานของสถานีนอนามัย อัครา บุคลากรกำลังคนและงบประมาณ เมื่อสถานีนอนามัยสำเร็จ นายแพทย์สำเริง แหยมกระโทก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ให้ความสำคัญกับสถานีนอนามัยแห่งนี้โดยได้มาทำพิธีเปิดเมื่อ พ.ศ. 2540

แม้การมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นในลักษณะการก่อสร้างอาคารสถานที่ และคนชุมชนจะให้การมีส่วนร่วมน้อยเนื่องจากคิดว่า “เป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้” จนถึงกับเรียกสถานีนอนามัยนี้ในตอนเริ่มสร้างแรกๆ ว่า “อนามัยผีบ้า” แต่ความสำเร็จที่เกิดขึ้นและสถานีนอนามัยเป็นที่พึ่งของคนในแถบหนองโบสถ์ ก็นับว่าเป็นนิมิตที่ดีของการที่ประชาชนและผู้นำชุมชนจะร่วมกันสร้างความร่วมมือในด้านสุขภาพต่อไป

ระบบกำลังคนของสถานบริการ

ในโครงการนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้เล่น (player) และเป็นผู้ประสาน (coordinator) ที่มีความสำคัญ เนื่องจากในการสนทนากลุ่มย่อย การจัดประชุม จะเชิญ อสม. มาแลกเปลี่ยนความรู้ และขอให้ อสม. เป็นสะพานเชื่อมระหว่างคณะนักวิจัยกับคนในชุมชน

ในชุมชนตำบลโคกกระชายมี 23 หมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านมี อสม. โดยวิธีบริหารจัดการการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนโดย อสม. ก็คือ ให้ อสม. คนหนึ่ง ดูแล 10 หลังคาเรือน ใน 1 หลังคาเรือน ก็มีการอบรม กสค. คนเหล่านี้ก็จะมียอดความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ โดย อสม. จะไปพัฒนาความรู้กับหมอสถานีนอนามัย หลังจากผ่านการอบรมความรู้มาแล้วนำมาพัฒนา กสค. โดยมุ่งหวังให้ในครัวเรือนหนึ่งจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพหนึ่งคน แล้วให้พูดต่อกัน สำหรับประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นนโยบายของสาธารณสุขที่ทรงคุณค่า อสม.ก็มาดำเนินการในชุมชน ได้แก่ การควบคุมไข้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การควบคุมการเกิด และการชั่งน้ำหนักเด็ก สำหรับโรคที่ต้องเฝ้าระวังและเกิดขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมเช่นเอชไอวี อสม.ยังไม่มีบทบาทเข้าไปดูแลมากนักเนื่องจากไม่มีความรู้ ขาดเครื่องมือเช่น ฤกษ์มือ และ อสม.บางคนยอมรับว่าไม่กล้าเข้าไปดูแลเนื่องจากไม่แน่ใจในภาวะของการติดเชื้อ ทั้งที่โดยความรู้สึกแล้ว อสม.ก็สงสารคนที่ป่วยเหล่านั้นและปรารถนาจะช่วยเหลือเนื่องจากเห็นว่าเป็นหน้าที่ของ อสม. แต่การขาดความรู้ก็ทำให้ไม่กล้า

ปัจจุบันคนในชุมชนมองว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มีผลมาจากเรื่องการทำไม้ออกิน เมื่อก่อนปัญหาทางจิตใจไม่มีความรุนแรงมากนักเมื่อได้เข้าวัดก็หาย แต่ปัจจุบันที่ความสำคัญของวัดเสื่อมลงเนื่องจากบางวัดเน้นการดูแลศาสนวัตถุ และพระเองยังมีกิเลส มี

ความต้องการ จึงไม่สามารถมาช่วยปลดความทุกข์ได้ ชาวบ้านจึงต้องช่วยเหลือตนเอง อย่างไรก็ตามคนในชุมชนก็ยังมองเห็นว่าปัญหาทางจิตใจเกิดขึ้นได้ทุกวัย แต่รากของปัญหาคือมีสาเหตุมาจากความต้องการที่จะมีเศรษฐกิจที่ดี การแข่งขัน การตามอย่างผู้อื่น

“แต่ก่อนคำว่าโรคจิตไม่มี ใช้ธรรมจนเจือใจ
มีหลวงพ่อกอยพุดอยู่ตามวัด”

“อาจจะมิจิตวิปริต เช่นที่มีมอเตอร์ไซด์ ก็ต้องตามกัน
มีการเปลี่ยนล้อเล็ก ๆ มีน็อตแหลม ๆ บิด ดัง ๆ สูดยอ...
เป็นโรคจิตของวัยรุ่น จิตของผู้สูงอายุ โดดเดี่ยวอ้างว้าง จิต
ของวัยแรงงาน เรื่องเศรษฐกิจ”

ส่วนที่ห้า ระบบความรู้ : กรณีตัวอย่างหมอฟันบ้าน

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอกรณีตัวอย่าง (case study) ของหมอฟันบ้านในชุมชน เนื่องจาก ในชุมชนของตำบลโคกกระชาย มีหมอฟันบ้านและหมอสุนไพรมากมาย ที่ยังเป็นที่ยอมรับนับถือของคนในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีอายุตั้งแต่ 50 กว่าปีขึ้นไปที่เคยได้รับการรักษาแบบพื้นบ้านและได้ผลดี ส่วนใหญ่เป็นหมอสุนไพรรักษาโรคทางด้านสมุนไพรรักษาตัวเองและคนในครอบครัว แต่หมอฟันบ้านที่เป็นที่รู้จักกันได้แก่ หมออุ หมอเป่า หมอกระดุก และหมอน้ำมัน การนำเสนอประเด็นหมอน้ำมัน และการต่อกระดูกในรายงานนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอให้เห็นถึงการวิเคราะห์ระบบความรู้ ช่องทางการถ่ายทอดความรู้ การหาประสบการณ์ในการรักษา ท่าทีของผู้ให้การรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างระบบความรู้ในทางด้านสุขภาพ นัยสำคัญของการศึกษาจะทำให้สามารถเข้าใจถึงวิถีคิดและแบบแผนของการเรียนรู้วิชาของหมอฟันบ้าน วิถีปฏิบัติในการรักษา ที่สามารถสังเคราะห์เป็นระบบความรู้เฉพาะกรณีตัวอย่างนี้

พ่อขุน เป็นหมอต่อกระดูกในพื้นที่ เรียนวิชาต่อกระดูกมาตั้งแต่อายุ 20 สมัยที่ยังบวชเป็นพระ เล่าให้ฟังถึงความสนใจในการเรียนวิชานี้ว่า ที่เรียนเพราะเห็นมีคนรักษาคนต่อกระดูกได้ ตอนจะไปขอเรียน ครูให้หาครูไปเรียน เลยชวนพี่ชายที่เป็นฆราวาส ชวนกันไปสมัครเรียนกับครู ค่าเรียน ก็มีเพียง ค่ายกครู ดอกไม้ ธูปเทียน ไปขอเป็นศิษย์ สิ่งที่ครูสอน คือให้คาถามาให้ท่อง แล้วสอนวิธีทำน้ำมัน น้ำมันนี้ทำจากน้ำมันมะพร้าวที่ต้องผ่านการทอดคาถาตามแบบที่ครูสอนมา เป็นคาถาไม่ยาวนาน นอกจากคาถาแล้วครูสอนวิธีทำเฝือก ลักษณะการเรียนเป็นแบบค่อยๆ เรียนรู้โดยการตามครูไปดูเวลาครูไปรักษาคณป่วย บางเรื่องไม่มีคนไข้ก็ไม่ได้เรียน แต่มา ปรับใช้ เอาเองตอนที่เจอกับคนไข้จริงๆ พื้นฐานที่ครูสอนคือการต่อกระดูกกรณีขึ้น กระดูกขา กระดูกมือหัก

สิ่งที่น่าสนใจ และสามารถนำมาเป็นประเด็นของการออกแบบระบบบริการสุขภาพของ คนในชุมชนได้แก่ ประเด็นดังต่อไปนี้

(1) **การถ่ายทอดความรู้** ในการถ่ายทอดวิชาต่อกระดูกนี้จำกัดว่าจะสอนให้เฉพาะผู้ขาย ผู้หญิงเรียนไม่ได้ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาว่าหากผู้หญิงเรียนแล้วจะกลายเป็นผีขโมด ผีกระสือ วิชานี้จึงถ่ายทอดได้เฉพาะผู้ชายเท่านั้น นอกจากนี้แล้วก็ไม่มี การห้ามหวงกันมากกว่านั้น ใครที่รู้จักครู และครูยินดีสอนให้ก็เรียนได้ทั้งนั้น ความรู้พื้นฐานในการเรียน ครูขอเพียงให้เขียนหนังสือได้ เพื่อคัดลอก คาถาได้ หรือหากเขียนไม่ได้ก็สามารถท่องจำคาถาได้ ครูสอนให้หมด เวลาไปเรียนกันอนบ้านครู พอ เวลามีคนมาตามครูไปรักษาก็เลยได้ตามไปกับครู ความสามารถของหมอต่อกระดูกโดยพื้นฐานคือการ ทำน้ำมันมนต์ได้ การเข้าเฝือก และการทอ้งจำคาถา สำหรับผู้ป่วยรายแรกที่หมอจะต้องได้รักษา โดยทั่วไปแล้วจะเป็นคนใกล้ชิด บ้างก็เป็นญาติพี่น้อง เป็นพ่อแม่ หรือเพื่อนสนิทของตนเอง ที่จะต้องพบกับอุบัติเหตุและมาให้หมอที่เพิ่งเรียนมาใหม่รักษา พ่อขุนบอกว่า “คนเรียนต้องเจอลองของแบบนี้ทั้งนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นญาติพี่น้อง คนในบ้านเรือนของตัวเอง หรือคนใกล้ชิด” ด้วยเหตุนี้จึงไม่ค่อยมีใครอยาก เรียน เพราะเมื่อเรียนแล้ว พี่น้องคนใกล้ชิดจะต้องเจออุบัติเหตุมาให้รักษา

(2) **วิชาความรู้** ความรู้ที่ครูถ่ายทอดคือคาถา การรักษา การผ่า การกรีดหนอง การดูดหนอง เวลาที่คนป่วยปล่อยแผลไว้นานจนมีหนอง ในการรักษาต้องเอาหนองออกจากแผลให้แห้ง ก่อน จึงจะสามารถรักษาด้วยการทาน้ำมันได้ ในกรณีนี้พ่อขุนต้องดูดหนองออกจากแผล ด้วยการอม เหล้าขาวไว้ในปากแล้วดูดหนองของผู้ป่วยออกมาวันทั้ง บางที่เป็นแผลเน่ามีหนอง พ่อขุนก็ทำให้

“ดูดออกมาให้ หนองเต็มปากเลย”

วิชาต่อกระดูกที่เรียนมานั้นพ่อขุนแยกแยะออกจากเรื่องเส้นประสาท พ่อขุนรู้ว่าตนเอง รักษาได้เฉพาะกระดูกที่แตกหัก แต่หากเป็นเรื่องกระดูกที่เกี่ยวข้องกับส่วนอื่นๆพ่อขุนก็ไม่อาจรักษาได้ เช่นเมื่อตัวพ่อขุนมีอาการปวดขา ปวดเอว และเข้าโรงพยาบาลรัฐไปให้หมอแผนปัจจุบันรักษา หมอ วินิจฉัยว่าเป็นกระดูกทับเส้นประสาท พ่อขุนก็ยอมรับการรักษาตามแบบแผนสมัยใหม่ แต่หลังจาก รักษาอยู่ระยะหนึ่ง กินยาแล้วยังไม่หาย พ่อขุนได้เข้าไปในตัวจังหวัดนครราชสีมาและเปลี่ยนหมอรักษา ซึ่งวินิจฉัยว่าพ่อขุนเป็นเส้นโลหิตตีบ เมื่อถูกถามว่าทำไมไม่รักษาตัวเองเพราะมีความรู้เรื่องกระดูกอยู่บ้าง แล้ว พ่อขุนตอบว่าไม่ได้เป็นเกี่ยวกับเส้น และตนเองรักษาได้เฉพาะกระดูกหักเท่านั้น

(3) **การรักษา** ในการรักษาพ่อขุนมีขั้นตอนดังนี้ เริ่มแรกหมอจะต้อง วินิจฉัย อาการ ในการรักษาครั้งแรกพ่อขุนยังจำคาถาไม่ได้หมดดี ต้องคอยอ่านที่จดเอาไว้พร้อมกับรักษาคน ป่วยไปด้วย มือก็รักษาไป แล้วยังต้องคอยดูคาถาที่จดเอาไว้ แต่นานๆ เข้าก็ชินและจำได้ไปเอง ความ แม่นยำของการวินิจฉัยเป็น การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ และการค่อยๆปรับแก้ไขตามประสบการณ์ของ ความถี่ในการรักษา เมื่อคนไข้ถึงมือหมอ หมอจะจับดูว่าหักตรงไหน แล้ว ก่อนที่จะมีการรักษา มีการ เตรียมการโดยเตรียมดอกไม้ ธูป เทียนใส่พาน ให้คนไข้บูชาครู แล้วหมอก็ทำน้ำมันเพื่อรักษา

ใน การรักษา หมอจะเอาน้ำมันทาพร้อมกับว่าคาถาไปด้วย โดยจะทาครั้งแรกให้ ในระหว่างวันคนไข้ก็ทาเองอีก ประมาณ 4 ครั้งต่อวัน แต่เป็นคนในบ้านทาก็ได้ น้ำมันเมื่อใช้เสร็จแล้วให้เอามาวางไว้ที่หน้าพระพุทธรูป พร้อมพานธูปเทียนที่บูชาครูในตอนแรก การทาโดยคนอื่นที่ไม่ใช่หมอนี้ไม่ต้องว่าคาถาก็ได้ แต่ถ้าให้ได้ผลดี หมอจะทาให้และว่าคาถาให้ทุกครั้ง กรณีที่หมอและคนไข้อยู่ห่างกัน หมอจะมาเยี่ยมคนไข้วันเว้นวัน หรือวันเว้นสองวันเพื่อดูว่าบริเวณที่หัก หรือฟกช้ำนั้นมีอาการบวมหรือไม่

การรักษาที่ได้ผล คือเมื่อเจออุบัติเหตุ กระดูกแตกป็น ต้องมาหาหมอทันที เพราะหมอจะสามารถคลำรู้ว่าหักตรงไหนเพื่อจะได้รักษาได้ถูกต้อง แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน แผลตรงนั้นเกิดอาการบวม หมอจะรักษายากขึ้น

“ถ้าบวมแล้วจับไม่ได้ ติดไม่ดี ต้องเป็น
เดี๋ยวนั้น มารักษาเดี๋ยวนั้น ติดทุกราย
ไพบลาว่าหัก หมอโรงพยาบาลว่าต้องผ่า แต่มา
รักษานี้ ติดเลย”

(4) **ผลสำเร็จของการรักษา** ความสำเร็จของการรักษาขึ้นกับปัจจัยทั้งในส่วนของคนไข้เองที่หมอบอกว่าสำคัญที่สุด โดยเฉพาะความเชื่อ “บางคนคิดว่าจะไม่หาย มาหาแล้วก็ไปหาหมอโรงพยาบาล (โรงพยาบาล) บางคนเชื่อว่าหาย เขาก็รักษา” ส่วนสำคัญอีกประการหนึ่งคือการเข้าเฝือกเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การรักษาได้ผลดี พื้นฐานของการทำเฝือก คือการหาไม้มาประกบและรัดเพื่อให้กระดูกเข้าที่ เฝือกบางชิ้น หมอต่อกระดูกจะต้องออกแบบเองโดยดูจากพื้นที่ในการรักษา เช่นการหักที่ข้อต่อนิ้วมือ จะต้องเลือกใช้ไม้เล็กๆ ที่มีขนาดเหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ไม้ไผ่ ที่สามารถเหลา และมีความอ่อน ความแข็งหยุ่นอยู่ในตัว และสิ่งเหล่านี้ครูจะไม่ได้สอนเฉพาะราย (ขึ้นอยู่กับมีใครมาให้สอนหรือไม่) ดังนั้น การเข้าเฝือกอย่างเหมาะสมจึงต้องเป็นสิ่งที่ผู้เรียนจะปรับประยุกต์เอาเอง

(5) **การจดบันทึก** การศึกษาการเป็นหมอต่อดูกระดูกของพ่อขุนไม่มีการบันทึกเป็นตัวหนังสือ จด หรือเป็นตำราที่จะเอาไว้ให้ลูกหลานศึกษาต่อ การถ่ายทอดความรู้ของพ่อขุนซึ่งบอกว่าคุณเองไม่ได้หวังวิชา หากแต่หากใครอยากจะได้เรียน จะต้องมาขอและมาศึกษาเอง โดยพ่อขุนจะบอกให้หมดไม่มีปิดบังเอาไว้ เพราะอยากให้คนได้ใช้วิชานี้ช่วยเหลือคนอื่น แต่คนที่เรียนต้องมาฝึกและร่วมรักษาไปด้วยกัน ซึ่งการถ่ายทอดดังกล่าวมีอุปสรรคที่ไม่มีคนไข้มาให้พ่อขุนรักษามากนัก คนที่อยากจะได้ความรู้จะมีเวลาไม่ตรงกับพ่อขุน และคนไข้ เพราะต่างก็ต้องทำมาหากินของตนเอง นอกจากนั้นคนที่คิดอยากเรียนก็เป็นผู้หญิง ซึ่งก็จะไม่สามารถเรียนได้

(6) **คนป่วย** คนป่วยที่มาหาหมอต่อกระดูกมี 2 ลักษณะ คือคนไข้ที่พบกับอุบัติเหตุ แล้วเลือกที่จะรักษากับหมอพื้นบ้านต่อกระดูกเป็นครั้งแรก โดยไม่ไปหาหมอที่โรงพยาบาล อันมีสาเหตุเนื่องมาจากโรงพยาบาลไกลจากบ้านบ้าง และมีศรัทธาความเชื่อในหมอพื้นบ้านบ้าง กับคนไข้ที่หันเหจากหมอแผนปัจจุบันมาหาหมอต่อกระดูกหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจะต้องผ่าตัด คนไข้ประเภทหลังนี้ไม่ต้องการจะเสียอวัยวะ จึงเลือกที่จะกลับมารักษากับหมอพื้นบ้าน แต่เนื่องจากข้อจำกัดของหมอต่อกระดูกก็คือ หากพื้นที่หรือจุดที่หักเกิดมีอาการบวมหรืออักเสบ หมอก็ไม่อาจวินิจฉัยได้แม่นยำ ในขณะที่หมอแผนปัจจุบันรู้ว่าจุดไหนแตกหัก และแตกหักในลักษณะใดจากการอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ แต่ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ประเภทใด พ่อขุนก็รับรักษาให้ และทำการรักษาไปตามวิชาที่เรียนรู้มา คนไข้จะไปหาหมอสมัยใหม่ก็ไม่ว่าอะไร พ่อขุนไม่ถือว่าการรักษาเป็นอาชีพ แต่เป็นสิ่งที่เรียนรู้มา และ “พอทำได้” เพราะพ่อขุนคิดว่าอาชีพที่แท้จริงคือการทำไร่ไถน เมื่อไม่มีคนป่วยก็เป็นชาวไร่ไปตามปกติ การเป็นหมอมีความรู้รักษาผู้คนในทักษะของพ่อขุนแล้วไม่ถือว่าเป็นการช่วยเหลือผู้คนให้พ้นทุกข์

นอกจากการสัมภาษณ์พ่อขุนแล้ว คณะผู้วิจัยได้ไปพูดคุยกับผู้ป่วยบางรายที่พ่อขุนเคยรักษา ประสบการณ์ของคนที่ได้รับการรักษาจากหมอต่อกระดูกมีพอสังเขปดังนี้

(1) นายอินทร์ อาชีพช่างก่อสร้าง อายุ 36 ปี ตกลงจากหลังคา ไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล ได้รับการบอกว่าไหปลาร้าหัก ต้องผ่าตัด นายอินทร์ไม่ยอมผ่ากลับมารักษากับพ่อขุน

“ไหปลาร้าหัก ไม่คิดว่าจะรอด และจะหาย เพราะเข้าเฝือกไม่ได้ แต่หมอ ก็ใช้น้ำมัน ใช้คาถา เป่าให้จนหาย”

(2) นายแสง อดีตผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อายุ 67 ปี ปกติเป็นคนแข็งแรง ทำไร่ไถนและรับจ้างทั่วไป ประมาณกลางปี 2548 ได้รับอุบัติเหตุไปรับจ้างทำงานก่อสร้าง ไม้เสาดกใส่เท้า เศษไม้ทิ่มเท้า ไม่ไปโรงพยาบาลเพราะกลัวหมอจะให้ตัดขา จึงมารักษากับพ่อขุน

“ก่อนไม้ตกใส่กลางหลังเท้า กระดูกแตกละเอียด ไม้ดำเข้าไปที่กลางหลังเท้า ไม่ไปโรงพยาบาลเลย เพราะโรงพยาบาลอยู่ไกล บ้านหมอใกล้กว่า เดินไม่ได้ ให้คนไปตามหมอต่อกระดูกมารักษา สองเดือนก็หาย ขายังดีมาจนทุกวันนี้”

อย่างไรก็ตามแม้พ่อขุนจะรักษาคนไข้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกมากกว่าร้อยละร้อย แต่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่อดทนรอรักษากับหมอต่อดูกระดูกจนครบ และหันไปรับการผ่าตัดจากแพทย์แผนปัจจุบัน และยินดีรับการรักษาจากบุคคลในวิชาชีพมากกว่า

(3) เด็กหญิงน้อย อายุ 14 ปี รถมอเตอร์ไซด์ล้ม กระดูกข้อเท้าแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ แหว่งออกมา หมอที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ เอ็กซเรย์แล้ว บอกว่าลักษณะการแตกเช่นนี้โรงพยาบาลระดับอำเภอไม่สามารถรักษาให้ได้ จึงส่งตัวไปที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ด้วยความไม่สะดวกในการเดินทางและเห็นตัวอย่างจากการรักษาโดยหมอดูกระดูกแล้วได้ผลดีจึงให้เด็กหญิงน้อยรักษากับหมอต่อดูกระดูก แต่รักษามาสองอาทิตย์ ยังบวมบ้าง ยุบบ้าง เลยตัดสินใจไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ หมอนัดผ่าตัด แต่ก็ไม่รับปากว่าจะหาย แต่หมอบอกว่าถ้าไม่ผ่าจะทำให้เมื่อโตขึ้น ขาสองข้างจะ ยาว สั้นไม่เท่ากัน จึงเลือกรักษาหมอต่อดูกระดูกและเข้ารับการผ่าตัด

“พ่อให้รักษามหมอต่อดูกระดูกก็ว่าตามพ่อ แต่ไม่เห็นหาย ไปโรงพยาบาลครบุรี หมอส่งไปผ่าที่มหาวิทยาลัย ผ่าตัดแล้ว ดีขึ้น หมอก็ดี พยาบาลก็ดี เขามาอธิบายแล้วมีฟิล์มให้ดูเห็นว่าแตกหักตรงไหน ในฟิล์มนี้เห็นเลยว่าที่หักมันยื่นแหลมๆ ออกมา”

บทที่ 5

เวทีชุมชน กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม¹

การนำเสนอในส่วนนี้คือส่วนของการจัดเวทีเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้กับชุมชน ในรูปแบบของ group discussion , การจัดประชุมระดมสมองในรูปแบบของการอภิปรายอย่างมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาข้อมูลระดับชุมชนด้านกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม การจัดบริการสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับคนในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชน และประเมินสุขภาพของชุมชนตามสภาพที่เป็นจริง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่ชุมชนเผชิญอยู่ และได้ผลคือการนำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลเป็นรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพที่เป็นความต้องการของคนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างลักษณะของการบริหารจัดการ ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินการและชุดความรู้เบื้องต้น สามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ซึ่งรูปแบบของการจัดบริการสุขภาพดังกล่าวเป็นรูปแบบที่สนับสนุนการเรียนรู้เพื่อนำไปสร้างรูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยชุมชน

5.1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการของชุมชน

(1) **การเตรียมชุมชน** เพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยโดยการบูรณาการของชุมชน ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน การร่วมตัดสินใจ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หรือการสรรหา การเลือกบุคคลเข้าร่วมโครงการ การประสานงาน กลุ่มเป้าหมาย โดยติดต่อหัวหน้าสถานีอนามัยทั้ง 3 แห่งคือสถานีอนามัยโคกกระชาย / หนองโบสถ์ / มาบกราด / องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ต.โคกกระชาย / ประธาน อสม. / ผู้สูงอายุ / หมอพื้นบ้าน เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการจัดเวทีสุขภาพชุมชน ความสำคัญ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของชุมชน องค์การชุมชน รูปแบบของผู้นำ ศักยภาพในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

(2) **กำหนดรูปแบบของการวิจัย** โดยนักวิจัยในชุมชน จะร่วมกันกำหนดรูปแบบการวิจัย การวิเคราะห์ปัญหาทั่วไป ปัญหาเร่งด่วน การกำหนดวิธีการที่จะรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ เครื่องมือที่จะใช้ กลุ่มเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล ขนาดของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างเครื่องมือ การกำหนดรูปแบบคำถาม เทคนิควิธีการตั้งประเด็นคำถาม เทคนิคการดำเนินการรายการเวทีสุขภาพชุมชน

(3) **การเก็บข้อมูล** โดยผู้ที่ได้รับการอบรมวิธีเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นนักวิจัยภาคสนาม

(4) **ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูล** ทีมนักวิจัยจะร่วมกันทำการประมวลผล และสรุปข้อมูล การวิเคราะห์สรุปประเด็น เวทีประชาคมสุขภาพชุมชน เป็นวิธีการระดมความคิด เพื่อนำเสนอข้อมูลการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน กระตุ้นให้สมาชิกผู้ร่วมเวที แสดงความคิดเห็น การประเมินความคิด พฤติกรรมการแสดงออก และปฏิกิริยาต่อข้อมูลชุมชนที่รวบรวมได้จาก กระบวนการวิจัย ตลอดจนตัดสินใจร่วมในประเด็นต่างๆ

¹ ส่วนสังเคราะห์เวทีชุมชน ผู้เขียนรายงาน ดร.ฉัตรวรัญ อดคลังห์ และ คุณจีรศักดิ์ สิริรัตน์

(5). **วางแผนระบบสุขภาพชุมชน** กระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งความสามารถในการจัดองค์กร การบริหารองค์กร การวางแผนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการตรวจสอบความเข้าใจ รับรองแผนการนำไปสู่การปฏิบัติ

(6). **การนำไปสู่การปฏิบัติ** โดยการระดมทรัพยากรทั้งบุคคลและทุนพลังของชุมชน ทั้งองค์กรชุมชน ประชาชนในชุมชน ร่วมมือกันปฏิบัติตามแผนที่ร่างขึ้นจากข้อมูล ที่เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน

5.2 รูปแบบการประชุม

การสนทนากลุ่มย่อย คณะผู้วิจัยได้จัดการประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมด 8 ครั้ง โดยเรียงลำดับกลุ่มผู้ประชุมดังนี้ กลุ่มแพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครบุรี, กลุ่มหัวหน้าสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย, กลุ่มแม่บ้านและแกนนำ อสม.หมู่บ้านโนนระเวียง ต.โคกกระชาย, กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ปฏิบัติธรรม วัดป่าเขาคงคา (มีพระภิกษุร่วมด้วย) , กลุ่มผู้สนใจสมุนไพร , กลุ่มผู้สนใจการทำนุ้ยหมัก นุ้ยชีวภาพ และเกษตรอินทรีย์ , กลุ่มคนในชุมชนที่ลด ละ เลิกเหล้าช่วงเข้าพรรษา 2548, กลุ่มผู้เข้ารับการล้างพิษและคีตบำบัด จากการสนทนากลุ่มย่อยในแต่ละครั้งคณะผู้วิจัยได้คัดเลือก อสม. ที่ทำการเก็บข้อมูลร่วมกับคณะผู้วิจัย

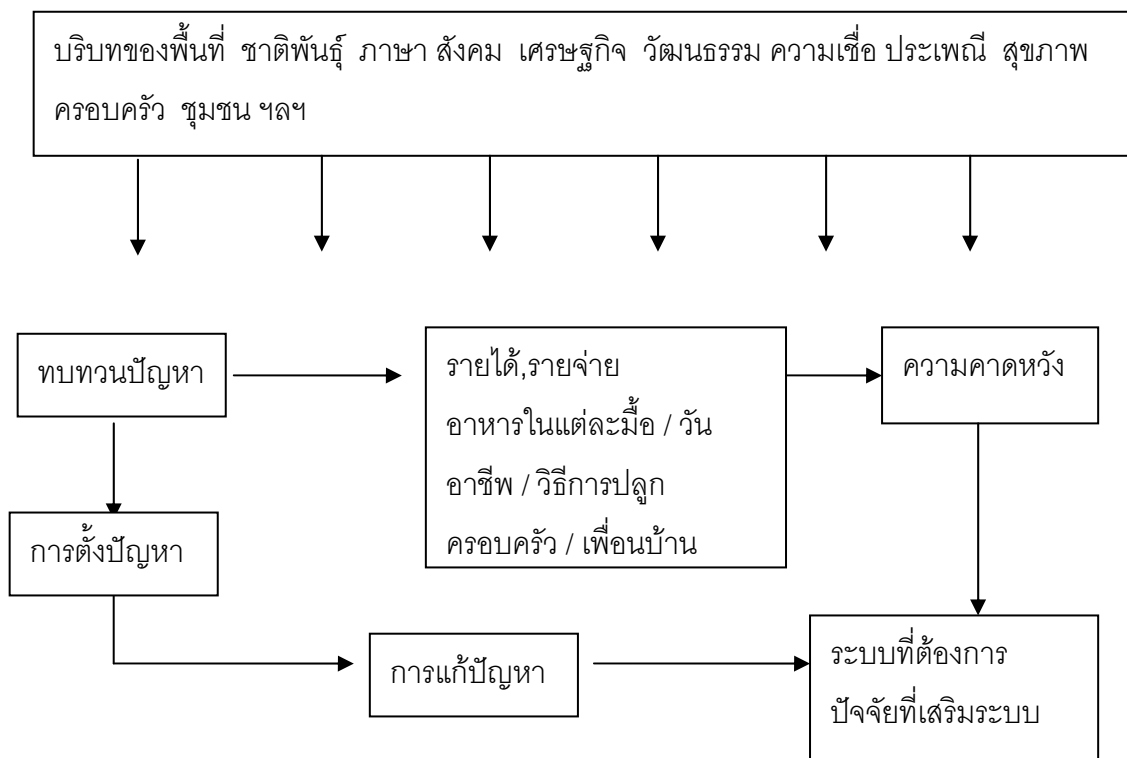
การจัดเวทีประชุมใหญ่ คณะผู้วิจัยได้จัดให้มีการประชุมจำนวน 5 ครั้ง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 60-80 คน จำนวน 3 ครั้ง คือการประชุม อสม.ในเขตพื้นที่ทั้ง 3 สถานีอนามัย สำหรับอีก 2 ครั้ง เป็นการจัดร่วมกับชมรมผู้สูงอายุและปฏิบัติธรรมวัดป่าเขาคงคาในปี 2548 จำนวน 2 ครั้ง และปี 2549 จำนวน 1 ครั้ง

การจัดประชุมย่อย คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมย่อย 2 ครั้งในพื้นที่อำเภอครบุรี และจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเสนอรูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน เพื่อให้ที่ประชุมเกิดการวิพากษ์ วิจารณ์ให้ความเห็น และสามารถนำข้อคิดเห็นมาประมวลเพื่อนำเข้าเวทีของส่วนกลางที่จัดให้มีขึ้นที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกรุงเทพ

5.3 เนื้อหาในการจัดประชุม ประเด็นที่นำมาพูดคุยในชุมชนก็คือฐานข้อมูลเชื่อมโยงทรัพยากรสิ่งแวดล้อมของชุมชน วัฒนธรรมความเชื่อ ระบบคุณค่าของชุมชน บทบาทของวัด พระสงฆ์กับการพัฒนาสังคม องค์ความรู้ประสบการณ์หมอพื้นบ้าน ระบบสุขภาพอนามัยของชุมชน เทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมการบริหารองค์กรในระดับท้องถิ่น

ตัวอย่างของเนื้อหาในการจัดประชุม แลกเปลี่ยนความรู้กับชุมชน ในการจัดประชุมกลุ่มย่อยในครั้งแรกๆ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลหลัก คณะผู้วิจัยได้พบว่าคนในชุมชนยังมีความรู้เรื่องสุขภาพน้อยมาก ส่วนใหญ่จะรู้ว่าในภาพรวมโรคภัยที่เป็นกันอยู่ ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ มะเร็งและรวมถึงโรคทางเดินหายใจ และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่เป็นกันมากในชุมชนนั้น มีสาเหตุที่แน่ชัดมาจากการบริโภคพืชที่มีสารเคมี การใช้ยาฆ่าหญ้า แต่เมื่อแลกเปลี่ยนพูดคุยถึงทางออกนั้นคนในชุมชนยังไม่เห็นวิธีการหรือหนทาง ในการจัดประชุมใหญ่ของ อสม. ทั้ง 3 แห่ง และการจัด

ประชุมในกลุ่มผู้สูงอายุปฏิบัติธรรม 3 ครั้ง รวมทั้งการแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อย โดยเนื้อหาที่วิทยากรได้นำเสนอถึงปัญหา และมีการหารือถึงทางออกร่วมกันอย่างเป็นระบบคือ



การตั้งประเด็นคำถาม

1. ช่วยกันเล่าถึงบริบทของพื้นที่
2. พุดคุยประเด็นสภาพปัญหาด้านสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่ในสภาพปัจจุบันเป็นอย่างไร
3. สภาพปัญหาด้านสุขภาพ ที่สะท้อนออกมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ตลอดทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำลายสุขภาพ ที่ใช้อุปโภค และบริโภคในการผลิต
4. ร่วมค้นหาผู้รู้และความรู้ที่ชุมชนสะสมมาในอดีต ที่สามารถนำมาประยุกต์แก้ไขปัญหสุขภาพในปัจจุบันได้
5. เห็นต้นทุนของทรัพยากรที่สามารถนำความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ มาบริหารจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน และร่วมกันวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพชุมชนว่ามีแนวโน้มไปทิศทางใด และร่วมแลกเปลี่ยนทางเลือกที่เป็นประสบการณ์ของชุมชน
6. แนวคิดและแผนงานในการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพของชุมชนในพื้นที่เป้าหมายเป็นอย่างไร

โดยแบบแผนของการแลกเปลี่ยนความรู้เป็นดังแผนภูมิข้างต้น สำหรับเนื้อหาที่ได้รับจากการประชุมในแต่ละเวทีจะมีความแตกต่างกันไป ทั้ง 3 เวทีคือ

เวทีที่ 1 ชุมชนพื้นที่การบริการ สถานีอนามัย มาบกราด

เวทีที่ 2 ชุมชนพื้นที่การบริการ สถานีอนามัย โคกกระชาย

เวทีที่ 3 ชุมชนพื้นที่การบริการ สถานีอนามัย หนองโบสถ์

เวทีที่ 1 ชุมชนพื้นที่เขตบริการ สถานีอนามัยมาบกราด

ชุมชนมาบกราด หมู่ที่ 5, 14, 15, 17, 22, 23 ตำบลโคกกระชาย เป็นลูกหลานชาติพันธุ์ชาวนา ซึ่งเป็นกลุ่มพื้นเมืองดั้งเดิม เชื้อสายชาวนายังหลงเหลืออยู่ประปรายแต่วิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมชาวนาได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเงื่อนไข ยุคสมัยแห่งอารยธรรมใหม่

วิถีชีวิตชุมชนชาวนาในอดีต ตั้งบ้านเรือนบนหลังเขาสูง ปลูกกระท่อมอยู่เป็นหย่อม เรียงรายไปตามไหล่เขา อยู่กระจัดกระจายเป็นกลุ่มเล็กกลุ่มน้อยแบบป่าดงลึก ปลูกข้าวไร่ มีครกมือตำข้าว มีภาษาตระกูลมอญ เขมร เป็นภาษาสื่อสาร ภาษาชาวนา วัฒนธรรมการแต่งกาย เครื่องประดับที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว มีบทเพลงการเล่นที่เรียกว่า กระแจะ เป็นการขับบทเพลงพื้นบ้านของชาวนาที่มีลักษณะการเอื้อนเป็นท่วงทำนองเฉพาะตัว เนื้อเพลงที่ขึงร้องออกมาเป็นเรื่องราวตามความรู้สึกของผู้ขับเพลง หรือเป็นบทที่สืบทอดกันมา

หมู่บ้านชาวนาที่อาศัยบนช่วงต้นของลำน้ำ ในอดีตเป็นหมู่บ้านที่บรรพบุรุษเข้ามาหักร้างถางทาง ตั้งถิ่นฐานอยู่หลายชั่วอายุคน การเสื่อมโทรมของสภาพสิ่งแวดล้อม ชาวนาได้ละทิ้งภูมิลำเนาไปใช้ชีวิตร่วมกับคนพื้นราบ จนกระทั่งปี 2529 หน่วยงานชลประทานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการอพยพหมู่บ้าน นอกจากพื้นที่น้ำท่วมได้ทำการจ่ายเงินค่าซื้อถอนเฉพาะค่าเวนคืนที่ดินให้กับประชาชนในหมู่บ้าน การอพยพโยกย้ายเข้าไปอยู่ในพื้นที่ที่ทางกรมชลประทานจัดสรรให้เริ่มกันในปี 2530 พื้นที่ป่าเขาแบบนี้มีน้ำไหลในหุบเขา กลายเป็นอ่างเก็บน้ำเขื่อนลำนมูน ป่าเขาแถบนั้นเป็นที่อยู่อาศัยของชาวนามาก่อน

ชุมชนบ้านมาบกราดเป็นลูกหลานชาวนา 70 % วัฒนธรรม ภูมิปัญญา ยังพอเหลือให้หรือพื้นศึกษาคุณค่า เช่นผู้สูงอายุชาวนาที่อายุยืน แข็งแรง สุขภาพดี เพราะมีพฤติกรรมการบริโภค กินผักที่ขึ้นตามธรรมชาติ ปลอดธรรมชาติจากลำน้ำ ข้าวดำกินเอง มีชีวิตที่เรียบง่าย อยู่ง่าย กินง่าย

ชุมชนมีป่าทึบผืน เป็นแหล่งพึ่งพาอาหารธรรมชาติ สมุนไพร มีผู้รู้หมอพื้นบ้าน พระหมอเจ้าอาวาส มีความรู้ด้านสมุนไพร บริเวณวัดปลูกและขยายพันธุ์พืชสมุนไพร ส่งเสริมชาวบ้านให้ใช้สมุนไพรพึ่งตนเอง หมอพื้นบ้านที่ยังมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในชุมชนเช่น หมอรักษาคนป่วยที่ถูกงูกัด หมอน้ำมนต์ หมอกระดูก หมอรักษาโรคเรื้อรัง หมอสมุนไพร มีผู้รู้ทางด้านช่างและงานหัตถกรรม เช่น ทอเสื่อ ทอผ้า

ด้านสิ่งแวดล้อม ปริมาณน้ำในเขื่อนลำนมูนลดลง ปริมาณลดน้อยลง การใช้สารเคมี ปุ๋ย ยาทำให้น้ำในเขื่อนมีสารเคมีปนเปื้อน ส่งผลต่อคุณภาพของน้ำอุปโภค บริโภค

ความเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไม่ว่าสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่ลดความอุดมสมบูรณ์ลง วิถีการผลิตที่เปลี่ยนแปลงไป ความเจริญทางด้านการคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ตลอดจนพฤติกรรมบริโภคที่ลอกเลียนแบบสังคมเมือง ส่งผลให้รายจ่ายของครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นจากอดีต

สาเหตุที่ก่อให้เกิดหนี้สินที่สำคัญคือนี้จากการผลิต หนี้จากการบริโภค หนี้จากการศึกษาของบุตร และหนี้จากการรักษาพยาบาล จำนวนครัวเรือนที่เป็นหนี้แหล่งใหญ่คือ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) รองลงมาเป็นกองทุนต่างๆ ของหมู่บ้าน และแหล่งอื่นๆ ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน พ่อค้า

ระบบบริการสุขภาพชุมชน เวทีมาบกราด

- ให้มีตัวแทนคณะกรรมการสุขภาพชุมชนประกอบด้วยที่ปรึกษา พระสงฆ์ เจ้าอาวาส วัดและผู้อำนวยการโรงเรียน คณะกรรมการประกอบด้วยอบต., กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ครู, อสม., ผู้นำชุมชน, หมอพื้นบ้าน, ผู้สูงอายุ, ภูมิปัญญาชาวบ้าน

- อสม. ร่วมปฏิบัติงานที่สถานีอนามัย เผยแพร่ให้ความรู้กับชุมชน ทำตัวเป็นแบบอย่าง
- ความมั่นคงด้านระบบอาหารในชุมชน ปลูกผัก กินผักปลอดสาร ลดการใช้สารเคมี
- งบประมาณในด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 7,500 บาท น้อยเกินไปในการสร้าง

สุขภาพชุมชน และให้ความสำคัญกับงานพัฒนาสุขภาพชุมชน

- ควรขยายเพิ่มจุดบริการ มีเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์พร้อมและเพียงพอที่สถานีอนามัย

- มีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำ ปรับระบบการบริการที่รวดเร็ว ไม่ให้ผู้ป่วยรอนาน

- อบต., ผู้ใหญ่บ้าน, อสม. ต้องประสานร่วมมือกัน ทำงานไปในทิศทางเดียวกัน สร้างคนรุ่นใหม่ให้เป็นผู้นำ เพื่อความคล่องตัวในการประสานงาน การต่อยอดกับระบบบริหารส่วนท้องถิ่นให้เอื้อประโยชน์ต่อชุมชน

- ประสานงานกับศูนย์การเรียนรู้สุขภาพชุมชน (พุทธวนา) เพื่อเรียนรู้เรื่องสมุนไพร การแปรรูป เกษตรอินทรีย์

- รวบรวมองค์ความรู้ ภูมิปัญญาชาวบ้านในด้านต่างๆ จัดให้มีพิพิธภัณฑ์ชุมชนชาวบนเพื่อร้อยพันคุณค่าทางวัฒนธรรม ตอบสนองการเรียนรู้ชาติพันธุ์ชาวบน

หมอพื้นบ้านในเขตสถานีอนามัยมาบกราดที่ยังมีบทบาทในชุมชน

ที่	ชื่อ - สกุล - อายุ	ที่อยู่	ความชำนาญ
1	ปู่เหม ส่องกระโทก	หมู่ 5	หมอ
2	ลุงมี ส่องกระโทก	หมู่ 5	หมอ
3	พ่อหมั่น	หมู่ 14	หมอน้ำมนต์
4	นายสุข เกิดโมฬี	หมู่ 15	หมอกระดูก
5	นายแข่ง พันธุ์จังหวัด	หมู่ 17	หมอมะเร็ง
6	นายพู อมกระโทก	หมู่ 22	หมอสมุนไพร
7	ลุงนา	หมู่ 23	หมอสมุนไพร
8	เจ้าอาวาสวัดมาบกราด	หมู่ 23	หมอสมุนไพร
9	พ่อสนั่น	หมู่ 23	หมอหนังสือ

เวที 2 ชุมชนเขตพื้นที่บริการ สถานีอนามัยโคกกระชาย

สถานีอนามัยโคกกระชาย รับผิดชอบดูแลสุขภาพให้กับคนที่อยู่ในหมู่ที่ 1, 9, 13, 18, 19 และ 21 สำหรับบริบทของชุมชนโคกกระชายแต่เดิม สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติของชุมชน สภาพดิน น้ำ ป่า อุดมสมบูรณ์ ส่งผลให้แหล่งอาหารธรรมชาติ กุ้ง หอย ปู ปลา สัตว์ป่านานาชนิด ผัก ผลไม้ เป็นทุนที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ไม่ต้องซื้อหา

ช่วงของการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-5 ช่วง พ.ศ.2504-2525 พื้นที่ป่าอำเภอกอพระชัย ตำบลโคกกระชายถูกทำลายอย่างขนานใหญ่ ส่งผลต่อระบบนิเวศวิทยาของชุมชน ขาดความสมดุลของธรรมชาติ อาหารและพืชสมุนไพรต่างๆ ตลอดจนสัตว์ป่าลดจำนวนลง และที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำธรรมชาติของชุมชน อันเป็นแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และแหล่งอาหารอีกด้วย

ความเสี่ยงภัยทางเศรษฐกิจของครัวเรือน นับตั้งแต่อาชีพและความสามารถในการปรับเปลี่ยนด้านอาชีพ การออม หนี้สิน ความตกต่ำของราคาผลผลิต โครงสร้างราคาผลผลิต ปัจจัยทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมอื่นที่มีต่อต้นทุน กระบวนการผลิต และต้นทุนการผลิตของครัวเรือนในชุมชน

ครัวเรือนส่วนใหญ่มีอาชีพหลักทางการเกษตร รองลงไปได้แก่อาชีพรับจ้างทั่วไปและลูกจ้างเอกชน อาชีพหลักของครัวเรือนส่วนใหญ่ที่ทำนั้นต้องพึ่งพาธรรมชาติซึ่งย่อมต้องเผชิญกับความเสี่ยงและความไม่แน่นอนอยู่เสมอ

ปี 2500-2520 ทรัพยากรป่าไม้และที่ดินที่เคยอุดมสมบูรณ์เริ่มหมดไป ชาวบ้านต้องหันไปทำไร่หรือจ้างจูงที่ทำกินเพื่อใช้ในการปลูกพืชเศรษฐกิจ เช่นมันสำปะหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2507 มีรถไถเข้ามารับจ้างไถดินเพื่อปรับพื้นที่ ในระยะแรกชาวบ้านไม่กี่ครอบครัวเท่านั้นที่สามารถทำไร่มันสำปะหลังได้ เพราะการทำไร่มันสำปะหลังต้องใช้เงินลงทุนสูง เช่น ค่าจ้างรถไถ ค่ากิ่งพันธุ์ ค่าจ้างแรงงานในการปลูก คายหญ้าและเก็บเกี่ยว รวมทั้งค่าจ้างรถบรรทุกไปยังสถานที่รับซื้อหัวมันสด

การปลูกมันสำปะหลังแต่ละปีจะต้องเตรียมดิน 2 ครั้ง ช่วงนั้นมันสำปะหลังราคากิโลกรัมละ 30 สตางค์ ก็ถือว่าได้ราคาสูงแล้ว ที่ใดดินอุดมสมบูรณ์สามารถปลูกมันสำปะหลังได้ถึง 3-4 ต้น ต่อไร่ ค่าจ้างคนงานวันละ 3 บาท ทำให้การทำไร่มันสำปะหลังได้กำไรดี ชาวบ้านจึงหันมาทำไร่มันสำปะหลังกันมากขึ้นเรื่อยๆ

การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ของเกษตรกรในหมู่บ้าน การใช้ปุ๋ยเคมี ยาปราบศัตรูพืช และเครื่องจักรทุนแรงเป็นไปอย่างแพร่หลาย ซึ่งสาเหตุที่ต้องใช้ก็เพราะการเสื่อมคุณภาพของดิน การมีโรคและแมลงรบกวน ประกอบกับมีการขาดแคลนแรงงานในครอบครัวในพื้นที่การผลิต เพราะการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานนอกชุมชนของคนหนุ่มสาววัยแรงงาน

ความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติลดลง ปริมาณน้ำฝนน้อยลง เพราะการผลิตโดยเปรียบเทียบกับครัวเรือนที่ใช้เครื่องมือเครื่องจักรที่เห็นว่ามีความสะดวกสบาย และได้ผลผลิตเพิ่มขึ้น

ชุมชนวิเคราะห์ปัญหา ของชุมชนออกเป็นด้านๆ ดังนี้

ด้านการบริโภค ระบบการบริโภคในปัจจุบันมีส่วนในการกำหนดวิถีการผลิตเพราะการบริโภคปัจจุบันส่วนใหญ่ในชุมชนบริโภคสินค้าจากตลาดมากกว่าบริโภคสินค้าที่ครัวเรือนผลิตเองเช่นในอดีต ที่เป็นเช่นนี้เป็นผลมาจากการจัดสรรแรงงานในการผลิตของครัวเรือน ประกอบกับปัจจัยในการผลิตเปลี่ยนแปลงไป

รายจ่ายในชีวิตประจำวัน คนในชุมชนตำบลโคกกระชายมีแบบแผนของการใช้จ่ายคล้ายๆ โดยมีสัดส่วนเรียงลำดับดังนี้ 1) ลงทุนทางเกษตร (ค่าปุ๋ย,สารเคมี,ยาฉีดพ่น,ค่าแรงจ้างไถ จ้างเกี่ยว 2) ค่าอาหารในครอบครัว (ค่ากับข้าว,ขนม,น้ำปลา,ผงชูรส ฯลฯ) 3) เครื่องดื่ม (เหล้า,เบียร์,เครื่องดื่มบำรุงกำลัง) 4) ของใช้ (เสื้อผ้า,สบู่,ยาสีฟัน,ผงซักฟอก,น้ำยาล้างจาน ฯลฯ) 5) น้ำมัน บัตรเติมเงิน โทรศัพท์มือถือ หจยได้ดิน และหจยบนดิน 6) การศึกษาลูก (ค่ารถ,ค่าเสื้อผ้า,ค่าอุปกรณ์การเรียน,ค่าหนังสือ

ตัวอย่างของการที่ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์รายจ่ายที่ไม่จำเป็นในครัวเรือนและมีผลกระทบต่อสุขภาพ คือการใช้จ่ายในการซื้อผงชูรส ดังนี้

- แต่ละครอบครัวเป็นจ่ายเงินประมาณ 30 บาท ต่อเดือน ต่อ 1 ครอบครัว
- รายจ่ายของทั้งชุมชน / (30 x 700 ครัวเรือน) 21,000 บาท ต่อเดือน ต่อ 1 หมู่บ้าน
- รายจ่ายต่อปี (21,000 x 12) 252,000 บาท ต่อปี ต่อ 1 ชุมชน

เปรียบเทียบรายจ่ายค่าซื้อผงชูรส ต่อการปลูกมันสำปะหลัง ราคาขาย 0.80 บาท / กิโล

หากนำเงินจำนวนนี้มาลงทุนในการผลิตมันสำปะหลัง จะสามารถขายได้เป็นเงิน 325,000 บาท

การแข่งขันในรูปแบบต่างๆ ทั้งในด้านการผลิตและการโฆษณาสินค้าของผู้ผลิต ก็มีส่วนเปลี่ยนแปลงวิถีการผลิตไปจากเดิม เรื่องของกลไกการตลาดและกลไกราคา การตลาดเสรี มีส่วนผลักดันการเปลี่ยนแปลงราคาสินค้าด้านเกษตรกรรม ทำให้ราคาขึ้นลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อรายได้ของครัวเรือน ทำให้เกษตรกรในชุมชนต้องปรับลักษณะการผลิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ภาวะหนี้สิน ความเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ไม่ว่าสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่ลดความอุดมสมบูรณ์ลงวิถีการผลิตที่เปลี่ยนแปลงไป ความเจริญทางด้านคมนาคมและโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เอียงอย่างสังคมเมือง ส่งผลทำให้รายจ่ายครัวเรือนสูงขึ้นจากอดีตเป็นอันมาก ในอดีตเกษตรกรน้อยคนนักที่จะมีหนี้สิน ทำพอมมี พอกิน ทำเท่าไรก็ใช้เท่านั้นทุกครัวเรือนไม่ต้องซื้อข้าวกิน อาหารก็มีอยู่ตามธรรมชาติ ข้าวก็ราคาดี ไม่ต้องลงทุนมากเช่นปัจจุบันทุกวันนี้เปลี่ยนไป ทุกอย่างต้องซื้อหมด ความเจริญคู่กับวัตถุ ยิ่งเจริญมากยิ่งจ่ายมาก หนี้สินพอกพูนขึ้นเป็นเงาตามตัว สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาหนี้สินที่สำคัญคือ หนี้จากการผลิต หนี้จากการบริโภค หนี้จากการศึกษาของบุตร หนี้จากการรักษาพยาบาล หนี้ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส)

ระบบบริการสุขภาพชุมชน เวทีโคกกระชาย

หมอพื้นบ้านที่ยังมีบทบาทในการดูแลสุขภาพชุมชน เช่น หมอเป่าเด็กน้อย หมอจับเส้น หมอนวด หมอจัดกระดูก หมอเข็นผี

ปัจจัยที่เอื้อและส่งเสริมระบบการดูแลสุขภาพชุมชนต้องมีสถานที่ที่เป็นแหล่งการเรียนรู้ ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพชุมชน ต้องมีครูฝึกวิทยากร เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ในการเรียนรู้ และฝึกปฏิบัติ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้รู้ในด้านต่างๆ มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ เป็นตัวอย่างของบุคคลสุขภาพดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยง จัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ จัดฝึกอบรม ศึกษาดูงาน มีกิจกรรมระดมทุนชุมชน จัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพชุมชน

หมอบ้านในเขตสถานีอนามัยโคกกระชายที่ยังมีบทบาทการรักษาอยู่ในชุมชน

ที่	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	ความชำนาญ
1	ลุงวี หัดกระโทก	หมู่ 5 ต.โคกกระชาย	หมอสุนไพรร
2	นายช่างอน หากะโทก	หมู่ 19 ต.โคกกระชาย	หมอเป่า
3	นายเพ็ง หาดกระโทก	หมู่ 13 ต.โคกกระชาย	หมอเป่าเด็กน้อย
4	คุณตาสอน เอกระโทก	หมู่ 9 ต.โคกกระชาย	หมอสุนไพรร
5	คุณยายหอม โอนกระโทก	หมู่ 1 ต.โคกกระชาย	หมอนวด
6	คุณย่านุญ อ้อมท้าว	หมู่ 21 ต.โคกกระชาย	หมอจับเส้น
7	แม่แหยม	หมู่ 2 ต.โคกกระชาย	หมอนวด
8	นางย้อม ทับสระน้อย	หมู่ 18 ต.โคกกระชาย	หมอนวด
9	นายสมควร ปันกระโทก	หมู่ 18 ต.โคกกระชาย	หมอจัดกระดูก
10	พ่อดี เสี่ยงมดี	หมู่ 13 ต.โคกกระชาย	หมองู
11	พ่อมา เซ็นที	หมู่ 13 ต.โคกกระชาย	หมอเป่าไข้

เวทีที่ 3 ชุมชนเขตพื้นที่บริการ สถานีอนามัยหนองโบสถ์

ชุมชนหนองโบสถ์ พื้นที่ชุมชนหนองโบสถ์ ติดเขื่อนลำห้วย มีพื้นที่เขตปกครอง 6 หมู่บ้าน ได้แก่หมู่ที่ 4, 8, 10, 11, 16, และ 20 มีพื้นที่ป่าสาธารณะเป็นพื้นที่เขตปลูกป่าตำบล พัฒนาการของหมู่บ้านในอดีต ดิน น้ำ ป่าไม่มีความอุดมสมบูรณ์ การส่งอาหารธรรมชาติซึ่งเป็นป่าที่พึ่งพิงของชุมชนอุดมสมบูรณ์

ต่อมาประมาณช่วง 2504-2525 ประชากรเพิ่มจำนวนมากขึ้น อพยพเข้ามาอยู่อาศัยบุกเบิกพื้นที่ทำกิน ประกอบกับการคมนาคมขนส่งมีความเจริญทางเทคโนโลยี การสื่อสารเจริญก้าวหน้ามากขึ้น นำไปสู่การทำลายพื้นที่ป่าอย่างขนานใหญ่

จากแต่เดิมชุมชนมีการทำเพื่อพออยู่พอกิน เมื่อครอบครัวขยายต้องบริโภคมากขึ้น ต้องลงทุนมากขึ้น แหล่งทุนทางธรรมชาติลดความอุดมสมบูรณ์ลง มีการนำพืชเศรษฐกิจที่สำคัญเข้ามาปลูกในชุมชน เช่น มันสำปะหลัง ข้าวโพด ซึ่งต้องขยายพื้นที่เพาะปลูกอย่างมาก ส่งผลต่อพื้นที่ป่าและระบบนิเวศวิทยาของชุมชน ขาดความสมดุลของธรรมชาติ อาหารพืชสมุนไพรต่างๆ ตลอดจนสัตว์ป่าจำนวน

ลดลง และที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำธรรมชาติของชุมชนลำแะ เช่น น้ำเน่าเสีย ปลาธรรมชาติจำนวนลดน้อยลง ส่งผลต่อแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภคและแหล่งอาหารของชุมชน

พื้นที่ป่าสาธารณะ เขตปลูกป่าทับลาน แหล่งอาหารธรรมชาติของชุมชนเช่นเห็ด ผักหวาน หม่อนไม้ ผึ้ง สมุนไพรหลายชนิดซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน ภูมิปัญญาของชุมชน

คนในชุมชนสรุปปัญหาของชุมชนและตั้งปัญหาให้กับ **ปัญหาที่ดินทำกิน เป็นอันดับแรก** เนื่องจากชุมชนเป็นพื้นที่เขตปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตร (สปก.) บ้านเรือนที่อยู่อาศัยในชุมชนไม่มีเอกสารสิทธิ์ เมื่อประชากรเพิ่มจำนวนมากขึ้น แต่ที่ดินทำกิน 1000 กว่าไร่เศษ ไม่เพียงพอ และสภาพดินเป็นดินร่วนปนทราย เนื่องจากเกษตรกรใช้ปุ๋ย สารเคมี ยาฆ่าแมลง การปลูกผักใช้สารเคมีปริมาณที่มาก สารเคมีที่ใช้การชะล้างสารปนเปื้อนสารเคมีไหลลงแหล่งน้ำ ทำให้น้ำเน่าเสีย ถึงแม้ว่าหน่วยงานของกรมส่งเสริมการเกษตรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้พยายามส่งเสริมการใช้ปุ๋ยอินทรีย์ชีวภาพ แต่เกษตรกรยังขาดความเชื่อมั่น และตระหนกอย่างจริงจัง ทำให้ยังไม่เป็นที่ยอมรับของเกษตรกร

พืชเศรษฐกิจ มันสำปะหลัง อ้อยและยางพารา เริ่มนำเข้ามาปลูกในชุมชนประมาณปี 2538 มีเกษตรกร 5 รายเป็นคนนอกจากหมู่บ้าน ปัจจุบัน กรีดยางได้ 5 ราย พืชสวนที่ปลูกเช่น แตงกวา มะละกอ พริก

ปลาศุสัตว์ อาชีพเลี้ยงวัว ล้อมรั้วโดยใช้ไฟฟ้าช็อต 3 เจ้าร่วมกัน มีวัวที่เลี้ยงประมาณ 50 ตัว

การเลี้ยงปลาในกระชัง มีประมาณ 5 ราย โดยกรมประมงส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่ม การเลี้ยงปลาพับทิมในกระชังจากเขื่อนลำแะ บริษัท CP ส่งเสริมพันธุ์ปลา อาหารและยา เมื่อปลาโต บริษัทรับซื้อผลผลิตจากผู้เลี้ยง ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการเลี้ยงปลาพับทิมในกระชังคือน้ำเสียจากอาหารปลาที่ปนเปื้อนสารเคมี

ในชุมชนมีกลุ่มต่างๆ ได้แก่ออกกลุ่มออมทรัพย์จัดตั้งมาได้ 4 ปี

- สวัสดิการชุมชน กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้านเพื่อช่วยเหลือครอบครัวสมาชิกที่เสียชีวิต เก็บจากครอบครัวละ 20 บาท รวมกองทุนช่วยเหลือต่อรายได้ 6000 กว่าบาท
- กลุ่มประปาหมู่บ้าน เป็นกองทุนในการบริหารจัดการน้ำของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- กลุ่มสมาชิก ธกส., กองทุนเงินล้าน

ระบบบริการสุขภาพชุมชน เวทีหนองโบสถ์

มีหมอพื้นบ้านหลายท่านที่ยังมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชน เช่น หมอสมุนไพร หมอกระดูก หมอเป่า (พิษจากแมลงขบกัด) หมอตำแย หมอจับเส้น หมอเรียกขวัญ ผีฟ่อน หมอดู หมอรักษาโรคจิตเสียดวง

ป่าทับลานเป็นแหล่งเรียนรู้ ขยายพันธุ์สมุนไพร อาหารธรรมชาติ ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านที่ว่างจะเข้าป่าเพื่อเก็บสมุนไพร มีองค์ความรู้เรื่องพืชสมุนไพร นำมาขยายพันธุ์ในชุมชน

หมอพื้นบ้านในเขตสถานีอนามัยหนองโบสถ์ที่ยังมีบทบาทการรักษาในชุมชน

ที่	ชื่อ – สกุล – อายุ	ที่อยู่	ความชำนาญ
1	หมอดวน จริงสันเทียะ	หมู่ 8	หมอกระดูก
2	หมอกล้า หาวกระโทก	หมู่ 4	หมอสุมไพร
3	หมออ่อน หาวกระโทก	หมู่ 4	หมอเป่า / กระดูก
4	หมอศรีโพธิ์ ชัยสุภา	หมู่ 20	หมอเป่า / แขนงมูม ตะขบขบกัด ขบกัด
5	หมอแดง แววกระโทก	หมู่ 4	หมอเป่าแขนงมูม
6	คุณยาสงวน แววกระโทก - 73	หมู่ 8	หมอดำแย
7	หมอส้ารวม ออกกระโทก	หมู่ 5	หมอจับเส้น
8	หมอคุณ ศิริ	หมู่ 16	หมอเรียกขวัญ
9	หมอเริง อบกระโทก	หมู่ 20	หมอผีฟ้อน
10	หมอวร สุโรรัมย์	หมู่ 20	หมอดู
11	ฤาษีตาไฟ บ้านโคกใบบัว	หมู่ 7	หมอเมตตามหานิยม / สุมไพร
12	พ่อไหล บรรดาศักดิ์ - 71	หมู่ 8	หมอดินเกษตร
13	พ่อเท่ง	หมู่ 4	หมอรักษาโรคจิตเสีดวง คาถาเป่ากำกับ

การสังเคราะห์เวทีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ความรู้ที่มีอยู่ในตัวหมอพื้นบ้าน เป็นเพียงประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ยังไม่มีการบันทึก รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนา ผลิดซ้ำ เพื่อมายกระดับความรู้ เชื่อมโยงเป็นหลักวิชา ปรัชญาการณ สาเหตุ หลักการวินิจฉัย กระบวนการบำบัดฟื้นฟู พัฒนาการรักษา การบำบัด
2. วัตถุดิบสำหรับนำมาทำยา นับวันจะหายาก รวมถึงประสิทธิภาพของความเป็นมาที่ ต้องอาศัยโอสถสาร ที่มาจากดินที่มีคุณภาพและไ้สารเคมีเจือปน สุมไพรที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันเป็น ผลผลิตจากป่าที่ลักลอบตัดกันมาขาย การปลูกเขาจะส่งเสริมอย่างจริงจังยังมีน้อย ส่วนใหญ่จะเป็น สุมไพรที่นำมาใช้แบบเดียว ไม่ตรงกับตำรับที่นิยมใช้กันมาในอดีต
3. การดำรงชีพและดำเนินกิจกรรมในบทบาทความเป็นหมออาชีพ และการสร้าง เครือข่ายทางสังคมและเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกัน ปัจจุบันยังไม่ชัดเจน
4. การถอดบทเรียนประสบการณ์ร่วมกันของหมอพื้นบ้าน ยังไม่เป็นระบบชัดเจน เรื่อง การสืบทอดองค์ความรู้ ประสบการณ์อย่างเป็นระบบและสามารถสร้างการเรียนรู้ การคลี่คลายปัญหา ระหว่างหมอพื้นบ้าน กับผู้ป่วย ครอบครัว เครือญาติ ยังไม่สามารถสรุปเป็นรูปแบบ กระบวนการที่ เหมาะสมได้
5. แบบแผนในการดูแลสุขภาพของตนเองเชิงป้องกันที่เหมาะสมสำหรับชุมชนแต่ละ

แบบ หรือกลุ่มชาติพันธุ์ กรณีชาวบนมาบกราด กลุ่มวัฒนธรรม เช่นเรื่องอาหาร การรักษาสุขภาพ การบริหารอารมณ์ จิตใจ ยังไม่มีการสรุปเป็นแบบแผนที่ชัดเจนเหมือนภูมิปัญญาการดำเนินชีวิตในอดีตที่ผ่านมา

6. องค์การและเครือข่ายหมอพื้นบ้าน มีลักษณะตั้งรับ ยังไม่มีระบบการส่งต่อ เชื่อมโยง เกื้อกูลกันอย่างชัดเจน เป็นทักษะ/การจัดการเฉพาะตัวหมดไปตามอายุขัยของหมอพื้นบ้านแต่ละคน

7. การสนับสนุนของภาครัฐและหน่วยงานเอกชนที่สนับสนุนแบบพื้นบ้าน ยังไม่มี ยุทธศาสตร์ร่วมที่ชัดเจนร่วมกัน ยังมีลักษณะต่างคนต่างคิด ต่างคนต่างทำ

8. การเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพของหมอพื้นบ้าน กับนโยบายหลักประกันสุขภาพ 30 บาทของรัฐบาล โดยการนำการแพทย์แผนไทย สมุนไพร การนวด เข้าสู่ระบบการบริการทางการแพทย์ ปัจจุบันกระทำผ่านโรงพยาบาล ดังนั้นหากจะขยายองค์ความรู้ด้านนี้ออกไป จะต้องมีการจัดระบบบริการเชื่อมโยงกับระบบการเงินการคลังของรัฐ

9. การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านให้เข้าสู่ระบบการแพทย์แผนไทย สร้างวิชาชีพแพทย์แผนไทย โดยใช้มาตรฐานการศึกษา และมาตรฐานวิชาชีพมาเป็นเกณฑ์กำหนดกรอบ จะต้องจัดขอบเขตความสัมพันธ์ร่วมกัน และนำลงสู่วิถีปฏิบัติในท้องถิ่น ให้มีเวทีสำหรับการรักษาคนภายใต้การดูแลอย่างเป็นมาตรฐานโดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

10 การวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพชุมชนในพื้นที่ รวมทั้งแลกเปลี่ยนทางเลือกที่เป็น ประสพการณ์ของชุมชน พบว่าหากมี “ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ” เพื่อใช้เป็นสถานที่เรียนรู้ ฝึกอบรม มีการปฏิบัติธรรม เจริญสติภาวนา พัฒนาสุขภาพกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ ดำรงวิถีชีวิตเศรษฐกิจสังคมตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง มุ่งสู่อยู่เย็น เป็นสุข ส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ จะเป็นการช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพ ลดประมาณของผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาล และสถานีนอนมัย และเป็นทางเลือกหนึ่งของคนในชุมชน

12 ปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มมากขึ้น คนสูงอายุมีมากขึ้น แต่ไม่มีสวัสดิการที่ดี คนสูงอายุเป็นโรคเครียดเพิ่มมากขึ้น สาเหตุหนึ่งมาจากไม่สามารถทำกินได้และไม่มีรายได้มาดูแลตนเอง การสร้างสวัสดิการทางสังคม และจิตวิญญาณวิถีพุทธ เพื่อแสวงหาคุณค่าในครั้งสุดท้ายทางชีวิตวัยชราภาพโดยวิถีแห่งชาวพุทธที่พึ่งพาอาศัยกัน เชื้ออาหาร เป็นภารกิจที่ระบบบริการสุขภาพควรจะดำเนินการให้เป็นวงจร เป็นแบบแผนและมีความยั่งยืน

บทที่ 6

พืชเศรษฐกิจ เกษตรอินทรีย์ และระบบสุขภาพ

ในบทนี้เป็นการนำเสนอถึงแนวคิดเกษตรอินทรีย์ที่คณะผู้วิจัยใช้ในการออกแบบงานวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่เก็บข้อมูลเบื้องต้น (ก่อนที่จะดำเนินการขอทุนสนับสนุนจาก สวรส.) คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพของชุมชน แต่พบว่าคนในชุมชนให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเองน้อยเนื่องจากมีสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบเรื่องนี้อยู่แล้ว สิ่งที่คนในชุมชนต้องการอย่างเร่งด่วนคือ ความรู้ที่จะสามารถพัฒนาผลผลิตเพื่อเพิ่มคุณค่าทางเศรษฐกิจ คณะผู้วิจัยได้จัดทำการอภิปรายกลุ่มและเห็นพ้องกันว่า ในการดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการจตุรูปแบบระบบบริการสุขภาพนั้น หากมีเครื่องมือที่จะทำให้ชุมชนสนใจแล้ว กระบวนการในการพัฒนาระบบก็ไม่อาจเกิดขึ้น

เนื่องจากที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 1 แล้วว่า เกณฑ์การตัดสินใจในการเลือกชุมชนนั้น นอกเหนือจากการรู้จักชุมชนในระดับหนึ่งแล้ว การที่ชุมชนมีต้นทุนที่ดีคือมีชมรมอนุรักษ์สมุนไพรพืชมรดกที่ได้จัดกิจกรรมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ประเด็นที่ชมรมฯ และโครงการวิจัยมีความเห็นที่สอดคล้องคือ การเก็บข้อมูล และการให้ความรู้ เพื่อสร้างความรู้ชุดใหม่ในการพัฒนาโครงการฯ

สิ่งที่น่าสนใจคือในการประชุมกลุ่มย่อยและการจัดประชุมระดมสมอง (รายละเอียดในบทที่ 5) คนในชุมชนให้ความเห็นว่า สถิติของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำพืชไร่ของคนในชุมชน โดยเฉพาะการปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยวตามนโยบายการส่งเสริมจากภาครัฐ เช่นแตงกวา ข้าวโพด เกษตรกรต้องพึ่งพาเมล็ดพันธุ์ สารเคมี ปุ๋ยเคมี สารเคมี ยาฆ่าหญ้า ยาฉีดกำจัดวัชพืชและแมลงจากบริษัทเอกชนธุรกิจการเกษตรที่อำนวยความสะดวกให้กับคนในชุมชน โดยระบบการส่งเสริมการขายที่ให้บริการถึงบ้านเกษตรกรลูกค้า

6.1 พืชเศรษฐกิจกับสิ่งแวดล้อม

ไร่มันสำปะหลัง ตัวแปรที่สำคัญซึ่งมีผลต่อวิถีการกินอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับความทันสมัยคือการเปลี่ยนแปลงรอบระยะเวลาการผลิตข้าวจากปีละครั้งให้เป็นปีละสองครั้ง กับการเร่งใช้พื้นที่เกษตรเชิงพาณิชย์ในการปลูกมันสำปะหลัง ด้วยการส่งเสริมของรัฐบาล ไร่มันสำปะหลังเกิดขึ้นอย่างมากมายในพื้นที่หลายจังหวัดโดยเฉพาะในภาคอีสาน มีผู้คนจากถิ่นอื่นเริ่มหลั่งไหลมาทำมาหากินมากขึ้น คนสมัยก่อนเล่าว่ามันสำปะหลังที่ปลูกตอนแรกๆ นั้นเป็นพันธุ์ที่ดี ชื่อ “เขียวพื้นบ้าน” แม้ไม่ต้องสับปุ๋ยเลยก็ให้หัวโต น้ำหนักดี ขายได้ราคามาก ในระยะแรกที่มีการสนับสนุนให้ปลูกมันสำปะหลัง ปาที่น้อยลงจากการทำเขื่อนและสัมปทานป่าไม้ก็ยิ่งน้อยลงไปอีก เพราะคนแผ้วถางป่าเพื่อทำพื้นที่ปลูกมัน คนในชุมชนเล่าว่าตอนนั้นยังมีไม้ใหญ่พอเหลือให้เห็นอยู่บ้าง แต่พอคนจะเอาที่ดินปลูกมันก็จะใช้วิธีฆ่าต้นไม้ให้ยืนต้นตายไปเองด้วยวิธีการที่ชาวไร่เรียกว่า “กรานตัน” คือถากเปลือกกรอบโคนต้นออกหมดสูงจากพื้นดินราว 1 เมตร ที่ต้องทำลายไม้ใหญ่เสียก็เพราะมันสำปะหลังนั้นต้องการที่โล่งๆ เพื่อให้แสงจัดตลอดวันนั่นเอง

ไรมันสำปะหลังเป็นตัวยุทธการให้พื้นดินเสื่อมสภาพลงอย่างรวดเร็ว ดินมีสภาพเหมือนทรายมากขึ้นทุกที ดินจืดลงและความโล่งว่างของไร่ก็เอื้อให้เมล็ดวัชพืชแผ่กระจายขึ้นมาได้โดยเร็ว วิถีเศรษฐกิจที่ต้องรีบเร่งทำให้ในการปลูกมันสำปะหลังนั้นชาวไร่ไม่มีการทูลถนอมบำรุงดิน เมื่อมันถึงกำหนด ขุดถอนได้เจ้าของก็จะขุด ถอนและขนไปส่งโรงงานหรือลานรับซื้อ ส่วนลำต้นนั้นตัดเตรียมไว้เป็นท่อนสั้นๆ สำหรับปลูกใหม่ ซึ่งในทันทีที่ขนหัวมันออกหมด ชาวไร่ก็จะเริ่มว่าจ้างรถไถเข้าไถที่ดินทันที ไถเสร็จก็จะระดมเอาต้นมันที่ตัดไว้ลงปลูก ในระหว่างที่รอมันสำปะหลังออก จะมีหญ้าขึ้นรก หากเป็นไร่ไรมันมากนักเจ้าของจะมาถากถางหญ้าออกด้วยจอบที่เรียกว่า “ทำรูน” แต่ถ้าพื้นที่ปลูกมากและเจ้าของมีเงินทุนจากการขายหัวมัน หรือสามารถกู้ยืมมาได้ก็จะใช้วิธีที่สะดวกและเร็ว คือใช้ยาฆ่าหญ้า

ลักษณะของการทำไรมันสำปะหลังเช่นนี้วนเวียนเป็นวัฏจักรและทำให้ดินจืดลงอย่างรวดเร็ว ชาวไร่ต้องใช้ปุ๋ยเคมีเข้าช่วยจึงจะได้ผล แต่เมื่อดินไม่มีเวลาพัก และได้รับสารเคมีเหล่านี้ตลอดเวลาจึงทำให้ดินแข็ง จืด แผลงและโรคพืชมีความต้านทานต่อยามากขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้ต้องใช้สารเคมีที่เป็นพิษนั้นอย่างเข้มข้นขึ้นด้วย การผลิตรดังกล่าวไม่เพียงแต่เป็นการทำลายที่ดินเท่านั้น แต่ยังเร่งการทำลายด้วยการระดมใส่ปุ๋ยเคมีและสารเคมีปราบศัตรูพืชอย่างมาก ปัจจุบันคนในชุมชนที่ระดมกันไปทำแปลงปลูกผักอยู่ตามริมเขื่อน เช่นปลูกแตงกวา, แตงโม, ข้าวโพด, มะเขือเทศ ฯลฯ อยู่เป็นอันมากนั้น ต่างระดมสารเคมีนานาชนิดซึ่ง มีทั้งยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าเพลี้ย ฯลฯ สารเคมีพิษร้ายแรงเหล่านั้นนอกจากจะตกซึมอยู่ในพืชผลที่ผลิตได้แล้ว ยังจะแผ่ซ่านอยู่ในอากาศ ในดิน ยามฝนตกชะ ก็ย่อมจะไหลลงสู่เขื่อน และลุ่มหนอง คลอง บึงทั้งหลาย กลายเป็นพิษร้าย นำมาซึ่งโรคภัยไข้เจ็บที่บ้านทอนสุขภาพของผู้คนอย่างยากที่จะรักษาเยียวยา เช่นโรคผิวหนังที่เป็นอย่างเรื้อรัง, โรคเลือด, เบาหวาน, ความดันสูง, โรคฉี่หนู ฯลฯ

“ซื้อไปหว่านลงดิน แต่ละปีได้เดือน หนอนอยู่ไม่ได้ จนหนอนสร้าง
ภูมิคุ้มกัน หว่านลงไปจนปลาก็ไม่เหลือ เหลือแต่น้ำใส ๆ พอเราลง
ไปเป็นแผลนิดเดียว เกิดแผลติดเชื้อ ก็ไปโทษที่หนู ผมมองตรงนั้นนะ
คือโทษหนู เอาหนูไปวิเคราะห์ แต่ทำไมไม่พูดความจริงว่า เพราะ
เป็นสารเคมีที่เราใช้มากเกินไป”

ข้าว กระบวนการปลูกข้าวในสมัยปัจจุบันจึงเป็นการทำลายตั้งแต่ขั้นแรกนับแต่คิดจะปลูก เริ่มต้นจากหว่านกล้า ต้องใส่ปุ๋ยรองพื้นก่อน เพื่อกันไม่ให้มีแมลง แล้วใส่ปุ๋ย จากนั้นปล่อยน้ำเข้าไปในนา ทั้งช่วงประมาณ 15 วัน พอได้ 1 เดือน กล้าที่หว่านไว้เริ่มงอก ก็ถอนกล้าไปดำในแปลงนา พอดำได้เสร็จ อาจเจอหอย หอยจะไปทำลายข้าว หอยเขมือบไล่สีชมพูจะกัดกินต้นข้าว ซึ่งเกษตรกรก็จะมียาฆ่าหอยเขมือบ และเมื่อหญ้าขึ้นก็จะฉีดยาคุมหญ้า หรือใช้เป็นเม็ดหว่าน เพื่อกุมหญ้า...เพื่อปราบวัชพืช มักจะใช้ในช่วงหว่าน ยาพวกนี้ดีตรงที่ “ข้าวงอก หญ้าไม่งอก”

“ตอนนี้มีหอยเชอรี่เยอะมาจากเขื่อนนี้ แต่ก่อนไม่มี
มีแต่หอยโข่ง หอยขม หอยนาตามบ้าน...ใส่ลงไปแล้ว
ไม่ใช่หอยตายอย่างเดียว ปลาก็ตาย เหลือแต่น้ำที่อยู่
กับต้นข้าวสัตว์อื่นไม่”

ผลกระทบที่มีต่อสุขภาพนี้ มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าแม้แต่สัตว์ยังตาย ดังนั้นคนที่เป็นผู้ผลิตข้าวทั้ง
กระบวนการ นับตั้งแต่ไถ ปลูก ฉีดปุ๋ย ฉีดยา เก็บเกี่ยว จะสะสมสารพิษไว้มากขนาดไหน

“หากเขาเลือกไปตรวจจะมีสารพิษตกค้าง ขนาดผมไม่ได้
ไปยุ่งเกี่ยวในการพ่นยาฆ่าแมลง ยังเจอ เกิดจากที่เราทำนา
เข้าไป มันตกค้างอยู่”

คนในชุมชนที่เป็นเกษตรกรปลูกข้าว ปลูกมันจึงมีลักษณะเหมือนคนตกน้ำ และไม่สามารถขึ้น
จากน้ำได้ ได้แต่ลอยคออยู่ในน้ำ มีโอกาสแค่ลอยคอปริ้มๆ ทั้งนี้วิธีการกินอยู่ของคนจึงผูกเข้ากับระบบ
เศรษฐกิจอย่างถอนตัวไม่ขึ้น เพราะทั้งที่รู้ว่าจะอยู่กับสารเคมีที่เป็นพิษตั้งแต่เข้าจรดเย็นค่ำ แต่ก็ไม่สามารถ
ออกจากวังวนนี้ได้ และจากการสัมผัสคลุกคลีอยู่กับเมล็ดพันธุ์ จากปุ๋ย จากยา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักบาง
คนตั้งข้อสังเกตโดยเปรียบเทียบจากภูมิปัญญาเดิมว่า หยำนั่นน่าจะมาจากตัวที่ใสในเมล็ดพันธุ์ หรือ
ปุ๋ย อันเนื่องมาจากเหตุผลเชิงเศรษฐกิจ เพราะหากผู้ขายสามารถขายทั้งปุ๋ย และยาฆ่าหญ้าได้ ก็จะเป็น
การขายที่ครบวงจร

“เขาพยายามใส่ทุกเรื่องใส่กิเลส ความต้องการ แล้วทำไม
จะไม่ได้วิธีนี้แก้ ในนาที่หวานของเรา ไม่เคย มีหญ้า
แบบนี้ขึ้น.....แต่พอ หวานปุ๋ย มีตัวที่ ปั่นเม็ด ตัวฟิเลเลอร์ ..
ตัวผสม ผมสังเกต.. เขาจะต้อง ใส่ยาประเภทฆ่าหญ้ามัน
มากับปุ๋ย

ผักตลาด : พืชต้องห้ามสำหรับคนปลูก ในปี พศ.2530 ในเขตนครบุรีเริ่มมีการสร้างเขื่อน
กักน้ำขนาดใหญ่ขึ้น 2 เขื่อนคือเขื่อนมูลบนและลำอาแซ ที่ดินเหนือเขื่อนเป็นที่อุดมสมบูรณ์ เพราะเมื่อ
ปลูกแล้วสามารถสูบน้ำจากเขื่อนขึ้นมารดได้โดยง่าย พืชที่ปลูกเป็นพืชเศรษฐกิจและมีราคาตลาดที่ดี
ซึ่งได้แก่แตงกวา แตงโม มะเขือเทศ ข้าวโพดหวาน ถั่วฝักยาว ฯลฯ พืชเหล่านี้ต้องใช้ทั้งปุ๋ยเคมีและยา
ปราบศัตรูพืชอย่างหนัก บางชนิดเจ้าของต้องเร่งระดมฉีดยา 3-4 วันต่อครั้ง

แตงกวาที่ปลูกที่สันเขื่อนจะขายได้ราคาเพราะเป็นแตงที่อ่อน อวบ เปล่งปลั่งขาวน่ารับประทาน
และไม่มีการรบกวนของแมลงเลย แต่คนที่ปลูกแตงจะไม่กินแตงที่ปลูก เพราะรู้ว่าตนเองฉีดยาลงไป

มากมายเท่าใด นอกจากนั้นก่อนที่จะถึงเวลาเก็บแตงกวา 1-2 วัน เจ้าของก็จะพ่นด้วย “ยาฉีดแตง” ซึ่งเมื่อฉีดพ่นชะโลมไปยังผลแตงที่ยังอ่อน ลูกผสมเล็ก ภายในวัน หรือสองวันนั้นแตงผสมๆ ก็จะขยายยืดอก กลายเป็นแตงอ่อนที่มีผิวสวยเปล่งปลั่ง ลูกอวบงาม น่ากินและขายส่งตลาดได้ทันทีอย่างได้ราคา

คนในชุมชนที่ไปพูดคุยด้วย เริ่มตระหนักถึงอาการเจ็บป่วย และพิษภัยที่มาจากสารเคมี แต่คนเหล่านี้เปรียบเสมือนคนขี่หลังเสือ คือแม้จะรู้ภัยของสารเคมีที่ใส่เข้าไป แต่ก็ไม่สามารถเลิกใส่ได้ ทั้งคนขายปุ๋ย และคนที่ซื้อปุ๋ยไปใส่

“เขาต้องการ ผมก็ต้องไปเอามาขาย..นาผมเอง
ก็ต้องใส่ ผมก็ระวังตัว ไม่ฉีดเอง แต่จ้างเขาฉีด....”

“ผมมองจากที่ผมขาย เขาต้องการให้เราเอามาขาย
ปีหนึ่งก็หลายตัน คนซื้อกันอย่างน้อย”

กรณีตัวอย่าง ผลกระทบต่อสุขภาพ

จากการเก็บข้อมูล การเยี่ยมบ้านและการสังเกต ผู้วิจัยพบคนในชุมชนที่ได้รับพิษจากสารเคมี ดังนี้

(1) **แม่บุญมา** – อายุ 65 ปี ก่อนหน้าที่จะมีอาการป่วย ร่างกายแข็งแรงดี ไม่ต้องไปโรงพยาบาล เริ่มต้นเลยมีอาการไข้ หิยาบยาแก้ไขมาจะกิน แต่แก้ไปหิยาบผิด หิยาบยัดแตงมากิน มีอาการหายใจไม่สะดวก ลูกหลานนำส่งโรงพยาบาล หมอรักษาให้จนฟื้นซิด อันตรายแล้วจึงให้กลับบ้าน แต่นับจากนั้นมาร่างกายก็ไม่ดีขึ้น ทรงๆทรุดๆมาตลอด ปัจจุบันซูบผอมและอ่อนเพลียมาก ทำอะไรไม่ไหว ไม่คล่องเหมือนเก่า

(2) **นายซุบ** – อายุ 49 ปี อาชีพทำไร่มันและรับจ้างทั่วไป เดิมเป็นคนแข็งแรงทำงานหนักๆ ได้เป็นคนขยันขันแข็ง ช่วงว่างจากทำไร่มันก็จะลงไปจับปลาในเขื่อน และทำแบบนี้เป็นเวลานานโดยไม่เป็นอะไร แต่วันหนึ่งเขาหกล้ม ที่ขาเป็นแผล เขาคิดว่าเป็นนิหนอยจึงไม่ได้ใส่ใจ ลงไปปลดควนที่วางไว้ในน้ำ สองวันหลังจากนั้นเขามีอาการไม่สบาย ปวดหัวมาก แผลที่เป็นมีอาการอักเสบ แดงจัด นอนกลางคืนมีอาการแพ้ เขาจึงไปโรงพยาบาล หมอรักษาอยู่หลายวัน ช่วงนั้นเขาคิดว่าตัวเองคงไม่รอดเสียแล้ว แต่สุดท้ายก็ดีขึ้น เขาถามหมอว่าอาการแบบนี้มาจากเชื้อโรคอะไร หมอบอกว่า..อาจจะติดเชื้อ...

วิถีทางเกษตรอินทรีย์

จากผลการวิจัยในการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 และจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ พบว่าการใช้ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้ามีผลต่อระบบทางเดินหายใจของคนในชุมชน ซึ่งแม้ผู้จะไม่ได้รับผลเดี๋ยวนั้น

ทันที แต่พิษก็เข้าไปสะสมในร่างกาย ซึ่งคนที่คิดยาเอง หรือคนในครอบครัวที่รับสารนั้นเข้าไปด้วยต่างก็รู้ว่าระบบการเกษตรแบบที่ทำอยู่นี้ไม่เป็นผลดีกับใครเลย ดังนั้นในขณะที่คณะผู้วิจัยออกเก็บข้อมูลและพูดคุยกับคนในชุมชน จึงได้รับเสียงเรียกร้องวิธีชีวิตการทำนาแบบเดิมๆ และปรารถนาให้การทำนาแบบใช้ปุ๋ยคอก ปุ๋ยที่ทำจากมูลสัตว์ ไม่ใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพกลับมา แต่ความคิดดังกล่าวก็ถูกเพื่อนบ้าน หรือคนในครอบครัวแย้งว่าเหตุการณ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ยาก เพราะคนใดคนหนึ่งไม่สามารถทำได้คนเดียว หากจะทำทุกคน ทุกบ้านต้องร่วมมือกัน ทำพร้อมๆ กัน

“แต่ก่อนเรามีไถอะ ไถเพื่อให้หญ้าลงไป ดินขึ้นมาตากใส่ปุ๋ยคอก
ปุ๋ยอะไร...แต่ทุกวันนี้ วิธีชีวิตเปลี่ยนไป ขยายควาย ซ้ำควายเหล็ก
ช่วงแรกยังไถอะ เชื้อนอุปละ ๆ กำลังก่อสร้างอยู่ ยังไม่กักดินกักน้ำ
ชาวบ้านอาศัยน้ำธรรมชาติ น้ำฝน หน้าแล้งก็ไถอะ แล้วก็ไถดำอีก
ทุกวันนี้เราพยายาม ถ้าเราทำ คนอื่นไม่ทำ มันก็ไหลมา”

การอบรมวิถีเกษตรอินทรีย์ หลังจากคณะผู้วิจัยเริ่มเข้าใจสถานการณ์ของการใช้สารเคมีในชุมชน และมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นจึงได้ดำเนินการจัดประชุม ซึ่งในทางวิธีวิทยาแล้วอาจถือว่าการนำเสนอกระบวนการแทรกแซง (intervening) ของโครงการ ที่ใช้การจัดอบรมให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนวิถีคิดของคนในชุมชนด้านเกษตรอินทรีย์ ตลอดจนการให้ความรู้ทางด้านสมุนไพร และการใช้วิถีชีวิต ในด้านการเกษตรได้มีการทำแปลงสาธิตของโครงการฯ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย โดยจากสภาพปัญหาที่มูลนิธิพุทธวนาพบเจอในพื้นที่คือการใช้สารเคมีอย่างมาก และสารเคมีนี้เองที่เป็นปัจจัยทำลายสุขภาพของคนในชุมชนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม การรณรงค์และปลูกจิตสำนึกให้คนใช้เกษตรอินทรีย์จึงมีการเดินหน้ารณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งก็มีปัญหาอุปสรรคและความคืบหน้าตลอดเส้นทาง

(1) จุดประสงค์ของการจัดอบรม

- เพื่อค้นคว้าทดลองในเรื่องเกี่ยวกับดิน น้ำ ปุ๋ยและการกำจัดศัตรูพืชโดยวิธีของเกษตรอินทรีย์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ทางตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ ซึ่งมีลักษณะเป็นดินแดง แห้งแข็งและปนทราย ยากต่อการปลูกพืช
- เพื่อค้นหาสูตร หรือสมุนไพรที่จะให้ผลดีที่สุดแก่พืชผัก ผลไม้แต่ละอย่างที่มีความแตกต่างกัน
- เพื่อเป็นตัวอย่างและเพื่อโน้มน้าวให้เกษตรกรคนในชุมชนได้รู้จักวิธีการเพาะปลูก โดยไม่ต้องใช้สารเคมีอันเป็นพิษต่างๆ เช่น ยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลง ซึ่งนับวันเกษตรกรจะต้องใช้อย่างเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ จนที่สุดต้องละทิ้งที่ดินผืนนั้นไป เพราะดินแข็งเสื่อมสภาพ และแมลงก็ต้านทานพืชได้สูงขึ้นๆ จนในที่สุดผลเสียตกอยู่กับผู้คนที่รับสารพิษนั้นอย่างสะสม และเป็นโรคร้าย หลายคนตายด้วยโรคที่ไม่มียารักษาให้หายได้
- เพื่อเป็นตัวอย่างว่าการเพาะปลูกนั้น ไม่จำเป็นต้องใช้สารเคมีที่มีราคาแพง ซึ่งคนใช้อย่างหนัก

จนเมื่อขายผลผลิตได้ ไม่พอกับค่าปุ๋ย ค่ายา สำหรับปุ๋ยอินทรีย์ที่ได้จากวัตถุดิบธรรมชาตินั้น นอกจากจะไม่เป็นพิษร้ายแล้ว ยังราคาถูกกว่าอีกด้วย

(2) ขั้นตอนและเนื้อหาการจัดอบรม

- จัดเวทีประชุม ให้ความรู้ถึงเรื่องความรุนแรงและผลกระทบของปุ๋ยเคมีและสารกำจัดวัชพืชที่มีต่อดิน น้ำ สิ่งแวดล้อม สัตว์และโดยเฉพาะสุขภาพของมนุษย์
- ให้ความรู้ถึงวิธีการป้องกันตัวระหว่างใช้ พยายามหาทางออกร่วมกัน กรณีผู้ใช้ไม่เคยชินต่อหน้ากาก หมวก หรืออุปกรณ์ป้องกัน
- การปฏิบัติตัวหลังการใช้ โดยเฉพาะเมื่อเกิดการแพ้ หรือเป็นพิษอย่างฉับพลัน ควรมีการแก้ไขอย่างไร ด้วยยาหรือสมุนไพรชนิดไหน จะต้องใช้อย่างไร ในขนาดปริมาณเท่าใด จนกว่าจะพาผู้แพ้สารพิษไปถึงมือหมอ
- ให้ความรู้ว่า หลังจากทีกลับมาแล้ว ควรจะปฏิบัติตัวอย่างไร หรือควรกินยา สมุนไพรอย่างไรต่อไปในระยะยาว
- แนะนำให้ความรู้การล้างผัก ผลไม้ที่มาจากตลาด ควรล้างอย่างไร ใช้อะไรล้าง ใช้เวลาในการล้างนานขนาดไหน สารพิษที่ติดเคลือบมาจึงจะเจือจาง
- แนะนำการกินอาหาร การออกกำลังกายเพื่อสร้างภูมิต้านทานโรค เพราะสารเคมีที่อยู่ในอากาศเป็นสิ่งที่มนุษย์จะสูดดมเข้าไปและสะสมอยู่ในปอดจนเกิดเป็นมะเร็งได้ นอกจากนั้นการกินเหล้า สูบบุหรี่ การกินผงชูรสทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ
- การชี้แจงเรื่องข้างต้นอย่างเป็นลำดับเริ่มทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักและเห็นขั้นตอนความยุ่งยากของการกำจัดพิษ โดยเฉพาะความรู้เรื่องห่วงโซ่อาหารที่ถูกทำลายไปด้วยสารเคมี และหากคนในชุมชนร่วมมือกันเลิกใช้ปุ๋ยและสารเคมี ห่วงโซ่อาหารที่เป็นความอุดมสมบูรณ์จะสามารถคืนกลับมา เช่นอาหารที่เกิดจากธรรมชาติ กุ้ง หอย ปู ปลา กบ เขียด อีง แยะ ฯลฯ และการไม่ใช้สารเคมีซึ่งมีราคาสูงจะทำให้ต้นทุนการผลิตต่ำลง ผลผลิตจะขายได้ราคามากขึ้นถ้าหากมีการดูแลที่พอเพียง
- แนะนำขั้นตอนการทำเกษตรอินทรีย์ โดยการใช้หญ้าแห้ง เกาต์ วัชพืชร่วงกลบฝังหรือคลุมหน้าดิน การไม่เผาตอซังข้าวในนาตั้งแต่ใช้วิธีไถกลบ
- แนะนำและสาธิตการทำดินหมัก ปุ๋ยหมัก ปุ๋ยน้ำชีวภาพ ยาน้ำหมักป้องกันศัตรูพืช รวมทั้งการบำรุงพืชด้วยวิธีการง่ายๆ ใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่มีต้นทุนต่ำ
- แนะนำให้เกษตรกรเก็บพันธุ์พืชเอง เพราะพันธุ์พืชที่เก็บเองนั้นมีโอกาสของการออกสูง เจริญเติบโตเร็ว มีความต้านทานโรคสูง และประหยัดค่าซื้อพันธุ์ เนื่องจากพันธุ์ที่ขายในท้องตลาดจะไม่ได้ผลดีเท่ากับมีการเก็บเอง

(3) การทำแปลงสาธิตของโครงการ

เมื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้อนุมัติโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา และอนุญาต

ให้โครงการฯ จัดงบประมาณจำนวนหนึ่งมาสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเรื่องเกษตรอินทรีย์ เพื่อจัดทำเป็นแปลงสาธิตนั้น คณะผู้วิจัยได้ตกลงกันจัดทำแปลงสาธิตในบริเวณมูลนิธิพุทธรักษา ซึ่งเป็นที่ตั้งของชมรมอนุรักษ์สมุนไพรพุทธรักษาด้วย

สภาพที่ดินของมูลนิธิฯ ผ่านการเตรียมความพร้อมมาในระดับหนึ่ง โดยในเนื้อที่ 2 งาน ของมูลนิธิพุทธรักษา ที่ดินของมูลนิธิพุทธรักษานี้ เมื่อซื้อมาจากชาวบ้านเมื่อ 11 ปีก่อน (พ.ศ.2536) ขณะนั้นเป็นไร่มันสำปะหลังซึ่งเจ้าของบอกว่าเขาปลูกมันสำปะหลังไม่ได้ผลแล้ว เหตุเนื่องจากดินเสื่อมสภาพ ไม่ว่าจะให้ปุ๋ยเคมีเพียงไรก็ยังคงไม่ได้ผลคุ้มทุน ดินคือมาก เจ้าของจึงขายให้

มูลนิธิพุทธรักษาซื้อไว้โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อการปลูกป่า และด้วยเจตนาอื่นๆ เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้คน โดยที่ (1) อยู่ติดกับวัดป่าเขาคงคา ซึ่งเป็นที่นาศรัทธา จะได้ช่วยทุนบำรุงพระศาสนา (2) ที่ดินอยู่เชิงภูเขาซึ่งโล้นเตียนไม่มีต้นไม้ขึ้นน้ำที่จะปลูกต้นไม้ขึ้นมาได้ใหม่ เพื่อการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (3) อยู่ใกล้ชุมชนที่ขาดความรู้ด้านการเกษตรอินทรีย์ และการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติเกือบจะโดยสิ้นเชิง จึงน่าที่จะเผยแพร่ความรู้ที่แก่คนในชุมชน และ (4) ราคาที่ดินไม่แพง

หลังจากซื้อเมื่อปี พ.ศ.2537 มูลนิธิพุทธรักษาได้ลงมือปลูกไม้ป่าต่างๆ เป็นต้นว่า สัก ประดู่, ไทร, พุทธรักษา, สะเดา, ขี้เหล็ก ฯลฯ ไม้ผลต่างๆ เช่น มะม่วง, กระท้อน, ชมพู, ขนุน, มะขามหวาน และปลูกสมุนไพรรวมทั้งวันต่างๆ เป็นไม้ชั้นล่างด้วย

อุปสรรคที่มูลนิธิเผชิญตลอดมาคือ ป่าบนภูเขาที่ถูกไฟป่าเผาผลาญไปแล้วปีละ คนที่อยู่ในมูลนิธิต้องสู้กับไฟมาด้วยความยากลำบาก เพราะมูลนิธิ มีกำลังคนและทุนทรัพย์น้อย ส่วนต้นไม้ที่ปลูกในที่ดินพื้นล่างนั้นค่อนข้างได้ผล ปัจจุบันนี้ต้นไม้เหล่านั้นเติบโตมากแล้ว

มูลนิธิ ได้จัดแบ่งที่ดินส่วนหนึ่งไว้เป็นสวนผัก เพื่อบริโภคภายในชุมชน ผักเหล่านี้ได้ใช้ถวายโรงครัวของวัดด้วย และเผื่อแผ่ไปยังครัวเรือนใกล้เคียงบ้าง และบางครั้งก็ได้ไปถึงโรงครัวของโรงพยาบาลนครบุรี ซึ่งอยู่ห่างจากมูลนิธิพุทธรักษาประมาณ 20 กิโลเมตร

เจตนาแน่วแน่ของมูลนิธิฯ ในการจัดการกับที่ดินผืนนี้ คือจะอนุรักษ์และจัดการเพาะปลูก บำรุงดินด้วยวิถีทางธรรมชาติเท่านั้น ตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมา ที่ดินผืนนี้ไม่มีการใช้ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง และยาปราบศัตรูพืชใดๆ เลย

สำหรับการคืนสารอาหารให้กับผืนดินหลังจากที่ถูกทำลายด้วยสารเคมีที่ใช้ในการปลูกมันสำปะหลัง มูลนิธิฯ ได้เริ่มต้นบำรุงที่ดินทรายที่เสื่อมสภาพเกือบจะโดยสิ้นเชิงแล้วนี้ด้วยพืชวัตถุตามฤดูกาล เช่น คลุมด้วยฟางหนาประมาณ 1 ฟุตทั้งแปลง แล้วไถกลบอยู่หลายปี ใช้ต้นถั่วลิสงและถั่วเขียว ถั่วเหลือง ที่ชาวบ้านกองทิ้งหลังจากเก็บเกี่ยวแล้วมาผสมกับมูลสัตว์ทำเป็นปุ๋ยหมักผสมกับดิน และด้วยวิธีอื่นๆ เท่าที่จะหาวัตถุตามธรรมชาติที่มาจากถูก หรือได้เปล่า มาดำเนินการอีกหลายวิธี

ส่วนการป้องกันและปราบศัตรูพืชที่มารบกวน มูลนิธิฯ ใช้น้ำยาที่ได้จากการหมักซึ่งทำเองอย่างง่าย ๆ ด้วยการหมักน้ำเอนไซม์, น้ำตาลทรายแดง, สมุนไพรต่างๆ ที่สามารถหาได้ง่ายๆ ในพื้นที่ เช่น เมล็ดหรือใบสะเดา, ถั่วบอระเพ็ด, ตะไคร้หอม, หัวข่าแก่จัด, รากหนอนตายหยาก มาผสมกับน้ำ ฉีดพ่น ซึ่งก็ได้ผลพอสมควร

ดังนั้น เมื่อเริ่มต้นโครงการ ฯ และต้องการให้เป็นแปลงสาธิต พื้นดินมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะจัดให้เป็นแปลงสาธิตได้ โดยมูลนิธิ ฯ ได้ดำเนินโครงการเกษตรอินทรีย์เป็น 2 ช่วง ดังนี้

- **ช่วงที่ 1 (พฤศจิกายน 2547 - เมษายน 2548)** โครงการฯ ได้ดำเนินการดังนี้

การเตรียมแปลง

- ได้ขุดพลิกดินด้วยรถไถเล็ก (รถไถนา) ขุดลึกประมาณ 20 ซม.
- ตากดินไว้ 7 วัน
- ทำการย่อยดิน เก็บวัชพืช และยกร่องด้วยแรงคน เป็นผู้หญิง 3 คน ใช้จอบและคราดเป็นเครื่องมือ ได้ร่องจำนวน 28 ร่อง มีขนาดกว้างร่องละ 1 เมตร ยาว 5 เมตร มีช่องระหว่างร่องพอสมควร

- แบ่งเป็นร่องเพื่อการเพาะกล้า และเพื่อการปลูก
- ร่องที่เตรียมเพื่อการเพาะกล้า ได้ใช้ปุ๋ยชีวภาพ ผสมกับขี้เถ้ากลบ ในจำนวน 1 ต่อ 1 ร่องละ 2 กระสอบปุ๋ย เพื่อความร่วนซุยของดิน

- ส่วนร่องที่เตรียมเพื่อการปลูก ได้ผสมปุ๋ยหมักชีวภาพลงในแปลงตามความเหมาะสมว่าจะปลูกผักประเภทใด

- ได้ผสมน้ำหมักสมุนไพรกับน้ำในอัตรา 1 ต่อ 20 รดด้วยฝักบัวลงบนแปลง
- ให้น้ำแปลงผักด้วยระบบสปริงเกอร์ แหล่งน้ำได้จากสระน้ำซับของวัดป่าเขาคงคา ซึ่งไหลตลอดเวลา โครงการฯ ได้จัดการเดินท่อ พีวีซี. และติดตั้งหัวเหวี่ยงสปริงเกอร์ไปตามตำแหน่งที่กะหมายไว้ โดยติดตั้งประตูน้ำสำหรับปิด - เปิดไว้เป็นระยะๆ เพื่อการให้น้ำที่เหมาะสมกับผักแต่ละชนิด

การเตรียมสารอินทรีย์

- การทำปุ๋ยหมัก
- การทำปุ๋ยน้ำชีวภาพ
- การทำสารสกัดไล่แมลงศัตรูพืชด้วยสมุนไพรต่างๆ การเตรียมการนี้ใช้เวลา รวม 21 วัน จากวันที่ 22 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 12 ธันวาคม 2547

การปลูกผัก

- ชนิดของผักที่ปลูก ได้แก่ (1) พริกขี้หนูสวน (2) โหระพา (3) กระเพรา (4) แมงลัก (5) สะระแหน่ (6) ต้นหอม (7) ผักชี (8) ผักชีลาว (9) มะเขือเปราะ (10) มะเขือเทศ (11) มะเขือยาว (12) แตงกวา (13) คื่นช่าย (14) ผักกาดขาว (15) ผักกาดหอม (16) ผักกวางตุ้ง (17) ผักบุ้งจีน (18) คื่นไช้ (19) ฟัก (20) มะระจีน (21) มะระขี้นก (22) ถั่วฝักยาว (23) ถั่วพู (24) บวบ (25) น้ำเต้า (26) ตำลึง

- วันที่ 14- 17 ธันวาคม 2547 เพาะกล้าทำตามความเหมาะสมของผักแต่ละชนิด เช่น ผักคื่นช่าย, กวางตุ้ง, ผักกาดต่างๆ รวมทั้งผักบุ้ง ใช้วิธีหว่านลงในแปลง โรยทับด้วยปุ๋ยชีวภาพ ผสมขี้เถ้ากลบบางๆ คลุมด้วยฟาง แต่ผักบางชนิดก็มีวิธีเพาะแตกต่างออกไป เช่น พริก , มะเขือต่างๆ

เพาะในถุงเพาะที่เตรียมไว้ และบางชนิดก็ทำหลุมเพาะลงในแปลงปลูกเลย เช่น พัก, มะระ, บวบ, น้ำเต้า, ถั่วต่างๆ, แตงกวา สำหรับตำลึงนั้นไม่ได้เพาะเมล็ด หากแต่ใช้เถาแก่มาตัดเป็นท่อนๆ ยาวท่อนละราว 7-8 นิ้ว แล้วปักเฉียงๆ ลงในหลุมกว้างๆ บนร่องเลย

- ก่อนหว่านเมล็ด หรือเพาะเมล็ด ได้ทำการทดลองแล้วว่าเมล็ดพันธุ์ที่ใช้มีอัตราการงอกอยู่ในเกณฑ์ 90 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

การทดลองการงอกของเมล็ดพันธุ์

- ได้ทำการทดลองเมล็ดพันธุ์ด้วยการวางกระดาษทิชชูชนิดแผ่นใหญ่ เนื้อหนา (หรือผ้าบาง) ลงบนจานแบนๆ รดน้ำจนชุ่ม นับเมล็ดพันธุ์วางลงไป 100 เมล็ด ใช้กระดาษทิชชูอีกแผ่นหนึ่งปิดข้างบน รดน้ำจนชุ่ม แล้วครอบด้วยจานแบนๆ อีกใบ ภายในวันที่ 2 และที่ 3 เปิดดู แล้วนับจำนวนเมล็ดที่งอก ก็จะได้รู้ว่าเมล็ดพันธุ์นั้นมีอัตราการงอกดีหรือไม่ หรือมีอัตราการงอกกี่เปอร์เซ็นต์
- แม้จะได้ทำการทดลองการงอกของเมล็ดพันธุ์แล้วตามนี้ แต่เมื่อได้ทำการหว่านลงแปลงจริงๆ ปรากฏว่าเมล็ดพันธุ์บางชนิดมีอัตราการงอกต่ำ บางชนิดต่ำมาก และบางชนิดเกือบไม่มีงอกเลย

การปรับปรุงแปลงเพาะ

- ได้ปรับปรุงแปลงใหม่ เพิ่มน้ำเป็นฝอยละเอียดให้ชุ่มชื้นขึ้นและค่อยเติมเมล็ดพันธุ์ที่บ่มไว้ในห่อผ้าชุ่มน้ำลงไปในดินที่ว่าง ในแปลงที่มีการงอกต่ำมาก ได้จัดการหว่านใหม่ ส่วนในแปลงที่เกือบไม่มีการงอกเลย พบว่าเป็นเพราะมีมดยกขบวนมาเป็นจำนวนมาก มาขนาบเมล็ดพันธุ์ไปกินหมด
- ได้แก้ปัญหานี้ด้วยการฉีดสารสกัดศัตรูพืชที่หมักไว้ โดยเพิ่มสารตัวที่สกัดจากหัวข่าแก่ พริกขี้หนูและยาฉุนให้เข้มข้นขึ้น ก่อนหว่านเมล็ดได้ฉีดสารเข้มข้นนี้จนชุ่ม คลุมฟางแล้วฉีดซ้ำอีกครั้ง และอีก 3 วันต่อมาผสมน้ำยาให้จางลง แล้วฉีดซ้ำอีก ปรากฏว่ามดหายไป และเมล็ดพันธุ์งอกขึ้นในอัตราที่น่าพอใจ

การปลูก

- จำพวกผักกาดต่างๆ ได้ทำการย้ายกล้าจากแปลงเพาะไปลงแปลงปลูกเมื่อมีอายุ 25-30 วัน โดยถอนกล้าในตอนเช้า เมื่อแดดยังอ่อน ใส่ตะกร้า แล้วเอาผ้าชุบน้ำให้ชุ่ม คลุมไว้เพื่อนำไปปลูกในแปลงปลูกในตอนบ่ายและเย็น ในระยะแรกๆ ใช้ซาแลนกำบังแดดให้ก่อน ต่อเมื่อกกล้าแข็งแรงดีแล้วจึงเอาซาแลนออก
- ผักประเภทนี้ปลูกจะให้ในวันละ 2 ครั้ง คือเช้าและเย็น แต่ถ้ามีฝน หรือผิวดินชุ่มมากก็จะเว้นบ้าง ปุ๋ยน้ำชีวภาพจะให้ทุก 10 หรือ 15 วันครั้ง ส่วนสารสกัดแมลงนั้นจะให้ตามความเหมาะสม เช่นบางช่วงมีแมลงรบกวนมาก ก็อาจต้องให้ถี่หน่อย เช่น 7 วันครั้ง หรือ 3 วันครั้ง
- มีข้อน่าสังเกตคือ สารสกัดศัตรูพืชที่ได้จากการหมักเมล็ดหรือใบสะเดานั้น ได้ผลดี แต่ไม่ควรใช้อย่างเข้มข้น และไม่ควรใช้กับผักที่กำลังจะถึงกำหนดตัดไปส่งผู้บริโภค เพราะอาจทำให้ผักมีรสขมได้

■ ผักจำพวกขึ้นหุ้ม เช่น พัก, บวบ, มะระ ฯ นั้นปลูกง่าย ดูแลง่าย และให้ผลดี ถั่วฝักยาวดูจะรักษายากกว่าอย่างอื่น แต่ก็ไม่น่าหนักใจอะไร เพราะเราต้องการถั่วธรรมชาติ ที่อาจมีเปลือก หรือมีแมลงเจาะบ้าง ไม่ได้ต้องการถั่วเคมีที่มีฝักยาวสวยเกือบเมตร พวกพริก มะเขือ หอมระพา สะระแหน่ ฯลฯ ก็ไม่ค่อยมีปัญหา ต่างออกงามให้ผลดี มีแมลงรบกวนบ้าง ไม่ถึงกับเสียหาย

■ แดงกวา ในแปลงสาธิตได้ปลูกแดงกวาไว้ 4 ร่อง ได้ดูแลอย่างดีเป็นพิเศษ กว่าอย่างอื่น ๆ ด้วยหวังอย่างเหลือเกินว่า หากแปลงสาธิตของโครงการสามารถปลูกแดงกวาให้ได้ผลดี มีลูกสวยงามได้เหมือนแดงกวาที่ขายกันตามตลาด ทางโครงการฯ ก็จะได้ทำการชักชวนให้ผู้ปลูกแดงกวาทั้งหลายให้หันมาใช้วิถีทางชีวภาพนี้บ้าง (แดงกวาที่ขายตามตลาดในเมืองครบุรี และส่งไปขายที่โคราช และจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งปลูกกันที่ตำบลโคกกระชาย อำเภอครบุรีนี้ ใช้ทั้งปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง และสารเคมีเพื่อบำรุงลูกและผิวให้เต่งตึงสวยงามอย่างขนานใหญ่ เป็นอันตรายอย่างยิ่งแก่ผู้บริโภค และเป็นเหตุให้เกิดโรคต่างๆตามมา เช่น มะเร็ง เบาหวาน ตับ ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น) แต่ความหวังนี้ก็ไม่เป็นผลเพราะไม่ว่าจะดูแลดีอย่างไร แดงกวาที่ได้ก็ยังคงเป็นแดงกวาธรรมชาติ มีรอยแมลงเจาะ ลูกไม่อวบสวย ผิวไม่เต่งตึง เสียรส ไม่สามารถใช้เป็นตัวอย่างในการโน้มน้า ชักจูงได้

อุปสรรคสาหัส

แปลงสาธิตของโครงการ ฯ เริ่มขึ้นเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2547 แล้วจบลงด้วยภัยแล้งในปลายเดือนกุมภาพันธ์ และแม้จะพยายามสูบน้ำจากบ่อที่มูลนิธิขุดไว้เพื่อมาช่วยชีวิตอย่างไรก็ไม่ประสบผล จนกระทั่ง เมษายน 2548 ความแล้งจัดซึ่งแผ่ไปเกือบทั่วประเทศในปีนั้น ทำให้น้ำซับจากวัดป่าเขาคงคาที่ไม่เคยหยุดไหลมาก่อนเลย มีอันต้องเหือดแห้งไปในปีนี้ ทางโครงการฯ ได้พยายามแก้ไขภาวะการขาดน้ำนี้อย่างสุดความสามารถ ในสระของมูลนิธิพุทธวนาซึ่งอยู่ไกลออกไปราวครึ่งกิโล ซึ่งเป็นสระใหญ่ ยังมีน้ำซึ่งอยู่ค่อนข้างมาก โครงการฯ ได้จัดการวางท่อสูบน้ำมาเพื่อรดผัก แต่ก็ช่วยอยู่ได้ไม่นาน น้ำในสระนั้นก็เหือดแห้งลงอีก แปลงสาธิตที่กำลังให้ดอกผลดี จึงต้องขาดน้ำแห้งตายไปหมดสิ้น โดยเมื่อเริ่มทำแปลงสาธิตของโครงการ ฯ เพื่อความสะดวกรวดเร็วทันกับความจำเป็นต้องใช้ประโยชน์จากแปลงสาธิต ทางมูลนิธิพุทธวนาได้เชื้อเพื่อแบ่งปันให้ปุ๋ยหมักชีวภาพ น้ำหมักสมุนไพรเพื่อป้องกันศัตรูพืชและปุ๋ยน้ำชีวภาพ แก่แปลงสาธิตของโครงการฯ มาใช้ก่อน ซึ่งโครงการฯ ขอขอบคุณยิ่ง แต่พร้อมกันนั้นทางโครงการฯ ก็ได้จัดทำสิ่งเหล่านี้ขึ้นใช้เองด้วย โดยใช้สูตรดั้งเดิมที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายแล้ว แต่ทางโครงการฯ ก็ได้พยายามค้นคว้าสิ่งใหม่ ๆ ให้ได้ประโยชน์ยิ่งขึ้น

- ช่วงที่ 2 (กันยายน 2548 – กุมภาพันธ์ 2549)

หลังจากเริ่มมีฝนลงมาบ้าง และน้ำในบ่อที่แห้งเหือดได้กลับมาเต็มสระอีกครั้ง คนในมูลนิธิฯ ได้ช่วยกันทำการสูบน้ำออกมาบำรุงดิน และเตรียมขั้นตอนการปลูกผัก ย้อนกลับตั้งแต่ต้นอีกครั้ง โดยโครงการฯ ได้พยายามทดลองสิ่งใหม่ กล่าวคือ ทดลองปุ๋ยหมักสูตรใหม่ คือในท้องที่บ้านโนนระเวียง ตำบลโคกกระชาย อันเป็นที่ตั้งของโครงการฯ นี้ ได้มีโรงเพาะเห็ดฟางเกิดขึ้นอย่างมากมายหลายสิบโรง (อันเป็นอีกผลงานหนึ่งของการรวมกลุ่มส่งเสริมอาชีพที่มีมูลนิธิพุทธวนาเป็นแกนนำ) โรง

เพาะเห็ดเหล่านี้มีกากที่เหลือทิ้งหลังจากเก็บเห็ดหมดรุ่นแล้วโรงละหลายๆ กากเหลือทิ้งเหล่านี้ ประกอบด้วยปุ๋ยอินทรีย์หลายชนิด เช่น กากมันสำปะหลัง, ฟางข้าว, ชีว, ราข้าว, ภูไมค์, ปูนขาว, แปะ ข้าวเหนียว, กากถั่วฯ กากเหลือทิ้งเหล่านี้หาซื้อได้ในราคาถูก โครงการฯ ได้นำกากเหล่านี้มาทำเป็นปุ๋ย หมักชีวภาพสูตรใหม่ โดยเพิ่มแกลบสด และซีเถ้าแกลบเข้าไปอีก (ตามส่วนที่กำลังทดลอง) คลุกเคล้า ให้เข้ากัน รดด้วยน้ำปุ๋ยหมักชีวภาพที่หมักไว้ แล้วรอให้ย่อยสลาย ซึ่งใช้เวลาไม่นานนัก เมื่อนำไปผสม ในแปลงผัก หรือผสมดินรอกันหลุมในการปลูกพืชต่างๆ ปรากฏว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ในช่วงตลอดของการดำเนินโครงการวิจัยฯ มูลนิธิพุทธรักษา ได้อนุญาตให้โครงการฯ ใช้ **หอเย็น** เป็นสถานที่จัดประชุม โดยในบริเวณมูลนิธิพุทธรุขวามีพื้นที่ทดลองทำแปลงสาธิตและแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องเกษตรอินทรีย์ ซึ่งสามารถจัดการอบรมและทำความเข้าใจกับคนในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง แต่ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นคือการให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ดังกล่าวเป็นเพียงการกระตุ้นให้คนในชุมชน ได้ตระหนักถึงพิษภัยของสารเคมีและยากำจัดวัชพืชที่อยู่ในวิถีชีวิตของชุมชน ที่ส่งผลต่อสุขภาพอย่าง สะสมในระยะยาว และแม้จะได้ขยายผลโดยมีผู้นำไปใช้ทดลอง ปฏิบัติ แต่ก็ยังเป็นในระดับครอบครัว ยัง ไม่สามารถขยายผลออกเป็นระดับชุมชน หรือหมู่บ้านได้ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุประการเดียวคือ ผู้ปลูกมี ความคาดหวังในเรื่องการทำเกษตรอินทรีย์มากกว่าการทำเพื่อกินอยู่ แต่ต้องการขาย และเมื่อไม่ สามารถมีแนวทางที่จะจัดการด้านตลาดอย่างเป็นระบบให้กับผู้ปลูกได้ ผู้ที่ตั้งใจจะปลูกทั้งในเชิงบริโภค เองและทำการค้าเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว จึงได้แต่หาแนวทางและมีการเสนอว่า จะนำผล ของโครงการฯ เข้าที่ประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อหาแนวทางขยายผลร่วมกันต่อไป

น้ำหมักชีวภาพ (สูตรเดิม) ส่วนประกอบ : (1) ขยะสด 3 ส่วน (2) น้ำตาลแดง 1 ส่วน (3) น้ำ สะอาด 10 ส่วน **วิธีทำ** : นำส่วนผสมทั้งหมดใส่ถังหรือภาชนะที่เหมาะสม หมักไว้ 3 เดือน จากนั้น กรองเอาแต่น้ำใส่ ข้างบนมาใช้ ส่วนที่เป็นหัวเชื้อนำไปขยายต่อไปเรื่อยๆ

น้ำหมักสมุนไพรเพื่อป้องกันศัตรูพืช (สูตรที่โครงการลองทำ)
ส่วนประกอบ : (1) น้ำตาลแดง 1 ส่วน (2) น้ำสะอาด 10 ส่วน (3) สมุนไพรต่างๆ ที่หาได้ง่าย เช่น สะเดา ใช้เมล็ดหรือใบ , เกลาอะระเพ็ด, รากต้นหนอนตายหยาก, ตะไคร้หอม, ขิง , ข่า , พริก , ยาฉุน 3 ส่วน **วิธี ทำ** : นำส่วนผสมทั้งหมดใส่ถังหรือภาชนะที่เหมาะสม หมักไว้ 3 เดือน จากนั้นกรองเอาแต่น้ำใส่ ข้างบนมาใช้ ส่วนที่เป็นหัวเชื้อนำไปขยายต่อไปเรื่อยๆ

บทที่ 7

บทวิเคราะห์ และข้อเสนอแนะ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการถอดรหัสความคิดในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการจัดเวทีในแต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยได้สรุปแบบแผนของระบบบริการสุขภาพชุมชนโดยย่นย่ออยู่บนการตอบคำถามการวิจัย ดังนี้

- ระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนต้องการเป็นอย่างไร
- ในการก่อรูประบบบริการสุขภาพชุมชนมีเงื่อนไขปัจจัยอะไรบ้าง
- กระบวนการในการดำเนินการในระบบควรเป็นอย่างไร
- ใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพชุมชน
- แต่ละภาคส่วนควรมีบทบาทหน้าที่อย่างไร
- ระบบความรู้ที่จะเชื่อมต่อบริการสุขภาพชุมชนควรเป็นอย่างไร

1. ระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนต้องการเป็นอย่างไร

คนในชุมชนมิได้ต้องการสร้างระบบบริการสุขภาพของชุมชนแบบใหม่ แต่ต้องการระบบที่เสริมกับระบบบริการสุขภาพที่ภาครัฐได้จัดมีให้อยู่แล้ว

ผลจากการศึกษาคือคนในชุมชนพอใจในระบบบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ โดยเฉพาะโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ทำให้ประชาชนจ่ายเงินน้อย แต่ได้รับการรักษาเทียบเท่ามาตรฐาน โดยเฉพาะการให้บริการในระดับทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลครบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ สิ่งที่ประชาชนต้องการเสริมในระบบบริการสุขภาพของชุมชนก็คือบริการในระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ที่ประชาชนเห็นว่ายังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในการรักษาและดูแลสุขภาพได้อย่างพอเพียง การเป็นสถานบริการด้านหน้ายังไม่อาจแบ่งเบาภาระของประชาชนในการเดินทางเข้าไปรับการรักษาในระดับสถานพยาบาลทุติยภูมิ

ผู้ให้ข้อมูลหลักและคนในชุมชนไม่ได้กำหนดรูปแบบของระบบบริการสุขภาพชุมชนในลักษณะของโครงสร้างภายนอก แต่เน้นให้มีสถานที่ที่เป็นศูนย์กลาง มีผู้ดูแลและอยู่ประจำที่จะทำการรักษา ให้ความรู้และดูแลผู้เจ็บป่วย สถานที่ควรมีความทันสมัย สะอาดสะอาดซึ่งจะอยู่ในรูปของสถานพยาบาลแบบสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลก็ได้ แต่สำหรับโครงสร้างภายใน ความต้องการระบบบริการสุขภาพของชุมชนมีดังนี้ ด้านการบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพชุดนี้ควรมีการบริการเหมือนสถานพยาบาลทั่วไป ให้บริการตั้งแต่เช้าจรดเย็น และเน้นในเรื่องของการไม่ต้องรอคิวนาน ด้านวิธีการรักษา คนในชุมชนเน้นเรื่องการนำภูมิปัญญาพื้นบ้าน และแนวทางการแพทย์แผนไทยเข้ามาาร่วมด้วย เช่นการนวดแผนไทย (ซึ่งสถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิมีอยู่แล้ว แต่ยังไม่เพียงพอและยังไม่มี การประชาสัมพันธ์มากเท่าที่ควร) การใช้ยาสมุนไพรไทย ตลอดจนการรักษาตามแนวทางอื่นๆ ที่คนในชุมชนยืนยันว่ามีความรู้ลักษณะนี้แฝงฝังอยู่ในชุมชน ด้านบุคลากรทางสาธารณสุข มีคนที่มีความรู้ ให้

การรักษาได้ การให้ยามีความถูกต้อง ผู้ที่เข้ามาร่วมทำงานควรมีก่อนหน้าหลายๆ ด้าน หมอ พยาบาล อสม. หมอพื้นบ้าน ผู้รู้ท้องถิ่น โดยเห็นว่า หมอและพยาบาลที่มาทำการดูแลจะต้องมีเวลารับฟัง ปัญหา ควรให้เวลากับคนไข้แต่ละราย สำหรับ ด้านการเงิน ควรที่จะใช้วิธีการเดียวกับนโยบาย 30 บาท แต่การใช้จ่าย หรือเครื่องมืออื่นๆ จะต้องมีความคุ้มค่า ส่วนใน ด้านโครงสร้าง แต่สิ่งที่ชุมชนปฏิเสธคือการมีระบบที่ซับซ้อน เป็นเครือข่ายในแนวตั้ง ใช้อำนาจในการสั่งการ คนในชุมชน ไม่ต้องการมีช่องว่างที่มากเกินไปนัก ระหว่างแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่นๆ ที่ให้การดูแลรักษา ต้องการให้ผู้นำเพื่อเป็นตัวแทนในการติดต่อกับหน่วยงานอื่นๆ และดำเนินการในเชิงนโยบายและการตัดสินใจเพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ดี

2. การก่อรูประบบบริการสุขภาพชุมชนมีเงื่อนไขปัจจัยอะไรบ้าง

ในการก่อรูปและดำเนินการในระบบบริการสุขภาพชุมชน คนในชุมชนให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมมาเป็นอันดับแรก ในการจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน ทุนทางสังคมที่มีการรวมกลุ่มด้วยวิถีประเพณีและวัฒนธรรมถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแต่ละสถานบริการที่จัดระบบบริการสุขภาพ เพราะเมื่อคนมารวมตัวกันแล้วก็จะก่อให้เกิดเครือข่ายและร่วมกันทำกิจกรรม

สิ่งที่น่าสนใจคือ คนในชุมชนพยายามผสมผสานทุนทางสังคมบนวิถีทางของโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเกื้อกูล ซึ่งคนในชุมชนได้ร่วมกันเสนอว่าเป็นโครงสร้างเชิงเศรษฐกิจที่แตกต่างจากระบบทุนนิยมหรือบริโภคนิยมที่ให้การค้าและเงินตราเป็นตัวนำ โครงสร้างเศรษฐกิจเช่นนี้คือการที่ชุมชนสามารถร่วมกันวางแผนการผลิต การบริโภคและการกระจายผลผลิตตามแบบวิถีชุมชน และสิ่งที่ต้องดำเนินไปควบคู่กับโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเกื้อกูลก็คือการรื้อฟื้นโครงสร้างของสังคมชุมชนตามแบบวิถีดั้งเดิมคือความสัมพันธ์แบบพี่น้อง แบบเครือญาติบนฐานของการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ซึ่งช่องทางในการเข้าถึงความสัมพันธ์เช่นนี้คือการระลึกถึงบุญคุณของธรรมชาติ ของพ่อแม่ปู่ย่าตายาย ของผู้อาวุโสในชุมชน และไม่เว้นแม้แต่ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่มองไม่เห็น แต่คนในชุมชนสามารถรับรู้ได้ว่ามีอยู่ โครงสร้างเชิงเศรษฐกิจแบบเกื้อกูลและโครงสร้างของความสัมพันธ์แบบพี่น้องจะทำให้เกิดสุขภาวะขึ้นในสังคมชุมชน

เงื่อนไขปัจจัยที่สำคัญต่อการก่อรูประบบบริการสุขภาพชุมชนประกอบด้วย

2.1 คนที่มีใจ สมาชิกหรือหน่วยชีวิตเป็นองค์ประกอบสำคัญแรกของการจัดระบบบริการสุขภาพชุมชน และไม่ใช่ทุกคนที่จะเข้ามาร่วมในระบบบริการนี้ แต่จะต้องเป็นคนที่มีใจที่จะทำงาน คนที่มีใจจะผูกพันเกาะเกี่ยวกันด้วยความรู้สึก โดยเฉพาะความรู้สึกร่วมในการเจ็บไข้ได้ป่วย และการเห็นอกเห็นใจในทุกข์ของผู้อื่น ดังนั้นแม้มีงบประมาณน้อยหรือไม่ก็ยังสามารถทำงานเครือข่ายสุขภาพได้ด้วยใจที่เป็นสุข ร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ในขณะที่คนที่มาร่วมเครือข่ายด้วยกายแต่ไม่เอาใจมา ก็จะตระหนักถึงค่าเสียเวลา ค่าตอบแทน ซึ่งจะเกี่ยวเนื่องไปถึงความยั่งยืนในการดำเนินการเครือข่าย ในจำนวนคนที่มีใจนี้ จะเน้นความหลากหลายของกลุ่มคน ทั้งอาชีพ ระดับการศึกษา วัย เพศ ความสามารถและความเชี่ยวชาญ ซึ่งจะสะท้อนถึงมุมมองที่ต่างกันไป

2.2 จุดมุ่งหมายที่ชัดเจน คนแต่ละคนที่มีใจมาร่วมสร้างระบบบริการด้วยกัน และมาเกาะเกี่ยวกันจนเป็นกลุ่ม หรือชมรม หรือเครือข่ายนั้นล้วนแล้วแต่มีเป้าหมายที่จะทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งอย่างชัดเจน เป้าหมายในที่นี้คือต้องการเห็นคนในชุมชนมีสุขภาพดี ได้รับบริการที่ดีการมีเป้าหมายที่ชัดเจนของกลุ่มเป็นเรื่องง่ายที่จะเก็บเป็นฐานข้อมูล และตั้งผู้ที่มีความคล้ายกันชักชวนเข้ามาด้วยกัน ช้ามหมู่บ้าน ช้ามสถานีนามัย ตลอดจนการชักชวนในกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกัน หรือทำยสุดชักชวนในกลุ่มที่แตกต่างกัน เพื่อผลประโยชน์ในการมีสุขภาพะที่ดีในขอบเขต (scale) ที่กว้างขึ้น

2.3 การมีจิตสำนึกร่วม การมีจิตสำนึกร่วมนี้เริ่มจากคนมีใจ และตระหนักว่าเป็นพวกเดียวกัน ความเป็นชุมชนจึงมักก่อเกิดจากเครือญาติ บ้านใกล้เคียงที่พึ่งพาอาศัยกัน พ่อแม่เป็นเพื่อนกัน ส่งทอดต่อมาถึงลูก การมีจิตสำนึกนี้มีต้นรากมาจากการถูกบ่มเพาะ ขณะเดียวกันก็มาจากการสร้างขึ้นใหม่ด้วยกระบวนการของสังคม อย่างเช่นพัฒนาการของชมรมอนุรักษ์สมุนไพรร ที่เกิดขึ้นด้วยจิตสำนึกอยากเห็นคนมีสุขภาพดี และขยายเครือข่ายต่อไปเรื่อยในกลุ่มครู นักเรียน อสม. ประชาชนในอำเภอครบุรี และตำบลอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียง จิตสำนึกร่วมกันนี้ต้องเกิดขึ้นภายใต้องค์ประกอบอื่น เช่น โครงสร้าง การบริหาร และการดำเนินการ ตัวอย่างของการมีจิตสำนึกร่วมกันที่พบจากงานวิจัยในโครงการนี้ก็คือ ชุมชนที่ได้ดำเนินการเรื่องเกษตรอินทรีย์นี้มีความเห็นพ้องกันว่าแนวคิดในด้านการทำโครงการเป็นสิ่งสำคัญ ในงานของเกษตรอินทรีย์ ผู้มาร่วมต้องมีความเข้าใจให้ตรงกันก่อนถึง “ดินที่มีชีวิต” ดินที่ไม่มีชีวิตจะไม่มีไส้เดือน ดินที่มีชีวิตจะได้รับการบำรุงในหน้าแล้งด้วยการปลูกถั่วลิสง ปลูกข้าวโพด ดินที่ได้รับการบำรุงจะทำให้สามารถปลูกผักนอกฤดูได้ เช่น การปลูกแตงกวา ข้าวโพด สมุนไพร หรือมะละกอและผลไม้อื่นๆ ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มเกษตรกรเกษตรอินทรีย์ ทำให้ก่อเกิดรายได้ แนวคิดนี้จะต้องคิดถึงการให้ประโยชน์กับดินก่อนที่จะคิดถึงการทำประโยชน์จากการปลูกพืชเพื่อให้ได้เงินมา ต้องคิดถึงระบบนิเวศที่เหมาะสมกับการทำการเกษตร เช่นการปรับอายุข้าวให้เหมาะกับดินฟ้าอากาศ แนวคิดเช่นนี้เป็นการคำนึงถึงระบบสุขภาพบนรากฐานของการเกษตรแบบเกื้อกูลทั้งต่อตนเอง เพื่อนบ้าน สภาพแวดล้อมและเพื่อนมนุษย์คนอื่นๆ

2.4 การพึ่งพาอาศัย คนในชุมชนตระหนักถึงรูปแบบความสัมพันธ์แต่เดิมที่คนพึ่งพาอาศัยกัน แต่ปัจจุบันลดน้อยลงเพราะต่างคนต่างต้องทำมาหากิน โดยเฉพาะเรื่องของสุขภาพเป็นสิ่งที่คนต้องการการพึ่งพาอาศัยกันมากที่สุด เพราะในการเจ็บป่วยบางที่พูดไม่ได้ คนในครอบครัวต้องสามารถพึ่งพิงกันได้ด้วยการสังเกต เอาใจใส่และคอยดูแลความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวและญาติพี่น้อง การพึ่งพิงกันมีความหมายรวมถึงเพื่อนบ้านควรจะต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วย และเห็นว่าหากมีการรื้อฟื้นการช่วยเหลือกันเช่นการเอาแรง หรือการทำกิจกรรมร่วมกันบ่อยๆ จะสามารถช่วยสร้างความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมที่หายไปแล้วให้กลับคืนมาใหม่ได้ สิ่งที่น่าสนใจคือคนในชุมชนไม่คิดว่าการไปร่วมงานศพ หรืองานแต่งงานเป็นการพึ่งพาอาศัยกัน เพราะการพึ่งพิงนี้จะต้องไม่มีการนำเงินช่วยเหลือหรือค่าตอบแทนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

3. กระบวนการในการดำเนินการในระบบบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร

คนในชุมชนเห็นว่า กระบวนการใดๆ ก็ตามล้วนจะต้องเกิดจากปัญหาที่มีในชุมชน และเมื่อเกิดปัญหาคนจะต้องหันหน้าเข้าหากัน การหารือในระยะแรกอาจมีคนเพียงไม่กี่คน หรือไม่มีกลุ่ม แต่การสร้างการมีส่วนร่วมจะเปิดโอกาสขยายวงของการมีส่วนร่วมให้กว้างขวางขึ้น

คนในชุมชนพอใจกับโครงการวิจัยฯ ที่เปิดเวทีให้แสดงความคิดเห็นและได้รับความรู้ นอกจากนั้นเห็นว่าการมีส่วนร่วมจะดำเนินไปได้ก็ต่อเมื่อระบบบริการสุขภาพได้รับการดำเนินการโดยคนที่ใส่ใจ มีจิตสำนึกและมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน กระบวนการที่คนในชุมชนเห็นว่าเป็นแนวทางที่จำเป็นควรมีขั้นตอนดังนี้

3.1 การร่วมกันค้นหาปัญหาในชุมชน จากประสบการณ์ในการร่วมกลุ่ม คนในชุมชนพบว่าผู้ที่ประสบปัญหาด้วยกัน มีทุกข์ร่วมกัน จะจับมือกันเพื่อหาทางพ้นทุกข์โดยหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน การร่วมกันค้นหาปัญหาจะก่อให้เกิดจิตสำนึกร่วม และคนคนในชุมชนพอใจกับเวทีที่เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น และเห็นว่า

3.2 การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา คนในชุมชนเห็นว่าปัญหาสุขภาพนั้นอาจแตกต่างกันไปตามแต่ละครอบครัว เช่นบางครอบครัวไม่มีปัญหาทางจิต แต่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยทางกายแต่ไม่ว่าจะเป็นของครอบครัวใด ในชุมชนก็ควรช่วยเหลือและแบ่งเบาทุกข์ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะต้องนำปัญหาเหล่านั้นมาพูดคุยและร่วมกันวิเคราะห์อย่างเปิดใจ เพื่อให้ชัดเจนว่าปัญหานั้นเป็นของชุมชนและควรที่จะต้องหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

3.3 การร่วมกันหาแนวทางเพื่อแก้ปัญหา คนในชุมชนเห็นว่าควรมีการร่วมประชุม และระดมความคิดโดยดึงหน่วยงานและผู้แทนของคนกลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งต้องมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคเอกชน เช่นสำนักงานปฏิรูปที่ดินและการเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยและฝึกอบรมการเกษตร จ.นครราชสีมา กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม สถาบันการศึกษาในระดับจังหวัด เช่นมหาวิทยาลัยราชภัฏ จ.นครราชสีมา เครือข่ายและองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ ของภาคอีสาน

3.4 การวางแผนและคิดกิจกรรมเพื่อสุขภาพของชุมชน ในการดำเนินการในช่วงปีแรกของโครงการฯ นอกจากงานเกษตรอินทรีย์แล้ว คณะผู้วิจัยใช้การจัดเวทีและการศึกษาให้ความรู้เป็นการฝึก อสม.และคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ลักษณะของการได้เข้ามาร่วมกลุ่มใกล้ชิดและทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้สามารถเข้าใจถึงนิสัยใจคอ ได้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสิ่งต่างๆ ในชุมชน ได้เห็นศักยภาพของชุมชนของตนเอง วิธีการที่คณะนักวิจัยใช้ก็คือการตั้งคำถามให้คม ชัดและตรงประเด็น เพื่อกระตุ้นคนในชุมชนได้คิดและทบทวนแนวทางการใช้ชีวิตจากคำถาม วิธีการของนักวิจัยคือการนำเรื่องราว ประสบการณ์ที่พบเห็นในที่ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านสุขภาพมาเล่าสู่กันฟัง ทำให้ชุมชนเห็นตัวอย่างและเกิดแรงบันดาลใจที่จะสร้างแผนและคิดกิจกรรมเพื่อสุขภาพของชุมชน

3.5 การอบรมและการศึกษาดูงาน สิ่งที่คนในชุมชนต้องการอย่างยิ่งคือการศึกษาดูงานและการฝึกอบรม โดยจะต้องจัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีเรื่องราวใหม่ๆ มาถ่ายทอด มีความรู้จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิมากระตุ้นให้ชุมชนเกิดการตื่นตัวอยู่เสมอ เช่นการที่มูลนิธิพุทธวนาเคยจัดให้คนชุมชนที่สนใจการผลิตสมุนไพรไปดูงานที่ปฐมอโศก พุทธมณฑล จ.นครปฐม ทำให้คนในชุมชนมีความตื่นตัวในการจะปลูกสมุนไพร แต่ลักษณะการดูงานเช่นนี้มีลักษณะเหมือนมีด 2 คม เพราะผู้ที่ไปดูงานเมื่อเห็นความเป็นมาตรฐานด้านโรงงานและการผลิตทำให้คนในชุมชนรู้สึกท้อถอย และคิดว่าเป็นเรื่องไกลเกินกว่าที่จะทำได้เท่ามาตรฐาน ขณะที่บางคนเห็นว่าสามารถนำปรับเปลี่ยนและดำเนินการไปตามศักยภาพของชุมชน สำหรับกิจกรรมในช่วงปีที่โครงการฯ ได้ดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพเช่นการจัดอบรมเรื่องง่ายๆ คนในชุมชนทำได้จึงเป็นสิ่งที่คนในชุมชนสนใจมากกว่าเช่นการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองป่าบุญมี และการกินข้าวกล้อง การทำปุ๋ยและสารชีวภาพยิ่งทำให้เกิดการเสริมภูมิความรู้และช่วยให้คนในชุมชนเกิดความกระตือรือร้นต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 การฝึกฝนทีมงาน การสร้างสังคมสุขภาวะจะต้องอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีคนในชุมชน นักวิชาการ นักพัฒนาและนักวิจัยทั้งภาครัฐและเอกชนทำงานร่วมกัน ความสำคัญของงานวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการฝึกนักวิจัยให้เข้าใจชุมชนและสามารถประสานแนวคิดและวิทยากรให้เข้ากับชุมชนได้อย่างเหมาะสม วิธีการที่งานวิจัยโครงการนี้ใช้ก็คือ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมฝึกทีมนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในการปรับตัว ฝึกการดูลักษณะผู้คน ฝึกการสามารถเข้าไปนั่งในหัวใจคน ฝึกการตั้งคำถาม ฝึกการติดตามข่าวสารและสถานการณ์ ฝึกความคิดเชื่อมโยง ฝึกจับประเด็นและฝึกบันทึกเรื่องราว ฝึกวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการวิเคราะห์ถึงผลกระทบและการถอดรหัสความหมายและคุณค่าของตัวแปรนั้นๆ ฝึกการจัดเวทีการเรียนรู้ ฝึกการประมวลความเห็นร่วม การนำเสนอ การเรียงลำดับกิจกรรมและเรื่องราวที่จะทำ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนั้นเมื่อทำแล้วจะเกิดผลกระทบเชื่อมโยงไปสู่เรื่องอื่นๆ ที่จะก่อให้เกิดผลต่อสุขภาวะในเชิงบวก

4. ใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพชุมชน

4.1 ผู้นำ คนในชุมชนเห็นว่าผู้นำเป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญ ในระบบบริการสุขภาพของชุมชนที่จะมาเป็นระบบที่เสริมในระบบการบริการที่ภาครัฐจัดอยู่แล้วน่า ควรมีผู้นำที่มีความสามารถซึ่งน่าจะเป็นหมอ หรือคนที่มีความรู้ หรือเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบที่ประจำสถานอนามัยก็ได้ แต่ไม่ว่าจะเป็นใครก็ตามขอให้พูดจาดีกับชาวบ้าน มีความเข้าใจการเจ็บป่วยของแต่ละคน ผู้นำของระบบบริการนี้ควรเป็นผู้ที่คนในชุมชนมีความเชื่อถือ ศรัทธา ความวางใจ ความเห็นของคนในชุมชนแม้จะแบ่งแยกกันระหว่างผู้นำที่จะมาจัดการเรื่องระบบบริการสุขภาพชุมชน กับผู้นำในท้องถิ่น แต่ก็ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่ดีของทั้งสองส่วน และเห็นว่าหากผู้นำท้องถิ่นสามารถให้ความช่วยเหลือในด้านงบประมาณสุขภาพได้ ก็จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น

4.2 แพทย์ผู้รักษา ระบบบริการสุขภาพชุมชน ควรจะมีผู้ดำเนินงานที่เป็นแพทย์จากโรงพยาบาลและแพทย์แผนไทยที่ศึกษาด้านอายุรเวท แต่แพทย์แผนปัจจุบันนั้นไม่ต้องอยู่ประจำ อาจมาเดือนละครั้ง หรือเดือนละสองครั้ง แต่แพทย์แผนไทยที่เรียกว่าอายุรเวท ควรอยู่ประจำ และควรมีคุณสมบัติคือ มีความชำนาญและความแม่นยำในการวินิจฉัยและรักษาโรค สิ่งที่สำคัญคือมีความรู้ความเข้าใจต่อการแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริง มีความแม่นยำในวิชาการและวิธีการรักษา มีความเข้าใจเชิงบูรณาการว่าการแพทย์แผนไทยสามารถเป็นการรักษาทางเลือก และมีศักดิ์ศรีในการรักษาคนได้เท่ากับแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนั้นแพทย์ในทั้ง 2 สาขาควรเป็นผู้นำในการทำวิจัยเกี่ยวกับคุณสมบัติของสมุนไพร เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้ยา

4.3 พยาบาล ควรมีพยาบาลที่เป็นผู้ช่วยเหลือและดูแลคนไข้เหมือนกับระบบของโรงพยาบาลครบุรี แต่เป็นผู้มีความเข้าใจในการรักษาทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย โดยเฉพาะสามารถอธิบายให้คนไข้ฟังได้ถึงการรักษาทั้งสองแบบ เป็นผู้มีความรู้ในด้านสมุนไพร และการรักษาแบบแผนโบราณ เช่นการนวด การประคบ การคลออดแบบหมอดำแย การอยู่ไฟแบบโบราณ สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเห็นว่า ในการรักษาในศูนย์เช่นนี้ พยาบาลควรเป็นผู้มีความรู้หลากหลาย รักษาเบื้องต้น รวมทั้งจ่ายยาได้ด้วย

4.4 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) คนในชุมชนมีความเห็นคล้ายกันว่า อสม.ในชุมชนทำงานหนัก และควรที่จะได้รับเงินเดือน หรือเงินตอบแทนมากกว่าที่เป็นอยู่ แต่เนื่องจาก อสม.แต่ละคนมีความกระตือรือร้นในการทำงานต่างกัน การรับสมัคร อสม. เข้ามาทำงานในศูนย์จึงควรเป็นผู้มีใจ และมีจิตสำนึกในการทำงาน สิ่งที่คนในชุมชนต้องการคือ ต้องการให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสมุนไพรและหลักวิชาการรักษา สามารถอธิบายคุณค่าของยาสมุนไพร และเป็นผู้หาความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับตัวยาอยู่เสมอ

4.5 หมอพื้นบ้าน ควรมีการรวบรวมทำเนียบหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ในชุมชนและลงประวัติให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยและเครือข่ายสามารถเดินทางไปหาได้โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นหมอสมุนไพร หมอยา หมอเป่า หมอน้ำมันต์ หมอกระดูก หมอหู หมอเป่าเด็ก หมอดำแย นอกจากนั้น ยังต้องการให้ผู้รับผิดชอบศูนย์ฯ ติดตามความเชื่อถือได้ของการรักษาของหมอเหล่านี้ด้วยในหมอที่รักษา ซึ่งคนในชุมชนเห็นว่าหากเป็นหมอพื้นบ้านที่ใช้สมุนไพร ก็อยากให้มีการรับรองจากหมอว่าสมุนไพรนี้สามารถใช้ได้หรือไม่ เพื่อความมั่นใจ

5. ภาคส่วนใดบ้างที่มีบทบาทหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพชุมชน และมีอย่างไร ?

5.1 หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ คนในชุมชนในพื้นที่วิจัยในเขตตำบลโคกกระชายส่วนใหญ่ไม่รู้จักสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ส่งเสริมสนับสนุนนโยบาย 30 บาท แต่รู้ว่าพอใจในการได้รับการบริการรักษาจากโรงพยาบาล สำหรับบทบาทของหน่วยงานภาครัฐที่ควรมีการปรับเปลี่ยนคือ การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการปรับวิธีคิดและเพิ่มความสนใจในด้าน “ข้อมูลที่มีชีวิต” ซึ่งได้แก่ข้อมูลด้านสังคม

วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น การได้รับข้อมูลดังกล่าวไม่ควรมีการตัดสินถูกผิดในทันที แต่จะต้องผ่านการวิเคราะห์และนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกับกลไกสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และเพื่อประโยชน์ในการสร้างฐานการเรียนรู้และจัดระบบองค์ความรู้ด้านสุขภาพของชุมชน อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารสาธารณสุขในหน่วยงานภาครัฐยอมรับว่าการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพของชุมชนโดยให้เจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นผู้นำนี้อาจมีความเป็นไปได้น้อยเนื่องจากปัจจุบันงานในหน้าที่ตามนโยบายนั้นมีเป็นจำนวนมาก และโดยมาตรฐานการปฏิบัติงานได้วางกรอบ กำหนดตัวชี้วัดในด้านปริมาณและคุณภาพไว้ การจะคิดนอกกรอบ หรือสร้างงาน สร้างกิจกรรมที่ไม่ได้กำหนดไว้ในนโยบายจะเป็นเรื่องยาก

5.2 โรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลครบุรี เป็นตัวอย่างของผู้นำทางด้านสาธารณสุขที่มีใจเปิดกว้างให้กับระบบบริการสุขภาพชุมชน โดยผู้นำได้สร้างปรัชญาและแนวคิดภายในตนเองก่อนถึงการให้ความสำคัญกับการเลือกซื้อ การประกอบอาหารและการกินอยู่ โดยจะพึงพิงอาหารจากตลาดน้อย และใช้เวลาในการกินอาหารที่บ้านเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว สำหรับในโรงพยาบาลเองได้มีกระบวนการในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ในด้านต่างๆ คือ (1) การฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข อสม. (2) สร้างทีมงานที่สามารถให้บริการด้านระบบการแพทย์แผนไทย (3) จัดตั้งชมรมหมอพื้นบ้าน (4) การรับซื้อและแปรรูปสมุนไพรออกจำหน่าย (5) การผสมผสานการแพทย์ทั้ง 2 ระบบ (การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์พื้นบ้าน) เข้าด้วยกันโดยผ่านระบบคุณภาพโรงพยาบาล

5.3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เป็นคนอำเภอครบุรี และสนใจให้การทุนบำรุงวัดป่าเขาคงคาซึ่งใกล้กับมูลนิธิพุทธรักษา และเป็นผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนใจในระบบบริการสุขภาพโดยเน้นมิติทางศาสนาและจิตใจ และยินดีสนับสนุนองค์กรเอกชนให้ดำเนินการเป็นพื้นที่สาธารณะเพื่อทำการอนุรักษ์ฟื้นฟูป่าไม้ และสิ่งแวดล้อมเป็นแหล่งการเรียนรู้และแปรรูปสมุนไพร โดยในบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดคือการอำนวยความสะดวกด้านโครงสร้างพื้นฐาน การคมนาคม ระบบน้ำ ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะให้การสนับสนุนองค์กรเอกชนที่มีความชัดเจนในการสร้างกิจกรรม และตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน

สำหรับองค์กรปกครองส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งได้รับการกิจด้านการศึกษาและการดูแลสุขภาพของชุมชนเข้ามาด้วย ภายใต้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรประมาณ 20 ล้านบาทต่อปี สำหรับในปีที่ผ่านมา อบต.ลงทุนไปกับการสร้างอาคาร การสร้างถนน การขุดลอกคลอง สำหรับงานด้านการศึกษาก็จ้างครูมาสอนที่ศูนย์อนามัยเด็กเล็ก และในด้านสาธารณสุข ได้รับโอนภาระการฉีดป้องกันพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์เลี้ยง และการฉีดพ่นยาไล่เลือดออก ซึ่งเดิมเป็นภาระของสถานีอนามัยมาทำแทน อย่างไรก็ตาม จากการที่โครงการฯ ได้จัดประชุมกลุ่มย่อย และเชิญผู้บริหารของ อบต.มาร่วมแสดงความคิดเห็น ได้เปิดโลกทัศน์ของผู้บริหาร อบต. และกระตือรือร้นที่จะพัฒนาชุมชนในด้านสุขภาพให้กว้างขวางกว่านี้ (รองนาย อบต.ได้เชิญหัวหน้าโครงการเข้าไปเผยแพร่ผลงานวิจัย เดือนพค.2549 ในการประชุมประจำเดือนของ อบต.)

5.4 วัดและบทบาทของพระสงฆ์ บทบาทของพระสงฆ์ในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ผ่านมา คือการเน้นมิติทางจิตใจ ในรูปแบบของ “การภาวนากับการรับใช้สังคม” โดยปรัชญาของการเรียนรู้ ธรรมะจากธรรมชาติ การเรียนรู้วิถีการหาอาหาร การกินอาหารที่ผิดธรรมชาติ และผลจากอาหารที่ ผิดปกติเหล่านั้นได้รับการใส่บาตรให้มาเป็นอาหารของพระด้วย พระสงฆ์ที่วัดป่าเขาคงคา ในเขตตำบล โคกกระชายจึงเหมือนชาวบ้านทั่วไปที่จะได้รับผลทางด้านสุขภาพจากระบบอาหารที่มีความเสี่ยง และ ด้วยลักษณะของการรับอาหารที่เป็นวัตรปฏิบัติทำให้พระสงฆ์ไม่อาจปฏิเสธอาหารที่ญาติโยมถวาย และ ไม่มีโอกาสที่จะสร้างหรือผลิตอาหารที่มีคุณภาพได้ด้วยตัวเอง แต่ต้องใช้ระบบการพึ่งพิงชุมชน ทั้งที่ พระสงฆ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยพัฒนาสุขภาพพระในมิติทางจิตวิญญาณและพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตเพื่อให้คนในชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข พระสงฆ์จึงนับเป็นผู้มีบทบาทอย่างสูงในการให้ความรู้ทางด้าน อาหาร การใช้ชีวิต การใช้ปุ๋ยและสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การแข่งขันในระบบเศรษฐกิจ ความ พุ่มเพื่อยและความไม่รู้จักความพอเพียง มิติของการใช้ชีวิตเหล่านี้ควรได้รับการผูกโยงกับข้อธรรมะที่ให้ ความรู้กับชุมชนในทุกวันพระ กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมและสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างวัดป่าเขาคง คากับภาครัฐคือ “โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา ปี 2548” ที่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและการ สนับสนุนจาก สสส. และมีหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนเข้าร่วมกัน ทั้งกรมส่งเสริมพระพุทธศาสนา และมูลนิธิพุทธรักษา โดยใช้ศาลาวัดจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดกำลังใจ และผู้เลิกเหล้ามีความรู้สึกมั่นคง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยมีการมอบใบประกาศเกียรติคุณของการทำความดีในการงดเหล้า เข้าพรรษา และกิจกรรมให้ความรู้อื่นๆ โดยประสานความร่วมมือระหว่างนักส่งเสริมสุขภาพชุมชน หมอ พื้นบ้าน ผู้รู้ท้องถิ่น การส่งเสริมการเรียนรู้ของชุมชนในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ทั้งในระดับ ครอบครัว วัด โรงเรียน และองค์กรชุมชน

5.5 สถาบันการศึกษาท้องถิ่น โรงเรียนมัธยมในชุมชนตำบลโคกกระชายได้จัดให้ นักเรียนเข้าปฏิบัติธรรม และได้รับความรู้ในการปลูกและใช้สมุนไพร ครูเป็นผู้นำนักเรียนมาเข้าอบรม และนำมาประสานเข้ากับกิจกรรมที่โรงเรียนได้เริ่มทำบ้างแล้ว เช่นการปลูกสมุนไพรฟ้าทะลายโจร แต่ ปลูกแล้วไม่ได้นำไปทำประโยชน์เนื่องจากไม่ทราบว่าสามารถใช้ทำอะไรได้บ้าง ในการอบรมมูลนิธิพุทธร ฆาร่วมกับโครงการฯ ได้จัดการอบรมการทำยาหม่องจากสมุนไพร การแปรรูปเป็นชาชง ซึ่งครูและ นักเรียนได้ร่วมเรียนรู้ และนำกลับไปทำภายในโรงเรียน นอกจากนั้นครูยังได้แนวคิดในการนำความรู้ เรื่องสุขภาพและสมุนไพรในการจัดการเรียนการสอน ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ รณรงค์เผยแพร่ภูมิ ปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเน้นความรู้ที่ครอบครัวนักเรียนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิถีชีวิต และคุณค่าในมิติทางสังคม วัฒนธรรมและจิตใจ นอกจากนั้นยังมีการพูดคุยกับครูถึงการส่งเสริม สนับสนุนให้เด็กนักเรียนเกิดความสนใจในการศึกษาวิจัย องค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเน้นให้นักเรียนและชุมชนมีส่วนร่วม แต่การขยายแนวคิดด้านการดูแลสุขภาพเข้าไปในระบบ โรงเรียนยังนับว่ากระทำได้น้อย การขยายผลจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากคณะครู และผู้บริหาร โรงเรียน

5.6 **วิทย์ชุมชน** ในการจัดการให้ความรู้แต่ละครั้ง โครงการวิจัยได้เชิญผู้จัดการรายการวิทย์ชุมชนซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมอนุรักษ์สมุนไพรรฯ เข้าร่วมด้วย เพื่อเป็นการเผยแพร่และทำความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ การออกกำลังกาย การกินอยู่และวิถีชีวิต รวมทั้งโครงการปลอดเหล้าซึ่งได้รับความสนใจจากผู้ฟังรายการ นอกจากนั้นเพื่อให้ข่าวสารดังกล่าวมีการแพร่ไปทั้งในวงกว้างและวงแคบ คณะนักวิจัยและสมาชิกชมรมอนุรักษ์สมุนไพรรฯ ได้นำเงินส่วนตัวลงขัน สละทุนทรัพย์เพื่อสนับสนุนการติดตั้งเครื่องเสียงภายในชุมชน เพื่อให้ข่าวสารประชาสัมพันธ์เหล่านี้ เป็นที่ทราบทั่วกัน ซึ่งเป็นการขยายกลุ่มผู้สนใจมากขึ้น วิทย์ชุมชนจึงเป็นช่องทางของขยายเครือข่ายพันธมิตรของการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน ในโครงการวิจัยฯ นี้ได้ใช้วิทย์ชุมชนในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้นำชุมชนซึ่งเคยติดเหล้าอย่างมาก ให้มาร่วมงดเหล้าเข้าพรรษา และเชิดชูเกียรติคุณด้วยการเชิญไปพูดคุยในรายการวิทยุในแง่ของผู้นำชุมชนที่เป็นตัวอย่าง ผลทำให้ทัศนคติของผู้นำดีขึ้นและใส่ใจในงานพัฒนาด้านสุขภาพมากขึ้น

6. ระบบความรู้ที่จะเอื้อต่อระบบบริการสุขภาพชุมชนควรเป็นอย่างไร

คนในชุมชนต้องการ “ความรู้” มากที่สุดโดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะต้นเหตุ สาเหตุของโรค วิธีการแก้ไขและการรักษา ซึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์ก็สามารถอธิบายได้ในระดับหนึ่ง แต่เวลาก็ไม่มากพอ ขณะเดียวกันพื้นฐานความรู้ของผู้ป่วยที่ค่อนข้างน้อยก็เป็นปัญหาสำหรับแพทย์ในการอธิบาย บุคลากรในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิจึงควรจะเป็นด่านแรกที่ทำให้ความรู้กับประชาชน แต่ก็ไม่สามารถทำหน้าที่นี้ได้เต็มที่ เนื่องจากสถานีนอมนัยมีภาระงานมาก และเจ้าหน้าที่น้อย สำหรับ อสม.ก็ไม่ได้รับการฝึกอบรมมากเพียงพอที่จะให้ความรู้กับคนในชุมชน

เนื้อหาสาระของการเรียนรู้ที่คนในชุมชนต้องการคือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและสุขภาพ เช่น ห่วงโซ่อาหาร โดยคนในชุมชนบอกเล่าเป็นเสียงเดียวกันถึงพิษภัยด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเคมีในรูปของปุ๋ย ยาฆ่าหญ้าในการปลูกข้าว ปลูกมันสำปะหลัง ข้าวโพดและผักอื่นๆ โดยเฉพาะแตงกวา และตระหนักถึงพิษของอาหารที่ซื้อจากตลาด คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ถึงห่วงโซ่ของอาหารที่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง แต่สภาพที่เกิดขึ้นคือ แม้จะรู้ถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงนี้ แต่ทุกคนยอมจำนน และคิดว่าตนเองไม่สามารถหาทางออกจากสิ่งเหล่านี้ได้ และรอการเริ่มต้นจากภาครัฐ รวมถึงการช่วยเหลืออย่างถาวร เช่นการที่ภาครัฐอนุมัติเครื่องจักรสำหรับทำปุ๋ยอินทรีย์อัดเม็ด แต่ไม่ได้อนุมัติค่าวัสดุในการจัดทำปุ๋ย ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวต้องถูกนำมาตั้งทิ้งไว้เฉยๆ โดยไม่ได้ใช้ประโยชน์ ในเรื่องของห่วงโซ่อาหารนี้ คนในชุมชนอยากให้มีคำขวัญของหมู่บ้านหรือชุมชนว่า “ปลูกทุกอย่างที่กิน กินทุกอย่างที่ปลูก” โดยทำเป็นภาษาสัญลักษณ์ติดไว้ในสถานที่ที่เห็นได้ทั่วไปในชุมชนเพื่อเตือนให้คนหันมาสนใจและให้ความสำคัญกับอาหารให้มากขึ้น

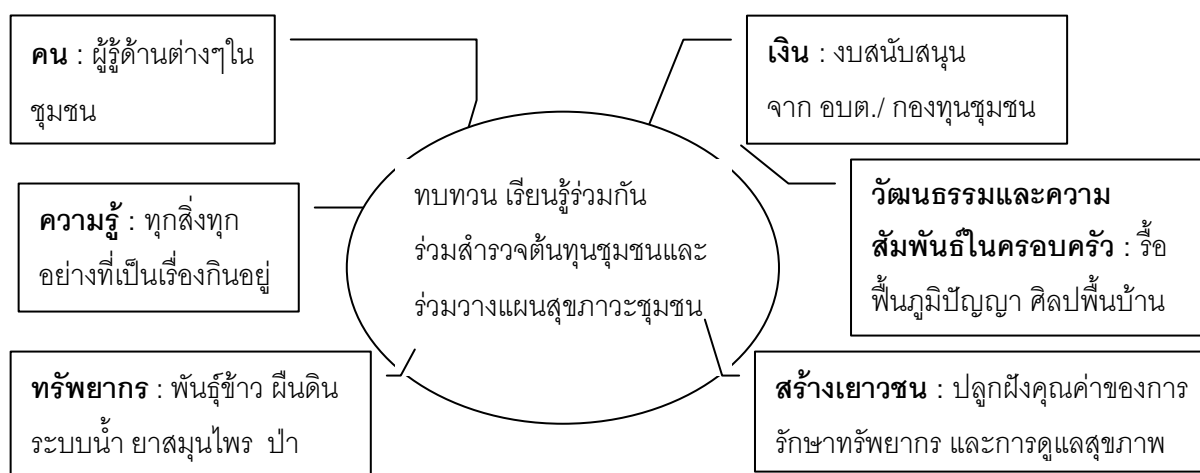
ผลลัพธ์จากการพยายามสร้างระบบความรู้จากการดำเนินโครงการวิจัยในระยะแรกนี้ คือคนในชุมชนที่เข้ามาร่วมโครงการฯ สามารถเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานได้ในระดับหนึ่ง แต่เดิมคนใน

ชุมชนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและสถานเอนามัยคิดว่าเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวกับต้นตระกูล (กรรมพันธุ์) ขณะเดียวกันคนในชุมชนก็วิเคราะห์กันได้ว่าปัจจุบันพบว่าคนเป็นโรคเบาหวานกันมาก ไม่ว่าจะอ้วน หรือผอม ก็เป็นเบาหวานกันได้ บางบ้านที่ไม่เคยมีคนเป็นก็เป็น ดังนั้นจึงไม่คิดว่าเกี่ยวกับต้นตระกูล ในกระบวนการวิเคราะห์หาปัญหาสาเหตุ คนพบว่าสาเหตุน่าจะมาจากข้าวที่กินเข้าไปทุกวัน ดังนั้นเมื่อมุ่งหาแนวทางแก้ไขความเห็นของคนในชุมชนจึงพุ่งเป้าไปว่า หน่วยงานต่างๆ ต้องมาช่วยกัน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รวมทั้งภาคประชาชนมาช่วยให้ความรู้กว้างขวางไปเรื่อยๆ และต้องรณรงค์ให้คนกินข้าวกล้องให้มากขึ้น

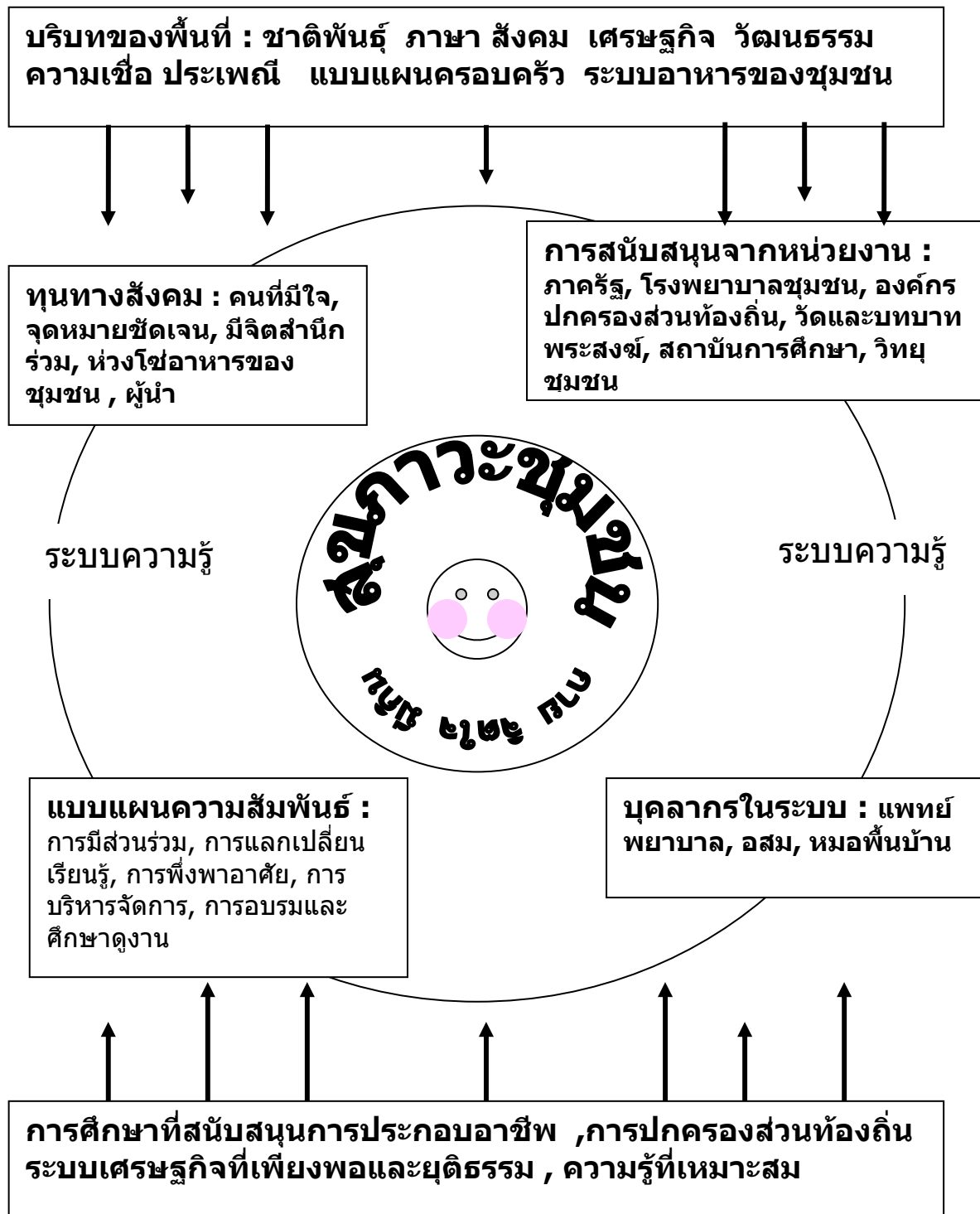
การวัดความรู้ และการนำไปปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินโครงการ ก็คือการที่คนในชุมชนได้ร่วมกันตรวจสอบผู้ป่วยที่ประสบความเคราะห์ร้ายจากการรับจ้างฉีดสารเคมีในแปลงนา ซึ่งรับจ้างฉีดยามาตั้งแต่หนุ่มๆ ฉีดไร่มะนาว ข้าว พริก มะขามหวาน สารเคมีที่ใช้ฉีดได้แก่ ฟิวรีดอน และสารอื่นๆ ตามแต่เจ้าของนาจัดหามาให้ คนในชุมชนวิเคราะห์แล้วพบว่ามาตรการการป้องกันตัวเองขณะที่ฉีดยายังไม่ได้มาตรฐานและทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เนื่องจากขณะฉีดไม่ได้ใส่เครื่องป้องกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะตอบเหมือนกันว่าไม่คุ้นเคยและทำให้การทำงานไม่ถนัด อาการที่เป็นคืออาการแพ้ อาเจียร แต่ละคนจะมีลักษณะของอาการแตกต่างกัน บางคนต้องไปโรงพยาบาลขอยาแก้แพ้กินอยู่ตลอดเวลา เมื่อกินก็มีอาการดีขึ้น และกลับไปฉีดยาต่อ บางคนได้รับสารพิษเข้าไปมากต้องเข้าโรงพยาบาลนอนให้น้ำเกลือ และบางคนที่มีพิษสะสมอาการที่เป็นขณะนี้คือตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แขนขาไม่มีแรง และจะต้องกินยาแก้แพ้เป็นประจำ

คนในชุมชนยอมรับว่าการประชุมกลุ่มย่อยทำให้เกิดการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น ความสนใจเรื่องเกษตรอินทรีย์ และเกิดผลต่อเนื่องคือสามารถนำกลับไปทำที่บ้าน และเริ่มชักชวนเพื่อนบ้านที่ทำการเกษตรอินทรีย์ (ไม่ใช่สารเคมี) อยู่แล้วให้ร่วมกันปลูกเพิ่มมากขึ้น การปลูกพืชสมุนไพรเช่น เจริญกุลหลาน หรือปัญญาจันทร์ ทำให้คนในชุมชนรู้สึกรู้ว่าเป็นยา และเป็นทั้งอาหาร เป็นการรื้อฟื้นความรู้สึกของการกินอาหารเป็นยา กินอาหารที่ปลอดภัยสารพิษกลับมาอีก นอกจากนั้นคนเริ่มเข้าใจถึงสาเหตุของการกินอาหาร ข้าว ผัก ที่ฉีดยา และสารเคมีว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันสูง จึงเริ่มให้ความสนใจต่อความรู้เรื่องสุขภาพ การระมัดระวังอาหารการกินเพิ่มมากขึ้น

ระบบความรู้ ที่คนในชุมชนได้ช่วยกันสร้างขึ้น มีแผนภาพดังนี้



แผนภาพรูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน ต.โคกกระชาย



ข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการวิจัยฯ ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพที่ชุมชนให้ความหมาย แตกต่างจากระบบบริการสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐและมีการแบ่งสถานพยาบาลออกเป็น 3 ระดับ คนในชุมชนต้องการระบบบริการสุขภาพที่ทำให้ร่างกาย และจิตใจแข็งแรง ดังนั้นในระบบบริการเช่นนี้จึงต้องการระบบความรู้เพื่อช่วยเสริมสร้างการหลุดพ้นจากปัญหาทางกายและทางจิตใจ
2. ความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพเป็นความรู้ที่ครอบคลุมวิถีการใช้ชีวิต ตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บป่วยจนกระทั่งตาย ความรู้ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขจะ จึงเป็นความรู้ที่นอกเหนือจากความรู้ตามระบบโครงสร้างการดำเนินการของภาครัฐ
3. การดำเนินโครงการต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยเห็นว่าหากจะมีโครงการต่อเนื่อง ควรจำกัดขอบเขตการวิจัยให้แคบลงมา และอาจมุ่งไปที่กลุ่มเป้าหมายกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งให้ชัดเจน ซึ่งจากการทำงานในระยะที่ 1 ข้อมูลที่ศึกษาบ่งชี้ถึงสถานะที่คนเป็นโรคเบาหวานกันมาก และมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสร้างงานวิจัยที่มุ่งเป้าหมายคนกลุ่มนี้ โดยใช้กรอบการวิจัยจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 จะทำให้การต่อยอดโครงการวิจัยฯ ในระยะที่ 2 สามารถเห็นรูปธรรมของระบบบริการสุขภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

.....

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข โครงการพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ ฉบับที่ ๓, ๔ และ ๕, เอกสารอัดสำเนา

กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ๒๕๑๗, กรุงเทพฯ : กองสุขาภิบาลศึกษา

กระทรวงสาธารณสุข, 2518.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ปรากฏการณ์ชีวิต บอกอะไรกับสังคมไทย, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิ

โกมลคีมทอง, 2542.

กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข “นโยบายกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลสมัยต่างๆ”

อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ ๔๐ ปี แห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-

2525, กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์ 2525.

จัตวรวิญญู องค์สิงห์, กระบวนการเรียนรู้ชีวิตของชาวนา, ปรินิพนธ์ การศึกษาคณะศึกษาศาสตร์

สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2545.

คุณณี สุทธิปริยาศรี (ดร.,พ.บ.), สาธารณสุขศาสตร์ : ความก้าวหน้าของการพัฒนาการ

สาธารณสุขในประเทศไทย, 2530.

ดารินวรรณ เศรษฐธรรม และคณะ, ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข, 2547.

นิธิ เอียวศรีวงศ์, “การศึกษาเพื่อฟื้นฟูศักยภาพของชุมชน” ใน ทิศทางหมู่บ้านไทย บรรณาธิการโดย

เสรี พงศ์พิศ, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมู่บ้าน, 2534.

ประเวศ วะสี, ยุทธศาสตร์ทางปัญญาเพื่ออนาคตของประเทศไทย, กรุงเทพฯ ฯ : มูลนิธิสื่อสร้างสรรค์,

2546.

ประชาสังคม, วารสาร ชุมชนสรรค์, อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์. 2543.

ประสิทธิ์ ลิระพันธ์ และ รุจิณาท อรรถสิทธิ์, สถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ในท้องถิ่น : กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต, นนทบุรี :

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข. 2548.

ปรีดา เต๋ออารักษ์(พ.บ.), การปฏิรูปบริการสุขภาพระดับต้น, ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย,

นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2544.

เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ, การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม , โครงการพัฒนาคำา กองทุน

สนับสนุนกิจกรรม มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา, เอกสารอัดสำเนา.

ไพศาล วิสาโล, คำนำ : บทเรียนสำหรับสังคมไทยและการแพทย์แผนใหม่, ปรากฏการณ์ชีวิต บอก

อะไรกับสังคมไทย : กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2542.

ยั้งยง เทาประเสริฐ, วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบ การแพทย์พื้นบ้านล้านนา : เชียงใหม่ :

วนิดาเพชร, 2546.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ, **ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เล่ม 1** แนวคิด ทฤษฎี สมุฏฐานโรค การตรวจวินิจฉัย ระบบโรคและกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพของระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอเมือง), เอกสารอัดสำเนา. โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการวิจัย (สำนักงานสกว. ภาค), 2546.

รสนา โตสิตระกูล, ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ, **สรุปการสัมมนาระดับชาติ 3 พฤษภาคม 2543**, จัดโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), 2543.

วิจารณ์ พานิช, **การจัดการเครือข่ายวิชาการ**, กรุงเทพฯ : ฟีนี พับบลิชซิง. 2546.

วิลาวัลย์ เสนารัตน์, กำลังคนทางการพยาบาล, รายงานผลการศึกษา **อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย**, เอกสารอัดสำเนา, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2548.

สมัย อภาภิรม, เทคโนโลยีสมัยใหม่ใครจะรับประกัน, **จากความป่วยไข้ ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.

สาทิส อินทรกำแหง, ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ, **สรุปการสัมมนาระดับชาติ 3 พฤษภาคม 2543**, จัดโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, **ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย : สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา**, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539.

สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และคณะ, รูปแบบการจัดการและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ระบบสุขภาพของประเทศไทย, บริบทของประกันสุขภาพ,

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ และการปฏิรูปภาคราชการกับอนาคตของการพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศไทย : การปกครองตนเองและการกระจายอำนาจในการบริหารของโรงพยาบาล, เอกสารอัดสำเนา, 2543

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, เอกสารประกอบการประชุม **การมองอนาคตระบบสุขภาพช่องปากของคนไทยในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า** โดยทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พฤศจิกายน 2546.

_____, เส้นทางสู่...การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ เรื่อง **การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 1** วันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2541.นนทบุรี : ภาควิชาพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ; 2541.

เสรี พงศ์พิศ, กลุ่มออมทรัพย์กับสวัสดิการสุขภาพชุมชน , **ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย**, นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2544.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ., **ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545**.

_____, **หนึ่งปีแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**, พฤษภาคม, 2545.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543. ปฏิรูปสุขภาพ เริ่มจากปฏิรูปวิธีคิด กรณีภาคเหนือตอนล่าง, **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2)**,สรุปการสัมมนา 6 เวทีภูมิภาคเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ , 2543.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). สำนักนโยบายและแผน รายงานประจำปี 2546 **การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. กรุงเทพฯ : เอส พี เอส พรินท์ติ้ง, 2546.

หทัย ชิตานนท์,พ.บ. **การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์**, กรุงเทพฯ : 2541.

อนวัณณ์ ศุภชิตกุล, **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**, กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข, เอกสารอัดสำเนา, 2541.

อิสระ สุวรรณบล, **การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข**, โครงการปรับภาควิชาการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์, เอกสารอัดสำเนา, 2541.

ภาษาอังกฤษ

Davis.K and J.W.Newstrom, **Human Behavior at Work : Organization Behavior**. Singapore : McGraw Hill. 1997.

Guba,Egon G.& Lincoln,Yvonna S, “Competing Paradigms in Qualitative Research“
Handbook of Qualitative Research. Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln editors ; SAGE Publications,Inc. 1994.

Than Sein and Rafei U.M., The history and development of public health in developing countries, **Oxford Text Book of Public Health – The practice of Public Health**, 4th edition, volume 3, Oxford University press,2002.

UNESCO. (1985). **Unesco and Education Throughout the World**. Paris : UNESCO.

Usher, Robin and Edwards, Richard. (1994). **Postmodernism and Education**. London and New York : Routledge.

World Health Organization, **World Health Report 2000 – Health Systems : Improving Performance**, 2000.

World Health Organization, **Collaboration in Health Development in South East Asia,1947-1988**, Regional Office for South East Asia, New Delhi, 1988.

เว็บไซต์

<http://www.hsri.or.th/html/article1.htm>

<http://www.dmh.moph.go.th/report/population/46regions.asp>

ภาคผนวก

(1) ข้อคิดเห็นจากเวที สสจ.นครราชสีมา ในการนำเสนอผลการดำเนินงาน
โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการระบบสุขภาพของชุมชน
ตำบล โคกกระชาย อำเภอบัวชุม จ.นครราชสีมา
วันจันทร์ที่ 1 พฤษภาคม 2549 เวลา 09.00-16.00 น.
ผู้เข้าร่วมประชุม

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1	นพ.สำเริง แหยมกระโทก	นายแพทย์ สสจ.	สสจ.นครราชสีมา
2	ศ.นพ.ไพจิตร ปะบุตร	สมาชิกวุฒิสภา จ.นครราชสีมา	
3	คุณจิรภา โพธิ์พัฒนชัย	เลขานุการ	สำนักงานวิจัย สสจ. นครราชสีมา
4	คุณไกรศักดิ์ ทองรอง	หัวหน้างานการแพทย์แผนไทย	สสจ.นครราชสีมา
5	คุณฉัฐกร ชูเกียรติ	หัวหน้าศูนย์เครือข่ายสุขภาพ	สสจ.นครราชสีมา
6	คุณรุ่งโรจน์ มาบชมพู่	นักวิชาการ	ศธ.ศค.น.สสจ. นครราชสีมา
7	คุณนงนุช พุทธประสิทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	สสจ.นครราชสีมา
8	คุณพัชริดา จันทุนทด	งานอายุรเวช	สสจ.นครราชสีมา
9	คุณรัตนา พลพงษ์รัตน์	เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ 6	รพ.ครบุรี
10	คุณธิดารัตน์ นิยมกระโทก	พยาบาลวิชาชีพ	รพ.ครบุรี
11	คุณสันติพงษ์ เอี่ยมสงคราม	ผู้ช่วยสาธารณสุข อ.ครบุรี	สาธารณสุข อ.ครบุรี
12	คุณจำปี ไทกระโทก	รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล	อบต.โคกกระชาย
13	คุณประไพ อบกระโทก	สารวัตรกำนัน ตำบลโคกกระชาย	
14	คุณชัยยศ ทอนสูงเนิน	หัวหน้าสถานีอนามัย	สอ.โคกกระชาย
15	คุณเต็มดวง หวังร่วมกลาง	หัวหน้าสถานีอนามัย	สอ.มาบกราด
16	คุณสุวรรณา เธอกิ่ง	ประธาน อสม.	สอ.โคกกระชาย
17	คุณพิมลพรรณ พร้อมสันเทียะ	อสม	สอ.หนองโบสถ์
18	คุณค่านาง ลำมัดโหนด	อสม	สอ.หนองโบสถ์
19	คุณกัลยา ก้านแก้ว	เภสัชกรรมแผนไทย การแพทย์แผนไทย	มูลนิธิพุทธวนา
20	ดร.ฉัตรวิทย์ อดิศักดิ์	นักวิจัยโครงการ ฯ	นักวิจัยอิสระ
21	คุณจิรศักดิ์ สีหรัตน์	รองผอ.กทข. สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี	

1 คำนิยามของระบบบริการสุขภาพ

ที่ประชุมซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด , โรงพยาบาลชุมชน, หัวหน้าสถานีอนามัย และ อสม. , ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่ส่วนปกครองท้องถิ่น, นักวิชาการ, องค์การเอกชน ร่วมให้นิยามของคำว่า “ระบบบริการสุขภาพ” ดังนี้

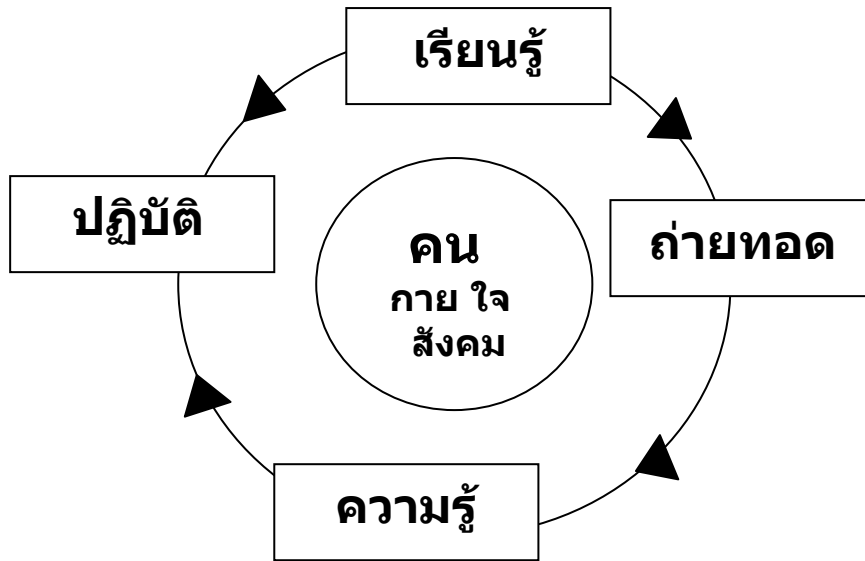
ระบบบริการสุขภาพ ควรเป็นระบบที่สร้างจากความรู้ ความเข้าใจของตนเอง ครอบคลุมตั้งแต่เกิดจนตาย แต่ช่วงชีวิต ควรจะมีความรู้ชุดใด ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของเรา และความรู้ชุดเหล่านั้นควรมีอะไรบ้าง เป้าหมายของความรู้ในระบบบริการสุขภาพคือ ระบบที่ทำให้ร่างกายและจิตใจเข้มแข็งความรู้ทำอะไรจะทำให้ร่างกายเข้มแข็ง แข็งแรง แต่ในชุดความรู้เหล่านั้นจะต้องทำให้เกิดความเข้าใจในแนวคิดเบื้องต้นด้วยว่าไม่มีระบบใดที่จะทำให้พ้นจากความเกิด แก่ เจ็บ ตาย แต่ระหว่างที่มีชีวิตอยู่จะต้องเน้นความรู้ในทุกแง่มุมที่จะทำให้ชีวิตเดินไปด้วยดี

ระบบบริการสุขภาพ ควรเน้นความรู้ในเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติของพฤติกรรมการใช้ชีวิต ให้สามารถวิเคราะห์ มีความรู้ในเรื่องชีวิต รู้ร่างกายตนเอง เน้นการดูแลตนเอง การไม่เอาอย่างบุคคลอื่น ความรู้ในลักษณะนี้จะทำให้หลุดพ้นจากปัญหาทางกาย ทางจิต วิธีการที่จะทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีกับตนเองเริ่มแรกคือเจ้าตัวจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติ และทดลองกับตนเองจนเกิดความเชื่อมั่น ความสำคัญในระบบบริการลักษณะนี้คือการปลูกฝังแนวคิดในการดูแลตัวเองก่อนป่วย ซึ่งจะทำให้ชีวิตมีต้นทุน ลดค่าใช้จ่าย ลดความเสี่ยงในทุกๆ ด้าน

ข้อคิดเห็นที่สำคัญเกี่ยวกับระบบบริการก็คือ การตั้งเป้าหมายของระบบที่พึงประสงค์ ควรจะต้องมีมาตรฐานกำหนดว่าวางไว้ขนาดไหน เพราะมาตรฐานแต่ละคนไม่เท่ากัน แต่โดยหลักการน่าจะเป็นระบบที่เอื้อต่อสภาพจิต สบาย ไม่มีโรค ไม่เครียด และเป็นระบบที่พอเพียง และช่วยลดรายจ่ายของสังคมโดยรวม เช่น การสั่งยาจากประเทศตะวันตก

2 ระบบความรู้

ที่ประชุมได้ให้ความเห็นในเรื่องระบบความรู้ที่มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของชุมชน มีปัจจัยและความเกี่ยวเนื่องในเชิงกระบวนการ ตามแผนภาพดังนี้



ในด้านของ **ความรู้** เนื้อหาความรู้ที่เน้นคือ (1) การจัดการด้านสมุนไพร ในรูปของการใช้ การอนุรักษ์ คุณค่าของสมุนไพร ความรู้เช่นนี้ไม่เพียงแต่จะทำให้คนหันมาให้ความสนใจสมุนไพรมากขึ้น แต่จะช่วยลดความเสี่ยงและปริมาณของสมุนไพรที่กำลังจะสูญพันธุ์ (2) ความรู้ในการรักษา การแพทย์พื้นบ้าน เช่นหมอพระ (3) ความรู้ในการพึ่งตนเองทำให้จิตใจเข้มแข็ง (4) ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ร่างกายเบื้องต้น และสามารถตัดสินใจกินยาได้ทุกอย่าง ทุกแผน ตัวอย่างของการสามารถวิเคราะห์นี้จะเชื่อมโยงกับการกินสมุนไพร ผู้ที่มีความรู้จะหลีกเลี่ยงและระมัดระวังเรื่อง สารเคมีสมุนไพร ดังนั้นคำถามในการส่งเสริมสมุนไพรต้องชัดเจน

ในด้านของ **การปฏิบัติ** เมื่อมีความรู้แล้วจะต้องคำนึงว่า ทำแล้วเอาไปใช้ในชีวิตจริงได้หรือไม่ ในแง่ของการปฏิบัติ จะต้องมีการจัดตั้งที่กระตุ้นให้เกิดกิจกรรม ให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ มาใช้บริการ ผู้มารับบริการ และคนรอบข้างอยู่เนืองๆ ในการจัดเวที ควรมีการนำเข้าสู่สภาพปัญหาที่ เด่นชัด เช่น ผลเสียของการใช้สารเคมี

สิ่งที่เชื่อมต่อยกยหว่าง การปฏิบัติ และ การเรียนรู้ คือการถอดบทเรียน เพราะเมื่อปฏิบัติแล้ว สิ่ง ที่เป็นความรู้จากการปฏิบัติอาจจะยังไม่ใช่คำตอบสุดท้าย แต่ต้องนำมาสรุป ทดลองใช้ และถือเป็นการ ถอดบทเรียน เพื่อให้มีตัวแบบที่จะคิด ขยายผลและนำไปทำต่อ ผลที่เกิดขึ้นจะทำให้คนมีความ เชื่อ และสามารถนำไปถ่ายทอดต่อได้

ในด้าน **การถ่ายทอด** ในขั้นตอนนี้ของระบบความรู้ ได้รับการอธิบายมากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะ ส่วนที่ประชุมลงความเห็นร่วมกันว่า “สิ่งที่ขาดหายไป” ในขั้นตอนการถ่ายทอดการแพทย์แผนไทยคือ การจดบันทึก ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่อมั่นในการใช้การแพทย์แผนไทย คุณสมบัติของสมุนไพรในการ รักษา การจดบันทึกในสิ่งที่เป็นการปฏิบัติและการเรียนรู้ หรือการถอดบทเรียนจึงมีความสำคัญ และ จำเป็นต้องพัฒนาจนกระทั่งสามารถได้รับประโยชน์จากการจดบันทึกนั้น และสามารถสร้างเป็นตำรา ขึ้นมาได้

การเคลื่อนไหวเรื่องระบบความรู้ มีเป้าหมายคือ **การเปลี่ยนทัศนคติ** ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีนามัยลงความเห็นว่าการเปลี่ยนวิธีคิดของคนเป็นเรื่องยากมาก แต่ในระบบบริการสุขภาพ “แนวใหม่” ควรให้เกิดกระบวนการในการให้คนดูแลตนเองให้ได้ และความรู้ ไม่ควรอิงอยู่ในภาครัฐเช่นเดิม แต่ต้องเปิดออกไปสู่ภาคประชาชนให้มากขึ้น แลระบบความรู้จะต้องผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการยอมรับความรู้ที่จะนำมาถ่ายทอดคือความรู้ในทุกๆ ด้านที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ เช่นปัญหาความยากจนที่เป็นทั้งเหตุและผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ

3 รูปแบบ โครงสร้างในการจัดระบบบริการสุขภาพ

เนื่องจากในการดำเนินโครงการนี้ ผู้วิจัยได้ฟังฟังองค์กรเอกชนซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอันเป็นพื้นที่วิจัย ที่ประชุมจึงให้ความสนใจกับ บทบาทขององค์กรเอกชนในการทำหน้าที่ขับเคลื่อนด้านระบบบริการสุขภาพ และวิเคราะห์ถึงข้อดี ข้ออ่อน รวมถึงข้อคิดเห็น ซึ่งแยกเป็นประเด็นดังนี้

รูปแบบขององค์กรเอกชนในการจัดระบบบริการสุขภาพ ควรเป็นองค์กรอิสระ ไม่อยู่ในภาครัฐ เนื่องจากโครงสร้างราชการไม่นิ่ง เช่น สปสช. มีการบริหารงานแบบใหม่ ทำให้มีข้ออ่อนในการบริหาร เนื่องจากต้องเป็นไปตามนโยบายการเมืองและรัฐบาล เพราะที่ผ่านมาทำแล้วแต่ไม่มีความต่อเนื่อง การจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาทางด้านการบริหาร การเงิน และคุณภาพการบริการเช่น ใช้จ่ายต่างบัญชี , หมอทำงานหนัก และปัจจุบันศูนย์สุขภาพชุมชนก็ถูกตัดงบประมาณลงอีก แต่ข้อดีของการอยู่ในระบบ มีเงินงบประมาณแน่นอน ผู้ป่วยทุกคนใช้บัตรทองทั้งหมด ด้วยกลไกการบริหารงานทำให้เงินกองทุนออกไปใช้จ่ายอย่างเป็นระบบ

ข้อดีขององค์กรอิสระ คือเป็นองค์กรที่พึ่งตนเองอย่างแท้จริง สามารถใช้แหล่งทุนอื่นเพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพ เช่น ธนาคารโลก , องค์กรอนามัยโลก unisef โดยการเสนอโครงการและสร้างผลงาน

การเป็นองค์กรอิสระ ต้องไม่หวังพึ่งราชการ แต่ราชการสามารถช่วยเหลือได้ในเชิงระบบ โดยรัฐจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของสวัสดิการประชาชน (บัตรทอง,บัตรสงเคราะห์)

องค์กรอิสระสามารถคิดโครงการต่างๆ ที่เป็นนวัตกรรม และการสร้างสรรค์ เช่น **โครงการบ้านหลังสุดท้าย** เป็นโครงการที่ให้บริการดูแลคนใกล้ตาย เนื่องจากแนวโน้มของผู้สูงอายุมีมากขึ้น เด็กเกิดใหม่น้อย คนพิการ คนสูงอายุมีมาก การดูแลผู้ป่วยที่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตควรจะต้องมีบรรยากาศที่เอื้อต่อการแตกดับของจิต แต่ก่อนที่จะถึงนาทีสุดท้าย การดูแลทางร่างกายก็มีความสำคัญ เช่น การดูแลแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะสำหรับองค์กรอิสระที่จะดำเนินโครงการระบบบริการสุขภาพ มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างจุดขายขององค์กร สร้างเอกลักษณ์ขององค์กร ให้องค์กรอิสระอย่างมูลนิธิพุทธรักษาเป็นทางเลือกใหม่ และใช้กลยุทธ์ในการเสนอตัวเอง ใช้นโยบายของสินค้าและการตลาดเพื่อดึงเชื่อมโยงเข้ามากับด้านสุขภาพ ให้พุทธรักษาเป็นที่รู้จัก ด้วยการโดยใช้สินค้าเป็นตัวเผยแพร่ (น้ำยาถูพื้น ,สบู่) ในกรณีนี้ อบต.จัดการประชุมทุกเดือน ให้ใช้สินค้าเป็นตัวนำ โดยมีสินค้าที่มีคุณภาพดี เพื่อ

ค่อยๆ พาก้าวเดินไปด้วยกัน สำหรับการสนับสนุนด้านความรู้แบบองค์รวมนั้น มูลนิธิพุทธรักษาสามารถทำได้ครบถ้วน จะแตกต่างกับโรงพยาบาล และสถานเอนกมัยทั่วไป

4 การสนับสนุนของภาครัฐ และภาคประชาชน ในงานการแพทย์ทางเลือกและการ แพทย์แผนไทย

ภาคประชาชนและชุมชน

การเคลื่อนของระบบบริการสุขภาพของชุมชน จะต้องใช้สัมพันธภาพส่วนบุคคล ได้ภาคีเครือข่ายการทำงานที่เข้าใจและพร้อมที่จะเป็นทีม โดยเน้นคนในชุมชนให้พึ่งตนเอง ใช้ทรัพยากรธรรมชาติ มีการรวมกลุ่ม จัดตั้งกองทุนระบบบริการสุขภาพที่ให้คนในชุมชนดูแลกันเอง (ไม่เกี่ยวกับกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์)

การจัดการขององค์กรท้องถิ่น

อบต.ได้ชี้แจงในที่ประชุมว่า ที่ผ่านมานโยบายของ อบต.โคกกระชายจะเน้นในด้านการก่อสร้าง การสาธารณสุขไปภาค แต่งานด้านสุขภาพยังมีการดำเนินการน้อย และต้องการให้ผู้ดำเนินโครงการฯ ได้นำเสนอผลการศึกษา เพื่อขยายผลสร้างโครงการคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนตำบลโคกกระชายต่อไป สำหรับโครงการพัฒนาบุคลากร โดยให้ อบต.ให้การสนับสนุนด้านกำลังคนทางสาธารณสุข ด้วยการจัดสรรงบประมาณในการศึกษาและผลิตผู้จบการศึกษาให้กลับมาอยู่ในชุมชน อบต.จะได้มีการหารือและร่วมให้ความเห็นต่อไป นอกจากนี้ อบต.สนใจแนวคิดของการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล และสนใจกรณีที่ อบต.ขอดูแลสถานเอนกมัยเอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ยินดีให้การสนับสนุนในโครงการวิจัยนี้ และกล่าวถึงบทบาทในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งตนเองที่สสจ.ได้ดำเนินการแล้วอย่างเป็นรูปธรรม ยกตัวอย่างเช่น การสนับสนุนให้มีการทำสวนครัวรั้วกินได้ สวนสมุนไพรของโรงพยาบาล นอกจากนั้น สสจ. ยังได้เป็นตัวกลางแบ่งการรับซื้อสมุนไพรออกเป็น 3 แห่ง ได้แก่ รพ.นครบุรี รพ.สูงเนิน และดูแลมาตรฐานของการปลูกสมุนไพร

สิ่งที่ต้องการคือการสร้างองค์ความรู้ อย่างที่สามารถพิสูจน์ให้เห็นเป็นวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้นี้ต้องตอบสนองด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม

การสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ใช้การแพทย์แผนไทยเป็นตัวขับเคลื่อน สิ่งที่สำคัญคือการสร้างคนทำงานที่มีใจรักในงานด้านนี้ ผู้บริหารต้องให้ความสนใจมากกว่านี้ สำหรับในระดับกระทรวงมีกรมแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว แต่ในระดับจังหวัดควรมีการบริหารโดยจัดกลุ่มการแพทย์แผนไทยแยกออกมา แยกงานแผนไทยออกจากงานคุ้มครองผู้บริโภค และสามารถมีงบประมาณจากหลายแห่ง โดยสายการบังคับบัญชาให้มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สำหรับปัจจุบันการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยมีแนวโน้มช่วยรุดตอเพื่อเติมเต็มให้กับพื้นที่โคราช ซึ่งไม่มีปัญหาแต่ต้องมีการขยายผลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ในเขต เพราะมีรพ.ชุมชนโคราชเพียงไม่กี่แห่งที่มีการใช้สมุนไพรเป็น

ทางเลือกร่วมในการรักษาอย่างโดดเด่น ซึ่งได้แก่ รพ.ครบุรี รพ.สูงเนิน และ รพ.ขามสะแกแสง จึงควรมีการขยายเพื่อให้ รพ.ชุมชนอื่นๆ ได้ขยายผล ขยายให้เกิดการเรียนรู้ในพื้นที่

ข้ออ่อนของการแพทย์ทางเลือก ซึ่งรวมทั้งการแพทย์อื่นๆที่ไม่ใช่การแพทย์แผนตะวันตก ได้แก่ การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน (การฝังเข็ม) คือยังไม่เป็นที่รู้จักมากนัก ควรหารูปแบบ ขณะเดียวกันแพทย์ในสายนี้จะต้องสร้างองค์ความรู้ สร้างชื่อเสียงไปเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง

สถานีนามัย

โดยระบบของการบริหารจัดการที่เป็นอยู่ขณะนี้ยังไม่สามารถตอบสนองกับข้อมูลและความเป็นจริงในชุมชน ยกตัวอย่างที่ปัญหาที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ในการชั่งน้ำหนักตัวเด็กน้อย ที่มีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดไว้ แต่เนื่องจากเวลาไปชั่งจริง น้ำหนักตัวของเด็กส่วนใหญ่จะถึงมาตรฐานเนื่องมาจากปัญหาโภชนาการ การแก้ไขหลายวิธี เช่นเคยแก้ปัญหาแจกไข่ และเมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้จึงแก้ไขได้โดยลดมาตรฐาน ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องนำมาวิเคราะห์ว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กน้อยหรือไม่ และจะต้องมองไปถึงครอบครัวของเด็กน้อย เช่นสุขภาพของแม่ด้วยหรือไม่ ปัญหาของระบบการบริหารจัดการ การจัดทำมาตรฐานด้านสุขภาพ ควรมีการพิจารณาร่วมกับคนในชุมชนเพื่อหาทางออกและทางปฏิบัติร่วมกัน

การสั่งการด้านนโยบาย สถานีนามัยยินดีให้ความร่วมมือและพร้อมทำตามนโยบาย เพราะหากหมอนามัยสนับสนุน คนในชุมชนจะให้ความเชื่อถือมาก แต่งานด้านการส่งเสริมสุขภาพเช่น การสนับสนุนให้ปลูกพืชผักจะต้องดูในเรื่องของที่ดิน กำลังคน เพราะที่ดินมีน้อย ค่าจ้างแรงงานต้องแพงสูง สำหรับในด้านการใช้สมุนไพร มีคนในชุมชนสนใจมาก และเอาสมุนไพรมาให้หมอนามัยดู แต่เนื่องจากไม่มีความรู้พอ ทำให้ไม่มีการศึกษาต่อ ดังนั้นในการใช้สมุนไพรควรมีการประสานกับภาครัฐ และมีรูปแบบในการใช้ การรักษาที่แน่นอนโดยให้หัวหน้า สอ.ช่วยดูผลแทรกซ้อน

รพ.ชุมชน

ในพื้นที่วิจัย โรงพยาบาลครบุรี ได้จัดว่าเป็นโรงพยาบาลในเขตนครราชสีมาที่มีความโดดเด่นในการใช้แนวทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาร่วมกับการแพทย์แผนตะวันตก โดยในการตรวจการวินิจฉัย ผ่านแพทย์ในโรงพยาบาล แต่ในการรักษา ให้ประชาชนมีสิทธิ์เลือกว่าจะรับการรักษาแบบใด แยก track ออกจากกัน

ยุทธวิธีในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพด้วยการเน้นการแพทย์แผนไทย และการพึ่งตนเองด้วยการออกกำลังกายนั้น รพ.ครบุรี ใช้โอกาสของวันพระ แลกเปลี่ยนกับคนในชุมชนให้ได้รับความรู้จัดทำโครงการนาร่อง ในเรื่องการจัดโครงสร้างทางร่างกาย ในตำบลแะ จัดการอบรมให้ความรู้ในโรงเรียน ในเรื่องอาหารที่มีคุณประโยชน์ เช่นการจัดทำน้ำเต้าหู้ การประสานกับสถานปฏิบัติธรรมในตลาดอำเภอครบุรี สอนการทำอาหารมังสวิรัต และเยี่ยมชุมชนสอบถามปัญหาของชุมชน นำมาเสนอเพื่องานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล โดยการทำเครือข่ายข้อมูลให้เห็นปัญหา โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ , เน้นกลุ่มเด็ก (เช่น โรงเรียนหริยญทอง ในอำเภอครบุรี ซึ่งเป็นลูกหลานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เล็ก

โรงเรียนแล้วมารอพ่อแม่ที่โรงพยาบาล จึงได้จัดให้มีการออกกำลังกายให้กับเด็กๆ ในตอนเย็น ผนวกรำไทยโดยหลักการคือการยืดโครงสร้างในกล้ามเนื้อแต่ละมัด

ในด้านการใช้ลูกประคบเพื่อทำกายภาพบำบัด เนื่องจากต้องการลดการใช้ยารักษากล้ามเนื้อ เพราะคนไข้ที่รับประทานยาโรคกระดูก และมีส่วนข้างเคียง กระเพาะอาหารระคายเคืองมีเยื่อ จึงใช้วิธีการประคบ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากชุมชนตำบลชะในการสนับสนุนเรื่องสมุนไพร การทำลูกประคบ สำหรับตัวสมุนไพรคุณตาคุณยายที่มาก่อกำลังกายจะเอามาให้โดยไม่คิดเงิน

5 การจัดการด้านบุคลากร

การดำเนินการสร้างองค์ความรู้และจัดระบบบริการสุขภาพ ที่ประชุมให้ความสำคัญกับบุคลากร หรือกำลังคนที่จะทำงานด้านนี้ ด้วยการจัดทำทำเนียบผู้รู้ในท้องถิ่น มีการฝึกอบรมและทำความเข้าใจในการรับนโยบายจากกรมการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทยมาเชื่อมโยงกับประชาชนในพื้นที่ เน้นให้เกิดแกนนำเพื่อบอกต่อ และในการถ่ายทอดต้องบอกหมด

การพัฒนาบุคลากรควรมีการขยายผลในทุกอำเภอ โดยหาผู้ที่มีคุณสมบัติโดยเป็นผู้ที่มีใจรัก หาตัวแบบ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในชุมชน คนในครอบครัวจะเป็นเครือข่ายที่นับเป็นการสร้างฐานที่มั่นคงของโครงการฯ ครอบครัวจะเป็นผู้เปลี่ยนแปลงวิถีการกินอาหาร และขยายความรู้ ต่อเชื่อมกับเพื่อนบ้าน

อสม.มีบทบาทในการรื้อฟื้นการแพทย์แผนไทยด้วยใจรัก หรืออาจจะไม่ได้อยู่ในบทบาทของ อสม. แต่เป็นคนในชุมชนที่มีใจรักทางด้านนี้ ซึ่งจะมีความแตกต่างจากบทบาทในการจัดตั้ง อสม. เนื่องจากปัจจุบันบทบาทของ อสม. กับ อพม. เป็นคนๆ เดียวกัน ในการสั่งการ การประสานงาน อาจจะเป็นการสร้างภาระหน้าที่ให้กับ อสม.มากขึ้น จึงควรมีการสร้างนโยบายที่เอื้อการถ่ายทอดความรู้ ให้ชุมชนเป็นตัวแบบ เน้นการปฏิบัติจริง เพื่อสร้างเครือข่ายและผู้สนใจที่แตกต่างไปจากรูปแบบของ อสม

6 ข้อเสนอแนะทั่วไป

- พื้นที่งานวิจัยควรเลือกประมาณ 2-3 หมู่บ้าน ไม่ต้องทำทั้งตำบล
- รูปแบบของการแพทย์แผนไทยยังแสดงความเป็น “รัฐ” ในการบริหารจัดการ ควรหาช่องทางว่าภาครัฐจะประสานอย่างไร จะทำเป็นตัวอย่างอย่างไร และจะประสานเชื่อมต่อไปเป็นลักษณะของการแพทย์แผนไทยในภาคประชาชนอย่างไร
- เป้าหมายของการวิจัยให้เน้นที่กระบวนการ การแพทย์แผนไทยของชาวบ้านกับปฏิสัมพันธ์ที่คนในชุมชนมี สมุนไพรอาจจะยังไม่ต้องก้าวไปถึงการรักษาโรค แต่ให้สามารถดูแลตนเองเป็นเบื้องต้น และหากการปลูกสมุนไพรยังไม่ถึงก็ให้เป็นสวนผักในบ้าน
- การสร้างศรัทธา ต้องมีการทำเป็นตัวอย่าง นำให้คนอื่นใช้ มีผู้ใช้เป็นตัวอย่าง ต้องมีคนที่แสดงตัวเป็นหมอ และต้องอาศัยการจัดการความรู้ คือทำให้เห็นจริง เพราะโดยตัวของสมุนไพรเองนั้นขายตัวเองยาก

(2) ข้อคิดเห็นจากเวที สวรรส ในการนำเสนอผลการดำเนินงาน

โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการระบบสุขภาพชุมชน

ตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา

วันศุกร์ที่ 16 มิถุนายน 2549 เวลา 13.30 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ผู้เข้าร่วมประชุม

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1	นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ผู้อำนวยการ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)
2	พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร	ผู้จัดการ	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3	นพ.เกษม เวชชานนท์	ผู้จัดการโครงการ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4	รศ.ดร.เสรี พงศ์พิชญ์		
5	รศ.ดร.สุนทรวาดี เรียบพิเชฐ	คณบดี	คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา ชลบุรี
6	พญ.สกวเดือน นาสกุล	นายแพทย์ 7	รพ.บรบือ อ.บรบือ จ.นครราชสีมา
7	อ.เสาวนีย์ กุลสมบุรณ์	กลุ่มงานการแพทย์ พื้นบ้านไทย	กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
8	ดร.ฉัตรวิทย์ องค์กรสิงห์	นักวิจัย	มูลนิธิพุทธรักษา

ดร.ฉัตรวิทย์ ๙ ได้นำเสนอความเป็นมาของโครงการ และผลการดำเนินการ (ตามเอกสาร ppt. ดังแนบ) จากนั้นเป็นเวทีเปิดอภิปรายโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 7 ท่าน ตลอดจนการตอบข้อซักถามของผู้ดำเนินโครงการต่อผู้เชี่ยวชาญ

ความเห็น ข้อวิจารณ์ ของผู้เชี่ยวชาญ

1. ชื่อ วัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีวิทยา และกรอบคิดในงานวิจัย

ชื่อโครงการ ควรจะเปลี่ยนจาก ระบบบริการสุขภาพชุมชน เป็น ระบบสุขภาพชุมชน

เนื่องจากในมิติที่เป็นกรอบความคิดในงานวิจัยนั้นมีความกว้างขวาง ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีโดยเฉพาะการเชื่อมโยงเรื่องของวงจรอาหารกับสุขภาพ และนับว่าเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากในปัจจุบัน คนในชุมชนส่วนใหญ่มีความสับสนว่าจะเลือกระบบการผลิตแบบใดระหว่าง (1) การผลิตเพื่อขายที่ต้องใช้สารเคมี หรือ (2) การผลิตเพื่อกินเอง และให้เกษตรกรอินทรีย์ที่ไม่ใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และไม่ทำบาปกับผู้ซื้อ ทั้งนี้การตัดสินใจจะเลือกแนวทางใดของเกษตรกรจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากระบบราชการในส่วนงานภาคการเกษตร แต่เนื่องจากปัจจุบันโครงสร้างของระบบราชการทำให้การทำงานไม่ครบกระบวนการ อย่างไรก็ตามมีการทำเกษตรอินทรีย์ที่ประสบผลสำเร็จในบางพื้นที่ และสามารถนำมาเป็นตัวอย่างได้

วัตถุประสงค์โครงการ มีการตั้งข้อสังเกตจากผู้เชี่ยวชาญว่าคณะผู้วิจัยตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการไว้ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในปีแรก ซึ่งไม่อาจบรรลุผลในแง่ของ “การเปลี่ยนวิธีคิด” แต่อาจเป็นไปได้ในแง่ของ “การพัฒนาวิธีคิด” อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญบางคนกล่าวว่า การตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการในระดับสูงมีความเป็นไปได้สำหรับโครงการสามปีที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ในแง่ของ**วิธีวิทยา** แม้ว่าการเลือกพื้นที่วิจัยจะมีความอคติ (bias) อยู่บ้าง แต่เป็นสิ่งที่ยอมรับได้เนื่องจากมีทุนทางสังคม (มูลนิธิตุทธนา) อยู่ในพื้นที่ที่เอื้อต่องานวิจัย ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมควรจะฉายให้เห็นปรัชญา แนวคิดโดยเฉพาะด้านสุขภาพของมูลนิธิตุทธนาด้วย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางคนเห็นว่า มูลนิธิตุทธนาสามารถพัฒนาเป็น Health care system setting ได้ และงานวิจัยใน phase ต่อไปต้องให้ชุมชนเป็นตัวเดินเรื่อง เหมือนกับการจัดการระบบสุขภาพที่ชุมชนไม่เรียง ที่มีการบริหารจัดการและสามารถแก้ปัญหาของชุมชน เช่นปัญหาอาชญากรรม

ผู้เชี่ยวชาญบางคนให้ทัศนะว่ามุมมองของนักวิจัยและมุมมองของคนทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่อาจเป็นคนละมุมมองกัน มุมมองของนักวิจัยที่แสดงออกผ่านผลงานวิจัยอาจเป็นมุมมองเชิงเดี่ยวที่อาจแตกต่างกับวิถีของการปฏิบัติ เช่นการปลูกผักปลอดสารพิษ งานปลูกสมุนไพร คนในชุมชนจะไม่นิยมทำเพราะไม่ได้เงิน หรือทำให้การทำงานยากขึ้น สิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขควรจะทำก็คือ มองระบบสุขภาพในแง่ของวิถีชีวิต โดยไม่ต้องทำเป็นภาพใหญ่ เพราะถ้าเป็นภาพใหญ่แล้วจะกลับไปสู่นโยบายเหมือนเดิม คือใช้ระบบเดียวในการบริหารจัดการคนและกลุ่มคนที่มีความแตกต่าง ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วคนแตกต่างกัน และมีวิถีชีวิตแตกต่างกันด้วย วิธีการที่แปลกใหม่ในงานวิจัยยังต้องการรูปแบบที่พัฒนาอีกมาก และจะต้องทำให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติ เช่นการรณรงค์การรักษาระหว่างหมอฟันบ้านกับหมอแผนปัจจุบันไม่สามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่าโรงพยาบาลจะพยายามสนับสนุน เช่นการให้หมอพื้นบ้านมานั่งตรวจคู่กับหมอในโรงพยาบาล จะไม่สามารถทำได้ เนื่องจากหมอฟันบ้านมีวิธีการรักษาอีกแบบหนึ่ง มีครูที่แตกต่างไปจากแพทย์แผนปัจจุบัน

2. เกษตรอินทรีย์ ปัจจัยแทรกแซงในงานวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับห่วงโซ่อาหารในฐานะที่เป็นบริบทของระบบสุขภาพ และยกตัวอย่างกระทรวงสาธารณสุขที่ได้พยายามเพิ่มความต้องการ (demand inducing) ด้วยการให้โรงพยาบาลซื้อผัก ผลไม้ปลอดสารพิษเข้าโรงครัวของโรงพยาบาลเพื่อทำอาหารให้กับผู้ป่วย ตัวอย่างที่เห็นเป็นรูปธรรมคือโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น โดยบุคลากรสาธารณสุขได้สร้างความมั่นใจ (reassure) ให้กับเกษตรกรในพื้นที่ในการทำเกษตรอินทรีย์ แต่โดยบทบาทแล้วสามารถทำได้ในเชิง passive คือแนะนำการใช้สารเคมี และการป้องกันเพื่อให้เกิดความปลอดภัย สำหรับ สวรส.ในปัจจุบันได้มีผลงานวิจัยที่สร้างองค์ความรู้และเครื่องมือที่จะใช้และสอดแทรกเข้าไปในงานสาธารณสุขและงานด้านการเกษตร

สิ่งที่ต้องเชื่อมต่อการก้าวหน้าในการสนับสนุนด้านการใช้เกษตรอินทรีย์เพื่อผลลัพธ์ต่อสุขภาพของประชาชนได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ให้ความสำคัญกับอาหารและเกษตรอินทรีย์ ซึ่งจะต้องมีการติดตามนโยบายด้านนี้ต่อไป

ผู้เชี่ยวชาญบางคนเห็นว่าการออกแบบงานวิจัยนี้ ที่นำการปฏิบัติการของเกษตรอินทรีย์เข้ามาเป็นปัจจัยแทรกแซงในงานวิจัยนี้เป็นงานที่ยาก และไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ใน 1 ปี แม้จะยอมรับว่าอาหารที่ใช้วิถีทางของเกษตรอินทรีย์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของคน แต่ก็เห็นว่าการวิจัยนี้ควรเน้นให้ความสำคัญกับบริบททางสังคม (social context) ที่มีอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะทุนทางสังคมในชุมชน (social capital) เช่นหมอผีฟ้อน ซึ่งถือเป็นความรู้ที่เก็บไว้เป็นต้นทุน (stock knowledge) ที่คณะผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลมาในระดับหนึ่งแล้ว และควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นใน phase ต่อไปโดยให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมการรักษาแบบพื้นบ้านที่สามารถนำมาพิจารณาเชื่อมโยงกับการแพทย์ทางเลือก เช่นหมอผีฟ้อนอาจเป็นแนวคิดเดียวกับ ดนตรีบำบัด หรือความรู้ด้านยาสมุนไพรไทยในเชิงในอำเภอครบุรีมีหลวงปู่ดิลก ที่แม้จะมรณภาพไปแล้ว แต่องค์ความรู้ด้านการรักษาแบบแผนไทยและสมุนไพรไทยก็ยังมีอยู่ นักวิจัยควรสืบค้นหาค้นหาความรู้และเชื่อมต่อกับทรัพยากร ธรรมชาติเช่นป่ายา ป่าต้นน้ำ

3. องค์การเอกชนในฐานะที่เป็น Health care system setting

ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ในโครงการวิจัยนี้ จุดเด่นคือองค์การเอกชน (มูลนิธิพุทธรักษา) ที่เข้ามาเป็น actor ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะทำให้การพัฒนาสุขภาพของชุมชนไม่มีวันสิ้นสุด ข้อสังเกตของผู้เชี่ยวชาญคือในระยะแรกจะให้องค์กรเอกชนเป็นผู้เคลื่อนไหว แต่ในระยะกลาง (intermediate) ต้องวางระบบให้ชุมชนสามารถเคลื่อนไหวต่อไปได้ด้วยตัวของชุมชนเอง สำหรับบทบาทขององค์กรเอกชนควรจะเป็นอย่างไรนั้น มีข้อคิดเห็นว่าหากให้องค์กรเอกชนเข้ามาอยู่ในระบบ เช่นเป็น node ของโรงพยาบาล องค์กรเอกชนนั้นจะไม่สามารถทำงานได้อย่างอิสระเพราะจะติดกับอยู่ในโครงสร้างของระบบราชการ ทางออกที่ดีที่สุดคือ ชุมชนจะต้องเข้ามามีส่วนสนับสนุนองค์กรเอกชนด้วยตัวของชุมชนเอง แต่ต้องจัดเงื่อนไขปัจจัยต่างๆ ให้เชื่อมโยงกับระบบและโครงสร้างสาธารณสุขที่เป็นระบบใหญ่ ดังนั้นในลักษณะเช่นนี้ ชุมชนจะเป็นผู้จัดการความรู้เอง เช่นต้องการความรู้แบบใดก็จะร่วมกันจัดขึ้นมา หากทำเช่นนี้ได้เมื่อมองไปในภายภาคหน้าก็จะส่งผลทำให้เกิด “สถานบริการระบบสุขภาพ (Health care system setting) ที่มีความก้าวหน้าและชุมชนเป็นเจ้าของ จะมีกิจกรรมที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ก่อเกิดสืบเชิดต่อยๆ ที่เกาะเกี่ยวกับ setting นี้

4. ระบบสุขภาพและความมั่นคงของชุมชน

ผู้เชี่ยวชาญที่คร่ำหวอดอยู่กับงานพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะการพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชนที่เอื้อต่อมิติสุขภาพ ให้ความเห็นว่าปัจจุบันการพัฒนาและจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเรื่องยาก เช่นเดียวกับการพัฒนาในทุกด้านของสังคม เช่นการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และทวีความยากขึ้นเพราะมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 บาท การพัฒนาทางด้านการเมืองเป็นไปได้ยากเพราะ

มีระบบอุปถัมภ์ และเป็นระบบที่แยกส่วนกับชุมชน ชุมชนกลับกลายเป็นเครื่องมือของระบบอุปถัมภ์ และทำให้พึ่งตนเองไม่ได้

การที่คนจะคิดถึงระบบสุขภาพได้จะต้องคิดว่าทำอย่างไรตนเองจึงจะอยู่รอด และอยู่ได้อย่างมั่นคง งานวิจัยนี้มีตัวชี้วัดคือ ตัวระบบบริการสุขภาพ ที่มีระบบเศรษฐกิจพอเพียงเข้ามาร่วมด้วย การมีระบบจะทำให้กลไกในระบบสามารถขับเคลื่อนตัวเองไปได้ และส่วนที่สำคัญคือการเรียนรู้ของผู้คน ซึ่งโดยบทบาทของที่มีวิจัยแล้วสามารถทำได้ใน 3 บทบาทคือ (1) บทบาทในการเป็นผู้เอื้ออำนวย – facilitator (2) บทบาทของผู้สังเคราะห์ – catalyst (3) บทบาทของผู้เชื่อมโยงเครือข่าย – networking person ทั้งนี้ผู้เล่นคือคนในชุมชน ความมั่นคงในระบบสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจึงเป็น “การระเบิดจากภายใน” ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่าปัจจุบันโดยส่วนใหญ่คนในชุมชนไม่มีความมั่นใจในความรู้ของตนเองเพราะถูกระบบราชการจัดการความรู้ในทุกมิติของชีวิต การจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจึงเป็นการสร้างเสริมความเชื่อมั่นให้กับคนในชุมชน และความรู้จะเกิดขึ้นได้เพราะคนในชุมชนมีความเชื่อมั่นในตนเอง

ตัวอย่างของการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพ มีตัวอย่างที่น่าสนใจคือในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ถือได้ว่าเป็นตัวอย่างของการพัฒนาชุมชนโดยใช้สุขภาพเป็นตัวนำ

5. ตัวชี้วัดในโครงการ

ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่าควรจะต้องมีตัวชี้วัดในทุก phase เพื่อให้สามารถวัดผลของโครงการเทียบกับวัตถุประสงค์ แง่มุมที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นเกี่ยวกับตัวชี้วัด ได้แก่ หนึ่งสินลดลง ความทุกข์จากหนี้สินลดลง ความเครียดลดลง

6. คำถามสำคัญในที่ประชุม และแนวคิดในการดำเนินโครงการใน phase 2

- Key person คือใคร ผู้นำชุมชนอยู่ที่ไหน มีผู้นำที่ต่อเนื่องหรือไม่
- ในแต่ละ phase จะมีตัวชี้วัดวัตถุประสงค์ของโครงการได้อย่างไร เช่นการเปลี่ยนวิถีคิดสามารถวัดจากพฤติกรรมได้หรือไม่ การลดการใช้สารเคมี วัดได้หรือไม่ หรือผลจากโครงการนี้ทำให้คนมีความสุขเพิ่มขึ้นหรือไม่
- ทีมนักวิจัยมีกระบวนการอย่างไรที่จะทำให้ระบบมีความยั่งยืน และสามารถบูรณาการปัจจัยที่มีอยู่ให้เข้าไปอยู่ในระบบได้หรือไม่
- ระบบที่วางไว้ ควรจะสามารถนำมาปฏิบัติได้ และสามารถบูรณาการเข้ากับระบบปกติ โดยจะต้องมองกลไกว่าจะเข้าไปเชื่อมต่อยังไง
- การวิจัยใน phase 2 สถานการณ์คืออะไร กลุ่มใดจะเป็นกลุ่มเริ่ม
- ควรมีการทำประชาพิสัย โดยให้ภาคีอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วม โดยจัดกระบวนการให้เป็นลักษณะของการเคลื่อนไหวทางสังคม ใน phase 2 ควรมุ่งเป้าไปที่คนในชุมชนที่อาจจัดเฉพาะกลุ่มของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เรียกว่า “โรคระบาดเงียบ”

- แนวทางของ phase 2 ใช้ข้อมูลที่ได้จากปีแรกมาเป็นต้นทุนในปี 2 และใช้เป็นกรอบที่จะพัฒนาในเชิงพื้นที่ ซึ่งอาจทำได้ในหลายแนวทาง เช่น กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้แคบลง อาจเน้นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเป็นเบาหวาน โดยนำคนไข้กลุ่มนี้มาเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมและป้องกัน โดยอาจผสมผสานแนวทางการแพทย์ทางเลือก ที่ไม่เป็นอันตรายและได้รับการรับรองจากรัฐแต่สิ่งที่นำเข้านั้นจะต้องตอบคำถามได้ว่านำเข้ามาเพื่ออะไร และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไร หรืออาจจะให้การแพทย์แผนไทยเป็นตัวนำ หากมีการใช้สมุนไพร หมอโรงพยาบาลจะต้องดูแลและสนับสนุนในแง่ของการปลูก การผลิต การควบคุม การทดสอบคุณภาพของสมุนไพร ซึ่งหากใช้จะต้องระวังเรื่องค่าเบี่ยงเบนซึ่งมีสูง
- สิ่งที่จะต้องพิจารณาเพิ่มก็คือ การมองระบบสุขภาพในเชิงวัฒนธรรม และพิจารณาแนวคิดดังต่อไปนี้ - pluralistic medicine , empowerment, communicate action และการสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างระบบการเรียนรู้ของชุมชนกับอำนาจของชุมชน

ปิดประชุมเวลา 16.30 น.

(3) กำหนดการตัวอย่างของการประชุมสนทนากลุ่มย่อย

การประชุมกลุ่มย่อย ครั้งที่ 4

ณ อาคารหอเย็น มุลินีวิทยุทวนา

เวลา	หัวข้อ / ประเด็น	วิทยากร
08.30 – 09.00	ลงทะเบียน	
09.00 – 10.00	เปิดการประชุม และการบรรยายนำ “กินอยู่อย่างไรจึงจะไม่เจ็บป่วย”	คุณประสิทธิ์ จอมกระโทก สาธารณสุข อ.ครบุรี
10.00 – 11.30	อภิปรายกลุ่ม “อาหารเพื่อสุขภาพควรเป็นอย่างไร”	คุณปรีชา ก้อนทอง ชมรมชีวเกษม พุทธมณฑล
11.30 – 12.30	การฝึกทำอาหารด้วยความรักและสติ	คุณวิริณีดา ก้อนทอง ร้านเบ็กมาน นครชัยศรี
12.30 -13.00	ล้อมวงกินข้าวกลางวันฉันญาติ	
13.00 – 13.45	สมุนไพรรักษาโรคเพื่อช่วยชีวิต จากประสบการณ์ตรง ในการใช้ชีวิตร่วมกับป่าและธรรมชาติ	คุณวันสนันท์ มุลินีวิทยุทวนา
13.45 – 14.45	อภิปรายกลุ่ม “เกษตรกรรมนำชีวิต “	คณะนักวิจัย และ ผู้เชี่ยวชาญ สำนักงาน เกษตร อ.ครบุรี
14.45 -15.00	พัก จิบน้ำสมุนไพรรสขมและผลไม้	
15.00 – 15.45	ชมการสาธิตการทำน้ำหมักชีวภาพ และเยี่ยมชม แปลงผักสาธิต	คุณกัลยา ก้านแก้ว มุลินีวิทยุทวนา
15.45 – 16.00	พิธีปิด สวดมนต์ และอธิษฐานจิตร่วมกัน	นำโดยคณะสงฆ์ วัดป่าเขา คงคา บ.โนนระเวียง

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ประวัติความเป็นมาของหมู่บ้าน

(การถามประวัติของหมู่บ้าน หาก key informant เป็นผู้สูงอายุ ให้ถามเฉพาะช่วงเวลานับย้อนหลังเท่าที่ผู้สูงอายุที่พอจะตอบได้ หากเป็นคนรุ่นถัดมา ให้ใช้คำถามทำนองว่า เคยได้ยินผู้ใหญ่เล่ามาอย่างไร และถามถึงข้อมูลในช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ตอบจำได้ โดยให้ถามชัดเจนว่า ช่วงนั้นประมาณ พ.ศ.อะไร)

- ประวัติการตั้งถิ่นฐาน คนมารวมตัวกันอยู่ตั้งแต่เมื่อใด ประมาณช่วงไหน ปีอะไร ทำไมคนจึงมาตั้งถิ่นฐานบริเวณนี้ ส่วนใหญ่เป็นคนมาจากไหน สภาพภูมิศาสตร์ ภูมิประเทศเป็นอย่างไร เช่น แหล่งน้ำ ป่า ดิน ที่ราบ/ที่ดอนของป่า ปลา ไม้ ไม้ไผ่ น้ำ ลำห้วย เนินเขา พืชพรรณไม้ต่างๆ ฯลฯ คนมีการใช้ (พึงพิง) ธรรมชาติอย่างไรบ้าง
- ถามรายละเอียดเกี่ยวกับแหล่งน้ำที่ใช้เพื่อการบริโภคและการเพาะปลูก คนเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ในวิถีชีวิตอย่างไร

2. สืบค้นเรื่องการทำมาหากินในอดีตและความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ

ประเด็นสำคัญในการผลิต การบริโภคและการพึงพิงธรรมชาติ พยายามสืบค้นว่าในอดีตการทำมาหากินใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไร ลักษณะของการผลิตและการบริโภคเป็นอย่างไร มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติในวิถีการผลิต ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

- สภาพพื้นที่ในตอนแรกเริ่มที่มาอยู่เป็นอย่างไร คนต้องปรับเปลี่ยนทางพื้นที่เพื่อทำกินอย่างไร ตอนแรกๆ เพาะปลูกอะไรบ้าง
- มีการเก็บของป่าหรือไม่ อย่างไร เก็บของป่าจากไหน พืชพรรณหรือของป่าที่เก็บได้มีอะไรบ้าง
- มีช่วงเวลาที่อาหารสมบูรณ์หรือขาดแคลนอย่างไร มีการเก็บสะสมอาหารอย่างไร
- การใช้ชีวิตของคนในช่วง 1 ปีเป็นอย่างไร เช่นมีการปลูกข้าว ปลูกมันสำปะหลัง ในช่วงไหน นอกจากเพาะปลูกแล้ว คนในชุมชนทำอะไรบ้าง (เช่นทอผ้า จักสาน เลี้ยงสัตว์)
- คนมีการถ่ายทอดความรู้กันอย่างไร เช่น การงานอาชีพ การใช้ชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว การดูแลรักษาตนเองและคนในครอบครัว

3. ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน

ประเด็นสำคัญคือในอดีตมีการพึ่งพากันอย่างไร ในการผลิต การใช้แรงงาน การบริโภค การรักษาดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วย การดูแลสุขภาพสงบเรียบร้อย การจัดการกับความขัดแย้ง อาชญากรรม การแย่งชิงทรัพยากรธรรมชาติจากภายนอกชุมชน

- ความสุข ความสบายใจของคนในอดีตและยุคนี้ดูจากอะไรบ้าง (เช่นมีแหล่งอาหารที่เพียงพอ ไม่มีภัยธรรมชาติ ไม่มีโจรผู้ร้าย ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่มีโรคระบาด ไม่มีการ

ทะเลาะเบาะแว้ง) ความสุขของครัวกับความสุขของส่วนรวมต่างกันอย่างไร อะไรคือ ปัญหาที่ทำให้คนมีความสุข คนมีการแก้ปัญหาได้อย่างไร

- ความสัมพันธ์กับคนภายนอกชุมชนเป็นอย่างไรบ้าง เจ้าหน้าที่ทางราชการ ด้านการ ปกครอง ด้านสาธารณสุข รูปแบบความสัมพันธ์เป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือพึ่งพา กันอย่างไรบ้าง

4. รายได้ รายจ่าย หนี้สินและภาษี

ถามย้อนหลังจากอดีตถึงปัจจุบัน โดยพยายามแยกถามระหว่างช่วงที่หาอยู่หากิน กับช่วงที่มีการซื้อ ขายและใช้เงินเป็นหลักมาจนถึงปัจจุบัน โดยถามช่วงเวลาให้แน่นอนว่า การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเมื่อไร และอย่างไร)

ช่วงหาอยู่หากิน - ในอดีตเงินมีความสำคัญมากน้อยแค่ไหน ต้องใช้เงินซื้ออะไรบ้าง รายจ่าย ที่สำคัญมีอะไรบ้าง หากเงินขาดมือทำอย่างไร ถามถึงแหล่งเงินกู้ยืมและดอกเบี้ย / ในอดีตหาเงินได้ อย่ างไรบ้าง เช่นรับจ้าง ขายผลผลิต / นอกจากเงินแล้วต้องมีการกู้หรือยืมอย่างอื่นหรือไม่ เช่น ข้าว พันธุ์พืช วัว ควาย เกวียน เครื่องมือเครื่องใช้ ฯลฯ / มีปัญหาในการใช้คืนหรือไม่ / มีความเครดิตหรือ ความกดดันจากการเป็นหนี้สินหรือไม่ อย่างไร

ช่วงการพัฒนา - การใช้เงินมีขึ้นตั้งแต่เมื่อใด ถามถึงรายได้ และรายจ่ายปัจจุบันของ ครอบครัว ถามถึงแหล่งกู้ยืมจากที่ใดบ้าง เช่นนายทุน ญาติ พ่อแม่พี่น้อง ธกส. ธนาคารพาณิชย์ สหกรณ์ ถามถึงจำนวน การกู้ยืม ดอกเบี้ย การค้าประกันและการใช้คืน / เคยมีการนำที่ดิน บ้านช่อง วัว ควายทรัพย์สินอื่นๆ ไปจำนำจำนองหรือไม่ หากเคยให้ถามถึงการไถ่ถอน การใช้คืน / ลักษณะของ หนี้สินเช่นนี้ก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ อย่างไร

5. การทำมาหากินและการบริโภคในปัจจุบัน

แหล่งน้ำ ที่ใช้ในการเพาะปลูกมาจากไหน เช่นน้ำฝน น้ำจากสระ จากลำคลองหรือเขื่อน น้ำ เพียงพอต่อการปลูกหรือไม่ ถ้าไม่พอ มีการจัดสรรหรือกระจายน้ำอย่างไร

พืชที่ปลูก ในปัจจุบันปลูกพืชอะไรบ้าง ต้องจ้างงานหรือไม่ ค่าใช้จ่ายในการจ้างงานเป็น อย่ างไร การขายผลผลิตเพียงพอต่อการลงทุนหรือไม่ อย่างไร

การบริโภค ในปัจจุบันมีอะไรบ้างที่ท่านต้องซื้อหากินใช้ อาหารหรือสิ่งของที่ต้องซื้อเป็น ประจำ ความบ่ อยในการซื้อ ลักษณะและของที่ซื้อ เช่นรถมอเตอร์ไซด์ รถไถเดินตาม ที่วี วิทยุและของ จำพวกปุ๋ย ยาฆ่าแมลง เมล็ดพันธุ์ ฯลฯ หรือมีอะไรบ้างที่ในสมัยก่อนไม่ใช่สิ่งจำเป็น ไม่ต้องซื้อหา แต่ เดี่ยวนี้ต้องซื้อ เช่น พันธุ์พืช ปุ๋ย อาหารบางอย่าง ฯลฯ

6. การเจ็บไข้ได้ป่วยและการดูแลรักษา

การเจ็บไข้ได้ป่วยในปัจจุบันแตกต่างกับสมัยก่อนอย่างไร การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจาก อะไร ในรอบปีที่ผ่านมามีคนในครอบครัวท่าน หรือคนรู้จักและตัวท่านเอง มีอาการเจ็บป่วย หรือไม่ สบายอย่างไรบ้าง

- มีโรคหรือความเจ็บป่วยใดที่ท่านคิดว่าเป็นผลจากการทำมาหากิน หรือการทำงาน เช่นการใช้ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง การใช้เครื่องมือเครื่องจักร การทำงานรับจ้าง การใช้แรงงาน การทำอาชีพบางอย่าง เช่นการเลี้ยงสัตว์ การจับสัตว์ การทำนา การทำไร่มันสำปะหลัง หรือการปลูกพืชอื่นๆ

- มีโรคหรือความเจ็บป่วย หรืออาการไม่สบาย อันเกิดจากการกินอาหาร เครื่องดื่ม น้ำในชีวิตประจำวันของท่านหรือไม่ อย่างไรบ้าง

- มีโรคหรือความเจ็บป่วย หรืออาการไม่สบายอันเกิดจากสภาพแวดล้อม เช่น แหล่งน้ำ อากาศของเสีย หรือการเลี้ยงสัตว์ ฯลฯ บ้างหรือไม่ อย่างไร

7. การรับบริการจากสถานพยาบาลในชุมชน

ในยามที่เจ็บไข้ได้ป่วย ท่านไปรับการรักษาที่ไหนเป็นด่านแรก (โรงพยาบาล หรือสถานอนามัย) เหตุอะไรจูงใจให้ไปรับบริการ เช่นการแบ่งแยกตามเขตของหมู่บ้าน การแบ่งดังกล่าวมีความสมเหตุสมผลหรือไม่ อย่างไร เขตการแบ่งเหล่านั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของท่าน คนในครอบครัวและชุมชนหรือไม่ อย่างไร

ในการรับการรักษาแต่ละครั้งท่านใช้เวลานานแค่ไหน เริ่มตั้งแต่ออกจากบ้าน การเดินทางเป็นอย่างไร ท่านต้องไปเอง หรือต้องจ้างรถ หรือให้ผู้อื่นให้พาไป คนที่รับอาสาพาไปส่วนใหญ่เป็นใคร ใช้ลูกหลานหรือคนในครอบครัวหรือไม่ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางอย่างไร นอกจากค่าใช้จ่ายเดินทางแล้วมีค่าใช้จ่ายอื่นอีกหรือไม่ อย่างไร

โรคประจำตัวที่ท่านเป็นอยู่ในปัจจุบันมีอะไรบ้าง จะต้องไปพบหมอบ่อยครั้งอย่างไร (ไปกี่ครั้งต่อเดือน) แต่ละครั้งจะได้รับยาอะไรมาบ้าง ยาเหล่านั้นกินเข้าไปแล้วมีผลต่อโรคที่เป็นอย่างไร ขนาดของยาลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างไร

หมอ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลที่ท่านไปรับบริการให้บริการเป็นอย่างไรบ้าง ท่านมีความพอใจหรือไม่อย่างไร ท่านคิดว่าระบบของการให้บริการที่สถานพยาบาลกำหนดไว้นั้นดีแล้วหรือไม่ อย่างไร หากสามารถเปลี่ยนแปลงได้ คนที่จะให้บริการควรมีลักษณะอย่างไร

ท่านได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากสถานพยาบาลหรือไม่ หรือเคยได้รับจากที่อื่นหรือไม่ ความรู้ที่ท่านได้รับมีเรื่องอะไรบ้าง สามารถนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้หรือไม่ อย่างไร

เมื่อท่านเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือไม่ จ่ายจำนวนเท่าใดต่อครั้ง ลักษณะของการจ่ายค่าบริการในยุคสมัยก่อนที่จะมีบริการ 30 บาท รักษาทุกโรค กับสมัยยุค 30 บาทแตกต่างกันอย่างไร ท่านพึงพอใจหรือไม่ เพราะเหตุใด ความคิดเห็นของท่านในการรับการรักษาที่จ่ายเงินน้อยเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับบริการที่ท่านได้รับ

คณะที่ปรึกษา และ คณะผู้วิจัย

คณะที่ปรึกษา

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1	คุณวณัสนันท์ อองคสิงห์	ประธานมูลนิธิพุทธรักษา	
2	นพ.สำเริง แหยมกระโทก	นายแพทย์ สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จ.นครราชสีมา
3	ทพ.ศุภผล เอี่ยมเมธาวี	คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4	คุณชากุล ลินไชย	นักวิจัยอิสระ	
5	นพ.พัฒนา เป้าสาธิต	ผู้อำนวยการ	โรงพยาบาลนครบุรี จ.นครราชสีมา
6	พญ.สกวาดเดือน นำแสงกุล	แพทย์	รพ.นครบุรี
7	นายบุญดลื้อ หุ้มกระโทก	กำนัน ตำบลโคกกระชาย	1 หมู่ 2 เนินเสมา ต.โคกกระชาย อ.นครบุรี จ.นครราชสีมา

คณะนักวิจัย

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1	ดร.ฉัตรวิทย์ อองคสิงห์	นักวิจัยอิสระ	
2	คุณกัลยา ก้านแก้ว	เภสัชกรแผนไทย	มูลนิธิพุทธรักษา
3	คุณจิรศักดิ์ สีหรัตน์	นักวิจัยอิสระ	
3	คุณรัชยศ ทอนสูงเนิน	เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข 6	สถานีอนามัยโคกกระชาย
4	คุณปิยะนุช ศรีนอก	เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข	สถานีอนามัยหนองโบสถ์
5	คุณสรเชษฐ์ ทัพยสุศรี	เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุข	สถานีอนามัยมาบกราด
6	คุณน้อย ช้วยกระโทก	อสม.บ้านโนนระเวียง	บ.โนนระเวียง ม.3 ต.โคกกระชาย อ.นครบุรี จ.นครราชสีมา
7	คุณลัดดาวรรณ โพธิ์ศรี	นักศึกษาเภสัชกรรมและเวชกรรม	กรมแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข
8	คุณวีรยุทธ อินกระโทก	ผู้นำเยาวชน	บ้านโนนระเวียง ต.โคกกระชาย อ.นครบุรี จ.นครราชสีมา