



ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า

(พ.ศ. 2548-2557)

**[Physical therapy system for Thai people
in the next decade (2005-2014)]**

พรพิมล จันทวิโรจน์ และคณะ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(สวรส.)

**ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

กรกฎาคม 2549

ISBN

คณะผู้วิจัย ศึกษาระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557)

คณะทำงานศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของระบบกายภาพบำบัด

- | | | |
|--------------------------------|-----------------|---|
| 1. ผศ.พรพิมล | จันทร์วิโรจน์ | หัวหน้าโครงการ
คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 2. ผศ.ดร.น้อมจิตต์ นวลเนตร | | ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. อ.ผกาวัลลี | พุ่มสุทัศน์ | นักกายภาพบำบัดอิสระ |
| 4. ผศ.สุวิทย์ | อริยะชัยกุล | ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ.ดร.มณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์ | | คณะคณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. อ.ลลิตา | สุริยะประภาดิกล | คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ดร.ฉัตรวิญญู | องคสิงห์ | นักวิจัยอิสระ |

คณะทำงานศึกษาประเด็นสำคัญของระบบกายภาพบำบัด

- | | | |
|--------------------------------|---------------|--|
| 1. ผศ.พรพิมล | จันทร์วิโรจน์ | คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 2. ผศ.ดร.น้อมจิตต์ นวลเนตร | | ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. อ.ผกาวัลลี | พุ่มสุทัศน์ | นักกายภาพบำบัดอิสระ |
| 4. ผศ.สุวิทย์ | อริยะชัยกุล | ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ.ดร.มณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์ | | คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

คณะทำงานจัดทำ เอกสารระบบกายภาพบำบัดของคนไทยใน ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557)

1. ผศ.พรพิมล จันทรวีโรจน์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต
2. ผศ.ดร.น้อมจิตต์ นวลเนตร ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. อ.ผกาวัลี พุ่มสุทัศน์ นักกายภาพบำบัดอิสระ
4. ผศ.สุวิทย์ อริยะชัยกุล ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. ผศ.ดร.มณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์ คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ที่มา ศักยภาพทางกาย เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา การบกพร่องของศักยภาพทางกายจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาล **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาว่า “ระบบกายภาพบำบัดจะเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยได้อย่างไร ใน 10 ปีข้างหน้า?” **วิธีการวิจัยและผลการวิจัย** ใช้กระบวนการ “การมองอนาคต” ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนและผลการวิจัยดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การจัดทำรายงานสถานภาพปัจจุบัน (position papers) เพื่อทำความเข้าใจกับระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัด 5 เรื่อง คือ 1) การจัดการกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด 2) การบริการทางกายภาพบำบัดในระบบกายภาพบำบัด 3) การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ 4) เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด และ 5) กายภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชน ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาประเด็นสำคัญของสถานการณ์ปัจจุบัน และจัดทำเป็นรายงานประเด็นสำคัญ (issues paper) 4 ประเด็น คือ 1) การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด 2) การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน 3) การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และ 4) การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบกายภาพบำบัด และ ขั้นตอนที่ 3 การนำประเด็นสำคัญไปจัดประชุม “การมองอนาคต” (foresight) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน เพื่อกำหนดเป้าหมายในอนาคต 5 เป้าหมาย และกำหนดยุทธศาสตร์เกี่ยวกับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดทั้ง 3 ขั้นตอน มาพิจารณาวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมาย ดังนี้ เป้าหมายที่ 1 ประชาชนไทยมีความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกาย แผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 1) การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ และ 2) การเพิ่มความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ เป้าหมายที่ 2 ประชาชนไทยสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพโดยเฉพาะวิธีการที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายได้ แผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมแนวคิดการใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายแก่ประชาชน 2) การส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน เป้าหมายที่ 3 ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่ใช้วิธีการทางกายภาพจากนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง แผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการกระบวนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัด 2) การบริหารจัดการระบบบริการทางกายภาพบำบัด 3) การสนับสนุนนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีบทบาทในการให้บริการระดับปฐมภูมิ และ 4) การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคและสิทธิผู้บริโภค เป้าหมายที่ 4 นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีระบบคิดที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ แผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 1) การจัดการศึกษาสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ 2) การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพแนวใหม่ให้นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด และ 3) การส่งเสริมนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้เข้าร่วมกับกลุ่มประชาคมและกิจกรรมต่างๆ ของสังคม และ เป้าหมายที่ 5 การบริการด้วยวิธีการทางกายภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอในการแข่งขัน แผนยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 1) การสร้างกระบวนการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของการบริการในทุกระดับ 2) การพัฒนามาตรฐานหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด 3) การส่งเสริมแนวทางและการบริหารจัดการการศึกษาต่อเนื่องของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด 4) การพัฒนาวิธีการทางกายภาพบำบัดให้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ และ 5) การพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการบริการด้วยวิธีการทางกายภาพ โดยในแต่ละแผนยุทธศาสตร์จะมีการร่วมประสานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องและมีการกำหนดโจทย์การวิจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินแผนยุทธศาสตร์บรรลุตามเป้าหมาย

Abstract

Background Physical functioning is the essential component for physical, mental, social and intellectual well-beings. The impairments of physical functioning could lead to great economical and social loss.

Objective: To scrutinize the question “How could the physical therapy system fulfill the physical functioning of Thai population within next decade?”

Methods and Results: The “foresight method” including 3 phases was used in this study.

Phase 1: Five position papers were proposed in order to comprehend the current situation and trend of the physical therapy system. The topics of papers were 1) manpower in the system 2) the physical therapy services in the system 3) the self health maintenance using physical means 4) technology and knowledge management in the system and 5) physical therapy in layperson point of view. Phase 2: the current critical issues were explored and four issue papers were proposed including 1) the paradigm change and knowledge management in the system 2) the accessibility of physical therapy services 3) the self health maintaining networks 4) people and social participations in the system. Phase 3 the critical issues were discussed in a foresight seminar with assorted stakeholders to determine 5 goals pertaining to the physical therapy system in the next decade (2005-2014). The researchers then took the results of the study to considerations in the strategic plans to achieve the goal set as following: Goal 1 Thai people have knowledge to fulfill physical functioning with the strategies of 1) creating the learning processes regarding physical functioning fulfillment for all age ranges and 2) empowering people in accessibility of the knowledge to fulfill physical functioning with physical means. Goal 2 Thai people can apply body of knowledge concerning the physical means particularly the traditional methods to fulfill physical functioning. The strategies are 1) promoting of traditional approaches and 2) encouraging the innovation development with the application of the traditional methods. Goal 3 Thai people can inclusively access physical means provided by professional physical therapists. The strategies are 1) managing production and manpower of physical therapy 2) managing the physical therapy service system 3) promoting the professional physical therapists to play the roles in the primary health care and 4) developing the consumer protection system and promoting the consumer' right. Goal 4 the professional physical therapists have thinking system relating to the new health paradigm. The strategies include 1) providing education of new paradigm for the therapists 2) creating learning process concerning the new health paradigm for the therapists 3) promoting the therapists to contribute to social activities. and Goal 5 The physical therapy services provided by the professional therapists are qualified and standardized enough to contend in health care market. The strategies are 1) developing quality assurance and controlling systems of services in all levels 2) enhancing the standardization of the professional curriculum. 3) endorsing the continuing education for the professional therapists 4) developing the physical therapy means to contribute in significant health problems of the country 5) developing researches regarding services using the physical means. Each strategy will need the collaboration of all relating agencies. The research questions supporting the strategic drives were also proposed.

คำนำ

“ศักยภาพทางกาย” เป็นประเด็นหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในฐานะที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดสุขภาวะ เนื่องจากศักยภาพทางกายเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย และเป็นพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ทั้งในด้านกิจกรรมการทำงาน กิจกรรมในการเคลื่อนย้าย/เคลื่อนที่ งานบ้าน งานอดิเรก และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ อันนำไปสู่สุขภาวะทางจิต สังคม และจิตวิญญาณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก็เห็นถึงความสำคัญของการทำให้คนไทยมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ และเห็นว่า “กายภาพบำบัด” เป็นวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับศักยภาพทางกายของประชาชน จึงได้ตั้งคณะทำงานศึกษาวิจัยที่ประกอบด้วยนักกายภาพบำบัดเป็นส่วนใหญ่ขึ้นมา เพื่อตอบใจของการวิจัยว่า **“จะเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยได้อย่างไร ใน 10 ปีข้างหน้า ?”** โดยระบุว่า “การเติมเต็ม” ต้องครอบคลุมการทำให้คนไทยมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ตลอดช่วงอายุขัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุ ครอบคลุมทั้งผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี เพื่อที่จะคงศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ไว้ได้ตลอดไป ครอบคลุมถึงผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วย และผู้พิการที่มีความพร้อมไปของศักยภาพทางกาย เพื่อที่จะเสริมศักยภาพทางกายให้กับคนเหล่านี้ให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

คณะผู้วิจัยได้เริ่มต้นการดำเนินงานโดยการจัดประชุมระดมสมองหลายครั้ง เพื่อพิจารณาสถานการณ์ปัจจุบันของงานกายภาพบำบัดและวิชาชีพกายภาพบำบัด โดยผู้ที่เข้าร่วมคิดประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และทีมวิทยากรจาก สวรส. มีการรวบรวมข้อมูลที่มีผู้รายงานและทำการศึกษาวิจัยไว้แล้ว แต่ปัญหาที่คณะผู้วิจัยประสบคือ ข้อมูลด้านกายภาพบำบัดที่เป็นตัวเลขชัดเจนมีการรายงานไว้น้อยมาก จึงได้ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมโดยการเก็บข้อมูลในพื้นที่ในบางประเด็น โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (focus group interview) และการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ข้อมูลที่รวบรวมได้ระดับหนึ่งก่อให้เกิดคำถามขึ้นว่า วิชาชีพกายภาพบำบัดโดยลำพังวิชาชีพเดียวจะสามารถดำเนินการเพื่อให้เกิดภาพอนาคตที่คาดหวังได้จริงหรือไม่? คำตอบที่ได้ก็คือ **การเติมเต็มศักยภาพทางกายให้กับประชาชนไทยเป็นภารกิจที่ใหญ่หลวงเกินกำลังของ “นักกายภาพบำบัด” วิชาชีพเดียวจะกระทำสำเร็จ** นอกจากนี้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้คณะผู้วิจัยได้ภาพที่ชัดเจนว่า การเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยในปัจจุบันมีผู้มีส่วนร่วมอยู่แล้วมากมาย อาทิเช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสุขศึกษา แพทย์พื้นบ้าน หมอนวด นักพลศึกษา นักการยศาสตร์ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา กลุ่มประชาคมสุขภาพ รวมทั้งประชาชนคนเล็กคนน้อยทั่ว

ทั้งประเทศ ส่วนหนึ่งของผู้มีส่วนร่วมเหล่านี้ใช้ **วิธีการทางกายภาพ**¹ เช่นเดียวกับที่นักกายภาพบำบัดใช้ คณะผู้วิจัยจึงมีข้อสรุปว่า จะต้องขยายกรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ให้ครอบคลุม ทั่วทั้งระบบที่เป็นปัจจัยภายในของกายภาพบำบัดเองและต้องมองให้เห็นความเชื่อมโยงกับปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน คณะผู้วิจัยจึงเขียนโจทย์การวิจัยให้ชัดเจนขึ้นว่า **“ระบบกายภาพบำบัดจะเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยได้อย่างไร ใน 10 ปีข้างหน้า”** โดยให้ความหมายของ **“ระบบกายภาพบำบัด”** ว่า หมายถึง การจัดการทั้งมวลด้านกายภาพบำบัด ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพทางกายของประชาชน ประกอบด้วย การจัดการกำลังคน การบริการ เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วย**วิธีการทางกายภาพ** โดยมีความเกี่ยวข้องและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านสาธารณสุข บุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น

การนำเสนอานิยาม “ระบบกายภาพบำบัด” เป็นความพยายามของคณะผู้วิจัยที่จะสลายกรอบวิชาชีพ สร้างความสมานฉันท์และความร่วมมือจากทุกฝ่าย บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า มีแต่การระดมสรรพกำลังที่มีอยู่ในวิชาชีพและในสังคมไทย ภาพอนาคตของการเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยที่คาดหวังไว้จึงจะปรากฏเป็นจริงได้ ในรายงานการวิจัยนี้จะมีการใช้คำๆ นี้อยู่ทั่วไปในความหมายที่ครอบคลุมตามนิยามข้างต้น ซึ่งผู้อ่านรายงานจะเข้าใจกรอบแนวคิดของคณะผู้วิจัยได้ถ้าเข้าใจความหมายของนิยามนี้ อย่างไรก็ตาม นิยามคำว่า “ระบบกายภาพบำบัด” ที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ อาจไม่เป็นที่ยอมรับของหลายท่าน ซึ่งคณะผู้วิจัยขออภัยและยินดีที่จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติม

นอกจากนี้ ในระหว่างการรวบรวมข้อมูลและระดมสมอง คณะผู้วิจัยที่เป็นนักกายภาพบำบัดได้เกิดการเรียนรู้ว่า ผลจากกระบวนการใช้ความรู้ (การอธิบายด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์) และการใช้อำนาจ (โดยผ่านทางการออกกฎหมาย ประกาศ และระเบียบต่างๆ) ก่อให้เกิดการแบ่งแยกความเป็นนักวิชาชีพออกจากการแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่น และเป็นสาเหตุสำคัญที่ขัดขวางการต่อยอดภูมิปัญญาเกี่ยวกับการใช้วิธีการทางกายภาพของบรรพบุรุษ ที่กล่าวเช่นนี้เป็นเพราะ หากศึกษาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต จะพบว่า คำว่า “กายภาพบำบัด” เพิ่งได้รับการบัญญัติขึ้นใน

¹ “วิธีการทางกายภาพ” ในที่นี้หมายถึง วิธีการที่ประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัด การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ เช่น วิธีการนวด การดัด การดึง การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การรักษาด้วยความร้อน ความเย็น และการใช้วิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่อาศัยหลักการทางกายภาพ (physics)

ประเทศไทยเมื่อประมาณ พ.ศ. 2492 ที่โรงพยาบาลศิริราช จากการที่ในช่วงนั้นมีแพทย์ทาง ออร์โธปิดิกส์ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ได้เห็นวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการที่อาศัย คุณสมบัติต่างๆ ของพลังงานทางกายภาพ (ฟิสิกส์ – physics) ที่สามารถช่วยให้การฟื้นฟูสภาพของ ผู้ป่วยเป็นไปอย่างดี จึงได้นำมาใช้กับผู้ป่วยไทยบ้าง เช่น การใช้ความร้อน การนวด การออกกำลัง กายอย่างง่ายๆ เป็นต้น คำนี้แพร่หลายมากขึ้นเมื่อมีการเปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขา กายภาพบำบัดขึ้นใน พ.ศ. 2508 โดยจัดตั้งเป็นโรงเรียนกายภาพบำบัดที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทำให้มีคำว่า “วิชาชีพกายภาพบำบัด” “นักกายภาพบำบัด” และ “องค์การวิชาชีพกายภาพบำบัด” เกิดขึ้นเมื่อประมาณ 40 ปีที่ผ่านมา และนิยามของคำว่า “กายภาพบำบัด”² ที่ถูกกำหนดขึ้นโดยองค์การวิชาชีพกายภาพบำบัดก็เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ ในขณะที่ “วิธีการทางกายภาพ” เหล่านี้มีใช้ในชุมชนไทยมาแต่ดั้งเดิม เช่น การรักษาของแพทย์แผน ไทย แพทย์พื้นบ้าน หรือแม้แต่การใช้วิธีการทางกายภาพภายในครอบครัวและเพื่อนบ้านเพื่อการ ดูแลสุขภาพตนเองและกันเอง (เช่น การประคบไพล การนวด การละเล่นต่างๆ) เป็นต้น นั่นคือ คำว่า “กายภาพบำบัด” เกิดขึ้นมาภายหลังการใช้วิธีการทางกายภาพของคนไทย “วิธีการทาง กายภาพบำบัด”³ ที่ใช้กันอยู่โดย “นักวิชาชีพกายภาพบำบัด”⁴ จัดเป็นส่วนหนึ่งของ “วิธี การทางการกายภาพ” ที่ปัจเจกบุคคล กลุ่มคน รวมทั้งวิชาชีพอื่นๆ ในสังคมไทยใช้อยู่ทั้งในยุค ก่อนหน้าที่จะมีวิชาชีพกายภาพบำบัดเกิดขึ้นในประเทศไทยและในยุคปัจจุบัน การก่อเกิด เป็นวิชาชีพเฉพาะขึ้นนี้ได้ส่งผลให้ที่ผ่านมา นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีความเข้าใจสับสนว่า วิธีการ ทางกายภาพที่นักกายภาพบำบัดใช้แตกต่างกับที่ใช้โดยชุมชน เกิดการละเลย มองข้าม หรือถึงขั้นดู แคลนการแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่นว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ทั้งที่แท้ที่จริงแล้ว “วิธีการทาง กายภาพบำบัด” มีหลักการที่ไม่ได้แตกต่างจาก “การดูแลด้วยวิธีการทางกายภาพแบบพื้นบ้าน” แต่ อย่างใด ข้อมูลที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่า วิธีการทางกายภาพบำบัดหลายๆ วิธีไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับชุมชน

² กายภาพบำบัด หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของ ร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความ เสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศ ให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด

³ วิธีการทางกายภาพบำบัด หมายถึง การใช้วิธีการทางกายภาพ ได้แก่ พลังงานทางฟิสิกส์ด้านต่างๆ เช่น ความร้อน ความเย็น แสง เสียง คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พลังงานกล เป็นต้น ในการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความบกพร่อง ของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของ ร่างกายและจิตใจ

⁴ ในรายงานการวิจัยนี้ใช้คำว่า นักวิชาชีพกายภาพบำบัด เมื่อกล่าวถึงภาพรวมของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่สำเร็จการศึกษาจาก สถาบันการศึกษา ที่มีบทบาทในการให้บริการด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ได้แก่ นักกายภาพบำบัด พนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----

พรพิมล จันทโรโรจน์ และคณะ 2549

เป็นวิธีการที่มีใช้ในชุมชนมาเนิ่นนานจนเป็น “วัฒนธรรม” การดูแลสุขภาพของชุมชน ส่วนต่างอาจมีบ้างในเรื่องของวัสดุที่ใช้ และชุมชนยังมีความเหนือกว่าในด้านการนำทรัพยากรที่หาง่ายมีอยู่ในชุมชนมาใช้ ทำให้ไม่เกิดปัญหาในการ “เข้าถึง” วิธีการทางกายภาพ รวมทั้งมีการผสมผสานศาสตร์ด้านอื่น เช่น ด้านสมุนไพรเข้ากับวิธีการทางกายภาพ จนเกิดเป็นศาสตร์ที่มีคุณค่าและถ่ายทอดต่อกันมา เป็นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน และเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ชุมชนเลือกใช้ในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้วิธีการแบบกายภาพบำบัดแผนปัจจุบัน และที่เหนือกว่าอีกด้านหนึ่งก็คือวิธีการดูแลแบบพื้นบ้านครอบคลุมความใส่ใจ ความห่วงใยฉันญาติมิตร การสร้างศรัทธา (โดยผ่านทางพิธีกรรม) และการอยู่ร่วมกันอย่างเป็นมิตรกับธรรมชาติ ใช้ทรัพยากรธรรมชาติโดยไม่มีแนวคิดของการเอาชนะหรือทำลายล้าง จากแนวคิดที่กล่าวมานี้ ทำให้ในขั้นตอนการทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันของระบบกายภาพบำบัด จึงครอบคลุมถึงเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพที่กระทำผู้ให้การดูแลสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากนักกายภาพบำบัด เช่น แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ” ด้วย

งานวิจัยเรื่องนี้มีช่วงเวลาการดำเนินโครงการตามข้อตกลงคือ ตั้งแต่ 1 ส.ค. 2546 ถึง 31 มีนาคม 2547 แต่เนื่องจากประสบปัญหาอุปสรรคบางประการ เช่น การดำเนินการในช่วงการจัดทำรายงานสถานภาพ (position papers) และรายงานประเด็นสำคัญ (issues paper) ล่าช้ากว่าแผนงานที่วางไว้ เนื่องจากรายงานการวิจัยและข้อมูลด้านศักยภาพทางกายของประชาชนไทยรวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัดมีการจัดทำไว้น้อยมาก ต้องใช้เวลาในการลงพื้นที่เพื่อสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมให้ได้ fact and figures ของสถานการณ์แต่ละด้าน และใช้วิธีการศึกษาจากรายงานการวิจัยและรายงานสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำในระดับกว้างไม่ได้จำเพาะเจาะจงในเรื่องศักยภาพทางกายและระบบกายภาพบำบัดเข้ามาเชื่อมโยงข้อมูลเข้ากับระบบกายภาพบำบัด และความล่าช้าในการสังเคราะห์ยุทธศาสตร์ ทำให้โครงการนี้ต้องขยายเวลาออกไป ส่งผลให้ข้อมูลบางส่วนในรายงานฉบับนี้ล้าสมัยจากปัจจุบันไปบ้าง

คณะผู้วิจัยมุ่งหวังที่จะให้งานวิจัยชิ้นนี้เป็นเสมือนเฟืองตัวหนึ่งในการร่วมผลักดันให้เกิดสุขภาพะโดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพทางกายของประชาชนไทย หากมีความบกพร่อง ผิดพลาดเกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ และยินดีที่จะน้อมรับข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ และการประสานงานจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ในการร่วมกันขับเคลื่อนให้ภาพอนาคตของการเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยใน 10 ปีข้างหน้า เกิดเป็นจริงขึ้น

คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2549

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตลอดจนบุคลากรของสถาบันฯ ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ให้คำชี้แนะที่มีประโยชน์ และช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ คณะที่ปรึกษาจากศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค (APEC Center for Technology Foresight) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ที่ให้คำชี้แนะเกี่ยวกับกระบวนการศึกษาอนาคต ขอขอบคุณ ดร.ฉัตรวิทย์ องค์กรวิทย์ นักวิจัยอิสระ ที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจในการผลักดันงานวิจัยนี้ และกรุณาช่วยเขียนบางส่วนของรายงานการวิจัยที่มีประโยชน์อย่างมาก ขอขอบคุณ ทพ.ศุภผล เอี่ยมเมธาวี สำหรับข้อคิดเห็นและเอกสารที่มีประโยชน์มากมาย ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เอกสารชุดโครงการวิจัยองค์ความรู้หมอเมือง ขอขอบคุณ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสำนักนโยบาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ขอขอบคุณผู้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ได้แก่ สมาชิกและครูฝึกในหมู่บ้านเกษมทรัพย์ ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี สมาชิกชมรมชีวเกษม ต.ศาลายา อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมอน้ำมันและบุคลากรโรงพยาบาลนครบุรี จ.นครราชสีมา บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดสุพรรณบุรี และขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการประชุมระดมสมองทุกครั้งที่ผ่านมา

พรพิมล จันทรวีโรจน์

หัวหน้าโครงการวิจัย

สารบัญ

	หน้า
รายชื่อคณะทำงานศึกษาระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า	ก
บทคัดย่อ	ค
คำนำ	ฅ
กิตติกรรมประกาศ	ณ
สารบัญ	ญ
สารบัญตาราง	ฐ
สารบัญภาพ	ฒ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ด
 บทที่ 1 บทนำ	 1
ที่มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	9
คำถามการวิจัย	9
ผลที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
 บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	 12
 บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	 23
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	23
วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23
ขั้นตอนการดำเนินการ	25
 บทที่ 4 ผลการวิจัย	 28
4.1 สถานภาพปัจจุบัน	28
4.1.1 การจัดการกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด	29
4.1.2 การบริการทางกายภาพบำบัดในระบบกายภาพบำบัด	52
4.1.3 เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด	86
4.1.4 การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีทางกายภาพ	122

	หน้า
4.1.5 ภาพภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชน	162
4.2 สรุปประเด็นหลัก	199
บทนำ	201
ประเด็นที่ 1 การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและการจัดการความรู้ในระบบ ภาพภาพบำบัด	204
ประเด็นที่ 2 การเข้าถึงการบริการทางภาพภาพบำบัดของประชาชน	211
ประเด็นที่ 3 การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชน	219
ประเด็นที่ 4 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคประชาสังคม ในระบบภาพภาพบำบัด	226
4.3 การเขียนภาพอนาคต	235
4.3.1 สถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม	235
4.3.2 แนวโน้ม	256
4.3.3 ความไม่แน่นอน	258
4.3.4 ภาพอนาคต	259
4.3.4.1 กลุ่มที่ 1 สังคมเทคโนโลยี	260
4.3.4.2 กลุ่มที่ 2 สังคมพึ่งตนเอง	266
4.3.5 วิเคราะห์ลักษณะสำคัญของภาพอนาคต	272
บทที่ 5 อภิปรายและสรุปผล	274
5.1 อภิปรายผล	274
5.1.1 อภิปรายผลการศึกษาอนาคต	274
5.1.2 อภิปรายกระบวนการ “การมองอนาคต (foresight)”	274
5.2 สรุปผลการวิจัยและข้อค้นพบ	275
บทที่ 6 ข้อเสนอแนะ	277
6.1 แผนยุทธศาสตร์ของระบบภาพภาพบำบัด	277
6.2 โจทย์การวิจัยของระบบภาพภาพบำบัด	287

เอกสารอ้างอิง	291
ภาคผนวก	307
ภาคผนวก 1 รายนามผู้ให้การสนับสนุนและผู้เข้าร่วมประชุมระดับชมรม	307
ภาคผนวก 2 บทความเกี่ยวกับการมองอนาคตด้วยภาพอนาคต	316
การวางแผนอนาคตด้วยภาพอนาคต	317
การมองอนาคตระบบสาธารณสุขไทย	325
ภาคผนวก 3 แผนที่ความคิด (mind map) สถานการณ์ปัจจุบันของ	328
ประเด็นสำคัญและแนวทางการแก้ไข	

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากรในช่วงปี 2530 – 2534	33
ตารางที่ 2	เปรียบเทียบแหล่งงานของนักกายภาพบำบัดระหว่าง ปีพ.ศ.2546 และ ปีพ.ศ.2544	35
ตารางที่ 3	จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงาน	37
ตารางที่ 4	จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู และบุคลากรทั้ง 2 ประเภท และร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศทั้งหมด	38
ตารางที่ 5	ผลสรุปการสำรวจ รร./ศูนย์ฯ การศึกษาพิเศษ เมื่อ 10 ก.ค. 2546	40
ตารางที่ 6	สัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัดในประเทศต่างๆ	41
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2546)	44
ตารางที่ 8	แนวโน้มของเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างนักกายภาพบำบัดและผู้มีส่วนร่วมในการจัดการ	67
ตารางที่ 9	สถิติการเจ็บป่วยของคนงานจากการยกหรือเคลื่อนย้ายสิ่งของหนัก และอาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน ในระหว่างปี พ.ศ.2542 -2544	138
ตารางที่ 10	สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 1 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตามหัวข้อในรายงานสถานภาพ (position papers)	236
ตารางที่ 11	สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 2 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตามหัวข้อในรายงานสถานภาพ (position papers)	241
ตารางที่ 12	สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 3 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตามหัวข้อในรายงานสถานภาพ (position papers)	247

ตารางที่ 13	สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 4 เกี่ยวกับสถานการณ์ และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตาม หัวข้อในรายงานสถานภาพ (position papers)	253
ตารางที่ 14	แนวโน้ม (trends) ที่น่าจะเกิดขึ้นใน 10 ปีข้างหน้า เรียงลำดับ ตามคะแนน	257
ตารางที่ 15	แสดงประเด็นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในภาพอนาคตภาพที่ 2	267
ตารางที่ 16	การวิเคราะห์ผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบของ ลักษณะสำคัญ (key feature) ของภาพอนาคตภาพที่ 1 ต่อประเด็นปัญหาสำคัญของระบบกายภาพบำบัด	272
ตารางที่ 17	การวิเคราะห์ผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบของ ลักษณะสำคัญ (key feature) ของภาพอนาคตภาพที่ 2 ต่อประเด็นปัญหาสำคัญของระบบกายภาพบำบัด	273

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	แผนภูมิแสดงการกระจายกำลังคนด้านกายภาพบำบัดในภูมิภาคต่างๆ	34
ภาพที่ 2	แผนภาพ แสดง (ก) โครงสร้างใหม่ของกลุ่มงานกายภาพบำบัด (ข) ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มงานกายภาพบำบัดกับกลุ่มงานอื่นๆ	81
ภาพที่ 3	แผนภาพ แสดงภารกิจของกลุ่มงานกายภาพบำบัด	82
ภาพที่ 4	แผนภาพแสดงประเด็นสำคัญของสถานการณ์ปัจจุบัน	200
ภาพที่ 5	ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างพ.ศ. 2548-2557 ของภาพอนาคตที่ 1	264
ภาพที่ 6	ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างพ.ศ. 2548-2557 ของภาพอนาคตที่ 2	269
ภาพที่ 7	แผนที่ความคิดประเด็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัดที่นำเสนอโดยผู้วิจัยและอภิปรายเพิ่มเติม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ	329
ภาพที่ 8	แผนที่ความคิดทางออกในประเด็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัดที่นำเสนอโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	330
ภาพที่ 9	แผนที่ความคิดประเด็นการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของประชาชนที่เสนอโดยผู้วิจัยและอภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	331
ภาพที่ 10	แผนที่ความคิดทางออกในประเด็นการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของประชาชนที่เสนอโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	332
ภาพที่ 11	แผนที่ความคิดประเด็นการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่เสนอโดยผู้วิจัยและอภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	333
ภาพที่ 12	แผนที่ความคิดทางออกในประเด็นการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่อภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	334
ภาพที่ 13	แผนที่ความคิดประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบกายภาพบำบัดที่เสนอโดยผู้วิจัยและอภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	335
ภาพที่ 14	แผนที่ความคิดทางออกในประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบกายภาพบำบัดที่อภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	336
ภาพที่ 15	แผนที่ความคิดข้อกำหนดภาพอนาคตภาพที่ 2 ข้อที่ 1	337

ภาพที่ 16	แผนที่ความคิดข้อกำหนดภาพอนาคตภาพที่ 2 ข้อที่ 2	338
ภาพที่ 17	แผนที่ความคิดข้อกำหนดภาพอนาคตภาพที่ 2 ข้อที่ 3	339

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

พรพิมล จันทรวโรจน์

“ระบบกายภาพบำบัด” ในที่นี้หมายถึง การจัดการทั้งมวลด้านกายภาพบำบัด ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านศักยภาพทางกาย ระบบกายภาพบำบัดจึงประกอบด้วย การจัดการกำลังคน การบริการ เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วยวิธีการทางกายภาพ (physical procedure) โดยมีความเกี่ยวโยงและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านด้านสาธารณสุข บุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น

ศาสตร์ความรู้ด้านกายภาพบำบัดเป็นศาสตร์หนึ่งที่มีบทบาทสูงต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการเติมเต็มศักยภาพทางกาย และปัจจุบันมีปรากฏการณ์เกิดขึ้นมากมายที่สะท้อนความจำเป็นที่จะต้องเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน ทั้งผู้ที่ไม่ป่วยแต่มีความบกพร่องของศักยภาพทางกาย และผู้ป่วย ผู้พิการ ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ที่มีศักยภาพทางกายสมบูรณ์สามารถรักษาสภาพนี้ไว้ได้ตลอดไป แต่ในปัจจุบันบทบาทของศาสตร์ด้านกายภาพบำบัดถูกจำกัดกรอบให้ผู้เล่นเป็นเฉพาะนักกายภาพบำบัด และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องบางส่วน และซ้ำร้ายยังถูกจำกัดกรอบของบทบาทแค่ด้านการบริการแบบตั้งรับในระบบบริการแบบเดิม ดังนั้นเมื่อใช้ผู้เล่นและใช้บทบาทการตั้งรับนี้เป็นตัวตั้ง การจัดการทั้งมวลจึงล้อมรอบกรอบแนวคิดนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการกำลังคนที่ครอบคลุมในเรื่องของการผลิต การจัดหา การกระจาย และการใช้ประโยชน์ ระบบบริการยังวนเวียนอยู่กับการแก้ปัญหาการไม่เพียงพอของอัตรากำลัง การกระจายบุคลากรที่ไม่ทั่วถึง การจัดการความรู้ด้านกายภาพบำบัดโดยส่วนใหญ่ยังใช้วิชาชีพเป็นตัวตั้งแทนที่จะใช้สุขภาพของประชาชนเป็นตัวตั้ง เน้นด้านการพัฒนาสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโดยยังให้ความสำคัญน้อยกับการทำให้ประชาชนมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ แม้คำวาทะกายภาพบำบัดจะปรากฏอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมานานกว่า 20 ปี แต่ประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการในระบบ และรวมถึงไม่สามารถเข้าถึงศาสตร์ด้านกายภาพบำบัดได้เต็มที่ การเข้าถึงศาสตร์ทางกายภาพบำบัดในที่นี้หมายถึงการรับรู้ การเรียนรู้ การเชื่อมประสาน และการประยุกต์ใช้

แม้ว่าในปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะขยายตัวผู้เล่น ขยายบทบาท กระจายศาสตร์ความรู้ เชื่อมประสานกับศาสตร์และองค์ความรู้ด้านอื่นๆ แต่การดำเนินการยังไม่ปรากฏผลเด่นชัด เนื่องจากระบบกายภาพบำบัดไม่สามารถแยกส่วนจากระบบอื่นๆ มีความเกี่ยวโยงและได้รับอิทธิพลจาก

ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านด้านสาธารณสุข บุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น ดังนั้น การจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในระบบกายภาพบำบัดต้องดำเนินการแบบองค์รวม ที่ต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเข้ามาช่วยระดมความคิดและพลังกำลังในการปรับเปลี่ยน

โครงการวิจัยเรื่อง “ระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า” นี้ เกิดขึ้นเพื่อตอบใจหาคำถามของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ว่า “ระบบกายภาพบำบัดจะเต็มเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยได้อย่างไร ใน 10 ปีข้างหน้า ?” ในการดำเนินงานวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดว่า ลำพังการปรับเปลี่ยนเฉพาะภายในวิชาชีพกายภาพบำบัด โดยไม่ให้ความสำคัญกับการระดมความร่วมมือร่วมคิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน จะไม่สามารถทำให้ประชาชนไทยมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ได้ การเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนแบบองค์รวมคือแนวทางที่ทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว วิธีการวิจัยใช้กระบวนการ “การมองอนาคต (foresight)” ที่ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ (1) การจัดทำรายงานสถานการณ์ปัจจุบัน (position papers) เพื่อทำความเข้าใจกับระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัดอย่างรอบด้าน ขั้นตอนที่ (2) ซึ่งเป็นการค้นหาประเด็นสำคัญของสถานการณ์ปัจจุบัน และจัดทำเป็นรายงานประเด็นสำคัญ (issues paper) และขั้นตอนที่ (3) จะเป็นการนำประเด็นสำคัญไปจัดประชุม “การมองอนาคต” (foresight) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในด้านการเต็มเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทย เพื่อร่วมกันพิจารณาความครอบคลุมของประเด็น และร่วมกันมองแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในอีก 10 ปีข้างหน้า รวมทั้งกำหนดกรอบกลยุทธ์เพื่อรับมือกับโอกาสและภาวะคุกคามที่จะเกิดขึ้น

การวิเคราะห์สถานการณ์ (position papers) ที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัด มี 5 เรื่อง คือ 1) การจัดการกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด 2) การบริการทางกายภาพบำบัดในระบบกายภาพบำบัด 3) การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ 4) เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด และ 5) กายภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชน

รายงานประเด็นสำคัญ (issue paper) ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1: การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด

ในทุกวันนี้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยมีความซับซ้อนและต่อเนื่องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างมาก เมื่อบริบทของสุขภาพเปลี่ยนไป มุมมองเรื่องการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องเปลี่ยนตามและมีภาพที่กว้างขึ้น ตั้งแต่การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน การ

บริการสวัสดิการโดยชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น การให้บริการสุขภาพโดยนักวิชาชีพใน ภาครัฐและเอกชน และการบริการสวัสดิการโดยองค์กรอื่นๆ นักวิชาชีพด้านกายภาพบำบัดจึง จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพในบริบทใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับการมอง สุขภาพเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกับปัญหาด้านต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละ บุคคล รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการ รักษาพยาบาล ทั้งนี้ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง คือ การจัดการความรู้ ซึ่ง หมายรวมถึงการรวบรวม การจัดระบบ การจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ที่สามารถนำมาสร้าง เป็นความรู้ การทำความเข้าใจและตรวจสอบความรู้นั้นๆ ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้เกิด การแลกเปลี่ยน การสังเคราะห์ และการปรับประยุกต์ความรู้สำหรับนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้จริง การจัดการความรู้จึงเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพ งานหรือสร้างนวัตกรรมในการทำงาน พร้อมทั้งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนด้วย

ประเด็นที่ 2: การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน

ผลกระทบจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศทำให้โครงสร้างประชากรของ ประเทศไทยเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศและกระแสโลกาภิวัตน์ส่งผล ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชน ลักษณะปัญหาและความต้องการด้าน สุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่มและแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น กว่าเดิม วิธีคิดเรื่องการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อม รูปแบบ การบริการทางสุขภาพจะต้องเน้นไปที่การดูแลในระดับชุมชนที่ใกล้บ้าน สถานประกอบการ ที่ทำงาน สถานศึกษา ฯลฯ ดังนั้น การสร้างรูปแบบการบริการทางสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละ พื้นที่จึงมีความสำคัญมาก นอกจากนี้ยังต้องใช้ความพยายามในการค้นหารูปแบบวิธีการอื่นๆ ที่ทำ ให้ประชาชนเข้าถึงการบริการในระบบได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงศาสตร์ ทางกายภาพบำบัดด้วย โดยการเข้าถึงศาสตร์ทางกายภาพบำบัดในที่นี้หมายถึงการรับรู้ การเรียนรู้ การเชื่อมประสาน และการประยุกต์ใช้

ประเด็นที่ 3: การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพตนเอง ได้รับการมองใหม่ว่าเป็นลักษณะของระบบการแพทย์แบบพหุ ลักษณะที่สามารถดำรงอยู่ในสังคม และเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพในสังคม การดูแล สุขภาพตนเองในที่นี้ครอบคลุมกิจกรรม / พฤติกรรม / การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจก ครอบครัว หรือกลุ่ม ทั้งในด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ การป้องกันตนเอง จากการเจ็บป่วย การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจ

เกี่ยวกับความรุนแรง การบำบัดรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ และการประเมินผลการดำเนินการ นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพตนเองยังอาจรวมถึงการเคลื่อนไหว เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีอีกด้วย

สถานการณ์ปัจจุบันมีปัจจัยเอื้อมากมายที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นข้อกำหนดในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 และร่าง-พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่อยู่ในระหว่างขั้นตอนการดำเนินการตามกฎหมาย การที่จะเสริมสร้างความรู้และทักษะของประชาชน และความเข้มแข็งของชุมชน สำหรับการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการพึ่งตนเองของชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนนั้นๆ จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันถักทอเป็นเครือข่ายการทำงานระหว่างชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐและองค์กรอื่นๆ และนักวิชาชีพด้านสุขภาพทุกวิชาชีพที่มีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งกายภาพบำบัดนับเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้

ประเด็นที่ 4: การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบกายภาพบำบัด

ในปัจจุบันสุขภาพของประชาชนไทยได้รับผลกระทบจากปัจจัยรอบด้านทั้งด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการเปิดเสรีการค้าด้านการค้าบริการ ปัญหาสุขภาพจึงเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนในการเข้ามาร่วมกันป้องกันและแก้ไข การมีส่วนร่วมของประชาชนและประชาสังคมนับเป็นกำลังสำคัญในการรับมือกับปัญหา โดยการมีส่วนร่วมควรครอบคลุมในหลายมิติ ตั้งแต่ร่วมรับรู้ ร่วมให้เห็น ร่วมริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงทุนในการผลิต ร่วมดำเนินการ ร่วมบริหารจัดการ ร่วมกำกับและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ร่วมตรวจสอบ ร่วมประเมินผล และร่วมสร้างความรู้ ทั้งหมดนี้เป็นความสำคัญของวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ต้องสร้างหุ้นส่วนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยเป็นการสานประโยชน์ที่ยอมรับได้แก่ทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประโยชน์ที่จะเกิดกับการดูแลสุขภาพของครัวเรือนของประชาชน

จากกระบวนการศึกษาวิจัย 3 ขั้นตอน คือการศึกษาสถานภาพของระบบกายภาพบำบัดในปัจจุบัน การสรุปประเด็นสำคัญ และการประชุมระดมสมองเพื่อเขียนภาพอนาคต โดยคณะผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเป้าหมายของระบบกายภาพบำบัดในอนาคต 5 ประเด็น และได้ยุทธศาสตร์เกี่ยวกับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548 - 2557) และกรอบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

เป้าหมายที่ 1 : ประชาชนไทยมีความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกาย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาเนื้อหา “ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ” ที่สอดคล้องกับกระบวนการทัศนสุขภาพแนวใหม่และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทั้งระดับการศึกษา เพศ อายุ อาชีพ วัฒนธรรม รูปแบบการดำเนินชีวิต สภาวะแวดล้อม และข้อจำกัดทางร่างกายและสติปัญญาที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้แตกต่างกัน

กลยุทธ์ที่ 2 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการสร้างความรู้และกระจายความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ ที่เหมาะสมกับแต่ละชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลิตและประยุกต์ใช้สื่อรูปแบบต่างๆ ที่สื่อสารง่ายและเข้าถึงชุมชนที่หลากหลาย ในการนำพาข้อมูลเผยแพร่ต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

กลยุทธ์ที่ 4 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายความรู้ในวงกว้าง

กลยุทธ์ที่ 5 สร้างระบบและกลไกการบริหารจัดการความรู้/ข้อมูล เช่น พัฒนาศูนย์กลางเพื่อบริหารระบบฐานข้อมูล จัดตั้งกลไกประสานเพื่อตรวจสอบคุณภาพและประเมินผลการใช้ข้อมูล เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาและวิจัยระบบติดตามและประเมินผลการสร้างกระบวนการเรียนรู้ฯ และการเข้าถึงแหล่งความรู้ของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างช่องทางให้ประชาชนในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพได้ง่าย เช่น ส่งเสริมการพัฒนาระบบ internet ตำบล การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายวิทยุชุมชนและสื่ออื่นๆ ในชุมชน เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพของประชาชนในการเข้าถึงและเลือกใช้สื่อความรู้ประเภทต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology; IT)

เป้าหมายที่ 2 ประชาชนไทยสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายได้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมแนวความคิดการใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายแก่ประชาชน

- กลยุทธ์ที่ 1 ปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน จากการพึ่งพิงระบบบริการของนักวิชาชีพเป็นแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นการสร้างนำซ่อม เน้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและกันเอง และสร้างการยอมรับองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทย
- กลยุทธ์ที่ 2 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดให้มีการวิจัยและสรุปบทเรียนเพื่อรวบรวมรูปธรรมองค์ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายของตน แล้วจัดทำเป็นฐานข้อมูลและเผยแพร่ด้วยสื่อที่เข้าใจง่าย
- กลยุทธ์ที่ 3 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนให้มีการสร้างตัวอย่างบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายของตน
- กลยุทธ์ที่ 4 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายความรู้ในวงกว้าง และสร้างความต้องการในการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยให้เพิ่มมากขึ้น
- กลยุทธ์ที่ 5 ผลักดันการสร้างนโยบายกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งพาตนเองในการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทย
- กลยุทธ์ที่ 6 ปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของเยาวชนไทย ทั้งในระดับโรงเรียนและวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยให้มีเนื้อหาวิชาที่ส่งเสริมแนวความคิดพึ่งพาตนเองในการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน

- กลยุทธ์ที่ 1 จัดตั้งกองทุนที่สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน

กลยุทธ์ที่ 2 กำหนดกิจกรรมการสร้างนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่
ดั้งเดิมของไทยเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนเป็นส่วนหนึ่งใน
หลักสูตรการเรียนการสอนของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

กลยุทธ์ที่ 3 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดให้มีการ
วิจัยเพื่อการเชื่อมโยงศาสตร์ความรู้ตะวันตกกับศาสตร์ความรู้ดั้งเดิมของไทย
และพัฒนาให้สามารถประยุกต์ใช้ได้ง่ายและกว้างขวาง

เป้าหมายที่ 3 ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่ใช้วิธีการทางกายภาพจากนักวิชาชีพ ทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการกระบวนการผลิตและการใช้กำลังคนทาง
กายภาพบำบัด (นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด)**

กลยุทธ์ที่ 1 มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน จัดตั้งเป็นองค์กร
ภาคีในการวางแผนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัด ภายใต้การ
ประสานงานของสภากายภาพบำบัดที่ทำหน้าที่วิเคราะห์ความต้องการนัก
วิชาชีพทางกายภาพบำบัดทั้งประเทศ

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างกลไกการจ้างงานเพื่อให้เกิดการกระจายตัวของนักวิชาชีพทาง
กายภาพบำบัดอย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 3 สร้างระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมให้สามารถเทียบเคียงได้
ระหว่างการจ้างงานรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างภาครัฐและ
ภาคเอกชน

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบวิจัยและประเมินผลการวางแผนการผลิตและการใช้กำลังคนทาง
กายภาพบำบัดทั่วประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาศักยภาพการผลิต
และการใช้กำลังคนให้สอดคล้องกัน และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ
ของประชาชนไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริหารจัดการระบบบริการทางกายภาพบำบัด

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาและจัดระบบบริการเคลื่อนที่เข้าถึงชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทและ
กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายตามสภาพพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างระบบการหมุนเวียนนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในการให้บริการระหว่าง
โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และชุมชน

- กลยุทธ์ที่ 3 ประสานระบบบริการของภาครัฐกับภาคเอกชนผ่านกลไกหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กลยุทธ์ที่ 4 ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อผลักดันการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้ความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบส่งต่อให้เกิดความชัดเจน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสนับสนุนนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีบทบาทในการให้บริการระดับปฐมภูมิ

- กลยุทธ์ที่ 1 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและสร้างกลไกการทำงาน ภายใต้ความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- กลยุทธ์ที่ 2 สนับสนุนให้สถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับกายภาพบำบัดระดับปฐมภูมิ
- กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมและพัฒนากิจการปฏิบัติงานประจำของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้เป็นงานวิจัย และสร้างเวทีการเผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการให้บริการในระดับปฐมภูมิ
- กลยุทธ์ที่ 4 สร้างระบบและกลไกที่สนับสนุนให้นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิสามารถพัฒนาขึ้นเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคและสิทธิผู้บริโภค

- กลยุทธ์ที่ 1 สร้างจิตสำนึกการเมืองภาคประชาชนเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิ การตระหนักในสิทธิผู้บริโภค การรับรู้ข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เท่าเทียม และได้มาตรฐาน

เป้าหมายที่ 4 นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีระบบคิดที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การจัดการศึกษาสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนให้สถาบันผู้ผลิตปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีเนื้อหาวิชาที่ :-

- สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยการใช้ภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย
- สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ ที่มองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญา และมองเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล (กรรม พันธุ์ พฤติกรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ฯลฯ) ด้านสภาพแวดล้อม (กายภาพ/ชีวภาพ เศรษฐกิจ/สังคม ศาสนา/วัฒนธรรม การศึกษา การสื่อสารคมนาคม เทคโนโลยี ฯลฯ) และปัจจัยด้านการบริการสุขภาพ
- มีสัดส่วนเนื้อหาที่สมดุลระหว่างทักษะด้านการรักษา (technical skill) กับทักษะด้านการแก้ปัญหาในชุมชน ที่ต้องการการเรียนรู้วิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของชุมชนที่หลากหลาย

กลยุทธ์ที่ 2 สถาบันผู้ผลิตจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ศึกษาและรับรู้ปัญหาสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 สร้างทัศนคติของผู้สอนและผู้เรียน ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการกับโรค/อาการควบคู่ไปกับการแก้ไขปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค/อาการนั้น ในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายและมีปัญหาทางสุขภาพแตกต่างกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพแนวใหม่ให้นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพและสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ เพื่อศึกษาและรับรู้ปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมให้นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดตระหนักถึงสุขภาพแบบองค์รวม มองเห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 ปรับกรอบคิของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในนัยยะของการดูแลระยะยาว ชั่วอายุขัยของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับฐานประชากรผู้สูงอายุที่กว้างขึ้น

กลยุทธ์ที่ 4 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและวิจัยรูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่มีระบบคิดสอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

กลยุทธ์ที่ 5 สนับสนุนงบประมาณการวิจัยทางด้านกายภาพบำบัดชุมชน และการวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้เข้าร่วมกับกลุ่มประชาคมและกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

กลยุทธ์ที่ 1 จัดเวทีนำเสนอผลงาน แลกเปลี่ยนความคิด ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ โดยมีผู้ร่วมประชุมจากหลากหลายสาขาวิชาชีพและภาคประชาชน

เป้าหมายที่ 5 การบริการด้วยวิธีการทางกายภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอในการแข่งขัน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างกระบวนการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของการบริการในทุกกระดับ

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน (clinical practice guideline; CPG) ที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดทั่วประเทศ

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบและกลไกการควบคุมมาตรฐานการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด เพื่อกำหนดผู้บริโภครับบริการที่มาตรฐานและเป็นธรรม

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบและกลไกการกำกับและประเมินคุณภาพของสถานบริการทางกายภาพบำบัดระดับต่างๆ ให้มีมาตรฐานเดียวกัน ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน

กลยุทธ์ที่ 4 สร้างระบบการประเมินผลลัพธ์การทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดตามคุณภาพและมาตรฐานที่กำหนดโดยสภากายภาพบำบัด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนามาตรฐานหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นและความต้องการของประเทศ มีความยืดหยุ่นที่จะสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องและตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของท้องถิ่นได้

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมให้มีมาตรฐานการประกันคุณภาพของสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมแนวทางและการบริหารจัดการการศึกษาต่อเนื่องของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

- กลยุทธ์ที่ 1 จัดการศึกษาในระดับหลังปริญญากายภาพบำบัดให้มีการต่อยอดในระดับต่างๆ ได้ ตามเกณฑ์ของมหาวิทยาลัยและสภากายภาพบำบัด ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบ มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่เอื้อประโยชน์ต่อนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดและประชาชน
- กลยุทธ์ที่ 2 มีระบบการพัฒนาอาจารย์ให้มีคุณภาพและศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการพัฒนาหลักสูตร โดยเฉพาะบัณฑิตศึกษาและความเข้มแข็งในงานวิจัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาวิธีการทางกายภาพบำบัดให้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ

- กลยุทธ์ที่ 1 สภาวิชาชีพและสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางด้านกายภาพบำบัด ร่วมกันกำหนดทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์ ในการทำให้วิธีการทางกายภาพบำบัด สามารถเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่มีสำคัญและสร้างความสูญเสียให้กับประเทศในลำดับต้นๆ
- กลยุทธ์ที่ 2 สร้างระบบและกลไกในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญและสร้างความสูญเสียให้กับประเทศในลำดับต้นๆ จาก 3 ส่วน คือ การวิจัยในห้องปฏิบัติการ การให้บริการในสถานบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพในชุมชน
- กลยุทธ์ที่ 3 สนับสนุนงบประมาณให้กับการสร้างนวัตกรรมใหม่ในการใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีสำคัญและสร้างความสูญเสียให้กับประเทศในลำดับต้นๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการบริการด้วยวิธีการทางกายภาพ

- กลยุทธ์ที่ 1 มีคณะกรรมการกำหนดทิศทางและลำดับความสำคัญของคำถามการวิจัยในแต่ละช่วงเวลา ตลอดจนส่งเสริมปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ ของการวิจัย โดยเน้นที่องค์ความรู้ที่แก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สร้างความสูญเสียในลำดับต้นๆ ของ

ประเทศไทย และองค์ความรู้ที่ทำให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมี
คุณภาพและได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างระบบนักวิจัยพี่เลี้ยงเพื่อสร้างนักวิจัยอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ 3 จัดทำระบบฐานข้อมูลการวิจัยและสร้างมาตรการที่จะทำให้เกิดความร่วมมือ
แลกเปลี่ยนนักวิจัยระหว่างสถาบัน

กลยุทธ์ที่ 4 สร้างระบบแรงจูงใจและสนับสนุนการวิจัย ตลอดจนกำหนดภาระงานการทำวิจัย
ในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อให้งานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตเกี่ยวกับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทย
ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) ทั้ง 5 ประเด็นนั้น ควรจะต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์
ความรู้สำหรับเกื้อหนุนให้แผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้สามารถดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้
ดังนี้

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
1) ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็ม ศักยภาพทางกาย	1.1) ศักยภาพทางกายของประชาชนแต่ละกลุ่มใน ปัจจุบันเป็นอย่างไร
	1.2) พฤติกรรมสุขภาพใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อ ศักยภาพทางกายของประชาชน
	1.3) ลักษณะเนื้อหาของชุดความรู้เกี่ยวกับการเติม เต็มศักยภาพทางกายที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละ กลุ่มเป้าหมายควรเป็นอย่างไร
	1.4) ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและกระจาย ความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วย วิธีการทางกายภาพ มีอะไรบ้าง
	1.5) ประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการ เติมเต็มศักยภาพทางกายผ่านช่องทางต่างๆ ได้ มากน้อยเพียงใด
	1.6) ประชาชนสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการเติม เต็มศักยภาพทางกายไปใช้ประโยชน์ได้มากน้อย เพียงใด

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
2) ประชาชนสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายได้	2.1) ปัจจุบันประชาชนแต่ละกลุ่มมีแนวคิดในการดูแลสุขภาพของตนอย่างไร และใช้วิธีการใด
	2.2) องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายมีมากน้อยเพียงใด และในลักษณะใดบ้าง
	2.3) มีบุคคล/กลุ่มบุคคลใดบ้างที่ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายของตน โดยในลักษณะใด มีนวัตกรรมใดบ้าง
3) ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่ใช้วิธีการทางกายภาพจากนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง	3.1) รูปแบบการบริการทางกายภาพบำบัดที่ประชาชนต้องการเป็นอย่างไร (แยกเป็นประชาชนกลุ่มที่มีและไม่มีอาการป่วย)
	3.2) ความต้องการนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในภาพรวมของประเทศเป็นอย่างไร 3.2.1) วิธีการคาดการณ์กำลังคนทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และข้อมูลที่ต้องเตรียมการเพื่อการคาดการณ์ที่แม่นยำและมีพลวัต มีความไวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและสุขภาพมีอะไรบ้าง 3.2.2) คุณลักษณะและบทบาทของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่ประชาชนต้องการเป็นอย่างไร (แยกเป็นประชาชนกลุ่มที่มีและไม่มีอาการป่วย)
	3.3) นโยบายเปิดการค้าเสรีด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่ออะไรต่อกระบวนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัด

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
	3.4) กลไกการจ้างงานเพื่อให้เกิดการกระจายตัวของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดอย่างเหมาะสมควรมีลักษณะอย่างไร
	3.5) ประสิทธิภาพของแผนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัดทั่วประเทศที่กำหนดไว้มีมากน้อยเพียงใด
	3.6) ระบบการหมุนเวียนนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดเพื่อให้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ ควรมีลักษณะใด
	3.7) การบริการทางกายภาพบำบัดระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของชุมชนแต่ละบริบทมีลักษณะอย่างไร และมีกลไกใดที่จะผลักดันให้เกิดการบริการลักษณะเช่นนั้นได้
	3.8) บุคลากรที่ให้บริการด้วยวิธีการทางกายภาพในหน่วยงาน (setting) ระดับต่ำกว่ารพ.ชุมชนควรเป็นใคร ควรมีความรู้อะไรบ้าง ระบบการนิเทศและส่งต่อ(จากบนลงล่างและล่างขึ้นบน)ควรเป็นอย่างไร ความแตกต่างของบทบาทแต่ละพื้นที่เป็นอย่างไร
	3.9) ปัจจัยที่ส่งเสริมและขัดขวางการพัฒนาการปฏิบัติงานประจำด้านการบริการทางกายภาพบำบัดระดับปฐมภูมิให้ป็นงานวิจัยมีอะไรบ้าง
	3.10) ลักษณะของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการบริการทางกายภาพบำบัดระดับปฐมภูมิ ควรเป็นอย่างไร

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
	3.11) ปัจจุบันประชาชนตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้บริโภคมากน้อยเพียงใด และปัจจัยใดที่มีผลต่อระดับความตระหนักรู้
4) นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีระบบคิดที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่	4.1) รูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่มีระบบคิดสอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ควรเป็นอย่างไร
5) การบริการด้วยวิธีการทางกายภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอในการแข่งขัน	5.1) มาตรฐานการปฏิบัติงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดควรมีลักษณะใด
	5.2) จะใช้กลไกใดเพื่อควบคุมการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้เป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้
	5.3) จะใช้กลไกใดเพื่อกำกับและประเมินคุณภาพของสถานบริการทางกายภาพบำบัดระดับต่างๆให้มีมาตรฐานเดียวกัน
	5.4) วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลสัมฤทธิ์การทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดเป็นอย่างไร
	5.5) จะใช้กลไกใดเพื่อประกันคุณภาพของสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีมาตรฐานในระดับเดียวกัน
	5.6) ระบบและกลไกสำหรับการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากการวิจัยในห้องปฏิบัติการ กับการให้บริการในสถานบริการสุขภาพ และกับการดูแลสุขภาพในชุมชน ควรมีลักษณะและองค์ประกอบอย่างไร

1. ที่มาและความสำคัญ

ในปี ค.ศ. 2001 องค์การอนามัยโลก ได้นำเสนอกรอบแนวคิดในการอธิบาย “สุขภาพ” (health) และ “สภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” (health-related states) ไว้ในเอกสาร การจำแนก ศักยภาพทางกายภาพและการและสภาวะสุขภาพนานาชาติ (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)¹ ในเอกสารดังกล่าวได้นำเสนอว่า องค์ประกอบของ สุขภาพ (health components) ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอก (define) ว่ามีอะไรบางอย่างที่ทำให้เกิดสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 2 ส่วนคือ (1) ศักยภาพทางร่างกายและโครงสร้างร่างกาย (body functions and structure) และ (2) การทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activities and participation) โดยองค์ประกอบเหล่านี้ถูกจำแนกด้วยมุมมองด้านร่างกาย บัณฑิตบุคคล และสังคม (body, individual and societal perspectives) และเนื่องจากศักยภาพของบุคคล (individual's functioning) และความพิการ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในบริบท (context) การจำแนกสภาวะสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมด้วย²

จากกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ศักยภาพทางกาย (body or physical functioning) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของการที่บุคคลจะมีสภาวะ ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา และปัจจัยทางด้านสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมือง มีอิทธิพลอย่างมากต่อศักยภาพทางกาย การบกพร่องของศักยภาพทางกายจะนำไปสู่การขาดกิจกรรมทางกาย และทำให้เกิดการสูญเสียอย่างมหาศาล ในรายงานสุขภาพโลก (world health report) ปี ค.ศ. 2002 ขององค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ว่า การขาดกิจกรรมทางกายเป็นสาเหตุการตาย 19 ล้านคนทั่วโลก และทำให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพคิดเป็น 19 DALYs (disability adjusted life year = จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการ) และในต่างประเทศมีรายงานที่แสดงให้เห็นว่า ความบกพร่อง/หรือการไม่ทำกิจกรรมที่เหมาะสมเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายและการสูญเสีย อันเนื่องมาจากการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และในขณะเดียวกันก็มีรายงานว่า การทำกิจกรรมที่เหมาะสม สามารถลดอัตราการตายและการสูญเสีย ดังกล่าวได้^{3,4,5} สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีมีการสำรวจเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหาการบกพร่อง/หรือการสูญเสียศักยภาพทางกายที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การตายและการเจ็บป่วย แต่จากรายงานโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก⁶ และสถิติการเจ็บป่วย 10 อันดับแรกของคนไทย⁷ แสดงให้เห็นว่ามีหลายโรคที่อาจมีสาเหตุมาจากการบกพร่อง/หรือการไม่ทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น โรคหัวใจ

โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งน่าจะเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทย

ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นมากมายในสังคมไทย และสังคมโลกในทุกด้าน ทั้งด้านสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งน่าจะส่งผลกระทบต่อเชื่อมโยงถึงสังคมไทย และส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางกาย และสุขภาพของคนไทย เช่น

(1) โลกาภิวัตน์และการเปิดเสรีด้านการค้าบริการสุขภาพ

รายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2002⁹ ระบุว่า ประชากรโลกต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงมากมายนับไม่ถ้วน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นใน 10 ปีข้างหน้า ความยากจนเป็นสาเหตุสำคัญของความเสี่ยงหลายชนิด และมีผลต่อรูปแบบของโรค ในขณะที่โลกาภิวัตน์ได้รับการกล่าวขานว่าเป็นกลยุทธ์ในการขจัดความยากจน แต่การค้าเสรีสามารถก่อให้เกิดทั้งคุณและโทษต่อสุขภาพ สภาวะหลายอย่างที่เป็นผลมาจากโภชนาการ เช่น เบาหวาน อ้วนเกิน และความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นทั่วโลก ไม่เว้นแม้แต่ในประเทศที่ขาดอาหาร

นอกจากนี้ ในปัจจุบันเป็นยุคที่มีการเปลี่ยนผ่านของภาวะเสี่ยง (risk transition) ที่เกิดจากรูปแบบการบริโภค การแพร่กระจายของเชื้อโรคจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่งทางไกลกันโดยใช้เวลาแค่เพียงชั่วโมงหรือวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการเดินทางและการค้าระหว่างประเทศ ผลจากโลกาภิวัตน์ส่งผลต่อสังคมทุกแห่ง การเปลี่ยนผ่านของภาวะเสี่ยงยิ่งรวดเร็วขึ้น ในปัจจุบันมีประชาชนจำนวนมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา กำลังเผชิญกับสินค้าและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่นำเข้าจากต่างประเทศหรือปรับประยุกต์ (adopted) จากประเทศอื่น ที่นำภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพในระยะยาวมาด้วย เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ อาหารจานด่วน เป็นสินค้าที่มีการค้าขายอย่างกว้างขวางทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการผลิตอาหารและในการทำเกษตรกรรม และนโยบายการค้า มีผลต่ออาหารในแต่ละวันของประชากรหลายร้อยล้านคน ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานและการดำเนินชีวิตนำไปสู่การมีกิจกรรมทางกาย (physical activities) และการออกแรงกาย (physical labour) ลดลง โทรศัพท์และคอมพิวเตอร์เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนจำนวนมากใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันอยู่กับการนั่งและมีกิจกรรมทางกายลดลงกว่าผู้คนในยุคที่ผ่านมา การบริโภค บุหรี่ แอลกอฮอล์ และอาหารจานด่วนมีความเหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินชีวิตเช่นนี้

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคและการดำเนินชีวิต ร่วมกับการมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จึงมาพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของโรคต่างๆ ได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง โรคจิต เบาหวาน และโรคอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกับภาวะอ้วนเกิน (obesity) สำหรับในประเทศที่ยากจน ยังคงต้องเผชิญกับการเข้าถึงทรัพยากรและการบริการสุขภาพที่ขาดแคลน รัฐบาลต้องเผชิญกับแรงกดดันจาก

อุปทานระดับโลก (global demand) ของพลังผลักดันของตลาด (market forces) และการค้าเสรี ซึ่งมักจะนำไปสู่การไม่สามารถออกกฎหมายที่เหมาะสม การควบคุมที่เหมาะสม และการกำหนดมาตรฐาน เพื่อปกป้องสุขภาพและสวัสดิภาพของประชาชนของตนได้

ภายใต้ข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้า (General Agreement on Tariffs and Trade; GATT) ที่เป็นเครื่องมือในการกำกับและส่งเสริมเสรีภาพทางการค้าระหว่างประเทศผ่านการเจรจาการค้ารอบ (“rounds”) ต่างๆ ได้นำไปสู่การก่อตั้งองค์การการค้าโลก (World Trade Organization; WTO) ขึ้น เพื่อให้เป็นองค์กรตามกฎหมายนานาชาติ ที่ทำหน้าที่กำกับทุกเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศของประเทศสมาชิก องค์กรนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์สำคัญเกี่ยวกับพันธะสัญญาที่ประเทศสมาชิกจะต้องนำไปใช้เป็นกรอบและดำเนินการเกี่ยวกับนโยบายการค้าของประเทศตนเอง¹⁰ แต่ต่อมาเมื่อประเทศมหาอำนาจโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาต้องประสบกับปัญหาในการผลักดันการจัดระเบียบการค้าพหุภาคีภายใต้ WTO เพื่อเกื้อประโยชน์ของตน เนื่องจากติดขัดด้วยอำนาจต่อรองของสหภาพยุโรปและกลุ่มประเทศโลกที่สาม จึงได้หันมาเน้นแนวทางภูมิภาคและทวิภาคีนิยม ซึ่งความสำเร็จในการบรรลุข้อตกลงการค้ามีความเป็นไปได้มากกว่าด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ต้นทุนการเจรจาต่ำกว่า และสหรัฐมีอำนาจต่อรองเหนือกว่าทั้งทางเศรษฐกิจและการเมือง ประเทศด้อยพัฒนามีอำนาจต่อรองน้อยกว่าประเทศมหาอำนาจ ต้องเป็นฝ่ายยอมประเทศมหาอำนาจในการเจรจาการค้าหลายๆ ประเด็น การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ในการเจรจาการค้า (trade-off) มิได้เป็นไปโดยเสมอภาคในกระบวนการเจรจาการค้า¹¹ นอกจากนี้ภายใต้หลักการของการได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (comparative advantage) ที่ไม่ใช่การแข่งขัน จะทำให้เกิดการยกเลิกอุปสรรค (barriers) ของการไหลเข้าของสินค้า (imports) ซึ่งจะก่อปัญหาให้กับประเทศต่างๆ เว้นเสียแต่ว่าประเทศเหล่านั้นจะต้องเร่งส่งออกสินค้าในอัตราที่เท่ากันหรือมากกว่า ภายใต้การดำเนินการในลักษณะนี้ประเทศที่ร่ำรวยและเข้มแข็งกว่า (ประเทศที่พัฒนาแล้ว) ย่อมจะได้ประโยชน์จากการค้าเสรีอย่างแน่นอน ในขณะที่ประเทศยากจนและอ่อนแอ (ประเทศกำลังพัฒนา) มักจะจบลงด้วยการสูญเสีย เสรีภาพทางการค้า ทำให้เพิ่มการแข่งขันซึ่งในอีกความหมายหนึ่งก็คือการลดต้นทุน (costs) หลายประเทศจึงต้องจบลงด้วยการนำเข้าสินค้าที่มีราคาถูกกว่าและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ กับประเทศเหล่านั้น จึงไม่เป็นการถูกต้องที่จะเหมารวมว่า “การค้าเสรี” จะเป็นผลประโยชน์ที่ยิ่งใหญ่สำหรับทุกประเทศ ซึ่งได้มีตัวอย่างเกิดขึ้นแล้วในอดีต เช่น Sub-Saharan Africa ซึ่งเป็นดินแดนที่ยากจนที่สุดของโลกต้องสูญเสียรายได้ถึง US\$ 5.9 พันล้านเหรียญในระหว่างปี ค.ศ.1987-1989¹⁰ และกรณีเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือหรือนาฟตา (NAFTA) ซึ่งเป็นข้อตกลงเขตการค้าเสรีสามฝ่ายระหว่างสหรัฐ-แคนาดา กับประเทศเม็กซิโก หลังจากการทำข้อตกลงดังกล่าว มีรายงานของธนาคารโลกว่า อัตราความยากจนของเกษตรกรรายย่อยของเม็กซิโกเพิ่มขึ้น จาก 79% ในปี ค.ศ. 1994 เป็น 82% ในปี ค.ศ.

1998 มีการย้ายถิ่นฐานของแรงงานและเกิดปัญหาสังคมขึ้นอย่างมากมาที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของการพัฒนา¹² เป็นต้น

ในการเจรจาอบอุรุกวัย (Uruguay Round negotiations) ได้เกิดข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services; GATS) ใน 4 รูปแบบ (mode) ได้แก่ 1) การซื้อขายข้ามพรมแดน (cross-border trade) 2) การบริโภคบริการสุขภาพในต่างประเทศ (health care consumption abroad) 3) การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (commercial presence) 4) การเข้าพักอาศัยชั่วคราวของชาวต่างชาติในฐานะผู้ให้บริการ (temporary presence of natural persons as service suppliers)¹⁰ ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นสมาชิก WTO จึงต้องเข้าร่วมการเจรจาการค้านี้ด้วย รวมทั้งการเปิดเสรีด้านการค้าบริการสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันได้มีนักวิชาการให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของรูปแบบการค้าทั้ง 4 แบบต่อระบบสุขภาพและศักยภาพทางกายของประชาชนไทย เช่น

- **การซื้อขายข้ามพรมแดน** อาจส่งผลให้มี telemedicine เกิดขึ้นในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อยกระดับความสามารถในการให้บริการ เพื่อดึงดูดลูกค้าจากต่างประเทศ แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายในส่วนของ infrastructure มีราคาแพงมากเกินกว่าที่ภาคเอกชนจะสามารถจ่ายได้ จำเป็นต้องให้รัฐช่วยสนับสนุน คำถามจึงอยู่ที่ว่า ในขณะที่ telemedicine สามารถช่วยให้การวินิจฉัยมีความเที่ยงตรงและแม่นยำ ซึ่งความสามารถในท้องถิ่นไม่มีทักษะเพียงพอหรือไม่มีความพร้อมเครื่องมือเครื่องใช้ แต่ประสิทธิภาพ (efficacy) ในการลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของประชาชนไทยและเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทย เป็นอย่างไร
- **การบริโภคบริการสุขภาพในต่างประเทศ** จะก่อให้เกิดการจัดชุด (package) บริการสุขภาพพิเศษขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่า เพื่อดึงดูดผู้ป่วยจากประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีค่าใช้จ่ายภายในประเทศสูงกว่า เช่น การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่างชาติที่เกษียณอายุในช่วงเวลาที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว ในลักษณะนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งสองฝ่ายคือ ประเทศที่พัฒนาแล้วจะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง ส่วนประเทศกำลังพัฒนาจะมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่อาจมีผลทำให้เกิดภาวะสมองไหลของบุคลากรด้านสุขภาพจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน
- **การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ** อาจส่งผลให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลของต่างชาติขึ้นภายในประเทศ ซึ่งจะทำให้มาตรฐานการบริการดีขึ้น แต่เฉพาะผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงบริการนี้ได้ ซึ่งเป็นเพียงคน

ส่วนน้อย ในขณะที่เดียวกันอาจทำให้เกิดปัญหาสมองไหลจากภาคส่วน
สาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลของต่างชาติ ทำให้ขาดแคลนบุคลากรที่จะ
ให้บริการแก่คนส่วนใหญ่ของประเทศ การแข่งขันสูงในธุรกิจด้านนี้อาจจะทำให้
รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นที่เป็นผลมาจากความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการ
ชักจูงของผู้ให้บริการ (supplier-induced demand)

- การเข้าพักอาศัยชั่วคราวของชาวต่างชาติในฐานะผู้ให้บริการ อาจทำให้เกิด
ปัญหา “สมองไหล” (brain drain) ของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อไปทำงานใน
ประเทศที่พัฒนามากกว่าและมีรายได้สูงกว่า เป็นต้น

(2) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹³

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการนำทรัพยากรธรรมชาติที่อุดม
สมบูรณ์และรายได้เปรียบด้านแรงงานราคาถูก มาใช้สนับสนุนการพัฒนาและขยายฐานการผลิต
ซึ่งนำไปสู่การผลิตเพื่อส่งออกและอุตสาหกรรมที่ใช้ทุนและเทคโนโลยีที่สูงขึ้น ระบบเศรษฐกิจมีการ
ขยายตัวในอัตราสูง แต่เป็นการเติบโตที่ต้องพึ่งพาทุน เทคโนโลยี และตลาดต่างประเทศ จึงเป็นการ
เติบโตที่ไม่ยั่งยืนและขาดสมดุล ความไม่สมดุลของโครงสร้างการพัฒนาประเทศ นำไปสู่ความเหลื่อม
ล้ำทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในเรื่องการกระจายรายได้ ปัญหาความยากจนเพิ่มสูงขึ้น
คนจนขาดศักยภาพในการดำรงชีวิต ภาวะการว่างงานเพิ่มขึ้นและมาตรฐานความเป็นอยู่ของคนไทย
มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมอันเกิดจากการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ
อย่างสิ้นเปลืองโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบ นำไปสู่ความขัดแย้งในสังคมมากขึ้น ในแผนพัฒนาฯ ฉบับ
ที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จึงมุ่งเน้นการพัฒนาแบบองค์รวมที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และ
ยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้การพัฒนามีความสมดุลมีคุณภาพและยั่งยืน นำไปสู่
สังคมที่เข้มแข็ง สามารถรักษาไว้ซึ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นตลอดจนคุณค่าของสังคมไทยไว้ได้ภายใต้
กระแสโลกาภิวัตน์และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยกำหนดวัตถุประสงค์ในการพัฒนาไว้
ได้แก่ การฟื้นฟูเศรษฐกิจภายในประเทศให้เข้มแข็ง มีเสถียรภาพ และวางรากฐานการพัฒนา
ประเทศเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ยังต้องการสร้างการบริหารจัดการที่ดีในทุกระดับ
ตั้งแต่ระดับการเมือง ราชการ ธุรกิจเอกชน ชุมชนและครอบครัว และท้ายที่สุดคือการแก้ปัญหาความ
ยากจน และเพิ่มศักยภาพและโอกาสให้แก่ประชาชนในสังคม โดยเป้าหมายหลักในแผนพัฒนาฯ
ฉบับที่ 9 ได้แก่ การเกิดดุลยภาพทางเศรษฐกิจ การยกระดับคุณภาพชีวิต การบริหารจัดการที่ดี การ
ลดความยากจน

(3) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 ใช้แนวคิดหลักในการพัฒนาสุขภาพ 2 ประการ
คือ (1) สุขภาพคือสุขภาวะ โดยมองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมอง

เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม โดยถือว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่าง "สมดุล" ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม (2) พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงไปถึงเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างเป็นบูรณาการ โดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพ

วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพของประชาชน ยึดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่แต่ละระดับโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพมีความมั่นคงและสามารถสร้างความเจริญในระดับสูงขึ้น เน้นการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ไม่ก้าวกระโดดไปใช้เทคโนโลยีที่สูงเกินไป และควรพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่มีพื้นฐานจากภูมิปัญญาไทยเพื่อสร้างความยั่งยืน และให้สามารถพึ่งตนเองได้ ยึดหลัก “ทางสายกลาง” และ “ความสมดุลพอดี” มีบูรณาการอย่างสมดุล ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านสุขภาพ

(4) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540¹⁴

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 เป็นกฎหมายฉบับแรกในประวัติศาสตร์การปกครองไทย ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นระหว่างกรรมาธิการร่าง ส่งผลให้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการรับรองศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และกลไกประกันสิทธิเสรีภาพของประชาชน เช่น มาตรา 76 ที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจอธิปไตยทุกระดับ มาตรา 78 ที่กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง พัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น ระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐาน สาธารณเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึงและเท่าเทียมกันทั่วประเทศ มาตรา 82 ที่กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เป็นต้น ผลจากการใช้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ ทำให้เกิดกฎหมายที่สำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพทางกายของประชาชนออกมาหลายฉบับ ได้แก่ ร่าง-พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2542 พรบ.กระจายอำนาจ พรบ. การศึกษา พุทธศักราช 2542 รวมทั้งการจัดตั้งสถานศึกษาเฉพาะความพิการ/ศูนย์การศึกษาพิเศษสำหรับเด็กพิการขึ้น

(5) การวิวัฒนาการ (evolution) ของสื่อ (mass media)

การพัฒนาของเทคโนโลยีที่รองรับการสื่อสาร เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การสื่อสารรวดเร็วและแพร่กระจายมากขึ้น โดยในยุคเริ่มต้นการสื่อสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งพัฒนาขึ้นจากการเขียนเป็นการโทรเลข จากโทรศัพท์สู่โทรสาร และสามารถพัฒนาเครือข่ายของการสื่อสารให้กว้างขึ้นจากบุคคลหนึ่งไปยังหลายๆ บุคคล โดยการพัฒนาจากการเขียนสู่การพิมพ์ และพัฒนาจากการโทรศัพท์เป็นการเผยแพร่ทางวิทยุและโทรทัศน์ และในยุคปัจจุบันกำลังเป็นยุคแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน ที่สามารถสื่อสารจากบุคคลหลายๆ คนสู่บุคคลอีกหลายๆ คนด้วย internet อุตสาหกรรมและธุรกิจก็ได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้เช่นกัน จากในยุคก่อนหน้านี้ที่ปัจเจกบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อเพื่อสร้างงานออกมา (work things out) เปลี่ยนเป็นการใช้สื่อเพื่อสร้างและปรับเปลี่ยน mental models ของคนเรา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางกาย

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และด้านการเมืองการปกครอง ส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนไทยในทุกด้าน รวมทั้งด้านศักยภาพทางกายซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีสุขภาพะ จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ จะต้องร่วมกันพิจารณาและวางระบบและกลไกต่างๆ เพื่อเสริมสร้างให้คนไทยมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ในท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงนี้

“กายภาพบำบัด” เป็นศาสตร์หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเพิ่มศักยภาพทางกายและโครงสร้าง (body function and structure) แต่ในปัจจุบันมีปัญหาด้านการเข้าถึงการบริการกายภาพบำบัดจากนักวิชาชีพกายภาพบำบัดในทั่วทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล โดยมีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งก็คือโครงสร้างระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดกรอบอัตรากำลังนักวิชาชีพกายภาพบำบัดให้จำกัดเพียงแคในระดับโรงพยาบาลชุมชน แม้กระนั้น การบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนเองในปัจจุบันนี้ก็ยังไม่ทั่วถึง ยังประสบปัญหาความขาดแคลนอยู่มาก อีกทั้งการบริการที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ก็ยังจำกัดกรอบอยู่ที่การตั้งรับในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ส่วนงานบริการในระดับปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและโครงสร้าง และการป้องกันความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายและโครงสร้าง ยังมีเงื่อนไขให้ทำได้น้อยมาก โดยมีสาเหตุมาจากทั้งตัวนักวิชาชีพกายภาพบำบัดเองที่ยังมีวิธีคิดวิธีการมองปัญหาไม่ถูกต้อง และจากระบบงานที่ไม่เอื้ออำนวย อีกทั้งโอกาสของการกระจายศาสตร์ความรู้ทางกายภาพบำบัดเข้าสู่ชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของชุมชนก็ยังมีน้อยมาก นักวิชาชีพกายภาพบำบัดขาดโอกาสที่จะได้สัมผัสกับสภาพปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายและโครงสร้างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรมของ

แต่ละพื้นที่ การประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่/การนิเทศงานจึงไม่อยู่บนพื้นฐานของความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของชุมชน ส่งผลให้มีปัญหาในเรื่องของการเข้าถึงศาสตร์ความรู้ทางกายภาพบำบัด รวมทั้งการขาดโอกาสในการประสานงานกับผู้ให้การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านที่ใช้วิธีการทางกายภาพที่อยู่ในพื้นที่ เช่น หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย การบูรณาการศาสตร์ความรู้ด้านกายภาพบำบัดเข้ากับภูมิปัญญาพื้นบ้านจึงไม่สามารถเป็นจริงได้เช่นกัน นอกจากนี้ในกระบวนการจัดการศึกษาด้านกายภาพบำบัดยังปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม ทั้งในแง่เนื้อหาหลักสูตร ความสามารถของบัณฑิตในการทำงานร่วมกันเป็นทีมกับบุคลากรด้านสาธารณสุข บุคลากรสาขาอื่นๆ องค์กรอื่นๆ และประชาชน

สรุป การบกพร่องของศักยภาพทางกายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และน่าจะกำลังก่อให้เกิดการสูญเสียอย่างมหาศาลสำหรับประเทศไทย ในปัจจุบันคนไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านที่ส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางกาย อีกทั้ง “ระบบกายภาพบำบัด” ซึ่งเป็นกลไกสำคัญกลไกหนึ่งที่จะสามารถเติมเต็มศักยภาพทางกายให้กับคนไทยได้ ในปัจจุบันก็อยู่ในเงื่อนไขที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ อย่างเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ และอย่างยั่งยืน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาวิจัย เพื่อค้นหาแนวทางให้ “ระบบกายภาพบำบัด” สามารถเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยได้ใน 10 ปีข้างหน้า เพื่อให้ในอนาคตคนไทยมีสุขภาวะทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- (1) เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ปัจจุบัน (position papers) ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัดอย่างรอบด้าน
- (2) เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญของสถานการณ์ปัจจุบัน และจัดทำรายงานประเด็นสำคัญ (issues paper)
- (3) เพื่อกำหนดกรอบกลยุทธ์เพื่อการเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยใน 10 ปีข้างหน้า โดยใช้กระบวนการ “การมองอนาคต” (foresight) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน
- (4) เพื่อกำหนดกรอบการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งเครือข่ายนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสนับสนุนกรอบกลยุทธ์เพื่อการเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยใน 10 ปีข้างหน้า

3. คำถามการวิจัย

(1) ระดับของศักยภาพทางกายของประชาชนไทยในปัจจุบันเป็นอย่างไร ความต้องการ (demand) ของการเติมเต็มศักยภาพทางกายมีมากน้อยแค่ไหน อย่างไร

(2) ปัจจัยด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการเมืองในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางกายของประชาชนไทยอย่างไรบ้าง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านี้ในอนาคตเป็นอย่างไรและจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางกายของคนไทยอย่างไรบ้าง

(3) การเติมเต็มศักยภาพทางกายของคนไทยใน 10 ปีข้างหน้าจะต้องดำเนินการอย่างไร ผู้เกี่ยวข้องหลัก (key player) ควรเป็นใคร องค์กร/หน่วยงานใดบ้าง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

(1) ได้กลุ่มคนในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อระบบกายภาพบำบัด ทั้งในส่วนของนโยบาย ฝ่ายการศึกษา ผู้บริโภค และท้องถิ่น มาร่วมกันคิดและหาประเด็นสำคัญที่จะพัฒนาระบบกายภาพบำบัด สามารถเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยใน 10 ปีข้างหน้า

(2) ได้ข้อมูลรายละเอียดที่เป็น fact and figure ในแต่ละด้าน ที่เพียงพอจะจัดทำรายงานสถานภาพของระบบกายภาพบำบัด และกำหนดประเด็นสำคัญต่างๆ ของระบบกายภาพบำบัดเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยใน 10 ปีข้างหน้า ครอบคลุมทั้งด้านผู้ผลิต ผู้บริโภค ฝ่ายการศึกษา รวมถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

(3) ได้ข้อสรุปรายงานประเด็นสำคัญ (issues paper) ที่ประกอบด้วย ประเด็นสำคัญที่ต้องการค้นหา และผลักดันให้เกิดขึ้นในอนาคต หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้ โดยสังเคราะห์จากรายงานสถานภาพ

(4) ได้กรอบการศึกษาวิจัยของแต่ละ scope and thematic พร้อมทั้งเครือข่ายนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง

(5) ได้รายงานภาพรวมของการศึกษาวิจัยระบบกายภาพบำบัด ที่ประกอบด้วยภาพอนาคตของแต่ละระบบ รวมถึงแผนยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องของระบบต่างๆ ตาม scope and thematic ที่ได้จากกระบวนการ foresight ซึ่งระบุเป็น phasing ของแต่ละระบบ ที่คาดประมาณไว้ อีก 10 ปีข้างหน้า

(6) ได้ภาพรวมของชุดโครงการระบบกายภาพบำบัด พร้อมทั้งประเด็นข้อเสนอในเชิงนโยบาย

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

(1) **ระบบกายภาพบำบัด** หมายถึง การจัดการทั้งมวลด้านกายภาพบำบัด ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศักยภาพทางกายของประชาชน ประกอบด้วย การจัดการ

กำลังคน การบริการ เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ และการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วยวิธีการทางกายภาพ โดยมีความเกี่ยวข้องและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านสาธารณสุข บุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น

(2) **วิธีการทางกายภาพ** หมายถึง วิธีการที่ประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัด การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ เช่น วิธีการนวด การตัด การดึง การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การรักษาด้วยความร้อน ความเย็น และการใช้วิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่อาศัยหลักการทางกายภาพ (physics)

โดยความหมายนี้ **วิธีการทางกายภาพ** จึงครอบคลุมวิธีการที่กระทำโดยนักกายภาพบำบัดตามที่ระบุไว้ใน พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2546 และวิธีการที่กระทำโดยปัจเจก ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น นักพลศึกษา หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก เป็นต้น ที่มีการประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ โดยที่การกระทำนั้นไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

(3) **วิธีการทางกายภาพบำบัด** หมายถึง การใช้วิธีการทางกายภาพ (ได้แก่ พลังงานทางฟิสิกส์ด้านต่างๆ เช่น ความร้อน ความเย็น แสง เสียง คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พลังงานกล เป็นต้น) ในการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกายและจิตใจ

(4) **นักวิชาชีพกายภาพบำบัด** หมายถึง ภาพรวมของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา ที่มีบทบาทในการให้บริการด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ได้แก่ นักกายภาพบำบัด พนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

(5) **การดูแลสุขภาพตนเอง** หมายถึง กิจกรรม / พฤติกรรม / การตัดสินใจ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของปัจเจก ครอบครัว หรือกลุ่ม ทั้งในด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ การป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การบำบัดรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ และการประเมินผลการดำเนินการ โดยกิจกรรมหรือพฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมทั้ง (1) กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เป็นคนละชนิดกับกิจกรรมหรือพฤติกรรมทางสุขภาพที่ทำ

โดยวิชาชีพ (professional care) โดยพฤติกรรมที่ว่านั้น อาจเป็นพฤติกรรมที่เกิดก่อนหน้าหรือทดแทนการไปใช้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพ (2) กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีการเชื่อมโยงกับบทบาทของวิชาชีพด้านสุขภาพ (professional care) ไม่ว่าจะเป็นในฐานะพฤติกรรมที่เป็นส่วนประกอบเพิ่มเติมในกระบวนการดูแลรักษาของบุคลากรด้านสุขภาพ หรือพฤติกรรมการดัดแปลงพลิกแพลงการรักษาหลังจากไปรับการรักษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ และ (3) กิจกรรมหรือพฤติกรรมหรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาวะ (เช่น การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และด้านสาธารณสุข เป็นต้น)

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

ศุวิทย์ อริยะชัยกุล

ศักยภาพทางกาย (physical functioning) มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพโดยรวมอย่างแยกไม่ออก นั่นเพราะศักยภาพทางกายไม่ใช่เพียงแต่ทำให้เกิดสุขภาวะทางกายเท่านั้น แต่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ^{1, 2} การทำหน้าที่ทางกายเป็นพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การใช้เวลารว่าง การร่วมงานสังคมและชุมชน ทั้งที่เป็นการสืบสานวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ฯลฯ ในการประกอบกิจกรรม (activity) หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรม (participation) ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ ต้องอาศัยศักยภาพทางกาย ศักยภาพนี้ใช้เพื่อดำเนินกิจวัตรปกติ และกิจวัตรที่คาดไม่ถึง (unforeseen emergency) ศักยภาพทางกายที่ใช้จำเพาะกับการเผชิญปัญหาที่คาดไม่ถึงนี้มักจะสัมพันธ์กับคุณสมบัติทางกายของบุคคลเป็นหลัก จึงมักเรียกว่า สมรรถภาพทางกาย (physical fitness) ศักยภาพทางกายมีความจำเป็นสำหรับคนปกติเพื่อที่จะคงกิจกรรมและสุขภาวะของบุคคล สังคม และชุมชน และสำหรับคนเจ็บป่วยในการหายหรือฟื้นคืนจากโรคร้ายไข้เจ็บกลับมาประกอบกิจวัตรได้ดีเช่นเดิม การประเมินศักยภาพทางกาย (physical functioning) ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งของการประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life) ซึ่งเป็นการประเมินสุขภาวะของประชาชน สังคม และชุมชน ดังนั้น ศักยภาพทางกายจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เป็นภาพสะท้อนของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน สังคม และชุมชน

ความสัมพันธ์ของศักยภาพทางกายต่อระบบกายภาพบำบัด

ปัจจัยที่กำหนดศักยภาพทางกายมีหลายประการ เช่น ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางกาย และระดับศักยภาพทางกายก็มีความแตกต่างกันตาม เพศ วัย กลุ่มประชากร ฯลฯ อย่างไรก็ตามความแตกต่างนี้จะชัดเจนเมื่อพิจารณาเทียบระหว่างคนปกติกับคนไม่ปกติหรือคนเจ็บป่วย การขาดศักยภาพทางกายเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตของประชาชนดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ประชาชนในอดีตได้พยายามหาวิธีการแก้ไขด้วยองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการสืบทอดมาอย่างยาวนาน ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่าองค์ความรู้ที่มีอยู่กับองค์ความรู้ตะวันตกที่ได้จากการเรียนรู้มานั้น อย่างใดมีผลดีกว่ากัน และก็ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ ประเด็นจึงอยู่ที่การสร้างคุณค่าขององค์ความรู้ท้องถิ่นที่ไม่ได้รับการเหลียวแลให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด อย่างไรก็ตามวิธีการทั้งตะวันตกและตะวันออกมีคุณค่าในการดูแลสุขภาพของประชาชนไทยอย่างเป็นองค์รวม วิธีการทางกายภาพมีความจำเป็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพทางกายของประชาชนไทย เป็นการเติมเต็มใน

ส่วนที่พร่องไปในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในส่วนที่ขาดหายไปจากผลของโรคและภาวะต่างๆที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการทางกายภาพ ระบบกายภาพบำบัดจึงมีความสำคัญในการเติมเต็มศักยภาพทางกายให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางกาย จิต และจิตวิญญาณ

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of Life, QoL or Health Related Quality of Life, HRQL) เป็นตัววัดสุขภาพที่ให้ค่าแทนระยะเวลาในการมีชีวิต ซึ่งการมีชีวิตนี้แปรเปลี่ยนไปจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น จากความผิดปกติในหน้าที่ (impairment), สภาพการทำงานที่ของร่างกาย (functional status), การรับรู้และโอกาสในการเข้ารับบริการ ที่มีอิทธิพลจาก โรค การบาดเจ็บ การรักษา ตลอดจนนโยบาย การประเมินคุณภาพชีวิตอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (generic HRQL) และการประเมินคุณภาพชีวิตจำเพาะต่อโรค (disease-specific HRQL)³ คุณภาพชีวิตวัดองค์ประกอบหลายอย่างได้แก่ ศักยภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม (physical, mental and social functioning) ตลอดจนการรับรู้สุขภาพของบุคคล (perception of health) และภาวะการอยู่ดีมีสุข (well-being) การมีศักยภาพในการทำหน้าที่ การประกอบกิจกรรมตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมในนิยามของ ICF จึงเป็นส่วนสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย หากพิจารณานิยามของ ICF ประกอบกับนิยามของคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่ามีความครอบคลุมบริบทที่ใกล้เคียงกันมาก แต่ด้วยเหตุที่บริบทของ ICF เริ่มจะมีการนำมาใช้ในระยะเวลาอันสั้น หรือยังไม่มีรายงานการนำแบบประเมินและตัวชี้วัดไปใช้⁴ ด้วยเหตุนี้การประเมินศักยภาพทางกายอันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการประเมินคุณภาพชีวิตจึงน่าจะกระทำได้ไม่แตกต่างกันมากนัก

กิจกรรมทางกายกับปัจจัยเสี่ยง

กิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นคำที่ไม่มีคำจำกัดความที่ตกลงกันแน่ชัด ในรายงานของ U.S. Department of Health and Human Services ได้เน้นหนักกิจกรรมทางกายในประเภทความทนทาน (endurance-type physical activity)⁵ ในรายงานปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของต่างประเทศมักระบุปัญหาของการขาดกิจกรรมทางกาย (physical inactivity) และมีได้แสดงการวัดศักยภาพทางกายโดยตรง อาจเป็นเพราะไม่สามารถวัดศักยภาพทางกาย (physical functioning) และความสามารถทางกาย (physical performance) ด้วยวิธีที่ง่าย และไม่สามารถใช้เครื่องมือวัดการทำงานที่แท้จริงของร่างกายได้ อย่างไรก็ตามหากศักยภาพทางกายในความหมายของ ICF คือความสามารถของบุคคลในสถานการณ์มาตรฐานที่ใช้ในการประเมินทางห้องปฏิบัติการ หรือสถานการณ์จำลองที่เป็นเอกภาพ และความสามารถทางกาย (physical performance) คือ

ความสามารถในสถานการณ์จริง ดังนั้น การประเมินการขาดกิจกรรมทางกายอาจเทียบเคียงได้กับการประเมินผลอันเกิดจากศักยภาพและความสามารถทางกาย

งานวิจัยในอดีตพบว่ากิจกรรมทางกายช่วยลดการเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หลายภาวะ⁵ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (coronary heart disease) มะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม เบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งพาอินซูลิน (Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, NIDDM) ภาวะของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal disorders) เช่น ข้อเสื่อม ปวดหลัง กระดูกพรุน ป้องกันการหกล้ม (falling) ป้องกันปัญหาทางจิต เช่น ภาวะเศร้าซึม (depression) วิตกกังวล และเครียด ควบคุมไม่ให้อ้วนหรือน้ำหนักเกิน (obesity and overweight) รวมทั้งทำให้จิตใจแจ่มใส การมีกิจกรรมทางกายเป็นกลุ่มยังทำให้รู้สึกตนเองมีคุณค่าต่อสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในสังคม มีข้อมูลที่น่าสนับสนุนว่ากลไกในการลดความเสี่ยงดังกล่าวเกิดจาก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทำงานร่วมกับระบบอื่นๆ ได้แก่ ระบบเมตาบอลิซึม ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน อย่างมีประสิทธิภาพ

การขาดกิจกรรมทางกาย (physical inactivity) เป็นสาเหตุการตาย 1.9 ล้านคนทั่วโลก และทำให้สูญเสียทางสุขภาพคิดเป็น 19 ล้าน DALYs (Disability Adjusted Life Years) หรือ 19 ล้านปีที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากต้องเป็นโรคหรือตายก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 10 – 16 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และเบาหวาน และร้อยละ 22 ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) มีสาเหตุมาจากการขาดกิจกรรมทางกาย⁶ ในประเทศพัฒนา (developed countries) การขาดกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญอันดับ 7 คิดเป็น 3.3% DALYs ของปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด⁶ การขาดกิจกรรมทางกายนอกจากจะเป็นสาเหตุของการสูญเสียก่อนวัยอันควรและเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพแล้ว ยังมีผลต่อเศรษฐกิจด้วย การศึกษาในประเทศแคนาดา⁷ พบว่าการขาดกิจกรรมทางกายทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพ (direct cost attributable to inactivity) ประมาณ 2.5 พันล้านเหรียญ หรือประมาณ 25.5% ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (health care cost) ภาวะที่สัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เส้นเลือดในสมองแตก ความดันโลหิตสูง มะเร็ง ฯลฯ ค่าใช้จ่ายนี้มีค่าใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับภาวะที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 2.5 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด เทียบกับการสูบบุหรี่ที่ใช้ประมาณร้อยละ 3.8%) นอกจากนี้การประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพที่จะลดลงหากใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพในการลดความชุกของการขาดกิจกรรมทางกายให้ได้อีก ร้อยละ 10 (จากร้อยละ 62 เหลือร้อยละ 56) พบว่าจะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายประมาณ 150 ล้านเหรียญต่อปี

สำหรับการสูญเสียทางสุขภาพจากการขาดกิจกรรมทางกายในประเทศไทยยังไม่ได้แสดง บัญชีเสี่ยงต่อโรคต่างๆ คงมีแต่ระดับความสูญเสียจากโรคจำแนกเป็น 3 กลุ่มโรคตามฐานข้อมูล WDR-1993 (World Development Report) คือ (1) โรคติดต่อและโรคในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก (2) โรคไม่ติดต่อ (3) อุบัติเหตุ การสูญเสียจากทุกกลุ่มโรคเมื่อวัดเป็นหน่วยของ DALYs พบว่า ในปี พ.ศ. 2536 มีระดับความสูญเสียเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2530 และสาเหตุของการสูญเสียที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่มาจากการเพิ่มขึ้นของภาวะทุพพลภาพจากการป่วยมากกว่าการเสียชีวิต รวมทั้งแบบแผนการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยเนื่องจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง และ อุบัติเหตุ⁸ เมื่อพิจารณาการคาดประมาณลำดับความสูญเสียตามรายชื่อโรคในปี พ.ศ. 2542 ใน 10 อันดับแรกพบว่า มีโรคที่สัมพันธ์กับการขาดกิจกรรมทางกายหลายโรคด้วยกัน คือ มะเร็ง โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด (อันดับ 2, 4, 5, 6, 7 และ 9 ตามลำดับ)⁸ แม้ยังไม่มีการวิเคราะห์ว่าการสูญเสียที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเหล่านี้มีส่วนความเสียหาย (attributable fraction) เนื่องจากการขาดกิจกรรมทางกายเท่าใด รวมทั้งมีการสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจเท่าใด แต่ถือได้ว่าปัญหาของการขาดกิจกรรมทางกายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศเนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคที่ส่งผลต่อการสูญเสียใน 10 อันดับแรกเป็นจำนวนมาก

ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการ ออกกำลังกายเพียงด้านเดียว (ซึ่งถือเป็นกิจกรรมทางกายประเภทงานอดิเรก) โดยไม่ได้รวมถึง กิจกรรมทางกายอื่นๆ อีก 3 ประเภท นอกจากนี้การขาดข้อมูลที่เป็นสากลยังทำให้ขาดการวางแผน บริการสุขภาพที่เป็นระบบหรือในบางครั้งละเลยความสำคัญของปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการ ขาดกิจกรรมทางกาย ในต่างประเทศข้อมูลกิจกรรมทางกายใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life) เช่น ในสหรัฐอเมริกาใช้ SF-36 ในยุโรปใช้ EuroQL ซึ่งมีมาตรฐานเหมือนกันทั้งประเทศ ใน ประเทศไทยที่แบบแผนการเจ็บป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงไปสู่การเกิดภาวะโรคไม่ติดต้อมากขึ้นจึงสมควร ที่ได้มีการศึกษากิจกรรมทางกายมากขึ้น

กิจกรรมทางกายไม่ใช่มีแต่คุณเท่านั้น แต่มีโทษด้วย รายงานของ U.S. Department of Health and Human Services ระบุว่า การมีกิจกรรมทางกายที่เกินพอดีมักทำให้เกิดอาการทาง ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal problems) กิจกรรมทางกายที่เกินพอดีอาจมี สาเหตุมาจากความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ครอบครัว สังคม หรือแม้แต่ผู้ให้บริการ สุขภาพ (health care provider) เอง นอกจากนั้นจากการเลือกและแรงกระตุ้นในการมี/ไม่มีกิจกรรม ทางกายมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม ความเชื่อ วัฒนธรรม ด้วย ด้วยเหตุนี้ในการพิจารณาประเด็น ความต้องการและปัญหาของกิจกรรมทางกายจึงควรครอบคลุมมิติทางสังคมด้วย

กิจกรรมทางกายของประชาชนไทย

ในเด็กวัยเข้าโรงเรียนทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 46.6 เด็กที่วิ่งหรือเล่นวิดีโอเกมเฉลี่ยวันธรรมดา 1 – 2 ชั่วโมง และมากกว่า 2 ชั่วโมงในวันหยุด ร้อยละ 42 มีโอกาสเล่นกลางแจ้งหรือออกกำลังกายเฉลี่ยประมาณ $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่⁹ สวนดุสิตโพล ได้สอบถามความคิดเห็นของวัยรุ่นระหว่างอายุ 12 – 20 ปี ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล จำนวน 1,698 คน ในเดือนมกราคม 2546 มีผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ถึงร้อยละ 58.63 และผู้หญิงมีสัดส่วนน้อยกว่าผู้ชาย¹⁰

การสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงานปี พ.ศ. 2539 – 2540 โดยสุ่มประชากรวัยแรงงานอายุ 13 – 59 ปี พบว่า ทั่วประเทศกว่าร้อยละ 45 และกว่าครึ่งในเพศหญิง ไม่ออกกำลังกายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีประชากรเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 4 ครั้งขึ้นไป ซึ่งความถี่ของการออกกำลังกายนี้ถือเป็นความถี่ที่จะมีผลต่อการลดภาวะการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองจะมีการออกกำลังกายประจำสูงกว่าในเขตชนบท ซึ่งเชื่อว่าในเขตเมืองมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการออกกำลังกายมากกว่า และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายที่ส่งเสริมให้คนในเมืองได้ออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่า⁹

ในผู้สูงอายุกลับพบกิจกรรมทางกายในปริมาณที่มากกว่า พบว่าร้อยละ 40.3 ออกกำลังกายทุกวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่บ้าน ได้แก่ ซ้อมและประกอบอาหาร ซักผ้า ปิดกวาดเช็ดถูบ้าน ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพทางกายในปัจจุบัน

1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม

1.1 กระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลง

ปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นว่าความรู้และความคิดมีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นลำดับ กระบวนทัศน์แบบปฏิฐานนิยม (positivism) ที่มนุษย์ใช้เป็นพื้นฐานในการแสวงหาความรู้ และทัศนะแบบวิทยาศาสตร์เชิงกลไกครอบงำกระแสแนวคิดในการแก้ปัญหาสุขภาพมาช้านาน การแพทย์แผนตะวันตกซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักที่ใช้หลักการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว ศึกษาทดลองเพื่อรักษามนุษย์เป็นส่วนๆ อย่างจำเพาะเจาะจง ได้แยกสุขภาพทางกายออกจาก สุขภาพทางจิต และวิญญาณ และมองว่าการรักษาทางการแพทย์เป็นวิธีการเดียวที่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ สถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเริ่มท้าทายทัศนะของการแพทย์แผนตะวันตก การศึกษาทางระบาดวิทยาในหลายประเทศรวมทั้งในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าภาวะโรคเรื้อรังมีมากขึ้น ภาวะเหล่านี้ไม่สามารถรักษาหรือทำให้หายขาดได้ด้วยการแพทย์ที่เจาะลึก แยกส่วนเฉพาะระบบ ยิ่งกว่านั้นภาวะต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการสูญเสีย

สภาวะทุพพลภาพชั่วคราวหรือถาวร หรือแม้แต่การตายเกิดขึ้นในท้ายที่สุด การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์เพื่อให้ทันกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ กระบวนทัศน์ที่ปรับเปลี่ยนใหม่เห็นความสำคัญของการเชื่อมโยง กาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนทัศน์นี้กระทบต่อแนวคิดพื้นฐานของประชาชน ผู้ป่วย ตลอดจนผู้บำบัดหรือผู้ให้บริการด้วยวิธีการทางกายภาพด้วย ทัศนะแบบองค์รวมนี้มีได้มุ่งประเด็นไปที่บุคคลเท่านั้น แต่กระตุ้นให้สร้างความเชื่อมโยงกับบริบทแวดล้อมของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกัน การพิจารณาศักยภาพทางกายของประชาชนจำเป็นต้องสร้างความเชื่อมโยงกับบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบจากการจ้างงานในภาคอุตสาหกรรมที่มากขึ้น หรือการเปลี่ยนแปลงระบบครอบครัว ซึ่งจะได้กล่าวถึงอีกต่อไป

กระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัด ทั้งในแง่การปรับทัศนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประชาชน การปรับกลยุทธ์ขององค์กรภายในระบบให้ก้าวทันและรับกับกระแสการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลสุขภาพ

แต่เดิมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนไทยดำรงอยู่ในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมพื้นบ้าน ต่อมาเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกเริ่มเข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพของประเทศ การดูแลสุขภาพของประชาชนจึงพึ่งพิงภาครัฐมากขึ้น รัฐเชิญชวนให้ประชาชนมาใช้บริการโดยเน้นที่ปริมาณการครอบคลุมทั่วถึงของบริการ (coverage) การเข้าถึงบริการ (accessibility) เน้นให้ประชาชนเมื่อมีปัญหาให้รีบปรึกษาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข การให้บริการโดยภาครัฐดูเหมือนจะดีแต่กลับยิ่งสร้างการพึ่งพิงมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบพึ่งพา ไม่มีทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทแวดล้อมของบุคคลและชุมชน และเห็นว่าวิชาความรู้ในท้องถิ่นตนเองด้อยค่า อย่างไรก็ตามบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นหลัก รัฐจึงปรับกลยุทธ์เป็นการสร้างสุขภาพนำการซ่อม นั่นหมายถึงการเน้นให้ประชาชนบำรุงสุขภาพของตนเองมากขึ้นด้วย การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในด้านหนึ่งย่อมไม่ได้เกิดจากแรงขับเคลื่อนของภาครัฐแต่เกิดจากทัศนะที่เปลี่ยนไปของประชาชน และประชาสังคมบางกลุ่ม ทัศนะการเห็นชีวิตมนุษย์เป็นกลไกเริ่มเปลี่ยนไปเนื่องจากทัศนะดังกล่าวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ทั้งหมด ทำให้ประชาชนหันมาศึกษาด้วยตนเองมากขึ้นเพื่อปรับใช้ให้เหมาะสม ปรากฏการณ์บางอย่างในสังคม เช่น ปรากฏการณ์ชีวิตจิตเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นพลังผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่เน้นการพึ่งตนเอง (ซึ่งก็ไม่ใช่วิถีชีวิตแบบใหม่เสียทีเดียว)

การเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการดูแลสุขภาพจากการพึ่งพิงรัฐ มาสู่การพึ่งพิงตนเองย่อมกระทบระบบกายภาพบำบัดด้วย เนื่องจากศักยภาพทางกายเป็นสิ่งที่จะต้องอาศัยพฤติกรรมสุขภาพแบบพึ่งพิงตนเองสูง ประชาชน ชุมชน และประชาสังคมมีการตื่นตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

เพื่อพัฒนาศักยภาพทางกายอย่างไรเป็นคำถามที่น่าสนใจ การผสมผสานวิธีการทางกายภาพแผนตะวันตกและตะวันออกและการดำรงอยู่ของศาสตร์ทั้งสองจะเป็นไปได้ได้อย่างไร และมีปรากฏการณ์ในสังคมอะไรบ้างที่บอกถึงการผสมผสานที่ลงตัวเช่นนั้น

1.3 การศึกษาในระบบกายภาพบำบัด

ในปัจจุบันการสร้างความรู้และการถ่ายทอดความรู้ในระบบกายภาพบำบัดเป็นไปตามแนวทางของการแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนตะวันตก เป็นการสร้างความรู้ลงลึกเฉพาะทาง เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะส่วน ขาดการประยุกต์ความรู้มาใช้ให้เหมาะสมกับประเทศ ไม่ยอมรับองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนความรู้ในวิถีชีวิตดั้งเดิม จึงไม่เกิดการศึกษา วิจัย และพัฒนาร่วมกับชุมชน การศึกษาวิจัยที่กระทำกันในสถานศึกษาทางกายภาพบำบัดขาดความเชื่อมโยงแบบองค์รวม โดยขาดการพิจารณาถึงผลที่มีต่อศักยภาพทางกายโดยรวมของประชาชน การสร้างองค์ความรู้ที่ขาดความเชื่อมโยงดังกล่าวทำให้ความรู้ที่ขาดน้ำหนักในการพัฒนาศักยภาพทางกายของประชาชนในชุมชนโดยรวม การศึกษาในระดับปริญญาตรีจึงจำกัดแต่ในระบบโรงพยาบาลที่เน้นการสร้างมากกว่าการซ่อม การที่ผู้สอนขาดการเชื่อมโยงกับชุมชนจึงทำให้บัณฑิตขาดภาพลักษณ์ของตนเองต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนและชุมชน คู่กันเคยกับการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้าง และไม่ทันต่อกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้การขาดความเชื่อมโยงกับชุมชนทำให้ศาสตร์ของกายภาพบำบัดกระแสหลัก ซึ่งเป็นระบบวิชาชีพอย่างเต็มขั้นขาดความเชื่อมโยงกับศาสตร์แขนงอื่น เช่น การแพทย์แผนไทย ขาดการยอมรับซึ่งกันและกัน จำกัดขอบเขตของระบบกายภาพบำบัดให้แคบและแยกตัว

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับการศึกษาในระบบกายภาพบำบัดจำต้องอาศัยแรงผลักดันที่รวดเร็วและทันการณ์ การมีกลยุทธ์และแผนที่เหมาะสมจึงจะรับมือกับปัญหาของระบบได้ทันทั่วทั้งการสร้างความรู้และการยอมรับองค์ความรู้เป็นคำถามเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะต้องเร่งหาคำตอบ

1.4 การเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรและครอบครัว

แม้อัตราการเพิ่มของประชากรไทยลดลงเป็นลำดับ แต่โครงสร้างอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ประชากรสูงอายุ (aging population) มากขึ้น นั้นหมายถึงสัดส่วนการพึ่งพิงประชากรสูงอายุต่อคนในวัยอื่นจะมากขึ้นตาม นอกจากนี้อายุคาด (expected age) มีค่าสูงขึ้น ทั้งการเพิ่มของประชากรสูงอายุ และอายุคาดที่มากขึ้นนี้ส่งผลต่อปัญหาศักยภาพทางกายของประชาชนโดยรวม เนื่องจากประชากรกลุ่มสูงอายุมียอมเสี่ยงต่อภาวะที่สัมพันธ์กับศักยภาพทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ภัยอันตรายของหลอดเลือดสมอง ภาวะกระดูกและข้อ ฯลฯ วัยแรงงานเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่เพิ่มสูงขึ้น และปัญหาสุขภาพของวัยแรงงานจะสัมพันธ์กับการทำงานในภาคอุตสาหกรรมตลอดจนภาคธุรกิจ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ทำให้ศักยภาพทางกายลดลง และเป็น

ผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การขาดงาน หรือทุพพลภาพ นอกจากเรื่องโครงสร้างประชากรแล้วลักษณะครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งวัฒนธรรมและค่านิยมตะวันตกส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของประชาชน ทำให้กระทบต่อการถ่ายทอดวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลซึ่งกันและกันในชุมชนด้วย

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพและการจัดการความรู้เพื่อการดูแลรักษาตนเองของประชาชนอย่างไร เพื่อลดผลกระทบต่อศักยภาพทางกายที่ลดลง

2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยี

หากอาศัยคำจำกัดความของวิธีการทางกายภาพในกรอบแนวคิดของระบบกายภาพบำบัดแล้ว เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดมิได้หมายถึงเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นจากพัฒนาการทางการแพทย์กระแสหลักอย่างเดียว แต่รวมถึงเทคโนโลยีพื้นบ้านพื้นถิ่นที่สัมพันธ์เหนียวแน่นกับวัฒนธรรมของชุมชนไทยมาช้านาน เดิมการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนไทยอาศัยเทคโนโลยีที่ตกทอดถ่ายทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น การรวบรวมและปรับปรุงเทคนิควิธีการทางกายภาพได้รับความสนใจจากรัฐไทยมาต่อเนื่อง จะเห็นได้จากมีการฟื้นฟูความรู้ทางการแพทย์ในราชสำนัก ที่ชัดเจนคือการรวบรวมวิชาการความรู้ เช่น นวดไทย ฤๅษีดัดตน ไว้ในบริเวณวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม พัฒนาการของเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดน่าจะหยุดชะงักเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกได้รับการยอมรับอย่างเปิดเผยจากรัฐ ด้วยการครอบงำของกระบวนทัศน์แบบปฏิฐานนิยม และทัศนะแบบวิทยาศาสตร์เชิงกลไก

การครอบงำของการแพทย์แผนตะวันตกทำให้ประชาชนไทยต้องพึ่งพิงบริการภาครัฐ พึ่งพิงองค์ความรู้จากศาสตร์ตะวันตก และที่สุดคือการพึ่งพิงเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดจากต่างประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ในปัจจุบันเริ่มมีการผลิตวัสดุอุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดขึ้นใช้ได้เองในประเทศแล้วก็ตาม แต่ก็ยังต้องติดตามเทคโนโลยีใหม่ๆ จากต่างประเทศเนื่องจากศักยภาพในการคิดค้นเทคโนโลยีใหม่ๆ ค่อนข้างต่ำ การสูญเสียเงินตราในการซื้อหรือจัดหาเทคโนโลยีในปัจจุบันอาจจะน้อยกว่าเดิม แต่เทคโนโลยีขั้นสูงหลายประเภทยังต้องนำเงินตราของประเทศไปแลกมา เช่น motion analysis เป็นต้น ประชาชนไทยพึ่งพาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดแผนตะวันตกอยู่มาก จะเห็นได้ว่าการใช้กลยุทธ์การตลาดในปัจจุบันทำให้มีการแนะนำอุปกรณ์เครื่องมือที่เป็นวิธีการทางกายภาพแก่ประชาชน เทคโนโลยีเหล่านี้ อาจเป็นการใช้องค์ความรู้เดิมหรือองค์ความรู้ใหม่มาเติมแต่งให้ดูมีคุณค่าน่าใช้ แต่มีผลต่อศักยภาพทางกายของประชาชนเพียงน้อยนิด ดูเหมือนประชาชนซึ่งเป็นผู้บริโภคอันดับสุดท้ายได้รับผลกระทบจากความไม่รู้จริงในการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้อย่างมาก เช่น เตียงแม่เหล็ก เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการเกี่ยวกับสุขภาพที่เน้นสุขภาพแบบองค์รวม กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวขององค์กรวิชาชีพและสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัด เพื่อพยายามปรับใช้เทคโนโลยีที่ง่ายและประชาชนสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง แนวโน้มของการนำเทคโนโลยีพื้นบ้านพื้นถิ่นกลับมาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้น และกระตุ้นให้เกิดการจัดการความรู้เหล่านั้นอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้การสื่อสารความรู้และเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดเป็นไปได้ง่ายขึ้น เกิดการกระจายความรู้อย่างรวดเร็วและเข้าถึงผู้บริโภคมากขึ้น

การพัฒนาองค์ความรู้วิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งชีววิทยาระดับโมเลกุล (molecular technology) นาโนเทคโนโลยี มีผลกระทบในอนาคตโดยกว้างต่อวิทยาศาสตร์ทุกแขนง การพัฒนาของวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าทำให้ผลการรักษาโรคดีขึ้น ผลการรักษาที่ดีขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้วิธีการทางกายภาพในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหรือระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพด้วย เช่น เทคโนโลยีการผ่าตัดที่ดีขึ้น ทำให้ระยะเวลาการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดสั้นลง ผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับศักยภาพทางกายได้เร็วขึ้น

3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเศรษฐกิจ

วิกฤติเศรษฐกิจในปีพ.ศ. 2540 ส่งผลต่อการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน มีการใช้จ่ายเพื่อใช้บริการภาคเอกชนน้อยลง และดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้ภาครัฐมีความจำเป็นต้องลดค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ และผลกระทบให้กับประชาชนมากขึ้น ในปัจจุบันเศรษฐกิจมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น การพัฒนาเศรษฐกิจเน้นไปในแนวทางเกษตรอุตสาหกรรม การเติบโตของภาคอุตสาหกรรมนี้เองที่ส่งผลต่อการจ้างแรงงานในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้นทั้งแรงงานในประเทศและต่างประเทศ ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงานจึงมีแนวโน้มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพและการบาดเจ็บจากการทำงานที่มักจำเป็นต้องได้รับการกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ได้แก่ อาการปวด อาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน และความพิการเนื่องจากอุบัติเหตุระหว่างการทำงาน ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ส่งผลต่อศักยภาพทางกายที่จำเป็นต่อการทำงานและการดำรงชีวิตประจำวัน

4. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง

การประกาศใช้กฎหมายในทศวรรษหลังมีผลต่อระบบสุขภาพอย่างชัดเจนและรวดเร็วขึ้น การประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปีพ.ศ. 2540 เน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และการเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ กฎหมายที่มีการประกาศใช้ต่อมาจึงเป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ แม้ว่าร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติยังไม่ได้รับการผลักดันให้มีการประกาศใช้ แต่กระแสการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และการรวมตัวของประชาสังคมเพื่อสุขภาพก็เริ่มได้รับการตอบสนอง แนวคิดของการสร้างนำซ่อมได้ถูกนำไปใช้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545 ในรูปของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาล พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหาร

ส่วนตำบล พ.ศ. 2537 เน้นการกระจายอำนาจให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นมากขึ้น แม้จะมีการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวข้างต้นมาเป็นระยะเวลาพอสมควรแล้วก็ตาม แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ ขาดการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพแบบองค์รวมดังเจตนารมณ์สูงสุดตามรัฐธรรมนูญ การส่งเสริมศักยภาพทางกายของประชาชนตามแนวทางของกฎหมายดูเหมือนได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมให้มีบริการนวดแผนไทย การรวมพลคนชุดเหลือง การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ฯลฯ แต่เป็นการดำเนินการโดยความริเริ่มของรัฐที่ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การดำเนินนโยบายของรัฐบาลในปัจจุบันเน้นการปรับระบบราชการให้เกิดความคล่องตัว และมีประสิทธิภาพ โดยการกระจายอำนาจให้หน่วยงานต่างๆ สามารถตัดสินใจได้เอง และปรับเปลี่ยนระบบการควบคุมสั่งการเป็นการกำกับการทำงาน มีแนวโน้มที่จะทำให้โรงพยาบาลรัฐบาลมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการทรัพยากรด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามนโยบายการปรับลดกำลังคนภาครัฐซึ่งมีมานานก่อนเศรษฐกิจชะลอตัวและยังคงดำเนินต่อไปในปัจจุบัน ทำให้การจ้างบุคลากรทางกายภาพบำบัดมีข้อจำกัดในด้านปริมาณความต้องการและการบริหารบุคคล ได้แก่ เงินเดือน สวัสดิการและขวัญกำลังใจ เนื่องจากการกระจายอำนาจไปยังสถานพยาบาลต่างๆ มีความลัทธิในระเบียบการจ้างและการบริหารงานบุคคล ทำให้มีผลต่อการให้บริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ครอบคลุมและมีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน นโยบายการผลิตบุคลากรสาขาขาดแคลนที่เน้นแต่การผลิตโดยไม่คำนึงถึงการสร้างงานและการกระจายของนักศึกษาที่พอเพียง ยิ่งส่งผลต่อการไม่เข้าถึงบริการ และมาตรฐานบริการที่ไม่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเคลื่อนของบุคลากรไปยังหน่วยงานที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่ากว่า

รัฐบาลไทยต้องดำเนินนโยบายหลายประการเพื่อรองรับกระแสโลกาภิวัตน์และการค้าเสรีที่ถาโถมอย่างรวดเร็ว ความพยายามของประเทศ/กลุ่มภูมิภาคที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าผลักดันให้รัฐบาลต้องเปิดการเจรจาแบบทวิภาคี การเกิดแผนยุทธศาสตร์พัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย ตลอดจนโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์เป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมสร้างกลยุทธ์การต่อรองในเชิงตลาดและการสร้างสินค้าเพื่อการแข่งขัน อย่างไรก็ตามการขาดอำนาจต่อรองเนื่องจากการเป็นประเทศที่มีอำนาจน้อยกว่า ความไม่รู้เท่าทัน และการเตรียมการรองรับปัญหาที่ตามมาไม่รัดกุมเพียงพอจะทำให้การจัดทำความตกลงเขตการค้าเสรี ทำให้ประเทศไทยเสียเปรียบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจของเกษตรกรที่เป็นประชาชนระดับล่าง และสุขภาพะในที่สุด

พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัดที่จะประกาศใช้ในอนาคตอันใกล้ดูเหมือนจะทำให้ประชาชนได้รับผลดีจากบริการที่ได้มาตรฐานจากนักวิชาชีพที่มีคุณภาพมากขึ้น ขณะเดียวกันอาจ

สร้างการแบ่งแยกนักวิชาชีพออกจากประชาชน ขาดการบูรณาการศาสตร์ของวิชาชีพให้เข้ากับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

สถานการณ์และแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นย่อมส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางกาย จึงน่าที่จะศึกษาคาดการณ์ผลกระทบดังกล่าวในอนาคตเมื่อบริบทต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลง ให้ข้อเสนอแนะ และสร้างกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการเตรียมการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

นิยามขององค์การอนามัยโลกและ U.S. Department of Health and Human Services

กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อลาย (skeletal muscle) ทำให้ร่างกายใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากระดับพื้นฐาน (basal level) แบ่งเป็น 4 ด้านด้วยกันคือ (1) กิจกรรมการทำงาน (work domain), (2) กิจกรรมในการเคลื่อนย้าย/เคลื่อนที่ (transport domain), (3) งานบ้าน (domestic duties), (4) งานอดิเรก (leisure time) ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการและกีฬา

(Physical activity is defined as bodily movement produced by the contraction of skeletal muscle that increases energy expenditure above the basal level. Physical activity can be classified into 4 domains: work, transport, domestic duties, and leisure time.)

การออกกำลังกาย คือกิจกรรมทางกายประเภทหนึ่งที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ มีเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อเพิ่ม ปรับปรุง หรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย

(Exercise is the physical activity that is planned, structured, repetitive, and purposive in the sense that improvement or maintenance of one or more components of physical fitness is the objective)

สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถในการทำงานในชีวิตประจำวันอย่างกระฉับกระเฉง โดยปราศจากการเหนื่อยล้าและด้วยพลังกำลังที่มากกว่างานปกติทั่วไป เพื่อที่จะสนุกสนานกับงานอดิเรกที่มีทั้งนันทนาการและการกีฬา และเพื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน

(Physical fitness is the ability to carry out daily tasks with vigor and alertness, without undue fatigue, and with ample energy to enjoy leisure-time pursuits and to meet unforeseen emergencies.)

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

น้อมจิตต์ นวลเนตร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงระบบเพื่อพัฒนาระบบกายภาพบำบัด เป็นการวิจัยเกี่ยวกับอนาคต (future research) โดยการใช้กระบวนการ “การมองอนาคตหรือการคาดการณ์อนาคต (foresight)” (ดูรายละเอียดในภาคผนวก) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักดังนี้ 1) การวิเคราะห์และจัดทำรายงานสถานการณ์ปัจจุบัน (position papers) 2) การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญรอบด้านจากสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อจัดทำเอกสารสรุปประเด็นหลัก (issue papers) 3) การมองอนาคตหรือการคาดการณ์อนาคต ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนย่อยคือ 3.1) การระบุและอธิบายแนวโน้ม (trends) หรือปัจจัยสำคัญที่รู้ว่าจะเกิด (pre-determined factors) 3.2) การระบุความไม่แน่นอนในอนาคต (uncertainties) 3.3) การจัดกลุ่มและลำดับปัจจัยเพื่อสร้างชุดแรงผลักดันหลักที่จะทำให้อนาคตเปลี่ยนรูปไป (key drivers of changes) 3.4) การเลือกข้อกำหนดของภาพอนาคต (scenario logics) จากชุดแรงผลักดันหลัก 3.5) การพัฒนาภาพอนาคตที่เป็นจริงได้ (scenarios) และ 3.6) การประเมินนัยความหมายของภาพอนาคตเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ ประชาชนชาวบ้าน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ผู้รับบริการทางกายภาพบำบัด และประชาชนทั่วไป

วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กระบวนการ “การมองอนาคต” โดยการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล ทำโดยวิธีการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (literature review) การสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม (focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การประชุมระดมสมอง (brain storming) และการใช้เทคนิคบัตรคำ (card technique)

ประเด็นคำถาม : สำหรับ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth interview) เจ้าหน้าที่ของรัฐ และผู้บริหารในระดับท้องถิ่น

1. สถานการณ์ของโรค สุขภาพ และการรับบริการของประชาชน ในพื้นที่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร ?

2. การปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังดำเนินการต่อเนื่องไปอนาคต ทั้งในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเน้นระบบสร้างเสริมสุขภาพ การปรับระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ การปฏิรูประบบการเงินการคลัง ระบบกำลังคน ระบบการควบคุมคุณภาพ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ระบบข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์กรใหม่ในทิศทางการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างไรบ้าง ?
3. ฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนการดำเนินการทั้งด้านการจัดระบบบริการ กำลังคนงบประมาณ และด้านอื่นๆ อย่างไร ?
4. แนวทางการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่ดีในอนาคต ทั้งในระดับประเทศ และในระดับท้องถิ่น ควรเป็นอย่างไร ?

ประเด็นคำถาม : สำหรับการประชุมกลุ่มเฉพาะ (focus group) ในกลุ่มประชาชน

1. “สุขภาพ” ในความคิดของประชาชนคืออะไร ?
2. ปัญหาของชุมชนหรือท้องถิ่น เรียงตามลำดับความสำคัญของปัญหาในทัศนะชาวบ้าน ? (ปัญหาเศรษฐกิจ ยาเสพติด ที่ทำกิน ฯลฯ)
3. ปัญหาสุขภาพอยู่ในความสำคัญที่เท่าไร ?
 - 3.1 ปัญหาสุขภาพที่มีในชุมชนคืออะไร ?
 - 3.2 การจัดการแก้ไขที่ทำกันอยู่ โดยรัฐ / โดยชาวบ้าน ?
4. คิดว่าปัญหาสุขภาพทางกายเป็นปัญหาหรือไม่ เพราะอะไร ?
 - 4.1 ทัศนะของประชาชนในการให้ความสำคัญกับสุขภาพทางกาย เมื่อเทียบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ ?
5. การดูแลสุขภาพด้วยวิถีกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในชุมชน มีอะไรบ้าง ทั้งการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน ?
 - 5.1 การดำเนินการโดยรัฐ ?
 - 5.2 การดำเนินการโดยชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น การดูแลรักษาแบบพื้นบ้าน หรือวิถีชีวิตที่เชื่อให้เกิดสุขภาพทางกายที่ดีหรือวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกาย รวมทั้งวิถีกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในชุมชน เช่นวิถีการจัดการของชาวบ้านต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อัมพาต ?
6. ระบบบริการกายภาพบำบัดเดิมของรัฐ (ทั้งระบบที่มีอยู่ในชุมชนและในภาพรวมของประเทศ) ที่มีอยู่มีอะไรบ้าง และมีปัญหาอย่างไร ทั้งทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพปัญหานั้นมาจากสาเหตุใด จะแก้ไขอย่างไร ?

7. เคยรับบริการกายภาพบำบัดหรือไม่อย่างไร มีความรู้สึกละอย่างไรกับบริการที่ได้รับ การเข้าถึงบริการเป็นอย่างไร ความครอบคลุมของบริการ บริการที่อยากได้แต่ไม่ได้ รูปแบบ ความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับบริบททางเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม ?
8. ตอนนี้ผู้วิจัยกำลังจะออกแบบระบบสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า อยากให้ทุกคนช่วยกันมองว่าปัจจุบันเกิดปัญหาอะไรขึ้น เราอยากแก้ไขให้มันเป็นไปอย่างไร ในอนาคตลูกหลานเราจะได้มีระบบสุขภาพที่ดีกว่าปัจจุบัน ท่านอยากได้ระบบกายภาพบำบัดในอนาคตเป็นแบบใด ?
 - 8.1 บริการกายภาพบำบัดที่อยากได้รับเป็นสิทธิพื้นฐาน ?
 - 8.2 สิทธิในการได้รับบริการกายภาพบำบัด เช่น ได้ฟรี , ร่วมจ่าย หรือจะมีระบบการจัดการอย่างไรจึงจะเหมาะสมและเป็นธรรม ?

ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2546 ถึง เดือนธันวาคม 2547 โดยเป็นการดำเนินการแบบต่อเนื่องและเกิดกระบวนการพัฒนาเพื่อให้ได้มาซึ่งแผนยุทธศาสตร์ของระบบกายภาพบำบัดเพื่อการเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า การดำเนินการวิจัยตามกระบวนการ “การมองอนาคต” มีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้ โดยในแต่ละขั้นตอนคณะผู้วิจัยได้รับคำปรึกษาและคำชี้แนะจากนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิของศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค (APEC Center for Technology Foresight) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์และจัดทำ position papers ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม 2546 โดยคณะผู้วิจัยร่วมกันประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดขอบเขตของการศึกษาและหัวข้อสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อจัดทำเป็น position papers จำนวนหนึ่ง การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันทำโดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ และการสัมภาษณ์เป็นกลุ่มและเชิงลึกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ในระบบกายภาพบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้รับบริการทางกายภาพบำบัดและประชาชนทั่วไป การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ “STEEP” ตามปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ด้านสังคม (social) ด้านเทคโนโลยี (technology) ด้านเศรษฐกิจ (economic) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) และด้านการเมือง/นโยบาย (politic/policy) ซึ่งทำให้ได้หลักฐานและภาพ (fact and figure) ของสถานการณ์ในอดีตถึงปัจจุบันของระบบกายภาพบำบัด จุดแข็งและโอกาส จุดอ่อนและข้อจำกัด แนวโน้มในอนาคต และระบบที่ควรพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ต่อระบบกายภาพบำบัดของประเทศไทย ในระยะ 10 ปี

ข้างหน้า ตลอดระยะเวลาดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 นี้ คณะผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงความสมบูรณ์ของ position papers เป็นระยะๆ โดยการประชุมระดมสมองภายในกลุ่มผู้วิจัย และการประชุมร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิจาก สวทช. และ สวรส. ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เกษตรกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น จำนวนประมาณ 15 คน เพื่อพิจารณา และวิพากษ์ position papers ในด้านความสมบูรณ์ของเนื้อหาสาระ เพื่อนำไปสู่การจัดทำ issue papers ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญรอบด้านจากสถานภาพปัจจุบันเพื่อจัดทำ issue papers ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกรกฎาคม 2547 โดยคณะผู้วิจัยร่วมกันประชุมระดม สมองเพื่อวิเคราะห์ position papers แต่ละเรื่อง เพื่อหาประเด็นร่วม (common features) แล้วจัดลำดับ ความสำคัญ (prioritize) ของประเด็นร่วมเหล่านั้น ได้เป็นประเด็นหลัก (key issues) จำนวนหนึ่ง ซึ่งเป็น ประเด็นปัญหาสำคัญในระบบกายภาพบำบัด แล้วจัดทำเป็น issue papers เพื่อใช้ในการประชุมเชิง ปฏิบัติการเพื่อพัฒนาภาพอนาคตของระบบกายภาพบำบัดต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาภาพอนาคตของระบบกายภาพบำบัดของ ประเทศไทยที่เป็นจริงได้ ในอีก 10 ปีข้างหน้า ดำเนินการในวันที่ 5-6 สิงหาคม 2547 โดยกำหนดหัวข้อ ของการประชุมฯ คือ “ระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ.2548-2557)” ผู้เข้าร่วมการประชุมฯ ที่กำหนดไว้ ได้แก่ นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด ปรชาญชาวบ้าน ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ผู้รับบริการทางกายภาพบำบัด ผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เกษตรกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย เป็นต้น ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิจากศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สวทช. และ สวรส. รวมทั้งสิ้นประมาณ 70 คน โดยมีขั้นตอนในการประชุมฯ ตลอด 2 วัน ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเขียนภาพอนาคตให้แก่ผู้เข้าร่วมการประชุมฯ
2. คณะผู้วิจัยสรุปสาระของ issue papers ให้แก่ผู้เข้าร่วมการประชุมฯ
3. การจัดประชุมกลุ่มย่อยแก่ผู้เข้าร่วมการประชุมฯ เพื่อเพิ่มเติมสาระของ issue papers แต่ละ ประเด็น

4. ผู้เข้าร่วมการประชุมฯ เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวโน้ม (trends) และความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจจะมีผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัด ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยใช้เทคนิคบัตรคำ จากนั้นจัดลำดับความสำคัญของแนวโน้ม และความสัมพันธ์ระหว่างความไม่แน่นอนกับผลกระทบ

5. คณะผู้วิจัยเลือกข้อกำหนดของภาพอนาคต (scenario logics) จากสิ่งที่มีความไม่แน่นอนสูง และมีผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัดสูงด้วย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาภาพอนาคต

6. การจัดประชุมกลุ่มย่อยกับผู้เข้าร่วมการประชุมฯ เพื่อร่วมกันร่างเค้าโครงภาพอนาคตจาก scenario logics 2-3 ภาพ โดยให้ผู้เข้าร่วมการประชุมฯ คิดว่า วันนั้นเป็นวันที่ 6 สิงหาคม 2557

7. ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นแก่ภาพอนาคตที่ได้จากที่ประชุมกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำร่าง-แผนยุทธศาสตร์สำหรับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า ดำเนินการระหว่างวันที่ 21 สิงหาคม ถึง วันที่ 13 กันยายน 2547 โดยคณะผู้วิจัยร่วมกันประชุมระดมสมองเพื่อประเมินความหมายของภาพอนาคตที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ แล้วจัดทำร่าง-แผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อนำเสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยกับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ผู้รับบริการทางกายภาพบำบัด และผู้ทรงคุณวุฒิในวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย เป็นต้น ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิจาก สวรส. จำนวนประมาณ 20 คน เพื่อพิจารณาและวิพากษ์ร่าง-แผนยุทธศาสตร์ฯ ซึ่งดำเนินการในวันที่ 27 กันยายน 2547

ขั้นตอนที่ 6 การสรุปผลและจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำเสนอต่อ สวรส. ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม 2547

บทที่ 4 ผลการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ “การมองอนาคต หรือ การคาดการณ์อนาคต (foresight)” ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ทำให้ได้ผลการวิจัยแยกเป็น 3 ส่วน ที่มีเนื้อหาเชื่อมโยงเป็นกระบวนการต่อเนื่องกัน คือ ส่วนที่ 1 รายงานสถานภาพปัจจุบัน (position papers) ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิเคราะห์ประเด็นหลักหรือประเด็นสำคัญ (issue papers) และ ส่วนที่ 3 รายงานผลการเขียนภาพอนาคตและการสังเคราะห์ยุทธศาสตร์จากภาพอนาคต โดยแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

4.1 สถานภาพปัจจุบัน

จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้รูปแบบต่างๆ ได้แก่ การวิจัยเอกสาร (documentary research) หรือการวิจัยห้องสมุด (library research) ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลจากหนังสือและเอกสารต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากห้องสมุด การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (focus group interview) และการใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพปัจจุบันที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัด 5 เรื่อง คือ

- การจัดการกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด
- การบริการทางกายภาพบำบัดในระบบกายภาพบำบัด
- เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด
- การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ
- กายภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชน

โครงสร้างเนื้อหาในแต่ละเรื่องประกอบด้วยส่วนหลักๆ คือ คำจำกัดความ (definition), สถานการณ์ปัจจุบัน (current status), ที่มา (background), ปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง (“STEEP” ; Social, Technology, Environment, Economic, Policy and Politic), ผู้เกี่ยวข้องหลัก (key player), แนวโน้ม (trend) ผลกระทบที่เกิดขึ้น (impact) และข้อเสนอแนะ

4.1.1 การจัดการกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด

มณฑนา วงศ์ศิริวรรัตน์ และ สุวิทย์ อริยชัยกุล

การคาดประมาณความต้องการกำลังคนสามารถทำได้หลายวิธี มีการเสนอวิธีการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัดในประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁻⁵ โดยใช้วิธี need-based โดยเป็นการคาดการณ์บนพื้นฐานของข้อมูลหลายอย่าง ได้แก่ ภาวะสุขภาพเป้าหมายของประชากร (target health status) ความต้องการบริการที่จะให้ได้ภาวะสุขภาพที่ต้องการ (services needed to attain and maintain the health level) รูปแบบการให้บริการ (เช่น ในสถานพยาบาล หน่วยเคลื่อนที่ ที่บ้านผู้ป่วย) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบบริการ (เช่น นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด แพทย์) ค่าใช้จ่ายทางสังคม (social costs และ expenditure of care) นอกจากนี้วิธีการดังกล่าวยังต้องรู้ปริมาณงานที่บุคลากรทำได้ (productivity ของผู้ให้บริการแต่ละคน) ความต้องการบริการของภาวะที่ต้องการบริการแต่ละชนิด ระบาดวิทยาของภาวะที่ต้องการการบริการในกลุ่มต่างๆ ตาม เพศ วัย อายุ และปัจจัยอื่นๆ เมื่อรู้ข้อมูลเหล่านี้แล้ว ก็จะสามารถคำนวณค่าประมาณของจำนวนบุคลากรที่ควรมีได้ และเนื่องจากข้อมูลข้างต้นมักแตกต่างกันไปตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน ผลที่ได้จึงมักเป็นช่วงของค่าคาดประมาณ

สำหรับการคาดประมาณความต้องการบุคลากรกายภาพบำบัดในประเทศไทยตามวิธีข้างต้น จะไม่สามารถให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำได้ เนื่องจากความจำกัดของข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้น และการใช้หลักการคำนวณแบบ need-based ซึ่งอิงตามกรอบบทบาทของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันซึ่งเน้นการซ่อมสุขภาพ (disease orientation) แล้ว คงไม่สามารถตอบคำถามสำคัญที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน ในเรื่องของคุณภาพการบริการ ความเพียงพอของจำนวนบุคลากร และการจำกัดรูปแบบของการให้บริการ อย่างไรก็ตามบทความนี้ได้ให้ข้อมูลของภาวะการณ์ปัจจุบันและการคาดการณ์ตามแนวโน้มในกรอบของระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ใน **ส่วนแรก** ของบทความ เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงสถานการณ์ปัจจุบัน แนวโน้ม และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการจัดการกำลังคนด้านกายภาพบำบัด

ใน **ส่วนที่สอง** ของบทความ จะเป็นการกล่าวถึงกำลังคนในระบบกายภาพบำบัดที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นการมองภาพของบุคลากรกายภาพบำบัดในกรอบระบบสุขภาพใหม่ที่เน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม (health orientation) รวมทั้งจุดแข็ง ปัญหาและอุปสรรคของการจัดกำลังคนในระบบบริการที่พึงประสงค์นี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต (Current Status and Trend)

: กำลังคนด้านกายภาพบำบัดในระบบสุขภาพปัจจุบัน

1. คำจำกัดความและที่มา (definition and background)

“กำลังคนทางกายภาพบำบัด” ในที่นี้ก็จะมีความหมายกว้าง คือ “บุคลากรทุกระดับ บุคคลอื่น ที่ให้บริการกายภาพบำบัด ทั้งในด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางกาย” “ระบบกำลังคน” ในที่นี้หมายรวมทั้ง “การจัดการ การวางแผน การใช้ การพัฒนา และการประเมินผลของระบบกำลังคนที่เกี่ยวข้อง” อดีตที่ผ่านมาในระบบกำลังคนทางกายภาพบำบัดมักถูกละเลย เนื่องจากกรอบแนวคิดในการวางแผนกำลังคนทางกายภาพบำบัดจำกัดเฉพาะบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความจำกัดของนโยบายและแนวทางในการจัดหา วางแผน ใช้พัฒนา และประเมินผล การวางแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขขาดการมองภาพอย่างเป็นองค์รวมของทุกสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะการมุ่งประเด็นกำลังคนทางกายภาพบำบัดไปในการฟื้นฟูสภาพทางกายเพียงด้านเดียว ทว่างานที่ต้องปฏิบัติจริงมีมาก จึงทำให้เกิดภาระงานเกินกำลัง ซึ่งส่งผลให้บริการกายภาพบำบัดที่ทำอยู่ส่วนใหญ่ในระบบบริการสาธารณสุขมุ่งเน้นในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยและผู้พิการในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่ บริการกายภาพบำบัดจึงมิได้กระจายสู่ประชาชน ในระดับสังคม และชุมชน และการขาดความเชื่อมโยงของบริการกายภาพบำบัดต่อบริการสาธารณสุขด้านอื่นๆ

ในการมองภาพอนาคตของระบบกำลังคนทางกายภาพบำบัดจึงต้องพิจารณาอย่างรอบด้านให้เกิดความเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพอื่น ทั้งการบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพที่มีอยู่เดิม และการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะต่างๆ เชื่อมโยงกับบุคลากรสุขภาพอื่น กับประชาชน และชุมชนในวงกว้าง

2. การจัดการกำลังคนทางกายภาพบำบัด

บุคลากรที่ให้บริการกายภาพบำบัดในสถานบริการสุขภาพในปัจจุบันมี 2 ระดับคือ นักกายภาพบำบัด และพนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด/เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ซึ่งมีวิธีการผลิตและจัดการกำลังคนต่างกัันดังนี้

2.1 นักกายภาพบำบัด

การผลิตนักวิชาชีพกายภาพบำบัดระดับปริญญาตรีเริ่มเมื่อปี 2508 โดยในระยะ 20 ปีแรกมีเฉพาะที่โรงเรียนกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดลเพียงแห่งเดียว⁶ หลังจากนั้นเริ่มมีการผลิตนักกายภาพบำบัดจากสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนอีก 8 สถาบัน ส่วนการศึกษาระดับหลังปริญญา ได้มีการเปิดหลักสูตรปริญญาโทด้านกายภาพบำบัดที่

มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี 2526 มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2546 และหลักสูตรปริญญาเอกด้านกายภาพบำบัดที่มหาวิทยาลัยมหิดลตั้งแต่ปี 2546 เพื่อผลิตอาจารย์และนักวิจัย นอกจากนั้น มหาวิทยาลัยมหิดลและเชียงใหม่เปิดหลักสูตรหลังปริญญาชั้นประกาศนียบัตรเพื่อผลิตนักกายภาพบำบัดเฉพาะทางด้วย ในอนาคตอันใกล้มีสถาบันการศึกษาอีกหลายแห่งที่มีโครงการที่จะเปิดหลักสูตรเพื่อผลิตนักกายภาพบำบัดระดับปริญญาตรี เช่น มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นต้น

ในระยะเริ่มต้นนั้น สถาบันผลิตนักกายภาพบำบัดได้น้อย ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของความครอบคลุมและการกระจายของการบริการ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล เช่น โรงพยาบาลในจังหวัดยะลา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดลจัดทำโครงการผลิตนักกายภาพบำบัดชนบท จำนวน 5 รุ่นๆ ละ 10 คน/ปี ทำให้ช่วยบรรเทาการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดไปได้บ้าง

ในด้านหลักสูตรการผลิต⁷⁻¹⁴ แม้ทุกสถาบันจะมีการปรับปรุงหลักสูตรที่ใช้ผลิตนักกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ แต่ด้วยความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสภาพสังคม ส่งผลถึงปัญหาสุขภาพของประชาชน นโยบายรัฐ การปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการทั้งทางด้านการศึกษาและด้านสุขภาพ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องขององค์ความรู้ด้านกายภาพบำบัด จึงเป็นสิ่งท้าทายให้ระบบการผลิตต้องปรับตัวเพื่อผลิตบุคลากรด้านกายภาพบำบัดที่สามารถรองรับบริการสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนรูปโฉมไป รวมทั้งเพิ่มการกระจายความรู้และบริการกายภาพบำบัดไปสู่ชุมชนทุกระดับ โดยทำงานร่วมกับองค์กรอื่นๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษากายภาพบำบัดส่วนใหญ่ก็ยังเป็นการเรียนรู้การรักษาผู้ป่วยในแผนกกายภาพบำบัด หรือในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เน้นการให้บริการการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ส่วนการเรียนรู้ด้านอื่น เช่น การทำงานในชุมชน และงานเชิงรุกอื่นๆ ซึ่งต้องการทักษะของการให้บริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นยังมีน้อยมาก และมักเป็นไปในลักษณะการเยี่ยมชุมชนงาน หรือออกหน่วยเป็นครั้งคราว รวมทั้งการขาดต้นแบบของนักกายภาพบำบัดผู้ทำงานในบทบาทนี้อย่างจริงจัง ทำให้นักศึกษาไม่สามารถเห็นภาพรวมของการทำงานเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ นอกจากการเป็นนักเทคนิคที่มองผู้ป่วยแบบแยกส่วนและทำงานในเชิงรับในสถานที่ทำงานเพียงอย่างเดียว

การใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอน หรือการให้บริการวิชาการแก่ชุมชนในปัจจุบันยังมีน้อย รายวิชาที่เรียนในหลักสูตรโดยเฉพาะวิชาพื้นฐานวิชาชีพส่วนใหญ่ต้องการการเรียนรู้ด้วยการมีประสบการณ์ตรง แม้จะมีการทดลองใช้วิธีการเรียนการสอนแบบอื่นบ้างแต่ก็ขาดความต่อเนื่องในการใช้ และยังไม่มีสถาบันใดที่สามารถใช้คอมพิวเตอร์หรือระบบสารสนเทศอื่นๆ เข้ามาช่วยเสริมให้การเรียนการสอน และการบริการทางวิชาการแก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

2.2 พนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด/เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู

การขาดแคลนบุคลากรผู้ให้บริการกายภาพบำบัดเป็นปัญหาใหญ่ของการบริการทางด้านนี้มาตลอด กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ปัญหาโดยกองฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุข เปิดหลักสูตรอบรมเพื่อผลิตพนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด (ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคเหนือ โดยความร่วมมือของกรมการแพทย์) เมื่อได้พนักงานผู้ช่วยเต็มตามตำแหน่งในหน่วยกายภาพบำบัด ของโรงพยาบาลในสังกัด หลักสูตรจึงหยุดผลิตไปในปี พ.ศ. 2528

ต่อมาในปี พ.ศ.2534 กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของการขาดแคลนบุคลากรในด้านเวชกรรมฟื้นฟู จึงได้จัดทำโครงการผลิตเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัย โดยมีการผลิตที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีละ 20 คน เพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นไปปฏิบัติงานเวชกรรมฟื้นฟูแบบองค์รวมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน บุคลากรที่ผลิตในขณะนั้นจึงต้องเรียนรู้ทุกสาขาย่อยของบริการเวชกรรมฟื้นฟู ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด กายอุปกรณ์และเครื่องช่วยผู้พิการ ฯลฯ แต่การใช้บุคลากรจริงมิได้เป็นไปตามเป้าประสงค์ การผลิตจึงสิ้นสุดในปีพ.ศ. 2543

การจัดหากำลังคนในระดับผู้ช่วยงานกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับความต้องการของสถานพยาบาลนั้นๆ ปัจจุบันไม่มีการสำรวจปริมาณ คุณลักษณะ และคุณภาพของผู้ช่วยกายภาพบำบัด การขาดการศึกษากำลังคนด้านนี้ทำให้ส่งผลต่อการวางแผนกำลังคน โดยเฉพาะกำลังคนในภาคเอกชน

3. การใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัด

3.1 นักกายภาพบำบัด

3.1.1 การกระจายของนักกายภาพบำบัด

มีการศึกษาสัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากรในระหว่างปี พ.ศ. 2530-2532 แต่วิธีการรวบรวมข้อมูลยังเป็นไปอย่างหยاب และมีตัวเลขที่ไม่ตรงกันเนื่องจากใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน และยังใช้ฐานประชากรที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามสามารถเห็นแนวโน้มที่ชัดเจนว่า นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่กระจายตัวในกรุงเทพมหานครมากกว่าส่วนภูมิภาค (ตารางที่

1)

ตารางที่ 1 สัดส่วนนักรายภาพบำบัดต่อประชากรในช่วงปี 2530 – 2534

พื้นที่	2530*	2532 [#]	2534 [@]
ทั่วราชอาณาจักร			
นักรายภาพบำบัด (คน)		475	443
ประชากร (คน)	-	55,448,000	56,923,000
สัดส่วน	-	1:116,732	1:128,494
กรุงเทพมหานคร			
นักรายภาพบำบัด (คน)		185	219
ประชากร (คน)	-	6,256,000	6,267,000
สัดส่วน	1:30,769	1:33,816	1:28,616
ส่วนภูมิภาค			
นักรายภาพบำบัด (คน)		290	224
ประชากร (คน)	-	49,192,000	5,065,600
สัดส่วน	1:407,407	1:169,627	1:226,142

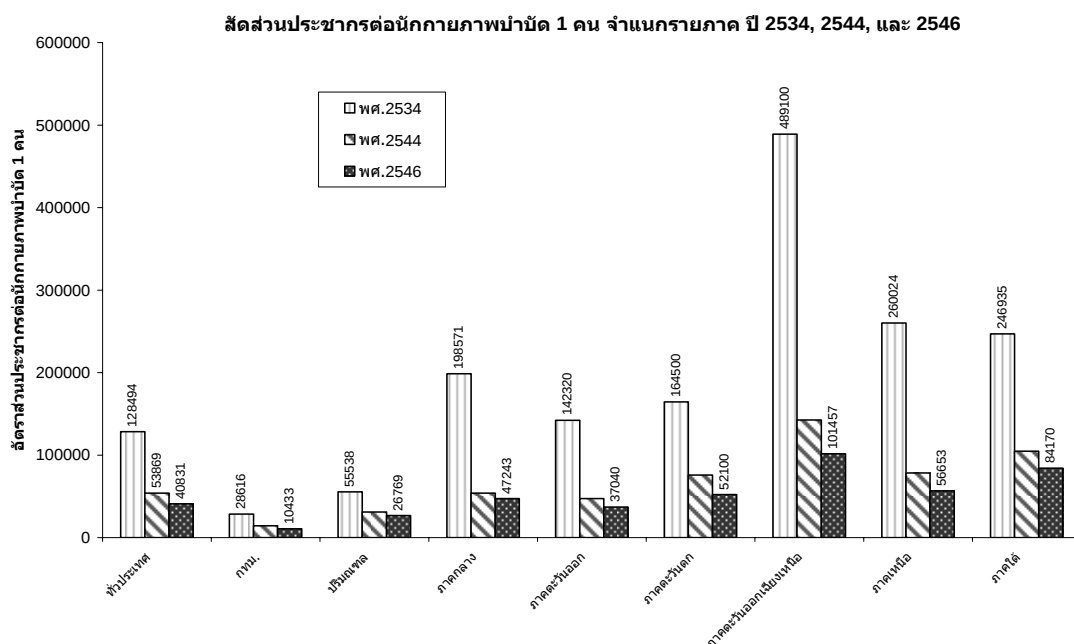
ที่มา * วิยะดา คักดีศรี (2530) การสำรวจของสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย, มิถุนายน 2530¹⁵

[#] สิทธิ เตชะกัมพูช (2536) คำนวณโดยใช้ข้อมูลจาก รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2532

และ เอกสารรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2558¹⁶

[@] วาริ ขำเดช และ กานดา ใจภักดี¹⁷

การศึกษาในระยะต่อมาอีก 2 ครั้ง^{18,19} ในเดือนมิถุนายน ปี พ.ศ.2544 และเดือนมิถุนายน 2546 ทำให้เห็นภาพการกระจายของนักรายภาพบำบัดได้ดีขึ้น (แผนภูมิที่ 1) จะเห็นว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2534–2544 มีการลดลงของสัดส่วนประชากรต่อนักรายภาพบำบัด 1 คนเฉลี่ย 1.4 เท่า การลดลงในส่วนภูมิภาคกลับพบว่ามีมากกว่าในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างไรก็ตามในการศึกษาทั้ง 3 ช่วงเวลา จะมีรูปแบบการกระจายคล้ายคลึงกันคือ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจะมีสัดส่วนน้อยกว่าในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนยังมากกว่า 100,000



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงการกระจายกำลังคนด้านกายภาพบำบัดในภูมิภาคต่างๆ

แม้ในปัจจุบันประเทศไทยจะมีการเปิดหลักสูตรเพื่อผลิตนักกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังมีแนวโน้มชัดเจนว่า บัณฑิตส่วนใหญ่ยังมุ่งเข้าทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งยังคงมีความต้องการบุคลากรกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาในปีพ.ศ.2546¹⁹ ซึ่งพบแนวโน้มแหล่งปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดแสดงในตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในแหล่งงานภาครัฐส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระทรวง การเพิ่มของนักกายภาพบำบัดอยู่ใน 3 แหล่งหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงกลาโหม ในกระทรวงสาธารณสุขนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ.2544 ประมาณ 2 เท่าตัว (จาก 58 คน เป็น 169 คน) การทำงานในโรงเรียนการศึกษาพิเศษ/ศูนย์การศึกษาพิเศษไม่มีจำนวนเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนแต่มีอัตราข้าราชการมากขึ้น แนวโน้มมีการรับนักกายภาพบำบัดประจำคลินิกของภาควิชา/คณะกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น ส่วนนักกายภาพบำบัดในสังกัดกระทรวงกลาโหมที่เพิ่มนั้นอยู่ในส่วนภูมิภาคเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแหล่งงานของนักกายภาพบำบัดระหว่าง ปีพ.ศ.2546 และ ปีพ.ศ.2544

สถานที่ทำงานของนักกายภาพบำบัด	ปี พ.ศ. 2544		ปี พ.ศ. 2546	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
สถานพยาบาลรัฐบาล (สังกัด)	661	58.1	870	55.6
กระทรวงสาธารณสุข	444	39.0	596	38.1
กระทรวงศึกษาธิการ (รวม ทบวงฯ เดิม)	104	9.2	141	9.0
กระทรวงกลาโหม	45	4.0	60	3.8
กรุงเทพมหานคร	32	2.8	36	2.3
สำนักงานรัฐมนตรี	14	1.2	14	0.9
กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	14	1.2	6	0.4
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	-	-	10	0.6
กระทรวงการท่องเที่ยวและันทนาการ	-	-	3	0.2
สำนักพระราชวัง	-	-	4	0.3
ส่วนราชการอื่นๆ	8	0.7	-	-
สถานพยาบาลเอกชน	355	31.2	427	27.3
สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ	29	2.6	38	2.4
สถานพยาบาลหรืองานทางด้านสุขภาพ ในองค์กรการกุศล	44	3.9	55	3.5
คลินิกกายภาพบำบัดหรือคลินิกแพทย์	18	1.6	59	3.8
สถานสุขภาพ, คลินิกเสริมความงาม, ปฏิบัติงานทางด้าน	13	1.1	74	4.7
การกีฬา				
นักกายภาพบำบัดอิสระ หรือ ปฏิบัติงานบางเวลา (part time)	17	1.5	43	2.7
รวม	1137	100.0	1566	100.0

แม้จะมีการเพิ่มกำลังคนภาครัฐดังกล่าว ทว่าเมื่อพิจารณาสัดส่วนนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในภาครัฐกลับพบว่ามีสัดส่วนน้อยลง และมีการทำงานในภาคเอกชนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การสำรวจพบว่าสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเอกชนแบบมีเตียงกลับลดลง จึงอนุมานได้ว่าการเพิ่มสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดในภาคเอกชนจึงน่าจะมีส่วนมาจากการเพิ่มของนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานสุขภาพ (fitness & spa) คลินิกเสริมความงาม (beauty clinic) คลินิกกายภาพบำบัดและคลินิกแพทย์ โดยในระยะหลังมีสถานประกอบการเอกชนด้านความงาม สปา และสถานออกกำลังกาย เปิดดำเนินการมากขึ้น และในหลายแห่งมีการใช้เครื่องมือและวิธีการรักษาที่ต้องการนักกายภาพบำบัดเป็นผู้กระทำตามกฎหมาย จึงมีทำให้ความต้องการนักกายภาพบำบัดเพื่อเข้าไปทำงานในส่วนนี้มากขึ้นเรื่อยๆ จาก

แนวโน้มของการขยายตัวอย่างสูงของธุรกิจนี้ในปัจจุบัน และมีการตอบรับจากสถาบันการผลิตต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้เพิ่มวิชากายภาพบำบัดเพื่อความงามและการบริหารจัดการสถานประกอบการประเภทนี้เป็นวิชาเลือก¹⁰ และมหาวิทยาลัยรังสิตและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีการเปิดสอนวิชากายภาพบำบัดในการกีฬาโดยเฉพาะ^{8,9} นอกจากนั้น ในการจัดประชุมวิชาการของมหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2547 มีหัวข้อบรรยายเรื่องกายภาพบำบัดในสปาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Spa) แก่นักกายภาพบำบัดผู้เข้าอบรมด้วย เหล่านี้ทำให้เห็นได้ว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ในปัจจุบันทำงานให้บริการแก่ประชาชนซึ่งมีโอกาสสูงในการเข้าถึงบริการ เช่นประชาชนในเมือง กลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะสูง และมีแนวโน้มจะร่วมตอบสนองนโยบายการจัดให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลาง health tour

3.1.2 บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

ในส่วนการทำงานในชุมชน นักกายภาพบำบัดที่ทำงานในส่วนนี้เกือบทั้งหมดยังทำงานในระบบบริการของกรอบกระทรวงสาธารณสุข โดยเพิ่งเริ่มมีการได้งานของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2540 มานี้เอง งานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ยังจำกัดในแง่การรักษาและฟื้นฟูสภาพในแผนกและในโรงพยาบาล อีกทั้งนักกายภาพบำบัดในกลุ่มนี้ยังมีอัตราการเปลี่ยนงานย้ายเข้าออกสูงมาก จึงยากที่จะมีการทำงานร่วมกับชุมชนหรือบุคลากรอื่นๆ ในเชิงลึกถึงขั้นการบริการขั้นปฐมภูมิ แม้จะมีสถาบันผู้ผลิตในส่วนภูมิภาค เช่น มหาวิทยาลัยขอนแก่นพยายามลงทำงานในชุมชนร่วมกับบุคลากรสายงานอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงต้องการการประเมินผลความสำเร็จในด้านการมีอิทธิพลต่อการเลือกลงทำงานในชุมชนของบัณฑิตต่อไป

การสำรวจนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน เมื่อต้นปี 2543²⁰ และปลายปี 2543²¹ (ตารางที่ 3) พบว่ามีนักกายภาพบำบัดทำงานในโรงพยาบาลชุมชน (48 แห่ง 51 คน และ 74 แห่ง 85 คน) ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงอัตราการเพิ่มประมาณ 1 เท่าตัวในช่วงเวลา 1 ปี แม้นักกายภาพบำบัดเหล่านี้ส่วนใหญ่ถูกจ้างด้วยอัตราตามวุฒิปริญญาตรี ในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว ไม่มีการขึ้นเงินเดือน แต่พบว่าร้อยละ 27.3 ได้รับเงินเดือนต่ำกว่าวุฒิปริญญาตรี ทั้งนี้เนื่องจากการขาดโครงสร้างและกรอบอัตราค่าจ้างของนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหลายแห่งจึงแก้ปัญหาโดยการจ้างด้วยวุฒิเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูหรือเจ้าหน้าที่ธุรการ หรือคนงาน อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้รับบรรจุนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลชุมชนถึง 39 คน ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข²² วันที่ 22 ธ.ค. 2543 โดยให้ย้ายไปอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้จำนวนนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนลดลงทันที ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของนักกายภาพบำบัดเป็น 169 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 132 แห่ง เนื่องจากการศึกษาครั้งล่าสุดไม่ได้ศึกษาในรายละเอียดถึงสถานภาพการทำงานจึงไม่มีข้อมูลอัตราเงินเดือนและสวัสดิการ

ตารางที่ 3 จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงาน

เดือน พ.ศ.	โรงพยาบาลชุมชนแยกตามจำนวนเตียง (แห่ง)					
	10	30	60	90	120	รวม
มี.ค. 2543	-	4	20	19	5	48
ธ.ค. 2543	-	12	32	26	4	74
มิ.ย. 2546	3	47	46	26	5	132*

*มีโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งที่ไม่ทราบขนาด

ผลการศึกษาในปี พ.ศ.2543^{20,21} พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดบริการกายภาพบำบัด จำนวน 107 แห่ง โดยมีนักกายภาพบำบัดให้บริการเพียง 48 แห่ง ที่เหลือมีเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู และพยาบาลที่ส่งไปรับการฝึกที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปเป็นผู้ให้บริการ นั่นคือ มีโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศที่มีนักกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูปฏิบัติงานรวมกันทั้งสิ้นเพียงร้อยละ 24.3 และส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีเพียงนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานเพียงประเภทเดียว (ตารางที่ 4)

ในแง่ของความต้องการบริการกายภาพบำบัด มีการศึกษาพบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน 347 แห่ง (ร้อยละ 73.5) มีความคิดเห็นว่าจำเป็นต้องมีนักกายภาพบำบัดให้บริการ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนไม่มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของนักกายภาพบำบัด ประกอบกับการขออัตราจ้างถูกจ้างชั่วคราวมีความยากลำบาก จึงไม่สามารถรับนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานได้ ต่อมาในปี พ.ศ.2546¹⁹ ได้สำรวจโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ พบว่า 203 แห่ง (ร้อยละ 33.3) มีบริการกายภาพบำบัด แต่ความต้องการลดลงเหลือเพียงร้อยละ 64.5 (379 แห่ง) จะเห็นได้ว่าไม่ใช่ทุกแห่งที่ต้องการมีนักกายภาพบำบัด แต่ความต้องการนั้นมีอัตราส่วนที่ค่อนข้างคงที่ (ประมาณร้อยละ 60 – 75) การมีผู้ปฏิบัติงานไม่ครอบคลุมเช่นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อบริการกายภาพบำบัดต่อประชาชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากที่ต้องการบริการกายภาพบำบัดตาม

ตารางที่ 4 จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู และบุคลากรทั้ง 2 ประเภท และร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศทั้งหมด

	รพช.ที่มี นักกายภาพบำบัด	รพช. ที่มี เจ้าหน้าที่งาน เวชกรรมฟื้นฟู	รพช.ที่มีทั้ง นักกายภาพบำบัด และ เจ้าหน้าที่งาน เวชกรรมฟื้นฟู	รวม
จำนวน (แห่ง)	132	42	22	174
ร้อยละ *	18.4	5.9	3.1	24.3

* หมายเหตุ จาก รพช.ทั้งหมด 717 แห่ง¹⁹

อย่างไรก็ตามการศึกษา^{20,21} พบว่าการเปิดบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน มักมาจากมีความต้องการ (demand) ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ไม่ใช่เป็นการกำหนดกรอบงานจากนโยบายส่วนกลาง รวมทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความต้องการบริการกายภาพบำบัดที่แท้จริงของชุมชน

อีกประเด็นปัญหาที่น่าสนใจเกี่ยวกับการทำงานในชุมชนคือตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูที่มีวัตถุประสงค์ในการผลิตเพื่อไปรับใช้ชุมชน แต่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และมีปริมาณการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่านักกายภาพบำบัดมาก

3.1.3 บุคลากรในงานบริการเด็กพิเศษ

รัฐธรรมนูญ ฉบับปีพุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติในเรื่องของความเสมอภาคทางการศึกษาของคนพิการ ไว้ตามมาตราที่ 43 ความว่า “บุคคลย่อมได้รับสิทธิเสมอภาคในการรับบริการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่า 12 ปี” และ “มาตรา 55 บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลือจากรัฐ” พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ²³ มีบทบัญญัติหลายหมวด หลายมาตราที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาเพื่อคนพิการ โดยเฉพาะในมาตรา 10 “การจัดการศึกษาต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอภาคในการเข้ารับการศึกษาระดับพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปี ที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึง และมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย การจัดการศึกษาสำหรับบุคคลที่มีความบกพร่องทางกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม การสื่อสารและการเรียนรู้ หรือร่างกายพิการ/ทุพพลภาพ หรือบุคคลที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ต้องจัดให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็นพิเศษ” รัฐบาลได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2540 เป็นปีการศึกษาเพื่อคนพิการ โดยเร่งขยายบริการการศึกษาเพื่อคนพิการ ให้คนพิการที่อยากเรียน ได้เรียน และคำนึงถึงโอกาสของคนพิการที่จะเข้ารับการศึกษได้อย่างเท่าเทียมกัน ใน

รูปแบบที่หลากหลายตามความเหมาะสม นอกจากนี้แนวโน้มของการให้การศึกษาในปัจจุบัน ยังได้ปรับเปลี่ยนให้เป็นไปในลักษณะให้บริการทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการศึกษา ทั้งนี้เพื่อแก้ไขความบกพร่องของเด็กให้พร้อมที่จะเรียนและส่งเสริมให้เด็กได้ใช้ความสามารถของตนที่มีอยู่ในการเรียนรู้ อย่างเต็มความสามารถ บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่เด็กพิเศษเหล่านี้ได้แก่ การแก้ไขการพูด กายภาพบำบัด จิตกรรมบำบัด จิตบำบัด และการช่วยเหลืออื่นเท่าที่จำเป็น²⁰

โรงเรียนการศึกษาพิเศษและศูนย์การศึกษาพิเศษเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้น ตามมติคณะรัฐมนตรี เพื่อให้การดูแล ประสานงาน การให้การศึกษาแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ คือ เด็กที่มีสภาพร่างกายและสติปัญญาแตกต่างไปจากเด็กปกติ นอกจากนี้หน่วยงานทั้งสองยังมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการให้การศึกษา โดยเฉพาะการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ อันได้แก่ บริการกายภาพบำบัด จิตกรรมบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น²⁴ การสำรวจนักกายภาพบำบัดในโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษ²⁴ พบว่ามีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานในโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษทั่วประเทศ 17 แห่ง (22 คน) จากทั้งหมด 39 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.6 นักกายภาพบำบัดเหล่านี้ทำงานในอัตราลูกจ้างชั่วคราว นักกายภาพบำบัด หรือครูกายภาพบำบัด การสำรวจในปี พ.ศ.2546¹⁹ พบว่ามีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานใน รร./ศูนย์การศึกษาพิเศษ 20 แห่ง (ร้อยละ 25.32) ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการได้งานในส่วนนี้มากขึ้น ทั้งครูกายภาพบำบัดสามารถหารายได้เพิ่มเติมเดือนละ 2,000 บาท ตามระเบียบ ก.ค. ว่าด้วยเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของครูการศึกษาพิเศษและครูการศึกษาพิเศษกรณีเรียนร่วม (คณะกรรมการข้าราชการครู, 2539) แต่ผู้ที่จะได้ต้องเป็นข้าราชการครูเท่านั้น นอกจากนี้ในอนาคตครูกายภาพบำบัดสามารถหารายได้พิเศษจากการให้บริการกายภาพบำบัดแก่เด็ก/ผู้ใหญ่พิการทางกายตามนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการที่ต้องการให้คนพิการได้รับการศึกษาฟรี โดยจ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับทำกายภาพบำบัดครั้งละ 100 บาท/30 นาที นโยบายนี้จะส่งผลต่อนักกายภาพบำบัดทั่วประเทศที่มีใบประกอบโรคศิลปะ และนักกายภาพบำบัดที่จะให้บริการจะต้องไปลงทะเบียนเป็นผู้ให้บริการที่ศูนย์ประจำจังหวัด²⁷ ในปี พ.ศ. 2544 ก.ค. มีมติอนุมัติโครงสร้าง บทบาท หน้าที่และกรอบอัตรากำลังข้าราชการครูในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด ศูนย์ละ 7 ตำแหน่ง โดยมีข้าราชการครูกายภาพบำบัด 1 ใน 5 ของตำแหน่งของข้าราชการครูสายการสอน²⁸ อย่างไรก็ตาม ศูนย์ฯ จะต้องทำเรื่องขอตำแหน่งขึ้นไป และจะมีการพิจารณาให้ตามความเหมาะสม จะเห็นได้ว่าการได้มาซึ่งตำแหน่งครูกายภาพบำบัดไม่ใช่เรื่องง่าย รวมทั้งโรงเรียนการศึกษา/ศูนย์ประจำจังหวัดบางแห่งยังไม่มีสถานที่และเครื่องมือพร้อมย่อมจะทำให้การบรรจุครูกายภาพบำบัดทำได้ยากยิ่ง

ตารางที่ 5 ผลสรุปการสำรวจ รร./ศูนย์ฯ การศึกษาพิเศษ เมื่อ 10 กค. 2546

	จำนวนแบบสอบถาม		จน.รร./ ศูนย์ฯ	ร้อยละแบบสอบถาม		จำนวน	
	ที่ส่งไป	ที่ส่งกลับ		ที่ส่งกลับ	ที่มีนัก กายภาพฯ	ข้าราชการ	ลูกจ้าง ชั่วคราว
รร.การศึกษาพิเศษ	30	20	5	66.67	25.00	5	0
ศูนย์ฯ เขต	13	9	9	69.23	100.00	7	2
ศูนย์ฯ จังหวัด	63	50	6	79.37	12.00	0	6
รวม	106	79	20	74.53	25.32	12	8

3.1.4 บุคลากรในสถานสุขภาพที่ไม่ใช่โรงพยาบาล

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวสุขภาพแห่งเอเชีย หรือ “THAILAND: Health Care Tourism Hub of Asia” ทำให้มีการจ้างงานบุคลากรกายภาพบำบัดมากขึ้นในสถานสุขภาพและสถานเสริมความงามจำนวนมากขึ้นในระยะหลังร่วมกับมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 เรื่องกำหนดเครื่องมือกายภาพบำบัดที่ใช้ในสถานเสริมความงามจะต้องมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ให้บริการ แม้ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่ามีการเปิดสถานสุขภาพและสถานเสริมความงามมากขึ้นก็เท่านี้ในปัจจุบัน แต่หากมองสถานบริการเหล่านี้ในลักษณะที่เป็นทางเลือกในด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน บทบาทของนักกายภาพบำบัดก็น่าจะขยายกว้างออกจากการรักษาและฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอย่างหนึ่งคือ การสร้างคุณค่าของสถานสุขภาพไม่ใช่อยู่ที่การให้บริการเสริมสวยและการนวด แต่อยู่ที่หลักวิชาการหรือการบริการด้วยหลักวิชาการ ในสถานสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้บุคลากรหลายประเภทเข้ามาปฏิบัติงานได้ ตั้งแต่ นวดไทย พนักงานเสริมสวย นักพลศึกษา ผู้ให้คำปรึกษาด้านการออกกำลังกาย นักสรีรวิทยาการออกกำลังกาย ฯลฯ ในสถานสุขภาพชั้นสูงบางแห่งได้ประยุกต์การรักษาด้วยการออกกำลังกายหลายแขนงเข้ามารักษาผู้ป่วยด้วย เช่น เทคนิค Pilates เทคนิค Wasu ซึ่งทำให้สถาบันที่ผลิตนักกายภาพบำบัดเริ่มปรับตัว โดยการบรรจุเทคนิควิธีการใหม่ๆ เหล่านี้เข้าในเนื้อหาวิชาที่สอน

3.1.5 สัดส่วนนักกายภาพบำบัด

จากข้อมูลในตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนนักกายภาพบำบัดไทยกับต่างชาติจะพบว่าสัดส่วนของนักกายภาพบำบัดไทยลดลงแม้จะเป็นรองฟิลิปปินส์ แต่สภาพความ

มั่นคงของเศรษฐกิจและการเมืองของประเทศไทยอาจได้เปรียบกว่า ซึ่งจะส่งผลถึงผลิตและการจ้างงานนักร่างกายภาพบำบัดในสถานสุขภาพในอนาคตน่าจะมีมากขึ้น

ตารางที่ 6 สัดส่วนประชากรต่อนักร่างกายภาพบำบัดในประเทศต่างๆ

ประเทศ	ปี พ.ศ.	ประชากร (ล้านคน)	นักร่างกายภาพบำบัด	นักร่างกายภาพบำบัด 1 คน ต่อจำนวน ประชากร
ไทย	2534	56.923	443	1:128,494
ไทย	2544	[*] 61.25	1,137	1:53,869
ไทย	2546	[*] 62.55	1,532	1:40,831
อินโดนีเซีย	2538	[#] 195.23	1,179	1:165,590
ญี่ปุ่น	2541	[@] 131.75	21,330	1:6,176
มาเลเซีย	2541	^{&} 22.05	258	1:85,459
ฟิลิปปินส์	2540	^ร 71.85	5,555	1:12,934

* ค่าประมาณจำนวนประชากรจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2543 โดยใช้สูตร และใช้อัตราเพิ่มรายภาค

[#] ค่าประมาณจำนวนประชากรจากสำมะโนประชากร พ.ศ. 2533 อัตราเพิ่มระหว่าง 2533 – 2538 = 1.7

[@] ค่าประมาณจำนวนประชากรจากสำมะโนประชากร พ.ศ. 2538 อัตราเพิ่ม = 1.6

[&] ค่าประมาณจำนวนประชากรจากสำมะโนประชากร พ.ศ. 2534 อัตราเพิ่มระหว่าง 2523 – 2534 = 2.6

^ร ค่าประมาณจำนวนประชากรจากสำมะโนประชากร พ.ศ. 2538 อัตราเพิ่มระหว่าง 2523 – 2534 = 2.3

ที่มา สุวิทย์ อริยชัยกุล, พิรุณ พิสุทธิวัฒน์, ปรีชา ธนวราร และ คมสันต์ ประยูรศิริศักดิ์¹⁸ และ สุวิทย์ อริยชัยกุล¹⁹ และ SEAMIC Health Statistics²⁹

3.1.6 การคาดประมาณความต้องการนักร่างกายภาพบำบัด

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเพื่อคาดประมาณความต้องการนักร่างกายภาพบำบัดทั้งในภาพรวมของประเทศและหน่วยงานเฉพาะหลายการศึกษา^{18,30-34} ซึ่งได้ผลสรุปดังนี้

เมื่อพ.ศ. 2538 – 2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนก³⁰ ศึกษาความต้องการนักร่างกายภาพบำบัด ณ ปี พ.ศ. 2558 ด้วยวิธีคาดประมาณ 2 วิธี คือ การคาดประมาณจากการกำหนดสัดส่วนกำลังคนต่อประชากรที่ต้องรับผิดชอบ (population ratio) ให้เท่ากับ 1:10,000-5,000 และการคาดประมาณจากความต้องการใช้บริการทางกายภาพบำบัด (health service demand analysis) ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลเอกชน และจำนวนอาจารย์กายภาพบำบัดที่ต้องการ พบว่าประเทศไทยมีความต้องการอยู่ระหว่าง 7,036-17,148 คน

ใน พ.ศ. 2540 - 2541 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ³¹ ศึกษากำลังคนทางกายภาพบำบัดโดยการคำนวณจากอัตราส่วนต่อประชากร ในปี พ.ศ.2560 พบว่าต้องมี

นักกายภาพบำบัดต่อประชากร เท่ากับ 1:7,900 คน ดังนั้น ต้องผลิตนักกายภาพบำบัดเพิ่มร้อยละ 7-14 ต่อปี โดยปี พ.ศ. 2544 ต้องรับนักศึกษา 262 คน แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ.2556 ต้องรับเพิ่มเป็น 1,700 คน

ในช่วงที่เกิดภาวะเศรษฐกิจที่ชะลอตัวในปี พ.ศ. 2540 ทำให้การจ้างงานในโรงพยาบาลเอกชนลดลง กรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาครัฐอื่นเต็มหรือเกือบเต็ม ทำให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาต้องไปปฏิบัติงานในสถานประกอบการที่ไม่มีทั้งโครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง และมักไม่เคยฝึกปฏิบัติงานมาก่อน เช่น โรงพยาบาลชุมชน และโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษ^{32,33}

ในปี พ.ศ. 2542 โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งขอจ้างนักกายภาพบำบัดโดยสอบถามในเรื่องกรอบอัตรากำลังและตำแหน่งจากกระทรวงสาธารณสุข แต่เนื่องจากนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ จึงไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดได้ กองสาธารณสุข ภูมิภาค³⁴ จึงได้จัดทำโครงการวิเคราะห์ลักษณะงานกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสำรวจความต้องการนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน ใน 5 จังหวัดนำร่อง โดยการให้แพทย์เขียนใบส่งต่อการรักษากายภาพบำบัด (Physical Therapy consult form) ในระยะเวลา 1 เดือน แต่เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอจึงวิเคราะห์เพียง 1 จังหวัด พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีความต้องการนักกายภาพบำบัดจำนวน 6 – 13 คน/แห่ง ถ้าหากประมาณว่าในปัจจุบันมีโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ 720 แห่ง จะมีความต้องการประมาณ 4,320 – 9,360 คน

จากการศึกษาความต้องการนักกายภาพบำบัดในปี พ.ศ. 2543¹⁸ โดยสอบถามผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 72.73 พบว่าร้อยละ 73.5 เห็นว่าจำเป็นต้องมีนักกายภาพบำบัด แต่มีเพียงร้อยละ 21.1 ที่ต้องการจ้างในปีงบประมาณ 2543 เนื่องจากรัฐบาลไม่มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัด โดยที่มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 33.9 ที่ต้องการจ้างในอัตราเงินเดือนต่ำกว่าวุฒิ

การศึกษาความต้องการกำลังคนที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมถึงระบบบริการกายภาพบำบัดทั้งหมด เนื่องจากเป็นการคาดประมาณจากสัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากร (population ratio) ซึ่งเป็นวิธีที่หยาบ การคาดประมาณจากความต้องการใช้บริการทางกายภาพบำบัด (health service demand analysis) นั้น ไม่ได้ศึกษาครอบคลุมถึงหน่วยบริการที่สำคัญอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลในสังกัดภาคีรัฐบาลอื่น โรงเรียนการศึกษาพิเศษ/ศูนย์การศึกษาพิเศษ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) รวมถึงการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค

นอกจากนี้ การคาดประมาณมักไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เนื่องจากเป็นการมองระดับมหภาคโดยไม่ได้เชื่อมโยงกับนโยบายกำลังคน ความต้องการของตลาด และสภาพเศรษฐกิจสังคมด้วย ในอนาคตการวางแผนกำลังคนจะต้องมีความเป็นพลวัตสูง เพราะการคาด

ประมาณกำลังคนในระยะยาว 20 ปีไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ในวงกว้าง การที่ภาคเอกชนมีบทบาทสูงขึ้นในการให้บริการ จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแนวคิดในการวางแผนกำลังคนให้เหมาะสมกับความต้องการของตลาด (demand side) นอกจากนี้นโยบายที่จะประสานการผลิตและการวางแผนกำลังคนในอดีตไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ผลิตก็ยังคงผลิตโดยไม่ได้มองตลาดงานรองรับอย่างเป็นระบบ ทำให้พบว่าอัตราการสูญเสียของนักกายภาพบำบัดมีมากขึ้นและสูงเกือบร้อยละ 50

เมื่อมองในด้านปัจจัยความต้องการของตลาดอย่างเดียว ก็จะมีผลกระทบต่อมาตรฐานและลักษณะการให้บริการ ตัวอย่างเช่น งานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนมีความหลากหลายมาก โดยมีสัดส่วนงานบำบัดรักษาตั้งแต่ ร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 99¹⁹ แสดงว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เกือบไม่ได้ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพเลย ส่วนบริการกายภาพบำบัดในโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษก็ยังไม่เคยมีการกำหนดทิศทางและมาตรฐานของการบริการเลย²²

เมื่อพิจารณาสภาพการณ์ข้างต้น ทำให้ชี้ชัดได้ว่าการวางแผนกำลังคนทางกายภาพบำบัดจะต้องควบคู่ไปการวิเคราะห์ทั้ง Demand side และการกำหนดโครงสร้างมาตรฐานกำลังคนอย่างเป็นระบบจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย เพื่อเป็นหลักประกันให้กับประชาชนและชุมชนที่จะได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ และบริการกายภาพบำบัดที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง ไม่จำกัดเฉพาะประชาชนในเขตเมือง

3.1.7 การสูญเสียกำลังคนนักกายภาพบำบัด

การเก็บข้อมูลการสูญเสียกำลังคนทางกายภาพบำบัดนั้นเริ่มทำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530¹⁵ โดยพบสถานการณ์การสูญเสียกำลังคนคือ

(1) ในปี 2530 อัตราการสูญเสียนักกายภาพบำบัดเป็นร้อยละ 32 และพบว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในส่วนภูมิภาค 25 แห่ง ขาดแคลนนักกายภาพบำบัด¹⁵

(2) ในปี พ.ศ. 2532 – 2534 อัตราการสูญเสียนักกายภาพบำบัด จากการศึกษาบัณฑิตของมหาวิทยาลัยมหิดล (ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ในขณะนั้น) เป็นร้อยละ 36 โดยมีการทำงานต่อต่างประเทศถึงร้อยละ 6 และเปลี่ยนไปประกอบอาชีพแพทย์ร้อยละ 9 นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ยังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐ¹⁷

(3) ในปี พ.ศ. 2544¹⁸ และ ปีพ.ศ. 2546¹⁹ อัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 45.5 และ 46.9 ตามลำดับ โดยสูญเสียไปเป็นอาจารย์ และศึกษาต่อมากที่สุด

อีกประเด็นเร่งด่วนที่ควรจะมีการศึกษาคือ การทำงานของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานเสริมความงามและสปา ซึ่งแม้จะยังไม่มีผลสำรวจจำนวนที่แน่ชัด แต่ก็เห็นแนวโน้มสูง โดยยังเป็นที่น่าสนใจว่าบทบาทของนักกายภาพบำบัดในสถานประกอบการประเภทนี้ส่วนใหญ่เป็นงานแบบใด ถือว่ากำลังคนที่เข้าไปทำงานเหล่านี้เป็นส่วนที่สูญเสียไปจากงานวิชาชีพ

หรือไม่ หรือเป็นการก่อร่างงานด้านใหม่ที่เน้นการส่งเสริมดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษาฟื้นฟู และพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัดจะยังสามารถใช้ตรวจสอบมาตรฐานงานเหล่านี้ได้หรือไม่

3.2 พนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัดและเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู

จากจำนวนพนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด 221 คน ในปัจจุบันไม่มีข้อมูลชัดเจนว่ามีที่เหลือปฏิบัติงานจริงอยู่เท่าใด ได้เพียงคาดเดาว่ายังคงมีการปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ การสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2530 พบว่าพนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัดทั้งหมดปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ผลิตออกมาในปัจจุบันมีทั้งหมด 173 คน กระจายอยู่ตามโรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ³⁴ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2546)

	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รวม
จำนวน	38	69	64	173
ร้อยละ	21.97	39.88	36.99	100.0

หมายเหตุ มี 1 รายปฏิบัติงานในสังกัดอื่น และอีก 1 ราย ไม่ทราบสังกัด

ที่มา: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³⁴

3.2.1 การพัฒนาบุคลากรช่วยงานกายภาพบำบัด

บทบาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู มิได้มีการกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ยกเว้นที่กำหนดในมาตรฐานกำหนดตำแหน่งสายงานเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู³⁵ เพราะมาตรฐานกำหนดตำแหน่งนี้มีความไม่ชัดเจนในรายละเอียดการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามในการพิจารณาว่าเจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูมีบทบาทหน้าที่ใดได้บ้างอาจพิจารณาได้จาก ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้จัดให้³⁶ ซึ่งควรเป็นการปฏิบัติงานพื้นฐานของวิชาชีพกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และกายอุปกรณ์ โดยไม่ได้มีบทบาทในด้านการตรวจประเมิน วินิจฉัยปัญหา และวางแผนการให้การรักษา/บริการ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองฝึกอบรม ได้เคยผลิตบุคลากรระดับผู้ช่วยขึ้น เรียกว่า พนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด โดยผลิตที่วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคเหนือ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 221 คน และหยุดการผลิตเมื่อ พ.ศ. 2528¹⁵ บุคลากรเหล่านี้มีหน้าที่ตามระเบียบกระทรวง

สาธารณสุข 37 ให้มีหน้าที่ช่วยเหลือนักร่างกายภาพบำบัดในงานพื้นฐาน และทำงานภายใต้การดูแลโดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน สาขาร่างกายภาพบำบัดเท่านั้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการกำหนดคุณสมบัติบุคคลที่ช่วยงานกายภาพบำบัดว่าจะต้องผ่านการอบรมจากสถาบันที่รับรองโดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาร่างกายภาพบำบัด³⁸ ซึ่งมีผลกระทบต่อการวางมาตรการส่งเสริมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรช่วยงานกายภาพบำบัดดังกล่าว

4. แนวโน้มปัจจัยแวดล้อมและการคาดการณ์ผลกระทบที่มีผลต่อระบบกำลังคน กายภาพบำบัด

4.1 ปัจจัยภายใน

การมีสถาบันเปิดหลักสูตรกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้กำลังการผลิตนักร่างกายภาพบำบัดมีมากขึ้นทั้งในระดับปริญญาตรี และระดับหลังปริญญา และการมีสถาบันส่วนภูมิภาคในทุกๆ ภาคของประเทศเปิดดำเนินการ อาจช่วยแก้ไขปัญหาคาดแคลนและการกระจายของนักร่างกายภาพบำบัดในสถานพยาบาล

แนวโน้มของการเปลี่ยนความนิยมการทำงานจากโรงพยาบาลเป็นสถานประกอบการอื่นๆ รวมทั้งการเปิดคลินิกกายภาพบำบัดส่วนตัวมากขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นปัจจัยที่จะทำให้บริการกายภาพบำบัดกลายเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของสังคมไทยได้เป็นอย่างดี เพราะในระบบเก่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการกายภาพบำบัดเกือบทั้งหมดมาจากการส่งปรึกษาจากแพทย์สาขาต่างๆ แต่ในส่วนคลินิกกายภาพบำบัดเอกชนนั้นประชาชนสามารถเข้ามารับบริการได้โดยตรง ดังนั้น หากวิชาชีพมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพ และดูแลมาตรฐานการบริการอย่างได้ผล เชื่อว่างานบริการในระบบนี้จะขยายวงกว้างและรับใช้ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้มาก

การเกิดสภาวิชาชีพกายภาพบำบัด ซึ่งกำลังจะผ่านการอนุมัติตามขั้นตอนกฎหมาย ก็จะเป็นองค์กรที่มีบทบาทอย่างสูงในการควบคุมการประกอบโรคศิลปะของนักร่างกายภาพบำบัด และการตรวจสอบมาตรฐานของหลักสูตรของสถาบันการผลิต อันจะทำให้มาตรฐานของวิชาชีพสูงขึ้น นอกจากนั้นสภายังน่าจะมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจและร่างกฎเพื่อกำหนดบทบาทของบุคลากรข้างเคียงของงานกายภาพบำบัด เช่น ผู้ช่วยนักร่างกายภาพบำบัด หรือเจ้าหน้าที่เวชกรรมฟื้นฟู เป็นต้น

ในทศวรรษหลังนี้มีนักร่างกายภาพบำบัดทั้งในส่วนที่ทำงานในสถาบันการศึกษาและในภาคบริการสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและกลับมาทำงานในประเทศไทย ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้มีส่วนอย่างมากในการกำหนดแนวโน้มของหลักสูตรการศึกษาและการให้บริการผู้ป่วยด้านกายภาพบำบัด เนื่องจากในต่างประเทศกายภาพบำบัดมีบทบาทในระบบสุขภาพมากกว่าในเมืองไทยทั้งทางกว้างและทางลึก ร่วมกับความสะดวกรวดเร็วของการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทั้ง

ทางด้านวิชาการและด้านอื่นๆ กับต่างประเทศ ปัจจุบันนี้ทำให้แนวโน้มของงานกายภาพบำบัดขยายออกจากกรอบงานบริการที่ให้การรักษาและฟื้นฟูที่ทำอยู่เดิม ดังที่เริ่มเห็นได้ในปัจจุบันได้แก่ การเพิ่มของการทำงานและงานวิจัยในด้านการยศาสตร์ในสถานประกอบการต่างๆ การเป็นผู้ฝึกการออกกำลังกายส่วนบุคคล ดูแลนักกีฬาและทีมกีฬา การให้บริการในโรงเรียนทั้งในเด็กพิเศษและเด็กปกติ เป็นต้น

นอกจากการขยายบทบาทจากการทำงานเฉพาะในแผนกและโรงพยาบาลแล้ว แนวโน้มวิธีการการให้บริการกายภาพบำบัดก็ค่อยๆ เปลี่ยนไป คล้ายแนวคิดหลักของการบริการในประเทศตะวันตกมากขึ้น โดยจะลดการใช้วิธีการรักษาต่างๆ ที่กำหนดโดยนักกายภาพบำบัดและกระทำให้แก่ผู้ป่วยฝ่ายเดียว (passive intervention) และเน้นเพิ่มการรักษาโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (active intervention) ตั้งแต่การเริ่มวางแผนการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (patient education) และการใช้วิธีการที่ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองมากขึ้น เช่น การให้บริหารร่างกาย หรือการใช้ความร้อน ความเย็นรักษาด้วยตนเองที่บ้าน โดยนักกายภาพบำบัดเป็นเพียงผู้แนะนำวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนเท่านั้น ดังนั้น หลักสูตรและเนื้อหาวิชาในสถาบันผู้ผลิตนักกายภาพบำบัดจึงมีการปรับเปลี่ยนตามแนวโน้มนี้มากขึ้นเรื่อยๆ

ปัจจุบันนักกายภาพบำบัดเริ่มมีแนวโน้มที่จะทำงานเฉพาะทางมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งทั้งสถาบันการศึกษาต่างๆ ก็เริ่มเปิดหลักสูตรหลังปริญญาเพื่ออบรมนักกายภาพบำบัดเฉพาะด้าน เช่น หลักสูตรกายภาพบำบัดในระบบประสาทของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และหลักสูตรกายภาพบำบัดการจัด ดัด ดึง ของมหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งกรรมการวิชาชีพก็มีการหารือแผนเบื้องต้นที่จะทำการรับรองนักกายภาพบำบัดผู้มีความชำนาญเฉพาะทางในด้านต่างๆ จึงน่าจะมีการเกิดของนักกายภาพบำบัดเฉพาะทางขึ้นในอนาคตอันใกล้

ระบบการศึกษาหลังเริ่มยุคการปฏิรูปการศึกษานี้อาจทำให้รูปแบบของการผลิตเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากภาวะปัจจุบันที่สถาบันมีเพียงทางเลือกเดียวคือรับผู้เรียนซึ่งเป็นนักเรียนที่เพิ่งจบชั้นมัธยมศึกษาจากระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัย เพื่อเข้าเรียนแบบเต็มเวลาเป็นเวลา 4 ปี ตลอดหลักสูตรนั้น สถาบันผู้ผลิตอาจต้องเปิดทางเลือกอื่นในการรับนักศึกษาเข้าเรียน และวิธีการเรียน เพื่อขยายโอกาสในการรับการศึกษาของผู้ต้องการเข้าเรียนจากกลุ่มอื่นๆ รวมทั้งการรับผู้เรียนที่ท้องถิ่นส่งเข้ามา ซึ่งจะทำให้ได้ผู้เรียนที่มีความตั้งใจ เป็นผู้รู้จักคิดวิเคราะห์ และทราบปัญหาของท้องถิ่น มากขึ้น

ส่วนปัญหาบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน ยังคงต้องการการศึกษารูปแบบการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนให้มีมาตรฐาน บทบาทหน้าที่ของบุคลากรระดับต่างๆ รวมถึงการเชื่อมโยงบริการกายภาพบำบัดและบริการสาธารณสุขในระดับชุมชน การพิจารณาว่าควรมีบุคลากรในระดับวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนหรือไม่ เป็นหน้าที่ที่รัฐต้องมีบทบาทอย่างชัดเจนมาก

ขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมา นักวิชาชีพได้บุกเบิกงานกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนด้วยตนเองโดยมิได้รับการสนับสนุนอย่างใด การให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนต้องมีมาตรฐานสูงขึ้นและมีการวางแผนบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งต้องอาศัยสถาบันวิชาชีพเข้าร่วมดำเนินการ ในอดีตสถาบันได้พยายามสร้างความต้องการของงานบริการ โดยการส่งนักศึกษาไปฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เห็นบทบาทของตนเองมากขึ้น และทำให้เกิดการสร้างงานที่เป็นรูปธรรม สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพก็ได้มีความพยายามระดมสมองเพื่อสร้างกลยุทธ์และวิธีการในการสร้างบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปธรรมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนให้มากที่สุด

ด้านการบริการคนพิการ แนวโน้มที่คนพิการและเด็กพิการจะได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างทั่วถึงขึ้นด้วยนโยบายคุ้มครองการรักษา เป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาถึงกำลังคนที่จะมาให้บริการ โดยเฉพาะการที่ระบุว่าจะต้องเป็นนักกายภาพบำบัดที่มีใบประกอบโรคศิลปะนั้น ย่อมส่งผลต่อความต้องการกำลังคนในระดับบัณฑิตศึกษาเพิ่มขึ้น โดยปกตินักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษมีอยู่น้อยและจำกัดตัวอยู่ในเขตเมือง ดังนั้น โอกาสที่ผู้พิการจะได้รับบริการอย่างทั่วถึงย่อมเป็นไปได้ยาก กลยุทธ์ในข้อนี้จึงต้องพึ่งพานักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งคาดว่าจะต้องมีปริมาณมากขึ้นในอนาคตอย่างแน่นอน อย่างไรก็ตามยังไม่มี การเตรียมพร้อมตั้งรับกับปัญหาดังกล่าว

เนื่องจากการขาดข้อมูลพื้นฐานในการคาดประมาณความต้องการบริการ กายภาพบำบัดที่แท้จริง ความต้องการเร่งด่วนจึงต้องมีการสำรวจสถานะการทำงานของบุคลากรทางกายภาพบำบัด บุคลากรช่วยงานและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง รวมถึงศึกษาถึงการผลิต การใช้ และการพัฒนาบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย เพื่อสร้างมาตรฐานให้กับบุคลากรดังกล่าว เช่น

- ◇ ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (helper) เพื่อพัฒนาให้สามารถช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและประกอบกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี
- ◇ บุคลากรทางวิทยาศาสตร์การกีฬา เพื่อนำไปพัฒนางานบริการในสถานสุขภาพ
- ◇ บุคลากรในชุมชน เช่น ผสส. อสม. และหมออนามัย

4.2 ปัจจัยภายนอก

นโยบายรัฐและกระแสความตื่นตัวด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ร่วมกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จากการใช้ยาและการผ่าตัด เข้าสู่การรักษาที่เป็นทางเลือกอื่นๆ และจากนโยบายรัฐสนับสนุนอุตสาหกรรมท่องเที่ยวด้านสุขภาพ น่าจะทำให้ความต้องการบุคลากรด้านกายภาพบำบัดทวีค่าขึ้นในทศวรรษหน้า ดังนั้น สิ่งที่ต้องมีการเฝ้าระวังติดตาม

คือ การให้มีการกระจายตัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนที่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่น้อยกว่า ให้ได้รับบริการจากบุคลากรกายภาพบำบัดด้วย

การส่งเสริมการออกกำลังกายกำลังเป็นกลยุทธ์หลักที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบัน แต่จากการสังเกตพบว่ามีการใช้ผิด (abuse) ในหลายที่ อย่างไรก็ตาม หลักฐานอ้างอิงในกรณีเช่นนี้น้อย การสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องเริ่มต้นจากการสำรวจและวิเคราะห์ความเหมาะสมของสื่อ ในปัจจุบันสื่อทางกายภาพบำบัดมีอยู่น้อย และยังไม่ได้รับการพัฒนาเต็มที่

การเพิ่มของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ การเพิ่มความชุกของโรค เช่นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ และการเพิ่มของอุบัติภัยต่างๆ จะทำให้ความต้องการบุคลากรและฐานความรู้ของการบริการผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มด้านดังกล่าวสูงขึ้น

ความเติบโตของความต้องการบริการย่อมทำให้เกิดหรือขยายการให้บริการที่คล้ายคลึงกับงานกายภาพบำบัด โดยบุคลากรที่ทำงานใกล้เคียงกัน เช่น นักพลศึกษา แพทย์และพยาบาลด้านการฟื้นฟู Chiropractor เหล่านี้อาจทำให้สถาบันการศึกษาต้องปรับกลยุทธ์เพื่อคงความต้องการของผลผลิตของตนในสังคมไว้

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะ : กำลังคนด้านกายภาพบำบัดในระบบสุขภาพใหม่

สังคมและบุคลากรกายภาพบำบัดที่พึงประสงค์ เป็นการให้บริการทางกายภาพบำบัดเป็นแบบองค์รวม (Holistic Physical Care) โดยมีเป้าหมายที่จะทำให้นักคลบลรลุศักยภาพทางกายอย่างเต็มพร้อม ควบคู่ไปกับคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นระบบสุขภาพที่ประชาชนมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพกาย มีความสามารถในการป้องกันและรักษาการบาดเจ็บทางกายเบื้องต้นที่เกิดในชีวิตประจำวันและการทำงานด้วยตนเอง และสามารถเลือกใช้และเข้าถึงบริการทางกายภาพบำบัดเมื่อต้องการ

ในระบบนี้ประชาชนจะมีความรู้ในการออกกำลังกายอย่างปลอดภัย และเหมาะสมกับเพศวัย และสภาวะสุขภาพ สามารถใช้ความร้อนความเย็น อุปกรณ์ช่วยในท้องถิ่น การเคลื่อนไหว และหัตถบำบัดที่ทำได้ด้วยตนเอง สมาชิกครอบครัว หรือคนในชุมชนอย่างปลอดภัย บุคคลที่มีความพิการและเป็นโรคเรื้อรังได้รับการดูแลจากชุมชนและได้รับบริการที่จำเป็นจากบุคลากรที่มีความรู้เพียงพอ ประชาชนรู้เท่าทันการโฆษณาชวนเชื่อเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการกายภาพบำบัดที่เกินความจริง เป็นต้น

การบริการกายภาพบำบัดในระบบนี้ต้องมีหลากหลายรูปแบบเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการ กล่าวคือไม่ทำงานเพียงแต่ในสถานพยาบาล แต่ก้าวเดินออกมาเรียนรู้ปัญหาจากชุมชนและผสมผสานองค์ความรู้ของวิชาชีพเข้ากับภูมิปัญญาของท้องถิ่นเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน โดยคำนึงถึงมิติด้านสังคมและจิตวิทยา การเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรจากการ

เป็นเพียงผู้ให้การบำบัดรักษา (therapist) มาเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพกาย (physical health facilitator) โดยทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรสุขภาพอื่นๆ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และรู้วิธีการดูแลสุขภาพกายอย่างถูกต้อง บุคลากรในระบบนี้จึงต้องทำงานโดยเข้าไปพบกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายในชุมชนต่างๆ เช่น หมู่บ้าน โรงเรียน สถานประกอบการ สถานสุขภาพ เป็นต้น และมีความรู้ความสามารถในการสื่อสารและการผลิตสื่อต่างๆ และมีทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

อีกงานที่สำคัญซึ่งบุคลากรกายภาพบำบัดมีบทบาทอย่างสูงและต้องทำในชุมชนก็คือการรักษา ฟันผุ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้พิการทางกาย และผู้มีโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งหากมีการเข้าไปให้บริการกายภาพบำบัดที่บ้านผู้ป่วย แทนที่จะให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการในสถานพยาบาลกายภาพบำบัดดังเช่นในปัจจุบัน ก็จะเป็นการลดภาระของการให้บริการของสถานพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และยังส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น

ส่วนบริการในสถานพยาบาลกายภาพบำบัดจะเป็นการบริการที่มีคุณภาพ โดยมีสัดส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เหมาะสม วิธีการรักษามีหลักการทางวิชาการและมีหลักฐานทางทฤษฎีรองรับ (evidence-based practice) อัตราค่าบริการสมเหตุสมผล มีจำนวนผู้ให้บริการที่เป็นเชี่ยวชาญในระดับต่างๆ ที่พอเหมาะ มีระบบการส่งปรึกษาทั้งภายในวิชาชีพและส่งไปยังบุคลากรสุขภาพอื่นที่มีประสิทธิภาพ ผู้มารับบริการสามารถเลือกเข้ามาใช้บริการได้โดยตรง (direct access) โดยมีความเข้าใจและความคาดหวังในการบริการอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดจากการบริการ

1. การได้มาซึ่งกำลังคนในระบบกายภาพบำบัดในระบบสุขภาพใหม่

การที่จะได้บุคลากรที่มีลักษณะอันพึงประสงค์ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น อาจต้องเริ่มทบทวนตั้งแต่ระบบการศึกษาเข้ามาในสถาบันระดับอุดมศึกษาเพื่อเรียนด้านวิชาชีพ ซึ่งหากผู้เข้าเรียนมีคุณลักษณะของการใฝ่รู้ รู้จักวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล และปรับใช้กับสถานการณ์และงานของตนได้ จะทำให้ได้บัณฑิตที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น นอกจากนั้น การปรับเปลี่ยนระบบการคัดเลือกคนเข้าเรียน เช่น การได้คนจากระบบ/แหล่งการศึกษาอื่นนอกจากผู้จบมัธยมศึกษา การได้คนจากพื้นที่ที่ต้องการบริการกายภาพจริง การจัดระบบเทียบความรู้นอกระบบมาเข้าเรียน การรับผู้เรียนซึ่งต้องการต่อยอดจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อเข้ามาเป็นนักวิชาชีพกายภาพบำบัด

ในส่วนของการกระบวนการสร้างความรู้ สถาบันผู้ผลิต สถาบันวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย ส่วนกลางและหน่วยอื่นๆ ในสังคม ต้องร่วมกันสร้างกลไกที่จะเปลี่ยนกระบวนการผลิต เช่น กระบวนการสร้างความรู้ด้วยตัวผู้เรียนเอง การสังเคราะห์ความรู้ของผู้เรียนและผู้สอน วิธีการการ

จัดการเรียนการสอน ผู้เรียน ผู้สอน เพื่อสร้างองค์ความรู้ และผลิตผู้ที่จะใช้และกระจายความรู้ เหล่านั้นสู่สังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนั้น บุคลากรยังต้องสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้กับผู้มีบทบาทในการให้บริการด้วย วิธีการกายภาพในชุมชน ซึ่งใช้วิธีการทางกายภาพแก่ประชาชนอยู่แล้ว เช่น พระ หมอพื้นบ้าน โดยต้องสร้างทัศนคติในการยอมรับ experience learning ซึ่งเป็นการเรียนรู้ผ่านช่องทางอื่น ที่ไม่ใช่การเรียนในระบบเพียงอย่างเดียว แต่สามารถเข้าถึงหัวใจของการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ในการทำงาน มีการสร้างระบบสนับสนุนถ่ายทอดองค์ความรู้ การจัดระบบเทียบความรู้ในระบบ การกระจาย ถ่ายทอดความรู้กายภาพบำบัดในชุมชน สร้างระบบ validate ความรู้ การใช้แปลงและกระจายองค์ความรู้สู่ภาคประชาชน รวมทั้งส่งเสริมจริยธรรมในการให้บริการ

2. ข้อได้เปรียบ

เนื่องจากองค์ความรู้ และหลักสูตรหลักสูตรการเรียนการสอนกายภาพบำบัดเน้นการเข้าใจระบบการทำงานของร่างกายทั้งในภาวะปกติ และผิดปกติ ประกอบกับวิธีการทางกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เป็นการใช้การเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย หัตถการ และการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่ไม่ใช้เทคโนโลยีสูงนัก เช่น การใช้คุณสมบัติของความร้อนและความเย็น ทำให้พื้นฐานด้านวิชาการของนักวิชาชีพน่าจะเพียงพอในการทำงานในชุมชน หากมีการเพิ่มการฝึกทักษะและปลูกฝังเจตคติของการทำงานในแนวเน้นความสำคัญของสุขภาพ (health orientation)

3. ปัญหาและอุปสรรค

การบริการในระบบสุขภาพใหม่ต้องการใช้กำลังคนที่เป็นนักวิชาชีพจำนวนมาก เพื่อให้ได้คุณภาพสูงสุดของการบริการในชุมชน ซึ่งอาจใช้เวลาหลายปีในการผลิตบุคลากรจำนวนนี้ นอกจากนี้ นักวิชาชีพกลุ่มนี้ยังต้องมีแรงจูงใจ เจตคติ และเข้าใจแนวคิดของการทำงานที่เน้นหนักด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะในการทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพอื่น และคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่การปลูกฝังคุณสมบัติดังกล่าวจากสถาบันผู้ผลิต ซึ่งน่าจะมีการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อกำหนดทิศทางและพัฒนาศักยภาพการผลิตนักวิชาชีพทั้งด้านคุณภาพและ ปริมาณ

ปัญหาของการประกอบวิชาชีพในระดับชุมชน ยังไม่มีระบบการตอบแทนและทิศทางการเติบโตในสายวิชาชีพของผู้จะเข้าไปทำงานระดับชุมชนที่จูงใจเพียงพอ รวมทั้งไม่มีต้นแบบของผู้ทำงานในชุมชนที่ประสบความสำเร็จ ในขณะที่งานด้านการรักษาให้ผลตอบแทนดี ทั้งด้านเศรษฐกิจและเสริมความพึงพอใจในบทบาทของตนเอง ในฐานะผู้ให้การศึกษาแก่นักวิชาชีพทั้ง

สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพจึงอาจต้องลงมามีบทบาทแก้ไขปัญหาทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการ

ส่วนระบบการผลิตบุคลากรช่วยงานกายภาพบำบัดนั้น จะต้องมีการทบทวน โดยมีการวาง โครงสร้างงานและการกระจายการบริการที่เป็นระบบ การถ่ายทอดความรู้จากนักวิชาชีพสู่บุคลากร เหล่านี้ต้องทำให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้น แม้จะเริ่มมีกระแสการดูแลสุขภาพตนเองโดยประชาชน แต่ส่วนใหญ่ก็ยังมี ทักษะคิดพึ่งพิงการรักษาอยู่มาก การค่อยๆ เปลี่ยนแปลงทัศนคติในการสร้างเสริมสุขภาพ และทำให้ เข้าใจความสำคัญของการป้องกัน รวมทั้งการทำให้สังคมรู้บทบาทที่กายภาพบำบัดสามารถ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน และพัฒนาสื่อด้านกายภาพบำบัดจึงเป็นสิ่งที่ จำเป็นต้องทำอย่างเร่งด่วนที่สุด

4.1.2 การบริการทางกายภาพบำบัดในระบบกายภาพบำบัด

ผกาวัลย์ พุ่มสุทัศน์

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการบริการทางกายภาพบำบัด

ตามพระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542¹ “กายภาพบำบัด” หมายความว่า "การกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด" ทำให้การบริการทางกายภาพบำบัดยังเน้นหนักในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ในงานด้านการรักษาและแก้ไขความบกพร่อง เป็นการบริการกายภาพบำบัดในด้านการรักษาแก้ไขปัญหาลึกและปัญหาข้างเคียงที่เกิดจากโรคระบบหายใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท และระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งสามารถบรรเทาอาการปวดและแก้ไขสาเหตุบางสาเหตุในภาวะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทั้งในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ และผู้ป่วยเด็ก โดยร่วมกับแพทย์ทุกสาขาวิชา จากนั้นจะให้การส่งเสริมและป้องกัน โดยจะยังเป็นการให้ความรู้แก่ผู้มีปัญหาสุขภาพมาแล้ว หรือประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม เกี่ยวกับ ท่าทางการทำงาน การยกของหนัก การบริหารร่างกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายอันเป็นการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น อาการปวดหลัง ปวดแขน หรือปวดคอ ซึ่งสามารถกระทำได้เฉพาะบางแห่ง อันเนื่องมาจากการขาดความร่วมมือของผู้ประกอบการ และการไม่มีกฎหมายควบคุมในเรื่องดังกล่าว การให้ความรู้แก่นักกีฬา ในเรื่องท่าทางการออกกำลังกายที่เฉพาะกีฬาแต่ละประเภท การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อป้องกันมิให้เกิดการบาดเจ็บ หรือป้องกันมิให้อาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแล้วรุนแรง และเรื้อรังมากขึ้น รวมถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ในเรื่อง ท่าทางในชีวิตประจำวัน เช่น ท่านั่ง ท่านอน ที่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละวัย ซึ่งมักเป็นผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพมาก่อน (2nd prevention และการป้องกันมิให้เกิดอาการซ้ำ) ส่วนงานด้านการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกายและจิตใจ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางกายภาพบำบัด จะเป็นการบริการที่ต้องทำงานกันเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักฝึกพูด พยาบาล และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งเป็นผู้นำทีม โดยจะเน้นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวในระดับที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อย จนถึงผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพที่ดีที่สุด ที่สามารถดำรงชีวิตและกลับเข้าสู่สังคมได้

ปัจจุบันนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่จะกระจายตัวอยู่ในสถานพยาบาลสังกัดของรัฐบาล (55.6%) สถานพยาบาลสังกัดเอกชน (27.3%) และในสถานพยาบาลอื่น รวมทั้งคลินิก กายภาพบำบัด และสถานสุขภาพหรือสมาคมกีฬาต่างๆ และอื่นๆรวม 17.1%² โดยบุคลากรเหล่านี้ ยังเน้นการบริการทางด้านการรักษา บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิค่อนข้างมาก เน้นการใช้ เครื่องมือทางกายภาพบำบัดเป็นหลักในการรักษา ซึ่งอาจเนื่องมาจากวิถีคิดและหลักสูตรการผลิต บุคลากรจากมหาวิทยาลัย ที่เน้นด้านการศึกษาทางด้านการรักษา แต่ให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้ และศาสตร์ด้านปฐมภูมิน้อยมาก รวมถึงขาดการให้ความรู้ในด้านสังคม วัฒนธรรม อันเป็นหัวใจ หลักในการทำงานระดับปฐมภูมิ

2. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต (Current Status and Trend)

ในมุมมองการให้บริการกายภาพบำบัด จะพบว่าเป็นการให้บริการในด้านการรักษา การฟื้นฟู มากกว่า การส่งเสริม ป้องกัน ซึ่งถือเป็นการสร้างสุขภาพ โดยเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก การให้บริการส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน การบริการในชุมชนหรือระดับท้องถิ่น ยังมีน้อย การกระจายตัวของนักกายภาพบำบัดและมาตรฐานการบริการกายภาพบำบัดถูกจำกัด เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การไม่เข้าใจงานกายภาพบำบัดของวิชาชีพอื่น การจำกัดกรอบ อัตรากำลัง การไม่เท่าเทียมกันของวิชาชีพเนื่องจากโครงสร้างและระเบียบของทางราชการ ซึ่ง กำหนดให้งานกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของงานเวชกรรมฟื้นฟู ทั้งที่**บทบาทการฟื้นฟูซึ่งเป็น บทบาทหลักของเวชกรรมฟื้นฟู** ตามคำนิยาม “เวชกรรมฟื้นฟู” คือ การบริการทางการแพทย์ในการส่งเสริมป้องกัน รักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ผู้ป่วย ผู้พิการที่มีความบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญาการเรียนรู้ การสื่อความหมายและจิตใจ โดยใช้บุคลากรผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาด้านเวชกรรมฟื้นฟูในการร่วมมือกันให้การบำบัดรักษา โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อปรับสภาพให้บุคคลนั้นสามารถนำศักยภาพที่เหลืออยู่มาดำรงชีวิตในครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม โดยเป็นการต่อสังคมน้อยที่สุดและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศอย่างเต็มภาคภูมิ” เป็นเพียงบทบาทหนึ่งของงานกายภาพบำบัด ตามคำนิยาม “กายภาพบำบัด หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกายและจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ กายภาพบำบัด ” ซึ่งสื่อให้เห็นว่าบทบาทของนักกายภาพบำบัดสามารถปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกับแพทย์และวิชาชีพอื่นๆ ได้ทุกสาขา จากความไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ในบทบาทของวิชาชีพต่างๆ จึงทำให้มีการกำหนดให้งานกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของงานเวชกรรมฟื้นฟู ทำให้

เกิดปัญหาในการพัฒนางานกายภาพบำบัดทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการรักษาผู้ประชาชนตลอดมา³

ด้านมุมมองของผู้รับบริการ จะพบว่าผู้เข้ารับบริการไม่ได้รับความเท่าเทียม ความเสมอภาค และความเป็นธรรมในการเข้ารับบริการกายภาพบำบัด เนื่องจากการบริการที่ไม่ทั่วถึง ครอบคลุม ในทุกพื้นที่ของประเทศ คุณภาพของการบริการ

ซึ่งหากมองในภาพรวมระบบกายภาพบำบัด ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นผลพวงและเกี่ยวเนื่องกับ ปัจจัยหลักๆ คือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม การเมืองและนโยบาย เทคโนโลยีใน ด้านต่างๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อม

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มทางเศรษฐกิจต่อการบริการกายภาพบำบัด

ตั้งแต่เกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา มีผู้ตกงานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก รายได้ของครัวเรือนลดลง ในขณะที่รายจ่ายเพิ่มสูงขึ้น กำลังซื้อประชาชนลดลง ทำให้การใช้บริการของสถาบันภาคเอกชนลดลง และหันมาใช้บริการของรัฐเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเปลี่ยนมาใช้สิทธิประกันสังคมโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งซื้อยากินเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการมารับบริการเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย กลายเป็นเจ็บป่วยมาก ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณที่มีมูลค่าจริงลดลง ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ และให้สถานบริการต่างๆ ดำเนินการตามนโยบายอย่างเคร่งครัด เช่น การจำกัดกรอบอัตราค่าจ้างคนในสายสุขภาพรวมทั้งนักกายภาพบำบัด ทำให้สถานบริการทางการแพทย์ต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ในขณะที่ยานเพิ่มขึ้น แต่งบประมาณได้รับกลับน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาการรองรับความต้องการของประชาชนทางสุขภาพ ทั้งในด้านจำนวนผู้ให้บริการและคุณภาพการบริการ ซึ่งพบว่านอกจากจะทำให้การบริการกายภาพบำบัดด้อยมาตรฐานเนื่องจากภาระงานที่เกินแล้ว ยังนำไปสู่การใช้บุคลากรที่มีผู้ใช้ประกอบโรคศิลปะสาขา กายภาพบำบัด ทำงานแทนในหน้าที่นักกายภาพบำบัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพและไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งอาจทำให้อดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล จากผู้ที่มีได้มีความรู้ในวิชาชีพดังกล่าวจริง

ปัจจุบันตลอดปี พ.ศ. 2546 พบว่า เศรษฐกิจไทยมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น มีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ การพัฒนาประเทศเป็นไปในแนวทางเกษตรอุตสาหกรรม ทำให้อัตราการใช้กำลังการผลิตเพิ่มขึ้น สถานการณ์ด้านการจ้างงานยังคงปรับตัวดีขึ้น มีการจ้างงานอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจภาวะการมีงานทำและการว่างงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติในไตรมาสสอง ปี พ.ศ. 2546 เดือนพฤษภาคม⁴ มีผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานรวม 34.58 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่มีงานทำ 33 ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.2 เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปี พ.ศ. 2545 โดยภาคการผลิตที่มีผู้ทำงานมากที่สุด คือ ภาคอุตสาหกรรม จำนวน 6.22 ล้านคน ส่วนภาคเกษตร มีจำนวน 12.31 ล้านคน รวมถึงภาค

ก่อสร้างที่มีแนวโน้มการจ้างงานเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนรายได้และการใช้จ่ายของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้น ส่วนสภาพรัฐบาล รัฐบาลมีรายได้จำนวน 319,304.2 ล้านบาทเพิ่มขึ้นจากระยะเดียวกันของปี พ.ศ. 2545 ร้อยละ 11.4 และในปี พ.ศ. 2547 มีแนวโน้มที่เศรษฐกิจไทยจะขยายตัวได้ในระดับสูงโดยอยู่ภายใต้กรอบการขยายตัวอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ซึ่งเชื่อว่าการที่ภาวะเศรษฐกิจโลกในปี พ.ศ. 2547 มีแนวโน้มปรับตัวดีขึ้น ตลอดจนนโยบายการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบเศรษฐกิจและมาตรการด้านต่างๆ ของรัฐบาลที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ จะมีผลเป็นรูปธรรมมากขึ้น

จากแนวทางการพัฒนาประเทศไปเป็นเกษตรอุตสาหกรรม และกลไกการค้าเสรี ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายทุนระหว่างประเทศ จากประเทศทุนนิยมพัฒนาไปสู่ประเทศทุนนิยมด้อยพัฒนา เช่น ประเทศไทย กิจกรรมอุตสาหกรรมของเครือข่ายบริษัทข้ามชาติในประเทศทุนนิยมด้อยพัฒนาได้ใช้วิธีการเพิ่มมูลค่าส่วนเกินโดยการขยายเวลาและวันทำงานมากกว่าที่ปรากฏในประเทศแม่ โดยเพิ่มการทำงานล่วงเวลา การกดค่าจ้างแรงงาน การใช้แรงงานสตรีและเด็ก การเพิ่มความเข้มข้นในการทำงาน การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่และสารเคมี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและอาชีวอนามัย เช่น การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน โรคที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและโรคระบบต่างๆ รวมทั้งอาการเจ็บป่วยด้วยสารเคมี⁵ จากรายงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม⁶ พบว่า ในปี พ.ศ. 2544 อัตราการบาดเจ็บจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 5.60% ซึ่งกองทุนฯ ต้องเสียค่าเงินทดแทน 667,835,659.00 บาท และในปี พ.ศ. 2545 ประเภทกิจการที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บมากเป็นอันดับ 1 คือกิจการประเภทก่อสร้าง รองลงมาคือ กิจการผลิตเครื่องดื่มอาหาร กิจการผลิตภัณฑ์พลาสติก กิจการผลิตเครื่องเรือน เครื่องใช้ไม้ และกิจการปั่น ทอ โดยใช้เครื่องจักร โดยผู้ใช้แรงงานที่มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บในส่วนนี้คือ มือ และช่วงแขน คิดเป็น 45.85% ของอวัยวะที่ได้รับอันตราย การบาดเจ็บจากท่าทางการทำงาน 12.19% และบาดเจ็บจากการยกและเคลื่อนย้ายของหนัก 53.43% ของโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน ซึ่งปัจจุบันเป็นประเด็นการเฝ้าระวังของสำนักโรคบาติวิทยา กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง เช่น อาการปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ทำให้ศักยภาพในการทำงานของผู้ใช้แรงงานลดลง ในกรณีการบาดเจ็บช่วงแขน หรือมือ และนิ้วมือ บางครั้งก่อให้เกิดเป็นความพิการตามมา หากไม่มีการป้องกันและรักษาที่ทันเวลาที่และต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลให้ประเทศต้องสูญเสียศักยภาพของคนในประเทศและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่คุ้มกับการลงทุน

จากการที่เศรษฐกิจดีขึ้น รายได้ดีขึ้น ทำให้ประชาชนมีกำลังการจ่ายมากขึ้นในทุกๆ ด้าน ทั้งทางโภชนาการ สาธารณูปโภค สิ่งอำนวยความสะดวก และแม้แต่รถยนต์ และรถจักรยานยนต์ ซึ่งกลายเป็นปัจจัยที่ 5 ในสังคมไทย ทั้งในสังคมเมืองและสังคมชนบท ซึ่งเป็นผลพวงจากการพัฒนา

ประเทศแบบวัตถุนิยม และความเจริญในเรื่องการคมนาคม เนื่องจากแนวความคิดการพัฒนาเพื่อให้มีการติดต่อสื่อสาร ค้าขายที่สะดวกรวดเร็ว แต่ไม่ได้สร้างและเพาะบ่มพฤติกรรม ระเบียบวินัยที่ถูกต้องในการบริโภคสิ่งต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น ความพิการ หรือการตายที่เกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ทำให้เกิดการสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้พิการ ภาวะโภชนาการเกินในวัยเด็ก อันเนื่องจากการรับวัฒนธรรมการบริโภคที่ไม่สมดุล การขาดการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ป้องกันได้

จากสถานการณ์ต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าการบริการทางกายภาพบำบัดจะต้องมุ่งเน้นไปในด้านการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพต่างๆ การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ หรือการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่นักกายภาพบำบัดต้องลงไปในพื้นที่ที่ผู้ใช้แรงงานทำงานในสภาพจริง เพื่อการป้องกันและส่งเสริมให้ผู้ใช้แรงงานได้ปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มใจและต่อเนื่อง โดยมีการประสานงานร่วมมือกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ เจ้าหน้าที่อุบัติเหตุในโรงงาน บุคลากรในสถานพยาบาลในโรงงาน รวมถึงเจ้าของโรงงานเพื่อให้ตระหนักถึงสุขภาพของแรงงาน ซึ่งส่งผลต่อผลิตผลที่จะเกิดขึ้น ในกรณีเกิดความพิการไม่ว่าจะจากอุบัติเหตุจากการทำงาน หรือเกิดจากอุบัติเหตุทางรถ นักกายภาพบำบัดยังต้องให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยหลังพิการ เพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่สุด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างนักกายภาพบำบัด แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข หรือแม้แต่อาสาสมัครด้านสาธารณสุขในท้องถิ่น ซึ่งมักเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิต และที่สำคัญ คือครอบครัวผู้ป่วย

จากการที่เศรษฐกิจของประเทศไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทำให้ประชาชนมีกำลังการจ่ายมากขึ้น ทำให้การเข้ารับบริการกายภาพบำบัดเป็นไปได้ง่ายกว่าแต่ก่อน แต่ก็เฉพาะกลุ่มที่มีเศรษฐกิจที่จ่ายได้เท่านั้น ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) ที่ใช้ยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณเป็นเครื่องมือ ได้กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit, PCU) เป็นเครื่องมือและกลไกหลักที่สำคัญที่จะทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิดความเสมอภาค และมีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังที่จะให้มี semi-professional ทำงานดูแลผู้ป่วยในระดับครอบครัวและชุมชน แทน professional ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในบางปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่หนึ่งๆ เนื่องจากการขาดกำลังบุคลากรวิชาชีพ โดยผู้ที่จะเป็น semi-professional จะเป็นอาสาสมัครในชุมชนนั้นๆ ซึ่งเป็นใครก็ได้ เช่น ผู้ที่เกษียณแล้ว โดยเป็นระบบที่รัฐจัดขึ้นภายใต้การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งอาจมีการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายจากชุมชนหรือบุคคลโดยสมัครใจ แต่ไม่ควรเป็นความรับผิดชอบของรัฐ 100% เนื่องจากภาระที่เกิดขึ้นกับรัฐจะถูกสะท้อนกลับไปยังประชาชน เนื่องจากเงินของรัฐก็คือเงินของประชาชน เพียงแต่รัฐมาช่วยบริหารจัดการการใช้เงินในด้านการดูแลสุขภาพ

ให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุดกับทุกคน นอกจากการสนับสนุนของชุมชนแล้ว องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่จะมีบทบาทอย่างมากในการช่วยกันจัดการดูแลสุขภาพในโครงการ 30 บาท ซึ่งความร่วมมือดังกล่าวมิใช่เป็นความร่วมมือเพียงทางการเงินเท่านั้น ควรเป็นความร่วมมือในการกำหนดนโยบาย การดำเนินนโยบายร่วมกับรัฐ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งคงต้องอาศัยเวลาในการปรับโครงสร้างต่างๆ ของรัฐ ให้เอื้อต่อการดำเนินตามแนวคิดที่วาดไว้ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมามีการเกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ช่วยทำให้คนจนมีโอกาสเข้าถึงบริการดีขึ้น และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง⁷

สืบเนื่องจากนโยบายด้านสุขภาพและระบบการจัดการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ได้มีการขยายตัวของสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ และสถานประกอบการนวดเพื่อเสริมสวย (สปา 130 แห่ง, นวดเพื่อสุขภาพ 200 แห่ง และนวดเพื่อเสริมสวย 70 แห่ง ตามลำดับ ขึ้นทะเบียน ณ เดือนกรกฎาคม 2547, งานธุรกิจบริการสุขภาพ กลุ่มงานแผนงาน และพัฒนาวิชาการ กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) รวมถึงสถานพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยค้างคืนที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น (346 แห่ง ณ 31 เดือนธันวาคม 2546, กลุ่มงานสถานพยาบาล, กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) ส่งผลเกี่ยวเนื่องต่ออัตราการบุคลากรที่จะให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด การขาดอัตรากำลังนักกายภาพบำบัด ซึ่งสำรวจในปี พ.ศ. 2546 พบว่า ที่วราฮอณาจักร นักกายภาพบำบัด 1 คนต่อสัดส่วนประชากร 40,831 คน โดยมีกระจายแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในกรุงเทพมหานคร สัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัดจะน้อยกว่าในเขตพื้นที่ปริมณฑล ส่วนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสัดส่วนประชากรจะสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ^{8,9} ซึ่งพบว่าในปัจจุบันงานบริการกายภาพบำบัดยังไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ซึ่งนอกจากจะทำให้การบริการกายภาพบำบัดด้อยมาตรฐานเนื่องจากภาระงานที่เกินแล้ว ยังนำไปสู่การใช้บุคลากรที่มีใช้ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด ทำงานแทนในหน้าที่นักกายภาพบำบัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพซึ่งอาจทำให้ด้อยประสิทธิภาพ และประสิทธิผล จากผู้ที่มีได้มีความรู้ในวิชาชีพดังกล่าวจริง การที่มีภาระงานในหน่วยงานมากเกินไปกำลังอยู่แล้ว นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่อาจไม่ได้มาตรฐาน การบริการที่ไม่ทั่วถึง ครอบคลุม ยังทำให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถให้บริการในระดับปฐมภูมิและเข้าสู่ชุมชนได้ ผลกระทบจากการให้บริการที่ไม่เพียงพอ ก่อให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในบางรายมีปัญหาต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เกิดปัญหาในครอบครัว เป็นผลต่อเนื่องอย่างคาดไม่ถึง แนวทางหนึ่งที่น่าจะเป็นไปได้ คือ การที่นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ประสานงานและที่ปรึกษาแก่คนในชุมชนที่เห็นว่าน่าจะเป็นผู้ที่

มีศักยภาพในการระดมความคิดและกำลังในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ภายใต้การดูแลและ
 บริการของนักกายภาพบำบัดที่ร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆในพื้นที่

ดังนั้น เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการกายภาพบำบัดได้ทั่วถึงและเป็นการบริการที่มี
 มาตรฐานตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของรัฐ รูปแบบที่สามารถดำเนินการได้มีหลาย
 แนวทาง อาทิ

- **การกระจายบริการกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัดลงสู่การบริการในระดับ**
 ปฐมภูมิ โดยควรกำหนดให้งานกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการบริการใน
 ทุกระดับการบริการ (ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ) และในโครงการ
 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการด่านแรก
 ที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ สังคม จิตวิทยา และ
 ด้านเศรษฐกิจ เป็นบริการที่ร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพกับประชาชนอย่างต่อเนื่องแบบ
 เชิงรุก ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยนักกายภาพบำบัดและบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องมีข้อมูล
 ในพื้นที่ เข้าใจวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ และแนวคิดของคนในชุมชนนั้นๆ รวมถึงต้องม
 ความสามารถในการให้บริการที่ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือ การบริหารจัดการแบบองค์
 รวมทั้งในแง่การรักษา ฟันฟู ส่งเสริมสุขภาพ การทำงานดังกล่าวควรเป็นการทำงาน
 เป็นทีมร่วมกันระหว่างนักกายภาพบำบัด แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข
 หรือแม้แต่อาสาสมัครด้านสาธารณสุขในท้องถิ่น ซึ่งมักเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่นั้นๆ โดยมีการ
 ประชุมปรึกษาหารือวางแผนการบริการ และพัฒนาการบริการ ให้สอดคล้องกับสภาพ
 ความต้องการและปัญหาของประชาชนในชุมชนนั้น
- **การให้ความรู้ อบรม และถ่ายทอดเทคนิควิธีการอย่างง่ายที่ไม่ซับซ้อน และไม่**
เกิดอันตรายให้แก่อาสาสมัครระดับครอบครัวหรือชุมชน เพื่อไปให้บริการในด้
 การป้องกัน รักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ แก่ประชาชน
 ตามสภาพปัญหาและความต้องการในชุมชนนั้นๆ
- **อีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยขยายการบริการกายภาพบำบัดให้ครอบคลุมในทุกระดับ** โดย
 อาศัยการเอื้อกันระหว่างคนมีเงินและคนจนคือ **การส่งเสริมให้มีการเปิดหน่วย**
บริการกายภาพบำบัดเอกชนในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้บริการคนมีเงินที่พอจ่ายได้
 กับการบริการกายภาพบำบัด ขณะเดียวกันส่งเสริมหน่วยงานกึ่งมูลนิธิหรือ
 องค์กรอิสระสาธารณกุศลให้เปิดหน่วยบริการการกายภาพบำบัด
- นอกจากนี้ควรมีการขยายงานกายภาพบำบัดเข้าให้ครบทุกหน่วยบริการและ
 หลักประกันทุกประเภท เพื่อให้ประชาชนที่มีสิทธิ์ใช้ระบบกองทุนเงินทดแทน สวัสดิการ

สังคม ระบบประกันสุขภาพ ได้รับบริการตามสิทธิที่พึงจะได้ ซึ่งสามารถรองรับปัญหาการให้บริการไม่ทั่วถึง และการเข้าถึงไม่ถึงบริการการกายภาพบำบัดของประชาชน

2.2 สถานการณ์และแนวโน้มทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมต่อการบริการกายภาพบำบัด

2.2.1 ด้านการศึกษา

เมื่อปี พ.ศ. 2540 สภาพทางการศึกษาของคนไทย ด้อยกว่าประเทศในแถบเอเชีย ยุโรป และอเมริกา ความสามารถของระบบการศึกษาไทยที่จะตอบสนองต่อความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ ด้อยกว่าทุกประเทศในแถบยุโรป และเป็นอันดับที่ 4 ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และการมีระบบเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษา ทำให้มีการกระจายโอกาสทางการศึกษาเพิ่มขึ้น ประชาชนที่ผู้ปกครองมีอาชีพทางเกษตรกรรมมีโอกาสเรียนต่อมัธยมศึกษา และอุดมศึกษาเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม กระบวนการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นครูเป็นศูนย์กลาง ให้เด็กท่องจำและคิดตามที่ครูต้องการ คงไม่สามารถพัฒนาเด็กให้มีศักยภาพในทางความคิด การวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างมีเหตุผล รวมทั้งความริเริ่มสร้างสรรค์และแก้ปัญหาได้เท่าที่ควร ทำให้ประชาชนบางส่วนมีข้อจำกัดในการกลั่นกรองข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ข่าวสารทางสุขภาพที่ถูกต้องและเท่าทัน ทำให้มีผลกระทบต่อกฎิการมสุขภาพของประชาชน¹⁰

เมื่อมีการปฏิรูปการศึกษาจะทำให้กระบวนการจัดการศึกษาดีขึ้น ประกอบกับการได้มาซึ่งข้อมูลและเทคโนโลยีอันทันสมัยในการสื่อสาร การศึกษาที่เกิดจากการเปิดเสรีทางการค้าในด้านการศึกษา สื่อสารคมนาคม การท่องเที่ยว ทำให้แนวโน้มคนไทยในอนาคตจะมีการศึกษาสูงขึ้น และมีระบบความคิดต่างๆที่ดีขึ้น สามารถเลือกเสพข้อมูลทางสื่อต่างๆ ได้อย่างมีวิจารณญาณ ดังนั้น เป็นโอกาสที่งานกายภาพบำบัดจะได้ทำความเข้าใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และงานกายภาพบำบัดแก่ประชาชนในระดับล่างได้เข้าใจดียิ่งขึ้น ทำให้เขามีทางเลือกและโอกาสเข้าถึงการบริการในการดูแลสุขภาพตนเอง การบริการทางกายภาพบำบัดที่สำคัญต่อมาคือ การให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพเพื่อสร้างนำซ่อม เช่นการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อวัยต่างๆ การปฏิบัติตนของประชาชนที่มีสุขภาพดีอยู่แล้ว ให้สามารถคงสิ่งดีไว้ได้ ให้ผู้ที่มีศักยภาพทางกายลดลง สามารถเพิ่มศักยภาพทางกายตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ส่วนที่มีปัญหาเจ็บป่วยเบื้องต้น ก็ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลตนเองเบื้องต้น เช่น ชาวบ้านที่ต้องนั่งทำงานนานๆ กับพื้น และเกิดอาการปวดหลัง ต้องมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดอาการที่เกิดขึ้นด้วยวิธีง่ายๆ การแนะนำท่านั่งที่ถูกต้อง การออกกำลังกายเหมาะสมต่อวัย ต่อปัญหา และต่อสภาพการทำงานนั้นๆ

2.2.2 ด้านประชากร ครอบครัว และชุมชน

ที่ผ่านมา ไทยสามารถควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากรได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นที่คาดการณ์ว่าในอนาคต อัตราการเพิ่มของประชากรจะลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 0.87 ใน พ.ศ. 2553 โดยคาดว่าจะมีประชากรไทยประมาณ 71.1 ล้านคน การลดลงของอัตราเพิ่มของประชากรไทยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางจำนวนและอายุของประชากร โดยจะพบว่า ประชากรผู้สูงอายุและประชากรวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้น^{10,11} ขณะที่โครงสร้างทางครอบครัวมีแนวโน้มจะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น จะพบปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น โรคไขข้อ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการเป็นครอบครัวเดี่ยว ภาระการดูแลผู้สูงอายุจะตกกับวัยแรงงาน ซึ่งในบางครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุต้องออกทำงาน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเหล่านี้หากเราละเลยหรือไม่ดำเนินการป้องกันเสียก่อน จะเกิดผลกระทบที่สร้างภาระต่อสังคมและการสูญเสียค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ที่จะทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของโครงสร้างต่างๆ ของร่างกาย เช่น การที่ผู้ป่วยมีปัญหาข้อเข่าเสื่อมและมีการเปลี่ยนแปลงแนวการวางตัวของข้อเข่า จนบางรายไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง ต้องเข้ารับการรักษาด้วยยา หรือทางกายภาพบำบัด หรือบางรายต้องจบลงด้วยการผ่าตัด การที่ผู้ป่วยมีโครงสร้างของคอและหลังที่เปลี่ยนแปลง มีกระดูกสันหลังทุด กระดูกสันหลังเคลื่อน จนทำให้เกิดความพิการเกิดขึ้น ปัญหาด้านหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้ลดความสามารถในการดำรงชีวิต การทำงาน หรือบางรายเกิดความพิการเป็นอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งต้องได้รับการรักษาปัญหาที่เกี่ยวข้อง และการฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพที่ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ซึ่งต้องอาศัยทั้งเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากการรักษาระยะยาว และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว ซึ่งผลกระทบต่อเนื่องคือ ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และสภาวะจิตใจทั้งของผู้ป่วยและคนในครอบครัว ทางออกหนึ่งของการบริการกายภาพบำบัดต้องกระทำเพื่อเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้คือ การสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุปัจจุบัน และกับผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตโดยเน้นเชิงรุกลงสู่ชุมชนทุกชุมชน สร้างเครือข่ายในชุมชนที่เขาสามารถขึ้นา ติดตาม ให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง จนไปถึงขั้นการบ่มเพาะจนเป็นนิสัยรักที่จะปฏิบัติตัว และกลายเป็นความต้องการของคนในชุมชนจริงๆ โดยเน้นการให้มีการออกกำลังกาย เพื่อเสริมความแข็งแรง ทนทานต่อโครงสร้างต่างๆ ลดการใช้งานที่ผิดๆ อันจะก่อให้เกิดความเสื่อมที่รวดเร็วขึ้น และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่ต้องสอดคล้องสภาพความเป็นอยู่จริงของคนในชุมชนหนึ่งๆ

การมีประชากรในวัยแรงงานเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพมากมาย ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุการณ์ที่สำคัญ ดังได้กล่าวข้างต้น

ปัญหาความเครียด อุบัติเหตุจากการทำงานและยานพาหนะ ปัญหาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย เล่นกีฬา¹⁰ ซึ่งพบว่าในปัจจุบันและแนวโน้มอนาคตปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการออกกำลังกาย เล่นกีฬา มีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการส่งเสริมให้ประชาชนมีการออกกำลังกาย แต่ไม่ได้ให้ความรู้ในการเตรียมตัว การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ท่าทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เพศ ปัญหาสุขภาพที่อาจซ่อนเร้นในผู้นั้น หรือแม้แต่สภาพร่างกาย ณ ตอนที่ผู้นั้นจะเริ่มออกกำลังกาย ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบในเชิงลบมากกว่าเชิงบวก ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับกีฬา การออกกำลังกาย ในแง่ข้อดี ข้อเสีย ข้อควรระวัง การตรวจประเมินสภาพร่างกายก่อนการออกกำลังกาย และการเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา นักสรีรวิทยาการออกกำลังกาย หรือนักพลศึกษา และผู้ที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องร่วมมือกันกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครในระดับชุมชนและหน่วยงานเป้าหมาย ต้องทำงานเป็นทีมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อประชาชน

ขณะเดียวกันแนวโน้มจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากการกีฬาก็มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น การผ่นตัวเองของผู้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไปเป็นนักกีฬา ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน มีเป้าหมายสวนทางกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เนื่องจากมีเรื่องผลประโยชน์และชื่อเสียง ที่ต้องพยายามและมุ่งมั่นให้เป็นทีหนึ่งหรือได้รับชัยชนะ โดยไม่สนใจต่อสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมซึ่งอาจเกิดจากการบาดเจ็บ หรือสภาพร่างกายของนักกีฬาที่ไม่ได้มีการพัฒนาให้พร้อมก่อน การมีวินัยที่เคร่งครัด รวมทั้งการเข้มงวดของผู้ฝึกสอนที่ไม่สนใจสภาพร่างกายของนักกีฬา เน้นแต่บทบาทตนเองที่ต้องทำตามที่ได้รับว่าจ้างหรือความมุ่งมั่นของตนเองเท่านั้น รวมทั้งการได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกหลักทางการแพทย์ ซึ่งอาจเกิดจากความไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละสาขา เช่น ให้เจ้าหน้าที่เวชศาสตร์การกีฬา หรือนักพลศึกษา มาทำหน้าที่รักษานักกีฬาด้านบาดเจ็บด้วยวิธีและเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ซึ่งนอกจากจะเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่มีคุณภาพแล้ว ยังเป็นการขัดต่อพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545¹² และ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด ในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ. 2545¹³ อย่างไรก็ตามเป็นหน้าที่ที่นักกายภาพบำบัดต้องมีการพัฒนาความสามารถของตนเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์อนาคต โดยเน้นผลิตนักกายภาพบำบัดที่มีทักษะในการลงชุมชน ที่สามารถให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ ได้เป็นอย่างดีในกลุ่มคนแต่ละประเภท รวมทั้งความรู้

ความสามารถในการให้การรักษา และฟื้นฟูสภาพนักกีฬา โดยต้องเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในพื้นฐานสภาพทางสังคม วัฒนธรรมของไทยร่วมด้วย

การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ เนื่องจากการแข่งขันทางเศรษฐกิจ การค้า การทำงาน ทำให้คนในสังคมมีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจสังคมว่า “งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข” คนจึงทำทุกอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งความร่ำรวย โดยเชื่อว่าความร่ำรวยจะนำไปสู่ความมั่งคั่ง สุขสบายจากการบริโภคสิ่งต่างๆ ทำให้ไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้ปัญหาสุขภาพเล็กๆ กลายเป็นปัญหาใหญ่และเรื้อรัง เช่น การบาดเจ็บจากการทำงาน ความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ ภาวะความเครียดที่ก่อตัวกลายเป็นภาวะความดันโลหิตสูง จนอาจกลายเป็นอัมพาต ซึ่งตกเป็นภาระของสังคม และการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

2.2.3 ด้านค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม

จากภาวะการณ์ปัจจุบันที่เศรษฐกิจไทยมีการขยายตัวมากขึ้น ประชาชนมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีขึ้น มีรายได้มากขึ้น ทำให้มีกำลังจ่ายดีขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะดีขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ประกอบกับสังคมไทยเป็นสังคมที่ยืดหยุ่น เปิดกว้าง ยอมรับสิ่งใหม่จากภายนอก รับวัฒนธรรมต่างถิ่นโดยเฉพาะประเทศที่ตนเองยกย่องว่าเจริญแล้ว อย่างไม่มีการวิเคราะห์ผลดี ผลเสียที่อาจจะพบในอนาคต ทำให้ประชาชนพุ่งเป้า ทุ่มเท มีค่านิยมแบบวัตถุนิยมและบริโภคนิยมเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมต่างๆ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งนิยมบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด ทำให้เกิดปัญหาโรคอ้วนในเยาวชนไทยปัจจุบัน การยอมรับและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการบริการสุขภาพเกินความจำเป็น โดยคำนึงแต่ว่าการบริโภคนั้นเป็นความต้องการของตนเอง เช่น การบริโภคยา อาหารเสริม การใช้บริการ Spa การใช้สมุนไพร และการนวด โดยคำนึงถึงความพึงพอใจเป็นหลัก เชื่อตามโฆษณา ซึ่งปัจจุบันและอนาคตจะกลายเป็นธุรกิจที่คำนึงถึงแต่ผลประโยชน์มากกว่าผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ประชาชนจะได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการผลักดันของภาครัฐ โดยขาดการวางแผนระบบการติดตามและควบคุมคุณภาพ อย่างไรก็ตามสิ่งที่เกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัด คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องผลได้ ผลเสีย หรือการเลือกบริการที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนได้ทราบ ถึงแม้ว่าการบริการเหล่านั้นจะมีได้เป็นศาสตร์ทางกายภาพบำบัดโดยตรง แต่เป็นศาสตร์ข้างเคียงที่นักกายภาพบำบัดได้มีการศึกษาในหลักสูตร การให้ความรู้แก่ประชาชนมิได้เป็นหน้าที่ของนักกายภาพบำบัดเท่านั้น ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถให้ความรู้แก่ประชาชนได้ ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความรู้ในการเลือกบริการ ทำให้ได้รับความเป็นธรรมในการรับบริการทางสุขภาพจากภาครัฐและเอกชน ไม่ทุ่มเทจนเกิน ทำให้สูญเสียทรัพยากรในหลายด้านรวมทั้งเงินทอง

2.3 สถานการณ์และแนวโน้มทางด้านเทคโนโลยีต่อการบริการกายภาพบำบัด

2.3.1 ด้านเทคโนโลยีทางสุขภาพ

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีความสำคัญในระบบสุขภาพมาก เนื่องจากการแพทย์ได้มีการนำเครื่องมือต่างๆ มาช่วยในการวินิจฉัยโรค การหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรักษาและการฟื้นฟู และการพยากรณ์ปัญหา ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีการพัฒนาให้ทันสมัยขึ้นเรื่อยๆ ในด้านสุขภาพ เครื่องมือทางกายภาพบำบัดเช่น เครื่อง ultrasound เครื่อง microwave เครื่อง shortwave เครื่องดึงคอหลัง หรือเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า เป็นต้น เป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยในการหาปัญหาผู้ป่วย ช่วยให้การรักษาทางกายภาพบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากช่วยให้การหายจากการบาดเจ็บเร็วขึ้น และประหยัดเวลาในการรักษา ช่วยลดเวลาการมีปัญหของผู้ป่วย สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้ทั่วถึงขึ้นกว่าเดิม ถึงแม้ว่าเครื่องมือเหล่านี้จะมีราคาแพง แต่เมื่อเทียบกับการสูญเสียทางด้านบุคลากร ทรัพยากร และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาประชาชนแล้ว ถือว่าเป็นความคุ้มค่ากว่า เนื่องจากหากเราปล่อยให้ปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรัง หรือใช้วิธีการรักษาที่ได้ผลแต่ต้องใช้เวลาเนิ่นนาน ก็จะทำให้เกิดการสูญเสียในด้านต่างๆ มากกว่า เช่น หากผู้ป่วยรายหนึ่งต้องมียาเรื้อรัง ก็จะมีปัญหาต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดปัญหาด้านการทำงาน ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจ เป็นปัญหาต่อเนื่องในเรื่องค่าใช้จ่ายที่กินเวลานาน อย่างไรก็ตามคงต้องเป็นการผสมผสานระหว่างวิธีการที่อาศัยเทคโนโลยีกับวิธีการที่ใช้ทักษะทางมือช่วย เนื่องจากงานกายภาพบำบัดในอนาคตต้องเป็นงานในภาคชุมชน ประชาชน ดังนั้น ทักษะทางมือยังเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะนำติดตัวไปได้ตลอดในการให้การรักษาก่อนหรือการแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ดีที่สุด

2.3.2 ด้านเทคโนโลยีทางการสื่อสาร

จะเป็นเครื่องมือที่ดียิ่งต่องานกายภาพบำบัด ในการเผยแพร่ความรู้ผ่านทางสื่อเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพที่กายภาพบำบัดสามารถให้ได้ ได้เข้าถึงมือถึงหูประชาชนโดยตรง หรืออาจใช้เป็นสื่อในการแนะนำการสร้างสุขภาพแก่ชุมชนต่างๆ เพื่อเก็บไว้ศึกษา และสามารถใช้อีกในการติดต่อสื่อสารสอบถามปัญหาสุขภาพได้อีกทางหนึ่งด้วย อันเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของประชาชน

ผลจากกระแสโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม รวมทั้งความรุดหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ วิธีการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพกับเครื่องจักรเครื่องมืออันทันสมัย สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคต หากเราไม่มีการเฝ้าระวังและหาทางป้องกัน ผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพประชาชน ค่าใช้จ่ายในการ

ดูแลที่ค่อนข้างสูง ซึ่งมีผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อสังคม เศรษฐกิจ ของประเทศในภาพรวม เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวอาจจะทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไร้เชื้อ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสูงขึ้น เช่น โรคอ้วน โรคเครียด หรือ ความพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุยานพาหนะ หรือเครื่องจักรต่างๆ¹⁴

2.4 สถานการณ์และแนวโน้มทางการเมืองการปกครองต่อการบริการ กายภาพบำบัด

การเมืองไทยมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้นกว่าเดิม และมีแนวโน้มจะมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น โดยเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองมากขึ้น มีการตรวจสอบจากภาคประชาชน ให้ประชาชนมีส่วนให้ความเห็นต่อกฎหมายต่างๆมากกว่าแต่ก่อน รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ก่อให้เกิด(ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นให้สังคมเคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่การ “สร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” ดังนั้น แนวโน้มการให้บริการทางกายภาพบำบัด จะเน้นให้บริการในลักษณะการสร้างสุขภาพ คือการทำให้องค์ประกอบของสุขภาพทำหน้าที่ได้สมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ โดยต้องสอดคล้องกับองค์ประกอบรอบด้าน ได้แก่ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม

การสร้างสุขภาพจะเกิดได้ต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ เป็นสำคัญ โดยเน้นให้ประชาชนเข้าใจ และสามารถปฏิบัติดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดระบบบริการสาธารณสุขและสนับสนุนงบประมาณให้กับประชาชนในท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งพบว่าจากตัวอย่างการสำรวจบทบาทด้านสาธารณสุขของ 16 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 15 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ 1 เทศบาลตำบล พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังเน้นสนับสนุนงบประมาณประจำปีในการป้องกันโรค เช่น โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า (10 แห่ง จาก 16 แห่ง) โดยเป็นการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ สารเคมีในการกำจัดยุง และวัคซีน ส่วนภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เช่น การออกกำลังกาย อบต. จะจัดตามโครงการของรัฐที่เกิดขึ้นเป็นคราวๆ ไป (12 แห่งจาก 16 แห่ง) เช่น โครงการรวมพลคนเสื้อเหลือง มีเพียง 3 อบต. ที่ทำโครงการต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน เช่น มีการจัดตั้งชมรมการออกกำลังกาย การมีตัวแทนของชุมชนในการนำการออกกำลังกายและการขยายผลเผยแพร่ไปในชุมชนอื่นๆ และ 2 อบต. จัดงบประมาณเพื่อตรวจสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชน ซึ่งพบว่าโครงการด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากความร่วมมือของ อบต. สถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุข สาธารณสุขตำบล รวมทั้งโรงเรียนในชุมชน¹⁵ ซึ่งถือเป็นแนวโน้มที่ดีในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ ในการจัดการดูแลสุขภาพ ซึ่งในอนาคตนักกายภาพบำบัดหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้าน

ควรมีบทบาทเข้าร่วมในโครงการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาแก่ประชาชน ชุมชน ในการดูแลตนเอง หรืออาจมีการคัดเลือกคนในพื้นที่เข้าเรียนวิชาชีพกายภาพบำบัด โดยทุนสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ผู้รับทุนกลับไปใช้ทำงานในท้องถิ่นตนเอง โดยรับเงินค่าจ้างจากองค์กรฯ ซึ่งน่าจะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดในพื้นที่ห่างไกล ระดับอำเภอหรือตำบล อีกแนวทางหนึ่งที่น่าจะเป็นไปได้ในกระตุ้นการมีส่วนร่วมการสร้างสุขภาพโดยกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาโดยการให้คนในชุมชนบางคน (local researcher) เข้าร่วมเป็นทีมงานวิจัย ซึ่งคนเหล่านี้จะเป็นผู้ไปผลักดันให้คนในชุมชนขับเคลื่อนได้ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ทุกคนตระหนักและเป็นปัญหาจริง

เพื่อให้ได้บุคลากรทางกายภาพบำบัดที่สอดคล้องกับสภาพอนาคต ที่สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สถาบันผู้ผลิตบุคลากรทางกายภาพบำบัด จะต้องปรับวิธีคิดและหลักสูตรการเรียนการสอนที่สอดคล้องต่อสถานการณ์สุขภาพในอนาคต ให้นักกายภาพบำบัดที่จบออกมาเป็นผู้ที่มีความรู้และความสามารถด้านงานกายภาพบำบัด ร่วมกับความเข้าใจในสภาพสังคมไทย ทั้งสังคมเมือง และสังคมชนบท และเข้าใจถึงชุมชนต่างๆ ที่มีในบ้านเรา รวมทั้งทักษะในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรในสายเดียวกัน สายข้างเคียง หรือสายอื่นๆ ที่สำคัญกับชาวบ้าน ให้สามารถเข้าสู่ระบบบริการเพื่อชุมชนในการสร้างสุขภาพ โดยต้องเข้าใจว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการระดมทรัพยากรมนุษย์ และทรัพยากรอื่นๆ เพื่อเอื้อให้ประชาชน มีขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัย ที่จะก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ และพัฒนาสุขภาพที่ดีทั้ง กาย ใจ และสังคม เพื่อใช้ความมีสุขภาพดีเป็นต้นทุนในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป”

นอกจากการสร้างสุขภาพ การบริการกายภาพบำบัดก็ส่วนที่ยังต้องมี แต่บทบาทต้องลดลง ถึงจะแสดงถึงการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนคือ การบริการในลักษณะการดูแลปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลรักษา และฟื้นฟู โดยนอกจากนักกายภาพบำบัดจะเป็นผู้ให้บริการแล้ว นักกายภาพบำบัด ควรเป็นผู้ให้ความรู้สนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแล รักษาตนเองในระดับเบื้องต้นได้ รวมทั้งการป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวอีก ซึ่งในส่วนนี้ต้องมีการกระจายบุคลากรทางกายภาพบำบัดให้ทั่วถึงในทุกพื้นที่ ควบคุมคุณภาพบริการทางกายภาพบำบัด

สืบเนื่องจากพระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้มีกรรมการวิชาชีพ สาขากายภาพบำบัด ภายใต้กองประกอบโรคศิลปะ ควบคุมดูแลและพัฒนา นักกายภาพบำบัด จึงได้มีการร่างกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของนักกายภาพบำบัด ได้มีการจัดทำร่างมาตรฐานงานกายภาพบำบัด เพื่อจะใช้ในการแนะนำปรับปรุงมาตรฐานงานกายภาพบำบัดในทุก ระดับ ขณะเดียวกับรัฐได้มีนโยบายควบคุมมาตรฐานโรงพยาบาล (hospital accreditation) และสถานพยาบาล ซึ่งในอนาคต การบริการกายภาพบำบัดจะต้องมีการพัฒนามาตรฐานการบริการให้

สอดคล้องตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพที่ว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพตามที่กฎหมายกำหนด” โดยอาศัยการตรวจสอบโดยระบบต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งต้องมีการพัฒนาและนำไปประเมินอย่างจริงจัง นักกายภาพบำบัดทุกคนจะต้องตื่นตัวกับการพัฒนาตนเอง และรับผิดชอบต่อบริการที่ให้ออกไปอย่างเต็มความสามารถและเต็มใจ การตรวจสอบและประเมินคุณภาพการบริการจะต้องมีการทำเป็นระยะและสม่ำเสมอ โดยเน้นการพัฒนาปรับปรุง มิใช่การจับผิด

3. แนวโน้มการจัดการด้านสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด

การจัดการด้านสุขภาพในอนาคต คงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งด้านสาธารณสุข ด้านการเมืองการปกครอง ด้านสังคม และตัวประชาชนเอง เนื่องจากสุขภาพถือเป็นเรื่องของทุกคน การที่ประชาชนสนใจดูแลตนเองเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถแก้ปัญหาหรือดูแลสุขภาพตนเองได้ ทุกด้าน ต้องอาศัยความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ชุมชน และสังคมในการตอบปัญหา หรือเสริมการดูแลให้สมบูรณ์และครบถ้วนมากขึ้น โดยภาพอนาคตของการจัดการด้านสุขภาพต้องสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ณ ปัจจุบัน หรือปัญหาสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁶ ซึ่งได้ข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2544 สาเหตุ 10 อันดับแรกของการตายคือ (1) มะเร็งทุกชนิด (2) อุบัติเหตุและการเป็นพิษ (3) โรคหัวใจ (4) ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง (5) ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด (6) ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ (7) การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่นๆ (8) โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน (9) วัณโรคทุกชนิด (10) ไข้เลือดออก

และพบว่าประชากรมีการเจ็บป่วยตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรกคือ (1) โรคระบบทางเดินหายใจ (2) โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ (3) โรคอาการไม่แข็งแรงชนิดอื่นๆ (4) โรคระบบทางเดินอาหาร (5) โรคหัวใจและหลอดเลือด (6) โรคต่อมไร้ท่อ (7) โรคปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน (8) โรคติดเชื้อ (9) โรคภูมิแพ้ (10) โรคประสาทจิตเวช

ซึ่งจากรายงานดังกล่าวจะเห็นว่า ปัญหาสุขภาพบางปัญหาเป็นทั้งสาเหตุของการเจ็บป่วย และ/หรือการตาย ซึ่งสามารถอาศัยวิธีการทางกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มิให้เกิดปัญหาดังกล่าว หรืออาศัยวิธีการทางกายภาพบำบัดเพื่อรักษาและฟื้นฟูมิให้เกิดความพิการที่รุนแรง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้เขียนขอยกตัวอย่างการจัดการด้านกายภาพบำบัดต่อปัญหาสุขภาพต่างๆในอนาคต ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

3.1 แนวโน้มของเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างนักกายภาพบำบัดและผู้มีส่วนร่วมในการจัดการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แนวโน้มของเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างนักกายภาพบำบัดและผู้มีส่วนร่วมในการจัดการ

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบทางเดิน หายใจ	● นักกายภาพบำบัดให้ความรู้แก่บุคลากร สาธารณสุขในหน่วยปฐมภูมิ ในเรื่องการ ตรวจเบื้องต้นประสิทธิภาพการหายใจ การ ออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มการขยายตัวและ ความจุปอด ● ในพื้นที่บางแห่งที่มีปัญหามลภาวะของ อากาศ หรือบางพื้นที่ที่มีอากาศขึ้นตลอดปี นักกายภาพบำบัดร่วมกับบุคลากร สาธารณสุขสาขาอื่น หรือบุคลากรในระดับ ต้น ออกเยี่ยมชาวบ้านเพื่อตรวจและให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้าน ระบบหายใจ รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อ ป้องกันปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพการ ทำงานของระบบหายใจ	● นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่จะได้รับ ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาจากแพทย์ เพื่อฝึกการ หายใจ หรือเพื่อจัดทำและเคาะปอด เพื่อ ขับเสมหะ บางครั้งอาจรวมกับการฝึก กิจวัตรประจำวัน เช่น กรณีผู้ป่วยเด็กที่ เป็นปอดบวม และมีการคั่งของเสมหะ นักกายภาพบำบัดจะทำการจัดทำและ เคาะปอดเพื่อขับเสมหะ หรือผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่ต้องการการฝึกหายใจเพื่อ เตรียมการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีถุงลมโป่งพอง ที่ต้องการฝึกการหายใจเพื่อเพิ่มความจุ ของปอด	ในพื้นที่บางแห่งที่มีปัญหา มลภาวะของอากาศ หรือบาง พื้นที่ที่มีอากาศขึ้นตลอดปี ที่ อาจทำให้เด็กมีปัญหาปอด บวม	● กระทรวงสาธารณสุข ● กระทรวงทรัพยากรและ สิ่งแวดล้อม ● บุคลากรสาธารณสุข เช่นแพทย์อายุรกรรม (ด้านระบบหายใจ) ● นักกายภาพบำบัด ● อาสาสมัครหมู่บ้าน ● องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและ ข้อ	กลุ่มเด็กทารกและเด็กเล็ก ● นักกายภาพบำบัดจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรใน ศสช. เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพบำบัดเบื้องต้นในการตรวจหาความผิดปกติ และการจำแนกระดับความรุนแรงของความผิดปกติหรือความพิการของเด็ก เช่น การมีโครงสร้างที่ผิดปกติเช่นเท้าปุก คอเอียง เป็นต้น ● บุคลากรสาธารณสุขและ/หรือนักกายภาพบำบัดจัดหน่วยออกเยี่ยมชาวบ้านหรือครอบครัวที่มีบุตร เพื่อตรวจประเมินความพิการเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ผู้ปกครองไม่สามารถตรวจพบด้วยตนเองและให้ความรู้แก่ครอบครัว ● ส่งเสริมให้ความรู้แก่มารดาบิดา และผู้ดูแลเด็ก เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และสังเกตความ	กลุ่มเด็กทารกและเด็กเล็ก ● ระดับทุติยภูมิและ ระดับตติยภูมิ นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลต้องสามารถให้การรักษาและฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดแก่เด็กที่เกิดความผิดปกติหรือมีความพิการ เช่น มีการยั้งของเส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อ จนทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว ฝึกการเดินในกรณีที่ต้องต้องใช้เครื่องช่วย เช่น ไม้เท้า หรือรองเท้าเสริม	กลุ่มเด็กทารกและเด็กเล็ก กระทรวงสาธารณสุขควรมีมาตรการกำหนดให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาสุขภาพในเด็ก ให้แก่บิดามารดา หรือประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ที่กำลังจะแต่งงาน ผู้ที่มาฝากครรภ์ ผู้ที่มาคลอดบุตร	● บุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์สูตินรีเวช แพทย์กุมารเวช แพทย์ออร์โธปิดิกส์ นักจิตเวช พยาบาล นักอาชีวบำบัดที่สังกัดสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ● นักกายภาพบำบัด ● สถานสงเคราะห์เด็กมูลนิธิดูแลเด็ก ● อาสาสมัครหมู่บ้าน ● องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและ ข้อ (ต่อ)	ผิดปกติที่มักเกิดในเด็กเล็ก - วิธีการตรวจสอบหาความผิดปกติในเด็ก - วิธีการดูแลความผิดปกติ และการป้องกันมิให้ปัญหารุนแรงขึ้น			
	กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ● นักกายภาพบำบัดจัดอบรมให้บุคลากรเช่น เจ้าหน้าที่ในหน่วยระดับต้น ครูอาจารย์ในสถานศึกษาเกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพบำบัดที่ใช้ในการฝึกบุคลิกภาพ ท่าทางที่ถูกต้องในการนั่ง นอน ยืน เดิน การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่ถูกต้อง เช่น การถือกระเป๋า การนั่งเรียน การทำความสะอาดบ้าน การซักผ้า การยกของหนักต่างๆ ● นักกายภาพบำบัดจัดอบรมให้บุคลากรเกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพบำบัดที่ใช้ในการรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บหรือพิการจากการเล่นกีฬา เช่น การยืดกล้ามเนื้อ การตัด	กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น นักกายภาพบำบัดให้การตรวจและวินิจฉัยทางกายภาพบำบัด และให้การดูแลปัญหาที่ตรวจพบด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อจากแพทย์ หรือ นักกายภาพบำบัดรับผู้ป่วยโดยตรง <u>ด้านการรักษา และการฟื้นฟู</u> เช่น การลดอาการปวดอักเสบ เช่น การบาดเจ็บกล้ามเนื้อ ข้อแพลง เอ็นอักเสบ นักกายภาพบำบัดจะลดอาการปวด โดยอาศัยเครื่องมือทางไฟฟ้า เช่น อัลตราซาวด์ เครื่อง shortwave diathermy เครื่อง microwave diathermy	กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น การรณรงค์และการส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ต้องกระทำโดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายและทุกหน่วยงาน	● บุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์การกีฬา นักจิตเวช พยาบาล ที่สังกัดสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ● นักพลศึกษา นักสรีรวิทยาการออกกำลังกาย ● นักเวชศาสตร์การกีฬา ● นักกายภาพบำบัด

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและ ข้อ (ต่อ)	ดึงข้อต่อแบบง่ายเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ หรือการฝึกกิจวัตรประจำวัน หรือวิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีการ บาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อแบบ เฉียบพลัน โดยมีการดัดแปลงวิธีการทาง กายภาพบำบัดให้สามารถใช้เทคโนโลยี ที่บ้านได้ ● นักกายภาพบำบัดจัดอบรมความรู้ให้ เยาวชน เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่ ถูกต้อง การดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่อได้รับ การบาดเจ็บ ซึ่งอาจเกิดจากการเล่นกีฬา เช่นวิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดการ บาดเจ็บของกล้ามเนื้อ การดูแลจัดทำผู้ ได้รับอุบัติเหตุ หากสันนิษฐานว่ามี กระดูกหัก ● บุคลากรสาธารณสุขจัดหน่วยออกเยี่ยมชาว	เครื่องกระตุ้นกระตุ้นไฟฟ้า การประคบ เย็น ประคบร้อน เป็นต้น ● การลดการยืดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น การยืดกล้ามเนื้อ การเกร็งกล้ามเนื้อต้าน แรงต้านนักกายภาพบำบัด ● การเพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อต่อ เช่น ข้อเข่าติดจากการผ่าตัด การจำกัดการ เคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังจาก กระดูกคด ผู้ป่วยจะได้รับการดัดดึงข้อ ต่อด้วยมือหรือด้วยเครื่องดึงไฟฟ้า ● การรักษาฟื้นฟูด้วยการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อ ที่มีท่าที่เฉพาะเจาะจง เพื่อ รักษาการคดตัวของกระดูก การกระตุ้น ไฟฟ้าเพื่อฟื้นฟูการอ่อนแรงของ กล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มเคลื่อนไหว		● สถานศึกษาระดับต่างๆ อาสาสมัครหมู่บ้าน ● องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----

พรพิมล จันทวิโรจน์ และคณะ 2549

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและ ข้อ (ต่อ)	บ้านหรือครอบครัวที่มีบุตรเพื่อตรวจประเมิน ความพิการเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบ กระดูกและกล้ามเนื้อที่ผู้ปกครองไม่สามารถ ตรวจพบด้วยตนเองและให้ความรู้แก่ ครอบครัว	<u>ด้านการป้องกันและส่งเสริม</u> เป็นการให้ความรู้และจัดกิจกรรม ในรูปแบบเดียวกับระดับปฐมภูมิ		
	กลุ่มวัยแรงงาน ในกลุ่มดังกล่าวปัญหาสุขภาพมักเกิด จากการทำงาน ความเครียด โดยลักษณะ ปัญหาเป็นปัญหาที่เกิดจากท่าทางการทำงาน เช่น การยกของหนัก ท่าทางการนั่ง การยืน ทำงาน ปัญหาที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการ ทำงาน ซึ่งอาจเป็นอุบัติเหตุจากอุปกรณ์ เครื่องจักร เช่น ในโรงงานต่างๆ หรืออุบัติเหตุ รถยนต์ จักรยานยนต์ ● นักกายภาพบำบัดร่วมมือกับบุคลากรด้าน สุขภาพ ในการจัดกิจกรรม เช่น ➤ ลงพื้นที่ให้ความรู้แก่กลุ่มวัยแรงงาน เช่น	กลุ่มวัยแรงงาน นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ตรวจประ- เมินการบาดเจ็บที่อาจส่งต่อมาจากระดับ ปฐมภูมิหรือในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยแพทย์ที่คิดว่าผู้ป่วยควรได้รับการ รักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดโดย นักกายภาพบำบัด การจัดการด้วยวิธีการทางกายภาพ- บำบัดจะเหมือนการจัดการในกลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่นแต่จะต่างกันในเรื่องละเอียด เช่น เทคนิคการรักษา เนื่องจากในแต่ละวัยจะ มีโครงสร้างที่แตกต่างกัน และการ	● การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนของรัฐในการกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนต้องจัดมีกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวัน ต้องมีการให้ความรู้แก่ผู้ทำงานทุกคนเกี่ยวกับโอกาสการเกิดการบาดเจ็บในงานแต่ละประเภท รวมทั้งการป้องกัน ● มาตรการตรวจสุขภาพคนทำงานเป็นระยะๆ	● กระทรวงสาธารณสุข ● กระทรวงแรงงาน ● กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ● เจ้าของหรือผู้บริหารหน่วยงาน เช่น โรงงาน บริษัท โรงพยาบาล ● บุคลากรสาธารณสุข เช่น เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงงาน บุคลากรในสถาน-

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
	ในโรงงานประเภทต่างๆ โดยให้ความรู้ในเรื่องการป้องกัน ท่าทางที่ถูกต้อง ซึ่งต้องเฉพาะกับงานนั้นๆ การออกกำลังกายที่เฉพาะต่องานและลักษณะของงานที่ทำในแต่ละหน่วยงาน ➤ ออกตรวจสุขภาพพื้นฐานในหน่วยงานต่างๆ เช่น สมรรถภาพทางกาย ความเครียด ➤ จัดอบรมแก่บุคลากรสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ ให้สามารถประเมินปัญหาสุขภาพในขั้นต้นได้ และรู้วิธีการจัดการปัญหาเบื้องต้น รวมทั้งสามารถประเมินได้ว่าปัญหาใดเป็นปัญหาที่ควรส่งต่อระดับทุติยภูมิ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดจิตสำนึกและกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตของประชาชนเอง	บาดเจ็บมักจะมีอาการรุนแรงกว่าในวัยแรงงาน รวมถึงรูปแบบการออกกำลังกายเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในวัยแรงงาน ต้องออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหาและสภาพงานที่ผู้ป่วยหรือประชากรในกลุ่มนี้จะต้องกลับไปเผชิญอีก ซึ่งทำออกกำลังกายต้องเป็นท่าที่เฉพาะซึ่งต้องวิเคราะห์จากท่าทางและลักษณะการทำงานเป็นรายๆไป มิใช่ใช้ทำออกกำลังกายแบบทั่วไป ซึ่งไม่สามารถป้องกันหรือแก้ปัญหาได้เด็ดขาด	● การสร้างระบบข้อมูล การส่งต่อ การประสานงานระหว่างหน่วยงานดูแลสุขภาพ เช่นระหว่างโรงงาน บริษัท กับโรงพยาบาล และสำนักงานประกันสังคม	พยาบาลในหน่วยงานต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล ● นักกายภาพบำบัด ● นักจิตวิทยา ● นักอาชีวบำบัด ● อาสาสมัครในเขตต่างๆ ● องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและ ข้อ (ต่อ)	กลุ่มวัยสูงอายุ ● นักกายภาพบำบัดอาจทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรในระดับต้นเพื่อวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจประเมินผู้สูงอายุก่อนการออกกำลังกาย รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของแต่ละคน ● นักกายภาพบำบัดร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด โภชนากร จัดอบรมและให้ความรู้แก่บุคลากรในระดับต้นในการตรวจประเมินปัญหาเบื้องต้นในผู้สูงอายุ และการให้คำแนะนำเบื้องต้น รวมทั้งสามารถประเมินปัญหาสุขภาพในขั้นต้นได้ และรู้วิธีจัดการกับปัญหาเบื้องต้น รวมทั้งสามารถประเมินได้ว่าปัญหาใดเป็นปัญหาที่ควรส่งต่อระดับทุติยภูมิ	กลุ่มวัยสูงอายุ เนื่องจากสาเหตุของปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุ เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งบางสาเหตุไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ต้องอาศัยวิธีทางแพทย์ เช่น การผ่าตัด ดังนั้นในกรณีที่จะใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ นักกายภาพบำบัดจึงให้การดูแลสุขภาพเพื่อลดอาการ หรือป้องกันพื้นฟูมิให้เป็นมากขึ้น โดยมีการจัดการในรูปแบบต่างๆ เช่น ● ให้การรักษาเพื่อลดอาการ เช่น ➢ ลดอาการปวดเข่า ปวดหลัง โดยใช้เครื่องมือไฟฟ้า การเคลื่อนไหวข้อต่อ (Mobilization) การดึงคอดึงหลังด้วยเครื่องดึงหลัง	การแก้ปัญหาระยะสั้น การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเอง และคนในครอบครัว รวมถึงชุมชนในการให้การดูแลผู้สูงอายุ การแก้ปัญหาระยะยาว การให้ความรู้แก่เยาวชนและประชาชนที่กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้ตระหนัก และดูแลป้องกันตนเองตั้งแต่ต้น	● กระทรวงสาธารณสุข ● กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ● บ้านพักคนชรา ● ครอบครัว ชุมชน ● บุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด ● โภชนากร ● นักพลศึกษา ● นักกายภาพบำบัด

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและ ข้อ (ต่อ)	● นักกายภาพบำบัดออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการแก้ปัญหา หรือการแนะนำวิธีป้องกันการเกิดปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตจริง เช่น ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ	➢ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยใช้การนวด ความร้อนต้น ความร้อนลึก (shortwave diathermy, microwave diathermy) การยืดกล้ามเนื้อ ➢ ลดการยึดรั้งของเส้นประสาท ด้วยการทำการเคลื่อนไหวเส้นประสาท (Nerve mobilization) ● ให้การฟื้นฟูเพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เช่น ➢ การแนะนำการออกกำลังกาย ภายหลังการรักษาแล้ว เพื่อให้สามารถคงสภาพและไม่เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น ➢ การแนะนำท่าทางที่ถูกต้อง เช่นการไม่หยิบของในที่สูงด้วยการเงยหน้า เนื่องจากจะทำให้เกิดการกดทับ		

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและ ข้อ (ต่อ)		เส้นประสาทอักเสบ การไม่นั่งยองๆ โดยไม่มีเก้าอี้รองรับ ➤ การแนะนำการใช้เครื่องพยุงร่างกาย ต่างๆ เช่น เครื่องช่วยพยุงเข่า		
โรคหลอดเลือดใน สมองทั้งที่เกิดจาก ภาวะโรคและ อุบัติเหตุ	ในบทบาทนักกายภาพบำบัดอาจทำได้หลายรูปแบบคือ ● การจัดกิจกรรมร่วมกับบุคลากรระดับต้นในการสำรวจประชากรในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลของประชากรที่มีโอกาสจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง จากนั้นให้ความรู้ในการเฝ้าระวังแก่ประชาชนและบุคลากรระดับต้นในการตรวจเยี่ยมเป็นระยะๆ แก่กลุ่มนั้นๆ ● การจัดกิจกรรมออกกำลังกายให้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อการป้องกันโรค และการให้คำแนะนำเกี่ยวโภชนาการที่ถูกต้อง	ในระดับนี้ การรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วย จะเน้นที่อาการและการแก้ไขปัญหาร่างกายโดยผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และการรักษาทางแพทย์มาแล้ว เช่นการได้รับยา การผ่าตัดสมองกรณีที่เป็น นักกายภาพบำบัดมักแยกการรักษาเป็นการรักษาผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยผู้ใหญ่ กลุ่มเด็ก ● ระดับทุติยภูมิ นักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลต้องสามารถให้การรักษาระดับทุติยภูมิ และฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดแก่เด็กที่	● การจัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การสวมหมวกกันน็อค การสวมเข็มขัดนิรภัย การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือด ● การจำกัดการขายตัวของธุรกิจร้านอาหารที่ก่อให้เกิดภาวะโภชนาการที่ผิดในเด็ก ● การสร้างระบบการสื่อสาร	● กระทรวงสาธารณสุข ● กระทรวงพาณิชย์ ● กระทรวงมหาดไทย โดยเฉพาะกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ● สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ● สถานสงเคราะห์เด็ก ปกติและเด็กพิการ ● NGO เช่น มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ● มูลนิธิต่างๆ ที่ดูแลเด็ก

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคหลอดเลือดใน สมองทั้งที่เกิดจาก ภาวะโรคและ อุบัติเหตุ (ต่อ)	เช่น การใช้สมุนไพรไทยในการป้องกันภาวะ ดังกล่าว ●กรณีมีผู้ป่วยในพื้นที่ โดยผู้ป่วยอาจเป็นอัม พฤต หรืออัมพาต นักกายภาพบำบัด สามารถให้ความรู้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว หรือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ในการรักษา การฝึกขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เองได้ และอบรมบุคลากรระดับต้นให้ สามารถให้ความรู้แนะนำแก่ประชาชนที่มา ขอรับบริการที่ ศสช. กลุ่มเด็ก ●นักกายภาพบำบัดจัดอบรมให้ความรู้แก่ บุคลากรใน ศสช. เกี่ยวกับวิธีการทาง กายภาพบำบัดเบื้องต้นในการตรวจหา ความผิดปกติ และการจำแนกระดับความ รุนแรงของความผิดปกติ หรือความพิการ ของเด็ก เช่น อัมพาตของแขนและขา การมี	เกิดความพิการที่ไม่รุนแรงและไม่ซ้ำซ้อน เช่น การฝึกพัฒนาการเด็กด้วยวิธี การ กระตุ้นผ่านทางระบบรับรู้สัมผัส การ ฝึกการเคลื่อนไหวหากไม่สามารถที่จะให้ การรักษาได้ ควรส่งต่อให้กับหน่วยงาน ระดับตติยภูมิ ●ระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลหรือ สถาน พยาบาลเฉพาะทาง เช่น เช่น มูลนิธิเด็กพิการปากเกร็ด โรงพยาบาล ราชานุกูล โรงเรียนการศึกษาพิเศษ ที่ให้ การรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยนัก กายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาความพิการทาง สมองและร่างกาย กลุ่มผู้ใหญ่ ปัญหาที่มาพบนักกายภาพบำบัดคือ ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่	ที่คล่องตัวให้กับหน่วยงาน สาธารณสุขในระดับปฐม ภูมิ เพื่อประสานงานกับ ระดับทุติยภูมิและระดับ ตติยภูมิ ●การจัดอบรมแก่บุคลากร ในระดับปฐมภูมิ ●การเร่งผลิตนัก กายภาพบำบัดให้เพียง พอที่จะลงไปอยู่ในระดับ ปฐมภูมิ ซึ่งสามารถให้การ ตรวจประเมินทาง กายภาพบำบัด และให้การ รักษาด้วยวิธีการทาง กายภาพ- บำบัดเบื้องต้น ในรายที่มีปัญหาไม่มาก หรือให้	●ครอบครัว ชุมชน ●บุคลากรสาธารณสุข เช่นแพทย์ พยาบาล นัก จิต วิทยา นักอาชีว บำบัด นักอรรถบำบัด ●โภชนากร ●นักกายภาพบำบัด ●อาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน ●องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคหลอดเลือดใน สมองทั้งที่เกิดจาก ภาวะโรคและ อุบัติเหตุ (ต่อ)	พัฒนาการที่ล่าช้า เพื่อการส่งต่อ และอบรม วิธีการฝึกพัฒนา การของเด็ก ● บุคลากรสาธารณสุขจัดหน่วยออกเยี่ยม ชาวบ้านหรือครอบครัวที่มีบุตรเพื่อตรวจ ประเมินการพัฒนากการหรือความพิการที่ผู้ ปกครองไม่สามารถตรวจพบและให้ความรู้ แก่ครอบครัว ● ส่งเสริมให้ความรู้แก่มารดาบิดาในการเฝ้า ระวัง และสังเกตความผิดปกติที่มักเกิดใน เด็กเล็ก เช่นอาการที่บ่งบอกถึงการ พัฒนาการที่ล่าช้าของเด็ก ● ให้ความรู้มารดาบิดาและผู้เกี่ยวข้อง ช่าง เกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบหาความผิดปกติ ในเด็ก ● ให้ความรู้แก่บิดามารดา ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับ วิธีการฝึกพัฒนาการเด็กเบื้องต้น ให้ข้อมูลประชาชนเกี่ยวกับบุคลากร	สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำงาน ได้ ในบางรายไม่สามารถเดินได้การรักษา ฟื้นฟูมีหลายเทคนิค เช่น ● การทำการเคลื่อนไหวแขนขาเพื่อป้องกัน การยึดรั้งของกล้ามเนื้อและเยื่อหุ้มข้อต่อ (passive หรือ active assisted movement) โดยมักทำให้เกิดการ เคลื่อนไหวแขนขาในรูปแบบของการ ทำงานจริง ● การฝึกด้วยเทคนิคเฉพาะ เช่น การ กระตุ้นการเคลื่อนไหวผ่านระบบรับ ความรู้สึกที่ผิวหนัง ผ่านตัวรับการ กระตุ้นที่ข้อต่อกล้ามเนื้อ เป็นต้น เพื่อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและ ควบคุมการเคลื่อนไหวได้ถูกต้อง สามารถทำกิจวัตรประจำวันและ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้	ความรู้ได้อย่างเต็มที่ในผู้ที่ ไม่มีปัญหา	

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----

พรพิมล จันทวิโรจน์ และคณะ 2549

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคหลอดเลือดใน สมอง (ต่อ)	สถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่เราสามารถ ไปปรึกษาได้เมื่อต้องการตรวจหรือเมื่อเกิด ปัญหา เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล ต่างๆ ● จัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม วัยเด็ก เช่น วัยน้ำ วิ่ง เตะฟุตบอล เดินแอโร บิก กลุ่มผู้ใหญ่ ● ควรมีความร่วมมือกันทุกหน่วยงาน ในการ จัดกิจกรรมในพื้นที่ต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ ประชาชนมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ต่อทุกวัย เพื่อป้องกันภาวะปัญหาหลอดเลือด ● การให้การอบรมเทคนิคพื้นฐาน แก่บุคลากร ระดับต้น ในการดูแล รักษา ฟันฟู แก่ผู้ป่วย ในระยะต่างๆ รวมถึงการปรับเปลี่ยน สภาพแวดล้อมในบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ป่วย	เหมือนเดิม หรือใกล้เคียงกับปกติ โดยให้ สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของ แต่ละคน เช่น ในกลุ่มที่ยังทำงานจะฝึก จนผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ เดิน โดยใช้เครื่องช่วย สามารถขึ้นตึกลงได้ เป็นต้น แต่ในบางรายมิได้ทำงาน เป้าหมายสุดท้ายอาจอยู่แค่ให้สามารถ ทำกิจวัตรประจำวันได้ ช่วยเหลือตนเอง ได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นกับตำแหน่งของ พยาธิสภาพและระดับความรุนแรงของ พยาธิสภาพในสมอง รวมถึงการรักษาที่ ได้รับจากแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วย เหล่านี้นักกายภาพบำบัดจะได้รับการส่ง ต่อจากแพทย์ที่ได้รับการเบื้องต้น ● การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเครื่องช่วยพยุง หรือเครื่องช่วยเดิน เครื่องช่วยการใช้มือ ซึ่งมักจะร่วมมือกับนักอาชีพบำบัด		

สถานการณ์ด้าน สุขภาพ	การจัดการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด		การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์	ผู้มีส่วนร่วมในการ จัดการ
	ระดับปฐมภูมิ (ศสช.)	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ		
โรคหลอดเลือดใน สมอง (ต่อ)	ต้องอาศัยอยู่ โดยต้องมีการลงไปเยี่ยม สถานที่ดังกล่าว กิจกรรมเหล่านี้ควรเกิด จากการทำงานร่วมกันของบุคลากรในระดับ ต้นและนักกายภาพบำบัด	● ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมการ เคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง จะให้การออก กำลังกายต้านแรงต้านโดยมีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง		

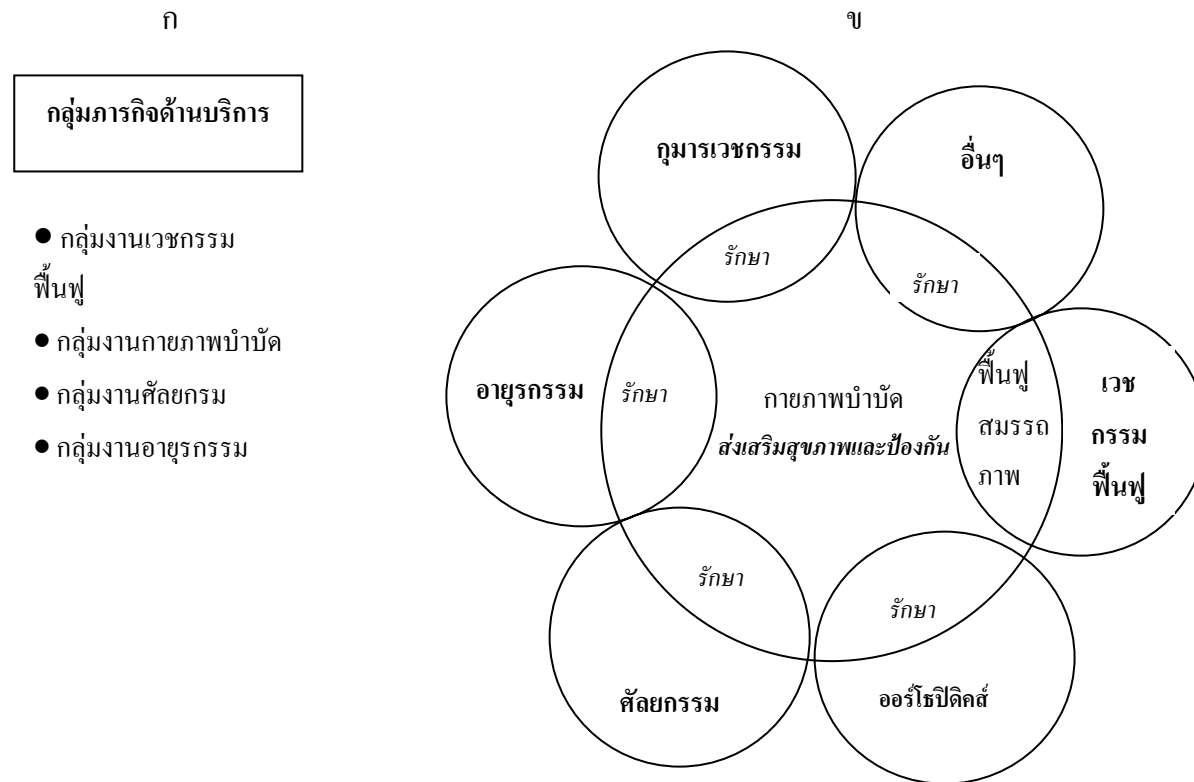
4. สรุปประเด็นหลัก

- 4.1 ข้อจำกัดในด้านการขยายและการกระจายงานกายภาพบำบัด เกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น การไม่เข้าใจงานกายภาพบำบัดของวิชาชีพอื่น การจำกัดกรอบอัตรากำลัง การไม่เท่าเทียมกันของวิชาชีพเนื่องจากโครงสร้างและระเบียบของทางราชการ
- 4.2 การขาดการประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ ทำให้ประชาชนได้รับการบริการที่ไม่ทั่วถึงและขาดประสิทธิภาพ
- 4.3 การบริการกายภาพบำบัดมีการลงสู่ชุมชนระดับปฐมภูมิน้อยมาก การให้บริการยังดำเนินงานอยู่ในหน่วยงานเป็นส่วนใหญ่ โดยเน้นการรักษาและฟื้นฟู มากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน
- 4.4 การขาดการส่งเสริมสนับสนุนด้านความรู้และวิธีการทางกายภาพแก่บุคลากรข้างเคียง อาสาสมัคร และประชาชน ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการเสริมสร้างศักยภาพที่มีอยู่
- 4.5 ความไม่ชัดเจนของกฎหมายสาธารณสุขต่างๆที่กำหนดให้หน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานกลางเข้ามามีบทบาทและสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชน รวมทั้งความไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางระดับ เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล

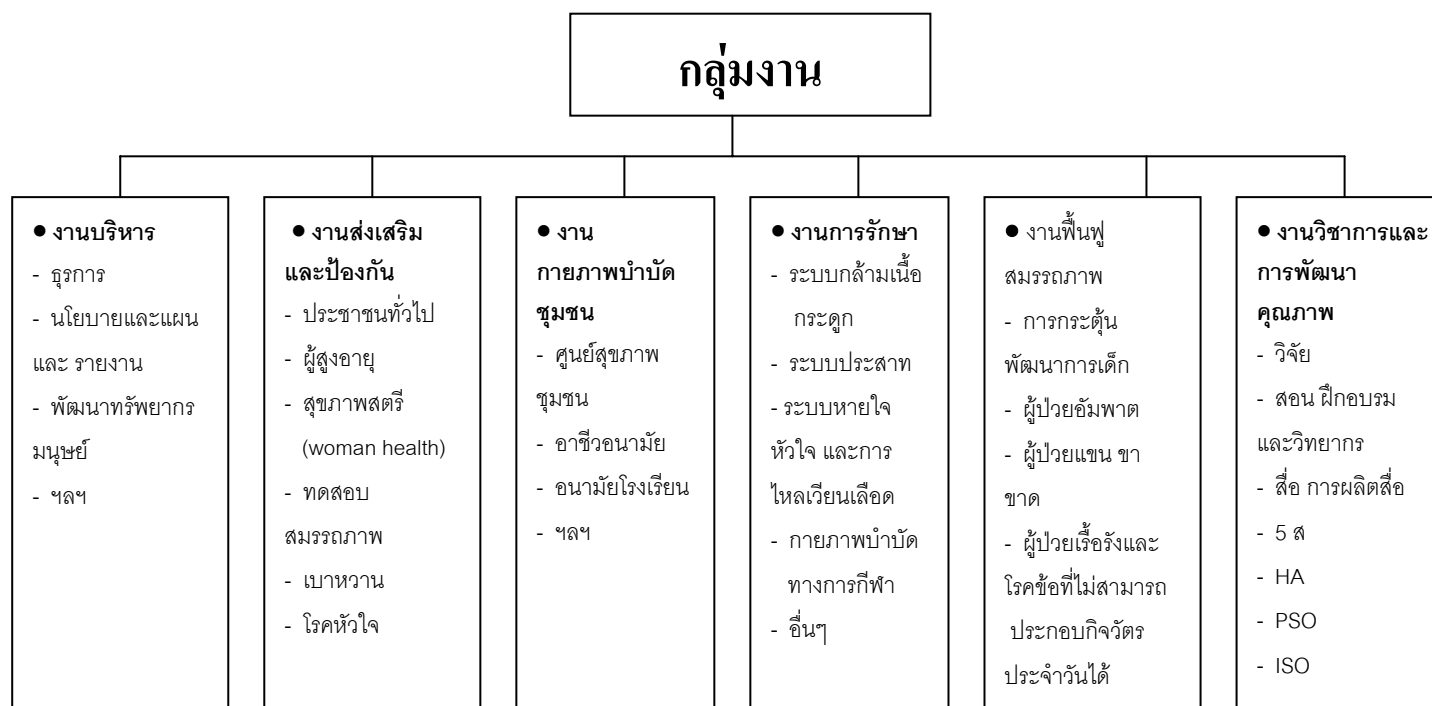
5. ข้อเสนอแนะ

- 5.1 เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน และส่งเสริมการพัฒนาของวิชาชีพ ขอเสนอให้มีการปรับโครงสร้างแยกงานกายภาพบำบัดออกจากกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เป็นกลุ่มงานกายภาพบำบัด ดังในแผนภาพที่ 1 เพื่อให้งานกายภาพบำบัดสามารถสนับสนุนงานบริการกับทีมการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team) ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการกิจของกลุ่มงานกายภาพบำบัด ดังแผนภาพที่ 2 และมีการแก้ไขกรอบอัตรากำลังตามข้อเสนอ ดังนี้³
 - 5.1.1 ในภาพรวมของประเทศใช้อัตราส่วนประชากร 20,000 คนต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน และสำหรับกรณีหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) ใช้อัตราส่วน 25,000 คนต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน โดยยึดหลักการของ GIS (geographic information system)
 - 5.1.2 สำหรับใน primary care unit (PCU) สัดส่วนของบุคลากรใน PCU ควรให้ครบถ้วนทุกวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยเน้นการปฏิบัติงาน (function) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ภาพที่ 2 แผนภาพ แสดง (ก) โครงสร้างใหม่ของกลุ่มงานกายภาพบำบัด (ข) ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มงานกายภาพบำบัดกับกลุ่มงานอื่นๆ



ภาพที่ 3 แผนภาพ แสดงภารกิจของกลุ่มงานกายภาพบำบัด



5.2 ควรมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ อันได้แก่

- 5.2.1 NGO เช่น มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง
- 5.2.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 5.2.3 กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม
- 5.2.4 กระทรวงพาณิชย์
- 5.2.5 กระทรวงมหาดไทย โดยเฉพาะกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- 5.2.6 กระทรวงแรงงาน
- 5.2.7 กระทรวงสาธารณสุข
- 5.2.8 ครอบครัว ชุมชน
- 5.2.9 เจ้าของหรือผู้บริหารหน่วยงาน เช่น โรงงาน บริษัท โรงพยาบาล
- 5.2.10 นักกายภาพบำบัด
- 5.2.11 นักจิตวิทยา
- 5.2.12 นักพลศึกษา
- 5.2.13 นักสรีรวิทยาการออกกำลังกาย
- 5.2.14 นักเวชศาสตร์การกีฬา
- 5.2.15 นักอาชีวบำบัด
- 5.2.16 บ้านพักคนชรา
- 5.2.17 เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงงาน
- 5.2.18 แพทย์สาขาต่างๆ เช่น แพทย์สูตินรีเวช แพทย์กุมารเวช แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์อายุรกรรม (ด้านระบบหายใจ)
- 5.2.19 นักอรรถบำบัด
- 5.2.20 นักโภชนาการ
- 5.2.21 มูลนิธิต่างๆ ที่ดูแลเด็ก
- 5.2.22 สถานศึกษาระดับต่างๆ อาสาสมัครหมู่บ้าน
- 5.2.23 สถานสงเคราะห์เด็ก มูลนิธิดูแลเด็ก
- 5.2.24 สถานสงเคราะห์เด็กปกติและเด็กพิการ
- 5.2.25 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- 5.2.26 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- 5.2.27 อาสาสมัครในเขตต่างๆ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

5.3 ในการเพิ่มและกระจายการบริการกายภาพบำบัดลงสู่ชุมชนระดับปฐมภูมิสามารถทำได้โดยหลายทาง โดยอาจทำพร้อมๆ กัน เนื่องจาก อัตรากำลังคนของนักกายภาพบำบัดยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึง ณ ปัจจุบัน แนวทางที่เสนอ ได้แก่

- การกระจายนักกายภาพบำบัดลงสู่ชุมชนใหญ่
- การจัดนักกายภาพบำบัดจากหน่วยงานของรัฐที่มีอยู่แล้ว ออกลงพื้นที่หรือหน่วยงานระดับปฐมภูมิเป็นช่วงเวลา เพื่อแก้ปัญหาที่ไม่ซับซ้อน และการให้คำแนะนำการแก้ปัญหาหรือการป้องกัน ในระยะแรก อันเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของรัฐ และลดการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น
- การส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานเอกชน สาธารณกุศล มูลนิธิ หรือแม้แต่เอกชน ในการเปิดหน่วยงานบริการทางกายภาพบำบัดที่ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ หรือในชุมชนที่ประชาชนมีกำลังจ่าย เพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐ
- การจัดให้ความรู้แก่อาสาสมัคร หรือคนในชุมชน เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพ เพื่อบริการแก่ประชาชนโดยเน้นการส่งเสริม และป้องกัน เป็นสำคัญ ส่วนในด้านการรักษาและฟื้นฟู ควรเน้นวิธีการทางกายภาพที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หรือมีโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ในการแก้ปัญหาที่ง่าย ๆ ไม่อันตราย และให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการส่งต่อและส่งปรึกษาในระดับอื่นต่อไป

5.4 ความไม่พร้อมและความชัดเจนของกฎหมายสาธารณสุขต่างๆที่กำหนดให้หน่วยงานท้องถิ่น และหน่วยงานกลางเข้ามามีบทบาทและสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชน

- การที่ อบต. ส่วนใหญ่ไม่มีโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น¹⁵ เกิดจาก อบต. ไม่มีความสามารถในการดำเนินการด้านสุขภาพได้เอง โดยจะพบว่า ส่วนใหญ่จะร่วมกับสถานีอนามัย สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น เนื่องจาก อบต. ไม่มีบุคลากรด้านสาธารณสุขที่จะรองรับงานด้านนี้ และขาดที่ปรึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับการค้นหาถึงปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนตนเองและไม่รู้ถึงระบบการจัดการดูแลสุขภาพที่ดีพอ ดังนั้น หากจะมีความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และองค์กรวิชาชีพในการประสานงานกัน เพื่อเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ให้ความรู้แก่ อบต. ที่มีงบประมาณพร้อมอยู่แล้ว ให้ใช้งบประมาณด้านสาธารณสุขได้คุ้มค่าและตรงกับปัญหาได้ดีที่สุด
- ด้านกฎหมาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยกลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ²¹ ได้เสนอให้มีการปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายสาธารณสุข ภายใต้การกระจายอำนาจ 7 เรื่อง ได้แก่

- กฎหมายเกี่ยวกับระบบส่งเสริมสุขภาพ
- กฎหมายเกี่ยวกับการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี
- กฎหมายเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันโรค/ควบคุม/ขจัดโรคติดต่อ
- กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
- กฎหมายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
- กฎหมายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- กฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพโดยรวม

4.1.3 เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด

พรพิมล จันทวิโรจน์ ลลิตา สุริยประภาดิolk และน้อมจิตต์ นวลเนตร์

บทนำ

กายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทและความรับผิดชอบในการตรวจประเมิน การวินิจฉัย ปัญหาทางกายภาพบำบัด การบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการ เคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความ พิกการของร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด¹ โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลกระทบด้านต่างๆ ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เช่น การเปลี่ยนแปลงของ สังคมโลก นโยบายการค้าเสรี เศรษฐกิจของโลก เทคโนโลยีต่างๆ สิ่งแวดล้อม การเมืองการปกครอง เป็นต้น ล้วนมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาครัฐจึงต้องมีการจัดการอย่างรู้เท่าทัน พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจรัฐ ร่าง-พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติปฏิรูประบบราชการ พระราชบัญญัติการศึกษา พระราชบัญญัติระบบข้อมูลข่าวสารของราชการ ฯลฯ ถือเป็นเครื่องมือของรัฐในการจัดการกับการ เปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ที่เป็นแรงผลักดันอีกด้านหนึ่งต่อระบบต่างๆ ที่จะต้องปรับตัวให้เท่าทัน เพื่อเอื้อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ระบบกายภาพบำบัดก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงผลกระทบจากกลไก เหล่านี้ได้ วิชาชีพกายภาพบำบัดต้องเสนอบทบาทและหน้าที่ของตนให้ชัดเจน โดยใช้ศักยภาพของ สมาชิกทุกคนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากภายนอกวิชาชีพ มาร่วมกันสร้าง “ระบบกายภาพบำบัด” ที่ สนองตอบปัญหาและความต้องการของประชาชน สนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

ในการดำเนินบทบาทหน้าที่ดังกล่าวนี้ให้ดีที่สุด เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบ กายภาพบำบัดเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบกายภาพบำบัดให้สอดคล้อง กับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และเหมาะสมกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมในแต่ละ ท้องถิ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากเงื่อนไขต่างๆ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และสังคม โลก

เนื้อหาในเอกสารชุดนี้แบ่งออกเป็นสองส่วน **ส่วนที่หนึ่ง**จะกล่าวถึงเทคโนโลยีทาง กายภาพบำบัดทั้งที่ใช้ในบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความบกพร่องของร่างกายซึ่ง อาจเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การรักษา และด้านการฟื้นฟูสภาพ ร่างกายและจิตใจ และปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการใช้เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัด วัตถุประสงค์ของ เนื้อหาในส่วนนี้ก็เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการร่วมสร้างศักยภาพทางกายของประชาชนไทย

โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ “วิธีการทางกายภาพ” ได้ทราบประวัติการก่อเกิดวิชาชีพกายภาพบำบัดในประเทศไทย และเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ช่วยเสริมความเข้าใจในบทบาทของ “นักวิชาชีพกายภาพบำบัด” โดยผ่านทางเทคโนโลยีที่ใช้ และส่วนที่สองเป็นส่วนที่เกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพล จุดแข็งและโอกาส จุดอ่อนและภาวะคุกคาม และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด

ส่วนที่ 1 เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัด

1. คำจำกัดความ (Definition)

เทคโนโลยีทางการแพทย์ หมายถึง เครื่องมือ ยา วัสดุอุปกรณ์ วิธีการที่ใช้ในบริการทางการแพทย์ โดยรวมถึง ระบบการบริหารจัดการ และระบบสนับสนุน ที่เป็นองค์ประกอบของการดูแลทางการแพทย์

ดังนั้น **เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัด** ในรายงานฉบับนี้จึงกำหนดขอบเขตความหมายไว้ดังนี้ “คือ เครื่องมือ วิธีการ และเทคโนโลยีที่ใช้ในการเติมเต็มศักยภาพ-สมรรถภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด รวมถึงการใช้ความรู้ในการวินิจฉัยปัญหาทางกายภาพบำบัด การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันความบกพร่องของร่างกายซึ่งอาจเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ตลอดจนรวมถึงการบริหารจัดการ โดยไม่แยกออกจากองค์รวมของระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยทุกคนสามารถเติมเต็มศักยภาพทางกายได้อย่างปลอดภัย”

เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัด สามารถจัดแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ ตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาชีพกายภาพบำบัด ได้ดังนี้ 1) เทคโนโลยีในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันมิให้เกิดความบกพร่องของร่างกายซึ่งอาจเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ รวมทั้งจำกัดความรุนแรงของอาการ/โรค 2) เทคโนโลยี ที่ใช้ในการรักษา 3) เทคโนโลยีที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจากการเกิดโรค

2. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต (Current Status and Trend)

2.1 พัฒนาการของเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัด

จากคำจำกัดความของคำว่า “กายภาพบำบัด” ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542¹ และจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ. 2546² รายงานฉบับนี้จึงให้ความหมายของคำว่า “วิธีการทางกายภาพบำบัด” ไว้ว่า หมายถึง การใช้วิธีการทางกายภาพ (ได้แก่ พลังงานทางฟิสิกส์ด้านต่างๆ เช่น ความร้อน ความเย็น แสง เสียง คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

พลังงานกล เป็นต้น) ในการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกายและจิตใจ

ก่อนที่จะกล่าวถึงพัฒนาการของเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัด ผู้เขียนขอชี้แจงว่า เนื้อหาในรายงานฉบับนี้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “วิธีการทางกายภาพบำบัด” ที่ใช้กันอยู่โดย “นักวิชาชีพกายภาพบำบัด” จัดเป็นส่วนหนึ่งของ “วิธีการทางกายภาพ” ที่ปัจเจกบุคคล กลุ่มคน รวมทั้งวิชาชีพอื่นๆ ในสังคมไทยใช้อยู่ทั้งในยุคก่อนหน้าที่จะมีวิชาชีพกายภาพบำบัดเกิดขึ้นในประเทศไทยและในยุคปัจจุบัน ซึ่งในรายงานเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพที่อยู่ในเอกสารเล่มนี้ ได้ให้ความหมายของคำว่า “วิธีการทางกายภาพ” ไว้ว่า “หมายถึง วิธีการที่ประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัด รักษา และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ เช่น วิธีการนวด การดัด การดึง การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การรักษาด้วยความร้อน ความเย็น และการใช้วิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่อาศัยหลักการทางกายภาพ (physics) ซึ่งโดยความหมายนี้ วิธีการทางกายภาพจึงครอบคลุมวิธีการที่กระทำโดยนักกายภาพบำบัดตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะและระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2546 และวิธีการที่กระทำโดยปัจเจก ผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น นักพลศึกษา หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก เป็นต้น ที่มีการประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ โดยที่การกระทำนั้นไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด”

ดังนั้น การรายงานเกี่ยวกับพัฒนาการของเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดในที่นี้ จึงครอบคลุมถึงพัฒนาการของ “วิธีการทางกายภาพ” บางส่วนด้วย

ก่อนที่จะมีคำเรียกขาน “กายภาพบำบัด” เป็นทางการ วิธีการทางกายภาพเริ่มมีที่ใช้ในชุมชนไทยมาแต่ดั้งเดิม เช่น การใช้ลูกประคบ การดัดดึงข้อต่อ การนวด เป็นต้น การนวดไทยนับเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของคนไทยที่มีประวัติและเรื่องราวสืบทอดกันมาช้านาน มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการนวดที่เก่าแก่ที่สุด คือ ศิลาจารึกสมัยสุโขทัย เมื่อถึงยุคสมัยกรุงศรีอยุธยา รัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช การแพทย์แผนไทยเจริญรุ่งเรืองมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทย ปรากฏในทำเนียบศักดินา ข้าราชการฝ่ายทหาร และพลเรือน ที่ตราขึ้นในปี พ.ศ. 1998 และหลักฐานจากจดหมายเหตุของ ราชทูต ลา ลูแบร์ ประเทศฝรั่งเศส ได้บันทึกหมอนวดในแผ่นดินสยาม มีความว่า “ในกรุงสยามนั้นถ้าใครป่วยไข้ลง ก็จะเริ่มทำเส้นสายยืด โดยให้ผู้ชำนาญในทางนี้ขึ้นไปบนร่างกายของคนไข้ แล้วให้เท้าเหยียบ กล่าวกันว่าหญิงมีครรภ์ มักใช้ให้เด็กเหยียบ เพื่อให้

คลอบุตรง่าย ไม่พริกเจ็บปวดมาก” เมื่อสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น (รัชกาลที่ 1-6) การแพทย์แผนไทยได้สืบทอดรูปแบบต่อจากสมัยอยุธยา แต่เอกสารและวิชาการความรู้บางส่วนได้สาบสูญไปเนื่องจากภาวะสงครามและผู้คนถูกจับไปเป็นเชลย แต่อย่างไรก็ตาม หมอกลางบ้าน และหมอพระที่อยู่ตามหัวเมืองยังมีอีกเป็นจำนวนมาก จึงง่ายต่อการระดมองค์ความรู้กลับคืนมา³ ที่วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ที่นับเป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกของประเทศไทย โดยเดิมพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกโปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมสรรพวิชาความรู้ไว้ ณ วัดแห่งนี้ รวมทั้งเรื่อง การแพทย์สมัยอยุธยา ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องดัดตนแก้เมื่อย จึงเห็นรูปปรากฏฤษีดัดตนอยู่ตามเขมอ 80 ตน และมีการจารึกเรื่องการนวดลงบนแผ่นหินชนวนตามฝาผนัง และเสาอาคารของวัด⁴ ต่อมารัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จากหลักฐานการแบ่งส่วนราชการ ยังคงมีกรมหมอนวดเช่นเดียวกับสมัยอยุธยา และทรงโปรดให้หมอยาและหมอนวดถวายงานนวดทุกครั้ง ได้ทรงชำระตำราการนวดไทย มีพระราชหัตถเลขาแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวไว้ในยามเสด็จประพาสต่างประเทศถึงสมเด็จพระเจ้าฟ้าหญิงนิทานมดล⁵ และสมเด็จพระกรมพระยาดำรงราชานุภาพเป็นเชิงปรารภว่า “ทรงบรรทมไม่สบายไม่ได้หลับดี ด้วยเพราะมหาดเล็กนั้นถวายงานนวดไม่เป็น นวดผิดนวดถูกไปเรื่อยจนพระองค์ปวดไปทั้งพระองค์ ขยับพระวรกายไม่ได้” ครั้นเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาในสังคมไทย การนวดจึงหมดบทบาทจากราชสำนักในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ส่วนหมอนวดแบบชาวบ้านยังคงใช้การนวดแบบดั้งเดิมที่ได้รับการเรียนรู้สืบทอดจากบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นการกระทำรักษาด้วยวิธีการที่เป็นประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา อาศัยความชำนาญ มิได้มีเหตุผลทางด้านวิทยาศาสตร์มารองรับ รวมทั้งมีการเก็บเคล็ดลับการรักษาไว้เป็นความลับของสำนักต่างๆ ทำให้องค์ความรู้ที่สืบทอดจากโบราณมาค่อยๆ เลือนหาย

ครั้งสมัยหลังสงครามโลกครั้งที่สอง มีผู้ป่วยจากภัยสงครามร่วมกับเวลาต่อมา มีการระบาดของโปลิโอ ประกอบกับเป็นช่วงที่มีแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์กลับจากการศึกษาต่อต่างประเทศ ได้เห็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยคุณสมบัติต่าง ๆ ของพลังงานทางฟิสิกส์ ทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างดี มิตกเป็นภาระแก่ครอบครัวข้าง จึงเริ่มนำเอาโคมไฟมาส่อง (เพื่อจุดประสงค์ของการประคบร้อน) และนวดในบริเวณที่ต้องการรักษา บ้างได้นำผู้ป่วยมาหัดเดิน ออกกำลังกายอย่างง่ายๆ และเริ่มมีการบัญญัติศัพท์ “กายภาพบำบัด” ขึ้นมา ในปลาย พ.ศ. 2495 ที่โรงพยาบาลศิริราช มีการส่งทั้งแพทย์และพยาบาลไปอบรมดูงานเพิ่มเติม เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดในระยะแรกจึงเป็นเรื่องของการถ่ายทอดวิทยาการความรู้ และนำเอาเทคโนโลยีเรื่องเครื่องไฟฟ้าทางกายภาพบำบัดต่างๆ มาจากต่างประเทศ ส่วนอุปกรณ์อื่นๆ ก็คิดดัดแปลงเอาจากทรัพยากรที่มีอยู่ในประเทศ ผลการรักษาปรากฏเป็นผลดีต่อผู้ป่วย จึงทำให้มีการส่งแพทย์และ/หรือพยาบาลจากหลากหลายหน่วยงานมาอบรม ดูแลผู้ป่วยทางด้านนี้⁶

ยุคสมัยก่อน เมื่อมีผู้ป่วยที่ด้อยสมรรถภาพเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการพิการแต่กำเนิด

การเจ็บป่วยยาวนาน อัมพาต โรคแทรกซ้อนจากภาวะต่างๆ สังคมในยุคนั้นมีวัฒนธรรมแห่งการเก็บผู้อ่อนสมรรถภาพเหล่านั้นไว้กับบ้าน จนเมื่อวิทยาการด้านกายภาพบำบัดจากต่างประเทศคือ คลานสู่ประเทศไทย และเมื่อเกิดการระบาดของโปลิโอ ความทราบฝ่าละอองธุลีพระบาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ซื้อ Hubbard tank เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยโปลิโอ⁷ และเมื่อ พ.ศ. 2499 เป็นต้นมา ด้วยพระราชกิจนานาประการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชนในสมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี ทำให้กระแสด้านการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยพิการ ได้รับการกระตุ้นให้ตื่นตัว นำมาซึ่งส่วนหนึ่งของการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดต่อมาในปัจจุบัน และจากความขาดแคลนบุคลากรในงานที่ปรากฏข้างต้น จึงเกิดความต้องการนักกายภาพบำบัดอย่างมากมาย จึงเริ่มมีการผลิตนักกายภาพบำบัดใน พ.ศ. 2508 ด้วยจุดมุ่งหมายของการพยายามจะป้องกันความพิการของผู้ป่วยนานาชนิด และช่วยให้ระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลน้อยลง⁶ และด้วยความเข้าใจผิดดังนั้น ในด้านนโยบายกำลังคนด้านสาธารณสุข จึงเกิดการนำงานกายภาพบำบัดไปอยู่ในงานเวชกรรมฟื้นฟู⁸ งานเวชกรรมฟื้นฟูซึ่งควรเป็นทีมขององค์การที่ประกอบจากสหวิชาชีพ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และโดยความเริ่มต้นที่ขาดแคลนจากหลายวิชาชีพในทีมงานเวชกรรมฟื้นฟู ส่งผลกระทบต่อนักกายภาพบำบัดที่เป็นผู้เริ่มก่อตั้งในงานกายภาพบำบัดรวมทั้งงานด้านเวชกรรมฟื้นฟู (ในหลายๆโรงพยาบาล) จึงอาจต้องเรียนรู้เพิ่มเติมในบทบาทของวิชาชีพอื่น บ้างต้องเรียนรู้เรื่องของงาน ขาเทียม บ้างต้องประกอบภารกิจของกิจกรรมบำบัดด้วย⁸ เพื่อรองรับงานทางด้านเวชกรรมฟื้นฟูให้ครบถ้วน บทบาทโดยตรงของกายภาพบำบัดที่ควรจะมีครบทั้ง 4 บทบาท ทั้งการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู จึงไม่สมบูรณ์ ภาพที่ปรากฏจึงอยู่ติดกับงานทางการรักษาและฟื้นฟู และภาพของนักกายภาพบำบัดบางส่วนถูกบิดเบือนไป อาจมีการนำบทบาทและเทคโนโลยีของระบบอื่นๆ เข้ามาปะปนเป็นงานส่วนหนึ่งของกายภาพบำบัด

แนวโน้มในอนาคต กำลังคนทางด้านอื่นๆ เริ่มมากขึ้น การกระจายตัวเป็นไปอย่างทั่วถึงในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู และกำลังมีร่าง-พระราชบัญญัติ โดยเฉพาะสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านกายอุปกรณ์ และร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งร่างพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดจึงควรหันกลับมาสู่บทบาทที่แท้จริงของตนเอง พัฒนารูปแบบงานด้านที่ขาดหายไปให้กลับคืนมา และด้วยความสำคัญยิ่งของพระราชบัญญัติสุขภาพที่กำลังจะเกิดขึ้น ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง นักกายภาพบำบัดจึงควรเร่งในการตื่นตัวมาสู่บทบาทที่ควรจะเป็นไป ที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการตามพระราชบัญญัติที่กล่าวมา

2.2 ผลิตภัณฑ์และวิธีการทางกายภาพบำบัดภายในประเทศ

เครื่องมือเครื่องใช้ทางกายภาพบำบัดที่ผลิตขึ้นภายในประเทศนั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่เป็นเทคโนโลยีพื้นบ้าน และเทคโนโลยีที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากทางด้านตะวันตก

2.2.1 เทคโนโลยีพื้นบ้าน

แต่เดิมมาตามบ้านเรือนจะพบนมสาวหรือนมไม้ ที่ชาวบ้านเอาไว้นอนกดเพื่อนวดตัว เป็นอุปกรณ์ช่วยนวดตัวเองแบบพื้นบ้าน เป็นภูมิปัญญาไทย ที่คิดค้นเครื่องมือช่วยในการกดนวดคลึง โดยพัฒนามาจากการใช้วัสดุที่มีอยู่ในท้องถิ่น ด้วยกลวิธีแบบง่ายๆ เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยหรือติดขัดในบางตำแหน่งของร่างกาย ที่ไม่สามารถกระทำด้วยมือตนเองได้ หรืออาจนวดและกดได้แต่ไม่มีน้ำหนักเพียงพอที่จะช่วยบรรเทาอาการ นอกเหนือจากนมสาวแล้ว จากภูมิปัญญาท้องถิ่นต่างๆ ก็สามารถพบอุปกรณ์ที่มีจุดประสงค์เช่นเดียวกัน คือ พ้อหม่อใหญ่ หมอเล็ก หมอกะลา หมอชาวลู หมอนไม้ เป็นต้น⁹ อุปกรณ์เหล่านี้สามารถปรับแรงหรือน้ำหนักในการใช้ให้เหมาะสมกับที่ตนเองจะสามารถทนได้ ทำให้ใช้อุปกรณ์ได้อย่างปลอดภัย ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบหลากหลายของไม้กดนวดจนเป็นอุปกรณ์ที่สามารถจะใช้งานได้สะดวกขึ้น น้ำหนักน้อยลง เช่น ตะขอนวดตัวไฉไล บางชนิดอาจดัดแปลงมาจากอุปกรณ์ช่วยนวดของจีนและญี่ปุ่น จนมีใช้แพร่หลายในสังคมไทย วางขายอยู่ทั่วไปตามห้างสรรพสินค้า การใช้อุปกรณ์ช่วยนวดตนเองนี้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง ช่วยให้พึ่งตนเองในยามปวดเมื่อยได้ไม่น้อย

การนวดมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรควิธีหนึ่งตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีผลทางการรักษาโรคบางโรคได้เป็นอย่างดี สถานการณ์ปัจจุบันการนวดไทยกำลังได้รับความนิยมกว้างไกลทั้งในกลุ่มของคนไทยเองและต่างชาติ มีสถาบันสอนนวดไทยมากมายแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงเรียนสอนนวดของวัดโพธิ์ โรงเรียนอายุรเวทของสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล และยังมีโรงเรียนสอนหมอนวดสายตาพิการ และภาคเอกชนอื่นๆ อีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเกิดวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พัฒนาการเรียนการสอนเรื่องนวด โดยเปิดสอนวิชานวดไทยแก่ผู้ตกงาน เพื่อนำวิชาไปประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองในเบื้องต้น เป็นการบรรเทาความเดือดร้อนในยามบ้านเมืองตกอยู่ในภาวะวิกฤตรวมถึงการส่งเสริมสถาบันต่างๆ ที่มีการเรียนการสอนเรื่องนวดไทยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผลสรุปล่าสุดพบว่าอาชีพนวดไทยสามารถก่อรายได้ให้แก่ประเทศชาติได้ปีละกว่าพันล้านบาท¹⁰ ปัจจุบันมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา ร่วมกับโรงพยาบาลนครธน สถาบันสปีพาย และศูนย์ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยสุโขมวิท 71 ร่วมสร้างเป็นเครือข่ายเปิดหลักสูตรผลิตหมอนวดรองรับธุรกิจเพื่อสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในและต่างประเทศ¹¹ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมเรื่องการนวดไทยจนเข้าสู่ในสังคมระดับต่างๆ เช่น บางโรงเรียนจัดกลุ่มอบรมเรื่องนวดแก่นักเรียน เพื่อให้นักเรียน

กลับบ้านไปนวดให้ผู้ปกครอง นอกจากเป็นการดูแลตนเองในครอบครัวแล้ว ยังช่วยสานสัมพันธ์ภาพที่ดีที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว

ด้านสมุนไพร ในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ได้จากสมุนไพรมากมาย ที่นำมาเข้าส่วนประกอบของยาทาสมุนไพรสมุนไพรเหล่านั้นจะออกฤทธิ์เป็นยาแก้ปวด แก้อักเสบ โดยเฉพาะข้ออักเสบ ปวดเมื่อยเส้นเอ็น ตัวอย่างยาที่น่าสนใจ ได้แก่ ไพล เพราะไพลมีสารที่เป็นน้ำมันหอมระเหยที่ออกฤทธิ์ด้านการอักเสบได้ ซึ่งในปัจจุบันก็มีผลิตภัณฑ์ที่ทำจากไพลมาจำหน่าย เช่น ไพลจีชาลดจากองค์การเภสัชกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีตัวยาที่ช่วยเสริมเพิ่มประสิทธิภาพในการนวด ให้ยาทาสมุนไพรมีความร้อนในการทำ คือ น้ำมันระกำ น้ำมันเขียว น้ำมันสน ทิงเจอร์พริก เป็นต้น¹²

นอกเหนือการบรรเทาอาการปวดเมื่อยด้วยการนวดแล้ว การประคบสมุนไพร (หมายถึง การนำเอาสมุนไพรทั้งสด หรือแห้งหลายๆ ชนิด โขลกพอบแหลกและคลุกรวมกัน ห่อด้วยผ้าทำเป็นลูกประคบ หนึ่งด้วยไอน้ำร้อน และนำไปประคบบริเวณที่ต้องการ¹³ ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับชาวบ้าน ในการอาศัยผลจากความร้อนและสมุนไพรในการบรรเทาอาการ จากนโยบายผลักดันเรื่องเศรษฐกิจ มีโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ลูกประคบสมุนไพรที่ระยะหนึ่งได้หายไปจากวิถีชีวิตคนไทย ปัจจุบันได้มีตำบลหนึ่งในจังหวัดสมุทรสงครามผลิตลูกประคบ โดยบรรจุอยู่ในกระป๋อง กระป๋องละ 2 ลูก เป็นผลิตภัณฑ์ส่งออกไปยังต่างประเทศ และมีการส่งเสริมจนเกิดภาพมีลูกประคบวางขายอยู่ในกระຈาดที่หาบขายอยู่ตามท้องถนน

สิ่งต่างๆ ข้างต้นนี้ เป็นสิ่งสะท้อนถึงการตื่นตัว ในการดึงเอาเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดในวิถีชาวบ้านมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นอย่างง่าย และมีแนวโน้มในอนาคตว่า การดูแลตนเองทางกายภาพบำบัดโดยอาศัยเทคโนโลยีพื้นบ้านเช่นนี้ จะมีการกระจายออกไปเป็นวงกว้าง เนื่องจากไม่เกิดอันตรายและผลข้างเคียงจากการใช้งาน ไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สิ้นค้า (วิธีการ) ที่ผลิตออกมาสามารถส่งเสริมเศรษฐกิจภายในประเทศและเริ่มได้รับการสนับสนุนให้เป็นธุรกิจส่งออก นอกจากนี้ยังเป็นผลดีต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และชุมชน ไม่ต้องเกิดค่าใช้จ่ายจากการรักษา และในเรื่องความรู้ของภูมิปัญญาเหล่านี้ ยังได้รับการสนับสนุนให้กลับมาอยู่ในวิถีชาวไทย โดยสถาบันการแพทย์แผนไทยที่ได้นำเอาหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์มาอธิบาย และให้คำเนื่งถึงข้อควรระวังต่างๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถให้ประชาชนทั่วไปติดตามได้ทั้งจากหนังสือและเว็บไซต์ที่ผลิตโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย และกลุ่มผู้สนใจในการรักษาตนเองในวิถีนี้

2.2.2 เทคโนโลยีที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากทางด้านตะวันตก (Technology transfer)

เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดอีกส่วนหนึ่งมีจุดเกิดและพัฒนาจากต่างประเทศ ความรู้ของการใช้งานก็เป็นการถ่ายทอดมาจากทางตะวันตก ปัจจุบันในภาคต่าง ๆ ของรัฐ-เอกชน

ในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาเครื่องมือ เครื่องใช้ทางกายภาพบำบัด ออกมาอย่างมากมาย แต่เป็นเทคโนโลยีอย่างง่าย และไม่ได้เน้นการออกแบบของผลิตภัณฑ์ เช่น

- โต๊ะหมุน และแผ่นหมุนให้ตั้งตรง (tilt table and tilt board)
- เครื่องแช่เก็บแผ่นความร้อน (hydrocollator unit) รูปแบบและการใช้งานไม่แตกต่างจากของต่างประเทศ
- ไม้เท้าทวิขั้ว ไป และมีนักประดิษฐ์บางรายได้ประยุกต์ให้เป็นไม้เท้าที่สามารถปรับเป็นที่นั่งได้¹⁴
- โครง walker และมีที่พัฒนาให้เป็นชนิดมีล้อสามารถขับเคลื่อนได้¹⁵
- เตียงสำหรับดึงกระดูกสันหลัง ปัจจุบันในประเทศสามารถผลิตได้ทั้งเตียงที่ใช้ในการดึงกระดูกสันหลังที่สามารถแยกส่วนระหว่างส่วนศีรษะกับลำตัวท่อนบนกับส่วนลำตัวท่อนบน และเตียงที่สามารถปรับระดับสูง-ต่ำให้เหมาะกับการใช้งาน
- เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า และเครื่องอัลตราซาวด์
- รถเข็นสำหรับผู้พิการ (wheel chair) ซึ่งดั้งเดิมเป็นสินค้านำเข้า โดยที่ขนาดเป็นขนาดสำหรับชาวตะวันตกที่มีรูปร่างสูงใหญ่กว่าชาวเอเชีย ต่อมามีการผลิตในประเทศโดยมีรูปแบบให้เลือกเพียงแบบเดียว ปัจจุบันได้มีเอกชนที่ริเริ่มในการผลิตรถเข็นประเภทนี้ โดยมีการวัดขนาดให้เหมาะสมกับผู้ใช้เป็นรายบุคคลไป และได้มีการพัฒนาในเรื่องของการออกแบบให้สวยงามยิ่งขึ้น แต่การที่ภาคเอกชนเหล่านี้จะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน คงต้องขึ้นอยู่กับการตลาดของสินค้า เมื่อเทียบกับราคา ความสวยงาม เทคโนโลยีการขับเคลื่อนที่เหมาะสมกับผู้ใช้แต่ละราย น้ำหนัก และความทนทาน ของผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศ โดยส่วนใหญ่ของผู้ใช้งานยังใช้ของที่ผลิตภายในประเทศ

ผลกระทบที่เกิดขึ้น ผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นการผลิตและใช้งานอยู่ภายในประเทศเป็นรูปแบบเดิมๆ ไม่มีการพัฒนา ทั้งทางด้านคุณภาพ (เพราะไม่มีหน่วยงานในประเทศที่ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพด้วย) หรือประสิทธิภาพการใช้งาน ไม่ทันต่อเทคโนโลยีใหม่ๆ ไม่มีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการแข่งขัน ทั้งในคุณภาพ การออกแบบ จนสามารถนำส่งออกต่างประเทศได้ แม้สังคมจะมีความต้องการ เช่น กลุ่มผู้พิการ หรือสูงอายุ แต่ด้วยภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวยังทำให้ไม่สามารถหาซื้อมาใช้งานเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้ ส่งผลให้อุปกรณ์ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ในงานกายภาพบำบัดแม้จะผลิตในประเทศไทยก็ยังมีราคาที่สูง

แนวโน้มในอนาคต เทคโนโลยีเครื่องมือเครื่องใช้ทางกายภาพบำบัด ยังได้รับความสนใจจากผู้ผลิต-พัฒนาผลิตภัณฑ์ภายในประเทศน้อย การประดิษฐ์ผลงานที่ปรากฏมักพบว่าเป็นการประดิษฐ์เพื่อตอบสนองความสนใจของผู้ประดิษฐ์เพียงครั้งคราว เช่น เพื่อส่งประกวดในงานประดิษฐ์เครื่องมือ ภายหลังจากเสร็จงานนั้นๆ แล้ว ผลงานก็สูญไป ไม่ได้รับการผลักดันพัฒนาต่อจนเข้าสู่งานในภาคอุตสาหกรรมได้ สัญญานี้เป็นสัญญาณบอกถึงการคงพึ่งพิงเทคโนโลยีทางด้านนี้จากต่างประเทศ และยังเป็นผู้รับกระแสการบริโภคที่ต้องไหลไปกับการพัฒนาเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ซึ่งราคานั้นแต่จะมีต้นทุนที่สูงขึ้น

2.3 เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดด้านการวินิจฉัย-ประเมินผล

ในด้านการวินิจฉัย-ประเมินผลเพื่อหาปัญหาทางกายภาพบำบัดนั้น ในหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล หรือสถานประกอบการกายภาพบำบัด รวมทั้งนักกายภาพบำบัดโดยทั่วไป ยังคงอาศัยหลักการในสาขาวิชาชีวกายภาพบำบัด ไม่ได้อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง เนื่องจากเครื่องมือต่างๆ เหล่านี้เป็นการนำเข้า และมีราคาที่สูง ให้ผลไม่คุ้มค่ากับการนำเทคโนโลยีระดับสูงมาใช้งาน เช่น เครื่องวัดองศาการเคลื่อนไหวแบบ digital เมื่อเทียบกับผลลัพธ์ที่ได้จากการวัดด้วย goniometer แบบธรรมดาแล้ว ให้ผลแตกต่างที่ไม่มาก

แต่สามารถเห็นการนำเทคโนโลยีขั้นสูงมาใช้ในการด้านการวินิจฉัย-ประเมินผล เมื่อเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ที่ต้องการความเชื่อมั่นสูง เช่น ในการวิเคราะห์การเคลื่อนไหว โดยอาศัยเครื่องมือวิเคราะห์การเคลื่อนไหว (motion analysis) การประเมินผลการทรงตัวโดยอาศัยเครื่อง The probalance master system เป็นต้น ซึ่งผลนั้นจะนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ให้เกิดองค์ความรู้ที่จะขยายผลไปสู่การนำไปปฏิบัติใช้งานในการบริการทางกายภาพบำบัด

ผลกระทบ ไม่ปรากฏผลกระทบต่อการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ของนักกายภาพบำบัด เนื่องจากงานทางด้านนี้ อาศัยการตรวจประเมินโดยหลักการของนักกายภาพบำบัด จากนั้นเป็นการนำองค์ความรู้ด้านต่างๆ มาประเมิน วิเคราะห์ในปัญหา ซึ่งต่อเนื่องไปยังประชาชนเมื่อมารับบริการ จะไม่ได้รับผลจากการผลกระทบค่าใช้จ่ายมาสู่ผู้บริโภค แม้ในชนบทห่างไกลที่ไม่มีไฟฟ้าเข้าถึงก็ไม่เกิดผลกระทบ แต่เมื่อเป็นรูปแบบของงานวิจัย ที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูงทางกายภาพบำบัด ที่ยังคงเกาะติดกับเทคโนโลยีที่พัฒนาต่อไปเรื่อยๆ จากต่างประเทศ รวมถึงองค์ความรู้ที่นำใช้งานร่วมกับเทคโนโลยีนั้น ซึ่งผลกระทบจะชัดเจนมากหากประเทศชาติเกิดวิกฤติภาวะทางเศรษฐกิจ

แนวโน้มในอนาคต การอาศัยหลักการทางกายภาพบำบัด เพื่อวินิจฉัย-ประเมินผลทางกายภาพบำบัดนั้น ยังคงเป็นในรูปแบบเดิมๆ แต่มีแนวโน้มในการจัดบันทึกผลต่างๆ นั้น ต้องทำให้เป็นระบบมากขึ้น เพื่อการตรวจสอบได้ในระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล และการตรวจสอบมาตรฐานการรักษาที่ต้องปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพ นอกจากนี้การบันทึกที่เป็นระบบสามารถให้นักกายภาพบำบัดกลับมาวิเคราะห์ และปรับปรุงคุณภาพการรักษาให้ดีขึ้นต่อไป

2.4 เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดด้านการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

2.4.1 การรักษาด้วยเครื่องไฟฟ้า

กายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพทางวิทยาศาสตร์สุขภาพแขนงหนึ่ง ที่นำเอาพลังงานทางฟิสิกส์ชนิดต่างๆ เช่น พลังงานไฟฟ้า พลังงานแม่เหล็กไฟฟ้า พลังงานแม่เหล็ก พลังงานกล พลังงานความร้อน-เย็น มาใช้ในการรักษาทางกายภาพบำบัด เครื่องมือต่างๆ ที่เป็นเครื่องปลดปล่อยพลังงานที่กล่าวข้างต้น มักจะมีไฟฟ้าไปเลี้ยงวงจรของเครื่อง และเมื่อไฟฟ้าผ่านวงจรทางอิเล็กทรอนิกส์ ก็จะส่งพลังงานต่างๆ ออกมา เครื่องมือเหล่านี้สามารถจัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ว่าด้วยเครื่องมือที่จัดเป็นเครื่องมือทางกายภาพบำบัด

มีประวัติที่แสดงถึงเครื่องไฟฟ้าที่จัดเป็นเครื่องมือทางกายภาพบำบัดนั้น ได้ถูกนำเข้ามาเทคโนโลยี ทั้งองค์ความรู้และตัวเครื่องมือ (technology transfer) โดยในระยะแรกเครื่องมือทางไฟฟ้าต่างๆ ยังมีไม่มาก และต่อมาได้มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นตลอดมาจนถึงปัจจุบัน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ในยุคปัจจุบันเจริญไปอย่างรวดเร็ว ทำให้มีเครื่องมือหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทางกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และนับวันเครื่องมือเหล่านี้จะยังมีความซับซ้อนมากขึ้นตามไปด้วย ส่วนใหญ่ของเครื่องมือยังอาศัยพื้นฐานจากเครื่องมือที่มีมาแต่อดีต ผสมผสานกับแนวโน้มความต้องการของผู้ใช้เครื่องมือ ทำให้มีการผลิตเครื่องมือใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เช่น เครื่องให้การรักษาด้วยคลื่นอัลตราซาวด์ร่วมกับกระแสไฟฟ้า ที่เกิดจากการนำมารวมกันระหว่างคลื่นอัลตราซาวด์และกระแสไฟฟ้าโดยใช้หัวส่งผ่านคลื่นเป็นขั้วกระตุ้นไฟฟ้า เพื่อส่งเสริมให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือการนำกระแสไฟฟ้าหลายๆ แบบมารวมอยู่ในเครื่องเดียวกัน ให้นักกายภาพบำบัดเลือกใช้กระแสที่ต้องการแทนการใช้กระแสเดียวจากเครื่องๆ เดียว เครื่องมือที่กล่าวข้างต้น มีบริษัทต่างๆ ผลิตออกมาเพื่อจัดจำหน่าย (เป็นบริษัทต่างประเทศ) มีการสั่งซื้อที่หลากหลายให้กับกระแสไฟฟ้าชนิดเดียวกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสับสนต่อผู้ใช้เครื่องมือ¹⁶ การที่ผู้ใช้จะสามารถเลือกเครื่องมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด และเกิดโทษน้อยที่สุดนั้น ผู้ใช้นอกจากต้องมีความรู้เรื่องร่างกายมนุษย์ และโรคที่จะทำการรักษาแล้ว ยังจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในพื้นฐานเกี่ยวกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ เหล่านี้ด้วย

นอกจากนี้ในต่างประเทศ เครื่องไฟฟ้าทางกายภาพบำบัดหลายประเภท ได้มีการดัดแปลงไปหลายอย่าง เช่น เครื่องช็อตเวฟ เครื่องไมโครเวฟ ที่ผลิตคลื่นสั้นโดยให้ผลความร้อนลึกลงไปในร่างกาย เป็นต้น แต่เครื่องมือเหล่านี้ยังพบการใช้งานอยู่ภายในประเทศไทย นี่เป็นเหตุการณ์ที่ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องไฟฟ้าทางกายภาพบำบัดควรจะได้เจาะลึกในข้อเท็จจริง และออกมาส่งสัญญาณแก่ผู้ใช้งานถึงข้อควรระวังต่างๆ

2.4.2 ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ร่วมกับเครื่องอัลตราซาวด์ (coupling media)

เครื่องอัลตราซาวด์เป็นเครื่องผลิตคลื่นเหนือเสียง ที่ทางกายภาพบำบัดนำมาใช้ในการบำบัดรักษาในหลายวัตถุประสงค์ เช่น ลดการอักเสบ คลื่นชนิดนี้เมื่อนำมาใช้กับร่างกายจะต้องมีตัวกลางระหว่างหัวอัลตราซาวด์กับร่างกาย เพื่อให้คลื่นสามารถส่งต่อเข้าร่างกายได้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตัวกลางมีหลายชนิด คุณสมบัติในการส่งผ่านคลื่นเสียงก็แตกต่างกันไปในแต่ละชนิด ตัวกลางที่นิยมใช้ภายในประเทศ คือ Ultrasonic gel ซึ่งปัจจุบันเป็นการนำเข้าจากต่างประเทศ ในประเทศไทยได้มีผู้ผลิตออกมา แต่ไม่เป็นที่นิยมของผู้บริโภค เนื่องจากมีฟองอากาศเกิดมากไป ความหนืดของตัวกลางไม่พอเหมาะ อาจจะหนืด หรือเหลวไป ซึ่งมีผลต่อการเคลื่อนหัวของอัลตราซาวด์ขณะทำการรักษา (ผู้แทนบริษัท-ติดต่อส่วนตัว)

2.4.3 การรักษาด้วยเครื่องดึงกระดูกสันหลังไฟฟ้า

การรักษาโดยการดึงกระดูกสันหลังนั้น มีการใช้มาเป็นเวลานานตั้งแต่สมัย Hippocrates โดยเริ่มแรกนั้นเป็นรอกและถ่วงด้วยลูกน้ำหนัก ซึ่งให้ผลไม่ดีเท่าที่ควรเนื่องจากน้ำหนักที่ใช้ดึงต้องต้านกับความฝืดจากแรงเสียดทานของน้ำหนักตัวผู้ป่วยที่ตกลงบนเตียง ต่อมาเมื่อเครื่องไฟฟ้าพัฒนาขึ้น ก็มีการปรับเปลี่ยนเป็นระบบไฟฟ้า พัฒนาจนเครื่องสามารถปรับจากการดึงตลอดเวลา (continuous traction) จนมาเป็นการดึง-ปล่อยเป็นระยะ (intermittent traction) รวมทั้งเตียงที่สามารถแยกส่วน และเลื่อนไปตามแรงดึงได้ เป็นการลดแรงเสียดทาน นับเป็นการพัฒนาทางเทคโนโลยีเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

เครื่องดึงกระดูกสันหลังไฟฟ้าจะต้องได้รับการพัฒนาอีกต่อไป รวมทั้งจะมีการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อนำมาใช้งานร่วมด้วย เช่น ปัจจุบันมีผู้คิดค้นเรื่อง decompression traction ที่เป็นการรักษาอาการปวดหลังโดยการบูรณาการเครื่องดึงกระดูกสันหลัง แล้วให้มีแรงกดที่หน้าท้องเพื่อเพิ่มความดันภายในช่องท้อง ขณะเดียวกันก็มีการปล่อยกระแสไฟฟ้าไดโอดไดนามิก เพื่อลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อที่เกร็งตัว ขณะนี้ในเครื่องนี้ยังอยู่ระหว่างการทดลองผล แต่มีบริษัทเครื่องมือกายภาพบำบัดนำเข้ามาในประเทศไทยแล้ว

แนวโน้มในอนาคต การพัฒนาของเครื่องมือต่างๆ ทางกายภาพบำบัดจะเพิ่มมากขึ้น นักกายภาพบำบัดจึงควรศึกษาองค์ความรู้ด้านต่างๆ แล้วพิจารณาพิจารณาในเทคโนโลยีใหม่ๆ พิจารณาถึงความคุ้มค่า ก่อนตัดสินใจในการพึงพิงเทคโนโลยีจากต่างแดน

2.5 เครื่องใช้ไฟฟ้าทางกายภาพบำบัดกับการประกอบการเสริมความงาม

ในการประกอบการเสริมความงาม ได้มีการนำเทคโนโลยีทางด้านเครื่องไฟฟ้า ที่จัดเป็นเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 มาใช้งาน เครื่องไฟฟ้านั้น คือ iontophoresis stimulator ไอออนโตโฟเรซิส หมายถึง การผ่านไอออนของสารละลายหรือยา (ที่สามารถแตกตัวได้ในสารละลาย) เข้าไปในร่างกาย โดยการใช้กระแสไฟฟ้าตรงเป็นตัวผลักดัน

¹⁶ นัายาที่ผู้ประกอบการผลักดันให้เข้าสู่ร่างกาย เชื่อว่าสามารถทำให้ผิวพรรณงดงาม ลดร่องรอยบนใบหน้าได้ นอกจากนี้ยังมีเครื่องใช้ไฟฟ้าอื่นๆ อีก เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ เพื่อลดริ้วรอย เป็นต้น

ภายใต้กรอบพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ จึงเป็นกรอบบังคับว่าต้องมีผู้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาย่อยกายภาพบำบัดเป็นผู้ให้บริการเท่านั้น จากการสอบถามนักกายภาพบำบัดที่ประจำสถานประกอบการลักษณะนี้ พบว่าส่วนใหญ่ของการใช้งานเครื่องไฟฟ้า มิใช่เป็นนักกายภาพบำบัดที่เป็นผู้ให้บริการ

3. แนวโน้มในเรื่องเทคโนโลยีเครื่องใช้ไฟฟ้าทางกายภาพบำบัด

เนื่องจากในระยะเวลาข้างหน้า เครื่องมือต่างๆ ย่อมมีการพัฒนามากขึ้นตามเทคโนโลยีใหม่ๆ ในต่างประเทศ มีการร่วมมือกันระหว่างนักกายภาพบำบัดกับนักวิศวกรรมชีวการแพทย์ ในการผลิตเครื่องไฟฟ้าที่ใช้กระตุ้นกล้ามเนื้อในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง โดยรูปแบบไฟฟ้าจะกระตุ้นกล้ามเนื้อในท่าทางการใช้งาน (FES; Functional Electrical Stimulator) เช่น การกระตุ้นกล้ามเนื้อในท่านั่งถีบจักรยาน เป็นต้น สิ่งนี้เป็นสัญญาณว่า ในอนาคตควรเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานองค์กรต่างๆ เพื่อสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น การผลิต FES เพื่อให้ผู้พิการใช้ในบ้าน และกระตุ้นให้เกิดปริมาณการใช้งานที่สูง ราคาของ FES ก็จะถูกลง เป็นการประหยัดทรัพยากรของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม แนวโน้มความเป็นไปได้ของการร่วมมือนี้เป็นไปได้สูง หากแต่ต้องการการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง

จากรายงานต่างๆ ข้างต้น ระบบกายภาพบำบัดต้องตอบคำถามว่า ใคร ในระดับไหน ควรจะเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการบริหาร-ใช้ เครื่องมือไฟฟ้าทางกายภาพบำบัดเหล่านี้ โดยอยู่ภายใต้กรอบพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด และต่อไปอำนาจการตัดสินใจในการจัดระบบบริการสุขภาพ จะอยู่ในการตัดสินใจของหน่วยงานองค์กรระดับตำบล อำเภอ (decentralize) ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามท้องถิ่น หรือภูมิภาค รวมถึงระบบการจัดหาบุคลากร เพื่อรองรับการบริการนั้นๆ ด้วย เช่นนั้น ผู้ให้บริการในท้องถิ่นถ้าหากจำเป็นต้องเป็นนักกายภาพบำบัด จะมีการกระจายนักกายภาพบำบัดเข้าไปสู่งานในส่วนนี้ได้ด้วยวิธีใด

4 เทคโนโลยีเกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยการออกกำลังกาย

การเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยการออกกำลังกายนั้น แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับของผู้ที่ร่างกายเป็นปกติและออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ กับระดับที่มีความด้อยทางศักยภาพทางกายและออกกำลังกายเพื่อรักษาอาการ

4.1. การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

กระแสการตื่นตัวของการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพนับวันจะยิ่งมากขึ้นด้วย นโยบายภาครัฐ จุดประสงค์ใหญ่ให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง โดยการนี้ประชาชนมีทางเลือกของการสร้างสุขภาพมากมาย ซึ่งมีทั้งการต้องอาศัยเทคโนโลยี (เช่น เครื่องออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ ในสถานฟิตเนส) และไม่อาศัยเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังอาจออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ ที่ถ่ายทอดมาจากต่างประเทศ เช่น จั๊ง โยคะ รำดาบ รำพัด เป็นต้น แต่เมื่อประชาชนได้รับการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายแล้ว องค์ความรู้ที่จัดให้ประชาชนเพื่อให้ดูแลตนเองในเบื้องต้นยังกระจุกกระจาย ยากต่อการค้นหาความรู้

4.2 การออกกำลังกายเพื่อการรักษา

ในงานบริการทางกายภาพบำบัด จะยึดหลักการพื้นฐานของการออกกำลังกายเพื่อการรักษา การรักษาอาจเป็นการจัดทำบริหารโดยอาศัยเรื่องของแรงดึงดูดโลก ให้ได้แรงช่วยหรือแรงต้าน เพื่อบริหารร่างกายในส่วนที่ต้องการ ในการนี้อาจมีการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมต่างๆ มาใช้ประกอบ เช่น ลูกบอลลูกใหญ่ ซึ่งได้รับการออกแบบให้มีที่ยึดจับ เป็นต้น แต่เทคโนโลยีเหล่านี้ก็ไม่ได้มีความจำเป็นสำหรับการใช้งาน เป็นสิ่งที่สามารถดัดแปลงเอาจากวัสดุพื้นบ้านที่มีมาใช้ทดแทนได้

ในต่างประเทศมีการคิดค้นวิธี และเครื่องมือต่างๆ ในการออกกำลังกายเพื่อการรักษา เช่น มีการพัฒนามือกล (robot) เพื่อช่วยในการออกกำลังกายผู้ป่วยอัมพาตแทนนักกายภาพบำบัด หรือการใช้ virtual reality ในการออกกำลังกายผู้ป่วยที่มีปัญหาการทรงตัว^{17,18} ผู้ป่วยพาร์กินสัน หรือข้อไหล่ติด แต่อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีนี้คงไม่แพร่มาถึงประเทศไทย เนื่องด้วยค่าใช้จ่ายเทคโนโลยีนี้มีมูลค่าที่สูง ไม่คุ้มกับการใช้งาน

5. นวัตกรรมการรักษาทางการแพทย์กับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยกายภาพบำบัด

ในนวัตกรรมการรักษาบางโรคมีการเปลี่ยนแปลงในเทคนิคการรักษาทางการแพทย์ อาจส่งผลต่อการรักษาต่อเนื่องโดยอาศัยวิธีการทางกายภาพบำบัด เช่น การรักษาโรคนิ้วล็อก (trigger finger) ซึ่งการรักษาทางการแพทย์ดั้งเดิมจะเป็นการฉีดยาหรือเป็น conservative treatment และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาทางกายภาพบำบัด ซึ่งนิยมใช้เครื่องอัลตราซาวด์ลดการอักเสบ แล้วตามด้วยการยืดของเส้นเอ็นกล้ามเนื้อที่เกิดปัญหา ใช้การรักษาไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง ผลการรักษาไม่แน่นอน มีทั้งผู้ป่วยที่หายขาด และไม่ดีขึ้นเลย ทำยสุดเมื่อการรักษาไม่ได้ผลจึงอาจมีการผ่าตัดเพื่อแก้ไขปัญหา ปัจจุบันมีผู้คิดค้นวิธีการรักษาโดยอาศัยเครื่องมือคล้ายเครื่องชุดหินปูนทางทันตกรรม¹⁹ ฉีดยาชา แล้วใช้เครื่องมือดังกล่าวเจาะเข้าไปยัง osteofascial tunnel ตรงบริเวณที่เกิดปัญหา ชุดตรงที่มีการบวมของเส้นเอ็นกล้ามเนื้อหรือบริเวณที่แผ่นพังผืดหนาตัว ใช้เวลาเพียง 5 นาที ผู้ป่วยสามารถใช้งานนิ้วที่มีปัญหาได้ทันที และการเกิดซ้ำของโรคน้อยมาก หันกลับไปวิเคราะห์

ต้นทุนการรักษาด้วยนวัตกรรมใหม่แล้ว เป็นการประหยัดทรัพยากรด้านต่างๆ ลงไปได้อย่างมากมาย แสดงให้เห็น**แนวโน้ม**ว่า นวัตกรรมการรักษาใหม่ๆ จะเกิดขึ้นเสมอ และอาจให้ผลที่ดีกว่าเดิม ดังนั้น นักกายภาพบำบัดจึงควรมีการติดตามนวัตกรรมใหม่ๆ ทางกายภาพบำบัดโดยสม่ำเสมอ

ตัวอย่าง นวัตกรรมการรักษาอีกกรณี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การผ่าตัดแบบเดิม ได้นำเอาเส้นเลือดดำที่ขา (saphenous vein) มาแทนที่ ปัจจุบันได้นำเอาเส้นเลือดแดงในช่องอก (internal thoracic artery) มาแทนที่ ไม่ต้องใช้ปอดเทียม ผู้ป่วยมีความบอบช้ำจากการผ่าตัดน้อยลง การบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพโดยกายภาพบำบัด เป็นไปด้วยดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อยู่โรงพยาบาลน้อยวัน กลับสู่สภาพที่ดีได้ในเร็ววัน เน้นอำนวยความสะดวกต่อการวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้

6. เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดด้านการป้องกัน

ทางด้านงานป้องกันของงานกายภาพบำบัดในไทย มักเป็นไปในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนไม่ว่าในสถานที่รักษาหรือการออกหน่วยเคลื่อนที่ เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาท่าทางขณะทำงาน การให้ความรู้ในหลักการออกกำลังกาย การดูแลตนเองขณะที่เกิดปัญหาของการปวดข้อ เป็นต้น วิธีการให้ความรู้ มักอยู่ในรูปของการแนะนำเป็นรายบุคคล หรือเป็นกลุ่ม อาศัยสื่อที่เรียบง่าย ไม่ซับซ้อน เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ การสาธิต สื่อวิทยุกระจายเสียง สารของสื่อ ยังคงเป็นเอกเทศในเรื่องกายภาพบำบัดเท่านั้น ไม่เคยมีงานการศึกษาใดของทางกายภาพบำบัด ที่ประเมินใน outcome ที่ปรากฏ ทั้งทางด้านเศรษฐศาสตร์ สังคม การนำไปใช้งาน หรือความถูกต้องของความเข้าใจในสื่อ

ในต่างประเทศ กระแสตื่นตัวของ telehealth โดยอาศัย telecommunication technology²⁰ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนมุมมองของกระบวนการทางสุขภาพและสาธารณสุขของโลก ที่หันมามองในด้านของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ไม่เว้นแม้แต่องานกายภาพบำบัด ได้มีการรวมกลุ่มกันสร้างเครือข่ายพัฒนาศึกษา เพื่อการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอย่างองค์รวม ชาวชนบทที่อยู่ห่างไกลเพียงใด ก็สามารถรับรู้ข่าวสารผ่านทางสื่อสารติดต่ออย่างไร้พรมแดน สามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญผ่านทางสื่อต่างๆ ที่นับวันจะเป็นการสื่อสารที่สามารถจะมีการโต้ตอบได้ เสมือนผู้เชี่ยวชาญมานั่งอยู่ตรงหน้า นับเป็นความเสมอภาคเป็นธรรมสำหรับทุกชุมชนเครือข่าย ที่จะมียระบบมารองรับในการที่จะร่วมกันในการดูแลสุขภาพ

หันมาทางประเทศไทย แม้กระแสเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจะแรง จนมีนโยบายและหน่วยงานต่างๆ ออกมาเพื่อสานงานด้านนี้มากมาย เช่น การออกมากระตุ้นให้ประชาชนออกกำลังกาย หรือได้มีกลุ่มศึกษา “ชุดการวิจัยระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำหรับประชาชน” เพื่อจัดกลไกเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย มาใช้สนับสนุนการพึ่งตนเองทางสุขภาพของคนไทยกลุ่ม

ต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง และสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล²¹ ระบบกายภาพบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพโดยรวม เป็นหน้าที่ที่ต้องผลักดันให้กลุ่มศึกษาเห็นความสำคัญของระบบกายภาพบำบัด จนมีส่วนร่วมในการระดมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในกลุ่มศึกษา นี้ด้วย

7. การเจริญของเทคโนโลยี-นาโนเทคโนโลยี-ชีววิทยาระดับโมเลกุลกับบทบาททางกายภาพบำบัด

ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีอื่นๆ ตลอดจนนาโนเทคโนโลยีหรือชีววิทยาระดับโมเลกุล (molecular biology) ในวงการแพทย์ทั่วโลก เช่น ได้มีการทดลองนำ stem cell หยดลงไปหัวใจ เพื่อให้เกิดการเหนี่ยวนำแบ่งเซลล์เกิดเป็นเส้นเลือดหัวใจ วิธีการนี้ผู้ป่วยไม่ต้องผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจที่อุดตัน หรือมีการทดลองในหนูโดยการหยด stem cell เช่นกันในไขสันหลังของหนูที่ถูกตัดไขสันหลัง ผลปรากฏว่ามีการเพิ่มของเซลล์ประสาท เชื่อมระหว่างปลายของไขสันหลังที่ถูกตัดขาดจากกัน แต่ขณะนี้ยังไม่สามารถควบคุมการแบ่งเซลล์ของเซลล์ประสาทได้ และเมื่อไม่นานมานี้ มีข่าวเรื่องการพัฒนาหลอดจักษุระยะสอยลิ้มเลือด “เมอร์ซี รีทรีฟเวอร์” เป็นหลอดที่มีลักษณะขดเกลียว ซึ่งสามารถดึงก้อนเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดของสมองออกมาได้²² เป็นต้น สิ่งต่างๆ ข้างต้นคือความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งนับวันก็มีการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ ออกมาอย่างมากมาย

สำหรับเทคโนโลยีทางกายภาพบำบัดที่ปรากฏในต่างประเทศ มีการพัฒนา ship ทางชีวภาพ จนมีขนาดเล็กมาก สามารถฝังเข้าในร่างกาย เช่น เพื่อควบคุมการกระดกข้อเท้าในผู้ป่วยอัมพาต¹⁷ ตลอดจนมีการพัฒนา software ที่ช่วยดูแลเรื่องงานการบริหารจัดการของแผนกกายภาพบำบัด¹⁸ เป็นต้น

เทคโนโลยีต่างๆ ทางแพทย์และกายภาพบำบัดที่กำลังก้าวข้ามขั้น ส่งผลกระทบต่อการทำงานการดำเนินของรอยโรค การวางแผนการรักษา และค่าใช้จ่ายทางกายภาพบำบัด ซึ่งต่อเนื่องไปถึงการวางแผนงานของระบบกายภาพบำบัดทั้งสิ้น นักกายภาพบำบัดและผู้เกี่ยวข้องจะต้องมีการติดตามความก้าวหน้าในเทคโนโลยีทางการแพทย์และกายภาพบำบัดอย่างใกล้ชิด แต่อย่างไรก็ตาม การเจริญของเทคโนโลยีที่กำลังก้าวข้ามขั้น เป็นไปเพื่อการรักษา และเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หากบุคลากรในระบบสุขภาพได้ประสานงานกันเป็นองค์รวม ในการป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค จะเป็นการประหยัดในการใช้ทรัพยากรของโลกได้อย่างมากมาย

ส่วนที่ 2 การจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด

1. คำจำกัดความ (Definition) และแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้^{23, 24}

1.1 การจัดการความรู้คืออะไร

การจัดการความรู้ คือ กระบวนการยกระดับความรู้ในองค์กร เพื่อนำต้นทุนทางปัญญา (intellectual capital) ขององค์กรไปสร้างมูลค่าและคุณค่า

ต้นทุนทางปัญญา (intellectual capital) มีความหมายรวมถึง ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ทรัพย์สินทางปัญญา และประสบการณ์ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการสร้างคุณค่าเพิ่มและมูลค่าเพิ่มได้

ต้นทุนทางปัญญา โดยมากมักรวม ต้นทุนด้านคน (human capital) ต้นทุนด้านโครงสร้าง (structural capital) ต้นทุนด้านทรัพย์สินทางปัญญา (intellectual capital) ต้นทุนด้านลูกค้า ต้นทุนด้านตลาด

1.2 ความหมายที่กว้างของการจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนและกว้างขวาง ไม่สามารถให้นิยามด้วยถ้อยคำสั้นๆ ได้ ต้องให้นิยามหลายข้อ จึงจะครอบคลุมความหมาย ซึ่งได้แก่

- การจัดการความรู้มีความหมายรวมถึง การรวบรวม การจัดระบบ การจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูล เพื่อสร้างเป็นความรู้ เทคโนโลยีด้านข้อมูลและด้านคอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มพลังในการจัดการความรู้ แต่เทคโนโลยีด้านข้อมูลและคอมพิวเตอร์โดยตัวมันเองไม่ใช่การจัดการความรู้
- การจัดการความรู้เกี่ยวข้องกับการแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing) ถ้าไม่มีการแบ่งปันความรู้ ความพยายามในการจัดการความรู้จะไม่ประสบผลสำเร็จ พฤติกรรมภายในองค์กรเกี่ยวกับวัฒนธรรม พลวัต และวิถีปฏิบัติ มีผลต่อการแบ่งปันความรู้ ประเด็นด้านวัฒนธรรมและสังคมมีความสำคัญยิ่งต่อการจัดการความรู้
- การจัดการความรู้ต้องการผู้ทรงความรู้ความสามารถในการตีความและประยุกต์ใช้ความรู้ ในการสร้างนวัตกรรม และเป็นผู้นำในองค์กร รวมทั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่งสำหรับช่วยแนะนำวิธีประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ ดังนั้น กิจกรรมเกี่ยวกับคน ได้แก่ การดึงดูดคนเก่งและคนดี การพัฒนาคน การติดตามความก้าวหน้าของคน และการดึงคนมีความรู้ความสามารถไว้ในองค์กร ถือเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้
- การจัดการความรู้เป็นเรื่องของการเพิ่มประสิทธิผลขององค์กร การจัดการความรู้เกิดขึ้นเพราะมีความเชื่อว่า จะช่วยสร้างควมมีชีวิตชีวาและความสำเร็จให้แก่

องค์การ การประเมิน “ต้นทุนทางปัญญา” (intellectual capital) และผลสำเร็จของการประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ เป็นดัชนีบ่งบอกว่าองค์การมีการจัดการความรู้ได้อย่างได้ผลหรือไม่

ในการจัดการความรู้ จะต้องมีการจัดการครบทั้ง 3 องค์ประกอบของความรู้ คือ ความรู้ฝังลึกในคน ความรู้แฝงในองค์กร และความรู้เปิดเผย รวมทั้งจะต้องมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนากิจกรรมหลัก (core activities) ขององค์กร กลุ่มบุคคล หรือเครือข่าย

การจัดการความรู้ จะต้องดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการอยู่ในกิจกรรมหรืองานประจำ ไม่ถือเป็นกิจกรรมที่แยกจากงานประจำ ต้องดำเนินการโดยไม่ทำให้สมาชิกขององค์กรรู้สึกว่ามีการเพิ่มขึ้น

พื้นฐานสำคัญต่อความสามารถในการจัดการความรู้ คือ ความเป็นองค์กรเรียนรู้ (learning organization) หรือองค์กรเคอร์ดิค (chaordic organization) และการที่สมาชิกองค์กรเป็นบุคคลเรียนรู้ (learning person)

ในภาพกว้าง การจัดการความรู้จะต้องเชื่อมโยงกับกิจกรรมเกี่ยวกับความรู้ที่หลากหลาย เช่น การสร้างความรู้ (การวิจัย) วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นวัตกรรม การศึกษา การพัฒนาคน วัฒนธรรมการเรียนรู้

1.3 องค์ประกอบของการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแปรข้อมูล (data) เป็นข้อสนเทศ (information) แปรข้อสนเทศเป็นความรู้ (knowledge) และใช้ความรู้เพื่อปฏิบัติการ (action) โดยที่ไม่หยุดอยู่แค่ระดับความรู้ แต่จะยกระดับไปถึงปัญญา (wisdom) คุณค่า ความดี ความงาม

ข้อมูล (data) หมายถึง สิ่งที่ค้นหาหรือรวบรวมได้จากการทดลอง เอกสาร แบบสอบถาม คำบอกเล่า หรือวิธีอื่นๆ โดยที่ยังไม่ได้ผ่านการตรวจสอบและตรวจสอบ ข้อมูลอาจมีลักษณะเป็นตัวเลข หรือเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา เชิงบรรยาย

ข้อมูลข่าวสารหรือสารสนเทศ (information) หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการนำข้อมูลมาคัดเลือก จัดหมวดหมู่ กำหนดแบบแผน และหาความสัมพันธ์ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความหมาย มีรูปแบบที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ง่ายขึ้นหรือชัดเจนขึ้น

เทคโนโลยีสารสนเทศ หมายถึง เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการจัดหา จัดการ ประมวล จัดเก็บ เรียกใช้ แลกเปลี่ยน หรือเผยแพร่สารสนเทศ ด้วยเทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ หรือการนำสารสนเทศ และข้อมูลไปปฏิบัติ ตามเนื้อหา ของข้อมูลนั้น เพื่อบรรลุเป้าหมายของผู้ใช้ ดังนั้นจึงครอบคลุมถึง หลายๆ เทคโนโลยีหลัก อันได้แก่ เทคโนโลยีด้านคอมพิวเตอร์ ทั้งฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และฐานข้อมูล เทคโนโลยีโทรคมนาคม และ เทคโนโลยีด้านอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

ในระดับของข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลจากการทำงาน มีการค้นหาหรือขุดค้น (mining) รวบรวมข้อมูล นำมาตรวจสอบกรองเอาไว้เฉพาะข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสำคัญต่องานขององค์กร นำมาจัดหมวดหมู่เพื่อให้ประมวลเป็นข้อมูลได้ง่าย จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ ให้ค้นหาได้ง่าย นำไปสู่การจัดบริการข้อมูล มีกิจกรรมเพื่อถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข้อมูล

กระบวนการแปรข้อมูลไปเป็นข้อสนเทศ ประกอบด้วยการกรองเอาไว้เฉพาะข้อมูลที่แม่นยำ และเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น นำมาตีความ หรือจัดรูปแบบ (pattern) ภายใต้กรอบบริบท (context) ของเรื่องนั้นๆ

ในระดับข้อสนเทศ มีการเลือก จัดหมวดหมู่ จัดหีบห่อ (ให้เหมาะสมและชวนใจผู้ใช้) จัดเก็บ ให้บริการ ถ่ายทอด แลกเปลี่ยน และนำไปใช้ประโยชน์

ในระดับความรู้ มีการดำเนินการส่งเสริมหรือสร้างเงื่อนไข ให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ (knowledge sharing) ภายในองค์กร ไม่มีการปิดบังความรู้ มีการยกระดับความรู้ให้ลึกซึ้งหรือเชื่อมโยงยิ่งขึ้น อาจยกระดับขึ้นไปถึงความเข้าใจในกระบวนการทัศน์ใหม่ มีการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ประกอบการกำหนดนโยบาย ประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางใดแนวทางหนึ่งในหลายๆ ทางเลือก หรือใช้ในการทำงานให้ประสบความสำเร็จสมความมุ่งหมาย แล้วเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จากการกระทำนั้น (เกิดปัญญา) และภาคีผู้มีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ได้รับผลจากความสำเร็จ และเกิดปิติสุข

เมื่อมีการประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อกิจการใดกิจการหนึ่ง ก็มีการสังเกตและเก็บข้อมูลจากกิจกรรมนั้น นำไปแปรเป็นข้อสนเทศและความรู้สำหรับนำมาประยุกต์ให้เกิดผลงานที่ดียิ่งขึ้น เป็นวัฏจักรหมุนเวียนไม่รู้จบ เป็นวัฏจักรแห่งการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาการและปัญญา

1.4 การจัดการความรู้เปรียบเทียบกับกรวิจัย

การจัดการความรู้ เน้นการครอบคลุมตัวแปรจำนวนมาก และหลากหลาย เอามาประยุกต์ หวังผลเชิงผลสัมฤทธิ์ในลักษณะ tacit

การวิจัย เน้นการจับตัวแปรจำนวนน้อย เอามาศึกษา หรือดำเนินการเพื่อหาคำตอบเชิงเหตุผล หาคำอธิบายที่ explicit

1.5 การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือไม่ใช่เป้าหมาย

การจัดการความรู้เป็นวิธีการ (means) ไม่ใช่เป้าหมาย (end) ตัวเป้าหมายคือภารกิจขององค์กรหรือสังคม และการสร้างสรรค์อุดมการณ์หรือเป้าหมายใหม่ๆ ภายใต้กระบวนการทัศน์ใหม่ ให้แก่องค์กรหรือสังคม

ในยุคปัจจุบันที่สังคมก้าวเข้าสู่สังคมและเศรษฐกิจฐานความรู้ (knowledge-based society & economy) ทุกองค์กรและทุกภาคส่วนของสังคมจะต้องพัฒนาศักยภาพความรู้และทักษะในการจัดการความรู้ จนในที่สุดทุกภาคส่วนของสังคมดำเนินการจัดการความรู้ บูรณาการอยู่ใน

กิจกรรมหรืองานประจำของตน เกิดการสอดใส่ “ชิ้นส่วนความรู้” (knowledge component) เข้าไปในกิจกรรม กระบวนการ และผลิตภัณฑ์ของตน ทำให้ภารกิจและผลผลิตขององค์กรมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล นำไปสู่สุขภาวะขององค์กร ของสมาชิกภายในองค์กร และของสังคม และในขณะเดียวกันก็นำไปสู่ปัญญาในระดับต่างๆด้วย

1.6 กิจกรรมของการจัดการความรู้

ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่สำคัญ 5 ขั้นตอน

(1) **การกำหนด (define) ความรู้** ที่ต้องการใช้ในการดำเนินการกิจกรรมหรือธุรกิจนั้น ทั้งนี้เพื่อให้การจัดการความรู้มีจุดมุ่งหรือจุดเน้น (focus) ไม่ปะปน ไม่รวบรวมนำเอาความรู้ที่ไม่จำเป็นต่อภารกิจของงานเข้ามาจนท่วมท้น เกิดความสับสน อลหม่าน ทำให้การจัดการความรู้เกิดความสิ้นเปลืองเกินไป ไม่คุ้มค่า

ขั้นตอนนี้คือขั้นตอนการนำเอาความมุ่งมั่น (purpose) วิสัยทัศน์ (vision) พันธกิจ (mission) เป้าหมาย (goal) วัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นตัวตั้ง ใช้ในการกำหนดความรู้ที่ต้องการใช้

(2) **การสร้าง (create) ความรู้** ทั้งนี้เป็นการสร้างจากกระบวนการทำงานภายในองค์กร และการนำความรู้ข้อสนเทศ หรือข้อมูลจากภายนอกมาสังเคราะห์เป็นความรู้สำหรับใช้ในการทำงาน

(3) **การเสาะหาและยึดกุม (capture) ความรู้** จากความเชื่อที่ว่า ความรู้มีอยู่ทั่วไป ทั้งภายในองค์กร ภายในสังคมไทย และภายในโลก องค์กรจะต้องพัฒนาขีดความสามารถในการเสาะหาและยึดกุมความรู้ที่กระจัดกระจาย และแฝงอยู่ตามที่ต่างๆ มาใช้ประโยชน์ และดำเนินการดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะ เกิดความชำนาญ ในการเสาะหาและยึดกุมความรู้ รวมทั้งพัฒนาวิธีการใหม่ๆ เพื่อกิจกรรมดังกล่าวจากประสบการณ์เดิม

(4) **การแลกเปลี่ยน (share) ความรู้** เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด และเป็นขั้นตอนที่ทำยากที่สุด ในองค์กรบางประเภทที่สมาชิกองค์กรมีพฤติกรรมปกปิดความรู้ เก็บงำไว้คนเดียว เพื่อเอาไว้ใช้แสดงความเหนือคนอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการแข่งขันเลื่อนตำแหน่งหน้าที่ กระบวนการจัดการความรู้จะต้องสร้างเงื่อนไขและกติกาส่งเสริมการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ ให้ผลประโยชน์แก่ผู้มีพฤติกรรมแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ ไม่ให้ผลประโยชน์แก่ผู้มีพฤติกรรมกักตุนความรู้

(5) **ประยุกต์ใช้ (use)** ถ้าไม่มีขั้นตอนของการประยุกต์ใช้ การจัดการความรู้ก็ไม่ก่อผลใดๆ เป็นการลงทุนที่สูญเปล่า การประยุกต์ใช้ความรู้ ทำให้เกิดผลจากการใช้ความรู้นั้นทั้งเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการ พัฒนาระบบการทำงาน และพัฒนาสมาชิกขององค์กร เป็นเรื่องสำคัญยิ่ง และมีผลในเชิงป้อนกลับ (feedback) ต่อขั้นตอนการจัดการความรู้ 4 ขั้นตอนข้างต้น

2. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต (Current Status and Trend)

2.1 การจัดการความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพ

2.1.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

จากที่กล่าวไว้ในตอนต้นของรายงานฉบับนี้ว่ามีบุคคล / กลุ่มบุคคล / วิชาชีพ ที่ใช้วิธีการทางกายภาพในการดูแลสุขภาพมากมาย และมีกระบวนการจัดการความรู้ที่เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพเกิดขึ้นมากมายในสังคมไทย แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการจัดการความรู้ในกลุ่มประชาชนที่ดูแลสุขภาพตนเอง และกลุ่มแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย เท่าที่ผู้เขียนสามารถรวบรวมข้อมูลได้

(1) กลุ่มดูแลสุขภาพตนเอง

การสังเกตประเมินผล สรุปบทเรียน ปรับแต่ง ฝึกสอนและถ่ายทอดวิธีการทางกายภาพแบบพื้นบ้าน สำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิด ดำรงอยู่ในสังคมไทยเป็นเวลายาวนานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน กระบวนการเหล่านี้เป็นการจัดการความรู้โดยเน้นหนักที่ความรู้ฝังลึกในคน (tacit knowledge) แต่เนื่องจากผลกระทบจากปัจจัยแวดล้อมรอบด้าน เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยีการสื่อสาร เป็นต้น ทำให้ในยุคที่ผ่านมา โดยเฉพาะยุคหลังจากที่มีการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาในสังคมไทย แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้านค่อยๆ ลบเลือนจากวิถีชีวิตของคนไทย ยังคงมีหลงเหลืออยู่บ้างในสังคมชนบทที่ห่างไกล รวมทั้งในท้องถิ่นที่เห็นความสำคัญของการพึ่งตนเองและเห็นคุณค่าของวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

ในปัจจุบัน ภายหลังจากที่มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน และการยกร่าง-พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้น รวมทั้งการที่รัฐบาลปัจจุบันมีนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นทั้งในแง่เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและการค้า ได้ก่อให้เกิดแนวคิดการฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการพึ่งตนเองอย่างกว้างขวาง รวมทั้งมีการรวมกลุ่มประชาชนผู้รักสุขภาพมากมายหลายกลุ่มกระจายอยู่ในหลายพื้นที่ กิจกรรมของกลุ่มเหล่านี้ประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการใช้วิธีการทางกายภาพ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีทั้งแบบพื้นบ้านของไทยเองแบบที่รับวัฒนธรรมตะวันตกออกและตะวันตกเข้ามา เช่น ชีกง โยคะ โนราห์บิก เป็นต้น มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีการสร้างความรู้ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต เช่น ทำออกกำลังกายโดยใช้กระบองของบ้านภูมิ ทำการออกกำลังกายที่ประยุกต์จากท่าทางการทำเกษตรกรรม เป็นต้น

ตัวอย่างการรวมกลุ่มของประชาชน ประชาสังคม ที่มีลักษณะเป็นการจัดการความรู้^{25, 26} เช่น

- ชุมชนศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำพู ซึ่งเป็นชุมชนที่มีผู้พิการค่อนข้างมากได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ และมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ จัดกิจกรรมแนะนำการฟื้นฟูเด็กพิการให้กับชุมชน ทำให้ชาวบ้านเกิดการปรับทัศนคติ หันมาร่วมมือกันโดยอาศัยภูมิปัญญาในท้องถิ่น เช่น การสร้างของเล่นจากไม้ไผ่ที่มีในชุมชนเพื่อให้เด็กพิการได้เล่น และด้วยการประสานงานจากมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ จึงได้มีการจัดอบรมให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จัดทำสื่อเผยแพร่แนวความคิดการพัฒนาของเล่นที่มาจากภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น ม้าไม้ รถตักดิน กระสอบทราย เป็นต้น โดยเป็นของเล่นที่ช่วยทำกายภาพบำบัด การดูแลและช่วยให้คนพิการสามารถพัฒนามาช่วยดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยทั้งครอบครัว ชุมชน โรงเรียน ร่วมกันพัฒนาช่วยเหลือคนพิการ และได้พิสูจน์ให้เห็นว่าทั้งคนที่ครบ 32 และคนพิการสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ด้วยควมมีศักดิ์ศรีของคนพิการมากกว่าแค่ความสงสาร
- บ้านกุดชุม มีการตั้งศูนย์สุขภาพขึ้นที่วัดให้เป็นศูนย์ให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร มีการให้บริการทั้งนวด ประคบ อบสมุนไพร
- เสถียรธรรมสถาน จัดทำโครงการพัฒนาเด็กอ่อนก่อนเกณฑ์ มีการฝึกสอนเทคนิคต่างๆ ให้กับแม่ เช่น การนวดสัมผัสที่ผสานกายและจิตที่ผ่านความรักจากแม่สู่ลูก เป็นต้น
- ประชาคมตำบลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจังหวัดขอนแก่น มีการจัดเวทีให้ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้าน มีโอกาสพบปะพูดคุยกับครูเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักพัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งพระภิกษุสามเณร อบต. ที่สนใจ มาร่วมกันทำอย่างต่อเนื่อง การดำเนินกิจกรรมของประชาคมที่มีการใช้เครือข่ายบุคลากรทางสาธารณสุขของโรงพยาบาลร่วมด้วย ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้วิถีชีวิตของชาวบ้าน เข้าใจความเจ็บป่วยทางสังคมของชาวบ้านซึ่งเป็นผลกระทบต่อสุขภาพของชาวบ้าน เป็นการแก้ไขปัญหามาจากต้นเหตุที่เน้นการสร้างสุขภาวะที่ดีมากกว่าการซ่อม ผลการดำเนินงานที่สำคัญด้านสุขภาพ คือ ทำให้มีความสุขทางกาย คือกินอิ่มนอนหลับ ได้ออกกำลังกายทุกวัน ไม่เจ็บป่วยง่าย มีความสุขทางใจ คือมีศักดิ์ศรี ไม่คิดมาก ครอบครัวยุบอุ่นอยู่กันพร้อมหน้า มีความสุขทางสังคม คือมีเพื่อนที่เอื้ออาทรต่อกัน ยอมรับซึ่ง

กันและกัน มีการรวมกลุ่มกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เรียนรู้การแก้ปัญหาของชุมชนที่ยากขึ้นเรื่อยๆ สามารถจัดการแก้ไขปัญหาลำบากนั้นได้

- การดำเนินการของโรงเรียนบ้านสบซุ่น ซึ่งเป็นโรงเรียนประถมศึกษาเล็กๆ บนดอยที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร ขาดแคลนงบประมาณและทรัพยากร สามารถดึงชุมชนที่เป็นชนชาวเขาและมีฐานะยากจนเข้ามามีส่วนร่วมจัดการศึกษา สามารถสร้างการเรียนรู้ให้เด็กเกิดกับเด็กได้อย่างสอดคล้องกับท้องถิ่น มีการเชิญผู้รู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาเป็นวิทยากรสอนและสาธิตตามศูนย์การศึกษาเรียนรู้ และได้เสนอแนวคิดที่ว่า ควรมีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เชื่อมโยงแหล่งความรู้ต่างๆ ในท้องถิ่นเข้าด้วยกัน เพื่อถ่ายทอดความรู้และประมวลประสบการณ์ที่สั่งสมสืบต่อกันมานานให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั้งครู นักเรียน และชุมชน²⁷

(2) กลุ่มแพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย

ในปัจจุบันมีกลุ่มคนที่นับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ หันมาสนใจการแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แผนไทยมากขึ้น มีกิจกรรมการจัดการความรู้เกิดขึ้นมากมาย เช่น ในรายงานสมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น ปี พ.ศ. 2546²⁸ รายงานว่า ในภาคเหนือตอนล่างมีการรวมตัวของแพทย์แผนไทยเพื่อจัดการเรียนการสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิชาเภสัชกรรมไทย เวชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทยและการนวดไทย และมีการประสานเครือข่ายระหว่างจังหวัด มีการพึ่งพิงซึ่งกันและกัน เช่น การช่วยเหลือกันในการจัดตั้งชมรม การแลกเปลี่ยนวิทยากร ครูผู้สอน ส่วนในภาคเหนือตอนบนมีการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านค่อนข้างสูง โดยการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายระดับจังหวัด เช่น เครือข่ายหมอเมือง 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีการพัฒนาองค์ความรู้ขึ้นมาเป็นแนวคิดทฤษฎี เช่น จัดทำเป็นหลักสูตรการแพทย์พื้นบ้านล้านนาของสถาบันราชภัฏเชียงใหม่ มีการรวบรวมเป็นเอกสารตำราเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ซึ่งมีส่วนของการป้องกันดูแลรักษาสุขภาพด้วย “วิถีทางกายบำบัด (รวมการฟื้นฟูสภาพทางกาย)” รวมอยู่ด้วย เช่น การบีบเส้น ตอกเส้น บีบเอ็น ตอกเอ็น ย่ำขาง แขน้าร้อน-น้ำเย็น เป็นต้น²⁹

2.1.2 แนวโน้มในอนาคต

การจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพ มีแนวโน้มจะขยายตัวมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เป็นผลมาจาก

- (1) การแพร่หลายของสื่อสาธารณะต่างๆ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น เป็นปัจจัยเสริมให้การจัดการความรู้สะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(2) กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการแพทย์ทางเลือก³⁰ โดยในช่วงกลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้ง "สถาบันการแพทย์แผนไทย" ซึ่งมีบทบาทหลักในการเป็นศูนย์กลางการพัฒนาการประสานงานสนับสนุนและให้ความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งเท่ากับเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้การจัดการความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(3) หน่วยงานที่สนับสนุนด้านการวิจัย มีการจัดสรรทุนให้กับงานวิจัยที่ดำเนินการรวบรวมองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ทำให้ความรู้ในส่วนที่เป็นความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ถูกเปลี่ยนเป็นความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) ได้รับการประเมินผล ตรวจสอบซ้ำ

แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีสถานการณ์ที่ทำให้เกิดข้อจำกัดของการจัดการความรู้ขึ้นได้ เช่น มีการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะด้านอุตสาหกรรมอย่างมาก ทำให้เกิดการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรเข้าสู่เมือง จะทำให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาและถ่ายทอดวิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้านขึ้นพื้นฐาน ซึ่งเกิดขึ้นในระดับครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวขยายที่มีผู้เฒ่าผู้แก่เป็นผู้ถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง

2.2 การจัดการความรู้ในวิชาชีพกายภาพบำบัด

2.2.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

2.2.1.1 การดึงคนเก่ง-คนดีเข้ามาเป็นนักวิชาชีพกายภาพบำบัด

จากความหมายในระดับกว้างของการจัดการความรู้ที่ว่า “การจัดการความรู้ต้องการผู้ทรงความรู้ความสามารถในการตีความและประยุกต์ใช้ความรู้ ในการสร้างนวัตกรรม และเป็นผู้นำในองค์กร รวมทั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่งสำหรับช่วยแนะนำวิธีประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ ดังนั้น กิจกรรมเกี่ยวกับคน ได้แก่ การดึงดูดคนเก่งและคนดี การพัฒนาคน การติดตามความก้าวหน้าของคน และการดึงคนมีความรู้ความสามารถไว้ในองค์กร ถือเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้” การดึงดูดคนเก่ง (คนที่รอบรู้ในวัฒนธรรมและสภาพท้องถิ่นตนเอง) คนดี (คนที่มีจิตใจแบ่งปัน ต้องการให้ผู้อื่นเป็นสุข รวมทั้งมีสุขภาพที่ดี) เข้ามาศึกษาเพื่อเป็นนักวิชาชีพกายภาพบำบัด การจบออก และผลปฏิบัติงานของบัณฑิตที่เป็นคนเก่ง-คนดี จึงน่าจะเป็นขั้นตอนที่ต้องให้ความสนใจในการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด

ในปัจจุบันข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษาของวิชาชีพกายภาพบำบัดนับว่ามีจำนวนน้อยมาก และไม่มีการจัดเก็บและเผยแพร่อย่างเป็นระบบที่ดี ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นทำได้ยาก ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเรียนที่จะสามารถพัฒนาเป็นนักวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ดี ลำดับการเลือกสาขากายภาพบำบัดของผู้สมัครเข้ามาเรียนวิชาชีพนี้ในสถาบันผู้ผลิตแต่ละแห่ง สถิติจำนวนการรับเข้า-จบออกของ

ผู้เรียน สถิติการได้งานทำและผลปฏิบัติงานของบัณฑิตกายภาพบำบัด ความพึงพอใจของผู้เรียน และประชาชนต่อบัณฑิตสาขาวิชาชีพนี้ ฯลฯ ส่งผลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาของวิชาชีพ กายภาพบำบัดทุกฝ่ายขาดข้อมูลที่จะใช้ประกอบการวางแผนเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการศึกษา ของวิชาชีพให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ได้ผลผลิตนักกายภาพบำบัดที่ตรงกับความต้องการประเทศมากที่สุด

แนวโน้มของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษาของวิชาชีพ กายภาพบำบัด มีแนวโน้มไปในทิศทางที่จะมีการจัดทำ และจัดเก็บที่เป็นระบบยิ่งขึ้น เนื่องด้วยจาก งานประกันคุณภาพการศึกษา ที่เน้นให้มีการรายงานข้อมูลดังกล่าว และต้องให้ตรวจสอบได้

ด้านการจัดการกำลังคนที่เป็นนักวิชาชีพกายภาพบำบัด ก็น่าจะเป็น อีกส่วนหนึ่งที่มีสำคัญ ในระยะเวลาที่ผ่านมาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการจัดการกำลังคนของระบบ กายภาพบำบัดมีไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวได้มาโดยการศึกษาวิจัยและได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการทางกายภาพบำบัด³¹⁻⁴⁰ ทำให้มีความน่าเชื่อถือพอสมควร แต่ การนำผลของการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดการกำลังคนของระบบกายภาพบำบัดนั้นยังไม่ ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยังไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงการสูญเสียกำลังคนและการจัดการเพื่อดึงดูดคน เก่ง-คนดีไว้เพื่อพัฒนาความรู้ทางกายภาพบำบัด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในการจัดการกำลังคนของระบบ กายภาพบำบัดที่ผ่านมา นักกายภาพบำบัดมิได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ ทำให้ผลของการวิจัยไม่ได้ถูก นำไปใช้เท่าที่ควร

2.2.1.2 การนำต้นทุนด้านลูกค้ามาใช้ในการจัดการความรู้

จากคำจำกัดความของการจัดการความรู้ที่ว่า คือ กระบวนการยกระดับ ความรู้ในองค์กร เพื่อนำต้นทุนทางปัญญา (intellectual capital) ขององค์กรไปสร้างมูลค่าและ คุณค่า โดยต้นทุนทางปัญญา โดยมากมักรวม ต้นทุนด้านคน (human capital) ต้นทุนด้าน โครงสร้าง (structural capital) ต้นทุนด้านทรัพย์สินทางปัญญา (intellectual capital) ต้นทุนด้าน ลูกค้า ต้นทุนด้านตลาด

ข้อมูลศักยภาพทางกายของประชาชนไทย และข้อมูลผู้ป่วยที่มารับ บริการทางกายภาพบำบัด จัดเป็นต้นทุนด้านลูกค้าของวิชาชีพกายภาพบำบัด ที่จะสามารถนำมาใช้ ในการกำหนด (define) ความรู้ทางกายภาพบำบัดที่ต้องใช้ในการเติมเต็มศักยภาพของประชาชน ไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แต่ในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพทางกาย ของประชาชนไทยที่สมบูรณ์ ทำให้เป็นข้อจำกัดในการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดในด้านนี้

ในส่วนของข้อมูลลูกค้าที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในระดับโรงพยาบาล ศูนย์/จังหวัด การจัดเก็บถูกกำหนดให้ใช้แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อนำเสนอข้อมูลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เจ้าหน้าที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาล ขอนแก่น - ติดต่อส่วนตัว) ส่วนการบันทึกข้อมูลผลการปฏิบัติงานกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล

ชุมชนนั้นไม่มีแบบรายงานผลที่กำหนดแน่นอนสำหรับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง แต่ให้แต่ละโรงพยาบาลออกแบบขึ้นเอง (นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลน้ำพอง – ติดต่อบุคคล) แม้รายงานกิจกรรมนี้จะมีประโยชน์ในการใช้ประเมินผลการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน แต่ประโยชน์ข้อนี้ก็เฉพาะการควบคุมกำกับงานในหน่วยงานเท่านั้น ไม่ใช่การประเมินผลงานของหน่วยงานที่จะมีผลกระทบการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะศักยภาพทางกายของประชาชน นอกจากนี้ รายงานกิจกรรมนี้ยังมีลักษณะเป็นแนวดิ่ง มีการใช้ข้อมูลที่จำกัดเฉพาะหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งมากกว่าจะเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาความรู้เพื่อแก้ปัญหาในท้องถิ่นที่เป็นที่มาของข้อมูล แต่ถูกส่งไปเพื่อวิเคราะห์และจัดทำเป็นรายงานเผยแพร่ในกรมกองวิชาการต่างๆ ในส่วนกลางเท่านั้น นอกจากนี้ จากการที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ถูกกำหนดให้ใช้แบบรายงานผลที่เหมือนกับโรงพยาบาลจังหวัด อาจทำให้การนำข้อมูลไปศึกษาวิเคราะห์เพื่อกำหนดแนวทางการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดในระดับประเทศไม่สามารถทำได้ อีกด้วย

2.2.1.3 การพัฒนาองค์ความรู้

การจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดโดยใช้กระบวนการวิจัย พบว่ามามากขึ้นเมื่อมีการจัดการศึกษาระดับปริญญาโททางกายภาพบำบัดขึ้นในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ.2527 โดย จากการค้นคว้าข้อมูลบทความทางกายภาพบำบัดที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างๆ จากฐานข้อมูลของสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่าง พ.ศ.2533-2544⁴¹ พบว่าในจำนวนบทความทั้งหมด 160 เรื่อง เป็นบทความในลักษณะการศึกษาวิจัยจำนวน 69 เรื่อง (ส่วนที่เหลือเป็นบทความวิชาการทั่วไปจำนวน 91 เรื่อง) โดยผลงานวิจัยที่เกิดขึ้นนี้ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากสถาบันการศึกษาทั้งที่เป็นงานวิจัยของอาจารย์และวิทยานิพนธ์ของบัณฑิตศึกษา อย่างไรก็ตาม มีประเด็นต่างๆ ที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับงานศึกษาวิจัยทางกายภาพบำบัดที่ผ่านมา ดังนี้

(1) **ขอบเขตที่ศึกษา** งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับบทบาทของวิชาชีพกายภาพบำบัดในการรักษาผู้ป่วยประเภทต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหัวใจ ปอดและหลอดเลือด และผู้ป่วยเด็ก ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทด้านอื่นๆ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นยังมีน้อยมากหรือไม่มีเลย รวมทั้งงานวิจัยในแง่มุมอื่นๆ ได้แก่ งานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนต่องานกายภาพบำบัด สถานะสุขภาพของประชาชนที่ระบบกายภาพบำบัดเกี่ยวข้อง การบริหารองค์กรกายภาพบำบัด การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพงานกายภาพบำบัด ต้นทุนการบริการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้รับบริการประเภทต่างๆ กำลังคนในระบบกายภาพบำบัด คุณภาพชีวิตของนักกายภาพบำบัด นวัตกรรมหรืออุปกรณ์สิ่งประดิษฐ์ทางกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นความรู้ที่จำเป็นในการ

นำไปใช้สำหรับการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบกายภาพบำบัดความถี่การจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด เมื่อขาดข้อมูลข่าวสารเหล่านี้จึงอาจทำให้การพัฒนาระบบกายภาพบำบัดไม่มีทิศทางที่ชัดเจน

(2) **ลักษณะของงานวิจัย** งานวิจัยในระบบกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษาและการวิจัยโดยอาจารย์ในสถาบันการศึกษา การศึกษาวิจัยที่ดำเนินการโดยนักวิชาชีพกายภาพบำบัดยังมีไม่มาก ความรู้ที่สั่งสมจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดยังไม่มีมีการสรุปพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่ชัดเจน ทั้งๆ ที่ประสบการณ์ในการทำงานที่มากขึ้นน่าจะช่วยให้การทำงานของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้ นอกจากนี้ งานวิจัยในระบบกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ดำเนินการโดยกลุ่มผู้วิจัยในวิชาชีพ การวิจัยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นยังมีน้อย และที่มีอยู่จะดำเนินการร่วมกับวิชาชีพด้านสาธารณสุขเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์ การวิจัยร่วมกับสาขาวิชาทางสังคมศาสตร์ พัฒนศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และกฎหมาย หรือร่วมกับภาคสังคมประชาชนนั้นมีน้อยมาก แทบไม่ปรากฏเลย ทำให้นักวิชาชีพกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มีการทำงานในลักษณะเชิงเดี่ยว ไม่มีแนวคิดและทักษะในการทำงานเป็นเครือข่ายกับวิชาชีพอื่น และขาดการเชื่อมโยงกับภาคสังคม

(3) **การออกแบบงานวิจัย** รูปแบบของงานวิจัยในระบบกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณประเภทการทดลองหรือการทดสอบผลของการรักษา รองลงมาเป็นการวิจัยประเภทการสำรวจ ส่วนการวิจัยและพัฒนา มีน้อยมาก นอกจากนี้ ในการวิจัยประเภทการทดลองหรือการทดสอบผลของการรักษา ส่วนใหญ่เป็นการใช้วิธีการรักษาตามแนวของต่างประเทศ ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเหล่านี้เป็นเสมือนการตรวจสอบความคิดของต่างประเทศในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยซึ่งอาจเหมาะสมในบางสถานการณ์เท่านั้น งานวิจัยที่พัฒนาความคิด วิธีการ และข้อสรุปจากบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยนั้นแทบไม่ปรากฏเลย

โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่า ข้อมูลข่าวสารในระบบกายภาพบำบัดที่มาจากการศึกษาวิจัย ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงดังนี้

(1) ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดโจทย์วิจัยทางระบบกายภาพบำบัดที่ชัดเจนเพียงพอที่จะส่งเสริมบทบาทของวิชาชีพในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในอนาคตอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องที่เป็นการเสนอบทบาทของวิชาชีพในระบบสุขภาพของประเทศ ไทย การพัฒนาเครื่องมือวิธีการทำงานของนักวิชาชีพกายภาพบำบัด การสร้างแนวปฏิบัติและมาตรฐานการบริการ และการสร้างตัวชี้วัดคุณภาพการบริการกายภาพบำบัด

(2) งานวิจัยที่ผ่านมาไม่สามารถชี้นำการพัฒนาวิชาชีพได้อย่างเป็นรูปธรรม ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรและประเด็นปัญหาของสังคม ขาดนักวิจัยที่พัฒนาความเข้มแข็ง

ในความสามารถทางการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ความรู้ที่เกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง ไม่เห็นภาพรวม ไม่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบที่ชัดเจนต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนได้

(3) ขาดการเชื่อมโยงงานวิจัยกับการปฏิบัติ แม้ว่าจะเป็นการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาวิธีการรักษาทางกายภาพบำบัดก็ตาม ทำให้การนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติจริงเป็นไปได้น้อยมาก

(4) การวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานเดี่ยว กระจัดกระจาย นักวิจัยยังไม่มีการสร้างเครือข่ายที่เป็นจริงได้ ขาดการสร้างงานวิจัยแบบเป็นกลุ่มร่วมระหว่างผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ นักวิชาการ และองค์กรพัฒนาวิชาชีพต่างๆ ทั้งในกลุ่มวิชาชีพเดียวกันและระหว่างวิชาชีพ และที่สำคัญคือขาดการเชื่อมโยงกับภาคประชาชน สังคม และผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายต่างๆ

(5) นักวิชาชีพกายภาพบำบัดผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ ขาดการพัฒนาความสามารถที่จำเป็นในการทำวิจัย การพัฒนางานที่ต้องใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือจึงเกิดขึ้นได้ยาก แม้การศึกษาในระดับปริญญาตรีจะเตรียมบัณฑิตกายภาพบำบัดให้มีความสามารถทางการวิจัยบ้างแล้วก็ตาม แต่ยังมีข้อจำกัดจากการขาดแรงจูงใจหรือความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์การวิจัยและการสร้างงานวิจัย นักวิชาชีพกายภาพบำบัดยังขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ ขาดความเข้าใจในการใช้งานวิจัยเป็นเครื่องมือของการพัฒนางานและความก้าวหน้าในงาน ซึ่งถือเป็นการพัฒนาความรู้จากการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

(6) นักวิจัยในสถาบันการศึกษาขาดการบูรณาการการใช้ความรู้จากงานวิจัยสู่การสอนและการบริการวิชาการแก่สังคม การพัฒนาจึงไม่ต่อเนื่อง งานวิจัยไม่มีทิศทางที่ชัดเจนสอดคล้องกับหัวข้อที่สอนและให้บริการวิชาการแก่สังคม ผลที่ได้จึงไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในงานมากนัก

2.2.1.4 การเผยแพร่ความรู้ในและระหว่างวิชาชีพ

(1) การเผยแพร่รายงานการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในปัจจุบันยังไม่ทั่วถึงผู้ปฏิบัติและบุคลากรวิชาชีพอื่น เนื่องจากในปัจจุบันมีวารสารวิชาการทางกายภาพบำบัดที่เป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิจัยต่างๆ อย่างค่อนข้างสม่ำเสมอเพียง 3 รายการ ได้แก่ วารสารกายภาพบำบัด (ของสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย) วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด (ของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และวารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ (ของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) โดยวารสารแต่ละรายการจะตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ แต่ในบางปีก็มีความล่าช้า ขาดความต่อเนื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ และยังไม่มีการเผยแพร่ในสื่ออินเทอร์เน็ตในลักษณะวารสารออนไลน์ ซึ่งเป็นสื่อที่ให้ความรวดเร็วและครอบคลุมในวงกว้างมากกว่า นอกจากนี้ วารสารเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีอยู่ในห้องสมุดของ

สถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลบางแห่งที่เป็นแหล่งฝึกงานของนักศึกษาเท่านั้น ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ค่อนข้างจำกัดเฉพาะกลุ่มนักวิชาการเท่านั้น ส่วนผู้ปฏิบัติที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยทั่วไปจะมีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ยากกว่า โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล แม้กระทั่งการเข้าร่วมประชุมอบรมสัมมนาที่มีอุปสรรคสำคัญคือ ไม่ทราบข่าวสารหรือทราบในระยะเวลากระชั้นชิดเนื่องจากต้องใช้เวลาในการส่งข่าวสารมากกว่า และบางครั้งไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้เนื่องจากขาดงบประมาณสนับสนุน

(2) ผลงานวิจัยต่างๆ ไม่ได้ถูกรวบรวมและจัดทำเป็นฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไม่มีการเชื่อมโยงเข้ากับองค์กรกลางของวิชาชีพเพื่อเผยแพร่แก่นักวิชาชีพกายภาพบำบัดและผู้สนใจอื่นๆ แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่จึงอยู่ในตำรา หรือในวิทยานิพนธ์ซึ่งอยู่ในห้องสมุดของสถาบันการศึกษาเป็นส่วนใหญ่

(3) การสื่อสารระหว่างสมาชิกวิชาชีพเรื่องผลงานวิจัยและความรู้จากงานวิจัยมีข้อจำกัด การสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นส่วนใหญ่เน้นที่การบอกเล่าในเวทีวิชาการหรือการอ่านจากวารสารวิชาการ ขาดการเรียนรู้ร่วมกัน

(4) ข้อมูลข่าวสารทั่วไปประเภทรายงานกิจกรรมทางกายภาพบำบัด โดยเฉพาะข้อมูลด้านการบริการกายภาพบำบัด มักจะถูกจัดเก็บเพื่อส่งต่อไปสู่ระดับเหนือกว่าต่อไปเรื่อยๆ และใช้เพื่อการควบคุมกำกับงานในหน่วยงานมากกว่า การเผยแพร่จึงไม่แพร่หลายและเป็นไปในลักษณะส่งขึ้นไปส่วนกลางมากกว่าการย้อนกลับมาสู่ท้องถิ่น

2.2.1.5 การเผยแพร่ความรู้ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพประชาชน

สำหรับความรู้ในลักษณะบทความวิชาการ ในปัจจุบันพบว่ามีเผยแพร่แก่ประชาชนในวงกว้างมากขึ้น แต่บางครั้งภาษาที่ใช้จะค่อนข้างเป็นภาษาเฉพาะกลุ่มนักวิชาการที่มีแบบแผนที่แตกต่างจากผู้ปฏิบัติและประชาชนทั่วไป ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในการนำข้อมูลความรู้นั้นมาสู่การปฏิบัติ ความรู้ลักษณะนี้มักถูกเผยแพร่ในวารสารวิชาการ หนังสือ นิตยสาร และสื่อสิ่งพิมพ์มาก แต่การเผยแพร่ในสื่ออินเทอร์เน็ตยังมีน้อย จากการสืบค้นข้อมูลพบว่าในปัจจุบันแม้ว่าจะมีเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากมายและอาจมีการถาม-ตอบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัดอยู่บ้าง แต่เว็บไซต์ทางกายภาพบำบัดโดยตรงนั้นมีเพียงแห่งเดียวเท่านั้น คือ www.thaiphysical.com นอกจากนี้ แม้ว่าในเว็บไซต์ของสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย (www.physicalthai.or.th) และของสถาบันผู้ผลิตนักกายภาพบำบัดหลายแห่งจะเปิดโอกาสให้ประชาชนที่เข้าไปเยี่ยมชมได้ซักถามปัญหาทางกายภาพบำบัด แต่เว็บไซต์เหล่านี้มักจะมีข้อขัดข้องและไม่ทันสมัย เนื่องจากขาดผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง นับว่าทำให้ประชาชนเสียโอกาสไปเป็นอย่างมากที่จะได้รับความรู้จากนักวิชาการที่มีคุณวุฒิและประสบการณ์สูงของสมาคมฯ และสถาบันผู้ผลิตฯ

จากที่กล่าวมาทั้งหมด อาจช่วยในการพิจารณาถึงจุดแข็งและจุดอ่อนหรือข้อจำกัด และสรุปเป็นข้อเสนอแนะของการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัดได้ดังนี้

3. จุดแข็ง

3.1 ปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาที่ผลิตนักกายภาพบำบัดที่มีความสามารถขั้นพื้นฐานคือระดับปริญญาตรีจำนวน 9 แห่ง โดยในจำนวนนี้มีสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอนถึงขั้นระดับปริญญาโท 2 แห่ง และระดับปริญญาเอก 1 แห่ง แสดงถึงศักยภาพที่จะเป็นแหล่งประโยชน์ของระบบกายภาพบำบัดในการสร้างคน พัฒนาคคน สร้างองค์ความรู้ และนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติหรือการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน

3.2 มีสมาชิกที่มีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะพัฒนาวิชาชีพ และแสวงหาองค์ความรู้ทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

3.3 ในอดีตการประชุมสัมมนาวิชาการมักจะมีลักษณะเป็นการบรรยายเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ แต่ในปัจจุบันรูปแบบของการประชุมมีการเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น เช่น มีการประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมอง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นต้น

4. จุดอ่อนหรือข้อจำกัด

4.1 นักวิชาชีพกายภาพบำบัดทั้งในระบบการศึกษาและระบบบริการยังขาดความเข้าใจและวิธีคิดเชิงระบบ การสร้างความรู้จึงยังไม่กว้างขวางและครอบคลุม และไม่ก่อให้เกิดผลเชิงนโยบายในระดับภาพรวมของระบบสุขภาพที่ชัดเจนเพียงพอ

4.2 การสร้างความรู้ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มักเป็นการอิงกรอบวิธีคิดและทฤษฎีตามแนวของต่างประเทศ โดยยังขาดการวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นและสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4.3 การพัฒนาความรู้ที่ผ่านมามักจะเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์กระแสหลัก ยังมีการศึกษาวิจัยที่ให้ความสำคัญกับระบบการดูแลสุขภาพประชาชนไม่มากนัก

4.4 ฐานข้อมูลความรู้ทั้งในระบบการศึกษาและระบบบริการยังไม่ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบที่สมบูรณ์และง่ายต่อการเข้าถึง

4.5 การสื่อสารระหว่างสมาชิกในวิชาชีพมีอุปสรรค เนื่องจากสื่อที่มีอยู่ไม่เพียงพอและทั่วถึง ส่วนใหญ่เป็นระบบศูนย์กลาง

4.6 การทำงานแบบหุ้นส่วนระหว่างสถาบันการศึกษาและระบบบริการสุขภาพยังมีน้อย ทำให้เกิดช่องว่างทางความคิดระหว่างนักวิชาการและนักปฏิบัติการ

4.7 การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยงานและองค์กรวิชาชีพยังมีน้อย และยังไม่ปรากฏการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน รวมทั้งการร่วมงานกับสหสาขาวิชาชีพ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบกายภาพบำบัด ขาดการสร้างเครือข่ายและเชื่อมโยงกับภาคสังคม และผู้อำนาจเชิงนโยบาย

4.8 มีข้อจำกัดในการสื่อสารให้สาธารณะเข้าใจถึงบทบาทของวิชาชีพกายภาพบำบัดและศักยภาพของนักกายภาพบำบัดในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน

4.9 ขาดการสนับสนุนอย่างมุ่งมั่นจริงจังของผู้บริหารในระบบกายภาพบำบัดทุกระดับ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นต้น

4.10 ขาดฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพ

4.11 ขาดระบบข้อมูลข่าวสารที่แสดงผลวัดของการใช้และการพัฒนาระบบภูมิปัญญาท้องถิ่น

4.12 การพัฒนาความรู้ที่ใช้โดยนักวิชาชีพกายภาพบำบัดในสถานศึกษา ยังมีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนระหว่างกันน้อย เกิดการสร้างความรู้ (และตำรา) ข้ำซ้อน ผลงานวิจัยยังไม่ถูกนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดอย่างแพร่หลาย ทำให้ขาดการพัฒนาต่อยอดเป็นวัฏจักร

5. แนวโน้มในอนาคต

การจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดและวิธีการทางกายภาพบำบัดน่าจะมีการพัฒนามากขึ้น เนื่องจาก

5.1 เกิดความตื่นตัวภายในนักวิชาชีพกายภาพบำบัดที่จะสร้างความรู้ในวิชาชีพที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยมากขึ้น

5.2 องค์กรวิชาชีพกายภาพบำบัด ให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดมากขึ้น เช่น คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัดร่วมกับกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดสัมมนานักกายภาพบำบัดทั่วประเทศในเรื่องการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด

5.3 มีแนวโน้มว่าวิชาชีพกายภาพบำบัดจะมีพระราชบัญญัติวิชาชีพของตนเองในเร็ว ๆ นี้ ทำให้มีสภาวิชาชีพกายภาพบำบัดขึ้น ซึ่งน่าจะสามารถเป็นองค์กรกลางในการผลักดันและสนับสนุนการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดและวิธีการทางกายภาพ

เนื่องจากเป้าหมายในระดับกว้างของการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดคือ เพื่อให้ประชาชนไทยมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ และจากการที่สุขภาพมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ มากมาย การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและแนวโน้มในอนาคตจึงต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล และทางด้านสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

(ในรายงานฉบับนี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลกระทบของปัจจัยต่างๆ ต่อการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด ส่วนข้อมูลตัวเลขต่างๆ โปรดดูจากรายงานเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ)

6.1 สถานการณ์และแนวโน้มด้านเศรษฐกิจ

6.1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

นโยบายของรัฐบาลปัจจุบันที่เน้นด้านการเติบโตทางเศรษฐกิจอาจส่งผลด้านลบเนื่องจากรายงานผลการเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะที่ผ่านมา (ก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ) พบว่าเศรษฐกิจที่เติบโตขึ้นทำให้อัตราการพึ่งพิงสถานบริการเพิ่มมากขึ้น³³ ซึ่งสะท้อนว่าน่าจะส่งผลให้เกิดการชะลอตัวของกระบวนการจัดการความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพ เนื่องจากประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของการพึ่งตนเอง

6.1.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

จากการที่เศรษฐกิจของประเทศไทยในรัฐบาลยุค พตท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร มีการขยายตัวขึ้นอย่างมาก ถ้าหากความเจริญนี้มีการกระจายตัวอย่างสม่ำเสมอทั้งคนรวยและคนจน ทั้งในเมืองและเขตชนบท ก็อาจจะทำให้แนวโน้มการพึ่งพิงบริการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีสูงขึ้นมากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง และการเติบโตขึ้นของภาคอุตสาหกรรมก็จะมีทำให้เกิดการแย่งสลายของครอบครัวมากขึ้น อาจส่งผลด้านลบต่อการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพโดยเฉพาะวิธีการแบบพื้นบ้าน

6.2 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม

6.2.1 ด้านการศึกษา

ระบบการศึกษาในระดับพื้นฐานที่ไม่เน้นความสามารถของนักเรียนในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวมทั้งระบบการศึกษาในวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ยังให้ค่ากับภูมิความรู้แบบตะวันตก และส่วนใหญ่ยังเป็นระบบที่สอนให้มองสุขภาพผ่านกรอบวิธีคิดที่ขาดความเป็นองค์รวม คิดแบบแยกส่วน ไม่มีที่ทางสำหรับมิติทางสังคม หรือมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์ มองไม่เห็นความทุกข์ยากด้านอื่นๆ ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดโรคหรือความทุกข์ยากที่โรคภัยไข้เจ็บไปทำให้เกิดขึ้นกับชีวิตผู้คนที่ต้องเดือดร้อนกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้อิทธิพลของมายาคติแบบผู้เชี่ยวชาญ

ของนักกายภาพบำบัด ที่ละเอียด มองข้าม ความรู้แบบประสบการณ์ (experience knowledge) โดยมีคติแบบเหมารวม (stereotype) ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าน้อยกว่า เป็นความรู้ชั้นรอง โดยอ้างการขาดความเป็นระบบระเบียบ ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ฯลฯ ล้วนส่งผลกระทบต่อกระบวนการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดและวิธีการทางกายภาพ

6.2.2 โครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากการที่โครงสร้างครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และการที่สตรีต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากกว่าในอดีต ทำให้มีเวลาน้อยลง เป็นผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง เวลาที่ให้แก่กันในครอบครัวและความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ส่งผลด้านลบต่อการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ

6.2.3 การเคลื่อนไหวทางสังคม

การเคลื่อนไหวทางสังคม ที่เปลี่ยนมาจากการดูแลสุขภาพตนเอง ว่าเป็นลักษณะสำคัญของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะที่สามารถดำรงอยู่ในสังคม เป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพในสังคม ส่งผลด้านบวกต่อการจัดการความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพ

6.3 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง

6.3.1 ร่าง - พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

ในร่าง-พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นผลกระทบด้านบวกต่อการจัดการความรู้แบบฝังลึก

6.3.2 พรบ. การประกอบโรคศิลปะ

พรบ. การประกอบโรคศิลปะ จำกัดการใช้เทคนิคทางกายภาพบำบัดให้สามารถกระทำได้เฉพาะนักวิชาชีพกายภาพบำบัด ทั้งๆ ที่เงื่อนไขการจัดการศึกษาด้านกายภาพบำบัดยังขาดความเป็นธรรมในด้านการกระจาย และการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้ารับการศึกษได้ตามอัธยาศัย (ตามที่ระบุไว้ใน พรบ.การศึกษาแห่งชาติ) อาจส่งผลกระทบต่อการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด

6.3.3 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 มีเป้าหมายด้านสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร

และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล โดยจะจัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ และให้มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระและคล่องตัว ใช้การจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สถาบันวิชาการทุกแห่งมุ่งวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่มีลำดับความสำคัญสูง มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย เป็นองค์การมหาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณของรัฐด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ในด้านการสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ กำหนดให้มีการสนับสนุนชุมชน/ครัวเรือน/ธุรกิจ ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อใช้ในประเทศและส่งออก มีการสนับสนุนและลดอุปสรรคในเรื่องการส่งออกผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ รวมทั้งการขยายบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ สนับสนุนประชาชนและสถานบริการสาธารณสุข ใช้ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพที่ผลิตในประเทศเพื่อลดการนำเข้า เป็นกระบวนทัศน์ของการจัดการความรู้เกี่ยวกับวิถีการทางกายภาพ

6.3.4 องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

การดำเนินงานขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (องค์การ คบส.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้ง องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในภาคเอกชน น่าจะส่งผลด้านบวกในแง่ของการกลั่นกรองตรวจสอบข้อมูลความรู้ที่เผยแพร่สู่ประชาชน

6.4 ด้านเทคโนโลยี

6.4.1 เทคโนโลยีการสื่อสาร

การขยายตัวด้านเครือข่ายการสื่อสารของไทยอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาในระดับโลก เป็นส่วนหนึ่งของวิวัฒนาการของยุค “โลกไร้พรมแดน” การพัฒนาของระบบในการวินิจฉัยและรักษาโรคแบบผู้เชี่ยวชาญออกมาในรูปของหนังสือและ software คอมพิวเตอร์ที่ผู้บริโภคจะนำไปใช้ได้ด้วยตนเอง เป็นผลกระทบด้านบวกต่อการเผยแพร่และการใช้ความรู้

7. ข้อเสนอแนะ

ควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการประสานเครือข่ายการจัดการความรู้ระหว่างหน่วยงานย่อยๆ ในระบบกายภาพบำบัด เช่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านการบริการ หน่วยงานวิจัย เป็นต้น และจะต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการจัดการความรู้ได้แก่

7.1 การกำหนด (define) ความรู้ ที่ต้องการใช้ในการดำเนินการกิจกรรมด้านต่างๆ และในพื้นที่ / ปัญหาต่างๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพและ / หรือความต้องการด้านการเติมเต็มศักยภาพทาง

กายของประชาชนไทย โดยมีกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความต้องการ ตั้งแต่เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ สาเหตุและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนวิธีการในการจัดการปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดสุขภาพ และคุณภาพการบริการ ความสามารถของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดในการสร้างคุณภาพการบริการสุขภาพ การผลิตและพัฒนา นักวิชาชีพกายภาพบำบัดให้มีความสามารถที่เหมาะสม

7.2 การสร้าง (create) ความรู้ ทั้งที่เป็นการรวบรวมความรู้แบบแฝง (tacit knowledge) ที่อยู่ในตัวนักวิชาชีพกายภาพบำบัด และในภาคประชาชน มาดำเนินการให้เป็นความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) ที่สามารถเผยแพร่ออกไปสู่ นักวิชาชีพและบุคคลอื่นๆ ได้ และที่เป็นความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) ที่ใช้กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือ

- ผลักดันมีการสร้างงานวิจัยที่สนองตอบความต้องการของประชาชนและประเทศชาติมากขึ้น
- มีกระบวนการสร้างและพัฒนา นักวิจัยทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และบูรณาการกับการสอนและการปฏิบัติมากขึ้น

7.3 การเสาะหาและยึดกุม (capture) ความรู้ ซึ่งเป็นความรู้ตามที่กำหนด (define) ไว้ในข้อ 7.1 โดยจะต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถในการเสาะหาและยึดกุมความรู้ที่กระจัดกระจายและแฝงอยู่ตามที่ต่างๆ มาใช้ประโยชน์ และดำเนินการดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะ เกิดความชำนาญ ในการเสาะหาและยึดกุมความรู้ รวมทั้งพัฒนาวิธีการใหม่ๆ เพื่อกิจกรรมดังกล่าวจากประสบการณ์เดิม

7.4 การแลกเปลี่ยน (share) ความรู้ ซึ่งจะต้องสร้างเงื่อนไขและกติกาที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่าแก่การแบ่งปันความรู้

- มีแหล่งความรู้ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและแพร่หลายสู่ผู้ปฏิบัติและประชาชน มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทันสมัย สะดวก และรวดเร็ว
- มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสมาชิกในวิชาชีพเพิ่มขึ้น เช่น การจัดประชุม อบรม สัมมนา การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งระบบการศึกษา ระบบบริการ ในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และนานาชาติ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบกายภาพบำบัดได้รับรู้

7.5 การประยุกต์ใช้ (use) เพื่อให้เกิดผลจากการใช้ความรู้นั้น ทั้งเพื่อพัฒนาเทคนิควิธีการ พัฒนาระบบการทำงาน และพัฒนาสมาชิกขององค์กร

- มีกิจกรรมการสร้างและพัฒนาเครือข่ายกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบกายภาพบำบัด และผู้มีอำนาจเชิงนโยบาย เพื่อหาช่องทางและโอกาสในการเผยแพร่บทบาทของนัก

วิชาชีพกายภาพบำบัดในการดูแลสุขภาพประชาชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายและผู้ที่มีประสบการณ์ เพื่อพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ให้เป็นความรู้ที่ชัดเจนและสามารถใช้ประโยชน์ได้

- นักวิชาชีพกายภาพบำบัดซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ควรใช้ความรู้จากงานวิจัยในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
- มีการสังเคราะห์ความรู้ทางกายภาพบำบัดให้เป็นข้อสรุปที่เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในการบริการ การเรียนการสอน และการวิจัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเผยแพร่ความรู้สู่สังคมในรูปแบบต่างๆ อย่างเป็นระบบ

8. ผู้เกี่ยวข้องหลัก

- 8.1 ประชาชน ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน ครู พระ ผู้นำทางศาสนา ที่มีความรู้ฝังลึกด้านการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพ
- 8.2 หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย ที่ใช้วิธีการทางกายภาพ
- 8.3 ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล
- 8.4 ผู้นำองค์กรวิชาชีพกายภาพบำบัดและผู้บริหารสถาบันผลิตนักวิชาชีพกายภาพบำบัด
- 8.5 วิชาชีพอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล เภสัชกร นักพลศึกษา วิศวกร (ผลิตเครื่องมือกายภาพบำบัด)
- 8.6 สื่อมวลชนทั้งในระดับประเทศและระดับชุมชน
- 8.7 องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

สรุป

ในยุคนปัจจุบัน วิชาชีพกายภาพบำบัดเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับมากขึ้นกว่าในอดีต แต่ภาพของการยอมรับยังผูกติดอยู่กับงานการฟื้นฟู และการรักษา สำหรับบทบาทของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันยังเป็นภาพที่ไม่ชัดเจน และต้องการการศึกษาเพื่อพัฒนามาตรฐานทางด้านนี้ของงานกายภาพบำบัดให้มากขึ้น ด้วยความที่สภาพของผู้มารับบริการด้วยระบบกายภาพบำบัด ไม่ได้วิกฤติจนถึงแก่ชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจเงินจึงไม่มากมาย จึงเป็นไปได้ที่ระบบกายภาพบำบัดจะอาศัยเพียงแต่การพึ่งพิงเทคโนโลยีวิทยาการความรู้จากต่างประเทศ รวมทั้งจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อการบริการให้ถึงพร้อมตามมาตรฐานวิชาชีพแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัดที่กำลังจะประกาศตามมา จึงควรสนับสนุนเทคโนโลยีภาคประชาชน โดยมีการประสานงานจากหน่วยงาน-องค์กรที่ทำงานด้านวิชาการ รังสรรค์ความรู้เทคโนโลยีต่างๆ ภาคพื้นบ้าน ให้มีความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อการกระจายของดูแลรักษาสุขภาพ ให้ประชาชนมีบทบาทในส่วนของสุขภาพตนเอง มีการช่วยเหลือกันของกลุ่มชุมชน นำมาสู่บรรยากาศ

แห่งการดูแลสุขภาพด้วยความมีส่วนร่วม-ดี-ทั่วถึง-เป็นธรรม เทคโนโลยียังคงก้าวไปอย่างไม่หยุดยั้ง
และในยุคปัจจุบันที่เป็นยุคแห่งข้อมูลข่าวสาร ย่อมนำความเจริญก้าวหน้าให้เกิดขึ้นในทุกด้าน
ระบบกายภาพบำบัดในประเทศไทยคงต้องก้าวตามเทคโนโลยีเหล่านี้อย่างเท่าทัน

4.1.4 การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ

พรพิมล จันทวิโรจน์

1. คำจำกัดความและที่มา (Definition and Background)

1.1 **สุขภาพ** หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ¹

1.2 การดูแลสุขภาพตนเอง (self-care)

แนวคิดเกี่ยวกับ “การดูแลสุขภาพตนเอง” ที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันอาจจำแนกออกได้เป็น 3 แนวคิด²⁻⁵ ดังนี้

(1) แนวคิดที่เน้นความแตกต่างระหว่างการดูแลสุขภาพตนเองกับการดูแลสุขภาพโดยวิชาชีพ (Professional care) การดูแลสุขภาพตนเองได้รับการตีความว่า คือการที่ผู้บริโภคมทำกิจกรรมที่แพทย์ไม่ได้ทำ หรือแพทย์อาจเคยทำมาก่อน แต่ปัจจุบันนี้ไม่ได้ทำ

(2) แนวคิดทางด้านสาธารณสุข ที่มองการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอยู่ในระดับบริการขั้นต้น เป็นฐานล่างสุดของพีรามิดการบริการสุขภาพ การพัฒนาบทบาทการดูแลตนเองของประชาชนคือการต่อฐานล่างให้กับระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพให้แข็งแรงขึ้น การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีความเชื่อมโยงกับบทบาทของวิชาชีพทางด้านสุขภาพ (professional care) ไม่ว่าจะเป็นในฐานะพฤติกรรมที่เป็นส่วนประกอบเพิ่มเติมในกระบวนการรักษาของบุคลากรด้านสุขภาพ (เช่น การที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การรักษา) หรือพฤติกรรมการดัดแปลง พลิกแพลงการรักษาหลังจากไปรับการรักษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นต้น

แนวคิดนี้เกิดขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุแห่งการแพร่หลายของแนวคิดนี้มาจาก ในช่วงทศวรรษ 1970 ซึ่งเป็นช่วงที่มีปัญหาเศรษฐกิจรุนแรง นำไปสู่การผลักดันให้เกิดการปรับตัวของระบบบริการสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพองค์กร มีการนำเอากระบวนการบริหารเชิงธุรกิจเข้ามาใช้ในองค์กรการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเด็นการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้รับความสนใจจากนักวิชาชีพ นักการเมือง และนักวิชาการอื่นๆ การยกภาระการดูแลสุขภาพไปให้ปัจเจกชนกลายเป็นกลยุทธ์สำคัญของการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของ professional health care เพราะนอกจากสามารถช่วยลดการป่วยลงแล้ว ยังมีผลให้ปัจเจกมีพฤติกรรมเลือกใช้บริการอย่างชาญฉลาดและเมื่อจำเป็น ผลก็คือระบบบริการลดค่าใช้จ่ายลง นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ทยอยออกมาว่า การดูแลและรักษาตนเองที่ประชาชนทำอยู่นั้น ส่วนใหญ่

ปลอดภัยและสามารถแก้ไขปัญหสุขภาพพื้นฐานได้เป็นอย่างดี ยิ่งทำให้แนวความคิดการดูแลสุขภาพภาพตนเองเป็นที่นิยมรับมากขึ้น ส่วนในประเทศกำลังพัฒนา ในปลายทศวรรษที่ 1970 องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันแนวทางสาธารณสุขมูลฐานและเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All 2000) ซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้เน้นชัดเจนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน แต่ก็ถูกมองว่าอยู่ในกรอบแนวคิดเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) และในฐานะทรัพยากรและกลวิธีสำคัญที่จะทำให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานกระจายไปอย่างทั่วถึง

(3) แนวคิดที่มองจากมุมมองด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ ที่เห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นลักษณะสำคัญของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ เป็นพฤติกรรมและการตัดสินใจของปัจเจก ที่เกิดในบริบทของเครือข่ายทางสังคมและระบบบริการอื่นๆ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนถูกมองในฐานะที่เป็นวัฒนธรรม เป็นแบบแผนที่กลมกลืนไปกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน ในแง่การดูแลสุขภาพตนเองไม่ใช่สิ่งใหม่ แต่เป็นประสบการณ์ที่แยกไม่ออกจากพัฒนาการของสังคมมนุษย์ การดูแลตนเองและการดูแลกันเอง เป็นกลไกธรรมชาติที่มาก่อนการให้คนอื่นและการให้คนอื่นออกกลุ่มมาดูแล และจากความจริงที่ว่ารัฐเป็นพัฒนาการยุคหลังของสังคมมนุษย์ ดังนั้น การดูแลตนเอง (self-care) จึงเกิดก่อนการแสวงหาบริการ (care-seeking) ที่จัดให้โดยรัฐหรือโดยวิชาชีพ (organized health care)

โดยแนวคิดนี้ การดูแลสุขภาพตนเองจึงมีลักษณะ ดังนี้ (1) เป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่มีขอบเขตจำกัดภายในตัวของมันเอง เป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไปโดยไม่ต้องมีการจัดองค์กร เป็นพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาทางสังคม กระบวนการการหล่อหลอมและการถ่ายทอดความรู้ของสังคม (2) เป็นปรากฏการณ์พื้นบ้าน ซึ่งอยู่นอกเหนือกระบวนการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางวิชาชีพ หากแต่การดูแลตนเองจะอยู่ภายใต้อิทธิพลตามธรรมชาติของสถาบันทางสังคม ตามบริบทของโครงสร้างทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองนั้นๆ (3) เป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับชนบะประเพณีและวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเองและการรักษาตนเอง (4) กระบวนการประเมินผลด้านสุขภาพอนามัยเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่ตามธรรมชาติ และขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลที่อาจจะปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพก็ได้ และ (5) เป็นกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งรวมถึงตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

ในเอกสารฉบับนี้ ให้คำจำกัดความของคำว่า “การดูแลสุขภาพตนเอง” ที่ครอบคลุมความหมายของคำว่า “สุขภาพ” และแนวคิดทั้ง 3 แนวคิดข้างต้น¹⁻⁵ ดังนี้

“การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรม / พฤติกรรม / การตัดสินใจ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของปัจเจก ครอบครัว หรือกลุ่ม ทั้งในด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่

เสมอ การป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การบำบัดรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ และการประเมินผลการดำเนินการ โดยกิจกรรมหรือพฤติกรรมดังกล่าวครอบคลุมทั้ง (1) กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เป็นคนละชนิดกับกิจกรรมหรือพฤติกรรมทางสุขภาพที่ทำโดยวิชาชีพ (professional care) โดยพฤติกรรมที่ว่่านั้น อาจเป็นพฤติกรรมที่เกิดก่อนหน้าหรือทดแทนการไปใช้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพ (2) กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีการเชื่อมโยงกับบทบาทของวิชาชีพด้านสุขภาพ (professional care) ไม่ว่าจะเป็นในฐานะพฤติกรรมที่เป็นส่วนประกอบเพิ่มเติมในกระบวนการดูแลรักษาของบุคลากรด้านสุขภาพ หรือพฤติกรรมการดัดแปลงพลิกแพลงการรักษาหลังจากไปรับการรักษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ และ (3) กิจกรรมหรือพฤติกรรมหรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาพ (เช่น การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และด้านสาธารณสุข เป็นต้น)”

1.3 วิธีการทางกายภาพ (physical procedure)

กายภาพ มาจากภาษาอังกฤษว่า ฟิสิกส์ (physics) หมายถึง เกี่ยวกับสิ่งที่ไม่มีชีวิต เช่น วิทยาศาสตร์กายภาพ ศึกษาเกี่ยวกับสสารและพลังงาน (เช่น พลังงานกล กระแสไฟฟ้า คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น)

วิธีการทางกายภาพ ในที่นี้จึงหมายถึง วิธีการที่ประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัด รักษา และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ เช่น วิธีการนวด การดัด การดึง การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การรักษาด้วยความร้อน ความเย็น และการใช้วิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่อาศัยหลักการทางกายภาพ (physics)

โดยความหมายนี้ วิธีการทางกายภาพ จึงครอบคลุมวิธีการที่กระทำโดยนักกายภาพบำบัดตามที่ระบุไว้ใน พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ⁶ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2546⁷ และวิธีการที่กระทำโดยปัจเจก ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น นักพลศึกษา หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก เป็นต้น ที่มีการประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ โดยที่การกระทำนั้นไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

2. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต (Current Status and Trend)

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพในกลุ่มประชากร เพศ และวัย ต่างๆ

การดูแลสุขภาพตนเองทั้งในแง่ที่เป็นวิถีชีวิต เป็นวัฒนธรรมพื้นบ้าน และในแง่ของการเป็นฐานล่างของระบบบริการสุขภาพโดยวิชาชีพ ที่กระทำในคนที่มีร่างกายปกติไม่ได้เจ็บป่วย และการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วยหรือเสื่อมสมรรถภาพร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพ จำแนกตามเพศและวัย ดังนี้

2.1.1 กลุ่มสตรี

(1) สถานการณ์ปัจจุบัน

สตรีตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพที่ดำรงอยู่ในฐานะวิถีการดำเนินชีวิต ที่สืบทอดต่อๆ กันมา มีทั้งที่อยู่ในรูปข้อห้ามและพิธีกรรมต่างๆ ตัวอย่างของข้อห้าม เช่น ห้ามหญิงมีครรภ์กลับตัวขณะลงบันได ห้ามนั่งบนก้อนหิน ห้ามยกของหนัก ห้ามทำงานหนัก ห้ามนอนหงาย² ตัวอย่างของพิธีกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การอยู่ไฟ การประคบสมุนไพร การนึ่งถ่าน การอาบสมุนไพร การเข้ากระโจม การอบไอน้ำสมุนไพร การทบทมิ้อเกลือ³ อย่างไรก็ตาม มีผู้เสนอว่า เทคนิคการอยู่ไฟที่ใช้ คือการนอนกระดานไฟ การประคบน้ำร้อน การกินข้าวกับเกลือ แท้จริงเป็นเทคนิคการรักษาที่ไม่ได้ต่างจากเทคนิคของแพทย์สมัยใหม่ ที่ใช้ความร้อน (น้ำเกลืออุ่นๆ สวนแช่มาดลูก) เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวเร็วขึ้น² ส่วนการดูแลสุขภาพตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่เป็นวิธีการทางกายภาพ ได้แก่ (1) การปฏิบัติตัวก่อนคลอด เช่น การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพื่อการเตรียมคลอด การเลือกใช้รองเท้าและอุปกรณ์พยุงหน้าท้อง รวมทั้งการรักษาท่าทาง (posture) ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง การออกกำลังกายและการจัดทำทางเพื่อลดอาการบวมที่ขา (2) การปฏิบัติตัวในระหว่างคลอดในระยะต่างๆ และ (3) การปฏิบัติตัวภายหลังคลอด เช่น การใช้คอมไฟ/หรือคอมสแตอิฟราเรดส่องเพื่อเร่งการสมานแผลบริเวณปากมดลูก การฝึกเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ท่าทางในการดูแลเด็ก เป็นต้น

สตรีวัยทอง จากรายงานการวิจัยในกลุ่มสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนาที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเขตชนบท เกี่ยวกับแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ มีการระบุวิธีปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การรับประทานยาบำรุงหรือยาพื้นบ้าน ส่วนเรื่องการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน พบว่าวิธีปฏิบัติของสตรีวัยทองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น กรณีอาการไม่รุนแรง จะไม่มีวิธีปฏิบัติเป็นพิเศษ เช่น อาจใช้การทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การ

ทำงาน) การอบสมุนไพร การนวดแผนโบราณหรือการนวดแผนไทย ส่วนกรณีอาการรุนแรง จะแก้ไขโดยใช้บริการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนซึ่งเป็นการแพทย์สมัยใหม่ หากการรักษาไม่ได้ผลจะรับการรักษาต่อแบบพื้นบ้าน⁹ ซึ่งสะท้อนว่าการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนในมุมมองของชาวบ้านไม่ใช่ปัญหาสุขภาพเสมอไป และจะใช้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองก่อนที่จะไปรับบริการจากสถานบริการ แต่ในแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบการแพทย์กระแสหลัก การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนถูกทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์ (medicalization) โดยการประชาสัมพันธ์/ให้ข้อมูลให้สตรีที่เข้าสู่วัยทองเชื่อว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพหลายโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หลังคลอดและปวดหลัง กระดูกพรุนและหักง่าย มะเร็งเต้านม โรคสมองเสื่อม (อัลไซเมอร์) การไปรับการตรวจร่างกายจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชตั้งแต่เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยทองไม่ว่าจะมีอาการผิดปกติทางร่างกายหรือไม่ก็ตามเพื่อให้พบปัญหาดังแต่ระยะเริ่มต้นเป็นสิ่งที่ มีประโยชน์ โดยการตรวจบางอย่างต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และควรตรวจเป็นประจำทุกปี ในรายที่มีอาการผิดปกติจะต้องได้รับฮอร์โมนทดแทน ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ได้รับทดแทนเป็นเวลานานจะกระตุ้นให้เยื่อบุโพรงมดลูกหนาตัวและอาจกลายเป็นมะเร็งได้ และยังไม่ยืนยันว่าจะกระตุ้นให้เกิดมะเร็งเต้านมด้วยหรือไม่ สตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน จึงควรจะได้รับ การดูแลอย่างสม่ำเสมอจากแพทย์ ไม่ควรไปซื้อยาเอง การดูแลสุขภาพตนเองที่แพทย์แนะนำสำหรับสตรีวัยทองที่เป็นวิธีการทางกายภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ เต้นรำ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เหมาะสมกับวัย และการออกกำลังกายแบบชี่กง เป็นต้น^{10,11}

(2) แนวโน้มในอนาคต

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของสตรีในฐานะวิถีการดำเนินชีวิต และการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านกำลังค่อยๆ หดไปจากสังคมไทย และมีลักษณะพึ่งพิงผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น แนวโน้มดังกล่าวนี้เป็นผลมาจาก :-

1) การครอบงำของกระบวนทัศน์ด้านชีวการแพทย์ที่เกิดขึ้นในส่วนใหญ่ของสังคมไทย ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีแนวคิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านเกิดขึ้นในชุมชนบางกลุ่มบางพื้นที่ แต่ก็ไมอาจต้านกระแสการครอบงำของการแพทย์กระแสหลักได้ การแพทย์/การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านถูกลดคุณค่าลง กลายเป็นทางเลือกรอง หรือถึงขั้นถูกมองว่าไม่ถูกต้อง หรืออาจทำให้เกิดอันตราย เช่น มีการรณรงค์สร้างแนวคิดว่าการฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ถูกต้อง มีเหตุมีผล และปลอดภัย มากกว่าการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมและการดูแลโดยหมอตำแย ประเพณีการอยู่ไฟถูกมองว่าเป็นประเพณีที่ทำให้เกิดอันตรายแก่มารดาและทารกหลังคลอด มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาล ซึ่งมีงานวิจัยที่รายงานผลว่าได้รับการตอบสนองที่ดีจากมารดา โดย

ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของมารดามีผลทำให้ความต้องการในการออกกำลังกายแตกต่างกัน มารดาที่ต้องการออกกำลังกายมีความต้องการทราบเหตุผล/วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกายในแต่ละท่า รวมทั้งต้องการให้โรงพยาบาลจัดทำเอกสารและแผ่นพับการออกกำลังกายแจกให้มารดาที่คลอดในโรงพยาบาลทุกคน¹² ข้อมูลงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนการยอมรับวิถีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่ทุกอย่างจะต้องพิสูจน์ได้โดยการศึกษาทดลอง และการยอมรับการครอบงำทาง การแพทย์ว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องและต้องปฏิบัติตาม

2) การแพร่หลายของสื่อสาธารณะต่างๆ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้น นักวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ ได้อาศัยประโยชน์จากการแพร่หลายของสื่อ เหล่านี้ มีการจัดทำโปสเตอร์ แผ่นพับ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ^{10,11} ออกมามากมาย เพื่อเผยแพร่ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของมารดา สตรีวัยทอง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ถึงแม้จะมี ความพยายามเสนอวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านผ่านสื่อต่างๆ เช่นกัน แต่ก็ไม่แพร่หลาย

3) กระแสการเติบโตของธุรกิจด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการดูแลสุขภาพ ตนเองของมารดา สตรีวัยทอง ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก็เป็นหนึ่งในธุรกิจที่กำลังสร้างความ นิยมในกลุ่มลูกค้า มีการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ทั้งในรูปแบบการโฆษณาธุรกิจบริการโดยตรงและการ โฆษณาทางอ้อมโดยผ่านทางสินค้าอื่นๆ ตัวอย่างของวิธีการทางกายภาพที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์และ หลังคลอด เช่น การออกกำลังกายในน้ำ การฝึกโยคะ เป็นต้น รวมทั้งมีหนังสือ นิตยสาร ที่ให้ความรู้ ทางด้านนี้ออกมาจำหน่ายมากมาย

2.1.2 กลุ่มเด็กทารกและเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 6 ปี)

(1) สถานการณ์ปัจจุบัน

การดูแลสุขภาพเด็กทารกและเด็กเล็กที่ใช้วิธีการทางกายภาพ จะผ่านทาง ของใช้ ท่าทางการอุ้มและการดูแลเด็ก ของเล่น และการเล่น ส่วนในเด็กที่โตขึ้นที่เริ่มวิ่งเล่นได้ การ เล่นถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญในชีวิตประจำวัน

วิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น เพลนอนที่ผูกจากผ้าขาวม้า การแขวน ปลาตะเพียนไว้ที่เปล การเล่นจ้ำจี้ การเล่นจับปูด้า การเล่นจ๊ะเอ๋ ส่วนในเด็กที่โตขึ้นก็มีการละเล่น ของเด็กไทยแบบพื้นบ้านที่เป็นวิธีการทางกายภาพ¹³⁻¹⁵ ที่ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย มากมาย เช่น

- การละเล่นที่มีการคาดคะเน การกระเด้ง ตัวอย่างเช่น ขี่ม้าโยนบอล ดัด เม็ดมะขาม ปิดตาตีหม้อ ลิงชิงหลัก หยอดหลุม
- การละเล่นที่เน้นทักษะการใช้กล้ามเนื้อ การขีดเส้น ลากเส้น วาดรูป การ เขียนรูปทรง การสาน ตัวอย่างเช่น ตาเข่ง ตีจับ หมากเก็บ อีตัก

- การละเล่นที่เน้นทักษะการวิ่ง การกระโดด ตัวอย่างเช่น โยนรับ กระโดดเชือก กระต่ายขาเดียว ขี่ม้าส่งเมือง เดินกะลา ม้าก้านกล้วย วิ่งเปี้ยว

- การละเล่นที่เน้นทักษะทางด้านการทรงตัว ตัวอย่างเช่น กระต่ายขาเดียว ขี่ม้าโยนบอล ชักส้าว มอญซ่อนผ้า ลิงชิงหลัก เข่งผัด

การละเล่นแบบพื้นบ้านของเด็กไทย นอกจากจะได้ประโยชน์ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกายแล้ว ยังมีคุณค่าด้านอื่นด้วย เช่น

- การแข่งเรือบก เป็นการฝึกความขยัน อดทน มานะพยายาม เป็นการส่งเสริมความสามัคคี และฝึกเด็กให้รู้จักมีน้ำใจนักกีฬา รู้แพ้ รู้ชนะและรู้ถอย¹⁶

- ม้าก้านกล้วย เป็นการละเล่นที่เด็กๆ สามารถทำเล่นได้เอง วัสดุหาง่าย วิธีเล่นสามารถฝึกความคิด ฝึกการเล่นเป็นหมู่คณะมีผู้นำ ผู้ตาม¹⁷

- โหม่ง(หม่อง)ขี้ส้าย เป็นการทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสกับธรรมชาติและเรียนรู้สังเกตจากธรรมชาติ เป็นการประลองที่สอนให้รู้จักการแพ้ชนะ การเสียสละ รวมถึงความสามัคคี¹

สำหรับการดูแลสุขภาพของเด็กในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ รูปแบบการเล่นของเด็กไทยในปัจจุบันก็เปลี่ยนแปลงไป เด็กผู้หญิงเปลี่ยนมาเล่นตุ๊กตาทะดาก ขูดขายของเป็นพลาสติกเลียนแบบของจริง วิดีโอเกม เด็กผู้ชายเล่นปืน จรวด และเครื่องเล่นต่างๆ ซึ่งมีขายมากมาย และมีการละเล่นหลายชนิดที่นิยมเล่นทั้งในเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิง นอกจากนี้ยังเล่นตามฐานและเศรษฐกิจของครอบครัว การเล่นของเด็กสมัยใหม่ส่วนใหญ่จะลดคุณค่าลงทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย การเรียนรู้ธรรมชาติ วัฒนธรรม และการพัฒนาบุคลิกภาพและความคิดสร้างสรรค์ โดยเฉพาะการเล่นวิดีโอเกมซึ่งแยกเด็กออกจากการเล่นสังคมกับเด็กอื่นๆ เกมบางอย่างทำให้เด็กก้าวร้าวเห็นความรุนแรงเป็นเรื่องสนุกสนาน

(2) แนวโน้มในอนาคต

การละเล่นแบบเด็กไทยสมัยก่อนกำลังค่อยๆ เลือนหายไป การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านถูกแทนที่ด้วยการดูแลตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และในขณะเดียวกันก็มีเด็กส่วนหนึ่งที่ถูกละเลยปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง แนวโน้มดังกล่าวเป็นผลมาจาก:-

1) การครอบงำของกระบวนการด้านชีวการแพทย์ที่เกิดขึ้นในส่วนใหญ่ของสังคมไทย และการแพร่หลายของสื่อสาธารณะต่างๆ ซึ่งมีลักษณะเหมือนกรณีของสตรี

2) กระแสการเติบโตของธุรกิจด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการดูแลสุขภาพเด็กทารกและเด็กเล็กก็มีกระแสการเติบโตควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพของมารดา มีทั้งในรูปแบบของสถานรับเลี้ยงเด็ก (nursery) ซึ่งจะให้คำแนะนำวิธีการดูแลเด็กแก่มารดาในช่วงเวลาที่เด็กกลับไปอยู่

บ้าน และในรูปของสถานบริการเฉพาะด้าน วิธีการทางกายภาพที่ใช้ เช่น การออกกำลังกายในน้ำ การฝึกกระตุ้นการพัฒนากาย เป็นต้น

3) สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น สำหรับครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีเด็กจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะและใช้วิธีการแบบสมัยใหม่ ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ปกครอง ส่วนในครอบครัวชนชั้นกลางเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่รัดตัวและความต้องการก้าวหน้าในอาชีพการงาน ทำให้พ่อ-แม่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปในการประกอบอาชีพ เด็กส่วนหนึ่งจึงถูกส่งไปฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยงเด็ก (nursery) ในช่วงกลางวัน และพ่อ-แม่ดูแลเองตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในช่วงเวลาว่างคืน นอกจากนี้การเติบโตด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะด้านอุตสาหกรรม ทำให้มีการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง เด็กส่วนหนึ่งต้องตามพ่อ-แม่เข้ามาอยู่ในเมือง ไม่มีปู่-ย่า-ตา-ยายคอยช่วยดูแลเลี้ยงดู ห่างหายจากวิธีการดูแลและการละเล่นแบบพื้นบ้านดั้งเดิม ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับพ่อ-แม่ต้องแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นด้านหลัก เด็กจึงมักจะถูกปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการดูแลจากพ่อ-แม่เท่าที่ควร

2.1.3 กลุ่มวัยเรียน / วัยรุ่น

(1) สถานการณ์ปัจจุบัน

การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านในเด็กวัยนี้ที่เป็นวิธีการทางกายภาพส่วนใหญ่เป็นการละเล่นแบบพื้นบ้านเช่นเดียวกับเด็กทารกและเด็กเล็ก สำหรับการดูแลสุขภาพแบบสมัยใหม่ส่วนใหญ่จะกระทำในโรงเรียนได้แก่ การออกกำลังกายในวิชาพลศึกษา การเล่นกีฬาชนิดต่างๆ ที่เป็นนันทนาการที่ทางโรงเรียนจัดเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ไว้ให้ การดูแลท่าทาง (posture) ของร่างกายโดยการเปลี่ยนจากการใช้กระเป๋านักเรียนแบบหิ้วมือเดียวเป็นการใช้เป้สะพายหลัง ส่วนภายนอกโรงเรียนสิ่งที่แพร่หลายมากในวัยรุ่นส่วนหนึ่งก็คือการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก รักษารูปร่างให้เพรียวบาง ซึ่งสะท้อนการถูกครอบงำด้วยแนวคิดเกี่ยวกับร่างกาย (body) ที่ยอมให้สังคมกำหนดว่ารูปร่าง (body) ที่สวยต้องเป็นรูปร่างที่เพรียวบาง ประกอบกับการเติบโตของสถานส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย เช่น health club, fitness center การแพร่หลายของสื่อสารธารณะต่างๆ ที่คอยตอกย้ำ ทำให้กระแสการรักษารูปร่างให้เพรียวบางมีปัจจัยเสริมให้แพร่ขยายออกไปได้มากขึ้น

(2) แนวโน้มในอนาคต

การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นกำลังค่อยๆ เลือนหายไปจากสังคมไทยเช่นเดียวกับกรณีของเด็กทารกและเด็กเล็ก ดังนั้น จึงได้มีผู้เสนอให้นำการเล่นของเด็กไทยมาเป็นกิจกรรมการเล่นในห้องเรียนของเด็กชั้นอนุบาลและประถมศึกษา (อายุ 6-10 ปี) เพราะนอกจากจะเป็นการอนุรักษ์วัฒนธรรมไทยแล้วยังมีคุณค่าอีกหลายประการ เช่น ส่วน

ใหญ่เป็นการออกกำลังกายเพื่อให้มีความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหวร่างกาย ในขณะเดียวกันก็ฝึกความเป็นคนช่างสังเกต มีไหวพริบความแม่นยำ การตัดสินใจและความพร้อมเพรียง¹⁹

2.1.4 กลุ่มวัยทำงาน / วัยผู้ใหญ่

(1) สถานการณ์ปัจจุบัน

การดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้านของคนวัยนี้ที่เป็นวิธีการทางกายภาพ โดยส่วนใหญ่เป็นการกระทำโดยผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ใช้ในการประกอบอาชีพ เช่น การทำไร่ทำนาซึ่งได้ใช้การออกแรง การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย นอกจากนี้ยังกระทำผ่านการละเล่นพื้นบ้านต่างๆ ในโอกาสที่มีงานบุญประเพณี ซึ่งจะแตกต่างหลากหลายกันไปในแต่ละท้องถิ่น คุณค่าของการละเล่นเหล่านั้นนอกจากจะให้ประโยชน์ด้านการออกกำลังกายแล้ว ยังมีคุณค่าในแง่อื่นอีกมากมาย ตัวอย่างเช่น การเส็งกลอง (การแข่งขันตีกลอง) ซึ่งเป็นการละเล่นพื้นบ้านของชาวจังหวัดเพชรบูรณ์ มีคุณค่าคือ เป็นการสร้างเสริมความสามัคคีในหมู่คณะ ส่งเสริมการออกกำลังกาย สร้างสรรค์ผลงานด้านศิลปะหลาย ๆ ด้านประกอบกัน ได้แก่ ศิลปะด้านการแสดง ดนตรีและการละเล่น รวมทั้งงานหัตถกรรม²⁰ เป็นต้น นอกจากนี้สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็มีโครงการประยุกต์วัฒนธรรมพื้นบ้าน เช่น รำไทย รำวง มโนราห์ เป็นต้น และทำทางการประกอบอาชีพ เช่น การนวดข้าว มาใช้เป็นท่าทางในการออกกำลังกายด้วย

การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพในปัจจุบันคือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จะเห็นมีการรวมกลุ่มกันออกกำลังกายตามสวนสาธารณะต่างๆ มากมาย เช่น จากรายงานการสำรวจของลือชัยและคณะ² ซึ่งสำรวจใน 8 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ อ่างทอง เชียงใหม่ น่าน ขอนแก่น สุรินทร์ ตรัง สงขลา จากจำนวนตัวอย่าง 1,831 ราย พบว่า 70 % ของตัวอย่างตอบว่ามี การดูแลสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกายในช่วง 3 เดือนก่อนการสำรวจ โดยเฉพาะการวิ่ง การเดิน (45.5%) เล่นกีฬา (23.5%) กายบริหาร (14.6%) การเต้นแอโรบิค (9.4%)

สำหรับการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพในสถานที่ทำงานของคนกลุ่มนี้ ในปัจจุบันแพร่หลายมากขึ้น หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เช่น กรมอนามัยและภาคเอกชน ได้ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพในโรงงาน/สถานที่ทำงาน มีการจัดประกวดสถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพดีเด่นขึ้น สถานที่ทำงานหลายแห่งจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้กับพนักงาน เช่น การยืดเส้นยืดสายตอนเข้าก่อนเข้างาน การเต้นแอโรบิคหลังเลิกงานหรือวันหยุด การเล่นกีฬาชนิดต่างๆ

การออกกำลังกายด้วยศาสตร์แบบตะวันออกก็กำลังได้รับความนิยมสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งนอกจากจะให้ประโยชน์ต่อร่างกายแล้ว ยังมีผลดีต่อสุขภาพจิตด้วย องค์ประกอบส่วนหนึ่ง

ของการออกกำลังกายในกลุ่มนี้คือการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายและการฝึกการหายใจ ซึ่งเป็นวิธีการทางกายภาพ ตัวอย่างเช่น

- **ซิงก** คำนี้ได้รับการอธิบายว่า เป็นคำสองคำมารวมกัน คือคำว่า "ซึ" หมายถึง พลังที่ทุกคนรวมทั้งพืชและสัตว์มีอยู่ พลังที่เกิดขึ้นได้สองทาง เกิดจากทุนเดิมที่ได้รับจากพ่อแม่ หรือภาวะทางพันธุกรรม กับเกิดได้จากการฝึก และจากอาหารที่เรากิน ส่วนคำว่า "กิง" หมายถึง การทำงาน เพราะฉะนั้น "ซิงก" จึงหมายถึง การทำงานเพื่อให้ได้ซึ²¹ ซิงกเป็นวิธีการออกกำลังกายที่มีองค์ประกอบสำคัญเบ็ดเสร็จ 3 อย่าง คือ การบริหารกาย การบริหารจิต และการบริหารลมปราณ ในกายบริหาร ซิงกบริหารแทบทุกส่วนของร่างกาย เช่น ข้อต่อต่างๆ กล้ามเนื้อแทบทุกมัด เส้นเอ็นต่างๆ และยังมียางวิจัยที่รายงานว่า การรำซิงกทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นไปได้กว่า 100 ครั้ง/นาที ในผู้สูงอายุพบว่าทำให้เพิ่มความสามารถในการทรงตัว ทำให้หกล้มน้อยลง ด้านจิตบริหาร ซึ่งเป็นการฝึกสมาธิ ช่วยทำให้มีจิตใจผ่องใส คลายเครียด ด้านการบริหารลมปราณ ซึ่งเป็นการใช้วิธีการควบคุมการหายใจไปพร้อมกับการฝึก โดยใช้การหายใจแบบผืนหายใจ (reverse breathing) หรือการหายใจโดยใช้กระบังลม (diaphragmatic breathing) ทำให้ปอดขยายตัวเต็มที่และร่างกายได้รับออกซิเจนสูงสุด ในแง่ของประโยชน์ต่อสุขภาพได้รับการอธิบายว่า ทำให้เกิดการเก็บเกี่ยวพลังงานรอบตัวมาสะสมไว้ในตัว เพื่อใช้ป้องกันโรค / รักษาตนเองและผู้อื่นจากการเจ็บป่วย²² ซึ่งคุณยายอายุ 69 ปีรายหนึ่ง ที่ฝึกซิงกมา 11 ปีบอกว่า ซิงกช่วยให้หายจากอาการปวดเข่า โรคเบาหวาน และควบคุมคอเลสเตอรอลไม่ให้สูงเกินไป²³

- **ฤษีดัดตน**²⁴ ได้รับการอธิบายว่าน่าจะถือกำเนิดมาจากฤาษี ซึ่งหมายถึงนักพรตหรือนักบวชที่แสวงหาความสงบอยู่ตามป่าเขา บำเพ็ญเพียรนั่งสมาธินานๆ อาจมีอาการเมื่อยขบก็ได้ เมื่อทดลองขยับเขยื้อนร่างกาย การยืดข้อพับ และเกร็งตัวดัดตน ทำให้เกิดท่าต่างๆ แล้วทำให้อาการเจ็บป่วย เมื่อยขบหายไป จึงได้สรุปประสบการณ์บอกเล่าสืบต่อกันมา หรืออาจเกิดจากการคิดค้นโดยคนธรรมดาทั่วไป การฝึกท่าฤษีดัดตนได้รับการอธิบายว่ามีประโยชน์คือ (1) ช่วยให้เกิดความเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนขาหรือข้อต่างๆ ให้เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว (2) ทำให้โลหิตหมุนเวียนเลือดลมเดินสะดวก (3) เป็นการต่อต้านโรคภัยบำรุงรักษาสุขภาพให้มีอายุยืนยาว (4) ช่วยยกระดับจิตใจให้พ้นอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด ความวุ่น ความท้อแท้ ความเครียด เป็นต้น การฝึกท่าฤษีดัดตนในตำรามิได้มีกระบวนชัดเจนเกี่ยวกับการหายใจ อย่างไรก็ตามในศาสนาพุทธมีการนั่งสมาธิ โดยการฝึกการบริหารลมหายใจเช่นกัน ดังนั้น ท่าฤษีดัดตนจึงน่าจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดลมหายใจและการกลืนลมหายใจ ซึ่งการฝึกลมหายใจแบบโยคะ มีท่าพื้นฐาน อยู่ 3 แบบ คือ (1) การหายใจที่ช่องท้องส่วนล่างของลำตัว ซึ่งเป็นการหายใจโดยใช้กระบังลม กระบังลมจะหย่อนลงมา ผ่นหน้าท้องจะพองออก (2) การหายใจโดยใช้ซี่โครงส่วนกลาง (3) การหายใจโดยใช้ซี่โครงส่วนบน และ (4) การหายใจทั้งสามแบบรวมกัน ซึ่งได้รับการ

อธิบายว่ามีประโยชน์ คือทำให้รู้สึกสงบอย่างยิ่ง เป็นการเพิ่มออกซิเจนในปอด ทำให้หัวใจทำงานสม่ำเสมอ ความดันลดลง ส่งผลดีต่อจิตใจ

(2) แนวโน้มในอนาคต

การรณรงค์ให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกาย ถูกจัดขึ้นโดยรัฐบาลเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นโครงการที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวระดับนานาชาติด้วย นอกจากนี้การที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการแพทย์ทางเลือก²⁵ โดยในช่วงกลางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้ง "สถาบันการแพทย์แผนไทย" ซึ่งมีบทบาทหลักในการเป็นศูนย์กลางการพัฒนาการประสานงานสนับสนุนและให้ความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย ถ้าหากรัฐบาลยังให้ความสนใจและสนับสนุนต่อไปอย่างจริงจัง ไม่เป็นเพียงการเคลื่อนไหวฉาบฉวยและสร้างภาพ ก็น่าที่จะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่ทำให้ประชาชนยอมรับวิธีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการของการแพทย์ทางเลือก ซึ่งรวมถึงการออกกำลังกายและการใช้วิธีการทางกายภาพอื่นๆ มากขึ้นเรื่อยๆ

2.1.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นแผนงานหนึ่งที่สำคัญของสถานบริการ มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาล โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง มีการจัดกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน รวมทั้งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนในชุมชนก็มีการรวมตัวของผู้สูงอายุ มีทั้งที่ได้รับการผลักดันโดยบุคลากรจากภาครัฐ และการรวมกลุ่มกันเอง ตัวอย่างการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุในชุมชนป่าแดด จ.เชียงราย รวมกลุ่มกันนำไม้ไผ่ที่มีอยู่มากในชุมชนมาประดิษฐ์เป็นเครื่องเล่นพื้นบ้าน โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทำและออกกำลังกายบริหารมือ นอกจากนี้ในพื้นที่อื่นๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบทจะมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อออกกำลังกายร่วมกัน²⁶

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิถีกายภาพบำบัดในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม / คนชายขอบ

2.2.1 กลุ่มผู้พิการ / ผู้ป่วยเรื้อรัง

ตัวอย่างที่น่าสนใจของการดูแลสุขภาพผู้พิการ / ผู้ป่วยเรื้อรัง^{2, 26} ได้แก่

- **เครือข่ายครอบครัวเด็กออทิสซึม** ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้ปกครองเพื่อเรียกร้องความร่วมมือกัน เพื่อช่วยเหลือเด็กและบุคคลออทิสติกที่ขาดโอกาส

- **ชุมชนศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำพู** ซึ่งเป็นชุมชนที่มีผู้พิการค่อนข้างมาก ได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ จัดกิจกรรมแนะนำการฟื้นฟูเด็กพิการให้กับชุมชน ทำให้ชาวบ้านเกิดการปรับทัศนคติ หันมาร่วมมือกันโดยอาศัยภูมิปัญญาในท้องถิ่น เช่น การสร้างของเล่นจากไม้ไผ่ที่มีในชุมชนเพื่อให้เด็กพิการได้เล่น และด้วยการประสานงาน

จากมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ จึงได้มีการจัดอบรมให้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จัดทำสื่อเผยแพร่ แนวคิดการพัฒนาของเล่นที่มาจากภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น ม้าไม้ รถตักดิน กระสอบทราย เป็นต้น โดยเป็นของเล่นที่ช่วยทำกายภาพบำบัด การดูแลและช่วยให้คนพิการสามารถพัฒนาช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน โดยทั้งครอบครัว ชุมชน โรงเรียน ร่วมกันพัฒนาช่วยเหลือคนพิการ และได้ พิสูจน์ให้เห็นว่าทั้งคนที่ครบ 32 และคนพิการสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ด้วยควมมีศักดิ์ศรีของคน พิการมากกว่าแค่ความสงสาร

- **ชมรมคนพิการนครปฐม** เป็นองค์กรคนพิการจังหวัดนครปฐม ที่มี เป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน

2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง (self help) โดยกลุ่ม / ชุมชน

การดูแลสุขภาพตนเองโดยกลุ่ม / ชุมชนมีการขยายตัวมากขึ้นเรื่อยๆ^{2, 26} ตัวอย่างเช่น

- **บ้านกุดชุม** มีการตั้งศูนย์สุขภาพขึ้นที่วัด ให้เป็นศูนย์ให้ความรู้เกี่ยวกับ สมุนไพร มีการให้บริการทั้งนวด ประคบ อบสมุนไพร

- **เสถียรธรรมสถาน** จัดทำโครงการพัฒนาเด็กอ่อนก่อนเกณฑ์ เช่น การนวด สัมผัสที่สัมผัสกายและจิตที่ผ่านความรักจากแม่สู่ลูก เป็นต้น และโครงการเปิดโลกกว้างสำหรับเด็ก พิเศษ (เด็กพิการต่างๆ) โดยใช้หลักการองค์รวมของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

- **สภาเครือข่ายผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย** ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2537 โดยเป็นเครือข่ายที่เริ่มจากการรวมตัวกันของผู้ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ จากฝุ่นฝ้าย (บิลิโนซิส) โรงงานทอผ้ากรุงเทพ เพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขปัญหามาจากนายจ้างปฏิเสธ การเจ็บป่วยของคนงานที่มีอาการปอดอักเสบในโรงงาน

- **ประชาคมตำบลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น** ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้ โครงการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจังหวัดขอนแก่น มีการจัดเวทีให้ผู้นำชุมชนแต่ละหมู่บ้านมีโอกาสพบปะพูดคุยกับครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักพัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้ง พระภิกษุ สมาชิก อบต. ที่สนใจ มาร่วมกันทำอย่างต่อเนื่อง การดำเนินกิจกรรมของประชาคมที่มีการ ใช้เครือข่ายบุคลากรทางสาธารณสุขของโรงพยาบาลร่วมด้วย ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้วิถีชีวิตของ ชาวบ้าน เข้าใจความเจ็บป่วยทางสังคมของชาวบ้านซึ่งเป็นผลกระทบต่อสุขภาพของชาวบ้าน เป็น การแก้ไขปัญหาจากต้นเหตุที่เน้นการสร้างสุขภาวะที่ดีมากกว่าการซ่อม ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ด้านสุขภาพ คือ ทำให้มีความสุขทางกาย คือกินอิ่มนอนหลับ ได้ออกกำลังกายทุกวัน ไม่เจ็บป่วย ง่าย มีความสุขทางใจ คือมีศักดิ์ศรี ไม่คิดมาก ครอบครัวอบอุ่นอยู่กันพร้อมหน้า มีความสุขทางสังคม คือมีเพื่อนที่เอื้ออาทรต่อกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน มีการรวมกลุ่มกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เรียนรู้การ แก้ไขปัญหาของชุมชนที่ยากขึ้นเรื่อยๆ สามารถจัดการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้

2.4 การเผยแพร่ / ถ่ายทอดวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง

การถ่ายทอดวิธีการดูแลสุขภาพตนเองแบบพื้นบ้านขั้นพื้นฐานจะเกิดขึ้นในระดับครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวขยายที่มีผู้เฒ่าผู้แก่เป็นผู้ถ่ายทอดให้คนรุ่นหลัง ส่วนการถ่ายทอดในชุมชนมีตัวอย่างรูปธรรมเกิดขึ้นมากมาย เช่น การดำเนินการของโรงเรียนบ้านสบขุน ซึ่งเป็นโรงเรียนประถมศึกษาเล็กๆ บนดอยที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร ขาดแคลนงบประมาณและทรัพยากร สามารถดึงชุมชนที่เป็นชนชาวเขาและมีฐานะยากจนเข้ามามีส่วนร่วมจัดการศึกษา สามารถสร้างการเรียนรู้ให้เกิดกับเด็กได้อย่างสอดคล้องกับท้องถิ่น มีการเชิญผู้รู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาเป็นวิทยากรสอนและสาธิตตามศูนย์การศึกษาเรียนรู้ และได้เสนอแนวคิดว่าการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เชื่อมโยงแหล่งความรู้ต่างๆ ในท้องถิ่นเข้าด้วยกัน เพื่อถ่ายทอดความรู้และประมวลประสบการณ์ที่สั่งสมสืบต่อกันมานานให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันทั้งครู นักเรียน และชุมชน²⁷

2.5 การดูแลสุขภาพโดยหมอพื้นบ้าน / แพทย์แผนไทยในชุมชน

ในประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาการแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์ไทยเคยเป็นการแพทย์กระแสหลักในสังคมไทย แต่เมื่อมีการนำการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ การแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แผนไทยก็เสื่อมความนิยมลง เนื่องจากถูกมองว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น ข้อความที่ตราไว้ในกฎหมายในปี พ.ศ. 2466 ที่เขียนไว้ว่า การแพทย์แผนโบราณที่สืบทอดกันมาไม่เป็นวิทยาศาสตร์ เป็นระบบที่ไม่แสดงการได้ผลที่ชัดเจน เป็นเรื่องทางไสยศาสตร์ ความเชื่อ ผีบอก ฯลฯ เป็นระบบที่แสดงถึงความรู้ที่ไม่มีรากฐาน ไม่รู้ว่าโรคต่างๆ เกิดจากอะไร วิธีปฏิบัติไม่ถูกสุขลักษณะ สกปรก และเป็นระบบการแพทย์ที่ใช้หลักจิตวิทยา แสดงความโอ้อวดมากกว่าความจริง²⁸

ในปัจจุบัน เมื่อการแพทย์กระแสหลักไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด จึงได้มีกลุ่มคนที่นับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ หันมาสนใจการแพทย์พื้นบ้าน/การแพทย์แผนไทยมากขึ้น เช่น มีรายงานการวิจัยที่สำรวจการใช้การแพทย์พื้นบ้าน (traditional medicine) ในชนบทในจังหวัดสระบุรี ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่ามีการใช้สูง รูปแบบการรักษาที่ใช้ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร อาหาร การนวด และการทำสมาธิ (meditation) โดยกลุ่มอาการที่มีการใช้สูงคือกลุ่มโรคเรื้อรัง²⁹ นอกจากนี้ ในรายงานสมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น ปี 2546³⁰ รายงานว่า ในภาคเหนือตอนล่างมีการกระจายตัวของแพทย์แผนไทยค่อนข้างสูง การรวมตัวของแพทย์แผนไทยเพื่อจัดการเรียนการสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิชาเภสัชกรรมไทย เวชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทยและการนวดไทย และมีการประสานเครือข่ายระหว่างจังหวัด มีการพึ่งพิงซึ่งกันและกัน เช่น การช่วยเหลือกันในการจัดตั้งชมรม การแลกเปลี่ยนวิทยากร ครูผู้สอน ส่วนในภาคเหนือตอนบนมีการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านค่อนข้างสูง โดยการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายระดับจังหวัด เช่น เครือข่ายหมอเมือง 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีการพัฒนาองค์ความรู้ขึ้นมาเป็นแนวคิดทฤษฎี เช่น จัดทำเป็นหลักสูตรการแพทย์พื้นบ้านล้านนาของสถาบันราชภัฏเชียงใหม่ มีการรวบรวมเป็นเอกสารตำรา

เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ซึ่งมีส่วนของการป้องกันดูแลรักษาสุขภาพด้วยวิธีทางกายบำบัด (รวมการฟื้นฟูสภาพทางกาย) รวมอยู่ด้วย เช่น การบีบเส้น ตอกเส้น บีบเอ็น ตอกเอ็น ย่ำขาาง แช่น้ำร้อน-น้ำเย็น เป็นต้น³¹

2.6 การเคลื่อนไหวของประชาคม / ประชาสังคม ด้านสุขภาพ

เนื่องจากสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี จึงเป็นประเด็นของการดูแลสุขภาพตนเองและกันเองของประชาชนด้วย

นับตั้งแต่ประเทศไทยมีการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2504 เป็นต้นมา ได้ก่อให้เกิดการเร่งพัฒนาในทิศทางที่เน้นอุตสาหกรรมอย่างขนานใหญ่ รวมทั้งการที่รัฐบาลมีนโยบายเร่งรัดพัฒนาประเทศให้เป็นทุนนิยมสมัยใหม่ ส่งผลให้มีโครงการและ/หรือ นโยบายที่กระทบและ/หรือ มีสิ่งบ่งชี้ว่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย ทำให้ประชาคม กลุ่มองค์กรต่างๆ ออกมาเคลื่อนไหวเรียกร้องให้มีการทบทวนและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การเคลื่อนไหวเหล่านี้ ถึงแม้ไม่ใช่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพของประชาชนโดยตรง แต่เป็นการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาพ³² ตัวอย่างเช่น

- กรณีท่อก๊าซไทย-มาเลเซียที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ที่มีการเคลื่อนไหวเพื่อปกป้องวิถีวัฒนธรรมมุสลิม และทรัพยากรธรรมชาติให้รอดพ้นจากนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ นับหมื่นไร่ที่กำลังจะตามมา
- กรณีการเรียกร้องให้มีการเปิดประตูเขื่อนปากมูลทั้ง 8 บาน เพื่อฟื้นฟูชีวิตและธรรมชาติแห่งแม่น้ำมูลที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งถูกปิดลงมานาน 10 ปี ซึ่งเป็นการต่อสู้ระหว่างไฟฟ้าเพื่อคนเมืองกับปลาเพื่อเป็นอาหารสำหรับคนชนบทตลอดลำแม่น้ำมูล
- กรณีบ่อกำจัดขยะราชาเทวะ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ย่ำแย่ของชุมชนรอบบ่อขยะ
- กรณีกลุ่มเกษตรกรชาวสวนส้ม อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษจากโรงไฟฟ้าวังน้อย จนต้นส้มเสียหาย สวนส้มขาดทุน ส่งผลกระทบต่อคนทั้งตำบลให้มีฐานะแย่ลง ซึ่งย่อมส่งผลต่อการมีสุขภาพดี
- กรณีโรงไฟฟ้าแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ที่ชาวบ้าน 8 หมู่บ้านได้รวมตัวจัดทอดผ้าป่าตั้งกองทุนสุขภาพ และซื้ออุปกรณ์ช่วยการหายใจไว้ในชุมชน เพราะแม้มีบัตรทองที่รักษาฟรี แต่การที่ไปทำงานไม่ได้ รายได้ที่ขาดหายไป คนแก่ที่อ่อนแอจนเป็นภาระแก่ชุมชน ล้วนเป็นผลกระทบด้านสุขภาพที่ต้องมีการหันกลับมาทบทวนการดำเนินการของโรงไฟฟ้า

- กรณีชาวมาบตาพุด จังหวัดระยอง ได้คัดค้านการสร้างโรงไฟฟ้าถ่านหินที่จะถมทะเลสร้างในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดขึ้นมาอีกโรง เพราะทำให้มีปัญหามลพิษที่หนึ่กอยู่แล้วสาหัสยิ่งขึ้น
- กรณีคัดค้านการทำเหมืองแร่โพแทสในอำเภอกุมภวาปี และอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่ให้บริษัทข้ามชาติมาทำเหมืองแร่ได้ดิน ย่อมส่งผลกระทบต่อน้ำใต้ดินและน้ำผิวดิน ความแห้งแล้งที่จะตามมาจากเกลือที่ตกค้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเกษตรกรรมในพื้นที่
- กรณีชาวบ้านอำเภอเชียงของและเชียงแสน จังหวัดเชียงราย คัดค้านการระเบิดแก่งหินในแม่น้ำโขง เพื่อเป็นเส้นทางเดินเรือ แต่จะทำให้แหล่งที่อยู่เพาะพันธุ์ของปลาหมดไป ซึ่งเท่ากับเป็นการทำลายระบบนิเวศน์และวิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น วิถีชีวิตที่ราบเรียบและเกื้อกูลกับธรรมชาติ
- กรณีคัดค้านแนวความคิดการเปิดบ่อนการพนันเสรีในประเทศไทย ในมุมหนึ่งเพื่อลดการไหลออกของเงินตราและการเก็บภาษีได้มากขึ้น แต่อีกมุมหนึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย

2.7 การเคลื่อนไหวขององค์กรวิชาชีพและสถาบันการศึกษาด้านกายภาพบำบัด

ในปัจจุบันองค์กรวิชาชีพและสถาบันการศึกษาทางด้านกายภาพบำบัด ยังไม่เล่นบทบาทผู้นำและพัฒนาด้านวิชาการที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วยวิธีการทางกายภาพอย่างจริงจัง การเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิธีการทางกายภาพก็ยังไม่มีการดำเนินการและการประเมินผลกระทบที่ชัดเจน ยังขาดฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ ขาดระบบข้อมูลข่าวสารที่แสดงพลวัตของการใช้และการพัฒนาระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นดังกล่าว

ขาดความร่วมมือในการทำวิจัยระหว่างวิชาชีพกายภาพบำบัดกับชุมชน รวมทั้งกับวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินและพัฒนาระบบ / วิธีการของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ

การประสานงานกับกลุ่ม องค์กร ภาคีต่างๆ ในการประสาน / สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพให้กับกลุ่ม / องค์กรเหล่านั้นยังมีน้อย

การพัฒนาเทคโนโลยีที่ใช้วิธีการทางกายภาพในสถานศึกษาายังเน้นแนวเล็ก ที่ต้องดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญทางกายภาพบำบัด ที่แม้แต่นักกายภาพบำบัดทั่วไปก็ไม่สามารถดำเนินการได้ การพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพตนเองและกันเองของประชาชนยังมีน้อยมาก

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

เนื่องจากสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ มากมาย การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการดูแลสุขภาพในสังคมไทยจึงต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล และทางด้านสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

3.1 สถานการณ์และแนวโน้มด้านเศรษฐกิจ

3.1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาเศรษฐกิจของไทยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 ต่อปี มีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวเพิ่มขึ้นถึง 28 เท่า โดยเฉพาะมีการเพิ่มอย่างรวดเร็วมากตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา ความเจริญด้านเศรษฐกิจทำให้ภาวะความยากจนของประเทศลดลง จากสัดส่วนประชากรยากจนร้อยละ 57 ในปี 2505 เป็นร้อยละ 13.0 ในพ.ศ. 2541 เมื่อประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรงในปี พ.ศ. 2540 ทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจติดลบร้อยละ 0.4 ในปี พ.ศ. 2540 และร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2541 และทำให้สัดส่วนประชากรยากจนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.4 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 11.4 ใน พ.ศ. 2541³³

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เช่น การเติบโตทางเศรษฐกิจระหว่างปี 2513 ถึง 2539 ทำให้รูปแบบการให้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป โดยในภาพรวมทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ เพิ่มจากร้อยละ 7.7 ในปี 2513 เป็น ร้อยละ 14.18 ในปี 2539 การใช้บริการสถานอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 34.54 ในปี 2539 โดยอัตราการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบนี้เกิดขึ้นในเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ ส่วนเขตเมืองพฤติกรรมที่มีร้อยละสูงที่สุดในปี 2539 คือการให้บริการที่คลินิก / โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 41.57 ส่วนพฤติกรรมที่ลดลงคือการซื้อยากินเอง ซึ่งสะท้อนว่าเศรษฐกิจที่เติบโตขึ้นทำให้อัตราการพึ่งพิงสถานบริการเพิ่มมากขึ้น³³

การเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้รายได้ ปริมาณเงินและค่าของเงินลดลง ส่งผลให้กำลังซื้อของประชาชนลดลง ในขณะที่ข้าวของราคาแพงขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่าหลังการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่กลาง พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา แนวโน้มการเลือกวิธีช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของประชาชนมีมากขึ้น โดยประชาชนหันมาซื้อยากินเองและใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้นแต่ใช้บริการคลินิกเอกชนลดลง³³

โดยที่การใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยในระยะที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการรับผิดชอบของครัวเรือนมากกว่าภาครัฐ และคนจนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่าคนรวยถึง 3.4 เท่า ซึ่งสะท้อนลักษณะความไม่เสมอภาคสูงมาก และการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจกระทบต่อคนจนมากกว่าคนรวย³³

สำหรับในภาครัฐ ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจทำให้มีความจำเป็นในการควบคุมวิกฤติของค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพที่สูงขึ้น โดยการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้

ทรัพยากรของ professional health care การยกภาระการดูแลสุขภาพไปให้ปัจเจกบุคคลเป็นกลยุทธสำคัญอย่างหนึ่ง เช่น การรณรงค์ให้ประชาชนออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการลง

ผลของการพัฒนาเศรษฐกิจที่เน้นความเติบโตด้านอุตสาหกรรม ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพคนงาน ทำให้คนงานประสบอันตรายและเจ็บป่วยจากการทำงานสูง และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมจากการที่คนงานต้องพักงานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่เนื่องจากข้อมูลสถิติจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทนไม่ได้รับปัญหาตามลักษณะการบริการรักษาที่คนงานไปรับบริการ ทำให้ไม่สามารถแยกเฉพาะสถิติที่เข้ารับบริการทางกายภาพบำบัดออกมาได้ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามปัญหาการเจ็บป่วยที่น่าจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริการทางกายภาพบำบัด ได้แก่ การเจ็บป่วยจากการยกหรือเคลื่อนย้ายสิ่งของหนัก อาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน ซึ่งในระหว่างปี พ.ศ.2542 -2544 มีสถิติที่สูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 9³⁴⁻³⁵

ตารางที่ 9 สถิติการเจ็บป่วยของคนงานจากการยกหรือเคลื่อนย้ายสิ่งของหนัก และอาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน ในระหว่างปี พ.ศ.2542 -2544

ลักษณะการประสบอันตราย	ปี 2542	ปี 2543	ปี 2544
ยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก	8,719	7,775	7,071
อาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน	2,564	1,699	1,613

ที่มา : สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

ในปี 2544 ได้มีการจัดลำดับสถิติการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน 3 ลำดับแรก ปรากฏว่าปัญหาจากการยกและเคลื่อนย้ายของหนักสูงเป็นลำดับที่ 1 ทำให้คนงานต้องหยุดงานเกิน 3 วันถึง 848 คน และหยุดงานไม่เกิน 3 วัน 6,216 คน และอาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงานมีสถิติสูงเป็นลำดับที่ 3 ทำให้คนงานต้องหยุดงานเกิน 3 วันถึง 258 คน และหยุดงานไม่เกิน 3 วัน 1,364 คน ทั้งนี้ยังไม่รวมการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่ถูกจัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานและตามหลักวิชาการแล้วมีข้อบ่งชี้ว่าน่าจะต้องได้รับการบริการทางกายภาพบำบัด เช่น การตกจากที่สูง การหกล้มลื่นล้ม วัตถุสิ่งของกระแทกหรือชน เป็นต้น ซึ่งอันตรายจากการทำงานเหล่านี้ อาจจะทำให้เกิดปัญหากับระบบกล้ามเนื้อกระดูก และ/ หรือระบบประสาทที่อาจต้องได้รับการบริการทางกายภาพบำบัด

ตัวอย่างปัญหาสุขภาพของคนงานที่เกิดขึ้นเนื่องจากสภาพการทำงาน ที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด เช่น

(1) คนงานในโรงงานอุตสาหกรรมทอผ้า

จากรายงานการวิจัยของ อนงค์ หาญสกุล (อ้างในเกษราวัลณ์)³⁶ ซึ่งศึกษาในผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทอผ้าไหมพรม พบว่ามีปัญหาความเมื่อยล้ากล้ามเนื้อของพนักงาน โดยบริเวณปวดเมื่อยมากที่สุดคือ บริเวณเอว ไหล่ คอ แขนท่อนบน เท้าและข้อเท้า ตามลำดับ โดยบริเวณคอเป็นบริเวณที่มีอาการปวดเมื่อยตลอดเวลาจนต้องใช้ยาแก้ปวดมากที่สุดกว่าตำแหน่งอื่นๆ รองลงมาคือบริเวณต้นขา และน่องส่วนบริเวณที่มีอาการปวดเมื่อยหยุดพักงานอาการก็ไม่ดีขึ้นคือบริเวณเอว แขนท่อนบนและมือ/ข้อมือ นอกจากความเมื่อยล้าแล้ว เส้นเลือดขอดก็เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้มีอาชีพทอผ้าอันเป็นผลมาจากท่าทางการทำงานที่ต้องยืนหรือนั่งติดต่อกันเป็นเวลานาน รวมทั้งมีรายงานว่า ผู้ที่ทำงานกับสิ่งทอจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาของ รัศมี สมรรถชัย³⁶ พบว่า คนงานที่ทำงานในโรงงานทอผ้า มีอาการไอตอนกลางวัน หรือกลางคืนบ้างบางครั้งถึง 45.7% และคนงานเหล่านี้มีเสมหะเมื่อตื่นนอนเป็นประจำถึง 46.9% มีอาการคัดจมูกพบได้สูงถึง 63.6% และมีคนงานที่มีอาการคัดจมูก หรือข้างในจมูกอักเสบเวลาอากาศร้อน บางรายป่วยด้วยโรคไซนัสอักเสบเรื้อรังจากการเป็นภูมิแพ้ แ่น้ำหนักและหายใจลำบาก อีกทั้งมีหลักฐานยืนยันว่าผู้ทำงานในโรงงานทอผ้าเหล่านี้มีโอกาสเกิดโรคปอดฝุ่นฝ้าย (Byssinosis) สูง อันเป็นโรคหอบหืดที่เกิดกับคนงานทอผ้า ซึ่งสัมพันธ์กับฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ หรือลินิน คนงานจะมีอาการไอ แ่น้ำหนัก เหนื่อย เมื่อยล้า ส่วนผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับฝ้าย การปั่นด้ายได้รับความทุกข์ทรมาน ทางตา คอ จมูก หู และโรคทางผิวหนัง สารเคมีที่ใช้ในการย้อมสีมีผลต่อผิวหนัง รวมทั้งการสูดดมฝุ่นละอองของฝ้ายเข้าทางปาก จมูก หู เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น วัณโรค และมะเร็ง และก่อโรคทางจิตใจ เช่น คนงานที่ต้องทำงานแข่งกับเวลาในโรงงานเพื่อให้ได้ผลผลิตจำนวนมาก อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดตามมา³⁶

(2) คนงานก่อสร้าง

ในสภาพสังคมที่มีการเร่งพัฒนาเศรษฐกิจ การก่อสร้างย่อมมีการขยายตัวมากขึ้น ประชากรที่เข้าสู่แรงงานก่อสร้างมีมากขึ้น จากการศึกษาปัญหาสังคมและสุขภาพของคนงานก่อสร้างไทย ในปี 2541 (การศึกษาเชิงปริมาณ)³⁷ พบว่าความปลอดภัยในการทำงานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดที่เป็นเหตุให้คนงานก่อสร้างเจ็บป่วย บาดเจ็บพิการ และเสียชีวิต แต่การศึกษานี้ไม่ระบุการบริการที่คนงานได้รับ จึงไม่สามารถแยกแยะปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัดออกมาได้ชัดเจน แต่อาจพิจารณาได้จากลักษณะการบาดเจ็บที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการบริการด้านกายภาพบำบัด ซึ่งได้แก่ พิกัดเนื่องจากถูกหินทับ เครื่องมือมีคมตัดมือ ตัดขา ตกจากนั่งร้าน วัสดุก่อสร้างตกใส่ศีรษะ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าคนงานก่อสร้างมีปัญหาด้านการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เนื่องจากการออกแรงมาก ยกของหนัก หรือเดินขึ้น-ลงตึกหลายชั้นวันละหลายๆ รอบ สิ่งที่คนงานใช้เพื่อบรรเทาการปวดเมื่อยคือยาแก้ปวด ซึ่งมีส่วนผสมของสารเคมีที่เป็นอันตราย

ต่อเยื่อกระดูกอาหาร และมีสารกระตุ้นประสาท คนงานหลายคนกล่าวว่า ถ้าวันไหนไม่ได้กินยา แก้วปวดจะทำงานไม่ได้ บางคนถึงกับบอกว่าลูกไม่ขึ้นถ้าไม่ได้กินยา ส่วนการกินยาที่ไม่ได้คำนึงว่า ต้องดื่มน้ำตามมากๆ พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้นำมาซึ่งแผลในกระเพาะอาหาร และอื่นๆ ได้อีก

(3) แรงงานนอกระบบ

นอกจากแรงงานในระบบแล้ว ยังมีแรงงานอีกจำนวนหนึ่งที่เป็นแรงงานนอกระบบ ทั้งที่เป็นลูกจ้างและที่เป็นอาชีพอิสระ ซึ่งมีรายงานวิจัย³⁸ ว่ามีจำนวนมากเกินครึ่งของแรงงานทั้งหมดและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกมาก ดังที่ปรากฏชัดหลังวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 ผลกระทบต่อสุขภาพของคนงานเหล่านี้จะแตกต่างกันขึ้นกับประเภทของงาน ตัวอย่างเช่น

- งานนอกระบบที่เป็นงานที่รับไปทำที่บ้าน คนงานกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เดิมอยู่ในภาคเกษตรเพื่อรอเข้าทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม แต่นับแต่วิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 ส่วนใหญ่เป็นผู้ถูกเลิกจ้างจากภาคอุตสาหกรรม และปัจจุบันนี้ส่วนใหญ่ได้กลายเป็นอาชีพที่ทำรายได้หลักของครอบครัวแทนที่จะเป็นรายได้เสริมอย่างในอดีต งานของกลุ่มนี้มีหลายลักษณะ เช่น เย็บรถยนต์ การผลิตเครื่องหนัง งานดอกไม้ประดิษฐ์ งานตัดเย็บเสื้อผ้า งานหัตถกรรมจักสาน ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพขึ้นกับลักษณะงาน สำหรับที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด เช่น ภาวะเสี่ยงจากท่าทางการทำงาน ตัวอย่างเช่นการนั่งตลอดวันในงานเย็บผ้า

- แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพอิสระ หาบเร่ แผงลอย ชาเล้ง คนงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มาจากความล้มเหลวในภาคเกษตรหรือการถูกเลิกจ้างในภาคอุตสาหกรรม ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด เช่น จากสภาพแวดล้อมที่มีฝุ่นละออง ไอเสีย ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้องหรือจำเจ

- แรงงานนอกระบบที่ทำงานรูปแบบต่างๆ ในภาคเกษตร การรับทำงานภาคเกษตรตามสัญญาที่มีผลทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสภาพแวดล้อมในชุมชน คนงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่สืบทอดอาชีพของครอบครัว และมีส่วนที่มาจากการเปลี่ยนงานเพราะล้มเหลวจากอาชีพอื่น จากการย้ายถิ่น หรือจากการสูญเสียอาชีพเพราะวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาแก้ปวดเมื่อย

- คนงานรับใช้ในบ้านอยู่อาศัยและบ้านที่ประกอบกิจการอื่นด้วย การเข้าสู่งานของกลุ่มนี้ ถ้าเป็นเด็กไทยจะเป็นโดยการแนะนำจากเพื่อนญาติพี่น้อง คนรู้จัก เด็กต่างชาตินักถูกชักจูงหรือล่อลวงโดยนายหน้า ทั้งชาติเดียวกันและคนไทย ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด เกี่ยวข้องกับการต้องทำงานหนัก ได้พักผ่อนน้อย ไม่มีโอกาสหรือความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

3.1.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่สัดส่วนของเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมเติบโตเร็วกว่าภาคเกษตรกรรม ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจเกิดการหดตัวของภาคอุตสาหกรรมอย่างรุนแรง แต่อย่างไรก็ดีสัดส่วนภาคอุตสาหกรรมยังคงเป็นภาคเศรษฐกิจที่มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น³³

ผลกระทบของโครงสร้างทางเศรษฐกิจเช่นนี้คือ ทำให้เกิดการอพยพแรงงานจากภาคเกษตรในชนบทเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมในเมืองมากขึ้น ทำให้เกิดการแยกสลายของครอบครัว³³ ส่งผลต่อการถ่ายทอดวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนโดยเฉพาะในชนบท

แนวโน้มในอนาคต : จากการที่เศรษฐกิจของประเทศไทยในรัฐบาลยุค พตท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร มีการขยายตัวขึ้นอย่างมาก ถ้าหากความเจริญนี้มีการกระจายตัวอย่างสม่ำเสมอทั้งคนรวยและคนจน ทั้งในเมืองและเขตชนบท ก็อาจจะทำให้แนวโน้มการพึ่งพิงบริการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนมีสูงขึ้นมากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง และการเติบโตขึ้นของภาคอุตสาหกรรมก็จะยิ่งทำให้เกิดการแยกสลายของครอบครัวมากขึ้น

3.2 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม

3.2.1 ด้านการศึกษา

กระบวนการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียนในช่วงที่ผ่านมา มุ่งเน้นการท่องจำเนื้อหาการสอนมากกว่าการฝึกให้รู้จักคิดแก้ไขปัญหาและค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง ประกอบกับการวัดผลและการสอบคัดเลือกให้ความสำคัญต่อการวัดความจำเชิงเนื้อหา จึงทำให้ความรู้ความสามารถของนักเรียนอ่อนลง ทั้งกระบวนการคิด การวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ

ด้านการศึกษาในระบบโรงเรียนโดยผ่านสื่อต่างๆ ในระยะที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมาก

การศึกษาในวิชาชีพกายภาพบำบัด มีแนวโน้มรับค่านิยมและวิชาการจากตะวันตก มองปัญหาสุขภาพแบบแยกส่วน และละเลยหรือประเมินคุณค่าภูมิปัญญาแบบพื้นบ้านต่ำ มุ่งเน้นการพัฒนาแบบผู้เชี่ยวชาญมากกว่าการบูรณาการความรู้กับสภาพสังคมไทย

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : การศึกษาที่ให้ค่ากับภูมิความรู้แบบตะวันตก มีผลให้เกิดการทำลายความเชื่อมั่นในการพึ่งตนเองในทุกระดับให้กับคนรุ่นใหม่ เกิดความสงสัย ไม่มั่นใจภูมิปัญญาเชิงประสบการณ์และความรู้ของคนรุ่นเก่า การศึกษาที่เน้นการท่องจำ เน้นการหันออกไปนอกตัว มีส่วนอย่างสำคัญที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์เช่นนี้^{2,3}

ข้อมูลสมัยใหม่และตลาด เข้ามามีบทบาทกำหนดแบบแผนการดูแลสุขภาพของตนเองทางด้านสุขภาพของคนรุ่นใหม่ปัจจุบัน รูปแบบการดูแลสุขภาพของคนสมัยใหม่จึงหันสู่การพึ่ง

แหล่งข้อมูลความรู้และความคิดจากภายนอกครอบครัวและนอกชุมชน ก้าวไปสู่การพึ่งความรู้ ความคิดของสิ่งที่เรียกว่าผู้เชี่ยวชาญและตลาดมากขึ้น การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพของ ครอบครัวและบุคคลสมัยปัจจุบัน จึงมักเป็นการอาศัยและทำตามข้อมูลจากตำรา คู่มือ จากสื่อวิทยุ โทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ตลาดมีส่วนสำคัญอย่างมากในการเสนอผลิตภัณฑ์และแนวความคิดในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมักลงเอยเป็นการผลักดันให้ก้าวสู่การบริโภคเพื่อการดูแลสุขภาพ (health commodification) ดังจะเห็นความนิยมในเทคโนโลยีและสินค้าสุขภาพนานาชนิดที่เกี่ยวข้องกับ กายภาพบำบัด เช่น ที่นอนแม่เหล็ก การพึ่งตำราคู่มือการตั้งครกและคลอตุ๊ก เครื่องมือออกกำลังกาย ฯลฯ ที่เกิดเป็น “กระแส” ขึ้นลงตามแรงผลักดันของตลาด รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถี การดำเนินชีวิตแบบใหม่จึงเป็นการพึ่งข้างนอก ที่สามารถถูกกำหนดให้หันเหปรับเปลี่ยนไปตาม กระแสของข้อมูลและอิทธิพลของตลาด เป็นการดูแลตนเองที่ขาดกลไกการคัดกรองตรวจสอบยืนยัน จากฐานประสบการณ์หรือภูมิรู้แห่งอดีต เป็นการดูแลตนเองที่บ่อยครั้งอยู่บนความสับสน ลังเล กลัว วิตกกังวล และเป็นกระแสขึ้นลงตามแรงผลักดันจากภายนอก

ในระบบการศึกษากายภาพบำบัด ระบบที่ดำรงอยู่โดยส่วนใหญ่ยังเป็นระบบที่ สอนให้มองสุขภาพผ่านกรอบวิธีคิดที่ขาดความเป็นองค์รวม คิดแบบแยกส่วน ไม่มีที่ทางสำหรับมิติ ทางสังคม หรือมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์ มองไม่เห็นความทุกข์ยากด้านอื่นๆ ที่อาจเป็นเหตุให้ เกิดโรคหรือความทุกข์ยากที่โรคภัยไข้เจ็บไปทำให้เกิดขึ้นกับชีวิตผู้คนที่ต้องเดือดร้อนกับความ เจ็บป่วย นอกจากนี้อิทธิพลของมายาคติแบบผู้เชี่ยวชาญของนักกายภาพบำบัด ที่ละเลย มองข้าม ความรู้แบบประสบการณ์ (experience knowledge) โดยมีคติแบบเหมารวม (stereotype) ว่าเป็น สิ่งที่มีคุณค่าน้อยกว่า เป็นความรู้ชั้นรอง โดยอ้างการขาดความเป็นระบบระเบียบ ไม่เป็น วิทยาศาสตร์ ฯลฯ มีส่วนสำคัญอย่างมากที่ทำให้มองข้ามการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีชีวิตเดิม และทอดทิ้งมรดกทางภูมิปัญญาของตนเอง และหันไปรับแต่ความรู้ ความคิดภายนอก

แนวโน้มในอนาคต : ภายได้ พบ.การศึกษาแห่งชาติ ที่มุ่งเน้นปฏิรูปการศึกษา ให้เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและเปิดโอกาสให้ชุมชนและครอบครัวจัดการศึกษาเองด้วย จะทำให้ ระบบคิดกลั่นกรอง ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และแก้ปัญหาของคนไทยในอนาคตดีขึ้น ส่งผลให้รู้จัก หันมาดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ยั่งยืนมากขึ้น

3.2.2 ประชากร ครอบครัว และชุมชน

(1) โครงสร้างอายุประชากร

ความสำเร็จของการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลง ตามลำดับ จากร้อยละ 3.2 ในก่อน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 1.16 ใน พ.ศ. 2540 การลดลงของอัตรา เพิ่มประชากรได้ส่งผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างอายุประชากร คาดว่าแนวโน้มอัตราเพิ่มของ ประชากรจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.53 ในปี พ.ศ. 2563 โดยประชากรไทยในปี 2563 คาดว่าจะมี

ประมาณ 72.5 ล้านคน ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรเด็กอายุ 0-14 ปีมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งหมายถึงปัญหาสุขภาพและการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีมากขึ้น³³

แนวโน้มในอนาคต : แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงขึ้นเป็นแรงผลักดันให้ครอบครัวและชุมชนจำเป็นต้องหันกลับมาใช้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองและกันเองมากขึ้น

(2) โครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว

โครงสร้างครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขนาดครอบครัวลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 5.6 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2503 เป็น 4.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวใน พ.ศ. 2533 ซึ่งคาดว่าใน พ.ศ. 2558 จะเหลือเพียง 3.4 คนต่อหนึ่งครอบครัวเท่านั้น³³

การพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยม การพัฒนาในทางวัตถุ การเร่งรัดผลผลิตในภาคอุตสาหกรรม ทำให้คนงานทำงานล่วงเวลาและมีการทำงานเป็นกะ และในปัจจุบันพบว่าสตรีมีสถานภาพและบทบาทเปลี่ยนแปลงไป คือการศึกษาและศักยภาพในการหารายได้มากขึ้น สตรีออกไปทำงานนอกบ้านมากกว่าในอดีต ทำให้มีเวลาน้อยลง เป็นผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง เวลาที่ให้แกกันในครอบครัวและความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง สตรีมีแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนนอกระบบครอบครัวมากขึ้น เด็กถูกส่งเข้าโรงเรียนก่อนวัยเรียนเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก พ่อ แม่ ไม่มีเวลาใกล้ชิดดูแลลูก จึงต้องนำเข้าสู่ระบบการศึกษาให้ครูเป็นผู้ดูแลในช่วงเวลาที่พ่อ แม่ไปทำงาน

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : บทบาทของสตรีในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวสูญสลายไป ต้องหันไปพึ่งพิงการดูแลสุขภาพจากภายนอกมากขึ้น

แนวโน้มในอนาคต : บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กแทนพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือครู จะมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองให้กับเด็ก

3.2.3 ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม

(1) ค่านิยมการบริโภคและการดำเนินชีวิต

การขยายตัวของเศรษฐกิจและอิทธิพลจากตะวันตก ได้ทำให้คนไทยมีกำลังซื้อมากขึ้น และมีค่านิยมแบบวัตถุนิยมมากขึ้น กล่าวคือ คนไทยในปัจจุบันจะให้ความสำคัญอย่างมากกับการได้ครอบครองวัตถุเป็นแบบ “รูปแบบ” มากกว่า “เนื้อหา” ซื้อวัตถุเพื่อช่วยรักษา “หน้าตา” “สถานภาพ” และ “ความสัมพันธ์ทางสังคม” ให้เห็นว่าเป็นผู้มีรสนิยมและอยู่ในชนชั้นสูง มากกว่าซื้อเพื่อประโยชน์ในการใช้สอยจริงๆ

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีลักษณะที่เป็น “กระแส” ขึ้นลงตามแรงผลักดันของตลาด

แนวโน้มของสื่อมวลชนจะเข้ามามีบทบาทต่อการดำรงชีวิตและการใช้เวลาว่างของคนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อด้านเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากสถิติพบว่า ในปี พ.ศ. 2533 ร้อยละของประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ ใช้เวลาต่อสัปดาห์ในการดูโทรทัศน์สูงถึง 79.0 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็นร้อยละ 90.0 ในปี พ.ศ. 2538 โดยสัดส่วนนี้มีค่าสูงทั้งในและนอกเขตเทศบาล

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : จากการสำรวจพบว่า เวลาที่ใช้ในการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย มีเพียงร้อยละ 9.9 ในปี พ.ศ. 2533 และเพิ่มเป็นร้อยละ 15.9 ในปี พ.ศ. 2538 การเพิ่มขึ้นนี้เกิดขึ้นในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล

(2) แนวคิดด้านวัฒนธรรม/ความเชื่อของประชาชนต่อเทคนิควิธีการทางกายภาพที่ส่งผลต่อการไม่เข้ารับบริการ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง

3.2.4 การเคลื่อนไหวทางสังคม^{2,3}

การเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ที่น่าสนใจไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ จากกระบวนทัศน์ที่มีรากฐานจากยุควิทยาศาสตร์แบบเหตุผล (enlightment science) ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ตะวันตก ที่มองสภาพปัจจุบันของระบบสุขภาพอย่างที่เป็นอยู่ (ระบบที่จัดการโดยรัฐหรือ organization system ซึ่งชี้นำและรับผิดชอบหลักโดยวิชาชีพทางการแพทย์ และมีวิทยาศาสตร์เป็นความจริงสูงสุด) ว่าเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ เป็นระบบที่จะต้องเป็นเช่นนั้น เพราะเกิดจากความจริงสูงสุด และจะเป็นเช่นนั้นในอนาคต กระบวนทัศน์เช่นนี้อาจกล่าวได้ว่าแบ่งโลกของการดูแลสุขภาพเป็นสองโลก คือโลกของผู้เชี่ยวชาญ (professional health care) ที่อาศัยความรู้ (knowledge) เป็นฐาน กับโลกของชาวบ้าน ซึ่งอาศัยประเพณีและความเชื่อ (beliefs) เป็นฐาน ไปเป็นกระบวนทัศน์ที่มองเห็นว่าระบบสุขภาพที่ประกอบไปด้วยโครงสร้างอำนาจที่ผูกขาดทั้งในเชิงความรู้ ความจริง และการจัดการของสถาบันวิชาชีพทางการแพทย์ชั้นสูงเช่นที่เป็นอยู่ มิได้เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ เป็นเช่นนั้นมาแต่อดีต และจะเป็นเช่นนั้นตลอดไป การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทุกๆ ด้าน อย่างมากมายและรวดเร็ว ทั้งในตะวันตกและสังคมโลกในช่วงหลังทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเคลื่อนไหวตัวของสังคม ที่เกิดการท้าทายและสั่นสะเทือนการดำรงสถานะเดิม (status quo) ของระบบสังคมที่ชี้นำโดยผู้เชี่ยวชาญหรือสถาบันวิชาชีพชั้นสูง แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเพียงส่วนหนึ่งของขบวนการที่เรียกว่า การเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ (new social movement / civil society) และเป็นรูปธรรมของการต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมภาคสาธารณะ (public participation) เป็นการเคลื่อนไหวที่เปิดพื้นที่ใหม่ของการจัดการชีวิตความเป็นอยู่ และวิกฤติต่างๆ ที่

ไม่จำกัดว่าจะต้องอยู่ในช่องทางหรือระบบปกติ และไม่จำกัดด้วยตัวผู้เล่น และบทบาทของผู้เล่น จะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ (expert / professional) ในฐานะผู้ชี้นำ กับชาวบ้าน (lay) ในฐานะผู้ตาม เท่านั้น ระบบสังคมใหม่เป็นระบบของความหลากหลาย การมีส่วนร่วม และไม่มีการผูกขาดความจริงสูงสุดว่าต้องมาจากผู้เชี่ยวชาญหรือแหล่งใดแหล่งหนึ่งเท่านั้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : การดูแลสุขภาพตนเอง ที่เคยถูกมองผ่านกระบวนการทัศนคติที่มีรากฐานจากยุควิทยาศาสตร์แบบเหตุผล ว่าเป็นกิจกรรมที่คนธรรมดาทำเอง ซึ่งไม่เหมือนและไม่อาจแทนที่กิจกรรมสุขภาพที่ทำให้โดยนักวิชาชีพ (professional care) เพราะมีลักษณะของประสบการณ์ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ และอาจทำลายสุขภาพเพราะเป็นตัวถ่วงให้การเข้าใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญล่าช้า หรือไม่ก็ใช้เทคนิคการบำบัดรักษาที่อันตราย ได้รับการมองใหม่ว่าเป็นลักษณะสำคัญของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะที่สามารถดำรงอยู่ในสังคม เป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพในสังคม

การที่ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้การแพทย์ทางเลือก ได้ให้บทเรียนบางประการสำหรับสังคมไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่ง นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์²⁵ ได้วิเคราะห์ถึงการแพทย์ทางเลือกในแง่มุมที่ทำนายอำนาจเก่าที่มีอยู่ในสังคม 3 ประการ คือ (1) ทำลายการตลาด เพราะการเกิดกลุ่มของผู้สนใจอาหารแบบธรรมชาติ ทำให้สินค้าและวัตถุดิบต่างๆ เช่น ธัญพืช ข้าวกล้อง ผักปลอดสารพิษ เป็นต้น กลายเป็นสินค้าที่มีความต้องการในตลาดสูง (2) ทำลายอำนาจรัฐ ในเรื่องการพึ่งพาสถานบริการของรัฐเปลี่ยนมาเป็นพึ่งตนเอง (3) ทำลายอำนาจผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น การรักษาโรคมะเร็ง

3.3 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง

3.3.1 ระบบบริหารงานของรัฐ

ระบบราชการที่ผ่านมามีการแยกส่วนรับผิดชอบมาก มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหลายหน่วยงาน และไม่ค่อยมีการประสานงานกัน กระบวนการวางแผน การตัดสินใจ การพัฒนาคน การงบประมาณ มีลักษณะรวมศูนย์อำนาจ และเป็นการมองปัญหาจากส่วนกลางเป็นหลัก ขาดความยืดหยุ่นและขาดประสิทธิภาพ ขาดความเข้าใจและการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในท้องถิ่น การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศและเงื่อนไขกองทุนการเงินระหว่างประเทศที่กำหนดให้ลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ให้กับรัฐบาล ทำให้นำไปสู่การเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบราชการ

ในระบบบริการด้านกายภาพบำบัด ก็มีลักษณะเช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพอื่นๆ ที่ถูกจ้องจําโดยระบบระเบียบของภาคราชการ มีทัศนะการมองปัญหาสุขภาพที่ผิดพลาดที่แฝงอยู่ในแผนงานและโครงการพัฒนาสุขภาพ ความผิดพลาดที่พบบ่อยคือ³³

(1) มักถือเอาว่าชุมชนเปรียบเสมือนภาชนะว่าง กล่าวคือ ชุมชนไม่มีความรู้ ความคิด เทคนิค กลไกทางสังคมใดๆ ที่จะจัดการกับปัญหาของตน ต้องรอให้นักวิชาการสุภาพ นำเอาความรู้ แนวทางการแก้ปัญหาามาเทใส่ให้ ทักษะนี้ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพและทุนทางสังคม ที่ชุมชนมีอยู่

(2) มักถือเอาว่าชุมชนหรือองค์กรมีโครงสร้างเพียงอันเดียว ซึ่งก็คือกรรมการหรือ องค์กรที่รัฐเข้าไปแต่งตั้งหรือสถาปนาขึ้นเท่านั้น ในระดับนโยบายนั้นแผนงานโครงการต่างๆ มัก จำกัดแนวทางการดำเนินนโยบายไว้แต่เฉพาะในกลไกนโยบายที่เป็นทางการเท่านั้น ทักษะนี้ทำให้ มองไม่เห็นความหลากหลายของกลไกทางสังคมที่จะใช้แก้ปัญหาสุขภาพ

(3) มักถือเอาว่าปัญหาสาธารณสุขแต่ละอย่างดำรงอยู่แยกขาด ไม่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอื่นๆ การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีตัดตอนมาแก้ไขเฉพาะเป็นส่วนๆ ขาด การเชื่อมโยงให้ครอบคลุมประกอบ

(4) มักถือเอาว่าหากแผนงานหรือโครงการใดโครงการหนึ่งดำเนินการได้ผลดีในที่ หนึ่ง ก็จะสามารถนำแบบจำลองเดียวกันไปใช้กับชุมชนอื่นๆ ทุกๆ แห่ง ทักษะนี้ทำให้เกิดการรวม ศูนย์การตัดสินใจ ซึ่งทำให้แผนงานและโครงการต่างๆ ล้มเหลว

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : โครงการต่างๆ ด้านการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ไม่ได้เริ่มจากชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน และมีลักษณะ แบบแผนตายตัวไม่ปรับเปลี่ยนไปตามสภาพของชุมชน

แนวโน้มในอนาคต : การบริหารประเทศภายใต้นโยบายผู้ว่าซีไอของ นายกรัฐมนตรี พตท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร น่าจะทำให้เกิดความคล่องตัวและสอดคล้องกับ ความ ต้องการของท้องถิ่นมากขึ้น

3.3.2 ร่าง - พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ¹

ใน ร่าง-พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชนคือ **มาตรา 25, 26** กำหนดให้ บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพ ของตนเองและของคนในชุมชนตนเอง และต้องรับผิดชอบต่อการกระทำที่ทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคาม สุขภาพ และบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐ มีหน้าที่ร่วมกันอนุรักษ์ ปั่นฟู บำรุงรักษา จารัต ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

และใน**มาตรา 67** ที่กำหนดแนวทางและมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการ ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชนและของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความรู้ และทักษะของบุคคลและความเข้มแข็งของชุมชน สำหรับการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการ พึ่งตนเองของชุมชนใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี เพื่อการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพกันเองของประชาชนในชุมชน และส่งเสริมสนับสนุน

และเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐและองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับมีส่วนร่วม และมีส่วนรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในมาตรา 75, 76 กำหนดไว้ว่าให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลาย โดยกำหนดให้มีแนวทางและมาตรการในการฟื้นฟูและการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การจัดระบบการรับรอง ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กันไปด้วย และให้มีมาตรการในการส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : ถ้าหาก ร่าง-พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ได้รับการสนับสนุน และผลักดันอย่างจริงจังจากรัฐบาล จะส่งผลให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตระหนักว่าการดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว ชุมชน เป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ และการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเต็มที่ที่จะทำให้การดูแลสุขภาพตนเองและกันเองได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และมีความยั่งยืน ไม่เป็นเพียง “กระแส”

3.3.3 พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ³⁹

พรบ. สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล บัญญัติให้ตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ขึ้นโดยพระราชบัญญัตินี้ สภา อบต. จะประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในเขต อบต. นั้นทุกคนและแพทย์ประจำตำบลส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งเป็นสมาชิก อบต. จากการเลือกตั้งหมู่บ้านละ 2 คน มีการแบ่งชั้นของ อบต. เป็น อบต. ชั้นหนึ่งไปจนถึงชั้นที่ห้า โดยแบ่งตามรายได้จากการจัดเก็บหรือโอนจากผู้จัดเก็บอื่น (หน่วยงานรัฐในพื้นที่) โดยไม่รวมเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้เท่าๆ กันทุก อบต. ไม่ว่าจะเป็ชั้นใด การที่มีรายได้แตกต่างกันมากนั้นทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการดำเนินงานและผลงานของ อบต. เป็นอย่างมาก โดย อบต. ที่มีรายได้ต่ำ หรือ อบต. ชั้นห้า เหล่านี้เกือบทั้งหมดเป็น อบต. ในเขตชนบทห่างไกล นอกจากนี้ใน อบต. ชั้นหนึ่งโดยระเบียบยังกำหนดให้มีส่วนสาธารณสุขเพิ่มขึ้น มีอัตรากำลังคนในส่วนงานเป็นการเฉพาะ ทำให้มีบุคลากรรับผิดชอบในการแก้ปัญหาสาธารณสุขหรือส่งเสริมให้ประชาชนในเขต อบต. นั้น มีสุขภาพอนามัยที่ดีได้โดยตรง ขณะเดียวกัน อบต. ชั้นสองถึงชั้นห้า ซึ่งรวมแล้วกว่าร้อยละเก้าสิบห้าของ อบต. ทั้งหมด ซึ่งก็มีปัญหาทางด้านสาธารณสุขมากมายไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน กลับไม่มีกำลังคนหรือบุคลากรที่จะเข้ามารับผิดชอบงานในส่วนนี้โดยตรง

ผลงาน อบต. โดยส่วนใหญ่ยังเน้นเรื่องการจัดการกับโครงสร้างพื้นฐานและสาธารณูปโภค เช่น การสร้างถนน สะพาน คูระบายน้ำ ไฟฟ้าและแสงสว่าง การจัดเก็บขยะและ

สิ่งแวดล้อม เป็นต้น สำหรับงานส่งเสริมด้านการกีฬา อบต. โดยส่วนใหญ่ให้ความสนใจ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะทางราชการใช้การกีฬาเป็นกลยุทธ์ในการดึงเอาเยาวชนให้ห่างไกลยาเสพติด ส่วนด้านการพัฒนาคน ยังไม่มีความสนใจในการพัฒนาบุคลากรและการอบรมชาวบ้านเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง อบต. และประชาชนในเขต อบต. จะมีความตระหนักถึงคำว่าสุขภาพและปัญหาสุขภาพอยู่ระดับหนึ่ง ซึ่งค่อนข้างจะผิวเผินหากเทียบกับความคาดหวังจากทางรัฐฯ และยังคงมองว่าเรื่องสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้น และจัดขึ้นโดยหน่วยงานราชการนั้น ทุกฝ่ายใน อบต. ก็ยังมีการรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของทางราชการ อบต. เริ่มให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาเรื่องเคล็ด ปวด เมื่อย ซาตามแขน ขา เดินไม่ตรงทาง อัมพฤกษ์ อัมพาต ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน มะเร็ง แต่เมื่อถามถึงการดูแลสุขภาพในพื้นที่ จะให้คำตอบในแนวเดียวกันว่า สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่คิดว่าไม่เป็นปัญหา โรคภัยไข้เจ็บของคนชราหรือผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ต้องเป็นอยู่แล้วและก็สามารถบอกได้ว่าเป็นโรคอะไรกันอยู่บ้าง ปกติก็อยู่กับบ้านมีลูกหลานคอยดูแล หากเจ็บป่วยก็คิดว่ามีบริการที่ดีแล้วจากทางสถานบริการสาธารณสุข สำหรับชมรมผู้สูงอายุนั้น ก็มีแพร่หลาย แต่ อบต. มักจะยังไม่รู้รายละเอียดนักว่ามีกิจกรรมอะไรบ้างที่ อบต. จะมีส่วนร่วมได้ โดยยังมีความรู้สึกว่าเป็นเรื่องของทางโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขที่ตั้งชมรมอยู่ ยังไม่ค่อยมีการประสานกันนักในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยของคนชรา สำหรับปัญหาสุขภาพอนามัยของกลุ่มคนวัยทำงาน ที่มีมากคือการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองและกันเองของประชาชน ไม่ได้ได้รับการกระตุ้นและสร้างเสริมให้เกิดขึ้น ส่วนการดูแลสุขภาพตนเองที่ดำรงอยู่แล้วในสังคมก็ขาดการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างแพร่หลายและยั่งยืน

3.3.4 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ⁶

ที่จำกัดการใช้เทคนิคทางกายภาพบำบัดให้สามารถกระทำได้เฉพาะนักวิชาชีพ กายภาพบำบัด ทั้งๆ ที่เงื่อนไขการจัดการศึกษาด้านกายภาพบำบัดยังขาดความเป็นธรรมในด้านการกระจาย และการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้ารับการศึกษได้ตามอัธยาศัย (ตามที่ระบุไว้ใน พรบ. การศึกษาแห่งชาติ)

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : กฎหมายฉบับนี้มีเจตจำนงเพื่อคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการบริการสุขภาพจากผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในสาขาอาชีพต่างๆ แต่ในขณะเดียวกันอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สร้างวิธีคิดที่แบ่งแยกนักวิชาชีพรวมทั้งนักกายภาพบำบัดออกจากประชาชน ทำให้การปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดส่วนหนึ่งยึดเอาสิทธิและมาตรฐานวิชาชีพเป็นตัวตั้ง แทนที่จะมองสุขภาพของประชาชนเป็นตัวตั้งและบูรณาการศาสตร์ของวิชาชีพเข้ากับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพของประชาชน โดยเฉพาะวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน

3.3.5 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9⁴⁰

มีการกำหนดเป้าหมายด้านการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน/ประชาคม โดยใช้ระบบการศึกษาและระบบสื่อมวลชนในการสร้างศักยภาพ ภูมิปัญญา และการเรียนรู้ของประชาชน เพื่อการสร้างเสริมทักษะชีวิตและสุขภาพ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงสูงอายุ โดยเน้นเรื่องการสร้างระบบสื่อสารสองทาง เช่น คลื่นวิทยุ/คลื่นโทรศัพท์ “สุขภาพ” อินเทอร์เน็ตสุขภาพ ให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเผยแพร่สู่ประชาชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ ให้มีระบบและองค์การควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูลและการคัดกรองการบริโภคข้อมูลสุขภาพ และให้มุ่งเน้นการสนับสนุนทรัพยากรในการสร้างความเข้มแข็งองค์กรประชาสังคม โดยจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 เพื่อสร้างความหลากหลายของแกนนำสุขภาพระดับชุมชนในการพัฒนารูปแบบใหม่ของงานสาธารณสุขมูลฐาน และจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 เพื่อการพัฒนาเครือข่ายและองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ ให้มีการส่งเสริมประชาคมสุขภาพและองค์กรประชาสังคมเพื่อสุขภาพให้มีบทบาท สนับสนุน และตรวจสอบการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายด้านสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ โดยเน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล โดยจะจัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ และให้มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระและคล่องตัว ใช้การจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สถาบันวิชาการทุกแห่งมุ่งวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่มีลำดับความสำคัญสูง มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณของรัฐด้านสุขภาพ

ในด้านการสนับสนุนอุตสาหกรรมสุขภาพ กำหนดให้มีการสนับสนุนชุมชน/ครัวเรือน/ธุรกิจ ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อใช้ในประเทศและส่งออก มีการสนับสนุนและลดอุปสรรคในเรื่องการส่งออกผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ รวมทั้งการขยายบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ สนับสนุนประชาชนและสถานบริการสาธารณสุข ใช้ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพที่ผลิตในประเทศเพื่อลดการนำเข้า

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : เช่นเดียวกับกรณี ร่าง-พรบ. สุขภาพแห่งชาติ คือหากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ ได้รับการสนับสนุนและผลักดันอย่างจริงจังจากรัฐบาล จะส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองและกันเองของประชาชนได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ แพทย์หลายสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และมีความยั่งยืน รวมทั้งเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับชุมชน/ครัวเรือนที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ

3.3.5 การดำเนินงานขององค์กรระหว่างประเทศ

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้มีการเฉลิมฉลองวันอนามัยโลกขึ้นในวันที่ 7 เมษายนของทุกปี และในปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและการมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ ภายใต้คำขวัญที่แปลเป็นภาษาไทยว่า “ขยับกาย สบายชีวิ” สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้มีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดีและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็น จึงได้ในปี พ.ศ. 2545 เป็นปีแห่งการเริ่มต้นสร้างสุขภาพทั่วไทยอย่างจริงจัง ภายใต้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” (empowerment for health) เพื่อให้ประชาชน ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการ “สร้าง” สุขภาพ มากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ กำหนดเป้าหมายการรณรงค์ในปี พ.ศ. 2545 โดยมีนโยบายที่ต้องเน้นหนักข้อหนึ่งคือ จะร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นต่างๆ สนับสนุนให้เกิด “ชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ” ที่เป็นแกนหลักอย่างน้อยตำบลหรือเทศบาลละ 1 ชมรมทั่วประเทศ เพื่อเป็นแกนประสานและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น¹²

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : การที่กระทรวงสาธารณสุขรณรงค์ให้ประชาชนออกกำลังกายพร้อมเพรียงกันเพื่อสร้างสถิติจำนวนผู้ออกกำลังกายพร้อมเพรียงกันมากที่สุดในโลก ทำให้เกิดบรรยากาศคึกคัก และทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งให้ความสนใจกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

3.3.6 โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์

รัฐบาลมีนโยบายสร้างรายได้ให้กับชุมชน โดยรณรงค์ให้แต่ละชุมชนผลิตสินค้าเพื่อออกจำหน่ายเพิ่มรายได้ในโครงการ “หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์” ทำให้แต่ละชุมชนเร่งผลิตสินค้าออกมาจำหน่าย เป็นการเร่งกระบวนการผลิตที่แตกต่างไปจากวิถีชีวิตและการผลิตแบบดั้งเดิมที่ทำแค่พอกินพอใช้

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : ผลจากการเร่งการผลิต อาจก่อให้เกิดผลด้านลบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน เช่น การวิจัยของ วิญญูท์ จำรัสพันธ์ และคณะ (อังกาณ เกษราวัลณ์)³⁶ ซึ่งศึกษาปัญหาสุขภาพกายของกลุ่มทอผ้าพื้นบ้าน สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด งานวิจัยนี้พบว่าสตรีที่ทอผ้ามีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้เท้าเหยียบกีด้านล่าง แขนสองข้างต้องจับกระทุ้งก็เพื่อทอเส้นไหม ประกอบกับการทำงานที่ต้องใช้เวลา จึงทำให้มีอาการปวดเมื่อยตามแขนและขา บางครั้งมีอาการเท้าร้อนวูบวาบเพราะต้องกดกระแทกกับกี่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีการปวดท้องน้อย ปวดหลัง ปวดเอว อ่อนเพลียจากการทำงานหนัก และนั่งนาน

3.3.7 องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค⁴¹

กระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้งองค์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (องค์การคปส.) โดยมีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับผลิตภัณฑ์และบริการด้าน

สาธารณสุขที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสมประโยชน์ต่อการบริโภค นอกจากนี้ ยังได้มีการก่อตั้งองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคในภาคเอกชนขึ้น เพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิและผลประโยชน์ของประชาชนในด้านต่างๆ รวมทั้งทางด้านสุขภาพ

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : ประชาชนที่สนใจดูแลสุขภาพตนเองโดยการบริโภคสินค้าสุขภาพ มีช่องทางสำหรับร้องเรียน ตรวจสอบสินค้าบางรายการที่มีการโฆษณาเกินจริง หรือมีการตั้งราคาสูงเอาวัดเอาเปรียบผู้บริโภค

3.3.8 การเปิดเสรีทางการค้าด้านการค้าบริการสุขภาพ

รัฐบาลปัจจุบันกำลังเร่งเจรจาเปิดเสรีทางการค้าแบบพหุภาคี ซึ่งรวมถึงด้านการค้าบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นการเติบโตทางเศรษฐกิจ นโยบายเรื่องนี้ได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว ได้มีการเสนอว่าควรศึกษาบทเรียนเกี่ยวกับข้อตกลงเขตการค้าเสรี (FTA) ที่ประเทศกำลังพัฒนาได้ทำไว้กับประเทศพัฒนาแล้ว เช่น กรณีเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือหรือนาฟตา (NAFTA)⁴² ซึ่งน่าจะเป็นบทเรียนที่ดีให้กับทุกๆ ฝ่ายได้เรียนรู้และพิจารณา นาฟตาเป็นข้อตกลงเขตการค้าเสรีสามฝ่ายระหว่าง สหรัฐ – แคนาดา ซึ่งเป็นประเทศพัฒนาแล้วและเม็กซิโกประเทศยากจนที่มีพรมแดนอยู่ติดทางตอนใต้ของสหรัฐ หลังจากการทำข้อตกลงดังกล่าว มีรายงานของธนาคารโลกว่า อัตราความยากจนของเกษตรกรรายย่อยของเม็กซิโกเพิ่มขึ้น จาก 79% ในปี ค.ศ. 1994 เป็น 82% ในปี ค.ศ. 1998 โดยเขตการค้าเสรี ได้ดึงดูดการลงทุนอย่างมหาศาล แต่แทนที่การลงทุนดังกล่าว จะกระจายไปยังพื้นที่ที่มีความยากจน หรือท้องถิ่นรกร้างกันดาร กลับกระจุกตัวอยู่ตามเมืองใหญ่ๆ โดย 90% ของการลงทุนใหม่จะมุ่งสู่ 4 รัฐใหญ่ๆ โดย 3 จาก 4 รัฐอยู่ทางตอนเหนือซึ่งอยู่ติดกับสหรัฐ ทำให้รัฐดังกล่าวมีการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจที่รวดเร็วกว่ารัฐทางตอนใต้ถึง 10 เท่า เกิดช่องว่างและความไม่สมดุลขึ้น ส่งผลให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของแรงงานไปยังเมืองอุตสาหกรรม ได้ทำให้หมู่บ้านหลายแห่งมีสภาพเหมือนไร้ผู้คน รายงานของทางการเม็กซิโกพบว่า ในทุกๆ 7 คน มี 1 คน ที่มีการย้ายถิ่นฐานเพื่อการหางานในเมืองใหญ่

รูปแบบของการค้าบริการระหว่างประเทศรวมทั้งการค้าบริการสุขภาพ ที่รัฐบาลกำลังดำเนินการเจรจาอยู่ในขณะนี้ มี 4 รูปแบบ⁴³ คือ (1) การค้าบริการข้ามพรมแดน (2) การค้าที่ผู้รับบริการเดินทางออกนอกประเทศตนไปใช้บริการในอีกประเทศหนึ่ง (3) การค้าบริการที่ผู้ค้าบริการจากประเทศหนึ่งเข้าไปลงทุนตั้งหน่วยธุรกิจไปอีกประเทศหนึ่ง เพื่อผลิตบริการขายให้แก่ผู้ซื้อในประเทศนั้นๆ และ (4) การที่บุคคลจากประเทศหนึ่งเข้าไปขายบริการในอาชีพหรือวิชาชีพในสาขาบริการต่างๆ ในอีกประเทศหนึ่งเป็นการชั่วคราว

ผลกระทบที่เกิดขึ้น : รูปแบบที่จะส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน น่าจะเป็นรูปแบบที่ผู้ค้าบริการจากประเทศหนึ่งเข้าไปลงทุนตั้งหน่วยธุรกิจไปอีกประเทศหนึ่ง เพื่อผลิตบริการขายให้แก่ผู้ซื้อในประเทศนั้นๆ ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วที่เข้ามาลงทุน จะมีเม็ดเงิน

เงินลงทุนที่สูงและหวังกอบโกยผลประโยชน์กลับคืน จึงอาจใช้รูปแบบการโฆษณาว่าสุขภาพที่ดีต้องอยู่ในมือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจจะส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองและกันเองของประชาชนลดถอยลง นอกจากนี้รูปแบบการค้าข้ามพรมแดนจะทำให้มีการโฆษณาขายสินค้าสุขภาพผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ข้ามชาติอย่างแพร่หลายขาดการควบคุม สินค้าบางรายการอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน หรือสร้างแนวความคิดดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้องที่ยึดติดกับสินค้าต่างประเทศราคาแพงให้กับประชาชน

ผลกระทบระยะยาวถ้าหากเกิดการอพยพแรงงานจากเขตชนบทเข้ามาในเมือง และแรงงานเพื่อให้มีรายได้เพิ่มขึ้นก็จะกระทบต่อสุขภาพของคนงานและทำให้คนงานละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง

3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม

3.4.1 โครงสร้างพื้นฐาน

ในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จำเป็นต้องมีการสนับสนุนด้านสถานที่ที่เหมาะสม สะดวกสบาย เช่น การออกกำลังกายซึ่งนิยมทำในสวนสาธารณะ ได้มีการสร้างสวนสาธารณะเพิ่มขึ้นและมีการปรับปรุงระบบการให้บริการสวนสาธารณะให้สะดวกสบายมากขึ้น ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของชัยโรจน์ และคณะ (2546)⁴⁴ ได้รายงานเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ใช้สวนสาธารณะพอใจระดับสูง ได้แก่ ความสวยงาม บรรยากาศร่มรื่น มีสถานที่ใช้ออกกำลังกายเพียงพอ ต้นไม้ใหญ่ปลูกเป็นระเบียบ ไม้ดอกไม้ประดับสวยงาม การเดินทางมาสวนสาธารณะสะดวก มีประตูเข้า-ออกหลายทาง มีเวลาเปิด-ปิดให้บริการที่เหมาะสม

3.5 ด้านเทคโนโลยี

3.5.1 เทคโนโลยีการสื่อสาร

การขยายตัวด้านเครือข่ายการสื่อสารของไทยอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาในระดับโลก เป็นส่วนหนึ่งของวิวัฒนาการของยุค “โลกไร้พรมแดน” นอกจากนี้ มีการขยายตัวของธุรกิจโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ มีมูลค่าปีละหลายหมื่นล้านบาท ซึ่งส่งผลอย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมผู้บริโภคของคนไทย และมีระบบการจัดจำหน่ายสินค้าในรูปแบบใหม่ๆ เป็นการจำหน่ายโดยผ่านสื่อต่างๆ ตามระบบการขายตรง ซึ่งควบคุมกำกับได้ยากกว่าการจำหน่ายตามร้านค้า

อิทธิพลของสื่อโฆษณา ทำให้เกิดการใช้ที่ผิดพลาด (abuse) จากการใช้เครื่องมือ/วิธีการทางกายภาพบำบัด เช่น

- ผลิตภัณฑ์กายภาพบำบัดเกี่ยวกับแม่เหล็ก ซึ่งออกจำหน่ายในท้องตลาดโดยใช้ระบบการขายตรง เช่น ที่นอนแม่เหล็ก รองเท้าแม่เหล็ก แผ่นพวงหลังแม่เหล็ก ได้รับการโฆษณาว่าสามารถรักษาโรคได้สารพัดโรค ไม่มีอันตราย ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก แต่ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ยัง

ไม่ได้รับการรับรองจากวงการกายภาพบำบัดทั่วโลก หรือจากคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาว่าสามารถรักษาโรคได้ ทำให้ประชาชนที่หลงเชื่อและนำไปใช้โดยละเลยการดูแลสุขภาพด้านอื่น เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น⁴⁵

- อุปกรณ์เขย่าขา ซึ่งถูกโฆษณาว่าสามารถรักษาโรคได้หลายชนิด และแพร่หลายสู่ประชาชนในรูปแบบของการขายตรง พบว่าอุปกรณ์ชนิดนี้ทำให้เกิดปัญหาปวดหลังในผู้ใช้

- เครื่องมืออุปกรณ์ไฟฟ้า โดยเฉพาะที่ใช้เพื่อการเสริมสวย เช่น เครื่องอัลตราซาวด์เพื่อรักษารอยแผลเป็นบนใบหน้า ที่ถูกแนะนำการใช้โดยผู้ที่ไม่มีความรู้ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตาและผิวหนังได้

- แก้วไฟฟ้า ซึ่งมีการจำหน่ายในท้องตลาดและได้รับการโฆษณาว่าเป็นแก้วสุขภาพ แต่จากประวัติด้านการรักษาด้วยไฟฟ้าในลักษณะนี้ย้อนหลังไปถึงศตวรรษที่ 17 ไม่พบว่ามีประโยชน์ในการรักษาโรค⁴⁶

การเกิดขึ้นอย่างมากมายของเว็บไซต์ภาษาไทยเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ที่มีจำนวนไม่น้อยกว่า 680 เว็บไซต์ (ข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม 2544) ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงจำนวนวารสารและหนังสือ และรายการวิทยุและโทรทัศน์ ที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจำนวนมากในปัจจุบัน²

การพัฒนาของระบบในการวินิจฉัยและรักษาโรคแบบผู้เชี่ยวชาญออกมาในรูปแบบของหนังสือ และ software คอมพิวเตอร์ที่ผู้บริโภคจะนำไปใช้ได้ด้วยตนเอง

กระแสสุขภาพนิยม (healthism) ที่ทำให้คนเลือกที่จะหันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนหรือกลุ่มของตนมากขึ้น การที่สื่อหรือวงวิชาการโหมข้อมูลอยู่ตลอดเวลาว่า สังคมและสิ่งแวดล้อมปัจจุบันเป็นสังคมที่เสี่ยงภัย มีสิ่งที่สามารถคุกคามสุขภาพได้ตลอดเวลา การดำเนินชีวิตประจำวันทั้งการกิน การนอน การทำงาน ล้วนแต่เสี่ยงต่อพิษภัยที่มีอยู่ทั้งในอาหาร น้ำ อากาศ บ้าน และเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ สภาพเหล่านี้ ทำให้รู้สึกว่ายากที่จะหลีกเลี่ยงและควบคุมได้ ทางออกที่ดีที่สุดคือ การหันกลับมาที่สิ่งที่ตนรู้สึกว่าจะอยู่ในความควบคุม คือการดูแลรักษาตนเองให้แข็งแรงและปลอดภัย²

4. จุดแข็งและโอกาส

4.1 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่ในปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนผู้ป่วยเป็นเครื่องจักร ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้เกิดความชำนาญเฉพาะทางขึ้นและนำไปสู่การแบ่งส่วนของการดูแลรักษา โดยมีการแบ่งการดูแลรักษาเป็นส่วนๆ เหมือนชิ้นส่วนของเครื่องจักร ปราศจากความรัก ความเมตตา และความเข้าใจ

แพทย์จึงไม่สามารถแสดงบทบาทตามความคาดหวังของสังคม ความรู้สึกดังกล่าวเป็นพลังที่จะสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองมากขึ้น

4.2 การรักษาที่มีราคาแพง การรักษาตามวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก บางครั้งเป็นการเสียเงินไปกับการรักษาที่ไม่จำเป็น เสียเงินไปกับวัฒนธรรมการสั่งยาของแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ก่อนที่จะมาพบแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ฯลฯ

4.3 ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย การแพทย์สมัยใหม่พยายามค้นหาวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการศึกษาถึงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายทั้งในสภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อให้สามารถจำแนกความแตกต่างของโรคแต่ละชนิด รวมถึงการพยายามนิยามอาการของโรคให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของโรคบางโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งวงการแพทย์สมัยใหม่ยังก้าวไปไม่ถึงระดับที่จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องยังมีอยู่มากมาย ทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะของความคลุมเครือ และไม่แน่ใจว่าเป็นความเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ซึ่งลักษณะเช่นนี้ย่อมกระทบกระเทือนถึงบทบาทการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปหาแพทย์และใช้วิธีดูแลรักษาด้วยตนเอง

4.4 แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป ในระยะร้อยกว่าปีที่ผ่านมามีวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถกำจัดและรักษาโรคได้แทบทุกชนิด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการแก้ปัญหาของโรคติดเชื้อ แต่ปัญหาของโรคในปัจจุบันที่ต้องเผชิญอยู่คือโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์สมัยใหม่เพียงลำพังไม่สามารถจะแก้ไข เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไขข้ออักเสบ โรคเกี่ยวกับระบบประสาท ฉะนั้น ในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรังจึงควรเป็นหน้าที่ของตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่จะให้การดูแลอย่างเหมาะสมที่สุด

4.5 ประชาชนมีความรู้ทางด้านการแพทย์มากขึ้น ปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น ประชาชนสามารถหาความรู้ได้จากแหล่งต่างๆ มากมาย

4.6 กฎหมายและนโยบายต่างๆ ทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรระหว่างประเทศมีทิศทางสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

4.7 มีโครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยวิธีการทางกายภาพที่ดำเนินการในประเทศไทยเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งเป็นแรงกระตุ้น ชักจูงให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพตนเอง เช่น

- การรณรงค์เดิน-วิ่ง เพื่อสุขภาพทุกครัวทั่วไทย ดำเนินการใน 75 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งการจัดกิจกรรมผ่านสื่อมวลชนและจัดนิทรรศการเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ

- การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

- การปรับปรุงการออกกฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค โดยออกพระราชบัญญัติเครื่องมือกายภาพบำบัด ทำให้การซื้อเครื่องมือเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีความปลอดภัยมากขึ้น

4.8 การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการมาเป็นเวลานานทำให้มี ผสส. และ อสม. กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งจะเป็นกลุ่มบุคคลที่สนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิถีกายภาพบำบัดให้กระจายสู่ชุมชนได้ทางหนึ่ง

4.9 พลังประชาชน ซึ่งมีรายงานที่แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกของชุมชนที่มีต่อความเชื่อมั่นในแนวทางการพัฒนาตนเอง ซึ่งนอกจากจะสะท้อนถึงพลังชุมชนในระดับรากหญ้าแล้วยังชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนที่เต็มเปี่ยมไปด้วยพลังแห่งการสร้างสรรค์ ร่วมมือกันพัฒนาท้องถิ่นแบบพึ่งตนเอง อันจะไปสู่การพัฒนาแบบยั่งยืนในที่สุด ซึ่งรวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองด้วย

4.10 นโยบายนิยมไทย หรือหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ น่าจะกระตุ้นการกลับเข้าหาภูมิปัญญาดั้งเดิมด้านสุขภาพ

5. จุดอ่อนและภาวะคุกคาม

5.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้บทบาทการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตกเป็นหน้าที่ของสถาบันทางการแพทย์

5.2 แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองได้รับการคัดค้านว่าเป็นการโยนภาระความรับผิดชอบที่เป็นหน้าที่ของรัฐโดยตรงในเรื่องสุขภาพอนามัยไปสู่ประชาชนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีภาระด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การที่จะให้ประชาชนรู้จักการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง การดูแลตนเองนั้นจะต้องไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนและเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป

5.3 ในมิติของการดูแลสุขภาพที่เป็นวิถีการดำเนินชีวิต นักกายภาพบำบัดยังยึดติดกับกรอบวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ และยึดติดกับโครงสร้างของระบบบริการแบบเดิม ทำให้มองไม่เห็นความสำคัญหรือถึงขั้นดูถูกวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน จึงไม่มีการศึกษาค้นคว้าด้านเทคโนโลยีพื้นบ้านและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคม ในลักษณะเชิงรุกและเป็นแบบองค์รวม

5.4 ในมิติของการดูแลสุขภาพที่เป็นการทำตามคำแนะนำของวิชาชีพ บริการกายภาพบำบัดที่ผ่านมาเป็นการบริการแบบตั้งรับและแยกส่วน เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชนทั้งในแง่ราคา ค่าเสียโอกาส และข้อจำกัดจากปัญหาการกระจายที่ไม่ทั่วถึง มีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองและชุมชน การพึ่งพิงเฉพาะคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากนักกายภาพบำบัดไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในภาพรวมได้

5.5 ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัดมีความซับซ้อนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

สภาวะสุขภาพอนามัยที่สามารถใช้วิธีการทางการกายภาพในการส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข บรรเทาได้ จัดอยู่ในอันดับต้นๆ ของสถิติสภาวะสุขภาพของคนไทย รายงานของสุเพ็ญ ลิโท ชวลิต ⁴⁷ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ระบุว่ามีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อม (เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด) และโรคที่เกิดจากภาวะความกดดันทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของแพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ ⁴⁸ ที่สำรวจสภาวะสุขภาพจำแนกตามช่วงอายุ เพศ และอาชีพ ดังนี้

- ในวัยเด็ก สิ่งสำคัญในวัยนี้คือ การสร้างเสริมสุขภาพให้มีการพัฒนาที่ปกติ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงตั้งแต่วัยอยู่ในครรภ์จนกระทั่งเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งวิธีการกระตุ้นการพัฒนาร่างกายของเด็กเป็นวิธีการหนึ่งทางการกายภาพบำบัด ส่วนปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ ปอดบวมและการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง

- ในวัยแรงงาน ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ การเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็นและกระดูก โรคระบบไหลเวียนเลือด อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ความพิการ โรคเรื้อรัง (ที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง) และการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน

- ในผู้สูงอายุ สถานะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ (1) กลุ่มโรคเรื้อรังที่ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจอื่นๆ ความดันโลหิตสูง เป็นอัมพาต / อัมพฤกษ์ และกลุ่มอาการสมองเสื่อม (2) ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ซึ่งหมายถึงการเจ็บป่วยหรือความบกพร่องของสุขภาพที่มีนานกว่า 6 เดือน และทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ โดยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ อุบัติเหตุ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่าและเข่าอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง โรคเบาหวาน

- ในเพศหญิง เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายใน 10 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีสาเหตุการตายที่วิธีการทางการกายภาพสามารถแก้ไข / บรรเทา ได้ ได้แก่ (1) โรคระบบไหลเวียนเลือด โดยสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular diseases) โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจรูมาติก (2) โรคมะเร็งปอด (3) โรคติดเชื้อ จากเชื้อวัณโรค ทางเดินหายใจส่วนล่าง (4) โรคเบาหวาน (5) การตายจากสาเหตุภายนอก จากอุบัติเหตุจากการจราจร การจมน้ำ การพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ (6) โรคระบบหายใจส่วนล่าง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด (7) โรคกล้ามเนื้อข้อ/เส้นเอ็น สำหรับภาวะสุขภาพที่วิธีการทางการกายภาพสามารถให้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค/อาการ รวมทั้งบำบัดรักษาได้ ได้แก่ อาการระหว่างมีประจำเดือน การตั้งครรภ์การคลอด อาการไม่สุขสบายในภาวะหมดประจำเดือน เช่น การปวดเมื่อยหลัง ปวดเอว ลำดับรองลงมาคือความดันโลหิตสูง ไชข้ออักเสบ และโรคหัวใจ

- ในเพศชาย เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายใน 10 อันดับแรกในปี 2541 พบว่ามีสาเหตุการตายที่วิธีการทางกายภาพสามารถแก้ไข / บรรเทา ได้ ได้แก่ (1) โรคติดเชื้อ จากเชื้อวัณโรค และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (2) สาเหตุภายนอก จากอุบัติเหตุ อุบัติเหตุจมน้ำ การพลัดตก หกล้ม (3) มะเร็งปอดและหลอดลม (4) โรคระบบไหลเวียนเลือด จากโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด (5) โรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจส่วนล่างจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (6) เบาหวาน (7) โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง

- ในกลุ่มเกษตรกร พบภาวะที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดหลัง ปวดข้อ หอบหืด

- ในกลุ่มข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและครอบครัว พบภาวะที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ หอบหืดและภูมิแพ้ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

- ในกลุ่มคนงานก่อสร้าง พบพบมีการบริโภคยาแก้ปวดทุกวันในอัตราต่ำว่าร้อยละ 10 ในทุกพื้นที่ และจำนวนหนึ่งบริโภคยาแก้ปวดเมื่อต้องการทำงานหนัก ส่วนใหญ่บริโภคแต่ไม่ประจำ

- ในกลุ่มคนงานเหมืองแร่และย่อยหิน พบภาวะโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดหลัง ข้ออักเสบ หอบหืด

- ในกลุ่มลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรม พบโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับกายภาพบำบัด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ

- ในกลุ่มผู้พิการ จากการสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยปี พ.ศ. 2543⁴⁹ ด้วยวิธีการตรวจร่างกายพบว่า มีคนพิการอยู่ร้อยละ 81 ของประชากรไทยทั้งหมด โดยพบความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวมากที่สุด การเจ็บป่วยของผู้พิการที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจไว้ในปี พ.ศ. 2539 โดยสอบถามการเจ็บป่วยทุกชนิดภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่ามีผู้พิการมีปัญหาสุขภาพ 1 ใน 3 ของผู้พิการทั้งหมดโดยการเจ็บป่วยด้วยโรคสูงสุดคือ โรคหัวใจหลอดเลือด รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก สำหรับในกลุ่มโรคอื่นๆ พบน้อย

6. แนวโน้มในอนาคต :

6.1 สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น

6.2 การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม บริการ และพาณิชยกรรม ทำให้โรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้น

6.3 สัดส่วนผู้พิการเพิ่มสูงขึ้น อันเป็นผลมาจาก การส่งเสริมการท่องเที่ยว การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การส่งเสริมอุตสาหกรรม และความรุนแรงในสังคม⁴⁹

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดูแลสุขภาพตนเอง คือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของความเจ็บป่วยจากภาวะโรคติดเชื้อไปเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดข้อจำกัดของประสิทธิภาพของเทคโนโลยีและรูปแบบการรักษาแบบเดิม ทำให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองและกันเองของประชาชนโดยวิธีการต่างๆ รวมทั้งวิธีการทางกายภาพเด่นชัดขึ้น และความสำคัญของความร่วมมือจากผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมที่ใกล้ชิดเป็นที่ประจักษ์มากขึ้นในสายตาของแพทย์ ผู้ป่วย และสังคม ข้อจำกัดและด้านลบของการบริการสุขภาพแบบวิชาชีพที่มุ่งรักษาโรคตามความหมายทางชีวการแพทย์ ละทิ้งมิติทางจิตใจและสังคมของการเจ็บป่วย เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการขยายตัวของกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help groups) โดยมีบทบาทในการให้ความรู้ ให้ความรู้สึกรอบอันมั่นคงทางจิตใจ หรือแม้แต่การช่วยให้เกิดการค้นพบศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของตน นอกจากนี้ยังเกิดจากการตื่นตัวทางการเมืองของประชาชนในฐานะผู้บริโภค ที่ทวงคืนสิทธิในการจัดการชีวิตและสุขภาพของตนเอง และเรียกร้องให้วิชาชีพและสถานบริการถูกตรวจสอบจากผู้บริโภคมากขึ้น²

7. สรุปประเด็นหลัก

- 7.1 กระแสการดูแลสุขภาพตนเองและกันเองของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น
- 7.2 ประชาชนยังมีภาวะเสี่ยง และปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยวิธีการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ
- 7.3 ขาดการรวบรวมข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพที่ครอบคลุมทั้งในด้านกลุ่ม สถานที่ และวิธีการดูแล และขาดการวางระบบการรวบรวมข้อมูลที่สะท้อนพลวัตของการเปลี่ยนแปลง
- 7.4 ขาดการสนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาพลังชุมชนด้านการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน
- 7.5 วิชาชีพกายภาพบำบัดยังไม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดของประชาชน ขาดการสนับสนุนทั้งในด้านองค์ความรู้และการผลิตบุคลากรที่มีเจตคติและความสามารถในด้านนี้
- 7.6 ขาดการร่วมมือระหว่างวิชาชีพในการพัฒนาความสามารถด้านการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ชุมชน

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ส่งเสริมพลังชุมชนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรัฐต้องปรับวิธีคิด วิธีทำงาน โดยการสร้างความเข้าใจ การมองปัญหาแบบองค์รวม กระบวนการทำงานให้มีลักษณะเป็นแบบพหุภาคี ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรบริหารส่วนตำบล วิชาชีพ ชุมชน โดยมีเป้าหมายที่สุขภาวะของชุมชน และรัฐต้องเป็นผู้เสริมความมั่นใจและสร้างโอกาสให้กับองค์กรชุมชน/องค์กรปกครองท้องถิ่นในการเรียนรู้ ริเริ่มทำงานบนฐานศักยภาพของชุมชนภายใต้แนวคิดการกระจายอำนาจ และแนวคิดการเพิ่มพลังชุมชนแบบต่อเนื่องและระยะยาว ควรส่งเสริมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขได้ทำงานแนวราบร่วมกับองค์กรชุมชนอื่น เพื่อสร้างสุขภาวะของบุคคล/ครอบครัวและชุมชน⁵⁰ ตัวอย่างการดำเนินการที่เป็นข้อเสนอแนะจากสมัชชาสุขภาพ ปี พ.ศ. 2546²⁹ เช่น อาจจะเริ่มจาก (1) การปรับแก้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น โดย พระ พ่อ แม่ ครูจะต้องทำตนเป็นแบบอย่างที่ดี และสั่งสอนลูกหลานเยาวชนให้ทำตาม (2) ปรับ ผลิต เชื่อมโยง และร่วมจัดการการเรียนรู้ โดยอาศัยทุนเดิมในชุมชน ได้แก่ โรงเรียน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา และสถานที่สำคัญในชุมชน (3) พัฒนาองค์ความรู้ พื้นฟูภูมิปัญญา และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย ตลอดจนการจัดทำเอกสาร ตำราเผยแพร่ (4) สร้างกระแสค่านิยมของชุมชนท้องถิ่นนิยม เพื่อให้เกิดการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในวิถีชีวิตประจำวันของชุมชน

8.2 องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง และพัฒนา / สร้าง / จัดหาบุคลากรมาคอยเป็นที่พึ่งในการให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่น

8.3 มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ ที่ครอบคลุมทั้งในด้านการแพร่หลาย โครงสร้าง และหน้าที่ของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนขนาดความถี่และรูปธรรมเฉพาะต่างๆ ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มประชาชนต่างๆ ศักยภาพและขีดจำกัดของประเภทการปฏิบัติต่างๆ ของการดูแลสุขภาพตนเอง กระบวนการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปในวัฒนธรรมและสถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ตลอดจนจัดวางระบบการรวบรวมข้อมูลที่สะท้อนพลวัตของการเปลี่ยนแปลง

8.4 องค์กรวิชาชีพกายภาพบำบัดและสถาบันการศึกษาด้านกายภาพบำบัด ควรเป็นผู้นำในการขยายบทบาทของวิชาชีพในการเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทางกายภาพ

8.5 องค์กรวิชาชีพกายภาพบำบัดและสถาบันการศึกษาด้านกายภาพบำบัด ต้องมีการเรียนรู้เรื่องการแพทย์ด้วยทัศนะใหม่ ๆ ไม่ใช่การใช้มุมมองทางวัฒนธรรม ทางชีววิทยา ทาง

วิทยาศาสตร์ชีวภาพ หากแต่ควรมองมิติทางสังคม วัฒนธรรม จิตใจ ศาสนา และสิทธิผู้ป่วยมาประกอบ ยอมรับการมีระบบทางการแพทย์หลายระบบ หรือพหุลักษณะทางการแพทย์ในสังคม ควรเป็นผู้นำในการสร้างเครือข่ายพันธมิตรในระหว่างวิชาชีพ เพื่อบูรณาการองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญญาท้องถิ่น เช่น การเป็นพันธมิตรกับวิชาชีพด้านเภสัชกรรมและผู้รู้ในชุมชน เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการอบและประคบด้วยสมุนไพร

8.6 รัฐควรมีมาตรการในการควบคุมคุณภาพของวิธีการและสินค้าสุขภาพที่มีพื้นฐานจากภูมิปัญญาท้องถิ่น และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพเป็นจุดดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (health tourist) ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนามาตรฐาน

8.7 รัฐและเอกชนควรส่งเสริมการผลิตเครื่องมืออุปกรณ์กายภาพบำบัดที่ผู้ป่วยสามารถใช้รักษาตนเองได้ เช่น เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อสำหรับใช้ที่บ้าน ซึ่งถูกออกแบบและสร้างขึ้นให้มีคุณสมบัติรักษาเฉพาะโรคกล้ามเนื้อที่ขาดประสาทมาเลี้ยง โดยมีความเหมาะสมตามความต้องการและให้ความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่จะนำไปใช้งานเองที่บ้านได้ ในราคาไม่แพงมากนัก

8.8 รัฐควรให้ความสำคัญกับการพัฒนากระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ให้สามารถครอบคลุมผลกระทบและมาตรการลดผลกระทบทางสุขภาพได้อย่างเพียงพอมากกว่าในปัจจุบัน

8.9 รัฐควรให้ความสำคัญกับการเปิดพื้นที่ให้กับการแพทย์ทางเลือก ให้มีความสำคัญทัดเทียมกับการแพทย์กระแสหลัก มีการพัฒนาที่เป็นระบบและผสมผสานเข้าด้วยกันกับการแพทย์กระแสหลัก และผลักดันให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่นเดียวกับที่ได้มีการดำเนินการประสบผลสำเร็จมาแล้วในต่างประเทศ เช่น ประเทศจีน การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine)²⁵ ในที่นี้รวมถึงการออกกำลังกายและการฝึกตน ไม่ว่าจะเป็น ไทเก๊ก ชีกง โยคะ การเดินแอโรบิค การรำกระบอง การบำบัดโรคและกล้ามเนื้อด้วยการฝึกการหายใจ เป็นต้น ที่เป็นรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ และรักษาอาการป่วยต่างๆ โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ไม่เน้นอยู่เฉพาะการใช้ยา การใช้สารเคมีใดหรือการผ่าตัด อาจใช้วิธีการปรับสภาพอาหาร การฝึกฝนจิต การนวด การออกกำลังกาย เป็นต้น ทั้งนี้บุคคลสามารถเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายๆ วิธีที่คิดว่าสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นตัวผูกขาดกำหนดรูปแบบวิธีการรักษาเพียงผู้เดียว

9. ผู้เกี่ยวข้องหลัก

9.1 ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน ครู พระ ผู้นำทางศาสนา ที่มีแนวคิดด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

9.2 หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย ที่ใช้วิธีการทางกายภาพ

- 9.3 ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล
- 9.4 ผู้นำองค์กรวิชาชีพกายภาพบำบัดและผู้บริหารสถาบันผลิตนักรายกายภาพบำบัด
- 9.5 วิชาชีพอื่นที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง เช่น พยาบาล เภสัชกร นักพลศึกษา วิศวกร (ผลิตเครื่องมือกายภาพบำบัด)
- 9.6 สื่อมวลชนทั้งในระดับประเทศและระดับชุมชน
- 9.7 องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

4.1.5 กายภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชน

ฉัตรวิทย์ องค์กรสิงห์

กายภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชนนี้อาจจะเป็นงานที่มีความแตกต่างจากเอกสารประกอบการมอของขนาดของระบบกายภาพบำบัดอื่นๆ ที่อยู่ในชุดเดียวกัน เนื่องจากผู้เขียนมิใช่ นักกายภาพบำบัด แต่เป็นนักวิชาการทางด้านสังคมศาสตร์ที่มีประสบการณ์งานวิจัยด้านสุขภาพ จึงอาจมีแง่มุมในการมองงานกายภาพบำบัดแตกต่างจากผู้ที่อยู่ในวิชาชีพนี้ สารที่ปรากฏในเอกสารจึงจะไม่เน้นองค์ความรู้ทางด้านเทคนิคของวิชาชีพ แต่จะมุ่งประเด็นไปที่แนวคิดของงานกายภาพในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ และนำเสนอถึงการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดของประชาชนบางกลุ่มที่สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองที่ประชาชนบางกลุ่มมีต่องานกายภาพบำบัด ด้วยความเชื่อว่าแง่มุมที่หลากหลายจะส่งผลต่อทิศทางของระบบและวิธีการของงานกายภาพบำบัดในอนาคต

ในการนำเสนอผู้เขียนใช้วิธีการเริ่มต้นจากการตั้งคำถามกับระบบงานกายภาพบำบัดที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน และมองย้อนเข้าไปในอดีตถึงพื้นฐานแนวคิด ปรัชญาหรือแรงผลักดันสำคัญของการก่อร่าง ตลอดจนปัจจัยหรือองค์ประกอบที่ทำให้งานกายภาพบำบัดมีตัวตนขึ้นในสังคมและในสายตาประชาชน การตั้งคำถามดังกล่าวทำให้สามารถเห็นถึงกระบวนการที่เป็นทศนะพื้นฐานของงานกายภาพบำบัดในปัจจุบัน ขณะเดียวกันก็มีทศนะอื่นที่แตกต่างและดำรงอยู่ในสังคมด้วยเช่นกัน การคลี่คลายให้เห็นภูมิหลัง (background) ของทั้งสองทศนะในส่วนแรก จะนำไปสู่ความเข้าใจในส่วนที่สองคือ สถานการณ์ปัจจุบัน (current situation) ของระบบสุขภาพ และงานกายภาพบำบัดในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ เพื่อทำให้มุมมองของภาคประชาชนที่มีต่องานกายภาพบำบัดที่เสนอในส่วนที่สามมีความชัดเจนขึ้น สำหรับส่วนที่สี่เป็นการนำเสนอแนวโน้ม ทิศทางหรือแรงผลักดันใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบกายภาพบำบัดในอนาคต

ในการสืบค้นข้อมูลสำหรับนำเสนอ ผู้เขียนได้ใช้การทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งต้องขอขอบคุณคณะนักวิจัยของโครงการและเจ้าหน้าที่ สวรส. ที่ได้กรุณาร่วมลงพื้นที่และทำงานเก็บข้อมูลร่วมกัน การที่มีทีมงานซึ่งเป็นนักวิชาชีพร่วมทำงานเก็บข้อมูลในภาคสนามเช่นนี้ได้ช่วยทำให้ผู้เขียนมีความเข้าใจในระบบงานกายภาพบำบัดมากขึ้น และเชื่อว่าข้อมูลที่ได้ถ่ายทอดนี้จะเอื้อประโยชน์ต่อการมอขนาดของระบบกายภาพบำบัดในทศวรรษหน้า

ส่วนที่ 1 การแพทย์แผนตะวันตกและตะวันออก : สองทัศนะในการมองเรื่องชีวิต

การมองอนาคตจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจจากปรากฏการณ์สถานการณ์ที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน และการทำความเข้าใจกับฐานรากของปรากฏการณ์หรือชุดความรู้ที่เกิดขึ้น อาจจะต้องสืบย้อนไปถึงกระบวนทัศน์ (paradigm) อันประกอบด้วยระบบความคิดและระบบคุณค่าชุดหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นท่ามกลางวัฒนธรรมในส่วนต่างๆ ของโลก เมื่อกระบวนทัศน์แบบนั้นเกิดขึ้นและแผ่อิทธิพลครอบงำกระบวนทัศน์แบบอื่นๆ ที่มีอยู่ในโลก กระบวนทัศน์นั้นก็สามารถครอบครองชีวิตจิตใจของคนในสังคม เพราะทัศนะเป็นเครื่องกำหนดความรู้สึกและพฤติกรรมของคน เช่นทัศนะที่เชื่อว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีการเดียวที่จะได้มาซึ่งความรู้ที่แท้จริง ทัศนะในการมองจักรวาลว่าเป็นระบบเครื่องยนต์กลไกที่เกิดขึ้นมาจากองค์ประกอบพื้นฐานทางวัตถุที่แยกจากกันเป็นส่วนๆ ทัศนะต่อชีวิตในสังคมที่ต้องต่อสู้เพื่อความอยู่รอด และทัศนะความศรัทธาที่มีต่อความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุ จากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยี¹ การวิเคราะห์ถึงกระบวนทัศน์มีความจำเป็นเนื่องจากจะทำให้เข้าใจได้ถึงที่มาของความคิดของมนุษย์ในการมองโลกและชีวิต ซึ่งจะนำไปสู่วิธีการที่มนุษย์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ที่ดำรงอยู่รอบๆ มนุษย์ รวมทั้งวิถีแห่งสุขภาพของมนุษย์ด้วย

แนวคิดปฏิฐานนิยม : กระบวนทัศน์แบบแยกส่วน ลดทอน และกายภาพเชิงกลไก

ก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 16 โลกทัศน์หลักโดยรวมของมนุษย์คือการมองโลกเป็นหน่วยชีวิต รับรู้ความสัมพันธ์กับธรรมชาติมีความสัมพันธ์อย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีการประสานสัมพันธ์กันระหว่างปรากฏการณ์ทางจิตวิญญาณและทางวัตถุ แต่เมื่อถึงสมัยคริสต์ศตวรรษที่ 16 และ 17 ที่เป็นยุคของการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ ทัศนะในการมองเอกภพในฐานะที่เป็นหน่วยชีวิตและมีจิตวิญญาณนี้ได้เปลี่ยนเป็นทัศนะที่มองว่า **โลกคือเครื่องจักรและเป็นกลไกชนิดหนึ่ง** และสามารถใช่วิธีการเชิงประจักษ์ (empirical approach) กับสูตรคณิตศาสตร์ในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ในโลก ยึดถือเป็นหลักเกณฑ์มาตรฐานสำหรับทฤษฎีวิทยาศาสตร์ และเชื่อว่าความรู้ที่ได้มาจากการทางวิทยาศาสตร์สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโลกธรรมชาติได้อย่างสมบูรณ์ ความรู้ที่ได้รับการพิสูจน์อย่างแจ่มชัดจากวิธีการเชิงประจักษ์เท่านั้นที่ถือเป็นความรู้ที่มีหลักฐานและเชื่อถือได้ ดังนั้น ทัศนะวิทยาศาสตร์แบบกลไกจึงปฏิเสธความรู้อื่นๆ ที่ไม่เข้าข่ายของการพิสูจน์ตามวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ทัศนะที่มองโลกในฐานะที่เป็นเครื่องจักรกลไก การวิเคราะห์ที่จำแนกแจกแจงแยกแยะสิ่งต่างๆ ออกเป็นชิ้นเป็นส่วนในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับความจริงในธรรมชาติเช่นนี้จัดอยู่ใน **กระบวนทัศน์แบบปฏิฐานนิยม (positivism)** ซึ่งมนุษย์ใช้เป็นพื้นฐานของการแสวงหาความรู้ภายใต้ศาสตร์ต่างๆ มาถึงปัจจุบัน

กระบวนทัศน์แบบปฏิฐานนิยมมีหลักการสำคัญคือการ “แยกส่วน” และ “ลดทอน” สิ่งต่างๆ ในโลก ในการอธิบายว่าความรู้ชุดใดจริงหรือเท็จ ความรู้ชุดใดมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล และใช้

กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ (scientific method) ในการพิสูจน์เพื่อหาคำอธิบายด้วยการใช้หลักการคำนวณเพื่อให้สามารถระบุได้ว่าความสัมพันธ์ของวัตถุที่ถูกศึกษานั้นมีความแม่นยำ (validity) และเชื่อถือได้ (reliability) เพียงไร เพื่อให้ได้ข้อสรุปโดยทั่วไป (generalizations) ที่มีพลังในการอธิบายและการคาดการณ์ (prediction) ปรากฏการณ์ต่างๆ ของธรรมชาติในโลก และจัดการกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสังคม รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์ อิทธิพลของกระบวนการทัศนทัศน์ส่งผลต่อวิธีการศึกษาร่างกายมนุษย์ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบมาเป็นการศึกษาเฉพาะส่วน โดยการศึกษาทดลองการทำงานของร่างกายมนุษย์ผ่านศูนย์กลางจากสมองลดทอนการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ที่มีปฏิสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันให้มาอยู่ที่การศึกษาเฉพาะพฤติกรรม ในขณะเดียวกันทัศนทัศน์นี้ก็เป็นฐานรากของแนวคิดในการคิดค้นอุปกรณ์และเทคโนโลยีต่างๆ ให้เข้ามาช่วยเหลือและจัดการเพื่อให้เกิดความสะดวกในการดำรงชีวิต เช่น มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการวินิจฉัยโรค มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่สามารถนำเอาชิ้นส่วนของอวัยวะมาตรวจด้วยเครื่องมือตรวจสอบ วัดผลค่าความผิดปกติหรือความบกพร่องได้ด้วยตัวเลขที่ชัดเจน ส่วนการรักษากระทำไปตามสาเหตุที่วินิจฉัย ถ้าเกิดการผิดปกติของอวัยวะใดก็แก้ที่อวัยวะนั้น เช่น หากหัวใจผิดปกติก็มีมาปรับการเต้นให้เป็นปกติ หลอดเลือดตีบก็ทำการขยายด้วยยาหรือการผ่าตัด ถ้าวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคติดเชื้อก็ต้องพยายามให้ทราบว่าเชื้อโรคนั้นเป็นชนิดใด เช่น เป็นเชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส การรักษาก็คือใช้ยาไปฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคเหล่านั้น ซึ่งสามารถให้ผลอย่างชะงัด เมื่อเป็นเช่นนี้การแพทย์แผนตะวันตกที่ใช้ฐานคิดของการแยกส่วนร่างกายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการวินิจฉัยและการรักษาด้วยหลักการคือกำจัดศัตรูของมนุษย์คือเชื้อโรค เนื้องอกและสิ่งแปลกปลอมทั้งหลาย โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีและยาใช้ในการรักษาโรค การระบุโรคที่ได้ผลชะงัดจึงได้รับการยอมรับอย่างรวดเร็ว ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อสามารถปราบโรคระบาดที่ร้ายแรง ไม่ว่าจะเป็นวัณโรค อหิวาต์ กาฬโรค หรือฝีดาษด้วยการใช้วัคซีนและยาปฏิชีวนะ ก็ยิ่งทำให้ได้รับความเชื่อมั่นเพิ่มมากยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการเยี่ยงนี้จึงสามารถแก้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บได้ดีเยี่ยมและได้รับการพัฒนาให้ก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ แต่ด้วยลักษณะของการแยกส่วนในการวินิจฉัยและการรักษา ทำให้แม้การรักษาเฉพาะจุดหรืออวัยวะนั้นจะประสบความสำเร็จแต่ผู้ป่วยต้องได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและยาหรือสารเคมีที่รับเข้าไป

ฐานคิดของการแยกส่วนได้ถูกนำมาใช้กับการจัดการกับร่างกายของมนุษย์ผ่านศาสตร์ต่างๆ เช่น ในทางกายวิภาคศาสตร์ ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับอวัยวะต่างๆ ของโครงสร้างร่างกาย ทั้งการทดสอบ การตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น เมื่อมีการแตกหักขรุขระของกระดูก โครงสร้างต่างๆ ผู้ป่วยก็ได้รับการจัดการด้วยการผ่าตัด การเข้าเฝือกด้วยการตามโลหะตลอดจนการ

ใช้ความรู้ด้านกายภาพบำบัดและการใช้เครื่องมือกระตุ้นร่างกายต่างๆ² เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงกับสภาพปกติได้มากที่สุด

กาย จิต ชีวิตและสังคม : วิถีชีวิตแบบองค์รวม

ทัศนคติที่มองเห็นว่าสิ่งต่างๆ ในโลกสามารถลดทอนหรือแยกส่วนได้ มิได้เป็นทัศนคติที่มีเพียงหนึ่งเดียวในโลก แต่ยังมีกระบวนการทัศนคติอื่นที่ดำรงอยู่ในสังคมที่อาจจะยังไม่ได้รับการเผยแพร่หรือได้รับการเผยแพร่เพียงบางส่วน เช่น การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ซึ่งการแพทย์แผนไทยก็เป็นส่วนหนึ่งในนั้น ทั้งนี้หากจะมองให้เห็นถึงฐานคิดของการแพทย์แผนไทยที่มีความแตกต่างจากการแพทย์แผนตะวันตกที่สังคมไทยนำมาใช้ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา นั้น จะต้องมองผ่านวิถีการดำรงอยู่ในวิถีชีวิตของคน ซึ่งเมื่อมองย้อนกลับไปวิถีชีวิตของคนในชุมชนแต่ดั้งเดิมดำเนินไปพร้อมด้วยความเชื่อในมิติต่างๆ ซึ่งได้แก่มิติทางจิตวิญญาณ ความเชื่ออันเป็นฐานรากที่สำคัญในวิถีประเพณีปฏิบัติตนต่อธรรมชาติต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกันและต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ความเชื่อว่ามีมนุษย์ไม่ได้อยู่อย่างแยกส่วนกับธรรมชาติ หากแต่ต้องสัมพันธ์กับธรรมชาติ เช่น ป่าเขาลำเนาไม้ และแม่น้ำลำธาร โดยมนุษย์จัดความสัมพันธ์ของตนกับสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ให้อำนวยต่อการดำรงชีวิตด้วยการสร้างระบบความเชื่อและสถาบันทางสังคม³ ความเชื่อนี้เป็นความเชื่อในสายสัมพันธ์ที่มีต่อมนุษย์ ซึ่งรวมถึงการแบ่งปัน การจัดสรรและแลกเปลี่ยนแรงงานตามความจำเป็นของเพื่อนบ้านและชุมชน ระบบคุณค่าในการพึงพิงอาศัยซึ่งกันและกันได้รับการส่งเสริม ถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนรุ่นต่อไป ในระบบความเชื่อแต่ดั้งเดิมเชื่อกันว่ามนุษย์นั้นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับธรรมชาติ ความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติรวมถึงพืชและสัตว์จึงมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ วิถีการปฏิบัติตนต่อธรรมชาติจึงเป็นไปด้วยความเคารพอย่างยั้งในฐานะผู้มีพระคุณ และเคารพต่อสิ่งที่คุ้มครองธรรมชาติในฐานะที่เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์และมีอำนาจบารมีเหนือกว่ามนุษย์ เช่น การนับถือ “ผี” และเชื่อว่าทุกสิ่งล้วนมี “ขวัญ” ซึ่งหมายถึง แก่นชีวิต เป็นความเจริญงอกงาม ไม่ว่าคน สัตว์ พืช สิ่งของต่างก็มีขวัญทั้งสิ้น ดังนั้น ในการกระทำใดๆ ไม่ว่าจะด้านความเป็นอยู่หรือการทำมาหาเลี้ยงชีพ ก็จะต้องมีพิธีกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับขวัญของสิ่งเหล่านี้

ในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิตสุขภาพ คนในชุมชนก็ใช้ระบบความเชื่อและความสัมพันธ์ที่มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพของคน เช่น ความเชื่อเรื่องธาตุทั้ง 5 ที่ประกอบด้วยธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศธาตุที่ถือว่าเป็นจุดกำเนิดของมนุษย์ เชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรมในรูปแบบของการอธิบายเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดของสรรพสัตว์และชีวิตมนุษย์ โดยเชื่อว่าสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับ “กรรม” ทั้งกรรมจากการกระทำในปัจจุบันและกรรมสั่งสมมาจากอดีตชาติ สุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องเฉพาะหมอ ยา และโรงพยาบาล แต่เป็นเรื่องของการดำเนินชีวิตให้เป็นสุข ทั้งในส่วนของคุณคน ซึ่งประกอบด้วยร่างกายกับจิตวิญญาณ ในส่วนของสังคม⁴ ความสัมพันธ์ของครอบครัวและญาติมิตรที่ต้องพึ่งพา

เกลือและเชื้ออาหารกันมีส่วนสำคัญต่อการรักษาสุขภาพซึ่งไม่เฉพาะแต่เรื่องของคนใดคนหนึ่ง แต่ครอบครัวและชุมชนจะคอยดูแลช่วยเหลือกัน การงานที่อยู่ในวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่คนได้ทำงานร่วมกันจึงมิได้ให้คุณค่าทางการหาเลี้ยงตัวเองเท่านั้น แต่ยังให้คุณค่าทางจิตใจอีกด้วย

วิถีชีวิตของคนดั้งเดิมมีลักษณะอย่างที่เราเรียกว่าเป็นองค์รวม (holistic) ซึ่งเป็นลักษณะของการมองว่าความเป็นจริงของสิ่งใดก็ตามย่อมมีคุณสมบัติสำคัญเฉพาะที่ไม่สามารถเข้าใจได้ด้วยการแยกสิ่งนั้นออกเป็นส่วนย่อย แล้วศึกษาคุณสมบัติของส่วนย่อยนั้น หรือแม้จะนำคุณสมบัติของส่วนย่อยมารวมกัน ก็ไม่สามารถเทียบความหมายหรือความสำคัญกับคุณสมบัติขององค์รวมได้⁵

การมีสุขภาพดีของบุคคลจึงสอดคล้องไปกับการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างไม่สามารถแยกจากกันได้ แต่ท่ามกลางเหตุปัจจัยเหล่านี้เมื่อมีความผันแปรที่จะทำให้เกิดโรค คนในชุมชนนอกจากจะเชื่อว่าเป็นกรรมแล้ว ในส่วนหนึ่งก็รักษาดูแลกันไปเท่าที่ความรู้จะมี แต่ก็ยังเป็นไปตามครรลองแห่งเหตุปัจจัยและการดำเนินชีวิตตามธรรมชาติ เมื่อถึงวัยชราและต้องจากไปก็ถือเป็นเงื่อนไขของชีวิตที่ต้องเกิดขึ้น มิติเช่นนี้เป็นการมองสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม หรือเป็นมิติของการดำเนินวิถีชีวิต เป็นการมองจากมุม “สุขภาพดี” (good health approach) ตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เกิดจนแก่ โดยไม่ได้มองสุขภาพในเชิงเจ็บป่วย (sick health approach) ที่มองจากโรคหรือการบำบัดรักษาเป็นหลัก⁶ วิธีการมองเช่นนี้จึงนำไปสู่วิธีการในการรักษา การบำบัดและการฟื้นฟูร่างกายซึ่งมีความแตกต่างกันตามทัศนะการรับรู้ด้วย

ส่วนที่ 2 สถานการณ์ของระบบสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ทั้งสองทัศนะข้างต้น ไม่อาจชี้ขาดว่าทัศนะหรือวิธีการแบบใดจะเหมาะสมในการดูแลรักษาสุขภาพของมนุษย์มากกว่ากัน ทั้งนี้เพราะ “หลักวิชาการใดๆ ก็ตามล้วนดำรงความน่าเชื่อถืออยู่ภายใต้บริบทสังคม หลักการหนึ่งๆ จะเหมาะสมสำหรับบริบทแวดล้อมอันหนึ่งและสามารถใช้แก้ปัญหาอย่างหนึ่งได้อย่างเหมาะสม หากบริบทเปลี่ยนแปลงไป หลักการนั้นก็อาจสอดคล้องหรืออย่างน้อยก็ไม่จับใจผู้ปฏิบัติ”⁷ เช่นเดียวกับสถานการณ์ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่ประเทศไทยรับแนวทางเข้ามาจากตะวันตกและสถิตอยู่ในสังคมสุขภาพของคนไทยมานับเป็นศตวรรษ ซึ่งได้รับการยอมรับนับถืออย่างยิ่งจากประสิทธิภาพในการรักษา และแบบแผนของการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขเฉพาะทางที่ออกมาให้บริการแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยฐานคิดของการแพทย์แผนตะวันตกขณะนี้กำลังประสบกับปัญหาเมื่อพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะและเครื่องมือเทคโนโลยีที่เคยใช้ได้ผลในการปราบปรามโรคนั้น แท้จริงแล้วเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่ง สาเหตุที่ทำให้โรคร้ายถูกกำราบไปในช่วงขณะนั้นเป็นเพราะความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เช่น การกินอาหาร การอยู่อาศัย การจัดสาธารณูปโภค การจัดการระบบของเสีย เป็นต้น นั่นหมายถึงพฤติกรรมและการดำเนินวิถีชีวิตของมนุษย์เป็นสาเหตุแห่งความเสื่อมเสียในการเกิด

โรค ความสำเร็จการปราบโรคระบาดจึงมิได้เกิดขึ้นมาจากยาปฏิชีวนะหรือการรักษาด้วยการใช้เทคโนโลยีในระดับสูง หรือกล่าวอีกทางหนึ่งก็คือความสำเร็จดังกล่าวไม่ใช่สิ่งที่คงทนถาวร เพราะปัจจัยของการเกิดโรคมีความผันแปรไปตามบริบททางสังคม การที่ค่านิยมของวัฒนธรรมการบริโภคของคนเปลี่ยนไป จากการกินอาหารที่ปลูกโดยธรรมชาติ กลายเป็นวัฒนธรรมฟาสต์ฟู้ด หรือระบบเศรษฐกิจและระบบตลาดสมัยใหม่ที่ทำให้โครงสร้างการเกษตรเปลี่ยนแปลง มีการใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อคน ใช้ยาปราบศัตรูพืช เหล่านี้นำมาซึ่งสาเหตุแห่งการเกิดโรคและระบบสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

สถานการณ์ระบบสุขภาพ : บริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลง

ทัศนะการเห็นชีวิตมนุษย์เป็นกลไกอันเป็นฐานคิดของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจึงกำลังถูกท้าทายด้วยโรคต่างๆ ที่กลับมาอีกครั้ง โดยมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ในปี พ.ศ. 2538 องค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่าคนที่ตายเพราะวัณโรคมีถึง 3 ล้านคน นับเป็นปริมาณซึ่งมากกว่าเมื่อต้นคริสต์วรรษ ทุกวันนี้ไม่มีประเทศใดเลยที่ไม่พบผู้ป่วยโรคนี้ สำหรับอหิวาตกโรคที่เคยคิดว่าใกล้สูญพันธุ์แล้ว ภายในช่วงเวลา 12 ปี (พ.ศ.2523-2535) ได้เพิ่มเกือบร้อยละ 60⁸ ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 พบว่าสถิติผู้ป่วยวัณโรคซึ่งลดลงมาโดยตลอดได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี พ.ศ. 2536 มีผู้ป่วย 49,688 ราย เสียชีวิต 3,595 ราย และจากรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ 3,434 ราย จำนวนนี้เป็นโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์มากที่สุด 3,299 ราย ในปี พ.ศ. 2537 มีรายงานผู้ป่วย 3,143 ราย เสียชีวิต 41 ราย สาเหตुर้อยละ 50 เกิดจากกลุ่มสาร organophosphate นอกจากนั้นข้อมูลจากกองอาชีวอนามัย กรมอนามัยได้ทำการเจาะเลือดเกษตรกร 460,521 ราย พบความเสี่ยงต่อการได้รับพิษสารเคมีสูงถึง 78,481 ราย หรือร้อยละ 17 ของผู้รับการตรวจทั้งหมด⁴

ระบบสุขภาพที่ดูแลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นกระแสหลักมิได้ถูกท้าทายด้วยโรคสามัญที่เคยรู้จักกันดีเท่านั้น แต่ถูกท้าทายด้วยโรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง โรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดคือความดันโลหิตสูงที่มาเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยปริมาณโคเลสเตอรอลสูงและภาวะของการสูบบุหรี่ได้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นเชื้อโรคใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม ก็ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ยากลำบากต่อการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งสิ้น โรคเหล่านี้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจนเกินวิสัยที่เทคโนโลยีและการวิจัยพัฒนาเพื่อหาตัวยาใหม่ๆ มาแก้ไขได้ทัน 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 สำหรับโรคที่ต้องมีหัตถการโดยเฉพาะการรักษาโรคคลื่นหัวใจโดยใช้บอลลูนผ่านทางผิวหนัง การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเกินกว่า 17 % และ 10 % ตามลำดับ¹⁰

ระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับบริบทต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เน้นการผลิตในภาคอุตสาหกรรม การค้า และการบริการ การเน้นเกษตรเชิงพาณิชย์เพื่อการส่งออกได้ส่งผลต่อระบบสุขภาพของคนไทย ระบบการค้าและอุตสาหกรรมที่ดึงดูดคนจากภาคเกษตรเข้าสู่ภาคการผลิตและภาคบริการ ทำให้อาชีพในการทำมาหากินของคนในชุมชนดั้งเดิมที่ดำรงชีวิตโดยอาศัยป่าและอาหารจากธรรมชาติเปลี่ยนไป มีการรุกป่าแผ้วถางป่าเพื่อใช้ที่ดินในการสร้างโรงงานอุตสาหกรรม สร้างที่พักและความเจริญในรูปแบบต่างๆ ที่เอื้อต่อระบบทุนนิยม การเติบโตของภาคอุตสาหกรรมและบริการได้ดึงดูดคนออกจากภาคเกษตรเพื่อเข้าเป็นแรงงานไร้ฝีมือในเมือง มีที่อยู่อาศัยอย่างแออัดยัดเยียด มีสภาวะการทำงานที่ไร้สวัสดิการด้านสุขภาพ มีสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ซึ่งปัจจัยสำคัญขึ้นกับอาหารที่บริโภคเข้าไป ดังนั้น จากเดิมที่คนในชนบทเคยคุ้นเคยกับการหาอยู่หากินในพื้นที่ยังมีป่าสาธารณะไว้เป็น supermarket สามารถหาอาหารทั้งพืชและสัตว์มาบริโภคในครอบครัว รวมทั้งสามารถเก็บสมุนไพรจากป่า จึงเปลี่ยนเป็นวิถีการบริโภคแบบเมือง การผลิตแบบอุตสาหกรรมมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ในการใช้สารเคมีในการปลูกพืช การเลี้ยงสัตว์ การปล่อยของเสียจากโรงงานลงแม่น้ำและสู่ชั้นบรรยากาศจนเกิดปรากฏการณ์เรือนกระจก และทำให้เกิดแหล่งพักตัวของโรคเขตร้อนที่ขยายตัวไปทั่วโลก นอกจากนั้นระบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและชนบทก็ขาดตอนไปเนื่องมาจากแรงงานที่เข้าสู่เมืองใหญ่ คนในชนบทมีเพียงคนชราและเด็กซึ่งมีช่องว่างระหว่างวัยสูง การถ่ายทอดความรู้ด้านการรักษาสุขภาพที่เคยเกิดขึ้นในครอบครัวจึงเป็นไปได้ลำบาก ปัญหารายได้ของแรงงานไร้ทักษะและค่าใช้จ่ายที่ถีบตัวสูงขึ้น มีผลต่อนโยบายเศรษฐกิจของรัฐในการจัดสรรงบประมาณเพื่อหลักประกันด้านสุขภาพ ความกดดันของสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนจากรายได้ไม่พอจ่ายอันเนื่องมาจากระบบการศึกษาสมัยใหม่ของบุตรหลาน ระบบการตลาดที่ยึดตามแนวทางทุนนิยมได้สร้างผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ สินค้าและเทคโนโลยีเข้ามาสนองความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้นและกระตุ้นการซื้อ เพราะเมื่อรายจ่ายสูงขึ้นทำให้คนต้องทำการกู้ยืมทั้งในและนอกระบบ เกิดภาวะหนี้สิน อันเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดสภาวะทางจิตของประชาชน ปัญหาสุขภาพะจึงต้องการการแก้ไขในระดับการเมือง ไม่ว่าจะเป็นในระดับนโยบายประเทศ เช่น การออกกฎหมายที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประชาชน การปฏิรูประบบการเมืองและระบบการจัดการในภาครัฐซึ่งส่งผลต่อการบริหารงานของบุคลากรทางสาธารณสุข การเคลื่อนไหวของภาคประชาคมและการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น กรณีการจัดการซื้อยาและเวชภัณฑ์ นอกจากบริบทต่างๆ ที่แวดล้อมสังคมแล้วประเทศไทยยังมีความเชื่อมสัมพันธ์กับประเทศอื่นๆ นโยบายด้านสุขภาพะของไทยจึงเชื่อมโยงกับนโยบายขององค์กร

ต่างประเทศ เช่น นโยบายรัฐในด้านการค้าต่างชาตินโยบายด้านการค้าโลก และนโยบายด้านภาษี เป็นต้น การทำความเข้าใจกับบริบททางสังคมทั้งในและนอกประเทศจึงมีความสำคัญต่อการคำนึงถึงระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพราะชีวิตของมนุษย์มิได้มีเพียงโครงสร้างทางร่างกาย แต่ประกอบด้วยจิตใจและมีปฏิสัมพันธ์กับทุกสิ่งทุกอย่าง การดูแลรักษาร่างกายในลักษณะที่เป็นองค์รวมจึงหมายถึงระบบที่เชื่อมสัมพันธ์สิ่งเหล่านี้เข้าด้วยกันอย่างสอดคล้องและสมดุล

บุคลากรทางสาธารณสุข

การที่ประเทศพัฒนาไปสู่ความศิวิไลซ์ (civilization) หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัย (modernization) อันเป็นแนวคิดและการพัฒนาตามแบบอย่างตะวันตก (westernization) เข้ามาใช้ในการเปลี่ยนแปลงสังคมไทย แนวคิดที่เด่นชัดและมีผลต่อวิถีชีวิตและกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนไทยก็คือ การจำแนกแฉกแฉงโครงสร้างทางสังคม (structural differentiation) ซึ่งได้แบ่งแยกกิจกรรมหลายอย่างที่เคยอยู่ในครอบครัวและชุมชนให้อยู่ในสถาบันเฉพาะที่เฉพาะทางที่รัฐจัดให้ ในด้านการปกครอง ได้เปลี่ยนรูปแบบของอำนาจเป็นแบบรวมศูนย์ อำนาจที่ชุมชนเคยจัดการกันเองในชุมชนถูกถ่ายโอนไปยังรัฐ กิจกรรมต่างๆ ในชุมชนถูกวางนโยบายและจัดการจากการบริหารส่วนกลาง ทรัพยากรที่จำเป็นในการบริหารทั้งอัตรากำลังคนและงบประมาณถูกจัดการโดยรัฐ การศึกษาและความรู้ในด้านต่างๆ ที่ครอบครัวและชุมชนถ่ายทอดให้กับสมาชิก ถูกย้ายเข้าไปในระบบการศึกษาที่จัดโดยรัฐ ด้านสุขภาพ ครอบครัวที่เคยมีการสืบทอดในเรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพร การนวด การดูแลตนเองยามเจ็บไข้ ได้ถูกย้ายเข้าไปในระบบโรงพยาบาล สถานือนามัย โครงสร้างสังคมเช่นนี้จำเป็นต้องมีคนทันสมัย (modern man) เป็นผู้ขับเคลื่อน และต้องได้รับการฝึกอบรมด้วยแบบอย่างเฉพาะ (specialization) เพื่อให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ (expert) จากการศึกษาในระบบแบบแผนที่สร้างขึ้นจากมาตรฐานและเจตจำนงตามนโยบายของรัฐในด้านสาธารณสุข บุคลากรเหล่านี้คือบุคคลที่รัฐสร้างขึ้นมาให้ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยวิธีการเฉพาะอย่าง แพทย์ เป็นผู้ได้รับสิทธิ์ในการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาแก่ผู้ป่วย โดยมีผู้แบ่งแยกทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เช่น เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น การแบ่งแยกหน้าที่เช่นนี้เป็นเรื่องดี เพราะผู้เชี่ยวชาญแต่ละเรื่องจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างละเอียดลออ แต่ข้อพิจารณาก็คือ การแบ่งแยกหน้าที่กันมากเกินไปทำให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปเรื่อยๆ ตามรายละเอียดการแบ่งแยกของวิชาชีพ เช่น เมื่อตรวจร่างกายเสร็จ ก็ส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วส่งกลับมาหาแพทย์ หากเป็นโรคที่ไม่เกี่ยวกับสาขาที่เชี่ยวชาญและสงสัยจะเป็นอย่างอื่น ก็จะส่งผู้ป่วยไปหาผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆ ไป หากเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลายๆ ระบบ จะถูกส่งต่อเรื่อยไปหาพยาบาล เภสัชกร หรือหน่วยกายภาพบำบัด เป็นต้น

นอกจากนั้นในแต่ละวิชาชีพยังถูกแบ่งซอยแยกย่อยให้มีความเฉพาะทางแตกต่างกันไป และบุคลากรที่ให้การรักษาผู้ป่วยต่างก็แสวงหาความเป็นเลิศ (excellence) ตามสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ

เช่น แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านตา หู คอ จมูก ผิวหนัง ไต ปอด กระดูก ออโธปิดิกส์ ในการผ่าตัดแบ่ง ความชำนาญตามอวัยวะที่ทำการผ่าตัดและตามอวัยวะที่เป็นโรค เป็นต้น สำหรับงานกายภาพบำบัด แม้จะยังไม่ได้มีการแยกชัดเจนโดยมีกฎหมายรองรับ แต่ก็มีแบ่งตามความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ได้แก่ โครงร่างและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหายใจและการไหลเวียนเลือด เด็ก และกีฬา ซึ่ง การแยกแยะเช่นนี้ส่งผลต่อการจัดการกับร่างกายของมนุษย์ ข้อดีก็คือนักวิชาชีพเฉพาะทางเหล่านั้น มีเวลาศึกษาและทำให้มีความเชี่ยวชาญมากขึ้น ส่งผลต่อการใช้เทคโนโลยีและการพัฒนาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพที่ใช้ในการรักษา ส่วนหนึ่งทำให้ผู้ป่วยหายและรอดชีวิต แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีหลาย อาการหรือมีปัญหาของอวัยวะหลายๆ อย่างพร้อมกัน และปัญหาหรืออาการผิดปกติที่อวัยวะหนึ่ง นำไปสู่ความผิดปกติที่อวัยวะอื่นๆ ซึ่งมีความเชื่อมสัมพันธ์กัน ดังนั้น การที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปหา แพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่ “คาดเดา” ว่าจะสอดคล้องกับ “วิชาชีพ” นั้นวิชาชีพนี้ จึงทำให้เกิดความขัดแย้งในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยได้รับความยุ่งยากมากขึ้น

เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข

คุณูปการของการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์คือการพัฒนาด้านเทคโนโลยีนำมาใช้กับกิจกรรม ต่างๆ ในวิถีชีวิตของมนุษย์ ในด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการตรวจวินิจฉัย การ ทดสอบ การประเมินและการรักษา ซึ่งโดยทัศนะของปฏิญญานิยมที่ทำให้ร่างกายมนุษย์เหมือน เครื่องจักรที่สามารถแยกชิ้นเพื่อแบ่งซ่อมบางส่วน เทคโนโลยีเหล่านี้จึงได้ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้ สามารถมีหน้าที่อย่างเฉพาะทางเพื่อให้เกิดประสิทธิผลตรงต่ออาการของโรคหรืออวัยวะที่ผิดปกติ มากที่สุด และนับวันก็ยิ่งมีการผลิตเทคโนโลยีระดับสูงในวงการแพทย์เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและการ รักษาร่างกายมนุษย์ได้อย่างละเอียดชัดเจน การนำเทคโนโลยีระดับสูงมาใช้ก่อให้เกิดความมั่นใจใน ระบบของการวินิจฉัยและการรักษาทั้งโดยผู้รับการรักษาเองและผู้ที่อยู่ในวิชาชีพ เช่น เมื่อไปพบ แพทย์ที่โรงพยาบาล และได้รับการส่งให้ไปเอกซเรย์ ทำอัลตราซาวนด์ เจาะเลือดเก็บอุจจาระ บัสสาวะเข้าไปวินิจฉัยในห้องแล็บ หรือรักษาบำบัดกล้ามเนื้อด้วยการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยี ระดับสูง ผู้ป่วยมักจะเกิดความอุ่นใจและคิดว่าเป็นการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ดีถ้วน การใช้ เทคโนโลยีใหม่ๆ และมีนวัตกรรมที่แตกต่างไปจากเดิมทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจเพราะมีความศรัทธา ว่านวัตกรรมดังกล่าวได้รับการพัฒนาเพื่อให้หาย ขณะเดียวกันนักวิชาชีพก็เกิดความมั่นใจในการ ยึดถือผลและการแปลผลเพื่อที่จะได้ให้การรักษาบำบัดอย่างถูกต้อง ด้วยเหตุนี้บุคลากรทาง สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเฉพาะทางในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เหล่านี้จึงได้รับความ คาดหวังอย่างสูงจากผู้ป่วยในฐานะเป็นผู้ใช้เครื่องมือ ในด้านงบประมาณเครื่องมือและเทคโนโลยี เหล่านี้นำเข้ามาจากต่างประเทศและมีราคาสูง สิ่งที่จะต้องพิจารณาคือความจำเป็นในการเข้าถึง เทคโนโลยีระดับสูง เพราะโดยแท้จริงแล้วมีเพียงร้อยละ 20 ของโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้นที่ต้องการใช้ เทคโนโลยีที่สูงในทางการแพทย์ ¹¹ เช่น ผู้ป่วยคนหนึ่งได้โอกาสทำสแกนกระดูกสันหลังเนื่องจากเกิด

ปวดหลังอย่างมาก และรู้สึกตื่นตาตื่นใจเมื่อได้เห็นภาพกระดูกสันหลังของตัวเองในแผ่นฟิล์ม ซึ่งหมอได้ชี้ให้เห็นจุดที่เป็นต้นเหตุแห่งอาการปวดหลังว่า เป็นจุดที่หมอนรองกระดูกเสื่อม และชี้ให้เห็นภาพกระดูกสันหลังที่ค่อนข้างเอียง ผู้ป่วยคนนั้นรู้สึกพอใจมากแม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายที่สูง ที่น่าสังเกตก็คือ ส่วนใหญ่หลังจากที่ใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีทันสมัยค่อนข้างมาก และได้ผลออกมาแล้วมักพบว่าไม่มีอะไรผิดปกติ¹² กรณีผู้ป่วยรายนี้ ไม่ต้องผ่าตัดเพียงแต่ทำกายภาพบำบัดและงดเว้นการออกกำลังกายบางท่าที่จะส่งผลกระทบต่อบริเวณนั้น

จุดละเอียดอ่อนอีกประการหนึ่งของการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการรักษาตามแนวทางแผนตะวันตกคือ **การควบคุม กำกับหรือดูแลมาตรฐาน** เครื่องมือเครื่องใช้เหล่านี้ ผู้ป่วยรายหนึ่งเข้ารับบริการการผ่าตัดในโรงน้ำดีในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ใช้เทคนิคการผ่าตัดทางกล้องวิดิทัศน์ ซึ่งภายหลังผู้ป่วยรายนั้นจึงมาพบว่ามีรายงานที่เขียนไว้เกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า ศัลยแพทย์ที่ใช้เทคนิคการผ่าตัดทางกล้องวิดิทัศน์ในการผ่าตัดโรงน้ำดีครั้งแรกๆ มีโอกาสที่จะทำให้เกิดภัยอันตรายต่อท่อน้ำดีได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการผ่าตัด 10-25 รายแรก และจะน้อยลงจนถึงระดับต่ำสุดที่ 50 ราย ซึ่งยังไม่มียศกรใดที่มีบทบาทในการควบคุม กำกับ ดูแลคุณภาพหรือมาตรฐานของศัลยแพทย์ที่จะทำการผ่าตัดวิธีนี้

การเคลื่อนไหวของประชาชนด้านสุขภาพ

ด้วยโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่ใช้ระบบการค้าและอุตสาหกรรมนำหน้า ประกอบกับวิถีชีวิตของพลเมืองแบบบริโภคนิยมเป็นหลัก ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย วิธีการดำรงชีวิตการกินอยู่ส่งผลให้ลักษณะของโรคแตกต่างกันไปด้วย โรคของคนจนอยู่ในกลุ่มโรคที่เกิดจากความขาดแคลน ซึ่งได้แก่โรคขาดสารอาหาร โรคพยาธิ และโรคติดเชื้อต่างๆ ในขณะที่โรคของคนรวยและคนชนชั้นกลางจะอยู่ในกลุ่มของโรคไร้เชื้อ โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็ง จิตประสาท อย่างไรก็ตามเมื่อคนจนและคนรวยต่างตกอยู่ในโครงสร้างเศรษฐกิจเดียวกัน ภาวะของโรคเหล่านี้ก็เกิดขึ้นกับกลุ่มคนจนและคนรวยอย่างถ้วนหน้า ตัวชี้ขาดที่สำคัญจึงอยู่ที่งบประมาณในการรักษาและหลักประกันในการรักษาและการเข้าถึงบริการ เพราะเมื่อรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อนุมัติงบประมาณตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้กับสถานพยาบาลในการรักษาโรคจึงดูเสมือนไม่เป็นปัญหากับประชาชนผู้มีรายได้น้อย ขณะที่คนรวยและคนชนชั้นกลางที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อรักษาดูแลตนเองก็กลับยิ่งไม่มีปัญหา เพราะสามารถที่จะเลือกสรรบริการที่ดีสำหรับตนเองได้ แต่ไม่ว่าจะเป็นคนชนชั้นในระดับเศรษฐฐานะอย่างไรความสำเร็จทางการแพทย์ก็ได้อยู่เฉพาะที่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้หรือความสามารถของบุคลากรทางวิชาชีพในการรักษาโรคเท่านั้น หากยังอยู่ที่ความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญโรคได้อย่างผาสุก การผ่านจากโรคจึงมิได้หมายถึงการผ่านทางพยาธิโรค แต่หมายถึงการที่ผู้ป่วยสามารถประคองจิตใจให้เป็น

ปกติจนถึงที่สุดซึ่งหมายถึงการวางจิตวางใจต่อโรคด้วย ในปัจจุบันด้วยสถานการณ์ที่บุคลากรทางสาธารณสุขไม่เพียงพอ และด้วยโรคใหม่ๆ ที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับอัตราขยายของพลเมือง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การแพทย์ที่มีพื้นฐานวิธีคิดเพียงแค่นั่นแต่วิธีการจัดการกับโรค จึงให้ความสนใจน้อยต่อผู้ป่วยว่าจะมีท่าทีที่ถูกต้องต่อโรคอย่างไร

ดังนั้น เมื่อระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถให้คำตอบในการรักษาโรคให้หายขาดได้ และยังเกิดผลกระทบต่อการใช้จ่าย ข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรักษาและประสิทธิภาพของการใช้จ่ายไม่มีความชัดเจน ประชาชนต้องช่วยเหลือตัวเองในการซื้อยามากิน และหาวิธีการรักษาทางอื่นที่สามารถช่วยเหลือและบรรเทาตนเองให้พ้นจากความเจ็บป่วยด้วยทางเลือกอื่นๆ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตัวเองด้วยวิธีการต่างๆ การพึ่งพาอาศัยสิ่งซึ่งเป็นนามธรรม เช่น พระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทุกวันนี้สถาบันการแพทย์หลายแห่งยอมรับแล้วว่าผู้ที่เชื่อพระเจ้าหรือหมั่นสวดภาวนาถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีโอกาสหายป่วยหรือรอดตายมากกว่าคนทั่วไปที่ไม่เชื่อ เช่น เมื่อปี พ.ศ. 2538 ศูนย์การแพทย์ดาร์มัทฮิสต์ค็อกในสหรัฐอเมริกา พบว่าในบรรดาผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดหัวใจและมีศรัทธาในศาสนามีโอกาสรอดตายได้มากกว่าผู้ไม่มีศรัทธาเป็น 3 เท่า ในทำนองเดียวกันสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติมีรายงานวิจัยว่า คนแก่ที่ไปวัดบ่อยๆ จะมีสุขภาพดีกว่าและมีอารมณ์ซึมเศร้าน้อยกว่าคนที่ไม่ไปวัด¹³ นัยสำคัญมิได้อยู่ที่ว่าสิ่งที่ประชาชนยอมรับนับถือในศักดิ์สิทธิ์จริงหรือไม่ แต่นัยสำคัญคือศรัทธาและความเชื่อเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของคน ปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงถือเป็นกระแสเคลื่อนไหวจากภาคประชาชนในเรื่องต่างๆ ที่ต้องการดูแลสุขภาพด้วยตนเองด้วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความเป็นอยู่ ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นถึงวิธีคิดที่ประชาชนตระหนักได้ว่า ระบบสุขภาพมิใช่เฉพาะการรักษาทางกายภาพเท่านั้น แต่จะต้องมีการเคลื่อนไหวไปอย่างเป็นองค์รวมทั้งกายและจิตใจ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบข้างด้วย

ส่วนที่ 3 สังคมไทยกับวิธีการทางกายภาพบำบัด

คำว่ากายภาพบำบัดอาจจะยังไม่คุ้นหูคนทุกชนชั้นในสังคมไทย เพราะการบัญญัติศัพท์คำนี้เพิ่งเริ่มมาตั้งแต่ปลาย พ.ศ.2495 ที่โรงพยาบาลศิริราช หลังจากที่ให้มีแพทย์ทางออโรปิดิกส์กลับจากการศึกษาต่อต่างประเทศและได้เห็นวิธีการรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยคุณสมบัติต่างๆ ของพลังงานทางฟิสิกส์และเห็นว่าทำให้ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ดี ประกอบกับได้มีการส่งแพทย์และพยาบาลไปอบรมดูงานเพิ่มเติม จึงได้มีการนำเอาเทคโนโลยีเครื่องไฟฟ้าทางกายภาพบำบัดมาจากต่างประเทศบ้าง ดัดแปลงเอาจากทรัพยากรในประเทศบ้าง แต่ก่อนที่จะมีการเรียกชื่อนี้ วิธีการทางกายภาพบำบัดก็เริ่มมีใช้ในชุมชนไทยมาตั้งแต่ดั้งเดิม เช่นการใช้ลูกประคบ การดัดดึงข้อต่อ การนวด เป็นต้น¹⁴

หากไม่ยึดคำที่ใช้เรียกขานแล้ว ต้องถือว่าสังคมไทยไม่แปลกแยกจากการดูแลรักษาตนเอง ด้วยวิธีการที่ใช้พลังงานและความร้อนในการบำบัดและการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ เป็นความรู้พื้นฐานที่คนในชุมชนรู้จักและใช้เพื่อดูแลรักษาตนเองและคนในครอบครัว ความแตกต่างระหว่างความรู้ในชุมชนดั้งเดิมและความรู้ทางกายภาพบำบัดจึงอยู่ที่ความซับซ้อนของการนำพลังงานมาใช้ในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการบำบัด การสร้างความรู้เฉพาะอย่าง และการสร้างบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อพัฒนาความรู้อันเป็นพื้นฐานนั้น งานที่นำเสนอในส่วนนี้จึงแบ่งเป็นสองส่วนย่อย ส่วนแรกนำเสนอถึงการสร้างตัวตนของงานกายภาพบำบัดในแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนไทย การมองเช่นนี้มีความสำคัญเนื่องจากลักษณะของนักวิชาชีพที่ถูกสร้างขึ้นจากระบวนทัศน์แบบแยกส่วนได้ส่งผลต่อวิธีการกายภาพบำบัดที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน อีกส่วนหนึ่งเป็นมุมมองของประชาชนในกลุ่มที่ยังมีความเชื่อถือศรัทธาต่อการรักษาความผิดปกติทางกาย ด้วยการแพทย์แผนไทยที่มีพื้นฐานจากความเชื่อถือในสิ่งที่เป็นนามธรรม การเสนอมุมมองที่แตกต่างกันนี้จะสามารถทำให้เข้าใจถึง ความไม่สอดคล้องกันในเชิงกระบวนทัศน์ ช่องว่างที่ยังห่างกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ อันจะนำไปสู่การหาหนทางที่เหมาะสมเพื่ออนาคตของระบบและวิธีการทางกายภาพบำบัดในอนาคต

การสร้างตัวตนของวิชาชีพกายภาพบำบัด

กายภาพบำบัด (physical therapy) เป็นศาสตร์หนึ่งเช่นเดียวกับหลายๆ ศาสตร์ที่ประเทศไทยนำเข้าพร้อมๆ กับระบบการศึกษาตามแนวตะวันตก ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดแบบปฏิฐานนิยมที่ใช้หลักการของการแยกส่วนและลดทอนดังได้กล่าวแล้ว นิยามของคำว่ากายภาพบำบัดตามพระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 หมายความว่า “การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด หรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด”¹⁵

การให้ความหมายของกายภาพบำบัดดังกล่าวสอดคล้องกับนิยามของ **วิธีการทางกายภาพ** (physical procedure) ได้แก่ วิธีการที่ประยุกต์นำหลักการทางกายภาพ หรือ ฟิสิกส์ (physics) ซึ่งหมายถึงเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่มีชีวิต เช่น วิทยาศาสตร์กายภาพ ศึกษาเกี่ยวกับสสารและพลังงาน เช่น พลังงานกล กระแสไฟฟ้า คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น โดยนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ เช่น วิธีการนวด การดัด การดึง การออกกำลังกาย การรักษาด้วยความร้อน ความเย็น แสง เสียง การใช้วิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่อาศัยหลักการทางกายภาพ¹⁶

ลักษณะของศาสตร์ที่มีความเฉพาะทางเป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่ทั่วไปในทุกๆ ศาสตร์ที่รับแนวทางการศึกษามาจากประเทศตะวันตก ได้กล่าวในเบื้องต้นแล้วว่าความดีงามของความเป็นเฉพาะทางหรือการแยกส่วนศึกษาคือทำให้สามารถพัฒนาความรู้และการรักษาเฉพาะส่วนนั้นได้อย่างจริงจัง หากแต่ในอีกด้านหนึ่งเมื่อมีความเฉพาะทางสูง บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมให้เข้าถึงเฉพาะวิธีการที่เฉพาะทางเหล่านั้นอาจทำให้ละเลยมิติของความเชื่อมโยงในการมองปัญหา อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ส่งผลต่อกระบวนการในการรักษา เมื่อเป็นเช่นนี้ทัศนะและวิถีชีวิตแบบองค์รวมจึงหายไปด้วยระบบแยกส่วนศึกษาและระบบผู้เชี่ยวชาญ และแม้ว่าปัจจุบันในการรักษาผู้ป่วยจะมีความพยายามในการบริหารจัดการที่จะนำผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมานั่งหารือและให้ความเห็นต่ออาการผู้ป่วยร่วมกัน แต่การบริการเช่นนี้ไม่อาจทำได้เต็มที่เพราะภาระหน้าที่ของผู้ให้บริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยก็มากพออยู่แล้ว อีกทั้งการศึกษาแบบแยกส่วนและการแบ่งแยกบทบาทหน้าที่เฉพาะทางซึ่งมีมานานนับเป็นศตวรรษก็ยากที่จะผสมผสานสิ่งที่ยกจากกันนี้ให้กลับเข้ามารวมกัน

ตัวตนของวิชาชีพกายภาพบำบัดเกิดขึ้นจากระบบการศึกษาและการปฏิบัติงานในสถาบันของรัฐหรือสถาบันที่รัฐยอมรับ กล่าวคือ เมื่อองค์ความรู้การแพทย์แผนตะวันตกแพร่หลายเข้ามาในประเทศไทยพร้อมๆ กับการส่งคนออกไปรับความรู้จากต่างประเทศ และการจัดตั้งสถาบันวิชาการถ่ายทอดความรู้ พร้อมกับที่ความต้องการในบุคคลากรที่เน้นความเป็นวิชาชีพสูงเพิ่มมากขึ้น สังคมตอบรับกับนักวิชาชีพกายภาพบำบัดเช่นเดียวกับบุคคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ระบบการศึกษาแบบปิรามิดได้ถูกนำมาใช้ในงานกายภาพบำบัดเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่นๆ ได้แก่ การผลิตนักกายภาพบำบัดในระดับอุดมศึกษา ซึ่งปัจจุบันมีทั้งปริญญาตรี โทและเอก ความสามารถขั้นต้นที่ใช้กำหนดลักษณะงาน (job description) ของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและต้องการเข้าทำงานในสถาบันของรัฐคือ

“นักกายภาพบำบัด ระดับ 3 ทำหน้าที่บำบัดรักษาผู้ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อโรคทางกระดูก โรคทางข้อ โรคทางระบบประสาท และความพิการต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคหรืออุบัติเหตุ โดยการใช้เครื่องมือ และวิธีการทางกายภาพบำบัด เช่น การใช้ความร้อน แสง เสียง ไฟฟ้า หลักกลศาสตร์ การดัด การดึง การนวด การบริหารร่างกาย รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของส่วนของร่างกาย ที่เสื่อมสภาพหรือพิการ ให้กลับดีทั้งทางรูปและทางหน้าที่ ตลอดจนการใช้เครื่องช่วยผู้พิการ และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง”¹⁷

นโยบายทางการศึกษา นโยบายทางการเมือง และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุกฉบับ ได้รับการบัญญัติขึ้นมาอย่างสอดคล้องต้องกันเพื่อให้ตอบรับกับการพัฒนาตามกระแสหลักที่เดินไปในแนวทางเดียวกันกับการพัฒนาของประเทศตะวันตก ดังนั้น ไม่เพียงแต่ระบบการศึกษาและกฎเกณฑ์ในการรับผู้ศึกษาเข้าทำงานในหน่วยงาน จะเป็นปัจจัยหลักในการสร้างตัวตนของวิชาชีพกายภาพบำบัดเท่านั้น หากแต่ความเป็นวิชาชีพยังได้รับการตอกย้ำถึงความสำคัญด้วยการที่ภาครัฐบัญญัติเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่องานกายภาพบำบัด โดยอุปกรณ์ส่วนใหญ่จะใช้พื้นฐานแนวคิดจากพลังงานฟิสิกส์เป็นหลัก เครื่องมือเหล่านี้แม้จะใช้พลังงานไฟฟ้าเป็นหลัก แต่ความซับซ้อนของเครื่องมือก็ขึ้นอยู่กับกระแสไฟฟ้าและอุปกรณ์ภายในที่ใช้ ในปี พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศประเภทของเครื่องมือและผลิตภัณฑ์เพื่อกายภาพบำบัด โดยแจกแจงออกเป็น 25 ประเภท ซึ่งแยกเป็นประเภทหลักๆ ได้แก่การบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้าที่มีความร้อน และความเย็นที่มีกำลังความถี่แตกต่างกัน การใช้รังสี อุปกรณ์ที่ใช้น้ำช่วยในการบำบัด และอุปกรณ์ที่ช่วยในการออกกำลังกาย

ความสำคัญของอุปกรณ์เฉพาะทางเช่นนี้ออกจากจะสะท้อนถึงวิถีคิดของการแยกส่วน การลดทอนและทศนะที่เห็นองคภาพของมนุษย์เป็นกลไกที่จำต้องได้รับการรักษาเฉพาะที่แล้ว ยังนำไปสู่มิติของการขายบริการโดยตรงระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ¹⁸ การได้รับการศึกษาและฝึกอบรมให้เป็นนักวิชาชีพเพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือเฉพาะทางเหล่านี้ได้สร้างตัวตนให้กับผู้ให้บริการ โดยผู้ป่วยไม่มีโอกาสต่อรองกับผู้ให้บริการซึ่งถือเป็นผู้รู้ทางด้านเทคนิค ผู้ให้บริการจึงถือเป็นผู้กำหนดความต้องการทั้งชนิดและปริมาณให้กับผู้บริโภคและเป็นผู้รู้ทั้งทฤษฎีและเครื่องมือเทคโนโลยีต่างๆ นักวิชาชีพจึงกลายเป็นผู้มีอำนาจอย่างเบ็ดเสร็จในการควบคุมทั้งความรู้และเทคโนโลยีระดับสูง ยิ่งไปกว่านั้นอำนาจนี้ยังได้รับการตอกย้ำให้มีความสำคัญมันคงยิ่งขึ้นไปอีกด้วยใบรับรองประกอบโรคศิลป์ ซึ่งหมายความว่าเส้นทางของวิชาชีพเฉพาะทางนี้ได้จำกัดความรู้แบบอื่นและจำกัดผู้ที่เข้ามาเดินร่วมทางให้คับแคบยิ่งขึ้น

ตัวตนของวิธีการทางกายภาพแบบแผนไทย

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ระบบสุขภาพได้รับการขับเคลื่อนไปด้วยวิกฤตของบริบทที่แวดล้อม การแพทย์แผนปัจจุบันถูกท้าทายด้วยโรคใหม่ๆ และเริ่มมีข้อจำกัดในการรักษามากยิ่งขึ้น จึงเป็นการเปิดพื้นที่ขึ้นให้การแพทย์ทางเลือก ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม การนวด การประคบ และการใช้ภูมิปัญญาไทยในการรักษาและการดูแลสุขภาพ สำหรับการรักษาทางกาย การรื้อฟื้นการแพทย์แผนไทยจึงเป็นความพยายามอย่างยิ่งของคนในยุคปัจจุบัน และนำไปสู่ความพยายามที่จะผนวก วิธีการบางอย่าง ที่จัดว่าเป็นภูมิปัญญาไทยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางกาย เช่นการนวด การประคบเป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการรื้อฟื้นภูมิปัญญาไทยได้รับการผนวกเข้ากับระบบตลาดและการค้าที่เคยชินกับการแปรความรู้ให้เป็นสินค้าเพื่อให้ขายได้ เช่นการ

บำบัดด้วยวิธีนวด สปา เป็นต้น ลักษณะเช่นนี้ยิ่งทำให้สังคมไทยเกิดความสับสนในปรากฏการณ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น และยากที่จะตัดสินใจว่าควรวางท่าทีหรือจิตใจอย่างไรกับความเปลี่ยนแปลงที่ดูเสมือนมีการผกผันกันระหว่างแผนเก่าแผนใหม่หรือแผนตะวันตกกับตะวันออกเหล่านี้ ความหวังจึงถูกฝากไว้กับหน่วยงานของรัฐในการให้ความมั่นใจในเรื่องขององค์ความรู้ใน การให้บริการ ตลอดจนศักยภาพของบุคลากรที่ให้บริการนั้นๆ

แนวคิดของวิธีการกายภาพแบบแผนไทย

วิธีการใดก็ตามที่ถูกนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อให้ชีวิตกลับคืนสู่สภาวะที่ดี ควรจะได้รับการพิจารณาถึงแนวคิดอันเป็นพื้นฐานของวิธีการนั้นๆ ในทัศนะของการแพทย์แผนไทย ความเชื่ออย่างเป็นองค์รวมของคนในชุมชนดั้งเดิมคือความสอดคล้องประสานกันในส่วนสาม คือความเชื่อในระบบความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อธรรมชาติแวดล้อม และความสัมพันธ์ที่มนุษย์มีต่อมนุษย์ด้วยกันเอง ด้วยความเชื่อเช่นนี้คนในสมัยดั้งเดิมจึงเชื่อว่าคนประกอบขึ้นด้วยกาย (ธาตุ) กับใจ (ขวัญ) อย่างสมดุลและสัมพันธ์กัน เมื่อมีเหตุที่ทำให้เสียสมดุล เช่น ขวัญตก ขวัญเสีย ขวัญหาย ขวัญอ่อน ธาตุเสีย ธาตุอ่อน ธาตุพิการ จะมีผลกระทบต่อสุขภาพได้ การวิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจึงมักเริ่มจากการซักประวัติเพื่อการคำนวณธาตุ อันจะนำไปสู่การหาหนทางเพื่อปรับสภาพร่างกายและจิตใจสู่ความสมดุล หรือให้การบำบัดรักษาเฉพาะอาการ ซึ่งหลักการของการบำบัดรักษาก็ยึดหลักความสมดุลด้วยการเสริมสร้างสิ่งขาด กำจัดส่วนเกิน ล้างออกสิ่งพิษ แก้ไขพยาธิและบำรุงเลือดลม ซึ่งอาจจะใช้ยาสมุนไพรเข้ามาแก้ไขด้วยหลักอาหารเป็นยา และสมุนไพรที่ให้ก็จะเป็นตัวรับยามากกว่าสมุนไพรเดี่ยว หากปวดเมื่อยและเจ็บป่วยทางกายก็อาจจะนำบำบัดรักษาโดยการนวดเพื่อคลายความเจ็บปวดและคลายเส้นเพื่อให้เลือดลมไหลเวียน พร้อมๆ กับการใช้วิธีลูกประคบ ตลอดจนทำพิธีกรรมเพื่อช่วยทางด้านจิตใจ เช่น พิธีส่งเคราะห์ สู่ขวัญ สืบชะตา บูชาเทียน เป็นต้น

ภูมิปัญญาทางกายบำบัดตามลักษณะของการแพทย์แผนไทยเป็นการบำบัดทั้งทางด้านจิตใจและทางกายควบคู่กันไป โดยไม่ได้แยกส่วนว่าเป็นการรักษาทางอายุรกรรม หรืองานกายวิภาคตามแบบแผนปัจจุบัน แต่เป็นการวินิจฉัยตามอาการที่ได้รับการถ่ายทอดและสะสมมา และให้การรักษาดด้วยความหลากหลายในวิธีการ ที่มีวิธีคิดในการให้ความร้อนในการบำบัดด้วยความสามารถเฉพาะทางของผู้รักษา และการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือซึ่งเป็นเทคโนโลยีขั้นต่ำที่ผู้ให้การรักษาสามารถประดิษฐ์และคิดขึ้นได้จากทรัพยากรที่มีอยู่รอบๆ ตัว เช่น ตามภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา¹⁹ ยังมีการใช้การรักษาด้วยกายบำบัดหลายวิธีซึ่งยังมีผู้นิยมอยู่ในปัจจุบันเนื่องจากตอบสนองความต้องการได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งได้แก่วิธีการดังนี้

- **การเข็ด** คือการใช้ใบพลู หรือใบผักคืดและน้ำมันส้มป่อยรักษาคนไข้ที่มีอาการเจ็บปวดเส้นเอ็นช้ำกัน เส้นเลือดตีบตัน และอาการเจ็บปวดจากภายในโดยไม่รู้สาเหตุ

- **การแหก** คือการใช้เขี้ยวสัตว์ มีดหมอ ทำการแหกบริเวณที่เจ็บปวด หลังจากการรักษาโดยการเช็ดแล้วผู้ป่วยยังไม่หาย
- **การจอบปิด** เป็นการรักษาล้างจากใช้วิธีการเช็ดและการแหกแล้วไม่ได้ผล เพราะปิด ยังไม่ไหลออกมา ต้องมีพิธีกรรมคือการจอบปิดในการเรียกพิษ และทำพิธีส่งไม่ไห้กลับมาอีก
- **การขีดไข** คล้ายกับการจอบปิด
- **การฝังดิน** เป็นการให้ความร้อนเพื่อการรักษา โดยขุดหลุม ความกว้าง ยาวขึ้นกับบริเวณอวัยวะของผู้เจ็บป่วย ใช้ยาสมุนไพรใส่กันหลุม
- **การแช่น้ำร้อน/น้ำเย็น** เพื่อรักษาเลือดลมเดินไม่สะดวก ช่วยให้เส้นเลือดตีตันพองขยายตัว เส้นเอ็นที่เจ็บตึงหรือกระด้างอ่อนตัวลง ลดอาการปวดเมื่อย ปวดแขนง ปวดขา ปวดแขนเฉพาะจุด กรณีแช่น้ำร้อนจะใช้รักษาคนไข้ที่ได้รับอุบัติเหตุ กรณีที่ใช้น้ำเย็นเพื่อบีบพิษร้อน ทำให้เส้นเลือดหดตัว มีอาการเลือดเป็นพิษ เป็นจำตามเนื้อตัว
- **การขูด** ใช้มีดหมอ เขี้ยวสัตว์ ใบไม้ขูดบริเวณที่เป็น โดยขูดเสร็จแล้วใช้อ่างน้ำไฟร้อนบริเวณที่มีอาการ
- **การแทงมือ/บ่งกัน/แก๊ะตุ่ม** เป็นการรักษาที่ตรวจดูสีเลือดที่ปลายนิ้วของคนไข้ นิ้วใดที่มีลักษณะสีคล้ำ ดำ ก็ใช้เข็มเจาะที่สะอาดเจาะแทงนิ้วมือให้เลือดที่เสียไหลออกมา แล้วเอาสมุนไพรใส่แผลที่บ่ง
- **การเผาตุ๋นไฟสด การขวกชুষ** เป็นการใช้ท่อนฟืนเผาแล้วนำถ่านที่แดงนั้นมาไว้เหนือบริเวณที่เจ็บปวด
- **การตีด้วยหมอน/การบีบม้าน** เป็นการรักษาโดยใช้มัดผ้าขาวให้เป็นก้อนกลมๆ เหลือส่วนปลายผ้าไว้สำหรับจับ แล้วใช้ทุบบริเวณที่ปวด
- **การสมไฟ / การสมควัน** เป็นการให้คนไข้เข้าไปสูมไฟให้ร้อน แล้วอาจจะเอาสมุนไพรเผาใส่ด้วย เอาผ้าคลุมแล้วสูดควันของยาที่สูม
- **การย่ำขา** เป็นการบำบัดรักษาโดยผู้รักษาใช้เท้าชุบน้ำมันไพลหรือน้ำมันงา ย่ำบนขาซึ่งเป็นเหล็กที่ชาวนาใช้ไถนาและนำไปเผาไฟจนแดง แล้วเอาเท้าไปย่ำบนร่างกายของผู้ป่วยที่มีอาการปวด ขา อัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งการย่ำขานี้สามารถนำไปใช้ประกอบและควบคู่กับวิธีการอื่นๆ ข้างต้น
- **การนวด การดัดดึง** อันเป็นภูมิปัญญาที่มีในหลายท้องถิ่น หลักการสำคัญคือการใช้พลังความร้อนผ่านจากตัวผู้รักษาไปยังคนป่วยไข้ โดยมีองค์ความรู้และความสามารถเฉพาะตัวของผู้ให้การรักษา ในการรักษาตามภูมิปัญญาด้านนา ได้พัฒนาการนวดที่มีเทคนิควิธีการนวดเฉพาะของตนเอง เรียกว่าการนวดเอาเอ็น เป็นการกดเน้น การกดคลึง ผสมผสานกับการดัดดึง เพื่อให้ส่วนของเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ พังผืดตามข้อต่อต่างๆ ที่

ติดขัดมีการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ซึ่งมีสาเหตุแตกต่างกัน เช่นจากการทำงาน จากลมที่ทำให้เกิดอาการเส้นตึง จากกระดูกทับเส้น จากเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ เป็นต้น สำหรับการนวดนี้ได้มีการพัฒนาไปอย่างหลากหลายตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่ทำการรักษา และเรียกให้แตกต่างออกไปเช่น

* **การเหน็บ** เป็นการนวดโดยใช้นิ้วหัวแม่มือ ส้นมือ ข้อศอก ท่อนแขน เข่าและส้นเท้า โดยเหน็บลงไปตีก้ามเนื้อที่เจ็บปวด เส้นตึงหรือเกิดการอักเสบ

* นอกจากนั้นในการนวดนี้ได้มีการนำเครื่องมืออื่นๆ เข้ามาใช้ประกอบเพื่อให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น เรียกว่า **การนวดแบบตอกเส้น** โดยนำเครื่องมืออุปกรณ์ที่ประดิษฐ์ได้เอง จากวัสดุพื้นบ้านมาใช้ประกอบในการรักษา เช่น ฆ้อง ที่ทำมาจากแกนไม้มะขามหรือไม้เกล็ด นำมาตอกบริเวณเส้นเอ็นที่จะทำการรักษาเพื่อช่วยให้เส้นเอ็นคลายตัว

แนวคิดของการบำบัดทางกายด้วยวิธีการตามแบบแผนไทยนั้น แม้จะมีความรู้เฉพาะอย่าง ที่รักษาโรคแต่ละโรค ขณะเดียวกันก็ได้แยกส่วนในระหว่างกายกับจิต คือแม้จะมีการรักษาทางกาย แต่ในทางจิตใจก็มีพิธีกรรมที่สร้างศรัทธาและความเชื่อในการรักษาด้วย และความเชื่อนี้ก็ผูกโยงเข้ากับวิถีชีวิต เช่น ในการย่ำขาง นั้นชาวล้านนาคิดอย่างเชื่อมโยงสัมพันธ์ไปกับนัยความหมายของอุปกรณ์ที่นำมาใช้ กล่าวคือขางนี้เป็นหลักขางที่ชาวนาใช้ไถนา มีความศักดิ์สิทธิ์ในฐานะที่เป็นใบขางที่ใช้ไถนาปลูกข้าวเลี้ยงคน หมอบางคนเชื่อว่าขางจะไม่เป็นสนิมและในขางมีแร่ธาตุที่เป็นตัวยาสสามารถรักษาโรคได้²⁰

การนวด : บทบาทของความรักและการสัมผัส

การบีบนวดในครอบครัวไทย เริ่มต้นจากการช่วยเหลือกันเองเมื่อเจ็บป่วยภายในครอบครัว สามีนวดให้ภรรยา ภรรยา นวดให้สามี ลูกหลานนวดให้พ่อแม่ ปู่ย่า ตา ยาย เป็นต้น ซึ่งอาจใช้อวัยวะต่างๆ เช่น ศอก เข่า และเท้า หรืออาจใช้อุปกรณ์การนวดเพื่อช่วยให้น้ำหนักได้มากขึ้นหรือนวดได้ด้วยตนเอง อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ใช้เป็นวัสดุที่จัดทำกันเองในท้องถิ่น เช่น ฆ้องไม้ ไม้กดท้อง นมสาว กะลา เมื่อนวดช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัวจนเกิดความชำนาญและมั่นใจ จึงได้มีการนวดช่วยเหลือการเจ็บป่วยของเพื่อนบ้าน จนเมื่อระดับของการพึ่งพาแลกเปลี่ยนด้วยแรงลดลงและมีเงินเข้ามาเป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยน ความรู้ในการนวดก็พัฒนาให้มีอาชีพหมอนวดในที่สุด²¹ อย่างไรก็ตาม การนวดก็เป็นการรักษาบำบัดทางกายที่สะท้อนถึงระบบความสัมพันธ์ที่คนในครอบครัวและในชุมชนมีต่อกันผ่านการสัมผัสทั้งทางกายและทางใจ การรับรู้เรื่องราวความทุกข์ของกันและกัน ตลอดจนการช่วยเหลือบำบัดเท่าที่สามารถจะทำได้

โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้นำการนวดเข้าไปเผยแพร่ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมาได้เริ่มโดยอบรม อสม. ในชุมชนเป็นระยะเวลา 5 วัน เป็นการอบรมความรู้พื้นฐานอย่าง

ง่ายเพื่อให้สามารถนวดตนเองและคนในครอบครัวได้ ผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดการนวดคนหนึ่งเมื่อกลับไปบ้านได้ไปสอนให้สามีให้นวดให้แม่สามี สอนลูกให้นวดให้ยาย ผลที่ได้ก็คือได้สร้างความผูกพันภายในครอบครัว บางครอบครัวทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

“ท่านวดจริงๆ ของโบราณมีเป็นร้อยๆ ท่า แต่ครูสอนเฉพาะท่าที่จะจำไปใช้ได้ ลองไปนวดให้สามี เขาบอกว่าดี ทำนมาเหนื่อยๆ หายเมื่อย เมื่อก่อนทะเลาะกันบ่อย เดี่ยวนี้ก็ดีขึ้น”

(นางอุบล อายุ 35 ปี บ้านใหม่)

“เห็นพ่อกับแม่ผัดกันนวด ก็เลยจำไปนวดให้ยาย ยายชอบ ตอนหลังเลยให้นวดตลอด จ้างนวด หนูเก็บดั่งค์ไว้ตอนเปิดเทอม”

(เด็กหญิง ใหม่ อายุ 10 ปี ต.แซะ)

การนวดเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้นวดได้ใกล้ชิดตัวผู้ป่วยและถ่ายทอดความรู้สึกเมตตาและความปรารถนาจะให้ผู้ป่วยหายผ่านทางมือสัมผัส หมอนวดจึงต้องเป็นผู้ที่มีศีลธรรมและจรรยา อย่างรักก็ตาม ในปัจจุบันได้มีประเด็นว่าการนวดอาจจะต้องมีการแบ่งแยกให้ชัดเจนระหว่างการนวดทั่วไปกับการนวดตามวิธีการกายภาพบำบัด เช่น การทำความเข้าใจเรื่องวิธีการนวดของงานกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

“การให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด ยังเป็นบริการทางสาธารณสุขที่ประชาชนทั่วไปหรือแม้แต่บุคลากร ในวงการสาธารณสุขเองก็รู้จักกันน้อยหรือรู้จักแบบผิดๆ ถูกๆ ความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับวิชาชีพนี้ ที่คนทั่วไปเข้าใจก็คือคิดว่ากายภาพบำบัดคือ “การนวด” หลายๆ ท่านที่จะไปใช้บริการที่กายภาพบำบัดมักจะพูดว่า “ไปนวดที่กายภาพ”การใช้คำว่า “นวด” กันจนติดปากนั้น จะทำให้เกิดภาพพจน์ที่ผิดขึ้น และเป็นความเข้าใจที่ผิดๆ เพราะจริงๆ แล้วเทคนิคการนวดนั้นเป็นเพียงวิธีการอย่างหนึ่งในหลายๆ วิธีการที่กายภาพบำบัดใช้ในการรักษาเท่านั้น”²²

ประเด็นสำคัญในเรื่องนี้มิได้อยู่ที่การนวดควรจะจัดเข้าอยู่ในแบบแผนใด หรือไม่ หากแต่อยู่ที่การพิจารณาถึงฐานคิดที่คนนำมาใช้ในการรักษาบำบัดด้วยการให้พลังความร้อนแก่ร่างกาย วิธีการดังกล่าวจึงมิได้จำกัดแหล่งเฉพาะที่โรงพยาบาล สถานือนามัย หรือสถานพยาบาลเท่านั้น แต่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ และผู้ที่มีความรู้ที่สามารถจะใช้ความรู้ที่มีช่องทางของการรับรู้ การฝึกฝนอบรมอย่างหลากหลายอันนำไปสู่การปรับประยุกต์การใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษา คือความมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากอาการและความเจ็บป่วยและมีความสุข

การศึกษาและการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาแผนไทย

แม้ความรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพจะอยู่คู่กับสังคมไทยมานาน และเป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตของคนไทย แต่เนื่องจากการแพทย์แผนตะวันตกที่ได้เข้ามาฝังรากและยึดครองพื้นที่ในการดูแลสุขภาพสุขภาพของคน ทำให้ภูมิปัญญาเหล่านี้ขาดการสืบทอดอย่างเป็นระบบ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อครอบครัวและชุมชนถูกทำลายลงด้วยแรงงานอพยพจากท้องถิ่นชนบทเข้าสู่ภาคเมืองและอุตสาหกรรม ความรู้เหล่านี้จึงขาดตอนและไม่มีความต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อสังคมได้เคลื่อนเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงความต้องการในมาตรฐานที่วัดได้ เชื้อถือได้ตามแบบของการวัดในเชิงประจักษ์ จึงทำให้ภูมิปัญญาไทยที่ใช้ฐานคิดในการอธิบายเรื่องของมาตรฐานในการรักษา จึงยากที่จะได้รับการยอมรับจากสังคม

ประเด็นที่เลือกมานำเสนอต่อไปนี้เป็นนิยามของงานกายภาพบำบัดในปัจจุบันอาจจะมี ความคาบเกี่ยวกับแพทย์อโศปิติกส์ หรือการผ่าตัด แต่เนื่องจากในการรักษาตามพื้นบ้านไทยมิได้แยกความเฉพาะทางเช่นการแพทย์แผนตะวันตก การนำเสนอประเด็นหมอน้ำมันและการต่อกระดูกจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอให้เห็นถึงความรู้ ช่องทางการถ่ายทอดความรู้ การหาประสบการณ์ในการรักษา ทำที่ของผู้ให้การรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างตัวตนของความเป็นวิชาชีพ นัยสำคัญของการศึกษาจะทำให้สามารถเข้าใจถึงแบบแผนและวิถีคิดของการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะทำให้สามารถอุดช่องว่างหรือเชื่อมต่อการแพทย์กระแสหลัก เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

พ่อขุน เป็นหมต่อกระดูกในตำบลหนึ่งในภาคอีสาน เรียนวิชาต่อกระดูกมาตั้งแต่อายุ 20 สมัยที่ยังบวชเป็นพระ เล่าให้ฟังถึงความสนใจในการเรียนวิชานี้ว่า ที่เรียนเพราะเห็นมีคนรักษาคนต่อกระดูกได้ ตอนจะไปขอเรียน ครูให้หาคุไปเรียน เลยชวนพี่ชายที่เป็นฆราวาส ชวนกันไปสมัครเรียนกับครู ค่าเรียน ก็มีเพียง ค่ายกครู ดอกไม้ ฐูปเทียน ไปขอเป็นศิษย์ สิ่งที่ครูสอน คือให้คาถามาให้ท่อง แล้วสอนวิธีทำน้ำมัน น้ำมันนี้ทำจากน้ำมันมะพร้าวที่ต้องผ่านการทอดคาถาตามแบบที่ครูสอนมา เป็นคาถาไม่ยาวนัก นอกจากคาถาแล้วครูสอนวิธีทำเฝือก ลักษณะการเรียนเป็นแบบค่อยๆ เรียนรู้โดยการตามครูไปดูเวลาครูไปรักษาคนป่วย บางเรื่องไม่มีคนไข้ก็ไม่ได้เรียน แต่มา ปรับ

ใช้ เอาเองตอนที่เจอกับคนไข้จริง ๆ พื้นฐานที่ครูสอนคือการต่อกระดูกกรณีขั้น กระดูกขา กระดูกมือหัก

ในการพูดคุยกับพ่อขุน สามารถจับประเด็นของการศึกษาความรู้ออกมาได้ดังนี้

- **การถ่ายทอดความรู้** ในการถ่ายทอดวิชาต่อกระดูกนี้จำกัดว่าจะสอนให้เฉพาะผู้ชาย ผู้หญิงเรียนไม่ได้ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาว่าหากผู้หญิงเรียนแล้วจะกลายเป็นผีขโมด ผีกระสือ วิชานี้จึงถ่ายทอดได้เฉพาะผู้ชายเท่านั้น นอกจากนี้แล้วก็ไม่มี การห้ามหวงกันมากกว่านั้น ใครที่รู้จักครู และครูยินดีสอนให้ก็เรียนได้ทั้งนั้น ขอเพียงให้เขียน คัดลอกคาถาได้ หรือท่องจำคาถาได้ ครูสอนให้หมด เวลาไปเรียนก็นอนบ้านครู พอเวลามีคนมาตามครูไปรักษาก็เลยได้ตามไปกับครู ความสามารถของหมอต่อกระดูกโดยพื้นฐานคือการทำน้ำมันมนต์ได้ การเข้าเฝือก และการท่องจำคาถา สำหรับผู้ป่วยรายแรกที่หมอจะต้องได้รักษา โดยทั่วไปแล้วจะเป็นคนใกล้ชิด บ้างก็เป็นญาติพี่น้อง เป็นพ่อแม่ หรือเพื่อนสนิทของตนเอง ที่จะต้องพบกับอุบัติเหตุและมาให้หมอที่เพิ่งเรียนมาใหม่รักษา พ่อขุนบอกว่า “คนเรียนต้องเจอลองของแบบนี้ทั้งนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นญาติพี่น้อง คนในบ้านเรือนของตัวเอง หรือคนใกล้ชิด” ด้วยเหตุนี้จึงไม่ค่อยมีใครอยากเรียน เพราะเมื่อเรียนแล้ว พี่น้องคนใกล้ชิดจะต้องเจออุบัติเหตุมาให้รักษา

- **วิชาความรู้** ความรู้ที่ครูถ่ายทอดคือคาถา การรักษา การผ่า การกรีดหนอง การดูดหนอง เวลาที่คนป่วยปล่อยแผลไว้นานจนมีหนอง ในการรักษาต้องเอาหนองออกจากแผลให้แห้งก่อน จึงจะสามารถรักษาด้วยการทาน้ำมันได้ ในกรณีนี้พ่อขุนต้องดูดหนองออกจากแผล ด้วยการอมเหล้าขาวไว้ในปากแล้วดูดหนองของผู้ป่วยออกมาวันทั้ง บางที่เป็นแผลเน่ามีหนอง พ่อขุนก็ทำให้ “ดูดออกมาให้ หนองเต็มปากเลย”

- **การรักษา** เริ่มแรกหมอจะต้อง วินิจฉัยอาการ ในการรักษาครั้งแรกพ่อขุนยังจำคาถาไม่ได้หมดดี ต้องคอยอ่านที่จดเอาไว้พร้อมกับรักษาคนป่วยไปด้วย มือก็รักษาไป แล้วยังต้องคอยดูคาถาที่จดเอาไว้ แต่นานๆ เข้าก็ชินและจำได้ไปเอง ความแม่นยำของการวินิจฉัยเป็น การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ และการค่อยๆ ปรับแก้ไขตามประสบการณ์ของความถี่ในการรักษา เมื่อคนไข้ถึงมือหมอ หมอจะจับดูว่าหักตรงไหน แล้วให้เตรียมดอกไม้ ธูป เทียนใส่พาน ให้คนไข้บูชาครู แล้วหมอก็ทาน้ำมันเพื่อรักษา หมอจะเอาน้ำมันทาพร้อมกับว่าคาถาไปด้วย โดยจะทาครั้งแรกให้ ในระหว่างวันคนไข้ก็ทำเองอีก ประมาณ 4 ครั้งต่อวัน แต่เป็นคนในบ้านทาก็ได้ น้ำมันเมื่อใช้เสร็จแล้วให้เอามาวางไว้ที่หน้าพระพุทธรูป พร้อมพานธูปเทียนที่บูชาครูในตอนแรก การทาโดยคนอื่นที่ไม่ใช่หมอนี้ไม่ต้องว่าคาถาก็ได้ แต่ถ้าให้ได้ผลดี หมอจะทาให้และว่าคาถาให้ทุกครั้ง กรณีที่หมอและคนไข้อยู่ห่างกัน หมอจะมาเยี่ยมคนไข้วันเว้นวัน หรือวันเว้นสองวันเพื่อดูว่าบริเวณที่หัก หรือฟกช้ำนั้นมีการบวมหรือไม่

การรักษาที่ได้ผล คือเมื่อเจออุบัติเหตุ กระดูกแตกป็น ต้องมาหาหมอทันที เพราะหมอจะสามารถคลำรู้ว่าหักตรงไหนเพื่อจะได้รักษาได้ถูกต้อง แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน แผลตรงนั้นเกิดอาการบวม หมอจะรักษายากขึ้น

“ถ้าบวมแล้วจับไม่ได้ คิดไม่ดี ต้องเป็นเดี๋ยวนั้น มารักษาเดี๋ยวนั้น
ติดทุกราบ ไหลปลาร้าหัก หมอโรงพยาบาลว่าต้องผ่า แต่มารักษา
ติดเลย”

● **ผลสำเร็จของการรักษา** การเข้าเฝือกเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การรักษาได้ผลดี พื้นฐานของการทำเฝือก คือการหาไม้มาประกบและรัดเพื่อให้กระดูกเข้าที่ เฝือกบางชิ้นหมอต่อกกระดูกจะต้องออกแบบเองโดยดูจากพื้นที่ในการรักษา เช่นการหักที่ข้อต่อนิ้วมือ จะต้องเลือกใช้ไม้เล็กๆ ที่มีขนาดเหมาะสม และสิ่งเหล่านี้ครูจะไม่ได้สอนเฉพาะราย (ขึ้นอยู่กับมีคนไข้มาให้สอนหรือไม่) ดังนั้น การเข้าเฝือกอย่างเหมาะสมจึงต้องเป็นสิ่งที่ผู้เรียนจะปรับประยุกต์เอาเอง

ความภูมิใจของการรักษามาจากการที่รู้ว่าผู้ป่วยหาย การเก็บบันทึกข้อมูลจะเก็บไว้ในความจำของตัวเอง และให้คนใกล้ชิดเช่น ลูกและภรรยาช่วยจำ การรักษาของหมอต่อกกระดูกจึงเป็นวิถีชีวิตของครอบครัว ประสบการณ์การรักษาไม่มีขั้นตอนมากมาย แต่ผลของการรักษาเป็นที่รู้กันในครอบครัวและการรักษากลายเป็นเรื่องปกติ

คนป่วยที่มาหาหมอต่อกกระดูกมี 2 ลักษณะ คือคนไข้ที่พบกับอุบัติเหตุ แล้วเลือกที่จะรักษากับหมอพื้นบ้านต่อกกระดูกเป็นครั้งแรก โดยไม่ไปหาหมอที่โรงพยาบาล อันมีสาเหตุเนื่องมาจากโรงพยาบาลไกลจากบ้านบ้าง และมีศรัทธาความเชื่อในหมอพื้นบ้านบ้าง กับคนไข้ที่หันเหจากหมอแผนปัจจุบันมาหาหมอต่อกกระดูกหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจะต้องผ่าตัด คนไข้ประเภทหลังนี้ไม่ต้องการจะเสียอวัยวะ จึงเลือกที่จะกลับมารักษากับหมอพื้นบ้าน แต่เนื่องจากข้อจำกัดของหมอต่อกกระดูกก็คือ หากพื้นที่หรือจุดที่หักเกิดมีอาการบวมหรืออักเสบ หมอก็ไม่อาจวินิจฉัยได้แม่นยำ ในขณะที่หมอแผนปัจจุบันรู้ว่าจุดไหนแตกหัก และแตกหักในลักษณะใดจากการอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์

แต่ไม่ว่าจะเป็นคนไข้ประเภทใด พ่อขุนก็รับรักษาให้ และทำการรักษาไปตามวิชาที่เรียนรู้มา คนไข้จะไปหาหมอสบายใหม่ก็ไม่ว่าอะไร พ่อขุนไม่ถือว่าการรักษาเป็นอาชีพ แต่เป็นสิ่งที่เรียนรู้มาและ “พอทำได้” เพราะอาชีพที่แท้จริงของพ่อขุนคือทำไร่มัน เมื่อไม่มีคนป่วยก็เป็นชาวไร่ไปตามปกติ ความเป็นวิชาชีพเฉพาะ ของการเป็นหมอรักษาผู้คนจึงไม่ถูกแยกออกจากการดำเนินชีวิตการทำไร่ทำนา พ่อขุนคิดว่าการมีความรู้ต่อกกระดูกเป็นการช่วยเหลือผู้คนให้พ้นทุกข์

วิชาต่อกกระดูกที่เรียนมานั้นพ่อขุนแยกแยะออกจากเรื่องเส้นประสาท พ่อขุนรู้ว่าตนเองรักษาได้เฉพาะกระดูกที่แตกหัก แต่หากเป็นเรื่องกระดูกที่เกี่ยวข้องกับส่วนอื่นๆ พ่อขุนก็ไม่อาจรักษาได้ เช่น

เมื่อตัวพ่อขุนมีอาการปวดขา ปวดเอว และเข้าโรงพยาบาลรัฐไปให้หมอแผนปัจจุบันรักษา หมอวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกทับเส้นประสาท พ่อขุนก็ยอมรับการรักษาตามแบบแผนสมัยใหม่ แต่หลังจากรักษาอยู่ระยะหนึ่ง กินยาแล้วยังไม่หาย พ่อขุนได้เข้าไปในตัวจังหวัดนครราชสีมาและเปลี่ยนหมอรักษา ซึ่งวินิจฉัยว่าพ่อขุนเป็นเส้นโลหิตตีบ เมื่อถูกถามว่าทำไมไม่รักษาตัวเองเพราะมีความรู้เรื่องกระดูกอยู่บ้างแล้ว พ่อขุนตอบว่าไม่ได้เป็นเกี่ยวกับเส้น และตนเองรักษาได้เฉพาะกระดูกหักเท่านั้น

ประสบการณ์ในการรักษา นอกจากการสัมภาษณ์พ่อขุนแล้ว ผู้เขียนได้ไป

พูดคุยกับผู้ป่วยบางรายที่พ่อขุนเคยรักษา ประสบการณ์ของคนที่ได้รับการรักษาจากหมอต่อดกระดูกมีพอสังเขปดังนี้

(1) นายอินทร์ อาชีพช่างก่อสร้าง อายุ 36 ปี ตกลงจากหลังคา ไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล ได้รับการบอกว่าไหลปลาร้าหัก ต้องผ่าตัด นายอินทร์ไม่ยอมผ่า กลับมารักษากับพ่อขุน

“ไหลปลาร้าหัก ไม่คิดว่าจะรอด และจะหาย เพราะเข้าเฝือกไม่ได้ แต่หมอก็ใช้น้ำมัน ใช้น้ำยาเป่าให้จนหาย”

(2) นายแสง อดีตผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อายุ 67 ปี

“ท่อนไม้ตกใส่กลางหลังเท้า กระดูกแตกละเอียด ไม่ดำเข้าไปที่กลางหลังเท้า ไม่ไปโรงพยาบาลเลย เพราะโรงพยาบาลอยู่ไกล บ้านหมอใกล้กว่า เดินไม่ได้ให้คนไปตามหมอต่อดกระดูกมารักษา สองเดือนก็หาย ขายังดีมาจนทุกวันนี้”

อย่างไรก็ตามแม้พ่อขุนจะรักษาคนไข้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกมากกว่าร้อยละ ๕๐ แต่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่อดทนรอรักษากับหมอต่อดกระดูกจนครบ และหันไปรับการผ่าตัดจากแพทย์แผนปัจจุบัน และยินดีรับการรักษาจากบุคคลในวิชาชีพมากกว่า เช่น เด็กหญิงน้อย เป็นต้น

(3) เด็กหญิงน้อย อายุ 14 ปี รมอเตอรืไซค์ล้ม กระดูกข้อเท้าแตกเป็นชิ้นเล็ก ๆ แทะออกมา หมอที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ เอ็กซเรย์แล้ว บอกว่าลักษณะการแตกเช่นนี้โรงพยาบาลระดับอำเภอไม่สามารถรักษาให้ได้ จึงส่งตัวไปที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ด้วยความไม่สะดวกในการเดินทางและเห็นตัวอย่างจากการรักษาโดยหมอต่อดกระดูกแล้วได้ผลดีจึงให้เด็กหญิงน้อยรักษาที่หมอต่อดกระดูก แต่รักษามาสองอาทิตย์ ยังบวมบ้าง ยุบบ้าง เลยตัดสินใจไปโรงพยาบาลประจำ

อำเภอ หมอนัดผ่าตัด แต่ก็ไม่รับปากว่าจะหาย แต่หมอบอกว่าถ้าไม่ผ่าจะทำให้เมื่อโตขึ้น ขาสองข้างจะ ยาว สั้นไม่เท่ากัน จึงเลิกรักษาหมอต่อดูกระดูกและเข้ารับการผ่าตัด

“พ่อให้รักษามอต่อดูกระดูกก็ว่าตามพ่อ แต่ไม่เห็นหาย ผ่าตัดแล้วดี
ขึ้น หมอกดี พยาบาลก็ดี เขามาอธิบายแล้วมีฟิล์มให้ดู เห็นว่า
แตกหักตรงไหน ในฟิล์มนี้เห็นเลยว่าที่หักมันยื่นแหลมๆ ออกมา”

การได้รับข้อมูลในเรื่องหมอต่อดูกระดูกนี้เป็นเพียงชุมชนเล็กๆ ที่ผู้เขียนนำมาเป็นตัวอย่างใน
การนำเสนอถึงปรากฏการณ์ที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายในการรักษา ซึ่งแต่ละ
ชุมชนอาจจะมีรายละเอียดการรักษาแตกต่างกันไปตามความรู้ของผู้รักษาและตามบริบทของชุมชน
แต่สิ่งที่เรียนรู้ก็คือคนในชุมชนมีความรับรู้ในการแพทย์แผนตะวันตกที่ใช้การกินยา การผ่าตัด และ
ส่วนหนึ่งไม่ศรัทธาในกลวิธีแยกอวัยวะภายในที่ผ่านการวินิจฉัยว่าแตก หัก หรือเสียออกจากร่างกาย
ใส่โลหะหรือสิ่งที่ชาวบ้านเห็นว่าแปลกปลอมเข้าไปแทนที่ แต่หันไปยอมรับการรักษาพื้นบ้านที่ใช้
ศรัทธาและความเชื่อเป็นแกน คำถามที่ตามมาก็คือในขณะที่วิชาการทางแพทย์สมัยใหม่
เจริญก้าวหน้าอย่างยิ่งและนโยบายรัฐบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกื้อหนุนให้
ประชาชนสามารถรับการรักษาได้อย่างทั่วถึง แต่มีเหตุปัจจัยอะไรที่ทำให้คนบางส่วนยังไม่ไปรับการ
รักษาในสถานที่ที่รัฐจัด หรือคำถามอีกประการหนึ่งคือเพื่อสุขภาพะทั่วหน้าของประชาชน ทำอย่างไร
จึงจะสามารถทำให้ระบบ โครงสร้าง กลไกของรัฐเปิดพื้นที่ให้กับการแพทย์ทางเลือก การแพทย์แผน
อื่น หรือแนวทางการรักษาแบบอื่น ให้เป็นวิธีการรักษาสุขภาพของประชาชนไทย และแนวโน้มของ
สถานการณ์ที่มีทั้งการรักษาตามแบบแผนแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกเช่นนี้จะเป็น
อย่างไรในทศวรรษหน้า

ส่วนที่ 4 กายภาพบำบัดในทศวรรษหน้า

เมื่อตั้งประเด็นถึงกายภาพบำบัดที่คาดว่าจะ เป็นในทศวรรษหน้า ก็ควรย้อนกลับมาตั้ง
คำถามว่า กายภาพบำบัดในทศวรรษนี้เป็นอย่างไร ในส่วนแรกได้นำเสนอถึงวิถีคิดของงาน
กายภาพบำบัดในสองทศนะ ส่วนที่สองได้แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพที่มีได้เกี่ยวข้องกับ
ทางกายอย่างเดียว แต่เชื่อมโยงกับบริบทอื่นๆ ทางสังคม ในส่วนที่สามเสนอให้เห็นถึงนักวิชาชีพที่
ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาอย่างเฉพาะทาง และจัดการกับสถานการณ์ด้านสุขภาพในมิติที่
สอดคล้องกับทศนะนั้น แม้ว่าปัจจุบันยังไม่มีเหตุการณ์วิกฤตที่มีผลกระทบต่อวิชาชีพ
กายภาพบำบัดโดยตรง แต่สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจการ
เคลื่อนไหวของภาคประชาชน โดยเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนนโยบาย

ของรัฐในการสร้างรายได้เข้าประเทศด้วยธุรกิจสุขภาพล้วนมีผลกระทบต่อวิชาชีพ ที่จำเป็นต้องปรับฐานวิธีคิดและมุมมองใหม่เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ดังนั้น ในส่วนนี้จะนำเสนอถึงมุมมองของภาคประชาชนที่เกี่ยวกับงานกายภาพบำบัด โดยวิเคราะห์จากแนวคิดของทั้งสามส่วนข้างต้น เพื่อพิจารณาถึงทิศทาง แนวโน้ม โอกาสและความเป็นไปได้ในอนาคตของระบบกายภาพบำบัด

กายภาพบำบัดในกระบวนทัศน์ใหม่

ทัศนะที่มองว่าร่างกายมนุษย์สามารถแยกส่วนและลดทอนไม่แตกต่างจากเครื่องจักร ได้ถูกท้าทายด้วยวิธีคิดในการมองร่างกายของมนุษย์อย่างเชื่อมสัมพันธ์ และเปลี่ยนแนวคิดในการใช้ยาเคมีมาเป็นการใช้อาหารเป็นยา เน้นเรื่องการป้องกัน ดูแล ฟิตเนสและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา แนวคิดแบบองค์รวมซึ่งเป็นการประสานไปด้วยกันทั้งกาย จิตใจ และสังคม จึงถือเป็นกระแสที่แพร่หลายอยู่ในกลุ่มชุมชนคนรักสุขภาพขณะนี้ และต้องนับว่ากลุ่มชีวิตจิตเป็นแรงผลักดันสำคัญในการเปิดพื้นที่ให้คนดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กระแสนี้ได้รับการสนับสนุนควบคู่ไปกับการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ส่งผลให้คนหันมาดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ด้วยโภชนาการ การออกกำลังกายและการฝึกสมาธิ คนในสังคมปัจจุบันให้ความสำคัญกับออกกำลังกายมากขึ้น และมองว่าวิธีการในการบำบัดทางกายควรจะต้องมีการเคลื่อนกันไปอย่างเป็นระบบพร้อมๆ กัน

“ผมว่าควรจะต้องเป็นทั้งระบบ เช่นผมรู้ว่าผมจะต้องออกกำลังกาย ให้หัวใจมีระดับการเต้นที่ต้องการ เพื่อที่จะให้มีเหงื่อ และหลักการก็คือต่อเนื่อง 30 นาที ผมจะทำอย่างไรดี เพราะฉะนั้นทำได้ทุกอย่างให้มันทั้งเหยียวยา ไม่ใช่ กายภาพบำบัดอย่างเดียว จิตบำบัด ข้างในบำบัด สมอบำบัดด้วยทำอย่างไรถึงเวลาวิ่งก็ทำสมาธิไปด้วยเลย นักรอบด้วย วิ่งก็ได้กายภาพบำบัดด้วย ขณะเดียวกันเหมือนกับ คล้ายๆ proof สมอบใหม่ เพราะเราทำเสร็จไปแล้ว รู้สึกสดชื่นมาก ขณะเดียวกันอาหารก็เตรียมเอง มันไม่น่าอย่างใดอย่างหนึ่ง ต้องสัมพันธ์กันหมด”

(ดร. รัตน์ นักวิชาการ สถาบันสาธารณสุขอาเซียน ม.มหิดล)

“งานชีวาเกษม ไม่ใช่มีแต่การออกกำลังกายเฉยๆ อีกส่วนหนึ่งก็คือ การปฏิบัติธรรม ซึ่งฝึกคนที่ปัญหาหลายๆ อย่างในเรื่องเกี่ยวกับ คนที่มีจิตใจไม่พร้อม หรือผู้มีปัญหาหลายๆ อย่าง จึงเป็นที่พึ่งทางใจได้ เพราะฉะนั้นจึงอาจเป็นไปได้ว่ามีมิติใหม่ของด้านสุขภาพอันหนึ่ง

กาย จิต สังคม จิตวิญญาณร่วมอยู่ในนี้ เรามาออกกำลัง เราอาจ
ไม่ได้พูดถึงเรื่องสุขภาพทั่วไปอย่างเดียวเราอาจมีเรื่องอื่นๆ มาคุย
เรื่องหลักธรรมบ้าง เรื่องเกี่ยวกับความรู้หรือสิ่งดีๆ เราก็เอามา
แลกเปลี่ยนกัน”

(สมาชิกชมรมชีวาเกษมและเคยเข้าร่วมโครงการปฏิบัติธรรม)

ทัศนะในการมองชีวิตอย่างเป็นองค์รวม เป็นการมองร่างกายมนุษย์อย่างประสานไปด้วยกัน
ทั้งกายและจิต การรักษาโรคทางกายจึงจำเป็นต้องควบคู่ไปกับการรักษาโรคทางจิตด้วย ซึ่งใน
กรณีเช่นนี้บุคลากรผู้ให้การรักษาอาจจะต้องมีความเข้าใจ และพร้อมจะมีใจที่เปิดกว้างเพื่อที่จะ
สามารถให้การบำบัดกับผู้ป่วยได้ในหลายมิติ

“กระบวนการให้บริการของที่นี่ คนไข้ทุกรายจะต้องผ่านระบบ
ตามปกติของโรงพยาบาล คือทำบัตร พบแพทย์ แพทย์ให้การ
วินิจฉัย แล้วดูว่าเป็นอะไร หากถูกส่งมานวด พอมาถึงจะถูก
ประเมินโดยพยาบาลกับนักกายภาพว่าทำเสร็จแล้ว ต้องทำอย่างอื่น
อีกไหม ก็จะประเมินร่วมกันว่าการนวดช่วยได้ไหม อะไรที่ทำแล้ว
เหมาะกับเขาก็จะปรับให้ ถ้าไม่เกิดโทษกับเขานะคะ ตอนที่หมอ
ตรวจคนไข้ ถ้าเขาบอกว่าปวดแขน ต้องตรวจดูว่าสมดุลหรือไม่
ขาตึงหรือเปล่าคือต้องตรวจทั้งตัว เพราะเรามีแบบฟอร์มไว้ว่าต้อง
ตรวจทั้งตัว ฟินิด (พยาบาลวิชาชีพ) จะดีมาก จะดูเรื่องกาย จิต
สังคมให้ คนไข้บางรายมานั่งร้องไห้ ฟินิดก็จะเป็นที่ปรึกษา
คนไข้บางรายมาบอกว่าปวดหัว เครียด เป็นทุกข์เรื่องสามี พอคุยๆ
ไปก็หาย กลับไป แต่ไม่กี่วันมาใหม่..โรคแบบนี้เป็นมาเรื่อยๆ มา
รักษาไม่กี่ครั้งไม่หายขาด แต่ก็ดีขึ้น สรุปได้ก็คือ ไม่ว่าการแพทย์
แผนไหนก็มีเรื่องจิต เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องอาหาร เป็นหลัก
ในการบำบัดคน กินให้ดี ออกกำลังกายให้เหมาะสม สมานที่ดี จิต
ที่ดี การมองโลกที่ดี ในแต่ละเรื่องมีรายละเอียดของมัน และแต่ละ
อันก็มีข้อดี ข้อเด่น ข้อด้อย
เหมาะกับคนนี้ แต่อาจไม่เหมาะกับคนนี้”

(พญ.แสงเดือน แพทย์โรงพยาบาลชุมชน จ.นครราชสีมา)

แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ในงานกายภาพบำบัด

กระแสของแพทย์ทางเลือกและการฟื้นฟูสุขภาพตามแบบภูมิปัญญาไทย และความหลากหลายในรูปแบบของการออกกำลังกายที่มีพื้นฐานแนวคิดการเคลื่อนไหวไปด้วยกันของกายและจิต เป็นแรงผลักดันสำคัญอันจะนำไปสู่แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ในงานกายภาพบำบัด ซึ่งอาจนำไปสู่วิธีการทางกายภาพที่มีความหลากหลายยิ่งขึ้น มีการเปิดพื้นที่พรมแดนความรู้ให้กว้างขวางขึ้น สามารถหาหนทางที่เหมาะสมในการบูรณาการแนวคิดของการดูแลสุขภาพตามแนวทางของตะวันตกและตะวันออกเข้าด้วยกัน การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ของงานกายภาพบำบัดจึงเป็นประเด็นสำคัญและจะนำมาซึ่งการปรับวิธีวิทยา (methodology) และวิธีการ (methods) ในการแสวงหาความรู้ การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพทางกายของมนุษย์ที่เน้นการให้สัดส่วนและความสำคัญที่สอดคล้องกันระหว่างองค์ประกอบทางกาย จิตใจและ สังคม การปรับบทบาทของนักวิชาชีพ การปรับค่านิยมของคนในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลากรในวงการสาธารณสุข และการเคลื่อนไหวของประชาชนได้ผลักดันให้กระบวนการนี้เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นกระบวนการในการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์

กลไกและวิธีการในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ในงานกายภาพบำบัดจำเป็นต้องได้รับการดำเนินการอย่างเชื่อมโยง ทั้งในด้านของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดผู้ให้บริการและประชาชน ผู้รับบริการ การสร้างความเข้าใจถึงการส่งเสริม ป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูอย่างมีลักษณะเป็นองค์รวมระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ผู้รับบริการจะมีได้เป็นผู้ที่เข้าหาระบบการรักษาแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรจะมีแนวคิดในการดูแลสุขภาพของตนเองควบคู่ไปด้วย กลไกสำคัญที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของผู้ให้บริการก็คือระบบการศึกษาของนักวิชาชีพที่แม้จะมีความจำเป็นจะต้องได้รับการศึกษาแบบแยกส่วนเพื่อประสิทธิภาพในการวินิจฉัย และการรักษา แต่ก็ควรมีการฝึกงานหรือการทำงานเชิงประสบการณ์ ที่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเชื่อมโยงเข้ากับการปฏิบัติงานจริง และสามารถปรับประยุกต์ให้เหมาะสมกับพื้นที่และบริบททางสังคมของท้องถิ่นนั้นๆ การเปิดโอกาสให้ผู้ศึกษาได้รับความรู้อย่างหลากหลายจะเป็นการก่อให้เกิดจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการต่อยอดความรู้ทั้งในการบำบัดรักษา และการออกแบบอุปกรณ์ เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่จำเป็นในการบำบัดทางกายภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

นักวิชาชีพควรสร้างงานวิจัยเพื่อสร้างฐานความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพอย่างเป็นระบบ และวางแผนเรื่องการแปลผลจากงานวิจัยไปสู่ผู้ใช้ทุกระดับตลอดจนการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจากงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง การสร้างความเข้าใจจากฐานงานวิจัยจะเป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของสังคม การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีช่องทางการรับรู้ข่าวสารที่เกี่ยวกับเครื่องมือ

อุปกรณ์และเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อการบำบัดทางกาย จะก่อให้เกิดความรู้ ความสามารถในการวินิจฉัยเพื่อเลือกรับอุปกรณ์เหล่านั้นอย่างเหมาะสม รู้เท่าทัน และไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสื่อโฆษณา

การปรับบทบาทของนักกายภาพบำบัด

ปัจจุบันนักกายภาพบำบัดมีบทบาทไม่แตกต่างจากนักวิชาชีพทางสาธารณสุขอื่นๆ คือทำหน้าที่ฟื้นฟูร่างกายหลังจากการส่งต่อจากแพทย์ แม้ว่าในขั้นตอนและกระบวนการรักษาจะต้องมีการวินิจฉัย การเลือกสรรเครื่องมือ การตรวจสอบ การประเมินและการติดตามผลที่ต้องใช้องค์ความรู้เฉพาะ แต่เนื่องจากผู้ป่วยที่มาพบนักกายภาพบำบัด มักจะเป็นผู้ป่วยที่พ้นจากภาวะวิกฤตและอยู่ในสภาพที่ต้องฟื้นฟูร่างกาย บทบาทของนักกายภาพบำบัดจึงจำกัดอยู่เพียงเฉพาะส่วนที่ไม่กว้างขวางนักเมื่อเปรียบเทียบกับนักวิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งนี้จากการที่สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย พบว่าความเห็นของประชาชนที่มีต่อบทบาทของนักกายภาพบำบัดมีดังนี้

นักกายภาพบำบัดในฐานะผู้รักษาและฟื้นฟูร่างกาย

แม้คนป่วยส่วนมากจะเรียกนักกายภาพบำบัดว่า “หมอ” เช่นเดียวกับนักวิชาชีพอื่นๆ แต่เมื่อถามถึงบทบาทหน้าที่ ลักษณะและขอบข่ายความรับผิดชอบของงาน ส่วนใหญ่จะตอบคล้ายๆ กันว่า “เป็นผู้ฝึกออกกำลัง” ผู้ที่ตอบเช่นนี้ก็มักเป็นคนป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่เคยต้องเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางกาย และต้องเข้าไปใช้บริการเวชกรรมฟื้นฟูในโรงพยาบาลหรือในคลินิกกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดที่ประชาชนรู้จักจึงเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ผู้ป่วยต้องพบหลังจากการผ่าตัด ซึ่งแทบทุกคนที่ให้สัมภาษณ์จะรู้จักนักกายภาพบำบัดก็ต่อเมื่อแพทย์สั่งหรือจัดโปรแกรมหลังการผ่าตัดให้ไปพบ แต่คนจะใช้บริการจากนักกายภาพบำบัดซึ่งสามารถใช้เครื่องมือในการฟื้นฟูร่างกายก็เป็นเพียงระยะหนึ่ง หลังจากออกจากโรงพยาบาลและพอช่วยเหลือตัวเองได้แล้วผู้ป่วยก็ไม่คิดว่าตนเองจะต้องพึ่งนักกายภาพบำบัดอีก

“เมื่อปีที่แล้วผมล้ม สะบ้าแตก คุณหมอแนะนำให้ทำกายภาพ
ยุ่งๆ เลยไม่ไป เลยช่วยตนเอง exercise ได้แล้ว”

(อาจารย์มหาวิทยาลัย อายุ 40 ปี)

“มีปัญหาเรื่องการปวดคอ ไปโรงพยาบาล หมอรักษาให้แล้วส่งให้
ไปทำกายภาพบำบัดด้วยการนวดและใช้เครื่องไฟฟ้า แต่ไปบ่อยไม่
ไหว มาเดินแอโรบิค บอกครูสอนว่ามีปัญหาปวดคอ ครูก็จะแนะ
นำให้เลือกท่าเดิน”

(ครูเอี้ยด อายุ 55 ปี หมู่บ้านเกษทรัพย์)

นักกายภาพบำบัดในฐานะผู้ควบคุมอุปกรณ์เครื่องมือ

นักกายภาพบำบัดได้รับการฝึกฝนให้ใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์เพื่อรักษาและฟื้นฟูร่างกาย ดังนั้น เทคโนโลยีจึงมีบทบาทอย่างสำคัญในการสร้างความเป็นวิชาชีพให้กับนักกายภาพบำบัด สิ่งที่เป็นในการพิจารณาเรื่องเทคโนโลยีก็คือ ผู้ใช้เทคโนโลยี การเข้าถึงเทคโนโลยี และโรคกับความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน เทคโนโลยีในระดับสูงยังต้องพึ่งพิงจากการสั่งซื้อจากต่างประเทศซึ่งมีต้นทุนสูง เทคโนโลยีที่ผลิตในประเทศเป็นเทคโนโลยีอย่างง่าย สำหรับเทคโนโลยีที่มีความซับซ้อนและจำเป็นต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยเช่นเครื่องกระตุ้นไฟฟ้า และเครื่องอัลตราซาวด์ก็ยังคงได้รับความสนใจจากผู้ประดิษฐ์ในประเทศน้อย และที่ใช้งานในประเทศก็เป็นรูปแบบเดิมๆ ไม่มีการพัฒนาทางด้านคุณภาพ และอุปกรณ์เครื่องมือเช่นนี้ก็ยังมีจำกัดเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนใหญ่ๆ ทั้งที่ความจำเป็นของประชาชนในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการบำบัดรักษายังมีเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลและบางคนแม้แต่การเดินทางไปสถานือนามัยที่ใกล้บ้านที่สุดก็ยังคงเป็นความยากลำบาก

ระดับการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจของประชาชน คนจนหรือคนชนชั้นกลางจนถึงระดับล่างที่มีโอกาสในการเข้าถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดคือผู้ที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลชุมชน และการเดินทางไม่ลำบากนัก แต่คนที่เป็นคนรวยและคนชนชั้นกลางจนถึงระดับสูงมีโอกาสนในการเข้าถึงเครื่องมืออุปกรณ์เหล่านี้มากกว่าด้วยช่องทางที่หลากหลาย ทั้งทางห้างสรรพสินค้า ร้านค้า ทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ผ่านตัวแทนระบบขายตรง ผ่านทางการขายระบบไปรษณีย์ เป็นต้น อุปกรณ์ที่เสริมสุขภาพเหล่านี้มีราคาแพงมากเพียงไรขึ้นกับความซับซ้อนของอุปกรณ์กระแสไฟฟ้าหรือรังสีที่ใช้ เช่น ที่นอนแม่เหล็ก เครื่องออกกำลังกาย เป็นต้น แต่อุปกรณ์เหล่านี้ซึ่งมีหลากหลายยี่ห้อ หลากหลายแบบ บางชนิดได้สร้างระบบประกันและความมั่นใจให้กับผู้บริโภคด้วยการอ้างการรับรองของหน่วยงานสาธารณสุขหรือการอนามัยของรัฐ แต่ยังมีผู้บริโภคอีกมากที่ไม่มั่นใจในผลกระทบของอุปกรณ์เหล่านั้น เช่น รังสีที่นำมาใช้ ซึ่งข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นนับว่ายังได้รับการเผยแพร่ค่อนข้างน้อยมากในปัจจุบัน

แนวโน้มและโอกาสในการปรับบทบาทของนักกายภาพบำบัด

ขณะที่การเปลี่ยนแปลงของสังคมให้ความสนใจกับสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในการออกกำลังกาย โอกาสของนักกายภาพบำบัดในการเป็นผู้สร้างความรู้ให้กับประชาชนในด้านระบบสุขภาพกายที่ดีจึงมีโอกาสมาก นอกจากนั้น นักวิชาชีพนี้ยังมีโอกาสในการเป็นผู้ใช้เทคโนโลยีในการรักษาและฟื้นฟูร่างกายด้วยการขยายบทบาทจากเดิม จากการเป็นผู้ให้บริการเชิงรับเป็นผู้ให้บริการเชิงรุกในการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลและข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ใช้บริการหรือประชาชนทั่วไป

ธรรมชาติของอุปกรณ์เทคโนโลยีคือมีการปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว นักกายภาพบำบัดอาจจะต้องเพิ่มความจับใจต่อการใช้เทคโนโลยีเช่นนี้ ขณะเดียวกันก็ควรคำนึงถึงการใช้เทคโนโลยีที่ผลิตในประเทศเพื่อลดการพึ่งพิงจากต่างประเทศ ควรมีการร่วมมือกับสถาบันวิชาการในประเทศทำการวิจัยและพัฒนา หรือออกแบบเครื่องมือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความต้องการเครื่องมือเพื่อช่วยในการฟื้นฟูร่างกาย

การฝึกฝนนักกายภาพบำบัดในฐานะเป็นผู้ช่วยเหลือฟื้นฟูผ่านอุปกรณ์และเครื่องมือที่เน้นเทคโนโลยีในระดับสูงอาจจะต้องเปลี่ยนแปลงไป เน้นบทบาทของนักกายภาพบำบัดในฐานะผู้สร้างความรู้และให้คำแนะนำกับประชาชนในช่องทางเลือกที่หลากหลายเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีให้มากขึ้น หากมีการสืบค้นหรือทำวิจัยอย่างจริงจังจะพบว่าประสบการณ์และภูมิปัญญาของชาวบ้านในการรักษา บำบัด ฟื้นฟูสุขภาวะนั้นมีอยู่แล้ว แต่ยังต้องการการจัดระเบียบหรือตัวกลาง (agent) ในการสื่อสารให้มวลชนเข้าใจ เช่นความรู้ในด้านการนวดนั้นมีพื้นฐานแนวคิด มีหลักวิชา มีองค์ความรู้ มีระบบระเบียบในการวินิจฉัย การรักษาอย่างไร วิธีการเหล่านั้นอยู่ภายใต้คำอธิบายอะไร และจำเป็นหรือไม่ที่จะต้องควบคุมมาตรฐานของภาคปฏิบัติการด้วยหลักเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ต้องการคำตอบและถือเป็นวัตรกรรมทางปัญญาของนักวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ควรจะต้องข้ามพ้นพรมแดนความรู้ตามแบบวิชาชีพเดิม และก้าวเข้าไปสู่ภูมิปัญญาไทยที่ได้มีการสะสมมาด้วยที่ท่าของนักกายภาพบำบัดแบบใหม่ที่ต้องการสร้างองค์ความรู้เพื่อประโยชน์ทางด้านสุขภาวะของประชาชนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับบทบาทของนักกายภาพบำบัด

นักกายภาพบำบัดควรที่จะทบทวนบทบาทของการเป็นผู้สร้างความรู้ โดยเฉพาะบทบาทของการผสมผสานความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะภูมิปัญญาไทย และไม่เฉพาะแต่การสร้างความรู้ความเข้าใจกับภาคประชาชน แต่บุคลากรในภาครัฐและในส่วนงานสาธารณสุขเองก็จะต้องอาศัยกลไกในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน ความยากประการหนึ่งของผู้ที่ใช้การแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลสุขภาพ คือ การสร้างการยอมรับใน 3 ระดับ ได้แก่การยอมรับจากผู้บังคับบัญชา ผู้อำนวยการโรงพยาบาล การยอมรับในแพทย์ร่วมงาน และการยอมรับจากประชาชน ซึ่งในแต่ละระดับ คนที่ทำงานพลิกฟื้นเรื่องการแพทย์แผนไทยขึ้นมานี้ต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่ง แต่อย่างไรก็ตามถือเป็นจุดท้าทายและจะต้องมีการประสานกันระหว่างภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยกับระบบการจัดการในโครงสร้างตามแบบสมัยใหม่ เช่น การมีเครื่องมือเครื่องใช้ เช่น อาคารสถานที่ เครื่องมือวัดที่จำเป็น เช่น วัดความดัน เตียงผู้ป่วย การใช้ลูกประคบ ใช้หม้ออบที่ทันสมัย สิ่งเหล่านี้ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจ และหันมาใช้บริการแพทย์แผนไทย ซึ่งรวมทั้งยาไทย การรักษาแบบภูมิปัญญาดั้งเดิมมากขึ้น

การสร้างความรู้ของนักวิชาชีพ ควรจะกระทำควบคู่ไปกับการศึกษาบริบทของท้องถิ่นและชุมชนทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อให้สามารถทราบปัญหาที่แท้จริงของความผิดปกติบกพร่องทางโครงสร้างของร่างกายและมีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การศึกษาอย่างมีบูรณาการโดยคำนึงถึงองค์ประกอบทางสังคมอย่างมีพลวัต เช่นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร นโยบายการค้าและตลาดเศรษฐกิจโลก ความเปลี่ยนแปลงทางนโยบายด้านงบประมาณหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น

งานกายภาพบำบัดแนวใหม่ มุ่งให้การส่งเสริมสนับสนุนมากกว่าการฟื้นฟู

เมื่อพูดถึง "กายภาพ" คนส่วนใหญ่จะนึกถึงสองคำที่นำมาเชื่อมต่อกัน คือคำว่า "กาย" และ "สุขภาพ" และให้ความหมายที่คล้ายๆ กันว่า สุขภาพดี หมายถึงไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ซึ่งคนจะรู้ได้โดยไม่ต้องไปพบนักกายภาพบำบัดว่า หากต้องการให้สุขภาพดีก็ต้องออกกำลังกาย และในสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้นำรัฐบาลให้การสนับสนุนด้านการออกกำลังกาย กระแสความนิยมในเรื่องนี้ก็จะมากขึ้น เรื่องสำคัญก็คือจะสามารถรักษาความต่อเนื่องในการออกกำลังกายได้อย่างไร

ข้อมูลจากคนในเขตเมืองที่มาออกกำลังกายทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มที่เดินแอโรบิค และกลุ่มชีวาเกษม ส่วนใหญ่เป็นคนที่อายุเกิน 40 ปี และเริ่มสนใจสุขภาพมากขึ้น ความสนใจนี้สืบเนื่องมาจากตนเองหรือคนใกล้ชิดมีปัญหาด้านสุขภาพ เคยได้รับการผ่าตัด หัวเข่า ขา เป็นอัมพาต โรคความดันสูง โรคหัวใจ นอนไม่หลับ เครียด ส่วนใหญ่เคยได้รับการฟื้นฟูจากโรงพยาบาล และได้รับคำแนะนำให้มาออกกำลังกาย ซึ่งทำแล้วได้ผลดี หายเครียด นอนหลับสบายขึ้น แข็งแรงขึ้น ทำให้หายอาการปวดหลัง ปวดคอ นอนหลับ ลดความอ้วน รูปร่างดีขึ้นทำให้ได้รับคำชมจากคนใกล้ชิด เกิดความสุขทางใจ

ในกลุ่มของคนทำงานในภาคเกษตร ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการนวดบำบัดจากการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่เมื่อกลับไปบ้านแล้วไม่ค่อยได้ออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากงานที่ต้องใช้แรงงานอยู่แล้ว ผู้ป่วยบางคนหลังจากทำกายภาพแล้วจะต้องกลับไปถอนมันสำปะหลังในไร่ หรือบางคนก็ทำงานเบาๆ อยู่ที่บ้าน แต่ส่วนใหญ่จะตอบคล้ายๆ กันว่า "ไม่มีเวลาออกกำลังกาย เพราะต้องทำมาหากิน"

การรับรู้ในเรื่องการออกกำลังกายมีผลต่อวิถีการดำรงชีวิตของคน ซึ่งมีนิยามที่แตกต่างกันไปตามสภาพการณ์ของแต่ละคน คุณป้าคนหนึ่งที่เคยทำนาปลูกข้าว แต่เมื่ออายุมากขึ้น ลูกให้มาช่วยเลี้ยงหลานซึ่งทำให้รู้สึกเครียดกว่าตอนที่อยู่บ้านนอกเพราะหลานชนมาก เลี้ยงยาก เมื่อคุณป้าได้มาเดินแอโรบิกรู้สึกดีขึ้น และรู้สึกว่าการออกกำลังกายเช่นนี้ทำให้หายเครียด เนื่องจากการเดินแอโรบิคมีเพลงและจังหวะที่สนุก คุณป้าจึงไม่รู้สึกรู้สึกว่าการทำนาเป็นการออกกำลังกาย แต่ข้อแตกต่างในทางจิตใจก็คือในการทำนาแม้จะมีความเมื่อยขบบ้าง แต่ก็ไม่ก่อให้เกิดความเครียดเหมือนเวลาที่เลี้ยงหลานอยู่ในกรุงเทพฯ คุณป้าแยกแยะว่าการทำนาเป็นอาชีพ ขณะที่การเดิน

แอโรบิคเป็นการออกกำลังกาย นอกจากนั้นผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่คิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่จะต้องกระทำเฉพาะอย่าง เช่น การเล่นกีฬาเทนนิส วัยน้ำ ปั่นจักรยาน การออกกำลังกายในสถานฟิตเนส การวิ่ง การเดินเร็ว เป็นต้น

ในประเด็นเรื่องท่วงท่าสรีระของผู้ที่ทำการเกษตร เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่วิธีการทางกายภาพบำบัดควรจะได้มีการพิจารณา และจัดบุคลากรเพื่อให้ความรู้หรือทำความเข้าใจกับประชาชนที่ประกอบอาชีพที่ต้องใช้สรีระอยู่กับท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน เช่น หักน้ำตาลนาณามัยหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ให้ความเห็นว่าคนในชุมชนจำนวนมากมารับการรักษาด้วยโรคปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากท่าทางในขณะต้องก้มเพื่อถอนมันสำปะหลัง หรือท่าค่อมหลังในการดำนา หรือแม่ค้าส้มตำจะมีปัญหาเอ็นข้อมือด้านนอกอักเสบ จะถูกครูดและถูกเสียดสีจากการจับอุปกรณ์ สิ่งนี้ยังเป็นปัญหาร่วมกันที่นักวิชาชีพจะต้องหาทางให้ความรู้กับประชาชน เพื่อผ่อนคลายกับปัญหาที่เกิดขึ้นของการออกกำลังกายจึงมีอย่างไม่จำกัด และเป็นเรื่อง que ทุกคนทำได้ จัดสรรเวลาเอง และทุกคนสามารถหารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นไท้เก๊ก โยคะ รำกระบอง ชี่กง อรหันต์ 18 ท่า ผู้ที่มาให้คำแนะนำหรือเป็นผู้สอนในการออกกำลังกายไม่จำเป็นต้องเป็นนักกายภาพ แต่ขอให้มีความรู้ในการออกกำลังกายประเภทนั้นๆ

“ บริบทของชีวาเกษมก็คือ มีบาทฐานของกัลยามิตรเป็นหลัก ไม่ได้เติบโตมาจาก บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ที่นี้ไม่มีประธานกลุ่ม มีแต่เพื่อนกับเพื่อน ทุกคนมีความสำคัญเท่ากันหมด จะสังเกตเห็นว่า ทุกคนขึ้นไบนำ คนนี้ขึ้นไบนำ เราถือว่าใคร มีอะไรดี เอามา”
(คุณเดชา ผู้ประสานงานกลุ่มชีวาเกษม)

แนวโน้มของงานกายภาพบำบัดที่เน้นการส่งเสริมสนับสนุนมากกว่าการฟื้นฟู

กระแสการออกกำลังกายกำลังได้รับความนิยมจากประชาชนเนื่องจากสอดคล้องกับสภาพพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่กดดันโดยเฉพาะในเขตเมือง ประกอบกับการกระจายอำนาจไปยังองค์กรท้องถิ่น ที่เน้นให้คนในชุมชนได้มีการจัดการและดูแลตนเองด้านสุขภาพ งบประมาณที่องค์กรท้องถิ่นจัดสรรเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายจึงเอื้อให้คนได้ออกกำลังกายมากขึ้น แต่รูปแบบที่ดำเนินอยู่มีการเต้นแอโรบิคเป็นหลัก ดังนั้นหากมีการสนับสนุนการออกกำลังกายด้วยรูปแบบอื่นๆ เช่น โยคะ ไ้เก๊ก ชี่กง เป็นต้น งามเหล่านี้ต้องการความรู้ และการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นโอกาสของนักวิชาชีพที่จะหาช่องทางในการให้ความรู้กับประชาชน

นอกจากนั้นสิ่งที่ท้าทายนักกายภาพบำบัดก็คือ การสร้างความรู้ความเข้าใจในการเคลื่อนไหวร่างกายอันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ให้เกิดความสมดุล โดยไม่จำเป็นต้องแยกส่วนการ

ออกกำลังกายและวิถีชีวิตในการทำงาน ทำอย่างไรผู้ที่ต้องใช้ท่วงท่าสรีระในการทำงานที่ซ้ำๆ กัน ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะสามารถปรับท่วงท่าของตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุล ซึ่งการสร้าง ความเข้าใจนี้จะต้องทำอย่างเป็นระบบ นับตั้งแต่เจ้าของผู้ประกอบการ ลูกจ้าง คนงาน และทำให้เกิดการยอมรับเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจพร้อมกันทุกฝ่าย

กายภาพบำบัด : งานสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและประชาคม

งานกายภาพบำบัดในทศวรรษหน้าควรเป็นวิธีการสำคัญในการสร้างจิตสำนึกของประชา สังคมให้เกิดขึ้นตามวิถีพลเมือง การที่บุคคลและครอบครัวเหล่านี้มารวมตัวเป็นกลุ่มออกกำลังกาย แม้ จะมีการฟื้นฟูสุขภาพเป็นวัตถุประสงค์เบื้องต้น แต่ปรากฏการณ์หลังจากการรวมกลุ่มก็คือพลังของ ปัจเจกที่รวมตัวกันทำกิจกรรมอื่นๆ ต่อ การออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีในระดับปัจเจกและ ครอบครัว จึงได้รับการยกระดับเป็นกระบวนการทางสังคมที่สามารถสร้างจิตสาธารณะและสุข สาธารณะ ตามมาเป็นลำดับ

เวทีของการออกกำลังกายมีความหมายต่อคนที่มาร่วมในแง่ของการเป็นชุมชนเล็กๆ ชุมชน หนึ่งที่ทำสิ่งดีๆ ร่วมกัน กิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนคนออกกำลังกายจึงมีความแตกต่างและ หลากหลายไปตามวัฒนธรรมที่คนในกลุ่มสร้างสรรค์ขึ้น ในกลุ่มของแอโรบิกที่หมู่บ้านเกษตรวิสัย ซึ่ง มีทั้งคนที่ทำงานนอกบ้าน และคนที่เป็นแม่บ้าน สมาชิกที่มาเต้นแอโรบิกจะเป็นผู้หญิง กลุ่มนี้จะมา พบกันในเวลาประมาณ 6 โมงเย็น ครูสอนแอโรบิกจะมาพร้อมกับเครื่องเสียงและลำโพง กลุ่ม สมาชิกจะมีเสื้อยืดสีเหลืองเป็นเสื้อทีมที่เป็นสัญลักษณ์แสดงถึงความเป็นกลุ่ม ช่วงเวลาการเต้น ประมาณ 1 ชั่วโมง เต้นเสร็จก็พอดีได้เวลาค่ำ ครูและสมาชิกต่างแยกย้ายกันกลับบ้านไปเตรียมจัด อาหารให้สมาชิกในครอบครัว เวลาที่จำกัดทำให้สมาชิกไม่ได้มีโอกาสได้พูดคุยกันมากนัก นอกจาก การเต้นแอโรบิกแล้วสมาชิกก็ไม่มีโอกาสที่จะมารวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมอื่นๆ อีก

แต่การออกกำลังกายอีกเวทีหนึ่งนั้นมีความแตกต่างในเรื่องพลังและการเกาะเกี่ยวกันทาง สังคม เนื่องจากจัดในช่วงเช้าของวันเสาร์-อาทิตย์ ประมาณ 7 โมงเช้า สมาชิกที่มีทั้งหญิงและชาย มารวมตัวกันที่สนามหญ้าหน้าคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา จังหวัดนครปฐม การออกกำลังกายแต่ละแบบจะมีคนนำ หลังจากออกกำลังกายเสร็จ ผู้ประสานงานจะเตรียมน้ำ อารวี และอาหารเพื่อสุขภาพที่ปราศจากเนื้อสัตว์ไว้ให้กลุ่มผู้ออกกำลังกาย สมาชิกที่มาร่วมกลุ่มจะ นำอาหารและผลไม้มาสมทบ หลังจากรับประทานอาหาร ร่วมวงพูดคุยสักพัก พอแดดเริ่มจะร้อน ต่างก็พากันกลับบ้าน การได้พบปะพูดคุยไม่ถือเป็นกิจกรรมการออกกำลังกาย แต่เป็นกระบวนการ ต่อเนื่องจากการทำกิจกรรมร่วมกัน

“บางวันเราเชิญคนเก็บขยะมารับรางวัล มาพูดมาคุยที่นี้ หลาย
คราวเราเชิญแม่ค้าขายผักในตลาดมาพูดมาคุย ฉะนั้นสุขภาพ เรา
ไม่ได้ หมายถึงการออกกำลังกาย แต่เราพูดถึงว่าการมีจิตที่บริบูรณ์

คือจิตที่มีความสุขและพร้อมที่จะแบ่งปันคนอื่นได้ ก็น่าจะหมายถึง
สุขภาพด้วยที่เราเรียกว่า จิตสาธารณะ..ปัจจุบัน เราไม่ได้พูดถึง
สุขภาพของปัจเจกบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เราพูดถึงเรื่องสุขภาพสาธารณะ
เราเชื่อการมีความสุขร่วมกัน บรรยากาศก็เป็นเหมือนศาลาวัด ทุกคน
เอาสิ่งดีๆ มา ให้กัน”

(คุณเดชา ผู้ประสานงานกลุ่มชีวาเกษม)

จากการที่ทุกคนนำสิ่งดีๆ มาให้กันซึ่งรวมทั้งข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ในหลายด้านที่
หลากหลาย เช่น ในเช้าวันหนึ่งหลังจากออกกำลังกายแล้ว นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชุมชน อาสาพาสมาชิกกลุ่มผู้สมัครใจเดินออกกำลังกายไปตามแนวคลองมหาสวัสดิ์เพื่อดูสภาพ
บ้านเรือน และระลึกถึงวัฒนธรรมเก่าก่อนซึ่งยังคงเหลือสภาพเดิมๆ ให้ได้ชม ซึ่งบทบาทของผู้นำนี้
ไม่ใช่บทบาทของผู้นำทางสาธารณสุข แต่เป็นผู้นำทางสุขภาพที่ผนวกกับบุคลิกผู้นำทางสังคมเข้าไป
ด้วย

“คุณหมอทำ *voluntary action* อาจเป็นทักษะใหม่ของคนที่อยู่ใน
องค์กร ไม่ใช่การบริการของภาครัฐแล้ว มันกลายเป็น *social life*
ไม่ใช่การออกมา ให้ความรู้กับชาวบ้าน แต่คุณหมอเป็นนัก
ประวัติศาสตร์ ท้องถิ่น ก็ทำให้องค์ความรู้ท้องถิ่น *integrate* กับ
กิจกรรมการจัดทัวร์ ท้องเที่ยว ใช้เรื่องจริงเรียนรู้ในท้องถิ่น”

(ดร.รัตน์ นักวิชาการเล่าถึงการเลาะเลียบบคลองมหาสวัสดิ์)

แนวโน้มของการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพจากงานกายภาพบำบัด

การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้รับการพัฒนามาเป็น
ลำดับ และมีการให้ระดับของการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน การนำนโยบายที่ได้รับการวางแผนจาก
กระทรวงสาธารณสุขไปปฏิบัติ มีความแตกต่างจากเวทีประชาคมที่วางแผนนโยบายด้านสุขภาพ
ขึ้นมาจากฐานล่าง ซึ่งเป็นความเห็นร่วมที่มาจากความต้องการของคนในชุมชน อันจะนำไปสู่การใช้
และการปฏิบัติร่วมกัน การจัดรูปแบบองค์กรทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความ
ต้องการของชุมชน ก็แตกต่างจากอัตราบุคลากรด้านสาธารณสุขที่กำหนดจากส่วนกลาง ซึ่งรวมไป
ถึงวิธีการให้การบำบัด ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพทางกายของประชาชนด้วย แรงผลักดันสำคัญที่
สะท้อนให้เห็นชัดขึ้นเป็นลำดับคือการขาดแคลนบุคลากรที่จะให้บริการทางด้านการฟื้นฟูและการ
บำบัด เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ อัตราของการใช้บริการกรณีอุบัติเหตุ

เจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีอัตราเพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลต่อการเบิกจ่ายต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²³ ปრაการการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ภาครัฐไม่สามารถรับรองเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม และไม่มีสถานบริการสุขภาพใดที่จะรองรับสุขภาพของประชาชนได้อย่างพอเพียง

ข้อเสนอแนะในการสร้างจิตสำนึกร่วมของชุมชน

นักวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรมีส่วนร่วมในการสร้างกลไกและการมีส่วนร่วมทางสังคมของการมีสุขภาพดีไปอยู่ที่ครอบครัวและชุมชน แต่การกระทำเช่นนี้จะต้องตระหนักเสมอว่า ด้วยประวัติศาสตร์ทางด้านสุขภาพของประชาชน กลไกของการศึกษาและการปกครองได้แบ่งแยกเรื่องของการดูแลสุขภาพออกจากครอบครัวและชุมชนแต่ดั้งเดิม การโยนเรื่องนี้กลับเข้าไปในครอบครัวและชุมชนจึงจำเป็นต้องเครื่องมือเช่น การสื่อสารในทุกช่องทาง การสร้างความรู้ความเข้าใจในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นวิถีชีวิตของผู้คนอยู่แล้ว เพียงแต่นักวิชาชีพ นักวิชาการหรือนักการในภาครัฐช่วยเอื้ออำนวยและจัดระเบียบเนื้อหาประเด็นทางสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและมีส่วนร่วมได้มากขึ้นเท่านั้น

ทิศทางของการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเกิดขึ้นได้ และเป็นไปอย่างชัดเจนจะต้องอาศัยกลไกและโครงสร้าง ตลอดจนช่วงระยะของการพัฒนาการที่จะนำไปสู่ทางเลือกที่หลากหลายในวิถีปฏิบัติต่อสุขภาพ เช่น กลไกในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเปิดกว้างต่อระบบการแพทย์ทางเลือกอย่างไร สถาบันทางวิชาการจึงใจเพียงไว้กับการสร้างความรู้ร่วมกับประชาชน เป็นต้น

การสร้างโอกาสให้กับประชาชนในการเข้าถึงบริการ

สิ่งที่น่าสนใจในการเสนอประเด็นของการให้บริการจากหมอบ้านหรือหมอต่อกระดูก เนื่องจากคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลรัฐ ในการเข้ามารับการรักษาครั้งหนึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และเมื่อมาเข้าโรงพยาบาลครั้งหนึ่งๆ แม้จะไม่เสียค่ารักษา แต่ก็ต้องเสียค่าเดินทางเป็นจำนวนสูงซึ่งแพงกว่าค่ารักษา หากเลือกที่จะไปรักษาที่สถานีนอนมัย หรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ก็ขาดแคลนบุคลากรที่จะให้การรักษาบ่าบัด แต่ถ้าหากเลือกที่จะเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดก็ต้องยอมเสียเงินค่าเดินทาง สำหรับบางคนต้องเผชิญกับความไม่คุ้นเคยกับโรงพยาบาลที่เมืองใหญ่ทำให้คนหวาดกังวลทั้งเรื่องการเดินทาง การที่ต้องหาคนมาเป็นเพื่อนทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และถ้าต้องมีการผ่าตัด คนในครอบครัวจะต้องมาเช่าที่พักในเมืองเพื่อคอยหมอ คอยเฝ้าคนที่รับการผ่าตัด ดังนั้น แม้ผู้รับการผ่าตัดจะได้รับการรักษาในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรักษาถือเป็นรายจ่ายของครอบครัวที่คนยากจนไม่อาจเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า

การที่ประชาชนไม่อาจเข้าถึงบริการทางด้านกายภาพบำบัดนี้ มิได้เกิดขึ้นเฉพาะในชนบทที่ห่างไกล แต่ในเขตชานเมืองใกล้กรุงเทพฯ ก็ยังเกิดปัญหานี้ ในพื้นที่เขตธนบุรีซึ่งมีโรงพยาบาล

ศูนย์ขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยมาใช้บริการทางกายภาพบำบัดโดยเฉลี่ยแล้ววันละ 100-200 ราย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาล ส่วนหนึ่งถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีนักกายภาพบำบัดที่คอยให้บริการ และอีกส่วนมาจากสถานีอนามัยที่นอกจากจะไม่มีบุคลากรคอยให้บริการแล้ว การเดินทางไปสถานีอนามัยเพื่อรับยาที่ผู้ป่วยบอกว่า “กินแล้วไม่หาย” กับการเดินทางมาที่โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่ากันนิดหน่อย (ค่ารถ, ค่าเรือไป-กลับ ประมาณ 300 บาท) ผู้ป่วยก็จะเลือกเดินทางมาที่โรงพยาบาลศูนย์มากกว่า

ในการเข้าถึงบริการทางด้านกายภาพบำบัดของประชาชนนั้น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนในการรักษา โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือและหัตถการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับ การประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งพบว่าประชาชนที่เคยใช้บริการส่วนใหญ่ร้อยละ 97.2 มีความพอใจในการบริการ การตรวจรักษา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในขณะที่ความพึงพอใจในคุณภาพยามีเพียงร้อยละ 68.6²⁴ แม้ข้อมูลดังกล่าว จะเป็นการให้บริการในภาพรวมของโครงการแต่จากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการทางกายภาพบำบัด ที่โรงพยาบาลศูนย์ต่างก็มีความพอใจในการให้บริการในการตรวจรักษา และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในส่วนงานกายภาพบำบัด กลุ่มคนที่ไม่อาจเข้าถึงบริการได้สะดวกจึงเป็นคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและบริการจากสถานีอนามัยไม่สามารถสนองตอบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ทั้งนี้มีผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดทางกายภาพเป็นจำนวนมาก

“เคยไปเยี่ยมที่บ้าน ป่วยประเภทนอนแบ็บอยู่กับพื้น ถามว่าทำไม
ไม่มาหาหมอ เขาบอกว่าไปไม่ไหว ค่ารถค่าเรือมันแพง ไปทีหนึ่งก็
เสียตั้งค์หลายร้อย ได้ยามากินก็ไม่หาย ต้องไปอีก มีแต่เสียเงิน”

(คุณจันทร์ นักวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์)

ทางออกหนึ่งของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลคือ “งานเวชกรรมสังคม” ที่จัดตั้งขึ้นในลักษณะเครือข่ายวิชาชีพ โดยมีทีมงานที่ออกสำรวจว่าพื้นที่ใดมีผู้ป่วยที่ต้องการเจ้าหน้าที่ไปให้การดูแลรักษา ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตจำนวนไม่น้อยที่อยู่กับบ้านและไม่อาจออกมารับการรักษาที่สถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เนื่องด้วยหลายสาเหตุ ทั้งยากจน ทั้งไม่มีผู้พามาเพราะทุกคนในครอบครัวต่างติดภาระในการทำมาหากิน เมื่อทีมสำรวจพบผู้ป่วยลักษณะที่มีความบกพร่องทางกายภาพก็จะแจ้งให้หน่วยงานกายภาพบำบัดทราบ ซึ่งก็จะออกไปดูแลให้การรักษา แต่ในระยะหลังที่มีนโยบายหลักการประกันสุขภาพมาตรฐานการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (HA-Hospital Accreditation) และนโยบายด้านสุขภาพอื่นๆ ทำให้บุคลากรทาง

สาธารณสุขต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้การขาดแคลนบุคลากรที่มีอยู่แล้วยิ่งประสบความยากลำบากในการออกพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น

แนวโน้มในการเข้าถึงบริการของประชาชน

การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของประชาชนขึ้นกับเศรษฐกิจและครอบครัวที่สมบูรณ์ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีคนในครอบครัวที่ให้ความใส่ใจ ช่วยเหลือในการพามาโรงพยาบาลหรือให้การบำบัดอยู่ที่บ้าน ก็จะทำให้ร่างกายของผู้ป่วยฟื้นฟูได้เร็ว แต่ในสภาพปัจจุบันที่โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนไป คนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลหรือสถานีนามัยมักเป็นคนสูงอายุที่มีโรคอื่นๆ ประกอบ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และข้อกระดูกเสื่อม สภาวะเสื่อมถอยของร่างกายมีผลกระทบโดยตรงและทำให้ต้องพึ่งบริการกายภาพบำบัด ปริมาณของผู้ป่วยที่เป็นคนสูงอายุและเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลต่อเนื่องเป็นเวลานานจึงมีปริมาณค่อนข้างสูง และเป็นผู้ป่วยที่ภาครัฐจ่ายสวัสดิการค่ารักษาให้อย่างเต็มที่ และนับวันปริมาณผู้ป่วยสูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นทุกที สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ครอบครัวของผู้สูงอายุมักจะมอบหน้าที่ของการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยให้กับเจ้าหน้าที่อย่างเบ็ดเสร็จ ทั้งที่การนัด และการบำบัดทางกายง่าย ๆ นั้นเป็นสิ่งที่คนในครอบครัวสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ครอบครัวก็ถือว่าด้วยหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการรักษาทุกอย่าง เป็นการสะดวกและประหยัดเวลามากกว่าจะทำเอง

“เวลาทำให้ เราก็ตอนญาติ สอนลูกว่านวดอย่างนี้นะแบบนี้ แล้ว
ไม่ต้องพามาโรงพยาบาลหรอก คนไข้หายไปไม่นาน กลับมา
เหมือนเก่าอีก บอกว่าลูกไม่ได้ทำให้ ไม่มีเวลา ต้องไปทำมาหากิน”

(เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด โรงพยาบาลศูนย์)

ข้อเสนอแนะในการเข้าถึงบริการของประชาชน

การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการทางกายภาพบำบัดได้สะดวกกว่าที่เป็นอยู่นั้น ควรจะมีการดำเนินการด้านนโยบายในการปรับเปลี่ยนเรื่องหลักๆ ดังนี้

(1) การปรับปรุงสถานีนามัยให้มีศักยภาพและความสามารถในการให้การดูแลประชาชน เพื่อไม่ให้ประชาชนต้องเดินทางเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ โดยปรับเปลี่ยนทั้งด้านอุปกรณ์เครื่องมือและบุคลากรให้สามารถช่วยเหลือประชาชนได้อย่างแท้จริง

(2) ควรจะมีสถานพยาบาลชั้นปฐมภูมิกระจายอยู่ทั่วไป ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ที่เกิดขึ้นในขณะนี้ สถานีนามัยบางแห่งที่อยู่ในเขตรอยต่อระหว่างตำบล จำเป็นต้องรับภาระการให้บริการประชาชนหลายหมู่บ้าน ซึ่งสะดวกหรือใกล้สถานีนามัยใดก็ได้เดินทางมาที่นั่น

(3) ควรจะต้องมีการฟื้นฟูงานเวชกรรมสังคม โดยจัดทีมงานในลักษณะเครือข่ายวิชาชีพ ออกเยี่ยมประชาชน ให้การรักษาและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพแบบเชิงรุก และเป็นการให้บริการแบบถึงตัว ในทางหนึ่งเพื่อสกัดไม่ให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาล อีกทางหนึ่งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อม แต่ทั้งนี้จะต้องดูปริมาณงานของบุคลากรซึ่งจะต้องทำทั้งงานประจำ และออกเยี่ยมประชาชนให้สอดคล้องกันด้วย

(4) ในสภาพการณ์ปัจจุบันที่มีการกระจายอำนาจทางการเมือง องค์การท้องถิ่นเป็นผู้มีบทบาทอย่างสำคัญและเป็นกลไกในการมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้และร่วมเผยแพร่ ร่วมใช้ความรู้ที่สร้างขึ้น เพื่อนำไปสู่การปลูกฝังเนื้อหาด้านสุขภาพไว้ในวิถีชีวิตของคนในชุมชน บทบาทขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจึงมีใช้การทำกิจกรรมตามโครงการจัดตั้ง แต่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในเชิงการทำงานวิชาการ การมีส่วนร่วมในการวิจัย การเป็นนักวิจัยท้องถิ่น การเป็นนักปฏิบัติการ นักสร้างสรรค์ ซึ่งภาพอนาคตเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ไม่ใช่ด้วยภาครัฐหรือภาคประชาชนในนามขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแต่เพียงฝ่ายใดฝ่ายเดียว แต่ต้องเป็นความช่วยเหลือจากนักวิชาการในสถาบัน นักวิชาชีพและบุคลากรในภาครัฐ ในแง่ของการเป็นพี่เลี้ยง การเป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ทั้งงานด้านวิชาการและระบบการบริหารจัดการ เพื่อให้้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งสามารถใช้อำนาจทั้งด้านงบประมาณและการบริหารจัดการเร่งสร้างระบบสุขภาพที่ดีให้กับชุมชนในท้องถิ่น

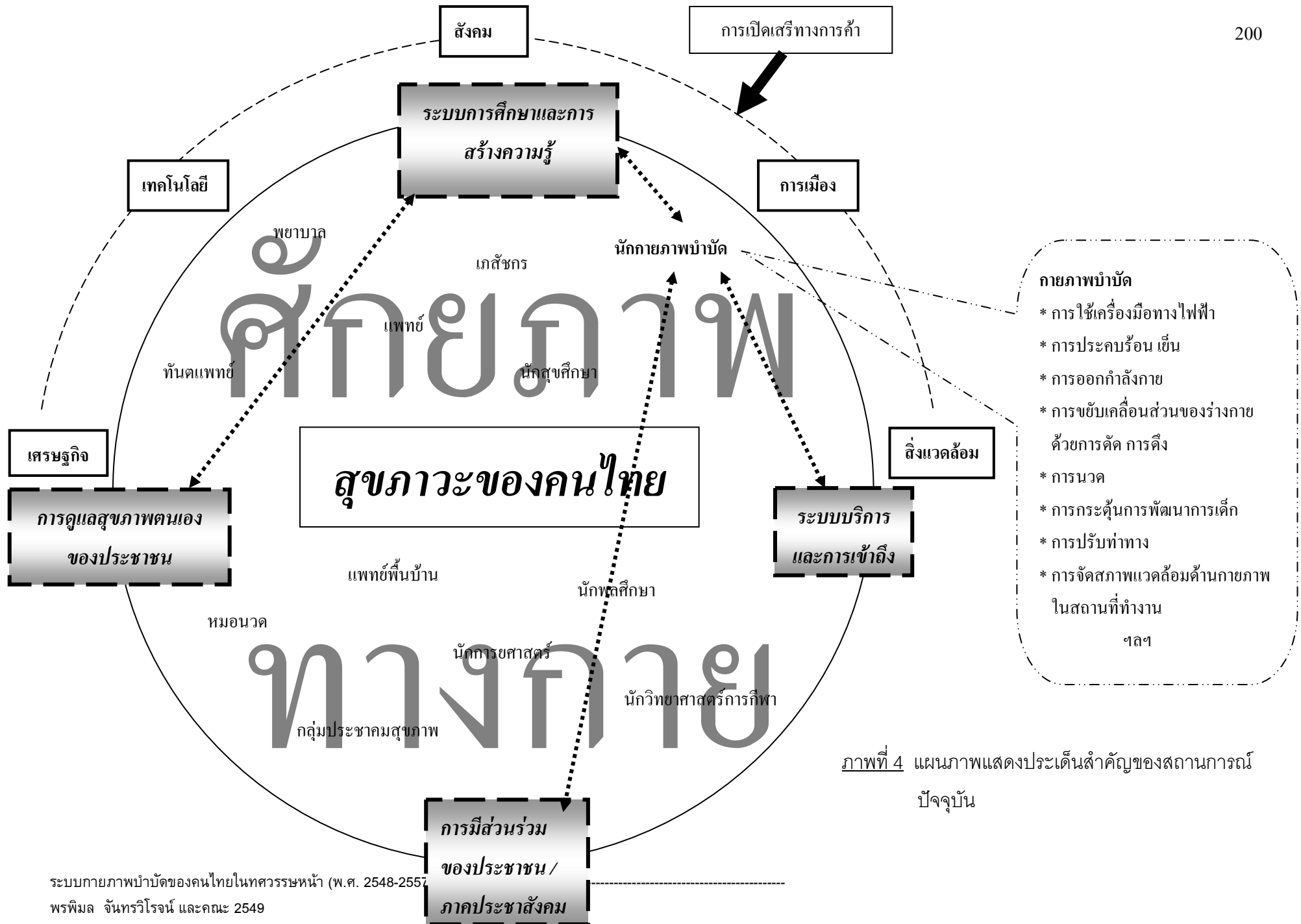
งานกายภาพบำบัดแต่เดิมอาจจะมุ่งเน้นในแง่ของการฟื้นฟูสุขภาพทางกาย ค่านิยมเชิงรับ เช่นนี้ทำให้จำกัดขอบข่ายของงานอยู่เพียงการบำบัดทางกายและการใช้เครื่องมือเฉพาะอย่าง หากพูดถึงการจัดรูป (shape) ทิศทางของงานกายภาพ วิธีการทางกายภาพ หรือนักวิชาชีพในแนวใหม่ ก็อาจจะสามารถเชื่อมโยงภารกิจ หน้าที่ บทบาทและความรับผิดชอบในงานอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งหมายรวมถึงการเชื่อมโยงบุคลากรและองค์ความรู้ในลักษณะเครือข่ายวิชาชีพด้วย เช่น ค่านิยมทางโภชนาการที่จะมีผลต่อระบบสุขภาพ ค่านิยมของเวทีประชาคมที่จะสามารถเผยแพร่ความรู้ด้านกายภาพได้ในวงกว้าง ค่านิยมของการสร้างลักษณะนิสัยการออกกำลังกายที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี ค่านิยมของการจัดแบบแผนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เป็นต้น ระบบคุณค่าเหล่านี้ต้องการพื้นฐานแนวคิดของงานกายภาพแบบใหม่ ต้องการบุคลากรพันธุ์ใหม่ ต้องการองค์ความรู้แบบผสมผสาน ต้องการรูปแบบและการบริหารจัดการเพื่อให้ความรู้ที่มีอยู่เดิมและความรู้ที่ได้รับการสร้างใหม่มีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนได้ในที่สุด

4.2 สรุปประเด็นหลัก

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ภาพปัจจุบันทั้ง 5 เรื่องในข้างต้น ทำให้ได้ความเชื่อมโยงของระบบต่างๆ และของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (“STEEP” ; Social, Technology, Environment, Economic, Politic) รวมทั้งได้ภาพของผู้มีบทบาทหลัก (key player) ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ และทำให้สามารถสังเคราะห์ประเด็นสำคัญหรือประเด็นหลัก ที่เป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาในการที่จะทำให้คนไทยมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ใน 10 ปีข้างหน้า รวม 4 ประเด็น ดังนี้

- ประเด็นที่ 1: การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด
- ประเด็นที่ 2: การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน
- ประเด็นที่ 3: การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
- ประเด็นที่ 4: การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบกายภาพบำบัด

ประเด็นสำคัญแต่ละประเด็น จะถูกนำเสนอให้เห็นถึงความสำคัญของประเด็น สถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลกระทบ ประเด็นท้าทายสู่อนาคต และคำถามของประเด็นที่ต้องร่วมกันหาคำตอบเพื่อผลักดันให้ภาพอนาคตที่มุ่งหวังปรากฏเป็นจริง



ศักยภาพทางกาย (physical functioning) มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพโดยรวมอย่างแยกไม่ออก เพราะศักยภาพทางกายไม่ใช่เพียงแต่ทำให้เกิดสุขภาวะทางกายเท่านั้น แต่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณด้วย^{1,2} การทำหน้าที่ทางกายเป็นพื้นฐานในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การใช้เวลาว่าง และการร่วมงานสังคมและชุมชน ในการประกอบกิจกรรม (activity) หรือการมีส่วนร่วม (participation) ในกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ ต้องอาศัยศักยภาพทางกาย ศักยภาพนี้ใช้เพื่อการดำเนินกิจวัตรปกติ และกิจวัตรที่คาดไม่ถึง (unforeseen emergency) ศักยภาพทางกายมีความจำเป็นสำหรับคนปกติเพื่อที่จะคงกิจกรรมและสุขภาวะของบุคคล สังคม และชุมชน และสำหรับคนเจ็บป่วยในการหายหรือฟื้นคืนจากโรคร้ายไข้เจ็บกลับมาประกอบกิจวัตรได้ดีเช่นเดิม การประเมินศักยภาพทางกายถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งของการประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life) ซึ่งเป็นการประเมินสุขภาวะของประชาชน สังคม และชุมชน ดังนั้น ศักยภาพทางกายจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเป็นภาพสะท้อนของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน สังคม และชุมชน การขาดศักยภาพทางกายจะก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตของประชาชนได้

การที่คนเราจะมีศักยภาพทางกายดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล นับตั้งแต่การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การบริหารร่างกาย และการดูแลสุขภาพใจ ซึ่งผู้ที่จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมศักยภาพทางกายของประชาชนมีมากมายหลากหลายวิชาชีพ เช่น บุคลากรทางสาธารณสุขประเภทต่างๆ นักพลศึกษา นักสุขศึกษา นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น จากอดีตที่ผ่านมาประชาชนไทยได้พยายามหาวิธีการเสริมสร้างศักยภาพทางกายของตนด้วยองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีการสืบทอดมาอย่างยาวนาน โดยส่วนหนึ่งเป็นการใช้วิธีการทางกายภาพ เช่น การออกกำลังกาย การใช้ความร้อน การนวด เป็นต้น วิธีการทางกายภาพมีความจำเป็นต่อการเสริมสร้างศักยภาพทางกายของประชาชนไทย เป็นการเติมเต็มในส่วนที่พร่องไปในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในส่วนที่ขาดหายไปจากผลของโรคและภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในฐานะที่นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ใช้วิธีการทางกายภาพในการประกอบอาชีพ วิชาชีพกายภาพบำบัดจึงมีความสำคัญในการเติมเต็มศักยภาพทางกายให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อมูลเพิ่มเติม

พรพิมล จันทโรจิ (2547) ในเอกสารวิเคราะห์สถานการณ์ เรื่องที่ 4.1.4 ในเอกสารเล่มนี้ ให้ความหมายของคำว่า “วิธีการทางกายภาพ” ว่าหมายถึง วิธีการที่ประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) เช่น พลังงานกล กระแสไฟฟ้า คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นต้น มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การบำบัด รักษา และการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ เช่น วิธีการนวด การตัด การดึง การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การรักษาด้วยความร้อน ความเย็น เป็นต้น รวมทั้งการใช้วิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่อาศัยหลักการทางกายภาพ

จากความหมายนี้ “วิธีการทางกายภาพ” จึงครอบคลุมวิธีการที่กระทำโดยนักกายภาพบำบัดตามที่ระบุไว้ใน พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ³ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2546⁴ และวิธีการที่กระทำโดยปัจเจก ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น นักพลศึกษา หมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก เป็นต้น ที่มีการประยุกต์เอาหลักการทางกายภาพ (physics) มาใช้ โดยที่การกระทำนั้นไม่ขัดต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด

วิชาชีพกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน เริ่มต้นที่โรงพยาบาลศิริราช ใน พ.ศ. 2492 โดยศาสตราจารย์นายแพทย์เฟื่อง สัตย์สงวน ศัลยแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ ได้เริ่มใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าถึงน้ำวน และเครื่องมือ 2-3 ชิ้น ในการรักษาผู้ป่วย ต่อมาเกิดการระบาดของโรคโปลิโอ และประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟทางด้านผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์เครื่องมือ จึงได้เริ่มเปิดหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ พ.ศ. 2508 ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ผลิตนักกายภาพบำบัดออกมาใช้สังคมแล้วทั้งหมด 9 แห่ง นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐ และส่วนใหญ่อยู่ในส่วนกลางมากกว่าส่วนภูมิภาค โดยการบริหารทางกายภาพบำบัดของ **นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด*** ในปัจจุบันนี้เน้นทางด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนมาก

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของสังคมไทยและสังคมโลก ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสังคมวัฒนธรรม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมือง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างสูงต่อวิถีการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ลักษณะและแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงและมีความซับซ้อนสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และประชาชนมีการเรียกร้องถึงคุณภาพการบริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งในด้านการเข้าถึงและ

* ในรายงานการวิจัยนี้ใช้คำว่า **นักวิชาชีพกายภาพบำบัด** เมื่อกล่าวถึงภาพรวมของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา ที่มีบทบาทในการให้บริการด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ได้แก่ นักกายภาพบำบัด พนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู และบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ (ดูความหมายของคำว่า “วิธีการทางกายภาพบำบัด” ในบทความเรื่อง เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด ในเอกสารฉบับนี้)

ความเท่าเทียม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้วิชาชีพกายภาพบำบัดต้องวิเคราะห์ตนเองและปรับตัว เพื่อจัดการกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างชาญฉลาด

ศักยภาพทางกายทำให้เกิดสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ จึงมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพโดยรวม ศักยภาพทางกายมีความจำเป็นสำหรับคนปกติเพื่อที่จะคงกิจกรรมและสุขภาวะของบุคคล สังคม และชุมชน และสำหรับคนเจ็บป่วยในการหายหรือฟื้นคืนจากโรคภัยไข้เจ็บกลับมาประกอบกิจวัตรได้ดีเช่นเดิม ศักยภาพทางกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเป็นภาพสะท้อนของการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน สังคม และชุมชน การขาดศักยภาพทางกายจะก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตของประชาชนได้

แล้วเราจะเติมเต็มศักยภาพทางกายของคนไทยได้อย่างไร ?

ประเด็นที่ 1

การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด

น้อมจิตต์ นวลเนตร์

ความสำคัญของประเด็น

ในทุกวันนี้สังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และสังคมไทยเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การดำเนินชีวิตของคนไทยก็เปลี่ยนไปเช่นกัน ส่งผลให้บริบทของสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนไปด้วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมีความซับซ้อนและต่อเนื่องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างมาก

เมื่อบริบทของสุขภาพเปลี่ยนไป มุมมองเรื่องการดูแลสุขภาพจึงเปลี่ยนตามและมีภาพที่กว้างขึ้นตั้งแต่การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน การบริการสวัสดิการโดยชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การให้บริการสุขภาพโดยนักวิชาชีพในภาครัฐและเอกชน และการบริการสวัสดิการโดยองค์กรอื่นๆ นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด จึงต้องทบทวนบทบาทของวิชาชีพ การบริการต้องมีมาตรฐานและมีการควบคุมคุณภาพ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนต้องเป็นภาพรวมที่สามารถตอบสนองปัญหาของประชาชนและรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลายยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุคที่ต้องทำตามข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและการบริการของการค้าเสรี ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนเป็นอย่างมากจะต้องอาศัยการจัดการอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวมมากขึ้นเรื่อยๆ องค์ความรู้ที่ต้องการในการแก้ปัญหาควรจะต้องสนองตอบได้อย่างเท่าทัน

การปรับเปลี่ยนวิธีคิดของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด ให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพในบริบทใหม่ที่ให้ความสำคัญกับการมองสุขภาพเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกับปัญหาด้านต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล จะทำให้ระบบกายภาพบำบัดมีบทบาทชัดเจนยิ่งขึ้นในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง คือ การจัดการความรู้ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพงานหรือสร้างนวัตกรรมในการทำงาน พร้อมทั้งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนด้วย การพัฒนาระบบกายภาพบำบัดให้มีคุณภาพดีขึ้นและมีบทบาทในการช่วยแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทยได้มากขึ้น จำเป็นต้องมีการจัดการความรู้ที่ดี ซึ่งหมายถึงรวมถึงการรวบรวม การจัดระบบ การจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ที่สามารถนำมาสร้างเป็นความรู้ การทำความเข้าใจและตรวจสอบความรู้ใหม่ๆ ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน การสังเคราะห์ และการปรับประยุกต์ความรู้สำหรับนำไปใช้งานต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบัน

ในปัจจุบันการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดเป็นการให้บริการในด้านการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นการให้บริการในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน ส่วนการให้บริการในชุมชนหรือระดับท้องถิ่นยังมีน้อย นอกจากนี้ นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกายภาพบำบัด ยังมีทัศนคติการมองปัญหาสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยมักถือว่าชุมชนไม่มีความรู้และกลไกทางสังคมใดๆ ที่จะจัดการปัญหาของตน ต้องรอให้นักวิชาการสุขภาพนำความรู้และแนวทางแก้ปัญหาไปให้ มองไม่เห็นศักยภาพและทุนทางสังคมที่ชุมชนมีอยู่ ไม่เห็นความหลากหลายของกลไกทางสังคมที่จะใช้แก้ปัญหาสุขภาพ คิดว่าวิธีการใดทำสำเร็จได้ผลดีในที่หนึ่ง ก็จะสามารถนำไปใช้กับชุมชนอื่นๆ ได้ทุกแห่ง และมักถือว่าปัญหาสุขภาพดำรงอยู่อย่างแยกขาด ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีแก้เป็นส่วนๆ ขาดการเชื่อมโยงให้ครอบคลุมประกอบ

ระบบกายภาพบำบัดจะมีบทบาทอย่างไรในการดูแลสุขภาพ จะสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทยอย่างไร ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกายภาพบำบัด แต่ในปัจจุบันนักกายภาพบำบัดโดยส่วนใหญ่มีวิธีคิดด้านสุขภาพที่ยึดติดกับโครงสร้างของระบบบริการแบบเดิม ขาดการรับรู้ปัญหาทางสังคมดังกล่าวข้างต้น วิธีคิดเช่นนี้พบได้ทั้งในนักกายภาพบำบัดโดยทั่วไปและอาจารย์ในสถาบันการศึกษา ซึ่งส่งผลให้ผลผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดจากสถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาในแต่ละปีก็มีวิธีคิดเช่นนี้ด้วย ทัศนคติและพฤติกรรมการทำงานของนักกายภาพบำบัดได้รับอิทธิพลจากหลักสูตรการศึกษาในสถาบันการศึกษาเป็นอย่างมาก

สำหรับในเรื่องการจัดการความรู้ทางระบบกายภาพบำบัดนั้น ในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่า ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัดในด้านต่างๆ มีจำนวนไม่มากนัก และไม่มีการจัดเก็บและเผยแพร่อย่างเป็นระบบที่ดี แต่ก็มีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาให้ดีขึ้น เนื่องจากมีระบบประกันคุณภาพต่างๆ เข้ามามากับ โดยเน้นให้มีการจัดเก็บที่เป็นระบบและต้องสามารถตรวจสอบได้ นอกจากนี้ ข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่มากเป็นเนื้อหาทางด้านการใช้วิธีการทางกายภาพเชิงคลินิก ซึ่งยังไม่สามารถนำไปทำให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่ได้จริง ในส่วนของเทคโนโลยีเครื่องมือเครื่องใช้ทางกายภาพบำบัดนั้น ส่วนใหญ่เป็นการพึ่งพิงเทคโนโลยีจากต่างประเทศ การพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยผู้ผลิตในประเทศมีน้อยมาก สำหรับในเรื่องการจัดการความรู้ นั้น อาจกล่าวได้ว่าระบบกายภาพบำบัดยังไม่มีจัดการความรู้ที่ดีพอ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทำได้ยาก

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบ กายภาพบำบัด

ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อเรื่องการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัดนี้มีหลายประการ ในด้านสถาบันการศึกษาผู้ผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดนั้น ปัจจุบันแต่ละสถาบันมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการที่จะเป็นแหล่งประโยชน์ของระบบกายภาพบำบัดในการสร้างคน พัฒนาคน สร้างองค์ความรู้ และนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติหรือการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ สถาบันฯ ทั้งหมดยังมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย ทำให้มีโอกาสที่จะร่วมกันพัฒนาแนวทางการพัฒนานักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ ทั้งแนวทางการผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดพันธุ์ใหม่และการพัฒนานักกายภาพบำบัดโดยทั่วไป อีกทั้งยังมีการกำหนดแนวทางการวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศร่วมกันด้วย กระแสของแพทย์ทางเลือกและวิธีการดูแลสุขภาพกายด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งความหลากหลายของรูปแบบการออกกำลังกายที่มีพื้นฐานแนวคิดของการเคลื่อนไหวไปด้วยกันระหว่างกายและจิต น่าจะเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปรับกระบวนการทัศน์ของวิชาชีพกายภาพบำบัด โดยมีการบูรณาการแนวคิดของการดูแลสุขภาพตามแนวทางของตะวันตกและตะวันออกเข้าด้วยกัน มีการจัดสัดส่วนองค์ประกอบระหว่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอย่างเหมาะสม

ส่วนทางด้านประชาชนนั้น การปฏิรูปการศึกษาในประเทศที่กำลังดำเนินอยู่นี้ได้เปิดโอกาสให้ชุมชนและครอบครัวสามารถจัดการศึกษาเองได้ สิ่งนี้น่าจะทำให้ระบบคิดกลั่นกรอง ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และการแก้ปัญหาของคนไทยในอนาคตดีขึ้น ส่งผลให้ประชาชนรู้จักจัดการปัญหาด้านสุขภาพของตนโดยการหันมาดูแลตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ กระแสสุขภาพนิยมที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในปัจจุบันทำให้ประชาชนเลือกที่จะหันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนมากขึ้น การที่ประชาชนหันมาดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นนี้ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขประเภทต่างๆ ต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับกระแสการเปลี่ยนแปลงนี้ โดยให้ความสำคัญในบทบาทของการเป็นผู้จัดระเบียบความรู้แบบประสบการณ์ (experience knowledge) ของประชาชน ให้ได้รับการยอมรับทางวิชาการ เช่น การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การใช้ความร้อน การประคบสมุนไพร การนวด ในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น และเป็นผู้สร้างความรู้และให้คำแนะนำแก่ประชาชนในทางเลือกที่หลากหลายสำหรับการสร้างสุขภาพที่ดีให้มากขึ้น การที่จะให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างถูกต้องจำเป็นต้องมีข้อมูลความรู้ที่สื่อสารถึงประชาชนอย่างถูกต้องและเพียงพอ ดังนั้นบุคลากรทุกวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ มีการสร้างสรรค์เทคโนโลยีที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน เป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป และประชาชนสามารถเข้าถึงได้ โดยควรมีการทำงานแบบบูรณาการวิชาชีพต่างๆ เข้าด้วยกัน เช่น แพทย์ พยาบาล นัก

กายภาพบำบัด เกสัชกร เป็นต้น นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังเป็นยุคสมัยของโลกไร้พรมแดน มีการขยายตัวด้านเครือข่ายการสื่อสารเป็นอย่างมาก โดยมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาในระดับโลก มีการขยายตัวของธุรกิจโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ มีระบบการจำหน่ายสินค้าในรูปแบบการขายตรง ซึ่งควบคุมและกำกับได้ยากกว่าการจำหน่ายตามร้านค้า ยุคสมัยของโลกไร้พรมแดนเช่นนี้ส่งผลอย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทย ดังนั้น การจัดการความรู้ที่จะเป็นประโยชน์แก่ประชาชน โดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถมีความรู้เท่าทันกับกระแสบริโภคนิยมและกระแสโลกาภิวัตน์เช่นนี้

อย่างไรก็ตาม แม้ในปัจจุบัน สถาบันการศึกษาผู้ผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดซึ่งเป็นองค์กรที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการหล่อหลอมบุคลิกและทัศนคติของนักกายภาพบำบัด จะมีศักยภาพเพิ่มขึ้น และมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่มีโอกาสจะพัฒนางานร่วมกัน แต่กลับพบว่าสถาบันการศึกษา หรือแม้แต่องค์กรวิชาชีพด้านกายภาพบำบัดยังไม่แสดงบทบาทเป็นผู้ชี้นำรวมทั้งพัฒนางานด้านวิชาการและการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย และก่อให้เกิดผลเชิงนโยบายในระดับภาพรวมของระบบสุขภาพที่ชัดเจนเท่าที่ควร ทั้งนี้ เนื่องจากการทำงานร่วมกันระหว่างสถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ บุคลากรสาขาวิชาชีพอื่น และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบกายภาพบำบัดยังไม่ปรากฏชัดเจน รวมทั้งขาดการสร้างเครือข่ายและเชื่อมโยงกับภาคสังคมและผู้มีอำนาจเชิงนโยบาย นอกจากนี้ ระบบการศึกษาด้านกายภาพบำบัดที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันยังเป็นระบบที่สอนให้มองสุขภาพผ่านกรอบวิธีคิดที่ขาดความเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยไม่มากนัก การศึกษาในวิชาชีพกายภาพบำบัดมีแนวโน้มรับค่านิยมและวิชาการจากตะวันตก มุ่งเน้นการพัฒนาแบบผู้เชี่ยวชาญมากกว่าการบูรณาการความรู้กับสภาพสังคมไทย การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาโดยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกปฏิบัติงาน ยังเป็นการเรียนรู้การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการให้บริการการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ส่วนการเรียนรู้งานด้านอื่นๆ ได้แก่ การทำงานในชุมชนและงานเชิงรุกอื่นๆ ซึ่งต้องการทักษะของการให้บริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังมีน้อย และมักเป็นไปในลักษณะการเยี่ยมชมดูงานหรือออกหน่วยเป็นครั้งคราว รวมทั้งการขาดต้นแบบของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในบทบาทนี้อย่างจริงจัง ทำให้นักศึกษาไม่สามารถมองเห็นภาพรวมของการทำงานเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพร่วมกับบุคลากรวิชาชีพอื่น นอกจากการเป็นนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในเชิงตั้งรับในโรงพยาบาลอย่างเดียว

ในด้านการพัฒนาข้อมูลข่าวสารในระบบกายภาพบำบัดที่ผ่านมา นั้น มักจะเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยที่ให้ความสำคัญกับเทคนิคการรักษาเฉพาะในวิชาชีพมากกว่าการศึกษาวิจัยที่ให้ความสำคัญกับระบบการดูแลตนเองของภาคประชาชน และมักเป็นการอิงกรอบวิธีคิดและทฤษฎีตามแนวของต่างประเทศ โดยยังขาดการวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เหมาะสมกับบริบทสังคม

วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้ความร่วมมือในการทำวิจัยระหว่างวิชาชีพกายภาพบำบัดกับชุมชน รวมทั้งวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น วิชาชีพด้านเภสัชกรรม การพยาบาล เป็นต้น เพื่อประเมินและพัฒนาวิธีการของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพยังมีน้อย ไม่มีฐานข้อมูลเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ และระบบข้อมูลข่าวสารที่แสดงผลวัดของการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นดังกล่าว

ประเด็นท้าทายสู่อนาคต

ระบบสุขภาพในบริบทใหม่ที่กำหนดไว้ในร่าง-พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญกับการมองสุขภาพเป็นองค์รวม และเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เป็นแนวทางให้ระบบกายภาพบำบัดต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์โดยรวม สถาบันการศึกษาด้านกายภาพบำบัดควรมีความตื่นตัว เปิดกว้าง และพร้อมที่จะปรับระบบการศึกษาทางกายภาพบำบัดทั้งในด้านหลักสูตร ผู้สอน และกระบวนการเรียนการสอน เพื่อผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดให้มีคุณสมบัติและทัศนคติที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดต้องมีการปรับตัวในการทำงาน โดยการปรับเปลี่ยนวิธีคิดเหล่านี้จะต้องอาศัยการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาในทุกๆ ด้านของระบบ โดยมีกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ตั้งแต่เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ สาเหตุและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนวิธีการในการจัดการปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ความสามารถของนักกายภาพบำบัดในการสร้างคุณภาพการบริการสุขภาพ การผลิตและพัฒนา นักกายภาพบำบัดให้มีความสามารถที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์สังเคราะห์ ปรับ และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ร่วมกับการพัฒนาข้อมูลข่าวสารใหม่เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานกายภาพบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น จึงควรมีองค์กรในการจัดการความรู้เพื่อก่อให้เกิดการนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ ตอบสนองความต้องการของประชาชนและประเทศชาติ และมีการสื่อสารกับภาคสังคมอย่างต่อเนื่อง องค์กร/สถาบันที่น่าจะมีบทบาทในเรื่องการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด น่าจะเป็นสถาบันการศึกษาผู้ผลิตนักกายภาพบำบัด สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด และเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ร่วมกับประชาชนที่มีความสนใจ โดยควรมีกระบวนการสร้างและพัฒนา นักวิจัยและนักจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และบูรณาการกับการสอนและการปฏิบัติมากขึ้น มีการสังเคราะห์ข้อมูลข่าวสารทางกายภาพบำบัดให้เป็นข้อสรุปที่เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในการบริการ การเรียนการสอน และการวิจัยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำ

ฐานข้อมูลข่าวสารที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและแพร่หลายสู่ผู้ปฏิบัติและประชาชน จัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทันสมัย สะดวก และรวดเร็ว และเผยแพร่ความรู้สู่สังคมในรูปแบบต่างๆ อย่างเป็นระบบ

คำถามของประเด็นที่ 1

คำถามที่ 1 :

จะอย่างไรที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีคิดของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีคุณสมบัติ และทัศนคติที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพในบริบทใหม่ มีคุณลักษณะสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน มีทักษะทางสังคมและการสื่อสาร และมีความสามารถในการบริหารจัดการ ต้องมีกลไกและมาตรการอะไร กระบวนการและขั้นตอนที่จำเป็นมีอะไรบ้าง

คำถามที่ 2 :

จะมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้สถาบันการศึกษาด้านกายภาพบำบัดมีความตื่นตัวในการผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

คำถามที่ 3 :

ความรู้ที่ระบบกายภาพบำบัดต้องการมีอะไรบ้าง และจะได้มาซึ่งความรู้เหล่านั้นอย่างไร แหล่งทุนสนับสนุนคือใคร มีมากน้อยเพียงใด

คำถามที่ 4 :

จะมีกลไกอย่างไรบ้างที่จะทำให้ความรู้ทางกายภาพบำบัดได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จำเป็นที่
จะต้องมีหน่วยงานกลางเพื่อทำหน้าที่นี้หรือไม่

ประเด็นที่ 2

การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน

น้อมจิตต์ นวลเนตร์

ความสำคัญของประเด็น

ผลกระทบจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศและกระแสโลกาภิวัตน์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชน ลักษณะปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพในประชากรแต่ละกลุ่มและแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งมีความซับซ้อนยิ่งขึ้นกว่าเดิม วิธีคิดเรื่องการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อม รูปแบบการบริการทางสุขภาพจะเน้นไปที่การดูแลในระดับชุมชนที่ใกล้บ้าน สถานประกอบการ ที่ทำงาน สถานศึกษา ฯลฯ ดังนั้น การสร้างรูปแบบการบริการทางสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละพื้นที่จึงมีความสำคัญมาก

การบริการทางกายภาพบำบัดเกี่ยวข้องกับประชาชนทุกช่วงอายุ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นส่งผลโดยตรงต่อการบริการทางกายภาพบำบัดเช่นกัน นอกจากนี้ นโยบายของรัฐบาลที่ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพซึ่งการบริการทางกายภาพบำบัดเป็นบริการหนึ่งที่เป็นที่สนใจของนักท่องเที่ยว ทำให้วิชาชีพกายภาพบำบัดจะต้องมีการวางแผนรองรับความต้องการที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพของการบริการ ในอนาคตความต้องการการบริการทางกายภาพบำบัดจะมีหลากหลายลักษณะตามรูปแบบการจ้างงาน เช่น การทำงานในระดับชุมชน ในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการที่เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เป็นต้น เมื่อการบริการมีหลากหลายชนิดและต้องการนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่มีสมรรถนะแตกต่างกัน การผลิต การใช้ และการกระจายนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดแต่ละชนิดจะเกิดขึ้นอย่างไรทิศทางหากไม่มีกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การจัดการการบริการทางกายภาพบำบัดจึงควรอยู่ในมือของหลายภาคส่วน การเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการบริการทางกายภาพบำบัดของแต่ละพื้นที่ แต่ละชุมชน อาจช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดได้มากขึ้น **ทั้งการเข้าถึงในรูปแบบของการรับบริการจากนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดโดยตรง และการเข้าถึงองค์ความรู้ทางกายภาพบำบัดด้วยการสื่อสารในลักษณะต่างๆ** นอกจากนี้ ยังอาจช่วยให้การบริการมีคุณภาพดีและมีลักษณะสอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่นนั้นยิ่งขึ้น

ความต้องการกำลังคนทางกายภาพบำบัดต้องการการการปฏิรูปความคิดให้รอบด้านและครอบคลุม ทั้งในการตอบสนองรูปแบบการจ้างงานที่ต่างกันในภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น พื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท พื้นที่ทางสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกัน การบริการพื้นฐาน บริการพิเศษ รวมทั้งการบริการข้ามชาติ ซึ่งต้องการกลไกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลายมาร่วมวางแผน ร่วมลงทุน และกำกับประเมินผล ทั้งในการผลิต การพัฒนา การใช้ และการกระจาย

สถานการณ์ปัจจุบัน

กำลังคนในการให้บริการเป็นกรอบคิดหนึ่งในการสร้างการเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชนและการพัฒนาคุณภาพการบริการ แต่การวางแผนการผลิตและการพัฒนากำลังคนทางด้านกายภาพบำบัดที่ผ่านมาเป็นการดำเนินการแบบเบ็ดเสร็จจากองค์กรภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ขาดการมองภาพรวมที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพแนวใหม่และบุคลากรในวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ขาดการมีส่วนร่วมของทุกองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในแง่การวางแผนการผลิตและการกระจายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ระดับขั้นของสมรรถนะและความสามารถที่จะช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพองค์รวมของประชาชน ระบบการผลิตและการลงทุน ระบบค่าตอบแทนและการจ้างงาน ตลอดจนระบบการควบคุมกำกับมาตรฐานและคุณภาพ และการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการเรื่องนี้ต้องการกลไกที่จะนำมาซึ่งความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ประเด็นข้อมูลความต้องการกำลังคนทั้งคุณสมบัติและจำนวนน่าจะถูกกำหนดจากพื้นที่ (ผู้ให้บริการ) มากกว่าจากส่วนบน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งก่อให้เกิดความต้องการบุคลากรสำหรับการให้บริการสุขภาพที่หลากหลายออกไป

ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2547) ประเทศไทยมีสถาบันการศึกษาด้านกายภาพบำบัด ทั้งหมด 9 แห่ง (ภาครัฐ 7 แห่ง และภาคเอกชน 2 แห่ง) ทำหน้าที่ผลิตนักกายภาพบำบัดปีละประมาณ 500 คน จากการรวบรวมข้อมูลในราวกลางปี 2546 พบว่า มีผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด และปฏิบัติงานเป็นนักกายภาพบำบัดอยู่ประมาณ 1,500 คน (ดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 2 ในเอกสารวิเคราะห์สถานการณ์ที่ 1 ในเอกสารเล่มนี้) คิดเป็นสัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อจำนวนประชากรของประเทศ เท่ากับ 1:40,831 โดยนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพฯ (คิดเป็นสัดส่วน เท่ากับ 1:10,433) มากกว่าในส่วนภูมิภาค โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีสัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อจำนวนประชากรสูงสุด คือ 1:101,457 หากพิจารณาสถานที่ทำงานของนักกายภาพบำบัดแล้ว พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่กระจายตัวอยู่ในสถานพยาบาลสังกัดรัฐบาล (55.6%) สถานพยาบาลสังกัดเอกชน (27.3%) และในสถานพยาบาลอื่นและคลินิกกายภาพบำบัด รวมทั้งสถานสุขภาพหรือสมาคมกีฬาต่างๆ และ

อื่นๆ (17.1%) โดยมักจะเน้นการให้บริการในด้านการรักษาและการบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิค่อนข้างมาก เน้นการใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดเป็นหลักในการรักษา ซึ่งอาจเนื่องมาจากวิถีคิดและหลักสูตรการผลิตนักกายภาพบำบัดของสถาบันการศึกษา ที่เน้นการศึกษาทางด้านการรักษา มากแต่ให้ความสำคัญต่อองค์ความรู้และศาสตร์ด้านปฐมภูมิน้อย รวมทั้งขาดการให้ความรู้ด้านสังคมและวัฒนธรรมอันเป็นหัวใจหลักในการทำงานระดับปฐมภูมิ

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการกระจายตัวของนักกายภาพบำบัดในสถานพยาบาลสังกัดรัฐบาลแล้ว พบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆ มีโรงพยาบาลชุมชนเพียง 132 แห่ง (จากทั้งหมด 717 แห่ง) ที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานอยู่

ส่วนนักศึกษาที่พาทกายภาพบำบัดอีกประเภทหนึ่ง คือ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟูหรือพนักงานผู้ช่วยกายภาพบำบัด ที่กระทรวงสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์ในการผลิตบุคลากรเหล่านี้เพื่อไปปฏิบัติงานในชุมชน แต่กลับพบว่าบุคลากรเหล่านี้โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป มากกว่าที่จะไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

สำหรับในเรื่องการศึกษาความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัดนั้น พบว่าที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมถึงระบบบริการทางกายภาพบำบัดทั้งหมด เนื่องจากการคาดประมาณจากสัดส่วนนักกายภาพบำบัดต่อประชากรที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งเป็นวิธีการคาดประมาณที่ไม่ละเอียดเพียงพอ ส่วนการคาดประมาณจากความต้องการใช้การบริการทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลเอกชน และจำนวนอาจารย์กายภาพบำบัดที่ต้องการนั้น เป็นวิธีการคาดประมาณที่คลาดเคลื่อนเช่นกัน เนื่องจากไม่ได้ศึกษาครอบคลุมถึงหน่วยบริการที่สำคัญอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลในสังกัดภาครัฐบาลอื่นๆ ศูนย์และโรงเรียนการศึกษาพิเศษ หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น นอกจากนี้ กรอบแนวคิดในการวางแผนด้านกำลังคนทางกายภาพบำบัดจำกัดอยู่เฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมุ่งประเด็นกำลังคนทางกายภาพบำบัดไปในการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายเท่านั้น ขาดความเชื่อมโยงของงานกายภาพบำบัดต่อการบริการในมิติอื่นๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้จำนวนนักกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐในจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในส่วนภูมิภาค มีจำนวนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทำให้การกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดให้สู่ประชาชนอย่างทั่วถึงเกิดขึ้นได้ยาก

ข้อมูลทั้งหมดนี้อาจบ่งชี้ได้ว่า โครงสร้างและระบบทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ในปัจจุบันจึงทำงานให้บริการแก่ประชาชนที่มีโอกาสสูงในการเข้าถึงบริการ เช่น ประชาชนในเขตเมือง กลุ่มผู้มีเศรษฐฐานะสูง เป็นต้น ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่อยู่ในเขตชนบทมีความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในระบบปัจจุบัน ทำให้เมื่อมีปัญหาสุขภาพที่ต้องแก้ไขด้วยวิธีการทางกายภาพ ประชาชนกลับต้องอาศัยการดูแลสุขภาพของตนด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การ

ใช้ยาแก้ปวด การลองผิดลองถูกกับวิธีดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนของคนที่อาจจะได้ผลหรือไม่ได้ผล เป็นต้น ข้อจำกัดในด้านการกระจายงานกายภาพบำบัดเกิดจากกลไกหลายประการ เช่น การไม่เท่าเทียมกันกับวิชาชีพอื่นเนื่องจากโครงสร้างและระเบียบราชการ การจำกัดกรอบอัตรากำลัง เป็นต้น การปรับโครงสร้างงานกายภาพบำบัดใหม่ การแก้ไขกรอบอัตรากำลัง การสนับสนุนหน่วยงานเอกชน สาธารณกุศล มูลนิธิ หรือองค์กรเอกชน ในการเปิดหน่วยงานบริการทางกายภาพบำบัดที่ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ หรือในพื้นที่ที่ประชาชนมีกำลังจ่าย เพื่อแบ่งเบาภาระของรัฐ การจัดให้ความรู้แก่อาสาสมัครหรือคนในชุมชนเกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพื่อบริการแก่ประชาชนโดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสำคัญ การจัดทำระบบการส่งต่อและส่งปรึกษาที่เหมาะสม และการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย สาธารณสุขให้มีการกระจายอำนาจมากขึ้น น่าจะช่วยให้ปัญหาการกระจายงานกายภาพบำบัดคลี่คลายลงได้ ซึ่งอาจจะส่งผลให้การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชนมีแนวโน้มดีขึ้นตามมา

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน

ปัญหาเรื่องการเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชนนี้มีมาช้านาน โดยส่วนหนึ่งเกิดสืบเนื่องมาจากปัญหาการกระจายงานกายภาพบำบัด ในปัจจุบันมีปัจจัยบางประการที่ดูเหมือนจะช่วยให้ปัญหานี้ทุเลาลง แต่ก็ยังไม่ชัดเจนมากนัก

เมื่อพิจารณาที่นโยบายของรัฐ พบว่าการที่รัฐบาลต้องการให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุข จึงได้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) ขึ้น โดยใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) เป็นเครื่องมือและกลไกหลักที่จะทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความเสมอภาค และมีประสิทธิภาพ การเกิดขึ้นของนโยบายนี้มีแนวโน้มทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลโดยแพทย์และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ดีขึ้น แต่ในส่วนของบริการทางกายภาพบำบัดนั้น ยังไม่มีความชัดเจนว่านโยบายนี้ส่งผลอย่างไรต่อการเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน เนื่องจากยังไม่มี การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้อค์กรวิชาชีพทางกายภาพบำบัดได้พยายามผลักดันให้มีการกำหนดมาตรฐานการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ มีงานกายภาพบำบัดด้วย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะเป็นผู้รับผิดชอบใน ด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งวิธีการนี้น่าจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดได้มากขึ้น โดย การบริการทางกายภาพบำบัดในหน่วยบริการปฐมภูมิอาจเป็นไปใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) งานที่นัก วิชาชีพทางกายภาพบำบัดต้องเป็นผู้กระทำตามกฎหมาย เช่น การใช้เครื่องมือไฟฟ้าและวิธีการ

รักษาบางอย่าง เป็นต้น 2) งานที่นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดควรทำร่วมกันกับบุคลากรวิชาชีพอื่น เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น และ 3) งานที่ใช้วิธีการทางกายภาพที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนซึ่งประชาชนในชุมชนสามารถกระทำได้เอง โดยนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดช่วยสนับสนุนด้านองค์ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน เช่น การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคต่างๆ เป็นต้น

ส่วนทางด้านนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐสู่ประชาชน ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทต่างๆ เป็นกลไกในการดำเนินนโยบายนี้ โดยมุ่งหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเหล่านี้มีบทบาทในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ทำให้ประชาชนมีโอกาสที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนได้มากขึ้น การเกิดขึ้นของนโยบายนี้น่าจะทำให้วิชาชีพกายภาพบำบัดมีโอกาสที่จะเข้าไปมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ รวมทั้งให้การรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ แก่ประชาชนในชุมชนได้ง่ายขึ้น ไม่จำเป็นต้องผ่านการทำงานตามระบบราชการอย่างที่ผ่านมา โดยบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจเป็นผู้จัดระบบบริการสาธารณสุขและสนับสนุนงบประมาณให้กับประชาชนในความรับผิดชอบของตน โดยมีนักกายภาพบำบัดหรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้านเข้าร่วมทำงานอย่างเป็นระบบให้ดำเนินการได้จริง โดยอาจทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการและระบบการบริหารจัดการ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งสามารถใช้อำนาจทั้งด้านงบประมาณและการบริหารในการสร้างระบบสุขภาพที่ดีให้กับชุมชนได้ นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจใช้วิธีการสนับสนุนทุนแก่นักเรียนในพื้นที่เพื่อศึกษาต่อทางด้านกายภาพบำบัด แล้วให้ผู้รับทุนกลับไปทำงานในท้องถิ่นของตน วิธีการนี้อาจจะช่วยแก้ปัญหาคาราคาเข่งนักกายภาพบำบัดในพื้นที่ห่างไกลระดับอำเภอหรือตำบลได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากที่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพของประชาชนไม่มากเท่าที่ควร แต่มุ่งเน้นในเรื่องการจัดการโครงสร้างพื้นฐานและสาธารณูปโภคให้แก่ประชาชนมากกว่า ดังนั้น หากมุ่งหวังให้มีการกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดสู่ประชาชนมากขึ้น คงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อเรื่องสุขภาพนี้ด้วย

ส่วนอีกนโยบายหนึ่งของรัฐคือการกำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยส่งเสริมให้มีธุรกิจรักษาพยาบาลแก่ชาวต่างชาติที่มีกำลังซื้อสูง ซึ่งการบริการทางกายภาพบำบัดจะเป็นบริการหนึ่งที่เป็นที่สนใจของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาตินี้ นโยบายนี้จึงอาจจะส่งผลให้การใช้ทรัพยากรบุคคลทางกายภาพบำบัดมุ่งไปที่ชาวต่างชาติมากขึ้น และหากไม่มีการจัดการด้านกำลังคนทางกายภาพบำบัดอย่างดีเพื่อรองรับนโยบายนี้ ก็อาจจะทำให้การกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดและการเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชนไทยเกิดปัญหาตามมา

ในทำนองเดียวกับผลกระทบจากนโยบายของรัฐที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การที่ในปัจจุบันมีสถานประกอบการเอกชนด้านความงาม สปา และสถานออกกำลังกาย เปิดดำเนินการมากขึ้น และหลายแห่งมีการใช้เครื่องมือและวิธีการรักษาที่ต้องการนักกายภาพบำบัดเป็นผู้กระทำตามกฎหมาย จึงทำให้ความต้องการนักกายภาพบำบัดเพื่อเข้าไปทำงานในสถานประกอบการเหล่านี้มากขึ้น เรื่องนี้ย่อมส่งผลให้เกิดการกระจุกตัวของนักกายภาพบำบัดในเขตเมืองมากขึ้น และจะเกิดผลกระทบต่อการเพิ่มการกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดสู่ชุมชนเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และแบบแผนของโรคที่เปลี่ยนแปลงจากในอดีตที่มนุษย์ต้องเผชิญกับโรคติดเชื้อมาเป็นปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ไขข้ออักเสบ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ และล้วนเป็นโรคที่ต้องการการบริการทางกายภาพบำบัดทั้งสิ้น วิชาชีพกายภาพบำบัดจึงควรมีแผนรองรับสำหรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ โดยจำเป็นต้องมีการพัฒนาการกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดสู่ประชาชนให้มากขึ้น ทางออกหนึ่งของการบริการทางกายภาพบำบัดควรกระทำเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้คือ การสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุปัจจุบันและผู้ที่จะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุในอนาคต โดยเน้นงานเชิงรุกลงสู่ชุมชนให้มากขึ้น กระตุ้นให้มีการออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงและทนทานของโครงสร้างต่างๆ ของร่างกาย ลดการใช้งานที่ไม่ถูกต้องอันจะก่อให้เกิดความเสื่อมที่รวดเร็วขึ้น แนะนำการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่ต้องสอดคล้องสภาพความเป็นอยู่จริงของคนในชุมชนนั้นๆ รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสร้างเครือข่ายในชุมชนที่ประชาชนสามารถชี้แนะและติดตามผลการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องกันเองได้

อย่างไรก็ตาม การที่การทำงานของนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ในปัจจุบันเน้นการให้บริการแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ทำให้กระแสดังกล่าวของประชาชนและสังคมถึงการบริการทางกายภาพบำบัดที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ถูกใช้ให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดสู่ประชาชนให้มากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ ในความจริงแล้ว วิธีการทางกายภาพบางอย่างสามารถกระทำได้โดยประชาชนบางระดับ เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. เป็นต้น แต่กฎหมายที่มีอยู่บางเรื่องในวิชาชีพกายภาพบำบัดขัดขวางการกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดสู่ประชาชนอย่างทั่วถึง ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัดหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2545 มีการจำกัดการใช้วิธีการทางกายภาพบางอย่างให้สามารถกระทำได้เฉพาะนักวิชาชีพกายภาพบำบัดเท่านั้น ทั้งๆ ที่เงื่อนไขการจัดการศึกษาด้านกายภาพบำบัดในปัจจุบันยังขาด

ความเป็นธรรมในด้านการกระจายและการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้ารับการศึกษได้ตาม
อรรถาธิบายตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ

ประเด็นท้าทายสู่ออนาคต

การวางแผนด้านกำลังคนทางกายภาพบำบัดในอนาคตควรต้องมีการพิจารณาอย่างรอบ
ด้านและเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ ประชาชน และชุมชนด้วย ทั้งการบริการด้านการ
บำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีอยู่เดิม และการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะต่างๆ มี
การปรับวิถีชีวิตของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้ตระหนักถึงความสำคัญของงานเชิงรุกมากขึ้น ให้
ระบบบริการทางกายภาพบำบัดสามารถเข้าถึงความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น มีการพัฒนา
ระบบกายภาพบำบัดให้สามารถรองรับประชาชนทุกกลุ่มได้ ไม่จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มประชาชนที่
สามารถเข้าถึงการบริการที่สถานพยาบาลเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ด้วยจำนวนของนักวิชาชีพทาง
กายภาพบำบัดและปริมาณการผลิตบัณฑิตทางกายภาพบำบัดที่มีอยู่ในทุกวันนี้อาจไม่สามารถทำให้
การกระจายการบริการทางกายภาพบำบัดสู่ประชาชนอย่างทั่วถึงสามารถเกิดขึ้นในเร็ววันได้ การ
ปรับกลวิธีการกระจายการบริการโดยส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีบทบาท
เป็นผู้ให้บริการวิธีการทางกายภาพแก่ชุมชนนั้น ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา
กายภาพบำบัดซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานสร้างเครือข่ายด้วย รวมทั้งการให้ชุมชนมีส่วนร่วมใน
การจัดหานักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนเอง อาจเป็น
ทางเลือกที่มีประโยชน์ได้

คำถามของประเด็นที่ 2

คำถามที่ 1 :

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัดมีใครบ้าง และจะต้องทำอย่างไรเพื่อให้หุ่นส่วนทั้งหมดได้
มีส่วนร่วมในการจัดการบริการทางกายภาพบำบัด องค์การที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่จะต้องปรับบทบาท
อย่างไรบ้าง

คำถามที่ 2 :

จะมีวิธีการอย่างไรบ้างที่จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง องค์กร/สถาบันใดจะช่วยหนุนเสริมได้บ้าง

คำถามที่ 3 :

วิธีการและกลไกในการวางแผนการผลิต การใช้ และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพโดยรวม ต้องมีขั้นตอนและกระบวนการอย่างไร ต้องมีแรงผลักดันหนุนเสริมได้บ้าง

ประเด็นที่ 3

การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

น้อมจิตต์ นวลเนตร

ความสำคัญของประเด็น

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรม/พฤติกรรม/การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของปัจเจก ครอบครัว หรือกลุ่ม ทั้งในด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ การป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การบำบัดรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ และการประเมินผลการดำเนินการ นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพตนเองยังอาจรวมถึงการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีอีกด้วย

การเคลื่อนไหวทางสังคมที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพที่ให้คำนิยามสำหรับคำว่าสุขภาพว่าหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ทำให้แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองที่เคยถูกมองว่าเป็นกิจกรรมที่คนธรรมดาทำเอง ซึ่งไม่เหมือนและไม่อาจแทนที่กิจกรรมสุขภาพที่ทำให้โดยนักวิชาชีพ/ผู้เชี่ยวชาญ (professional care / expert) ได้ เนื่องจากมีลักษณะเป็นเพียงประสบการณ์ ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ และอาจทำลายสุขภาพเพราะเป็นตัวถ่วงให้การเข้ารับบริการจากผู้เชี่ยวชาญล่าช้าลงหรือไม่ก็ใช้วิธีการรักษาที่อันตราย ได้รับการมองใหม่ว่าเป็นลักษณะของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะที่สามารถดำรงอยู่ในสังคม และเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพในสังคม

จากอดีตถึงปัจจุบันวิธีการที่ประชาชนใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองมีหลากหลายวิธี เช่น การเคลื่อนไหว การใช้ความร้อน การนวด การดัด การดิ่ง เป็นต้น โดยวิธีการเหล่านี้สอดคล้องกับวิธีการที่ใช้ในงานกายภาพบำบัด จึงอาจกล่าวได้ว่า กายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ร่วมกับวิชาชีพและองค์กรอื่นๆ

ใน(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับปัจจุบัน มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอยู่หลายมาตรา โดยกำหนดให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชนตนเอง และต้องรับผิดชอบต่อการกระทำที่ทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ มีการส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชนและของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคคลและความเข้มแข็งของชุมชนสำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านสุขภาพและการพึ่งตนเองของชุมชน รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับ ให้มีส่วนร่วมและมีส่วนรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งมีการจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กันไปด้วย

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ(ร่าง)พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	
มาตรา 25	กำหนดให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของตนเองและคนในชุมชนตนเอง และต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบที่ทำให้เกิดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
มาตรา 26	กำหนดให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐ มีหน้าที่ร่วมกันอนุรักษ์ พื้นฟู บำรุงรักษา จารึก ประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม สงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล คุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
มาตรา 67	กำหนดแนวทางและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของประชาชนและของชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคคลและความเข้มแข็งของชุมชน สำหรับการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการพึ่งตนเองของชุมชน ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เพื่อการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชน และส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐและองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับ มีส่วนร่วมและมีส่วนรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
มาตรา 75	การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ให้เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อบริการและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการสาธารณสุขมีทางเลือกที่หลากหลาย
มาตรา 76	กำหนดแนวทางและมาตรการในการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การฟื้นฟูและการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การจัดระบบการรับรอง ตลอดจนการพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐาน รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรดูแลกันเอง โดยคำนึงถึงการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กันไปด้วย และให้มีมาตรการในการส่งเสริมสนับสนุนและเพิ่มศักยภาพให้ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ ในทุกระดับ ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้ การที่จะเสริมสร้างความรู้และทักษะของประชาชน และความเข้มแข็งของชุมชน สำหรับการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการพึ่งตนเองของชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนนั้นๆ จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกัน ถักทอเป็นเครือข่ายการทำงานระหว่างชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐและ

องค์กรอื่นๆ และนักวิชาชีพด้านสุขภาพทุกวิชาชีพที่มีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งกายภาพบำบัดนับเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้

สถานการณ์ปัจจุบัน

นับแต่อดีตถึงปัจจุบัน ประชาชนเพศและวัยต่างๆ มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้วิธีการที่เกี่ยวข้องกับงานกายภาพบำบัดหลากหลายวิธี เช่น การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว การใช้ความร้อน ความเย็น การนวด การดัด การดึง เป็นต้น ซึ่งอาจอยู่ในรูปพิธีกรรมต่างๆ ที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย เช่น การประคบสมุนไพร การอาบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร เป็นต้น โดยการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งมักเป็นบทบาทของปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัว

ในระยะเวลาที่ผ่านมา การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะถูกแทนที่ด้วยการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยมีลักษณะพึงพิงผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีลักษณะตามกระแสและแรงผลักดันของธุรกิจโฆษณา ทั้งนี้เนื่องจาก 1) การครอบงำของกระบวนทัศน์ด้านชีวการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งเน้นวิถีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่ทุกอย่างจะต้องพิสูจน์ได้ด้วยการศึกษาทดลอง 2) การแพร่หลายของสื่อสาธารณะต่างๆ ที่นักวิชาชีพด้านสุขภาพใช้ในการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ควรเป็นไปตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 3) กระแสการเติบโตของธุรกิจด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งในรูปแบบการโฆษณาธุรกิจบริการโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทางสินค้าอื่นๆ และ 4) การพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม สัดส่วนของเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมเติบโตเร็วกว่าภาคเกษตรกรรม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยมและการพัฒนาในทางวัตถุ ทำให้สภาพสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลง เกิดการอพยพแรงงานจากภาคเกษตรในชนบทเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมในเขตเมืองมากขึ้น เกิดการแยกสลายของครอบครัว รูปแบบของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวทั้งหญิงและชายต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปในการประกอบอาชีพ จึงไม่ค่อยมีเวลาที่จะใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการดั้งเดิมได้ อีกทั้งยังทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง เวลาที่มีให้แก่กันน้อยลง ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดูแลสุขภาพตนเองคือ การถ่ายทอดวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนน้อยลง บทบาทของสตรีในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวลดลง ต้องหันไปพึ่งพิงการดูแลสุขภาพจากภายนอกมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม กระแสสุขภาพนิยมที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในปัจจุบันทำให้ประชาชนเลือกที่จะหันมาดูแลสุขภาพเอาใจใส่สุขภาพของตนหรือกลุ่มของตนมากขึ้นโดยใช้ความรู้ทางภูมิปัญญา

ตะวันออกและธรรมชาติบำบัด การที่สื่อหรือวงวิชาการให้ข้อมูลแก่ประชาชนอยู่ตลอดเวลาว่าสังคมและสิ่งแวดล้อมปัจจุบันเป็นสังคมที่เสี่ยงภัย มีสิ่งที่สามารถคุกคามสุขภาพได้ตลอดเวลา ยากที่จะหลีกเลี่ยงและควบคุมได้ ทำให้ประชาชนรู้สึกว้าวุ่นทางออกที่ดีที่สุดคือ การดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงและปลอดภัย สิ่งนี้เป็นการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองมากขึ้น

วิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นที่นิยมมากในปัจจุบันสำหรับประชาชนทุกเพศทุกวัย คือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เช่น การเดิน การวิ่ง การเล่นกีฬา กายบริหาร การเต้นแอโรบิค การรำกระบอง การรำมวยจีน การรำไทเก๊ก ชีกง โยคะ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการประยุกต์วัฒนธรรมพื้นบ้านและท่าทางการประกอบอาชีพมาใช้เป็นท่าทางในการออกกำลังกายด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

ในปัจจุบันมีปัจจัยหลายประการที่เอื้ออำนวยให้การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนน่าจะเป็นจริงได้ ซึ่งระบบกายภาพบำบัดควรใช้ปัจจัยเหล่านี้ให้เป็นประโยชน์ ตัวอย่างเช่น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) มีการกำหนดเป้าหมายด้านการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของประชาชน/ครอบครัว/ชุมชน/ประชาคม เพื่อการสร้างเสริมทักษะชีวิตและสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุไว้อย่างชัดเจน โดยกำหนดให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและเผยแพร่สู่ประชาชนและเพื่อการพัฒนาเครือข่ายและองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ มีระบบและองค์กรควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูลและการคัดกรองการบริโภคข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนทรัพยากรในการสร้างความเข้มแข็งองค์กรประชาสังคม นอกจากนี้ การที่ภาครัฐมีการรณรงค์เป็นระยะๆ ให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกาย เช่น การรณรงค์เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิค เป็นต้น จะเป็นการช่วยเสริมให้กระแสดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีแนวโน้มสูงขึ้น

ปัจจัยที่จะช่วยหนุนเสริมให้การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเกิดขึ้นได้จริงอีกประการหนึ่ง คือ การรักษาตามวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ในบางครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และบางครั้งเป็นการเสียเงินไปกับการรักษาที่ไม่จำเป็น หรือเสียเงินไปกับวัฒนธรรมการสั่งยาของแพทย์ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการมาพบแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของโรคบางโรคที่มีความซับซ้อนและวงการแพทย์สมัยใหม่ยังก้าวไปไม่ถึงในระดับที่จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะคลุมเครือและไม่แน่ใจว่าเป็นความเจ็บป่วยจริงหรือไม่หรือน้อยเพียงใด สาเหตุเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ไปหาแพทย์และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

นอกจากนี้ แบบแผนของโรคในปัจจุบันเป็นการแก้ปัญหาของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขข้ออักเสบ อัมพาต เป็นต้น ซึ่งวงการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถแก้ไขได้เพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีบทบาทเกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน โดยต้องอาศัยคำแนะนำและการสนับสนุนที่ถูกต้องจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการขยายตัวด้านเครือข่ายการสื่อสารของประเทศอย่างรวดเร็ว อันเป็นส่วนหนึ่งของวิวัฒนาการในยุค “โลกไร้พรมแดน” มีการเกิดขึ้นอย่างมากมายของเว็บไซต์ รายการวิทยุและโทรทัศน์ วารสารและหนังสือที่ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งมีการขยายตัวของธุรกิจโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ มูลค่าปีละหลายหมื่นล้านบาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมผู้บริโภคของคนไทยเป็นอย่างมาก และมีระบบการจัดจำหน่ายสินค้าในรูปแบบใหม่ๆ เป็นการจำหน่ายโดยสื่อต่างๆ ตามระบบการขายตรง ซึ่งควบคุมคุณภาพและความถูกต้องได้ยาก ส่งผลให้เกิดการใช้เครื่องมือ/วิธีการที่ผิดพลาด โดยเข้าใจว่านั่นเป็นวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว ข้อมูลสมัยใหม่และตลาดเหล่านี้มีบทบาทกำหนดแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองของคนรุ่นใหม่เป็นอย่างมาก รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่เป็นการพึ่งแหล่งความรู้และความคิดจากภายนอกครอบครัวและนอกชุมชน ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปตามกระแสของข้อมูลและอิทธิพลของตลาด เป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่ยังขาดกลไกการคัดกรอง ตรวจสอบ และยืนยันจากฐานประสบการณ์ เป็นการดูแลสุขภาพตนเองที่บางครั้งตั้งอยู่บนความสับสน ลังเล วิতกกังวล กลัว และเป็นกระแสขึ้นลงตามแรงผลักดันจากภายนอก แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยกำลังดำเนินการปฏิรูปการศึกษา ซึ่งน่าจะทำให้กระบวนการจัดการศึกษาดีขึ้น ช่วยให้คนไทยในอนาคตมีการศึกษาสูงขึ้น มีระบบความคิดต่างๆ ดีขึ้น และสามารถเลือกเสพข้อมูลทางสื่อต่างๆ ได้อย่างมีวิจารณญาณ แต่ก็อาจยังไม่เพียงพอในการรับมือต่อกระแสโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ดังนั้น จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีกลไกบางอย่างที่มีบทบาทในการจัดการให้ประชาชนสามารถเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

ปัจจัยที่สำคัญประการอื่นคือ ปัญหาการกระจายตัวอย่างไม่ทั่วถึงของนักกายภาพบำบัดที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพฯ มากกว่าในส่วนภูมิภาค และอยู่ในโรงพยาบาลระดับจังหวัดมากกว่าระดับชุมชน และปัญหาแนวคิดของนักกายภาพบำบัดที่ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการให้บริการแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ย่อมส่งผลให้บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการเป็นผู้สร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนยังมีไม่มากพอและไม่สามารถกระจายอย่างทั่วถึงได้ นอกจากนี้ วิชาชีพกายภาพบำบัดยังมีการสื่อสารให้สาธารณะ ประชาชน และสังคม เข้าใจถึงบทบาทของวิชาชีพและศักยภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในการพัฒนาสุขภาพและ

คุณภาพชีวิตของประชาชนไม่มากพอ ส่งผลให้ไม่สามารถหาช่องทางในการสร้างเครือข่ายทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นท้าทายสู่อนาคต

การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วย หรือไม่ให้ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยแล้วมีอาการรุนแรงยิ่งขึ้น แต่การที่จะให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ สามารถพึ่งตนเองได้และอย่างยั่งยืน และมุ่งไปสู่เป้าหมายที่มีสุขภาพะของชุมชน จำเป็นต้องมีการหนุนเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของประชาชนและชุมชนนั้นๆ ส่งเสริมพลังชุมชนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ทำงานบนฐานศักยภาพของชุมชน โดยมีการทำงานร่วมกันในลักษณะเป็นแบบพหุภาคี เป็นเครือข่ายระหว่างชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรอื่นๆ และนักวิชาชีพด้านสุขภาพทุกวิชาชีพที่มีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งกายภาพบำบัดนับเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากวิธีการที่ประชาชนใช้โดยทั่วไปในการดูแลสุขภาพตนเองล้วนสอดคล้องกับวิธีการที่ใช้ในงานกายภาพบำบัดทั้งสิ้น ปัจจุบันมีปัจจัยหลายประการที่เอื้อให้วิชาชีพกายภาพบำบัดจะได้แสดงบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานให้เกิดการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน การที่ประเทศไทยมี อสม. กระจายอยู่ในพื้นที่ทั่วประเทศ ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญที่ช่วยในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนได้ ดังนั้น หากสามารถประสานการทำงานกับ อสม. เหล่านี้ได้ น่าจะทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่มีพลังเป็นอย่างมากในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่ายังมีอุปสรรคบางประการที่ระบบกายภาพบำบัดจะต้องบริหารจัดการในเบื้องต้นก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนวิธีคิดของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในการมองสุขภาพเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญของงานเชิงรุกมากขึ้น และให้ระบบบริการทางกายภาพบำบัดมีการกระจายสู่ประชาชนอย่างทั่วถึงมากขึ้น

คำถามของประเด็นที่ 3

คำถามที่ 1 :

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีใครบ้าง และจะต้องทำอะไรเพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดได้มาร่วมกันสร้างเครือข่ายดังกล่าวนี้ ใครจะต้องมีการปรับบทบาทของตนบ้าง และอย่างไร

คำถามที่ 2 :

จะมีกลไกอย่างไรบ้างที่จะทำให้ประชาชนรู้เท่าทันสื่อต่างๆ ที่เผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมากมายในยุค “โลกไร้พรมแดน” นี้ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคควรมีบทบาทอย่างไรในการดูแลสุขภาพประชาชน และหน่วยงาน/สถาบัน/องค์กรอื่นๆ ควรมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างไร

คำถามที่ 3 :

ภาครัฐควรมีมาตรการหรือวิธีการอย่างไร และภาคเอกชนควรมีส่วนร่วมอย่างไรในการสร้างเครือข่ายเพื่อดูแลสุขภาพประชาชน

ประเด็นที่ 4

การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบ กายภาพบำบัด

สุวิทย์ อริยชัยกุล

ความสำคัญของประเด็น

ปัจจุบันทิศทางการเห็นชีวิตมนุษย์เป็นกลไกโดยมองสุขภาพแบบแยกส่วนอันเป็นฐานคิดของการแพทย์แผนปัจจุบันกำลังถูกท้าทาย ด้วยโรคต่างๆ ที่กลับมาระบาดซ้ำ โรคเรื้อรัง โรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะเหล่านี้เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของบริบทต่างๆ ทั้งทางด้านการเมืองและเศรษฐกิจที่เน้นการพัฒนาประเทศให้เป็นทุนนิยมสมัยใหม่ การเน้นเกษตรกรรมที่ผลิตเพื่อขาย ผลภาวะของสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมที่เน้นการใช้สารเคมี และผลภาวะที่เป็นผลจากวัฒนธรรมบริโภคนิยมอันทำให้ประชาชนชนขาดความรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม นอกจากนี้กระแสโลกาภิวัตน์ที่เชื่อกันว่าจะทำให้ทุกคนไม่จำกัดเชื้อชาติ มีสิทธิเสรีภาพในการเข้าถึงบริการหรือสินค้าในราคายุติธรรม (Neo-liberalization) เอื้ออำนวยให้เกิดการค้าเสรีที่บรรษัท/นายทุนข้ามชาติเป็นผู้ให้การสนับสนุนนักการเมือง ในอันที่จะผลักดันให้ระบบการค้าโลกเป็นไปในทิศทางที่ตนเองต้องการ ประเทศไทยจึงได้รับผลกระทบทั้งสองทางจากทั้งบริบทภายในประเทศ และบริบทของการค้าเสรีจากภายนอก บริบทเรื่องการค้าเสรีข้ามชาตินี้นับวันจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้นแม้จะไม่เห็นภาพลักษณะที่ชัดเจนในปัจจุบันมากเท่าที่ควรก็ตาม เนื่องจากการค้าเสรีจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและอาชีพโดยของประเทศเป็นอันดับแรก ต่อมาจะกระทบต่อสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ตลอดจนค่านิยมในเชิงแข่งขัน ซึ่งจะเชื่อมโยงถึงสุขภาพของปัจเจกในท้ายที่สุด ดังจะเห็นได้จากการลงทุนของบรรษัทข้ามชาติในภาคอุตสาหกรรมเปลี่ยนแปลงลักษณะและวิธีการทำงาน ซึ่งกระทบต่อสุขภาพและศักยภาพทางกายของแรงงาน ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยอันเนื่องมาบริบทภายนอกนี้จึงส่งผลกระทบที่รุนแรงและเพิ่มพูนปัญหาเดิมที่ยังแก้ไขไม่ได้

ระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน (representative democracy) ซึ่งถือว่าสิทธิทางการเมืองของประชาชนสามารถแสดงออกผ่านตัวแทนหรือผู้แทนในระบบสภาเท่านั้น ไม่สามารถแก้ไขปัญหาของประชาชนได้ทั้งหมด เนื่องจากระบบผลประโยชน์ที่เกื้อหนุนกันระหว่างนายทุนและนักการเมืองนั้นหยั่งรากลึกจนถึงท้องถิ่น ระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมโดยตรง (direct democracy) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรงผ่านกิจกรรมทางสังคม หรือการเมืองภาคประชาชนนับวันยิ่งจะ

ทวีความสำคัญมากขึ้น ประชาชนไทยยังมีความตื่นตัวต่อผลกระทบของการเมือง การปกครอง สังคม เศรษฐกิจ ที่มีต่อตนเองในระดับน้อย จะสังเกตได้จากข่าวคราวของปฏิกิริยาคนธรรมดาที่เรียกร้องสิทธิของตนเองเป็นระยะเวลานานมากจึงจะพิสูจน์ให้ประชาชนและสังคมรับทราบถึงสิทธิที่ตนเองต้องสูญเสียให้กับอำนาจรัฐ เช่น กรณียาไฮ อย่างไรก็ดีตามเริ่มมีกระแสตื่นตัวของประชาชน/กลุ่มประชาชนในการเคลื่อนไหวเรียกร้องให้มีการทบทวนและประเมินผลกระทบของโครงการ/แผนงานของรัฐบาลมากยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าการเรียกร้องนั้นค่อนข้างจะเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม แต่ทั้งหมดนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพในบั้นปลายด้วยเช่นกัน การเมืองภาคประชาสังคมหรือการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมจึงนับวันจะทวีความสำคัญมากขึ้น เพื่อเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่มักเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เชื่อมโยง และมีผลประโยชน์ของบุคคล/กลุ่มบุคคล/นายทุน ที่พยายามใช้กฎหมายเพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองหรือกลุ่ม เนื่องจากองค์กร/สถาบัน/กลุ่มประชาคมต่างๆ เหล่านี้มีความคล่องตัวในการดำเนินการและไม่มุ่งหวังผลกำไร

สถานการณ์ปัจจุบัน

การค้าระหว่างประเทศมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยมานานแล้ว กระแสโลกาภิวัตน์ส่งผลให้ประเทศต่างๆ เรียกร้องการค้าที่ยุติธรรมและเท่าเทียม การเจรจาการค้าจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่กระทำกันมาตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การเจรจาการค้าจะกระทำภายใต้กรอบข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้า (GATT: General Agreement on Tariffs and Trade) ภายหลังจากการเจรจาการค้าในรอบที่ 8 เสร็จสิ้นลงได้มีความตกลงในการตั้งองค์การการค้าโลก (WTO: World Trade Organization) ขึ้น ทำหน้าที่เป็นเวทีตกลงเกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศ ปัจจุบันองค์การการค้าโลกดูแลข้อตกลงด้านการค้าระหว่างประเทศทั้งด้านการกำหนดพิกัดอัตราภาษีศุลกากร ด้านทรัพย์สินทางปัญญา ด้านการบริการ ด้านมาตรฐานสุขอนามัย และอุปสรรคด้านเทคนิคในการค้า แต่ข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (GATS; General Agreement on Trade in Services) มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพในประเทศทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รูปแบบของการค้าบริการมีอยู่ 4 ลักษณะ (mode) ด้วยกันคือ 1) การซื้อขายข้ามพรมแดน (cross-border supply, CB) 2) การบริโภคบริการในต่างประเทศ (consumption abroad, CA) 3) การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (commercial presence, CP) 4) การเข้ามาทำงานของคนต่างชาติ (presence of natural persons, PN) เชื่อว่าการค้าบริการสุขภาพในรูปแบบที่ 3 และ 4 จะกระทบต่อกำลังคนและการเข้าถึงบริการเป็นอย่างมาก การจัดทำข้อตกลงการค้าอาจจะดำเนินการเจรจาทั้งแบบทวิภาคีและพหุภาคี โดยต้องต่างฝ่ายต้องยินยอมพร้อมใจ และต้องสอดคล้องกับกติกาของ

WTO และยื่นข้อเสนอผ่าน WTO การจัดทำความตกลงเขตการค้าเสรี (Free Trade Agreement, FTA) ในระยะแรกจะเป็นการทำทำความตกลงในหลักการทั่วไป แล้วจึงทำข้อตกลงในด้านต่างๆ ในรายละเอียดเพิ่มขึ้น เช่น การเกษตร การลงทุน การบริการ ปัจจุบันประเทศไทยได้เจรจาจัดทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับ 8 ประเทศ (จีน บาหลีเรน อินเดีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลี และสหรัฐอเมริกา) และ 1 กลุ่ม (BIMST-EC ได้แก่ พม่า อินเดีย บังคลาเทศ ศรีลังกา ภูฏาน และเนปาล) และมีประเทศที่แสดงความจำนงขอเปิดเจรจา FTA เพิ่มเติมอีก 1 ประเทศ (ศรีลังกา) และ 2 กลุ่ม (กลุ่มตลาดร่วมอเมริกาใต้หรือ MERCOSUR และกลุ่ม EFTA หรือ สวิส นอร์เวย์ ไอซ์แลนด์ และ ลิกเตนสไตน์) ในการเจรจาการค้าบริการสุขภาพรอบใหม่ซึ่งได้เริ่มในปี พ.ศ. 2543 และจะสิ้นสุดภายในเดือน ธันวาคม 2547 นี้ มีข้อเรียกร้องจาก 3 ประเทศ คือ จีน ไต้หวัน และอินเดีย ให้ไทยเปิดตลาดบริการด้านสุขภาพทั้งรูปแบบที่ 3 และ 4 โดยให้ยกเลิกข้อจำกัดเรื่องสัดส่วนการลงทุน และการอนุญาตให้แพทย์จีนและอินเดียสามารถประกอบโรคศิลปะในไทยได้โดยใช้ใบประกอบโรคศิลปะของประเทศตน ส่วนไทยได้ยื่นข้อเรียกร้องต่อ 14 ประเทศ ให้เปิดตลาดบริการสุขภาพในสาขา กายภาพบำบัด นวดไทยเพื่อบำบัดและเพื่อผ่อนคลาย บริการโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยใน บ้านพัก ดูแลคนชราแบบลงสแตย์ ดูแลเด็ก บริหารโรงพยาบาล สปา โดยให้ระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ อนุญาตให้คนในชาติสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศได้

องค์กรและประชาคมที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัดอาจมีบทบาทได้ 2 ลักษณะ คือ บทบาทด้านกว้าง และบทบาทที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ องค์กรและประชาคมในลักษณะแรก นั้นมองสุขภาพในเชิงองค์รวมที่มีที่มาจากพื้นฐานปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ส่วนใน ลักษณะหลังมีบทบาททั้งในแง่การให้บริการ (เช่น มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการที่ศรีบุญเรือง คลินิกที่ขอนแก่น) การคุ้มครองสิทธิและตรวจสอบการทำงานของราชการ (เช่น สภาเครือข่ายผู้ป่วยจากการทำงาน) การเสนอทางเลือกใหม่ (การรวมกลุ่มกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มชีวเกษม) เครือข่ายการทำงานขององค์กรและประชาคมเหล่านี้เกิดจากการรวมตัวกันของบุคคลที่มีเป้าหมายร่วมกัน ไม่ได้เกิดจากการจัดตั้งโดยภาครัฐซึ่งมีลักษณะที่เบ็ดเสร็จและไม่เป็นธรรมชาติ มีการเกิดและดำรงอยู่โดยนโยบายจากรัฐทั้งที่เป็นนโยบายเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงและที่เป็น นโยบายมวลชน บทบาทขององค์กรเหล่านี้ช่วยเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทยใน ระยะเวลาที่ผ่านมาได้อย่างดียิ่ง อย่างไรก็ตามความต้องการบริการของประชาชน การขาดแคลน ความรู้ในการดูแลตนเอง และการเข้าถึงบริการยังเป็นปัญหาหลักของการเติมเต็มศักยภาพทางกาย ในระบบกายภาพบำบัด เนื่องจากภาคประชาสังคมมีพลังผลักดันที่น้อยเกินไป ขาดการทำงานและ การสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือข่าย ทั้งเครือข่ายระหว่างองค์กร/ประชาคมกันเอง และระหว่าง องค์กร/ประชาคมกับหน่วยงานภาครัฐบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนและประชาสังคมในระบบ กายภาพบำบัด

มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เชื่อได้ว่าไทยจะเสียเปรียบประเทศคู่ค้าหลายประเทศในการจัดทำเขตการค้าเสรี ดังนี้ (1) ความพยายามของประเทศมหาอำนาจ (เช่น สหรัฐฯ) และประเทศที่พัฒนาแล้ว (เช่น สิงคโปร์) ในการจัดตั้งเขตการค้าเสรีในลักษณะทวิภาคี และความพยายามของประเทศ/กลุ่มภูมิภาคที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าในการเจรจาแบบพหุภาคีหรือที่เรียกว่าภูมิภาคนิยม เนื่องจากความล้มเหลวในการเจรจาในลักษณะพหุภาคีในระดับองค์การการค้าโลก ซึ่งมีตัวอย่างชัดเจนจากการประชุม WTO ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 ที่เมืองแคนคูน ทำให้สหรัฐฯใช้หนทางการเจรจาลักษณะทวิภาคีเพื่อเป็นหนทางสู่การเจรจาในลักษณะพหุภาคี (2) การที่รัฐบาลในปัจจุบันให้ความสำคัญแก่เส้นทางทวิภาคีนิยม (Bilateralism) โดยจะจัดทำข้อตกลงกับประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ ที่มีความสามารถในการแข่งขันที่เหนือกว่าทั้งในด้านความพร้อมทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี อำนาจต่อรองทางการเมือง และขีดความสามารถของทรัพยากรมนุษย์ (3) การที่รัฐบาลไม่ได้นำเสนอเรื่องการจัดทำข้อตกลงการค้าเสรีต่อรัฐสภา ตามข้อบัญญัติในมาตรา 224 และการไม่ใช้กลไกการร่วมตัดสินใจแบบ “ประชามติ” ตามมาตรา 214 ของรัฐธรรมนูญ ทำให้ข้อมูลต่างๆ ไม่เปิดเผยต่อตัวแทนประชาชนและสาธารณชนอย่างโปร่งใส (4) การขาดการเตรียมแผนงานและมาตรการรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เช่น การพัฒนาสินค้าให้มีคุณภาพ การปรับปรุงมาตรฐานการตรวจสอบให้เท่าเทียมกัน ตลอดจนการส่งเสริมการผลิตสินค้า/การสร้างบริการที่เป็นจุดเด่น (5) การที่ประเทศคู่ค้าใช้มาตรการกีดกันทางการค้า เช่น การที่สหรัฐฯ ให้เงินอุดหนุนเกษตรกรรายละ 21,000 ดอลลาร์ต่อปี หรือการตรวจรับรองสินค้าอย่างเข้มงวดและการเก็บภาษีมณฑลของประเทศจีน ตัวอย่างผลกระทบการจัดทำข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศจีนคือ ผลผลิตทางการเกษตร (เช่น กระเทียม) ตกต่ำ การนำเข้าสินค้าเกษตรเพิ่มขึ้น 201% คิดเป็นมูลค่าที่เพิ่มขึ้น 97% ในขณะที่มีการส่งออกเพิ่มเพียง 23% หรือมีมูลค่าเพิ่มขึ้น 26% จึงคาดการณ์ว่าเกษตรกรรายย่อยและธุรกิจระดับเล็กจะได้รับผลกระทบจากความไม่เป็นธรรมในการเปิดเสรีการค้าสินค้าเกษตร ก่อน การสูญเสียของธุรกิจระดับเล็กและระดับกลางเหล่านี้ทำให้เศรษฐกิจของประชาชนโดยรวมแย่ลง ภาระพึ่งพาของประชาชนจะมากขึ้น ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิต ทำให้ต้องพึ่งพิงบริการการแพทย์มากขึ้น อย่างไรก็ตามความไม่แน่นอนเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการเปิดเสรีการค้า แต่เกิดจากการขาดการศึกษาข้อมูลและวางแผนอย่างเป็นระบบในการรองรับปัญหาที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาเฉพาะประเด็นการจัดทำข้อตกลงการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพ จะพบว่าในรูปแบบที่ 2, 3 และ 4 จะทำให้เกิดการสร้างงานของนักวิชาชีพ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถให้สูงขึ้น อย่างไรก็ตามในระยะแรกจะต้องพยายามให้มีการยอมรับในคุณสมบัติของ

บุคลากร โดยจัดทำข้อตกลง (Mutual Recognition Agreement : MRA) ต่อมาจึงต้องมีกระบวนการพัฒนาปริมาณและคุณภาพของคนและหลักสูตรที่เด่นชัด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งประชาคมและรัฐบาลในการพัฒนาวิชาชีพ ผลกระทบอีกอันหนึ่งของการค้าเสรีบริการสุขภาพที่ชัดเจนคือการถ่ายเทกำลังคนทางกายภาพบำบัด ในปัจจุบันที่มีการเติบโตของสถานพยาบาลเอกชนมากขึ้นเป็นแรงผลักดันให้เกิดการไหลของนักวิชาชีพออกจากภาครัฐ การเปิดการค้าเสรีเพื่อรองรับชาวต่างประเทศ และการยอมให้มีการลงทุนสถานพยาบาลเอกชนของต่างชาติจะกระตุ้นให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการในประเทศยิ่งมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากความรู้ความสามารถของบุคลากรการแพทย์ของไทยและคำรักษาพยาบาลที่ไม่แพง ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่ดีดึงดูดผู้มาท่องเที่ยวและพักผ่อน การขยายตัวของภาคเอกชนจะเกิดการถ่ายเทนักวิชาชีพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษที่นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพียงลูกจ้างชั่วคราว และไม่มีหลักประกันในด้านการทำงาน การที่โรงพยาบาลชุมชนประมาณ 20% ที่มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานอยู่ต้องถ่ายเทนักกายภาพบำบัดให้กับภาคเอกชน จะทำให้การขาดแคลนของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชนรุนแรงขึ้น และส่งผลต่อการไม่สามารถเข้าถึงบริการของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้

การเปิดเสรีการค้าบริการธุรกิจจะเสี่ยงต่อการครอบงำโดยทุนนิยมต่างชาติ แม้ว่ากฎหมายไทยจะจำกัดสัดส่วนการถือหุ้นไว้ก็ตาม การหลีกเลี่ยงโดยการแบ่งสัดส่วนการถือหุ้นให้กับคนไทยที่ถือสองสัญชาติ หรือคนไทยที่ยอมรับใช้ต่างชาติยอมทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินตราไปยังประเทศคู่ค้าได้โดยง่าย หากไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์หรือการจัดทำกฎหมายที่รัดกุมพอ หากการดำเนินธุรกิจบริการสุขภาพหรือบริการกายภาพบำบัดโดยนักลงทุนต่างชาติที่มีเงินทุนหมุนเวียนมากกว่า ย่อมมีกำลังซื้อบุคคลและทรัพยากร และมีกำลังในการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมาใช้บริการมากกว่า ย่อมทำให้ผู้ประกอบการขนาดเล็กที่เป็นคนไทยได้รับผลกระทบตามมา

แม้จะยังไม่มีการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบของการค้าเสรีทั้งหมดอย่างรอบด้าน แต่ได้เกิดกลุ่มศึกษาเขตการค้าเสรี-ภาคประชาชน (FTA watch) ซึ่งมีความต้องการจัดทำการศึกษาวิเคราะห์ในเชิงลึก แสวงหาความร่วมมือกับนักวิชาการ พร้อมทั้งจัดเวทีวิชาการสาธารณะเพื่อให้ประชาชนทั่วทุกภาคเข้ามามีส่วนร่วม การรวมกลุ่มองค์กร/ประชาคมร่วมแสดงพลังในการประชุมระดับชาติ (เช่น การประชุมเอเอสโลก) และการแสดงความคิดเห็นต่อรัฐบาลในปัจจุบันเริ่มมีมากขึ้นเรื่อยๆ สิ่งเหล่านี้ย่อมกระตุ้นให้รัฐบาลเปิดเผยข้อมูลเพื่อให้ประชาชนได้มีการตรวจสอบมากขึ้นตามมาตรา 224 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย แม้การผนึกกำลังกันของสถาบันต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสถาบันรัฐสภา สถาบันตุลาการ และภาคสังคม เพื่อตรวจสอบ มีส่วนร่วม ในการเสนอข้อคิดเห็นต่อรัฐบาลในการดำเนินการเจรจาจัดทำข้อตกลงการค้าเสรี ยังไม่ได้เกิดขึ้น แต่ถดถอยการถ่วงของคณะกรรมการการค้าต่างประเทศ คณะกรรมการการค้าเศรษฐกิจ การพาณิชย์ และอุตสาหกรรม

คณะกรรมการการเกษตรและสหกรณ์ และคณะกรรมการการคลัง การธนาคาร และสถาบันการเงิน วุฒิสภา ได้แสดงถึงจุดยืนที่จะผลักดันให้รัฐบาลได้รับฟังข้อคิดเห็นของประชาชน ศึกษาติดตามผลกระทบ และมีแผนงานรองรับมากขึ้น

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย โดยกำหนดวิสัยทัศน์ ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพเอเชีย (Thailand: Center of Excellent Health Care of Asia) ภายใน 5 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2551) โดยได้กำหนดให้มีบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพหลักที่เป็นรายได้หลักเข้าสู่ประเทศ จำนวน 3 ผลผลิตคือ ธุรกิจรักษาพยาบาล ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย ในเรื่องของบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลเอกชนไทยยังมีศักยภาพที่จะให้บริการชาวต่างชาติได้ อย่างไรก็ตามผู้ประกอบการจากประเทศคู่ค้าที่มีทุนทรัพย์มากอาจเข้ามาร่วมดำเนินการโดยถือหุ้นร่วมกับคนไทย หรือใช้ชื่อคนไทยในการถือหุ้น และเปิดกิจการโรงพยาบาลหรือคลินิกกายภาพบำบัดมากขึ้น สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพก็จะเกิดการขยายตัวขึ้นเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่านโยบายดังกล่าวจะกระทบต่อการเกิดธุรกิจในประเทศเพื่อบริการทั้งชาวต่างชาติและคนในประเทศ และกระทบต่อการกระจายกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด

การเปิดบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ หรือบริการทางการแพทย์ จะทำให้การพัฒนามาตรฐานผู้ให้บริการและนักวิชาชีพในหลายสาขาให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกับประเทศคู่ค้า และทำให้เกิดแรงผลักดันให้สถาบันการผลิต (รวมทั้งสถาบันการผลิตบุคลากรทางกายภาพบำบัด) พัฒนาลักษณะให้ทันสมัย เพื่อสนองตอบความต้องการของตลาดมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้มีการปฏิบัติงานร่วมกับนักวิชาชีพต่างประเทศ และจะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ของระบบกายภาพบำบัดให้ทันสมัย และสร้างการยอมรับองค์ความรู้ของไทยต่อนานาชาติ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย” เมื่อ 21 เมษายน 2547 เพื่อกำหนดมาตรฐานของสถานบริการและผู้ให้บริการ ในส่วนของผู้ให้บริการจะต้องผ่านการฝึกอบรมหรือมีประสบการณ์การทำงานในกิจการสปาเพื่อสุขภาพมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และผ่านการทดสอบความรู้ ทำให้เกิดการสร้างหลักสูตรเพื่ออบรมที่มีมาตรฐานและต้องการผ่านการตรวจสอบจากกระทรวงสาธารณสุข

ผลรวมของการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย จะกระทบทั้งกำลังคน การเข้าถึงบริการ และมาตรฐานบริการกายภาพบำบัดที่ประชาชนในชนบทจะได้รับ การใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ตลอดจนภาพลักษณ์ของวิชาชีพกายภาพบำบัดที่ถูกมองว่าเป็นเรื่องของบริการส่งเสริมสุขภาพในเชิงสปา/การนวด แม้ดูเหมือน

ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจะส่งผลในเชิงอัตวิสัยของนักกายภาพบำบัดเอง แต่การปรับภาพลักษณ์เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสร้างความเข้าใจต่อประชาชนในวงกว้าง อันจะส่งผลต่อการพึ่งพาบริการของประชาชน อย่างไรก็ตามภาพลักษณ์ต้องไม่กระทบต่อวิถีชีวิตและวิถีทางดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน แต่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและชุมชนด้วยคุณภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม

องค์ความรู้ของไทยที่ประยุกต์ใช้สมุนไพร การแปรรูปวัตถุดิบพื้นบ้านมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การทำ aroma therapy อุปกรณ์การนวดพื้นบ้าน การสร้างบรรยากาศแบบไทยๆ เช่น การจัดบ้านทรงไทย การเอื้ออาทรและยินดีให้บริการ เป็นจุดเด่นของบริการที่จะนำเสนอชาวต่างชาติ ทำให้เกิดการขยายตลาดการท่องเที่ยวสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นทุนที่เหลืออยู่มาแปลงเป็นทุนการเงิน จะทำให้ประชาชนขาดจริยธรรมในการดำเนินชีวิต มีโลกทัศน์ที่คับแคบ จำกัดอยู่แต่การพึ่งพิง การสร้างความต้องการที่มากเกินไป และผลสุดท้ายเมื่อไม่มีการเพิ่มทุน ทุนเหล่านี้ก็จะหมดลงหรือไม่พอเพียง จนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยปัจเจก และโดยรวมในเวลาต่อมา เศรษฐกิจที่เสื่อมโทรมย่อมนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่เสื่อมลงตามลำดับ

ไม่มีการวางแผนกำลังคนทางกายภาพบำบัดที่ชัดเจนทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากบัณฑิตไม่มีภาระผูกพันในเรื่องทุน ดังนั้น ในระยะแรกความต้องการกำลังคนจึงค่อนข้างสนองตอบภาครัฐเป็นหลัก ในระยะ 10 ปีมานี้เมื่อตำแหน่งในภาครัฐเริ่มน้อยลง จึงมีการกระจายสู่ภาคเอกชนมากขึ้น และหยุดชะงักในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แหล่งงานของนักกายภาพบำบัดหลังจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เนื่องจากการชะลอตัวของภาครัฐที่มีมาอย่างต่อเนื่อง และการขยายตัวของภาคเอกชนมากขึ้น ในระยะ 3 ปีมานี้มีการทำงานของนักกายภาพบำบัดในสถานบริการเอกชนมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานบริการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าแหล่งงานของนักกายภาพบำบัดเป็นลักษณะ economic demand และยิ่งแสดงเด่นชัดมากขึ้นตามนโยบายของรัฐบาล ดังนั้น วิธีการประมาณกำลังคนที่ใช้วิธี service target และ population ratio ไม่สามารถปรับเปลี่ยนให้ทันตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ กระตุ้นให้เกิดการวางแผนกำลังคนในอนาคตที่เป็นรูปธรรม และเป็นพลวัต ตามการเปลี่ยนแปลงของกระแสนิยมมากขึ้น

ปัจจุบันสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นองค์กร/ประชาคมวิชาชีพ กายภาพบำบัดเพียงองค์กรเดียว เน้นหนักการพัฒนาองค์ความรู้ในเชิงลึกและเกี่ยวกับศาสตร์ตะวันตก และยังไม่เล่นบทบาทผู้นำและพัฒนาด้านวิชาการเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วยวิธีการทางกายภาพอย่างจริงจัง ขาดระบบข้อมูลข่าวสารในเรื่องการใช้และพัฒนาระบบภูมิปัญญาท้องถิ่น ขาดความร่วมมือและประสานงานกับชุมชน กลุ่ม องค์กร ภาคีต่างๆ รวมทั้งสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวิชาชีพและองค์ความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

ไทย จึงทำให้ประชาชนขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ขาดการเกื้อหนุนของศักยภาพทางกายกับสุขภาวะโดยรวม จึงไม่สามารถเติมเต็มศักยภาพทางกายได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ประเด็นท้าทายสู่ออนาคต

การพิจารณาการเปิดการค้าเสรีในเชิงเศรษฐกิจเป็นการประเมินผลกระทบเพียงด้านเดียว ที่ผ่านมามีการประเมินผลกระทบต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพก็ตาม ก็เป็นการประเมินผลกระทบเพียงด้านเดียวเช่นกัน ด้วยเหตุที่ผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับประชาชนไทยนั้นมี 1 หรือ 2 ด้าน และผลกระทบของเศรษฐกิจมิได้ดำรงอยู่ด้วยตนเอง แต่มีลักษณะที่สัมพันธ์ในเชิงสังคม สิ่งแวดล้อม และส่งผลต่อสุขภาพด้วย การประเมินผลกระทบของการเปิดเสรีการค้า/การค้าบริการ จึงต้องเป็นลักษณะบูรณาการ อาศัยความเชี่ยวชาญของศาสตร์หลายแขนง หลายวิชาชีพ ข้อมูลพันธะผูกพันต่างๆ ที่ประเทศไทยมีต่อประเทศคู่ค้า นั้น ในปัจจุบันไม่มีความโปร่งใสเพียงพอ ทำให้การติดตามผลกระทบไม่สามารถกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐบาลจะต้องเปิดเผยข้อมูลเหล่านี้ อย่างสุจริต ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพซึ่งมักเป็นผลกระทบที่ติดตามมาในระยะยาว

การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กร/ประชาคมในการติดตาม มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาระดับชาติ เช่น การเปิดเสรีการค้า ยังไม่เป็นรูปธรรม และยังไม่มีการรวมพลังอย่างเหนียวแน่นเพื่อปรับตัวให้ทันกับปัญหาที่มีพลวัตสูงเช่นนี้ การดำเนินการของสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทยจะต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยตนเอง และสมาคมฯ จะต้องมีความสามารถในการติดตามปัญหาในเชิงเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนโดยรวมมากขึ้น

กำลังคนดูเหมือนจะเป็นประเด็นสำคัญที่สุดของการถ่ายเทคุณภาพของบริการจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนจากผลของการเปิดเสรีการค้า แต่กำลังคนไม่ใช่เพียงปัญหาเดียว ในอดีตการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข เช่น เครื่องวินิจฉัยโรคและเครื่องมือรักษาพยาบาลราคาแพงมีการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมเพื่อรับใช้ประชาชนที่มีกำลังซื้อสูง รวมทั้งมีปริมาณที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น เหตุการณ์เช่นนี้อาจเกิดขึ้นในระบบกายภาพบำบัดในอนาคต แม้ดูเหมือนว่ายังไม่เห็นภาพในขณะนี้ ดังนั้น การประเมินผลกระทบในเรื่องกำลังคนและการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขควรกระทำควบคู่กันไป

คำถามของประเด็นที่ 4

คำถามที่ 1 :

ควรมีระบบการติดตามและประเมินผลกระทบจากการเปิดการค้าเสรีต่อระบบกายภาพบำบัดหรือไม่ และมีการดำเนินการอย่างไร โดยให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมอย่างจริงจัง โดยที่ระบบนั้นจะต้องประเมินผลดีผลเสียทุกแง่มุมทั้งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบในเชิงสุขภาพ และผลกระทบในเชิงสังคมวัฒนธรรม

คำถามที่ 2 :

จะรู้ได้อย่างไรว่าการเปิดเสรีการค้ามีผลต่อการกระจายของบุคลากรในระบบกายภาพบำบัดและส่งผลต่อการให้บริการพื้นฐานของประชาชนในประเทศอย่างไร

คำถามที่ 3 :

การวางแผนกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด จะมีแนวทางที่เป็นพลวัตได้อย่างไร เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการเปิดเสรีการค้า

คำถามที่ 4 :

ควรมีการปรับบทบาทของสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทยให้เป็นไปในทิศทางใด ที่จะเอื้อต่อการเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน และการติดตามปัญหาสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ซับซ้อนและส่งผลต่อสุขภาวะทางกาย

4.3 การเขียนภาพอนาคต

พรพิมล จันทวิโรจน์ ผกาวิ พุ่มสุทัศน์ และน้อมจิตต์ นวลเนตร

กระบวนการเขียนภาพอนาคต (scenario writing) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาวิชัยนี้ เกิดขึ้นโดยการประชุมระดมสมองของ นักวิชาชีพ นักวิชาการ ผู้ใช้งานวิจัย ผู้วางนโยบาย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stake holder) ทั้งในองค์กรภาครัฐและภาคประชาชน ทำให้ได้สถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างรอบด้าน ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้ม (trends) สำคัญที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า และคาดการณ์ความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจจะเกิดขึ้นที่จะทำให้เกิดการพลิกผันขึ้นในอนาคต เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ในการเตรียมพร้อมรับมือกับความพลิกผันเหล่านั้น

4.3.1 สถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม

ก่อนการประชุมเพื่อเขียนภาพอนาคต การประชุมในช่วงแรกเป็นการแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่มตามหัวข้อของประเด็นสำคัญ และให้แต่ละกลุ่มย่อยเสนอความเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติมจากที่คณะผู้วิจัยนำเสนอไว้ในเอกสาร ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด ต่อจากนั้นจึงเป็นการอภิปรายแนวทางการแก้ไขปัญหาซึ่งจะเชื่อมโยงเข้าสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ต่อไป

ประเด็นที่ 1 : การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด

ความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 2 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข สรุปได้ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 10 สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 1 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตามหัวข้อในรายงาน สถานภาพ (position papers)

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
1. การจัดการกำลังคนทางกายภาพบำบัด	1) ปัจจุบันทิศทางการผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัดมาจากนโยบายที่มีอยู่เดิม แต่ต่อมาบทบาทของกายภาพบำบัดกว้างขึ้น หลักสูตรจึงเปลี่ยนไป ดังนั้น การผลิตจึงพบกับปัญหาว่าสอดคล้องกับนโยบายหรือไม่ บางครั้งติดกรอบของข้อกฎหมาย ถูกชี้นำบทบาทโดยคนกลุ่มหนึ่ง 2) สถาบันผู้ผลิตถูกกำกับโดยนโยบายของมหาวิทยาลัย เนื่องจากต้องผลิตตามนโยบายของใจทย์ คือ สร้างกายภาพบำบัดเพื่อซ่อมแซมรักษาสุขภาพของประชาชน หลักสูตรจึงวางไว้ให้เด่นในด้านการรักษา แต่ด้อยในทางการนำความรู้ที่มีเข้าไปในชุมชน 3) การผลิตนักกายภาพบำบัดน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการมาตรฐานและระบบตรวจสอบยังไม่ดีพอ 4) อาจารย์ส่วนมากจบจากต่างประเทศ ไม่เคยสัมผัสกับชุมชนจริง	1) ปรับเปลี่ยนหลักสูตรโดยการเพิ่มบทบาททางกายภาพบำบัดเชิงรุกให้มากขึ้น 2) ต้องสนับสนุนให้อาจารย์ซึ่งส่วนมากจบจากต่างประเทศ และไม่เคยสัมผัสกับชุมชนจริง ให้ลงไปรับแนวคิดจากชุมชน ให้เอาบุคลากรที่มีความรู้พื้นบ้านมาเป็นเพื่อนร่วมวงกับเรา ลงไปรับเทคนิคของชาวบ้านมาใช้แทนอุปกรณ์ที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ผู้ผลิตต้องสอดแทรกความรู้ (ภูมิปัญญาชาวบ้าน) มาใช้ให้มากขึ้น มีตัวอย่างของการที่นักกายภาพบำบัดลงชุมชนทำให้ชาวบ้านเข้าใจและพอใจกับการแนะนำมาก ควรให้นักศึกษาลงไปในชุมชนจะทำให้มีความคิดเห็นและเห็นทิศทางของกายภาพบำบัดมากขึ้น จะให้คนอื่นมาช่วยกันคิดอาจไม่ค่อยชัดเจนเท่ากับเข้าไปหาในชุมชนเลย 3) นักวิชาการร่วมมือกับผู้รู้ทางชุมชน ทำให้การผลิตสอดคล้องกับ

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
	5) การเข้าหาชุมชนไม่ค่อยมีสอนในหลักสูตร	ความต้องการของชุมชน ต้องคำนึงถึง ร่าง-พรบ.สุขภาพ และ พรบ.การศึกษา ควรมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทในการปรับปรุง เอาจริงความรู้เดิมของไทยมาพัฒนาและสอนในหลักสูตร
2. ระบบ บริการทาง กายภาพบำบัด	6) นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ มุ่งเน้น ซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพ 7) กายภาพบำบัดในชุมชน ยังมีกำลังคนทางด้านนี้น้อย	4) เพิ่มบทบาททางกายภาพบำบัดเชิงรุกให้มากขึ้น ต้องนำเสนอ บทบาทของกายภาพบำบัดที่กว้างขวางขึ้น 5) เนื่องจากนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ในปัจจุบันมุ่งเน้นซ่อมสุขภาพ มากกว่าสร้างสุขภาพ จึงต้องการมุมมองจากภายนอกเพื่อให้ สามารถเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน 6) การผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐและการเมืองที่ขาดไป เช่น สปว ในขณะนี้เป็นเรื่องของการตลาด แต่หากมีความรู้มา รองรับทำให้สามารถดำรงอยู่ได้นาน และสามารถกระจายเข้าไป ชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนเองได้ จำนวนสปวที่เป็น การค้ากับเพื่อประชาชน ถ้ากายภาพบำบัดสามารถเชื่อมโยง ความรู้ตรงนี้ได้ บทบาทในเรื่องสมดุลงานเคลื่อนไหว สมดุลท่าทาง การส่งต่อ การดูแล และระดับประคองในผู้สูงอายุ

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
3. เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด	8) ปัญหาของ “ความรู้” ในประเทศไทย คือ หน่วยงานรัฐ ผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มทุน “ริบ” ความรู้ไปจากชุมชนและชาวบ้าน ราชการริบโดยการออกกฎระเบียบต่าง ๆ มาเพื่อการควบคุม ความรู้บางส่วนถูกเก็บงำไว้เพราะถูกกล่าวหาว่าล้ำสมัย เพราะฉะนั้นผู้เชี่ยวชาญทางกายภาพบำบัดซึ่งมีทัศนคติว่าถ้าหากไม่ได้รับการรับรองก็ไม่ยอมรับ ส่งผลให้ “ความรู้” จากชุมชนบางส่วนไม่ได้รับการพัฒนาต่อยอด ความรู้บางส่วนถูกกลุ่มทุนนำกลับเข้าสู่ชุมชนในรูปแบบของการตลาด โดยการนำกลับคืนอาจมาในรูปแบบที่มีการเปลี่ยนแปลงไปบ้าง หรือใช้เครื่องมือมาทดแทนเพื่อให้เกิดความมั่นใจ แล้วทำให้ความรู้นั้นกลายเป็นสินค้าสำหรับการค้ากำไร การสร้างกำไรกลายเป็นค่านิยมทางสังคม กิจการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาเท่านั้นที่ได้กำไร ถ้าส่งเสริมหรือป้องกันไม่ค่อยได้กำไร และประชาชนไม่ค่อยสนใจ สาธารณสุขขณะนี้แบ่งเป็น 2 ระบบ คือ ชุมชน และตลาด การเป็น medical hub ก็จะเป็นการตลาด ทำให้บทบาทของกายภาพบำบัดก็กลายเป็นการตลาด 9) งานวิจัยส่วนมากเน้นในด้านเทคนิคการรักษาเพียงด้านเดียว	7) ทางออกของปัญหาการริบความรู้จากชุมชนมาเป็นของรัฐและกลุ่มทุนคือ ต้องดูเหตุไม่คาดคิด การกลับไปหาชุมชนพอเพียงจะสามารถช่วยได้ เพราะสังคมชนบทสามารถอยู่รอดได้มากกว่าเมือง หากเกิดภาวะขาดแคลนพลังงานขึ้น หรือการก่อการร้าย หรือการอ่อนกำลังลงของประเทศอิทธิพล (ส่วนที่จะเป็นความไม่แน่นอน) 8) งานวิจัยต้องเปิดกว้างกับคำว่า กายภาพบำบัด ควรมีจุดประสงค์ทั้ง 4 อย่าง คือ ส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟู ร่วมกัน ควรมองการรักษาดูแลเป็น 2 ส่วน คือ เคมีบำบัด และจิตบำบัด 9) ต้องมีการผสมผสานกายภาพบำบัด 2 สายพันธุ์ในเมืองไทย (ตะวันตก และตะวันออก)

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
	10) การจัดการความรู้เกิดจากบุคลากรเพียงกลุ่มเดียว 11) ขาดการนำเอาองค์ความรู้ทางตะวันตกมาผสมผสานกับตะวันออก	
4. การดูแล สุขภาพตนเอง ของประชาชน ด้วยวิธีการทาง กายภาพและ กายภาพบำบัด ในมุมมองของ ภาคประชาชน	12) องค์ความรู้ของกายภาพบำบัดในสายตาประชาชนแตกต่างกับ ความหมายของนักกายภาพบำบัด ซึ่งเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับการตอบ ประเด็นของการทำให้ประชาชนสามารถใช้ความรู้ทาง กายภาพบำบัดเพื่อดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน 13) ประชาชนยังไม่ทราบว่า กายภาพบำบัดคืออะไร ไม่ทราบว่า เมื่อไหร่ตนเองต้องมาได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด สังคมไทย มองบทบาททุกอย่างผ่านวิชาชีพ ดังนั้น กรอบของการดูแล สุขภาพของประชาชนจึงถูกจำกัด สังคมบริโภคสิ่งเหล่านี้โดยไม่ ทราบว่าพื้นฐานคืออะไร 14) ประชาชนต้องการความรู้ทางกายภาพบำบัดที่สามารถมาใช้ ประโยชน์ได้ในชีวิตประจำวัน	10) ต้องปรับความเข้าใจนิยามกายภาพบำบัด การให้นิยามคำว่า "กายภาพบำบัด" ในสังคมต้องมองถึงทั้ง 4 บทบาท คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู 11) ต้องทำให้สังคมชัดเจนมากขึ้นว่ากายภาพบำบัดคืออะไร ทำให้รู้ว่า เมื่อไหร่ตนเองต้องมาได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด และลด ช่องว่างที่เกิดจากการที่สังคมไทยมองบทบาททุกอย่างผ่านวิชาชีพ ซึ่งจำกัดกรอบของการดูแลสุขภาพของประชาชน 12) เพิ่มบทบาทกายภาพบำบัดในทางสังคมให้มากขึ้น เช่น • อาจให้ความรู้แก่บุคลากรที่ให้การรักษาทางเลือก • การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อาจใช้วิธีง่าย ๆ เช่น ใช้ความเย็นประคบ ใช้สมุนไพร • การทำให้เกิดหนังสือหรือคู่มือเกี่ยวกับกายภาพบำบัดใน ชีวิตประจำวัน โดยเน้นองค์ความรู้ของประชาชน ให้มีการศึกษาให้มากขึ้น กลับเข้าไป ไปสู่ชุมชน เชื่อมโยงกับชุมชน ประชาชนมีความรู้เดิมอยู่แล้ว

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
		เกี่ยวกับสมดุลงการเคลื่อนไหวแต่เนื่องจากวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไป สมดุลงจึงเสีย สร้างองค์ความรู้ให้ประชาชนเข้าใจได้

ประเด็นที่ 2 : การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน

ความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 2 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข สรุปได้ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 2 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตามหัวข้อในรายงาน สถานภาพ (position papers)

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
1. การจัดการกำลังคนทางกายภาพบำบัด	1) นักกายภาพบำบัดไม่เข้าใจในวิถีชีวิตคนแต่ละคนหรือวิถีชุมชนแต่ละชุมชน ทำให้การส่งเสริมและแก้ปัญหาด้านสุขภาพไม่สามารถตอบสนองได้ตรงกับปัญหา และไม่สามารถแก้ปัญหาแบบองค์รวม เช่น ท่าทางการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะกับวิถีชีวิตชาวบ้าน ตัวอย่างเช่น ชาวนาต้องก้มหลังดำนา แก้ไขปัญหาก้มหลังไม่ได้ หรือการที่ชาวบ้านปวดหลังจากการไปวัดนั่งพื้น นักกายภาพบำบัดจะแนะนำท่าออกกำลังกายที่ทำได้อยู่ในคลินิก แต่นำไปทำในชีวิตจริงไม่ได้ ประกอบกับการที่ประชาชนเห็นความสำคัญเรื่องเศรษฐกิจการกินอยู่ สำคัญกว่าเรื่องสุขภาพ ทำให้ต้องทนต่อการทำงานในท่าที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วย	1) มีการประสานการผลิตบุคลากรโดยอาศัยงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่นองค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล ซึ่งต้องมีการขอความร่วมมือไปยังสถาบันต่างๆที่ผลิตบุคลากรทางกายภาพบำบัด ซึ่งปัจจุบันมีโรงพยาบาลชุมชนบางโรงพยาบาลปฏิบัติอยู่ ทำให้ได้บุคลากรที่เหมาะสมกับพื้นที่และยั่งยืน เข้าใจในวิถีชีวิตและสังคมของชุมชนดังกล่าว 2) สถาบันผู้ผลิตจะต้องผลิตนักกายภาพบำบัดที่มีความรู้รอบด้าน ทั้งทางด้านการแพทย์ สังคมวิทยา มานุษยวิทยา สามารถที่จะทำงานทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ สามารถเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการจากวิชาชีพลงสู่ความรู้ระดับพื้นบ้าน ผสมผสานความรู้และเทคโนโลยีพื้นบ้านให้แก่บุคลากรสาธารณสุขข้างเคียง หรือ

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
		ประชาชนที่สนใจที่จะเป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ หรือ อาสาสมัครที่จะช่วยดูแลคนในชุมชน รวมถึงระดับประชาชนเอง ด้วย รวมทั้งต้องเป็นผู้ที่มองในมุมกว้างและใจกว้าง ไม่ยึดติดว่าวิธีการต่างๆ เป็นของตัวเอง ควรส่งเสริมให้ผู้อื่นทำหากเขามีศักยภาพที่จะทำได้และไม่ผิดกฎหมาย 3) ควรมีการเพิ่มกรอบอัตรากำลังให้นักกายภาพบำบัดกระจายไปยังหน่วยบริการทุกระดับรวมทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชน มีการเชื่อมโยงและสร้างทีมสุขภาพที่มีสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ โดยอาศัยกลไกของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริหารจัดการ โดยควรมีการแบ่งระดับทักษะในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในแต่ละบุคคลในแต่ละวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้แยกได้ว่าใครควรจะไปทำอะไร ที่ไหน อย่างไร 4) นักกายภาพบำบัดต้องมองปัญหาผู้ป่วยและประชาชนเป็นหลัก ในบางบทบาทโดยเฉพาะงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน ที่นักกายภาพบำบัดไม่มีเงื่อนไขให้ทำได้ ก็ควรให้คนอื่นทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชน ไม่ควรยึดติดว่าวิชาชีพนี้ทำ ถ้าคนอื่นทำได้ก็ส่งเสริมให้ทำ แต่ต้องถูกต้อง และให้มีการผลิตบุคลากรเหล่านั้นเพิ่มขึ้น

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
2. ระบบบริการทางกายภาพบำบัด	2) ประชาชนไม่ว่าจะเป็นคนทั่วไป ผู้ป่วย ผู้พิการ เข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดได้ยาก ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ 2.1. ประชาชนไม่ทราบว่าทำอย่างไรจึงได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด เพราะผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์เลือกการรักษา บางครั้งแพทย์ไม่ส่งหรือถ้าบุคลากรในโรงพยาบาลไม่ทราบว่าการรักษาในบางกรณีต้องอาศัยการดูแลเป็นทีม ต้องมีกายภาพบำบัดร่วมทำงานด้วย จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างรอบด้าน 2.2. ระบบการเข้าถึงบริการและการส่งต่อยุ่งยาก ส่งผลให้ประชาชนต้องเสียเวลา ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากต้องเสียเวลา เสียรายได้จากการทำงาน 2.3. ประชาชนยังไม่เข้าใจว่า งานกายภาพบำบัดสามารถช่วยอะไรได้ 2.4. ประชาชนไม่รู้สิทธิประโยชน์ของตนเองที่ควรได้รับบริการด้านสุขภาพ เช่นกรณีประสบอุบัติเหตุ ทุพพลภาพ บางคนไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิ์ใช้ 30 บาท 3) กรอบของวิชาชีพเป็นตัวจำกัดการเข้าถึงบริการ เพราะเน้นแต่ผู้ป่วย คนทั่วไปไม่กล้าเข้ามาปรึกษาหรือรับบริการด้านการ	5) นักกายภาพบำบัดต้องมีการประชาสัมพันธ์บทบาทตนเองให้มากขึ้น ซึ่งให้ประชาชนเห็นถึงศักยภาพที่นักกายภาพบำบัดสามารถทำได้ ขณะเดียวกันต้องปรับแนวคิดในการดูแลสุขภาพของประชาชนว่า ต้องมีการป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟู ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ 6) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเป็นทำงานเชิงรุก มีการลงพื้นที่ชุมชน วิเคราะห์หาปัญหาในชุมชน ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และสร้างเครือข่ายการทำงานกับบุคลากรสาธารณสุขข้างเคียงที่สามารถจะให้การดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างเป็นองค์รวม 7) มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลทางกายภาพบำบัดให้ชัดเจน เนื่องจากการมีทรัพยากรที่จำกัดทั้งทางด้านบุคลากร

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
	ส่งเสริมและป้องกัน 4) ด้านโครงสร้างงานสาธารณสุข โครงสร้างระบบบริการ ระบบบริหารจัดการ รวมถึงกรอบโครงสร้างงานกายภาพบำบัดยังไม่ชัดเจน ขาดการประสานงานกับหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งทางด้านบุคลากร ทรัพยากรด้านต่างๆ ทั้งที่ปัจจุบันหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานดูแลประชาชนในพื้นที่ ในชุมชนโดยตรง ซึ่งจะทำให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด 5) การบริการทางกายภาพบำบัดที่ผ่านมา ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญของผู้รับบริการ ไม่ทราบว่าประชาชนที่กลุ่มที่ต้องการกายภาพบำบัด กลุ่มใดที่ต้องได้รับการบริการก่อนหลัง เช่น คนพิการแต่ละกลุ่มมีความจำเป็นในการต้องการกายภาพบำบัดต่างกัน และแต่ละกลุ่มจะเข้าถึงได้อย่างไร ไม่มีการจัดสรรแยกเป็นบริการในสถาบันกับการบริการในชุมชน ทำให้คนมักจะไปรับบริการในสถาบันมากกว่าในหน่วยบริการในชุมชน เนื่องจากเป็นเรื่องของค่านิยม ทำให้เกิดการแย่งชิงทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น 6) การขาดการทำงานเป็นทีมของแพทย์ นักกายภาพบำบัด และสาขาอื่นๆ งานกายภาพบำบัดในด้านการป้องกันและส่งเสริมยังมีน้อย	งบประมาณ ควรมีการจัดลำดับความสำคัญของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากในชุมชนที่แตกต่างกันจะมีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันไปตามพื้นที่ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น บางพื้นที่อาจพบผู้ที่มีปัญหาการบาดเจ็บจากการทำงาน ในวัยแรงงานซึ่งมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจและครอบครัว หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงทีอาจก่อให้เกิดปัญหาเรื้อรังตามมา บางพื้นที่อาจจะมีผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะการให้บริการและความจำเป็นก่อนหลังจะแตกต่างกัน 8) ระดับนโยบาย ควรมีการปรับโครงสร้างของระบบบริการ ระบบการบริหารจัดการทางสาธารณสุข ให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน โดยการให้หน่วยงานระดับล่าง เช่น โรงพยาบาลสามารถเลือกและระบุนุคลากรที่ตนเองต้องการซึ่งสอดคล้องกับพื้นที่หรือโรงพยาบาลแต่ละแห่งมาอย่างส่วนกลางได้ 9) ควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งต่อผู้มารับบริการให้สะดวกและลดขั้นตอน เช่น ช่องทางที่ผู้ป่วยสามารถไปพบนักกายภาพบำบัดโดยไม่ต้องผ่านแพทย์ หรือไม่ต้องผ่านระบบที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระงานของบุคลากรฝ่ายอื่น ทำให้นักกลานั้นสามารถไปให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นมากกว่า และทำให้ผู้ป่วยไม่เสียเวลาและ

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
	อยู่ ซึ่งในอีก 10 ปีข้างหน้ากายภาพบำบัดต้องเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างมากในด้าน ป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟู ทั้ง กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งปัจจุบันเข้าใจผิด คิดว่ากายภาพบำบัด ฟื้นฟูแต่กายเท่านั้น 7) ขาดการดูแลสุขภาพที่มีหลาย ๆ หน่วยงานที่ดูแลประชาชน ขาดความร่วมมือเชื่อมโยงหลาย ๆ หน่วยงานให้เข้ากัน รวมถึงขาดการประสานงานกันระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้งหมดที่มีอยู่ปัจจุบัน	ค่าใช้จ่ายในการรักษาเกินความจำเป็น 8) อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการบริการได้ดีขึ้น คือการที่มีการสื่อสารให้ประชาชนทราบถึงสิทธิที่พึงได้รับในการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจมีการลงพื้นที่ตรวจสอบสุขภาพให้กับประชาชน พร้อมกับการประชาสัมพันธ์ ควรมีการกำหนดขั้นตอนที่ง่ายและชัดเจน ให้กับประชาชนที่จะเข้าถึงสิทธิการบริการได้ง่าย
3. เทคโนโลยี และการจัดการ ความรู้ทาง กายภาพบำบัด	-	-

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
4. การดูแล สุขภาพตนเอง ของประชาชน ด้วยวิธีการทาง กายภาพและ กายภาพบำบัด ในมุมมองของ ภาคประชาชน	-	10) ค้นหาผู้นำชุมชนและคนในชุมชนที่มีศักยภาพ สามารถรับความรู้ เทคนิคง่ายๆ ทางกายภาพบำบัด และประยุกต์ใช้เป็นวิธีการทาง กายภาพ เพื่อดูแล รักษา ฟันฟู หรือป้องกัน ส่งเสริม ไม่ให้เกิด ปัญหาความเจ็บป่วย สามารถรับการส่งต่อผู้ป่วยจาก สถานพยาบาลมาดูแลในชุมชนได้ 11) มีการผสมผสานวิธีการทางกายภาพบำบัดและเทคนิคพื้นบ้าน ภูมิ ปัญญาพื้นบ้าน ให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเอง ด้วยวิธีการทางกายภาพได้ระดับหนึ่ง มีการนำวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ ในท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ได้ เช่น ลูกประคบใช้ทดแทนแหล่งความ ร้อนอื่น ทำราวฝึกเดินจากไม้ไผ่ ถูงน้ำหนักทำจากทราย เป็นต้น 12) การปฏิรูปการศึกษา ทำให้ประชาชนเข้าถึงสื่อได้มากขึ้น

ประเด็นที่ 3 : การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

ความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 3 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข สรุปได้ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 3 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตามหัวข้อในรายงาน
สถานภาพ (position papers)

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
1. การจัดการ กำลังคนทาง กายภาพบำบัด	-	1) ด้านการศึกษาและการอบรม ควรพิจารณาเป็นองค์รวม เนื่องจาก ปัญหาในอนาคตจะเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงหลายสาขา ดังนั้น จึงควร เน้นวิชาชีพแต่ไม่มองด้านเดียว ให้ความสำคัญกับการศึกษาร่วมกับ สาขาอื่น ต้องพิจารณาถึงเงื่อนไขในการสร้างเครือข่ายในการ ประกอบอาชีพ ในผู้ประกอบการยังขาดพื้นฐานความรู้ในการ ประกอบอาชีพและใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้น จึงควรมองให้ครอบคลุม ต่อระบบสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย เพราะจะเชื่อมโยงถึงกันได้ ควร พิจารณามอง 2 ส่วน ได้แก่ มองแบบปัจเจก และมองแบบองค์กร เนื่องจากหากเตรียมบุคลากรไม่เชื่อมโยงกับสาขาอื่น จะส่งผลให้ ฐานการประกอบอาชีพแคบ มององค์รวมให้ครบทุกด้าน เนื่องจาก นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่มองเพียงกายภาพบำบัดอย่างเดียวไม่

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
		มองถึงสังคม จึงต้องใช้ความรู้พัฒนาตัวเองขึ้น สร้างฐานวิชาชีพ ร่วมกับสังคม ทำให้สังคมดีได้
2. ระบบบริการทางกายภาพบำบัด	-	2) ควรเน้นให้วิชาชีพมีส่วนร่วมกับการพัฒนาสังคม 3) มีการประสานความร่วมมือกับภาคประชาชน ควรสอบถามความคิดเห็นของประชาชนที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพทางกาย ประชาคมสุขภาพที่มีอยู่แล้วควรทำอะไรเพิ่มเติมได้บ้าง ควรทำงานร่วมกันกับเครือข่ายประชาคมสุขภาพที่มีอยู่เพื่อสร้างความเข้มแข็ง และสร้างเครือข่ายใหม่ เนื่องจากเป็นการแบ่งเบาภาระการทำงานของกายภาพบำบัด เป็นการกระจายงานที่เหมาะสม
3. เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด	1) พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจยังไม่ชัดเจนในเชิงปฏิบัติ เนื่องจากเรายังไม่ได้ปฏิบัติตามนโยบายที่สร้างมา ดังนั้น การกระจายอำนาจจึงยังไม่เกิดขึ้นจริง ประชาชนจึงเสียประโยชน์ ผลที่เกิดขึ้นจึงมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยผลทางลบเกิดจากการเปลี่ยนมือของผู้ถืออำนาจและการใช้เงินในท้องถิ่นไม่ครอบคลุม จึงไม่มีการจัดการองค์ความรู้เกิดขึ้น 2) ขาดความใส่ใจต่อการศึกษาในภูมิปัญญาของท้องถิ่น 3) ภูมิปัญญาถูกศึกษาแค่เพียงผิวเผิน	4) มีกลไกทางการเมืองที่สนับสนุนการจัดการความรู้และการสร้างเครือข่าย 5) เน้นการวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี เน้นการจัดการสังคมให้มีส่วนร่วมระหว่างหลายๆ องค์การ เช่น การจัดการศึกษาในระดับปริญญาโทและเอกควรมีวิจัยร่วมกัน เน้นงานวิจัยสหวิชาชีพ ซึ่งต้องส่งผลกระทบต่อสังคม เป็นการผสมผสานหลายๆ วิชาชีพและการบริการให้เป็นตัวเลือกใหม่ 6) การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นควรลึกลงในรายละเอียดให้มากกว่าปัจจุบัน ใช้หลักการและเหตุผลทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการ

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
		อธิบายภูมิปัญญาเหล่านั้นว่าถูกต้องหรือไม่ มีการจัดการองค์ความรู้เพื่อประชาชน เช่น การนวดในเด็กพิการ อาจจะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ เป็นต้น ประชาชนควรได้รับความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องทั้งในเชิงบวกและลบ มองถึงวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามยุคสมัย เพราะเยาวชนทุกวันนี้ถูกเร้าโดยเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป 7) ในเรื่องของการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น บางครั้งวิทยาศาสตร์ไม่สามารถใช้อธิบายได้ จำเป็นต้องใช้วิธีการมองที่ถูกต้องเหมาะสม 8) ในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ต้องมีการหาทางออกที่เป็นเป้าหมายร่วมกัน โดยเน้นค่านิยม ภูมิปัญญาตะวันออก ให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เลือกรูปแบบวัฒนธรรมที่ดีและมีประโยชน์มาใช้ ดึงนโยบายรัฐบาลมาปรับให้สอดคล้องและมีแนวคิดในการจัดการวิชาชีพต่อทุกๆ สาขา มองถึงกลไกที่สร้างความรู้ต่อกับวิชาชีพให้นำไปใช้ได้ ส่งเสริมให้สร้างฐานความรู้ในวิชาชีพนั้นให้มากขึ้น รวมทั้งสร้างความรู้บนฐานความคิดใหม่ เอาความรู้ไปเชื่อมประเด็นทางสังคมให้ได้ รวมทั้งเชื่อมต่อการจัดการทางตลาดที่เป็นจริงให้พอดีกันหาวิธีให้สาธารณะมีพลังมากขึ้น ให้เป็น public service จริงๆ ไม่ใช่แค่หน่วยจัดการความรู้อย่างเดียว ให้เป็น health or social care

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
		นี้ถึง change agent และความร่วมมือใหม่ๆ เพราะเปลี่ยนรัฐบาลยาก 9) มีองค์กรและหน่วยงานให้ความรู้เพื่อสุขภาพ มีการกระจายความรู้ตั้งแต่ในระดับสถานศึกษา มุ่งยุทธศาสตร์ในภาคประชาชน ให้มีการเปลี่ยนกระบวนทัศน์เหมือนกัน ดังนั้น นักวิชาชีพและประชาชนจึงต้องมียุทธศาสตร์ร่วมกัน เป็น two-way communication ประชาชนต้องดูแลตัวเอง ตระหนักด้วยตนเองไม่ใช่จากนักวิชาชีพเป็นคนบอก
4. การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนด้วยวิธีการทางกายภาพและกายภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชน	4) การเปิดเขตการค้าเสรีร่วมกับภาวะสุขภาพนิยมต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ เป็นแค่การตอบสนองต่อเจ้าของผลิตภัณฑ์เท่านั้น มีการใช้เครื่องมือทางวิชาการมาใช้ทำการค้าการตลาดเพื่อขายสินค้าเท่านั้น ยังขาดการคำนึงถึงจรรยาบรรณควบคู่ไปกับการตลาด 5) ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ 5.1 ปัจจุบันประชาชนมองทางด้านกายมากเกินไป จึงเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะทางกายเท่านั้น อาจมีการมองเรื่องของจิตวิญญาณ แต่ไม่มีการลงลึกถึงสภาวะ การมองสุขภาพที่ดีหมายถึงอะไรยังไม่ครอบคลุมวิถีทัศน์และกระบวนการให้ทั่ว	10) คำนึงถึงจรรยาบรรณควบคู่ไปกับการตลาด ไม่ใช่เครื่องมือวิชาการมาใช้ในการค้าการตลาดเพื่อขายสินค้า 11) รัฐบาลต้องมีการจัดการเรื่องนโยบายและเครือข่ายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน 12) ในการสร้างเครือข่าย ควรเน้นการสร้างภูมิปัญญาให้กับชุมชนก่อน ● เน้นกระบวนทัศน์เรื่องการก้าวข้ามการป่วยและความพิการได้อย่างไร และรู้เท่าทันสภาวะของโรค 13) เสริมสร้างภูมิปัญญาในการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาองค์ความรู้และกระบวนการให้เหมาะสมในแต่ละชุมชน ให้ประชาชนต้องเป็นคนตัดสินใจเองและสามารถ

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
	ยังขาดการปรับเปลี่ยนที่กระบวนทัศน์สุขภาพที่เน้นเรื่องการก้าวข้ามการป่วยได้อย่างไร ยังขาดการรู้เท่าทันสภาวะของโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์มีปัญหาทางกายแต่สามารถอยู่อย่างมีความสุขได้เนื่องจากสภาวะจิตใจดี หรือผู้ป่วยผู้สูงอายุ เป็นต้น 5.2 ประชาชนยังขาดความรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติเนื่องจากขาดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ทำให้ปฏิเสธไม่ยอมรับว่ามีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น 5.3 ด้านเศรษฐกิจ ประชาชนไม่มีเวลา เนื่องจากต้องทำมาหากิน มองว่าปัญหาสุขภาพไม่ใช่เรื่องจำเป็น ไม่ใช่ปัญหาอันดับต้น อาจเป็นไปได้ว่าสุขภาพร่างกายดีแต่ใจไม่ดีก็ได้ ประชาชนยึดติดกับวัตถุ มองสุขภาพไม่เป็นองค์รวม 6) การคุ้มครองผู้บริโภคยังครอบคลุมไม่ทั่วถึง ไม่เข้มแข็งเพียงพอ เนื่องจากประชาชนไม่มีส่วนร่วม ไม่เกิดภูมิปัญญา ดังนั้น การเข้าถึงและการวิเคราะห์ข้อมูล จึงเป็นเพียงเฉพาะด้านเท่านั้น	เลือกได้เอง 14) สร้างโอกาสและทางเลือกให้กับปัจเจก มองประชาชนเป็นปัจเจก มีพื้นที่และโอกาสให้คนได้คิดตามวิถีที่ควรเป็น เช่น ไม่ใช่เดินแอโรบิคตามกระแส ควรให้คนเริ่มต้นจากตนเอง โดยที่ปัจเจกนั้นไม่ถูกกำหนดให้เป็นไป แต่ต้องรับรู้ด้วยตนเองว่ามีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายของตน 15) ดึงนโยบายของรัฐมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการหนุนและปรับเปลี่ยนวิถีคิด เช่น สปา ทำอย่างไรกายภาพบำบัดถึงจะมีบทบาท ในปัจจุบันสปาจะอยู่ในรูปการท่องเที่ยวมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ทางออกในการแก้ปัญหาที่รัฐบาลอาจต้องลงทุนสูง เช่น สอนสาธารณะในแต่ละจังหวัด ควรใช้เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย เน้นความร่วมมือขององค์กร เช่น สวรส. ฯลฯ ให้มี health center ที่มี health personal อยู่ร่วมกัน โดยอาจเริ่มจากสถาบันสุขภาพใหญ่ เช่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น 16) พัฒนากลไกและโครงสร้างพื้นฐานเพื่อพัฒนาสุขภาพ เช่น การใช้สถานที่ธรรมชาติที่มีอยู่ 17) สร้างวัฒนธรรมในการดูแลกันเองในสังคม 18) พัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมให้เป็นระบบเครือข่ายชุมชน

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
		19) เสริมบทบาทของสื่อสารมวลชนให้มีบทบาทต่อสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น ทำให้คนที่ไม่รู้ได้รับรู้ข่าวสาร เป็นกลไกที่มีผลอย่างสูงต่อการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ดังนั้น สื่อสารมวลชนควรมีกระบวนทัศน์และการจัดการองค์ความรู้ที่ดี สื่อท้องถิ่น mass และสื่อข้ามชาติก็มีผลเช่นเดียวกัน

ประเด็นที่ 4 : การมีส่วนร่วมของภาคของประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบกายภาพบำบัด

ความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 4 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข สรุปได้ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 สรุปความคิดเห็นจากที่ประชุมกลุ่มย่อยที่ 4 เกี่ยวกับสถานการณ์และประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และแนวทางการแก้ไข จำแนกตามหัวข้อในรายงาน สถานภาพ (position papers)

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
1. การจัดการ กำลังคนทาง กายภาพบำบัด	1) แนวโน้มของสังคมโลกที่มีการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนอย่าง อิสระ จะทำให้การค้าเสรีเป็นกระแสสำคัญในการสร้างเศรษฐกิจ ของประชาคมโลก แต่แนวโน้มที่ประเทศที่ด้อยกว่าจะเสียเปรียบ ในเชิงการค้ามีมากขึ้นจากการเอาเปรียบและบีบบังคับของประเทศ ที่พัฒนาแล้ว ด้วยการจัดทำข้อตกลงการค้าแบบทวิภาคีหรือ ภูมิภาคนิยม ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งมั่นในการเปิด เสรีการค้าบริการสุขภาพและการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนา ประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย ความต้องการ กำลังคนในธุรกิจสุขภาพจะมากขึ้น และจะเกิดการถ่ายเทนัก วิชาชีพกายภาพบำบัดไปสู่ภาคเอกชน ซึ่งกระทบต่อกำลังคนที่ ให้บริการประชาชนระดับล่างมากขึ้น	-

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
2. ระบบบริการทางกายภาพบำบัด	-	-
3. เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด	2) การค้าเสรีและยุทธศาสตร์ศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย กระตุ้นให้เกิดการนำองค์ความรู้และวิธีการทางกายภาพมาแปลงในเชิงการค้า เพื่อสร้างรายได้มากขึ้น และจะละเลยคุณค่าของวิธีการทางกายภาพในเชิงสังคม และจิตวิญญาณ 3) องค์ความรู้และวิธีการทางกายภาพแต่ดั้งเดิมมีอยู่ในท้องถิ่นมานานแล้ว แต่ไม่มีการจัดการให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน	1) การปรับทัศนะของนักวิชาชีพ/นักวิชาการ/นักวิจัยให้หันมามหาประชาชนและสังคม คิดจากบริบทของประชาชน และเข้าร่วมบูรณาการความรู้เพื่อนำไปใช้อย่างเหมาะสม 2) การบูรณาการภูมิปัญญาและทักษะควรเกิดขึ้นจากความร่วมมืออย่างกว้างขวางไม่ว่าจะเป็นความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสาขาต่างๆ สถาบันการศึกษา และชุมชน โดยสหวิชาชีพ/องค์กรวิชาชีพควรมีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้ สถาบันการศึกษาต้องสร้างความรู้และเข้าร่วมวิจัยกับสังคม และเข้าร่วมกับชุมชน 3) การใช้การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความรู้ควรให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและพึ่งตนเองของประชาชนได้ ด้วยวิธีการเข้าร่วมกับประชาชน/สังคมในการสร้างความรู้ ไม่ใช่ให้ประชาชนมาร่วม

หัวข้อ	สถานการณ์ปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข
4. การดูแล สุขภาพตนเอง ของประชาชน ด้วยวิธีการทาง กายภาพและ กายภาพบำบัด ในมุมมองของ ภาคประชาชน	4) การปะทะกันขององค์ความรู้และวิธีการทางกายภาพ 2 กระแส คือ กระแสตะวันตกและตะวันออก แต่เดิมวิธีการทางกายภาพ ตะวันออกปรับใช้ประชาชนและสังคมมายาวนาน เมื่อกระแส ตะวันตกมาแทนที่ทำให้องค์ความรู้ดั้งเดิมถูกละเลย ส่งผลให้ ประชาชนดูแลตนเองน้อยลง เพราะถูกสอนให้พึ่งพิงบริการภาครัฐ ซึ่งเป็นการใช้องค์ความรู้และวิธีการทางกายภาพกระแสตะวันตก มากเกินไป ทำให้ดุลยภาพของทั้งสองกระแสเสียไป	4) กระแสการค้าเสรีและมุมมองสุขภาพเชิงการค้าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยง ได้ยาก ดังนั้น จะต้องสร้างสมดุลของการใช้องค์ความรู้และวิธีการ ทางกายภาพทั้งสองกระแส เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเอง ในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น 5) การสร้างความยอมรับภูมิปัญญาท้องถิ่น รื้อฟื้นความเชื่อมั่นของ ประชาชนต่อภูมิปัญญาที่มีอยู่ ให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม เป็นเจ้าของ และทำลายความรู้สึกพึ่งพิงการดูแลสุขภาพจาก ภายนอก

4.3.2 แนวโน้ม (Trend)

แนวโน้ม (trends) เป็นปัจจัยหรือตัวแปรสำคัญที่ค่อนข้างแน่ใจว่าจะต้องเกิดขึ้น หรือเป็นเช่นนั้นในอนาคตภายในกรอบเวลา เป็นตัวแปรที่ทราบล่วงหน้า (predetermined elements) และหลีกเลี่ยงไม่ได้ ใช้บอกทิศทางและวิเคราะห์ผลกระทบต่อประเด็นสำคัญได้ในระดับหนึ่ง (ฉัตรวรวิญ องค์กรสิงห์, บรรยาย 6 สิงหาคม 2547)

ที่ประชุมได้นำเสนอแนวโน้มด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ผู้พิการเพิ่มขึ้น ภาระงานกายภาพเพิ่มขึ้น
- 2) ประชาชนมีความรู้ เข้าถึงแหล่งความรู้มากขึ้น และพัฒนาสุขภาพตามวิถีชีวิตตนเองดีขึ้น
- 3) ประชาชนมีความตื่นตัวทางสุขภาพ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของบริการทางกายภาพบำบัด
- 4) ประชาชนดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง พึ่งระบบโรงพยาบาลน้อยลง
- 5) การแยกเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้การดูแลสุขภาพกันเองในครอบครัวลดลง
- 6) สร้างเครือข่ายการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม
- 7) เห็นเรื่องทางกายสำคัญกว่าทางจิตเพิ่มขึ้น
- 8) การสนับสนุนกระแสแนวคิดเรื่องสุขภาพะ ทำให้มีการจัดการสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น
- 9) ระบบทุนครอบงำระบบคิดของประชาชนเพิ่มขึ้น ทั้งในระบบตลาดและการแข่งขัน
- 10) สินค้าส่งเสริมสุขภาพมีแพร่หลายมากขึ้น ทั้งที่มีประโยชน์และไม่มีประโยชน์
- 11) สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการแพทย์กระแสหลัก
- 12) ความเจริญของเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยจะส่งเสริมประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น
- 13) งานกายภาพบำบัดทั้ง 4 ด้าน มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลดีขึ้น
- 14) ระบบเทคโนโลยีผสมผสานกับองค์ความรู้พื้นบ้านจะเข้าถึงชุมชนมากขึ้น และมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั้ง 4 ด้าน
- 15) ประชาชนเรียกร้องสิทธิและมีบทบาทในเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้น (ความเป็นธรรม คุณภาพบริการ การเข้าถึง)
- 16) นโยบายสาธารณสุขในเรื่องระบบสุขภาพที่ชัดเจนทำให้ระบบกายภาพดีขึ้น
- 17) ระบบบริการสุขภาพกลับทำให้ประชาชนพึ่งตนเองน้อยลง

- 18) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพมากขึ้น
- 19) การปกครองเป็น bad governance ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทุกเรื่อง (ประชาชนพึ่งพิงตนเองน้อยลง)
- 20) มีการกระจายบริการกายภาพบำบัดไปทุกระดับ (ปฐมภูมิ ถึง ทุติยภูมิ)
- 21) การเปลี่ยนแปลงของระบบการศึกษาจะทำให้ได้นักกายภาพบำบัดที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ
- 22) ศาสตร์ตะวันออกได้รับความนิยมมากขึ้น ส่งผลต่อองค์ความรู้ทางกายภาพบำบัด
- 23) การเปิดเสรีทางการแพทย์จะก่อให้เกิดมาตรฐานการบริการแตกต่างกัน (double standard)
- 24) อัตรากำลังของกายภาพบำบัดจะเพิ่มขึ้น

การจัดลำดับความสำคัญของแนวโน้ม โดยใช้เทคนิคการให้ดาวคะแนน ได้ผลดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แนวโน้ม (trends) ที่น่าจะเกิดขึ้นใน 10 ปีข้างหน้า เรียงลำดับตามคะแนน

ลำดับ	แนวโน้ม	คะแนน
1	การสนับสนุนกระแสแนวคิดเรื่องสุขภาวะ ทำให้มีการจัดการสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น	20
2	องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพมากขึ้น	19
3	สร้างเครือข่ายการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม	17
4	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศกับองค์ความรู้พื้นบ้านจะเข้าถึงชุมชนมากขึ้น และมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั้ง 4 ด้าน	15
5	ประชาชนเรียกร้องสิทธิและมีบทบาทในเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้น (ความเป็นธรรม คุณภาพบริการ การเข้าถึง)	13
6	ประชาชนมีความรู้ เข้าถึงแหล่งความรู้มากขึ้น และพัฒนาสุขภาพตามวิถีชีวิตตนเองดีขึ้น	12
7	การปกครองเป็น bad governance ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทุกเรื่อง (ประชาชนพึ่งพิงตนเองน้อยลง)	8
8	เห็นเรื่องทางกายสำคัญกว่าทางจิตเพิ่มขึ้น	8
9	ระบบทุนครอบงำระบบคิดของประชาชนเพิ่มขึ้น ทั้งในระบบตลาดและการแข่งขัน	6
10	ผู้สูงอายุ, ผู้หญิง, ผู้พิการเพิ่มขึ้น ภาระงานกายภาพเพิ่มขึ้น	6
11	ศาสตร์ตะวันออกได้รับความนิยมมากขึ้น ส่งผลต่อองค์ความรู้ทางกายภาพบำบัด	6

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ลำดับ	แนวนโยบาย	คะแนน
12	มีการกระจายบริการกายภาพบำบัดไปทุกระดับ (ปฐมภูมิ ถึง ทติยภูมิ)	5
13	การเปลี่ยนแปลงของระบบการศึกษาจะทำให้ได้นักกายภาพบำบัดที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ	4
14	นโยบายสาธารณสุขในเรื่อง ระบบสุขภาพที่ชัดเจนทำให้ระบบกายภาพดีขึ้น	4
15	ประชาชนมีความตื่นตัวทางสุขภาพ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของบริการทางกายภาพบำบัด	4
16	ประชาชนดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง พึ่งระบบโรงพยาบาลน้อยลง	4
17	แยกเป็นครอบครัวเดี่ยว ดูแลสุขภาพกันเองในครอบครัวลดลง	3
18	การเปิดเสรีทางการแพทย์จะก่อให้เกิดมาตรฐานการบริการแตกต่างกัน (double standard)	2
19	ความเจริญของเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยจะส่งเสริมประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น	2
20	อัตรากำลังของกายภาพบำบัดจะเพิ่มขึ้น	1
21	สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการแพทย์กระแสหลัก	1
22	สินค้าส่งเสริมสุขภาพมีแพร่หลายมากขึ้น ทั้งที่มีประโยชน์และไม่มีประโยชน์	0
23	งานกายภาพบำบัดทั้ง 4 ด้าน มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลดีขึ้น	0
24	ระบบบริการสุขภาพกลับทำให้ประชาชนพึ่งตนเองน้อยลง	0

4.3.3 ความไม่แน่นอน (Uncertainty)

ความไม่แน่นอนมีความสำคัญต่ออนาคต เหตุการณ์หรือปัจจัยที่จะส่งผลต่อเหตุการณ์ที่จะดำเนินต่อจากปัจจุบันไปยังอนาคต ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการพลิกผัน ดังนั้นการมองหาลู่ทางเหล่านี้จะต้องวิเคราะห์เหตุการณ์แวดล้อมหลายๆ ด้านอย่างผสมผสาน โดยคำนึงถึงด้านการเมือง การปกครอง ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (ฉัตรวิทย์ องค์กร, การบรรยาย 6 สิงหาคม 2547) ที่ประชุมได้วิเคราะห์พิจารณาถึงสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในช่วง 10 ปีข้างหน้า สรุปได้ ดังนี้

- 1) วิฤตเศรษฐกิจ (ส่งผลต่อระบบกายภาพบำบัด)
- 2) วิฤตพลังงาน (ส่งผลต่อระบบกายภาพบำบัด)
- 3) ขบวนการก่อการร้ายขยายตัวในประเทศ ระบบบริการสุขภาพถูกจำกัด

- 4) แพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาและเป็นที่ยอมรับ (มากกว่ากายภาพบำบัด)
- 5) เศรษฐกิจทุนนิยมสุดขีด (ส่งผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัด)
- 6) เปลี่ยนแปลงรัฐบาลปัจจุบัน (ทำให้นโยบายประกันสุขภาพเปลี่ยน)
- 7) รัฐบาลไม่เพิ่มกรอบอัตราค่าจ้างนักกายภาพบำบัดเลยในอีก 10 ปีข้างหน้า
- 8) เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ (ธรรมชาติบำบัด)
- 9) อัตราและจำนวน คนป่วย คนพิการ ที่ต้องการการดูแล (อุบัติเหตุ, อัมพาต)
- 10) การรวมตัวของภาคประชาชนในการพึ่งตนเอง
- 11) สงครามนิวเคลียร์ (ทำให้เหยื่อสงครามต้องการรักษากายภาพบำบัดมากขึ้น)
- 12) ค่านิยมของสังคมในการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว
- 13) การเปิดเสรีด้านการค้าบริการด้านสุขภาพ
- 14) พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (กลไกและสาระ)
- 15) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 16) การพัฒนาทางด้านนาโนฯและพันธุวิศวกรรม (หุ่นยนต์, พืช GMO)

4.3.4 ภาพอนาคต

ขั้นตอนการเขียนภาพอนาคตประกอบด้วย

- 1) ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกความไม่แน่นอนที่ได้จากการระดมสมอง
ในขั้นตอนที่ผ่านมา เพื่อนำมาเขียนเป็นข้อกำหนดสำหรับภาพอนาคต
(scenario logic) โดยเลือกได้ความไม่แน่นอน 2 ชุด
- 2) สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันใช้ข้อมูลแนวโน้มและความไม่แน่นอน ในการเขียน
ข้อกำหนดภาพอนาคต (scenario logic) โดยสมมติสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใน
อนาคต ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2557 โดยชี้ให้เห็นถึง
 - 2.1 ผลกระทบจากแนวโน้มและความไม่แน่นอนต่อระบบกายภาพบำบัดของ
ประชาชนไทยมีอะไรบ้าง
 - 2.2 ลักษณะสำคัญของอนาคตดังกล่าวประกอบด้วยอะไรบ้าง
 - 2.3 บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ประกอบด้วย ใครบ้าง มีส่วนอย่างไรต่อระบบ
กายภาพบำบัด
- 3) สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันพัฒนาภาพอนาคตจากข้อกำหนดในแต่ละชุด ด้วย
ความเป็นเหตุเป็นผลของเหตุการณ์ และได้ตั้งชื่อเรื่องให้สอดคล้องกับภาพ
ดังกล่าว

4.3.4.1 กลุ่มที่ 1 - สังคมเทคโนโลยี

ความไม่แน่นอน ข้อที่

- | | |
|---|------|
| 1) สงครามนิวเคลียร์ (ทำให้เหยื่อสงครามต้องการรักษาสุขภาพบำบัดมากขึ้น) | (11) |
| 2) การพัฒนาทางด้านนาโนฯและพันธุวิศวกรรม (หุ่นยนต์, พืช GMO) | (16) |
| 3) การเปิดเสรีด้านการค้าบริการด้านสุขภาพ | (13) |
| 4) เศรษฐกิจทุนนิยมสุดขั้ว (ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพบำบัด) | (5) |

ลักษณะสำคัญของอนาคต

1) สงครามนิวเคลียร์

- เกิดจากกลุ่มประเทศมหาอำนาจโดยเฉพาะอเมริกาโจมตีตะวันออกกลาง และประเทศเกาหลี (และอาจรวมถึงประเทศที่ซุ่มทำอาวุธนิวเคลียร์ เช่น จีน)ประเทศที่มีการขัดแย้งกับประเทศข้างต้น จะอยู่ในเครือข่ายจะถูกโจมตี (ประเทศไทยจะรวมอยู่ด้วย) ประมาณ 1/4 ของผู้คนจะเสียชีวิต ประชากรที่เหลือจะบาดเจ็บและพิการ นักกายภาพบำบัดมีไม่เพียงพอ ประชาชนจะหาหนทางให้ตนเองอยู่รอด
- เมื่อเกิดสงครามแหล่งทรัพยากร (source) จะหายไป เกิดการแย่งชิงทรัพยากร โดยเฉพาะน้ำมันซึ่งจะน้อยลงและแพงขึ้น ซึ่งจะเป็นตัวเป็นขัดขวางการพัฒนาไปสู่ high technology และเป็นตัวผลักดันให้กระแสรวมชาติแรงขึ้น เพราะคนเมืองตาย คนชนบทอยู่
- การเกิดสงคราม อาจทำให้เกิดการอพยพมาสู่ประเทศไทย รวมทั้งอพยพจากสังคมเมือง อาจทำให้วิถีชีวิตทางสุขภาพมีไม่เพียงพอ

2) การพัฒนาทางด้านนาโนฯและพันธุวิศวกรรม (หุ่นยนต์, พืช GMO)

- การพัฒนานาโนเทคโนโลยี ประเทศที่พัฒนาเป็นตัวควบคุมเทคโนโลยีทั้งหมดและเป็นตัวได้เปรียบในการแข่งขัน ประเทศที่ไม่สามารถผลิตได้ ต้องพึ่งพาประเทศผู้ผลิต เป็นเมืองขึ้นทางเศรษฐกิจ
- 2547 มีงานวิจัย GMO ในสัตว์ ตัวแรกๆ จะเป็นสัตว์น้ำ หมู วัว
- มีการพยายามทำให้เกิดมูลค่าเพิ่มโดยการผลิตยาจากพืช GMO เพราะสินค้าที่เป็นอาหารจะต้องถูกบังคับติดฉลาก และผู้ผลิตยาที่ดีก็จะติดฉลากเพราะคุ้มทุนมากกว่า ตลอด

ห่วงโซ่ผลิตภัณฑ์จะต้อง define ให้ชัดเจน เช่น กล้วยหอมที่บริโภคเข้าไปแล้วเป็นวัคซีนในตัว หรือเป็นข้าวโพดแล้วมาสกัด

- แบคทีเรียที่ผลิตกรดอะมิโน ใช้ในการผลิตยา เป็น GMO
- อเมริกาเริ่มปลูกพืช GMO ที่ผลิตยาในแถบทะเลทราย
- สัดส่วนของพืชเกษตรเป็น GMO ยังต่ำกว่าเกษตรธรรมชาติ
- มี capsule GMO ที่กินแล้วสุขภาพดี
- มีการติดสลากมาตรฐานการบริการสุขภาพ ที่จัดโดยรัฐและภาคเอกชน ภาครัฐได้รับงบประมาณสนับสนุน และเป็น mass ไม่ใช่ individual มีการกำหนดมาตรฐานการบริการ
- มีวิธีบำบัดรักษาที่ใช้เทคนิคพันธุวิศวกรรมคือ stem cell เพื่อรักษาโรค แต่ข้อได้เปรียบด้านจริยธรรม ซึ่งในคนไข้สูงอายุ ต้องเอา stem cell จากตัวอ่อน เช่น คนไข้ Parkinson เอา stem cell ไปเพาะเลี้ยงและปลูกในสมอง
- stem cell therapy อาจมีผลต่อกายภาพบำบัด คือ คนแก่มากขึ้น คนตายน้อยลง
- Technology stem cell ไปไม่ถึงคนกลุ่มล่างในสังคมชนบท
- Technology stem cell ทำให้เกิดอาชญากรรม หรือการซื้อขายอวัยวะคน มีการออกกฎหมายมารองรับ
- คนพิการทางสมองด้านสติปัญญาและการสื่อสาร ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองพิการ ไปรักษา biotherapy ซึ่งฉีดยาบำรุงที่สมอง ครั้งละ 10,000 บาท ซึ่งทำโดยนักวิทยาศาสตร์ และเปิดบริการโดยไม่มีใบประกอบโรคศิลป์ เป็นงานวิจัย หลักการคือเอาเซลล์เข้าไปรักษาเซลล์ ซึ่งมีความจริงอยู่บ้างแต่ต้องวิจัยออกมา เป็นการใช้อำนาจมือตรวจและวินิจฉัยปัญหา และเครื่องจะบอกวิธีการรักษาว่าใช้เซลล์ชนิดใด
- ปี 54-56 น่าจะมี nano robot therapy for movement
- อาจมี package สำเร็จรูป เรื่องสุขภาพที่ robot เป็นผู้กระทำ
- มีการใช้ robot ทางกายภาพบำบัดในอเมริกา ทำงานแทนนักกายภาพบำบัด/เป็นผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด มีการใช้เพื่อประเมินและให้การรักษา passive movement มีการสร้างแว่น ที่กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกาย
- มีการเตรียมชุมชนเพื่อให้สามารถตาม extremely high technology ได้ทัน โดยนักวิชาการเข้าไปให้ความรู้แก่ชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนมีความรู้ และสามารถรับและใช้ technology ต่างๆ ได้ นักวิชาการนี้อาจมาจากคนในชุมชนเองที่ถูกส่งไปเรียน
- ผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขรู้เท่าทัน technology มีการส่งเสริมให้ครูกับบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปในชุมชน พยายามผสมผสานวิทยาศาสตร์เข้ากับวิถีธรรมชาติ

เพราะเทคโนโลยีที่พัฒนาไปมากก็อาจจะไม่สามารถรักษาได้ คนก็ต้องกลับมาสู่วิถีธรรมชาติตลอด

- 2556 มีการใช้ somatic cell nuclear transfer มีการนำเซลล์จาก embryo อายุ 5 วัน ย้าย nucleus ไปใส่ไข่ มาเข้าสู่กระบวนการพันธุวิศวกรรมในกรณี DNA บกพร่อง มีข้อโต้แย้งว่าผิดจริยธรรมหรือไม่ somatic cell nuclear transfer (ต้องการไข่ของผู้หญิงที่ตกไข่) จะเกิดการซื้อขายไข่จากผู้หญิง ซึ่งต้องมี moral standard หรือกฎหมายมาควบคุม

3) การเปิดเสรีด้านการค้าบริการด้านสุขภาพ

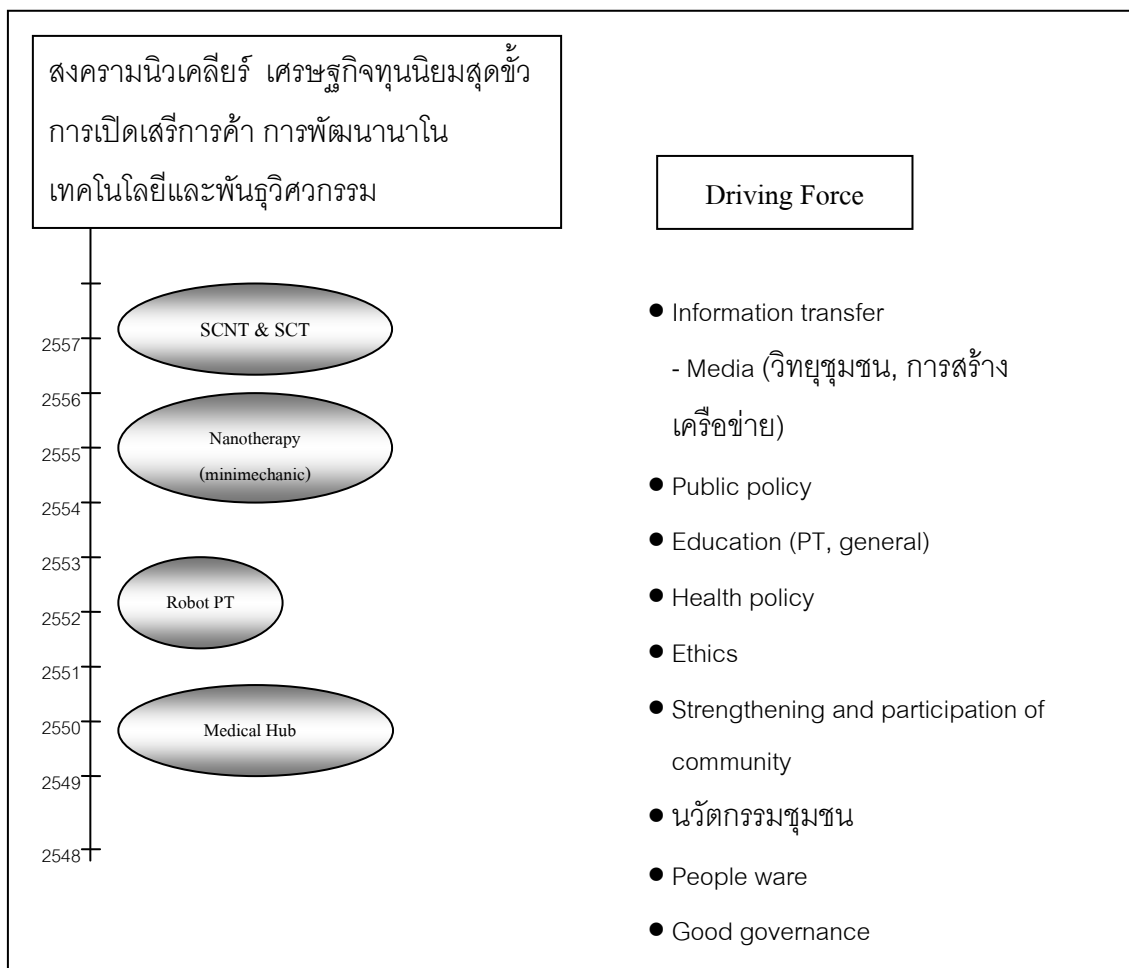
- การเปิดเสรีทางการค้า ทำให้เกิดการแย่งชิงน้ำมัน พลังงาน ทรัพยากรของโลก เกิดการแย่งชิงตลาด เป็นชนวนกลับไปทำให้เกิดสงครามนิวเคลียร์ ซึ่งสงครามนี้จะเกิดในพื้นที่ไม่กว้างนัก
- การเปิดเสรีทำให้เทคโนโลยีนี้เข้ามา แต่จะอยู่ในหมู่คนรวย และต่างชาติแห่เข้ามารักษา แต่คนจนไม่สามารถใช้ได้
- ในเชิงกายภาพบำบัด การเปิดเสรีทางการค้าของกายภาพบำบัด อาจเป็น program ที่มีการดูแลจัดการที่มีประสิทธิภาพ เช่น ในอนาคตอาจมี robot และยาที่ไม่ต้องออกกำลังกาย ยาที่กินแล้ววันเดียวพอม trend คือการต่อสู้กับการดูแลสุขภาพของครอบครัว กายภาพบำบัดจะเข้าไปมีบทบาทอย่างไร เกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัว
- การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านโดยเฉพาะการนวดถูกพัฒนาไปจนกลายเป็นสินค้า มีการส่งออกหมวดนี้ วิถีชุมชนถูกทำลาย
- ศาสตร์ทุกอย่างทั้ง high technology และเทคโนโลยีพื้นบ้านมีพื้นที่ของมัน ประชาชนมีความรู้ในการเลือกใช้อย่างเหมาะสม
- คนในสังคมเมืองมีทางเลือก 2 ทาง คือ high technology กับ ธรรมชาติ
- คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ และรักษาวิถีชุมชนที่ดี

4) เศรษฐกิจทุนนิยมสุดขั้ว (ส่งผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัด)

- การเปิดเสรีการค้าเป็นแค่หน้าฉากที่เอามาหลอกประเทศต่างๆ แต่ส่วนลึกคือทุนนิยม
- ต่างประเทศมีอิทธิพลต่อการกำหนดมาตรฐานการบริการสุขภาพของไทย ทำให้เกิด 2 นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ และเกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนไปในที่ที่มีค่าตอบแทนสูงกว่า
- ชีวิตมีความเร่งรีบ แต่มีแนวโน้มที่ทำให้คนหันกลับมาใช้ชีวิตแบบวิถีชุมชนกลับไปอยู่ในชนบท หรือใช้วิธีการแบ่งโซน ซึ่งทำให้วิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยน เช่น เรียนโรงเรียนใกล้บ้าน นวัตกรรมทางกายภาพบำบัด จะมี 2 นวัตกรรม (1) เป็นแบบ high technology ซึ่งรับจากตะวันตก (2) แบบเป็นนวัตกรรมที่ปรับเข้าหาพื้นบ้าน

- คนแก่ต้องการได้รับการดูแลมากขึ้น เพราะเทคโนโลยียังพัฒนาไม่สำเร็จ
- ประชาชนส่วนใหญ่รู้เรื่องสุขภาพ แสวงหาวิธีการ แต่ไม่ค่อยมีเวลา ข้อเสนอคือสร้างโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ มีการแก่งแย่งตลาดของโปรแกรมนี้อยู่
- ภาพของคนระดับรากหญ้า ภาพบวกคือคนในระดับรากหญ้าได้รับการเรียนรู้จนสามารถมองเห็นศักยภาพและสิ่งที่มีคุณค่าของตนเอง คนรากหญ้ามียี่สิบ มีสุขภาพอนามัยและความมั่นคงในชีวิต มีการเลือกใช้เทคโนโลยีสูงอย่างเหมาะสม ภาพลบคือคนในชนบทถูกหลอกให้โง่ วิ่งตามกระแสทุนนิยม ละทิ้งคุณค่า หันมาเห็นความสำคัญของเงินมากกว่าสุขภาพ สิ่งที่มีคุณค่าจะถูกทำลาย ชนบทจะอ่อนแอ ปัญหาหมักหมม คนรากหญ้าจะเป็นทาสของทุนนิยม
- กระแสทุนนิยมสุดขั้วกับสุขภาพองค์รวมมีความแรงเท่ากัน
- มีการสร้างเครือข่ายนักวิชาการในการเฝ้าระวังเรื่องสินค้า (สุขภาพ) ที่จะเข้าไปสู่ชุมชน มีการให้ข้อมูลกับประชาชนในการเลือกใช้สินค้า สามารถคัดกรองและตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่มีอยู่
- องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้มีสถานีวิทย์ชุมชน ที่จัดรายการภายในชุมชน บอกเล่าเรื่องราวภายในชุมชน บอกเล่าสินค้าในด้านลบ บอกเล่าหรือสนับสนุนการค้าสินค้าในชุมชน
- มีการใช้กลไกการจัดการความรู้ (knowledge management) เข้าไปหาศักยภาพของชุมชน ค้นหาวัฒนธรรมชุมชน ส่งเสริม และนำความรู้นั้นไปเผยแพร่
- มี พบ.การศึกษาชุมชน ที่ชุมชนสร้างหลักสูตรการศึกษาขึ้นเอง ที่เหมาะสมกับชุมชน และพื้นที่ มีการปรับระบบการจัดการศึกษาที่สอนให้เด็กรู้จักอยากค้นคว้าเรียนรู้ในสิ่งที่สนใจ เน้นการเรียนรู้จากชุมชน และมองเป็นวงจร
- สถานศึกษาในชุมชน/ท้องถิ่นร่วมมือกัน ระหว่างกรรมการจากชุมชนที่รู้ปัญหาในชุมชน กับนักวิชาการ เช่น นักกายภาพบำบัดหรือแพทย์ เข้าไปให้ความรู้ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทางรัฐบาล
- มีการทำวิจัยเพื่อนำไปใช้กับคนในชุมชน และคนในชุมชนมีความสามารถในการวิจัยในท้องถิ่น ทุนวิจัยกระจายไปให้การวิจัยท้องถิ่นด้วย
- คนวัยในสังคมเมืองกลับเข้าสู่ธรรมชาติ

ลำดับเหตุการณ์ (time event) ก่อนเกิดภาพอนาคตภาพที่ 1 ในปี พ.ศ. 2558



ภาพที่ 5 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างพ.ศ. 2548-2557 ของภาพอนาคตที่ 1 (SCNT = somatic cell nuclear transfer, SCT = stem cell technology)

ฉากทัศน์ที่ 1 : วันที่ไม่ลืมเลือน

ไฉนไฉน เสียงตะโกนเรียกชายชราอายุ 65 ปี ดังมาจากบ้านหลังใหญ่อาคารฐาน เขารับเดินกึ่งวิ่งกระเผลกๆ ไปตามเสียงเรียก

เสียงดัง เจ้าของเสียงเรียก อายุ 80 ปีแล้ว เจ้าเนื้อ สมบูรณ์ เดินเหินอย่างคล่องแคล่ว เขาเพิ่งได้รับการรักษาจากนพ.ที่มีชื่อเสียงด้านการใช้ somatic cell nuclear transfer รักษาโรคพาร์คินสัน เขาอ่านพบข่าวการประสบความสำเร็จของการใช้เทคนิคการรักษาใหม่เมื่อปีที่แล้ว และพยายามติดต่อขอรับการรักษายู่นนาน แต่ต้องรอคิวนาน รู้จากเพื่อนๆ ร่วมก๊วนไพนกกระจอกว่ามีเสียหลาย

คนจ้องคิดรักษาไว้หลายคน แต่แพทย์ต้องใช้เวลาในการเตรียมเซลล์จากไขของผู้หญิง ซึ่งหาผู้บริจาคยาก ต้องใช้การลักลอบซื้อจากผู้หญิงที่ต้องการขาย ที่สำคัญกฎหมายก็ยังไม่ได้ออกเพื่อป้องกันการลักลอบซื้อขายไขของผู้หญิงด้วย ตำรวจถูกกลุ่มอำนาจซื้อด้วยเงิน จึงปล่อยปละละเลยเรื่องนี้

ลุงไฉนนึกถึงป้าม่อมที่อยู่ห้องแถวข้างบ้าน ซึ่งเริ่มมีอาการเหมือนกับที่เสียตั้ง เพื่อนของป้าม่อมที่เป็นแม่ค้าในตลาดแนะนำให้ป้าม่อมไปรับการฝังเข็มจากหมอจีน ซึ่งคิดค่ารักษาครั้งละ 2,000 บาท ป้าม่อมลองไปมาแล้ว 2 ครั้ง รู้สึกว่าอาการยังไม่ค่อยดี แต่หมอจีนบอกว่าต้องฝังหลายครั้งจึงจะเห็นผล ลุงไฉนอยากจะบอกป้าม่อมให้ไปรักษาแบบเดียวกับเจ้านาย แต่ค่าใช้จ่ายแพงเหลือเกิน ป้าม่อมน่าจะจ่ายไม่ไหว

ลูกชายของลุงไฉน ซึ่งเสียตั้งช่วยส่งเสียให้ได้เรียนมหาวิทยาลัย บอกลุงว่า สงสัยว่าทั้งป้าม่อมและเสียตั้งจะถูกหลอก เพราะอ่านเจอจากนิตยสารทางการแพทย์ว่า มีการเตือนให้ระวังแพทย์ฝังเข็มเถื่อนที่ไม่ได้เรียนมาอย่างถูกต้อง มาหลอกให้ไปรับการรักษา และ stem cell ก็ยังไม่ได้ผลชัดเจน ลุงไฉนงงๆ ว่าถ้าเป็นหมอเถื่อนจริง ทำไมจึงเปิดรักษาคนอยู่ได้ไม่โดนจับ และถ้า stem cell ยังไม่ได้ผล ทำไมหมอจึงเอามารักษาคนและเก็บค่ารักษาแพงๆ ลูกของลุงไฉนพยายามที่จะหาข้อมูลเรื่องนี้ และเปรียบเทียบกับการรักษาตามแบบพื้นบ้านที่เคยรับรู้มา จึงตัดสินใจที่จะกลับไปศึกษาความรู้ที่เคยฝังตัวอยู่ในชุมชนให้มากขึ้น และพบจากผลงานวิจัยที่มีคนทำไว้ว่า มีสมุนไพรบางตัว ที่สามารถรักษาอาการแบบเสียตั้งได้

ลุงไฉนเปิดจดหมายของลุงช่วยเพื่อนรุ่นพี่ที่อยู่บ้านนอกขึ้นมาอ่าน ลุงช่วยบอกว่า เหมือนตายแล้วเกิดใหม่ เมื่อ 2 ปีที่แล้ว รู้สึกเขยิบแขนขาผิดมาก พอเริ่มขยับได้ก็คุ้มมันไม่ได้ เดินเร็วขึ้นๆ จนสะดุดหกล้มไปหลายครั้ง เดือนที่แล้วมีพระพุทธรูปเข้ามาในหมู่บ้าน แนะนำให้ลุงช่วยนั่งสมาธิ และสอนให้ลูกหลานนวดให้ลุง เป็นวิธีการนวดที่พระได้รับการถ่ายทอดมาจากปู่ตายาย ลุงช่วยทำตามทีหลังพอแนะนำอยู่ 2 เดือน รู้สึกร่างกายคล่องแคล่วขึ้นมาก

หลังจากนั้นครึ่งปี เสียตั้งเริ่มเคลื่อนไหวไม่ได้อีกแล้ว หมอบอกว่า stem cell ยังพัฒนาไม่ได้เต็มรูปแบบ ลุงไฉนแนะนำให้เจ้านายไปรักษาที่บ้านเดิมของตนเอง ลุงช่วยซึ่งเคยเป็นและมีประสบการณ์มาช่วยแนะนำการดูแลรักษาตัวเอง และเนื่องจากข้อมูลที่ผ่านวิทยุชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถตามสถานการณ์ใหม่ๆ และเตรียมตัวดูแลตัวเอง นอกจากนั้น ที่นั่นมีต้นไม้และมีคนในชุมชนที่มาที่วัด มาช่วยดูแล มาเอาใจใส่ และมาใช้ในการนวดและสมุนไพรที่พระปรุงขึ้นมารักษาเสียตั้ง การดูแลที่พร้อมไปด้วยทั้งกายและจิตใจในการนั่งสมาธิเพื่อระงับความผิดปกติของร่างกาย การได้ไปร่วมกิจกรรมในชุมชน ทำให้เสียตั้งฟื้นฟูสุขภาพขึ้นทั้งกายและใจ ยิ่งประกอบด้วยพยาบาลที่ร่วมมือกับนักกายภาพบำบัดและอยู่ในสถานเอนกนาค และเป็นผู้ดูแลเรื่องข้อมูลด้วยการติดตามข่าวสารจาก internet มาช่วยดูแลทำให้เสียตั้งสุขภาพดีขึ้นโดยเร็ว

ดังนั้น แม้ในปี 2557 จะเกิดสงครามนิวเคลียร์ที่ตะวันออกกลาง ประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบบ้างในด้านของการขาดแคลนพลังงาน และไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ เนื่องจากมีราคาแพง ทำให้กระแสชุมชนแรงขึ้น คนที่อยู่ในเมืองใหญ่พยายามอพยพออกมาอยู่ในชุมชนเนื่องจากในชุมชนเล็กๆ สามารถฟื้นฟูดูแลป้องกันสุขภาพตนเองได้ และมีวิถีชีวิตที่มีความสุข วิกฤตของสงครามจึงไม่กระทบต่อวิถีชีวิตของพวกเขามากนัก

4.3.4.2 กลุ่มที่ 2 - สังคมพึ่งตนเอง

ความไม่แน่นอน ข้อที่

- | | |
|---|------|
| 1) การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลปัจจุบัน(ทำให้นโยบายประกันสุขภาพเปลี่ยน) | (6) |
| 2) พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (กลไกและสาระ) | (14) |
| 3) พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | (15) |
| 4) การรวมตัวของภาคประชาชนในการพึ่งตนเอง | (10) |
| 5) ขบวนการก่อการร้ายขยายตัวในประเทศ ระบบบริการสุขภาพถูกจำกัด | (3) |
| 6) อัตราและจำนวนคนป่วย, คนพิการที่ต้องการการดูแล (อุบัติเหตุ, อัมพาต) | (9) |

ที่ประชุมได้พิจารณาเลือกแนวโน้มเพิ่มเติม เพื่อนำมาประกอบในการเขียนภาพอนาคตให้สมบูรณ์ขึ้น ดังนี้

- 1) สร้างเครือข่ายทำงานโดยชุมชนมีส่วนร่วม
- 2) สนับสนุนแนวคิดสุขภาวะ สุขภาพองค์รวม
- 3) เทคโนโลยีพื้นฐานผสมผสานความรู้พื้นบ้าน ส่งผลดีกับประชาชน 4 ด้าน
- 4) ประชาชนมีความรู้มากขึ้น เข้าถึงความรู้มากขึ้น สุขภาพดีขึ้น

ภาพอนาคตที่คาดหวัง

- 1) เด็กพิการทุกคนได้รับบริการจากทีมสุขภาพ : แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด พยาบาล
- 2) ต้องมีการ cross วิชาชีพ คือมีความรู้บางส่วนในวิชาชีพอื่น เช่นหลักสูตรแต่ละวิชาชีพ ต้องกำหนดให้มีการเรียนวิชาชีพอื่นด้วย
- 3) ต้องมีความช่วยเหลือจากชุมชน และครอบครัว

- 4) ต้องมีนโยบายและกฎหมาย
- 5) มีการรวมตัวของวิชาชีพ
- 6) ประชาชนช่วยจัดการ
- 7) สร้างความเข้มแข็ง

ประเด็นและ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก (key player) (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 แสดงประเด็นและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก (key player) ในภาพอนาคตภาพที่ 2

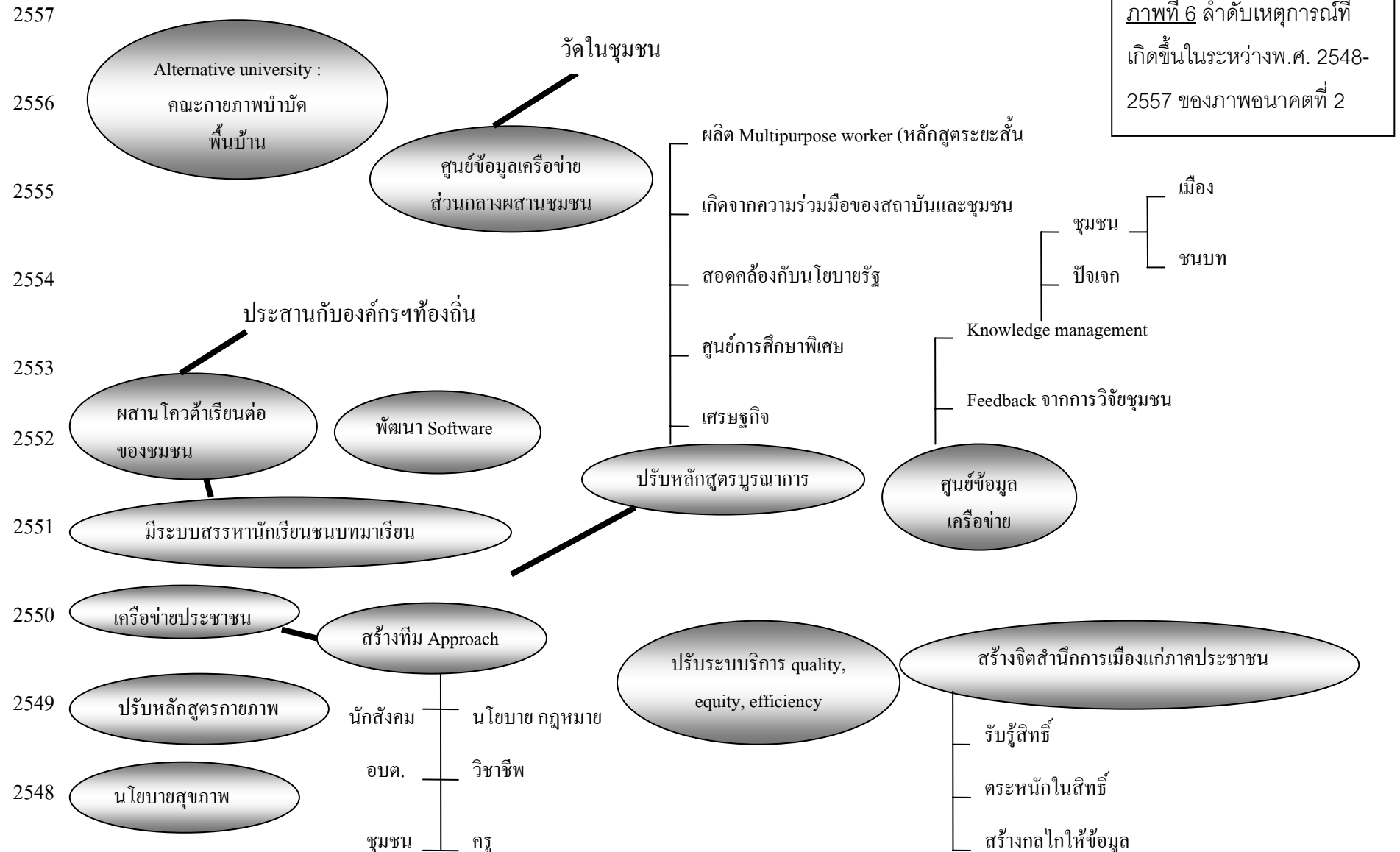
ประเด็น	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก (key player)
1. ประชาชนเรียกร้องสิทธิ	ประชาชน นักการเมือง นักวิชาการ
2. เกี่ยวกับคุณภาพ ปริมาณ Equity efficiency ของงานบริการ ต้องมีการปรับโครงสร้างระบบบริการ ต้องมีการออก พรบ.สุขภาพแห่งชาติ และ พรบ.หลักประกันสุขภาพ	
3. ผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจ	ประชาชน ข้าราชการ ศูนย์การศึกษา กลุ่มแพทย์ชนบท และ อบต.
4. ทำให้เกิดการรวมตัวของวิชาชีพ ประชาชนให้เข้มแข็ง	
5. สร้างเครือข่ายผู้พิการ ชุมชน และวิชาชีพ	
6. การให้ความรู้ในทุกเรื่อง เช่น สิทธิ กฎหมาย แก่ประชาชน ข้าราชการ	

ลำดับเหตุการณ์ (time event) ก่อนเกิดภาพอนาคตภาพที่ 2 ในปี พ.ศ. 2558 (ภาพที่ 6)

- 2547 สร้างเครือข่ายทำงานโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประชาชนมีความรู้มากขึ้น เข้าถึงความรู้มากขึ้น เทคโนโลยีพื้นฐานผสมผสานความรู้พื้นบ้าน สนับสนุนแนวคิดสุขภาพะ สุขภาพองค์รวม ชาวบ้านทำวิจัย ใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- 2549 สร้างทีม approach
- 2550 ปรับหลักสูตรการเรียนการสอน สร้างหลักสูตรบูรณาการ
- 2551 เกิดศูนย์การศึกษาพิเศษ

- 2552 พัฒนา software สำหรับคนพิการ
- 2553
- 2554 ศูนย์ข้อมูลเครือข่ายส่วนกลางผสานชุมชน
- 2555
- 2556 คณะกายภาพบำบัดพื้นบ้าน
- 2557
- 2558 เปลี่ยนแปลงรัฐบาล ขบวนการก่อการร้าย รวมตัวของภาคประชาชน

6 สค. เปลี่ยนแปลงรัฐบาล ขบวนการก่อการร้าย รวมตัวภาคประชาชน และอัตราคนป่วย ผู้พิการเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 6 ลำดับเหตุการณ์ที่
เกิดขึ้นในระหว่างพ.ศ. 2548-
2557 ของภาพอนาคตที่ 2

ฉากทัศน์ที่ 2 : สังคมพึ่งตนเอง

6 สิงหาคม 2557

น้องพิณที่รัก

พี่ได้มาถึงแอลเอแล้วจ้ะ เมื่อวานพี่แบกกระเป๋าเดินทาง 3 ใบขึ้นหอพักตั้ง 3 ชั้นนะ ปวดเมื่อยเหมือนกัน แต่ดีนะที่พี่เคยได้รับความรู้จากพิณ ทำให้รู้หลักของการยกของและดูแลตัวเอง ทำให้พี่คิดว่า แล้วลุงป้าน้าอาของเราที่เป็นชาวนาละเค้าจะต้องทุกข์ทรมานซักแค่ไหนกับการปวดหลังปวดใจจากการไม่รู้ว่าจะดูแลตัวเองยังไง พงษ์นี่พี่จะต้องนำเสนอผลงานกายภาพบำบัดพื้นบ้านในเวทีใหญ่ ตื่นเต้นจังเลย ผลงานครั้งนี้ต้องยกความดีความชอบให้พี่น้องในห้องถิ่นที่ร่วมกันวิจัยสถานการณ์ของบ้านเราตอนนี้เป็นอย่างยิ่งบ้าง ส่งข่าวหาพี่เป็นระยะๆ ด้วยนะ

เมื่อวันก่อนพี่มีเวลา Professor ของพี่ ชวนไปดู emergency clinic ของ Medical school ไปดู เคส เด็กแขนหักเข้าเฝือกด้วยตะเกียบ มีคุณลุงเพื่อนบ้านในชุมชนพามา Professor บอกกับพี่ว่าคนในชุมชนที่นี่เค้าเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกัน แล้วก็เฝือกที่ใช้ที่นี่ แกกัประดิษฐ์มาจากแนวคิดที่ใช้วัสดุพื้นบ้าน ทำให้มีการระบายอากาศผ่านเฝือกได้ จึงเลิกใช้เฝือกพลาสติกกับพลาสติกไปนานแล้ว เห็นแล้วน่าชื่นชมเรื่องการผสมผสานแนวคิดเชื่อมโยงการวิจัยทางวิชาการเข้ากับแนวคิดพื้นที่ที่ชาวบ้านใช้ได้ น่าชื่นชมที่ความคิดแบบนี้ก็ได้รับการยอมรับจากอาจารย์มหาลัยของพวกเราแล้วนะ

พี่มีโอกาสอยู่ที่นั่นอีก 2 อาทิตย์ แล้วจะกลับไปเล่าให้ฟัง

คิดถึงมากจ้ะ

พี่บุษ

ปล. พระจันทร์เต็มดวงที่แอลเอ ก็ดวงเดียวกันกับที่กรุงเทพฯ

7 สิงหาคม 2557

พี่สรยุทธที่รักยิ่ง

พิณมีข่าวด่วนจะเล่าให้ฟังค่ะ เมื่อวานขบวนการก่อการร้ายกลุ่มที่ใช้ชื่อว่า “กลุ่มไม่ขอลอกนาม” ได้บุกถล่มห้างมาบุญครอง มีคนตายเกือบ 3,000 คน เจ็บเกือบหมื่น น่าสงสารมากๆ สงสารประเทศ สงสารพี่น้องชาวไทยที่ต้องพบโศกนาฏกรรมเช่นนี้ และเข้านี้ข่าวหน้าหนึ่งที่ทุกคนตะลึงคือมีการเปลี่ยนรัฐบาล นายกลาออก ไม่น่าเชื่อ ทำให้คิดว่า พรบ.สุขภาพจะเป็นยังไง แต่อาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่าน มองว่าเนื้อหาสาระใหญ่ไม่จำเป็นจะเปลี่ยนแปลง ที่พูดเรื่อง พรบ. เพราะกลัวว่าคนเจ็บ คนพิการ หรือประชาชนในประเทศจะเป็นอย่างไร

ถึงแม้จะมีคนเจ็บ คนพิการมากมาย แต่ยังโชคดีที่เรามีทีมให้การดูแลที่เข้มแข็ง พิณก็เป็นหนึ่งในทีมนี้ด้วยค่ะ การทำงานเป็นทีมทำให้พิณได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสาขาอาชีพอื่น เพราะคนใน

ที่มาจากที่ที่หลากหลายมาก ทุกคนได้เรียนรู้ร่วมกันในหลักสูตรใหม่ ทั้งหมด พยาบาล ครู นักวิทยาศาสตร์ วิศวกร องค์กรประชาชน นักสังคมสงเคราะห์ มากมายค่ะ รวมทั้งนักกายภาพ อย่างเราด้วย จากเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งการที่มีคนป่วยคนพิการมากขึ้น ประชาชนมีความรู้มากขึ้น และต้องต่อสู้กับปัญหาและวิกฤตต่างๆ ทำให้ประชาชนรวมตัวกัน มีชุมชนเข้มแข็งเกิดขึ้นหลาย พื้นที่ เดิมนั้นประชาชนเรียกร้องสิทธิมากขึ้น พี่ยุทธ์คะ ตอนนี้คนพิการรวมตัวกันเรียกร้องสิทธิ มีข้อหนึ่งเค้าเรียกร้องให้นักกายภาพออกไปสู่ชุมชนมากขึ้น เค้าอยากให้เราทำงานเชิงรุกมากขึ้น เพิ่มการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ พี่ยุทธ์คิดอย่างไรคะ

พิณอยู่ที่นี้ ช่วงวันหยุดคงต้องกลับไปชุมชน เพื่อไปทำวิจัยร่วมกับชาวบ้านในงานวิทยานิพนธ์ อาจให้พี่ยุทธ์ช่วยหาบทความวิชาการใหม่ๆ ส่งมาให้ด้วยนะคะ

รักมาก

น้องพิณ

พิณที่รัก

เมืองไทยมีการเปลี่ยนแปลงเยอะจัง จากมาแป็บเดียวเองนะเนี่ย สิ่งหนึ่งที่พี่รู้สึกอุ่นใจคือชาวบ้านสามารถรวมตัวกันได้ คงเป็นเพราะแรงบีบที่ทุกคนต้องการจะหลุดพ้น เรื่องหนึ่งที่พี่เห็นคือการที่บ้านเรามีภูมิปัญญาพื้นบ้าน มีเครือข่ายต่างๆ มีหน่วยงานที่ทำงานร่วมกัน พิณ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของรัฐบาล หรือ พรบ.ต่างๆ พี่ว่ามันจะส่งผลกระทบกับระบบกายภาพเดิมของเรานะ กายภาพบำบัดคงต้องผลิตนักกายภาพสายพันธุ์ใหม่ ที่มีความรู้การแพทย์พื้นบ้านด้วย ทำให้เห็นความเป็นตะวันออกชัดเจนขึ้น มีการผสมผสานกับหลักสูตรอื่นๆ ด้วย และที่สำคัญทำยังไงให้นักกายภาพมีที่ยืนในสังคมและชุมชนอย่างภาคภูมิ ให้ชุมชนเรียกร้องและต้องการให้นักกายภาพอยู่ในชุมชน อบต.หรือชุมชนสามารถส่งคนไปเรียนกายภาพและกลับเข้ามาดูแลคนในชุมชน พิณล่ะ พร้อมรับกับความเปลี่ยนแปลงหรือยัง?

เจอกันในฝันคืนนี้นะจ๊ะ

พี่ยุทธ์คนเดิม ใจเดิม

4.3.5 วิเคราะห์ลักษณะสำคัญของภาพอนาคต

ภาพอนาคตทั้ง 2 ภาพ ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งประกอบด้วยบุคคลหลากหลายอาชีพและส่วนใหญ่ไม่ใช่ นักวิชาชีพกายภาพบำบัด ได้มองเห็นถึงลักษณะสำคัญ (key feature) หลายประการที่อาจมีผลกระทบในอนาคตต่อประเด็นสำคัญ (issue) ในระบบกายภาพบำบัด 4 ประเด็น ที่ได้รับการวิเคราะห์ไว้ตั้งแต่ก่อนการประชุมฯ (บทที่ 4 หัวข้อ 4.2) คณะผู้วิจัยจึงร่วมกันพิจารณาผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบของลักษณะสำคัญ (key feature) เหล่านี้ต่อประเด็นสำคัญ (issue) ของระบบกายภาพบำบัดทั้ง 4 ประเด็น ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 16 และ 17

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบของลักษณะสำคัญ (key feature) ของภาพอนาคตภาพที่ 1 (สังคมเทคโนโลยี) ต่อประเด็นสำคัญของระบบกายภาพบำบัด 4 ประเด็น

ลักษณะสำคัญจากภาพอนาคต ภาพที่ 1 : สังคมเทคโนโลยี	ผลกระทบต่อประเด็นสำคัญของระบบกายภาพบำบัด			
	วิถีคิดและการจัดการความรู้	การเข้าถึงการบริการของประชาชน	การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน	การมีส่วนร่วมของประชาชน/ประชาสังคมในระบบกายภาพฯ
● เทคโนโลยีและวิทยาการด้านต่างๆ ในการดูแลสุขภาพและการรักษาโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น	+	+/-	+/-	N
● ประชาชนรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารมากขึ้น	+	+	+	+
● ประชาชนให้ความสนใจกับการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ที่ให้ความสำคัญทั้งด้านกายและใจเพิ่มขึ้น	+	N	+	+

ตารางที่ 17 การวิเคราะห์ผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบของลักษณะสำคัญ (key feature) ของภาพยนตร์ภาพที่ 2 (สังคมพึ่งตนเอง) ต่อประเด็นสำคัญของระบบ ภาพยนตร์ภาพที่ 4 ประเด็น

ลักษณะสำคัญจากภาพยนตร์ภาพที่ 2 : สังคมพึ่งตนเอง	ผลกระทบต่อประเด็นสำคัญของระบบภาพยนตร์ภาพที่ 4			
	วิถีคิดและการจัดการความรู้	การเข้าถึงการบริการของประชาชน	การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน	การมีส่วนร่วมของประชาชน/ประชาสังคมในระบบภาพยนตร์ภาพ
● มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภูมิปัญญาไทยโดยประชาชน	+	N	+	+
● มีการทำงานเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการสร้างเครือข่ายระหว่างวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้พิการ โดยชุมชนมีส่วนร่วม	+	+	+/-	+
● มีการรวมตัวกันของประชาชนในการพิทักษ์สิทธิของตน	+	+	+	+
● หลักสูตรการเรียนการสอนทางภาพยนตร์ภาพที่มีการบูรณาการกับสาขาอื่นๆ และภูมิปัญญาไทย	+	N	N	+
● นักวิชาชีพทางภาพยนตร์ภาพทำงานเชิงรุกสู่ชุมชนมากขึ้น	+	+	+/-	+

หมายเหตุ: + หมายถึง ผลกระทบทางด้านบวก, - หมายถึง ผลกระทบทางด้านลบ, N = ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ส่งผลกระทบใดๆ

บทที่ 5 อภิปราย และสรุปผล

น้อมจิตต์ นวลเนตร

5.1 อภิปรายผล

5.1.1 อภิปรายผลการศึกษาอนาคต

จากการศึกษาอนาคตด้วยกระบวนการ “การมองอนาคต” เปิดเผยให้เห็นว่า นับจากบัดนี้เป็นต้นไปถึง 10 ปีข้างหน้า ระบบกายภาพบำบัดควรมุ่งเน้นที่การให้ความสำคัญต่อการประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพตามภูมิปัญญาไทยมากขึ้น ควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดของบุคคลทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบกายภาพบำบัด ไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ให้มีทัศนคติต่อเรื่องสุขภาพเป็นแบบองค์รวม กล่าวคือ ให้ความสำคัญทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ควรมีการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพต่างๆ กับผู้รับบริการ/ประชาชน และควรมีการประยุกต์ใช้สารสนเทศด้านต่างๆ ให้เอื้ออำนวยต่อประชาชนให้สามารถเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง ทั้งหมดนี้เพื่อให้ประชาชนไทยมีการพึ่งพาตนเองและพึ่งพากันเองมากขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนที่อาศัยอยู่ และให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของประเทศและของโลกที่อาจเกิดขึ้นและอาจส่งผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ ได้แก่ วิทยาการความรู้ทางด้านนาโนเทคโนโลยีและพันธุวิศวกรรมมีการพัฒนามากขึ้น การค้าเสรีเป็นกระแสสำคัญในการสร้างเศรษฐกิจของประชาคมโลกทำให้มีการเปิดเสรีทางการค้าอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น ระบบเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงสู่ลักษณะทุนนิยมมากขึ้น ขบวนการก่อการร้ายมีการขยายตัวอย่างกว้างขวางกว่าในปัจจุบัน เกิดสงครามนิวเคลียร์ ทำให้มีคนเจ็บป่วยและคนพิการที่สังคมต้องให้การดูแลมากขึ้น แม้ประเทศไทยอาจไม่ใช่ประเทศเป้าหมายสำคัญของการเกิดขบวนการก่อการร้ายและสงครามนิวเคลียร์แต่ย่อมได้รับผลกระทบอย่างแน่นอนหากเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น เช่น การขาดแคลนพลังงานน้ำมัน ราคาสินค้าสูงขึ้น เป็นต้น ทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศถูกจำกัด

5.1.2 อภิปรายกระบวนการ “การมองอนาคต (foresight)”

“การมองอนาคต” เป็นกระบวนการที่มีการดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบหลายขั้นตอน มีการปฏิสัมพันธ์ของผู้ร่วมมองอนาคตอย่างจริงจัง ต้องใช้พลังจินตนาการอย่างมาก และต้องใช้ทั้งความรู้ที่แท้จริงอย่างสร้างสรรค์และการหยั่งรู้ด้วยความรู้สึก ในแต่ละขั้นตอนจะต้องคำนึงถึง

ความสมบูรณ์ถูกต้องและสิ่งที่มีความสำคัญขององค์ประกอบของขั้นตอนนั้นๆ เพื่อให้ได้ผลที่ดีต่อเนื่องถึงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องมีการเตรียมการทั้งในด้านข้อมูลและการประสานงานเป็นอย่างมาก การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการเป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญมากในกระบวนการ foresight เพราะในการมองอนาคตจะต้องอาศัยมุมมองจากบุคคลจำนวนหนึ่งที่ไม่จำเป็นต้องมีจำนวนมากนัก แต่ควรมีความหลากหลายในด้านความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษานั้น สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากบุคคลต่างๆ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จาก “บุคคลภายนอก” วิชาชีพกายภาพบำบัด ที่ให้ความสนใจและรับเชิญเข้าร่วมกระบวนการในขั้นตอนต่างๆ จึงอาจเชื่อได้ว่าภาพอนาคตที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไม่น่าจะอยู่ในลักษณะที่เพ้อฝันจนเกินไป และผลการศึกษาทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยน่าจะมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไปได้

5.2 สรุปผลการวิจัยและข้อค้นพบ

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ทราบว่า

(1) ประเด็นปัญหาสำคัญในระบบกายภาพบำบัดที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ได้แก่ ปัญหาทางด้านการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคมในระบบกายภาพบำบัด

(2) ในอีก 10 ปีข้างหน้า แนวโน้ม (trends) ของประเทศและของโลกที่อาจจะมีผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัดในประเทศไทย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในกระแสแนวคิดเรื่องสุขภาวะของประชาชนไทยที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น ประชาชนมีการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันและตระหนักถึงสิทธิอันพึงมีพึงได้ของตนมากขึ้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนมากขึ้น ประชาชนและชุมชนมีบทบาทและส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาวะของตนมากขึ้น รวมทั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของประเทศมีการพัฒนาอย่างทั่วถึง มีการผสมผสานองค์ความรู้ทางตะวันออกและตะวันตกเข้าด้วยกัน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ที่ทันสมัยและหลากหลายยิ่งขึ้น

(3) จากสถานการณ์ของประเทศและของโลกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้มีการคาดการณ์ถึงความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงทศวรรษหน้า และอาจจะส่งผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัดของประเทศไทยอย่างสูง ได้แก่ การเกิดการขยายตัวของกระบวนการก่อ

การร่ำรวยอย่างกว้างขวางกว่าในปัจจุบันและเกิดสงครามนิวเคลียร์ขึ้นในส่วนใดส่วนหนึ่งของโลก ทำให้มีคนเจ็บป่วยและคนพิการที่สังคมต้องให้การดูแลมากขึ้น ซึ่งถึงแม้ประเทศไทยอาจไม่ใช่เป้าหมายสำคัญของเรื่องเหล่านี้ แต่ย่อมได้รับผลกระทบหากเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขาดแคลนพลังงานน้ำมัน และราคาสินค้าสูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศถูกจำกัดลง นอกจากนี้ ความไม่แน่นอนอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบกายภาพบำบัดของไทย โดยอาจเป็นไปในด้านบวกหรือด้านลบ ได้แก่ การที่วิทยาการความรู้ทางด้านนาโนเทคโนโลยีและพันธุวิศวกรรมมีการพัฒนามากขึ้น การค้าเสรีมีการขยายตัวกว้างขวางยิ่งขึ้น ระบบเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงสู่ลักษณะทุนนิยมมากขึ้น ในขณะเดียวกัน จากการที่ประชาชนไทยมีแนวโน้มที่จะมีแนวคิดเรื่องสุขภาพเป็นแบบองค์รวมมากขึ้น มีการตระหนักถึงสิทธิที่ตนในฐานะเป็นผู้บริโภคควรได้รับการคุ้มครองมากขึ้น มีการเข้าถึงองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น อาจทำให้ประชาชนไทยมีการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพ ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองและพึ่งพากันเองมากขึ้นในการพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชนที่อาศัยอยู่ เกิดความเข้มแข็งและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของประเทศและของโลกได้

บทที่ 6 ข้อเสนอแนะ

6.1 แผนยุทธศาสตร์ของระบบกายภาพบำบัด

ศักยภาพทางกาย (body or physical functioning) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดสุขภาพ โดยศักยภาพทางกายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในบริบท (context) มีความเกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อม การมีศักยภาพทางกายที่สมบูรณ์ทำให้เกิดกิจกรรม (activities) และการมีบทบาท/การมีส่วนร่วม (participation) ในสังคม ซึ่งก่อให้เกิดสุขภาวะทางกาย จิต สังคม และปัญญา ในทางกลับกัน การบกพร่องของศักยภาพทางกายจะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง และทำให้เกิดการสูญเสียอย่างมหาศาล ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม จากกระบวนการศึกษาวิจัยทั้ง 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสถานการณ์ภาพของระบบกายภาพบำบัดในปัจจุบัน การสรุปประเด็นสำคัญ และการประชุมระดมสมองเพื่อเขียนภาพอนาคต โดยคณะผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้เกิดแนวคิดว่า หากมุ่งหวังที่จะประสบผลสำเร็จในการเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนไทย ใน 10 ปีข้างหน้า จะต้องดำเนินการภายใต้แนวคิดหลัก 2 ประการคือ (1) การพัฒนาศักยภาพทางกายของประชาชนไทยต้องอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม และ (2) การพัฒนาศักยภาพทางกายของประชาชนไทยต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบกายภาพบำบัดและระบบที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ ในการขับเคลื่อนให้เกิดการเติมเต็มศักยภาพทางกาย จะต้องให้ความสำคัญต่อการประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยให้มากขึ้น ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีคิดของบุคคลทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัดให้มีทัศนะต่อเรื่องสุขภาพเป็นแบบองค์รวม คือ ให้ความสำคัญทั้งด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา และต้องมองสุขภาพให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม มีการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (ประชาชน) และมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้ออำนวยต่อประชาชนให้สามารถเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง ทั้งหมดนี้เพื่อให้ประชาชนไทยมีการพึ่งพาตนเองและพึ่งพากันเองมากขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนที่อาศัยอยู่ และให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของประเทศและของโลกที่อาจเกิดขึ้นและอาจส่งผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ

จากแนวคิดดังกล่าวนี้ คณะผู้วิจัยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิสาวาวิชาชีพต่างๆ จึงได้ร่วมกันพิจารณา กำหนดเป็นเป้าหมายในอนาคตเกี่ยวกับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) ทั้งหมด 5 เป้าหมาย ได้แก่

เป้าหมายที่ 1 ประชาชนไทยมีความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกาย

เป้าหมายที่ 2 ประชาชนไทยสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพ โดยเฉพาะวิธีการที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายได้

เป้าหมายที่ 3 ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่ใช้วิธีการทางกายภาพจากนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง

เป้าหมายที่ 4 นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีระบบคิดที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

เป้าหมายที่ 5 การบริการด้วยวิธีการทางกายภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีคุณภาพ และมาตรฐานเพียงพอในการแข่งขัน

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตดังกล่าวนี้จำเป็นต้องดำเนินการไปด้วยการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของระบบกายภาพบำบัดจึงคำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยจำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลอย่างรอบด้าน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตของระบบกายภาพบำบัด อีกทั้งต้องสอดคล้องและเชื่อมโยงกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงานบริการสุขภาพของประเทศ ที่เน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่างานด้านการรักษาโรค การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์จึงต้องเป็นไปเพื่อสนองตอบต่อจุดมุ่งหมายและมีทิศทางที่แน่นอน เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดมาพิจารณาวางแผนยุทธศาสตร์เกี่ยวกับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) เพื่อผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมายในแต่ละประเด็น โดยยุทธศาสตร์ทั้งหมดพิจารณาอิงบนข้อมูลจริงและเป็นข้อมูลที่ได้จากมุมมองของหลายภาคส่วน ทั้งผู้ที่มีส่วนได้และส่วนเสียจากระบบกายภาพบำบัด โดยมีองค์กรร่วมประสานที่น่าจะมีส่วนร่วมในการผลักดันยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตประเด็นต่างๆ เช่น สภากายภาพบำบัด^{*} สถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด สมาคมกายภาพบำบัดแห่ง

^{*} สภากายภาพบำบัด ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2547 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่การประชุมระดมสมอง เพื่อเขียนภาพอนาคตและกำหนดยุทธศาสตร์ของระบบกายภาพบำบัดเสร็จสิ้นลงแล้ว จึงไม่มีผู้แทนจากสภากายภาพบำบัดเข้าร่วมในทั้ง 2 เวที

ประเทศไทย องค์การวิชาชีพอื่น องค์การคุ้มครองผู้บริโภค สื่อสารมวลชนแขนงต่างๆ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ไอซีที) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วิทยุชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สภาวิจัยแห่งชาติ บริษัทเอกชนต่างๆ เป็นต้น

แผนยุทธศาสตร์ที่ควรดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตแต่ละประเด็นมีดังนี้

เป้าหมายที่ 1 : ประชาชนไทยมีความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกาย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาเนื้อหา “ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ” ที่สอดคล้องกับกระบวนการทัศนสุขภาพแนวใหม่และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทั้งระดับการศึกษา เพศ อายุ อาชีพ วัฒนธรรม รูปแบบการดำเนินชีวิต สภาวะแวดล้อม และข้อจำกัดทางร่างกายและสติปัญญา ที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้แตกต่างกัน

กลยุทธ์ที่ 2 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการสร้างความรู้และกระจายความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ ที่เหมาะสมกับแต่ละชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลิตและประยุกต์ใช้สื่อรูปแบบต่างๆ ที่สื่อสารง่ายและเข้าถึงชุมชนที่หลากหลาย ในการนำพาข้อมูลเผยแพร่ต่อกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

กลยุทธ์ที่ 4 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายความรู้ในวงกว้าง

กลยุทธ์ที่ 5 สร้างระบบและกลไกการบริหารจัดการความรู้/ข้อมูล เช่น พัฒนาศักยภาพเพื่อบริหารระบบฐานข้อมูล จัดตั้งกลไกประสานเพื่อตรวจสอบคุณภาพและประเมินผลการใช้ข้อมูล เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาและวิจัยระบบติดตามและประเมินผลการสร้างกระบวนการเรียนรู้ และการเข้าถึงแหล่งความรู้ของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเพิ่มความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างช่องทางให้ประชาชนในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพได้ง่าย เช่น ส่งเสริมการพัฒนาระบบ internet ตำบล การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายวิทยุชุมชนและสื่ออื่นๆ ในชุมชน เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพของประชาชนในการเข้าถึงและเลือกใช้สื่อความรู้ประเภทต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology; IT)

เป้าหมายที่ 2 ประชาชนไทยสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายได้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมแนวความคิดการใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายแก่ประชาชน

กลยุทธ์ที่ 1 ปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน จากการพึ่งพิงระบบบริการของนักวิชาชีพเป็นแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นการสร้างนำซ่อม เน้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและกันเอง และสร้างการยอมรับองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทย

กลยุทธ์ที่ 2 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดให้มีการวิจัยและสรุปบทเรียนเพื่อรวบรวมรูปธรรมองค์ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายของตน แล้วจัดทำเป็นฐานข้อมูลและเผยแพร่ด้วยสื่อที่เข้าใจง่าย

- กลยุทธ์ที่ 3 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนให้มีการสร้างตัวอย่างบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทย ในการเติมเต็มศักยภาพทางกายของตน
- กลยุทธ์ที่ 4 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดเวทีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม เพื่อให้เกิดการแพร่กระจายความรู้ในวงกว้าง และสร้างความต้องการในการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยให้เพิ่มมากขึ้น
- กลยุทธ์ที่ 5 ผลักดันการสร้างนโยบายกระตุ้นส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งพาตนเองในการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทย
- กลยุทธ์ที่ 6 ปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนของเยาวชนไทย ทั้งในระดับโรงเรียน และวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยให้มีเนื้อหาวิชาที่ส่งเสริมแนวคิดการพึ่งพาตนเองในการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน

- กลยุทธ์ที่ 1 จัดตั้งกองทุนที่สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชน
- กลยุทธ์ที่ 2 กำหนดกิจกรรมการสร้างนวัตกรรมที่ประยุกต์ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยเพื่อเติมเต็มศักยภาพทางกายของประชาชนเป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรการเรียนการสอนของนักศึกษาชีพทางกายภาพบำบัด
- กลยุทธ์ที่ 3 ร่วมมือกับภาคประชาชนและองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดให้มีการวิจัยเพื่อการเชื่อมโยงศาสตร์ความรู้ตะวันตกกับศาสตร์ความรู้ดั้งเดิมของไทย และพัฒนาให้สามารถประยุกต์ใช้ได้ง่ายและกว้างขวาง

เป้าหมายที่ 3 ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่ใช้วิธีการทางกายภาพจากนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการกระบวนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัด (นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด)

กลยุทธ์ที่ 1 มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน จัดตั้งเป็นองค์กรภาคีในการวางแผนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัด ภายใต้การประสานงานของสภากายภาพบำบัดที่ทำหน้าที่วิเคราะห์ความต้องการนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดทั้งประเทศ

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างกลไกการจ้างงานเพื่อให้เกิดการกระจายตัวของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดอย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 3 สร้างระบบค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเป็นธรรมให้สามารถเทียบเคียงได้ระหว่างการจ้างงานรูปแบบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบวิจัยและประเมินผลการวางแผนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัดทั่วประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาศักยภาพการผลิตและการใช้กำลังคนให้สอดคล้องกัน และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบริหารจัดการระบบบริการทางกายภาพบำบัด

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาและจัดระบบบริการเคลื่อนที่เข้าถึงชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทและกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายตามสภาพพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างระบบการหมุนเวียนนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานิออนามัย และชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 ประสานระบบการบริการของภาครัฐกับภาคเอกชนผ่านกลไกหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลยุทธ์ที่ 4 ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพเพื่อผลักดันการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาระบบส่งต่อให้เกิดความชัดเจน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสนับสนุนนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีบทบาทในการให้บริการระดับปฐมภูมิ

กลยุทธ์ที่ 1 จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและสร้างกลไกการจ้างงาน ภายใต้ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- กลยุทธ์ที่ 2 สนับสนุนให้สถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับกายภาพบำบัดระดับปฐมนิเทศ
- กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมและพัฒนาการปฏิบัติงานประจำของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้เป็นงานวิจัย และสร้างเวทีการเผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการให้บริการในระดับปฐมนิเทศ
- กลยุทธ์ที่ 4 สร้างระบบและกลไกที่สนับสนุนให้นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมนิเทศสามารถพัฒนาขึ้นเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และสิทธิผู้บริโภค

- กลยุทธ์ที่ 1 สร้างจิตสำนึกการเมืองภาคประชาชนเกี่ยวกับการรับรู้สิทธิ การตระหนักในสิทธิผู้บริโภค การรับรู้ข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่เท่าเทียม และได้มาตรฐาน

เป้าหมายที่ 4 นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีระบบคิดที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การจัดการศึกษาสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

- กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนให้สถาบันผู้ผลิตปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีเนื้อหาวิชาที่ :-
- สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับงานสร้างเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยการใช้ภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย
 - สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ ที่มองสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญา และมองเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล (กรรมพันธุ์ พฤติกรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ฯลฯ) ด้านสภาพแวดล้อม (กายภาพ/ชีวภาพ เศรษฐกิจ/สังคม ศาสนา/วัฒนธรรม การศึกษา การสื่อสารคมนาคม เทคโนโลยี ฯลฯ) และปัจจัยด้านการบริการสุขภาพ

- มีสัดส่วนเนื้อหาที่สมดุลระหว่างทักษะด้านการรักษา (technical skill) กับทักษะด้านการแก้ปัญหาในชุมชน ที่ต้องการการเรียนรู้วิถีชีวิต วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของชุมชนที่หลากหลาย

กลยุทธ์ที่ 2 สถาบันผู้ผลิตจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ศึกษาและรับรู้ปัญหาสุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 สร้างทัศนคติของผู้สอนและผู้เรียน ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการกับโรค/อาการควบคู่ไปกับการแก้ไขปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค/อาการนั้น ในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายและมีปัญหาทางสุขภาพแตกต่างกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพแนวใหม่ให้นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนให้องค์กรวิชาชีพและสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ เพื่อศึกษาและรับรู้ปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมให้นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดตระหนักถึงสุขภาพแบบองค์รวม มองเห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 ปรับกรอบคิดของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในนัยยะของการดูแลระยะยาวชั่วอายุขัยของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับฐานประชากรผู้สูงอายุที่กว้างขึ้น

กลยุทธ์ที่ 4 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและวิจัยรูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่มีระบบคิดสอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่

กลยุทธ์ที่ 5 สนับสนุนงบประมาณการวิจัยทางด้านกายภาพบำบัดชุมชน และการวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้เข้าร่วมกับกลุ่มประชาคมและกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

กลยุทธ์ที่ 1 จัดเวทีนำเสนอผลงาน แลกเปลี่ยนความคิด ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ โดยมีผู้ร่วมประชุมจากหลากหลายสาขาวิชาชีพและภาคประชาชน

เป้าหมายที่ 5 การบริการด้วยวิธีการทางกายภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอในการแข่งขัน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างกระบวนการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของการบริการในทุกระดับ

- กลยุทธ์ที่ 1 สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน (clinical practice guideline; CPG) ที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดทั่วประเทศ
- กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบและกลไกการควบคุมมาตรฐานการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับบริการที่มาตรฐานและเป็นธรรม
- กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบและกลไกการกำกับและประเมินคุณภาพของสถานบริการทางกายภาพบำบัดระดับต่างๆ ให้มีมาตรฐานเดียวกัน ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน
- กลยุทธ์ที่ 4 สร้างระบบการประเมินผลลัพธ์การทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดตามคุณภาพและมาตรฐานที่กำหนดโดยสภากายภาพบำบัด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนามาตรฐานหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

- กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความจำเป็นและความต้องการของประเทศ มีความยืดหยุ่นที่จะสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องและตอบสนองต่อการแก้ปัญหาของท้องถิ่นได้
- กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริมให้มีมาตรฐานการประกันคุณภาพของสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมแนวทางและการบริหารจัดการการศึกษาต่อเนื่องของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

- กลยุทธ์ที่ 1 จัดการศึกษาในระดับหลังปริญญากายภาพบำบัดให้มีการต่อยอดในระดับต่างๆ ได้ตามเกณฑ์ของมหาวิทยาลัยและสภากายภาพบำบัด ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดอย่างเป็นระบบ มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่เอื้อประโยชน์ต่อนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดและประชาชน

กลยุทธ์ที่ 2 มีระบบการพัฒนาอาจารย์ให้มีคุณภาพและศักยภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการพัฒนาหลักสูตร โดยเฉพาะบัณฑิตศึกษาและความเข้มแข็งในงานวิจัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาวิธีการทางกายภาพบำบัดให้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ

กลยุทธ์ที่ 1 สภาวิชาชีพและสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางด้านกายภาพบำบัด ร่วมกันกำหนดทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์ ในการทำให้วิธีการทางกายภาพบำบัดสามารถเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่มีสำคัญและสร้างความสูญเสียให้กับประเทศในลำดับต้นๆ

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างระบบและกลไกในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญและสร้างความสูญเสียให้กับประเทศในลำดับต้นๆ จาก 3 ส่วน คือ การวิจัยในห้องปฏิบัติการ การให้บริการในสถานบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 สนับสนุนงบประมาณให้กับการสร้างนวัตกรรมใหม่ในการใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีสำคัญและสร้างความสูญเสียให้กับประเทศในลำดับต้นๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการบริการด้วยวิธีการทางกายภาพ

กลยุทธ์ที่ 1 มีคณะกรรมการกำหนดทิศทางและลำดับความสำคัญของคำถามการวิจัยในแต่ละช่วงเวลา ตลอดจนส่งเสริมปัจจัยเกื้อหนุนต่างๆ ของการวิจัย โดยเน้นที่องค์ความรู้ที่แก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สร้างความสูญเสียในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย และองค์ความรู้ที่ทำให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างระบบนักวิจัยพี่เลี้ยงเพื่อสร้างนักวิจัยอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ที่ 3 จัดทำระบบฐานข้อมูลการวิจัยและสร้างมาตรการที่จะทำให้เกิดความร่วมมือแลกเปลี่ยนนักวิจัยระหว่างสถาบัน

กลยุทธ์ที่ 4 สร้างระบบแรงจูงใจและสนับสนุนการวิจัย ตลอดจนกำหนดภาระงานการทำวิจัยในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อให้งานวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ

6.2 โจทย์การวิจัยของระบบกายภาพบำบัด

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตเกี่ยวกับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) ทั้ง 5 ประเด็นนั้น ควรจะต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้สำหรับเกื้อหนุนให้แผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้สามารถดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้ คณะผู้วิจัยได้ร่วมกันกำหนดโจทย์การวิจัยของระบบกายภาพบำบัดโดยอิงบนหลักการที่ว่า โจทย์การวิจัยนั้นจะต้องตอบสนองความต้องการของระบบกายภาพบำบัดตามขอบเขตของเป้าหมายในอนาคตเกี่ยวกับระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) และเป็นโจทย์การวิจัยที่สามารถดำเนินการได้โดยนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัด

โจทย์การวิจัยของระบบกายภาพบำบัดที่สำคัญมีดังนี้

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
1) ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกาย	1.1) ศักยภาพทางกายของประชาชนแต่ละกลุ่มในปัจจุบันเป็นอย่างไร
	1.2) พฤติกรรมสุขภาพใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อศักยภาพทางกายของประชาชน
	1.3) ลักษณะเนื้อหาของชุดความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายที่เหมาะสมกับประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมายควรเป็นอย่างไร
	1.4) ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและกระจายความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายด้วยวิธีการทางกายภาพ มีอะไรบ้าง
	1.5) ประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายผ่านช่องทางต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด
	1.6) ประชาชนสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการเติมเต็มศักยภาพทางกายไปใช้ประโยชน์ได้มากน้อยเพียงใด

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2557) -----
พรพิมล จันทวิโรจน์ และคณะ 2549

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
2) ประชาชนสามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายได้	2.1) ปัจจุบันประชาชนแต่ละกลุ่มมีแนวคิดในการดูแลสุขภาพของตนอย่างไร และใช้วิธีการใด
	2.2) องค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายมีมากน้อยเพียงใด และในลักษณะใดบ้าง
	2.3) มีบุคคล/กลุ่มบุคคลใดบ้างที่ใช้วิธีการทางกายภาพที่มีอยู่ดั้งเดิมของไทยในการเติมเต็มศักยภาพทางกายของตน โดยใช้ในลักษณะใด มีนวัตกรรมใดบ้าง
3) ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่ใช้วิธีการทางกายภาพจากนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดได้อย่างทั่วถึง	3.1) รูปแบบการบริการทางกายภาพบำบัดที่ประชาชนต้องการเป็นอย่างไร (แยกเป็นประชาชนกลุ่มที่มีและไม่มีอาการป่วย)
	3.2) ความต้องการนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดในภาพรวมของประเทศเป็นอย่างไร 3.2.1) วิธีการคัดการณ์กำลังคนทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และข้อมูลที่ต้องเตรียมการเพื่อการคัดการณ์ที่แม่นยำและมีพลวัต มีความไวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและสุขภาพมีอะไรบ้าง 3.2.2) คุณลักษณะและบทบาทของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่ประชาชนต้องการเป็นอย่างไร (แยกเป็นประชาชนกลุ่มที่มีและไม่มีอาการป่วย)
	3.3) นโยบายเปิดการค้าเสรีด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อกระบวนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัด

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
	3.4) กลไกการจ้างงานเพื่อให้เกิดการกระจายตัวของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดอย่างเหมาะสมควรมีลักษณะอย่างไร
	3.5) ประสิทธิภาพของแผนการผลิตและการใช้กำลังคนทางกายภาพบำบัดทั่วประเทศที่กำหนดไว้มีมากน้อยเพียงใด
	3.6) ระบบการหมุนเวียนนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดเพื่อให้บริการในสถานบริการระดับต่างๆ ควรมีลักษณะใด
	3.7) การบริการทางกายภาพบำบัดระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ของชุมชนแต่ละบริบทมีลักษณะอย่างไร และมีกลไกใดที่จะผลักดันให้เกิดการบริการลักษณะเช่นนั้นได้
	3.8) บุคลากรที่ให้บริการด้วยวิธีการทางกายภาพในหน่วยงาน (setting) ระดับต่ำกว่ารพ.ชุมชนควรเป็นใคร ควรมีความรู้อะไรบ้าง ระบบการนิเทศและส่งต่อ(จากบนลงล่างและล่างขึ้นบน)ควรเป็นอย่างไร ความแตกต่างของบทบาทแต่ละพื้นที่เป็นอย่างไร
	3.9) ปัจจัยที่ส่งเสริมและขัดขวางการพัฒนาการปฏิบัติงานประจำด้านการบริการทางกายภาพบำบัดระดับปฐมภูมิให้เป็นงานวิจัยมีอะไรบ้าง
	3.10) ลักษณะของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการบริการทางกายภาพบำบัดระดับปฐมภูมิ ควรเป็นอย่างไร

ประเด็นเป้าหมาย	โจทย์การวิจัย
	3.11) ปัจจุบันประชาชนตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้บริโภคมากนักน้อยเพียงใด และปัจจัยใดที่มีผลต่อระดับความตระหนักรู้
4) นักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีระบบคิดที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่	4.1) รูปแบบและวิธีการจัดการศึกษาเพื่อผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดที่มีระบบคิดสอดคล้องกับระบบสุขภาพแนวใหม่ควรเป็นอย่างไร
5) การบริการด้วยวิธีการทางกายภาพของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดมีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอในการแข่งขัน	5.1) มาตรฐานการปฏิบัติงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดควรมีลักษณะใด
	5.2) จะใช้กลไกใดเพื่อควบคุมการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้เป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้
	5.3) จะใช้กลไกใดเพื่อกำกับและประเมินคุณภาพของสถานบริการทางกายภาพบำบัดระดับต่างๆ ให้มีมาตรฐานเดียวกัน
	5.4) วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผลการทำงานของนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดเป็นอย่างไร
	5.5) จะใช้กลไกใดเพื่อประกันคุณภาพของสถาบันผู้ผลิตนักวิชาชีพทางกายภาพบำบัดให้มีมาตรฐานในระดับเดียวกัน
	5.6) ระบบและกลไกสำหรับการเชื่อมโยงองค์ความรู้จากการวิจัยในห้องปฏิบัติการ กับการให้บริการในสถานบริการสุขภาพ และกับการดูแลสุขภาพในชุมชน ควรมีลักษณะและองค์ประกอบอย่างไร

บทที่ 1 บทนำ

1. WHO (2001) International classification of functioning, disability and health (ICF). World Health Organization, Geneva.
2. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
3. Physical activity fundamental to preventing disease. U.S. department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation June 20, 2002.
4. Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services.
5. Frary C, Johnson RK. (2000). Physical activity for children : what are the US recommendations?. Nutrition Bulletin, 25, 329-334.
6. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี. จำนวนและร้อยละของประชากรที่ป่วยระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ พ.ศ. 2544.
http://www.nso.go.th/thai/stst/stst_23/toc_4/4.1-3
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เอกสารฉบับร่าง-ระบบกายภาพบำบัดของประชาชนไทยในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548 – 2557)
9. WHO (2002). The World Health Report 2002 : Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland.
10. S.Janjaroen W, Supakarnkunti S, (2002). International trade in health services in the millennium: the case of Thailand. In, Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives. Washington DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development.
11. รังสรรค์ ชนพรพันธุ์. จาก Multilateralism สู่ Bilateralism. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. มีนาคม 2547
12. อาณัติ หญาปริง (2547). บทเรียนการค้าเสรีนาฟตา กระจุกตัวในหัวเมืองใหญ่ กรุงเทพฯธุรกิจ วันที่ 24 เมษายน <http://www.nidambell.net/ekonomiz/2004q2/article2004apr24p1.htm>
13. http://www.dmsc.moph.go.th/net/plan/pl/p12546/%E1%BC%B9%CF%20%202_01_02.doc

14. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 จัดพิมพ์โดยคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2547 = 14

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

1. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2546). ธรรมนูญสุขภาพคนไทย : **พร้อมคำชี้แจงประกอบ**, พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
2. Kietinun, S. (2002). His Majesty King Bhumibol Adulyadej's multidisciplinary holistic initiatives for improving the quality of life of thai people. Printing House of Thammasat University, Prathumthane.
3. Finch, E., Brooks, D., Stratford, P., W., Mayo, N., E. (2002). **Physical rehabilitation outcome measures: A guide to enhanced clinical decision making**, 2nd ed. Canadian Physiotherapy Association, Ontario.
4. ICF International Classification Functioning, Disability and Health [online]. (2001) [cited 2003 Nov 23]. Available from: <http://www.who.int/icf>. World Health Organization, Geneva.
5. U.S. Department of Health and Human Services (1996). **Physical activity and health : A report of the Surgeon General**. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta.
6. World Health Organization (2002). **The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life**. World Health Organization, Geneva.
7. Katzmarzyk, P., T., Gledhill, N., Shephard, R., J. (2000). **The economic burden of physical inactivity in Canada**. Canadian Medical Association Journal, 163 (11), 1435–40.
8. บุรณชัย สมุทรักษ์, ประวุฒิ เวชรักษ์, รวมพร คงกำเนิด, จิตร สิริธอมร (2543). **การวัดระดับความสูญเสียจากโรคที่กระทบต่อสังคมไทย: แนวการจัดลำดับปัญหาสุขภาพ**. วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
9. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543). **สุขภาพคนไทย ปี .พ.ศ.2543: สถานะสุขภาพคนไทย**. หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.
10. สวนดุสิตโพล (2546). **“วัยรุ่น” กับการดูแลสุขภาพ**. <http://www.dusit.ac.th>, สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, กรุงเทพฯ.

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

บทที่ 4 ผลการวิจัย

4.1 สถานภาพปัจจุบัน

4.1.1. การจัดการกำลังคนในระบบกายภาพบำบัด

1. Jacoby I (1995). Forecasting Requirements for Physical Therapists. *Phy Ther* 75 (1); 38-46.
2. Selker LG (1995). Human Resources in Physical Therapy: Opportunities for Service in Rapid Changing Health System. *Phy Ther* 75 (1); 31-7.
3. Sterneck J. Damand. Management: The other Side of the Health Care Reform Equation. http://www.apta.org,pt_magazine/dec97.html2inpractice.htm.
4. Wolf S (2002). "look forward, Walk Tall": Exploring Our "what if" Questions. *Phy Ther* 82(11); 1108-18.
5. Gwyer J (1995). Personnel Resources in Physical Therapy: An Analysis of Supply, Career Patterns, and Methods to Enhance Availability. *Phy Ther* 75(10); 56-66.
6. ลลิตา สุริยประภาติลก (2543). **กว่าจะเป็น 35 ปี กายภาพบำบัด มหิดล**. มหาวิทยาลัยมหิดล 35 ปีกายภาพบำบัด ม.มหิดล, โครงการจัดตั้งคณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหวประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2542 โรงเรียนกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2542 ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2545) ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยรังสิต หลักสูตรฉบับ พ.ศ. 2544 (ทวิภาค).
10. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2546 คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

11. คู่มือการศึกษา ระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2546 ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
12. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2538 ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด พ.ศ. 2540 ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
14. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2545 ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
15. วียะดา คักดีศรี (2530). การบรรยายเรื่อง “สถานภาพงานกายภาพบำบัดในปัจจุบัน”, ใน เพ็ญพิมล ธีมวัคคิต(บรรณารักษ์), รายงานการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “งานกายภาพบำบัดกับสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิต”. คณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. สิทธิ เตชะกัมพูช (2536). **การศึกษาวิเคราะห์แนวโน้มความต้องการกำลังคนระดับปริญญาสาขากายภาพบำบัด**. วารสารกายภาพบำบัด, ปีที่ 15 ฉบับที่ 2, 94 – 101.
17. วารี ขำเดช และ กานดา ใจภักดี (2534). **การศึกษาติดตามประเภทงานของบัณฑิตกายภาพบำบัดในประเทศไทย**. วารสารกายภาพบำบัด, ปีที่ 14 ฉบับที่ 1, 23 – 33.
18. สุวิทย์ อริยชัยกุล, พีรฤดี พิสุทธิวิมล, ปรีชา ถันวารชร และ คมสันต์ ประยูรศิริศักดิ์ (2544). **รายงานเบื้องต้น สถานภาพกำลังคนทางกายภาพบำบัด เสนอต่อ กรรมการวิชาชีพ สาขากายภาพบำบัด**. เอกสารอัดสำเนา, มปท.
19. สุวิทย์ อริยชัยกุล (2546) **สถานภาพกำลังคนทางกายภาพบำบัดในปี 2546**. ข้อมูลจากการติดต่อสื่อสารส่วนตัว
20. สุวิทย์ อริยชัยกุล, กิตติกร พรหมจันทร์, และ สุรีพร อุทัยคุปต์ (2544). **ความต้องการนักกายภาพบำบัด และ ทรัพยากรในงานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน**. วารสารกายภาพบำบัด, ปีที่ 23 ฉบับที่ 1, 21 - 34
21. สุวิทย์ อริยชัยกุล, วลัยยา เป็งปิง, และ วลัยนิภา หาพุดธา (2544). **บทบาทหน้าที่และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน**. วารสารเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่, ปีที่ 34 ฉบับที่ 3, 169 – 79.
22. กระทรวงสาธารณสุข (2543). **หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0212/70/2/738 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2543 ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เรื่อง ตำแหน่งบรรจุนักกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลชุมชน**.

23. สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (2542). **พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542, ฉบับเป็นกฎหมาย.** โรงพิมพ์คุรุสภา, กรุงเทพฯ.
24. ผดุง อารยะวิญญู (2542) **การศึกษาพิเศษเพื่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.** จุลสารมูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อน, 7: 1-10.
25. ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 8 จังหวัดเชียงใหม่. **คู่มืองานบุคลากร.** เอกสารอัดสำเนา. ไม่ปรากฏที่พิมพ์, 2543
26. สุวิทย์ อริยชัยกุล และ สุดา ช่างฟ่อน (2544). **ความต้องการงานกายภาพบำบัดในโรงเรียน/ศูนย์การศึกษาพิเศษ.** วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, ปีที่ 34 ฉบับที่ 2, 69 – 78.
27. ศิริวรรณ ปานเลิศ (2546). **โรงเรียนการศึกษาพิเศษ นครสวรรค์.** ข้อมูลจากการติดต่อบริเวณตัว.
28. สำนักงาน ก.ค. (2544). หนังสือที่ ศธ 1305/498 ลงวันที่ 4 กรกฎาคม 2544 เรื่อง ขออนุมัติกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ กรอบอัตรากำลังข้าราชการครู และกำหนดตำแหน่งข้าราชการครูในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด.
29. International Medical Foundation of Japan (2000). **SEAMIC Health Statistics 1999,** SEAMIC Publication No.83. Tokyo.
30. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข และสถาบันพระบรมราชชนก (2540). **รายงานการศึกษาวิจัยการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
31. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2541). **แผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์.** สำนักนายกรัฐมนตรี
32. น้อมจิตต์ นวลเนตร. **การดำเนินงานของบัณฑิตกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจไทย.** วารสารกายภาพบำบัด 2542; 21: 130-43.
33. น้อมจิตต์ นวลเนตร. **การดำเนินงานของบัณฑิตกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ: การศึกษาตอนที่ 2.** วารสารกายภาพบำบัด 2543; 22: 103-14.
34. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2546). ข้อมูลจากการรวบรวมของเจ้าหน้าที่งานบริการการศึกษา.
35. กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข (2542). **โครงการวิเคราะห์ลักษณะงานรังสี และเวชกรรมฟื้นฟู.** เอกสารอัดสำเนา, ไม่ปรากฏที่พิมพ์, 2542
36. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, ส่วนพัฒนาการศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2542). **คู่มือการฝึกงานของนักศึกษาพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.** เอกสารอัดสำเนา

37. กองการประกอบโรคศิลปะ (2528). **ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือสภาเทศบาลไทย มอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว (ฉบับที่ 8).** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
38. กองการประกอบโรคศิลปะ (2546). **ร่างคู่มือการตรวจมาตรฐานแผนกกายภาพบำบัดในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล.** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา

4.1.2 การบริการทางกายภาพบำบัดในระบบกายภาพบำบัด

1. กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542** กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กรกฎาคม 2542
2. สุวิทย์ อริยชัยกุล (2542). **โครงการวิเคราะห์ลักษณะงานบริการกายภาพบำบัด** ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
3. คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด. **ข้อเสนอการปรับโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของงานกายภาพบำบัดตามโครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข.** การประชุมคณะกรรมการวิชาชีพ. พฤษภาคม 2547
4. สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **ภาวะการมีงานทำและการว่างงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติในไตรมาสสอง ปี 2546.** (Online) Available from: <http://www.nesbd.go.th> (Access 2003, August)
5. ดร. กิตติ ไชยลาภ. **การอธิบายปรากฏการณ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วยแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง.** บรรยาย. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. มกราคม 2547
6. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. **สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน** 2544. http://www.safety.thaigov.net/stat/Stat_44/Data/Work.pdf (Access 2003, August 25)
7. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ (2547). **ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.** สัมภาษณ์, 21 เมษายน
8. สุวิทย์ อริยชัยกุล และคณะ (2543). **ความต้องการนักกายภาพบำบัดและทรัพยากรในงานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน** ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

9. สุวิทย์ อริยชัยกุล (2546). **สถานการณ์กำลังคนทางกายภาพบำบัด** ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย 2542-2543
11. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สถิติสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2544
12. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขา กายภาพบำบัด ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2545 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 119 ตอนพิเศษ 121 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2545
13. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย สถานพยาบาลกระทำการประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด ในความควบคุมของผู้ ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2545 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศ ทั่วไป เล่ม 119 ตอนพิเศษ 121 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2545
14. คณะกรรมการจัดทำแผน 9 กระทรวงสาธารณสุข แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุข : ตาม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 2545- 2549
15. ผกาวัลลี พุ่มสุทัศน์. ผลสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับบทบาท ภารกิจขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในหมู่บ้าน / ชุมชน, อำเภอเมือง จังหวัด สุพรรณบุรี. 1 เมษายน – 26 เมษายน 2547
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. **จำนวนและร้อยละของประชากรที่ป่วย ระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ พ.ศ. 2544.** http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_4/4.1-3 (Access 2004, March 31)
17. นางสมใจ ลีวิเศษกุล บทความ ระบบบริการทางกายภาพบำบัด ในปัจจุบัน
18. สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย หนังสือชี้แจงประกอบการพิจารณาจัดทำ แผน อัตรากำลัง 5 ปี รอบที่ 4 (2541-2545) ส่วนราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป : กลุ่มงานกายภาพบำบัด
19. นายแพทย์บวร งามศิริอุดม และแพทย์หญิงสายพิณ คูสมิทธิ (2542). บทความพิเศษ **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ : มิติใหม่ของโรงพยาบาล** วารสารการส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน
20. สุชัย ท่ามาหากิน **แนวโน้มสถานะสุขภาพของคนไทยที่สัมพันธ์กับงานกายภาพบำบัด** งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศูนย์ ราชบุรี

21. กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ . การปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจ. เอกสารเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. ปีที่ 3, ฉบับที่ 20, เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2546

4.1.3 เทคโนโลยีและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด

1. กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, (2546). **พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. หน้า 5.
2. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2546.
3. http://www.ittm.or.th/articles/thai_mssg/thaimssg01.htm
4. วิไลรัตน์ ยั่งรอด, ธวัชชัย องค์วุฒิเวทย์ (2546). **วัดในรัตนโกสินทร์ : หนังสือชุด แผนที่ความรู้เมืองไทย.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ แพลนริตเตอร์ส : 12-13.
5. พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (2527). **ไกลบ้าน.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แพร่พิทยา.
6. สมศิริ ทับแสง (2527). **ในกาลครั้งหนึ่ง (เท่าที่จำได้).** ใน : ปี 2527 โรงเรียนกายภาพบำบัดอนุสรณ์ 20 ปี. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานครการพิมพ์.
7. นที รัชพลเมือง (2527). **ประวัติศาสตร์อาจารย์นายแพทย์เฟื่อง สัตย์สงวน.** ใน : ปี 2527 โรงเรียนกายภาพบำบัดอนุสรณ์ 20 ปี. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานครการพิมพ์.
8. มานพ ประภาชนน (2533). **ฝันที่เป็นจริง.** ใน : 25 ปีกายภาพบำบัด. กรุงเทพมหานคร : ไทยมิตรการพิมพ์.
9. http://www.ittm.or.th/articles/mssg_equ/index.htm
10. <http://www.ittm.or.th/articles/article22.htm>
11. <http://www.ittm.or.th/jolouise/jo-info01.htm>
12. http://www.ittm.or.th/articles/thai_mssg/thaimssg11.htm
13. http://www.ittm.or.th/articles/thai_mssg/thaimssg10.htm
14. <http://www.ch7.com/news06-134.html>
15. <http://www.ch7.com/news06-18.htm>
16. กันยา ปาละวิวัฒน์ (2543). **การรักษาด้วยเครื่องไฟฟ้าทางกายภาพบำบัด.** กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เดอะบุคส์.

17. <http://physicaltherapy.about.com/cs/rehabsoftware>
18. <http://physicaltherapy.about.com/cs/technologyinpt>
19. <http://www.ch7.com/news06-07.htm>
20. <http://physicaltherapy.about.com/cs/tele rehabilitation>
21. ประกอบ คุปรัตน์ (2546). **ชุดโครงการวิจัยระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อประชาชน.** (เอกสารอัดสำเนา)
22. <http://www.bangkokbiz.com/2003/11/03/sci/index.php?news=sci1.html>
23. วิจารย์ พานิช (2545). **สุขภาพบนฐานของปัญญา.** เอกสารจากการบรรยายในการประชุมวิชาการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 1, 26 พ.ย.
24. ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. **การจัดการความรู้ในระบบการพยาบาล.** 2546. (เอกสารอัดสำเนา)
25. สุชาดา ยงเกียรติตระกูล (2544). **รวมมิตรชุมชนประชาคมท้องถิ่น : ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาในระดับฐานราก.** โครงการตำรา สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย.
26. ลือชัย ศรีเงินยวง, จีรพร แฉ้วกิง, อัจฉรา วัฒนาภา, ศุภลักษณ์ เลิศมนิรัตน์ และทรงวุฒิ ดวงรัตน์ พันธุ์. **รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสารบบัญญัติ ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ : การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน.** ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
27. กองบรรณาธิการ (2546). **“บ้านสบซุ่น” ร.ร. และชุมชนเป็นหนึ่งเดียว.** สานปฏิรูป, 6 (63) : 77-78.
28. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2546). **สมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น พ.ศ. 2546**
29. นพ.วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ. ภูมิปัญญาไทย "การแพทย์ทางเลือก". <http://www.moph.go.th/ops/doctor/drjune43/tradition961.htm>
30. ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2546). **วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา.** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานภาค, 2546.
31. วารี ขำเดช, กานดา ใจภักดี (2534). **การศึกษาติดตามประเภทงานของบัณฑิตกายภาพบำบัดในประเทศไทย.** วารสารกายภาพบำบัด 14:23-33.
32. สิทธิ เตชะกัมพูช (2536). **การศึกษาสถานภาพการใช้กำลังคนระดับปริญญาสาขากายภาพบำบัด.** วารสารกายภาพบำบัด 15:89-93.

33. สิทธิ เตชะกัมพูช (2536). การศึกษาวิเคราะห์แนวโน้มความต้องการกำลังคนระดับปริญญาสาขากายภาพบำบัด. วารสารกายภาพบำบัด 15:94-101.
34. น้อมจิตต์ นวลเนตร์ (2541). ความต้องการการบริการทางกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารกายภาพบำบัด 20:1-18.
35. น้อมจิตต์ นวลเนตร์ (2542). การดำเนินงานของบัณฑิตศึกษากายภาพบำบัดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจไทย. วารสารกายภาพบำบัด 21:130-43.
36. น้อมจิตต์ นวลเนตร์. การดำเนินงานของบัณฑิตศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ: การศึกษาตอนที่ 2. วารสารกายภาพบำบัด 22:103-14.
37. น้อมจิตต์ นวลเนตร์ (2543). ปัญหาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของบัณฑิตศึกษากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2544;13:166-75.
38. สุวิทย์ อริยชัยกุล, กิตติกร พรหมจันทร์, สุริพร อุทัยคุปต์ (2544). ความต้องการนักกายภาพบำบัดและทรัพยากรในงานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด 23:21-34.
39. สุวิทย์ อริยชัยกุล, สุดา ช่างพื่อน (2544). ความต้องการนักกายภาพบำบัดในโรงเรียนการศึกษาพิเศษและศูนย์การศึกษาพิเศษ. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 34:69-78.
40. สุวิทย์ อริยชัยกุล, วัลยา เบ็งปิง, วลัยนิภา หาพุดธา (2544). บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 34:169-79.
41. <http://library.kku.ac.th/searchopac.html> [cited 2003 Aug 27].

เอกสารอ่านประกอบการเรียบเรียง

1. ชัยรัตน์ พัฒนเจริญ, วนิดา วิระกุล, อติศร วงศ์คงเดช. ข้อมูลข่าวสารบนเส้นทางการพัฒนาสาธารณสุข. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริชัยการพิมพ์, 2534.
2. พรพันธุ์ บุญยรัตน์. แนวคิดในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542

4.1.4 การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีทางกายภาพ

1. บันทึกหลักการและเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ใน. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย. ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545.

2. ลือชัย ศรีเงินยวง, จีรพร แฉ้วกิง, อัจฉรา วัฒนาภา, ศุภลักษณ์ เลิศมนโนรัตน์ และทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสาระบัญญัติ ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ : การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. ลือชัย ศรีเงินยวง. ภาคประชาชนกับสุขภาพ : บทบาทของวรรณกรรมว่าด้วยการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง
4. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์(2530). การดูแลสุขภาพตนเอง งานวิจัยที่ท้าทายการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศกำลังพัฒนา. ใน, พิมพ์วรรณ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. มัลลิกา มัติโก (2530). แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง. ใน, พิมพ์วรรณ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, (2546). พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542.. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
7. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2546.
8. เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2540). การแพทย์แผนไทย สายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม. สถาบันการแพทย์แผนไทย, กรุงเทพฯ.
9. อวยพร ตันมุขยกุลและคณะ. การศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. <http://www.waithong.com/consumer/about.html>
11. <http://www.just4thai.com/Ramkamhang/9gold.htm>
12. พรธณี กอแก้ววิเชียร และคณะ (2546). ความต้องการในการออกกำลังกายของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดราชบุรี. Health, 26 (1) : 55-65.
13. สาโรจน์ มีวงศ์สม. การละเล่นพื้นบ้านของเด็กไทย 4 ภาค. กรุงเทพฯ : บริษัท เอส.ที.พี. เวิลด์ มีเดีย จำกัด, 2542.
14. ชัย เรืองศิลป์ (2542). การละเล่นของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทต้นอ้อ 1999 จำกัด.

15. ทิพวรรณ คันธา (2542). การละเล่นพื้นบ้านของเด็กอีสาน. กรุงเทพฯ : บริษัทต้นอ้อ 1999 จำกัด.
16. <http://kanchanapisek.or.th/kp8/culture/psl/phis341.html>
17. <http://www.thaifolk.com/Doc/perform.htm>
18. <http://www.lannaworld.com/playing/mongkisai.htm>
19. วิภาภรณ์ ปนาทกุล (2531). การละเล่นของเด็กไทยกับการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
20. <http://www.phetchabun.com/phetchabun04-04-01.html>
21. <http://www.thaihof.org/exer/chikong.html>
22. ศจ.นพ.นิกร จำนง. ชีกง – การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. Second Phramongkutkloa Training course, Menopause clinic, 10-11 February 2000. คลินิกวัยหมดประจำเดือน กองสูตินรีเวชกรรม ร.พ.พระมงกุฎเกล้า
23. <http://www.healthnet.in.th/text/forum2/exercise/chikong.html>
24. กายบริหารแบบไทย ท่าฤๅษีดัดตน สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข http://www.watpho.com/mas_study.html
25. นพ.วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ. ภูมิปัญญาไทย "การแพทย์ทางเลือก". <http://www.moph.go.th/ops/doctor/drjune43/tradition961.htm>
26. สุชาติดา ยงเกียรติตระกูล (2544). **รวมมิตรชุมชนประชาคมท้องถิ่น : ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาในระดับฐานราก**. โครงการตำรา สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย.
27. กองบรรณาธิการ (2546). **“บ้านสบซุ่น” ร.ร. และชุมชนเป็นหนึ่งเดียว**. สานปฏิรูป, 6 (63) : 77-78.
28. ยงศักดิ์ ตันติปิฎก (2545). **ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับกระบวนการทัศน์สุขภาพไทย**. ใน, มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
29. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2546). **สมัชชาสุขภาพระดับภาค/เฉพาะประเด็น พ.ศ. 2546**
30. http://www.grad.mahidol.ac.th/script/abstract/tab_detail.php?ind=3719
31. ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2546). **วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานภาค, 2546.
32. กองบรรณาธิการ (2546) . **การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ**. โรงพยาบาลชุมชน; กรกฎาคม – สิงหาคม : 8-15.

33. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2542). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541**. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และกองการสาธารณสุขต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
34. <http://www.sso.go.th/statistic/table1.html>
35. <http://www.sso.go.th/info//statistic/tablesta2.html>
36. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, จริญญา วงษ์พรหม, ชลิดา ธนัฐธิกุล, สมณ ปิ่นเจริญ (2547). **การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพจากนโยบายหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
37. ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2541). **ปัญหาสังคมและสาธารณสุขของแรงงานก่อสร้างไทย** (การศึกษาเชิงปริมาณ). โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
38. ขัตติยา กรรณสูตร (2544). **การประกันสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ**. ใน, รวมบทความจากการสัมมนา สังคมแห่งการเรียนรู้ การประยุกต์สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
39. ลือชา วรรัตน์และคณะ (2540). **บทบาทของ อบต.ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. โครงการตำรา สำนักงานวิชาการ กรมอนามัย, นนทบุรี.
40. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9
41. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับงาน คบส. กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
42. อาณัติ หญาปริง (2547). **บทเรียนการค้าเสรีนาฟตา กระจุกตัวในหัวเมืองใหญ่** กรุงเทพฯ ธุรกิจ วันที่ 24 เมษายน <http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2004q2/article2004apr24p1.htm>
43. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545). **รายงานการศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : องค์การอนามัยโลก.
44. ชัยโรจน์ ชุมมมงคล และคณะ (2546). **ความพึงพอใจในการใช้สวนสาธารณะ : กรณีศึกษาอุทยานสวรรค์ นครสวรรค์**. วาสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 26, ฉ. 1, ม.ค. – มี.ค., 80.
45. กันยา ปาละวิวัฒน์ (2542). **ภัยมืดจากผลิตภัณฑ์แม่เหล็ก**. ภาพยนตร์บำบัด ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม หน้า 126-129.
46. กันยา ปาละวิวัฒน์ (2542). **เก้าอี้ไฟฟ้า ... เก้าอี้เพื่อสุขภาพ จริงหรือ?**. ภาพยนตร์บำบัด ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน หน้า 83-88.

47. สุเพ็ญ ลีทอวลิต (2543). **ปัญหาทางด้านสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนาในอนาคต.** วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์, ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 หน้า 47-53.
48. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543). **สถานะสุขภาพคนไทย.** โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
49. เนตรนภา ชุมทอง (2546). **การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
50. รุจิณาด อรรถสิทธิ์, อรอนงค์ ดิเรกนุชราคม (บรรณาธิการ) (2543). **การศึกษาพลังชุมชนและประชาสังคมด้านสุขภาพ.** สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.

4.1.5 กายภาพบำบัดในมุมมองของภาคประชาชน

1. พริตจ็อง คาปรา. **จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ** แปลโดยพระประชา ปสนนธมโม และคณะ : กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2539. หน้า 17-18.
2. เพ็ญภา ทวีชัยเจริญ. **การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบองค์รวม :** โครงการพัฒนาตำรา กองทุนสนับสนุนกิจกรรม มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา, เอกสารอัดสำเนา.
3. นิธิ เอียวศรีวงศ์. "การศึกษาเพื่อฟื้นฟูศักยภาพของชุมชน", ใน **ทิศทางหมู่บ้านไทย** บรรณาธิการโดย เสรี พงศ์พิศ กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมู่บ้าน, 2534.: หน้า 21-22
4. ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ, **ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เล่ม 1 แนวคิด ทฤษฎี** สมุฏฐานโรค การตรวจวินิจฉัย ระบบโรคและกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพของระบบ การแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอมือเมือง), เอกสารอัดสำเนา. โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สำนักงานสกว. ภาค) 2546.
5. พริตจ็อง คาปรา. **จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ** แปลโดยพระประชา ปสนนธมโม และคณะ : กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2539. หน้า 22.
6. ยิ่งยง เทาประเสริฐ. **วิธีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบ การแพทย์พื้นบ้านล้านนา :** เชียงใหม่ : วนิดา เพรส, 2546. หน้า 21.
7. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. **ปรากฏการณ์ชีวิต บอกอะไรกับสังคมไทย :** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2542.
8. ไพศาล วิสาโล. คำนำ : บทเรียนสำหรับสังคมไทยและการแพทย์แผนใหม่, **ปรากฏการณ์ชีวิต บอกอะไรกับสังคมไทย :** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2542. หน้า (12).
9. สมัย อาภาภิรม. **จากความป่วยไข้ ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ.** กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.

10. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). รายงานประจำปี 2546 **การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. กรุงเทพฯ : เอส พี เอส พรินท์ติ้ง, 2546.
11. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, อ้างแล้ว
12. สมัย อภาภิรม, เทคโนโลยีสมัยใหม่ใครจะรับประกัน, **จากความป่วยไข้ ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
13. ไพศาล วิสาโล. อ้างแล้ว, หน้า 13
14. ลลิตา , เอกสารสรุปสถานการณ์ **เทคโนโลยีทางกายภาพบำบัด** โครงการวิจัย การมองอนาคตของระบบกายภาพบำบัด สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
15. ผกาวัล พุ่มสุทัศน์, เอกสารสรุปสถานการณ์ **การบริการทางกายภาพบำบัด ในระบบกายภาพบำบัด** โครงการวิจัย การมองอนาคตของระบบกายภาพบำบัด สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
16. พรพิมล จันทรวโรจน์, เอกสารสรุปสถานการณ์ **การดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการทางกายภาพ**โครงการวิจัย การมองอนาคตของระบบกายภาพบำบัด สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
17. ข้อมูลการสมัครงาน
18. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, **ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย**, เอกสารอัด
19. สำเนียงยง เทาประเสริฐ และคณะ, **ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เล่ม 2 การดูแลรักษาสุขภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด ของระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอมือเมือง)**, เอกสารอัดสำเนา. โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สำนักงานสกว. ภาค) 2546.
20. ยี่งยง เทาประเสริฐ และคณะ อ้างแล้ว
21. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. **เส้น จุด และโรคในทฤษฎีการนวดไทย** สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เนื่องในงานชุมนุมการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 1, 2540.
22. www.sapasit.or.th
23. จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ได้รับแจ้งเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2545-อัตราค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงทั้งผู้ป่วยนอก (5.72 %) และผู้ป่วยใน (3.22 %)

24. สังคีต พิริยะรังสรรค์ และคณะวิจัย, **โครงการวิจัยความคิดเห็นของประชาชนต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้หลักความรับผิดชอบร่วมกัน**, กรุงเทพฯ : สถาบันการศึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547.

ขอขอบคุณผู้ให้การสัมภาษณ์

- กลุ่มออกกำลังกาย แอโรบิค ชุมชมหมู่บ้านเกษมทรัพย์ จ.ปทุมธานี
- กลุ่มออกกำลังกายขี่วาทะ
- คุณปรีชา ก้อนทอง ผู้จัดการร้านเบ็กม่าน
- ดร.วิรัตน์ เพียรคำจันทร์ สถาบันสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล จ.นครปฐม
- นพ.วัฒนา เทียนปฐม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธมณฑล จ.นครปฐม
- พญ. สกาวเดือน น้าแสงกุล และเจ้าหน้าที่งานกายภาพบำบัดและการแพทย์แผนไทย รพ.ครบุรี
- พ่อขุน อิมกระโทก บ้านหนองตะเกียด ต.โคกกระชาย อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา
- กลุ่มผู้ได้รับการรักษาการต่อกระดูกในของพ่อขุน
- กลุ่มผู้ได้รับการรักษาจากงานกายภาพบำบัดและการแพทย์แผนไทย รพ.ครบุรี
- กลุ่มงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี
- กลุ่มผู้ได้รับการรักษาจากงานกายภาพบำบัดจาก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี

4.2 สรุปประเด็นหลัก

1. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, (2546). **ธรรมนูญสุขภาพคนไทย: พร้อมคำชี้แจงประกอบ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
2. Kietinun S, (2002). His Majesty King Bhumibol Adulyadej's multidisciplinary holistic initiatives for improving the quality of life of Thai people. Prathumthane: Printing House of Thammasat University.
3. กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, (2546). **พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
4. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัด พ.ศ.2546.

ภาคผนวก 1

รายนามผู้ให้การสนับสนุน

และผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง

รายนามผู้ให้การสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นพ.วิพุธ	พุลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณชากุล	สินไชย	ผู้จัดการงานวิจัยระบบบริการ
		สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณสุภาวดี	นุชจรินทร์	เจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณปริคาร์ตน์	ศรัทธานนท์กุล	เจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษาจากศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค (APEC Center for Technology Foresight) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

ดร.ชาตรี	ศรีไพพรรณ	ผู้อำนวยการสวทช.
ดร.วิทยา	จิระเชชากุล	ผู้อำนวยการศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค
คุณกณิศา	ลิ้มสมานพันธ์	วิทยาการของ สวทช.
ดร.ฉัตรวรัญ	องคสิงห์	นักวิจัยอิสระ

ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง : สถานการณ์ปัจจุบันของระบบกายภาพบำบัด

นพ.วิพุธ	พุลเจริญ	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
รศ.ดร.เลื้อชัย	ศรีเงินขวง	คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล
ทพญ.แพร	จิตตินันท์	โรงพยาบาลบางใหญ่
คุณประไพศรี	วัฒนาสมศรี	งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสมุทรปราการ
คุณจิตรรา	ซึ่งอมรเกียรติ	งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลเลิดสิน
อ.ลลิตา	สุริยะประภาดิกล	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล
ภญ.ผศ.ดร.สุนันทา	โอศิริ	คณะเภสัชศาสตร์ฯ ม.มหาสารคาม
คุณชากุล	สินไชย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ผศ.พรพิมล	จันทร์วิโรจน์	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต
ผศ.ดร.น้อมจิตต์	นวลเนตร	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
		มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ผกาวัล	พุ่มสุทัศน์	นักกายภาพบำบัดอิสระ

อ.สุวิทย์	อริยชัยกุล	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.มณฑนา	วงศ์ศิริวรรณ	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ.ลลิตา	สุริยประภาติลก	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมอง : ประเด็นสำคัญของระบบกายภาพบำบัด

ผศ.ประโยชน์	บุญสินสุข	นักกายภาพบำบัดอิสระ
ทพ.วีระศักดิ์	พุทธราศรี	
ภก.ยงศักดิ์	ตันติปัญญา	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
คุณวิไลลักษณ์		สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
คุณรัชมณ	คติการ	พยาบาลอิสระ
คุณษากุล	สินไชย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ผศ.พรพิมล	จันทร์วิโรจน์	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต
ผศ.ดร.น้อมจิตต์	นวลเนตร	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ผกาวัลลี	พุ่มสุทัศน์	นักกายภาพบำบัดอิสระ
อ.สุวิทย์	อริยชัยกุล	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.มณฑนา	วงศ์ศิริวรรณ	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยใน
ทศวรรษหน้า วันที่ 5-6 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรม หลุยส์ แทรเวริน
กรุงเทพมหานคร**

รายนาม		หน่วยงาน /สังกัด
ประธาน		
ผศ.ดร.ประภาส	โพธิ์ทองสุนันท์	ประธานกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด
คณะที่ปรึกษา		
ดร.นเรศ	ดำรงชัย	สถาบันพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
ดร.ฉัตรวิญญู	องคสิงห์	นักวิจัยอิสระ
คุณกสิณา	ลิ้มสมานพันธ์	สถาบันพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
ผู้ดำเนินการประชุม		
ผศ.ดร.น้อมจิตต์	นวลเนตร	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สมาชิกกลุ่มที่ 1 : พิจารณาประเด็นที่ 1 (5 สิงหาคม 2547)		
ผศ.ดร.จิตตองศ์	ก๊วกสิกรรม	ประธานเครือข่ายสถาบันผลิตนักกายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ประภาส	โพธิ์ทองสุนันท์	ประธานกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด ม.เชียงใหม่
คุณอนุช	อาภาภิรม	โครงการข่าวสารทิศทางประเทศไทย
นพ.เศกสรรค์	ชวนะดีเลิศ	ผอ.รพ.บางซ้าย จ.พระนครศรีอยุธยา
ครูบาสุทธินันท์	ปรัชญพฤทธิ	ปราชญ์ชาวบ้าน
คุณสมหญิง	สายชนู	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
คุณอัญชลี	จงกนกพล	นักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

สมาชิกกลุ่มที่ 2 : พิจารณาประเด็นที่ 2 (5 สิงหาคม 2547)

นายอำนาจ	แดงกุล	องค์การบริหารส่วนตำบลคูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี
นพ.ชวลิต	สันติกิจรุ่งเรือง	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก		กระทรวงสาธารณสุข
นพ.พีระกฤตย์	คณินวรพันธ์	รองนายกเทศมนตรีเทศบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา
น.พ.เกรียงศักดิ์	วัชรนุกูลเกียรติ	
นพ.วิฑิต	อรรถเวชกุล	ผอ.รพ.บ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
คุณเบญญา	ชลธารนนท์	ที่ปรึกษาด้านเด็กพิการและด้อยโอกาส สำนักงาน
		คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
		กระทรวงศึกษาธิการ
ผศ.ปณดา	เดชะทรัพย์อมร	อุปนายกฝ่ายธุรการ
		สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
ผศ.ปฐมรัตน์	ศักดิ์ศรี	หัวหน้าภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
		มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พท.ต่อพงษ์	กุลกรรชิต	อุปนายก สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย
ครูสุรินทร์	กิจนิตย์ชีวี	ปราชญ์ชาวบ้าน อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา
นพ.วิศาล	กันตรัตนกุล	งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลรามารับดี
คุณศิรินันท์	รัตนกร	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน

สมาชิกกลุ่มที่ 3 : พิจารณาประเด็นที่ 3 (5 สิงหาคม 2547)

คุณศิริพรรณ	พันธุ์มะ โอภาส	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
คุณปรีชา	ก้อนทอง	กลุ่มชีวเกษม ต.ศาลายา จ.นครปฐม
อ.จุฑาภรณ์	สกุลศักดิ์	ผู้ฝึกสอน โยคะ
ดร.วิรัตน์	คำศรีจันทร์	สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน
คุณปรีดา	ตั้งตรงจิตร	โรงเรียนนวดแผนไทยเซตวัน
คุณปรีชา	อัสวโกสินชัย	สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
คุณสโรทร	ม่วงเกลี้ยง	มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ
ดร.สายพิน	ประเสริฐสุชาติ	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว
		ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อ.คมปกรณ์	ลิมปสุทธีรัชต์	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว
		ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สมาชิกกลุ่มที่ 4 : พิจารณาประเด็นที่ 4 (5 สิงหาคม 2547)

ภก.คทา	บัณฑิตานุกูล	ประธานมูลนิธิเภสัชกรชุมชน
ทพ.ศุภผล	เอี่ยมเมธาวี	ทันตแพทย์
ผศ.ดร.วิชัย	อิงพินิจพงศ์	ภาควิชากายภาพบำบัด ม.ขอนแก่น
ผศ.ประโยชน์	บุญสินสุข	นักกายภาพบำบัด
ครู ดำรง	เพ็ชรน้อย	ปราชญ์ชาวบ้าน อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา
ดร.บัญญัติ	แก้วส่อง	นักวิชาการที่ทำงานกับกลุ่มเครือข่ายประชาชน
นพ.สมคิด	วิระเทพภรณ์	ผอ.รพ.สนามชัยเขต

Facilitator ช่วยกระบวนการ: การประชุมพิจารณาประเด็น (5 สิงหาคม 2547)

ดร.มันทนา (กลุ่มที่ 1)	วงศ์ศิริวรรณ	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ทพ.กฤษดา (กลุ่มที่ 1)	ปัญญาวัฒน์	สถาบันทันตกรรม กระทรวงสาธารณสุข
อ.ผกาวัลลี (กลุ่มที่ 2)	พุ่มสุทัศน์	นักกายภาพบำบัดอิสระ
ผศ.พรพิมล (กลุ่มที่ 3)	จันทร์วิโรจน์	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต
ผศ.สุวิทย์ (กลุ่มที่ 4)	อริยชัยกุล	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สมาชิกกลุ่มย่อยที่ 1 : วาดภาพอนาคตระบบกายภาพบำบัด (6 สิงหาคม 2547)

นพ.เศกสรรค์	ชวนะดีเลิศ	ผอ.รพ.บางซ้าย จ.พระนครศรีอยุธยา
นายอำนาจ	แดงกุล	ปลัด อบต.คูคต
ครู ดำรง	เพ็ชรน้อย	ปราชญ์ชาวบ้าน
ผศ.ดร.จิตตองค์	ก้าวกสิกรรม	ประธานเครือข่ายสถาบันผลิตนักกายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณอัญชลี	จงกนกพล	นักกายภาพบำบัด รพ.โกสุมพิสัย
อ.คมปกรณ์	ลิ้มปสุทธีรัชต์	คณะกายภาพบำบัดฯ ม.มหิดล
ผศ.ปฐมรัตน์	ศักดิ์ศรี	สถาบันผู้ผลิตนักกายภาพบำบัด
ภก.คทา	บัณฑิตานุกูล	ประธานมูลนิธิเภสัชกรชุมชน

ทพญ.แพร	จิตตินันท์	ทันตแพทย์โรงพยาบาลบางใหญ่ อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี
คุณสโรธร	ม่วงเกลี้ยง	มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ

สมาชิกกลุ่มย่อยที่ 2 : วาดภาพอนาคตระบบกายภาพบำบัด (6 สิงหาคม 2547)

ผศ.ปณดา	เดชะทรัพย์อมร	อุปนายกฝ่ายธุรการ สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
ดร.ปัญญา	แก้วส่อง	นักวิชาการที่ทำงานกับกลุ่มเครือข่ายประชาชน
ทพ.สุภผล	เอี่ยมเมธาวี	ทันตแพทย์สภา
นพ.พีระกฤตย์	คณินวรพันธ์	รองนายกเทศมนตรีเทศบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา
คุณปรีชา	ก้อนทอง	ประธานกลุ่มชีวเกษม
คุณปรีชา	อัสวโกสินชัย	สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
ดร.สายพิน	ประเสริฐสุขดี	คณะกายภาพบำบัดฯ ม.มหิดล
ผศ.ดร.ประภาส	โพธิ์ทองสุนันท์	ประธานกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด ภาควิชากายภาพบำบัด ม.เชียงใหม่
คุณศิรินันท์	รัตนกร	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน

ผู้สนับสนุนการประชุม

คุณษากุล	สินไชย	ผู้จัดการงานวิจัยระบบบริการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณสุภาวดี	นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณวรรณรัตน์	แก้วมงคล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ทีมงานเลขานุการที่ประชุม

คุณลลิตา	สุริยะประภาดิลก	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณสุนีย์	บวรสุนทรชัย	นักศึกษาปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณสุนทรี	ทวีระลาภ	นักศึกษาปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณศิริกาญจน์	สมประสงค์	นักศึกษาปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณประเสริฐ	สกุลประเสริฐ	นักศึกษาปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณอนงค์	ตันติสุวัฒน์	นักศึกษาปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณพนนิษฐา	แสงพริ้ง	นักศึกษาปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณวันวิสาข์	พานิชภรณ์	นักศึกษาปริญญาเอกสาขากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ การวางยุทธศาสตร์สำหรับระบบ
กายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้า วันที่ 27 กันยายน 2547
เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

รายนาม		หน่วยงาน/สังกัด
ทพ.วีรศักดิ์	พุทธรักษา	
ภก.คทา	บัณฑิตานุกูล	ประธานมูลนิธิเกสท์กรูมชน
ทพ.สุกผล	เอี่ยมเมธาวี	ทันตแพทย์สภา
นพ.เสกสรรค์	ชวณะดิเลิศ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
นพ.พีระกฤตย์	คณินวรพันธ์	เทศบาลหาดใหญ่
ดร.ฉัตรวิญญู	องคสิงห์	นักวิจัยอิสระ
ทพ.กฤษดา	ปัญญวัฒน์	สถาบันทันตกรรม กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.จิตอนงค์	ก้าวกสิกรรม	ประธานเครือข่ายสถาบันผลิตนักร่างกายภาพบำบัด หัวหน้าภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ปณดา	เดชะทรัพย์อมร	อุปนายกฝ่ายธุรการ สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย
ผศ.พรพิมล	จันทรวโรจน์	คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต
ผศ.ดร.น้อมจิตต์	นวลเนตร	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.ผกาวัลลี	พุ่มสุทัศน์	นักร่างกายภาพบำบัดอิสระ
ผศ.สุวิทย์	อริยชัยกุล	ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.มันทนา	วงศ์ศิรินวัฒน์	คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์การเคลื่อนไหว ประยุกต์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คุณษากุล	สินไชย	ผู้จัดการงานวิจัยระบบบริการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณสุภาวดี	นุชรินทร์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
คุณวรรณรัตน์	แก้วมงคล	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ภาคผนวก 2

บทความเกี่ยวกับการมองอนาคตด้วยภาพอนาคต

การวางแผนอนาคตด้วยภาพอนาคต*

1. การวางแผนด้วยภาพอนาคต (Scenario Planning)[†]

“การมองอนาคต” (Forsight) มิใช่การพยากรณ์ (Forecasting) แต่เป็นระบบกลไกที่จะทำให้มองเห็นอนาคตที่อาจเกิดขึ้นได้ในหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

1.1 ภาพอนาคตคืออะไร

- 1) ภาพอนาคต คือ ภาพในอนาคตหลายแบบที่เป็นไปได้และน่าจะเป็นเป็นภาพที่ชัดเจนและมีเหตุผล
- 2) ภาพอนาคตไม่ใช่การทำนายหรือการพยากรณ์อนาคต และไม่ใช่ทำนายวิทยาศาสตร์
- 3) ภาพอนาคตเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับอนาคต มีโครงเรื่องหลายโครงซ้อนกันอยู่เพื่อใช้เดินเรื่อง โดยการร้อยเรียงรายละเอียดต่างๆของภาพอนาคตเข้าด้วยกัน
- 4) โครงเรื่องของภาพอนาคตมาจากปัจจัยความไม่แน่นอนในอนาคต (Critical uncertainties) และแนวโน้ม (Trends) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าปัจจัยหลักที่รู้ว่าจะเกิด (Predetermined elements)
- 5) ภาพอนาคตที่ดีนั้นมีโครงเรื่องต่างๆ ที่ประสานกันอย่างเหมาะสมเจาะ ไม่ขัดแย้ง

1.2 ภาพอนาคตกล่าวถึงเรื่องอะไร

- 1) ประเด็น ทิศทาง และเหตุการณ์ในปัจจุบัน ที่อยู่ในความสนใจสูงของผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในสังคม
- 2) ปัจจัยแวดล้อมสำคัญๆ ที่รู้ว่าจะเกิด และพอจะคาดตามได้ (Trends) และปัจจัยที่ไม่แน่นอนหรือสิ่งที่ฉีกแนวไปจากปัจจุบัน (Critical uncertainties) ที่จะส่งผลกระทบสูงต่อระบบที่เป็นอยู่ในลักษณะที่คาดเดาได้ยาก เช่น จุดเปลี่ยนทางธุรกิจ การเมืองและสังคม การเกิดขึ้นของความไม่แน่นอนนี้ต้องมีพลวัตที่อธิบายได้ หรือพอจะคาดเดาได้จากสถานการณ์ปัจจุบันด้วยสัญญาณแห่งการเปลี่ยนแปลงแม้จะยังลางเลือนก็ตามที่

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของบทความ เรื่อง “การวางแผนอนาคตระบบกายภาพบำบัดด้วยภาพอนาคต” โดย ดร.ฉัตรวิทย์ องค์กรสิงห์ ใน, เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการประชุมเชิงปฏิบัติการระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้าวันที่ 5-6 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรม หลุยส์ แทรเวริน กรุงเทพมหานคร

[†] บทความนี้ ดัดแปลงและเรียบเรียงมาจากเอกสารของ ศาสตราจารย์รอน จอห์นสตัน (Professor Ron Johnston, Ph.D.) ผู้อำนวยการศูนย์การค้นคว้าวิจัยนวัตกรรมและการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย และกรรมการที่ปรึกษานานาชาติ ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค

1.3 จะตรวจสอบอย่างไรว่าภาพอนาคตที่ได้ ดีหรือไม่

- 1) เป็นภาพที่เป็นจริงได้ ในสายตาผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจส่วนใหญ่
- 2) เป็นภาพที่สอดคล้องกันในตัวเอง
- 3) เป็นภาพเกี่ยวกับหัวข้อหรือประเด็นที่อยู่ในความสนใจ
- 4) เป็นภาพที่รับรู้ได้จากสัญญาณในปัจจุบันซึ่งอาจจะเป็นสัญญาณอ่อนๆ บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น
- 5) เป็นภาพที่ทำนาย มีองค์ประกอบของทิศทางที่แปลกใหม่ ที่จำเป็นต้องอยู่ในวิสัยทัศน์ขององค์กร
- 6) เป็นภาพที่สอดคล้องกับจินตนาการของผู้เข้าร่วมจำลองภาพ
- 7) เป็นภาพที่ไม่จำเป็นต้องเป็นของใหม่ในทุกแง่มุม

ปีเตอร์ ชวอตซ์ เป็นหนึ่งในบรรดาผู้บุกเบิกเทคนิคการจำลองภาพอนาคตให้กับกลุ่มบริษัทรอยัลดัทช์/เชลล์ ได้บรรยายคุณลักษณะและการวิเคราะห์ภาพอนาคต ไว้ดังนี้

“.....องค์กรในปัจจุบันกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและความไม่แน่นอนสำคัญๆ หลายประการ โลกาภิวัตน์ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความแตกต่างภายในองค์กร การปฏิวัติเทคโนโลยี ตลอดจนการตัดสินใจที่มีความเสี่ยงสูง และส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวง การที่จะคาดการณ์อนาคตภายใต้สภาวะของการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอเช่นนี้ต้องอาศัยเครื่องมือที่มากกว่าการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ต้องอาศัยทั้งความรู้ที่แท้จริงอย่างสร้างสรรค์และการหยั่งรู้ด้วยความรู้ลึก เทคนิคการวาดภาพอนาคตหรือเรื่องราวต่างๆ ที่เป็นไปได้ในอนาคต คือการผสมผสานองค์ประกอบเหล่านั้นเข้าเป็นฐานของการกำหนดยุทธศาสตร์ที่มีศักยภาพ การทดสอบศักยภาพของภาพอนาคตมิใช่อยู่ที่การทดสอบว่าภาพอนาคตนั้นมีความแม่นยำเพียงใด แต่อยู่ที่ว่าภาพอนาคตนั้นสามารถกระตุ้นให้องค์กรเกิดการเรียนรู้และปรับตัวทันอนาคตหรือไม่”

“.....ภาพอนาคตเปรียบเสมือนเครื่องมือในการจัดมุมมองของคนต่อสภาวะแวดล้อมในอนาคตที่เป็นภาพเลือกหลายทางซึ่งอาจควรเลือกตัดสินใจในวันนี้ ในทางปฏิบัติ ภาพอนาคตคล้ายกับเรื่องราวหลายเรื่องซึ่งเขียนหรือบอกเล่าโดยการเรียงร้อยเค้าโครงเรื่องอย่างพิถีพิถัน การเล่าเรื่องเป็นวิธีการตั้งแต่อดีตที่ใช้ในการประมวลความรู้ เมื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผน จึงช่วยลดการต่อต้านด้วยวิธีการ

เรียกร้องให้ยุติการไม่เชื่อไว้ชั่วคราว เรื่องราวทำให้สามารถแสดงแง่มุมต่างๆของเหตุการณ์ที่สลับซับซ้อนได้ และภาพอนาคตคือการให้ความหมายแก่เหตุการณ์เหล่านั้น ภาพอนาคตนั้นเป็นเครื่องมือในการวางแผนที่ทรงพลัง เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าอนาคตนั้นคาดการณ์ได้ยาก การวาดภาพอนาคตในที่นี้แตกต่างจากการพยากรณ์หรือการวิจัยตลาด เพราะภาพอนาคตจะนำเสนอภาพลักษณ์แห่งทางเลือกแทนที่จะเป็นการขยายแนวโน้มต่อจากสถานการณ์ปัจจุบัน นอกจากนี้ ภาพอนาคตยังเสนอมุมมองเชิงคุณภาพ ตลอดจนศักยภาพแห่งความไม่ต่อเนื่องของเหตุการณ์ซึ่งทฤษฎีเศรษฐมิติละเลยไป ดังนั้น การที่จะเขียนภาพอนาคตจึงต้องให้มีผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจตั้งข้อสงสัยสมมติฐานต่างๆ เกี่ยวกับความเป็นไปของโลกให้มากที่สุด เพื่อให้มองเห็นก่อนล่วงหน้าว่ามีการตัดสินใจใดซึ่งอาจจะเลยหรือหลีกเลี่ยงไปบ้างภายในแต่ละองค์กรนั้น ภาพอนาคตเปรียบเสมือนศัพท์พื้นฐานที่มีประโยชน์ต่อการสื่อสารเงื่อนไขและทางเลือกที่มีความสลับซับซ้อน หรือบางครั้งขัดแย้งกันในตัวเอง...”

“.....แม้ว่าภาพอนาคตจะมีลักษณะของนิยาย แต่การสร้างภาพอนาคตนั้นดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบและเป็นที่ยอมรับ กระบวนการเน้นการปฏิสัมพันธ์ จริงจัง และเต็มไปด้วยพลังจินตนาการอย่างมาก โดยเริ่มจากการคัดแยกสิ่งที่คิดจะตัดสินใจไว้ก่อน จากนั้นตั้งข้อสงสัยอย่างเอาจริงเอาจังกับวิธีการคิด และตามล่าหาข้อมูลซึ่งบ่อยครั้งมาจากแหล่งที่มักคิดไม่ค่อยถึง ขั้นตอนต่อไปเป็นการวิเคราะห์ คือ การระบุแรงผลักดันหลัก (ทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี) ระบุตัวแปรที่ทราบล่วงหน้า (Trends) หมายถึงสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่จะเกิดขึ้นแน่นอน และความไม่แน่นอน (Uncertainties) สำคัญๆ ที่อาจเกิดขึ้น อันเป็นสิ่งที่คาดเดาได้ยากหรือเรื่องที่แล้วแต่การเลือก เช่น ประชาคมติ เป็นต้น จากนั้นจึงจัดอันดับปัจจัยเหล่านั้นตามความสำคัญและระดับของความไม่แน่นอน.....”

“.....ผลที่ได้นำมาสร้างเป็น “โครงเรื่อง” ของภาพอนาคตสองถึงสามเรื่องอย่างรอบคอบ ในกรณีที่ต้องการให้ภาพอนาคตเป็นเครื่องมือการเรียนรู้ขององค์กร ภาพอนาคตนั้นจะต้องเกี่ยวกับประเด็นที่สำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จของการตัดสินใจ นอกจากนั้น ภาพอนาคตควรมีเพียงสองถึงสามภาพเพื่อให้พัฒนาเรื่องได้อย่างเต็มที่ และเป็นที่ยึดจำได้ โดยแต่ละภาพควรเสนออนาคตทางเลือกที่เป็นไปได้หนึ่งภาพ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด เลวร้ายที่สุด และ”เป็นไปได้มากที่สุด” หลังจาก

เรียงร้อยภาพอนาคตออกมาเป็นถ้อยความเรียบง่ายแล้ว ทีมงานจะระบุนัยความหมายจากภาพและตัวบ่งชี้สำคัญที่จะหมั่นตรวจสอบเป็นระยะ....”

“.....ภาพอนาคตที่ดีเป็นภาพที่ทั้งเป็นจริงได้และน่าประหลาดใจ เพราะเป็นภาพที่มีพลังทะลุทะลวงความคิดแบบเก่าๆ และผู้เขียนภาพมีสำนึกความเป็นเจ้าของและอยากนำไปใช้งาน การใช้ภาพอนาคตเพื่อซ้อมปฏิริยาก่อนเกิดเหตุการณ์จริงในอนาคต โดยการสังเกตเห็นสัญญาณเตือนภัย และรูปแบบของละครที่ค่อยๆ เผยเรื่องราวทำให้ลดอาการประหลาดใจ และทำให้สามารถปรับตัว และตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตัดสินใจที่ผ่านการทดสอบต่อชะตากรรมเท่าที่จะต้องเผชิญมาแล้วน่าจะยังคงใช้ได้ดีในอนาคต โดยการสร้างยุทธศาสตร์ที่ทรงพลังและที่จะทำให้ฟันตัวได้จากสถานการณ์ลำบาก และสร้างจุดแข็งเพื่อการแข่งขันได้ ที่สุดแล้วผลลัพธ์สุดท้ายของการวางแผนด้วยภาพอนาคตไม่ใช่ที่ภาพอนาคตภาพหนึ่งที่น่ายามากกว่า แต่เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตที่ดีกว่า

2. ขั้นตอนการเขียนภาพอนาคต

กระบวนการเขียนภาพอนาคตจะประกอบด้วย 10 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุนิวข้อและขอบเขตของการศึกษา วัตถุประสงค์ ระยะเวลาดำเนินการและผู้เข้าร่วมเขียนภาพอนาคตที่เหมาะสม

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากทรัพยากรที่สำคัญในการวิเคราะห์ภาพอนาคตคือความรู้และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมรวมทั้งความยินดีที่จะพิจารณาอนาคตทางเลือกแบบต่างๆ นอกจากนี้ การเชิญ “บุคคลภายนอก” ไม่ว่าจะเป็นโดยลักษณะงาน สาขาที่ชำนาญ หรือตามความสนใจ มาเข้าร่วมบ้างไม่จำเป็นต้องมากนักก็เป็นเรื่องสำคัญเพื่อขยายมุมมองของทีมให้กว้างขวางขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญรอบด้าน (key issues)

ขั้นตอนนี้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันระดมความคิดระบุประเด็นสำคัญๆ ที่พอมองเห็นได้ในปัจจุบันให้มากที่สุดเท่าที่จะคิดได้ ที่อาจจะมีอิทธิพลต่อเรื่องที่จะทำการศึกษา เพื่อให้เกิดการแบ่งปันความรู้ที่มีเกี่ยวกับหัวข้อที่กำลังศึกษา

หัวใจของขั้นตอนนี้อยู่ที่การได้เรียนรู้ความคิดของกันและกัน เนื่องจากขั้นตอนการพัฒนาภาพอนาคตต่อไปนั้นสร้างจากสิ่งที่อยู่ในสมองและจากความคิดของทีมไม่ใช่จากข้อมูลที่แจจแจงบนกระดาษ ขั้นตอนนี้จะทำให้เกิดแนวทางในการเลือกสมมติฐานสำคัญๆ ต่หัวข้อการศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การระบุและอธิบายแนวโน้ม (Trends) หรือปัจจัยสำคัญที่รู้ว่าจะเกิด (pre-determined factors)

จากความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานของเรื่องที่จะศึกษาในขั้นตอนที่แล้ว มาถึงขั้นตอนนี้ จะเป็นการจัดทำรายการของปัจจัยหรือตัวแปรสำคัญต่างๆ ที่ค่อนข้างแน่ใจว่าจะต้องเกิดขึ้นหรือเป็นไปเช่นนั้นในอนาคต (certain factors หรือ pre-determined factors) หรืออย่างน้อยมีสัญญาณแรงพอที่พอจะคาดเดาได้ด้วยหลักการว่าน่าจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จำเป็นต้องเป็นตัวที่สำคัญนั้นหมายถึงจะมีอิทธิพลสูงต่อเรื่องที่กำลังศึกษาในกรอบเวลาที่กำหนด ลักษณะของคำถามที่อาจตั้งคือ “อะไรเป็นแนวโน้มหลักที่จะเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2563 ที่เราควรรู้เพื่อที่จะสามารถกำหนดยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมเสียตั้งแต่ตอนนี้”

รายการของปัจจัยโดยทั่วไป มีดังนี้

- ประชากรศาสตร์ : จำนวนประชากร และลักษณะเฉพาะของประชากร
- ทรัพยากร : อาหาร น้ำ พลังงาน วัตถุ และมนุษย์
- สภาพแวดล้อม : ความยั่งยืน แรงกดดัน และภัยธรรมชาติ
- ทิศทางของการปกครองและภูมิศาสตร์การเมือง : โลกาภิวัตน์ การแบ่งเป็นกลุ่มตามภูมิภาคต่างๆ อิทธิพลของชาติ บทบาทและโครงสร้างของรัฐบาล
- เศรษฐศาสตร์ : เศรษฐกิจระดับมหภาค หนี้และการออม มาตรฐานการครองชีพ การเงินและการค้า
- อุตสาหกรรมและการจ้างงาน : ความเจริญของอุตสาหกรรมบริการ การดำเนินธุรกิจข้ามชาติ ระดับประเทศ และระดับโลก เทคโนโลยีโทรคมนาคมและสารสนเทศ เพื่อธุรกิจ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบและสถานที่ทำงาน
- ทิศทางทางสังคม : อัตราเงินเฟ้อ การจ้างงาน อาชญากรรมและความปลอดภัย ความอดทน ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเท่าเทียมทางเพศ การศึกษา และการรักษาสุขภาพ

ในขั้นตอนกระบวนการคิด มักจะพบว่ามีความยากๆ อยู่ 2 ประการ คือ

1) การปลดปล่อยสมาชิกจากมุมมองและความเชื่อเดิมของตน การดึงความสนใจให้ไปไกลกว่าความปวิติกับเหตุการณ์หรือข้อจำกัดในปัจจุบัน

2) การเน้นที่แนวโน้มภายนอก มากกว่าภายในองค์กรและอนาคตขององค์กร เพื่อให้มุมมองที่ได้กว้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การระบุความไม่แน่นอนในอนาคต (uncertainties)

อะไรคือความไม่แน่นอนที่สำคัญมากต่ออนาคต เหตุการณ์/ปัจจัยที่จะทำให้อนาคตไม่สืบเนื่องต่อกันจากปัจจุบันอย่างที่เราจะคาดคิด สิ่งที่จะทำให้เกิดความพลิกผันครั้งใหญ่มีผลกระทบอย่างสูงต่อหัวข้อที่กำลังศึกษา วิธีการที่ได้ผลที่จะมองหาปัจจัยพลิกผันเหล่านั้น คือการตั้งสมมติฐานไปในอนาคตอีก 10-20 ปีข้างหน้าและพยายามหาดูว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เข้าข่าย “โธ่ ถ้ารู้แบบนี้ก็จะ....” ตัวอย่างเช่น วิกฤติเศรษฐกิจในเอเชียค่านิยมของประชาชนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

การมองหาปัจจัยเหล่านี้จะต้องวิเคราะห์เหตุการณ์แวดล้อมหลายๆ อย่างผสมกัน (การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เทคโนโลยี สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และอื่นๆ) อะไรบ้างที่น่าจะมีความสำคัญ ควรเริ่มต้นด้วยการให้ช่วยกันระดมสมองอย่างรวดเร็วก่อน อย่าเพิ่งขัดความคิดกัน แล้วค่อยช่วยกันวิเคราะห์โดยละเอียดภายหลัง

ขั้นตอนที่ 5 การจัดกลุ่มปัจจัย

การเขียนภาพอนาคตที่มีตัวแปรของปัจจัยมากเกินไปเป็นเรื่องที่จัดการยาก ดังนั้น ขั้นตอนนี้คือการลดจำนวนตัวแปรให้อยู่ในระดับที่จะจัดการได้ง่ายขึ้นด้วยการจับกลุ่มปัจจัย ทั้งปัจจัยที่แน่นอนและปัจจัยที่ไม่แน่นอน นำปัจจัยต่างๆ ที่ได้ที่มีความหมายใกล้เคียงกันแต่อาจแสดงลักษณะแตกต่างที่ปลีกย่อยมาอยู่ด้วยกัน แล้วกำหนดชื่อกลุ่มอย่างเหมาะสม วิธีหนึ่งที่ใช้ในการจัดกลุ่มปัจจัย คือ การจับกลุ่มปัจจัยตาม “STEEP” (Social, Technological, Economic, Environment and Political Factors) นั่นคือกลุ่มปัจจัยด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมือง

ขั้นตอนที่ 6 การจัดลำดับปัจจัยเพื่อสร้างชุดแรงผลักดันหลักที่จะทำให้อนาคตเปลี่ยนรูปไป (key drivers of change)

เริ่มจากการจัดลำดับความสำคัญของแนวโน้มหรือปัจจัยที่จะเกิดแน่นอน ตามลำดับความสำคัญต่ออนาคต ขั้นตอนต่อไปจะยากกว่า คือ การจัดลำดับความสำคัญของความไม่แน่นอน (uncertainty) ระดับของความไม่แน่นอนไม่ใช่ระดับของความเป็นไปได้หรือเป็นไปได้ไม่ได้ว่าจะเกิด แต่หมายถึงระดับของความไม่รู้ของกลุ่มศึกษาว่าจะเกิดหรือไม่และมีผลขนาดไหนอย่างไร

ข้อควรสังเกต ในการเขียนภาพอนาคตนั้น ตัวสำคัญคือตัวแปรหรือปัจจัยที่มีความไม่แน่นอนสูง ไม่ใช่ปัจจัยที่แน่นอนที่รู้กันอยู่ว่าจะเกิด (เพราะหากรู้ว่าจะเกิด นักวางแผนก็มีการ

เตรียมพร้อมรับมือบ้างแล้ว) นำปัจจัยที่แน่นอนมากมารวบรวมไว้ด้วยกัน แต่ตัวสำคัญคือการนำกลุ่มความไม่แน่นอนต่างมาจัดชุดตรรกะสำหรับเขียนภาพอนาคตต่างแบบกัน)

ขั้นตอนที่ 7 การเลือกข้อกำหนดของภาพอนาคต (scenario logic)

ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์อย่างสูง ในการพิจารณาชุดของแรงผลักดันหลักที่ได้ในขั้นตอนที่ 6 มาเลือกข้อกำหนดสำหรับภาพอนาคตแต่ละภาพที่จะช่วยพัฒนาภาพอนาคตให้แตกต่างกัน วิธีการหนึ่งที่มีมักจะทำให้ภาพอนาคตแตกต่างกันได้ คือ การดูปัจจัยพื้นฐาน ที่มีผลต่อการตัดสินใจในระดับท้องถิ่น เลือกกลุ่มปัจจัยที่อาจทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญที่มีลักษณะแตกต่างกันได้ โดยอาจเลือกจากปัจจัยที่ถูกจัดอันดับไว้ตามตำแหน่งสูง/ต่ำบนแต่ละแกนของกราฟคละกัน

ขั้นตอนที่ 8 การพัฒนาภาพอนาคต

การพัฒนาภาพอนาคตให้ออกมาเป็นเรื่องราวที่ดี สามารถทำได้ตามขั้นตอน ดังนี้

- 8.1) ใช้แรงผลักดันที่สำคัญตัวหนึ่งอาจเป็นแนวโน้มหรือความไม่แน่นอนก็ได้เป็นตัวเดินเรื่องร้อยเหตุการณ์ตามเหตุผลที่มีต่อกัน
- 8.2) พัฒนาเรื่องต่อไปด้วยแรงผลักดันตัวอื่นๆ ละเริ่มนำปัจจัยหลักที่ได้ระบุไว้ในขั้นตอนแรกๆ มาร่วมพัฒนาภาพอนาคตด้วย
- 8.3) วิธีการหนึ่งที่เป็นประโยชน์ คือ ระบุเหตุการณ์ต่างๆ ให้เหมือนหัวข้อข่าวของหนังสือพิมพ์
- 8.4) เล่าเหตุการณ์ต่อเนื่องกันในลักษณะร้อยแก้ว พิจารณาหลักของเหตุและผลเสมอ เช่น โลกจะก้าวจากจุดนี้ไปยังจุดนั้นได้อย่างไรหรือเหตุการณ์ใดที่จำเป็นที่จะทำให้ภาพอนาคตลงเอยอย่างมีเหตุมีผล วัตถุประสงค์ของขั้นตอนนี้คือการสร้างโครงเรื่อง ยังไม่ใช้บทเรื่องที่สมบูรณ์ ในขั้นตอนนี้ ยังไม่ต้องพิจารณาเหตุปัจจัยในองค์กรของท่านเป็นพิเศษ ซึ่งจะทำในภายหลังที่ภาพสมบูรณ์แล้ว
- 8.5) เขียนบรรยายลักษณะภาพอนาคตสั้นๆ(200-300 คำ) และตั้งชื่อที่เหมาะสมและดึงดูดใจ

ขั้นตอนที่ 9 การประเมินความชัดเจนและความเป็นเหตุเป็นผลของภาพอนาคต

การประเมินว่าภาพอนาคตที่ได้เป็นภาพที่ดีหรือไม่ ทำได้โดยตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลของเหตุการณ์ในภาพ ดูว่ามีการระบุเหตุการณ์หลักที่เป็นตัวหักมุมของเรื่องและผลที่เกิดขึ้นอย่างน่าเชื่อถือได้หรือไม่ ที่สำคัญควรตรวจสอบภาพอนาคตกับกลุ่มปัจจัยสำคัญทั้งหมดเพื่อให้แน่ใจว่าภาพ

อนาคตที่ได้ครอบคลุมแล้วทุกประเด็น โดยสรุป ในภาพอนาคตแต่ละภาพ ตัวแปรแต่ละตัวควรมีเหตุผล ให้ผลลัพธ์ที่ชัดเจน และทำให้ภาพที่ได้ต่างไปจากภาพอนาคตอื่น

ขั้นตอนที่ 10 การประเมินนัยความหมายของภาพอนาคตเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์

ตรวจสอบนัยความหมายจากภาพโดยการกลับไปดูหัวข้อการศึกษา ภาพอนาคตแต่ละภาพ น่าจะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องอะไรบ้างเปิดเผยจุดอ่อนของการวางแผนปัจจุบันอย่างไร ต้องมียุทธศาสตร์อย่างไรที่จะจัดการรับมือกับภาพอนาคตได้ทุกภาพ หรือจัดการกับองค์ประกอบสำคัญๆ ในแต่ละภาพ

การมองอนาคตระบบสาธารณสุขไทย[‡]

ชากุล สิ้นไชย[§] : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานการณ์โลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านสังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และ นโยบายการเมือง การเปลี่ยนแปลงในระบบใหญ่มีผลกระทบต่อระบบย่อย ๆ ได้ทั้งสิ้น ด้วยข้อมูลข่าวสารที่ติดต่อเชื่อมโยงถึงกันได้ทั่วโลก(globalization) กระจายไปสู่ครัวเรือน เกิดการกระทบกันอย่างต่อเนื่อง สภาพปัญหาหนึ่ง ไม่อาจที่จะใช้กลไก วิธีการใด วิธีการหนึ่ง ใช้แก้ปัญหาแต่เพียงลำพังได้ จะต้องอาศัยวิธีการอื่นๆ เข้ามาร่วมในการวิเคราะห์ตามเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสถานการณ์ในปัจจุบันสภาพการเกิดปัญหาเป็นไปอย่างรวดเร็ว และแพร่กระจายได้กว้างขวางขึ้น จนกระทั่งอาจจะไม่สามารถตั้งตัวรองรับกับปัญหานั้น ๆ ที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อมนุษยชาติ ถ้าไม่มีการเตรียมการรองรับไว้ก่อน

การมองภาพอนาคต (scenario planning) เป็นความจำเป็น ณ สถานการณ์แห่งความไร้พรมแดนของโลก ณ ปัจจุบันนี้ เป็นการมองภาพอนาคต ที่ไม่ใช่การคาดการณ์ (forecast) และไม่ใช่การตั้งเป้าหมายว่า ต้องการให้อนาคตเป็นเช่นปรารถนา (preferable) หรือมีวิสัยทัศน์ว่าจะต้องไปให้ถึงเป้าหมายในระยะเวลาใกล้เคียง (vision) แต่การมองภาพอนาคตในที่นี้หมายถึง การมองภาพอนาคต เพื่อกำหนดภาพจากปัจจัยปัจจุบัน และแนวโน้มที่มีสัญญาณเตือนอ่อน ๆ ว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตแนวดังนั้น ภาพอนาคตนี้จะมีความซับซ้อนมาก มีความไม่แน่นอนสูง มีโอกาสเกิดขึ้นได้หลายภาพ และทำให้การบริหารจัดการกับความเสี่ยง มีความเป็นไปได้ โดยกระบวนการของการมองภาพอนาคตมีจุดเด่นคือ เป็นการนำข้อมูลในปัจจุบัน เพื่อจะมองภาพอนาคต (feed forward system) มากกว่าการใช้ข้อมูลในอดีต (feed back system) ที่จะบอกว่าเกิดอะไรขึ้นและเราพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งที่เราได้ทำไปแล้ว เพื่อปรับปรุง จะเห็นความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงของกระบวนการคิด การมองอนาคตจะมองความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและพอจะบอกแนวโน้ม และความไม่แน่นอนสูงที่มีผลกระทบสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นต่อโจทย์ที่กำหนดได้ ซึ่งภาพอนาคตจะมีที่ภาพนั้นขึ้นอยู่กับโจทย์ และประเด็นต่าง ๆ ที่ได้จากข้อมูลสถานการณ์ในปัจจุบัน และการระดมความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีครอบคลุมในสาขาที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการมองภาพอนาคตนั้น จะนำมาใช้เมื่อประเด็นต่าง ๆ มีความคลุมเครือ ไม่สามารถบอกความแน่นอนได้ เหตุผลที่เลือกใช้วิธีการมองภาพอนาคตด้วย scenario writing

[‡] บทความในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการประชุมเชิงปฏิบัติการระบบกายภาพบำบัดของคนไทยในทศวรรษหน้าวันที่ 5-6 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรม หลุยส์ แทรเวอร์ส กรุงเทพมหานคร

[§] ผู้จัดการงานวิจัยระบบบริการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เพราะสามารถทำได้ง่าย ๆ ถ้าโจทย์มีความชัดเจน ประการหนึ่ง และถ้าองค์ประกอบของผู้เชี่ยวชาญมีศักยภาพในสาขานั้น ๆ ก็เป็นอีกประการหนึ่ง ที่จะสร้างภาพอนาคตได้ สำหรับระยะเวลาในการดำเนินการนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งสองประการ ถ้าโจทย์ไม่ชัด ต้องใช้เวลาในการค้นหา วิเคราะห์ข้อมูล ถ้าผู้เชี่ยวชาญมีองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และมีส่วนเกี่ยวข้องก็จะใช้เวลา 2-3 วันในการพูดคุยกัน พร้อมทั้งวางภาพอนาคตได้

ประโยชน์ของภาพอนาคต สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจขององค์กรเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น หรือต้องการที่จะพัฒนาคุณภาพการดำเนินการที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ การมองภาพอนาคตยังมีเป้าหมายเพื่อ การค้นหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อรองรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ในระบบสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เมื่อเกิดปัญหาที่ไม่ได้คิดมาก่อน เป็นปัญหาที่ทำให้ถึงชีวิตและเกิดการสูญเสียอย่างมหาศาลต่อประเทศ ในด้านของคุณค่าทางปัญญา เศรษฐกิจ และจิตใจ จากระยะเวลาที่ผ่านไปในรอบ 10 ปี พบว่ามีโรคใหม่ ๆ เกิดขึ้น เช่น เอชไอวี และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา มีการเกิดของโรคซาร์ส ซึ่งทั้งสองโรคนี้ ทำลายต่อระบบของมนุษยชาติอย่างมหาศาล ถ้าได้มีการเตรียมการวางภาพอนาคตในระยะ 10 ปี มาก่อน จะสามารถป้องกันได้อย่างมาก และในโลกทุกวันนี้มีแนวโน้มจะเกิดโรคใหม่ ๆ หรือจากโรคเดิมแต่มีการเปลี่ยนแปลงพันธุไปก็มีเป็นจำนวนมาก ขณะนี้ในประเทศต่าง ๆ ทุกส่วนของโลกเช่น แอฟริกา อเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สวีเดน และเนเธอร์แลนด์ แม้แต่ในแถบเอเชีย ฮองกง ที่เพิ่งเกิดการระบาดของ โรคซาร์ส สิงคโปร์ มาเลเซีย ต่างก็ตื่นตัวหันมาสนใจประเด็นการวางภาพอนาคตทั้งสิ้น แต่จะด้วยวิธีการใดนั้นขึ้นอยู่กับเป้าหมาย

ในประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ก็เห็นความสำคัญนี้ และได้ทำทนายให้วิชาชีพหลักด้านสุขภาพใน 5 วิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตกรรม และกายภาพบำบัด ได้สนใจที่จะมองภาพอนาคตของตัวเองใน อีก 10 ปีข้างหน้า โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ สังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และนโยบาย/การเมือง ที่จะมียผลต่อการเปลี่ยนแปลง ต่อระบบสุขภาพของคนในมุมมองของวิชาชีพที่หลากหลายและเชื่อมโยงกัน ข้อมูลที่ศึกษาสำหรับการมองภาพอนาคตต้องเป็นข้อมูลที่เป็นความจริง และมีตัวเลขยืนยันชัดเจน หรือเป็นปรากฏการณ์ที่เริ่มแสดงให้เห็นอย่างจาง ๆ แต่ยังไม่สามารถรวบรวมเป็นเรื่องราวได้ บ่งบอกแนวโน้มที่อาจจะเกิดขึ้นหรือไม่ต่อไปในอนาคตถ้าได้รับการจัดการได้ทันต่อเหตุการณ์ จากกระบวนการดังกล่าว ได้ฉายภาพกลาง ๆ ของการทำงานประสานกันอย่างเป็นเครือข่ายของวิชาชีพ และระหว่างวิชาชีพ ได้เรียนรู้กันและกัน เรียนรู้ที่จะเชื่อมโยงกัน และได้ภาพอนาคตที่แตกต่างกันหรือเหมือนกันบ้าง ซึ่งจะต้องมองหาจุดที่จะมาสัมพันธ์กันเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก และภาพความร่วมมือของวิชาชีพนี้ จะค่อย ๆ ชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีการมองเป้าหมายที่สุขภาพของประชาชนร่วมกัน ภาพอนาคตที่ได้เหล่านี้ จะมีได้เป็นเพียงภาพลอย ๆ แต่แฝงไว้ด้วยจิตวิญญาณของวิชาชีพ ที่มุ่งหวังจะได้เห็นภาพสุขภาพที่ดีของประชาชนร่วมกัน และนำไปสู่คำถามการวิจัยที่สำคัญ ตามภาพอนาคต

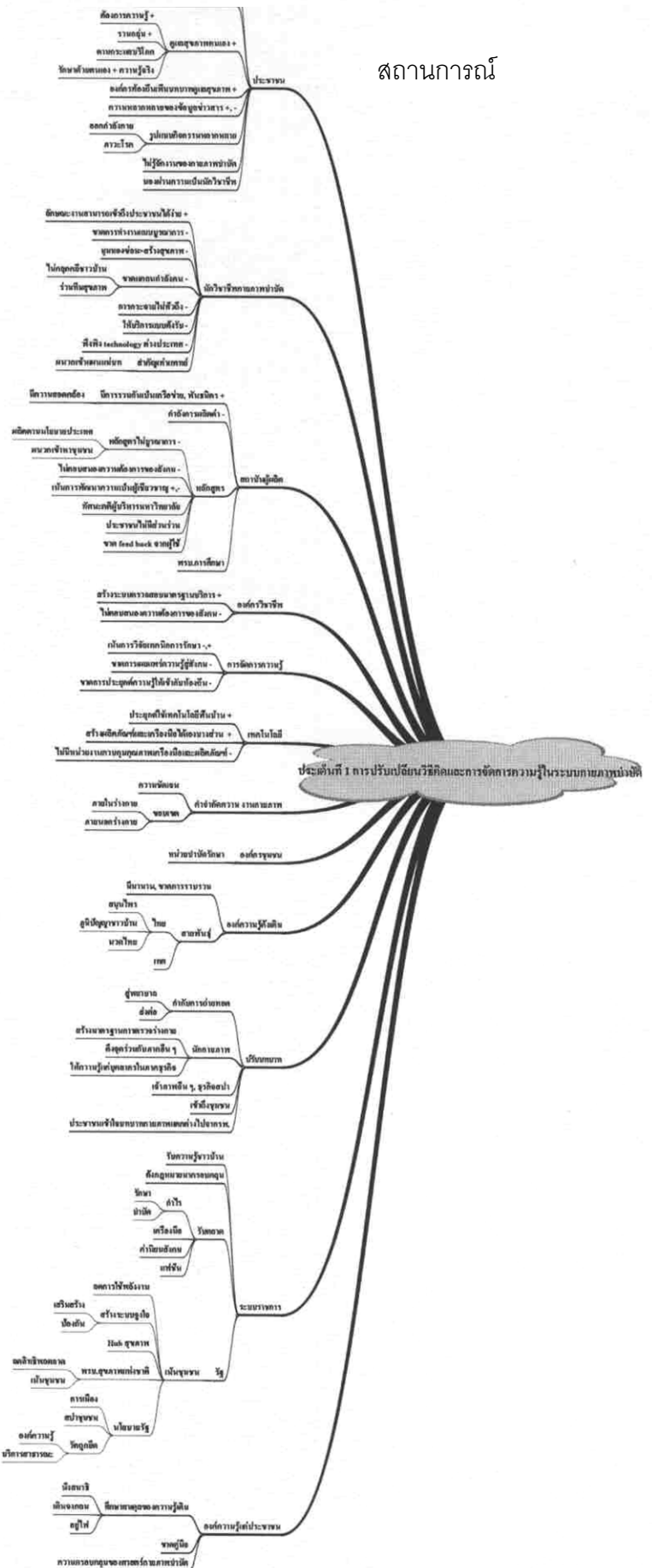
ใน 10 ปีที่ได้มองภาพร่วมกันไว้ จะเดินไปอย่างไร และจะต้องหาคำตอบใดเป็นพิเศษ มีกลยุทธ์ใดที่จะไปให้ถึงภาพเหล่านั้น และเป็นที่ทราบกันดีว่า ภาพอนาคตเหล่านั้น มีทั้งภาพที่เป็นทั้งแง่ลบและแง่บวก เราจะแก้ไขภาพลบเหล่านั้นอย่างไร และเราจะสร้างภาพบวกเหล่านั้นให้เป็นไปได้ จะต้องจัดการกับความเสี่ยงต่าง ๆ หรือวางแผนรองรับความไม่แน่นอนที่จะมีขึ้นได้อย่างไร ซึ่งเป็นประเด็นที่จะต้องหาคำตอบ และค่อย ๆ ค้นหากันไปเรื่อย ๆ ให้ได้มากที่สุดที่ศักยภาพและภูมิปัญญาของนักวิจัย และนักวิชาการไทยมีอยู่ แต่ผลลัพธ์ที่สำคัญประการหนึ่งของกระบวนการมองภาพอนาคต คือการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนั้น กระบวนการนี้จะเป็นกระบวนการต่อยอดองค์ความรู้ไปเรื่อย ๆ ตราบใดที่เราไม่สามารถหยุดการเปลี่ยนแปลงได้

การวางแผนที่การวิจัย จะมีความเป็นไปได้ จากภาพการมองอนาคตแต่ละภาพ และอาศัยกระบวนการของเครือข่ายวิจัยและนักวิชาการ ที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน ซึ่งเมื่อแผนที่วิจัย พร้อมทั้งกรอบกลยุทธ์ ได้แปลงสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง จะต้องมีการนำภาพของแต่ละประเด็น คาดว่าผลจากกระบวนการมองภาพอนาคต จะนำไปสู่การทบทวนและการสร้างนโยบายของภาครัฐด้านสุขภาพได้ โดยอาศัยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์จากการศึกษาวิจัยเป็นรากฐานสนับสนุนความเป็นไปได้ของภาพอนาคต

ภาคผนวก 3

แผนที่ความคิด (mind map) สถานการณ์ปัจจุบัน ของประเด็นสำคัญ และแนวทางการแก้ไข

ประเด็นที่ 1 การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัด



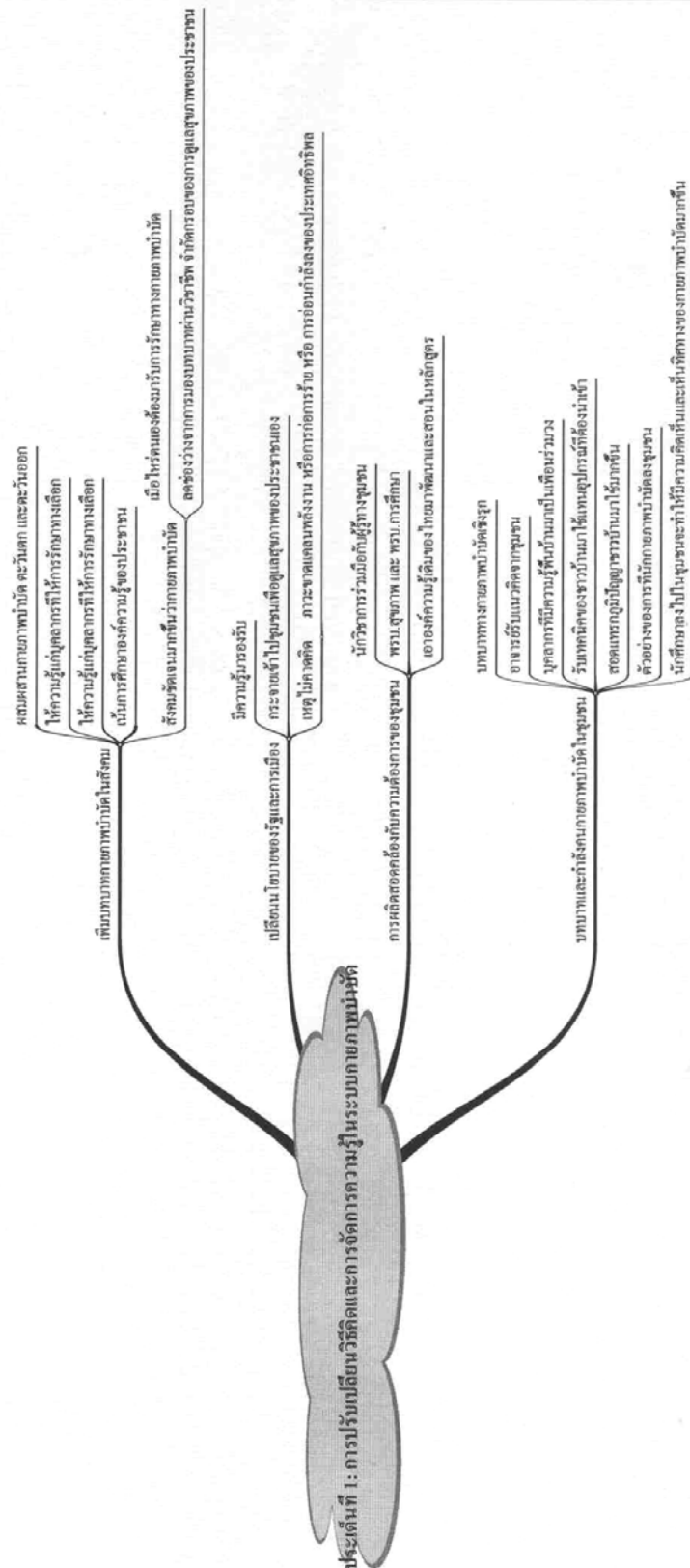
ภาพที่ 7 แผนที่ความคิดประเด็นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัดที่นำเสนอโดยผู้วิจัยและอภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ระบบกายภาพบำบัดของคนไทยเนตศวรรษหน้า (พ.ศ. 2548-2551)

พรพิมล จันทโรจโรจน์ และคณะ 2549

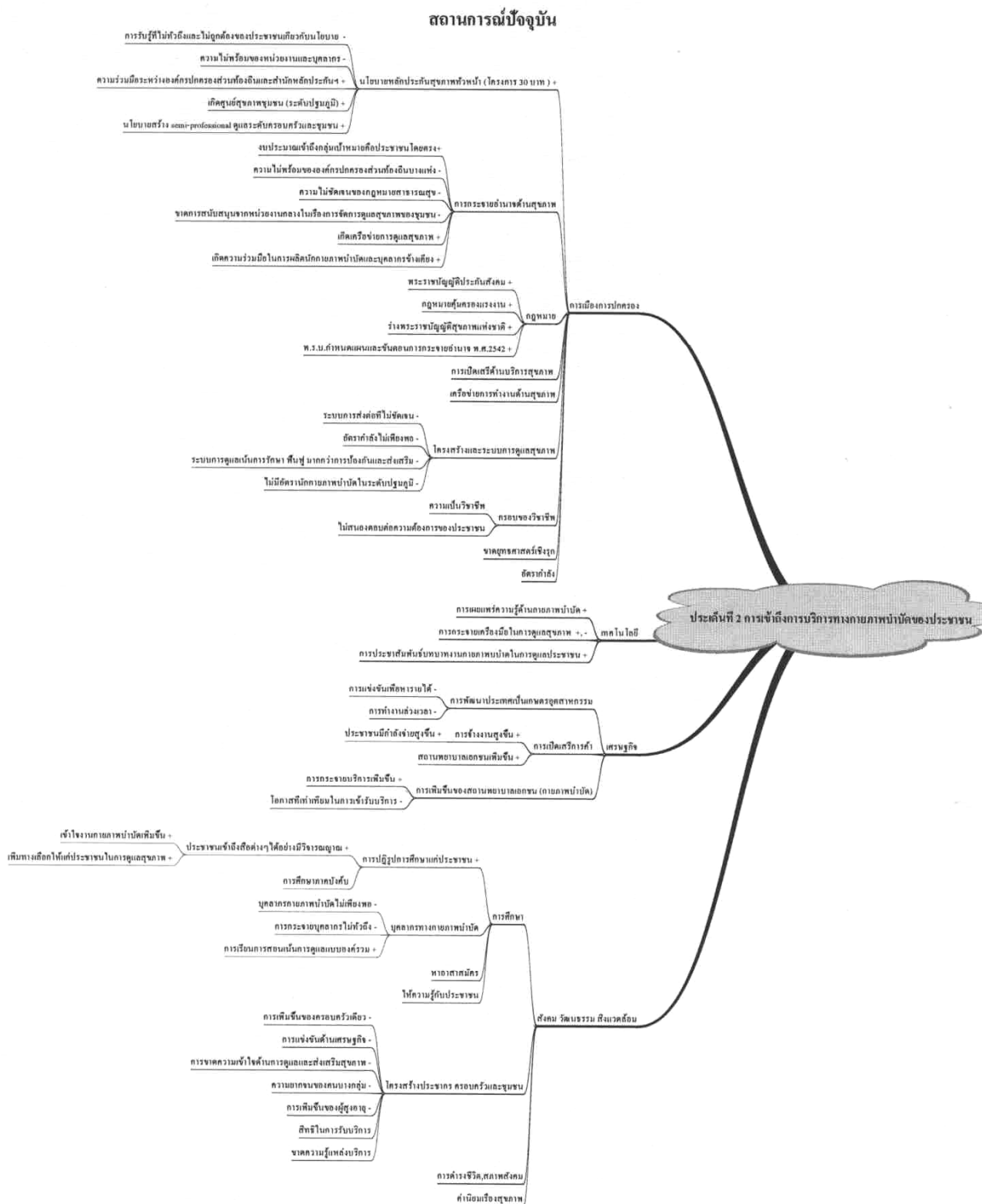
ประเด็นที่ 1 การปรับเปลี่ยนวิถีคิดและการจัดการความรู้ทางกายภาพบำบัด

ทางออก



ภาพที่ 8 แผนที่ความคิดแนวทางการแก้ไขในประเด็นการปรับเปลี่ยนวิถีคิดและการจัดการความรู้ในระบบกายภาพบำบัดที่

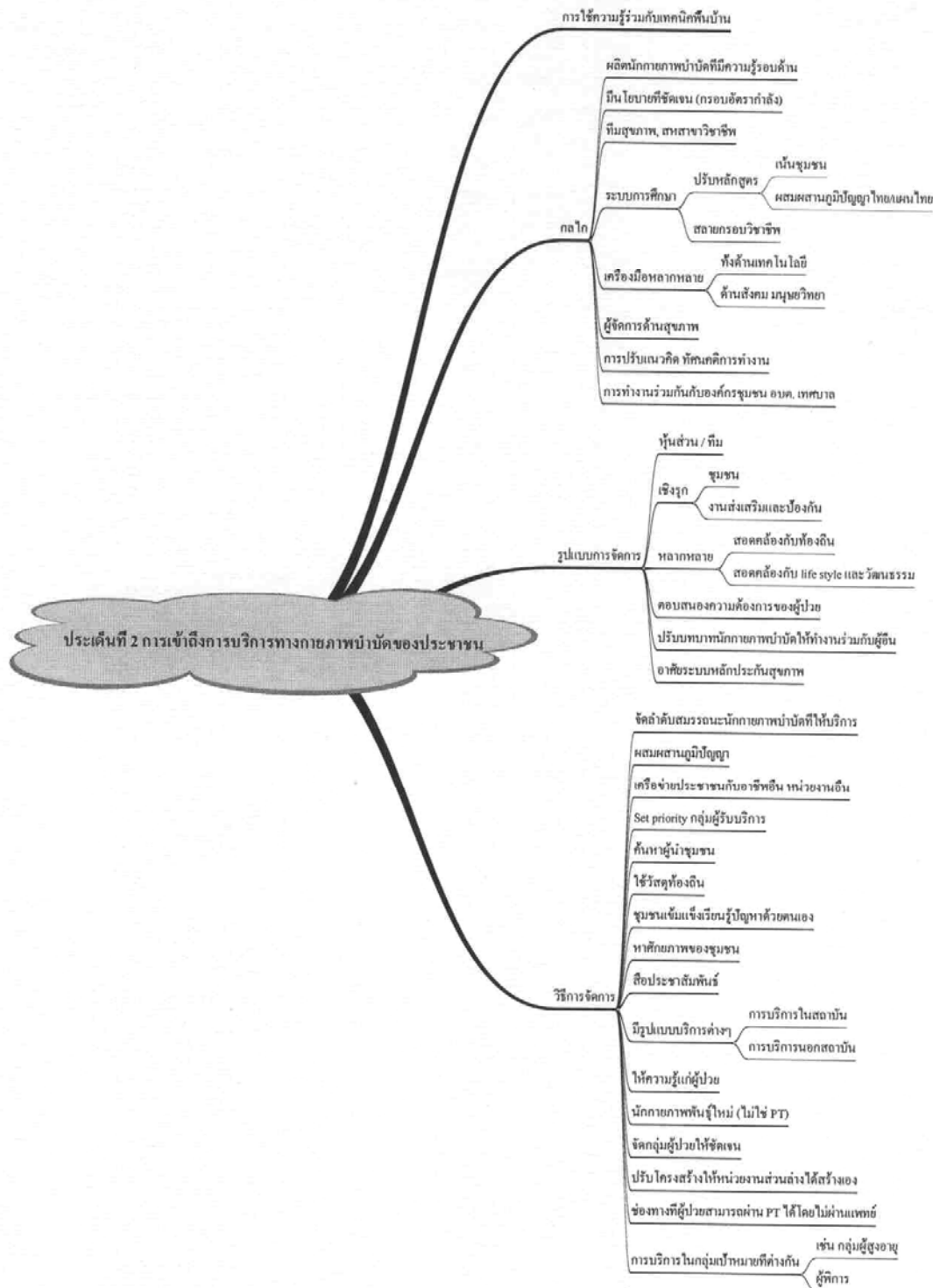
ประเด็นที่ 2 การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน



ภาพที่ 9 แผนที่ความคิดประเด็นการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของประชาชนที่เสนอโดยผู้วิจัย และอภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ประเด็นที่ 2 การเข้าถึงการบริการทางกายภาพบำบัดของประชาชน

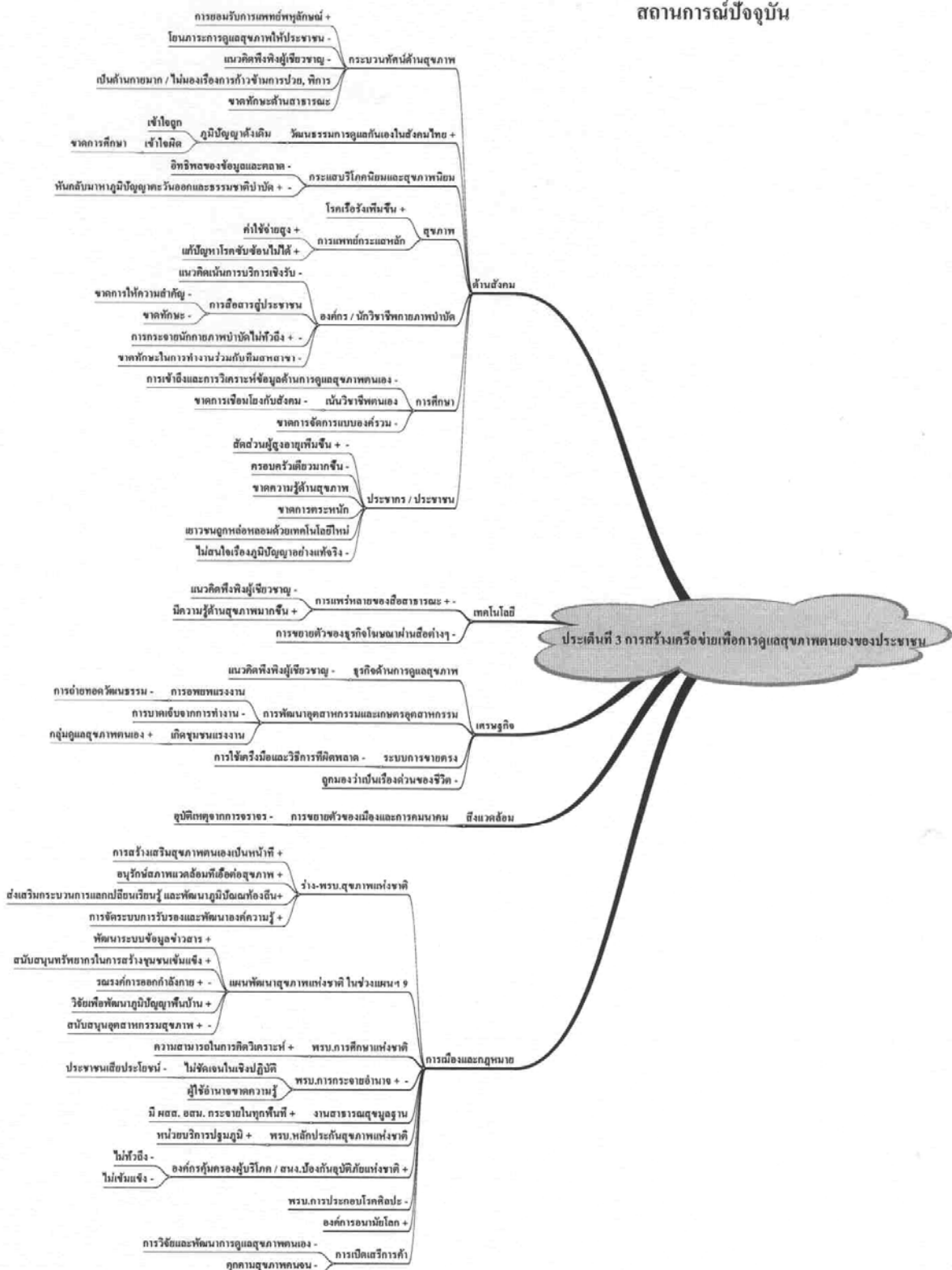
ทางออก



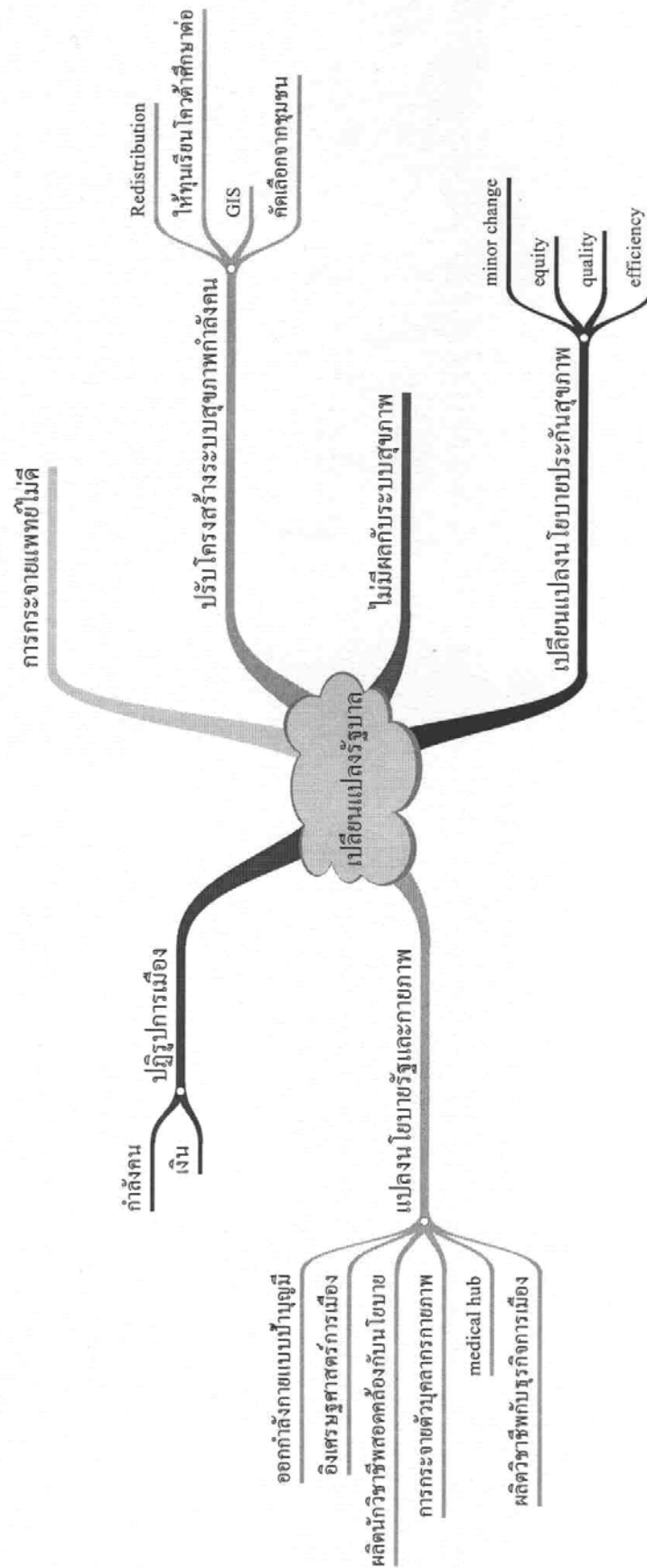
ภาพที่ 10 แผนที่ความคิดแนวทางการแก้ไขในประเด็นการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของประชาชนที่เสนอโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ประเด็นที่ 3 การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

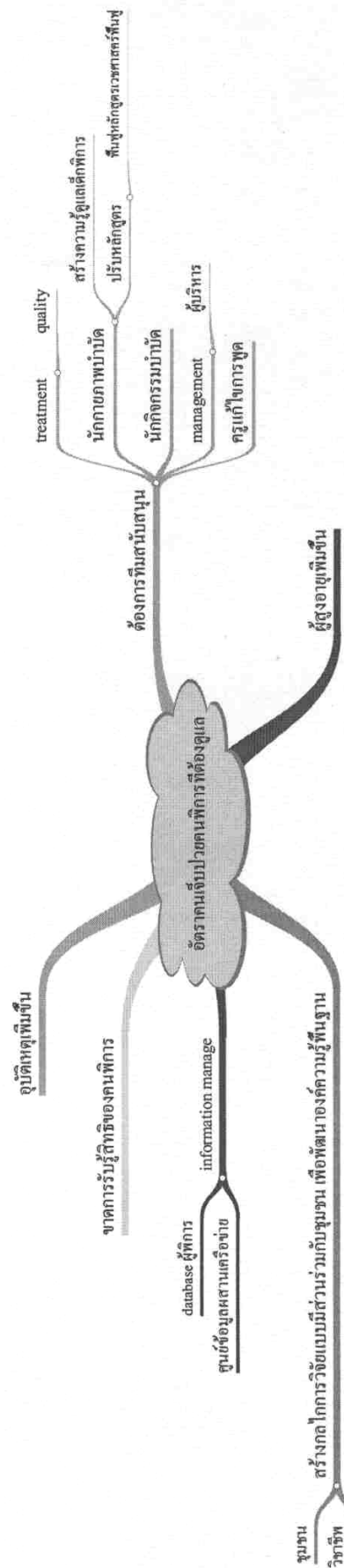
สถานการณ์ปัจจุบัน



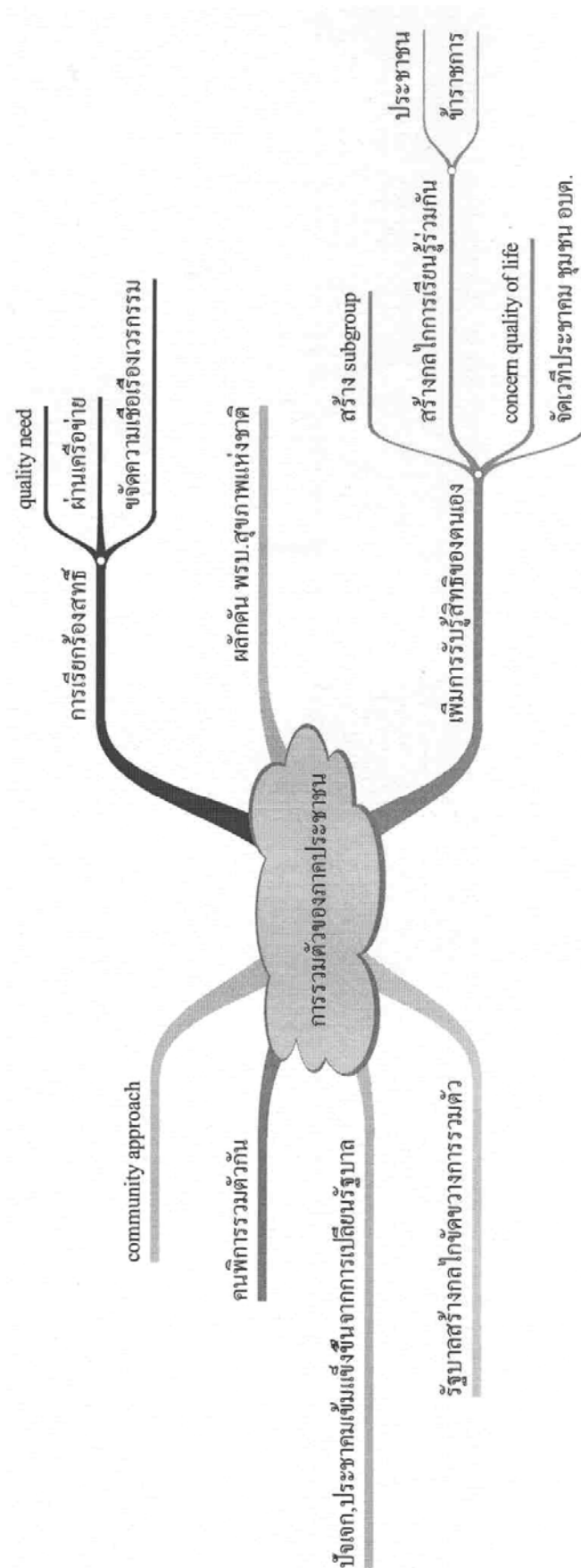
ภาพที่ 11 แผนที่ความคิดประเด็นการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่เสนอโดยผู้วิจัยและอภิปรายเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ



ภาพที่ 15 แผนที่ความคิดข้อกำหนดภาพอนาคตภาพที่ 2 ข้อที่ 1



ภาพที่ 16 แผนที่ความคิดข้อกำหนดภาพอนาคตภาพที่ 2 ข้อที่ 2



ภาพที่ 17 แผนที่ความคิดข้อกำหนดภาพอนาคตภาพที่ 2 ข้อที่ 3