

ประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์



นายวรรณาท พรหมศวร

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF ELDERLY TRADITIONAL HEALER ON COMMUNITY IN SURIN PROVINCE

Mr. Woranart Promsuan



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2006
Copyright of Chulalongkorn University

วรรณถ พรหมศวร: ประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน
ในจังหวัดสุรินทร์ ท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์ (EXPERIENCE OF ELDERLY TRADITIONAL
HEALER ON COMMUNITY IN SURIN PROVINCE) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ร.อ.หญิง
ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 100 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้านในการ
ดูแลสุขภาพชุมชนท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้
ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ตามปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ
Husserl โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปี ทั้งเพศ
หญิงและเพศชาย มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีประสบการณ์ในการให้การรักษแบบหมอ
พื้นบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลในท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก
(in – depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความตามขั้นตอนตามแบบของ
Colaizzi

ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านในการดูแล
สุขภาพชุมชนท้องถิ่น เป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วย 3
ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) การสืบทอดจากบรรพบุรุษ 1.2) ความเชื่อทางไสยศาสตร์ 1.3) ความ
เลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ความรู้สึกต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วย 3
ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน 2.2) สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และ
2.3) ความมีคุณค่าในตนเอง 3) ประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้าน ประกอบด้วย 7 ประเด็น
ย่อย ได้แก่ 3.1) ไม่เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย 3.2) เป็นทางเลือกในการรักษา 3.3) เป็นที่
ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ 3.4) ทำดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย 3.5) เคร่งครัดในการ
ปฏิบัติศาสนกิจ 3.6) ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน และ 3.7) ดูแลโดยพื้นฐานความเชื่อของ
ผู้ป่วยแต่ละคน

ผลการศึกษานี้ ทำให้ตระหนักถึงการตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้าน ความรู้สึกต่อการ
เป็นหมอพื้นบ้าน และประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้านของผู้สูงอายุ สามารถใช้เป็นแนวทาง
ในการศึกษาและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดภาพแห่งความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุและเป็นพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน
การมีคุณค่าแห่งตนเองและท้องถิ่นสืบต่อไป

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... 30303 นกฟอสฟอรัส
ปีการศึกษา.....2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

#4877594036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: ELDERLY TRADITIONAL / HEALTH

WORANART PROMSUAN: EXPERIENCES OF ELDERLY TRADITIONAL HEALER ON COMMUNITY IN SURIN PROVINCE. THESIS ADVISOR: CAPT.SIRIPHAN SASAT, Ph.D. 100 pp.

The purposes of this study were to explore the meaning and lived experience of the role of elderly traditional healer on rural community health care in Surin province. A qualitative research method of Husserl phenomenology was applied for this study. The key informants were 14 Thai elderly traditional healers who lived in Surin province. Data were collected by in – depth interview with tape recorded and then verbatim were transcribed. The Colaizzi method was used for qualitative data analysis.

The findings revealed that lived experience of elderly traditional healer could be divided into 3 major themes and 13 sub theme. The first theme was “decision to become a traditional healer,” consisted of 3 sub themes, 1) inherited from ancestor 2) believed in superstition and 3) faithfulness in folk wisdom. The second theme was “feeling of being a traditional healer,” consisted of 3 sub themes, 1) feeling proud of giving help 2) felling happy when patient get improve and 3) gaining self – esteem. The last theme was “lived experience of elderly traditional healer,” consisted of 7 sub theme, 1) provided equal opportunity for treatment 2) being an alternative for treatment 3) being faithful 4) provided the best treatment 5) strictly practicing in Buddhism 6) not expect thing in return and 7) concerning individual believed.

The results of the study provided insight to the lived experience of elderly traditional healer in Surin province. The knowledge from this study can be used to guide in nursing practice to promote health - promoting behaviors for Thai elders through elderly traditional healer. Additionally, it can be used as a fundamental knowledge for the future study in the area of health promotion and community care provisioning, especially for elders self identity of the local.

Field of study.... Nursing Science Student's signature WORANART PROMSUAN
 Academic year...2006..... Advisor's signature..... Siriph Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตา ความเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถุชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และพันโทหญิง วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และข้อเสนอแนะทางด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านจากสถาบันต่างๆ ที่ได้กรุณาใช้เวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งตลอดการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้กรุณาใช้เวลาในการให้สัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง ทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจ ให้กำลังใจ อยู่เคียงข้าง ช่วยเหลือ เป็นแรงผลักดัน และสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดพื้นฐาน	5
คำถามการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	8
3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับบทบาทผู้สูงอายุ.....	10
4. แนวคิดเกี่ยวหมอพื้นบ้านและการให้บริการด้านสุขภาพ.....	12
5. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทย.....	19
6. แนวคิดเกี่ยวกับประเด็นทางวัฒนธรรมและการศึกษาชุมชนในมิติ ทางมานุษยวิทยา.....	23
7. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ.....	27
8. บทบาทของพยาบาล	32
9. แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา	35
10. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก	40
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	45
ลักษณะผู้ให้ข้อมูล (key informant).....	45

สารบัญตาราง

ณ

ตาราง		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของมนุษย์กับวัฒนธรรม.....	10
2	แสดงการสูงอายุและทฤษฎีการทันสมัย.....	21



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อิทธิพลของวัฒนธรรมและการมีคุณค่าจะถูกถ่ายทอด และได้รับการส่งเสริมภายในครอบครัว สุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการดำเนินชีวิต รวมทั้งศาสนา ศีลธรรม แนวคิดต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อ ผู้สูงอายุจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิต (McConnell, 1998) ผลจากการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม ทำให้เกิดการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรม เป็นวัฒนธรรมหลักและวัฒนธรรมรอง ในชุมชนบางชุมชนก็ยังมี ความต้องการที่จะดำรงวัฒนธรรมท้องถิ่นของตนเอาไว้ (อมรา พงศาพิชญ์, 2543) เนื่องจาก วัฒนธรรมท้องถิ่นเกิดขึ้นมาจากการสร้างสมความรู้และประสบการณ์ จนกลายเป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน ที่ถ่ายทอดกันมาจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับชีวิตของชาวบ้านและสภาพแวดล้อม สามารถใช้แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตของคนในท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งภูมิปัญญาพื้นบ้านส่วนใหญ่จะต้องได้รับการถ่ายทอดต่อมาจากผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นผู้ที่มี ประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคม ผู้สูงอายุจึงสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นทุนทางสังคมในการถ่ายทอดประสบการณ์ และปลูกฝังค่านิยม ที่ดีงามแก่คนรุ่นหลัง (ฐิติรัตน์ เวทย์ศิริพันธ์, 2545)

ทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (2550 – 2554) ที่ให้ความสำคัญ กับการพึ่งตนเอง การรักษาฟื้นฟูวัฒนธรรมที่ดีงามของไทย โดยส่งเสริมให้ปราชญ์และผู้รู้ถ่ายทอด ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คนรุ่นใหม่ พัฒนาแหล่งเรียนรู้ องค์ความรู้ และการแลกเปลี่ยนทาง วัฒนธรรมที่หลากหลาย รวมทั้งสร้างนวัตกรรมทางด้านศิลปวัฒนธรรมในกลุ่มเยาวชนและศิลปินรุ่นใหม่ การพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้และภูมิปัญญาเพื่อให้อสอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุ ที่นับวันจะมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้นการเปลี่ยนมุมมองในการเป็นผู้สูงอายุที่อ่อนแออยู่ในภาวะ พึ่งพิง เข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพช่วยตนเองและทำประโยชน์ต่อสังคมได้นั้น น่าจะเป็นทางออก ที่เหมาะสมกับความเป็นผู้สูงอายุในปัจจุบัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) สอดคล้องกับสังคมที่เจริญ และมีความเจริญจะถือว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ทำประโยชน์ตลอดชีวิต (จรัส สุวรรณเวลา, 2544) ซึ่งการ เป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ของผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการทำงาน อยากรทำงานที่เป็น งานอยู่กับบ้าน นอกจากงานที่มีรายได้แล้วผู้สูงอายุยังเกื้อหนุนครอบครัวทางอ้อม ช่วยทำงานบ้านและ เลี้ยงดูญาติให้บุตร (วรรณภา ศรีธีธวัชรรัตน์และคณะ, 2545) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็สามารถปรับ บทบาทของตนเองให้มีความน่านับถือยกย่อง มีภาพพจน์ที่ดีได้ โดยเริ่มจากผู้สูงอายุควรจะต้องคิดว่า ตนเองเป็นทรัพยากรของครอบครัวและชุมชน เป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างสังคมวัฒนธรรมเข้ากับความ ทันสมัยแสดงบทบาทที่เป็นไปได้ในทางบวก (Bose, 1993) การส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุจะต้องมี

ความสอดคล้องกับสภาพชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและลักษณะสังคมของประชากรในท้องถิ่น ดังนั้น การนำผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องศึกษาให้เข้าใจถึงเงื่อนไขทางสังคมและความแตกต่างด้านวัฒนธรรมความเป็นอยู่ เช่น การใช้ภาษา และข้อจำกัดด้านรายได้ โอกาสที่จะเข้ามาใช้บริการทางด้านสุขภาพก็มีความยากลำบากมาก (กิ่งแก้ว เกษโกวิทและคณะ, 2536) เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพของตนเอง ปัญหาในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ จึงพบว่าในชนบทจะเน้นภูมิปัญญาและการพึ่งตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพอาการเจ็บป่วยร้อยละ 59 โดยร้อยละ 20 จะดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองและที่เหลือจะเป็นการให้คำแนะนำปรึกษาถึงแนวทางการดูแลสุขภาพและการแสวงหาบริการการรักษา (เสริมพันธุ์ นิตยัณธา, 2534)

จากข้อมูลของจังหวัดสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า มีผู้สูงอายุ 131,033 คน หรือร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัด และผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดสุรินทร์ก็ยังคงมีการดำรงเอกลักษณ์ความเป็นอยู่ วิถีชีวิตของตนเองในเรื่องการใช้ภาษา การแต่งกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการรักษาโรค และการเข้ารับการรักษาจากหมอพื้นบ้านตามวัฒนธรรมความเชื่อยังปรากฏให้เห็นอยู่มาก ซึ่งจังหวัดสุรินทร์มีประชากรร้อยละ 93 อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีภาษาพูดพื้นเมืองที่แตกต่างกัน เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่พูดภาษาเขมรประมาณร้อยละ 50 2) กลุ่มที่พูดภาษาส่วย (ชาวกูย) ประมาณร้อยละ 30 และ 3) กลุ่มที่พูดภาษาพื้นเมืองอีสาน (ลาว) ประมาณร้อยละ 12 เชื้อสายจีนและอื่น ๆ ร้อยละ 8 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2547) เนื่องจากประชาชนมีภาษาพูดที่แตกต่างกัน จึงทำให้แต่ละกลุ่มมีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างกันบ้าง

การดูแลสุขภาพสุขภาพโดยผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านยังคงได้รับความนิยมจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามชนบทซึ่งหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์แบ่งได้เป็น 6 ประเภท ประกอบด้วย 1) หมอยาสมุนไพร คือหมอที่ใช้สมุนไพรในการรักษา และดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นหลัก 2) หมอจอดกระดูก คือหมอที่รักษากระดูกแตก กระดูกหัก โดยทาน้ำมันทา ใช้น้ำมันดี การเป่าและการเข้าเฝือก 3) หมอพื้นบ้าน หมอตำแย หมอทำคลอด 4) หมอไสยศาสตร์ คือ หมอรักษาคนที่ถูกคุณไสยและมีอาการผีเข้า ไล่ปอบ 5) หมอนวด คือหมอที่ใช้การนวดเป็นวิธีหลักในการรักษา และ 6) หมอพิธีกรรม คือหมอที่ช่วยเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ เช่น การสะเดาะเคราะห์ การทำพิธีปัดรังควาญ ซึ่งการแพทย์พื้นบ้านนั้นเป็นระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่ได้รับการสั่งสม และสืบทอดตามบรรพบุรุษ ซึ่งจะมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2547)

กลุ่มเชื้อชาติเขมรจังหวัดสุรินทร์จะมีพิธี "โຈລมะมีวด" ซึ่งเป็นพิธีกรรมความเชื่อที่แสดงถึงวิถีชีวิตของ "ชาวเขมร" ในชนบท ที่จัดขึ้นเพื่อการรักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถหาสาเหตุของการป่วยได้ ซึ่งมัก

เชื่อว่าผู้ป่วยถูกคุณไสย หรือถูกกระทำจากสิ่งเร้นลับ ตลอดถึงวิญญาณร้ายสิงสู่ ญาติพี่น้องจะเชิญ “แม่หมอ” มาประกอบพิธีกรรมเพื่อเป็นการขจัดปัดเป่าสิ่งเลวร้าย หรือขอขมาลาโทษสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยอาจล่วงละเมิดโดยไม่ตั้งใจ หรือถอนคุณไสยที่ถูกกระทำจากศัตรูคู่แค้น โดยการใช้น้ำมันเป็นสื่อในการประกอบพิธีเพื่อเป็นการบูชาครู และสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ป่วย และความเชื่อที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาอีกอย่างหนึ่งของ “ชาวกูย” คือ การแสดง “แกลมอ” ซึ่งเป็นการแสดงที่สืบเนื่องมาจากความเชื่อว่า ชาวกูยทุกคนจะมีดวงวิญญาณของบรรพบุรุษคอยปกป้องคุ้มครอง ปกป้องรักษาอยู่ตลอดเวลา ในทุก ๆ ปีชาวกูยจะจัดให้มีพิธีกรรมการแสดง “แกลมอ” เพื่อบูชาดวงวิญญาณบรรพบุรุษและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจ ตลอดถึงการรักษาผู้ป่วยไข้

การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์แบบองค์รวมที่มองปัญหาสุขภาพทุกองค์ประกอบในระบบที่เชื่อมโยงกัน โดยได้นำมิติทางวัฒนธรรมเข้ามาร่วมพิจารณาการเจ็บป่วย เข้าใจวิถีคิด และเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพของท้องถิ่น นอกจากนี้วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน มักจะผสมผสานจริยธรรมเข้ากับการรักษา การเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองซึ่งอยู่บนพื้นฐานของทัศนคติ ความเชื่อที่ตรงกับผู้ป่วยและหมอพื้นบ้านยังเข้าถึงผู้ป่วยภายใต้บริบทเดียวกันเมื่อมองในภาพรวมของหมอพื้นบ้านมีบทบาทในการเป็นที่พึ่งของชุมชนเนื่องจากภาพลักษณ์ของหมอพื้นบ้านมิใช่เป็นเพียงผู้ให้การรักษาเท่านั้น แต่หมอพื้นบ้านเป็นผู้แก้ไขปัญหาสุขภาพโดยรอบด้านที่อยู่ภายใต้บริบทเดียวกับคนในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาททางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า จะลดลงเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข และมีบุคลากรทางสาธารณสุขที่ป้องกันรักษาโรคด้วยวิธีการสมัยใหม่ แต่การเยียวยาแบบโบราณซึ่งส่วนใหญ่จะกระทำโดยผู้สูงอายุ ก็ยังเป็นที่ยอมรับในสังคมชนบท (ทรงยศ คำชัย, 2541) เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและชาวบ้านยังมีความเชื่อเกี่ยวกับโชค ลาง และวิธีการรักษาทางไสยศาสตร์ (สถิตย์ สุขบท, 2539) จากการศึกษาระดับชุมชนวงศ์ และคณะ (2532) ถึงบทบาทและศักยภาพของผู้สูงอายุในชนบทไทยต่องานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ผู้สูงอายุกว่าครึ่งมีบทบาทในครอบครัวและชุมชนโดยการถ่ายทอดความรู้และปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาสามัญประจำบ้านและปฐมพยาบาลเมื่อสมาชิกมีการเจ็บป่วย เกิดขึ้น สามารถพาบุตรหลานไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามกำหนดและสามารถปลอบโยนผู้มีปัญหาด้านจิตใจ ร้องลงมาคือการเลี้ยงดูเด็ก การเตรียมอาหารและการใช้สมุนไพร นอกจากนี้ที่น่าสนใจก็คือ ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งต้องการทำประโยชน์ด้านสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ และส่วนใหญ่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในยามเจ็บไข้ได้ป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ ผลเรือง (2537) ที่ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม ศึกษาเฉพาะกรณีที่บ้านอ่าววังสะพุง จังหวัดเลย พบว่าการรักษาแบบโบราณส่วนใหญ่จะกระทำโดยผู้สูงอายุซึ่งวิธีการดูแลสุขภาพแบบโบราณบางอย่างทำได้ง่ายและผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีศักยภาพที่จะทำ เช่น

การบีบกด การให้กำลังใจ ผูกแขน นอกจากการดูแลสุขภาพแบบโบราณแล้ว ผู้สูงอายุยังมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมในด้านการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการแผนใหม่ได้เช่นกัน เห็นได้จากการรู้จักเตรียมยาไว้ป้องกันและรักษาโรคหรือบางรายสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อทำบทบาทเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานโดยทั่วไปในหมู่บ้านของเขาเอง และ ศิริวรรณ สระแก้ว (2546) ได้ศึกษาถึง บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้ ช่วยดูแลปฐมพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นไข้ จะเช็ดตัว หายาให้กิน คอยบีบกดและให้กำลังใจ ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ยังมีบทบาทในเลือกการรักษาแบบผสมผสาน โดยการรับยาจากโรงพยาบาล และการรักษาแบบพื้นบ้าน ได้แก่ หมอพระ หมอน้ำมันต์ คนทรงเจ้า เพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของอำนาจเหนือธรรมชาติและเวรกรรม

อย่างไรก็ตามการแสดงศักยภาพดังกล่าวยังจำกัดขอบเขตอยู่แต่เพียงในครอบครัวเท่านั้น แม้สังคมไทยจะให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นศูนย์กลางของครอบครัวและเครือญาติ แต่ก็มิได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทอันเหมาะสมต่อชุมชนหรือสังคม (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2544) ทั้งที่ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมไปด้วยความรู้ และประสบการณ์ เป็นผู้ถึงพร้อมทั้งคุณวุฒิ และวิญญู เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ผู้สูงอายุจึงเปรียบเสมือนทุนทางสังคมเป็นผู้นำในการสร้างความเข้มแข็งให้เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งผลักดันให้คนในสังคมก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมั่นคง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) ที่เน้นถึงการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ในสุขภาพอนามัยเบื้องต้น และเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจัง เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงบทบาทของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพเพื่อจะนำไปสู่การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคม โดยใช้หลักและความเชื่อมั่นในตัวผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่เคยได้ใช้ความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือพัฒนาชุมชนของตนเองมาแล้วมากมาย แม้ว่าความชรภาพจะทำให้บทบาทด้านนี้ลดลง แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการอนุรักษ์วัฒนธรรมอันดีงานแก่บุตรหลาน (พรพิมล อรุณรุ่งโรจน์, 2543) ซึ่งกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสัดส่วนที่มากขึ้นในปัจจุบันก็น่าจะมีบทบาทในสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาททางด้านสุขภาพ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่างานวิจัยและผลงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินความต้องการ และศึกษาว่าสังคมจะให้การช่วยเหลือมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง แต่ยังไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาถึงบทบาททางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองครอบครัว สังคมและชุมชนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อยู่ใน

วัฒนธรรมจังหวัดสุรินทร์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุที่มีต่อสุขภาพของคนในครอบครัว ชุมชนและสังคม ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต และจัดบริการทางด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน เหมาะสมกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยส่วนบุคคลอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อบรรยายเหตุผลในการตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้านของผู้สูงอายุ
2. เพื่อบรรยายความรู้สึกในการเป็นหมอพื้นบ้านของผู้สูงอายุ
3. เพื่อบรรยายประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน

แนวคิดพื้นฐาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อบรรยายความรู้สึกและประสบการณ์ในการดูแลด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์มีการบันทึกเทป การสังเกต และการจดบันทึกทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมการสนทนา โดยเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน ไม่จำกัดเพศ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีความสมัครใจที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยสามารถให้การสัมภาษณ์ได้เป็นเวลา 45 – 60 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เป็นคำถามกว้าง ๆ ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอย่างไรในการเป็นหมอพื้นบ้าน
2. ประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้านของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ตามปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง ตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (nature) และความเป็นจริง (truth) ของปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง และใช้สำหรับตอบคำถามเกี่ยวกับความหมาย การทำความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิต ตามความเข้าใจของผู้ที่ถูกศึกษา ประสบการณ์นั้นอาจเป็นประสบการณ์ในระดับสังคมหรือที่คนส่วนใหญ่เข้าใจและปฏิบัติเหมือน ๆ กัน

(ชาย โภธิลิตา, 2547) โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ มีประสบการณ์ในการให้รักษาแบบหมอพื้นบ้านอย่างน้อย 10 ปี เป็นผู้ที่ได้การยอมรับหรือเห็นด้วยจากบุคคลทั่วไปในชุมชนว่ามีวิถีชีวิต การปฏิบัติตนตามหลักการรักษา และดูแลสุขภาพตามการรักษาแบบหมอพื้นบ้าน ซึ่งทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 ราย เพื่อที่จะศึกษาประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพที่ผู้สูงอายุ มีต่อชุมชนและสังคม ผู้วิจัยจึงไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใด ๆ ในการควบคุมการวิจัย

คำจำกัดความในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ เป็นผู้ทำหน้าที่วินิจฉัยโรค รักษาโรค ด้วยวิธีการที่สืบทอดความรู้ ประสบการณ์ การรักษามาจากบรรพบุรุษ โดยการบอกเล่าและ การจดบันทึก รวมทั้งกระบวนการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากความเชื่อของชุมชน มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปี ได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบและมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้านอย่างน้อย 10 ปี

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ทราบความหมายของบทบาททางด้านสุขภาพชุมชน ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน
2. เกิดความรู้ความเข้าใจในบทบาททางด้านสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม
3. เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและจัดบริการทางด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขต แนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร เพื่อนำมาสนับสนุนและเป็นแนวทางในการวิจัย โดยมีสาระสำคัญดังนี้ 1) แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3) แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับบทบาทผู้สูงอายุ 4) แนวคิดเกี่ยวหมอพื้นบ้านและการให้บริการด้านสุขภาพ 5) แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทย 6) แนวคิดเกี่ยวกับประเด็นทางวัฒนธรรมและการศึกษาชุมชนในมิติทางมานุษยวิทยา 7) แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ 8) บทบาทของพยาบาล 9) แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา 10) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และ 11) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐาน แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดความเข้าใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในด้านการทำความเข้าใจกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับความหมายดังต่อไปนี้

ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกและแบ่งการการให้ความหมายหลายรูปแบบ มีความแตกต่างกันขึ้นกับผู้นำไปใช้ อาทิเช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตราที่ 3 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institute on Aging) ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) คือระหว่าง 60-74 ปี ยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ และวัยสูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปีขึ้นไป (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2536) Ebersole and Hess (1998) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นช่วงต่าง ๆ ประกอบด้วย ช่วงการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (pre-elderly) มีช่วงอายุ 56 - 64 ปี ผู้สูงอายุตอนต้น (young - old) มีช่วงอายุ 65 - 74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง (middle-old) อายุ 75 - 84 ปี ในระยะสูงอายุนี้แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ (frail - old) มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป และต้องการการดูแลการบริการและการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่ผู้เฒ่าจัดให้ 2) ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ (frail - old) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีกลุ่มสูงอายุมาก อายุ 85 ปีขึ้นไป

(oldest - old) อายุ 95 ปีขึ้นไป (elite - old) และอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป (centenarians) ซึ่งบรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่นเรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (the aged, aging, old man) เป็นการเรียงตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยว ย่นทั้ง ๆ ที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

2. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (elderly, older persons) ปัญหาที่ตามมาคืออายุเท่าใดจึงเรียกว่า “สูงอายุ” ซึ่งได้มีการถกเถียงกันในที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ ส่วนใหญ่คนภาคพื้นยุโรปและอเมริกามักเรียกคนอายุ 65 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่ภาคพื้นเอเชียมักจะถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเป็นที่ตกลงกันในวงการประชุมระหว่างประเทศแล้วว่าให้ยึดเอาอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ

3. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่นเรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (senior citizens) ในองค์การหนึ่ง ๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การทั้ง ๆ ที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่ ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (elderly) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีทฤษฎีใดที่ให้ข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน แต่ละแนวความคิดให้ได้แต่ข้อมูลคร่าว ๆ เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุ (ageing process) ดังนั้นการติดตามผลงานวิจัยที่ออกมาใหม่จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการศึกษาทางด้านผู้สูงอายุ ทฤษฎีผู้สูงอายุ โดยทั่ว ๆ ไปสามารถแบ่ง ด้านดังต่อไปนี้ Christiansen and Grzybowski (อ้างใน ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์, 2548)

ทฤษฎีทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ (sociological theories of ageing)

1. ทฤษฎีความไม่เกี่ยวข้อง (disengagement theory)

การศึกษาวิจัยชิ้นหนึ่งได้ยืนยันว่า คนแต่ละคนอาจจะหยุดบทบาทของตัวเองบางอย่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการของตนเองหรือแรงกดดันจากสังคมได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงหนีไม่พ้นที่จะถอนตัวออกจากสังคม โดยที่จะไม่เกี่ยวข้องกับระบบทางสังคมที่อยู่ แต่อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากความต้องการการสืบต่อ การถ่ายทอดหรือความต่อเนื่อง (continuity) โดยที่ผู้สูงอายุควรจะพ้นจากหน้าที่เพื่อเปิดโอกาสให้คนรุ่นหลังต่อไป

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

ทฤษฎีนี้สนับสนุนการรักษาสภาวะการทำกิจกรรมการดำรงบทบาทต่าง ๆ และการจัดเวลาของตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม มีความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสมทางสังคมของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและความพึงพอใจในชีวิต ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

ทฤษฎีนี้มุ่งที่ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิตและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ขึ้นกับแบบแผนการดำรงชีวิตตั้งแต่ในระยะวัยต้น ๆ ของชีวิตและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลมีผลกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและการดำเนินกิจกรรมร่วมต่าง ๆ

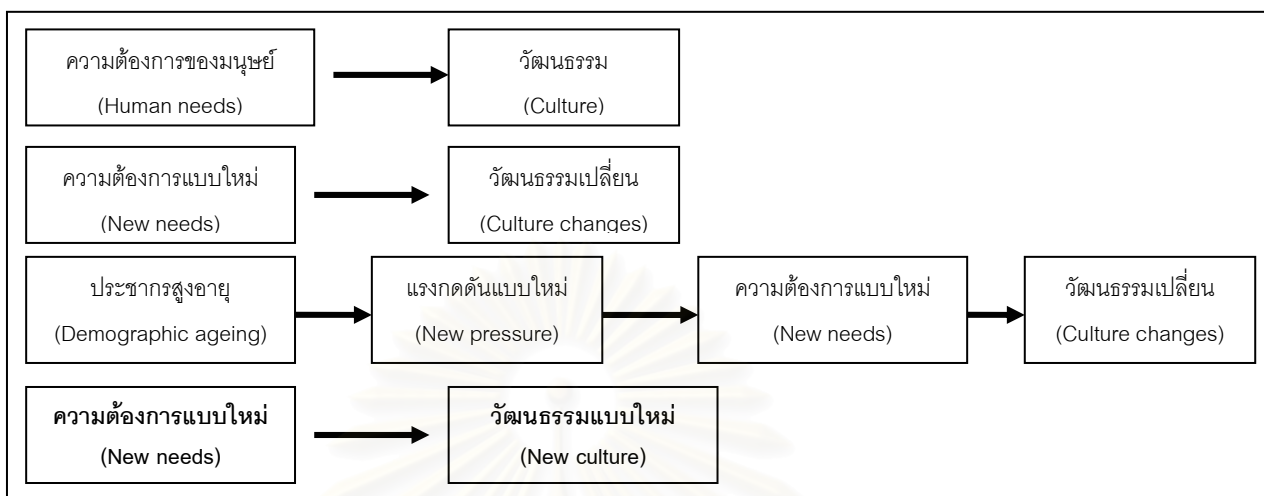
ซึ่งทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำงาน ยังคงมีความต้องการที่จะดำรงศักยภาพเอาไว้ เนื่องจากทำให้รู้สึกว่าคุณค่าต่อสังคม ซึ่งส่วนงานวิจัยนี้จะได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน ซึ่งต้องดูแลให้ความใส่ใจในความต่างทางด้านวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุ ดังที่จะกล่าวในหัวข้อถัดไป

ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมกับผู้สูงอายุ

ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2548) วัฒนธรรมทุกวัฒนธรรมเป็นพลวัต (dynamic) ไม่อยู่นิ่ง แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมในแต่ละแห่งไม่เท่ากัน วัฒนธรรมเกิดขึ้นจากความต้องการของมนุษย์ และเมื่อมีความต้องการใหม่เกิดขึ้น วัฒนธรรมจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ก็จะสร้างแรงกดดันใหม่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความต้องการแบบใหม่ ที่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ก็จะต้องมีการปรับตัวต่อวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปด้วย ดังนั้นเมื่อมีความต้องการแบบใหม่เกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดวัฒนธรรมแบบใหม่เกิดขึ้นตามมา และเรากำลังอยู่ในกระบวนการที่จะจัดกระทำต่อวัฒนธรรมแบบใหม่เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ของเรา (ดูภาพที่ 1)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักถูกอธิบายในความหมายตามการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน จากที่เคยทำงานประจำกลายเป็นทำงานบางเวลา โดยอาจไปเป็นวิทยากรพิเศษ เป็นที่ปรึกษาของบริษัทต่างๆ ภายหลังการเกษียณ หรือจากการเป็นปู่ ย่า ตา ยาย หลังจากที่ถูกๆ โตขึ้น แต่งงานมีครอบครัว ก็จะมีลูกหลานสืบสกุล ทำให้ผู้สูงอายุต้องแสดงบทบาทเป็นปู่ ย่า ตา ยาย เป็นที่ปรึกษาของลูก ในการอบรมสั่งสอนหลานๆ หรือกลายเป็นผู้ที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรต่อไปได้อีก การสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง จะเป็นวัยที่หมดประจำเดือน จึงมักถูกสังคมมองว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถมีลูกต่อไปได้ เป็นต้น

ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของมนุษย์กับวัฒนธรรม



ที่มา: ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2548 หน้า 23)

3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับบทบาทผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุของ Ralph Linton (อ้างในกระแส ชนะวงค์, 2532 หน้า 14 - 15) องค์ประกอบที่กล่าวนี้จะทำให้บุคคลแสดงบทบาทตามสิทธิหน้าที่ของตน แนวคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของบุคคลจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 อย่างดังต่อไปนี้

1) ความคาดหวังในบทบาท (role expectation) เป็นบทบาทตามความคาดหวังของผู้อื่น หรือเป็นบทบาทที่สถาบัน องค์การหรือกลุ่มสังคม คาดหวังให้บุคคลปฏิบัติตามสิทธิหน้าที่ ที่บุคคลนั้นครองตำแหน่งอยู่

2) การให้ความหมายของบทบาท (role conception) เป็นการให้ความหมายในบทบาทของตนว่าควรจะมีบทบาทอย่างไรและสามารถจะมองเห็นบทบาทของตนเองได้ตามการรับรู้ (perceived role) ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคลนั่นเอง ทั้งนี้การรับรู้ในบทบาทและความต้องการของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ตลอดจนเป้าหมายในชีวิตและค่านิยมของบุคคลที่สวมบทบาทนั้น

3) การยอมรับบทบาทของบุคคล (role acceptance) ซึ่งเกิดขึ้นได้ เมื่อความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและบทบาทที่ตนเองรับรู้อยู่ การยอมรับบทบาทนี้เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับความเข้าใจในบทบาทและการสื่อสารระหว่างสังคมและบุคคลนั้น ทั้งนี้เพราะว่าบุคคลไม่ได้ยินยอมรับบทบาททุกบทบาทเสมอไป แม้ว่าจะได้รับการคัดเลือกหรือถูกแรงผลักดันจากสังคม ให้รับตำแหน่งและมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติก็ตาม เพราะถ้าหากว่าบทบาทที่ได้รับนั้นทำ

ให้เกิดความเสียหายหรือเสียผลประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขัดกับความต้องการหรือค่านิยมของบุคคลนั้น ผู้ครองตำแหน่งอยู่ก็จะพยายามหลีกเลี่ยงบทบาทนั้น ไม่ยอมรับบทบาทนั้น ๆ

4) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล (role performance) เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพแวดล้อม (action role) ซึ่งอาจจะเป็นการแสดงบทบาทที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นการแสดงบทบาทตามการรับรู้ และความคาดหวังของตนเอง การที่บุคคลจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ดีเพียงใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับระดับการยอมรับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ ซึ่งเนื่องมาจากความสอดคล้องกันของบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและการรับรู้บทบาทของตน

Hunt (อ้างในบัณฑิต ชนะชัย, 2533) ได้แบ่งประเภทของบทบาทออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. บทบาทที่กำหนดโดยสังคม (role prescription) เป็นบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ว่าบุคคลที่ดำรงตำแหน่งนั้นจะต้องทำอะไร
2. บทบาทที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์และหน้าที่ (role exactments) การอยู่ร่วมกันของคนมักจะมีอยู่ในลักษณะกลุ่ม แต่ละกลุ่มจะกำหนดข้อตกลงหรือระเบียบแบบแผน เพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกปฏิบัติตามข้อห้ามของศีล
3. บทบาทที่ต้องปฏิบัติเป็นตัวอย่างของสังคม (role stereotypes) เช่น การแต่งกาย การพูดจา เป็นต้น
4. บทบาทที่สังคมคาดหวัง (role expectations) เป็นบทบาทที่บุคคลอื่นคาดหวังไว้เกี่ยวกับ สิ่งที่คุณดำรงตำแหน่งควรปฏิบัติ
5. บทบาทที่ต้องปฏิบัติตามความคาดหวังของผู้ร่วมงานด้วยกัน (counterrol exactments) บทบาทนี้มีลักษณะที่คล้ายกับบทบาทที่สังคมคาดหวัง แต่เป็นการพิจารณาถึงบทบาทเฉพาะที่เกี่ยวกับการทำงานหรือกระทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น

นอกจากนี้ ชูดา จิตพิทักษ์ (2528) ยังได้ชี้ให้เห็นว่า การที่จะศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงบทบาททางสังคมและสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ทางสังคม ควรจะทำความเข้าใจกับบทบาท 3 ประเภทได้แก่

1. ความคาดหวังในบทบาท (role expectation) เป็นการแสดงให้เห็นถึงโครงสร้างของความรู้และความเข้าใจ 2 ประการ คือ การกระตุ้นจากการติดต่อเกี่ยวข้องของบุคคลกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และการตอบสนองจากแนวโน้มของการแสดงออกของบุคคลนั้น กับลักษณะของการแสดงออกตามตำแหน่งเฉพาะในสังคม

2. การรับรู้ในบทบาท (role perception) ตามปกติแล้วบทบาทแต่ละบทบาทมีความสัมพันธ์ในระบบสังคม การกระทำตามบทบาทนั้นจึงขึ้นอยู่กับความเข้าใจของตัวบุคคล การให้ความหมาย รวมทั้งคุณสมบัติส่วนตัวของบุคคล สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกำหนดให้บุคคลรับรู้หรือแสดงบทบาทที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะอุปนิสัย ความคิด ความรู้ ความสามารถ มूलเหตุจูงใจ

ประสบการณ์เดิม การอบรม ความพึงพอใจ ตลอดจนสภาพทางกายภาพ และจิตใจของบุคคล ที่กระทำบทบาทนั้น ๆ

3. การขัดแย้งในบทบาท (role conflict) เนื่องจากการที่บุคคลแต่ละบุคคลมีสถานภาพหลายสถานภาพในเหตุการณ์หนึ่ง บทบาทของเขาที่พึงกระทำจึงมีหลายบทบาท ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากสำหรับเขาได้โดยเฉพาะบทบาททั้งหลายนั้นจะมีความขัดแย้งกัน ทำให้เกิดความลำบากในการเลือกกระทำหรือตัดสินใจเกี่ยวกับการแสดงบทบาทใดบทบาทหนึ่ง

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงมีศักยภาพควรที่จะได้รับการสนับสนุนหรือดำรงศักยภาพหรือบทบาทของตนเองเอาไว้เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง และเป็นประโยชน์ต่อสังคม ดังเช่นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

4. แนวคิดเกี่ยวหมอพื้นบ้านและการให้บริการด้านสุขภาพ

ความหมายของการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) เป็นศัพท์ที่นิยมใช้เรียก การแพทย์แผนโบราณ เนื่องจาก ในระยะ 5 - 10 ปี องค์การภาครัฐ และเอกชนที่ประสงค์จะพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ โดยไม่ต้องการใช้คำว่า “โบราณ” ในการเรียกขานเนื่องจากมีความหมายที่ขัดต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์ดั้งเดิมของไทยจึงเปลี่ยนเป็น “การแพทย์แผนไทย” และเมื่อกระทรวงสาธารณสุขให้ความสนใจและมี นโยบายในการพัฒนา การแพทย์แบบดั้งเดิมของไทยจึงได้มีการทำ “โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย” ในปี พ.ศ. 2530 และเปลี่ยนเป็น “ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมไทย” ในปี พ.ศ. 2532 จึงใช้คำว่า “การแพทย์แผนไทย” เป็นที่รู้จักและใช้กันเรื่อยมา อย่างไรก็ตามด้านกฎหมายยังไม่มี การเปลี่ยนแปลง (รุจิรา อรรถสิทธิ์, 2533) ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบทและสถาบันแพทย์แผนไทยที่ว่า การแพทย์แผนไทยเป็นศัพท์ที่นิยมใช้เรียกการแพทย์แผนโบราณเพื่อให้มีความชัดเจนว่า เป็นระบบการแพทย์ที่มีมาช้านาน สอดคล้องกับความต้องการที่จะยกฐานะการแพทย์แผนไทยโดยเรียกขานเช่นเดียวกับการแพทย์จีน (Chinese Medicine) อายุรเวช (Ayurvedic Medicine) ของอินเดีย และให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการพัฒนาให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จักและยอมรับต่อไป

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงถือว่า การแพทย์แผนไทย แทนการแพทย์แผนโบราณซึ่งเป็นคำที่ใช้แทนกันได้ในความหมายเดียวกัน และการแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทย ดังนี้

สำรวจ ทรัพย์เจริญ (2531) อธิบายว่าการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การดูแลสุขภาพโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ใช้สมุนไพรอย่างง่าย การปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัย การใช้พิธีกรรม ความเชื่อเรื่องผี เป็นต้น การแพทย์พื้นบ้านมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามสภาพพื้นที่ เป็นไปอย่างสอดคล้องกับ

วัฒนธรรมของแต่ละภูมิภาค การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทยที่มีการสรุปเป็นความรู้ การถ่ายทอดเป็นตำรา มีการเรียนการสอน และการใช้กันอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท

ลือชัย ศรีเงินยวง และรุจิราภ อรรถสิทธิ์ (2535) ให้ความหมายของการแพทย์แผนโบราณ หมายถึง การรักษาเยียวยาแบบดั้งเดิมที่ได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์จากการวินิจฉัยโรค และการรักษาจากครูผู้สอน เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งมีใช้การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แผนตะวันตก

สุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ (2530) กล่าวว่าหมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลที่มีความรู้ทางหมอและทางยาพอที่จะให้การรักษาโรคพื้น ๆ ได้ มักเป็นคนพื้นบ้านในหมู่บ้านชนบทและสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษหรือศึกษาจากสมุฒช่อยที่เก็บรักษาไว้ตามวัด มักให้การรักษาแบบยาขอหมอมาน โดยยึดหลักเมตตารวมตามแบบโบราณ คือ ให้การรักษาฟรีหรือเก็บเป็นตัวเงินหรือสิ่งของเพียงเล็กน้อยแทบจะเรียกได้ว่าไม่สามารถเอามาเป็นรายได้ประจำ ดังนั้นหมอพื้นบ้านบางคนมักประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น เกษตรกรรม ค้าขาย ร่วมด้วย

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบทและสถาบันการแพทย์แผนไทย (2539) ให้ความหมายของการแพทย์แผนโบราณว่า หมายถึง ระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของทุกสังคมที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของความรู้และการฝึกปฏิบัติในการวินิจฉัย ป้องกัน และบำบัดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ มีการใช้ทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นระบบแบบแผน มีการสืบต่อความรู้และประสบการณ์โดยการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ การบันทึกไว้ในคัมภีร์หรือตำราแบบเก่าและโดยวิธีการบอกเล่า ส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนโบราณได้สังเคราะห์มาจากการแพทย์พื้นบ้าน

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถให้คำนิยามของการแพทย์แผนไทยได้ว่า การแพทย์แผนไทย หมายถึง กระบวนการดำเนินงานสาธารณสุขโดยการใช้วิธีการทั้งการแพทย์แผนไทยแบบวิชาชีพ แบบพื้นบ้าน และการดูแลสุขภาพแบบเดิมของชาวบ้าน มาผสมผสานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนโดยอยู่ใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอพื้นบ้านที่ผ่านการอบรมแล้ว

ประเภทของการแพทย์แผนไทย

การจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านอย่างชัดเจนนั้นทำได้ลำบาก โดยทั่วไปมีแนวคิดที่ใช้จำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านมากมาย พอที่จะยกตัวอย่างได้ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2539) ได้แบ่งประเภทของหมอพื้นบ้านออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

1. กลุ่มหมอพื้นบ้านที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ เช่น หมอยาพื้นบ้าน หมอกระดูก หมอตำแย หมอนวดพื้นบ้าน เป็นต้น

2. กลุ่มพื้นบ้านที่มีรากฐานมาจากความเชื่อและศาสนา เช่น หมอคู่ หมอมอ หมอธรรม หมอทรง (ร่างทรง) หมอสู่วิญ หมอสะเดาะเคราะห์ เป็นต้น

การแพทย์แผนไทย เป็นการแพทย์พื้นฐานของไทยที่ใช้ในการดูแลสุขภาพและรักษาโรคมานาน ซึ่งประกอบไปด้วยการแพทย์หลาย ๆ แบบ โรงพยาบาลอุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี (2538) ได้แยกประเภทของการแพทย์แผนไทยได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การแพทย์แผนไทยแบบวิชาชีพ เป็นการดูแลสุขภาพแบบแผนไทยที่มีลักษณะวิชาชีพ (professional health care subsector) ซึ่งเทียบเคียงได้กับการแพทย์แผนใหม่ คือ มีสถาบันการศึกษาซึ่งประกอบด้วยหลักสูตรที่ชัดเจน วุฒิการศึกษาที่ได้รับการยอมรับทางกฎหมายและสังคม ลักษณะการประกอบอาชีพอาศัยระบบการปฏิบัติแบบทฤษฎีอายุรเวช (อาจมีส่วนทฤษฎีการแพทย์ของจีน ขอม เข้ามาผสมผสานทางวัฒนธรรม) ผู้ให้การรักษา คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณแบบทั่วไป และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณแบบประยุกต์

2. การแพทย์พื้นบ้าน เป็นการดูแลสุขภาพแบบแผนไทยที่มีลักษณะพื้นบ้าน (folk health care subsector) หมายถึง การปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีใช้รูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดองค์กร มีลักษณะกึ่งผิดกฎหมาย หรือแม้ถูกกฎหมายการแพทย์พื้นบ้านก็เป็นการแพทย์ของสามัญชน มีแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย หลายส่วนของการแพทย์พื้นบ้านเชื่อมโยงอยู่กับโลกทัศน์ของชุมชน และลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมของชุมชน ผู้ให้บริการคือ หมอพื้นบ้าน

3. การดูแลสุขภาพแบบเดิมของชาวบ้าน เป็นการดูแลสุขภาพของชาวบ้าน (popular health care subsector) เป็นการดูแลสุขภาพส่วนที่กว้างขวางมากที่สุด อีกทั้งมีการผสมผสานและอาศัยประสบการณ์จริงของบุคคล ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมาพิจารณาเพื่อรับรู้ ตีความ วินิจฉัยและตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น การอยู่ไฟ การใช้สมุนไพรของหญิงหลังคลอด ยาแผนโบราณรักษาความเจ็บป่วย การเหยียบนวด การงัดของแผลง ความเชื่อเรื่องผี พิธีกรรมต่าง ๆ

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2530) ได้แบ่งประเภทของแพทย์แผนโบราณ โดยแบ่งตามความถนัดหรือวิธีการรักษา ออกเป็น

1. หมอสมุนไพร หรือหมอยาหม้อ (รักษาโรคทั่วไป)
2. หมอที่ใช้วิธีการรักษาทางไสยศาสตร์ เช่น หมอไสยศาสตร์ หมอน้ำมนต์ หมอผี หมอเสกเป่า เป็นต้น
3. หมอเฉพาะทาง คือ มีความเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะโรค เช่น หมอนวด หมอจับเส้น หมออัมพาต หมอกระดูก หมอตำแย เป็นต้น
4. หมอผสมผสาน เช่น หมอสมุนไพรกับหมอน้ำมนต์ หมอตำแยกับหมอนวด เป็นต้น

ในเรื่องเกี่ยวกับระบบการแพทย์พื้นบ้านนั้นๆ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2533:92-110) ได้

กล่าวถึงภาพรวมระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยว่าประกอบขึ้นจากระบบการแพทย์ย่อยๆที่สังคมไทยสังเคราะห์ขึ้น และการถ่ายทอดมาสั่งสมไว้ตลอดประวัติศาสตร์ของชาติไทย เปรียบเสมือนตะกอนที่สะสมไว้ การทำความเข้าใจระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยนั้นสามารถทำความเข้าใจได้จากรากเหง้าแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิมหลายกระแสได้แก่วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี วัฒนธรรมพราหมณ์ และพุทธศาสนาอันเป็นรากฐานของวัฒนธรรมไทย และเพื่อให้ความเข้าใจในปัจจุบันที่ส่งเสริมผลต่อพฤติกรรมกรแก้ปัญหาความเจ็บป่วยได้แบ่งการแพทย์พื้นบ้านออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การแพทย์แบบประสบการณ์ เป็นกระบวนการพื้นบ้านที่ดั้งเดิมที่สุดในการแสวงหาทางออก ทางด้านสุขภาพเป็นระบบการแพทย์ที่เกิดจากการสั่งสมจากประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลและได้รับการถ่ายทอดต่อกันมาจึงมักไม่ทฤษฎี หรือแนวคิดที่เป็นระบบกระบวนการรักษาพยาบาลมักจะพัฒนามาจากท้องถิ่นของตนเองเป็นหลัก จึงเกิดความแตกต่างกันในท้องถิ่น รวมทั้งวิธีการในการรักษาเป็นที่รู้จักและเข้าใจกันในหมู่สมาชิกของชุมชนนั้น ๆ เพราะทุกขั้นตอนเกิดจากพื้นฐานความเชื่อของชาวบ้านในท้องถิ่นนั้น ๆ

2. ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นระบบการแพทย์ที่มีพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมโดยถือว่า ปรากฎการณ์ของความเจ็บป่วยมีรากเหง้ามาจากการขัดแย้งทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความอำนาจเหนือธรรมชาติ และปฏิบัติตามกฎที่สังคมได้วางไว้ ถ้าหากฝ่าฝืนจะเกิดอันตรายแก่ตนเอง ครอบครัวหรือชุมชนได้ สิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ผีบรรพบุรุษ ผีฟ้า ผีที่รักษาธรรมชาติ ฯลฯ ในการรักษานอกจากจะใช้วิธีการเช่นให้วุ้นชาแล้ว ยังมีการรักษาด้วยหมอผี หมอธรรม ฯลฯ

3. ระบบการแพทย์แผนโหราศาสตร์ เป็นอิทธิพลความคิด ความเชื่อทางศาสนาพราหมณ์โดยเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ในจักรวาลล้วนแต่มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกันและเป็นไปตามวิถีหรือโชคชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งที่อยู่ในอิทธิพลจักรราศี ความเจ็บไข้ได้ป่วยถือว่าเป็นเคราะห์ที่เกิดขึ้นเมื่อชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไปถึงจุดที่ต้องเกิด และอาจรู้ล่วงหน้าด้วยการคำนวณและทำนายตามหลักโหราศาสตร์และสามารถแก้ไขได้ด้วยการสะเดาะเคราะห์เพื่อผ่อนหนักเป็นเบาได้

4. ระบบการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ เป็นระบบการอธิบายปรากฏการณ์การเจ็บป่วยด้วยระบบธาตุ 4 อย่างคือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ซึ่งถ้าหากความสมดุลผิดปกติจะเกิดความเจ็บป่วยได้ เมื่อใดที่ธาตุปรกติอยู่ในภาวะสมดุล ร่างกายก็จะปรกติ การรักษาผู้ที่เจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดปกติของธาตุ จะต้องเพิ่มหรือลดจากธาตุที่ปรกติเพื่อให้เกิดภาวะสมดุล

ได้มีผู้ศึกษาวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังนี้

หมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์แบ่งได้เป็น 6 ประเภท ประกอบด้วย 1) หมอยาสมุนไพร คือหมอที่ใช้สมุนไพรในการรักษา และดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นหลัก 2) หมอจุดกระดูก คือหมอที่รักษากระดูกแตก กระดูกหัก โดยทาน้ำมันทา ใช้น้ำมันดี การเป่าและการเข้าเฝือก 3) หมอพื้นบ้าน หมอตำแย หมอทำคลอด 4) หมอไสยศาสตร์ คือ หมอรักษาคนที่ถูกคุณไสยและมีอาการผีเข้า ไล่ปอบ 5)

หมอนวด คือหมอที่ใช้การนวดเป็นวิธีหลักในการรักษา และ 6) หมอพิธีกรรม คือหมอที่ช่วยเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ เช่น การสะเดาะเคราะห์ การทำพิธีปัดรังควาญ ซึ่งการแพทย์พื้นบ้านนั้นเป็นระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่ได้รับการสั่งสม และสืบทอดตามบรรพบุรุษ ซึ่งจะมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2547)

กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลปัญหาอาการปวดเมื่อยของชาวบ้านในเขตอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ชาวบ้านประวัติการรักษาปัญหาปวดเมื่อยกับหมอพื้นบ้านในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา มีมากถึงร้อยละ 50.7 ประเภทของหมอพื้นบ้านที่เคยไปรักษามีหลายประเภท ได้แก่ หมอสมุนไพร หมอนวด หมอเป่า เป็นต้น แต่หมอพื้นบ้านที่ชาวบ้านนิยมไปรักษามากที่สุดคือ หมอนวด (ร้อยละ 57.9) รองลงมาคือ ให้เพื่อนบ้านบีบนวดให้ ร้อยละ 31.1 ให้ญาติบีบนวดให้ร้อยละ 21.6 หมอสมุนไพรร้อยละ 6.4 จากการศึกษาในระดับวิทยาลัยสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2532 พบว่าการไปรับการรักษา (การเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์) ร้อยละ 48.7 ไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน และร้อยละ 25.1 ไปพบแพทย์แผนโบราณ และพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองไปรับการรักษาจากแพทย์แผนโบราณมากกว่าเขตชนบทคือ ร้อยละ 29.9 และ 20.3 ตามลำดับ

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์ (2537) ได้ศึกษาศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลรักษาสุขภาพ กรณีศึกษา: การรักษากระดูกหักของหมอเมืองและการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย สรุปได้ว่า

1. ระบบการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน เป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองที่ดำรงอยู่กับชุมชน ซึ่งยังคงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการรับใช้ชุมชนตราบนานจนปัจจุบัน ภูมิปัญญาบางอย่างยังร่วมสมัย หากองค์ความรู้เหล่านี้ได้รับการตรวจสอบและฟื้นฟูอย่างจริงจัง อาจเป็นทางออกของการแก้ปัญหาสุขภาพได้อีกทางหนึ่ง
2. ภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นทางเลือกหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประชาชนพึงพึงได้ในระดับหนึ่ง
3. จุดเด่นและจุดได้เปรียบของระบบการแพทย์พื้นบ้านคือ มุ่งเน้นการรักษาคนทั้งร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนรวมไปถึงครอบครัว หรือเครือญาติและระบบ มากกว่าที่จะมุ่งเน้นการรักษาเฉพาะโรค หรือเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง

การให้บริการด้านสุขภาพ

การให้บริการด้านสุขภาพหมายถึง การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะเริ่มต้นที่บ้านภายในครอบครัว โดยมีผู้สูงอายุ บิดา มารดา เป็นตัวหลักในการให้บริการทางการแพทย์ตามหลัก 5 ประการ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพที่ชำรุดและการเฝ้าระวัง

มีเพียงการรักษาโรคและการนัดเพื่อการรักษาเท่านั้นที่ต้องมีหมอพื้นบ้าน และหมอนวดไทยเป็นผู้ปฏิบัติ แต่บุคคลเหล่านี้ล้วนแต่เป็นลูกหลานของชุมชนแห่งนั้นทั้งสิ้น (เสม พริ้งพวงแก้ว, 2538) กิจกรรมการให้บริการต่าง ๆ ได้แก่

1. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ได้แก่ การรับประทานอาหารและผักพื้นบ้าน ความเชื่อหรือข้อห้าม ข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ การบายศรีสู่ขวัญ การสืบชะตา การดูดวง การทำสมาธิและปฏิบัติธรรม การปลูกและใช้สมุนไพรในครัวเรือน การอนามัยแม่และเด็กพื้นบ้าน เป็นต้น

2. การรักษาพยาบาล ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพร การนวดเพื่อการรักษา การอบและประคบสมุนไพร ธรรมามัยหรือธรรมชาติบำบัด การเข็ดหรือแหก การรักษากระดูกหัก การฝังเข็ม การรักษาด้วยพิธีกรรม

3. การฟื้นฟูสภาพที่ชำรุด ได้แก่ การบริหารกายท่าฤๅษีดัดตน ลมปราณ ฉี่กง ไทเก๊ก โยคะ การนวดไทย การใช้อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพพื้นบ้าน

4. การเฝ้าระวังโรค มักจะเกิดขึ้นในครอบครัวโดยผู้สูงอายุในบ้าน พ่อหรือแม่ นั้นเป็นนิสัยอันดีงานแต่โบราณกาล การแพทย์พื้นบ้านมักจะเฝ้าระวังโรคด้วยการเน้นในธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน (ปถวิธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และธาตุไฟ (เตโชธาตุ) โดยเฝ้าระวังว่าธาตุทั้ง 4 นั้นยังปกติดีอยู่หรือกำเริบ หย่อน หรือพิการ

ในระบบบริการสุขภาพของทุกชนชาติล้วนแต่ต้องมีระบบการแพทย์ดั้งเดิมของตน เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์การรักษาสุขภาพมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ประกอบด้วยการเรียนรู้และความเข้าใจในชีวิตและสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน ระบบการแพทย์จึงเกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงในชีวิตที่ถ่ายทอดสะสมมา ผ่านการทดลองใช้และสังเกตผลจนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อชีวิตและธรรมชาติรอบตัว พัฒนามาเป็นระบบทฤษฎีทางการแพทย์ แบบแผนการปฏิบัติด้วยยามเจ็บป่วย ที่มุ่งให้เกิดความสมดุลกับธรรมชาติ ภูมิปัญญาทางการแพทย์นี้ยังถูกผสมผสานเข้าในวิถีชีวิตอย่างกลมกลืน เป็นแบบแผนการปฏิบัติที่นับตั้งแต่แรกเกิดจนตาย ทั้งด้านอาหารการกิน ไปจนถึงการดำเนินชีวิตด้านอื่น ๆ ในสังคมเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

ตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 คณะกรรมการวิชาชีพสาขากการแพทย์แผนไทย โดยมีคณะกรรมการวิชาชีพสาขากการแพทย์แผนไทย ร่วมกับกองการประกอบโรคศิลปะได้จัดให้มีการสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทยเป็นประจำทุกปี และได้อนุมัติให้ขึ้นทะเบียนเป็น ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย และการผดุงครรภ์ไทย ตามมาตรา 33 (1) (ก) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 คือได้รับการอบรมหรือ

ถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ เรียกว่าระบบการฝากตัวเป็นศิษย์ การที่ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ จะไปกระทำการประกอบโรคศิลปะนั้น สมควรที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมให้แพทย์แผนไทยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย อันจะนำความรู้นี้ไปใช้เป็นประโยชน์ในการประกอบวิชาชีพอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งยังต้องการที่จะส่งเสริมจริยธรรม ศีลธรรมอันดีงาม

และซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับจรรยาบรรณและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทย ประจำปี 2) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ สามารถสืบทอดภูมิปัญญาไทยให้ดำรงอยู่ได้ต่อไป 3) เพื่อพัฒนาบุคลากรทางด้านกการแพทย์แผนไทยไปสู่ระบบการแพทย์แผนไทยที่พึงประสงค์ตลอดจนสร้างวามเข้มแข็งให้กับการแพทย์แผนไทย 4) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นและสร้างความรู้รักสามัคคีในหมู่แพทย์แผนไทย โดยมีสถาบันการแพทย์แผนไทยในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และรับผิดชอบในงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติ

ข้อปฏิบัติในการยื่นใบมอบตัวศิษย์ และคำขอสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย การยื่นใบมอบตัวศิษย์สาขากการแพทย์แผนไทย ตามข้อ 4 แห่งกฎกระทรวงมหาดไทยออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ซึ่งยังมีผลใช้บังคับตามมาตรา 67 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 กำหนดให้ผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทยประเภทต่าง ๆ ต้องยื่นใบมอบตัวศิษย์เพื่อแสดงว่าได้เข้ารับการอบรมศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยไว้กับครู โดยผู้ยื่นคำขอต้องมีคุณสมบัติที่กำหนดว่า 1) อายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ 2) เป็นผู้มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา 33 3) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ 4) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด ในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ 5) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ 6) ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพหรือเป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ 7) ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ปัจจุบันประชาชนชาวไทยมีความสนใจและมีความจำเป็นต้องใช้การดูแลรักษาสุขภาพและบำบัดรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกอบด้วยการใช้สมุนไพร นวดไทย การดูแลรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การบำบัดทางจิต ตลอดจนวิถีธรรมชาติดั้งอื่น ๆ เพื่อการพึ่งตนเองในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับชาติ และกระทรวงสาธารณสุขมี

นโยบายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย โดยนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน (กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

5. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทย

สังคมคือ กลุ่มคนซึ่งอาศัยอยู่ในอาณาบริเวณใดบริเวณหนึ่งเป็นระยะเวลาพอสมควร โดยที่ผู้คนในกลุ่มมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีลักษณะหลายสิ่งหลายอย่างคล้ายหรือเหมือนกัน เช่น ภาษาที่ใช้ การแต่งกาย หรือกล่าวโดยรวม ๆ กัน คือ มีวัฒนธรรมเดียวกัน (จรัญ พรหมอยู่, 2526 อ้างใน ปาริชาต ญาตินิยม, 2547)

ถึงแม้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ที่จะต้องมีการเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย แต่เชื่อว่าทุกคนจะยอมรับได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก่ ทัศนคติในเชิงลบที่พบ เช่น ไม่ต้องการให้มีการสูงอายุ เห็นว่าการสูงอายุมีความหมายตรงข้ามกับความมีชีวิตชีวาหรือความสนุกสนาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุบางส่วนมีภาวะเจ็บป่วย ทำให้คนกลุ่มนี้มักคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นภาวะผิดปกติและซึมเศร้า สอดคล้องกับ Cowgill (1986) ที่กล่าวว่า คนเรามักคิดว่าการสูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสูญเสีย ความรู้สึกเป็นประโยชน์ ภาวะเจ็บป่วย ความอ่อนแอ ความจน สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ไม่สามารถมีลูกหรือสืบพันธุ์ต่อไปและการตาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังถูกจัดแบ่งโดยรวม (stereotyping) ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะอ่อนเพลียไม่มีแรง มีพฤติกรรมที่ไม่ยืดหยุ่น มีการสอนศีลธรรมจรรยาและทักษะที่ล้ำสมัย (Bytheway, 1995) ดังนั้นจึงมักแสดงออกโดยการให้ความสนใจป้องกันรอยเหี่ยวย่น ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการสูงอายุ ทัศนคติเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้คนทั่วไปพยายามรักษารูปร่างลักษณะคงความหนุ่มสาวไว้เพื่อปกปิดอายุที่แท้จริง (chronological age) ซึ่งจะพบมากในเพศหญิง

ผู้สูงอายุในสังคมไทย การกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับความหมายของการเป็นผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สังคมไทยได้ยึดตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งได้กำหนดว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (elderly) สอดคล้องตามมติประชุมสมัชชาโลก ส่วนในประเทศอื่นเช่น สหรัฐอเมริกา ถืออายุ 65 ปี กลุ่มสแกนดิเนเวียถืออายุ 67 ปี และได้กำหนดว่าผู้สูงอายุมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้เสื่อมตามสภาพ กำลังลดถอย เชื่องช้า 3) เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ 4) เป็นผู้ที่มีโรค ควรได้รับการช่วยเหลือ และควรสนับสนุนให้ตั้งสโมสรผู้สูงอายุขึ้น (สุพิศรา สุภาพ, 2545)

ในทฤษฎีความทันสมัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2548 หน้า 25) กล่าวว่า ความทันสมัยของสังคมกับสถานภาพและเงื่อนไขเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ และความทันสมัยส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1) ผู้สูงอายุมีสถานภาพและมีคุณค่าต่ำลง จากความเจริญทางวิทยาศาสตร์ทำให้เทคโนโลยีมีประสิทธิภาพดีขึ้น และแหล่งข้อมูลทางด้านเทคโนโลยีเหล่านี้มาจาก โรงเรียน และ

สถาบันการศึกษา จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ใช่ผู้ที่มีข้อมูลแต่เพียงผู้เดียวอีกต่อไป อาชีพเก่าๆ จะล้าสมัย แต่จะมีอาชีพใหม่ๆ ขึ้นมา และอาชีพใหม่นี้จะนำไปสู่ความต้องการใหม่ เช่น การศึกษาและการฝึกอบรม จึงทำให้ต้องการคนหนุ่มสาวทำงานมากกว่าผู้สูงอายุ และในด้านบทบาท ผู้สูงอายุมีการสูญเสียตำแหน่งที่สำคัญ อาจเกิดจากการเกษียณอายุหรือการที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการใหม่ได้ ส่งผลให้สถานภาพ อำนาจและคุณค่าของผู้สูงอายุลดลง ในสังคมที่มีผู้สูงอายุน้อย ผู้สูงอายุจะได้รับการยกย่องมีสถานภาพสูง แต่ในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก ผู้สูงอายุจะสถานภาพต่ำลงดังเช่นอุปสงค์และอุปทาน (Cowgill, 1986) (ดูภาพที่ 2)

2) มีประชากรผู้สูงอายุแบบใหม่ จะพบว่าผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย และเนื่องจากผู้หญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย จึงจะทำให้มีหญิงสูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายเพิ่มขึ้น

3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลงจากการกลายเป็นเมือง บุคคลจะคำนึงถึงตนเองมากขึ้นทำสิ่งใดโดยไม่สนใจใคร (individualism) จะมีความสัมพันธ์แบบเป็นทางการมากขึ้น ไม่มีความผูกพันที่ใกล้ชิดเหมือนสังคมชนบท จะต้องติดต่อผ่านสื่อกลาง และความสัมพันธ์จะถูกคัดกรองตามความสนใจของแต่ละบุคคล (Cowgill, 1974)

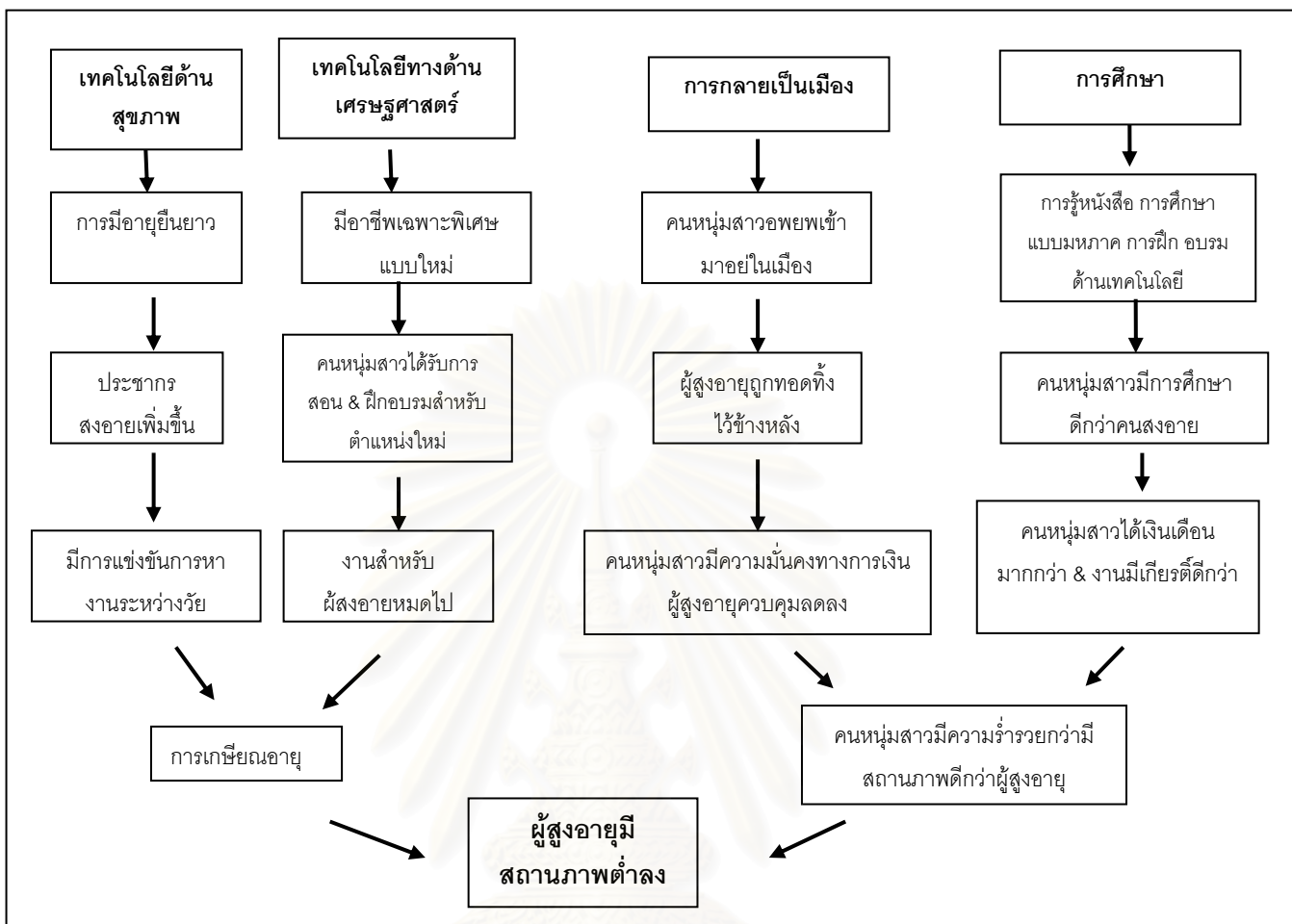
4) สภาพบ้านเรือนในเมืองไม่เหมาะสมกับครอบครัวที่มีขนาดใหญ่และมีราคาแพง

5) ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ความต้องการด้านแรงงานลดลง การคุมกำเนิดเป็นที่นิยมมากขึ้น อัตราการเกิดลดลง ทำให้ขนาดครอบครัวลดลง ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีจำนวนบุตรโดยประมาณ 5 คน และในอนาคตจะลดลงเหลือประมาณ 2 คน (นภาพร ชโยวรรณ, 2545) ส่งผลทำให้บุคคลที่คาดว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตลดลงไปด้วย อีกทั้งมีการอพยพของคนวัยหนุ่มสาวเข้าไปทำงานทำในเมืองจึงทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล

6) มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนสิ่งของลดลง เงินถือเป็นเรื่องใหญ่ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนแทน

7) มีการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการบริการ (cost of service) มากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่เปรียบเสมือนผู้ไร้ประโยชน์ ทำให้เมืองใหญ่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทางด้านร่างกายและเศรษฐกิจอีกต่อไป

ภาพที่ 2 แสดงการสูงอายุและทฤษฎีการทันสมัย



ที่มา: ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2548 หน้า 26)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมส่งผลกระทบต่อสถานภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของบุคคลต่ออาการเจ็บปวดและอาการเจ็บป่วย การพยาบาลเป็นการตระหนักถึงประชาชนและพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสำคัญ ต้องให้บริการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพที่แตกต่างไป จากความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่เพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องในวัฒนธรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจประเด็นความแตกต่างและความคล้ายคลึงระหว่างวัฒนธรรม ต่อพฤติกรรมการแสดงออก และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อที่จะสามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และสามารถตอบสนองความต้องการนั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2548 หน้า 29)

สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับบรรทัดฐานของสังคม สังคมที่เน้นความสำเร็จและความสำเร็จของคนกลุ่มหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มผู้สูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์และเป็นภาระสังคม แต่สังคมที่ยกย่องผู้สูงอายุว่ามีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความเฉลียวฉลาด ให้ประโยชน์แก่สังคม ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพในสังคมสูง ยกตัวอย่าง เช่น สังคมสหรัฐอเมริกาที่เน้นความสำเร็จของคนวัยทำงานมากกว่าสิ่งอื่นใด ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพต่ำ สังคมจีนที่เน้นการเชื่อฟังเคารพผู้อาวุโส ผู้สูงอายุมีอำนาจและอิทธิพลเหนือสมาชิกที่เยาว์วัยกว่า หัวหน้าครอบครัวเป็นชายที่อาวุโสสูงสุด ผู้สูงอายุจึงมีสถานภาพสูง (สุพัตรา สุภาพ, 2545)

ในสังคมไทยปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุไทยมีดังต่อไปนี้ คือ

1) สังคมไทยแต่เดิมเป็นสังคมเกษตรกรรม การเรียนรู้ของบุคคลในสังคมเกี่ยวกับอาชีพในชีวิต เป็นการเรียนรู้จากผู้สูงอายุ เช่น ชาวไร่ชาวนาเรียนรู้การทำไร่ทำนาจากบิดา มารดาชาวประมงเรียนรู้จากผู้ใหญ่โดยยอมเป็นลูกมือฝึกปรี๊ดไปจนเกิดความชำนาญจนประกอบอาชีพได้ (บรรลุ ศิริพานิช, มปป.)

2) ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (extended family) ซึ่งประกอบด้วยบุคคลหลายวัย หลายรุ่น อาศัยอยู่ภายใต้หลังคาเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน เช่น เป็นแบบ 3 ชั่วอายุคนทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยกันทำงาน ตั้งแต่เด็กไปจนถึงผู้สูงอายุ สมาชิกอาวุโสจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เช่น อาจเป็นคุณปู่ คุณตา ทำหน้าที่ดูความทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว เป็นระบบที่ญาติพี่น้องมีความรักใคร่ผูกพันกัน และมีความอบอุ่นมาก (สุพัตรา สุภาพ, 2545)

3) มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ และประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีแนวคำสอนที่มุ่งเน้นเรื่องความกตัญญูตถเวท (สุพัตรา สุภาพ, 2545) ความเชื่อในเรื่องบาปบุญคุณโทษลูกหลานต้องกตัญญูรู้คุณต่อบิดามารดา คนที่ปฏิบัติเช่นนี้จะได้รับการยกย่องว่าเป็นคนดีในสังคมหากบุคคลใดไม่อุปัชฌ์บุพการีแล้ว จะเป็นคนที่สังคมไม่ยอมรับ เป็นคนอกตัญญูไม่น่านับถือ เป็นพฤติกรรมที่น่าละอาย

4) มีค่านิยมในเรื่องการเคารพผู้อาวุโส การเคารพยกย่อง นับถือ และเชื่อฟังผู้สูงอายุในฐานะเป็นบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตก่อน เป็นผู้มีความรู้และมีบุญคุณต่อสังคมและประเทศชาติมาก่อน (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539) สังคมไทยจะยำเรื่องอาวุโสตั้งแต่เด็ก โดยน้องต้องเคารพพี่ ป้า น้า อา โดยเฉพาะ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย (สุพัตรา สุภาพ, 2545)

5) มีจารีตที่สำคัญ (Moral) ในเรื่องการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ซึ่งสังคมคาดหวังให้เป็นหน้าที่ของลูกหลาน ผู้ใดไม่ดูแลบิดามารดา สังคมจะลงโทษว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนอกตัญญู (บรรลุ ศิริพานิช, มปป.)

ลักษณะดังที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีสถานภาพในสังคมสูง มีบทบาทสำคัญต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการประสาทวิชาชีพ ให้ประกอบอาชีพเลี้ยงตัว การสืบทอดศาสนา ศิลปวัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดั่งาม ให้แก่สมาชิกในครอบครัวและสังคม มีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน เป็นผู้ทำหน้าที่ขัดเกลาทางสังคมให้แก่บุตรหลานในครอบครัวให้เป็นคนดี เป็นแหล่งรวมจิตใจของทุกคนในครอบครัว เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อชุมชน ในด้านการเป็นผู้นำชุมชน ถ่ายทอดความรู้และการให้คำแนะนำปรึกษา เกี่ยวกับการอนุรักษ์ ส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม และการปฏิบัติธรรมทางศาสนา อีกทั้งยังเสียสละกำลังกาย กำลังทรัพย์ เพื่อช่วยเหลือชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) ซึ่งตรงข้ามกับความเป็นไปในสังคมปัจจุบันที่สถานภาพของผู้สูงอายุเริ่มต่ำลง เป็นหน้าที่ของชนรุ่นหลังที่จะช่วยกันคงสถานภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่ากับตนเอง

6. แนวคิดเกี่ยวกับประเด็นทางวัฒนธรรมและการศึกษาชุมชนในมิติทางมานุษยวิทยา

ประเด็นทางวัฒนธรรม (Cultural issue)

วัฒนธรรมเป็นสถาบัน (institutions) ในสังคมที่ทรงพลังที่คนจะรู้สึกเมื่อเข้าไปอยู่อาศัย เป็นบรรทัดฐานทางสังคม (norms) เป็นมาตรฐานความประพฤติภายในสถาบันและเป็นความเชื่อ (beliefs) ทั้งในสิ่งที่เป็นอยู่หรืออะไรและสิ่งที่ดีควรจะเป็น (Kitwood, 1995:7-8 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสดี, 2548) ด้วยวัฒนธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของวัฒนธรรมและความสำคัญของวัฒนธรรมต่อบริบทของการพยาบาล

6.1. ความหมายของวัฒนธรรม มีผู้ให้ความหมายของวัฒนธรรมไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

วัฒนธรรม หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ ความคิด และการตีราคา ของมนุษย์ในโลก และวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งของสถานการณ์ทางสังคม (Cox, 1994: 4 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสดี, 2548)

วัฒนธรรม เป็นสถาบัน (institutions) ในสังคมที่ทรงพลังที่คนจะรู้สึกเมื่อเข้าไปอยู่อาศัย เป็นบรรทัดฐานทางสังคม (norms) เป็นมาตรฐานความประพฤติภายในสถาบันและเป็นความเชื่อ (beliefs) ทั้งในสิ่งที่เป็นอยู่หรืออะไรและสิ่งที่ดีควรจะเป็น (Kitwood, 1995:7 - 8 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสดี, 2548)

วัฒนธรรม หมายถึง ระบบของคุณค่า ความเชื่อ และการปฏิบัติที่เป็นแนวทางความประพฤติของบุคคล (O'Neill, 2002 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสดี, 2548)

สรุป วัฒนธรรม หมายถึง ระบบหรือสถาบัน ความรู้ ความเชื่อ บรรทัดฐาน ความคิด การตีราคา เป็นแนวทางการปฏิบัติที่สืบทอดกันมาจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง

6.2. วัฒนธรรมกับการพยาบาล (culture & nursing) วัฒนธรรมมีความสำคัญต่อบริบทของการพยาบาลเช่นกัน Cox (1994)(อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสดี, 2548) กล่าวว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อ

การตอบสนองของบุคคลต่ออาการเจ็บปวดและอาการเจ็บป่วย มีรายงานจากหลายการศึกษาพบว่า บุคคลที่มาจากวัฒนธรรมต่างกัันมีพฤติกรรมการแสดงออกเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 3 กลุ่มในประเทศสหรัฐอเมริกา คือผู้ป่วยที่สืบเชื้อสายมาจากชาวยิว ชาวอิตาเลียนและชาวอเมริกันดั้งเดิมที่มีเชื้อสายมาจากยุโรป พบว่า ผู้ป่วยชาวอเมริกันจะไม่ค่อยพูด สงวนท่าที และคงประเพณีการปิดปากเงียบเหมือนชาวอังกฤษ (British stiff upper lip) ขณะที่ชาวยิวและอิตาเลียนจะพูดจาเสียงดัง เอะอะไว้วาย ไม่สามารถยับยั้งได้และค่อนข้างเรียกร้องความต้องการมาก อย่างไรก็ตามเบื้องหลังการส่งเสียงดังเหล่านี้ ทั้งชาวยิวและชาวอิตาเลียนมีความกังวลในเรื่องที่แตกต่างกัน โดยที่ชาวยิวกังวลเรื่องความหมายของการเจ็บป่วยของตนเองต่อครอบครัวและหน้าที่การงาน แต่ชาวอิตาเลียนกลับวิตกกังวลเรื่องการหายจากอาการเจ็บปวดมากที่สุด (Zborowski, 1952 อ้างใน ศิริพันธ์ุ์ สาสัตย์, 2548)

ในด้านมุมมองเรื่องสุขภาพ O'Neill (2002) (อ้างใน ศิริพันธ์ุ์ สาสัตย์, 2548) กล่าวว่าชาวอเมริกันที่มาจากต่างวัฒนธรรมจะมีมุมมองด้านสุขภาพแตกต่างกัน เช่นชาวอเมริกันเชื้อสายอินเดียมองว่าสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสมดุลและปรองดองกัน (harmony) ของตนเอง ชาวอเมริกันผิวดำมองว่าสุขภาพเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยกับธรรมชาติ ชาวอเมริกันเชื้อสายอเมริกาได้มองว่าสุขภาพดีเป็นรางวัลจากพระเจ้าสำหรับการมีชีวิตอย่างมีความสุข ให้ความเคารพแก่ร่างกายและสวดมนต์ ชาวอเมริกันเชื้อสายจีนเชื่อในหยินและหยางที่จะต้องมีการปรองดองกันเพื่อให้มีสุขภาพดี ในวัฒนธรรมของชาวจีนถือว่าการมีอายุยืนยาวเป็นสิ่งที่ได้รับพร (blessing) ซึ่งคล้ายกันในชาวอเมริกันเชื้อสายญี่ปุ่น มีวัฒนธรรมความเป็นอยู่อย่างพอเพียงและการควบคุมตนเอง ให้ความเคารพผู้สูงอายุอย่างสูง การออกคำสั่งกับผู้สูงอายุถือว่าการหมิ่นประมาท หรือมีความต้องการการรักษาโดยให้ยาแพทย์แผนตะวันออกมากกว่าแพทย์แผนตะวันตก เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตามผลที่ได้จากการศึกษาเหล่านี้ไม่ได้บ่งบอกถึงว่าพฤติกรรมของใครผิดหรือถูก แต่จะเป็นการช่วยให้เราเข้าใจในประเด็นที่ว่า อะไรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวลมากที่สุด และจะทำให้เราสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยพูด หรือการแสดงออก กิริยาท่าทาง หรือการวิตกกังวลได้ดียิ่งขึ้น (Cox, 1994 อ้างใน ศิริพันธ์ุ์ สาสัตย์, 2548)

6.3. สิ่งที่พยาบาลควรตระหนัก ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย Markidoes and Mindel (1987) และ McLemore(1980) (อ้างใน ศิริพันธ์ุ์ สาสัตย์, 2548) แนะนำว่า พยาบาลควรตระหนักในประเด็นต่อไปนี้ 1) ไม่ควรให้ความสำคัญแค่เพียงการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งบริการ การให้ความรู้ ความเข้าใจและการยอมรับความช่วยเหลือเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญต่อเรื่องพิธีกรรมและวิถีชาวบ้านด้วย 2) ไม่ควรมุ่งหาความแตกต่างในนิสัยของบุคคล แต่ควรเคารพในความเป็นมนุษย์ 3) ข้อกำหนดในการพยาบาล อาจจะไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้

6.4. ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (cultural diversity) ความหลากหลายวัฒนธรรมอาจมาจากความแตกต่างของตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ผู้สูงอายุมีความแตกต่างทางด้านระดับการศึกษา (educational differences) ความแตกต่างทางด้านสถานทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic status) ข้อจำกัดทางด้านการใช้ภาษา (language limitations) และการเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือขาดความตระหนักถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุมีการแสดงออกที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน

6.5. ความเชื่อ (belief) ความเชื่อเป็นภาวะหรือปฏินิสัยของภาวะทางด้านจิตใจที่จะให้ความเชื่อถือหรือมั่นใจในบุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันเพื่อให้เกิดความเชื่อถือก็ได้ (Wallhagen, 2005 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548) ในสังคมที่แตกต่างกันจะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน ในสังคมที่เจริญแล้วปัจจัยด้านความเชื่ออาจมีความสำคัญน้อยกว่าเนื่องจากมีความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญด้วยเหตุและผล รวมทั้งการพิสูจน์มีหลักฐานในเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันความเชื่อนั้นๆ เป็นที่ยอมรับกันว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุ ด้วย 10 อ. คือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีอาการท้องผูก ดูแลสุขภาพอนามัยปากและฟัน หลีกเลียงอุบัติเหตุ มีภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจดี มีงานอดิเรกทำ มีครอบครัวที่อบอุ่น มีการเตรียมตัวสำหรับอนาคตหลังเกษียณ เพื่อให้บรรลุซึ่งสุขภาพะอันสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2542) แต่ในประเทศหรือสังคมที่ด้อยพัฒนาหรือสังคมล้าหลัง ความเชื่ออาจกลายเป็นประเด็นสำคัญในการดำรงชีวิต ตัวอย่างเช่น ในสังคมล้าหลัง ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ เรื่องของความเจ็บป่วยที่เกิดจากการกระทำของภูตผี

6.6. ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมกับผู้สูงอายุ วัฒนธรรมทุกวัฒนธรรมเป็นพลวัต (dynamic) ไม่อยู่นิ่ง แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมในแต่ละแห่งไม่เท่ากัน วัฒนธรรมเกิดขึ้นจากความต้องการของมนุษย์ และเมื่อมีความต้องการใหม่เกิดขึ้น วัฒนธรรมจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรพบว่า มีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ก็จะสร้างแรงกดดันใหม่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความต้องการแบบใหม่ ที่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ก็จะต้องมีการปรับตัวต่อวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปด้วย ดังนั้นเมื่อมีความต้องการแบบใหม่เกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดวัฒนธรรมแบบใหม่เกิดขึ้นตามมา และเรากำลังอยู่ในกระบวนการที่จะจัดกระทำต่อวัฒนธรรมแบบใหม่เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ของเรา นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักถูกอธิบายในความหมายตามการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน จากที่เคยทำงานประจำกลายเป็นทำงานบางเวลา โดยอาจไปเป็นวิทยากรพิเศษ เป็นที่ปรึกษาของบริษัทต่างๆ ภายหลังการเกษียณ หรือจากการเป็นปู่ ย่า ตา ยาย หลังจากที่ถูกๆ โตขึ้น แต่งงานมีครอบครัว ก็จะมีลูกหลานสืบสกุล ทำให้ผู้สูงอายุต้องแสดงบทบาทเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นที่ปรึกษาของลูก ในการอบรม

สั่งสอนหลาน ๆ หรือกลายเป็นผู้ที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรต่อไปได้อีก การสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเพศหญิง จะเป็นวัยที่หมดประจำเดือน จึงมักถูกสังคมมองว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถมีลูกต่อไปได้เป็นต้น

การศึกษาชุมชนด้วยมิติทางวัฒนธรรมเป็นการศึกษาที่ต้องมองทุกมุม ทุกมิติและตั้งอยู่บนพื้นฐานของความคิดต่าง ๆ โดยมีหลักการที่สำคัญอยู่ 6 ประการคือ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548)

1. มิติทางวัฒนธรรมเป็นการมองปัญหาแบบองค์รวม โดยการมองดูปัญหาอย่างเป็นระบบให้เห็นภาพรวมและมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสรรพสิ่งต่าง ๆ ว่ามีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกัน ไม่แยกแยะเป็นส่วน ๆ

2. เป็นการมองที่วิถีคิดของคน ดูว่าชาวบ้านมีระบบวิถีคิดอย่างไร การมองจากมิติทางด้านวัฒนธรรมโดยเน้นไปที่ระบบวิถีคิดจะช่วยให้เชื่อมโยงประเด็นปัญหาต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะระบบวิถีคิดไม่ใช่เรื่องของด้านใดด้านหนึ่ง แต่เป็นเรื่องที่ต้องพยายามมองดูว่าชาวบ้านอธิบายสิ่งต่าง ๆ อย่างไร

3. เป็นการมองจากมุมมองของชาวบ้านไม่ใช่มุมมองของนักวิจัย โดยวิเคราะห์มุมมองของชาวบ้านว่า เขาใช้ระบบวิถีคิดอย่างไร เขาเชื่อมโยงวิถีคิดในระบบนิเวศกับความสัมพันธ์ของคนในสังคมอย่างไร

4. ให้ความสำคัญกับอุดมการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหรือกฎเกณฑ์ของสังคม ซึ่งครอบคลุมความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรี สิทธิ และความมีตัวตนของกลุ่มชน กล่าวคือ ทุกสังคมจะมีวิถีที่จะจัดระเบียบของสังคม หรือระเบียบเขาเอง

5. ต้องมองในเชิงเคลื่อนไหว เพราะวัฒนธรรมจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากพลังทางสังคม วัฒนธรรมจึงต้องมีการผลิตซ้ำ หรือการผลิตใหม่ทางวัฒนธรรม คือ วัฒนธรรมมีการพัฒนาและปรับตัวเองเพื่อที่จะมีส่วนผลักดันแก้ไขปัญหา เช่น การบวชต้นไม้ เป็นการแก้ไขปัญหาในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

6. ต้องมองให้เข้าใจถึงความพยายามที่จะปลดปล่อยให้ยอมรับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์คือ ต้องให้ความสำคัญกับวิถีคิดที่จะส่งเสริมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งความเป็นมนุษย์ที่สำคัญคือ ความเป็นอิสระของตนเอง ไม่ถูกครอบงำทางความคิดจากใคร

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมส่งผลกระทบต่อสถานภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของบุคคลต่ออาการเจ็บปวดและอาการเจ็บป่วย การพยาบาลเป็นการตระหนักถึงประชาชนและพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสำคัญ ต้องให้บริการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพที่แตกต่างไป จากความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่เพิ่มขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องในวัฒนธรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจประเด็นความแตกต่างและความคล้ายคลึงระหว่างวัฒนธรรม ต่อพฤติกรรมการแสดงออก และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อที่จะสามารถประเมิน

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และสามารถตอบสนองความต้องการนั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นมโนทัศน์ด้านนามธรรมที่มีหลายมิติ ทำให้การให้ความหมายสุขภาพเป็นสิ่งยาก ขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคลเพราะแต่ละบุคคลจะให้ความหมายตามค่านิยมของตน (Potter & Perry, 1987) ความหมายและการอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพจึงมีหลายความคิดเห็นซึ่งอาจแตกต่างกันไป

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 และพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530 ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ความสุข ภาวะที่ปราศจากโรค ความสบาย ความมีอนามัย

Pender (1987) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจในศักยภาพที่มีตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของบุคคล สามารถดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี ซึ่งประเมินได้จากการคงไว้ซึ่งสภาวะที่สมบูรณ์ของโครงสร้างและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมและได้สรุปความหมายของสุขภาพ 4 ลักษณะดังนี้

1. เป็นกระบวนการหรือสภาวะทางร่างกาย เช่น การปราศจากโรค
2. เป็นสภาวะด้านจิตใจที่ปราศจากความผิดปกติของการรู้คิดจิตใจอารมณ์
3. เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ การปรับบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ
4. เป็นกระบวนการที่เป็นผลรวมของคนทั้งคน เช่น ความพึงพอใจในศักยภาพของบุคคล

Orem (2001) กล่าวว่าสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง คนที่มีสุขภาพดี หมายถึง คนที่มีร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวาปราศจากอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เต็มศักยภาพ

ประเวศ วะสี (2543) สุขภาวะ คือ ความเป็นทั้งหมดครอบคลุมทุกด้าน (whole) ไม่ใช่เรื่องแยกส่วน สุขภาพเกิดจากความถูกต้องของทั้งหมด ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และได้ให้รายละเอียดของความหมายในแต่ละมิติดังนี้ สุขภาวะทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา ไม่เห็นแก่ตัว สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ ความเป็นประชาคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการของ

สังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว ซึ่งมนุษย์จะขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณไม่ได้ เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะใน 3 มิติ เบื้องต้น

Mosby's Medical Nursing and Allied Health Dictionary (1994) ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะความผาสุกของร่างกาย จิตใจ สังคมและเป็นภาวะที่ปราศจากโรค ความผิดปกติเป็นภาวะที่มีลักษณะเป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวตลอดเวลา ทำให้เกิดภาวะที่สมดุล

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2544) ระบุว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้อง พอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่าง “สมดุล” ทั้งเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม

Rogers (1970 cite in Fitzpatric and Whall, 1989) ได้กล่าวถึงสุขภาพว่า สุขภาพและการเจ็บป่วยคือการแสดงออกของกระบวนการชีวิต การแสดงออกของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกว่ามีคุณค่าสูง เรียกว่า ความผาสุก (wellness) ถ้ามีคุณค่าต่ำเรียกว่า ความเจ็บป่วย (illness) สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นความต่อเนื่องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต แสดงว่าบุคคลกำลังบรรลุถึงศักยภาพสูงสุด และมีความหลากหลายในการแสดงออกของสุขภาพที่ดีที่สุด จนถึงไม่ดีที่สุดในกระบวนการดำรงชีวิตของบุคคล

ในภาษาไทย คำว่า สุขภาพ มีความหมายว่า สุขภาวะและความสุข (จรัส สุวรรณเวลา, 2543) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของสุขภาพ ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ในลักษณะวิถีชีวิตคนไทย ดังเช่นแนวคิดของประเวศ วะสี (2543) ที่กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุลเกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

จากการทบทวนการให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ จะเห็นว่า เป็นทั้งสภาวะ และกระบวนการ ของบุคคล ซึ่งการให้นิยามสุขภาพที่แตกต่างกันนี้จะนำไปสู่เป้าหมายและวิธีการกระทำเพื่อสุขภาวะที่แตกต่างกัน เนื่องจากแนวคิดของ ประเวศ วะสี มีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ เป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดดังกล่าวในการวิจัย โดยใช้คำว่า สุขภาวะ (health) ในการศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติธรรม นั่นคือ สุขภาวะ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การรับรู้สถานะและการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

จนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและแข็งแรง ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

องค์ประกอบสุขภาพ สุขภาวะเป็นแนวคิดสุขภาพที่มีความหมายในเชิงบวก โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อสุขภาพของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัตดังนี้

แนวคิดสุขภาพของ ประเวศ วะสี (2543) เป็นแนวคิดสุขภาพที่สอดคล้องกับนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในบริบทของคนไทย ที่มีลักษณะเป็นอุดมการณ์ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยมีองค์ประกอบ 4 มิติ ดังนี้ คือ

1. ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กายในที่นี้หมายถึงกายภาพด้วย

2. ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบไต่ที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งสังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

4. ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้า เป็นต้น

สุขภาพตามแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ได้กล่าวถึงสุขภาพว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล องค์ประกอบย่อยในแต่ละมิติ ไว้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย พิจารณาได้จาก ลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินภารกิจการทำงาน

2. สุขภาวะทางจิต พิจารณาได้จาก เชาวน์ปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทศนคติและความเชื่อ ความมั่นใจในตัวเองและการมองเห็นคุณค่าของตน

3. สุขภาวะทางสังคม พิจารณาได้จากความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาได้จาก ความสามารถในการแสดงออกซึ่ง จดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติมีประสบการณ์ในความรักรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่พอเพียง และรู้จัก เคารพในทุกชีวิต

Donnette and Davis (1998) ได้กล่าวว่า ได้เสนอองค์ประกอบย่อยในแต่ละมิติไว้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย (physical health) ประกอบด้วยลักษณะขนาดและรูปร่างของ ร่างกายประสาทสัมผัสทางกาย ความไวต่อการเจ็บป่วยและความผิดปกติ การทำหน้าที่ของร่างกาย สมรรถนะกำลังกาย และความสามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย

2. สุขภาวะทางจิต (mental health) กล่าวถึง ความสามารถในการเรียนรู้เจริญเติบโต จากประสบการณ์ ความสามารถในการใช้สติปัญญา และความสามารถในการตัดสินใจ

3. สุขภาวะทางสังคม (social health) ประกอบด้วย การมีความพึงพอใจในการมีสัม พันธภาพระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ทางสังคมและ พฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาวะทางอารมณ์ (emotional health) กล่าวถึง องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก คือการควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึก มั่นใจในตนเอง ความไว้วางใจ ความรัก

5. สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (environment health) กล่าวถึง ความรู้สึกชื่นชมต่อ สิ่งแวดล้อมภายนอก และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

6. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual health) อาจรวมถึงความเชื่อที่มีลักษณะพิเศษ เกี่ยวกับ ความเชื่อทางศาสนา สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกับ สิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกันกับผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นแนวทางของความรู้สึกมี ความหมาย หรือมีคุณค่าในชีวิต อาจรวมถึง ความเข้าใจและการแสดงถึงการมีเป้าหมายในชีวิต การ ดำรงชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมของประสบการณ์ชีวิตที่ประกอบด้วย ความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความพอใจ การดูแลและการให้เกียรติต่อสิ่งมีชีวิต

Hahn and Payne (1999) ได้กล่าวว่า สุขภาวะเป็นปฏิกริยาของมิติต่าง ๆ ที่ไม่หยุดนิ่ง ไม่ สามารถเก็บกักตนได้และไม่สามารถมอบให้ใครได้ สุขภาวะ มีส่วนประกอบทั้งหมด 6 มิติ คือ

1. มิติทางกาย (physical dimention) เป็นลักษณะโครงสร้างและการทำหน้าที่ของ ร่างกายให้สามารถบรรลุผลสำเร็จตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค น้ำหนักของร่างกาย ความสามารถในการมองเห็น ความแข็งแรง ความสามารถที่จะอยู่กับความลำบาก การพักผ่อน ภายหลังการเจ็บป่วย

2. มิติทางอารมณ์ (emotional dimension) อารมณ์เป็นสิ่งที่สามารถบอกถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย ความสามารถในการเผชิญกับความเครียด ความยืดหยุ่น และประนีประนอมต่อการแก้ไขความคับข้องใจ เช่น ความรู้สึกที่มีต่อครอบครัว เพื่อน จุดมุ่งหมายในชีวิต ความรู้สึกทะเยอทะยาน การเจริญเติบโตและพัฒนาการจะช่วยให้ความรู้สึกเปราะบางที่อาจนำไปสู่การปฏิเสธ หรือความรู้สึกล้มเหลวเป็นมิติที่มีผลให้บุคคลสามารถดำเนินต่อไปด้วย ความรู้สึกพึงพอใจ สนุกสนานได้

3. มิติทางสังคม (social dimension) เป็นความสามารถทางสังคมที่ทำให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างสง่างาม เข้มแข็ง และทำให้บุคคลมีความรู้สึกชื่นชมยินดี ความสามารถทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น

4. มิติทางสติปัญญา (intellectual dimension) เป็นกระบวนการความสามารถในการทำกิจกรรมการมีคุณค่าและความเชื่อที่ชัดเจน การตัดสินใจ ทักษะการเผชิญปัญหา การใช้ความยืดหยุ่น

5. มิติทางจิตวิญญาณ (spiritual dimension) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตของสิ่งต่างๆ บทบาทของจิตวิญญาณที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อชีวิตพฤติกรรมตามธรรมชาติของมนุษย์ ความรู้สึกเต็มใจในการทำกิจกรรมและความหมายของชีวิต

6. มิติทางอาชีพ (occupational dimension) เป็นมิติที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจในอาชีพ ความรู้สึกดีต่อการประกอบอาชีพ เป็นแนวคิดเชิงบวกในการดำเนินชีวิต ได้รับประโยชน์จากการทำงาน เช่น เงินเดือน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การสร้างงานจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

Butler (2001) ได้กล่าวถึงสุขภาวะไว้ว่า สุขภาวะเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง (dynamic process) สามารถบอกระดับของสุขภาวะในแต่ละมิติได้ สุขภาวะของ Butler มีองค์ประกอบ 5 มิติ คือ

1. สุขภาวะทางกาย (physical health) หมายถึง การปราศจากโรคและความพิการ มีการทำหน้าที่ของร่างกายทั้งทางด้านกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีได้อย่างผสมผสานอย่างเพียงพอ รวมทั้งลักษณะของร่างกาย รูปร่าง การรับความรู้สึก ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความผิดปกติ และความสามารถในการฟื้นจากการเจ็บป่วย นอกจากนั้นบุคคลยังสามารถประพฤติปฏิบัติให้เพิ่มระดับสุขภาวะทางกายได้โดย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

2. สุขภาวะทางอารมณ์ (emotional health) โดยทั่วไป หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกถึงความรู้สึกได้เหมาะสม การรับความรัก ความรู้สึกประสบความสำเร็จ เป้าหมายในชีวิต และมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ การที่บุคคลจะมีสุขภาวะทางอารมณ์ได้ บุคคลจะต้องเข้าใจอารมณ์

ของตนเอง รู้วิธีการเผชิญกับปัญหา มีความอดทนอดกลั้นต่อความเครียดในชีวิต มีความสุข สนุกสนานกับการทำกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง การควบคุมตนเอง และความสามารถในการร่วมแสดงความรู้สึกร่วมกับบุคคลอื่น

3. สุขภาวะทางสังคม (social health) เป็นความสามารถในการทำบทบาทตามความคาดหวังใน ฐานะสมาชิกของกลุ่มหรือสถาบัน รวมถึงการทำหน้าที่ตามบทบาทของบุตร เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ด้วยความยินดี โดยปราศจากความเสียหายต่อบุคคลอื่น เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรักษาความใกล้ชิดสนิทสนม การอดทนอดกลั้น ความพึงพอใจ การแสดงออกถึงการให้เกียรติ ความเป็นเจ้าของสังคม และสามารถสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบครัว และชุมชน การทำหน้าที่ตามความคาดหวัง เป็นการทำหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ มีผลต่อประชาชน และสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลในการอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความปลอดภัย ความเป็นมิตร และความร่วมมือร่วมใจ เป็นการรวมตัวของบุคคลในสังคมเพื่อทำกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์กับผู้อื่น

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual health) เป็นส่วนที่ถือว่าเป็นศูนย์รวมของทุก มิติ ประกอบด้วยการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต จริยธรรมในการดำเนินชีวิตที่ทำให้บุคคลไม่เห็นแก่ตัว และเป็นความเชื่อความศรัทธาในอำนาจและเหตุผลที่เหนือธรรมชาติ

5. สุขภาวะทางจิตใจ (mental health) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความมีเหตุผล การวิเคราะห์ การประเมินผล ความอยากรู้อยากเห็น ความซื่อสัตย์สุจริต ความตื่นตัว ความสร้างสรรค์ และความจำ รวมทั้งความสามารถในการคิดและตัดสินใจ ความพยายามต่อสู้ดิ้นรน บุคคลที่จะมีสุขภาพทางจิตใจ เป็นบุคคลที่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ไม่ทำในสิ่งที่ต้องการแต่แตกต่างจากความ ต้องการของผู้อื่น มีความสดชื่น สดใส เมื่ออยู่ด้วย สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง ใ่วางใจในความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์และมีทัศนคติที่เป็นประชาธิปไตย

8. บทบาทของพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ประครอง อินทรสมบัติ, 2543) อธิบายเอาไว้ว่าพยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุดังนี้คือ 1) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำเนินกิจกรรม หน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามศักยภาพมากที่สุด และเมื่อจะตายก็ต้องตายอย่างบุคคลที่มีคุณค่าสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 2) พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ด้านพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ การเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ ความหลากหลายของวัฒนธรรมศีลธรรมของผู้สูงอายุที่พยาบาลต้องคำนึงถึง รวมทั้งนโยบายของประเทศและสถานะเศรษฐกิจที่จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (Meiner, 2000) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาลก่อนให้การดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลต้องมีเจตคติที่ดีในการ

พยาบาลผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2542) เจตคติทางลบกับผู้สูงอายุทำให้เกิดการดูแลที่ไม่ครอบคลุม ไม่มีศักยภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและสร้างเจตคติใหม่ให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคคลวัยสูงอายุ ให้ความสำคัญในการแสวงหาความรู้ และความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องเป็นผู้แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องในการให้การพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ ความชำนาญ สามารถพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้หลักในการพยาบาลผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ การพยาบาลผู้สูงอายุมุ่งให้เกิดภาวะสุขภาพดี และค้นหาการป้องกันโรค ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (Ebersole and Hess, 1998)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมากเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมในทุก ๆ ด้านของสุขภาพรวมทั้งเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนแนวคิด ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม พร้อมทั้งค้นคว้า ศึกษาความรู้ต่างเพิ่มเติม ๆ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งพยาบาลนอกจากการมีหน้าที่พื้นฐานคือการให้การพยาบาลแล้วยังมีบทบาทอื่น ๆ ที่จะต้องทำเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางในการให้บริการสุขภาพอนามัยในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ (ศิริพันธ์ สาสดี, 2548 หน้า 14)

1. การให้สุขศึกษา (health education) เป็นการส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย ขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเอง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีโอกาสทำงานใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด จึงควรที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้แก่ประชาชนทุกครั้งที่ปฏิบัติสัมพันธ์กัน

2. การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นหน้าที่หลักอีกอันหนึ่งของวิชาชีพพยาบาลในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ ซึ่งอาจรวมทั้งร่างกาย จิตใจ และอื่น ๆ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอยู่เสมออีกคือ พยาบาลไม่ควรเป็นผู้ตัดสินชี้ขาดว่าผู้ขอคำปรึกษาควรจะทำอย่างไร การตัดสินใจต่าง ๆ เป็นหน้าที่ของผู้ขอรับคำปรึกษาเองหลังจากได้รับความรู้อย่างเพียงพอแล้ว

3. การทำวิจัย (research) เป็นหน้าที่สำคัญอันหนึ่งของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ การทำวิจัยจะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุหรือปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ ยกระดับมาตรฐานในการให้บริการต่อไป

4. การติดต่อประสานงาน (coordinator) กับหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พยาบาลมีความจำเป็นจะต้องทราบข้อมูลทางด้านบริการทางด้านสุขภาพที่มีอยู่และหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ประสานงานติดต่อขอความช่วยเหลือและการบริการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การจัดการในการดูแล (care management) พยาบาลควรจะทำหน้าที่บริหารจัดการในการบริการทางสุขภาพต่อประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบได้

6. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case manager) ในการบริหารจัดการด้านการให้บริการทางสุขภาพจะมุ่งเน้นในรายบุคคล เนื่องจากแต่ละคนจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ซึ่งจะมีการติดตามเป็นรายกรณีตลอดตั้งแต่รับไว้ตรวจรักษา ส่งต่อ ติดตามผล รับกลับ และติดตามไปเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

7. ผู้ให้บริการการดูแล (care provider) คืองานหลักอีกงานหนึ่งของพยาบาลก็คือการเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพต่อผู้เข้ามาขอรับบริการทุกคน

8. ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) เป็นบทบาทใหม่ของพยาบาลการดูแลอำนวยความสะดวกและการติดต่อประสานงานเช่น การให้บริการในการจัดเตรียมสถานที่ ในการประชุมสัมมนา การให้ความรู้ การพบปะกันของกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งญาติในสถานที่ทำงานและในชุมชน

9. เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (initiator) โดยเป็นผู้ริเริ่มในการทำกิจกรรม และโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เช่น โครงการเลิกเหล้าละบหรี่ในผู้สูงอายุ หรือการทำกลุ่มสนับสนุน (support group) ทั้งในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคที่เหมือนกันและญาติที่ประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกันเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และช่วยลดภาวะตึงเครียดจากอาการของโรคและปัญหาในการดูแล

10. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ (advocator) พยาบาลจะต้องดำรงตนเป็นผู้ที่พิทักษ์สิทธิผลประโยชน์ต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพและสังคมเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ หรือสิทธิที่ควรได้รับการคุ้มครองจากผู้แสวงหาผลประโยชน์จากผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ

การพยาบาลผู้สูงอายุในปัจจุบัน จะมุ่งเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งจะให้การดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นพยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาสามารถประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผนและให้การพยาบาลและการช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมีความสามารถให้การพยาบาลได้ทั้งผู้ป่วยแบบเฉียบพลัน (acute care) และแบบเรื้อรัง (chronic care) สามารถให้การพยาบาลทั้งในสถานพยาบาล (institutional care) และในชุมชน (community care) รวมทั้งการติดตามและประเมินผลเพื่อนำไปปรับปรุงการให้บริการและมีการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลจากการพยาบาลแบบตั้งรับ (reactive care) ไปเป็นการพยาบาลแบบเชิงรุก (proactive care) เพื่อให้การป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค

9. แนวคิดเกี่ยวกับวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิต (Streubert and Carpenter, 1999) นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความรู้คือสิ่งที่ เป็นจริง (knowledge is that the reality) เกิดจากการให้ความหมายต่อโลก (gives meaning to the world) ของบุคคลผู้มีประสบการณ์ ไม่สามารถศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากประสบการณ์ได้ (Omery and Mark, 1995) เป็นวิธีการศึกษาที่มีเป้าหมายเพื่อค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายประสบการณ์ โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้องและอธิบายปรากฏการณ์เสมือนเป็นการอธิบายของผู้มีประสบการณ์เอง ในแนวคิดนี้จะ ทบทวนเกี่ยวกับแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

หลักการและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Husserl ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เป็นนักปรัชญา และนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารถ แยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบายว่า จิตใจกระทำอย่างไร (mental act) สิ่งรอบตัวเป็นอย่างไร (intentional object) และมีความสัมพันธ์กัน อย่างไม่ (relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่อสิ่งนั้น ๆ (to the things themselves) (Drew, 1993)

นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความจริงศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต (Omery and Mack, 1995) ปรากฏการณ์วิทยาจึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตตามความหมายของผู้มี ประสบการณ์ จึงควรทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิต ดังนี้

Schutz กล่าวว่า ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง ทุก ๆ สิ่งสิ่งแวดล้อมบุคคล ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน

Streubert and Carpenter (1999) ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่งที่แสดงความเป็นบุคคลซึ่งเป็นจริงในชีวิตผู้นั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากปัจจัยภายในและ ภายนอกของแต่ละบุคคล

กล่าวโดยสรุปประสบการณ์ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งรอบตัว โดยใช้ปัจจัยภายใน และภายนอกตน ซึ่งเป็นความหมายเฉพาะบุคคลนั้น และเป็นจริงสำหรับบุคคลนั้น

Husserl เน้นการศึกษาความรู้ในธรรมชาติโดยปราศจากการเข้าไปกระทำกับข้อมูลของผู้ ศึกษาอย่างเข้มงวด (rigorous) (Omery and Mack, 1995) จึงมีแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์ 3 ประการ (Koch, 1995) คือ

1. องค์ประกอบสำคัญ (essence) คือความหมายที่เป็นจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาจเกิดเฉพาะบุคคลหรือสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
2. การหยั่งรู้ (intuiting) คือ การจินตนาการหรือการแปลความจากความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเท่าที่เป็นไปได้จากข้อมูล จนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง
3. การจัดกรอบความคิด (phenomenological reduction or bracketing) คือการที่ผู้วิจัยต้องเปิดเผยความเชื่อ และความคิดของตนเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา และจัดกรอบความคิด การคาดคะเนของตน เพื่อเปิดรับประสบการณ์ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นตามที่เป็น ขจัดอคติเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (epoche or suspension of commonly belief)

ปรัชญาและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยามีวิวัฒนาการตามระยะที่แตกต่างกัน เป็นผลให้มีแนวปฏิบัติ วิธีการให้ความหมาย การเลือกผู้ให้ข้อมูล วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลต่างกัน การนำวิธีศึกษามาใช้ในการวิจัยทางการแพทย์ควรศึกษาทำความเข้าใจถึงปรัชญาข้อตกลงพื้นฐาน ของวิธีการนั้น และเลือกวิธีการศึกษาที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงแนวคิดรากฐานของวิธีการศึกษา ลักษณะของสนามและปัญหาการวิจัย (Jasper, 1994) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การดำเนินการวิจัยโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายของสภาวะและประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติธรรมในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการศึกษาผู้วิจัยจึงเสนอการศึกษาปรากฏการณ์ของ Husserl ดังต่อไปนี้

9.1. ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Husserl (cites in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยาคือ การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (objective reality) ของประสบการณ์นั้น

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใด ๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (lived experience) (Streubert and Carpenter, 1999)

Omery (1983) ให้ความหมายว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์

Jasper (1994) ให้ความหมายว่า ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาความหมายที่แท้ที่แท้จริงของปรากฏการณ์ได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

Holloway and Wheeler (1996) ให้ความหมายปรากฏการณ์วิทยาคือ การศึกษาสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยมีคำถามคือ สิ่งที่ปรากฏอยู่คืออะไร (what is being)

กล่าวโดยสรุปการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง วิธีการศึกษาเพื่อให้ได้ความรู้ที่เป็นจริง ตามการรับรู้และความรู้ตนของผู้มีประสบการณ์ โดยผู้ศึกษามีจุดประสงค์เพื่อสืบค้นวิเคราะห์ให้ความหมายหรือตีความ และอธิบายประสบการณ์อย่างไม่มีอคติ หรือการคิดล่วงหน้าจากผู้ศึกษา

9.2. ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยามีประวัติความเป็นมา 3 ระยะดังนี้ (Holloway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 1999)

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) โดยมีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่อย่างไร (how in consciousness the mind directs its thoughts to an object) เน้นการอธิบายให้กระจ่าง และอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล โดยถือว่าเป็นเอกภาพและเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกาย และจิตใจ (separated mind and body)

ระยะที่ 2 German phase ผู้นำในระยะนี้ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1976) Husserl อธิบายการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ว่าเป็นการค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้ศึกษาต้องเก็บความคิด ความเชื่ออันไว้ (bracketing) เพื่อให้สามารถรับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ และเชื่อว่าภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวโดยไม่แยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อม

ต่อมา Heidegger ศิษย์เอกและผู้ร่วมงานของ Husserl ให้ความเห็นว่าเราไม่สามารถอธิบายหรือแม้แต่สังเกตว่าอะไรเป็นสิ่งสามัญ (ordinary or common) ในชีวิตประจำวัน หากไม่เข้าไปตรวจสอบและรู้จักประสบการณ์นั้น ไม่สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตหากปราศจากการตีความจากภูมิหลัง (history) ของบุคคลซึ่งประกอบด้วย วัฒนธรรม ประวัติชีวิต และภาษา และภูมิหลังของผู้ศึกษา

Gadama (1976 cited in Streubert and Carpenter, 1999) ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าความแตกต่างระหว่างภาษาทำให้เกิดการเปลี่ยนความหมายจากการอธิบายของผู้ศึกษา จึงควรใช้การอธิบายองค์ประกอบและความสัมพันธ์ของถ้อยคำของเจ้าของประสบการณ์ และให้ผู้อ่านเป็นผู้ตีความจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 3 French phase ผู้นำระยะนี้ได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Merleau - Ponty (1984) Sartre (cited in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวถึงการศึกษาในระยะนี้ว่า เป็นการศึกษามุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) ว่าสิ่งนั้นคืออะไร (something is) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (embodiment) และเป็นอยู่ในโลก (being – in – the - world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ทางความรู้สึก ความคิด การสัมผัส รับรส ได้ยิน และการมีสติ

การศึกษาด้วยวิธีการปรากฏการณ์วิทยาถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในศาสตร์สาขาต่าง ๆ เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ในสาขาวิชาการพยาบาลได้มีการนำวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ ซึ่งพบว่ามีเหมาะสมเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหา และให้การดูแล การตอบสนองของบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล (Swanson - Kauffman and Schonwald, 1988) การศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิต ขณะมีความเจ็บป่วย จึงช่วยให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และพัฒนาศาสตร์ทางพยาบาลได้

9.3. ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Streubert and Carpenter, 1999) สรุปหลักสำคัญ ไว้ตามรายละเอียดดังนี้คือ

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ และความรู้สึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้ความเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposeful sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติคือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษา กับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์ (researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและเล่าสิ่งที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (depth and richness of the information) (Drew, 1993) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะสนทนาเชิงแลกเปลี่ยน ไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 1999) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้แนะหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (clarifying question) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็น

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจและสนใจอย่างแท้จริง (Streubert and Carpenter, 1999)

4. วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจวิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจ และเตรียมคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว (saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาอันยาวนานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5. การจัดการกระทำกับข้อมูล (data treatment) วิธีที่ดีและควรเลือกใช้ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกสนามและบันทึกความคิด ความรู้สึก ของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลเพื่อนำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้าง ๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นสำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ๆ ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องศึกษาง่าย ๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (Omery, 1983) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์แบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด

ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบ (essence or elements or constituents or common themes) ที่ปรากฏหาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงองค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้ง (dwelling) จนแน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน (brackets it or sets it aside) ไม่คิดว่าตนรู้แล้ว เข้าใจแล้วแยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นเสร็จสิ้น (Knaack, 1984) กระทำโดยการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำ ๆ ทำการจำแนก และดึงข้อความหรือประโยค ที่มีความสำคัญ ให้อ่าน หรือบันทึกใน index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness) ขึ้นอยู่กับแนวคำถามการสัมภาษณ์ ความถูกต้องของระเบียบวิจัย การทอนความคิดของผู้วิจัย การยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของ ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลและปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert and Carpenter, 1999) ซึ่งได้มาจาก ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้จริงใน ประสบการณ์นั้น

8. วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีม เพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูล และเกิดการแปลความที่ หลากหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัย และอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาเป็นความจริงตาม การรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (participant validation) (Jasper, 1994) ผู้วิจัยป้องกันการเกิดอคติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกประสบการณ์ อคติ หรือการ ตัดสินใจล่วงหน้าของตนออกหรือเก็บไว้ (ในวงเล็บ) ผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุดคือ ผู้ให้ ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง (letting the facts speak for themselves) และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย (Walters, 1995)

9. ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจสามารถ ถ่ายโอนหรือปรับใช้บริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ของ ผู้อ่านผลการวิจัย (Jasper, 1994)

10. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ เลือกใช้กันมากที่สุดวิธีหนึ่ง เพราะเป็นวิถีทางที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง ด้วยการสนทนา อย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล โดยมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้ของ ตนเองและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อมองการเข้าใจ ความคิด ความหมาย นิยามและการ ตีความสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ที่แสดงออกด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเอง อันจะนำไปสู่การเข้าใจ พฤติกรรมของบุคคล ว่าเพราะเหตุใดเขาถึงมีพฤติกรรมในวิถีทางที่เขาประพฤติ (Minichiello et al. อ้าง ถึงใน กนกนุช ขึ้นเลิศสกุล, 1997)

การสัมภาษณ์มีผู้คิดและพัฒนาขึ้นหลายประเภท ซึ่งอาจใช้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล หรือสัมภาษณ์เป็นกลุ่มและใช้เวลามากหรือน้อยแตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่แบ่งการสัมภาษณ์ ออกเป็น 2 ประเภท (กนกนุช ขึ้นเลิศสกุล, 1997; สุภางค์ จันทวานิช, 2539) ดังนี้

1. การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (the formal conversational interview) ผู้ สัมภาษณ์จะใช้แนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างจากสาระประเด็น คำถามการวิจัย เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการ สนทนา ส่วนในการสนทนาจริงจะมีความยืดหยุ่นและเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถพูด แสดงออกถึงการ รับรู้ของเขาได้อย่างอิสระ

2. การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (the informal conversation interview) เป็นการสัมภาษณ์โดยไม่มีกำหนดหัวข้อสนทนา แต่ก็มิได้ปล่อยให้เป็นการสนทนาอย่างไร้ทิศทาง โดยส่วนมากผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่ประเด็นที่เป็นความสนใจของผู้สัมภาษณ์ (Patton, 2002)

การเตรียมก่อนสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์มีการเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และเป็นการช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดในการสัมภาษณ์ได้ โดยสิ่งที่ควรมีการเตรียมก่อนสัมภาษณ์ได้แก่

1. การเตรียมตัวผู้สัมภาษณ์ เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก ผู้สัมภาษณ์ต้องมีการเตรียมตนเองดังนี้

1.1 ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้สัมภาษณ์ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาก่อนการดำเนินการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความไวเชิงทฤษฎีให้กับตนเอง อีกทั้งเป็นวิถีทางสำหรับการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่จะนำมาทำวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และกระตุ้นให้เกิดคำถามใหม่ที่ยังไม่เคยปรากฏในวรรณกรรมมาก่อน

1.2 ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้สัมภาษณ์ทำการศึกษา วิเคราะห์ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้และทดลองฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนลงมือทำการวิจัย

1.3 ด้านการปรับตัวและพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์สร้างความสัมพันธ์ ความไวเนื้อเชื้อใจจากผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการปรับปฏิสัมพันธ์และการสนทนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ให้ข้อมูล

2. การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Patton, 2002) ก่อนลงมือสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์สร้างแนวทางการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน ในประเด็นที่สนใจ ในการสร้างแนวคำถาม ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติและผู้สัมภาษณ์ต้องไม่มีอคติหรือกำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้า คำถามเหล่านี้ ผู้สัมภาษณ์นำแนวคำถามไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง เพื่อความเป็นไปได้ของภาษาและวิธีการถาม เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์สามารถกำหนดเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา

การดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สัมภาษณ์คำนึงถึงจริยธรรมในการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องไปจนกระทั่งการเผยแพร่ต่อสาธารณชน ดังแนวทางปฏิบัติ คือ

1. การเคารพและไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยให้อิสระในการยินยอมด้วยการแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมให้ข้อมูล โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือและขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลา

พร้อมทั้งผู้ให้ข้อมูลจะต้องได้รับคำอธิบายล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยและการถามคำถามต่าง ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจให้คำตอบ ซึ่งผู้สัมภาษณ์อาจจะขออนุญาตทั้งด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร พร้อมกับขอความยินยอมในการจัดบันทึก/การบันทึกเสียงร่วมด้วย

2. การรักษาความลับและการป้องกันสวัสดิภาพ ด้วยการปกปิดนามผู้ให้ข้อมูล บันทึกต่าง ๆ จะถูกจัดเก็บอย่างเป็นความลับ และถูกลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้แก่ การบันทึกเสียงร่วมกับการจัดบันทึก แม้ว่าการบันทึกเสียงจะเป็นวิธีการที่บันทึกข้อมูลดิบที่เป็นภาษาพูดได้ครบถ้วน แต่ก็มีข้อจำกัดคือไม่สามารถบันทึกข้อมูลที่เป็นภาษาท่าทาง และบริบทของการสนทนาที่อาจเกี่ยวข้องกับการตีความข้อมูลได้ ส่วนวิธีการจัดบันทึกมีข้อดีที่สามารถบันทึกย่อในขณะที่ฟังได้ทันที แต่ก็มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถบันทึกได้ครบถ้วน ฉะนั้นในทางปฏิบัติ ผู้วิจัยจะใช้การบันทึกเสียงเป็นวิธีการหลักและใช้วิธีการจัดบันทึกเป็นวิธีการเสริม โดยหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์จะทำการจัดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ รวมทั้งประเมินข้อมูลความคิด ความเข้าใจที่เกิดขึ้นทันทีที่ไม่ผลัดวันการจัดบันทึกเพราะจะลืม การจัดบันทึกนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสำหรับข้อมูลสัมภาษณ์ที่บันทึกเทปไว้วันนี้ก็ต้องได้รับการถอดเทปและพิมพ์ การถ่ายถอดพิมพ์จะต้องพิมพ์ทุกคำพูด ห้ามตกแต่ง ปรับแก้เพราะข้อมูลดิบเหล่านั้นจะนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ คำต่อคำ (นิศา ชูโต, 2540)

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ได้รับความนิยมในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยทำการศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรวมทั้งฝึกทักษะในการสัมภาษณ์และปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ได้ข้อมูลในการสนทนาตรงตามเป้าหมายที่ต้องการศึกษามากที่สุด

11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สนั่น สมบูรณ์ (2531) ได้ศึกษาหมอพื้นบ้านและการรักษาโรคแผนโบราณที่มีผลต่อวิถีชีวิตของชาวบ้านในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การรักษาโรคแบบพื้นบ้านยังได้รับความนิยมในการรักษาเป็นบางกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ บุคคลที่ทำการรักษาคือ หมอพื้นบ้าน รูปแบบในการรักษาจะใช้พิธีกรรมทางไสยศาสตร์เป็นส่วนประกอบ ซึ่งวิธีการรักษานั้นขึ้นอยู่กับหมอพื้นบ้านแต่ละประเภท ทั้งนี้ชาวบ้านจะมีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรน้อยมาก แต่ก็มีเชื่อว่ามีสมุนไพรรักษาโรคได้จริง ด้านความเชื่อในการรักษาโรคนั้น หมอพื้นบ้านสามารถปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ชาวบ้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะไม่แพงอยู่ในระดับที่ชาวบ้านส่วนมากพอใจ

กระแสด ชนะวงศ์ และคณะ (2532) ศึกษาถึงบทบาทและศักยภาพของผู้สูงอายุในชนบทไทย ต่องานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ผู้สูงอายุกว่าครึ่งมีบทบาทในครอบครัวและชุมชนโดยการถ่ายทอดความรู้และปฏิบัติในเรื่องการใช้ยาสามัญประจำบ้านและปฐมพยาบาลเมื่อสมาชิกมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สามารถพาบุตรหลานไปรับการฉีดวัคซีนตามกำหนดและสามารถปกป้องผู้มีปัญหาด้าน

จิตใจ รongลงมาคือการเลี้ยงดูเด็ก การเตรียมอาหารและการใช้สมุนไพร นอกจากนี้ที่น่าสนใจก็คือ ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งต้องการทำประโยชน์ด้านสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ และส่วนใหญ่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในยามเจ็บไข้ได้ป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ

เสริมพันธุ์ นิตยสาร (2534) ศึกษาพบว่า การมีข้อจำกัดในการรับรู้ข่าวสาร ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ด้านสุขภาพอนามัย เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพของตนเอง ปัญหาในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ จึงพบว่าในชนบทจะเน้นภูมิปัญญาและการพึ่งตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทต่อการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยร้อยละ 59 โดยร้อยละ 20 จะดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองและที่เหลือจะเป็นการให้คำแนะนำปรึกษาถึงแนวทางการดูแลรักษาและการแสวงหาบริการการรักษา

อภิชาติ ผลเรื่อง (2537) ได้ศึกษา การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่าการรักษาแบบโบราณส่วนใหญ่จะกระทำโดยผู้สูงอายุ ซึ่งวิธีการดูแลสุขภาพแบบโบราณบางอย่างทำได้ง่ายและผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีศักยภาพที่จะทำ เช่น การบีบนิ้ว การให้กำลังใจ ผูกแขน นอกจากนี้การดูแลสุขภาพแบบโบราณแล้ว ผู้สูงอายุยังมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมในด้านการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการแผนใหม่ได้เช่นกัน เห็นได้จากการรู้จักเตรียมยาไว้ป้องกันและรักษาโรคหรือบางรายสมัครเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อทำบทบาทเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานโดยทั่วไปในหมู่บ้านของเขาเอง

Watana Paranee (1995) ศึกษาเรื่องประชากรผู้สูงอายุกับการพัฒนาพบว่า บทบาทของผู้สูงอายุลดลงเนื่องจากสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ และภาระรับผิดชอบในทางเศรษฐกิจและการเงิน ตลอดจนอำนาจในการควบคุมดูแลบุตรหลาน นอกจากนี้ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและความชำนาญของผู้สูงอายุก็ค่อยๆลดลงเมื่อการศึกษาและเทคโนโลยีสมัยใหม่ก้าวหน้ามากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องสูญเสียคุณค่าของตนเอง เกียรติยศ เกียรติภูมิ และภาคภูมิใจไปในสังคมที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง

สถิตย์ สุขบท (2539) ได้ศึกษาถึงบทบาททางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า จะลดลงเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข และมีบุคลากรทางสาธารณสุขที่ป้องกันรักษาโรคด้วยวิธีการสมัยใหม่ แต่การเยียวยาแบบโบราณซึ่งส่วนใหญ่จะกระทำโดยผู้สูงอายุ ก็ยังเป็นที่ยอมรับในสังคมชนบท (ทรงยศ คำชัย, 2541) เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและชาวบ้านยังมีความเชื่อเกี่ยวกับโชค ลาง และวิธีการรักษาทางไสยศาสตร์

วรรณภา ศรีวัชรรัตน์และคณะ (2545) ศึกษาเรื่องเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ของผู้สูงอายุไทย พบว่าถ้าวัดด้วยการทำงานจะพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุยังคงมีการทำงานอยู่ซึ่งนับว่าสูงกว่าประเทศ

อื่น ๆ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการทำงาน โดยอยากทำงานที่เป็นงานอยู่กับบ้าน นอกจากงานที่มีรายได้แล้วผู้สูงอายุยังเกื้อหนุนครอบครัวทางอ้อม โดยช่วยทำงานบ้านและเอื้อที่อยู่อาศัยให้บุตร

จิตติรัตน์ เวทย์ศิริพันธ์ (2545) ศึกษาความเชื่อเรื่องปฐาตะกวดกับวิถีชีวิตชาวทวายบ้านตรึม อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า วัฒนธรรมท้องถิ่นเกิดขึ้นมาจากการสร้างสมความรู้และประสบการณ์ จนกลายเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านและวัฒนธรรมพื้นบ้านที่ถ่ายทอดกันมาจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับชีวิตของชาวบ้านและสภาพแวดล้อม สามารถใช้แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตของคนแต่ละท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม และจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม โครงสร้างประชากรที่กำลังเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเป็นทุนทางสังคมในการถ่ายทอดประสบการณ์ และปลูกฝังค่านิยมที่ดีงามแก่คนรุ่นหลัง

ศวีวรรณ สระแก้ว (2546) ได้ศึกษาถึง บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้ ช่วยดูแลปฐมพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นไข้ จะเช็ดตัว หายาให้กิน คอยบีบนิ้วและให้กำลังใจ ผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ยังมีบทบาทในเลือกการรักษาแบบผสมผสาน โดยการรักษาจากโรงพยาบาล และการรักษาแบบพื้นบ้าน ได้แก่ หมอพระ หมอน้ำมันต์ คนทรงเจ้า เพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของอำนาจเหนือธรรมชาติ และเวรกรรม

สุมิตรา สิริศิริมานะ (2546) ศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจผ่านการรับรู้ของบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม แล้วจึงให้ความหมายของสุขภาพดี แม้ว่าร่างกายและจิตใจจะทำหน้าที่แตกต่างกัน แต่พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการผสมผสานความสมดุลของด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นภาวะสุขภาพดีตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เกิดองค์รวมแห่งสุขภาพ เช่น สุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย ไม่ปวด ไม่เมื่อย ต้องร่วมด้วยการมีความสุขทางใจ ไม่มีความทุกข์ มีจิตใจสบาย สงบ ไม่กังวลในเรื่องต่าง ๆ ครอบครัวมีความสุข ลูกหลานเป็นคนดี

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-dept interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านจากความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ การตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้าน ความรู้สึกในการเป็นหมอพื้นบ้านและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) ซึ่งเป็นการศึกษาโดยให้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบทางสัมผัสผัสต่าง ๆ ฐานคติที่สำคัญก็คือมนุษย์เราจะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน โดยการรับรู้และรู้ความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล (key informant)

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการให้การรักษาระบบหมอพื้นบ้านและมีประสบการณ์ตรงในประเด็นที่ต้องการศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ (criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ดังนี้

1. เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปี และมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้านอย่างน้อย 10 ปี

2. มีประสบการณ์ในการให้การรักษาระบบหมอพื้นบ้าน เป็นผู้ที่ได้การยอมรับหรือเห็นด้วยจากบุคคลทั่วไปในชุมชนว่ามีวิถีชีวิตตามการรักษาระบบหมอพื้นบ้านโดยครอบคลุมตามประเภทของหมอพื้นบ้านต่าง ๆ ทั้ง 6 ประเภทซึ่งได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบดังต่อไปนี้

- 2.1 หมอยาสมุนไพรอย่างน้อย 2 ราย

- 2.2 หมอจอดกระดูกอย่างน้อย 2 ราย

- 2.3 หมอตำแย ปัจจุบันไม่มีแล้วเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปนิยมเข้ารับบริการจากหน่วยงานสาธารณสุขทั้งหมด

- 2.4 หมอไสยศาสตร์ อย่างน้อย 2 ราย

- 2.5 หมอนวด ที่เป็นแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 2 รายเนื่องจากได้รับการขึ้นทะเบียนส่วนหมอนวดตามบ้านมีแต่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน

- 2.6 หมอพิธีกรรม หรือหมอเถื่อนอย่างน้อย 2 ราย

ซึ่งรวมแล้วจะทำการเก็บข้อมูลกับหมอบ้านอย่างน้อย 10 รายหรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

3. เป็นหมอบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ

4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์และผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. มีการได้ยินที่ปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี

6. ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์

จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับการอิ่มตัวของข้อมูล คือข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ได้เริ่มเป็นประเด็นที่ซ้ำ ๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญใหม่ ๆ เกิดขึ้น (จอณณะจง เพ็งจาด, 2546)

พื้นที่ในการเก็บข้อมูล (setting)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเลือกพื้นที่ในการเก็บข้อมูลที่คาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้พื้นที่ ๆ เลือกในการเก็บข้อมูลจะมีประเด็นหลักในการกำหนดลักษณะผู้ให้ข้อมูล แต่งานวิจัยนี้จะสนใจกับผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในประเด็นที่ต้องการศึกษา และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด อย่างไรก็ตามในเบื้องต้นผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ในการหาผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ในเขตจังหวัดสุรินทร์ เนื่องจาก เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุมีการทำหน้าที่เป็นหมอบ้านซึ่งเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการดำรงเอกลักษณ์ความเป็นอยู่ วิถีชีวิตของตนเองในเรื่องการใช้ภาษา การแต่งกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการรักษาโรคและการเข้ารับการรักษาจากหมอบ้านตามวัฒนธรรม ความเชื่อยังปรากฏให้เห็นอยู่มากจึงมีความเหมาะสมที่จะทำการเก็บข้อมูล และเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยสามารถใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร ทำให้เข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดีสอดคล้องกับแนวทางในการเลือกสนามวิจัยของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การได้มาและการเข้าถึงข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้เข้าพบและแนะนำตัวกับบุคคลากรที่เกี่ยวข้องในสนามการวิจัย (gatekeeper) ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ประธานชุมชน ประธานกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน สร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับบุคคลากรที่เกี่ยวข้องในสนามการวิจัยเพื่อทาบถามหรือถามถึงความสนใจของผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เกี่ยวกับความสนใจที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย หากผู้สูงอายุรายใดไม่ขัดข้อง บุคคลากรที่เกี่ยวข้องในสนามการวิจัยก็จะขออนุญาตจัดที่อยู่พร้อมเบอร์โทรศัพท์ เพื่อมอบให้ผู้วิจัยสำหรับติดต่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อนัดวันและเวลาในการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อขอให้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและการติดต่อกับผู้วิจัยอย่างละเอียด ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลขณะทำการติดต่อสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยขณะทำการติดต่ออย่างอิสระ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เปิดเผย เป็นความจริง ผู้วิจัยตระหนักและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระตลอดการติดต่อ

4. เมื่อผู้ให้ข้อมูล สนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการขอนัดพบกับผู้ให้ข้อมูลในวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกเพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การคุ้มครองสิทธิและขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก โดยคำนึงถึงความสงบ เป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยได้พบผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย เมื่อผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิ

6. ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการศึกษาบทบาททางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกต การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การจดบันทึกภาคสนาม การซักถาม การบันทึกเทป และการถ่ายภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย ตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แนวทางการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกต่างๆ ดังนี้คือ

1. ตัวผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือวิจัย และเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยผ่านการศึกษารายวิชา การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผ่านการอบรมหลักสูตรสาธารณสุขแนวใหม่ที่จัดโดยสถาบันพระบรมราชชนก ในระยะที่ 1 – 2 (มีรูปแบบในการศึกษาและเก็บข้อมูลแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ) และศึกษาระเบียบวิธีการวิจัย หลักการวิจัยจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาขาอื่น ๆ เพื่อให้มีความตรงกับเนื้อหาสาระและประเด็นที่ศึกษาเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัย และในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตลอดกระบวนการวิจัย

2. การจดบันทึกสนาม (filed note) เป็นสมุดบันทึกประจำวันที่บันทึกความรู้สึก ความคิด และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่สังเกตเอาไว้ เพื่อป้องกันการลืมและช่วยให้เข้าใจข้อมูลหลังจากออกจากสนามวิจัย

3. เครื่องบันทึกเสียง เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ใช้สำหรับการสัมภาษณ์บางอย่างที่คิดว่าการจดบันทึกอย่างเดียวอาจได้รายละเอียดไม่เพียงพอ เช่น การสัมภาษณ์ในระดับลึก โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดหาและเตรียมเครื่องบันทึกเสียงให้พร้อมสำหรับการใช้งาน

4. กล้องถ่ายภาพ สำหรับการเก็บภาพที่เป็นพหุกรรม กระบวนการ ลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีลักษณะพิเศษหาได้ยาก เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการศึกษา

5. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สำหรับบันทึก ชื่อ - นามสกุล เพศ อายุ หมายเลขของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ประวัติทางด้านสุขภาพ และการบรรยายลักษณะต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูล

6. แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกหมายเลขของผู้ให้ข้อมูล บันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์ได้แก่ ครั้งที่ วันที่ เวลาการสัมภาษณ์ การบรรยายฉากและบรรยากาศ

7. แบบบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์ เพื่อบันทึกการถอดความจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ

8. แนวการสัมภาษณ์ (question guideline) เป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ต้องเตรียมเอาไว้ โดยนำเสนอแนวคำถามกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบก่อนที่จะนำไปสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ลึกซึ้ง และครอบคลุมมากที่สุด ในการสัมภาษณ์จะแบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา กำหนดวัตถุประสงค์ตามปัญหาการวิจัยซึ่งจะเป็นคำถามกว้าง ๆ เขียนเป็นคำถามปลายเปิดและมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนข้อคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ตลอดจนประเด็นการวิจัยที่ได้วางเอาไว้

ส่วนที่ 2 หลังจากสัมภาษณ์หากผู้วิจัยพบว่า บางคำถามไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยก็จะทำการปรับแนวคำถามให้มีความเหมาะสม สำหรับการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป จนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว และเนื่องจากภาษาที่ใช้ในการสื่อสารมีความสำคัญ คำท้องถิ่นบางคำ แปลได้ยาก การที่จะเข้าไปขอข้อมูลต้องมีความพร้อมเรื่องของภาษา หรืออาจแก้ไขได้ด้วยการพาคคนที่รู้ภาษาท้องถิ่นไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าให้เป็นคนที่ยังไม่รู้จัก หรือญาติพาไปหาจะได้รับการต้อนรับและได้ข้อมูลมาก

การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที แนวการสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มสนทนา ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ และขั้นปิดการสนทนา แนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามหลักที่นำเข้าสู่ประเด็นที่ทำการศึกษา และคำถามรองที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลให้รายละเอียดและสะท้อนประสบการณ์ แต่ไม่มีการกำหนดคำถามอย่างตายตัว คำถามในการสัมภาษณ์จึงมีความยืดหยุ่น และเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มสนทนา พูดยุคและซักถามเรื่องทั่วไปสร้างสัมพันธภาพเพื่อความรู้สึกที่ดีและเกิดความไว้วางใจในการสนทนา อธิบายระยะเวลาและเป้าหมายของการสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามดังต่อไปนี้

แนวคำถาม

คำถามเกริ่นนำ

1. ขณะนี้สุขภาพท่านเป็นอย่างไรบ้าง ?
2. เวลาว่างท่านทำกิจกรรมอะไรบ้าง ?

ขั้นที่ 2. ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

คำถามหลัก

1. อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้าน ?
2. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างที่ทำหน้าที่หมอพื้นบ้าน ?
3. กรุณาช่วยเล่าว่าในแต่ละวัน ท่านได้ปฏิบัติงานในฐานะหมอพื้นบ้านว่าทำอะไรบ้าง ?

(หลังจากนั้นถามเจาะลึก แต่ละกิจกรรมที่หมอพื้นบ้านปฏิบัติ)

คำถามรอง

คำถามรอง เป็นคำถามที่สร้างขึ้นเพิ่มเติมจากเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความ การสะท้อนความคิด และการบอกเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง ตัวอย่างคำถาม เช่น "ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ... (ประเด็นที่ต้องการ)" "ที่ท่านเล่าว่า...หมายความว่าอย่างไร" "ที่ท่านเล่า หมายความว่า ...ใช่ไหม"

ขั้นที่ 3. ขั้นปิดการสนทนา เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงไว้กับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการค่อย ๆ เปลี่ยนหัวข้อการสนทนาเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย ผู้วิจัยสอบถามผู้ให้ข้อมูล ถึงความต้องการในการกล่าวถึงสิ่งอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ซักถาม หรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการซักถามผู้วิจัย บอกย้ำเกี่ยวกับการรักษาความลับ กล่าวขอบคุณในการเสียสละเวลาของผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัย รวมทั้งหากข้อมูลในยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยอาจขออนุญาตสัมภาษณ์ซ้ำ จากนั้นจึงบอกผู้ให้ข้อมูลหลักถึงการปิดการสัมภาษณ์ ตัวอย่างคำถาม เช่น "ท่านมีประเด็นอะไร ที่จะบอกเพิ่มเติมอีกหรือไม่ครับ"

การสร้างแนวคำถาม

แนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น มีขั้นตอนในการสร้างแนวคำถาม มีดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดด้านผู้สูงอายุ สุขภาพ บทบาท และทำการรวบรวมจำแนกเป็นหัวข้อกว้าง ๆ คัดเลือกประเด็นคำถาม เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจจะสัมภาษณ์เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนา แต่จะไม่มีกำหนดคำหรือลำดับคำถามอย่างตายตัว คำถามในการสนทนาจริงจะมีความยืดหยุ่นและเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540) จากนั้นนำแนวทางการสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแนวทางการสัมภาษณ์

2. นำแนวทางในการสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ราย เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์นำเทปบันทึกการสัมภาษณ์มาถอดข้อความการสนทนา ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา การสัมภาษณ์ในประเด็นที่สนใจ ตรวจสอบแนวคำถาม การสัมภาษณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง จากนั้นทำการปรับแก้แนวคำถามเพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกันมากขึ้น ซึ่งหลังจากที่ได้ทำการนำแนวคำถามมาทดลองใช้แล้วทำให้ทราบว่าบางข้อคำถาม สื่อความต้องการของผู้วิจัยได้ไม่ตรง หรือเกิดความคลาดเคลื่อนจำเป็นต้องมีการปรับแนวคำถามให้ตรง บางข้อจะต้องมีการย้ายลำดับในการถามใหม่ เพื่อถ่ายทอดการเข้าใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ ซึ่งหลังจากที่ปรับและได้ทดลองใช้แล้ว ได้คำตอบเป็นที่น่าพอใจ จึงได้ใช้แนวคำถามที่กล่าวมาข้างต้นเป็นหลักในการสัมภาษณ์และดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยตรวจสอบด้วยตนเองและตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการให้ความคุ้มครองสิทธิข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ก่อนสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การแนะนำตัวผู้วิจัยการสัมภาษณ์เรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

3.2 ใช้คำถามอุ่นเครื่อง เพื่อเปิดประเด็นกว้าง ๆ ในเรื่องที่ใกล้เคียงกับประเด็นที่น่าสนใจสัมภาษณ์

3.3 คำถามหลัก เพื่อเข้าสู่ประเด็นในการสัมภาษณ์

3.4 คำถามรอง เป็นคำถามที่สร้างขึ้นเพิ่มเติมจากรายการที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความ การสะท้อนความคิด และการบอกเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อประธานชุมชนของพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อขี้อ้างวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งเสนอเค้าโครงงานวิทยานิพนธ์และร่างแนวคำถามประกอบการพิจารณาเพื่อขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ของสนามการวิจัย

2. เมื่อได้รับการตอบรับ ประสานงานกับคณะกรรมการของชุมชนพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุและขอความร่วมมือในการสอบถามตามความสมัครใจของผู้สูงอายุที่ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษา

3. เมื่อทราบกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อนัดหมายในการเยี่ยมบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายซ้ำในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามยินยอม

4. เมื่อผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลว่าตรงตามลักษณะผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดหรือไม่ โดยตรวจสอบจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรอง แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และกรณีพบว่าผู้ให้ข้อมูลได้คะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ให้ข้อมูลและญาติ พร้อมกับแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษาต่อไป

5. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์และบทบาทผู้วิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย นัดวัน เวลาและสถานที่ที่สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบ การเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้วิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองว่ามีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้สัมภาษณ์หรือไม่ ดังนี้

6.1. กรณีผู้วิจัยสังเกตพบว่าผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและสอบถามความพร้อมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

6.2. กรณีผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม และทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม ซึ่งประกอบด้วยกรออธิบายฉากและภาพเหตุการณ์ขณะสนทนาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่พบในการสัมภาษณ์โดยย่อ ปัญหาที่พบขณะสัมภาษณ์ หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และตามความยินยอมอย่างสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด บอกให้ทราบถึงเรื่องที่จะสนทนา การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาและการถ่ายภาพ ระยะเวลาในการสนทนาในแต่ละครั้ง การรักษาความลับโดยการทำลายเสียงที่บันทึกเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การปกปิดชื่อและสถานที่ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลไปอภิปรายผลเผยแพร่ในลักษณะ

ภาพรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งในระหว่างการสนทนาผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกในการตอบ หรือยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย มีการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่าง ๆ ไว้อย่างปลอดภัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลจึงกระทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเน้นการตีความตามขั้นตอน ตามแบบของ Colaizzi (Streubert and Carpenter, 1999) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา
2. รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลบรรยายปรากฏการณ์ และอ่านข้อมูลที่ได้ทั้งหมด
3. ทบทวนข้อมูลทั้งหมดและแยกประโยคที่สำคัญออกมา และทำความเข้าใจในความหมายของประโยคนั้น ๆ
4. จัดกลุ่มความหมายแยกออกเป็นประเด็น โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่มีลักษณะร่วม หรือที่มีความหมายเหมือนกันไว้ด้วยกัน ให้ความหมายหรือจำแนกชื่อแก่กลุ่มข้อมูลนั้น ๆ
5. เขียนคำบรรยายโดยละเอียด เลือกร้อยอย่างข้อมูลดิบ (exhaustive description) ที่สามารถสะท้อนให้เห็นสาระสำคัญของกลุ่มข้อมูลแต่ละกลุ่มออกมา เพื่อใช้เป็นตัวอย่างให้ผู้อ่านได้เห็นว่า การจำแนกชื่อนั้นสอดคล้องกับข้อมูลที่มีอยู่
6. นำข้อมูลที่เขียนขึ้นย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวอย่างของข้อมูลดิบว่า ตรงกับที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังหรือไม่ ชื่อของกลุ่ม สาระของข้อมูล สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงไร แล้วจึงปรับปรุงให้เหมาะสม

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

1. ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีที่กำหนดไว้บนปรัชญาการวิจัยของ Husserl โดยเฉพาะการใช้วิธีการจัดกรอบแนวคิด (bracketing) คือ ไม่นำความรู้ในเรื่องที่จะศึกษามาปะปนกับความรู้ที่ได้จากการศึกษา และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด เพื่อให้การศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจมีความถูกต้อง ได้ข้อมูลที่ชัดเจนจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง (Streubert and Carpenter, 1999)

2. ด้านข้อมูลการวิจัย ประกอบไปด้วย (ประณีต สงวัฒนาและคณะ, 2543)

2.1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตามแบบของ Colaizzi

2.2. ผู้วิจัยตรวจสอบการดำเนินการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า คือการที่ผู้วิจัยไม่ปักใจว่าแหล่งข้อมูลที่ได้มานั้นแหล่งใดแหล่งหนึ่งถูกต้อง (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2542) ซึ่งกระทำได้หลายทาง ได้แก่ การใช้ผู้วิจัยหลายท่านที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน

กันมาเก็บข้อมูลเดียวกันเพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน (investigator triangulation) การใช้แนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการมองหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเหตุการณ์นั้นๆ (theory triangulation) การใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูล (methodological triangulation) และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากบุคคลหลายแห่ง (data triangulation) (สฤงศ์ จันทวานิช, 2541 ; Lincoln & Guba, 1985)

2.3. ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลยืนยันความจริงและความชัดเจน (credibility) เพื่อเป็นตัวอย่งที่แสดงความน่าเชื่อถือและยืนยันได้ว่า ข้อมูลนั้นเป็นความจริงมีหลักฐานตรวจสอบได้

2.4. บันทึกรายละเอียดที่ชัดเจนสามารถตรวจสอบได้และสามารถทำให้ผู้อื่นปฏิบัติตามได้ในกระบวนการวิจัย เช่น ในการสัมภาษณ์ ต้องระบุวัน เวลา ที่สัมภาษณ์ สถานที่สัมภาษณ์ แนวทางการสัมภาษณ์ เป็นต้น

2.5. ข้อมูลการวิจัยจะเสนอตามความเป็นจริงตามประสบการณ์ที่ศึกษาไม่มีความลำเอียง คือ

2.5.1. การนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ ซึ่งไม่ใช่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย แต่แสดงถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง (Knaack, 1984)

2.5.2. การให้สมาชิกตรวจสอบ (member check) เป็นการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสรุปและแปลความหมาย กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องเป็นจริงของข้อมูลทั้งในระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985; Maxwell, 1996) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลในระยะที่กำลังดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยภายหลังจากการเก็บข้อมูลในแต่ละราย ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่ได้รับจากการบอกเล่า หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อความหรือสิ่งที่ผู้วิจัยแปลความเบื้องต้นกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่สามารถติดต่อประสานงานได้และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการตรวจสอบข้อมูล อ่านทบทวนให้ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความเป็นจริงของข้อมูล

2.5.3. การให้บุคคลอื่นตรวจสอบ (audit trail) นำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลบันทึกต่าง ๆ รวมถึงรายงานที่ได้จากการศึกษาการตรวจสอบจากบุคคลภายนอก (รุ่นพี่ที่ทำงานอยู่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต จากคณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีความสนใจและกำลังศึกษาหลักสูตรเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยของสถาบันราชภัฏสุรินทร์) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Lincoln & Guba, 1985)

3. ด้านตัวผู้วิจัยตรวจสอบตนเองอยู่เสมอโดยคิดทบทวนประเมินตนเอง จดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามการวิจัยตลอดช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัยเพื่อให้เกิดความตระหนักในบทบาทของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัด (นิศา ชูโต, 2545) และมีการเตรียมความพร้อมของตนเอง ดังนี้ คือ

3.1. เนื่องจากผู้ที่จะทำการวิจัยเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีความรู้ด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาค้นคว้าจากการเขียนวิทยานิพนธ์วิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต โดยทำการศึกษาปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมด้วยการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

3.2. การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยเป็นนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ศึกษาในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง จำนวน 12 หน่วยกิต โดยมีการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุตลอดจนฝึกทักษะการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ และทำความเข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุตามที่ได้ศึกษา ซึ่งถือเป็นการเตรียมความพร้อมในการที่จะทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อที่เกี่ยวกับบทบาทด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีต่อชุมชนได้เป็นอย่างดี

3.3. การเตรียมทักษะด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทักษะการฟัง การสร้างสัมพันธภาพ การใช้เทคนิคและศิลปะในการสัมภาษณ์เพื่อการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการสัมภาษณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพก็คือ ความคุ้นเคยในสนามวิจัยและการสื่อสารโดยใช้ภาษาเดียวกันของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล และประสบการณ์ของผู้วิจัยที่เรื่องที่ทำการศึกษา เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานการศึกษาด้านการพยาบาล และมีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนมีความคุ้นเคยในสิ่งแวดล้อมและสนามการวิจัยสามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาเดียวกันกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี จึงเป็นการเตรียมพร้อมในเรื่องของความน่าเชื่อถือในด้านตัวผู้วิจัย

3.4. การเตรียมตนเอง ผู้วิจัยมีการตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยได้แก่ การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เทคนิคการสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นและการเขียนอธิบายประเด็น รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ตามปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอนอนบ้านในจังหวัดสุรินทร์ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปีและมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่เป็นหมอนอนบ้านอย่างน้อย 10 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการยอมรับหรือเห็นด้วยจากบุคคลทั่วไปในชุมชนว่าเป็นหมอนอนบ้าน ซึ่งทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in - depth interview) และผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเน้นการตีความตามแบบของ Colaizzi (Streubert and Carpenter, 1999) ผลการวิจัยได้เสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเป็นหมอนอนบ้านของผู้สูงอายุที่มีต่อชุมชนท้องถิ่น จังหวัดสุรินทร์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 14 ราย เป็นเพศชาย 11 ราย เพศหญิง 3 ราย โดยมีลักษณะที่จัดแยกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทของหมอนอนบ้าน ระยะเวลาที่เป็นหมอนอนบ้าน (ปี) และจำแนกเป็นผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายดังแสดงในตารางที่ 1

สถานที่ที่ทำการสัมภาษณ์คือ ที่วัดหรือที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหมอนอนบ้านที่ตั้งอยู่กระจ่ายกันอยู่ตามหมู่บ้านของชุมชนเข็ญชัยเขมร ลาว กูย (ส่วย) สภาพของหมู่บ้านเหมือนกับชนบททั่วไปของจังหวัดสุรินทร์ ตั้งอยู่ห่างจาก อำเภอเมืองค่อนข้างมากตามระยะทางของแต่ละอำเภอ พื้นที่ศึกษาที่ใกล้ที่สุดห่างจากอำเภอเมืองประมาณ 10 กิโลเมตร และไกลที่สุดห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 120 กิโลเมตร ทุกพื้นที่ส่วนมากสามารถเดินทางเข้าออกจากหมู่บ้านโดยรถประจำทางและรถส่วนตัวฐานะของหมอนอนบ้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง พอมีกินมีใช้ อาชีพหลักของคนส่วนใหญ่คือ ทำนา ทำสวน ใช้ภาษาส่วย ลาวและไทย ในการสื่อสาร ผู้คนโดยทั่วไปมี อธิษาศัยดี ให้การต้อนรับผู้มาเยือนเป็นอย่างดี ในช่วงที่เข้าไปศึกษาเป็นช่วงเวลากลางวัน จะพบคนที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุและเด็ก

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ID	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับการศึกษา	ประเภทของ หมอฟันบ้าน	สถานภาพ	ระยะเวลาที่เป็น หมอฟันบ้าน (ปี)
ID-01	68	ชาย	ไม่ได้เรียนหนังสือ	หมोजอดกระดูก	บุคคลทั่วไป	20
ID-02	71	ชาย	ไม่ได้เรียนหนังสือ	หมอไสยศาสตร์	บุคคลทั่วไป	40
ID-03	68	ชาย	ประถมศึกษา	หมอยาสมุนไพร	พระสงฆ์	39
ID-04	65	ชาย	ประถมศึกษา	หมोजอดกระดูก	บุคคลทั่วไป	30
ID-05	64	หญิง	ไม่ได้เรียนหนังสือ	หมอพิธีกรรม	บุคคลทั่วไป	30
ID-06	63	ชาย	ประถมศึกษา	หมอไสยศาสตร์	พระสงฆ์	15
ID-07	60	หญิง	ประถมศึกษา	หมอพิธีกรรม	บุคคลทั่วไป	10
ID-08	62	หญิง	ประถมศึกษา	หมอนวด	บุคคลทั่วไป	45
ID-09	80	ชาย	ไม่ได้เรียนหนังสือ	หมอนวด	บุคคลทั่วไป	50
ID-10	65	ชาย	อนุปริญญา	หมอยาสมุนไพร	บุคคลทั่วไป	25
ID-11	66	ชาย	ประถมศึกษา	หมอยาสมุนไพร	บุคคลทั่วไป	30
ID-12	72	ชาย	ประถมศึกษา	หมอยาสมุนไพร	บุคคลทั่วไป	35
ID-13	68	ชาย	ไม่ได้เรียนหนังสือ	หมोजอดกระดูก	บุคคลทั่วไป	35
ID-14	74	ชาย	ประถมศึกษา	หมोजอดกระดูก	บุคคลทั่วไป	40

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 14 รายเป็นเพศชาย 11 ราย เพศหญิง 3 ราย มีอายุระหว่าง 60 – 80 ปี ไม่ได้รับการศึกษา 5 ราย ระดับประถมศึกษา 8 รายและมีการศึกษาในระดับอนุปริญญา 1 ราย ความถนัดในการรักษา (ประเภทของหมอฟันบ้าน) แบ่งออกเป็นหมोजอดกระดูก 4 ราย หมอไสยศาสตร์ 2 ราย หมอยาสมุนไพร 4 ราย หมอพิธีกรรม 2 ราย และหมอนวด 2 ราย มีสถานภาพเป็นพระสงฆ์ 2 รูป บุคคลทั่วไป 12 ราย และมีระยะเวลาที่เป็นหมอฟันบ้านตามระยะเวลาที่เริ่มทำตั้งแต่ 10 – 50 ปี

สำหรับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 ราย ผู้วิจัยให้รหัส ID (identification) แทนผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยเริ่มตั้งแต่ ID – 1 (รายที่ 1) ถึง ID – 14 (รายที่ 14)

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอฟันบ้านในจังหวัดสุรินทร์

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นหมอฟันบ้านสามารถแบ่งประสพการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอฟันบ้านออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ การตัดสินใจเป็นหมอฟันบ้าน

ความรู้สึกต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน และประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้านซึ่งในแต่ละประเด็นสามารถอธิบายได้ดังนี้คือ

ประเด็นหลักที่ 1 การตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายการตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้านว่า มีเหตุผลหรือปัจจัยแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สูงอายุได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้านนั้นมีองค์ประกอบมีประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ การสืบทอดจากบรรพบุรุษ ความเชื่อไสยศาสตร์ และความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่นดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 การสืบทอดจากบรรพบุรุษ

การสืบทอดจากบรรพบุรุษเป็นการรับวิชาความรู้แบบพื้นบ้านที่ใช้ในการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วย มาจากปู่ย่า ตายาย บิดามารดา หรือบุคคลในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้าน เป็นความรู้ที่เกิดจากการส่งสืบทอดประสบการณ์ ส่งผ่านจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง เช่น จากพ่อมาสู่ลูก ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“เออคือพุดง่าย ๆ ก็อาจจะเกิดจากกรรมพันธุ์นั้นแหละมัง เพราะตาเคยเป็นตาก็เป็น แม่ก็เป็นสงสัยจะเป็นจากกรรมพันธุ์ เพราะทำกันมาตลอดตั้งแต่รุ่นตา รุ่นยาย” (รายชื่อที่ 2)

“ความรู้ช่วงแรกที่ได้จะได้มาจากปู่ย่า ตายาย บรรพบุรุษเป็นผู้ถ่ายทอดให้เราในฐานะที่เป็นลูกหลานอย่างหนึ่งก็ต้องมีหน้าที่ในการรักษาเอาไว้ มันคล้ายกับเป็นมรดกตกทอด เป็นสมบัติของตระกูล” (รายชื่อที่ 3)

“ผมเรียนรู้มาจากพ่อสมัยแต่ก่อนพ่อแกเป็นหมอชาวบ้านนี้แหละแกจะรู้จักพวกยารากไม้ดี... ผมก็เริ่มเรียนรู้จากแกตรงนี้แหละ” (รายชื่อที่ 4)

“เพราะว่าแต่ก่อนพ่อแกเป็นหมอ เวลามีคนมารักษาก็เห็นมาตลอดว่ารักษาอะไรบ้าง โตมาหน่อยจึงเริ่มสนใจที่จะเรียน ความรู้ส่วนใหญ่ก็มาจากพ่อนั้นแหละ ใ้ที่ผมสนใจหาเองก็มีบ้าง เหมือนตอนที่เจอหมอคนอื่นก็ได้แลกเปลี่ยนความรู้กันว่าสมุนไพรตัวนี้รักษาอะไร ตัวนั้นรักษาอะไร มันก็เหมือนกับเป็นมรดกตกทอดที่ต้องเจริญรอยตามพ่อ” (รายชื่อที่ 10)

“ก็เป็นสงสัยจะเป็นจากกรรมพันธุ์ ส่วนหนึ่งก็เรียนมาจากหลวงพ่อ อาศัยเรียนช่วงที่บวชเรียนได้ความรู้มาตอนนั้นเอง ช่วยเตรียมยานั้นก็พอเป็นแล้วรักษาได้เหมือนกัน ที่เจ็บป่วยนิด ๆ หน่อย ๆ หลังจากนั้นก็ตั้งใจว่าจะเป็นหมอพื้นบ้านต่อมา” (รายชื่อที่ 11)

“สมัยก่อนที่บ้านของตาจะปลูกสมุนไพรเอาไว้เยอะ พ่อของตาเป็นหมอสมุนไพร รู้จักสมุนไพรเยอะเวลารักษาคนหรือไปเก็บสมุนไพรก็จะพาไปด้วย คิดว่าน่าจะได้รู้มาจากตรงนี่เอง” (รายที่ 12)

“เรียนมาจากพ่อ เพราะแต่ก่อนพ่อเป็นหมอรักษากระดูก รักษาคนที่แขนหัก ขาหักในหมู่บ้าน จากที่อื่นมารักษาก็มีนะ เวลาเขามารักษาพ่อก็ให้ช่วยหยิบ จับแขน จับขาคนที่มารักษา ก็ได้ดูได้เห็นมาตั้งแต่ตอนนั้น มันจำได้ พ่อก็ให้คาถาที่ใช้รักษา มาด้วย พ่อพ่อแกเสียผมก็เลยทำต่อจากแก” (รายที่ 13)

ประเด็นย่อยที่ 2 ความเชื่อไสยศาสตร์

ความเชื่อไสยศาสตร์เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านเรื่องเหนือธรรมชาติแล้วส่งผลต่อสุขภาพ หรือการดำรงชีวิตของตนเองและคนในครอบครัว ซึ่งวิธีที่จะทำให้หายปราศจากความทุกข์จะต้องพึ่งพากรดูละรักษากจากหมอพื้นบ้านที่มีความสามารถในด้านการใช้เวทย์มนต์คาถา เข้าทรง เพื่อช่วยเหลือในการรักษา และหลังจากที่ผ่านเรื่องราวดังกล่าวมาโดยปลอดภัยแล้วเกิดความเชื่อถือศรัทธา ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“ตอนนั้นลูกคนที่ 3 เข้าโรงเรียนขาหักที่โรงเรียนเพราะเล่นบาสฯ เล่นแล้วก็ล้มถูกเพื่อนที่โตกว่าล้มทับขาเลยหัก ทีนี้ก็เลยพาอาจารย์มาเป่า แต่เวลามาแกจะมาลำบาก เพราะแก่มากแล้วแกเลยเอามนต์ใส่หมากเอาให้ผมเป่าให้ลูกเองที่บ้าน พอเป่าแล้วก็เป่าหายเลยไปแต่งงานขึ้นครูให้แก แกก็เลยให้มนต์มาอีก เห็นว่ารักษาลูกชายตัวเองหายแล้วจึงตัดสินใจเป็นหมอรักษากระดูกตั้งแต่นั้นมา” (รายที่ 1)

“สิ่งที่ทำให้หายตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้านคือยายมีลูก 2 คน คนแรกร้องไห้แล้วก็ตายโดยไม่ทราบสาเหตุตั้งแต่เด็ก คนที่สองอายุได้ประมาณ 9 ขวบปวดท้องพาไปหาหมอไม่ทันก็ตาย พอลูกคนที่สองตายได้ประมาณ 1 เดือน ก็ไปเข้าร่างหมอทรง บอกว่าให้แม่รับช่วงเป็นหมอไถ่หมอเถื่อนต่อเพราะบริเวณที่ปลูกบ้านอยู่นั้นเจ้าที่เก่าแรงมาก ถ้าแม่ไม่รับเป็นหมอไถ่หมอเถื่อนต่อก็จะตายกันทั้งบ้าน ยายก็เลยตัดสินใจเป็นหมอไถ่หมอเถื่อนตั้งแต่นั้นมา” (รายที่ 5)

“ตอนประมาณ 10 ปีที่แล้วนั้นไม่สบายมากไปรักษาที่ไหนก็ไม่หาย จนกลับมาอยู่ที่บ้านแล้วฝันเห็นผู้ชายแก่งุ่นห่มชุดขาวทั้งชุดมาบอกว่า จะให้ยายเป็นร่างทรงให้ท่าน บอกเราว่าที่เป็นโรคแล้วรักษาไม่หายเพราะเขาอยากจะให้เราเป็น ถ้าอยากจะหายและไม่มีเคราะห์ก็ต้องรับเอาไว้ ยายก็เลยรับเสร็จแล้วที่เคยเจ็บป่วยก็หาย” (รายที่ 7)

ประเด็นย่อยที่ 3 ความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่น

ความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการรับรู้และเห็นผลสำเร็จจากการรักษา บำบัดโรคจากความรู้พื้นบ้าน โดยหมอพื้นบ้านที่ได้รับการยอมรับว่ามี ความสามารถทางด้านการรักษาโรคหรืออาการนั้น ๆ จนทุเลาลงได้ ซึ่งทำให้เกิดความชื่นชอบในวิธีการบำบัดรักษา ส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ สนใจที่จะศึกษาและใช้องค์ความรู้ดังกล่าวบำบัดรักษาโรคต่อไป ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“พอดีตอนนั้นพ่อไม่สบายไปโรงพยาบาลหมอเขาว่าเป็นอัมพาต เราก็ไม่รู้ว่าจะรักษาอย่างไรพอดีแถวบ้านมีคนแนะนำให้รักษาที่หมอพื้นบ้านที่เป็นหมอนวด บอกว่าเคยนวดรักษาคนที่ เป็นแบบพ่อของยายหาย เลยพาพ่อไปรักษาก็หายจริงรู้สึกศรัทธายายเลยตัดสินใจว่าจะลองเรียนเป็นหมอนวดตั้งแต่นั้นมา วิชาที่ไปยกครูเรียนต่อจากหมอที่รักษาพ่อยายนั้นแหละ” (รายที่ 8)

“ตัวเองเคยกระดูกหักแล้วไปรักษากับหลวงตาที่วัด ช่วงที่ที่รักษาก็เข้า ๆ ออกวัดเป็นประจำ เห็นคนอื่นไปรักษาเหมือนกัน ส่วนใหญ่จะหาย เลยเกิดความเลื่อมใสหลวงพ่อ พอรักษาหายแล้วก็เลยขอฝากตัวเป็นลูกศิษย์” (รายที่ 14)

ประเด็นหลักที่ 2 ความรู้สึกต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความรู้สึกต่อการเป็นหมอพื้นบ้านว่าเป็นความรู้สึกที่ได้รับหลังจากได้ช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยและตนเองสามารถช่วยเหลือ ดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเชื่อตรงตามบริบทความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและชุมชนนั้น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากโรค และตัวหมอพื้นบ้านเองเกิดความรู้สึกภูมิใจ สุขใจเกิดคุณค่าขึ้นในตนเอง ซึ่งรายละเอียดจะไปด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และความมีคุณค่าในตนเอง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน

จากการทำหน้าที่หมอพื้นบ้านในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้หมอพื้นบ้านเกิดความภูมิใจ ดีใจที่มีส่วนในการบำบัดรักษาโรคให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“ภูมิใจมาก รู้สึกว่าเราดูแลเขาดี เขานับถือเราว่าเราศักดิ์สิทธิ์ เราดูแลไม่ใช่ว่าอยากได้เงิน ดูเพราะใจเราอยากช่วยจริง ๆ” (รายที่ 1)

“ส่วนใหญ่เวลาที่เรารักษาเขา ดูว่าเขาเป็นอะไรไม่สบายเพราะอะไร พอดูให้แล้วเขาดีขึ้นหายเราก็ตีใจด้วย ภูมิใจด้วยที่เราสามารถช่วยหาวิธีการหาวิธีสะเดาะเคราะห์ได้ทำให้เขาหายป่วย เขาก็ศรัทธาในตัวเรา” (รายที่ 5)

“เราก็ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคนอื่นให้หายจากการเจ็บป่วย บางคนไม่รู้ตัวเอง ทำผิดผีผิดครุฑที่ไหน ก็ไม่รู้ว่าจะรักษาอย่างไร มาหาเราเราช่วยได้คนที่มาหาก็คงเกิดความพอใจ เราในฐานะที่เป็นหมอก็จะเกิดความภาคภูมิใจไปด้วย” (รายที่ 7)

“คนที่มารักษากระดูกหักต้องมีความอดทนเพราะว่าต้องใช้เวลากว่าที่จะหาย เดินทางไปมาระหว่างบ้านตัวเองกับบ้านหมอ บางคนมาไม่สะดวกไม่มีคนส่งมา ตาก็จะไปดูเขาที่บ้านจนเขาหาย พอเขาเห็นเราลงทุนขนาดนี้แล้วเขาก็นับถือเราเป็นอาจารย์เป็นผู้มีพระคุณ เราก็เกิดความภูมิใจอยากที่ รักษาคนต่อไป” (รายที่ 13)

ประเด็นย่อยที่ 2 สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น

หมอฟื้นบ้านมีความรู้สึกสุขใจ ดีใจ สบายใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทูเลาหลงหรือหายจากโรค ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอฟื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“คนที่มารักษาเขาจะไม่นับถืออะไรกับเราก็ช่างเขา ถือว่าเราได้ทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุดแล้ว เราไปดูไปรักษาเขาแล้วอาการดีขึ้นดีเขาก็ดีใจ เราก็เกิดความสุขในใจเรา คนเขาจะว่าอย่างไรก็ไม่เป็นไรแล้วแต่เขา” (รายที่ 2)

“คนเขาจะไม่นับถืออะไรกับเราก็ช่างเขา ถือว่าเราได้ทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุดแล้ว เราไปดูไปรักษาเขาแล้วอาการดีขึ้นดีเขาก็ดีใจ เราก็เกิดความสุขในใจเรา คนเขาจะว่าอย่างไรก็ไม่เป็นไร” (รายที่ 4)

“ก็ทำแล้วตัวเราเอง เราก็สบายใจที่ได้ช่วยคนอื่น ทำแล้วสุขกายสบายใจก็ถือว่าคุ้มแล้ว...” (รายที่ 5)

“ก็ทำแล้วตัวเราเอง เราก็สบายใจที่ได้ช่วยคนอื่น ทำแล้วสุขกายสบายใจก็ถือว่าคุ้มแล้ว เรื่องค่ายกครุฑค่าหมอก็แล้วแต่เขา ไม่ได้คิดไม่ได้บังคับว่าต้องให้ค่ารักษาเท่าไร ๆ ถือว่าช่วย ๆ กันไป คนเขาก็นิยมชมชอบที่เราได้ช่วยเหลือเขา” (รายที่ 9)

“เห็นคนอื่นหายจากการรักษาของเราเราก็สุขใจ เพราะเราก็มั่นใจว่ายาที่เราใช้รักษาเขาจะเป็นยาดี เวลาที่เขาหายเขายกย่องเรา พูดถึงเราในทางที่ดี เราก็ดีใจ” (รายที่ 11)

“รักษาอยู่ที่นี้ก็ดี ช่วยชาวบ้านได้ เพราะเวลาเขาไปหาหมอจะเสียเงินเยอะทั้งค่ารถ ค่าหมอ ค่ากินอยู่ บางคนไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วไม่หาย ไม่ดีขึ้นเขาก็มารักษากับผม... มากี่ครั้งก็ได้จนกว่าจะหาย เขาก็มาหาบ่อยเจ็บเล็กเจ็บน้อย เขาก็มา

หารู้ว่าตัวเองหายอยู่ในสภาพเดิมก็ค่อยมายกครูครั้งเดียว ตัวผมเองก็รู้สึกดีที่ได้
ช่วยเหลือคนอื่นให้หายเราก็ดีใจกับเขาด้วย” (รายที่ 14)

ประเด็นย่อยที่ 3 ความมีคุณค่าในตนเอง

จากการทำหน้าที่หมอฟันที่บ้านแล้วได้รับความเคารพนับถือ ยกย่องส่งผลให้เกิด
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหมายต่อตัวเองจากการกระทำนั้น ๆ ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอ
ฟันบ้านกล่าวไว้ว่า

“เขาก็มั่นหมายแหละเวลามารักษากับเรา เขาก็เรียกตาว่าอาจารย์บ้าง หมอ
บ้างให้ความสำคัญกับเราก็มั่นหมายว่าเราเป็นหมอเป่ารักษากระดูกได้ เขานับถือเราเพราะ
เรารักษาเขาหาย เขาว่าดี ใจของเราก็มั่นหมาย ถ้าเขาไม่พอใจผมก็ไม่ว่าอะไรถ้านับถือเรา
เขาก็จะดีต่อเรา ก็ถ้าเขานับถือ เขาก็มาหาบ่อยเจ็บเล็กเจ็บน้อย เขาก็มาหา แสดงว่า
เขานับถือแค่นี้แหละ” (รายที่ 1)

“แถวนี้ไม่มีใครแล้วที่จะรักษาแล้วคอยเป็นที่ยึดเหนี่ยวให้กับชาวบ้าน เวลา
เจ็บไข้ได้ป่วยเขานึกถึงก็พากันมาหาที่วัดให้ช่วยดู ช่วยรักษาใครพอใจจะมาก็มา ใคร
ไม่พอใจก็ไม่มา คนที่เคยไม่ศรัทธาตอนหลังไม่มีที่ไปหลวงพ่อก็ไม่ว่า รักษาให้”
(รายที่ 6)

“บางคนที่มีปัญหาเรื่องแขนขา เดินลำบากก็มาให้เรานวดรักษาให้อาการดี
ขึ้นมาเรื่อย ๆ เขาก็ให้ความสำคัญ ยกย่องเรา นับถือเรา ว่าเรานะช่วยดูแลรักษาเขา
ให้หายได้ตรงนี้ที่เขาดีขึ้นมาเขาก็มีความสุขแล้ว” (รายที่ 8)

ประเด็นหลักที่ 3 ประสพการณ์การเป็นหมอฟันบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสพการณ์การเป็นหมอฟันบ้านว่าเป็นการแสดง
บทบาทหน้าที่ แนวทางในการปฏิบัติตนเป็นหมอฟันบ้านแล้วเกิดความรู้สึกว่า การกระทำของตนเอง
นั้นมีผลต่อการกระทำหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น และมีองค์ประกอบมีประเด็นย่อย 7 ประเด็น ได้แก่ ไม่
เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย เป็นทางเลือกในการรักษา เป็นที่ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ ทำ
ดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย เคารงครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน และดูแลโดย
พื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ไม่เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย

หมอฟันบ้านจะให้การดูแลบำบัดรักษาโรคให้กับผู้ที่มารับการรักษา โดยไม่ได้สนใจว่า
ผู้ที่มารับการรักษานั้นเป็นใคร ฟันเพเป็นอย่างไร มุ่งเน้นเฉพาะผลของการรักษาที่เกิดจากโรค ดังเช่น
ผู้สูงอายุที่เป็นหมอฟันบ้านกล่าวไว้ว่า

“รักษาอยู่ที่นี้ก็ดี ช่วยชาวบ้านได้ เพราะไปหาหมอจะเสียเงินเยอะ ค่ารถ ค่าหมอบางคนไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้วไม่หาย ไม่ดีขึ้นเขาก็มารักษากับผม... มาที่ครั้งก็ได้จนกว่าจะหายผมไม่เคยจะไปบอกว่าไม่รักษา บางคนเขาก็มาหาบ่อยเจ็บเล็กเจ็บน้อยก็มา เขาก็มาหารู้ว่าตัวเองหายอยู่ในสภาพเดิมก็ค่อยมาขอบคุณครั้งเดียวอย่างนี้ผมก็ไม่เคยปฏิเสธนะ” (รายชื่อที่ 1)

“ก็ไม่ว่าจะรักษาอย่างไร มาหาเราเราช่วยได้คนที่มาหาที่จะเกิดความพอใจ เขาก็นิยมมายอยู่เหมือนกัน อีกอย่างก็เพราะเราไม่เคยปฏิเสธ ไม่เคยเลือกคนที่มารักษากับเรา มาหาเรา เราก็คงช่วยเต็มที่อยู่แล้ว” (รายชื่อที่ 7)

ประเด็นย่อยที่ 2 เป็นทางเลือกในการรักษา

การให้การรักษาโรคที่เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจของคนในชุมชน เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและญาติว่าจะเลือกเข้ารับบริการที่จากแหล่งใดดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“ก็เป่าให้คนเวลาเขาไม่สบายตั้งแต่เกิดใหม่ ๆ จนคนโต คนใหญ่ทั่วไป เวลาคนเขาไม่สบายเป่าแล้วหายเขาก็นับถือมาทุกวันนี้แหละ...ก็เป่าอย่างนี้แหละ นี่ถ้าเป็นแล้วได้เป่าทันทีก็จะหายเร็ว อย่างบางคนไปหาหมอที่โรงพยาบาลก็ต้องรักษาเป็นอาทิตย์จึงจะหาย จะหายไม่หายดูที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ดูว่ามีเลือดเดินหรือไม่ถ้ามีเลือดเดินก็จะหายดูก็รู้ แสดงว่าเป่ามนต์เข้าไปแล้ว แบบนี้ก็สบายใจได้เลย รักษาอยู่ที่นี้ก็ดี ช่วยชาวบ้านได้ เพราะไปหาหมอจะเสียเงินเยอะ ค่ารถ ค่าหมอ” (รายชื่อที่ 1)

“ความสำคัญต่อชุมชนมากเพราะว่า หมดหนทางแล้วก็จะมาหาผม ผมช่วยให้รอดชีวิตไปก็มีบุญต่อผมด้วย สำคัญมาก ...” (รายชื่อที่ 2)

“แถวนี้ไม่มีใครแล้วที่จะรักษาแล้วคอยเป็นที่ยึดเหนี่ยวให้กับชาวบ้าน เวลาเจ็บไข้ได้ป่วยเขานึกถึงก็พากันมาหาที่วัดให้ช่วยดู ช่วยรักษาใครพอใจจะมาก็มา ใครไม่พอใจก็ไม่มา คนที่เคยไม่ศรัทธาตอนหลังไม่มีที่ไปหลวงพ่อก็ไม่ว่า รักษาให้” (รายชื่อที่ 3)

“คือเขาไม่สบายมาหายาย ยายดูให้ บางที่มีโรคยายก็บอกว่ามีโรคนะ ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาลด้วย พอเขาทำตามที่ยายบอกเขาก็หาย บางที่เขามาหายายก็หายเลยไม่ต้องไปหาหมออีก อยู่บ้านเรามันไกลบางที่กลางค้ำกลางคืนเดินทางลำบาก มาหายายสะดวกกว่าเร็วกว่า เขาก็มา” (รายชื่อที่ 5)

“เพราะเขาไปหาหมอมาไม่หาย เขาก็มาหายายยายก็ดูให้ เขาก็ไปบนบาน
 สานกล่าวมั่นก็หาย ใคร ๆ ก็มาหายาย ทุกวันนี้มีคนมาหาตลอดเลย ยายก็ดูให้ได้ไม่
 จำกัดเวลาและถ้ามีการอัญเชิญไปตั้งครุแม่มดที่ไหนแล้ว ท่านก็ต้องไป เพราะว่าเป็น
 การได้ช่วยเหลือคน” (รายชื่อที่ 7)

ประเด็นย่อยที่ 3 เป็นที่ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ

หมอพื้นบ้านที่ทำหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากโรคซึ่งไปรับ
 การรักษาจากหลาย ๆ ที่แล้วไม่หาย แต่มารับการรักษาจากหมอพื้นบ้านแล้วหายก็จะได้รับการยอมรับ
 เลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“ส่วนมากในหมู่บ้านของเราก็ให้ความเลื่อมใสศรัทธา นอกจากคนในชุมชน
 แล้วคนข้างนอกก็มาหาเยอะเหมือนกัน เข้ามาได้รับการรักษา ก็รักษาให้ไม่ได้เลือก
 คนนั้นมาจากที่นั่น คนนี้อยู่ที่นี่ ใครมีความเชื่อ ศรัทธามาก็รักษาให้อยู่แล้ว ยิ่งเป็น
 พระด้วยแล้วญาติโยมก็มาไม่ได้ขาด อะไรที่ชาวบ้านคิดว่าหมอที่โรงพยาบาลรักษาไม่หาย
 ก็จะมาแต่ที่วัด สุดท้ายก็หาย” (รายชื่อที่ 6)

“ปกติก็ดี นั้นแหละเพราะว่าคนแถวนี้เขาก็รู้ว่าพ่อรักษาให้เขาหายป่วยได้
 เขาก็ศรัทธาพ่อเวลาเจ็บไข้ได้ป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็มาหา แล้วที่บ้านของพ่อเองก็ปลูก
 สมุนไพรเอาไว้ด้วยมีหลายชนิด ทั้งที่ปลูกเอาไว้สำหรับจำหน่าย และสำหรับศึกษา
 เพราะว่าสมุนไพรบางอย่างก็หายาก เป็นการอนุรักษ์สมุนไพรอีกทาง” (รายชื่อที่ 10)

ประเด็นย่อยที่ 4 ทำดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย

การดูแลบำบัดรักษา อาการเจ็บป่วยของหมอพื้นบ้านด้วยวิธีและการแสวงหาการ
 รักษาที่เหมาะสมเป็นการทำดีที่สุดโดยอาจใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลา
 จากอาการที่เกิดขึ้นดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“...ถ้าเป็นผี เป็นหนอง ปวดบวมก็ต้องดูก่อนว่าเป็นแบบไหนแบบ
 ไหน คือว่าถ้าจะเป็นหัวแตกออกมาถ้าเป่าไปหัวมันก็จะแตกออกมาทันทีเลย พอแตก
 ออกมาแล้วก็เอาสมุนไพรยารากไม้ รากพุทราผ่นแล้วปิดแผลเอาไว้ บางครั้งก็ใช้น้ำ
 จากหม้อข้าว น้ำชาข้าว มาคน ๆ แล้วก็ทาเท่านั้นก็หายแล้ว บางทีก็ต้องลองใช้
 หลาย ๆ วิธีรวมกันจนกว่าอาการเขาจะหายนั้นแหละ” (รายชื่อที่ 1)

“อันนี้ใช้เยอะ เดี่ยวคนนั้น คนนี้หกล้ม ปวดเมื่อยมากก็ให้นวด คนนั้นเจ็บไข้
 ปวดตามเนื้อตามตัวก็มายกมือไหว้ให้นวดให้... สำหรับคนที่มีแผลก็จะเป่ารักษาตรง
 แผลด้วย ถ้าไม่เห็นแผลก็จะนวดตรงที่หัก นวดแล้วจะรู้สึกว่าร้อน ทำให้สบายใจ ขึ้น
 ใจ... ก็พยายามทำให้ดีที่สุดที่เราสามารถทำได้” (รายชื่อที่ 3)

“ชาวบ้านเวลาที่ชาวเจ็บไข้ได้ป่วย เวลาคนเขาไปหาหมอไม่ทันผมก็จะไปเป่าให้ อากาาก็จะทุเลาลง... คนตามบ้านนอกเวลาป่วยหรือชั๊กแล้วไปหาหมอไม่ทันเขาก็จะมาตามให้ไปเป่า ส่วนมาผมก็จะไปช่วยดูให้ คนที่ผมเป่าให้แล้วอาการก็ดีขึ้น บางคนกลับมาจากโรงพยาบาลก็ยังมาตามผมให้ไปเป่า ส่วนมากที่เป่ามาก็หายดี”

(รายที่ 4)

ประเด็นย่อยที่ 5 เครื่องครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

กิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่หมอพื้นบ้านปฏิบัติตามคำสอนของครูอาจารย์ เช่น การนั่งสมาธิ การใส่บาตร การไปทำบุญที่วัด การถือศีลเพื่อเสริมสร้างกำลังใจและสร้างค่าน้ำเชื่อถือให้กับตนเอง ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“ตื่นเช้าก็หุงข้าวไปวัด วันไหนวันพระก็ทำอาหารไปถวายเพราะ ถ้าทำได้ดีจะทำให้มนต์เราดี แต่ผมก็ไม่ได้ทำทุกครั้ง มันแล้วแต่โอกาสเพราะบางที่งานมันยุ่ง งานเยอะก็ไม่ได้ทำ”

(รายที่ 1)

“ประมาณตี 4 ลูกขึ้นจากที่นอนบ๊ีบเราก็นั่งสมาธิ ตรวจิตใจตัวเอง ทำเป็นประจำเพราะว่าผมเป็นอาจารย์กรรมฐานสอนกรรมฐานให้คนอื่นเขาด้วย สอนมาตั้งแต่ปี 22 ไนน์ ผมเรียนจากหลวงพ่อบวณ ทุก ๆ วันก็เลยต้องทำสมาธิ อีกอย่างก็ถือว่าการปฏิบัติธรรมอย่างหนึ่ง รักษาจิตรักษาใจของเราให้ดี” (รายที่ 2)

“เป็นพระแล้วทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้านก็สำคัญนะ ชาวบ้านเขาใส่บาตรกันทุกวัน เวลาลูกเต้าเขาไม่สบาย อย่างเป็นตาแดงเขาก็อุ้มมากราบหลวงพ่อบาตาให้ด้วยเด็กตาแดง ถ้าทำไม่เป็นโยม ก็จะทำให้บวชเปลืองข้าวสุก ใส่บาตรเปลืองแต่ข้าวเตี้ยต่อไปโยมก็ไม่ใส่บาตรให้”

(รายที่ 3)

“ตื่นเช้ามาก็ทำกับข้าวไปวัดตอนเช้า... ทำอยู่เป็นประจำชาวบ้านเขาเห็น ก็เกิดความเลื่อมใสต่อตัวเรา ให้การยอมรับในตัวเรามากขึ้น”

(รายที่ 5)

“อยู่ในศีล กินในธรรม มีศีลธรรม บวชครูทุกวันศีล ไม่ขาดจากศีล 5 และยึดหลักให้ทานก่อนกิน รับศีลก่อนไป ทำใจก่อนนอน”

(รายที่ 10)

“ตื่นเช้ามาก็ทำกับข้าวไปวัดตอนเช้าทุกวัน ทำอยู่เป็นประจำชาวบ้านเขาเห็นเราทำแล้วก็เกิดความเลื่อมใส ให้การยอมรับในตัวเรามากขึ้นกล้าที่จะมารักษากับเรา เพราะมั่นใจว่าเราดีจริง เรียกว่าให้ความนับถือนั้นแหละ”

(รายที่ 13)

ประเด็นย่อยที่ 6 ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน

การทำหน้าที่หมอฟันบ้านโดยไม่ได้มุ่งหวังว่าจะได้อะไรเป็นสิ่งตอบแทนจากผู้ที่มารับการรักษามีเพียงค่ายกครูที่ใช้ประกอบพิธีกรรมการรักษาหรือค่าสมนาคุณตามกำลังความศรัทธาของผู้ป่วยเท่านั้น ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอฟันบ้านกล่าวไว้ว่า

“รักษาเสร็จผมก็ไม่เคยเรียกร้อยอะไร ค่ายกครูก็แล้วแต่เขาจะมีน้ำใจว่า เออ ขึ้นให้แกเท่านั้น เเท่านี้ นี่แหละผมไม่เคยเรียกร้อยถ้าจะจัดเตรียมให้ถูกก็ต้องใช้ ก็มี กรวยดอกไม้ 5 ดอก ฐูปเทียน หมาก 2 คำ ยาเส้น 2 ก้อนเท่านี้เอง” (รายที่ 1)

“เราเป็นพระจะไปเรียกร้อยมันไม่ได้ แล้วตัวหลวงตาเองก็ไม่ได้คิดเรื่องค่ารักษาอยู่แล้ว ก็ตามแต่เขาจะศรัทธา รักษาให้เขาหายดีอยู่เย็นเป็นสุข ก็พอแล้ว เพราะแถวนี้ไม่มีใครแล้วที่จะรักษาแล้วคอยเป็นที่ยึดเหนี่ยวให้กับชาวบ้าน” (รายที่ 3)

“ใช้ฐูป เทียน เหล้า ใครมีมากมีน้อยก็ไม่ว่ากัน หรือไม่มีเลยผมก็ไม่ว่าขอให้ มี ฐูป เทียนมาก็พอ ขอให้ได้บอกครูบาอาจารย์ เราจะมาเรียกเอาค่ารักษาเหมือนหมอฟันไม่ได้ เราเรียกเอาตามกำลังศรัทธาดีกว่า สบายใจดีด้วย” (รายที่ 4)

“เราก็สบายใจที่ได้ช่วยคนอื่น ทำแล้วสุขกายสบายใจก็ถือว่าคุ้มแล้ว เรื่องค่ายกครูค่าหมอก็แล้วแต่เขา ยายไม่ได้บังคับว่าต้องเท่าไร ๆ ถือว่าช่วย ๆ กันไปคนเขาก็ นิยมชมชอบที่เราได้ช่วยเหลือเขา” (รายที่ 5)

“เงิน 2 บาท ฐูป 2 ดอก เทียน 2 เล่มและยอดไม้ 2 ยอดถ้าเกินกว่านั้นจะไม่เอา... ส่วนค่าสมนาคุณนั้นก็แล้วแต่ผู้ป่วยจะให้ต่างหาก ตามแต่ความเชื่อและศรัทธาของตัวเอง” (รายที่ 7)

“เพราะรักษาเสร็จผมก็ไม่เคยเรียกร้อยอะไร ค่ายกครูก็แล้วแต่เขาจะมีน้ำใจว่า เออ ขึ้นให้แกเท่านั้น เเท่านี้ นี่แหละผมไม่เคยเรียกร้อย” (รายที่ 9)

“เวลามีคนมาหากี่สงสารเขา รักษาที่ไม่ได้หวังค่าตอบแทนอะไรหรอก อีกร้อยอย่างก็เพราะว่ารู้สึกสงสารคนที่เจ็บไข้” (รายที่ 11)

“...โดยทั่วไปก็ให้ความนับถือ เพราะรักษาเสร็จผมก็ไม่เคยเรียกร้อยอะไร ค่ายกครูก็แล้วแต่เขาจะมีน้ำใจว่า เออ ขึ้นให้แกเท่านั้น เเท่านี้ นี่แหละผมไม่เคยเรียกร้อยเหมือนยายที่นั่งอยู่ตรงโน้น มารักษาไม่รู้กี่ครั้งต่อกี่ครั้ง” (รายที่ 12)

“เวลาที่ผมรักษาเสร็จผมก็ไม่เคยเรียกร้องอะไร ค่ายกครุฑก็แล้วแต่เขาจะมีน้ำใจว่าจะทำยังไง ถ้าบางคนเขารู้จักคิดก็อาจจะบอกว่าเอาแต่งครุฑขึ้นให้แก่เท่านั้นเท่านี้ นี่แหละผมไม่เคยเรียกร้องค่ารักษาอะไร ถ้าจะจัดเตรียมให้ถูกก็ต้องใช้ ก็มีกรวยดอกไม้ 5 ดอก รูปเทียน หมาก 2 คำ ยาเส้น 2 ก้อนเท่านั้นเอง ค่าตอบแทนไม่เป็นอย่างนั้นครุฑจะไม่คุ้มครอง”

(รายชื่อ 14)

ประเด็นย่อยที่ 7 ดูแลโดยพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน

การให้การรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักความต้องการหรือตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจจะใช้รักษาอาการเจ็บป่วย ดังเช่นผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านกล่าวไว้ว่า

“...บางที่เขาอยู่ที่โรงพยาบาลเขามาเชิญผมให้ไปช่วยที่โรงพยาบาลก็มี แต่ผมไปผมเป่าแบบให้ยากินต้องต้มเดี๋ยวนี้ ถ้าเอายาไปกินที่โรงพยาบาลต้องใช้ยาที่ไม่มีสี ต้มแล้วไม่มีสี ถ้ามีสีหมอจะตำคนไข้ใหม่ ต้องใช้ยาไหนที่ไม่มีสี แล้วไอ้คนที่ไปช่วยในโรงพยาบาลผมก็ไปให้ แต่ผมก็ไม่กินหมากที่โรงพยาบาลนะ คุยไปด้วยว่าคาถาด้วย”

(รายชื่อ 2)

“คนที่เชื่อว่าตัวเองเจ็บไข้ได้ป่วยเพราะผีบรรพบุรุษเขาก็จะมาหายช่วยดูช่วยรักษา เวลารักษายายก็จะให้เขานั่งพับเพียบคอยฟังว่า อะไรที่ทำให้เขาป่วยหรือมาทำอะไรกับเขา เขาก็จะมาเข่ามายาย แบบว่ามีวิญญาณมาเข้า แล้วก็บอกความต้องการของเขาว่าเขาต้องการอะไร แล้วคนที่ป่วยก็ต้องไปจัดการตามที่วิญญาณนั้นต้องการหรือทำอะไรให้วิญญาณนั้นเกิดความพอใจ ก็ส่วนใหญ่หลังจากที่ทำแล้วอาการที่เคยเจ็บป่วยก็จะดีขึ้นหายเป็นปกติ”

(รายชื่อ 5)

“บางคนเชื่อว่าตัวเองถูกคุณไสยไปรักษาตามที่ต่าง ๆ แล้วไม่หายก็ต้องมาดูโดยคนเราจะหายหรือไม่หายกลิ้งไข่ดูก็จะรู้ถ้าหายไข่ก็จะไม่เป็นไร ถ้าคนจะไม่หายยังไงก็แล้วจะเห็นสิ่งผิดปกติ อาจเป็นเป็นก้อนเลือดติดมาข้าง ๆ ไข่ จะมีขี้ผึ้งบ้างเส้นด้ายลักษณะจะเหมือนยุงที่มากัด ตีไปก็จะแตกออกมา มนต์คาถาที่ใช้คือ เรียกออกมาเข้าไข่”

(รายชื่อ 4)

สรุปประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านจำนวน 14 ราย สามารถแบ่งประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่ การตัดสินใจเป็น

หมอฟันบ้าน ความรู้สึกต่อการเป็นหมอฟันบ้าน และประสบการณ์การเป็นหมอฟันบ้านซึ่งในแต่ละประเด็นสามารถอธิบายได้ดังนี้คือ

1. การตัดสินใจเป็นหมอฟันบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายการตัดสินใจเป็นหมอฟันบ้านว่า มีเหตุผลหรือปัจจัย แรงจูงใจที่ทำให้ผู้สูงอายุได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นหมอฟันบ้านนั้นมียังมีประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ การสืบทอดจากบรรพบุรุษ ความเชื่อไสยศาสตร์ และความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่นดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การสืบทอดจากบรรพบุรุษ เป็นการรับวิชาความรู้แบบพื้นบ้านที่ใช้ในการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วย มาจากปู่ย่า ตายาย บิดามารดา หรือบุคคลในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นหมอฟันบ้าน เป็นความรู้ที่เกิดจากการสั่งสมจากประสบการณ์ ส่งผ่านจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง เช่น จากพ่อมาสู่ลูก

1.2 ความเชื่อไสยศาสตร์ เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านเรื่องเหนือธรรมชาติแล้วส่งผลต่อสุขภาพ หรือการดำรงชีวิตของตนเองและคนในครอบครัว ซึ่งวิธีที่จะทำให้หายปราศจากความทุกข์จะต้องพึ่งพาการดูแลรักษาจากหมอฟันบ้านที่มีความสามารถในด้านการใช้เวทย์มนต์คาถา เข้าทรงเพื่อช่วยเหลือในการรักษา และหลังจากที่ผ่านเรื่องราวดังกล่าวมาโดยปลอดภัยแล้วเกิดความเชื่อถือศรัทธา

1.3 ความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการรับรู้และเห็นผลสำเร็จจากการรักษา บำบัดโรคจากความรู้พื้นบ้าน โดยหมอฟันบ้านที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสามารถทางด้านการรักษาโรคหรืออาการนั้น ๆ จนทุเลาลงได้ ซึ่งทำให้เกิดความชื่นชอบในวิธีการบำบัดรักษา ส่งผลให้บุคคลนั้น ๆ สนใจที่จะศึกษาและใช้องค์ความรู้ดังกล่าวบำบัดรักษาโรคต่อไป

2. ความรู้สึกต่อการเป็นหมอฟันบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความรู้สึกต่อการเป็นหมอฟันบ้านว่าเป็นความรู้สึกที่ได้รับหลังจากได้ช่วยดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยและตนเองสามารถช่วยเหลือ ดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเชื่อตรงตามบริบทความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและชุมชนนั้น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากโรค และตัวหมอฟันบ้านเองเกิดความรู้สึกภูมิใจ สุขใจเกิดคุณค่าขึ้นในตนเอง ซึ่งรายละเอียดจะไปด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และความมีคุณค่าในตนเอง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน จากการทำหน้าที่หมอฟันบ้านในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้หมอฟันบ้านเกิดความรู้สึกภูมิใจ ดีใจที่มีส่วนในการบำบัดรักษาโรคให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

2.2 สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น หมอพื้นบ้านมีความรู้สึกสุขใจ ดีใจ สบายใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือหายจากโรค

2.3 ความมีคุณค่าในตนเองจากการทำหน้าที่หมอฟื้นบ้านแล้วได้รับความเคารพนับถือ ยกย่องส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหมายต่อตัวเองจากการกระทำนั้น ๆ

3. ประสบการณ์การเป็นหมอฟื้นบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์การเป็นหมอฟื้นบ้านว่าเป็นการแสดงบทบาทหน้าที่ แนวทางในการปฏิบัติตนเป็นหมอฟื้นบ้านแล้วเกิดความรู้สึกว่า การกระทำของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น และมีองค์ประกอบมีประเด็นย่อย 7 ประเด็น ได้แก่ ไม่เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย เป็นทางเลือกในการรักษา เป็นที่ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ ทำดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย เกรงครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน และดูแลโดยพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ไม่เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย หมอฟื้นบ้านให้การดูแลบำบัดรักษาโรคให้กับผู้ที่มารับการรักษา โดยไม่ได้สนใจว่าผู้ที่มารับการรักษานั้นเป็นใคร พื้นเพเป็นอย่างไร มุ่งเน้นเฉพาะผลของการรักษาที่เกิดจากโรค

3.2 เป็นทางเลือกในการรักษา การให้การรักษาโรคที่เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจของคนในชุมชน เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและญาติว่าจะเลือกเข้ารับบริการที่จากแหล่งใด

3.3 เป็นที่ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ หมอฟื้นบ้านที่ทำหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากโรคซึ่งไปรับการรักษาจากหลาย ๆ ที่แล้วไม่หาย แต่มารับการรักษาจากหมอฟื้นบ้านแล้วหายก็จะได้รับการยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ

3.4 ทำดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย การดูแลบำบัดรักษา อาการเจ็บป่วยของหมอฟื้นบ้านด้วยวิธีและการแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมเป็นการทำดีที่สุดโดยอาจใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากอาการที่เกิดขึ้น

3.5 เกรงครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ กิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่หมอฟื้นบ้านปฏิบัติตามคำสอนของครูอาจารย์ เช่น การนั่งสมาธิ การใส่บาตร การไปทำบุญที่วัด การถือศีลเพื่อเสริมสร้างกำลังใจและสร้างความน่าเชื่อถือให้กับตนเอง

3.6 ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน การทำหน้าที่หมอฟื้นบ้านโดยไม่ได้มุ่งหวังว่าจะได้อะไรเป็นสิ่งตอบแทนจากผู้มารับการรักษา มีเพียงคำยกย่องที่ใช้ประกอบพิธีกรรมการรักษาหรือค่าสมนาคุณตามกำลังความศรัทธาของผู้ป่วยเท่านั้น

3.7 ดูแลโดยพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน การให้การรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักความต้องการหรือตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจจะใช้รักษาอาการเจ็บป่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ระเบียบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ตามปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาน้อย 1 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีประสบการณ์ในการให้การดูแลสุขภาพแบบหมอพื้นบ้าน ได้การยอมรับหรือเห็นด้วยจากบุคคลทั่วไปในชุมชนว่าใช้การรักษาแบบหมอพื้นบ้าน ซึ่งทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (in – depth interview) และผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเน้นการตีความตามขั้นตอน ตามแบบของ Colaizzi (Streubert and Carpenter, 1999) จนข้อมูลอิมิตัวและนำเสนอประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์ ได้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลักและ 13 ประเด็นย่อย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้าน

ประเด็นย่อยที่ 1 การสืบทอดจากบรรพบุรุษ

ประเด็นย่อยที่ 2 ความเชื่อไสยศาสตร์

ประเด็นย่อยที่ 3 ความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่น

ประเด็นหลักที่ 2 ความรู้สึกต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน

ประเด็นย่อยที่ 1 ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน

ประเด็นย่อยที่ 2 สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น

ประเด็นย่อยที่ 3 ความมีคุณค่าในตนเอง

ประเด็นหลักที่ 3 ประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้าน

ประเด็นย่อยที่ 1 ไม่เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นย่อยที่ 2 เป็นทางเลือกในการรักษา

ประเด็นย่อยที่ 3 เป็นที่ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ

ประเด็นย่อยที่ 4 ทำดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย

ประเด็นย่อยที่ 5 เคร่งครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ

ประเด็นย่อยที่ 6 ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน

ประเด็นย่อยที่ 7 ดูแลโดยพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์ บรรยายเรื่องราวที่ผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านได้ประสบมา ซึ่งการอภิปรายผลของการวิจัยได้แบ่งออกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1) เพื่อบรรยายเหตุผลในการตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้านของผู้สูงอายุ 2) เพื่อบรรยายความรู้สึกในการเป็นหมอพื้นบ้านของผู้สูงอายุ 3) เพื่อบรรยายประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้าน เนื่องจากหมอพื้นบ้านยังได้รับความนิยมจากคนในชนบท เพราะมีการให้บริการใกล้บ้าน สะดวกในการเข้าไปรับบริการ ประกอบกับมีค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่แพงและได้รับการคาดหวังจากคนในชุมชนว่า เป็นผู้ที่จะสามารถช่วยเหลือและดูแลสุขภาพอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจนหายเป็นปกติได้ ซึ่งการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์แบบองค์รวมที่มองปัญหาสุขภาพทุกองค์ประกอบในระบบที่เชื่อมโยงกัน โดยได้นำมิติทางวัฒนธรรมเข้ามาร่วมพิจารณาการเจ็บป่วย เข้าใจวิถีคิด และเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพของท้องถิ่น ซึ่งส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่นี้ เราในฐานะของคนรุ่นหลังควรมีการถอดองค์ความรู้เพื่อไม่ให้จางหายไป จากสถานการณ์ในประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกวันนี้หากมองเป็นปัญหา ประเทศของเราก็จะพบกับปัญหาใหญ่ แต่ในทางกลับกันถ้าเรามองว่าการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุเป็นการเพิ่มทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมเราก็จะมีทุนมากขึ้นในการพัฒนาสังคมและประเทศของเรา การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมมากขึ้นนั้น สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 10 (2550 – 2554) ที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง การรักษาฟื้นฟูวัฒนธรรมที่ดั่งงามของไทย มองผู้สูงอายุว่าเป็นทุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการรักษาและอนุรักษ์วัฒนธรรมของชาติ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์และผู้รู้ในสาขาต่าง ๆ ได้ถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่คนรุ่นใหม่ต่อไป

ประเด็นหลักที่ 1 การตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายการตัดสินใจเป็นหมอพื้นบ้านว่า มีเหตุผลหรือปัจจัย แรงจูงใจที่ทำให้ผู้สูงอายุได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้านนั้นมีองค์ประกอบแบ่งออกเป็นประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ การสืบทอดจากบรรพบุรุษ ความเชื่อไสยศาสตร์ และความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่นดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 การสืบทอดจากบรรพบุรุษ จากการติดตามปู่ย่า ตายายพ่อแม่ หรือญาติที่เป็นหมอพื้นบ้านเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวเป็นหมอพื้นบ้านอยู่แล้ว ซึ่งหมอพื้นบ้านแบบนี้มักจะได้รับภาระให้ช่วยกระทำกิจกรรมหลายอย่างที่หมอพื้นบ้านทำ เช่น การเก็บต้นสมุนไพร การเตรียมยา เป็นผู้ช่วยในขณะทำการรักษาผู้ป่วยจึงได้วิชาความรู้โดยตรง สอดคล้องกับ สิริรัตน์ เวยศิริพันธ์ (2545) กล่าวว่า หมอพื้นบ้านจะมีการถ่ายทอดความมั่งคั่งกันมาจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่น

หนึ่ง โดยที่องค์ความรู้ี้จะมีความสอดคล้องกับชีวิตของชาวบ้านและสภาพแวดล้อม สามารถใช้แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตของคนแต่ละท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นย่อยที่ 2 ความเชื่อไสยศาสตร์เป็นความเชื่อเรื่องเวทมนต์คาถาต่าง ๆ ซึ่งส่วนมากจะเชื่อกันว่าคนที่ถูกขของหรือคุณไสย์ นั้นจะมีหน้าตาที่หมองคล้ำทำอะไรไม่ขึ้น บางคนจะเจ็บป่วยและตายในที่สุด โดยที่หมอพื้นบ้านเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ชาวบ้านเชื่อว่าเป็นผู้สืบทอดวิชาความรู้เกี่ยวกับอาคมและเวทมนต์คาถาต่าง ๆ มาจากครู อาจารย์ สอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2536) กล่าวว่า แนวคิดเรื่องไสยศาสตร์นั้น เป็นปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วย มีรากฐานมาจากความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรมของมนุษย์กับกฎเกณฑ์ความสัมพันธ์ทางสังคมปรัชญาการรักษาโรคจึงเป็นปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วยเป็นมาตรฐานในการควบคุมพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ และแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ไม่ลงตัวของสังคม

ประเด็นย่อยที่ 3 ความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่น หมอพื้นบ้านจะใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกันในการรักษา บำบัดโรคซึ่งองค์ความรู้หรือภูมิปัญญาที่ได้นี้เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ ลองผิดลองถูกมาแล้วว่าให้ผลทางการรักษา บำบัด ได้ดีกับบริบทของท้องถิ่นนั้น ๆ ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มารับบริการได้อย่างเหมาะสม ตรงตามความต้องการ หลังจากได้เห็นผลของการบำบัดรักษานั้นแล้วเกิดความเลื่อมใสศรัทธาในภูมิปัญญาท้องถิ่น จึงตัดสินใจเข้ามาทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้าน สอดคล้องกับ วิฑิตร์ตัน เวทย์ศิรินนท์ (2545) กล่าวว่า วัฒนธรรมท้องถิ่นเกิดขึ้นมาจากการสร้างสมความรู้และประสบการณ์ จนกลายเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านและวัฒนธรรมพื้นบ้านที่ถ่ายทอดกันมารุ่นหนึ่งไปสู่อีกุ่นหนึ่ง เนื่องมาจากภูมิปัญญาพื้นบ้านโดยทั่วไปจะเกิดจากชุมชน หรือสังคม และก็นำกลับมาใช้กับชุมชน สังคมแหล่งกำหนดของภูมิปัญญา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับการรักษา บำบัดการเจ็บป่วย

ประเด็นหลักที่ 2 ความรู้สึกต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายความรู้สึกต่อการเป็นหมอพื้นบ้านว่า มีองค์ประกอบมีประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่ ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และความมีคุณค่าในตนเองดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือชาวบ้านเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ได้ให้รักษาและดูแลช่วยเหลือผู้อื่นที่มีความทุกข์ยาก ผลก็คือจะทำให้หมอพื้นบ้านรู้สึกภาคภูมิใจในบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ว่าตนก็สามารถที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่นได้เช่นกัน

ประเด็นย่อยที่ 2 สุขใจเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น หมอพื้นบ้านมีความรู้สึกสุขใจ ดีใจ สบายใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือหายจากโรค จะส่งผลให้หมอพื้นบ้านเกิดความสุขใจที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาย หรือบรรเทาจากอาการเจ็บป่วยได้

ประเด็นย่อยที่ 3 ความมีคุณค่าในตนเอง เกิดจากการทำหน้าที่หมอพื้นบ้าน ช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยจนผู้ที่มารับการรักษาหายเป็นปกติแล้วได้รับความเคารพนับถือ ยกย่องส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหมายต่อตัวเองจากการกระทำนั้น ๆ

ประเด็นหลักที่ 3 ประสพการณ์การเป็นหมอพื้นบ้าน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสพการณ์การเป็นหมอพื้นบ้านว่ามีองค์ประกอบมีประเด็นย่อย 7 ประเด็น ได้แก่ ไม่เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย เป็นทางเลือกในการรักษา เป็นที่ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ ทำดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย เกรงครัดในการปฏิบัติ ศาสนกิจ ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน และดูแลโดยพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ไม่เลือกปฏิบัติต่อการดูแลผู้ป่วย หมอพื้นบ้านจะเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยและญาติในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้วไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ โดยที่หมอพื้นบ้านไม่มีการเลือกว่าคนที่มารักษานั้นเป็นใคร จะเป็นคนยากจนแค่ไหน ขอแค่มีความเชื่อและศรัทธาในตัวหมอพื้นบ้านก็จะรักษาให้ บางรายหลังจากที่รักษาหาย พอใจกับการรักษาแล้วก็จะมากำกับหรือถวายสิ่งของเพื่อเป็นการตอบแทน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับมายกย่องเพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณของหมอ

ประเด็นย่อยที่ 2 เป็นทางเลือกในการรักษา หมอพื้นบ้านการให้การรักษาโรคที่เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจของคนในชุมชน เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและญาติว่าจะเลือกเข้ารับบริการที่จากแหล่งที่สามารถตอบสนองหรือรักษาอาการที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยได้

ประเด็นย่อยที่ 3 เป็นที่ยอมรับเลื่อมใสศรัทธาให้การนับถือ หมอพื้นบ้านมีบทบาทต่อสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ซึ่งมีหลายด้าน บทบาทโดยตรงคือเป็นผู้อาวุโสในหมู่บ้าน เป็นผู้นำในทางพิธีกรรม เป็นผู้นำชุมชน บทบาททางอ้อม คือ การเป็นหมอและยังมีบทบาทในการสร้างคุณภาพของชุมชน ทั้งในสภาพแวดล้อมและชนบประเพณี ซึ่งผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบันมีสถานภาพทางสังคมลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ในจังหวัดสุรินทร์ผู้สูงอายุยังคงเอกลักษณ์วัฒนธรรมทั้งทางด้านการใช้ภาษา การดำรงชีวิต อย่างเหนียวแน่น สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุจึงยังคงดีอยู่ ประกอบกับการสัมภาษณ์พบว่า หมอพื้นบ้านที่เป็นผู้สูงอายุยังคงได้รับการยอมรับมาก

จากสังคม ยิ่งหมอฟันบ้านที่เป็นพระสงฆ์ด้วยแล้วจะได้รับการยอมรับ ได้รับการเคารพ ยกย่องสูงกว่า หมอฟันบ้านที่เป็นชาวบ้านทั่วไป

ประเด็นย่อยที่ 4 ทำดีที่สุดในการให้ผู้ป่วยหาย การดูแลบำบัดรักษา อาการเจ็บป่วย ของหมอฟันบ้านด้วยวิถีและการแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมเป็นการทำดีที่สุดโดยอาจใช้การรักษา หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาลงจากอาการที่เกิดขึ้น เป็นอีกหนึ่งประสบการณ์ที่หมอฟันบ้านให้การดูแลและรักษาผู้ป่วย

ประเด็นย่อยที่ 5 เครื่องครัดในการปฏิบัติศาสนกิจ เป็นพฤติกรรมหรือแนวทางในการ ปฏิบัติตัว เช่น การตื่นมาทำสมาธิตอนเช้า การทำบุญตักบาตร การถือศีล เพื่อให้ชาวบ้านเกิดความ เชื่อถือและวางใจที่จะให้การรักษาความเจ็บป่วย ของตนเองและญาติมิตร เนื่องจากถ้าหากหมอฟันบ้านเป็นผู้ปฏิบัติดีแล้ว ชาวบ้านก็จะเกิดความเชื่อมั่นในตัวหมอฟันบ้านว่าศักดิ์สิทธิ์ เป็นคนมีมนต์ ขลัง ตรงกันข้ามหากหมอฟันบ้านคนใดเป็นผู้ปฏิบัติไม่ดีก็เชื่อกันว่าเวทย์มนต์ต่าง ๆ ที่มีจะเสื่อมลง หมอฟันบ้านจึงต้องเป็นผู้ปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบอยู่เสมอ

ประเด็นย่อยที่ 6 ให้การดูแลไม่หวังสิ่งตอบแทน เป็นการรักษาอาการเจ็บป่วยของคน ที่มารับการรักษาโดยที่ไม่มีการเรียกร้องค่าให้การรักษา โดยขึ้นอยู่กับความพอใจของคนที่มารับการ รักษาว่าจะให้ค่าตอบแทนหมอฟันบ้านที่ให้การรักษาตนเองเท่าไรหรือตามความศรัทธา เนื่องจากหมอฟันบ้านมีพื้นฐานความคิดที่ว่าต้องเป็นงานที่เสียสละต่อผู้อื่นโดยไม่มีการเรียกร้อง สอดคล้องกับ รัชสี จันทรเกษ (2548) กล่าวว่า การให้การรักษา บำบัดผู้ป่วยจากหมอฟันบ้านส่วนใหญ่นั้นหลังจากที่ให้การ รักษา บำบัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ก็มักจะไม่มีมีการเรียกร้อง หรือกำหนดว่าจะต้องรับค่าตอบแทนจาก คนที่เข้ามาใช้บริการมากน้อยเท่าไร จะเป็นการรับตามความศรัทธาของผู้ที่มาใช้บริการ เนื่องจาก ส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อที่ว่าหมอฟันบ้านต้องเป็นคนที่มีความเสียสละ เอื้ออาทรกับผู้อื่นมีความโดย ไม่หวังสิ่งตอบแทน

ประเด็นย่อยที่ 7 ดูแลโดยพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อชาวบ้านที่เกิดการ เจ็บป่วยในรูปแบบที่ผิดธรรมชาติเชื่อว่ามีสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติหรือสิ่งที่มีอำนาจชั่วร้ายมา กระทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น เช่น การปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ แม้จะรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ แล้ว ไม่ได้ผล การมีกิริยาแปลก ๆ ต่างไปจากกิริยาเดิมของผู้ป่วย ชาวบ้านเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นจากสิ่ง นอกเหนือธรรมชาติ ทำให้เริ่มแสวงหาวิธีการรักษาใหม่ ๆ ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของตนได้ ซึ่งหมอฟันบ้านก็มีหลายประเภท แต่ละประเภทก็สามารถรักษาตามความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละคนที่เข้ามารับ การรักษาสอดคล้องกับ สถิติย์ สุขบท (2539) กล่าวว่า การรักษาจะใช้ร่างทรง การดมอ หมอธรรม เพื่อ ส่องว่าเกิดขึ้นจากการกระทำของผีหรือถูกคุณไสยของใครมาทำ จนเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อที่ทราบ แล้วก็ต้องหาทางแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการจัดให้มีสถานบริการทางด้านสุขภาพที่ใกล้บ้าน เพิ่มขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่นอกเหนือไปจากการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่ห่างไกล มีเส้นทางที่ยากลำบาก ขาดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากสถานบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการให้บริการยังกระจุกตัวอยู่ตามเมืองใหญ่ ๆ ทำให้การเข้ามารับบริการยากลำบาก
2. ควรส่งเสริมให้มีการผลิตเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่มาจากท้องถิ่น หรือชุมชนเพื่อทำหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากมีความสามารถในการสื่อสารภาษาท้องถิ่นได้ดี และเข้าใจบริบทของสังคมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการภายในชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้การบริการด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับผู้สูงอายุที่เป็นหอผู้ป่วยเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้พื้นบ้านและความรู้ด้านการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกัน หาแนวทางในการให้บริการที่เหมาะสม ตามหลักการที่ได้รับการยอมรับ
4. ด้วยหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชนมากที่สุด ควรมีการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพหอผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาวิจัย

1. สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอกในขณะสัมภาษณ์มีความสำคัญ เช่น สถานที่ที่มีผู้คนพูดคุยกัน เสียงดัง หรือติดถนนมีเสียงดังจากรถที่สัญจรไปมา และสถานที่ที่ผู้คนเดินไปมาเดินมา เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การสัมภาษณ์ยุติลงได้ง่าย แนวทางการแก้ไขคือ ก่อนทำการสัมภาษณ์พยายามต้องเลือกสถานที่ที่มีผลกระทบจากสิ่งรบกวนให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารมีความสำคัญ คำท้องถิ่นบางคำ แปลได้ยาก การที่จะเข้าไปขอข้อมูล ต้องมีความพร้อมเรื่องภาษา หรืออาจแก้ไขได้ด้วยการพาคคนที่รู้ภาษาท้องถิ่นไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าให้เป็นผู้ที่รู้จัก หรือญาติไปหาจะได้รับคำตอบและได้ข้อมูลมาก
3. การประสานงานก่อนไปเก็บข้อมูลมีความสำคัญ ต้องติดต่อและนัดหมายให้ชัดเจนก่อนที่จะไปขอข้อมูล ถ้ามีโทรศัพท์ให้ติดต่อจะดีมากที่สุดและต้องศึกษาเส้นทางเอาไว้ด้วยเพราะบ้านของหอผู้ป่วยจะให้ข้อมูลอยู่ไกลกว่าที่คาดเอาไว้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหอผู้ป่วยในจังหวัดสุรินทร์ ที่เป็นหอผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพชุมชนท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำวิจัยต่อไปดังนี้

1. ควรทำการศึกษาบทบาทของผู้สูงอายุกับการพึ่งพาตนเอง ในด้านสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในระดับชุมชนมากขึ้น
2. ใช้ข้อมูลพื้นฐานที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุที่เป็นหมอน้ำบ้านให้มีบทบาทที่ชัดเจนตามบริบทความเป็นอยู่ของสังคมมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาผลกระทบเชิงลบของรูปแบบการวินิจฉัยโรคที่กระทำโดยหมอน้ำบ้าน
4. ควรมีการศึกษาเรื่องของหมอน้ำบ้านในเชิง ethnography ร่วมกับนักมานุษยวิทยาเพื่อให้เกิดความเข้าใจหมอน้ำบ้านครอบคลุมหลาย ๆ ด้าน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระแสด ชนะวงศ์ และคณะ (2532). **บทบาทและศักยภาพของผู้สูงอายุในชนบทไทยต่องานสาธารณสุขมูลฐาน**. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว เกษโกวิทและคณะ. (2536). **รายงานวิจัย หมอพื้นบ้านและการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านอีสาน : กรณีศึกษา**. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. (2547). **พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง : ภาคชนบท**. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์. (2534). **ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคม**. งานวิจัยสถาบันวิจัยทางสังคม, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2544). **คลื่นลูกที่ 5 ประชาชนสังคม : สังคมไทยที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ชัคเซสมิเดีย.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- คณะกรรมการการอำนวยความสะดวกการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). **แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542**. นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). **สถานะสุขภาพของคนไทย: ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จรัส สุวรรณเวลา. (2544). **สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2545). **เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1 (3647510)**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll Dayton. (2543). **ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย : การศึกษาเชิงคุณภาพ**. วารสารพญาวทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 21-28.
- จินตนา ยูนพันธ์. (2542). **การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข**. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 13(13) :1-13.

- จอนณะจ พึ่งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 15 (2546) : 1 – 9.
- จำเริญ ฐณะสุวรรณ. (2536). ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลผู้สูงอายุ**, 1-34. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- เฉลิมชัย จันทรเสนา. (2544). **บทบาทของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญที่มีต่อการพัฒนาชุมชน การศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรมประเพณี อ.เมือง จ.อำนาจเจริญ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชาย โพธิ์ลีตา. (2547). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูด้า จิตพิทักษ์. (2528). **สังคมวิทยาและวัฒนธรรมไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สารมวลชน.
- ฐิติรัตน์ เวทย์ศิรินันท์. (2545). **ความเชื่อเรื่องปฏิตะกวดกับวิถีชีวิตของชาวกวยบ้านตรึม ตำบลตรึม อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทรงยศ คำชัย. (2541). **ผลการรวมกลุ่มของหมอบ้านต่อการให้บริการด้านสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2542). **สถานการณ์ผู้สูงอายุปัจจุบัน ใน คณะกรรมการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). **รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตา ชูโต. (2545). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พีเอ็นการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2531). **พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2545). **พดุมพลัง : มโนทัศน์ของการมุ่งสู่คุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุและแนวทางของการลดความไม่เป็นธรรมในสังคม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการจัดโดยสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย**. 13 -15 พฤศจิกายน ณ โรงแรมตะวันนารามาตา.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ สุวานวัฒนานนท์. (2543). **ความเหมือนและความต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์**: ปรากฏการณ์วิทยา, ทฤษฎีพื้นฐานและชาติพันธุ์วรรณนา. **วารสารสหการพยาบาล**. 152 (เมษายน-มิถุนายน): 12-24.
- ประเวศ วะสี. (2548). **ทูลทางสังคม 3 ประเภท แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนฯ 10**. มปท.

- ประเวศ วะสี. (2544). **สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ**. หมอชาวบ้าน.
- ปารณัฐ สุขสุทธิ. (2548). **หมอฟีชีกรรมพื้นบ้าน: เรียนรู้และเข้าใจหมอพื้นบ้าน**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). **ลักษณะภาวะพดุมพลัง : กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีชา อุปโยคิน สุรีย์ การญจนวงศ์ วิณา ศิริสุข และมัลลิกา มัติโก. (2541). **ไม้ใกล้ฝั่ง ;สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย** พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). **ระเบียบและวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ. (2536). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล. (2544). **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์,กระทรวง. (2547). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เจ.เอส.การพิมพ์.
- พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข. (2545). **กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรพิมล อรุณรุ่งโรจน์. (2543). **การยอมรับคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดพะเยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรฯ สุนทรโททก. (2530). **บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทยตามการรับรู้ของเยาวชนและผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2534). **เรื่องของจิตวิญญาณกับการพยาบาล. การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**. หน้า16-20. 26-27 พฤศจิกายน 2534 ณ อาคารทิพย์พัฒน์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541) **ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีในประเทศไทย**. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเรื่อง ครอบครัวและผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาดไทย,กระทรวง.กรมการปกครอง (2547). **ข้อมูลจำนวนประชากร ณ 30 กันยายน พ.ศ. 2547**. ตารางแสดงจำนวนประชากร รายอำเภอ ปี 2547.มปท.

- ยงศักดิ์ ต้นติปิฎก. (2548). **เครือข่ายหมอชาวบ้านกับการเปิดพื้นที่ทางสังคมในระบบสุขภาพไทย**. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- รุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์. (2533). **สถานการณ์การแพทย์และเภสัชกรรมไทย ใน คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, สถานการณ์การแพทย์แผนไทย**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รัชณี จันทร์เกษ. (2548). **หมอกระดุก - หมอน้ำมัน: เรียนรู้และเข้าใจหมอพื้นบ้าน..** กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- รัชณี จันทร์เกษ และคณะ. (2548). **ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพอีสาน**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- รัชณี จันทร์เกษ และคณะ. (2548). **เรียนรู้และเข้าใจหมอพื้นบ้าน**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วรรณภา จารุสมบุญ. (2548). **หมอนวดพื้นบ้าน : เรียนรู้และเข้าใจหมอพื้นบ้าน..** กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วรรณภา ศรีวัชรรัตน์และคณะ. (2545). **ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย**. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2544). **สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม**. นนทบุรี : พิมพ์ดี.
- วีณา วิสเพ็ญ. (2548). **ตำราพื้นบ้านจากเอกสารโบราณ : เรียนรู้และเข้าใจหมอพื้นบ้าน**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- วีณา ศิริสุข และคณะ. (2541). **พ่อใหญ่แม่ใหญ่ : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). **เอกสารประกอบการประชุม.การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวในครอบครัวผู้สูงอายุ**. ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
- ศรียรรณ สระแก้ว. (2546). **บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดบุรีรัมย์**.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2543). **การพยาบาลผู้สูงอายุ อดีต ปัจจุบันและอนาคต. จดหมายข่าว สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 1(2).**
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ :ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทาง ในการดูแล (GERONTOLOGICAL NURSING : COMMON) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ .เอกสารประกอบการสอนวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ ชั้นสูง เล่ม 1.(มปท.)**

- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. เอกสารประกอบการสอนวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ
ชั้นสูง เล่ม 2.(มปท.)
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริ
ภัณฑ์ออฟเซ็ท.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพ ของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). **สารประชากรประจำปี 15 มกราคม 2549**. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). **สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล** [Online] Available.
From: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>. [2006, Jan. 28].
- สถิตย์ สุขบท. (2539). **การรักษาพื้นบ้านในชนบทภาคอีสาน : กรณีศึกษา อำเภอรัตนบุรี
จังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิรินทร ฉันทศิริภาณจน, ประคอง อินทรสมบัติและ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). **สุขภาพกับผู้สูงอายุ**.
ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริภาณจน,
ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พานานิรามย์, นงนุช สุนทรชวกานต์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลินี วงษ์
สิทธิ์ และ เล็ก สมบัติ. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และ
สถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. กรุงเทพฯ :
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). **ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล**. **รามธิบดีพยาบาลสาร** 2(1): 2 -
4.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). **สถานะประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินงานต่างๆ
ของประเทศ**. กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤตวิทยา ภาควิชา
อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2545). **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้
และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรสูงอายุ. **วารสารพจนานิตยวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 3(2) : 49-62.
- สุมิตรา สิ้นศิริมานะ. (2546). **ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2542). วิสัยทัศน์การจัดการศึกษาและกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. **ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ**. หน้า 193-207. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทพานิช. (2543). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทพานิช.. (2543). **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัชรา สุภาพ. (2545). **สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี**. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2545.
- เสริมพันธุ์ นิตยัณธา. (2534). **บทบาทของผู้สูงอายุต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). **แนวคิด และวิธีการทำงานสมุนไพรรักษาและการแพทย์แผนไทยในชุมชน**. กรุงเทพฯ: องค์การ ส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). **การเสริมสร้างทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10**. มปท.
- เสาวนีย์ กุลสมบุญรณ์ และคณะ. (2548). **บทเรียนเครือข่ายภูมิปัญญาวิถีไทยอีสาน**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- เสาวนีย์ กุลสมบุญรณ์ และคณะ. (2548). **ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอีสาน**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อภิชาติ ผลเรือง. (2537). **การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล. (2548). **ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอีสาน**. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อมรา พงศาพิชญ์. (2543). **ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (กระบวนทัศน์และบทบาทในประชาสังคม)**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์.(2548). ทฤษฎีและวิธีวิทยาของการวิจัยวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- อุทัย ดุลยเกษม และคณะ. (2544). คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3.
ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Bose, A.B.(1993)." Roles of Local Level Elderlies in Respect of Their Families and Communities" in **Reproductive Ageing in Asia and the Pacific, Report and selected background papers from the Expert Group Meeting on Local-level Policy Development for Dealing with the Consequences of Population Ageing, 1- 4 September, 1992. Pune, India.** New York, United Nations,. Asian Population Studies Series No.129.
- Dymon, J., Cobb, M., and Forman, D. (1997). The meaning of spirituality : a litherature review. **Journal of Advanced Nursing** 26 : 1183-1188.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1998). **Toward healthy aging.** St. Louis: Mosby-Year Book.
- Edlin, E.G., and Kelli Mc. C.B. (1999). **Health and wellness.** 6th ed. Jones and Bartlett Publishes.
- Eliopoulos, C. (1993). **Gerontological nursing** (3rd ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Eliopoulos, C. (2001). **Gerontological nursing.** USA: Lippincott.
- Fried TR, Rosenberg RR, Lipsitz LA. (1995) Older community-dwelling adults' attitudes toward and practices of health promotion and asdvance planning activities. **J Am Geriatr Soc.** 43(6) (Jun): 645 - 649.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). **Fourth generation evaluation.** Newbury Park, CA : SAGE.
- Hill, Lyda & smith, Nancy, (1985). **Spirituality, in self care Nursing.** New Jersey. Prentic Hall.
- Hogstel, M.O.& Curry, L.C.(1999). Elder abuse revisited. **Journal of Gerontological Nursing.** 25(7) : 10 – 18
- Holloowav, J.& Wheeler, S.(1996). **Qualitative Research for Nursing.** USA: Blackwell Science.
- Jasper, M.A. Issue in phenomenology for researchers of nursing. **Journal of Advanced Nursing** 19 : 309-314.
- Knaack, P. (1984). Phenomenological Research. **Western Journal of Nursing Research** 6 (1) : 107 - 114.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research : the influence of Husserl and Heigger. **Journal of advances Nursing** 21(1995): 827-836.

- Maddox, M.(1999). Older Woman and the Meaning of Health. **Journal of Gerontological Nursing** 25 (December) : 26-33.
- Markides, K.S., & Martin, H.W. (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. **Journal of gerontology** 34(1):86-93.
- McConnell, E. (1998). A Conceptual Framework for Gerontological Nursing Practice. In M.A. Mattesson; and E.S. McConnell (eds), **Gerontological Nursing Concepts and Practice**. pp. 5-55. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Omery, A & Mark, C.(1995). Phenomenology and Science. In Omery, A., Mark, C. E. Page, G. **Search of Nursing Science**. Thousand: Sage.
- Paley, J. Hussert. (1997). Phenomenology and nursing. **Journal of advanced nursing** 26(1997) : 187-193.
- Reed, P. G. (1991) **Spirituality and mental health in older adults: Extant knowledge for nursing**. Family & Community Health,; 14(2): 14-25.
- Roach, S. (1998). **Introductory Gerontological Nursing**. Philadelphia. PA : Lippincott.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R.(2003). **Qualitative Research In Nursing**. 3rd edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Terence Seedsman & Susan Feldman. (2002) Spirituality and Ageing Well: thoughts on coping with loss and grief. **Education and Ageing**, Vol 17, No 2 & 3,
- Tonprateep, T. (2003) The essential elements of spirituality among rural Thai elders. **Journal of Advanced Nursing**, 31(1): 197-203.
- Watana Paranee (1995). "Ageing, Continuing education and skill development" **Population Ageing and Development**. Asian Population Studies Series No. 140. United Nations, ESCAP. p.47-53.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญภรณ์ มุลศิลป์
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด
อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
5. พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์
อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีครับผมชื่อ นายวรรณาด พรหมศร เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัย เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหอพักในบ้านในจังหวัดสุรินทร์” เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหอพักในบ้านในจังหวัดสุรินทร์ท่านผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ถ้าท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ผมขอให้ท่านให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความ ความหมายของบทบาทด้านสุขภาพ ในระหว่างการสนทนาผมต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลโดยไม่ทำความเสียหายใด ทั้งท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการด้านสุขภาพของท่านแต่อย่างใด เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาคำนี้สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ผมมีความยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุก
ครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร _____
- 1.2 วันนี้วันอะไร _____
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร _____
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร _____
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร _____

2. Orientation for place (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 กรณีที่อยู่สถานพยาบาล
- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร _____
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นอะไรของตัวอาคาร _____
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร-เขตอะไร _____
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร _____
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร _____
- 2.2 กรณีที่อยู่บ้านของผู้ถูกทดสอบ
- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร _____
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร _____
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร _____
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร _____
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร _____

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย....) ตั้งใจฟัง
ให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณ (ตา, ยาย....) พูด
ทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวผมจะถาม

การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป
(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว”

“ใครใคร่ขายไก่ไข่” _____

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง) _____

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ(ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนคำว่า “หลับตา” ○ หลับตาได้ _____

หลับตา

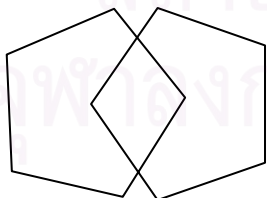
10. Written (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมาย มา 1 ประโยค”

○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuaconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”



คะแนนรวม _____

ผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ทำข้อ 4, 9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

ชื่อ-สกุล _____ เพศ _____ อายุ _____ WARD _____ HN _____
 วันที่ _____ ที่อยู่ _____ AN _____

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	_____	_____	_____
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำ เป็นประจำ	_____	_____	_____
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	_____	_____	_____
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	_____	_____	_____
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า	_____	_____	_____
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้	_____	_____	_____
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี	_____	_____	_____
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ	_____	_____	_____
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข	_____	_____	_____
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	_____	_____	_____
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ	_____	_____	_____
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	_____	_____	_____
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	_____	_____	_____
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	_____	_____	_____
15. การมีชีวิตถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่	_____	_____	_____
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ	_____	_____	_____
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า	_____	_____	_____
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา	_____	_____	_____
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก	_____	_____	_____
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ	_____	_____	_____

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น	_____	_____	_____
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง	_____	_____	_____
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ	_____	_____	_____
24. คุณอารมณ์เสี้ง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ	_____	_____	_____
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ	_____	_____	_____
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน	_____	_____	_____
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า	_____	_____	_____
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น	_____	_____	_____
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว	_____	_____	_____
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน	_____	_____	_____
		รวม	_____
		ผู้ตรวจ	_____

หมายเหตุ

- การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน
- การแปลผล คนสูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน
 - ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน
 - ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน
 - ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

วันที่...../...../..... เวลา.....น. ถึง.....น.

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1	 <p>สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
.		
.		
.		

การสนทนาครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....น.ถึง.....น.

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นายวรรณาท พรหมศวร ที่อยู่ 180 หมู่ 1 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.สุรินทร์ 32000 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์และแนวทางการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การให้สัมภาษณ์ การแสดงความคิดเห็นตามหัวข้อสัมภาษณ์ และมีการบันทึกเทป ระหว่างการสัมภาษณ์ในเรื่อง ประสพการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านใน จังหวัดสุรินทร์

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการ วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัย รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นายวรรณาท พรหมศวร)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์

1. ชื่อผู้วิจัย นายวรนาถ พรหมศร นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ ที่อยู่ 320 หมู่ 1 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.สุรินทร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 – 1548 - 6853 E-mail: woranart_7@yahoo.com
3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ผู้เข้าร่วมการสนทนาหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 1. โครงการนี้เป็นการศึกษาประสพการณ์การดูแลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุรินทร์
 2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประสพการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นหมอพื้นบ้านในชุมชนท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานพัฒนาการบริการด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุ
 3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้านอย่างน้อย 10 ราย ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มประชากรตัวอย่างดังนี้
 - เป็นบุคคลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษอย่างน้อย 1 ปี
 - มีประสพการณ์ในทำหน้าที่เป็นหมอพื้นบ้านอย่างน้อย 10 ปี
 4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบการสัมภาษณ์ โดยผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสพการณ์การดูแลสุขภาพ
 5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประสพการณ์การดูแลสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการให้สัมภาษณ์ไปปรับใช้ในเรื่องการส่งเสริมและให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
 6. การให้การสัมภาษณ์นี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใด ๆ แก่ผู้ให้ข้อมูล
 7. สัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหรือตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล
 8. มีการบันทึกเทป ซึ่งจะมีการเก็บรักษาไว้อย่างดี และทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัย
 9. ผู้วิจัยจะเดินทางไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามสถานที่ที่ได้ตกลงกันเอาไว้
 10. ระยะเวลาที่คาดว่าผู้สูงอายุจะเข้าร่วมการสนทนาเกี่ยวกับการวิจัย ประมาณ 45 นาที

แบบสอบถามหมอพื้นบ้าน

ชื่อหมอพื้นบ้านที่สัมภาษณ์..... ประเภทของหมอพื้นบ้าน.....

อายุปี

บ้านเลขที่

ข้อมูลทั่วไป

1. จบการศึกษาชั้นพื้นเพเป็นคนที่ไหน
(กรณีที่ไม่ใช่) ย้ายเข้ามาอยู่ที่นี้ตั้งแต่เมื่อไร
เหตุผลที่ย้ายเข้ามา
2. อาชีพหลัก / อาชีพรอง ทำอะไร
3. สถานะทางสังคม / การมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกกลุ่ม ชมรม อะไรบ้าง
4. เรียนรู้เรื่องหมอมาจากใคร ที่ไหน
เกี่ยวข้องเป็นอะไรกัน เริ่มเรียนตั้งแต่เมื่อไร
เมื่ออายุ สนใจไปเรียนเองหรือมีคนแนะนำ
5. เหตุผลที่ไปเรียนหมอพื้นบ้าน
6. ระยะเวลาในการเรียนนานเท่าไร เรียนด้วยวิธีใด เช่น ตำรา หรือฝึกปฏิบัติ.....
7. เริ่มเป็นหมอรักษาเองตั้งแต่เมื่อไร
8. รักษาโรคอะไรได้บ้าง
9. มีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคใดบ้าง
(ช่วยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 โรค).....
10. โรคที่รักษาบ่อยมีโรคใดบ้าง
(ช่วยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 โรค).....
11. คนไข้ในปัจจุบัน (ระยะ 1 – 2 ปีที่ผ่านมา) กับอดีตมากขึ้นหรือน้อยลง.....
เนื่องจาก.....
12. มีโรคใดบ้างที่หมอคิดว่า สามารถรักษาให้หายได้โดยไม่ต้องไปหาหมอแผนใหม่.....
13. มีโรคใดบ้างที่หมอคิดว่าต้องรักษาควบคู่กันไปทั้งพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน.....
14. มีลูกศิษย์มาเรียนบ้างหรือไม่..... เป็นคนในหมู่บ้านหรือจากที่อื่น.....
15. ปัญหาอุปสรรคในการรักษาพื้นบ้าน คืออะไร.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายวรรณถ พรหมศวร เกิดวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2522 จบการศึกษา หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปี พ.ศ. 2545 และ ศึกษา
ต่อหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 4
ปฏิบัติงานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย