

นวดแผนไทย : การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบ  
ของผู้สูงอายุ

วิทยานิพนธ์

ของ

นภา บุญสูง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์

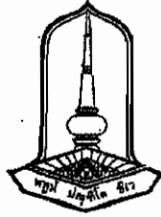
ตุลาคม 2555

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นวดแผนไทย : การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบ  
ของผู้สูงอายุ

วิทยานิพนธ์  
ของ  
นภา บุญสูง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์  
ตุลาคม 2555  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนภา บุญสูง  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต  
สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(อาจารย์ ดร.กล้า สมทรงกุล)

ประธานกรรมการ

(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(ผศ.ดร.ทรงคุณ จันทจร)

กรรมการ

(ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

(อาจารย์ ดร.มาริสา โกเศษโยธิน)

กรรมการ

(กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์)

(อาจารย์ ดร.อัญชลี จันทาโก)

กรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(อาจารย์ ดร.ไพรัช ถิตย์ผาด)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ผศ.ดร.ทรงคุณ จันทจร)

คณบดีคณะวัฒนธรรมศาสตร์

(รศ.ดร.ณฐนนท์ ตราชู)

ผู้รักษาการคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 28 เดือน มี.ค. พ.ศ. 2555

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงคุณ จันทจร ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.มาริสา โภคเศโยธิน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.กล้า สมตระกูลประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.ไพรัช ถิตย์ผาด และ อาจารย์ ดร. อัญชลี จันทาโก กรรมการสอบ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. วิศนีย์ ศิลตระกูล พระอาจารย์ ดร.พระครูวินัยธรรมานพ ปาละพันธ์ ที่ได้สั่งสอน ช่วยเหลือและชี้แนะ

ขอขอบพระคุณ ผู้รู้ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลภาครัฐทั้ง 4 แห่งที่ให้การ สัมภาษณ์ ให้ข้อมูลและร่วมประชุมปฏิบัติการในการดำเนินการวิจัยและขอบคุณ เพื่อนๆ ปริญญาเอก สาขาวัฒนธรรมศาสตร์ทุกคนที่ทำให้กำลังใจและให้คำแนะนำมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้บิดามารดา คุณครูอาจารย์ ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่านและเพื่อน ๆ ศูนย์บริการวิชาการกรุงเทพมหานครและขอมอบ แต่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงคุณ จันทจร คณบดีคณะวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้สั่งสอนชี้แนะ ตั้งแต่เริ่มศึกษาเล่าเรียน จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ประสบผลสำเร็จสมบูรณ์

นภา บุญสูง



ตำรับการนวดแผนไทย มี 2 สาย คือการนวดแบบราชสำนัก ใช้กับเจ้านายชั้นผู้ใหญ่ เน้นการใช้นิ้วมือและมือเท่านั้น ทำการนวดสุภาพเรียบร้อยและการนวดแบบเชลยศักดิ์ ใช้ในระดับชาวบ้าน ไม่มีแบบแผนหรือพิธีรีตองในการนวดมากนัก ตำรับที่สถานพยาบาลภาครัฐใช้บริการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบเป็นแบบราชสำนักหรือนวดแผนไทยประยุกต์ เน้นการบำบัดทางกายควบคู่กับการบำบัดทางใจ ส่วนวิธีแพทย์แผนปัจจุบันดำเนินการรักษา 3 วิธีสำคัญคือ การรักษาด้วยยาด้วยการกินหรือการฉีด การรักษาด้วยวิธีกายภาพบำบัด ตามอาการของโรคและวิธีการผ่าตัด

สถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุคล้ายคลึงกัน คือบูรณาการการรักษาแบบองค์รวมโดยฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้วิธีการบำบัดฟื้นฟูหลายวิธี เลือกวิธีบำบัดตามอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ผลการศึกษารายกรณี 6 กรณีการบูรณาการวิธีการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทุกรายมีอายุมากกว่า 60 ปี มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบเป็นอาการหลัก บูรณาการวิธีการในการรักษาในทุกขั้นตอน โดยวิธีกายภาพบำบัดกับการนวดแผนไทยประยุกต์ ควบคู่กับการฝึกสมาธิ การรักษาศีล และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายมีอาการกล้ามเนื้ออักเสบบรรเทาลงจนเป็นปกติ มั่นใจในการรักษาและพึงพอใจในการเข้ารับบริการ

แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พัฒนารูขึ้นจากแนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุของสถานพยาบาล เป้าหมายและผลการปฏิบัติการฟื้นฟูรายกรณีในสถานพยาบาลของ สกสศ. มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้รับการฟื้นฟูแบบบูรณาการ อาการกล้ามเนื้ออักเสบบรรเทา สุขภาพกายสุขภาพจิตดีและมีสุขภาวะ โดยดำเนินการบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในองค์รวมแบบครบวงจรใน 4 วิธีการได้แก่ การบูรณาการการตรวจ โดยการซักประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกายหลายมิติและการวินิจฉัยร่วม การบูรณาการการฟื้นฟู โดยการทำกายภาพบำบัดตามแนวแพทย์ปัจจุบัน ควบคู่กับการทำหัตถบำบัดและการประคบสมุนไพรตามแนวการนวดแผนไทยแบบราชสำนักตามอาการ ควบคู่กับการฟื้นฟูทางจิต และสร้างความอบอุ่นความพึงพอใจให้ผู้สูงอายุ การบูรณาการการสร้างสุขภาวะหลังการฟื้นฟู โดยการบริการให้คำปรึกษาแนะนำ การติดตามผลการรักษาและการส่งเสริมการสร้างสุขภาวะด้วยตนเองและสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของสถานพยาบาล และการบูรณาการการจัดการโดยการวางแผนบูรณาการการฟื้นฟู บูรณาการการใช้ทรัพยากรในการรักษาาร่วมกัน และตรวจสอบผลการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและใช้ผลเพื่อการพัฒนาการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง

แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญานี้ ได้รับการปฏิบัติจริง เป็นไปได้ในทางปฏิบัติสามารถใช้เป็นแนวทางในการบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันและการนวดแผนไทยในการบำบัดรักษาและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม

**TITLE** Thai Traditional Massage : The indigenous integrating treatment model of modern medicine and traditional Thai massage for symptomatic muscle inflammation of elderly patients

**AUTHOR** Miss. Napa Bunsoong

**ADVISORS** Ass Prof. Dr. Songkoon Chantachon and Dr. Marisa Koseyayothin

**DEGREE** Ph.D. **MAJOR** Cultural Science

**UNIVERSITY** Maharakam University **DATE** 2012

### ABSTRACT

Traditional Thai massage, Thai indigenous knowledge, has been cumulated and developed appropriately to Thai society for many centuries. In present, the Thai found and aware of traditional Thai massage and many of hospitals try to integrate it with modern medicine for client's relaxation, relief of symptoms and health promotion of the elderly together with enhancing their quality of life. This is both a science and art. It is a rich treasure of wisdom. The simplest method of treatment should have been constructed in appropriate and possible integrated treatment model. So this study aimed to investigate the health problems and their causes of elderly symptomatic myocardial inflammation patients, study the indigenous knowledge of modern medicine and traditional Thai massage and study the indigenous integrating treatment model of modern medicine and traditional Thai massage for elderly symptomatic myocardial muscle inflammation patients' treatment. The qualitative method of cultural research was applied for the study. The population was the government hospital in Bangkok and the surrounding provinces and 4 hospitals were selected as the targeted hospital. 95 related persons: 15 key informants, 40 casual informants and 40 general informants together with 6 case study patients were informants. The data were collected by structured interview, depth interview, participant observation, nonparticipant observation, focus group discussion and workshop and they were analyzed by means of data typological, data inductive analysis method and data triangulation verification method and the research results were presented by descriptive analysis.

The results showed that the hospitals' traditional Thai massage service had the problems of non appropriate service places, service speed and non unity management. The elderly muscle inflammation patients' health problems were focused on the pain of neck, shoulder, back and leg, including obesity, diabetes, ischemic heart disease, hypertension, osteoarthritis, high blood fat, digestive tract,

optic nerve, alzheimer disease, anxiety, economic issues and being deserted. Those caused by degeneration of the organs with age, behavior and lifestyle of the past in his youth, cells eventually mature changing and lack of caring.

The indigenous treatments of traditional Thai massage for health care of elderly patients with symptoms of muscle inflammation were Thai massage healing science and therapeutic areas of traditional Thai medicine. Thai massage adopted from India divided into two lines; the court and the unofficial current plans for the care of elderly patients with symptoms of muscle inflammation. At the beginning of the treatment, massagers had to worship the devil-in life a servant and treated in different styles, up to the body muscles pain and causes. In the other hand, modern medicine treatments in elderly patients with symptoms of muscle inflammation were based on drug, physical curing and surgery.

Integrated approach of treatment and rehabilitation elderly patients with myocardial inflammation in modern medicine and traditional Thai massage in the target hospital were nearly the same. It is recommended that patients taking the five precepts, meditation and spiritual practice. For the case studies the integrated approach of treatment begin with patients history record, meditation, physical curing and hand curing with the herbal and herbal steam bath, verification and ended with rehabilitation. The patients recovered from muscle inflammation, being satisfied with of treatment and had better habit of health care.

The developed indigenous integrating treatment model of modern medicine and traditional Thai massage for elderly symptomatic muscle inflammation patient of government hospital in Bangkok and the surrounding provinces was the methodology model, lessoned from the four target hospitals' treatment and six experimental cases. The model composed of 4 targets and 4 treatment methods: the target goals are to have elderly patient; being treated in integrated approaches, recover from muscle inflammation, healthy physical and mind and happy. Those 4 targets will be accessed by means of integrated symptom diagnosis, integrated physical and hand curing with the herbal and herbal steam bath, integrated verification and care after service and integrated curing management in allocation, willing full and sustain approaches.

In summary, the results made known of indigenous integrating treatment model of modern medicine and traditional Thai massage to recover symptomatic muscle inflammation of elderly patient that should be the new methods of the elderly caring and health rehabilitation.



## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ .....	1
ภูมิหลัง .....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย .....	6
คำถามในการวิจัย .....	7
ความสำคัญของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
ภูมิปัญญา .....	11
ภูมิปัญญาการนวดเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ .....	18
กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง .....	71
บริบทพื้นที่ที่ทำการวิจัย .....	88
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง .....	94
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	104
งานวิจัยในประเทศ .....	104
งานวิจัยต่างประเทศ .....	113
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	118
ขอบเขตของการวิจัย .....	118
วิธีดำเนินการวิจัย .....	120
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	122
ตอนที่ 1 สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ .....	122
ตอนที่ 2 ดำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบ .....	138
ตอนที่ 3 การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ .....	154

บทที่	หน้า
5 สรุปลผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	192
ความมุ่งหมายของการวิจัย .....	192
สรุปลผล .....	192
อภิปราย .....	194
ข้อเสนอแนะ .....	202
 บรรณานุกรม .....	 205
 ภาคผนวก .....	 221
ภาคผนวก ก เครื่องมือการวิจัย .....	222
ภาคผนวก ข รายนามผู้ให้สัมภาษณ์ ประชุมปฏิบัติการ .....	238
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย .....	243
ภาคผนวก ง รายชื่อ/กิจกรรมการสนทนากลุ่มและประชุมเชิงปฏิบัติการ .....	245
ภาคผนวก จ นโยบายโดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายวิทยา บุรณศิริ) และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายต่อพงษ์ ไชยสาส์น) .....	 255
 ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	 261

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	9
2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล .....	122
3 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล .....	123
4 นวดแผนไทย โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล .....	125
5 โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์ .....	127
6 ตีกอดุลยเดชวิกรม โรงพยาบาลศิริราช .....	129
7 กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี .....	131
8 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข .....	131
9 อาคารมีเขามอซึ่งจำลองมาจากวัดโพธิ์ .....	133
10 สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิ ภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.) .....	135
11 ผู้ป่วยมารับการรักษาชาวนวดแผนไทยจากสถานพยาบาล สก.สค. ....	136
12 ผู้อำนวยการปรีดา ตั้งตรงจิตร โรงเรียนสอนนวดวัดโพธิ์ฯ .....	140
13 จุดต่าง ๆ ของร่างกาย .....	143
14 การประชุมเชิงปฏิบัติการ .....	143
15 คณะผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ .....	144
16 นวดหัวไหล่ด้านซ้ายขวา .....	145
17 กดบีบแนวบ่า .....	146
18 กดบีบบริเวณแก๊สยวคอ .....	146
19 ประสานมือเข้าด้วยกันบริเวณท้ายทอย .....	147
20 ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดใต้ไธรม 2 จุด .....	147
21 นวดหลังปะคบยา .....	149
22 นิ้วหัวแม่มือกดลงไป บริเวณกึ่งกลางด้านล่างเท้า .....	151
23 ให้อ่างนิ้วหัวแม่มือตรงโคนนิ้วหัวแม่มือเท้า .....	152
24 นวดกดจุดบริเวณระหว่างโคนนิ้วกลางและนิ้วนางเท้า .....	152
25 นวดกดจุดนูนเนื้อบนฝ่าเท้าที่อยู่ห่างจากโคนนิ้วหัวแม่มือเท้า .....	153
26 ใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุด .....	153
27 ห้องนวดแผนไทย .....	155
28 สถานที่นวดแผนไทย ตึกปิยมหาราชการุณย์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช .....	156
29 ห้องนวดแผนไทย .....	157
30 มะนาว และลูกก๊วย .....	157
31 บิดาการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข .....	158

ภาพประกอบ

หน้า

32	อาคารศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข .....	159
33	ห้องที่บูชาหมอชีวกโกมารภัจจ์แพทย์ของพระพุทธเจ้า .....	159
34	ตรวจสอบประวัติผู้มานวดและวัดความดัน .....	160
35	สถานพยาบาล สกสค. ....	161
36	เจ้าหน้าที่นวดเท้า .....	161
37	ผู้ป่วยมารับบริการนวดแผนไทย 10 ครั้ง มีอาการดีขึ้น .....	162
38	การประคบสมุนไพร .....	163
39	นายวิชาญ โตดิเทพย์ อายุ 60 ปี .....	171
40	บูรณาการการนวดแผนไทยประยุกต์ (แบบราชสำนัก) .....	172
41	บูรณาการการกายภาพบำบัด .....	173
42	นายวิชาญ โตดิเทพย์หลังการฟื้นฟู .....	173
43	นางสาวจารุณี มณีนันท์ อายุ 66 ปี ข้าราชการบำนาญ .....	174
44	นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก .....	175
45	กายภาพบำบัด .....	175
46	นางสาวจารุณี มณีนันท์ หลังการฟื้นฟู .....	176
47	นางจรี รุ่งเหลือง อายุ 64 ปี ข้าราชการบำนาญ .....	177
48	นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก .....	178
49	กายภาพบำบัด .....	178
50	นางประภา อาระพล อายุ 65 ปี ข้าราชการบำนาญ .....	179
51	นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก .....	180
52	กายภาพบำบัด .....	181
53	นายกฤต อรุณแสง อายุ 72 ปี ข้าราชการบำนาญ .....	181
54	นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก .....	183
55	กายภาพบำบัด .....	183
56	นายเฉลิมชัย สุวรรณรัตน์ อายุ 61 ปี ข้าราชการบำนาญ .....	184
57	นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก .....	185
58	กายภาพบำบัด .....	158
59	แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟู อาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล .....	188
60	การประชุมสนทนากลุ่ม .....	247
61	การสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมศรีสุนทรโวหาร คุรุสภา .....	247
62	ผู้อำนวยการปริธา ตั้งตรงจิตร กำกับควบคุมดูแลนวดแผนไทย วัดโพธิ์ .....	248

ภาพประกอบ	หน้า
63 การสนทนากลุ่มห้องประชุมศรีสุนทรโวหาร คุรุสภา .....	248
64 ผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop) .....	249
65 ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ .....	250

# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

วิถีชีวิตของคนในอดีต จะผูกพันกับสภาพแวดล้อมธรรมชาติอันประกอบด้วยน้ำและผืนป่า ซึ่งเฝ้าหล่อเลี้ยงชีวิตให้มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่ายพึ่งพาตนเอง และช่วยเหลือเกื้อกูลกันในยามทุกข์ สุข ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่ผูกพันอยู่กับผู้คนตลอดมา ทำให้ต้องมีการดิ้นรนต่อสู้เพื่อความอยู่รอดและการดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์ การเสาะแสวงหาวิธีการเพื่อขจัดหรือป้องกันความเจ็บป่วยจึงเป็นการทำการเข้าใจต่อปรากฏการณ์ธรรมชาติของการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำอธิบายและแนวทางแก้ไข รวมทั้งวิธีการป้องกันบำบัดรักษาที่บอกเล่าสืบต่อกันมาแต่โบราณจากรุ่นสู่รุ่น ตลอดจนผ่านการขัดเกลาทางสังคม กลายเป็นภูมิปัญญาที่ตั้งอยู่บนรากฐานทางวัฒนธรรม โดยเชื่อมโยงกับการปรับตัวของคนในสังคมเพื่อให้สามารถผ่านพ้นวิกฤตในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ซึ่งบ่งบอกถึงการปรับพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับคนและระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม จวบจนบ้านเมืองรุ่งเรืองด้วยระบบเทคโนโลยี และอารยธรรมตะวันตก จึงได้มีการรับเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้าไปประยุกต์ใช้เป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตก่อให้เกิดการล่มสลายของภูมิปัญญาดั้งเดิม แต่การป้องกันควบคุมดูแลรักษาสุขภาพตามแบบแผนปัจจุบันหรือแบบแผนใหม่ของคนในประเทศ ยังไม่สามารถให้บริการและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ระบบการดูแลรักษาตามภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยจึงยังคงยืนหยัดอยู่คู่สังคมไทย แม้ว่ากระแสโลกาภิวัตน์จะหลั่งไหลเข้ามารอบด้าน และแม้ว่าบางช่วงเวลาของภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยจะยืนหยัดไม่มั่นคงก็ตาม ทั้งนี้ เป็นเพราะรากฐานทางวัฒนธรรม ได้หยั่งรากลึกฝังลงไป ในวิถีชีวิตของกลุ่มคน ที่ผสมผสานระหว่างความรู้ในเชิงเจตคติและความรู้เชิงประจักษ์ เป็นการป้องกันบำบัด รักษาด้วยจิตวิญญาณ ที่ต้องการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเองในสังคม โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย ความรู้สึก จิตใจและวิญญาณ เป็นการเชื่อมโยงชีวิตกับสังคม ให้เกิดศีลธรรม จริยธรรม และวัฒนธรรม (ลักษณะ ว่องประทานพร. 2551 : 1)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รายงานว่า ใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก วิวัฒนาการด้านการแพทย์ส่งผลต่อการลดระดับการตาย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย กล่าวคือ ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา จำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ขณะที่จำนวนประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2552 เรื่องการศึกษาขนาดและแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุไทยพบว่า ปี 2503 ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีเพียง 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด แต่ขนาดของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น 7 เท่า คือประมาณ 7.6 ล้านคน ในปี 2552 ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทย

ยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ในปี 2568 หรืออีก 15 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน คิดเป็น 2 เท่า ของปี 2552 และในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุ ซึ่งให้เห็นถึงแนวโน้มที่ประเทศไทยจะมีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น นับเป็นประเด็นท้าทายในการให้การดูแลประชากรกลุ่มนี้ตั้งนั้น นับแต่ปี 2554 เป็นต้นไป การสร้างระบบความคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ รัฐบาลเริ่มดำเนินการนโยบายเบี้ยยังชีพถ้วนหน้าแก่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 500 บาทต่อเดือน ส่งผลให้มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพในปี 2552 จำนวน 5,652,893 คนคิดเป็นร้อยละ 80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศ ทำให้ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังไม่รับ และในระยะยาวยังไม่มีหลักประกันว่ามาตรการนี้จะยังคงอยู่อย่างยั่งยืน นอกจากนี้เบี้ยยังชีพที่ยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุแล้ว การออมของแรงงานเพื่อใช้จ่ายยามชราภาพก็เป็นมาตรการสำคัญที่เสริมหลักประกันรายได้ ซึ่งขณะนี้กระทรวงการคลังได้นำเสนอ พ.ร.บ.กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) และอยู่ระหว่างการพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎร แต่ครอบคลุมเพียงกลุ่มแรงงานนอกระบบ 24 ล้านคนเท่านั้น ทว่าในความเป็นจริง แรงงานมีการเปลี่ยนงานอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นรัฐบาลควรคำนึงถึงความเป็นจริงดังกล่าว และสร้างระบบการออมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อเป็น หลักประกันรายได้ให้แก่แรงงานยามชราภาพ และควรขยายช่องทางการออมที่หลากหลายในรูปแบบที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย นอกจากรายงานข้อมูลแนวโน้มผู้สูงอายุดังกล่าวแล้วยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นไป ประชาชนโดยเฉพาะวัยแรงงานควรต้องเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่เสี่ยงทั้งการบริโภค และการออกกำลังกาย โดยปรับแผนการบริโภคอาหารให้ได้คุณค่าทางโภชนาการ งดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับวัย คลายความเคร่งเครียด เพื่อลดความเสี่ยงจากการเป็นโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้ 5 โรค คือ เบาหวานความดันโลหิตสูงเส้นเลือดในสมองตีบ โรคหัวใจ และมะเร็ง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในช่วงวัยสูงอายุ

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายงานว่ามีจำนวน 79,298 ราย อัตราป่วย 2,855.51 ต่อแสนประชากร พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง เท่ากับ 1: 1.8 จำแนกรายจังหวัดพบอัตราป่วยสูงสุดที่ จังหวัดอ่างทอง 4,151.43 ต่อแสนประชากร (11,764 ราย) รองลงมาได้แก่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นนทบุรี และ ปทุมธานี อัตราป่วย 3,705.43 , 3,438.37 และ 891.51 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จำแนกการป่วยตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 14,127.20 ต่อแสนประชากร (44,408 ราย) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี อัตราป่วย 7,427.55 ต่อแสนประชากร (20,799 ราย) กลุ่มอายุ 40-49 ปี อัตราป่วย 2,388.02 ต่อแสนประชากร (11,223 ราย) และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี อัตราป่วย 167.46 ต่อแสนประชากร (2,868 ราย) วิเคราะห์รายจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัดกลุ่มอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด และ กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี อัตราป่วยต่ำสุดเช่นกัน จำแนกตามภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรายงานทั้งหมด 79,298 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยเก่าที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 64,242 ราย ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 6,316 ราย และ ผู้ป่วยเก่าและใหม่ที่มีภาวะแทรกซ้อน 8,740 ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 81 , 8 , 11 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ในการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 8,740 ราย พบภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มากที่สุด ร้อยละ 54.5 (4,760 ราย) อัตราป่วย 171.41 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ร้อยละ 28.6 (2,498 ราย) อัตราป่วย 89.95 ต่อแสนประชากร ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 11.4 (996 ราย) อัตราป่วย

35.87 ต่อแสนประชากร ภาวะแทรกซ้อนทางอัมพาต ร้อยละ 3.7 (324 ราย) อัตราป่วย 11.67 ต่อแสนประชากร และ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 1.9 (162 ราย) อัตราป่วย 5.83 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2555 : เว็บไซต์)

ในอดีตประเทศไทยเป็นประเทศที่มีทรัพยากรจำนวนมาก ทั้งทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ ในความอุดมสมบูรณ์เหล่านั้น ยังมีทรัพยากรที่ก่อเกิดภูมิปัญญาและวิถีการดำรงชีวิตที่สงบสุข ผ่านการสั่งสมและสืบทอดมาตั้งแต่บรรพบุรุษจนถึงปัจจุบันโดยมีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ ซึ่งศาสนาพุทธได้เจริญรุ่งเรืองคู่มากับประเทศไทยตั้งแต่สมัยสุโขทัย นับจนถึงปัจจุบันมีอายุกว่า 700 ปี จึงเป็นศาสนาที่มีคุณค่าต่อสังคมไทย และมีอิทธิพลต่อชีวิตจิตใจของคนไทย มีวัดเป็นพุทธสถาน มีพระสงฆ์หรือพระภิกษุเป็นศาสนาบุคคล (พิสิฐฐ์ บุญไชย และทรงคุณ จันทจร. 2540 : 1) ท่ามกลางเทคโนโลยีที่ทันสมัยในปัจจุบัน ประชาชนต่างมีรูปแบบของการดำรงชีวิตที่ต้องดิ้นรนแข่งขัน แต่ละคนต้องเปิดรับและแสวงหาข้อมูลข่าวสาร และแสวงหาเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้นเพื่อความอยู่รอด เมื่อมีการแข่งขันกันในการดำรงชีวิตทำให้เกิดปัญหาสุขภาพสิ่งหนึ่งที่คนต้องให้ความสนใจมากขึ้นตามมานั้นก็คือการใส่ใจในการดูแลสุขภาพซึ่งนอกจากการดูแลและรักษาสุขภาพตามแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือการแพทย์แผนตะวันตกจะเป็นที่ยอมรับและได้รับความนิยมเป็นอย่างมากแล้ว ปัจจุบันประชาชนจึงสนใจใช้การดูแลรักษาร่างกายตามแบบการแพทย์แผนไทยด้วยภูมิปัญญาไทยกันมากยิ่งขึ้นด้วย การแพทย์แผนไทยหมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษาและป้องกันโรค หรือส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์และสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้ความหมายถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบทอดกันมา (กรมการแพทย์แผนไทย. 2542 : 55) การดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งของคนไทยด้วยวิถีธรรมหรือวิถีพุทธ เป็นวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการดำเนินชีวิตตามธรรมชาติที่พึงจะเป็น ตามกฎเกณฑ์ความถูกต้องดีงาม ยึดหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา คือการละเว้นความชั่ว การทำความดีและการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ซึ่งจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎของธรรมชาติ ดังคำสุภาษิตที่ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และกฤตธัช โชติชนะเดชา. 2547 : 125)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผลจากผลการศึกษาวิจัยเรื่องการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย : สมมติฐานที่เริ่มจากงานวิจัยในประชากรสูงอายุ และงานวิจัยเรื่องปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ตั้งแต่ปี 2541 คนไทยทั้งชายและหญิงเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ปี 2541-2547 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ความชุกการเป็นโรคเบาหวาน โรคไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ความชุกการมีน้ำหนักตัวเกินปกติ โรคอ้วนเพิ่มขึ้นชัดเจนทุกกลุ่มอายุ สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไทยมีสุขภาพแย่ลง คือ อาหาร คนไทยรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันน้อยลง ขณะที่สภาพแวดล้อมมีสารเคมี สารปนเปื้อน และสารก่อมะเร็งมากขึ้น ตัวชี้วัดได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม หันตภัยใกล้ตัว สุขภาพแรงงาน ทุกข์ทางใจ สุขุขน้อยลง ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด อันตรายจากควันทบหรี่มือสอง ของเสียอันตราย ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การคุ้มครองผู้บริโภค รายได้เงินออม หนี้สิน เด็กไทยยุครอยัลด์วิตดวง เด็กไทยยุคไซเบอร์และความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา เมื่อสังคมขยายใหญ่ขึ้นและการเชื่อมโยงกันระหว่างประเทศต่างๆ ทั่วโลกเป็นอย่างไรได้ ปัญหาต่างๆ ย่อม



สลับซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น แต่การแก้ไขปัญหานั้นย่อมเป็นหน้าที่ของทุกคนและทุกภาคส่วนของสังคม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2542 : 1)

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของมนุษย์นับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น สาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บส่วนใหญ่มักเกิดจากมลพิษที่เข้าไปสู่ร่างกาย ทำให้เกิดสารพิษสะสมอยู่ในทุกส่วนของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นโดยการกิน การสัมผัส หรือการหายใจเข้าไปทำให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งไม่ว่าเราจะอยู่ที่ไหน หรือหลีกเลี่ยงอย่างไร ก็ไม่สามารถปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพได้ แต่ถ้าเรารู้จักที่จะป้องกัน และรู้วิธีการรักษาสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ ก็จะทำให้ปัญหาสุขภาพที่อาจร้ายแรงกลับทุเลาลง หรือหายไปโดยไม่ต้องพึ่งยาแพทย์แผนปัจจุบัน การป้องกันจึงเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาคมโลกที่สำคัญ ศาสตร์การดูแลสุขภาพมีมาตั้งแต่บรรพบุรุษ มีการดัดแปลงหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้เข้ากับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลง มีการใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย หรือพัฒนาประสิทธิภาพของการรักษาโดยตลอด จนปัจจุบันเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพโดยเฉพาะภูมิปัญญาการนวดเพื่อสุขภาพของชาติต่างๆ ที่มีมาตั้งแต่ครั้งอดีต จนปัจจุบันที่เป็นยอมรับถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ไม่เพียงแต่เฉพาะการรักษาอาการปวดเมื่อยเท่านั้น แต่ยังสามารถรักษาถึงอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บได้เป็นอย่างดี

อาการปวดกล้ามเนื้ออาจเกิดจากเลือดไหลเวียนไม่สะดวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่เส้นเลือดขดอยู่แล้ว คนอ้วน หรือคนที่กล้ามเนื้อไม่ค่อยแข็งแรงอีกกรณีหนึ่งอาจเกิดจากเส้นประสาทถูกกดทับนานๆ ทำให้เส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ เป็นเหตุให้ปวดเมื่อย อ่อนแรง และจะมีอาการชาร่วมด้วย ซึ่งทั้ง 2 กรณีนี้ ถ้าหากได้นอนพักยกขาสูง ออกกำลังกายบริหารเบาๆ เช่น นอนหงายยกเท้าขึ้นจกขานานในอากาศ มีการนวดเบาๆ ไม่กี่วันอาการก็จะดีขึ้น การได้รับยาแก้ปวดร่วมด้วยจะทำให้อาการปวดน้อยลง การป้องกันจึงต้องหลีกเลี่ยงสาเหตุ โดยไม่อยู่ในท่าเดียนานๆ ให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ การนั่งรถเดินทางไกล หากได้มีการลุกเดินบ้าง จะช่วยให้อาการเป็นน้อยลง กินอาหารให้ครบทุกหมู่และออกกำลังกาย หากออกกำลังกายแล้ว รู้สึกปวดเมื่อยแสดงว่ามากเกินไป วันต่อไปให้ลดความหนักหรือความนานของการทำงานหรือออกกำลังกายลง ใดๆก็ดี ถ้ามีอาการปวดขาให้หลีกเลี่ยงการยืนนานๆ หรือเดินไกลๆ ติดต่อกันโดยไม่พัก แต่หากไม่ทำงานหรือไม่ออกกำลังกายเลย กล้ามเนื้อก็จะอ่อนแอ และมีโอกาสปวดเมื่อยได้ง่าย (สุทธิชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์. 2549 : 45-47)

ภูมิปัญญาการนวดเพื่อสุขภาพ เป็นศิลปะในการรักษาที่ใช้สัญชาตญาณโดยใช้ปลายนิ้วมือ การกดคลึง ๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต เพิ่มการไหลเวียนของน้ำเหลือง ทำลายการแข็งตัวที่เกิดขึ้นในเส้นใยของกล้ามเนื้อซึ่งช่วยลดและระงับความเจ็บปวดได้ โดยการนวด ผ่านลงไปลึกจากผิวหนังถึงกล้ามเนื้อ หรืออาจจะถึงกระดูก และการนวดที่ดี ที่ประณีต จะกดลึกลงไปจนถึงจุดที่ถูกต้อง ซึ่งการนวดนี้เรียกกันว่าการนวดแบบออริสติก (Oristic) หรือ "การนวดโดยสัญชาตญาณ" หรือเรียกกันให้ง่ายว่า นวดเพื่อสุขภาพ การนวดเพื่อสุขภาพ ใช้รักษาคนไข้แต่ละคนในลักษณะโดยรวมมากกว่าที่จะเพ่งเล็งไปยังร่างกายแห่งใดแห่งหนึ่ง การเคลื่อนไหวในการนวดมักเชื่องช้ากว่า และใช้สมาธิมากกว่าสำหรับการนวดเพื่อสุขภาพ ทักษะคิดและการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับมีความสำคัญสูงสุดต่อการรักษา "ผู้รับ" จะต้องผ่อนคลาย แต่ต้องตื่นตัวเพียงพอที่สัมผัสที่ได้รับ "ผู้ให้" หรือ ผู้นวดก็ต้องเพ่งและมีทัศนคติที่ดีในการรักษาด้วยการนวดอย่างสูงสุดเช่นกัน ส่วนผู้รับจะต้องรู้สึกเหมือนกับการกดนวดเป็นการกระทำต่อเนื่องกันอย่างสิ้นไหลและเป็นจังหวะไปโดยตลอดขณะทำการนวดให้คอยถามผลการนวด

ว่ารู้สึกดีหรือไม่ แต่ควรพยายามหลีกเลี่ยงการสื่อสารด้วยวาจา เนื่องจากการพูดจะดึงสมาธิออกจากมือ การกดขี่ซ้ำและเป็นจังหวะมากเท่าใดก็จะทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัยมากขึ้นเท่านั้น (พัชรี แยมศิริ. 2552 : 2) คุณประโยชน์ของการนวด มีมากมาย ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย หรือทางจิตใจ ทางร่างกายนั้น การนวดทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายหายตึง ช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เพิ่มระดับฮีโมโกลบิน การไหลเวียนของน้ำเหลืองสะดวกขึ้น และช่วยยึดข้อต่อกระดูก ในทางจิตใจนอกจาก การนวดจะช่วยลดความเครียดและความกระวนกระวายแล้ว ยังพบว่าช่วยเพิ่มสติสัมปชัญญะให้อีกด้วยการนวดทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เพิ่มความเชื่อมั่นและเกิดความสบายกาย การนวดสามารถช่วยให้มีการระบายพลังที่เสียเพราะความเครียดออกไป และเปลี่ยนนิสัยอันเป็นกิริยาและปฏิบัติกิจซึ่งเป็นนิสัยเรื้อรัง ได้การนวดก่อให้เกิดผลดีต่อกิริยาท่าทางและการแสดงสีหน้า ในการนวด อารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อสภาวะจิต เป็นการยากที่จะบรรยายถึงผลที่ได้จากการนวด เพราะเป็นการพูดถึงสิ่งที่อยู่ภายใน คือ "พลังชีวิต" โดยรวมส่วน แทนที่จะกล่าวอย่างแยกส่วน (ประเวศ วัชสี. 2551 : 15)

สำหรับการนวดเพื่อสุขภาพ สิ่งที่ทำให้ผู้ให้และผู้รับจะได้ก็คือ "สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน" คือการทำให้เกิดความชำนาญในการเจริญสมาธินั่นเองจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันนี้ ประชาชนในเขตเมือง และในเขตชนบทมักประสบปัญหาสุขภาพ ท่ามกลางวิถีชีวิตและการทำงาน ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยประเภทหนึ่งคือ อาการปวดเมื่อย เคล็ดและยกกล้ามเนื้อหรือบริเวณข้อต่อและกระดูกของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทางกายและก่อให้เกิดการกังวลใจและแสวงหาทางออกเพื่อการแก้ไขปัญหานี้ ด้วยวิธีการหลากหลาย คือ การพักผ่อน การใช้ความรู้ การนวด การใช้ยาแผนปัจจุบัน การออกกำลัง เพื่อเป็นการบำบัดและป้องกันโดยปรับเปลี่ยนนิริยะบทในการทำงานหรือในชีวิตประจำวันและทางเลือกทางหนึ่งทีปัจจุบันยังเป็นที่ยอมรับเลือกใช้กันอยู่ในสังคมไทยคือ การนวดไทย สังคมในเขตเมืองและในเขตชนบทของประเทศไทย ยังปรากฏหมอนวดไทย หรือที่ชาวบ้านเรียกว่าหมอนวด หมอจับเส้น หมอบีบเส้น หรือหมอเส้นที่คอยเป็นผู้บำบัดอาการปวดเมื่อยของคนไทยในชนบท การนวดไทยนับเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมของไทย โดยเฉพาะแนวทางในการดูแลสุขภาพของวัดโพธิ์ (พัชรี แยมศิริ. 2552 : 3)

การนวดนั้นจะมีทั้งแบบราชสำนักหรือแบบชาววังกับแบบทั่วไปหรือแบบเชลยศักดิ์ หรือแบบสามัญที่พบเห็นได้โดยทั่วไปตามในเมืองและชนบท ซึ่งมีรูปแบบวิธีการนวดการบริการที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นการสืบทอดมาจากคนรุ่นเก่าส่วนใหญ่จากเครือญาติหรือผู้ใกล้ชิด จากการบอกเล่าและการฝึกฝน ในขณะที่การนวดแบบราชสำนักหรือแบบชาววัง จะเป็นการนวดที่มีขั้นตอนจรรยา มารยาท มีเอกลักษณ์ มีหลักการฝึกฝนอย่างเป็นระบบ ซึ่งแต่เดิมจะเป็นการนวดเพื่อถวายกษัตริย์และเจ้านายชั้นสูงในราชสำนัก ลักษณะ ว่องประทานพร (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. 2546 : 7 ; อ้างอิงมาจาก ลักษณะ ว่องประทานพร. 2551 : 2) ด้วยความสำคัญของแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย เรียกว่า "ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย" เป็นหน่วยงานต้นแบบในการรักษาภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นสถานที่สาธิตการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เป็นแหล่งศึกษาวิจัยทางคลินิกฯ และพัฒนามาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทย เดิมศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยเป็นการดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน คือ ได้ร่วมมือกับมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา (เดือนตุลาคม 2545 - มกราคม 2548) ต่อมาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2548 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผน

ไทย มีการให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรค โดยผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย และผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เปิดให้บริการทั้งในและนอกเวลาราชการ ตั้งแต่ เวลา 08.30-16.30 น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยเฉพาะการนวดแผนไทย แบบราชสำนักหรือแบบชาววังซึ่งมีผู้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไรก็ตามการให้บริการที่จะประสบความสำเร็จนั้นส่วนหนึ่งต้องมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ถูกต้องตามหลักการนวดของแพทย์แผนไทย สามารถทำให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย หรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หรือหายขาดจากโรคร้ายไข้เจ็บ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต การนวดแผนไทยจึงเป็นทั้งศาสตร์ทั้งศิลป์ ตลอดจนเป็นภูมิปัญญา อันล้ำค่า ที่มีวิธีการนวดที่ง่ายใน ระยะเริ่มต้นไปสู่ความสลับซับซ้อน จนสามารถสร้างเป็นทฤษฎี ประโยชน์ของการนวดแผนไทย ทางด้านร่างกายจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรืออวัยวะส่วนต่างๆ สามารถบำบัดรักษาอาการของโรคในบางชนิด เป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และแบ่งเบาภาระบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งเป็นการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ส่วนด้านจิตใจทำให้ผ่อนคลายความเครียดหรือความอ่อนล้า เป็นการแสดงความรัก ความเอื้ออาทร ตลอดจนเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของคนในครอบครัวและสังคม จากกระแสความนิยมดังกล่าวส่งผลให้เกิดสถานบริการนวดอย่างแพร่หลาย ทั้งในภาครัฐและเอกชน

ปัจจุบันสถานพยาบาลหลายแห่งทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัดและทั้งของรัฐและเอกชน ได้ดำเนินการให้บริการรักษาโรคด้วยแพทย์แผนไทย ให้บริการนวดเพื่อสุขภาพอย่างแพร่หลาย โดยมีการประยุกต์ใช้แพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือกในการรักษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริการนวดแผนไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ พบว่าผู้เข้ารับบริการนวดแผนไทยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยอาการกล้ามเนื้ออักเสบนับวันจะทวีจำนวนมากขึ้น และต้องการการฟื้นฟูดูแลรักษามากขึ้น จากผลการวิจัยของผู้วิจัยที่ได้ทำการศึกษาการจัดบริการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐในกรุงเทพมหานครที่พบว่าการจัดบริการการนวดแผนไทยยังมีข้อจำกัด ผู้เข้ารับบริการนวดแผนไทยส่วนใหญ่เป็นผู้สูง ต้องการบำบัดทั้งด้วยแผนไทยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันและวิธีการนวดแผนไทยมากขึ้น สถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานครหลายแห่งได้ทำการจัดบริการนวดแผนไทยประยุกต์ด้วยแล้ว อาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุเป็นการที่พบในผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาว่าจะบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนไทยอย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำคัญในการบูรณาการการนวดแผนไทยซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ เพื่อบริการการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุซึ่งนับวันจะมีจำนวนมากขึ้นและได้ผลดียิ่งขึ้น ต่อไป

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบที่รับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาตำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบในสถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาแบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร

### คำถามในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบที่รับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครมีสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพอย่างไร

2. สถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครมีตำรับการนวดแผนไทยและการนวดแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบอย่างไร

3. การบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยมีวิธีการอย่างไร

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลการวิจัยจำทำให้ได้แนวทางที่เชื่อถือได้ในการการบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย

2. กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุรวมถึงประชาชนทั่วไปและเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมไปถึง ครอบครัว ชุมชน

3. ประชาชน ผู้สูงอายุที่ตระหนักถึงสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน สามารถนำเอาผลการวิจัยไปประกอบการพิจารณาตัดสินใจเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

นวดแผนไทย หมายถึง การนวดแบบไทยประยุกต์หรือแบบราชสำนัก นวดด้วยมือด้วยการกด การคลึง การดึง การตัด การบีบ การจับ หรือวิธีอื่นๆตามศิลปะการนวดแผนไทย

การบูรณาการภูมิปัญญา หมายถึง การผสมผสานวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

วิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง วิธีการในการบำบัดฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐ

ตำรับการนวดแผนไทย หมายถึง วิธีการนวดแผนไทยที่ใช้ในการบำบัดฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐ

อาการกล้ามเนื้ออักเสบ หมายถึง อาการกล้ามเนื้อมีอาการปวดลึกลับ ๆ มีอาการปวดร้าว แต่เป็นเพียงความรู้สึก ไม่สามารถตรวจร่างกายพบได้ ตรวจพบจากการกดจุดกดเจ็บ เป็นจุดที่ไวต่อแรงกดอยู่ใน

กล้ามเนื้อโดยทั่วไป มักเกิดบริเวณคอ หัวไหล่ สะบักหรือหลัง

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่เดินขึ้นบันได เดินออกนอกบ้าน และเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ตัวเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ มีอาการอาการผิดปกติทางร่างกาย หรือเจ็บป่วยที่มารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ

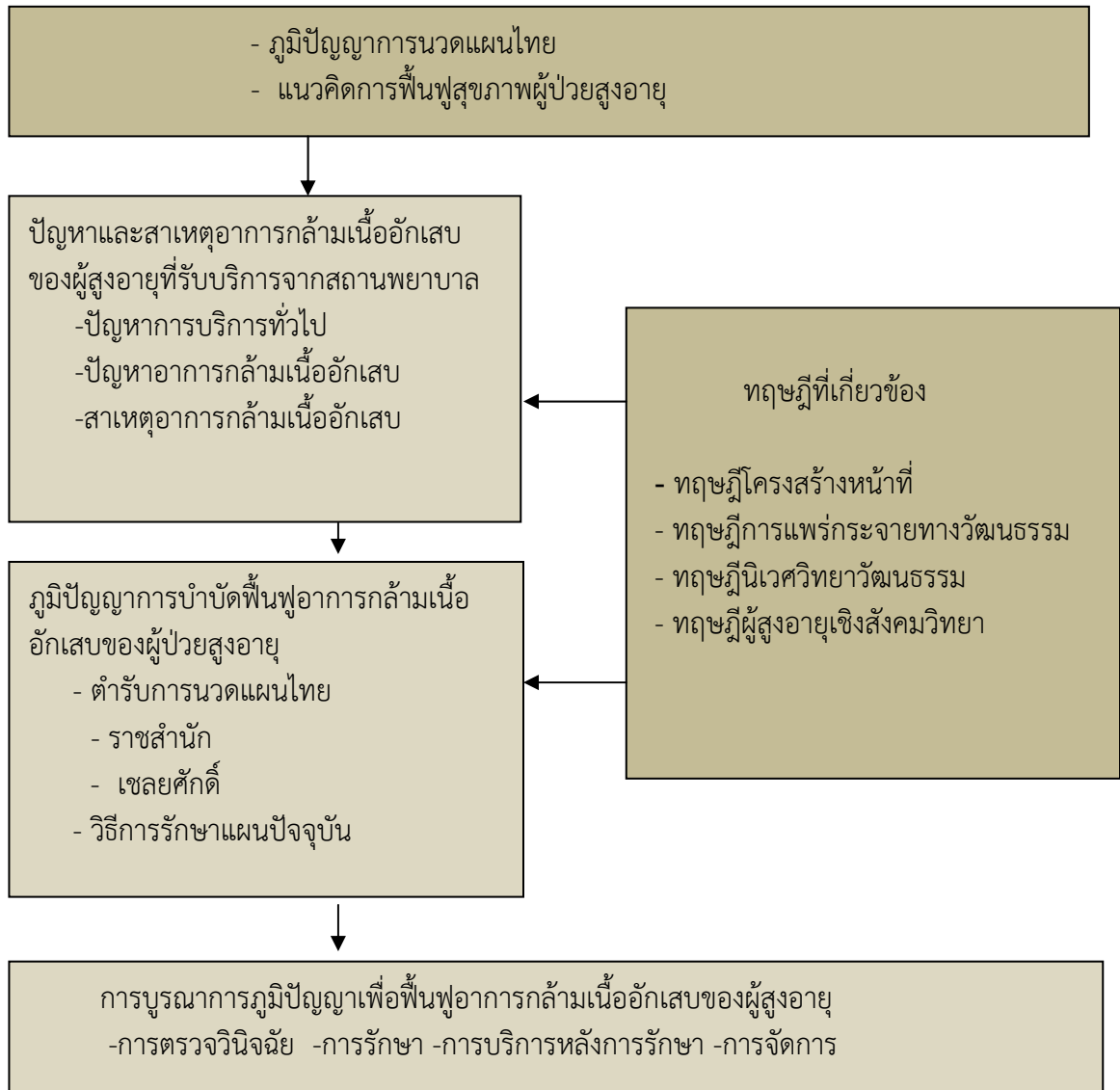
การฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ หมายถึง การเสริมสร้างป้องกันและแก้ไข ปัญหาความบกพร่องของร่างกายและจิตใจที่ยังไม่มี หรือสูญเสียไปให้เกิดขึ้น

สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐที่ผู้วิจัยเลือกมา 4 แห่งเพื่อเก็บข้อมูลภาคสนาม ได้แก่ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทย ประยุกต์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.)

แบบวิธี หมายถึงวิธีการในการบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานคร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง นวดแผนไทย : การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการบริการการรักษารักษาโรคทั่วไป ได้แก่การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การให้คำปรึกษาสุขภาพและการจัดการ ศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบในสถานพยาบาลที่เกิดเกี่ยวกับ คอ ไหล่ สะโพก เอว ศึกษาตำรับการนวดแผนไทยทั้งสายราชสำนักและสายเชลยศักดิ์ 4 ชั้น ประกอบด้วยการนวดพื้นฐาน การกดจุด การนวดรักษาโรคและการนวดเทคนิคของการนวดราชสำนัก และการนวดตามเส้นประธานสิบทิศของการนวดเชลยศักดิ์ กรอบแนวคิดการบูรณาการทั้งแนวคิด วิธีการและการประเมินผล รวมทั้งกรอบการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ภายใต้ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม ทฤษฎีนิเวศวิทยาวัฒนธรรมและทฤษฎีผู้สูงอายุเชิงสังคมวิทยาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัย กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงกระบวนการที่ค้น ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องนวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ภูมิปัญญา
  - 1.1 ความหมายของภูมิปัญญา
  - 1.2 ที่มาของภูมิปัญญา
  - 1.3 องค์ประกอบของภูมิปัญญา
  - 1.4 ลักษณะสำคัญของภูมิปัญญา
  - 1.5 ประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่น
  - 1.6 การถ่ายทอดภูมิปัญญา
2. ภูมิปัญญาการนวดเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ
  - 2.1 ความหมายของการนวดเพื่อสุขภาพ
  - 2.2 ความเป็นมาของการนวดเพื่อสุขภาพ
  - 2.3 ความสำคัญของการนวดเพื่อสุขภาพ
  - 2.4 ประโยชน์ของการนวดเพื่อสุขภาพ
  - 2.5 แนวคิดนวดแผนไทย
  - 2.6 การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ
  - 2.7 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ
  - 2.8 หลักพื้นฐานการนวดไทย
  - 2.9 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 2.10 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
3. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง
4. บริบทพื้นที่ที่ทำการวิจัย
5. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
  - 5.1 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่
  - 5.2 ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม
  - 5.3 ทฤษฎีนิเวศวิทยาวัฒนธรรม
  - 5.4 ทฤษฎีผู้สูงอายุเชิงสังคมวิทยา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 6.1 งานวิจัยในประเทศ
  - 6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

## ภูมิปัญญา

### 1. ความหมาย

ความหมายของภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือที่เรียกว่าภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นคำที่ใช้ในความหมายที่ตรงกับภาษาอังกฤษที่ว่า “Folk Wisdom” หรืออาจเรียกว่า “Indigenous Knowledge” ซึ่งมีหน่วยงานและนักวิชาการได้ให้ความหมายของคำว่าภูมิปัญญาชาวบ้านไว้ต่าง ๆ นำมาสรุปได้ดังนี้

ชลทิศย์ เอี่ยมสำอาง และวิศนี ศีลาตระกูล (2534 : 211) กล่าวว่า ภูมิปัญญาชาวบ้านนั้นหมายถึง ความรู้ประสบการณ์ของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งได้รับการศึกษาอบรม สั่งสมและถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ หรือเป็นความรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงของตนเอง ซึ่งได้เรียนรู้จากการทำงาน จากธรรมชาติแวดล้อม สิ่งเหล่านั้นเป็นสิ่งที่มีความค่าเสริมสร้างความรู้ความสามารถทำให้คนมีชีวิตร่วมกันอย่างสันติสุขเป็นความรู้ที่สร้างสรรค์และมีส่วนเสริมสร้างการผลิต

กระทรวงศึกษาธิการ (2539 : 2) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของคนเราผ่านกระบวนการศึกษา สังเกตคิดวิเคราะห์จนเกิดปัญญา และตกผลึกมาเป็นองค์ความรู้ที่ประกอบกันขึ้นมาจากความรู้เฉพาะหลาย ๆ เรื่อง ความรู้ดังกล่าวไม่ได้แยกย่อยออกมาให้เป็นศาสตร์ เฉพาะสาขาวิชาต่าง ๆ อาจกล่าวได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นจัดเป็นพื้นฐานขององค์ความรู้สมัยใหม่ที่จะช่วยในการเรียนรู้ การแก้ปัญหา การจัดการ และการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของคนเรา ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นความรู้ที่มีอยู่ทั่วไปในสังคม ชุมชนและในตัวของผู้รู้เอง หากมีการสืบค้นหาเพื่อศึกษา และนำมาใช้ก็จะเป็นที่รู้จักกันเกิดการยอมรับ ถ่ายทอดและพัฒนาไปสู่คนรุ่นใหม่ตามยุคตามสมัยได้

กฤษณา วงษาสันต์ (2542 : 253) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ ความรู้หรือประสบการณ์ดั้งเดิมของประชาชนในท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันมาจากบรรพบุรุษ หรือถ่ายทอดต่อกันจากสถาบันต่าง ๆ ในชุมชน เช่น จากสถาบันครอบครัว ความเชื่อและศาสนา การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ และสถาบันทางสังคม

นิคม ชมภูหลง (2542 : 131) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ ความรู้และประสบการณ์ของชาวบ้านในท้องถิ่นที่ใช้ในการแก้ปัญหาหรือดำเนินชีวิตโดยได้รับการถ่ายทอดและกลั่นกรองเป็นระยะยาวนาน

ศักดิ์ชัย เกียรตินาคินทร์ (2542 : 2) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ องค์ความรู้ความสามารถของชุมชนที่สั่งสมสืบทอดกันมานาน เป็นความจริงแท้ของชุมชนเป็นศักยภาพที่จะใช้แก้ปัญหา จัดการปรับตัว เรียนรู้ และถ่ายทอดสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ ได้อย่างผาสุก เป็นแก่นของชุมชนที่จริงจัง ความเป็นชาติให้อยู่รอดจากทุกซ์พิบัติทั้งปวง

จารุวรรณ ธรรมวัตร (2543 : 1) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าแสดงถึงความเฉลียวฉลาดของบุคคล และสังคมซึ่งได้สั่งสมและปฏิบัติสืบต่อกันมา ภูมิปัญญาจะเป็นทรัพยากรบุคคล หรือทรัพยากรความรู้ก็ได้ซึ่งจะเป็นได้ว่าวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์นั้น เกิดจากการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์เป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยอาศัยภูมิปัญญาที่มีอยู่มาใช้ในการตั้งถิ่นฐาน การประกอบอาชีพการปรับตัวและแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต จนเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของธรรมชาติและสังคมที่อยู่



สถาบันราชภัฏนครปฐม (2545 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ องค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ ของการดำรงชีวิตของคนไทยที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์ทั้งทางตรง และทางอ้อมประกอบกับแนวคิดวิเคราะห์ที่ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง สามารถพัฒนาความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกาลสมัยในการแก้ปัญหาคำถามการดำรงชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี (2545 : 1) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ มรดกทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมความรู้ดั้งเดิมของท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งเป็นการสะสมจากประสบการณ์ชีวิตของชาวบ้านเองหรือจากการได้สืบทอดต่อกันมาจากบรรพบุรุษ ภูมิปัญญาแต่ละด้านได้รับการเรียนรู้มาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีการสังเกต ทดลอง ใช้ ปรับเปลี่ยน แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันในแต่ละท้องถิ่นด้วย

Radcliffe-Brown (เอกวิทย์ ณ ถลาง. 2541 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Radcliffe-Brown. 1952 : 45) ได้สรุปไว้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะในชนบทในหลาย ๆ ประเทศ กลาย ๆ วัฒนธรรม สามารถนำมาใช้ในการดำรงรักษาคุณลักษณะชาติได้ดีกว่าความรู้วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ โดยเฉพาะในการรักษาป่าต้นน้ำ ลำธารความหลากหลายของชีววิทยา และความอุดมสมบูรณ์ในบางอาณาบริเวณของโลกที่เหลือน้อยลงทุกที

จากความหมายที่นักวิชาการกล่าวไว้ต่าง ๆ กันพอสรุปได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง องค์ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ และประสบการณ์ของคนในท้องถิ่นนั้น ๆ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิต ตลอดจนจนถึงการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับกาลสมัยที่ได้รับการสั่งสม และถ่ายทอดสืบทอดกันมาเป็นระยะเวลานาน

## 2. ที่มาของภูมิปัญญา

ภูมิปัญญาของชาวบ้านประกอบด้วยความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของชาวบ้านในการดำรงชีวิตที่ถูกสั่งสมกันมาจนเป็นวัฒนธรรม ประเพณีและวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งมีเอกลักษณ์องค์รวม เชื่อมโยงทุกสิ่งทุกอย่างเข้าด้วยกัน แสดงออกถึงการเกื้อกูลระหว่างคนกับธรรมชาติและคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติภูมิปัญญาชาวบ้านเป็นการทำงานที่เริ่มจากสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่เป็นอยู่เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ มีอิสระในการคิด ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้มากที่สุด และสอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น ดังนั้น ภูมิปัญญาชาวบ้านถือเป็นความรู้ท้องถิ่น หรือเป็นความรู้ของชาวบ้านได้สั่งสมมาจากประสบการณ์ชีวิต สังคม และสภาพแวดล้อมที่มีวัฒนธรรมเป็นฐาน (เสรี พงศ์พิศ. 2536 : 32)

ดังนั้นที่มาของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกิดจากการกลั่นกรองประสบการณ์ของชาวบ้าน ซึ่งเกี่ยวกับความเป็นจริงทางสังคมในวิถีชีวิตแบบพื้นบ้าน มีมรดกทางวัฒนธรรมเป็นแนวทางพื้นฐาน ทำให้ชาวบ้านเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตและเป็นที่มาของภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่ง วิชิต นันทสุวรรณ (2548 : 8-10) ได้กล่าวถึงที่มาของภูมิปัญญาท้องถิ่นว่ามีลักษณะ 3 ประการ คือ

1. การถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างวัย ในแก่มุมของชีวิตหมู่บ้าน คน ๆ หนึ่งตั้งแต่เกิดจนถึงตายมีการแบ่งลำดับชั้นทางวัยวุฒิ 5 ชั้น หรือ 5 ช่วง คือ ช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยหนุ่มสาว จนถึงอายุบวชเรียน ช่วงแต่งงานมีครอบครัว ช่วงวัยกลางคน และช่วงวัยแก่ ทั้ง 5 ช่วงมีการถ่ายทอดประสบการณ์ของกันและกันตลอด

2. การเกี่ยวข้องกับสถาบันต่าง ๆ ในหมู่บ้าน สถาบันต่าง ๆ ในชุมชนเป็นตัวสะสมประสบการณ์ ภูมิปัญญาที่คนรุ่นหนึ่งได้สืบทอดไว้และถ่ายทอดให้คนอีกรุ่นหนึ่ง สถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในวิถีชีวิตของชาวบ้านและมีบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ คือ ครอบครัว วัด การทำมาหากิน และพิธีกรรม ต่าง ๆ ทั้งทางประเพณีและความเชื่อ

3. การเรียนรู้เชิงประจักษ์ ลักษณะเด่นของภูมิปัญญาท้องถิ่นและการถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ ทางสังคมแล้ว ความเข้าใจนั้นมาจากการได้รู้ได้เห็น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ในตลอดช่วงชีวิตการสะสมจากการปฏิบัตินี้ทำให้ประจักษ์ชัดจากประสบการณ์การเข้าร่วม ประจักษ์ชัดถึงการสะสมจากการปฏิบัตินี้ทำให้ประจักษ์ชัดจากประสบการณ์การเข้าร่วม ประจักษ์ชัดถึงความรู้สึกเป็นสุขเป็นทุกข์ เป็นการเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับการเคลื่อนที่ของวิถีชีวิตชุมชน

### 3. องค์ประกอบของภูมิปัญญา

เอี่ยม ทองดี (2542 : 5 -6) ได้กล่าวว่า ภูมิปัญญามีลักษณะเป็นนามธรรมอย่างน้อยต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆเหล่านี้คือ

3.1 ความคิด เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ที่เรียกว่า Cognitive System ซึ่งประกอบด้วยระบบประสาท ระบบสมอง และต่อมต่างๆ ทำหน้าที่คิดให้แก่ร่างกายและนักมานุษยวิทยาเชื่อว่าทำงานอยู่นอกเหนือจากการบงการของร่างกาย หมายถึง ทั้งส่วนที่เป็นจินตนาการและผลของการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากสภาพแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและสังคมวัฒนธรรม ซึ่งความคิดดังกล่าวนี้จะเป็นแหล่งสำคัญหรือที่มาของความรู้อันเป็นองค์ประกอบของภูมิปัญญาในลำดับถัดไป

3.2 ความรู้ มีการนำมาใช้ในลักษณะต่างๆ เช่น องค์ความรู้ ภูมิรู้ ปรากฏอยู่ในแนวคิด ทฤษฎีคุณวิทยาที่ว่าด้วยทฤษฎีแห่งความรู้ การสืบค้นกำเนิดแห่งความรู้ และธรรมชาติของความรู้ การหาคำตอบว่าตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ หรือว่าความรู้เป็นเพียงการพิจารณา เทียบเคียง ซึ่งไม่ตรงกับข้อเท็จจริงและยังสืบค้นความรู้เรื่องกาล (Time) อวกาศ (Space) เนื้อสาร (Substance) สัมพันธภาพ (Relation) และความเป็นเหตุเป็นผล (Causality) องค์ความรู้เป็นหมวดๆ (Category) ความรู้หรือองค์ความรู้เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาที่กล่าวข้างต้น

3.3 ความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญยิ่งของสังคมมนุษย์ มนุษย์แต่ละกลุ่มมีความเชื่อแตกต่างกันไป ซึ่งความเชื่อก็คือความศรัทธาหรือความยึดมั่นถือมั่น ซึ่งเป็นคนสำคัญในการดำเนินชีวิตและความมั่นคงของสังคม ความเชื่อมีอยู่หลายระดับทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันอันเป็นความเชื่อโดยทั่วไป และความเชื่อที่เกี่ยวกับจิตวิญญาณ โลกนี้ โลกหน้า ความดี ความชั่ว นรก สวรรค์ บาปบุญคุณโทษ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งในภูมิปัญญา

3.4 ค่านิยม คือ สิ่งที่คนสนใจ ความปรารถนาอยากจะมี อยากจะเป็นที่ยกย่องสรรเสริญ หรือเป็นสิ่งที่บังคับต้องทำ ต้องปฏิบัติ มีความรักและมีความสุขเมื่อได้เห็นหรือได้สิ่งเหล่านั้นมา ค่านิยมจึงเป็นพื้นฐานของการจัดรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏอยู่ภายใน และแสดงออกเป็นพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ทางกาย วาจา และความคิดโดยสรุปค่านิยม ก็คือ สิ่งในกลุ่มสังคมหนึ่งๆเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีมีค่าควรแก่การกระทำ นายยกย่อง หรือเห็นว่าถูกต้องดีงาม ค่านิยมเป็นพื้นฐานสำคัญทางภูมิปัญญา เป็นบ่อเกิดพฤติกรรมของบุคคลแต่ละสังคม

3.5 ความเห็น คือ ภาวะที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลหรือชุมชน ได้พิจารณาและใคร่ครวญ โดยรอบคอบแล้วจึงลงมติตัดสินใจ ว่าควรแสดงออกในลักษณะอย่างไร เช่น เห็นด้วย ทำตาม ยอมรับ ปฏิเสธ ร่วมมือ กระทำหรือดำเนินการ ฯลฯ ด้วยเห็นว่าดี ชั่ว เหมาะสม ไม่เหมาะสม เป็นบาป เป็นบุญ

เป็นต้น ซึ่งความเห็นในลักษณะดังกล่าวนี้เป็นภูมิปัญญาประการหนึ่งที่มีผลสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาทั้งกาย วาจา และจิตใจ

3.6 ความสามารถ หมายถึง ศักยภาพและประสิทธิภาพที่มีอยู่ภายในบุคคล เช่น ชุมชนในการที่จะจัดการเรื่องใดเรื่องหนึ่งในลักษณะเดียวกับสิ่งที่เรียกว่า “พรสวรรค์” ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะทางกายและจิตใจร่วมกัน โดยแต่ละคนหรือแต่ละชุมชนย่อมจะต้องมีแตกต่างกัน เป็นต้นว่าการที่บางคนสามารถปาฐกถาได้ดี ลำดับเนื้อหาและการแสดงออกทุกอย่างเป็นที่น่าชื่นชม ซึ่งถือว่าเป็นผลมาจากความสามารถที่มีอยู่ในของบุคคลนั้นๆ หรือบางชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนได้ ก็ถือว่าเป็นความสามารถของชุมชนนั้นๆ ฉะนั้น ความสามารถจึงเป็นภูมิปัญญาอีกประการหนึ่ง

3.7 ความฉลาดไหวพริบ หมายถึง ทักษะที่ปรากฏอยู่ภายในจิตใจ หรือจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้แก้ไข ป้องกัน ควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ไม่ให้เกิดเป็นปัญหาขึ้นหรือให้เป็นไปตามที่ตนเองหรือชุมชนต้องการ

ดังนั้นองค์ประกอบของภูมิปัญญาจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ภูมิปัญญาที่มีอยู่เกิดคุณค่าควรแก่ความภาคภูมิใจ ซึ่งได้แก่ ความคิดที่เกิดจากการจินตนาการจากสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในสังคม ความรู้ อาจเกิดจากภูมิความรู้ที่ได้จากการทดสอบทดลองหลายครั้งจนได้ความรู้ที่แท้จริง ความเชื่ออันเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่มีบาปบุญคุณโทษ และจิตวิญญาณเข้ามาเกี่ยวข้องค่านิยมที่คนในสังคมให้การยกย่องเชิดชูว่าเป็นสิ่งดีงามควรค่าแก่การอนุรักษ์ให้มีการสืบทอดแก่ลูกหลานความเห็น ที่เกิดจากการพิจารณาอย่างรอบคอบของชุมชนจนเกิดการยอมรับด้วยความจริงใจ ความสามารถอันเกิดจากพรสวรรค์หรือจากการฝึกฝนจนสามารถแก้ปัญหาของชุมชนได้ ความฉลาดไหวพริบการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นย่อมเป็นส่วนประกอบของภูมิปัญญาทั้งสิ้น การนวดแผนไทยและแผนญี่ปุ่นก็เช่นกัน ย่อมเกิดขึ้นจากจินตนาการความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ และค่านิยม การสั่งสม ประสบการณ์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จนสามารถสร้างองค์ความรู้และสังเคราะห์ใหม่ให้มีความก้าวหน้าและนำมาใช้งานได้ดีมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### 4. ลักษณะสำคัญของภูมิปัญญา

สามารถ จันทรสุรีย์ (2534 : 12) ได้แบ่งลักษณะภูมิปัญญาไว้ 2 แบบ คือ

4.1 ลักษณะที่เป็นนามธรรม เป็นโลกทัศน์ ชีวิตทัศน์ เป็นปรัชญาในการดำรงชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย คุณค่า และความหมายของทุกสิ่งในชีวิตประจำวัน

4.2 ลักษณะที่เป็นรูปธรรม เป็นเรื่องเกี่ยวกับเฉพาะด้านต่างๆ เช่น การทำมาหากิน การเกษตร หัตถกรรม ศิลปะดนตรี และอื่นๆ

ภูมิปัญญาเหล่านี้สะท้อนออกมาเป็น 3 ลักษณะที่สัมพันธ์ใกล้ชิดกัน คือ

1. ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกันคือความสัมพันธ์ระหว่างคนกับโลก สิ่งแวดล้อม สัตว์ พืช ธรรมชาติ

2. ความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ที่ร่วมกันในสังคมหรือในชุมชน

3. ความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหนือธรรมชาติ สิ่งที่ไม่สามารถสัมผัสได้ทั้งหลาย

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2545 : 77-78) ได้แบ่งลักษณะที่สำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้

5 ลักษณะ คือ

1. ภูมิปัญญา เป็นความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดๆหรือหน่วยสังคมหน่วยใดๆเป็นข้อมูล เป็นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับมนุษย์ เกี่ยวกับผู้หญิง ผู้ชาย ประเภทครอบครัวของสังคมนั้น

2. ภูมิปัญญา เป็นความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องใดๆของสังคมนั้นมีความเชื่ออาจะยังไม่มีความเชื่อจนยืนยันว่าถูกต้อง เช่น เรื่องนรก สวรรค์ ตายแล้วไปไหน

3. ภูมิปัญญา คือ ความสามารถ หรือแนวทางในการแก้ปัญหา หรือป้องกันปัญหา เกี่ยวกับหน่วยสังคมใดที่จะกล่าว ตัวอย่างครอบครัว เช่น ความสามารถในการสร้างดำรงความสัมพันธ์ อันดีในครอบครัว เป็นต้น

4. ภูมิปัญญาทางวัตถุ ในหน่วยสังคมใด ๆ เช่น เครื่องใช้ไม้สอยต่าง ๆ ในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความสะดวกสบายตามสภาพ เป็นต้น

5. ภูมิปัญญาทางพฤติกรรม ในหน่วยสังคมใด ๆ ตัวอย่างครอบครัว เช่น การกระทำ ความประพฤติ การปฏิบัติตนของคนในครอบครัว จนทำให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้

นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2536 : 3) ได้แบ่งความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ 4 ประการ คือ

1. ความรู้และระบบความรู้ ภูมิปัญญาไม่ใช่สิ่งที่เกิดแวบขึ้นมาในหัว แต่เป็นระบบความรู้ที่ชาวบ้านมองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ เป็นระบบความรู้ที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ฉะนั้นในการศึกษาจะเข้าไปดูว่าชาวบ้าน “รู้อะไร” อย่างเดียวไม่พอต้องศึกษาด้วยว่าเขาเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นอย่างไร

2. การสั่งสมและการกระจายความรู้ ภูมิปัญญาเกิดจากการสั่งสม และกระจายความรู้ ความรู้นั้นไม่ได้ลอยอยู่เฉย ๆ แต่ถูกนำมาบริการคนอื่น เช่น หมอพื้นบ้าน ชุมชน สั่งสมความรู้ทางการแพทย์ไว้ในตัวคน ๆ หนึ่งโดยมีกระบวนการที่ทำให้เขาสั่งสมความรู้ เราควรศึกษาด้วยว่ากระบวนการนี้เป็นอย่างไร หมอคนหนึ่งสามารถสร้างหมอคนอื่นต่อมาได้อย่างไร

3. การถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาชาวบ้านไม่ได้มีสถาบันถ่ายทอดความรู้แต่มีกระบวนการถ่ายทอดที่ซับซ้อน ถ้าเราต้องการเข้าใจภูมิปัญญาท้องถิ่น เราต้องเข้าใจกระบวนการถ่ายทอดความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งด้วย

4. การสร้างสรรค์และปรับปรุง ระบบความรู้ของชาวบ้านไม่ได้หยุดนิ่งอยู่กับที่แต่ถูกปรับเปลี่ยนตลอดมาโดยอาศัยประสบการณ์ของชาวบ้านเอง เรายังขาดการศึกษาว่าชาวบ้านปรับเปลี่ยนความรู้ และระบบความรู้เพื่อเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างไร

นิคม ชมภูหลง (2542 : 131) ได้แบ่งลักษณะภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ 4 ประการ คือ

1. ประสบการณ์ของชาวบ้านที่ค้นพบและนำมาใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้แก่ ความคิด ค่านิยมต่าง ๆ เช่น คำสอนของศาสนา ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร เป็นต้น

2. สิ่งที่ชาวบ้านถ่ายทอดความรู้ ความคิด ในวรรณกรรมต่าง ๆ เช่น เพลงชาวบ้าน นิทานพื้นบ้าน ศิลปวัฒนธรรมต่าง ๆ เพลงกล่อมเด็ก ภาษิต การละเล่นต่าง ๆ เป็นต้น

3. การประกอบอาชีพโดยอาศัยหลักการพึ่งตนเองเป็นการอาศัยธรรมชาติไม่พึ่งพาปัจจัยภายนอก แต่มีการพัฒนาให้เหมาะสมกับกาลสมัย เช่นการปลูกพืชแบบเกษตรธรรมชาติ การทอผ้า การจักสาน เป็นต้น

4. การประกอบอาชีพที่เกิดจากการผสมผสานความรู้เดิมกับความรู้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การนวดข้าว การก่อสร้าง และการหล่อโลหะ เป็นต้น

สถาบันราชภัฏนครปฐม (2545 : ไม่มีเลขหน้า) ได้แบ่งลักษณะของภูมิปัญญาไว้ 7 แบบ คือ

1. เป็นเรื่องของการใช้ความรู้ ทักษะ ความเชื่อและพฤติกรรม
2. แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติแวดล้อม และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ
3. เป็นองค์รวมหรือกิจกรรมทุกอย่างในวิถีชีวิต
4. เป็นเรื่องของการแก้ปัญหา การจัดการ การปรับตัว การเรียนรู้เพื่อความอยู่รอดของผู้คน (บุคคล) ชุมชน และสังคม
5. เป็นแกนหลักในการมองชีวิต เป็นพื้นความรู้ในเรื่องต่าง ๆ
6. มีลักษณะเฉพาะหรือมีเอกลักษณ์ในตัวเอง
7. มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อปรับสมดุลในการพัฒนาการทางสังคมตลอดเวลา

ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาไทย

จากลักษณะสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้มีนักวิชาการกล่าวไว้ต่าง ๆ กัน พอสรุปได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีลักษณะ เป็นความรู้ ความคิดของชาวบ้านที่สั่งสมประสบการณ์และสืบทอดจากอดีตสู่ปัจจุบัน ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการดำรงชีวิต เศรษฐกิจสังคม และธรรมชาติที่มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ในการดำรงชีวิต ความเป็นอยู่ช่วยสร้างอาชีพ และรายได้ ตลอดจนถึงการพัฒนาประเทศ

#### 5. ประเภทของภูมิปัญญา

มณีนีภา ชุตติบุตร (2538 : 21) และนิคม ชมภูหลง (2542 : 131) ได้แบ่งภูมิปัญญาออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 5.1 คติ ความคิด ความเชื่อและหลักการ เป็นพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถ่ายทอดกันมา
- 5.2 ศิลปะ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่เป็นแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา
- 5.3 การประกอบอาชีพในแต่ละท้องถิ่นที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับกาลสมัย
- 5.4 แนวคิด หลักปฏิบัติ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ชาวบ้านนำมาใช้ในชุมชนเป็นอิทธิพลของความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

รัตน์ บัวสนธิ์ (2535 : 10) ได้แบ่งประเภทภูมิปัญญาไว้เป็น 3 ด้าน คือ

5.1 ภูมิปัญญาที่เกิดจากการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติและสิ่งเหนือธรรมชาติ หมายถึง การที่คนในชุมชนท้องถิ่นจัดวางอธิบายตนเองกับธรรมชาติและสิ่งเหนือธรรมชาติในลักษณะการพึ่งพาพิธีกรรมต่าง ๆ

5.2 ภูมิปัญญาที่เกิดจากการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกับงาน หมายถึง การที่คนประพฤติปฏิบัติตัวกันทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นได้ในรูปของคำสอนหรือวิถีประเพณีของชุมชน

5.3 ภูมิปัญญาที่เกิดจากการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกับการทำมาหากิน ได้แก่ การประกอบอาชีพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อการดำรงชีพ อาทิ การทำเกษตรแบบผสมผสาน วนเกษตร การรักษาโรค การใช้น้ำ การอนุรักษ์ป่าไม้ของชุมชน เป็นต้น

ทัศนีย์ ทองไชย (2542 : 21) ได้สรุปประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับมนุษย์กับมนุษย์
2. ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ
3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับมนุษย์กับประสบการณ์

สถาบันราชภัฏนครปฐม (2545 : ฉ-ช) ได้แบ่งประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ 10 กลุ่ม

ดังนี้

1. ด้านเกษตรกรรม เช่น การเพาะปลูก การขยายพันธุ์พืช การเลี้ยงสัตว์ การเกษตรผสมผสาน การทำไร่นาสวนผสม การปรับใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการเกษตร เป็นต้น
2. ด้านอุตสาหกรรมและหัตถกรรม เช่น การจักสาน (ทอสี/สานกระดิ่ง/กระติบข้าว/แห/อวน ฯลฯ) การช่าง (ช่างตีมีด/เหล็ก/ขวาน/ปั้นโอ่ง ฯลฯ) การทอผ้า (ผ้าไหม/ผ้าลายซิด/การทอผ้า/มัดหมี่ ฯลฯ) การแกะสลัก เป็นต้น
3. ด้านการแพทย์แผนไทย เช่น หมอสมุนไพร หมอยากลางบ้าน หมอหมวดแผนโบราณ หมอยาหม้อ เป็นต้น
4. ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่น การบวชป่า การสืบชะตาแม่น้ำ การทำแนวปะการังเทียม การอนุรักษ์ชายป่าชายเลน การจัดการป่าต้นน้ำและป่าชุมชน เป็นต้น
5. ด้านกองทุนและธุรกิจชุมชน เช่น ผู้นำในการจัดกองทุนของชุมชน ผู้นำในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล ผู้นำในการจัดระบบสวัสดิการ บริการชุมชน เป็นต้น
6. ด้านศิลปกรรม เช่น วาดภาพ (จิตรกรรม) การปั้น (ปะติมากรรม) นาฏศิลป์ ดนตรี การแสดง การละเล่นพื้นบ้าน นันทนาการ เป็นต้น
7. ด้านภาษาและวรรณกรรม เช่น ความสามารถในการอนุรักษ์ แลสร้างผลงานด้านภาษา (คือภาษาถิ่น ภาษาไทยในภูมิภาคต่าง ๆ) วรรณกรรมท้องถิ่น การจัดทำสารานุกรมภาษา หนังสือโบราณ การฟื้นฟู การเรียนการสอนภาษาถิ่นของท้องถิ่นต่าง ๆ เป็นต้น
8. ด้านปรัชญา ศาสนา และประเพณี เช่น ความสามารถประยุกต์และปรับใช้หลักธรรมคำสอนทางศาสนา ปรัชญาความเชื่อ และประเพณีที่มีคุณค่าให้เหมาะสมต่อบริบททางเศรษฐกิจ สังคม การถ่ายทอดวรรณกรรม คำสอน การประยุกต์ประเพณีบุญ เป็นต้น
9. ด้านโภชนาการ เช่น ความสามารถในการเลือกสรร ประดิษฐ์และปรุงแต่งอาหารและยา ได้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายในสภาวะการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนผลิตเป็นสินค้าบริการส่งออกที่ได้รับความนิยมแพร่หลายมาก เป็นต้น
10. ด้านองค์กรชุมชน เช่น ร้านค้าชุมชน ศูนย์สาธิตการตลาด กลุ่มออมทรัพย์ องค์กรด้านการตัดเย็บเสื้อผ้า กลุ่มจักสาน กลุ่มทอผ้า กลุ่มทอสี กลุ่มตีมีด ตีขวาน เครื่องมือที่ทำจากเหล็ก กองทุนสวัสดิการชุมชน การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ เป็นต้น

จากการแบ่งประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นักการศึกษา และหน่วยงานต่าง ๆ ได้กล่าวมาสรุปได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถแบ่งตามลักษณะของคนในท้องถิ่นหรือชุมชนได้คิดหรือได้รับการถ่ายทอดและถือปฏิบัติสืบต่อกันมาจนบรรพบุรุษ ซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึก ความนึกคิด ในการสร้างสรรค์แบบแผนของการดำเนินชีวิต รวมถึงการนำเทคโนโลยีพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

## 6. การถ่ายทอดภูมิปัญญา

สามารถ จันทร์สุรย์ (2534 : 14) ได้จำแนกการถ่ายทอดภูมิปัญญา ได้ 2 ประการ ดังนี้

6.1 วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่เด็ก เด็กโดยทั่วไปจะมีความสนใจในช่วงเวลาสั้นในสิ่งใกล้ตัว กิจกรรมการถ่ายทอดต้องง่ายไม่ซับซ้อน สนุกสนาน และดึงดูดใจ เช่น การละเล่น การเล่านิทาน การลงมือทำ การเล่นปริศนาคำทาย เป็นต้น วิธีการเหล่านี้เป็นการสร้างเสริมลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพที่สังคมปรารถนา ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นจริยธรรมที่เป็นสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ

6.2 วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่ผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ถือว่าเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มาพอสมควรแล้ว และเป็นวัยทำงาน วิธีการถ่ายทอดทำได้หลายรูปแบบ เช่น วิธีบอกเล่าโดยตรง บอกเล่าโดยผ่านพิธีสู่ขวัญ พิธีทางศาสนา พิธีกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นต่าง ๆ เช่น การแต่งงานของท้องถิ่น จะมีขั้นตอน มีคำสอนที่ผู้ใหญ่คู่บ่าวสาวอยู่ทุกครั้ง รวมทั้ง การลงมือประกอบอาชีพตามอย่างบรรพบุรุษก็มีการถ่ายทอดเชื่อมโยงประสบการณ์มาโดยตลอด

ศิริพงษ์ นวลแก้ว (2540 : 44) ได้สรุปภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ การถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจจากบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นแบบลายลักษณ์อักษรกับไม่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีองค์ประกอบในการถ่ายทอด คือ

1. องค์คติ (Concepts) ได้แก่ ความเชื่อ ความคิดความเข้าใจ อุดมการณ์ต่าง ๆ
2. องค์พิธีการ (Usage) ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งแสดงออกในรูปพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น พิธีแต่งงาน พิธีการตั้งศพ การแต่งกาย เป็นต้น
3. องค์วัตถุ (Instrumentary and Symbolic Objects) ได้แก่ สิ่งประดิษฐ์ที่มีรูปร่างสามารถจับต้องได้ เช่น ผลผลิตทางศิลปกรรม งานฝีมือ และองค์วัตถุที่ไม่มีรูปร่างแต่เป็นเครื่องแสดงสัญลักษณ์ ความหมายต่าง ๆ เช่น ภาษา เป็นต้น

สรุปได้ว่า ภูมิปัญญาเป็นความเชื่อ ความรู้ ความสามารถ รวมทั้งสิ่งประดิษฐ์ที่มนุษย์ได้สั่งสม วิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญากระทำได้หลายลักษณะขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้รับและประเภทของภูมิปัญญาที่จะนำมาถ่ายทอด ไม่ว่าจะเป็นการถ่ายทอดความรู้ภายในชุมชน ภายในครัวเรือน การฝึกฝนค้นคว้าด้วยตนเอง การฝึกจากผู้รู้ ผู้ชำนาญเฉพาะอย่างหรือความรู้ความชำนาญที่เกิดขึ้นจากความบังเอิญ นอกจากวิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาจะออกมาในรูปของการบันเทิงที่สอดแทรกในเนื้อหาและศิลปการนวด

## ภูมิปัญญาการนวดเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ

### 1. ความหมายของการนวดเพื่อสุขภาพ

การนวดเพื่อสุขภาพ หมายถึง การนวดเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพแก่ ผู้รับบริการตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การนวดสามารถลดการใช้ยาและทรัพยากรต่าง ๆ ทางการแพทย์ได้ นอกจากนั้น การนวดยังเป็นการแบ่งเบาภาระผู้ป่วย โดยไม่ต้องมาพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ และลดการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนลงได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากประชาชนมักนิยมใช้ยาแก้ปวดเมื่อยในรูปของ ยาชุด ยาซอง ยาฉีดซึ่งยาบางชนิดมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ อาจมีผลข้างเคียงต่อร่างกาย เช่น ทำให้เป็นโรคกระดูกพรุน แผลในกระเพาะอาหารและทำให้เกิดโรคโลหิตจาง หรือ ยาลดการอักเสบที่

ไม่ใช่ สเตียรอยด์เกือบทุกชนิดพบฤทธิ์ข้างเคียงได้บ่อยที่สุด คือ เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งอาจเกิดภาวะโลหิตจางตามมา (Secondary Anemia) เนื่องจากเสียเลือด หรือมีฤทธิ์ต่อการทำงานของเกล็ดเลือด ทำให้เลือดแข็งตัวช้าและมีพิษต่อไต (โครงการฟื้นฟูการขาดไทย. 2535 : 86) การนวดสามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดจากการไหลเวียนไม่ดีและอาการปวดที่เกิดจากการยึดติดของพังผืดได้ค่อนข้างดี (สุทิตา ปลื้มปิติวิริยะเวช. 2544 : 47) สามารถรักษาอาการปวดคอ ปวดไหล่และรู้สึกอ่อนคลายภายหลังการนวดความดันโลหิต และอัตราชีพจรลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การกดจุดและนวดต่อสามารถลดระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยหลังส่วนล่างจากการปวดกล้ามเนื้อและผู้ป่วยที่เข่าแก้ปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การนวดเป็นทางเลือกที่สามารถลดหรือหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาได้ และสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในเรื่องยาได้เป็นจำนวนไม่น้อย การนวดสามารถกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดการปวด ช่วยให้กล้ามเนื้ออ่อนคลาย ทำให้เลือกมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ผิวหนังเต่งตึง ช่วยกระตุ้นระบบขับถ่าย และทำให้จิตใจผ่อนคลาย ลดความกังวล และทำให้เกิดความอบอุ่นที่ได้รับ ความรักความเอาใจใส่ นอกจากการนวดมีผลต่อความเจ็บป่วยแล้ว ในยามปกติการนวดมีส่วนช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การนวดเพื่อสุขภาพและการผ่อนคลาย การนวดหน้า การนวดศีรษะ เป็นต้น การนวดช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับตามบริเวณส่วนที่เป็นผิวหนังหุ้มกระดูก ช่วยให้กล้ามเนื้อที่เป็นโรคัมพฤษและโรคอัมพาตฟื้นตัวเร็วขึ้น การนวดจะช่วยลดความเมื่อยล้าจากการที่อวัยวะส่วนใดของร่างกายถูกใช้งานมากกว่าปกติ ดังนั้น การนวดจึงมีส่วนช่วยทั้งการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและทางจิตใจเป็นอย่างดี

## 2. ความเป็นมาของการนวดเพื่อสุขภาพ

Lucinda และคณะ (1984 : 12) ได้ให้ความหมายของการนวดว่า การนวดหมายถึง การแบ่งปันระหว่างการสัมผัส คือ มือ ร่างกาย ศีรษะ มือ หรือเท้า

ขวลิต ทศนสว่าง (2530 : 15) ได้กล่าวไว้ว่า หลังจากออกกำลังแล้ว คนส่วนใหญ่จะต้องประสบกับการเจ็บทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางแห่ง กล้ามเนื้อที่เจ็บอาจมีอาการบวมขึ้น บางทีมีความรู้สึกเหมือนกล้ามเนื้อขมวดปม ซึ่งเรียกว่าการหดเกร็ง เกิดขึ้นเมื่อเส้นใยของกล้ามเนื้อที่เมื่อยล้าพันกันยุ่งเหยิงและหดตัวอีกด้วยการเกิดเยื่อใยเหนียวหรือแข็งตัว เกิดขึ้นที่ปลายของกล้ามเนื้อ ซึ่งเส้นใยของกล้ามเนื้อไม่ค่อยได้ถูกใช้งานมากนักเพราะฉะนั้นจึงมีความยืดหดตัวได้น้อย เมื่อกล้ามเนื้อพักตัวอยู่จะไม่อยู่เป็นรูปร่างที่ดี ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการเมื่อยล้า เมื่อเส้นใยกล้ามเนื้อไม่มี โกลโคเจน ประกอบกับการสะสมสารเคมีที่เกิดจากการออกกำลังกายทำให้ไม่สามารถทำงานได้ นอกจากนี้อาจเกิดจากเส้นใยกล้ามเนื้อฉีกขาดเนื่องจากได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง และไม่ได้รับการรักษาบำรุงตามที่ต้องการ ในบางครั้งเส้นใยกล้ามเนื้อเหล่านี้จะป้องกันตัวเองโดยการบิดไปรอบๆซึ่งกันและกันคล้ายกับหนังยางที่พันกัน การแข็งตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อจะดึงรั้งเส้นใยของกล้ามเนื้อ จนกระทั่งหดตัวสั้นอย่างรุนแรง นั่นคือ ทำให้มีการดึงและการฉีกขาดเกิดการนวดคลายซึ่งทำเป็นประจำจะช่วยดึงขมวดปมของกล้ามเนื้อให้ออกไปได้บ้าง แต่ไม่สามารถเปรียบได้กับพลังการนวดในการแผ่กระจาย และบรรเทากล้ามเนื้อที่เมื่อยล้า การนวดลึก ๆ โดยการบีบ จะช่วยแยกเส้นใยของกล้ามเนื้อออกจากกัน

ประเวศ วะสี (2531 : 15) ได้กล่าวว่า การนวดหมายถึง การใช้นิ้วมือทำการบีบ นวด ไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อช่วยบำบัด ลดอาการเจ็บปวด ลดอาการบวม ซึ่งเกิดจากการเกร็งตัวของเอ็นกล้ามเนื้อหรือการคั่งของของเสียในเนื้อเยื่อ การคั่งของโลหิตใต้ผิวหนัง เพื่อช่วยลดหรือแก้ไข



อาการติดขัด ช่วยให้การติดขัดสามารถเคลื่อนไหวได้ ช่วยให้ผิวหนังเกิดความรับรู้ มีความรู้สึกดีขึ้น ช่วยให้กล้ามเนื้อถ่ายเทของเสีย ทำให้การไหลเวียนของโลหิต น้ำเหลืองดีขึ้น ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงรูปร่าง, รูปทรงที่ผิดปกติ และช่วยปรับปรุงระบบหายใจให้คล่องตัวขึ้น" การนวดเพื่อสุขภาพ คือ ศิลปะในการรักษาที่ใช้สัญชาตญาณโดยใช้ปลายนิ้วมือ การกดลึก ๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต เพิ่มการไหลเวียนของน้ำเหลือง ทำลายการแข็งตัวที่เกิดขึ้นในเส้นใยของกล้ามเนื้อ กานนวดช่วยลดและระงับความเจ็บปวดได้ โดยผ่านลงลึกไปจากผิวหนังถึงกล้ามเนื้อ หรืออาจจะถึงกระดูก และการนวดที่ดี ที่ประณีต จะกดลึกลงไปจนถึงจุดที่ถูกต้อง ซึ่งการนวดนี้เรียกกันว่า "การนวดแบบออริสติก" (Oristic) หรือ "การนวดโดยสัญชาตญาณ" แต่จะเรียกกันให้ง่ายว่า "นวดเพื่อสุขภาพ" การนวดเพื่อสุขภาพ ใช้รักษาคนไข้แต่ละคนในลักษณะโดยรวมมากกว่าที่จะมุ่งเน้นไปยังร่างกายแห่งใดแห่งหนึ่ง การเคลื่อนไหวในการนวดมักเชื่องช้ากว่า และใช้สมาธิมากกว่า สำหรับการนวดเพื่อสุขภาพ ทัศนคติและการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับมีความสำคัญสูงสุดต่อการรักษา "ผู้รับ" จะต้องผ่อนคลาย แต่ต้องตื่นตัวเพ่งอยู่ที่สัมผัสที่ได้รับ "ผู้ให้" หรือ "ผู้นวด" ก็จะต้องเพ่งและมีทัศนคติที่ดีในการรักษาด้วยการนวดอย่างสูงสุดเช่นกัน ส่วนผู้รับจะต้องรู้สึกเหมือนกับว่าการกดนวดเป็นการกระทำต่อเนื่องกันอย่างสิ้นไหลและเป็นจังหวะไปโดยตลอดขณะทำการนวดให้คอยถามผลการนวดว่ารู้สึกดีหรือไม่ แต่ควรพยายามหลีกเลี่ยงการสื่อสารด้วยวาจา เนื่องจากการพูดจะดึงสมาธิออกจากมือ การกดยิ่งช้าและเป็นจังหวะมากเท่าใดก็จะทำผู้นวดรู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัยมากขึ้นเท่านั้น

สมบัติ ตาปัญญา (2538 : 17) ได้ศึกษาศิลปะการนวดตั้งแต่ครั้งโบราณ พบว่าการนวดอย่างมีแบบแผนเริ่มมีบันทึกไว้ตั้งแต่ราว 5,000 ปีมาแล้วในตำราวิชาแพทย์จีนในแผ่นดินจักรพรรดิซวงตี้ และคัมภีร์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งมีอายุประมาณ 3,800 ปี ก็ได้กล่าวถึงการนวดไว้ว่าเป็นการ "ช่วยให้ร่างกายรักษาตนเอง" โดยใช้น้ำมันทาถูไปตามผิวหนังส่วนต่าง ๆ ฮิปโปเครติส ผู้ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็น "บิดาแห่งวิชาแพทย์" ของโลกตะวันตก ได้กล่าวถึงการนวดไว้ว่า "แพทย์จะต้องมีความเชี่ยวชาญในหลายสิ่ง แต่ที่แน่นอนอย่างยิ่งคือต้องมีความเชี่ยวชาญในการนวดด้วย" ในเอกสารทางการแพทย์ของอียิปต์ เปอร์เซีย และญี่ปุ่น ก็ได้มีการกล่าวถึงคุณประโยชน์ของการนวดในการรักษาโรคต่าง ๆ ไว้มากมายเช่นเดียวกัน

การนวดบางวิธี หรือการวางมือเพื่อบำบัดบรรเทาอาการเจ็บป่วย เป็นวิธีการที่กระทำกันมานับเป็นพัน ๆ ปีแล้ว แพทย์กรีกและโรมันในสมัยโบราณใช้การนวดเป็นหลักในการบำบัดและบรรเทาอาการปวด เมื่อต้นศตวรรษที่ 5 ก่อนคริสตกาล ตัวอย่างเช่นฮิปโปเครติส (Hippocrates) "บิดาแห่งการแพทย์" เขียนไว้ว่า "แพทย์ต้องชำนาญในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการนวด เพราะว่าการนวดสามารถเชื่อมข้อที่หลวมให้แน่นขึ้นได้ ข้อที่ หลวมทำให้เกิดการแข็งเกร็งมากเกินไป" ส่วน พลินี (Pliny) นักธรรมชาติวิทยาชาวโรมัน นวดตัวเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อบรรเทาอาการหอบหืดและจูเลียส ซีซาร์ (Julius Caesar.) ผู้เป็นโรคลมบ้าหมู ต้องนวดตัวเองไปทั่วทั้งตัวทุก ๆ วัน เพื่อบรรเทาการวูบหรือชักจากโรคลมบ้าหมู และเพื่อบรรเทาอาการปวดประสาท หรือปวดศีรษะ (พิสิฐ วงศ์วัฒน์. 2542 : 11)

เมื่ออาณาจักรโรมันล่มสลายลงไป ในคริสต์ศตวรรษที่ 5 ส่งผลให้ความก้าวหน้าในวงการแพทย์ทางยุโรปเป็นไปอย่างเชื่องช้า ในขณะที่การแพทย์ของชาวอาหรับกลับเจริญกว่า อะวิเซนนา (Avisenna) นักปรัชญาและแพทย์ชาวอาหรับ ในสมัยคริสต์ศตวรรษที่ 7 บันทึกไว้ใน "บัญญัติ" ของ

ตนว่า วัตถุประสงค์ของการนวด คือ "เพื่อขจัดของเก่าที่มีอยู่ในกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่สามารถขจัดไปได้โดยการออกกำลังกาย"

ในยุโรป ช่วงยุคกลาง การนวดได้เสื่อมความนิยมลงไป เนื่องด้วยผู้คนหันไปนิยมสิ่งประู่งแต่งกันมากกว่า แต่การนวดก็กลับคืนชีพขึ้นมาอีกครั้งในคริสต์ศตวรรษที่ 16 โดยแพทย์ชาวฝรั่งเศสต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 แพร์ เฮนริก ลิง (Parr Henrik Ling) ชาวสวีเดน ได้พัฒนาการนวดแบบ สวีดิชขึ้น โดยรวบรวมระบบที่ได้จากความรู้ในเรื่องยิมนาสติกส์รีระวิทยาและจากเทคนิคของจีน อียิปต์ กรีก และโรมัน (พิสิฐ วงศ์วิณะ. 2542 : 12)

ในปี พ.ศ. 2356 วิทยาลัยแห่งหนึ่งในสต็อกโฮล์ม ได้บรรจุวิชาการนวดไว้ในหลักสูตร และจากนั้นสถาบันอื่น ๆ รวมทั้งเมืองตากอากาศทั้งหลายที่มีบ่อน้ำแร่ทั่วทั้งยุโรปก็ได้นำเอาการนวดเข้าไปประกอบในกิจการทุกวันนี้คุณค่าของการบำบัดรักษาด้วยการนวดได้กลับมาเป็นที่ยอมรับกันอีกครั้ง และกำลังเป็นที่เฟื่องฟูและพัฒนากันไปทั่วโลก ทางด้านตะวันตกมีทั้งบรรดามือสมัครเล่นและมืออาชีพ ส่วนทางตะวันออก กรรมวิธีการนวดเป็นที่ยอมรับกันมากกว่าทางด้านตะวันตก วิชาการดังกล่าวได้รับการสืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการขาดตอนความแตกต่างระหว่างตะวันออกกับตะวันตกนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิรูปทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเกิดทางด้านตะวันตกเมื่อประมาณ 250 ปีที่แล้วมา ผลของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ดังกล่าว ทำให้ความเชื่อเก่า ๆ ที่เกี่ยวเนื่องระหว่างกายกับใจและจิตถูกจัดว่าเป็นสิ่งที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ และในช่วงนั้นเองก็เกิดความยึดติดขึ้นใหม่ว่า ร่างกายมนุษย์เป็นแต่เพียงเครื่องจักรกลอันสลับซับซ้อนเท่านั้น สามารถตรวจสอบและซ่อมบำรุงได้ก็แต่เฉพาะผู้ที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างสูง และผู้ที่มีความสามารถโดยเฉพาะเท่านั้น ซึ่งก็คือ "แพทย์"ทางด้านตะวันออกไม่ได้มีสำนึกที่เรียกว่า "วิทยาศาสตร์" บังเกิดขึ้น สำนึกดังกล่าวเพิ่งเกิดขึ้นมาเมื่อไม่นานนี้เอง ผู้คนในประเทศที่ยากจนเหล่านั้นจึงยังดำเนินการต่อมา โดยรวมเอาความปรารถนาซึ่งเกิดขึ้นได้จากสาเหตุญาณว่า "นวดดีกว่า" อาศัยความชำนาญที่ได้กลั่นกรองมาแล้วและได้พิสูจน์มาแล้วว่าได้ผล และให้เป็นหน้าที่ของ "หมอเท้าเปล่า" เป็น ผู้รับผิดชอบไปในฐานะมีความรู้ทางทฤษฎีการแพทย์ตะวันออก มีความรู้ในวิชาหมอกกลางบ้าน และเทคนิคการใช้มือ นอกจากนี้ยังมีวิธีนวดแบบ "ชิอัตซุ" (Shiatsu) มีรากฐานมาจากรูปแบบการนวดดังกล่าว เป็นการนวดแบบญี่ปุ่น เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้นด้วย อิทธิพลของทฤษฎีการฝังเข็ม และด้วยอิทธิพลของการรักษาทางวิทยาศาสตร์ตะวันตก คือ การรักษาโรคด้วยวิธีนวดกระดูก การรักษาโรคมือและเท้า ซึ่งเพิ่งเข้ามาสู่ประเทศญี่ปุ่น

### 3. ความสำคัญของการนวดเพื่อสุขภาพ

ความสำคัญของการนวดเพื่อสุขภาพนั้น หากมองในแง่ของนักกีฬานั้น มีผลต่อ นักกีฬาเป็นอย่างมาก เพราะการนวดจะมีผลในการลดปวด ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และลดการเกิดตะคริว การนวดยังทำให้การหมุนเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองดีขึ้น ทำให้อาการเจ็บปวดเมื่อยตามร่างกายดีขึ้น ลดการเกิดแผลในกล้ามเนื้อของร่างกายในและผิวหนังภายนอก ตลอดจนการนวดยังให้กล้ามเนื้อ นักกีฬามีการปรับและรักษาให้มีสภาพยืดหยุ่นดี มีความคล่องแคล่วว่องไวในการเล่นกีฬานอกจากนี้ มนุษย์เรานั้นแม้จะอยู่ในวัยใด ช่วงชีวิตใดของชีวิต เราต่างต้องการสัมผัสมนุษย์ด้วยความละมุนละไม ที่แสดงออกด้วยความรัก เพื่อแสดงว่าเราไม่ได้อยู่ในโลกนี้เพียงลำพังคนเดียว เนื่องจากเรายังเป็น สิ่งมีชีวิตที่มีความรู้สึก ถ้าไม่มีความอบอุ่นจากการสัมผัสที่จะช่วยผูกพันและชื่นใจ แสดงว่าเราปฏิเสธ การสื่อสารที่มีความสำคัญระดับชีวิตในการให้และการรับ การนวดในสังคมยุค ปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดเกิดมากขึ้น การรักษาด้วยวิธีสัมผัสจึงกลายเป็นส่วน

หนึ่งของชีวิต และควรได้รับการยอมรับว่า เป็นตัวที่มีค่าขนานหนึ่งในเชิงวิทยาศาสตร์ป้องกัน ทั้งนี้ทั้งฝ่ายผู้ให้ (ผู้หมวด) และผู้รับ (ผู้รับการหมวด) ด้วย เพราะการให้การหมวดแบบใด ๆ ก็ตาม ผู้ให้ก็จะได้รับประโยชน์เกือบเท่ากับผู้รับ นอกเสียจากความพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นแล้ว การรักษาผู้อื่นด้วยการหมวดเพื่อสุขภาพ จะทำให้ผู้หมวดผ่อนคลาย และสามารถเอาชนะความเครียดของตนเองได้อีกด้วยตามแนวความคิดของการแพทย์ตะวันออกมีบางช่วงเวลาของชีวิต ซึ่งเรียกว่า "เปลี่ยนวัย" ถ้าในช่วงนี้มีกรดแลคติกในตัวดี สภาพพื้นฐานของชีวิตก็ดีขึ้นตาม ตรงข้าม หากละเลยไม่เอาใจใส่ตัวเอง ผลเสียแก่สุขภาพก็จะเกิดขึ้นอย่างถาวร ช่วงเวลาดังกล่าวมีวัยแตกพาน ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่น วัยแต่งงาน การตั้งครรรภ์ การคลอด และหลังคลอด และวัยหมดประจำเดือน ในช่วงเวลาต่าง ๆ การรักษาด้วยการสัมผัส เป็นการรักษาที่ให้ประโยชน์เป็นอย่างมาก ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายตามความจำเป็น เพื่อปรับตัวให้เข้าได้กับการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน และความจริงช่วงเวลาเหล่านั้นเป็นช่วงเวลาของความเครียด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต้องการให้มีการสัมผัสสูงมาก การสัมผัสทำให้ความเครียดคลายลง ทำให้เกิดหลักประกันและความมั่นใจว่า ความเดือดร้อนหรือความเจ็บป่วย เมื่อคล้ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น มีคนมาช่วยแบ่งปันไปแล้วบ้าง การหมวดต่อหญิงมีครรรภ์ ทารก ผู้สูงอายุ การหมวดกับการออกกำลังกาย และการหมวดตัวเอง สิ่งเหล่านี้ส่วนมากเป็นสามัญสำนึก เช่น ผู้หมวดจะต้องนวดทารกและผู้สูงอายุอย่างละมุนละม่อม อ่อนโยน และอุณหภูมิภายในห้องนวดจะต้องเหมาะสม

ถ้าผู้หมวดหรือผู้ถูกหมวดตั้งครรรภ์ การหมวดเพื่อสุขภาพจะให้ประโยชน์อย่างมากในการบรรเทาอาการปวดขา ปวดหลัง หรืออาการอ่อนล้าต่างๆ ไป ซึ่งมักจะเกิดในช่วงท้ายๆ ของการตั้งครรรภ์ เมื่อทารกคลอดแล้ว การหมวดจะเป็นการเชื่อมระหว่างพ่อแม่และลูก การหมวดเป็นวิธีการที่ทำให้ลูกสบายตลอดเวลาที่เด็กเติบโต จะทำให้เด็กสงบหลังจากได้รับสิ่งร้ายๆ มาจากโรงเรียน หรือทำให้สงบก่อนเข้าสอบ ช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ หรือปวดท้อง เด็ก ๆ ก็เช่นกัน ผู้ใหญ่ควรสนับสนุนให้เริ่มนวด ถ้าเด็กสนใจ โดยเฉพาะ เมื่ออายุ 5 หรือ 6 ขวบ ซึ่งเด็กขนาดนี้กำลังและนิวมีความกระฉับกระเฉงว่องไว พอแล้วสำหรับที่จะรับการฝึกนวด อันตรายจากการงานอาชีพหลายอย่างในชีวิตผู้ใหญ่ สามารถบรรเทาได้ด้วยการนวด เช่น อาการปวดหลังหรือปวดไหล่ หรือการเกร็งของกล้ามเนื้อ ที่เกิดขึ้นหลังจากต้องนั่งอยู่นาน ๆ ในที่ทำงานกล้ามเนื้อที่อ่อนล้าหรือเครียด ซึ่งเกิดจากการออกกำลังกายมากเกินไป หรือการไหลเวียนของเลือดที่ไม่ดี อันเนื่องจากการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้นว่า ผู้ทำงานนั่งโต๊ะ หรือผู้พิการ หรือผู้ป่วยซึ่งต้องนอนแช่อยู่บนเตียง และกับการกีฬาทุกชนิด ตั้งแต่ขี่รถจักรยานไปจนถึงการวิ่งหรือเล่นฟุตบอลการนวดเป็นสิ่งช่วยที่ล้ำค่า เนื่องจากการผ่อนคลายเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตให้เป็นปกติสุข และเมื่อพิจารณาถึงภาษาของการสัมผัส นับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการนวด ซึ่งนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

#### 4. ประโยชน์ของการนวดเพื่อสุขภาพ

ผลดีของการนวด ทางร่างกาย การนวดทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายหายตึง ช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เพิ่มระดับฮีโมโกลบิน การไหลเวียนของน้ำเหลืองสะดวกขึ้น และช่วยยึดข้อต่อกระดูกทางจิตใจ นอกจากการนวดจะช่วยลดความเครียดและความกระวนกระวายแล้ว ยังช่วยเพิ่มสติสัมปชัญญะให้อีกด้วย โดยเฉพาะตามส่วนของร่างกายที่เคยมีความรู้สึกที่ "ขาดตอน" เมื่อท่านทราบว่ามีการขาดตอนอยู่ที่ใดแล้ว ท่านก็สามารถที่จะปรับปรุงร่างกายให้ดีขึ้น และสามารถสร้างภาพลักษณ์ของตนเพื่อลบล้างจุดอ่อนนั้นได้ มีความรับผิดชอบมากขึ้น เพื่อความสุขและสุขภาพของตนเองการนวดทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เพิ่มความเชื่อมั่นและเกิดความสำเร็จ การนวดสามารถช่วยให้มีการระบายพลัง

ที่เสียเพราะความเครียดออกไป และเปลี่ยนนิสัยอันเป็นกิริยาและปฏิบัติกิจซึ่งเป็นนิสัยเรื้อรังได้การนวด ก่อให้เกิดผลดีต่อกิริยาท่าทางและการแสดงสีหน้า ในการนวด อารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อสภาวะจิต เป็นการยากที่จะบรรยายถึงผลที่ได้จากการนวด เพราะเป็นการพูดถึงสิ่งที่อยู่ภายใน คือ "พลังชีวิต" โดยรวมส่วน แทนที่จะกล่าวอย่างแยกส่วนสำหรับการนวดเพื่อ สุขภาพ สิ่งทั้งผู้ให้และผู้รับจะได้ก็คือ "สิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน" คือการทำให้เกิดความชำนาญในการเจริญสมาธิ

ประโยชน์สำหรับผู้รับการนวด (พิสิฐ วงศ์วิณะ. 2542 : 99)

1. เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายอย่างมากทั่วตัว อารมณ์ปลอดโปร่ง คล้ายกับว่า ความทุกข์โศกและวิตกกังวลคลี่คลายหายไปหมดสิ้น ขณะที่รับการนวดอยู่นั้นกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ที่ตึงเขม็งจนทำให้ปวดเมื่อยอ่อนล้าจะคลายตัวออก ตกอยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น คล้ายล่องลอยอยู่ในภวังค์ บางคนอาจเผลอหลับไปเลย และเมื่อตื่นขึ้นก็จะสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ผิดไปจากทุกครั้งที่มักตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกเมื่อยขบ อ่อนเพลีย ไม่อยากลุกจากที่นอน
2. เกิดความกระฉับกระเฉงตื่นตัว มีพลังกายและใจที่จะออกไปต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิตได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพในการทำงานสูง มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จสูงกว่าปกติ (นักกีฬาอาชีพส่วนใหญ่เข้าใจถึงความสำคัญของการผ่อนคลายและสดชื่นแจ่มใสก่อนการแข่งขันเป็นอย่างดี จึงมักต้องมีการนวดก่อนแข่งขันเสมอ ไม่เช่นนั้นแล้ว ผู้ที่ลงแข่งขันอย่างตื่นเต้น ตึงเครียด จะมีโอกาสผิดพลาดและพ่ายแพ้ได้มากกว่า การต่อสู้แข่งขันในเกมชีวิตก็เช่นเดียวกัน)
3. เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองมากขึ้น เพราะมีความรู้สึกสบายขึ้นและเต็มไปด้วยพลัง ร่างกายและจิตใจได้รับการกระตุ้นโดยไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงจากคาเฟอีน หรือสารมีพิษอื่น ๆ ซึ่งมักเกิดขึ้นกับคนที่ชอบกระตุ้นตนเองด้วยยาหรือกาแฟ
4. เมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองซึ่งเป็นตัวสำคัญในการนำอาหารไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายและต่อสู้กับเชื้อโรคต่าง ๆ ก็ดีขึ้น ร่างกายก็สมบูรณ์ แข็งแรงขึ้นกว่าเดิม ความเหนียวล้าทั้งกายและใจหายไป กลับกลายเป็นความสดชื่นแจ่มใสเข้ามาแทนที่
5. หากได้รับการนวดหลังจากการออกกำลังกาย เช่น เล่นกีฬาบางอย่าง การนวดจะช่วยขจัดของเสียที่คั่งค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อต่าง ๆ ช่วยป้องกันการเส้นตึง ปวดเมื่อยซึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังการออกกำลังกายหนักได้
6. การนวดจะช่วยให้กล้ามเนื้อคงรูปได้สัดส่วน ไม่ห่อเหี่ยว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลาเป็นเวลานาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อซึ่งไม่ได้ใช้งานเหี่ยวลีบลงเรื่อย ๆ การนวดจะช่วยทดแทนการออกกำลังกายได้บางส่วน และช่วยให้กล้ามเนื้อไม่ลีบเร็วเท่าที่ควร
7. การทำงานของอวัยวะภายในทุกอย่างจะได้รับการกระตุ้นจากการนวดให้ทำงานได้ดีขึ้น การย่อยอาหาร และการดูดซึมอาหารและการขับถ่ายของเสียจากร่างกายจะทำได้ดีขึ้น
8. ช่วยขจัดรอยเหี่ยวย่นตามใบหน้าและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพราะการนวดช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
9. การนวดจะช่วยกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น โอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ลดน้อยลง
10. ในด้านจิตใจ หากผู้ให้และผู้รับเป็นเพื่อน เป็นญาติหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ผู้รับย่อมรู้สึกผูกพัน อบอุ่น รู้สึกว่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย ทำให้เป็นสุขและซาบซึ้งใจ ถ้าเป็นเด็กก็จะเติบโตขึ้นเป็นคนจิตใจมั่นคง ผ่อนคลายและเชื่อมั่นในตนเองสำหรับผู้ให้

การนวด ทำให้มีความปิติและอิมเอิบใจที่ได้ช่วยเหลือ ได้ขจัดทุกข์และสร้างความสุขให้ผู้อื่น เพิ่มความเมตตาหวังใยในเพื่อนมนุษย์

11. การนวดทำให้เกิดความภูมิใจในความมีประโยชน์มีคุณค่าของตนเองต่อผู้อื่น

12. ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีน้ำใจ เป็นที่ยกย่องชื่นชมในหมู่เพื่อน ญาติ

และบุคคลทั่วไปที่รู้จัก

13. การนวดเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง ช่วยให้ผู้นวดได้เคลื่อนไหว

ฝึกถ่ายทอดพลัง (ลมปราณ) จากตนเองไปยังผู้รับ มีประโยชน์ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี

14. การนวดผู้อื่นบ่อย ๆ ช่วยฝึกให้ผู้นวดเป็นคนละเอียดอ่อน รับรู้ความรู้สึกของคนอื่นได้ไว พร้อมทั้งจะเข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้อื่นด้วยความเมตตา และยอมรับเสมอ คุณสมบัติข้อนี้จำเป็นมากในการมีความสัมพันธ์กับผู้นวดรอบข้างในชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ผู้นวดมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น ๆ ไม่ค่อยมีความขัดแย้งบาดหมางใจกับใคร

#### 5. แนวคิดนวดแผนไทย

แนวคิดนวดแผนไทย เป็นศาสตร์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมหรือแพทย์ทางเลือกในการบำบัดรักษาสุขภาพ อันเป็นปรัชญาการสร้างสุขภาพและการรักษาโรค โดยพิจารณาร่างกายมนุษย์เป็นหนึ่งเดียวกัน คือ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ซึ่ง

เพียรชัย คำวงศ์ (2549 : 87) ได้กล่าวถึงความหมายของการนวดคือ การสัมผัสต่อร่างกายโดยใช้ส่วนของร่างกายหรือเครื่องมือต่างๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อผ่อนคลายทำให้รู้สึกทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ดีขึ้น รวมถึงความรู้สึกทางด้านจิตใจและการนวดเป็นวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของมนุษย์ การนวดมีส่วนช่วยให้มีสุขภาพดี สามารถบรรลุหลักการหรือองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านด้วยกันคือ (1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (2) ด้านการป้องกันโรคกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกาย (3) ด้านการรักษาโรค (4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กัญญา ตีวิเศษ (2544 : 58) ซึ่งโดยทั่วไปการนวดไทยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. การนวดแบบเชลยศักดิ์ มีจุดกำเนิดมาจากการนวดแบบสามัญชนมีการสืบทอดฝึกฝนแบบแผนการนวดตามแบบวัฒนธรรมท้องถิ่น ดังนั้นผู้นวดจึงใช่วิธีต่างๆในการนวดนอกจากมือได้แก่ ศอก ท่อนแขน สันเท้า เป็นต้น ส่วนท่าทางการนวดมีได้หลากหลายจึงเป็นที่รู้จักในปัจจุบัน และแพร่หลายในสังคมไทย

2. การนวดแบบราชสำนัก คือการนวดเพื่อถวายกษัตริย์และเจ้านายชั้นสูงของราชสำนักในอดีต จึงมีขั้นตอนในการนวดที่มีลักษณะสุขภาพและมักนวดโดยการใช้นิ้วมือกดลงบนร่างกาย และต้องนวดตรงตามจุดเท่านั้น เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไปโดยมีข้อปฏิบัติในการนวดที่เคร่งครัดปัจจุบันการนวดแผนไทยแบบเชลยศักดิ์เป็นที่นิยมเพราะมีการถ่ายทอดอย่างต่อเนื่องกันตามชุมชนและการรับบริการนวดแผนไทยแบบเชลยศักดิ์มีแรงมากระทำบนร่างกายได้มากกว่า องค์ความรู้การนวดไทยมีแหล่งที่มาจาก

2.1 ตำราการนวดไทย ได้แก่ (1) การนวดวัดเชตุพนฯ สมัยรัชกาลที่ 3

พ.ศ. 2375 (2) การนวดฉบับหลวงพระราชทาน สมัยรัชกาลที่ 5 พ.ศ. 2449 (3) ตำราโรคนิทาน คำฉันท 11 ของพระยาธิปัตย์ เจ้าเมืองจันทบูร สมัยรัชกาลที่ 1 (4) การนวดพื้นบ้านมีลักษณะคล้ายกับการนวดฉบับหลวงหรือการนวดวัดพระเชตุพนฯ

2.2 ประสบการณ์ในการรักษา การนวดแก้โรคและอาการต่างๆการนวดมีประโยชน์ในด้านการบรรเทาความเจ็บป่วยเบื้องต้นของมนุษย์ ผลของการนวดเกิดขึ้นได้ทันทีต่อความรู้สึก ดังนั้นหากใช้วิธีการนวดที่ถูกต้องสามารถทำให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นและการนวดยังกระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกาย

นอกจากนี้แล้ว การนวดยังทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การไหลเวียนของโลหิต ขณะให้แรงกดจะช่วยดันให้เลือดไปตามทิศทางที่ให้แรงกดนั้นช่วยให้การไหลกลับของเลือดดำดีขึ้น เมื่อจำนวนเลือดกลับหัวใจมากขึ้นก็จะทำให้เพิ่มจำนวนของเลือดแดงที่มาเลี้ยงตามเนื้อเยื่อมากขึ้น เลือดถูกบีบออกไปจากบริเวณนั้นและมีเลือดใหม่มาแทนที่ชะลอการเสื่อมและเพิ่มเมตาบอลิซึม (Metabolism) บริเวณนั้น การนวดเบาๆ จะทำให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือดฝอยเพียงเล็กน้อย ถ้าใช้แรงนวดมากขึ้นจะเกิดการขยายตัวของเส้นเลือดฝอยมากยิ่งขึ้น

2. การไหลเวียนของน้ำเหลือง ตามท่อน้ำเหลืองตามผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง น้ำเหลืองนั้นจะเคลื่อนไปทิศทางใดขึ้นกับแรงภายนอกเช่น จากแรงดึงดูจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวและการนวดทำให้การไหลเวียนของน้ำเหลืองดีขึ้น

3. เส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกตัด เมื่อได้รับการต่อแล้วอัตราการงอกดีขึ้นจากการนวดและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยอัมพาต การนวดช่วยให้การไหลเวียนดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อรักษาสภาพความยืดหยุ่นไว้ได้ทำให้ฟื้นตัวได้ง่ายและยังช่วยกระตุ้นความรู้สึกของข้อต่อและผิวหนังทำให้สามารถรับรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย

4. ช่วยให้อาการกล้ามเนื้อคลายจากความเครียดและอาการล้าได้เร็วขึ้น ช่วยให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเป็นปกติได้ดีและกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น การนวดจะช่วยลดการเกิดพังผืด การหนาตัวของเนื้อเยื่อในกล้ามเนื้อที่ขาดเส้นประสาทมาเลี้ยง การนวดช่วยลดพังผืดการยึดติดและช่วยให้อาการกล้ามเนื้อลีบช้าลง

5. การทำให้เกิดการสันสะเทือนที่ทรงอก แรงสันสะเทือนนี้จะทำให้เสมหะหลุดออกจากหลอดลมส่วนปลายเคลื่อนเข้าสู่บริเวณที่มีกลไกของการไอ ทำให้สามารถขับเสมหะเหล่านั้นออกจากปอด เป็นการช่วยป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับปอดได้ทั้งในระยะที่เป็นเรื้อรังและเฉียบพลัน

6. การนวดทำให้การทำงานของต่อมน้ำเหลืองและต่อมใต้ผิวหนังทำงานดีขึ้นมีเลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น อุณหภูมิของผิวหนังจะเพิ่มขึ้นประมาณ 2-3 องศาเซลเซียส หลังการนวดช่วยทำให้ผิวหนังนุ่ม ลดการยึดติดของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและยาดูดซึมได้ดีขึ้นทางผิวหนัง

7. การนวดไม่มีผลโดยตรงต่อกระดูกแต่การนวดกล้ามเนื้อทำให้กระดูกได้รับเลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นเพิ่มขึ้น

8. การนวดบริเวณท้องจะช่วยเพิ่มความตึงตัวของระบบทางเดินอาหารเกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ทำให้เจริญอาหาร

9. การนวดทำให้เกิดความรู้สึกที่สบาย ผ่อนคลาย ลดความเครียดความกังวลและส่งผลกลับไปช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานโรคซึ่งเป็นร่วมกันทางจิตใจ

เพียรชัย คำวงษ์ (2549 : 95) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าการศึกษาวิจัยด้านการนวดไทย พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาวิจัยด้านการนวดแผนไทยเพื่อนำไปใช้ในการบำบัด มีดังนี้คือ วิมล วงศ์ สุรสิทธิ์และคณะได้ทำการศึกษาวิจัยและพบว่าการนวดกดจุดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะและมีอาการเกร็ง ของกล้ามเนื้อต้นคอและบ่า การนวดทำให้อาการปวดลดลงและเคลื่อนไหวคอได้มากขึ้น พบข้อสรุปว่าการนวดแผนไทยโดยการกดจุด ก็สามารถลดอาการปวดหลังระดับบั้นเอวได้เช่นกัน ซึ่งกรุงไกร เจนพาณิชย์ พบว่าการนวดที่ขาของคนปกติทำให้อุณหภูมิผิวหนังบริเวณหลังเท้าเพิ่มขึ้น การเดินของซีพจรและความดันเลือดแดงลดลง บริเวณที่ถูกนวดจะรู้สึกสบายและผ่อนคลาย ซึ่งในขณะเดียวกัน ก็พบว่า การนวดแบบปิดประตูลมที่ขาหรือการกดบริเวณต้นขาในคนปกติทำให้อุณหภูมิของผิวหนังซีพจรและความดันเลือดมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก และไม่มีผลต่อการไหลเวียนของเลือดในระยะสั้นจึงไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ แต่หลังจากเปิดประตูลมผู้ใช้บริการจะรู้สึกร้อนจากบริเวณโคนขาไปตามขาข้างที่ถูกนวดและเกิดความรู้สึกสบาย นอกจากนี้แล้วโครงการฟื้นฟูนวดไทย ได้เช่นกันว่า การนวดสามารถช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดจากการไหลเวียนของเลือดและลดอาการปวดที่เกิดจากการยึดติดของพังผืดได้ค่อนข้างดี

สรุปได้ว่า การนวดแผนไทยเป็นศาสตร์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและเป็นกลวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของมนุษย์ การนวดแผนไทยนั้นผู้ให้บริการใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย คือ มือ ท่อนแขนศอก สันเท้า ตามศาสตร์การนวดแผนไทยสัมผัสลงบนร่างกายผู้อื่น ซึ่งการนวดแผนไทยยังสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ และยังแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ อีกทั้งยังเพื่อการผ่อนคลายความเครียดและลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

#### 6. การพัฒนาการแพทย์แผนไทยการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ

พ.ศ. 2521 มุลนิธิเอเชีย ได้ออกคำแถลงการณ์แห่งอัลมาอตา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิก ผนึกกำลังการรักษาแบบพื้นบ้านและสมุนไพรเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผลให้รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษาและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และ พ.ศ. 2522 เริ่มมีนโยบายสาธารณสุขมูลฐานเข้าในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) (สมโภช รติโอฬาร. 2549 : 26) พ.ศ. 2523 นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และในพ.ศ. 2525 ได้ส่งเสริมการศึกษาและการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทยให้มีมาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริมการวิจัยและการใช้สมุนไพรโดยร่วมมือกับองค์กรการกุศล เพื่อสาธารณประโยชน์ และได้ก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ) รับบุคคลเข้าศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทย หลักสูตร 3 ปี เพื่อเป็นแพทย์อายุรเวทมีคุณวุฒิเทียบเท่าอนุปริญญา ทำให้ช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก กระทั่ง พ.ศ. 2528 ได้มีการส่งเสริมโรงพยาบาลพึ่งตนเองโดยการปลูกและผลิตยาจากสมุนไพร ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณให้แพทย์อายุรเวท ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในปีเดียวกันนี้มีการฟื้นฟูการนวดไทยและพัฒนาหมอนวดไทย “โดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา เพื่อเผยแพร่ความรู้การนวดไทยลดการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน เพื่อเสริมศักยภาพ จริยธรรมและบทบาทของหมอนวดไทย ให้มีความสำคัญที่การส่งเสริมการนวด ในระดับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการฝึกอบรม พัฒนาและผลักดันให้เป็นสาขาวิชาชีพหนึ่งในการประกอบโรคศิลปะ” (เปรม ชินวันทนานนท์ 2547 : 109) หลังการฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย นายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์ ได้นำการนวดโบราณมาประยุกต์ใช้กับการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันปรากฏว่าได้ผล ทำให้เป็นส่วนหนึ่งในความเชื่อถือและเป็นการฟื้นฟูด้านการนวดแผนไทย ซึ่งท่านกล่าวว่า “ ผมใช้ (การนวด) กับ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ท้องอืดหลังการผ่าตัดมดลูกและไส้ติ่ง กระจกคอกและหลังอักเสบ ปวดท้องจากนิ่วในถุงน้ำดี หอบหืด หลอดเลือดหัวใจตีบตัน เป็นต้น โรคบางอย่างของคนไข้ กลับหายไปอย่างประหลาด นับว่าการนวดของไทยมีคุณประโยชน์มหาศาลจริง ” และกล่าวว่าการนวดนั้นเป็นการรักษาโดยหมอมือเปล่า ซึ่งท่านสรุปว่า “ ถ้าได้รับการนวดและคำชี้แจงในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง (โรคร้าย) ก็อาจมีโอกาสหายขาดกลับมีสุขภาพดีได้โดยไม่ต้องใช้ยาเลยก็ได้ ” (บุรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย. 2549 : 176) ในช่วง พ.ศ. 2530-2534 มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น อีกทั้งได้บรรจุการใช้สมุนไพรไว้ในแผนฯ 6 ชื่อ โครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา โดยกำหนดเป้าหมายสมุนไพร 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ พญาขอ และว่านหางจระเข้ ผลิตยาเชิงอุตสาหกรรมโดยใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันบางประเภท รวมทั้งในปี พ.ศ. 2530 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อรองรับแพทย์อายุรเวท รวมทั้งแบ่งการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท) และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป ในปีเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้ผลิตหนังสือเกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ชื่อ การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง ซึ่งต่อมาได้ใช้หนังสือดังกล่าวเป็นแนวทางการดำเนินงาน จวบจน พ.ศ. 2532 จึงมีการพัฒนาโครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เป็นองค์กรรองรับงานด้านการแพทย์แผนไทย โดยรัฐบาลได้ให้กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์ และเภสัชกรรมแผนไทย มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ประสานงานให้เกิดการพัฒนา ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กระทั่งถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยทางเลือกในส่วนที่สามารถดำเนินการโดยประชาชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ทั้งในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชนให้เป็นไปอย่างถูกต้อง และเป็นระบบสามารถประสานกับทางเลือกของการดูแลสุขภาพแผนตะวันตกได้ (สมโภช รัตติโอฬาร. 2549 : 25) ในการสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้าน ได้แก่ การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย การนวดไทย สมุนไพรและเทคโนโลยีพื้นบ้านอื่นๆ ให้แพร่หลาย รวมทั้งผสมผสานการใช้ร่วมกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการบริการสาธารณสุข ตามที่รัฐบาลแถลงต่อรัฐสภาว่า ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขชุมชนอย่างเหมาะสม

ต่อมาในวันที่ 26 มีนาคม 2536 กระทรวงสาธารณสุขจึงยกฐานะศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย เป็นสถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัดกรมการแพทย์ มีหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา การประสานงาน สนับสนุน สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ต่อมาวันที่ 19 พฤศจิกายน 2542 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 มีผลบังคับใช้วันที่ 28 พฤษภาคม 2543 ในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติได้ระบุให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทย มีหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การวิจัยพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยเป็นองค์กรที่ถูกต้องตามกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2544 ส่งผลให้มีการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2545 รัฐบาลกำหนดความจำเป็น ขอบเขตเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ จึงมีผลทำให้เกิดมีการปฏิรูปโครงสร้างบทบาท ภารกิจ อัตรากำลังด้านการแพทย์



แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 พ.ร.บ.ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 (3 ตุลาคม 2545) และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ เป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (วันที่ 9 ตุลาคม 2545) พร้อมโอนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทย ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย – จีน และศูนย์ประสานงานการแพทย์ทางเลือก ไปสังกัดกรมดังกล่าว ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ. ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

1. สถาบันการแพทย์แผนไทย มีพันธกิจสำคัญ สรุปลได้จาก สมโภช รัตติโอฟาร (การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย. 2549 : 29-31) คือ

1.1 กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป รับผิดชอบงานด้านธุรการ การเงินของกองทุนต่างๆ และทุนการศึกษาวิจัย รวมทั้งค่าของงบประมาณจากภาครัฐ ภาคเอกชน และจากการช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศ

1.2 กลุ่มงานวิจัยคลินิก ศึกษา วิจัย วิเคราะห์งานทางด้านคลินิกแพทย์แผนไทย / ส่งเสริม สนับสนุน สร้างเครือข่ายนักวิจัย ให้คำปรึกษาด้านการทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยสมุนไพรไทยแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคีต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

1.3 กลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทย ส่งเสริมพัฒนามาตรฐานองค์ความรู้และเทคโนโลยี ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ผลิตภัณฑ์พัฒนาเครือข่ายให้มีศักยภาพ ประสานงานความร่วมมือความช่วยเหลือ กับหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.4 กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร พัฒนาระบบบริการ ให้มีคุณภาพมาตรฐานทั้งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และเอกชน เสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค พัฒนามาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเอง รวมทั้งประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมกับสังคมไทย และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยแบบผสมผสานกับนานาชาติ

1.5 กลุ่มงานพัฒนาวิชาการการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร รวบรวมองค์ความรู้พื้นฟู ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร พัฒนาศึกษาวิจัยด้านองค์ความรู้ให้มีมาตรฐาน ส่งเสริมให้ประชาชนนำภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมพัฒนาศึกษาวิจัยสมุนไพรเพื่อนำไปสู่การพัฒนาไทยครบวงจร

1.6 กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร รวบรวม อนุรักษ์ ศึกษาพัฒนาการใช้ประโยชน์คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพรภายใต้ขอบเขตของ พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยระดมความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการศึกษาพัฒนาเผยแพร่ประสานข้อมูลด้านกฎหมายสิทธิภูมิปัญญาระหว่างประเทศ เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาตลอดจนสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเครือข่ายความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย

1.7 งานวิเทศสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ เป็นศูนย์กลางการประชาสัมพันธ์ขององค์กร เพื่อให้การดำเนินงานประชาสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีระบบรวดเร็ว โดยการเสนอแนะนโยบายด้าน

การประชาสัมพันธ์ให้กับผู้บริหาร ดำเนินการการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติมีโอกาสรับรู้ข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งเกิดภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร

1.8 งานแผนงาน จัดทำคำขอของบประมาณ ควบคุมกำกับการใช้จ่ายเงิน ติดตามผลการดำเนินงาน งานวิจัย โครงการต่างๆ รวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงานจากทุกกลุ่มงาน ในสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นผลงานประจำปี (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2551 : เว็ปไซท์)

2. หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย สมโภช รัตติโศฬาร (การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย. 2549 : 31-32) ระบุว่า

2.1 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีหน้าที่ศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ยา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือโรงงานเอกชน มีคณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นองค์กรประสานงานในการดำเนินงาน

2.2 กองการประกอบโรคศิลปะ มีหน้าที่ควบคุมดูแลการประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามกฎหมาย ดำเนินการจัดสอบเพื่อขอรับใบประกอบโรคศิลปะ การขอ - การออกใบรับรอง และการประกอบกิจการเพื่อสุขภาพหรือเสริมสวย

2.3 กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ทำหน้าที่ในการพัฒนารูปแบบของการนำยาสมุนไพรแผนโบราณ และทรัพยากรบุคคลเกี่ยวข้องให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับสาธารณสุขมูลฐาน

2.4 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีหน้าที่ในการพิจารณาอนุมัติทะเบียนตำรับยาและควบคุมการผลิต ขยายยาให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยมีคณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลทางวิชาการ 2 คณะ คือ คณะอนุกรรมการศึกษาและวิจัยตำรับยาแผนโบราณในประเทศ กับ คณะอนุกรรมการศึกษา และวิจัยตำรับยาแผนโบราณต่างประเทศ

2.5 หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน พัฒนาฝึกอบรม และจัดหางานทางด้านการนวดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พัฒนาอนุรักษ์ ขยายพันธุ์พืชสมุนไพร ฯลฯ

### 3. การจัดตั้งสถานบริการของรัฐ (การแพทย์แผนไทย)

การแพทย์แผนไทย มีการดำเนินงานในสถานบริการของรัฐ ทั้งระดับกระทรวง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ถึงแม้ว่าบางแห่งยังไม่มีโครงสร้างหรือกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน การดำเนินงานและการให้บริการแก่ประชาชน ยังคงอาศัยโครงสร้างงานเดิมของหน่วยบริการ รวมทั้งการมอบหมายงานอาศัยการตัดสินใจของผู้บริหารของหน่วยงาน ในการมอบหมายให้งานการแพทย์แผนไทย อยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายหรือกลุ่มงานใด

3.1 การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย ตามแนวทาง สถาบันการแพทย์แผนไทย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

3.1.1 เป็นแหล่งส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ที่ครบวงจร

- 3.1.2 มีแหล่งบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ที่มีคุณภาพมาตรฐาน และประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างสะดวกและทั่วถึง
- 3.1.3 เกิดการนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด
- 3.1.4 หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุน ได้เรียนรู้การดำเนินการที่ต้องบริหารให้เกิด ประสิทธิภาพ และให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้
- 3.1.5 เกิดการพัฒนา การแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (สมโภช รติโอฬาร. 2549 : 33)

ทั้งนี้ มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยทั่วภูมิภาค โดยแรกเริ่มมีการนำร่องในบางจังหวัด ปัจจุบันมีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย อยู่ในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ รวมทั้งหน่วยบริหารของกระทรวงสาธารณสุข

### 3.2 รูปแบบศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย มีการดำเนินงานดังนี้

- 3.2.1 จัดตั้งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย
- 3.2.2 การบริหารงาน ขึ้นตรงต่อหน่วยงานของรัฐ โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ และบุคคลภายนอก
- 3.2.3 สถานที่ตั้ง ใช้สถานที่ของหน่วยงานรัฐที่มีอยู่เดิมแต่แยกสัดส่วนให้ชัดเจน หรือเช่าอาคารทำการ โดยพื้นที่ทั้งหมดต้องมากกว่า 53 ตารางวา และมีพื้นที่พร้อมขยายตามรูปแบบของศูนย์
- 3.2.4 อุปกรณ์/เครื่องมือ/ครุภัณฑ์ ให้มีพร้อมสำหรับการเปิดบริการ อาทิ (1) การตรวจและรักษาโรค : มีเครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องชั่งน้ำหนัก เตียงตรวจยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำหรับการรักษาโรค ฯลฯ (2) การนวด : มีเตียงสำหรับนวด (3) การประคบ : มีเครื่องนึ่งลูกประคบ (4) การอบสมุนไพร : มีหม้อต้มสมุนไพรสำหรับอบไอน้ำตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (5) อื่นๆ ที่จำเป็นในการดำเนินงาน (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2550 : 7)

### 3.3 แนวทางการดำเนินงาน

แนวทางการพัฒนาสุขภาพร่างกาย ทางด้านสาธารณสุข มีการแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2550 : 18-21)

3.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการพยายามที่ก่อให้เกิดความตระหนักตื่นตัวการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้ประชาชนมีความสมดุลของสุขภาพทั้งกาย จิต วิญญาณและสังคม เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นต้น

3.3.2 การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงหรือหยุดยั้งไม่ให้เกิดการก่อตัวของโรค หรือภัยอันตรายที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิต และสังคมของบุคคล เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การสวมถุงยางอนามัย การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

3.3.3 การรักษาพยาบาล หมายถึง การกระทำที่มุ่งขจัดหรือบรรเทาอาการของโรคภัย หรือการบาดเจ็บ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลได้รับความปลอดภัย กลับมาสู่ภาวะสุขภาพเดิมให้มากที่สุด

3.3.4 การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายป้องกันความพิการตั้งแต่ต้น การยับยั้งความพิการที่เกิดขึ้นให้กลับสู่การทำหน้าที่ให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

ทั้งนี้ การแพทย์แผนไทยได้ยึดหลักการข้างต้นมาดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับการให้บริการแก่ประชาชน ดังนี้

#### 1. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.1 การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการแก่ประชาชนผู้ไปรับบริการ ซึ่งยังไม่มีอาการเจ็บป่วย โดยใช้วิธีการนวดเพื่อช่วยการไหลเวียนของโลหิต หรือเลือดลมดีขึ้น กล้ามเนื้อผ่อนคลายมีความยืดหยุ่น รวมทั้งยังช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายทางด้านจิตใจแจ่มใส

1.2 การอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่ไม่ไปรับบริการที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วย แต่ต้องการรับบริการเพื่อส่งเสริมร่างกาย

1.3 การจัดกิจกรรมบริหารร่างกายท่าฤๅษีตัดตน เป็นการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่ร่างกาย ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนหรือข้อต่อต่างๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เป็นการบำรุงสุขภาพ

1.4 การจัดกิจกรรมนั่งสมาธิ เป็นการส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น ความเครียด ปัญหาทางจิต ช่วยทำให้จิตใจสงบไม่ว้าวุ่นหรือสับสน ทำให้การสึกหรอของร่างกายลดน้อยลง

1.5 การให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ สาธิต และสอนด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับตนเองและครอบครัว

#### 2. การบำบัดรักษาพยาบาล

2.1 การบำบัดรักษาโรคด้วยยาสมุนไพร / ยาแผนไทย ดังนี้  
ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ภาวะอาหาร อักเสบ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ฯลฯ ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะขัด แสบ นิ่วขนาดเล็ก ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้หวัด ไอ เจ็บคอ ฯลฯ

2.2 การบำบัดรักษาด้วยการนวดไทย ได้แก่ ขากรรไกรค้ำ ขากรรไกรอักเสบ หูอื้อ ลมออกหู เสียงดังในหู ลมตะกั่ง (ปะกั่ง) ปวดศีรษะข้างเดียว ปวดศีรษะจากความเครียด ปวดคอ (จากปัญหากระดูกเสื่อม) คอตกหมอน หัวไหล่ติด หัวไหล่อักเสบ ปวดไหล่ หัวไหล่เคลื่อน หัวไหล่หลุด ลมปลายปิดคอตข้อศอก (ข้อศอกอักเสบ) ข้อศอกเคลื่อน ปวดข้อศอก ข้อมือเคลื่อน ปวดข้อมือ ก้อนปมหน้า-หลังมือ (กระดูกงอกบริเวณข้อมือ) สันนิบาตมือ / เท้าตก (มือ – เท้าอ่อนแรง) ลำบองข้อมือด้านนิ้วโป้ง (ข้อนิ้วโป้งมืออักเสบ) ปวดข้อนิ้ว ลมปลายปิดคอตข้อมือ (กล้ามเนื้อ / เอ็นข้อมืออักเสบ) นิ้วโกป็น (เอ็นอักเสบบริเวณโคนนิ้วมือ) นิ้วมือชัน ลมปลายปิดคอต สัญญาณ 1 และ 3 (กระดูกสันหลังเสื่อม / กระดูกทับเส้นประสาท) กระดูกสันหลังคดหรือแอ่น กระดูกสันหลังงอ หรือค่อม ลำบองข้อกระดูกสันหลัง (กระดูกสันหลังอักเสบ) ยอกหลัง ปวดหลัง ปวดเอว ชัดสะโพก (ข้อสะโพกขัด / อักเสบ) ยอกหลัง ปวดเอว ปวดหลัง ชัดสะโพก (ข้อสะโพกขัด / อักเสบ) ข้อสะโพกเคลื่อน จับโป่งเข้า (ข้อเข่าเสื่อม / อักเสบ) เข่าเป็ยง (ข้อเข่าเคลื่อน) สะบ้าบิ่น (ลูกสะบ้าเคลื่อน) จับโป่งข้อเท้า (ข้อเท้า

อีกเสบ) ปวดข้อเท้า ข้อเท้าแพลง ลมปลายปัสสาวะสันเท้า (กล้ามเนื้อ/ เอ็นบริเวณสันเท้าอีกเสบ) ข้อนิ้วเท้าชัน สันนิบาตข้อเท้าตก (ข้อเท้าไม่มีแรง) กระดูกแขน ขาหัก กล้ามเนื้ออีกเสบ ดานเลือด (มีเลือดคั่งค้างในโพรงมดลูก) ดานลม (ท้องผูก อุจจาระแข็ง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ปลายมือ ปลายเท้า ตก) มดลูกเคลื่อน 3 ชนิด (มดลูกตะแคง มดลูกต่ำ มดลูกลอย) นวดเท้ารักษาโรค

2.3 การรักษาด้วยการอบไอน้ำสมุนไพร เช่น โรคมุมิแพ้ว โรคหอบหืด (ในระยะที่ไม่มีอาการรุนแรง) ไข้หวัด (ใช้ต้องไม่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส) โรคผิวหนัง ผื่นคัน อัมพาต ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ ซึ่งอาจต้องใช้การอบสมุนไพรร่วมกับการรักษาอื่นๆ ตามความเหมาะสม

2.4 การบำบัดรักษาด้วยการประคบสมุนไพร เช่น ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ เอ็น ข้ออักเสบ เป็นต้น

3. การฟื้นฟูสภาพ โดยใช้การนวด คือ การนวดการฟื้นฟูสภาพ อัมพาต 5 ชนิด คือ อัมพาตครึ่งซีกซ้าย - ขวา ครึ่งท่อนล่าง - บน และหน้า การนวดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ โดยมีอัตราค่าบริการ

3.1 การตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ผู้ที่ขึ้นทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่เสียค่าตรวจ และค่าสั่งการรักษา แต่หากไม่ได้ขึ้นทะเบียนในโครงการดังกล่าว จะเรียกเก็บไม่เกิน 20 บาท / ครั้ง / คน

3.2 การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

3.2.1 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ด้วยยาสมุนไพร / ยาแผนไทย อัตราเพิ่มตามต้นทุนการผลิต หรือราคาซื้อไม่เกินร้อยละ 15

3.2.2 การนวดตัว อัตราค่าบริการ 200 บาท / คน / ครั้ง

3.2.3 ค่านวดเท้า อัตราค่าบริการ 150 บาท / คน / ครั้ง

3.2.4 การอบสมุนไพร อัตราค่าบริการ 100 บาท / คน / ครั้ง

3.2.5 การประคบสมุนไพร อัตราค่าบริการ 100 บาท / คน / ครั้ง

3.3 อื่นๆ (การส่งเสริมและป้องกันโรค)

การจัดกิจกรรมกายบริหารท่าฤาษีตัดตน การจัดกิจกรรมการนั่งสมาธิ เรียกเก็บไม่เกินครั้งละ 10 (ที่ผ่านมาไม่มีการเรียกเก็บ) การให้คำแนะนำ ปรีกษา สาธิตสอนแสดงด้านการแพทย์แผนไทย เรียกเก็บไม่เกินครั้งละ 50 บาท / คน / ครั้ง (ที่ผ่านมาไม่มีการเรียกเก็บ)

อนึ่ง การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กรณีผู้รับบริการเป็นข้าราชการ จะไม่สามารถนำหลักฐานใบเสร็จรับเงิน ไปเบิกจากสวัสดิการข้าราชการพยาบาลทางราชการ

4. การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย

สถานบริการทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดของบวมมหาวิทยาลัย จะมีแนวทางในการบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย โดยการผสมผสานไปกับการจัดบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ลักษณะการเข้ารับบริการจะมี 2 วิธี คือ

4.1 ผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยผ่านการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน และเมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยโรคแล้วพบว่า ความเจ็บป่วยนั้นสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาที่งานการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องยอมรับและยินดีที่จะรับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย

4.2 ผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยตนเองที่งานการแพทย์แผนไทย โดยผู้ป่วยจะต้องผ่านการคัดกรองจากแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนให้การรักษา และหากพบว่าความเจ็บป่วยนั้น ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยก็จะถูกส่งต่อไปให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้รักษา

4.3 การตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ชื่อว่า ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2545 เดิมศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ สถาบันการแพทย์แผนไทยและเอกชน คือ ร่วมกับมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา ระหว่างเดือนตุลาคม 2545 - มกราคม 2548 และตั้งแต่วันที่เดือนกุมภาพันธ์ 2548 เป็นต้นมาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย มีการให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดโรค โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย และผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งในและนอกเวลาราชการตั้งแต่ เวลา 08.30 - 16.30 น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยมีวัตถุประสงค์ มีดังนี้

4.3.1 เพื่อเป็นสถานสาธิตการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทยการประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร และการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกับการแพทย์แผนไทย

4.3.2 เพื่อให้ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ได้รับการ ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างมีมาตรฐานครบวงจร

4.3.3 เพื่อเป็นสถานที่ทำวิจัยทางคลินิก ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

4.3.4 เพื่อเป็นสถานที่พัฒนาวิชา และมาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย. 2550 : เว็บไซต์)

การให้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย งานบริการ (สรุปผลการดำเนินงานของกลุ่มงานวิจัยทางคลินิกการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร 2549 : 37) การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคโดยผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์และสาขาเวชกรรมแผนโบราณ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดตัวเพื่อสุขภาพการนวดเพื่อรักษาโรค (แบบราชสำนัก) นวดเท้าเพื่อสุขภาพ การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร สำหรับอัตราค่าบริการใช้ อัตราเดียวกับที่กระทรวงกำหนด

สรุปได้ว่า การนวดแผนไทยเป็นศาสตร์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและเป็นกลวิธีการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของมนุษย์ การนวดแผนไทยนั้นผู้ให้บริการใช้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย คือ มือ ท่อนแขนศอก สันเท้า ตามศาสตร์การนวดแผนไทยสัมผัสลงบนร่างกายผู้อื่น ซึ่งการนวดแผนไทยยังสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ และยังแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ อีกทั้งยังเพื่อการผ่อนคลายความเครียดและลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โรคที่สามารถบำบัดรักษาด้วยการนวดไทยมีมากมายที่นิยมรักษามาแต่โบราณได้แก่ หูอื้อ ลมออกหู เสียงดังในหู ปวดศีรษะข้างเดียว ปวดศีรษะจากความเครียด ปวดคอ (จากปัญหากระดูกเสื่อม) คอตกหมอน หัวไหล่ติด หัวไหล่อักเสบ ปวดไหล่ หัวไหล่เคลื่อน หัวไหล่หลุด ข้อศอกเคลื่อน ปวดข้อศอก ข้อมือเคลื่อน ปวดข้อมือ สันนิบาตมือ / เท้าตก ยกหลัง ปวดหลัง ปวดเอว ชัดสะโพก ข้อสะโพกเคลื่อน ข้อเท้าแพลง ข้อนิ้วเท้าขึ้น สันนิบาตข้อเท้า

ตก กระดูกแขน ขาหัก กล้ามเนื้ออักเสบ และโรคที่เกิดกับร่างกายอื่นๆ ปัจจุบัน สถาบันการแพทย์แผนไทย และสถานพยาบาลต่างๆในกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนได้ส่งเสริมให้ใช้การนวดแผนไทยในการรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดตัวเพื่อสุขภาพการนวดเพื่อรักษาโรค (แบบราชสำนัก) นวดเท้าเพื่อสุขภาพ การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร สำหรับอัตราค่าบริการใช้อัตราเดียวกับที่กระทรวงกำหนด

## 7. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยเริ่มจากการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Care) ที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง หลังจากจากผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นจึงมีการดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Care) ในรูปของสถานสงเคราะห์คนชราที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ที่เน้นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นหลัก ยังไม่สามารถสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดนครราชสีมา จึงได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆ ดังนี้

### 7.1 การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุในสังคมตะวันออกที่มาจากพื้นฐานความรักความผูกพันของคนในครอบครัว เช่น ญี่ปุ่น จีน อินเดีย เอเชีย มาเลเซีย และอีกหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย เป็นการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ไม่มีรายได้เงินเดือนเป็นค่าตอบแทนแต่ได้ความอึดอ้อม และเกิดความภาคภูมิใจ ความรู้สึกเป็นสุขที่มีคุณค่าด้านจิตใจที่ได้แสดงความรักตักตวงต่อผู้มีพระคุณ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2549 : 276-278) จึงมีการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขนาดใหญ่หรือครอบครัวแบบขยาย (Extended Family) ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย หรือญาติพี่น้อง ปัจจุบันพบว่าครอบครัวขยายลดจำนวนลงเหลือเพียงร้อยละ 32.1 ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Families) ที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55.5 ทั้งนี้เนื่องจากบุตรหลานที่แต่งงานจะแยกออกไปตั้งครอบครัวใหม่ ทำให้เกิดความห่างเหินระหว่างเครือญาติโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวและไม่มีรายได้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับเช่นในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 27,413 คน ปี พ.ศ.2547 จำนวน 28,195 คน ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 29,067 คน และปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 29,736 คน ถึงแม้ว่าการทอดทิ้งบิดามารดาจะมีความผิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1563 การทอดทิ้งผู้สูงอายุผิดกฎหมายอาญามาตรา 307 และมาตรา 308 ถึงกระนั้นก็ยังมีการทอดทิ้งพ่อแม่หรือผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์. 2549 : 276-278)

ปัจจุบันประเทศไทยครอบครัวทั้งหมด 18 ล้านหลังคาเรือน และมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องขณะนี้ทั้งหมดประมาณ 9 ล้าน 4 แสนครอบครัว ในจำนวนนี้เป็นครอบครัวที่มีพ่อแม่ลูกประมาณ 5 ล้าน 6 แสนครอบครัว เป็นครอบครัวที่เหลือพ่อแม่หรือแม่เลี้ยงลูกฝ่ายเดียวประมาณ 1 ล้าน 3 แสนครอบครัว ส่วนครอบครัวขยายที่มีพ่อแม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย อยู่รวมกันเหลืออยู่ประมาณ 6 ล้านครอบครัว สำหรับครอบครัวไทยในภาคอีสานโดยทั่วไปผู้สูงอายุมักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลานในลักษณะครอบครัวแบบขยาย ที่ประกอบด้วยสมาชิก 3 รุ่นอายุคือพ่อแม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความอบอุ่นและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างดี

พิชญกานต์ สกกุลพานิช (2545 : 23 - 24) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของครอบครัวในสังคมชนบทภาคอีสานสรุปได้ว่าเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ประกอบด้วยสมาชิกคือพ่อแม่ลูก ปู่ย่าตา ยาย และเครือญาติอาศัยรวมอยู่ด้วย ส่วนใหญ่ฐานะยังขัดสน มีความเป็นอยู่อย่างง่าย ๆ ประกอบอาชีพทางการเกษตรตามฤดูกาลโดยหวังเพื่อพออยู่พอกิน ไม่ค่อยกระตือรือร้น ขาดความรู้ในการคิดพัฒนา และสร้างสรรค์ ไม่ค่อยสนใจติดตามความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ เท่าที่ควร มีความผูกพันภายในครอบครัวอย่างแน่นแฟ้น แม้ว่าบุตรหลานจะแต่งงานแยกครอบครัวไปแล้วยังทำหน้าที่เลี้ยงดูพ่อแม่ เมื่อถึงวัยสูงอายุ บุตรหลานและผู้คนในชุมชนยังคงให้ความเคารพผู้สูงอายุ และจารีตประเพณีอย่างเคร่งครัด และสมาชิกในหมู่บ้านมักเป็นเครือญาติกัน มีการถ่ายทอดและอบรมสั่งสอนเพื่อให้สมาชิก รุ่นใหม่ได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจที่ยังที่เคารพนับถือของครอบครัว บุตรหลานและเป็นผู้ถ่ายทอดความเชื่อ ค่านิยมซึ่งเป็นบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิต

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวเกิดจากความเชื่อที่ว่าครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคล เป็นสถาบันทางสังคมที่มีหน้าที่ดูแลปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้องและจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม 4 ประการคือ 1) การดูแลทางด้านร่างกาย เช่น ดูแลเรื่องอาหาร เรื่องที่อยู่อาศัยสภาพแวดล้อม เครื่องนุ่งห่ม และดูแลในเวลาเจ็บป่วย 2) การดูแลด้านจิตใจ เช่น ให้ความเคารพนับถือ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ให้เกียรติกับผู้สูงอายุและ 3) การดูแลด้านสังคม เช่น การให้ออกาสกับผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมในครอบครัวให้ออกาสผู้สูงอายุพบปะเพื่อน รุ่นราวคราวเดียวกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549 : 34)

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549 : 84-85) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้สูงอายุในการพึ่งพิงบุตร พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่คาดหวังในระดับมากคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง และผู้สูงอายุที่บุตรหลานอยู่ห่างไกล

มลลิกา มัติโก และคณะ (2542 : 97-98) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวพบว่าบุตรเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญที่สุด ผู้สูงอายุเห็นว่าสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของตนเองคือครอบครัวและบุตร นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมองว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วไม่มีเรี่ยวแรงทำมาเลี้ยงครอบครัวได้เหมือนในอดีต คงต้องพึ่งพิงบุตรหลานในการปรนนิบัติดูแลเมื่อเข้าวัยสูงอายุ

วราภรณ์ ศิริสว่าง และคณะ (2550 : เว็บไซต์) ได้ศึกษารูปแบบการดำรงชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวอย่างดี และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องพึ่งพารายได้จากบุตรหลานเพื่อการดำรงชีวิตร้อยละ 86.4

สรุปได้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากครอบครัวบุตรหลานในด้านต่าง ๆ ทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขอย่างแท้จริง ผู้วิจัยเห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความกตัญญูเพื่อต้องการตอบแทนบุญคุณนั้น เป็นการแสดงความรักความผูกพันอย่างคุ้มค่าเนื่องจากได้ดูแลตอนที่ท่านยังมีชีวิตอยู่ และเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลตัวเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างดีอีกด้วย



## 7.2 การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (Community-Based Approach) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแรงจูงใจจากแนวคิดลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (institutionalization) โดยแนวคิดนี้ได้พยายามที่จะนำศักยภาพที่เด่นของปัจเจกบุคคล (Individual) ซึ่งได้แก่ความต้องการในการดูแลตนเอง ทั้งร่างกายและจิตใจ การให้ความสำคัญในคุณค่าของความเป็นมนุษย์และศักยภาพในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล ชุมชน มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเน้นการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างจิตสำนึกการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชน โดยที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีหน้าที่เพียงคอยกระตุ้นให้คำแนะนำและสนับสนุนการดำเนินงาน จุดเด่นของแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนรากฐานประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมพิจารณา ประเมินผล และตระหนักในกระบวนการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเองซึ่งเป็นการสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งขึ้นภายในชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549 : 43-44) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาลีนิ วงษ์สิทธิ์ (2545 : 9-11) ที่ชี้ให้เห็นว่าชุมชนมีบทบาทสำคัญคือการสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนด้วยการดึงเอาทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนเช่น ครอบครัว หน่วยงาน ครัวเรือน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรชุมชน ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สังเคราะห์ผู้สูงอายุ และกิจกรรมอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นพลังในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนมีหลายประการ เช่น มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งประชาชนให้ความเชื่อถือศรัทธา มีทุนทางวัฒนธรรมในชุมชนที่ช่วยยึดมั่นในขนบธรรมเนียม จารีตประเพณีอย่างเหนียวแน่น มีงบประมาณหรือแหล่งเงินทุนในการสนับสนุน เช่น กองทุนหมู่บ้าน ธนาคารหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการหมู่บ้าน หรือการระดมทุนในรูปแบบต่างๆ มีความสัมพันธ์แบบเครือญาติเอื้ออาทรซึ่งกันและกันทั้งภายในและภายนอกชุมชนผู้วิจัยเห็นว่าหากชุมชนขาดปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวอาจทำให้การดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรปลูกฝังเยาวชนคนรุ่นใหม่ในชุมชนให้มีจิตสำนึกในการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ ดังที่ศูนย์พัฒนาสังคมจังหวัดราชบุรี ได้จัดอบรมโครงการเยาวชนจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มจากกิจกรรมง่ายๆ เช่น การเช็ดตัว การนวด การอ่านหนังสือพิมพ์ให้ผู้สูงอายุฟัง การกายภาพบำบัดที่พอเหมาะกับการกำลังโดยการทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อสร้างสานสายใยรักและความผูกพัน รวมทั้งเป็นการฝึกให้เยาวชนได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์มีจิตสำนึกในการทำความดีต่อผู้มีพระคุณต่อไป

## 8. หลักพื้นฐานการนวดไทย

การนวดไทย ผู้นวดจะต้องมีความรู้ทั้งทางภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในขั้นในการได้จริง การที่จะเข้าถึงความมุ่งหมายดังกล่าว ผู้นวดจะต้องเป็นคนใฝ่รู้ โดยศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอเพื่อให้ความรู้ก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป ก่อนการนวด ผู้นวดจะต้องรู้ว่าผู้ถูกนวดเป็นโรคอะไรเสียก่อน ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้หลายแขนง การซักประวัติ การสังเกต และประสบการณ์ที่ได้จากการฝึกอบรมอยู่ตลอดเวลา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พยาธิวิทยา ต้องรู้ถึงความผิดปกติ ทั้งในรูปร่างและหน้าที่ของกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อต่อ หัวใจ ปอด สมอง เป็นต้น เมื่อบำบัดรักษาแล้วจะหายได้หรือไม่ หายดีมากน้อยเพียงใดความรู้ในการค้นหาต้นเหตุของโรค ได้แก่การซักประวัติอาการสำคัญ คือ อาการที่นำผู้ถูกนวดมาหาผู้นวด หรือ

อาการที่ก่อให้เกิดความรำคาญอย่างมากแก่ผู้ถูกนวด เช่น เจ็บไหล่ขวาเวลายกแขน ยกแขนไม่ได้ เป็นมานานเพียงใด ทำไหนดปวดมากที่สุด เป็นต้น

ประวัติการป่วยปัจจุบัน เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญ ต้องทราบถึงลักษณะการเริ่มเจ็บป่วย อะไรเป็นสาเหตุ ความรุนแรง เคยมีการอักเสบบริเวณนั้น บริเวณอื่นหรือเปล่า เป็นต้น

ประวัติการป่วยในอดีต เช่น เคยได้รับอุบัติเหตุ ได้รับการผ่าตัด ป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง เพราะอาจเกี่ยวข้องกับการป่วยการตรวจร่างกาย

การตรวจทั่วไป โดยอาศัยการดู การคลำ การฟัง จับส่วนพิกการเคลื่อนไหวดู ลักษณะการเจ็บปวดเป็นอย่างไร การเจ็บปวดทุเลา หรือเป็นมากขึ้น

การตรวจก่อนลงมือนวด เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้ถูกนวดมีโรคอื่นแทรกซ้อนอยู่แล้ว ผู้นวดควรทำการตรวจดูระบบการทำงานของหัวใจ และการหายใจรวมทั้งระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้แน่ใจอีกครั้งหนึ่งก่อนลงมือนวด

### 1. ข้อควรพิจารณาในการนวด

ท่านวด โดยปกติอาจให้ผู้ถูกนวดนั่งกับพื้นหรือนอนบนพูกที่พื้นแล้วให้ผู้นวดนั่งคุกเข่าหรือยืนนวด แต่บางครั้งอาจเกิดความจำเป็นอาจให้ผู้ถูกนวดนั่งบนเก้าอี้ก็ได้ แต่ผลการนวดมักจะไม่ดีเท่าที่ควรเพราะผิดท่าทาง เกิดการเกร็งของมือผู้นวด อาจปวดเมื่อยเสียเองก็ได้ บางครั้งผู้ถูกนวดก็อาจปวดเมื่อยระบมด้วย ท่านอนของผู้ถูกนวดโดยปกติใช้ท่านอนตะแคง โดยให้ขาข้างที่ติดกับพื้นเหยียดตรง ส่วนขาบนงอเข่า เอาส้นเท้าชิดกับหัวเข่าของขาข้างเพื่อถ่วงน้ำหนักเวลาเวลาให้ผู้ถูกนวดหนุนหมอนที่มีความหนาพอเหมาะคือ ให้หัวอยู่ในระดับเดียวกับกับแนวกระดูกสันหลัง สำหรับผู้นวดควรวางนิ้ว ๓ ตำแหน่งที่จะนวด เหยียดแขนตรงทั้งข้อมือและศอก เพื่อลงน้ำหนักตัวไปตามแขนสู่นิ้วหัวแม่มือ ถ้าอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่งผู้นวดจะต้องใช้แรงนวดมากแต่ได้ผลน้อย เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่ว่าจะอยู่ในท่าใดขณะนวดทั้งหมดและผู้ถูกนวดจะต้องอยู่ในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย ไม่เกร็ง

การวางมือ อาจใช้เพียงนิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางในบางกรณี บางคราวอาจใช้นิ้วมือซ้อนกันเพื่อเพิ่มแรงกด

ตำแหน่งนวดหรือจุดนวด อาจเป็นตำแหน่งที่กล้ามเนื้อ ร่องระหว่างกล้ามเนื้อตามแนวหลอดเลือดแดง หรือเส้นประสาท ความมุ่งหมายก็เพื่อให้กล้ามเนื้อที่แข็งตัวหรือหดเกร็งซึ่งทำให้ไม่สบาย เกิดการคลายตัวหรือหย่อนตัว อาการเจ็บป่วยจะหายไป และเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง จะทำให้อวัยวะต่าง ๆ กลับทำงานได้มากขึ้นเป็นปกติ

แรงที่ใช้ขนาด ควรนวดเบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มแรงขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะรูปร่างของผู้ถูกนวด ความรุนแรงของโรคน้อยเพียงใด เป็นแบบปัจจุบันหรือเรื้อรัง การกดเบาเกินไปจะไม่ได้ผล ส่วนการกดแรงเกินไปจะทำให้เกิดผลเสียในการรักษาและอาจเกิดการระบมได้ การสังเกตน้ำหนักที่ใช้ในการกดนั้น ถ้าเป็นการนวดตนเองให้ถือเอาแรงกดที่ทำให้เริ่มรู้สึกปวด ถ้าเป็นการนวดผู้อื่นให้สังเกตจากสีหน้า อาการ หรือสอบถามความรู้สึกของผู้ถูกนวด แรงกดที่ดีถือว่าใช้ได้คือ เมื่อผู้ถูกนวดเริ่มรู้สึกปวด

เวลาที่ใช้นวดแต่ละจุด ผู้นวดกำหนดเวลาที่ใช้นวด ณ แต่ละจุดเป็นคาบ คือ กำหนดเวลาลมหายใจเข้า ออก 1 รอบ เป็น 1 คาบ ถ้าหายใจสั้นก็เป็นคาบสั้น ถ้าหายใจยาวนับเป็นคาบยาว การกดนานเพียงใดย่อมขึ้นกับลักษณะของโรคและคนไข้ด้วย ควรกดนานพอสมควร ถ้ากดเวลาสั้นจะไม่ได้ผลในการรักษา การกดนานเกินไปนอกจากจะทำให้มือของผู้นวดล้าแล้ว

ผู้ถูกนวดอาจจะบมได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ใ้มีหลักว่าจะต้องค่อย ๆ กดโดยเพิ่มแรงทีละน้อยจนผู้ถูกนวดเริ่มรู้สึกปวด แล้วให้กดนิ่งไว้ประมาณ 10 วินาที จากนั้นจึงค่อย ๆ ปล่อย ไม่ใช้รับปล่อยหรือยกมือโดยเร็วเพราะจะทำให้เกิดการระบมได้

ควรรนวดที่ไหนหรือจุดใดก่อนหลัง ผู้นวดจะต้องทราบว่โรคใดควรรนวดจุดใดเป็นจุดแรกและจุดต่อ ๆ ไปควรเป็นจุดใด ในการนี้ควรได้มีการศึกษาให้ถ่องแท้ ซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาการนวดให้ก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นไป

การนวดซ้ำในแต่ละคราว เมื่อนวดไปตามจุดต่าง ๆ ผู้นวดจะต้องทราบว่ควรรนวดซ้ำอีก กี่รอบ ทั้งนี้ต้องอาศัยความชำนาญและการตรวจสอบตลอดเวลา ผู้นวดที่ชำนาญจะนวดรักษาไปและตรวจไปด้วย โดยผู้ถูกนวดไม่อาจทราบได้เลย แต่การจะทำอย่างนี้ได้ต้องใช้มีอนวดเท่านั้น จะใช้การนวดด้วยอวัยวะอื่นใดมิได้ โดยทั่วไปมักจะระบุให้นวดซ้ำกันประมาณ 3-5 รอบ ถ้ามีอาการเฉียบพลันควรรนวด 3 รอบ ถ้ามีอาการเรื้อรังอาจจะนวด 5 รอบ

ต้องนวดกี่ครั้งจึงหาย หลังจากวิเคราะห์โรคได้อย่างถ่องแท้แล้วว่า คนไข้เป็นโรคอะไร มีอาการอย่างไร รุนแรงแค่ไหน ผู้นวดที่ชำนาญจะสามารถบอกได้คร่าว ๆ ว่า ควรรนวดกี่ครั้ง และใช้เวลานานสักเท่าใดจึงจะหาย หรือทุเลามากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้บอกให้ผู้ถูกนวดทราบได้โดยประมาณ การจะกำหนดให้แน่นอนตายตัวว่าจะต้องหายร้อยเปอร์เซ็นต์ในสามครั้ง ห้าครั้ง นับเป็นการผิดพลาดอย่างมาก เพราะการหายป่วยหรือไม่หายนั้น มีปัจจัยมากมายเกี่ยวข้องด้วยทั้งในฝ่ายผู้ถูกนวดและฝ่ายผู้นวดเอง

ระยะถี่ห่างของการไปหาผู้นวด เรื่องนี้ผู้นวดจะต้องแนะนำให้ผู้ถูกนวดทราบ เพราะบางโรคต้องนวดทุกวันในระยะแรก จากนั้นจึงเว้นไปนวดทุก 2-3 วัน เป็นต้น การนวดซ้ำทุกวันเป็นเวลานาน อาจเป็นผลร้ายได้ เช่น เกิดการระบม การอักเสบของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อ การเว้นระยะการนวดนานเกินไป ผลที่ผู้ถูกนวดควรจะได้รับก็จะไม่ติดต่อกัน ทำให้การรักษาไม่ได้รับผลดีเท่าที่ควร

## 2. ประโยชน์การนวด

2.1 ประโยชน์ของการนวดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในการที่จะทราบว่อะไรมีคุณค่ามีประโยชน์เพียงไรนั้น อาจต้องดูจากองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น มีการนำมาใช้แพร่หลายหรือไม่ สิ่งนั้นมีความคงทนต่อการพิสูจน์จากบุคคลและกาลเวลายาวนานแค่ไหน ซึ่งการนวดเป็นที่ยอมรับแพร่หลายในชนชาติต่าง ๆ แทบทุกวัฒนธรรมทั่วโลก โดยประโยชน์ของการนวดมีมากมายหลายประการ ดังจะขอกกล่าวโดยรายละเอียด ดังนี้

### 2.1.1 ระบบการไหลเวียนของโลหิต

1) เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ทำให้เลือดและน้ำเหลืองถูกบีบออกจากบริเวณนั้น และมีเลือดและน้ำเหลืองใหม่มาแทน ระบบไหลเวียนจึง ทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) ช่วยลดอาการบวม

3) ทำให้บริเวณที่นวดมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น กระตุ้นการทำงานของระบบ

ไหลเวียน

### 2.1.2 ระบบกล้ามเนื้อ

- 1) ทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพราะมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น
- 2) ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้น ลดอาการเมื่อยล้า
- 3) ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลง ผ่อนคลายความเกร็ง
- 4) ลดอาการบวมและบรรเทาความเจ็บปวด
- 5) บรรเทาอาการชัตตยอก
- 6) ช่วยขจัดของเสียที่คั่งค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อ
- 7) ช่วยให้กล้ามเนื้อคงรูปได้สัดส่วน ไม่ห่อเหี่ยว
- 8) ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น โดยทำให้เนื้อเยื่อส่วนนั้นแข็งแรงและ

ยึดเกาะติดกันแน่น

- 9) ช่วยลดสาเหตุของการพองตัวหนาขึ้นของบาดแผล
- 10) ในรายที่มีพังผืดเกิดภายในกล้ามเนื้อ การนวดจะทำให้พังผืดอ่อนตัวลง

ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้นอาการเจ็บปวดจะลดลง

### 2.1.3 ผิวหนัง

- 1) ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้ผิวหนังเต่งตึง
- 2) ทำให้ตัวยาดูดซึมได้ดีขึ้นทางผิวหนัง หลังการนวดที่นานพอควร
- 3) การคลึงในรายที่มีแผลเป็น ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น

ทำให้แผลเป็นอ่อนตัวลงหรือเล็กลง

- 4) ช่วยขจัดรอยเหี่ยวย่นตามใบหน้าและส่วนต่าง ๆ เพราะการนวด

ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

### 2.1.4 ระบบทางเดินอาหาร

- 1) เพิ่มความตึงของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ กระเพาะอาหารและลำไส้
- 2) เกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เจริญอาหาร
- 3) ช่วยลดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ
- 4) ช่วยทำให้ระบบขับถ่ายเป็นระบบ

### 2.1.5 จิตใจ

- 1) ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกายและใจ
- 2) ทำให้รู้สึกแจ่มใส กระฉับกระเฉง
- 3) ลดความเครียดและความวิตกกังวล
- 4) มีความรู้สึกมั่นใจต่อการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา

### 2.1.6 ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทั่วไป เช่น

1) ไหล่แข็ง อาการนี้ค่อนข้างจะอักเสบและเจ็บปวด การนวดจะช่วยทำให้การไหลเวียนและการเคลื่อนไหวของน้ำเหลืองเป็นไปด้วยดี และ นอกจากนี้การนวดกล้ามเนื้อรอบข้อต่อจะช่วยกล้ามเนื้อที่ตึงตัว

2) คอแข็งและไหล่เคล็ด อาการทั้งสองนี้ ช่วยได้ด้วยการกดคอและไหล่ โดยเฉพาะการบีบ นวดไหล่

- 3) เจ็บที่ปีกไหล่ สาเหตุนี้เนื่องมาจากสารพิษที่สะสมเป็นผลทำให้การไหลเวียนลำบาก การนวดแบบกดลึกที่บริเวณนั้นจะช่วยได้มาก
- 4) เอ็นอักเสบ เนื่องมาจากการยกของ การนวดช่วยในการไหลเวียนของโลหิตและ น้ำเหลืองไปยังบริเวณนั้น และผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ
- 5) การปวดน่อง, ปวดสะโพก การนวดจะช่วยได้ดีมาก ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
- 6) เส้นเลือดพอง อากาณนี้สามารถป้องกันได้โดยการนวด เพื่อช่วยในการไหลเวียนของ โลหิต

### 2.1.7 สุขภาพด้านโรคภัยไข้เจ็บ

- 1) โรคหืด อากาณเช่นนี้มีผลต่อหน้าอกส่วนบนและทำให้หายใจลำบาก ดังนั้น การนวดโดยการกดเบา ๆ บริเวณหน้าอกจะช่วยบรรเทากล้ามเนื้อ หน้าอกได้
- 2) ไช้นัส ไช้นัสอักเสบนำไปสู่อาการเจ็บปวดในศีรษะและหน้าการนวดจะช่วยให้การนวดลากลงไปตามจมูกแล้วข้ามไปที่แก้ม
- 3) การพักผ่อนของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงพักฟื้นหลังการผ่าตัดหัวใจ แต่ยังคงมีความ รู้สึกวิตกกังวลและเครียด การนวดโดยการกดอย่างนุ่มนวลเป็น จังหวะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลาย แต่ควรได้รับความเห็นจากแพทย์ก่อนที่จะทำการนวด
- 4) เป็นลม การไหลเวียนของโลหิตไปยังร่างกายถูกขัดขวาง ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งและตึง การนวดสามารถช่วยได้อย่างมาก
- 5) เส้นเลือดอุดตัน เส้นเลือดอุดตันจะมีอาการเจ็บปวดและรู้สึกปวดเมื่อย ขาบวม ซึ่งสามารถช่วยได้โดยการนวดขาเบา ๆ ให้กล้ามเนื้ออ่อนคลายตัว

## 2.2 ประโยชน์ของการนวดเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของร่างกาย

ความบกพร่องของร่างกาย หมายถึง ความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายและทรวดทรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นเรื่องของอาการ ผิดปกติทางร่างกาย กลไกการวิ่ง การเดิน ที่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง การนวดที่นำมาใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการแก้ไขข้อบกพร่องของร่างกาย ซึ่งเป็น ประโยชน์กับผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ ได้มากมายหลายโรค โดยโรคและอาการที่พบกันบ่อย ๆ มีดังนี้

### 2.2.1 โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

- 1) หลังโก่ง
- 2) แขนโค้ง
- 3) ไหล่เอียง
- 4) ข้อต่อหัวเข่าผิดปกติ
- 5) เท้าแบน

ลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดท่าทาง ทำให้ความคล่องตัวลดลง และเป็นปัญหาในการเคลื่อนไหวในอิริยาบถท่าทางต่าง ๆ อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย ดังนั้น เมื่อได้มีการรักษาทางกายภาพบำบัด ผู้ป่วยที่ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ หรือกระดูกหัก เป็นต้น ก็จะค่อย ๆ สร้างสมรรถภาพในการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ซึ่งจะต้องทำการนวดหรือทำกายภาพบำบัดเป็นประจำ เพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ได้มีการกระตุ้นและพัฒนาขึ้นตลอดเวลา

2.2.2 โรคทางระบบประสาท ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยอัมพาต ไม่ว่าจะเป็ นอัมพาตครึ่งซีก อัมพาต ครึ่งท่อน หรืออัมพาตที่ใบหน้า ตลอดจนการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ จากสาเหตุทางปลายประสาทถูกรบกวน หรืออัมพาตต่าง ๆ

1) โรคอัมพาตครึ่งซีก อาการอัมพาตครึ่งซีก หมายถึงการที่แขนด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย เกิดหย่อนสมรรถภาพไม่สามารถทำงานได้ สาเหตุเนื่องมาจากสมองส่วนที่ควบคุมด้านนั้นเกิดการผิดปกติหรือพิการ โดยมีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดในสมองอุดตันกะโหลกศีรษะถูกกระทบกระเทือนอย่างแรง โรคติดเชื้อ มะเร็งหรือเนื้องอกในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นต้นเหตุให้สมองถูกทำลายโดยตรง หรืออาจเกิดแบบ ชั่วคราว ผู้มีอาการอัมพาตครึ่งซีก จะเริ่มมีอาการปวดศีรษะมาก เวียนหัว บางครั้งปวดศีรษะข้างเดียว ปวดเสียวแขนขา อ่อนเพลียทั้งแขนขา บางรายมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้เลย ระบบขับถ่ายควบคุมไม่ได้ เมื่อมีอาการต่าง ๆ เหล่านี้ กล้ามเนื้อจะเกิดการเกร็งตัว ทำให้ขยับแขนขาได้ แต่มีลักษณะเกร็งไม่ใช่เกิดจากกลไกการทำงานของกล้ามเนื้อ ไหล่จะหุบไปด้านหลัง แขนจะหนีบชิดลำตัว ข้อศอกงอขึ้น กระตักเกร็งผิดปกติ บางรายมีอาการเกร็งเฉพาะที่ แล้วแต่อาการที่เป็น กระตักข้อมือ นิ้วมือ จะเกร็งเข้าหากัน ตะโพกเหยียดไปข้างหลัง ขาแบะออก ข้อเข่าจะเหยียดตึง ซึ่งเรียกว่าความพิการของอัมพาตครึ่งซีกในระยะหดเกร็ง การบำบัดรักษา การบริหารข้อต่อ จะช่วยให้มีการเคลื่อนไหว และช่วยให้โลหิตดีขึ้น รวมทั้งอาจใช้การนวดร่วมด้วย เพื่อให้กล้ามเนื้อได้ถูกกระตุ้น และทำให้กล้ามเนื้อที่อ่อนแอ นั้น เพิ่มความแข็งแรงขึ้นมาได้บ้าง

2) อัมพาตครึ่งท่อน อัมพาตครึ่งท่อน หมายถึง การที่กล้ามเนื้อขาทั้งสองไม่ทำงาน และความรู้สึกของขาทั้งสองจะลดลงด้วย แต่ในขณะเดียวกัน ร่างกายท่อนบนก็ยังแข็งแรง และสามารถใช้แขนทั้งสองเข็นรถไปได้ (ดังจะเห็นได้ชัดเจนในส่วนของการเล่นกีฬาคนพิการที่มีการแข่งขันกีฬาประเภทวอลเลย์บอล, บาสเกตบอล ฯลฯ) อัมพาตครึ่งท่อนนี้ เป็นการอ่อนแรงหรือไม่มีแรงเพียงร่างกายครึ่งท่อนล่างเท่านั้น (อัมพาตครึ่งท่อนบนไม่มี) ฉะนั้นขาทั้งสองข้างหรืออาจจะมีรวมถึงบริเวณลำตัวด้วยก็ได้ที่จะอ่อนแรงไป สาเหตุที่เป็นเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่เกิดกับกระดูกสันหลัง, โรคติดเชื้อ, เนื้องอก เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้จะไปทำให้ไขสันหลังถูกรบกวนหรือถูกทำลาย ส่วนอาการจะมากหรือน้อยนั้น ก็ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดโรค ถ้าเกิดที่กระดูกสันหลังส่วนบนมากเท่าไรอาการก็จะมากตามไปด้วย นอกจากกล้ามเนื้อขาทั้งสองจะไม่ทำงานแล้ว ความรู้สึกที่ขาทั้งสองจะลดลงด้วย ระบบขับถ่ายก็จะเสียไป อาการในระยะแรกให้เห็นเด่นชัดคือ กล้ามเนื้อจะอ่อนปวกเปียกไม่มีความตึงตัวเลย ระยะต่อมา ก็จะ เป็นระยะเกร็งตัว ซึ่งถ้าไม่ระมัดระวังอย่างถูกวิธีก็จะทำให้เกิดความพิการขึ้นได้ การบำบัดรักษา การรักษาทางกายภาพบำบัดจะช่วยฝึกกล้ามเนื้อส่วนบนคือ แขน ขา และลำตัวให้แข็งแรง เพื่อทดแทนส่วนล่างที่เสียไป ส่วนท่อนล่างที่เสียไปก็ต้องเคลื่อนไหวข้อต่อไว้ และพยายามกระตุ้นกล้ามเนื้อให้คืนมาเท่าที่จะทำได้ กายภาพบำบัดจะช่วยให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น และช่วยให้กล้ามเนื้อมีการฟื้นตัวขึ้นได้

3) อัมพาตที่ใบหน้า อัมพาตที่ใบหน้า จะทำให้กล้ามเนื้อใบหน้าซีกหนึ่งไม่ทำงาน และมีอาการปากเบี้ยว ตาหลับไม่ลง เลิกหน้าผากไม่ขึ้น ฯลฯ สาเหตุของการเกิดอัมพาตนี้ยังไม่เป็นที่แน่ชัด อาจเกิดจาก เชื้อโรค อุบัติเหตุ หรือเส้นประสาทคู่ที่ 7 ที่มาเลี้ยงใบหน้า ด้านนั้น ถูกรบกวนหรือเกิดการอักเสบขึ้น ทำให้เกิดอาการได้ นอกจากกล้ามเนื้อจะไม่ทำงานแล้ว การไหลเวียนของโลหิตบริเวณใบหน้าก็จะลดน้อยลงไปด้วย ซึ่งในส่วนนี้ การทำกายภาพบำบัดจะช่วยเพิ่มการไหลเวียน

ของโลหิตได้ โดยวิธีการนวดหน้า และอาจจะกระตุ้นกล้ามเนื้อที่เสียไปด้วยกระแสไฟฟ้า เพื่อให้กล้ามเนื้อที่มีการหดตัวและกลับมาทำงานได้เหมือนเดิม การบำบัดรักษา การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า เช่น เลิก หน้าผากขึ้น หลับตาก็กว้าง ๆ ห่อปาก ฯลฯ เพื่อให้กล้ามเนื้อทุกมัดบนใบหน้าได้ทำงาน การบริหารให้บ่อยครั้งก็จะช่วยได้มาก เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อได้รับการกระตุ้นบ่อย ๆ อัมพาตของหน้านี้มีโอกาสที่จะฟื้นคืนสภาพได้มาก ถ้าทำการรักษาโดยการบริหาร ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้นานจนกล้ามเนื้อเกิดการตึงตืดหรือเสียสภาพไปแล้วค่อยมารักษา ก็จะไม่สามารถช่วยให้ดีขึ้นมาได้ กายภาพบำบัดจะเข้ามาช่วยในเรื่องการฝึกกล้ามเนื้อที่เสียไปและกล้ามเนื้อที่ยังอยู่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้มากที่สุด แม้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ดีขึ้นมากนักก็ตาม แต่ก็ช่วยให้เขาใช้ส่วนที่ยังดีมาช่วยส่วนที่เสียไป ชีวิตของเขาจะมีค่าขึ้น และไม่เป็นการระงับให้กับผู้อื่นมากนัก

สรุปได้ว่า ประโยชน์ของการนวดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และประโยชน์ของการนวดเกี่ยวกับการแก้ไขข้อบกพร่องของร่างกาย การนวดถือเป็นศิลปะอย่างแท้จริง ที่ผู้นวดต้องมีความรู้เกี่ยวกับกล้ามเนื้อภายในร่างกายและหน้าที่เฉพาะของแต่ละส่วนเป็นอย่างดี เพื่อให้การนวดนั้นก่อให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ในการนวดเพื่อ สุขภาพและเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องของร่างกาย การนวดช่วยให้กล้ามเนื้อคืนเข้าสู่สภาพเดิมได้เร็วกว่าการพักมากมายนัก เนื่องจากการนวดทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น และช่วยขจัดของเสียออกได้เร็วกว่า การนวดเฉพาะที่สามารถบรรเทาอาการเป็นตะคริวและอาการอักเสบของพังผืด ช่วยย่นเวลาการบาดเจ็บเมื่อกล้ามเนื้อฉีกขาด ฟกช้ำ หรือเกร็ง นักกีฬาหลายคนกล่าวว่า ตนสามารถวิ่งได้ดีกว่าหลังจากได้รับการนวด เพราะนอกจากเท้าจะไม่ตึงแล้ว ยังทำให้ทั้งร่างกายไม่ตึงและเกิดความผ่อนคลายอีกด้วย ดังนั้นประโยชน์ของการนวดจึงมีมากมาย ซึ่งผู้ที่นวดและผู้รับการนวดจะได้รับประโยชน์จากการนวดเช่นเดียวกัน

### 3. มารยาทในการนวด

การพูดคุยระหว่างการนวด การนวดเป็นการบำบัด บรรเทาอาการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนั้น การนวดยังทำให้ช่วยกระตุ้นหรือผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้รับการนวดบรรเทาความเครียด บำบัดอาการปวดได้ ซึ่งในการนวดนั้นมีข้อปฏิบัติที่ควรกระทำ ดังนี้คือการปฏิบัติตนระหว่างทำการนวด การปฏิบัติตนระหว่างทำการนวดนั้น ควรจัดให้ผู้รับการนวดอยู่ในที่สะอาด เงียบสงบ และมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก บรรยากาศในห้อง ควรปราศจากสิ่งรบกวนต่าง ๆ หากในห้องมีโทรศัพท์ ควรย้ายโทรศัพท์ออกไปนอกห้อง เพื่อไม่ให้เป็นการทำลายสมาธิ หรือหากลำบากในการเคลื่อนย้ายก็ควรที่จะทำการยกหูออกจากแป้นเสียบ เนื่องจากเสียงจากริงโทรศัพท์นั้น สามารถทำลายสมาธิทั้งผู้ให้นวด และผู้รับการนวดด้วย และนอกจากนี้อาจทำให้ การนวดขาดตอนกลางคัน ซึ่งไม่ได้เป็นผลดีสำหรับการนวดเลย สำหรับการฟังดนตรีในระหว่างการนวดนั้น บางครั้งผู้รับการนวดอาจต้องการผ่อนคลายอารมณ์ในขณะที่ทำการนวด แต่หากว่า ภายในห้องนั้นเงียบสงบเกินไป ก็อาจจะทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือหวาดกลัวได้ ดังนั้นหากเป็นความต้องการของผู้รับการนวด ก็อาจจะเปิดเพลงที่มีจังหวะช้า ๆ ไม่กระแทกกระทั้นหรือเสียงแหลมเกินไป ซึ่งโดยปกติแล้ว มักจะทำการเปิดเพลงบรรเลงประเภทคลาสสิก ซึ่งจะทำให้ได้บรรยากาศ และอาจช่วยผ่อนคลายได้ แต่หากเป็นการเปิดเพลงประเภทมีเนื้อร้องด้วยแล้ว อาจเป็นการทำลายสมาธิได้ เพราะทั้งผู้ทำการนวดและผู้รับการนวดอาจจะร้องเพลงตามไปด้วย ซึ่งทำให้เสียสมาธิทั้งสองฝ่ายได้ สำหรับการพูดคุยกันระหว่างการนวดนั้น โดยปกติแล้วการพูดคุยจะถือว่าเป็นการทำลายสมาธิของการนวด แต่หากขั้นแรกของการพูดคุยนั้นเป็นการสอบถามเพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้รับการนวด อาทิเช่น การสอบถามถึงเรื่องโรคภัยไข้

เจ็บ การมีบาดแผลบริเวณใดบริเวณหนึ่ง เพื่อให้ผู้ทำการนวดจะได้หลีกเลี่ยงการนวดในบริเวณนั้น หรือ อาจจะ ตัดสินได้ว่า ควรทำการนวดหรือไม่ นอกจากนี้ การสอบถามถึงอาการของโรคภัยไข้เจ็บนั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับการเริ่มต้นนวด เพราะหากไม่มีการพูดคุยกันถึงเรื่องนี้ก่อน การนวดก็อาจจะกลายเป็นโทษไปได้ แทนที่จะทำให้ผู้รับการนวดได้ประโยชน์ เนื่องจากบางโรคก็มีข้อยกเว้นสำหรับการนวด อาทิ เช่น โรคผิวหนังต่าง ๆ ที่อาจมีการแพร่ของเชื้อได้, โรคเมะเร็ง ซึ่งอาจแพร่เชื้อโดยการกระตุ้นและกระจายไปตามกล้ามเนื้อต่าง ๆ (พิสิฐ วังศ์วัฒนะ. 2542 : 9) แม้ในขณะการนวด ก็อาจทำการพูดคุยกันได้ ในลักษณะของการสอบถามถึงความรุนแรงของการกดนวดของผู้ทำการนวด เพราะในบางครั้งน้ำหนักมือของการกดนวดของผู้ทำการนวดอาจแรงไปหรือเบาไป ซึ่งหากไม่มีการพูดคุยหรือสอบถามกัน ความพึงพอใจที่จะเกิดขึ้นก็อาจจะไม่มี การแนะนำให้ผู้รับบอกให้รู้ว่าขณะที่ถูกนวดนั้นเจ็บหรือไม่ หรือนวดเร็วไป ช้าไป เพื่อให้ผู้นวดจะได้ปรับน้ำหนักและจังหวะให้พอเหมาะกับความต้องการของผู้รับการนวดได้ นอกจากนี้ หากผู้รับการนวดรู้สึกสบายจนอยากส่งเสียงครางออกมาเบา ๆ หรือสูดปากหรือถอนหายใจแรง ๆ ฯลฯ ก็สามารถที่จะกระทำได้ เพราะการส่งเสียงเป็นการแสดงออกตามธรรมชาติ และจะช่วยทำให้ผู้รับการนวดรู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น

#### 4. การแต่งกายของผู้นวด

เมื่อทำการนวด ความสำคัญอยู่ที่ผู้นวด โดยผู้นวดจะต้อง เคลื่อนไหวได้อย่างเป็นอิสระ ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้นวดจะต้องสวมใส่เสื้อผ้าที่จะสามารถช่วยให้เกิดความเคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น มีความเป็นอิสระในการเคลื่อนย้ายตัวเอง หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ดังนั้นรายละเอียดของการแต่งกายของผู้นวด ควรมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่หลวม สวมใส่สบาย

4.2 ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่ทำให้เคลื่อนไหวได้สะดวก ไม่รัดตึงจนเกินไป

4.3 เสื้อผ้าที่สวมใส่ควรจะเป็นเสื้อผ้าที่สะอาด ไม่มีกลิ่นขึ้น อับ และคราบสกปรกต่าง ๆ เนื่องจากผู้นวดจะต้องใกล้ชิดกับผู้รับการนวด ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีสำหรับผู้รับการนวดได้

4.4 เสื้อผ้าที่สวมใส่นั้น ไม่ควรเป็นสีที่ฉูดฉาดจนเกินไป หรือเป็นลาย ไม่ว่าจะ เป็นลายดอกไม้ หรือลายอื่น ๆ ก็ตาม เพราะจะทำให้ผู้รับการนวดนั้นขาดสมาธิได้

4.5 ผู้ทำการนวดไม่ควรพรมน้ำหอม เนื่องจากกลิ่นน้ำหอมนั้นอาจทำให้ผู้รับการนวดเกิดอาการเวียนศีรษะได้ เพราะกลิ่นน้ำหอมนั้น อาจไม่เข้ากับอุปกรณ์การนวดที่กำลังทำการนวด เช่น น้ำมันสำหรับทาตัว ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการเวียนศีรษะได้ ดังนั้นจึงควรละเว้นจากการพรมน้ำหอม

4.6 ผู้ทำการนวดไม่ควรสวมใส่เครื่องประดับต่าง ๆ อาทิเช่น สร้อยคอ กำไล นาฬิกา หรือแหวนต่าง ๆ เนื่องจากอาจก่อความรำคาญให้แก่ผู้รับการนวด เพราะบางครั้งการนวดนั้น จะต้องสัมผัสร่างกายทุกส่วน ซึ่งอาจทำให้เกิดการเกี่ยวหรือก่อความรำคาญให้กับผู้รับการนวดได้ในขณะนวด

การแต่งกายของผู้รับการนวด การนวดนั้น เริ่มต้นด้วย "การสัมผัส" ไม่ว่าจะการนวดนั้นจะใช้เวลานานแค่ไหน การสัมผัสทำให้สามารถกำหนดจังหวะของการนวดได้ และยังช่วยผ่อนคลายได้ในบริเวณที่กำลังถูกนวดอยู่ โดยการกดและการบีบนวด เพื่อปลดปล่อยความเครียดที่มีอยู่ในกล้ามเนื้อ เราจะเห็นได้ว่า ความสำคัญของการนวดนั้น อยู่ที่ผู้นวดได้ทำการสัมผัสกับร่างกายของผู้รับ



การนวดอย่างเต็มที่ ฉะนั้น การแต่งกายของผู้รับการนวดจึงมีความสำคัญต่อการนวดในแต่ละครั้งที่ทำการนวด โดยปกติแล้ว หากทำการนวดด้วยการทาน้ำมันแล้ว มักจะไม่สวมเสื้อผ้าเลย เพราะการทาน้ำมันนั้น จำเป็นต้องทำให้ทั่วร่างกาย และทำการนวดทุก ๆ ส่วนของร่างกาย ซึ่งจะให้ผลที่ดีมากสำหรับการนวด แต่หากผู้รับการนวด รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ และไม่สะดวกใจในการที่จะไม่สวมเสื้อผ้า ก็อาจจะแนะนำผู้รับการนวด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ควรสวมเสื้อผ้าที่หลวมสบาย เนื้อผ้าไม่หนาจนเกินไป
  2. ไม่ควรสวมเสื้อผ้าที่ใช้ผ้าค่อนข้างลื่น เช่น ผ้าแพร หรือผ้าจอร์เจีย เพราะจะทำให้ การนวดไม่ดีเท่าที่ควร
  3. ไม่ควรสวมกางเกงยีนส์หรือเสื้อยีนส์ เพราะเนื้อผ้าค่อนข้างหนา ทำให้ การนวด ไม่สามารถนวดได้ถึงกล้ามเนื้อของผู้รับการนวด
  4. ไม่ควรติดเครื่องประดับตามร่างกาย เช่น ปิ่นปักผม กิ๊บ แวนดา หรือคอนแทคเลนส์ เพราะเป็นอุปสรรคต่อการนวด และอาจก่อให้เกิดอันตรายสำหรับผู้นวด และผู้ให้นวดด้วย เช่น เข็มของปิ่นปักผม หรือเข็มของเข็มกลัดต่าง ๆ
  5. หากผู้รับการนวดมีนาฬิกาหรือแหวนประดับต่าง ๆ ควรทำการถอดออกเสียก่อน เพราะจะทำให้กีดขวางการนวด และกีดขวางการไหลเวียนของโลหิต
5. ข้อควรปฏิบัติของผู้นวด
- 5.1 ผู้นวดต้องมีการเคลื่อนไหวอย่างเป็นอิสระ โดยการจัดหาเสื้อผ้าที่สวมใส่ให้สบายและควรเป็นเสื้อผ้าที่หลวม ไม่รัดตึงจนเกินไป
  - 5.2 ช่วงในการนวดนั้น ผู้นวดต้องอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย ไม่เครียด และไม่หงุดหงิด เพราะความเครียดในตัวผู้นวดอาจจะถ่ายทอดไปสู่ผู้ถูกนวดได้
  - 5.3 ผู้นวด ควรอยู่ในกริยา ท่าทางที่สมดุล เพราะจะทำให้การนวดสะดวกขึ้น
  - 5.4 การจัดสถานที่นวดนั้น ควรเตรียมสถานที่ที่ไม่มีแสงจ้าจนเกินไป เพราะจะทำให้เคื่องตาและไม่ผ่อนคลายเท่าที่ควร
  - 5.5 ก่อนลงมือนวด ควรสอบถามผู้รับการนวดว่ามีอาการไม่สบายอย่างไร มีโรคประจำตัวอะไรบ้างหรือไม่ เพราะบางอาการก็ไม่เหมาะที่จะทำการนวด เนื่องจากอาจทำให้เกิดอันตรายหรือทำให้โรคกำเริบได้
  - 5.6 ผู้นวดควรสังเกตกริยาผู้รับการนวด หากอยู่ในอาการเครียดมากเกินไป ก็ไม่ควรที่จะทำการนวด
  - 5.7 ผู้นวดควรมีสมาธิในการนวดตลอดเวลา เพื่อจะได้สามารถใส่ใจกับผู้ถูกนวดตลอดเวลา
  - 5.8 ก่อนการนวด ควรตรวจสอบร่างกายของตนเองว่า ตัดเล็บให้สั้นหรือยัง ล้างมือให้สะอาดหรือยัง นาฬิกา สร้อยข้อมือและแหวนควรถอดออกให้เรียบร้อย
  - 5.9 ควรพยายามหลีกเลี่ยงการสื่อสารด้วยวาจา
  - 5.10 ในขณะนวด ควรกดซ้ำ ๆ และเป็นจังหวะ เพราะยิ่งกดซ้ำ และเป็นจังหวะเท่าใด ก็จะทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกผ่อนคลายได้มากขึ้น
  - 5.11 ในการทาน้ำมันนั้น ควรเทน้ำมันลงบนฝ่ามือข้างหนึ่ง และขณะที่เทน้ำมันนั้น ควรให้มีอยู่ห่างผู้ถูกนวดพอควร เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำมันหยดลงไปถูกตัวผู้ถูกนวด

5.12. ไม่ควรชวนผู้รับการนวดคุย หรือเล่าเรื่องตลกหรือเรื่องน่ากลัวให้ฟัง เพราะจะเป็น การทำลายสมาธิ และอาจเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับผู้ถูกนวด

5.13 ควรหลีกเลี่ยงเสียงรบกวนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเสียงเพลงที่เปิดค่อนข้างดัง หรือเสียงรบกวนอื่น ๆ เช่น เสียงโทรศัพท์

5.14 ไม่ควรนวดในขณะที่ผู้รับการนวดรับประทานอาหารเสร็จ ควรให้พักสัก หนึ่งชั่วโมงก่อนที่จะรับการนวด

5.15 หากผู้ถูกนวดมีอาการเหนื่อย หรือวังงัด ควรยกเลิกการนวด

5.16 ควรระมัดระวังในเรื่องของความสะอาดของร่างกาย เช่น เล็บ ผม และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เนื่องจากผู้ทำการนวดจะต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้รับการนวด

5.17 การปรับอุณหภูมิของมือเป็นสิ่งสำคัญมาก ถ้ามือเย็นจะทำให้ผู้รับรู้สึกล้มสบาย และไม่ผ่อนคลาย ควรถูมือไปมาและสลับมือบ่อย ๆ ก่อนนวด เพื่อจะได้ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงที่ฝ่ามือและปลายนิ้วได้ดีขึ้น ทำให้มืออุ่นขึ้น ช่วยให้นวดได้ผลดีขึ้นด้วย

5.18 ผู้นวดควรมีมารยาทในการนวด ไม่ควรทำการนวดเพื่อหวังกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เพราะเป็นการไม่ให้เกียรติแก่ผู้ถูกนวด

สรุปได้ว่า

1. การนวดนั้น ผู้นวดควรศึกษาหลักการนวดที่ถูกต้อง เพื่อให้การนวดนั้นมีประสิทธิภาพ แต่สิ่งหนึ่งที่ต้องระวังคือการศึกษาควบคู่กับหลักการและวิธีการนวด คือ มารยาทของการนวดเพื่อสุขภาพ ซึ่งในขณะที่นวดนั้น ผู้นวดและผู้รับการนวด ไม่ควรที่จะพูดหรือสนทนาในขณะที่ทำการนวด เพราะจะทำให้สมาธิในการนวดเสียไป ทำให้การนวด นวด ไม่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. การแต่งกายของผู้นวด ในขณะที่ทำการนวดนั้น ผู้นวดควรแต่งกายในชุดที่สบาย หลวม ๆ ไม่คับจนเกินไป เพราะจะทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก และเสื้อผ้าที่สวมใส่ควรสะอาด ไม่มีกลิ่นอับชื้น ซึ่งจะทำให้บรรยากาศในการนวดไม่ดี และจะส่งผลถึงผู้รับการนวดด้วย

3. การแต่งกายของผู้รับการนวดนั้น ถ้าจะทำให้การนวดได้ผลดี มีการบีบรัดได้ ตรงกับกล้ามเนื้อ และระบบประสาท ผู้รับการนวดไม่ควรสวมชุดเสื้อผ้าใด ๆ แต่หากผู้รับการนวดไม่สบายใจในการไม่สวมใส่เสื้อผ้า ก็ควรสวมชุดที่กระชับ เช่น ชุดว่ายน้ำ หรือแอโรบิค เพื่อให้การนวดได้ นวดตรงจุดบริเวณที่เจ็บปวด และลดอาการเมื่อยล้าได้

4. ในขณะที่นวดนั้น ผู้นวดควรให้เกียรติผู้รับการนวด ควรนวดเพื่อการรักษาและ นวดเพื่อผ่อนคลายและบรรเทาอาการเจ็บป่วย เมื่อยล้า การบีบรัดควรไล่มือเป็นจังหวะ ไม่ควรบีบรัด ด้วยการกดมือลงน้ำหนักมือมากและไม่สม่ำเสมอ เพราะจะทำให้ผู้รับการนวดเกิดอาการไม่สบายกาย และทำให้การนวดไม่ก่อให้เกิดผลดี

6. การจัดท่านวด

การนวดนั้นถือว่าเป็นศิลปะ ซึ่งผู้นวดต้องมีความรู้เกี่ยวกับการนวดโดยควรมีความรู้เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อต่าง ๆ ภายในร่างกาย ตลอดจนต้องมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการนวด การวางมือของผู้นวด การจัดท่าทางของผู้รับการนวด รวมถึงอุปกรณ์เครื่องใช้ประกอบการนวด เพราะการ นวดที่มีประสิทธิภาพจะต้องเกิดจากการที่ผู้นวดต้องมีทักษะการนวด และเข้าใจวิธีการนวดตลอดจน ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องใช้ ประกอบการนวดที่เหมาะสม

## 7. การจัดทำทางของผู้รับการนวด

การนวดเป็นการลื่นไหล การสัมผัสระหว่างผู้นวดและผู้ถูกนวด ดังนั้นผู้นวดและผู้ถูกนวดจึงมีความสำคัญเท่ากัน การที่จะนวดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดนั้น ผู้ถูกนวดจึงต้องมีบทบาทอยู่ด้วยเช่นกัน การรับการนวดสัมผัสที่เหมาะสมที่สุด ผู้นวดควรแนะนำผู้ถูกนวดโดยให้มีการวางท่าทาง และการปฏิบัติดังนี้

7.1 ผู้ถูกนวดนอนคว่ำหรือหงาย โดยวางมือทั้งสองราบกับเตียง แล้วหลับตา กำหนดลมหายใจเข้าออกอย่างสม่ำเสมอ

7.2 ปล่อยางจากปัญหาและความวิตกต่าง ๆ

7.3 การนอนนวดในสภาพที่ไม่มีเสื้อผ้าจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เพราะผู้นวดสามารถนวด กล้ามเนื้อ ถึงระบบจุดต่าง ๆ ตลอดจนการทาน้ำมันได้สะดวก แต่หากผู้ถูกนวดไม่สบายใจ ก็ควรให้สวมเสื้อผ้าบางชิ้นได้

7.4 ผู้ถูกนวดควรถอดแหวน สร้อยคอ ต่างหู และเครื่องประดับต่าง ๆ ตลอดจนแว่นตา หรือคอนแทกซ์เลนส์ เพราะการนวดบางท่าอาจต้องมีการวางน้ำหนักมือบนเปลือกตา

7.5 ผู้ถูกนวดไม่ต้องพยายามช่วยเหลือผู้นวด เช่น ช่วยออกแรงยกแขนหรือขา ควรให้ผู้นวดเป็นผู้กระทำ เพราะการช่วยเหลือของผู้ถูกนวดจะเป็นการทำลายความต่อเนื่องของความรู้สึกต่อการนวดสัมผัส

7.6 การพูดจาระหว่างการนวด ควรมีให้น้อยที่สุด เพราะจะทำให้ล้าจั้งหวะการนวด

7.7 เมื่อสิ้นสุดการนวด ไม่ควรลุกขึ้นทันที ควรหลับตาต่อไปสักครู่ แล้วจึงค่อยลุกขึ้น

## 8. อุปกรณ์เครื่องใช้ประกอบการนวด

อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการนวดนั้นแบ่งออกเป็น (พิสิฐ วังศ์วัฒนะ. 2542 : 28-29)

8.1 น้ำมัน และภาชนะบรรจุ น้ำมันที่ใช้ในการนวด ประกอบด้วย

8.1.1 น้ำมันพืชธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วยน้ำมันเมล็ดทานตะวัน, น้ำมันเมล็ด ดอกคำฝอย หรือน้ำมันมะพร้าว โดยอาจใช้น้ำมันที่มีกลิ่นหอม เช่น น้ำมันจันทน์ น้ำมันดอกมะลิ น้ำมันดอกส้ม น้ำมันส้มจีน

8.1.2 น้ำมันเมล็ดอัลมอนด์ เป็นน้ำมันที่ดีที่สุด แต่ราคาแพง

8.1.3 น้ำมันมะกอก

8.1.4 น้ำมันแร่ เช่น เบบียอลล์ แต่การดูดซึมจะไม่ดีเท่าที่ควร

8.1.5 น้ำมันเสจ (Sage) เหมาะสำหรับผู้ถูกนวดที่มีปัญหาเรื่องกล้ามเนื้อ ภาชนะที่ใช้บรรจุ อาจใช้ขวดที่มีจุกไม้ก๊อก หรือขวดหยดชนิดพลาสติกที่มีที่ตั้งอย่างมั่นคง ไม่ลื่นง่าย น้ำมันจะช่วยหล่อลื่นและทำให้การนวดเคลื่อนที่และออกแรงกดได้ราบเรียบ ละมุนละม่อม และไม่ก่อให้เกิดความฝืด

8.2 แป้งฝุ่น ช่วยลดการเสียดสีระหว่างฝ่ามือกับผิวหนัง แต่ประสิทธิภาพอาจไม่ดีเท่าน้ำมัน แต่อาจจำเป็นต้องใช้กรณีผู้รับการนวดไม่นิยมความเหนอะหนะของน้ำมัน หรือกรณีที่ไม่มีน้ำมันใช้นวด.

8.3 ผ้ารองหลัง ผ้ารองหลังหรือผ้านวม ใช้ในกรณีการนวดบนพื้น จำเป็นต้องมี ผ้ารองหลังที่พอเหมาะ โดยควรมีความกว้างประมาณ 7 ฟุต x 4 ฟุต และมีความหนา 1/2 หรือ 1 นิ้ว และให้ใช้ผ้าพลาสติกผืนใหญ่ปูทับผ้ารองหลังหรือผ้านวมเพื่อป้องกันน้ำมันซึมเปื้อนไปยังผ้ารองหลังหรือ ผ้านวม

8.4 เตียงนวด เตียงนวดที่ดี ควรมีขนาดใหญ่พอรับน้ำหนักตัวผู้รับการนวดได้ และแข็งแรงมั่นคง โดยทั่วไปควรมีขนาด 6 x 3 ฟุต โดยเตียงนวดจะช่วยลดการก้มหลัง เหมาะสำหรับการนวดที่ใช้เวลานาน เตียงนวดจะช่วยให้ผู้นวดเปลี่ยนตำแหน่งเข้าหาผู้ถูกนวดได้อย่างต่อเนื่อง และไม่ขาดตอน

8.5 หมอนรองข้อเท้า หมอนรองข้อเท้า จะช่วยรองรับน้ำหนักบริเวณที่มีการนวดตามข้อต่อต่าง ๆ โดยทั่วไปควรมีความยาวประมาณ 2 ฟุต มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 6 นิ้ว

## 9. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

การศึกษาเกี่ยวกับการนวด มีความจำเป็นต้องศึกษาเกี่ยวกับระบบต่างๆ ของร่างกาย เพื่อเป็นพื้นฐานในการนำไปสู่การปฏิบัติการนวดเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียน และระบบประสาท เนื่องจากเป็นระบบที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกายโดยตรง ดังนั้นผู้นวดควรมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพื้นฐานการทำงานทั้ง 3 ระบบ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของการนวดเพื่อสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

9.1 ระบบกล้ามเนื้อ ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular System) นับว่าเป็นระบบที่สำคัญส่วนหนึ่งของ ร่างกาย กล้ามเนื้อมีบทบาทต่อการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทุกส่วน ทั้งภายในร่างกายและภายนอกร่างกาย กล้ามเนื้อ (Muscle) ของร่างกายมนุษย์นั้นจะถูกควบคุมโดยระบบประสาท เพื่อให้กล้ามเนื้อทุกมัดทำงานประสานกันอย่างเป็นระเบียบ ทำให้มีการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อต้องการก๊าซออกซิเจน และน้ำตาลในการผลิตพลังงาน และให้ความร้อนแก่ร่างกาย ซึ่งกล้ามเนื้อจะทำหน้าที่เป็นเครื่องจักรของร่างกาย ทำงานด้วยการหดตัวและคลายตัวตามการเคลื่อนไหว เช่น เมื่อเอี้ยว ข้อศอก กล้ามเนื้อด้านหน้าแขนจะแข็งขึ้น คุณสมบัติโดยทั่วไปของกล้ามเนื้อนั้น จะไวต่อการเร้าและสามารถหดตัว-ยืดออกและคืนรูปตามเดิมได้ตามลักษณะของกล้ามเนื้อ

9.1.1 ชนิดของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด คือ (วิชัย วนดุรงค์วรรณ. 2534 : 42-50) กล้ามเนื้อลาย (Striated Muscle or Skeletal Muscle) กล้ามเนื้อเรียบ (Smooth Muscle or Visceral Muscle) กล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac Muscle)

1) กล้ามเนื้อลาย มีลายตามขวางตลอดความยาว เกาะติดกับกระดูกหรือโครงกระดูก ช่วยทำให้เป็นรูปร่างของร่างกายและอยู่ภายใต้อำนาจ จิตใจ กล้ามเนื้อลายนับว่าเป็นกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของ ร่างกายทั้งหมด เช่น กล้ามเนื้อแขน ขา กล้ามเนื้อทรวงอก เป็นต้น และเป็นกล้ามเนื้อที่แข็งแรงที่สุด ลักษณะในการทำงานของกล้ามเนื้อลายคือ ดึงรั้งกระดูกให้มีการเคลื่อนไหวตามที่ใจต้องการ กล้ามเนื้อลายนับว่าเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย เนื่องจากกล้ามเนื้อลายในร่างกาย ร้อยละ 40 ของน้ำหนักตัว กล้ามเนื้อทั้งมัดประกอบด้วยหลายมัดย่อย (bundle) และแต่ละมัดย่อยประกอบด้วยใย (Fiber) แต่ละใยประกอบด้วยใยฝอย (Fibril) แต่ละใยฝอยประกอบด้วย ไมโอฟิลาเมนต์ (Myofilament) อันเป็นหน่วยเล็กที่สุดของกล้ามเนื้อที่ทำงาน กลไกการทำงาน การทำงาน

ของกล้ามเนื้อลายนั้น จะต้องอาศัยคำสั่งจากระบบประสาทกลาง และเมื่อได้รับคำสั่งจากระบบประสาทเพื่อให้การส่งคำสั่งไปได้กว้างขวางและรวดเร็ว จึงต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้า (Electrical Change) ซึ่งจากการทำงานนั้น ต้องอาศัยพลังงานอย่างมาก ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางเคมี (Chemical Change) จึงมีความสำคัญ ไม่น้อย หลังจากนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง (Structural Change) แล้วจึงตามด้วยการเปลี่ยนแปลงทางกลไก (Mechanical Change) การหดตัวของกล้ามเนื้อ การหดตัวของกล้ามเนื้อ เกิดจากการกระตุ้นของประสาทกล้ามเนื้อ โดยปลายข้างหนึ่งของกล้ามเนื้อจะยึดเกาะกับกระดูกชิ้นหนึ่ง ซึ่งทำหน้าที่เป็นจุดยึด (Origin) ส่วนปลายอีกข้างหนึ่งจะทอดข้ามข้อต่อไปยึดเกาะกับกระดูกอีกชิ้นหนึ่ง โดยทำหน้าที่ตั้งกระดูกชิ้นนั้นให้เคลื่อนที่ (Insertion) เมื่อกล้ามเนื้อมัดนั้นหดตัว ปกติกล้ามเนื้อจะทำงานเป็นคู่หรือเป็นกลุ่ม ถ้ากลุ่มหนึ่งทำหน้าที่หดตัว อีกกลุ่มก็จะทำหน้าที่คลายตัว เช่น ในการงอศอก กล้ามเนื้อไบเซป (Bicep) จะทำหน้าที่ในการหดตัว ส่วนกล้ามเนื้อไตรเซป (Tricep) จะทำหน้าที่คลายตัว เป็นต้น การทำงานของกล้ามเนื้อคู่สัมพันธ์จะทำงานผสมผสานกันอย่างนิ่มนวลและเกิดการเคลื่อนไหวตามที่ที่ต้องการ ดังนั้น ความสมดุลของการทำงานของกล้ามเนื้อกลุ่มคู่สัมพันธ์ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหว ชนิดของการหดตัวของกล้ามเนื้อ แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ (1) การหดตัวแบบไอโซโทนิค (Isotonic Contraction) หมายถึง การหดตัวของกล้ามเนื้อที่มีความยาวและความตึงตัว (Length and Tension) ของมันมีการเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวที่เป็นผลทำให้เกิดงานขึ้น (2) การหดตัวแบบไอโซเมตริก (Isometric Contraction) หมายถึง การหดตัวโดยความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีความตึงตัวเพิ่มขึ้น ดังนั้น การหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดนี้จึงไม่ทำให้อวัยวะนั้นเกิดการเคลื่อนไหว จึงไม่มี "งาน" ในแง่ของกลศาสตร์เกิดขึ้น เพราะว่าไม่มีระยะทางของการเคลื่อนไหวนั้นเอง การหดตัวของกล้ามเนื้อแบบไอโซเมตริก เหมาะที่จะใช้ภายหลังที่ได้รับการบาดเจ็บเพราะไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะนั้น ๆ ได้สะดวก เป็นการป้องกันอาการของกล้ามเนื้อลีบ (Atrophy) แม้ว่าการหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดนี้ไม่เกิดงานในแง่ของกลศาสตร์ แต่ในแง่ของสรีรวิทยากล้ามเนื้อได้ทำงาน มีพลังงานที่ได้จากปฏิกิริยาทางเคมี และมีความร้อนเกิดขึ้นเช่นกัน ในสภาพความเป็นความจริงของการใช้งาน กล้ามเนื้อของเรามีการหดตัวทั้ง 2 ชนิดสลับกันอยู่ตลอดเวลา เช่น เมื่อเรายืนกล้ามเนื้อขามีการตึงตัว เพื่อกระชับข้อต่อที่ส่วนล่างของร่างกายให้แน่นนั่นก็คือ การหดตัวแบบไอโซเมตริก แต่เมื่อเราย่างก้าวหรือยกแขนก็เป็นการหดตัวแบบ ไอโซโทนิค การเรียงตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อ มีผลต่อกำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อ และกำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อก็ขึ้นอยู่กับพื้นที่หน้าตัดของเส้นใย โดยเฉลี่ยแล้ว กล้ามเนื้อจะมีกำลังประมาณ 6.3 กิโลกรัมต่อพื้นที่หน้าตัด 1 ตารางเซนติเมตร และการฝึกหรือการให้กล้ามเนื้อมัดนั้นทำงานหนักกว่าปกติ จะมีผลทำให้กำลังของกล้ามเนื้อมัดนั้นมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปถ้ามีการกระตุ้นกล้ามเนื้อที่พอเหมาะ จะทำให้กล้ามเนื้อนั้นหดตัวได้แรงที่สุด ดังนั้น น้ำหนักที่เหมาะสมต่อการกระตุ้นจึงมีความจำเป็นต่อการตอบสนองที่ดีที่สุด เมื่อกล้ามเนื้อมีการทำงานแบบยืดตัว (Stretch) แล้วให้หดตัวทันทีจะได้แรงมากกว่าให้ยืดตัวแล้วหยุดพักไว้แล้วจึงออกแรง เช่น เมื่อจะกระโดดหรือขว้างสิ่งใดก็ตาม การโยกตัวหรือการเหวี่ยงแขนไปข้างหลังก่อน แล้วกระโดดหรือขว้างไปทันทีก่อนที่จะมีการเคลื่อนที่ไปข้างหน้า จะได้แรงมากกว่า เมื่อมีการโยกตัวหรือเหวี่ยงท่อนแขนไปข้างหน้าแล้วค้างเอาไว้แล้วจึงกระโดดหรือขว้าง เช่น การยกน้ำหนักเมื่อลดระดับของบาร์เบลลงสู่ตำแหน่งเริ่มต้นแล้ว จะต้องรีบออกแรงยกขึ้นทันที จึงจะทำให้สามารถยกน้ำหนักได้มาก ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า การคลายตัวของกลุ่มกล้ามเนื้อ (Muscle Spindle) จะส่งพลังประสาทขึ้นไปเร่งเซลล์ประสาทกลไกในไขสันหลัง แต่ถ้า

รอนานหรือไม่กระทำทันที พลังประสาทที่เร่งเซลล์ประสาทกลไกจะหมดไป ชนิดของกล้ามเนื้อลาย ชนิดของกล้ามเนื้อลายนั้น ในสัตว์ชั้นต่ำจะสามารถแยกชนิดของกล้ามเนื้อลายออกได้ชัดเจน เป็นกล้ามเนื้อขาว และกล้ามเนื้อแดง แต่ในสัตว์ชั้นสูงขึ้นมา การแยกชนิดของ กล้ามเนื้อไม่ค่อยชัดเจน

ชนิดของกล้ามเนื้อลายแบ่งเป็น 3 ชนิดคือ(1) ใยใหญ่สีซีด (ขาว) มีไมโทครอนเดีย (Mitochondria) น้อย ทำงานได้แรงงานมาก แต่ไม่ค่อยทน (2) ใยเล็กสีเข้ม (แดง) มีไมโทครอนเดีย มาก และมีหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยงมาก ทำงานได้ทน (3) ใยปานกลาง มีคุณสมบัติอยู่ระหว่าง กล้ามเนื้อทั้ง 2 ชนิดข้างต้น โดยทั่ว ๆ ไป กล้ามเนื้อลายในร่างกายมีใยทั้งสามชนิดปะปนกันอยู่ ซึ่งอาจจะมีบางชนิดมาก บางชนิดน้อย แล้วแต่ลักษณะงานที่ทำ แต่ก็มีกล้ามเนื้อบางมัดที่มีใยกล้ามเนื้อเพียงชนิดเดียว

2) กล้ามเนื้อเรียบ เป็นกล้ามเนื้อที่มีลักษณะเรียบไม่ลาย และไม่อยู่ในอำนาจของจิตใจ ประกอบขึ้นเป็นอวัยวะภายในของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อที่หลอดลมปอด กล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นต้น กล้ามเนื้อเรียบมีลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์ และคุณสมบัติทางสรีรวิทยาแตกต่างกันเองมาก ไม่เป็นแบบฉบับเดียวกัน เช่น กล้ามเนื้อลาย จึงเป็นการยากที่จะอธิบายสรีรวิทยาของกล้ามเนื้อเรียบแบบเดียวที่จะถือเป็นตัวแทนของกล้ามเนื้อเรียบทั้งหมดกล้ามเนื้อเรียบมีลักษณะทั่วไปทางสรีรวิทยาที่เหมือนกัน 3 ประการ คือ (1) สามารถหดตัวได้นาน และสิ้นเปลืองพลังงานน้อย (2) มีประสาทยนต์ (Motor Nerve) ที่มาเลี้ยงจากระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) (3) มีความตึงตัวอยู่เองภายในกล้ามเนื้อ

3) กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นกล้ามเนื้อที่มีลายคล้ายกล้ามเนื้อลาย แต่การทำงานอยู่นอกอำนาจ ของจิตใจ คล้ายกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อหัวใจมีคุณสมบัติพิเศษที่สามารถทำงานได้เอง (Automaticity) และทำเป็นจังหวะสม่ำเสมอได้ (Rhythmicity)

9.1.2 คุณสมบัติของกล้ามเนื้อ คุณสมบัติทั่วไปของกล้ามเนื้อคือ ไวต่อการเร้า หดตัวได้ ถูกยืดออกได้ และคืนสู่รูปร่างเดิมได้

1) ไวต่อการเร้า (Irritability or Excitability) เมื่อกล้ามเนื้อได้รับสิ่งเร้าที่แรงพอ มันจะตอบสนองโดยเกิดแอกชั่นโพเทนเชียล (Action Potential) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้า จากนั้นจึงหดตัวทำให้แรงในการทำงานเปลี่ยนแปลง จัดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางกลศาสตร์

2) หดตัวได้ (Contractility) เพื่อเปลี่ยนรูปร่างของกล้ามเนื้อให้สั้น และหนาขึ้นเนื่องจากโปรตีนที่อยู่ในไมโอไฟลาเมนต์(Myofilament) ของกล้ามเนื้อมีคุณสมบัติยึดหดตัวได้ ปริมาตรของเซลล์กล้ามเนื้อจะคงที่เสมอ ไม่ว่าขณะหดตัวหรือยืดตัว แต่ความยาวและความหนาของเส้นใยหรือมัดกล้ามเนื้อทุกมัดเปลี่ยนแปลงได้

3) ถูกยืดออกได้ (Extensibility) คือการชิงหรือขยายตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อเอามัดกล้ามเนื้อออกมาจากร่างกาย แล้วใช้แรงหรือน้ำหนักถ่วงไว้ จะพบว่ากล้ามเนื้อยืดออกได้

4) คืนสู่รูปร่างเดิมได้ (Elasticity) มีคุณสมบัติคล้ายยางกล้ามเนื้อที่ถูกยืดออก สามารถคืนสู่รูปร่างเดิมได้เมื่อแรงหมดไปแต่ถ้าแรงยืดมีมากเกินไปจนใยกล้ามเนื้อถูกยืดจนครากจะทำให้คุณสมบัติของกล้ามเนื้อเสียไป และเมื่อเอาแรงยืดออกไปแล้ว กล้ามเนื้อก็ไม่สามารถกลับคืนสู่รูปร่างเดิมได้

### 9.1.3 กล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

- 1) กล้ามเนื้อของศีรษะ กล้ามเนื้อของศีรษะที่สำคัญมีอยู่ 4 มัด ได้แก่
  - (1) กล้ามเนื้อท้ายทอย 2 มัด ทำหน้าที่ดึงศีรษะให้กลับไปข้างหลัง (2) กล้ามเนื้อที่หน้าผาก 2 มัด ทำหน้าที่เลิกคิ้ว ดึงหนังศีรษะลงมา ทำให้หนัง หน้าผากย่นเป็นรอยขึ้นไปด้วย
  - 2) กล้ามเนื้อของหน้า กล้ามเนื้อของหน้ามีประมาณ 30 มัด และกล้ามเนื้อที่สำคัญ ได้แก่ (1) กล้ามเนื้อของลูกตาและหนังตา (2) กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร (3) กล้ามเนื้อของริมฝีปาก
  - 3) กล้ามเนื้อของลิ้น ลิ้นประกอบด้วยกล้ามเนื้อสำคัญ 3 มัด ลิ้นทำหน้าที่ช่วยในการบดเคี้ยวอาหาร โดยช่วยคลุกเคล้าให้อาหารถูกบดอยู่เสมอ ช่วยในการดูด กลืน พุด และรู่รสอาหาร
  - 4) กล้ามเนื้อของคอ กล้ามเนื้อคอ ประกอบด้วย (1) กล้ามเนื้อแพลทิสมา (Platysma) มีลักษณะเป็นแผ่นบางกว้างรูปสี่เหลี่ยม อยู่ถัดขึ้นผิวหนังเข้าไป ตรงด้านหน้าของลำคอตั้งแต่ตอนล่างของกระดูกขากรรไกรลงไป กล้ามเนื้อนี้จะช่วยริมฝีปากล่างและมุมปากลงมา (2) กล้ามเนื้อสเทอร์โนไคลโดมาสทอยด์ (Sternocleidomastoid) เป็นมัด แข็งแรง มีสองปลาย ปลายหนึ่งอยู่ส่วนบนของกระดูกหน้าอกและกระดูกไหปลาร้า อีกปลายหนึ่งเกาะที่กะโหลกศีรษะบริเวณท้ายทอย ทำหน้าที่ให้ศีรษะเคลื่อนไหวเอี้ยวศีรษะได้
  - 5) กล้ามเนื้อของลำตัว กล้ามเนื้อของลำตัว จำแนกออกเป็น
    - (1) กล้ามเนื้อของหลัง มีอยู่หลายมัด อยู่ที่ด้านหลังของลำตัว ตั้งแต่หลังคอ หลังอกไปจนถึงบั้นเอว
    - (2) กล้ามเนื้อของหน้าอก มีกล้ามเนื้อรูปเหมือนพัดอยู่ข้างหน้าอกประกบกันเป็นกล้ามเนื้อรักแร้ ทำหน้าที่หุบและหมุนต้นแขนเข้าข้างใน รังมาข้างหน้าและกดไหล่ให้อยู่กับที่ นอกจากนี้ยังมีกล้ามเนื้อที่อยู่ข้าง ๆ ของอก ประกอบเป็นด้านในของรักแร้ทำหน้าที่ดึงไหล่และดึงสะบักให้อยู่กับที่ (3) กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของซี่โครง ได้แก่ กล้ามเนื้อที่ยึดอยู่ใน ช่องระหว่างกระดูกซี่โครง (Intercostal muscle) กล้ามเนื้อนี้มีมัดหนึ่งมีสองชั้น คือชั้นนอกและชั้นใน รวมทั้งหมดมี 44 มัด ทำหน้าที่ให้ช่องอกขยายโตขึ้นและเล็กลง ซึ่งเกี่ยวกับการหายใจ นอกจากนี้ยังมีกล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragm) ช่วยในการหายใจ มีรูปเหมือนโดมก้นอยู่ระหว่างช่องอกกับช่องท้อง กระบังลมข้างขวาสูงกว่าข้างซ้าย เนื่องจากใต้กระบังลมข้างขวามีตับหนุนอยู่ ข้างซ้ายมีม้าม ตรงกลางมีกระเพาะอาหารเหนือกระบังลม ด้านขวาและซ้ายมีปอดเหนือกระบังลมตรงกลางมีหัวใจ
    - 6) กล้ามเนื้อของท้อง กล้ามเนื้อของท้อง แบ่งออกเป็น (1) กล้ามเนื้อที่ประกอบเป็นผนังข้างหน้าและข้าง ๆ ของท้องมีอยู่ข้างละ 4 มัด ได้แก่ กล้ามเนื้อชั้นบน ซึ่งแข็งแรงที่สุดของท้อง กล้ามเนื้อชั้นกลาง กล้ามเนื้อ ชั้นลึกและกล้ามเนื้อที่แบนยาวเป็นแผ่น กล้ามเนื้อเหล่านี้มีหน้าที่คือเมื่อมันหดตัวจะช่วยกดอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้อง ช่วยในการคลอดบุตร ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และอาเจียน ช่วยในการหายใจออก ช่วยป้องกันอวัยวะภายในไม่ให้เป็นอันตราย ไม่ให้เคลื่อนที่ ช่วยในการงอลำตัว ก้มตัวและก้มท้อง ฯลฯ (2) กล้ามเนื้อที่ประกอบเป็นผนังเบื้องหลังของท้อง ช่วยทำหน้าที่ยกขามาทาง หน้าท้องและหมุนกระดูกขาท่อนบนออกข้างนอก
    - 7) กล้ามเนื้อของแขน กล้ามเนื้อของแขน แบ่งออกเป็นส่วน ๆ ดังนี้
      - (1) กล้ามเนื้อของไหล่ ที่สำคัญได้แก่ กล้ามเนื้อ Deltoid เนื้อใหญ่หนา มีรูป เป็นสามเหลี่ยมคลุมอยู่ที่ข้อไหล่ตั้งต้นจากปลายนอกของกระดูก ไหลปลาร้า และกระดูกสะบัก แล้วไปยึดเกาะที่พื่นอกตอนกลาง

ของกระดูกแขนท่อนบน ทำหน้าที่ยกต้นแขนขึ้นมาข้างบนให้ได้ระดับกับไหล่เป็นมุมฉาก (2) กล้ามเนื้อของต้นแขน ที่สำคัญได้แก่ - ไบเซพส์แบรคิโอ (Biceps brachii) เป็นกล้ามเนื้อที่อยู่ด้านหน้าของ ต้นแขน มีรูปคล้ายกระสวย ทำหน้าที่งอข้อศอกและหยางมือ - ไตรเซพส์แบรคิโอ (Triceps Brachii) เป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่อยู่ด้านหลังของต้นแขน ปลายบนแยกออกเป็น 3 หัว ช่วยทำหน้าที่เหยียดปลายแขนหรือข้อศอก (3) กล้ามเนื้อของปลายแขน มีอยู่หลายมัด จำแนกออกเป็น ด้านหน้า และ ด้านหลัง ในแต่ละด้านยังแยกเป็น 2 ชั้น คือ ชั้นตื้น และชั้นลึก ทำหน้าที่เหยียดข้อศอก เหยียดและงอมือ เหยียดนิ้วมือ กระดูกข้อมือ งอข้อมือ พลิกแขนและคว่ำแขน ฯลฯ (4) กล้ามเนื้อของมือ เป็นกล้ามเนื้อสั้น ๆ ทำหน้าที่เคลื่อนไหวนิ้วมือ

8) กล้ามเนื้อของอุ้งเชิงกราน ที่สำคัญมีอยู่ 2 ชนิด ทำหน้าที่รองรับอวัยวะในช่องท้องน้อย เช่น มดลูก กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ตรง

9) กล้ามเนื้อของขา กล้ามเนื้อของขา จำแนกออกเป็น (1) กล้ามเนื้อตะโพก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่สุดของตะโพก ได้แก่ กลูเทียส แมกซิมัส (Gluteus Maximus) มีลักษณะหยาบและอยู่ตื้น ช่วยทำหน้าที่เหยียดและกางต้นขา นอกจากนี้ยังมีมัดเล็ก ๆ อยู่ใต้กล้ามเนื้อมัดใหญ่นี้ ช่วยกางและหมุนต้นขาเข้าข้างใน (2) กล้ามเนื้อของต้นขา ประกอบด้วย กล้ามเนื้อด้านหน้าของต้นขา มีหน้าที่เหยียดปลายขา - กล้ามเนื้อด้านในของต้นขา มีหน้าที่หุบต้นขา กล้ามเนื้อด้านหลังของต้นขา มีหน้าที่งอปลายขา (3) กล้ามเนื้อของปลายขา ประกอบด้วย กล้ามเนื้อด้านหลังของปลายขา ทำหน้าที่งอเท้าขึ้นเหยียด นิ้วเท้าและหันเท้าออกข้างนอก กล้ามเนื้อด้านนอกของปลายขา ช่วยทำหน้าที่เหยียดปลายเท้า เหมือนกล้ามเนื้อด้านหลังของปลายขา (4) กล้ามเนื้อของเท้า เป็นกล้ามเนื้อสั้น ๆ เหมือนกับของมือ อยู่ที่หลังเท้า และฝ่าเท้า มีหน้าที่ช่วยยึดเท้าให้เป็นส่วนโค้งและเคลื่อนไหวนิ้วเท้า

9.2 ระบบไหลเวียนของโลหิต (Circulatory System) ประกอบด้วย โลหิต หัวใจ หลอดโลหิต การไหลเวียนของโลหิต ซีพจร และความดันโลหิต

9.2.1 ความหมายของโลหิต โลหิตคือ น้ำเลี้ยงร่างกาย ประกอบด้วยเม็ดโลหิต อาหาร สิ่งหล่อเลี้ยงร่างกายและของเสียที่ร่างกายไม่ต้องการ โลหิตมีสีแดงเวลาผ่านไปบนเส้นโลหิตแดง และมีสีแดงเข้ม เวลาผ่านไปบนเส้นโลหิตดำ ลักษณะเป็นของเหลวเหนียวกว่าน้ำประมาณ 5 เท่า มีกลิ่นเฉพาะ รสกล่อย เมื่อไหลเวียนอยู่ในหลอดโลหิตมีอุณหภูมิประมาณ 100 ปฏิบัติการเป็นต่างเล็กน้อย ในร่างกายมนุษย์มีโลหิตอยู่ประมาณร้อยละ 9 ของน้ำหนักร่างกาย หรือประมาณ 4,500 - 5,000 ลบ.ซม. ในคนที่มีน้ำหนักตัว 50 กก.

9.2.2 ส่วนประกอบของโลหิต โลหิตประกอบขึ้นจาก 2 ส่วน คือ น้ำเลือด (plasma) อยู่ 90% และเม็ดโลหิต (Corpuscles) ซึ่งมีอยู่ 10%

น้ำเลือด (Plasma) น้ำเลือดเป็นส่วนเหลวของโลหิต สี เหลืองอ่อนใส มีโปรตีน เกลือแร่ ก๊าซต่าง ๆ อาหาร ฮอรโมน และสารที่มีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อโรค รวมทั้งของเสีย ที่ร่างกายไม่ต้องการ

เม็ดโลหิต มีอยู่ด้วยกัน 3 ชนิด คือ เม็ดโลหิตแดง (Erythrocyte or R.B.C) เม็ดโลหิตแดง มีลักษณะเป็นรูปแบนกลม ตรงกลางมีรอยเว้าไม่มีนิวเคลียส ถ้ามองเม็ดเดียว ๆ จะมีสีเหลืองแกมเขียว ถ้าอยู่รวมกันมาก ๆ เป็นสีแดง ในเม็ดโลหิตแดงมีธาตุเหล็ก และสารฮีโมโกลบิน (Haemoglobin) สารนี้มีคุณสมบัติเมื่อร่วมกับก๊าซออกซิเจนจะทำให้เลือดดำกลายเป็นเลือดแดง (Oxyhaemoglobin) เม็ดโลหิตแดงถูกสร้างขึ้นจากไขกระดูก (Bone Marrow) เม็ดโลหิตแดงในเพศ



ชายมี 5,000,000 เม็ด/ลบ.ซม. และ 4,500,000 เม็ด/ลบ.ซม. ในเพศหญิง มีหน้าที่นำก๊าซออกซิเจนจากปอดไปสู่เซลล์ทำให้เลือดมีสีแดงและนำก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มาสู่ปอด เม็ดโลหิตขาว (Leucocyte or W.B.C) เม็ดโลหิตขาว มีรูปร่างและขนาดต่าง ๆ กัน โตกว่าเม็ดโลหิตแดง มีนิวเคลียสหนึ่งหรือหลายอันในเซลล์เดียว มีสีเทาอ่อนไม่ขาวทีเดียว จำนวนเม็ดโลหิตขาวในร่างกายของคนสมบูรณ์ดีมีประมาณ 5,000-7,000 เม็ด/ลบ.ซม. เม็ดโลหิตนี้สร้างมาจากไขกระดูก และต่อมน้ำเหลืองทำหน้าที่ต่อสู้เชื้อโรค และ สิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย เกล็ดเลือด (Thrombocytes) เกล็ดเลือด มีขนาดเล็กกว่าเม็ดโลหิตแดง ไม่มีนิวเคลียส เกิดจากโพรงกระดูก มีประมาณ 2,000,000 ต่อ 1 ลบ.ซม. มีหน้าที่ช่วยทำให้โลหิตแข็งเป็นก้อนเร็วขึ้น เนื่องจากมีสารไฟบริโนเจน (Fibrinogen)

### 9.2.3 หน้าที่ของโลหิต มีดังต่อไปนี้

- 1) ลำเลียงอาหารที่ย่อยและดูดซึมแล้วทั่วร่างกายไปเลี้ยงเซลล์ทั่วร่างกาย
- 2) ลำเลียงก๊าซออกซิเจนจากปอดไปเลี้ยงเซลล์และรับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากเซลล์กลับไปถ่ายทอดให้ปอด
- 3) ลำเลียงของเสียไปสู่อวัยวะที่ทำการถ่ายเท เช่น ปอด ไต และผิวหนัง
- 4) ช่วยรักษาระดับความร้อนของร่างกาย
- 5) ช่วยนำฮอร์โมนไปสู่อวัยวะเพื่อกระตุ้นให้อวัยวะทำงานปกติ
- 6) ทำให้ร่างกายสดชื่น และมีอำนาจต่อสู้ป้องกันเชื้อโรค 2 หัวใจ

หัวใจเป็นอวัยวะที่ประกอบด้วยกล้ามเนื้อที่อยู่นอกอานาการควบคุมของ จิตใจ ภายในเป็นโพรงรูปร่างเหมือนดอกบัวตูมโตมีขนาดเท่ากำปั้นของผู้เป็นเจ้าของหนักประมาณ 150-300 กรัม ตั้งอยู่ในช่องอกเยื้องมาทางซ้ายและอยู่ตรงระหว่างปอดทั้งสองข้าง หัวใจมีเยื่อหุ้มภายนอกเรียกว่า "เยื่อหุ้มหัวใจ" ภายในแบ่งเป็น 2 ซีก คือ ซีกซ้ายกับซีกขวา ซีกซ้ายเก็บโลหิตแดง ส่วนซีกขวาเก็บโลหิตดำ หัวใจแต่ละซีกมี 2 ห้อง ห้องบนและห้องล่าง ระหว่างห้องบนและห้องล่างมีรูติดต่อกันที่รูมีลิ้นเปิดปิดให้โลหิตไหลสู่ห้องล่าง

### 9.1.3 หลอดโลหิต หลอดโลหิตมีทั้งที่เป็นหลอดโลหิตแดง หลอดโลหิตดำ และหลอดโลหิตฝอย

- 1) หลอดโลหิตแดง (Arteries) หลอดโลหิตแดง คือ หลอดโลหิตที่นำโลหิตจาก หัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ลักษณะเป็นกล้ามเนื้อเหนียวยืดและหดตัวได้มากไม่แพบเวลาไม่มีโลหิต และไม่มีลิ้น ตั้งต้นออกจากหัวใจที่ห้องล่างซ้ายด้วยหลอดโลหิตแดงใหญ่ที่สุด (Aorta) แล้วแตกแขนงออกเล็กลงทุกทีและไปสุดเอาที่หลอดโลหิตฝอย หลอดโลหิตแดงที่สำคัญคือ หลอดโลหิตแดงปอด ทอดออกจากหัวใจห้องล่างขวา นำ โลหิตดำจากหัวใจสู่ปอดแตกออกเป็นสองแขนง เรียกว่า หลอดโลหิตแดงปอดขวา และหลอดโลหิตแดงปอดซ้าย หลอดโลหิตแดงใหญ่ ทอดออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย แยกไปยังศีรษะ ลำตัว แขน และขา และหลอดโลหิตแดงใหญ่ท้อง ผ่านเข้าไปทางช่องท้องด้าน หน้ากระดูกสันหลัง สุดเอาตรงกระดูกสันหลังส่วนเอว แล้วแตกออกเป็นสองแขนงแยกไปเลี้ยงขาทั้งสองข้าง

2) หลอดโลหิตดำ (Veins) หลอดโลหิตดำ คือ หลอดที่นำโลหิตจากเนื้อเยื่อทั่วร่างกายเข้าสู่หลอดโลหิตดำฝอย แล้วส่งมายังหลอดโลหิตดำ หลอดโลหิตดำใหญ่และเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา หลอดโลหิตดำมีผนังบางกว่าหลอดโลหิตแดง หลอดโลหิตดำ แบ่งออกเป็น 2 พวกตามตำแหน่งที่อยู่ คือ หลอดโลหิตดำผิว อยู่ตื้น ๆ ใต้ผิวหนัง เห็นได้ตามหลังมือ หลังเท้า หลอดโลหิตดำลึก ทอดอยู่ลึกและขนานไปกับหลอดโลหิตแดง หลอดโลหิตดำที่สำคัญ คือหลอดโลหิตดำปอด มี 4 หลอดทอดออกจากปอดทั้งสองข้าง ข้างละสองหลอด นำโลหิตแดงจากปอดเข้าสู่หัวใจห้องบนซ้าย หลอดโลหิตดำใหญ่บน ประกอบด้วยหลอดโลหิตดำจากศีรษะ แขน คอ และทรวงอก รวมเป็นหลอดใหญ่ นำโลหิตดำเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา หลอดโลหิตดำใหญ่ล่าง ประกอบด้วยหลอดโลหิตดำจากขา และช่องท้องนำโลหิตดำเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาตรงมุมล่าง หลอดโลหิตดำที่ท้อง ประกอบด้วยหลอดโลหิตดำจากกระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ และม้าม การไหลเวียนของโลหิต เริ่มต้นจากหัวใจห้องบนซ้ายรับโลหิตจากปอดที่ฟอกเรียบร้อยแล้ว ทางเส้นโลหิตดำปอดเมื่อเต็มแล้วกลัมนเนื้อหัวใจบีบตัวเกิดแรงดันโลหิตดำให้ลิ้นเปิดโลหิตไหลลงสู่ห้องล่างซ้าย จากห้องล่างซ้ายโลหิตจะถูกบีบขึ้นไปทางเส้นโลหิตแดงใหญ่ แล้วแยกไปเลี้ยงยัง คอ แขน ลำตัว และท่อนขา และส่งไปตามเส้นโลหิตแดงเล็ก เส้นโลหิตแดงฝอยเพื่อเลี้ยงทุก ๆ เซลล์ทั่วร่างกาย โลหิตแดงเมื่อเลี้ยงเซลล์แล้วก็กลายเป็นโลหิตดำ และจะถูกส่งคืนมายังเส้นโลหิตดำฝอย เส้นโลหิตดำเล็ก เส้นโลหิตดำใหญ่ แล้วไหลเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา เมื่อกลัมนเนื้อหัวใจบีบตัว ลิ้นระหว่างห้องเปิดโลหิตไหลลงสู่ห้องล่างขวา กลัมนเนื้อห้องล่างบีบตัวโลหิตจะถูกดันออกจากห้องล่างไปตามเส้นโลหิตแดงปอด เพื่อส่งไปยังปอดทั้ง 2 ข้าง ให้ปอดฟอกเป็นโลหิตแดง แล้วก็จะถูกส่งมาหัวใจทางเส้นโลหิตดำปอดอีก วนเวียนอยู่เช่นนี้ การบีบตัวของหัวใจห้องบนและห้องล่างทั้งสองข้างจะบีบตัวพร้อมกันตามลำดับ การบีบตัวทำให้เกิดเป็นเสียงเต้นของหัวใจ ตูบตูบ ซีพจร (Pulse) ซีพจร หมายถึง การเต้นของเส้นโลหิตแดง เกิดจากการขยายตัวและหดตัวของเส้นโลหิตแดง ซึ่งจะคลำได้ในจุดที่เส้นโลหิตแดงอยู่ไม่ลึกจากผิวหนังมากนัก วิธีคลำให้วางปลายนิ้วชี้และนิ้วกลางตามแนวเส้นโลหิตแดง

ตำแหน่งที่คลำชีพจรได้ในร่างกาย แบ่งเป็น 2 ซีก ซ้ายและขวามีชีพจร 11 แห่ง ดังนี้คือ (1) ขมับ (2) ขอบขากรรไกรล่าง กึ่งกลางระหว่างคางกับมุมขากรรไกร (3) ด้านข้างของลำคอ (4) เหนือสันกระดูกไหปลาร้า (5) ใต้รักแร้ (6) ท้องแขน (ด้านในของต้นแขน) (7) ข้อพับศอกด้านใน (8) ข้อมือทางด้านนิ้วหัวแม่มือ (9) ตรงขานิ้ว (10) ใต้พับข้อเข่า (11) บนหลังเท้า

อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการเต้นของชีพจร คือ จำนวนตึบของชีพจรที่นับได้ในหนึ่ง นาที โดยทั่วไปคนปกติ อัตราการเต้นของชีพจรจะเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) ชีพจรผู้ใหญ่จะเต้นประมาณ 60-100 ครั้งต่อนาที เด็กจะเต้นเร็วกว่าโดยเฉพาะเด็กเล็กจะเต้นประมาณ 120-140 ครั้งต่อนาที หรือคิดเฉลี่ยประมาณ 65-70 ครั้งต่อนาที ในเพศชาย และ 70-80 ครั้งต่อนาที ในเพศหญิงอัตราการเต้นของชีพจรจะเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ เนื่องจากสาเหตุตื่นเต้น ตกใจกลัว โกรธ การออกกำลังกาย โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น มีไข้สูง คอพอกเป็นพิษ ตกเลือดเป็นต้น และอัตราการเต้นของชีพจรจะลดลง พบในผู้ที่อยู่ในภาวะช็อค หัวใจวาย เป็นต้น

ความสม่ำเสมอของชีพจร ปกติชีพจรจะเต้นเป็นจังหวะ ตึบ..ตึบ..ตึบ ช่วงระหว่างชีพจรเต้นตึบจะ เท่ากันหมด ถ้าพบว่าจังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ เต้นถี่บ้าง ห่างบ้างแรงบ้าง ค่อยบ้าง หรือหายไปเป็นครั้งคราว มักเกิดจากหัวใจผิดปกติ หรือเกิดจากร่างกายส่วนอื่นผิดปกติ เช่น โรคคอพอกเป็นพิษ

ความแรงของชีพจร ในขณะที่คลำชีพจรให้กดปลายนิ้วที่อยู่ใกล้ฝ่ามือมากกว่าจนปลายนิ้วที่อยู่ใกล้ฝ่ามือคลำชีพจรไม่ได้ ในระหว่างที่ชีพจรไม่เต้น ให้คลำดูแรงดันภายในเส้นโลหิต ถ้าเส้นโลหิตเป็นลำแข็งมาก แสดงว่าแรงดันในเส้นโลหิตสูง และถ้าคลำได้หย่อนหรือไม่ตึงเลย แสดงว่าแรงดันในเส้นโลหิตต่ำ ความดันโลหิต (Blood Pressure) ความดันโลหิต หมายถึง ความดันของเลือดในเส้นโลหิตแดง โดยปกติจะมองไม่เห็นเส้นโลหิตแดง แต่สามารถคลำได้เพราะเส้นโลหิตแดงจะเต้นเป็นจังหวะชีพจร ขณะที่หัวใจบีบโลหิตออกไปสู่อวัยวะอื่นๆ จะมีการหดตัวของหัวใจห้องล่างทำให้เกิดความดันสูงสุด (Systolic Pressure) และเมื่อหัวใจห้องล่างขยายตัวจะเกิดความดันต่ำสุด (Diastolic Pressure) ความดันโลหิตของคนไทยปกติจะอยู่ระหว่าง 80/50 มม.ปรอท - 140/90 มม.ปรอท

ความดันโลหิตต่ำ หมายถึงความดันโลหิตจะตกลงทันที ทำให้เกิดอาการ หน้ามืด เป็นลม โดยเฉพาะเวลาเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านยืนทันที มักพบในผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ เสียเลือดมาก ทำให้เกิดภาวะช็อค ผู้ป่วยที่เพิ่งฟื้นไข้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีรูปร่างผอมแห้งแรงน้อย หรือใช้ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น ส่วนอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น หายใจไม่เต็มปอด กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ฯลฯ เป็นอาการที่เกิดจากความเครียด หรือขาดการพักผ่อนและขาดการออกกำลังกายตามควร ไม่ได้เกิดจากโรคความดันโลหิตต่ำ

ความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น

ความดันโลหิตตัวบนสูง แต่ความดันตัวล่างไม่สูง เช่น 190/80 มม.ปรอท 220/90 มม.ปรอท ภาวะเช่นนี้เกิดจากเส้นโลหิตแดงใหญ่ในทรวงอกและที่ท้องแข็งตัว มักพบในคนสูงอายุ ไม่มีอันตรายมากนัก และยังไม่มียาที่ใช้ลดความดันโลหิตตัวบนได้ผลดี จึงต้องระวังรักษาตนเองด้วยการงดอาหารเค็ม และหลีกเลี่ยงความเครียดทั้งกายและใจ

ความดันโลหิตตัวล่างสูง และส่วนใหญ่ความดันตัวบนมักจะสูงด้วย เช่น 160/110 มม.ปรอท 190/110 มม.ปรอท ภาวะเช่นนี้เกิดจากเส้นโลหิตแดงเล็กๆทั่วร่างกายแข็งตัว พบทั้งในเด็กจนถึงคนชรา มียาที่ใช้ลดความดันโลหิตตัวล่างสูงที่ให้ผลดีอยู่หลายชนิดควบคู่ไปกับการระวังรักษาตนเองโดยทั่วไปเมื่อพูดถึงโรคความดันโลหิตหมายถึงความดันโลหิตตัวล่างสูง

9.3 ระบบประสาท ระบบประสาท (Nervous System) การทำงานของระบบประสาทเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก และเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ระบบประสาทนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System, C.N.S.) ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nervous System, P.N.S.) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System, A.N.S.)

ระบบประสาทส่วนกลาง

ระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วย สมองและไขสันหลัง (Brain and Spinal Cord)

1. หน้าที่ของสมอง

1.1 ควบคุมความจำ ความคิด การใช้ไหวพริบ

1.2 ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ โดยศูนย์ควบคุม สมอง ด้านซ้ายจะไปควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อด้าน ขวาของร่างกาย ส่วนศูนย์ควบคุมสมองด้านขวาก็ทำหน้าที่ ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อด้านซ้ายของร่างกาย

1.3 ควบคุมการพูด การมองเห็น การได้ยิน

1.4 ควบคุมการเผาผลาญอาหาร ความหิว ความกระหาย

1.5 ควบคุมการกรอกลูกตา การปิดเปิดม่านตา

1.6 ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อให้ทำงานสัมพันธ์กัน ช่วย การทรงตัว

1.7 ควบคุมกระบวนการหายใจ การเต้นของหัวใจ การหดตัว และขยายตัวของเส้นเลือด

1.8 ทำหน้าที่รับความรู้สึกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หน้าที่ ของระบบประสาทต่อการออกกำลังกาย ต้องอาศัย สมองส่วนกลางโดยสมองจะทำหน้าที่นึกคิดที่จะ ออก กำลังกายแล้วออกคำสั่งส่งไปยังสมองส่วนที่เรียกว่าแอสโซซิเอชัน มอเตอร์ เอเรียส์ (Association Motor Areas) เพื่อวางแผนจัดลำดับการเคลื่อนไหว แล้วจึงส่งคำสั่งไปยัง ประสาทกลไก (Motor Area) ซึ่งเป็นศูนย์ที่จะส่งคำสั่งลงสู่ ไขสันหลัง

2. ระบบประสาทกลไกที่มาควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อมี 2 ระบบ คือ

2.1 ระบบพีรามิดัล (Pyramidal System) ระบบนี้รับกระแส ประสาทมาจากสมอง ผ่านโดยตรงมายังประสาทกลไกซึ่งอยู่ที่ไขสันหลัง มีผลทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ หดตัวแยกกันได้ชัดเจน จึงก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวเฉพาะส่วน

2.2 ระบบเอกซ์ตราพีรามิดัล (Extrapyramidal System) ระบบนี้รับกระแสประสาทมาจากสมองและก้านสมอง (Brainstem) ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ กล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวที่เกิดจากการทำงานของระบบนี้เป็นไปอย่างกว้างขวาง เพราะเกี่ยวข้องกับ กล้ามเนื้อหลายกลุ่ม ทั้งยังสามารถเร่งและยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทกลไกในไขสันหลังได้อีก ด้วย ในการออกกำลังกายนั้น การเคลื่อนไหวในระยะแรกจะเป็นการเคลื่อนไหวที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ โดยมีการเริ่มต้นที่สมองก่อน เมื่อได้เริ่มต้นการเคลื่อนไหวของร่างกายแล้ว ความเร็ว ความแรงช่วงของ การเคลื่อนไหว ทิศทางและการสิ้นสุดของการเคลื่อนไหวจะถูกควบคุม แม้ว่าการเคลื่อนไหวนั้นจะ เริ่มต้นด้วยการเคลื่อนไหวที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ แต่รายละเอียดของการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่จะถูก ควบคุมที่ระดับนอกเหนืออำนาจจิตใจ โดยเกิดขึ้นที่ก้านสมองและไขสันหลัง ดังนั้น การเคลื่อนไหว ทั้งหมดจึงเป็นการทำงานร่วมกันของสมองทั้งส่วนที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจและส่วนที่อยู่นอกเหนือ อำนาจจิตใจ เพื่อให้ได้การตอบสนองตามต้องการ

3. หน้าที่ของไขสันหลัง (Spinal Cord)

3.1 ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทไปยังสมอง เพื่อตีความและ สั่งการ และในขณะเดียวกันก็รับพลังประสาทจากสมองซึ่งเป็นคำสั่งไปสู่อวัยวะต่าง ๆ

3.2 เป็นศูนย์กลางของปฏิกิริยาสะท้อน (Reflex Reaction) คือ สามารถที่จะทำงานได้ทันที เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงอันตรายอันอาจเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น เมื่อเดิน ไปเหยียบหนามที่แหลมคม เท้าจะยกหนีทันทีโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากสมอง

3.3 ควบคุมการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ ที่มีเส้นประสาท  
ไขสันหลังไปสู่ ซึ่งหน้าที่นี้เรียกว่า ทروفฟิกฟังก์ชัน (Trophic Function)

#### ระบบประสาทส่วนปลาย

ระบบประสาทส่วนปลาย เป็นส่วนที่แยกออกมาจากระบบประสาท  
ส่วนกลาง คือ ส่วนที่แยกออกมาจากสมองเรียกว่า เส้นประสาทสมอง (Cranial Nerve) และส่วนที่แยก  
ออกมาจากไขสันหลัง เรียกว่า เส้นประสาทไขสันหลัง (Spinal Nerve)

1. เส้นประสาทสมอง เส้นประสาทสมองประกอบด้วยเส้นประสาท

12 คู่มีหน้าที่ดังนี้

1.1 นำความรู้สึกเข้า (Sensory Nerve) โดยเส้นประสาทคู่ที่

1, 2, 8

1.2 นำความรู้สึกออก (Motor Nerve) โดยเส้นประสาทคู่ที่

3, 4, 6, 11, 12 (3) นำความรู้สึกผสม (Mixed Nerve) โดยเส้นประสาทคู่ที่ 5, 7, 9, 10 หน้าที่ของ  
เส้นประสาทสมอง (1) ทำหน้าที่ดมกลิ่น การเห็น การได้ยินและการทรงตัว (2) ควบคุมการเคลื่อนไหว  
ของลูกตา ศีรษะและไหล่

1.3 รับความรู้สึกจากผิวหนัง การแสดงทางสีหน้า การรับรส

1.4 ควบคุมการหายใจ ชีพจร ขับน้ำย่อยและความดันเลือด

2. เส้นประสาทไขสันหลัง เส้นประสาทไขสันหลัง เป็นส่วนที่แยก

ออกมาจากไขสันหลังทั้งทางด้านหน้าและทางด้านหลังทำหน้าที่ไปหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ  
ของร่างกายและรับความรู้สึกจากผิวหนัง ดังนั้น เส้นประสาทไขสันหลังจึงเป็นเส้นประสาทผสม (Mixed  
Nerve) มีทั้งหมด 31 คู่ โดยแยกออกจากบริเวณคอ 8 คู่ บริเวณอก 12 คู่ บริเวณก้น 5 คู่ และบริเวณ  
ก้นกบ 1 คู่ ซึ่งเส้นประสาทดังกล่าว จะรวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือเป็นตาข่าย (Plexus) เพื่อทำหน้าที่ไป  
หล่อเลี้ยงและรับความรู้สึกจากอวัยวะตามส่วนต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ดังนั้น ถ้าหากเส้นประสาทไขสันหลัง  
บริเวณใดได้รับอันตราย ก็จะมีผลต่อการเคลื่อนไหวและความรู้สึกของอวัยวะที่เส้นประสาทไขสันหลัง  
ไปสู่ เช่น ถ้าเส้นประสาทไขสันหลังบริเวณเอว และบริเวณก้นได้รับอันตราย ก็จะมีผลต่ออวัยวะส่วนล่าง  
คือ ขาเกือบทั้งหมด อาจจะมีอาการของอัมพาตหมดความรู้สึกและเคลื่อนไหวไม่ได้ 1.3 ระบบประสาท  
อัตโนมัติ ระบบประสาทอัตโนมัติ ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายใน และทำงาน  
อยู่นอกอำนาจจิตใจ แบ่งการทำงานออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ซิมพาเทติก (Sympathetic Division) ทำหน้าที่เร่งการ

ทำงานของอวัยวะภายในให้ทำงานเร็ว หนักและ แรงขึ้น รวมทั้งควบคุมการแสดงทางอารมณ์ มีผลทำให้  
หัวใจเต้น เร็วขึ้น ความดันเลือดเพิ่มขึ้น ต่อมต่าง ๆ ทำงานเพิ่มขึ้น รวมทั้งงาน ที่ต้องทำในทันทีทันใด  
เช่น ในภาวะของความกลัว ตกใจ โกรธและ ความเจ็บปวด หรือเป็นการกระทำเพื่อความปลอดภัยของ  
ร่างกาย ในภาวะฉุกเฉิน ประสาทส่วนนี้ออกมาจากเส้นประสาทไขสันหลัง บริเวณอกและบริเวณเอว

2.2 พาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Division) โดยปกติ

แล้ว ประสาทกลุ่มนี้จะทำหน้าที่เร่งการทำงานของอวัยวะภายใน หรือจะทำงานในช่วงที่ร่างกายมีการ  
พักผ่อน ประสาทส่วนนี้มาจากเส้นประสาทส่วนก้นกบและจากสมองกระแสนประสาทของซิมพาเทติก  
และพาราซิมพาเทติก จะทำงานไปพร้อม ๆ กัน ถ้ากลุ่มหนึ่งทำงานมากอีกกลุ่มหนึ่งก็จะทำงานน้อยลง  
สลับกันไป และบางทีก็ช่วยกันทำงาน เช่น ควบคุมระดับน้ำในร่างกาย ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้

อยู่ในระดับปกติ รวมทั้งควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและต่อมต่าง ๆ ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม 1. ระบบกล้ามเนื้อในร่างกายถูกควบคุมด้วยระบบประสาท เพื่อให้กล้ามเนื้อทุกมัดทำงานประสานกันอย่างเป็นระเบียบ มีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่ว กล้ามเนื้อแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ กล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อเรียบ และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งกล้ามเนื้อลายเป็นกล้ามเนื้อที่แข็งแรงที่สุด อยู่ในอานาจีจิตใจ ส่วนกล้ามเนื้อเรียบและหัวใจ ไม่อยู่ในอานาจีจิตใจ 2. ระบบไหลเวียนโลหิต ประกอบด้วย โลหิต หัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งมีหน้าที่ลำเลียงอาหารไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีหัวใจรับโลหิตจากปอดที่ฟอกแล้ว แยกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 3. ระบบประสาท เป็นระบบที่ซับซ้อน และมีความสัมพันธ์กับระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งระบบประสาทแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ระบบประสาทส่วนกลาง, ส่วนปลาย และส่วนอัตโนมัติ ระบบประสาทส่วนกลางจะประกอบด้วยสมองและไขสันหลัง ระบบประสาทส่วนปลายนั้น จะแยกออกจากระบบประสาทกลาง ไขสันหลัง ส่วนระบบประสาทอัตโนมัติ จะทำหน้าที่ในการทำงานของอวัยวะภายใน และการทำงานที่อยู่นอกอานาจีจิตใจ

#### 9. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

9.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุทั่วโลก ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลเมื่อเกิดและเจริญเติบโต เป็นเด็ก เป็นผู้ใหญ่ และสุดท้ายเป็นผู้สูงอายุ หรือบางทีก็เรียก คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่า ผู้อาวุโส สุดแต่จะเรียกกัน แต่ถ้าพิจารณาดูให้ดีจะเห็นว่า คำเรียกจะแยกออกได้ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช. 2542 : 24-25)

9.1.1 เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่นเรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The Aged, Aging, Oldman) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่บางคนมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากนักก็ได้

9.1.2 เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่นเรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ปัญหาที่ตามมาคือ อายุเท่าใดจึงเรียกว่า “ผู้สูงอายุ” เรื่องนี้ได้มีการถกเถียงกันในที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ ส่วนใหญ่คนภาคพื้นยุโรปและอเมริกาเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่ภาคพื้นเอเชียมักถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันในระหว่างประเทศให้ยึดเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ

9.1.3 เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่นเรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizens) ในองค์กรหนึ่ง ๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์กร ทั้ง ๆ ที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่ ปัจจุบันประเทศไทยใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” กันเป็นส่วนมาก เพราะดูกลาง ๆ ไม่บ่งชัดว่าแก่หรือชรา ในวงการนานาชาติ คำที่ใช้ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ใช้คำว่า Older Persons ด้วยความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุข ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายลดลง ส่งผลให้คนมีอายุยืนยาวขึ้นประกอบด้วยอัตราการตายของเด็กแรกเกิดลดลง เป็นผลให้มีสัดส่วนของประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 1995 โลกของเรามีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 542 ล้านคนผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีจำนวนสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นั่นคือมีผู้สูงอายุเพศหญิงประมาณ 300 ล้านคนและผู้สูงอายุเพศชายประมาณ 242 ล้านคน ในอนาคตคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุในโลกโดยรวมจะเพิ่มสูงขึ้น คือในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1,181 ล้านคน และในปีค.ศ. 2050 จะมี ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1,920 ล้านคน หากพิจารณาร้อยละของผู้สูงอายุจากประชากรทั้งหมดในโลกจะเห็นได้ว่า อัตราร้อยละของประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชายและอัตราร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งโลกจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ในปี ค.ศ. 1995 โลกเรามีผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 10.6 เพศชายร้อยละ 8.4 คาดว่าในปี ค.ศ. 2025

โลกเราจะมีผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 13.1 และเพศชาย ร้อยละ 15.4 และในปี ค.ศ. 2050 อัตราร้อยละของผู้สูงอายุเพศหญิงของโลกจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.4 และเพศชายเป็นร้อยละ 18.6 (Concepcion, Mercedes B.1996 : 33)สภาวะการณ์เพิ่มของประชากรที่มีอายุมากขึ้น เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกมีการคาดประมาณแนวโน้มของการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องดังนี้ ประชากร ค.ศ. 1985 ค.ศ. 2000 ค.ศ. 2025ทั่วโลก 5.7% 6.6% 9.5% ประเทศพัฒนาแล้ว 11.1% 13.2% 17.5%ประเทศกำลังพัฒนา 4.0% 4.9% 7.8% (World Population Prospect : Estimates and Projection as Assessed in 1982 : United Nation Publications No.E83. 1985 : 8)

จากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1990 ประชากรผู้สูงอายุของโลกมีจำนวน 828 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 จะเพิ่มสูงขึ้นสองเท่าครึ่งในขณะที่ประชากรรวมจะเพิ่มเพียงครึ่งเดียวเท่านั้น ในปี ค.ศ. 2050 การคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุของทวีปต่าง ๆ ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนานั้นคือ ทวีปอาฟริกา เอเชีย และลาตินอเมริกา เนื่องจากสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นทำให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ทวีปเอเชียมีประชากรสูงอายุจำนวนมากที่สุด แต่ในแง่ของสัดส่วนของผู้สูงอายุนั้นคือ ทวีปยุโรป ทวีปอเมริกา และทวีปเอเชียเหนือ โดยทวีปยุโรปมีร้อยละของผู้สูงอายุเป็นอันดับที่หนึ่งคือมีผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 34.0 และผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 27.7ทวีปอเมริกาเหนือมีผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับสองคือ มีผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 28.9 และผู้สูงอายุชายร้อยละ 24.2 กล่าวได้ว่า จะเป็นสังคมที่มีประชากรสูงอายุเป็นจำนวนมาก อันจะเป็นภาระแก่สังคมที่จะต้องรับผิดชอบดูแลด้านการแพทย์การอนามัย และสวัสดิการความเป็นอยู่ทั่วไป (Concepcion. 1996 : 33) ผลจากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติพบว่าเมื่อปี ค.ศ. 1980 ประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุ มีสัดส่วนของการกระจายตัวในอัตราค่อนข้างทัดเทียมกัน ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา แต่เมื่อถึงปี ค.ศ. 2025 ปรากฏว่าประมาณร้อยละ 71 ของประชากรผู้สูงอายุในโลกจำนวน 1,200 ล้านคน จะอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาจากที่ลักษณะภาพทางประชากรศาสตร์ของมนุษย์ในโลก มนุษย์ในโลกได้ทวีจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ดังที่กล่าวมา และจากข้อมูลปี พ.ศ. 2518 ประชากรโลกทั้งหมดมีจำนวน 4,100 ล้านคนเพิ่มเป็น 6,500 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และจะเพิ่มเป็น 8,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 จากปี พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2568 เป็นเวลา 50 ปี ประชากรโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 นั่นคือ เพิ่มจาก4,100 ล้านคนเป็น 8,200 ล้านคน เมื่อพิจารณาเฉพาะประชากรโลก อายุ 60 ปีขึ้นไป หรือเรียกว่าผู้สูงอายุโลกนั้นได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.4 ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุของโลก นอกจากจะมีจำนวนมากขึ้นแล้ว ยังมีอัตราส่วนสูงขึ้นด้วย กล่าวคือ เมื่อปี พ.ศ. 2518 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.54 ของประชากรโลกทั้งหมด แต่ในปี พ.ศ. 2563 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.41ในปี พ.ศ. 2530 รายงานของผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุกล่าวว่า ภายในปี พ.ศ. 2543 คาดคะเนได้ว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุในโลกจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2503 อัตราส่วนของผู้สูงอายุในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาจะเท่าเทียมกัน แสดงว่า การเพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุในโลกเป็นการเพิ่มในประเทศกำลังพัฒนาเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในภาคพื้นเอเชีย เพียงประเทศจีนและอินเดียเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2563 สองประเทศนี้จะมีประชากรสูงอายุมารวมกันมากกว่า 270 ล้านคน (บรรลุ ศิริพานิช. 2542 : 28) เหตุที่ประชากรสูงอายุที่มีอัตราส่วนมากขึ้น (Process of Population Aging) การที่ประชากรโลกมีภาพรวมเป็นว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นจากเหตุผล 2 ประการ คือ

1) อัตราการเกิดลดลง (Declining Crude Birth Rate) หลายประเทศประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด โดยเฉพาะในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลง บางประเทศในยุโรปไม่มีการเพิ่มของประชากรเลย ในเอเชียประเทศจีนรณรงค์ให้มีบุตรได้เพียงครอบครัวละ 2 คน และในอนาคตอันใกล้จะลดลงเหลือครอบครัวละ 1 คนเท่านั้น

2) มีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น อายุขัยเฉลี่ยนี้สูงขึ้นทุกประเทศ ไม่มากก็น้อย เนื่องจากอัตราการตายลดลง โดยเฉพาะอัตราการตายของทารกแรกคลอดลดลงมากตามความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขของโลกอัตราการเกิดที่ลดลงทำให้ประชากรอายุน้อยลดลง ประกอบกับการที่คนมีอายุยืนขึ้นจึงเกิดผลรวมให้ประชากรทั้งโลกมีสัดส่วนที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้นในปัจจุบัน (The Greying World Population) ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในสังคม เมื่อโครงสร้างของประชากรในสังคมเปลี่ยนแปลงไปโดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมา ผลกระทบที่เกิดขึ้นในสังคม เมื่อโครงสร้างของประชากรในสังคมเปลี่ยนแปลงไป โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมา กล่าวได้ดังนี้

2.1 ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการผลิตลดลงตามสมรรถภาพของร่างกายที่ค่อย ๆ เสื่อมถอย ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งต้องการความช่วยเหลือมากขึ้นแทนการที่เคยเป็นผู้ผลิตสังคมโดยรวมจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือ

2.2 ด้านสุขภาพอนามัย ร่างกายของผู้สูงอายุจะอ่อนแอเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บก็มากขึ้น แม้ไม่เกิดโรคภัย ร่างกายก็เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพธรรมชาติและเกิดความพิการในที่สุด ซึ่งสังคมโดยรวมจะต้องช่วยเหลือ

2.3 ด้านสังคมและครอบครัว ย่อมเป็นภาระที่จะให้ความคุ้มครองดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ

2.4 ด้านการศึกษาแบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้รู้เท่าทันโลก และศึกษาวิจัยในวิทยาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการให้ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุและสังคมเป็นไปในทิศทางที่ดี ทั้งในด้านมนุษยธรรมและด้านพัฒนาการแนวความคิดและการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติเมื่อโครงสร้างของประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป โดยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งจำนวนและสัดส่วน ย่อมส่งผลให้สังคมเปลี่ยนแปลงไปหลายด้าน เช่น ด้านแรงงานรายได้ ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย สวัสดิการ ฯลฯ เรื่องนี้ปรากฏขึ้นมาก่อนในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศในภาคพื้นยุโรป และอเมริกาดังนั้น องค์การสหประชาชาติ จึงได้จัดประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2525 เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมประชุม ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ ต่อมา ปี พ.ศ.2535 ได้มีการประชุมขององค์การสหประชาชาติ มีมติประกาศให้วันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล (International Day for the Elderly) และในปีเดียวกันสมัชชาประชุมในเดือน ตุลาคม 2535 สมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติมีมติให้ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ (Proclamation on Aging) เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากขึ้นทั่วไปในโลก ดังนั้น

2.4.1 จำเป็นต้องตระหนักว่า การสูงอายุของประชากรจะก่อให้เกิดความจำเป็นอันรีบด่วนที่ทั้งรัฐบาลและเอกชนจะต้องกำหนดนโยบายและแผนงานเพื่อสนองความต้องการตามความจำเป็นนั้นให้เพียงพอ



2.4.2 ต้องตระหนักด้วยว่า จำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคที่กำลังพัฒนาได้เพิ่มรวดเร็วยิ่งกว่าในภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว

2.4.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในสังคม ซึ่งมีกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นเช่นนี้ ย่อมต้องการการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทางสังคมที่จะดำเนินงาน

2.4.4 ในทศวรรษที่จะถึงจะได้มีการร่วมมือการเริ่มงานใหม่และจัดสรรทรัพยากรให้แก่ผู้สูงอายุมากขึ้น

2.4.5 ควรมีการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ

2.4.6 ขอด้อนรับการมีส่วนร่วมในแผนงานขององค์การสหประชาชาติที่จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุ

2.4.7 โปรตรระลึกว่า การชราภาพเป็นกระบวนการของอายุยืนยาว การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยชรา จะต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

2.4.8 ระลึกด้วยว่า ผู้สูงอายุย่อมหวังที่จะมีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2.4.9 ระลึกด้วยว่า ในการเข้าสู่วัยชรา บางคนอาจต้องการ การบริบาลจากชุมชนและครอบครัว

2.4.10 แผนปฏิบัติการ เรื่อง ผู้สูงอายุนานาชาติ (International Plan of Action on Aging) รับรองโดยสมัชชาขององค์การสหประชาชาติข้อยุติที่ 37/51 เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม ค.ศ. 1982

2.4.11 หลักการของสหประชาชาติในเรื่องผู้สูงอายุ ตกลงในสมัชชาสหประชาชาติในข้อยุติที่ 46/91 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม ค.ศ.1991

2.4.12 กิจกรรมขององค์การสหประชาชาติหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในบริบทของพัฒนาการ สิทธิมนุษยชน ประชากร เศรษฐศาสตร์ การจ้างงาน การศึกษา สุขภาพอนามัยเคสสถาน ครอบครัว ความพิการ และความก้าวหน้าของสตรี การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ของผู้สูงอายุในทศวรรษระหว่าง ค.ศ.1992-2001 คือแนะนำประเทศต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ส่งเสริมให้มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุนานาชาติ
- 2) กระจายหลักการเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหประชาชาติออกไปให้กว้างขวาง
- 3) สนับสนุนแผนปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโลกในเรื่องผู้สูงอายุในปี 2001

4) สนับสนุนความพยายามอย่างต่อเนื่องของสำนักงานเลขาธิการองค์การสหประชาชาติ เพื่อทำให้นโยบายชัดเจนยิ่งขึ้นในเรื่องการรวบรวมข้อมูล การวิจัย การฝึกอบรม การร่วมมือทางเทคนิค และการแลกเปลี่ยน สารสนเทศในเรื่องผู้สูงอายุ

5) ให้แน่ใจว่า การมีผู้สูงอายุมากขึ้นได้มีการเตรียมการอย่างพร้อมเพรียงในแผนงานประจำขององค์การสหประชาชาติ และหน่วยงานต่าง ๆ ว่ามีการเตรียมทรัพยากรไว้อย่างเพียงพอ

6) สนับสนุนและร่วมปฏิบัติตามแผนงานขององค์การสหประชาชาติ ในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งความร่วมมือระหว่างรัฐบาล องค์กรชำนาญพิเศษของสหประชาชาติและ

## องค์กรเอกชน

- 7) เพิ่มพูนความเข้มแข็งให้แก่กองทุนการเงินของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้การสนับสนุนประเทศกำลังพัฒนา ในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 8) กระตุ้นให้ประเทศทั้งที่เป็นผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ให้บรรจุเรื่องผู้สูงอายุเข้าไว้ในแผนพัฒนา
- 9) ยกเรื่องผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญในเรื่องต่างๆที่จะเกิดขึ้น เช่นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิมนุษยธรรม ครอบครัว ประชากรศาสตร์ การป้องกันอาชญากรรม
- 10) กระตุ้นให้สื่อสารมวลชนแสดงบทบาท แสดงบทบาทในการให้ความสำคัญในเรื่องผู้สูงอายุให้มากขึ้น และเรื่องที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการเฉลิมฉลองวันผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับวันที่ 1 ตุลาคม และเผยแพร่หลักการขององค์การสหประชาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 11) ส่งเสริมความร่วมมือในภูมิภาคและระหว่างภูมิภาคในการแลกเปลี่ยนทรัพยากรในแผนงานและโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อันครอบคลุมถึงการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี รายได้และแบบฉบับของการที่ผู้สูงอายุยังคงมีงานทำ
- 12) จัดสรรทรัพยากรทั้งบุคคลและสิ่งของให้เพียงพอกับความต้องการในเรื่องของมนุษยธรรม เช่น เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมแก่ผู้สูงอายุและแนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ได้ริเริ่มสนับสนุนผู้สูงอายุในบริบททางวัฒนธรรมของชาติและสภาวะต่าง ๆ เพื่อ
  - (1) ให้มีนโยบายและแผนงานที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในยุทธศาสตร์ของการพัฒนาด้วย
  - (2) ให้มีนโยบายในการเพิ่มพูนบทบาทจากรัฐ ภาคเอกชน และอาสาสมัคร
  - (3) ให้มีการร่วมมือช่วยเหลือระหว่างรัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน การส่งเสริมสุขภาพ และแผนงานช่วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ
  - (4) ให้ถือว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ประโยชน์แก่สังคมด้วย มิใช่เป็นภาระแก่สังคม
  - (5) ให้ถือว่าประชาชนทุกกลุ่มอายุมีส่วนร่วมในเรื่องผู้สูงอายุ
  - (6) ให้คนรุ่นสูงอายุและคนรุ่นหนุ่มสาว ร่วมมือกันสร้างสรรค์พัฒนาเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม
  - (7) ให้มีนโยบายและแผนงานเกิดขึ้นพิเศษ เพื่อสนับสนุนความต้องการและความสามารถของผู้สูงอายุสตรี
  - (8) ให้ผู้สูงอายุสตรีได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอในการดำเนินงานเพื่อช่วยเหลือเศรษฐกิจ และการอยู่ดีของสังคม
  - (9) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในเรื่องการพัฒนาสังคม วัฒนธรรม และป้องกันการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ อันอาจเกิดขึ้นในช่วงที่ต้องทำมาหาเลี้ยงครอบครัว
  - (10) ให้ชุมชนเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนและโครงการในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - (11) ให้ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนช่วยเหลือในเรื่องบริหาร ผู้สูงอายุ

(12) ให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับผู้สูงอายุ ธุรกิจเอกชน สมาคมทางให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน

(13) ให้ผู้มีอำนาจและนักวิจัยร่วมมือศึกษาเรื่องผู้สูงอายุไปพร้อม ๆ กันการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

(14) ให้ผู้วางนโยบายสนใจในเรื่องที่สามารถดำเนินการได้เป็น รูปธรรมมากกว่าเรื่องที่ต้องการแต่ไม่สามารถเป็นไปได้

(15) ให้มีความร่วมมือระหว่างประเทศอย่างกว้างขวางในบริบทของ ยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของโลก ในกิจกรรมผู้สูงอายุเป้าหมายระดับโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุในปี 2544 (Global Targets on Aging For the Year 2001)มติสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติที่ 46/91, 16/94 และ 45/106 ได้เรียกร้องให้กำหนดเป้าหมายระดับโลกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สำหรับปี 2544 เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จ ทั้งนี้โดยมุ่งประสงค์เพื่อสนองต่อความจำเป็นของ ประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้สติ ปัญญา ความสามารถ แสดงออกเพื่อสังคม อย่างเต็มที่ และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ตามความจำเป็น

เป้าหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญมี 8 ประการ ดังนี้

1. ส่งเสริมให้นานาประเทศกำหนดเป้าหมายแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ส่งเสริมให้นานาประเทศบรรลุเรื่องของผู้สูงอายุได้ในแผนพัฒนาระดับชาติ รวมทั้งแผนพัฒนาระหว่างประเทศด้วย
3. ส่งเสริมการปฏิบัติงานที่อาศัยชุมชนเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
4. ปรับปรุงการวิจัยในระดับชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการผสมผสานข้อพึง กำหนดและวิธีการ
5. ให้รวมเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุเข้าไปในบรรดากิจกรรม และการประชุมระหว่าง ประเทศเท่าที่เกี่ยวข้อง
6. สร้างข่ายงานระดับโลกของอาสาสมัครอาวุโสสำหรับพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ
7. สนับสนุนและส่งเสริมการร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรเอกชนที่เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ
8. สนับสนุนและส่งเสริมการร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรของรัฐที่เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุได้กำหนดขอบเขตการดำเนินงานในรายละเอียดไว้หลายด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว รวมทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐานระดับชาติ เรื่องสุขภาพอนามัยและโภชนาการ เรื่องที่อยู่อาศัยและ สภาพแวดล้อม เรื่องครอบครัว เรื่องการศึกษาที่ผู้สูงอายุพึงมีส่วนเกี่ยวข้องหรือช่วยเหลือเรื่องสวัสดิการ สังคม และเรื่องความมั่นคงทางรายได้จากการประกอบอาชีพแนวคิดพื้นฐานการเตรียมรับภาวะผู้สูงอายุ และแผนปฏิบัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับนานาชาติ (International Plan of Action on Aging) หลักการสำหรับผู้สูงอายุ ของสหประชาชาติ (United Nations Principle for Older Person) ตามหลักการของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุ

ภายใต้กฎบัตร วันที่ 16 ธันวาคม 1991 สำนักงาน General of Administration Affair Prime Minister Office Tokyo (2000) ได้สรุปไว้ในสมุดปกขาว สมาคมผู้สูงอายุ 2,000 แห่ง ประเทศญี่ปุ่นได้ประกาศเป็นหลักการสำคัญไว้ว่า

1. ความเป็นอิสระ (Independence) ภายใต้ภาคีสัญญาที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ การจัดหาอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การจัดบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอ ตลอดจนการจัดหารายได้ การอยู่อาศัย กับครอบครัว การพึ่งตนเอง และการช่วยเหลือจากชุมชน การให้โอกาสในการทำงานเพื่อหารายได้ เป็นบางโอกาส การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสู่ความก้าวหน้า ไม่สร้างความกดดันทางด้านแรงงาน การได้รับการศึกษาและจัดโปรแกรมฝึกการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การพัฒนาบุคลากรเท่าที่สามารถดำเนินการได้

2. การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้สูงอายุควรได้รับการอยู่ร่วมกับสังคมการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักเกณฑ์ นโยบาย เพื่อสนับสนุนโดยตรง ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อการแลกเปลี่ยนความรู้ในการสร้างหลักเกณฑ์ นโยบาย เพื่อสนับสนุนโดยตรง ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อการแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะกับหนุ่มสาวได้

3. ด้านการบริการดูแล (Care) ผู้สูงอายุควรจะได้รับ คือ การมีรายได้จากครอบครัว การบริการจากชุมชน ได้รับการคุ้มครองที่รวมไปถึงระบบของสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าทางวัฒนธรรม ได้รับคำสัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพ การให้การเลี้ยงดู การให้การฟื้นฟูที่จะเกิดผลดีในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ที่แจ่มใสได้รับ การบรรเทาการเจ็บไข้ได้ป่วย การได้รับการทางสังคมทางกฎหมายความมีอิสระภาพ การได้รับความคุ้มครองดูแล ได้รับการใช้ประโยชน์จากสถานบริการที่เหมาะสมได้รับการฝึกอบรมทางด้านสังคม การสร้างภาวะกระตุ้นทางจิตใจที่ดีที่เกิดจากความมีเมตตาและมีความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมมีความสุขตามสิทธิมนุษยชนบนพื้นฐานของความเป็นอิสระ การจัดหาที่พักอาศัยการบริการสนับสนุนอุปกรณ์รวมทั้งการได้รับความเอาใจใส่อย่างมีเกียรติความเชื่อถือความต้องการ และมีความเป็นส่วนตัวในการตัดสินใจที่ถูกต้องและพัฒนาคุณภาพชีวิต

4. ด้านการบรรลุความปรารถนา (Self Fulfillment) ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ ความสามารถในการดำเนินการตามโอกาสสำหรับการพัฒนาที่สมบูรณ์เท่าที่สามารถจะทำได้ได้รับคำสัญญาในการ ศึกษาวัฒนธรรม ความมีน้ำใจ หรือจิตวิญญาณและแหล่งนันทนาการต่าง ๆ กับสังคม

5. ด้านการได้รับเกียรติที่สง่างาม (Dignity) ผู้สูงอายุควรได้รับคือได้รับเกียรติที่สง่างามมีความรู้สึกที่ปลอดภัย ไม่ได้รับอันตรายจากผู้ประสงค์จะแสวงหาประโยชน์ทางร่างกาย หรือการถูกข่มขืนได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นตามขนาดของอายุตามเพศ เชื้อชาติ ลักษณะพื้นฐานทางจริยธรรม การใช้ความสามารถตามสถานภาพควรได้รับการกระจายรายได้ตามนโยบายประกาศหลักการสำหรับผู้สูงอายุของสหประชาชาติฉบับนี้โดยอาศัยกฎบัตรภาคีสัญญาเรื่องการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลจากสังคมที่ก่อให้เกิดความยุติธรรม ความเสมอภาคที่บุคคลควรจะได้รับตามกฎหมาย และสิ่งที่สหประชาชาติคาดหวังคือ เมื่อหลักการที่ได้รับการยอมรับจากมติที่ประชุมอันถือได้ว่าเป็นหลักการสากลที่ทุกประเทศควรนำไปปฏิบัติ เพื่อกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้านทั้งด้านความเป็นอิสระ (Independence) การมีส่วนร่วม (Participation) การดูแล (Care) การบรรลุความปรารถนา (Self Fulfillment) และการได้รับเกียรติที่สง่างาม (Dignity) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข สังคมจึงต้องร่วมกันช่วยเหลือดูแล ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาหลักอย่างหนึ่งที่ได้รับการใส่ใจดูแลที่ทราบคืออยู่แล้วว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโครงสร้าง และระบบภายในร่างกายจะทำหน้าที่เสื่อมลงตามลำดับการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจและการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นและถือเป็นภาระ

ส่วนหนึ่งที่ต้องจัดบริการผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความคาดหวัง ตามหลักการผู้สูงอายุของสหประชาชาติ ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ในการวิจัย เพราะเชื่อว่าควรได้รับการด้านสุขภาพที่เพียงพอ ทั้งการพึ่งตนเอง การอยู่อาศัยในครอบครัว การช่วยเหลือจากชุมชน การมีส่วนร่วมร่วมกันกับสังคม การได้รับการคุ้มครองที่รวมไปถึงระบบของสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าทางวัฒนธรรม รวมทั้งควรได้รับ สัญญาจากชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

ทฤษฎี จิตตะพันธกิจ และคณะ (2545 : 1-4) ได้ประมวล วิเคราะห์และสังเคราะห์ ผลการประชุมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า โครงสร้างประชากร โดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ปริมาณทางประชากรกลายเป็นรูปแฉก สัดส่วนและจำนวน ผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่เด็กลดลง ถึงแม้ประชากรวัยทำงานจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่จะเริ่มลดลงในอีก 10-15 ปีข้างหน้าและมีผลต่อภาวะพึ่งพา (Dependency Ratio) ทำให้เป็นผลสืบเนื่องต่อสถานะ เศรษฐกิจ ขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มที่เร็วมาก ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยจะได้ชื่อว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยกว่าร้อยละ 10 ของประชากรมีอายุมากกว่า 60 ปี ประชากรสูงอายุร้อยละ 54-55 เป็นผู้สูงอายุหญิง โดยสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงจะยิ่งมากในกลุ่มที่มี อายุมากขึ้น ผู้สูงอายุหญิงจะอยู่ในสถานะหม้ายและเป็นโสดมากกว่าชาย แนวโน้มของการเป็นโสดจะ เพิ่มขึ้น แต่การอยู่ในสถานะหม้ายลดลงเล็กน้อย ในขณะที่แนวโน้มการหย่า-แยกเพิ่มขึ้น

ลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของประชากรผู้สูงอายุไทยลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของ ประชากรผู้สูงอายุมีลักษณะต่าง ๆ กัน ไม่ได้เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกันทั้งหมด ในปัจจุบันผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 50 อยู่ในครัวเรือนขยายที่มีสามรุ่นอายุคน คือ ผู้สูงอายุ ลูก และหลาน และอีก หนึ่งในสามอยู่ใน 2 รุ่นอายุ โดยส่วนใหญ่คือ ผู้สูงอายุกับลูกที่สมรส ดังนั้นโดยรวมแล้วกว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายและที่เป็นครอบครัวเดี่ยวก็จะมีบ้านของลูกหลานอยู่ ใกล้กัน โดยทั่วไปราวร้อยละ 36 ของผู้สูงอายุจะมีบุตรหลานที่ไม่ได้อยู่ด้วยกันมาเยี่ยมทุกสัปดาห์และ เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96) มาเยี่ยมทุกปี อย่างไรก็ตามการอยู่คนเดียวในประชากรสูงอายุมีราวร้อยละ 4 ในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันผู้สูงอายุมีบุตรมากเพราะเคยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่สูงมาก่อน โดยมีบุตรเฉลี่ย 5 คน แต่สำหรับผู้สูงอายุในอนาคตจำนวนเฉลี่ยของบุตรจะลดลงเป็น 2 คน ดังนั้น โอกาสการเป็นครอบครัวขยายในอนาคตจะลดลงและมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุ จะอยู่ในลักษณะครอบครัว เดี่ยวสูงขึ้นในขณะเดียวกันการถือฤกษ์ภายในครอบครัวในลักษณะปัจจุบันจะลดความเข้มแข็งลง และแม้ จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการถือฤกษ์ในครอบครัว แต่ครอบครัวจะยังเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญและ ชุมชนจะมีบทบาทมากขึ้น จากการประมาณการพบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.2 - 1.3 ที่ไม่ได้รับการดูแล จากครอบครัวและมีผู้สูงอายุประมาณ 1.9 - 2.0 แสนคน ที่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากอยู่ในภาวะ ยากจน ในอนาคตน่าจะยากจนอยู่ต่อไปถ้าไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีรายได้ และสถานภาพเศรษฐกิจดีที่สุด ในขณะที่หญิงที่ไม่มีคู่สมรส เช่น ม่าย โสดหย่าร้าง มีสถานภาพทาง เศรษฐกิจต่ำที่สุด หนึ่งในสามของผู้สูงอายุในปัจจุบันมีรายได้ไม่เพียงพอโดยผู้สูงอายุชายมีรายได้ไม่ เพียงพอสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้หญิงพอใช้กับรายได้ของตนเองมากกว่าชายและบุตรเป็นแหล่งรายได้ และการเกื้อหนุนที่สำคัญที่สุด ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุให้การเกื้อหนุนแก่ครอบครัวและบุตรหลานใน ระดับสูง โดยร้อยละ 80 ของบ้านที่อาศัยเป็นของผู้สูงอายุและครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุช่วยออกค่าใช้จ่ายใน บ้าน นอกเหนือจากการทำงานเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวบางส่วนแล้วผู้สูงอายุยังถือฤกษ์ครอบครัว

ในการช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้านโดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงด้านการทำงาน เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วผู้สูงอายุมีการทำงานที่ค่อนข้างสูงโดยราวหนึ่งในสามยังทำงานเพื่อรายได้ คาดว่าผู้สูงอายุในอนาคตน่าจะมีสัดส่วนการทำงานที่สูงขึ้นผู้สูงอายุในอนาคตอาจต้องมีการย้ายเพื่อติดตามอยู่กับลูกหลานหรือใกล้ลูกหลานมากขึ้นตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของโครงการสร้างเศรษฐกิจ สังคม และการจ้างงาน

นอกจากนี้จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตาย ทำให้ “ภาวะประชากรสูงอายุ” ในประเทศไทยสูงขึ้น ปัจจุบันมีจำนวนประมาณร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ มีผลให้เกิดการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขควบคู่ไปกับทางด้านเทคโนโลยี เป็นผลให้โรคติดเชื้อมีความสำคัญลดลง ในขณะที่โรคเรื้อรัง โรคทางจิต และอุบัติเหตุมีความสำคัญมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีปัญหาโรคดังกล่าว ได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็งโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2544) พบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 62.28 นอกจากนี้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และถือว่ามีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว ปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทย คือ ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังมีปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ไม่มีระบบการบริการโดยชุมชนในชุมชน ทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่เข้มแข็งเพียงพอ นอกจากนี้กระบวนการให้บริการและช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหายังคงจะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการใช้ช่องทางผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานและเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการภายในชุมชน

นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงตนเองและเลี้ยงครอบครัว โดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยทำงานและหยุดงานหรือไม่ได้ทำงานประจำมีสาเหตุของการหยุดงานหลักมาจากปัญหาทางสุขภาพ โดยร้อยละ 27.8 ยังอยากทำงานและแฉ่งว่ายังทำงานไหว สวัสดิการสำคัญที่รัฐมอบให้แก่ประชากรสูงอายุไทย คือ การได้รับสิทธิรับการบริการทางสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่า (ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข) และโครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนหรือโครงการเบี้ยยังชีพ (ดำเนินการโดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน) ซึ่งเป็นสวัสดิการเพียงสองประการที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับสวัสดิการเพื่อการเดินทางมีเพียงการรถไฟแห่งประเทศไทยเท่านั้นที่จัดให้มีการลดครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการรถไฟ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน ระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งจะเห็นว่าสวัสดิการทั่วไปเพื่อให้หลักประกันด้านการเงินสุขภาพ การเดินทางที่มีการจัดให้แก่ประชากรสูงอายุไทยมีอยู่อย่างจำกัดและตอบสนองต่อนโยบายของรัฐได้ไม่เท่าที่ควรอย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2546 ที่ผ่านมา รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นผลมาจากการผลักดันกฎหมายเฉพาะเพื่อคุ้มครองปกป้องสิทธิและเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสิทธิของผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์และการ สาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
2. การศึกษา ศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม  
ในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร  
สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือ  
ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทาง  
การแก้ไขปัญหาครอบครัว
10. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตาม ประเพณี

นอกเหนือจากนี้ ตามมาตรา 17 ของ พ.ร.บ. ผู้ประกอบการเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้  
เพียงพอแก่การยังชีพ ผู้นั้นมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่  
กำหนดในประมวลรัษฎากร

#### สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

โรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทย คือ โรคไม่ติดต่อ  
โดยเฉพาะ โรคที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้นโรคที่มีผลต่อ  
ประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรค  
ความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหา  
สำคัญในผู้สูงอายุไทยโดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบทโดยเฉพาะในเขต  
กรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมี  
ความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ  
มากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ (ทุพพลภาพ  
ระยะยาว) และร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือ  
การรับประทานอาการ เป็นต้น

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา รายได้ การมีอาชีพก่อนวัย  
60 ปี การมีอาชีพในปัจจุบัน เพศ สถานภาพทางสังคม บุตรหลานที่ให้ความช่วยเหลือและสภาพอารมณ์  
แต่ผลการวิจัยที่สำคัญในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือมีงานรับผิดชอบจะมีอัตราการตายต่ำ  
กว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานรับผิดชอบโดยไม่ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพ แนวโน้มของปัญหาสุขภาพทั้งโรค  
ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพาจะสูงขึ้นในอนาคต ทำให้การใช้จ่ายทางทรัพยากรด้านการแพทย์ การ  
สาธารณสุขและด้านอื่นๆในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้าจะมากอย่างมหาศาลและมีความจำเป็นที่จะต้องมีการ  
ดำเนินการอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน

## 10 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

10.1 สุขภาพผู้สูงอายุ ร่างกายคนเราจะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป ดังนั้น การดูแลสุขภาพสภาพที่ดี และถูกสุขลักษณะตั้งแต่ต้นจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค หรือปัญหาทางสุขภาพที่มักเกิดขึ้นเมื่ออย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สภาพร่างกายจะเห็นได้ว่าเสื่อมลงตามอายุขัย สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย ชี้นำหดหืด มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย หรือจากการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยปกติร่างกายคนเราจะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป ดังนั้น การดูแลสุขภาพสภาพที่ดี และถูกสุขลักษณะตั้งแต่ต้น จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ มักจะพบว่ามีความเสื่อมทางด้านระบบทางเดินอาหาร เนื่องมาจากปริมาณพินที่มีน้อยลง ทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ต่อมาน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย ไม่พอเพียงที่จะช่วยคลุกเคล้าอาหาร ประสาทกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนก็จะทำงานน้อยลง ทำให้กลืนอาหารได้ลำบาก นอกจากนี้ปริมาณน้ำย่อยต่าง ๆ ก็ลดลง ทำให้อาหารย่อยได้ไม่ดี มีอาการท้องอืด ตับและตับอ่อนเสื่อม นอกจากนี้ระบบขับถ่ายอุจจาระในผู้สูงอายุมักจะเป็นไปตามปกติ เกิดท้องผูกได้ง่าย เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวน้อยลง และไม่ค่อยได้ออกกำลังกายการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ อาจเกิดมาจากมีเวลาว่างมากเกินไป เพราะเกษียณอายุจากการทำงานแล้ว จึงรู้สึกว่าตัวเองถูกลดคุณค่าลง ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเริ่มมีน้อยลง ซึ่งอาจทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว และเศร้าซึม นอกจากนี้ยังอาจเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย และการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่แปรปรวนง่าย ชี้นำหดหืด ใจน้อย โกรธง่าย เป็นต้นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่อาจไม่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมักเกิดปัญหาทางสุขภาพ หลาย ๆ โรคพร้อมกันโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทย คือ โรคไม่ติดต่อโดยเฉพะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญเช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิด ขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ (ทุพพลภาพระยะยาว) และร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา รายได้ การมีอาชีพก่อนวัย 60 ปีการมีอาชีพในปัจจุบัน เพศ สถานภาพทางสังคม บุตรหลานที่ให้ความช่วยเหลือและสภาพอารมณ์แต่ผลการวิจัยที่สำคัญในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือมีงานรับผิดชอบจะมีอัตราการตาย ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานรับผิดชอบโดยไม่ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพ แนวโน้มของปัญหาสุขภาพทั้งโรคภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพาจะสูงขึ้นในอนาคต ทำให้การใช้ยารักษาทางทรัพยากรด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ ในอนาคตอีก 20 ปีข้างหน้าจะมากอย่างมหาศาลและมีความจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน



โรคที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีทั้งโรคที่เกิดขึ้นทางร่างกาย และจากปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ 1. โรคอ้วน 2. โรคเบาหวาน 3. โรคหัวใจขาดเลือด 4. โรคความดันโลหิตสูง 5. โรคไขมันในเลือดสูง 6. โรคข้อเสื่อม 7. โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องผูก 8. โรคทางประสาทตา เช่น โรคต้อหิน ต้อกระจก 9. โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ 10. อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ โรคอ้วน เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โรคนี้มักนำมาซึ่งโรคอื่น ๆ หรืออาจเกิดขึ้น พร้อมกับโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค อย่างไรก็ตามปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่ไม่ควรมองข้าม ก็คือ ปัญหาทุพโภชนาการ (ขาดสารอาหาร) ในผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีผลมาจากความเสื่อมทางด้านสรีระโดยเฉพาะระบบการย่อย และดูดซึมอาหารของผู้สูงอายุเอง ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางการดำรงชีวิต เช่น สภาพทางเศรษฐกิจด้วยลง กิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการพบปะสังสรรค์ทางสังคมน้อยลงก็ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์เศร้าซึม หรือแม้กระทั่งปัญหาการเบื่ออาหาร เนื่องจากรับรู้รสอาหารด้อยลง การเลือกรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงประเภทที่หลากหลาย และความครบถ้วนของสารอาหารที่ควรได้รับ หรือไม่ได้รับมากนักเกินไป ปัญหาทุพโภชนาการ (ขาดสารอาหาร) ในผู้สูงอายุ ลักษณะการขาดสารอาหารที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ คือ น้ำหนักตัวน้อยอันเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของระบบทางเดินอาหาร และย่อยอาหาร และการขาดวิตามินแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามิน และแร่ธาตุสูง ถ้าการบริโภคอาหารไม่เพียงพอ หรือไม่ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการการขาดวิตามินและแร่ธาตุบางชนิดนั้นยังเกี่ยวพันกับการบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอ หรือมีคุณภาพไม่ดีพออีกด้วย ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะขาดวิตามินแทบทุกชนิดที่พบบ่อยคือการขาดวิตามินซี มักพบในรายที่รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นโรคโลหิตจาง เนื่องมาจากการขาดธาตุเหล็กการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายลง การดูแลผู้สูงอายุซึ่งทำโดยตัวผู้สูงอายุและครอบครัวจึงควรเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย และส่งเสริมการทำงานของระบบ อวัยวะต่างๆของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ สารระของการดูแลด้านร่างกายมี 4 ประเด็นหลักที่จำเป็น ได้แก่ 1) การดูแลด้านอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) ความเครียดและวิตกกังวล และ 4) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ สารระสำคัญทั้ง 4 ประการนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทุกคน แต่หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ เฉพาะเจาะจง เช่น มีปัญหาโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้าใจและหาทางช่วยเหลือ ซึ่งปัญหานี้ มักได้รับการละเลยมาก โดยที่คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง ฟุ้งซ่านไปเอง หรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการเหล่านี้ เป็นภาวะเจ็บป่วยอย่างหนึ่งแต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งต้องการการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจและหากจำเป็นอาจต้องพึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาหรือการบำบัดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง และสังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยลงด้วย การมีกิจกรรมน้อยลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง

ด้านสังคมและจิตใจมักมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันเสมอ การส่งเสริมด้านนี้ควรเริ่มตั้งแต่ในครอบครัวโดยการให้โอกาสผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปในบ้านและหากเป็นไปได้ควรสนับสนุนและให้โอกาสผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความชอบและ

ความสนใจของผู้สูงอายุการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเองมีบทบาทสำคัญยิ่ง ประการแรกครอบครัวต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนมีเจตคติที่เหมาะสมต่อความสูงวัยเสียก่อน จึงจะทำให้การดูแลและเอื้ออาทรผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างแท้จริง ความรู้ในการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่แสวงหาและทำความเข้าใจได้ไม่ยาก แต่การส่งเสริมให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ครอบครัวจะต้องให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมเป็นเรื่องที่สำคัญกว่าจึงสรุปได้ว่าการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ที่ความเข้าใจความตระหนักในความสำคัญ และควรถือเป็นภารกิจของครอบครัวในการสืบทอดเจตนารมณ์ไปยังลูกหลานซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ดีงามในการดูแลผู้สูงวัย ให้ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขตามสมควร

10.2 การจัดการดูแลสุขภาพ การดูแล (Caring) มีการนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในสมัยของไนติงเกล โดยไนติงเกลได้ให้ความหมายของการดูแลว่า เป็นการช่วยเหลือชีวิต หรือ การช่วยเหลือให้คงไว้ ซึ่งร่างกายและสิ่งแวดล้อม การให้การดูแลจึงอยู่ในรูปของการรักษาความสะอาด มีอากาศสดชื่น มีอาหารดี มีการพักผ่อนนอนหลับ มีการออกกำลังกาย โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพดี (Nightingale Cited by Leininger. 1988 : 15)

Garrett (1988 : 2) ได้ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในรูปของการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการการพึ่งพาในลักษณะของการอยู่ด้วยกัน หรือ อยู่คนละบ้าน แต่ให้การช่วยเหลือดูแลในรูปของการช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล เช่น การแต่งตัว การพุงเดิน การดูแลในด้านการรักษาพยาบาล เช่น การให้ยา การให้คำปรึกษา ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น การไปซื้อของและการให้คำปรึกษา

Leininger (1988 : 4) ให้ความหมายของการดูแลว่า เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามต้องการ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งชีวิตและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ การดูแลนั้นจะต้องประกอบด้วยความสนใจ (Interest) ความเอาใจใส่ (Concern) ความรัก (Love) หรืออาจจะมีพฤติกรรมอื่นตามแต่ละวัฒนธรรม เป็นการกระทำที่มุ่งให้ผู้รับและผู้เกิดความพึงพอใจ Watson (1988) ได้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่คำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์ จะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับการดูแลที่ให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งพวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ (2537) กล่าวว่า การให้การดูแลจะรับรู้ถึงความต้องการการดูแลและให้การดูแลจนผู้รับการดูแลรับรู้ว่าการดูแลแล้วตามความต้องการจนเกิดความพึงพอใจ

Davis (1995 : 1) ได้ให้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมต่าง ๆ มีการพัฒนาและทำหน้าที่ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งคนในสังคม

Bower (1987 : 2) ได้ให้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการที่ผู้ให้การดูแลคาดว่าเป็นการดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมป้องกัน เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และคุณค่าในตนเองและป้องกันภาวะซึมเศร้าการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care) จุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อให้ท่านทั้งหลายได้สามารถใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป และมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ อยู่ก็ตาม เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ดังกล่าวนี้ การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลา

เอื้ออำนวยเพื่อสุขภาพกายใจ ที่ดี ขอให้ยึดหลัก 11 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ อากาศอาทิตย์ อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น และอุบัติเหตุ

อาหาร ความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ควรลดอาหารประเภทไขมัน (น้ำมันจากสัตว์และพืช ไข่แดง เนย) และประเภทคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง และน้ำตาล) ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารโปรตีน หรือกลุ่มเนื้อสัตว์ ประมาณ 50-60 กรัมต่อวัน หรือประมาณมือละ 2 ช้อนโต๊ะ ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย พวกปลาจะดีที่สุด ผู้สูงอายุกินไข่ขาวได้ไม่จำกัด แต่ควรกินไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุควรกินผักมาก ๆ ทั้งผักที่ใช้ใบ หัว และถั่วต่าง ๆ ผลไม้รับประทานได้มากเช่นกัน แต่ควรเลือกผลไม้ที่ไม่หวานจัด ผลไม้ที่หวานจัด เช่น กัลยสุก มะม่วงสุก ทูเรียน ลำไย ควรรับประทานแต่น้อย เพราะถ้ารับประทานมาก อาจจะทำให้เกิดโรคตามมาได้ เช่น เบาหวาน เป็นต้น

ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีความคล่องตัว แข็งแรง ซึ่งจะทำให้การทรงตัว และการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย

อนามัย คือ การดูแลตนเองโดยเฉพาะให้พยายาม ลด ละ เลิก สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่น บุหรี่ เหล้า และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งสังเกตการณ์ทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายการขับถ่าย เป็นต้น และควรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่อายุประมาณ 65 ปี เป็นต้นไป

อุจจาระ ปัสสาวะ คือ จะต้องให้ความสนใจการขับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจจะเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบาก อีกส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกลั้นการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องให้การดูแลแก้ไขไปตามสาเหตุอากาศและแสงอาทิตย์จะเน้นให้อยู่ในสถานที่ ๆ มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้การมีชีวิตอยู่แต่ละวันมีความสุข มีความรื่นรมย์กับการมีชีวิตอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรเข้าใจธรรมชาติของสิ่งต่าง ๆ และปรับความรู้สึกนึกคิดไปตามนั้น ไม่ยึดแต่ลักษณะเก่า ๆ ดั้งเดิมที่เคยเป็นมา ควรมีงานอดิเรกที่น่าสนใจ แต่ไม่ควรเป็นสิ่งที่ เป็นภาระมากนัก เช่น ถ้าอยู่คนเดียวก็ไม่ควรเลี้ยงสัตว์จำนวนมาก เพราะจะเป็นภาระในการซื้อหา และให้อาหาร และถ้าสัตว์เจ็บป่วย เสียชีวิตก็จะเกิดความสลดหดหู่ และจิตใจเศร้าหมองได้ ผู้สูงอายุควรคิดถึงอนาคตด้วย และควรพยายามเข้าร่วมในสังคมกลุ่มต่าง ๆ ตามสมควร การมีเพื่อนรุ่นเดียวกัน หรือต่างรุ่น จะทำให้มีความอบอุ่นและรู้สึกถึงคุณค่าของตนอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้ทุกขณะ และอาจทำให้เกิดความบาดเจ็บ และความพิการต่าง ๆ ควรพยายามดูแลสุขภาพบ้านเรือนให้ปลอดภัย มีแสงสว่างพอเหมาะ พื้นไม่ลื่น หรือควรมีราวจับในบางแห่งที่เกิดอุบัติเหตุได้ บ่อย ๆ เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น ทั้งหมดนี้เป็น หลักการคร่าว ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ละคนจะมีปัญหาแตกต่างกันออกไป ซึ่งจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสม หลักสำคัญก็คือ ต้องให้ท่านเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด กล่าวโดยสรุปการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุคือ การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน หรืออำนวยความสะดวก แก่ผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรัก มีความสนใจ เอาใจใส่ในการกระทำกิจกรรมการดูแล จนผู้ให้คือ ผู้ดูแล และผู้รับการดูแล คือ ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ

## กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

### 1. แนวนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) คือ วิธีการดูแลสุขภาพของคนไทยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีไทย มีการใช้สมุนไพรทั้งในรูปแบบอาหารและยา ใช้ในการอบ การประคบ การนวด การแพทย์แผนไทยมีการวินิจฉัยโรคเป็นแบบความเชื่อแบบไทยมีองค์ความรู้เป็นทฤษฎี โดยพื้นฐานทางพุทธศาสนาผสมกลมกลืนกับความเชื่อทางพิธีกรรม มีการเรียนการสอนและการถ่ายทอดความรู้อย่างกว้างขวางสืบทอดมายาวนานหลายพันปี นับเป็นภูมิปัญญาไทยที่น่าสนใจ

ในปี พ.ศ. 2494 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลปัจจุบัน เสด็จพระราชดำเนินวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) ในครั้งได้ทรงปรารภว่า วัดพระเชตุพนฯ เป็นแหล่งรวบรวมตำรายาแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว ทำไมจึงให้มีโรงเรียนสอนการแพทย์แผนไทย ในวิชา เวชกรรม ผดุงครรภ์ หัตถเวช และเภสัชกรรม เพื่อเป็นวิทยาทานให้แก่ผู้สนใจต้องการศึกษา ทำให้ คณะกรรมการวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามพร้อมด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์แผนไทยที่ยังหลงเหลืออยู่ ได้รับสนองพระราชปรารภและจัดทำหลักสูตรโรงเรียนแพทย์แผนโบราณขึ้นในนาม “โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย”

ปี พ.ศ. 2532 การแพทย์แผนไทยได้เข้าสู่ระบบราชการ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งศูนย์การประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 จึงได้จัดตั้งเป็นสถาบันการแพทย์แผนไทยขึ้นอย่างเป็นทางการ เป็นหน่วยงานระดับสูงกว่ากอง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้รับการรับรองฐานะอย่างเป็นทางการในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2542 ต่อมาโดยพระราชบัญญัติคุ้มครอง ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 1182 ก. ลงวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2544 หน่วยงานใหม่ที่เกิดขึ้นมีชื่อว่า “สถาบันการแพทย์แผนไทย”

สถาบันการแพทย์แผนไทย (The Institute of Thai Traditional Medicine)

เนื่องจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม จึงต้องการวิธีการที่หลากหลายในการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะระบบการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของสังคมไทย ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ได้มีการวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การศึกษา และสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 โดยการส่งเสริมให้มีการ ดำเนินการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพร และการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการสาธารณสุข และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ได้มีการสนับสนุนการพัฒนาเภสัชกรรมไทยและการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง ฉะนั้นในปี พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขโดยมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีได้จัดตั้ง “ศูนย์ประสานงาน การแพทย์และเภสัชกรรมไทย” ขึ้นเป็นองค์กรประสานงานการพัฒนาการแพทย์แผนไทย สังกัดสำนัก ปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ด้วยความจำกัดของขนาดและโครงสร้างขององค์กร และความจำกัด ทางด้านงบประมาณ ทำให้องค์กร มีอาการรองรับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างเต็มที่

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้ง “สถาบันการแพทย์แผนไทย” เป็นหน่วยงานระดับกอง สังกัดกรมการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2536 เพื่อเป็นศูนย์กลางการพัฒนา การประสานงาน การสนับสนุน และความร่วมมือด้านการแพทย์ แผนไทย ต่อมาเมื่อพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้มีการ ประกาศใช้เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2542 ซึ่งในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้ระบุให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทยในสำนักงานปลัดกระทรวง โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการต่าง ๆ เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การศึกษาการวิจัย และพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร รับผิดชอบในงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการคุ้มครองและการส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ต่อมาในปี 2544 นโยบายรัฐบาลปัจจุบันภายใต้การนำของ พ.ต.ท. ดร.ทักษิณ ชินวัตร แถลงต่อรัฐบาลเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544 ให้งานแพทย์แผนไทย เป็นนโยบายด้านสาธารณสุข ในข้อ 10.1 ว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนา การจัดระบบองค์ความรู้และมาตรฐาน ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกสมุนไพรและสมุนไพร เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยซึ่งสอดคล้องกับภารกิจหลัก 1 ใน 18 ภารกิจ ของกระทรวงสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การพัฒนา ให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจด้วยยุทธศาสตร์แห่งการพึ่งพาตนเองนับเป็นนิยามที่ดีที่รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยให้ความสำคัญ และมีการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยได้อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

และสืบเนื่องจากมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2545 โดยรัฐบาล กำหนดความจำเป็นและขอบเขตเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ จึงมีผลทำให้เกิดมีการปฏิรูปโครงสร้างบทบาทภารกิจ อัตราด้านกำลังด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น โดยโอนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทยศูนย์ความร่วมมือการแพทย์แผนทางเลือกที่ตั้งขึ้นใหม่ ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 (วันที่ 3 ตุลาคม 2545) และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนเลือก กระทรวงสาธารณสุข (วันที่ 9 ตุลาคม 2545) กำหนดให้กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนเลือก มีหน้าที่พัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ ส่งเสริมและสนับสนุนการให้บริการแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์ สมุนไพร รวมทั้งคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

นโยบายและทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยใน พ.ศ. 2550 การแพทย์แผนไทย โดยสถานะในสังคมโลก คือ การแพทย์ทางเลือกแขนงหนึ่ง สำหรับคนไทยและประเทศไทย การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาของชาติ เป็นเอกลักษณ์ของชาติจึงได้รับการส่งเสริมเป็นพิเศษ เป็นการแพทย์ทางเลือกที่กฎหมายรับรอง เป็นการประกอบโรคศิลปะที่กฎหมายรับรองเรียกว่า เป็นการประกอบโรคศิลปะทางเลือกแขนงเดียวที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการโดยไม่มีเงื่อนไขในขณะนี้ การแพทย์แผนไทยแยกออกเป็น 2 สาขา คือ การแพทย์แผนไทยดั้งเดิมและการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ในปี 2549 ที่ผ่านมา จังหวัดในส่วนภูมิภาคทุกจังหวัดมีสถานบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐานอย่างน้อย 2 แห่งและในบางจังหวัดมีสถานบริการการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐานจำนวนมากกว่านี้ ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลนำร่องของแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 2 แห่ง ในการดำเนินการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถสนับสนุนงบประมาณให้ครบทุกแห่ง

ได้ แต่อนุญาตให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมเปิดดำเนินการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย โดยใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเอง ซึ่งศูนย์ใหม่ที่ตั้งขึ้นนี้จะได้รับการสนับสนุนเหมือนศูนย์อื่น ๆ เช่น การประชุม การอบรม ได้รับเชิญ ได้รับเอกสาร อุปกรณ์ และโครงการต่าง ๆ จะได้รับการสนับสนุน หลักการนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาภายใต้ข้อจำกัดของ งบประมาณ ทำให้การแพทย์แผนไทยของเราสามารถลงหลักปักฐานที่ละเล็กละน้อย กระจายลงไปทั่วประเทศ การไม่ปิดกั้นอยู่แต่การแพทย์แผนไทยเท่านั้น แต่จะขยายบริการไปครอบคลุมการแพทย์ทางเลือกอื่น สิ่งใดที่เป็นประโยชน์ที่พิสูจน์คัดกรองอย่างดีแล้วว่าเป็นของดี จะพยายามพัฒนาผสมผสานเข้าในสถานบริการการแพทย์แผนไทย ฉะนั้นสถานบริการการแพทย์แผนไทยก็จะมีสถานะเป็นการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สิ่งที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ดำเนินการในรอบปีที่ผ่านมาและทำต่อเนื่องมีหลายประการ ได้แก่

ประการที่ 1 เรื่องอัตราค่าบริการนวด โดยการผลักดันของอดีตฯพณฯ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พินิจ จารุสมบัติ และความพยายามอย่างยิ่งของสถาบันการแพทย์แผนไทย จนกรมบัญชีกลางยอมให้กลับมาใช้ค่าบริการในอัตราเดิม คือ นวด 200 บาท/ครั้ง/วัน ข้อหนึ่งที่กรมบัญชีกลางห่วงใยคือ สถานบริการหลายแห่งมีการเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ถูกต้องตามระเบียบสวัสดิการข้าราชการ เพราะสวัสดิการข้าราชการเป็นสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลไม่ใช่สวัสดิการด้านการผ่อนคลาย จึงขอให้เข้มงวดในเรื่องความเชื่อถือไว้วางใจจากหน่วยงานอื่น ๆ มากยิ่งขึ้น

ประการที่ 2 เรื่องยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การจะบรรจุจากสมุนไพรทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับเข้าไปในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นสิ่งที่ยากเพราะจะต้องมีข้อมูลหลักฐาน โดยเฉพาะด้านการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนเรื่องคุณประโยชน์ โดยในปี 2549 ยาจากสมุนไพรทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับเข้าได้ไปอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติมากขึ้นจาก 8 รายการ เป็น 19 รายการ ซึ่งเทียบกับยาแผนปัจจุบันซึ่งมีเกือบ 1,000 รายการแล้ว จึงควรให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมผลักดันยาจากสมุนไพรให้เข้าไปอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติมากขึ้นอีก ถ้าสามารถมีมากจนกระทั่งครอบคลุมโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่รักษาด้วยการแพทย์แผนไทยได้ ก็ยิ่งจะทำให้ศักดิ์ศรีของการแพทย์แผนไทยได้ยกระดับทัดเทียมกับแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับ 19 รายการที่อยู่ในบัญชีหลักแห่งชาติแล้ว ควรให้มีการศึกษาโดยละเอียดเพื่อที่จะสามารถแนะนำคนอื่นได้อย่างมั่นใจและควรจัดให้มีในหน่วยบริการ

ประการที่ 3 ตำราอ้างอิงยาสมุนไพรไทยเล่มแรก ใกล้เสร็จสมบูรณ์แล้ว และได้อัญเชิญตราสัญลักษณ์ของการเฉลิมฉลองในโอกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงครองสิริราชสมบัติ 60 ปี ไว้ที่หน้าปกด้วย ตัวเล่มเป็นสีเหลือง ซึ่งเป็นสีประจำวันจันทร์วันประสูติของในหลวงจัดพิมพ์เพื่อเป็นมรดกของชาติ ตำราสมุนไพรมีการเขียนกันมากแต่ตำราที่ อ้างอิงด้วยความมั่นใจว่าถูกต้อง มีหลักฐานรับรองมีน้อยมาก ในเล่มนี้มีทั้งภาพถ่ายและภาพลายเส้นสมุนไพร มีโครงการจะทำประมาณ 400-500 ชนิดสมุนไพรที่พบบ่อยเล่มแรกมีจำนวน 54 ชนิด

ประการที่ 4 การศึกษาวิจัยภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การดำเนินการคัดค้านต่อผู้ด้านสิทธิบัตรในต่างประเทศต้องใช้เงินจำนวนมาก คิดว่าน่าจะนำเงินจำนวนนั้นมาทำการศึกษาวิจัยหรือสร้างทรัพย์สินทางปัญญาของเราขึ้นมาจะดีกว่า ซึ่งขณะนี้มีการรวบรวมนักวิจัยในเมืองไทย ตามมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และกำลังร่วมกันพัฒนาโครงการวิจัย เนื่องจากการเขียน

โครงการวิจัยต้องเขียนให้ถูกหลักวิทยาศาสตร์ สามารถพิสูจน์เพื่อตอบคำถามวิจัยได้ และเชื่อถือได้ ต้องทำทุกอย่างตามขั้นตอนวิทยาศาสตร์ และตีพิมพ์เผยแพร่ไปทั่วโลกได้ ระยะเวลาสองสามปีที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติพยายามที่จะส่งเสริมงบประมาณการทำวิจัยบูรณาการ เช่น ขมิ้นชัน ยาหอม กระจายดำ แต่เนื่องจากงบประมาณโครงการนี้หมดลง จึงต้องหางบประมาณจากแหล่งอื่นและเป็นที่น่ายินดีว่ากองทุนส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้งบประมาณสนับสนุนปี 2550 เป็นเงิน 40 ล้านบาท จึงขอแจ้งให้ทราบว่า จะสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนนี้ได้ ถ้าหากเป็นโครงการที่เหมาะสม ขอให้ศึกษาระเบียบ วัตถุประสงค์ ของกองทุนฯ และก็ยังมีแหล่งอื่น ๆ อีก ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ประการที่ 5 ด้านการฝึกอบรม ปีที่ผ่านมาไปกรมพัฒนาฯ ได้พยายามปรับทิศทางการฝึก อบรมและส่งเสริมให้จังหวัดจัดอบรมเอง โดยกรมฯ สนับสนุนในการอบรมครู อบรมวิทยากรให้มีการกระจายทั่วถึง พัฒนาหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ เพราะจะมีวิทยากรความรู้ใหม่ๆ นอกจากหลักสูตรพื้นฐานต่าง ๆ เพราะจะมีวิทยากรความรู้ใหม่ๆ นอกจากหลักสูตรพื้นฐานแล้วยังมีหลักสูตรต่อยอดที่ทางกรมฯ จะพัฒนา กรมฯ จะจัดการอบรมเท่าที่จำเป็น เช่น หลักสูตรนวดสำหรับคนตาบอด ครูฝึกแพทย์แผนไทย การอบรมที่เป็นต้นแบบ สิ่งสำคัญที่อยากให้คำนึงถึงอยู่เสมอคือ เมื่อจังหวัดจัดอบรมเองขอให้พยายามยึดมาตรฐานของกรมฯ โดยกรมฯ ยินดีจะออกประกาศนียบัตรรับรองให้

ประการที่ 6 การรับรองหมอพื้นบ้าน พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะขณะนี้ เปิดช่องทางให้มีใบประกอบโรคศิลปะได้ 3 ช่องทาง ช่องทางแรก คือ ระบบรับฝากตัวศิษย์แล้วถึงเวลามาสอบ ช่องทางที่ 2 คือ การเข้าไปเรียนตามสถาบันการศึกษา เมื่อจบแล้วสอบ หรือระหว่างเรียนถ้าครบตามเงื่อนไขก็มาสอบ ช่องทางที่ 3 คือ สามารถให้ใบประกอบโรคศิลปะได้โดยส่วนราชการรับรองแล้วคณะกรรมการวิชาชีพเป็นผู้ประเมิน ส่วนราชการในจังหวัดซึ่งก็คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด ทางผู้ว่าฯ จะรับรองหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเป็นผู้คัดกรองเสนอในส่วนกลาง กรมฯ จะเป็นผู้รับรอง เมื่อรับรองแล้วกรรมการวิชาชีพจะประเมินว่าถูกต้องเชื่อถือได้และข่าวดีคือ มีผู้ผ่านการรับรองแล้วจำนวน 12 คน ขอให้จังหวัดไปดูในพื้นที่ของท่านว่ามีหมอพื้นบ้านที่เก่ง ๆ ที่ช่วยเหลือชาวบ้าน มีทั้งความรู้ คุณธรรม จริยธรรม โดยกองการประกอบโรคศิลปะจะมีแบบฟอร์มให้กรอก ซึ่งตามระเบียบห้ามไม่ให้เสนอตนเองต้องมีผู้อื่นเสนอให้

ประการที่ 7 การคุ้มครองภูมิปัญญา อีกไม่นานกฎกระทรวงเรื่องการจดสิทธิภูมิปัญญาจะออก เมื่อกฎกระทรวงแล้ว สำนักงานนายทะเบียนจะต้องทำหน้าที่รับจดทะเบียนสิทธิภูมิปัญญา สำหรับตำราการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ มีการประชุมลงมติกันแล้วว่าขณะนี้จะมี 4 เล่มคือ ตำราโอสถพระนารายณ์ จารึกวัดราชโอรสารา จารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามและเวชศาสตร์ฉบับหลวง

สรุปได้ว่า นโยบายสำคัญในเรื่องการพัฒนาการแพทย์แผนไทย คือ พยายามยกระดับคุณภาพมาตรฐาน เราสามารถขยายพื้นที่ของการให้บริการได้กว้างขวางทั่วประเทศแล้ว และขยายขอบเขตของการบริการไม่จำกัดเฉพาะการแพทย์แผนไทย หากมีการแพทย์ทางเลือกใดที่มีคุณค่า มีประโยชน์ จะผสมผสานเข้าไปเพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและทำให้หน่วยบริการเติบโตอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น วิธีการที่จะพัฒนาสิ่งเหล่านี้ได้คือ การทำตามยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ โดยต่อเนื่อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาองค์ความรู้ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการ ยุทธศาสตร์ที่

3 พัฒนาระบบการเรียนรู้การสอน การฝึกอบรม ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร  
ยุทธศาสตร์ที่ 5 คุ้มครองส่งเสริมภูมิปัญญา

#### นโยบายส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทาง สำหรับการดำเนินงาน เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อหนุนให้บุคคล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้น เป็นองค์รวม ที่มาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ยับยั้งหรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับปรุงสังคมด้านต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่นๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐ มาสู่ประชาชน ให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเอง อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึง ระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน อย่างเต็มที่

ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล (2542 : 69) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพ จึงเสนอแนะระบบบริการสุขภาพ ที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน ไว้ 3 ประการ คือ

1. การสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน ในการควบคุมปัจจัย ที่จะ มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะความเข้มแข็งของประชาชน และชุมชน จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น
2. การจัดบริการในชุมชน (Community-Based Health Services) เป็นบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้มากที่สุด และ
3. การประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนา นโยบาย เพื่อสุขภาพ (Public Health Policy) ที่จะ มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

บทบาทของประชาชน มีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และชุมชน โดยประชาชนจะต้องเห็นคุณค่า และผลของสิ่งแวดล้อม ต่อภาวะสุขภาพ ช่วยกันรักษา และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การรวมตัวกันของชุมชน เพื่อออกกำลังกาย การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติด การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ และการจัดโครงการโรงเรียนสุขภาพดี ที่ทำงานสุขภาพดี หรือชุมชนสุขภาพดี เป็นต้น องค์กรชุมชน จึงต้องมีภาพพัฒนาโครงสร้าง และกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ และตระหนักในสุขภาพของชุมชน และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำหน้าที่ให้ความรู้ และสนับสนุนให้เกิดทักษะการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมพลังอำนาจชุมชน ที่สนับสนุนให้ชุมชนเกิดความสำนึก และพันธสัญญา ต่อส่วนรวม และการเสริมสร้างให้ชุมชน ลงมือทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นการสะสมความรู้ และประสบการณ์ จากการปฏิบัติจริง (Learning by Doing) และเป็นกระบวนการเรียนรู้ แบบปฏิสัมพันธ์ (Interactive Learning Process) โดยเริ่มตั้งแต่ การสร้างทีมงาน เขียนโครงการ จัดทำแผน ดำเนินงาน ควบคู่ไปกับ กระบวนการสะท้อนความรู้สึกรักของประชาชน สำหรับข้อมูลย้อนกลับ ในการปรับปรุง



แผนงาน และกิจกรรมในโครงการ จนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งมีส่วนเกื้อหนุนองค์กรชุมชน ให้มีความแข็งแกร่ง และมั่นคงยิ่งขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

### 1. ขั้นตอนการสร้างทีมงาน มีการจัดการดังนี้

การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับเจ้าหน้าที่ของรัฐในสาขาต่างๆ เช่น ครู พัฒนาชุมชน เกษตรชุมชน และองค์กรต่างๆ ในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น ทำบุญทอดกฐิน ปลูกต้นไม้ในชุมชน งานวันเด็กของ โรงเรียน งานบวช และงานศพ เป็นต้น เพื่อแสดงออกถึงความจริงใจ ที่มีต่อชาวบ้านในชุมชน และถ้าหากเป็นคนในท้องถิ่น และสามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ ก็จะเป็นการดีที่จะทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย กับชาวบ้านมากขึ้น จนกลายเป็นความไว้วางใจ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ ของสถานอนามัย การสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือ "ทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน" ด้วยการจัดประชุม อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มอื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อเปิดกว้างให้กับคนในชุมชนทุกคน ได้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งมีได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องชี้แจงจุดประสงค์ของโครงการ บทบาท และความสำคัญของแกนนำชาวบ้าน คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความสมัครใจ เสียสละ สามารถอุทิศเวลาให้กับส่วนรวมได้และที่สำคัญ ต้องมีความสนใจในเรื่องของสุขภาพ ทั้งของตนเอง ครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ ของคนในชุมชน สามารถกระตุ้น ชักจูงชาวบ้าน ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ และยินดีร่วมมือกัน แก้ไขปัญหาของชุมชน และเป็นผู้นำในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้ การให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำชาวบ้าน เพื่อให้กลุ่มแกนนำได้เกิดแนวคิด เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน และเป็นพื้นฐานในการทำงานต่อไป

### 2. ขั้นตอนการสร้างความตระหนัก ถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน

สามารถทำได้หลายรูปแบบ แต่ในที่นี้ขอเสนอด้วยวิธีการ ใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem Based) ในการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาชุมชน โดยเริ่มจาก การมีส่วนร่วมสำรวจชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้รู้สภาพของ ปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และทีมงานสำรวจ การสำรวจ และการนำข้อมูลมาสรุป และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นพี่เลี้ยง ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล การระบุปัญหา และสาเหตุของปัญหา โดยกลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเสนอข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจ ต่อที่ประชุมชาวบ้าน และเปิดโอกาสให้ชาวบ้าน เสนอความคิดเห็น และปัญหาเพิ่มเติม เพื่อสรุปออกมา เป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง และนำปัญหาสำคัญ มาค้นหาสาเหตุ สำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไขต่อไป และการจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหา ด้วยการให้ที่ประชุมร่วมกัน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตามความรุนแรง และความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาวางแผนต่อไป

### 3. ขั้นตอนการวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

ชาวบ้านร่วมกันเสนอความคิด และกำหนดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สุขภาพ บนพื้นฐานของชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งการกำหนดกิจกรรม และวางแผนนั้น ไม่จำเป็นต้องทำให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียว แต่อาจกำหนดอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทีละกิจกรรม เช่น การทอดผ้าป่าสามัคคี เพื่อจัดหาทุนมาใช้ในการดำเนินงาน การจัดตั้งชมรมสุขภาพชุมชน

การวางแผนไทย การส่งเสริมการปลูกต้นไม้ และสมุนไพรในชุมชน ส่งเสริมการผลิตและบริโภค ข้าวซ้อมมือ และกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะเมื่อสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม ทีมงานจะได้นำประเด็น ข้อเสนอต่างๆ มาใช้ในการวางแผนงานกิจกรรมต่อไป

#### 4. ขั้นตอนการดำเนินการของชุมชน

โดยการจัดตั้งกลุ่มทำงานของแต่ละกิจกรรม และดำเนินงานตามแผน โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นผู้ให้การสนับสนุน และช่วยประสานงาน ให้คณะทำงานสามารถดำเนินการ ได้ และมีการประชุม และประเมินผลการทำงานเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง

#### 5. ขั้นตอนการประเมินผล และการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ

หลังจากการดำเนินงานไปแล้ว 1 ปี ควรมีการประเมินภาวะสุขภาพของ ชุมชน ในประเด็นต่างๆ เช่น อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หรือลดลงมากน้อยเพียงใด การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ของชุมชน เกิดขึ้นหรือไม่ และจัดทำ รายงานการประเมินผล พร้อมทั้งชี้แจง และเผยแพร่ให้ชาวบ้าน ได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน เพื่อให้ ชาวบ้านดำเนินงานต่อไป ได้อย่างมั่นใจ บทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ต่อการส่งเสริมสุขภาพ

การแสดงออกของเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีส่วนทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้ และ จิตสำนึกในการดูแลสุขภาพ และรู้จักแสวงหาความรู้ เพื่อการตัดสินใจ และปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ตนเอง และชุมชน ดังมีบทบาทต่อไปนี้

1. สร้างความมั่นใจให้กับชุมชน การให้ชาวบ้าน เกิดความมั่นใจนั้น นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่งในการร่วมงานกับชุมชน เพราะทำให้ชาวบ้านเกิดความไว้วางใจ ที่จะ ทำงานร่วมกันต่อไป วิธีการที่ช่วยให้ชาวบ้านเกิดความเข้าใจ และไว้วางใจ คือ การแสดงออก ถึงความ จริงใจที่ต้องการดูแลสุขภาพชาวบ้าน อย่างสม่ำเสมอ

2. เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชน เป็นการเพิ่มสมรรถนะ (Enabling) ให้ชาวบ้าน สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง รู้จักคิด รู้จัก แก้ปัญหา โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้ ข้อมูลข่าวสารที่เอื้อต่อสุขภาพคนในชุมชน เช่น การประชุมชี้แจง การจัดอบรม และการประกาศทาง หอกระจายข่าว เป็นต้น การพัฒนาการทำงานเป็นทีม ด้วยการกระตุ้นให้ชาวบ้าน ร่วมกันคิด และ ร่วมกันลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Community Action) โดยยึดหลักการพึ่งตนเอง (Self Reliance) และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) การพัฒนาทักษะสุขภาพตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ และฝึกทักษะสุขภาพ ให้แก่ชาวบ้าน ในวันพบกลุ่มของสมาชิก ชมรมส่งเสริมสุขภาพ อาทิ การสนทนา แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และ การฝึกออกกำลังกาย นั่งสมาธิ หรือการผลิตนมถั่วเหลือง เป็นต้น การศึกษาดูงาน โดยการนำชาวบ้าน ไปดูงาน ตามเครือข่ายต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ หมู่บ้านดีเด่นในเรื่องต่างๆ เช่น การ ผลิตสมุนไพร การผลิตข้าวซ้อมมือหรือการบริหารจัดการ เป็นต้น เพื่อการเรียนรู้ ทำให้ชาวบ้านเกิด ความรู้ แนวคิด และกำลังใจในการทำงานพัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป

3. ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพชุมชน เป็นการช่วยให้ชุมชน เรียนรู้ การอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเกื้อกูลและสมดุล ทั้งทางด้านกายภาพชีวภาพและสังคม ซึ่งถือ ว่าเป็นหน้าที่ของทุกคน ดังเช่น การส่งเสริมอาชีพที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การผลิตนมถั่วเหลือง การนวด แผนไทย การปลูก และผลิตสมุนไพรในชุมชนและการผลิตข้าวซ้อมมือ เป็นต้น การส่งเสริมการปลูกป่า

สวนผสม โดยการแนะนำให้ปลูกต้นไม้ยืนต้น ไม้ผล และสมุนไพรผสมผสานกันไป เพราะนอกจากจะเป็น การอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติ และเป็นแหล่งของพืชสมุนไพรแล้ว ยังช่วยเพิ่มรายได้ให้แก่ครอบครัว ได้ทั้งระยะสั้น โดยการขายพืชสมุนไพร และในระยะยาว การปลูกไม้ยืนต้นเปรียบเสมือน "ต้นไม้บ้านอายุ ชีวิต" ไว้ใช้จ่ายยามแก่เฒ่าได้ด้วย เนื่องจากการขายต้นไม้ขนาดใหญ่ จะมีราคาสูงมาก การส่งเสริมสัมพันธภาพและมิตรไมตรีที่ดีต่อกัน ภายในชุมชน เป็นการส่งเสริมสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม โดยเน้นให้ชุมชนเห็นถึงความสำคัญ "ความสามัคคี" ซึ่งสามารถช่วยให้เกิดพลัง ในการทำงานและ แก้ปัญหาได้ทุกอย่างให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

4. ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ โดยส่งเสริมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมด้วยการผสมผสานความรู้ ทางด้านการแพทย์มาให้เข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น และการ กระตุ้นให้ชาวบ้านมาร่วมคิดและทำกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่น การเปิดบริการแพทย์แผนไทย การนวด การอบ และการจำหน่ายยาสมุนไพร เป็นต้น

5. ประสานความร่วมมือ โดยการประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งใน และนอกชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ชมรมสุขภาพต่างๆ คลินิกแพทย์แผนไทย และชุมชน เครือข่ายต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จ ในการพัฒนาชุมชน สำหรับเป็นที่ศึกษาดูงาน และเป็นที่ปรึกษา ให้กับองค์กรในชุมชน บทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพดังกล่าว เป็นปัจจัยที่สำคัญ ทำให้ชาวบ้านเกิดความ มั่นใจ และรู้สึก ว่า เจ้าหน้าที่สุขภาพให้อิสระและยอมรับในความคิดของตน จึงเกิดบรรยากาศของ การ ปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อการสร้างพลังอำนาจและความแข็งแกร่งแก่ชุมชน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาท ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ จากการมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล เป็นการดูแล และ ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยการผสมผสานความรู้ ทางด้านการแพทย์ ให้เข้ากับ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ร่วมคิด ร่วมทำกับชาวบ้านมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ จากการได้รับการแก้ไขให้ผ่านพ้นไปได้ ด้วยดี โดยการพูดคุยและการให้กำลังใจ จนเกิดเป็นความรู้สึกที่ดี และเอื้ออาทรต่อกัน ทำให้เกิดพลังใน การแก้ปัญหาชุมชนให้ลุล่วงไปได้ บทบาทของประชาชนในชุมชนการ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของ ชุมชน เป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบของชาวบ้านต่อการดูแลสุขภาพของชุมชน ซึ่งปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม คือ สัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน รวมทั้งการ แสดงออกถึงความจริงใจของเจ้าหน้าที่ สุขภาพ ก็มีส่วนทำให้ชาวบ้าน อยากเข้าร่วมในโครงการ ด้วย ความสมัครใจ บรรยากาศใน การทำงานร่วมกัน จึงเป็นไปอย่างราบรื่น ดังตัวอย่างกิจกรรมต่อไปนี้

5.1 การทอดผ้าป่าสามัคคีเพื่อสุขภาพ เพื่อหาเงินทุนมา ดำเนินงานเพื่อสุขภาพต่อไป และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน เนื่องจากเป็นงานบุญ ทำให้ ชาวบ้านให้ความร่วมมือทั้งการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมทุนทรัพย์ ใ้งานบรรลุเป้าหมาย เพราะนอกจาก ชาวบ้านจะได้รับความสนุกสนานรื่นเริงจากการจัดงานแล้ว รายได้จากการร่วมทำบุญ ยังสามารถนำมา เป็น "กองทุนสุขภาพชุมชน" ในการนำมาพัฒนาชุมชน ด้านสุขภาพต่อไปอีกด้วย

5.2 ชมรมส่งเสริมสุขภาพชุมชน สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้สนใจ สุขภาพ ได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำและดูแล สุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยวัดความดันโลหิตและร่วมกิจกรรม การสวดมนต์ไหว้พระและนั่ง สมาธิ การให้ความรู้ สุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดกิจกรรมบันเทิงต่างๆ เช่น ร้องเพลง รำวง เป็นต้น

5.3 ส่งเสริมการบริโภคและผลิตนมถั่วเหลืองในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้าน ได้ดื่มนมถั่วเหลืองอย่างทั่วถึง ด้วยการส่งเสริมการปลูกถั่วเหลือง และสอนวิธีการทำนมถั่วเหลือง บริโภคในครอบครัว พร้อมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ให้กับชาวบ้าน ผู้สนใจที่จะทำอาชีพเสริม ทำให้ชุมชนสามารถมีนมถั่วเหลืองให้กับเด็กที่ขาดสารอาหาร ทั้งผู้สูงอายุได้บริโภคในราคาที่ถูก

5.4 ส่งเสริมการนวดแผนไทย เพื่อช่วยลดปัญหาการปวดเมื่อยกระดูก และกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ และชาวบ้านทั่วไป ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิต การนวดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของชาวบ้าน แทนการรับประทานยาแก้ปวด หรือยาสมุนไพรที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพ ดังนั้น การจัดอบรมการนวดให้คนในชุมชน เพื่อมาเปิดให้บริการนวดแก่ชาวบ้านในชุมชน จึงน่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาการบริโภคยาที่เกินความจำเป็นของชาวบ้านลงได้

5.5 ส่งเสริมการปลูกและใช้สมุนไพรในชุมชน โดยเริ่มต้นจากการแปรรูปสมุนไพร ที่มีวัตถุดิบมากในชุมชน เช่น ขมิ้น และฟ้าทะลายโจร อัดแคปซูล ชี้ผึ้งโพล เป็นต้น พร้อมกับการส่งเสริมให้ปลูกสมุนไพรเหล่านั้น ควบคู่ไปกับไม้ยืนต้น และไม้ผลเป็น "สวนผสม" และมีการชุดบ่อเลี้ยงปลาตกในสวนด้วย จากนั้นควรนำคณะทำงานไปดูงานที่ต่างๆ เช่น ศูนย์การแพทย์แผนไทยหรือ หมู่บ้านอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จในการผลิตสมุนไพร ทำให้กลุ่มสามารถพัฒนา การผลิตสมุนไพร ทำให้กลุ่มสามารถพัฒนาการผลิตสมุนไพรดีขึ้น และเจ้าหน้าที่สุขภาพต้องมีส่วนร่วม ในการควบคุมความสะอาด และช่วยประชาสัมพันธ์ เป็นการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและช่วยให้ชาวบ้านบางคนมีอาชีพเสริมและมีรายได้เพิ่มขึ้น

5.6 กิจกรรมวันผู้สูงอายุ ควรจัดเป็นงานประเพณีประจำปีของชุมชนในวันสงกรานต์เนื่องจากเป็นวันครอบครัว ลูกหลานได้มีโอกาสแสดงมุทิตาจิตแก่ญาติผู้ใหญ่และให้เด็กกรุ่นหลังของชุมชน ได้เห็นประเพณีสงกรานต์ที่ดั้งเดิม จะได้สืบทอดต่อกันไป โดยเชิญชวนให้ชาวบ้าน นำปิ่นโตมาถวายพระ และรับพร และเชิญผู้สูงอายุทุกท่าน มาให้ลูกหลานได้รดน้ำ เพื่อแสดงมุทิตาจิตและขอพรจากท่าน พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกต่าง ทำให้เด็กๆ ภายในชุมชนได้เห็นตัวอย่างประเพณีสงกรานต์ ที่ดั้งเดิม มิใช่การสาดน้ำใส่กันอย่างที่ปรากฏตามท้องถนนต่างๆ

การมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพชุมชนนั้น เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมความร่วมมือ ซึ่งจะเห็นว่าการกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้น มิได้มุ่งเน้นแต่เพียงการแก้ปัญหาสุขภาพเท่านั้น หากเป็นการพัฒนาชุมชนแบบองค์รวม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา และประชาชนเองก็เป็นตัวจักรสำคัญ ในการร่วมดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นทั้งในส่วนของประชาชนและเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงต้องมีการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง (Community Learning) เพราะเมื่อเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน และเรียนรู้ จนเป็นวงจรต่อเนื่องไม่รู้จักจบทำให้เกิดพลังมหาศาล ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในสังคม ผลที่ได้จะทำให้บุคคลสามารถนำความรู้ไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหา ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตต่อไป และที่สำคัญ ควรมีการพัฒนาแนวคิด ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าบุคคลมีศักยภาพ และสามารถเรียนรู้ที่จะดูแล และพึ่งพิงตนเองได้ เพราะจะเป็นหนทาง นำไปสู่การพัฒนาชุมชน ให้เข้มแข็งและคุณภาพชีวิตที่ดีของชุมชนต่อไปได้

การศึกษาการวางแผนความต้องการผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยของสถานบริการภาครัฐในทศวรรษหน้า (ปี พ.ศ. 2551-2560)

สังคมไทยมีกระแสความตื่นตัวในเรื่องการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา จากความสนใจเรื่องสุขภาพทางเลือกของประชาชนและนโยบายของรัฐในการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับบริการและผลิตภัณฑ์ ประกอบกับการแพทย์แผนตะวันตกไม่สามารถดูแลการเจ็บป่วยบางประเภท เช่น โรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพทางเลือกของประชาชน โดยเฉพาะในด้านการแพทย์แผนไทยมีมากขึ้น ประกอบการศึกษายุทธศาสตร์และนโยบายต่างๆ ในระดับประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 แผนพัฒนาสาธารณสุขชาติ ฉบับที่ 10 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติและแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ล้วนแล้วแต่ระบุถึงทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่เน้นการผสมผสานการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาไทยเข้าไว้ด้วยกัน ในขณะที่การวางแผนส่งเสริมและพัฒนากำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐในระดับชาติ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดความต้องการบุคลากร การวางแผนการผลิต การพัฒนาหลักสูตร และการบริหารจัดการบุคลากรดังกล่าวเข้าสู่ตลาดแรงงานทั้งโดยเฉพาะในภาครัฐ ยังไม่สามารถก้าวทันความต้องการของสังคม ทำให้ยังไม่สามารถผสมผสานการบริการเข้าร่วมกับระบบการแพทย์แผนตะวันตกในสถานบริการของรัฐได้อย่างกว้างขวาง ดังนั้น การวางแผนกำลังคนผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญควบคู่ไปพร้อมกับการวางแผนระบบสุขภาพ ซึ่งกระบวนการวางแผนประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาสุขภาพและการพัฒนาการของระบบสาธารณสุข การคาดการณ์กำลังคนที่ต้องการ (Workforce Requirement) การวิเคราะห์แนวโน้มกำลังคนที่คาดว่าจะมี (Workforce Supply) จากนั้นจึงวิเคราะห์ดุลยภาพระหว่างการผลิตกำลังคนในปัจจุบันและอนาคตกับจำนวนคนที่ต้องการในอนาคต และดำเนินการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนต่อไปในขบวนการต่าง ๆ นี้ กระบวนการคาดการณ์จำนวนคนที่ต้องการ เป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อนและจำเป็นที่ควรได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลที่น่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ

การคาดการณ์จำนวนคนที่ต้องการ โดยวิธีการคาดการณ์จากเป้าหมายการบริการสุขภาพ (Health Service Target) เป็นวิธีที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในสถานการณ์ที่ข้อมูล ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยมีความจำกัด และใช้ในการวางแผนการจัดบริการในสถานบริการภาครัฐที่สามารถคาดการณ์ทิศทางการพัฒนาในอนาคตได้ การคาดการณ์โดยวิธีการดังกล่าวใช้กลวิธีในการยึดบริการเป็นตัวตั้งโดยใช้ข้อมูลประชากรและระบาดวิทยาในปัจจุบันและคาดการณ์บริการที่จะจัดในอนาคต จากนั้นจึงใช้มาตรฐานกรอบอัตรากำลังคนที่เหมาะสมในสถานบริการระดับต่าง ๆ มาคำนวณจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการ ในขณะที่เดียวกันการวิเคราะห์แนวโน้มกำลังคนที่คาดว่าจะมี (Supply Projection) นั้นมีวิธีการค่อนข้างไม่ซับซ้อน โดยดูจากกำลังคนที่มีในปัจจุบัน กำลังคนที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต จบการศึกษา ย้ายเข้า และกำลังคนที่คาดว่าจะสูญเสียในอนาคต ย้ายออก ตาย

ดังนั้นเมื่อทราบความต้องการบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐและแนวโน้มการตอบสนองด้านอุปทาน (Supply) จากสถาบันการผลิตต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์แผนไทยประเภทต่าง ๆ ที่เหมาะสมในปัจจุบันและอนาคต

โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ : ข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยบริการแพทย์แผนไทย เพื่อการสร้างคน สร้างความรู้ และการดูแลสุขภาพแบบพอเพียงการพลิกฟื้นให้ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยได้กลับมามีบทบาทที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของคนไทย ภายหลังจากการถูกทอดทิ้ง ละเลย ลดทอนบทบาทความสำคัญมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 100 ปี นั้น เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง ต้องการสนับสนุนทรัพยากรและการสนับสนุนทางวิชาการ เพื่อรวบรวมหรือฟื้นฟูองค์ความรู้ ภูมิปัญญาที่กระจัดกระจาย คลาดเคลื่อนถูกบิดเบือนและสูญหายไปเป็นจำนวนมาก ในท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์อันเชี่ยวกรากรุนแรง ซึ่งมีการไหลบ่าของข้อมูลข่าวสารปริมาณมหาศาล และการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การพัฒนาความรู้และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทันสมัยอยู่ตลอดเวลา การผสมผสานการบริการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศจึงจำเป็นต้องประยุกต์ใช้ องค์ความรู้ ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยที่มีอยู่เดิม ร่วมกับภูมิปัญญาแพทย์ตะวันตก ตลอดจนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อให้ปรากฏผลเชิงประจักษ์ของการบริหารสุขภาพโดยแพทย์แผนไทยว่าได้คุณภาพ มาตรฐาน มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย เทียบเคียงหรือสูงกว่า การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีฐานคิดแบบแผนตะวันตก

การนำองค์ความรู้ภูมิปัญญาของแต่ละท้องถิ่นกลับมาผสมผสานประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพนั้น จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางการเมืองที่เข้มแข็ง มีการพัฒนาหน่วยบริการที่เป็นรูปธรรม สามารถประยุกต์ใช้องค์ความรู้ภูมิปัญญาของตนร่วมกับการแพทย์ตะวันตกขึ้นอย่างเป็นระบบ มีการสร้างความรู้ด้วยการศึกษาวิจัย การสร้างคนโดยจัดการศึกษา ฝึกอบรมและมีการจัดบริการให้การดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ดังปรากฏเป็นที่ประจักษ์อย่างชัดเจนในประเทศจีนและประเทศอินเดีย ซึ่งถือเป็นตัวอย่างรูปธรรมของความสำเร็จในการพลิกฟื้นองค์ความรู้ ภูมิปัญญาแพทย์ของตนให้มีบทบาทสำคัญอย่างทัดเทียม หรือเหนือกว่า ระบบบริการทางแพทย์ที่แอบอิงอยู่กับการแพทย์ตะวันตก โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนจีน และแบบอายุรเวท ได้มีบทบาทอย่างสำคัญในการให้บริการดูแลสุขภาพพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และบริหารสุขภาพให้แก่ประชาชนของตนอย่างชัดเจน และกำลังทวีความนิยมเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในระดับนานาชาติด้วย

รายงานการศึกษาค้นคว้าวิจัยเชิงนโยบายฉบับนี้ ได้ทำการศึกษา รวบรวมแนวคิด แนวทางตัวอย่างรูปธรรมของการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ที่สามารถสร้างคน สร้างความรู้ และมีบทบาทในการจัดการบริหารสุขภาพแบบพอเพียงให้แก่ชาวไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปสู่การขยายผลได้ในระยะยาว โดยทำการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้รวบรวมแนวคิด หลักการสำคัญ แนวทางการพัฒนารูปธรรมต้นแบบ ทั้งของต่างประเทศที่ประสบผลสำเร็จแล้ว และความคิดริเริ่มพยายามภายในประเทศของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งนี้ปรากฏผลของการศึกษาที่สำคัญเกี่ยวกับคุณลักษณะของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ 5 ประการ พอสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

#### บทบาทและภารกิจที่สำคัญ

เพื่อให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ มีกระบวนการพัฒนาโดยมีการสร้างและใช้ความรู้ เกิดกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่องครบวงจร จึงควรกำหนดบทบาท ภารกิจหลักของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบใน 3 ด้านหลัก คือ 1) ด้านบริการ 2) ด้านวิชาการและการวิจัย 3) ด้านการเรียนการสอน

ด้านบริการ แม้ว่าองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ตะวันตกมีข้อดี จุดแข็ง เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับโรคภัยไข้เจ็บที่มีลักษณะ เฉียบพลัน โรคติดเชื้อ โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บและภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นที่ การดูแลรักษาด้วย การประยุกต์ใช้ความรู้ เทคโนโลยีขั้นสูงที่มีลักษณะแยกส่วน มุ่งการแก้ไขปัญหา เฉพาะหน้าเป็นคราว ๆ ไปมากกว่าการปรับสมดุลย์ทั้งภายในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ปรับสมดุลย์ ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมอันเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งประการ หลังนี้ถือเป็นจุดเด่น ข้อดีของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบแผนตะวันออก การผสมผสาน องค์ความรู้ ภูมิปัญญาของระบบการแพทย์ทั้งสองกระแสอย่างเหมาะสม จึงเป็นแนวทางที่สามารถเป็น คำตอบสำหรับสภาพสังคมและสถานการณ์ทางด้านสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งมี แนวโน้ม ของโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากความเสื่อมตามช่วงอายุ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

การบริการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย ต้นแบบ จึงควรมุ่งเน้นไปที่การดูแลแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ อัมพาต อัมพฤกษ์ การส่งเสริม สุขภาพแบบองค์รวม โดยผสมผสานการแพทย์ตะวันตกร่วมด้วย แบบหนุนเสริมซึ่งกัน และกันมากกว่าการแข่งขันกัน

การบริการแพทย์แผนไทย อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ตามขอบเขตและ ระดับความยากง่ายของการให้บริการ คือ ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ เช่นเดียวกับการแพทย์ ตะวันตก ทั้งนี้ควรมีสาขาการบริการหลักที่สำคัญได้แก่

1. เวชกรรมไทย เป็นการดูแลรักษา บริบาลสุขภาพ ด้วยการวินิจฉัย การรักษาโรค โดยการใช้น้ำมันสมุนไพร การนวด และการบำบัดอื่น ๆ ที่ใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญา แพทย์แผนไทย
2. เภสัชกรรมไทย เป็นบริการด้านการปรุงยา เตรียยาสมุนไพรไทย
3. การนวดไทย เป็นการใช้องค์ความรู้ ภูมิปัญญานวดไทยเพื่อการดูแล สุขภาพ
4. การผดุงครรภ์ไทยเป็นการใช้ความรู้ ภูมิปัญญาไทยในการดูแล หญิงมีครรภ์ ทั้งก่อนระหว่างและหลังการคลอดบุตร

โดยอาจมีการผสมผสานการบริการการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งอยู่ใน สถานพยาบาลแห่งเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนผู้มาใช้บริการได้มีโอกาสเลือกการบริการได้ตามความสนใจ และช่วยดูแลในภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางการแพทย์ต่าง ๆ อีกทั้งยังอาจเกี่ยวพันในงานศึกษาวิจัยทาง คลินิกร่วมกันได้อีกด้วย ในอีกทางเลือกหนึ่งอาจจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างบริการแพทย์แผน ไทย และแพทย์แผนตะวันตกในลักษณะของการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการก็ได้

ควรได้มีการคัดเลือกและจัดทำรายการการบริการที่สามารถเชื่อมั่น เชื่อถือได้ ในประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการรักษา มีความปลอดภัย นำเข้ามาจัดบริการในโรงพยาบาลและ สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ เช่น การนวดอบประคบ ซึ่งช่วยบำบัดกลุ่มอาการทาง กล้ามเนื้อและเส้น กลุ่มอาการอัมพาต อัมพฤกษ์ หรือกลุ่มอาการ 23 กลุ่ม ซึ่งปรากฏอย่างชัดเจนอยู่ใน ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ว่า สามารถนำเอาองค์ความรู้ ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยมาใช้ในการ บริบาลสุขภาพได้

## ด้านวิชาการและการวิจัย

โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ควรจัดให้มีกิจกรรมทางด้านวิชาการ การศึกษาวิจัยเพื่อการสอบทาน และสร้างองค์ความรู้ใหม่ ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การวิจัยพัฒนาระบบบริการ การวิจัยทางคลินิก การวิจัยทางการศึกษา การวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์และอุตสาหกรรมยา การวิจัยแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านในชุมชน

ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยทางคลินิกสามารถประยุกต์ใช้แนวทางตามแบบแผนวิทยาศาสตร์สมัยใหม่และวิทยาศาสตร์การแพทย์ตะวันตกหรือเป็นแนวทางการประยุกต์ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นการทดสอบ ตรวจสอบความรู้ที่มีลักษณะเป็นแบบองค์รวม ไม่แยกส่วน สกัดเอาส่วนย่อยมาวิเคราะห์แยกแยะอย่างเฉพาะเจาะจง การศึกษาวิจัยทางคลินิกสำหรับแพทย์แผนไทย ควรมุ่งเน้นไปที่การทดสอบประสิทธิผลของการรักษาและการบริหารสุขภาพแบบองค์รวม ประเมินความปลอดภัยและประสิทธิภาพ ตลอดจนความคุ้มค่าของการบริการนั้น ๆ โดยรูปแบบของการวิจัยของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบในแต่ละระดับ อาจมีความแตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม สำหรับโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิสามารถทำการศึกษาวิจัยทางคลินิก หรือด้านอื่น ๆ ได้เองเป็นเอกเทศอย่างครบวงจร ในขณะที่สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยระดับปฐมภูมิอาจเข้าร่วมกับสถานพยาบาลแห่งอื่น ๆ จัดตั้งเป็นเครือข่ายการวิจัยทางคลินิก หรือมุ่งเน้นที่การศึกษาวิจัยแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและการส่งเสริมสุขภาพแบบวิถีไทยในชุมชน การศึกษาวิจัยภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยในชุมชน เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งที่อยู่ในวิถีชีวิต วัฒนธรรม อาหารการกิน วิถีความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้ง หมอพื้นบ้านและยาสมุนไพรที่ยังมีการใช้อยู่ในชุมชนซึ่งองค์ความรู้ ภูมิปัญญาที่รวบรวมได้ อาจส่งต่อเป็นประเด็นในการวิจัยต่อยอดทั้งในด้านการวิจัยทางคลินิก การวิจัยผลิตภัณฑ์และพัฒนาอุตสาหกรรม การวิจัยด้านการเรียนการสอน

## ด้านการเรียนการสอน

สาขาวิชาที่จัดการเรียนการสอน การฝึกอบรมในโรงพยาบาล คือ สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ประกอบด้วย สาขาวิชาหลักทางด้านแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การนวดไทย และการผดุงครรภ์ไทย ทั้งนี้หากมีการจัดการศึกษาเต็มรูปแบบในระดับอาชีวศึกษา หรืออุดมศึกษาก็จำเป็นต้องมีการเรียนการสอนในสาขาวิชาทั่วไป สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข โดยอาจใช้รูปแบบการจัดการศึกษาแบบเครือข่ายร่วมกับสถาบันการศึกษาอื่น ๆ และเชิญอาจารย์พิเศษจากภายนอก ทั้งจากสถาบันการศึกษา จากระบบบริการ จากชุมชน มาร่วมจัดการเรียนการสอน แต่ควรมีการควบคุมคุณภาพ มาตรฐานอย่างเป็นระบบ

## โครงสร้างและการบริหารจัดการ

โครงสร้างพื้นฐาน อาคารสถานที่สืบเนื่องจากการที่โรงพยาบาลและสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ มีบทบาทภารกิจในแต่ละด้าน ที่แตกต่างจากสถานพยาบาลทางการแพทย์แบบตะวันตก ดังนั้น โครงสร้างพื้นฐานจึงควรมีเอกลักษณ์ของความเป็นไทย สะท้อนถึงแนวคิดปรัชญาที่มุ่งเน้นการบริหารสุขภาพแบบองค์รวม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการปรับสมดุลทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม ดังนั้น อาคารสถานที่ควรจัดให้มีบรรยากาศที่ร่มรื่น ผ่อนคลาย เน้นการจัดให้มีสวนที่ประกอบด้วยพันธุ์ไม้ไทย สมุนไพร ไม้หอม ตัวอาคารและการตกแต่งภายในควรเป็นสถาปัตยกรรมแบบไทย



สำหรับโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ควรจัดพื้นที่บริการผู้ป่วยใน โดยมีบรรยากาศที่มีเอกลักษณ์ สะท้อนวัฒนธรรมการอยู่อาศัย พักผ่อนในเรือนชานแบบไทย จัดสภาพแวดล้อมที่กระทบต่อสัมผัสทั้งทางกาย ตา จมูก หู ลิ้น ใจ ด้วยรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส เพื่อสร้างความผ่อนคลายที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

โครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการโรงพยาบาลและสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ มีลักษณะโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการได้หลายรูปแบบ ตามลักษณะความสัมพันธ์กับระบบบริการการแพทย์แผนตะวันตกและระดับของการบริการ กล่าวคือ อาจเป็นสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยที่แยกจัดตั้งออกมาเป็นเอกเทศ มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระ โดยอาจมีฐานะเป็นหน่วยงานย่อยของส่วนราชการ เป็นนิติบุคคลแบบส่วนราชการ แบบองค์การมหาชน หรือเป็นหน่วยงานของรัฐที่จัดบริการ รูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit : SDU) หรืออาจเป็นรูปแบบของสถานพยาบาลที่มี การผสมผสานทั้งการบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์แบบตะวันตกอยู่ด้วยกัน โดยมีการกำหนดโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจน

ทั้งนี้ ควรมีโครงสร้างการบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่สอดคล้องกับภารกิจสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านบริการ ด้านวิชาการและการวิจัย ด้านการเรียนการสอน โดยอาจแบ่งแผนกฝ่ายงานตามลักษณะของการบริการ หรือสาขาวิชา เป็นแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การนวดไทย การผดุงครรภ์ไทย ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการศึกษา ฝึกอบรม ฝ่ายบริหาร ฝ่ายประสานเวชกรรมไทยในชุมชนกำลังคนและบุคลากร

โรงพยาบาลและสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ควรมีกำลังคนและบุคลากรในสาขาวิชาต่าง ๆ ที่เหมาะสม จำนวนเพียงพอ สัดส่วนเหมาะสม มีความสอดคล้องกับภารกิจหลัก 3 ด้านที่กล่าวมาแล้ว มีระบบค่าตอบแทนแรงจูงใจที่เพียงพอ และระบบความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถจูงใจบุคลากรไว้ในระบบ โดยมีการผสมผสานรูปแบบการจ้างงานที่ไม่เป็นภาระค่าใช้จ่ายทางงบประมาณในระยะยาว เช่น การบรรจุเป็นข้าราชการหรือพนักงานราชการในกลุ่มสายงานวิชาชีพที่สำคัญ ร่วมกับการจ้างเป็นรายคาบ รายวัน รายเดือน และหรือการแบ่งผลตอบแทนตามผลงาน เป็นต้นงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็น

แนวทางการสนับสนุนและแหล่งที่มาของงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการจัดตั้ง โรงพยาบาล และสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ อาจกำหนดตามประเภทของการใช้จ่าย คือ งบประมาณ ควรได้รับการอุดหนุนจากเงินงบประมาณแผ่นดิน งบดำเนินการ แบ่งออกเป็น งบบริการ ได้รับจากเงินค่าบริการผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้ป่วยจ่ายเอง งบอุดหนุนการเรียนการสอนได้จากเงินอุดหนุนจากรัฐ หรือเรียกเก็บเงินบำรุงการศึกษาจากผู้เรียนจ่ายเอง สำหรับงบวิจัยในด้านต่าง ๆ ควรมีแหล่งที่มาจากเงินอุดหนุนของรัฐหรือจากการแบ่งปันผลประโยชน์จากภาคเอกชนที่ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย การผลักดันขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

ข้อเสนอการจัดตั้งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ควรได้รับการผนวกรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์พัฒนาแพทย์แผนไทย ซึ่งได้รับการอนุมัติจากมติที่ประชุมคณะรัฐมนตรีแล้ว โดยจัดทำเป็นแผนงานโครงการจัดตั้งเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นต่อไป ทั้งนี้ควรมีกลไกกระบวนการสร้างความตระหนัก เพื่อให้เห็นความสำคัญ สร้างฉันทามติร่วมกันให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจ เช่น สำนักงานคณะกรรมการ

พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ สำนักงาน ก.พ. สำนักงาน ก.พ.ร. ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ โดยอาจจัดตั้งขึ้นเป็นคณะกรรมการบริหารติดตามประเมินผลแผนงานโครงการมีกิจกรรมศึกษาดูงานร่วมกัน ทั้งภายใน และต่างประเทศ รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้แก่สาธารณะและสังคมวงกว้างด้วยการพัฒนาระบบกฎหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบกฎหมาย เพื่อสนับสนุนการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การศึกษานี้จะศึกษาระบบกฎหมายโดยครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการออกกฎหมาย กฎหมายที่มีอยู่ และการใช้กฎหมาย โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กระบวนการออกกฎหมาย สัมภาษณ์เจาะลึก ประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประมวล สังเคราะห์ วิเคราะห์เป็นรายงานการศึกษา

ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกฎหมายหลัก 7 ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ร.บ. สถานบริการ พ.ร.บ. คຸ້ມครองและส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ. ยาพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547 มาตราที่มีความสำคัญ ได้แก่ มาตรา 33 เป็นการเปิดช่องทางการพัฒนาวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยไว้ 3 ช่องทาง ช่องทางแรก (ก) เป็นการพัฒนาบุคลากรตามระบบดั้งเดิมคือ ระบบรับรองตัววิชาชีพ ช่องทางสอง (ข) เป็นการส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนวิชาชีพแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ ตามมาตรฐานของกระทรวงศึกษาธิการ ช่องทางสาม (ค) เป็นการเปิดทางให้มีการประเมินแพทย์พื้นบ้านที่มีความรู้และเป็นที่ยอมรับของชุมชนให้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ โดยระบบคัดกรอง

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล ที่บังคับใช้ในปัจจุบันเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนสามารถจัดบริการการแพทย์แผนไทยไว้ในสถานพยาบาลแผนปัจจุบันได้

พระราชบัญญัติสถานบริการ ที่บังคับใช้ในปัจจุบันได้กำหนดให้สถานที่เพื่อสุขภาพ หรือเพื่อเสริมสวยที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นการเปิดช่องให้กระทรวงสาธารณสุขเข้าไปดูแลสถานบริการนวดเพื่อการผ่อนคลาย

พระราชบัญญัติคຸ້ມครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กำหนดนิยามการแพทย์แผนไทยแตกต่างจากพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ โดยครอบคลุมทั้งมนุษย์และสัตว์ ครอบคลุมการประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ และอาศัยความรู้ หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาโดยมิได้มีขอบเขตเฉพาะที่เป็น “แบบไทย” เท่านั้น

พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน นั้นสำนักงาน ก.พ. รับรองคุณวุฒิของผู้จบการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยเพียงไม่กี่แห่ง รับรองเฉพาะราย และกำหนดคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยไว้ในคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเท่านั้น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มีบทบัญญัติสำคัญ 2 เรื่อง คือ สมัชชาสุขภาพและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีหัวข้อเกี่ยวกับ “การส่งเสริม

สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ”

พระราชบัญญัติยา ที่บังคับใช้ในปัจจุบันได้แยกระบบควบคุมยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณไว้ต่างหากจากกัน กฎหมายดังกล่าวยอมรับและส่งเสริมการผลิตยาโดยเครื่องมือที่ทันสมัยถึงขั้นมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติ เป็น (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530

ด้านกระบวนการออกกฎหมาย พบปัญหาสำคัญที่สุดคือ ความล่าช้าในการออกกฎหมาย เนื่องจากกระบวนการขั้นตอนที่ยาวนาน และปัญหาความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องในการออกกฎหมายและผู้มีอำนาจลงนามประกาศใช้กฎหมาย ด้านปัญหาการใช้กฎหมาย พบว่าแม้ พ.ร.บ. จะใช้อำนาจหน้าที่ แต่ปัญหาอยู่ที่หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบังคับใช้ และข้าราชการที่ทำงานมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับภารกิจที่ต้องดำเนินการตามกฎหมาย

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 11 (8) (9) มาตรา 11 วรรคสาม และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 ประกอบข้อ 11 (3)(4) ของประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ.2547 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ประกาศนี้เรียกว่า ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ด้านกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาครอบครัว

#### ข้อ 2 ในประกาศนี้

ทารุณกรรม หมายความว่า การกระทำ หรือละเว้นการกระทำด้วยประการใดๆ จนเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเสื่อมเสียภาพ หรือ เกิดอันตราย แก่ร่างกาย หรือจิตใจ หรือ การกระทำ ความผิดทางเพศต่อผู้สูงอายุทั้งนี้โดยคำนึงถึงสภาพจิต หรือ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ไม่ว่าผู้สูงอายุนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หมายความว่า (1) การหลอกลวง การกล่าวเท็จ หรือให้ผู้สูงอายุกระทำการใดๆ เพื่อให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุ (2) การใช้ให้ผู้สูงอายุกระทำ หรือประพฤตินลักษณะที่น่าจะเป็นอันตรายแก่ร่างกาย หรือจิตใจ หรือขัดต่อกฎหมาย หรือศีลธรรมอันดี ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้สูงอายุจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

ทอดทิ้ง หมายความว่า ละเลยไม่เอาใจใส่ดูแล หรือไม่ดูแลและเป็นระยะเวลานานอันอาจเกิดอันตรายต่อกายหรือจิตใจของผู้สูงอายุ

ข้อ 3 ผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง หรือผู้ใดที่พบเห็นผู้สูงอายุถูกทารุณกรรม หรือ ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้งให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ (1) ในท้องที่กรุงเทพมหานคร ให้แจ้งกรมการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานงานให้พนักงาน

สงเคราะห์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้การช่วยเหลือต่อไป(2) ในจังหวัดอื่นๆ ให้แจ้งอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือสำนักงานให้ นักสังคมสงเคราะห์ หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ให้การช่วยเหลือต่อไป

ข้อ 4 การดำเนินการช่วยเหลือให้ดำเนินการด้วยวิธีการ ดังต่อไปนี้ (1) กรณีผู้สูงอายุถูกทารุณกรรม (ก) ให้แยกผู้สูงอายุไปพักอาศัยในสถานที่อื่นซึ่งมีความปลอดภัย ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความสมัครใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ (ข) นำผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกาย สุขภาพจิต (ค) สอบถามข้อเท็จจริง พฤติการณ์ของการถูกทารุณกรรม (ง) กรณีการทารุณกรรมเกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลภายนอกให้แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิด โดยรวบรวมพยานหลักฐานอันเกิดจากการตรวจร่างกาย หรือจากการสอบข้อเท็จจริง ส่งพนักงานสอบสวนด้วย (จ) กรณีการทารุณกรรมเกิดจากการกระทำของบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย และ เป็นเรื่องไม่ร้ายแรง ให้นักสังคมสงเคราะห์ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอยู่ด้วย เพื่อทำความเข้าใจให้สามารถดูแลผู้สูงอายุมิให้ถูกกระทำทารุณกรรมอีก แต่ถ้าเป็นกรณีที่มีการกระทำทารุณกรรมที่ร้ายแรงให้ดำเนินการตาม (ง) โดยอนุโลม (ฉ) ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ให้กลับไปสู่สภาวะปกติ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยในกรณีที่ไม่สามารถฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยได้ ให้ดำเนินการ นำส่งผู้สูงอายุเข้ารับการอุปการะ ในสถานสงเคราะห์คนชรา เว้นแต่ผู้สูงอายุไม่ยินยอม (2) กรณีผู้สูงอายุถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย (ก) ให้นำผู้สูงอายุไปพักอาศัยในสถานที่ปลอดภัยตามความเหมาะสม (ข) สอบข้อเท็จจริง และพฤติการณ์ของการถูกแสวงหาประโยชน์ และกรณีจำเป็นให้ดำเนินการประสานงานเพื่อจัดให้มีการตรวจสุขภาพกาย และสุขภาพจิต การสอบข้อเท็จจริงให้รวมถึงบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นตัวการ หรือเป็นนายหน้าในการนำผู้สูงอายุมาแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย

ในกรณีที่ผู้สูงอายุถูกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบอันเป็นความผิดทางอาญา ให้แจ้งความต่อพนักงานสอบสวนเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำความผิด (ค) ให้ฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ หรือฝึกอาชีพให้ผู้สูงอายุตามความต้องการและความเหมาะสม (ง) กรณีผู้สูงอายุประสงค์จะกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลซึ่งผู้สูงอายุมีความประสงค์จะไปอยู่ด้วย ก็ให้ดำเนินการเตรียมความพร้อมของครอบครัว(3) กรณีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง (ก) ในท้องที่กรุงเทพมหานคร ให้หน่วยงานรับเรื่องนำผู้สูงอายุส่งบ้านพักฉุกเฉินของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดงของกรุงเทพมหานคร เพื่อดำเนินการสอบข้อเท็จจริงสืบหาญาติ หรือให้การช่วยเหลือตามควรแก่กรณีต่อไป (ข) ในจังหวัดอื่น ให้หน่วยงานรับเรื่องนำผู้สูงอายุ ส่งสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หรือบ้านพักเด็ก และครอบครัวหรือบ้านพักฉุกเฉิน เพื่อดำเนินการสอบข้อเท็จจริงสืบหาญาติ หรือให้การช่วยเหลือตามควรแก่กรณีต่อไป

ข้อ 5 การดำเนินการช่วยเหลือใดๆ ให้คำนึงถึงการมีส่วนร่วม และความสัมพันธ์อันดีระหว่าง ครอบครัว ชุมชน หรือ บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวชุมชน หรือบุคคลซึ่งผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

ข้อ 6 การให้คำแนะนำ ปกป้อง หรือการดำเนินการอื่นใดในการแก้ไขปัญหาครอบครัว รวมทั้งปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคดีและเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ อันควรได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาได้จากงานสังคมสงเคราะห์ งานให้คำปรึกษา

ปัญหาทางครอบครัวและปัญหาชีวิต คลินิกให้คำปรึกษา บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือบริการอื่นของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กรณีที่เห็นว่าผู้สูงอายุเดือดร้อนและ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นให้ดำเนินการประสานส่งต่อการดำเนินงาน ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ข้อ 7 ให้อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีหน้าที่ในการสอดส่องดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ และเป็นเครือข่ายในการคุ้มครองทางสังคม ด้านผู้สูงอายุ

ประกาศ ณ วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2548 นายประชา มาลีนนท์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2548

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3 และมาตรา 11 (1) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และข้อ 2 แห่งประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดให้หน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ลงวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ.2547 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงออกประกาศ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข แก่ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ (1) จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก (2) กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจนและให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

ข้อ 2 ประกาศนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสามสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2548 นายสุชัย เจริญรัตนกุล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

## บริบทพื้นที่ที่ทำการวิจัย

ดำเนินการวิจัยในสถานพยาบาล 4 แห่ง คือ

1. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
2. โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์
3. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข
4. สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.) ได้มีรายละเอียดดังนี้

1. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อตั้งโดยศาสตราจารย์นายแพทย์จำลอง หาริณสุตและศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิงตระหนักจิต หาริณสุต เริ่มเปิดให้บริการวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2504 ที่ตึกเวชกรรมเมืองร้อน เลขที่ 420/6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 เป็นอาคาร 3 ชั้น ชั้น 3 เป็นสำนักงานคณบดีและห้องปฏิบัติการ ชั้น 2 เป็นห้องบรรยายและห้องประชุม ชั้นล่างเป็นโรงพยาบาล เปิดรับเฉพาะผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลศิริราช หรือสถานพยาบาลอื่นๆ มีหอผู้ป่วยรวมเพียงหอเดียว ใช้ฉากกั้นระหว่างผู้ป่วยชาย

และผู้ป่วยหญิง มีจำนวน 20 เตียง แพทย์ประจำบ้านรุ่นแรกคือแพทย์หญิงสุวัชร วัชรเสถียร แพทย์หญิง ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล นายแพทย์เชิดลาภ วสุวัต เดือนกันยายน พ.ศ. 2505 เริ่มมีผู้ป่วยมาขอรับบริการ มากขึ้น โรงพยาบาลได้จัดส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยเป็นที่ตรวจผู้ป่วยนอก นับเป็นจุดเริ่มแรกของแผนก ผู้ป่วยนอก ต่อมาได้ก่อสร้างอาคารใหม่ 5 ชั้น เดือนพฤศจิกายน 2507 และย้ายผู้ป่วยไปยังอาคารใหม่ และตัดแปลงห้องผู้ป่วยเดิมเป็นแผนกผู้ป่วยนอก การบริการได้ขยายออกไปเรื่อยๆจนครบ 5 ชั้น จึงมีหอ ผู้ป่วยรวมทั้งหมด 5 หอ ในปี 2517 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์เขตร้อนได้ถูกก่อตั้งขึ้นพร้อมกับหอผู้ป่วย เด็กที่ชั้น 6 ขณะนั้นโรงพยาบาลมีเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 170 เตียง มีศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิง ตระหนักจิต หะรินสุต เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก

ในปีพ.ศ. 2513 ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งเป็นประเทศสมาชิก ของซีมีโอ ได้ขอความร่วมมือในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ระดับต่ำกว่าพยาบาลคือผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนจึงได้เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลตั้งแต่นั้นจนกระทั่งปัจจุบัน ตั้งแต่ 23 กุมภาพันธ์ 2539 เป็นต้นมา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนได้ขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง และได้เปลี่ยนสถานภาพจากหน่วยงานในสังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อนคลินิกฯ เป็นโรงพยาบาล เวชศาสตร์เขตร้อนในสังกัดคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มีฐานะเทียบเท่าภาควิชา และเป็นโรงพยาบาล เฉพาะโรคที่ให้บริการรักษาโรคเขตร้อน ได้แก่ โรคมลาเลีย โรคพยาธิต่างๆ โรคตับ โรคติดเชื้อจาก แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา นอกจากนี้ยังสามารถให้บริการรักษาโรคทางอายุรกรรมทั่วไปด้วย และเปิด ให้บริการการรักษาพยาบาลคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกพยาธิตัวจิ๋ว คลินิกโรคทางเดินอาหาร โรคตับ คลินิกโรคหู คอ จมูก คลินิกโรคผู้สูงอายุ คลินิกโรคไตและทางเดินปัสสาวะ คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกวัยทอง คลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกเวชศาสตร์แผนจีน (ฝังเข็ม) หน่วยเวชศาสตร์แผนไทย คลินิกเวชศาสตร์ การท่องเที่ยวและการเดินทาง (Travel Clinic) ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกการนวด ทุกวันราชการ ตั้งแต่ เวลา 08.00-16.00 น.

2. คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เกิดอุบัติเหตุโรคระบาดชุกชุมเมื่อ พ.ศ. 2424 ในครั้งนั้นทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นชั่วคราวในที่ชุมชนรวม 48 ตำบล ครั้นโรคร้ายเสื่อมถอยลง โรงพยาบาลจึงได้ปิดทำการ หากแต่ในพระราชหฤทัยทรงตระหนักว่า โรงพยาบาลนั้นจะยังประโยชน์บำบัดทุกข์ บำรุงสุข ให้พสกนิกร และผู้อยู่ใต้ร่มพระบรมโพธิสมภาร แต่การจัดตั้งโรงพยาบาลนั้นเป็นการใหญ่ จำเป็นต้องมีคณะกรรมการ เพื่อจัดการโรงพยาบาลให้สำเร็จ

ดังนั้นเมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2429 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสร้างโรงพยาบาลขึ้น เพื่อดำเนินการก่อสร้าง โรงพยาบาลถาวรแห่งแรก ณ บริเวณวังของกรมพระราชวังบวรสถานพิมุข (วังหลัง) ทางฝั่งตะวันตกของ แม่น้ำเจ้าพระยา โดยพระราชทานพระราชทรัพย์เป็นทุนแรกเริ่มในการดำเนินการ ในระหว่างที่ เตรียมการก่อสร้างโรงพยาบาลนั้น สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ฯ พระราชโอรสอัน ประสูติจากสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ได้ประชวรโรคบิดสิ้นพระชนม์ลงเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2430 ยังความอาลัยเศร้าโศกแห่งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ยิ่งนักถึงกับทรงมี พระราชปณิธานอย่างแรงกล้าที่จะให้มีโรงพยาบาลขึ้น ครั้นเสร็จงานพระเมรุแล้ว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เรือโรงเรียนและเครื่องใช้ต่าง ๆ ในงานพระเมรุนำไปสร้างโรงพยาบาล ณ บริเวณวังหลัง ดังกล่าว นอกจากนี้ยังพระราชทานทรัพย์ส่วนหนึ่งของสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ฯ แก่

โรงพยาบาลอีกด้วย ในระยะแรกคณะกรรมการจัดสร้างโรงพยาบาล ได้จัดสร้างเรือนพักผู้ป่วยขึ้น 6 หลัง และเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ทรงพระกรุณาเสด็จพระราชดำเนินทรงประกอบพิธีเปิด และพระราชทานนามว่า “โรงพยาบาลศิริราช” หรือที่ชาวบ้านนิยมเรียกว่า “โรงพยาบาลวังหลัง” โดยทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยไข้ทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณของไทย เมื่อภาระการดำเนินงานรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราชมีมากขึ้น จนต่อมามีแพทย์ไม่เพียงพอ จึงได้ตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลนี้ และเริ่มเปิดสอนตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน 2433 เป็นต้นมา โดยจัดหลักสูตรการศึกษา 3 ปี สอนทั้งวิชาแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณ เรียกโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของไทยโดยทั่วไปนี้ว่า “โรงเรียนแพทยากร” นักศึกษาแพทย์รุ่นแรกได้สำเร็จการศึกษา และได้รับประกาศนียบัตรแพทย์เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2436 ในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2443

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พร้อมด้วยสมเด็จพระบรมราชินีนาถ เสด็จพระราชดำเนินทรงเปิดโรงเรียนแพทย์อย่างเป็นทางการ และพระราชทานนามว่า “ราชแพทยาลัย” ซึ่งเป็นนามดั้งเดิมของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในปัจจุบัน ในระยะที่พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหมื่นไชยนาทนเรนทร (สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร) ทรงเป็นผู้บัญชาการราชแพทยาลัยได้ทรงโน้มน้าวพระทัยสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอเจ้าฟ้ามหิตลodayเดช กรมขุนสงขลานครินทร์ (สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก) ให้สนพระทัยวิชาแพทย์ โดยเสด็จพระราชดำเนินศึกษาต่อด้านสาธารณสุขที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกาเป็นเบื้องต้น และทรงสำเร็จการศึกษาปริญญาแพทยศาสตรดุษฎีบัณฑิตในเวลาต่อมา นอกจากนี้ทรงเป็นผู้แทนฝ่ายรัฐบาลไทยเจรจากับมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ เพื่อยกระดับการศึกษาแพทย์ให้ถึงขั้นปริญญาและปรับปรุงกิจการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลศิริราชในหลาย ๆ ด้าน โรงพยาบาลศิริราช ได้พัฒนาเป็นปีกแผ่นมั่นคงมาตามลำดับด้วยพระกรุณาธิคุณจาก สมเด็จพระมหากษัตริราชเจ้าทุกพระองค์ ตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์หลายพระองค์ในราชวงศ์จักรีและยังได้รับการสนับสนุนกิจการทั้งปวง

ประชาชนผู้มีจิตศรัทธาทั่วไปด้วยโรงพยาบาลศิริราช ตั้งอยู่เลขที่ 2 ถนนพราวานนท ก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร นับเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งในเอเชียอาคเนย์ มีเนื้อที่ 73 ไร่ อาคาร 75 หลัง ปัจจุบันมีจำนวนเตียงทั้งสิ้น 2,600 เตียง แพทย์ 1,200 คน พยาบาล 7,783 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1,974 คน รวมบุคลากรในฝ่ายต่าง ๆ อีก 1,117 คน ต่างปฏิบัติหน้าที่เพื่อรักษาผู้ป่วยทุกคนอย่างเต็มกำลังความสามารถ (ปี พ.ศ.2548) โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สังกัดมหาวิทยาลัย มีการบริหารงานภายใน นอกจากสำนักงานคณบดี สำนักงานผู้อำนวยการ สำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ และภาควิชาต่าง ๆ 24 ภาควิชาแล้ว ยังมีสถานส่งเสริมการวิจัย สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ โรงเรียนต่าง ๆ ที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์อีก 8 แห่งคือ โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล โรงเรียนกายภาพบำบัด โรงเรียนเวชนิทัศน์ โรงเรียนพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงเรียนวิสัญญีพยาบาล โรงเรียนรังสีเทคนิค โรงเรียนกีฬาเวชศาสตร์ และโรงเรียนเวชศาสตร์การธนาคารเลือด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีภาวะหลักในการผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถส่งเสริมงานวิจัย ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม พัฒนาการบริการทางการแพทย์ โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนอนุรักษ์และเผยแพร่กิจกรรม เพื่อทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของชาติอีกด้วยด้วยธนาคารเลือดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีภาวะหลักในการผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถส่งเสริมงานวิจัย ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม

พัฒนาการบริการทางการแพทย์ โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนอนุรักษ์และเผยแพร่กิจกรรม เพื่อทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของชาติอีกด้วยธนาคารเลียด

คลินิกอายุรเวท โรงพยาบาลศิริราช สภาพการดำเนินงานโรงเรียนอายุรเวท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นสถานพยาบาลแผนไทย มีการสอนวิชาการนวดแผนไทย เพื่อบำบัดโรค เรื่องของสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคและสมุนไพรที่ใช้ประกอบการนวด รวมทั้งรักษาโรคต่าง ๆ ที่ต้องการบำบัด โดยวิธีการนวดตามแบบฉบับแผนไทย ซึ่งนับว่าเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้านอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตามสถานพยาบาลนี้ จะไม่รับการนวดเพื่อบำบัดอาการปวดเมื่อยอย่างสถานนวดแผนโบราณทั่ว ๆ ไปคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับโอนย้าย "โรงเรียนอายุรเวท" เข้ามาเป็นหน่วยงานในสังกัดของคณะฯ มีฐานะเทียบเท่าภาควิชา เรียกชื่อว่า "สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์" มีภารกิจหลักในการจัดการเรียนการสอน การบริการ การวิจัยสถานการแพทย์แผนไทย ได้จัดตั้งคลินิกอายุรเวท การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ขึ้นที่ชั้น 5 ตึกอดุลยเดชวิกรม เพื่อให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย งานบริการของคลินิกอายุรเวท การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ครอบคลุมการตรวจรักษาทางด้านเวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย และหัตถเวชกรรมแผนไทย โดยผู้ให้บริการ จะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ รวมทั้งคณะฯ ได้จัดให้มีแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นปฏิบัติงานประสาน งานด้านการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการได้รับการบริการที่ถูกต้องและเหมาะสม

ค่าบริการทางการแพทย์แผนไทย ทำแพ้มประวัตินวดรับบริการ 20 บาท การตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษาทางการแพทย์แผนไทยครั้งละ 50 บาท การนวดไทยแบบราชสำนักเวลาให้บริการประมาณ 45-50 นาที ครั้งละ 300 บาท การนวดไทยแบบราชสำนัก และการประคบสมุนไพรเฉพาะที่ เวลาให้บริการประมาณ 45-50 นาที ครั้งละ 300 บาท ไม่รวมลูกประคบ 1 ลูก การนวดไทยแบบราชสำนัก และการประคบสมุนไพรทั้งตัว เวลาให้บริการประมาณ 100-110 นาที ครั้งละ 600 บาท ไม่รวมลูกประคบ 1 ลูก การประคบสมุนไพรเฉพาะที่ เวลาให้บริการประมาณ 25-35 นาที ครั้งละ 175 บาท การติดต่อขอรับบริการ เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการและไม่ต้องเสียเวลารอคอย คลินิกอายุรเวท การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้จัดให้มีระบบนัดหมายล่วงหน้า ผู้สนใจติดต่อสอบถามและนัดหมายขอรับบริการได้ที่โทรศัพท์หมายเลข 0-2419-7000 ต่อ 6344 ระหว่าง 8.30-20.00 น

3. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยกระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์แผนไทยได้จัดทำโครงการจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ชื่อว่า ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2545 มีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นสถานที่สาธิตการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เป็นแหล่งศึกษาวิจัยทางคลินิกฯ และพัฒนามาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทย เดิมศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ สถาบันการแพทย์แผนไทย และเอกชนคือร่วมกับมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 – มกราคม 2548 และในปัจจุบันศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2548 จนถึงปัจจุบัน มีการให้บริการตรวจ วินิจฉัยและบำบัดโรค โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย และผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ในและนอกเวลาราชการ ตั้งแต่ เวลา 08.30 - 18.30 ไม่เว้นวันหยุดราชการ



การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสถานสาธิตการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร และการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ข้าราชการเจ้าหน้าที่ ในกระทรวงสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างมีมาตรฐาน ครบวงจร เพื่อเป็นสถานที่ทำวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรและเพื่อเป็นสถานที่พัฒนาวิชาและมาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทย

งานบริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย การตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค โดยผู้มีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสาขาเวชกรรมแผนโบราณ รักษาด้วยยาสมุนไพร นวดตัวเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อรักษาโรค นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร อัตราค่าบริการ นวดโรครักษาโรค (ราชสำนัก) อัตราค่าบริการ 200 บาท ต่อ ครั้ง นวดตัวเพื่อสุขภาพอัตราค่าบริการ 200 บาทต่อ ครั้ง นวดเท้าเพื่อสุขภาพ อัตราค่าบริการ 150 บาทต่อครั้ง อบสมุนไพรอัตราค่าบริการ100 บาทต่อครั้ง การประคบสมุนไพรอัตราค่าบริการ150 บาทต่อครั้ง บุคลากรผู้ให้บริการ แพทย์แผนไทยประยุกต์ ประจำศูนย์ จำนวน 2 คน แพทย์แผนไทยประยุกต์กลุ่มงานต่างๆ จำนวน 17 คน

บทบาทหน้าที่ ให้การซักประวัติ ตรวจ วินิจฉัย และให้การรักษาโรคตามทางทฤษฎี การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้คำปรึกษาด้านการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ตามทฤษฎี การแพทย์แผนไทย จัดระบบการให้บริการและมาตรฐานการรักษาโรคในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ดำเนินการวิจัยทางคลินิกในผู้ป่วยที่มาใช้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

ผู้บริหารศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยปัจจุบันคือนายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้อำนวยการ มีอำนาจหน้าที่ ตามกฎกระทรวง เกี่ยวกับศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ยาแผนไทย และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร กำหนด พัฒนาคูณภาพ มาตรฐาน และเสนอแนะ เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ แผนไทย ยาแผนไทย และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชน รวบรวม อนุรักษ์ คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทย ยาแผนไทย และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร รับผิดชอบในงานธุรการและงานวิชาการของคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ส่งเสริม และสนับสนุนการผลิตยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรให้ได้คุณภาพมาตรฐาน ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย

บริเวณรอบ ๆ อาคาร ยังแวดล้อมด้วยสวนสมุนไพรที่ปลูกไว้วันบัพันชนิด และยังมีซุ้มขายอาหารที่ทำจากพืชผักสมุนไพร ร้านขายพืชผักปลอดสารพิษ ร้านขายยาสมุนไพร ถ้าใครสนใจเรียน การแพทย์แผนโบราณ หรือ การนวดตัว นวดเท้า ก็สามารถสมัครเรียนได้ที่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพ แพทย์แผนไทย มีหลายหลักสูตรทั้งนวดตัว นวดเท้า ผู้เรียนสามารถนำไปประกอบอาชีพต่อไปได้ โดยมี ใบประกาศนียบัตรรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข

4. สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.) อยู่ถนนราชสีมา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร สภาพการดำเนินงาน พ.ศ. 2503 คณะอนุกรรมการส่งเสริมสวัสดิการของครูสภา มีขุนคงฤทธิ์ ศึกษากร เป็นประธาน ประกอบด้วย อนุกรรมการ 10 ท่าน คือ นายเพทาย อมาตยกุล นายก่อ สวัสดิพิพาณิชย์ นายแนบ บุญสิทธิ์

นายสุขุม ชยสมบัติ นายเสงี่ยม เต็มสุข นายช่วย แสงสุชาติ นางกรองแก้ว ปทุมานนท์ นายเป็รื่องสุ เสวี เลขานุการคुरुสภา และหัวหน้าแผนกสวัสดิการ สำนักงานเลขานุการคुरुสภา ได้ปรึกษาถึงการจัด สวัสดิการในด้านการเจ็บป่วยให้แก่สมาชิกคुरुสภา ได้หลักการจัดตั้งคลินิกเสนอกรรมการอำนวยการคुरु สภา ได้รับการอนุมัติจัดตั้งสถานพยาบาล โดยใช้สถานที่ส่วนหนึ่งของหอพักคुरुสภาเป็นที่ทำการ ชั่วคราว และอนุมัติให้ยืมเงินจากองค์การคั่วของคुरुสภาเป็นเงิน 118,600.00 บาท ในการดัดแปลง สถานที่และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ นายสุขุม ชยสมบัติ เจ้าหน้าที่คुरुสภาประจำจังหวัดพระนคร ได้จัดสรร เงินสะสมของคुरुสภาจังหวัดพระนคร จำนวน 86,600 บาท นายเสงี่ยม เต็มสุข เจ้าหน้าที่คुरुสภา ประจำจังหวัดธนบุรี ได้จัดสรรเงินสะสมของคुरुสภาจังหวัดธนบุรี 33,000.00 บาทเป็นค่าใช้จ่ายใน การซื้อเครื่องมือแพทย์ แก้อั้วทำฟัน และอุปกรณ์อื่น ๆ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดส่งนายแพทย์ สมทรง กาญจนหุต และนายแพทย์รังสรรค์ มหาสันทนะ นายแพทย์อาวุธจากกระทรวงมาเป็น ที่ปรึกษาในการดำเนินการ จนถึง พ.ศ. 2531 นอกจากนี้กระทรวงการคลังยังอนุมัติให้ใบเสร็จรับเงินของ สถานพยาบาลคुरुสภาสามารถนำไปเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามระเบียบสวัสดิการรักษายาบาลของ ข้าราชการ ในปี พ.ศ. 2504 นายนาค เทพหัสดิน ณ อยุธยา ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งต่อ มาดำรงตำแหน่งเลขานุการคुरुสภาในช่วงปี 2504 ถึง 2510 ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ สถานพยาบาล โดยได้มอบแก้อั้วทำฟันพร้อมอุปกรณ์ เคียงตรงทางนรีเวช เครื่องใช้ทางการแพทย์อื่น ๆ ที่บรรดาญาติมิตร ศิษย์และผู้ร่วมงาน ได้จัดซื้อให้เป็นของขวัญวันเกิดครบรอบ 60 ปี ให้แก่ สถานพยาบาลของคुरुสภา คิดเป็นมูลค่า 80,000.00 บาท และเงินสดอีก 31,857 บาท และ ในโอกาสคล้ายวันเกิดของท่านในปีต่อ ๆ มา ได้บริจาคเงินส่วนตัวเพิ่มเติมอีกรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 122,035.00 บาท เปิดทำการเมื่อ 8 พฤษภาคม 2504

พ.ศ. 2518 อาคารสถานพยาบาล ซึ่งสร้างอยู่บนคลองเม่งเส็ง (บริเวณหอพักคुरुสภา ปัจจุบัน) ทรวดมียรอยแตกร้าวไม่ปลอดภัยที่จะใช้การต่อไป จึงย้ายไปทำการที่ชั้นล่างของหอพักเดิม รื้ออาคารเดิมและสร้างอาคารขึ้นใหม่ริมรั้วคुरुสภาด้านริมคลอง คืออาคารที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเริ่มก่อสร้าง เมื่อกุมภาพันธ์ 2520 แล้วเสร็จพ.ศ. 2521 ในราคา 5,490,000.00 บาท ค่าเฟอร์นิเจอร์และลิฟท์ 805,500.00 บาท รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 6,295,500.00 บาท เปิดทำการ เมื่อ 7 สิงหาคม 2521 และได้ขยายบริการไปยังบุคคลทั่วไป จากเดิมที่ให้บริการเฉพาะสมาชิกคुरुสภา ได้เพิ่มคลินิกเฉพาะโรค โดยเชิญ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาตรวจรักษา นอกจากนี้ สกสค.ยังได้จัดการบริการนวดแผนไทยให้กับ สมาชิกคुरुสภา ตามหลักวิชาการนวดแผนไทยขึ้น ที่สถานพยาบาลของคुरुสภา โดยพนักงานที่ทำงานใน สถานพยาบาลของคुरुสภานี้ผ่านการเรียนรู้ศาสตร์แขนงดังกล่าว จากโรงพยาบาลศิริราช ทำให้ผู้มาใช้ บริการมีความมั่นใจว่าจะได้รับการบริการอย่างถูกหลักวิชา

งานบริการของสถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู บุคลากรทางการศึกษา (สกสค.) การให้บริการ เวลารอบปกติ 8.30-16.00 น. เวลารอบรอบเย็น 16.00-20.00 น.หยุด วันเสาร์ อาทิตย์ และวันนักขัตฤกษ์ อัตราค่าบริการ ค่านัด 1 ชั่วโมง พร้อม ประคบสมุนไพร 350 บาท ข้าราชการเบิกได้ 300 บาท เจ้าหน้าที่ให้บริการ หมอนวดแผนไทย 8 คน ต่อจำนวนคนใช้ในรอบปกติ 25-30 คน/วัน ซึ่งหมอนวดจะได้รับค่าจ้าง 150 บาท/คน

## แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและเป็นพื้นฐานการวิจัย ดังนี้

1. ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ (Structural-Functional Theory) ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ เป็นทฤษฎีที่มีความเชื่อว่าสังคมและวัฒนธรรมจะเปลี่ยนแปลงจากการมีโครงสร้างง่าย ๆ ไปสู่โครงสร้างที่หลากหลายและสลับซับซ้อนมากขึ้นเป็นลำดับ เหมือนกับวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตที่เริ่มต้นจากพืชและสัตว์ชั้นต่ำไปสู่พืชและสัตว์ชั้นสูง ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่เน้นเรื่องการจัดระเบียบทางสังคมที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม โดยมีนักทฤษฎีที่สำคัญได้แก่ ออ กุสต์ คอมท์ เฮร์เบิร์ต สเปนเซอร์ เอมีลี เดอร์ไคม์ โบร์นิสโลว์ มอลินโนว์สกี ทัลคอตท์ พาร์สัน โรเบิร์ต เค. เมอร์ตัน และเจฟฟรีย์ อเล็กซานเดอร์ ซึ่งแนวคิดนักทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้ (สนธยา พลศรี. 2545 : 183-185) มีดังนี้

ออ กุสต์ คอมท์ นักสังคมวิทยาคนแรกที่เสนอทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ โดยเชื่อว่า โครงสร้างของสังคมประกอบด้วยส่วนต่างๆ เช่นเดียวกับร่างกายของมนุษย์ ที่ประกอบไปด้วยอวัยวะต่างๆ ทั้งอวัยวะย่อย เช่น เซลล์ อวัยวะใหญ่ เช่น หัวใจ ปอด แขน ขา เป็นต้น ส่วนประกอบของสังคมก็เช่นเดียวกัน ส่วนที่เป็นส่วนย่อย เช่น ครอบครัว ชนชั้นทางสังคม และส่วนประกอบใหญ่ขึ้น เช่น ชุมชน หรือเมือง ส่วนประกอบเหล่านี้จะทำหน้าที่แตกต่างกันออกไปอย่างชัดเจน แต่ต้องประสานกันอย่างเป็นระบบ สังคมจึงจะดำรงอยู่ได้อย่างสงบสุขหรือมีดุลยภาพ (Equilibrium)

สนธยา พลศรี (2545 : 185) มีแนวคิดเช่นเดียวกับ ออ กุสต์ คอมท์ แต่เพิ่มความสลับซับซ้อนที่มีความหลากหลายไปจากโครงสร้างเดิมเสมอ ทำให้หน้าที่ของโครงสร้างแต่ละส่วนแตกต่างกันไปด้วย แต่จะมีความเชื่อมโยงประสานกันไม่แยกจากกันโดยสิ้นเชิง เรียกว่า การรวมตัวของโครงสร้างที่แตกต่างกัน (Integration) โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนประชากรในสังคมจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสังคมมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลสมาชิกของสังคมจึงต้องปรับตัว ปรับหน้าที่ จัดระเบียบทางสังคมใหม่ การปรับตัวนี้ทำให้สังคมเพิ่มความซับซ้อนและเกิดความพิเศษเฉพาะอย่าง (Specialization) ทำให้สังคมเกิดดุลยภาพขึ้น

เอมีลี เดอร์ไคม์ มีแนวคิดเช่นเดียวกับ ออ กุสต์ คอมท์ และเฮร์เบิร์ต สเปนเซอร์ โดยอธิบายเพิ่มเติมว่า สังคมจะเกิดดุลยภาพหรืออยู่รอดด้วยการยึดเหนี่ยวทางสังคม (Social Solidarity) คือ มีสิ่งยึดเหนี่ยวร่วมกันของบุคคลในสังคม โดยสังคมขนาดเล็กที่มีโครงสร้างง่ายๆ จะมีการยึดเหนี่ยวทางสังคมเป็นแบบ Mechanical Solidarity คือการยึดค่านิยม จารีต ประเพณีเดียวกัน มีความคิดความเชื่อ และทัศนคติต่างๆ แบบเดียวกัน ในขณะที่สังคมที่มีความสลับซับซ้อน การยึดเหนี่ยวทางสังคมจะเป็นแบบ Organic Solidarity คือการยึดเหนี่ยวตามบทบาทหน้าที่ของตนโดยที่แต่ละบุคคลจะมีค่านิยม ความเชื่อ ความคิดที่ต่างกันไป การที่สังคมจะอยู่รอดได้ก็เพราะบุคคลปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ของสังคมนั้น ดังนั้น การเพิ่มประชากรจึงเป็นเหตุการณ์สำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบเศรษฐกิจและระบบอื่นๆ ของสังคม ทำให้สังคมเปลี่ยนรูปแบบจากสังคมง่ายๆ ไปเป็นสังคมซับซ้อน ซึ่งทำให้เปลี่ยนการยึดเหนี่ยวทางสังคมจากแบบ Mechanical Solidarity ไปเป็น Organic Solidarity (สนธยา พลศรี. 2545 : 185)

Malinowski (นิยพวรรณ วรณศิริ. 2550 : 97-101 ; อ้างอิงมาจาก Malinowski. 1942) นักมานุษยวิทยาชาวอเมริกันเสนอว่าองค์ประกอบต่างๆ ของวัฒนธรรมต่างได้ทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการจำเป็นของมนุษย์และวัฒนธรรม เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย และการมีลูกหลานสืบเผ่าพันธุ์ จึงต้องมีการรวมตัวกันเป็นชุมชนหรือกลุ่มสังคม หรือแม้แต่การสร้างสัญลักษณ์วางวัฒนธรรมขึ้นใช้ ก็เพื่อทำหน้าที่ควบคุมให้บุคคลต้องปฏิบัติหรือกระทำตามแบบที่กำหนด เพื่อให้ตอบสนองความต้องการจำเป็นได้อย่างเป็นระเบียบและมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันการตั้งกลุ่มหรือชุมชนและวัฒนธรรมขึ้นใหม่ก็เป็นสาเหตุให้มีความต้องการจำเป็นเพิ่มขึ้นไปอีก ความต้องการจำเป็นนี้จะต้องมีกลุ่มหรือชุมชนที่ซับซ้อนขึ้นไป สนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นมานั้นอีกทอดหนึ่ง เป็นวัฏจักรอยู่ตลอดไป ความต้องการจำเป็นนี้อาจแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ ความต้องการจำเป็นทางชีวภาพ ทางจิตวิทยา และความต้องการแบบอนุกรม กล่าวโดยสรุป โครงสร้างต่างๆ เกิดขึ้นเนื่องจากความต้องการจำเป็นทางชีวภาพ ทางจิตวิทยา และทางวัฒนธรรม การที่โครงสร้างต่างๆ ของสังคมยังคงดำรงอยู่และจะอยู่ต่อไปได้นั้น จะต้องตอบสนองความต้องการจำเป็นดังกล่าว ไม่ความต้องการใดก็ความต้องการหนึ่ง (สัญญา สัญญาวิวัฒน์. 2540 : 31-34

Radcliffe-Brown (นิยพวรรณ วรณศิริ. 2550 : 97-101 ; อ้างอิงมาจาก Radcliffe-Brown. 1999) นักมานุษยวิทยาสังคมชาวอังกฤษ ได้เสนอแนวคิดโครงสร้างหน้าที่ โดยกล่าวว่า สังคมเปรียบเหมือนอินทรีย์ ซึ่งมีชีวิตมีการเกิด เจริญเติบโต อาพาธเจ็บป่วยได้ เยียวยารักษาได้ เมื่อหายแล้วก็จะก้าวเดินต่อไปได้ ร่างกายมนุษย์มีอวัยวะเป็นส่วนประกอบเพื่อการคงอยู่ สังคมก็มีโครงสร้างเพื่อการดำรงตน ทั้งอวัยวะของคนและโครงสร้างของสังคมต่างก็ทำหน้าที่ประสานสัมพันธ์กัน เพื่อผดุงร่างกายและสังคม หากสังคมเกิดความขัดแย้งกันในโครงสร้างอันเนื่องมาจากการขัดกันในการทำหน้าที่ที่ไม่สอดคล้องกันทำให้สังคมชะงักงันหรือพัฒนาไปได้ช้า สังคมก็จะหาทางแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนโครงสร้างของตนเองเพื่อดำรงอยู่ หรือพัฒนาก้าวหน้าต่อไป ร่างกายมนุษย์นั้นเมื่อเจ็บป่วยลงสามารถเยียวยาได้เช่นกัน อวัยวะในร่างกายบางส่วนก็สามารถปรับเปลี่ยนและแทนที่ได้ แต่ก็ทำไม่ได้ทั้งหมดทุกส่วน โครงสร้างหลักๆ ไม่สามารถจะเปลี่ยนได้ เช่น ตับ ลำไส้ สมอง ฯลฯ เป็นต้น คนจึงตายได้ แต่สังคมไม่มีวันตาย หลังจากที่ได้ปรับตัวให้พัฒนาขึ้นแล้วสังคมจะก้าวเดินต่อไปได้

ในด้านของการพัฒนานั้น สังคมสามารถพัฒนาจากสังคมนรูปแบบหนึ่งเป็นอีกรูปแบบหนึ่งได้ เช่น สังคมโรมันได้เปลี่ยนมาเป็นสังคมอิตาเลียนสมัยใหม่ได้ แต่ร่างกายของสิ่งมีชีวิต (Organs) ไม่สามารถพัฒนาจากสัตว์ชนิดหนึ่งเป็นสัตว์อีกชนิดหนึ่งได้ เช่น หมูไม่สามารถจะกลายเป็นฮิปโปโปแตมัสได้ การศึกษาพฤติกรรมของคนในสังคมในเชิงความสัมพันธ์ของหน้าที่ตามโครงสร้างของสังคมในทางวิชาการมานุษยวิทยาเรียกว่า “Holistics” ซึ่งเป็นการมองสังคมที่เดียวทุกโครงสร้างเพื่อความเข้าใจสังคมทั้งสังคม ซึ่งเชื่อว่าการศึกษาเฉพาะโครงสร้างใดโครงสร้างหนึ่งเพียงโครงสร้างเดียวไม่สามารถจะเข้าใจโครงสร้างนั้นๆ ได้ เช่น ถ้าจะศึกษาโครงสร้างทางการปกครองของสังคมไทยก็ต้องศึกษาระบบค่านิยมเศรษฐกิจ ศาสนา การศึกษา ครอบครัว และเครือญาติของสังคมไทยด้วย เพราะทุกๆ ระบบดังกล่าวมานั้นมีผลต่อโครงสร้างทางการปกครองทั้งสิ้น

แนวคิดของ Radcliffe-Brown เชื่อในแนวคิดแบบ “สังคมร่มรื่น (Harmonious Society)” และไม่สนับสนุนความขัดแย้งทางสังคม ซึ่งนักมานุษยวิทยารุ่นใหม่ (Neo-Structuralists) มองว่า Radcliffe-Brown เชื่อในแนวคิดของคนรุ่นเก่า สำหรับนักมานุษยวิทยากลุ่มใหม่ค่านิยมแนวคิดแบบสังคมร่มรื่นของ Radcliffe-Brown ว่าแนวคิดดังกล่าวเป็นจริงไปไม่ได้ ไม่มีสังคมใดเลยในโลกนี้ที่

ปราศจากความขัดแย้ง ความขัดแย้งเป็นธรรมชาติปกติของมนุษย์ ทุกคนมีความขัดแย้งในเวลาใดเวลาหนึ่งเสมอ ความขัดแย้ง (ในกรอบของเหตุผล) ทำให้เกิดการการแข่งขัน การแข่งขันทำให้เกิดการพัฒนาในสังคมได้ จะเห็นได้ว่า เมื่อพูดถึงโครงสร้างก็ต้องพูดถึงหน้าที่ของโครงสร้างควบคู่กันไป เพราะโครงสร้างต้องทำหน้าที่เสมอ โครงสร้างก็คือสถาบันของสังคมที่ Malinowski นักหน้าที่นิยมกล่าวว่าเกิดมาจากความจำเป็นพื้นฐานของมวลมนุษย์เอง ดังนั้น สถาบันหรือโครงสร้างทางสังคมจึงต้องทำหน้าที่ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ เช่น สถาบันครอบครัวทำหน้าที่ตอบสนองความจำเป็นในการขับถ่ายทางเพศ และสถาบันเศรษฐกิจทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการอาหารเพื่อการเจริญเติบโตของ ร่างกายมนุษย์ เป็นต้น ความแตกต่างระหว่าง Malinowski กับ Radcliffe-Brown อยู่ที่ Malinowski เน้นการทำหน้าที่ของแต่ละโครงสร้างของสังคมของสังคมว่ามันตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกในสังคมอย่างไร Malinowski สนใจแง่ของพฤติกรรมของคนมากกว่าในแง่ของสังคม ส่วน Radcliffe-Brown เน้นการมองที่โครงสร้างและมองต่อไปถึงความสัมพันธ์ทวิภาคของโครงสร้างในแง่บวก เขาสนใจในสถาบันสังคมมากกว่าพฤติกรรมส่วนบุคคล โดยสรุปแล้ว Malinowski มุ่งศึกษาวัฒนธรรม และ Radcliffe-Brown มุ่งศึกษาสังคม

งามพิศ สัตย์สงวน (2543 : 34-35) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมเน้นที่การคงอยู่หรือระบบเสถียรภาพของระบบสังคม รวมทั้งภาระหน้าที่ทางสังคมและความมั่นคง ไม่เปลี่ยนแปลงเป็นมโนภาพสำคัญในการวิเคราะห์พฤติกรรมของมนุษย์ ดังนั้นส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของกลุ่มทางสังคมต้องถูกนำมาศึกษา โดยดูว่าส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรมทำหน้าที่อะไรบ้างที่จะทำให้เกิดเสถียรภาพของกลุ่มโดยเฉพาะสังคมที่ไม่ซับซ้อน

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าระบบครอบครัว และองค์กรต่างๆ ในชุมชนทุกระบบล้วนมีความสำคัญในการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของตนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างความสงบสุขเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้อย่างมีระเบียบมั่นคง หากระบบใดไม่ทำตามหน้าที่ของตนเองก็จะทำให้เกิดความไม่สมดุลส่งผลให้ขาดความมีเสถียรภาพและล่มสลายในที่สุด ผู้วิจัยเห็นว่าหากทุกระบบย่อยในสังคมต่างทำหน้าที่ด้วยความประสานสอดคล้อง มีความร่วมมือและปรับตัวเข้าหากันจะทำให้สังคมมั่นคงอย่างยั่งยืน ดำเนินไปอย่างมีเสถียรภาพทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์จึงใช้ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ในการวิเคราะห์ศึกษาอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว

2. ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Diffusion Theory) ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมในที่นี้จะกล่าวถึงสาเหตุของการแพร่กระจาย โดยเกิดขึ้นในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 และแพร่หลายในต้นศตวรรษที่ 20 ซึ่งเป็นช่วงที่ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionism) ของ Edward B. Tylor และ Lewis H. Morgan กำลังโด่งดัง อย่างไรก็ตามทฤษฎีการแพร่กระจายไม่ได้มีผู้หนึ่งผู้ใดคิดขึ้นโดยตรง เพราะในขณะนั้นความคิดในเรื่องการแพร่กระจายมีหลายแนวคิด ซึ่งสามารถรวบรวมแนวคิดในเรื่องนี้เป็นกลุ่มๆ ที่เน้นอิทธิพลของการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Cultural Diffusion) ต่อการเปลี่ยนแปลง ได้ดังนี้ สำนักอังกฤษ (British School) สำนักเยอรมัน (German School) และสำนักอเมริกัน (American School)

สำนักอังกฤษ (British School) นักมานุษยวิทยากลุ่มแรกเป็นชาวอังกฤษ นำโดย สมิท (G. Elliot Smith), เพอร์รี่ (William j. Perry) และริเวอร์ส (W.H.R. Rivers) ปฏิเสธแนวคิดที่ว่าวัฒนธรรมต่างเกิดได้เองด้วยตัวเองไม่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ใครคิดอะไรขึ้นมาได้ก็สร้างและทำตามความคิดของตน ปราศผู้ถ่ายทอดอังกฤษมีความเห็นว่าคนมีลักษณะทางชีวภาพพื้นฐานเหมือนกัน ๆ ไม่

แตกต่างกันในด้านของความต้องการพื้นฐานสุด ดังนั้นคนย่อมคิดอะไรคล้ายๆ กัน ถ้าคนจะสร้างวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่นที่ต่างกันวัฒนธรรมก็ต้องเหมือนๆ กันในส่วนพื้นฐาน แต่ความแตกต่างหลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันเป็นตัวแปรมาช่วยให้วัฒนธรรมมีวิวัฒนาการจากเดิม ค่ายอังกฤษนี้ยังเชื่อต่อไปว่า วัฒนธรรมที่ดีและเจริญที่สุดแล้วจะแพร่กระจายไปยังแหล่งอื่นๆ ที่ยังไม่เจริญเหมือนน้ำที่ท่วมสูงสุดในแหล่งหนึ่งจะบ่านองไปยังที่ๆ ไม่มีน้ำหรือมีน้ำน้อยและวัฒนธรรมดังกล่าวก็คือวัฒนธรรมอียิปต์เพราะประเทศอียิปต์มีความเจริญทางด้านการค้าและเกษตรกรรมมาก่อนและกลายมาเป็นแม่แบบวัฒนธรรมของโลก จะเห็นได้ว่านักคิดชาวอังกฤษเชื่อในเรื่องการสร้างวัฒนธรรม(Invention) ในสิ่งแวดล้อมหนึ่งๆ มากกว่าการหยิบยืมวัฒนธรรมแนวคิดของ G. Elliot Smith แห่งสำนักคิดอังกฤษ เชื่อว่าวัฒนธรรมแพร่กระจายจากจุดกำเนิด ซึ่งเป็นศูนย์กลางของวัฒนธรรมแล้วแพร่กระจายออกไปในอาณาบริเวณโดยรอบเป็นรูปวงกลม จนกระทั่งไปถึงทั่วโลก จุดศูนย์กลางของอารยธรรม (หรือวัฒนธรรมที่เจริญสูงสุด) อยู่ที่ Egypt ลักษณะของการแพร่กระจายตามแนวคิดของ Smith เป็นรูปวงกลมวงเดียวกระจายรัศมีออกไปเป็นละลอกประจวบกลมซ้อนๆ กัน จุดศูนย์กลางที่กำเนิดของวัฒนธรรมจะเป็นส่วนที่เข้มข้นที่สุด (หรือเจริญที่สุด) ของวัฒนธรรม วงกลมถัดๆ ออกมาจะค่อยๆ จางลงๆ ตามระยะที่ห่างจากศูนย์กลาง จนกระทั่งจางหายไปเป็นที่สุดตามวงกลมรอบนอกสุดที่จางหายไป Smith ยกตัวอย่างการแพร่กระจายทางศาสนาจากแนวคิดในเรื่องความเชื่อของคนอียิปต์เกี่ยวกับเรื่องโลกนี้ – โลกหน้า ซึ่งแสดงออกจากมัมมี่ หรือการเก็บศพอาบยาเอาไว้อาวุธวิญญาณเข้ามาจุติในร่างกายมนุษย์ หรือมัมมี่นั้นอีกครั้งหนึ่งการสร้างรูปสลึงค์และปิรามิดก็ล้วนเกิดมาจากแนวคิดทางศาสนาทั้งสิ้น ส่วน W.H.R Rivers ซึ่งสังกัดสำนักคิดอังกฤษอีกผู้หนึ่ง เชื่อว่า วัฒนธรรมถูกสร้างขึ้นเพียงคนเดียวเท่านั้นจากแหล่งกำเนิดแล้วแพร่กระจายไปได้ทั่วโลกเพราะคนอพยพโยกย้ายถิ่นไปทั่วโลก (จากแนวคิดที่ว่า วัฒนธรรมคือ พฤติกรรมที่ติดตัวมนุษย์ = ผู้เขียน) Rivers ยกตัวอย่างการโยกย้ายถิ่นของชนเผ่า Australian Aborigines ในออสเตรเลีย จะเห็นได้ว่าแนวคิดของ Elliot Smith หรือสำนักอังกฤษในเรื่องการแพร่กระจายเป็นแนวคิดแบบสุดขั้ว เช่น การเกิดวัฒนธรรมครั้งเดียว ณ จุดกำเนิดจุดเดียวแล้วแพร่กระจายไปได้ทั่วโลกนั้น เป็นไปได้ยากเพราะมันขัดกับหลักการในความเป็นจริงที่ว่า วัฒนธรรมจะแพร่กระจายไปได้ในทุกที่ๆ ต้องไม่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ขวางกั้น ถ้าวัฒนธรรมคือพฤติกรรมที่ติดอยู่กับตัวคนมันสามารถจะแพร่กระจายไปได้ในทุกที่ๆ คนๆ นั้นเดินทางไปถึง หมายความว่าถ้ามีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ขวางกั้น เช่น มีภูเขาสูง มหาสมุทรกว้างลึก ป่าดงดิบ ทะเลทราย และภูเขาหิมะเป็นอุปสรรคขวางกั้นวัฒนธรรมจะแพร่กระจายไปทั่วโลกได้อย่างไร นี่คือจุดอ่อนของทฤษฎีการแพร่กระจายของสำนักอังกฤษ ทำให้แนวคิดของสำนักนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะตอบปัญหาดังกล่าวไม่ได้

สำนักเยอรมัน นักมานุษยวิทยาสนใจในแนวคิด เรื่องการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมเป็นนักมานุษยวิทยาชาวเยอรมัน และออสเตรีย นำโดยบาทหลวงวิลเฮล์ม ชมิดท์ (Wilhelm Schmidt) (1868 -1954) และฟริตซ์ เกรบ (Fritz Graeb) (1877-1934) (1911) โดยสำนักนี้มีแนวคิดที่ว่า ปกติมนุษย์ไม่ชอบสร้างวัฒนธรรมขึ้นมาเอง แต่ชอบยืมวัฒนธรรมจากเพื่อนบ้าน (Uninventive Habit) วัฒนธรรมอาจแพร่กระจายออกไปได้ที่ละหลายๆ traits พร้อมกัน หรือไปได้ทีละ trait จากจุดที่มันเกิด และแพร่กระจายไปได้หลายๆเขตภูมิศาสตร์ในรูปแบบวงกลมหลายๆ วงตามพื้นที่แต่ละจุดก็แพร่กระจายวัฒนธรรมของตนออกไปรอบๆ เป็นวงกลม เรียกว่า Culture Circle หรือ Kulturkreis วัฒนธรรมที่ปลายทางจะต้องเหมือนกับวัฒนธรรมต้นกำเนิดไม่มากนักน้อย อาจเหมือนในเชิงปริมาณหรือรูปลักษณะ (Style) ซึ่งอาจเกิดจากการอพยพย้ายถิ่นของผู้คน และเป็นแนวคิดที่เน้นการหยิบยืม

(Borrowing) ทางวัฒนธรรมมากกว่าการสร้างวัฒนธรรมใหม่ (Invention) ดูเหมือนว่า ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมของนักมานุษยวิทยาทั้งสองกลุ่ม จะวางสมมติฐานว่า มนุษย์ส่วนใหญ่ในสังคมต่างๆ มักไม่ค่อยมีความคิดสร้างสรรค์ ไม่รู้จักคิดค้นสิ่งใหม่ แต่มักคอยลอกเลียนจากผู้อื่นอยู่เสมอ แนวความคิดของนักมานุษยวิทยาทั้งสองกลุ่มนี้ ได้รับการโจมตีจากนักมานุษยวิทยาอเมริกันในเวลาต่อมา และเสื่อมความนิยมลง อย่างไรก็ตาม ความคิดเห็นของทั้งสองสำนักไม่มีใครจะเป็นที่ยอมรับในสมัยต่อมา ในกรณีที่ไม่มีความเห็นเอกสรมาพิสูจน์ได้ว่า วัฒนธรรมในแหล่งต่างๆ แพร่กระจายมาจากที่ใดแน่ แพร่กระจายมาได้อย่างไร และวัฒนธรรมต่างแหล่งกันเป็นวัฒนธรรมเดียวกันจริงหรือไม่

สำนักอเมริกัน (American School) ค่ายนี้ นำโดย Clark Wissler (1923) และ Alfred Kroeber (1963) สำนักนี้มีแนวความคิดที่นำเชื้อถือได้มากกว่าสองสำนักแรก ในแง่ที่ว่า วัฒนธรรมจะแพร่กระจายจากจุดศูนย์กลาง (จุดกำเนิด) ไปตามพื้นที่เท่าที่มันจะไปได้ในเขตภูมิศาสตร์เดียวกัน และยุคสมัยใกล้เคียงกัน ทำให้เราเห็นภาพวัฒนธรรมเป็นกลุ่มๆ และแพร่กระจายไปทุกๆ ที่ที่ไม่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ขวางกั้นตามสภาพทางภูมิประเทศที่มนุษย์สามารถเดินทางไปถึงได้ ดังนั้นรูปแบบของการกระจายตัวจึงไม่ใช่วงกลมหลายวง โดยธรรมชาติแล้ว พื้นโลกจะมีภูมิประเทศเป็นที่ราบ ภูเขา แม่น้ำทะเล มหาสมุทร ป่าไม้กว้างใหญ่ ทะเลทราย ทุ่งหญ้า แหล่งที่มีหิมะตก ฯลฯ เหล่านี้เป็นอุปสรรคขวางกั้นการเดินทางไปมาหาสู่กันของผู้คน แต่คนเหล่านี้ก็จะไปมาหาสู่กันได้เสมอตามที่ราบและชอบนอนไปในภูมิประเทศที่เอื้ออำนวย และไม่ลำบากมากนัก กล่าวโดยสรุปก็คือ สำนักอเมริกาเชื่อว่า คนสร้างวัฒนธรรมได้ทุกที่เพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของตน ต่อมาวัฒนธรรมได้แพร่กระจายไปในทุกพื้นที่ที่ไม่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ขวางกั้น และไม่จำเป็นต้องแพร่กระจายในรูปวงกลม แนวคิดของสำนักอเมริกันค่อนข้างจะได้รับความนิยมมากกว่าแนวคิดของสำนักอังกฤษและเยอรมัน เพราะสามารถอุดช่องโหว่ที่เป็นจุดอ่อนของสำนักทั้งสองดังกล่าวได้ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเราจะเห็นเขตวัฒนธรรมของโลกเป็นกลุ่มๆ เช่น เขตวัฒนธรรมเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ลาว เขมร ไทย พม่า เขตวัฒนธรรมเอเชียใต้ ได้แก่ เนปาล ปากีสถาน อินเดีย บังคลาเทศ ศรีลังกา เขตวัฒนธรรมยุโรปตะวันออก คือ รัสเซีย เขตโกลโลวาเกีย โปแลนด์ ออสเตรีย ฮังการี เขตวัฒนธรรมเอเชียตะวันออกเฉียงไกล คือ จีน ญี่ปุ่น เกาหลี และเวียดนาม เป็นต้น นักทฤษฎีวิวัฒนาการมักเชื่อในความคิดสร้างสรรค์ของมนุษย์มากเกินไป ทำให้นักมานุษยวิทยากลุ่มใหม่ในยุโรปและอเมริกาหันไปสนใจการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม ในทวีปยุโรป นักมานุษยวิทยาชาวเยอรมันและชาวอังกฤษยังคงสนใจค้นหาแหล่งกำเนิดของวัฒนธรรมต่อไป และพยายามค้นหารูปแบบแรกเริ่มของวัฒนธรรม โดยการทำความเข้าใจโครงร่างคร่าวๆ ของการแพร่กระจายของส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรมในสังคมดั้งเดิม ส่วนของวัฒนธรรมใดที่แพร่กระจายไปอย่างกว้างขวางมักจะคิดกันว่าเก่าที่สุด นักแพร่กระจายบางคนพยายามพิสูจน์ว่า วัฒนธรรมทั้งหมดของมนุษยชาติมาจากแหล่งกำเนิดแห่งเดียวกันและแพร่กระจายไปโดยผ่านการติดต่อทางวัฒนธรรมหรือโดยการแพร่กระจาย เช่น ความเหมือนกันของปิระมิดของอียิปต์ วัดของพวกมายา และหลุมศพของชนดั้งเดิมในอเมริกา ทำให้นักมานุษยวิทยา เช่น สมิธ และ เพอร์รี่ สรุปว่า อียิปต์เป็นแหล่งกำเนิดของอารยธรรมของมนุษยชาติ นักทฤษฎีแพร่กระจายเชื่อว่า วัดของพวกมายาและหลุมศพของชนดั้งเดิมในทวีปอเมริกาได้รูปแบบมาจากปิระมิดของอียิปต์ เพราะมีความเหมือนกันอย่างง่าย ๆ แต่นักมานุษยวิทยาในปัจจุบันมองโครงสร้างของทั้ง 3 อย่างที่กล่าวมาแล้วว่า เป็นผลมาจากการประดิษฐ์คิดค้นที่เป็นอิสระต่อกัน ทำให้เกิดความเหมือนกันในวัฒนธรรมต่างๆ นอกจากนี้นักมานุษยวิทยาได้เคลื่อนไหวไกลไปจากแนวทางศึกษาวัฒนธรรมประเภทเป็นขั้นเล็กขึ้นน้อยของนักแพร่กระจาย ผู้ซึ่งสนใจในส่วนต่างๆ ของวัฒนธรรม

มากกว่าจะสนใจในวัฒนธรรมทั้งหมดทั่วโลก จากแนวความคิดของนักมานุษยวิทยาซึ่งมีการกล่าวถึง ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมสามารถสรุปแนวคิดของแต่ละท่านพอสังเขป ไว้ดังนี้

ฟรานซ์ โบแอส (Franz Boas) เป็นนักมานุษยวิทยาชาวเยอรมันทำงานในตำแหน่ง อาจารย์ในมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เน้นว่า “การแพร่กระจายทางวัฒนธรรมเป็น กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญของวัฒนธรรมหนึ่งแพร่กระจายไปสู่อีกวัฒนธรรมหนึ่ง โดยปรับเปลี่ยนให้ สอดคล้องกับวัฒนธรรมใหม่” นอกจากนี้ยังเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดแนวคิดที่เชื่อว่า วัฒนธรรมสามารถ วัดได้ โดยนำวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมาเปรียบเทียบกันและพิจารณาคูณลักษณะที่สูงกว่าหรือด้อยกว่า ของแต่ละวัฒนธรรม แต่ยังคงเชื่อว่าวัฒนธรรมนั้นไม่มีวัฒนธรรมใดที่ดีกว่าหรือเลวกว่ากัน

เอช.จี. บาร์เนท (H.G. Barnett) นักมานุษยวิทยาชาวอเมริกันผู้ซึ่งสนใจศึกษาในประเด็นที่ เกี่ยวกับนวัตกรรม (Innovation) ที่ถือว่าเป็นตัวแทนจากวัฒนธรรมหนึ่งและมีการถ่ายทอดไปยัง วัฒนธรรม อื่น ในงานเขียนชื่อ “Innovation : The Basis of Cultural Change” (1953) กล่าวไว้ว่า นวัตกรรมก็คือ ความคิดหรือพฤติกรรมหรือสิ่งใดก็ตามที่เป็นของใหม่ เพราะมันแตกต่างทางด้าน คุณภาพไปจากรูปแบบที่มีอยู่

บาร์เนทเชื่อว่า “วัฒนธรรมเปลี่ยนไปเพราะนวัตกรรม แต่ขณะเดียวกันวัฒนธรรมบาง วัฒนธรรมอาจเป็นตัวถ่วงหรือไม่สนับสนุนให้เกิดมีนวัตกรรมก็ได้ ฉะนั้นเขาจึงเสนอว่าจำเป็นต้องมี วิธีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมขึ้นในสังคมหรือวัฒนธรรม”

เอฟเวอเรท เอ็ม. โรเจอร์ (Everett M. Rogers) ผู้เขียนงานชื่อ “Diffusion of Innovations” ได้เน้นว่า “การเปลี่ยนแปลงสังคมส่วนใหญ่เกิดจากการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมจาก ภายนอกเข้ามามากกว่าเกิดจากการประดิษฐ์คิดค้นภายในสังคม และนวัตกรรม (Innovation) ที่ ถ่ายทอดกันนั้นอาจเป็นความคิด (Idea) ซึ่งรับมาในรูปสัญลักษณ์ (Symbolic Adoption) ถ่ายทอดได้ ยาก หรืออาจเป็นวัตถุ (Object) ที่รับมาในรูปการกระทำ (Action Adoption) ซึ่งจะเห็นได้ง่ายกว่า” โรเจอร์ ยังได้กล่าวอีกว่า “นวัตกรรมที่จะยอมรับกันได้ง่าย ต้องมีลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ (1) มี ประโยชน์มากกว่าของเดิม (Relative Advantage) (2) สอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมที่รับ (Compatibility) (3) ไม่ยุ่งยากสลับซับซ้อนมาก (Less Complexity) (4) สามารถแบ่งทดลองรับมา ปฏิบัติเป็นครั้งคราวได้ (Divisibility) และ (5)สามารถมองเห็นเข้าใจง่าย (Visibility)นอกจากนั้น โรเจอร์ ยังได้นำเสนอขั้นตอนการตัดสินใจรับเอานวัตกรรมใหม่อีก 5 ขั้นตอนได้แก่ (1) ขั้นตอนในการรับรู้ นวัตกรรม (Awareness) (2) เกิดความสนใจในนวัตกรรมนั้นๆ (Interest) (3) ประเมินค่านวัตกรรม (Evaluation) (4) ทดลองใช้นวัตกรรม (Trial) และ (5) การรับหรือไม่รับเอานวัตกรรม (Adoption or Rejection) โดยผู้รับนวัตกรรมอาจมีทั้งผู้รับเร็วหรือช้าแตกต่างกันไป”

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมเป็นการเผยแพร่วัฒนธรรมหนึ่งไปสู่อีก วัฒนธรรมหนึ่ง ซึ่งปัจจัยการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมมี 5 ปัจจัยหลักประกอบด้วยปัจเจกบุคคล ระบบสังคม การสื่อสาร นวัตกรรม และระยะเวลา ซึ่งการแพร่กระจายของวัฒนธรรมท่ามกลางกระแส โลกาภิวัตน์นี้ ได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดสภาพที่ไร้พรมแดนขึ้น ด้วยความเจริญทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และสื่อสารดังกล่าวทำให้เกิดการแพร่กระจายของวัฒนธรรมของแต่ละสังคมไปยังที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การไหลบ่าของวัฒนธรรมวัฒนธรรมตะวันตกทำให้สังคมไทย เริ่มซึมซับรับเอาความทันสมัยเข้า มาใช้ในการดำเนินชีวิต อันจะส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตแบบดั้งเดิมในสังคมชนบทค่อย ๆ เลือนหายไป ในที่สุด



3. ทฤษฎีนิเวศวิทยาวัฒนธรรม (Cultural Ecology) ทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรม (Cultural Ecology) (นิยพรรณ วรณศิริ. 2550 : 110-112) กล่าวถึงปฏิกริยาตอบโต้กันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม โดยมี Julian Steward และคนอื่นๆ เช่น Andrew P. Vayda และ Roy A.Rappaport (1968) เป็นนักนิเวศวิทยาที่ให้ความสนใจในเรื่องธรรมชาติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ และได้ขยายความคิดนี้ออกไปว่าวัฒนธรรมซึ่งถูกกำหนดโดยสิ่งแวดล้อมนั้นสัมพันธ์กับกายภาพของมนุษย์ แต่ธรรมชาติในสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมนั้นจะต้องแยกออกจากธรรมชาติในทางชีวภาพของมนุษย์เพราะเป็นธรรมชาติต่างชนิดกัน Vayda และ Rappaport ยังได้อธิบายต่อไปว่าร่างกายของมนุษย์นั้นสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างยิ่ง เพราะวาระบบความคิด (ได้แก่ สมอง หัวใจ ต่อมต่างๆ) เป็นระบบธรรมชาติในร่างกายของมนุษย์

แนวความคิดในเรื่องนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรมของ Steward ได้ให้นิยามคำว่า “นิเวศวิทยา” ว่า นิเวศวิทยา คือ การปรับตัวเข้าหากันระหว่างสิ่งแวดล้อมกับมนุษย์ การปรับตัวของมนุษย์นั้นต่างจากสัตว์ตรงที่มันขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม นิเวศวิทยาวัฒนธรรม คือ การศึกษาถึงการปรับตัวหรือความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ การศึกษาวัฒนธรรมของ Steward คือการวิเคราะห์ระบบนิเวศวิทยาของสังคมเพื่อค้นหาลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมแต่ละแห่ง ถึงแม้ว่า Steward จะคิดว่าหลักนิเวศวิทยาเป็นองค์ประกอบสำคัญของสถาบันทางสังคม แต่ก็รู้ดีว่าไม่มีใครสามารถอธิบายองค์ประกอบทางวัฒนธรรมได้หมดทุกด้านด้วยแนวคิดทางด้านการปรับตัวทางนิเวศวิทยา นอกจากนี้ Steward ยังได้เน้นถึงความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมแต่ละแห่งอีกด้วย จากการศึกษาของ Steward พบว่า สิ่งแวดล้อมมีผลต่อความแตกต่างในการปรับตัวของวัฒนธรรม วัฒนธรรมที่ต่างกันในโลกที่เหมือนกันจะแสดงรูปแบบของพัฒนาการที่เหมือนกัน การศึกษาวิวัฒนาการทางวัฒนธรรมของ Steward เป็นแบบวิวัฒนาการหลายสาย (Multilinear) มากกว่าวิวัฒนาการสายเดียว (Unilinear) เพราะวัฒนธรรมจะเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปท่ามกลางปัจจัยหรือตัวแปรภายนอกมากมาย ซึ่งได้แก่สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาตินั่นเอง

Steward ได้สรุปข้อแตกต่างระหว่างสังคมเรียกว่ากับสังคมซับซ้อนว่า ระบบของสังคมที่ซับซ้อนนั้นประกอบด้วยส่วนต่างๆ มากมายที่ต่างกันและต่างไปจากสังคมแบบง่าย ๆ ระบบที่ต่างกันนี้ถูกนำมาเป็นปัจจัยของการปรับตัวที่ต่างกัน ซึ่งเขาย้ำว่าสิ่งแวดล้อมคือตัวการในการกำหนดวัฒนธรรม Steward เชื่อว่าวัฒนธรรมมีรูปแบบหลากหลายเพราะเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมต่างกัน วัฒนธรรมแบบหนึ่งอาจปรับตัวได้ดีกว่าอีกแบบหนึ่ง และไม่ได้ถูกสิ่งแวดล้อมจำกัดอยู่เพียงระดับใดระดับหนึ่งเท่านั้น มันจะวิวัฒนาการไปได้ในลำดับที่สูงกว่า ดีกว่า โดยการสนับสนุนของสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่าอีกด้วย แนวคิดของ Steward ในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างสังคมกับสิ่งแวดล้อมเป็นการขยายกรอบความคิดในเรื่องนิเวศวิทยา Steward ยังเชื่อด้วยว่า แนวความคิดด้านนิเวศวิทยาจะใช้อธิบายสังคมที่ซับซ้อนได้น้อยกว่าดั้งเดิม เพราะในสังคมที่มีความเจริญจะเป็นอิสระจากการควบคุมของสิ่งแวดล้อม และเขายังให้ความสนใจเป็นพิเศษกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาของทางวัฒนธรรมกับสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน

แนวคิดทางนิเวศวิทยาวัฒนธรรมอาจจะสรุปได้ว่า คนที่มีธรรมชาติทางระบบความคิดดี หมายถึงธรรมชาติในร่างกายดี จะสามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้มาเป็นวัฒนธรรมได้ดี ขณะเดียวกันสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่ดีจะส่งเสริมให้ความคิดของคนดีขึ้น และสามารถสร้างวัฒนธรรมได้ดีขึ้นด้วย

ทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรมจึงเป็น “ความสัมพันธ์สองทางและสวนทาง” ระหว่างคนกับธรรมชาติและธรรมชาติและชีวิตกับวัฒนธรรม (นิยพรรณ วรณศิริ. 2550 : 106)

4. ทฤษฎีผู้สูงอายุเชิงสังคมวิทยา ทฤษฎีผู้สูงอายุเชิงสังคมวิทยาประกอบด้วย ทฤษฎีย่อย ดังนี้

4.1 ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The Salutogenic Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้น โดย Aaron Antonovsky (1993 : 725-733) แอนโทนอนอฟสกี เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิตเป็นรูปวงจรถ่วงต่อเนื่องที่เรียกว่า Breakdown Continuum หรือ Health Continuum โดยความผาสุกจะอยู่ริมสุดของวงจร คือภาวะสุขภาพดี (Salutary End) ส่วนความเจ็บป่วยจะอยู่ริมสุดด้านตรงข้ามกับความผาสุก เรียกว่าภาวะความเจ็บป่วย (Health Breakdown) ทฤษฎีนี้มุ่งอธิบาย ภาวะสุขภาพของบุคคลจะอยู่ในระดับใดนั้น ขึ้นอยู่กับความเครียด แรงกดดันที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการต้านทานความเครียดของบุคคล และความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งเป็นการมอง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล มีความหมาย และสามารถจัดการ กับสถานการณ์ดังกล่าวนั้นได้อย่างเหมาะสม

จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา, จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพินอังสุโรจน์ (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. 2547 : 21-22 ; อ้างอิงมาจาก จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา, จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพิน อังสุโรจน์. 2546 : 5) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย พบว่าประกอบด้วยมิติต่าง ๆ 5 มิติ คือ ความสามัคคีปรองดอง การพึ่งพาอาศัยกันและกัน ความสงบสุข และการยอมรับ การเคารพนับถือและความเบิกบาน โดยแต่ละมิติมีรายละเอียดประกอบด้วย ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว เช่น ลูกหลานการเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนความสำเร็จ ความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว ลูกหลาน นำมาซึ่งความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ -การพึ่งพาอาศัยกันและกัน (Interdependence) ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกสบายใจ มีความสุข ในการที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์หรือช่วยเหลือลูกหลาน บุคคลในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันบุคคลในครอบครัวหรือลูกหลานตอบแทนโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ความสบายใจเกิดจากการมีคุณค่าในตนเอง ที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีประโยชน์แก่ลูกหลาน มีใช้พึ่งพาลูกหลานฝ่ายเดียว -ความสงบสุขและการยอมรับ (Acceptance and Calmness) การทำใจให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจ การปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ปล่อยกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ ทำใจให้สงบ ไม่คิดมากหรืออารมณ์เสีย ไม่ก่อกวนกับสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ -การเคารพนับถือ (Respect) การที่ผู้สูงอายุนับถือ มีความรู้สึกถึงการเคารพให้เกียรติหรือคำแนะนำให้แก่ผู้อาวุโสน้อยกว่า มีผู้รับฟังหรือปฏิบัติตาม การเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลอื่นแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นที่เคารพนับถือของบุคคลในชุมชนนั้น ๆ ความเบิกบาน (Enjoyment) ความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวาเกี่ยวกับสิ่งรอบตัว ความเบิกบานอาจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน เช่น ร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด หรืออาจเป็นความเบิกบานจากการทำสิ่งที่ตนเองชอบ งานยามว่าง หรือเก็บเกี่ยวความสุขเล็กๆ น้อยๆ ที่อยู่รอบตัว รวมทั้งการมีอารมณ์ขัน เช่นเดียวกับ พินิตนันท์ โชติกเจริญสุข (2545 : 79) ได้ศึกษากิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายด้วยการเดิน การยืน การนั่ง พบว่ากิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุการที่ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากเสริม

สร้างความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อแล้ว ช่วยให้ผู้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองส่งผลให้มีความสุขทางใจ

4.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst (1968 : 20-23) ทฤษฎีนี้เสนอว่าผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อการมีชีวิตอย่างสมบูรณ์และความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง Havighurst เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การได้ทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุกระชุ่มกระชวยผ่อนคลายความตึงเครียด แนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่ากรมีชีวิตที่ตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร (Inactive) การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ จะนำมาซึ่งความสุขรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งแนวคิดตามทฤษฎีนี้มีความสำคัญในการนำมาจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบการจัดกิจกรรมมี 3 ลักษณะคือ ลักษณะแรกเป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ (Informal Activity) ได้แก่การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันเครือญาติ และการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่สองเป็นกิจกรรมที่เป็นทางการ (Formal Activity) ได้แก่การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรม สมาคมต่างๆ เช่นการเข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การเข้ากลุ่มทางศาสนา เป็นต้น ลักษณะที่สามเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure Activity and Hobby) ได้แก่ กิจกรรมที่ทำในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ และการนันทนาการ (ยูฟ่าพิน สิริโพธิ์งาม. 2548 : 31) Barrow และ Smith (1979 : 53) ผู้เสนอทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง มีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอมองเห็นตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อครอบครัวและสังคม

4.3 ทฤษฎีพัฒนาการของอีริคสัน (Erikson's Theory) Erikson ได้อธิบายถึงภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุว่าเป็นวัยแห่งการรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาระหว่างความมั่งคั่งสมบูรณ์กับความสิ้นหวังหรือหมดหวัง ผู้สูงอายุที่รู้สึกมั่งคั่งสมบูรณ์จะมองชีวิตด้วยความพึงพอใจ ชื่นชมกับความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอดีต และมีชีวิตอยู่กับบุคคลอื่นๆ ด้วยความสงบและพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย แต่สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดหวังจะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย เกิดความท้อแท้ ท้อถอยหมดโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องที่ผ่านมาและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (จุมพล หนีมพานิช. 2548 : 33)

4.4 ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's Developmental Theory) Robert Peck ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น (Young - Old) มีอายุ 55 - 75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย (Old - old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านกายภาพลักษณะนิสัยและการมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาสังคมโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงชีวิตที่ผ่านมาความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงานในทางตรงกันข้ามเมื่อเกษียณอายุบางคนมีความรู้สึกไร้คุณค่า ด้านความสามารถทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติถ้าผู้สูงอายุนึกถึงสภาพร่างกายวัยยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะมีมีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงความถดถอยของร่างกายก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดน้อยลง และด้านการยอมรับความไม่เที่ยงของสังขารที่เปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่

รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตายด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่ยึดติดกับสังขารก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุด (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2550 : 13-14)

4.5 ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory) Maslow เชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการพื้นฐานตามลำดับขั้นจากขั้นพื้นฐานสู่ขั้นสูงสุด คือขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ อาศัย และการสืบพันธุ์ ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงความปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ขั้นที่ 3 ความต้องการทางด้านความรักและความต้องการการเป็นเจ้าของ ขั้นที่ 4 ความต้องการการยอมรับนับถือ และขั้นที่ 5 ความต้องการบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต (ทัศนีย์ ทองสว่าง. 2549 : 301-302) เห็นได้ชัดว่าทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์นั้นเทียบได้กับความต้องการของผู้สูงอายุได้ว่าความต้องการขั้นที่ 1 เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิตผู้สูงอายุมีความต้องการดำรงชีวิตให้ยืนยาวที่สุด จำเป็นที่บุตรหลานควรสนองความต้องการด้วยการดูแลจัดหาอาหารไม่ให้หิวโหย จัดที่พักอาศัย ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่มกันร้อนกันหนาว ให้ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ หากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้วเป็นการยากที่ความต้องการขั้นอื่น ๆ จะบังเกิดขึ้นได้ ความต้องการในขั้นที่ 2 และขั้นที่ 3 เป็นความต้องการที่จะได้รับการดูแลด้านความปลอดภัยความรักความห่วงใยจากครอบครัวบุตรหลานและชุมชน สูงขึ้นไปอีกในขั้นที่ 4 ความต้องการมีชื่อเสียง ยกย่องเชิดชูจากบุตรหลานและคนรอบข้าง ดังที่มาสโลว์กล่าวว่า “ศักดิ์ศรีที่สำคัญต่อความมีสุขภาพจิตดี คือความรู้สึกนับถือตนเองและเคารพตนเองกับการได้รับการนับถือจากผู้อื่น” และขั้นที่ 5 เป็นความต้องการขั้นสูงสุดโดยพึงเล็งประโยชน์ของบุคคลอื่นและของสังคมโดยรวมเป็นสำคัญ ซึ่งมาสโลว์เชื่อว่าคนทุกคนเกิดมามีความมุ่งหมายเพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตเพื่อการเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์ ดังนั้นหากผู้สูงอายุได้รับการสนองตอบทั้ง 4 ขั้นอย่างเพียงพอแล้วย่อมพร้อมที่จะใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตนเองทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อย่างเต็มที่

สรุปได้ว่า ทฤษฎีผู้สูงอายุเชิงสังคมวิทยาที่กล่าวถึงความผาสุก กิจกรรมพัฒนาการ และความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ นี้ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุได้ทุกแง่มุม สอดคล้องกับแนวคิดของนิวการ์เตนและคณะ (Neugarten and others. 2007 : Web Site) ซึ่งได้สรุปกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 8 ประเภท คือ Reorganizer คือผู้สูงอายุที่ชอบทำกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อมาแทนที่กิจกรรมที่สูญเสียไป Focusal คือผู้สูงอายุที่ชอบเลือกในการทำกิจกรรม และจะหยุดทำกิจกรรมบางอย่าง ในขณะที่เดียวกันก็จะจัดจ้านในการที่จะเลือกกิจกรรมใหม่ Disengaged คือผู้สูงอายุที่ดึงตัวเองออกมาจากบทบาทความรับผิดชอบที่มีอยู่เดิมโดยสมัครใจ Holding - on คือผู้สูงอายุที่พยายามจะอยู่ใกล้ชิดกับคนวัยกลางคน Constricted คือผู้สูงอายุที่พยายามจะปิดตัวเองจากโลกภายนอกมากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่เกี่ยวกับโลกภายนอก Succorance - Seeking คือผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตตนเอง トラบที่สามารถหาคนเป็นที่พึ่งพาได้ พวกนี้ต้องการคนมาช่วยดูแลและเอาใจใส่ Apathetic คือผู้สูงอายุที่ดึงตัวเองออกมา จะหยุดคิดหรือหมดหวังในชีวิตค่อนข้างเร็วตั้งแต่เนิ่น ๆ ไม่เคยเปลี่ยนความเชื่อแบบทำร้ายตนเอง ว่าตนเองไม่สามารถที่จะจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ Disorganized คือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมต่างๆ น้อยและมีสภาพจิตไม่เป็นปกติ

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. งานวิจัยในประเทศ

สุดสงวน คำคุณ (2542 : 199) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการนวดแผนไทย ในคลินิกการแพทย์ อัมภคตยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้ทำการศึกษาจากผู้ที่มารับและไม่มารับ บริการนวดไทยในคลินิกการแพทย์แผนไทยพบว่า 1) ปัจจัยทางด้านความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม กลุ่มผู้ใช้บริการมีความเชื่อต่อการนวดแผนไทย โดยรวมอยู่ในระดับเชื่อว่าการนวดทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดี กล้ามเนื้ออ่อนตัวป้องกันโรคปวดเมื่อยได้ การนวดเป็นศิลปะที่ถ่ายทอดมานานไม่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ ส่วนกลุ่มที่ไม่มารับบริการนวดแผนไทยมีความเชื่อต่อการนวดแผนไทย โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลางเชื่อว่าการนวดทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้นและทำให้หายจากการเครียดได้ ถ้ามีการ ประชาสัมพันธ์จะทำให้มีผู้ใช้บริการนวดมากขึ้น 2) ปัจจัยสนับสนุนและการยอมรับของบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ใช้บริการและไม่ไปใช้บริการอยู่ในระดับปาน กลาง กล่าวคือการสนับสนุนจากสังคมสิ่งแวดล้อมจากกลุ่มญาติ กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมในการใช้บริการนวดแผนไทย 3) ปัจจัยเอื้อทางด้าน การบริการ ระยะทาง เวลา ความสะดวก วิธีการได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มผู้ใช้บริการและกลุ่มที่ไม่ ไปใช้บริการอยู่ในระดับปานกลาง โดยทั้งในกลุ่มที่ใช้บริการและกลุ่มที่ไม่ไปใช้บริการต่างก็มีความเห็น เหมือนกันคือ ให้ความสำคัญในเรื่องผู้ที่ให้บริการนวดต้องมีความเชื่อมั่นและทำให้ผู้ใช้บริการเกิด ความไว้วางใจและประทับใจในบริการ

จิระศักดิ์ จันทะพันธ์ (2542 : 35-39) ได้ศึกษาการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผน ไทยในชุมชน พบว่า สามารถส่งเสริมให้ประชาชนใช้บริการการแพทย์แผนไทยได้มากยิ่งขึ้น คิดเป็น จำนวน 2,465 ราย โดยให้บริการผู้ที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.20 ให้บริการด้วยการอบสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 43.40 ซึ่งเป็นวิธีการให้บริการมากที่สุด นอกจากนี้ ผลการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยเพื่อทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 51.60 ประชาชน ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการส่งเสริมให้มีบริการการแพทย์แผนไทยในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) คิดเป็นร้อยละ 78.40 และผู้มารับบริการทางการแพทย์แผนไทย สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ คิดเป็นร้อยละ 44.40 - 77.80 เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

สุชาวลี สุทธิคะเนิง (2542 : 1-2) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อผู้บริโภคชาวไทยใน การเลือกใช้บริการนวดแผนโบราณในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 31-40 ปี มีสถานภาพสมรสแล้วและมีอาชีพเป็นพนักงานเอกชน การศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้ต่อเดือนละ 5,000-10,000 บาท ส่วนปัจจัยผสมทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภค ตามความสำคัญ คือ ปัจจัยด้านบุคคลและการบริการ เครื่องมือ สถานที่ ภาพพจน์ ราคาและ การส่งเสริมการตลาด นอกจากนี้ปัญหาส่วนประสมทางการตลาดของธุรกิจ ที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่ พบจากการใช้บริการนวดแผนโบราณเรียงตามลำดับที่พบ คือ ปัญหาด้านบุคคลและบริการ ราคา เครื่องมือ สถานที่ การส่งเสริมการตลาดและภาพพจน์ นอกจากนี้ปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ ที่ถดถอย และส่วนใหญ่สังคมไทยไม่นิยมไปใช้บริการนวดแผนโบราณ เพราะทำให้เสียภาพพจน์

สุทิศา ปลื้มปิติวิริยะเวช และเสาวภา พรสิริพงษ์ (2543 : 95) ได้ศึกษาการนวดพื้นบ้านอีสานในเชิงกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา ผลการศึกษาพบว่า หมอนวดพื้นบ้านอีสานให้ความสำคัญกับ “เส้น” โดยเชื่อว่าร่างกายประกอบด้วยเส้นจำนวนมากที่สัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และการวินิจฉัยโรคใช้วิธีการสังเกตลักษณะภายนอกและการคลึงโดยประสบการณ์ การรักษาเน้นการนวดที่จุดรวมเส้น เพื่อให้เลือดลมเดินดี ส่งผลให้เส้นอื่น ๆ คลายตัว กลุ่มอาการที่นวด ได้แก่ ปวดเนื้อเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็งตัว อัมพฤกษ์ อัมพาต และอาการมดลูกลงจากการวิเคราะห์ท่านวดเทคนิค และวิธีการนวดของหมอนวดพื้นบ้านแล้วทราบว่า มีหลายวิธีที่เหมาะสม และมีหลายวิธีที่ต้องระมัดระวัง จุดนวดที่ควรระมัดระวัง ได้แก่ ท่ายกขาตั้งฉาก แล้วใช้ออกกอดที่ฝ่าเท้า จุดกดบริเวณสามเหลี่ยมเหนือกระดูกไหปลาร้า จุดกดที่รักแร้ จุดกดที่ขาหนีบและการรักษาขากรรไกรก้าง การนวดสามารถรักษาและบรรเทาอาการเจ็บป่วยบางอย่างได้ เป็นเทคนิควิธีที่ชาวบ้านสามารถเรียนรู้และแสวงหาความชำนาญได้ มีอันตรายน้อยสามารถพัฒนา และส่งเสริมให้เป็นอาชีพเสริมได้ แต่สิ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการสอน คือ การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทางกายวิภาค และสรีรวิทยา อย่างง่ายแก่ผู้เรียน ท่านวดที่ควรระวังเป็นพิเศษ รวมทั้งอาการที่หมอนวดไม่สามารถนวดได้ แต่ต้องส่งต่อแพทย์

สุรัชย์ กุหลาบเพ็ชร์ (2543 : 1-2) ได้ศึกษากระบวนการเข้าสู่อาชีพและสถานภาพบทบาทของหมอนวดพื้นบ้าน กลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว ไทยเขมร และไทยโคราช : ศึกษากรณีจังหวัดสุรินทร์ พบว่า หมอนวดพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว ไทยเขมรและไทยโคราช ประการแรก ได้รับความรู้ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ยกเว้น นางจัน บุญโสดากร ในกลุ่มชาติพันธุ์ไทยเขมรเพียงคนเดียวที่มีผู้อาวุโสมาเข้าฝันว่านางจัน บุญโสดากร ซึ่งขณะนั้นยังเป็นโสด เป็นผู้มีความสามารถในการนวดรักษาผู้ที่ปวดเมื่อยได้ หมอนวดในกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว และกลุ่มชาติพันธุ์ไทยเขมรจะนวดรักษาโดยใช้มือเพียงอย่างเดียว ไม่มีอุปกรณ์ช่วยนวด เพราะผู้ป่วยต้องการผู้บำบัดรักษาโดยการนวด ส่วนในกลุ่มไทยโคราชที่บ้านสระคูณและที่โรงเรียนจันทราวาส อำเภอลำปลายมาศ มีการนวดแล้วยังใช้ลูกประคบและการอบสมุนไพรช่วยในการนวดด้วย ประการที่สอง มีความคิดที่คล้ายกัน คือ ต้องการบริการชุมชนและสังคม เป็นส่วนใหญ่ หมอนวดจะไม่เรียกร้องค่าตอบแทนจากผู้มานวด เว้นแต่ผู้ที่ได้รับบริการจะให้ด้วยความสมัครใจ หรือด้วยความพอใจฝีมือการนวดพื้นบ้าน ประการสุดท้าย ผู้ที่ประกอบอาชีพการนวดพื้นบ้านตามกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว ไทยเขมรและไทยโคราช จะมีสถานภาพและบทบาทที่สังคม และชุมชนนั้นให้ความเคารพยกย่องเป็นที่พึ่งของชุมชนนั้น ๆ แม้สภาพเศรษฐกิจของชุมชนจะไม่เอื้ออำนวยแต่หมอนวดพื้นบ้านก็ยังได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นอย่างดี

สัณญา รักษาติ (2544 : 118 - 140) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองใน ภาวะปกติดังนี้ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ นอนหลับวันละ 4-6 ชั่วโมง มีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นปกติ มีการออกกำลังกายโดยการเดิน มีการพักผ่อนหย่อนใจ โดยคุยกับเพื่อนฝูงและทำงานอดิเรก มีการร่วม กิจกรรมทางสังคม มีการป้องกันอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกบ้าน ส่วนใหญ่ไม่มี การตรวจสุขภาพประจำปีและสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้โดยตนเอง สำหรับพฤติกรรม การดูแลตนเองตามพัฒนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ทำใจยอมรับเมื่อเกิดความ รู้สึกหงา หงุดหงิด โกรธ หรือเสียใจ รวมทั้งยอมรับกับบทบาทหน้าที่ของ ตนเองที่ลดลง การเจ็บป่วยและการสูญเสีย ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ พบว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะ ไปรักษา ที่ โรงพยาบาลชุมชน มีการปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งเพื่อบรรเทา หรือไม่ให้อาการ เจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และได้รับความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพจากบุคลากรทาง สาธารณสุข การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ และเขต ที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองที่ระดับ นัยสำคัญ 0.05 สำหรับระดับคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับคุณภาพชีวิตพบว่าระดับการศึกษาและรายได้มี ความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับ คุณภาพชีวิต

ศุภนิษฐ์ เหมะวรรณ (2545 : 186) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มี อิทธิพลต่อนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นในการเลือกใช้บริการนวดแผนโบราณในอำเภอเมืองจังหวัด เชียงใหม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีอายุ ในช่วง 21-30 ปี และมีอาชีพเป็นนักศึกษามากที่สุด ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดของธุรกิจบริการ ที่มีอิทธิพลต่อนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นส่วนใหญ่ในการเลือกใช้บริการนวดแผนโบราณเรียงตามลำดับ ความสำคัญ ดังนี้ ปัจจัยผลิตภัณฑ์ด้านบุคคล ปัจจัยด้านราคา ปัจจัยด้านสถานที่ ปัจจัยผลิตภัณฑ์ ด้านเครื่องมือและปัจจัยด้านส่งเสริมการตลาด ตามลำดับ

ชรินทร์ วรกุลกิจกำจร (2545 : 158) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาภูมิปัญญาการนวด แผนไทยให้เป็นธุรกิจเพื่อสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยว พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ค่านึงถึงผู้ให้ บริการนวดเป็นอันดับแรกและเป็นเพศหญิง โดยมีพฤติกรรมนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ รวมทั้งนิยมใช้บริการในสถานบริการเพียงแห่งเดียวเป็นประจำ สาเหตุมาจากสถานบริการ มีหมอนวดที่ดี อัตราค่าบริการส่วนใหญ่จะเท่ากันคือ 100 บาทต่อชั่วโมง โดยใช้บริการการนวด เฉลี่ยเพียง 1 ครั้งต่อเดือน วันที่นิยมใช้บริการมากที่สุด คือ ช่วงวันจันทร์ถึงวันศุกร์และเวลาที่ใช้ บริการส่วนใหญ่ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับเวลาว่าง ผลลัพธ์เป็นสิ่งๆที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจมากที่สุด และ การโฆษณาประชาสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ใช้บริการพึงพอใจน้อยที่สุด ส่วนด้านความต้องการ เจ้าของ ธุรกิจต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลด้านการฝึกอบรม ด้านประกอบธุรกิจเงินทุนในการปรับปรุง และกำหนดนโยบายในเรื่องการนวดแผนไทยให้ชัดเจน ผู้ให้บริการนวดมีความต้องการให้รัฐบาลจัด สวัสดิการ และจัดฝึกอบรมความรู้ด้านการนวดแผนไทย ผู้รับบริการต้องการให้เจ้าของธุรกิจ ปรับปรุงสถานบริการให้ดีขึ้น และทางรัฐบาลขาดการดูแลเอาใจใส่ต่อธุรกิจการนวด ไม่มีแผนและ นโยบายไม่ชัดเจน

ยุพร ชมณี (2545 : 1-2) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทย : กรณีศึกษา ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่ามีลักษณะการนวด 2 ลักษณะ คือ การนวดเพื่อสุขภาพและการนวดเพื่อรักษาโรค หลักการนวดหมอนวดแผนไทยจะใช้พื้นฐานการนวด คือ หมอนวดแผนไทยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของร่างกาย มีการค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วยหรือ วินิจฉัยโรคเบื้องต้น เลือกวิธีการนวดที่เหมาะสมกับผู้ใช้บริการนวด วิธินวดใช้ท่านวด 4 ท่า คือ ท่านอน หงาย นอนตะแคง นอนคว่ำ และทำนั้ง ซึ่งจะสลับเปลี่ยนท่าต่าง ๆ ตามลำดับ เพื่อความสะดวกใน

การกดจุดนวดและเพื่อความสะดวกในการนวดแต่ละรูปแบบ เช่น การกด การคลึง การบิด และการทุบหรือการสับ การนวดมีผลต่อร่างกาย คือ ทำให้ระบบการไหลเวียนของโลหิตในร่างกายดีขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวด มีผลต่อจิตใจ คือ ทำให้รู้สึกสดชื่นผ่อนคลายความกังวล และช่วยบรรเทาการคลายเครียด และมีผลต่อสังคม คือ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวและชุมชนและสร้างรายได้ให้แก่ชุมชน ผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงคุณค่าในการดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทย อันเป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกันกับหลักการและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มงานวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2546) ได้ศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการนวด ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2546 พบว่า ความรู้ต่อการนวดสายราชสำนักและทัศนคติต่อการนวดสายราชสำนักส่วนใหญ่อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

พัลลภ วานิช (2545 : 100) ได้ศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคที่เข้ามาใช้บริการนวดแผนไทยในกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมเลือกใช้บริการนวดทั้งตัวมากที่สุด มีวัตถุประสงค์นวดเพื่อสุขภาพ และเลือกเข้ารับบริการในช่วงวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 09.00 - 12.00 น. ใช้เวลานวดต่อครั้งเท่ากับ 2 ชั่วโมง โดยตนเองจะเป็นผู้พิจารณาตัดสินใจเลือกใช้บริการนวดแผนไทย และพบว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ด้าน “ระดับการศึกษา” มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมผู้บริโภคใน ทุก ๆ ด้าน อันได้แก่ การเลือกใช้รูปแบบการให้บริการ วัตถุประสงค์ที่มาใช้บริการ การใช้บริการเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการเข้ารับบริการนวด บุคคลที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเวลาที่สะดวกในการเข้ารับบริการนวดแผนไทย ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนประสมการตลาดสำหรับงานบริการทุกตัว ในเกณฑ์ “มาก” ซึ่งปัจจัยทางด้าน “ผลิตภัณฑ์” ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก โดยให้ความสำคัญในเรื่องของการรักษาโรค บรรเทาอาการปวดเมื่อย สามารถผ่อนคลายความเครียดได้ อันดับรองลงมา ได้แก่ “สภาพแวดล้อม - บรรยากาศ” กระบวนการนวด” “บุคลากร” และสถานที่ให้บริการ ตามลำดับ

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก และคณะ (2545 : 195) ได้กล่าวถึง การนวดไทยบำบัด 1 มี การนวดเพื่อบำบัดและบอกถึงลักษณะการนวดเพื่อบำบัดไว้ดังนี้ การนวดแก้ปวดขา เข่า การนวดแก้ปวดหลัง การนวดแก้ปวดแขน ไหล่ การนวดแก้ปวดคอ ศีรษะ การนวดแก้เป็นลม การนวดแก้ตักหมอน การนวดแก้สะบักจม การนวดแก้จุกเสียด การนวดแก้ท้องผูก การนวดแก้ปวดประจำเดือน การนวดแก้ตะคริว และการนวดแก้ข้อเท้าแพลง ลักษณะการนวดดังกล่าวข้างต้น เป็นการนวดเพื่อรักษา หรือฟื้นฟูข้อบกพร่องของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถที่จะใช้การนวดบำบัดรักษาและฟื้นฟูให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ให้หายเป็นปกติได้ และยังเป็นการสืบทอดภูมิปัญญาการนวดแผนไทยสืบทอดมาจนปัจจุบัน

ชวน อะโนศรี (2546 : 88) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการนวดไทยกรณีศึกษา : บ้านสะอาดสมศรี หมู่ 9 ตำบลเหนือ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ประชาชนในเขตพื้นที่ประสบปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร้อยละ 19.2 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนพบบ่อยที่สุดเมื่อเกิดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ได้แก่



การซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง (ร้อยละ 45.3) รองลงมาได้แก่ การพักผ่อนรอดูอาการ (ร้อยละ 26.2) การใช้นวดไทย (ร้อยละ 9.5) ได้มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมประชาชนต้องการแก้ไขปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการใช้แรงงาน โดยใช้การนวดไทยแล้วจึงเข้าสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเริ่มจากการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการนวดไทยและวิธีการป้องกันตนเองจากการปวดเมื่อยแก่ประชาชนผู้สนใจ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในระดับครอบครัว แล้วทำการประเมินผลภายหลังการฝึกอบรม

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2546 : 125) ได้ศึกษาการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้านและบทบาทของหมอพื้นบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพ : กรณีศึกษาพ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้าน พ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ มีปัจจัยหลัก 1) ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งสังคมเป็นหมู่บ้านที่เก่าแก่ สภาพการดำรงชีวิตอาศัยธรรมชาติ มีอาชีพหลักด้านการเกษตร และยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิม การทำมาหากินของชาวบ้านยังพึ่งพาอาศัยธรรมชาติ มีความเชื่อในเรื่องผีสงกรานต์ กรรมดี กรรมชั่ว ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรค จึงยังคงเลือกใช้บริการกับหมอพื้นบ้าน เนื่องจากโรคบางโรคหมอแผนปัจจุบันไม่รู้ และไม่เข้าใจ รวมทั้งรูปแบบการบริการของหมอพื้นบ้านยังมีความยืดหยุ่น และเข้าใจถึงสภาพภูมิหลังของผู้ป่วยและญาติได้ดี 2) ลักษณะการเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะและสภาพความเป็นมาของการเจ็บป่วยของชาวบ้าน จะเจ็บป่วยด้วยโรคซ้ำๆ กัน ทำให้เกิดความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการรักษาโรคได้ดี 3) ประสิทธิภาพการเป็นหมอ เมื่อชาวบ้านและญาติมารับการรักษาจากพ่อทองอ่อนแล้วหายจะบอกต่อๆ กันไป ปัจจัยเสริมได้แก่ 1) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ 2) คุณสมบัติของหมอพื้นบ้าน นอกจากนั้น หมอพื้นบ้าน พ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ ยังมีภูมิปัญญาที่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลตนเองในยุคปัจจุบัน โดยใช้ต้นทุนต่ำ ดังนี้ 1) การบริหารร่างกายแบบง่าย 2) ลูกประคบสมุนไพร 3) น้ำมันกาสิกและน้ำมันออร์คิด 4) เครื่องนวดด้วยตนเอง และ 5) ห้องอบสมุนไพร (ต้นทุนต่ำ)

ภนิดา วามนตรี (2547 : 1-2) ได้ศึกษาความพึงพอใจคุณภาพการบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนนทเวช พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจคุณภาพการบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนนทเวช โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความเชื่อถือได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และด้านการเข้าถึงจิตใจผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจคุณภาพบริการ อยู่ในระดับมาก ในรายข้อ ความทันสมัยของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด การแต่งกายเจ้าหน้าที่สะอาด สุภาพ เรียบร้อยและมีความมีอัธยาศัยไมตรีในการต้อนรับด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสของเจ้าหน้าที่ ส่วนรายข้ออื่น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจคุณภาพบริการอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความพึงพอใจคุณภาพการบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนนทเวช ไม่แตกต่างกัน โดยสรุปการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบว่า การแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วย นิยมใช้ในการบำบัด ป้องกันและรักษาสุขภาพ การประคบสมุนไพรและการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการศึกษา อาชีพและรายได้ดี ดังนั้นจึงเป็นแนวทางของผู้ประกอบการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์อายุรเวช เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการรักษาทางด้านนี้ต่อไป

โฆสิต แพงสร้อย (2551 : 160-197) ได้ศึกษารูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา (คิวเซเคียว) เป็นการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวอีสาน พบว่า

ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของชาวอีสาน ระยะแรกเริ่มได้รับอิทธิพลจากอาณาจักรขอม ราวพุทธศตวรรษที่ 18 สมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ที่ทรงนับถือพระพุทธศาสนานิกายมหายาน จากหลักฐานที่ปรากฏมีข้อมูลศิลาจารึกว่าด้วยการสร้างโรงพยาบาลในภาคอีสานรวม 6 แห่ง รวมถึง การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในโรคยาศาล และเป็นการแพทย์แผนไทยที่ผสมผสานระหว่าง การแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดียผูกพันใกล้ชิดกับพระพุทธศาสนา มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยในลักษณะองค์รวมทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน เช่นเดียวกับ เป็นองค์การศาสนาที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2478 โดยโมกข์ โอภา ดะ (เมฆุชามะ) ชาวญี่ปุ่น รูปแบบของคิเวศเคียวมีหลักพระพุทธศาสนา ลัทธิชินโต และศาสนาคริสต์ ผสมผสานกันอยู่ มีอุดมคติที่จะสร้างยุคพระศรีอาริย์หรือสวรรค์บนพื้นพิภพ ให้เป็นโลกที่เต็มไปด้วย ความสงบสุข ความสมบรูณ์มีพลาณามัย มนุษย์ทุกคนมีจิตใจสะอาดบริสุทธิ์เปี่ยมไปด้วยความเมตตา กรุณา เผยแพร่เข้ามาในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ เมื่อปี พ.ศ. 2513 ในนามมูลนิธิบำเพ็ญ สาธารณประโยชน์ด้วยกิจกรรมทางศาสนา 3 ประการ ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติโยเร เกษตร ธรรมชาติคิเวศ และศิลปะการจัดดอกไม้คาโดซังจึง เป็นมิติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม นั่นคือ โยเร เป็นการรักษาสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เกษตรธรรมชาติคิเวศรักษาสุขภาพด้านร่างกาย ศิลปะการจัด ดอกไม้คาโดซังจึงช่วยเสริมอารมณ์ มีเมตตากรุณา และรูปแบบ วิธีการที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ ภูมิปัญญาญี่ปุ่น(คิเวศเคียว) เป็นการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวอีสานนั้น มีองค์ประกอบ ด้วยกัน 4 ประการคือ การดูแลสุขภาพด้วยระเบียบพีเลี้ยง(เซวานิน) ระบบภาคีเครือข่าย การจัดการ และการร่วมระดมทุนของสมาชิกสำหรับวิธีการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพของคิเวศเคียวใช้การอบรม เรียนรู้ การดำเนินกิจกรรมกลุ่มและการนำหลักคำสอนและความรู้ไปปฏิบัติให้บังเกิดผล

ทัศนีย์ พานพรหม (2545 : 115-118) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ โดยนำ PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 420 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบ Four Stages Stratified Sampling เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 53.8 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัย ด้านคุณลักษณะประชากรสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อทางด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมี / เป็น / เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการบริการส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จาก ครอบครัว / ญาติ เพื่อนบ้าน และบุคคลทางการแพทย์ และสาธารณสุข พบว่า ตัวแปรทั้งหมด สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 36.2 ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนาย พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมจาก ครอบครัว

จิตรา วีรบุรินทร์ (2546 : 1) ได้ศึกษารูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสารและการวิจัยภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษา ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดละ 1 คน รวม 79 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 40 คน แลบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุจำนวน 40 คน รวมประชากรจำนวน 159 คน พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการจัดบริการสังคมให้กับผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน ยังไม่มีความเหมาะสม ยังไม่มีความครอบคลุมส่วนความสามารถในการตอบสนองและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริหารสังคมประเภทต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าอยู่ในระดับน้อยทั้งสิ้นแต่โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่

เป็นข้าราชการเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริหารต่าง ๆ ได้มากที่สุด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง จะเป็นกลุ่มเข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด สำหรับรูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต เรียงลำดับความเหมาะสมจากมากไปหาน้อย ดังนี้คือ บริการด้านการประกันรายได้ บริการด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ บริการด้านนันทนาการ และบริหารสังคมทั่วไป

ทิพวรรณ วีรกุล (2546 : 1) ได้ศึกษาถึงการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา การศึกษาใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ มีแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา 20 แห่ง จำนวน 223 คน ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะการดูแล ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ คือการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจทุกครั้งที่มีเวลาว่างจากการทำงาน และต้องให้ได้รับสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำและอากาศ และควรเปิดโอกาสให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในระยะสุดท้ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่นการป้อนอาหารการเช็ดตัว สำหรับผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพและการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายให้มีความพอเพียง เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในระดับสุดท้าย

อัมภัสสา พาณิชชอบ (2546 : 1) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 398 คน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านบางแค จำนวน 203 คน และผู้สูงอายุในที่พักผู้สูงอายุเอกชน 195 คน สุ่มตัวอย่าง แบบหลายชั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้คือค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi Square test, Unpaired t – test และ One Way ANOVA วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.8 และร้อยละ 73.8ตามลำดับจากการศึกษา เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม พบว่า คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พัก เอกชนดีกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ส่วนด้านกิจกรรมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันและจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ความพึงพอใจในกิจกรรมและความพึงพอใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต ส่วนความพึงพอใจในลักษณะการบริหารนั้น ได้มีความสัมพันธ์ กับคะแนนคุณภาพชีวิต

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547 : 1-2) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา การวิจัยนี้มี 2 ชั้นต่อเนื่องกัน ชั้นที่ 1การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 415 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น ผลการวิจัยเชื่อมโยงสู่ชั้นที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มตัวแทนระดับบุคคลครอบครัว และสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนระดับชุมชนรวม 48 คน ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพึงพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัวสามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจและด้านความพอใจ ได้ร้อยละ 33.8, 17.9 13.2,9.7 และ 9.3 ตามลำดับ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคล

ประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินตั้งแต่วันทำงานเพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลาน ควรมีความกตัญญูให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนให้กับผู้สูงอายุสำหรับในระดับชุมชน ควรส่งเสริม ผู้สูงอายุ ให้มีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สร้างชุมชนเข้มแข็ง กระตุ้นผู้นำชุมชน และ ประชาชนให้ร่วมคิดร่วมสร้าง กิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุก ในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ศิริลัดดา ลิขิตจันทรวงศ์ (2547 : 1-2) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน 150 คน ผู้ป่วยนอก 300 คน รวม 450 คน เครื่องมือคือแบบสอบถามผลการวิจัย พบว่า 1) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง 2) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระหว่างผู้ป่วยนอก กับผู้ป่วยในมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 3) เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลระหว่างเพศ อายุ การศึกษา อาชีพรายได้ และสิทธิ์ประโยชน์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .52 4) เสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอ 1. ให้บริหารสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยละเอียด และย้อนหลังได้อย่างรวดเร็วให้คำแนะนำในการดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ทางธุรการ 3. ให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ของเทคนิคสำหรับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

พรรณธิดา บุญพิทักษ์ (2548 : 1-2) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 30 ชมรม จำนวน 286 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้กว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาเป็นสมาชิกของชมรมในช่วงเวลา 1 – 5 ปี กิจกรรมที่จัดให้สมาชิกส่วนใหญ่เป็นการเผยแพร่ข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ด้านศาสนาและวัฒนธรรม ด้านการพัฒนาสังคม ด้านนันทนาการและการทัศนศึกษานอกสถานที่ ด้านเครือข่ายของชมรมมีการติดต่อกับองค์กรภายนอกมากที่สุด รองลงมาเป็นการติดต่อกับชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ภายในจังหวัด สมาชิกชมรมมีทัศนคติต่อการพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในระดับมากต่อการประสานงาน มีความคิดเห็นว่าการแบ่งหน้าที่ในการทำงานด้านเครือข่ายร่วมกันในด้านบริหารนั้นสมควรมีการพัฒนาและปรับปรุงการทำงานร่วมกัน ควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ

ปณิธาน วัฒนพานิชกิจ (2548 : 1) ได้ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครจำนวน 286 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ สมรสแล้ว มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมถึงไม่มีรายได้ ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยในระดับมากต้องการคำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยโดยผ่านสื่อประเภทโทรทัศน์ ส่วนความต้องการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านเพิ่มทักษะทางอาชีพ

มีความต้องการในระดับน้อย แต่ต้องการเรียนรู้ทางด้านกฎหมาย ส่วนความต้องการด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความต้องการปานกลางด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารโดยผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด

พรทิพย์ พิทักษ์ไพบุลย์กิจ (2548 : 1) ได้ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธัญบุรีเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธัญบุรีจำนวน 20 คน ผลการวิจัย พบว่า 1) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธัญบุรี มีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง การรวมกลุ่ม 2) แนวทางและวิธีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกคือ การให้ความรู้ เรื่องการออกกำลังกายการจัดกิจกรรมร่วมกัน การให้ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

สิริพร ทาชาติ (2549 : 1) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงวัยวิพทุธ : กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุวัดป่าหนองแขง จังหวัดอุดรธานีเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รู้ 2 คน 1) กลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุวัดหนองแขงจำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้นำชุมชน 5 คน 3) กลุ่มชาวบ้านทั่วไป 1,233 คน เครื่องมือ คือ 1) การสัมภาษณ์ 2) การสังเกต 3) การสนทนากลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า การประพฤติปฏิบัติตามวิพทุธ ช่วยให้ชีวิตมีความเป็นอยู่สอดคล้องกับแนวทางธรรมชาติ เป็นชีวิตที่สงบและมีความสุข การปฏิสัมพันธ์กันและกันในรูปแบบความเมตตากรุณา พึ่งพาอาศัย พอยู่พอกิน ไม่เบียดเบียนกัน มีวิถีชีวิตด้วยความสงบสุข “ต้องปฏิบัติจริงจึงจะเข้าถึงสัจธรรมสามารถนำชีวิตไปสู่ความสุขและพ้นทุกข์ได้ด้วยตนเอง”

จินตนา สุวิทวัส (2549 : 1-2) ได้ศึกษาสวัสดิการผู้สูงอายุในช่วงเปลี่ยนผ่านทางสังคมวัฒนธรรมในชุมชนลุ่มน้ำพองตอนล่างเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สถานศึกษา คืออำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 67 คน ผู้เลี้ยงดูผู้สูงอายุจำนวน 260 คน เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้เกี่ยวข้อง 23 คน เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์และการสังเกตผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาไปสู่ความทันสมัยของรัฐโดยกระบวนการอุตสาหกรรมเข้าสู่ชุมชนลุ่มน้ำพองตอนล่างตั้งแต่ พ.ศ. 2502 เป็นต้นมา ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อความมั่นคงของประเทศจากภัยคอมมิวนิสต์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชนจากสังคมวัฒนธรรมชุมชนแบบดั้งเดิมที่มีระบบเศรษฐกิจแบบยังชีพ ไปเป็นสังคมวัฒนธรรมแบบใหม่ที่มีระบบเศรษฐกิจแบบกึ่งยังชีพส่งผลกระทบต่อบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนลุ่มน้ำพองตอนล่าง โดยมีการลดบทบาทบางอย่างลงและมีบทบาทหลายอย่างที่เกิดขึ้นมาใหม่ บทบาทที่ลดลงได้แก่บทบาทการเป็นผู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาในการนำเกษตรกรรม การประมง หัตถกรรม ผู้ให้การรักษาพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ดั้งเดิมผู้ค้ำจุนศาสนา บทบาทที่หมดไปได้แก่ การเป็นหมอด่าแยะ และเป็นผู้แก้ไขปัญหาคความขัดแย้งของคนในชุมชน บทบาทที่ยังคงอยู่เช่นเดิมคือ การเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรม บทบาทที่เกิดขึ้นใหม่ได้แก่ การเป็นผู้รับภาระงานบ้าน ฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน เป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนคือ พบว่ามีการช่วยเหลือเกื้อกูล แบ่งปันแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและด้อยโอกาสลดลง

จงกลณี ศรีจักรโคตร (2550 : 1-2) ได้ศึกษาการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การศึกษาแบบชาติพัฒนาวรรณาศึกษาในอำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ใช้การสุ่มแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา จำนวน 58 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 17 คน สมาชิกในครอบครัว 19 คน สมาชิกในชุมชน 22 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน

3 คน ผู้นำทางศาสนา 1 รูป ผู้นำทางพิธีกรรม 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 5 คน ผู้นำไม่เป็นทางการ 4 คน เพื่อนบ้าน 5 คน และบุคลากรที่มีสุขภาพ 2 คน เก็บข้อมูล ด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนาตามธรรมชาติ การสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกภาคสนามและการวิเคราะห์โอกาส ผลการศึกษาพบว่า 1) ความหมายทางวัฒนธรรมในมุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้เป็นเสาหลักของชุมชน ซึ่งหมายถึงการที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ค้ำชูค้ำคูณทั้งการค้ำคูณศาสนา ค้ำคูณพิธีกรรม และค้ำคูณชุมชน เป็นที่พึ่งพิงทางกาย ทางใจและทางเศรษฐกิจเป็นแบบเป็นแนวในการดำเนินชีวิต ภูมิปัญญา เป็นผู้คุ้มโสมพี่น้องทั้งเครือญาติและพี่น้องร่วมสายโลหิต ผู้มีพระคุณ หมายถึง เป็นผู้เลี้ยงดูอุ้มชูบุตร อบรมสั่งสอน และให้มูลมรดก ผู้แก่ชราหมายถึง ผู้ที่ไม่มีแรงทำงานไม่ได้ และจู้จี้ขี้บ่น 2) การปฏิบัติของชุมชนต่อผู้สูงอายุ จากมุมมองทางสังคมมองผู้สูงอายุทำให้บุตรหลานและชุมชนปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ ได้แก่ การปฏิบัติแบบเคารพยกย่อง โดยให้ความเคารพด้วยการเลี้ยงดู การเยี่ยมเยียน การให้ข้าวของเงินทองและเบี้ยยังชีพ การเชิญให้เข้าร่วมกิจกรรม การปฏิบัติแบบกตัญญูรู้คุณ โดยเลี้ยงดูแบบตอบแทน พระคุณให้สุขสบาย ให้ความเคารพเชื่อฟัง ให้ทำกิจกรรมที่ชอบและดูแลยามเจ็บป่วยและการปฏิบัติแบบตามบุญตามกรรม ได้แก่ การไม่เคารพและไม่เชื่อฟัง เลี้ยงดูตามหน้าที่หรือใช้เงินเลี้ยง ไม่ให้เงินทองใช้และเบียดเบียนทรัพย์สินของผู้สูงอายุ และไม่ดูแลยามเจ็บป่วย 3) ปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุมี 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ซึ่งหมายถึง ตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ คุณธรรมของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม ทรัพย์สินและรายได้ของผู้สูงอายุ ความเชื่อเรื่องบุญกรรมของผู้สูงอายุ ระดับครอบครัว คือการอยู่อาศัยของบุตรหลาน สัมพันธภาพภายในครอบครัว ระดับชุมชนคือ การเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน งานวิจัยนี้ทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุและสะท้อนมุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ

## 2. งานวิจัยต่างประเทศ

Norris (1979 : 487-489) ได้ศึกษาสรุปกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

1) การดูแลตนเองในลักษณะของการสังเกตอาการหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายตลอดจนจิตใจของตนเพื่อประเมินหรือวินิจฉัยภาวะสุขภาพของตนอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะดังกล่าว ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อลงความเห็นและนำไปสู่การตัดสินใจ ในการเลือกปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเอง 2) การดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นไปตามปกติในสังคมของบุคคล เช่น การแปรงสีฟัน อาบน้ำ ล้างมือ รับประทานอาหาร ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันที่เกิดจากการเรียนรู้และการยอมรับที่จะปฏิบัติจนเป็นนิสัย กิจกรรมเหล่านี้ บิดา มารดา และครอบครัวมีอิทธิพลในการสร้างประสบการณ์ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพดีโดยตรง 3) การดูแลตนเองตามการรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะนี้ต้องการข้อมูล คำแนะนำ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับความสามารถ สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อของตน 4) การดูแลตนเองโดยการป้องกันโรคหรือภาวะที่ไม่สมดุลทางสุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะนี้ต้องการความรู้ ที่ปรึกษา ซึ่งการให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อมวลชน หรือการตอบปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชน

Cicirelli (1981 : 102) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบุตรวัยผู้ใหญ่ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุในชุมชนลาฟาแยต รัฐอินเดียนา ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าบุตรมีทัศนคติต่อบิดามารดาสูงอายุ

ในทางบวก มีความขัดแย้งแต่ไม่มากนัก แต่บุตรรู้สึกว่าเป็นภาระผูกพันที่จะต้องช่วยเหลือบิดามารดา ในอนาคต สิ่งที่บุตรให้แก่บิดามารดาคือ การให้กำลังใจ การให้ที่อยู่อาศัย การให้ข่าวสารความรู้ การช่วยทำงานบ้าน การบริการรับส่ง พฤติกรรมที่แสดงถึงความผูกพันอีกอย่างหนึ่งคือการไป และการพูดคุยทางโทรศัพท์อย่างน้อยทุกสัปดาห์ ส่วนการดูแลช่วยเหลือบิดามารดาในอนาคต บุตรที่อายุน้อยคาดหวังการบริการจากรัฐและองค์กรอาสาสมัครมากกว่าบุตรที่อายุมาก ส่วนบุตรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีความคาดหวังบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ มากกว่าบุตรที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี

Caffrey (1991 : 98) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ในกิจกรรมการ เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดินไปถวายอาหารพระหรือไปปฏิบัติธรรมในวันพระและช่วงเข้าพรรษา การเดินไปซื้อของ การจัดการงานบ้าน เช่นการเลี้ยงหลาน การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซักเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การกางมุ้งและเก็บที่นอน การขึ้นบันได การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำการแต่งกาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีภาระงานทั้งวัน เช่น การดูแลสัตว์ เลี้ยง การทำสวน และการจักสาน และในด้านการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานพบว่าผู้สูงอายุที่มี ฐานะดีจะได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดี ขณะที่ผู้สูงอายุที่ยากจนบุตรหลานไม่ค่อยให้ความสนใจ

Herth (1993 : 47) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุในชุมชน และในสถาน พยาบาล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความหวังคือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเอง และผู้อื่น การทำกิจกรรมอย่างมีความหมาย การระลึกถึงความทรงจำที่ดี มีความเพลิดเพลินเบิกบาน โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยส่งผลให้เกิดความหวัง

Ferrel, Torry และ Glick (1993 : 93-101) ได้ศึกษาผลของการนวดหลัง คอ ไหล่ และขา ในผู้ป่วยมะเร็งเพศชายที่มีการเจ็บปวด จำนวน 9 ราย อายุระหว่าง 23 – 77 ปี โดยใช้เวลานวด 30 นาที เมื่อเปรียบเทียบกับผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความเจ็บปวดและ ระดับความวิตกกังวล ตลอดจนค่าสังเกตทางสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะให้ใช้การนวดเพื่อเป็นกิจกรรมพยาบาลในการลดความ เจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

Moone (1998 : 122) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตหลังเกษียณอายุราชการ ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดหลังเกษียณ และรายได้เป็นสิ่ง สำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต

William (1988 : 78) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 16.5 ในกลุ่มอายุ 65 ปี และร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 80 ปี ขึ้นไป

Leiby และ Shupe (1992 : 204) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านกับการเข้า รักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปผู้ป่วยด้วยโรคปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 105 คน โดย 37 คนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วนอีก 68 คนเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับ บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ภายในเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านกลับเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาลอีกเพียง 1 คนด้วยระยะเวลาเพียง 9 วัน ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการ ดูแลที่บ้านกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกถึง 25 คนใช้ระยะเวลาในการรักษานานถึง 105

วัน การศึกษาค้นคว้าวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะกลับ  
เข้าโรงพยาบาลใหม่น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และระยะเวลาที่รับการรักษา  
ในโรงพยาบาลน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Barker และ Crompton (2000 : 210) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง  
คุณภาพของการบริการ ความพึงพอใจของลูกค้าและการที่ลูกค้าจะกลับมาใช้บริการใหม่ (Quality  
Satisfaction and Behavioral Intentions) พบว่า คุณภาพของการให้บริการและความพึงพอใจของ  
ลูกค้ามีผลต่อความต้องการกลับมาใช้บริการใหม่ของลูกค้า แต่คุณภาพของการให้บริการเป็นสิ่ง  
ที่ผู้ให้บริการสามารถควบคุมได้ ซึ่งต่างจากความพึงพอใจของลูกค้าที่ขึ้นอยู่กับความหวังก่อนใช้บริการ  
อารมณ์ของลูกค้า และปัจจัยอื่น ๆ ระหว่างการให้บริการ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงควรให้ความสำคัญกับ  
คุณภาพของการให้บริการแก่ลูกค้า เพราะเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เพื่อให้ลูกค้าได้รับความพึง  
พอใจจากการใช้บริการและอยากกลับมาใช้บริการอีก

Stephenson และ Tavakoli (2000 : 67-72) ได้ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าต่อ  
การลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด จำนวน 23 รายส่วนใหญ่  
เป็นเพศหญิง ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปี โดยทั้งหมดเป็นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการ  
วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental, Pre/post, Crossover Design) โดยเว้นระยะ  
ระหว่างการได้รับการนวดและไม่ได้รับการนวดฝ่าเท้าเป็นเวลา 2 วัน และการนวดฝ่าเท้า ใช้เวลา 30  
นาที พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลงและหนึ่งในสามของผู้ป่วย มีระดับความ  
เจ็บปวดลง ผู้ทำการศึกษาเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้ง่ายเพราะกระทำที่ใดก็ได้ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ  
ไม่มีการรุกรานเนื้อเยื่อร่างกายและทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

Stephenson และคณะ (2000 : 251) ได้ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าต่อการลดความ  
เจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด จำนวน 23 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศ  
หญิง ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปี โดยทั้งหมดเป็นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวัด  
ก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental, Pre/post, Crossover Design) โดยเว้นระยะ  
ระหว่างการได้รับการนวดและไม่ได้รับการนวดฝ่าเท้าเป็นเวลา 2 วัน และการนวดฝ่าเท้า ใช้เวลา  
30 นาที พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลงและหนึ่งในสามของผู้ป่วย มีระดับ  
ความเจ็บปวดลง ผู้ทำการศึกษาเห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้ง่ายเพราะกระทำที่ใดก็ได้ ไม่ต้องใช้  
อุปกรณ์ใด ๆ ไม่มีการรุกรานเนื้อเยื่อร่างกายและทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

Kitchie (2003 : 94) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชนบทที่ป่วย  
ด้วยโรคเรื้อรังเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 140 คน จาก 3 เมือง  
ในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้  
ผู้สูงอายุเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง

Morshed (2004) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ (บังกลาเทศ)  
แล้วพบว่า นโยบายทางด้านสุขภาพของบังกลาเทศ การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญ ในการสร้าง  
แรงจูงใจให้สมาชิกในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้นยังเป็นเรื่องที่ยาก โดยทั่วไป สมาชิกในชุมชนจะเห็น  
ความสำคัญของการดูแลสุขภาพก็ต่อเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นว่า ระบบ  
การดูแลสุขภาพไม่ได้เคารพความรู้ของคนในชุมชน การขาดความไม่เท่าเทียม จะทำให้การมีส่วนร่วมของ  
ชุมชนได้ผลดี ในระดับท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนในบังกลาเทศส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของการ



บริจาคที่ดิน สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น ในส่วนตัวของประชาชนเองยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ แต่กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ถ้าพวกเขาสามารถมีส่วนร่วมในการเข้าไปวางแผน ดำเนินการ การกำกับติดตามและประเมินผลการให้บริการ และในระดับหมู่บ้านยังเป็นปัญหาที่ใหญ่มาก ผู้นำและสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย โดยนำนโยบายระดับชาติลงมาปรับใช้ใน ชุมชนแต่เมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำหรือนโยบายก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระดับ นี้ได้ กิจกรรมทางเศรษฐกิจของบังกลาเทศส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมือง หนุ่มสาวในชนบทจึงนิยมเข้าไป ทำงานในเมืองใหญ่ และจะอยู่ในเมืองอย่างถาวร มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังคงรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณีของถิ่นเกิด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ขาดความต่อเนื่องของอาสาสมัครในระดับหมู่บ้านไป ประสบการณ์และแรงจูงใจก็ลดลงไปด้วย และเริ่มตั้งแต่ธนาคารโลก ธนาคารแห่งเอเชีย องค์กรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ องค์กรเอกชน (NGO) เข้ามามีบทบาทในการจัดการระบบดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งในเรื่องของงบประมาณและการดำเนินการเริ่มมีรูปแบบคล้ายกับประเทศ ตะวันตกมากขึ้น

Boyle (2004 : 245) ได้ศึกษาหมู่บ้านกรีทเทอร์เบลฟาสท์ โอไรแลนด์เหนือเกี่ยวกับ ทางเลือกที่สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชุดของการดูแลผู้สูงอายุถูกปรับปรุงให้ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่ มีอาการรุนแรงถึงขั้นไร้ความสามารถซึ่งพักอยู่ที่บ้านส่วนตัวได้ เป็นทางเลือกหนึ่งที่ได้รับการยอมรับจาก องค์กรสำคัญๆ หลักการนี้เป็นการสำรวจขอบเขตการปรับปรุงที่เป็นไปได้ตามทำงานประสานร่วมมือ กันระหว่างหน่วยงานที่ได้จัดเตรียมการบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

Victor และ Ezekiel (2005 : 199) ได้ศึกษาถึงระบบสุขภาพของคนอเมริกา และพบว่า ในความไม่พอใจต่อระบบสุขภาพของคนในสหรัฐอเมริกากำลังแพร่ขยาย และไม่มีข้อตกลงที่ ชัดเจนว่าจะร่างรูปแบบอย่างไร วิธีที่ดีที่สุดคือการทุ่มงบประมาณในกลุ่มนายจ้างที่เข้าระบบประกันตน หมายถึงร่างทดสอบระบบประกันตน การรักษาทางการแพทย์ ซึ่งยังเป็นข้อบกพร่องที่แก้ไขยังไม่ได้ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องตอบคำถามพื้นฐาน 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก จะปฏิรูปเพื่อผลกำไรหรือ ความเข้าใจปัญหาที่แท้จริง ประเด็นที่สอง จะจัดระดับความสำคัญของการเงินหรือเพื่อพัฒนา องค์กรการศึกษานี้เราได้พิจารณาข้อเสนอที่เป็นรูปแบบเพื่อผลกำไรออกเป็น 3 ประเด็น คือ บุคคลที่จะ มาสนับสนุน ผู้จ่ายเงินและรูปแบบการจ่ายเงิน อย่างไรก็ตามระบบสุขภาพแบบนี้คล้ายๆ กับว่าจะส่งผล ให้เกิดความแตกแยก ภาวะตึงเครียด หรือความไม่สงบภายใน

Kodner (2006 : 88-89) ได้ศึกษาวิธีการที่สมบูรณ์แบบเพื่อดูแลสุขภาพและ สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพื่อหาตัวแบบของอเมริกาเหนือ โดยไม่คำนึงถึง ความแตกต่างของการผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชาติ ขณะที่หลายประเทศต้องเผชิญ กับสิ่งที่ท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ คล้ายกัน ได้แก่ การดูแลที่ขาดตกบกพร่องการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง คุณภาพการดูแลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมาก ระบบการดูแลไร้ประสิทธิภาพ และยากต่อการควบคุมค่าใช้จ่าย กลยุทธ์การผสมผสานหรือระบบที่สมบูรณ์กำลังเป็นสิ่งที่เหมาะสมมากขึ้นที่จะจัดการกับปัญหา เหล่านี้ จุดอ่อนเนื่องจากไม่มีการเชื่อมต่อเงื่อนไขการดูแลสุขภาพกับการดูแลสุขภาพแวดล้อมโปรแกรม (SIPA) และโปรแกรมการวิจัยการดูแลผู้สูงอายุแบบผสมผสานเพื่อการดูแลตนเอง (PRISMA) ในประเทศ แคนาดา บทวิจารณ์ลงความเห็นไปในทางบวกของผลลัพธ์ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุ ความมีประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เงื่อนไขการดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพ สถานะสุขภาพและความพึงพอใจของคนไข้ บทสรุป ของการแสดงผลเฉพาะแบบปกติซึ่งเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับผลสะท้อน ความสำเร็จของการ

ริเริ่มความคิดที่เชื่อมโยงเหล่านี้เหมาะสมกับความต้องการงานวิจัยในอนาคตเพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ของทุกๆ คนระหว่างตัวแบบที่สมบูรณ์แบบ การดูแลผู้สูงอายุ และผลลัพธ์ในการผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุ

Tousignant และคณะ (2007 : 104-105) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถที่บ้านในประเทศแคนาดา ผลจากการศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความเป็นไปได้ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษต่อไป เป็นคำตอบหนึ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้านแทนที่จะเป็นการดูแลในหน่วยงานบริการ แต่อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเช่นเดียวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสามารถสัมผัสกับผู้ใช้ที่ต้องการ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในปัจจุบัน คือ การอธิบายโครงสร้างหน้าที่ของการดูแลตนเองของผู้ใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านในรัฐควิเบค ประเทศแคนาดา ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว สังคม และชุมชนอย่างใกล้ชิด แต่เนื่องจากสภาพ สังคมปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จากสังคมแบบดั้งเดิม เข้าสู่รูปแบบสังคมสมัยใหม่ ครอบครัวที่เคยดูแลผู้สูงอายุที่เปรียบดั่งร่มโพธิ์ร่มไทร กลับกลายมาเป็นภาระต้องถูกเลี้ยงดูตามยถากรรม ถูกทอดทิ้งให้ดำเนินชีวิตตามลำพัง ผลจากการวิจัยจำนวนมากที่มีความสอดคล้องแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันกำลังอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง การดำเนินการในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงเป็นภาระเร่งด่วนที่ครอบครัว สังคม ชุมชน ตลอดจนองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ต้องประสานความร่วมมือเพื่อที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้อยู่อย่างมีความสุข โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสังคมชนบทยังเข้าไม่ถึงระบบการดูแลที่ได้มาตรฐาน จึงทำให้ ผู้วิจัยมีความต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคมชนบทเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขอย่างต่อเนื่องต่อไป

จากผลการศึกษางานวิจัยในประเทศและต่างประเทศสรุปได้ว่า สภาพปัญหาของผู้ สูงอายุคือ ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว สังคม และชุมชนอย่างใกล้ชิด แต่เนื่องจากสภาพ สังคมปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จากสังคมแบบดั้งเดิม เข้าสู่รูปแบบสังคมสมัยใหม่ ครอบครัวที่เคยดูแลผู้สูงอายุที่เปรียบดั่งร่มโพธิ์ร่มไทร กลับกลายมาเป็นภาระต้องถูกเลี้ยงดูตามยถากรรม ถูกทอดทิ้งให้ดำเนินชีวิตตามลำพัง ผลจากการวิจัยจำนวนมากที่มีความสอดคล้องแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันกำลังอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง การดำเนินการในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงเป็นภาระเร่งด่วนที่ครอบครัว สังคม ชุมชน ตลอดจนองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ต้องประสานความร่วมมือเพื่อที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้อยู่อย่างมีความสุข โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสังคมชนบทยังเข้าไม่ถึงระบบการดูแลที่ได้มาตรฐาน จึงทำให้ ผู้วิจัยมีความต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในสังคมชนบทเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขอย่างต่อเนื่องต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

ในการการวิจัย เรื่อง นวดแผนไทย : การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้อ อักเสบของผู้สูงอายุ มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี อาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ เพื่อศึกษาดำเนินการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบและเพื่อบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สุขภาพผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยใน สถานพยาบาลภาครัฐ ดำเนินการวิจัยโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) กำหนด ขอบเขตและวิธีดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ขอบเขตของการวิจัย
  - 1.1 ขอบเขตเนื้อหา
  - 1.2 วิธีการวิจัย
  - 1.3 ระยะเวลาการวิจัย
  - 1.4 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย
  - 1.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. วิธีดำเนินการวิจัย
  - 2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.3 การจัดกระทำกับข้อมูล
  - 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

#### ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหาในการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตเนื้อหาในการวิจัยไว้ดังนี้
  - 1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรค กล้ามเนื้ออักเสบที่เข้ารับบริการจากสถานพยาบาลภาครัฐ เกี่ยวกับปัญหาการบริการทั่วไป ปัญหาและ สาเหตุการป่วยโรคไขข้ออักเสบของผู้สูงอายุ
  - 1.2 ศึกษาดำเนินการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี อาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบเกี่ยวกับวิธีการรักษา ทั้งการตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การ ตรวจจับผล และการให้คำปรึกษาหลังการรักษา
  - 1.3 ศึกษาการบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอาการ กล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีการนวดแผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันเกี่ยวกับการบูรณาการเป้าหมายการ รักษา การบูรณาการการตรวจ การบูรณาการการวินิจฉัย การบูรณาการการรักษา การบูรณาการการ ตรวจจับผลการรักษาและและการบูรณาการการให้คำปรึกษาหลังการรักษา

## 2. ขอบเขตพื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการวิจัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ด้วยเป็นศูนย์รวมของสถานพยาบาลที่เปิดบริการการนวดแผนไทย มีสถานพยาบาลหลายสังกัด มีประชาชนใช้บริการการนวดจากสถานพยาบาลจำนวนมาก มีความหลากหลายของกลุ่มผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ โดยเลือกศึกษาในสถานพยาบาลของรัฐที่เปิดบริการการนวดแผนไทยเป็นสถานพยาบาลเป้าหมายการศึกษา 4 แห่ง คือ

- 2.1 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2.2 โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์
- 2.3 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข
- 2.4 สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.)

ภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.)

## 3. ขอบเขตวิธีการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม (Cultural Qualitative Research) ในลักษณะเป็นวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยการศึกษาปัญหาและสาเหตุการป่วยของผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ศึกษาตำรับการรักษาของแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน ปฏิบัติการบูรณาการวิธีการ ปฏิบัติการรักษาคิดตามประเพณีผล และสรุปรูปแบบการบูรณาการตามลำดับ

## 4. ขอบเขตระยะเวลาการวิจัย

ใช้เวลาการวิจัย 12 เดือน มิถุนายน 2554 พฤษภาคม 2555

## 5. ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

5.1 ประชากร เป็นสถานพยาบาลของรัฐที่เปิดบริการการนวดแผนไทยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

5.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นสถานพยาบาลของรัฐเป้าหมายจำนวน 4 แห่ง คือ 1. คลินิกเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล 2. คลินิกอายุรเวช โรงพยาบาลศิริราช 3. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข และ 4. สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.) กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (Informants) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

5.2.1 กลุ่มผู้รู้ (Key Informants) จำนวน 15 คน ประกอบด้วย

- 1) ผู้อำนวยการจากสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง 4 แห่ง
- 2) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกล้ามเนื้ออักเสบโรค 4 คน (สถานพยาบาลละ 1 คน)
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลรักษาผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน และ
- 4) ผู้บริหารระดับสูงหน่วยงานต้นสังกัดของสถานพยาบาล 3 คน

5.2.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informants) จำนวน 40 คน ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่นวดในสถานพยาบาลเป้าหมาย สถานพยาบาลละ 10 คน

5.2.3 ผู้เกี่ยวข้องทั่วไป จำนวน 40 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบและเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลของรัฐเป้าหมายการศึกษาทั้ง 4 แห่ง เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เฉพาะผู้สูงอายุที่มาใช้บริการจากสถานพยาบาล เพื่อศึกษาประเด็น สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ

การนวดแผนไทยที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและเพื่อบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย

## วิธีดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือการวิจัยสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ 6 ชนิด ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์สภาพปัญหา ดำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันและวิธีการบูรณาการการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Guidelines) ใช้สัมภาษณ์ผู้รู้ (Key Informants) เกี่ยวกับสภาพการบริการ ปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ และรูปแบบการบูรณาการการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุผู้ปฏิบัติและแนวการสัมภาษณ์ คือ ประวัติการนวด อาการของผู้ป่วยสูงอายุ

1.2 แบบสัมภาษณ์ดำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันและแนวทางการบูรณาการในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Guidelines) ใช้สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ (Key Informants) ที่ประกอบด้วยแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบัน พยาบาลและเจ้าหน้าที่นวด เกี่ยวกับดำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันและแนวทางการบูรณาการในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

1.3 แบบสัมภาษณ์สภาพปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุและความต้องการในการบูรณาการการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview Guidelines) ใช้สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (ผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการ) เกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุและความต้องการในการบูรณาการการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

1.4 แบบสังเกตอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ วิธีการรักษา ผลการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ เป็นแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation Guidelines) ใช้สังเกตสภาพปัญหา สาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ วิธีการรักษา ผลการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุหลังการรักษา

1.5 แบบสังเกตวิธีการบูรณาการการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ เป็นแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Guidelines) ใช้สังเกตวิธีการบูรณาการการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

1.6 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Guidelines) ใช้บันทึกการสนทนากลุ่มกำหนดแนวทางการบูรณาการการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

1.5 แบบปฏิบัติการ (Worksheet) เป็นแบบปฏิบัติการกำหนดแบบวิธีการบูรณาการภูมิปัญญาวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานคร

## 2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 รวบรวมข้อมูลเอกสาร ดำเนินการรวบรวมและศึกษาเอกสารเกี่ยวกับการนวดแผนไทย โรคกล้ามเนื้ออักเสบในผู้สูงอายุ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ใช้ข้อมูลจากการศึกษากำหนดนิยามศัพท์ กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย และจัดทำเครื่องมือการวิจัย

2.2 การสัมภาษณ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยการสัมภาษณ์ ผู้รู้ ผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องทั่วไปตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามข้อ 1.1-1.3 บันทึกการสัมภาษณ์

2.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยการสัมภาษณ์ ผู้รู้เชิงลึกเกี่ยวกับสภาพทั่วไปในการให้บริการและรูปแบบการบูรณาการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

2.4 การสังเกต ดำเนินการสังเกตอาการกล้ามเนื้ออักเสบผู้สูงอายุ วิธีการรักษาผลการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ แบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) และสังเกตวิธีการบูรณาการการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ในระหว่างการปฏิบัติการบูรณาการวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

2.5 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดำเนินการจัดสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้รู้ กลุ่มผู้ปฏิบัติและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไปในประเด็นที่ต้องการคำตอบที่เป็นฉันทามติของแต่ละกลุ่มประเด็นสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้รู้ เน้นแบบการบูรณาการ กลุ่มผู้ปฏิบัติในประเด็นเกี่ยวกับภูมิปัญญาและการบูรณาการการนวด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเน้นประเด็นเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุและความต้องการในการบูรณาการการนวดเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

2.6 การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นการประชุมทั้งกลุ่มผู้รู้ กลุ่มผู้ปฏิบัติและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไปเพื่อกำหนดแบบวิธีการบูรณาการวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ พร้อมกับตรวจสอบความตรงและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

## 3 การจัดกระทำข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกระทำข้อมูลตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นจะกระทำไปพร้อม ๆ กันไปตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย และหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลภาคสนามแล้ว โดยผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งที่ได้จากการบันทึกข้อมูล การถอดเทปจากการสัมภาษณ์ จากการสังเกตและภาพถ่ายในแต่ละครั้ง มาทำการจำแนกข้อมูล (Typological Analysis) จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามแต่ละประเภทที่ตั้งไว้ และตรวจสอบดูอีกครั้งหนึ่งว่าข้อมูลที่ได้มามีความครบถ้วนสมบูรณ์เพียงพอหรือไม่

## 4. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ตรวจสอบเบื้องต้นมาวิเคราะห์ด้วยวิธีเชิงคุณภาพ ด้วยเทคนิคการสรุปอ้าง (Inductive Analysis) ตามประเด็นการศึกษาที่กำหนดไว้ ควบคู่กับการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการรวบรวมจากเอกสารและการศึกษาในภาคสนาม ตรวจสอบความตรงและความเป็นไปได้ของแบบวิธีการบูรณาการโดยการประชุมปฏิบัติการ ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้งด้วยเทคนิคแบบสามเส้า (Triangulation) และรายงานผลการประเมินแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องนวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยวิธีการเชิงคุณภาพโดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการสรุปอ้างอิง (Inductive Analysis) ตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคแบบสามเส้า (Triangulation) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ตามความมุ่งหมายของการวิจัย จำแนกเป็น 3 ตอนตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ

ตอนที่ 2 ดำรับกรนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบ

ตอนที่ 3 การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ

#### ตอนที่ 1 สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ

##### 1. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งอยู่เลขที่ 420/6 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร มีแผนที่ที่ตั้ง ความเป็นมา ปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเป็นโรคไขข้ออักเสบ ดังนี้

##### 1.1 แผนที่ที่ตั้ง



ภาพประกอบ 2 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาพประกอบ 3 โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

1.2 ความเป็นมา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ก่อตั้งโดยศาสตราจารย์นายแพทย์จำลอง หาริณสุต และศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิงตระหนักจิต หาริณสุต เริ่มเปิดให้บริการวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2504 ที่ตึกเวชกรรมเมืองร้อน เลขที่ 420/6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 เป็นอาคาร 3 ชั้น ชั้น 3 เป็นสำนักงานคณบดี และห้อง ปฏิบัติการ ชั้น 2 เป็นห้องบรรยาย และห้องประชุม ชั้นล่างเป็นโรงพยาบาล เปิดรับเฉพาะผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ส่งมาจากโรงพยาบาลศิริราช หรือสถานพยาบาลอื่นๆ มีหอผู้ป่วยรวมเพียงหอเดียว ใช้ฉากกั้นระหว่างผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง มีจำนวน 20 เตียง แพทย์ประจำบ้านรุ่นแรกคือ แพทย์หญิงสุวัชร วัชรเสถียร แพทย์หญิง ม.ร.ว. กันยิกา เทวกุล นายแพทย์เชิดลาภ วสุวัต เดือนกันยายน พ.ศ. 2505 เริ่มมีผู้ป่วยมาขอรับบริการมากขึ้น โรงพยาบาลได้จัดส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยเป็นที่ตรวจผู้ป่วยนอก นับเป็นจุดเริ่มแรกของแผนกผู้ป่วยนอก ต่อมาได้ก่อสร้างอาคารใหม่ 5 ชั้น เดือนพฤศจิกายน 2507 และย้ายผู้ป่วยไปยังอาคารใหม่ และตัดแปลงห้องผู้ป่วยเดิมเป็นแผนกผู้ป่วยนอก การบริการได้ขยายออกไปเรื่อยๆ จนครบ 5 ชั้น จึงมีหอผู้ป่วยรวมทั้งหมด 5 หอ ในปี 2517 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์เขตร้อนได้ถูกก่อตั้งขึ้นพร้อมกับหอผู้ป่วยเด็กที่ชั้น 6 ขณะนั้นโรงพยาบาลมีเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 170 เตียง มีศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิงตระหนักจิต หาริณสุต เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนแรก

ในปี พ.ศ. 2513 ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งเป็นประเทศสมาชิกของซีมีโอ ได้ขอความร่วมมือในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ระดับต่ำกว่าพยาบาลคือผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนจึงได้เปิดหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลตั้งแต่นั้นจนกระทั่งปัจจุบัน ตั้งแต่ 23 กุมภาพันธ์ 2539 เป็นต้นมา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนได้ขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 250 เตียง และได้เปลี่ยนสถานภาพจากหน่วยงานในสังกัดภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อนคลินิกฯ เป็นโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนในสังกัดคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มีฐานะเทียบเท่าภาควิชา และเป็นโรงพยาบาลเฉพาะโรคที่ให้บริการรักษาโรคเขตร้อน ได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคพยาธิต่างๆ โรคตับ



โรคติดเชื้อจากแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา นอกจากนี้ยังสามารถให้บริการรักษาโรคทางอายุรกรรมทั่วไปด้วย และเปิดให้บริการการรักษาพยาบาลคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกพยาธิตัวจิ๋ว คลินิกโรคทางเดินอาหาร โรคตับ คลินิกโรคหู คอ จมูก คลินิกโรคผู้สูงอายุ คลินิกโรคไตและทางเดินปัสสาวะ คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกวัยทอง คลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกเวชศาสตร์แผนจีน (ฝังเข็ม) หน่วยเวชศาสตร์แผนไทย คลินิกเวชศาสตร์การท่องเที่ยวและการเดินทาง (Travel Clinic) ที่แผนกผู้ป่วยนอก ทุกวันราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุดมศักดิ์ ศิลาจรรย์ เป็นผู้อำนวยการ

งานบริการหลักของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

1. การรักษาโรคเขตร้อน เช่น มาลาเรีย โรคไข้รากสาดใหญ่ โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อโรคฉี่หนู โรคเท้าช้าง โรคพยาธิ ฯลฯ

2. การรักษาโรคทั่วไป และโรคทางอายุรกรรม เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด สูงโรคไต ฯลฯ

3. การบริการตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ตลอด 24 ชั่วโมง

4. คลินิกโรคพยาธิตัวจิ๋ว เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ และวันพุธ

5. คลินิกเวชศาสตร์ท่องเที่ยว (Travel Clinic)

6. คลินิกโรคเด็ก

7. คลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกโรคตับและทางเดินอาหาร คลินิกโรคปอด คลินิกโรคไต และทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ

8. เวชศาสตร์ทางเลือก เช่น เวชศาสตร์แผนไทย และเวชศาสตร์แผนจีน (ฝังเข็ม)

9. คลินิกกายภาพบำบัด

โครงการบำบัดรักษาโรคแบบนวดแผนไทย คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 8.00-20.00 น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยมีแพทย์ออกตรวจทุกวันจันทร์- ศุกร์ เวลา 9.00-11.30 น. โดยเปิดให้บริการดังนี้

ขนาดตัว 1 ชั่วโมง 20 นาที อัตราค่าบริการ 250 บาท

ขนาดตัว 2 ชั่วโมง อัตราค่าบริการ 350 บาท

ขนาดประคบ 2 ชั่วโมง อัตราค่าบริการ 500 บาท (รวมลูกประคบ)

ขนาดเท้า 1 ชั่วโมง อัตราค่าบริการ 250 บาท (รวมครีมนวด)

เท้า)

ขนาดน้ำมัน 2 ชั่วโมง อัตราค่าบริการ 450 บาท (รวมอุปกรณ์)

(ข้าราชการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ 200 บาท/วัน ตามระเบียบของกรมบัญชีกลาง)



ภาพประกอบ 4 นวดแผนไทย โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

### 1.3 ปัญหาและสาเหตุผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ

#### 1.3.1 ปัญหาการบริการทั่วไป ระบบการบริการห้องยาและการเงินล่าช้า

ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการนวดออกซ่า พฤติกรรมการบริการ สถานที่จอดรถ มีไม่เพียงพอ ระบบการบริการห้องยาช้า ห้องน้ำ ห้องสุขา ไม่เพียงพอ เนื่องจากมีการปรับปรุงระบบห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลให้มีการเชื่อมต่อกับระบบผู้ป่วยนอกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งต่อไป แพทย์จะสามารถดูผล lab ของคนไข้ในห้องตรวจได้เลย ซึ่งในระยะแรกนี้การเชื่อมต่ออาจไม่สมบูรณ์และมีความคลุกคลีอยู่บ้าง

1.3.2 ปัญหาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ปัญหาส่วนใหญ่เป็นการหกล้ม พบบ่อยโดยเฉพาะเพศหญิง อัตราการหกล้มสูงถึง 30% ในแต่ละปี และสัดส่วนจะสูงขึ้นตามอายุ การทรงตัวและการลุกเดินต้องอาศัยการประสานงานกันของความรู้สึกตัว ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การไหลเวียนของโลหิตและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การทรงตัวจะเสียไปและทำให้เซได้ง่ายในผู้สูงอายุ ทำให้หกล้มได้ง่าย ภาวะใดก็ตามที่มีผลกระทบของระบบทำงานดังกล่าว ก็อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มได้ เช่น ปวดบวม หัวใจขาดเลือด การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น เป็นต้น ยาและแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุเสริมที่พบได้บ่อย ยังพบว่าอาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตต่ำหลังการรับประทานอาหาร 30-60 นาที (ซึ่งไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน) นอนไม่หลับ ปัสสาวะไม่ทัน ปัญหาของเท้า และอาการบวมก็เป็นปัญหาได้ สาเหตุสำคัญที่สุด คือ การเสียการทรงตัวและกลัวจะหกล้ม การทรงตัวที่ผิดปกติ อาจมีสาเหตุจากความเสื่อมตามอายุ โรคของระบบประสาท เช่น อัมพาต ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม เบาหวาน แอลกอฮอล์ ภาวะทุโภชนาการ และโรคของสมองส่วนที่ควบคุมการทรงตัว ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า จากการใช้ยาบางชนิด หรือเกิดภายหลังการนอนที่นานเกินไป ภาวะทางจิต เช่น ความเครียดหรือซึมเศร้าก็อาจมีส่วนเช่นกัน การที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวน้อยลงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดดำ และกระจายไปที่ปอดได้ และทำให้เกิดความถดถอยของระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย การฟื้นตัวจะใช้เวลานานกว่าปกติ ดังนั้นการป้องกันการนอนบนเตียงที่นานเกินจำเป็นจึงมีความสำคัญมาก และเน้นการเคลื่อนไหวให้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด

“... คนไข้เป็นโรคแล้วไม่สามารถช่วยตนเองได้ เมื่อมาโรงพยาบาลแล้วคุณหมोजัดยาให้รับประทาน คนไข้หลังจากกลับไปบ้านแล้ว ไม่มีญาติผู้ดูแลใกล้ชิด การรักษาโรคก็ไม่ได้ผล และต้องอาศัยร่างกายจิตใจของผู้ป่วยช่วยจึงจะทำให้โรคหายได้ ...”

(นิคม ประสิทธิกุล. 2555 : สัมภาษณ์)

### 1.3.3 สาเหตุ

1) การไม่ได้รับแคลเซียมที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยเด็กและวัยหนุ่มสาว ซึ่งเป็นช่วงที่ควรสร้างความหนาแน่นของกระดูกมากที่สุดและกล้ามเนื้อ

2) สาเหตุจากรวมพันธุ ซึ่งควรพิจารณาถึงบุคคลในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ถ้าท่านเหล่านั้นมีอาการของโรคกล้ามเนื้ออย่างชัดเจน โอกาสที่บุตรหลานจะมีอาการ เช่นกันนั้นสูงถึง 80% ส่วน 20% ที่เหลือนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

3) ยาอาจเกิดจากการใช้ยาสำหรับโรคบางอย่างที่นำไปสู่การลดความหนาแน่นของ กระดูก เช่น ออร์ติซอน สำหรับโรคไขข้ออักเสบ, โรคหืด, ยาเฮปาริน สำหรับโรคหัวใจ และความดันโลหิต การรักษาโดยการฉายรังสี หรือการให้สารเคมีก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ที่มีการทำลายเซลล์กระดูก ซึ่งนำไปสู่โรคกระดูกพรุน

4) ภาวะสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราเป็นประจำ จะลดประสิทธิภาพการดูดซึมธาตุแคลเซียม ใน ร่างกาย ทำให้กระดูกเสื่อมและหดลงเร็ว

5) คาเฟอีน การดื่มกาแฟมาก ๆ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเช่น โคล่า, ชา เป็นต้น ก็ทำให้กระดูกเสื่อมกล้ามเนื้อเสื่อมง่ายขึ้น

6) ฮอร์โมน การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนของหญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้ ประสิทธิภาพในการดูดซึมแคลเซียมในร่างกายลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดโรคกระดูก พรุนเพิ่มขึ้น

7) อาหารที่มีแคลเซียมต่ำ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำในวัยชรา และใน คู่สามีภรรยา จะทำให้การดูดซึมแคลเซียมในร่างกายลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดโรค เพิ่มขึ้น

8) การสูญเสียแคลเซียม ผ่านทางผิวหนัง ปัสสาวะและอุจจาระ ควรจะทดแทน การ สูญเสียเหล่านั้น เพื่อรักษาระดับแคลเซียมในกระดูก

9) การไม่เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย เมื่อวัยชราโรคกระดูกพรุนเกิดขึ้นรุนแรง ถ้าขาดการออกกำลังกาย และการสูญเสียความแข็งแรงของกระดูก มักเกิดขึ้นในช่วง ที่ไม่ได้เคลื่อนไหว เช่น ในขณะที่นั่งรถเข็น หรือนอนพักฟื้น

10) ขาดวิตามินดี เพราะในวิตามินดีมีความจำเป็นในการดูดซึมแคลเซียมไปใช้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอ ในบ้านเรามักจะไม่มี ปัญหาการขาดวิตามินดี เนื่องจากมีแสงแดดตลอดปี

“... เกือบทุกคนคงต้องเคยเผชิญกับการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เช่นปวดคอ บ่า ไหล่ สะบัก หรือหลัง ถ้าอาการดังกล่าวสามารถหายได้ภายใน 2-3 วัน เมื่อพักผ่อน ทายา หรือทานยา อาการปวดดังกล่าว ก็ไม่เป็นปัญหา แต่ถ้าอาการปวดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มความรุนแรงและความถี่ขึ้น

เรื่อยๆ คุณได้มีอาการ ของโรคปวดกล้ามเนื้อ โดยผลของการอักเสบจะส่งอาการปวดไปที่กล้ามเนื้อและบริเวณ ไกลเคียง...”

(อุคตมพร ธรรมพิทักษ์. 2555 : สัมภาษณ์)

## 2. คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช



ภาพประกอบ 5 โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์

2.1 ที่ตั้ง คลินิกอายุรเวทแพทย์แผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช

2.2 ความเป็นมา เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2429 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสร้างโรงพยาบาลขึ้น เพื่อดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลถาวรแห่งแรก ณ บริเวณวังของกรมพระราชวังบวรสถานพิมุข (วังหลัง) ทางฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยา โดยพระราชทานพระราชทรัพย์เป็นทุนแรกเริ่มในการดำเนินการ ในระหว่างที่เตรียมการก่อสร้างโรงพยาบาลนั้น สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พระราชโอรสอันประสูติจากสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ได้ประชวรโรคบิดสิ้นพระชนม์ลง เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2430 ยังความอาลัยเศร้าโศกแห่งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ยิ่งนัก ถึงกับทรงมีพระราชปณิธานอย่างแรงกล้าที่จะให้มีโรงพยาบาลขึ้น ครั้นเสร็จงานพระเมรุแล้ว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รื้อโรงเรียนและเครื่องใช้ต่าง ๆ ในงานพระเมรุนำไปสร้างโรงพยาบาล ณ บริเวณ

วังหลังดังกล่าว นอกจากนี้ยังพระราชทานทรัพย์สินส่วนของสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราช กกุณภักดิ์ฯ แก่โรงพยาบาลอีกด้วย

รองศาสตราจารย์ นพ.ทวี เลหาพันธ์ หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คลินิกอายุรเวท โรงพยาบาลศิริราช กล่าวถึง อายุรเวทวิทยาลัย (ชื่อโกมารภักดิ์) ในพระบรม ราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ว่าได้รับการก่อตั้งโดยศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราช ในปี 2525 ทำการเปิดสอนหลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์ใน ระดับวิชาซีพีชั้นสูง (ปวส.) 3 ปี รับนักเรียนทั้งที่จบม.6 อายุรเวทวิทยาลัยเป็นสถานการศึกษาชั้นสูง ทางด้านแพทย์แผนไทยประยุกต์แห่งแรกและแห่งเดียว จึงมีมติให้โอนโรงเรียนอายุเวทฯ ไปเป็น สาขาวิชาแพทย์แผนไทยประยุกต์ในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คลินิกอายุรเวท โรงพยาบาลศิริราช สภาพการดำเนินงานโรงเรียนอายุรเวท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นสถานพยาบาลแผนไทย มีการสอนวิชาการนวดแผนไทย เพื่อบำบัดโรค เรื่องของสมุนไพรที่ใช้รักษาโรค และสมุนไพรที่ใช้ประกอบการนวด รวมทั้งรักษา โรคต่าง ๆ ที่ต้องการบำบัด โดยวิธีการนวดตามแบบฉบับแผนไทย ซึ่งนับว่าเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญา ชาวบ้านอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตามสถานพยาบาลนี้ จะไม่รับการนวดเพื่อบำบัดอาการปวดเมื่อยอย่าง สถานนวดแผนโบราณทั่ว ๆ ไปคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับโอนย้าย "โรงเรียนอายุรเวท" เข้ามาเป็นหน่วยงานในสังกัดของคณะฯ มีฐานะเทียบเท่าภาควิชา เรียกชื่อว่า "สถานการแพทย์แผน ไทยประยุกต์" มีภารกิจหลักในการจัดการเรียนการสอน การบริการ การวิจัยสถานการแพทย์แผนไทย ได้จัดตั้งคลินิกอายุรเวท การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ชั้นที่ชั้น 5 ตึกออดุลยเดชวิกรม เพื่อให้บริการ ด้านการแพทย์แผนไทย งานบริการของคลินิกอายุรเวท การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ครอบคลุมการ ตรวจรักษาทางด้านเวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย และหัตถเวชกรรมแผนไทย โดยผู้ ให้บริการ จะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ รวมทั้ง คณะฯ ได้จัดให้มีแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นปฏิบัติงานประสาน งานด้านการตรวจรักษา เพื่อให้ผู้เข้ารับ บริการได้รับการบริการที่ถูกต้องและเหมาะสม



ภาพประกอบ 6 ตึกอดุลยเดชวิกรม โรงพยาบาลศิริราช

คลินิกอายุรเวชแพทยแผนไทยประยุกต์ ศิริราช ให้บริการครอบคลุมงานการตรวจรักษาทางเวชกรรมแผนไทย ยาสมุนไพร การนวดไทยแบบราชสำนัก การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร และการดูแลหญิงหลังคลอด ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษามีสิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลตามที่กระทรวงการคลังกำหนด เช่น การนวดที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพการใช้ยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นต้น สอบถามรายละเอียดได้ที่คลินิก การนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือป้องกันโรคไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ คลินิกอายุรเวช แพทย์แผนไทยประยุกต์เปิดให้บริการตั้งแต่วันจันทร์ที่ 19 เมษายน พ.ศ.2547 ปัจจุบันเปิดบริการวันจันทร์ถึงวันเสาร์ วันละ 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงเช้า 08.30-12.00 น. ช่วงบ่าย 12.30-16.00 น. ช่วงเย็น 16.30-20.00 น. หยุดวันอาทิตย์และวันนักขัตฤกษ์

ค่าบริการทางด้านการแพทย์แผนไทย ทำแฟ้มประวัติการรับบริการ 20 บาท การตรวจวินิจฉัย และสั่งการรักษาด้านการแพทย์แผนไทยครั้งละ 50 บาท การนวดไทยแบบราชสำนัก เวลาให้บริการประมาณ 45-50 นาที ครั้งละ 300 บาท การนวดไทยแบบราชสำนัก และการประคบสมุนไพรเฉพาะที่ เวลาให้บริการประมาณ 45-50 นาที ครั้งละ 300 บาท ไม่รวมลูกประคบ 1 ลูก การนวดไทยแบบราชสำนัก และการประคบสมุนไพรทั้งตัว เวลาให้บริการประมาณ 100-110 นาที ครั้งละ 600 บาท ไม่รวมลูกประคบ 1 ลูก การประคบสมุนไพรเฉพาะที่ เวลาให้บริการประมาณ 25-35 นาที ครั้งละ 175 บาท การติดต่อขอรับบริการ เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการและไม่ต้องเสียเวลารอคอย คลินิกอายุรเวช การแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้จัดให้มีระบบนัดหมายล่วงหน้า

### 2.3 ปัญหาและสาเหตุผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ

2.3.1 ปัญหาการบริการทั่วไป พบปัญหา (1) การจัดการงบประมาณ มีน้อยต้องอาศัยเงินบริจาค ของภาคเอกชนและผู้ที่มีจิตศรัทธามอบให้ (2) ปัญหาด้านกระบวนการจัดบริการด้านการบริหารจัดการ วัสดุครุภัณฑ์ และสภาพแวดล้อม มีการบริหารจัดการที่ดี ทั้งในเรื่องบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากรและการปฏิบัติงานทุกประเภท มีระบบบริหารที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานมีระบบบริหารที่เอื้อประโยชน์ต่อสังคม มีระบบบริหารที่เป็นเอกภาพ มีวัสดุครุภัณฑ์ในปริมาณที่เพียงพอ

ทันสมัย และมีประสิทธิภาพ มีอาคารสถานที่ ที่สะอาด สบาย เรียบร้อย และปลอดภัยมีสภาพแวดล้อมที่สะอาด สวยงาม มีส่วนหย่อมให้ผู้มาใช้บริการฯได้นั่งพักผ่อน ในเวลานวดเสร็จแล้ว (3) ปัญหาคุณภาพด้านการบริการสามารถรักษาอาการที่ต้องการได้ มีการนัดหมายเป็นระยะ หมอนวดได้มีการพัฒนาทักษะและให้คำแนะนำที่ดีแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีการตอบปัญหาสุขภาพที่สงสัยได้ถูกต้อง ด้านบริการ บริการมีคุณภาพดีเป็นเลิศ ตามมาตรฐานของบริการ มีประสิทธิภาพสูงและผู้รับบริการพึงพอใจ สัดส่วนของบริการด้านรักษาระดับปฐมภูมิลดลง มีผู้ป่วยส่งต่อมารักษาเพิ่มขึ้น บริการด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อลดปัญหาสาธารณสุข และ(4) ปัญหาคนไข้ที่มารักษาที่โรงพยาบาลมากต้องเสียเวลารอนาน

2.3.2 ปัญหาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ พบปัญหาเกี่ยวกับ (1) การเคลื่อนไหวลำบาก อันเนื่องจากอาการปวด อ่อนแอ การเสียการทรงตัว และปัญหาทางจิตทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องนอนอยู่เฉย ๆ อาการอ่อนแรงอาจมีสาเหตุจากโรคของกล้ามเนื้อ ภาวะทุโภชนาการ ความผิดปกติของเกลือแร่ โลหิตจาง ความผิดปกติของระบบประสาทหรือกล้ามเนื้อ นอกจากนี้อาจมีสาเหตุร่วมจากโรคทางข้อ เช่น รูมาตอยด์ เก๊าท์ โรคพาร์กินสัน และยารักษาโรคจิต อาการเจ็บปวดจากสาเหตุหลายประการ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่อยากเคลื่อนไหวได้ (2) ผลกระทบจากการใช้ยาด้วยเหตุผลหลายประการทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสจะมีผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า การกำจัดของในร่างกายน้อยลง เนื่องจากการทำงานของไตและตับเสื่อมลง การตอบสนองต่อยาก็ต่างจากคนทั่วไป เช่น จะไวต่อยาตระกูลฝิ่น และยาต้านการแข็งตัวของเลือด แต่จะตอบสนองต่อยาต้านบีต้าาลดลงกว่าปกติ ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีภาวะผิดปกติหลายอย่าง จึงมีโอกาสได้รับยาหลายขนานทั้งที่แพทย์สั่งและซื้อกินเอง โอกาสเกิดผลข้างเคียงจึงมากขึ้น ดังนั้นการเลือกใช้ยาเท่าที่จำเป็นและอย่างเหมาะสมจึงจำเป็นมาก เพื่อหลีกเลี่ยงผลเสีย

2.3.3 สาเหตุ โรคกล้ามเนื้ออักเสบส่วนมากเป็นกับผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจาก (1) ความเสื่อมของร่างกายตามวัย การทำงานอยู่ในอริยบทเดิมเป็นเวลานานๆ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกาย และปัจจัยทางพันธุกรรมความเสื่อมของอวัยวะของผู้สูงอายุ เช่น ผิวหนังบางลง ความยืดหยุ่นลดลง เกิดเป็นจำได้ง่าย กระดูกพรุน เสี่ยงต่อกระดูกหักเมื่อได้รับบาดเจ็บ สายตายาว ต้อกระจก เซลล์ประสาทการได้ยินเสีย หูตึง น้ำตาลในเลือดเริ่มผิดปกติ เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน หลอดเลือดแข็งตัว เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดส่วนปลาย หัวใจ และสมองตับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ไต การกำจัดของเสียออกจากร่างกายมีปัญหาเพิ่มขึ้น เซลล์สมองและเนื้อสมองลดลง ความจำลดลง (2) อายุมากขึ้น พบมากในคนสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (3) โรคอ้วน โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุนั้นมักมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ (4) ผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้มหรือจากอุบัติเหตุต่างๆากรถยนต์

“... ผู้สูงอายุไม่ว่าเพศชาย เพศหญิงต้องเกิดโรคโรคกล้ามเนื้ออักเสบส่วนมาก ประกอบกับความเสื่อมของร่างกายตามวัย การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกายหยุดการเจริญเติบโต และปัจจัยทางพันธุกรรมความเสื่อมของอวัยวะของผู้สูงอายุ ...”

(จรัสรินทร์ จรุงกุลกาญจน์. 2555 : สัมภาษณ์)

3. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข



ภาพประกอบ 7 กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี



ภาพประกอบ 8 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวง สาธารณสุข



3.1 ที่ตั้ง สถาบันการแพทย์แผนไทย ตั้งอยู่ที่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

3.2 ความเป็นมา ศูนย์ฝึกอบรมการแพทย์แผนไทย สังกัดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พิพิธภัณฑ์ ตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตัวอาคารพิพิธภัณฑ์เป็นอาคารทรงไทยแบบเครื่องก่อ 9 หลัง ออกแบบโดยศาสตราจารย์ ดร. ภิญโญ สุวรรณคีรี ศิลปินแห่งชาติ สาขาทัศนศิลป์ ภายในตัวอาคารทรงไทยจัดแบ่งเป็น 3 ชั้นคือชั้นใต้ดิน ชั้นที่หนึ่งและชั้นที่สอง ชั้นที่สองเป็นส่วนพิพิธภัณฑ์จัดแสดงนิทรรศการเกี่ยวกับความเป็นมาและวิวัฒนาการการแพทย์แผนไทย ปรัชญาการแพทย์พื้นบ้าน จัดแสดงเครื่องยาไทยประเภทต่าง ๆ และยังแสดงให้เห็นการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยห้องต่าง ๆ 7 ห้อง ห้องที่ 1 หอพระไภษัชยคุรุไวฑูรยประภา แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อทางพุทธศาสนากับการแพทย์แผนไทยหรือที่เรียกว่า พุทธศาสนการแพทย์ ห้องที่ 2 หอบรมครูการแพทย์แผนไทย เพื่อแสดงให้เห็นถึงพิธีไหว้ครู ตามหลักความเชื่อของไทย ห้องที่ 3 ห้องวิวัฒนาการการแพทย์แผนไทยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน แสดงวิวัฒนาการทางการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ยุคก่อนสุโขทัย อยุธยา ธนบุรี จนถึงสมัยรัตนโกสินทร์ ตั้งแต่รัชกาลที่ 1 ถึงรัชกาลปัจจุบัน ห้องที่ 4 ห้องภูมิปัญญาไทย ด้านแพทย์พื้นบ้านทั้ง 4 ภาคของไทย ห้องที่ 5 ห้องการนวดไทย แสดงประวัติความเป็นมาของการนวด อุปกรณ์เครื่องมือการนวดต่าง ๆ ห้องที่ 6 ห้องอาหารไทย แสดงวัฒนธรรมการกินอยู่ตามฤดูกาลและตามธาตุของคนไทยทั้ง 4 ภาค ซึ่งเหมาะสมต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ประจำภาค และเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ห้องที่ 7 ห้องยา แสดงถึงหลัก 4 ประการ ในการปรุงยา เครื่องยา และยาไทยสมุนไพรประเภทต่าง ๆ

จากตัวพิพิธภัณฑ์ ลงไปชั้นที่หนึ่งของอาคารพิพิธภัณฑ์ประกอบด้วย ห้องอาหารเพื่อสุขภาพ ขายอาหารเพื่อสุขภาพ และมีห้องจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ ยาต้ม ยาพลา ลูกอม สบู่ ยา สระผม ในบริเวณเดียวกันจะเห็น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย ห้องตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย ห้องอบสมุนไพร ห้องนวด มีบริการนวดรักษาโดยสมัครเป็นสมาชิกก่อนและเปิดบริการ 08.30-17.00 น.ทุกวัน นวดรักษา นวดสุขภาพ 200 บาท นวดฝ่าเท้า 150 บาท ประคบสมุนไพร 150 บาท อบสมุนไพร 100 บาท ชั้นใต้ดิน ประกอบด้วย ห้องประชุม ห้องสมุด ศูนย์จำหน่ายหนังสือของโครงการพัฒนาต่าง ๆ



ภาพประกอบ 9 อาคารมีเขามอซึ่งจำลองมาจากวัดโพธิ์

ด้านนอกอาคารมีเขามอซึ่งจำลองมาจากวัดโพธิ์ บนเขามอคัดเลือกท่าฤๅษีดัดตนขนาดเท่าคนจริงจัดแสดง 25 ท่าและปลูกสมุนไพรที่เป็นยาต่าง ๆ ไว้บนเขาด้วย ภายในเขามอมี “ถ้ำฤๅษีเขามอหรือถ้ำครูแผนไทย” ภายในถ้ำติดแอร์และเป็นທີ່ประดิษฐานพระพุทธรูปและรูปฤๅษีดัดตนในท่าต่าง ๆ รอบ ๆ เขามอแวดล้อมด้วยต้นไม้สมุนไพร บางต้นติดระบบสัญญาณเมื่อกดปุ่ม ต้นไม้สามารถพูดบอกข้อมูลรายละเอียดของต้นไม้ บริเวณรอบ ๆ อาคาร ยังแวดล้อมด้วยสวนสมุนไพรที่ปลูกไว้บนพื้นที่ลาดชัน และยังมีซุ้มขายอาหารที่ทำจากพืชผักสมุนไพร ร้านขายพืชผักปลอดสารพิษ ร้านขายยาสมุนไพร ถ้าใครสนใจเรียนการแพทย์แผนโบราณ หรือ การนวดตัว นวดเท้า ก็สามารถสมัครเรียนได้ที่สถาบันส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย มีหลายหลักสูตรทั้งนวดตัว นวดเท้า ผู้เรียนสามารถนำไปประกอบอาชีพต่อไปได้ โดยมีใบประกาศนียบัตรรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข

### 3.3 ปัญหาการบริการ ปัญญาและสาเหตุของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ำเนื้ออวัยวะ

#### 3.3.1 ปัญหาการบริการทั่วไป กระบวนการจัดบริการขั้นตอนการบริการยังมีข้อจำกัด

(1) ด้านความสะดวกรวดเร็วของการให้บริการ ความสะอาดด้านสุขอนามัยของสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์สถานที่ หมอนวดแผนไทย ทักษะของหมอนวด จิตบริการของเจ้าหน้าที่บริการ ความเหมาะสมในการจัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม (2) ด้านคุณภาพด้านการบริการ สามารถรักษาอาการที่ต้องการได้ มีการนัดหมายเป็นระยะ หมอนวดได้มีการพัฒนาทักษะและให้คำแนะนำที่ดีแก่ผู้ป่วย และผู้ให้บริการ มีการตอบปัญหาสุขภาพที่สงสัยได้ถูกต้อง

3.3.2 ปัญหาผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ำเนื้ออวัยวะ (1) ปัญหาความต้องการได้รับการสนองตอบด้านจิตใจ ปัญหานี้เป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจระดับใด และไม่ว่าจะอยู่ในเขตพื้นที่ชนบทหรือในเมือง ผลจากการศึกษาในหลายพื้นที่พบว่า ปัญหานี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย และความสามารถในการทำงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุด้วยซึ่งการแก้ไขจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ และสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยซึ่งสถาบันที่จะทำหน้าที่ในด้านนี้ได้ดีที่สุดในขณะนี้ คือ สถาบัน

ครอบครัว (2) ความเสื่อมของสติปัญญา สาเหตุสำคัญได้แก่ ภาวะสับสน สมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า การแยกหาสาเหตุจำเพาะเป็นสิ่งสำคัญ แต่บางครั้งทำได้ยากเนื่องจากมักจะพบสาเหตุร่วมกันได้บ่อย ดังนั้นจึงต้องคอยสอดส่อง และแก้ไขปัญหาทุกประการที่อาจเป็นสาเหตุพฤติกรรมที่อันตราย เช่น การเปิดเตาแก๊สทิ้งไว้ การออกไปโดยไร้จุดหมาย และหลงทาง ต้องได้รับการแก้ไขโดยการวางแผนการดูแลที่ดี แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาอาการเสื่อมของสมองอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การแก้ไขจุดบกพร่องและการลดยาที่ไม่จำเป็นทุกชนิด และการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ ยังเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งแพทย์สามารถช่วยเหลือได้ การเสื่อมลงของสติปัญญาอย่างเฉียบพลัน จำเป็นต้องตรวจหาสาเหตุเสมอโดยเฉพาะการใช้ยา หรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นใหม่ อาการเจ็บปวดที่ดูจะไม่รุนแรงในคนทั่วไป มีผลกระทบต่อสมองของผู้ป่วยสูงอายุได้มาก เช่น ไข้ได้เล็บนิวไททา ซ่องคลอดออักเสบ หรือแผลกดทับ หรือแม้แต่การใช้ยาขนาดผิดปกติ และยาอื่น ๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ความผิดปกติของเกลือแร่ในเลือด ระดับน้ำตาล ฮอรโมนไทรอยด์ และการขาดออกซิเจน การขาดอาหาร ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความเจ็บปวดโรคต่างๆ เช่น โรคกล้ามเนื้ออักเสบ

“...คนเราเมื่อมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมของสติปัญญา ความเสื่อมทางร่างกายก็มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคนและเกิดอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ทางความจำ ...”

(ศรันยา รุ่งโรจน์. 2555 : สัมภาษณ์)

(3) อาการซึมเศร้า เกิดได้ 5-10% ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น อัมพาต ผู้สูงอายุที่ไม่มีใครดูแล และเข้าอยู่ในบ้านพักคนชรา การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าต้องพบว่ามีการมรณ์เศร้าไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการหลายอย่างต่อไปนี้ ได้แก่ ความผิดปกติของการนอน ขาดความสนใจ รู้สึกผิด ขาดพลังงาน ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร อาการกระวนกระวายหรือนิ่งเฉย ต้องการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยอาการซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาจากแพทย์อาการจะดีขึ้นมาก (4) อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชั่วคราวพบได้บ่อย เนื่องจากการขับปัสสาวะต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเคลื่อนไหว ความรู้สึกตัว ความต้องการจะปัสสาวะ และการปัสสาวะ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบภายนอก ได้แก่ การอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ซ่องคลอดหรือทางเดินปัสสาวะฝ่อและอักเสบ และผลข้างเคียงของการใช้ยารักษาหลายโรค เช่น ยาคลายเครียด ยารักษาอาการซึมเศร้า หรือยารักษาความดันบางชนิด ยาขับปัสสาวะเองทำให้ปัสสาวะมากก็อาจทำให้ปัสสาวะไม่ทันได้ นอกจากนี้ยังมีภาวะปัสสาวะไม่สะดวกเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งต้องตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (5) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุยังคงต้องรับภาระในการหาเลี้ยงครอบครัวและ หาเลี้ยงตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนในเขตเมือง เพราะพื้นที่เมืองเป็นพื้นที่ที่มีการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจสูง ผู้คนมีเวลาที่จะให้ความสนใจดูแลเพื่อนบ้านข้างเคียงน้อย ต่างจากในชนบทที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ยังได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในชุมชนค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่สภาพที่พอเลี้ยงตัวเองได้ คือ ยังมีรายได้พอเลี้ยงชีพก็ยังคงมีความต้องการทำงานหารายได้เพิ่มขึ้นเพื่อไว้เป็นเงินสำรองในเวลาที่เป็นอีกด้วย

### 3.3.3 สาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

1) เกิดจากท่า นั่ง ท่านอนที่ไม่ถูกต้อง ทำให้กล้ามเนื้อคอถูกใช้งานนานเกินไป หรือเกิดอาการเกร็งและอาการปวดคอยังเกิดได้จากการบาดเจ็บอื่น ๆ เกิดจากการที่ศีรษะถูกสะบัดอย่างแรง

2) อาการปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะมีสาเหตุมากมาย เช่น ความเครียด ซึ่งเป็นผลจากอารมณ์เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ ใช้สมองมาก ใช้สายตามาก และการทำงานหนัก พักผ่อนน้อย

3) การหิ้วของหนัก เอ็นอักเสบ

4) อาการปวดเข่า ผู้ที่มาใช้บริการนวดส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และวัยกลางคน สาเหตุอาจเนื่องมาจากการเสื่อมของข้อเข่า ทำให้เมื่องอเข่าเป็นเวลานาน ๆ จะลุกไม่ขึ้น หรือลุกลำบาก เกิดอาการปวด

5) อาการตกหมอน มีผู้มาใช้บริการนวดบางคนที่มีอาการตกหมอน เนื่องมาจากการหนุนหมอนที่แข็งหรือสูงเกินไป การก้มหน้าหรือแหงนหน้านาน ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นต้นคอและบ่า

4. สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.)



ภาพประกอบ 10 สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สภ.สค.)

4.1 ที่ตั้ง สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สภ.สค.) ถนนราชสีมา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

4.2 ความเป็นมา จัดตั้งเมื่อ พ.ศ. 2503 คณะอนุกรรมการส่งเสริมสวัสดิการของครูสภา มี ขุนคงฤทธิ์ศึกษากร เป็นประธาน งานบริการของสถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สภ.สค.) การให้บริการ เวลารวดปกติ 8.30-16.00 น. เวลารวดรอบเย็น 16.00-20.00 น.หยุด วันเสาร์ อาทิตย์ และวันนักขัตฤกษ์ อัตราค่าบริการ ค่านวด 1 ชั่วโมง พร้อมประคบสมุนไพร 350 บาท ค่าราชการเบิกได้ 300 บาท เจ้าหน้าที่ให้บริการ หมอนวดแผน

ไทย 8 คน ต่อจำนวนคนไข้ในรอบปกติ 25-30 คน/วัน ซึ่งหมอนวดจะได้รับค่าจ้าง 150 บาท/คน/ประวัติดำเนินงานคณะกรรมการ สก.สค. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา(Office of the Welfare Promotion Commission for Teachers and Education Personnel)มีฐานะเป็นนิติบุคคลในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสภาครู และบุคลากร ทางการศึกษา พ.ศ. 2546 เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2546 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติครู พ.ศ. 2488 ตาม พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ทำหน้าที่บริหารงาน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งปฏิบัติภารกิจในส่วนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานสวัสดิการ สวัสดิภาพ สิทธิประโยชน์เกื้อกูลอื่นและความมั่นคงของผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา



ภาพประกอบ 11 ผู้ป่วยมารอรับการรักษานวดแผนไทยจากสถานพยาบาล สก.สค.

#### 4.3 ปัญหาการบริการ ปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

4.3.1 ปัญหาการบริการทั่วไป (1) ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และยังต้องรอคอยแพทย์รุ่นใหม่ ที่จะสำเร็จการศึกษาใหม่ ก็ควรจะหาวิธีลดปริมาณ ผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องไปใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขไปพร้อมๆกัน เพื่อที่จะลด ภาระงาน ของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ (2) งบประมาณ มีน้อย อาศัยจากรัฐบาล ควรมีการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ข้อมูลของประกันสังคมเพื่อสามารถอธิบายผู้ประกันตนให้ทราบถึงสิทธิและการปฏิบัติตนของ ผู้ประกันตนได้เป็นอย่างดี (3) การจัดบริการขั้นตอนการบริการ ได้แก่ ความสะดวก รวดเร็วของการให้บริการ ความสะอาดด้านสุขอนามัยของสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์สถานที่ หมอนวดแผนไทย

4.3.2 ปัญหาผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ (1) จำนวนบุตรลดลงอยู่เรื่อยๆ ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล (2) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุไทยเมื่ออายุยืนยาวขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยก็เพิ่มขึ้น (3) การผู้ดูแลที่บ้าน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพราะว่า ยิ่งอายุยืนยาวขึ้น ก็ต้องการผู้ดูแลมากขึ้น ในขณะที่ลูกก็ไม่มีผู้ดูแล (4) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เกิดจากเหตุผลหลายๆ ประการ ขณะนี้เรามองว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาหลายๆ (5) ปัญหาสุขภาพร่างกาย เกิดจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย ภาวะการเป็นโรค ต่างๆ (ทั้งโรคเรื้อรังและไม่เรื้อรัง) ซึ่งจะต้องแก้ไขด้วยการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และการพยาบาล การนวด

“... ผู้สูงอายุมักช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ประกอบกับสติความรู้ตัวของผู้สูงอายุน้อยลงทำให้เกิดโรคต่างๆได้ง่าย ...”

(พรลดา อังศุสิงห์. 2555 : สัมภาษณ์)

4.3.3 สาเหตุของโรคกล้ามเนื้ออักเสบ สาเหตุของโรคกล้ามเนื้ออักเสบทั่วตัวยังไม่ทราบ แต่จากการศึกษาพบว่ามีความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย อาการแสดงของโรค อาการปวดตามข้อ ปวดตามกล้ามเนื้อ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อส่วนต้นของร่างกาย มีอาการลุกเดินลำบาก ยกแขนไม่ค่อยขึ้น หรือไม่สามารถยกศีรษะขึ้นจากหมอนเวลานอน อาการหายใจลำบาก กลืนลำบาก หรือสำลักอาหารเวลากิน มีผื่นบริเวณใบหน้าและลำคอร่วมด้วย โรคนี้พบได้น้อย แต่พบได้บ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุที่พบอยู่ในช่วง 30-50 ปี การรักษาโรค การรักษาโรคประกอบไปด้วย 2 ส่วน 1. การรักษาทางยา การใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในขนาดสูงเป็นเวลานาน เพื่อลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ เนื่องจากยานี้มีผลข้างเคียงมาก ผู้ป่วยจึงควรติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์อาจพิจารณาใช้ยากดภูมิคุ้มกันในการรักษาด้วย 2. การทำกายภาพบำบัด มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการรักษา การทำกายภาพบำบัดจะเป็นการป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหดตัวแข็ง ป้องกันข้อติด และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพและช่วยตนเองได้เร็วขึ้นการนวดแผนไทย โรคนี้มีการพยากรณ์แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ในรายที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีการกลืนลำบาก หรือระบบหายใจล้มเหลว หรือในรายที่กล้ามเนื้อถูกทำลายมากจากการตรวจทางพยาธิของกล้ามเนื้อจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และความเสื่อมของอวัยวะตามวัยของผู้สูงอายุ พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในวัยหนุ่มสาว

สรุป

จากสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ ทั้ง 4 โรงพยาบาลคือโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.) สถานพยาบาลทั้ง 4 แห่ง มีการจัดสถานที่ให้นวดแผนไทยควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบันซึ่งมีคนไข้ผู้สูงอายุมารับรักษาเป็นจำนวนมาก บางครั้งก็เกิดปัญหาบ้าง ปัญหาสามารถสรุป

เป็นข้อใหญ่ๆได้ 2 ประเด็น คือ 1) ปัญหาของโรงพยาบาล 2) ปัญหาของผู้ป่วย ปัญหาของโรงพยาบาลต่างๆก็ต้องให้คณะผู้บริหารโรงพยาบาลแก้ไข

ส่วนสภาพปัญหาของผู้สูงอายุนั้นจากการสัมภาษณ์ สันทนาการและประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้นโดยเฉพาะโรคต่างๆ โรคที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีทั้งโรคที่เกิดขึ้นทางร่างกาย และจิตใจได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม กล้ามเนื้ออักเสบ โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องผูก โรคทางประสาทตา เช่น โรคต้อหิน ต้อกระจก โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ อาการวิตกกังวลนอนไม่หลับ และ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุยังคงต้องรับภาระในการหาเลี้ยงครอบครัวและ หาเลี้ยง ตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนในเขตเมืองที่มีการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจสูง ผู้คนมีเวลาที่จะให้ความสนใจดูแลเพื่อนบ้านข้างเคียงน้อย

ส่วนสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ ได้แก่ ความเสื่อมของอวัยวะตามวัยของผู้สูงอายุ พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในสมัยวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกายซึ่งมีการเจริญเติบโตเต็มที่จนในที่สุดเซลล์ร่างกายก็แก่ลงหมดสภาพทำให้ร่างกายเกิดโรคกล้ามเนื้ออักเสบได้

## ตอนที่ 2 ดำเนินการวางแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบ

### 1. ดำเนินการวางแผนไทย

จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่มและประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า ดำเนินการวางแผนไทยซึ่งเป็นการวางแผนเพื่อการบำบัดและรักษาโรคแขนงหนึ่งของการแพทย์แผนไทย เน้นในลักษณะการยืดเส้น และการกดจุด ซึ่งรู้จักกันโดยทั่วไปในนาม นวดแผนโบราณ มีความเป็นมาจากลัทธิพรหมณ์ของอินเดียและมีการนำเข้ามาในประเทศไทยและได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้เข้ากับวัฒนธรรมและสังคมไทย จนเป็นรูปแบบแผนที่เป็นมาตรฐานของไทยสืบทอดจนถึงปัจจุบัน ดำเนินการวางแผนไทยแบ่งเป็น 2 สาย คือ สายราชสำนักและสายเซลยศักดิ์ แต่ละสายมีดำเนินการรักษาตามลำดับ ดังนี้

#### 1.1 ดำเนินการวางแผนไทยแบบราชสำนักหรือการนวดอายุรเวท

การนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเจ้านายชั้นผู้ใหญ่ผู้มียศถาบรรดาศักดิ์ที่อยู่ในรั้วในวัง จุดประสงค์ในการรักษาของการนวดแบบราชสำนัก คือ ต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มการทำงานของเส้นประสาท การนวดจึงถูกออกแบบที่เน้นการใช้นิ้วมือและมือเท่านั้น ท่วงท่าที่ใช้ในการนวดมีความสุภาพเรียบร้อย มีข้อกำหนดในการเรียนนวดมากมาย ผู้ที่เชี่ยวชาญทางวิชาชีพด้านนี้ จะมีโอกาสได้ทำงานอยู่ในรั้วในวังเป็นหมอลาง มีเงินเดือนมียศมีตำแหน่ง การฝึกมือและการนวดมีเอกลักษณ์เฉพาะการนวดแบบราชสำนัก (แพทย์แผนไทยประยุกต์) ทำต่างๆที่ใช้ในการนวดจะต้องสุภาพและใช้หัวแม่มือกดลงบนร่างกายเท่านั้น เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป และไม่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อพระมหากษัตริย์และพระราชวงศ์ โดยมีข้อปฏิบัติในการนวดที่ค่อนข้างเคร่งครัด เช่น หมอนวดต้องเดินเข้าหาหาผู้รับบริการเมื่อเข้าใกล้ไม่น้อยกว่า 4 ศอกจนห่างจากผู้รับบริการ 1 ศอกจึงนั่งพับเพียบ มีองศามาตราส่วนของการนวดที่ไม่ประชิดตัวมากเกินไป และหน้าจะมองตรงไม่ก้มทาบผู้รับบริการ

แต่ไม่เงยหน้ามากจนเป็นการไม่เคารพ ดังนั้นเมื่อนำมาประยุกต์ให้เข้ากับการนวดในปัจจุบัน จึงถือเป็นการพัฒนาท่านวดให้สุภาพ และมีก้นนวดด้วยนิ้วมือเท่านั้นหมอนวดแบบราชสำนักจะไม่เริ่มนวดฝ่าเท้า นอกจากจำเป็นจริงๆ มักเริ่มนวดตั้งแต่ใต้เข่าลงมา หาข้อเท้าหรือจากต้นขาลงมาถึงข้อเท้า จะใช้เฉพาะมือ คือ นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้ว อื่นๆและอุ้งมือในการนวดเท่านั้นและไม่ใช้การนวดคลึง ในขณะที่กด (นวด) แขนจะต้องเหยียดตรงเสมอ โดยจะทำการนวดผู้ป่วยซึ่งอยู่ในท่านั่ง นอนหงายหรือตะแคงเท่านั้น ไม่มีการให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ นอกจากนั้นการนวดแบบราชสำนักจะไม่ใช้การดึงข้อหรือส่วนใดของร่างกายด้วยกำลังแรง ต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มการทำงานของเส้นประสาท โดยหมอนวดจะต้องมีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์เชิงปฏิบัติการอย่างดีพอสมควร สำหรับการนวดไทยสายราชสำนักมี 4 ขั้นตอน 1) การนวดขั้นพื้นฐาน 2) การกดจุด 3) วิธีการรักษาโรค 4) การใช้วิธีนวดเทคนิค

“... การนวดแบบราชสำนัก หรือแบบชาววัง เป็นการนวดที่ใช้ในการบำบัดรักษา โดยเป็นการนวดตามขั้นตอนและตามแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น คือ การนวดพื้นฐานขาและการเปิดประตูลม การนวดขาด้านนอก การนวดขาด้านใน การนวดพื้นฐานหลัง การนวดพื้นฐานแขนด้านใน การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก การนวดพื้นฐานหัวไหล่ การนวดพื้นฐานบ่า ...”

(จรัสรินทร์ จรูญกุลกาญจน์. 2555 : สัมภาษณ์)

“... หมอนวดต้องเดินเข้าหาผู้ป่วย ไม่หายใจรดผู้ป่วย ต้องหันหน้าไปด้านข้าง หรือเงยหน้า จะไม่นวดฝ่าเท้า นอกจากจำเป็นจริงจะใช้เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วอื่นๆ ในการนวด แขนจะต้องเหยียดตรงเสมอ จะไม่ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ ... และไม่ใช้การดึงหรือข้อ ข้อต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มการทำงานของเส้นประสาท ...”

(อัญรินทร์ วงศ์ตรีนาค. 2555 : สัมภาษณ์)





ภาพประกอบ 12 ผู้อำนวยการปรีดา ตั้งตรงจิตร โรงเรียนสอนนวดวัดโพธิ์ฯ

1.2 ตำรับนวดแบบเคลยศักดิ์ เป็นการนวดที่ใช้ในระดับชาวบ้านด้วยท่าทางทั่วไป ไม่มีแบบแผนหรือพิธีรีตองในการนวดมากนัก อีกทั้งยังสามารถใช้อวัยวะอื่นๆ เช่น เข่า ศอก เท้า เพื่อช่วยทุ่นแรงในการนวดได้ ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากการนวดแบบราชสำนักที่เน้นการใช้มือเพียงอย่างเดียว การนวดแบบนี้เน้นตามเส้นประธานสิบ เป็นเส้นที่มีการปรากฏอาการและอาการลมต่างๆ รวมทั้งการวินิจฉัย อาการและการกดนวด เพื่อบำบัดอาการ เส้นประธานสิบเป็นเส้นสมมุติ มีการกระจายไปตามส่วนต่างๆของร่างกายลักษณะและคุณลักษณะเส้นประธานสิบ เป็นเส้นขอยุ่บริเวณท้องรอบสะดือ อยู่ลึกลงไปใต้อกกล้ามเนื้อ บริเวณท้อง ประมาณ 2 นิ้ว แล้วแต่ความหนาของกล้ามเนื้อ หน้าท้อง เส้นแล่นขดกระหวัด กระจายอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เส้นแต่ละเส้นแล่นไปตามแนวของแต่ละเส้นอย่างมีระเบียบ เส้นแต่ละเส้นมีแนวเส้นร่วมของแต่ละเส้นกระจายอยู่ทั่วร่างกาย เส้นร่วมของเส้นประธานสิบ มีส่วน ที่เกี่ยวกระหวัดกัน เส้นประธานสิบแต่ละเส้น มีคุณลักษณะ เป็นเส้นที่สำคัญ กับระบบอวัยวะภายในร่างกาย ตามแต่ส่วนสัมพันธ์ของแต่ละเส้นเส้นประธานสิบแต่ละเส้น มีคุณลักษณะ เป็นเส้นประจำธาตุของร่างกาย ใช้เพื่อการกดนวด บำบัด อาการและอาการของลมบางอาการ โดยต้องใช้หลักการวินิจฉัย ธาตุสมุฏฐาน คือวินิจฉัยจากอาการ และสมมุติฐานหนึ่ง เส้นประธานสิบแต่ละเส้น มีลมแล่นอยู่ประจำเส้น เส้นประธานสิบเป็นเส้นประจำฤดูกาล

เส้นประธานสิบกับการเกิดโรคนั้นเชื่อว่า เส้นเอ็น มีลักษณะเป็นรู ให้ลม เลือดไหลไปได้ถ้ากำเร็บ จะทำให้รุ่มร้อนเกิดความทุกข์ ถ้าเลือดลมดี ทำให้สุขสบายเส้นที่สำคัญมีด้วยกัน 10 เส้น คือ อิทา ปิงคลา สุมณา กาลทารี สหฺสรังซี ทวารี จันทภูสังรุทัง ลิชินี และสุขุมัง ดังนี้

1.2.1 เส้นอิทา เมื่อเส้นอิทาผิดปกติเกิดโทษ โดยจะมีอาการทั่วไปคือ ปวดศีรษะเป็นอย่างมาก ตามีตมัว ชักปากเบี้ยว เจ็บสันหลัง บางครั้งมีกำเดาและลมระคนกัน เกิดโทษสอง (ทวารุโทษ) มีอาการเรียกลมปะกังจะทำให้ตัวร้อนวิงเวียนหน้าตา บางครั้งเป็นสันนิบาต เป็นไข้ ปวด

ศีระชะมาก บางครั้งท้องมีอาการเรียกว่าลมพาหิ ลักษณะเหมือนงูทับทามาขบ ทำให้เชื่อมมีนสลบ วิธีแก้ไข ให้นวดตามแนวเส้นอิทาแล้วปรุงยา

1.2.2 เส้นปิงคลา เส้นปิงคลากำเรบผิดปกติมีผลทำให้เกิดอาการ หน้าแดง ตาแดง เกิดพิษลมปะกั๊ง บางครั้งมีอาการชัก ปากเอียง บางที่เป็นสันนิบาตบางที่เป็นริดสีดวงน้ำมูกไหลคัดจมูก จาม บางครั้งกลายเป็นลมพิษสันสติ ไม่พูดจา เหมือนถูกงู ทับสมิงคลาขบเอา ทำให้สลบไป วิธีแก้ไข ให้นวดตามแนวเส้นปิงคลานวดตั้งแต่กระหม่อม ตา ไธมตันคอ ตามหุบบริเวณทัดดอกไม้สองข้างและที่กระหม่อม แล้วเลื่อนลงมาที่จุดศูนย์กลางบริเวณจมูกขวา ถ้าเป็นสันนิบาตลมปะกั๊ง ให้นวดระหว่างคิ้ว ทั้ง 2 บริเวณหน้าผาก คลึงไปท้ายผม หลังไธ้หู ให้นวดทั้ง 2 ข้างโดยเน้นที่จุด ข้างจมูก ทั้ง 2 ข้าง

1.2.3 เส้นสุมนา เส้นสุมนาพิการมีผลทำให้เกิดอาการพูดไม่ออก เกิดลม เรียกว่าชีวหาสดมภ์ เกิดลิ้นกระด้างคางแข็ง หนักอก หนักใจ เชื่อมมัว มีนซึม เกิดอาการจุกอก เกิดเอ็นเป็นลำ เรียกว่า ลมตาลละคุณ ถ้าเกิดอาการดวงจิตระส่ำระสายเรียกลม ทะกรน ถ้าเคลิ้มเสียจริต เสียสติ พูดจาเพ้อเจ้อ หลงลืมเรียกว่า ลมบาทจิต ลมสุมนาอ่อนๆทำให้เบื่ออาหารมีอ่อนแรง นอนระทวยใจ วิธีแก้ไข การนวดให้นวดตามแผนนวดเส้นสุมนา โดยนวดอย่างแผ่วเบา อย่าออกแรงมาก และอย่าใช้เวลานานนาน เมื่ออาการดีขึ้นแล้วให้ วางยา ควรวางยาด้วยยารสหอม รสขม กลิ่นหอมสุขุม ไม่ควรรสเย็น หรือ ร้อนกล้า

1.2.4 เส้นกาลทารีเส้นกาลทารีกำเรบ มีผลทำให้เกิดโรคและอาการ เย็นชาไปทั้งตัว ให้จับเย็น หนาวสะท้าน สาเหตุจากการกินอาหารผิดสำแดงหรือของแสดง เช่น ขนมนจีนข้าวเหนียว ถั่ว บางครั้งเกิดอาการสันนิบาตบางครั้งเกิดลม เรียกว่า สห้สร้งซี คือหมดสติไม่รู้ตัว วิธีแก้ไข นวดตามเส้นกาลทารี แล้วไชยา แก้ปถวีธาตุมากิน เพื่อบรรเทา เบาบาง กาลทารี

1.2.5 เส้นสห้สร้งซี (ตาข่าย) เส้นสห้สร้งซีกำเรบ มีผลทำให้เกิดโรคและอาการ ลมจักขุนิวาต และอคคะนิวารคุณ ทำให้เจ็บกระบอกตา วิงเวียน ลืมตาไม่ขึ้น สาเหตุอาจ เกิดจากการกินของมัน หวาน เกินไป วิธีแก้ไข ให้นวดตามเส้นสห้สร้งซี

1.2.6 เส้นทวารี (ตาขวา) เส้นทวารีกำเรบ มีผลให้เกิดโรคและอาการ ตาลืมไม่ขึ้นวิงเวียน ปวดตามาก ถ้าทวารีกำเรบ ปวดตาทั้ง 2 ข้างแต่บางครั้งเจ็บที่ข้างขวาข้างเดียว เรียกว่า ทิพจักขุขวา ทำให้ตาพร่า มองไม่เห็นถ้าเส้นนี้ เป็นบ่อยๆจะเป็นโรคปัตคาคตเกิดจากการรับประทานน้ำมันมะพร้าวอันมันหวาน จัด บ่อยๆ วิธีแก้ไข ให้นวดท้องก่อน แล้วไล่ไปตามเส้น ไปที่ต้นคอทั้ง 2 นวดทั้ง 2 เส้น จะทำให้ตาหายพร่ามัว

1.2.7 เส้นจันทฐสัง (หูซ้าย) เส้นจันทฐสัง เมื่อกำเรบ หรือพิการมีผลทำให้เกิดโรคแทรกและอาการวิธีแก้ไข นวดใบหู ตามเส้นข้างต้น จำทำให้เรียกชื่ออ้ออิงหายแต่ถ้ายังไม่ได้ยิน เสียงแสดงว่า เกิดลมชื่อ ทาระกรรมให้กลับมานวดที่สะเอดด้วยแล้วคลึงตามเส้นขึ้นไปใหม่พร้อมกับกินยาประกอบกัน

1.2.8 เส้นรุทัง (หูขวา) เส้นรุทังเมื่อกำเรบหรือพิการมีผลให้เกิดโรคและอาการ คือหูตึง ลมออกหู เกิดลมชื่อคะพาหุ ทำให้มีอาการหูตึง วิธีแก้ไข นวดใบหู ตามเส้นข้างต้นจะทำให้เรียกชื่ออ้ออิงหาย แต่ถ้ายังไม่ได้ยินเสียงแสดงว่าเกิดลมซึ่งให้กลับมานวดที่สะเอดด้วยแล้วคลึงตามเส้นขึ้นไปใหม่พร้อมให้ยา กิน ประกอบกัน

1.2.9 เส้นสลิขินีเส้นสลิขินี กำเรียบมีผลให้เกิดโรคและอาการคือ เสียดสีข้าง ขับเบา ปัสสาวะขุ่น เจ็บหัวเหน่าเกิดลมเรียก รากษย์ เกิดจากเอ็น ขององคชาติ ร้าว หม่นหมองเกิดเพราะ น้ำกามถูกกันไว้ตกออกเวลากำหนด หรือน้ำกามก่อโทษ เกิดมีน้ำหนองไหล( หนองใน)สำหรับสตรี มีอาการจากปัญหาของโลหิต เกี่ยวกับมดลูก เกิดเจ็บท้องน้อย เจ็บสีข้างและเอว เส้นสลิขินี ส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะระบบขับถ่ายของเสีย ไตท่อไต กระเพาะปัสสาวะจุดสำคัญจะอยู่ บริเวณท้อง ท้องน้อย มีที่อกและขาบ้างวิธีแก้ นวดเส้นที่ขวางเส้นดังกล่าว แก่สะเอว ตะโพก นวด ท้องน้อยให้คลาย แล้ว แต่งยาให้รับประทาน

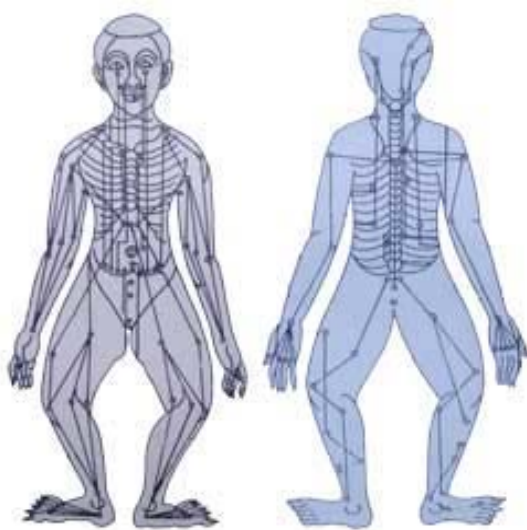
1.2.10 เส้นสุขุมังพิการมีผลให้เกิดโรคและอาการดังนี้ ตั้งบริเวณทวาร รับประทานอาหารเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง เส้นสุขุมังเกี่ยวข้องกับระบบขับถ่ายอุจจาระเป็น ส่วนใหญ่ เป็นเส้นบริเวณ ทวารหนัก ฝิเย็บ ส่วนอาการอื่นที่อาจสืบเนื่องกันได้แก่ ประสาททากัส ควบคุมอาเจียน สะอึก สะอื้น การทำงานของกระบังลมการหอบเหนื่อย วิธีแก้ นวดเส้นท้องน้อย โดย กดให้รู้สึกเสียวไปที่ทวาร ทำให้ฝิเย็บถูกเผยออกเกิดการเบ่งอุจจาระ

“... วิธีการนวดส่วนใหญ่เป็นการนวดเพื่อรักษาอาการซึ่งสามารถรักษาอาการได้มาก การนวดแผนไทยยังต้องรู้จักเส้นเอ็นที่สำคัญ คือ ทฤษฎีเส้นสิบ หรือ เส้นประธานสิบ ทั้ง 10 คือ การนวดแบบราชสำนักจะเกี่ยวข้องกับจุดสัญญาณในการนวด คือ สัญญาณห้าซึ่งเป็นตำแหน่ง สำคัญของเส้น ที่ทำให้มีการหมุนเวียนโลหิตความร้อนและพลังประสาท ไปเลี้ยงระบบต่างๆ ของร่างกายที่อยู่ในการควบคุมของเส้นนั้น เป็นจุดนวดสำคัญในการจ่ายกำลังของเลือด จ่ายพลังประสาท เพื่อไปกระตุ้นให้เกิดผลของการรักษาโรค ซึ่งสัญญาณ 5 นี้จะเชื่อมโยงกับ เส้นประธานสิบ ...”

(กิงภัทร รัชเดชาธร. 2555 : สัมภาษณ์)

การนวดเพื่อการบำบัดรักษาจุดสำคัญ ๆ ที่ต้องรู้ในการนวด เพื่อแก้และบรรเทาอาการ ง่ายๆ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ เส้นพลิก ข้อแพลง ปวดข้อ ปวดเข่า ปวดศีรษะปวดหลัง ไหล่ เคล็ดขัดยอก ตามหลัง ไหล่ เข่า ขา และเอว คลายความเครียด นอนไม่หลับแขนขาขยับไม่สะดวก มีอาการขัดเสียว หรือเอี้ยวตัว นวดกล้ามเนื้อเพื่อให้มีกำลังในคนป่วยอัมพฤกษ์และอัมพาต ดังภาพประกอบ 13

กล่าวได้ว่า ตำรับการนวดแผนไทยที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย ด้านกล้ามเนื้ออักเสบ เป็นศาสตร์บำบัดและรักษาโรคแขนงหนึ่งของการแพทย์แผนไทย โดยจะเน้นใน ลักษณะการยืดเส้นและการกดจุด รับมาจากประเทศอินเดีย มีการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขให้เข้ากับ วัฒนธรรมของสังคมไทย จนเป็นรูปแบบแผนที่เป็นมาตรฐานของไทยและส่งทอดมาจนถึงปัจจุบัน ตำรับ การนวดแผนไทย



ภาพประกอบ 13 จุดต่าง ๆ ของร่างกาย

แบ่งเป็น 2 สาย คือ สายราชสำนักและสายเชลยศักดิ์ นวดไทยสายราชสำนักมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การนวดชั้นพื้นฐาน การกดจุด การนวดรักษาโรคและการใช้วิธีนวดเทคนิค ส่วนการนวดแบบเชลยศักดิ์ เป็นการนวดที่ใช้ในระดับชาวบ้านด้วยท่าทางทั่วไป ไม่มีแบบแผนหรือพิธีรีตองในการนวดมากนัก อีกทั้งยังสามารถใช้อวัยวะอื่นๆ เช่น เข่า ศอก เท้า เพื่อช่วยทุ่นแรงในการนวดได้ ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากการนวดแบบราชสำนักที่เน้นการใช้มือเพียงอย่างเดียว การนวดแบบนี้เน้นตามเส้นประธานสิบ เป็นเส้นที่มีการปรากฏอาการและอาการลมต่างๆ อาการและการกดนวด เพื่อบำบัดอาการ เส้นประธานสิบเป็นเส้นสมมุติ 10 เส้นคือ อิหา ปิงคลา สุมนา กาลทารี สหัสรังษี ทวารี จันทรูสังรุทั้ง สีขินี และสุขุมัง



ภาพประกอบ 14 การประชุมเชิงปฏิบัติการ



ภาพประกอบ 15 คณะผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ

### 1.3 นวดแผนไทยที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดด้านกล้ามเนื้อ อักเสบ

ตำรับการนวดแผนไทยที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปรับใช้ตามอาการ  
ดังนี้

1.3.1 กล้ามเนื้ออักเสบที่ต้นคอ ซึ่งมีลักษณะบอบบางกะทัดรัดเมื่อเปรียบเทียบกับศีรษะและลำตัวที่มันเชื่อมอยู่นี้ เป็นชุมทางใหญ่ของระบบประสาทจากสมอง ที่ควบคุมสั่งการไปยัง ส่วนของร่างกายทั้งหมดนับจากคอลงมา คอจึงมีหน้าที่สำคัญที่จะปกป้องคุ้มครองไขสันหลัง เส้นประสาทต่าง ๆ ที่ออกจากสมอง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง รวมทั้งทำหน้าที่แบกรับน้ำหนักของหัว กระโหลกและมันสมองซึ่งเป็นชิ้นส่วนที่หนักและสำคัญที่สุดของคนเรา เนื่องจากส่วนคอ ต้องทำหน้าที่ ที่สำคัญ และยิ่งใหญ่ประกอบกับโครงสร้างที่บอบบางและละเอียดอ่อน ทำให้คอมีโอกาสได้รับความชอก ช้ำหรือบาดเจ็บได้ง่าย และบ่อยมาก การปวดคอหรือบริเวณใกล้เคียง จึงพบได้มากรองลงมาจากภาวะ ปวดหลัง การบาดเจ็บของคอที่พบบ่อย และค่อนข้างมีอาการเจ็บปวดมาก คือ อาการคอแข็ง หรือที่ ชาวบ้านเรียกว่า "ตกหมอน" ซึ่งเกิดเนื่องจากการเคลื่อนไหวของข้อต่อกระดูก เพียงเล็กน้อยเป็นผลทำให้ เอียงคอหรือเคลื่อนไหวศีรษะไปในทางใดทางหนึ่งไม่ได้ และอาจมีการหดเกร็งแข็งของกล้ามเนื้อคอร่วม ด้วย อาการเหล่านี้จะหายได้เองภายใน 2-3 วัน ภายหลังจากคอได้รับการนวดอย่างถูกวิธี

นวดบริเวณคอ ก่อนนวดทุกครั้งควรคาถาบูชาบรมครูชีวกโกมารภัจจ์ เพื่อความเป็นสิริมงคล คาถาบูชาบรมครูชีวกโกมารภัจจ์ กราบพระ 3 ครั้ง ตั้งนะโม 3 จบ

โอมนะโม ชีวะโก สิริสา อะหัง กะรุณิโก สัพพะสัตตตานัง โอสกะ ทิพพะ มันตัง ประภาโส สุริยา จันทัง โกมาระภัจโจ ประกาเสสิ วันทามิ บัณชิตโต สุขเมทโส อโรคา สุขะนาโหมิ (บทย่อ โอมนะโม ชีวะกะโกมาระภัจโจ ปูชายะ)

คาถาสวดก่อนนวด ตั้งนะโม 3 จบ

สະหะมุติ สหะมุหะคะโต สหะมาตัง พัทธเสมายัง สหะหะนิตัมโพ เอวังเอหิ นะถอด  
โมถอน พุทธคลอน ธาเคลิอน ยะเลือนหลุดลอยหาย สะวาหะสะวาหาย

บทสวดปิดไม่ให้เข้าตัว ตั้งนะโม 3 จบ

พุทฺธังปัจจะขามิ ธรรมมังปัจจะขามิ สังฆังปัจจะขามิ

ทำจิตใจให้สงบ ระลึกถึงครูอาจารย์ 1 นาที

ปวดคอ ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างถูไปมาที่บริเวณต้นคอจนกระทั่งเกิดความรู้สึกร้อน เพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อต้นคอ และทำให้การไหลเวียนของโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากนั้น ประสานมือเข้าหากันที่บริเวณต้นคอ แล้วขยับแขนทั้งสองข้างเข้าหากันเพื่อบีบฝ่ามือไปตรงจุดต่างๆ ที่มีปัญหา จะเป็นตรงกลางหรือด้านข้างก็สุด癖และคลายออกต่อเนื่องเป็นระยะๆ ซึ่งถ้าจะว่าไปแล้ว วิธีการแบบนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องใช้เฉพาะเมื่อมีปัญหาปวดคอแต่อย่างใด หากแต่สามารถใช้วิธีนี้นวดเพื่อบริหารกล้ามเนื้อเป็นประจำทุกวันก็ได้ วิธีต่อไปเป็นการกดจุดสำคัญที่บริเวณท้ายทอย โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้กดลงไปที “จุดฟงฉือ” ที่อยู่สองข้างของต้นคอ ซึ่งจุดนี้สังเกตง่าย ๆ คือจะอยู่ตรงบริเวณรอยเชื่อมต่อระหว่างศีรษะกับต้นคอด้านบน กดแล้วผ่อน กดแล้วผ่อนต่อเนื่องประมาณสัก 1 นาที

วิธีต่อไป ให้ใช้มือขวาไปจับที่เส้นกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ด้านซ้าย นวดไปตรงเส้นที่เชื่อมต่อจากลำคอต่อเนื่องมาถึงหัวไหล่ ใช้แรงบีบลงไป เสร็จแล้วให้ใช้มือซ้ายไปจับที่เส้นกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ขวา นวดสลับสับเปลี่ยนกันไปเพื่อทำให้เลือดลมไหลเวียนได้สะดวก



ภาพประกอบ 16 นวดหัวไหล่ด้านซ้ายขวา

### 1.3.2 กล้ามเนื้ออกเสบที่ป่าใหญ่

- 1) ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนาง กดบีบแนวบ่า
- 2) นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง กดบีบบริเวณเกลียวคอ
- 3) ประสานมือเข้าด้วยกันบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองกดตาม

แนวเกลียวคอ

4) ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดใต้ไทรนม 2 จุด พร้อมๆกันด้วยแรงพอสมควร ดังภาพประกอบ 17-20



ภาพประกอบ 17 กดบีบแนวบ่า



ภาพประกอบ 18 กดบีบบริเวณเกลียวคอ



ภาพประกอบ 19 ประสานมือเข้าด้วยกันบริเวณท้ายทอย



ภาพประกอบ 20 ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดใต้โรมม 2 จุด

1.3.3 กล้ามเนื้ออักเสบที่หลัง สาเหตุ โรคปวดหลังนั้นมีมากมาย ได้แก่ โดยกำเนิด อุบัติเหตุ เนื้องอก ติดเชื้อ อักเสบ โรคมะตาบอลิก โรคในช่องท้อง โรคกระดูกสันหลังเสื่อม แต่สาเหตุที่เป็นกันมาก และสามารถป้องกันรักษาได้ คือ โรคกระดูกสันหลังเสื่อม น้ำหนักตัวมาก ท่าทางไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายทำให้ลงพุงเอวแอ่นมากคนที่ลงพุง น้ำหนักที่มากขึ้นคูณกับพุงที่ยื่นมาด้านหน้า ทำให้กล้ามเนื้อ หลังตึง ออกแรงดึง มากขึ้น การดึงเป็นเวลานานๆ ทำให้กระดูกสันหลัง เสื่อมเร็ว ทำให้ปวดหลังได้ท่าทางที่ไม่เหมาะสม หลังจะค่อมทำให้เอวแอ่นมากขึ้น การที่เอว แอ่นมากขึ้น ทำให้ช่องทางออก ของเส้นประสาท แคบลง เส้นประสาท ถูกเบียดมากขึ้น เป็นสาเหตุทำให้



ปวดหลัง เอวแอ่นอยู่เป็นเวลานานๆ ทำให้ หมอนรองกระดูกรับน้ำหนักไม่สมดุลย์กัน จึงเกิดการเสื่อมของหมอนรอง กระดูก ซึ่งมีผลทำให้กระดูกสันหลังเสื่อมตามมา การรักษา ที่ดีที่สุด คือ ป้องกันสาเหตุได้แก่

1) ลดน้ำหนักตัว ไม่ใช้การอดอาหาร แต่เป็นการกินอาหารให้ครบ 5 หมู่งดเว้นการกินอาหารที่มีแคลอรีสูง มากเกิน ความจำเป็น เช่น ต้มยำหวาน

2) ท่าทางเหมาะสมทำยืน ที่ถูกต้อง คือ แขนงอออกผายไหล่ผึ่งเอวแอ่นน้อยที่สุด ถ้าต้องยืนเป็นเวลานานควรมีที่พักเท้า การยืนห่อไหล่พุ่งยื่น ทำให้เอวแอ่น มากปวดหลังได้ทำนั่ง ที่ถูกต้อง สันหลังตรงพิงพนัก เก้าอี้สูงพอดี และควรมีที่พักแขน การนั่งห่างจากโต๊ะมากทำให้กล้ามเนื้อหลังทำงานมาก ที่นั่งที่เหมาะสม ที่สุดในการพักผ่อน ควรเอียง 60 องศา จากแนวตั้ง มีส่วนหนุนหลัง มีที่วางแขน ทำด้วยวัสดุนุ่มแต่แน่นทำนั่งขับรถ ที่ถูกต้อง หลังพิงพนัก เข่างอเหนือระดับสะโพก การนั่งห่างเกินไป ทำให้เข่าต้อง เหยียดออกกระดูกสันหลังตั้งท้ายกของ ที่ถูกต้อง ควรย่อตัว ยกของให้ชิดตัว แล้วลุกด้วยก้ำกังขา การก้มลงหยิบของในลักษณะ เข่าเหยียดตรง ทำให้ปวดหลังได้ทำถือของ ที่ถูกต้องควรให้ชิดตัวที่สุด การถือของห่างจากลำตัว ทำให้กล้ามเนื้อหลังทำงานหนัก ปวดหลังได้ทำเข็นรถ ที่ถูกต้อง ควรดันไปข้างหน้า ออกแรงที่กล้ามเนื้อท่อน การดึง ถอยหลังจะออกแรงที่กล้ามเนื้อหลังเป็นเหตุให้ปวดหลังทำนอน ที่นอน ควรจะแน่น ยุบตัวน้อยที่สุด ไม่ควรใช้ฟูกพองน้ำ หรือเตียงสปริง เพราะหลัง จะจมอยู่ในแอ่ง ทำให้กระดูกสันหลังแอ่น มากปวดหลังได้นอนคว่ำ จะทำให้กระดูกสันหลังแอ่นมากที่สุด โดยเฉพาะระดับเอว ทำให้ปวดหลังได้นอนหงาย ทำให้หลังแอ่นได้เล็กน้อย ควรใช้หมอนข้างใบใหญ่ หนุนใต้ โคนขา จะช่วยให้กระดูก สันหลังไม่แอ่นนอนตะแคง เป็นท่านอนที่ดี ควรให้ขาข้างเหยียดตรง ขาบนงอ สะโพก และเข่ากอดหมอนข้าง

3) การออกกำลังกายกระดูกสันหลังปกติรับน้ำหนักมากอาจหลุดได้ แต่นักกีฬายกน้ำหนัก ได้มาก เพราะมีกล้ามเนื้อท่อน แข็งแรง ปวดหลังปวดเอว เป็นอาการที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน ประสบการณ์การปวดหลังปวดเอว อาการปวดจะแสดงได้ต่าง ๆ กัน บางท่านอาจปวดเฉพาะ บริเวณหลังหรือกระเบนเหน็บ หรือบางท่านอาจปวดหลัง และร้าวลงขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้างและมีอาการชาร่วมด้วยจนเดินไม่ได้ก็มี หลังที่สมบูรณ์แข็งแรงจะยืดหยุ่นและไม่ปวดมีการทำงานของระบบโครงสร้าง คือ กระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกกล้ามเนื้อและเอ็นอย่างเหมาะสม และปกป้องอันตรายไม่ให้เกิดกับประสาทไขสันหลัง

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการบริหารร่างกายป้องกันอาการกล้ามเนื้ออักเสบหลัง ประโยชน์ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวไม่เกร็ง และแข็งแรงอยู่เสมอ กระดูกและข้อเสื่อมช้าลง ทำการบริหารป้องกันอาการปวดหลัง ท่านเตรียมบริหาร นอนหงายบนที่ราบ ศรีษะหนุนหมอน ขาเหยียดตรง มือวางข้างลำตัว

ท่าที่ 1 ยึดกล้ามเนื้อด้านหลังของขา เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าข้างหนึ่งขึ้นและวางเท้าราบกับพื้น ส่วนขาอีกข้างหนึ่งเหยียดตรงวางราบกับพื้น ยกขาที่เหยียดตรงนี้ขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่ยกได้ โดยแผ่นหลังแนบกับพื้นตลอดเวลาไม่เคลื่อนไหว แล้วจึงค่อย ๆ วางขานี้ลงราบกับพื้นเหมือนเดิม พักสักครู่ ทำประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงสลับบริหารขาอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน

ท่าที่ 2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและตะโพก และลดความแอ่นของหลัง เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าทั้งสองข้างขึ้น วางเท้าราบกับพื้น หายใจเข้าและออกช้า ๆ พร้อมกับแขม่วหน้าท้อง กดหลังให้ติดแนบกับพื้น และเกร็งกล้ามเนื้อก้น [ขณะเกร็งกล้ามเนื้อก้น

กันจะยกลอยขึ้น] ทำค้างไว้นานนับ 1-5 หรือ 5 วินาที และจึงคลาย พักสักครู่และทำใหม่ในลักษณะเดียวกัน 10 ครั้ง

ท่าที่ 3 ยึดกล้ามเนื้อหลัง เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าทั้งสองข้าง เอามือกอดเข้าเข้ามาให้ชิดอก และยกศีรษะเข้ามาให้คางชิดเข่า ทำค้างไว้นานนับ 1-10 แล้วจึงคลาย พักสักครู่ และเริ่มบริหารใหม่ในลักษณะเดียวกัน ทำประมาณ 10 ครั้ง

ท่าที่ 4 ยึดกล้ามเนื้อตะโพก เริ่มในท่าเตรียมบริหาร เอามือกอดเข้าข้างหนึ่งเข้ามาให้ชิดอก พร้อมกับขาอีกข้างเหยียดตรงเกร็งแนบกับพื้น ทำค้างไว้นานนับ 1-10 แล้วจึงคลาย พักสักครู่ทำประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงสลับบริหารขาอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน

ท่าที่ 5 ยึดกล้ามเนื้อซี่ข้าง เริ่มในท่าเตรียมบริหาร ตั้งเข่าข้างหนึ่งขึ้น หันเข้าด้านในของลำตัว พร้อมกับใช้สันเท้าของอีกขาหนึ่งกอดเข่าที่ตั้งให้ติดพื้น โดยที่ไหล่ทั้งสองข้างติดพื้นตลอดเวลา ทำค้างไว้นานนับ 1-10 แล้วจึงคลาย พักสักครู่ และเริ่มบริหารใหม่ ทำประมาณ 10 ครั้ง แล้วจึงสลับบริหารขาอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน

การนวด สะบัก หรือหลังเริ่มจากต้นคอห่างจากสันหลังประมาณ 1 นิ้ว ประมาณ 2 นิ้วมือ กดประมาณ 8-10 จุดกดประมาณ 8-10 จุดจุดแรก ควรนวดตั้งแต่ต้นคอลงมา นวดลงมาเรื่อยๆจนถึงบั้นเอว ประมาณ 10-15 จุด แต่ละจุดให้ห่างกันประมาณ 1 นิ้ว โดยนวดตั้งแต่ต้นคอ ห่างจากกระดูกต้นคอประมาณ 1 นิ้ว ไล่ต่ำลงมาตามกระดูกสันหลัง จนถึงบั้นเอว จุดที่ 2 ให้นวดเหนือสะบัก ห่างจากจุดแรกที่นวดประมาณ 1 นิ้วมือ ลักษณะการนวดเช่นเดียวกับจุดแรก นวดลงไปจนถึงบั้นเอวเหมือนกัน จุดที่ 3 ให้นวดต่ำกว่าสะบัก โดยห่างจากจุดที่ 2 ประมาณ 1 นิ้ว หรือห่างจากกระดูกสันหลังมาประมาณ 2-3 นิ้ว จุดนี้ปกติแล้วจะนวดได้ยาก ผู้ที่มีความชำนาญจะนวดได้ เพราะว่าเส้นนี้จะผ่านกระดูกซี่โครง การนวดแต่ละครั้งจะต้องหลีกเลี่ยงการนวดถูกระดูก เมื่อนวดลงมาถึงบั้นเอวควรจะนวดต่อไปถึงสะโพก



ภาพประกอบ 21 นวดหลังปะคยา

1.3.4 กล้ามเนื้ออักเสบที่เท้า การนวดเท้า เป็นการนวดที่ส่วนต่างๆของเท้า เพื่อป้องกันและรักษาโรค การนวดเท้าสามารถนวดได้หลายส่วน เพื่อกระตุ้นอวัยวะต่างๆ ได้แก่ การนวดฝ่าเท้า หลังเท้า เท้าด้านบนและเท้าด้านนอก ผลจากการนวดเท้า ต้องตรวจดูตำแหน่งที่มีปมใต้ ผิวหนังบริเวณเท้า ปมนี้เรียกว่าครอสตอลิน (Crystalline) หรือ กริทตี้ (Gritty) อยู่ใต้ผิวหนังลึกลงไป ซึ่งปมเหล่านี้เมื่อกดลงไปจะรู้สึกเจ็บมากแม้จะกดเบาๆก็ตาม การกดเพื่อการรักษาจะใช้ขอบของนิ้วกดลงไปแล้วหมุนนิ้วตามเข็มนาฬิกา กดลงไปลึกๆโดยมิทำให้เจ็บแล้วเน้นจุดที่เจ็บอย่างสั้นๆ แล้วพัก ใน การใช้นิ้วกดบางคนใช้กำมือให้นิ้วกางยื่นออกมา ใช้ข้อนิ้ว กากบาท แทนนิ้วหัวแม่มือและบางรายใช้ไม้ ทำเป็นแท่งปลายมนเรียกใช้กดแทนนิ้ว เป็นเครื่องทุ่นแรง ซึ่งกรณีดังกล่าวอาจต้องควบคุมน้ำหนักให้ดี เพราะอาจทำให้เจ็บมาก และเป็นอันตรายต่อเส้นเอ็นที่เท้าได้ ประโยชน์ของการนวดเท้า คือ 1) ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีประโยชน์ในการช่วยส่งเสริมสุขภาพ เช่น ช่วยกระตุ้น การไหลเวียนของโลหิต และน้ำเหลือง เป็นต้น 2) ช่วยป้องกันโรค การนวดเท้าจะให้ผลดีในการป้องกันโรคบางอย่าง เช่น ท้องผูกหืดโรคเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ ปวดหัว โรคไต นิ้วในถุงน้ำดี ไมเกรน ไช้นิส และโรคเครียด เป็นต้น 3) ส่งผลที่ดีในด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การที่บุตรหลานเอาใจใส่นวดให้ผู้สูงอายุ จะส่งผลดีในด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ และมีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว4. ช่วยให้ประชาชนสามารถนวดเท้าได้ เป็นการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง

การนวดกดจุด เข้ามานุษย์มีตำแหน่งการตอบสนองต่างๆซึ่งสัมพันธ์กับทุก ส่วนของร่างกาย ดังนั้นการนวดกดจุดตำแหน่งต่างๆที่เท้าจึงสามารถวินิจฉัยได้ว่าส่วนใดของร่างกายเกิดความไม่สมดุลขึ้น ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายทำงานได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพการ นวดกดจุดเท้าจึงเป็นการแก้ไขภาวะที่ไม่สมดุลเหล่านี้ เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติและสามารถ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีประโยชน์ในการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้ออย่างลึกๆกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและ สนับสนุนการทำงานของต่อมน้ำเหลืองภายในร่างกาย กระตุ้นการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ปรับสมดุลของร่างกายให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ช่วยบำบัดและบรรเทาการเจ็บป่วยของร่างกาย ปรับ อุดมภูมิของร่างกายให้เป็นปกติ ขับของเสียออกจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค ทำให้ดูอ่อนกว่าวัย ปรับการทำงานของประสาทส่วนต่างๆ ของร่างกายป้องกันโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ปรับฮอร์โมน ของร่างกายให้เป็นปกติ เสริมสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อให้เป็นปกติ และที่สำคัญที่สุด คือ ช่วยฟื้นฟู และผลักดันให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้นการนวดโดยทั่วไป แบ่งได้ 2 ประเภท คือ การนวดเพื่อการ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและผ่อนคลายสภาวะจิตใจ (Relax) จะใช้ไม้เป็นอุปกรณ์ในการนวดร่วมกับการใช้ มืออีกประเภทหนึ่ง คือการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เพื่อกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายใน ร่างกายให้ทำงานได้ปกติหรือเป็นการปรับสมดุลภายในร่างกายโดยอาศัยจุดหรือตำแหน่งการสะท้อนนั้น สามารถวินิจฉัยการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายได้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขในเวลาต่อมา วิธี นี้จะใช้มือในการนวดเพียงอย่างเดียว การนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีการนวด 7 ระบบ ที่ได้ผลดีคือ(1) ระบบการขับถ่าย อุจจาระ และปัสสาวะ (2) ระบบสมอง เครียด ความดันสูง นอนไม่หลับ จำดี(3) ระบบฮอร์โมน เช่น วัยทอง ปวดประจำเดือน (4) ระบบการฟัง การดม เช่น มีปัญหาตา หู จมูก สายตา สั้น นวดจะได้ผล (5) ระบบประสาทไขสันหลัง เช่น เมื่อย-ปวดหลัง อัมพฤกษ์ อัมพาต (6) ระบบต่อม น้ำเหลือง เช่น ยุงกัดหายช้า (7) ระบบภูมิต้านทาน ถ้าภูมิต้านทานต่ำ นวดกดจุดสะท้อน ภูมิต้านทาน จะสูงขึ้น

การนวดเท้าสำหรับวิธีการนวดฝ่าเท้าและกดจุดฝ่าเท้าเบื้องต้น

1) วิธีนวดกดจุด วางนิ้วหัวแม่มือกดไปบริเวณกึ่งกลางของนิ้วหัวแม่เท้าทั้งสองข้าง โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงไป บริเวณกึ่งกลางด้านล่างของนิ้วหัวแม่เท้าทั้งสองข้าง ส่วนนิ้วมือทั้งสี่ให้จับหลังเท้าแต่ละข้างไว้ จากนั้นให้กดนิ้วหัวแม่มือลงบนหัวแม่เท้า นวดกดและคลึงสักครู่จึงค่อยออกแรงกด



ภาพประกอบ 22 นิ้วหัวแม่มือกดลงไป บริเวณกึ่งกลางด้านล่างเท้า

2) วิธีการนวดฝ่าเท้าและกดจุดฝ่าเท้า จุดนี้เป็นการนวดกดจุดบริเวณด้านล่างของโคนนิ้วหัวแม่เท้า จุดนี้ส่งผลต่อกล้ามเนื้อบริเวณลำคอ บรรเทาอาการเคล็ดขัดยอกบริเวณลำคอ วิธีนวดกดจุด ให้วางนิ้วหัวแม่มือตรงโคนนิ้วหัวแม่เท้า นิ้วทั้งสี่ที่เหลือให้อ้อมจับหลังเท้าเอาไว้ ส่วนมืออีกข้างให้จับยึดเท้าเอาไว้ โดยให้นิ้วหัวแม่มืออยู่กลางฝ่าเท้า นิ้วที่เหลือจับหลังเท้าเอาไว้ จากนั้นออกแรงกดนิ้วหัวแม่มือลงไปที่โคนนิ้วหัวแม่เท้า กดนวดสักครู่หรืออาจจะใช้การนวดคลึงที่โคนนิ้วสักพัก จึงเปลี่ยนเป็นจุดต่อไป



ภาพประกอบ 23 ให้วางนิ้วหัวแม่มือตรงโคนนิ้วหัวแม่เท้า

3) วิธีการนวดฝ่าเท้าและกดจุดฝ่าเท้าเป็นการนวดกดจุดบริเวณระหว่างโคนนิ้วกลางและนิ้วนางเท้า การนวดกดจุดนี้จะส่งผลต่อหูชั้นในซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้ยินโดยตรง ช่วยลดอาการผิดปกติของหู ลวดการวิงเวียนหรือหูอื้อ วิธีการนวดกดจุด ให้ใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงจุดดังกล่าว นวดคลึงให้ทั่ว ส่วนนิ้วที่เหลือก็ยึดจับเท้าเอาไว้ และควรทำควบคู่กับการกำหนดการหายใจเข้าออกอย่างสม่ำเสมอจะได้ผลดียิ่งขึ้นตั้ง



ภาพประกอบ 24 นวดกดจุดบริเวณระหว่างโคนนิ้วกลางและนิ้วนางเท้า

4) วิธีการนวดฝ่าเท้าและกดจุดฝ่าเท้าจุดนี้เป็นการนวดกดจุดบริเวณนูนเนื้อบนฝ่าเท้าที่อยู่ห่างจากโคนนิ้วหัวแม่เท้าเล็กน้อย จุดนี้จะส่งผลไปยังต่อมไทรอยด์ โดยตรง จากนั้นก็จะปล่อยเข้าสู่กระแสเลือด ฮอรโมนเหล่านี้มีหน้าที่กระตุ้นการเผาผลาญพลังงานของเซลล์ทั่วร่างกายและช่วยลดอาการพิการแซน ขา หรือกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นการทํากายภาพบำบัดได้อีกทางหนึ่งวิธีการนวดกดจุด นั้นให้ใช้นิ้วหัวแม่มือกดตรงบริเวณดังกล่าว นวดคลึงให้ทั่วบริเวณนั้น ทำสักครูให้เพิ่มแรงกดขึ้นอีกเล็กน้อย สลับกันไปแล้วจึงค่อยเปลี่ยนไปนวดกดจุดอื่นต่อไป



ภาพประกอบ 25 นวดกดจุดนูนเนื้อบนฝ่าเท้าที่อยู่ห่างจากโคนนิ้วหัวแม่เท้า

5) วิธีการนวดกดจุด ให้ใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุดบริเวณดังกล่าว ส่วนนิ้วที่เหลือสี่นิ้วให้อ้อมไปจับเท้าเอาไว้ จากนั้นเริ่มออกแรงกดและคลายนวดคลึงให้ทั่วจุดดังกล่าว ออกแรงกดแล้วคลายสลับกันไป อย่างกดแรงมากมักจะทำให้เจ็บและอักเสบบริเวณจุดนี้ได้



ภาพประกอบ 26 ใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุด

## 2. ตำรับแพทย์แผนปัจจุบัน

การรักษาข้อและกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุโดยแพทย์แผนปัจจุบัน มีทั้งหมด 3 วิธีคือ

2.1 รักษาทานยา โดยการกินยาแก้ปวดและรักษาต้นเหตุของโรค เช่น การอักเสบของข้อและกล้ามเนื้ออักเสบตามอาการโรค ฉีดยาเข้าข้อต่างๆที่ปวด ข้อเสื่อม เช่น ข้อเข่า เป็นต้น

2.2 กายภาพบำบัด ตามอาการของโรค ข้ออักเสบและกล้ามเนื้ออักเสบ เช่น ปวดหลัง ปวดบ่า และต้นคอ ทำกายภาพบำบัดมี

การประคบความร้อน (Hydrocollater) 20 นาที การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stimulator) 10 นาที การใช้เครื่องคลื่นสั้น (Short Wave Diathermy) 15 นาที การใช้เครื่องดึงคอ (Cervical Traction) 20 นาที การใช้เครื่องดึงหลัง (Pelvic traction) 20 นาที การจุ่มพาราฟิน (Parafin) 20 นาที การใช้เครื่องบริหารไหล่หมุนวงกลม 5 นาที การใช้เครื่องบริหารไหล่ดึงซักรอก 5 นาที

2.3 การผ่าตัด เป็นขั้นสุดท้ายในการรักษา 2 แบบไม่ได้ผล ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ดังนี้

2.3.1 อวัยวะผิดรูปจากเดิม (Deformity) เช่น เดินขาโก่งจากข้อเข่า ทำผิดรูปแบะออกไป

2.3.2 อวัยวะเสียการทำงาน (Dysfunction) เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพฤกษ์ อัมพาต

2.3.3 มีอาการชาตามอวัยวะต่างๆ เช่น เส้นประสาทถูกกดทับ (Impair Sensation)

## ตอนที่ 3 การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ

ในตอนนี้นำผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยแยกเป็น 3 ตอนย่อย ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 3.1 การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุของสถานพยาบาลเป้าหมาย

ตอนที่ 3.2 ผลการปฏิบัติการการบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ (กรณีศึกษา)

ตอนที่ 3.3 แนววิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ

ตอนที่ 3.1 การบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุของสถานพยาบาลเป้าหมาย

### 1. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

สภาพการดำเนินการ การบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีสูตรลูกประคบสมุนไพรตำรับแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออักเสบ สรรพคุณของสมุนไพรจะช่วยลดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เคล็ดขัดยอก ลดอาการบวมอักเสบและแก้โรคผิวหนัง ลดอาการเกร็งกล้ามเนื้อ ทำให้เนื้อเยื่อพังผืดยืดตัว ลดอาการติดขัดของข้อต่อ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนทำให้เลือดลมเดินสะดวก

แก้ลมวิงเวียน ช่วยบำรุงหัวใจ แก้อาการคันตามร่างกายช่วยบำรุงผิวหนัง สูตรลูกประคบสมุนไพรตำรับ แก้เคล็ดขัดยอก ฟกช้ำ ส่วนผสมลูกประคบสมุนไพร ผิวมะกรูด 50 กรัม หัวไพลสด 500 กรัม ตะไคร้บ้าน 100 กรัม ขมิ้นชัน 25 กรัม ขมิ้นอ้อย 25 กรัม ใบมะขามแก่ 25 กรัม ใบส้มป่อย 25 กรัม พิมเสน 50 กรัม การบูร 50 กรัม เถาเอ็นอ่อน 50 กรัม สมุนไพรของลูกประคบสมุนไพรส่วนใหญ่มีสรรพคุณในการแก้เคล็ดขัดยอก ฟกช้ำดำเขียว ทำให้เส้นเอ็นของกล้ามเนื้อหายอ่อนเมื่อผสมผสานกับความร้อนจากลูกประคบสมุนไพร ก็เท่ากับเสริมฤทธิ์ในการรักษาซึ่งกันและกัน สมุนไพรที่ใช้ตามตำรานี้ เป็นทั้งสมุนไพรแบบสดและสมุนไพรแบบแห้ง เป็นตัวยาทึมน้ำมันหอมระเหยจากพืชสมุนไพรซึ่งเป็นสารในการออกฤทธิ์ที่สำคัญนอกจากนี้เราอาจจะใช้สมุนไพรชนิดอื่น ๆ มาร่วมอีกก็ได้ เช่น ว่านนางคำ หัวหอม ใบพลับพลึง ขิงสด ว่านน้ำ ดีปลี เปราะหอม ผักบู่ เปลือกชะลูด ถ้าหาไม่ได้ก็ไม่เป็นไรใช้เท่าที่มี แต่ที่ขาดไม่ได้ก็คือ หัวไพล ผิวมะกรูด ใบมะขามแก่และใบส้มป่อย

อุปกรณ์ในการทำลูกประคบสมุนไพรรักษาโรค ได้แก่ เชียง 1 อัน และมีด 1 เล่ม ตัวยาสุมไพรรวมที่ใช้ทำลูกประคบสมุนไพร ผ้าดิบสำหรับห่อทำลูกประคบสมุนไพร 2 ผืน และเชือก 2 เส้น ยาว 1 เมตร หม้อนึ่งลูกประคบสมุนไพร กะละมัง ถู่มือ ผ้าขนหนู จานรองลูกประคบสมุนไพร

#### วิธีการทำลูกประคบสมุนไพรรักษาโรค

1. เตรียมสมุนไพรให้พร้อมก่อนลงมือปรุงตามสูตรลูกประคบสมุนไพร หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ โขลกพอแหลก นำสมุนไพรซึ่งน้ำหนักแต่ละชนิดตามสูตรมาตรฐานที่กำหนดไว้
2. นำส่วนผสมทั้งหมดของลูกประคบสมุนไพรมาคลุกเคล้าเข้าด้วยกัน เมื่อส่วนผสมเข้ากันดีแล้วให้นำมาทดสอบน้ำหนักรวมกันอีกครั้งหนึ่ง
3. นำส่วนผสมสมุนไพรลูกประคบมาใส่ในผ้า ห่อเป็นลูกประคบสมุนไพร รัดด้วยเชือกให้แน่น พร้อมใช้



ภาพประกอบ 27 ห้องนวดแผนไทย



วิธีการทอลูกประคบสมุนไพรรักษาโรค นำส่วนผสมสมุนไพรของลูกประคบมาวางตรงกลางผ้า เริ่มต้นจับมุมผ้า 2 มุม ขึ้นมาทาบกัน โดยจับที่ละมุมจนครบทั้ง 4 มุม จากนั้นจะเกิดมุมผ้าขึ้นมาอีก 4 มุม ให้นำมุมผ้าที่ละมุมอีกครั้งหนึ่งจนครบทั้ง 4 มุม แต่งชายผ้าให้เรียบร้อย ซ้อนกันเป็นชายเดี่ยว จากนั้นค่อย ๆ จัดแต่งลูกประคบสมุนไพรให้เป็นรูปทรงกลมที่สวยงาม เมื่อได้ลูกประคบสมุนไพรที่เป็นรูปทรงกลมที่สวยงามแล้ว ให้นำเชือกมาพับครึ่ง ร้อยเป็นห่วงให้ชายทั้งสองเท่ากัน จากนั้นพันทาบกัน 2 รอบแล้วผูกให้แน่นด้วยเงื่อนตาย 1 รอบ ก็จะทำให้เหลือปลายผ้าที่เท่ากันทั้งสองข้าง ค่อย ๆ จัดระเบียบชายผ้าในส่วนที่จะทำเป็นด้ามจับลูกประคบสมุนไพร การทำด้ามจับลูกประคบสมุนไพร โดยการจับชายผ้าที่เหลือมาซ้อนกันให้เรียบร้อย เสร็จแล้วพับเข้าหากันเพื่อเก็บชายผ้าทั้งสองด้าน หลังจากที่เราจัดแต่งและซ้อนชายผ้าของลูกประคบสมุนไพรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้พับลงมาประมาณ 2 นิ้วครึ่ง เพื่อทำด้ามจับ ใช้ปลายของเชือกเส้นเดิมมาพันทาบกันอีก 2 รอบ โดยการผูกเชือกแบบเงื่อนตายให้แน่นอีกครั้งหนึ่ง ให้ซ่อนปลายเชือกไว้ในซอกผ้าตรงรอยพับที่เป็นด้ามจับ เพื่อให้ลูกประคบสมุนไพรมีความแข็งแรงและสวยงามคงทนต่อการใช้งาน นำเชือกป่านมาผูกให้แน่นอีกครั้งหนึ่ง โดยผูกแบบเงื่อนตาย ปลายด้านหนึ่งยาวประมาณ 2 นิ้วครึ่ง เสร็จแล้วให้ยกขึ้นมาแนบกับด้ามจับลูกประคบสมุนไพร ใช้ปลายเชือกส่วนที่ยาวกว่าพันขึ้นมา โดยใช้ปลายนิ้วโลกดัดเชือกให้แน่น การทำเช่นนี้จะทำให้เชือกเรียงกันดูสวยงามและเป็นระเบียบ เมื่อพันจนสุดชายเชือกแล้วให้ผูกเงื่อนตายไว้กับปลายเชือกเส้นที่แนบไว้กับด้ามจับในตอนแรก จากนั้นซ่อนปลายเชือกไว้ในซอกผ้าที่เป็นด้ามจับ เพียงเท่านี้ก็ได้ลูกประคบสมุนไพรที่สวยงามพร้อมสำหรับการใช้งาน

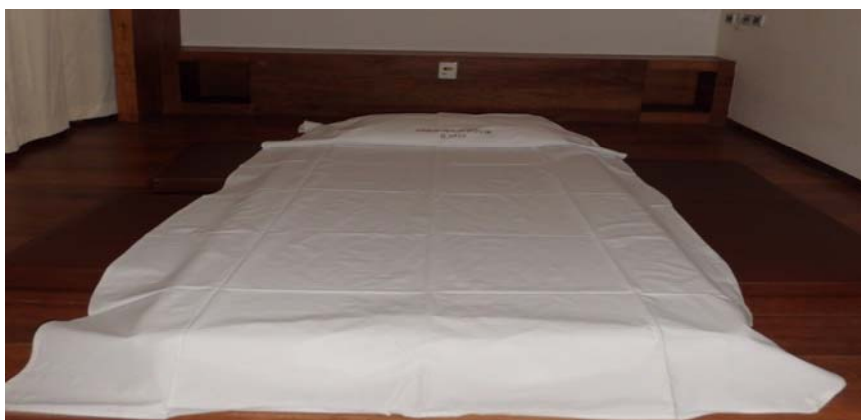
“... โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นสถานที่ให้บริการแก่คนไข้ที่ป่วยเป็นโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ โดยเฉพาะคนไข้ที่สูงอายุที่ป่วยเกี่ยวกับกล้ามเนื้ออับเสบ ทางโรงพยาบาลมีสถานพยาบาลนวดแผนไทยเพื่อรับการรักษานวดผู้ป่วยให้หายได้โดยมีการบูรณาการประคบสมุนไพรรักษาโรคและกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยได้หายจากโรคได้เร็วยิ่งขึ้น ...”

(พรเพ็ญ ตันประเสริฐ. 2555 : สัมภาษณ์)

## 2. โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์



ภาพประกอบ 28 สถานที่นวดแผนไทย ตึกปิยมหาราชารุณย์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช



ภาพประกอบ 29 ห้องนวดแผนไทย

สภาพการดำเนินการ การบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ สูตรเครื่องต้มสปาเพื่อสุขภาพ น้ำผัก น้ำผลไม้ บำบัดโรคกล้ามเนื้อบาดเจ็บ ส่วนผสมของเครื่องต้มสปา เพื่อสุขภาพประกอบด้วยแพร์สุก 2 ผล กีวี 3 ผล มะนาว 1/2 ผล วิธีทำ ล้างแพร์ ปอกเปลือกกีวี และนำไปคั้นน้ำด้วยเครื่องสกัดแยกกาก นำน้ำที่ได้ไปผสมกับน้ำมะนาว คนให้เข้ากัน เสิร์ฟเครื่องต้ม ผสมกับน้ำแข็ง ตกแต่งตามใจชอบ ด้วยกีวีฝานบาง ๆ เครื่องต้มสปาเพื่อสุขภาพส่วนนี้เตรียมได้ประมาณ 300 มิลลิลิตร (1/2 โพนต์)

สูตรเครื่องต้มสปาเพื่อสุขภาพ น้ำผัก น้ำผลไม้ บำบัดโรคกล้ามเนื้อบาดเจ็บกล้ามเนื้อบาดเจ็บเกิดขึ้นบ่อย ๆ ถึงแม้เราจะระมัดระวังเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม เรามักจะประสบปัญหาถูกกระแทก ให้อาการปวดกล้ามเนื้อบาดเจ็บอยู่ดี การเสริมวิตามินซี อย่างพอเพียงช่วยป้องกันกล้ามเนื้อบาดเจ็บ ทั้งช่วยลด อาการปวดกล้ามเนื้อและทำให้กล้ามเนื้อที่บาดเจ็บหายเร็วขึ้น วิตามินซี ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อและได้พลังงานจากการสันดาปดียิ่งขึ้น



ภาพประกอบ 30 มะนาว และลูกกีวี

กีวีฟรุต ผลไม้กีวีเป็นผลไม้ที่นำเข้ามาจากประเทศนิวซีแลนด์และออสเตรเลีย แต่ในปัจจุบันทางภาคเหนือของไทยสามารถปลูกได้แล้ว แต่กีวีของไทยจะมีผลเรียวยาวและไม่หอมเท่ากีวีของต่างประเทศ กีวีมีคุณสมบัติพิเศษที่เก็บเกี่ยวขณะยังไม่สุก เนื้อยังแข็ง ทำให้สะดวกต่อการขนส่งเพราะไม่ช้ำง่าย ผลกีวีจะค่อย ๆ สุกอย่างช้า ๆ หากห่อด้วยพลาสติกและจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม จะยังสามารถอยู่ได้หลายเดือน และนี่เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ซูเปอร์มาร์เกตมักมีกีวีฟรุตวางขายเกือบทั้งปี เนื้อกีวีมีรสหวานอมเปรี้ยวแบบอ่อน ๆ แต่กลิ่นสดชื่น มีสีเขียวใส มีเมล็ดสีดำกระจายรอบแกนขาว

จึงนิยมสไลซ์เนื้อกีวีไปประดับจานอาหาร และเหมาะสำหรับกินเป็นผลไม้ หรือจะนำมาทำน้ำผลไม้ปั่นก็ได้ เนื้อกีวีมีน้ำไม่มากจึงเหมาะทำน้ำผลไม้ปั่นมากกว่าคั้น กีวีมีวิตามินซีสูงมากเป็นพิเศษ อีกทั้งมีเอนไซม์ช่วยย่อยอาหาร ไม่ว่าจะกินเป็นผลไม้สดหรือน้ำผลไม้ปั่น ควรเลือกผลที่สุก ผิวนุ่มเมื่อสัมผัสหรือกดเบา ๆ แต่ยังตั้งและไม่มีรอยแผลใด ๆ ไม่มีรอยช้ำ เปลือกผลก็วิญญูสามารถกินได้ แต่ทั่วไปไม่นิยมกินเปลือกคงจะด้วยรังเกียจขนอ่อน ๆ ของมัน

สูตรเครื่องดื่มน้ำผัก น้ำผลไม้ บำบัดโรคข้ออักเสบ ส่วนผสมของเครื่องดื่มสปาเพื่อสุขภาพประกอบด้วยเกรปฟรุตสีชมพู 125 กรัม แครร์รอต 125 กรัม ปวยเล้ง 25 กรัม วิธีทำ ปอกเกรปฟรุต ใช้ส่วนแกนกลางด้วยนำไปคั้นน้ำผสมกับแครร์รอตและปวยเล้งด้วยเครื่องสกัดแยกกาก ผสมกับน้ำแข็ง เสิร์ฟเครื่องดื่มเย็น ตกแต่งหน้าด้วยเกรปฟรุตตามชอบ เครื่องดื่มสปาเพื่อสุขภาพส่วนนี้เตรียมได้ประมาณ 200 มิลลิลิตร ข้ออักเสบ" สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของข้ออักเสบก็คือ ผิวหน้าของกระดูกอ่อนในข้อ ซึ่งเป็นส่วนปิดปลายกระดูกสึกกร่อนจากการสัมผัสกัน และจากวัยที่มากขึ้น ข้อที่อักเสบจะบวม และเจ็บปวดมากอาหารหลายชนิดช่วยบำบัดอาการปวดข้ออักเสบนี้ได้ เช่น กะหล่ำปลี มะนาว ส้ม เบอร์รี่

1. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข การบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยสมุนไพรสูตรต่างๆ ดังภาพประกอบ 31-34



ภาพประกอบ 31 บิดาการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข



ภาพประกอบ 32 อาคารศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข



ภาพประกอบ 33 ห้องที่บูชาหมอชีวกโกมารภัจจ์แพทย์ของพระพุทธเจ้า



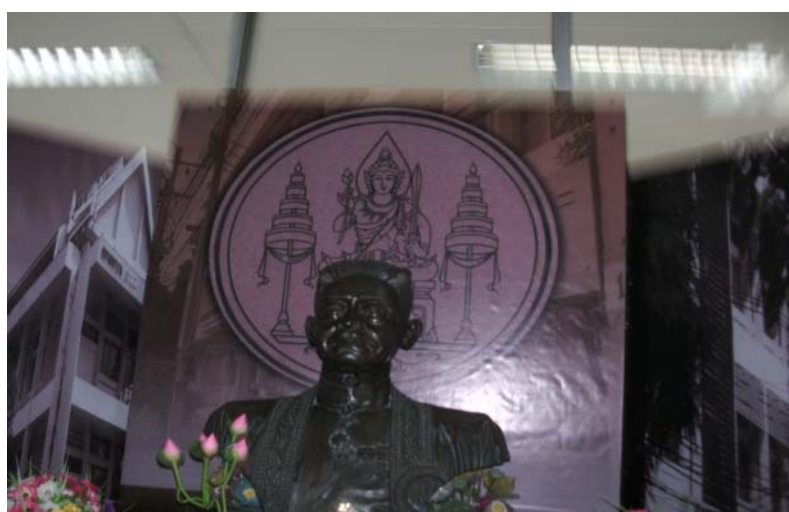
ภาพประกอบ 34 ตรวจสอบประวัติผู้มาวัดและวัดความดัน

สูตรที่ 1 ยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพและความงาม สูตรดั้งเดิมจากชาววัง ส่วนผสมของยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ สูตรดั้งเดิมจากชาววัง 5 ยอด ใบมะกรูด 5 ยอด ใบมะขามแก่ 5 ยอด ต้นตะไคร้ทุบแตก ตัดเป็นท่อนสั้น 5 ยอด หอมแดงทุบแตก 5 ยอด ไพลหั่นเป็นแว่น 5 ยอด ใบส้มป่อย 2 กรัม การบูรบดละเอียด วิธีปรุงส่วนผสมของยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพและความงาม สูตรดั้งเดิม นำสมุนไพรทั้งหมดล้างให้สะอาด จากนั้นให้เอาใบมะกรูดมาเด็ดและฉีกเป็นชิ้น ๆ ต้นตะไคร้เอามาทุบแล้วหั่นเป็นท่อน ๆ ประมาณ 1 นิ้วเศษ เพื่อให้ต้มได้ง่ายขึ้น รูดใบมะขามแก่ แล้วขยี้ใส่ลงไปในหม้อ ต้มทั้งใบและก้าน ขยี้ใบส้มป่อย ใส่ลงไปทั้งใบและก้าน เอาไพลมาหั่นเป็นแว่นแล้วทุบ ทุบหอมแดงให้แตก ใส่ลงไปในหม้อต้ม ส่วนการบูรนั้นให้โรยลงไปเวลาที่น้ำสมุนไพรกำลังเดือดจัด เพื่อให้การบูรส่งกลิ่นหอมและรักษาคุณประโยชน์ของการบูรไว้อย่างเต็มที่ไอน้ำร้อนจากการต้มยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพและความงาม สูตรดั้งเดิมนี้ จะนำมาใช้ประโยชน์ในการอบสมุนไพรเพียงหนึ่งครั้งเท่านั้น หากต้องการทำเป็นสมุนไพรแห้ง จะต้องนำสมุนไพรไปตากแดด หรืออบด้วยความร้อนให้แห้งเสียก่อน แล้วจึงนำมาบดให้ละเอียด รวมทั้งใส่การบูรซึ่งบดจนละเอียดแล้วผสมลงไปด้วย กลิ่นหอมของการบูรจะโชยออกมาทันที จากนั้นนำไปบรรจุไว้ในถุงผ้าขาวบาง และห่อหุ้มด้วยถุงพลาสติกอีกชั้นหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวยาจากสมุนไพรระเหิดออกไปจนเสียสรรพคุณสำคัญ อันจะทำให้การใช้ยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพนี้ไม่ให้เกิดผลดีเท่าที่ควร

สูตรที่ 2 ยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ส่วนผสมของยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ 5 ยอด ใบส้มโอ 5 ยอด ใบมะขามแก่ 5 ยอด ใบมะกรูด 1 ชิ้น ไพลทุบแตก 1 ชิ้น เหง้าข่าแก่ ทุบแตก 5 ยอด ใบกระเพราแดง 2 กรัม การบูรบดละเอียด วิธีปรุงส่วนผสมของยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ล้างสมุนไพรทั้งหมดนี้ให้สะอาด นำพืชสมุนไพรที่เป็นใบมาเด็ดเป็นชิ้นเล็ก ๆ เพื่อให้ตัวยาสมุนไพรละลายออกมาได้ง่ายเวลาต้ม นำใบมะขามแก่มารูดใบออก แล้วขยี้ให้แหลก (เวลาต้มให้ใส่ก้านลงไปต้มด้วย) สำหรับใบมะกรูดให้ฉีกเป็นเส้น ๆ (ใส่ก้านลงไปต้มด้วย) ส่วนเหง้าไพลเอามาทุบให้แตก สำหรับใบกระเพราแดงนั้น รสชาติจะเผ็ดร้อนกว่าใบกระเพราขาวมาก เมื่อนำมาปรุงเป็นยาจะให้ความเข้มข้น และมีสรรพคุณทางยาที่ดีมาก

สูตรที่ 3 ยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพสูตรดั้งเดิม ส่วนผสมของยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ 2 กำมือ ว่านน้ำ (ถอนเอามาทั้งราก ต้น ใบ) 2 กำมือผักหนาม (ถอนเอามาทั้งต้น) 5 ยอด ใบมะกรูด 5 หัว หอมแดง 5 ต้น ต้นตะไคร้ทุบ ตัดเป็นท่อนสั้น ๆ 1 นิ้ว 5 ยอด ส้มป่อย 2 กรัม การบูรบดละเอียด วิธีปรุงส่วนผสมของยาอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ นำสมุนไพรข้างต้นมาต้มเป็นโดยมีวิธีการเตรียมสมุนไพรชนิดต่าง ๆ ก่อนนำไปต้มเช่นเดียวกับการเตรียมยาอบสมุนไพรในสูตรที่ 1 และ 2 ซึ่งจะทำให้สรรพคุณของตัวยาในสมุนไพรละลายออกมาได้ง่ายและมากขึ้น

4. สถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.)



ภาพประกอบ 35 สถานพยาบาล สกสค.



ภาพประกอบ 36 เจ้าหน้าที่นวดเท้า



ภาพประกอบ 37 ผู้ป่วยมารับบริการนวดแผนไทย 10 ครั้ง มีอาการดีขึ้น

#### 4.1 สุขภาพทางร่างกาย

4.1.1 การประคบสมุนไพรการนำเอาสมุนไพรทั้งสดหรือแห้งหลายๆ ชนิด โขลกพอแหลกและคลุกรวมกัน ห่อด้วยผ้า ทำเป็นลูกประคบ หนึ่งด้วยไอน้ำร้อน แล้วนำไปประคบเป็นวิธีการรักษาของแพทย์แผนไทย ที่มักจะนำไปใช้ควบคู่กับการนวดไทย การประคบจะมีทั้งการประคบด้วยน้ำร้อนและการประคบสมุนไพร โดยจะประคบสมุนไพรหลังการนวดเสร็จแล้ว ประโยชน์ของการประคบบรรเทาอาการปวดเมื่อย ช่วยลดอาการบวม อาการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ภายหลัง 24 - 48 ชั่วโมง ช่วยลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้เนื้อเยื่อ ฟังผืด ยืดหยุ่นตัวได้ดี ลดอาการติดขัดของข้อต่อ ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตระยะเวลาที่ใช้ในการประคบ โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที ต่อการประคบ 1 ครั้ง ถ้ามีอาการเคล็ดขัดยอกกล้ามเนื้ออักเสบ อาจจะประคบ ได้วันละ 2 ครั้ง ข้อควรระวังในการประคบ อย่าใช้ความร้อนที่มากเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณผิวหนังที่อ่อนระมัดระวังในกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน อัมพาต เด็กและผู้สูงอายุ ห้ามประคบ ในกรณีที่มีการอักเสบในช่วง 24 ชั่วโมง หลังการประคบ ไม่ควรอาบน้ำทันที



ภาพประกอบ 38 การประคบสมุนไพร

4.1.2 ผู้สูงอายุกับการปฏิบัติตัว พื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยจะต้องประสานระหว่างตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และ ศูนย์บริการทางการแพทย์แผนไทย ควรเน้น การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ และ ปัจจัย 4 การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ และปัจจัย 4 อาหารการกินของผู้สูงอายุ จะต้องครอบคลุมอาหารหลัก 5 หมู่ ไม่ว่าจะเป็นโปรตีน ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน ผัก ผลไม้ เป็นต้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด มันจัด และเค็มจัด (ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม) และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และน้ำอัดลม มีแร่ธาตุหลาย ชนิดที่ผู้สูงอายุต้องการและมักขาด คือ แคลเซียม เหล็ก และสังกะสีอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม เต้าหู้ ถั่วเหลือง สาหร่ายทะเล เมล็ดงา ปลาตัวเล็ก ปลาปน ผักใบเขียว อาหารที่มีสังกะสี ได้แก่ อาหารทะเล ปลา จมูกข้าวสาลี เมล็ดงา อาหารที่มีเหล็กมาก ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ สาหร่ายทะเล เมล็ด พักทอง เมล็ดงา จมูกข้าวสาลี การออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายของคนเรา เสี่ยงต่อโรคหลายๆ โรคด้วยกัน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคเครียดและซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อมและกระดูกพรุนผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมของร่างกาย เช่น การทำกายบริหาร ช่วยให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อแข็งแรง ทรงตัวดีไม่หกล้มง่าย รำมวยจีน ฟิกโยคะ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3-5 นาทีขึ้นไป การวิ่งเหยาะ การเดินเร็ว ซี่จักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก หรือการเดินบนสายพาน การฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ ต้นขาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ลดอาการปวด และลดความรุนแรงของโรค การเล่นกีฬาที่ชอบ ได้ความสนุกสนาน แต่ไม่หักโหมจนเกินไป ออกกำลังกายอย่างไรได้ประโยชน์ ถ้าไม่มีโรคประจำตัว การออกกำลังกายแบบแอโรบิกได้ประโยชน์มากที่สุดค่อยๆ เริ่มยืดเส้นยืดสายก่อน เมื่อจะเลิกก็ค่อยๆ หยุด ให้ร่างกายและหัวใจได้ปรับตัว ระยะเวลาการออกกำลังกาย 30 นาทีต่อครั้ง และ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป้าหมายเพื่อให้อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ ร้อยละ 50-80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ



4.1.3 การบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อหัวเข่าของผู้สูงอายุ (1) นั่งเหยียดขาหลังตรง (นั่งบนพื้นราบ) เหยียดเข้าให้สุดและเกร็งไว้ 5-10 วินาที (2) นั่งเหยียดขา หลังตรง มีผ้าม้วนเส้นผ่านศูนย์กลาง 3 นิ้ว รองใต้หัวเข่า ขาจะงอเล็กน้อยจากนั้นเหยียดขาให้ตรงทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง อาจเพิ่มน้ำหนักที่ข้อเท้าได้ (3) ใช้ ไม้กระดานที่ออกแบบมาสำหรับบริหารกล้ามเนื้อบริเวณหัวเข่า ประกอบด้วยไม้กระดานยาว ส่วนกลางจะมีไม้อีกแผ่นซึ่งพับและปรับระดับความลาดชันได้ 3 ขนาด ขณะออกกำลังกายให้อนราบกับพื้นขาข้างที่จะบริหารให้พาดไปบนไม้ ซึ่งพับงอ โดยเข่าอยู่บนมุมของไม้กระดาน เข่าจะงอ ใช้น้ำหนักถ่วงข้อเท้าขณะที่ขาอีกข้างเข่าเหยียด เมื่อเริ่มทำครั้งแรกควรปรับระดับให้ไม่มีความลาดชันน้อยที่สุด จากนั้นยกปลายเท้าให้เข่าเหยียดตรง ทำหลายครั้งจากนั้นจึงสลับขาอีกข้างทำนี้จะปลอดภัยไม่ปวดหลัง เพราะมีแรงต้าน (4) นั่งบนโต๊ะห้อยขาให้เท้าข้างที่จะออกกำลังวางอยู่บนม้านั่ง นำน้ำหนักมาถ่วงข้อเท้า ยกน้ำหนักโดยการเหยียดเข่า ยกปลายเท้าขึ้น ทำนี้จะมีแรงต้านถ่วงเหลือเพียงเล็กน้อย น้ำหนักในแนวตั้งจะหมดไปโดยการรับน้ำหนักของม้านั่ง ให้ทำสลับกันทั้งสองขา (5) การดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย อาหารความต้องการพลังงานลดลง แต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรลดอาหารประเภทไขมัน (น้ำมันจากสัตว์ และพืช ไข่แดง เนย) และประเภทคาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้งและน้ำตาล) ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารโปรตีน หรือกลุ่มเนื้อสัตว์ ประมาณ 50-60 กรัมต่อวัน หรือประมาณมื้อละ 2 ช้อนโต๊ะ ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย พวกปลาจะดีที่สุด ผู้สูงอายุกินไข่ขาวได้ไม่จำกัด แต่ควรกินไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อปาด้า ผู้สูงอายุควรกินผักมาก ๆ ทั้งผักที่ใช่ใบ หัวและถั่วต่าง ๆ ผลไม้รับประทานได้มากเช่นกัน แต่ควรเลือกผลไม้ที่ไม่หวานจัด ผลไม้ที่หวานจัดเช่น กล้วยสุก มะม่วงสุก ทูเรียน ลำไย ควรรับประทานแต่น้อย เพราะถ้ารับประทานมากอาจจะทำให้เกิดโรคตามมาได้ เช่นเบาหวาน การออกกำลังกายผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายมีความคล่องตัว แข็งแรง ซึ่งจะทำให้การทรงตัว และการเคลื่อนไหวดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย อูจจาระ ปัสสาวะจะต้องให้ความสนใจการขับถ่ายของผู้สูงอายุด้วยว่ามีปัญหาหรือไม่ บางรายอาจจะเกิดปัญหาถ่ายยาก ถ่ายลำบากอีกส่วนหนึ่งอาจมีปัญหาเรื่องกลิ่นการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งแต่ละปัญหาจะต้องให้การดูแลแก้ไขไปตามสาเหตุ อากาศ และแสงอาทิตย์จะเน้นให้อยู่ในสถานที่ ๆ มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสม

#### 4.2 สุขภาพทางจิตใจ

การฝึกจิตในชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ “จิต” ที่ดีมีความสำคัญยิ่งต่อคุณภาพชีวิต พระพุทธองค์ทรงแสดงถึงความสำคัญของการฝึกอบรมจิตปรากฏในพระไตรปิฎก การฝึกจิตในชีวิตประจำวัน จะสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเป็นสุข รู้จักตัวเอง มองดูทุกข์ด้วยความรู้เท่าทัน ไม่ถูกทุกข์บีบคั้น จิตใจปลอดโปร่งเป็นอิสระ เกิดการผ่อนคลายทั้งกายและใจ จิตที่ดีเป็นกุศล จะประกอบด้วยสติเสมอ และต้องมีความเบาถ้าปฏิบัติแล้วจิตเราหนักๆ เป็นอกุศล และต้องเป็นจิตที่คล่องแคล่ว ถ้าซึมๆ ท้อๆ เป็นจิตอกุศล ต้องระมัดระวัง ควรแก่การทำงาน การปฏิบัติธรรมในเบื้องต้น ได้แก่ หมั่นพิจารณาความแก่ ความเจ็บ ความตาย อยู่เป็นประจำ เพราะเป็นความจริงแท้ของชีวิต ที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ไม่ว่าเราจะดิ้นรนแสวงหาเงินทองสะสมทรัพย์ไว้มากเพียงใด วันหนึ่งเราก็ต้องพลัดพรากจากสมบัติที่เราหาเอาไว้ ทรัพย์สมบัติเป็นเครื่องช่วยให้เราดำรงชีวิต เป็นทรัพย์ภายนอก พุทธศาสนาเปรียบไว้เสมือนกิ่งใบของต้นไม้ เมื่อเราตายก็นำติดตัวไปไม่ได้ การได้พิจารณาแบบนี้บ่อยๆ ความโลภในทรัพย์สมบัติก็จะลดลง มุ่งหน้าทำความดี มาสะสมอริยทรัพย์ คือ ให้ทาน รักษาศีล และฝึกจิตเจริญภาวนา อันเป็น

ทรัพย์ภายในที่เราจะพึงพาอาศัยได้ การให้ทานหมายถึง การให้โดยบริสุทธิ์ใจ ไม่หวังผลตอบแทน การให้ทานเป็นการขจัดความตระหนี่ ความโลภในใจ ไปทีละน้อย ทานจึงเป็นพื้นฐานของการพัฒนา คุณภาพจิตให้เจริญก้าวหน้า อนึ่ง ธรรมทาน(การให้ธรรมะเป็นทาน) เป็นการให้ที่ประเสริฐกว่าทานทั้งปวง เปรียบได้กับการให้ประทศปสงฆ์ทางชีวิต ที่ดีงาม อาณิสสรของการให้ทาน ที่ผู้รับจะได้ทันทีก็คือ ได้รับความสุขยังอันเกิดจากการให้ การรักษาศีล ศีลเป็นคุณธรรมที่ทำให้ใจสงบ ปลอดภัยวุ่นวาย นำไปสู่จุดหมายอันดีงามได้ง่าย เราควรตั้งใจรักษาศีล 5 ให้สมบูรณ์ เพื่อเป็นกรอบให้เราไม่เบียดเบียนผู้อื่น และหาโอกาสรักษาศีล 8 เพื่อฝึกหัดขัดเกลากาย ให้มองเห็น ว่าความสุขเกิดขึ้นได้ โดยกินง่าย นอนง่าย อยู่ง่าย ไม่ต้องพึ่งพาทรัพย์ภายนอกมากนัก การเจริญภาวนา ให้หมั่นฝึกจิต เจริญสติ และเจริญเมตตา ภาวนาอยู่เป็นประจำ โดยเฉพาะเวลาก่อนนอนและตอนเช้า ก่อนที่จะเริ่มภาระกิจอย่างอื่น ช่วยให้เราดำเนินชีวิตได้ ด้วยการคิดดี พูดดี ทำดีได้ไม่ยาก การฝึกสติตื่นรู้อยู่เสมอ ทำให้อารมณ์ของเรานั้นคง กำกับอารมณ์ของตัวเองได้ จึงใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีเมตตากรุณา ถ้าเราเริ่มรู้จักตนเอง มีสติ รู้ทันกิเลสของตัวเองแล้ว วิธีคิดก็เป็นระบบมากขึ้น การตัดสินใจปัญหาต่างๆ ก็ชัดเจนขึ้น เริ่มมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ ตามความเป็นจริง ทั้งตัวเอง เหตุการณ์ต่างๆ และสิ่งแวดล้อม จึงมีใจเป็นกลางๆ ที่ทำให้ออกคิดหรือความลำเอียงไม่สามารถแทรกแซงการตัดสินใจ ไม่ว่าจะมึนทึบ มึนงงใดๆ เกิดขึ้นในชีวิต ก็สามารถจะใช้ปัญญาแก้ปัญหา หาทางออกได้ในทุกสถานการณ์

4.2.1 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ บุคคลเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการดูแล พ่อ-แม่ ญาติ ผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันต้องยอมรับว่าสภาพเศรษฐกิจ และสังคมเปลี่ยนแปลง ย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนไทย ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

1) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด ที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี อาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วยต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันทีที่ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีการปรับปรุง และพัฒนาจิตใจของตัวเอง ให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้นเมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็น จะมึนมากขึ้นด้วย แต่การแสดงออก จะขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือ การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองใน

แง่ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุ เสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย ต้องการการยอมรับ และเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความ มีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะ สนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น การสร้าง วิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นคือ การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับ สภาพ ทำให้ผู้สูงอายุบางคน มุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น ความผิดปกติทางจิตใจและใน วยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมและกลุ่ม อาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม อาการเริ่มแรกผู้ป่วยจะจำ วันเวลาไม่ได้ ความจำเสื่อม ความสามารถทางปัญญาลดลง การปรับตัวและการตัดสินใจช้า กลุ่มอาการ ทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อมมี 4 ลักษณะ คือ สมองเสื่อม อาการเพ้อคลั่ง กลุ่มอาการหลงลืมและกลุ่ม อาการทางอารมณ์

3) ความต้องการทางด้านสังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ต้องการได้รับความ สนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมและมี บทบาทในสังคมตามความถนัด ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้าน ความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและ สังคม ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

4.2.2 ความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสุขภาพเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จำเป็นจะต้องพึ่งพาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นญาติสนิทหรือลูกจ้าง ดังนั้น ความต้องการของ ญาติหรือผู้จ้างต้องการคาดหวังจากผู้ดูแลเบื้องต้น คือ

- 1) ความเป็นกัลยาณมิตร คอยห่วงใย เอาใจใส่ใจ คอยช่วยเหลือเสมอ
- 2) มีความเมตตา กรุณา เข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุว่าต้องการอะไร
- 3) ดูแลให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภยันตรายจากอุบัติเหตุ และรู้แหล่งขอความ ช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับปัญหา ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่
- 4) มีวาจาสุภาพ รู้จักกาลเทศะพูดในสิ่งที่ทำให้ผู้ฟังสบายใจ
- 5) ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไม่ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในสภาพ อย่างไร เช่น สมองเสื่อมชว ยเหลือตนเองได้น้อย เป็นต้นและ
- 6) ญาติวางใจได้ เชื่อสัตย์ ไม่ลักขโมยทรัพย์สินของเจ้าของบ้าน การที่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุจะตอบสนองความปรารถนาของญาติได้ครบหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งที่เป็น ปัจจัยด้านคุณสมบัติส่วนตัวของผู้ดูแล และปัจจัยที่ญาติหยิบยื่นให้ รวมทั้งปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุ หาก ผู้ดูแลพึงพอใจในสิ่งตอบแทน รวมทั้งปัจจัยในตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลก็มักจะให้การดูแลที่ตอบสนองต่อ ผู้สูงอายุได้เป็นที่พึงพอใจ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบสิ่งที่เป็นจุดอ่อนและจุดแข็งต่อกรณีบูรณาการวิธีการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออัมพาตด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการ นวดแผนไทย โดยสรุปจุดอ่อนและจุดแข็งได้ดังนี้

### จุดอ่อน

1. ระบบการแพทย์แผนไทยขาดการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ที่เป็นคนรุ่นใหม่
2. สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจในระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย
3. ระบบการแพทย์แผนไทย ขาดแคลนปัจจัยหลักที่เอื้อต่อการพัฒนา
4. รัฐบาลไม่มีนโยบายในการยกระดับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง

### จุดแข็ง

1. สังคมเกิดการตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติบำบัด ซึ่งการนวดแผนไทยเป็นหนึ่งในการแพทย์แผนไทย ที่มีการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับธรรมชาติ และได้รับความนิยมน้อย่างแพร่หลาย
2. การแพทย์แผนไทย เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่เรียบง่ายไม่ซับซ้อน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย
3. การให้บริการการแพทย์แผนไทยช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ
4. การให้บริการการแพทย์แผนไทย สามารถลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน
5. การสืบสานภูมิปัญญาไทยปัจจุบันกลายเป็นภารกิจหลักของรัฐ ภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพ จึงเป็นภารกิจหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาต่อยอดสืบไป

สรุปได้ว่า การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยการบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย เป็นการดำเนินการควบคู่กันและบูรณาการวิธีการฟื้นฟูพร้อมกันทั้ง 2 ด้าน

ด้านสุขภาพร่างกาย ดำเนินการโดย (1) การประคบสมุนไพร โดยนำเอาสมุนไพรทั้งสดหรือแห้งหลายๆ ชนิด โขลกพอแหลกและคลุกรวมกัน ห่อด้วยผ้า ทำเป็นลูกประคบ หนึ่งด้วยไอบรรณ แล้วนำไปประคบบริเวณที่ปวดเป็นวิธีการรักษาของแพทย์แผนไทยมีการควบคู่กับการนวดแผนไทย (2) การอบไอน้ำสมุนไพร เป็นการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ดูแลสุขภาพร่างกายด้วยการอบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ สมุนไพรแบบสดและสมุนไพรแบบแห้ง สมุนไพรแบบสด สูตรสมุนไพรที่ใช้อบประกอบด้วย ยอดผักบุ้ง 5 ยอด ใบมะกรูด 3-5 ใบ ใบมะขาม 1 กำมือ ใบส้มป่อย 1 กำมือ ต้นตะไคร้ 3 ต้น หัวไพล 2-3 หัว ใบพลับพลึง 1-2 ใบ ใบหนาด 3-5 ใบ ขมิ้น 2-3 หัว การบูร 15 กรัม สรรพคุณเพื่อรักษาโรคและช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้

ด้านสุขภาพทางจิตใจ การฝึกจิตในชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ มีความสำคัญยิ่งต่อคุณภาพชีวิต การฝึกสมาธิในชีวิตประจำวัน จะสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเป็นสุข รู้จักตัวเอง มองดูทุกข์ด้วยความรู้เท่าทัน ไม่ถูกทุกข์บีบคั้น จิตใจปลอดโปร่งเป็นอิสระ เกิดการผ่อนคลายทั้งกายและใจ

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) ความพึงพอใจทางกาย ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด ที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี อาหารการกินที่ถูกลักษณะ (2) ความพึงพอใจด้านจิตใจ ผู้สูงอายุ อารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง (3) ความต้องการทางด้านสังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ และด้านความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุ

โดยที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสุขภาพเสื่อมถอยทั้งร่างกายและจิตใจ การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จำเป็นจะต้องพึ่งพาจากผู้อื่น ดังนั้น ความต้องการของญาติ เบื้องต้น คือ (1) ความเป็นกัลยาณมิตร คอยห่วงใย เอาใจใส่ คอยช่วยเหลือเสมอ (2) มีความเมตตา กรุณา เข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุว่าต้องการอะไร (3) ดูแลให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภยันตรายจากอุบัติเหตุ (4) มีวาจาสุภาพ รู้จักกาลเทศะ พูดในสิ่งที่ทำให้ผู้ฟังสบายใจ (5) ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไม่ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในสภาพอย่างไร ในขณะที่เดียวกันบางโรงพยาบาลมีการใช้น้ำสมุนไพรสดสูตรเครื่องต้มยำ น้ำผลไม้ บำบัดโรคข้ออักเสบ ให้ผู้ป่วยได้หายเร็วขึ้น

ตอนที่ 3.2 ผลการปฏิบัติการการบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ (กรณีศึกษา)

จากบทเรียนการบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ ทั้ง 4 แห่ง ผลการสนทนากลุ่มและการประชุมปฏิบัติการผู้วิจัยนำข้อสรุปแนวทางการบูรณาการมาปฏิบัติจริงในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาล สกสค. เป็นกรณีศึกษา ดำเนินการการค้นหาสาเหตุของโรค โดยวิธีซักประวัติและตรวจร่างกาย เป็นการค้นหาสาเหตุของโรค โดยวิธีซักประวัติและการตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ ทำให้การวินิจฉัยโรคเกิดความแม่นยำ ถูกต้อง รู้อาการโรคสาเหตุทำให้เกิดโรค ดำเนินการฟื้นฟู พร้อมกับการให้คำปรึกษาแนะนำ ดำเนินการบันทึกแบบฟอร์มการรักษาโรค 6 กรณีตามรายละเอียด ดังนี้

#### 1. การซักประวัติ

ประวัติข้อมูลส่วนตัว การบันทึกข้อมูลประวัติบัตรประชาชน ตั้งแต่เลขบัตร ให้เขียนเลขที่ตามลำดับคนไข้ ให้เขียนชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานภาพ เชื้อชาติ สัญชาติ ประวัติโรค

อาการสำคัญ เป็นคำบอกเล่าของคนไข้ ของความต้องการที่จะมาพบหมอ ระยะของอาการที่เป็น

ประวัติปัจจุบัน

อาการสำคัญ สาเหตุของการเกิดโรค การดำเนินของโรค และลักษณะอาการ ปัจจุบันเป็นอย่างไร อาการนั้นเป็นมาเวลาใด ตำแหน่งที่อยู่ทีใด สาเหตุ โรคกำเริบ และเคยผ่านการรักษาอย่างไรมาบ้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยในครั้งก่อนๆ ประวัติการผ่าตัด ประวัติอุบัติเหตุ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติเจ็บป่วยแต่อดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว

2. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต ตรวจจับชีพจร ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดปรอทไข้ (อุณหภูมิ)

3. การตรวจเฉพาะโรค การตรวจเฉพาะโรคที่คอ หัวไหล่ เข่า ข้อเท้า หลัง รวมทั้งการอ่อนแรง อัมพาต อัมพฤกษ์ การตรวจร่างกาย การตรวจการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน จุดเจ็บ การเคลื่อนไหว สิวหนัง

4. การบันทึกชื่อโรคและสูตรการรักษา ผู้รับผิดชอบการวิเคราะห์โรคจากข้อมูลตามแบบบันทึกผู้ป่วย แล้วจึงวางแผนใช้สูตรนัดให้เหมาะสมกับคนไข้เป็นรายๆ ไป สูตรการรักษามี 5 สูตรคือ สูตรเร่งด่วน สูตรเพื่อการศึกษา สูตรปรุงแต่ง สูตรแก้ตามอาการและ สูตรส่งเสริมสุขภาพ

5. คำแนะนำส่งเสริมหลังการรักษา ได้แก่ การประคบ ทำบริหาร การพักผ่อน หลีกเลี่ยง พฤติกรรมการเกิดโรค งดอาหารแสลง ห้ามบิด ดัด สลัดข้อต่อส่วนที่มีอาการผิดปกติ

### ตัวอย่าง

#### แบบบันทึกผู้ป่วยและตัวอย่างการบันทึกข้อมูล

แบบบันทึกผู้ป่วย		HN (เลขที่บัตร)	
		1923/53	
ประวัติชื่อ-สกุล	นางประภา อาระพล	เพศ หญิง	อายุ 65 ปี
สถานภาพ	( ) โสด (✓) สมรส	( ) หม้าย	( ) หย่าร้าง
เชื้อชาติ	ไทย สัญชาติ ไทย	อาชีพ	ข้าราชการบำนาญ
ภูมิลำเนา(จังหวัด)	กรุงเทพฯ		
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่	237/12 ซอย -	ถนน	จรัญสนิทวงศ์ 29
ตำบล/แขวง	บางขุนศรี อำเภอ/เขต	บางกอกน้อย	จังหวัด กรุงเทพฯ
รหัสไปรษณีย์	-		
โทรศัพท์สถานที่ทำงาน	-		
โทรศัพท์บ้าน/มือถือ	-		
<b>อาการสำคัญ</b>	ปวดไหล่และหลัง		
<b>ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน</b> ประมาณ 2 วันก่อน ยกของขึ้นบันได เข้าวันรุ่งขึ้น ปวดไหล่และหลังตรงกระเบนเหน็บ และรู้สึกเสียวชาลงมาถึงมือ ซ้าย ผู้ป่วยกินยาแก้ปวด อาการไม่ดีขึ้น จึงมาพบแพทย์			
<b>ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต</b> เมื่อประมาณ 4-5 เดือน ยกของหนักจะมีอาการปวดไหล่และหลังทุกครั้ง ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ไม่เคยผ่าตัด ไม่แพ้ยา			
<b>ประวัติครอบครัว</b> -			
<b>ประวัติส่วนตัว</b> มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลศิริราช รับประทานอาหาร 3 มื้อ พักผ่อนประมาณ 7-8 วัน เวลานอนและยกของหนักจะรู้สึกปวดหลังมาก			
<b>ประวัติประจำเดือน</b> หมดประจำเดือนมา 20 ปี			
<b>การตรวจร่างกาย</b>			
อุณหภูมิ	36.8 องศาเซลเซียส	ชีพจร	96 ครั้ง/นาที
การหายใจ	18 ครั้ง/นาที	ความดันโลหิต	130/84 มิลลิเมตรปรอท
น้ำหนัก	50 กิโลกรัม	ส่วนสูง	154 เซนติเมตร
<b>การตอบสนองของกล้ามเนื้อ</b>			
กล้ามเนื้อไบเซป	ซ้าย -	ขวา -	
กล้ามเนื้อไตรเซป	ซ้าย -	ขวา -	
เข่า, ข้อเท้า	ซ้าย -	ขวา -	

**การตรวจทางหัตถเวช**

1. -
2. -

**ปัญหาที่พบ** 1. กระดูกหลังเสื่อม มีอาการปวดหลังและขามือ ผล film x-ray  
2. กระดูกก้นกบแคบ ผล film x-ray

**การวินิจฉัยโรค** 1. กระดูกหลังเสื่อม (การตรวจทางแพทย์)  
2. ลมปลายนิ้วตาคาศัญญาณ 1 หลัง (การตรวจทางหัตถเวช)

**ชื่อโรค** 1. LS Spondolosis + Left SI Join  
2. ลมปลายนิ้วตาคาศัญญาณ 1 หลัง (หัตถเวช)

**ปัญหาอื่นๆ** -

**การรักษา**

1. นวดแผนไทย หัตถเวชบำบัด + ประคบสมุนไพร
2. กายภาพบำบัด

**คำแนะนำ**

1. ประคบสมุนไพรด้วยความร้อน 10-15 นาที
2. งดอาหารแสลง
3. ห้ามบิด ดัด สลัดเอว หลีกเลียงอิริยาบถที่ทำให้ปวด ห้ามยกของหนักๆ
4. พักผ่อนให้เพียงพอ
5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เท่าที่ทำได้
6. ควรทำการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง

**ผลการรักษา(ประเมินโดยผู้หมวด)**

(√) อาการดีขึ้น      ( ) อาการแย่ลง      ( ) อาการคงเดิม

**หลังจากนวดแล้วผู้หมวดถามความรู้สึกของคนไข้ว่ารู้สึกอย่างไร**

(√) อาการดีขึ้น      ( ) อาการแย่ลง      ( ) อาการคงเดิม

**หลังจากนวดแล้วผู้หมวดขอให้คนไข้ประเมินความสามารถของผู้หมวดว่าอยู่ในระดับใด**

( ) ดีมาก      (√) ดี      ( ) พอใช้      ( ) ปรับปรุง

ลงชื่อผู้รับบริการ    ประภา อาระพล  
ลงชื่อผู้ให้บริการ    นภา บุญสูง  
ลงชื่อผู้ควบคุม      นภา บุญสูง  
(น.ส. นภา บุญสูง)

## ผลการฟื้นฟูสุขภาพ (กรณีศึกษา)

### 1. กรณี นายวิชาญ โตดิเทพย์ อายุ 60 ปี ข้าราชการสำนักพระราชวัง



ภาพประกอบ 39 นายวิชาญ โตดิเทพย์ อายุ 60 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีอาการเป็นอัมพฤกษ์ครึ่งซีกซ้าย ปี 2552 ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ล้มหมดสติ เส้นเลือดฝอยแตกในสมองเป็นอัมพฤกษ์ครึ่งซีกซ้าย ไม่สามารถเดินได้ และช่วยตัวเองไม่ได้ นั่งรถเข็น (wheel chair) รักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประวัติอุบัติเหตุล้มลง ไม่มีประวัติแพ้ยา ประวัติไม่เคยผ่าตัด ประวัติเคยสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เบียร์ ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน ไม่เคยออกกำลังกาย

โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและโรคเบาหวาน ประวัติครอบครัว มีญาติเป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นอัมพาต ลักษณะโรคทางกรรมพันธุ์

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีอาการเป็นอัมพฤกษ์ครึ่งซีกซ้าย อาการขา และอ่อนแรงครึ่งซีกซ้าย ปวดศีรษะมาก มาประมาณ 2 อาทิตย์ รักษาความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ที่โรงพยาบาลได้รับยาและเจาะเลือดทุกๆ 2 เดือน ทางกายภาพบำบัดปัจจุบัน

ผลการตรวจสุขภาพ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว มีความดันโลหิตสูง ไขมันสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ เกิดที่ระบบสมอง จากเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ เกิดจากสภาวะเส้นเลือดเสื่อม พบในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำให้เส้นเลือดตีบและแตก ถ้าเกิดจากเส้นเลือดแตก จะเป็นอัมพาตขณะตื่น เช่น ลื่นล้ม เบ่งถ่าย เบ่งยกของหนัก ถ้าเกิดจากเส้นเลือดตีบจะเป็นอัมพาตขณะหลับ ถ้าเกิดจากเส้นเลือดอุดตัน จะเป็นอัมพาตทั้งขณะหลับและขณะตื่น มักมีโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมส่วนตัว เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา กินเค็ม (ทำให้ความดันโลหิตสูง) ขาดการออกกำลังกาย

ผลการแก้ไขและฟื้นฟูในอดีต ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ใช้รถเข็น (wheel chair) ช่วยเหลือตนเองไม่ค่อยได้ นอนไม่หลับ มีอาการเครียด สุขภาพร่างกาย จิตใจแย่งลง เป็นภาระต่อ



ญาติ-พี่น้อง การขับถ่ายไม่ดี ท้องผูกบ่อยครั้ง มีโรคกระเพาะอาหาร ภายภาพบำบัด 20 ครั้ง ไม่ได้ขนาด  
แผนไทย

สาเหตุทางการแพทย์แผนไทย เกิดจากลมเบื้องสูง (อโรคมาวาตา) กับลมเบื้อง  
ต่ำ (อุอังคมาวาตา) ระคนกัน

วิธีการการแก้ไขและฟื้นฟู ภายภาพบำบัด 30 ครั้ง (3 คอร์สๆละ 10 ครั้ง)  
ขนาดแผนไทยแบบราชสำนัก หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร 30 ครั้ง

การบูรณาการขนาดแผนไทยและแผนปัจจุบัน

ภายภาพบำบัด(แผนปัจจุบัน)

การประคบความร้อน (Hydrocollater) 20 นาที

การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที

การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stimutator) 10 นาที

การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น (Short Wave Diathermy) 15 นาที

การใช้เครื่องดึงคอ (Cervical Traction) 20 นาที

การใช้เครื่องดึงหลัง (Pelvic Traction) 20 นาที

การจุ่มพาราฟิน (Parafin) 20 นาที

การใช้เครื่องบริหารไหล่หมุนวงกลม 5 นาที

การใช้เครื่องบริหารไหล่ดึงซักรอก 5 นาที

ขนาดแผนไทย หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร ขนาดแผนไทยแบบราชสำนัก  
สูตรแก้ตามอาการ ใช้เวลานวดและประคบสมุนไพรครั้งละ 1 ชั่วโมง

วิธีการนวด

นวดพื้นฐานขา เน้นข้อเท้า เปิดประตูลม

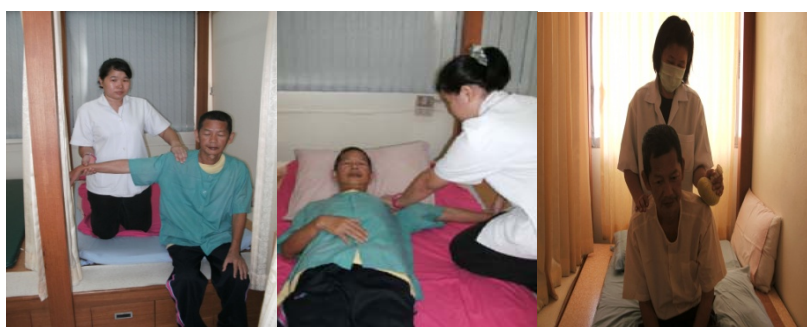
นวดพื้นฐานหลัง

นวดพื้นฐานขาด้านนอกและด้านใน สัณญาณ 1-5

นวดพื้นฐานขาด้านในและด้านนอก สัณญาณ 1-5

นวดพื้นฐานบ่า และสัณญาณ 1-5 หัวไหล่

นวดพื้นฐานท้อง สัณญาณ 1-5 ท้อง ประคบสมุนไพร



ภาพประกอบ 40 บูรณาการการนวดแผนไทยประยุกต์ (แบบราชสำนัก)



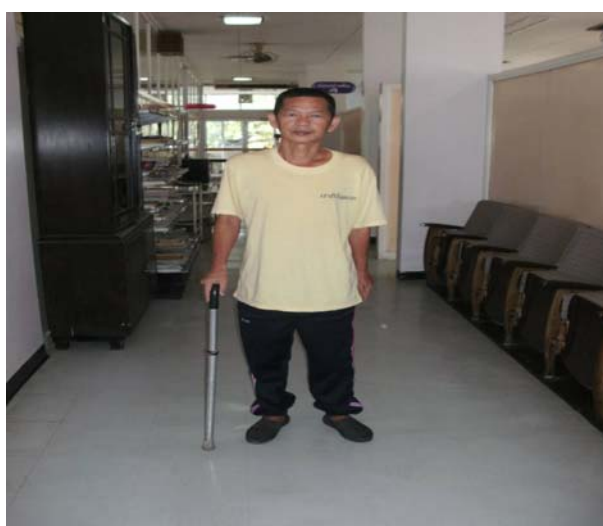
ภาพประกอบ 41 บุรณาการการกายภาพบำบัด

#### คำแนะนำ

ข้อควรปฏิบัติหลังการบำบัดรักษา การนัดคนไข้เป็นการรักษาต่อเนื่อง ทำให้การรักษาได้ผลเร็วมากขึ้น ประคบน้ำร้อน (ลูกประคบ) ทำบริหาร เช่น กระดกข้อมือ ขึ้น-ลง กำมือ แบนมือ ชูแขน และดึงแขน 3 จังหวะ ออกกำลังกาย (เดิน) ให้สม่ำเสมอ เท่าที่จะทำได้ พักผ่อนให้เพียงพอจะทำให้อาการโรคหายเร็วขึ้น โดยที่ร่างกายจะมีเวลาซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บและมีเวลาพัก

ข้อห้ามและข้อควรระวัง หลีกเลี่ยงอากาศเย็น งดอาหารแสลง อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม ของทอด กะทิ เนื้อ-หมูติดมัน ของเค็มต่างๆ ผลไม้หวาน

ผลการแก้ไขและฟื้นฟูปัจจุบัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถเดินเองโดยใช้ไม้เท้าพยุงเป็นบางครั้ง ไม่ต้องใช้รถเข็น (Wheel Chair) ช่วยเหลือตนเองได้ นอนหลับได้ดี สุขภาพร่างกายดีขึ้น จิตใจมีความสุขมากขึ้น ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ฟังพอใจมากที่ได้รับการบำบัด รักษาทั้ง 2 แบบ ร่วมกัน ดีกว่าการบำบัดรักษาแบบใดแบบหนึ่ง



ภาพประกอบ 42 นายวิชาญ โตดิเทพย์หลังการฟื้นฟู

## 2. กรณี นางสาวจรรุณี มณีนันท์ อายุ 66 ปี ข้าราชการบำนาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีอาการปวดเข่า 2 ข้างมาประมาณ 2 ปี ประวัติปวดเข่าข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ได้ทำการรักษาโดยการกินยาแผนปัจจุบันและเคยเจาะเอาน้ำในข้อเข่าออก อาการดีขึ้นแต่ยังมีอาการปวดเข่าอยู่ ขึ้นลงบันไดเป็นประจำ 5 ชั้นมา 38 ปี เป็นอาจารย์สอนหนังสือ โรงเรียนวัดนาครปรก มีอาการปวดเข่าพบแพทย์ ชีวิตประจำในการทำงานสอนหนังสือ รักษาโรงพยาบาลศิริราช เอ็นข้อเข่าเสื่อม รักษาประมาณ 1 ปี รับประทุษยามาตลอด ประวัติไม่เคยผ่าตัด ประวัติไม่เคยแพ้ยา ประวัติไม่มีอุบัติเหตุ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ข้อเข่า ภูมิแพ้ หอบหืด โรคกระเพาะอาหาร

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในอดีต มีอาการปวดเข่ามาก บวม เข่าโก่ง งอเข่าไม่ได้ ไม่สามารถเดินได้นาน นอนไม่หลับ มีความเครียด มีโรคกระเพาะอาหาร กินยาแก้ปวดบ่อยมาก เคยเจาะเอาน้ำในข้อเข่าออก อาการดีขึ้นแต่ยังมีอาการปวดเข่าอยู่ จึงต้องการมารักษาด้วยการนวดแผนไทยต่อ สุขภาพร่างกายและจิตใจแย่งลง ทำกายภาพบำบัด 30 ครั้ง (3 คอร์สๆละ 10 ครั้ง) ไม่ได้นวดแผนไทย ผู้ป่วยต้องการมาบำบัดรักษาอาการด้วยนวดแผนไทยต่อ



ภาพประกอบ 43 นางสาวจรรุณี มณีนันท์ อายุ 66 ปี ข้าราชการบำนาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาการสำคัญ มีอาการปวดเข่า บวม เข่าโก่ง งอเข่าไม่ได้ ไม่สามารถเดินได้นานๆ และมีอาการชามือ ขาปลายเท้า 2 ข้างร่วมด้วย ปวดมาประมาณ 2 เดือน ยืนนานๆจะปวดมาก นั่งยองๆไม่ได้ มีปวดบั้นเอว ข้อเข่า ข้อเท้า 2 ข้าง ที่ผ่านมามีการรักษา กินยาแก้ปวดและยาบำรุงข้อเข่ามา 2 เดือน มีอาการดีขึ้นบ้าง ยังมีอาการปวดเข่าทุกวัน แต่เป็นโรคกระเพาะอาหารเป็นแผล จึงหยุดยา จิตใจมีความเครียด นอนไม่หลับ

ผลการตรวจสุขภาพ การผิดของรูปของข้อเข่า ขาผิดรูป มีหินปูนเกาะ ทำให้ข้อเข่ายึดติด ไม่ไหวคลอน เข่าเสื่อมจากผู้สูงอายุ (วัยทอง) ใช้เข่ามากเกินไป ขึ้นลงบันไดทุกวัน มีน้ำหนักตัวมาก รับประทานอาหารที่มีไขมัน

วิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ปัญหาที่พบ Film x - ray OA Knee ผล x - ray osterarthretis of knee ( ) ข้างตรวจทาง

การแพทย์ วิธีการบำบัดรักษา กายภาพบำบัด 30 ครั้ง นวดแผนไทยแบบราชสำนัก หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร 20 ครั้ง

การบูรณาการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน

กายภาพบำบัด(แผนปัจจุบัน)

การประคบความร้อน (Hydrocollater) 20 นาที

การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที

การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stivmutator) 10 นาที

การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น (Short wave diathermy) 15 นาที

นวดแผนไทยแบบราชสำนัก หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร นวดแผนไทยแบบราชสำนัก สูตรแก้ตามอาการ ใช้เวลานวดและประคบสมุนไพรครั้งละ 1 ชั่วโมง

หลักการนวด นวดพื้นฐานขา เปิดลม นวดสัญญาณเข้า 3 จุด นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก เป็นสัญญาณ 4 นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านใน เป็นสัญญาณ 3,4 ประคบสมุนไพร



ภาพประกอบ 44 นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก



ภาพประกอบ 45 กายภาพบำบัด

## คำแนะนำ

### ข้อควรปฏิบัติ

ประคบด้วยความร้อน (ลูกประคบ) ทำบริหาร เช่น นั่งยองๆ 90 องศา ทำ  
 ฤาษีดัดตน แก้อัดเข้าพักผ่อนให้เพียงพอ จะทำให้โรคหายได้เร็วขึ้น โดยที่ร่างกายจะมีเวลาซ่อมแซมส่วน  
 ที่บาดเจ็บและมีเวลาพัก

### ข้อห้ามและข้อควรระวัง

งดอาหารแสลง เช่น หน่อไม้ ยอดผัก เครื่องในสัตว์ ขนมหวาน ผลไม้หวาน  
 น้ำอัดลม เนื้อ-หมูติดมัน ปลาหมึก กุ้ง ของหมักดอง เหล้า เบียร์ ของเค็มต่างๆ ยาแก้ปวด พักการใช้ข้อ  
 เข้า เช่น ยืน เดินนานๆ หรือนั่งพับเพียบ คุกเข่า ใช้การนั่งบนเก้าอี้แทน ห้ามบิด ดัด สลัดเท้า

### ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู

ปัจจุบันมีอาการดีขึ้น ลดอาการปวดเข่า ไม่ต้องทานยา เดินได้คล่องขึ้น  
 สามารถงอเข่าได้ ยืนได้นานๆ นั่งยองๆ ได้ สุขภาพร่างกาย จิตใจดีขึ้น นอนหลับได้ดีมีความสุขมากขึ้น  
 ทำงานในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดที่ได้รับการบำบัด รักษาทั้ง 2 แบบร่วมกัน ดีกว่าการ  
 บำบัดรักษาแบบใดแบบหนึ่ง ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก



ภาพประกอบ 46 นางสาวจารุณี มณีนันท์ หลังการฟื้นฟู

### 3. กรณีนางจรี ริวเหลือง อายุ 64 ปี ข้าราชการบำนาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีอาการปวดสันเท้า ข้อเท้ามาประมาณ เคยข้อเท้า  
 แผลงมาก่อน มีอาการปวดเป็นๆหายๆ ได้ทำการรักษาโดยการกินยาแผนปัจจุบันและกินยาแก้ปวด นวด  
 ฝ่าเท้าตามร้าน และใส่รองเท้ามีสันสูงเป็นประจำประวัติโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ไชมันใน  
 เลือดสูง ประวัติไม่เคยผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยา มีอุบัติเหตุเคยหกล้มข้อเท้าแพลง

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในอดีต มีอาการเจ็บ ปวดบริเวณจุดกลางเท้ามาก  
 เดินลงน้ำหนักไม่เต็มเท้า ชอบใส่รองเท้ามีสันสูง ไม่เหมาะสมกับเท้าและจะเดิน ยืน เป็นเวลานานๆ มี

น้ำหนักเกิน มีอุบัติเหตุข้อเท้าแพลงบ่อยครั้ง นวดฝ่าเท้าตามร้านและที่โรงพยาบาลอายุรศาสตร์เขตร้อน 10 ครั้ง ไม่เคยทำกายภาพบำบัด



ภาพประกอบ 47 นางจรี ริวเหลือง อายุ 64 ปี ข้าราชการบำนาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีอาการปวดส้นเท้าและข้อเท้ามาก เวลาเดิน ยืน จะปวดมาก มาประมาณ 1 เดือน มีน้ำหนักตัวมาก มีอาการปวดตึงส้นเท้าตลอดเวลาเฉพาะอาการปวด จุดกลางส้นเท้าจะปวดตอนเช้ามาก เดินลงน้ำหนักไม่เต็มเท้า

ผลการตรวจสุขภาพ เกิดจากความเสื่อมของผู้สูงอายุ มีกระดูกงอกที่มเอ็น ไขมันบริเวณส้นเท้าฝ่อตัว ทำให้กระดูกที่มเอ็น ข้อเท้าแพลงบ่อย ใส่รองเท้าที่มีส้นสูง ไม่เหมาะกับเท้า เดินและยืนนานๆ เคยกินยาแก้ปวดและฉีดยาช่วยให้อาการดีขึ้น ตรวจพบที่กลางส้นเท้าจะแข็งเป็นก้อน

วิธีการบำบัดรักษา

ปัญหาที่พบ Film x - ray calcaneus (Heel) ผล x-ray calcaneus spine (กระดูกงอกส้นเท้า) Film x-ray Ankle AP-lat ผล x-ray Soft tissue swelling fracture (เอ็นข้อเท้า อักเสบ)

การบำบัดรักษาและทดสอบกำลังเท้าโดยการถีบปลายเท้า เดินลงน้ำหนักที่เท้า กายภาพบำบัด 10 ครั้ง นวดแผนไทย หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร 10 ครั้ง

บูรณาการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน

กายภาพบำบัด (แผนปัจจุบัน)

การประคบความร้อน (Hydrocollater) 20 นาที

การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที

การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stimulator) 10 นาที

การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น (Short Wave Diathermy) 15 นาที

นวดแผนไทย หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร นวดแผนไทยแบบราชสำนัก สูตรแก้ตามอาการ ใช้เวลานวดและประคบสมุนไพรครั้งละ 1 ชั่วโมง

วิธีการนวด นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม เน้นข้อเท้า นวดสัญญาณ 1-5 ด้าน นอกและด้านใน เน้นรอบสันเท้าและจุดกลางสันเท้าประคบความร้อนบริเวณสันเท้าและข้อเท้า ประคบสมุนไพร



ภาพประกอบ 48 นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก



ภาพประกอบ 49 กายภาพบำบัด

#### คำแนะนำ

ข้อควรปฏิบัติหลังการบำบัดรักษา ประคบน้ำร้อน (ลูกประคบ) แข่เท้าในน้ำอุ่น ข้อ 6 การออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที/การบริหารร่างกาย(เฉพาะส่วน เฉพาะอาการ) ทำบริหาร เช่น กระจกข้อเท้าขึ้น ลง ยืนเขย่งปลายเท้า เดินให้น้อยลงและใส่รองเท้านิ่ม พักผ่อนให้เพียงพอ การพักทำให้อาการโรคหายเร็วขึ้น โดยที่ร่างกายจะมีเวลาซ่อมแซมสภาพที่บาดเจ็บ และข้อเท้า สันเท้า จะได้มีเวลาพัก นอนยกเท้าสูง อย่าให้มีน้ำหนักตัวมากเกินไป การทำจิตใจให้แจ่มใส ให้ยืนเหยียบกะลา หรือลูกกอล์ฟวันละ 5-10 นาทีทุกวันจะทำให้หายขาดได้ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดอาหาร แอลกอฮอล์

ข้อห้ามและข้อควรระวัง งดอาหารแสลง เช่น เครื่องในสัตว์ หน่อไม้ ยอดผักต่างๆ ข้าวเหนียว ห้ามบิด ดัด สลัดข้อเท้า อย่าเดินเท้าเปล่านานๆ ใส่รองเท้าให้เหมาะกับเท้า ไม่ใส่รองเท้ามีสันสูง เพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุข้อเท้าพลิกแพลงได้ง่าย

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูปัจจุบัน อาการปวดบริเวณจุดกลางเท้าลดลง และปลายเท้ามีกำลังมากขึ้น การเดินลงน้ำหนักสันเท้าได้ดีขึ้น สามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มเท้า และเดินได้นานขึ้น ผู้ป่วยพึงพอใจมาก สุขภาพร่างกาย จิตใจดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนมาก ลดอาการเจ็บปวด

ได้มากที่ได้รับการบำบัดรักษาทั้ง 2 แบบ ร่วมกัน ดีกว่าการบำบัดรักษาแบบใดแบบหนึ่ง ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

#### 4. กรณี นางประภา อาระพล อายุ 65 ปี ชำรชการบ้านาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีอาการปวดไหล่และหลัง ซามือ ประมาณ 6 เดือน หลังจากการทาสีบ้าน ทำความสะอาดบ้าน หลังน้ำท่วม ไม่พบแพทย์ รับประทานยาแก้ปวด อาการดีขึ้น แต่มีอาการปวด ซา จะเป็นๆหายๆมาตลอด ประวัติไม่เคยผ่าตัด ประวัติไม่เคยมีอุบัติเหตุ ไม่มีประวัติแพ้ยา ประวัติโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รักษาโรงพยาบาลศิริราช



ภาพประกอบ 50 นางประภา อาระพล อายุ 65 ปี ชำรชการบ้านาญ

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในอดีต มีอาการปวด เจ็บ เสียในหัวไหล่ เคลื่อนไหวแขนไม่ได้ มีซามือขวา หยิบของไม่ถนัด และมีอาการปวดหลังร่วมด้วย กินยาแก้ปวด อาบน้ำลำบากไม่ถนัด ทำกายภาพบำบัด 10 ครั้ง ดีขึ้นบ้าง ไม่ได้นัดแผนไทย ผู้ป่วยต้องการมารักษาอาการด้วยนวดแผนไทยต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีอาการเจ็บ ปวด เสียในหัวไหล่ หลังและซามือขวา อาการปวดชาตอนกลางคืนและตอนเช้า หยิบของไม่ถนัด หล่นไม่รู้ตัว ปวดไหล่ประมาณ 2 อาทิตย์ ยกของหนักและหัวของ ใช้แขนทำงานเป็นเวลานานๆ แขนยกไม่ๆได้ เท้าเอวไม่ได้ มือไหล่หลังไม่ได้ และมีอาการปวดหลังมากร่วมด้วย โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

ผลการตรวจสุขภาพ ความเสื่อมของร่างกาย (ผู้สูงอายุ) มีพังผืดเนื้อเยื่อหรือหินปูนตกตะกอนในข้อต่อ ยกและหัวของหนักเป็นเวลานาน มีอาการปวดหัวไหล่เฉียบพลัน และไม่รักษาให้หายหรือสนใจที่จะรักษา

วิธีการบำบัดรักษา Film x - ray L.S spine AP+ Lat ผล x-ray spondylosis + Left SI joint (กระดูกหลังเสื่อมและมีกระดูกบาง) Film shoulder (internal & external view) tendonitis (เอ็นไหล่อักเสบ) ตรวจทางการแพทย์ สมปलयันต์คาศัญญาณ 1 หลัง (หัตถเวช) วิธีการ



บำบัดรักษากายภาพบำบัด 20 ครั้ง (2 คอร์สๆละ 10 ครั้ง) นวดแผนไทยแบบราชสำนัก หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร 20 ครั้ง

### การบูรณาการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน

กายภาพบำบัด(แผนปัจจุบัน)

การประคบความร้อน (Hydrocollater) 20 นาที

การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที

การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stivmutator) 10 นาที

การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น (Short wave diathermy) 15 นาที

การใช้เครื่องดึงหลัง (pelvic traction) 20 นาที

การใช้เครื่องบริหารไหล่หมุนวงกลม 5 นาที

การใช้เครื่องบริหารไหล่ดึงซักรอก 5 นาที

นวดแผนไทย หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร นวดแผนไทยแบบราชสำนัก  
สูตรแก้ตามอาการ ใช้เวลานวดและประคบสมุนไพรครั้งละ 1 ชั่วโมง

หลักการนวด

นวดพื้นฐานท่า

นวดสัญญาณ 1-5 หัวไหล่ เป็นสัญญาณ 1 และ 5 หัวไหล่พร้อมเขยื้อน

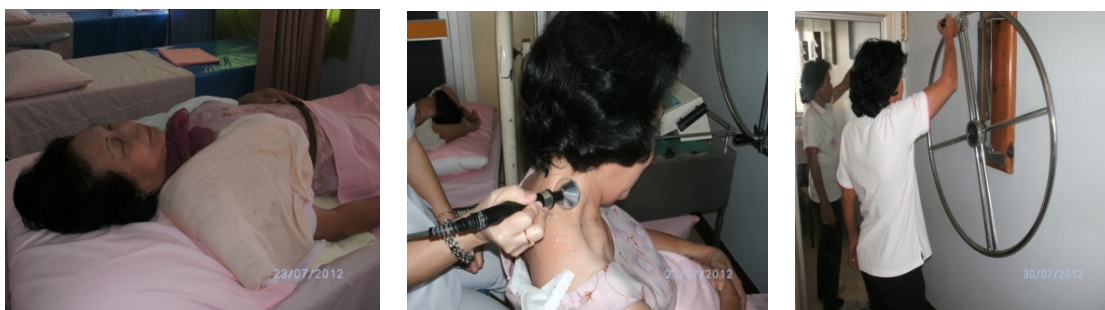
นวดหลักการนวดหลัง ประคบสมุนไพร

คำแนะนำ

ข้อควรปฏิบัติ การนัดคนไข้เป็นการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การรักษา  
ได้ผลเร็วขึ้น ประคบด้วยความร้อน (ลูกประคบ) ข้อ 6 ทำบริหารหัวไหล่ เช่น ดึงแขน เท้าแขน 3 จังหวะ  
ทำยืดไหล่ ทำหมุนไหล่ และทำถาษิตัดตนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้นและพักผ่อนให้เพียงพอ  
การพักทำให้อาการโรคหายเร็วขึ้น โดยที่ร่างกายจะมีเวลาซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บและมีเวลาพัก การทำ  
จิตใจให้แจ่มใส รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดอาหารแสลง



ภาพประกอบ 51 นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก



ภาพประกอบ 52 กายภาพบำบัด

ข้อห้ามและข้อควรระวัง งดอาหารแสลง เช่น หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เนื้อ-หมูติดมัน ยอดผัก ขนมหวาน ผลไม้หวาน น้ำอืดลม ของเค็มต่างๆ เหล้า เบียร์ ห้ามบิด ดัด สลัดแขน ห้ามบิด ดัดหลัง

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูปัจจุบัน ปัจจุบันผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดอาการปวดไหล่ หลัง และอาการชามือหายเป็นปกติ สามารถยกแขนได้ ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกาย จิตใจดี มีความสุขมากขึ้น พึงพอใจในการรักษาทั้ง 2 แบบ ร่วมกัน ดีกว่ารักษาแบบใดแบบหนึ่ง ผลการบำบัดรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

#### 5. กรณี นาย กฤต อรุณแสง อายุ 72 ปี ข้าราชการบำนาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมา 10 ปี รักษาทางแพทย์ กินยาแก้ปวด ไม่มีกำลังขา ก็มีอาการปวดเป็นๆหายๆ มาตลอด ประวัติไม่เคยผ่าตัด ไม่มีอุบัติเหตุ ประวัติไม่เคยแพ้ย่า ประวัติดื่มเหล้า เบียร์ ไม่สูบบุหรี่ประวัติมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคกระเพาะอาหาร

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในอดีต ผู้ป่วยปวดหลังมาก ไม่สามารถเดินนานๆได้ ไม่มีกำลังขา นอนไม่หลับ เกิดอาการเครียดมาก กินอาหารได้น้อย รับประทานยาแก้ปวดบ่อยๆ เป็นโรคกระเพาะอาหารร่วมด้วย คุณภาพชีวิตและสุขภาพแย่ง นวดแผนไทยที่โรงพยาบาล อายุรศาสตร์เขต ร้อน 10 ครั้ง ดีขึ้นบ้าง ไม่ได้ทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยต้องการรักษาอาการด้วยกายภาพบำบัดร่วมด้วย



ภาพประกอบ 53 นายกฤต อรุณแสง อายุ 72 ปี ข้าราชการบำนาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อาการสำคัญคือ มีอาการปวดหลัง และชา ร้าวลงมาที่ปลีง่องและขาขวา เจ็บ ปวด ชา ชัดยอก มาประมาณ 1 เดือน นอนไม่หลับ มีความเครียด เวลานั่งนอนหรือเดินนานๆ จะมีอาการเจ็บปวดมาก ทำงานไม่ได้ กินยาแก้ปวดกล้ำมเนื้อก็ไม่ดีขึ้น ยังมีอาการปวดอยู่

ผลการตรวจสุขภาพ เกิดจากความเสื่อมของผู้สูงอายุ เกิดจากท่าทางการทำงาน และการนอนที่ไม่เหมาะสม ใช้งานมากเกินไป เกินกำลัง เช่น ยืน เดิน นั่งนานๆ กระดูกงอกเปียดตามเส้น มีหินปูนเกาะและกระดูกหลังเสื่อมตามอายุ

วิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ปัญหาที่พบ Film x-ray L.S spine AP-Lat ผล x-ray L.S spondylosis (กระดูกหลังเสื่อม หินปูนเกาะที่กระดูกหลัง) ตรวจทางการแพทย์ สมปลายนัด คาศัญญาณ 1 หลัง(หัตถเวช) วิธีการบำบัดรักษา กายภาพบำบัด 20 ครั้ง (2 คอร์สๆละ 10 ครั้ง) นวดแผนไทยแบบราชสำนัก หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร

การบูรณาการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน

กายภาพบำบัด(แผนปัจจุบัน)

การประคบความร้อน (Hydrocollater) 20 นาที

การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที

การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stivmutator) 10 นาที

การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น (Short wave diathermy) 15 นาที

การใช้เครื่องดึงหลัง (pelvic traction) 20 นาที

การใช้เครื่องดึงคอ (cervical traction) 20 นาที

นวดแผนไทย หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร การนวดแผนไทยแบบราชสำนัก สูตรแก้ตามอาการ ใช้เวลานวดและประคบสมุนไพรครั้งละ 1 ชั่วโมง

หลักการนวด

นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม

นวดสัญญาณ 1,2,3 หลังเน้นสัญญาณ 3

นวดสัญญาณ 1,2,3 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 2

นวดสัญญาณ 1,2,3 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 1 ประคบสมุนไพร



ภาพประกอบ 54 นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก



ภาพประกอบ 55 กายภาพบำบัด

#### คำแนะนำ

ข้อควรปฏิบัติหลังการบำบัดรักษา การนวดคนไข้เป็นการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ทำให้การรักษาได้ผลเร็วมากขึ้น ประคบน้ำร้อนที่หลัง (ลูกประคบ) ข้อ 6 การออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30 นาที/การบริหารร่างกาย(เฉพาะส่วน เฉพาะอาการ) ทำบริหารตามสภาพรอยโรค เช่น ทำบริหารยืนปลายเท้า ทำฤาษีตัดตนแก้ปวดหลัง การพัก ทำให้อาการโรคหายได้เร็วขึ้น โดยที่ร่างกายจะมีเวลาซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บและมีเวลาพัก การทำจิตใจให้แจ่มใส รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดอาหารแสลง

ข้อห้ามและข้อควรระวัง งดอาหารแสลง เช่น เหล้า เปียร์ หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ของหวาน น้ำอัดลม ผลไม้หวาน เนื้อ-หมูที่ติดมัน ยาแก้ปวด ปลาหมึก กุ้ง หลีกเลียงอิริยาบถที่ทำให้ปวดหลังและการนอนที่นอนให้เหมาะสม ห้ามบิด ดัด เอี้ยวหลัง อาจจะทำให้กดทับเส้นประสาทหรืออาจทำให้เอ็นข้อต่อหลวมมากขึ้น

ผลการบำบัดรักษาฟื้นฟู ผลการบำบัดรักษาปัจจุบัน ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดอาการปวดได้ นอนหลับได้ดีขึ้น คุณภาพชีวิตและจิตใจดี สุขภาพดีขึ้น สามารถเดินได้นานๆ ใช้ชีวิตประจำวันได้ดี ผู้ป่วยพึงพอใจมากที่สุดที่ได้รับการบำบัดรักษาทั้ง 2 แบบร่วมกันดีกว่าบำบัดรักษาแบบใดแบบหนึ่ง

#### 6. กรณีนายเฉลิมชัย สุวรรณรัตน์ อายุ 61 ปี ข้าราชการบำนาญ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีอาการปวดบ่า 2 ข้างและต้นคอมาเป็นระยะเวลา 10 ปี รักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎด้วยโรคกล้ามเนื้อบ่าอักเสบ รับประทานยาแก้ปวด ทำกายภาพบำบัด อาการดีขึ้นบ้าง แต่ก็ยังมีอาการปวด ๆ หาย ๆ มาเรื่อย ๆ ทำงานชีวิตประจำวันเป็นอาจารย์สอนหนังสือ ผลิตสื่อโรงเรียนและเขียนหนังสือ ประวัติไม่เคยผ่าตัด ประวัติไม่มีอุบัติเหตุ ประวัติไม่เคยแพ้ยา (ปัจจุบัน) เคยแพ้ยาสมุนไพร ประวัติโรคประจำตัวเป็นภูมิแพ้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่



ภาพประกอบ 56 นายเฉลิมชัย สุวรรณรัตน์ อายุ 61 ปี ข้าราชการบำนาญ

ผลการบำบัดรักษาตามอาการและฟื้นฟูในอดีต อาการปวดบริเวณบ่าและต้นคอ เกิดจากท่าทางการทำงาน การทรงตัว ในชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม นั่งก้มคอเป็นเวลานาน ๆ ชอบนอนหมอนสูงเกินไปเป็นประจำ เป็นอาจารย์สอนหนังสือและเขียนหนังสือ ทำให้กล้ามเนื้อคอถูกใช้งานมากเกินไป เกิดอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อบ่าและคอ ทำให้มีอาการปวดบ่าและต้นคอ ความเสื่อมของการที่ร่างกายใช้งานมานานจนกระดูกทรุด รับประทานยาแก้ปวดและกายภาพบำบัด 10 ครั้ง ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎ ไม่เคยนอนแผนไทย

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีอาการปวดบ่า ต้นคอและปวดศีรษะ ปวดขมับ 2 ข้างและแขนร่วมด้วย ปวดร้าวลงมาที่สะบักบริเวณต้นแขน เอี้ยวคอไม่ได้ คอจะแข็งปวดมาก เมื่อเอี้ยวคอก้มหรือเงยไม่ได้ จะต้องเอี้ยวไปทั้งตัว ยกแก้วน้ำไม่ค่อยได้ เกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ หลังจากนั่งรถไฟไปต่างจังหวัดและทำงานนั่งกับการใช้ Computer ในการสอนหนังสือ เขียนหนังสือ ผลิตสื่อ จะมีอาการใช้ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด มีความเครียด รับประทานยาแก้ปวด และฉีดยา หมอแผนปัจจุบัน ฉีดยาต่อเนื่อง 3 เข็ม แต่ละเข็มอยู่ได้ 3 เดือน อาการดีขึ้นบ้างแต่ยังมีอาการปวดอยู่

ผลการตรวจสุขภาพ เกิดจากอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อคอ ทำให้กระดูกส่วนหลังที่รากประสาทแคบลง ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดได้ ถ้าเป็นขั้นรุนแรงทำให้เคลื่อนไหวคอไม่ได้ จำเป็นจะต้องให้กล้ามเนื้อมีโอกาสพัก จะทำให้หายทุเลาได้ การกดที่จุดกดเจ็บจะทำให้กล้ามเนื้อคลายลง

วิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ปัญหาที่พบ Film x - ray C spine/AP-lateral  
ผล x - ray C spondylosis 2 Film (กระดูกหลังเสื่อม) การบำบัดรักษา กายภาพบำบัด 30 ครั้ง  
นวดแผนไทยแบบราชสำนัก หัตถบำบัด + ประคบสมุนไพร 20 ครั้ง

บูรณาการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน กายภาพบำบัด แผนปัจจุบัน

การประคบร้อน (Hydrocollater) 20 นาที

การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที

การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stimutator) 10 นาที

การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น (Short wave diathemy) 15 นาที

นวดแผนไทย แบบราชสำนักสูตรแก้ตามอาการ หัตถบำบัด+ประคบสมุนไพร  
ใช้เวลา นวดและประคบสมุนไพรครั้งละ 1 ชั่วโมง

หลักการนวด

นวดพื้นฐานป่า

นวดคอลมปลายนิ้วคาง

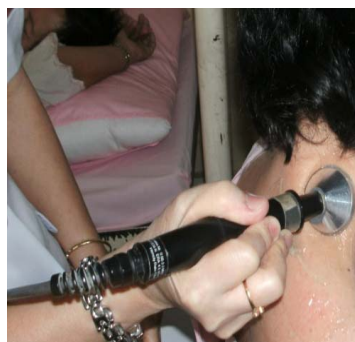
นวดสัญญาณ 4,5 หลังเน้นสัญญาณ 4

นวดสัญญาณ 4 หัวไหล่

นวดพื้นฐานหลังและพื้นฐานแขนด้านนอกและแขนด้านใน



ภาพประกอบ 57 นวดแผนไทยประยุกต์แบบราชสำนัก



ภาพประกอบ 58 กายภาพบำบัด

### คำแนะนำ

ข้อควรปฏิบัติหลังการบำบัด ประคบน้ำร้อน(ลูกประคบ) เพื่อลดอาการปวด ทำบริหารดั่งแขน 3 จังหวะ ทำฤาษีตัดตน แก้วปวดคอพักผ่อนให้เพียงพอ การพักจะทำให้อาการปวดบรรเทาและอาการโรคหายเร็วขึ้น โดยที่ร่างกายจะมีเวลาซ่อมแซมสภาพที่บาดเจ็บ ได้มีเวลาพัก รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ งดอาหารแสลง

ข้อห้ามและข้อควรระวัง งดอาหารแสลง อาหารไขมันสูง มีรสเค็มและของหวาน น้ำอัดลม ห้ามบิด ดัด สลัดคอ อย่าทำงานในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม และมีความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้ออักเสบ ควรระวังเป็นพิเศษ หลีกเลี้ยงอากาศเย็น

ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูปัจจุบัน ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดอาการปวดบ่าและคอ มีอาการดีขึ้น สามารถเอี้ยวคอได้ ยกแก้วน้ำน้ำดื่มได้ นอนหลับได้ดี สุขภาพจิตแจ่มใส ไม่มีความเครียด ผู้ป่วยพึงพอใจมากในการบำบัดรักษาทั้ง 2 แบบร่วมกันดีกว่าการบำบัดรักษาแบบใดแบบหนึ่ง

ตอนที่ 3.3 แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐ

จากภูมิปัญญาการนวดแผนไทย องค์ความรู้การรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุของแพทย์แผนปัจจุบัน แนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง 4 แห่ง ผลการประชุมปฏิบัติการและผลปฏิบัติการบูรณาการในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา การบูรณาการวิธีการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยจึงมีแบบวิธี ดังนี้

1. ชื่อแบบ : แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

#### 2. ลักษณะแบบ

2.1 เป็นรูปแบบวิธีการ

2.2 เป็นการบูรณาการวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย

2.3 เป็นการบูรณาการวิธีการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

2.4 เป็นรูปแบบที่ใช้ดำเนินการในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานครและ

ปริมณฑล

#### 3. วัตถุประสงค์ของแบบ

3.1 เพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุด้วยวิธีการบูรณาการวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย

3.2 เพื่อเป็นต้นแบบในการประยุกต์ใช้วิธีการแพทย์แผนปัจจุบันและการนวดแผนไทยในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

3.3 เพื่อเป็นต้นแบบการบูรณาการวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยในการรักษาสุขภาพผู้ป่วย

#### 4. องค์ประกอบรูปแบบ

รูปแบบนี้ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ

4.1 เป้าหมาย เป็นผลการฟื้นฟูหรือเป็นผลลัพธ์ในการฟื้นฟู ทั้งผลของกระบวนการฟื้นฟู ผลลัพธ์และผลบั้นปลายของการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุด้วยวิธีการบูรณาการวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย

4.2 วิธีการฟื้นฟู เป็นกิจกรรมหรือวิธีการในการดำเนินการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 วิธีการคือ

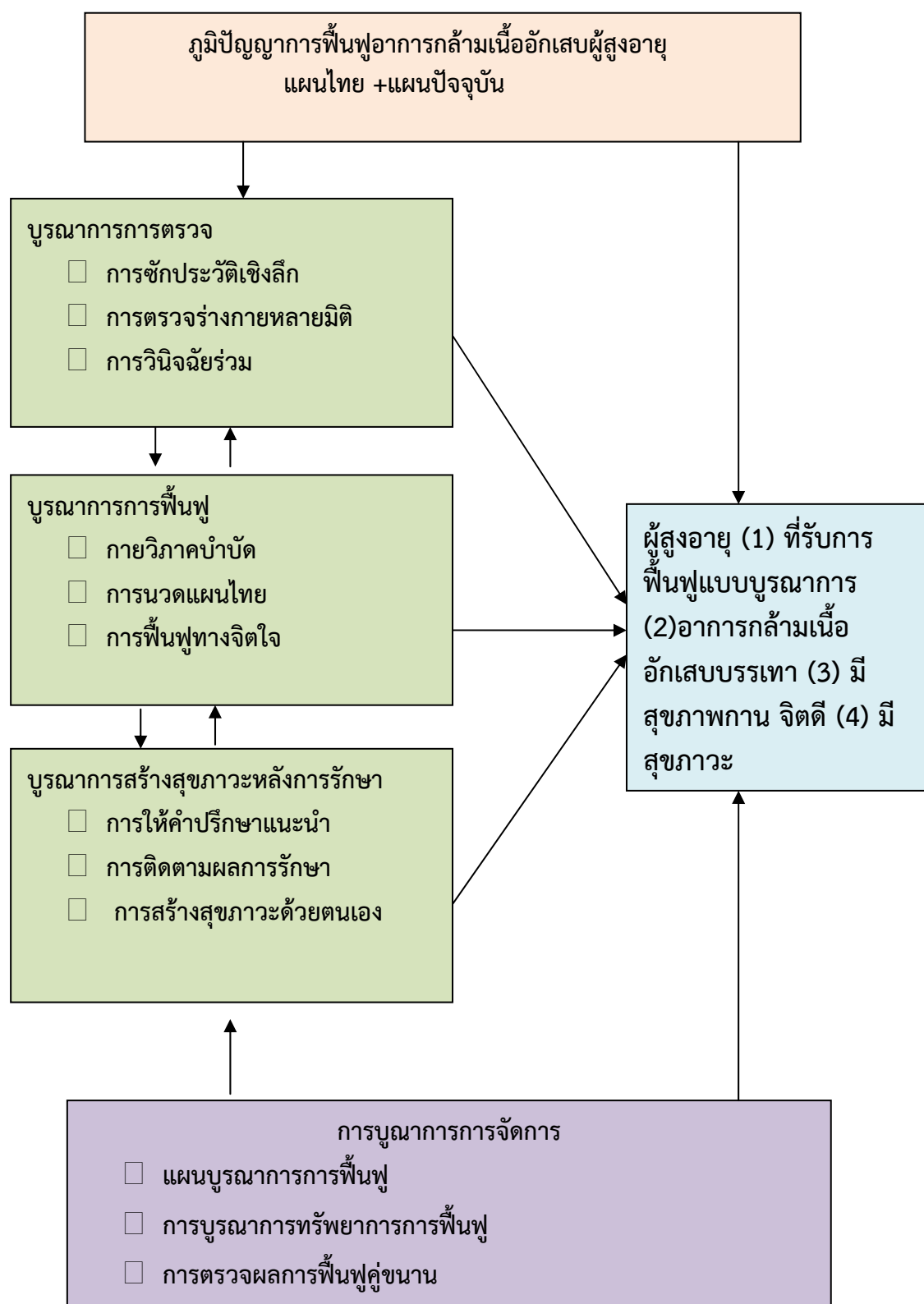
4.2.1 การบูรณาการการตรวจ

4.2.2 การบูรณาการการฟื้นฟู

4.2.3 การบูรณาการการสร้างสุขภาวะหลังการฟื้นฟู

4.2.4 การบูรณาการการจัดการ ดัชนีภาพประกอบ 59





ภาพประกอบ 59 แนววิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานคร และจ.ริเณชล

## 5. รายละเอียดของรูปแบบ

### 5.1 เป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้รับการฟื้นฟูแบบบูรณาการ อาการกล้ามเนื้ออักเสบบรรเทา สุขภาพกายสุขภาพจิตดี มีสุขภาวะ” โดยมีอาการ ดังนี้

5.1.1 ผู้สูงอายุที่รับการฟื้นฟูมีอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้รับการฟื้นฟูแบบบูรณาการทั้งวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันและการนวดแผนไทย

5.1.2 ผู้สูงอายุที่รับการฟื้นฟูอาการปวดเมื่อย อาการบวม อาการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อและ อาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อลดลง เนื้อเยื่อ ฟังผืด ยึดตัวได้ดี อาการติดขัดของข้อต่อลดลง

5.1.3 ผู้สูงอายุที่รับการฟื้นฟูมีอาการการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น สุขภาพกายสุขภาพจิตดีและปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามหลักสุขภาวะ

5.2 วิธีการฟื้นฟู ดำเนินการบูรณาการการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุใน 4 ประกอบ ประกอบด้วย

#### 5.2.1 การบูรณาการการตรวจ

##### 1) ดำเนินการซักประวัติเชิงลึก เกี่ยวกับ

(1) ประวัติข้อมูลส่วนตัว เกี่ยวกับข้อมูลประวัติตามบัตรประชาชนตั้งแต่เลขบัตร ให้เขียนเลขที่ตามลำดับคนไข้ ให้เขียนชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน สถานภาพ เชื้อชาติ สัญชาติ

(2) ประวัติโรค เกี่ยวกับอาการสำคัญ เป็นคำบอกเล่าของคนไข้ของความต้องการที่จะมาพบหมอ ระยะของอาการที่เป็น

(3) ประวัติปัจจุบัน เกี่ยวกับ อาการสำคัญ สาเหตุของการเกิดโรค การดำเนินของโรค และลักษณะอาการ ปัจจุบันเป็นอย่างไร อาการนั้นเป็นมาเวลาใด ตำแหน่งที่อยู่ใด สาเหตุ โรคกำเริบ และเคยผ่านการรักษาอย่างไรมาบ้าง

(4) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครั้งก่อนๆ ประวัติการผ่าตัด ประวัติอุบัติเหตุ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติเจ็บป่วยแต่อดีต ประวัติครอบครัว ประวัติส่วนตัว

##### 2) การตรวจร่างกายหลายมิติ ดำเนินการตรวจ ดังนี้

(1) การตรวจร่างกายทั่วไป ดำเนินการตรวจร่างกายทั่วไป วัดความดันโลหิต ตรวจจับชีพจร ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดปรอทไข้ (อุณหภูมิ)

(2) การตรวจเฉพาะโรค การตรวจเฉพาะโรคที่คอ หัวไหล่ เข่า ข้อเท้า หลัง รวมทั้งการอ่อนแรง อัมพาต อัมพฤกษ์ การตรวจร่างกาย การตรวจการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน จุดเจ็บ การเคลื่อนไหว สีผิวหนัง

3) การวินิจฉัยร่วม วินิจฉัยและการบันทึกชื่อโรคและสูตรการรักษาร่วมกัน จากข้อมูลตามแบบบันทึกผู้ป่วยแล้วจึงวางแผนการรักษาร่วมกัน วิธีการแพทย์แผนปัจจุบันเลือกบำบัด

ตามสภาพร่างกายและอาการ แผนไทยใช้สูตรนวด 5 สูตรคือ สูตรเร่งด่วน สูตรเพื่อการศึกษา สูตรปรุงแต่ง สูตรแก้ตามอาการและ สูตรส่งเสริมสุขภาพ เลือกใช้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้กำหนดแผนการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับคนไข้เป็นรายๆ ไป เช่น

ผลการวินิจฉัย พบปัญหาจาก Film x-ray L.S spine AP-Lat ผล x-ray L.S spondylosis (กระดูกหลังเสื่อม หินปูนเกาะที่กระดูกหลัง) ลมปลายนิ้วตาคาศัญญาณ 1 หลัง (หัดถเวช)

วิธีการบำบัดรักษา กายภาพบำบัด 20 ครั้ง (2 คอร์สๆละ 10 ครั้ง) นวดแผนไทยแบบราชสำนัก หัดถบำบัด + ประคบสมุนไพร

### 5.3 การบูรณาการการฟื้นฟู

5.2.1 กายภาพบำบัด(แผนปัจจุบัน) เลือกดำเนินการวิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน

- 1) การประคบความร้อน (Hydrocollater) 20 นาที
- 2) การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Ultrasound) 5 นาที
- 3) การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Stimutator) 10 นาที
- 4) การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น (Short wave diathermy) 15 นาที
- 5) การใช้เครื่องดึงหลัง (pelvic traction) 20 นาที
- 6) การใช้เครื่องดึงคอ (cervical traction) 20 นาที

5.2.2 นวดแผนไทย หัดถบำบัด + ประคบสมุนไพร การนวดแผนไทยแบบราชสำนัก สูตรแก้ตามอาการ ใช้เวลานวดและประคบสมุนไพรครั้งละ 1 ชั่วโมง โดย

- 1) นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
- 2) นวดสัญญาณ 1,2,3 หลังเน้นสัญญาณ 3
- 3) นวดสัญญาณ 1,2,3 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 2
- 4) นวดสัญญาณ 1,2,3 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 1 ประคบสมุนไพร

5.2.3 การฟื้นฟูทางจิต ในช่วงเวลาการบำบัดรักษา สนับสนุนให้ผู้สูงอายุฝึกจิตในชีวิตประจำวัน “จิต” ที่ดีมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต สร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเป็นสุข รู้จักตัวเอง มองดูทุกข์ด้วยความรู้เท่าทัน ไม่ถูกทุกข์บีบคั้น จิตใจปลอดโปร่งเป็นอิสระ เกิดการผ่อนคลายทั้งกายและใจ ให้ทาน รักษาศีล และฝึกจิตเจริญภาวนา อันเป็นทรัพย์ภายในที่เราจะพึ่งพาอาศัยได้ เน้นสร้างความพึงพอใจของผู้สูงอายุทั้ง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้านจิตใจ และความต้องการทางด้านสังคม เศรษฐกิจกิจและความพึงพอใจในการได้รับการดูแล

### 5.4 การบูรณาการการสร้างสุขภาวะหลังการฟื้นฟู

5.4.1 การให้คำปรึกษาแนะนำ ดำเนินการแนะนำข้อควรปฏิบัติหลังการบำบัดรักษาการนัดคนไข้เป็นการรักษาต่อเนื่อง ทำให้การรักษาได้ผลเร็วมากขึ้น เช่นการประคบน้ำร้อน (ลูกประคบ) ทำบริหารส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น กระจกข้อมือ ขึ้น-ลง กำมือ แบมือ ชูแขน และดึงแขน 3 จังหวะ ออกกำลังกาย (เดิน) ให้สม่ำเสมอ เท่าที่จะทำได้ และการพักผ่อนให้เพียงพอจะทำให้อาการโรคหายเร็วขึ้น โดยที่ร่างกายจะมีเวลาซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บและมีเวลาพัก นอกจากนั้นยังต้อง

แนะนำข้อห้ามและข้อควรระวังที่ต้องละเว้น เช่น หลีกเลี่ยงอากาศเย็น งดอาหารแสลง อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม ของทอด กะทิ เนื้อ-หมูติดมัน ของเค็มต่างๆ ผลไม้หวาน ทั้งนี้แล้วแต่อาการของโรค

5.4.2 การติดตามผลการรักษา ติดตามผลทั้งระหว่างการรักษาและหลังการรักษา ระหว่างการรักษาขอให้ความเป็นกันเอง ปฏิบัติตนเสมือนญาติ สอบถามอาการเป็นระยะ พร้อมกับสังเกตอาการและบันทึกอาการ หลังการรักษานอกจากจะบันทึกผลการติดตามผล ทั้งการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารกับผู้รับการรักษาด้วยสื่อต่าง ๆ

5.4.3 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างสุขภาพด้วยตนเอง สร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพ ตั้งชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี สื่อสารประชาสัมพันธ์ จัดการความรู้ด้านสุขภาพ และอื่น ๆ ภายใต้การสนับสนุนของสถานพยาบาล

## 5.5 การบูรณาการการจัดการ

5.5.1 วางแผนบูรณาการการฟื้นฟู จัดให้มีแผนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นแผนบูรณาการในภาพรวมของสถานพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีแผนการรักษาร่วมกันของทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในแต่ละกรณีการรักษา

5.5.2 ระดมสรรพกำลังและบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการรักษาร่วมกัน โดยจัดระบบงานบูรณาการการรักษา จนโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจน จัดให้มีทีมงานการบูรณาการ รวมทั้งสร้างความเข้าใจและพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง

5.5.3 การตรวจสอบผลการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ ให้ผลการตรวจและการประเมินส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องและส่งต่อการพัฒนาการรักษาอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง

สรุป จากแนวทางการบูรณาการของสถานพยาบาลเป้าหมาย ผลการประชุมปฏิบัติและผลการทดลองดำเนินการใน 6 กรณี สรุปได้ว่า แบบวิธีบูรณาการวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอของผู้สูงอายุ ต้องบูรณาการทั้งเป้าหมายหรือผลการรักษา บูรณาการวิธีการบำบัดฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออ่อนแอของผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บูรณาการดำเนินการฟื้นฟูไปพร้อมๆ กันทั้งวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันและการนวดแผนไทย ทั้งการบูรณาการ การตรวจ การบูรณาการการฟื้นฟู การบูรณาการการเสริมสร้างสุขภาวะ และการบูรณาการการจัดการให้เป็นไปอย่างมีเอกภาพและมีพลัง ด้านการตรวจเน้นการตรวจเชิงลึก ด้านการฟื้นฟูเน้นการฟื้นฟูคู่ขนานทั้งแผนไทยและแผนปัจจุบันทั้งกายวิภาคบำบัดและนวดแผนไทย ด้านการส่งเสริมสุขภาวะหลังการฟื้นฟูเน้นการให้คำปรึกษาและการติดตามผล การเสริมแรงและการสร้างสุขภาวะด้วยตนเอง โดยมีการจัดการอย่างมีพลัง

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องนวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ มีความมุ่งหมาย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะตามลำดับ ดังนี้

1. ความมุ่งหมายของการวิจัย
2. สรุปผล
3. อภิปรายผล
4. ข้อเสนอแนะ

#### ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบที่รับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาดำเนินการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบในสถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาแบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

#### สรุปผล

1. สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ การให้บริการการนวดแผนไทยของสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง 4 แห่ง คือโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์ โรงพยาบาลศิริราช คลินิกนวดแผนไทยประยุกต์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข และสถานพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูบุคลากรทางการศึกษา (สก.สค.) มีปัญหาการบริการคล้ายคลึงกันคือ สถานที่ในภาพรวมไม่เอื้อต่อการให้บริการ ระบบการบริการ ผลการตรวจและการเงินล่าช้า มีการจัดการแบบแยกส่วนยังไม่บูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบส่วนใหญ่เป็นปัญหาการอักเสบที่สะโพก เอว คอและไหล่ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม การเสื่อมสภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การเสื่อมสภาพของอวัยวะตามวัยของผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกายที่แก่ลงหมดสภาพ นอกจากนั้นยังมีปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องเช่นนอนไม่หลับ ปัสสาวะไม่ทัน เท้าบวม ระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม เบาหวาน ภาวะทุโภชนาการ โรคอ้วน เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคต่อหิน ต้อกระจก โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ อาการวิตกกังวลและโรคทางประสาทตา ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมสภาพและการผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การไหลเวียนของโลหิตและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาด้าน

เศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุยังคงต้องรับภาระในการหาเลี้ยงครอบครัวและหาเลี้ยงตนเอง รวมทั้งปัญหา การขาดผู้ดูแล

2. ตำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย ด้านกล้ามเนื้ออักเสบ

ตำรับการนวดแผนไทย มี 2 สาย คือการนวดแบบราชสำนัก การนวดนี้ใช้กับเจ้านาย ชั้นผู้ใหญ่ การนวดจึงถูกออกแบบที่เน้นการใช้นิ้วมือและมือเท่านั้น และท่วงท่าที่ใช้ในการนวด มีความสวยงามเรียบร้อยและมีข้อกำหนดแบบแผนในการเรียนมากมาย ส่วนการนวดแบบเชลยศักดิ์ เป็นการนวดที่ใช้ในระดับชาวบ้านด้วยท่าทางทั่วไป ไม่มีแบบแผนหรือพิธีรีตองในการนวดมากนัก ตำรับที่สถานพยาบาลภาครัฐใช้บริการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบเป็นแบบราชสำนักหรือที่เรียกว่า การนวดแผนไทยประยุกต์ ส่วนการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุโดยวิธีแพทย์แผนปัจจุบัน มี 3 วิธีสำคัญคือ รักษาด้วยยา โดยการกินยาแก้ปวดและรักษาต้นเหตุของโรค เช่น การอักเสบ ของข้อและกล้ามเนื้อ ใช้วิธีการรับประมานหรือฉีดยาเข้าบริเวณที่อวัยวะที่ปวดหรืออักเสบ รักษาด้วย กายภาพบำบัด ตามอาการของโรค ข้ออักเสบและกล้ามเนื้ออักเสบ เช่น ปวดหลัง ปวดบ่า และต้นคอ ทำกายภาพบำบัดมีการประคบความร้อน การนวดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ การใช้ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า การใช้เครื่องอบคลื่นสั้น การใช้เครื่องดึงคอ การใช้เครื่องดึงหลัง การจุ่มพาราฟิน การใช้เครื่องบริหารไหล่หมุนวงกลม และการใช้เครื่องบริหารไหล่ดึงซักรอกการรักษาวิธีที่ 3 วิธี สุดท้ายคือวิธีการผ่าตัด

3. แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการ กล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

สถานพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีวิธีบูรณาการภูมิปัญญา วิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุคล้ายคลึง กันคือบูรณาการการรักษาแบบองค์รวมโดยฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ ใช้วิธีการบำบัดฟื้นฟูหลายวิธี เลือกรักษาตามอาการของผู้ป่วยสูงอายุ

การศึกษารายกรณีในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทุกรายมีอายุ มากกว่า 60 ปี มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบเป็นอาการหลัก บูรณาการการรักษาในทุกขั้นตอนการรักษา โดยวิธีกายภาพบำบัดกับการนวดแผนไทยประยุกต์ ควบคู่กับการฝึกสมาธิและการให้คำปรึกษาด้าน สุขภาพ ผู้สูงอายุมีอาการกล้ามเนื้ออักเสบลดลงจนเป็นปกติ มั่นใจในการรักษาและพึงพอใจในการ เข้ารับบริการ

แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการ กล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เป็นแบบ วิธีการพัฒนาขึ้นจากแนวการบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ของสถานพยาบาลเป้าหมายและผลการปฏิบัติการรักษาในสถานพยาบาลของ สกสค. มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้รับบริการการฟื้นฟูแบบบูรณาการ อาการกล้ามเนื้ออักเสบ บรรเทา สุขภาพกายสุขภาพจิตดีและมีสุขภาวะ

ดำเนินการบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในองค์กรรวมแบบครบวงจรใน 4 วิธีการ ประกอบด้วย การบูรณาการการตรวจ โดยดำเนินการซักประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกายหลายมิติและการวินิจฉัยร่วมทั้งอาการตามแนวแพทย์แผนปัจจุบันและอาการตามแนวแพทย์แผนไทย การบูรณาการการฟื้นฟู โดยดำเนินการทำกายภาพบำบัดตามแนวแพทย์ปัจจุบัน ควบคู่กับการทำหัตถบำบัดและการประคบสมุนไพรตามแนวการนวดแผนไทยแบบราชสำนักตามอาการ ควบคู่กับการฟื้นฟูทางจิตและสร้างความอบอุ่นความพึงพอใจของผู้สูงอายุ การบูรณาการการสร้างสุขภาวะหลังการฟื้นฟู โดยการบริการให้คำปรึกษาแนะนำการรักษาและการปฏิบัติตน ติดตามผลการรักษา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างสุขภาวะด้วยตนเองและสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของสถานพยาบาลและการบูรณาการการจัดการ โดยดำเนินการวางแผนบูรณาการการฟื้นฟู ทั้งมีแผนบูรณาการการรักษา และแผนบูรณาการการฟื้นฟูรายกรณี ระดมสรรพกำลังและบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการรักษา ร่วมกัน และตรวจสอบผลการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและใช้ผลเพื่อการพัฒนาการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง

## อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า การให้บริการการนวดแผนไทยของสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง 4 แห่ง มีปัญหาสถานที่ให้บริการในภาพรวมไม่เอื้อต่อการให้บริการ ระบบการบริการล่าช้าและมีการจัดการแบบแยกส่วน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบส่วนใหญ่เป็นปัญหาการอักเสบที่สะโพก เอว คอและไหล่ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม การเสื่อมสภาพของระบบประสาท และกล้ามเนื้อ และการเสื่อมสภาพของอวัยวะตามวัยของผู้สูงอายุ ร่างกายมีโรคภัยมาเบียดเบียน ไม่มีบุตรหลานดูแลเอาใจใส่ ส่วนจิตใจก็หดหู่เกิดอาการน้อยใจสติปัญญาเชิงซ้ำ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุน้อยลงมีข้ออภิปรายเพิ่มเติม ดังนี้

1.1 การให้บริการการนวดแผนไทยของสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง 4 แห่งมีปัญหาสถานที่ให้บริการในภาพรวมไม่เอื้อต่อการให้บริการ ระบบการบริการล่าช้าและมีการจัดการแบบแยกส่วน ปัญหาการบริการนวดแผนไทยของสถานพยาบาล สอดคล้องทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ ตามแนวคิดของอ็อกุสต์ คอหม์, เอมีลี เดอร์โคม ที่กล่าวอ้างโดย นิยพรรณ วรณศิริ (2550 : 97-101) เชื่อว่าโครงสร้างของสังคมประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่แตกต่างกันออกไปอย่างชัดเจนแต่ต้องประสานกันอย่างเป็นระบบ สังคมจึงจะดำรงอยู่ได้อย่างสงบสุขหรือมีดุลยภาพ สังคมจะเกิดดุลยภาพหรืออยู่รอดด้วยการยึดเหนี่ยวทางสังคม (Social Solidarity) เช่นเดียวกับบริการนวดแผนไทย จะยังคงให้บริการอย่างสมบูรณ์และดำรงอยู่ได้ ทุกส่วนในหน่วยบริการจะต้องสัมพันธ์กันเป็นระบบ ทุกองค์ประกอบต้องทำหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มที่ ปัญหาของการบริการในหน่วยบริการเป็นปัญหาของสถานพยาบาล เป็นปัญหาของโรงพยาบาลและเป็นปัญหาของสังคมในที่สุด ปัญหาเล็กน้อยของหน่วยบริการแพทย์แผนไทยจึงควรได้รับการเอาใจใส่อย่างเท่าเทียม ปัญหาอาคารสถานที่แตกต่างจากการวิจัยของ พัลลภ วานิช (2545 : 100) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภครที่เข้ามาใช้บริการนวด

แผนไทยในกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้รับบริการนวดแผนไทยพิจารณาปัจจัยทางด้าน "ผลิตภัณฑ์" เป็นอันดับแรก โดยให้ความสำคัญของการรักษาโรค บรรเทาอาการปวดเมื่อย สามารถผ่อนคลายความเครียดได้ มากกว่า สภาพแวดล้อม - บรรยากาศ กระบวนการนวด บุคลากรและสถานที่ให้บริการ โดยให้ความสำคัญกับสถานที่ให้บริการน้อยที่สุดและสอดคล้องกับการวิจัยของศรีเมืองพลึงฤทธิ์ (2547 : 1-2) ที่ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการวิจัยของ ศิริลัดดา ลิขิตจันทร์วงศ์ (2547 : 1-2) ที่ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้บริการที่มีต่อบริการของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง

1.2 ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบส่วนใหญ่มีปัญหาการอักเสบที่สะโพก เอว คอ และไหล่ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม การเสื่อมสภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ และการเสื่อมสภาพของอวัยวะตามวัยของผู้สูงอายุ คุณภาพร่างกายมีโรคร้ายมาเบียดเบียน และต้องการมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของ ปณิธาน วัฒนพานิชกิจ (2548 : 1) ที่ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้และต้องการการเรียนรู้ตลอดชีวิตในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยในระดับมาก ต้องการคำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยโดยผ่านสื่อประเภทโทรทัศน์ ส่วนความต้องการเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านเพิ่มทักษะทางอาชีพ มีความต้องการในระดับน้อย แต่ต้องการเรียนรู้ทางด้านกฎหมาย ความต้องการด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความต้องการปานกลาง และต้องการรับข้อมูลข่าวสารโดยผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด และสอดคล้องกับการวิจัยของซีเชอเดลลี (1981 : 102) เกี่ยวกับบุตรวัยผู้ใหญ่ในการดูแลบิดามารดาสูงอายุในชุมชนลาฟาแยต บุตรมีทัศนคติต่อบิดามารดาสูงอายุในทางบวก โดยรู้สึกรู้ว่าเป็นภาระผูกพันที่จะต้องช่วยเหลือบิดามารดาในอนาคต สิ่งที่บุตรให้แก่บิดามารดา คือ การให้กำลังใจ การให้ที่อยู่อาศัย การให้ข่าวสารความรู้ การช่วยทำงานบ้าน การบริการรับส่ง แสดงถึงความผูกพัน อีกอย่างหนึ่งคือการไปและการพูดคุยทางโทรศัพท์อย่างน้อยทุกสัปดาห์ สอดคล้องกับ คาฟเฟร (Caffrey. 1991 : 98) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ในกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดินไปถวายอาหารพระหรือไปปฏิบัติธรรมในวันพระและช่วงเข้าพรรษาการเดินทางไปซื้อของ การจัดการงานบ้าน เช่นการเลี้ยงหลาน การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านการซักเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การกางมุ้งและเก็บที่นอน การขึ้นบันได การเข้าห้องน้ำการอาบน้ำ การแต่งกายเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วม

1.3 ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีบุตรหลานดูแลเอาใจใส่ ส่วนจิตใจก็หดหู่เกิดอาการน้อยใจ สติปัญญาเสื่อมช้า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพลดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สัญญา รักชาติ (2544 : 118 - 140) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิต และ



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะ ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน มีการปฏิบัติตนตามแพทย์สั่งเพื่อบรรเทาหรือไม่ให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นและได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางสาธารณสุข เมื่อมีอายุมากขึ้นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง แตกต่างจากการวิจัยของ อัมภัสสา พาณิชชอภ (2546 : 1) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนอยู่ในระดับดีร้อยละ 48.8 และร้อยละ 73.8 ตามลำดับโดยการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุที่พัก ในสถานที่พักเอกชนดีกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางแค ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของทางราชการ สอดคล้องกับการวิจัยของ พรทิพย์ พิทักษ์ไพบูลย์กิจ (2548 : 1) ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล ัญบุรี พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลัญบุรี มีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล ตนเองและการรวมกลุ่ม แนวทางและวิธีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกคือ การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายการจัดกิจกรรมร่วมกัน การให้ความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการวิจัยของ จินตนา สุวิทวัส (2549 : 1-2) ที่ศึกษาสวัสดิการผู้สูงอายุ ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางสังคมวัฒนธรรมในชุมชนลุ่มน้ำพองตอนล่าง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การพัฒนาไปสู่ความทันสมัยของรัฐลดบทบาทบางอย่างของผู้สูงอายุในบทบาทการเป็นผู้ถ่ายทอด ภูมิปัญญาของชุมชน บทบาทที่หมดไปได้แก่ การเป็นหมอด่าแยะและเป็นผู้แก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง ของคนในชุมชน บทบาทที่ยังคงอยู่เช่นเดิมคือ การเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรม บทบาทที่เกิดขึ้น ใหม่ได้แก่ การเป็นผู้รับภาระงานบ้าน ฝ้าบ้าน เลี้ยงหลาน เป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน

2. ผลการวิจัยพบว่า ตำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้ออวัยวะในสถานพยาบาลภาครัฐ มีกำเนิดจากอินเดียโบราณ มีการเผยแพร่สู่ประเทศไทยและมีการถ่ายทอดมาหลายชั่วอายุคน กลายเป็นภูมิปัญญาที่ตั้งอยู่บน รากฐานทางวัฒนธรรม แบบการนวดมี 2 ประเภท คือ แบบราชสำนักและการนวดแบบทั่วไป ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้กำหนดนโยบายให้ใช้วิธีการนวดแบบ ราชสำนัก แต่ปรากฏว่าบทบาทจริงมีการให้บริการทั้ง 2 แบบ

2.1 การนวดแผนไทยถือกำเนิดมาจากอินเดียเมื่อเข้าสู่ประเทศไทยได้รับการปรับปรุง จนกลายเป็นการนวดแผนไทย มีการให้บริการนวดฝ่าเท้าซึ่งเป็นศาสตร์การนวดของจีนที่นำมา ประยุกต์ใช้เพื่อบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตามความคาดหวังของสังคมเป็น ภูมิปัญญาไทยสอดคล้องกับการวิจัยของ โฆสิต แพงสร้อย (2551 : 160 - 197) ได้ทำการศึกษา รูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา (คิวเซเคียว) เป็นการแพทย์ทางเลือกในการดูแล สุขภาพของชาวอีสาน ผลการศึกษาพบว่า ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของชาวอีสาน ระยะแรกเริ่มได้รับอิทธิพลจากอาณาจักรขอม ราวพุทธศตวรรษที่ 18 สมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7

ที่ทรงนับถือพระพุทธศาสนานิกายมหายาน จากหลักฐานที่ปรากฏมีข้อมูลศิลาจารึกว่าด้วยการสร้างโรงพยาบาลในภาคอีสานรวม 6 แห่ง รวมถึงการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในอโรคยาศาล และเป็นการแพทย์แผนไทยที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ผูกพันใกล้ชิดกับพระพุทธศาสนามีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยในลักษณะองค์รวมทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

สอดคล้องกับทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Diffusion Theory) ของ ฟรานซ์ โบแอส (Franz Boas) ที่เห็นว่า “การแพร่กระจายทางวัฒนธรรมเป็นกระบวนการที่มีลักษณะสำคัญของวัฒนธรรมหนึ่งแพร่กระจายไปสู่อีกวัฒนธรรมหนึ่ง โดยปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมใหม่” “วัฒนธรรมสามารถวัดได้ โดยนำวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมาเปรียบเทียบกันและพิจารณาคูณลักษณะที่สูงกว่าหรือด้อยกว่าของแต่ละวัฒนธรรม แต่ยังคงเชื่อว่าวัฒนธรรมนั้นไม่มีวัฒนธรรมใดที่ดีกว่าหรือเลวกว่ากัน” การที่คนไทยรับวิธีการนวดได้ง่ายและพัฒนาจนกลายเป็นของไทยเอง สอดคล้องกับแนวคิดของเอฟเวอเรท เอ็ม. โรเจอร์ (นียบรรณ วรรณศิริ. 2550 : 97-101 ; อ้างอิงมาจาก Everett M. Rogers) ที่ได้เห็นว่า “การเปลี่ยนแปลงสังคมส่วนใหญ่เกิดจากการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมจากภายนอกเข้ามามากกว่าเกิดจากการประดิษฐ์คิดค้นภายในสังคม และนวัตกรรม (Innovation) ที่ถ่ายทอดกันนั้นอาจเป็นความคิด (Idea) ซึ่งรับมาในรูปสัญลักษณ์ (Symbolic Adoption) ถ่ายทอดได้ยาก หรืออาจเป็นวัตถุ (Object) ที่รับมาในรูปการกระทำ (Action Adoption) ซึ่งจะเห็นได้ง่ายกว่า” และ “นวัตกรรมที่จะยอมรับกันได้ง่าย ต้องมีลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ (1) มีประโยชน์มากกว่าของเดิม (Relative Advantage) (2) สอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมที่รับ (Compatibility) (3) ไม่ยุ่งยากสลับซับซ้อนมาก (Less Complexity) (4) สามารถแบ่งทดลองรับมาปฏิบัติเป็นครั้งคราวได้ (Divisibility) และ (5) สามารถมองเห็นเข้าใจง่าย (Visibility) นอกจากนี้ ขั้นตอนการตัดสินใจรับเอานวัตกรรมใหม่มี 5 ขั้นตอนได้แก่ (1) ขั้นตอนในการรับรู้นวัตกรรม (Awareness) (2) เกิดความสนใจในนวัตกรรมนั้นๆ (Interest) (3) ประเมินค่านวัตกรรม (Evaluation) (4) ทดลองใช้นวัตกรรม (Trial) และ (5) การรับหรือไม่รับเอานวัตกรรม (Adoption or Rejection) โดยผู้รับนวัตกรรมอาจมีทั้งผู้รับเร็วหรือช้าแตกต่างกันไป”

2.2 สำหรับการบำบัดรักษานั้นจะใช้นวดแบบราชสำนักเป็นหลัก เนื่องจากเป็น การนวดตามสัญญาห้าซึ่งไม่ซับซ้อน และสามารถบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้ รวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อสัญญาณชีพจึงปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ (2540 อ้างอิงมาจาก เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ 2546) ศึกษาผลการประยุกต์นวดแผนไทยแบบราชสำนัก เข้ากับคลินิกแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข การนวดแผนไทย ใช้มือหรือหัวแม่มือในการบีบ การบิด การกด การคลึง การตึง เป็นต้น ซึ่งเป็นการออกแรง เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว รู้สึกผ่อนคลายปลดปล่อยให้เป็นอิสระจากความตึงเครียดที่บีบรัดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และบรรเทาอาการ แก้วดวงเมื่อย โดยการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เรื่องระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มาใช้ประกอบในการฝึกนวด สอดคล้องกับการวิจัยของ ยงศักดิ์ ต้นติปฏิภก และคณะ (2545 : 195) ได้ศึกษาการนวดไทยบำบัด ว่าประกอบด้วย การนวดแก้ปวดขา

เข้า ปวดหลัง แขน ไหล่ คอ ศีรษะ การนวดแก้เป็นลม การนวดแก้ตกหมอน การนวดแก้สะบักจม การนวดแก้จุกเสียด การนวดแก้ท้องผูก การนวดแก้ปวดประจำเดือน การนวดแก้ตะคริว และการคลื่อนวดแก้ข้อเท้าแพลง เป็นการนวดเพื่อรักษาหรือฟื้นฟูข้อบกพร่องของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถที่จะใช้การนวดบำบัดรักษาและฟื้นฟูให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ให้หายเป็นปกติได้ การนวดแผนไทยเน้นเรื่องเส้นสัททิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศา ปลื้มปิติวิริยะเวช และเสาวภา พรสิริพงษ์ (2543 : 95) ได้ศึกษาการนวดพื้นบ้านอีสานในเชิงกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พบว่า หมอนวดพื้นบ้านอีสานให้ความสำคัญกับ “เส้น” โดยเชื่อว่าร่างกายประกอบด้วยเส้นจำนวนมากที่สัมพันธ์กับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และการวินิจฉัยโรคใช้วิธีการสังเกตลักษณะภายนอกและการคลึงโดยประสบการณ์ การรักษาเน้นการนวดที่จุดรวมเส้น เพื่อให้เลือดลมเดินดี ส่งผลให้เส้นอื่น ๆ คลายตัว กลุ่มอาการที่นวด ได้แก่ ปวดเนื้อเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็งตัว อัมพฤกษ์ อัมพาต และอาการตลุกลง เทคนิคและวิธีการนวดของหมอนพื้นบ้านมีหลายวิธีที่ต้องระมัดระวัง สิ่งที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการสอนคือทำให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยา

3. ผลการวิจัยพบว่า แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลภาครัฐในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เป็นแบบวิธีการพัฒนาขึ้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้รับบริการการฟื้นฟูแบบบูรณาการในองค์รวม อาการกล้ามเนื้ออักเสบบรรเทา สุขภาพกายสุขภาพจิตดีและมีสุขภาวะ ดำเนินการบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในองค์รวมแบบครบวงจรใน 4 วิธีการ ประกอบด้วยการบูรณาการการตรวจการบูรณาการการฟื้นฟู การบูรณาการการสร้างสุขภาวะหลังการฟื้นฟูและการบูรณาการการจัดการมีข้อควรอภิปรายเพิ่มเติม ดังนี้

3.1 เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบได้รับบริการการฟื้นฟูแบบบูรณาการในองค์รวม อาการกล้ามเนื้ออักเสบบรรเทา สุขภาพกายสุขภาพจิตดีและมีสุขภาวะ เป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับบริการแบบองค์รวม สอดคล้องกับการวิจัยของเลบี้และชูป (Leiby & Shupe. 1992 : 204) ได้ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปผู้ป่วยด้วยโรคปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกเพียง 1 คนด้วยระยะเวลาเพียง 9 วัน ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลที่บ้านกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกถึง 25 คนใช้ระยะเวลาในการรักษานานถึง 105 วัน การศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะกลับเข้าโรงพยาบาลใหม่น้อยลง การวิจัยของสติเฟินสันและคณะ (Stephenson and others. 2000 : 67-72) ได้ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งลง และหนึ่งในสามของผู้ป่วย มีระดับความเจ็บปวดลง ผู้ทำการศึกษาเน้นว่าสามารถนำไปใช้ได้ง่าย เพราะกระทำที่ใดก็ได้ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ ไม่มีการรุกรานเนื้อเยื่อร่างกายและทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลดเดียว การนวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดสอดคล้องกับการวิจัยของเฟอร์เรล ทอร์รี่และกลิก

(Ferrel-Torry และ Glick. 1993 : 93-101) ได้ศึกษาผลของการนวดหลัง คอ ไหล่และขา ในผู้ป่วยมะเร็งเพศชายที่มีการเจ็บปวด พบผู้ป่วยมะเร็งมีระดับความเจ็บปวดและระดับความวิตกกังวล ตลอดจนค่าสังเกตทางสรีรวิทยา ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและความดันโลหิต ลดลง ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะให้ใช้การนวดเพื่อเป็นกิจกรรมพยาบาลในการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

3.2 พื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออัมพาตของผู้สูงอายุในองค์รวมแบบครบวงจรใน 4 วิธีการ ประกอบด้วย การบูรณาการการตรวจ การบูรณาการการฟื้นฟู การบูรณาการการสร้างสุขภาวะหลังการฟื้นฟูและการบูรณาการการจัดการโดยการวางแผนบูรณาการการฟื้นฟู ทั้งหมดมีแผนบูรณาการ การรักษา และแผนบูรณาการการฟื้นฟูรายกรณี ระดมสรรพกำลังและบูรณาการการใช้ทรัพยากร ในการรักษาร่วมกัน และตรวจสอบผลการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและใช้ผลเพื่อการพัฒนาการรักษา อาการกล้ามเนื้ออัมพาตในภาพรวมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทศนิยม พานพรม (2545 : 115-118) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของจิตรา วีรบุรินทร์ (2546 : 1) ที่ศึกษารูปแบบการจัดการบริการสังคม ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย พบว่าการจัดการบริการสังคมให้กับผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน ยังไม่มีความเหมาะสม ยังไม่มีความครอบคลุม ตอบสนองและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในระดับน้อยทั้งสิ้น แต่โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้มากที่สุด การวิจัยของ ทิพวรรณ วีรกุล (2546 : 1) ได้ศึกษาถึงการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ลักษณะการดูแล ผู้สูงอายุระยะสุดท้ายทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ คือการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจทุกครั้งที่มีเวลาว่าง เปิดโอกาสให้ญาติและสมาชิกในครอบครัว ของผู้สูงอายุ ในระยะสุดท้ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่นการป้อนอาหาร การเช็ดตัว สำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพและการเพิ่มจำนวนบุคลากร ที่ดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายให้มีความพอเพียง และสอดคล้องกับการวิจัยของ สิริพร ทาชาติ (2549 : 1) ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุด้วยวิถีพุทธ พบว่า การประเพณีปฏิบัติตามวิถีพุทธ ช่วยให้ชีวิตมีความเป็นอยู่สอดคล้องกับแนวทางธรรมชาติ เป็นชีวิตที่สงบและมีความสุข การปฏิบัติสัมพันธ์กันและกันในรูปแบบความเมตตากรุณา พึ่งพาอาศัย พอยุ่พอกิน ไม่เบียดเบียนกัน มีวิถีชีวิตด้วยความสงบสุข “ต้องปฏิบัติจริงจึงจะเข้าถึงสัจธรรม สามารถนำชีวิตไปสู่ความสุขและ พ้นทุกข์ได้ด้วยตนเอง

การให้บริการคำนึงถึงความพอใจของผู้รับบริการสอดคล้องกับงานวิจัย ของวนิดา วามนตรี (2547 : 1-2) ที่ศึกษาความพึงพอใจคุณภาพการบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนนทเวช พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจคุณภาพการบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนนทเวช โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด 5 ด้าน ได้แก่ด้านความเชื่อถือได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ด้านการเข้าถึงจิตใจผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจคุณภาพ บริการมากที่สุด การส่งเสริมสุขภาพหลังการนวดต้องจัดให้ผู้สูงอายุมีเครือข่าย กลุ่มและชมรม

ของตนเอง สอดคล้องกับการวิจัยของพรรณธิดา บุญพิทักษ์ (2548 : 1-2) ได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย พบว่ากิจกรรมที่จัดให้สมาชิกส่วนใหญ่เป็นการเผยแพร่ข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ด้านศาสนาและวัฒนธรรม

การให้บริการที่เน้นความพึงพอใจและความสุขของผู้สูงอายุ ให้มีการนั่งสมาธิ ทำจิตบำบัด ให้รู้เท่าทันความทุกข์ สอดคล้องกับ ทฤษฎีความสุขในชีวิต (The Salutogenic Theory) ของ อารอน แอนโทโนปสกี (Aaron Antonovsky. 1993 : 725-733) เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความความสุขในชีวิต เป็นรูปวงจรถัดเนื่องที่เรียกว่า “Breakdown Continuum” หรือ “Health Continuum” โดยความสุขจะอยู่ริมสุดของวงจรถัดเนื่องคือภาวะสุขภาพดี (Salutary End) ส่วนความเจ็บป่วยจะอยู่ริมสุดด้านตรงข้ามกับความสุขภาพเรียกว่าภาวะความเจ็บป่วย (Health Breakdown) ทฤษฎีนี้มุ่งอธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลจะอยู่ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับความเครียด แรงกดดันที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการต้านทานความเครียดของบุคคล และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นการมองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล มีความหมาย และสามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวนั้นได้อย่างเหมาะสม

สอดคล้องกับการวิจัยของ จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพินอังสุโรจน์ (ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. 2547 : 21-22 ; อ้างอิงมาจาก จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพิน อังสุโรจน์. 2546 : 5) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุไทยพบว่าประกอบด้วยมิติต่าง ๆ 5 มิติ คือ ความสามัคคีปรองดอง การพึ่งพาอาศัยกันและกัน ความสงบสุขและการยอมรับ การเคารพนับถือและความเบิกบาน ปลดปล่อยความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ ทำให้ใจสงบ ไม่คิดมากหรืออารมณ์เสีย สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของ โรเบิร์ต ฮาวิเฮอร์ส (Robert Havighurst. 1968 : 20-23) เชื่อว่าผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อการมีชีวิตอย่างสมบูรณ์และความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง Havighurst เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การได้ทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุกระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายความตึงเครียด แนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร (Inactive) สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson's Theory) ที่เชื่อว่าภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาระหว่างความมั่งคั่งสมบูรณ์กับความสิ้นหวังหรือหมดหวัง ผู้สูงอายุที่รู้สึกมั่งคั่งสมบูรณ์จะมองชีวิตด้วยความพึงพอใจ ชื่นชมกับความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอดีต และมีชีวิตอยู่กับบุคคลอื่นๆ ด้วยความสงบและพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย แต่สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดหวังจะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย เกิดความท้อแท้ ท้อถอย หมดโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องที่ผ่านมาและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้การบริการกำหนดเน้นการบริการทั้งทางกายและทางจิต สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory) Maslow เชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการพื้นฐานและต้องการได้รับการตอบสนอง 5 ชั้นตามลำดับคือความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความมั่นคงความปลอดภัยทั้งทางด้าน

ร่างกายและจิตใจ ความต้องการทางด้านความรักและความต้องการการเป็นเจ้าของ ความต้องการ การยอมรับนับถือ และความต้องการบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต (ทัศนีย์ ทองสว่าง. 2549 : 301-302) กิจกรรมบริการต้องสร้างความสุขความหวังให้กับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการวิจัยของเฮิร์ธ (Herth. 1993 : 47) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความหวังคือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น การทำกิจกรรมอย่างมีความหมาย การระลึกถึงความทรงจำที่ดี มีความเพลิดเพลินเบิกบาน โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยส่งผลให้เกิดความหวัง มูน (Moone. 1998 : 122) ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตหลังเกษียณอายุราชการของผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดหลังเกษียณ และรายได้เป็นสิ่งสำคัญน้อยที่สุดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต วิลเลียม (William. 1988 : 78) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 16.5 ในกลุ่มอายุ 65 ปี และร้อยละ 20 เมื่ออายุเกิน 80 ปีขึ้นไปและเทอซิแนนและคณะ (Tousignant and others. 2007 : 104-105) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถที่บ้านในประเทศแคนาดา ผลจากการศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีความเป็นไปได้ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษต่อไป

3.3 บุรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้อ อักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย วิธีบูรณาการโดยให้ผู้ป่วยให้ทาน รักษาศีล 5 และฝึกจิตเจริญภาวนา เพราะว่า อานิสงส์ของการให้ทานจะเป็นที่รักของทุกคน การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ ด้านสุขภาพทางร่างกาย ได้แก่ การประคบสมุนไพร การนวดสมุนไพรทั้งสดหรือแห้ง หลายๆ ชนิด โขลกพอแหลกและคลุกรวมกัน ห่อด้วยผ้า ทำเป็นลูกประคบ การอบไอน้ำสมุนไพร เป็นฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยจะทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The Salutogenic Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Aarron Antonovsky (1993 : 725-733) แอนโทนอฟสกี เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิต เป็นรูปวงจรถ่วงต่อเนื่องที่เรียกว่า “Breakdown Continuum” หรือ “Health Continuum” โดยความผาสุกจะอยู่ริมสุดของวงจรถ่วงคือภาวะสุขภาพดี (Salutary End) ส่วนความเจ็บป่วยจะอยู่ ริมสุดด้านตรงข้ามกับความผาสุกเรียกว่าภาวะความเจ็บป่วย (Health Breakdown) ทฤษฎีนี้มุ่ง อธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลจะอยู่ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับความเครียด แรงกดดันที่ได้รับจาก สิ่งแวดล้อม ความสามารถในการต้านทานความเครียดของบุคคล และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นกรรมมองเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล มีความหมาย และสามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวนั้นได้อย่างเหมาะสม

การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย โดยจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมเบาๆ ได้ปฏิบัติในเวลาว่างวันหนึ่งสัก 2 กิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้สมองให้เกิดการเคลื่อนไหว จิตใจก็กระชุ่มกระชวย ไม่ความตึงเครียด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี กิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst (1968 : 20-23) ทฤษฎีนี้เสนอว่าผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อการมีชีวิตอย่างสมบูรณ์และความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง Havighurst เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับผู้สูงอายุ การได้ทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุกระชุ่มกระชวย

ผ่อนคลายความตึงเครียด แนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อที่ว่า การมีชีวิตที่ตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการอยู่เฉยๆ ไม่ทำอะไร (Inactive) การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ จะนำมาซึ่งความสุขรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งแนวคิดตามทฤษฎีนี้มีความสำคัญในการนำมาจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบการจัดกิจกรรมมี 3 ลักษณะคือ ลักษณะแรกเป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ (Informal Activity) ได้แก่การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันเครือข่าย

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออัมพาตส่วนใหญ่เป็นปัญหาการอักเสบที่สะโพก เอว คอและไหล่ตามลำดับ สาเหตุเกิดจากจากการหกล้ม การเสื่อมสภาพของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การเสื่อมสภาพของอวัยวะตามวัยของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมสภาพและการผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การไหลเวียนของโลหิตและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุยังคงต้องรับภาระในการหาเลี้ยงครอบครัวและหาเลี้ยงตนเอง รวมทั้งปัญหาการขาดผู้ดูแล

1.1 กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีระบบสวัสดิการและระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่และสุขภาวะให้ชัดเจนและดำเนินการอย่างทั่วถึง

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและท้องถิ่นควรเร่งรัดประชาสัมพันธ์กวดขันให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญและไม่ละเลยสุขภาพ

1.3 ท้องถิ่นร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขควรจัดระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ผลการวิจัยพบว่าตำรับการนวดแผนไทย มี 2 สาย คือการนวดแบบราชสำนักและการนวดแบบเชลยศักดิ์ ตำรับที่สถานพยาบาลภาครัฐใช้บริการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออัมพาตเป็นแบบราชสำนักหรือที่เรียกว่าการนวดแผนไทยประยุกต์

1.4 กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมสนับสนุนและสืบทอดภูมิปัญญาการนวดแผนไทยทั้งสองสายให้เป็นที่รู้จัก

1.5 ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรสนับสนุนส่งเสริมให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาการนวดแผนไทยสู่การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในทุก ๆ ด้าน

ผลการวิจัยพบว่า แบบวิธีบูรณาการภูมิปัญญาวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออัมพาตของผู้สูงอายุเป็นการการรักษาแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ บำบัดฟื้นฟูหลายวิธี เลือกวิธีบำบัดตามอาการของผู้ป่วยสูงอายุ โดยบูรณาการภูมิปัญญาในทุกชั้นการรักษาทั้ง การบูรณาการการตรวจ โดยดำเนินการซักประวัติเชิงลึก การตรวจร่างกายหลายมิติและการวินิจฉัยร่วมทั้งอาการตามแนวแพทย์แผนปัจจุบันและอาการตามแนวแพทย์แผนไทย การบูรณาการการฟื้นฟู โดยดำเนินการทำกายภาพบำบัดตามแนวแพทย์ปัจจุบัน ควบคู่กับ

การทำหัตถบำบัดและการประคบสมุนไพรตามแนวการนวดแผนไทย ควบคู่กับการฟื้นฟูทางจิต และสร้างความอบอุ่นความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

1.6 สถานพยาบาลเป้าหมายควรใช้ผลการวิจัยนี้ไปบูรณาปรับใช้ในการการบำบัดรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากขึ้น

1.7 กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทาง และเป็นข้อมูลในการบูรณาการการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.8 การแพทย์แผนไทย ควรมีวิธีการสร้างบุคลากร หมอแผนไทย หมอพื้นบ้าน หรือหมอนวด ให้เป็นบุคลากรที่มีองค์ความรู้ และมีทักษะที่เชี่ยวชาญอันประกอบไปด้วยคุณธรรม จริยธรรม

1.9 โรงพยาบาลแพทย์แผนไทย สามารถนำผลการวิจัยไปเปิดให้บริการอย่างครบวงจร เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือที่เป็นรูปธรรม

1.10 ภาคเอกชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการนวดแผนไทยซึ่งเป็นงานธุรกิจบริการสุขภาพ จึงควรมีการศึกษา ศักยภาพในการแข่งขันลงทุนประกอบธุรกิจทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการ ผู้ให้บริการและการศึกษานวดแผนไทย

1.11 ชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในการเปิดให้บริการด้านนวดแผนไทยของคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศูนย์บริการสาธารณสุข

1.12 รัฐบาลควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ด้วยการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ หลักประกันด้านรายได้ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มผู้สูงอายุตามความเหมาะสมโดยเตรียมการตั้งแต่วัยทำงาน 30-40 ปี และเรียนรู้การนวดแผนไทยเพื่อรักษาสุขภาพตนเอง

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการเพิ่มประสิทธิภาพรูปแบบการบูรณาการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในการบำบัดฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ รวมทั้งขยายผลดำเนินการในทุกพื้นที่ของประเทศ

2.2 ศึกษาปัจจัยสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย

2.3 ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการแพทย์แผนไทย กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งด้านการให้บริการ และต้นทุนการให้บริการ

2.4 ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนวดแผนไทยกับการนวดแบบสปาด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ต้นทุนและอัตราของการให้บริการ

2.5 ควรศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้บริหารต่อรูปแบบที่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย

2.6 ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน เพื่อหาแนวทางให้เกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุช่วยเหลือกันเองในชุมชน



2.7 วิจัยการบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในการรักษาร่วมกัน ในโรคที่รักษายากและเรื้อรัง เพื่อใช้การแพทย์แผนใดแผนหนึ่งอย่างเดียว

2.8 ควรนำแผนทางการบูรณาการ การรักษาผู้ป่วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกัน โดยใช้ตำรับการนวดแผนไทยประยุกต์ จัดทำหลักสูตรในการอบรม “การบูรณาการการรักษาผู้ป่วย ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน” ให้แก่นักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ นักศึกษาแพทย์แผนปัจจุบันจากสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพต่างๆ และเผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ประชุมสัมมนาทางด้านวิชาการต่างๆ ได้นำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่ประชาชน ผู้สูงอายุ และจะโน้มน้าวให้ประชาชนหันมารับบริการการแพทย์แผนไทย ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

## บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ข้อมูลประชากรไทย. 2551.  
<[http://www.dopa.go.th/stat/y\\_stat51.html](http://www.dopa.go.th/stat/y_stat51.html)> 4 พฤษภาคม 2552.
- กรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. การนวดไทยเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : เลิฟแอนด์ลิฟเพรส, 2542.
- กรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- กรณีการ์ พรหมเสาร์ และสรสิริ อินจัน. การแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์ แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- กองการแพทย์. การแพทย์ไทยเดิม ฉบับอนุรักษ์ พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
- กองนโยบายเทคโนโลยีเพื่อการเกษตรและเกษตรกรรมยั่งยืน. องค์ความรู้และภูมิปัญญาของศูนย์เรียนรู้ปราชญ์ชาวบ้าน. กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมการเกษตร, 2551.
- กองประกอบโรคศิลปะ. ตำราการแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 3. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.
- กระทรวงศึกษาธิการ กรมวิชาการ. ภูมิปัญญาไทยในงานศิลปถิ่นเมืองกรุง. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2539.
- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรงปี 2548. 2548.  
<[http://healthdata.moph.go.th/main\\_html/48/support.html](http://healthdata.moph.go.th/main_html/48/support.html)> 1 กันยายน 2551.
- . แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. 2551.  
<[http://www.moph.go.th/other/inform/10/plan\\_10.pdf](http://www.moph.go.th/other/inform/10/plan_10.pdf)> 1 กันยายน 2551.
- . แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- กฤษณา วงษาสันต์. วิถีไทย. กรุงเทพฯ : เจริญทรัพย์ เอ็ดดูเคชั่น, 2542.
- กัญจนา ดีวิเศษ. การนวดเพื่อสุขภาพ สำหรับประชาชน ตามโครงการส่งเสริมการนวดไทยเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : เลิฟแอนด์ลิฟเพลง, 2544.
- กัญจนา ดีวิเศษ และคณะ. คู่มืออบรมการนวดไทย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์, 2544.
- กันยา กาญจนบุรานนท์. การสาธารณสุขมูลฐาน. เอกสารการสอนชุดวิชา สุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน หน่วยที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- กันทิมา ลัทธิดัญญกิจ และพรทิพย์ เต็มวิเศษ. คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยผ่านศึก, 2547.
- กิตติ สมบัติ, นงพรรณ พิริยานุพงศ์ และสายันต์ อาจณรงค์. รายงานการวิจัย ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยมุสลิม. ยะลา : ยะลา สมาร์ทพริ้นท์, 2546.

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. “ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท,” ใน พฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 50.  
กรุงเทพฯ : โครงการช่ยงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์  
และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- ชนิษฐา ทองหยอด. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกัน  
ภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี.  
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- ขบวน พลตรี. มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2537.
- คมพล สุวรรณภูมิ. วัฒนธรรมกับสังคม. จันทบุรี : มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, 2550.
- . ศักยภาพและทางเลือกของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพที่ดำรงอยู่ในชุมชน. กรุงเทพฯ :  
ม.ป.พ., 2542.
- คุณ โทชน์. พุทธศาสนากับสังคมไทยและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์,  
2545.
- โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. สุขภาพทางเลือก. กรุงเทพฯ : กระทรวง  
สาธารณสุข, 2543.
- โครงการฟื้นฟูการนวดไทย. คู่มือการนวดไทยในสาธารณสุขมูลฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 5.  
กรุงเทพฯ : โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2535.
- โครงการฟื้นฟูการนวดไทย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และคณะ. ตำราการนวดไทยเล่ม 1.  
กรุงเทพฯ : โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2541.
- งามพิศ สัตย์สงวน. หลักมานุษยวิทยาวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : รามการพิมพ์,  
2543.
- จรรยา สุทธิญาโณ. พระพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี :  
ประชากรธรรม, 2544.
- จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์. “สุขภาพองค์รวมและการแพทย์ทางเลือก กระบวนทัศน์ใหม่ต่อการมองชีวิต  
และสุขภาพ,” วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 15(2) : 15-17, 2545.
- จันทิมา โดษะนันท์. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน  
โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ, 2544.
- จารุวรรณ ธรรมวัตร. ภูมิปัญญาอีสาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุบลราชธานี : ศิริธรรมออฟเซ็ท, 2543.
- จินตนา ยูนิพันธ์. ทฤษฎีทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- จินตนา สงค์ประเสริฐ. ที่พึ่งของคนไทยในปัจจุบัน = Traditional Self care. กรุงเทพฯ :  
โรงพยาบาลสวนปรุง, 2536.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ความกตัญญูกตเวที และการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุ  
ในครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : รามการพิมพ์, 2550.
- จิราพร มงคลประเสริฐ และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการ  
ดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนวัดคำเรือ อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. กรุงเทพฯ :  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2545.

- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, พรประภา สิ้นธนาวา และนภัส ศิริสัมพันธ์. การประเมินสถานสงเคราะห์  
คนชราของรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง. 30 ธันวาคม 2550.  
<<http://library.hsri.or.th/summary/hs0768.doc>> 4 พฤษภาคม 2551.
- จิระศักดิ์ จันทะพันธ์. “การส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย,” ชุมชนสาธารณสุขมูลฐาน  
ภาคอีสาน. 14(4) : 35-39, 2542.
- จุมพล หนิมพานิช. “การอบรมขัดเกลาทางสังคมและการศึกษา,” ใน สังคมมนุษย์. หน้า 126-  
130. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2548.
- จური วิจิตรวาทการ. ระบบสังคมไทย. เอกสารประกอบการสอนรายวิชารัฐประศาสนศาสตร์ 601.  
กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2550.
- จูลณี เทียนไทย. “ชราภาพแต่ร่างกายหากสดใสในจิตใจ : การประยุกต์ใช้ธรรมในชีวิต-ของกลุ่ม  
ผู้สูงอายุไทยในกรุงเทพฯ,” ใน รวมบทความทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาปี 2549.  
หน้า 56-59. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- ไฉสิต แพงสร้อย. รูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาญี่ปุ่น (คิวเซเคียว)  
เป็นการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวอีสาน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท.  
มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.
- ชรินทร์ วรกุลกิจกำจร. แนวทางการพัฒนาภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ให้เป็นธุรกิจเพื่อสุขภาพ  
สำหรับนักท่องเที่ยว. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- ชลนกุล คำนึ่ง. การรับรู้และการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิต. วิทยานิพนธ์  
พ.ด. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- ชลธิชา วังวิเวก. ความสัมพันธ์ของสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน  
สุขภาพจิตของผู้ป่วยสูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.  
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ชลทิพย์ เอี่ยมสำอางและวิศนี ศิลตระกูล. ภูมิปัญญาชาวบ้านเทคโนโลยีพื้นบ้านและแหล่งวิทยาการ  
ในชุมชน” หน้าที่ 1-8. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2534.
- ชวน อะโนศรี. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการนวดไทย กรณีศึกษา :  
บ้านสะอาดสมศรี หมู่ที่ 9 ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์  
ศศ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
- ชวลิต ทิศนสว่าง. เทคนิคการนวดสำหรับนักกีฬา. กรุงเทพฯ : ยูไนเต็ทบุ๊ก. 2530.
- ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์ แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งฯ, 2550.
- ณอมมาลย์ ราชภัณฑารักษ์. มนุษย์กับสังคม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
- เตชรัตน์ สุขกำเนิด. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : การวิเคราะห์ระบบ การประเมินผลกระทบ  
ด้านสุขภาพ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
- ทรงคุณ จันทจร. การวิจัยเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม. กาฬสินธุ์ : ประสานการพิมพ์, 2549 ก.  
———. การถ่ายทอดภูมิปัญญาพื้นบ้านในเรื่องทรัพยากรดิน น้ำ ป่าไม้ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเลิง.  
มหาสารคาม : สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,  
2549 ข.

- ทรงคุณ จันทจร. ทฤษฎีวัฒนธรรมและสังคม. เอกสารประกอบการสอนทฤษฎีทางวัฒนธรรม. มหาสารคาม : สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
- ทรงพล ผุดผาด. พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ที่มาติดตามรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลศิริราช. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2541
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภณการพิมพ์, 2527.
- . “ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง,” ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงส์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. การวิจัยเชิงคุณภาพ. เอกสารประกอบการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ 7-10 กันยายน, 2548.
- ทศพันธ์ นรทัศน์. “คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เราคิดอะไร,” คอมพิวเตอร์. 14(213) : 3-5 ; เมษายน, 2551.
- ทองอยู่ แก้วไทรชะ และคณะ. “ผู้สูงอายุในสังคมไทย,” ใน ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. หน้า 43-49. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2531.
- ทักษิณา ไกรราช. มิติทางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ ป.ด. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550.
- ทัศนีย์ ทองไชย. สภาพและแนวทางการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนวิชาสังคมศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- ทัศนีย์ ทองสว่าง. สังคมวิทยา. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรี้นติ้ง เฮ้าส์, 2549.
- ทัศนีย์ ไพฑูรย์พงษ์. ภาวะผู้นำและทีมงาน. เอกสารคำสอนชุดวิชาภาวะผู้นำและทีมงาน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2547.
- ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. “การจัดการความรู้ : Knowledge Management,” พัฒนบริหารศาสตร์. 45(2) : 11-13 ; มีนาคม, 2548.
- ทิพสุคนธ์ ผลประสาท. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- เทพินทร์ พิชรานุรักษ์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ม.ป.ป.
- แทนคุณ จิตต์อิสระ. “แก่นแท้แห่งชีวิตของ แทนคุณ จิตต์อิสระ,” New Life. 29(92) : 38-42 ; มกราคม-เมษายน, 2551.
- ไต้ นนทจันทร์. มานุษยวิทยาประยุกต์. กรุงเทพฯ : รวมสาส์น, 2542.
- ธวัช ปุณโณทก. เที่ยวอีสาน. กรุงเทพฯ : พิษณศม, 2532.

- ธวัช ปุณโณทก. “ภูมิปัญญาชาวบ้านอีสานทัศนะของอาจารย์ปรีชา พิณทอง,” ใน เสรี พงศ์พิศ (บรรณาธิการ). ทิศทางหมู่บ้านไทย. หน้า 150. กรุงเทพฯ : หมู่บ้าน, 2531.
- นิยพรรณ วรณศิริ. มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2540.
- . มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส, 2550.
- นิคม ชมภูหลง. ชุดฝึกอบรมด้วยตนเอง การสร้างและพัฒนาหลักสูตรโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มการทำงานและพื้นฐานอาชีพ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม : อภิชาติการพิมพ์, 2542.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. “ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการจัดการทรัพยากร,” ทิศทางไทย. 5 ; สิงหาคม, 2536.
- บดินทร์ วิจารณ์. การจัดการความรู้ สู่ปัญญาปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : เอ็กซ์เปอร์เน็ท, 2547.
- บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว, 2538.
- . 20 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คปไฟ, 2547.
- . ผู้สูงอายุไทย. 9 ตุลาคม 2549. <<http://www.childthai.org/cic3/cg010.htm>> 23 กันยายน 2551.
- . มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 21 พฤษภาคม 2550. <[http://www.thainhf.org/thainhf/Story\\_result.asp?Story\\_ID=102](http://www.thainhf.org/thainhf/Story_result.asp?Story_ID=102)> 1 ธันวาคม 2551.
- . “อนาคตสังคมผู้สูงอายุไทย,” สร้างสุข. 4(67) : 5 ; เมษายน, 2550.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่อง ชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ : วิญญาน, 2539.
- บริษัทอคคควิเมต. “10 กิจกรรมเพื่อสุขภาพสุดประหยัดของคนไทยยุคนี้,” Health Today. 2(13) : 20-26 ; เมษายน, 2545.
- บริสุทธิ์ ผึ้งผดุง. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง : ศึกษาเฉพาะกรณีเขตกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
- บุญเกิด พิมพ์วรรณธากุล และนภาพร พิมพ์วรรณธากุล. ฮิต-คอง-คะลำ. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา, 2546.
- บุญดี บุญญากิจ และคณะ. การจัดการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2548.
- บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ. การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.
- บุญสม ยอดมาลี. “แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสังคมแบบพึ่งตนเอง,” ศูนย์อีสาน. 10(3) : 5-9 ; พฤษภาคม-มิถุนายน, 2531.
- บุรชัย ศิริมหาสาร. จัดการความรู้สู่ความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ : แสงดาว, 2550.
- ประยุทธ์ ปยุตโต. พุทธศาสนากับสังคมไทยปัจจุบัน. พระนคร : ศิวพร, 2513.
- ประทีป ชุมพล. ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : มติชน, 2545.
- ประเวศ วะสี. การสร้างสรรค์ภูมิปัญญาไทยเพื่อพัฒนา. กรุงเทพฯ : ชุมชนพัฒนาปรีณส์, 2531.

- ประเวศ ะสี. หมอประจำบ้าน. กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2551.
- ปรีดา เฉลิมเผ่า กอนันตกุล. เค้าโครงความคิดเรื่องโครงสร้างในการศึกษานิตานปรัมราชองโคลดเลวี-สเตราส์. บทความเสนอในการอบรมเรื่องคติชนวิทยา จัดโดยสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพ, 2531.
- ปรีชา วาณิชเศรษฐกุล. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
- ปรีชา อุตระกุล. บทบาทของหมอยาพื้นบ้านในสังคมอีสาน. นครราชสีมา : ศูนย์ข้อมูลท้องถิ่นเพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏนครราชสีมา, 2531.
- . “มองการศึกษา,” การศึกษาแห่งชาติ. 24(1) : 54 ; ตุลาคม-พฤศจิกายน, 2533.
- ปรีดา แต่อารักษ์, นิภาพรณ สุขศิริ, ราไฟ แก้ววิเชียร, กิรณา แต่อารักษ์. บทพจนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระหว่างปี 2542-2550. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551.
- ปิ่นปักข์ ดีหอม. บทบาทครอบครัวชนบทในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในสภาวะปกติ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- เปรม ชินวันทนานนท์. ทิศทางการนำการแพทย์แพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2547.
- พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข. กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- พนิชฐา พานิชชีวะกุล. การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ สส.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- พรเทพ สารหงษ์. พุทธจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีสถานสงเคราะห์คนชรา วาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ อ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- พรธิดา วิเชียรปัญญา. การจัดการความรู้ : พื้นฐานและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ : เอ็กซ์เปอร์เน็ท, 2547.
- พรอนันต์ กิตติมันคง. การศึกษาความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2547.
- พดุม อิศรางกูร ณ อยุธยา. “ดูแลผู้สูงอายุอย่างไรให้ใจเปี่ยมสุข,” วารสารโรงพยาบาลรามคำแหง. 4(12) : 4-5 ; มกราคม - มีนาคม, 2542.
- พระชัชวาลย์ ศรีสุข. ศาสนากับการพัฒนานุคลิกภาพ : ศึกษาเปรียบเทียบหลักคำสอนเกี่ยวกับการพัฒนานุคลิกภาพในพุทธศาสนาและศาสนาคริสต์. วิทยานิพนธ์ อ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- พระเฉลิมชาติ ชาติวโร. “กระบวนการพัฒนาจริยธรรมผ่านการบวช,” พุทธจักรโลกร่มเย็นฉบับเชิญได้ด้วยศาสนา. 62(9) : 36-37 ; กันยายน, 2551.
- พระณชากรีย์ อุปสันโต และคณะ. รูปแบบการปลูกฝังจริยธรรมแก่เยาวชนชาวเขาโดยพระธรรมจาริก. รายงานการวิจัยชุดโครงการเด็กและเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2545.



- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). การแพทย์แนวพุทธ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สหคามิก, 2541.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). “โพชฌงค์ พุทธวิธีเสริมสุขภาพ,” วารสารพุทธธรรม. 56(322) : 25-26 ; ฉบับวันอาสาฬหบูชา, 2551.
- พระมหาจรรยา สุทธิญาณ. พระพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2544.
- พระไพศาล วิสาโล. บทความสุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8 “Humanized Healthcare...คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2550.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. ภูมิปัญญาไทยกับการพัฒนาการศึกษา. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร, ม.ป.ป.
- พัชรี แยมศิริ. ภูมิปัญญาการนวดเพื่อสุขภาพการประยุกต์ใช้วิธีการนวดแผนไทย และแผนญี่ปุ่น. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552
- พัลลภ วาณิช. การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคที่เข้ามาใช้บริการนวดแผนไทยในกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ บธ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2545.
- พิชญกานต์ สกฤพานิช. ปัจจัยทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการปฏิบัติพัฒนกิจของครอบครัวผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- พิสิษฐ์ บุญไชย และทรงคุณ จันทจร. รายงานการวิจัยเรื่องศาสนาพุทธ : สถานภาพบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงในสังคมอีสาน. มหาสารคาม : สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2540.
- พิสิฐ วงศ์วัฒน์. นวดกายคลายโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชวิง, 2542.
- พุทธทาสภิกขุ (นามแฝง). คู่มือมนุษย์. กรุงเทพฯ : ธรรมสภา, 2535.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และกฤตธัช โชตินะเดชา. “รูปแบบในการส่งเสริมและอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย,” ใน สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ หน้าที่ 11-15. หน้า 125. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2547.
- เพ็ญชัย คำวงษ์. หลักการนวดไทย กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาการนวดไทย. เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง การดำเนินการกิจการสปาเพื่อสุขภาพ (SPA Management) ระหว่างวันที่ 12-19 มิถุนายน 2549. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. ประวัติและวิวัฒนาการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : มติชน, 2546.
- ภนิดา วามนตรี. ความพึงพอใจคุณภาพการบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลนนทเวช. การศึกษาปัญหาพิเศษ บธ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2547
- ภาวนา กิรติยวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนมิตสำคัญสำหรับการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชลบุรี : พี.เพรส, 2544 ก.

- ภาวนา กิรติยวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาโรอินทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการรักษาชั้นถอนพิษ. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544 ข.
- ยุพร ชมณี. การดูแลสุขภาพด้วยการนวดแผนไทย : กรณีศึกษาในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. เลย : สถาบันราชภัฏเลย, 2545.
- มณีนภา ชูติบุตร. “แนวทางการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการเรียนการสอน,” วารสารหมู่บ้าน. 1(2) : 52 ; กุมภาพันธ์, 2538.
- มยุรี วรรณไกรโรจน์. “ประสิทธิภาพของหลักกรรมนามัยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มข้าราชการจังหวัดเชียงราย,” วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 6(1) : 52 ; มกราคม - เมษายน, 2551.
- มัลลิกา มัติโก. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนคติของสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2531.
- . การดูแลตนเอง : ทัศนทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : แสงแดด, 2530.
- มัลลิกา มัติโก และคณะ. ร่วมโพธิ์ร่วมไทร : สถานภาพและบทบาทในสังคมผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในภาคเหนือ. กรุงเทพฯ : ศุภนิชการพิมพ์, 2542.
- มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่อิทธิพลความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : มีกรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532.
- มาริสสา โกเศยะโยธิน. การศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประชาชนบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชาด้านตะวันออก ศึกษากรณีกลุ่มสังฆะสะสมทรัพย์ วัดไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดตราด. สระแก้ว : ช.ดำรงชัยการพิมพ์, 2543.
- มาริสสา โกเศยะโยธิน และคณะ. เทคนิคเกษตรกรรมชาติแบบ MOA กับการพัฒนาอาชีพการเกษตรของราษฎรไทยบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชาด้านตะวันออก. กรุงเทพฯ : รายงานการวิจัยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2543.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. “ชุมชนและผู้สูงอายุ,” ใน ผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. หน้า 45-48. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา. คู่มือการอบรมการนวดไทย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาตำรา, 2544.
- มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. การดูแลผู้สูงอายุ. 30 มกราคม 2550 ก.  
<<http://www.tddf.or.th/news48/newsFebruary48/news0502482.html>>  
20 มีนาคม 2551.
- . การดูแลผู้สูงอายุ. 30 มกราคม 2550 ข.  
<<http://www.tddf.or.th/news48/newsFebruary48/news0502482.html>>  
20 มีนาคม 2551.
- มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย. สารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคอีสาน เล่ม 6. กรุงเทพฯ : สยามเพรส แมเนจเม้นท์, 2542.

- ยงศักดิ์ ตันติปฏิภก. “ภูมิปัญญาท้องถิ่น กับกระบวนการทัศน์สุขภาพไทย,” ใน มิติสุขภาพกระบวนการทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ. หน้า 58-62. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
- ยงศักดิ์ ตันติปฏิภก และคณะ. ตำราการนวดไทย เล่ม 1. กรุงเทพฯ : โครงการฟื้นฟูการนวดไทยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาและคณะ, 2541.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ : คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- รัตติยา จินเดหาวา. การนวด- นวดสากล, นวดเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน, นวดไทย, นวดจีน. กรุงเทพฯ : โครงการจัดตั้งคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539.
- รัตนะ บัวสนธิ. การพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนเพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น : กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในเขตภาคกลางตอนล่าง. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
- รุจิราถ อรรถสิทธิ์. รายงานการศึกษาเรื่อง สถานภาพและบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของภาคประชาชน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2541.
- ลลิตา อีระศิริ และนิตราพร รุจนวิศาล. บำบัดโรคด้วยการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ริดเดอร์ ไตเจสท์ (ประเทศไทย), 2546.
- ลือชัย ศรีเงินยวง. การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2544.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. รายการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและสารบัญญัตินิร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. รายงานการวิจัย โครงการค่านิยม ความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย), 2549.
- วนิดา วิระกุล. การประเมินผลศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา, 2547.
- . การศึกษาวิวัฒนาการความสำเร็จและทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา, 2545.
- วนิดา วิระกุล และนิตละวุฒิ ภิรมย์ไทย. รายงานการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดกระบวนการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา, 2545.
- วนิดา วิระกุล และถวิล เลิกชัยภูมิ. การศึกษาระบบการพัฒนาการเรียนรู้อะดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา, 2542.
- วิชัย โชควิวัฒน์. “การแพทย์แผนไทย ย้อนยุคหรือทันสมัย,” วารสารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 1(1) : 4-7 ; มิถุนายน- กันยายน, 2546.

- วิชิต นันทสุวรรณ. “ภูมิปัญญาชาวบ้านในงานพัฒนา,” วารสารสังคมพัฒนา. ฉบับที่ 5 : 20-22 ; กันยายน-ตุลาคม, 2548.
- ศักดิ์ชัย เกียรตินาคินทร์. “ภูมิปัญญาชุมชน ยาชุดพิเศษในการพัฒนา,” วารสารวัฒนธรรมไทย. 36(6) : 9 ; มิถุนายน, 2542.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย), 2549.
- . “ถึงจะแก่แต่ไม่กลัว ถ้า (สังคม) เตรียมการ,” จดหมายข่าวมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ : มสช. 5(2) : 49-52 ; มีนาคม-เมษายน, 2549.
- ศิริพงษ์ นวลแก้ว. การนำภูมิปัญญาชาวบ้านมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรระดับท้องถิ่นของโรงเรียนวิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2540.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- ศุภนิษฐ์ เหมะวรรณ. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อนักท่องเที่ยวชาวญี่ปุ่นในการเลือกใช้บริการนวดแผนโบราณ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- สระร่าง สร้างสุข. “ทุนนิยม กระแสบริโภคนิยมและความเสื่อมโทรมทางจริยธรรมกับสุขภาพของคนไทย,” โรงพยาบาลชุมชน. 9(1) : กรกฎาคม - สิงหาคม, 2550.
- สถาบันการแพทย์แผนไทย. คู่มือการอบรมการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.
- สถาบันราชภัฏนครปฐม. ภูมิปัญญาไทยจังหวัดนครปฐม. นครปฐม : เพชรเกษมการพิมพ์, 2542.
- . ภูมิปัญญาไทยจังหวัดนครปฐม. นครปฐม : เพชรเกษมการพิมพ์, 2545.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
- สนธยา พลศรี. ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์, 2533.
- . หลักสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์, 2545.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : วีเจพรีนติ้ง, 2537.
- . ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. กรุงเทพฯ : โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- . การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : วีเจพรีนติ้ง, 2537.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอาสา พันธุ์กิติ. การพยาบาล โรคความดันโลหิตสูงการทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2543.
- สมพงษ์ ดุลยอนุกิจ. สังคมศาสตร์กับการพัฒนา. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์, 2549.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. “กลไกไกล่เกลี่ยระงับข้อพิพาท : แนวคิดการควบคุมทางสังคม,” การพัฒนาท้องถิ่น. 2(1) : 162-163 ; มิถุนายน-กันยายน, 2550.

- สัญญา รักษาติ. พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่.  
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. เชียงใหม่ : สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, 2544.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา : เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น.  
พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีและกลยุทธ์การพัฒนาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, 2540.
- . ทฤษฎีทางสังคมวิทยา : เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9.  
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545 ก.
- . ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวทางการใช้ประโยชน์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ :  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545 ข.
- . “ภูมิปัญญาไทย,” วารสารพัฒนาชุมชน. 31(5) : 5 ; พฤษภาคม, 2535.
- สามารถ จันทรสूरย์. “ภูมิปัญญาชาวบ้าน,” ใน ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท. หน้า 20.  
กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง กรุ๊ป, 2534.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงานกฤษฎมนตรี. แนวทางส่งเสริมภูมิปัญญาไทย  
ในการจัดการศึกษา. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี, 2541.
- . พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :  
สกายบุ๊กส์, 2544.
- . ภูมิปัญญาไทยในการดำเนินชีวิตของชาวกองศรีอยุธยา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ  
การศึกษาแห่งชาติ, 2545.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.  
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550.
- สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 10  
(ปี 2551-2554). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,  
2551.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากร พ.ศ. 2503. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., ม.ป.ป.
- สุชาวลี สุทธิคะเนิง. ปัจจัยที่มีผลต่อผู้บริโภคชาวไทยในการเลือกใช้บริการนวดแผนโบราณ  
ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ บธ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่, 2542.
- สุดสงวน คำคุณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการนวดไทย ในคลินิกการแพทย์แผนไทย  
อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
2542.
- สุทิสภา ปลื้มปิติวิริยะเวช และเสาวภา พรสิริพงษ์. การรักษาการนวดพื้นบ้านอีสานในเชิงกายวิภาค  
ศาสตร์และสรีรวิทยา. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อชนบท  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

- สุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันท์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2543.
- สุพจน์ วงศ์ใหญ่. หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรังสิต, 2551.
- สุพิตา วรณพิติกุล. สังคมไทยสังคมการเรียนรู้. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ(มสช.), 2547.
- สุรัชย์ กุหลาบเพ็ชร. กระบวนการเข้าสู่อาชีพและสถานภาพบทบาทของหมอนวดพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาว ไทยเขมร และไทยโคราช : ศึกษากรณีจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2543.
- เสรี พงศ์พิศ. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 1, 2. กรุงเทพฯ : มูลนิธิภูมิปัญญาและมูลนิธิหมู่บ้าน, 2529.
- . ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป, 2538.
- อคิน รพีพัฒน์. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย,” ใน การมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา. หน้า 7-9. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2527.
- . “ระบบอุปถัมภ์และโครงสร้างชนชั้นสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น,” ใน ระบบอุปถัมภ์. หน้า 56-58. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- อนงค์นุช ภูยานนท์. อนาคตภาพบทบาทการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในทศวรรษหน้า. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- อรชน ศรีไทรล้วน. ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2541.
- อุไร หักกิจ และคณะ. การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค : วิถีชีวิตและการเรียนรู้ของชาวไทย. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2540.
- . ภูมิปัญญาภาคกลาง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์, 2544.
- เอี่ยม ทองดี. ภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่น. เอกสารประกอบการบรรยาย วทพช 511 สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- เอี่ยมพร ทองกระจाय. “การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข,” ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงส์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. หน้า 85-90. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- Alan, Weil. "How Far Can States Take Health Reform," Health Affairs. 27(3) : 736-747, 2008.
- Bandura, A. Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change Psychological Review. 84 : 191-215, 1977.
- . Social learning Theory. Englewood cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1977.
- Barack, Obama. "Modern Health Care for All Americans," The New England Journal of Medicine Number. 359 : 1537-1541, 2008.
- Baker, Dwayne A. and Compton, John L. "Quality, Satisfaction and Behavioral Intention," Annals of Tourism Research. 27(3) : 785-804 ; 2000.
- Barrow, G. M. and P. A. Smith. Aging Ageism and Society. St. Paul. Minn. : West Publishing Company, 1979
- Being of the Elderly. "Pan American Health Organization," Scientific Publication. 492(2) : 28-32, 1988.
- Boyle, Geraldine. "Facilitating Choice and Control for Older People in Long-term Care," Health & Social Care in the Community. 12(3) : 212-220 ; May, 2004.
- Caffrey, R. Family Caregiving to the Elderly in Northeast Thailand : Changing Pattern. Dissertation of Ph.D. Oregon : Oregon University, 1991.
- Cicirelli, Victor G. Helping Elderly Parents, The Role of Adult Children. Boston : Auburn House Publishing, 1981.
- Dean, K. "Lay Care in Illness," Social Science & Medicine. 22(2) : 275-284, 2004.
- Edward, Tylor. Primitive Culture. New York : Pree Pres, 1987.
- Ferrell-Torry, A.T. and O. J. Glick. "The Use of Therapeutic Massage as a Nursing Intervention To Modify Anxiety and the Perception of Cancer Pain," Cancer Nursing. 16(2) : 93-101, 1993.
- McGlynn, E. A. "Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care," N Engl J Med. 15(354) : 2617-2619, January, 2006.
- Noack, H. Concepts of Health Promotion in : Measurement in Health Promotion and Protection. WHO Regional Publications, 1987.
- Hill, L. and N. Smith. Self-care Nursing Promotion of Health. New Jersey : Prentice- Hall, 1985.
- Herth, K. A. "Hop in Order Adult in Community and Institutional Settings," Mental Health Nursing. 14 : 193-156, 1993.
- James, C. Robinson. "Managed Consumerism In Health Care," Health Affairs. 24(6) : 1478-1489, 2005.

- Kane, R. L., and R. A. Kane. Assessing Older Persons : Measures, Meaning, and Practical Application. New York : Oxford University, 2000.
- Kitchie, Sharon Stadel. Rural Elders with Chronic Disease : Place of Residence, Social Network, and Medication Adherence. Ph.D. Binghamton : State University of New York at Binghamton, 2003.
- Kuzuya, Masafumi and others. "Day Care Service use is Associated with Lower Mortality in Community-dwelling Frail Older People," Journal of the American Geriatrics Society. 54(9) : 1364-1371 ; September, 2006.
- Kodner, Dennis L. "Whole-system Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: an Exploration of North American Models and Lessons," Health & Social Care in the Community. 14(5) : 384-390 ; September, 2006.
- Leiby, S.A. and D. R. Shupe. "Does Home Care Lesson Hospital Readmission for the Elderly," Home Healthcare Nurse. 10(1) : 37-41, 1992.
- Levin, Bernard. Impressions for Complete Dentures. Chicago : Quintessence, 1984.
- Mackay, Bruce Campbell. AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects Of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms. Michigan : A Bell and Howell, Information Company, 1992.
- Midlarsky, E., Jame H. Bryan and Philip Brickman. "Aversive Approval : Interactive Effects of Modeling and Reinforcement on Altruistic Behavior," Child Development. 44 : 321-328 ; June, 1973.
- Morshed, Chowdhury. "Community Participation in Health Care," Bull World Health Organ. 82(11) : 111 ; November, 2004.
- Moone, P. J. Predictors of Life Satisfaction in Retired College and University Presidents. Columbia : Columbia University Teacher College, 1998.
- Norris, C. M. "Self Care," American Journal of Nursing. 79(3) : 487-489 ; May, 1979.
- Orem, D. E. Nursing Concept of practice ST. Louis : Mosby. New York : Allyn and Bacon, 1991.
- Orem, D. Nursing Concept of Praticce. 3<sup>rd</sup> ed. New York : McGraw-Hill, 1985.
- Perko, J. E. and H. Kreigh. Psychiatric and Mental Health Nursing : A Commitment to Care and Concept. 3<sup>rd</sup> ed. California : Appletom & Lange, 1998.
- Radcliffe - Brown, A. R. "On Social Structure," Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. 77(3) : 87-89 ; October, 1940.



- Robert, M. Sade. "Foundational Ethnic of the Health Care Systems : The Moral and Practical Superiority of Free Market Reforms," Journal of Medicine and Philosophy. 33(50) : 461-497, 2008.
- Rogers, R. W. A. "Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change," The Journal of Psychology. 91 : 93-114, 1975.
- Spiegel, M., Pechlaner C. and others. "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States," N Engl J Med. 349 : 1866-1868 ; November 6, 2003.
- Stephenson, Nancy L. N., S. P. Weinrich and A. S. Tavakoli. "The Effects of Foot Reflexology on Anxiety and Pain in Patients with Breast and Lung Cancer," Oncology Nursing Forum. 27(1) : 67-72, 2000
- Steven, Prentice-Dunn and Ronald W. Rogers. "Protection Motivation Theory," Health Education Research Theory and Practice. 1 : 153-161, 1986.
- Thomas, G. McGuire and Jeanne Miranda. "New Evidence Regarding Racial And Ethnic Disparities," In Mental Health : Policy Implications Health Affairs. 27(2) : 393-403, 2008.
- Tousignant, M., N. R. Dubuc. and C. Coulomb. "Home-care Programmes for Older Adults with Disabilities in Canada : How can we Assess the Adequacy of Services Provided Compared with the needs of users?," Health & Social Care in the Community. 15(1) : 1-7 ; January, 2007.
- Victor, R. Fuchs and Ezekiel J Emanuel. "Health Care Reform : Why? What? When?," Health Affairs. 24(6) : 1399-1414, 2005.
- Wallston, B. S., and K. A. Wallston. "Locus of Control and Health : A Review of the Literature," Health Education Monographs. 6 : 107-117, 1978.
- Winnie, Yip and Ajay Mahal. "The Health Care Systems Of China And India : Performance And Future Challenge," Health Affairs. 27(4) : 921-932, 2008.
- Winnie, Yip and William C. Hsiao. "The Chinese Health System At A Crossroads," Health Affairs. 27(2) : 460-468, 2008.
- William, T. "The Scientific Challenge : Health Care and the Elderly," in Toward the Well - Being of the Elderly. p. 28-32. Pan American Health Organization. Scientific Publication, 1988.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือการวิจัย

**แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย**  
**นวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ**  
**ชุดที่ 1 สัมภาษณ์ผู้รู้และผู้ปฏิบัติ**

.....

**คำชี้แจง** 1. แบบสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบมารับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบและการบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

2. แบบสัมภาษณ์นี้ ใช้สัมภาษณ์ผู้รู้ (key Informants) ได้แก่ผู้บริหารสถานพยาบาล เป้าหมาย แพทย์แผนไทยและผู้เชี่ยวชาญ โรคกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติ(Casual Informants) ได้แก่แพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่นวดแผนไทยและผู้เกี่ยวข้องทั่วไป(General Informants) ได้แก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปที่เกี่ยวกับการรักษาโรคไขข้ออักเสบ

3. แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำแนกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ

ตอนที่ 3 ดำเนินการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน

ตอนที่ 4 แนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสัมภาษณ์**

1. ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... สถานภาพ.....  
 อาชีพ ..... ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....
2. ชื่อผู้สัมภาษณ์ ..... สถานภาพ.....
3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ .....สถานภาพ.....  
 อาชีพ ..... ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....
- 4.เมื่อวันที่สัมภาษณ์  
 ...../...../.....
5. สถานที่สัมภาษณ์ .....
6. เริ่มสัมภาษณ์เวลา ..... สิ้นสุดสัมภาษณ์เวลา .....

ตอนที่ 2 สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
1. ปัญหาทั่วไปในการบริการการนวดแผนไทย	
2. ปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	
2.1 จำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบเฉลี่ยในรอบ 3 ปี	
2.2 บริเวณที่มีอาการอักเสบ	
2.3 อาการของการอักเสบ	
2.4 สาเหตุการอักเสบ	
2.5 ปัญหาการบำบัด ฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	
2. ปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุที่รับบริการด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	
3.1 จำนวนผู้รับบริการเฉลี่ยในรอบ 3 ปี	
3.2 บริเวณที่มีอาการอักเสบ	
3.3 อาการของการอักเสบ	
3.4 สาเหตุการอักเสบ	
3.5 ปัญหาการบำบัด ฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุปัญหาเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	

ตอนที่ 3 ตำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
1. ตำรับการนวดแผนไทย	
1.1 ประวัติความเป็นมาของนวดแผนไทย	
1.2 ความหมาย ความสำคัญของการนวดแผนไทย	
1.3 ประเภทและขอบข่ายการนวดแผนไทย	
1.4 ตำรับการนวดแผนไทยและวิธีการนวดในแต่ละตำรับ	
1.5 ตำรับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และภูมิปัญญาที่ใช้ )	
2. วิธีการบำบัดรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุตามวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน	
2.1 ประวัติความเป็นมาของการรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบ	
2.2 ความหมาย ความสำคัญของการแพทย์แผนปัจจุบัน	
2.3 ประเภทและขอบข่ายการแพทย์แผนปัจจุบัน	
2.4 ตำรับการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับการบำบัดรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	

ตอนที่ 4 แนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
1. แนวทางทั่วไปในการบูรณาการภูมิปัญญาการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	
2. ขั้นตอนการบูรณาการ	
3. การบูรณาการวิธีการวินิจฉัย	(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และ ภูมิปัญญาที่ใช้ )
4. การบูรณาการวิธีการวินิจฉัย	(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และ ภูมิปัญญาที่ใช้ )
5. . การบูรณาการวิธีการตรวจสอบผลการรักษา	(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และ ภูมิปัญญาที่ใช้ )
6. การบูรณาการวิธีการบริหารจัดการการรักษา	ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และ ภูมิปัญญาที่ใช้ )
7. แบบวิธีบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	เป้าหมาย วิธีการ

อื่นๆ.....  
 .....  
 .....  
 .....

**แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย**  
**นวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ**  
**ชุดที่ 2 สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (ผู้รับบริการ)**

.....

**คำชี้แจง** 1. แบบสัมภาษณ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบมารับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบและการบูรณาการภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

2. แบบสัมภาษณ์นี้ ใช้สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องทั่วไป(General Informants) ได้แก่ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปที่เกี่ยวกับการรักษาโรคไขข้ออักเสบ

3. แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำแนกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ

ตอนที่ 3 ดำเนินการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน

ตอนที่ 4 แนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสัมภาษณ์**

1. ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... สถานภาพ.....

อาชีพ ..... ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

2. ชื่อผู้สัมภาษณ์ ..... สถานภาพ.....

3. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ .....สถานภาพ.....

อาชีพ ..... ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

4.เมื่อวันที่สัมภาษณ์

...../...../.....

5. สถานที่สัมภาษณ์ .....

6. เริ่มสัมภาษณ์เวลา ..... สิ้นสุดสัมภาษณ์เวลา .....



ตอนที่ 2 สภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
1. ปัญหาทั่วไปในการบริการการนวดแผนไทย	
2. ปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	
2.1 บริเวณที่อักเสบ	
2.2 อาการอักเสบ	
2.3 ความถี่ในการเกิดอาการ	
2.4 สาเหตุการอักเสบ	
2.5 ความต้องการในการบำบัดฟื้นฟู (ต้องการได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างไร)	
2. ปัญหาและสาเหตุอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุที่รับบริการด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	
2.1 บริเวณที่อักเสบ	
2.2 อาการอักเสบ	
2.3 ความถี่ในการเกิดอาการ	
2.4 สาเหตุการอักเสบ	
2.2 ความต้องการในการบำบัดฟื้นฟู (ต้องการได้รับการบำบัดฟื้นฟูอย่างไร)	

ตอนที่ 3 ตำรับการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้ออักเสบ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
ตำรับการนวดแผนไทย	
1. ตำรับการนวดแผนไทยที่เคยรับการบำบัด	
2. เหตุผลที่เลือกบำบัดด้วยการนวดแผนไทย	
3. ความสำคัญของการนวดแผนไทย	
4. ประเภทและขอบข่ายการนวดแผนไทย	
5. ตำรับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุที่ท่านต้องการได้รับการบำบัด (ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์และภูมิปัญญาที่ใช้ )	
วิธีการบำบัดรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบตามวิธีการแพทย์แผนปัจจุบัน	
1. ตำรับการนวดแผนไทยที่เคยรับการบำบัด	
2. เหตุผลที่เลือกบำบัดด้วยการนวดแผนไทย	
3. ความสำคัญของการนวดแผนไทย	
4. ประเภทและขอบข่ายการนวดแผนไทย	
5. ตำรับการรักษาตามแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุที่ท่านต้องการได้รับการบำบัด (ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์และภูมิปัญญาที่ใช้ )	

ตอนที่ 4 แนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
1. ท่านต้องการรับบริการการรักษาด้วยวิธีผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของท่านอย่างไร	
2. ท่านต้องการรับการตรวจวินิจฉัยอาการกล้ามเนื้ออักเสบอย่างไร	
3. ท่านต้องการรับการบำบัดฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบอย่างทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการนวดแผนไทยอย่างไร	(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และ ภูมิปัญญาที่ใช้ )
4. ท่านต้องการได้รับการดูแลหลังการบำบัดฟื้นฟูแล้วอย่างไร	(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และ ภูมิปัญญาที่ใช้ )
5. ท่านมีแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพและป้องกันอาการกล้ามเนื้ออักเสบอย่างไร	(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และ ภูมิปัญญาที่ใช้ )
6. แบบวิธีบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	เป้าหมาย วิธีการ

อื่นๆ

.....

.....

.....

### แบบสังเกตเพื่อการวิจัย

นวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

.....

**คำชี้แจง 1.** แบบสังเกตนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเกตการนวดแผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ และ แนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

2. แบบสังเกตนี้ เป็นแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ใช้สังเกตการใช้การนวดแผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบันสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ และ แนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

3. แบบสังเกตนี้ เป็นแบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสังเกต

ตอนที่ 2 สังเกตการใช้

การนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้อ

ตอนที่ 3 สังเกตปัญหา

การนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้านกล้ามเนื้อ

ตอนที่ 4 สังเกตแนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสัมภาษณ์**

1. ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์..... สถานภาพ.....

อาชีพ ..... ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

2. ประเด็นการสังเกต .....

3. สถานที่สังเกต .....

4. เมื่อวันที่สังเกต ...../

...../.....

ตอนที่ 2 สังเกตดำรับการแพทย์แผนปัจจุบันแบบการนวดแผนไทยเพื่อการฟื้นฟูอาการ  
กล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
1. อาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	
ลักษณะอาการ/ บริเวณที่เกิด สาเหตุของอาการกล้ามเนื้ออักเสบ และอาการพิเศษที่เกิดกับผู้สูงอายุ	
2. ดำรับการนวดแผนไทยการฟื้นฟูอาการ กล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	
ความเชื่อ แบบการนวดแผนไทยเพื่อบำบัดรักษา อาการกล้ามเนื้ออักเสบ แบบการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการ กล้ามเนื้ออักเสบ	
3. แบบการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบตามดำรับ แพทย์แผนปัจจุบัน	
ความเชื่อ แบบการนวดแผนปัจจุบัน เพื่อบำบัดรักษาอาการกล้ามเนื้ออักเสบ	
แบบการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบตามดำรับ แพทย์แผนไทย(ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์และภูมิปัญญาที่ใช้ )	
แบบการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบตามดำรับ แพทย์แผนปัจจุบัน (ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมืออุปกรณ์และภูมิปัญญาที่ใช้ )	

ตอนที่ 3 สังเกตปัญหาการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบันที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ

รายการสัมภาษณ์	บันทึก
1.ปัญหาการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยการนวดแผนไทย	
2. ปัญหาการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยการนวดแผนปัจจุบัน	

ตอนที่ 4 สังเกตแนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการ  
กล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

รายการสัมภาษณ์	บันทึกการสังเกต
1.ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยที่ใช้ในการสังเคราะห์ (จุดเด่น)	
2.แนวทางและวิธีการสังเคราะห์ ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ (ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์และภูมิปัญญาที่ใช้ )	
3. รูปแบบวิธีการสังเคราะห์ ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ (ชื่อวิธี ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือ อุปกรณ์และภูมิปัญญาที่ใช้ )	
4. ข้อสังเกตอื่นๆ ในการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ	

อื่นๆ

.....

.....

.....



ตอนที่ 2 ปัญหาการใช้ภูมิปัญญาการนวดแผนไทย และแผนปัจจุบันในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

1. ปัญหาการใช้ภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

2. ปัญหาการใช้ตำรับแพทย์แผนปัจจุบัน ในการฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 แนวทางการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

ตอนที่ 4 แนวทางการจัดการสังเคราะห์ภูมิปัญญาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุในสถานพยาบาล

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้บันทึกสนทนากลุ่ม





ตอนที่ 2 แนวทางการบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้อ  
อักเสบของผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 3 รูปแบบการบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทยเพื่อ  
ฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะทั่วไป

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้บันทึกสนทนากลุ่ม

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ให้สัมภาษณ์ ประชุมปฏิบัติการ

## รายนามผู้ให้สัมภาษณ์

- กรกพร สามัญ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2555.
- กัญญารัตน์ บุตรบุญเป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2555.
- กฤษณี ปัญญาสังข์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2555.
- เกรียงอาวุธ บุญมี เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2555.
- โกสีย์ กรโกสียดาล เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2555.
- ชนิษฐา มีประดิษฐ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2555.
- เขมญา มนิตรัตน์กร เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2555.
- จันทร์รัตน์ วงษ์พิวามัยกุล เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานครเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555.
- จันทิมา เกษแก้ว เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555.
- จินตนา แหยมไทยเป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2555.
- ชนะ แสงมณีเป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2555.
- ชัชวาล เกตุปาน เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2554.
- ชาภิชะ เอมะ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2555.
- ชาชานะ สำนักพงศ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษากรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555.
- ฐิติรัตน์ จิระศักดิ์าวุฒิ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรีเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2555.

- ดวงใจ สิทธิจันทร์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรีเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2555.
- นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2555.
- นันทิยะ ศรีแก้ว เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2555.
- น้ำอ้อย รัศมีทัดเป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2555.
- นิคม ประสิทธิกุล เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรีเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2555.
- บุญยมาศ เศษสุวรรณ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2555.
- ประพิศสร วรรณทอง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรีเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2555.
- พยง เอี่ยมอ่าเป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษากรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2555.
- พรลดา อังคสิงห์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2555.
- พัชรินทร์ รอดบัว เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2555.
- พิณพร จรูญกุลกาญจน์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2555.
- มกรานันท์ ดิราชัย เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2555.
- มณฑนา ยุบล เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2555
- มาโนช บำรุง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2555.
- รจนา ไบยา เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2555.
- รัตนา สุวรรณไตรย์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาล เวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2555.

- วัชร ทนทาน เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช  
ตึกปิยมหาราชารุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานครเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555.
- ศรันยา คงรุ่งโรจน์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ  
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร  
เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2555.
- ศิริวรรณ ดิลัยรัตน์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ  
แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรีเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2555.
- สมชาย มิ่งขุนทด เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรีเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2555.
- สมบุญ กล่อมจันทร์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ  
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษาทางการศึกษา  
กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2555.
- สมศรี แสงสวัสดิ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาล  
เวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2555.
- สว่าง หล้าแหล่ง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ  
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษากรุงเทพมหานคร  
เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2555.
- สายินะ ริมหลี่ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช  
ตึกปิยมหาราชารุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2555.
- สิริรัตน์ ไทรงาม เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช  
ตึกปิยมหาราชารุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2555.
- สุจิตาญจน์ เดชสนสมบัติเป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริม  
สุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัด นนทบุรี เมื่อวันที่ 28 มกราคม  
2555.
- สุดเอี่ยม อมรรตนาพันธ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาล  
เวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2555.
- สุติศา ทองทาเป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, โรงพยาบาลศิริราช  
ตึกปิยมหาราชารุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2555.
- สุมาลี ขำท้ว เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน  
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2555.
- สำอาง อ่อนละออ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาล  
เวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2555.
- อณัฐทิชชา สุนธิ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ  
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร  
เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2555.
- อนุ ธงชัยกุล เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน  
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2555.

- อนุกุล ดาภา เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2555.
- อภิชาติ วิชทา เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2555.
- อภิรดา เอี่ยมอ่ำ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาลศิริราช  
ตึกอดุลยเดชวิกรมและศรีสังวาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 28  
กุมภาพันธ์ 2555.
- อมรลักษณ์ แสงทรัพย์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ  
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร  
เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2555.
- อมรศักดิ์ ศาสนะกุลวงศ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริม  
สุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2555.
- อรุณวรรณ บำรุง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่โรงพยาบาล  
เวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2555.
- อาทิตย์ วิรุฬหานันต์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ  
แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2555.
- เอิบบุญ สุทธิประภา เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, นภา บุญสูง เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่สำนักงานคณะกรรมการ  
ส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร  
เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2555.

ภาคผนวก ค  
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๕๑/๕๒๑



คณะวัฒนธรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ตำบลตลาด อำเภอเมือง  
จังหวัดมหาสารคาม ๕๔๐๐๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเกี่ยวกับข้อมูลทางนิคม

เรียน

ด้วยนางสาวนภา บุญสูง มีบัตรระดับปริญญาเอก คณะวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง นวัตกรรมไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท (เร.๖) โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงคุณ จันทอง เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.มาลีรา โกละยะโยธิน เป็นกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะวัฒนธรรมศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่าขอให้นักเรียนมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสิ่งนี้ ดังนั้น จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านอนุญาตให้หนังสือดังกล่าวเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์และถูกต้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงคุณ จันทอง

รองคณบดีวัฒนธรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทร/โทรสาร ๐-๕๓๖๕๕-๒๒๒๑๑

ภาคผนวก ง  
รายชื่อ/กิจกรรมการสนทนากลุ่มและประชุมเชิงปฏิบัติการ

### รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

1. รศ.พญ. อรฉัตร โปสะยานนท์ ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราชและสถานพยาบาล สกสค.  
กรุงเทพมหานคร
2. ผศ.น.พ.ธานี เทพวัลย์ โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร
3. สุทิตา ทองทา โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร
4. นันธิยะ ศรีแก้ว โรงพยาบาลศิริราช ตึกปิยมหาราชการุณย์ชั้น 7 กรุงเทพมหานคร
5. อดิษฐ์ทิชชา สุนธิ์ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและ  
บุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร
6. พ.ต.ต.พญ.พรลดา อังคุสิงห์ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและ  
บุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร
7. ภัทรินทร์ จุฑญจุลกาญจน์ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและ  
บุคลากรทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร
8. พยงค์ เขี่ยมอ่ำ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากร  
ทางการศึกษา กรุงเทพมหานคร
9. ศรันยา คงรุ่งโรจน์ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี
10. ประพัทธ์สร วรณทอง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรี
11. นิคม ประสิทธิ์กุล ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยจังหวัดนนทบุรี
12. สุดเอื้อม อมรรัตนานนท์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
13. สุมาลี ขำท้ว โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
14. ผอ.ปรีดา ตั้งตรงจิตร ผู้อำนวยการสถาบันนวดแผนไทย วัดโพธิ์
15. ผอ.ดร. พรเพ็ญ ตันประเสริฐ รองคณบดี ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
16. พัทรี ลิณีฐฎา โรงเรียนสตรีวัดระฆัง กรุงเทพมหานคร
17. ผอ.น.พ.วีระ ศิริรัตน์ตระกูล เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลทหารผ่านศึก และสถานพยาบาล  
สกสค. กรุงเทพมหานคร



ภาพประกอบ 60 การประชุมสนทนากลุ่ม



ภาพประกอบ 61 การสนทนากลุ่ม ณ ห้องประชุมศรีสุนทรโวหาร คุรุสภา



ภาพประกอบ 62 ผู้อำนวยการปรีดา ตั้งตรงจิตร กำกับควบคุมดูแลนวดแผนไทย วัดโพธิ์



ภาพประกอบ 63 การสนทนากลุ่มห้องประชุมศรีสุนทรโวหาร คุรุสภา



ภาพประกอบ 64 ผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop)



ภาพประกอบ 65 ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

## โครงการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ

### เรื่อง นวดแผนไทย

#### ความเป็นมา

ด้วย น.ส. นภา บุญสูง นิสิตปริญญาเอก รุ่นที่ 9 ศูนย์กรุงเทพมหานคร คณะวัฒนธรรมศาสตร์ สาขา วัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิจัยเรื่องนวดแผนไทย : การสังเคราะห์ภูมิปัญญาเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางในการวิจัยเชิงคุณภาพและได้กำหนดแนวทางขั้นตอนและวิธีดำเนินการศึกษา จากแหล่งข้อมูล 2 ลักษณะ คือ 1. เป็นการศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้ออักเสบศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ปรับปรุง พัฒนาภูมิปัญญานวดแผนไทย โดยศึกษาจากเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุ แนวคิด หลักการ ความมุ่งหมาย เนื้อหาแนวทางการนวดแผนไทย เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้ออักเสบ วัดผลประเมินผล และประชุมเชิงปฏิบัติการ 2. การเก็บ รวบรวมข้อมูล จากการลงภาคสนามไปสัมภาษณ์ผู้รู้ ผู้ที่ปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาล 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่

1. กลุ่มผู้รู้ (key informants) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 4 แห่ง และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกล้ามเนื้ออักเสบ แห่งละ 1 คน
2. กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual informants) กลุ่มเจ้าหน้าที่นวดแผนไทยใน โรงพยาบาล 4 แห่งในกรุงเทพมหานคร รวมแห่งละ 2 คน ดังนี้
  - 2.1 โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร
  - 2.2 โรงพยาบาลอายุรศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
  - 2.3 สถานพยาบาล สกสค. กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร
  - 2.4 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข
3. กลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (General informants) ได้แก่ แพทย์ทั่วไป พยาบาล เจ้าหน้าที่ญาติผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่มีรักษาโรคในโรงพยาบาล 4 แห่งๆ ละ 10 คน

จากการลงสนามโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 รูปแบบ ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ (Intervener Guide) 2. แบบสังเกต (Observation)
3. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Guideline) 4. การประชุมเชิงปฏิบัติการ (work shop) เพื่อบันทึกข้อมูล ผลการจัดสนทนากลุ่มในระหว่างผู้รู้ ผู้ปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องทั่วไป แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนวดแผนไทยการสังเคราะห์ภูมิปัญญา เพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ และได้ข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลข้อมูล เพื่อนำไปตอบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (work shop) เป็นการนำเสนอและวิพากษ์ วิจารณ์ การนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการพัฒนาภูมิปัญญานวดแผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบกับผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ขึ้นต่อไป



### วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอสภาพปัญหาและสาเหตุด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และบูรณาการ วิธีการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบ ด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย
2. เพื่อวิพากษ์ต่อการนวดแผนไทยและแผนปัจจุบัน ซึ่งได้พัฒนาภูมิปัญญา เพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำเสนอสภาพปัญหา และสาเหตุด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้ออักเสบ จากการวิพากษ์ของผู้เชี่ยวชาญ
2. ทำให้การพัฒนา และบูรณาการวิธีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาการกล้ามเนื้ออักเสบด้วยวิธีแพทย์แผนปัจจุบันกับการนวดแผนไทย ได้รับการแก้ไขอย่างดีและถูกต้อง
3. ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดแผนไทย และนักวิชาการต่างๆ ทำให้เกิดผลดีต่อการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูอาการกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

### ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย

1. ผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ผู้เชี่ยวชาญด้านนวดแผนไทย
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย
4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา
5. นักวิชาการกระทรวงศึกษาธิการ
6. นักวิชาการสำนักพุทธ

### วิธีดำเนินการประชุม

ระเบียบวาระที่ 1 ประธานในพิธีกล่าวเปิดประชุม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม

ระเบียบวาระที่ 2 ผู้วิจัยกล่าวถึงความเป็นมาในการวิจัยเรื่องนี้

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องการประชุมเพื่อพิจารณา การสังเคราะห์ภูมิปัญญานวดแผนไทย เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้ออักเสบของผู้สูงอายุ

### สถานที่ วัน เวลา

วันเสาร์ที่ 11 กุมภาพันธ์ 2555

ห้องประชุม ยลนที โรงเรียนสตรีวัดระฆัง กรุงเทพมหานคร

### ผู้รับผิดชอบโครงการ

น.ส. นภา บุญสูง นิสิตปริญญาเอก รุ่นที่ 9 ศูนย์กรุงเทพมหานคร

## กำหนดการประชุมสัมมนาวิชาการ

11 กุมภาพันธ์ 2555

ณ. ห้องประชุม ยลนที โรงเรียนสตรีวัดระฆังโฆสิตาราม กรุงเทพมหานคร

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
13:20	ลงทะเบียน	
13:20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดการประชุมสัมมนา โดย ดร.พญ. พรลดา อังศ์สิงห์</li> <li>- แนะนำผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆที่เข้าร่วมประชุม</li> <li>- นำเสนอความเป็นมาการทำวิจัย</li> <li>- เปิดประเด็น ชักถาม</li> </ul>	น.ส.นภา บุญสูง ผู้ดำเนินการประชุม
15:00	-พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที	
15:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเด็นชักถามอื่นๆ</li> <li>- สรุปการ สภาปัญหา บูรณาการนวดแผนไทยเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล 4 แห่ง</li> <li>- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ ตัวแทนหน่วยงานที่เข้าประชุม</li> <li>- มอบของที่ระลึก บันทึกภาพนั่งร่วมกัน</li> <li>- ปิดการประชุม เดินทางกลับโดยสวัสดิภาพ</li> </ul>	

หมายเหตุ เวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

## รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ

ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง
ดร.พญ. พรลดา อังศุสิงห์	ผู้อำนวยการสำนักและแพทย์ประจำสถานพยาบาล สกสค.
ดร. พระครูวินัยธรรมาณพ	ผู้เชี่ยวชาญด้านพระพุทธศาสนา วัดพระเชตุพนฯ
อาจารย์ นาฏสุดา สุวรรณภัก	อาจารย์โรงเรียนสตรีวัดระฆังโฆสิตาราม
ผอ. ปรีดา ตั้งตรงจิตร	ผู้อำนวยการนวดแผนไทย วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม
ผศ. ธีระ สนิษฐา	อาจารย์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏสวนสุนันทา
อาจารย์ พัชรี สนิษฐา	ครูเชี่ยวชาญภาษาไทย โรงเรียนสตรีวัดระฆังโฆสิตาราม กรุงเทพมหานคร
อาจารย์ กุณทีรา บุญเลี้ยง	ครูเชี่ยวชาญภาษาไทย โรงเรียนมัธยมราชวินิต กรุงเทพมหานคร
อาจารย์ มะลิ มกรามณี	ครูชำนาญการด้านภาษาไทย
อาจารย์ พิมภาวดี หันตรา	ครูชำนาญการด้านภาษาไทย
น.ส. สุมาลี ไชยวรรณ	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย
น.ส. ลภัสรินทร์ จรุงกุลกาจญ์	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย
นางภควนิษฐ์ พงษ์ศักดิ์ธนกร	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย สถานพยาบาล สกสค.
น.ส. จันทร์รัตน์ วงศ์พิรามย์กุล	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย สถานพยาบาล สกสค.
น.ส. อัญรินทร์ วงษ์ศรีนาค	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย โรงพยาบาลศิริราช
น.ส. ศรันยา กุลรุ่งโรจน์	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย
นาย นิคม ประสิทธิกุล	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข
	เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก จ

นโยบายโดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายวิทยา บุรณศิริ)  
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายต่อพงษ์ ไชยสาส์น)

นโยบายการบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข  
โดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายวิทยา บุรณศิริ)  
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายต่อพงษ์ ไชยสาส์น)

เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2554

1. พัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติเพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ
  - โครงการพระราชดำริ ดำเนินการโดยส่วนกลาง จำนวน 12 โครงการ ส่วนภูมิภาค 93 โครงการ
  - โครงการเฉลิมพระเกียรติ ดำเนินการโดยส่วนกลาง จำนวน 213 โครงการ ส่วนภูมิภาค 135 โครงการ เช่น
    - โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554
    - โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว
    - โครงการ To Be Number One
    - โรงพยาบาลต้นแบบ
2. เพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทั่วถึงเป็นธรรม สร้างระบบบริการจัดการที่มีเอกภาพ
  - สร้างกลไกกำหนดนโยบายระบบบริการระดับชาติ
  - สร้างความมั่นคงทางการเงิน การคลัง ของสถานบริการ
  - การปฏิรูปโครงสร้างและภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมถึงการประสานกับหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข
3. เร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง
  - ด้านนโยบายสาธารณะในการสร้างสุขภาพ การบังคับใช้กฎหมายต่าง ๆ อย่างเข้มแข็ง อาทิ พรบ. การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พรบ. ควบคุมยาสูบ
  - การสร้างกระแสสังคม การจัดมหกรรมรณรงค์ต่าง ๆ เช่น มหกรรมการออกกำลังกาย รณรงค์องค์กรไร้พุง ฯลฯ
  - การพัฒนาศักยภาพในชุมชน เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีชมรมสร้างสุขภาพ อาทิ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาหารปลอดภัย
  - การส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ อสม. ที่มีอยู่จำนวนเกือบ 1 ล้านคน ได้ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน

#### 4. เร่งรัดดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดจนอาหารปลอดภัย

- การคุ้มครองผู้บริโภค การเฝ้าระวังอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย โดยชมรมต่าง ๆ ประชาชน ท้องถิ่น รวมถึงการสนับสนุนให้มี อย. น้อย ในโรงเรียน ที่ขยายไปสู่กลุ่มเยาวชนมากขึ้น
- ส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวัง และตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร เช่น ฟอรัมาลิน สารฟอกขาว บอแรกซ์ ซัลบูตามอล ฯลฯ โดยเฉพาะจังหวัดที่เป็นแหล่งผลิตอาหารนำเข้า

#### 5. เตรียมความพร้อมพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย การจัดการที่มีประสิทธิผล ทันการณ์ เมื่อเกิดภัยพิบัติ โรคระบาด และภัยสุขภาพ

- โครงการแท็กซี่สุขภาพ (Healthy Taxi) ส่งเสริมให้มีมาตรฐานของแท็กซี่สุขภาพ จำนวน 84,000 คัน เพื่อความปลอดภัยด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ รับส่งกลับบ้าน
- การจัดตั้งศูนย์เตรียมพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง เตือนภัย และการบริหารจัดการปัญหาระดับชาติ
- จัดทำระบบการเฝ้าระวังแจ้งเตือนภัย เช่น โรคมือ เท้า ปาก
- จัดตั้งหน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล (SRRT)
- จัดระบบการบรรเทาและให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยในพื้นที่เกิดเหตุอย่างทั่วถึง ภายใน 24 ชั่วโมง
- จัดตั้ง Disaster Management Assistance Team (DMAT) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการภัยพิบัติ จำนวน 18 เขต (36 ทีม)
- จัดตั้งห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อม

#### 6. จัดให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ รวมถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่น เช่น แรงงานข้ามชาติ

a. กลุ่มเด็ก : จัดให้มีศูนย์พัฒนาสุขภาพเด็กใน รพ.สต. จำนวน 9,750 แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ดังนี้

i. เกลือไอโอดีน โดยการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรทุกรายที่มาฝากครรภ์ และโครงการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ในผลิตภัณฑ์อาหารต่าง ๆ

ii. การเพิ่มพัฒนาการเด็ก 0-2 ปี โดยให้มีกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า ในศูนย์เรียนรู้ฯ ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี สมวัย โดยประสานงานกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และสนับสนุนการดำเนินการแก่องค์กรปกครองท้องถิ่น

iii. การคัดกรองและส่งต่อเด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการและ IQ ต่ำกว่าปกติ เพื่อให้มีความสำคัญในกิจกรรมการพัฒนาเด็กกลุ่มนี้

b. กลุ่มสตรี : จัดให้มีศูนย์พัฒนาสุขภาพสตรีในระดับอำเภอ โดยตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 887 แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรม/โครงการ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของสตรี ดังนี้

i. กิจกรรมลดความรุนแรงในเด็กและสตรี รวมถึงการให้คำปรึกษาช่วยเหลือสตรี

- ii. การตั้งครรภในวัยรุ่นที่รวมถึงการให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ เรื่อง เพศศึกษา (Sex Education) เพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบ (Delay Sex) และเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe Sex)
- iii. การวางแผนครอบครัว
- iv. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยจะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดย
  - พบแพทย์เพื่อคัดกรองสำหรับสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ทุก 3 ปี หรือสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปี สามารถตรวจได้ทุกปี
  - ตรวจคัดกรองด้วยเครื่อง Mammogram สำหรับสตรีที่มีภาวะเสี่ยง
- v. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วย PAP Smear สำหรับสตรีอายุมากกว่า 30 ปี (ตรวจทุก 5 ปี) เป้าหมายปีละ 2.6 ล้านคน

- vi. ตรวจและให้คำปรึกษาโรคทางเพศสัมพันธ์
  - vii. ให้คำปรึกษาในการสร้างสุขภาพ อาทิ อาหารปลอดภัย การดูแลสุขภาพ ฯลฯ
  - c. กลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้พิการ : จัดให้มีศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการใน รพ. สต. จำนวน 9,750 แห่ง เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและผู้พิการ ดังนี้
    - i. สนับสนุนพื้นที่ชมพระราชนิพนธ์ให้เพิ่มความครอบคลุมผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรอยยิ้ม
    - ii. สนับสนุนแว่นสายตา ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา
    - iii. การให้ความรู้้อย่างมีคุณภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ
    - iv. ศูนย์สนทนากาการ ออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ
    - v. ดูแลสุขภาพเชิงรับและดูแลทางการแพทย์ โดย อสม.
- นอกจากนี้ยังมีการจัดสร้างศูนย์ทางการแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อเป็นการสังเคราะห์ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบบริการ

7. สร้างแรงจูงใจและพัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน โดยสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย

- อบรม อสม. เชี่ยวชาญ
- เฉพาะ อสม. เชี่ยวชาญ 200,000 ชุด (ชุดละ 2,000 บาท) ประกอบด้วย กระเป๋า และอุปกรณ์การแพทย์พื้นฐาน รวมเงิน 400 ล้านบาท
- งบสนับสนุนการปฏิบัติงาน อสม. เดือนละ 600 บาท/คน/เดือน

8. สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ โดยปรับระบบค่าตอบแทนให้เหมาะสมและความก้าวหน้าในวิชาชีพที่เป็นธรรม สร้างกลไกพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ

- ดูแลเรื่องขวัญกำลังใจ เช่น ค่าตอบแทน สถานะการเงินของสถานพยาบาล
- ผลิตเพิ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2,000 คน (คนละ 100,000 บาท) จำนวนเงิน 200 ล้านบาท (ตั้งงบประมาณต่อเนื่อง 4 ปี) ผลิตพยาบาลวิชาชีพ 1 คน 1 ตำบล เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีพยาบาลปฏิบัติงาน
- การผลิตแพทย์โครงการพิเศษเพิ่มเติม จำนวน 1,000 คน/ปี ระยะเวลา 10 ปี เพื่อเพิ่มบุคลากร

9. เพิ่มการลงทุนในระบบบริการทุกระดับ ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น มุ่งเน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

- เพิ่มการลงทุนให้เพียงพอ
- จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โดยมีเป้าหมายเบื้องต้น
  - a. โรงพยาบาลทั่วไป (70 แห่ง) แห่งละ 2 ศูนย์ (ศูนย์ละ 1 ล้านบาท) จำนวนเงิน 140 ล้านบาท
  - b. โรงพยาบาลศูนย์ (25 แห่ง) แห่งละ 3 ศูนย์ (ศูนย์ละ 3 ล้านบาท) จำนวนเงิน 75 ล้านบาท

10. ส่งเสริมการใช้การสแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ

- ส่งเสริมการใช้ยาไทย/สมุนไพรไทยในสถานบริการเพิ่มขึ้น

11. ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub and Wellness) และระบบโลจิสติก โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพโดยรวมของคนไทย

- สนับสนุนกิจการสปา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- การแก้กฎหมายกิจการสปา
- การสนับสนุนโรงงานผลิตภัณฑ์สุขภาพไทยให้ได้มาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice)

12. สนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ

- ส่งเสริมให้รัฐและเอกชนร่วมจัดบริการ
- สนับสนุนเอกชนให้จัดบริการศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน

13. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีคุณภาพและบริการข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

- โครงการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพให้ทุกจังหวัดเป็นศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Data Center)
- พัฒนาระบบ Call Center ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อาทิ กลุ่มเยาวชน กลุ่มสตรี ผู้สูงอายุ ผู้บริโภค ฯลฯ
- เพิ่มช่องทางสื่อสารด้านสุขภาพกับประชาชน

14. พัฒนาผลิตภัณฑ์และการบังคับใช้กฎหมายให้เอื้อประโยชน์ต่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

- พรบ.ที่เกี่ยวข้อง กฎกระทรวง ด้านบุคลากร คัมครองผู้บริโภค ตลอดจนปรับปรุง กฎกระทรวง หรือ พรบ.ที่ยังมีผลบังคับใช้อยู่
- พรบ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อาทิ พรบ.อาหาร พรบ.ยา พรบ.เครื่องสำอางค์ พรบ.วัตถุออกฤทธิ์ ฯลฯ
- พัฒนาสื่อสารสาธารณะให้ประชาชนรับทราบข้อกฎหมายและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายให้ทั่วถึง



15. จัดตั้งศูนย์บำบัด ฟันฟู ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของสารเสพติดชนิดใหม่
  - มีจำนวนศูนย์บำบัดให้พอเพียงต่อความต้องการ
16. จัดให้มีการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้กับประชาชนอย่างทั่วถึง

ประวัติย่อของผู้วิจัย

## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนภา บุญสูง  
วันเกิด วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2497  
สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา  
สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 237/12 ถนนจรัญสนิทวงศ์ ตำบลบางขุนศรี  
อำเภอบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700  
ตำแหน่งหน้าที่การงาน พยาบาลชำนาญการ  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและ  
บุคลากรทางการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

### ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2517 มัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสตรีวัดระฆัง กรุงเทพมหานคร  
พ.ศ. 2520 อนุปริญญาพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพมหานคร  
พ.ศ. 2527 ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต (ค.บ.) วิชาเอกสุขศึกษา วิทยาลัยครูธนบุรี  
พ.ศ. 2533 ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต (ศศ.บ.) วิชาเอกพัฒนาการเด็กและ  
ครอบครัว มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
พ.ศ. 2552 ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ศศ.ม.) สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
พ.ศ. 2555 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม