

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษา ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงหลังคลอดชาวลื้อ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น การทำความเข้าใจปรากฏการณ์อย่างแท้จริงจำเป็นต้องศึกษาองค์รวม (Holistic) ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ต้องศึกษาให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรมของหญิงหลังคลอด รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ใน ชุมชน ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอสาระเรียงตามลำดับ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. ระบบการดูแลสุขภาพของชุมชน
4. แนวคิดระบบภูมิปัญญา
5. วิถีชีวิตชาวไทยภูเขา เผ่าลื้อ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด

ในระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดามีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจอย่างมาก จนสามารถกล่าวได้ว่า เป็นระยะวิกฤตที่สำคัญช่วงหนึ่งในชีวิตการเป็นมารดา ระยะสัปดาห์แรกจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเพื่อกลับสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ และถ้ามารดาเลี้ยงทารกด้วยนม ตนเอง เต้านมจะมีการเจริญอย่างมาก เพื่อเตรียมให้นมทารก การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้เป็นภาวะปกติของกระบวนการทางสรีรวิทยา แต่อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ หากไม่เข้าใจหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง

การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาเป็นอย่างมาก เช่น มีการติดเชื้อในโพรงมดลูก ซึ่งอาจจะลุกลามไปสู่อวัยวะในอุ้งเชิงกรานมารดา ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ถ้าการรักษาไม่ได้ผลดี อาจต้องตัดมดลูกทิ้ง ซึ่งเกิดผลเสียต่อมารดาทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีการติดเชื้อที่ฝีเย็บ เต้านม และทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ถ้ามารดามีความรู้และสนใจปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ในระยะหลังคลอด

1.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังคลอด

1.1.1 มดลูกและอาการปวดมดลูก หลังจากทารกและรกคลอดครบแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงของมดลูก กล้ามเนื้อมดลูกจะหดตัวเป็นก้อนกลม อยู่กึ่งกลางระหว่างสะดือกับหัวหน่าว หรือสูงกว่าระดับสะดือ เล็กน้อยหลังคลอด 24 ชั่วโมง ระดับยอดมดลูกจะไม่สูงถึงระดับสะดือ จากนั้นยอดมดลูกจะค่อยๆลดลง เฉลี่ยวันละประมาณ 1-2 ซม. ปกติหลังคลอด 10 วัน จะคลำมดลูกทางหน้าท้องไม่ได้ เรียกว่า มดลูกเข้าอู่

หญิงหลังคลอดครรภ์หลังและหญิงหลังคลอดที่มีการยืดขยายของมดลูกมาก เช่น ครรภ์แฝดหรือมีน้ำคร่ำมากกว่าปกติ เด็กตัวโตเป็นต้น มักจะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูก อาการอาจรุนแรงมากขึ้นเมื่อหญิงหลังคลอดให้บุตรดูดนม เพราะการกระตุ้นที่หัวนมทำให้ต่อมใต้สมองหลังฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นให้มดลูกหดตัว อาการปวดมดลูกพบได้ใน 3 วันแรกหลังคลอด หญิงหลังคลอดที่มีอาการปวดมดลูกรุนแรงและนานกว่า 3 วันโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น อาจเนื่องจากมดลูกพยายามขับก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออก (Auvenshine & Enriquez, 1991) อาการปวดมดลูกโดยทั่วไปสามารถบรรเทาได้ โดยการให้นอนคว่ำ เอาหมอนรองใต้ท้องน้อย เพื่อพยุงกล้ามเนื้อมดลูกและรับประทานยาแก้ปวด (บุบผา แก้ววิเชียร, 2538)

1.1.2 น้ำคาวปลา น้ำคาวปลาเป็นสิ่งที่ถูกขับออกมาทางช่องคลอด ซึ่งประกอบด้วยเลือดและเยื่อมดลูก ลักษณะน้ำคาวปลาจะเปลี่ยนแปลงไป ตามการเปลี่ยนแปลงของแผลที่รกเกาะ ระหว่าง 2 - 3 วันแรก น้ำคาวปลาจะมีสีแดงสด ประมาณวันที่ 4 - 9 สีจะจางลงค่อยๆเป็นสีชมพู ประมาณวันที่ 10 หลังคลอด น้ำคาวปลาจะเป็นสีเหลืองหรือขาว กรณีมีน้ำคาวปลาสีแดงเข้มตลอดระยะ 7 วันแรกหลังคลอดแสดงถึงการมีเลือดออกอย่างต่อเนื่อง จากการมีเศษรกค้างในโพรงมดลูก(Cunningham et al., 1997) กลิ่นของน้ำคาวปลาจะคล้ายกลิ่นของประจำเดือน คือเป็นกลิ่นอับๆหรือเป็นกลิ่นเลือดสดๆถ้ามีกลิ่นเหม็นน่าอาจเกิดจากการติดเชื้อในโพรงมดลูก การกลับมีน้ำคาวปลาสีแดงสดประมาณวันที่ 10 หลังคลอด บ่งชี้ถึงการมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเกาะจากกระบวนการหายของแผล (Williams, 1993)

1.1.3 ช่องคลอดและปากมดลูก ระยะเวลาหลังคลอด บริเวณช่องคลอด จนถึงปากมดลูกส่วนล่าง ยังคงบวมเป็นเวลาหลายวัน และบริเวณปากมดลูกจะอ่อนนุ่ม มีรอยช้ำ และมีรอยฉีกขาด ขนาดเล็กๆและในระหว่างนี้ปากมดลูกยังไม่ปิดสนิท จะมีโอกาสติดเชื้อภายในโพรงมดลูกได้ง่ายดังนั้นจึงไม่ควรลงแช่ในโคลง หรือ อ่างอาบน้ำ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (บุบผา แก้ววิเชียร,2538)

1.1.4 แผลฝีเย็บ เป็นแผลที่อาจเกิดจากการฉีกขาดเอง หรือผู้ทำคลอดตัดตรงส่วนล่างของช่องคลอดเพื่อให้บริเวณช่องคลอดกว้างขึ้น ทารกจะคลอดออกมาได้ง่าย และถ้าฝีเย็บมีอาการติดเชื้อจะมีอาการบวม แดง ร้อน ขอบแผลไม่ชิดกัน อาจมีหนองไหลออกมาจาก บาดแผล และอาจจะปวดมาก หญิงหลังคลอดควรไปพบแพทย์หรือบุคลากรสุขภาพทันที รักษาความสะอาด บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ถูกวิธี เช้ากั้นในน้ำอุ่นจัดวันละ 2 ครั้ง รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์หรือทีมบุคลากรสุขภาพ ป้องกันอาการท้องผูก เพื่อจะไม่ต้องออกแรงเบ่งในขณะถ่าย ซึ่งจะช่วยให้ฝีเย็บมากยิ่งขึ้น บริหารกล้ามเนื้อช่องคลอดฝีเย็บและรอบๆทวารหนักโดยการขมิบก้ามเนื้อช่องคลอด (Kegel exercise)ประมาณ 100 ครั้งต่อวัน เพื่อส่งเสริมการหายของแผลและบรรเทาความไม่สุขสบาย(Gill, 1997) เพื่อส่งเสริมการหายของแผลในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอด อาจมีการเจ็บปวดที่ฝีเย็บมาก ก็สามารถบรรเทาอาการลงได้ โดยการรับประทานยาแก้ปวด ก่อนให้นมบุตรประมาณ 1 ชั่วโมงเพื่อส่งเสริมความสบายและส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร

1.1.5 กล้ามเนื้อหน้าท้อง ในวันแรกๆหลังคลอด กล้ามเนื้อหน้าท้อง จะยังไม่สามารถพยุงอวัยวะภายในช่องท้องได้เต็มที่ ดังนั้นหน้าท้องจึงยื่นออกมา ทั้งนี้เนื่องจากกล้ามเนื้อหน้าท้องถูกขยายมานาน ในระหว่างการตั้งครรภ์ บางครั้งถ้ามีการยืดขยายของกล้ามเนื้อหน้าท้องมากเกินไป เช่นเด็กตัวโตทำให้มีการแยกตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องตรงกึ่งกลาง หลังจากเด็กคลอดแล้วกล้ามเนื้อหน้าท้องนี้จะหดตัวลง แต่ยังแยกออกจากกัน ดังนั้นมารดาต้องบริหารร่างกายหลังคลอดทุกวัน เพื่อทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหดตัวดีขึ้นและกลับคืนสู่สภาพเดิมเร็วขึ้น ซึ่งป้องกันไม่ให้เกิดอาการปวดหลังในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป การแยกของกล้ามเนื้อท้อง จะมีผลต่อการคลอดและการตั้งครรภ์ในครรภ์ต่อไป คือ ทำให้ผนังหน้าท้องยื่นมาก การทรงตัวไม่ดี ปวดหลัง และทำให้แรงเบ่งคลอดลดลง (บุบผา แก้ววิเชียร,2538)

1.1.6 การหลั่งน้ำนม ภายหลังจากคลอดต่อมใต้สมองส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนแลคทีน (Prolactin) กระตุ้นให้ต่อมน้ำนมสร้างน้ำนม ประมาณวันที่ 2-3 หลังคลอดจะเริ่มมีน้ำนมเหลือง(Colostrum) น้ำนมระยะปรับเปลี่ยน (Transitional milk) จะเริ่มตั้งแต่ 7-10 วันหลังคลอด

ส่วนน้ำนมแท้ (Mature milk) จะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอดเป็นต้นไป (Olds et al., 1996) สำหรับการทำความสะอาดบริเวณหัวนมและลานนม ควรล้างหัวนมและเต้านมขณะอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (Pilliteri, 1999) ไม่ควรใช้สบู่ หรือสารอื่นใดถูบริเวณหัวนม เพราะต่อมมอนท์โกเมอรี (Montgomery glands) ที่อยู่บริเวณลานนมและหัวนม จะขับสารไขมันออกมาทำความสะอาดและหล่อลื่นบริเวณหัวนมและลานนม (R.A.Lawrence & R.m.Lawrence, 1999) ซึ่งสารนี้ไม่ควรกำจัดโดยสบู่หรือสารเคมีใดๆ นอกจากนี้หญิงหลังคลอดควรสวมยกทรงที่มีขนาดพอดีพุงด้านมอยู่เสมอ

1.1.7 การมีประจำเดือน ในรายที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ประจำเดือนครั้งแรกจะมาภายใน 6-8 สัปดาห์หลังคลอด การตกไข่จะมีประมาณสัปดาห์ที่ 6 ถ้าไม่มีการคุมกำเนิดจะสามารถตั้งครรภ์ใหม่ได้ ส่วนรายที่ให้นมบุตร ประจำเดือนอาจมาช้ากว่านี้ บางรายตลอดเวลาที่ให้นมบุตร จะไม่มีประจำเดือนมาเลย จนกระทั่งหย่านมหรือตั้งครรภ์อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติ เพราะการดูดนมของทารก ไปยับยั้งการทำงานของรังไข่ (บุบผา แก้ววิเชียร, 2538) นอกจากการเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ดังกล่าวแล้วข้างต้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยทั่วไปอีก เช่น น้ำหนักตัว หลังคลอดทันที น้ำหนักตัวจะลดลงประมาณ 5 กิโลกรัม และ 2-3 วันต่อมาจะลดลงอีกประมาณ 2 กิโลกรัม การขับน้ำ หลังคลอดร่างกายจะขับน้ำออกมาทางผิวหนังจำนวนมาก หญิงหลังคลอดจะมีเหงื่อออกมาก มารดาจะรู้สึกกระหายน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะ มารดามักถ่ายปัสสาวะลำบาก เนื่องจากขณะทารกผ่านช่องคลอดออกมา จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ หญิงหลังคลอดบางคนอาจถ่ายปัสสาวะไม่หมดมีค้างอยู่ จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดการอักเสบของทางเดินปัสสาวะสูง และการมีกระเพาะปัสสาวะเต็มอาจส่งผลให้มดลูกมีการหดตัวที่ไม่ดี เพราะมดลูกถูกเบียดเป็นสาเหตุให้มีการตกเลือดหลังคลอดได้ จึงควรถ่ายปัสสาวะทุก 4-6 ชั่วโมง สำหรับ การขับถ่ายอุจจาระ โดยทั่วไปในระยะหลังคลอดหญิงหลังคลอดจะไม่ถ่ายอุจจาระอยู่ประมาณ 3-4 วัน เนื่องจากมีการสวนอุจจาระก่อนคลอด และระยะหลังคลอด มารดายังรับประทานอาหารได้น้อย หญิงหลังคลอดจึงควรดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 6-8 แก้ว รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก และผลไม้ ไม่ควรซื้อยาระบายมารับประทานเอง (บุบผา แก้ววิเชียร, 2538)

1.1.8 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในหลังคลอด หญิงหลังคลอดควรทราบว่า อาจเกิดอาการหงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ ซึ่งเป็นโอกาสที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาในระยะหลังคลอด เนื่องจากมีความแปรปรวนของฮอร์โมนในร่างกาย นอกจากนี้ยังไม่มีความสุขสบาย จากอาการปวดมดลูก ปวดแผลฝีเย็บ อาการเหล่านี้อาจหายได้เองภายใน 10 วัน

(Edwards, 1999) หญิงหลังคลอดควรดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้ออกกำลังกายได้ทำในสิ่งที่ชอบ หากเวลาออกไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่นๆ ถ้าแก้ไขแล้วอาการดังกล่าวยังไม่ทุเลาควรปรึกษาแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การปฏิบัติตัวหลังคลอด เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายภายหลังคลอด มารดาควรปฏิบัติดังนี้

1.1.9 การพักผ่อนและการทำงาน ควรพักผ่อนมากๆ ในระยะ 2 สัปดาห์แรก หลังคลอด ควรพยายามนอนพักให้มากที่สุด โดยหลับในตอนกลางคืน 8-10 ชม. และในตอนกลางวัน ในช่วงที่ลูกหลับอีก 1-2 ชม. การพักผ่อนอย่างเต็มที่ที่จะทำให้จิตใจผ่อนคลายและร่างกายแข็งแรง การทำงาน 2 สัปดาห์แรก ควรพักผ่อนอยู่กับบ้าน ห้ามทำงานหนัก หรือทำงานที่ออกแรง ยกแรงเบ่ง เช่น ยกของหนัก หิ้วน้ำ ฯลฯ ไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆ บ่อยๆ เพราะระยะนี้กล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆที่ยึดมดลูกไว้ยังไม่แข็งแรง การออกกำลังกายมากๆ จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้มดลูกเคลื่อนที่ต่ำลงมา ตามเอ็นที่ย่อนได้ ภายหลังคลอด 2 สัปดาห์ แล้วให้ทำงานบ้านที่เคยทำได้ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย จนเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอดจึงสามารถทำงานได้ตามปกติ

1.1.10 อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีคุณภาพสูงและปริมาณมากกว่าใน ระยะตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและผลิตน้ำนมได้เพียงพอ อาหารที่มารดาหลังคลอด ควรรับประทานได้แก่

- เนื้อสัตว์ ถ้าไม่รับประทานเนื้อสัตว์ควรรับประทานพวกถั่วต่างๆ แทน
- ไข่ อย่างน้อยวันละ 2 ฟอง
- นมหรือน้ำผลไม้ ควรดื่มวันละ 2-3 แก้ว
- ผักทุกชนิด
- ผลไม้ทุกชนิด
- ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อทดแทนปริมาณน้ำที่เสียไปและมีการสร้างน้ำนมมากขึ้น

อาหารที่ควรงดคือ อาหารรสจัด ของหมักดอง ของมีเนมา เช่นสุรา เพราะสามารถผ่านทางน้ำนมไปสู่ทารกได้ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง เพราะยาบางชนิด สามารถผ่านทาง น้ำนมได้ นอกจากนี้จะมีอันตรายต่อมารดาแล้วยังอาจมีผลต่อทารกด้วย (บุบผา แก้ววิเชียร ,2538) สมุนไพร

หลังคลอดที่อาศัยอยู่ในชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำมาจากผู้ใหญ่ให้ดื่มน้ำต้มไพล เนื่องจากเชื่อสืบทอดกันมาว่า ไพลเป็นสมุนไพรที่ช่วยขับน้ำคาวปลา และช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว แต่จากการศึกษาทดลองในหนูพบว่า ไพลมีสารที่ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกของหนูคลายตัว (Sport, 1982) ดังนั้นการดื่มน้ำต้มไพล อาจเป็นสาเหตุให้หญิงหลังคลอดตกเลือด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี นอกจากนี้หญิงหลังคลอดอาจได้รับการสนับสนุนให้รับประทานสมุนไพรอีกหลายชนิด ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนม และช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง มดลูกกลับเข้าสู่สภาพก่อนการตั้งครรภ์เร็วกว่าปกติ แต่สมุนไพรเป็นยาอาจผ่านมาน้ำนมและสะสมใน ร่างกายของบุตร จนถึงระดับที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่บุตรได้ (R.A.Lawrence & R.m.Lawrence, 1999)

1.1.11 การรักษาความสะอาดของร่างกายในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอดมักจะมีเหงื่อออกมามาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาากลางคืน และอาจกระหายน้ำบ่อย อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ลดลงจนเป็นปกติประมาณปลายสัปดาห์แรก นอกจากนี้หลังคลอดยังมีน้ำนมและน้ำคาวปลาทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ดังนั้นจึงควรอาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด ดังนี้ *ร่างกายทั่วไป* ถ้าไม่มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ให้อาบน้ำได้ตามปกติ ไม่ควรแช่ในอ่างอาบน้ำหรือแม่น้ำลำคลอง เพราะเชื้อโรคอาจผ่านเข้าไปในโพรงมดลูกได้ เนื่องจากปากมดลูกยังไม่สนิท ควรอาบน้ำ ชำระร่างกายให้สะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง สวมเสื้อผ้าที่สะอาดอยู่เสมอดี้านนมและหัวนม ควรล้างให้สะอาดขณะอาบน้ำ และเช็ดด้วยน้ำต้มสุกทุกครั้ง ก่อนและหลังให้นมบุตร โดยเริ่มต้นเช็ดบริเวณหัวนมก่อนแล้ววนออกไปข้างนอกจนรอบลานนมและหัวนมควรสวมเสื้อยกทรงที่สะอาด และมีขนาดพอดีพุงเต้านมไว้เสมอ หลีกเลี่ยงการฟอกสบู่บริเวณหัวนม เพราะจะทำให้หัวนมแห้ง และแตกได้และไม่ควรทาโลชั่น *อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก* ทำความสะอาดด้วยสบู่แล้วล้างตามด้วยน้ำสะอาด ทุกครั้งที่อาบน้ำและหลังถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เพราะมีน้ำคาวปลาไหลตลอดเวลามันเปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อรู้สึกชุ่มมาก ระวังความเปียกชื้นหรือหมักหมม การจับผ้าอนามัย ไม่ควรจับด้านที่ต้องสัมผัสกับแผล ใส่หรือถอดจากด้านหน้าไปด้านหลังหลังเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในระยะที่มีแผลทำหน้าท้อง ควรเช็ดตัว แผลติดดีแล้วจึงอาบน้ำได้เพราะแผลที่เปียกน้ำ อาจทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ (บุบผา แก้ววิเชียร, 2538)

1.1.12 การบริหารร่างกายหลังคลอดควรเริ่มเมื่อมารดาได้รับการพักผ่อนเพียงพอแล้ว อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังคลอดในรายที่มีแผลบริเวณ หน้าท้อง ควรเริ่มบริหารร่างกายด้วยท่าต่างๆ ก่อนเพื่อป้องกันการปวดแผล

ประโยชน์ของการบริหารร่างกาย

- 1) ช่วยให้อวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน กลับคืนสู่สภาพปกติเร็วขึ้น
- 2) ช่วยให้ไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด
- 3) ช่วยมารดา สดชื่น จิตใจผ่องใส
- 4) ช่วยให้ทรวงทรวงสวยงาม
- 5) ช่วยให้การหลั่งน้ำนมดีขึ้น

การเตรียมตัวก่อนการบริหารร่างกาย

- 1) แต่งกายให้เรียบร้อย สวมเสื้อผ้าหลวมๆ
- 2) ควรบริหารร่างกายภายหลังให้ทารกอุณมนมอิ่มแล้ว
- 3) ควรถ่ายปัสสาวะก่อนบริหารร่างกาย
- 4) ใช้เวลาบริหารร่างกายประมาณ 10-30 นาทีต่อวัน

1.1.13 การมีเพศสัมพันธ์ ควรงดในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังคลอดหรือจนกว่า

จะได้ตรวจร่างกายหลังคลอดแล้ว อย่างไรก็ตามหญิงหลังคลอดควรงดมีเพศสัมพันธ์จนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด แผลฝีเย็บหายสนิทและไม่ปวดแผล การมีเพศสัมพันธ์เร็วเกินไปอาจทำให้แผลฝีเย็บได้รับอันตราย รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บและเยื่อโพรงมดลูก (Leifer, 1999) ระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังคลอดคือ สัปดาห์ที่ 2 หรือ 4 (Alden, 1999; Reeder et al., 1997; Wong & Perry, 1999) แต่การมีเพศสัมพันธ์ในระยะนี้หญิงหลังคลอดอาจรู้สึกเจ็บ เนื่องจากมูกในมดลูกมีน้อย และเยื่อผนังช่องคลอดบางลง การใช้สารช่วยในการหล่อลื่นก่อนการมีเพศสัมพันธ์และการปรับท่าขณะมีเพศสัมพันธ์อาจช่วยลดความไม่ สุกสบายดังกล่าวได้ นอกจากนี้การบริหารกล้ามเนื้อฝีเย็บอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ช่องคลอดกระชับขณะมีเพศสัมพันธ์ (Alden, 1999)

1.1.14 การวางแผนครอบครัว ควรปรึกษามีเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่เหมาะสม

โดยพิจารณาจากอายุ ความสมบูรณ์ของสุขภาพของมารดา และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ถ้ายังมีความต้องการบุตรอีกให้คุมกำเนิดแบบชั่วคราว ควรรอให้บุตรมีอายุ 2-4 ปีก่อน จึงค่อยเริ่มมีการตั้งครรภ์ต่อไป ถ้ามีบุตรเพียงพอแล้วควรคุมกำเนิดแบบถาวร วิธีการคุมกำเนิดมีดังต่อไปนี้ การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เมื่อเลิกใช้แล้วสามารถมีบุตรได้อีก ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ระยะให้นมบุตร ไม่นิยมแนะนำให้ใช้ เพราะยับยั้งการหลั่งน้ำนมมารดาหลังคลอดจึงควรใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่นไปก่อนการให้ยาเม็ดคุมกำเนิดก็คือ จะต้องรับประทานยาทุกๆ 21 วัน หรือ 28 วันในแต่ละเดือน

ยาฉีดคุมกำเนิด ฉีด 1 ครั้ง สามารถออกฤทธิ์คุมกำเนิดได้ 3 เดือน มีข้อดีสำหรับมารดาที่ให้นมบุตร คือไม่ยับยั้งการหลั่งของน้ำนม *ห่วงอนามัย* เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ให้ผลดี และปลอดภัยโดยใส่ห่วงอนามัยเข้าไปในโพรงมดลูก ห่วงอนามัยจะทำให้เยื่อมดลูกมีสภาพไม่เหมาะสมแก่การฝังตัวของตัวอ่อน *ถุงยางอนามัย* ใช้คลุมอวัยวะเพศชายขณะร่วมเพศ เพื่อเก็บน้ำเชื้อไว้ในถุงป้องกันไม่ให้เข้ากับอสุจิผสมกันได้ง่ายแต่มีข้อเสียบางประการ คือ บางรายอาจมีอาการแพ้ยางได้ การคุมกำเนิดแบบถาวร ได้แก่ การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย การทำหมันหญิงเป็นการผ่าตัดเพื่อปิดกั้นหรือทำให้ขาดออกจากกันของรังไข่ เพื่อไม่ให้เชื้ออสุจิมีโอกาสผสมกับไข่ได้ การตั้งครรภ์จึงไม่เกิดขึ้น แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การทำหมันเย็บจะทำได้ภายใน 2-4 วันหลังคลอด โดยผ่าตัดที่หน้าท้อง ได้ขอบสะดือ หรือในสะดือเป็นแผลยาว 1-2 ซม. ขณะผ่าตัดจะได้รับยานอนหลับฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำและให้ยาสลบเมื่อผ่าตัดเสร็จแล้ว สามารถลุกนั่งหรือเดิน สามารถกลับบ้านได้ ภายใน 1-2 วันหลังผ่าตัด การทำหมันแห้งทำในระหว่างที่น้ำคาวปลาแห้งแล้ว หรือประมาณ 6 สัปดาห์หลังคลอด เป็นต้นไป จะผ่าตัดบริเวณเหนือหัวหน่าว เปิดแผลยาว 1-2 ซม. หลังผ่าตัดให้นอน 2 ชั่วโมง ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนให้กลับบ้านได้ การทำหมันชาย คือการทำให้อสุจิทั้ง 2 ข้างอุดตันตัวอสุจิผ่านไม่ได้ การผ่าตัดจะกรีดผิวหนังบริเวณกลางอวัยวะยาวประมาณ 1 ซม. แล้วดึงท่ออสุจิขึ้นมาตัดให้แยกออกจากกัน แล้วผูกหรือจี้ด้วยไฟฟ้าให้อุดตัน เย็บแผลปิดไว้ (บุบผา แก้ววิเชียร, 2538)

สรุปได้ว่า การดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดในเรื่องต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด และ ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพของหญิงหลังคลอดในกรณีที่เกิดปกติได้ โดยการดูแลตนเองต้องครอบคลุมทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยตระหนักดีว่า การดูแลตนเองเป็นทั้งกลวิธีและเป้าหมายที่สำคัญและเป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่เน้นการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพและผสมผสานระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบการดูแลสุขภาพจากการแพทย์อื่นๆที่อยู่ในชุมชน เพื่อการพัฒนาและส่งเสริม สุขภาพหญิงหลังคลอดให้เป็นลักษณะเป็นการดูแลที่เป็นองค์รวม เพื่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีของหญิงหลังคลอด ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในชุมชน

2. แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530) ได้ให้แนวคิดของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในมิติที่เชื่อมโยงกับบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การดูแลสุขภาพตนเอง (Self - care) เป็นการสร้างบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งส่งเสริมบทบาทของสามัญชน (หรือผู้ที่มิได้เป็นนักวิชาชีพที่ผ่านการ

ฝึกอบรมเพื่อการนี้โดยตรง) ในด้านบริการสุขภาพ ทวีทองถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นกลวิธี เยียวยาแก้ไขโรคร้ายของระบบบริการสาธารณสุขกระแสหลัก โดยถูกครอบงำโดยเหล่านักวิชาชีพ ที่ยึดติดในทัศนคติเวชการแพทย์ (Bio - medical) ถือเป็นทางเลือกใหม่ของการจัดบริการ สาธารณสุข

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้สรุปแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองว่า

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับสังคม ฉะนั้นการดูแลสุขภาพทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคน ย่อมมีวิถีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นโรคร้ายไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้แต่ละ บุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิด ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไป
3. ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้ว โดยกฎเกณฑ์ทางสังคมสังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและควรรักษา อย่างไร ดังนั้นการเยียวยา จึงเป็นเรื่องของชุมชนและบุคคลมากกว่า
4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังกระจายไปไม่ถึงทั่วถึงประชาชนใน ชนบท เป็นบริการที่ราคาแพงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของ ตนเอง ดังกล่าว
5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพ ของบุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเอง ตลอดจนอยู่ในอณัติของแพทย์ น้อยลง

Levin (1976) ได้ให้ทัศนะว่า การดูแลสุขภาพตนเองนั้นเป็นเสมือนกระบวนการที่ ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวิเคราะห์โรค รวมทั้งการ รักษาในขั้นปฐมภูมิด้วยตนเอง

แนวคิดนี้สอดคล้องกับ Fry (1973) ได้จำแนกบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองว่า ประกอบด้วย

1. การทำนุบำรุงสุขภาพของตน (Health Maintenance)
2. การป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ (Disease Prevention)

3. การวินิจฉัยความผิดปกติหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Self - diagnosis)
4. การรักษาด้วยตนเองด้วยวิธีการต่างๆ (Self -treatment) รวมถึงการใช้ยา (Self-medication)
5. การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาที่วิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้จัดให้ (Participation in Professional Use)

ตามแนวคิดของ Dean (1986) ซึ่งมองพฤติกรรมและการรับรู้การดูแลสุขภาพของตนเองในบริบทของระบบการแพทย์แบบพหุนิยม (Pluralistic Medicine System) อันเป็นแนวทางของการศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วยโดยนักสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา

นอกจากนั้น ในการประชุมหารือของคณะกรรมการ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครัวเรือน ณ เมืองนิวยอร์ก ประเทศอินเดีย ได้มีการสรุปถึงกรอบความคิดในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครัวเรือนว่า

1. ต้องมีนโยบายระดับชาติสนับสนุนให้เห็นความสำคัญและเด่นชัด ของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครัวเรือนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน
2. ต้องทำให้ผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ มีความเห็นและความต้องการที่กลมกลืนกัน ที่จะถือเอาการดูแลสุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายทุกองค์กร
3. ต้องมีการสำรวจ จำแนกพฤติกรรม และทัศนคติเชิงบวกและทางลบ ทั้งในระบบสาธารณสุขปัจจุบันหรือพื้นบ้าน
4. มีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการอบรมและปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเฉพาะระดับจังหวัดและอำเภอลงไป
5. ต้องมีการศึกษาและพัฒนาผู้นำในชุมชน ทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน
6. ต้องพัฒนาและกระตุ้นองค์กรเอกชนและอาสาสมัครในชุมชนเพื่อให้สามารถสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองในระดับครัวเรือนได้
7. การศึกษาที่ให้ผลถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นเรื่องจำเป็นต้องเน้นมากกว่า การให้ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว
8. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองนั้น ต้องครอบคลุมทั้งทางด้านกายภาพด้านจิต วิญญาณ
9. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองต้องเกิดจากการผสมผสานของทั้งนโยบายแผนงานโครงการเข้ากับระบบบริการและโครงสร้างองค์ที่มีอยู่โดยภราดรภาพ

สมทรง รัชษ์เฒ่า (อ้างใน ธงชัย สาระกุล, 2538) กล่าวว่า สังคมไทยมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมานานแล้ว ดังจะเห็นได้จากการครอบคลุมระบบบริการที่มีเพียงบางส่วน ส่วนที่เหลือย่อมแสดงถึงการดูแลตนเองของประชาชน

จากแนวคิดเดิมที่มุ่งจะขยายสถานบริการและมุ่งเน้นให้ประชาชน และผู้ป่วยต้องเข้าสู่ระบบบริการเท่านั้น การดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชนถูกละเลยไป แต่ที่แท้จริงแล้ว การดูแลตนเอง (Self - care) เป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง อาจจำแนกได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. การดูแลสุขภาพในระดับบุคคล (Individual Self - care) ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตนเองในระดับบุคคลนั้น ควรเริ่มที่บ้านในวัยเด็กและดำเนินอย่างต่อเนื่องจนถึงวัยเรียนในโรงเรียน โดยครูจะเข้ามาเกี่ยวข้องและเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ สื่อสารมวลชนจะเข้ามามีอิทธิพล
2. การดูแลสุขภาพในระดับครอบครัว (Self - care at Home) ซึ่งผู้ที่มีบทบาทอย่างยิ่งคือสตรี จึงควรที่จะส่งเสริมให้มีความรู้จนถึงระดับที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติ กลุ่มสตรีแม่ตัวอย่างในชุมชนควรได้รับการส่งเสริม

ส่วนระดับชุมชน (Community Level) เป็นระบบการสนับสนุน การดูแลตนเอง (Self - care) ร่วมกับระบบการให้บริการ ทั้งระดับ สอ./รพช./รพท.

ระบบบริการสาธารณสุขมีการสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอยู่บ้างแล้วแต่กิจกรรมบริการที่ปรากฏใน สอ./รพช./รพท. เช่น คลินิกสุขภาพดี คลินิกฝากครรภ์ คลินิกเฉพาะโรค ซึ่งนอกจากจะให้บริการแล้วยังให้ความรู้เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

การดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคลและครอบครัว แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. Traditional Self - care เช่น การนวดไทย สมุนไพร
2. Modern Self - care

พฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้ง 2 ลักษณะจะมีทั้งแง่บวกและแง่ลบ ซึ่งพฤติกรรมในแง่ลบควรได้ศึกษาเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนที่เหมาะสม

ส่วนแนวคิดของ Orem et al, (1995) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยกระทำด้วยตนเอง โดยเป็นการกระทำที่มีรูปแบบ เป็นระบบระเบียบและเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 2 ระยะคือระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่การกระทำเป็นระยะที่บุคคลจะต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมี

ประสิทธิภาพ และให้ผลตามต้องการ จึงจะสามารถพินิจพิจารณา ดัดลึนใจกระทำได้ ระยะเวลาที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ โดยการกระทำนั้นต้องมีเป้าหมายเนื่องจากเป้าหมายเป็นตัว กำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะต้องกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆซึ่งเป้าหมายของการกระทำคือ การรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นบุคคลจึงมีความต้องการในการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองในที่นี้คือความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) หรือกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรกระทำภายในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่ง วัตถุประสงค์ในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดเพื่อตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่ จำเป็น 3 ด้านได้แก่

1. **การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป** (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแล ตนเองที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยของชีวิตซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่ง แวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิต และการรักษาไว้ ซึ่งความมั่นคงของโครงสร้าง การทำหน้าที่ และความผาสุกโดยทั่วไปของบุคคล (Orem et al., 1995) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปได้แก่ การรักษาไว้ซึ่งการได้รับอากาศ อาหารและน้ำอย่าง เพียงพอ การรักษาไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การรักษาไว้ซึ่งความสมดุล ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษและ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การป้องกันอันตรายต่างๆที่มีต่อชีวิต การทำหน้าที่และความผาสุก และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการโดยให้มีความสอดคล้องกับความสามารถ ข้อจำกัด และความต้องการของบุคคลนั้น (Orem et al., 1995)

2. **การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ** (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ ภาวะหรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะหรือช่วงวัยของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของ ชีวิต หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแล ตนเองตามระยะพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ 1) การส่งเสริมพฤติกรรมในอันที่จะป้องกันการ เกิดอันตรายที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคล 2) จัดหาเกี่ยวกับสิ่งที่จะช่วยในการ บรรเทาหรือเอาชนะผลเสียต่างๆได้แก่ การขาดการศึกษา มีปัญหาการปรับตัวในสังคม ความ เจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียญาติ เพื่อนและผู้ร่วมงาน การสูญเสียของรักหรือความมั่นคงทาง

การงาน อาชีพ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อย่างกะทันหัน ปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคม ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีความพิการ การดำเนินชีวิตที่กตัญญู (Orem et al.,1995)

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะการเบี่ยงเบนทาง

สุขภาพ (Health Deviation Self – care Requisites)เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ (Orem et al.,1995) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้ การเสาะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพและอนามัย เมื่อบุคคลอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับตัวกระทบทางด้านร่างกาย ชีววิทยา หรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดอาการที่เป็นพยาธิสภาพ หรือมีหลักฐานว่าสภาพทางพันธุกรรม จิตใจ และร่างกาย จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ความผิดปกติหรือเกิดโรคขึ้น รับรู้และใส่ใจในพยาธิสภาพและผลของพยาธิสภาพ รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพตามการวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรงควบคุมให้สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ แก้อาการที่กำเริบที่เกิดขึ้น ระบุและใส่ใจหรือควบคุมสิ่งทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค ปรับอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ให้เหมาะสมโดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและการรักษาเฉพาะอย่าง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา โดยการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง (Orem et al.,1995)

จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะสนองตอบการดูแลตนเองที่จำเป็นได้นั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่ง โอเรมและคณะ (Orem et al.,1995) กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นสิ่งที่ซับซ้อนและเป็นคุณสมบัติหรือลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล และสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. **ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน** (Foundational Capabilities and Disposition) (Orem et al.,1995) ได้แก่ 1) ภาวะและปัจจัยพื้นฐาน เช่น กลุ่มสังคมประสพการณ์ เป็นต้น 2) ความสามารถขั้นพื้นฐาน เช่น การเรียนรู้ การควบคุมการเคลื่อนไหวและท่าทางของร่างกาย เป็นต้น 3) ความสามารถในด้านการรู้และกระทำ เช่น การอ่าน การเขียน การพูด การใช้เหตุผล การลงมือกระทำด้วยตนเอง เป็นต้น 4) คุณสมบัติของบุคคลที่มีผลต่อการกำหนดเป้าหมาย เช่น ความเข้าใจตนเอง ความตระหนักในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น และ 5) ความสามารถและคุณสมบัติด้านอื่นๆที่สำคัญ เช่น สุขภาพ เศรษฐกิจและความสามารถที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เป็นต้น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components) (Orem et al.,1995) ได้แก่ 1) ความสามารถในการรักษาไว้ซึ่งความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง 2) ความสามารถในการควบคุมพลังงานของร่างกาย 3) ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงกระตุ้นที่จะดูแลตนเอง 6) ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 7) ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ 8) ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติ ปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10) ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองและลดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-care Operation) (Orem et al.,1995) ได้แก่ 1) การคาดการณ์ (Estimative) หรือการตรวจสอบและประเมินเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองตลอดจนผลที่ได้รับ 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ และ 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม (Productive Operation) เป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

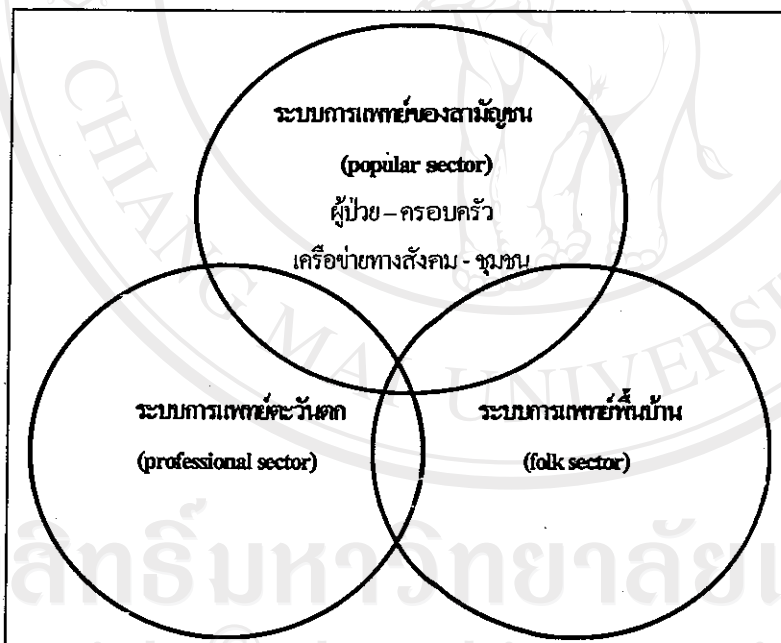
จะเห็นได้ว่าจากแนวความคิดพื้นฐานดังกล่าว แพบจะปฏิเสธแนวคิดของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอยู่โดยสิ้นเชิง ซึ่งก็ไม่น่าประหลาดใจ เพราะในระยะแรกของการรณรงค์ หรือตื่นตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมานั้น การรณรงค์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Self - care Movement) ของสังคมตะวันตกอยู่ในลักษณะของการปฏิวัติต่อต้านปัญหาชนทางสุขภาพอนามัย มุ่งเฉพาะแพทย์ โดยเน้นไปที่การดูแลตนเอง การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัวชุมชน และระหว่างเพื่อนบ้าน การช่วยเหลือต่างๆ นั้นอาจเป็นผลพวงจากการศึกษาค้นคว้าในหนังสือ หรือแม้แต่ จากสามัญสำนึกว่าอะไรควรไม่ควรไม่มุ่งไปที่รูปแบบ ระบบระเบียบหรือการจัดการที่เป็นแบบแผนอะไรทั้งสิ้น หากคำนึงถึงการยอมรับความเป็นมนุษย์ การให้ความอบอุ่นทางใจ ความไว้น้ำใจเชื่อใจต่อกันและกัน การตื่นตัวที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการที่จะต่อต้าน ปัญญาชนทางการแพทย์เท่านั้นหรือมากไปกว่านั้นก็คือปฏิกิริยาตอบโต้ต่อความเป็นวัตถุนิยมบริโภคนิยม และการปฏิบัติที่ไม่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของวิชาชีพทางการแพทย์

3. ระบบการดูแลสุขภาพของชุมชน (Local Health Care System)

(Kleinman, 1980) มีแนวคิดในการมองระบบการดูแลสุขภาพในสังคมว่าเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมทางสังคมหรือชุมชนนั้นๆ ระบบการดูแลสุขภาพจึงเป็นระบบทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ซึ่งหมายถึง การรวมถึงการเจ็บป่วย การติดต่อการเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา การประเมินผลการรักษาแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาดูแลเยียวยาสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดรวมเรียกว่าระบบการดูแลสุขภาพ และไม่สามารถแยกออกได้จากอิทธิพลของวัฒนธรรม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2541)

ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมหนึ่งๆ หมายถึง ระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคมซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย 3 ระบบที่มีความสัมพันธ์กันและดำรงอยู่ร่วมกันในสังคม ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพ 1 ระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของโคลน์แมน



แหล่งที่มา

ดัดแปลงจาก Kleinman, A. (1980). *Patient and Healer in the Context of Culture*. California: University of California press

จากแผนภาพ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) หรือการดูแลสุขภาพโดยความเชื่อดั้งเดิม หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีรูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดการหรืออาจมีทั้งลักษณะผิดกฎหมายด้วย เช่น หมอฉีดยาหรือมีลักษณะทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น หมอผี หมอไสยศาสตร์ หมอแผนโบราณ

1. แนวคิดวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านที่สืบสานความเชื่อแบบดั้งเดิมในการดูแลสุขภาพ

1.1 การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบวัฒนธรรมและสังคมระบบหนึ่ง

วัฒนธรรม มีผู้ให้คำนิยามไว้มากซึ่งไม่ว่าจะหมายถึงชีวิต หรือหมายถึงระบบคุณค่า หรืออาจจะหมายถึงระบบคิด วิธีปฏิบัติ ความหมายเหล่านั้นเป็นความหมายที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผู้ให้คำนิยาม ในที่นี้ผู้วิจัยขอใช้คำว่า "วัฒนธรรม" ที่หมายถึง วัฒนธรรม ชุมชนที่เป็นระบบคิด คุณค่าที่เป็นนามธรรมไม่อาจมองเห็นได้ แต่จะสะท้อนออกมาเป็นรูปธรรมในลักษณะการปฏิบัติของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของชุมชนที่เป็นระบบการแพทย์พื้นบ้าน

ระบบแพทย์พื้นบ้าน / การแพทย์แผนโบราณ / หรือการแพทย์ท้องถิ่น ในวรรณกรรมภาษาอังกฤษคำว่า Traditional Medicine เป็นที่ใช้กันมากในการสื่อถึงระบบ การเยียวยารักษาที่เป็นความล้าหลัง (Back ward) ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ (Unscientific) ที่สำคัญ คือ ไม่ใช่สิ่งเดียวกับการแพทย์วิทยาศาสตร์ (Western / Scientific Medicine) ระบบการแพทย์ที่จัดเป็น Traditional Medicine มีทั้งที่เป็นระบบทางการและมีฐานะเป็นวัฒนธรรมการแพทย์ของภูมิภาคของโลก เช่น การแพทย์จีน การแพทย์อายุรเวท และการแพทย์อาหรับ และระบบการรักษาเยียวยาของสังคมหรือชนกลุ่มน้อยในที่ต่างๆ ซึ่งไม่มีฐานะทางการ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535) ในขณะที่การแพทย์แผนโบราณหรือการแพทย์แผนไทยนับเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สืบทอดมาแต่สมัยดึกดำบรรพ์ ซึ่งได้วิวัฒนาการมาพร้อมกับความก้าวหน้าด้านอื่นๆ ของสังคมไทย แต่ภายหลังการขยายตัวของแพทย์แผนตะวันตก ในช่วงปลายรัชกาลที่ 5 การแพทย์แผนไทยก็ค่อยๆ เสื่อมทรุดลงเป็นลำดับ จนกล่าวได้ว่าใน ปัจจุบันการแพทย์แผนตะวันตกได้เข้ามาแทนที่ระบบการแพทย์แผนไทยเกือบจะสิ้นเชิง แต่แม้ กระนั้นก็ตาม ประชาชนจำนวนไม่น้อยก็ยังคงพึ่งพาการรักษาจากหมอพื้นบ้านในยามเจ็บป่วยด้วยเหตุผลต่างๆกันไป (สุรเกียรติ์ อาชานุกาฬ, 2532)

หากพิจารณาจากมิติทางสังคมวัฒนธรรม จะเห็นว่าการแพทย์ดั้งเดิมของไทยเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมที่มีเอกลักษณ์และแบบแผนการเยียวยารักษาและการถ่ายทอดวิชาการที่แตกต่างกันออกไปจากแพทย์ตะวันตก โดยที่แพทย์แต่ละคนจะมีศิลปะในการเยียวยา รักษาเฉพาะตน ซึ่งมีกลเม็ดเคล็ดลับที่ถ่ายทอดกันในระบบครอบครัว (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

ระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยได้เกิดขึ้นมานานพร้อมกับระบบทางสังคมและวัฒนธรรมไทย มนุษย์รู้จักวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนมาตลอด ด้วยเหตุนี้ระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นวัฒนธรรมย่อยอันหนึ่งในระบบสังคมที่ ปรากฏออกมาให้เห็นทั้งนามธรรมและรูปธรรม

1.2 ระบบการแพทย์พื้นบ้านในสังคมไทย

หากพิจารณาถึงระบบการแพทย์ของไทยในปัจจุบันเราจะพบว่า มีระบบการแพทย์ที่เป็นหลักและดำรงอยู่ในสังคมไทย 2 ระบบ ระบบหนึ่งคือ ระบบการแพทย์แผนโบราณของไทย และมีระบบหนึ่งเป็นระบบการแพทย์สมัยใหม่ พื้นฐานการแพทย์ทั้ง 2 ระบบนี้จะมีความเป็นมาและพัฒนาการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ระบบการแพทย์แผนโบราณของไทยมีรากฐานมาจากระบบการแพทย์ตะวันออก ในขณะที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่มีระบบการแพทย์ตะวันตกเป็นรากฐานสำคัญ ความแตกต่างของระบบวิธีคิดและพัฒนาความเป็นมาของระบบแพทย์ทั้งสองมีผล อย่างยิ่งต่อความแตกต่างของการแพทย์แผนโบราณ และการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้มีการศึกษาถึงระบบการแพทย์ทั้ง 2 ระบบนี้ และดึงจุดเด่นของความแตกต่างของระบบการแพทย์ทั้ง 2 ระบบออกมาดังนี้

1. การแพทย์ตะวันออก มองความเจ็บป่วยว่าเป็นความผิดปกติในลักษณะของ "องค์รวม" คือ มองว่าหากส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายมีอาการผิดปกติก็จะมีผลส่งไปยัง ส่วนอื่นๆ ของร่างกายด้วย ฉะนั้นหากมีการเจ็บป่วยทางกายเกิดขึ้นบางครั้งจะมีผลต่อสภาวะทางจิต หรือในทางกลับกัน บางครั้งสภาวะทางจิตใจก็มีผลต่อการเจ็บป่วยทางกายได้ นอกจากนี้

สิ่งแวดล้อมยังมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของบุคคลเช่น การบำบัดรักษาจึงต้องคำนึงถึงทั้ง ร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกัน (รุจิณา อรรถสิขรุ, 2530)

ในขณะที่การแพทย์แบบตะวันออกมองความเจ็บป่วยในลักษณะ "องค์รวม" การแพทย์ตะวันตกมีพื้นฐานแนวความคิดที่มองความเจ็บป่วยของบุคคลว่า เป็นความผิดปกติของร่างกาย เฉพาะส่วน หรือมองว่าเป็นเรื่องของเชื้อโรคที่สร้างความผิดปกติแก่ร่างกาย

การบำบัดรักษาจึงกระทำเฉพาะส่วนที่ผิดปกติหรือมุ่งกำจัดเชื้อโรคเท่านั้น การมองในลักษณะนี้ จึงเป็นการมองความเจ็บป่วยในลักษณะ "แยกส่วน" ไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ของระบบร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ฉะนั้น หากบุคคลใดเจ็บป่วยทางกายก็จะมีแพทย์เพื่อรักษา ร่างกายส่วนที่ผิดปกตินั้น และในขณะเดียวกันก็จะมีจิตแพทย์รักษาโรคที่เกิดขึ้นทางใจ

2. ในระบบการแพทย์แผนตะวันตก การเรียนรู้แนวความคิดและกระบวนการรักษามักเป็นการสืบทอดความรู้ที่ถ่ายทอดผ่านจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกคนรุ่นหนึ่ง โดยอาจเป็นการถ่ายทอดตามสายเลือด เช่น จากรุ่นปู่ ถึงรุ่นพ่อและรุ่นลูก รุ่นหลานตามลำดับ หรือจาก อาจารย์ถึงศิษย์ นอกจากนี้ความรู้และความชำนาญที่เกิดขึ้นมักเป็นการสะสมจากประสบการณ์การรักษาคอนไ้มาเป็นเวลานานต่างกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นระบบความรู้ที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าทดลองในเชิงวิทยาศาสตร์ที่ค่อนข้างเป็นระบบ

จึงอาจสรุปได้ว่า ระบบการแพทย์แผนโบราณซึ่งมีรากฐานแนวความคิดมาจากระบบการแพทย์แผนตะวันตก จึงมีแนวความคิดที่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างกายและใจในการวิเคราะห์วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นหมอแผนโบราณที่มองมูลเหตุของการเกิดโรคว่าเป็นเรื่องความเจ็บป่วยตามธรรมชาติ หรือเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ และมักเป็นการสืบทอดความรู้ผ่านจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง เป็นการสะสมจากประสบการณ์จนเกิดความชำนาญเป็นหลัก

ระบบคิด ความเชื่อ ในเรื่องการดูแลรักษาพยาบาลของชาวบ้านจะแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งเป็นผลมาจากการที่สังคมไทยได้รับเอาวัฒนธรรมหลายกระแสเข้ามาผสมกลมกลืนกับวัฒนธรรมดั้งเดิม แนวคิดในระบบดูแลสุขภาพ (Health Care System) เป็นองค์ประกอบที่สองของระบบการแพทย์ตามกรอบแนวคิดทางมานุษยวิทยา ซึ่ง โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2535) กล่าวไว้ว่าระบบการแพทย์มี 2 องค์ประกอบ ซึ่งในองค์ประกอบแรกเป็นระบบทฤษฎีโรค (Disease Theory System) จะหมายถึงทฤษฎีทางการแพทย์ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคและวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้น เป็นองค์ประกอบที่สอง ซึ่งก็คือ ระบบการดูแลสุขภาพ จะหมายถึงระบบที่สังคมจัดขึ้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพมีรูปแบบแตกต่างกันไป โดยจะประกอบด้วยผู้ให้การรักษาและผู้รับการรักษา ซึ่งแนวคิดนี้จะสะท้อนออกจากแนวคิดในระบบทฤษฎีโรค

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2533) ได้แบ่งระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยออกเป็น 4 ระบบย่อยตามลักษณะความคิด ความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยดังนี้

1. ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นระบบการแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการรักษาพยาบาลที่เกิดจากการสะสมจากประสบการณ์ และได้รับการถ่ายทอดผ่านต่อกันมาจึงมักไม่มีทฤษฎีหรือแนวคิดที่เป็นระบบ กระบวนการรักษามักพัฒนาจากท้องถิ่นของตนเองเป็นหลัก จึงเกิดความแตกต่างในแต่ละท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม รูปแบบการรักษาได้ถูกแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) การรักษาด้วยยากลางบ้าน เช่น สมุนไพรใกล้ตัว
- 2) แบบแผนปฏิบัติตัวเฉพาะ เช่น ข้อห้ามต่างๆ
- 3) การรักษากับหมอพื้นบ้าน เช่น หมอที่รักษาเฉพาะโรคกระดูก

ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์มีความแน่นกับท้องถิ่นมากที่สุด มีกระบวนการทางสังคมรองรับมิใช่ความรู้ลอยๆ หรืออยู่ในตำรา การให้คำแนะนำเป็นลักษณะเป็นจริงในทางปฏิบัติ (Practical) ที่สุด ไม่มีการแสวงหาผลประโยชน์และเกิดตลอดเวลาทราบเท่าที่ประชาชนยังมีปัญหาสุขภาพ

2. ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นระบบที่มองสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ฉะนั้นเพื่อความปลอดภัยมนุษย์จึงต้องเรียนรู้ถึงกฎเกณฑ์ของอำนาจเหนือธรรมชาติ และปฏิบัติตามเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่อาจก่อให้เกิด อันตรายแก่ตนเอง ครอบครัวหรือชุมชนได้ สิ่งเหนือธรรมชาติเหล่านี้มักออกมาในรูปของวิญญาณหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์

3. ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ เป็นอิทธิพลความคิดความเชื่อจากศาสนาพราหมณ์ โดยเชื่อว่าสิ่งต่างๆ ในจักรวาลล้วนแต่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และเป็นไปตามวิถีหรือโชคชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งที่อยู่ในอิทธิพลของจักรราศี ความเจ็บป่วยก็เช่นเดียวกัน ถือว่าเป็นเคราะห์ที่เกิดขึ้นเมื่อชีวิตได้เคลื่อนไปถึงจุดที่มันต้องเกิด และอาจรู้ล่วงหน้าด้วยการคำนวณ การทำนายตามหลักโหราศาสตร์ และสามารถแก้ไขได้ด้วยการสะเดาะเคราะห์เพื่อผ่อนหนักเป็นเบาได้

4. ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ นับเป็นระบบการแพทย์ที่อธิบายถึงปรากฏการณ์ของร่างกายมนุษย์และความเจ็บป่วยที่เป็นระบบที่สุด โดยมีแนวคิดว่าร่างกายประกอบด้วยธาตุ 4 ธาตุ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ เมื่อใดที่ธาตุเหล่านี้อยู่ด้วยความปกติหรืออยู่ในภาวะสมดุล ร่างกายก็จะปกติ แต่เมื่อใดที่ธาตุหนึ่งธาตุใดผิดปกติหลายธาตุเกิดความแปรปรวนไม่เป็นปกติ ก็จะทำให้เกิดภาวะเสียดุลทำให้ร่างกายเจ็บป่วย

โดยทั่วไป วัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านของชนบทไทย จะสะท้อนระบบคิดและวิถีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในท้องถิ่นของตน โดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเป็นองค์ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของชาวบ้านที่สั่งสมสืบทอดกันมาอันเป็นศักยภาพ หรือความสามารถในเชิงแก้ปัญหา จัดการ ปรับตัว เรียนรู้ และสืบทอดไปสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์จึงเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์หรือเป็นวิถีของชาวบ้าน (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2537)

ระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพด้วยตนเองแบบพื้นบ้านนั้น คงไม่ได้ดีที่จะสามารถ ทดแทนระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ทั้งหมดและในขณะเดียวกันคงจะมีเงื่อนไขทำให้ไม่สามารถดำรงอยู่ทั้งหมดได้ ดังที่ ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2537) กล่าวถึงระบบการดูแลสุขภาพ แบบพื้นบ้านยังคงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการรับใช้ชุมชนตลอดระยะเวลาที่ถูกปฏิเสธจากทางราชการ โดยที่

ภูมิปัญญาบางอย่างอาจจะทันสมัยหรือเหมาะสมกับสภาวะปัจจุบัน บางอย่างอาจจะไม่เหมาะสม เชื่อถือไม่ได้ และบางอย่างอาจจะเป็นทางออกของการแก้ปัญหาสุขภาพในอนาคต ถ้าได้รับการตรวจสอบและฟื้นฟูพัฒนาให้สอดคล้องกับยุคสมัยปัจจุบัน

ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional sector) หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นราชการ ซับซ้อนในลักษณะระบบราชการ มีการปฏิบัติทางการแพทย์แบบตะวันตก เช่น โรงพยาบาลต่างๆ

ระบบการแพทย์แบบสามัญชน (Popular sector) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องกันและกัน เกิดระหว่างบุคคลต่างๆ ที่อยู่ในระบบการแพทย์สามัญชนเอง เช่น เมื่อบุคคลใดในชุมชนประสบความสำเร็จในการรักษาโรคกับหมอคนใด หรือวิธีการใด ก็มักจะเล่าสู่กันฟังในชุมชน และเมื่อผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคเดียวกันก็ได้รับการบอกกล่าวและ แนะนำให้ไปหาหมอ หรือใช้วิธีการรักษานั้นอีก หรือผู้ป่วยเองเมื่อเลือกรักษากับหมอแผนปัจจุบันหรือหมอพื้นบ้านก็ตาม ย่อมจะได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรู้ และวิธีการรักษาในแบบนั้นๆ มากี่มักจะแนะนำต่อญาติ หรือเพื่อนบ้านในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเดียวกันต่อไป เช่น การแนะนำ การงดอาหารบางอย่างที่เข้าใจว่าแสดงต่อโรค การกินอาหารพิเศษบางอย่างเพื่อรักษาโรค การออกกำลังกาย กินยาสมุนไพร การซื้อยากินเอง การดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care) เป็นคำที่บุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเริ่มให้ความสนใจในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยนำมาเชื่อมโยงกับระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในปัจจุบันวิชาชีพในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มุ่งเน้นในการนำแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองมาใช้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มัลลิกา มัติโก (อ้างใน เอื้อมพร ทองกระจาย, 2542) ได้สรุป ที่มาของความพยายามในการผลักดันแนวคิดนี้ว่า มาจากความคิดพื้นฐานต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับสังคม ฉะนั้น การดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย จัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน ทั้งนี้ แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยมและแนวคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป

3. ในชุมชนทุกชุมชน การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้ว โดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและควรรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องชุมชนและบุคคลมากกว่า

4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ถึงประชาชนในชนบท เป็นบริการที่ราคาแพง และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองดังกล่าว

5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเองและรับผิดชอบตนเอง ตลอดจนการอยู่ในอาณัติของแพทย์ให้น้อยลง

จะเห็นได้ว่าจากแนวความคิดพื้นฐานดังกล่าว แทบจะปฏิเสธแนวคิดของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอยู่โดยสิ้นเชิง ซึ่งก็ไม่น่าประหลาดใจ เพราะในระยะแรกของการรณรงค์ หรือตื่นตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมานั้น การรณรงค์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Self - care Movement) ของสังคมตะวันตก อยู่ในลักษณะของการปฏิบัติต่อต้านปัญหาชนทางสุขภาพอนามัย มุ่งเฉพาะแพทย์ โดยเน้นไปที่การดูแลตนเอง การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันและกันในครอบครัวชุมชน และระหว่างเพื่อนบ้าน การช่วยเหลือต่างๆ นั้นอาจเป็นผลพวงจากการศึกษาค้นคว้าในหนังสือ หรือแม้แต่ จากสามัญสำนึกว่าอะไรควรไม่ควรไม่มุ่งไปที่รูปแบบ ระบบระเบียบหรือการจัดการที่เป็นแบบแผนอะไรทั้งสิ้นหากคำนึงถึงการยอมรับความเป็นมนุษย์ การให้ความอบอุ่นทางใจ ความไว้วางใจเชื่อใจต่อกันและกัน การตื่นตัวที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการที่จะต่อต้าน ปัญญาชนทางการแพทย์เท่านั้น หรือมากไปยิ่งกว่านั้นก็คือปฏิบัติการตอบโต้ต่อความเป็นวัตถุนิยมบริโภคนิยม และการปฏิบัติที่ไม่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของวิชาชีพทางการแพทย์

มิติหรือขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มิได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะกิจกรรมการดูแลที่ทำด้วยตนเองอย่างเดียว หากแต่ครอบคลุมถึงบริการหรือกิจกรรมการดูแลที่ได้รับจาก ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนในลักษณะต่างๆ กัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help Group) องค์กรทางศาสนา อาสาสมัครหมอพื้นบ้าน กลุ่มบุคคลต่างๆ ในชุมชน ในเผ่าพันธุ์หรือในหมู่บ้านนั้นๆ กล่าวโดยง่าย ๆ ก็คือ เป็นกิจกรรมการดูแลซึ่งเกิดจากสาธารณสุขโดยที่กิจกรรมการดูแลสุขภาพดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ให้โดยตรง ไม่จำกัดเฉพาะการดูแลทางร่างกาย หากครอบคลุมถึงการดูแล ประคับ ประคอง ทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล

นอกจากนี้ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530) ได้ให้แนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองในมิติที่เชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่า การดูแลสุขภาพตนเอง (Self - care) เป็นการสร้างบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งมุ่งเสริมสร้างบทบาทของสามัญชน (หรือผู้มิได้เป็น นักวิชาชีพ ที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อการนี้โดยตรง) ในด้านบริการสุขภาพ ทวีทอง ถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นกลวิธีเยียวยาแก้ไขโรคร้ายของระบบบริการสาธารณสุขกระแสหลักซึ่งถูกครอบงำโดยเหล่านักวิชาชีพ ถือเป็นทางเลือกใหม่ของการจัดบริการสาธารณสุข แนวคิดของ ทวีทอง มีลักษณะเด่นชัดและค่อนข้างจะมุ่งเน้นไปที่ความล้มเหลวมากกว่า ความสำเร็จหรือประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ความเชื่อที่ว่า การดูแลสุขภาพตนเองหรือการที่สามัญชนเป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพให้กับตนเอง เป็นวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมและสังคมที่ปรากฏให้เห็นโดยทั่วไปในทุกสังคม ไม่ว่าจะเป็นซีกโลกตะวันออกหรือตะวันตกมีลักษณะที่ ทวีทอง ได้ให้ทรรศนะอธิบายว่า เป็นปรากฏการณ์ทั่วไป แผ่ซ่านไปทั่วหากแต่ไร้การจัดตั้ง เป็นมิติหนึ่งของการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเชิงเครือข่ายของสังคม หากแต่ไม่ได้มีการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่ง หรือส่วนพื้นฐาน ในระบบบริการทางสุขภาพอนามัยขั้นปฐมภูมิ (Primary Care Level) เป็นฐานล่างสุดของปิรามิดบริการสาธารณสุขแม้จะมีแนวคิดเชิงทฤษฎีของ ไคลแมน (Kleinman) ซึ่งถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐานและเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular sector) ซึ่งเป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งระบบย่อยอีกสองส่วนมีความสำคัญเป็นรองลงมา ได้แก่ ระบบการแพทย์วิชาชีพ (Professional Health Sector) และระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Care Sector) แต่การให้บริการสาธารณสุขของรัฐจะปฏิเสธความสำคัญของระบบการแพทย์ของสามัญชน และแม้การแพทย์พื้นบ้านที่มีคุณค่าเอนกอนันต์ โดยมองเห็นว่าระบบการแพทย์เหล่านั้นไม่ใช่นักวิชาการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งแท้จริงแล้วระบบเหล่านี้ได้ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นธรรมชาติที่สุด เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับการดำเนินชีวิตของชุมชน

พบว่าชาวล้านนาไทยมีโลกทัศน์ต่อสถานภาพทางเพศชายและเพศหญิง แตกต่างกัน เพศหญิงมีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่าเพศชายทั้งในฐานะหญิงโสด ภรรยาและมารดา กฎบัตรในสังคมที่ปรากฏในวรรณกรรมจะเป็นผู้กำหนดบทบาทและหน้าที่ให้ผู้หญิงมีสถานภาพต่ำด้อยกว่า ผู้ชายแทบทุกด้าน แต่อย่างไรก็ตามชีวิตภายในครอบครัวหญิงและชายต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน สำหรับโลกทัศน์ที่มีต่อการเลือกคู่และการแต่งงานและการดำเนินชีวิตหนุ่มสาวชาวล้านนามีอิสระในการเลือกคู่ครอง แต่การแต่งงานจะต้องยึดมั่นประเพณี ชีวิตหลังแต่งงานต้องผูกพันอยู่กับครอบครัวและเครือญาติ วรรณกรรมล้านนาชี้ให้เห็นชัดว่า การดำเนินชีวิตให้เป็นไปอย่างราบรื่นได้นั้นจะต้องยึดมั่นในขนบประเพณีคุณธรรมอันเป็นตัวกำหนดปทัสถาน เกี่ยวกับการอบรมสั่งสอน

วรรณกรรมล้านนาสะท้อนให้เห็นว่า ชาวล้านนามุ่งหวังให้คนในสังคมดำรงชีวิตอยู่อย่างสงบสุข ดังนั้นการอบรม สั่งสอนซึ่งเกี่ยวกับการสร้างระเบียบวินัยในตนเอง ประเพณีปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีงาม แสวงหาประโยชน์เพื่อส่วนรวมมากกว่าส่วนตน สถาบันประเพณีชาวล้านนาให้ความสำคัญต่อการอบรมสั่งสอนว่าเป็นสิ่งที่รักษาระบบสังคมและโครงสร้างทางสังคม อันก่อให้เกิดความสงบสุขแก่สังคมล้านนาไทย สื่อกลางในการอบรมสั่งสอนที่ปรากฏในวรรณกรรมล้านนาคือ กฎหมาย ประเพณี ภาษีต นิทานและอื่นๆ การศึกษาโลกทัศน์จากวรรณกรรมล้านนาทำให้เข้าใจและมองเห็นโลกทัศน์บางเรื่องซึ่งลักษณะเฉพาะของชาวล้านนา เช่น การไม่ล่วงละเมิดในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อันได้แก่ เลื้อบ้าน เลื้อเมือง เลื้อไร่ เลื้อนา ฝัฝาย ใครล่วงละเมิดจะถูกปรับ สิ่งนี้มีส่วนเสริมสร้างให้คนล้านนาเคารพสิทธิส่วนบุคคล นับว่ามีบทบาทในการควบคุมสมาชิกในสังคมอย่างดีเยี่ยม วรรณกรรมยังสะท้อนให้เห็นว่าชาวล้านนาให้ความสำคัญต่อบรรพบุรุษมากที่สุด ซึ่งดูเหมือนว่าสิ่งนี้จะป้จจัยที่ทำให้สังคมล้านนาสงบสุขมาได้จนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา เกี่ยวกับเรื่องกฎแห่งกรรม และชาติ-ภพ ก็ก่อให้เกิดการยอมรับสถานภาพของบุคคล

การศึกษาของพัชนี อัยราชวัช (2521) ได้ศึกษาถึง จริยศึกษาของสตรีไทยในสุภาษิตสอนหญิงคำกลอน พบว่า เรื่องคำสอนในสุภาษิตสอนหญิงนั้น เป็นสิ่งที่ได้รับความกระจ่างเป็นอย่างดีเกี่ยวกับคตินิยมของสังคมในสมัยนั้นมีต่อสตรีเช่นไร สตรีในสมัยนั้นมีบทบาทและฐานะทางสังคมอยู่ในวงแคบกว่าบุรุษ กล่าวคือ สตรีได้รับการอบรมสั่งสอนให้มีหน้าที่จัดการเกี่ยวกับเรื่อง การบ้านการเรือน ส่วนบุรุษนั้นเป็นฝ่ายออกไปทำหน้าที่ของในสังคมนอกบ้านคือเป็นฝ่ายหาเลี้ยงครอบครัวและต้องรับใช้ประเทศชาติด้วยการรับราชการตามกฎเกณฑ์ในสมัยนั้น จากการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ มากกว่าสตรี คือ เป็นทั้งหัวหน้าครอบครัวและเป็นทั้งผู้ปกป้องประเทศชาติในยามศึกสงครามด้วย ในขณะที่ ฉลาดชาย รमितานนท์ (2527) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพิธีกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับผีเจ้านายซึ่งพบว่า การดำรงอยู่ของระบบความเชื่อดังกล่าวนั้น เกิดจากการผสมผสานที่กลมกลืนระหว่างพุทธ พราหมณ์ และผี โดยมีการจัดแบ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ ทั้งยังมีความสอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครองและการบริหารของสังคมไทย และเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ระบบนี้คงอยู่ อีกประการหนึ่งคือการตอบสนองความต้องการทางกาย ใจ ของคนในสังคม ขณะเดียวกันกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดความเชื่อ รวมถึงการปรับเปลี่ยน รูปแบบของพิธีกรรมเพื่อความสอดคล้องกับเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงสังคมก็เป็นสิ่งสำคัญ ส่วนบุญทวี อุปะกุล (2536) ได้ศึกษาถึงสังคมประกิตของหมอชาวบ้าน พบว่า กระบวนการถ่ายทอดการเรียนรู้ของหมอชาวบ้านนั้น อยู่ภายใต้เงื่อนไขของวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งสัมพันธ์โยงใย

กับคุณค่าทางความเชื่อ จริยธรรม และบรรทัดฐานของชุมชน และสิ่งเหล่านี้เป็นเงื่อนไขสำคัญในการขัดเกลาของหมอชาวบ้าน และพบว่าชุมชนนั้นมีกระบวนการเรียนรู้การถ่ายทอดที่เป็นลักษณะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน และมีการปรับเปลี่ยนตามเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในสังคม ส่วนตุลวัตร์ พานิชเจริญ (2536) ได้ศึกษาถึงกระบวนการกล่อมเกลาทางสังคมในการจัดการด้านทรัพยากรธรรมชาติของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่า การกล่อมเกลาทางสังคมของชุมชนนั้นมาจากแบบแผนที่เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดำรงชีวิตที่ผ่านมาโดยความเชื่อมโยงสัมพันธ์เกี่ยวกับความเชื่อและความสัมพันธ์ใน 3 มิติ คนกับคน คนกับธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ และมีระบบศีลธรรม จริยธรรมของกลุ่มเป็นสิ่งควบคุม พฤติกรรมของบุคคลในการใช้ประโยชน์จากธรรมชาติ ทั้งนี้กระบวนการในการขัดเกลานั้นเป็นไปในรูปแบบของการสอนโดยตรง และการประกอบพิธีกรรมรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่ทำให้เกิดการถ่ายทอดการเรียนรู้ โดยกระบวนการถ่ายทอดขัดเกลานั้นมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของสังคมทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน

จำเรียง อุตสาหกรรมรัตน์ (2542) ได้ทำการศึกษาความเชื่ออำนาจแห่งตนและกิจกรรมทางกายของหญิงตั้งครรภ์ โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจแห่งตนเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของหญิงตั้งครรภ์ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจแห่งตนกับกิจกรรมทางกายของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลมาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 365 คน ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเชื่อในอำนาจภายในตน ความเชื่อในอำนาจ ผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่อในอำนาจ ความบังเอิญอยู่ในระดับต่ำ, ความเชื่อในอำนาจภายในตน ความเชื่อในอำนาจผู้อื่น และความเชื่อในอำนาจ ความบังเอิญ

พบการศึกษาที่น่าสนใจของ พิสุทธิ พรสัมฤทธิ์โชค และคณะ (2535) ที่ได้ทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันโดยการศึกษาในโรงพยาบาล แม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติทางบวกต่อยาสมุนไพรและแพทย์อายุรเวท ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยยาสมุนไพร และการนวดส่วนมากเป็นคนเมือง ส่วนใหญ่มาด้วยอาการของโรคที่ไม่รุนแรง ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ โครงร่าง ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และอวัยวะสืบพันธุ์ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการให้บริการโดยเฉพาะผู้ที่รับการรักษาโดยการนวด สัมพันธ์กับการศึกษาของบุญเรือง และคณะ (2539) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการ ตัดสินใจรับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย วัตถุประสงค์เพื่อทราบทัศนคติและเหตุผลใจของผู้ป่วยที่ ตัดสินใจมารับการรักษา และนำ

ข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยประเด็นที่ศึกษาต่อข้อมูลทางประชากรและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับบริการ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ ผู้มารับบริการเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า กลุ่มอายุที่มารับบริการมากที่สุดคือ 30-60 ปี การศึกษามากที่สุดคือระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี ตามลำดับ กลุ่มแม่บ้านมารับบริการมากที่สุด ผู้ป่วยตัดสินใจมารับบริการจากปัจจัยต่างๆคือบอกต่อของผู้ที่เคยมารักษาแล้วร้อยละ 82.77 เห็นป้ายของที่ทำกรสถานพยาบาลร้อยละ 12.30 ผลการรักษาดีขึ้นในผู้ป่วยที่เคยมารักษาแล้วร้อยละ 41 ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการให้บริการในแต่ละครั้งพบว่าระยะเวลาเหมาะสมร้อยละ 74.01 ส่วนร้อยละ 14.55 เห็นว่าการรักษาแต่ละครั้งในใช้เวลามากเกินไปทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการนัดไทย พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 นัดแล้วดีขึ้นไม่มีอาการแทรกซ้อน ก่อนที่ผู้ป่วยจะมารักษาในขั้นแรกจะใช้วิธีรักษาตนเองในครอบครัวก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงมารักษาที่แพทย์แผนไทย หรือไปหาหมอจีนเพื่อกินยา ผิงเซ็ม ในด้านทัศนคติต่างๆไป เห็นว่าผู้ป่วยเต็มใจที่จะมารับบริการหรือถ้ามีผู้แนะนำก็พร้อมที่จะมารับการรักษา มีความพึงพอใจต่อการแพทย์แผนไทย และถ้าโรคนั้นเป็นชนิดเรื้อรัง จึงจะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อการแพทย์แผนไทยในระดับหนึ่ง และหวังว่าอาการจะทุเลาหรือหาย เห็นว่าการรักษาการแพทย์แผนไทยนั้นถูกกับอาการโรคและเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษา ซึ่งการศึกษาของภัทรพล จังสมเจตไพศาล และคณะ(2540) ได้ทำการศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ในจังหวัดกาญจนบุรีต่อการนัดไทยในการแก้ปัญหาสุขภาพ เป็นศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน โดยใช้แบบสอบถามบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมด 297 คน แบ่งเป็นแพทย์จำนวน 38 คน ทันตแพทย์ 11 คน เภสัชกร 18 คน พยาบาล 140 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 90 คน ได้สรุปผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และรายได้ของบุคลากรตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป มีผลต่อทัศนคติ ในเชิงลบ สำหรับการศึกษาในเรื่องการยอมรับพบว่าอาชีพแพทย์และเภสัชกรมีแนวโน้มยอมรับ การนัดไทยเมื่อมีอาการปวดเคล็ด ชัดยอกน้อยกว่าอาชีพอื่น

จากงานวิจัยเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่คนไทยใช้ดูแล สุขภาพที่มีศักยภาพเป็นที่ยอมรับส่วนใหญ่เป็นชาวบ้าน แต่ในส่วน of บุคลากรทางการแพทย์ยังยอมรับน้อย ความเจริญทางด้านวัตถุและเทคโนโลยี การสื่อสารที่เป็นไปอย่างรวดเร็วตามกระแสวัฒนธรรมตะวันตกที่เข้ามา มีบทบาทต่อวิถีชีวิตของคนไทยอย่างมาก ไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลในการสั่งซื้อยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จากต่างประเทศ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำการแพทย์แผนไทยเข้ามาใช้ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

เพื่อสอดคล้องกับการพัฒนาที่เน้นการพึ่งพาดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในส่วนของการแพทย์แผนไทย การนวดไทยนับว่าเป็นบริการที่ได้รับความนิยมและมีจำนวนผู้ไปใช้บริการมากกว่าบริการอื่นมี ศักยภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้จริงเพื่อให้การนวดไทยเป็นทางเลือกหนึ่งที่คนไทยสามารถดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองจากทรัพยากรในท้องถิ่นได้เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน สมควรให้มีหลักสูตรการนวดไทยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขและประชาสัมพันธ์การนวดไทยให้ มากขึ้น

ระบบวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน ครอบคลุมไปถึงผู้คนในชุมชนทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณ ดังนั้นระบบวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของ ชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาของคนในชุมชน ชุมชน ชาวไทยภูเขาเผ่าลีซู ซึ่งมีประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน และมีวัฒนธรรมประเพณีที่เป็นเอกลักษณ์ มีการ จัดการปัญหาทางด้านสุขภาพที่ผสมผสานระบบภูมิปัญญาและระบบการแพทย์อื่นๆ ส่งผลให้คน ในชุมชนดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพดี และมีความสุข หญิงหลังคลอดก็เป็นบุคคลหนึ่งที่อาศัยใน ชุมชน เป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม ระบบการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญเป็น อย่างมาก ในวิถีชีวิตของกลุ่มหญิงหลังคลอด การผสมผสานกันอย่างลงตัวระหว่างการแพทย์ ระบบอื่นๆที่อยู่ในชุมชน และระบบภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ชุมชนมีอยู่แล้ว จึงเป็นทางเลือกที่ดี และไม่ เกิดการแปลกแยก น่าจะส่งผลดีโดยรวมต่อคนในชุมชนและตัวของหญิงหลังคลอดเอง

4. แนวคิดเรื่องภูมิปัญญา

ภูมิปัญญาชาวบ้าน

ภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น อาจเรียกชื่อแตกต่างกันแต่ความหมายเดียวกัน เสรี พงศ์พิศ(2539) ได้ให้ความหมายว่า "พื้นเพ รากฐานของความรู้ชาวบ้าน"ธวัช ปุณโณทก (2531.อ้างใน จักรพันธ์ เพียรพนัสศักดิ์,2543) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรอบรู้ของ ชาวบ้านที่ เรียนรู้และมีประสบการณ์สืบต่อกันมาทั้งทางตรง คือ ประสบการณ์ด้วยตนเอง หรือทางอ้อมซึ่ง เรียนรู้จากผู้ใหญ่หรือความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมา ประเวศ วะสี (2530) ได้ให้ ความหมายว่า ภูมิ ปัญญาเกิดจากการสะสมการเรียนรู้เป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีลักษณะเชื่อมโยงกันไปหมดทุก สาขาวิชา ไม่แยกเป็นวิชาๆแบบที่เราเรียนจะนั้นวิชาที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจ อาชีพ และความเป็นอยู่ เกี่ยวกับการใช้จ่าย เกี่ยวกับการศึกษาวัฒนธรรมมักจะกลมกลืนเชื่อมโยงกันหมด ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2540) นักมนุษยวิทยาได้ให้ความหมายว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Indigenous Knowledge) หรือ ภูมิปัญญาชาวบ้านหมายถึง สติปัญญาอันเกิดจากการสะสมเรียนรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์อันยาวนานของผู้คนในท้องถิ่น ซึ่งได้ทำหน้าที่ชี้แนะว่า การจะใช้ชีวิตอย่างยั่งยืน

ถาวรและกลมเกลียวกับเพื่อนมนุษย์ด้วยกันเองกับป่าเขา กับน้ำ กับปลา กับฟ้า กับนก กับดิน กับหญ้า สัตว์ป่า พืชแมลงหรือธรรมชาติรอบตัวนั้นทำได้อย่างไร

แนวความคิดดังกล่าวของ ฉลาดชาย รमितานนท์ มิได้เน้นเฉพาะการเรียนรู้ของมนุษย์จากประสบการณ์ตรงแล้วสรุปเป็นบทเรียนผ่านระยะเวลาของประวัติศาสตร์เท่านั้น แต่เป็นการเน้นให้เห็นถึงภูมิปัญญาในการอยู่ร่วมกัน

ภูมิปัญญา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

ลักษณะที่เป็นนามธรรม เป็นโลกทัศน์ ชีวทัศน์ เป็นปรัชญาในการดำเนินชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเกิด การแก่ เจ็บ ตาย คุณค่าและความหมายของทุกสิ่งในชีวิตประจำวัน

ลักษณะที่เป็นรูปธรรม เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะด้านต่างๆ เช่น การทำมาหากิน การเกษตร หัตถกรรม ศิลปดนตรี และอื่นๆ

นอกจากนี้ภูมิปัญญายังสะท้อนออกมาใน 3 ลักษณะ ที่สัมพันธ์ใกล้ชิดกันคือ

1. ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกันคือ ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับโลกสิ่งแวดล้อม สัตว์พืช ธรรมชาติ
2. ความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ที่ร่วมกันในสังคมหรือในชุมชน
3. ความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหนือธรรมชาติ สิ่งที่มนุษย์ไม่สามารถสัมผัสได้ทั้งหลาย

ทั้ง 3 ลักษณะนี้ คือ สามมิติของเรื่องเดียวกันคือ ชีวิตของชาวบ้านสะท้อนออกมาถึงภูมิปัญญาในการดำเนินชีวิตอย่างมีเอกภาพเหมือนสามมุมของรูปสามเหลี่ยม ภูมิปัญญาจึงเป็นรากฐานในการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน (เสรี พงศ์พิศ ,2529)

ผู้คนไม่น้อยมีวิจารณ์ญาณที่หยابและฉาบฉวย โดยเห็นว่าสังคมในชนบทเป็นดินแดนแห่งความโล่ง ความจน ความเจ็บไข้ได้ป่วย อันน่าเวทนา แท้ที่จริงนั้นคงไม่มีมนุษย์ผู้ใดและสังคมใดที่ปล่อยให้วันเวลาผ่านไปโดยไม่สั่งสมประสบการณ์หรือไม่เรียนรู้อะไรเลย จากช่วงชีวิตหนึ่งของตนไม่ว่าในภาวะปกติสุขหรือทุกข์ ชาวบ้านในชนบทได้ใช้สติปัญญาสั่งสมความรู้เพื่อประโยชน์ของตนเอง ดังจะเห็นได้จากความเชื่อ และพิธีกรรมต่างๆ ที่สังคมได้สืบทอดเชื่อมโยงกันมาถึง (จารุวรรณ ธรรมวัตร,2531)

กล่าวโดยสรุป ภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นระบบความคิดและวิธีการ แก้ไขปัญหาต่างๆของมนุษย์ ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ แนวความคิดและวิธีการดังกล่าว เกิดจากการสังเกต การทดลอง การลองผิดลองถูก หรือการใช้วิธีการอย่างอื่นจากประสบการณ์หลายๆครั้งแล้วสรุปเป็นบทเรียน ภายใต้กรอบแนวคิด ความเชื่อของบุคคลในสังคม

ระบบความคิดเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านในลักษณะนามธรรม แสดงออกในเรื่องความเชื่อ ความศรัทธา ความกลัว หรือแนวคิดอื่นๆ ที่ยึดมั่นร่วมกันและเป็นอุดมการณ์ในการดำรงชีวิต ลักษณะของภูมิปัญญาพื้นบ้านที่แสดงออกในรูปธรรมย่อมมีสิ่งที่เป็นนามธรรมสนับสนุนอยู่เบื้องหลัง ดังนั้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างไรในการประกอบอาชีพ การดำรงชีพ หรือพิธีกรรมต่างๆ ย่อมมีแนวความคิดและความเชื่อเป็นผู้บงการอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมเหล่านั้น

ชนเผ่าชุมชนชาวไทยภูเขา ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ต่างก็มีระบบภูมิปัญญาอันเป็นมรดกอันล้ำค่าที่ได้รับการสืบสาน สืบทอดจากบรรพบุรุษมายาวนาน และชาวลิซูเองก็มีภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลและจัดการปัญหาสุขภาพตลอดจนปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน สะท้อนให้เห็นวิถีคิด ภาพวิถีชีวิตของชาวลิซูได้อย่างชัดเจนและเป็นเอกลักษณ์ ที่เป็นรากฐานดั้งเดิมของชุมชน ซึ่งการดูแลตนเองโดยการผสมผสานระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์ระบบอื่น เป็นแนวคิดของงานสาธารณสุขมูลฐานและ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ก็ได้ให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งถือว่าเป็นทุนเดิมของชุมชน หากชุมชนสามารถผสมผสานทั้งหมดเข้าด้วยกัน ไม่แปลกแยก ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองและของชุมชน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาระบบแนวคิดของชุมชน พื้นฟูระบบภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ใกล้จะสูญหายแล้วให้ชุมชนได้ตระหนักและสร้างเป็นองค์ความรู้แก่คนในรุ่นหลังต่อไป

5. วิถีชีวิตของชาวไทยภูเขาเผ่าลิซู

ลิซู

ลิซูเรียกตนเองว่า "ลิซู" เป็นชาวเขาเผ่าหนึ่งที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่ต้นน้ำสาละวินและแม่น้ำโขงทางตอนเหนือของประเทศทิเบต และทางตะวันตกเฉียงเหนือของมณฑลยูนนานในประเทศจีน เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีเชื้อสายมองโกลอยด์ ได้อพยพลงมาทางใต้เนื่องจากเกิดการสู้รบกันกับชนเผ่าอื่นนับเวลาหลายศตวรรษ ลิซูได้ร่นถอยเรื่อยลงมาจนในที่สุดก็แตกกระจายกันอยู่ในเมียนมาร์ จีน อินเดีย และประเทศไทย สำหรับการอพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยครั้งแรก อพยพจากพม่าเข้ามาอยู่ในประเทศไทยประมาณ ปี พ.ศ. 2467 ลิซูที่ตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย มีภาษาและวัฒนธรรมอย่างเดียวกัน ภาษาลิซูมีเฉพาะภาษาพูด ไม่มีภาษาเขียน คำพูดที่ใช้ร้อยละ 30 ยืมมาจากภาษายูนนาน หากแบ่งตามหลักภาษาศาสตร์ ชาวลิซูจะอยู่ในตระกูลภาษาจีน - ทิเบต (Sino - tibetan) กลุ่มย่อย ทิเบต- พม่า (Tibeto - burman) หรือ Lolish

กลุ่มชาติพันธุ์ลิซูแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆตามลักษณะเครื่องแต่งกาย คือ ลิซูดำ (ผู้หญิงใช้ผ้าสีดำมาตัดเย็บเป็นเครื่องนุ่งห่ม) และลิซูลาย (เครื่องนุ่งห่มของผู้หญิงใช้ผ้าหลากสีสรรมาตัด

เย็บ) ลีซูดำเกือบทั้งหมดตั้งบ้านเรือนอยู่ในเขตประเทศเมียนมาร์ ส่วนชาวลีซูในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นลีซูลาย มีกลุ่มลีซูดำอยู่บ้าง เช่นลีซูที่บ้านน้ำบ่อสะเป อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มนี้เคลื่อนย้ายจากเขตประเทศมาอยู่ในประเทศไทยเมื่อประมาณสิบกว่าปีที่ผ่านมา แต่ในปัจจุบันได้ใส่เสื้อผ้าเช่นเดียวกับลีซูลายไปหมดแล้ว คงมีแต่เพียงภาษาพูดบางคำที่แตกต่างกันออกไปบ้าง อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มย่อยนี้สามารถสื่อสารกันได้เป็นอย่างดี (วิช จตุรพุกษ์, 2542) ในประเทศไทยชาวลีซูตั้งบ้านเรือนและทำมาหากินอยู่บนภูเขาและพื้นที่สูงชาวลีซูประมาณร้อยละ 43 อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 31 อยู่ในจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 16 อยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 5 อยู่ในจังหวัดตาก ที่เหลือนอกจากนั้นกระจายอยู่ในจังหวัดเพชรบูรณ์ กำแพงเพชร พะเยา ลำปาง สุโขทัยและแพร่ จากข้อมูลประชากรชาวเขาในพื้นที่สูง 20 จังหวัดในประเทศไทยสำรวจเมื่อปี 2540 มีประชากรชาวลีซูประมาณ 33,365 คน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540).

แซ่สกุลของลีซูมีประมาณ 20 แซ่สกุลเศษ มีทั้งสืบเชื้อสายมาจากจีนและที่เป็นลีซูแท้ ๆ สำหรับที่เป็นลีซูแท้ ๆ มีน้อยกว่าแซ่สกุลที่สืบเชื้อสายมาจากจีน แต่ละแซ่สกุลเขารู้จักกันดี ไม่ว่าจะอยู่ในท้องที่จังหวัดใด มีการเคารพนับถือกันตามลำดับชั้น เมื่อเป็นแซ่สกุลเดียวกัน และอยู่ในกลุ่มย่อยของแซ่สกุลเดียวกัน จะเกี่ยวพาราสีหรือแต่งงานกันไม่ได้ มีสกุลสำคัญๆ ของชนเผ่าลีซูอยู่ไม่กี่สกุล เช่น สกุลเปี้ยะมะ (ผึ้ง) สกุลจิวะมะ (ปลา) สกุลหยั่งจา(แพะ) สกุลลือมะ (ไม้หรือพิน) สกุลจจา (หมู) สกุลกัวมา (พืชที่คล้ายงา) สกุลจิวะเกีย (ถ้วย) สกุลหลี่จา (ประเพณี) เป็นต้น (สมัย สุทธิธรรม, 2541)

ชาวลีซู เรียกตนเองว่า "ลีซู" มีความหมายสองนัยที่บ่งแสดงถึงอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์คือกลุ่มคนที่มีเกณฑ์คุณค่า หรือจารีตประเพณีเป็นของตนเอง และกลุ่มคนรักอิสระไม่ยินยอมอยู่ใต้อาณัติของใคร ในความหมายแรกคนลีซูบางคนอธิบายว่า คำว่า "ลี" มาจาก "อีหลี" มีความหมายเทียบเคียงได้กับคำว่า "ฮึดคอง" ในภาษาถิ่นเมืองเหนือ หรือ "จารีตประเพณี" ในภาษาไทย ส่วน "ซู" แปลว่า "คน" ดังนั้นจึงหมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตวัฒนธรรม และเกณฑ์คุณค่าตามจารีตประเพณีเป็นของตนเอง ส่วนอีกความหมายหนึ่ง "ลีซู" หมายถึงกลุ่มคนที่ไม่ยอมสยบต่อการครอบงำอย่างเบ็ดเสร็จ หากเผชิญกับอำนาจที่เหนือกว่าหรือหากประสบความพ่ายแพ้หรือเกินกำลังจะต้านทาน พวกเขาเลือกที่จะเคลื่อนย้ายหรือหลบหลีกไปจากการถูกครอบงำ มากกว่าจะยอมศิโรราบโดยการเปลี่ยนแปลงตัวตนให้กลายเป็นคนอื่น ดังนั้นค่านิยมตนเองของชาวลีซู จึงหมายถึง ผู้มีฐานวัฒนธรรมเกณฑ์คุณค่าและจารีตประเพณีเป็นของตนเอง พวกเขาจะไม่ยอมสยบยอมต่อการครอบงำอย่างศิโรราบจะมีบางส่วนเล็ดลอด และมีการโต้ตอบอำนาจครอบงำในหลาย

ลักษณะอยู่เสมอ จากนิยามทั้งสองนัยดังกล่าว แสดงว่าคนลี้ซู่มีบุคลิกลักษณะเฉพาะตน ซึ่งอยู่ที่ศักยภาพที่จะปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมวัฒนธรรมบนฐานคิดของตนเองได้อย่างสอดคล้องกับสภาวะความเป็นไปในขณะนั้นๆ วิถีชีวิตของพวกเขาไม่ได้ถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมหรือโครงสร้างเศรษฐกิจการเมืองทั้งหมด วิถีคิดและแนวทางเผชิญปัญหาไม่ได้ถูกบงการโดยอุดมการณ์ ที่มีอำนาจครอบงำลักษณะทั่วไป หรือขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ที่มีการบังคับอย่างตายตัว ดังนั้น ชีวิตสังคมและเศรษฐกิจของชาวลี้ซู่ไม่ได้ผูกติดอยู่กับที่ดิน แต่จะผูกติดอยู่กับความเชื่อในพลังของวัฒนธรรมของตนเองและอำนาจเหนือธรรมชาติแบบแผนพฤติกรรมระบบความสัมพันธ์ทางสังคมเทคโนโลยีการผลิต หรือแม้แต่พืชที่ปลูกก็สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับระบบนิเวศที่รายรอบ

ชาวลี้ซู่ส่วนใหญ่มีทักษะเป็นเลิศในการพูด ชาวลี้ซู่ที่ทำไร่หมุนเวียนและเคลื่อนย้ายอยู่บนภูเขาจะนิยามตนเองว่า เป็นผู้มีความสามารถในการพูดได้หลายภาษามากกว่ากลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ พวกเขาจะพูดได้อย่างคล่องแคล่วทั้งภาษาจีนยูนนาน(จีนฮ่อ) ไต (ไทยใหญ่) และมุเซอ บางคนยังพูดภาษาอีก้อได้เป็นอย่างดีอีกด้วย เมื่อเคลื่อนย้ายเข้าสู่ประเทศไทยพวกเขาจึงสามารถพูดภาษาไทยพื้นเมืองเหนือหรือคำเมืองได้ นอกจากนั้นพวกเขามักกล่าวถึงภาษาของตัวเองอย่างภาคภูมิใจว่าภาษาลี้ซู่พูดยาก และชาวบ้านกลุ่มชาติพันธุ์อื่นพูดภาษาของพวกเขาได้มีไม่มากนัก(พิชจตุรพฤษ, 2542)

การแต่งกายของลี้ซู่ภายในประเทศไทย ผู้ชายมักนิยมสวมกางเกงขากว้าง ยาวลงไปถึงครึ่งแข้งคล้ายกางเกงจีนหรือกางเกงขาก๊วย สีของกางเกงจะนิยมสีฟ้าและสีเขียวทองอ่อนสำหรับคนสูงอายุมักจะสวมกางเกงสีดำ

เสื้อของชาวลี้ซู่จะใช้สีดำทำด้วยผ้ากำมะหยี่ประดับด้วยแผ่นโลหะรูปวงกลมบางๆและเล็กเท่าเหรียญบาทเย็บติดเข้ากับเสื้อเรียงกันเป็นแถวทั้งด้านหน้าและด้านหลัง โดยปกติผู้ชายชาวลี้ซู่จะสวมใส่เสื้อกำมะหยี่ก็เฉพาะในวันที่มีงานปีใหม่ หรือในเวลาสำคัญเท่านั้น เช่น เมื่อเวลาจะไปเกี่ยวสว เป็นต้น

แต่สำหรับในเวลาปกติผู้ชายจะสวมเสื้อเข้ดธรรมดา เช่นเวลาอยู่กับบ้านหรือออกไปทำงานในไร่ก็อาจจะมีผ้าพันที่แข้งเป็นสีดำหรือมีรองเท้าสวมใส่ด้วยก็ได้ ผู้หญิงมักจะแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่คล้ายๆกันหมดทุกคน ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ คือนุ่งกางเกงสีดำยาวเลยลงเข้าไปเล็กน้อยและมีเสื้อคลุมแขนยาวสีเขียวอ่อน หรือสีฟ้าสวมทับ ยาวลงมาถึงหน้าแข้งคล้ายกระโปรง และผ้าด้านข้างตั้งแต่เอวลงมาถึงสองข้าง เสื้อคลุมของชาวลี้ซู่ที่ปกคอจะติดแถบผ้าสีดำรอบคอประมาณ 1 คืบระหว่างต้นแขนและบริเวณหน้าอกจะมีผ้าแถบต่างสีกัน เย็บติดเป็นแผ่นดู

เป็นลายวิธสวยงาม ด้วยเหตุนี้เอง ลีชุกลุ่มนี้จึงถูกเรียกว่าเป็นลีชุกลายส่วนที่เอวจะมีผ้าสีดำคาดเอาไว้โดยซ่อนปลายผ้าหนีบไว้ด้านหลัง หญิงชาวลีชุกจะนิยมใช้ผ้าโพกศีรษะและใช้ผ้าพันแข้งด้วย หญิงชาวลีชุกจะประดับเสื้อด้วยกระดุมเงินหรือเหรียญรูปให้สวยงาม เมื่อมีงานฉลองหรือพิธีสำคัญๆของหมู่บ้านเครื่องประดับอีกอย่างหนึ่ง คือหางที่ทำด้วยผ้าเย็บเป็นเส้นๆคล้ายเชือกมีหลากสีผูกห้อยเอาไว้ทั้งด้านหน้าและด้านหลังนับร้อยๆเส้นเพื่อความสวยงามนั่นเองกลุ่มลีชุกลายผู้หญิงมักจะแต่งตัวเต็มที่และมีผ้าโพกศีรษะพร้อมเครื่องประดับอันสวยงามเมื่อเวลามีงานสำคัญๆและในเวลาปกติก็อาจจะไม่มีโพกศีรษะด้วยแต่ไม่มีเครื่องประดับมากมาย ดังนั้นเมื่อเราพบลีชุกผู้หญิง จึงเห็นว่าเป็นกลุ่มที่แต่งกายได้สวยงามมากกว่าชาวเขาเผ่าอื่นๆ

ระบบความเชื่อ

ชาวลีชุกเชื่อว่า ทุกหนแห่งมีวิญญาณ หรือพลังบางอย่างสิงสถิตอยู่ แม้ว่าแต่ละคนจะมีสิทธิตามธรรมชาติที่สามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่แล้ว แต่ต้องเป็นไปตามหลักการแลกเปลี่ยนตอบแทนกันระหว่างคนกับคน และเลี้ยงดูเกื้อกูลกันระหว่างคนกับผี หรือพลังเหนือธรรมชาติ การจัดการทรัพยากรของชาวลีชุกจึงแยกไม่ออกจากระบบคุณค่าของสังคม และความเชื่อเรื่องผี โดยมีพิธีกรรมเป็นเวที สื่อสร้าง และปรับเปลี่ยนความหมายให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นไปทางสังคมในแต่ละช่วง

ชาวลีชุกเชื่อว่า คนกับผีแม้ว่าไม่ได้อยู่ในโลกเดียวกัน แต่ต่างก็มีความรู้สึกนึกคิด และความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน และเชื่อว่าผีหรือวิญญาณที่ได้รับการเช่นไหว้อย่างสม่าเสมอจะมีพลังอำนาจมาก เพราะได้รับการเพิ่มพูนพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ที่ตายไปโดยไม่มีผู้เลี้ยงดูจะมีพลังอำนาจไม่แตกต่างไปจากคนธรรมดาที่มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ส่วนผีอารักษ์เทพ และวิญญาณบรรพชนทั้งหลายมีพลังอำนาจเหนือกว่าคน และเป็นทีเคารพยำเกรงของชาวบ้านเนื่องจากได้รับการเช่นไหว้บูชาเสมอ แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าผีทั้งหลายจะให้คุณให้โทษแก่มนุษย์ได้ตามอำเภอใจ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ระหว่างคนกับผีมีระยะห่าง การปฏิบัติของคนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะบอกว่า คนกับผีมีความสัมพันธ์เป็นเช่นไร หากคนละเลยต่อผี หรือไม่ได้เช่นไหว้และเลี้ยงดูอย่างสม่าเสมอ ความห่างเหินจะเกิดขึ้น การถูกทอดทิ้งจะทำให้ผีโกรธ หรือขุ่นเคืองจนอาจจะส่งผลให้เกิดเภทภัยแก่มนุษย์ได้ หากบุตรหลานทำพิธีเช่นไหว้ เพื่อเลี้ยงดูเป็นประจำ ผีจะมีพลังอำนาจมากพอที่จะเกื้อกูลให้ชาวบ้านอยู่เย็นเป็นสุข ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างคนกับผี หรือพลังเหนือธรรมชาติจึงถูกจัดวางในลักษณะเลี้ยงดูเกื้อกูลกัน คนจะต้องเลี้ยงดูผีผ่านพิธีกรรมอย่างสม่าเสมอ โดยคาดหวังว่าจะได้รับการปกป้องคุ้มครอง และขจัด บัดเป่า

เภทภัย เพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างปลอดภัยและมั่นคง มี จึงให้ทั้งคุณและโทษแก่มนุษย์ได้ (ทวิช จตุรพฤษ, 2542)

ชาวลีขูจัดความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างมนุษย์กับผี ซึ่งเป็นพลังเหนือธรรมชาติอยู่ในลักษณะเลียดคู์เกือกูลกัน ผ่านกระบวนการพิธีกรรมอย่างหลากหลาย ทั้งนี้เพื่อประกาศความสำเร็จในการผลิต การจัดการทรัพยากรและผ่อนคลายความทุกข์ยากเดือดร้อนนานา กล่าวคือ มนุษย์ให้ความเคารพยำเกรง และมีหน้าที่เลียดคู์ผีต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการปกป้องคุ้มครองและเกือกูลให้มีชีวิตอยู่อย่างเป็นปกติสุข การเซ่นไหว้ หรือการทำพิธีเลียดคู์ผี (หนีหยะ) เป็นประจำ โดยเฉพาะผีอารักษ์ และวิญญาณบรรพชน เป็นการแบ่งปันส่วนเกิน จากการการผลิตตอบแทนแก่พลังเหนือธรรมชาติเพื่อกระชับสัมพันธ์ให้ได้รับการคุ้มครองต่อไป และเป็นการเอาอกเอาใจไม่เป็นที่ขุ่นเคือง ซึ่งอาจส่งผลต่อการผลิต หรือการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ส่วนการลงผี (หนีก๊ะ) เป็นการบวงสรวงให้พลังเหนือธรรมชาติช่วยเหลือ และเยียวยาแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

จากการที่ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและรายงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชาวเขาเผ่าลีขู และผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนชาวเขาเผ่านี้มาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ทราบได้ว่า ชาวเขาเผ่าลีขูเป็นชาวเขาเผ่าหนึ่งซึ่งมีเอกลักษณ์ ประเพณีและวัฒนธรรม ตลอดจนวิถีชีวิตต่างๆที่น่าสนใจ ผูกพันกับวิถีชีวิตของชาวลีขูอย่างแนบแน่น ระบบคิดต่างๆเหล่านี้ เกิดจากการผสมผสาน ระบบการเรียนรู้ การถ่ายทอด จากบรรพบุรุษจนกระทั่งถึงยุคปัจจุบัน ในด้านการจัดการเกี่ยวกับระบบ สุขภาพของชาวลีขูเอง มีพิธีกรรมและความเชื่อที่น่าสนใจ น่าที่จะศึกษาเพื่อหาข้อเท็จจริงเพื่อสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ในบางส่วน พบว่าชาวลีขูบางกลุ่มได้ละเลยประเพณี การปฏิบัติ พิธีกรรมดั้งเดิม ที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา ซึ่งก็เป็นที่น่าเสียดาย แต่ก็ยังมีกลุ่มลีขูบางกลุ่มเช่นกันที่พยายามรักษาเอกลักษณ์ดั้งเดิมของชนเผ่าไว้ กรณีการดูแลตนเองของชาวลีขูก็เช่นเดียวกัน พบว่า ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าไปมีบทบาทอย่างมากในวิถีชีวิต แม้ว่ากระแสของการแพทย์แผนปัจจุบันได้กระจายไปทั่วทั้งหุบเขา ในขณะที่เดียวกันการแพทย์พื้นบ้านของชาวลีขูเองกำลังอ่อนแรงเต็มที่ด้วยผู้กระแสของแผนแผนปัจจุบันไม่ได้ การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพโดยชุมชนเอง จึงเป็นเรื่องสำคัญที่นักวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว ควรที่จะให้ความสนใจและศึกษาวิจัยกรณี ดังกล่าวต่อไป

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ด้านการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอด การรับประทานอาหารและน้ำ พบว่าหญิงหลังคลอดชาวเขาทุกเผ่า รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ แต่ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน เนื่องจาก

เลือกรับประทานอาหารตามความเชื่อ (ลาวัลย์ สมบูรณ์ และ เทียมศร ทองสวัสดิ์,2543) ช่วงเวลา อยู่ไฟ 7 วันแรกหญิงหลังคลอดชาวอีสานรับประทานเฉพาะไก่ และไข่ต้มเท่านั้น (วันดี น้อยคำศักดิ์,2535) หญิงหลังคลอดชาวอีสานจะไม่กินผักเลยในช่วง 7 วันแรก เพราะทำให้ แผลลง (ธงชัย สาระกุล,2538) การรักษาความสะอาดร่างกายของหญิงหลังคลอดชาวเขาเผ่าลื้อ ส่วนใหญ่จะไม่อาบน้ำในระยะ 7- 12 วันแรกคลอด เนื่องจากต้องการให้ร่างกายอบอุ่น หลังจากนั้น จึงอาบน้ำอุ่นหรือน้ำต้มสมุนไพร (ลาวัลย์ สมบูรณ์ และ เทียมศร ทองสวัสดิ์ ,2543) เช่นเดียวกับ งานวิจัยของ วันดี น้อยคำศักดิ์ (2535) ที่พบว่ามีข้อห้ามไม่ให้หญิงหลังคลอดชาวลื้ออาบน้ำและ สระผมเด็ดขาด เป็นเวลา 7 วันหลังคลอด

ส่วนการอยู่ไฟ และอยู่เดือนของหญิงหลังคลอดพบว่า หญิงหลังคลอดชาวเขามีการอยู่ไฟอยู่ เดือน เป็นเวลา 30 วัน การปฏิบัติตัวดังกล่าว ทำให้หญิงหลังคลอดงดทำงานหนักและพักผ่อนได้ อย่างเต็มที่ (ลาวัลย์ สมบูรณ์ และ เทียมศร ทองสวัสดิ์,2543) งานวิจัยชิ้นเดียวกัน ของลาวัลย์ สมบูรณ์ และ เทียมศร ทองสวัสดิ์ (2543) พบว่าหญิงหลังคลอดชาวเขาไม่มีการบริหารร่างกาย หลังคลอด มีงานวิจัยของ ธงชัย สาระกุล (2538) กล่าวถึง การพักผ่อนและ ไม่ให้แม่ออกไปทำงาน ส่วนการปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอดด้านอื่นๆ ในงานวิจัยของ ลาวัลย์ สมบูรณ์ และ เทียมศร ทองสวัสดิ์ (2543) ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการตกเลือดหลังคลอด ส่วน การงดมีเพศสัมพันธ์ หญิงหลังคลอดบอกว่า งดมีเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 1-3 เดือนหลังคลอด สำหรับการคุมกำเนิดหลังคลอด ส่วนใหญ่คุมกำเนิดโดยใช้วิธีฉีดยาและใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฝังได้ ผิดหนึ่ง อย่างไรก็ตามหญิงหลังคลอดชาวเขาทุกเผ่าส่วนใหญ่ ไม่กลับไปตรวจสุขภาพภายหลัง คลอดครบ 6 สัปดาห์ หญิงหลังคลอดทุกเผ่ายอมรับบุตรได้ ไม่ว่าบุตรจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการประกอบพิธีตั้งชื่อ และเรียกขวัญ เพื่อส่งเสริมให้บุตรมีสุขภาพแข็งแรง และเป็นการแนะนำบุตรเกิดใหม่ให้วงศ์ญาติญาติได้รู้จัก หญิงหลังคลอดชาวเขาทุกเผ่าปฏิบัติ กิจกรรม การดูแลให้ความรัก ความอบอุ่น และดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด ให้นมบุตรดูนมมารดา ร่วมกับ การให้อาหารเสริมเป็นเวลา1-2 ปี ผู้ที่คลอดในโรงพยาบาลทุกคนได้นำบุตรมาตรวจสุขภาพและ รับภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด เมื่อบุตรเจ็บป่วยได้นำบุตรไปรับการตรวจรักษาที่สถานอนามัยและ โรงพยาบาลชุมชนโดยไม่ชื้อยา ให้นุตรรับประทานด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม หญิงหลังคลอดชาว เขาทุกเผ่ายังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรอย่างถูกต้องในบางเรื่อง สำหรับการเป็นบทบาท ภรรยา หญิงหลังคลอดชาวเขาทุกเผ่าปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสามีได้ช่วยเหลือรับผิดชอบ ทำงานบ้านแทนทั้งหมด

ส่วนงานวิจัยที่ทำการศึกษาศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตลอดจนในด้านพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาพยาบาล ของชาวบ้านมีงานอยู่หลายชิ้น งานของ ลาวัลย์ สมบูรณ์ และเทียมศร ทองสวัสดิ์ (2543) ได้ทำการวิจัยเชิงพรรณา การปฏิบัติตัวของหญิงหลังคลอดชาวเขาพบว่า เมื่อเจ็บป่วยหญิงหลังคลอดชาวเขาส่วนใหญ่จะซื้อยาจากร้านขายของชำภายในหมู่บ้านร่วมกับการไปรับการรักษาจากหมอผีประจำหมู่บ้าน ถ้าอาการไม่ทุเลาจึงจะไปรักษาที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ต้องปรึกษาสามีและญาติก่อนเสมอ สอดคล้องกับงานของ วิวัฒน์ จันทร์โพธิ์ศรี และ คณะ อ่างใน ธงชัย สาระกุล (2538) ได้ทำการวิจัย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน พบว่าแบบแผนของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด จะเป็นลักษณะ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ผสมผสานระหว่างแบบแผนของแพทย์แผนใหม่ และแบบแผน แห่งวิถีทางวัฒนธรรม ซึ่งปัจจุบันที่เป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดังกล่าวประกอบด้วย 1) อิทธิพลทางการแพทย์แผนใหม่กระจายเข้าสู่ชนบทมากขึ้น 2)วิถีทาง วัฒนธรรมที่เคยถือปฏิบัติกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ 3)อิทธิพลของเครือญาติ 4)การศึกษา 5) สภาพะ ทางเศรษฐกิจ 6)ความต้องการทางจิตใจ

ส่วนงานของ พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรัญญา ปูรณ์ (อ่างใน ธงชัย สาระกุล, 2538) ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทภาคอีสาน พบ ว่ารูปแบบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทในหมู่บ้านภาคอีสาน พบว่า รูปแบบ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีอยู่ 5 ลักษณะด้วยกัน คือ 1)การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย แต่อดทน เฝิกเฉย หรือปล่อยให้หายเอง 2)การปฏิบัติตัวด้วยวิธีต่างๆ โดยไม่ใช้ยา เช่น การนอนพัก งดอาหารบางชนิด ดื่มน้ำมากๆ ดื่มน้ำอุ่น เช็ดตัวเป็นต้น 3)การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งใช้ทั้งยาแผน ปัจจุบันและยาสมุนไพร 4)การปฐมพยาบาล 5)การรักษาพื้นบ้านด้วยพิธีกรรม และไสยศาสตร์เช่น การผูกผ้า การดื่มน้ำมนต์ ตลอดจนการรักษา โดยหมอพื้นบ้านที่มีฐานะเป็นเครือข่ายสังคม เช่น การเป่าน้ำมนต์ การรักษาด้วยสมุนไพร เป็นต้น

ส่วนKroeger(1996)ได้รายงานการวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมแสวงหาการรักษาในประเทศ ที่กำลังพัฒนาว่าจะเน้นการวิเคราะห์แนวคิดและการจัดการความเจ็บป่วย รวมทั้งแสดงเหตุผลถึง การที่ประชาชนใช้หรือไม่ใช้การแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์สมัยใหม่ แต่ประเด็นที่สำคัญก็คือ Kroeger จะเสนอแนวคิดว่าการศึกษาศึกษาดังกล่าวควรใช้ทั้งแนวคิดของระบอดวิทยา ซึ่ง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและมนุษยวิทยาซึ่งมีพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพ และนอกจากผลการ ศึกษาจะสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาได้ 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบที่ระบุขั้นตอนต่างๆ

ที่แสดงถึงการตัดสินใจ และพฤติกรรมความเจ็บป่วย 2) รูปแบบที่อธิบายตัวแปร หรือปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดทางเลือกในการรักษา

งานวิจัยอีกชิ้นที่ทำการวิจัยเกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาล คืองานของ ลีอชัย ศรีเงินยวง และ อามันดา เลอ แกรนด์ (อ้างใน ลีอชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์,บรรณานุกรม,2533) ศึกษาข้อมูล จากโครงการวิจัยเรื่อง สมุนไพรในการสาธารณสุขมูลฐาน เฉพาะที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยและการแสวงหาบริการ ของชาวบ้านใน 4 หมู่บ้าน จากจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดยโสธร โดยการใช้วิธีเฝ้าติดตามสัมภาษณ์และสังเกตความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว พบว่า วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้านมีความ แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด หมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลและยากจน มีชีวิตแบบหากินกับไร่ กับนาที่ใกล้ขีดธรรมชาติมาก ความเชื่อถือและวิธีการปฏิบัติแบบพื้นบ้านด้านสุขภาพอนามัย จะมีหมอพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญมากในการรักษาโดยใช้สมุนไพร มีการใช้ยาสมุนไพรมากที่สุดในกลุ่มโรคพื้นบ้าน รองลงมาคือ การใช้ในกลุ่มปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ กลุ่มบาดแผล แผลงัดต๋อย ส่วนกลุ่มอาการไข้ ปวดหัวเป็นหวัดจะใช้สมุนไพรน้อยที่สุด ในกลุ่มบาดแผล แผลงัดต๋อย จะพบว่ามีการรักษาแบบไม่ใช้ยาในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น เช่น การใช้ใยมะม่วง ยาสูบหรือ ผงชูรสเพื่อการห้ามเลือด ใช้ยาสีฟันเพื่อลดอาการปวดแสบปวดร้อน เป็นต้น

สมทรง และ คณะ (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบท จังหวัดขอนแก่นพบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่นหวัด ปวดศีรษะ ไข้และปวดฟัน ชาวชนบทมักแก้ไขโดยใช้วิธีซื้อยารับประทานเอง ส่วนอาการเจ็บป่วยที่ชาวชนบทจะไปพบเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้แก่ อาการปวดท้อง อาการแน่นหน้าอกร่วมกับปวดท้อง โดยสรุปการแสวงหาการช่วยเหลือในกลุ่มนี้ขึ้นกับปัจจัย 3 ประการได้แก่ 1)ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย 2)ปัจจัยด้านความสะดวกและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 3)การแพร่หลายของข้อมูลการโฆษณาว่าเป็นต้น นอกจากนี้จากผลการวิจัยของ ชวพรพรรณ และคณะ (2545) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุจะเริ่มเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ และตีความให้ความหมาย ว่าตนเองมีความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการปรึกษานักคิดในเครือข่ายชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ผ่านกระบวนการปรึกษาเช่นกัน วิธีการรักษาของผู้สูงอายุนั้น สะท้อนระบบการแพทย์พหุลักษณะอย่างชัดเจน และขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุและความรุนแรงของความเจ็บป่วย นั่นคือ มีการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพมากกว่า 1 ระบบ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพภาคสามัญชน ซึ่งเป็นระบบแรกและผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีการรักษา เมื่อไม่ได้ผลจะเลือกใช้

การรักษาระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพและ/หรือ ภาคพื้นบ้าน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่าง 2 ระบบ และที่สำคัญระบบการแพทย์ดั้งเดิมหรือแผนโบราณในระบบดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านยังคงเป็นที่นิยมของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด พฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการคือ ผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ คือ ทีมสุขภาพ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าแบบแผน วิธีการการดูแลตนเองของหญิงหลังคลอดตลอดจนพฤติกรรมการรักษาเยี่ยวยา จะเป็นผลมาจากความเชื่อ ลักษณะทางวัฒนธรรม ประเพณี ตลอดจนศาสนาที่ยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมา ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งต้องมองดูปัญหาและแบบแผนวิถีชุมชนของชาวบ้าน อย่างเป็นระบบ และมองให้เห็นภาพรวม มองความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน เน้นไปที่ระบบวิถีคิดของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้เชื่อมโยงประเด็นปัญหาต่างๆเข้ามาเป็นองค์รวม เป็นสิ่งที่สำคัญมาก ระบบคิดจึงไม่ใช่เป็นเรื่องของด้านใดด้านหนึ่ง แต่เป็นเรื่องที่เราพยายามมองดูว่า ชาวบ้านเขาอธิบายสิ่งเหล่านี้อย่างไร ในการทำวิจัยในเรื่องเหล่านี้ ผู้วิจัยจะต้องปลดปล่อยการครอบงำทางความคิด วิธีการปลดปล่อยการครอบงำทางความคิด ก็คือ จะต้องส่งเสริมให้เห็นศักยภาพและเข้าใจภูมิปัญญาของคน อย่างไรก็ตาม ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือองค์ความรู้ไม่ได้หยุดนิ่ง และมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา トラบไคที่มนุษย์ยังคงเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับความต้องการของยุคสมัยและบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป ภูมิปัญญาย่อมมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงไป ตามยุคสมัยเช่นเดียวกับส่วนอื่นๆของวัฒนธรรม

จากการรวบรวมทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องโดยภาพรวมจะเห็นว่า ระบบภูมิปัญญากับการเยียวยารักษาของชาวบ้านมีความสำคัญที่จะต้องพิจารณาจากมิติทางวัฒนธรรม สังคม เพราะจะช่วยสะท้อนและเชื่อมโยงระบบความคิด ความเชื่อ การรับรู้การเจ็บป่วย ภายใต้ตัวกำหนดทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม พฤติกรรมดูแลตนเองจึงแตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคม ที่สำคัญระบบภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเหล่านี้ จะทำให้เข้าใจ และยอมรับ ว่ามีคุณค่าต้องทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น และในมิติการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้นชุมชนมีศักยภาพที่จะพึ่งพาตนเองได้เป็นข้อมูลที่จำเป็นที่เป็นองค์ความรู้ในการวางแผนการให้บริการสุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสม และไม่แปลกแยกจากระบบวัฒนธรรมระบบภูมิปัญญาที่ทรงคุณค่าในชุมชน