

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของประชาชนชาวไทย ที่มีการพัฒนามานานแล้วต้องหยุดไป เมื่อการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาเป็นการแพทย์กระแสหลักของสังคม แต่กระนั้นระบบการแพทย์แผนไทยก็ยังคงเป็นพฤติกรรมของประชาชนอยู่เรื่อยมา (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2538 : 13) ต่อมาได้รับการฟื้นฟูจนกระทั่งสามารถยกระดับให้กลับมาเป็นทางเลือกสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขอีกครั้ง (สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (บรรยาย), 13 พฤษภาคม 2545 อ้างถึงใน สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2545 [http:// www.ittm.or.th/information/info63.htm](http://www.ittm.or.th/information/info63.htm)) เพราะเป็นการแพทย์ที่มีลักษณะแบบองค์รวม และสามารถส่งเสริมการพึ่งตนเองได้ ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยหันมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยกันมากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะอย่างไร และมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างไร

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของไทยที่เกิดจากการเรียนรู้ สังคมถ่ายทอด และผสมผสานกับการแพทย์อื่นๆ ที่เข้ามาสู่สังคมไทย เป็นภูมิปัญญาของบรรพชนในการดูแลสุขภาพ จึงมีความเหมาะสมกับสังคมไทยมากกว่าระบบการแพทย์อื่นๆ การแพทย์แผนไทยมาจากปรัชญาทางพุทธศาสนา ที่ชื่อว่า “ติภิจฉา” (ประทีป ชุมพล, 2541: 4) อิทธิพลของการแพทย์อินเดีย และการแพทย์จีน (สมพร ภูติยานันต์, 2542 : 3-9) ก่อนที่การแพทย์ตะวันตกจะเข้ามาพร้อมกับการเผยแพร่คริสต์ศาสนา และเป็นการแพทย์กระแสหลักแทน เพราะได้รับการสนับสนุนจากหลายด้าน ทั้งจากทางการเมืองการปกครอง และความเป็นวิทยาศาสตร์ ทำให้การแพทย์แผนไทยค่อยๆ เสื่อมความนิยมลงเรื่อยๆ แต่ไม่เคยหมดไปจากสังคม ต่อมาการแพทย์แผนไทยได้ถูกรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่ เมื่อองค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้ใช้การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อกระจายการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพสู่ชุมชน หลังจากนั้นทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขต่อการแพทย์แผนไทยค่อยๆ มีความชัดเจน และมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2539 : 7) ปัจจุบันได้มีการบรรจุระบบการแพทย์แผนไทยเข้าไว้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ยกระดับหน่วยงานรับผิดชอบด้านแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นระดับกรม หลังจากปรับโครงสร้างของกระทรวง

สาธารณสุขใหม่ คือกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (บรราย), 13 พฤษภาคม 2545 อ้างถึงใน สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2545 <http://www.ittm.or.th/information/info63.htm>.) ประกอบกับผลจากการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2540 ที่ได้ให้ความสำคัญกับสิทธิ เสรีภาพของประชาชน ในส่วนของสุขภาพก็ได้มีการทำประชาพิจารณ์ทั่วประเทศขึ้น โดยสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระ ปรากฏว่าในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงดำเนินการจัดทำนั้น มีส่วนที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพโดยภูมิปัญญาท้องถิ่นอยู่หลายมาตรา (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสนใจการแพทย์แผนไทยของประชาชน

การที่ประชาชนเลือกใช้บริการสุขภาพจากการแพทย์แผนไทยในสังคมที่มีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ในการดูแลสุขภาพ เป็นแบบนิเวศน์วิทยา หรือแนวคิดแบบองค์รวมแทนการถูกผูกขาดโดยระบบการแพทย์แบบชีวเวชศาสตร์ (พริตจ็อฟ คาปร้า, 2529 : 49) และเป็นแนวทางการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ที่มีแนวคิดการพัฒนาอย่างมีดุลยภาพ มีความสุขถ้วนหน้า สามารถพึ่งพาตนเอง รักษาเอกลักษณ์ความเป็นไทย ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ประชาชนเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ

จากการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยของภาครัฐบาล การส่งเสริมงานบริการขององค์กรเอกชน เช่น สมาคมการแพทย์แผนไทย การตื่นตัวของประชาชน และแรงกดดันจากประเทศมหาอำนาจ ในเรื่องสิทธิบัตรภูมิปัญญาด้านการแพทย์และสมุนไพรของไทย ทำให้ผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานีเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาคเอกชน พันแสง ทองอร่าม(บรราย, 2545) กล่าวว่า มีผู้รับบริการยาสมุนไพรรักษาโรคเพิ่มขึ้น และมีการเปิดสถานบริการรองรับงานด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น เช่นสถานบริการนวดแผนไทย ออบสมุนไพร ที่สมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดปัตตานี, ชมรมอนุรักษ์วัฒนธรรมหม้อพื้นบ้าน จังหวัดปัตตานี และเครือข่ายการนวดเพื่อสุขภาพเกือบทุกอำเภอ ส่วนภาครัฐ จินตนา แสงพันธุ์ (สัมภาษณ์, 2545) กล่าวว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุรเวท จำนวน 7 แห่งมีการให้บริการการแพทย์แผนไทย ส่วนสถานบริการระดับสถานีอนามัยที่เคยให้บริการการแพทย์แผนไทย 56 แห่งเมื่อปี พ.ศ.2543 บางแห่งหยุดบริการไปเนื่องจากการโอนย้ายกำลังเจ้าหน้าที่ในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการปรับบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เน้นการปฏิบัติงานในชุมชน

การที่จะส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยได้ จำเป็นที่จะต้องทราบถึงแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน และปัจจัยที่มีผลในการเลือกวิธีการรักษา ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับมานุษยวิทยาทางการแพทย์ เรียกว่าพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย เกี่ยวกับผู้รับบริการที่ผ่านมา พบว่างานศึกษาวิจัยทั้งหมดเป็นการให้ความหมาย และคุณค่าด้วยทัศนคติของบุคคลภายนอกทั้งสิ้น แต่ยังไม่มียานวิจัยที่ศึกษาคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยแต่อย่างใด งานวิจัยเกี่ยวกับคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์นั้น จะเน้นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ (2540) ศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ (2540) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วไลพร ชลสุข (2540) ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก และกฤษณา นาคี (2541) ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งหมดทำการศึกษาในคลินิกหรือหอผู้ป่วย ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ได้ข้อมูลการแสวงหาบริการของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยเพียงเล็กน้อย ไม่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทนคำอธิบายของผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยอย่างเร่งด่วน

จากปัญหาและความเป็นมาของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี เป็นการศึกษาผู้ป่วยในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการตัดสินใจเลือกรักษาโดยวิธีการแพทย์แผนไทย ผลจากการวิจัยครั้งนี้นอกจากจะได้ทราบถึงการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน และปัจจัยที่มีผลในการเลือกวิธีการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนไทยแล้ว บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้เป็นข้อมูลในการปรับทัศนคติเพื่อลดช่องว่างในการสื่อสารกับผู้ป่วย และองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดระบบการบริหารจัดการ เพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการแพทย์แบบองค์รวม และการแพทย์เพื่อการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง

งานวิจัยนี้เป็นศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน ตามที่คิ้วาน ขาวหนู (2544 : 1) ให้ความหมายว่า ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน หมายถึง การเรียนการสอน การจัดกระบวนการเรียนการสอน การศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อแสวงหาหลักวิชาการเรียนการสอน การจัดระบบการเรียนการสอน และ/หรือ ใช้หลักวิชาเหล่านั้นในการจัดการศึกษาอบรมกลุ่มคนของชุมชนให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น กล่าวคือเป็นการศึกษา ค้นคว้า วิจัย เพื่อแสวงหาหลักวิชาการในการส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ประชาชน ชุมชน และประเทศไทยสามารถพึ่งตนเองได้ เป็นการใช้กระบวนการการศึกษาวิจัย มาพัฒนาชีวิตและสังคมให้ดีกว่าเดิม ตรงตามปรัชญาของศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชนที่ว่า “ศึกษาเพื่อพัฒนาชีวิตและสังคมให้ดีขึ้น โดยใช้กระบวนการศึกษา”

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยจังหวัดปัตตานี เพื่อเป็นการทำความเข้าใจ และเชื่อมโยงไปสู่กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดมานุษยวิทยาทางการแพทย์
2. ระบบการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย
 - 2.1 ความหมายของการแพทย์แผนไทย
 - 2.2 ความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย
 - 2.3 ความสำคัญของการแพทย์แผนไทย
 - 2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย
 - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย
3. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทย
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ
 - 3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกการรักษา

1. แนวคิดมานุษยวิทยาทางการแพทย์

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2536 : 8-12) กล่าวว่า การศึกษามานุษยวิทยาทางการแพทย์ เป็นสาขาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางการแพทย์ และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ในวัฒนธรรมนั้น มีกรอบแนวความคิดในการศึกษา 2 ประการ คือ

1.1 ระบบทฤษฎีโรค (Disease Theory System) หมายถึงระบบความคิด ทฤษฎีการแพทย์ ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินไปของโรค พยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาโรค

1.2 ระบบการดูแลสุขภาพ (Health Care System) หมายถึงระบบที่สังคมจัดขึ้น เพื่อให้การดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยจะประกอบด้วย ผู้ให้การดูแลรักษา ผู้รับ การดูแลรักษา สถานที่ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ รูปแบบของการดูแลสุขภาพ ตลอดจน ยา อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่างๆ รวมไปถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ และผู้รับการรักษา

แต่ละสังคมย่อมมีระบบ วิธีคิด ทฤษฎี และวัฒนธรรมทางการแพทย์ ที่แตกต่างกัน การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นแนวคิดในวัฒนธรรมหนึ่งๆ เป็นเรื่องราวทางนามธรรม จำเป็นต้องรับรู้ด้วยการสังเกต ชิม ชับ ไตร่ตรอง ด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ

จากแนวคิดมานุษยวิทยาทางการแพทย์ ผู้วิจัยใช้เป็นกรอบในการกำหนดขอบเขตเนื้อหา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ศึกษาทั้งระบบทฤษฎีโรค และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ใช้บริการ การแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี

2. ระบบการแพทย์แผนไทยในสังคมไทย

2.1 ความหมายของการแพทย์แผนไทย

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2540), ประทีป ชุมพล (2541 : 1-2) และ สมพร ภูริตานันท์ (2542 : 50) ให้คำจำกัดความ ที่ครอบคลุม ครบถ้วน สมบูรณ์ ว่าการแพทย์แผนไทย หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้ และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และการบำบัดรักษาโรค / ความเจ็บป่วย ของประชาชนไทยแบบดั้งเดิม ที่สอดคล้องกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไทย และวิถีชีวิตแบบ ไทย วิธีการปฏิบัติของการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย การใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นเป็นลูกกลอน เป็นอาทิ) หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้

พุทธศาสนา หรือพิธีกรรมเพื่อดูแลรักษาสุขภาพจิต การคลอด การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิม และ
 ธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสม และถ่ายทอดประสบการณ์ อย่างเป็นระบบ โดยการบอกเล่า
 การสังเกต การบันทึก การวิเคราะห์ วิจัย และการศึกษาผ่านสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์
 แผนไทย

นอกจากนั้น ยังมีผู้ที่ให้ความหมาย เน้นเฉพาะด้าน เช่น เน้นกลวิธี เน้นภูมิปัญญา และ
 เน้นการประกอบโรคศิลปะ ดังนี้

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และ กัญญา ดิวิเศษ (2540) ให้ความหมายโดยเน้นกลวิธีการรักษา
 กล่าวว่า การแพทย์แผนไทย หมายถึง ภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย ในการรักษาบำรุงสุขภาพ และ
 ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย โดยใช้กลวิธีต่างๆ เช่น อาหาร ยาสมุนไพร
 การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การนวดไทย และสมาธิบำบัด

พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 (สถาบัน
 การแพทย์แผนไทย, 2543 : 2) ให้ความหมายว่า การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการ
 ทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟู
 สุขภาพของมนุษย์ หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายความรวมถึง การเตรียม
 การ ผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้
 หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

พระราชบัญญัติประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 (ราชกิจจานุเบกษา, 2542 : 29) ให้ความ
 หมายถึง การประกอบโรคศิลปะตามความรู้ หรือตำราแบบไทย ที่
 พัฒนาและถ่ายทอดสืบต่อมา หรือจากการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

ยาที่ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย จะได้รับจะเป็นยาที่มีการผสม ปรง หรือแปรสภาพ
 แล้ว เป็นลักษณะยาสมุนไพรแบบตำรับ หรือเรียกว่า “ยาไทย”

ดังนั้นการแพทย์แผนไทย หมายถึง ระบบการจัดบริการสาธารณสุข ที่อาศัยพื้นความรู้
 ความสามารถที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้าน กับการแพทย์แผนอื่นๆ ที่มีการ
 จัดระบบองค์ความรู้ และมีการควบคุมทางวิชาชีพตามกฎหมาย

และผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ป่วยที่รับบริการรักษาพยาบาล จาก
 ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการรักษาโรคแบบการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การใช้ยา
 ไทย การนวด การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพร

จากการศึกษาความหมายของการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำความหมายของการแพทย์แผนไทย และ ผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย มาใช้ในการนิยามศัพท์เฉพาะ ในการวิจัยครั้งนี้

2.2 ความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของไทยที่เกิดจากการเรียนรู้สั่งสม ถ่ายทอด และผสมผสานกับการแพทย์อื่นๆที่เข้ามาสู่สังคมไทย เป็นภูมิปัญญาของบรรพชนในการดูแลสุขภาพ จึงมีความเหมาะสมกับสังคมไทยมากกว่าระบบการแพทย์อื่นๆ การแพทย์แผนไทยมาจากปรัชญาทางพุทธศาสนา ที่ชื่อว่า “ตักกัจฉา” (ประทีป ชุมพล, 2541 : 4) และอิทธิพลของการแพทย์อินเดีย จากหลักฐานที่คัมภีร์การแพทย์มักกล่าวถึงแพทย์ประจำพระพุทธรองค์ คือหมอชีวกโกมารภัจจ์ ในฐานะผู้เรียบเรียง และอิทธิพลจากการแพทย์จีน ในเรื่องยาอายุวัฒนะและยาบำรุงหัวใจ (สมพร ภูคียนันต์, 2542 : 3-9)

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2530 : 15) กล่าวว่าเราพบหลักฐานการแพทย์แผนไทยก่อนสมัยสุโขทัย ตามหลักฐานที่ศิลาจารึกเขียนประมาณ พ.ศ.1800 สมัยพ่อขุนรามคำแหง ที่วัดป่ามะม่วง จังหวัดสุโขทัย ว่า มีการจัดสวนสมุนไพรเพื่อการรักษาโรค มีการบดยาใช้ และมีรูปจารึกเกี่ยวกับการนวด และพิธีแสดงความนอบน้อมต่อภูติผีปีศาจ สมัยอยุธยายังคงมีการรักษาแบบไสยศาสตร์ ผสมกับการใช้สมุนไพร และการนวด ถึงขนาดมีกรมการนวด มีเจ้ากรมการนวดซ้ายขวา ผู้ที่เป็นหมอจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ให้คนรุ่นหลังด้วย

ในสมัยอยุธยา มีชาวโปรตุเกศนำการแพทย์ตะวันตกเข้ามาเป็นชาติแรก (สมพร ภูคียนันต์, 2542 : 11) สมัยพระนารายณ์มีการแพทย์ตะวันตกเข้ามาพร้อมกับการค้า และการเผยแพร่ศาสนา โดยมีบาทหลวงชาวฝรั่งเศสตั้งโรงพยาบาลขึ้นแต่ไม่ได้รับความนิยม มีผู้ป่วยรอบๆ โรงพยาบาลเท่านั้นใช้บริการ และแพทย์แผนไทยในสมัยนั้นได้ร่วมกันต่อต้าน โดยรวบรวมตำรับยาจีนมาชื่อว่า “โอสถพระนารายณ์” (อวย เกตุสิงห์, 2529 : 45) ต่อมาเปลี่ยนแผ่นดินพระเพทราชาขึ้นครองราช ได้ขับไล่ชาวฝรั่งเศสพวกนั้นไป เมื่อกรุงอยุธยาถูกเผา คัมภีร์ต่างๆ ถูกเผาทำลายและสูญหายไป

สมัยรัตนโกสินทร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการประกอบโรคศิลปะ (มปป : 2-3) กล่าวถึงการฟื้นฟูความรู้ทางการแพทย์แผนไทยขึ้นมาใหม่ ในสมัยรัชกาลที่ 1 ถึงรัชกาลที่ 5 โดยลำดับดังนี้

รัชกาลที่ 1 ได้ทรงให้จารึกตำรายาและตำราฤกษ์ยัดตุน ตำราการนวด ไว้ที่ศาลารายวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์)

รัชกาลที่ 2 ทรงมีพระบรมราชโองการ ให้ผู้ชำนาญยาและโรค และผู้มีตำรายา นำเข้าถวายให้หมอหลวงคัดเลือกเป็น ตำราหลวงสำหรับพระโอสถ

รัชกาลที่ 3 ปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) อีกครั้งหนึ่ง โดยจารึกตำราต่างๆ ทั้งการแพทย์แผนไทย วรรณคดี โบราณคดี ไว้เป็นแหล่งวิชาการสำหรับมหาชน และจัดตั้งโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์

รัชกาลที่ 5 ได้โปรดเกล้าให้ตรวจสอบคัมภีร์แพทย์ใหม่ แปลจากภาษาขอม มคธ เป็นภาษาไทย ลงในสมุดข่อย เป็น ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง

อวย เกตุสิงห์ (2529: 45) กล่าวว่า การแพทย์ตะวันตกเข้ามาพร้อมๆ กับการเผยแพร่ศาสนา ในสมัยรัชกาลที่ 3 คือ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ ได้นำความรู้ใหม่ๆ เช่น การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การผ่าตัดมาใช้ ต่อมาสมัยรัชกาลที่ 4 พระองค์ท่านทรงโปรดปรานนายแพทย์แซมมวล เรย์โนลด์ เฮาส์ และทรงให้ขยายการแพทย์ตะวันตกไปยังต่างจังหวัด สมัยรัชกาลที่ 5 อหิวาห์ตกโรคระบาดเป็นแรงจูงใจให้พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ดำริที่จะสร้างโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วย โดยมีแพทย์ฝรั่งและแพทย์ไทยทำงานร่วมกัน เพราะผู้ป่วยมีมาก ก้าวสำคัญ คือ การตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในปี พ.ศ.2432 (คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล) เริ่มแรกมีการสอนการแพทย์แผนไทย (สมัยนั้นเรียกการแพทย์แผนโบราณ) ควบคู่ไปด้วย แต่ได้ยกเลิกไปในปี พ.ศ.2446 โดยเหตุผลเพราะกลัวนักเรียนสับสน สมุนไพรหายาก และครูหวงวิชา หลังจากได้ยกเลิกการสอนวิชาแพทย์แผนไทย ในปี พ.ศ.2446 แล้ว การรักษาร่วมกันของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตกก็สิ้นสุดลงด้วย

สมัยรัชกาลที่ 6 ได้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 และถูกยกเลิกให้ใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ปี พ.ศ.2479 (พิศาล เทพสิทธิธา, 2535 : 126-137) ทำให้แบ่งแพทย์แผนโบราณออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. แพทย์โบราณที่ไม่ขึ้นทะเบียนกับทางราชการ

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2540 : 31) เรียกว่า “หมอพื้นบ้าน” เป็นการประกอบโรคที่ผิดกฎหมาย ส่วนใหญ่มีความรู้และประสบการณ์เฉพาะโรค

2. แพทย์โบราณที่ขึ้นทะเบียนกับทางราชการ ที่ต้องผ่านการสอบขึ้นทะเบียน แบ่งออกเป็น 3 สาขา คือ สาขาเวชกรรม (รวมหัตถเวช) เกษษกรรม และผดุงครรภ์ (สุรเกียรติ อชานานุกาภ, 2530 : 31) สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2540 : 31) เรียกว่า “ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ”

ประทีป ชุมพล (2541 : 141) กล่าวว่า กฎเสนาบดี ปี พ.ศ.2472 ได้แยกแพทย์แผนปัจจุบันและจำกัดให้แพทย์แผนไทยเป็นแพทย์แผนโบราณ ที่ห้ามใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ และจำกัดในด้านการพัฒนาองค์ความรู้โดยให้เรียนโดยการเรียนจากการบอกเล่า หรือจากตำราโบราณ และรัฐบาลได้สนใจสมุนไพรอีกครั้งหนึ่งเมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2485 – 2486 เนื่องจากภาวะยาแผนปัจจุบันขาดแคลน โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ จึงเห็นควรให้มีการวิจัยสมุนไพรมาดัดแปลงเป็นยาแผนปัจจุบัน ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้วิจัยการใช้สมุนไพรรักษามาลาเรียและบิด ที่โรงพยาบาลสตึก เมื่อเหตุการณ์บ้านเมืองเข้าสู่ภาวะปกติแล้ว รัฐบาลก็มีได้สนับสนุนต่อเนื่อง ขณะที่ต่างชาติได้นำตำราและสมุดโบราณกลับไปศึกษาวิจัยมาก

ต่อมาการแพทย์แผนตะวันตกได้กลายเป็นการแพทย์กระแสหลักแทน ขณะที่การแพทย์แผนไทยนั้นค่อยๆ เสื่อมความนิยมลงเรื่อยๆ เพราะข้อจำกัดของการแพทย์แผนไทยหลายประการได้แก่

1. ผู้ประกอบวิชาชีพ ที่ไม่เป็นทางการ บริการอยู่ในแวดวงจำกัด
2. วิธีการรักษายุ่งยาก เช่น ดมยา เคี้ยวยา การประคบ การนวด การอบสมุนไพร
3. วิธีบริหารยาออกฤทธิ์ช้า ต่างกับ การใช้ยาฉีดในแพทย์แผนปัจจุบัน
4. การตรวจลักษณะอาการ โดยไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฉายรังสีอาณัติวินิจฉัยผิดพลาดง่าย
5. สุด แสงวิเชียร อังใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ (2530 : 18) กล่าวว่าวิธีปฏิบัติของการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยไม่เป็นเอกภาพ
6. อวย เกตุสิงห์ (2529 : 44 – 45) กล่าวว่าผู้ถ่ายทอดวิชา หวงวิชา
7. ลือชัย ศรีเงินยวง (2535 : 2-3) แสดงความคิดเห็น ว่า ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตก และอาจมีทัศนคติด้านลบต่อการแพทย์แผนไทย

ปี พ.ศ.2500 สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลปัจจุบัน ทรงพระราชดำริให้จัดตั้งสมาคมโรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทยขึ้นที่วัดเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ต่อมาขยายตัวไปทั่วประเทศ ในนามของเอกชนที่ชื่อ สมาคมการแพทย์ไทย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองการประกอบโรคศิลปะ, มปป. : 3)

ปี พ.ศ.2521 องค์การอนามัยโลกออกคำแถลงการณ์ อลมา อตา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกผสมผสานการรักษาแบบพื้นบ้าน สมุนไพร เข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นจุดสำคัญที่ทำภาคราชการรื้อฟื้นแพทย์แผนไทยขึ้นมาใหม่

ปี พ.ศ. 2525 สมพร จันทเดช (2539 : 24-25) กล่าวว่า ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ก่อตั้งมูลนิธิส่งเสริมฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการฟื้นฟู การแพทย์แผนไทยเดิม ส่งเสริมและปรับปรุงการศึกษา และการปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยเดิม ให้มีมาตรฐานสูงขึ้น ส่งเสริม วิจัยการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพประชาชน และได้ก่อตั้งอายุรเวท วิทยาลัย (ชีวกโกมารภักจ) ที่วัดบวรนิเวศน์วรวิหาร เพื่อรับนักเรียนที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เข้าศึกษาวิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานแล้วต่อด้วยการแพทย์แผนไทย ใช้เวลา 3 ปี เพื่อเป็นแพทย์ อายุรเวท คุณวุฒิเทียบเท่าอนุปริญญา ตรวจรักษาโรคโดยประยุกต์การแพทย์แผนปัจจุบันเบื้องต้น กับแพทย์แผนไทย จนปี พ.ศ.2530 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อรองรับแพทย์อายุรเวท โดยแบ่งประเภทผู้ประกอบโรคศิลปะออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณประยุกต์ คือแพทย์ อายุรเวท

ประทีป ชุมพล (2541 : 145) ได้ลำดับความเป็นมาของการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยตาม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังนี้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – 2529) รัฐบาลได้กำหนด นโยบายแห่งชาติด้านยาขึ้น ได้บรรจุงานแพทย์แผนไทยลงเป็นองค์ประกอบสำคัญของงาน สาธารณสุขมูลฐาน มีหน่วยงานชื่อ “งานเวชกรรมและสมุนไพรแผนโบราณ” ขึ้น ในสำนักงาน สาธารณสุขมูลฐาน ได้รับงบประมาณจากองค์การยูนิเซฟให้ปลูกสมุนไพร 25 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ รวม 1,000 หมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมการวิจัย จัดระบบข้อมูล และการใช้สมุนไพร 66 ชนิด ต่อมาได้มีการทดลองโครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการสนับสนุนจากเยอรมัน ใช้ชื่อว่า โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น มี พื้นที่ปฏิบัติการ 5 อำเภอ เพื่อศึกษา วิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ ว่านหางจระเข้ และพญาขอ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) มีโครงการพัฒนา สมุนไพร เพื่อใช้เป็นยา 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ ว่านหางจระเข้ และพญาขอ ซึ่งเป็นการผลิตเชิงอุตสาหกรรม เพื่อใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันบางส่วน

ต่อมาการแพทย์แผนไทย ได้เข้าสู่ระบบราชการอีกครั้งหนึ่ง เมื่อ พ.ศ.2532 กระทรวง สาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์กลางการประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยขึ้น จนเป็น สถาบันการแพทย์แผนไทยในปี พ.ศ.2536 และมีบทบาทในการสนับสนุนให้มีการผสมผสาน การแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐบาล เริ่มปี พ.ศ.2537 - 2538

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) มีนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยปรากฏในกลวิธีในการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ว่า “...สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเลือกในส่วนที่สามารถดำเนินการโดยประชาชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร และอื่นๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นระบบที่สามารถประสานกับทางเลือกของการดูแลสุขภาพแผนตะวันตกได้” และ “...สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้าน อันได้แก่ การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย การนวดสมุนไพร และเทคโนโลยีพื้นบ้านอื่นๆ ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น และประสานร่วมกับเทคโนโลยีปัจจุบันในการบริหารสาธารณสุข ”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้ตั้งแนวคิดสังคมไทยที่พึงปรารถนาไว้ว่า “เป็นสังคมที่มีเสรีภาพ มีสมรรถภาพ มีความยุติธรรม มีความเมตตา กรุณา เคารพในสิทธิมนุษยชน เป็นสังคมที่มีความสุข ครอบคลุมอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง คนมีความรู้ รู้เท่าทันโลก เป็นสังคมที่พัฒนาไปอย่างสมดุล ระหว่างสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม” “... แต่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้คนใช้พียงหมดเวลา และทำให้รู้จักตนเองน้อยลงทุกที ซึ่งการแพทย์แผนไทย โดยหลักทฤษฎีแล้วจะทำให้เขารู้จักตนเอง ว่าเขามีจุดอ่อนอะไร เสียสมดุลอย่างไร ควรกินอาหารอะไร ดังนั้นปรัชญาในการพัฒนาประเทศไทย จึงควรเน้นการพัฒนาคน จึงเป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นอย่างยิ่ง และการพัฒนาการแพทย์แผนไทยจะเป็นการช่วยเสริมรูปธรรมได้เป็นอย่างดี”

และเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2542 กองประกอบโรคศิลป์ได้พิจารณาเพิ่มแพทย์แผนไทยสาขาการนวดไทย อีกสาขาหนึ่ง (ยงศักดิ์ ดันติปฏิภน, 2545)

นอกจากนั้น การตื่นตัวด้านการแพทย์แผนไทยยังมีผลมาจากแรงกดดันจากต่างชาติและรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี 2540 ด้วย ดังที่ เอกวิทย์ ณ ถลาง (2544 : 117) กล่าวว่า ประเทศอุตสาหกรรมได้สร้างแรงกดดัน เพื่อจะเป็นเจ้าของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2 ประการ คือ อนุญาตว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ที่ทำให้ประเทศภาคีสามารถเข้ามาศึกษาทรัพยากรของไทยได้ โดยที่ไทยต้องอำนวยความสะดวกและเปิดเผยข้อมูล ประเทศภาคีมีสิทธิที่จะศึกษาและนำเอาทรัพยากรไปใช้ สามารถนำไปจดทะเบียนสิทธิบัตรเป็นทรัพย์สินทางปัญญาของเขาต่อไปได้ ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ (บรรยาย, 2545) กล่าวในเรื่องนี้ว่าปัจจุบันประเทศไทยกำลังดำเนินการให้มีกฎหมายป้องกันภูมิปัญญาดังกล่าว เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองภูมิปัญญาแห่งชาติ พระราชบัญญัติป่าชุมชน พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช ส่วนแรงกดดันอีกประการคือเรื่องข้อตกลงทางการค้าว่าด้วยพิคัตอัตราภาษีศุลกากร ทำให้ประเทศสมาชิกต้องยอมรับการ

จดสิทธิบัตรสิทธิการค้า มิเช่นนั้นจะถูกประเทศมหาอำนาจบีบเพื่อให้ยอม ทำให้ประชาชนเกิดตระหนกในคุณค่า และวางแผนทรัพยากรของชาติ

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับราชอาณาจักรไทย ปี 2540 ที่ได้ให้ความสำคัญกับสิทธิเสรีภาพของประชาชน ในส่วนของสุขภาพก็ได้มีการทำประชาพิจารณ์ทั่วประเทศขึ้น โดยสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระ ปรากฏว่าในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงดำเนินการจัดทำนั้น มีส่วนที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพโดยภูมิปัญญาท้องถิ่นอยู่หลายมาตรา ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ มาตรา 12,81,82,83 (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ : 2545) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสนใจการแพทย์แผนไทยของประชาชน

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมภูมิปัญญาไทย ด้านการแพทย์แผนไทย มาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้ประกาศพระราชกฤษฎีกา ราชกิจจานุเบกษา รงรับผู้ประกอบโรคศิลปะที่ไม่มีใบประกอบโรค เมื่อ 28 พฤษภาคม พ.ศ.2545 ให้ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทย หรือคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เช่นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการนวด และการแพทย์แผนไทย ให้ทำการประกอบโรคศิลปะตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยได้ โดยสามารถให้การรักษาเบื้องต้น ด้วยการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาแผนโบราณในบัญชียาสามัญประจำบ้าน และยาสมุนไพรที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานได้ สามารถ นวด อบ ประคบ ในสถานพยาบาลได้ ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะ

21 มิถุนายน 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเพิ่มเติมสิทธิ ให้การให้บริการระบบการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่ง ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค (วินัย วิริยกิจจา, 2545 : 18) เพราะถือว่าการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลรักษาด้วยวิธีที่พิสูจน์ได้แล้ว และได้มีการบรรจุระบบการแพทย์แผนไทยเข้าไปในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้ยกระดับหน่วยงานรับผิดชอบด้านแพทย์แผนไทยขึ้นเป็นระดับกรม หลังจากปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขใหม่ คือกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (บรรยาย), 13 พฤษภาคม 2545 อ้างถึงใน สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2545 [http:// www.ittm.or.th/information/info63.htm](http://www.ittm.or.th/information/info63.htm))

จากข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์แผนไทย ของสมพร จันทเดช (2539) พบว่า มีผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยทุกสาขา 29,909 คน แพทย์แผนไทยประยุกต์ ประมาณ 300 คน สถานพยาบาลที่ถูกต้องตามกฎหมาย 989 แห่ง สถานผลิตยาแผนโบราณ 679 แห่ง

ยาแผนโบราณที่ขึ้นทะเบียน 3,443 ตำรับ มูลค่าการจำหน่าย 11,248 ล้านบาท อัตราการเจริญเติบโตของตลาด ร้อยละ 20 ต่อปี และกองการประกอบโรคศิลปะ (2545, <http://www.moph.go.th/ops/mrd/webstat/statMR.htm>) เสนอข้อมูลรายปี สามารถประมาณได้ว่า ปัจจุบันมีผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทยทุกสาขา 36,000 คน

การสนับสนุนการแพทย์แผนไทยของภาครัฐบาล การส่งเสริมงานบริการขององค์กรเอกชน เช่น สมาคมการแพทย์แผนไทย การตื่นตัวของประชาชน ทำให้ผู้ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาคเอกชน พันแสง ทองอร่าม (บรรยาย, 2545) กล่าวว่า มีผู้รับบริการยาสมุนไพรรักษาโรคเพิ่มขึ้น และมีการเปิดสถานบริการรองรับงานด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น เช่นสถานบริการนวดแผนโบราณ ออบสมุนไพร สมาคมแพทย์แผนไทย จังหวัดปัตตานี, ชมรมอนุรักษ์วัฒนธรรมหอมพื้นบ้าน จังหวัดปัตตานี และเครือข่ายการนวดเพื่อสุขภาพเกือบทุกอำเภอ ส่วนภาครัฐ จินตนา แสงพันธุ์ (สัมภาษณ์, 2545) กล่าวว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีอายุเวท จำนวน 7 แห่งให้บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลปะนาเระ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี โรงพยาบาลหนองจิก โรงพยาบาลยะรัง โรงพยาบาลยะหริ่ง และโรงพยาบาลทุ่งยางแดง ส่วนสถานบริการระดับสถานีอนามัยที่เคยให้บริการการแพทย์แผนไทย 56 แห่ง เมื่อปี พ.ศ.2543 บางแห่งหยุดบริการไป เนื่องจากการโอนย้ายกำลังเจ้าหน้าที่ในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการปรับบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เน้นทำงานในชุมชน

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของสมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดปัตตานี พบว่าสมาคมจัดตั้งขึ้นเพื่อเผยแพร่และถ่ายทอดการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ผู้สนใจเรียนและสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะตามกฎหมาย โดยมีคุณชุติมา วิลาวรรณ วิทยากรการนวดไทย ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะเป็นนายกสมาคม

จากการศึกษาความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย จะเห็นได้ว่า สังคมไทยมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ นอกจากระบบการแพทย์แผนไทยแล้ว ยังมีระบบการแพทย์ที่สำคัญ คือ การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน แบบดั้งเดิม จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณีและทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น

ส่วนการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง การแพทย์แบบชีวเวชศาสตร์ ที่อาศัยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ ในการบำบัดรักษาโรค

และผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ที่ทำการประกอบโรคศิลปะตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย สาขาต่างๆ ประกอบด้วย สาขาเวชกรรม เกษตรกรรม ผดุงครรภ์ การนวดไทย หรือ ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่ให้บริการนวด ออบ ประคบ จ่ายยาสมุนไพร ในสถานบริการของรัฐบาล สถานบริการขององค์กรเอกชน และสถานบริการของเอกชน

ดังนั้นสถานบริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง สถานที่ที่ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยให้บริการนวด ออบ ประคบ จ่ายยาสมุนไพร ได้แก่สถานบริการของรัฐบาล ที่ทำการขององค์กรเอกชน บ้านของแพทย์แผนไทยหรือบ้านของผู้ป่วย

จากการศึกษาความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำความหมายของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย และสถานบริการการแพทย์แผนไทย มาใช้นิยามศัพท์เฉพาะ และกำหนดขอบเขตประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ให้ครอบคลุมสถานบริการของรัฐบาล สถานบริการขององค์กรเอกชน และสถานบริการของเอกชน และนำคำประโยคที่สำคัญมาใช้ในการทำดัชนีข้อมูลเพื่อความสะดวกในการดึงข้อมูลมาใช้สร้างสมมุติฐานชั่วคราว ในการวิจัยครั้งนี้

2.2 ความสำคัญของการแพทย์แผนไทย

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การแพทย์แผนปัจจุบันระบบเดียว ไม่สามารถแก้ปัญหาของทุกคน และทุกโรคได้ และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า ความจำเป็นของการบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน มีเพียงร้อยละ 30 ส่วนอีกร้อยละ 70 ต้องการเพียงคำแนะนำเพื่อการประคับประคองและป้องกันไม่ให้เกิดโรคเท่านั้น ซึ่งระบบการแพทย์แผนไทย เป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลจิตใจผู้ป่วย (สุรพงษ์ สืบวงศ์ดี, 2545 : 18)

การส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย จะช่วยลดปัญหาด้านเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันสูงถึงปีละ 3 แสนล้านบาท และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ร้อยละ 10 ทุกปี (ประเวศ วะสี, 2543 : 8) และเกิดปัญหาการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เกินความจำเป็น การสูญเสียเงินตราให้ต่างประเทศ ในการนำเข้ายาและเวชภัณฑ์ วัตถุดิบจากต่างประเทศ

นอกจากนี้การยึดติดกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหามากมาย เช่นที่เรียกว่า “โรคหมอทำ” คือปัญหาความเจ็บป่วยทั้งทางกาย และทางใจ ที่เกิดจากแพทย์ วิธีการดูแลรักษา หรือสถานที่รักษา ของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน (อิวาน อิลิช, 2532 : 10) ความผิดพลาดทางทฤษฎีของการแพทย์ตะวันตก ที่ให้ความสำคัญกับจุลินทรีย์ ไวรัส ทั้งที่เป็นสาเหตุเล็กน้อยที่ก่อโรค แต่มีปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญกว่า เช่น การดำรงชีวิต บุคลิกภาพและโภชนาการ (เบรน อิงลิช และ รัช เวสต์, 2541 : 5) รวมทั้งปรัชญาวัตถุนิยมทางวิทยาศาสตร์ของสำนัก

เดส์คาสส์ ที่แยกย่อยปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนออกเป็นส่วนๆ แล้ววิเคราะห์แต่ละส่วนโดยไม่เกี่ยวข้องกัน ใช้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพตามอาการ ระหว่างความรู้ทางการแพทย์กับโรค โดยไม่สนใจตัวผู้ป่วยว่ามีวิถีชีวิตและความซับซ้อนอย่างไร (ปริชา อุปโยคิน และเสาวภา พรศิริพงษ์, บรรณาธิการ, 2540 : บทนำ) และยังคงรอกำการปฏิบัติงานของพยาบาล ทำให้หมองผู้ป่วยที่ต้องการคงอำนาจการควบคุมตนเองว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมไม่ดี ที่ไม่ยอมร่วมมือตามแผนปฏิบัติการพยาบาล (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2543 : 84)

ปัญหาวัฒนธรรมธุรกิจแบบวัฒนธรรมตะวันตก เข้ามาสู่สังคมแพทย์ (พระธรรมปิฎก, 2542 : 145) ทำให้วัฒนธรรมน้ำใจในระบบการแพทย์ลดลง และแทนที่ด้วย วัฒนธรรมธุรกิจ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีการเรียกร้องค่าเสียหาย(sue) กันมากขึ้น เช่น กรณีศึกษาทุกข์ผู้ป่วย ที่มีการร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์แผนปัจจุบัน (สารี อ่องสมหวัง, สุภรนต์ โรจนไพรวงศ์, อภิญญา ดันทวิวงศ์, 2542) ซึ่งเมื่อก่อนคนไทยจะให้เกียรติ ยกย่อง เคารพบูชาแพทย์มาก และแพทย์มีจริยธรรมสูง จึงไม่มีการฟ้องร้องเหมือนปัจจุบัน

เอกวิทย์ ฌ กลาง (2544 : 117-118) กล่าวว่าแนวโน้มการสาธารณสุขของโลกปัจจุบัน และอนาคต ได้หันมาให้ความสำคัญ และเรียนรู้การรักษาสุขภาพของชาวตะวันออกมากขึ้น เนื่องจากไม่ก่อผลข้างเคียงเหมือนสารเคมี ประเทศมหาอำนาจ ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น สหรัฐอเมริกา ยุโรป ญี่ปุ่น ยินดีเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงขึ้น เพื่อการดูแลรักษาแบบตะวันออกมากขึ้น

ดังนั้นประเทศไทยต้องส่งเสริมการให้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น เพราะตัวยาที่ใช้รักษาโรคคือสมุนไพร หาง่าย ราคาถูก เพราะประเทศไทยมีสมุนไพรมาก และสมุนไพรยังก่อให้เกิดพิษได้น้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน (วันดี กฤษณพันธุ์ อ่างใน วัชรินทร์ วงวิลาด และคมสัน หุตะแพทย์, 2544 : 8-35) และเนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศในแถบภูมิอากาศแบบร้อนชื้น จึงเป็นพื้นที่ที่มีป่าที่ให้สมุนไพรที่มีคุณสมบัติที่ดีที่สุดในโลก (เอกวิทย์ ฌ กลาง, 2544 : 117)

จะเห็นได้ว่าระบบการแพทย์แผนไทย มีความเหมาะสมกับสังคมไทย และควรเป็นทางเลือกสำคัญของประชาชนในการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาความสำคัญของการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำคำ ประโยคที่สำคัญมาใช้ในการทำดัชนีข้อมูลเพื่อความสะดวกในการดึงข้อมูลมาใช้สร้างสมมุติฐานชั่วคราว ในการวิจัยครั้งนี้

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

2.4.1 ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย คือภูมิปัญญาดั้งเดิมในการรักษาบำรุงสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพร่างกายที่ สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย ประกอบด้วยทฤษฎีด้านความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ด้านการตรวจรักษาโรค

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และ กัญญา ตีวิเศษ, บรรณาธิการ (2540 : 16) กล่าวว่า ความเชื่อในการเกิดโรคของการแพทย์แผนไทย เชื่อว่าเกิดจาก 3 กลุ่มใหญ่คือ จากสิ่งเหนือธรรมชาติ จากการเสียดสมมูลของร่างกาย และพลังของจักรวาล

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2530 : 23-28) ได้สรุปทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ไว้ดังนี้

2.4.1.1 ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค

การแพทย์แผนไทย มองว่า ความเจ็บป่วยมิได้มีสาเหตุจากเชื้อโรค ที่เรียกว่า กิมีชาติ เท่านั้น แต่มีสมุฏฐาน (ที่ตั้งแรกเกิดของโรค) และมูลเหตุของโรค ดังนี้

ก. ชาติสมุฏฐาน หมายถึง การเจ็บไข้มาจากการแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 ประกอบด้วย ธาตุดิน 20 ประการ ธาตุน้ำ 12 ประการ ธาตุลม 6 ประการ ธาตุไฟ 4 ประการ อยู่ในลักษณะที่ไม่สมดุลกันทั้งภายนอกและภายใน และเมื่อมนุษย์กำเนิดในครรภ์มารดาย่อมเกิดธาตุเจ้าเรือน ด้วยอิทธิพลของธาตุมารดาและธาตุบิดา พร้อมทั้งอาหารและน้ำที่มารดาคัดกิน

ข. อุตุสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลของฤดูกาล แบ่งเป็น ฤดูร้อน ฤดูฝน ฤดูหนาว ซึ่งมนุษย์ต้องปรับตัวตลอดเวลา ความร้อนความเย็นที่กายสัมผัสระหว่างรอยต่อแห่งฤดูกาล มีผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสรุปได้ว่า

- (1) ฤดูร้อนเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- (2) ฤดูฝนเจ็บป่วยด้วยธาตุลม
- (3) ฤดูหนาวเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

ค. กาลสมุฏฐาน หมายถึงอิทธิพลแห่งกาลเวลา ได้แก่ อำนาจพลังแห่งดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ทำให้เวลาตลอด 24 ชั่วโมง ที่ผ่านไปมีอิทธิพลที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัวทุกนาทีกี่ ซึ่งสามารถสรุปได้ คือ

- (1) เวลา 06.00 – 10.00 น. มีอิทธิพลของธาตุน้ำ
- (2) เวลา 10.00 – 14.00 น. มีอิทธิพลของธาตุไฟ
- (3) เวลา 14.00 – 18.00 น. มีอิทธิพลของธาตุลม

กลางวันและกลางคืนเป็นเช่นเดียวกัน นอกเหนือจากอิทธิพลของดวงอาทิตย์และดวงจันทร์แล้ว ยังมีอิทธิพลของดาวอื่นๆ อีกมากมายใน สุริยะจักรวาล ซึ่งมนุษย์มีความเชื่อ และสรุปเป็น

องค์ความรู้ที่เรียกว่า โหราศาสตร์

ง. อายุสมมุติฐาน มนุษย์เกิดมาต่างมีอายุขัยเป็นไปตามธรรมชาติ มี เกิด แก่ เจ็บ และตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายไปได้ ซึ่งแบ่งเป็น ปฐมวัย 0 -16 ปี มัชฌิมวัย 16 – 32 ปี ปัจฉิมวัย คือ วัยตั้งแต่ 32 ปี จนถึงอายุขัย การเจ็บป่วยในแต่ละวัยจะแตกต่างกันโดย

- (1) วัยเด็ก (ปฐมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ
- (2) วัยกลางคน (มัชฌิมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- (3) วัยชรา (ปัจฉิมวัย) เจ็บป่วยด้วยธาตุลม

จะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์มารดา ทารกจะได้รับอิทธิพลของอาหารที่มารดาเคี้ยวกิน อิทธิพลของธรรมชาติ ภูมิอากาศ ดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ ดวงดาวในจักรวาล และสังขาร ได้แก่ ความอนิจจัง ความแก่ ความเสื่อมสลายแห่งสังขาร

จ. ประเทศสมมุติฐาน คนเราเกิดหรือเติบโตในท้องที่แบบใด ฝนตกชุกแห้งแล้ง น้ำเค็ม หรือเขาสูง เนินผา แสดงถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมว่ามีผลต่อสุขภาพ คือ

- (1) น้ำฝนกรวดทราย ป่วยด้วยธาตุน้ำ
- (2) น้ำเค็มเปลือกตม ป่วยด้วยธาตุดิน
- (3) น้ำฝนเปลือกตม ป่วยด้วยธาตุลม
- (4) ภูเขาสูง ป่วยด้วยธาตุไฟ

ข. มูลเหตุของโรค คือสาเหตุที่ทำให้ธาตุ 4 เกิดการวิปริต แปรปรวน จนเกิดโรคภัยไข้เจ็บนั้น มีมูลเหตุมาจากอาหาร (กินอาหารมากหรือน้อยเกินไป บุค ไม่เคี้ยว กิน ผิดเวลา), อิริยาบถ (ยืน เดิน นั่ง นอน ไม่สมดุลกัน ฟืนอิริยาบถไดนานเกินควร), ความร้อนและความเย็น, อดนอน อดข้าว และอดน้ำ, กลั่นอุจจาระ ปัสสาวะ, ทำงานเกินกำลัง, เสรีาโศกเสียใจ และโทสะมาก

2.4.1.2 การตรวจรักษาโรค

การตรวจรักษาโรคนั้น แพทย์จะทำการตรวจร่างกาย และเน้นข้อมูล วัน เดือน ปี เกิด อายุ เพื่อตรวจดูว่าธาตุเจ้าเรือนเป็นอย่างไร มีอาการของธาตุใด นั่นคือ ดูความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ว่า ธาตุอะไรหย่อน กำเริบ หรือพิการ เป็นประการใด อาการที่เจ็บป่วยหากมีการตั้งชื่อไว้ และมีแบบแผนการรักษาตามตำราแน่นอน ก็จะแต่งยารักษาตามนั้น หากพบเป็นกลุ่มอาการที่ไม่ชัดเจน จะใช้ทฤษฎีตรวจสอบธาตุที่เรียกว่า การคูณธาตุ (คำนวณธาตุ) แล้วแต่งยาหม้อให้ผู้ป่วย นอกจากนี้การแพทย์แผนไทยยังเน้นการกินอาหารตามธาตุ และละเว้นอาหารที่ไม่สอดคล้องกับธาตุ เช่น

- ก. ชาตุดิน ควรกินอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม
- ข. ชาตุน้ำ ควรกินอาหารรสเปรี้ยว หลีกเลี่ยงอาหารรสมันจัด
- ค. ชาตุลม ควรกินอาหารรสเผ็ดร้อน หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด
- ง. ชาตุไฟ ควรกินอาหารรสขม ไม่ควรกินอาหารรสร้อน เป็นต้น

วิธีการรักษา นอกจากอาหารและยาสมุนไพรแล้ว ยังมีการอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร และการนวดไทย การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน การนั่งสมาธิ

จะเห็นได้ว่า กลวิธีการรักษา ของระบบการแพทย์แผนไทย จะเป็นแบบผสมผสานกัน ได้แก่ ใช้ยาสมุนไพร การอบ ประคบ และการนวด

และ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีแนวความคิดแบบองค์รวม ทั้งยังส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วย คือ ให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับธรรมชาติ และให้กลไกของร่างกายทำหน้าที่รักษาตัวเองเป็นสำคัญ

จากการศึกษาทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำกลวิธีการให้การรักษาแบบผสมผสานมาใช้ในการกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างระดับสถานบริการ เพื่อให้ได้คำตอบตรงจุดประสงค์ เพราะการให้บริการรักษาด้วยกลวิธีเดียว เป็นแนวคิดที่ขัดแย้งกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังใช้ในการกำหนดแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2 แนวคิด คือแนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม ทฤษฎีการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง และใช้ทำดัชนีข้อมูล เรื่อง คำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2.4.2 แนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม

พระเทพเวที (2533 : 15) กล่าวว่า แนวคิด “องค์รวม” หรือ “Holistic View (Holism)” เป็นคำใหม่ ที่เพิ่งบรรจุใน สารานุกรม (Encyclopedia) หลังปีค.ศ. 1980 มาจากคำว่า Holos หรือ Whole ในภาษากรีก

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2541) อังใน กิ่งแก้ว พรหมชาติ (2543 : 10) กล่าวว่า องค์รวม หมายความว่า ความเป็นจริงทั้งหมด หรือความสมบูรณ์ของสรรพสิ่ง มีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพ ที่ไม่อาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้

สอดคล้องกับความหมาย ของคำว่า “สุขภาพ” ที่องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า “สุขภาพ” หมายถึงสุขภาพะทางกาย จิต สังคม และวิญญาณ (ประเวศ ะสี, 2543 : 3)

พระไพศาล วิสาโล (2536 : 3) กล่าวถึง การแพทย์แบบองค์รวม ว่าเป็นแนวคิดและวิธีการที่มองมนุษย์เป็นคนเต็มคน ซึ่งประกอบด้วยร่างกายและจิตใจ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตเฉพาะตัว และมีความสัมพันธ์กับผู้คนและธรรมชาติแวดล้อมแตกต่างกันไป ทั้งหมดล้วนมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่มีปรัชญาและทัศนะแบบตะวันออก คือให้ความหมายว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและจักรวาล หากมนุษย์มีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกลมกลืนกับธรรมชาติ มนุษย์จะมีสุขภาพดี แต่ถ้ามนุษย์มีวิถีชีวิตเบี่ยงเบนไปจากธรรมชาติเมื่อใด ร่างกายก็จะเสถียรและจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้น (มาโนช วาamananท์ และ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2537 : 1) เพราะทุกสิ่งรวมทั้งคนเรา ร่างกายและจิตใจ ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของคนและกันและเป็นทั้งหมด (ประสาน ต่างใจ, 2545 : 2) ดังมหาตมะ กานธี (2537 : 6) กล่าวว่าคนเรานั้นควรดูแลร่างกายของเราให้สะอาดอยู่เสมอ และใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเหมาะสม ในฐานะที่มันเป็นที่สิงสถิตของวิญญาณ ซึ่งทัศนะดังกล่าวจะต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งแยกศึกษาชิ้นส่วนของร่างกาย (เชก ณะสิริ, 2542 : 58)

สอดคล้องกับเสาวภา พรศิริพงษ์ (2538) กล่าวว่า วัฒนธรรมการรักษาโรคของการแพทย์แผนไทย ไม่ได้รักษาเฉพาะทางกายอย่างเดียว แต่ยังรักษาใจด้วย ดังจะเห็นได้จาก จะมีของเคล็ด เครื่องราง คาถาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น กับผู้ป่วยและผู้รักษาให้มีกำลังใจว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นจะช่วยให้หายได้ และธรา อ่อนชมจันทร์ (2538) ให้ข้อคิดเห็นว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มารักษาโรคกระดูก ในโรงพยาบาลพญาเม็งรายกว่าครึ่ง จะออกไปรักษาแผนไทยร่วมด้วย เนื่องจากการรักษาแผนปัจจุบันรักษากระดูกอย่างเดียว ไม่ได้รักษาจิตใจ

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเป็นแนวคิดที่มองว่าทุกสิ่งที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันทั้งสิ้น และจากการศึกษาแนวคิดการแพทย์แบบองค์รวม ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการทำดัชนีข้อมูล เกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ของผู้ป่วยในจังหวัดปัตตานี ในการวิจัยครั้งนี้

2.4.3 ทฤษฎีการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง

ทฤษฎีการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง เช่นทฤษฎีทางพุทธเศรษฐศาสตร์ ทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง (ทฤษฎีใหม่) เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นจากการได้ประจักษ์ถึงความบกพร่องของเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ซึ่งอาคม ใจแก้ว (2534 : 75) กล่าวว่าทฤษฎีการพัฒนาแบบพึ่งตนเองเป็นทางเลือกเพื่อการพัฒนาประเทศอีกแนวทางหนึ่ง ซึ่งถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของกลุ่มประเทศโลกที่สาม จากนักเศรษฐศาสตร์และนักสังคมศาสตร์หลายๆประเทศ โดยอาศัยรากฐานการสร้างองค์ความรู้ทางประวัติศาสตร์เศรษฐกิจที่ผ่านมาว่า ภายใต้อัตนวิสัยของการพัฒนาของ

ประเทศต่างๆ ทั้งในเอเชียบางประเทศและประเทศแถบละตินอเมริกา ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแท้จริง แต่ทำให้เกิดความด้อยพัฒนาและการพึ่งพิง ประเทศในโลกที่สามต้องตกอยู่ในสภาพเสียเปรียบทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตลอดมาการกระจายความเจริญกระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ที่เป็นศูนย์กลางการปกครอง ความมั่งคั่งก็ตกอยู่กับผู้นำประเทศเพียงบางกลุ่มเท่านั้น ความยากจนของประชาชนในชนบทก็ยังคงปรากฏอยู่ทั่วไป ถึงแม้ผู้นำประเทศจะพยายามแสดงให้เห็นถึงความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยการพิจารณาจากรายได้ประชาชาติ ซึ่งเป็นการมองเพียงภาพรวมระดับประเทศที่มีได้คำนึงถึงความเป็นจริงระดับบุคคลว่ารายได้ประชาชาติที่เพิ่มขึ้นนั้นได้กระจายไปทุกระดับหรือไม่

สนธยา พลศรี (2545 : 225-226) ได้รวบรวมพระราชดำริและพระราชดำรัส ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เรื่อง ทฤษฎีพัฒนาแบบพึ่งตนเอง หลายวโรกาสสรุปได้ว่า การพัฒนาแบบพึ่งตนเอง หมายถึงการมีเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการพึ่งตนเอง ให้มีความเป็นอยู่แบบพออยู่ พอกิน ซึ่งจะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง และจะประสบผลสำเร็จในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทย จัดเป็นการพัฒนาแบบพึ่งตนเองในระดับบุคคล ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตัวเอง จากทฤษฎีการแพทย์แผนไทยทำให้เขารู้จักตัวเอง ว่ามีจุดอ่อนอะไร เสียสมดุลอย่างไร ควรกินอาหารอะไร จะได้ปรับปรุงแก้ไขเสียหรือการปรับตนให้เข้าสู่สมดุล โดยการตัดตนหรือทำสมาธิก็ได้ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2540 : 11) ในระดับชุมชน ชุมชนสามารถเรียนรู้หลักการแพทย์แผนไทยได้ง่าย รวมทั้งการร่วมปลูกสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง การฝึกอบรมนวดแผนไทย หรือการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชนได้ (พินแสง ทองอร่าม (บรรยาย), 22 สิงหาคม 2545) และการใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีชาวบ้าน ตัวหลักในการรักษาคือพืชสมุนไพรนั้นก็หาได้ง่ายในประเทศร้อนชื้นอย่างไทย ช่วยให้การนำเข้ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีจากต่างประเทศและสามารถส่งเสริมการส่งออกได้ ทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจได้ในระดับชาติ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2538 : 12-13)

จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง มีแนวคิดให้ผู้ป่วยมีความเป็นอยู่แบบพอเพียง ลดการพึ่งพิงเทคโนโลยีสมัยใหม่ ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการทำดัชนีข้อมูล เกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ของผู้ป่วยในจังหวัดปัตตานี ในการวิจัยครั้งนี้

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ในเรื่องสถานการณ์ ความคิดความเห็นของ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ บุคลากรการแพทย์ในหน่วยงานที่มีการบริการการแพทย์แผนไทย การมีใบประกอบโรคศิลปะ และการถ่ายทอดความรู้การแพทย์แผนไทย ดังนี้

จากงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของโรงพยาบาลชุมชนที่นำการแพทย์แบบอายุรเวท และ สมุนไพรไปใช้ในโรงพยาบาล คือ อุดรศักดิ์ เหลืองเวชการ และคณะ (2535) โรงพยาบาลอุ้มทอง, นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ (2535) โรงพยาบาลสูงเนิน นครราชสีมา และ พิสุทธิพรสัมฤทธิ์โชค และคณะ (2535) โรงพยาบาลแม่แจ่ม เชียงใหม่ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนมากเห็นด้วยที่จะให้มีการบริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยมากขึ้น สามารถแบ่งเบาภาระการบริการของการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่ป่วยเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ส่วน ศิรินันท์ ทิมคำ (2540) ศึกษากระบวนการให้บริการการแพทย์แผนไทย ของสถานพยาบาลและสมาคมแพทย์แผนไทยในกรุงเทพมหานคร โดยสัมภาษณ์ผู้รับบริการ 200 ราย และ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้บริการ 25 ราย ผู้รับบริการ 30 ราย พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ เป็น พ่อบ้าน แม่บ้านมีอายุมากกว่า 46 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มโรคที่เป็นส่วนมากคือ โรคเรื้อรัง ทั้งระบบประสาท ทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ โรคตา

และ นัดดา ปรียานนท์ และคณะ (2539) ศึกษาการใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณ ใน ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 4 ราชบุรี ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 1000 ราย พบว่ามีการใช้สมุนไพร ร้อยละ 69.4 ศึกษา ในหญิงหลังคลอด 262 ราย พบว่า มีการใช้สมุนไพรมากถึง ร้อยละ 72.5

ไพเราะ รอดระกำ (2540) ศึกษากระบวนการถ่ายทอดวิชาการแพทย์แผนไทย โดยการ ตั้งเขต สัมภาษณ์ระดับลึก ครู นักเรียน ผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการศูนย์การแพทย์แผนไทย ในจังหวัดนครศรีธรรมราช รวม 35 คน พบว่า ครูส่วนใหญ่ อายุ 60-71 ปี จบชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาเท่า ๆ กัน รายได้น้อยกว่าเดือนละ 6,000 บาท บางคนขาดประสบการณ์การทำงาน ส่วนนักเรียนมากกว่าครึ่งอายุ มากกว่า 50 ปี จบชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มาเรียน ไม่สม่ำเสมอ ส่วนมากจะมาช่วงใกล้สอบสอบ ผู้ที่มีอายุน้อยและการศึกษาสูงไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านการแพทย์แผนไทยมาก่อน สถานที่และการฝึกปฏิบัติไม่เหมาะสม ขาดอุปกรณ์ หลักสูตรไม่แน่นอน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยใช้ในการกำหนดแนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี ในการวิจัยครั้งนี้

3. พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย

พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ เกิดจากการที่ในอดีตมนุษย์พยายามที่จะแสวงหาวิธีการและทางออกในการเอาชนะความเจ็บป่วยต่างๆ จนได้รูปแบบและวิธีการมีลักษณะแตกต่างกันแต่ละสังคม ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ รวมทั้งวัฒนธรรมภายนอกที่เข้ามา ผสมผสานและสั่งสม จนกลายเป็นแนวคิด ทฤษฎี เป็นแบบแผนของการดูแลสุขภาพของคนในสังคมในเวลาต่อมา (เสาวภา พรศิริพงษ์, พรทิพย์ อุดรรัตน์ และ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ 2539 : 1) จัดเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของระบบสาธารณสุข (สุโขทัยธรรมมาธิราช, มหาวิทยาลัย. 2544 : 125)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ ดังนี้

- 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ
- 3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ
- 3.3 แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของคนไทย
- 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง กิ่งแก้ว พรหมชาติ (2541 : 17) ได้สรุปความหมาย ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ การแสดงออก หรือการกระทำ หรือกิจกรรมของบุคคล ที่แสดงถึงการป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟู และ การส่งเสริมสุขภาพ

Klienman (1980) อ้างใน พิมพวัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เต๋นดวง (2539 : 58) ให้นิยามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ว่าหมายถึงกลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพ ในแต่ละขั้นตอนของการเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่ง ที่มีเหตุผล สะท้อนมาจากการที่บุคคลรับรู้และตีความอาการผิดปกติของตนว่าเป็นอย่างไร และการเลือกหรือวิธีการนั้นๆ ขึ้นอยู่กับความรู้และทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ

ดังนั้น พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลหรือญาติ จัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วย โดยอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษา โดยใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพต่างๆ

จากการศึกษาความหมายของการแสวงหาบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ ในการวิจัยครั้งนี้

3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเอง และแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของคนไทย

3.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

คำว่า การดูแลตนเอง (Self-Care) ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง การสร้างบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ที่มุ่งเสริมสร้างบทบาทของสามัญชน (ผู้มีได้เป็นนักศึกษาชีวิต) ที่ผ่านการอบรมมาเพื่อการนี้โดยตรง) ในด้านบริการสุขภาพ

ส่วนดีน (Dean, 1986, อ้างถึงในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 : 14-16) ให้ความหมายที่กว้างขวาง ที่เป็นมิติด้านพฤติกรรม และการรับรู้ของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง แนวพฤติกรรมระดับบุคคลที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ และประเมินอาการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้นๆว่าจะรักษามันด้วยตัวเองอย่างมีอัศวินิจัย หรือจะแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น และรวมถึงการปรึกษาหารือในเครือข่ายของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการของผู้มีวิชาชีพรักษาพยาบาล เครือข่ายทางเลือกบริการอื่นๆ ตลอดจนการประเมินและตัดสินใจเพื่อกำหนดการปฏิบัติบนพื้นฐานที่ได้รับจากการปรึกษาหารือดังกล่าว

สอดคล้องกับ โอเร็ม (Orem D.E., 1985 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2533 : 128-136) ที่ให้ความหมาย “การดูแลตนเองด้านสุขภาพ” ว่าหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนเอง เป็นเรื่องของธรรมชาติและพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่ม และ

กล่าวถึง การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือภาวะที่มีความพิการเกิดขึ้น (Health Deviation Self-Care Requisites) ว่าบุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจาก ผู้ที่เชื่อถือได้ จะรับรู้ สนใจถึงผลของพยาธิสภาพและผลกระทบ การปฏิบัติตามแผนการรักษา วินิจฉัย ส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกันพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ ป้องกัน และคอยปรับอาการไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงในการรักษาหรือจากโรค การตัดแปลงอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการ ความช่วยเหลือเฉพาะ จากระบบบริการสุขภาพและการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ นั้นๆ

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ที่ประกอบด้วยการอธิบายเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและแหล่งรักษานั้น เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือภาวะที่มีความพิการเกิดขึ้น

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 6-8) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพเป็นลักษณะของการปรับหน้าที่เปรียบได้กับระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ แต่แตกต่างกันที่ การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและ ขนบธรรมเนียม ประเพณีที่บุคคลนั้นมีส่วนในการติดต่อ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อรู้จัก จัดการกับตนเอง ในการปฏิบัติกับตนเอง เพื่อริเริ่ม และกระทำเพื่อตนเอง ได้รับความไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระบบ ระเบียบ และมีขั้นตอน หากกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และ พัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล และได้แบ่งกระบวนการแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ออกเป็น 2 ระยะ คือ

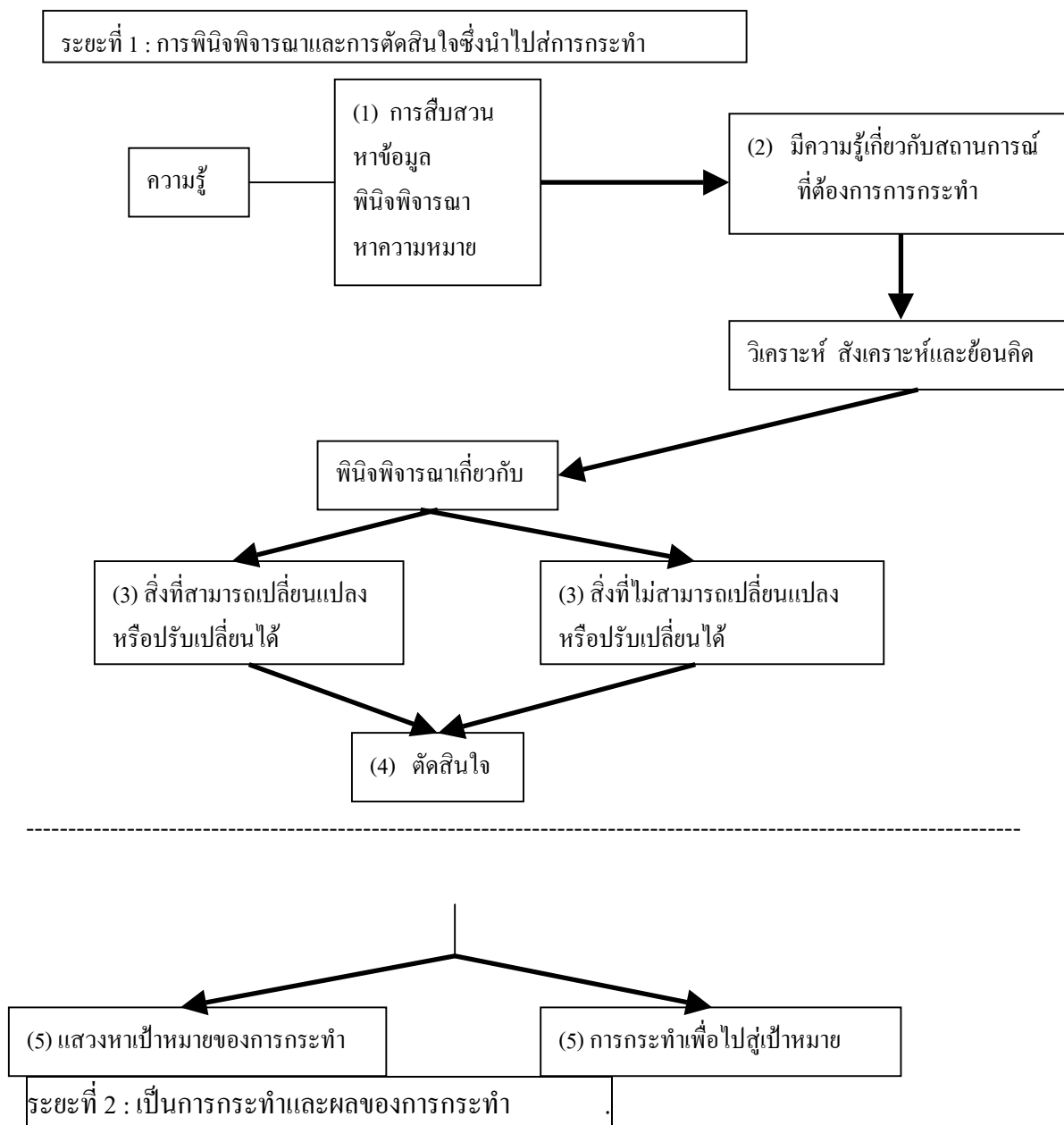
ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

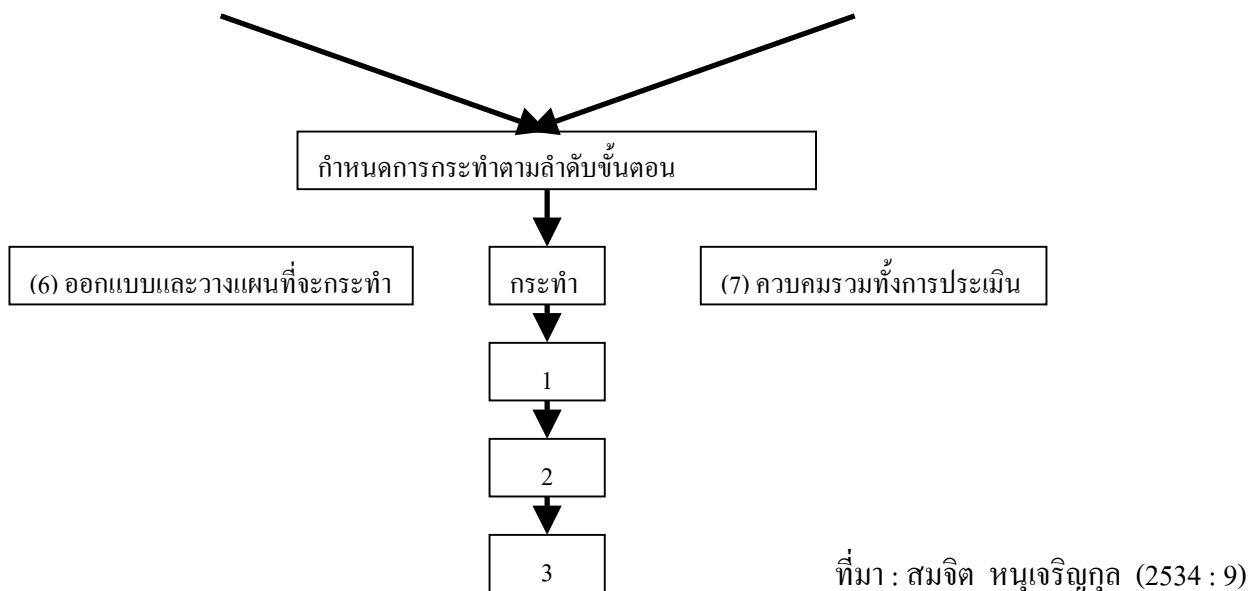
บุคคลที่สามารถจะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม พิจารณาได้ว่าพฤติกรรมนั้นๆ เหมาะสมในสภาวะการณันั้นๆ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำ และผลของการกระทำ

เป็นระยะของการกระทำ ซึ่งมีเป้าหมาย มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติกิจกรรม ต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นการกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นตัวกำหนดที่จะ ติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 กระบวนการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem)





สอดคล้องกับปรีชา อุปโยคิน (2539 : 114-119) ที่กำหนดขั้นตอนการศึกษาพฤติกรรม การแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเจ็บป่วย จากแนวคิดของ คริสแมน (N.J.Chrisman,1977), ไอคุน (U.Igun, 1979), โครเจอร์ (Kroeger, 1983) และ อลอนโซ (A.Alonzo, 1984) โดยแบ่งเป็นขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มมีอาการปรากฏให้เห็น จนถึงการรักษา ดังนี้

1. เมื่อมีอาการปรากฏให้เห็น
 - 1.1 การประเมินอาการ หรือวินิจฉัยด้วยตนเอง
 - 1.2 ถ้าไม่แน่ใจ ถามผู้รู้ช่วยอธิบาย หรือให้ข้อมูล
 - 1.3 แปลความหมาย ตีความว่าควรทำอย่างไรต่ออาการนั้น
2. การรักษา
 - 2.1 ถ้าตีความว่า ไม่รุนแรงจะรักษาด้วยตนเอง หรือใช้วิธีง่ายๆ ก่อนประเมินผล
 - 2.2 ถ้าทุเลาหรือหายจะเลิกรักษา ถ้าอาการหนักขึ้นเปลี่ยนวิธีการรักษา

ส่วนไคลแมน (Klienman) ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่สนใจศึกษาด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ การศึกษาของเขามีจุดเด่น คือการเน้นศึกษาระบบสุขภาพในทัศนะของบุคคลภายใน (Insider) เขาได้สร้างแบบแผนการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยตามวัฒนธรรมของประชาชนขึ้น เพราะ การที่บุคคลจะเลือกวิธีการรักษาแบบใด ขึ้นอยู่กับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนกลุ่มนั้น และการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนกลุ่มใด ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม และวัฒนธรรม

ของคนกลุ่มนั้น (Klienman, 1997 อ้างถึงใน กฤษณา นาดี (2541) และปรีชา อุปโยคิน (2539)) และมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินมุมมองความเจ็บป่วยในทัศนะประชาชนในแต่ละวัฒนธรรม (โคลแมน ไอส์เซนเบอร์ก และกู๊ด (Kleinman, Eisenberg and Good, 1978 อ้างถึงใน ชารอน วิลเลียม (Sharon Williams, 2001 http://www.nsr.org/members/SOJNR_articles/iss07vol02.htm)) ดังนี้

1. สิ่งที่ทำให้ป่วย
2. เวลาที่เริ่มเจ็บป่วยเมื่อใด เหตุที่เชื่อเช่นนั้น
3. คิดว่าการป่วยครั้งนี้ มีผลอย่างไรบ้าง มันออกฤทธิ์อย่างไร
4. ความเจ็บป่วยรุนแรง มากน้อยเพียงใด
5. ระยะเวลาในการป่วยครั้งนี้
6. วิธีที่ควรจะรักษา
7. การหวังผลจากการรักษา
8. ปัญหาสำคัญที่สุด ที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้
9. สิ่งที่กลัว ในการเจ็บป่วยครั้งนี้

จะเห็นได้ว่าแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินมุมมองความเจ็บป่วยในทัศนะประชาชนในแต่ละวัฒนธรรม ของโคลแมน ไอส์เซนเบอร์ก และกู๊ด นั้นสามารถอธิบายระยะการรอฟินิจพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ ของโอเร็ม ได้ชัดเจน ครบถ้วน และการกำหนดขั้นตอนการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นการดูแลตนเองทุกๆ ไป ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ส่วนปรีชา อุปโยคิน กำหนดขั้นตอนการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยโดยตรง

จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem) โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินมุมมองความเจ็บป่วยในทัศนะประชาชนในแต่ละวัฒนธรรม ของโคลแมน ไอส์เซนเบอร์ก และกู๊ด (Kleinman, Eisenberg and Good, 1978) ในการศึกษาการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และนำข้อมูลที่ศึกษามาอธิบายตามขั้นตอนของ ปรีชา อุปโยคิน (2539)

3.2.2 แบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของคนไทย

ในประเทศไทยมีการดำรงอยู่ของการแพทย์หลายระบบ เรียกว่า ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Pluralistic) อันประกอบด้วย การดูแลตนเอง การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบัน และระบบอื่นๆ

พิมพ์วิทย์ บุญมงคล และสุพจน์ เคนดวง (2539 : 58) ศึกษาเรื่องชาติพันธุ์กับการแสวงหาบริการสุขภาพ กล่าวว่าในสังคมไทย เมื่อบุคคล รับรู้ถึงอาการผิดปกติว่า เป็น การเจ็บป่วย เขาจะเข้าสู่กระบวนการของพฤติกรรมการรักษาเยียวยา โดยมักเริ่มต้นโดยการรักษาเยียวยาตนเองก่อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัว หรือการซื้อยากินเองตามร้านขายยา หรือร้านขายของชำ ถ้าอาการเจ็บป่วยไม่หายไป ผู้ป่วยจะขอคำปรึกษาแนะนำ จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง แล้วไปรับการรักษาอีกแห่งอื่นๆ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน หมอพื้นบ้านอื่นๆต่อไป เนื่องจากระบบการแพทย์ในท้องถิ่น มีการดำรงอยู่ของการแพทย์หลายระบบ พร้อมๆกัน กรณีโรคที่รุนแรงหรือโรคเรื้อรัง จะเริ่มต้นด้วยการดูแลตนเองก่อน แล้วจึงไปปรึกษาอีกแห่งที่ซับซ้อน เสียค่าใช้จ่ายทั้งด้านเงินและเวลา มากขึ้น ได้แก่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์พื้นบ้าน หรือการกลับไปกลับมา ระหว่างระบบบริการทั้ง 2 ซึ่งตรงกับการศึกษาพฤติกรรมทางเลือกบริการการแพทย์ของผู้สูงอายุ ที่รับบริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี (กฤษณา นาดี, 2541 : บทคัดย่อ)

การศึกษาของศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ (2540) ที่ศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ (2540) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วไลพร ชลสุข (2540) ศึกษาผู้ป่วยโรค มะเร็งปากมดลูก การเลือกวิธีการรักษาและสถานบริการ พบว่ามีหลายประเภท คือ การรักษาตนเอง ปรึกษา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และคนข้างบ้าน สถานรักษาโดยอาสาสมัคร ไพร แหล่งรักษาแผนโบราณ สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ร้านขายยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน ส่วนกฤษณา นาดี (2541) แบ่งประเภทระบบบริการออกเป็น การแพทย์สามัญชน การแพทย์วิชาชีพ และการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งได้รวมเอาการแพทย์แผนไทยไว้ ในการแพทย์พื้นบ้านด้วย

จะเห็นได้ว่า ระบบการแพทย์ในสังคมไทย นอกจาก การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบัน แล้วยังมีการแพทย์ทางเลือกแผนอื่นๆ อีกด้วย ดังนั้นการแพทย์ทางเลือก จึงหมายถึง ระบบการแพทย์อื่นๆ ที่มีใช้การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และ การแพทย์แผนปัจจุบัน

และความเจ็บป่วย ไม่ใช่เรื่องของผู้ป่วยคนเดียวแต่เป็นเรื่องของครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ที่ใส่ใจดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน

จากการศึกษาแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำ ความหมายของการแพทย์ทางเลือก มาใช้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ ให้ผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยให้ สัมภาษณ์ร่วมด้วย และได้้นำคำ หรือข้อความที่สำคัญมาใช้ในการทำดัชนีข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

เบญจา ยอดคำเนิน-แอ็ดติง และคณะ (2542) กล่าวว่า ประชาชนมีการสะสมประสบการณ์ในการดูแลตนเองไว้มาก และถ่ายทอดสู่บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้นการรักษาตนเองจึงเป็นทางเลือกสำคัญในยามเจ็บป่วยของประชาชนในปัจจุบัน

งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ มีดังต่อไปนี้

ธรา อ่อนชมจันทร์ (2538) ศึกษาทางเลือกในการรักษาโรคกระดูกของผู้ป่วยอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มารักษาในโรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย 133 ราย ติดตามได้ 116 ราย พบว่าผู้ป่วยจะมาที่โรงพยาบาลก่อนเป็นอันดับแรก เพื่อตรวจรังสีเอกซ์ (X-ray) ว่ามีอันตรายทางสมองหรือไม่ ถ้าไม่มีจะขอออกไปรักษาแผนไทย ถ้าแพทย์ไม่ฟังก็จะยอมใส่ฝือกปูน แล้วขอลกลับบ้าน ไปถอดฝือกออกรักษาแผนไทยร่วมกับแผนปัจจุบัน ร้อยละ 58 แผนไทยอย่างเดียว ร้อยละ 19 และแผนปัจจุบันอย่างเดียว ร้อยละ 20

ส่วน ปรีชา อุปโยคิน (2539) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพระหว่างโรคเรื้อรัง (โรคเรื้อน) และโรคเฉียบพลัน (ระบบหายใจเฉียบพลัน) พบว่า โรคเฉียบพลัน มีการรักษาโดยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน อาจเปลี่ยนสถานที่บริการบ้างแต่วิธีการไม่เปลี่ยน ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มต้นรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ไปสิ้นสุดที่แผนปัจจุบัน และเปลี่ยนวิธีการรักษา คือ เปลี่ยนจากสมุนไพรมาใช้ยาแผนปัจจุบันและ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสระบุรี จำนวน 400 ราย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยา รับประทานเอง แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

นอกจากนั้น รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และ เฉลิมพล ดันสกุล (2540) ศึกษาพฤติกรรมรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนแออัด กรุงเทพฯ โดยสัมภาษณ์ ผู้มีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี 855 คน พบว่า เกินครึ่งไปโรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิกเอกชน ร้อยละ 20 ซื้อยากินเอง และเพียงร้อยละ 1 หาหมอแผนไทยหรือหมोजิน

งานวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งเป็นได้แก่โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ได้ผลการศึกษา ดังนี้

วไลพรธม ชลสุข (2540) ศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานครของผู้ป่วยหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกและมารับการรักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง การรับรู้อาการผิดปกติครั้งแรก ที่สำคัญคือ อาการเลือดออก ตกขาว โดยให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้นสรุปว่าเป็นอาการของผู้หญิงก่อนหรือหลัง วัณโรคประจำเดือน มดลูกอักเสบ เป็นอาการทั่วไปของผู้หญิง เป็นต้น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยรอดูอาการเป็น อันดับแรก แล้วปรึกษานุคคลต่าง ๆ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ในระยะนี้มีการเลือกใช้บริการสุขภาพจากคลินิกเอกชนมากที่สุด โดยครึ่งหนึ่งมีบุคคลแนะนำหรือพาไป มีการเปลี่ยนแหล่งบริการตั้งแต่ 1-3 แห่ง ส่วนมากให้เหตุผลว่ารักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ส่วนมากมีความรู้สึกกลัวต่อความรุนแรงของโรค เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เลือกไปโรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด เหตุผลที่เข้ารับบริการ คือ มีบุคคลแนะนำหรือพาไป และพบว่าบางส่วนมีการรักษาด้วยสมุนไพร

ส่วนปริญญญา พรรณราช (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ ในผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน มีกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพ พบว่า การรับรู้ให้ความหมายว่าเป็นโรคมะเร็งหรือโรคคนแก่ มากที่สุดรองลงมา คือ ปวดศีรษะธรรมดา และเครียดหรือเป็นโรคประสาท และการจัดการ กับอาการที่เกิดขึ้น ใช้วิธีการรักษาตนเองกันมาก มีการปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและเพื่อนข้างบ้านที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขก่อน แล้วจึงไปรักษาที่อื่น แหล่งที่ไปเลือกรับบริการก่อนมาโรงพยาบาล ที่ศึกษา ได้แก่ คลินิก, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลศูนย์ฯ, โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย, โรงพยาบาลเอกชน, โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้ง สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข ชุมชนแหล่งรักษาแผนโบราณ และร้านขายยา ซึ่งมีเหตุผลสำคัญคือใกล้ที่พัก เดินทางสะดวก การเปลี่ยนแหล่งรักษา เนื่องจากค่ารักษาแพง/ใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ รองลงมาคือ รักษาไม่ได้ผลหรืออาการรุนแรงขึ้น

และ สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์ (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในภาคตะวันตก ในผู้หญิงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิก และโรงพยาบาลในภาคตะวันตก จำนวน 200 คน พบว่าการรับรู้ ให้ความหมายไม่ทราบว่าเป็นอะไร มากที่สุดจัดการกับอาการผิดปกติ โดยวิธีการรอสังเกตอาการมากที่สุด รองลงมาคือ รักษาตนเอง หลังจากนั้น ขอคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน แหล่งบริการที่เลือกคือคลินิก รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน และมีเพียงร้อยละ 3.6 ที่ใช้บริการหมอแผนโบราณ เพราะมีบุคคลแนะนำและพามา รองลงมาคือ ความสะดวกในการ เดินทาง การเปลี่ยนแหล่งบริการ เหตุผลสำคัญของการเปลี่ยนแหล่งบริการสุขภาพคือ ค่ารักษาแพง รองลงมาคือ รักษาไม่หายมีอาการรุนแรงมากขึ้น

และเพชรรัตน์ เอี่ยมละออ (2540) ศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกรุงเทพมหานคร ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 150 คน และโรงพยาบาลเอกชน 60 คน พบว่าการรับรู้ การให้ความหมายว่าเป็น ธรรมชาติของคนแก่ เป็นลม จัดการกับอาการขั้นต้นเหมือนกันคือ รักษาตนเอง ปรีกษา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และคนข้างบ้าน แล้วจึงเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน คลินิก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ร้านขายยา ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานรักษาโดยยาสมุนไพร เหตุผลสำคัญคือ ใกล้ที่พัก เดินทางสะดวก มีคนรู้จักเป็นเจ้าของที่ ผู้เลือกรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนให้เหตุผลคือ ชื่อเสียงของโรงพยาบาล/แพทย์ การเปลี่ยนแหล่งรักษาเพราะรับรู้ว่าการรักษาว่าคงเดิม รักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำคำหรือข้อความที่สำคัญมาใช้ในการทำดัชนีข้อมูล เกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในการวิจัยครั้งนี้

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา

ปรีชา อุปโยคิน (2539 : 119) กล่าวว่า ปัจจัยในการเลือกใช้วิธีการรักษาแบบใด จากแหล่งบริการใด เกิดจากแนวคิด ความเชื่อ ความคาดหวังของบุคคลที่เชื่อว่าการรักษาด้วยวิธีใด แหล่งใด อาจจะหรือคงเป็นสิ่งที่ดีกว่า มีประสิทธิภาพมากกว่า ประหยัดกว่า สะดวกกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นๆ

ส่วน ช่าง (Young, 1981) และ ไคลแมน (Klienman, 1980) อ้างถึงในพิมพ์ฉลีย์ บุญมงคล และสุพจน์ เด่นดวง (2539 : 58) ศึกษาแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพในสังคมประเทศกำลังพัฒนา ได้ข้อสรุปตรงกันว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการระบบใด แหล่งใด ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่คนไข้และเครือข่ายสังคมเขาประเมิน วิธีคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแหล่งการรักษา ปัจจัยทางด้านโครงสร้างทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา บทบาทในครอบครัว แหล่งที่อยู่ ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เป็นตัวกำหนด

สอดคล้องกับเสาวภา พรศิริพงษ์ และ พรทิพย์ อุสุภรัตน์ (2538 : 75-76) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยใช้บริการการแพทย์แผนไทย เพราะว่าเป็นแหล่งบริการที่เข้าถึงได้ง่าย หมอและผู้ป่วยอยู่ในสังคมเดียวกัน มีวิถีชีวิต พื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้มีระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ ของความเจ็บป่วยสอดคล้องกัน

และลือชัย ศรีเงินขวง และ รุจิณาถ อรรถสิทธิ์ (2535) ศึกษาศัภษาภาพหมอนพื้นบ้านกับงานสาธาณสุขมูลฐาน พบว่า คนใช้ร้อยละ 80 เป็นญาติพี่น้อง เป็นเพื่อนบ้าน คนในหมู่บ้านหรือหมู่บ้านใกล้เคียง ร้อยละ 68 เคยมาหรือเชื่อว่าต้องรักษาแบบนั้น ร้อยละ 25 มาเพราะผิดหวังกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

และลัคนา เกิดศิริ (2538) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณที่วัดโพธิ์ พบว่าประชาชนนิยมมาซื้อยากันมาก เนื่องจากการคมนาคมสะดวก ยาราคาถูก เชื่อว่าไม่ปลอมเพราะพระจำหน่ายเอง เชื่อถือในสรรพคุณยาแผนโบราณ รวมทั้งอิทธิพลจากการโฆษณาในวารสารพระต่างๆ

นอกจากนั้น กฤษณา นาดี (2541) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยคือ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง ระบบส่งต่อ คุณภาพและความสะดวก รวดเร็วของบริการ สวัสดิการและระบบการประกันสุขภาพ อัตราค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความเป็นกันเอง ชื่อเสียง และการให้คำแนะนำ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ คำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและความรุนแรงของความเจ็บป่วย การร่วมตัดสินใจของบุคคลในครอบครัว ประสบการณ์การรักษาตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือเครือข่ายทางสังคม

ดังนั้น ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง องค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านระบบบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการนิยามศัพท์เฉพาะ และใช้ทำดัชนีข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย และนำปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ไปสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวความคิด

จากการศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ สามารถกำหนดขั้นตอนการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. เมื่อมีอาการปรากฏให้เห็น ผู้ป่วยจะประเมินอาการตนเอง หรืออาจถามผู้รู้แล้วแปลความหมายของความเจ็บป่วย โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินมุมมองความ

เจ็บป่วยในทัศนะประชาชนในแต่ละวัฒนธรรม ของไคลแมน ไอส์เซนเบอร์ก และกู๊ด (Kleinman, Eisenberg and Good, 1978) ศึกษาการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่

- 1.1 ท่านคิดว่าสิ่งที่ทำให้ป่วยคืออะไร
- 1.2 ท่านเริ่มเจ็บป่วยเมื่อใด ทำไมจึงเชื่อเช่นนั้น
- 1.3 ท่านคิดว่าการป่วยครั้งนี้ มีผลอย่างไรต่อท่านบ้าง มันออกฤทธิ์อย่างไร
- 1.4 ความเจ็บป่วยของท่านรุนแรง มากน้อยเพียงใด
- 1.5 ท่านคิดว่าระยะเวลาในการป่วยครั้งนี้ นานหรือไม่
- 1.6 ท่านคิดว่าท่านควรจะรักษาโดยวิธีใด
- 1.7 ท่านหวังผลจากการรักษามากน้อยเพียงใด
- 1.8 ท่านคิดว่าปัญหาสำคัญที่สุด ที่เกิดจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ คืออะไร
- 1.9 สิ่งที่ท่านกลัว ในการเจ็บป่วยครั้งนี้

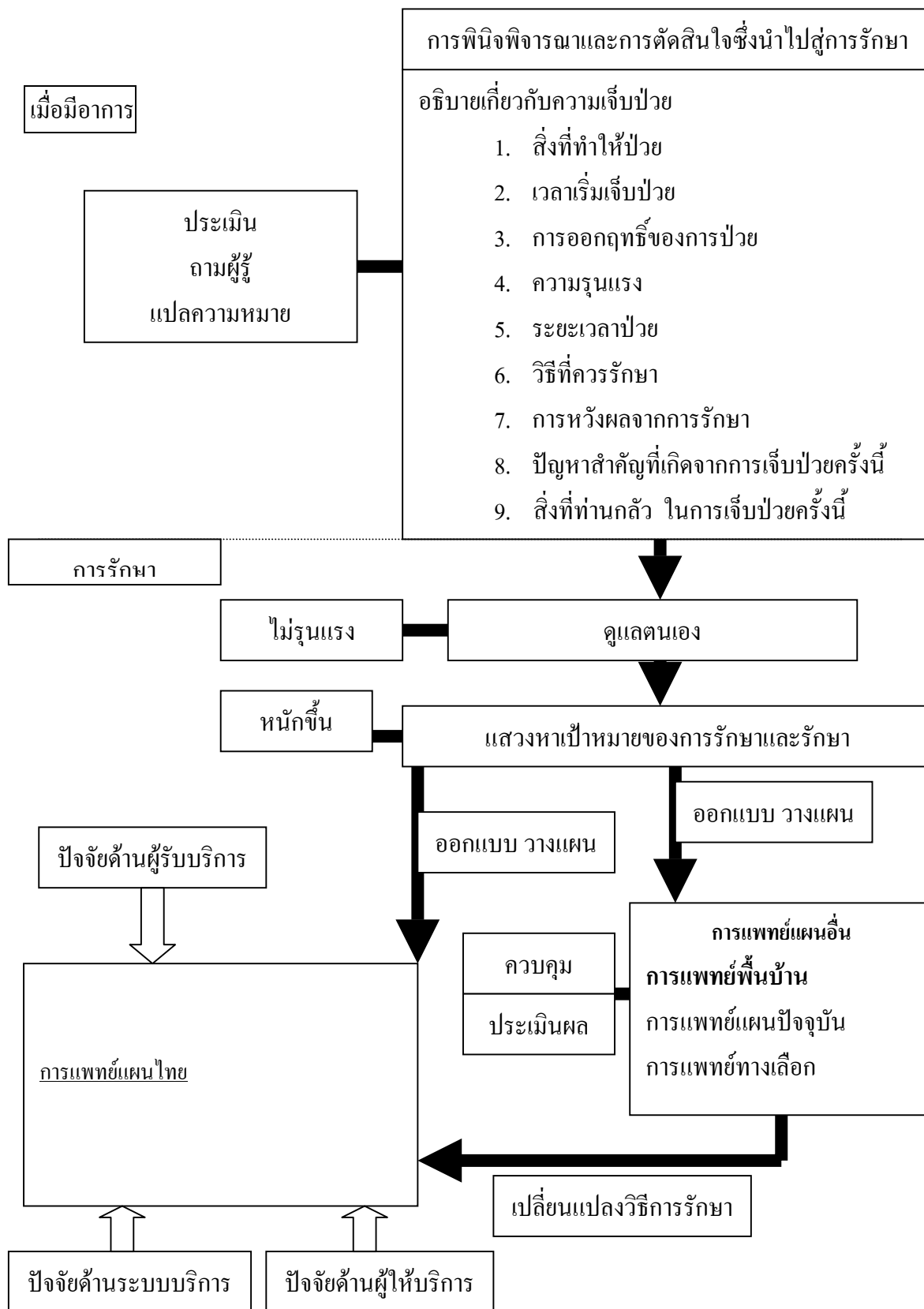
2. ศึกษาการรักษา กรณีผู้ป่วยตีความว่าเจ็บป่วยไม่รุนแรงก็จะรักษาโดยดูแลตนเองก่อน แต่ถ้าไม่หายหรืออาการหนักขึ้น จึงหันไปใช้บริการจากระบบการแพทย์ ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ขั้นตอนที่ 2 คือขั้นตอนการรักษา(กระทำ)และผลของการรักษา(กระทำ) เริ่มจากการแสวงหาเป้าหมายของการรักษาและผลการรักษา แล้วผู้ป่วยจะออกแบบและวางแผนการรักษา โดยเลือกใช้บริการ

2.1 การแพทย์ไทย เนื่องจากการอธิบายความเจ็บป่วยและปัจจัยอื่นของผู้รับบริการ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านระบบบริการ

2.2 การแพทย์อื่นก่อน ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก มีการควบคุมการบริการและการประเมินผล แล้วเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา มาใช้บริการการแพทย์แผนไทย

จากขั้นตอนการแสวงหาบริการสุขภาพดังกล่าว สามารถแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยได้ตามภาพประกอบ 2

ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี



วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาลักษณะบุคคลที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อศึกษาลักษณะโรค ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านระบบบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี

ความสำคัญและประโยชน์

1. ด้านความรู้

จากการศึกษาวิจัย พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของประชาชน จังหวัดปัตตานี ทำให้ทราบ

1. สถานการณ์ การใช้บริการระบบการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี
2. การอธิบายความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี
3. ปัจจัยที่มีผลในการเลือกแหล่งบริการ ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี

2. ด้านการนำไปใช้

จากความรู้ที่ได้รับ จากการศึกษาวิจัย พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของประชาชน จังหวัดปัตตานี สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถแยกประโยชน์ได้ ดังนี้

1. สถานการณ์ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยกันมาก สามารถใช้เป็นข้อมูล ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้นๆ รับรู้ ทางเลือกและวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทย

2. การอธิบายความเจ็บป่วยและพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี สามารถเป็นข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสาธารณสุข ได้ทราบความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับทฤษฎีโรค ในทัศนะของประชาชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับทัศนะให้สอดคล้องกับผู้ป่วย เป็นการลดช่องว่างในการสื่อสาร อันจะส่งผลให้คุณแลสุขภาพผู้ป่วยได้ครบถ้วน สมบูรณ์งานบริการมีศิลปะและประณีต และยังสามารถเป็นข้อมูลให้ประชาชนในชุมชนได้ทราบว่า การแพทย์แผนไทย มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอย่างไร เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทย อันจะทำให้เกิดการส่งเสริมการใช้บริการ เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการพัฒนาแบบพึ่งตนเองในที่สุด

3. ปัจจัยที่มีผลในการเลือกวิธีการรักษา และแหล่งบริการ ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดปัตตานี ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสุขภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผน จัดระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขให้สอดคล้องกับปัจจัยดังกล่าวได้

4. วิธีวิทยาการวิจัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่รับบริการรักษาพยาบาล จากผู้ที่ทำการประกอบโรคศิลปะตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะแพทย์แผนไทย หรือผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่ให้บริการนวด อบ ประคบ จ่ายยาไทย ในสถานบริการของรัฐบาล สถานบริการขององค์กรเอกชน และสถานบริการของเอกชน ทั้งในเขตเมือง เขตเทศบาลอำเภอ และในชนบท คือ

- 1.1 สมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดปัตตานี
- 1.2 โรงพยาบาลโคกโพธิ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
- 1.3 บ้านนายเน จิตมณี อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

2. เนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาลักษณะบุคคล ลักษณะโรค และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ของผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้การศึกษานี้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงได้นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลหรือญาติ จัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วย โดยอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการรักษา โดยใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพ ต่างๆ ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก

การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ระบบการดูแลสุขภาพกันเองในชุมชน แบบดั้งเดิม จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณีและทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้น

การแพทย์แผนไทย หมายถึง ระบบการจัดบริการสาธารณสุข ที่อาศัยพื้นความรู้ความสามารถที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้าน กับการแพทย์แผนอื่นๆ ที่มีการจัดระบบองค์ความรู้ และมีการควบคุมทางวิชาชีพตามกฎหมาย

การแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง การแพทย์แบบชีวเวชศาสตร์ ที่อาศัยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ ในการบำบัดรักษาโรค

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง ระบบการแพทย์อื่นๆ ที่มิใช่การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่จะรักษาอาการป่วยด้วยตัวเองหรือรอดูอาการก่อน รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาของระบบการแพทย์ที่เลือกใช้บริการหรือแผนการรักษาที่ผู้ป่วยประยุกต์ขึ้นมาเอง

ผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ป่วยที่รับบริการรักษาพยาบาล จากผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยใช้วิธีการรักษาโรคแบบการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การใช้ยาไทย การนวด การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพร

ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง ผู้ที่ทำการประกอบโรคศิลปะตาม ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย สาขาต่างๆ ประกอบด้วยสาขาเวชกรรม เกษัชกรรม ผดุงครรภ์ การนวดไทย หรือ ผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่ให้บริการนวด อบ ประคบ ยาไทย ในสถานบริการของรัฐบาล สถานบริการขององค์กรเอกชน และสถานบริการของเอกชน

สถานบริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง สถานที่ที่ผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย ให้บริการนวด อบ ประคบ ยาไทย ได้แก่สถานบริการของรัฐบาล ที่ทำการขององค์กร เอกชน บ้านของแพทย์แผนไทยหรือบ้านของผู้ป่วย

การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง การอธิบายของผู้ป่วย เกี่ยวกับสาเหตุ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วย จากการดำเนินชีวิตและ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การเลือกวิธีการรักษาและการหวังผลการรักษา (ข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง องค์กรประกอบต่างๆ ที่มีผล ให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทย ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านระบบ บริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้รับบริการ