

**การศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบ
ประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคน
ในชุมชนล้านนา**

**A Study of Folk and Popular Health Care System for Promoting
Health of among middle-aged Women in Lanna Society**

โดย

อ.ดร. อวยพร	ตันมุษยกุล
ผศ. ดร. ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์
ผศ. ดร. สุกิตรา	เทียนสวัสดิ์
ผศ. ดร. วารุณี	ฟองแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบทางเลือก
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคน
ได้รับการสนับสนุน โดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบ
ประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคน
ในชุมชนล้านนา

A Study of Folk and Popular Health Care System for Promoting
Health of among middle-aged Women in Lanna Society

โดย

อ.ดร. อวยพร	ต้นมุษยกุล
ผศ. ดร. ชวพรพรรณ	จันทร์ประสิทธิ์
ผศ. ดร. สัจจิรา	เทียนสวัสดิ์
ผศ. ดร. วารุณี	ฟองแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบทางเลือก
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคน
ได้รับการสนับสนุน โดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยบุคคลหลายฝ่าย บุคคลที่เป็นเบื้องหลังสำคัญของการวิจัยครั้งนี้ที่คณะผู้วิจัยจะลืมเสียมิได้ คือคุณสินทร ไชยฉกรรจ์ คุณวสันต์ ไชยฉกรรจ์ คุณบุญเรือง การหมั่น ผู้ให้บริการในด้านการกดจุด การนวด ตลอดจนสตรีวัยกลางคนทุกท่าน ในเขตอำเภอเมือง อำเภอสารภี และอำเภอเชียงดาว ที่กรุณาเสียสละเวลาเพื่อเล่าประสบการณ์อันล้ำค่าให้แก่คณะผู้วิจัย คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ โดยเฉพาะท่านคณบดี รองศาสตราจารย์ วิลาวัณย์ เสนารัตน์ ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และภาควิชาบริหารการพยาบาล ที่เปิดโอกาสให้ใช้สถานที่ตลอดจนอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามได้หมดในที่นี้ ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล ถอดเทป อำนวยความสะดวกขณะรวบรวมข้อมูล ตลอดจนทำให้บรรยากาศการวิจัยภาคสนามเต็มไปด้วยมิตรภาพและการทำงานเป็นทีม ขอขอบคุณอาจารย์บุญเกตุ ฟองแก้ว ผู้สละเวลานำทางไปแหล่งข้อมูลตลอดจนให้กำลังใจแก่คณะผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัยครั้งนี้ และสุดท้ายขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนในด้านงบประมาณตลอดจนรองศาสตราจารย์ ดร. สิริพร จิรวัฒน์กุล หัวหน้าโครงการพัฒนาระบบทางเลือกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคน ที่ทำหน้าที่ผู้ประสานงานงานวิจัยนี้สำเร็จได้ดังนี้

อ.ดร. อวยพร คัมมุขกุล

ผศ. ดร. ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์

ผศ. ดร. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์

ผศ. ดร. วารุณี ฟองแก้ว

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบสามัญชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา ทำการศึกษาในชุมชนเขตเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และในเขตชนบทอย่างละ 1 แห่ง ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ บุคคลที่เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญของการวิจัย คือ สตรีวัยกลางคนอายุตั้งแต่ 40 - 59 ปี จำนวน 55 คน และผู้ให้บริการในระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านจำนวน 9 คน วิธีหลักของการรวบรวมข้อมูล คือ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ครอบคลุมการกำหนดประเด็นหลัก การจัดหมวดหมู่ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลในหมวดหมู่ต่าง ๆ

ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนประกอบด้วย 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพแบบสามัญชน ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม และระบบการแพทย์สมัยใหม่ ในประเด็นความหมายของ 'สุขภาพ' กลุ่มสตรีที่ศึกษาให้ความหมายในลักษณะพหุมิติ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการทำหน้าที่ทางด้านสรีระ ส่วนสุขภาพตีความถึงการที่ร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรค จิตใจสบาย และสามารถทำหน้าที่กิจกรรมได้ตามปกติ ที่น่าสนใจก็คือ สถานภาพการสมรสรวมทั้งการมีบุตรธิดาว่าส่งผลต่อภาวะสุขภาพสตรี

สตรีวัยกลางคนยอมรับว่าอยู่ใน "วัยทอง" ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ จึงอาจเรียกว่า เป็นวัย 'สับสน' เพราะเกิดความไม่แน่ใจถึงการปฏิบัติที่ควรกระทำ อีกทั้งรับรู้ว่าเป็นวัยที่เกิดโรคได้ง่ายง่าย มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ส่วนวิถีปฏิบัติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น กรณีอาการไม่รุนแรง จะไม่มีวิถีปฏิบัติเป็นพิเศษ เช่น อาจใช้การทำกิจวัตรประจำวัน การอบสมุนไพร การนวดแผนโบราณหรือแผนไทย ส่วนกรณีอาการรุนแรง จะแก้ไขโดยใช้บริการการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนซึ่งเป็นการแพทย์สมัยใหม่ หากการรักษาไม่ได้ผลจะรับการรักษาต่อแบบพื้นบ้าน ส่วนวิถีปฏิบัติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ จะใช้วิธี ทำจิตใจให้สงบ ฝึกสมาธิ ทำงานอดิเรก หรือฟังธรรมะ เป็นต้น

สำหรับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีวัยกลางคนจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ชัดเจน แต่มีการระบุวิถีปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดี ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การรับประทานยาบำรุงหรือยาพื้นบ้าน

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นในสตรีวัยกลางคน จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนนโยบายการให้บริการสุขภาพจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเสริมสร้างแนวคิดความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพให้เกิดขึ้นในสตรีวัยกลางคน นั่นคือ ระบบบริการสุขภาพควรมุ่งที่การป้องกันระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิมากกว่าตติยภูมิ และบริการดังกล่าวควรสอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตของสตรีวัยกลางคน

Abstract

The main focus of this qualitative research was to explain folk and popular health care systems concerning promoting health of the middle-aged women residing in *Lanna* society. Study settings included an urban community, a semi-urban community and a rural community located in Chiang Mai province. Key informants were 55 women, aged between 40 and 59 years old, and nine practitioners working in folk medicine. Data were obtained through the use of focus group discussions, in-depth interviews, and participation and non-participation observation. Data were analyzed using content analysis, indicating the main themes, categorization, and mapping the connections.

The major results of this study indicated that there were three alternative health care systems for middle-aged women: popular, traditional, and modern health care systems. Regarding the definition of health, the middle-aged women defined 'health' as a multi-dimensional aspect including the dimension of physical, mental and physiological function. Therefore, good health, according to these women, was referred to the state of physical fitness, being free from disease, good and happy mind, and being able to function activities. It is also interesting to note that marital status and child bearing was indicated to influence women health.

In the period of middle-aged, the women preferably called as "golden age", a period of various changes had been occurred physically, mentally and emotionally. Some women might call this age as "confusing age" because of uncertainty concerning whether the way they acted was appropriate. Further, the middle-aged women perceived that their age was high risk of developing disease and was irritability. Regarding the management of the physical changes, it was found that the management was depending on the severity of the symptoms. For mild symptoms, there was no special activities performed. Some women used daily activities, traditional herbal sauna, and Thai traditional massage. In case of having severe symptom, the women preferred to seek help from modern health care services, either public or private sector. If the treatment was unsatisfied or ineffectiveness, they would further seek help from traditional practitioners. Concerning the management of mental and emotional changes, almost all middle-aged women stated that they preferred to do meditation, hobbies and listen to Buddha teaching.

It is worth to note that the concept of health promotion among the middle-aged women was not clearly defined. Nevertheless, they pointed out many activities leading to good health. These were taking good nutrition, exercises, doing leisure activities, and taking tonic medicine or folk medicine.

Hence, the results indicate that to promote health of the middle-aged women, it is of great important to modify health care service policy from curation to health promotion and disease prevention. This is anticipated to develop the concept of health responsibility among the middle-aged women. The modern health care services, therefore, should focus on primary or secondary prevention rather tertiary prevention, and such services should be in accordance with culture, beliefs and life-style of middle-aged women.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	31
บทที่ 4 บริบทการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนภาคพื้นบ้าน	35
บทที่ 5 ความหมายของสุขภาพดีและการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคน	47
บทที่ 6 สรุปและข้อเสนอแนะ	57
เอกสารอ้างอิง	69
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ให้คำแนะนำ/ผู้ให้บริการ	72
ภาคผนวก ข แนวทางการสัมภาษณ์สตรีวัยกลางคน	73
ภาคผนวก ค แนวทางการสนทนากลุ่มสตรี	74
ภาคผนวก ง แนวทางการสนทนากลุ่มผู้รับบริการ	75
ภาคผนวก จ คณะผู้วิจัย	76

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	ระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของไคลน์แมน	14
ภาพที่ 2	แนวคิดการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับสมดุลแห่งสุขภาพและความเจ็บป่วย	21
ภาพที่ 3	แนวทางการให้บริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการรายใหม่	26
ภาพที่ 4	แนวทางการให้บริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการรายเก่า	27
ภาพที่ 5	แผนภูมิแสดงวิธีการปฏิบัติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในวัยกลางคน	51

บทที่ 1

บทนำ

สุขภาพสตรีกำลังเป็นที่สนใจอย่างยิ่งในระดับสากล และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค และท้องถิ่น โดยนัยของสิทธิและความเท่าเทียมทางสุขภาพ ทั้งนี้เพราะสุขภาพสตรีหมายถึงสุขภาพโดยรวมทางสังคม ที่สำคัญสุขภาพที่ดีของสตรีหมายถึงรวมถึงสุขภาพที่ดีของเด็กและสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากสตรีมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน และอีกประการหนึ่ง สตรีเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากกว่าชาย โดยอัตราส่วนหญิงต่อชายในประเทศไทยในปี พ.ศ.2540 เท่ากับ 1 : 0.98 (CIA World Factbook Report on Thai, 2000) และมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย คือ 72.66 ปี ในขณะที่ชายมีอายุขัยเฉลี่ย 65 ปี (CIA World Factbook Report on Thai, 2000) นอกจากนี้ จากสถิติประชากรในปี พ.ศ. 2540 พบว่าร้อยละ 35 ของประชากรไทยทั้งหมดเป็นหญิงในวัย 15 - 64 ปี และ ร้อยละ 3 เป็นหญิงวัย 65 ปีขึ้นไป (CIA World Factbook Report on Thai, 2000) และคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Ministry of Public Health, 1997) โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหญิงเนื่องจากอัตราการตายของชายในวัย 15 ปีขึ้นไปสูงกว่าหญิงถึง 1.8 - 3.5 เท่า (แผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544) และโดยบทบาททางสังคม สตรีมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่ยังอยู่ในวัยเจริญเติบโตและสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยในบ้าน สตรีจึงกลายเป็นผู้รับบริการกลุ่มใหญ่ของระบบบริการสุขภาพ ทั้งที่เป็นผู้รับบริการโดยตรงและโดยอ้อมในฐานะผู้ดูแล

เมื่อพิจารณานโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสตรีในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา จะเห็นว่ารัฐบาลมุ่งเป้าหมายที่การควบคุมประชากรหรือลดอัตราการเพิ่มของประชากรโดยใช้วิธีการลดอัตราเกิด (กฤตยา อาชวนิจกุลและพิมพ์วิทย์ บุญมงคล, 2539) ดังนั้น บริการสุขภาพของรัฐที่จัดให้แก่สตรีจึงมุ่งเฉพาะเรื่องการวางแผนครอบครัว และงานอนามัยแม่และเด็กมากกว่าการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของสตรี สุขภาพสตรีถูกเน้นเฉพาะปัญหาสุขภาพในระดับบุคคล และมุ่งแก้ไขปัญหาสุขภาพสตรีในทางชีวภาพเป็นหลัก ทำให้การจัดบริการสุขภาพให้กับสตรีในมิติอื่น ๆ ของปัญหาสุขภาพ เช่นในมิติของสตรีในฐานะผู้ผลิตของสังคมไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ทำให้ปัญหาสุขภาพโดยรวมไม่ได้รับการส่งเสริมหรือจัดบริการการรักษาให้เพียงพอ ประการสำคัญในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย อัตราการเพิ่มประชากรลดลงมาก อัตราการเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมีเพียงร้อยละ 1.4 (กฤตยา อาชวนิจกุล และ พิมพ์วิทย์ บุญมงคล, 2539) แต่การจัดบริการสุขภาพสตรียังคงเน้นหนักที่การควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ และ งานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง อีกทั้งเป็นการให้บริการสุขภาพกับสตรีเพียงกลุ่มเดียว คือสตรีที่แต่งงานและเป็นแม่ ดังเห็นได้จากแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) การดูแลสุข

ภาพของสตรีปรากฏอยู่ในแผนงานอนามัยครอบครัว ซึ่งมี 3 แผนรองที่เกี่ยวข้องคือ แผนงานรองวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก และโภชนาการ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้กำหนดให้การดูแลสุขภาพสตรีอยู่ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งยังคงอยู่ในแผนงานอนามัยครอบครัวที่ครอบคลุมแผนงานรองอนามัยแม่และเด็ก และแผนงานรองการวางแผนครอบครัว อย่างไรก็ตามความสนใจในสุขภาพสตรีของกระทรวงสาธารณสุขมีเพิ่มขึ้น ในช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ดังจะเห็นได้จากการกำหนดแผนงานการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพที่ครอบคลุมแผนงานรองส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ และแผนงานรองสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทั้ง 2 แผนงานรองนั้นได้ปรากฏงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีนอกเหนือไปจากวัยเจริญพันธุ์อยู่ด้วย ดังจะเห็นตัวอย่างได้จากการกำหนดวัตถุประสงค์ และกิจกรรมหลักในแผนงานรองทั้งสอง ดังนี้

“... เพื่อให้สตรีหลังวัยเจริญพันธุ์ มีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง”¹

“... ส่งเสริมสนับสนุนบทบาทและการมีส่วนร่วมของสตรี บุรุษและชุมชน องค์กรเอกชน และภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร”²

การที่บุคลากรผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพจะสามารถให้บริการที่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการบริการ จากการเป็นผู้ที่รับผิดชอบการดูแลรักษา เป็นผู้ให้การสนับสนุนให้ประชาชนเป็นผู้ที่รับผิดชอบแทน การปรับเปลี่ยนบทบาทนั้นจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสตรีในภาพรวม จากการศึกษากระบวนการให้บริการสุขภาพสตรีที่ผ่านมา พบว่าระบบการบริการสุขภาพสตรีไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการของสตรีที่ไม่ใช่หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด หรือผู้รับบริการวางแผนครอบครัว หรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบบริการที่เป็นอยู่ไม่เอื้อและไม่ไว (sensitive) ต่อปัญหาในทุกด้านของสตรี เช่น การถูกข่มขืน การถูกทารุณทำร้ายร่างกาย การให้บริการจะเป็นไปโดยผิวเผิน ไม่ได้สัมผัสปัญหาที่แท้จริง เมื่อสตรีถูกเข้ารับการรักษา การดูแลจะเป็นไปเฉพาะปัญหาทางกายที่เกิดขึ้น ปัญหาทางจิตใจและทางเพศจะถูกละเลยไม่ได้รับการดูแล และบุคลากรมุ่งเน้นที่การให้บริการดูแลรักษาโดยตรงเป็นหลัก ขาดความรู้ความเข้าใจในแนวคิดของการเป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง (เอื้ออมพร ทองกระจาย, 2539) นั่นคือไม่ได้ตระหนักอย่างแท้จริงถึงแนวคิด “สุขภาพเป็นความรับผิดชอบโดยตรง” ของประชาชนทุกคน

จากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน (Kleinman, 1980) ชี้แนะว่าการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองขึ้นอยู่กับระบบความเชื่อของประชาชนอันเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมของตนเอง และมีบริบทที่ได้รับอิทธิพลบางส่วนจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพในชุมชนนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีใบประกอบโรคศิลปะ หรือหมอพื้นบ้านซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรับรองการประกอบโรคศิลปะจากรัฐ แต่เป็นผู้ที่ได้รับความเชื่อถือ

¹ วัตถุประสงค์ งานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน แผนงานรองส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ

² กิจกรรมหลัก งานวางแผนครอบครัวและพัฒนาประชากร แผนงานรองสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

จากสมาชิกในชุมชน เมื่อบุคคลตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพ แสดงว่าบุคคลนั้นเชื่อว่าผู้ให้บริการสุขภาพนั้นๆ จะสามารถให้การดูแลเยียวยาความเจ็บป่วยของตนเองได้ จากแนวคิดของโคลน์แมน ชี้แนะว่าประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการด้านสุขภาพทั้งจากภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้าน

จากการศึกษาเกี่ยวกับรายงานสุขภาพของสตรีของปีนทัย ศุภเมธาพร (2539) พบว่ารายงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพสตรีไม่มีความต่อเนื่องครอบคลุมตลอดช่วงชีวิตของสตรี รายงานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มสตรีวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยหมดประจำเดือนและวัยสูงอายุ ทำให้การดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนไม่ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา การดูแลสุขภาพของสตรีวัยดังกล่าวมุ่งเน้นที่การรักษาปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ดังเช่น การศึกษาของสุวิภา บุญยะโทระ (2539) พบว่าสตรีในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่หมดประจำเดือนแล้ว มีปัญหาสุขภาพมากที่สุด คือ ปัญหากระดูกผุ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ในวัยก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือวัยหมดประจำเดือน

จากข้อมูลเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพสำหรับสตรีทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนในภาควิชาชีพ พบว่ามีข้อจำกัดในการให้บริการ และจากการศึกษารายงานวิจัยเกี่ยวกับการเข้ารับบริการจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพภาคพื้นบ้าน พบว่ามีการให้บริการด้านสุขภาพสตรีอยู่ไม่น้อย แต่รายงานดังกล่าวยังไม่สามารถสะท้อนภาพการให้บริการ ตลอดจนการตัดสินใจในการเข้ารับบริการของสตรี โดยเฉพาะสตรีในวัย 40 - 59 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานที่มีภาระทางสังคม ทั้งที่เป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจและการดูแลสุขภาพครอบครัว รวมทั้งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างมาก ซึ่งภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ร่วมกับการมีภาระทางสังคม หากไม่มีการเตรียมตัวที่ดีล่วงหน้าอาจมีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นนอกเหนือไปจากความเจ็บป่วยอันเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายตามวัย การส่งเสริมสุขภาพหญิงในวัยกลางคนจึงเป็นบทบาทที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ประกอบด้วยสตรีกว่าร้อยละ 90 ที่จะต้องมีประสบการณ์การปรับเปลี่ยนเข้าสู่วัยกลางคนโดยตรง เช่นเดียวกับสตรีอื่น ๆ ทั่วไป การเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของตนเองที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะช่วยให้พยาบาลมีภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถเป็นแบบอย่างในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ร่วมกับการมีความรู้จากประสบการณ์และจากการศึกษาองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือสตรีอื่นได้เหมาะสมกว่าวิชาชีพอื่น ๆ แต่เนื่องจากองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในสาขาวิชาชีพ และประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพและการเข้ารับบริการในฐานะผู้รับบริการในภาครัฐยังมีจำกัด การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยกลางคนในระบบความเชื่อและการตัดสินใจของกลุ่มสตรีวัยกลางคนเอง จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยที่การศึกษาดังกล่าวจะครอบคลุมแนวความคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนความรับผิดชอบในการปฏิบัติตนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการเข้ารับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เป็น

หมอบ้านหรือภาคพื้นบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเป็นแนวทางการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แก่สตรีวัยกลางคนให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมที่แท้จริง

ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย แบ่งออกเป็นภาคเหนือตอนบนประกอบด้วย 9 จังหวัด คือ เชียงราย พะเยา แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และอุดรดิตถ์ ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปตั้งอยู่ในแอ่งที่ราบระหว่างภูเขาสูง มีวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีปฏิบัติ ที่มีลักษณะคล้ายกัน ส่วนใหญ่มีภาษาพูดที่มีลักษณะเฉพาะ เรียกว่า “คำเมือง” (northern dialect) นิยมเรียกชุมชนในเขตนี้ว่าล้านนา ส่วนภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย 8 จังหวัดคือ ตาก ชัยนาท สุโขทัย กำแพงเพชร พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ พิจิตรและ นครสวรรค์ ซึ่งจะมีลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันจะแตกต่างไปจากภาคเหนือตอนบน ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่ใหญ่ที่สุด และใหญ่เป็นอันดับ 2 ของประเทศ มีพื้นที่โดยประมาณ 20,107,057 ตารางกิโลเมตร ในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนประชากร 1,437,391 คน เป็นชาย 711,356คน หญิง 726,035 คน เป็นประชากรหญิงวัยแรงงาน (อายุ13-60 ปี) ร้อยละ 71.02 ของประชากรทั้งหมด วัยสูงอายุหญิง (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 5.72 จำแนกการปกครองเป็น 22 อำเภอ และ 2 กิ่งอำเภอ โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมืองที่เป็นเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จัดว่าเป็นเขตที่มีประชากรมากที่สุด และมีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุดคือ 1,527.19 คน/ตารางกิโลเมตร รองลงมาคือเขตอำเภอสарภักดิ์คือ 599 คน/ตารางกิโลเมตร (สถิติสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2542) ประชาชนที่อยู่ในเมือง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงาน ในแหล่งสถานบริการต่าง ๆ เช่น โรงแรม ร้านอาหาร ฯลฯ ค้าขาย รับจ้างทั่ว ๆ ไป ส่วนในเขตชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน ประมงน้ำจืด เลี้ยงสัตว์ และอุตสาหกรรมในครัวเรือนซึ่งรวมทั้งงานด้านศิลปหัตถกรรมต่าง ๆ เช่น แกะสลักไม้ เครื่องเงิน ทอผ้า งานเย็บปักถักร้อย เป็นต้น (กิตติพร วีรสฤกุล และยุพิน วีรสฤกุล, 2540)

พื้นฐานความเชื่อของประชาชนในเขตจังหวัดเชียงใหม่ เช่นเดียวกับประชาชนในเขตล้านนาทั่วไป คือการนับถือผี ถึงแม้ว่าศาสนาพุทธที่เข้ามามีอิทธิพลในภายหลัง แต่มิได้ทำลายความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องผี หากแต่ช่วยเพิ่มแนวคิดทางศีลธรรม ดังนั้นผู้ที่มีอายุ 40 – 50 ปีขึ้นไปจึงนับถือผีและศาสนาพุทธ ผีที่สำคัญต่อชีวิตชาวล้านนา ได้แก่ ผีบรรพบุรุษ เช่น ผีปู่ย่า ผีเลื้อบ้าน ผีปู่วัด เป็นต้น ผีธรรมชาติ เช่น ผีฝ่าย ผีขุนน้ำ ฯลฯ ซึ่งเป็นผีที่ดูแลรักษาไร่นา ต้นน้ำ ให้อุดมสมบูรณ์ ผีเจ้านาย คือผีวิรบุรุษ ซึ่งมีอำนาจมากกว่าผีปู่ย่าหรือผีเลื้อบ้าน มีหน้าที่คุ้มครองปกป้องรักษาทุกอย่างตั้งแต่ คน สัตว์ ไร่นา ป่าและลำน้ำ และผีกลุ่มสุดท้ายได้แก่ผีกะ ผีปอบ ซึ่งเป็นผีของผู้ที่ละเมิดระเบียบและกฎเกณฑ์ของครอบครัวและชุมชน ผู้ที่นับถือผีปู่ย่า จะมีการเลี้ยงผีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อแสดงความระลึกถึง แสดงความเคารพและขอขมา เชื่อว่าผู้ใดไม่กินอาหารที่เป็นของไหว้ผีปู่ย่าของตระกูล จะต้องเจ็บป่วย ผีเลื้อบ้าน เชื่อว่าเป็นผีที่ปกป้องรักษาความเป็นปกติสุขของหมู่บ้าน เมื่อทำการบนบานขอให้ช่วยมักจะได้รับการช่วยเหลือ และจะต้องมาเลี้ยงผีตามที่บนเอาไว้เมื่อสำเร็จแล้ว เชื่อว่าหากผีเลื้อบ้านตก หรือถูกลบหลู่ ผู้ที่ถูกตกหรือทำการลบหลู่มักจะเจ็บป่วย ต้องทำการขอขมา จึงจะหาย การทรงผีเจ้านายเป็นพิธีกรรมสำคัญที่พบทั่วไปทุกหมู่บ้าน เชื่อว่าผีเจ้านายสามารถช่วยชี้แนะ ทำนายทายทักและให้ความช่วยเหลือยามทุกข์ร้อน

ซึ่งรวมถึงความเจ็บป่วยได้ (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และ พรพิไล เลิศวิชา, 2541) จะเห็นได้ว่า ด้วยความเชื่อแต่ดั้งเดิมของชาวล้านนา การผัดผั การลบหลู่ผี หรือการถูกผีเข้า เป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยของชาวล้านนา การขอขมา การเลี้ยงผี การบูชาผี ถือเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาความเจ็บป่วย

นอกจากนี้จังหวัดเชียงใหม่ยังเป็นจังหวัดที่มีการคมนาคมที่สะดวกที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศ นอกเหนือจากการมีภูมิประเทศงดงาม อุดมสมบูรณ์แล้ว ยังสามารถรักษาวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมไว้ ดังนั้นเชียงใหม่จึงกลายเป็นจุดสนใจของนักท่องเที่ยวจากทั่วโลกแห่งหนึ่ง นอกจากนี้เชียงใหม่ยังมีสถานศึกษา สถานบริการด้านสุขภาพในระดับสากลอยู่หลายแห่ง ความเจริญทางวิทยาการจากโลกภายนอก ทำให้วิถีชีวิตของชาวเชียงใหม่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคมที่เปลี่ยนแปลง แต่ยังคงผสมผสานแนวความคิดความเชื่อที่มีอยู่ดั้งเดิม จากการศึกษารายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า การปฏิบัติตนในภาวะต่าง ๆ ของประชาชนในภาคเหนือ รวมทั้งประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ยังมีลักษณะที่คงแบบแผนการปฏิบัติดั้งเดิมเอาไว้ เช่นรายงานเกี่ยวกับโรคลมของประชาชนในภาคเหนือที่ไม่พบว่ามีอาการกล่าวไว้ในตำราการแพทย์ในปัจจุบัน ของมิกเค (Muecke, 2526 แปลโดย ลภาพรรณ พันธพิพัฒน์) รายงานเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคของประชาชนในภาคเหนือที่มีลักษณะเฉพาะของ เบญจา ยอดดำเนิน (2526) เป็นต้น เนื่องจากรายงานวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการแล้วเสร็จเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปี วิถีชีวิตการปฏิบัติตนยามเจ็บป่วยของประชาชนในล้านนา โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่อาจเปลี่ยนแปลงไป กอปรกับคณะผู้วิจัยไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาใดที่กล่าวถึงแบบแผนความคิดความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในล้านนา ตลอดจนแนวปฏิบัติในการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนของผู้ให้บริการภาคพื้นบ้านในล้านนาแต่อย่างใด ดังนั้นการศึกษาเพื่อหาคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากระบบการให้บริการด้านสุขภาพของรัฐที่มีอยู่สำหรับสตรีในวัยนี้ในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นระบบการให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับอย่างถูกต้องตามกฎหมายและเป็นระบบบริการสุขภาพระบบเดียวที่มีการยอมรับโดยนักวิชาการหรือทีมสุขภาพ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดเช่นเดียวการให้บริการด้านสุขภาพแก่สตรีวัยกลางคนของรัฐในส่วนกลาง ของประเทศ และเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีวัยกลางคนในจังหวัดเชียงใหม่ และอาจสามารถใช้เป็นแบบอย่างในการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่สตรีวัยกลางคนในจังหวัดอื่นๆ ในล้านนา ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา
2. เพื่อศึกษาระบบสุขภาพแบบสามัญชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา

คำถาม

1 องค์ความรู้และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านในชุมชนล้านนาเป็นอย่างไร

2 องค์ความรู้และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพแบบสามัญชนในชุมชนล้านนาเป็นอย่างไร

2.1. สตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนามีความเชื่ออย่างไรเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะสุขภาพดี

2.2. กระบวนการและการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนของกลุ่มสตรีวัยกลางคนชุมชนล้านนาเป็นอย่างไร

2.3. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนตามการรับรู้ของสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนามีอะไรบ้าง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอทางเลือกเพื่อการส่งเสริมคุณภาพสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา และศึกษากระบวนการและการตัดสินใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตนเองของสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา โดยศึกษาในสตรีวัยกลางคน คือตั้งแต่ 40 – 59 ปี และผู้ให้บริการด้านสุขภาพแบบพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนล้านนาคือจังหวัดเชียงใหม่ในช่วงที่ทำการศึกษาคือระหว่าง เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2542

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบสามัญชนในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน (40-59 ปี) ในชุมชนล้านนา ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมจึงครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน แนวคิดพื้นฐานของการให้บริการภาคพื้นบ้านของชุมชนล้านนาเกี่ยวกับการให้บริการและการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน เพื่อให้สามารถสะท้อนสภาพการณ์ขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน การนำเสนอในบทนี้เริ่มต้นด้วยแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพในล้านนา การบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในระบบการแพทย์แผนใหม่ การบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีในระบบสุขภาพทางเลือก และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของสตรีวัยกลางคนโดยกลุ่มสตรี

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายและเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับมุมมองที่มีต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพมิใช่การป้องกันโรคหรือสุขศึกษา แต่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพร่วมไปกับการป้องกันโรค โดยมีจุดมุ่งหมายที่พัฒนาการและการดำรงไว้ซึ่งความผาสุกของประชาชน ภายใต้ความเชื่อว่าการดูแลสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล บุคคลสามารถควบคุมและบรรลุความมีสุขภาพที่ดีหรือภาวะสูงสุดของความผาสุกของตนได้ ด้วยความเชื่อดังกล่าวงานด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหลัก

ในปี ค.ศ. 1984 องค์การอนามัยโลก ไม่ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ แต่กำหนดว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกลวิธีสำหรับการปรับปรุงสุขภาพ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น สังคม การเมือง เศรษฐกิจ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มชนเพื่อก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี จำเป็นต้องพิจารณากลวิธีของสุขศึกษา การตลาด การสื่อสาร การพัฒนาชุมชนและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งกลวิธีที่จะนำไปสู่การผสมผสานระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในประเด็นทางเลือกของบุคคลและความรับผิดชอบของสังคม (World Health Organization [WHO], 1984) ในปี ค.ศ.1986 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมระหว่างประเทศขึ้นที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา ซึ่งในการประชุมได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้แก่

ประชาชน และเพิ่มพลังอำนาจในการควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น โดยเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพคือความผาสุก (WHO, 1986)

การส่งเสริมสุขภาพ ตามความหมายของเพนเดอร์ (Pender, 1996) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งยกระดับความผาสุกและส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม พฤติกรรมที่แสดงออกเรียกว่าพฤติกรรมสุขภาพ ในความหมายนี้ จุดเน้นคือกิจกรรม และขอบข่ายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ ในอีกความหมายหนึ่ง หมายถึงการผสมผสานการสนับสนุนทางการศึกษาร่วมกับการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมเพื่อทำให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาพการณ์ดำเนินชีวิตประจำวันที่จะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี (Green & Kreuter 1991) โดยการศึกษาในที่นี้หมายถึงการให้รู้ ศึกษา ส่วนสิ่งแวดล้อม หมายถึง สังคม การเมือง เศรษฐกิจ องค์กร นโยบาย และกฎระเบียบ การส่งเสริมสุขภาพตามความหมายนี้จึงเน้นศึกษาเป็นกลวิธีสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

ดาวน์และเทนฮิลล์ (Downie & Tanahill 1996) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพมีความเหลื่อมล้ำกับการปกป้องสุขภาพ (health protection) การให้รู้ศึกษา (health education) และการป้องกันโรค (illness prevention) โดยที่รู้ศึกษาจะเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและก่อให้เกิดการปกป้องสุขภาพและการป้องกันโรค

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้การส่งเสริมสุขภาพจะมีความหมายและแนวคิดที่หลากหลาย แต่องค์ประกอบหลักร่วมกันของการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นที่บุคคล ครอบครัวและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจึงมีลักษณะพหุมิติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับทั้งหลักการ กลวิธี และกิจกรรมที่หลากหลาย รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม โดยที่ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน และที่สำคัญก็คือ การส่งเสริมสุขภาพเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความเสมอภาค ความร่วมมือระหว่างภาคต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นเสมือนวิธีการที่เสริมระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันและการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ ฉะนั้นแนวคิดนี้นับเป็นพื้นฐานในการพัฒนาให้ประสบผลสำเร็จต่อการส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดที่ใกล้เคียงกับการส่งเสริมสุขภาพและเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพคุ้นเคยเป็นอย่างมาก คือ การป้องกันโรค ซึ่งหมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ยับยั้งหรือชะลอวงจรกระบวนการเกิดโรค หรือการดำเนินของโรค โดยเน้นวิถีทางที่ปรับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมและกลไกการป้องกันของร่างกาย เพื่อให้กระบวนการเกิดโรคช้าลงหรือไม่เกิดโรคเลย ซึ่งในการปรับพฤติกรรมและกลไกการป้องกันของร่างกายนั้นเสมือนเป็นการปกป้องสุขภาพของตนเอง ส่วนการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตมากกว่าการควบคุมโรค แต่อย่างไรก็ตามทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคต่างเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ แต่คาสส์และคอปป์ (Kasl & Cobb

1966) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก โดยที่บุคคลนั้นเชื่อว่าตนมีสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพในความหมายนี้จึงเน้นที่การป้องกันและการค้นหาโรค ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมุ่งหวังว่าประชาชนทุกคนควรปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ทั้งนี้ต้องอาศัยการดูแลตนเองหรือการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พฤติกรรมสุขภาพจะประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) และพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ (health protecting behavior) โดยที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่มุ่งการบรรลุระดับสูงสุดของสุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่เพิ่มระดับความผาสุกทั้งของบุคคลและชุมชน ส่วนพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ หมายถึงการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่จะปกป้องหรือป้องกันตนเองจากโรคหรือความเจ็บป่วยหรือลดภาวะคุกคามจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อน เป็นการกระทำที่จะลดโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามพฤติกรรมบางอย่างอาจเป็นได้ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องพิจารณาเหตุผลของการกระทำพฤติกรรมนั้นร่วมด้วย เช่น บางรายออกกำลังกายเพราะมีภาวะเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกรณีนี้การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมปกป้องสุขภาพหรืออีกนัยหนึ่งเป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือบางรายออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ ในกรณีนี้การออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ในการส่งเสริมสุขภาพจะต้องค้นหาวิธีการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ทั้งนี้เพราะการป้องกันโรคหรือการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จะมีผลต่อสุขภาพหรือความผาสุก การส่งเสริมสุขภาพจึงต้องพยายามพัฒนาภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น โดยกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และอื่น ๆ ดังนั้นเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมคือการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจและสังคม และอยู่ในภาวะสุขภาพดี เป็นการป้องกันมิให้เกิดภาวะบกพร่องหรือความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาล

การพยาบาลมีจุดมุ่งหมายที่ภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน การปฏิบัติ การพยาบาลจะประกอบด้วย การดูแลเอาใจใส่ การเคารพสิทธิส่วนบุคคล การให้การช่วยเหลือ บรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการเพิ่มความสามารถและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบ เนื่องจากผู้รับบริการทางการแพทย์มีภาวะสุขภาพที่หลากหลาย ตั้งแต่ภาวะสุขภาพดีจนถึงภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหรือใกล้ตาย พันธกิจของพยาบาลจึงต้องครอบคลุมทั้งการถ่วงและส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

การช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บป่วยและหรืออาการไม่สบายต่าง ๆ ตลอดจนจนถึงการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาล

การส่งเสริมสุขภาพมิใช่สิ่งใหม่สำหรับการพยาบาล เพียงแต่พยาบาลจะต้องเข้าใจแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง เพื่อที่จะได้สามารถปฏิบัติการพยาบาล ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะความเข้าใจในแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งท้าทายสำหรับพยาบาลทั้งด้านการศึกษา การปฏิบัติ และการวิจัย

ระดับการป้องกันโรคและการพยาบาล

โดยทั่วไปการป้องกันโรคเป็นเป้าหมายสำหรับวิทยาศาสตร์การแพทย์และระบบบริการสุขภาพ การป้องกันโรคเป็นการเสริมการส่งเสริมสุขภาพ ลีเวล และคลาร์ค (Leavell & Clark 1965) ได้แบ่งการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) การป้องกันระยะนี้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยของบุคคลและประชาชน ดำเนินการโดยกระตุ้นให้บุคคลและกลุ่มตระหนักในความสำคัญของการดูแลสุขภาพ วิธีการส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันระดับนี้ การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ชี้แนะแนวทางการดูแลสุขภาพ เพิ่มโอกาสให้ทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ ภายใต้การสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพดังกล่าวจะกลายเป็นบรรทัดฐานของสังคมต่อไป

การป้องกันโรคในการป้องกันปฐมภูมินี้จะเน้นที่การป้องกันมิให้บุคคลเป็นโรค โดยการให้วัคซีนป้องกันโรค ลดการสัมผัสสารอันตรายจากการประกอบอาชีพหรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ซึ่งพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดการสัมผัสอันตรายนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1996) จัดว่าเป็นพฤติกรรมปกป้องสุขภาพ

2. การป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) ถึงแม้ว่าในการป้องกันระดับปฐมภูมิจะลดอันตรายจากโรคหรือการเกิดโรค แต่โอกาสการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น การป้องกันทุติยภูมิจะประกอบด้วย การตรวจค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ร่วมกับการวินิจฉัยและให้การรักษาเพื่อลดความพิการ โดยการยับยั้งการดำเนินของโรค การตรวจค้นหาโรคหรือการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก รวมทั้งการให้คำแนะนำทางสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น การที่สามารถค้นพบผู้ที่อาจมีความผิดปกติในระยะเริ่มแรกจะสามารถให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ยังสามารถหาแนวทางการดำเนินการเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของการเกิดโรคต่อไป

การป้องกันระดับนี้มีความสำคัญมากในการควบคุมโรคเรื้อรัง โดยมีจุดเน้นที่การวินิจฉัยและการรักษาโรคในระยะแรกเริ่ม

3. การป้องกันตติยภูมิ (tertiary prevention) การป้องกันระดับนี้เป็นการหยุดกระบวนการของโรคและป้องกันหรือลดความพิการเท่าที่จะกระทำได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพปกติโดยมีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการน้อยที่สุด การป้องกันระดับนี้จะเกิดเมื่อมีความพิการเกิดขึ้นและไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติ เกี่ยวข้องกับการลดผลกระทบของโรคและความพิการโดยการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อเสริมศักยภาพของบุคคลให้สามารถทำหน้าที่ด้วยตัวเองได้มากที่สุด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่

ถึงแม้ว่าการป้องกันทั้งสามระดับจะเน้นที่ โรค (disease oriented) แต่ก็ให้แนวทางในการปฏิบัติเพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ จึงกล่าวได้ว่าการป้องกันทั้งสามระดับถือว่าเป็นเป้าหมายหลักของการคงอยู่ในภาวะสุขภาพที่ดี ในการป้องกันทั้งสามระดับมี 5 ขั้นตอน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันเฉพาะโรค (การป้องกันปฐมภูมิ) การวินิจฉัยการให้การรักษาในระยะเริ่มแรก และการป้องกันความพิการ (การป้องกันทุติยภูมิ) และการฟื้นฟูกลับคืนสู่สภาพปกติเท่าที่จะกระทำได้ (การป้องกันตติยภูมิ) ซึ่งทั้ง 5 ขั้นตอนนี้จะครอบคลุมพันธกิจหลัก 4 ประการของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความต้องการในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน การให้บริการทางสุขภาพในสถานบริการสุขภาพซึ่งเป็นการตั้งรับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้การบริการทางสุขภาพมีประสิทธิภาพเต็มที่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตลอดจนการให้ดูแลแก่ประชาชนในชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญเพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพดี บทบาทของพยาบาลจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนตามระบบบริการสุขภาพร่วมไปกับการปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพและขอบเขตอำนาจในการปฏิบัติตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีดังนี้

1. ผู้ชี้แนะทางด้านสุขภาพและปกป้องสิทธิผู้รับบริการ (advocator) ในบทบาทนี้เน้นการช่วยเหลือและปกป้องผู้รับบริการให้ได้รับสิ่งที่ต้องการจากระบบบริการสุขภาพ และได้รับการสนองตอบต่อความต้องการของตน เช่น การสื่อสารกับระบบบริการสุขภาพก่อนที่จะส่งต่อเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับผลประโยชน์ทางด้านสุขภาพ ในบทบาทนี้พยาบาลจะต้องพูดและกระทำในฐานะตัวแทนของผู้รับบริการ รวมทั้งอธิบายและแปลความรู้สึก ความต้องการของผู้รับบริการให้กับบุคคลอื่น ๆ ได้รับทราบ

2. ผู้จัดการด้านการดูแล (care manager) พยาบาลจะต้องเฝ้าและประสานงานด้านบริการสุขภาพให้กับผู้รับบริการเพื่อป้องกันการให้บริการที่ซ้ำซ้อนและเพื่อให้แน่ใจว่าความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนอง

3. ที่ปรึกษา (consultant) สำหรับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการ หรือหน่วยงานด้านสุขภาพอื่น ๆ ในชุมชน พยาบาลจะต้องทำหน้าที่ใกล้เคียงประสานปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและบุคคลอื่น ๆ เช่น ครูที่โรงเรียน นักกฎหมาย หรือบุคคลอื่นที่ทำงานร่วมกับผู้รับบริการ ในบางกรณีที่พยาบาลมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเช่น ผู้สูงอายุ สุขภาพสตรีหรืออนามัยชุมชน พยาบาลก็สามารถที่จะถ่ายทอดข้อมูลในฐานะผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ ในรูปแบบต่างๆเช่น การช่วยชุมชนวางแผนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

4. ผู้ให้บริการสุขภาพ (care provider) การเป็นผู้ให้บริการ เช่น การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โครงการณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ โครงการออกกำลังกาย เป็นต้น โดยเฉพาะมีผู้ให้แนวคิดที่ว่าพยาบาลควรให้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดี มิใช่บริการสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วย ซึ่งถ้ากระทำเช่นนี้ พยาบาลต้องพัฒนาทักษะเพิ่มความสามารถและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเอง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ พยาบาลจะต้องเคารพสิทธิของบุคคลและตระหนักว่าการส่งเสริมสุขภาพมิใช่เฉพาะความรับผิดชอบของพยาบาลแต่เป็นความรับผิดชอบของประชาชนทุกคน

5. ผู้สอน (educator) การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น โภชนาการที่ดี ภูมิคุ้มกัน ความปลอดภัยของสถานที่ทำงานและการใช้ยา มักจะเป็นสิ่งที่ปฏิบัติโดยประชาชนจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญแก่ประชาชน และที่สำคัญพยาบาลต้องตระหนักในบทบาทนี้เพราะมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะต้องมีการเลือกวิธีการสอนที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคขึ้นกับความสามารถของบุคคลในการใช้ความรู้ที่เหมาะสม การสอนเป็นส่วนสำคัญของการป้องกันปฐมภูมิเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความพิการหรือความเจ็บป่วย

6. ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (facilitator) ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่าผู้สอนด้านสุขภาพ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค ช่วยบุคคล ครอบครัวที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมให้เกิดการพัฒนาวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และช่วยชุมชนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เสริมสร้างภาวะสุขภาพ นอกจากนี้พยาบาลจะต้องกระตุ้นให้บุคคล ชุมชน มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

7. นักวิจัย (researcher) การวิจัยทางการพยาบาลจะทำให้สามารถค้นหาคำตอบที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ พยาบาลทุกคนต้องรับผิดชอบในการวิเคราะห์ผลการศึกษาและนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน พยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแพร่กระจายข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาหรือการทดสอบองค์ความรู้สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลจะต้องเริ่มพัฒนาและทดสอบทฤษฎีที่พรรณนาหรืออธิบายพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาการ

ปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของสังคม พยาบาลต้องมีความมั่นใจที่จะทำให้เกิดความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และที่สำคัญจะต้องผสมผสานการปฏิบัติ ทฤษฎีและวิจัยเข้าด้วยกันในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการวิจัยหลายงานวิจัยที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนอย่างมีนัยสำคัญในภาวะสุขภาพทั้งของบุคคลและครอบครัวภายใต้การดำเนินกิจกรรมทั้งของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

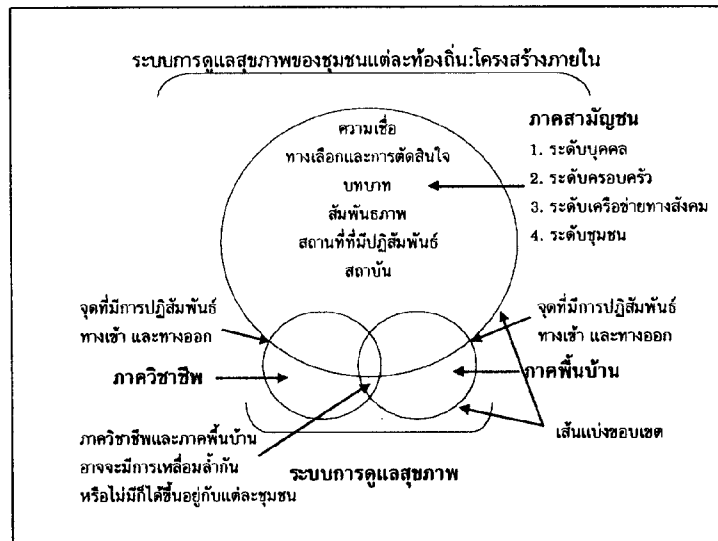
อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ นั้น พยาบาลจะต้องตระหนักอยู่เสมอว่าพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง หรือเฉพาะกลุ่มวิชาชีพเท่านั้น แต่พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทั้งที่เป็นสังคมของวิชาชีพต่าง ๆ และสังคมทั่วไป การบูรณาการความรู้ต่าง ๆ ในสังคมที่พยาบาลเกี่ยวข้องรวมไปกับองค์ความรู้เฉพาะสาขาวิชาชีพการพยาบาล จะช่วยให้การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ นั้น มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระบบการดูแลสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ

ระบบการดูแลสุขภาพ (health care system) เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับแหล่งการบริการสาธารณสุขที่บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพ ตามแนวคิดของไคลน์แมน (Kleinman, 1980) ระบบการดูแลสุขภาพในสังคม เป็นระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคม ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลเยียวยาเมื่อมีความเจ็บป่วยและมีสุขภาพดี รวมทั้งสถานภาพ ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของไคลน์แมน แบ่งออกเป็น 3 ภาค คือ ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชน (popular sector of health care) ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (professional sector of health care) และระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (folk sector of health care) โดยทั้ง 3 ภาคในแต่ละชุมชนจะมีการเหลื่อมล้ำกันไม่เท่ากัน ความสัมพันธ์ระหว่างทั้ง 3 ภาคดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของไคลน์แมน



แหล่งที่มา ดัดแปลงจาก Patients and healers in the context of culture (p.50)

by A. Kleinman, 1980, Berkley: University of California Press.

1. ภาคสามัญชน ระบบการดูแลสุขภาพภาคนี้ จัดเป็นภาคที่ใหญ่ที่สุด เมื่อเทียบกับอีก 2 ภาค ภายในภาคนี้แบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ ระดับบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมของบุคคล (social network) และระดับชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเป็นระบบวัฒนธรรมเกี่ยวกับการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (symptom definition) และกิจกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในบุคคลหรือครอบครัว การแสวงหาการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการทางสุขภาพพื้นบ้านหรือผู้ให้บริการในสาขาวิชาชีพขึ้นอยู่กับความตัดสินใจในภาคสามัญชน และเมื่อได้มีการเลือกใช้บริการจากผู้ให้บริการสุขภาพแล้ว จะมีการเรียนรู้และสร้างค่านิยมขึ้นในกลุ่มผู้ที่ใช้บริการนั้น ๆ ภายหลังการรับบริการผู้รับบริการจะประเมินผลที่เกิดขึ้นในกลุ่มของตน และตัดสินใจว่าควรจะทำอะไรต่อไป เช่น มีการปฏิบัติตามการดูแลรักษาจนกว่าอาการเจ็บป่วยจะทุเลาหรือหายขาด หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลรักษาหากไม่ทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลง เป็นต้น ประการสำคัญระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเป็นเครือข่ายที่มีขอบเขตซ้ำซ้อนกับระบบการดูแลสุขภาพภาคอื่น ๆ มีจุดที่จะเข้าและออกจากระบบการดูแลสุขภาพภาคอื่น ๆ ดังนั้นระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนจึงมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพภาคอื่น ๆ และสามารถถอยห่างจากระบบการดูแลสุขภาพเหล่านั้นได้ จึงไม่เป็นที่แปลกใจในกรณีที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นภาควิชาชีพจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยทั่วไป แต่การใช้บริการสุขภาพอาจไม่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เพราะประชาชนจะเป็นผู้ตัดสินใจในการ

เลือกใช้บริการ การปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ หรือการเปลี่ยนระบบการให้บริการสุขภาพ เช่น ระบบแพทย์ทางเลือก รวมทั้งตัดสินใจประสิทธิภาพของการรักษาที่ได้รับ และคุณภาพของบริการสุขภาพ จึงกล่าวได้ว่า ในบรรดาระบบการดูแลสุขภาพทั้งหมดนั้น ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนมีบทบาทสำคัญในการชี้แนะหรือเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพมากกว่าภาคใด ๆ

2. **ภาควิชาชีพ** ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ ได้แก่ ระบบวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มวิชาชีพที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการและถูกต้องตามกฎหมาย สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีการจัดองค์กรอย่างเป็นระบบ เช่น พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันวิชาชีพเหล่านี้ ส่วนใหญ่ผ่านระบบการศึกษาและปฏิบัติตามทบทวนตามวิชาชีพของตน โดยยึดหลักการทางชีวการแพทย์ (biomedicine) ที่มีจุดมุ่งหมายในการรักษาโรค (disease curation) มีการวินิจฉัยโรคโดยอาศัยเทคโนโลยีเชิงวิทยาศาสตร์ อธิบายความเจ็บป่วยและปัญหาในเชิงค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคที่เกิดจากสิ่งทำให้เกิดโรค (agent) อีกทั้งมุ่งเน้นการประเมินปัญหาในด้านร่างกายมากกว่าด้านจิต-สังคม

จากกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบัน พบว่าในภาควิชาชีพเริ่มมีการยอมรับการดูแลสุขภาพที่มีพื้นฐานการศึกษาตามหลักแนวคิดอื่นที่ไม่ใช่แนวทางชีวการแพทย์ ดังเช่นแนวคิดที่พัฒนามาจากความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาแต่ดั้งเดิมในท้องถิ่นนั้น ๆ หรือกล่าวอีกในนัยหนึ่งคือภูมิปัญญาชาวบ้าน ซึ่งแต่เดิมมิได้มีการยอมรับอย่างเป็นทางการ และถูกจัดอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนโบราณของไทย แพทย์ฝังเข็มของจีน เป็นต้น โดยผู้ที่ให้บริการสุขภาพดังกล่าวนี้จะได้รับการศึกษาในวิชาชีพของตนอย่างเป็นทางการ และได้รับใบอนุญาตในการประกอบโรคศิลปะอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงทำให้ผู้ให้บริการนั้น ๆ สามารถประกอบการบำบัดรักษาเยียวยาในสถานที่ ๆ ตนเองเป็นเจ้าของ เช่น โรงพยาบาลบรรเทาทุกข์ แผนโบราณภาคเหนือ หรือให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการอื่นที่มีแนวการปฏิบัติใกล้เคียงกัน เช่น ชมรมหมอเมือง หมอนวดแผนไทยในสถานือนามัย เป็นต้น

3. **ภาคพื้นบ้าน** ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน ระบบนี้เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเยียวยาที่มีพื้นฐานความเชื่อตามวิถีทางแบบพื้นบ้าน โดยผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาเยียวยามักผ่านการฝึกหัดจากผู้รู้ในศาสนานั้นจนชำนาญ เป็นการถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นการถ่ายทอดความรู้กันในหมู่เครือญาติ โดยความรู้ที่ถ่ายทอดให้กันนั้นจะมีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ ซึ่งแนวคิดสุขภาพและความเจ็บป่วยในบางกรณีอาจเกี่ยวข้องกับอำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจภูติผีปีศาจ เป็นต้น ระบบการดูแลสุขภาพในภาคนี้ มักจะไม่มีการจัดองค์กรอย่างเป็นระบบ และบางครั้งมีการดำเนินการที่ไม่เป็นที่ยอมรับตามกฎหมาย เช่น หมอสมุนไพร (herbalists) ผู้ที่มีพลังจิตสามารถติดต่อกับจิตวิญญาณ (spiritualists) หมอผีหรือหมอเวทมนต์คาถา (shamans) เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพกับการส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของโคลน์แมนจะเห็นว่าภาคสามัญชนมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยของบุคคล จึงกล่าวได้ว่าการที่บุคคลจะมีการส่งเสริมสุขภาพตนเอง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นพฤติกรรมส่งเสริมหรือปกป้องสุขภาพขึ้นอยู่กับระบบแนวคิด ความเชื่อ สัมพันธภาพ และบริบททางสังคมและครอบครัวของบุคคลนั้น ๆ จากการศึกษาเอกสาร รายงานวิจัยต่าง ๆ ไม่พบว่ามีกรายงานโดยตรงเกี่ยวกับแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพในมิติของการส่งเสริมสุขภาพในภาคสามัญชนแต่อย่างใด แต่พบว่ามีรายงานการเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยบางประเภทที่บุคคลในชุมชนหรือสังคมหนึ่งประสบและมีการเลือกใช้บริการทั้งของภาควิชาชีพและภาคพื้นบ้าน รวมทั้งการรักษาตนเอง ดังเช่นรายงานเกี่ยวกับโรคลมในภาคเหนือของมักเค (Muecke, 2526 แปลโดยลภพรณ พันธพิพัฒน์) โดยผู้ศึกษาพบว่าอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในประชาชนเขตภาคเหนือของประเทศไทย คือ อาการ“เป็นลม” ซึ่งมีหลากหลายและอาการรุนแรงต่างกัน ตั้งแต่อาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น วิงเวียนศีรษะ เป็นตะคริว น้ำตาซึม ปวดศีรษะ จนถึงอาการรุนแรงและเรื้อรัง เช่น บวมตามข้อ เป็นลมหมดสติ เป็นอัมพาต หมดความรู้สึก เป็นต้น ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้มีวิธีการรักษาแตกต่างกัน ผู้ที่มีอาการไม่มากจะบำบัดรักษาด้วยตนเองโดยการใช้สมุนไพรในรูปของยาหอมทั้งที่เป็นแบบรับประทาน หรือยาต้ม และการพักผ่อน เมื่อมีอาการรุนแรงหรือเรื้อรัง จะแสวงหากการช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แพทย์แผนปัจจุบันและหรือหมอแผนโบราณ การรักษาแบบพื้นบ้าน รวมทั้งพิธีทางไสยศาสตร์และพิธีกรรมทางศาสนา โดยที่สตรีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ระบุสาเหตุของการเป็นโรคถึง 10 ประเภท ซึ่งสาเหตุที่ระบุนั้นไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มแพทย์แผนปัจจุบัน และอาการเป็นลมนี้นี้ไม่เกี่ยวข้องกับการโดนผี ซึ่งต่างจากแพทย์แผนโบราณที่จะมีความเชื่อดังกล่าว ที่สำคัญไม่มีการระบุงการป้องกันโรคแต่อย่างใด ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้ความเห็นว่าการป้องกันโรค เป็นเรื่องยากเนื่องจากเป็นลักษณะอาการทางจิตที่ยังต้องการการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงแนวคิดความเชื่อสุขภาพในภาคพื้นบ้าน จะเห็นได้ว่า โรคลมเกี่ยวข้องกับการขาดความสมดุลของธาตุที่เป็นองค์ประกอบของร่างกาย (ดิน น้ำ ลม ไฟ) ดังนั้นการป้องกันโรคจึงน่าจะเกี่ยวกับการรักษาภาวะสมดุลของธาตุที่เป็นองค์ประกอบของร่างกาย

จากการศึกษาทบทวนรายงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของเบญจา ยอดดำเนินและกฤตยา อาชวนิจกุล (2526) พบว่าประชาชนในภาคเหนือมีลักษณะของการพึ่งตนเองเป็นส่วนใหญ่ การพิจารณาเลือกใช้บริการด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค กล่าวคือ เมื่อมีอาการน้อยจะซื้อยามารับประทานเอง หากอาการมากขึ้นจะหันมาพึ่งผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยที่ประชาชนในชนบทนิยมใช้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้านมากกว่าแบบวิชาชีพหรือแพทย์แผนปัจจุบัน ตัวอย่างผู้ให้บริการแบบพื้นบ้าน ได้แก่ หมอผี หมอพระ หมอน้ำมันต์ หมอจิดยาตามบ้านหรือหมอ‘เถื่อน’ ในประเด็นของการป้องกันโรคหรือส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงนั้นพบว่าจะมีลักษณะของการป้องกันและรักษาไปพร้อม ๆ กัน โดยที่ประชาชนในชนบทมีวิธีการที่

ค่อนข้างคล้อยไปกับแนวความเชื่อแบบพื้นบ้าน เช่น การงดอาหารบางอย่างหลังคลอด การให้บุตรดื่มนมแม่เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นระหว่างมารดาและบุตร เป็นต้น การศึกษาของเบญจา ยอดคำเนิน (2526) พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของประชาชนในภาคเหนือมีจุดมุ่งหมายทั้งในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การห้ามสตรีมีครรภ์รับประทานอาหารรสจัด เผ็ดจัด ของดองหรืออาหารบางประเภท เช่น กลัวยั่ว ผัด บอน เป็นต้น หรือการห้ามมารดาหลังคลอดในการรับประทานอาหารเย็น เช่น แดง ผักกาด ผักมีกลิ่น เช่น ผักชะอม ขุนุน หรือเนื้อสัตว์บางชนิดเช่น ปลาตุก เนื้อวัว รวมทั้งการดื่มน้ำที่ไม่ได้ต้ม

ระบบการดูแลสุขภาพในล้านนา

แนวทางการการบำบัดรักษาดั้งเดิม

ในสังคมล้านนาหรือภาคเหนือ จลาตชาย รมิตานนท์ และอานันท์ กาญจนพันธุ์ (2534) ได้รวบรวมแนวทางการบำบัดรักษาพื้นบ้านของสังคมล้านนาไว้ โดยอธิบายว่าผู้ที่ทำการรักษาหรือที่เรียกว่า “หมอเมือง” มักมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บไข้ได้ป่วยว่าเกิดจากอำนาจของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลายสิ่ง หลักของการบำบัดรักษาก็คือการหาทางทำให้อำนาจนั้นหยุดการกระทำที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย โดยทำให้อำนาจนั้นพอใจ หายโกรธ หรือทำให้อำนาจนั้นออกไปจากร่างกายอย่างนุ่มนวลหรือใช้อำนาจจากอีกแหล่งหนึ่ง ซึ่งมีอำนาจสูงกว่ามาทำให้ความเจ็บไข้ นั้นหมดพลังหรือถอยออกไป หรือหาทางผ่อนหนักให้เป็นเบา แนวทางการบำบัดรักษานั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย โดยมีแนวทางการบำบัดรักษาดังนี้

1. การบำบัดรักษาเมื่อถูกผีทำคือ การไป “สุมา” หรือขอขมาลาโทษ อ้อนวอนให้หายป่วย เช่นเมื่อเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของผีตายโหงหรือผีพราย ซึ่งถือว่าเป็นผีตายไม่ตี จะเป็นผีที่ดุร้ายชอบทำอันตรายคนทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือมีอาการวิปริต จะต้องทำพิธีส่งผีหรือทำเครื่องพิธีเช่นโห่ จะทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลา แต่ในบางกรณีต้องทำพิธีไล่ ตัด ขั้ว หรือข่ม ทำให้ผีกลัวจนต้องออกจากร่างกายของผู้เจ็บป่วยหรือหยุดการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ก็จะทำให้อาการเจ็บป่วยหายไป

2. การบำบัดรักษาเมื่อถูกคนทำ หากเชื่อว่าผู้ป่วยถูกเวทมนต์คาถาหรือคุณไสยมากระทำ ญาติพี่น้องของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการกระทำนั้นจะทำการหาหมอคาถามาแก้ไข หรือขอรับรองผู้ที่จ้างหมอคาถาทำคุณไสยให้ยกเลิกหรือแก้ไขการกระทำนั้น ๆ

3. การทำผิดชนบธรรมเนียมประเพณี ส่วนมากแนวทางการแก้ไขคือการวิงวอน ขอขมาลาโทษเพื่อผ่อนหนักให้เป็นเบา แต่การยึดถือปฏิบัติตามชนบธรรมเนียมประเพณีตาม กฎเกณฑ์ที่สังคมกำหนดถือได้ว่าเป็นแนวทางการป้องกันที่ดีที่สุด

4. เมื่อผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเชื่อว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากชีวิตกำลังตกอยู่ในช่วงที่กำลังมีเคราะห์ การแก้ไขก็ต้องทำพิธี “ส่งเคราะห์” โดยเชื่อว่าเมื่อทำแล้วความเจ็บป่วยดังกล่าวจะหายไป

5. จากการที่มีความเชื่อผสมผสานทั้งทางพุทธศาสนา ไสยศาสตร์ เวทมนต์คาถา ภูติผี วิญญาณ วิธีการบำบัดรักษาจึงมีลักษณะผสมผสานของความเชื่อดังกล่าว แต่ผลในการบำบัดรักษานั้นจะขึ้นอยู่กับกฎแห่งกรรม

6. การบำบัดรักษาการแปรปรวนของธาตุ มุ่งเน้นให้ธาตุทั้งสี่ที่เป็นองค์ประกอบของร่างกาย คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ เกิดสมดุลย์ จึงเป็นการเติมส่วนที่ขาดหรือลดส่วนที่เกินของธาตุนั้น ๆ โดยการบำบัดรักษามีทั้งการใช้ยาพื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ทั้งทา อบ หรือรับประทาน ตลอดจนการบำบัดโดยการบีบขนาดต่าง ๆ

7. การบำบัดรักษาเมื่อพ่อแม่เกิดมาทำร้าย หากเด็กทารกอายุตั้งแต่ 1 เดือนหรือ 3 เดือนไม่สบายพ่อแม่จึงต้องทำพิธีส่งพ่อแม่เกิด เพื่อเป็นการป้องกันเด็กทารกตามความเชื่อดั้งเดิม นอกจากนี้ยังมีพิธีการส่งแถน การสืบชะตา การส่งตัวชน ซึ่งถือเป็นมาตรการในการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหรือเจ็บไข้ได้ป่วย

8. พิธีกรรมในการบำบัดรักษาผู้ที่มีวิญญูหรือออกจากร่าง คือพิธีการเรียกขวัญ ซึ่งบางครั้งก็เรียกว่า พิธีสู่ขวัญเอาข้าว พิธีบายศรีสู่ขวัญ พิธีเฮียขวัญ พิธีพาขวัญ และพิธีสู่ขวัญทำขวัญ เป็นต้น ซึ่งพิธีการเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ขวัญกลับคืนสู่ร่างเดิม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวิธีการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของสังคมล้านนา มีแนวคิดพื้นฐานแตกต่างจากการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเน้นด้านชีวการแพทย์อย่างสิ้นเชิง ซึ่งอาจมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพภาควิชาชีพ หากไม่มีการปรับระบบบริการ

การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านสู่ภาควิชาชีพ

นอกเหนือจากระบบการรักษาของหมอเมืองที่มีมาแต่ดั้งเดิมแล้ว สังคมล้านนายังได้รับการถ่ายทอดระบบการบริการสุขภาพจากแนวคิดการแพทย์ตามแบบชาวตะวันตก ทั้งที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนและภาครัฐ ในการดำเนินโดยภาคเอกชนนั้นเริ่มจากคณะมิชชันนารีชาวอเมริกัน ซึ่งเป็นผู้จัดตั้งโรงพยาบาลอเมริกันมิชชันขึ้นในปี พ.ศ. 2431 ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ซึ่งต่อมาได้ขยายกิจการโดยมีการจัดตั้งโรงเรียนพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ขึ้นเพื่อให้มีพยาบาลเพียงพอสำหรับการบริการในโรงพยาบาล และในปัจจุบันกลายเป็นโรงพยาบาลขนาด 600 เตียงที่มีผู้นิยมเข้ารับบริการมากแห่งหนึ่งในเชียงใหม่ พบว่าประชาชนให้การยอมรับการแพทย์แผนตะวันตก “หมอฝรั่ง” เพิ่มขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้แล้ว ในภาครัฐก็ยังมีกรขยายบทบาทการแพทย์ในเขตล้านนาเพิ่มขึ้น มีการจัดตั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นศูนย์การแพทย์ที่ใหญ่ที่สุดในเขตภาคเหนือ ร่วมไปกับการจัดตั้งสถาบันการศึกษาสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลายสถาบัน เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ ฯลฯ ซึ่งล้วนแต่ใช้ความรู้ในด้านชีวการแพทย์ทั้งสิ้น และระบบการแพทย์แบบ “หมอฝรั่ง” นั้นกลายเป็นที่ยอมรับของประชาชนชาวล้านนา ผลกระทบที่เกิดขึ้นก็คือความสำคัญของหมอเมืองลดน้อยลง จนมีผู้วิตกว่าจะสาบสูญไปในที่สุด (หมอเมืองเชียงใหม่, มปป.)

อย่างไรก็ตาม จากการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขทำให้เกิดการรวมตัวของบรรดาหมอเมืองต่าง ๆ ขึ้น กลายเป็นชมรมต่าง ๆ ซึ่งในกลุ่มหมอเมืองเหล่านี้ เชื่อว่าตนเองไม่ใช้วิชาชีพ แต่เป็นตำแหน่งทางสังคม ที่ชุมชนเป็นผู้มอบให้ มีบทบาทในการเฝ้าระวังรักษาโรคภัยไข้เจ็บของประชาชนในชุมชน และในแต่ละชมรมล้วนแต่ก่อตั้งโดยผู้ที่ผ่านการหลักสูตรการศึกษาที่ได้รับการรับรองโดยกระทรวงสาธารณสุขและเปิดสอนตามชมรมหรือสถานบริการต่าง ๆ โดยบุคคลเหล่านี้ล้วนแต่ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบประกอบโรคศิลป์แพทย์แผนโบราณจากรัฐแล้ว ทำให้ระบบการบริการด้านสุขภาพโดยหมอเมืองได้ปรับเปลี่ยนจากระบบภาคพื้นบ้านสู่ภาควิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีหมอเมืองบางคนยังไม่สามารถสอบขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์ จึงยังคงสถานภาพการให้บริการในภาคพื้นบ้านอยู่เช่นเดิม

แนวคิดพื้นฐานของหมอเมืองยุคเปลี่ยนผ่านสู่ภาควิชาชีพ

พื้นฐานความเชื่อในการดูแลรักษาของหมอเมืองจะเป็นระบบการรักษาแบบองค์รวม (holistic) โดยคำนึงถึงกาย จิตและวิญญาณควบคู่กัน ในการรักษานั้นไม่ได้พึ่งสารสังเคราะห์ แต่จะใช้ยาสมุนไพร รวมไปถึงความเชื่อ จิต วิญญาณ และพลังชุมชนด้วย(หมอเมืองเชียงใหม่, มปป.).

แนวคิดหลักของหมอเมืองเช่นเดียวกันกับแนวคิดการแพทย์แผนไทย ซึ่งเน้นสมดุลแห่งสุขภาพ และอาศัยแนวทางของพระพุทธศาสนาเป็นหลักของความรู้ ทฤษฎี และเกี่ยวข้องกับพิธีกรรม การดำรงชีวิตที่เป็นธรรมชาติ และมีเอกลักษณ์ที่มีแบบแผน มีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมในการดำรงชีวิตรวมทั้งกระบวนการดูแลและรักษาสุขภาพเป็นระบบ มีแนวคิดแบบองค์รวมในการผสมผสานระหว่างปรัชญาการดำเนินชีวิต ศาสนา และวิทยาศาสตร์แบบสังเกต กล่าวคือ มนุษย์เกิดมาประกอบด้วยความเป็น หยิน และหยาง และจิตวิญญาณ มีความคิดเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย และวิญญาณ โดยเฉพาะความเจ็บป่วย จะเกี่ยวข้องกับสมดุลแห่งสุขภาพ ไม่ได้มุ่งเน้นแต่เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย แต่เชื่อว่าความเจ็บป่วยมีสาเหตุจากสมุฏฐาน 5 ประการ และพฤติกรรมในการดำรงชีวิต องค์ประกอบที่มีผลต่อสมดุลแห่งสุขภาพ (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2537) ได้แก่

1. ธาตุสมุฏฐาน หรือธาตุเจ้าเรือน เป็นองค์ประกอบของร่างกายนับแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา มี 4 ธาตุ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่ถือว่าเป็นธาตุองค์ประกอบภายในร่างกาย
2. อุตสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลของดินฟ้าอากาศ ฤดูกาล ฤดูร้อน ฤดูฝนและฤดูหนาว ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงทำให้ในแต่ละฤดู มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกันไป เช่น ฤดูร้อน (คิมหันตฤดู) มักป่วยด้วยธาตุไฟ ฤดูฝน (วสันตฤดู) มักป่วยด้วยธาตุลม ฤดูหนาว (เหมตฤดู) มักป่วยด้วยธาตุน้ำ ซึ่งหากพิจารณาจะเห็นว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิทยาการระบาดนั่นเอง

3. กาลสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลแห่งกาลเวลาได้แก่อำนาจพลังแห่งดวงอาทิตย์ ซึ่งเป็นเวลากลางวัน และอิทธิพลของดวงจันทร์ ซึ่งเป็นเวลากลางคืน ทำให้ตลอด 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา มีอิทธิพลที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวตลอดเวลา

4. อายุสมุฏฐาน เริ่มนับแต่เกิดพ้นครรภ์มารดาแล้วเจริญเติบโตขึ้น มนุษย์เกิดมาต่างมีอายุขัยเป็นไปตามธรรมชาติ มีเกิด แก่ เจ็บ และตาย ซึ่งไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายไปได้ ในทางการแพทย์แผนไทยได้แบ่งช่วงอายุ ของมนุษย์ออกเป็น 3 ช่วง คือ ปฐมวัย (0-16ปี) มัชฌิมวัย อายุ 16-30 ปี และปัจฉิมวัย อายุ 30 ปีขึ้นไป

5. ประเทศสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลของภูมิประเทศที่อยู่อาศัย ซึ่งแสดงว่าคนเราเกิดหรือเจริญเติบโตในท้องที่แบบใด เช่น

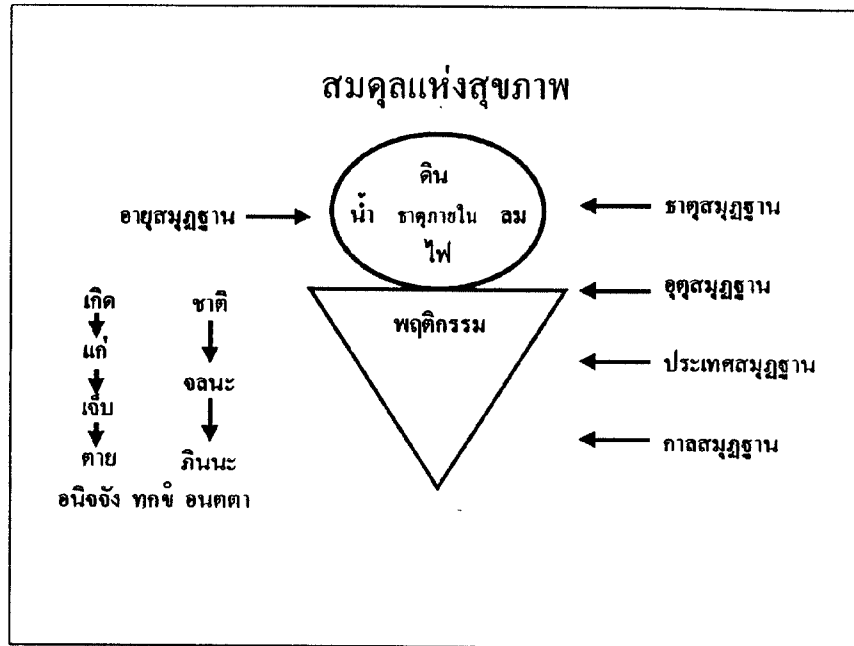
- แล่งที่มีฝนตกชุก จะมีอิทธิพลของการเจ็บป่วยด้วยธาตุลม เช่น อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระดูกเป็นต้น
- แล่งที่มีความแห้งแล้ง จะมีอิทธิพลของการเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำเช่น การเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และการขับถ่ายเป็นต้น
- แล่งที่มีสภาพน้ำเค็ม จะมีอิทธิพลของการเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน เช่น อาการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บของหรือการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ ได้ง่าย เป็นต้น
- แล่งที่มีภูเขาสูง / เนินผาจะมีอิทธิพลของการเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟเป็นอาการไข้ต่าง ๆ เป็นต้น

แนวคิดของการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับความสมดุลแห่งสุขภาพและความเจ็บป่วย ดังแสดงในภาพที่ 2

ปัจจัยเบื้องต้นดังกล่าว ย่อมแสดงถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในร่างกายก็ดี หรือภายนอกในร่างกายก็ตามย่อมส่งผลต่อสุขภาพอย่างสอดคล้องและกลมกลืนไปตามธรรมชาติของวิถีชีวิตมนุษย์

หลักการความรู้ทางการแพทย์แผนไทยในเรื่องการดูแลสุขภาพ เป็นวิวัฒนาการในการปรับตัวของมนุษย์เพื่อให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่ได้ตามการแปรเปลี่ยนของธรรมชาติ จากภายนอกร่างกายนำไปสู่การปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเป็นประโยชน์สอดคล้องกับธรรมชาติ การมีความเข้าใจในการแปรเปลี่ยนของชีวิตและร่างกาย ตลอดจนการดูแลสุขภาพรักษาความรู้สึก นึกคิดและจิตใจให้มีความบริสุทธิ์ สมบูรณ์ ซึ่งทั้งหมดนี้เชื่อว่าจะนำไปสู่ความสุขสมบูรณ์ของชีวิตได้ (พฤทธิพล สุขป้อม, มปป)

ภาพที่ 2 แนวคิดการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับสมดุลแห่งสุขภาพและความเจ็บป่วย



ตนเอง (สันตติ เสริมศรี, 2517) จนกระทั่งถึงช่วงกลางสมัยรัตนโกสินทร์ จึงมีการสังคายนาตำรา และใช้เป็นตำราหลักที่ยอมรับและประกาศใช้โดยกระทรวงสาธารณสุข 5 เล่ม ได้แก่ ตำราเวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์เล่ม 1-3 และตำราประมวลหลักเภสัช นอกจากนี้มีตำราอื่น ๆ ที่เขียนโดย “หมอหลวง” และแพทย์แผนโบราณ เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็มีข้อสังเกตว่าเพียงตำรายังเดียวไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจที่แท้จริงจำเป็นต้องมีครูอาจารย์ช่วยชี้แนะ (รุจิราถ อรรถสิทธิ์, 2532)

การศึกษาวิชาแพทย์แผนโบราณไม่มีสถาบันศึกษาที่เป็นระบบระเบียบมาก่อน ดังนั้นจึงทำให้แพทย์แผนโบราณมีพื้นฐานความรู้ด้านการเยียวยาปรุงยาศึกษาสมุนไพรและการถ่ายทอดความรู้แตกต่างกันไป ยกตัวอย่างเช่น “หมอหลวง” ในสมัยรัตนโกสินทร์เป็นผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาลในราชสำนักได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรจากผู้เชี่ยวชาญของวิทยาลัยการแพทย์ของพระมหากษัตริย์ มีโอกาสศึกษาค้นคว้าและเขียนตำรา ส่วนหมอ “เชลยศักดิ์” หรือหมอกกลางบ้านทำหน้าที่รักษาพยาบาลสามัญชนทั่วไป ส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดวิชาจากบรรพบุรุษอย่างไม่เป็นระบบ ในปี พ.ศ. 2446 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีหลักสูตรการสอนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ สาขาเวชกรรม สาขาเภสัชกรรม และสาขาผดุงครรภ์ และผู้ที่สำเร็จการศึกษาจะได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ จึงทำให้มีแพทย์แผนโบราณ 2 ประเภท คือ แพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเป็นแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย และ “หมอกกลางบ้าน” หรือ “หมอพื้นบ้าน” ที่ทำการรักษาโดยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ส่วนใหญ่เป็นเฉพาะโรคกระเจ็ดกระจายอยู่ทั่วไป (สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540)

สำหรับในชุมชนล้านนา โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ มีสถานที่เปิดการเรียนการสอนวิชาการศึกษาแพทย์แผนไทยที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขและดำเนินการโดยกลุ่มหมอเมืองที่ล้วนแต่เป็นผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนโบราณแล้ว 4 แห่ง ได้แก่ สมาคมผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณภาคเหนือ งานพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สมาคมหมอพื้นบ้านล้านนา อำเภอหางดง และชมรมหมอพื้นบ้านดักกะสีลา อำเภอพร้าว โดยมีการเปิดสอนสาขาเวชกรรม สาขาเภสัชกรรม และการนวดไทย มีเพียง 1 แห่งที่เปิดสอนสาขาผดุงครรภ์คือที่สมาคมหมอพื้นบ้านล้านนา อำเภอหางดง (หมอเมืองเชียงใหม่, ม.ป.ป.) ทั้งนี้ในการเรียนการสอนจะมีการกำหนดระยะเวลาที่ศึกษาในแต่ละหลักสูตรและมีการกำหนดค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายสำหรับตำราที่ใช้ในแต่ละหลักสูตรชัดเจน

สำหรับวิธีการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือหมอเมือง ที่เป็นกลุ่มไม่มีใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนโบราณนั้น สำหรับในชุมชนล้านนา ไม่พบว่ามีการศึกษาในด้านนี้สำหรับการศึกษาในชุมชนอื่น ๆ พบว่ามีการศึกษาที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยสุพจน์ พฤกษ์วัน (2540) ซึ่งศึกษาในกลุ่มแพทย์แผนโบราณที่อยู่ในกลุ่ม “หมอพื้นบ้าน” จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการถ่ายทอดจากพระหรือพ่อหรือแพทย์แผนโบราณที่มีชื่อเสียงในชุมชน แต่การเข้าสู่ระบบนั้นจะต้องมีพิธีกรรมเข้ามอตัวเป็นลูกศิษย์เสียก่อน และวิธีการถ่ายทอดเป็นแบบ “แนะให้ทำ นำให้คิด สอนให้ดู และเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง” (สุพจน์ พฤกษ์วัน, 2540, หน้า 75) โดย

สิ่งที่แนะนำให้ทำนั้นเป็นเรื่องจริยธรรมและคุณธรรมต่าง ๆ รวมทั้งความเมตตาสงสาร หลังจากนั้นเป็นการแนะนำทั่ว ๆ แล้วให้ผู้เรียนสังเกตการณ์การรักษา จนกระทั่งเมื่อครึกคิดว่าผู้เรียนน่าจะทำได้แล้วก็จะให้ผู้เรียนลองทำการรักษาเอง สำหรับผู้เรียนที่สามารถอ่านเขียนได้ ผู้สอนจะให้ผู้เรียนศึกษาจากตำราด้วยตนเอง กรณีที่มีความสงสัยสามารถสอบถามได้ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้สอนและผู้เรียนจะเป็นการสื่อสารทางเดียวมากกว่า 2 ทาง สำหรับตำราที่ใช้นั้น ถือว่าเป็นสัญลักษณ์แห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ผู้เรียนจะต้องเก็บรักษาไว้บนพาน บนหิ้งเช่นเดียวกันกับพระพุทธรูป เพื่อไว้ทำพิธีไหว้ครู

จากการศึกษาของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2540) ในกลุ่มหมอพื้นบ้านจำนวน 183 คน ในเขตชุมชนอีสานแห่งหนึ่ง พบว่ามูลเหตุจูงใจที่ทำให้บุคคลเหล่านั้นหันมาเรียนรู้ และรับการถ่ายทอดประสบการณ์การแพทย์แผนโบราณเหตุผลที่สำคัญคือ วิชาการรักษาที่สนใจนั้นสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ (ร้อยละ 31.6) เหตุผลอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ ต้องการสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษ (ร้อยละ 24.9) รองลงมาคือตนเองสนใจใฝ่รู้ (ร้อยละ 15.2) และการเคยมีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลกับหมอแผนโบราณเป็นที่ประทับใจจึงเกิดความสนใจเลื่อมใสและศรัทธาที่จะเรียนรู้ (ร้อยละ 8.5) สำหรับกลุ่มหมออาสาสมัครส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ มีความเชื่อในตัวยาจึงนำมาทดลองใช้ได้ผลดีจึงศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้น ส่วนการแพทย์พื้นบ้านที่ใช้น้ำมันคณาณ เช่น หมอมนต์ มีพิธีกรรมรักษามาที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนานั้น เกิดจากประสบการณ์ที่เคยได้รับขณะบวชเป็นพระ เกิดความเลื่อมใสจึงขอเรียนรู้นะบวช เมื่อสึกออกไปเป็นฆราวาส มีผู้มาขอร้องให้ทำจึงปฏิบัติสืบทอดเรื่อยมา ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มหมอผี หมอลำ ผีฟ้า หรือหมอลำทรงเคยเจ็บป่วยได้รับการรักษาหายแล้วจึงฝากตัวเป็นศิษย์ คอยติดตามอาจารย์ไปรักษาคนไข้จนอาจารย์ไว้วางใจและได้รับเลือกให้รับการถ่ายทอดวิชาตามการเสี่ยงทาย

ในการเรียนรู้ประสบการณ์นั้นมิทั้งที่ได้จากแหล่งเดียวและหลายแหล่ง พบว่าพ่อแม่ เครือญาติเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่ตนเองเคยเจ็บป่วย มีแพทย์แผนโบราณจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการความรู้จากหลายแหล่งเสริมกันโดยได้รับจากประสบการณ์ความรู้จากพระครูแพทย์แผนโบราณ และวิทยากรฝึกอบรม การศึกษาด้วยตนเองจะพบมากในกลุ่มแพทย์แผนโบราณที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากหลายแหล่ง สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาเรียนรู้และฝึกประสบการณ์ ส่วนใหญ่จะใช้ระยะเวลาเรียนรู้ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ประมาณครึ่งหนึ่งของแพทย์แผนโบราณและหมอพื้นบ้านใช้เวลาเสริมสร้างความรู้คือ 30.7 และ 12.3 ปี

จะเห็นได้ว่ากระบวนการถ่ายทอดในกลุ่มหมอพื้นบ้าน ที่เป็นกลุ่มดำเนินการรักษาโดยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ นั้น แตกต่างจากกลุ่มแพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะ ในแง่เวลาที่ใช้และวิธีการถ่ายทอด โดยในกลุ่มแรกมีกำหนดเวลาในการเรียนรู้ ส่วนกลุ่มหลังระยะเวลาการเรียนรู้ขึ้นกับความสามารถของแต่ละคน และวิธีการถ่ายทอดในกลุ่มหลังจะมีพิธีกรรมในเชิงไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง และผู้สอนมีโอกาสดำเนินการเลือกผู้เรียนมากกว่า ดังนั้นในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มหมอพื้นบ้าน หรือ หมอเมืองแต่ดั้งเดิม ผู้ที่มีความสนใจอย่างแน่วแน่เท่า

นั้นจึงจะสามารถเข้าสู่ระบบการเรียนรู้ได้ การถ่ายทอดจึงอยู่ในวงที่ค่อนข้างจำกัดเฉพาะในกลุ่มที่มีความคุ้นเคยกัน

ผู้รับบริการระบบการแพทย์พื้นบ้าน

มีคำกล่าวที่ติดปากคนไทยอยู่เสมอคือ “คนป่วยต้องหาหมอ” ในประเด็นนี้อาจสามารถวิเคราะห์ได้ว่าถ้า “ไม่ได้ป่วย” ก็ไม่จำเป็นต้องพึ่งหมอ จากแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของโคลน์แมน การเข้ารับบริการดูแลสุขภาพจากหมอพื้นบ้านมาจากการตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยเฉพาะการรับรู้ว่ามีภาวะความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และสาเหตุของการเจ็บป่วยสอดคล้องกับวิถีการวินิจฉัยโรคของผู้ให้บริการภาคพื้นบ้าน จากข้อสังเกตของสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2529) กลุ่มคนที่เข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนโบราณหรือแผนไทย ซึ่งเรียกว่า “หมอไสยศาสตร์” แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือกลุ่มที่อาศัยการรักษาตามแบบแผนนี้เป็นเบื้องต้น และ กลุ่มที่เข้ารับการรักษาเป็นเบื้องต้น

ในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาจากกลุ่ม “หมอไสยศาสตร์” เป็นเบื้องต้น ได้แก่ประชาชนที่อยู่ในชนบท และเขตป่า ซึ่งไกลจากโรงพยาบาล และกลุ่มคนยากไร้ในเมืองบางส่วน กลุ่มคนเหล่านี้มีฐานะยากจน ต่ำการศึกษา และมีความเชื่อทางไสยศาสตร์อย่างมาก ต่อเมื่อรักษาไม่หายแล้ว ก็จะแสวงหาวิธีการรักษาวิธีการอื่นต่อไป

กลุ่มที่อาศัยการรักษาด้วย “หมอไสยศาสตร์” เป็นเบื้องต้น ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือหมดทางรักษา ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มคนในเมือง มีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มแรก มีความเข้าใจและยอมรับวิทยาการสมัยใหม่ ค่อนข้างมาก และมีประสบการณ์ผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลมาก่อน และกลุ่มคนที่กลัวการสูญเสียหรือการที่จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งตามชนิดของโรค 6 ประเภท คือ โรคทางจิตประสาท โรคทางระบบประสาทที่มีอาการผิดปกติของสมอง เช่น มีอาการปวดศีรษะ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม โรคที่หมดหนทางรักษา เช่น มะเร็ง โรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ตาบอด ตาฟาง เบาหวาน ปวดข้อ ฯลฯ กระดูกหัก และการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการในระบบการแพทย์พื้นบ้าน ไม่พบว่ามีรายงานเกี่ยวกับประเภทของผู้รับบริการของหมอเมืองในชุมชนล้านนา แต่พบว่ามีกรณีศึกษาที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกโดยสุพจน์ พฤกษวัน (2540) ที่ศึกษาผู้รับบริการระบบการแพทย์พื้นบ้านจำนวน 200 คน พบว่าร้อยละ 83.5 เป็นสตรี โดยผู้รับบริการเหล่านี้ร้อยละ 49 เป็นผู้ที่ไม่ผ่านระบบการศึกษา ร้อยละ 34 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 13.5 จบระดับอุดมศึกษา และ ร้อยละ 3.5 จบระดับอุดมศึกษา โดยที่เหตุผลหนึ่งของการเข้ารับการรักษาคล้ายคลึงกับข้อสังเกตของสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2529) ก็คือ มีอาการไม่สบาย หรือเจ็บป่วย ได้ไปรับการรักษาโดยแพทย์ในโรงพยาบาลแต่ไม่หาย หรือไม่สามารถรับวิธีการรักษาโดยแพทย์ในโรงพยาบาล เช่นการผ่าตัด ได้ ลักษณะของการรับบริการนั้นพบว่ามี หลายประเภท เช่น โรคกระดูก โรคจากการกระทำของผี โรคเส้นเอ็นต่าง ๆ โรคที่มีลักษณะเป็นผื่น ผื่นเป็นหนองหรือซ้ำ โรคไข้

ทั่วไป และการตั้งครรภ์ซึ่งผู้รักษามักเป็นสตรีหรือหมอต่ำแย ซึ่งรับทำการบำบัดโดยวิธีการตัดท้อง ออสมุนไพรรและการนวดเป็นบางกรณี

จากรายงานดังกล่าวแล้วเป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีการกล่าวถึงการเข้ารับบริการจากสตรีวัยกลางคนโดยเฉพาะ และลักษณะของการเข้ารับบริการกับหมอพื้นบ้านนั้นเป็นการรับบริการบำบัดรักษาเพียงอย่างเดียว ไม่ปรากฏว่ามีการกล่าวถึงการเข้ารับบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแต่อย่างใด

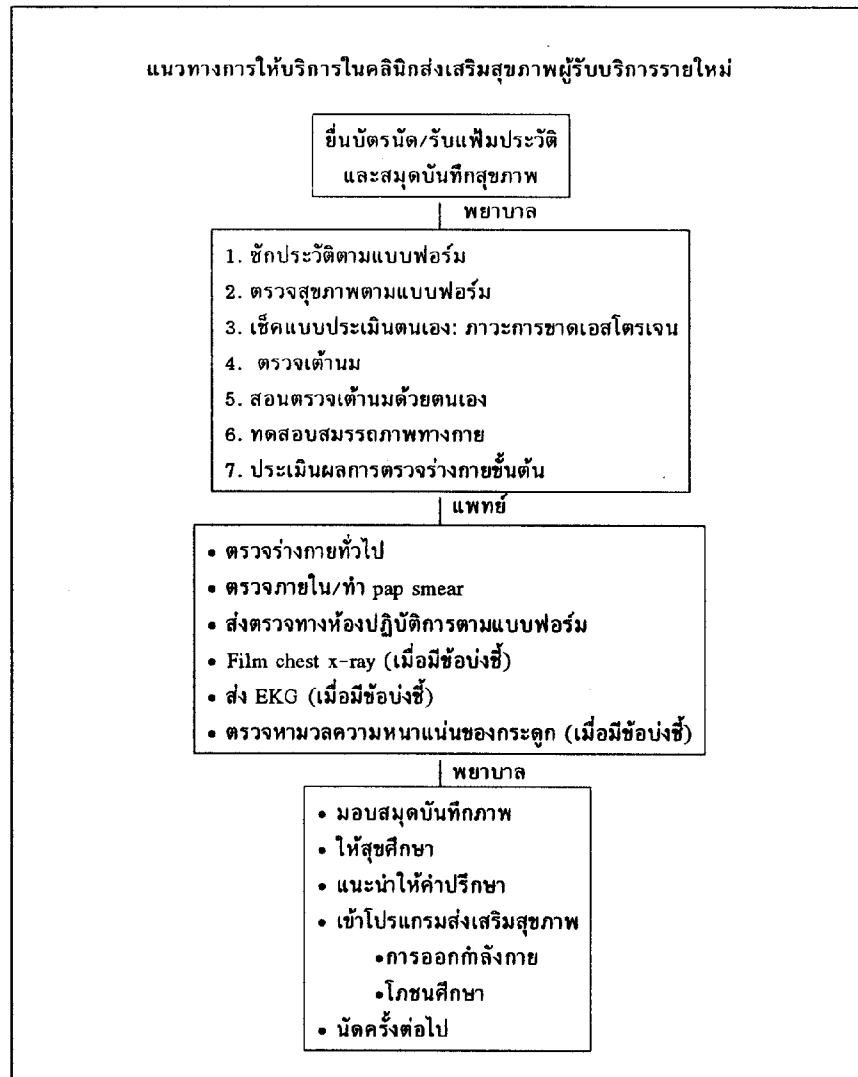
การบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในระบบการแพทย์แผนใหม่

โดยที่สตรีวัยกลางคนตามนัยของการศึกษาค้นคว้า คือ สตรีที่มีอายุ 40-59 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาช่วงอายุกับภาวะการเจริญพันธุ์แล้วพบว่าสตรีวัยนี้อยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างการอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และหลังวัยเจริญพันธุ์ หากนับเอาอายุเฉลี่ยของการหมดระดูของสตรีไทย คือ อายุประมาณ 47-49 ปี สตรีวัยกลางคนในการศึกษาค้นคว้านี้จะอยู่ทั้งในวัยก่อนหมดระดู (premenopause) กำลังหมดระดู (perimenopause) และหลังหมดระดู (postmenopause) ดังนั้นวรรณกรรมที่ทบทวนตามแนวคิดของการบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงครอบคลุมทั้ง 3 วัยดังกล่าว

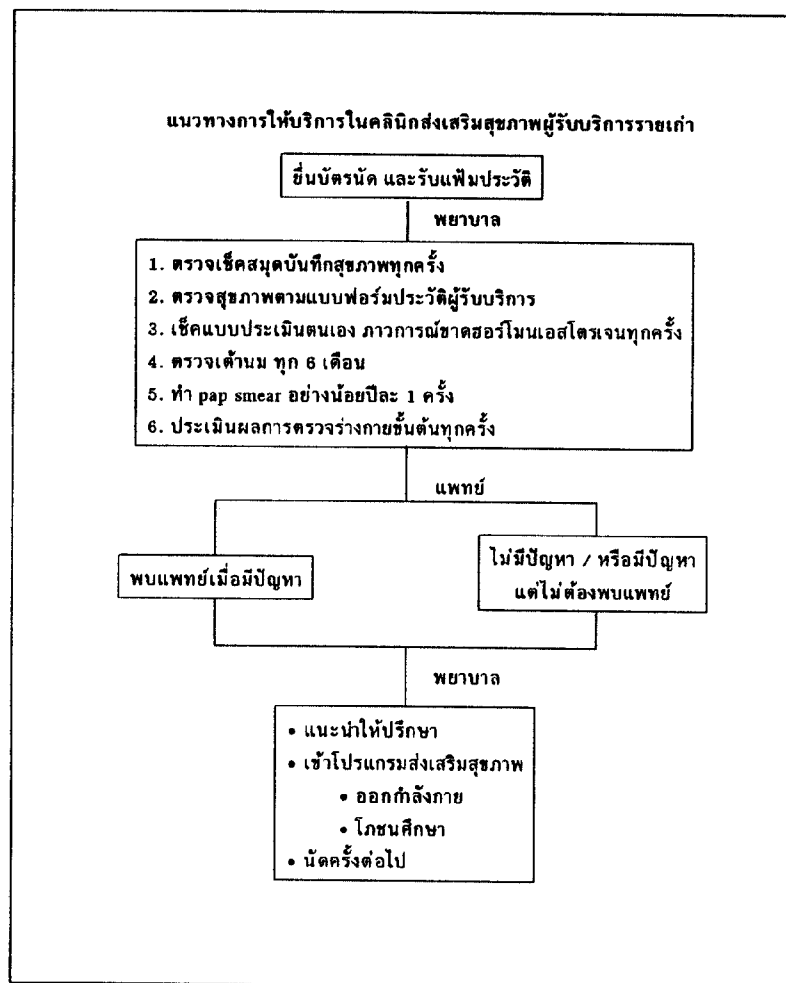
กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรที่มีบทบาทสูงสุดในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในภาครัฐ ในประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบคือ กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัยโดยหน่วยงานดังกล่าวได้กำหนดเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2537 ทั้งนี้ได้แบ่งการดำเนินการ (พ.ศ.2540-2544) โดยมีกลุ่มเป้าหมายที่สตรีวัย 35-59 ปี (กองอนามัยครอบครัว 2539) สำหรับกิจกรรมบริการนั้นดำเนินการในรูปของคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกำหนดมาตรฐานการดูแลไว้ดังนี้

1. ให้ความรู้ ทักษะ และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
2. ให้บริการตรวจสุขภาพให้สตรี
3. ตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อย 2 ปี/ครั้ง
4. ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และรับการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
5. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
6. รับการตรวจเบาหวาน จากมาตรฐานดังกล่าวกองอนามัยครอบครัวได้กำหนดแนวทางการให้บริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพดังปรากฏในภาพที่ 3 และ ภาพที่ 4

ภาพที่ 3 แนวทางการให้บริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการรายใหม่



ภาพที่ 4 แนวทางการให้บริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการรายเก่า



และที่สำคัญคือ ยังไม่พบว่ามียางานวิจัยใด ๆ ที่ประเมินการบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของรายงานประจำปีของกองอนามัยครอบครัว มีรายงานประเมินเพียงจำนวนของหน่วยงานที่เปิดบริการในแต่ละปี เช่นเดียวกันกับการบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั่วประเทศก็มีเพียงตัวเลขการประเมินจำนวนผู้ใช้บริการแต่ละประเภทเท่านั้น ในส่วนของภาคเอกชนยังไม่พบว่ามียางานใด ๆ ที่ให้ภาพบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนที่คลินิกหรือสถานบริการสุขภาพต่างๆที่มีอยู่ตามเมืองใหญ่ๆ ทั่วไป

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนากลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีวัยกลางคนยังไม่มีเพียงพอสำหรับการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ

การบริการส่งเสริมสุขภาพสตรีในระบบบริการสุขภาพทางเลือก

ระบบบริการสุขภาพทางเลือก (Alternative health care) หรือการแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine) หมายถึง เทคนิควิธีการทางแพทย์อื่น ๆ นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นบริการด้านสุขภาพตามแบบแผนชีวการแพทย์ (biomedical model) หรือเป็นที่รู้จักดีในกลุ่มคนไทยในยุคก่อนว่า “การรักษาแบบฝรั่ง” แต่การบริการด้านสุขภาพทางเลือก เน้นการเยียวยารักษาแบบองค์รวมซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และอย่างลึกซึ้งกับสิ่งแวดล้อม ชุมชน และโลกของเขา โดยที่บุคคลจะมีสุขภาพแข็งแรง เมื่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ อยู่ในภาวะสมดุล แนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคล มีความสามารถที่จะเยียวยารักษาตนเองได้ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับครอบครัว ชุมชน และโลกล้วนแต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (อวยพร ตันมุษกุล, 2539)

จากการศึกษาของคณะทำงานหนังสือสุขภาพสตรีแห่งเมืองบอสตัน พบว่าสตรีมีการใช้วิธีการรักษาเยียวยารักษาแบบองค์รวมโดยการปฏิบัติสืบทอดต่อกันเป็นเวลานานนับร้อยปี วิธีการเยียวยารักษาแบบองค์รวมที่มีอยู่ในสังคมประเทศอเมริกาและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มสตรีมีมากมาย เช่น การทำสมาธิ การสร้างจินตนาการ (imagery) วิชีย้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การนวด การฝังเข็ม การจัดข้อและโครงกระดูก (chiropractic) โยคะ การเต้นรำ/การเคลื่อนไหวบำบัด (dance/movement therapy) การใช้ยาสมุนไพร พลังสัมผัส (therapeutic touch) ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะถูกนำมาใช้เพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วยทั้งที่เป็นความเจ็บป่วยทางกาย และทางจิต เช่น ภาวะเครียด พบว่าสตรีที่เลือกใช้บริการการรักษาเยียวยาแบบองค์รวมมักเป็นสตรีในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ที่ไม่ประสบความสำเร็จจากการเข้ารับบริการจากการแพทย์แผนปัจจุบัน วิธีการบำบัดเยียวยาเหล่านี้บางประเภทสตรีจะต้องเป็นผู้ปฏิบัติเองโดยการศึกษาจากผู้รู้ เช่น การทำโยคะ การสร้างจินตภาพ การทำสมาธิ เป็นต้น บางอย่างจะต้องอาศัยผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพแผนปัจจุบัน เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น ส่วนหนึ่งเป็นนักวิชาชีพที่ผ่านการอบรมฝึกฝนและได้รับประกาศนียบัตรรับรองอย่างเป็นทางการ และส่วนหนึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกฝนในกลุ่มผู้รู้ แต่ไม่มีเอกสารรับรองอย่างเป็นทางการ และบางรายไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ให้บริการของรัฐในภาควิชาชีพ โดยผู้ให้บริการในกลุ่มหลังนี้ อาจเป็นผู้รับบริการมาก่อนแล้วฝึกฝนเพื่อนำวิธีการมาใช้บำบัดตนเอง เมื่อชำนาญมากขึ้นจึงกลายเป็นผู้ให้บริการในภายหลัง นอกจากนี้ยังพบว่ามีสตรีอยู่จำนวนไม่น้อยที่เลือกวิธีบำบัดเยียวยาแบบองค์รวมรวมไปกับวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และมีหลายรายเมื่อหายจากการเจ็บป่วยยังคงปฏิบัติกิจกรรมต่อไปเพื่อให้ผ่อนคลายและมีความสุขสบายยิ่งขึ้น เช่นการทำสมาธิ การนวด โยคะ เป็นต้น (อวยพร ตันมุษกุล, 2539)

สำหรับการบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับหญิงวัยกลางคนในระบบการบริการแบบทางเลือกในประเทศไทย โดยเฉพาะในชุมชนล้านนา ยังไม่พบว่ามีกรรงานไว้แต่อย่างใด

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของสตรีวัยกลางคนโดยกลุ่มสตรี

ความเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรีในการพิทักษ์สิทธิของตนเอง เป็นสิ่งใหม่สำหรับสตรีไทย ความเคลื่อนไหวเหล่านี้ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพของสตรีในวัยต่าง ๆ รวมทั้งสตรีในวัยเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มสตรีในต่างประเทศที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสตรี ซึ่งเป็นที่รู้จักเป็นอย่างดีโดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกา คือคณะทำงานหนังสือสุขภาพผู้หญิงแห่งเมืองบอสตัน (Boston Women's Health Book Collective, 1992). คณะทำงานกลุ่มนี้ประกอบด้วยสตรีจากหลากหลายวิชาชีพ รวมทั้งสตรีที่เป็นแม่บ้านธรรมดา คณะทำงานกลุ่มนี้ได้รวบรวมสาระข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสตรีจากการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้หญิงด้วยกัน และนำเสนอสาระข้อมูลที่รวบรวมไว้ในหนังสือชื่อ "Our bodies ourselves" ในปี พ.ศ. 2527 หนังสือดังกล่าวนี้กลายเป็นหนังสือขายดีที่สุดเล่มหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา และต่อมาในปี พ.ศ. 2535 คณะทำงานชุดนี้ได้ปรับปรุงเนื้อหาสาระในหนังสือเพื่อให้ทันสมัยยิ่งขึ้นและตีพิมพ์หนังสือเล่มนี้ภายใต้ชื่อ "The new our bodies ourselves" โดยหนังสือทั้งสองเล่มจะมีบทที่กล่าวเฉพาะการดูแลสุขภาพสำหรับสตรีวัยเข้าสู่วัยสูงอายุ¹

วัยกลางคนจากแนวคิดที่นำเสนอในหนังสือ "The new our bodies ourselves" เป็นช่วงอายุระหว่าง 45 - 65 ปี เชื่อว่าเป็นวัยที่สตรีเริ่มมีอิสระจากภาระการดูแลบุตร มีสตรีหลายคนกลับเข้ารับการศึกษาศึกษาในสายอาชีพที่ตนเองต้องการ หรือเลือกกระทำกิจกรรมที่เป็นความใฝ่ฝันของตนเอง หลายคนเพิ่งค้นพบความสามารถพิเศษของตนเองในวัยนี้และมีความสุขกับการที่ได้กระทำในสิ่งที่ตนหวัง แต่ในขณะเดียวกันหลายคนต้องพบกับการสูญเสียโดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บิดามารดาสามี นอกจากนี้บุตรของสตรีในวัยนี้หลายคนมีอายุมากพอที่สามารถดูแลตนเองได้ และต้องการอิสระในตนเองมากขึ้น สิ่งที่สตรีในวัยนี้ต้องประสบคือสภาพความว่างเปล่าในบ้าน เชื่อว่าความสูญเสียดังกล่าวทำลายภาพลักษณ์ของสตรีเหล่านี้อยู่ไม่น้อย มีสตรีหลายคนมีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ ต้องรับการรักษาจากจิตแพทย์ นอกจากการการสูญเสียแล้ว การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหรือ "ภาวะหมดประจำเดือน" ยังมีส่วนทำให้สตรีในวัยนี้ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากสังคมและบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านสังคมวัยหมดประจำเดือนจัดว่าเป็น "วัยเสื่อม" ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ขาดความมีเหตุผล ไม่เหมาะที่จะอยู่ในตำแหน่งรับผิดชอบใด ๆ พ้นจากวัยนี้ก็จะสู่ "ภาวะหลังสิ้น" ในด้านการแพทย์วัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสรีระมากที่สุด ซึ่งสตรีจะต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์จากตัวอย่างสตรีหลายคน พบว่าความสูญเสียหรือความเสื่อมต่าง ๆ อันเนื่องจากภาวะหมดประจำเดือน กลายเป็นจุดเปลี่ยนผ่านของชีวิตไปสู่สภาพที่ดีกว่าเดิม ในระหว่างความสูญเสียและหรือความเสื่อม สตรีหลายคนได้เลือกวิถีปฏิบัติหลายรูปแบบ หลายคนแสวงหาการรักษาทางการแพทย์

¹ หนังสือเล่มหลังนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยในปี พ.ศ. 2539 ภายใต้ชื่อ "ร่างกายของเรา ตัวตนของเรา" โดยคณะทำงานในโครงการเครือข่ายเพื่อสุขภาพผู้หญิง (Women's Health Education Network) และตีพิมพ์เป็นครั้งแรก 150 เล่ม ด้วยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันโรคเอดส์ภาคเหนือและได้รับลิขสิทธิ์จาก Boston Women's Health Book Collective.

แพทย์ เช่นการรักษาด้วยการใช้เอสโตรเจนทดแทน การผ่าตัดมดลูก เป็นต้น อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะที่ปรากฏในหนังสือฉบับนี้ระบุข้อดี ข้อเสียของการรักษาทางการแพทย์ และมีตัวอย่างให้เห็นว่าการรักษาทางการแพทย์นั้นไม่ได้ให้ผลดีเสมอไป ผู้ที่จะตัดสินใจเลือกการรักษาควรศึกษาให้ถ่องแท้ก่อนตัดสินใจ

คณะทำงานกลุ่มนี้แนะนำไว้ว่านอกเหนือจากการรักษาทางการแพทย์แล้ว ยังมีวิธีการอื่นๆ ที่สตรีในวัยนี้จะได้รับประโยชน์มากกว่าการรักษาในแนวทัศนะทางการแพทย์ วิธีการเหล่านี้ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร การได้รับวิตามิน การดื่มน้ำสะอาดบางประเภท เช่น อัลกอฮอลล์ คาเฟอีน น้ำตาล ผลิตภัณฑ์จากแป้งขาว เป็นต้น การใช้สมุนไพร โดยเฉพาะในรูปของชาสมุนไพร และเทคนิคอื่นๆ เช่น การนวด การทำสมาธิ การฝึกโยคะ การฝังเข็ม เป็นต้น ซึ่งคณะทำงานเน้นว่าหลายกิจกรรมสตรีจะต้องควบคุมด้วยตนเอง และควรศึกษาจากตำราหลายๆ เล่ม รวมทั้งการศึกษจากผู้รู้ (Boston Women's Health Book Collective, 1992)

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีรายงานคำแนะนำสำหรับสตรีวัยกลางคนโดยกลุ่มสตรีที่มีประสบการณ์ร่วมกัน ยกเว้นผลงานแปลหนังสือร่างกายของเรา ตัวตนของเรา โดยคณะทำงานในโครงการเครือข่ายเพื่อสุขภาพผู้หญิง (Women's Health Education Network, หรือ WHEN) ซึ่งสะท้อนแนวคิดของสตรีชาวอเมริกัน และไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของสตรีวัยกลางคนในภาคสามัญชนแต่อย่างใด

สรุป

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติเพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพของสตรีในวัยกลางคนยังไม่มีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและเป็นช่องว่างแห่งความรู้ที่จำเป็นต้องหาคำตอบในส่วนของการปฏิบัติดังกล่าว โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพทั้งในภาคพื้นบ้านและภาคสามัญชนที่มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของสตรีวัยกลางคนหรือสมาชิกในชุมชน จากการทบทวนเอกสารรายงานต่างๆ ยังไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงการเชื่อมโยง “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” กับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน หรือแม้แต่ในระบบการดูแลสุขภาพวิชาชีพ ทั้งที่เป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันหรือระบบการแพทย์ทางเลือกและดำเนินการโดยองค์กรของรัฐ เพื่อให้สตรีวัยกลางคนได้มีโอกาสเลือกใช้บริการ ก็ยังเน้นเฉพาะ “ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ” ไม่ได้เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดการสาธารณสุขยุคใหม่ เน้นการดูแลสุขภาพแบบเป็นองค์รวม

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบสามัญชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในสังคมและวัฒนธรรมของไทยล้านนา ได้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยให้ความสำคัญต่อบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีเงื่อนไขสภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดองค์ความรู้ในเชิงปฏิบัติในด้านการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนของแต่ละชุมชน นอกจากนี้จากกระแสการพัฒนาทางสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางทางเศรษฐกิจ ร่วมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นตัวแปรสำคัญต่อการดำรงชีวิตของชุมชน อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งแบบพื้นบ้าน (folk sector) และ ระบบสุขภาพแบบสามัญชน (popular sector) ที่มีมาแต่ดั้งเดิม ร่วมกับความสามารถในการแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพของสตรีตามระบบของสังคมไทยและค่านิยมทางเพศ

การเลือกพื้นที่

การศึกษาระบบสุขภาพของสตรีวัยกลางคน เลือกดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่ เขตภาคเหนือ ซึ่งเป็นชุมชนพื้นบ้านล้านนา มีลักษณะสังคมวัฒนธรรมต่างจากในเขตอื่น ๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย สะท้อนให้เห็นการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในสังคมและวัฒนธรรมไทยล้านนา ภายหลังการสำรวจพื้นที่ต่างๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ คณะผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกชุมชนต่อไปนี้เป็นพื้นที่ทำการศึกษา

1. ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. ชุมชนในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท ซึ่งได้แก่ชุมชนเขตอำเภอสารภี
3. ชุมชนชนบท ได้แก่เขตอำเภอเชียงดาว ซึ่งในชุมชนที่มีรายได้หลักจากเกษตรกรรม

การเข้าภาคสนาม

เพื่อให้คณะผู้วิจัยเป็นที่ยอมรับในพื้นที่ที่เลือกศึกษาและสามารถดำเนินการรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตรงต่อความเป็นจริงเท่าที่จะเป็นไปได้ ในขั้นแรกได้มีการขออนุญาตอย่างเป็นทางการจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และนายอำเภอของแต่ละเขต ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงของพื้นที่ หลังจากนั้น คณะผู้วิจัยได้ทำการสำรวจและติดต่อโดยตรงกับเจ้าของพื้นที่ที่ทำการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ ที่เป็นที่เคารพและเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่เลือกศึกษา

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กับเจ้าของพื้นที่ และได้ทำการเยี่ยมพื้นที่ พบปะกับสมาชิกในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับสมาชิกในชุมชนก่อนการรวบรวมข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

บุคคลที่เป็นแหล่งข้อมูลของการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ให้บริการทั้งระบบการแพทย์แผนไทยและระบบพื้นบ้านทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการระบบประชาชน เช่น หมอนวดแผนโบราณ หมอกดจุด เป็นต้น
 2. ผู้รับบริการการส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นสตรีวัยกลางคนอายุตั้งแต่ 40 - 59 ปี
- นอกจากนี้ แหล่งข้อมูลยังรวมถึงสถานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งของรัฐและเอกชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้านี้ ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ดังต่อไปนี้

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

ในการรวบรวมข้อมูลวิธีนี้ คณะผู้วิจัยเข้าไปศึกษาระบบการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในสถานบริการ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชนที่ศึกษา ทั้งในลักษณะของการเป็นผู้ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การนวดแบบแผนโบราณ การอบสมุนไพร การกดจุด เป็นต้น หรือเป็นผู้ร่วมกิจกรรม หรือเป็นผู้สังเกตโดยมิได้มีส่วนร่วมใด ๆ ในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตถูกบันทึกเป็นข้อมูลภาคสนาม

2. การสนทนากลุ่ม

ในทุกชุมชนที่ทำการศึกษา ได้ทำการสนทนากลุ่มสตรีอายุ 40 - 59 ปี เพื่อให้ได้แนวคิดโดยทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพตนเอง

ในแต่ละชุมชนที่ทำการศึกษาได้ทำการสนทนากลุ่ม ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มกับสตรีอายุระหว่าง 40 ถึง 59 ปี ชุมชนละ 1 - 2 กลุ่ม รวมการสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 5 กลุ่ม โดยในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 8 - 10 คน คณะผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด 10 ข้อคำถาม (ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ใช้เป็นแนวทางและกระตุ้นการดำเนินการสนทนา หรือเป็นแนวทางไปสู่การเจาะลึกในบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดหรือประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เข้าร่วมในการสนทนา ในระหว่างการสนทนากลุ่มได้มีการ

บันทึกเทปและการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสนทนาโดยผู้ช่วยวิจัย ภายหลังการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกข้อมูลได้มีการถอดเทป เพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

คณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยกลุ่มผู้ให้บริการเป็นทั้งแพทย์แผนโบราณ หมอพื้นบ้าน และสตรีที่ให้บริการการนวดแผนโบราณในชุมชนที่ทำการศึกษา การสัมภาษณ์ในกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย แนวคิด วิธีการเรียนรู้ และวิธีการจัดการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคน คณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้บริการทั้งสิ้น 9 คน โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้บริการ (ภาคผนวก ข) ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 7 ข้อ

นอกเหนือจากสัมภาษณ์ผู้ให้บริการแล้ว ได้สัมภาษณ์สตรีวัย 40 - 59 ปีซึ่งคณะผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าเป็นผู้รับบริการของผู้ให้บริการที่ถูกสัมภาษณ์จำนวน 4 คน โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์สตรีวัยกลางคน (ภาคผนวก ค) ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 11 ข้อและครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่มีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ ร่วมกับวิธีการที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดี และสุขภาพกายและจิตดี

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกข้อมูลพร้อมกับบันทึกเทป ซึ่งดำเนินการภายหลังที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์แล้ว เช่นเดียวกันกับการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกข้อมูลได้มีการถอดเทป เพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบข้อมูล

เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล คณะผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง (data triangulation) เช่น บุคคลที่ให้ข้อมูล (key informant) และการตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลหลายวิธี (methodological triangulation) ซึ่งวิธีการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ นั้นได้กล่าวมาแล้วในส่วนของวิธีการรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ในช่วงท้ายของการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ได้ทบทวนประเด็นและข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการสนทนาหรือการสัมภาษณ์นั้นกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อเปิดโอกาสให้ทั้งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและทำความเข้าใจที่ตรงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อม ๆ กัน โดยนำข้อมูลที่บันทึกจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) กำหนดประเด็นหลัก ลงรหัส และจัดหมวดหมู่ จากนั้นเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล และหมวดหมู่ต่าง ๆ ที่วิเคราะห์ได้

บทที่ 4

บริบทการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนภาคพื้นบ้าน

ในบริบทของการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคน (อายุ 40 - 59 ปี) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต สามารถประมวลระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชน ออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชน ระบบการแพทย์แบบ “ดั้งเดิม” และระบบการแพทย์สมัยใหม่

ระบบการดูแลสุขภาพสามัญชน

สตรีวัยกลางคนที่ให้ข้อมูลระบุอย่างชัดเจนถึงการดูแลตนเองที่เกิดจากการเรียนรู้ภายในชุมชน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสตรี หรือการถ่ายทอดสืบต่อกันตามวัฒนธรรม ในส่วนนี้ บุคคลที่เกี่ยวข้องจะประกอบด้วย

1. สตรีวัยกลางคน
2. ครอบครัวของสตรีวัยกลางคน
3. เครือข่ายทางสังคม เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และ เพื่อนบ้าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพในระบบนี้ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ซึ่งกระทำโดยสตรีวัยกลางคน ตามการรับรู้และประสบการณ์ มีการตีความเกี่ยวกับสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงวัยกลางคนตามระบบความเชื่อและวิถีชีวิตที่ปฏิบัติ เช่น อาหาร การพักผ่อน การทำงาน สตรีวัยกลางคนระบุว่า การเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ โดยส่วนใหญ่ จะเรียนรู้จากผู้สูงอายุ เพื่อนที่มีประสบการณ์ และการเรียนรู้ในสังคม โดยเฉพาะแนวคิดของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่ต่างจากระบบการดูแลสุขภาพสามัญชน ที่สตรีจะประเมินและตัดสินใจจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กระทำโดยตนเอง หรือปรึกษากับเครือข่ายทางสังคม

ระบบการแพทย์แบบ “ดั้งเดิม”

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สตรีวัยกลางคนในฐานะผู้ให้บริการและผู้รับบริการเช่นแพทย์แผนโบราณ หมอเมือง หมออดจุด พบว่าระบบการดูแลสุขภาพระบบหนึ่งที่สตรีวัยกลางคนไปใช้บริการนั้น เป็นระบบ “ดั้งเดิม” ที่มีพื้นฐานแนวคิดของสุขภาพ และความเจ็บป่วย เกิด

จากความสมดุล (equilibrium) ของธาตุที่เป็นองค์ประกอบของร่างกาย อันเป็นผลจากการปฏิบัติตนไม่เหมาะสม เช่นรับประทานอาหารชนิดที่ไม่เหมาะสมกับส่วนประกอบของธาตุในร่างกายของตนเอง รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยหรือมากเกินไป ใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในปริมาณที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้แขนขา หลัง ไหล่ มากเกินไป โดยจากการนั่ง ยืนในท่าเดียวนานเกินไป หรือทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งนานเกินไป หรือมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นต้น

สถานบริการสุขภาพในระบบดั้งเดิม ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่สตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลไปใช้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการรักษา เป็นสถานบริการสุขภาพทั้งที่เป็นแบบทางการและไม่เป็นทางการ สถานบริการที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการนั้นเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับใบรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ผู้ประกอบการเป็นแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปสาขาการแพทย์แผนไทย โดยเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการแพทย์แผนไทย ตามหลักสูตรของวัดโพธิ์ และเพิ่มเติมความรู้ความชำนาญโดยการแลกเปลี่ยนความรู้กับแพทย์พื้นบ้านในภาคเหนือ เช่น หมอแหก¹ หมอน้ำมนต์ หมอสมุนไพร หมอเมื่อ² ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ร่วมให้บริการการแพทย์พื้นบ้านในระยะเริ่มแรกของการก่อตั้งโรงพยาบาล และสถานบริการสุขภาพอีกแห่งหนึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ผู้ประกอบการได้รับการถ่ายทอดจากญาติที่มีความรู้ความชำนาญในการนวดแบบกดจุด ให้บริการโดยไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์ แต่เริ่มจากการรักษาในกลุ่มเครือข่ายผู้ที่อยู่ใกล้เคียง และมีผู้รับบริการเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วมีการบอกต่อกันในประสิทธิภาพของการรักษาและค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการจ่ายเฉพาะค่ายา ค่าครู ทำให้มีผู้รับบริการจำนวนมากขึ้นจนต้องกำหนดเวลาการให้บริการ ผู้รับบริการมีทุกเพศทุกวัย ซึ่งผู้ให้บริการไม่สามารถระบุได้ว่าเพศใดวัยใดเป็นกลุ่มผู้รับบริการมากที่สุด แต่ตั้งข้อสังเกตว่ากลุ่มสตรีวัยกลางคนที่มารับบริการส่วนใหญ่จะมาด้วยโรคข้อและกล้ามเนื้อ สถานบริการสุขภาพทั้ง 2 แห่ง มีพื้นฐานแนวคิดด้านสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน แต่วิธีปฏิบัติแตกต่างกัน

ในเขตชนบท พบว่ามีสถานบริการสุขภาพโดยใช้ระบบแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นสถานประกอบการที่เป็นทางการ ได้รับใบรับรองการประกอบการจากกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ประกอบการเป็นผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรการแพทย์แผนไทยและมีใบประกอบโรคศิลปเรียบร้อยแล้ว จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ประกอบการได้รับการฝึกหัดการรักษาโดยใช้สมุนไพรจากบรรพบุรุษโดยตรง ตั้งแต่อายุ 14 ปี ได้ทำการรักษาบำบัดตามที่ได้รับการฝึกหัดมาจากบรรพบุรุษ ก่อนเข้ารับการฝึกหัดตามแบบแผนการแพทย์แผนไทยและเปิดเป็นสถานบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ ผู้ประกอบการระบุว่าผู้ป่วยมี 2 ประเภท คือประเภทที่ไปโรงพยาบาลแล้วรักษาไม่หาย และประเภทที่ไปโรงพยาบาลแล้วยังไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากไม่มีเงิน ซึ่งประเภทหลังจะต้องพิจารณาลักษณะของการเจ็บป่วย โรคที่ไม่ได้รับการรักษา

¹ การรักษาโดยใช้วัตถุเช่น ไข่ หรือรากไม้ เช่นปูเลย ดูตามแขนขา

² หมอดู โดยวิธีนั่งทางในหรือใช้พิธีกรรมในการรักษา

เช่น โรคนิว ไลต์อ็อกเสบ กระเพาะอาหารเป็นแผล กระดูกหัก แผลสด เป็นต้น โรคที่ต้องให้การรักษามากที่สุดคือโรคลม ซึ่งใช้เวลารักษาค่อนข้างนาน

สำหรับรายละเอียดแนวคิดในด้านการให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งในเขตอำเภอเมืองและเขตชนบทสามารถประมวลได้ดังนี้

1. รูปแบบการให้บริการ สำหรับสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการทั้ง 2 แห่งนั้น เนื่องจากผู้ประกอบการสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการในเขตชนบท ได้รับการถ่ายทอดวิทยาการส่วนหนึ่งจากผู้ประกอบการสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการในเขตเมือง ดังนั้นรูปแบบการให้บริการจึงคล้ายคลึงกัน คือให้บริการการตรวจโรค รักษาโรคโดยใช้สมุนไพร การอบสมุนไพร และการนวด โดยที่การอบสมุนไพรและการนวดนั้น จำแนกเป็นการอบสมุนไพรและการนวดเพื่อผ่อนคลาย และเพื่อการรักษา ถ้าผู้รับบริการมาด้วยจุดประสงค์เพื่อการผ่อนคลายนั้น ผู้รับบริการจะสามารถเข้ารับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการได้เลย โดยไม่ต้องผ่านการตรวจจากผู้ประกอบการ ซึ่งเป็นแพทย์แผนโบราณ แต่ถ้าต้องการรับการรักษาแพทย์แผนโบราณจะต้องทำการตรวจก่อนแล้วจึงสั่งการรักษา สำหรับสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการในเขตชนบทนั้น เนื่องจากผู้ประกอบการได้เรียนรู้วิธีการจากบรรพบุรุษมาก่อน ดังนั้นการบริการจึงเพิ่มวิธีการพื้นบ้าน คือการแหก การมัดมือ³ การประพรมน้ำมันต์ รวมด้วย สำหรับการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรนั้นต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยของแพทย์แผนโบราณก่อน จึงจะรับยาสมุนไพรได้ ทั้งนี้ในการรับยาสมุนไพรนั้นผู้ประกอบการได้จัดทำระบบทะเบียน ตลอดจนใบสั่งยาในรูปแบบที่คล้ายคลึงกับระบบของสถานบริการสุขภาพของรัฐ

ส่วนสถานบริการสุขภาพแบบไม่เป็นทางการนั้น ให้บริการนวดแบบกดจุด แนะนำการปฏิบัติตัว และใช้ยาสมุนไพรแบบจีน

2. หลักการให้บริการ ทั้งสถานบริการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มุ่งสนองตอบต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้รับบริการ ดังนั้นแม้จะมีกำหนดเวลาในการให้บริการ ถ้าผู้รับบริการแจ้งความจำนงค์ต้องการรับบริการ ส่วนใหญ่จะได้รับบริการทันที ถ้าไม่มีผู้รับบริการรออยู่ก่อน เช่นการตรวจวินิจฉัยโรค การรับยาสมุนไพร และการนวดเป็นต้น ยกเว้นการอบสมุนไพร ซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลาเตรียมการ ซึ่งผู้ให้บริการได้ระบุอย่างชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดการตอบสนองการให้บริการดังนี้

“ถ้าสมมติว่าเป็นคนที่กำลังใจไม่ดี เป็นมาขอ ก็ช่วยกันตรงนั้น”

“บางคนเขามาไกล ก็ต้องรักษาให้เขา”

“วันก่อนมาตอนกลางคืน บอกว่าหลงทางหาทางมาไม่ถูก อย่างนี้ก็ต้องรักษาให้เขา”

“แล้วแต่ผู้รับบริการ ถ้าเขามารักษาที่มา ถ้าไม่มาก็ไม่เป็นไร”

“..มากกว่า 30 คน ทำให้เลยเวลา เราไม่มีเวลาเป็นของเราแล้ว”

นอกจากการสนองความต้องการของผู้รับบริการแล้ว การเตรียมตัวของผู้ให้บริการยังเป็นประเด็นสำคัญ นอกเหนือจากที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากผู้รู้โดยตรงแล้ว ผู้ให้บริการที่ให้อาหารจะ

³ การผูกข้อมือนิ้วด้วยด้ายสายสิญจน์

มีการเตรียมตนเองใหญ่ ๆ 2 ประการ คือการเตรียมตนเองให้พร้อมในการให้บริการประจำวัน และการเพิ่มเติมความรู้ความสามารถของตนเอง

ในการเตรียมตนเองให้พร้อมในการให้บริการนั้น พบว่าผู้ให้บริการในสถานบริการทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการกำหนดให้วันพระเป็นวันหยุดให้บริการ เพื่อใช้เวลาในการประกอบพิธีกรรมตามหลักความเชื่อของตน เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ ทำสมาธิและเดินลมปราณ และเพื่อการพักผ่อน เป็นการเสริมสร้างพลังในการบำบัดรักษาของตน ดังเช่นผู้ให้บริการรายหนึ่งระบุว่า

“...พัก เนื่องจากร่างกายเราโหม ต้องมีการฟื้นฟูกำลังภายในของเรา..”

หมอนวดเพื่อบำบัดรายหนึ่ง เป็นสตรีในวัย 47 ปี ระบุว่าตนเองจะต้องไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลทุกปี และทุกสัปดาห์ต้องเข้ารับบริการการนวดจากหมอนวดที่ตนไว้วางใจ

“เขาจะต้องเช็คเลือดว่าบ่เป็นโรคอะหยั่ง...และทุกอาทิตย์ต้องเข้าโรงนวด บ่จะอันเส้นมันจะตึง บ่มีแรงนวด”⁴

จากการสังเกตที่สถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการในชนบท พบว่าในระหว่างที่ปลอดผู้รับบริการ หมอนวดบางรายจะให้เพื่อนหมอนวดด้วยกันนวดให้ โดยให้เหตุผลว่า “เส้นมันเค้ง”⁵

นอกจากในวันพระแล้ว ผู้ให้บริการยังมีพิธีกรรมประจำวันที่มีลักษณะเฉพาะของตน เช่นทำพิธีเชิญครู สวดมนต์แผ่เมตตา เดินลมปราณ เป็นต้น ดังตัวอย่างเช่น

“..เชิญพระบรมครูมาช่วยปกปักรักษาทุกวัน จะต้องทำทุกวัน...ตอนเลิกงานต้องเชิญท่าน ต้องทำ และขออัญเชิญท่านไปประดิษฐานประทับอยู่ที่เก่าที่เอาได้เชิญมา”

“..ตื่นเช้ามาผมต้องภาวนา บริกรรม สวดมนต์...ก่อนเข้านอนจะต้องภาวนา บริกรรม สวดมนต์ หลังจากนั้นแผ่ส่วนกุศลไปหื้อ ต้องเอาชื่อคนไข้มาหมด บอกว่าขอให้เจ้ากรรมนายเวร ทุกอย่างโรคภัยไข้เจ็บอย่าได้เบียดเบียนกับคนไข้ที่ได้กล่าวนามมานี้ หลังจากนั้นจะแผ่เมตตาสัตว์ทุกอย่าง อันนี้เป็นการทำบุญอย่างหนึ่ง”

“...ต้องล้างออก ต้องเดินลมปราณ..ตามที่เรียนมา..เดินลมปราณขึ้นไปตามจุดต่าง ๆ...ทำเมื่อย่าง...กลางคืนก็ต้องทำ...”

นอกจากการทำพิธีกรรมเฉพาะของตนเองแล้ว พบว่าในสถานบริการที่ให้บริการอย่างเป็นทางการที่คณะผู้วิจัยได้ไปสังเกตการณ์ 1 แห่งนั้นได้จัดพิธีเชิญครูโดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทุกคนเข้าร่วมพิธีด้วย โดยมีการสวดมนต์เชิญครูคือท่านชีวกโกมารภัจจ์ และกล่าวคำปฐกฐณก่อนการปฏิบัติงานว่าผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติในหลักศีลธรรม มีคุณธรรม ตัวอย่างเช่น

“เขาบ่ทำอย่างนี้ จากหมู่ลูกน้องเขา ถ้าบ่มีความตั้งใจ อันนี้เป็นหลักการสิ่งหนึ่ง ในการยึดเหนี่ยวของลูกน้องของเขา ที่จะเห็นได้ว่า การปฏิบัติในหลักศีลธรรม จริยธรรม คุณธรรม จะช่วยให้

⁴ “เราจะต้องตรวจเลือดว่าเป็นโรคอะไรบ้าง และทุกสัปดาห์ต้องเข้าโรงนวด มิฉะนั้นเส้นจะตึง ไม่มีแรงนวด”

⁵ “เส้นมันตึง”

คนเมตตากับคนไข้เขา...เขาก็มีการโลก เห็นแก่ลาภของคนไข้ ที่ว่าเป็นการรักษา เขาจะนึกถึงว่ามีการทำบุญ หื้อทานและรักษาศีล แล้วก็มีจิตเมตตามาตลอด”

ในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ดำเนินการสถานบริการเองจะเน้นการทำบุญ โดยใช้ปัจจัยที่ได้รับจากการบริการของตน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้บริการรายหนึ่งดังนี้

“ไม่คิด(เงิน)มาก แต่ใส่ครู แล้วต้องเอาไปทำบุญด้วย...”

ในสถานบริการที่เป็นทางการและมีผู้ให้บริการหลายคน จะมีป้ายประกาศเกี่ยวกับจรรยาบรรณผู้ให้บริการ โดยมีข้อความดังนี้

“ จรรยาแพทย์ คุณธรรม 12

1. มีเมตตาจิตแก่คนไข้ไม่เลือกชั้นวรรณะ
2. ไม่โลภ เห็นแก่ลาภของคนไข้แต่ฝ่ายเดียว
3. ไม่โอ้อวดวิชาความรู้ให้คนไข้หลงเชื่อ ไม่ฟังทวงวิชาความรู้
4. ไม่หวง กีดกันหมออื่นซึ่งมีความรู้ดีกว่า ไม่ปิดบังความดีของผู้อื่น
5. ไม่ลุ่มหลงแก่อคติ คือ ฉันทา โมหา โทสา มายา
6. ไม่รู้สึกหวั่นไหวต่อสิ่งที่เป็นโลกธรรม 8
7. มีความละเอียด สะดุ้งกลัวบาป อันเป็นเวรกรรม
8. ไม่เป็นคนเกียจคร้าน เฉลอเร่ มัง่าย
9. มีความละเอียด สุขุม มีสติใคร่ครวญเหตุผล
10. ไม่มีสันดานชอบมัวเมาในหม้อบายมุข
11. ไม่พึงเป็นคนเจ้าชู้
12. พึงให้เกียรติแก่คนไข้”

ข้อ 11 และ 12 มีระบุไว้ในสถานบริการเพียง 1 แห่งเท่านั้น

สำหรับการเพิ่มเติมความรู้ของตนเอง การแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น ๆ และเมื่อพบว่ามีวิธีการรักษาแบบใหม่ จะนำความรู้ที่ได้รับมาทดลองใช้และประเมินผลที่เกิดขึ้น ทั้งที่ลองใช้กับตนเอง หรือ สิ่งมีชีวิตในบ้าน เช่น สุนัข หรือกับผู้รับบริการ ถ้าพบว่าได้ผลดีก็จะนำมาใช้เป็นวิธีปฏิบัติของตนต่อไป นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มเติมความรู้แบบใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังตัวอย่าง

ผู้ให้บริการกอดจุดเล่าว่า “...ไป(ประเทศจีน)อยู่ประมาณ 1 เดือนจึงกลับ เพื่อไปเอาเคล็ดลับ..เป็นการเรียนตัวต่อตัว โดยซักถามข้อสงสัย สนทนากัน...”

“...พฤศจิกายนนี้จะไป (ประเทศจีน)ใหม่อีกไปถามว่ามีอะไรใหม่ ๆ มาอีก”

ผู้ให้บริการเกี่ยวกับการนวดบำบัดกล่าวว่า “ถ้ารักษาไม่หาย ต้องเปลี่ยนวิธีใหม่ ว่าจะทำอย่างไร อาจจะต้องดูจากตำราว่าทำอย่างไรจึงจะถูก”

ผู้ให้บริการกอดจุด ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการเรียนรู้กล่าวว่า “สังเกตว่าคนไข้ดูโทรมไป จึงปรึกษาอาจารย์ว่าเคยเห็นว่ามีวิธีนี้ทำให้ดีขึ้น น่าจะทดลองดู อาจารย์เขาคิดอยู่นานแล้วก็ว่าลองดูก็ได้”

แพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะ กล่าวว่า “...ถ้าพบแล้วเขาวัวอันนี้ดี ผมก็ต้องไปศึกษาดูแล้ว สมมติว่ามันแก้ปวดได้ แก้ลมพิษได้ แก้อะหยังได้ ผมก็ผสมให้เป็นกินแล้วหาย ปวดอีกก็ใช้ยาหลักตรงนั้นมาใส่” “...ไปประสบที่(ชื่อสถานที่) พอตีผมไปเห็นหมากินยาเบื่อใกล้จะตายแล้ว... เขาไปตำ...(สารธรรมชาติชนิดหนึ่ง)...ยัดใส่ปาก ประมาณสักครึ่งชั่วโมง หมาอาเจียนออกมาประเดี๋ยวหายหมด ผมเอามาทดลองตลอด หมาบ่ตาย ยาเบื่อนี้หมาบ่ตาย ผมก็เลยนำมาผสมกับตัวยาของผม รู้สึกว่ากินแล้วหาย”

สำหรับกรณีที่มีการถ่ายทอดความรู้ ผู้ให้บริการจะทำการทดสอบความตั้งใจของผู้ขอเรียนรู้ก่อน เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่ก่ออันตรายแก่ผู้มารับบริการ เช่น

หมอกตจตุ ซึ่งเรียนมาจากประเทศจีน เล่าว่า “...เคยมีคนมาเรียน บอกให้ไปหัดเดินสมาธิแล้วมาปล่อยพลังดูก่อน แล้วจึงมาสอน ถ้าไม่ถึงจุดนี้ก็สอนไม่ได้”

แพทย์แผนโบราณซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะแล้ว เล่าว่า “...คนที่จะมาเป็นหมอ...จะต้องเป็นคนที่ตั้งมั่น...ผมต้องดูว่าเป็นคนที่ตั้งอกตั้งใจหรือไม่ ถ้าหากจะมาเรียนครั้ง ๆ กลาง ๆ บ่ต้องมาเรียน...”

การทดสอบความรู้และทักษะของผู้เรียนใช้วิธีทดลองให้บริการในสถานการณ์จริง บางกิจกรรมต้องให้ผู้เรียนทดลองปฏิบัติกับผู้ให้บริการที่เป็นผู้ที่ถ่ายทอดความรู้โดยตรงก่อนจึงจะรับรองว่าสามารถเป็นผู้ให้บริการได้ เช่น

แพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะ เล่าว่า “ถ้าเรียนครบ 15 วัน ผมจะเอาอกป่า เจอไม้ตัน จะถามว่าเป็นไม้อะหยัง ถ้าตอบถูกจะถามต่อว่าจะแก้โรคอะหยัง ถ้าเข้าใจแล้วจะหื้อชิม ถ้าชิมได้รสเผ็ด ก็จะถามว่ารสเผ็ดใช้แก้อะหยังพ่อง...ต้องให้ชัดเจนเหมือนตัวเขา...”

“..ถ้าหากว่าครบร้อยกว่าชั่วโมงแล้ว เขาจะสอบดูนักศึกษา ถ้ามันผ่าน เขาก็จะมีใบประกาศหื้อ..”

แพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะอีกรายหนึ่ง กล่าวว่า “...เขาจะต้องหื้อศิษย์มานวดหื้อเขาครั้งหนึ่ง ...ถ้าสมมติว่าบางคนเขาชมว่าดี ๆ นั้น เขาจะต้องมาผ่านเขาก่อน ถ้ารู้สึกว่สมควรจะยอมรับหรือเหมาะสมแล้วจึงจะได้ใบประกาศ...”

หลังจากเรียนจบแล้วก่อนจะปฏิบัติงาน ผู้ที่เรียนจบต้องปฏิญาณว่าจะนำความรู้ไปช่วยเหลือผู้ป่วย

“...ถ้ามาเรียนจบแล้ว ก่อนจะไป เขาจะต้องมีสายดอก⁶ มาอธิษฐานและต้องมีสัจจะ บอกว่เขาจะต้องมีความตั้งใจว่าจะมาช่วยคนไข้...”

3. การตรวจวินิจฉัยโรค ในสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการทั้ง 2 แห่ง เมื่อผู้รับบริการแจ้งความจำนงค์ขอรับการรักษา แพทย์จะเป็นผู้ตรวจวินิจฉัย เพื่อหามูลเหตุหรือสมุฏฐานของโรค คือสาเหตุของการเกิดโรค โดยทั่วไปแพทย์จะซักประวัติ ถามอาการ การซักประวัติผู้ป่วยจะครอบคลุม

⁶ กรวยดอกไม้ ปลูก เทียนและข้าวตอก

วัน เดือน ปีเกิด สถานที่เกิด ซึ่งเป็นการใช้หลักโหราศาสตร์ร่วมกับการตรวจวินิจฉัยโดยใช้เครื่องมือการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต การจับชีพจร และการตรวจสภาพร่างกายเพื่อดูลักษณะความสมบูรณ์ของร่างกาย การสัมผัสผิวหนังเพื่อดู “ความร้อน-ความเย็น” ของร่างกาย ทั้งนี้เพื่อพิจารณาธาตุของแต่ละบุคคล

ธาตุ เป็นแนวคิดที่อธิบายองค์ประกอบของคน โดยที่คนจะประกอบด้วยธาตุ 4 อย่าง คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งเป็นธาตุที่มีอยู่โดยธรรมชาติ ประกอบขึ้นมาโดยอาศัยจิตควบคุม อาศัยพลังขับเคลื่อน และธาตุทั้ง 4 จะกลับคืนสู่ธรรมชาติเมื่อคนสิ้นอายุขัย

ธาตุดิน หมายถึงอวัยวะที่มีรูปร่างคงตัว สัมผัสได้ เช่นผิวหนัง กล้ามเนื้อ กระดูก เป็นต้น

ธาตุน้ำ หมายถึง ของเหลว เช่นน้ำมูก น้ำตา น้ำลาย น้ำเลือด และน้ำหนอง

ธาตุลม หมายถึงการเคลื่อนไหวของอากาศ ซึ่งรวมการหายใจ การเคลื่อนไหวของลำไส้ การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย

ธาตุไฟ หมายถึงความร้อนที่ทำให้เกิดความรู้สึกหนาว - เย็น ความร้อนที่เผาผลาญอาหารหรือความร้อนที่ทำให้ร่างกายเปลี่ยนสภาพ

โดยสรุปการวินิจฉัยโรคตามคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัยธาตุ หรือวิธีการที่แพทย์แผนไทยใช้เป็นหลัก จะต้องพิจารณาองค์ประกอบดังนี้

ก) ส่วนประกอบภายในตัวของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ดิน(20) น้ำ (12) ลม(6) ไฟ (4) ซึ่งตัวเลขที่ระบุหมายถึงอวัยวะที่ประจำธาตุแต่ละธาตุ รวมทั้งช่องว่างซึ่งถือว่าเป็นอากาศธาตุ ได้แก่ ตา(2) หู(2) จมูก(2) ปาก(1) ทวารหนัก(1) ทวารเบา(1) รวมทั้งสิ้น 9 ช่อง สำหรับสตรีจะมี 10 ช่อง คือเพิ่มช่องคลอด อีก 1 ช่อง

ข) ถิ่นที่เกิดของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีธาตุต่างกัน ก่อให้เกิดโรคต่างกัน

ค) ฤดูกาล รวมทั้ง วัน เดือน ปี โดยเชื่อว่า แต่ละวันจะมีกำลังต่างกัน จึงทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนมีกำลังต่างกัน นอกจากนี้ยังเชื่อว่าผู้ที่เกิดในวันที่ต่างกันมีกำลังต่างกันเช่นกัน เช่น ผู้ที่เกิดวันพฤหัสบดีจะมีกำลังในการรักษามากกว่าผู้ที่เกิดในวันอื่น

ง) วัย แต่ละวัยจะมีการต่างกัน ดังเช่น ปฐมวัย(อายุแรกเกิด - 16 ปี) จะมีปัญหาเกี่ยวกับเสมหะ มัชฌิมวัย(16 - 32 ปี) จะมีปัญหาเกี่ยวกับลมหรือโลหิต และปัจฉิมวัย(32 ปี - อายุขัย) จะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคลม(วาโย) ทั้งโรคลมหยาบและลมละเอียด

จ) ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว และตนเอง

ในการตรวจวินิจฉัยนั้น ผู้ให้บริการระบุว่าจะต้องมีสมาธิ เพื่อจะได้วินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง เช่น

“ขณะตรวจจะมีการตั้งสมาธิ สร้างสมมติฐานและอาการของโรคที่เกิดกับคนไข้...อาการของสมาธิ จะจับดูจิตใจเสาบได้แฉ่ง...”

สำหรับสถานบริการสุขภาพแบบไม่เป็นทางการนั้น ถึงแม้ว่ามีพื้นฐานการเรียนรู้ที่ต่างกันแต่พบว่าเน้นการตรวจธาตุซึ่งเป็นส่วนประกอบของร่างกายเช่นเดียวกัน โดยร่างกายจะประกอบด้วยธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลม และไฟ โดยอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุ ในการตรวจธาตุ

นั้นอาศัยการซักถามอาการ การสังเกตท่าทางภายนอก และการสัมผัสและสังเกตฝ่ามือ ซึ่งผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าใช้สมาธิร่วมด้วยเช่นกัน เช่น

“ก็ดูจากอาการและฝ่ามือ...ถ้าดูไม่ออกเราก็ต้องใช้ญาณ ใช้สมาธิเพิ่ม...ใช้สมาธิฟังไปที่ตัวคนใช้ผ่านฝ่ามือ แทะเข้าไป หาดันเหตุว่าอยู่ที่ไหน...”

“เราจะดูว่าภายในเกิดจากอะไร เกิดจากจุดไหน ก็ตามไปจุดนั้น”

4. **วิธีการรักษา** การรักษาในสถานบริการสุขภาพทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ใช้หลักการพิจารณาองค์ประกอบตามที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยจะตอบสนองความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เช่น

“ถ้าเจ็บป่วยเป็นอย่างไร ไม่สบายอย่างไรก็แก้ไขความเจ็บป่วยและไม่สบายตรงนั้น”

วิธีการรักษาขึ้นกับความเจ็บป่วย มีทั้งการใช้กรรมวิธีเฉพาะ การบำบัดด้วยยา การนวด การอบสมุนไพร และการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน

ก) การใช้กรรมวิธีเฉพาะ สถานบริการสุขภาพที่มีพื้นฐานการเรียนรู้จากการแพทย์พื้นบ้านมาก่อน จะมีวิธีบำบัดที่มีรูปแบบเฉพาะตัว เช่น การผูกข้อมือ พรหมน้ำมัน⁷ การแหกซึ่งเป็น การนำหัวสมุนไพรฝนกับน้ำแล้วเช็ดตามตัว การกดจุดรวมกับการใช้สมาธิซึ่งเป็นการใช้ปลายนิ้วกดและนวดบริเวณอวัยวะที่มีอาการโดยที่ผู้ให้บริการกล่าวว่าในขณะที่ทำการกดจุดนั้นจะใช้สมาธิร่วมด้วยโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับธาตุในร่างกาย เช่น

แพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะ เล่าว่า “ถ้ามีอาการผิตแปลก...เป็นทื่อเหามัดมือ⁸ พรหมน้ำมันทื่อเป็นกำลังใจเป็น..”

“พ่ออุ้ยมีคาถา เป็นก็ใช้ในตำรายาไสยศาสตร์ผมก็สืบตรงนั้นมา ก็รู้สึกว่าเป็นกำลังใจเขาได้ดี เขาก็เลยเอาตรงนั้นมาใช้ สืบประจำ”⁹

“จับแหก เป็นด้านไสยศาสตร์ ...ในสมัยก่อนมีคนปวดเจ็บมา กินยาไม่ได้ ทำอย่างไรก็บ่หาย ก็เอา(หัวสมุนไพร) มาฝนน้ำ เอามาลงน้ำแล้วมันก็หาย เอาก็เลยเอาตัวนั้นมาประกอบ..”

หมอกดจุด เล่าว่า “...เป็นการปรับธาตุ...ตอนที่เรารู้เข้าไป ถ้ามันเย็นเราจะให้ความร้อนเข้าไป แต่ถ้ารู้เข้าไปแล้วมันร้อน เราจะดึงความร้อนออกมา...ดึงแล้วบัตออก..”

“ใช้สมาธิฟังไปที่ตัวคนใช้ผ่านฝ่ามือ...หาดันเหตุอยู่ตรงไหน แล้วยังเข้าไป...”

ข) การบำบัดด้วยยา มีทั้งยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ โดยที่ยาสมุนไพรเป็นตัวยารักษาเพียง 1 อย่าง ส่วนยาแผนโบราณ ประกอบด้วยยาสมุนไพรตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปในสัดส่วนที่เป็นตำรับเฉพาะตัวของสถานบริการสุขภาพนั้น และมีการแปรรูปยาร่วมด้วย เช่น

⁷ การผูกข้อมือ

⁸ “พ่อเผ่ามีคาถา ท่านใช้ในพิธีทางไสยศาสตร์ ผมรับช่วงส่วนนี้มา รู้สึกว่าช่วยด้านกำลังใจของผู้ป่วยได้ดี ผมจึงนำมาใช้เป็นประจำ”

“ตำรายาสมุนไพรโบราณ มันจะมีสูตรคล้ายกันหมด ใกล้เคียงกัน แต่บางอย่าง ตำรายาส่วนหนึ่งบางคนจะหยุดแค่ 2-3 อย่าง บิได้เอามาเพิ่มเติม...ถ้าเอาเพิ่มเติมขึ้นมา เขาจะต้องรู้ว่าเพิ่มแล้วได้ประโยชน์...”

ในการรักษาในสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการ ตำรายาที่ใช้รักษาคือยาแผนโบราณ ส่วนยาสมุนไพรใช้เป็นกระสายซึ่งมีคุณสมบัติช่วยในการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย แนวคิดของการใช้ยารักษา เป็นการปรับให้กระบวนการในร่างกายดีขึ้น ทั้งนี้ผู้รับบริการจะต้องเชื่อถือในยาแผนโบราณ ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องมีวิธีการให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถือ ยาที่จ่ายให้แก่ผู้รับบริการจะจัดเป็นชุดในรูปแบบ ในสถานบริการที่ไปสังเกตการณ์ พบว่าจะจัดเป็นชุดมีหมายเลขกำกับ แพทย์จะเป็นผู้สั่งยาในใบสั่งยาซึ่งจะปรากฏข้อความเกี่ยวกับ ชื่อผู้รับบริการ โรค⁹ และหมายเลขชุดของยา และให้ผู้ป่วยยื่นใบสั่งยาที่ห้องยาเพื่อรับยาจากเจ้าหน้าที่ เมื่อผู้รับบริการได้รับยาแล้ว เจ้าหน้าที่จ่ายยาจะให้คำแนะนำวิธีการใช้ยานั้น ๆ พร้อมกับนัดให้มาตรวจเมื่อยาหมด

สำหรับสถานบริการสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ มีการใช้ยาเงินประกอบ ซึ่งเป็นยาสมุนไพรที่ใช้เพื่อปรับธาตุ เช่น

“โรคนี้บางครั้ง ถ้ากดจุดอย่างเดียวไม่ได้ต้องใช้ยาช่วย และถ้าใช้กดจุดอย่างเดียวมันจะช้าเกินไป”

ค) การนวด แบ่งเป็นการนวดเพื่อบำบัด และการนวดเพื่อผ่อนคลาย การนวดเพื่อบำบัดนั้น เป็นการนวดที่กล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่จะใช้แก๊สอาการปวดหลัง ปวดศีรษะ และปวดเอว ส่วนการนวดเพื่อผ่อนคลายเหมาะสำหรับผู้ทำงานหนัก เป็นการนวดเพื่อให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย หลักการนวดของทั้ง 2 วิธีใช้หลักการเดียวกัน แต่วิธีการและเทคนิคการนวดแตกต่างกัน การนวดเพื่อการบำบัดนั้นจะต้องให้แพทย์ตรวจก่อน และมีทั้งการนวดเฉพาะที่และนวดทั้งตัว ผู้นวดจะกดด้วยนิ้วมือหรือข้อศอกบริเวณที่มีอาการหรือบริเวณที่สัมพันธ์กับอาการ เช่นมือชา จะกดบริเวณไหล่ ซึ่งเรียกว่า “กดเส้น” “จับเส้นให้เข้าที่” จากการสังเกตพบว่าการนวดเพื่อบำบัดนั้นผู้รับบริการจะเจ็บมากในการนวดครั้งแรก ๆ บางครั้งผู้นวดจะใช้ลูกประคบซึ่งเป็นผ้าห่อสมุนไพรหลายชนิดที่นึ่งให้ร้อนแล้วประคบทั่วร่างกาย เพื่อ “คลายเส้น” ในแต่ละครั้งจะใช้ลูกประคบ 2 ลูก เมื่อลูกประคบเย็นก็จะนำไปนึ่งให้ร้อนใหม่

ส่วนการนวดเพื่อผ่อนคลายนั้นผู้รับบริการสามารถแจ้งความจำนงค์ขอรับบริการได้เลย สำหรับวิธีการนวดจะใช้ทั้งมือ ข้อศอกหรือเท้าช่วยขึ้นกับความแรงที่ต้องใช้ในขณะนวด โดยทั่วไปจะเริ่มต้นด้วยการกดและนวดเบา ๆ ที่เท้าก่อน แล้วค่อย ๆ เลื่อนการนวดไปที่ ขา ตะโพก เอว หลัง จนกระทั่งถึงศีรษะ ถ้านวดแล้วผู้รับบริการเจ็บ ผู้นวดจะเปลี่ยนวิธีการใหม่

⁹ โรคที่แพทย์วินิจฉัย จะเป็นอาการเจ็บป่วยที่ชักนำผู้รับบริการมารับการรักษา แทนที่จะเป็นโรคตามภาษาของแพทย์

การนวดเพื่อบำบัดและเพื่อผ่อนคลายนั้น โดยทั่วไปอาจมีนวดเพียงอย่างเดียวหรือนวดโดยใช้น้ำมันสมุนไพรร่วมด้วย แต่สถานบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยไปสังเกตการณ์ นิยมการนวดโดยไม่ใช้น้ำมันสมุนไพร

ง) การอบสมุนไพร จะใช้สมุนไพรหลายอย่าง ซึ่งจำนวนของชนิดของสมุนไพรที่ใช้จะพิจารณาจากเลขกำลังของวันที่รักษา เช่น วันอาทิตย์ กำลัง 10 จะใช้สมุนไพร 10 ชนิด วันจันทร์ กำลัง 15 จะใช้สมุนไพร 15 ชนิด วันอังคาร กำลัง 8 จะใช้สมุนไพร 8 ชนิด เป็นต้น ทั้งนี้เชื่อว่าเนื่องจากในแต่ละวันจะมีกำลังต่างกัน แต่สรรพคุณของยาต่อการรักษาในแต่ละวันจะไม่แตกต่างกัน ความรู้เกี่ยวกับสูตรยาสมุนไพรที่ใช้นั้นได้รับถ่ายทอดมาจากผู้สูงอายุ ในการอบสมุนไพรนั้น ผู้รับบริการจะต้องได้รับการตรวจจากแพทย์ก่อนว่ามีโรคประจำตัวที่ต้องห้ามหรือไม่ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ตั้งแต่ 160/90 มม.ปรอทขึ้นไป) ความดันโลหิตต่ำ (ตั้งแต่ 90/60 มม.ปรอท ลงมา) ผู้ที่กำลังมีไข้ และสตรีที่กำลังมีประจำเดือน

จ) การให้คำแนะนำ ส่วนใหญ่จะเป็นการแนะนำในเรื่องของอาหาร โดยเน้นให้เกิดความสมดุลต่อร่างกาย เชื่อว่าเป็นหลักของการรักษาโรคแบบแผนโบราณหรือแบบดั้งเดิม เช่นการงดของแสลง¹⁰ การงดเว้นอาหาร “เย็น”¹¹ เครื่องในสัตว์ น้ำชา กาแฟ น้ำอัดลมหรือของดอง เนื่องจากอาจทำให้ยาสมุนไพรที่ใช้ออกฤทธิ์ไม่สมบูรณ์ นอกจากอาหารแล้ว ยังมีคำแนะนำในเรื่องการพักผ่อนและการทำบุญ สำหรับผู้ให้บริการที่ใช้วิธีการรักษาแบบกตัญญูนั้นจะเพิ่มคำแนะนำการรับสารเสริมอาหารซึ่งอยู่ในรูปของแคปซูลรวมทั้งการรับประทานอาหารที่มีตามฤดูกาล

การประเมินผลการบริการนั้นทุกแห่งกล่าวคล้ายกันว่า ถ้าผู้รับบริการมีอาการทุเลาหรือหายจากโรคก็จะไม่มารับการรักษาต่อ และจะบอกผู้อื่นต่อไป กันไป บางรายอาจกลับมาเพื่อขอยาเพิ่ม มีสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการแห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่าถ้าอยู่ในข่ายที่สามารถติดต่อกับผู้รับบริการได้ เช่นทางโทรศัพท์ ก็จะติดต่อเพื่อสอบถามอาการความเจ็บป่วย และผู้ให้บริการยังกล่าวว่าในการให้บริการนั้น จำเป็นต้องอธิบายสาเหตุความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการด้วย และถ้าวิธีการรักษาใดได้ผลดี ก็จะนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยอื่นต่อไป รวมทั้งแนะนำให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การงดเว้นอาหารบางชนิด การรับประทานสารเสริมอาหาร การนวด เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเป็นซ้ำได้อีก ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่า แนวทางการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ให้บริการในระบบ “ดั้งเดิม” นั้น มิได้เน้นเฉพาะการรักษาโรค หรือความไม่สบาย หากแต่จะต้องสอดแทรกการ “ดูแล” แบบองค์รวมและเน้นความสมดุลของร่างกาย

5. ค่าบริการ ค่าบริการสำหรับสถานบริการที่เป็นทางการในเขตอำเภอเมือง คิดค่านวดซึ่งใช้เวลาอย่างต่ำหนึ่งชั่วโมงสามสิบนาที ครั้งละ 120 บาทสำหรับห้องพัดลม ถ้าเป็นห้องติดเครื่องปรับอากาศ

¹⁰ ของแสลง หมายถึงสิ่งที่ทำให้ร่างกายผิดปกติ เป็นได้ทั้งชนิดของอาหาร หรือกลิ่นของอาหารหรือผลไม้ เช่น

ทุเรียน ขนุน

¹¹ อาหาร “เย็น” หมายถึง อาหารที่ทำให้เกิดความเย็น เป็นผลให้ร่างกายเสียสมดุล เช่น พริก แตงโม

อากาศคิดครึ่งละ 200 บาท ค่าอบสมุนไพรครึ่งละ 40 บาท ส่วนค่ารักษานั้นส่วนใหญ่เป็นค่ายา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าครึ่งละไม่เกิน 99 บาท ส่วนในเขตชนบทนั้นคำนวณคิด 70 บาท/ชั่วโมง โดยที่ทางเจ้าของสถานบริการจะจ่ายให้หมอนวด 60 บาท และอีก 10 บาทเป็นค่าบำรุงชมรม ซึ่งหมายถึงสวัสดิการตลอดจนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ทั้งนี้หมอนวดทุกคนจะได้รับส่วนแบ่งรายได้ในแต่ละวันเท่า ๆ กัน สำหรับค่ารักษานั้นคิดเฉพาะค่ายา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ระบุราคาตายตัว แต่ถ้าผู้รับบริการไม่มีเงินก็จ่ายให้ฟรีโดยไม่คิดเงิน หรือให้จ่ายเท่าที่ผู้รับบริการจะสามารถจ่ายได้ สำหรับสถานบริการสุขภาพที่ไม่เป็นทางการนั้นคิดค่า “ครู” ครึ่งละ 100 บาท

จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรับบริการขึ้นกับวิธีบำบัดรักษา โดยการนวดจะมีค่าใช้จ่ายสูงสุด ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารับบริการซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้รับบริการมาจากหลายแห่งรวมทั้งต่างจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่มารับบริการเนื่องจากการบอกต่อและมักจะเดินทางเป็นกลุ่มประมาณ 3-5 คนเป็นขึ้นไป เช่น ผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพที่เป็นทางการในเขตชนบท ในวันที่คณะผู้วิจัยไปสังเกตการณ์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใช่คนท้องถิ่นแต่มาจากต่างอำเภอและต่างจังหวัด ซึ่งจะต้องใช้เวลาเดินทางโดยรถยนต์เป็นระยะทางไม่ต่ำกว่า 50 กิโลเมตร

สำหรับความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อบริการของตนนั้น ผู้ให้บริการรายหนึ่งมีความเห็นว่านอกจากจะได้ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยให้ทุเลาจากโรคโดยเสียค่าใช้จ่ายไม่มากแล้ว ยังมีส่วนช่วยสร้างงานให้กับประชาชนกลุ่มอื่นด้วย เช่น กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพรและผู้ที่มีการฝึกอาชีพเป็นหมอนวด เป็นต้น ดังที่ผู้ให้บริการ กล่าวว่า

“...ประเด็นที่หนึ่งเขามีความสบายใจตรงที่เขาช่วยคนไข้ที่กำลังเจ็บป่วยให้มันหายดีขึ้น ประเด็นที่สอง เขาได้ช่วยคนไข้ที่เสียเงิน¹²หื้อได้เก็บรักษาเงินไว้ ประเด็นที่สาม เขาได้ช่วยเหลือให้ประชาชนมีรายได้จากการประกอบอาชีพ (ปลูกสมุนไพร) ...และประเด็นที่สี่เขาสอนหมอนวด..เป็นการอนุรักษ์ตัว(ความรู้)นี้และเอามาประกอบวิชาชีพในวันข้างหน้า..”

“...ในด้านการที่เขาช่วยเขาลดค่าใช้จ่ายลงมา เช่น...บางทีคนไข้เป็นกระดูกทับเส้น แทนที่เขาจะไปผ่าตัด เป็นบ่มีเงินบ่มีทองในการผ่าตัด เขามาใช้การนวดเส้นให้มันกลับดีขึ้นมา บ่ได้ผ่าตัด เป็นก็ได้ประหยัดเงินและประหยัดเวลาที่ไปรักษาตัว...”

“...คนไข้ต้องเสียค่ารถ(ไปโรงพยาบาล)สองต้องเสียค่ายา ค่าผ่าตัด บางครั้งคนไข้บ่มี(เงิน)จริง ๆ เป็นก็ได้ผ่าตัด ...ถ้าคนไข้พอมีเงินมีทอง จะได้ผ่าตัดไ...”

¹² เสียเงินมาก

ระบบการแพทย์สมัยใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้มีสตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลบางรายระบุว่าได้รับการการนวดและอบสมุนไพรจากสถานบริการสุขภาพของรัฐในบางแห่งที่มีบริการดังกล่าวร่วมกับการให้บริการสุขภาพโดยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยผู้ให้บริการเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมการนวดแบบไทยและการอบสมุนไพรที่จัดโดยสถานบริการสุขภาพของรัฐ หรือบางรายเคยฝึกหัดการนวดจากสถานบริการในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมมาก่อน การให้บริการของสถานบริการสุขภาพของรัฐนี้เป็นการปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้สถานบริการสุขภาพในระดับชุมชน เช่น สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ให้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น การนวด หรืออบสมุนไพร ร่วมกับการรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า การไปขอรับบริการจากสถานบริการของรัฐในกลุ่มสตรีวัยกลางคนนั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นมากกว่าการไปขอรับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

บทที่ 5

ความหมายของสุขภาพดีและการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

ความหมายของสุขภาพ

สตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะของกายและจิต ถ้าภาวะของกายและจิตดีจะถือว่า มี “สุขภาพดี” แต่ถ้าภาวะของกายและจิตไม่ดีจะเรียกภาวะดังกล่าวว่าเป็นภาวะของความ “ไม่สบาย” “ไม่สบายใจ (บ่ม่วนใจ)” หรือ “ไม่สมบูรณ์แข็งแรง” เป็นต้น

โดยสรุปในความหมายของ “สุขภาพ” กลุ่มสตรีวัยกลางคนจะให้ความหมายที่ครอบคลุมมิติทั้งทางด้าน กาย จิต และการทำหน้าที่ทางด้านสรีระ กล่าวคือ สุขภาพดี จะหมายถึง การที่ร่างกายมีความแข็งแรง ปราศจากโรค หรืออาการไม่สบาย (เช่น อาการปวดเมื่อย) สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ นอนหลับพักผ่อนได้ สภาพจิตใจสบาย ไม่มีความวิตกกังวลหรือความเครียด ตลอดจนมีความสามารถในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ

ความรู้สึกเมื่อสตรีเข้าสู่วัยกลางคน

สตรีที่อายุ 40 - 59 ปีจะถูกจัดว่าเป็นวัยกลางคน อย่างไรก็ตามในกลุ่มสตรีผู้ให้ข้อมูลจะนิยมเรียกวัยดังกล่าวว่าเป็น “วัยทอง” ซึ่งเป็นคำที่ใช้โดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพแผนปัจจุบัน ในวัยนี้ กลุ่มสตรีรู้สึกว่าเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ หรือในบางรายให้นิยามวัยนี้ว่า เป็นวัย ‘สับสน’ ซึ่งหมายถึงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากจนจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น บางครั้งก่อให้เกิดความไม่แน่ใจถึงการปฏิบัติที่ควรจะทำในวัยกลางคน

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สตรีวัยกลางคนรู้สึกว่าร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนสมัยสาว ๆ ทำงานแล้วรู้สึกอ่อนเพลียง่าย หรือเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น มีอาการของวัยหมดประจำเดือน กล่าวคือ มีอาการปวดศีรษะและปวดเมื่อยตามร่างกาย มีอาการร้อน ๆ หนาว ๆ และที่สำคัญสตรีผู้ให้ข้อมูลสังเกตว่าวัยนี้เป็นวัยที่ร่างกายเริ่มอ่อนแอ เริ่มมีปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เกิดขึ้น อาทิเช่น อ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง กระดูกและข้อเสื่อม โรคภูมิแพ้ ความสามารถในการมองเห็นลดลงจำเป็นต้องสวมแว่น มีอาการปวดหลังปวดเอว แน่นและเจ็บท้อง เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลระบุว่า “...เจ็บบ่อย บางเตื่อ¹ ก็เป็นหวัด เจ็บหัว”

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อเข้าสู่วัยกลางคน สตรีหลายคนสังเกตว่าวัยนี้มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เกิดความเครียด หงุดหงิด และ โหม่ง่าย ดังเช่น

¹ บางครั้ง

“...ตอนนี้จะมีอาการของวัยหมดประจำเดือน ก็จะมีอาการร้อนบ้าง หนาวบ้าง อารมณ์ก็เดี๋ยวดีบ้าง เดี่ยวร้ายบ้าง เดี่ยวโมโห มันมีสารพัด”

“บ่ค่อยม่วน....เมาทั่ว เจ็บโน่น เจ็บนี่”²

โดยภาพรวม สตรีผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองไม่ค่อยแข็งแรง โดยเปรียบเทียบกับสุขภาพของตนเองในช่วงก่อนเข้าวัยกลางคนที่มีความแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจกว่าสภาพปัจจุบัน

“รู้สึกว่ามันผิวกายไปกับตอนที่ 35 - 40 คือ มันยังมีไฟที่จะต่อสู้ จะดิ้นรนทำอะไร แต่ตอนนี้มันท้อถอย”

“เจ็บออก ๆ แอด ๆ...แต่ก่อนเจ้าบใจเป็นหยั่ง กะทะมาเป็นนี่”³

“แต่ก่อน บใจเป็นหยั่ง...บ่เจ็บ บ่เป็นอย่างนี้ ปะเดี๋ยวนี้มันเริ่มจะเด่า”⁴

“อายุเราแก่แล้ว ร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน ทำงานก้อมีอ่อนมีเพลีย”⁵

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยกลางคนที่ไม่ได้แต่งงาน กับ สตรีวัยกลางคนที่แต่งงานว่ามีความแตกต่างกันในส่วนของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยระบุว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยกลางคนจะไม่มีอาการมากนักหากสตรีนั้นไม่ได้แต่งงาน ดังเช่น “คนนี้นั้นไม่เป็นไร มันยังสาวอยู่เภาะ ยังไม่ได้แต่งงาน” การที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก สตรีที่แต่งงานแล้วจะมีการให้กำเนิดบุตร จะเกิดการสูญเสียเลือดและลมซึ่งถือว่าเป็นธาตุองค์ประกอบในร่างกาย ทำให้ร่างกายขาดความสมดุล ก่อให้เกิดสภาพร่างกายไม่แข็งแรง ซึ่งผู้ร่วมสนทนาระบุว่า “เลือดลมไม่ค่อยดี” ซึ่งในแนวคิดนี้สะท้อนให้เห็นความเชื่อสุขภาพที่เกี่ยวกับทฤษฎีความสมดุลที่เกี่ยวข้องกับธาตุในร่างกายคือ ดิน น้ำ ลมและไฟ

ดังนั้น เมื่อสตรีที่แต่งงานแล้วเข้าสู่วัยกลางคนจะมีอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เกิดขึ้นรุนแรง และคงอยู่นานกว่าสตรีวัยกลางคนที่ไม่ได้แต่งงาน เช่น อาการปวดเมื่อยในสตรีที่ยังไม่แต่งงาน จะทุเลาหรือหายไปหลังจากการพัก แต่ในสตรีที่แต่งงานแล้วอาจจำเป็นต้องรับประทานยา อาการปวดเมื่อยจึงจะบรรเทา

วิถีปฏิบัติเมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง

ดังได้กล่าวไว้ในตอนต้นว่า สตรีวัยกลางคนพิจารณาตนเองว่า เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง และจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถอยู่ได้กับอาการที่เกิดขึ้น วิถีปฏิบัติเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของสตรีผู้ให้ข้อมูลระบุมีหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ดังนี้

² “ไม่ค่อยสบาย...วิงเวียนศีรษะ เจ็บ(ปวด)ตรงโน้น ตรงนี้”

³ “แต่ก่อนข้าพเจ้าไม่เคยเป็นอะไร เพิ่งจะมาเป็นตอนนี่”

⁴ “แต่ก่อนไม่เคยเป็นอะไร ไม่เคยเจ็บป่วยเช่นนี้ เดี่ยวนี้เริ่มแก่แล้ว”

⁵ “อายุเรามากแล้ว ร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนแต่ก่อน เวลาทำงานก็จะอ่อนเพลีย”

ด้านร่างกาย

1. กรณีอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง และสตรีวัยกลางคนคิดว่าเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปของสตรีวัยหมดประจำเดือน เช่น อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ในกรณีเช่นนี้สตรีวัยกลางคนจะไม่มีวิธีการใด ๆ เป็นพิเศษ ซึ่งบางครั้งการทากิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงาน สามารถช่วยให้อาการดังกล่าวทุเลาหรือหายไปได้

“มันปวดบ่นัก เดียว (เดิน) ไปเดี๋ยวมาก็กาย”

สตรีบางคนใช้วิธีอบสมุนไพรเพื่อให้ร่างกายเกิดความร้อน ทำให้อาการเจ็บปวดลดลง รู้สึกสบายตัวและสดชื่นขึ้น ดังเช่น

“เวลาอบไปแล้ว ทำให้ร่างกายเรามีความร้อน...ตัวเราจะเบาสบาย”

“เบาเนื้อเบาตัว เหงื่อมันออกไป เวลาเราออกมาสบาย”

“เวลาเราออกมาแล้ว เราจะหายเจ็บ ทั้งสดชื่น หัวจะเบา สดชื่นปลอดโปร่ง”

นอกจากนี้ สตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลยังระบุว่า การอบสมุนไพรไม่ใช่เรื่องใหม่ เพราะในสังคมล้านนา สตรีหลังคลอดบุตรได้ 1 เดือน จะต้องอบสมุนไพร ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวจะเป็นการ “ออกเดือน” ตามประเพณีของชาวล้านนา โดยวัตถุประสงค์ของการอบสมุนไพร เพื่อให้เนื้อตัวเบา ขับสิ่งที่ “กินผิด” (หมายถึงสิ่งที่ เป็น “ของแสลง”) ออกจากตัว และเพื่อให้หมดลูก “เข้าอุ” เร็ว การอบสมุนไพร สำหรับสตรีบางคนเชื่อว่าเป็นการ “ไล่เลือด ไล่ลม”

สำหรับสตรีวัยกลางคนผู้หนึ่งเคยใช้ชีวิตอยู่ในต่างประเทศยืนยันว่าการอบสมุนไพรทำให้สบายตัวเช่นกัน แต่ไม่ได้ใช้การอบสมุนไพรเป็นประจำ โดยให้ความเห็นว่าการอบไอน้ำโดยใช้ ถ่านหินแบบชาวตะวันตก (ชาวน้ำ) ก็ให้ผลดีเช่นกัน นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการอบสมุนไพรช่วยบรรเทาผื่นคันจากยุงกัดและทำให้ผิวพรรณผ่องใส

“เป็นคนแพ้ง่าย ถูกกัดที่เป็นผื่นแดงเป็นจุด ๆ พอไปอบสมุนไพรวันรุ่งขึ้นผื่นหายหมดเลย...ถ้ามีเวลาอบ ก็น่าจะทำบ่อย ๆ เพราะทำให้ผิวดี”

นอกจากวิธีดังกล่าว สตรีวัยกลางคนบางคนใช้วิธีทายาหม่อง บางรายใช้วิธีนวดเพื่อรักษาอาการปวด เช่น ปวดตามร่างกาย บริเวณหลัง เอว แขนขา ทั้งที่เป็นการนวดเฉพาะบริเวณกล้ามเนื้อที่ปวด หรือเป็นการนวดทั้งตัว ส่วนใหญ่นิยมนวดทั้งตัว โดยเฉพาะการนวดแผนโบราณหรือการนวดแบบไทย ซึ่งเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุกส่วนหรือกล้ามเนื้อที่ตึง ทำให้บรรเทาอาการปวด และเกิดความผ่อนคลาย แต่ทุกคนคิดว่าการนวดนี้ อาจไม่จำเป็นต้องนวดทุกคน เพราะถ้าเคยนวดแล้วจะติดใจ เพราะเกิดความสบาย ทำให้ต้องนวดบ่อย มีสตรีบางรายที่ไม่ได้ใช้บริการการนวดแผนโบราณแต่จะให้ผู้ใกล้ชิดขัดเหยียบหรือบีบนวดให้ เช่น “ให้ลูกย่ำ แพนบีบ” เป็นต้น

ในรายที่ระบุนาอาการ “เมาหัว” “ใจไม่ดี” “บ่นอย่ม่วน” “แน่นหน้าอก” ส่วนใหญ่จะใช้ “ยาหอม” ละลายน้ำรับประทาน ยาหอมดังกล่าวมีที่มาจากหลายแหล่ง เช่น ร้านขายยาทั่วไป วัดต่าง ๆ หรือสตรีบางรายได้ยาจากญาติ เพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก เมื่อรับประทานยาไปแล้วรู้สึกอาการดีขึ้นก็จะใช้ยาดังกล่าวเป็นประจำ

“วันก่อนไปแอ่ววัด หันเป็นวางขายยาหอมนี้ อยู่ เลยซื้อมากิน กินแล้วมันดีเลยกินเรื่อยมา...ก็แบ่งให้คนอื่นกินพ่อง”

มีสตรีหนึ่งรายระบุว่าเคยใช้ “ยาหอม” มาก่อน แต่ต่อมามีอาการเจ็บป่วย ได้ไปปรึกษากับ หมอจีนซึ่งเน้นการรักษาแบบกดจุดร่วมไปกับการใช้ยาสมุนไพรจีน และได้รับการอธิบายว่ายาสมุนไพรจีนเป็นยาปรับธาตุทั้ง 5 จึงเลิกใช้ยาหอม และใช้ยาจีนแทน สตรีรายนี้อธิบายว่าการที่รู้สึกไม่สบายเป็นเพราะยา “ร้อน” เกินไป จึงปรึกษากับหมอจีนและทำการปรับลดจำนวนยาเอง โดยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ถ้ามีอาการปกติก็จะรับประทานยาจำนวนเท่าเดิม แต่ถ้ามีอาการไม่สบายก็จะปรับขนาดยาที่รับประทาน

“เคยใช้ยาหอม แต่พอเชื่อหมอจีน ก็เลยใช้ยาจีนที่หมอให้ตลอด วันก่อนมีอาการแน่นไม่สบายเลยไปปรึกษาหมอ หมอบอกว่ายามันร้อน พี่เลยกลับมลดจำนวนยาจาก จากครั้งละ 10 กว่าเม็ด มาเป็นครั้งละไม่ถึง 10 เม็ด แล้วอาการก็ดีขึ้น ตั้งแต่ตอนนั้นก็เลยสังเกตอาการตัวเองมาเรื่อย ๆ”

การรับประทานยาสมุนไพรจีนซึ่งเป็นยาปรับธาตุทั้ง 5 ได้รับความเชื่อถือว่าเป็นการดำรงภาวะสุขภาพ ตามคำบอกเล่าของหมอจีนว่า ถ้ามีความสมดุลของธาตุทั้ง 5 แล้วร่างกายจะไม่มี ความเจ็บป่วย การรับประทานยาปรับธาตุ จะช่วยให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล

2. กรณีอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติและสตรีวัยกลางคนเกรงว่าจะเป็นโรคร้ายแรง เช่นอาการปวดตา ปวดหัวเข้า ปวดหลังปวดเอว สตรีวัยกลางคนจะไปขอรับการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และคลินิกแพทย์เอกชน

“เจ็บเป็นประจำ ถ้าเจ็บหนักก็ไปโศงยา⁶...ถ้าบ่ฉีดยาก็บ่หาย...”

มีสตรีวัยกลางคนรายหนึ่งมีอาการหัวใจเต้นเร็ว และมีอาการบวม ได้เข้ารับการรักษาจากแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ หลังการรักษาอาการโรคหัวใจทุเลาแต่ยังคงมีอาการบวม ซึ่งแพทย์ไม่สามารถระบุสมุฏฐานของโรคได้ แต่มีผู้ที่รู้จักคุ้นเคยแนะนำให้ไปหา หมอจีนรักษาจนหาย เมื่อมีอาการ “ข้อติด” ก็ให้หมอจีนกดจุดให้ และสังเกตว่าอาการดีขึ้น จึงไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับหมอจีน

ด้านจิตใจและอารมณ์

ส่วนการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ สตรีผู้ให้ข้อมูลระบุว่าใช้วิธีทำจิตใจให้สบาย ไม่คิดมาก พูดคุยกับเพื่อนไม่เก็บตัว ทำงานอดิเรกที่ชอบ ฝึกสมาธิ และเข้าวัดหรือเปิดโทรทัศน์ ฟังธรรมะ บางคนเมื่อรู้สึกเครียด หุดหงิดใช้วิธีหลบไปอยู่ในสถานที่ที่เงียบสงบตามลำพัง เมื่อรู้สึกดีขึ้นจึงกลับบ้าน ดังตัวอย่างคำกล่าวของสตรีผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“บ่ต้องคิดอะหยัง...เฮาจะได้สบาย”⁷

“หาของมาทำ...ถักผ้า ถักอะไร”

“จะอยู่ที่มีคนหลาย ๆบางคนอุตลุด...ได้ไ่หัวกัน มันก็คลายเครียดไปฟอง”⁸

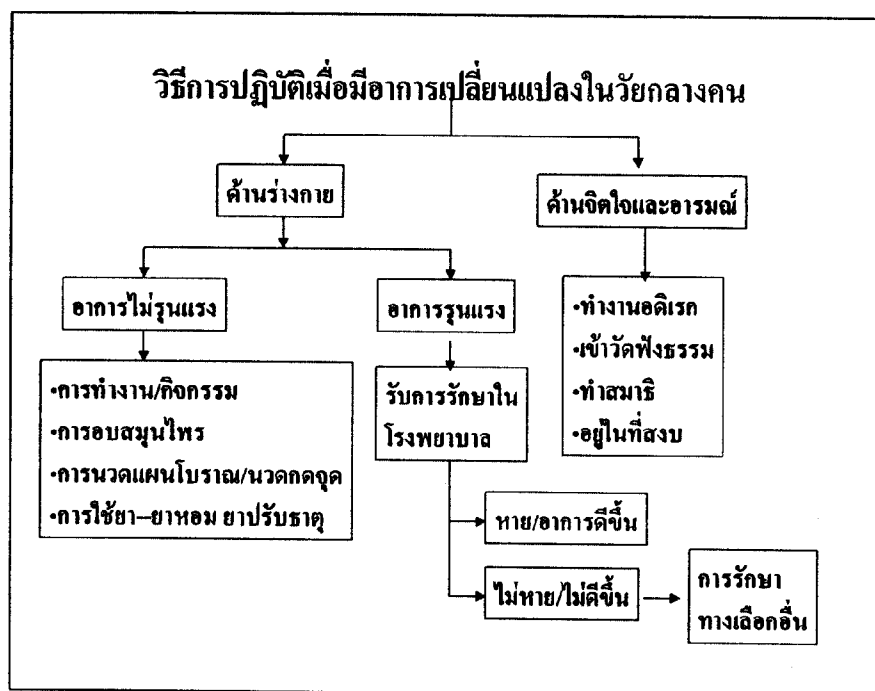
⁶ โรงพยาบาล

⁷ ไม่ต้องคิดอะไร...เราจะได้สบาย

⁸ จะอยู่ที่มีคนมาก ๆ ...บางคนพูดตลก...ได้หัวเราะกัน มันก็คลายเครียดไปบ้าง

“กลางคืนนอนไม่หลับ เปิดทีวีเจอพระเทศน์...ทำได้”
 “ไปวัดทุกวันพระ...ทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ”
 “อยากเดิน....เดินไปไม่มีจุดหมาย บางทีเดินทั้งวัน เดินไปบ่นไป พอหายเครียดก็กลับบ้าน”
 “...ไปป่าช้า ชี้อเครื่องไปป่าช้ากลางวัน ไปคุยกับสัปเหร่อ”
 “...ทำสมาธิช่วยได้มาก...”
 ทั้งนี้สามารถสรุปวิธีการปฏิบัติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในสตรีวัยกลางคนได้ดังแสดงใน
 ภาพที่ 5

ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงวิธีการปฏิบัติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงในวัยกลางคน



การดูแลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ในแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพนั้น สตรีผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถที่จะระบุแนวคิดดังกล่าวได้ชัดเจน แต่สามารถระบุถึงกิจกรรมหรือวิถีปฏิบัติที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีว่าประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การทำงาน การปรับตัวปรับใจหลีกเลี่ยงความเครียด และการใช้ยาบำรุง โดยให้รายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยกลางคน และควรดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายตามความ

คิดของสตรีวัยกลางคน ได้แก่ ผักผลไม้ นม ถั่วและน้ำเต้าหู้ โดยระบุว่า ผัก ผลไม้ มีวิตามิน ไม่มีไขมัน ช่วยให้ระบบการขับถ่ายดี ส่วนนมมีแคลเซียม จึงมีประโยชน์ในการบำรุงกระดูก

“ผลไม้มีประโยชน์หลายอย่าง คือว่า มันไม่มีไขมัน ทำให้ท้องไม่ผูก ...มันได้วิตามิน อีกอย่างหนึ่งด้วย”

“จำพวกฝอยทอง พวกขนมถาด ๆ ก็ไม่ค่อยกิน...กลัวหลายอย่าง กลัวเบาหวานด้วย”⁹

“นม ถั่ว...พวกนี้แหละที่มีประโยชน์”

“กินอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เช่นผัก...”

แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะระบุว่า นมและน้ำเต้าหู้มีประโยชน์ แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มเป็นประจำ ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน เช่นไม่ชอบรส กลิ่น หรือไม่มีจำหน่ายในชุมชน

เมื่อกกล่าวถึงอาหารเสริม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นึกถึงอาหารเสริมที่โฆษณาและจำหน่ายในท้องตลาดมากกว่าจะนึกถึงอาหารพื้นบ้าน และมีความเห็นว่าอาหารเสริมมีประโยชน์แต่มีราคาแพง เหมาะสำหรับผู้ที่มีฐานะดีเท่านั้น

“แบรนด์ รังนก นี่ดี เห็นผลนะ...เอาให้คนแก่กิน ถ้าแม่แกอ่อนเพลีย ไม่สบาย ซ้อมมาให้กินสักขวด เขาจะแข็งแรง กินข้าวได้...แต่นาน ๆ ครั้ง ซ้อมบ่อยไม่ไหว ขวดตั้งร้อยกว่าบาท...”

“อาหารเสริมมันดีกับคนมีเงิน...พวกเราหาเข้ากินคำ รายได้น้อย มันแพง”

อาหารเสริมสำหรับสตรีผู้ไปรับบริการจากสถานบริการสุขภาพที่ไม่เป็นทางการแห่งหนึ่ง หมายถึงยาจีนที่ใช้ในการปรับธาตุในร่างกาย ซึ่งจะต้องอาศัยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อปรับจำนวนยาที่รับประทานให้พอดี

“ตั้งแต่กินยาเสริมอาหารไม่เคยเป็นหวัดอาการปวดก็หายไปมาก...ตอนแรก ๆ ก็ไม่มีอาการอะไร ช่วงหลัง ๆ นี่รู้สึกตัวร้อน เลยไปถามอาจารย์¹⁰ ว่ายาที่ร้อนใช้ไหม อาจารย์บอกว่าใช่ เลยลดจำนวนยาลง เดี่ยวนี้ก็สบายดี”

นอกจากชนิดของอาหารที่ควรรับประทานแล้ว การรับประทานอาหารควรรับประทานให้ครบทุกมื้อ มีสตรีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่าควรรับประทานอาหารให้พอดี พออิ่ม

“การกินต้องอย่าให้มาก ให้น้อยจนเกินไป ควรกินแต่พออิ่ม...ใช้วิธีสังเกตเอา...”

อย่างไรก็ดี สตรีผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ความสำคัญกับผักพื้นบ้านว่าทำให้มีสุขภาพดี ตัวอย่างผักพื้นบ้านที่นิยมรับประทาน ได้แก่ ผักไผ่ หอมด่วน ผักเกียงพา ใบมะยม ยอดมะเฟือง ยอดชุนิล ซึ่งผักต่าง ๆ เหล่านี้มีสรรพคุณต่างกัน เช่น ช่วยขับลม ช่วยให้ระบบการขับถ่ายเป็นปกติ ช่วยรักษาโรคผิวหนัง นอกจากนี้สตรีผู้ให้ข้อมูลบางรายยังให้ความสำคัญต่อการรับประทานผักปลอดสารพิษ โดยเน้นว่าควรปลูกผักทุกชนิดไว้รับประทานเองเพื่อป้องกันการได้รับสารเคมีหรือสารพิษจากผักที่ขายในท้องตลาด

⁹ “พวกฝอยทอง พวกขนมถาด ๆ ก็ไม่ค่อยกิน...กลัวหลายอย่าง กลัวเบาหวานด้วย”

¹⁰ ผู้ให้บริการ ซึ่งปัจจุบันกลายเป็นผู้ถ่ายทอดวิธีการบำบัดให้แก่ผู้ให้ข้อมูล

2. การออกกำลังกาย สตรีผู้ให้ข้อมูลระบุว่า สตรีวัยกลางคนควรออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไป เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ โดยควรทำครั้งละครึ่งชั่วโมง จะทำให้ร่างกายแข็งแรง

“ออกกำลังกายไม่ต้องมาก เดินไว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ แค่นั้นเอง”

“เดินเหมือนในโทรทัศน์”

แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายแย้งว่าการทำงานดังกล่าวไม่เพียงพอสำหรับการออกกำลังกาย

“เขาออกกำลังกาย บิใจออกอย่างเป็น อย่างเกี่ยวข้าว เขาก็ออก แต่เป็นออกแบบวิ่ง”

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายตามที่ให้ความเห็น โดยมีเหตุผลดังนี้

“คิดว่า เท่าที่ทำงานบ้าน ทำงานอื่น ๆ ตามปกติ¹¹ ก็เหนื่อยแล้ว”

“ยะการ¹² นี่ก็ออกเหมือนกัน มันบิได้พัก”

“บิมีเวลา”

“จะไปวิ่งก็บิมีเวลา”

“อาย” “อายเด็ก เขาจะคิดว่า เกิดจะมาดัดจริตอะไรตอนนี้”

“ไม่มีความสะดวก”

“บ้านเขาจะวิ่งก็บิได้ หมามันนัก¹³”

“ขี้เกียจ”

“วิ่งบิไหว...อืด...ได้แต่เดินในสวน วันละสองรอบ”¹⁴

3. การทำงาน เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกิจกรรมหนึ่งที่สตรีผู้ให้ข้อมูลระบุถึงโดยไม่มีข้อจำกัดในการทำงาน เป็นการทำงานทุกชนิดที่ทำให้ร่างกายมีการใช้แรงหรือออกกำลังกาย เช่น การทำงานบ้าน การปลูกผัก การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

4. การปรับตัวปรับใจและหลีกเลี่ยงความเครียด สตรีผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าสตรีวัยกลางคน ถ้าต้องการมีสุขภาพดีจะต้องไม่เครียด

“พยายามอย่าเครียด ทำใจให้ว่าเรื่องอย่าคิดอะไรมาก อะไรจะเกิดมันต้องเกิด อย่าไปเครียดมาก” แต่จากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคมในปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่เกิดความเครียด โดยที่สิ่งที่ทำให้เครียดมากที่สุด คือภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว รองลงมาคือสัมพันธภาพภายในครอบครัว

“ถ้าเงินดี อะไรทุกอย่างก็คงจะดีเจ้า ตอนนี้รายได้อะไรมันบิดีเลย”

“ครอบครัวไม่เข้าใจกัน มันทำให้เราเครียด”

“อึดม่วน ไม่เข้าใจกัน”¹⁵

¹¹ เช่นการทำสวน ทำนา ค้าขาย หรือเดินไปตลาด

¹² ทำงาน

¹³ “ที่บ้านจะวิ่งก็วิ่งไม่ได้ หมามันมาก”

¹⁴ “วิ่งบิไหว เหนื่อย...ได้แต่เดินในสวน วันละสองรอบ

¹⁵ “พูดไม่เพราะ ไม่เข้าใจกัน”

“ซัง ๆ บ้านเขาเครียดกัน เพราะสามีไปทำงานแล้วกลับบ้านผิดเวลา”

สำหรับวิธีการแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงความเครียด สตรีผู้ให้ข้อมูลหลายคนระบุว่า ต้อง “ทำใจ” ซึ่งหมายถึงต้องยอมรับในปัญหาที่เผชิญอยู่ ไม่คิดมาก ควรทำใจให้สบาย

“ทำใจให้ว่าง แบบว่าไม่คิดอะไร ทำใจให้สบาย ไม่เก็บเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ มาคิดให้หนักหัว...ถ้าจะให้สบาย มันต้องปลงให้ได้”

“คนเราทุกคนมีปัญหา...แต่เราจะพยายามทำตัวให้สบาย

“ไม่ต้องคิดมาก คิดมาก ก็จะเป็นบ้า เครียด”

นอกจากการ “ทำใจ” แล้ว สตรีผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าควรหากิจกรรมที่จะทำให้ตนเองเพลิดเพลินหายเครียด เช่น ฟังเพลง เล่นกับหลาน ทำงานที่ชอบ บางรายระบุการเดินทางไปพักผ่อนหย่อนใจตามชนบท

“ทำงานที่ชอบ ฟังเพลงเป็นบางครั้ง”

“พื้มีหลาน...กลับจากตลาด ก็จะเล่นกับหลาน”

“ข้าเจ้าชอบเล่นกับละอ่อน...มันม่วนดี”¹⁶

“ทำงานทำการ แล้วฟังวิทยุไปด้วย ฟังเพลง”

“ชอบเพลง เปิดวิทยุคลายเครียด”

“ก็ชวนเพื่อนไปเที่ยวอย่างวันเสาร์นี่ก็จะขับรถไป(ซื้อสถานที่)กับเพื่อน”

5. การใช้ยาบำรุง สตรีผู้ให้ข้อมูลบางรายเริ่มใช้ยาบำรุงร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน ได้แก่ แคลเซียม วิตามินซีเสริม และวิตามินอี เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนและโรคหัวใจ บำรุงร่างกายและชะลอความแก่

“กินแคลเซียมเสริม.....เป็นบอกว่า มันอาจจะเสริมสร้างกระดูก.....แต่ได้กินติดต่อกันทุกวัน.. ถ้าวันใดขาดล้ม บ่ได้กินผลไม้ ก็กิน”

“เป็นบอก.....บอกว่าจะเป็นกระดูกพรุน”

“เป็นว่ากระดูกมันจะบางเริ่มตั้งแต่ 30 ขึ้นไป ถ้าหากกินพวกนี้เสริมมาก่อน จะช่วยป้องกันกระดูกบาง”

“กินวิตามินอี.....ญาติเขาเป็นหมอ เขาบอกให้กินวันละเม็ด.....บำรุงหัวใจ แล้วก็ชะลอความแก่”

“กินซีเอ็นเอ็ม ที่เป็นวิตามินรวม บำรุงร่างกาย”

สำหรับการใช้ยาบำรุงพื้นบ้าน มีสตรีเพียง 1 ราย ที่ใช้ยาบำรุงพื้นบ้านที่เรียกว่า” ยากวนสาแดง” ซึ่งเป็นยาสมุนไพรกวนกับน้ำผึ้ง รับประทานทุกวันเพื่อบำรุงสุขภาพ โดยเริ่มรับประทานครั้งแรกเพราะรู้สึกอ่อนเพลีย เคยเห็นผู้อื่นรับประทานจึงซื้อมาทดลอง เมื่อรู้สึกว่ดีขึ้นจึงรับประทานตลอดมาเป็นเวลาประมาณ 2 ปีแล้ว

“มันเหน็ด ๆ เหนื่อย ๆ เลยซื้อมากิน....กินแล้วสบายใจดี ถ้าว่าเขาบ่ได้กินเนี่ยนะ จะกินข้าวบ่ค่อยรำ ใรร่อ่อนแรง”

¹⁶“ข้าพเจ้า/ดิฉัน ชอบเล่นกับเด็ก สนุกดี”

ส่วนการใช้ยาพื้นบ้านอื่นๆ ของสตรีวัยกลางคน ส่วนใหญ่จะใช้เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายเล็กน้อย เช่น วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ จุกเสียดแน่นท้อง หรือแน่นหน้าอก ยาที่ใช้กันประจำคือ ยาหอม ซึ่งมีชื่อเรียกทางการค้าต่าง ๆ กัน เช่น ยาหอมใจเย็น ยาลมร้อยแปด ยาสล้ามอง

“ยาหอมใจเย็น.....กินแล้วมันรู้สึกสบาย”

“เวลาเข่าบวมหัวใจ หนักหัว เขาก็จะกินสักช้อนหนึ่ง”

“กินเข้าไปแล้วพอมันเรอออกมา....มันก็จะเมา”

“ยาลมร้อยแปดของวัดโพธิ์ มีติดบ้านตลอดเลย”

“เวลาเสียดก็ดื่มน้ำ ก็กินยาลมเข้าไป”

สตรีวัยกลางคนหนึ่งรายซึ่งเป็นผู้ให้บริการนวดบำบัดให้ข้อมูลว่า เนื่องจากในปัจจุบันร่างกายของคนในปัจจุบันมีสารพิษสะสมอยู่มากมาย โดยเฉพาะจากอาหารที่รับประทาน เช่น ผักที่ไม่ปลอดสารพิษ ดังนั้นวิธีการดูแลตนเองคือการดื่มชารางจืดเป็นประจำจนกระทั่งรู้สึกว่า “ตัวเบา” แล้วรับประทาน “ยาอายุวัฒนะ” ซึ่งเป็นยาในตำรับหมอเมือง สำหรับการดื่มชารางจืดนั้นไม่ควรดื่มแม้จะไม่มีอาการไม่สบายแล้วก็ตาม ซึ่งสตรีผู้นี้ระบุว่านอกจากตนเองจะถือปฏิบัติวิธีการ “บำรุงสุขภาพ” เช่นนี้เป็นประจำแล้วยังแนะนำผู้รับบริการของตนอีกด้วย เพราะคิดว่าเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตามวิธีการที่กล่าวมานี้ไม่พบว่ามี การถือปฏิบัติในสตรีวัยกลางคนอื่นๆ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้แต่อย่างใด

เป็นที่น่าสังเกตว่าวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีของสตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูล โดยทั่วไปคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันในรายละเอียด พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมาจากในกลุ่มเครือข่ายทางสังคมของสตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลมากกว่ามาจากสถานบริการสุขภาพ โดยที่สถานบริการสุขภาพนั้นจะเป็นแหล่งที่ให้บริการด้านการบำบัดรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วย จากการสัมภาษณ์พบว่า มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ยึดถือวิธีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมป้องกันสุขภาพตามคำแนะนำของผู้ให้บริการคือการรับประทานยาปรับธาตุทุกวัน สตรี 1 รายยึดวิธีปฏิบัติตามที่ตนเองได้ศึกษามาจากระบบการแพทย์แบบ “ดั้งเดิม” สตรี 1 รายใช้บริการการนวดเป็นครั้งคราว “เมื่อมีเวลา” นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีทั้งที่อยู่ในชนบทและสตรีที่อยู่ในเมืองล้วนแต่ไม่นิยมใช้บริการสุขภาพตามแบบดั้งเดิมซึ่งอยู่ในเขตที่ตนอยู่อาศัย โดยเฉพาะบริการการอบสมุนไพร ด้วยเหตุผลว่ามีผู้มาใช้บริการจำนวนมากและส่วนมากเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทำให้กลัวการติดโรค

“คนไข้เป็นหลาย.....”¹⁷

“...เป็นโรครวมหมดเลย.....เฮาเลยบ่ค่อยไป.....กลัวเนาะ กลัวพยาธิติดกัน”¹⁸

“มันมีหลายโรค ตื่นอื่นก็มากันนั้”¹⁹

“บางคนเป็นลมพิษ ยาที่ใช้มันก็ละลายกันเข้า แล้วอบพร้อมกัน โรคซัปปะละ”²⁰

¹⁷ “ผู้ป่วยมีมาก”

¹⁸ “เอาคนที่ เป็นโรคอยู่รวมกับคนที่ ไม่เป็นโรค เราเลยไม่ได้ไป กลัว กลัวติดโรค”

¹⁹ มีหลายโรค จากที่อื่น ๆ ก็มาก

นอกจากนี้ สตรีส่วนใหญ่ยังให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลา ต้องใช้เวลาสำหรับทำงานหารายได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสตรียังไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับวัยกลางคน เมื่อเปรียบเทียบกับ การปฏิบัติในช่วงหลังคลอดหรือเมื่อเจ็บป่วย

จะเห็นได้ว่าวิธีการดูแลสุขภาพจะเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการรับประทานอาหารทั้งที่เป็นผักพื้นบ้านและอาหารเสริม การทำงาน การออกกำลังกาย การใช้ยาบำรุงซึ่งรวมทั้งยาพื้นบ้านด้วย และการดูแลด้านจิตใจที่มีจะเน้นการจัดการกับความเครียดซึ่งสาเหตุหลักมาจากภาวะเศรษฐกิจและสัมพันธภาพภายในครอบครัว สำหรับการส่งเสริมสุขภาพโดยการใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพนั้นยังไม่แพร่หลายในกลุ่มสตรีผู้ให้ข้อมูล

²⁰ “บางคนเป็นโรคผื่น เชื่อโรคจะละลายกับยาที่ใช้ เมื่อเข้าไปอบพร้อมกัน โรคเยอะเยะ”

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบสามัญชนในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการเลือกชุมชน 3 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นชุมชนหนึ่งในล้านนาที่มีลักษณะสังคมวัฒนธรรมต่างจากชุมชนอื่นๆ ของประเทศไทยเป็นพื้นที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย 1) ชุมชนเขตอำเภอเมือง 2) ชุมชนในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท คือ ชุมชนเขตอำเภอสарภี และ 3) ชุมชนชนบท คือ เขตอำเภอเชียงดาว บุคคลที่เป็นแหล่งข้อมูลของการศึกษานี้ ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับบริการการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นสตรีวัยกลางคนอายุตั้งแต่ 40 - 59 ปี รวมทั้งสิ้น 55 คน และกลุ่มผู้ให้บริการทั้งระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพ และระบบสามัญชน เช่น หมอนวดแผนโบราณ หมอกดจุด จำนวน 9 คน ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทั้งนี้การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อม ๆ กัน โดยนำข้อมูลที่บันทึกจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) กำหนดประเด็นหลัก ลงรหัส และจัดหมวดหมู่ จากนั้นเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลและหมวดหมู่ต่าง ๆ ที่วิเคราะห์ได้

ผลการศึกษาพบว่า

1. ระบบการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนมี 3 ระบบได้แก่

1.1. ระบบการดูแลสุขภาพแบบสามัญชน ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากการเรียนรู้ภายในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในกลุ่มสตรีในแต่ละชุมชน ซึ่งประสบการณ์นั้นได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันตามวัฒนธรรม บุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบนี้ คือ สตรีวัยกลางคน ครอบครัวของสตรีวัยกลางคน และเครือข่ายทางสังคม เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และเพื่อนบ้าน เป็นต้น โดยบริบทการดูแลสุขภาพในระบบนี้ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ซึ่งกระทำโดยสตรีวัยกลางคนตามการรับรู้และประสบการณ์ มีการตีความเกี่ยวกับสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงวัยกลางคนตามระบบความเชื่อและวิถีชีวิตที่ปฏิบัติในชุมชน การเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ โดยส่วนใหญ่จะเรียนรู้จากผู้สูงอายุ เพื่อนที่มีประสบการณ์ และการเรียนรู้ในสังคม สำหรับแนวคิดของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทางสุขภาพก็มีผลต่อการปฏิบัติดูแลตนเองของสตรีวัยกลางคนบ้างในบางกรณี แต่โดยสรุปการประเมินและตัดสินใจจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะกระทำโดยตนเอง หรือปรึกษากับเครือข่ายทางสังคมเป็นส่วนใหญ่

1.2. ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม เป็นระบบที่มีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าสุขภาพดีเกิดจากร่างกายมีภาวะสมดุล (equilibrium) ของธาตุที่เป็นองค์ประกอบของร่างกาย และความเจ็บป่วยเกิดจากการขาดความสมดุลของธาตุดังกล่าว อันเป็นผลจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารชนิดที่ไม่เหมาะสมกับส่วนประกอบของธาตุในร่างกายของตนเอง รับประทานอาหารในปริมาณที่น้อยหรือมากเกินไป หรือใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกายในปริมาณที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้แขนขา หลั่ง โหล่ มากเกินไป โดยจากการนั่ง ยืนในท่าเดียวนานเกินไป หรือทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งนานเกินไป หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นต้น สถานบริการสุขภาพในระบบดั้งเดิมที่สตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลไปใช้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาในเขตชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนชนบท มี 2 ประเภทคือ

1.2.1. สถานบริการสุขภาพที่เป็นแบบทางการซึ่งได้รับใบรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ผู้ประกอบการเป็นแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย โดยเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการแพทย์แผนไทยตามหลักสูตรของวัดโพธิ์ และเพิ่มเติมความรู้ความชำนาญโดยการแลกเปลี่ยนความรู้กับแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือ ผู้ประกอบการอีกรายหนึ่งนั้นได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ และศึกษาเพิ่มเติมในหลักสูตรการศึกษาแพทย์แผนไทยจนได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย วิธีการให้บริการสุขภาพจะคล้ายคลึงกัน โดยให้บริการการตรวจโรคซึ่งมีการใช้เครื่องมือการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ประกอบการตรวจวินิจฉัย การจับชีพจร และการสังเกตลักษณะภายนอกของผู้ป่วย เป็นต้น การวินิจฉัยใช้หลักความสมดุลของธาตุต่างๆ ในร่างกาย การรักษาโรคกระทำโดยใช้สมุนไพร การอบสมุนไพร และการนวด ส่วนสถานบริการในเขตชุมชนชนบทได้เพิ่มวิธีการแหก การผูกข้อมือ และการพรมน้ำมัน ในกรณีการรักษาไม่ได้ผลหรือมีความเชื่อว่ามิสาเหตุจากการกระทำของผี อาจมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหมอผี

1.2.2. สถานบริการที่ไม่เป็นทางการ ผู้ประกอบการได้รับการถ่ายทอดความรู้จากญาติที่มีความรู้ความชำนาญในการนวดแบบกดจุด เริ่มให้การรักษาในกลุ่มเครือข่ายผู้ที่อยู่ใกล้เคียง และต่อมามีผู้รับบริการเพิ่มจำนวนมากขึ้น เนื่องจากมีการบอกต่อในประสิทธิภาพของการรักษาและค่าใช้จ่ายที่ไม่มาก การตรวจโรคใช้หลักความสมดุลของธาตุในร่างกายและการรักษาใช้วิธีนวดแบบกดจุด ร่วมกับการแนะนำการปฏิบัติตัวซึ่งรวมทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับธาตุ และการใช้สมุนไพรแบบจีน

สถานบริการในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมนี้นมุ่งสนองต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้รับบริการเป็นสำคัญ แม้จะมีการกำหนดเวลาของการให้บริการแต่การให้บริการมีการยืดหยุ่น ผู้รับบริการจะได้รับบริการค่อนข้างเร็ว ยกเว้นการอบสมุนไพรซึ่งจำเป็นจะต้องใช้เวลาในการเตรียมการ การเตรียมตัวผู้ให้บริการให้พร้อมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบริการสุขภาพในระบบนี้ โดยผู้ให้บริการจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ให้บริการอื่น ทดลองใช้ความรู้ที่ได้เรียนรู้เพิ่มเติม และมีการปฏิบัติเฉพาะตามหลักความเชื่อได้แก่ การหยุดการบริการในวันพระเพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามพิธีกรรม เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ การทำสมาธิ การเดินลมปราณ และการพักผ่อน นอกจากนี้ยังมีพิธีกรรมประจำวันเฉพาะ เช่น การทำพิธีเชิญครู การสวดมนต์แผ่เมตตา การเดิน

ลพปราน ฯลฯ การประพุดิตตามหลักศีลธรรมจรรยาบรรณ การมีคุณธรรมในการให้บริการ เป็นจุดเน้นสำคัญสำหรับผู้ให้บริการ รวมทั้ง การทำบุญโดยใช้เงินที่ได้จากการให้บริการ (ค่าครู)

ในการถ่ายทอดความรู้ ผู้ถ่ายทอดจะทำการทดสอบความตั้งใจของผู้เรียนรู้อีกก่อน เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่ก่ออันตรายแก่ผู้มารับบริการ สำหรับวิธีการถ่ายทอดนั้นเน้นการทดลองทำการบริการในสถานการณ์จริงร่วมไปกับการอ่านตำรา บางกิจกรรมผู้เรียนจะต้องทดลองปฏิบัติต่อผู้ถ่ายทอดก่อนมีการรับรองความสามารถว่าเป็นผู้ให้บริการได้ และเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ พบว่าผู้ที่จบการศึกษาจะต้องมีพิธีปฐมนิเทศว่าจะนำความรู้ไปช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง

1.3. ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ผู้ดำเนินการในระบบนี้คือสถานบริการสุขภาพของรัฐ บริการที่จัดให้คือการนวด และอบสมุนไพร โดยมีผู้ให้บริการที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการนวดแบบไทยและการอบสมุนไพร บางรายเข้ารับการฝึกหัดการนวดจากสถานบริการที่กล่าวไว้ในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมก่อนมาให้บริการ

2 ความหมายของภาวะสุขภาพดีและการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคน พบว่ากลุ่มสตรีที่ศึกษาให้ความหมายของ “สุขภาพ” ว่าเป็นภาวะของกายและจิต รวมทั้งการทำหน้าที่ทางด้านสรีระ สุขภาพดีจึงหมายถึงการที่ร่างกายมีความแข็งแรง ปราศจากโรคและสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้ ทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ร่วมกับมีสภาพจิตใจที่สบาย ไม่มีความวิตกกังวลหรือความเครียด

วัยกลางคน หรือที่นิยมเรียกว่าเป็น “วัยทอง” เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สตรีบางรายเรียกวัยนี้ว่า เป็นวัย ‘สับสน’ ซึ่งหมายถึง วัยที่ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากมาจนบางครั้งก่อให้เกิดความไม่แน่ใจถึงการปฏิบัติที่ควรจะทำ สตรีในวัยนี้ยอมรับว่า เป็นวัยที่เกิดโรคง่าย และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอกจากนี้ยังเชื่อว่าสถานภาพสมรสและการมีบุตรมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยสตรีที่ไม่แต่งงานจะมีอาการเปลี่ยนแปลงในวัยกลางคนน้อยกว่าสตรีที่แต่งงานและมีบุตรแล้ว เนื่องจากสตรีที่แต่งงานแล้วและมีบุตร จะเกิดการสูญเสียเลือดและลมซึ่งถือเป็นธาตุองค์ประกอบในร่างกาย ทำให้ร่างกายขาดความสมดุล สภาพร่างกายไม่แข็งแรง ที่เรียกตามภาษาพื้นบ้านว่า “เลือดลมไม่ค่อยดี”

วิธีปฏิบัติเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมีหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น กรณีที่อาการไม่รุนแรง เชื่อว่าเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปของวัยหมดประจำเดือน จะไม่มีวิธีการจัดการใด ๆ เป็นพิเศษ บางรายใช้วิธีการทำกิจวัตรประจำวัน และใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น การอบสมุนไพร การนวดแผนโบราณหรือการนวดแบบไทย และการรับประทาน “ยาหอม”

กรณีอาการรุนแรง ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติและสตรีวัยกลางคนเกรงว่าจะเป็นโรคร้ายแรง สตรีวัยกลางคนจะไปขอรับการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพของรัฐหรือเอกชนในชุมชน หากการรักษาไม่ได้ผล ก็จะไปรับการรักษาตามแบบพื้นบ้าน

การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ สตรีวัยกลางคนใช้วิธีทำจิตใจให้สบาย และใช้เวลาทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อความเพลิดเพลิน และทำให้ใจสงบ

แนวความคิดส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีวัยกลางคน ผู้ให้ข้อมูลยังไม่สามารถระบุให้ชัดเจนได้ แต่สามารถระบุถึงกิจกรรมหรือวิธีปฏิบัติที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีว่าประกอบด้วย

1) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่ ผักผลไม้ นม ถั่วและน้ำเต้าหู้ การดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ รวมทั้งการรับประทานผักปลอดสารพิษและผักพื้นบ้าน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและบรรเทาอาการเจ็บป่วย แต่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่กล่าวด้วยเหตุผลแตกต่างกัน สำหรับอาหารเสริม สตรีวัยกลางคนส่วนใหญ่หมายถึงอาหารเสริมที่โฆษณาและจำหน่ายในท้องตลาด ซึ่งเห็นว่ามีประโยชน์แต่ราคาแพง บางรายหมายถึงยาจีนที่ใช้ในการปรับธาตุในร่างกาย

2) การออกกำลังกาย สตรีวัยกลางคนทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายโดยมีเหตุผลที่ต่างกันว่า

3) การทำงาน หมายถึง การทำงานทุกชนิดที่ทำให้ร่างกายมีการใช้แรงหรือออกกำลังกาย

4) การปรับตัวปรับใจหลีกเลี่ยงความเครียด สิ่งก่อความเครียดที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว รองลงมาคือสัมพันธภาพภายในครอบครัว การแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงความเครียด ได้แก่ การ“ทำใจ” ซึ่งหมายถึงต้องยอมรับในปัญหาที่เผชิญอยู่และทำให้สบาย และการทำงานอดิเรก

5) การใช้ยาบำรุงเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนและโรคหัวใจ บำรุงร่างกายและชะลอความแก่ โดยรับประทานวิตามินหรืออาหารเสริมตามสมัยนิยม สำหรับการใชยาบำรุงพื้นบ้าน ใช้เพื่อบรรเทาอาการไม่สบายเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ

การศึกษาค้นคว้าพบว่าข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมาจากในกลุ่มเครือข่ายทางสังคมของสตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลมากกว่ามาจากสถานบริการสุขภาพ โดยที่สถานบริการสุขภาพนั้นจะเป็นแหล่งที่ให้บริการด้านการบำบัดรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วย มีเพียง 2 ราย ซึ่งเป็นทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ที่ยึดถือวิธีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมปกป้องสุขภาพตามที่ได้เรียนรู้ เช่นการนวด การรับประทานสมุนไพร สตรีทั้งที่อยู่ในชนบทและสตรีที่อยู่ในเมืองล้วนแต่ไม่นิยมใช้บริการสุขภาพตามแบบแผนดั้งเดิม และสตรีส่วนใหญ่ยังให้เหตุผลว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลา

การอภิปรายผล

1. ระบบการบริการดูแลสุขภาพสตรีวัยกลางคน

การศึกษาค้นคว้าพบว่าระบบการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 3 ระบบ คือ ระบบการดูแลสุขภาพแบบสามัญชน ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม และระบบการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งเป็นระบบที่ดำเนินการโดยภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ผลการศึกษาจึงสนับสนุนแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของโคลน์แมนซึ่งแบ่งระบบการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ภาค คือภาคสามัญชน ภาคพื้นบ้าน และภาควิชาชีพ โดยแต่ละภาคในบางชุมชน

ชนอาจมีการเหลื่อมล้ำซ้ำซ้อนกันได้ (Kleinman, 1984) โดยที่ระบบการดูแลสุขภาพแบบสามัญชน ชี้ให้เห็นชัดเจนว่ามีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างสตรีวัยกลางคน ซึ่งมีประสบการณ์ซึ่งได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันตามวัฒนธรรมความเชื่อ โดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้องคือ สตรีวัยกลางคน ครอบครัวของสตรีวัยกลางคน และเครือข่ายทางสังคม เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และเพื่อนบ้านเป็นต้น ที่สำคัญประสบการณ์การดูแลสุขภาพได้รับอิทธิพลทั้งจากภาควิชาชีพที่เป็นแนวคิดตามวิชาการแพทย์ จากสื่อมวลชนซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมจากภายนอกชุมชน ดังเช่น แนวคิดเรื่องของอาหารเสริมเพื่อสุขภาพและแนวคิดจากภาคพื้นบ้าน โดยเฉพาะวิธีการดูแลในเรื่องการนวดแผนไทยและการอบสมุนไพร

ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมซึ่งเป็นระบบที่พบว่ามีมีความเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพอย่างมาก เนื่องจากความพยายามในการที่จะอนุรักษ์แนวคิดการแพทย์แผนไทย และผสมผสานการแพทย์แผนโบราณกับการแพทย์สมัยใหม่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540) การอนุรักษ์ดังกล่าวครอบคลุมถึงการอนุรักษ์หมอพื้นบ้านล้านนา หรือ หมอเมืองในชุมชนภาคเหนือ ทำให้ระบบบริการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านในชุมชนล้านนา คือระบบการแพทย์แผนไทยและหมอเมือง ได้เริ่มเป็นที่ยอมรับและดำเนินการร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพซึ่งเน้นเฉพาะแนวความคิดทางวิชาการแพทย์ โดยที่มีการรับรองคุณภาพผู้ประกอบการหรือผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ที่เข้าสู่ระบบนี้ส่วนหนึ่งเคยอยู่ภาคพื้นบ้านมาก่อนหรือเคยเป็นหมอเมือง หรือเป็นผู้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยมาก่อน และต่อมาได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากการแลกเปลี่ยนความรู้จากหมอเมืองในภายหลัง ทำให้การบริการด้านสุขภาพแบบการแพทย์แผนไทยในชุมชนล้านนามีรูปแบบที่เฉพาะแตกต่างจากชุมชน มีการผสมผสานการบำบัดรักษาของหมอเมือง เช่น การแหก การประพรมน้ำมันต์ การผูกข้อมือเรียกขวัญ ร่วมกับการบำบัดรักษาตามตำรับการแพทย์แผนไทยที่จัดอบรมตามหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลสุขภาพสตรีวัยกลางคนในระบบการแพทย์สมัยใหม่ เป็นระบบที่จัดโดยสถานบริการของรัฐซึ่งเป็นภาควิชาชีพที่มีพื้นฐานแนวคิดหลักตามแบบวิชาการแพทย์ ได้เริ่มมีการปรับเปลี่ยนจากนโยบายการผสมผสานแนวคิดการแพทย์แผนไทยกับแผนสมัยใหม่ เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกใช้บริการสุขภาพตามความต้องการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2543) จึงมีการจัดบริการนวดและอบสมุนไพร ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดตามแนวทางแพทย์แผนไทยขึ้น โดยผู้ให้บริการเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมจากผู้ให้บริการระบบการแพทย์แผนไทย อยู่ภายใต้ความดูแลของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพของรัฐ ดังนั้นในปัจจุบันระบบการแพทย์สมัยใหม่จึงเป็นภาควิชาชีพที่ได้รับอิทธิพลจากภาคพื้นบ้านโดยมีปัจจัยในด้านการเมืองเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ

การให้บริการด้านสุขภาพสตรีวัยกลางคนตามระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมนั้น ผู้ให้บริการมีแนวคิดการแพทย์แผนไทยร่วมไปกับแนวทางการรักษาแบบหมอเมืองตามแบบฉบับของชุมชนล้านนา ซึ่งปัจจุบันเป็นผู้ให้บริการที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพราะมีใบประกอบโรคศิลปะ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ให้บริการในระบบนี้ส่วนหนึ่งยังไม่ได้ผ่านการรับรองคุณสมบัติจากรัฐและไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ แต่ได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการจนสามารถเปิดสถานบริการสุขภาพอย่าง

ไม่เป็นทางการ เช่นกรณีหมอกดจุด ซึ่งศึกษาโดยการสังเกตจากญาติและตำรา หรือกรณีผู้ให้บริการที่เป็นเจ้าของสถานบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการในเขตชนบท ซึ่งเริ่มทำการบำบัดรักษาด้วยวิธีการของหมอเมืองที่ได้เรียนรู้จากบรรพบุรุษตั้งอายุ 14 ปี และเมื่อเข้าสู่วัยเกือบห้าสิบปีจึงจะสามารถสอบผ่านหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้บริการในระบบนี้ มี 2 ประเภทคือ ประเภทที่ได้รับรับรองอย่างเป็นทางการจากรัฐและที่ไม่ได้รับการรับรอง ซึ่งสนับสนุนข้อสังเกตของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2540) เกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณ 2 ประเภทคือ แพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะซึ่งเป็นแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย และ “หมอกกลางบ้าน” หรือ “หมอพื้นบ้าน” ที่ทำการรักษาโดยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์เฉพาะโรค ใช้เวลาในการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มแพทย์แผนโบราณที่มีใบประกอบโรคศิลปะ เป็นผู้ที่มีความสนใจอย่างแน่วแน่และได้รับการถ่ายทอดจากบุคคลที่มีความคุ้นเคยกัน (สุพจน์ พงษ์วัน, 2540; สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540) นอกจากนี้ในกระบวนการเรียนรู้จากงานวิจัยครั้งนี้เน้นการปฏิบัติและจริยธรรม คุณธรรม ซึ่งเป็นกระบวนการที่คล้ายคลึงกับกระบวนการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่ม “หมอพื้นบ้าน” ที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ในการศึกษาของสุพจน์ พงษ์วัน (2540) ส่วนรายละเอียดการปฏิบัติตามพิธีกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ให้บริการพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่นการสวดมนต์ การไหว้ครูการทำสมาธิ การเดินลมปราณ การทำบุญนั้นไม่พบว่ามีปรากฏในรายงานดังกล่าว

สตรีที่เข้ารับบริการในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์สมัยใหม่ ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีอาการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของคนไทยโดยทั่วไปคือ “คนป่วยต้องหาหมอ” ส่วนการนวดและการอบสมุนไพรซึ่งนำมาใช้ในระบบการแพทย์สมัยใหม่เพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายจากสตรีวัยกลางคน เพราะสถานบริการสุขภาพของรัฐจะต้องให้บริการผู้ป่วยทั่วไปรวมทั้งผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้สตรีในชุมชนของสถานบริการสุขภาพเกิดความกลัวการติดโรค ประกอบกับการให้บริการสุขภาพเป็นระบบราชการ ซึ่งมีระยะเวลาในการให้บริการ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการรับบริการ ทำให้การดูแลสุขภาพสตรีวัยกลางคนระบบการแพทย์สมัยใหม่มีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับความนิยมจากสตรีในชุมชน นอกจากนี้สตรีผู้รับบริการสุขภาพมีความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วยตามระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย หรือไม่สามารถหาสมุฏฐานของโรคจากแนวความคิดชีวการแพทย์ เช่นโรคกล้ามเนื้อและข้อ โรคลมซึ่งมักพบในสตรีวัยกลางคน หรือบางกลุ่มไม่สามารถรับการรักษาจากโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือไม่ยอมรับวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้รับบริการการรักษาจาก “หมอไสยศาสตร์” “หมอพื้นบ้าน” ที่ไม่สามารถยอมรับวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ถึงแม้จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด (สุรเกียรติ์ อาชานภาพ, 2529; สุพจน์ พงษ์วัน, 2540)

แนวความคิดของระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมเน้นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามวัย โดยที่ในช่วงปัจฉิมวัย คือวัย 32 ปีจนถึงอายุชัย เชื่อว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคลม(วาโย) ทั้งโรคลมหยาบและลมละเอียด ซึ่งจะมีผลต่อร่างกายและจิตใจได้ ซึ่งโรคลมดังกล่าวนี้ไม่พบว่ามีปรากฏตำราการ

แพทย์ตามแนวคิดชีวการแพทย์ ดังนั้นการรักษา “โรคลม” จึงมีเฉพาะที่ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมเท่านั้น ทำให้ผู้รับบริการที่คิดว่าตนเองเป็น “โรคลม” เข้ารับบริการจากสถานบริการสุขภาพที่ใช้แนวคิดแบบดั้งเดิมมากกว่าสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลที่ใช้แนวคิดชีวการแพทย์ (มักเค, 2526; แปลโดยลาภวรรณ พันธพิพัฒน์) ส่วนมูลเหตุของการเกิดโรคนอกเหนือไปจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้วนั้น พบว่าในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม ทั้งแพทย์แผนไทยที่ผสมผสานแนวการรักษาแบบหมอเมือง หรือหมอกตจุด ซึ่งมีพื้นฐานมาจากประเทศจีนจะระบุมูลเหตุโรคเกิดจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับส่วนประกอบของธาตุในร่างกาย การทำงานหรือกิจกรรมใดมากเกินไป ซึ่งการรักษาจะรักษาตามสาเหตุ แต่การให้บริการสุขภาพของระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมยังไม่สามารถครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีวัยกลางคนอย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาที่รับบริการนั้นเน้นเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งสตรีวัยกลางคนยังไม่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ควร ส่วนในกรณีที่ผู้รับบริการต้องการการนัดเพื่อผ่อนคลาย หรืออบสมุนไพรนั้น ก็จะได้รับบริการเฉพาะกิจกรรมที่แจ้งความประสงค์เท่านั้น ยังไม่มีกิจกรรมอื่นๆ ที่เน้นเกี่ยวกับการแนะนำในการสังเกตการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยนการทำกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันโรค หรือความไม่สบายสำหรับข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมจากสตรี 2 รายที่กลายเป็นผู้ให้บริการต่อมา ชี้ให้เห็นว่าสตรีทั้งสองนำวิธีการที่ได้รับการถ่ายทอดมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพเช่น การควบคุมชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย การรับประทานสารเสริม “สมุนไพรปรับธาตุ” “ยาอายุวัฒนะ” การนวดร่วมกับการประคบสมุนไพร การทำสมาธิ การตรวจเลือดหาค่าน้ำตาลและไขมันในเส้นเลือดจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อให้เกิด “พลังในการบำบัด” หรือ “มีแรงนวด” ซึ่งวิธีดังกล่าวจัดว่าเป็นวิธีส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นผู้ให้บริการแบบดั้งเดิม แต่แนวคิดดังกล่าวไม่มีการกล่าวถึงในกลุ่มสตรีวัยกลางคนทั่วไป ซึ่งหากมีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวให้แก่สตรีวัยกลางคนทั่วไป จะทำให้สตรีวัยกลางคนได้มีทางเลือกปฏิบัติได้มากขึ้นจากเดิม

จากแนวการบำบัดรักษาของระบบการแพทย์แบบดั้งเดิมเน้นการรักษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางซึ่งผู้รับบริการจะได้รับการรักษาดูแลอย่างรวดเร็ว ค่าบำบัดรักษาถูกตีค่าเป็น “ค่าครู” แทนการคิด “ค่าโร” และค่ายาที่ราคาไม่ถึง 100 บาท หรือค่านวดในราคาที่ผู้รับบริการสามารถจ่ายได้ เหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบที่เป็นสาเหตุสำคัญในการรับบริการในระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม โดยที่ผู้รับบริการมิได้คำนึงถึงความยากลำบากในการเดินทางตลอดจนค่าใช้จ่ายในการเดินทางเมื่อเทียบกับความผ่อนคลายหรือการบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่ได้รับ

2. ความหมายของสุขภาพดีและการดูแลสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา การศึกษาครั้งนี้พบว่าระบบดูแลสุขภาพภาคสามัญชน มีอิทธิพลสูงต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพในกลุ่มสตรีวัยกลางคน โดยที่แนวคิดของระบบภาคสามัญชนสำหรับสตรีในชุมชนล้านนานั้นได้รับอิทธิพลทั้งจากแนวคิดระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ระบบการแพทย์แผนไทย และระบบข้อมูลข่าวสารที่ได้จากสื่อต่าง ๆ ในสังคม รวมทั้งจากญาติและเครือ

ช่วยในสังคม ดังเช่น การยอมรับว่า “วัยทอง” สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะคำดังกล่าวใช้เรียกกลุ่มสตรีที่อยู่ในช่วงก่อนและระหว่างการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน ส่วนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีจะคล้ายคลึงกับคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสุขภาพของรัฐชี้แนะร่วมกับการใช้สื่อต่างๆ เช่นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์รวมทั้งอาหารหรือสารเสริมเพื่อสุขภาพ เช่นแคลเซียม การดื่มนม น้ำเต้าหู้ การออกกำลังกาย ถึงแม้ว่าสตรีหลายรายไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่ระบุได้ เนื่องจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจของสตรีเหล่านี้ เช่น “ไม่มีเวลา” “ไม่ชอบรส กลิ่น” “...อาย” เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าสื่อสารมวลชนยังมีอิทธิพลอย่างมากต่อความเข้าใจของสตรีวัยกลางคน เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับ “สารเสริม” สำหรับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดความไม่สบาย โดยวิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การนวด การอบสมุนไพรหรือการรับประทานยาหอม ได้รับอิทธิพลจากการแนะนำของญาติ เพื่อนบ้าน และเครือข่ายในชุมชนของสตรีวัยกลางคนนั้น ๆ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพของโคลน์แมน (Kleinman, 1984) ที่กล่าวว่า ความคิด ความเชื่อ ตลอดจนการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าจะได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพในภาควิชาชีพ และบางส่วนมาจากภาคพื้นบ้านก็ตาม

ภาวะสุขภาพที่ดีตามความหมายของสตรีผู้ให้ข้อมูลหมายถึงร่างกายมีความแข็งแรง ปราศจากโรคหรืออาการไม่สบาย ความสามารถทำกิจกรรมหรือหน้าที่ได้ตามปกติ สภาพจิตใจสบาย ไม่มีความวิตกกังวลหรือความเครียด ตลอดจนมีความสามารถในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ จะเห็นได้ว่าสตรีผู้ให้ข้อมูลมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพดีเป็นพหุมิติ ครอบคลุมมิติทางกาย จิต และการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งแนวคิดดังกล่าวครอบคลุมความหมายของคำว่าสุขภาพ 3 มุมมองที่เฮร์ซลิช (Herzlich, 1973 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์, 2539) สรุปไว้ กล่าวคือ สุขภาพ ในมุมมองที่ 1 หมายถึงการเป็น (being) ซึ่งหมายถึงสภาพที่ไม่เป็นโรค ไม่ปรากฏอาการผิดปกติ ในมุมมองที่ 2 สุขภาพ หมายถึงการมี (having) คือการมีลักษณะหรือคุณสมบัติที่ต้องการ และในมุมมองที่ 3 สุขภาพ หมายถึงความสมดุลที่เป็นผลจากประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งแสดงออกโดยความเป็นอยู่ดีทางกาย คือ การมีความแข็งแรงทางกาย ปราศจากความอ่อนเพลีย มีความเป็นอยู่ดีทางจิตใจคือมีอารมณ์ทางบวกและลบที่ไม่มากหรือน้อยกว่ากัน มีอิสระในการเคลื่อนไหว มีการกระทำกิจกรรมตามความต้องการได้ และมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ตามความต้องการ

สตรีผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า วัยกลางคนเป็นวัยที่มีความถดถอยของร่างกาย เริ่มมีภาวะเสื่อม กล่าวคือเกิดความเจ็บป่วยและเป็นโรคร้าย อวัยวะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น สายตากล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติตามวัย นอกจากนี้ยังมีความเปลี่ยนแปลงทางจิตอารมณ์ ทั้งความเครียด หงุดหงิดและโมโหง่าย โดยปัจจัยเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางจิตอารมณ์เกิดจากสัมพันธภาพในครอบครัวและเศรษฐกิจ จากการยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะธรรมชาติในสตรีวัยนี้ เป็นเหตุให้สตรีวัยกลางคนไม่เข้ารับบริการสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพเพราะมีความเชื่อที่ว่า “คนป่วยเท่านั้นต้องหาหมอ” หรือมีการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ความคิดเห็นของสตรีวัยกลางคนนี้สะท้อนการรับรู้ในทาง

ลบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยนี้ มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาของศิริพร จิรวัฒน์กุล (2540) ที่พบว่าสตรีวัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี จำนวน 1000 คนจากทั่วประเทศ ระบุว่าตนเองมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้อื่นในวัยเดียวกันจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยที่ทุกกลุ่มอายุมีอาการไม่สุขสบายจากอาการปวดเมื่อยหลัง-เอวมากที่สุด และมีผู้ที่ระบุว่ามีอาการปวดเมื่อยหลัง-เอวเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น รองลงมาคือไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน

ที่น่าสนใจก็คือสตรีกลุ่มนี้เชื่อว่าการกำเนิดบุตรเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียเลือดและลม ทำให้ร่างกายขาดภาวะสมดุลหรือ “เลือดลมไม่ค่อยดี” ก่อให้เกิดสภาพร่างกายไม่แข็งแรง แนวความคิดเช่นนี้แสดงถึงอิทธิพลของแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมดุลของธาตุในร่างกายตามแนวความคิดการแพทย์แผนไทยรวมทั้งหมอเมือง ที่เน้นภาวะเจ็บป่วยเกิดจากการขาดสมดุลของธาตุที่เป็นองค์ประกอบในร่างกาย (ดิน น้ำ ลม ไฟ) วิธีแก้ไขจะต้องสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นโดยการปรับธาตุ ดึงเห็นได้ชัดจากการดูแลหญิงหลังคลอดในล้านนา ประเพณีการอยู่เดือน ตลอดจนการใช้สมุนไพรและการรับประทานอาหารพิเศษเฉพาะ จะช่วยป้องกันภาวะ “ลมผิดเดือน” (มักเค, 2526 แปลโดยลาภวรรณ พันธพิพัฒน์) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอดเป็นเสมือนการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเมื่อสตรีเข้าสู่วัยกลางคน

2. วิธีปฏิบัติต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น กรณีอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ซึ่งเชื่อว่าเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปของวัยหมดประจำเดือน เช่น อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย จะไม่มีวิธีการจัดการใด ๆ เป็นพิเศษ ยังคงทำงานตามทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นลักษณะของการมุ่งความสนใจต่อสิ่งอื่น หรือเบี่ยงเบนความสนใจในอาการที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากความคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของสตรีในวัยนี้ถือว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมชาติตามวัย ไม่จำเป็นต้องทำการแก้ไข หรือจากประสบการณ์เดิมที่ว่า “เคยเป็นเองหายเอง” นอกจากนี้ยังพบว่าบางรายจัดการกับอาการไม่สุขสบายโดยการปรึกษาและพึ่งพาบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน หรือมีการให้คำแนะนำโดยไม่ต้องร้องขอ เช่น การแนะนำการใช้ยา ยาลม ยาหอม การแบ่งปันยาให้ลองใช้ การจัดหาวิตามินให้ หรือบุคคลภายในครอบครัวช่วยเหลือเช่น สามี ลูก หรือเด็กในบ้านช่วยเหลือในเรื่องการนวด สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของระบบเครือข่ายในชุมชนล้านนา ทั้งที่เป็นเครือข่ายและเครือข่ายชุมชนซึ่งยังหลงเหลือให้เห็นในปัจจุบัน จากการศึกษาของฉัตรทิพย์ นาถสุภา และ พรพิไล เลิศวิชา (2541) ในชุมชนล้านนา ระบบเครือญาติที่มีเกิดขึ้นเหมือนกัน เป็นลักษณะเด่นของชุมชนล้านนา ทำให้สังคมของหมู่บ้านเป็นสังคมแบบพี่น้อง ช่วยเหลือพึ่งพา และความเอื้ออาทร นอกจากนี้ยังมีระบบ “หัววัด” ซึ่งเป็นเครือข่ายทางวัฒนธรรม ทำให้ยังมีการไปมาหาสู่ติดต่อระหว่างหมู่บ้าน ส่วนพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจะเกิดขึ้นเมื่ออาการดังกล่าวรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสตรีวัยกลางคน ซึ่งในลักษณะเช่นนี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศคือ ถ้าอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นและคิดว่าไม่รุนแรง มักจะใช้วิธีการรักษาตนเองก่อน ซึ่งครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนอาจเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนและเมื่อมีอาการรุนแรงจึงจะไปรับการรักษาจากสถานบริการ

สุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุก และอรัญญา ปุณณัน, 2530; กาญจน์ สิทธิวงศ์ และสุริพร กมลพัฒนานุกุล, 2540; Kleinman, 1984)

การประเมินประสิทธิภาพของวิธีการปฏิบัติการรักษาของสตรีในชุมชนล้านนา จะอาศัยประสบการณ์ของตนเป็นเครื่องชี้วัด เช่น อาการเจ็บปวดหรืออาการผื่นคันบรรเทาลง รู้สึกผ่อนคลาย เมื่อพิจารณาวิธีการที่ถือปฏิบัติแล้วบางกรณี เช่น การใช้ “ยาหอม” ละลายน้ำรับประทาน มักเป็นที่นิยมของสตรีที่มีอาการ “เมาหัว” “ใจไม่ดี” “บ่ค่อยม่วน” “แน่นหน้าอก” ยาหอมดังกล่าวมีที่มาจากหลายแหล่ง เช่น ร้านขายยาทั่วไป วัดต่าง ๆ หรือจากญาติ เพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จัก ซึ่งบางครั้งมีได้อยู่ในชุมชน ดังเช่น ยาสมุนไพรจีน ซึ่งเป็นยาปรับธาตุทั้ง 5 ทำให้ไม่เกิดอาการเจ็บป่วยใดๆ ในช่วงวัยกลางคน เป็นยาสมุนไพรที่มาจากประเทศจีน หรืออาจมีวิธีปฏิบัติในลักษณะกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาและต้องเปิดเผยร่างกาย เช่น การนวดเพื่อรักษาอาการปวดตามร่างกาย ส่วนใหญ่นิยมการนวดแผนโบราณหรือการนวดแบบไทยซึ่งเป็นการนวดทั้งตัว ร่วมไปกับการใช้ลูกประคบ การอบสมุนไพร หรือ การอบไอน้ำ ซึ่งในปัจจุบันนี้ถึงแม้ว่าจะมีตู้อบสมุนไพรสำเร็จรูปวางขายโดยทั่วไป แต่ไม่มีผู้ใดกล่าวถึงวิธีการอบสมุนไพรด้วยตนเอง มีแต่การใช้บริการตามสถานบริการต่างๆ และเป็นสถานบริการที่เชื่อถือว่า “สะอาด” กล่าวคือ ไม่มีผู้ที่ป่วยเป็นโรคต่างๆ ไปใช้บริการ ลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวอาจมาจากอิทธิพลของพุทธศาสนาที่ให้การทดลองและสังเกตก่อนการเชื่อและศรัทธา (พุทธศาสนิก, 2529) เนื่องจากลักษณะความเชื่อของประชาชนในชุมชนล้านนาเป็นในลักษณะความเชื่อผีและนับถือศาสนาพุทธ (ฉัตรทิพย์ นาถสุภาและพรพิไล เลิศวิชา, 2541)

กรณีอาการที่เกิดขึ้นรุนแรง รบกวนการดำเนินชีวิตและสตรีวัยกลางคนเกรงว่าจะเป็นโรคร้ายแรง จะแก้ไขโดยไปขอรับการตรวจรักษาจากสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และคลินิกแพทย์เอกชน พบว่าหากการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าวไม่ได้ผล เช่น มีอาการบวมรักษาแล้วไม่หาย ข้อติด เป็นต้น ก็จะไปรับการรักษาตามแบบพื้นบ้าน พฤติกรรมเช่นนี้เป็นไปตามแนวคิดของโคลน์แมน (1984) กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการจากภาควิชาชีพแล้ว หากความเจ็บป่วยดังกล่าวไม่หายก็จะแสวงหาการรักษาจากภาควิชาชีพอื่น หรือหันกลับไปใช้บริการของหมอพื้นบ้าน และสอดคล้องกับข้อสังเกตของสุรเกียรติ์ อาชานภาพ (2529) คือผู้ป่วยที่ไปรับบริการกับ “หมอไสยศาสตร์” ส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่เคยรับบริการรักษาจากโรงพยาบาลมาก่อนแต่ไม่หาย

การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ สตรีวัยกลางคนใช้ชีวิตจิตใจให้สงบ พุดคุยกับเพื่อนไม่เก็บตัว ทำงานอดิเรกที่ชอบ ฝึกสมาธิ และเข้าวัดหรือเปิดโทรทัศน์ ฟังธรรมะ หรือใช้วิธีหลบไปอยู่ในสถานที่ที่เงียบสงบตามลำพัง เมื่อรู้สึกดีขึ้นจึงกลับบ้าน กิจกรรมการบรรเทาอาการทางจิตอารมณ์ของสตรีวัยกลางคนที่ศึกษา แสดงให้เห็นถึงความพยายามใช้เครือข่ายทางสังคมในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ร่วมไปกับการทำกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของเครือข่ายทางสังคมและศาสนาในชุมชนที่มีอิทธิพลต่อสตรีวัยกลางคน ซึ่งถ้าหากมีการสนับสนุนให้เครือข่ายทางสังคมตลอดจนศาสนาในท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและมีความเข้าใจในปัญหาด้านสุขภาพของสตรีวัยกลางคนตลอดจนมีแนวทางการ

แก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น การตอบสนองความต้องการด้านจิตอารมณ์ของสตรีวัยกลางคนจะสามารถดำเนินในลักษณะเชิงรุกได้ แทนที่จะมีบทบาทการตอบสนองในเชิงรับเหมือนดังเช่นปัจจุบัน

ถึงแม้สตรีวัยกลางคนผู้ให้ข้อมูลไม่มีแนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แต่สามารถระบุวิธีปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีให้ชัดเจนได้ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในปริมาณที่พอดี การออกกำลังกาย การทำงานที่ต้องออกแรง การปรับตัวปรับใจ หรือ “การทำใจ” รวมทั้งการใช้สารเสริมหรือยาบำรุง สตรีผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนดังที่ได้รับ เช่น สตรีบางรายไม่ได้ดื่มนมและน้ำเต้าหู้เป็นประจำ ด้วยเหตุผลว่าไม่ชอบรส กลิ่น หรือไม่มีจำหน่ายในชุมชน การไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลา ต้องใช้เวลาสำหรับทำงานหารายได้ การไม่รับประทานสารเสริมอาหาร เนื่องจากเข้าใจว่าสารเสริมอาหารเหล่านั้นคืออาหารเสริมราคาแพงที่โฆษณาชวนเชื่อในสื่อมวลชนเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่นำเสนอโดยผู้ให้บริการในภาควิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่ได้คำนึงถึงพื้นฐานด้านวัฒนธรรมประเพณีของสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนา กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหลายอย่างมีที่มาจากต่างแดน เช่น การดื่มนม การเดินแอโรบิค มาจากประเทศตะวันตกและเป็นที่ยอมรับในกลุ่มชนชั้นกลางที่มีการศึกษา น้ำเต้าหู้ การร่ำรวยเงินเป็นวัฒนธรรมของชาวจีน เป็นสิ่งที่สตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนาหลายคนไม่สามารถยอมรับได้ ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อและมีแบบแผนการดำรงชีวิตในแบบเดิมคือนับถือผี ศาสนาพุทธยังคงมีอิทธิพลสำหรับสตรีในวัยนี้ (ฉัตรทิพย์ นาถสุภาและพรพิไล เลิศวิชา, 2541) การแนะนำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีวัยนี้ในล้านนา จึงควรพิจารณาแบบแผนความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชนล้านนาเป็นหลัก มากกว่าการให้คำแนะนำโดยอาศัยองค์ความรู้ที่นำเข้ามาจากแหล่งอื่นโดยไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเชื่อ สำหรับการรับประทานสารเสริมอาหารนั้น สตรีวัยกลางคนที่ศึกษาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้จากสื่อสารมวลชน ซึ่งเน้นผลในเชิงธุรกิจเป็นหลัก จึงทำให้เกิดการแปลความว่าสารเสริมคืออาหารที่นำเสนอในสื่อสารมวลชนเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสื่อสารมวลชนโดยเฉพาะโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์รายวันมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากโลกภายนอกชุมชนล้านนาสำหรับสตรีวัยกลางคน การให้ข้อมูลที่ถูกต้องร่วมกับวิธีการนำเสนอด้วยสื่อที่แรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นประเด็นที่ผู้รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีนำไปพิจารณา เพื่อจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับสตรีวัยกลางคนในชุมชนล้านนาสืบไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลวิจัยไปใช้ในการพิจารณาการจัดระบบการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

1.1. ควรมีการให้สุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีวัยกลางคนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ จากการเป็นผู้รับบริการเป็นการพึ่งพาตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างแนวคิด “สุขภาพ เป็นความรับผิดชอบของทุกคน” ให้เกิดขึ้นในวัยกลางคน

1.2. การแนะนำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวันควรปรับให้เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนววิถีชีวิตประจำวันของสตรีวัยกลางคน เช่น การเสริมสารอาหารในอาหารพื้นบ้านที่สตรีเหล่านี้รับประทานอยู่เป็นประจำ วิธีการออกกำลังกายที่สามารถสอดแทรกในการทำงานประจำวัน เป็นต้น

1.3. ควรจัดบริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงการใช้สารเสริมอาหารที่ประชาสัมพันธ์ในสื่อมวลชน เพื่อให้เกิดการเลือกใช้ที่ถูกต้อง อาจเป็นในลักษณะของการให้ข้อมูลทางสื่อมวลชน แผ่นปลิว บริการถาม-ตอบทางโทรศัพท์

1.4. การจัดบริการตรวจสุขภาพและให้คำแนะนำตามสถานที่ ที่กลุ่มสตรีวัยกลางคนพบปะกันเป็นประจำ เช่น ตลาด ร้านทำผม ฯลฯ เพื่อเปิดโอกาสให้สตรีเหล่านี้สามารถเข้ามาใช้บริการร่วมไปกับการทำกิจวัตรประจำวัน

1.5. ควรมีการจัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของรัฐให้มีทักษะในการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดชีวการแพทย์กับภูมิปัญญาพื้นบ้าน เพื่อให้บริการของรัฐสามารถให้บริการที่เป็นที่ยอมรับในเชิงวัฒนธรรมและทำให้มีการใช้บริการเพิ่มขึ้น

1.6. กระตุ้นให้มีการรวมกลุ่มของสตรีวัยกลางคนให้เกิดขึ้นในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ในลักษณะ “ self help group ” เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กรณีที่มีปัญหาเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หรือการรวมกลุ่มเพื่อการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.7. การจัด mobile screening clinic เพื่อประโยชน์ในการตรวจค้นหาโรค และให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้สตรีวัยกลางคนตระหนักในความสำคัญของการดูแลสุขภาพในวัยนี้

2. การวิจัยในอนาคต

2.1 การสำรวจความต้องการการบริการสุขภาพของสตรีวัยกลางคนของแต่ละชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงกว้าง ครอบคลุมในทุกประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพ การลดภาวะเสี่ยงหรือการป้องกันโรค รวมทั้งการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกที่สตรีสามารถปฏิบัติได้ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.2. การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนโดยใช้การวิจัยอย่างมีส่วนร่วม โดยสตรีวัยกลางคนและนักวิจัยซึ่งเป็นตัวแทนทีมสุขภาพ ทำงานร่วมกันในการระบุปัญหา ความต้องการ แล้วหาแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กฤตยา อาชวนิจกุล พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. (2539). รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 3 – 8.

กองอนามัยครอบครัว. (2539). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.

กาญจณี ลิทธิวงศ์ และสุรีพร กมลพัฒนานุกุล. (2540). การดูแลรักษาสุขภาพตนเองของประชาชนในชนบท. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(3), 30-37.

กิตติพร วีรสฤীগูล และ ยุพิน วีรสฤীগูล. (2540). ภูมิศาสตร์ท้องที่เขวภาคเหนือ. กรุงเทพฯ: ยุพินพร.

คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (ม.ป.ป.). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (ม.ป.ป.). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (ม.ป.ป.). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2539). ผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ จัดโดยเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ ณ โรงแรมเอสดีอเวนิว วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539

ฉลาดชาย รมิตานนท์ และอานันท์ กาญจนพันธุ์ (2534). มนุษยวิทยาการแพทย์กับความเชื่อและพิธีกรรมกับการรักษาพยาบาลในล้านนา (ตอนที่ 1). ใน สายสมร สร้อยอินตะ (บรรณาธิการ). เอกสารรวมบทความจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการล้านนาคดีศึกษา: โลกทัศน์ล้านนา (หน้า 36-68). ณ ศูนย์วัฒนธรรม จังหวัดเชียงใหม่ วิทยาลัยครูเชียงใหม่สท วิทยาลัยล้านนา

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และ พรพิไล เลิศวิชา (2541). วัฒนธรรมหมู่บ้านไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สร้างสรรค์

เบญจา ยอดดำเนิน. (2526). ความเชื่อและการบริโภคนิสัยของประชาชนในภาคเหนือของประเทศไทย. ใน เบญจา ยอดดำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคม มานุษยวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์

ประวัติโรงพยาบาลแมคคอร์มิค. (2543). จาก <http://www.payap.ac.th/~mchosp/>.

ปิ่นททัย ศุภเมธาพร. (2539). สถานการณ์สุขภาพผู้หญิงไทย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 9 - 19.

พฤทธิพล สุขป้อม. (มปป). วิธีสุขภาพกับการแพทย์แผนไทย. ใน หมอเมือง. เอกสารแนะนำชมรมหมอเมืองเชียงใหม่.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรัญญา ปุรณัน. (2530). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท: กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรัญญา ปุรณัน.(บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเองที่สะท้อนทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด

เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ. (2537). พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก

มักเค, ม. (Muecke, M.) (เขียน) ลภาพรรณ พันธุ์พัฒน์ (แปล). (2526). โรคลมของชาวเหนือกับการแพทย์แผนปัจจุบัน. ใน เบญจา ยอดดำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคม มานุษยวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์

รุจิรา อรรถสิทธิ์. (2532). ปัญหาและแนวทางการพัฒนาเวชกรรมไทย. รายงานการสัมมนาการแพทย์พื้นบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน ขอนแก่น:คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2540). การดูแลสุขภาพพื้นบ้านในชนบทอีสาน. ใน ชัยนต์ วรรณะภูติ และ ฉันทนา บรรพศิริโชติ (บรรณาธิการ). ระบบความรู้พื้นบ้านปัจจุบัน: การวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สันทนต์ เสริมศรี และ เจมส์ โรลีย์. (2517). รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักบริหารการทะเบียนจังหวัดเชียงใหม่ (2543). สถิติประชากร. จาก <http://www.moi.go.th/province/prov213/mframe.htm>.

สุด แสงวิเชียร. (2531). จุดจบของการแพทย์แผนโบราณและการเริ่มต้นของการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์, 2, 20-27.

สุพจน์ พงษ์วัน. (2540). การดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาพยาบาล. ใน ชัยนต์ วรรณะภูติ และ ฉันทนา บรรพศิริโชติ (บรรณาธิการ). ระบบความรู้พื้นบ้านปัจจุบัน: การวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2529). โสยศาสตร์กับการรักษาพยาบาล. ใน เบญจา ยอดดำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และ กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์, กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์

สุวิภา บุญยะโทตระ. (2539). ภาวะสุขภาพผู้หญิงวัยหมดประจำระดู. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 29 - 36.

- หมอมือเมืองเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). เอกสารแนะนำชมรมหมอมือเมืองเชียงใหม่.
- อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม. (2539). การหมดระดูของผู้หญิงไทย: จากภาวะธรรมชาติมาสู่การเป็นโรค. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 37 - 44.
- อวย เกตุสิงห์. (2529). อายุรเวทวิทยาลัย: ก้าวใหม่ของการแพทย์แบบไทยเดิม. ยากกลางบ้านที่ใช้ได้ผล (หน้า 13 - 59). กรุงเทพฯ: เอดิชั่นเพรสโปรดักส์จำกัด
- อวยพร ตันมยุขกุล. (2539). สุขภาพและการพยาบาลแบบองค์รวม ใน โครงการเครือข่ายเพื่อสุขภาพผู้หญิง. ร่างกายของเรา ตัวตนของเรา. เชียงใหม่: โครงการเครือข่ายเพื่อสุขภาพผู้หญิง หนังสือแปลจาก Boston Women's Health Book. (1992). Our bodies ourselves.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2539). ผู้หญิงกับการบริการสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ จัดโดยเครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ ณ โรงแรมเอส. ดี. อเวนิว กรุงเทพมหานคร ในวันที่ 13 - 14 มิถุนายน 2539
- CIA World Factbook Report on Thai . (2000). Available: <http://www.Bangkok.com/misc/factbook/shtml>.
- Downie, R. S.; Tannahill, C.; & Tannahill, A. (1996). **Health promotion: Models and values**. London: Oxford University Press.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). **Health promotion planning: An educational and environmental approach (2nd ed.)**. London: Mayfield.
- Kasl & Cobb. (1966) . Health behavior, illness behavior and sick role behavior. **Archives of Environmental Health** 12,244-262.
- Kleinman, A. (1980). **Patients and healers in the context of culture** (p.50). London: University of California Press.
- Ministry of Public Health. (1997). **Health in Thailand**. Bangkok: The Veteran Press.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice (3rd ed.)**. Connecticut: Apple & Lange.
- WHO. (1984). **Health promotion: A discussion**. Document on the concepts and principles. WHO Regional office for Europe, Copenhagen.
- WHO. (1986). **Ottawa Charter for Health promotion**. An International conference on Health Promotion, November 1986. WHO Regional office for Europe, Copenhagen.

ภาคผนวก

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ให้คำแนะนำ/ผู้ให้บริการ

1. ทำไมจึงให้บริการอย่างนี้ ทำมานานหรือยัง
2. เรียนรู้มาจากไหน มีครูหรือไม่
วิธีการเหล่านี้มาจากใคร วิธีการอย่างไรบ้าง
3. เชื่อว่าจะเกิดผลดีอย่างไร เหตุผลเพราะอะไร
4. ส่วนใหญ่ผู้ที่มาใช้บริการเป็นใคร
เพราะอะไร
5. บริการที่ให้ มีอะไรบ้าง ทำอย่างไร
ทำเหมือนกันทุกคนหรือไม่
ใช้หลักอะไรในการพิจารณา
6. กิจกรรมนี้จะถ่ายทอดให้ใครต่อหรือไม่ ให้ใคร
หรือ จะทำอะไรเพิ่มเติมจากนี้หรือไม่
7. การคิดค่าบริการอย่างไร
เท่ากันทุกคนหรือไม่
8. ปัญหา อุปสรรค/ความสำเร็จ
9. ท่านได้มีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนอย่างไร เพราะอะไร
10. มีข้อปฏิบัติพิเศษใดหรือไม่ในการให้บริการ

ภาคผนวก ข.

แนวทางการสัมภาษณ์สตรีวัยกลางคน

1. การดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่มีผลดี/ผลเสียต่อสุขภาพ
2. สถานะทางสุขภาพกายและใจดีหรือไม่ (การประเมินสุขภาพตนเอง)
3. การที่บอกว่าสุขภาพดี ไม่ดี เป็นอย่างไร ใช้อะไรเป็นเกณฑ์ หรือเปรียบเทียบกับใคร
4. ทำอย่างไรเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น
5. ปัญหาอุปสรรคอะไรในการใช้บริการแห่งนี้
6. ใครมีส่วนช่วยให้สุขภาพของสตรีวัยกลางคนดีขึ้น มีใครบ้าง
7. ต้องการให้มีบริการอะไรบ้างที่จะช่วยให้มีสุขภาพกายและใจดีขึ้น
8. เพราะเหตุใดจึงมาใช้บริการนี้ ใครเป็นคนแนะนำ หรือได้ข้อมูลมาจากไหน ใช้บริการแล้วรู้สึกอย่างไร ใช้งานมาแล้วหรือยัง ใช้อยู่แค่ไหน ท่านจะแนะนำคนอื่นมาใช้บริการหรือไม่ เพราะอะไร
9. ก่อนหน้านี้ได้ไปใช้บริการ ทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ ยังคงใช้อยู่ หรือเลิกใช้แล้ว เหตุผลเพราะอะไร
10. อยากให้สถานบริการปรับปรุงอะไรเพิ่มเติม
11. ปัจจุบันใช้บริการอื่น ๆ นอกเหนือจากการใช้บริการที่นี่หรือไม่ ถ้าใช้อยู่เพราะอะไร ไม่ใช้เพราะอะไร

แนวทางการสนทนากลุ่มสตรี

1. สตรีวัยกลางคนทำอะไรบ้าง โดยทั่วไป เพื่อให้สุขภาพดี
2. ตัวเองได้ทำอะไรบ้าง/ทำอะไร เพราะอะไร
3. อะไรบ้างที่ทำให้สตรีวัยกลางคนไม่สุขกายสุขใจ
4. สตรีวัยกลางคนที่จะมีสุขภาพดีควรจะเป็นอย่างไร
5. ถ้าจะให้สตรีวัยกลางคนมีสุขภาพดี จะต้องทำตัวอย่างไรบ้าง
6. สตรีวัยกลางคนที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพทั้งกายและใจเขาทำตัวอย่างไรบ้าง
7. ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้สตรีวัยกลางคนไม่สามารถปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดี เพราะอะไร
8. อยากให้มีบริการอะไรบ้างที่จะช่วยให้สตรีวัยกลางคนมีสุขภาพดีขึ้น
9. รู้ไหมว่ามีแหล่งให้บริการที่ไหนบ้างที่จะช่วยทำให้มีสุขภาพกายและใจดีขึ้น
10. ใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการทำให้มีสุขภาพที่ดี

ภาคผนวก ง

แนวทางการสนทนากลุ่มผู้รับบริการ

1. ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร
2. วิธีการส่งเสริมสุขภาพตนเองเป็นอย่างไร
3. ทำไมจึงเลือกใช้วิธีการดังกล่าวในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับตนเองและทำไมไม่ใช้วิธีการอื่น
4. มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการเลือกใช้วิธีการดังกล่าว
5. แหล่งบริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนมีอะไรบ้าง
6. ทราบแหล่งบริการนั้น ๆ ได้อย่างไร รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างไร
7. ความคิดเห็นต่อบริการที่ได้รับ ควรมีการปรับปรุงอย่างไร จะมีส่วนในการปรับปรุงอย่างไร
8. อยากได้บริการการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะใดบ้าง

ภาคผนวก จ

คณะผู้วิจัย

1. อาจารย์ ดร. อวยพร ตันมุขกุล
ภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวพรรณณ จันทร์ประสิทธิ์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สัจจิตรา เทียนสวัสดิ์
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารุณี ฟองแก้ว
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่