

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของญาติในการใช้ภูมิปัญญาตะวันออก เพื่อการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ ตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาตะวันออกในการบำบัดเยียวยาผู้ป่วย
2. ภูมิปัญญาตะวันออกที่สำคัญ
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต
4. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยวิกฤตตามแนวภูมิปัญญาตะวันออก
5. แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาตะวันออกในการบำบัดเยียวยาผู้ป่วย

ในช่วงนี้หลายคนจะได้ยินคำว่า ภูมิปัญญาตะวันออก (eastern wisdom) การแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) การแพทย์แบบผสมผสาน (complementary medicine) หรือศัพท์อื่น ๆ เกี่ยวกับการแพทย์ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน จนบางท่านอาจเกิดความสับสน จริง ๆ แล้วคำต่าง ๆ เหล่านี้เป็นคำที่ตั้งขึ้นมาเพื่อใช้เรียกการแพทย์แบบอื่น ๆ นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์ตะวันตก (western medicine) นั่นเอง แต่อาจจะเรียกแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสถานที่ ความนิยม และวัตถุประสงค์การใช้ และความหมายก็อาจจะแตกต่างกันไปบ้างตามวิธีการใช้ เช่น หากใช้ควบคู่กับการรักษาแผนหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน จะเรียกว่าการแพทย์ผสมผสาน แต่หากเลือกใช้แทนการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันก็จะเรียกการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า การแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้หมด อีกทั้งเป็นระบบการแพทย์ที่มีราคาแพง ต้องพึ่งเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์จากต่างประเทศ จึงเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ดังนั้น จึงมีการกลับไปศึกษาภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพ ศึกษาสิ่งที่ยังเหมาะสมกับยุคสมัยมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในสถานการณ์จริงของชุมชน (จิราภรณ์, 2545) การปิดกั้นการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) คงทำได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเช่นประเทศไทย (เพ็ญญา และคณะ, 2542)

1. ความหมาย

การบำบัดเยียวยาตามแนวภูมิปัญญาตะวันออกของผู้ป่วยในปัจจุบันถือเป็นการเพิ่มทางเลือก หรือเปิดโอกาสสำหรับการบำบัดเยียวยา นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของการแพทย์ทางเลือกได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากวิธีการที่ใช้ในการดูแลรักษาของการแพทย์ทางเลือกมีหลากหลาย ทั้งการบำบัดเยียวยาทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (สุขจันทร์, 2545) โซลแมน และวิกเคอร์ (Zollman & Vickers, 1999 อ้างตาม เพชรน้อย, 2543) กล่าวว่า สุขภาพทางเลือกเป็นศัพท์ที่ใช้ในประเทศแถบประเทศอเมริกาโดยให้ความหมายว่าเป็นเทคนิควิธีการแพทย์หรือการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่เป็นการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน (conventional or allopathic medicine) เทคนิคเหล่านี้มีลักษณะ "ไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง (non-invasive) หรือไม่ใช่เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี (non-pharmaceutical)" ส่วนใหญ่มีแนวคิดที่ว่า "สุขภาพทางเลือก" เป็นการเสริมหรือชดเชยส่วนที่ระบบการแพทย์อื่นขาดไปหรือไม่สมบูรณ์ ซึ่งการเสริมหรือชดเชยนี้นิยมเรียกว่า "complementary and alternative medicine (CAM)" โดยจุดเด่นของศาสตร์สุขภาพทางเลือกส่วนใหญ่คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

สำหรับในประเทศไทย มีการบำบัดเยียวยาตามแนวภูมิปัญญาตะวันออกมานานหลายร้อยปีมาแล้ว เช่น อายุรเวท สมุนไพรไทย โยคะ การอยู่ไฟ ฝึกสมาธิหรือ ปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน เป็นต้น ซึ่งวิธีการดูแลสุขภาพดังกล่าวมีแหล่งกำเนิดมาจากแถบซีกโลกตะวันออก จึงมีการเรียกวิธีการดูแลสุขภาพเหล่านั้นว่าเป็นภูมิปัญญาตะวันออก ภูมิปัญญาตะวันออกที่ใช้ในประเทศไทย เป็นภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง ภูมิปัญญาจีน ภูมิปัญญาอินเดีย (อายุรเวท-ayurveda) ภูมิปัญญาพุทธ และภูมิปัญญาพื้นบ้านอื่น ๆ

ภูมิปัญญา (wisdom) หมายถึง ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจน ที่กลุ่มชนได้จากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ใน การปรับตัวและดำรงชีพในระบบนิเวศน์ (เอกวิทย์, 2540) ซึ่งอาจเป็นการเรียนรู้และมีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การเรียนรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากผู้ใหญ่ หรือจากการสืบทอดต่อ ๆ กันมา จนกลายเป็นการยอมรับกันทั่วไป (รังสิยา, 2543)

ดังนั้น ภูมิปัญญาตะวันออก (eastern wisdom) หมายถึง ปรัชญา แนวความคิด และวิธีการปฏิบัติในการดำรงชีวิตที่มีการสั่งสม ถ่ายทอด บูรณาการสืบทอดกันมาของชาวตะวันออก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ มาแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และจะยังมีสืบทอดไปในอนาคต โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ ไม่หยุดนิ่งตายตัว มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาอยู่ตลอดเวลาอย่างประสาน

สอดคล้องกับธรรมชาติบนพื้นฐานของวัฒนธรรม เน้นความสำคัญของคุณธรรมและจริยธรรมมากกว่าวัตถุธรรม และเชื่อมโยงไปสู่พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ, 2543)

ส่วนคำว่า การแพทย์ผสมผสานหมายถึง แนวทางการรักษาสุขภาพ หรือรักษาโรคที่ใช้ร่วมกับ การรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การใช้การบำบัดด้วยกลิ่นหอมเพื่อผ่อนคลาย และลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด การใช้สมมติลดปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี เป็นต้น และการแพทย์ทางเลือกหมายถึงแนวทางการรักษาสุขภาพ หรือรักษาโรคที่ผู้ป่วยเลือกใช้แทนการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ใช้การปฏิบัติตามแนวชีวิต หรือการทำสมาธิเพื่อรักษา มะเร็ง แทนการฉายแสงหรือให้เคมีบำบัด (National institutes of health, 2003) จะเห็นได้ว่าทั้งการแพทย์ผสมผสาน และการแพทย์ทางเลือกนั้น จะเป็นวิธีการรักษาที่นอกเหนือไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งโดยภาพรวมจะหมายถึงการรักษาตามแนวทางการแพทย์ตะวันออก หรือภูมิปัญญาตะวันออกนั่นเอง

2. คำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่านอกจากคำว่า "ภูมิปัญญาตะวันออก" ซึ่งใช้เรียกแนวทางการรักษาที่นอกเหนือไปจากการแพทย์ตะวันตกแล้ว ในสังคมไทยซึ่งมีหลากหลายภูมิภาคและวัฒนธรรม โดยเฉพาะสังคมชนบท ซึ่งพึ่งพาภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสุขภาพมากกว่าสังคมเมือง ทำให้มีคำศัพท์ที่ใช้เรียกการแพทย์ลักษณะนี้อีกมากมาย ตามแหล่งที่มา หรือลักษณะของการปฏิบัติ (คณะเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2546; เพ็ญญา, 2542) เช่น

2.1 รูปแบบการรักษาของชาวบ้าน โดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ที่ได้มีการปฏิบัติกันมาภายในครัวเรือน เป็นลักษณะการรักษาตนเองโดยเฉพาะ อาจไม่เหมือนใคร แต่ขณะเดียวกันอาจแพร่หลายในหมู่ญาติ เป็นยาประจำตระกูล ทั้งนี้รวมถึงยาแผนปัจจุบันด้วย

2.2 การแพทย์พื้นบ้าน (folk medicine หรือ popular medicine) เป็นวิธีการรักษาพื้นบ้านที่อาศัยประสบการณ์ของชุมชนที่ได้รับการสั่งสมและสืบทอดจากบรรพบุรุษ จะมีความหลากหลายแตกต่างไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์ มีขอบเขตที่กว้างกว่าคำแรก

2.3 การแพทย์แผนโบราณ (traditional medicineหรือ indigenous medicine) เป็นระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของทุกสังคมที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของความรู้และการฝึกปฏิบัติในการวินิจฉัย ป้องกัน และบำบัดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ มีการใช้ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เป็นระบบแบบแผน มีการสืบทอดความรู้และอาศัยประสบการณ์ โดยการถ่ายทอดจาก

บรรพบุรุษ โดยการบันทึกไว้ในคัมภีร์หรือตำราแบบเก่า และโดยวิธีการบอกเล่า ส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนโบราณสังเคราะห์มาจากการแพทย์พื้นบ้าน อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคและลักษณะของวัฒนธรรม

2.4 การแพทย์แผนไทย (thai traditional medicine) เป็นศัพท์ที่นิยมใช้เรียกแทนการแพทย์แผนโบราณ เพื่อให้มีความชัดเจนว่าเป็นระบบการแพทย์ที่กำเนิดมาช้านานและสอดคล้องกับความต้องการที่จะยกฐานะการแพทย์แผนไทย โดยการเรียกขานเช่นเดียวกับการแพทย์แผนจีน (chinese medicine) อายุรเวท (ayurvedic medicine) ของอินเดีย เหตุผลที่ต้องการยกเลิกคำว่า "โบราณ" เพราะมีความหมายที่อาจขัดต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย และเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการพัฒนาให้การแพทย์แผนไทยให้เป็นที่รู้จักและยอมรับต่อไปส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทยได้สังเคราะห์มาจากการแพทย์พื้นบ้าน

2.5 การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือการแพทย์อายุรเวท (applied Thai traditional medicine) คือ แพทย์แผนโบราณประยุกต์ที่ประกอบด้วยองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยโรคมีความแม่นยำมากขึ้น ส่วนวิธีการรักษาเป็นการใช้ยาสมุนไพร ธรรมชาติบำบัดและหัตถเวช

ดังนั้นเพื่อการศึกษาที่ครอบคลุมถึงประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาตะวันออกของญาติผู้ป่วยวิกฤตเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ใช่คำว่าภูมิปัญญาตะวันออกเพียงอย่างเดียว แต่จะเรียกตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เช่น การแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน การรักษาตามแนวความเชื่อ ฯลฯ

ภูมิปัญญาตะวันออกที่สำคัญ

วิถีชีวิตของคนไทยแต่ดั้งเดิมผูกพันอยู่กับธรรมชาติ และพึ่งพาอาศัยผลผลิตจากป่าบ้าง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมบ้าง ซึ่งล้วนผูกพันกับต้นไม้ ฝืนดิน ผลิตผลจากป่า และทรัพยากรที่มีอยู่ใกล้ตัว ความรู้เรื่องการใช้พืชเพื่อการบำบัดรักษา น่าจะเริ่มจากพรานป่าที่เฝ้าสังเกตอาการของสัตว์ป่าที่บาดเจ็บ สัตว์ป่ารู้จักวิธีรักษาตัวเองด้วยการกินต้นไม้ใบหญ้าบางชนิด พรานป่าเมื่อรู้ว่าพืชชนิดใดสัตว์ป่ากินก็นำมาทดลองกิน จนกระทั่งเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีการจดบันทึกเป็นตำรับยา โดยมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เหล่านี้ จนกลายเป็นมรดกทางภูมิปัญญาสืบทอดต่อมาจนถึงทุกวันนี้ ภาคใต้ของประเทศไทยเป็นศูนย์รวมของประชากรหลายเชื้อชาติ ศาสนา ทั้งคนไทยพุทธ ไทยมุสลิม และคนไทยเชื้อสายจีน การเป็นศูนย์รวมของชนชาติต่างวัฒนธรรมที่อาศัย

อยู่ในภาคใต้ นาน ๆ หลายชั่วคน ย่อมเก็บสะสมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภูมิปัญญาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร และยาที่มีคุณค่าแก่ร่างกายในการกินอยู่ประจำวัน โดยการถ่ายทอดบอกกล่าวต่อ ๆ มา และการได้ทดลองกินเองแล้วรับรู้ว่ามีดี ความรู้ความเข้าใจเช่นนี้ขยายขอบเขตกว้างขวางออกไปมากขึ้นสำหรับผู้สนใจ โดยเฉพาะหมอกกลางบ้าน นอกจากนั้นการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์กันระหว่างคนต่างชาติพันธุ์ เช่น ระหว่างเงาะซาไกกับคนไทยพุทธ ไทยมุสลิม ระหว่างคนจีนกับคนไทย ระหว่างคนมลายูกับคนจีน และระหว่างคนไทยภาคใต้ กับภาคอื่น ๆ ล้วนเป็นการเพิ่มพูนขยายฐานความรู้และประสบการณ์มากขึ้น จนสามารถจัดเป็นองค์ความรู้ เป็นทั้งศาสตร์ และศิลป์ (เอกวิทย์, 2540)

นอกจากการสั่งสมภูมิความรู้ภายในสังคมไทยเองแล้ว การผสมผสานแลกเปลี่ยนความรู้กับสังคมอื่น ๆ ซึ่งมีการติดต่อค้าขายกัน ก็นับเป็นกระบวนการหนึ่งในการตกผลึกภูมิปัญญา สืบทอดกันมาจนเป็นแบบแผนเฉพาะของการแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยดูเหมือนจะใกล้ชิดกับการแพทย์แบบจีนและอินเดียเป็นพิเศษ อาจเป็นการรับหรือแลกเปลี่ยนทั้งทางตรงและทางอ้อม คือ รับผ่านสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากจีนและอินเดียอีกทอดหนึ่ง (จิราภรณ์, 2545) การแพทย์แผนไทยได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากอินเดีย หลักฐานที่ยืนยันชัดเจนคือ มีรากศัพท์ทางภาษาของอินเดีย ทฤษฎีการแพทย์แบบอินเดียเน้นเกี่ยวกับทฤษฎีธาตุสี่ ประกอบด้วย ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ และของเหลว 3 ชนิดหรือไตรโทษะ (เสาวภา, 2542)

จากที่กล่าวมาในตอนต้นจะเห็นว่าภูมิปัญญาตะวันออกในการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยเป็นการแพทย์ใด ๆ ก็ตามที่ไม่ใช่การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งในขณะนี้ได้มีการแพทย์ต่าง ๆ ในประเทศไทยมากมาย ในแนวคิดภูมิปัญญาตะวันออกนี้จะขอกล่าวถึง ภูมิปัญญาด้านการแพทย์ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันที่ใช้ในแถบภาคใต้ รวมทั้งจังหวัดสงขลา ดังนี้

1. ภูมิปัญญาพุทธ

พระพุทธศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทย จากหลักฐานพระพุทธศาสนาได้เข้ามาสู่ประเทศไทยเป็นเวลานานกว่าสองพันปี ในเรื่องการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นวิถีชีวิตส่วนหนึ่งจึงมีพระพุทธศาสนาเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย ตำราแพทย์แผนโบราณในสมัยก่อนก็มีให้ศึกษากันในวัด และวัดก็ได้จัดยาสมุนไพรไว้แจกแก่ประชาชนผู้ป่วยไข้ ซึ่งดู ๆ ไปวัดจะมีลักษณะคล้ายกับโรงพยาบาล (พระมหาจรรยา, 2543)

1.1 ความเป็นมา

เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธ และจากการล่มสลายของประชากรและเคหะ ปี พ.ศ. 2543 ในจังหวัดสงขลาซึ่งเป็นจังหวัดที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าประชาชนนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 76.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) ดังนั้นวิถีชีวิตส่วนใหญ่รวมถึงแนวทางในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับพุทธศาสนา ศาสนา และวัฒนธรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการรักษาและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคล ในตำราการแพทย์แผนไทยเกือบทุกเล่มได้กล่าวยกย่องชีวกโกมารภัจจ์แพทย์ ที่ถือกันว่าเป็นแพทย์ประจำองค์พระพุทธเจ้า ว่าเป็นบรมครูทางการแพทย์แผนไทย (จิราภรณ์, 2545) คำสอนในพระพุทธศาสนามีลักษณะเฉพาะที่สามารถอธิบายความหมายของสุขภาพและธรรมชาติของสิ่งทั้งปวง ซึ่งเป็นประโยชน์และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในปัจจุบัน ตามแนวคิดเชิงพุทธคนสุขภาพและการเจ็บป่วยอยู่ภายใต้กฎของธรรมชาติที่เรียกว่า ปฏิจจสมุปบาท กฎไตรลักษณ์และกฎแห่งกรรม เป้าหมายสูงสุดของการพยาบาลคือ ความผาสุกของผู้ใช้บริการ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมแก่ความเชื่อและการนับถือศาสนา เพื่อการเยียวยารักษา และส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ (ทัศนีย์, พิสมัย และสุณี, 2544) โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยในวัฒนธรรมไทยยกย่องนับถือคน 3 ประเภท คือ พระ ครู และแพทย์ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่มีมาแต่ดั้งเดิม (พระธรรมปิฎก, 2539)

การแพทย์แผนไทย หรือเป็นที่รู้จักกันในคำว่า "การแพทย์แผนโบราณ" แต่เนื่องจากองค์กรรฐรัฐและเอกชนที่ต้องการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ ไม่ต้องการใช้คำว่า "โบราณ" จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า "แผนไทย" (จิราภรณ์, 2545) การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาพุทธ ประเภทของระบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์แผนโบราณแบ่งออกเป็น 4 ระบบย่อย ตามลักษณะสำคัญและกระบวนการรักษาพยาบาล (มะลิ และกาญจนา, 2534) คือ

1.1.1 ระบบการแพทย์แบบประสภารัตน์ เป็นระบบการแพทย์ที่ความรู้และความชำนาญในการรักษาพยาบาลเกิดจากการสะสมจากประสภารัตน์ และได้รับการถ่ายทอดต่อกันมา จึงมักไม่มีทฤษฎี หรือแนวคิดที่เป็นระบบ กระบวนการรักษามักจะพัฒนาจากท้องถิ่นของตนเองเป็นหลัก วิธีการรักษาจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นใน นับเป็นความรู้ที่เกิดจากสังคมและวัฒนธรรมของชาวบ้าน

1.1.2 ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นระบบการแพทย์ที่มองสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ฉะนั้นเพื่อความปลอดภัย มนุษย์จึงต้องเรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์แห่งอำนาจเหนือธรรมชาติ และปฏิบัติให้สอดคล้องเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

สิ่งเหนือธรรมชาติเหล่านี้มักรับรู้ในรูปของวิญญาณหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่น ผีบรรพบุรุษ ผีฟ้า ผีที่รักษาธรรมชาติ ฯลฯ

1.1.3 ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ เป็นอิทธิพลความคิด ความเชื่อจากศาสนาพราหมณ์ โดยเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ในจักรวาลล้วนแต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และเป็นไปตามวิถีของโชคชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งที่อยู่ในอิทธิพลของจักรราศี ความเจ็บป่วยก็เช่นเดียวกัน ถือเป็นเคราะห์ที่เกิดขึ้นเมื่อชีวิตได้เคลื่อนไปถึงจุดที่มันต้องเกิด และอาจรู้ล่วงหน้าได้ด้วยการคำนวณ และทำนายตามหลักโหราศาสตร์ และสามารถแก้ไขได้ด้วยการสะเดาะเคราะห์เพื่อผ่อนหนักให้เป็นเบาได้

1.1.4 ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ นับเป็นระบบการแพทย์ที่อธิบายถึงปรากฏการณ์ของร่างกายมนุษย์และความเจ็บป่วยที่เป็นระบบที่สุด โดยมีแนวคิดที่ว่า ร่างกายประกอบด้วยธาตุ 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ เมื่อใดที่ธาตุเหล่านี้อยู่ด้วยความปกติหรืออยู่ในภาวะสมดุล ร่างกายก็จะปกติ แต่เมื่อใดที่ธาตุหนึ่งธาตุใด หรือหลายธาตุเกิดการแปรปรวนไม่ปกติ ก็จะทำให้เกิดภาวะเสียสมดุล ทำให้ร่างกายเจ็บป่วย

1.2 หลักปรัชญาและแนวคิด

วิชาชีวะพยาบาลมีเป้าหมายในการบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนแบบองค์รวม คือ การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ทุกคนต้องเผชิญ มนุษย์ในทุกสมัยให้ความสนใจกับสุขภาพและการมีชีวิตที่ยืนยาว โดยพยายามหาวิธีการบำบัดรักษาสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามความรู้และความเชื่อ ที่มีรากฐานจากวัฒนธรรมและหลักศาสนา สำหรับปรัชญาแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามหลักภูมิปัญญาพุทธ ย่อมมีเรื่องของธรรมะเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งแนวคิดหลักประกอบด้วย

1.2.1 บุคคล หรือ เบญจขันธ์ มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการคือ รูปธรรม 1 ส่วน และนามธรรม 4 ส่วน (ทัศนีย์ และคณะ, 2544) ดังนี้

1.2.1.1 รูปขันธ์ (corporeality) ร่างกาย เป็นสสาร คุณสมบัติ และพฤติกรรมของบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่ารูป คือ ส่วนที่หยาบ สามารถสัมผัสและรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัส

1.2.1.2 นามขันธ์ (mental factors or mentality) พระองค์ทรงแบ่งไว้เป็น 4 ลักษณะดังนี้ วิญญาณ หรือ จิต 1 ส่วน และเจตสิกอีก 3 ส่วน ได้แก่ 1) เวทนา หมายถึง อารมณ์ความรู้สึก 2) สัญญา หมายถึง การจำได้ หมายถึงรู้ และ 3) สังขาร หมายถึง การคิดปรุงแต่ง นามขันธ์เป็นส่วนที่ละเอียดไม่สามารถมองเห็นได้ หรือวัดได้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ใน

ยุคปัจจุบัน แต่แสดงออกให้รับรู้ได้ทางอารมณ์ และความนึกคิด (พระธรรมปิฎก, 2542)

1.2.2 ไตรลักษณ์ (the common characteristics) สาระของกฎไตรลักษณ์ คือ สิ่งทั้งปวงที่มีการเกิดขึ้น จะตั้งอยู่หรือปรากฏอยู่ได้ในระยะเวลาหนึ่ง แล้วมีความเสื่อมสภาพ ไม่มีสสารใดในโลกนี้พ้นกฎธรรมชาตินี้ไปได้ เช่น เมื่อบุคคลเกิดมา มีการเจริญเติบโต มีการเสื่อมหรือชรา และตายไป

1.2.3 กฎแห่งกรรม (law of karma) เป็นกฎที่ว่าด้วยการกระทำ การกระทำดีเรียกว่า กุศลกรรม ส่วนการกระทำไม่ดีเรียกว่า อกุศลกรรม กฎแห่งกรรมเป็นกฎหนึ่งในกฎของธรรมชาติ 5 ประการที่พระพุทธเจ้าทรงตรัสไว้ คือ 1) กรรมนิยาม คือกฎแห่งกรรม หมายถึงผู้ใดทำกรรมใด ก็ได้รับผลกรรมนั้น 2) อุดุนิยาม คือ กฎแห่งฤดู หมายถึง กฎธรรมชาติที่เกี่ยวกับฤดู และอากาศ 3) พีชนิยาม คือ กฎแห่งพืช หมายถึง การสืบพันธุ์หรือการดำรงเผ่าพันธุ์ของสิ่งมีชีวิต หรือการสืบทอดลักษณะทางพันธุกรรม 4) จิตนิยาม คือ กฎแห่งจิต หมายถึง การทำงานของจิต การปรุงแต่งของจิตที่ก่อให้เกิดการกระทำทางกายและทางวาจา 5) ธรรมนิยาม คือ กฎแห่งธรรม หมายถึง กฎเกี่ยวกับเหตุและปัจจัยของสิ่งทั้งหลายที่เกิดขึ้น ดำรงอยู่ และเสื่อมสลายไป สุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลก็อยู่ภายใต้กฎธรรมชาตินี้ทั้งสิ้น การเจ็บป่วยแต่ละครั้งอาจเกิดจากกฎธรรมชาติกฎใดกฎหนึ่ง หรือเกิดจากหลายกฎร่วมกัน ส่วนปฏิจจสมุปบาท (dependent origination) หมายถึง ปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของสิ่งทั้งปวง สิ่งทั้งหลายอาศัยกันและกันเกิดขึ้น และอาศัยกันและกันดับไป ในหลักปฏิจจสมุปบาทนี้ ความไม่รู้ (อวิชชา) คือต้นเหตุของความทุกข์ โดยมีกิเลสเป็นปัจจัยทำให้ไม่รู้เท่าทันสภาพธรรมตามความเป็นจริงของชีวิต หากพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ หรือความยุ่งยากในชีวิต รวมทั้งปัญหาสุขภาพแล้ว มักมีรากฐานมาจากความไม่รู้ทั้งสิ้น

1.2.4 โพชฌงค์ 7 เป็นบทสวดสำหรับแก้โรคภัยไข้เจ็บ สำหรับสวดให้คนป่วยฟัง และถือกันมาว่ารักษาโรคได้ การถือกันแบบนี้ ก็มีคติมาจากในพระไตรปิฎก มีพุทธพจน์เป็นหลักฐาน โดยมีเรื่องว่า พระสาวกผู้ใหญ่บางองค์ คือ พระมหากัสสปะ และพระมหาโมคคัลลานะ ได้เจ็บป่วยอาพาธขึ้นมา พระพุทธเจ้าก็ทรงสาธยาย ตรัสแจกแจงหลักธรรมเรื่องโพชฌงค์ให้ฟัง แล้วพระมหากัสสปะ และพระมหาโมคคัลลานะ ก็หายจากอาพาธ แม้แต่เมื่อพระพุทธเจ้าเองประชวรก็ยังตรัสให้พระมหาจุนทะมา สาธยายโพชฌงค์ 7 ถวาย และพระพุทธองค์ก็ทรงหายจากอาพาธเช่นกัน (พระธรรมปิฎก, 2544)

สุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ของชีวิตที่อยู่ภายใต้กฎของธรรมชาติที่สามารถอธิบายได้ตามหลักปฏิจจสมุปบาท ไตรลักษณ์ และกฎแห่งกรรม ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ของ คน

สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ที่อยู่ภายใต้กฎของธรรมชาติ คือมีการเกิดขึ้น ดำรงอยู่และเสื่อมสลายไปตามกฎไตรลักษณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเหตุและปัจจัยหรือหลักปัจเจกสมุปบาทนั่นเอง บุคคลใดจะมีสุขภาพดีหรือเกิดการเจ็บป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ รวมทั้งกฎแห่งกรรมด้วย เพราะกฎแห่งกรรมคือการกระทำของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นตัวกำหนดแบบแผนในการดำเนินชีวิต

การเจ็บป่วยจะแสดงถึงความไม่สมดุลในการทำงานของรูปธรรมและนามธรรม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไปตามกฎธรรมชาติ ดังได้กล่าวแล้ว หากนำกฎดังกล่าวมาวิเคราะห์แล้วจะพบว่าต้นเหตุของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มักมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้ (ทัศนีย์ และคณะ, 2544)

1. พฤติกรรมในทางเสื่อม ตามหลักศีลธรรมของพระพุทธศาสนา เช่น การละเมิดต่อศีล 5 และกุศลกรรมบท 10 โดยการดื่มสุรา การเสพสิ่งเสพติด หรือการล่าสัตว์ทางเพศ เป็นต้น
2. การปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสุขาภิบาลไม่ดี เกิดมลภาวะทั้งทางน้ำ ทางอากาศ และดิน เป็นต้น

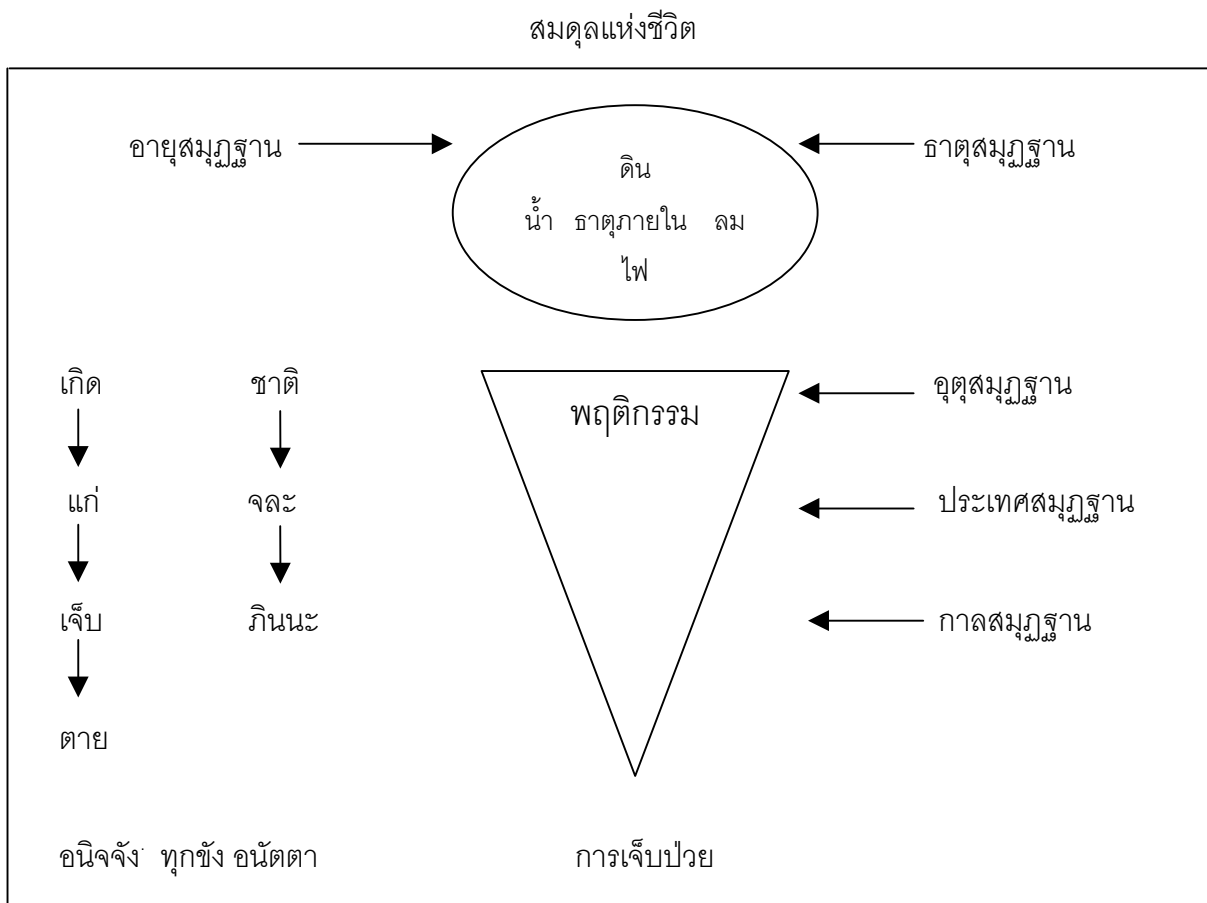
พระพุทธศาสนาองความไม่สบายว่าเป็นโรคของชีวิตทั้งหมด คำว่า "โรค" เป็นคำที่ใช้แทนคำว่า "ทุกข์" ซึ่งเป็นปัญหาของมนุษย์ ในการแก้ไขปัญหามนุษย์นั้นพระพุทธเจ้าได้ทรงวางหลักทั่วไปไว้เรียกว่า อริยสัจ 4 เป็นกระบวนการและเป็นระบบเหตุผลในการแก้ไขปัญหามนุษย์หรือบำบัดโรคของชีวิต ซึ่งมี 4 ขั้นตอน (พระธรรมปิฎก, 2544) คือ

- ขั้นที่ 1 ตัวโรคก็คือ "ทุกข์"
- ขั้นที่ 2 การหาต้นตอ หรือสาเหตุของโรคนั้น ก็คือ "สมุทัย"
- ขั้นที่ 3 ภาวะที่หายจากโรค หรือความมีสุขภาพดี ก็คือ "นิโรธ"
- ขั้นที่ 4 การวางวิธีแก้ไขบำบัด เช่น การให้ยา ก็ได้แก่ "มรรค"

การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาพุทธ มีปรัชญาพุทธเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ตำราและการศึกษามีหลากหลาย ดังนั้นหลักปรัชญาและแนวคิดจึงขึ้นอยู่กับมุมมองของการศึกษาแต่ละท่าน เช่น ประทีป (2544) มองว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ และความเจ็บป่วยเกิดจากพลังจักรวาล ส่วนแพทย์หญิงเพ็ญนภา (2542) กล่าวถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยตามหลักการแพทย์แผนไทยว่าคือธาตุเจ้าเรือน นอกจากนั้นบางกลุ่มก็ยังมีเชื่อเกี่ยวกับเรื่องของโหราศาสตร์หรือเคราะห์กรรม คือเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากชะตากรรมของแต่ละคน แม้แต่สมาคมค้นคว้าทางจิตแห่งประเทศไทย (2541) ก็ยังกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคไว้ ว่าเกิดจากภาวะทางจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์เอง ส่วนการทำความเข้าใจสุขภาพตามแนวคิดเชิงพุทธนั้น

ผู้ศึกษาจำเป็นต้องศึกษาเรื่องกฎของธรรมชาติที่พระพุทธเจ้าทรงค้นพบ ได้แก่ บุคคลหรือชั้น 5 (เบญจขันธ์) ไตรลักษณ์ กฎแห่งกรรม และปัจจุสมุปบาท (ทัศนีย์ และคณะ, 2544)

อย่างไรก็ตามแม้ว่ามูมมอ หรือแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะมีหลากหลายแตกต่างกัน แต่หากพิจารณาดูจะเห็นว่า หลักปรัชญาและแนวคิดใหญ่ของการแพทย์แผนไทย มาจากโครงสร้างเดียวกัน คือ สมดุลแห่งชีวิต ดังภาพที่ 1 แต่อาจจะแยกย่อยหรือนำมาศึกษากันอย่างลึกซึ้งเป็นส่วน ๆ ซึ่งหลักปรัชญาพื้นฐานโดยรวม คือ ความสมดุลและความเป็นองค์รวมของชีวิต สมดุลแห่งสุขภาพนี้สามารถอธิบายได้ว่าองค์ประกอบแต่ละส่วนล้วนแต่มีผลที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ นั่นคือการเสียสมดุลก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งหลักการของแพทย์แผนไทยก็คือ การพยายามที่จะรู้ถึงจุดอ่อนของมนุษย์ เพื่อการปรับตัวหรือปรับพฤติกรรมให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล อันจะทำให้เกิดภาวะสมดุลแห่งสุขภาพดี ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน (เพ็ญนภา, 2544)



ภาพ 1: แสดงหลักสมดุลแห่งชีวิต (เพ็ญนภา, 2544)

นอกจากนั้นแล้วองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยยังมีเรื่องของโหราศาสตร์เคราะห์กรรมด้วย โดยถือว่าความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อวิถีชีวิตไปบรรลุถึงจุดที่ชะตากรรมกำหนดไว้ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเคราะห์กรรมจึงทำนายทายทักได้ล่วงหน้าได้ด้วยการแพทย์แบบโหราศาสตร์ เมื่อมีความเจ็บป่วยที่ชาวบ้านเชื่อว่าเกิดจากเคราะห์ ญาติพี่น้องหรือผู้ป่วยก็จะไปหาหมอดำราที่เรียกแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น เช่น เรียกว่าหมอบ้าง เรียกหมอทายเลข หรือหมอดูบ้าง หมอดำราเหล่านี้ก็จะคำนวณโชคชะตาของผู้ป่วยโดยอาศัย อายุ วัน เดือน ปี เป็นสำคัญ แนวคิดโหราศาสตร์ได้กำหนด พิธีกรรมสะเดาะเคราะห์ไว้เพื่อปรับเปลี่ยนเคราะห์กรรมหรือผ่อนหนักให้เป็นเบาได้ (เสาวภา, พรทิพย์, 2538) โหราศาสตร์ทางการแพทย์ซึ่งถือว่าเป็นสังคมศาสตร์ของการแพทย์แผนไทยที่ช่วยบำบัดอาการทางจิตอีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากได้มีการกล่าวถึงเรื่องตัวเราว่าเป็นอย่างไร ครอบครัวเป็นอย่างไร รายได้ ที่อยู่อาศัย เพื่อนฝูงเป็นอย่างไร เป็นเรื่องของสังคมที่เกี่ยวข้องกับตัวเรา รวมทั้งชีวิตและความเป็นอยู่เป็นความเชื่อที่ว่ากรรมที่มีสิ่งใดกระทำ หรือเกิดขึ้นต่อบุคคลขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของอะไรนั้น มีส่วนที่เหนือวิทยาศาสตร์อีกมากมายไม่สามารถพิสูจน์ได้ แต่หลักโหราศาสตร์ให้คำตอบได้เป็นที่พอใจ (เพ็ญภา, ภัทราพร และศัญจมา, 2544) เช่น

ตนุ คือ ตัวบุคคล ลักษณะนิสัยใจคอ

กตุมภุ คือ การหมุนเวียนหรือรายได้ทุก ๆ ทางของการเงินทั้งหมด

สหัชชะ คือ เพื่อนฝูง สังคม การติดต่อ ที่อยู่อาศัย บ้านเรือน บริวาร

พันธุ คือ ทรัพย์สิน ญาติพี่น้อง การเปลี่ยนแปลง การโยกย้าย

ปุตตะ คือ การเริ่มต้นการมีบุตรหญิง ชาย ความรักลูกน้อง ผู้ได้บังคับบัญชา

อริ คือ การต่อสู้ ศัตรู อุปสรรคต่าง ๆ

ปัตตนิ คือ คู่ครอง หรือหุ้นส่วน

มรณะ คือ การสูญเสีย การตกต่ำ เสื่อมโทรม การตาย

ศุภะ คือ การกระทำดี ความก้าวหน้า การช่วยเหลือคุ้มครองการให้การสนับสนุน

กรรมะ คือ การงาน การกระทำ กิจกรรมงานทั้งหมด ธุรกิจต่าง ๆ

ลาภะ คือ การหวังผล ความมุ่งหมาย โชคลาภ ความสำเร็จผลกำไร

วินาศะ คือ การล้มละลาย ความล้มเหลว การถูกปองร้าย ความไม่ปกติ

1.3 การวินิจฉัยโรคตามหลักการแพทย์แผนไทย

การวินิจฉัยโรคตามหลักการแพทย์แผนไทยขึ้นอยู่กับลักษณะของโรค ซึ่งประกอบด้วยโรคทางกาย และโรคทางจิต/จิตวิญญาณ ในส่วนของโรคทางกายจะมีการตรวจวินิจฉัยที่เป็นวิทยาศาสตร์

ได้แก่ การชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่วนโรคทางจิต และจิตวิญญาณ การวินิจฉัยจะเป็นลักษณะของการพยากรณ์ทำนาย โดยจะใช้ความรู้ทางโหราศาสตร์

การวินิจฉัยโรคทางกายตามหลักการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย (ประทีป, 2544; มะลิ และกาญจนา, 2534)

1. การชักประวัติ: ประกอบด้วยประวัติส่วนตัว วันเวลาตกฟากแล้ว ข้อซักถามที่สำคัญที่สุดคือ มีอาการอย่างไรบ้าง เกิดอะไรก่อนและหลัง เกิดมากเวลาใด เพื่อที่จะสรุปว่าโรคที่เป็นเกิดจากการเสียสมดุลของธาตุใด
2. การตรวจร่างกาย: ได้แก่ การดูลักษณะทั่วไปว่ามีรูปร่าง บุคลิกและนิสัยไปในทางธาตุอะไร เพื่อประกอบกับการดูธาตุเจ้าเรือนหรือธาตุกำเนิด
3. การตรวจการเดินของหัวใจ: ได้แก่ การจับชีพจรตามจุดต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีการตรวจประตูลม คือการจับชีพจรที่ข้อมือเทียบกับหลังเท้าอีกด้วยเพื่อดูการเดินของเลือดลม
4. การตรวจไข้: ในอดีตใช้มือคลำ พบบอกได้บ้างว่ามีไข้หรือไม่
5. การตรวจดูอวัยวะที่ผู้ป่วยมีอาการ: เช่น ทางหู ทางตา ทางผิวหนัง และทางกระดูก ฯลฯ
6. การตรวจเส้นและโครงสร้างของร่างกาย: จะต้องมีการตรวจวัดองศาของข้อต่าง ๆ ว่าเคลื่อนไหวหรือติดขัดมากน้อยเพียงใดก่อนลงมือขนาด และเมื่อนวดเสร็จจะตรวจซ้ำเพื่อเป็นการวัดว่าเส้นเอ็นหย่อนดีแล้วหรือไม่เพียงใด

ส่วนการวินิจฉัยโรคทางจิต/จิตวิญญาณนั้นจะแตกต่างไปจากการวินิจฉัยโรคทางกาย หมอจะสามารถพยากรณ์คนไข้ว่าจะตายหรือจะรอด โดยใช้ความรู้ทางโหราศาสตร์ช่วย เช่น ถ้ามวัน เดือน ปีเกิด หรือดูลายมือประกอบในการทำนายโรคหรืออาการของโรค (เสาวภา, พรทิพย์, 2538) หมอแผนโบราณยังมีความเชื่อเกี่ยวกับนิมิตสำแดงมรณะของคนเรา ซึ่งเรียกว่า "มรณญาณสูตร" จะมีกาลมัจจุราชนปรากฏให้เห็นเป็นอาการทางศีรษะหรือฝันหรือเห็นนิมิตร้าย นิมิตทางกายเชื่อกันว่าถ้าเป็นวันใกล้จะตาย ดวงตาแข็งขาว มีดมัวเคยเห็นกลับไม่เห็น น้ำตาไม่มี คิ้วลด หน้าผากตึง หูแข็งกระด้าง และหูอื้อไม่ได้ยิน จมูกไม่รู้สึกลิ้นและคางแข็ง ริมฝีปากเปี้ยว ลิ้นหด เจริงไม่ชัดคำ ปลายมือปลายเท้าเขม่น ซักกำ เส้นชีพจรให้คลาดจากที่อยู่หรือหายไป ถ้าเป็นผู้ชายองศาชาติหุด ผู้หญิงทวารผาย ตกมูตร มีคูถสีเทาดำ ร่างกายเหม็นสาบ ตัวลั่น ทุรน ร้อน หิวหอบ ขนลุกชัน เหงื่อตก ฟันน้ำลายเหนียว จะพลันตาย (สารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542)

1.4 วิธีการปฏิบัติตามหลักการแพทย์แผนไทย

การรักษาโรคตามหลักการแพทย์แผนไทย จะประกอบด้วยพิธีกรรมที่ผสมผสานพิธีกรรมทางศาสนาเข้ามา จะเป็นในรูปแบบของการใช้เวทมนต์คาถาและบทสวดในพระไตรปิฎก การอธิษฐานหรือบนบานสานกล่าว ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางพุทธศาสนาส่วนใหญ่จะเป็นการเยียวยา รักษาทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ วิธีการรักษาโรคตามหลักการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การรักษาก็จะกระทำในลักษณะแก้ไขที่สาเหตุของการเกิดโรคนั้น ๆ เช่น ประทีป (2544) กล่าวว่าสาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากธรรมชาติเป็นตัวกำหนด การรักษาก็จะเป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสมดุลตามธรรมชาติ การปฏิบัติมีหลายลักษณะ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การนวดไทย การทำสมาธิ และอีกกลุ่มหนึ่งที่สำคัญมากทุกยุคทุกสมัยคือ โหราศาสตร์การแพทย์ซึ่งถือว่าเป็นสังคมศาสตร์ของการแพทย์แผนไทยที่ช่วยบำบัดอาการทางจิต ใช้จิตวิทยาในการให้กำลังใจ มีการแนะนำให้รอกอยและอดทนปรับจิตใจ จะเห็นได้ว่าภูมิปัญญาพุทธมีความลุ่มลึกเชื่อมโยงให้เห็นถึงการเข้าใจชีวิตแบบองค์รวม จิต กาย สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีแบบแผนการแก้ปัญหาแบบองค์รวมเช่นกัน ดังนั้นหมอโบราณจึงเป็นทั้งหมอยา หมอมนต์ หมอดู เป็นพ่อปู่ แม่ย่า รูปแบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นลักษณะของเวชศาสตร์ครอบครัว (สมาคมค้นคว้าทางจิตแห่งประเทศไทย, 2541)

แนวทางการรักษาโรคตามแนวทางการแพทย์แผนไทย มีวิธีการปฏิบัติเป็นหลักใหญ่ ๆ ดังนี้ (ประทีป, 2544)

1.4.1 การใช้สมุนไพร และการปรับพฤติกรรม: ปัจจัยซึ่งเป็นสิ่งธรรมชาติกำหนดได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล สุริยจักรวาล ความอนิจจัง การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มนุษย์จำเป็นต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับปัจจัยหรือสมมุติฐานต่าง ๆ มนุษย์จึงเลือกทางเลือก คือ การปรับตนเองด้วยการกินอาหารสมุนไพร ยาสมุนไพร และการปรับปรุงพฤติกรรม การรักษาด้วยสมุนไพร มีจุดประสงค์เพื่อปรับให้ธาตุสมดุล ซึ่งยาสมุนไพรแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ยาสมุนไพรปรับธาตุ และยาปรับธาตุตามฤดูกาล สมุนไพรดังกล่าวมีทั้งยากิน ยาประคบ ยาประสาน (ใช้ประสานแผล เส้นเอ็น กระดูกหัก โดยมากใช้น้ำมันประสาน) (เสาวภา และพรทิพย์, 2538)

1.4.2 การนวด: พฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรคทั้งปวง ให้หลีกเลี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฝืนอิริยาบถจนทำให้ร่างกายเสียสมดุลจะทำให้ธาตุทั้งสี่แปรปรวนได้ เพราะกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกเป็นธาตุดิน ซึ่งแพทย์แผนไทยว่าธาตุดินเป็นที่ตั้งแห่งกองโรคทั้งหลาย เมื่อดินเสื่อมเสียแล้วอย่างอื่นก็เสื่อมไปด้วย การแก้ไขคือการออกกำลังกาย การตัดตนด้วยท่าฤๅษีตัดตน ซึ่งเป็นวิธี

การจัดโครงสร้างให้เข้าที่ด้วยตนเอง การนวดไทยคือการแก้ไขปัญหาระดุก เส้นเอ็นพิการต่าง ๆ (ยงศักดิ์, 2541)

1.4.3 การทำสมาธิ: การทำสมาธิต่าง ๆ หลักการมีหลักการที่เรียกว่า "ธรรมานามัย"

3 ประการ คือ 1) กายานามัย เป็นการออกกำลังกาย การตัดตนด้วยตนเอง การกินอาหารให้ถูกกับธาตุและสมุฏฐานต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ มีสติในการกินและนอน 2) จิตตานามัย เป็นการฝึกสมาธิให้จิตใจเข้มแข็ง จิตมีพลังเกิดปัญญา เกิดความสงบสุข จะทำให้เกิดความต้านทานดีขึ้น 3) ชีวิตนามัย เป็นการดำรงชีวิตทางสายกลาง รักษาศีลห้าให้บริสุทธิ์ รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สมดุลไปด้วยธาตุทั้ง 4 (เพ็ญญา, ภัทราพร และคณุตมาธา, 2544) พระอาจารย์รัตน์ (อ้างตามชินโอสถ, 2542) ได้ให้ทัศนะว่า จุดมุ่งหมายหลักของตัวท่านในการสอนสมาธิภาวนาก็เพื่อให้คนมีจิตหลุดพ้น ส่วนการรักษาโรคนั้นก็ถือเป็นผลพลอยได้จากการปฏิบัติสมาธิภาวนา ดังนั้นการที่ผู้ปฏิบัติหายหรือคลายจากอาการเจ็บป่วยจึงเป็นประสบการณ์ของเขาเอง คนแก่มักจะเจ็บป่วยและกลัวตายจนนอนไม่ค่อยหลับ พอสอนให้ทำสมาธิ สวดแผ่เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา (อัปมัถญา 4) ก็นอนหลับสบายทันที อาการเจ็บป่วยก็ทุเลา หรือหายได้ด้วย

สำหรับผลการรักษาตามวิถีทางภูมิปัญญาตะวันออกที่ยังไม่ชัดเจน เช่น ไสยศาสตร์ เวทมนต์ หรือพลังอำนาจที่มองไม่เห็น และไม่สามารถพิสูจน์ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นรูปแบบในการดูแลรักษาพยาบาลตามความเชื่อ เช่น การรักษาโดยใช้เวทมนต์คาถา ซึ่งบทเนื้อหาของคาถานั้นอาจมีความหมายซ่อนอยู่ บางครั้งเป็น บทยอที่เรียกกันว่า "หัวใจของพระสูตร" หรือบทสวดที่อยู่ในหมวดพระอภิธรรมปิฎกหรือพระสูตรตันตปิฎก ในพระไตรปิฎกของพระพุทธศาสนา กล่าวกันว่าแหล่งที่มาของการถ่ายทอดคาถามาจากแหล่งสำคัญ 4 แหล่ง คือ 1) บทสวดในคัมภีร์ทางพุทธศาสนา 2) บทสวดในพิธีกรรมทางพุทธศาสนาที่อาจจะเป็นบทสวดเต็มรูปหรือบทยอก็ได้ 3) บทประพันธ์ที่พระเถระหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสมัยก่อนได้ประพันธ์ขึ้น 4) คำที่ผู้รู้หรือชาวบ้านทั่วไปคิดขึ้นเอง จากการศึกษาถึงจุดประสงค์ของคาถาทั้งหลายที่มีอยู่ในล้านนา พบว่าอาจแบ่งออกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ (รังสรรค์, 2544)

1) คาถาประเภทพุทธมนต์หรือ เพื่อการรักษาพยาบาล เป็นคาถาที่จัดเป็นประเภท "สิปปคุณ" (สลีปะคุณ) เป็นคาถา "ฝ่ายดี" ที่เป็น "พลังเย็น" ที่อ้างเอาคุณของพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ เป็นที่ตั้ง ใช้สำหรับรักษาโรคต่าง ๆ โดยมีอุปกรณ์ของขลังอื่นประกอบไปด้วย เช่น งาช้าง เขี้ยวหมูตัน เขี้ยวเสือ เป็นต้น เพราะเชื่อกันว่าสิ่งเหล่านี้มีอำนาจหรือเอาชนะพิษร้ายอื่น ๆ และประสานกับการกินน้ำมันดีก็ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือการเจ็บป่วยได้

2) คาถาประเภทมหานิยม หมายถึงให้คนอื่นรักชอบในตัวเอง โดยเฉพาะชายหนุ่ม

ทำให้หญิงสาวพอใจในผู้ใช้คาถานั้น ๆ

3) คาถาประเภทขับไล่หรือป้องกัน ใช้เสกเพื่อขับไล่สิ่งเลวร้าย หรือภูติผีปีศาจต่าง ๆ

4) คาถาประเภทใช้กระทำกับผู้อื่น เป็นคาถาที่ให้คุณและให้โทษกับผู้อื่นได้

เป็นพลัง "ฝ่ายร้อน" ซึ่งโดยมากใช้เพื่อประโยชน์ของตนเอง

นอกจากวิธีการปฏิบัติเพื่อการเยียวยา รักษาร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ดังกล่าวข้างต้น ยังมีการปฏิบัติตามความเชื่อเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น นั่นก็คือ การต่ออายุ ซึ่งอาจทำโดยพระสงฆ์ ผู้มีวิชาด้านนี้ หรือตัวผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติเองดังนี้ 1) ทรงฌานแล้วเจริญอิทธิบาท 4 ในการดำรงชีวิตอยู่ก็จะสามารถต่ออายุได้ตามกำลังสมาบัติ 2) กระทำอนันตริกรรมฝ่ายกุศลให้มาก พูดแต่สิ่งดี ทำแต่สิ่งดี ก็จะสามารถเหนี่ยวนำผลกรรมดีมาใช้ได้ (ไชย, มปป) ในอดีตวัดจะทำหน้าที่เป็นแหล่งบริการยากกลางบ้าน และรักษาพยาบาลชาวบ้าน แต่ละวัดมักจะมีพระภิกษุอาวุโสหรือไม่ก็เจ้าอาวาสเองเป็นผู้ชำนาญเรื่องยากกลางบ้าน เป็นหมอแผนโบราณและเป็นสำนักถ่ายทอดความรู้เรื่องนี้ คนป่วยส่วนใหญ่จึงไปรับการรักษาที่วัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหรือเป็นโรคจิต เพราะชาวบ้านมีความเชื่อพื้นฐานว่าโรคเช่นนั้นเกิดจากผู้ป่วยถูกผี ถูกคุณ หรือเป็นเพราะมีบาปกรรมหนัก ทั้งเชื่อต่อไปว่า ผีกลัวพระภิกษุ กลัวผ้าเหลืองของพระกลัวเวทมนตร์คาถาของผู้คงแก่เรียน และศรัทธาพระภิกษุเป็นผู้มีบุญที่ผีเกรงกลัวอำนาจบุญ และเมื่อพระภิกษุรักษาใช้ก็มักใช้ทั้งยาและพิธีกรรมที่สาธยายมนต์ประกอบ ทั้งนิยมประพรมน้ำพระพุทธมนต์ให้เพื่อเป็นสิริมงคล เหตุนี้จึงเกิดความเชื่อเรื่องการปิดเป่ารักษาไข้โดยวิธี "รดน้ำมนต์" และใช้เวทมนตร์คาถาขับไล่ผีขึ้น วิธีการเช่นนี้เมื่อหมอกกลางบ้านที่เป็นหมอวานาไปใช้ก็จะเน้นให้เชื่อการใช้เวทมนตร์คาถาเป็นสำคัญ พยายามเน้นว่าตนมีอำนาจเหนือผี จึงนำเอาเรื่องเวทมนต์ (magic) มาเป็นตัวนำ มีการ "ขับผีไล่ผี" (มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542)

1.4.4 การอธิษฐาน: ซึ่งมีวิธีการอธิษฐานอยู่หลายประเภท โดยทั่วไปคนเรามักจะอธิษฐานเพื่อตนเอง เพื่อผู้อื่น อธิษฐานเพื่อเหตุทุนและเพื่อการขอบคุณพระเจ้า (เอเธล อาร์ เนลสัน และกิตติพร, 2545) จากการศึกษาของนักวิทยาศาสตร์พบว่า การอธิษฐานทุกประเภทให้ผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้อธิษฐาน ถือเป็นอีกหนทางหนึ่งในการช่วยลดความเครียด เพราะผู้ที่อธิษฐานมีโอกาสระบายความคับข้องใจออกมา ซึ่งเป็นการลดสภาวะเครียดที่กดดันลง ถึงแม้จะเป็นช่วงสั้น ๆ ก็ตาม แต่ก็สามารถทำให้สบายใจขึ้น มีผลดีต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายสามารถกลับเข้าสู่สภาวะปกติ จึงเป็นผลดีต่อร่างกายโดยรวม เคยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการอธิษฐานของคนไข้ที่รับการรักษาในไอซียู โดยผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อธิษฐานและกลุ่มที่ไม่อธิษฐาน พบว่ากลุ่มที่อธิษฐานจะเกิดภาวะโรคแทรกซ้อนน้อยกว่า ใช้ยาน้อยกว่า และ

ระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักก็น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่อัมพาต ทำให้จึงเป็นเช่นนี้ยังไม่มีใครทราบแน่ชัด และคงพิสูจน์ได้ยาก แต่ที่แน่ ๆ คือ การอัมพาตเป็นผลที่เกิดจากความศรัทธา และมีผลดีต่อสุขภาพอย่างแน่นอน (เอเธล อาร์ เนลสัน และกิตติพร, 2545)

ถึงแม้แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติจะไม่สามารถพิสูจน์ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ได้ แต่ก็มีผู้สนใจและทำการศึกษาวิจัย เพื่อให้ได้คำตอบในข้อสงสัยบางประการ เพื่อให้การปฏิบัติเหล่านั้นเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หลุย (Louis, 1985 อ้างตาม เสาวภา, เพ็ญญา, พรทิพย์ และ มุทิตา, 2539) ศึกษาวัฒนธรรมพื้นบ้านของระบบการรักษาโรคโดยใช้ไสยศาสตร์และวิเคราะห์ตามลักษณะภูมิประเทศ วิธีการศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการแพทย์พื้นบ้านของชาวไทยที่นับถือศาสนาพุทธ และชาวมุสลิมเชื้อสายมาเลย์ในจังหวัดอยุธยา กรุงเทพฯ ปัตตานี ยะลา และสงขลา พบว่า ประเพณีการรักษาโรคด้วยไสยศาสตร์ เวทมนต์ พิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา เป็นสื่อที่มีอิทธิพลในการเข้าถึงสุขภาพ พฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดของประชากรในพื้นที่มากที่สุด โดยประชากรเชื่อว่าความเจ็บป่วยมีสาเหตุจากการกระทำผิดศีล ความโชคร้าย และความไม่แน่นอนของธรรมชาติ ทำให้ต้องถูกลงโทษจากพลังเหนือธรรมชาติ ทำให้ร่างกายเสียสมดุลเกิดการเจ็บป่วย สำหรับวิธีการรักษาที่พบแบ่งเป็น 3 ประเภทการแพทย์พื้นบ้าน 3 แบบ คือ 1) หมอยาสมุนไพร ได้แก่ อาหาร ยาสมุนไพร และการนวด 2) นักจิตบำบัดพื้นบ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นพระสงฆ์ 3) หมอไสยศาสตร์ พบในชุมชนที่อยู่ห่างไกลเมือง

มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าศาสนามีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต รายละเอียดของแต่ละศาสนาจะมีแนวทางและคำสอนที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดความแตกต่างขึ้นกับผู้ที่ยึดถือศาสนา นั้น ๆ แต่ที่แน่นอนที่สุด คือ ศาสนามีส่วนสำคัญยิ่งต่อการเพาะบ่มทั้งร่างกายและจิตใจ และให้ผลดีต่อผู้ปฏิบัติ (เอเธล อาร์ เนลสัน และกิตติพร, 2545) จิระภา และกฤตยา (2538) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดความเชื่อทางศาสนา และการรักษาโรคแผนโบราณ:กรณีศึกษาที่วัดชัยภูมิพิทักษ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้ให้บริการที่ทำการรักษาโรคโดยใช้สมุนไพร และพิธีกรรมนั้น ใช้ระบบความคิดความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติตัวที่ได้จากการสะสมสืบทอดประสบการณ์จากผู้รู้มาก่อน ซึ่งทำให้บางครั้งไม่สามารถอธิบายได้ในเชิงเหตุผล ผู้ให้บริการใช้ประสบการณ์ที่ค่อย ๆ สะสมผ่านการสังเกต ทดลองปฏิบัติเอง การรักษา การนั่งทางในร่วมกับการสั่งสอนทางพุทธศาสนา และการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากตำราตามกำลังความสามารถของตนเองเพื่อหวังให้การรักษาเกิดประสิทธิผลมากขึ้น ดังนั้นวิธีการรักษาจึงรวมไปถึงการใช้ยาสมุนไพร น้ำมันประคบกับเวทมนต์ คาถาอาคม พุทธมนต์ ซึ่งใช้เฉพาะในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย การศึกษานี้ ชี้ให้เห็นชัดถึงความ

คิด ความเชื่อทางศาสนาของผู้ให้บริการกับกระบวนการรักษาโรค โดยใช้สมุนไพรและพิธีกรรม เป็นระบบการรักษาที่มีระบบวัฒนธรรมของชุมชนเข้ามามีอิทธิพลอย่างมาก ส่วนอัจฉรา (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเยียวยาทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 40 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 92.5 ใช้หลักธรรมทางศาสนาบรรเทาความทุกข์ทรมานใจ โดยมีการปฏิบัติ 10 วิธี วิธีที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การทำพิธีทางศาสนา รองลงมาคือ การฝึกการผ่อนคลาย การอธิษฐานจิต การทบทวนความหมาย และเป้าหมายชีวิตใหม่ โดยหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้คือ การละเว้นความชั่ว การทำความดี และการทำใจให้บริสุทธิ์

กล่าวโดยสรุป การรักษาโรคทั้งหมดทั้งปวงของการแพทย์แผนไทยตามแนวภูมิปัญญา พุทธนั้น สามารถบำบัดได้ด้วยพลัง 3 ประการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างประกอบกันแล้ว แต่กรณี พลังทั้ง 3 ประการได้แก่

1. พลังธาตุ ได้แก่ ยา และอุปกรณ์การแพทย์ที่หมอใช้ทั้งหมด
2. พลังทิพย์ ได้แก่ พลังจิต และพลังของเทพพรหมทั้งหมด
3. พลังธรรม ได้แก่ พลังใจและพุทธานุภาพ ธรรมานุภาพ และสังฆานุภาพ

2. ภูมิปัญญาจีน

ภูมิปัญญาจีน หรือ การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine, TCM) เป็นศาสตร์การแพทย์ที่พัฒนามาจากประสบการณ์การรักษาหรือการดัดนรนเพื่อความอยู่รอดจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ของชาวจีนที่สะสมกันมานานเป็นระยะเวลาหลายพันปี โดยประสบการณ์และการปฏิบัติจะนำไปสู่ทฤษฎี ซึ่งเป็นพื้นฐานในการป้องกันรักษาและอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น นั่นคือ การลองผิดลองถูกและประสบการณ์นำมาซึ่งทฤษฎี ซึ่งจะแตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันที่นำผลการทดลองในห้องปฏิบัติการมาอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวตนมนุษย์ (กมลทิพย์ และคณะ, 2544)

2.1 ความเป็นมา

จากการศึกษาพบว่า การที่ชาวจีนเข้ามาสู่ภาคใต้ของไทยมีสาเหตุแตกต่างกันในแต่ละยุคสมัย และแต่ละกลุ่มชน การที่ภาคใต้ของไทยตั้งอยู่ระหว่างแหล่งอารยธรรมจีนและอินเดีย ซึ่งอยู่ในเส้นทางการค้าทางเรือมาตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ 5 ประกอบกับภาคใต้อุดมด้วยสินค้าประเภทเครื่องเทศ ของป่า และดีบุก ทำให้คนจีนเข้ามาแสวงหาโชคลาภในภาคใต้เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ครั้นถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ การเกิดภาวะการขาดแคลนแรงงานในประเทศและใน

ภาคใต้ก็ดี การเกิดภัยแห้งแล้ง และภัยทางการเมืองในประเทศจีนก็ดี ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการต่อเรือและการเดินเรือก็ดี เหล่านี้เป็นปัจจัยให้คนจีนติดต่อกับโลกภายนอกและอพยพมาสู่ ภาคใต้จำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (สุริวงษ์, ดิลก และประสิทธิ์, 2544) ชาวจีนมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดวิถีประชาและการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ภูมิปัญญาและวิธีการจัดการ ทำให้เกิดภูมิปัญญาใหม่ ๆ โดยเฉพาะภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพ หรือที่รู้จักกันในนามการแพทย์แผนจีน

2.2 หลักปรัชญาและแนวคิด

ภูมิปัญญาจีน หรือการแพทย์แผนจีน มีหลักพื้นฐานที่สำคัญอยู่ 2 ประการคือ มองร่างกายมนุษย์แบบองค์รวม (concept of holistic) และมนุษย์กับธรรมชาติมีความสัมพันธ์กัน โดยมี ทฤษฎีพื้นฐานที่สำคัญ (กมลทิพย์ และคณะ, 2544) คือ

2.2.1 หยิน - หยาง (yin - yang) ทฤษฎีหยิน-หยาง เกิดจากทฤษฎีลมปราณ ซึ่งกล่าวว่าทุกสิ่งประกอบด้วยลมปราณที่มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวแสดงออก 2 ด้านตรงข้ามกันเป็นหยิน - หยาง เช่น น้ำกับไฟ มีความสัมพันธ์ชนิดตรงข้ามกัน คือ น้ำมีคุณสมบัติเย็นไหลลงสู่ที่ต่ำจัดเป็นหยิน ไฟมีคุณสมบัติร้อนพุ่งขึ้นข้างบน จัดเป็นหยาง (โกวิท, 2544)

2.2.2 ปัญจธาตุ (five elements) เชื่อว่าวัตถุทุกชนิดในจักรวาลประกอบด้วยธาตุ 5 ชนิด คือ ไม้ ไฟ ดิน โลหะ และน้ำ ทฤษฎีปัญจธาตุแทรกไว้ด้วยทฤษฎีหยิน-หยาง ซึ่งกล่าวว่าปัญจธาตุและทุกสิ่งในโลกเกิดจากการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงของหยิน-หยาง (โกวิท, 2544)

2.2.3 สิ่งที่เป็นของร่างกาย (vital substances) : qi (อ่านว่า ฉี่) เลือด และของเหลวในร่างกาย (body fluid) สารเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต qi เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เป็นตัวที่ขับเคลื่อนหรือก่อให้เกิดการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงหรือแปรสภาพของสิ่งต่าง ๆ qi ภายในร่างกายส่วนใหญ่เกิดจากปอด ม้าม และไต ทำหน้าที่ในการ ขับเคลื่อนสิ่งต่าง ๆ เช่น การไหลเวียนโลหิต การขับถ่าย เป็นต้น ทำหน้าที่ให้ความอบอุ่นและปกป้องร่างกาย ส่วนเลือดเป็นสิ่งสำคัญที่นำอาหารไปหล่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีลักษณะเป็น หยิน ต่างจาก qi ซึ่งมีลักษณะเป็นหยาง สำหรับของเหลวในร่างกาย รวมทั้งสิ่งคัดหลั่งปกติต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น น้ำตา น้ำย่อย น้ำลาย น้ำไขข้อ เป็นต้น ของเหลวเหล่านี้ทำหน้าที่หล่อเลี้ยงและให้ความชุ่มชื้นแก่ร่างกาย

2.2.4 อวัยวะภายใน (Zang-Fu) 5 ชนิด ที่ทำหน้าที่สร้างและสะสม qi

ได้แก่ หัวใจ ปอด ม้าม ตับ และไต จัดเป็นอวัยวะประเภทหยิน (โกวิท, 2544) และอวัยวะกลวงทั้ง 6 ได้แก่ กระเพาะอาหาร ธงน้ำดี ลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก กระเพาะปัสสาวะ ซานเจียว ซึ่งอวัยวะกลวงทั้ง 6 มีหน้าที่รับ ย่อย ดูดซึม และกำจัดสิ่งต่าง ๆ ที่ร่างกายไม่ต้องการ แต่ไม่มีหน้าที่เก็บสะสมกเว้นธงน้ำดี (โครงการพัฒนาเทคนิคการทำยาสมุนไพร, 2541)

2.2.5 เส้นลมปราณ(meridian) เป็นเส้นทางเดินของ qi และเลือดภายในร่างกาย เชื่อมโยงอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ระบบเส้นลมปราณจะประกอบด้วยเส้นลมปราณหลัก 12 เส้น เส้นลมปราณพิเศษ 8 เส้น และแขนงย่อยของเส้นลมปราณเหล่านี้ เส้นลมปราณแต่ละเส้นจะมีจุดฝังเข็ม (acupoint) อยู่ จุดเหล่านี้จะมีคุณสมบัติที่ใช้เพื่อปรับ qi และเลือด หรือความผิดปกติของเส้นลมปราณ นอกจากนี้จุดฝังเข็มบางจุดมีคุณสมบัติพิเศษที่จะช่วยในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

2.3 หลักการวินิจฉัยโรคตามหลักภูมิปัญญาจีน

การแพทย์แผนปัจจุบันมีวิธีการในการวินิจฉัย คือ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ซึ่งได้แก่ ดู คำ ค่ะ ฟัง การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ส่วนภูมิปัญญาจีนมีหลักในการวินิจฉัย 4 ประการ คือ การมองดู การฟังและดมกลิ่น การถาม และการคลำ ซึ่งทำให้วิธีการวินิจฉัยบางอย่างมีความละเอียดอ่อนมากกว่า ซึ่งวิธีการตรวจวินิจฉัยที่มีลักษณะเด่นพิเศษได้แก่ การมองดู และการคลำ ดังนี้ (กมลทิพย์, วิษณุ, ขวลิต และสมชาย, 2544 ; โครงการพัฒนาเทคนิคการทำยาสมุนไพร, 2541)

การมองดู คือ การใช้ตามองทั้งตัวร่างกาย และเฉพาะแห่ง รวมทั้งดูสีหน้า อากัปกริยา ท่าทาง สภาพร่างกายและลิ้นของผู้ป่วย การสังเกตบริเวณหน้า ต้องดูสีของหน้า ซึ่งสีของหน้าสามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพโรคที่แน่นอนได้ เช่น ถ้าหน้าแดงหลังเที่ยง เยื่อบุตาแดง หายใจหยาบมีเสียงดัง เป็นปรากฏการณ์ของอาการไข้ ถ้าหน้าเขียวแสดงว่ามีอาการปวดมาก ถ้าหน้าซีดขาว เป็นอาการหนาว เป็นต้น (โครงการพัฒนาเทคนิคการทำยาสมุนไพร, 2541) สำหรับการตรวจดูลิ้น จะแบ่งลิ้นออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งจะบ่งบอกถึงสภาพของอวัยวะต่างชนิดกัน การดูลิ้นต้องดูสี และความหนา ซึ่งจะบอกถึงลักษณะและความรุนแรงของโรค ส่วนความชื้นจะบอกถึงสภาพของของเหลวภายในร่างกาย (กมลทิพย์ และคณะ, 2544)

การคลำ เป็นการจับชีพจร หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า "การแมะ" เป็นการตรวจที่มีความสำคัญมาก ซึ่งจะบอกสภาพของอวัยวะภายใน , qi และเลือด การจับชีพจรมีหลายตำแหน่ง แต่ที่นิยมและใช้บ่อยที่สุดคือ การจับหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ ซึ่งผู้ตรวจต้องใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง

และนิ้วนาง วางบริเวณข้อมือ และต้องจับชีพจรทั้งซ้าย และขวา เนื่องจากชีพจรที่ปลายนิ้วแต่ละนิ้วจะบอกถึงอวัยวะแต่ละชนิด นอกจากนี้ยังต้องดูความแรง ความเร็ว จังหวะ ความลึก ลักษณะของแรงที่มากกระทบนิ้วมือ จึงเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนพอควร เวลาจะแตะผู้ป่วยต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพนั่งหรือนอนในท่าสบาย โดยให้หัวใจและมืออยู่ในระดับเดียวกัน มือยึดตรง เอาฝ่ามือหันขึ้นขนานกับพื้น มือผู้ตรวจคว่ำ วางนิ้วกลาง นิ้วชี้ นิ้วนาง บนข้อมือด้านในของผู้ป่วย เรียกตำแหน่งที่วางนิ้วว่า ตำแหน่ง ชุ่น กวน และเฉอ ซึ่งจะบอกลักษณะของ ชีพจรได้ 3 แบบ คือ 1) แบบลอย ชีพจรลักษณะนี้เพียงแต่เอาปลายนิ้วมือแตะเบา ๆ ที่ผิวหนังเท่านั้นก็จะรู้สึก 2) แบบกลาง ใช้ปลายนิ้วกดลงให้ถึงระดับกล้ามเนื้อไม่ลึกและไม่ตื้นก็จะรู้สึก 3) แบบจม ใช้ปลายนิ้วกดหนักถึงกระดูกจนถึงขั้นกระดูกกระหวางเอ็นจึงจะรู้สึก ชีพจรปกติ คือ ชีพจรในสภาพปกติที่ร่างกายแข็งแรงมีลักษณะสำคัญ คือ ไม่ลอย ไม่จม ไม่เร็ว ไม่ช้า การหายใจ 1 ครั้งจะแตะการเต้นของชีพจรได้ 4 ครั้ง เต้นแรงสม่ำเสมอ เป็นจังหวะแน่นอน ส่วนชีพจรผู้ป่วย คือ สภาพชีพจรที่ผิดปกติเนื่องจากร่างกายเจ็บป่วย โดยทั่วไปแล้วการเกิดและพัฒนาของโรคจะสะท้อนให้เห็นได้จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันของชีพจร ผู้ป่วยที่มีโรคแตกต่างกันก็จะมีลักษณะชีพจรผิดกันไป (โครงการพัฒนาเทคนิคการทำยาสมุนไพร, 2541)

2.4 วิธีการปฏิบัติตามหลักภูมิปัญญาจีน

แพทย์จีนให้ความสำคัญกับหน้าที่ของพลังชีวิตในร่างกายมาก ดังนั้นการรักษาของการแพทย์จีนจึงมีหลักการ "ขับระบายและบำรุงไปพร้อมกัน" โดยอาจจะใช้วิธีบำรุงพลังชีวิตเป็นหลักและเสริมด้วยการขจัดพิษ หรือใช้วิธีขจัดพิษเป็นหลักเสริมด้วยการบำรุงพลังชีวิต ให้ยืดหยุ่นพลิกแพลงได้ตามสภาพอาการของผู้ป่วย ส่วนเรื่องยานั้น จากเอกสารทางการแพทย์พบว่า ยาที่จีนเคยใช้รักษาผู้ป่วยมีมากถึง 2,000 ชนิด โดยมีทั้งพืช สัตว์ ลินแร่ ฯลฯ ลักษณะของการบำบัดตามแนวการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยได้แก่ การปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับธาตุและโรค การกดจุด การฝังเข็ม การใช้สมุนไพรหรือยาจีน ฯลฯ (จักรกฤษณ์, 2545) นอกจากนี้ทฤษฎีหยิน-หยางถูกนำมาใช้ในการรักษาโรค โดยช่วยในการพิจารณาหลักการรักษาโรค และการจำแนกคุณลักษณะ รสชาติ และฤทธิ์ยา หลักการรักษาโรคจึงแตกต่างกันไปตามลักษณะของโรค และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ดังนี้(โกวิท, 2544)

2.4.1 หลักการรักษาโรคที่แก่น เป็นหลักพื้นฐานของการวินิจฉัยและรักษาตามกลุ่มอาการของภูมิปัญญาจีน เนื่องจากโรคแบ่งตามคุณลักษณะร้อน เย็น เกิน พร่อง หลักการรักษาโรคตามปกตินี้จะใช้หลักการรักษาที่มีคุณลักษณะตรงข้ามกับกลุ่มอาการของโรคคือ ถ้า

เป็นโรคที่มีแก่นแท้ภายในร้อน และแสดงอาการภายนอกร้อนจะรักษาด้วยยาที่มีคุณลักษณะเย็น เช่น กลุ่มอาการร้อนที่ส่วนนอกร่างกายใช้ยารสเผ็ดเย็นขับความร้อนออกทางเหงื่อ กลุ่มอาการร้อนที่ส่วนในร่างกายใช้ยารสขมเย็นดับความร้อน เรียกว่า "ใช้ความเย็นรักษาโรคร้อน" ถ้าเป็นโรคที่มีแก่นแท้ภายในเย็นและแสดงอาการภายนอกเย็น จะรักษาด้วยยาที่มีลักษณะอุ่นร้อน เรียกว่า "ใช้ความร้อนรักษาโรคเย็น" ถ้าเป็นโรคที่มีแก่นแท้เกินและแสดงอาการเกินจะใช้วิธีระบาย เรียก "กลุ่มอาการเกินให้ระบาย" และถ้าเป็นโรคที่มีแก่นแท้พร่องและแสดงอาการพร่อง ใช้วิธีเสริมบำรุง เรียก "กลุ่มอาการพร่องให้เสริม"

2.4.2 หลักการเสริมลมปราณด้านทานโรค และขจัดลมปราณก่อโรค ในการดำเนินโรค จะมีการต่อสู้กันระหว่างลมปราณด้านทานโรคกับลมปราณก่อโรค ถ้าลมปราณด้านทานโรคเป็นฝ่ายชนะจะทำให้โรคดีขึ้น ถ้าลมปราณก่อโรคเป็นฝ่ายชนะจะทำให้โรคแย่ลง ดังนั้น หลักในการรักษาโรค คือ เสริมลมปราณด้านทานโรคให้แข็งแรงขึ้น และขจัดลมปราณก่อโรคออกไป เพื่อให้โรค ดีขึ้น หรือหายขาด การเสริมลมปราณทำโดยการช้ำยา หรือวิธีรักษาอื่น ๆ และการบำรุงร่างกายด้วยอาหาร การฝึกฝนออกกำลังกาย ส่วนการขจัดลมปราณก่อโรค ก็ทำโดยการช้ำยาและวิธีรักษาอื่น ๆ เพื่อขจัดสาเหตุของโรคออกไป เช่น ขับออกทางเหงื่อ กระตุ้นให้อาเจียน ระบายออกทางอุจจาระ ลดความร้อน ระเหยความชื้น ย่อยระบาย เป็นต้น

2.4.3 หลักการปรับสมดุล หยิน-หยาง สาเหตุพื้นฐานของการเกิดโรค คือ หยิน-หยาง เสีย สมดุล หลักการรักษาโรคโดยการปรับหยิน-หยางกลับมาอยู่ในสมดุลถือเป็นหลักพื้นฐานของการรักษาโรคทางการแพทย์แผนจีน ประกอบด้วย

2.4.3.1 กลุ่มอาการเกินให้ระบาย เนื่องจากหยิน-หยางฟั่งพาอาศัยกัน มีผลกระทบซึ่งกันและกัน หยินเพิ่มทำให้หยางป่วย หยางเพิ่มทำให้หยินป่วย ในการรักษาปรับสมดุลระบายหยินหรือหยางที่เพิ่มสูง ควรเสริมอีกฝ่ายที่ลดลงควบคู่ไปด้วย

2.4.3.2 กลุ่มอาการพร่องให้เสริม ถ้าหยินลดลงทำให้ร้อน เป็นกลุ่มอาการร้อน-พร่อง การรักษาให้เสริมหยิน เพื่อไปควบคุมหยาง ถ้าหยางลดลงทำให้เย็น เป็นกลุ่มอาการเย็น-พร่อง การรักษาให้เสริมหยางเพื่อไปควบคุมหยิน

2.4.4 หลักการรักษาโดยคำนึงถึงเวลา สถานที่ และบุคคล การเกิดโรค การดำเนินโรค และผลลัพธ์ของโรค ได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงของลมฟ้าอากาศ สิ่งแวดล้อม สุขภาพของผู้ป่วย ในการรักษาโรคก็ต้องพิจารณาจัดการรักษาให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย เช่น ฤดูร้อน มีอากาศอบอุ่น ลมปราณหยางเพิ่มสูง ช่องใต้ผิวหนังมักเปิดออก ร่างกายถูกรุกรานจากความเย็นได้ง่าย การใช้ยาต้องระวังยารสเผ็ดร้อนที่มีฤทธิ์ขับ

แข็งอย่างแรง เพราะจะทำให้สูญเสียหยินและลมปราณ ตำราหวงตี้เน่ยจิงบันทึกไว้ว่า "ใช้ยาเย็นให้หลีกเลี่ยงเวลาอากาศหนาว ใช้ยาร้อนให้หลีกเลี่ยงเวลาอากาศร้อน"

2.4.5 หลักการแก้ไขความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะภายใน อวัยวะภายในและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน การทำหน้าที่ทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของอวัยวะภายในสามารถมีผลกระทบต่ออวัยวะอื่น ๆ การรักษาความผิดปกติของอวัยวะภายในจึงต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างอวัยวะภายในด้วย เช่น ความผิดปกติของปอด อาจเกิดจากความผิดปกติของปอดเอง หรือจากอวัยวะอื่น เช่น หัวใจ ตับ ม้าม ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

2.4.6 หลักการปรับสมดุลลมปราณและเลือด ลมปราณและเลือดเป็นวัตถุดิบพื้นฐานจำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย ลมปราณและเลือดมีหน้าที่ทางสรีรวิทยาต่างกัน แต่เกี่ยวเนื่องกัน ความผิดปกติของลมปราณและเลือดจึงมีผลกระทบซึ่งกันและกัน เช่น ถ้าลมปราณดับแผ่วชานมากเกินไปและลอยขึ้นบน จะพาเลือดไหลเวียนขึ้นไปด้วย ทำให้ไอบเป็นเลือด เลือดออกในสมอง การรักษาใช้ยาปรับการไหลเวียนของลมปราณและเลือด

หลักการรักษาโรคแต่ละวิธีข้างต้น มีหลักการที่แตกต่างกันไปบ้างขึ้นอยู่กับมุมมองของการเกิดโรค แต่ทุกวิธีล้วนมีเป้าหมายเดียวกันคือ การปรับสมดุลของร่างกาย เมื่อร่างกายเข้าสู่สมดุล โรคหรือความผิดปกติต่าง ๆ ก็จะหมดไป ซึ่งวิธีการปฏิบัติเพื่อการปรับสมดุลในส่วนที่พร่องหรือเกินนั้นมีหลายวิธี เช่น การใช้ยา หรืออาหารที่มีคุณสมบัติร้อน-เย็น (หยิน-หยาง) ตามต้องการ เพื่อให้ส่วนที่พร่องหรือเกินมีความสมดุล การให้ยาปรับการไหลเวียนเลือด การทำให้อาเจียนหรือระบายโดยการขี้ถ่าย การฝังเข็ม และการกดจุด เป็นต้น (สมประสงค์ และคมกฤษ, 2545)

3. ภูมิปัญญาอินเดีย

ภูมิปัญญาอินเดีย หรือการแพทย์อายุรเวท เป็นศาสตร์แห่งชีวิต มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอินเดีย เป็นระบบการแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดระบบหนึ่ง ซึ่งแพร่หลายไปทั้งทางตะวันออกและตะวันตก (กรรณิการ์ และสรวิสิริ, 2540) เข้าใจกันว่าการแพทย์อินเดียได้เผยแพร่เข้ามาในไทยเมื่อครั้งพระพุทธศาสนาเริ่มเผยแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทย โดยพระภิกษุที่เข้ามาทำการเผยแพร่พระพุทธศาสนาได้นำเอาความรู้ในการรักษาโรคมาใช้กับชาวบ้านด้วย (วิจิต และวิทวัส, 2539)

3.1 ความเป็นมา

อายุรเวท (ayurvedic medicine) มาจากหลักการของอินเดีย เป็นหลักการดูแล สุขภาพด้วยการบำบัดทางธรรมชาติหลายวิธี เช่น การรักษาความไม่ปกติของร่างกายโดยใช้ สมุนไพร เป็นศาสตร์การแพทย์ที่รวมองค์ความรู้ระหว่างวิทยาศาสตร์กับปรัชญาเข้าด้วยกันมี รายละเอียดครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และวิญญาณ ยึดพื้นฐานว่าร่างกายประกอบด้วย ความสมดุลของธาตุลม น้ำ และไฟ (ไตรโทษะ) ซึ่งแต่ละคนจะมีลักษณะธาตุเหล่านี้ต่างกัน (Frawley & Lad, 2000)

อายุรเวท มาจากภาษาสันสกฤตว่า อายุส แปลว่าชีวิต และเวท แปลว่า ศาสตร์ รวม แปลว่าศาสตร์แห่งชีวิต (Science of Life) อายุรเวทมีพื้นฐานจากศาสนาฮินดู (ประทีป, 2541) เป็นองค์รวมของวิชาการ ศาสนา และปรัชญา เป็นสาขาหนึ่งของพระเวท ซึ่งมีมามากกว่า 4000 ปี แล้ว โดยถือว่ามนุษย์เป็นจักรวาลย่อย (microcosmos) การมีอยู่เป็นอยู่ของแต่ละบุคคลไม่สามารถแยกได้จากจักรวาลใหญ่ (macrocosmos) ที่อยู่รอบได้ ในส่วนของสุขภาพ สุขภาพที่ดีได้แก่ การปราศจากความเจ็บป่วย และมีชีวิตอย่างสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (เฉลียว, 2537; สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ, 2546)

3.2 หลักปรัชญาและแนวคิด

ตามปรัชญาที่มีมาแต่โบราณของอินเดีย สรรพสิ่งเกิดจาก 2 สิ่งคือ ปुरुชะ (purusha, จิตสำนึก) และประกฤติ (prakruti, ธรรมชาติ แรงของการสร้างสรรพ) ประกฤติเกิดจากปुरुชะ และต่อไป ก่อให้เกิดมหัต (mahat) หรือพุทธิภาวะ (buddhi) ซึ่งหมายถึงการตื่น ความชาญฉลาด ความชาญฉลาดก่อให้เกิด ego หรืออหังการ (ahankara) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการแยกสิ่งต่างๆ จากความเป็นหนึ่งเดียว เกิดเป็น 3 คุณะ (guna) (Frawley & Lad, 2000 ; เฉลียว, 2537) คือ

- 1) สัตตวะ (sattva) หมายถึงความสว่าง ความบริสุทธิ์ การสร้างสรรค์
- 2) ราชัส (rajas) หมายถึงพลังงาน อารมณ์ การเคลื่อนไหว คุณธรรม การคุ้มครองรักษา
- 3) ตมัส (tamas) หมายถึงความเฉื่อย ถดถอย ความคงสภาพการเคลื่อนไหวสู่ สัตตวะหรือ ตมัส ต้องใช้ราชัส สัตตวะและตมัสเป็นจุดกำเนิดขององค์ประกอบพื้นฐานของสรรพสิ่ง โดยมีความสัมพันธ์กัน ทำให้มนุษย์สามารถสัมผัสกับสิ่งที่อยู่รอบได้

ในความเป็นปัจเจกบุคคล ตามหลักอายุรเวท ถือกันว่าปฐมธรรมนั้นก่อเกิดขึ้นมาจากพลังแห่งชีวิต 3 ประการ หรือเรียกว่า ทฤษฏีไตรโทษะ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการแพทย์อายุรเวท เป็น

พลังที่เราไม่อาจมองเห็นได้ ทว่าทำงานประสานอยู่กับหน้าที่ของร่างกาย (ศิขริน, 2546) ซึ่งประกอบด้วย

- 1) วาตะ คือลมชีวภาพ หมายถึงการเคลื่อนไหว ทุกสิ่งในร่างกายที่สามารถเคลื่อนไหวหรือไหลได้ เรียกว่าปราณะ (*prana*) ปราณะคือพลังชีวิต
- 2) ปิตตะ คือไฟชีวภาพ หมายถึงความร้อนทุกชนิดในร่างกาย ชนิดที่สำคัญคือ อัคนี (*agni*) อัคนีคือไฟแห่งชีวิต
- 3) กมะ คือน้ำชีวภาพ หมายถึงโครงสร้างพื้นฐานของร่างกายร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของไตรโทษะตลอด ตามช่วงวัน ฤดูกาล ตามวัย เป็นต้น เช่นวัยเด็กมีการเสริมสร้าง กมะจะเด่น วัยหนุ่มสาว ปิตตะจะเด่น และวาตะเด่นในวัยชรา ไตรโทษะต้องอยู่ในสภาวะสมดุล จึงจะมีสุขภาพที่ดี สรรพสิ่งจะมีผลต่อสมดุลของโทษะ

ตามหลักอายุรเวท ความไม่สมดุลของพลังไตรโทษะนี้ถือว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหรือปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกาย ความคิด และจิตใจ (ศิขริน, 2543) ซึ่งลักษณะของอาการเจ็บป่วยสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามชนิดของโทษะที่มีมากเกินไป (เจลีว, 2537) ดังนี้

- 1) โรคกลุ่มวาตะ มีลักษณะเย็นแห้ง เบา เช่นชุ่มผอม ปวดข้อ อาหารไม่ย่อย ท้องผูก
- 2) โรคกลุ่มปิตตะ มีลักษณะร้อน ชื้น เบา เช่นไข้ อาการอักเสบร้อนแดงที่ผิวหนัง ติดเชื้อ เจ็บคอมีแผลในกระเพาะอาหารเหม็นมากท้องเสียเลือดออกอวัยวะอาหาร
- 3) โรคกลุ่มกมะ มีลักษณะเย็น เปียกหนัก เช่นหวัด ไข้ หอบหืด หลอดลมอักเสบ มีเสม็ด เนื้องอก โรคหัวใจ

3.3 หลักการวินิจฉัยโรคตามหลักภูมิปัญญาอินเดีย

การวินิจฉัยโรคตามหลักภูมิปัญญาอินเดีย หรือการแพทย์อายุรเวท ต้องทราบกลุ่มปกติของโทษะของผู้ป่วยก่อน (กรรณิการ์ และสรรสิริ, 2540) การแพทย์สาขานี้มีหลักการจำแนกผู้ป่วยโดยการสังเกต ชักถาม สัมผัส และวิเคราะห์ชีพจร แล้วจัดผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ (แอนดรู ไวลด์, 2545) ดังกล่าวไว้ข้างต้น การวินิจฉัยจะเป็นการตรวจอาการป่วยของผู้ป่วยจากส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการเต้นของชีพจรในร่างกายของผู้ป่วย (นาทิ) ลักษณะของลิ้น (ซิหะวา) การเปล่งเสียง (ศัพท์) ผิวหนัง (สะปะฤสะ) การมองเห็น (ทะฤกะ) ลักษณะภายนอกอื่น ๆ (อกฤติ) ปัสสาวะ (มุตะระระ) และอุจจาระ (มะละระ) ซึ่งการตรวจวินิจฉัยอาการเบื้องต้นนี้ จะทำให้ผู้รักษาทราบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นหรือไม่ และเกิดจากสาเหตุอะไร (อาภรณ์, 2544)

3.4 วิธีปฏิบัติตามหลักภูมิปัญญาอินเดีย

การรักษาโรคของอายุรเวทมี 2 แนวทาง คือการรักษาทางกายและการรักษาทางจิตใจ (mantra และ yantra) (สุวิชัย, 2541 ; เฉลียว, 2537) การรักษาทางกายจะรักษาโดยใช้สมุนไพรที่เหมาะสมตามกลุ่มอาการของโรค หรือตามชนิดของโทษะ ได้แก่ โรคกลุ่มวาทะ โรคกลุ่มปิตตะ และโรคกลุ่มกษะ ส่วนการรักษาทางจิตจะเป็นความเชื่อเกี่ยวกับพลังอำนาจที่ลึกลับ รวมถึงการรักษาโรคแบบพิสดารตามตำรับโยคี ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาโรคตามหลักอายุรเวทมีดังนี้

3.4.1 การรักษาโรคทางกาย: โดยการปรับรสชาติอาหารและสมุนไพรให้เหมาะสมกับโทษะ การจัดแบ่งประเภทของพืชสมุนไพรนั้นจะอาศัยรสชาติและคุณสมบัติ ร้อน-เย็นของสมุนไพร แต่ละชนิดเป็นเกณฑ์ เช่น พืชมีคุณสมบัติร้อน แต่งว่ามีคุณสมบัติเย็น เป็นต้น วัตถุประสงค์ของการให้ยาสมุนไพรกับผู้ป่วยก็เพื่อให้ไปกระตุ้นหรือจัดการกับพลังตัวหนึ่งตัวใดใน 3 ตัวนั้น เป็นการรักษาตามกลุ่มโรคของโทษะทั้ง 3 ชนิด โดยอาศัยอิทธิพลของโทษะที่มีคุณสมบัติตรงข้ามกัน อาจจะช่วยเสริมสร้างพลังนั้นให้กล้าแข็งขึ้น หรือให้ยาที่มีคุณสมบัติตรงข้ามเพื่อบั่นทอนพลังนั้นให้อ่อนลงก็ได้ เพื่อให้เกิดความสมดุลขึ้นในร่างกาย (ธรรมทิพย์, 2541) ดังนี้

3.4.1.1 โรคกลุ่มวาทะ ธรรมชาติได้สร้างบุคคลกลุ่มวาทะให้มีลักษณะบอบบาง จึงเจ็บป่วยได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น และมีอาการมากกว่ากลุ่มปิตตะเป็น 2 เท่า และกลุ่มปิตตะก็มีอาการมากกว่ากลุ่มกษะเป็น 2 เท่า เช่นกัน โรคกลุ่มปิตตะมีลักษณะเย็น แห้ง เบา จึงใช้สมุนไพร รสหวาน เปรี้ยว เค็ม ซึ่งมีคุณสมบัติตรงข้าม คืออุ่น ชื้น และหนัก สามารถใช้สมุนไพรรสเผ็ดซึ่งมีคุณสมบัติร้อนเพื่อลดความเย็น แต่เนื่องจากรสเผ็ดมีความแห้ง จะเพิ่มวาทะ จึงให้ใช้ได้เฉพาะระยะสั้นๆ และห้ามใช้รสเผ็ดถ้ามีอาการขาดน้ำ กรณีท้องผูก ใช้ยาระบาย การรักษาโดยทำให้ อาเจียนจะเป็นการกำจัดวาทะที่แรงที่สุด (เฉลียว, 2537)

3.4.1.2 โรคกลุ่มปิตตะ บุคคลกลุ่มปิตตะนั้นจะทรงสภาพสมดุลได้ดี หากไม่ผลัดดันมุ่งมาดกับชีวิตจนเกินไป (เฉลียว, 2537) โรคกลุ่มปิตตะมีลักษณะร้อน ชื้น เบา การทำให้เย็นเป็นการรักษาอันดับแรก จะใช้สมุนไพร รสขม ผาต หวาน ซึ่งมีคุณสมบัติเย็น นอกจากนี้ เนื่องจากมหาภูตพื้นฐานของปิตตะคือไฟและน้ำ น้ำอาจลดไฟย่อยอาหารจนเกิด ama (จะทำให้มีอาการเบื่ออาหาร ลื่นเหลือง ปัสสาวะอุจจาระสีเหลือง ลมหายใจเหม็น ปากมีรสขม เปรี้ยว) จึงสามารถให้สมุนไพรรสเผ็ดเพื่อเพิ่มไฟย่อยอาหาร แต่ต้องใช้ร่วมกับสมุนไพรอื่น ๆ เพราะรสเผ็ดจะทำให้ปิตตะรุนแรงขึ้น หรือใช้สมุนไพร รสขม โดยอาศัยคุณสมบัติแห้งของรสขมเพื่อเพิ่มไฟย่อยอาหาร โดยไม่ทำให้ปิตตะรุนแรงขึ้น การลดน้ำก็เป็นการรักษาอีกแนวทางหนึ่ง โดยการให้สมุนไพร ขับปัสสาวะ หรือระบาย (สุวิชัย, 2541)

3.4.1.3 โรคกลุ่มกษะ กษะเป็นโทษะที่หนักแน่น เป็นไปอย่างช้าและสม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการเสียสมดุลได้ยาก บุคคลกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความสงบ ความเห็นอกเห็นใจและให้อภัย หากยังคง คุณสมบัติดังกล่าวไว้ได้ แสดงว่ายังอยู่ในภาวะสมดุล โรคกลุ่มกษะมีลักษณะเย็น เปียก หนัก จะใช้สมุนไพรรสขม ฝาด เผ็ด เนื่องจากรสขมและเผ็ดมีคุณสมบัติเบาและแห้ง รสฝาดมีคุณสมบัติ ค่อนข้างแห้งและรสเผ็ดมีคุณสมบัติร้อน นอกจากนี้ เนื่องจาก มหาภูตพื้นฐานของกษะ คือดินและน้ำ การรักษาแนวทางอื่นได้แก่ การลดดิน โดยการลดอาหาร การลดน้ำ ขับน้ำออกจาก ร่างกาย โดยใช้สมุนไพรรสขมรสขม รสเปรี้ยว รสเค็ม รสเปรี้ยว การทำให้อาเจียนเป็นการลดกษะที่แรง ที่สุด (เฉลิมวิทย์, 2537)

3.4.2 การรักษาโรคทางจิต: การแพทย์อายุรเวทเพื่อเกี่ยวกับอำนาจลึกลับในการ รักษาโรค ซึ่งท่านโยคีรามจระจะได้กล่าวถึงการรักษาโรคด้วยพลังลึกลับสามประการคือ การรักษา ด้วยพลังปราณ การรักษาด้วยพลังจิต และการรักษาทางวิญญาณ ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด ก็ตาม เครื่องมือที่สำคัญหรือพลังหลักในการดำเนินการรักษาก็คือ พลังปราณ ตามปรัชญาของโยคี กาย เนื้อหรือกายจิตของคนเรานั้นเป็นสิ่งที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง ด้วยอำนาจการรักษา ที่แฝงอยู่ในตัวเรานั้นเอง สิ่งสำคัญก็คือ เราจะต้องหาวิธีปลูกหรือสร้างอำนาจการรักษาอย่างถูกต้อง วิถี อำนาจในการรักษานี้จะปฏิบัติการได้ทั้งในสภาวะจิตสามัญสำนึก และสภาวะจิตไร้สำนึก สิ่งสำคัญ ที่สุดประการหนึ่งซึ่งมีผลต่ออำนาจในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บของคนเรานั้นก็คือ พลังชีวิต (vital force) ที่แฝงอยู่ภายในร่างกาย และพลังชีวิตเป็นพลังที่เกิดจากปฏิกิริยาของพลังปราณอันยิ่งใหญ่ ในจักรวาลนั่นเอง (บรรจง, 2539) การรักษาโรคโดยอาศัยพลังปราณ (pranic healing) หรือใน บางครั้งก็เรียกว่า magnetic healing คือกระบวนการรักษา โดยอาศัยวิธีส่งพลังปราณเข้าไปรักษา อวัยวะส่วนที่ชำรุด ตามปกติการรักษาด้วยวิธีนี้มักจะใช้ควบคู่กับการรักษาโรคด้วยวิธีอื่นแทบทุกวิธี ผู้ที่มีพลังปราณเข้มแข็ง (หมอรักษา) จะเป็นผู้ส่งพลังปราณไปให้คนป่วย กระตุ้นให้พลังแห่งชีวิตใน ตัวคนป่วยได้มีพลังเพิ่มขึ้น จนสามารถขจัดปัดเป่าบรรเทาโรคภัยที่เป็นอยู่ให้ทุเลาเบาบางลงและ จางหายในที่สุด และพลังปราณจะไหลวนเวียนเช่นเดียวกับโลหิตไปหล่อเลี้ยงทั่วสรรพางค์กาย เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงและมีพละนามัยสมบูรณ์ ลักษณะของการรักษานิยมส่งผ่านพลัง ปราณด้วยวิธีใช้มือสัมผัส หรือโบกไปมาห่างจากร่างกายเพียงเล็กน้อย ประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือ ใช้พลังจิตและพลังอชิวฐานผนวกกัน บังคับให้พลังปราณพุ่งออกไปเป็นกระบวนการตามลำดับขั้น เช่น ในขณะที่ใช้มือทั้งสองลูบคลำผ่านเนื้อตัวหรือร่างกายของคนป่วย เริ่มจากศีรษะไปจนถึงบริเวณ ที่เจ็บไข้ได้ป่วย ต้องสร้างมโนภาพว่ากระแสธารแห่งพลังปราณไหลเป็นทางเข้าไปสู่ร่างกายของ คนป่วย และไหลไปยังบริเวณที่เจ็บไข้ได้ป่วย ขับไล่อาการเจ็บป่วยออกไปราวกับสูบน้ำดีเข้าไป

ใล่น้ำสกปรกโสโครกในถึงออกไปจนหมดสิ้น แล้วเติมน้ำใสสะอาดบริสุทธิ์เข้าไปแทนที่จนเต็มถึง การรักษาแบบนี้สามารถรักษาตัวเอง หรือรักษาคนอื่นได้ หากมีพลังจิตแก่กล้า โดยบังคับให้พลัง ปรมาณไหลออกตามฝ่ามือและปลายนิ้วมือไปสู่บริเวณที่เจ็บป่วย (บรรจง, 2539)

กล่าวโดยสรุป อายุรเวทให้ความสำคัญกับการบำรุงชีวิตให้สมบูรณ์อยู่ตลอดเวลา เพื่อมิให้เกิดการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดพิษออกจากร่างกาย ทำลายพิษในร่างกาย และรักษาสมดุลเช่นกัน

4. ภูมิปัญญาอิสลาม

ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ประชากรของจังหวัดสงขลา ร้อยละ 23.2 นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีเป็นอันดับสอง รองจากศาสนาพุทธ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรสาธารณสุข ต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวความเชื่อ และแนวปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม เพื่อให้การพยาบาลที่ สอดคล้องกับแนวความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากอิสลามมีลักษณะเป็นมากกว่า ศาสนา กล่าวคือ อิสลามเป็นวัฒนธรรม หรือเป็นวิถีแห่งการดำเนินชีวิตที่ได้วางรูปแบบแห่ง พฤติกรรมของมุสลิมไว้ตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งแต่ตื่นจนหลับ และมุสลิมมีหน้าที่ในการเป็นผู้ปฏิบัติ ถ้ายทอดและสืบทอดวัฒนธรรมอิสลามไม่ว่าเขาเหล่านั้นจะอยู่ในสังคมใดก็ตาม กล่าวคือ มุสลิมไม่ สามารถแยกอิสลามให้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของชีวิต หากแต่ชีวิตของมุสลิมต้องตั้งอยู่บนครรลองของ อิสลาม ด้วยเหตุนี้วัฒนธรรมอิสลามจึงมักถูกสรุปว่าเป็นวัฒนธรรมที่แข็งและมุสลิมที่ถือปฏิบัติ เป็นคนเคร่ง (เสาวนีย์, 2535)

4.1 ความเป็นมา

ตามภูมิศาสตร์และประวัติศาสตร์อิสลามเข้ามายังหมู่เกาะชวาโดยเริ่มที่สุมาตรา ก่อน แล้วเข้ามาทางแหลมมะลายูจนถึงปัตตานีในภาคใต้ของประเทศสยามก่อนจะมีราชวงศ์แห่ง สุขโขทัย ในสมัยลพบุรีและอยุธยา การติดต่อกับพวกแขกเทศ (หมายถึงแขก หรือชาวอินเดียที่ นับถือศาสนาอิสลาม มีมากขึ้น และมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พวกมุสลิมได้มาทำมาค้าขายและ ตั้งหลักแหล่งในกรุงสยามมากขึ้น เช่น ที่คลองตะเคียน หัวแหลม หัวรอในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ คลองบางหลวง บางกอกน้อย พญาไท สี่ก๊กเสาชิงช้า หนองจอก มีมรุรี ฯลฯ ในสมัย สมบูรณาญาสิทธิราช มีพระจุฬาราชมนตรีของพวกเจ้าเซ็นตั้งแต่สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชจนมาถึงสมัย กรุงศรีอยุธยาทำหน้าที่เป็นนายที่ฝ่ายขวาติดต่อกับพวกแขก มีสืบต่อมาเป็นคนสุดท้ายที่ตำบล เจริญพาศน์ ต่อมาในสมัยประชาธิปไตย มีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดปกครองประเทศ ก็ได้แต่

ตั้งจุฬาราชมนตรีขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 8 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล รัฐบาลได้เงินอุดหนุนกิจการของศาสนาอิสลาม จุฬาราชมนตรีคนแรกคือ นายแหม่ม พรหมยงค์ (หัจญีซัมซุดดีน มุสฎาอะฟา) เมื่อนายแหม่มต้องลี้ภัยไปพร้อมกับนายปรีดี พนมยงค์ ตำแหน่งนี้ว่างลง จึงได้ตั้งนายต่วน สุวรรณศาสน์เป็นจุฬาราชมนตรี ท่านผู้นี้ได้ถึงแก่กรรมแล้วได้ตั้งนายประเสริฐ มะหะหมัดเป็นจุฬาราชมนตรีคนที่สาม ซึ่งปัจจุบันมีหน้าที่ให้คำปรึกษาต่อกรมการปกครองของกระทรวงมหาดไทย และกรมการศาสนาของกระทรวงศึกษาธิการ (ดิเรก, 2539)

4.2 หลักปรัชญาและแนวคิด

ในอิสลามเชื่อว่า ความเจ็บป่วยเป็นเคราะห์กรรม ความโชคร้ายไม่ดี ฯลฯ หากแต่ศรัทธาว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ด้วยความเมตตาจากพระองค์ (เสาวนีย์, 2535) มนุษย์ในคำสอนของศาสนาอิสลามประกอบด้วยองค์ประกอบหลักสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นร่างกายและส่วนที่เป็นวิญญาณ ร่างกายคือส่วนที่เป็นรูปธรรม สามารถมองเห็นและสัมผัสด้วยประสาทสัมผัสของมนุษย์ได้ ในร่างกายมีเลือด เนื้อ กระดูก และน้ำ เป็นต้น ส่วนประกอบของร่างกายมีชีวิตและเจริญงอกงามได้ เนื่องจากอิทธิพลขององค์ประกอบฝ่ายวิญญาณ ถ้าไม่เพราะวิญญาณที่มีอยู่กับกายแล้ว ร่างกายก็เป็นเสมือนสิ่งไร้ชีวิต (Arifin, 1985 อ้างตาม นูรุดดีน, 2540) เมื่อมนุษย์ประกอบด้วยร่างกายและวิญญาณ มนุษย์ก็จะประสบกับความเจ็บป่วยทั้งสองด้าน และถ้าองค์ประกอบใดได้รับความกระทบกระเทือนหรือเจ็บป่วยแล้วองค์ประกอบอีกด้านหนึ่งก็จะพลอย ผิดปกติหรือได้รับผลกระทบด้วย แต่ลักษณะของความเจ็บป่วยต่างกัน ยารักษาโรคทั่วไปใช้รักษาความเจ็บป่วยของกาย แต่ถ้าจิตหรือวิญญาณประสบความเจ็บป่วย สิ่งหนึ่งที่จะช่วยรักษาคือศาสนา หรือความศรัทธาความเชื่อ อิสลามส่งเสริมให้ใช้ยาในการรักษาโรคร่วมกับศาสนา ร่างกายจะตายเมื่อถึงกำหนด ส่วนวิญญาณจะไม่ตายและไม่สลายแต่อย่างใด อัลลอฮ์ เป็นผู้ให้มนุษย์เกิดและตาย อัลลอฮ์ คือจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของมวลมนุษย์ พระองค์ทรงกำหนดอายุขัยของทุกคน พระองค์เท่านั้นที่จะทราบว่าใครจะตายเมื่อใด ที่ไหน อย่างไร อัลลอฮ์ ห้ามไม่ให้มนุษย์อยากตาย แต่การตายนั้นเป็นข่าวดีและนำความสบายใจแก่บรรดาผู้ศรัทธา (นูรุดดีน, 2540)

นอกจากนั้นอิสลามได้ชี้แนวทางเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยต่อตนเอง ข้อควรปฏิบัติในการเยี่ยมคนป่วยทั่วไป และคนป่วยในมรณวิถี ไว้อย่างชัดเจน (นูรุดดีน, 2540) การปฏิบัติในศาสนาอิสลามเริ่มจากความศรัทธา ซึ่งเป็นสิ่งที่ปลูกฝังกันมา ในปรัชญาอิสลามจะกล่าวถึงความศรัทธาทั้งในแนวคิดพื้นฐานและหลักคำสอนของศาสนา เนื่องจากในการดำเนิน

ชีวิตในแต่ละวันชาวมุสลิมต้องมีหลักการที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้ชีวิตประสบสันติสุข หลักการปฏิบัติแต่ละอย่างล้วนแล้วแต่มีปรัชญาอิสลามด้วยกันทั้งนั้น (ดลมนรวิทย์ และแววชูเช็ง, 2533)

4.2.1 ความสำคัญของปรัชญาอิสลาม

4.2.1.1 ความสำคัญของปรัชญาอิสลามต่อพหุภคญาณ ซึ่งประกอบด้วย หลักการฮิมาณ หลักการอิสลามและอิสลาม จากอัล - กุรอาน ซูเราะห์ อิลอิหมรอน आयัดที่ 52 ความว่า "พระผู้อภิบาลของเรา เราศรัทธาตามที่พระองค์ได้ทรงประทานลงมาและเราได้ปฏิบัติตามรอซูล" จากอายะฮ์ ดังกล่าวจะเป็นได้ว่าปรัชญาอิสลามมีความศรัทธาต่อหลักการศรัทธาเป็นอย่างไร เพราะจะทำให้คำตอบที่ว่าชาวมุสลิมต้องมีความศรัทธาต่อใคร อย่างไร เพราะจากปรัชญาอิสลามจะปลูกฝังให้ชาวมุสลิมมีความศรัทธาอย่างมั่นคง การศรัทธาอย่างมั่นคงของชาวมุสลิมทำให้เกิดภาคปฏิบัติซึ่งเรียกกันว่าหลักอิสลาม

4.2.1.2 ความสำคัญของปรัชญาอิสลามกับพหุภคญาณที่ฟายะฮ์ ซึ่งแบ่งความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับอัลลอฮ์ มนุษย์กับมนุษย์ ฉะนั้นปรัชญาอิสลามจึงมีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว คือความสำคัญของปรัชญาอิสลามต่อความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับอัลลอฮ์ อัลลอฮ์ เป็นผู้สร้าง มนุษย์เป็นผู้ถูกสร้าง มนุษย์จึงต้องยอมจำนนต่ออัลลอฮ์โดยสิ้นเชิง มนุษย์จึงต้องเคารพสักการะต่ออัลลอฮ์ และความสำคัญของปรัชญาอิสลามต่อความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ อัลกุรอานได้ระบุไว้ชัดเจนมิให้มุสลิมเอาไรต์เอาเปรียบ ไม่ให้คดโกงลูกกำพร้า อิสลามสนับสนุนให้มุสลิมเป็นมิตรกับมุสลิมแต่มิได้ห้ามคบกับเพื่อต่างศาสนา ให้เขามีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (หะสัน, 2529)

4.2.2 แนวคิดพื้นฐานของศาสนาอิสลาม

อาจารย์ดิเรก แห่งมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้สรุปแนวคิดพื้นฐานของศาสนา อิสลามไว้ 6 ประการดังต่อไปนี้ (ดิเรก, 2539)

4.2.2.1 อิสลาม เป็นศาสนาที่พระผู้เป็นเจ้าทรงบัญญัติแก่นบี (ศาสดา) องค์ต่าง ๆ เพื่อสั่งสอนมนุษย์มาตั้งแต่เริ่มมีมนุษย์โลก และนบี มุหัมมัด เป็นนบีองค์สุดท้าย ความหมายของอิสลามคือ การนอบน้อมตนตามพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้าที่มุ่งให้มนุษย์ทำความดีและเว้นความชั่วตามหลักการที่พระองค์ทรงสั่งสอนโดยผ่านทางศาสดา

4.2.2.2 อัล - กุรอาน เป็นคัมภีร์ซึ่งเป็นธรรมนูญของศาสนาอิสลามที่อัลลอฮ์ทรงสั่งสอนมนุษย์โดยการดลใจ วะหีย์ (revelation) ให้ศาสดามุหัมมัดโดยญิบรัล ซึ่งเป็นมลาอิกะฮ์ (เทวดา) เป็นผู้นำมาบอกตามวาระ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ มาตราในอัล - กุรอาน มี 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ แจ่มชัดและตรวจสอบกันตั้งแต่สมัยศาสดา และประเภทอุปมาอุปไมยต้องมีการตีความ ซึ่งต้อง ไม่ขัดกับหลักที่เด่นชัดในกุรอาน และโครงสร้างของศาสนาอิสลาม

4.2.2.3 ความศรัทธา (อีมาน) คือ การรับรองยืนยันด้วยจิตใจ ด้วยวาจา และด้วยการกระทำพร้อม ๆ กัน ความศรัทธาเป็นหลักสำคัญของศาสนาอิสลามซึ่งมี 6 ประการ คือ ศรัทธาในความเป็นเอกของพระผู้เป็นเจ้า ในมลาอิกะฮ์ (เทวดา) ของพระผู้เป็นเจ้า ในคัมภีร์ของพระผู้เป็นเจ้า ในนบี และรสูล (ศาสดา) ของพระผู้เป็นเจ้าในวันสิ้นโลก และในกฎกำหนดสภาวะต่าง ๆ ที่พระเจ้ากำหนด

4.2.2.4 ความเป็นเอกภาพของพระผู้เป็นเจ้า เรียกว่า เตาฮีด ซึ่งหลักศรัทธาที่สำคัญยิ่งในศาสนาอิสลาม การตั้งภาคีขึ้นมาเทียบเคียงพระผู้เป็นเจ้าเรียกว่า ชิริก เป็นสิ่งที่ต้องห้ามและเป็นบาปมหันต์ ชิริกมี 4 ประเภทคือ ผู้ปฏิเสธ ผู้ตั้งภาคี นับถือบุคคลอื่นเทียบเคียงพระเจ้า และผู้ที่ผิดอารมณ์ใฝ่ต่ำของตนเองเป็นหลัก

4.2.2.5 ศาสดาในศาสนาอิสลามมี 2 คำ คือ นบี หมายถึงผู้ประกาศข่าว และรสูล หมายถึง ผู้สื่อสาร รสูลทุกคนเป็นนบี

4.2.2.6 เนื่องจากพระผู้เป็นเจ้าเป็นผู้สร้าง และบริหารทุกสิ่งทุกอย่างโดยมีกฎแห่งการกำหนดสภาวะที่พระผู้เป็นเจ้ากำหนดไว้ พร้อมกันนี้พระเจ้าได้ประทานสติปัญญาให้มนุษย์พร้อมทั้งเสนอทางนำ ถ้ามนุษย์ปฏิบัติตามทางนำของพระผู้เป็นเจ้าเขาจะได้รับความผาสุก ถ้ามนุษย์ ผ่าฝืน ปฏิเสธ เขาจะได้รับความทุกข์

4.2.3 หลักคำสอนในศาสนาอิสลาม

คำสอนในศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยหลักสำคัญ 2 ประการ คือ หลักศรัทธา 6 และหลักปฏิบัติ 5 ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (สุวัณณ์, 2540)

หลักศรัทธา 6 ประการประกอบด้วย

1) ศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า โดยให้เชื่อว่า พระเจ้าที่แท้จริงนั้นมีเพียงพระองค์เดียวเท่านั้น คือ พระอัลลอฮ์ และต้องไม่ตั้งสิ่งอื่นใดขึ้นมาเพื่อการเคารพสักการะอีกนอกจากพระองค์ ให้เชื่อว่าพระองค์ทรงสร้างสรรพสิ่งทั้งปวง พระองค์ทรงไว้ซึ่งความเมตตากรุณาและความยุติธรรม ทรงรู้เห็นในการกระทำและเข้าใจความคิดของมนุษย์ทุกคนทั้งในที่ลับและที่แจ้ง มุสลิมทุกคนถือว่าศรัทธาที่มีต่อพระเจ้าคือหัวใจของการเป็นอิสลามิกชนที่แท้จริง

2) ศรัทธาในเทพบิรวารหรือเทวดาของพระผู้เป็นเจ้า (มะลาอิกะฮ์) เทพบิรวารหรือ เทวดาของพระอัลลอฮ์ (มะลาอิกะฮ์) เกิดจากธาตุบริสุทธิ์ มีรัศมีรุ่งโรจน์ ไม่มีเพศ ไม่ทำสิ่งอื่นใดตามความพอใจ ไม่สามารถกำหนดรูปลักษณะ เป็นสิ่งที่พระเจ้าสร้างขึ้น มีจำนวนมาก

และมี หน้าที่แตกต่างกัน เช่น เทพบริวารอิบรอฮิม มีหน้าที่นำโองการจากพระเจ้ามาถ่ายทอดแก่ ศาสดา เทพบริวารอิสรอฮิล มีหน้าที่ปลิดวิญญาณมนุษย์ออกจากร่าง เป็นต้น

3) ศรัทธาในพระคัมภีร์อัลกุรอาน มุสลิมทุกคนจะต้องเชื่อว่าเป็นคัมภีร์ฉบับสุดท้ายที่มีความสมบูรณ์ยิ่งกว่าพระคัมภีร์อื่นใดที่พระเจ้าทรงเคยประทานแก่ศาสดาที่ผ่านมาแล้วในอดีต

4) ศรัทธาในองค์พระศาสดาที่พระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าทรงแต่งตั้งให้เป็นผู้ประกาศสั่งธรรมแก่มวลมนุษย์ในแต่ละยุคแต่ละสมัย โดยมีท่านศาสดามะหะหมัดเป็นศาสดาองค์สุดท้าย ศาสนา อิสลามเชื่อว่า พระศาสนทูตหรือผู้รับโองการจากพระเจ้าให้นำบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มวลมนุษย์ในแต่ละยุคแต่ละสมัยนั้นมี 2 ประเภทคือ นบี หมายถึง ศาสนทูตผู้ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างตามบทบัญญัติของพระองค์อย่างเดียวกับท่านนั้น และ รซูล หรือ รอสูล คือศาสนทูตที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างตามบทบัญญัติของพระองค์ กับทำการเผยแผ่บทบัญญัตินั้นแก่มวลมนุษย์ทั่วไปด้วย

5) ศรัทธาในวันพิพากษา ศาสนาอิสลามเชื่อว่า โลกปัจจุบัน เป็นเพียงโลกแห่งการทดลอง ไม่จีรังยั่งยืน รอวันแห่งความพิनाสและแตกสลายที่จะมาถึง ที่ชาวมุสลิมเรียกว่า วัน "กียามะฮ์" อันถือว่าเป็นวันพิพากษาหรือวันกำเนิดปรโลกที่จะเกิดขึ้นใหม่ ซึ่งจะเป็นโลกอมตะ ศาสนาอิสลามเรียกว่า โลกอาคีรัต ซึ่งมนุษย์และสรรพสิ่งทั้งหลายที่จุติขึ้นมาในโลกนี้จะมีชีวิต อันเป็นนิรันดร์ ในวันกียามะฮ์นี้ ทุกชีวิตที่ตายไปแล้วจะกลับฟื้นคืนชีพอีกครั้งหนึ่งเพื่อรอรับการชำระผลกรรมที่ทำไว้ในสมัยที่ยังมีชีวิตอยู่ตามควรแต่กรณี เป็นการเตือนให้มุสลิมทุกคนศรัทธาในวันพิพากษาเพื่อจะได้สร้างสมแต่ความดีไว้เพื่อเผชิญกับชีวิตในโลกหน้า

6) ศรัทธาในกฎกำหนดสภาวะการณ์ของพระเจ้า ศาสนาอิสลามกล่าวถึงกำหนดสภาวะการณ์ไว้ว่า พระอัลลอฮ์ เจ้าทรงเป็นผู้กำหนดความเป็นไปแห่งโลกและมวลมนุษย์ไว้ 2 ลักษณะ คือ สภาวะการณ์คงที่ อันได้แก่กฎธรรมชาติ เช่น ดินฟ้าอากาศ การโคจรของดวงดาว ชาติพันธุ์ของมนุษย์ ฯลฯ กับสภาวะการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอันขึ้นอยู่กับเหตุและผลที่มนุษย์แต่ละคนสามารถจะเลือกใช้สติปัญญาของตนเองประพฤติปฏิบัติ โดยที่พระเจ้าผู้เป็นเจ้าทรงสร้างมนุษย์ให้มีสภาพของความเป็นคนมาเหมือนกัน ๆ กัน พร้อมกันนี้ พระองค์ได้ประทานแนวทางในการประพฤติปฏิบัติเพื่อความดีงามมาให้แล้ว ดังนั้นจึงสุดแต่ที่ผู้ใดจะเลือกสถานภาพอย่างไรตามผลของการกระทำของเขาเหล่านั้น

หลักปฏิบัติ 5 ประการ ประกอบด้วย

1) การปฏิญาณตน มุสลิมทุกคนต้องประกาศยอมรับนับถือด้วยความ

ศรัทธาและด้วยความบริสุทธิ์ใจว่า พระอัลลอฮ์เจ้าทรงเป็นพระเจ้าสูงสุดแต่เพียงพระองค์เดียวเท่านั้น มุสลิมทุกคนจะต้องประพฤติปฏิบัติตามโอองการที่พระองค์ทรงบัญชา และต้องเว้นปฏิบัติในสิ่ง ที่ทรงห้าม มุสลิมทุกคนต้องยอมรับความเป็นเอกภาพสูงสุดของพระองค์โดยไม่ให้มีสัญลักษณ์อื่นใดไว้สำหรับการเคารพบูชา

2) การละหมาด หมายถึงการสวดมนต์เพื่อขอพรต่อพระอัลลอฮ์เจ้า เป็นการปฏิบัติเพื่อเจริญรอยตามพระนะบีมะหะหมัด ที่ถือเรื่องการสวดมนต์เป็นกิจวัตรสำคัญที่สุด เพื่อเป็นหนทางไปสู่สวรรค์ อันหมายถึงการเข้าเฝ้าองค์พระผู้เป็นเจ้า ดังนั้น มุสลิมทั้งชายหญิงตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจะต้องสวดมนต์ทุกวัน วันละ 5 ครั้ง ในเวลาเช้ามีด เวลาเที่ยง บ่าย เย็น และตอนกลางคืน ยกเว้นสตรีที่มีประจำเดือนหรือมีเลือดออกหลังการคลอดบุตร

3) การถือศีลอดในเทศกาลรอมดอล ในคัมภีร์อัลกุรอาน กำหนดให้มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะและมีสุขภาพสมบูรณ์ถือศีลอดในเทศกาลรอมดอน ซึ่งตรงกับเดือนที่ 9 แห่งศักราชฮิจรียะ เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อเป็นการน้อมปฏิบัติตามที่ระเป็นเจ้ากำหนดโดยปราศจากข้อแม้

4) การบริจาคศานาทานชะกาต หรือซากาฮ์ (sakat) หมายถึงการกระทำให้เกิดความบริสุทธิ์ ความเจริญงอกงามโดยการบริจาค ซึ่งศาสนาอิสลามบังคับให้ผู้มีทรัพย์สินมากเกินจำนวนที่กำหนดไว้บริจาคเป็นทานให้กับผู้ที่ควรได้รับ โดยมุสลิมทุกคนถือว่า บรรดาทรัพย์สินทั้งหลายที่หามาได้นั้นคือของฝากจากองค์อัลลอฮ์เจ้า การบริจาคซากาตเป็นการสอนให้มุสลิมได้ชำระจิตใจให้บริสุทธิ์

5) การประกอบพิธีฮัจญ์ หมายถึง การเดินทางเพื่อจาริกแสวงบุญ ในการประกอบศาสนกิจของชาวมุสลิม ณ มหาวิหารบัยตุลละฮ์ นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ระหว่างวันที่ 1 ของเดือนที่ 10 ถึง วันที่ 10 ของเดือนที่ 12 ตามศักราชฮิจรียะ เป้าหมายของการประกอบพิธีฮัจญ์เพื่อเป็นการเจริญรอยตามแบบอย่างทีพระศาสดามะหะหมัดเสด็จไปทรงนมัสการสถานที่ศักดิ์สิทธิ์แห่งนี้ก่อนสิ้นพระชนม์

4.2.4 หลักปฏิบัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

อิสลามเชื่อว่าการเจ็บและการหายป่วยเป็นสิทธิของ อัลลอฮ์เพียงผู้เดียวเท่านั้น และได้สอนให้ทุกคนเชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างมาจากอัลลอฮ์ทั้งหมด ความเจ็บป่วยและการบำบัดความเจ็บป่วยทั้งมวลถูกกำหนดให้มีขึ้นโดยอัลลอฮ์ ผู้ป่วยที่อดทนต่อความเจ็บปวดย่อมได้รับการลดบาปและได้กุศล เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของศรัทธา มีการสอนไว้ว่าเมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องเอามือของตนเองวางบนส่วนที่ตนเจ็บ แล้วให้ขอพร (ดุอา) จากอัลลอฮ์ และเมื่อไปเยี่ยมคนไข้ทั่วไป อิสลามได้ให้แนวทางการเยี่ยมผู้ป่วย ดังที่ปรากฏในวจนะของท่านนบี ศ็อลฯ ดังต่อไปนี้ ไม่ว่าจะ

มุสลิมคนใดก็ตามที่เยี่ยมผู้ป่วย ที่ยังไม่ถึงกำหนดตาย แล้วเขาอ่านว่า "ข้าพเจ้าขอต่ออัลลอฮฺ ผู้เกรียงไกรให้ทรงบำบัดท่าน หายป่วยจากนี้ " นอกจากนั้นจะต้องกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ดีพร้อมขอพรให้สิ่งที่ดีให้เขา ส่วนข้อควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยมรณวิถีในการเข้าเยี่ยม ตลอดจนการรักษาผู้ป่วยที่ใกล้ตาย หรืออยู่ในมรณวิถีนั้น อิสลามได้เน้นเรื่องการรำลึกถึงพระผู้เป็นเจ้าเป็นหลัก และให้มุสลิมอ่านบท สุเราะฮฺ ยาสีนในอัลกุรอานให้ผู้ป่วยฟังด้วย (ดิเรก, 2539)

4.3 แนวทางการวินิจฉัยโรคตามหลักภูมิปัญญาอิสลาม

แนวทางการวินิจฉัยโรคตามหลักภูมิปัญญาอิสลามไม่ได้กำหนดอย่างแน่ชัด อิสลามเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่อัลลอฮฺ ประทานมาให้ ดังนั้นมนุษย์ทุกคนต้องยอมรับความเจ็บป่วย แต่ไม่ใช่ว่าจะยอมรับแล้วนิ่งเฉย องค์อัลลอฮฺ ได้ประทานปัญญาเพื่อใช้ในการแก้ปัญหา มนุษย์จึงต้องหาแนวทางแก้ปัญหาเมื่อเกิดภาวะสุขภาพไม่ว่าจะระดับใด และการเสียชีวิตก็เป็นสิ่งที่อัลลอฮฺ ประทานมาให้เช่นกัน จะต้องไม่เศร้าโศกเสียใจและยอมรับสถานการณ์

4.4 วิธีการปฏิบัติตามหลักภูมิปัญญาอิสลาม

ในทัศนะของอิสลาม โรคภัยไข้เจ็บเป็นปรากฏการณ์อันสำคัญ ที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์อย่างหนึ่ง ไม่ได้เป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย แต่เป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า ด้วยความเมตตาของพระองค์เป็นเสมือนสิ่งทดสอบความศรัทธา ความยำเกรง ความหนักแน่นอดทน หากมนุษย์ตระหนักในความจริง ข้อนี้และสามารถสู้กับความทุกข์ทรมาน จากโรคภัยไข้เจ็บนั้นด้วยความอดทนเข้มแข็ง ด้วยความยำเกรง และด้วยความยอมจำนนต่อพระผู้เป็นเจ้าแล้ว ความเจ็บป่วยนั้นย่อมมิใช่การสูญเปล่า หากแต่จะได้รับการตอบแทนอย่างเอนกอนันต์ ทั้งในโลกนี้และโลกหน้า (เสาวนีย์, 2535) สำหรับการเจ็บป่วย ท่านศาสดา ได้กล่าวไว้ว่า "โรคภัยไข้เจ็บมันนำความบาปไปจากลูกหลานอาดัม อย่างเช่น ช่างตีเหล็กเป่าหลมเหล็กให้ละลายโดยให้สิ่งสกปรกออกไป ฉันใดก็ดี พระองค์อัลลอฮฺ ได้ทรงตอบแทนให้ผู้เจ็บป่วยด้วยการให้อภัยแก่เขา เมื่อการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เป็นหน้าที่ของมุสลิมที่จะต้องไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจแก่คนเจ็บ โดยท่านศาสดา ได้เคยปฏิบัติไว้เป็นแบบอย่าง ดังหะดีษที่ว่า "สิทธิของมุสลิมเหนือมุสลิมมีห้าประการคือ การตอบรับสลาม การเยี่ยมผู้ป่วย การเดินตามศพ การตอบรับคำเชิญ และการกล่าวตอบคำกล่าวของคนจาม เมื่อท่านไปเยี่ยมคนป่วย จงขออูอาอ ให้เขามีอายุยืนยาว นั่นแหละจะทำให้เขายินดี (ติรมิซีย์) ผู้ใดปลอบใจและให้กำลังใจแก่คนเจ็บป่วย เขาผู้นั้นจะได้เก็บผลไม้แห่งสวรรค์" สำหรับรายงานจากอบูดาอูด และติรมิซีย์ กล่าวว่า ผู้นั้นจะมีลาอิกะฮฺ เจ็ดหมื่นท่านมาขอพรให้แก่เขาตลอดทั้งวัน

และจะมีสิทธิเป็นเจ้าของสวนแห่งหนึ่งในสวรรค์ (เสาวนีย์, 2535) เมื่อไปเยี่ยมคนเจ็บป่วยควรจับมือผู้นั้นและกล่าวว่า "อัลลอฮุมมะ ร็อบบัน นาสิ อิชฮิบลิ บะอ-สะ อັซฟี อัน ตัซซา ฟี ลาซิฟาอะ อิลลา ซิฟาอะกะ ซิฟาอัน ลา ยุ ซอติรฺ สะเกาะมา" ความว่า "โอ้อัลลอฮฺ พระผู้อภิบาลแห่งปวงชน ได้โปรดนำความเจ็บป่วยนี้ไปเสียเถิด ได้โปรดให้ความเจ็บป่วยหายไป พระองค์ทรงเป็นผู้บำบัดซึ่งไม่มีการบำบัดใด ๆ (ที่ทำให้หายขาด) นอกจากมาจากพระองค์ ขอให้เป็นการบำบัดที่ให้ความเจ็บปวดหายขาด" (บุคอรี,มุสลิม อ้างตาม เสาวนีย์, 2535)

ในแนวทางศาสนาอิสลาม การรักษาสุขภาพและอนามัยจะวางอยู่บนรากฐานของ "อิบาดะฮ์" ซึ่งถือกันว่าความสะอาดเป็นการรักษาสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สุด โดยเฉพาะการอาบน้ำน่านมาซ อิสลามจะให้ความสำคัญในเรื่องนี้ หลักปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยตามแนวทางอิสลามประกอบด้วย รายละเอียดดังนี้ (อามีนะห์, 2544)

1) การรักษาความสะอาดร่างกาย และชำระร่างกาย อิสลามได้แยกแยะระหว่างสิ่งที่สะอาดและสิ่งที่สกปรกไว้อย่างชัดเจน ศาสนาอิสลามบังคับให้มุสลิมชำระร่างกายให้สะอาดทุกครั้งก่อนการนมาซ อย่างไรก็ตามหากการใช้น้ำอาบน้ำละหมาดจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อาบ หรือทำให้การเจ็บป่วยหายช้า หรือกำเริบขึ้น กรณีเช่นนี้ความจำเป็นในการใช้น้ำเพื่ออาบน่านมาซก็เป็นอันว่าตกไป และจำเป็นต้องทำ ตะยัมมุแทน (เสาวนีย์, 2540)

2) การโภชนาการในอิสลาม ทั้งนี้เนื่องจากการโภชนาการนั้น มีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การเลือกอาหารที่ดี ที่มีคุณค่าสูง การทำความสะอาดอาหาร และการเตรียมอาหาร นอกจากนี้ในเรื่องอาหารแล้วสิ่งสำคัญอีกอย่างคือ การดื่มสุรา ซึ่งเป็นสิ่งห้ามบริโภคเด็ดขาด หากผู้ใดละเมิดถือเป็นบาปอย่างรุนแรง และยังเป็นสิ่งที่ทำลายสุขภาพอีกด้วย แต่หากผู้ป่วยจำเป็นจะต้องใช้สุรา หรือแอลกอฮอล์ผสมกับยา ซึ่งเป็นแผนการรักษาของแพทย์ที่เกิดในภาวะคับขันจริง ๆ ก็ใช้สุรารักษาได้

3) การพักผ่อน การพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพของมนุษย์ ศาสนาอิสลามจึงได้กำหนดให้มีการพักผ่อนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งกายและใจ มี 3 ลักษณะคือ 1). การพักผ่อนในลักษณะของอิบาดะฮ์ เช่นการละหมาด การถือศีลอด เป็นการเสริมสร้างสมาธิและผลพลอยได้ คือช่วยให้จิตใจมีความแข็งแรง และสงบสุข จึงเป็นการพักผ่อนคลายเครียดอย่างหนึ่ง 2).การถือศีลอด นอกจากเป็นการแสดงถึงความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์แล้ว ยังมีผลต่อสุขภาพอนามัย ในแง่การพักผ่อนอีกด้วย คือเป็นการรักษาสุขภาพของมนุษย์ทางด้านจิตใจ เพราะต้องควบคุมสติอารมณ์ให้มากที่สุด และการไม่รับประทานในเวลากลางวันถือเป็นการพักผ่อนระบบย่อยอาหาร 3). การนอน อัลลอฮ์ได้กำหนดให้มีการนอนกลางวัน และกลางคืน ในเรื่องนอนนี้ ศาสนา

อิสลามได้แนะนำวิธีนอน เพื่อให้มีผลในการพักผ่อน และการรักษาสุขภาพได้เต็มที่ เช่น การนอนร่างกายต้องสะอาด ต้องระลึกถึงอัลลอฮ์ ให้นอนตะแคงขวา และเอามือไว้ข้างแก้ม

4) การรักษาโรค ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการรักษาโรค เมื่อเกิดโรคแล้วให้รับรักษาให้หาย ไม่ให้ปล่อยปละละเลย ให้ตัวเองต้องตกอยู่ในความเสียหาย และไม่ปล่อยให้ตัวเองตกอยู่ในสภาพสิ้นหวัง และเมื่อต้องมีการรักษาแล้ว ก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ ซึ่งท่านเราะซูลฯ ได้กำหนดการรักษาโรคที่ดี อย่างกว้าง ๆ 4 วิธี คือ การเจาะเลือด การกินยา การให้ยาทางจมูก และการถ่ายท้อง ส่วนวิธีอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดนั้น ได้มีผู้ตีความว่า ควรผ่าตัดได้ถ้าทำเพื่อช่วยเหลือชีวิต แต่ก็เป็นเรื่องต้องห้ามหากจะต้องตัดอวัยวะส่วนใด ส่วนหนึ่งของร่างกาย ยกเว้นการตัดนั้นจะทำให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้

ความปรารถนาสูงสุดของมุสลิมผู้ศรัทธาซึ่งเขาจะวอนขอต่ออัลลอฮ์ อยู่เสมอก็คือ การได้ตายในอิสลาม กล่าวคือ เป็นการตายด้วยจิตใจที่มั่นคงอยู่กับสัจธรรมอันสูงสุดในสภาวะของประโยคที่ว่า "ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์" ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจาก อัลลอฮ์ องค์เดียวเท่านั้น ด้วยเหตุนี้มุสลิมผู้ศรัทธาจึงมักกล่าววาจาดด้วยประโยคนี้อยู่ตลอดเวลา เพราะเขาต่างตระหนักดีว่า เขาไม่ทราบว่าจะความตายจะมาถึงเมื่อใด และอย่างไร เช่น พี่น้องมุสลิม ก่อนที่จะไปสู่สภาวะเสมือนกับการตายชั่วคราวคือการหลับ จึงหลับด้วยประโยคดังกล่าว เพื่อว่าหากการหลับนั้นไม่ตื่นจะได้เป็นการตายในอิสลาม ส่วนกรณีที่มีผู้เจ็บป่วยหรือพี่น้องมุสลิมอยู่ในภาวะใกล้ตาย หน้าที่ของผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ณ ที่นั้นก็ คือ การเตือน การสอนให้เขาระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮฺฮา) ด้วยประโยค "ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์" (เสาวนีย์, 2535)

การตายในศาสนาอิสลาม หมายความว่า ก่อนที่วิญญาณจะออกจากร่างกายหรือก่อนสิ้นชีวิต เขาผู้นั้นได้จบลงด้วยการกล่าวถ้อยคำ หรือการรำลึกที่ยึดมั่นอยู่ในประโยคที่ว่า "ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์" คือ ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ องค์เดียวเท่านั้น ดังนั้นมุสลิมจึงต้องสอนหรือเตือนผู้ที่เจ็บ ผู้ที่จะหมดลมหายใจให้กล่าวคำปฏิญาณดังกล่าวมานี้ การตายในทัศนะของอิสลามไม่ได้เป็นความทุกข์ เป็นการพ้นทุกข์ หรือเป็นการเพิ่มทุกข์ ในอิสลามถือว่าการตายคือการกลับไปสู่ความเมตตาของพระเจ้า อัลลอฮ์ (ซุบฮฺฮา) ซึ่งเรียกว่าถึง "อาัยัด" ฉะนั้นเมื่อมุสลิมทราบข่าวการตายของมุสลิมไม่ว่าจะรู้จักหรือไม่ก็ตาม เขาจะกล่าวประโยคจากคัมภีร์อัลกุรอานว่า "อินนาลิลลา ฮิวะอินนาอิลัยฮิรอญูญ ความว่า แท้จริงเราเป็นของอัลลอฮ์ และแท้จริงเราเป็นผู้กลับไปหาพระองค์" (เสาวนีย์, 2535)

การแพทย์แต่ละระบบที่ผู้ป่วยและญาตินำมาใช้เพื่อการดูแลรักษาผสมผสานกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้ง 4 ระบบ ดังกล่าวข้างต้นอาจมีที่มาที่แตกต่างกันไป เนื่องจาก

แหล่งกำเนิดมาจากที่ต่างกัน แต่ส่วนใหญ่จะมีหลักปรัชญา/แนวคิดที่เหมือนกัน คือเน้นความเป็นสมดุลของร่างกาย และธรรมชาติ ดังนั้นการเสียสมดุลจึงเป็นจุดเริ่มของการเกิดโรค หลักพื้นฐานในการวินิจฉัยโรคก็จะคล้าย ๆ กัน คือ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย แต่อาจจะแตกต่างกันไปในเทคนิคและรายละเอียด ส่วนการรักษา ก็จะขึ้นอยู่กับต้นเหตุของการเกิดโรค จะเห็นได้ว่าการแพทย์แต่ละระบบมีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกัน แต่ในทุกระบบเป็นการให้การดูแลที่เป็นองค์รวม คือไม่ดูแลเฉพาะด้านร่างกาย แต่จะรวมถึงด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งทั้ง 3 ส่วน (กาย จิต และจิตวิญญาณ) จะต้องไปด้วยกันเสมอ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะวิกฤต

1. คำจำกัดความ

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening condition) ต่าง ๆ หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าว โดยภาวะนี้อาจเกิดจากอวัยวะหนึ่ง ๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภัยอันตรายต่าง ๆ (ไชยรัตน์, 2543) ภาวะวิกฤตเป็นปรากฏการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย พบว่ามีจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิดมาก่อน (Furukawa, 1996 อ้างตาม วิจิตตรา, 2544) จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญภาวะเครียดเป็นอย่างมาก เนื่องจากความไม่แน่นอนของผลการรักษาพยาบาล การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ การใช้อุปกรณ์เทคโนโลยี

2. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยวิกฤต

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม (เพลินพิศ, 2544) และด้านจิตวิญญาณ (อาภรณ์, 2544) ซึ่งเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อถึงกันทั้งหมด กล่าวคือการเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านที่แยงลงของจิตใจ คือ เกิดภาวะเครียด และด้านสังคมทำให้ภาพลักษณ์ หรือหน้าที่การงานเสียไป ในทางกลับกันเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเช่นกัน ซึ่งจะทำให้อาการป่วยแยงลงกว่าเดิม การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เป็นการดูแลบุคคลที่มีปัญหาคุกคามชีวิตโดยเน้นการรักษาประคับประคองทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณ จึงควรประเมินปัญหาผู้ป่วยวิกฤตให้ครอบคลุมดังนี้

2.1 ปัญหาด้านร่างกาย เป็นปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในความเป็นจริงเราไม่สามารถแยกปัญหาแต่ละด้านออกจากกัน หรือแก้ปัญหาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งได้ แต่ต้องมองอย่างครอบคลุมเนื่องจากทั้งปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ/จิตสังคม เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบถึงกัน คือ เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยทางกาย ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษา การหายของโรค ฯลฯ โดยเฉพาะโรคที่เรื้อรัง หรือวิกฤต และเมื่อเกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นในระดับหนึ่งก็จะมีผลย้อนกลับทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรคแย่ลง ซึ่งกลไกการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย (ชอลดา, 2536)

2.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นที่ตัวรับสิ่งเร้า แรงกระตุ้นเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง และไขสันหลัง แรงกระตุ้นนี้จะผ่านศูนย์กลางของสมองที่ส่วนล่าง คือ ทาลามัส (thalamus) และผ่านเข้าสู่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์ไปยังสมองส่วนบน คือ ซีรีบรัม (cerebrum) ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้า และกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และ ไฮโปทาลามัส ทำให้เกิดผลคือ

2.1.1.1 ต่อมพิทูอิทารีหลังฮอร์โมนแอดดรีนาคอร์ติโคโทรปิก (adrenocortico tropic hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal cortex) หลังฮอร์โมนคอร์ติคอลล (cortical hormone) มีผลทำให้ร่างกายต้านทานต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้น

2.1.1.2 ไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งแรงกระตุ้นต่อไปยังแอดดรีนอลเมดัลลา (adrenal medulla) ของต่อมหมวกไตให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (epinephrine) ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายมีการตอบสนองในการที่จะต่อสู้หรือถอยหนีในขณะที่ยังมีแรงกระตุ้นถูกส่งไปยังสมองส่วนบน สมองส่วนนี้จะทำหน้าที่คิด การคิดทำโดยแยกแยะข้อมูลที่ได้ ออก แล้วเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่เก็บไว้ในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ถ้าเห็นว่าเป็นอันตรายก็จะกระตุ้นระบบเรติคูลาร์ แอคติเวติง (reticular activating system) เพื่อให้เกิดความสมดุล ในขณะที่สมองส่วนบนมีการทำงานมาก ระบบนี้จะถูกกดไว้ เพื่อที่จะลดไม่ให้ข้อมูลเข้าสู่สมองมากเกินไป แต่ถ้าระบบนี้ทำงานไม่ได้เต็มที่ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม การส่งข้อมูลเข้าสู่สมองจะเพิ่มขึ้น สมองส่วนบนจะทำหน้าที่มากขึ้นโดยไม่หยุดยั้งจนในที่สุดผลออกมาเป็นอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกายดังนี้

2.1.2.1 ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก ไปกระตุ้นแอดรีนอลคอร์เทคให้หลั่งแอดรีโนคอร์ติคอยด์ 3 ชนิด คือ 1) มินเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) เพื่อควบคุมสมดุลเกลือแร่ เช่น โซเดียม โปแตสเซียมและแคลเซียม 2) กลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาล ทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น และ 3) แอนโดรเจน (androgen) มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้

2.1.2.2 ต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังจะหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูริติก (antidiuretic) เพื่อควบคุมการขับปัสสาวะให้เป็นปกติ

2.1.2.3 ไฮโปทาลามัส จะส่งผ่านกระแสประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve) ไปยังอดรีนอลเมดัลลา ให้หลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamines) ประกอบด้วย อีพิเนฟริน (epinephrine) และ นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) เข้าสู่กระแสโลหิตไปยังส่วน ต่าง ๆ ของร่างกาย

2.1.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความวิตกกังวลมีผลทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ ทำงานโดยอิสระไม่อยู่ใต้อำนาจของจิตใจ ประกอบด้วยระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก ทั้ง 2 ระบบนี้ทำงานตรงข้ามกัน เพื่อให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล

2.2 ปัญหาด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความเครียดจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ พฤติกรรมในการปรับตัว ปัญหาการติดต่อสื่อสาร ความรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนฝูง รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจในขณะเจ็บป่วย (เพลินพิศ, 2544) วิจิตรา (2544) กล่าวว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยวิกฤต ในไอซียู ประกอบด้วย

- 1) อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลหลายชนิดที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย
- 2) บุคลากรที่ดูแลรักษาพยาบาลเดินพลุกล่าน ประกอบกับมีผู้ป่วยข้างเคียงที่มีอาการหนัก ตลอดจนขนาดความเป็นส่วนตัว
- 3) มีแสงสว่างมากตลอด 24 ชั่วโมง
- 4) เสียงดังจากการทำงานของอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ
- 5) ผู้ป่วยสูญเสียการสัมผัสหรือขาดการกระตุ้นทางจิตใจ
- 6) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

7) การดำเนินชีวิตที่ไม่แน่นอน ไม่สามารถตัดสินใจหรือควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และไม่มีอำนาจในการต่อรอง

ภาวะเครียดของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) มีหลายด้าน ประกอบด้วยด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การมีแผลจากการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น เจาะคือ ใส่สายระบายทรวงอก เป็นต้น ภาวะเครียดด้านอารมณ์ และจิตสังคม เช่น ความรู้สึกถูกกีดกัน หรือแยกให้อยู่ตามลำพัง (sense of isolation) การสูญเสียพลังอำนาจ ความวิตกกังวล กลัว และอุปสรรคในการสื่อสาร เป็นต้น และความเครียดจากสิ่งแวดล้อม เช่น อุปกรณ์ต่าง ๆ เสียงเตือนของเครื่องช่วยชีวิต แสงสว่าง รวมไปถึงเสียงพูดคุยสนทนาของทีมแพทย์ผู้ดูแล (Dohert, Plowfield, Ware & West, 1999)

พรีโวสต์ (Prevost, 1997 อ้างตามขวัญเรือน, 2544) ได้จำแนกสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในหน่วยวิกฤตออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์ด้านร่างกาย สถานการณ์ด้านจิตใจ และ สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อผู้ป่วยดังมีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

1) สถานการณ์ด้านร่างกาย หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อร่างกายของผู้ป่วย ได้แก่ การคาท่อช่วยหายใจ ร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ ความเจ็บปวด ความกระหายน้ำ ความหิว การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การถูกรบกวน การนอนหลับ ความไม่สุขสบาย และการตรวจร่างกายบ่อยครั้ง

2) สถานการณ์ด้านจิตใจ หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล การสื่อสารกับทีมเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลง บทบาทมาเป็นผู้ป่วย การที่ไม่ได้พบปะกับคู่สมรสหรือญาติในครอบครัว ความเบื่อหน่าย การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของเจ้าหน้าที่โดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า การสูญเสียการควบคุมตนเอง การถูกจำกัดการเวลาเยี่ยม

3) สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สถานการณ์จากสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วย ได้แก่ การขาดความเป็นส่วนตัว ความแออัดคับแคบของหน่วยวิกฤต ความไม่สุขสบายของเตียงที่นอน ระดับเสียงดัง แสงไฟที่ส่องสว่างตลอดเวลา ห้องที่มีสภาพของอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป การมองเห็นหรือได้กลิ่นที่ไม่รื่นรมย์

2.3 ปัญหาด้านจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความคิดหรือมีความรู้สึกต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ เช่น เกิดความกังวล ไม่แน่ใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต สงสารหรือโทษตัวเอง ขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และ/หรือขาดศรัทธาต่อศาสนาหรือพระเจ้า ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตวิญญาณจะแสดงออกโดยการปรับตัวไม่ได้ มีอาการป่วยทางจิต มีอาการซึมเศร้า ห่อถอย ฟุ้ง

พานบุคคลอื่น เป็นต้น (ทศนีเย, 2545) ปัญหาด้านจิตวิญญาณนับเป็นปัญหาของผู้ป่วยวิกฤตที่มักจะถูกมองข้าม เนื่องจากแพทย์ พยาบาลต่างมุ่งดูแลรักษาอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งในความเป็นจริงนอกจากความต้องการการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความศรัทธา คุณค่า ความดีงาม ความรัก ความหวัง และจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต (อาภรณ์, 2544) การประคบประหงมทางจิตวิญญาณ ช่วยประสานการเยียวยาทางกายและจิต เช่น อนุญาตให้ผู้รับบริการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดตื่นตระหนก (panic) จัดบรรยากาศให้สงบ ยินยอมให้ผู้รับบริการสวมมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือทำพลังบำบัดชนิดต่าง ๆ ที่ไม่เป็นอันตราย เช่น พลังจักรวาล พลังปรมาณ พลังสมาธิ เป็นต้น เป็นการสร้างความหวังและพลังใจในการต่อสู้กับภาวะวิกฤต การบำบัดทางจิตวิญญาณเป็นการใช้หลักแบบองค์รวมเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพที่สมบูรณ์ที่สุด ปัจจุบันโรงพยาบาลในเครือของกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่ง มีแนวโน้มที่จะผ่อนปรนกฎระเบียบให้ผู้ป่วย นำวิธีการตามแนวความเชื่อทางจิตใจ โดยเฉพาะหลักการทางพุทธศาสนาเข้ามาช่วยในกระบวนการรักษาได้มากขึ้น ถ้าหากสิ่งเหล่านั้นไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้การรักษาดำเนินชีวิตตามวิถีการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ลลิตา และ นิทรพร, 2544) จากการศึกษาของวงรัตน์ (2544) เกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต พบว่าผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 90.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดำเนินชีวิตตามแนวทางที่เลือกในระดับมาก และร้อยละ 70.6 มีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการในระดับทุกครั้ง อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า ผู้ป่วยและญาติไม่มีเวลาเตรียมตัว ในการพบกับเหตุการณ์เช่นนี้จึงก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ และมีผลกระทบต่อครอบครัว ณ จุดนี้อาจทำให้ญาติต้องหยุดดำเนินชีวิตตามปกติไปชั่วคราวเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต และอาจต้องรับบทบาทของตนใหม่ขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทได้ นอกจากนี้การป่วยวิกฤตจะมีผลกระทบต่อเป้าหมายของญาติและผู้ป่วย และอาจมีผลกระทบต่อเป้าหมายของครอบครัว เพราะฉะนั้นในสถานการณ์นี้ญาติจะเกิดคำถามกับตัวเองว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นอะไรไป คือ เสียชีวิต หรือมีความพิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือต้องได้รับการดูแลตลอด ความเป็นอยู่ในครอบครัวจะเป็นอย่างไร เป้าหมายที่ตนวางไว้หรือเป้าหมายของครอบครัวที่วางไว้ ก็อาจจะต้องปรับเปลี่ยน ซึ่งช่วงนี้จะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด และเกิดกลไกการปรับตัวโดยใช้การเผชิญปัญหาหรือเผชิญความเครียด

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาใน ไอซียู นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้น อาจพบกลุ่มอาการ ไอซียู (intensive care unit syndrome หรือ ICU syndrome) เป็นภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย

วิกฤต มีกระบวนการตอบสนองต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก และความต้องการการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในระดับที่เหมาะสม กลุ่มอาการไอซีย์ พบในผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ไอซีย์ แล้ว 24 ชั่วโมง ส่วนมากมักเกิดกับผู้ป่วยที่นอนอยู่ใน ไอซีย์ นานกว่า 5-7 วัน จากรายงานพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการ ไอซีย์ ได้ประมาณร้อยละ 20-70 กลุ่มอาการนี้ได้แก่ มีอาการสับสน ไม่รู้จักสถานที่ ความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ประสาทหลอน ความจำลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง อารมณ์ขึ้น ๆ ลง ๆ (วิจิตรา, 2544)

จากปัญหาของผู้ป่วยวิกฤตดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีความเสี่ยงต่อความเป็นความตาย ได้รับการคุกคามทั้งทางด้านร่างกายจากโรคที่เป็นอยู่ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการได้รับการตอบสนองในทุกด้านคือ ด้านร่างกาย ต้องการได้รับการช่วยเหลือเยียวยาให้หายจากบาดแผลหรือโรค และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน คือ เรื่องอาหาร การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องการได้รับความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ทั้งจากทีมสุขภาพและญาติเนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดจากสิ่งแวดล้อม กฎระเบียบของโรงพยาบาล อาการและความรุนแรงของโรค เป็นต้น (ประคอง, 2536) จึงอาจแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น แยกตัว, ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล, มีท่าทางซึมเศร้า พุดน้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม, ไม่เป็นมิตร ขณะแพทย์ พยาบาลให้การดูแล, แสดงความกลัวต่อการรับรู้สภาพของตนเอง ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่รู้ล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน เช่นการถูกตัดอวัยวะ เป็นต้น (วิจิตรา, 2544) ส่วนด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องการได้รับการปฏิบัติตามความเชื่อความศรัทธาเป็นการสร้างความหวัง และช่วยประสานการเยียวยา (อาภรณ์, 2544) ซึ่งการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการในทุก ๆ ด้านของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นั้นถือเป็นเป้าหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งสมาคมการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Critical-Care Nurses) กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์คือทุกสิ่งทุกอย่างที่ช่วยในการเติมเต็ม และการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ความต้องการเหล่านั้นประกอบด้วย ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านจิตสังคม และความต้องการด้านจิตวิญญาณ สำหรับความต้องการของผู้ป่วยภาวะวิกฤตก็เช่นเดียวกัน คือมีความต้องการทั้ง 4 ด้านดังที่กล่าวมา และความต้องการทั้ง 4 ด้านของผู้ป่วยวิกฤตจะมีความเชื่อมโยง สัมพันธ์กัน ความต้องการด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องการอยู่รอด มีชีวิตอยู่ ห่างจากโรค ความต้องการด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับความนับถือ ความเอาใจใส่เหมือนคนทั่ว ๆ ไป ได้รับการบอกกล่าวข้อมูล การได้ตัดสินใจด้วยตัวเอง รวมไปถึงการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมด้านอารมณ์ ความต้องการด้านจิตสังคมนั้น ผู้ป่วย

ต้องการที่จะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวและรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง ส่วนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องการไปสู่จุดหมายสูงสุดของชีวิต (Urban, 1998)

3. ปัญหาและความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤต

ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมักก่อให้เกิดความเครียดทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ระดับความเครียดจะสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องเข้ารับการรักษาในไอซียู (ชอลดา, 2536) ซึ่งตามการรับรู้ของคนทั่วไปเกี่ยวกับหอผู้ป่วยหนักหรือไอซียู คือเป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักมาก โอกาสรอดชีวิตน้อย อีกทั้งต้องปฏิบัติตามกฎการเยี่ยมและเฝ้าไข้ ซึ่งมีข้อจำกัดในการที่ญาติจะใกล้ชิดผู้ป่วย โดยเยี่ยมได้เฉพาะช่วงเวลา และเป็นช่วงสั้น ๆ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่เพิ่มภาวะวิตกกังวล และความเครียดให้แก่ญาติ และแพทย์พยาบาลบางคนยังมองข้าม หรือไม่ได้ให้ความสำคัญแก่ญาติผู้ป่วยเท่าที่ควร ต่างมุ่งเน้นที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยมากกว่า ทำให้ขาดการให้ข้อมูลแก่ญาติ สัมพันธภาพระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่น้อย ญาติจึงไม่กล้าซักถาม ธาวิณี (2542) กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ป่วยเกิดความเครียดเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องตรวจการทำงานของหัวใจ สายน้ำเกลือท่อระบายต่าง ๆ ที่ออกจากตัวผู้ป่วย นอกจากนี้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ จัดว่าเป็นบุคคลแปลกหน้าที่ทำให้ญาติเกิดความวิตกกังวล และกฎระเบียบต่าง ๆ จะทำให้ญาติมีความรู้สึกว่าถูกพรากให้แยกจากผู้ป่วย ไม่มีโอกาสให้กำลังใจผู้ป่วย 2) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ เช่น อาการของผู้ป่วย ลักษณะการบาดเจ็บและการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การตรวจพิเศษต่าง ๆ ตลอดจนระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว เช่น อายุ เพศ สถานะและบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาด้านการเงินและค่ารักษาพยาบาล

เพื่อให้การพยาบาลมีความครอบคลุม หรือมีความเป็นองค์รวมมากที่สุดพยาบาลต้องประเมินถึงปัญหาและความต้องการของญาติ และให้การตอบสนองความต้องการนั้น ๆ เท่าที่สามารถทำได้ การประเมินถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและตรงกับความต้องการของญาติผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และยังเป็นการเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อถือไว้วางใจจากญาติ ทั้งนี้พยาบาลต้องตระหนักเสมอว่า ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบบุคคลทั้งคน ควรให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้การพยาบาล นอกจากนี้จะเป็นการขยายบทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติให้สามารถเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ยัง

ช่วยตอบสนองของความต้องการของญาติได้อีกด้วย จะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด และช่วยให้ญาติผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ระดับประคองระบบครอบครัวใหม่ให้คงภาวะสมดุลต่อไปได้ (ธารินี, 2542) กากลิโอน (Gaglione, 1984) ได้สรุปความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตไว้ 4 ด้านคือ

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (information need)
2. ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs)
3. ความต้องการด้านอารมณ์ (emotional needs)
4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อสำรวจถึงความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤตไว้มากพอสมควร ซึ่งผลการศึกษาอาจจะแตกต่างกันไปบ้างในแต่ละท้องถิ่น หรือวัฒนธรรม แต่โดยภาพรวมญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีความต้องการที่คล้ายกัน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วย การได้อยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

จุฑามาศ, สุภาภรณ์, สมพร และวิไลวรรณ (2536) ได้ทำการสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พบว่า ความต้องการรายชื่อที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสนใจดูแลผู้ป่วย รองลงมาคือ ต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ส่วนความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ การได้รับการบอกเล่าว่าจะทำพิธีกรรมทางศาสนาอะไรบ้างขณะอยู่โรงพยาบาล และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติได้มากที่สุดคือ พยาบาล รองลงมาคือแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจงกล และพรทิพา (2543) เกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ป่วยในหอภิบาล ผู้ป่วยหนัก พบว่าญาติผู้ป่วยมีความต้องการ และให้ระดับความสำคัญสูงสุดตามรายชื่อกับความรู้สึกว่ายังมีหวังเป็นอันดับแรก รองลงมาคือความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยมากที่สุดคือ พยาบาล และจากการศึกษาของสุภารัตน์, ชื่นฤดี, และวิมลวัลย์ (2542) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ไอซียู โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด 2) รู้สึกมีความหวัง 3) ทราบการทำนายโรค 4) ทราบแผนการรักษา 5) มั่นใจว่าทุกอย่างจะเรียบร้อยขณะที่ญาติจากไปชั่วคราว และความต้องการที่ครอบครัวได้รับการตอบสนองมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด 2) ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่จากบุคลากรทีมสุขภาพ 4) คำแนะนำในการปฏิบัติ

ตัวต่อผู้ป่วย 5) คำอธิบายหรือคำบอกเล่าด้วยถ้อยคำที่เข้าใจง่าย และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่าความต้องการของครอบครัวสูงกว่าการตอบสนองที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และ $.01$ ยกเว้นข้อเดียวที่ไม่แตกต่างกันคือ ความต้องการการมี ผู้ร่วมร้องไห้ด้วย

เอคเคิล (Eckle, 1996) กล่าวว่าสิ่งที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ระหว่างการใส่สายต่าง ๆ เข้าในร่างกายเพื่อช่วยชีวิต หรือกำลังได้รับการช่วยชีวิตด้วยวิธีใด ๆ และญาติต้องการคือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมในการดูแลเท่าที่เป็นไปได้ ความรู้สึกมั่นคงและมั่นใจในแผนการรักษา และการดูแล ได้อยู่กับผู้ป่วยขณะผู้ป่วยเสียชีวิต ได้รับการสนับสนุนและความสะดวกสบายจากบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของอิติมา (2540) โดยทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล ของผู้ป่วยและพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ รองลงมาตามลำดับ และพยาบาลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าด้านอื่น โดยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้านอารมณ์ และด้านร่างกายรองลงมาตามลำดับ สรุปได้ว่าความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ไม่มีความแตกต่างกัน และจากการศึกษาของสุนิศา (2544) เกี่ยวกับความต้องการในภาวะสูญเสียและโศกเศร้าของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายด้วยโรคเฉียบพลันและเรื้อรังมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือความต้องการอยู่กับผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการบรรเทาความวิตกกังวล และต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือตามลำดับ ส่วนจันทร์พร (2539) ศึกษาความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลชลบุรีพบว่าความต้องการรายด้านที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ส่วนความต้องการที่ญาติได้รับการตอบสนองมากที่สุดคือ ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย รองลงมาคือ ต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและความต้องการด้านที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดคือ ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก และบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของญาติมากที่สุดคือพยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย จะเห็นได้ว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับความเครียดขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล และความ

ต้องการของญาติส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน คือ ต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเยี่ยมของญาติ จึงทำให้ไม่ได้รับรู้เกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือตลอดเวลา นอกจากนี้ยังต้องการเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวล ต้องการความเห็นอกเห็นใจ ต้องการเกี่ยวกับความมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วย และมีความคาดหวังต่อการหายของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเกิดการแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมีการแสวงหาวิธีการในการทำนายดวงชะตา การพยากรณ์โรค หรือการเสริมดวง เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้ถือเป็นวิธีการปฏิบัติตามแนวภูมิปัญญาตะวันออกทั้งสิ้น และจากผลการศึกษาส่วนใหญ่ญาติผู้ป่วยคิดว่าบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติได้ดีที่สุด คือพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และรวมไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย คณิงนิต (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี โดยแบ่งครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และให้การพยาบาลระบบสนับสนุนในกลุ่มทดลอง โดยมี 4 ขั้นตอน คือ การได้รับข้อมูล, การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย, การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจ และระบายความรู้สึก ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัว ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวภูมิปัญญาตะวันออก

ในภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยหนักต้องเข้า ไอซียู ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการและระยะของโรคที่ต่างกันไปตามพยาธิสภาพของโรค บางเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน บางเหตุการณ์เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด รู้สึกตกใจ สับสน งุนงงกลัว และกังวล เป็นอย่างมาก ในภาวะวิกฤตเช่นนี้ ญาติผู้ป่วยนอกจากจะรักษาตามแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลแล้วส่วนใหญ่จะผสมผสานแนวทางการรักษาตามความเชื่อพื้นบ้านร่วมด้วย เช่น การบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ เพื่อสร้างความหวัง ขอให้ปลอดภัย การนำหมอพื้นบ้าน หมอพระ ผู้มีความสามารถในการบำบัดทางเลือก เช่น พลังจักรวาล พลังปราณ พลังสมาธิ เข้ามาผสม

ผลของการดูแลของแผนปัจจุบัน (อาภรณ์, 2544) ขณะเดียวกันก็ยังคงเกิดความขัดแย้ง กลัวแพทย์พยาบาลจะไม่ยอมรับ กลัวจะถูกมองว่างมงาย จึงปฏิบัติได้ไม่เต็มที่

ปัจจุบันได้มีการใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในภาวะวิกฤต โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีเทคนิคการบำบัดเยียวยาทางการแพทย์และการพยาบาลแบบองค์รวม ให้ดำเนินไปได้อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติบนพื้นฐานของสังคม วัฒนธรรม เน้นความสำคัญของคุณธรรม มากกว่าวัตถุธรรม เชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ เน้นการเชื่อมโยง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้ถูกดูแล และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และเน้น ความรัก ความเมตตา อบอุ่น เอื้ออาทร อาภรณ์ (2544) กล่าวว่า การพยาบาลโดยผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกให้ครบเป็นองค์รวมนั้นมี 4 ประการ คือ

ประการที่ 1 คน หมายถึง ร่างกาย จิตใจ และความเชื่อ ความศรัทธา คุณค่า ความดีงาม ความหวัง และจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิต หรือกล่าวโดยรวมคือ กาย จิต และจิตวิญญาณ ทั้งผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล

ประการที่ 2 กระบวนการของชีวิตและสุขภาพ คือ กิจกรรมดำเนินชีวิตประจำวัน และผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล

ประการที่ 3 การดูแลรักษาตามโรคภัยไข้เจ็บ

ประการที่ 4 สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ใกล้ตัวที่เกี่ยวข้อง ไกลออกไปจนถึงจักรวาล

หลักการบำบัดเยียวยา (healing) เป็นหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เน้นการดูแลสุขภาพบุคคลทั้งชีวิต (พระมหาจรรยา, 2543) องค์ประกอบของสุขภาพประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม มีความเชื่อมโยงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นองค์รวม (holism) เป็นทั้งหมด (wholeness) เน้นด้านจิตและจิตวิญญาณในเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่า ๆ กับการเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (สมพร, 2542) ดังนั้นการบำบัดเยียวยาจึงหมายถึง การกระทำเพื่อมุ่งสร้างสมดุลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทางเลือกในการบำบัดเยียวยาเกิดขึ้นโดยถือว่าคนจะมีสุขภาพดีก็ต่อเมื่อมีภาวะสมดุลในร่างกายและสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ ความเจ็บป่วยที่แท้จริงเป็นผลจากการเสียสมดุลทั้งระบบ และขาดสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ จึงปรากฏอาการออกมาในส่วใดส่วหนึ่งของร่างกาย พร้อมทั้งเกิดความตึงเครียดขึ้นในจิตใจ ซึ่งการดูแลต้องมุ่งเน้นการฟื้นฟู และเสริมสร้างความสมดุลให้เกิดแก่ชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม บุคคลจึงแสวงหาการบำบัดเยียวยาเพื่อรักษาสมดุลในร่างกายและจิตใจ (ทิพวัลย์, 2543)

การปฏิบัติตามแนวภูมิปัญญาตะวันออกวิธีต่าง ๆ อาจไม่ถือเป็นวิธีการรักษาตามแนวทางของการแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนตะวันตก แต่ตามหลักของการแพทย์ตะวันออกวิธีการเหล่านี้ถือเป็นการบำบัดเยียวยา (healing) แก่ผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดเยียวยาต่างกับการรักษา (treatment) ตรงที่ การรักษามาจากภายนอก ส่วนการบำบัดเยียวยาจากภายใน (พระมหาจรรยา, 2543) ระบบของร่างกายเองทำการบำบัดเยียวยา และเชื่อว่าการให้ยา หรือการผ่าตัด ตลอดจนการทำหัตถการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ถือเป็นการเอื้อให้เกิดการบำบัดเยียวยา และขจัดอุปสรรคของการบำบัดเยียวยาออกไป (บวรจบ, 2544) ดังนั้นการที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาตามแนวภูมิปัญญาตะวันออกของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นวิธีการที่นอกเหนือจากแนวทางการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบำบัดเยียวยาของร่างกายด้วย

การบำบัดเยียวยา เป็นสิ่งที่เกิดจากภายในร่างกายของเรา อันเป็นแหล่งบำบัดธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตทั้งปวง นายแพทย์แอนดรูว์ ไวล์ ชาวอเมริกัน ซึ่งเป็นแพทย์ผู้บุกเบิกแนวคิดการรักษาแบบผสมผสานที่เน้นการนำเอาการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ มาผสมผสานเข้าด้วยกัน กล่าวว่า โครงสร้างทางชีววิทยาของร่างกายมนุษย์ทุกคน ตั้งแต่ระดับดีเอ็นเอ กลไกของการค้นหาความผิดปกติ การรักษาตัว และการบูรณะส่วนบกพร่องขึ้นใหม่ นั้น เป็นความสามารถที่มีอยู่ในร่างกายเราอยู่แล้ว และพร้อมเสมอที่จะปฏิบัติกรเมื่อร่างกายเกิดความจำเป็น การแพทย์หรือยาที่สามารถนำเอากลไกบำบัดภายในที่มีอยู่แล้วนี้มาใช้ประโยชน์ ย่อมจะมีประสิทธิภาพกว่าวิธีทางการแพทย์ที่ไปสะกดอาการไว้ (แอนดรูว์ ไวล์, 2544)

นอกจากนั้น นายแพทย์แอนดรูว์ ไวล์ ได้สรุปประเด็นสำคัญไว้ในหนังสือ Spontaneous healing ว่า ร่างกายของคนเราทำตัวเองให้ดีขึ้นได้ และยิ่งไปกว่านั้น เรายังสามารถบำบัดบรรเทาอาการจากโรคต่าง ๆ ได้ทุกชนิด ไม่ว่าจะอยู่ในชั้นหนักหนาสาหัสเพียงใดก็ตาม ความมุ่งหมายที่แท้จริงของการให้ยา คือ เพื่อช่วยสนับสนุนการทำงานของระบบบำบัด นั่นคือ ยาควรไปช่วยปลดการ "สกัดกั้น" ระบบบำบัดเพื่อให้ระบบบำบัดทำงานได้เต็มที่ (แอนดรูว์ ไวล์, 2545) การปฏิบัติตามแนวภูมิปัญญาตะวันออกเพื่อการบำบัดรักษา ประกอบด้วยการปฏิบัติเพื่อผลทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ วิธีการบางอย่างเป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นการปฏิบัติ ประเมินได้ เช่น การใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็ม การใช้พลังจักรวาล ฯลฯ แต่การปฏิบัติบางอย่างเป็นเพียงหลักการ เป็นนามธรรม ซึ่งผู้ปฏิบัติยึดเป็นหลัก หรือแนวทางเพื่อนำไปสู่การบำบัดของร่างกาย ขึ้นอยู่กับความศรัทธาของผู้ปฏิบัติ เช่น ยึดหลักคำสอนของศาสนามาเป็นหลักในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสงบผ่อนคลาย เป็นต้น

จากหลักการของการบำบัดเยียวยา จะเห็นได้ว่า วิธีการปฏิบัติตามแนวภูมิปัญญาตะวันออก สามารถช่วยส่งเสริมให้ระบบการบำบัดของร่างกายทำงานได้ดีขึ้นบางส่วน ซึ่งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติตามวิธีการที่แสวงหา หรือวิธีการที่ศรัทธาและไม่ขัดต่อแผนการรักษา เป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์แบบมากขึ้น อารรณ์ (2544) ได้เสนอแนวคิด ภูมิปัญญาตะวันออกที่นำมาใช้ในผู้ป่วยวิกฤต ไว้ดังนี้

1. การเจ็บป่วยเกิดจากวิญญาน และสิ่งศักดิ์ ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความเชื่อเช่นนี้ พยาบาลสามารถประเมินความต้องการของผู้รับบริการและให้การดูแลโดยผสมผสานความเชื่อของผู้รับบริการได้ โดยจะต้องไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับบริการ เช่น การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทำบุญอุทิศส่วนกุศล เป็นต้น

2. การเจ็บป่วยเกิดจากการล่วงละเมิดกฎเกณฑ์จารีตประเพณี ในกรณีที่ผู้รับบริการอาจจะทำพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การขอชะมา ขอโทษ ที่ได้ล่วงเกิน การสวดมนต์ หรือพิธีกรรมตามความเชื่อ

3. การประคบประหงมทางจิตวิญญาณช่วยประสานการเยียวยากายและจิต ในกรณีที่ผู้รับบริการมีความขัดแย้ง ความโกรธ ความเจ็บปวดทางจิตวิญญาณ (spiritual distress, spiritual anger, spiritual pain) พยาบาลสามารถช่วยตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักการทั้งทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน และภูมิปัญญาตะวันออก เช่น ผู้รับบริการที่เกิดอุบัติเหตุกระแทกศีรษะ การช่วยเหลือเพื่อให้พ้นจากอันตราย ช่วยชีวิตต้องทำเป็นอันดับแรก ต่อมาการประคบประหงมทางจิตวิญญาณ เช่น อนุญาตให้ผู้รับบริการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด ตื่นตระหนก จัดบรรยากาศให้สงบ ยินยอมให้ผู้รับบริการสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือทำพลังบำบัดชนิดต่าง ๆ ที่ไม่เป็นอันตราย เช่น พลังจักรวาล พลังปราณ พลังสมาธิ เป็นต้น การสร้างความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับภาวะวิกฤต

4. สมาธิบำบัดทางการพยาบาล การฝึกสมาธิเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายทั้งซีกโลกตะวันตกและตะวันออก และได้มีการนำสมาธิเข้ามาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดโรคอย่างกว้างขวาง รูปแบบและวิธีการฝึกสมาธิมีมากมายหลายวิธี ขึ้นอยู่กับความถนัดของผู้ฝึก ทฤษฎี/ภูมิปัญญาที่อธิบายสมาธิบำบัดทางการพยาบาลประกอบด้วย

- 4.1 หลักพุทธธรรม (ขั้นที่ 5 โภชณงค์ 7 อิทปิปัจยาตา หรือกฎแห่งกรรม)
- 4.2 พลังปราณ (prana)
- 4.3 การใช้จินตนาการ (visualisation)

4.4 สัมผัสรักษา (therapeutic touch)

4.5 จิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology)

แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีกระบวนการค้นหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ (naturalistic inquiry) เป็นการสอบสวน มองภาพรวมรอบด้าน ทุกแง่ ทุกมุม (holistic perspective) ด้วยตัวนักวิจัยเองและโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ที่ข้อมูลตีความแบบอุปนัย (inductive analysis) เพื่อให้ได้ "โลก" หรือ มิติความจริงของบุคคลในบริบทสังคม วัฒนธรรมขณะนั้น (contextual) (นิศา, 2540) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีพื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดปรากฏการณ์นิยม เป็นพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ที่เชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอนไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Omery, 1983) บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามบริบทที่ตนอาศัยอยู่ (อาภรณ์, 2536) จึงเป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ เน้นธรรมชาติ (nature) และความจริง (truth) ของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้งซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือธรรมชาติของมนุษย์ โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริงและการรับรู้ ทฤษฎีและการปฏิบัติ (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543)

ดังนั้นนักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องเข้าใจแนวคิดทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ และกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ตลอดจนแนวความคิดในเรื่องบทบาท สถานภาพ อันเป็นปรากฏการณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมทั้งสิ้น (รวิวรรณ, 2544)

1. ประวัติการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

นักปรัชญาที่มีอิทธิพลในแนวคิดปรากฏการณ์วิทยามากที่สุดคือ ฮัสเซล และไฮเดกเกอร์ (Husserl & Heidegger) (Morse, 1994) ซึ่งผู้ที่ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของปรัชญาแนว ปรากฏการณ์วิทยาคือ นักปราชญ์ชาวเยอรมัน ชื่อ ฮัสเซล (Edmund H. Husserl) ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของเบรนท์โน ได้พัฒนาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาขึ้นในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 (Parse, Coyne & Smith, 1985) ซึ่งมีแนวคิดหลักที่สำคัญคือ การค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มี การคิดล่วงหน้า หรือถ้ามี

ผู้ศึกษาจะต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา โดยการ "เก็บไว้ในวงเล็บ" (bracketing) (ประณีต, วิชาวี และเพลินพิศ, 2543) ต่อมามีนักปราชญ์ นักคิดสาขาอื่น ๆ ได้พัฒนาไปสู่วิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์อย่างกว้างขวาง (นิศา, 2540) ได้มีการแบ่งระยะของการพัฒนาออกเป็น 3 ระยะ (Streubert & Carpenter, 1995) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียม (preparatory phase) นักปรัชญาที่มีชื่อเสียงคือ เบรันทาโน (Franz Brentano) และ สตัมป์ (Carl Stumpf) เป้าหมายของเบรันทาโน คือ ปฏิรูปปรัชญาในการให้บริการของมนุษย์ เขาหวังให้การพรรณาด้านจิตใจเป็นพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์ เน้นพรรณนาและทำให้เห็นความชัดเจนของสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนดำเนินการศึกษาถึงสาเหตุ ส่วนสตัมป์พบว่า ประสบการณ์มาจากสิ่งที่มีความจริง (reality) และจินตนาการ (imagination)

ระยะที่ 2 ระยะของชาวเยอรมัน (German phase) นักปรัชญาที่มีชื่อเสียงคือ ฮัสเซล (Edmund Husserl และไฮเดรกเจอร์ (Martin Heidegger) ฮัสเซลเชื่อว่า ปรัชญาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล ผู้ซึ่งอยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ การศึกษามุ่งเน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งแนวคิดของฮัสเซลที่ได้พัฒนาในระยะนี้ประกอบด้วย การศึกษาในสาระสำคัญ (essences) การศึกษาและตีความหมายของปรากฏการณ์โดยใช้วิจรรณญาณหรือการหยั่งรู้ของนักวิจัย (intuiting) และการศึกษาส่วนย่อยของปรากฏการณ์ (phenomenological reductive) แนวคิดหลักของฮัสเซลเน้นเรื่องราวและประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะต้องไม่นำความคิดของตนเองมาเป็นพื้นฐาน หรือเกี่ยวข้องในการให้ความหมายปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง ถือเป็นแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยการที่ผู้วิจัยใส่ความคิดของตนไว้ในวงเล็บ ซึ่งเรียกเทคนิคนี้ว่า "แบคเก็ตติ้ง" (bracketing) (Creswell, 1998)

ต่อมาไฮเดรกเจอร์ ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของฮัสเซล ได้ศึกษาและพัฒนามุมมองของแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาที่แตกต่างออกไปจากของฮัสเซล เรียกการศึกษานี้ว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิตซ์ (hermeneutic phenomenology) (Leonard, 1994) เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของกรรมชีวิต หรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นการเข้าใจแนวคิดของความเป็นบุคคล จึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดในการเลือกใช้ปรัชญานี้เป็นระเบียบวิธีวิจัย (ประณีต, วิชาวี และเพลินพิศ, 2543) ไฮเดรกเจอร์เชื่อว่า ความเข้าใจ ภูมิหลังที่มีมาแต่กำเนิดของมนุษย์ มีความสำคัญต่อการเข้าใจพฤติกรรม หรือประสบการณ์ของบุคคล (Leonard, 1994) พื้นฐานของบุคคลเกี่ยวกับเพศ ทักษะ และการปฏิบัติไม่สามารถขจัดออกไปได้ แต่พื้นฐานต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ช่วยให้นักวิจัยสามารถเข้าใจ

ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ได้รับความนิยม และเป็นที่ยอมรับกันมาจนถึงปัจจุบัน (Thomson, 1990)

ระยะที่ 3 ระยะของชาวฝรั่งเศส (French phase) นักปรัชญาที่มีชื่อเสียงคือ มาร์เซล (Gabriel Marcel), ซาทรี (Jean Paul Sartre) และ เมอร์ลัว พอนตี (Maurice Merleau-Ponty) แนวคิดที่ได้รับการพัฒนาในระยะนี้คือ ความเป็นรูปธรรม (embodiment) และ ความมีอยู่ในโลกนี้ (being-in-the-world) ซึ่งแนวคิดเหล่านี้แสดงถึงความเชื่อที่ว่ากระทำพื้นฐานเกิดมาจากการรับรู้หรือการตระหนักรู้ตั้งแต่เริ่มแรกในแต่ละปรากฏการณ์ที่ศึกษา

จะเห็นได้ว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นปรัชญาที่เป็นพลวัต มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะ ผู้ศึกษาวิจัยต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาอย่างละเอียดลึกซึ้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่ศึกษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่องค์ความรู้ใหม่ ๆ ต่อไป

2. วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิด "ปรากฏการณ์วิทยา" ของ ฮัสเซล นั้น หมายถึงวิธีการศึกษาโดยให้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบทางสัมผัสสัมผัสต่าง ๆ นั่นคือ เริ่มแรก ความเข้าใจของมนุษย์เกิดจากการรับรู้ซึ่งสัมผัสผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ อันประสบการณ์เหล่านี้จะผ่านการกลั่นกรอง ดีความเสียก่อน ซึ่งรายละเอียดของประสบการณ์และการตีความจะผสมกลมกลืนจนเป็นเนื้อเดียวกัน "การตีความ" จึงเป็นส่วนและสิ่งสำคัญยิ่งในการที่มนุษย์จะเข้าใจถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ได้ ดังนั้น ประสบการณ์จึงมักจะรวมการตีความไว้ด้วยเสมอ (นิศา, 2540; Omery, 1983)

สปีวเบอร์ก (Streubert ,1965,1975 cited by Streubert & Carpenter, 1995 ได้เสนอลำดับขั้นของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ขั้นตอน คือ

1. การพรรณนาปรากฏการณ์ (descriptive phenomenology) เป็นการศึกษาที่เน้นการบรรยายปรากฏการณ์ที่เห็นโดยภาพรวม ซึ่งสปีวเบอร์ก (Spiegelberg, 1965, 1975 cited by Streubert & Carpenter, 1995) ได้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการของการพรรณนาปรากฏการณ์มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การหยั่งรู้ หรือการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (intuiting) โดย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัย 2) การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ (phenomenological analyzing) และ 3) การบรรยายปรากฏการณ์ (phenomenological describing)

2. การเน้นจุดสำคัญของปรากฏการณ์ (phenomenology of essences) เป็นการ

เจาะลึกเฉพาะส่วนที่มีความสัมพันธ์ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

3. การสังเกตการปรากฏขึ้นของปรากฏการณ์ (phenomenology of appearances) เป็นการให้ความสนใจหรือเฝ้าดูการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ในสถานการณ์ที่ต่าง ๆ กัน

4. การประกอบขึ้นของปรากฏการณ์ (constitutive phenomenology) เป็นการตรึงตรองต่อเนื่องจากการสังเกตการปรากฏขึ้นของปรากฏการณ์

5. การตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการย้อนกลับไปพิจารณาปรากฏการณ์ทั้งหมดอีกครั้ง ตั้งคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่ก่อให้เกิดปรากฏการณ์นั้น ทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

6. การตีความหมายของปรากฏการณ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นการค้นหาความหมายและตีความตามความหมายของปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งไม่เคยพบมาก่อน ถือเป็นจุดเน้นของการศึกษาปรากฏการณ์แบบเฮร์แมนนิวติกซ์ของไฮเดรกเจอร์ (hermeneutic or heideggerian phenomenology) เป็นทั้งปรัชญาแห่งการเข้าใจและศาสตร์แห่งการให้ความหมาย ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามสภาพและภูมิหลัง ของตน (Dreyfus, 1991) แนวคิดแบบเฮร์แมนนิวติกซ์ของไฮเดรกเจอร์เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงกันในลักษณะการดำรงชีวิตอยู่ในปรากฏการณ์ (Walters, 1995)

3. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวติกซ์

คำว่า Hermeneutic มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง การตีความหมาย (interpret) หรือ เข้าใจ (understand) (Crotty, 1998) ตามความหมายของชาวกรีกโบราณ Hermeneutic คือ ความเข้าใจในคำพูดที่อธิบาย หรือให้ความหมายเกี่ยวกับบางสิ่งในสภาพการณ์ที่แปลก หรือแตกต่างออกไปจากประสบการณ์ที่เคยพบเห็น โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย นำมาใช้ประโยชน์ เข้าใจง่ายขึ้น (Palmer, 1969 cite by Crotty, 1998) เป้าหมายของแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเฮร์แมนนิวติกซ์ คือ การค้นพบความหมายของสิ่งที่ไม่ได้ปรากฏอยู่อย่างเด่นชัด โดย สัญชาตญาณ การวิเคราะห์ และการอธิบาย (Omery, 1983) จากประวัติการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาซึ่งพัฒนาขึ้นโดย ฮัสเซิล ตั้งแต่ปี 1913 จนกระทั่งเกษียณอายุ (Merleau-Ponty, 1962 cited by Creswell, 1998) แนวคิดของฮัสเซิลมีลักษณะเป็นนามธรรม (abstract) เข้าใจยาก มีแนวคิดหลักสำคัญในการศึกษา คือ การเน้นเรื่องราว ประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นจริง นักวิจัยต้องไม่นำความคิดของตนเข้าไปเกี่ยวข้องในการวิจัย โดยให้ผู้วิจัยซ่อนความรู้สึกนึกคิดของตนไว้ ไม่

แสดงความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าไปรบกวนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Leonard, 1987) ในระยะต่อมา ไฮเดรกเจอร์ ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของฮัสเซลได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาเชิง ปรัชญาการวิทยาเกี่ยวกับการให้ความหมายขึ้น (hermeneutic phenomenology) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ตรงกันข้ามกับของฮัสเซล และเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาปรัชญาการวิทยาแบบเฮร์แมนนิติกส์ โดยเชื่อว่าความเข้าใจ ภูมิหลังที่มีมาแต่กำเนิดของมนุษย์ มีความสำคัญต่อการเข้าใจพฤติกรรม หรือประสบการณ์ของบุคคล (Thomson, 1990)

ปรัชญาเฮร์แมนนิติกส์พัฒนาขึ้นโดย ไฮเดรกเจอร์ และกาแดมเมอร์ (Heidegger & Gadamer) ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก (Gadamer and Linge, 1977) คือ

- 1) หลักปรัชญาที่อยู่เหนือธรรมชาติ (Transcendental) และหลักปรัชญาการแปลความหมาย (Philosophical hermeneutic) (Heidegger)
- 2) ทฤษฎีของการแปลความหมาย (Theory of hermeneutics) ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดทางปรัชญา (Gadamer)

ไฮเดรกเจอร์เชื่อว่ามนุษย์แต่ละคนมีความเป็นเอกภาพ ทั้งการให้ความหมาย และการกระทำ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงต้องทำความเข้าใจในพฤติกรรมของบุคคลต่อการให้ความหมายสิ่งต่าง ๆ โดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม (Heidegger, 1962 cited by Koch, 1996) การศึกษาจะมุ่งเน้นธรรมชาติของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง เพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ (Van Manen, 1990) นอกจากนี้ไฮเดรกเจอร์ ยังอธิบายว่าแนวคิดปรัชญาการวิทยาแบบเฮร์แมนนิติกส์ของเขานั้นเปรียบเสมือนวงจรของการเคลื่อนไหว (a circular movement) ซึ่งเรียกว่า วงจรเฮร์แมนนิติกส์ (hermeneutic circle) (Heidegger, 1962 cite by Crotty, 1998)

ระยะต่อมา การ์ดาเมอร์ ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของไฮเดรกเจอร์กล่าวว่า การแปลความหมายเพื่อที่จะทำความเข้าใจในบางสิ่ง จะต้องเริ่มจากการค้นหา และสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเข้าใจในสิ่งที่ค้นหาต้องประกอบด้วยองค์ประกอบอีก 2 อย่าง (Rundell, 1995 cited by Crotty, 1998; Annells, 1996; Koch, 1995; Gadamer and Linge, 1977) คือ

- 1) ภาษา (language) ซึ่งภาษาเป็นแกนกลางและเป็นลักษณะสำคัญของการติดต่อสื่อสาร หรือทำความเข้าใจ ดังนั้นภาษาที่ใช้จึงต้องเป็นภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยจึงจะสามารถเข้าใจสิ่งที่บุคคลให้ความหมาย หรือมีประสบการณ์อยู่ได้อย่างถูกต้อง (Gadamer, 1975 cited by Thomson, 1990)

- 2) การเชื่อมโยงความหมาย หรือการหลอมกลมความเข้าใจ (the fusion of

horizon) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่าง ๆ จากการศึกษานั้น กับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอคติ หรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543) และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ศึกษา ผู้ศึกษาจะต้องทำความเข้าใจถึงความหมายที่บุคคลสื่อออกมา โดยพยายามมองให้ครอบคลุมรายละเอียดของสิ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทั้งหมด จนสามารถเชื่อมโยงความหมายของผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูลให้เกิดความเข้าใจเดียวกัน หรือเกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งสองฝ่าย

การตีความหรือแปลความเป็นเสมือน การเปิดโลก เปิดประสบการณ์ ความรู้สึกความเข้าใจโลกความจริงในบริบทของประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม ดังนั้นการตีความหมายพฤติกรรมมนุษย์ซึ่งเป็นพฤติกรรมอันเกิดจากการเรียนรู้ ก็เสมือนกับการแปลความหมายข้อเขียน ซึ่งย่อมขึ้นอยู่กับบริบทของกฎเกณฑ์ รูปแบบนาฏการของภาษารวมทั้งผู้แปลเอง ที่จะตีความรู้ ความรู้สึกนึกคิดของตนอีกด้วย และกลุ่มเฮอร์แมนนิวกติกซ์ยังคงเชื่อว่า นักวิจัยที่ต่างความรู้ ประสบการณ์ วิธีการ แนวคิด วัตถุประสงค์และจุดเน้นมุมมอง จะตีความหมายให้ผลข้อมูลออกมาต่าง ๆ กันอย่างแน่นอน (นิศา, 2540) ในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์แมนนิวกติกซ์นั้น ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่ง ไฮเดรกเจอร์ได้อธิบายทัศนะของบุคคลไว้ดังนี้ (Leonard, 1994 ; ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543)

1) บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อม (world) หรือสิ่งที่ติดตัวมาแต่เกิด โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง ภาษา ภูมิหลัง หรือวัฒนธรรมที่สืบทอดและติดตัวบุคคลนั้นมา ตั้งแต่กำเนิด ไม่ใช่เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

2) บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายและคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว (the person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง บุคคลให้คุณค่า หรือความหมายกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ภาษา ภูมิหลังของแต่ละบุคคล และบริบทที่เขาอาศัยอยู่ ดังนั้นการทำความเข้าใจในการแสดงออกหรือความรู้สึกของบุคคล จึงต้องศึกษาบุคคลในบริบทของคน ๆ นั้น

3) บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตัวเอง (the person as self-interpreting) ซึ่งการแปลความหมายของปรากฏการณ์ของบุคคลไม่ได้เกิดจากสติปัญญาเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับภาษา ทักษะ และการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา ฉะนั้นการที่จะเข้าใจปรากฏการณ์ของบุคคลจะต้องเข้าใจภูมิหลัง ภาษา และวัฒนธรรมของเขาด้วย

4) บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่เพียงแต่มีร่างกาย แต่ยังมีการรวมสิ่งอื่น ๆ เข้าไว้ด้วยกันเป็นประสบการณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งอื่น ๆ และการรวบรวมสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมเข้าด้วยกัน

5) บุคคลอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเป็นผลมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และจะมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสำคัญ

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ช่วงขณะที่เก็บข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการสังเกต การสัมภาษณ์ ข้อมูลเอกสารในสนามนั้น นักวิจัยจะใช้เวลาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมกันไปและนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการปรับแนวคิด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน เพิ่มความแม่นยำตรงของการวิจัยยิ่งขึ้น ดังนั้นช่วงการเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลจึงมิได้แยกจากกันอย่างเด็ดขาด แต่เป็นกระบวนการที่ทำความเข้าใจกันไป เพียงแต่ความเข้มข้นของแต่ละช่วงกิจกรรมแตกต่างกัน (นิศา, 2540)

การเลือกแนวคิด หรือวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลสนามในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวคิดทฤษฎีทางปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ และความลึกซึ้งในการศึกษา จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่าน ๆ มาพบว่าวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ได้รับความนิยมส่วนใหญ่มาจากนักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงหลายท่าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของฮัสเซล ที่เน้นให้นักวิจัยจัดสิ่งที่เป็นพื้นฐานของผู้วิจัยเองออกไป เพื่อไม่ให้สิ่งเหล่านี้เข้าไปรบกวนความหมายของข้อมูลในการทำความเข้าใจความหมายของสิ่งที่ศึกษา เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ออกมาจากผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของญาติ ในการใช้ภูมิปัญญาตะวันออกเพื่อการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้ปรัชญาแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์แมนนิวกิตซ์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของ แวน แมนเนน (Van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลที่สร้างขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดเฮอร์แมนนิวกิตซ์ มีขั้นตอนการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล 6 ขั้นตอน ดังรายละเอียดหน้า 71

5. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) ในวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งที่นักวิจัยทุกคนต้องตระหนัก เพราะเป็นวิธีการที่พัฒนาขึ้นใหม่ ซึ่งถูกมองว่า "อ่อน" เมื่อเปรียบ

เทียบกับการวิจัยเชิงสาเหตุ ซึ่งได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับมาตรฐานความเชื่อถือของการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสรุปที่ตรงกับข้อมูล (internal validity) และการอ้างอิงผลไปใช้ได้กับกลุ่มอื่น (external validity) ความเที่ยงของวิธีการทำ (reliability) รวมทั้งความเป็นปรนัยของการวิจัย (objective) ดังนั้นจึงได้มีความพยายามพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นความเชื่อถือได้ของวิธีการวิจัยเชิงธรรมชาติ (นิศา, 2540) ลินคอร์น และ คูบา ได้คิดค้นและพัฒนาหลักในการปฏิบัติเพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ หรือปรากฏการณ์วิทยามีความน่าเชื่อถือได้มากขึ้น (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ดังรายละเอียดในหน้า 67

สรุป

จะเห็นได้ว่าถึงแม้เทคโนโลยีจะมีความก้าวหน้าในทุก ๆ ด้าน รวมถึงเทคโนโลยีด้านการรักษาผู้ป่วยมีความทันสมัย และไม่ขาดแคลนเหมือนสมัยก่อน เช่น อุปกรณ์ในการรักษา ผู้ป่วยยาและเวชภัณฑ์ในการรักษาโรค เครื่องมือที่เฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย การมีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าและทันสมัยทำให้นุคลากรในที่มสุขภาพให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยโดยผ่านทางอุปกรณ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์เหล่านั้นมากกว่าการดูแลหรือสังเกตอาการจากผู้ป่วยโดยตรง เช่น การติดตามการทำงานของหัวใจ จะมีเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สามารถตรวจวัดความผิดปกติได้ทั้ง อัตราการเต้น และจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ จึงทำให้ สัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติ กับบุคลากรที่มสุขภาพ ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยและญาติไม่กล้าที่จะบอกปัญหาหรือความทุกข์แก่แพทย์ และพยาบาล ไม่รู้ถึงความก้าวหน้าหรือเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วย แต่จะรับรู้ผู้ป่วยอาการหนัก จากสภาพผู้ป่วยและอุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมายรอบตัวผู้ป่วย ไม่รู้ทิศทาง หรือแนวทางการรักษาของแพทย์ และส่วนหนึ่งอาจไม่แน่ใจในผลการรักษา ดังนั้นญาติจึงเกิดการแสวงหาแนวทางการปฏิบัติเพื่อบำบัดเยียวยา เพื่อเพิ่มความหวังในการรักษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นการปฏิบัติเพื่อผลด้านร่างกาย จิตใจ หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ แนวทางการปฏิบัติเหล่านั้นเป็นการปฏิบัติตามแนวความเชื่อ เป็นสิ่งที่สืบทอดกันมาของบรรพบุรุษ หรือจากการแนะนำของบุคคลอื่น ถือเป็นแนวทางการบำบัดเยียวยาที่นอกเหนือไปจากการแพทย์ตะวันตก หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจจะมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป เช่น การแพทย์ทางเลือก การแพทย์ผสมผสาน การแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น ซึ่งการแพทย์หรือแนวทางการปฏิบัติเหล่านี้เป็นภูมิปัญญาที่มีแหล่งกำเนิดมาจากแถบภูมิภาคตะวันออกของโลก จึงเรียกว่า "ภูมิปัญญาตะวันออก" ในท้องถิ่นที่ศึกษารั้ครั้งนี้ คือจังหวัดสงขลา มีโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั้งภาครัฐบาลและเอกชน จำนวน 6 โรง รวมทั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางการรับผู้ป่วยของภาคใต้

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประชากรในภาคใต้มีความหลากหลายด้านเชื้อชาติ ศาสนา ประกอบด้วย คนไทยเชื้อสายจีน ไทยพุทธ และไทยมุสลิมเนื่องจากเป็นเส้นทางธุรกิจมาตั้งแต่สมัยโบราณ มีการติดต่อค้าขายทั้งทางน้ำและทางบก พ่อค้าเหล่านี้ส่วนหนึ่งมาตั้งรกรากที่นี่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) ภูมิปัญญาตะวันออกที่ถือปฏิบัติของภาคใต้จึงประกอบด้วย การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แนวพุทธ การแพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวท การปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลาม และภูมิปัญญาพื้นบ้านอื่น ๆ ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิติกซ์ เนื่องจากเป็นปรัชญาที่ช่วยการตีความหรือให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของญาติในการใช้ภูมิปัญญาตะวันออกเพื่อการบำบัดเยียวยาผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา