

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้  
ยาแผนโบราณ: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ  
ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553

นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิสกุล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

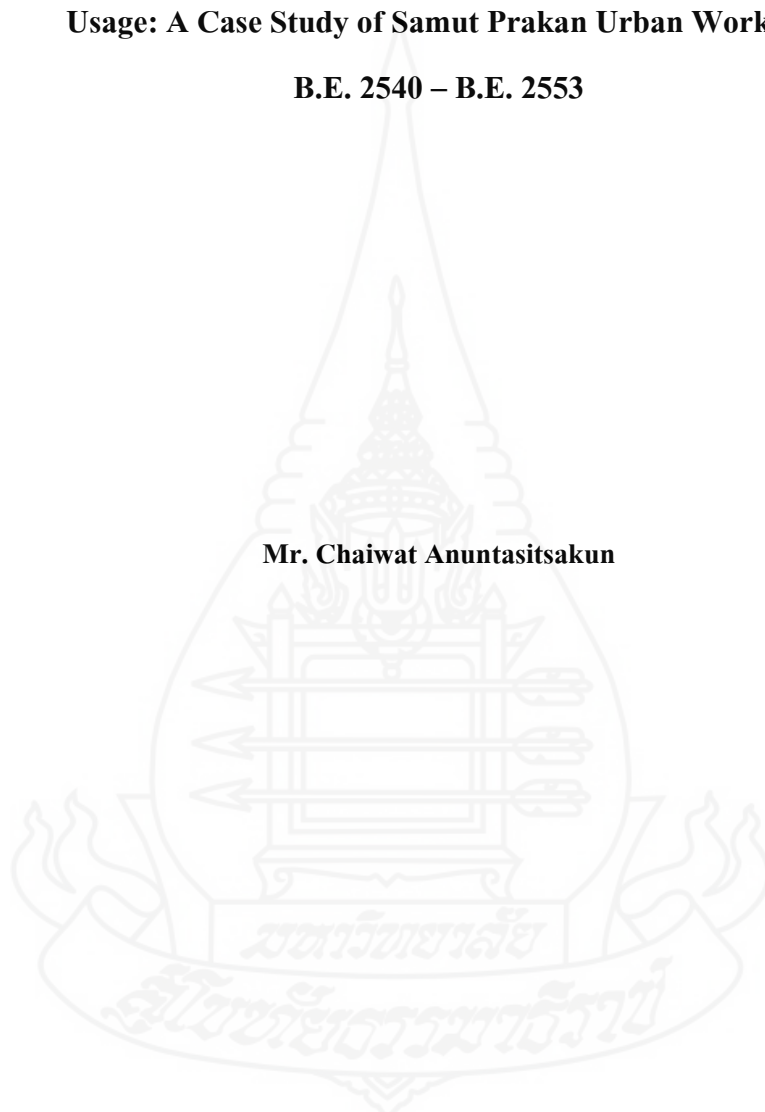
พ.ศ. 2553

**The Effect of Socio-Cultural Changes on the Belief in Traditional Medicine**

**Usage: A Case Study of Samut Prakan Urban Workers**

**B.E. 2540 – B.E. 2553**

**Mr. Chaiwat Anuntasitsakun**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Arts in Thai Studies

School of Liberal Arts

Sukhothai Thammathirat Open University

2010



**หัวข้อวิทยานิพนธ์** การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553

**ชื่อและนามสกุล** นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล

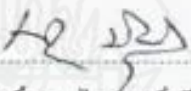
**แขนงวิชา** ไทยคดีศึกษา

**สาขาวิชา** ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**อาจารย์ที่ปรึกษา** 1. รองศาสตราจารย์ ดร. จิตรา วีรบุรินนท์  
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุดจิต เจนนพกาญจน์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2554

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ มีกุล)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิตรา วีรบุรินนท์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุดจิต เจนนพกาญจน์)

  
..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิศวรานนท์)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ:

กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553

**ผู้วิจัย** นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล รหัสนักศึกษา 2521000626 **ปริญญา** ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ไทยคดีศึกษา)

**อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. จิตรา วีรบุรินทร์ (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สูดจิต เจนนพกาญจน์

**ปีการศึกษา** 2553

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้ (2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ (3) แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่มกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ใช้แรงงานจำนวน 21 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 8 คน ซึ่งประกอบด้วย เกษีกร แพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด และผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วอธิบายผลการวิจัยในลักษณะพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่า (1) ประเภทของยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ ได้แก่ ยาระบบทางเดินอาหาร รูปแบบยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ ได้แก่ ยาแก้ท้องเสียและยาแก้ปวด ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือมากที่สุดและใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาหอม (2) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงขององค์กรสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง กลุ่มเพื่อนในที่ทำงาน ชนชั้นแรงงาน และชุมชนมีการใช้ยาแผนโบราณน้อย ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณประกอบด้วยปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ ค่านิยม การขัดเกลาทางสังคม การศึกษา การคมนาคม และ ศาสนา ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรับเทคโนโลยีสมัยใหม่ สภาพเศรษฐกิจ และการอพยพย้ายถิ่น ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมเป็นการเปลี่ยนแปลงของสถาบันทางสังคมที่มีผลกระทบต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ได้แก่ สถาบันเศรษฐกิจ รายได้ของผู้ใช้แรงงานที่จำกัด และสถาบันคมนาคม ความสะดวกและความรวดเร็วในการไปการเดินทางไปโรงพยาบาลทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง สถาบันทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ยาแผนปัจจุบันมีการวิจัยและพัฒนาทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง แต่การพัฒนา รูปแบบยาแผนโบราณทำให้การใช้ยาแผนโบราณเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน สถาบันการเมือง การกำหนดนโยบาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณให้เพิ่มขึ้น ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ได้แก่ การโฆษณาส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณ การเปลี่ยนแปลงความต้องการของแรงงาน การปลูกฝังวัฒนธรรม และการรับวัฒนธรรมใหม่ในการใช้ยาแผนปัจจุบัน (3) แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคต ผู้ใช้แรงงานยังใช้ยาแผนโบราณต่อไป ทางจังหวัดสมุทรปราการมีนโยบายการส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ** ยาแผนโบราณ สังคมและวัฒนธรรม สมุทรปราการ

**Thesis title:** The Effect of Socio – Cultural Changes on the Belief in Traditional Medicine Usage: A Case Study of Samut Prakan Urban Workers  
B.E. 2540 - B.E. 2553

**Researcher:** Mr.Chaiwat Anuntasitsakun ; **ID:** 2521000626; **Degree:** Master of Arts (Thai Studies) ; **Thesis advisors:** (1) Dr.Chitra Veeraburinon, Associate Professor ; (2) Dr.Sudjit Jenenoppakarnjana, Assistant Professor ; **Academic year :** 2010

### **Abstract**

The purposes of this research were to study (1) the preparations and types of traditional medicine that were used by Samut Prakan urban workers, (2) the effect of socio-cultural changes on the workers' beliefs in traditional medicine usage, and (3) the future trends in traditional medicine usage of Samut Prakan urban workers.

This was a qualitative research. Data were collected via documentary study, in-depth interview, and a focus-group. The samples of the study consisted of 21 urban workers and 8 key informants including pharmacists, physician, government officers, and traditional medicine doctors. The research tool employed in the study was in-depth interview form. The results were obtained from the descriptive content analysis.

It was revealed that (1) the preparations of traditional medicine that Samut Prakan urban workers used were solution and powder. The workers used traditional medicine for gastrointestinal system treatment. Furthermore, Ya-Hom, a traditional medicine for gastrointestinal disturbance, was the most popular in their groups. (2) Social changes were the social organization change. Factors affected the decrease on the use of traditional medicine were the shift from extended family to nuclear family, friend groups, labor class, and urban community. Intrinsic factors that affected traditional medicine usage were social value, socialization, education, transportation, and religion. Moreover, extrinsic factors were technology adoption, economic environment, and migration. Cultural changes were the social institution change. The changes comprised Economic institution which was limited wage, Transportation institution comprised convenience in transportation, and Science and technology institutions which were modern medicines. Those all factors led traditional medicine usage to a downward trend. New preparations of traditional medicine made the usage increase. National economic and social plans advocated traditional medicine usage. Cultural factors that affected traditional medicine usage were advertisement, change in need, enculturation, and acculturation. (3) In the future, Samut Prakan urban workers will still use traditional medicine because of the province policy to promote Thai traditional medicine.

**Keywords:** Traditional medicine, Socio-cultural, Samut Prakan

## กิตติกรรมประกาศ

ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำต่อการทำวิทยานิพนธ์นี้เสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และ ผู้ใช้แรงงาน ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลอันเป็นประโยชน์ บริษัท ฮีโน่มอเตอร์ส แมนูแฟกเจอร์ริง (ประเทศไทย) จำกัด สำหรับการจัดสนทนากลุ่ม ครอบครัวและเพื่อนๆ ของผู้วิจัยที่ช่วยติดต่อกลุ่มตัวอย่าง ช่วยจัดสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งให้กำลังใจเสมอมา ทุกๆ ท่านทำให้ “แต่ละก้าว” ตลอดการเดินทางครั้งนี้มีความหมายและความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่า “จุดหมายปลายทาง”

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ นอกจากจะเป็นไปเพื่อประโยชน์ด้านการศึกษาของผู้วิจัยแล้ว สิ่งสำคัญที่มากกว่านั้นก็คือ ความใคร่รู้ของผู้วิจัยต่อกระบวนการให้ความหมายใน “คุณค่า” ของยาแผนโบราณ มรดกทางวัฒนธรรมจากอดีตที่กำลังลดความสำคัญลง ผ่านมุมมองของคนกลุ่มหนึ่งในสังคมที่เป็นตัวแทนของ “ความเปลี่ยนแปลง”

ประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแก่ผู้เกี่ยวข้องด้านการแพทย์แผนไทยและยาแผนโบราณ ตลอดจนบุคคลทั่วไปที่สนใจและเห็นความสำคัญของยาแผนโบราณ

ชัชวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล

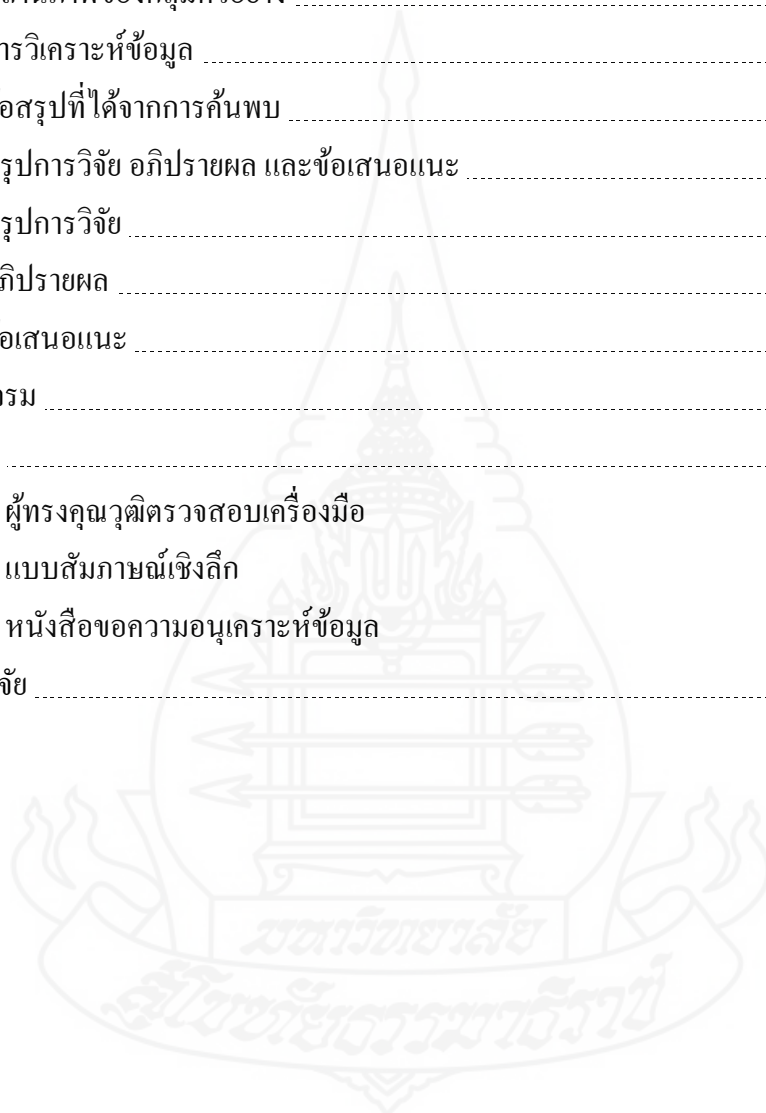
กรกฎาคม 2554

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
ข้อจำกัดในการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	10
แนวคิด .....	10
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง .....	39
การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม .....	44
ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดสมุทรปราการ .....	61
ข้อมูลด้านแรงงานของจังหวัดสมุทรปราการ .....	69
นโยบายของรัฐด้านยาแผนโบราณ .....	71
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	75
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	84
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	84
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	86
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	87
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	89

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	90
สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	91
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	101
ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ .....	192
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	201
สรุปการวิจัย .....	201
อภิปรายผล .....	212
ข้อเสนอแนะ .....	259
บรรณานุกรม .....	261
ภาคผนวก .....	272
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	
ข แบบสัมภาษณ์เชิงลึก	
ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูล	
ประวัติผู้วิจัย .....	273



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 จำนวนองค์การปกครองของจังหวัดสมุทรปราการ .....	62
ตารางที่ 2.2 จำนวนประชากรของจังหวัดสมุทรปราการ .....	64
ตารางที่ 2.3 จำนวนประชากรของจังหวัดสมุทรปราการ แยกตามกลุ่มอายุ .....	64
ตารางที่ 2.4 ปริมาณสถานบริการแยกประเภท .....	67
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้แรงงานที่ทำการสัมภาษณ์ .....	96
ตารางที่ 4.2 รูปแบบยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ .....	114
ตารางที่ 4.3 ร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลในการป่วย/ รู้สึกไม่สบายจำแนกตามเขตการปกครองที่วราชอาณาจักรปี พ.ศ. 2546 – 2550 .....	170
ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละของประชากรที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตามเขตการปกครอง .....	172
ตารางที่ 4.5 ร้อยละของประชากร จำแนกตามอาชีพที่ใช้ยาแผนโบราณ/ ยาสมุนไพร .....	173
ตารางที่ 4.6 รายการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ในสถานบริการภาครัฐ .....	176





สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการดูแลสุขภาพ .....	15
ภาพที่ 2.2 อิทธิพลของความเชื่อจนแสดงออกเป็นพฤติกรรม .....	33
ภาพที่ 2.3 ระบบปฏิบัติการกับหน้าที่พื้นฐานสี่ประการของพาร์สัน .....	40
ภาพที่ 2.4 การวิเคราะห์เชิงละครของกอฟมัน .....	42
ภาพที่ 4.1 ประเภทการใช้ยากลุ่มต่างๆ ของผู้ใช้แรงงาน .....	113
ภาพที่ 4.2 ร้อยละของรูปแบบยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ .....	115
ภาพที่ 4.3 ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ และเชื่อถือมากที่สุด .....	116
ภาพที่ 4.4 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลใน การป่วย/รู้สึกไม่สบายปี พ.ศ. 2546 – 2550 .....	171
ภาพที่ 4.5 จำนวนร้อยละของประชากรที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร จำแนกตามเขตการปกครอง .....	172
ภาพที่ 4.6 จำนวนทะเบียนยาแผนโบราณที่ได้รับการอนุมัติเป็นตำรับและปีพ.ศ. ....	174
ภาพที่ 4.7 มูลค่ายาแผนโบราณที่ผลิตและนำเข้าในราชอาณาจักรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – 2552 .....	175





# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยมนุษย์จะดิ้นรนแสวงหาทางออกเพื่อให้ตนเองอยู่รอด โดยการแสดงออกจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อในการเกิดโรคของแต่ละสังคมและวัฒนธรรม (Kottak 2002: 449) ซึ่งในสมัยโบราณการรักษาจะแสดงออกมาอยู่ในรูปพิธีกรรม เช่น การบูชาธรรมชาติ การไหว้ผีและเทวดา การใช้พืชและสัตว์เป็นยา ฯลฯ เมื่อความรู้ในการเยียวยาได้ผ่านกระบวนการลองผิดลองถูกจนได้ผลเป็นที่น่าพอใจแล้ว ก็จะมีการจัดบันทึกและสืบทอดผ่านทางผู้เยียวยาของกลุ่มชน ได้แก่ หมอผี พ่อมด พระ หรือหมอพื้นบ้านพัฒนาต่อมาจนเป็นภูมิปัญญาของแต่ละกลุ่มสังคม

มุมมองความเจ็บป่วยในแนวคิดไทยเกิดจากโลกทัศน์ที่มีฐานรากมาจากวัฒนธรรมที่ผสมผสานระหว่าง ผี พราหมณ์ และพุทธ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2539: 599 - 600) โดยอาศัยประเพณีดั้งเดิมในการรักษาโรค กระบวนการในการเยียวยารักษาของการแพทย์พื้นบ้านจะประกอบไปด้วยพิธีกรรม คาถา และยาแผนโบราณ เพื่อรักษาผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ ยาแผนโบราณจึงเป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ส่งต่อจากผู้เยียวยาสู่คนไข้มากกว่าฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาแผนโบราณที่ใช้รักษาความเจ็บไข้ได้ป่วย เพราะเป็นการผสมผสานความเชื่อ และศรัทธาลงไปในตำรับยาที่ปรุง เช่น หมอแผนโบราณมีการกล่าววาทะ “สิทธิการิยะ... ขอให้อำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายและบุญบารมีที่ข้าพเจ้าได้สะสมมาได้ดลบันดาลให้ผู้ป่วยหายจากทุกข์โศกโรคภัยด้วยเถิด” ระหว่างการประกอบยาเพื่อรักษาคนไข้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2545: 66)

การเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมน่าที่่เกิดขึ้นกับทุกสรรพสิ่ง เริ่มต้นจากการเกิด การเจริญเติบโต และสิ้นสุดลงด้วยการเสื่อมสภาพสูญสลายไป วัฏจักรเช่นนี้เกิดขึ้นกับสังคมและวัฒนธรรมของมนุษย์เช่นกัน เพราะสังคมและวัฒนธรรมของมนุษย์นั้นประกอบไปด้วยทั้งโครงสร้างและสถาบันทางสังคม เช่น บทบาทสถานภาพของบุคคล จารีตประเพณี อำนาจหน้าที่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ความคิดความเชื่อของคนในยุคสมัยหนึ่งที่ได้รับการยอมรับหรือเป็นที่นิยม อาจจะไม่ได้รับการยอมรับเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้น

การศึกษาสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยที่ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของมัน ก็เท่ากับไม่ได้ศึกษาสิ่งนั้นอย่างครบวงจร (วราคม ที่สุกะ 2544: 75)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อวงการแพทย์แผนไทยซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของคนไทยมาเป็นระยะเวลายาวนานให้เสื่อมลงด้วยเช่นกัน เริ่มต้นจากสมัยรัชกาลที่ 4 มีการติดต่อกับต่างประเทศมากขึ้น การแพทย์แบบตะวันตกแพร่เข้ามาสู่สังคมไทยแต่ไม่ได้รับความนิยมนักจากประชาชนทั่วไปมากนัก ทำให้โรงพยาบาลศิริราชที่ตั้งขึ้นมาใน พ.ศ. 2431 รักษาโดยไม่เก็บเงินในระยะแรก (มัลลิกา มัติโก และนิตยา เพ็ญศิริรักษา 2547: 154) การรักษาพยาบาลใช้ 2 ระบบทั้งแพทย์ฝรั่งและแพทย์ไทยควบคู่กันไปตามแต่ความสมัครใจของคนไข้ (สมพร ภูติยานันต์ 2542: 24) ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 6 การแพทย์แผนไทยถูกลดบทบาทลงจากการยกเลิกการรักษาและการสอนแพทย์แผนไทยในหลักสูตร ขณะที่การออกพระราชบัญญัติแพทย์ใน พ.ศ. 2466 ทำให้หมอพื้นบ้านจำนวนมากถูกรับ จึงได้เผาตำราทิ้งและเลิกประกอบอาชีพ (มัลลิกา มัติโก และนิตยา เพ็ญศิริรักษา 2547: 155) จนเมื่อพ.ศ. 2484 มีการเลิกผลิตยาแผนไทยโดยกองโสตศอนาสิกของรัฐบาล บทบาทการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพคนไทยก็ยุติลงอย่างสิ้นเชิง (สมพร ภูติยานันต์ 2542: 31)

สาเหตุที่ทำให้ภูมิปัญญาดั้งเดิมของตนเองถูกลดบทบาทและความสำคัญเป็นเพราะสังคมไทยยอมรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาโดยขาดการเลือกสรรและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับระบบนิเวศทางวัฒนธรรมแบบไทย คนไทยมักชื่นชมภูมิปัญญาตะวันตกว่าดีกว่าสูงส่งกว่า ภูมิปัญญาของตนเองว่าไม่ทันสมัย ล้าหลัง (เสาวภา พรศิริพงษ์ 2547: 140) การรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาเป็นบรรทัดฐาน และพยายามทำให้วัฒนธรรมด้านการแพทย์ของไทยซึ่งอยู่ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเข้ามาสู่มาตรฐานเดียวกัน จากการนำกฎหมายมาบังคับใช้ เป็นการทำลายภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทยให้ค่อยๆ ลดความสำคัญลงและไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชนในที่สุด นักวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันก็มองยาแผนโบราณเพียงแค่สรรพคุณในการรักษาโรคจากสมุนไพรแต่ละชนิดที่เป็นส่วนประกอบในตำรับตามแบบวิทยาศาสตร์ งานวิจัยที่มีจึงเริ่มต้นด้วยการพิสูจน์เอกลักษณ์ การค้นหาสารสำคัญ การหาสารออกฤทธิ์ในหลอดทดลองและในสัตว์ การศึกษาทางพิษวิทยา และการทดลองใช้สมุนไพรขึ้นคลินิก (สุนทร วิทยานารถไพศาล 2549: 3-17) ซึ่งมุมมองดังกล่าวมองข้ามสภาวะจิตใจของคนไข้ และความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในขั้นตอนการปรุ้งยาไปเสียสิ้น

แม้ว่าคนส่วนใหญ่ของสังคมเลือกใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันมีความก้าวหน้าอย่างมาก สามารถอธิบายกลไกการเกิดโรคได้ว่าเกิดจากเชื้อจุลชีพ เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อไวรัส หรือเกิดจากความผิดปกติของร่างกายในระดับพันธุกรรม มียา

แผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพ ให้ผลอย่างเด่นชัดและรวดเร็ว แต่ก็ยังมีโรคอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถอธิบาย หรือรักษาให้หายขาดได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ผู้คนจำนวนไม่น้อยเริ่มค้นหาวิธีการจากระบบการแพทย์รูปแบบอื่น ด้วยความหวังจะสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะของคนที่การแพทย์แผนปัจจุบันทำไม่ได้ การแพทย์แผนไทยจึงค่อยๆ กลับมาได้รับความสนใจอีกครั้งจากคนไทย กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นกับอีกหลายสังคมไม่ว่าจะเป็นประเทศแถบยุโรป และอเมริกา ในรอบ 10 – 20 ปี ที่ผ่านมาระแสการแพทย์ทางเลือกได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มที่จะขยายตัวต่อเนื่องไปในอนาคต (Coulter and Willis อ้างใน ลือชัย ศรีเงินยวง 2547: 25)

การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยได้รับการสนับสนุนและฟื้นฟูอีกครั้งจากรัฐบาลใน พ.ศ. 2537 เริ่มจากการก่อตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยเพื่อทำหน้าที่ในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ต่อมา มีการยกระดับงานการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกขึ้นมาเป็นหน่วยงานระดับกรมใน พ.ศ. 2543 คือกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เสาวภา พรศิริพงษ์ 2547: 141) มีหน้าที่ในการศึกษาวิเคราะห์วิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ตลอดจนรวบรวม อนุรักษ์ เฝ้าระวัง ส่งเสริมคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร (online 21 สิงหาคม 2553: <http://www.dtam.moph.go.th/index.php?code=2003>) ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยที่เคยสูญหายไปจากสังคมได้รับความสนใจมากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง อีกทั้งหน่วยงานดังกล่าวยังเป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการแพทย์แผนไทยที่สำคัญทั้งด้านองค์ความรู้ งานวิจัย เอกสารทางวิชาการ ทำให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยแพร่หลายสู่ประชาชนทั่วไป และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ยังมีการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ถือเป็น การให้ความคุ้มครองภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์มิให้สูญหายไปตามกาลเวลา ผ่านทางกฎหมายเพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีอำนาจหน้าที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาด้านนี้ให้คงอยู่

กระแสดความนิยมในยาแผนโบราณเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ จากข้อมูลของกองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปี พ.ศ. 2530 มีจำนวนตำรับยาแผนโบราณที่ขึ้นทะเบียนทั้งสำหรับมนุษย์และสัตว์จำนวน 105 ตำรับ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 513 ตำรับ ในปี พ.ศ. 2552 และมูลค่าการผลิตที่สูงขึ้นจาก 208.42 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2530 เป็น 2,188.12 ล้านบาทใน พ.ศ. 2550 (online 27 กรกฎาคม 2553: [http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_002.asp](http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_002.asp)) แสดงให้เห็นถึงการเลือกใช้ยาแผนโบราณในการดูแลสุขภาพนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 มีแนวโน้มสูงขึ้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (online 11 ตุลาคม 2553:

<http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62>) ให้ความสำคัญต่อการศึกษานโยบายที่รองรับในเรื่องสมุนไพรรักษาโรค และการแพทย์แผนไทยอย่างมาก เพราะประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประเทศจำเป็นต้องมีการปรับบริการสาธารณสุขทั้งการแพทย์ สถานที่ท่องเที่ยวและพักผ่อนให้มีความเหมาะสมตามสภาวะการณ์ของสังคม การส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจะช่วยเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่จะเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยสูงขึ้น และเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2549 ก็มีการบรรจุยาจากสมุนไพรมีการใช้ในสถานพยาบาล ถือเป็น การสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในด้านยาแผนโบราณเป็นอย่างมาก

จังหวัดสมุทรปราการตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง ริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาดัดกับอ่าวไทย มีอาณาเขตติดกับกรุงเทพมหานครและฉะเชิงเทรา มีประชากรเป็นอันดับสองของภาคกลางรองจากกรุงเทพฯ เป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวของกรุงเทพฯ ทั้งในด้านการผลิตคือ อุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร ทำให้สมุทรปราการมีประชากรย้ายถิ่นจากที่อื่นมาในจังหวัดเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามาโดยแจ้งย้ายที่อยู่อย่างถูกต้องและไม่ย้ายทะเบียนราษฎรเข้ามา ทำให้ประชากรที่มีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร (online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)) สภาพทางเศรษฐกิจของสมุทรปราการประกอบไปด้วยภาคการเกษตรและภาคอุตสาหกรรม ซึ่งภาคอุตสาหกรรมทำรายได้ให้จังหวัดสมุทรปราการสูงที่สุด

จากการที่ภาคอุตสาหกรรมทำรายได้สำคัญให้จังหวัด สมุทรปราการจึงเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีผู้ใช้แรงงานเป็นจำนวนมาก เนื่องจากประกอบไปด้วยโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่ในทุกอำเภอ และมีนิคมอุตสาหกรรมถึง 2 แห่ง ได้แก่ นิคมอุตสาหกรรมบางปู และนิคมอุตสาหกรรมบางพลี โดยมีแรงงานที่อยู่ในระบบประกันทางสังคมเป็นจำนวนมากถึง 648,420 คน (online 27 สิงหาคม 2553: <http://samutprakan.mol.go.th/node/269>) แรงงานเหล่านี้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2542 แต่จะต้องจ่ายเงินสมทบบางส่วนเข้ากองทุนในอัตราที่กฎหมายกำหนด และเมื่อบุคคลเหล่านี้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น ก็สามารถเข้ารับการรักษาตามสถานพยาบาลที่ตนเองได้เลือกไว้

ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้แรงงานกลุ่มอายุ 15 – 29 ปี คือ อุบัติเหตุ โรคทางจิตเวช และ เอชไอวี/เอดส์ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นผู้ใช้แรงงานมักจะเป็นโรคติดเชื้อ และโรคเรื้อรัง (เช่น วัณโรค, ภาวะไขมันในเลือดสูง และ คอเลสเตอรอลสูง) (2547: 85 - 147) พบว่าเมื่อคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมเกิดความเจ็บป่วยขึ้น การเจ็บป่วยจะแยก

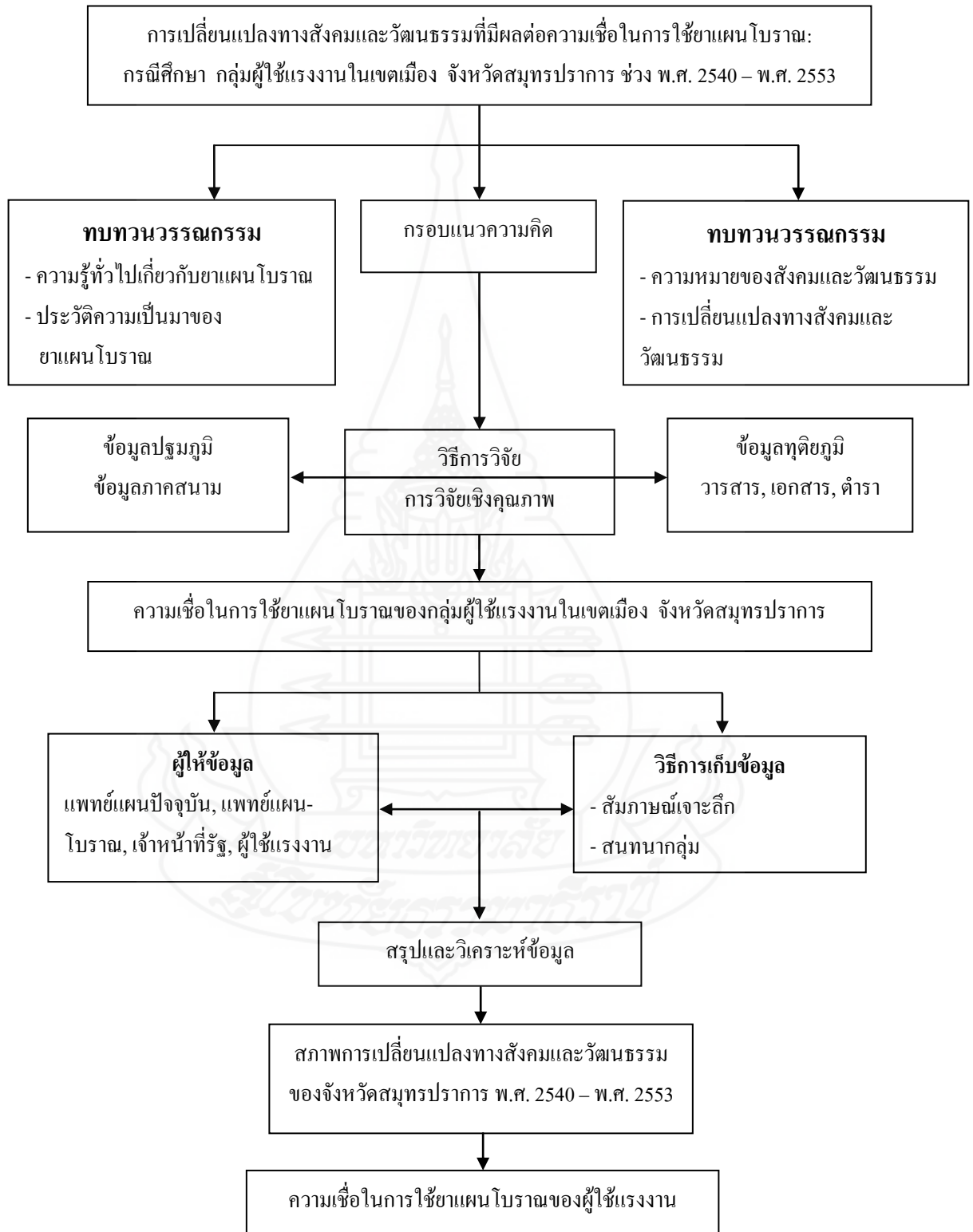
ออกได้เป็น 2 ประเภท คืออาการป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน และการเจ็บป่วยที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน การเจ็บป่วยธรรมดาจะใช้สิทธิจากระบบประกันสังคม แต่โรคที่เกิดจากการทำงานจะเบิกค่ารักษาพยาบาลและค่าทดแทนความเสียหายจากระบบกองทุนเงินทดแทนซึ่งจะจ่ายให้ตามความเสียหายจริงที่ได้รับ ขณะเดียวกันคนงานที่ทำงานอยู่ในเมืองแต่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมจากชนบทเหล่านี้จะไม่ตอบโต้หรือท้าทายการครอบงำของระบบการแพทย์สมัยใหม่เพียงอย่างเดียว เพราะขณะที่รักษาและเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันอยู่นั้น คนงานก็ยังไปไหว้พระสวดมนต์ห่อหุ้มใจอันเป็นความเชื่อดั้งเดิมของคนงานไปด้วย

ท่ามกลางระบบสุขภาพที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหนทางหลักในการรักษา รายได้ที่จำกัดจากค่าแรงขั้นต่ำวันละ 206 บาท และการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมเนื่องจากการย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในเมือง ผู้ใช้แรงงานในวันนี้ยังมีการใช้ยาแผนโบราณรักษาโรคอยู่อีกหรือไม่ ทั้งหมดเป็นที่มาให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณ และแนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมต่อความเชื่อในภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย โดยเริ่มต้นจากยาแผนโบราณที่มีวิธีการเข้าถึงได้ไม่ยาก นอกจากนี้งานวิจัยจะช่วยสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงในค่านิยมการแพทย์แผนไทยของกลุ่มผู้ใช้แรงงานซึ่งมีอยู่จำนวนไม่น้อยในสังคมไทยได้เป็นอย่างดี

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- 2.3 เพื่อศึกษาแนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย





#### 4. สมมติฐานการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

#### 5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการศึกษา ไว้ดังนี้  
ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้  
ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา  
แผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน

แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน

5.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ ใช้พื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

5.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553

5.4 ขอบเขตด้านประชากร (กลุ่มตัวอย่าง) ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง

#### 6. ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องด้วยข้อจำกัดในระยะเวลา งบประมาณและการแปลผลข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจะใช้การคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญไว้ดังนี้ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ 2 คน, เกษัตริ์กรประจำโรงพยาบาล 1 คน, แพทย์แผนปัจจุบัน 1 คน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด 2 คน, เกษัตริ์กรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน 2 คน, และในส่วนของผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองจะสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานจำนวนทั้งสิ้น 15 คน

การทำสนทนากลุ่มเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้ใช้งานในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 6 คน จากโรงงานอุตสาหกรรมที่อนุญาตให้ผู้ใช้งานทำการสนทนากลุ่ม และใช้สถานที่

## 7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 **ยาแผนโบราณ** ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับเป็นยาแผนโบราณ ซึ่งการวิจัยใช้นิยามนี้ในการศึกษา

7.2 **เขตเมือง** หมายถึงอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

7.3 **ผู้ใช้แรงงาน** หมายถึง ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการที่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน

7.4 **ผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง** หมายถึง ผู้ใช้แรงงานที่สถานประกอบการตั้งอยู่ในเขตเมือง หรือมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

7.5 **ผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณ** หมายถึง ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณในสาขาเวชกรรม, เกษษกรรม หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะแพทย์แผนไทยประยุกต์ ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

7.6 **แพทย์แผนปัจจุบัน** หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม ในจังหวัดสมุทรปราการ

7.7 **เภสัชกรประจำโรงพยาบาล** หมายถึง เภสัชกรประจำโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการ

7.8 **เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด** หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

7.9 **เภสัชกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน** หมายถึง เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีการขายยาแผนโบราณบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ



## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ทำให้ทราบถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

8.2 ทำให้ทราบถึงรูปแบบและชนิดของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนาตำรับยาแผนโบราณให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้

8.3 ทำให้ทราบถึงแนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การค้นหาแนวทางการบูรณาการยาแผนโบราณที่เป็นภูมิปัญญาไทย ให้เข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม

8.4 เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการอนุรักษ์ภูมิปัญญาในเรื่องยาแผนโบราณในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ได้ตระหนักถึงกระแสการใช้ยาแผนโบราณของประชาชนในพื้นที่ เพื่อดำเนินการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553 มีแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิด
  - แนวคิดเรื่องแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ
  - แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาไทย
  - แนวคิดเรื่องการแพทย์ทางเลือก
  - แนวคิดเรื่องการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมแผนไทย
  - แนวคิดเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทย
  - แนวคิดเรื่องระบบเศรษฐกิจทุนนิยม
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม
4. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดสมุทรปราการ
5. ข้อมูลด้านแรงงานของจังหวัดสมุทรปราการ
6. นโยบายของรัฐด้านยาแผนโบราณ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิด

##### 1.1 แนวคิดเรื่องแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ

**1.1.1 พฤติกรรมมนุษย์ (human behavior)** หมายถึง ปฏิกริยาที่แสดงออกที่มนุษย์ตอบโต้ต่อสิ่งแวดล้อม มีทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ บางครั้งการแสดงออกอาจไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดก็ได้ (เชาวลัภยณ์ ฤทธิสรไกร 2550: 81)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์

- 1) *สิ่งแวดล้อม* ทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและทางสังคม ซึ่งอยู่รอบๆ มนุษย์
- 2) *โครงสร้างของกลุ่มกับภาวะผู้นำ* ผู้นำเป็นผู้ที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงคุณค่าและพฤติกรรมของมนุษย์
- 3) *ปฏิสัมพันธ์ในสังคม* บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์หรือการกระทำระหว่างกันของสมาชิกในสังคม ซึ่งมี 3 อย่าง คือ การยอมรับบรรทัดฐานของกลุ่ม (conformist) การร่วมมือระหว่างสมาชิก (cooperative) และความรับผิดชอบต่อสวัสดิภาพของผู้อื่น (social acceptable) (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข 2552: 140)

**1.1.2 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)** การปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพต่างๆ ทั้งกาย จิต อารมณ์ และสังคม พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น มีทั้งรูปธรรมและนามธรรม รูปธรรมอาจใช้เครื่องมือวัด เช่น การเดินหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ ส่วนนามธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิดที่เป็นเจตคติ ค่านิยม ทราบได้เมื่อแสดงออกมา (เขาวลัักษณ์ ฤทธิศรีไกร 2550: 82) การจำแนกแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) *พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (preventive and promotive health behavior)* เป็นการกระทำของบุคคลในภาวะปกติ ที่เชื่อว่าเป็นการกระทำทำให้สุขภาพดี และสามารถป้องกันการเจ็บป่วย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส และการป้องกันโรค เช่น ล้างมือให้สะอาดก่อนหยิบอาหาร การรับประทานอาหารที่ปรุงสุก ไม่สุบนุหรี

- 2) *พฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior)* หมายถึงการปฏิบัติเมื่อรู้ว่าเจ็บป่วย เพื่อควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองให้เป็นปกติ ค้นหาการรักษาที่เหมาะสม บุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยด้านต่างๆ เช่น ความรุนแรงของโรค อาการของโรค ประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ แสดงออกแตกต่างกันเป็นหลายลักษณะ

James C. Young ได้สร้างแบบจำลอง The Health Care Choice Making Model (อ้างถึงใน เขาวลัักษณ์ ฤทธิศรีไกร 2550: 91) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจการเลือกแหล่งและวิธีการรักษาที่มีในสังคม อยู่บนพื้นฐานปัจจัยกำหนด 4 ปัจจัย คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย, ความรู้เกี่ยวกับการเยียวยาแบบพื้นบ้าน ถ้าไม่รุนแรงอาจเลือกใช้การรักษาตนเอง, ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา, และการเข้าถึงแหล่งบริการ

3) บทบาทพฤติกรรมผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคลเมื่อได้รับการยอมรับว่าเจ็บป่วย ซึ่งพิจารณาจาก อาการปวดศีรษะ ไอ จาม มีไข้ เลือดออก ฯลฯ บุคคลเมื่อได้รับการยอมรับว่าเจ็บป่วยตามแนวความคิดของทลคอตต์ พาร์สัน (อ้างถึงใน เทพินทร์ พัชรานุรักษ์ 2548: 35 และเซวาลักษณ์ ฤทธิศรไกร 2550: 94 - 95) จะได้รับสิทธิและหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวัง ดังนี้

(1) บุคคลผู้เจ็บป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพราะความเจ็บป่วยนั้นนอกเหนืออำนาจการควบคุมของบุคคล อันเป็นสาเหตุให้บุคคลไม่สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนได้ตามปกติ

(2) การได้รับการยกเว้นการกระทำตามบทบาทหน้าที่ที่เคยทำ การยกเว้นการกระทำตามบทบาทหน้าที่นี้จะมีความมากน้อยตามลักษณะและความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่บุคคลนั้นประสบ

(3) ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา บุคคลต้องมีหน้าที่ทำให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว

(4) หน้าที่ที่จะต้องแสวงหาความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือกับกระบวนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น กินยาตามเวลา พักผ่อนให้มาก ไปพบแพทย์ตามเวลานัดหมาย เป็นต้น

## 1.2 แนวคิดเรื่องภูมิปัญญาไทย

กระทรวงศึกษาธิการ (อ้างถึงใน วิมล จิโรพันธุ์และคณะ 2548: 140) กล่าวถึงความหมายของ ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาชาวบ้านไว้ดังนี้

“ความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของคนเราผ่านกระบวนการศึกษา สังเกต คิดวิเคราะห์จนเกิดปัญญา และตกผลึกมาเป็นองค์ความรู้ประกอบกันขึ้นมาจากความรู้หลายเรื่องๆ ความรู้ดังกล่าวไม่ได้แยกย่อยออกมาให้เห็นเป็นศาสตร์เฉพาะสาขาวิชาต่างๆ อาจกล่าวได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นจัดเป็นพื้นฐานขององค์ความรู้สมัยใหม่ที่จะช่วยในการเรียนรู้ การแก้ปัญหา การจัดการ และการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของคนเรา ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นความรู้ที่มีอยู่ทั่วไปในสังคมชุมชนและในตัวของผู้นั้นเองหากมีการสืบค้นหาเพื่อศึกษาและนำมาใช้ ก็จะเป็นที่รู้จักกันเกิดการยอมรับ ถ่ายทอด และพัฒนาไปสู่คนรุ่นใหม่ตามยุคสมัยได้”

ส่วน ภูมิปัญญาไทย วิมล จิโรจน์ และคณะ (2548: 143) ได้ให้ความหมายไว้ว่า

“องค์ความรู้ ความสามารถ และทักษะของคนไทยที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการเลือกสรร เรียนรู้ ปรับแต่ง และถ่ายทอดสืบต่อกันมาเพื่อใช้แก้ปัญหาและพัฒนาวิถีชีวิตของคนไทยให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและเหมาะสมกับยุคสมัย”

ขณะที่เอกวิทย์ ณ ถลาง ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม คน และภูมิปัญญาไทยไว้อย่างครอบคลุมว่า

“เป็นผลของประสบการณ์สั่งสมของคนที่เรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มชนเดียวกัน และระหว่างกลุ่มชนหลายๆ ชาติพันธุ์ รวมไปถึงโลกทัศน์ที่มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ภูมิปัญญาเหล่านี้เคยเอื้ออำนวยให้คนไทยแก้ปัญหาได้ดำรงอยู่ และสร้างสรรค์อารยธรรมของเราเองได้อย่างมีคุณภาพกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในระดับพื้นฐานหรือระดับชาวบ้าน ภูมิปัญญาในแผ่นดินนี้มิได้เกิดขึ้นเป็นเอกเทศ แต่มีส่วนแลกเปลี่ยน เลือกเฟ้น และปรับใช้ภูมิปัญญาจากอารยธรรมอื่นตลอดมา” (วิมล จิโรจน์ 2548: 141)

### 1.2.1 การแบ่งสาขาของภูมิปัญญาไทย

การแบ่งสาขาของภูมิปัญญาไทยมีหลายขอบเขต สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2539, อ้างถึงในวิมล จิโรจน์และคณะ 2548: 141) ได้กำหนดสาขาย่อยของภูมิปัญญาชาวบ้าน ทำการคัดเลือกและเชิดชูเกียรติผู้มีผลงานดีเด่นทางวัฒนธรรม 5 สาขา ดังนี้

1) ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอนุรักษ์ป่าไม้ น้ำ การรักษา การถ่ายทอด ความรู้ดั้งเดิมเพื่อการอนุรักษ์ เช่น การเคารพแม่น้ำ แผ่นดิน พืชพันธุ์ ทรัพยากร และโบราณสถาน โบราณวัตถุ ฯลฯ

2) ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการเกษตร ได้แก่ การทำการเกษตรแบบผสมผสาน การแก้ปัญหาทางการเกษตรด้านการตลาด การแก้ปัญหาด้านการผลิต และการรู้จักปรับใช้เทคโนโลยี

3) ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการจัดการ สวัสดิการ และธุรกิจชุมชน ได้แก่ กองทุน และกลุ่มต่างๆ

4) ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการการผลิตและบริโภค เช่น การแปรรูปผลิตผลทางการเกษตร การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาปรับใช้ในการแปรรูปผลิตผลเพื่อชะลอการนำเข้าตลาด

5) ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการรักษาโรคและการป้องกัน ได้แก่ หมอพื้นบ้าน หมอธรรมชาติ และผู้รอบรู้เรื่องสมุนไพร

ขณะที่สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 23 สืบค้นจาก online 11 พฤศจิกายน 2553: <http://kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK23/chapter1/t23-1-11.htm#sect3>) ได้จัดแบ่งภูมิปัญญาไทยออกเป็น 10 สาขา ได้แก่ เกษตรกรรม อุตสาหกรรมและหัตถกรรม การแพทย์แผนไทย การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กองทุนและธุรกิจชุมชน สวัสดิการ ศิลปกรรม การจัดการองค์กร ภาษาและวรรณกรรม ศาสนา และประเพณี

### 1.2.2 ความสัมพันธ์ของภูมิปัญญาไทย ได้สะท้อนออกมาใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1) ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกันระหว่างคนกับโลก สิ่งแวดล้อม สัตว์ พืช และธรรมชาติ

2) ความสัมพันธ์ของคนกับคนอื่น ๆ ที่อยู่ร่วมกันในสังคมหรือชุมชน

3) ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหนือธรรมชาติ

(สืบค้นจาก online 11 พฤศจิกายน 2553: <http://kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK23/chapter1/t23-1-11.htm#sect3>)

### 1.2.3 ความสำคัญของภูมิปัญญาไทย

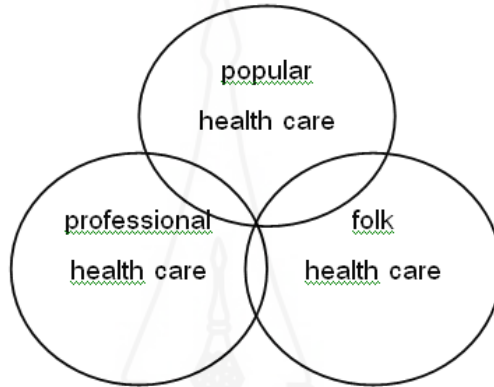
- 1) สร้างความภาคภูมิใจและเกียรติภูมิแก่คนไทย
- 2) ช่วยสร้างชาติให้เป็นปึกแผ่นมั่นคง
- 3) สร้างความสมดุลระหว่างคนกับสังคมและธรรมชาติได้อย่างยั่งยืน
- 4) สามารถปรับประยุกต์หลักธรรมคำสอนทางศาสนามาใช้กับวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสม
- 5) ช่วยเปลี่ยนแปลงปรับวิถีชีวิตของคนไทยให้เหมาะสมได้ตามยุคสมัย (วิมล จิโรจน์ 2548: 152 – 155)

## 1.3 แนวคิดเรื่องการแพทย์ทางเลือก

ในสังคมหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถมีทางเลือกการใช้การแพทย์มากกว่าหนึ่งระบบในการรักษาความเจ็บป่วยของตนเอง การแพทย์ทางเลือกอื่นนอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันรวมเรียกว่า การแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine ; CAM) ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้เพิ่มมากขึ้น แม้บางครั้งอาจมีอันตรายต่อสุขภาพทำให้เกิดผลข้างเคียง (side effect) และอาการอื่นไม่พึงประสงค์ (adverse event) การแพทย์ทางเลือกมักเป็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยด้วยตนเอง ซึ่งสามารถบูรณาการเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันได้



ระบบการดูแลสุขภาพในสังคมหนึ่งๆ ประกอบไปด้วย 3 ส่วนย่อยซ้อนกัน คือ ส่วนสามัญชน (popular health care), ส่วนบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (professional health care), และการแพทย์พื้นบ้าน (folk or indigenous health care) โดยประชาชนเป็นผู้เลือกการรักษาและการวินิจฉัยโรกระหว่างการดูแลสุขภาพของ 3 ระบบนี้ ซึ่งอาจใช้ 3 วิธีร่วมกันก็ได้ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการดูแลสุขภาพ

ที่มา : Kleinman A 1980 ดัดแปลงจาก เบญจพร กิ่งรุ่งเพชร (2551: 203)

การดูแลโดยสามัญชน เป็นส่วนที่เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพขึ้นตามวิถีคิดแบบชาวบ้านที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ จัดเป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดและมีการใช้มากที่สุดในระบบสุขภาพ เป็นศูนย์กลางการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นการเลือกวิธีการรักษา ผู้รักษา และการประเมินผลการรักษา เมื่อตนเองเจ็บป่วย อาจเป็นการดูแลตนเอง การกินอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาที่สามารถซื้อใช้เองได้

การดูแลโดยวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เป็นการรักษาตามหลักการแพทย์ปัจจุบัน ส่วนการดูแลรักษาแบบพื้นบ้านเป็นส่วนผสมของวิธีการรักษาหลายชนิด บางชนิดใกล้เคียงกับการรักษาสมัยใหม่ ผ่านหมอพื้นบ้าน เช่นการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนปัจจุบันมองการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในรูปแบบของโรค (disease) ขณะที่ผู้ป่วยจะรับรู้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย (illness) ซึ่งการมองโรคโดยไม่ได้มองที่บุคคลองค์รวม ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของผู้รักษาและผู้ป่วยได้ เพราะโรคกับความเจ็บป่วยอาจไม่เกิดขึ้นพร้อมกันก็ได้ บางคนอาจเป็นโรคโดยไม่ได้แสดงอาการ ขณะที่บางคนวิตกกังวลว่าตนเองไม่สบายทั้งที่ยังไม่ได้เกิดโรขึ้น ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งรักษาเรื่องโรค ขณะที่แพทย์ทางเลือกมองความเจ็บป่วยมากกว่า ทำให้ผู้ให้การรักษาต้องมองการรักษาโรคโดยมองบุคคลองค์รวม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการแพทย์แบบบูรณาการ (เบญจพร กิ่งรุ่งเพชร 2551 : 206)

### 1.3.1 การแพทย์ทางเลือก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นิยามการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) (อ้างถึงใน Stephen Hunt and Nikki Lightly 2001: 97) หมายถึง ทุกรูปแบบของการดูแลสุขภาพที่อยู่นอกเหนือจากส่วนสุขภาพทางการ ซึ่งเป็นคำนิยามที่มีความหมายกว้างครอบคลุมทุกระบบของการดูแลสุขภาพที่มีอยู่หลากหลาย นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์ชีวภาพ (Biomedicine) เช่น

1) การแพทย์อายุรเวท (*ayurvedic medicine*) ใช้การรักษาสมุนไพร อาหาร ทำสมาธิ ออกกำลังกาย และการนวด

2) การแพทย์แผนจีน (*traditional chinese medicine*) รักษาสมดุลหยิน-หยาง ใช้การฝังเข็ม สมุนไพร

3) การแพทย์แผนออสทีโอพาธี (*osteopathy*) ใช้การรักษาโดยกายภาพบำบัด การนวด และการลูบคลำ

4) ไคโรแพรคติก (*chiropractic*) รักษาโดยการจับกระดูกสันหลังให้เข้าที่

5) การนวด

6) *Lifestyle intervention* เช่น โภชนบำบัด (therapeutic diet), ออกกำลังกาย

7) *Mild – body approach* เช่น การป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback), การสะกดจิต (hypnosis)

8) *Botanical medicine* การแพทย์สมุนไพร

9) *Energy medicine*

การแพทย์ทางเลือกมีลักษณะเป็นองค์รวม (holistic basis) มุ่งเน้นความเชื่อมต่อระหว่างร่างกาย อารมณ์ จิต วิญญาณ และสังคม (Stephen Hunt and Nikki Lightly 2001: 99) มักครอบคลุมถึงความเชื่อ ศาสนา และพิธีกรรมต่างๆ ซึ่งจะสอดคล้องกับปรัชญา ความเชื่อ และคุณค่าเกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่า

งานสำรวจระดับประเทศของไทย พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้จ่ายแผนโบราณหรือไปรักษากับแพทย์แผนโบราณสูงที่สุด คือ ร้อยละ 35.4 รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละ 16.9 กลุ่มเด็กแรกเกิด ร้อยละ 13.40 กลุ่มเยาวชน ร้อยละ 6.9 และกลุ่มเด็ก ร้อยละ 6.0 และเพศหญิงมีอัตราการใช้จ่ายแผนโบราณสูงกว่าเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างถึงใน เทพินทร์ พัทธานุกรม 2548: 156)



สำหรับการพิจารณาเชิงพื้นที่ พบว่าประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการใช้ยาแผนโบราณสูงกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 14.6 และร้อยละ 13.2 ตามลำดับ) และภาคเหนือมีการใช้ยาแผนโบราณสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมา คือภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพมหานคร และภาคกลาง ในส่วนของความเจ็บป่วยประชาชนจะเลือกใช้ยาแผนโบราณในกรณีความเจ็บป่วยไม่รุนแรง เช่น ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย หนาวมีด วิงเวียน นอนไม่หลับ แต่บางส่วนก็รักษาในอาการแน่นหน้าอก จุกเสียด แน่นท้อง โรคกระเพาะอาหาร ไข้หวัด คัดจมูก ไอ และโรคผิวหนังต่างๆ

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า มีความหลากหลายของอาการที่รักษาด้วยยาแผนโบราณ และกลุ่มของประชาชนที่เข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตามการสำรวจมิได้รวมเอาการแพทย์แผนอื่นๆ เข้าร่วมด้วย เช่น การแพทย์จีน การรักษาโดยคาถา ฯลฯ ซึ่งถ้ารวบรวมทั้งหมดก็น่าจะมีอัตราการใช้ที่สูง แสดงให้เห็นถึงความนิยมของการแพทย์ทางเลือกของประชาชนชาวไทยได้เป็นอย่างดี

#### 1.4 แนวคิดเรื่องการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมแผนไทย

##### 1.4.1 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย

###### 1) สมัยสุโขทัย

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับระบบการแพทย์ในสมัยนี้ แต่ศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำแหงที่วัดป่ามะม่วงที่เขียนขึ้นประมาณ พ.ศ. 1800 บันทึกไว้ว่าทรงสร้างสวนสมุนไพรขนาดใหญ่ไว้บนเขาหลวง ให้ราษฎรได้เก็บสมุนไพรไปใช้รักษาโรค แต่งานวิจัยของประทีป ชุมพล (2541: 25) กล่าวว่าไม่พบศิลาจารึกดังกล่าวแต่อย่างใด ส่วนศิลาจารึกของพระมหาธรรมราชาที่ 1 ซึ่งในทำเนียบเรียกว่าศิลาจารึกวัดป่ามะม่วง ไม่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสมุนไพรและเภสัชวิทยา

ข้อความตอนหนึ่งในไตรภูมิพระร่วงมีว่า “พิแล้วผู้ใดไปไหว้นพการพบุชาแก่กงจักรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้ และกงจักรนั้นเพียนยอมบ่าบัดเสียดซึ่งความไข้เจ็บ” เพราะในระแวกเวลาดังกล่าวมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของปีศาจ (สมพร ภูติยานันต์ 2542 : 9)

บริเวณเมืองเก่าสุโขทัยและที่เตาเผาขามพบตุ๊กตาเสียดบาลเป็นจำนวนมาก อาจเพราะในระแวกเวลาดังกล่าวมีปัญหาเรื่องโรคเด็กและการคลอดบุตร ทำให้ตายตั้งแต่ยังลูกเพราะพิธีเสียดบาลเป็นพิธีที่ทำขึ้นเมื่อเด็กแรกเกิดไม่สบาย

## 2) สมัยอยุธยา

การแพทย์ในระยะเวลาที่ประยุคต์ผสมผสานระหว่าง อยุธยาของอินเดีย และการแพทย์ของจีน รวมกับความเชื่อทางโหราศาสตร์ และไสยศาสตร์ เช่น การผูกตะกรุด คาถาผ้าประเจียด ลงยันต์คาถาอาคม วงด้ายสายสิญจน์

ในทำเนียบศักดินาข้าราชการฝ่ายทหารและพลเรือนที่ตราขึ้นในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ พุทธศักราช 1998 แต่งตั้งแพทย์ขึ้นในราชการ มียศตำแหน่งตามลำดับ แบ่งเป็นกรมทำหน้าที่ด้านการแพทย์แขนงต่างๆ อย่างเป็นระบบเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ไทย คือ มีกรมแพทยา กรมหมอยา กรมหมอกุมาร กรมหมอนวด กรมหมอยาตา กรมหมอวรรณโรค โรงพระโอสถ องค์ความรู้ที่ประกอบกันเป็นระบบแพทย์หลวงคงได้ประมวลขึ้นจากการแพทย์พื้นบ้านทั่วราชอาณาจักรรวบรวมขึ้นเป็นหมวดหมู่ เป็นแบบแผนร่วมกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าการแพทย์แผนไทยได้สถาปนาขึ้นในยุคนี้ (กรมศิลปากร 2542: 101)

สมัยพระนารายณ์มหาราช มีการเข้ามาของการแพทย์ตะวันตกของชาวโปรตุเกสและฝรั่งเศส ทำให้การแพทย์แผนไทยมีการปรับตัวโดยการรวบรวมตำรายาต่างๆ เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่เรียกว่า “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ขึ้น

ลาลูแบร์ ได้เขียนจดหมายเหตุพระราชพงศาวดารถึงการรักษาของหมอแผนไทยไว้ดังนี้

“หมอสยามไม่เข้าใจเครื่องในในร่างกาย และไม่รู้จักผ่าตัด”... และ

“หมอสยามมียาแต่ตามตำรา หมอสยามไม่พึงพยายามทราบยาอย่างไร บำบัดโรคอย่างไร ได้หลับตาถือแต่ตำรับที่ได้เรียนมาจากบิดา มารดา และครูบาอาจารย์ และในตำรานั้น หมอชั้นใหม่ก็คงคือใช้ไม้แก้ไขอย่างใด หมอสยามไม่พัวักพะวงตรวจสอบพื้นฐานโรคว่าอะไรเป็นตัวสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค วางยาไปตามตำราตามบุญตามกรรม แม้กระนั้นก็ยังไม่วายที่จะรักษาให้หายได้มาก หมอสยามไม่วินที่ที่จะโทษว่าเป็นเพราะถูกคุณกระทำยาเหยียหรือฤทธิ์ผีสาวง”

ในคำให้การขุนหลวงหาวัดประคู้ทรงธรรม มีการระบุว่า “ที่ถนนป่ายามิร้านขายเครื่องเทศเครื่องไทยครบสรรพคุณยาทุกสิ่ง ชื่อตลาดป่ายา 4” และกล่าวถึง “โรงพระโอสถ” ไม่น้อยกว่า 2 โรงว่า “นอกประตูโพชนัดนี้ มีโรงพระโอสถ 1 และมีโรงพระโอสถตั้งอยู่หน้าสวนองุ่น” โรงพระโอสถทำหน้าที่ปรุงยาในพระราชวังและเตรียมยาสำหรับใช้ในกองทัพเมื่อออกสงคราม (สมพร ภูติยานนท์ 2542: 12 – 14)

### 3) สมัยกรุงธนบุรี

ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอยู่ในระยะเวลาของการกอบกู้เอกราช การที่กรุงศรีอยุธยาถูกพม่าเผาทำให้ตำรับตำราต่างๆ เสียหายจากไฟเผาและสงคราม ผู้คนที่ล้มตายก็ย่อมจะมีหมอลหลวงและหมอราชกุมารร่วมอยู่ด้วย แต่หลักฐานการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยไม่ปรากฏ แต่คงจะมีการฟื้นฟูเพราะขณะนั้นมีคนเจ็บไข้ได้ป่วยจำนวนมาก เห็นได้จากพระราชพงศาวดารฉบับกรุงธนบุรีที่กล่าวว่า

“จุลศักราช 1130 ปีชวด สัมฤทธิศกทอดพระเนตรเห็นพระอัญญาภิกษุเกรวณะคนทั้งปวงอันถึงพิบัติชีพตายด้วยทุกข์ทรมาน โจระ โรคะ สุขุมกองอยู่ประคองหนึ่งภูเขาและเห็นประชาชนซึ่งลำบากอดอยากอาหาร มีรูปร่างคุดหนึ่งเปรตปีศาจฟิงเกลียด” (ประทีป ชุมพล 2541: 53)

### 4) สมัยกรุงรัตนโกสินทร์

สมัยรัชกาลที่ 1 มีการปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้นเป็นพระอารามหลวงใช้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ซึ่งเป็นสถานที่สำคัญที่มีจารึกตำรายาและถายี่คัดคนไว้ตามศาลาราย ทางราชการมีการจัดตั้ง “หมอลหลวง” ส่วนหมอที่รักษาราชกุมารเรียกว่า “หมอเฉลยศักดิ์”

สมัยรัชกาลที่ 2 เป็นการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยได้มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้เหล่าผู้เชี่ยวชาญรักษาโรคนำตำรายาดีจดเป็นตำราหลวง ตำรานี้มีชื่อว่า “ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2” นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวพระเจ้าลูกยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ทรงปฏิสังขรณ์วัดราชโอรส และในครั้งนั้นได้มีการจารึกตำรายา ตำราหมอนวด รูปปั้นถายี่คัดคนไว้ในกำแพงแก้วของพระวิหารและพระอุโบสถด้วย และในปี พ.ศ. 2359 มีการตรา “กฎหมายพนักงานพระโอสถเสวย” ซึ่งเป็นกฎหมายที่แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของการปรุงยา

สมัยรัชกาลที่ 3 มีการบูรณะปฏิสังขรณ์วัดโพธิ์อีกครั้ง และได้รวบรวมตำรายาศิลาจารึกขึ้น เพื่อให้คนทั้งหลายเรียนได้ โดยสามารถสรุปความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยที่จารึกไว้ในวัดโพธิ์ ได้แก่ รูปถายี่คัดคน 82 รูป โคลงถายี่คัดคน รูปคนแสดงแผนนวด 60 รูป พันธุ์ไม้และสรรพคุณยาต่างๆ ตำยาและส่วนผสมสำหรับรักษาโรคต่างๆ อาการไข้และตัวยาในการรักษา มีทั้งสื่อความรู้ที่เป็นรูปหล่อ ศิลาจารึก และภาพเขียน

สมัยรัชกาลที่ 4 การแพทย์ตะวันตกได้นำมาใช้ในราชสำนัก เช่น สูติกรรมสมัยใหม่ แต่สำหรับราชกุมารแล้วยังมีความนิยมในการใช้การแพทย์แผนไทยมากกว่า จาก

บันทึกของสังฆราชปาลเลกัวซ์ ได้พูดถึงการแพทย์พื้นบ้านนอกราชสำนักที่อิงกับความเชื่อดั้งเดิมของคนไทยไว้ว่า

“...นอกจากหมอลหลวงแล้วก็ยังมีหมอเคลยศักดิ์อีกเป็นอันมากที่ไม่ต้องเรียนอะไรนักหนา ไม่มีปริญญาประกาศนียบัตรอะไรทั้งนั้น ตั้งตนเองเป็นหมอ เพียงซื้อหนังสือตำรา (tamra) หรือวิธีปรุงยามาเล่มหนึ่ง มีล่วมยาแบ่งเป็นช่องๆ ใส่ยาเม็ด น้ำมันทา มีขวดน้ำมันหรือผงยาจาม การบูร น้ำมันเทียน แต่ข้อสำคัญต้องรู้วิธีพูดพล่ามน้ำท่วมทุ่ง และโอสรรพคุณยาเข้าไว้ ตามปรกติแล้ว บุคคลที่เริ่มตั้งต้นเป็นหมอ อาจจะยังไม่ได้รับผลสำเร็จ ในระยะ 8 ถึง 10 ปีแรก แต่หลังจากนั้น โดยอาศัยความชัดเจนเข้าช่วย ก็จะกลายเป็นหมอดีไปได้เหมือนกัน ราษฎรผู้ไม่ค่อยจะศรัทธาในพวกหมอเถื่อนนี้เท่าไรนัก ก็ระมัดระวังที่จะไม่จ่ายเงินเจียดยาอย่างปิดหูหลับตา...”

ส่วนในเรื่องของยามีกกล่าวไว้ ดังนี้

“มีโอสถอยู่สองชนิดที่นิยมกันมากในประเทศสยาม คือยาจีนกับยาแขก (อินเดีย) หมอจีนมีความชำนาญมากในการคล่าชีพจร ต้องใช้เวลาถึงเสี้ยวชั่วโมง และเขาเชื่อว่าการพิเคราะห์อาการที่ชีพจรเดินนี้เอง สามารถรู้ได้ถึงอาการภายในของคนไข้ และสมุฏฐานต่างๆ ของการเจ็บไข้ได้ป่วย เมื่อคล่าชีพจรแล้วเขาก็เขียนใบเทียบให้ไปเจียดยาจีนขนานนั้นๆ ซึ่งเขาห่อเครื่องยารวมไว้เหมือนห่อใบชา ในห่อนั้นมีเครื่องยาต่างๆ ทั้งเปลือก ราก เนื้อไม้ ใบแห้ง กระจุกตัวแมลง และบางทีตะขบตายซากก็มี คนไข้ต้องเอาไปต้มและใช้ดื่มไปตั้ง 15 วัน หนึ่งเดือน ซึ่งยาต้มอันนี้มีราคา 15 ชูสต์ต่อห่อนี้

ยาไทยนั้นมักเป็นผงหรือเป็นเม็ด ประกอบด้วยตัวต่างๆ มีดอกไม้ รากไม้ ไม้หอม ละลายผงหรือยาเม็ดลงในน้ำอุ่น แล้วดื่มเข้าไปดูงายดี ยาเหล่านี้ไม่บำบัดอาการโรคให้หายเสมอไป แต่ก็ไม่เป็นพิษเป็นภัยประการใด ในบรรดาตำรับผสมยามากหลาย มีเครื่องยาบางชนิดที่หมอบ่งสรรพคุณไว้มาก ดังตำรับต่อไปนี้ : ตำรายาแก้ไข้ตัวร้อน ท่านให้เอาออแรดส่วน 1 งาช้างส่วน 1 ฟันเสื่อส่วน 1 ฟันจระเข้ส่วน 1 ฟันหมีส่วน 1 กระจุกแรงกระจุกกาและกระจุกห่านส่วน 1 เขากะทิงส่วน 1 เขากวางส่วน 1 ไม้จันทน์ส่วน 1 ผนหินบด ใช้น้ำเป็นกระสาย กินครั้งหนึ่ง ทาครั้งหนึ่ง อาการไข้จะหายไปแล ฯ” (มงเซญูร์ ปาลเลกัวซ์ 2552: 226 – 227)

สมัยรัชกาลที่ 5 มีการสร้างโรงพยาบาลศิริราชเพื่อรักษาแบบไทยและแบบตะวันตก และมีการพิมพ์ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ใช้ในโรงเรียนแพทย์ แบ่งเป็นเล่ม 1 และเล่ม 2 ต่อมาพระยาพิชัยประสาทเวช (คง) เห็นว่าตำราเหล่านี้ยากเกินไป จึงได้แต่งตำราเวชศึกษาหรือตำราแพทย์ศาสตร์สังเขปขึ้นใหม่อีก 3 เล่ม รวมเป็น 5 เล่ม ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ใช้

ตำราทั้ง 5 เล่มนี้เป็นตำรามาตรฐานในการสอบขอขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ และการขอขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณ

สมัยรัชกาลที่ 6 เป็นช่วงระยะเวลาที่การแพทย์แผนไทยลดบทบาทลงอย่างมาก โดยสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาชัยนาทนเรนทร ได้ยกเลิกการบริการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาล และการสอนวิชาแพทย์แผนไทยในโรงเรียน เนื่องจากการสอนวิชาแพทย์ทั้ง 2 ระบบจะทำให้นักเรียนสับสน และการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ไม่ค่อยเปิดเผยตำรายา ศิษย์ต้องหาประสบการณ์และใช้เวลาในการเรียนนาน นอกจากนี้การแพทย์แผนไทยถูกปิดกั้นด้วยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ ที่ทำให้การแพทย์แผนไทยไม่สามารถอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยีเข้ามาพัฒนาให้มีความเจริญก้าวหน้าต่อไปได้

อีกทั้งการออกพระราชบัญญัติการแพทย์ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อป้องกันอันตรายจากการประกอบโรคศิลปะของผู้ที่ไม่มีความรู้และฝึกหัด มีส่วนทำให้ความรู้ การแพทย์แผนไทยบางส่วนสูญหายเนื่องจากหมอฟันบ้านไม่พร้อมทั้งการสอน การสอบ และไม่มี การแจ้งแก่ประชาชนให้เข้าใจ ทำให้หมอฟันบ้านเผาตำรายาทิ้งเพราะกลัวถูกจับ และเลิกประกอบ อาชีพนี้ (เฉลิมพล เกิดมณี 2547 : 10)

สมัยรัชกาลที่ 7 ภายหลังการเลิกสอนวิชาแพทย์แผนไทยในโรงเรียน แพทยาลัย และการออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ทำให้การแพทย์แผนไทย ตกต่ำและเสื่อมลง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2484 กองโสตศอลาได้ยกเลิกการผลิตยาแผนไทย 10 ขนาน ถือเป็นยุคดับบทบาทการแพทย์แผนไทยซึ่งให้บริการโดยรัฐอย่างสิ้นเชิง

สมัยรัชกาลที่ 8 กระทรวงสาธารณสุขได้ถือกำเนิดขึ้นและมีนโยบาย เกี่ยวกับสมุนไพร คือ “รัฐมีนโยบายที่จะจัดให้มีการตรวจค้นความรู้ในเรื่องสรรพคุณยาจาก สมุนไพรและยาอื่นๆ ในประเทศ เพื่อนำมาดัดแปลงเป็นยาแผนปัจจุบัน และขยายการทำยาให้มากขึ้นและปริมาณที่มากขึ้น” เนื่องจากในระชยะเวลาดังกล่าวเกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการขาดแคลนวัตถุดิบในการผลิตยา แต่เมื่อสงครามสิ้นสุด ความนิยมในการใช้สมุนไพรก็เสื่อมตามไป ด้วย ผู้คนหันมาใช้ยาแผนปัจจุบันกันอย่างแพร่หลายตามเดิม

สมัยรัชกาลที่ 9 มีการตราพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแบ่งยา ออกเป็นสองประเภทคือ ยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณ สมุนไพรได้รับความสนใจอย่างมาก เมื่อองค์การอนามัยโลกมีการผลักดันให้ประเทศสมาชิกมีการรักษาพื้นบ้าน และการใช้สมุนไพร เข้ามาสู่ระบบการบริการสาธารณสุข จากแถลงการณ์ร่วมที่เมือง อัลมา – อตา ในปี พ.ศ. 2521 ประเทศไทยได้มีการตั้งคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติเป็นผู้ควบคุมนโยบายดังกล่าว และจัดตั้ง สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานเป็นหน่วยงานระดับปฏิบัติการมาจนถึงปัจจุบัน



สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้มีนโยบาย โครงการ แผนงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรหลายโครงการ เพื่อพัฒนาสมุนไพรให้มีการผลิตเชิงอุตสาหกรรม และใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน รวมถึงการก่อตั้งอาชีวเวชวิทยาลัย (จีวคโคมารักจ้) เพื่อสอนการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีการยกระดับการแพทย์แผนไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีการสอบมาตรฐานใบประกอบโรคศิลปะด้านเภสัชกรรมแผนไทย เวชกรรมแผนไทย และการผดุงครรภ์แผนไทย

ปัจจุบันกระแสการแพทย์แผนไทยได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เพราะยาแผนปัจจุบันมีอาการข้างเคียงมาก และมีขีดจำกัดในการรักษา เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ ยังไม่มียาที่จะสามารถรักษาอาการเหล่านี้ให้หายขาด อีกทั้งวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ทำให้รัฐบาลต้องหันมาสนับสนุนภูมิปัญญาด้านสมุนไพร และยาแผนโบราณอีกครั้ง เพื่อทดแทนการนำเข้ายาแผนโบราณจากต่างประเทศที่มีราคาสูง

ในปี พ.ศ. 2546 ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า สมุนไพรกำลังเป็นที่นิยมทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วก็มีการขยายกำลังการผลิตและการบริโภคอย่างรวดเร็ว พร้อมกับแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกปี

ในประเทศไทยกระแสหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (One tambon one product; OTOP) ระบบการขายตรง (direct sale) และการโฆษณาไอ้อวดสรรพคุณ มีส่วนกระตุ้นให้การใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้บริโภคยังขาดความรู้ที่จะเลือกใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้การเลือกซื้อยามาจากแรงจูงใจทางการตลาดและการส่งเสริมการขายมากกว่าคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ได้จากการใช้ยา (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา 2549: ฉ)

#### 1.4.2 แนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย บำบัด รักษา ป้องกันโรค หรือการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย ให้ความหมายรวมถึงการเตรียมผลิตยาแผนไทย ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

##### 1) สาเหตุของความเจ็บป่วยตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

###### (1) มูลเหตุแห่งธาตุทั้ง 4

สิ่งมีชีวิตประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 อันได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่เรียกว่า สมภูฐานธาตุ ซึ่งอยู่ในภาวะสมดุลเกี่ยวข้องกันและกัน โดยแบ่งออกเป็นรายละเอียดดังนี้

ก. **ธาตุดิน** หมายถึง องค์ประกอบในส่วนที่เป็นเค้าโครงร่าง มีคุณลักษณะค่อนข้างไปทางแข็ง คงตัวอยู่นิ่ง สุขุม (ไม่ร้อนไม่เย็น) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ระบบคงรูปร่างอยู่ได้ ในร่างกายมนุษย์หมายถึง อวัยวะต่างๆ ที่ประกอบกันขึ้นเป็นรูปร่างกายของมนุษย์

ข. **ธาตุน้ำ** หมายถึง องค์ประกอบที่มีลักษณะอ่อนเหลว มีคุณสมบัติที่ซึมซาบแทรกตัวไปได้ดี ทำให้อ่อนตัว เป็นตัวกลางทำให้สิ่งต่างๆ ไหลเวียน

ค. **ธาตุลม** หมายถึง องค์ประกอบที่เป็นพลังขับเคลื่อนในระบบ ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวหมุนเวียนของสิ่งต่างๆ

ง. **ธาตุไฟ** หมายถึง พลังงานที่ให้ความอบอุ่น ความร้อน มีคุณลักษณะที่เผาไหม้และย่อยสลาย

#### (2) อิทธิพลของฤดูกาล

อุดมสมุฏฐาน คือ ฤดูต่างๆ มีผลทำให้ร่างกายแปรปรวน เมื่อมีการปรับเปลี่ยนฤดูจะทำให้ธาตุในร่างกายเปลี่ยนแปลง หากปรับตัวไม่ได้จะเกิดความเจ็บป่วยขึ้น

ก. **ฤดูร้อน** เจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ

ข. **ฤดูฝน** เจ็บป่วยด้วยธาตุลม

ค. **ฤดูหนาว** เจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

#### (3) อายุที่เปลี่ยนไปตามวัย

ร่างกายมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย แบ่งเป็น 3 วัย คือ

ก. **ปฐมวัย** (อายุ 0 – 6 ปี) เกิดโรคทางธาตุน้ำ

ข. **มัชฌิมวัย** (อายุ 16 – 32 ปี) เกิดโรคทางธาตุไฟ

ค. **ปัจฉิมวัย** (อายุ 32 ปีขึ้นไป) เกิดโรคทางธาตุลม

#### (4) อิทธิพลของกาลเวลาและสุริยจักรวาล

กาลสมุฏฐาน คือ สาเหตุการเกิดโรคอันเนื่องมาจากเวลา ใน 24 ชั่วโมง เกิดการแปรปรวนของธาตุต่างๆ ดังนี้

ก. เวลา 6.00 – 10.00 น. และ 18.00 – 22.00 น. ธาตุน้ำกระทำโทษ มักมีอาการน้ำมูกไหลหรือท้องเสีย

ข. เวลา 10.00 – 14.00 น. และ 22.00 – 2.00 น. ธาตุไฟกระทำโทษ มักมีอาการไข้หรือแสบท้อง ปวดท้อง

ค. เวลา 14.00 – 18.00 น. และ 2.00 – 6.00 น. ธาตุลมกระทำโทษ มักมีอาการวิงเวียน ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย เป็นลมในยามบ่าย

## (5) ถิ่นที่อยู่อาศัย

สถานที่อยู่อาศัย หรือ ประเทศสมมุติฐาน ย่อมมีผลต่อความเป็นอยู่และสุขภาพ ได้แก่

ก. ประเทศร้อน สถานที่ที่เป็นภูเขา เนินผา มักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ

ข. ประเทศเย็น สถานที่ที่เป็นน้ำฝน โคลนตม มีฝนตกชุก มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม

ค. ประเทศอุ่น สถานที่ที่เป็นน้ำฝนกรวด ทราย เป็นที่เก็บน้ำไม่อยู่ มักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

ง. ประเทศหนาว สถานที่ที่เป็นน้ำแข็ง มีโคลนตมชื้นแฉะ ได้แก่ ชายทะเล มักเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน

## (6) พฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุก่อโรค

คนโบราณทราบว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและสอนให้ยึดหลักมัชฌิมาปฏิปทา คือ การเดินสายกลาง สาเหตุของพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ได้แก่ กินอาหารมากหรือน้อยเกินไป, ฝืนอิริยาบถ, อากาศไม่สะอาด หรืออยู่ในที่ร้อนหรือเย็นเกินไป, การอด เช่น อดข้าว อดน้ำ อดนอน, การกลั่นอุจจาระหรือปัสสาวะ, ทำงานเกินกำลังมากหรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป, มีความโศกเศร้าเสียใจมากเกินไป ติใจเกินไป, มีโทสะมากเกินไป

## 2) การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย มีขั้นตอนดังนี้

(1) ชักประวัติบุคคล ทั้งประวัติส่วนตัว วัน เดือน ปี เกิด ที่อยู่อาศัย อาชีพ เพื่อวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน การเจ็บป่วยในอดีต ฤดูกาลที่เจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุของโรค

(2) ประวัติของโรค เช่น เวลาที่ป่วย อาการหนักเบา การรักษาที่เคยได้รับ

(3) การตรวจร่างกาย ดูรูปร่าง สติอารมณ์ ซิพจร ปาก ลิ้น ตา และตรวจเฉพาะที่ป่วย

(4) การตรวจอาการ เช่น วัดปรอท ดูเหงื่อที่ออก ชักลมอุจจาระ ปัสสาวะ อาหารและพฤติกรรมการบริโภค การนอนหลับ ความรู้สึกต่างๆ

(5) การวิเคราะห์โรค โดยทำความเข้าใจกับอาการของคนไทย พิจารณาจากธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล ช่วงอายุ และพฤติกรรมที่สงสัย เมื่อวิเคราะห์ได้แล้วจึงทำการรักษาต่อไป



### 3) การรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย

(1) ปัจจัยที่ธรรมชาติกำหนด ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ชาติเจ้าเรือน ฤดูกาล ความอนิจจัง (การเกิด แก่ เจ็บ ตาย)

(2) ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรค โดยใช้หลักกรรมนามัย ซึ่งประกอบด้วย กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

ก. การรักษาด้วยการใช้อาหารหรือยาสมุนไพร เพื่อปรับให้ธาตุ สมดุล

ข. การรักษาด้วยการนวด อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2547: 2 – 6)

#### 1.4.3 องค์ความรู้ทางเภสัชกรรมแผนไทย

การศึกษาเภสัชกรรมแผนไทย จำเป็นจะต้องมีความรู้ใน “หลักเภสัช 4” ซึ่งมีความสำคัญกับการปรุงยาแผนโบราณ (เขาวาน์ กสิพันธ์ 2522 : 2, วุฒิ วุฒิชัยธรรมเวช 2540 : 44, เฉลิมพล เกิดมณี 2547 : 31) หลักเภสัช 4 ประกอบด้วย

1) เภสัชวัตถุ หมายถึง วัตถุธาตุที่นำมาใช้ประกอบเป็นยารักษาโรค แบ่งออกเป็น

(1) พืชวัตถุ ได้แก่ พืชพันธุ์ต่างๆ ที่จะนำมาใช้เป็นยา หมอยา ต้องทราบว่าใช้ส่วนใดของพืชที่ทำยา พืชวัตถุแบ่งออกเป็น 5 จำพวกคือ จำพวกต้น จำพวกเถาเครือ จำพวกหัว เหง้า จำพวกฝัก และจำพวกหญ้า

(2) สัตว์วัตถุ ได้แก่ สัตว์ทุกชนิด และอวัยวะของสัตว์ที่จะนำมาประกอบยา ควรศึกษาให้รู้ถึงส่วนต่างๆ ของสัตว์ที่จะนำมาประกอบยา สัตว์วัตถุ ประกอบด้วย 3 จำพวก คือ สัตว์บก สัตว์น้ำ และสัตว์อากาศ บางตำราเสนอแนะให้เพิ่มอีกกลุ่มหนึ่งคือ สัตว์ครึ่งบกครึ่งน้ำ

(3) ธาตุวัตถุ ได้แก่ แร่ธาตุต่างๆ ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือสิ่งที่ประกอบขึ้นจากแร่ธาตุต่างๆ แล้วนำมาใช้ประกอบเป็นยา ธาตุวัตถุแบ่งออกเป็น 2 จำพวก คือ ธาตุจำพวกสลายตัวง่าย หรือสลายตัวอยู่แล้ว และธาตุจำพวกสลายตัวยาก

การเลือกใช้เภสัชวัตถุหลักสำคัญก็คือการพิสูจน์ลักษณะ 5 ข้อ ได้แก่ รูป สี กลิ่น รส และชื่อ ซึ่งจะช่วยให้ค้นหาเภสัชวัตถุมาใช้ได้อย่างถูกต้อง

2) *สรรพคุณเภสัช* หมายถึงการรู้จักสรรพคุณของตัวยา ซึ่งตัวยาแต่ละตัวจะมีรสเฉพาะ การรู้จักรสของยาจะบอกถึงสรรพคุณทางยาต่อไป แบ่งรสใหญ่ออกเป็นรสประธาน 3 รส คือ รสร้อน รสเย็น และรสสุขุม และแบ่งรสย่อยออกเป็น 9 รส

(1) *รสประธาน*

ก. *รสร้อน* เมื่อนำมาปรุงเป็นยาจะได้ยารสร้อน สำหรับแก้ในทางวาโยธาตุ แก้ลมกองหยาบ ขับผายลม บำรุงธาตุ ขับโลหิต เป็นต้น เป็นรสาประจำในฤดูฝน แสงกับไข้ที่มีพิษร้อน

ข. *รสเย็น* เมื่อนำมาปรุงเป็นยาจะได้ยารสเย็น สำหรับแก้ในทางเตโชธาตุ แก้ไข้พิษ ไข้กาฬ ดับพิษร้อน เป็นต้น เป็นรสาประจำฤดูร้อน แสงกับโรคลม

ค. *รสสุขุม* เมื่อนำมาปรุงเป็นยาจะได้ยารสสุขุม สำหรับแก้ในทางอาโปธาตุ เสมหะและโลหิต แก้ลมกองละเอียด เป็นรสาประจำในฤดูหนาว แสงกับไข้ที่มีพิษร้อนจัด

(2) *รสย่อย*

ก. *รสฝาด* สรรพคุณสมานแผล แก้บิด คุมธาตุ แก้ท้องเสีย แก้ลมแดง ฯลฯ

ข. *รสหวาน* สรรพคุณชุ่มซาบไปตามผิวหนังเนื้อให้ชุ่มชื้น บำรุงกำลัง เจริญอาหาร แก้อ่อนเพลีย ทำให้ชุ่มคอ แก้ไอ แก้หอบ ทำให้กินง่ายเมื่อผสมกับยาอื่น ฯลฯ

ค. *รสเมาเบื่อ* สรรพคุณแก้พิษ เช่น พิษปวดบาดแผล พิษเสมหะและโลหิต พิษสัตว์กัดต่อย พิษปวดแสบปวดร้อนจากการถูกน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้ ฯลฯ

ง. *รสขม* สรรพคุณแก้ทางโลหิตและดี เช่น แก้ไข้ตัวร้อน แก้ไข้จับสั่น แก้ดีพิการ ดับพิษโลหิต เจริญอาหาร แก้อ่อนใน ฯลฯ

จ. *รสเผ็ดร้อน* สรรพคุณแก้ลม เช่น แก้ลมในลำไส้ ขับผายลมให้เรอบำรุงธาตุ ช่วยย่อยอาหาร แก้อะคริว และเคลื่อนให้ฝึบ ฯลฯ

ฉ. *รสมัน* สรรพคุณแก้เส้นเอ็น เช่น บำรุงเส้นเอ็น แก้ไขข้อพิการ แก้ปวดเมื่อยตามร่างกาย ฯลฯ

ช. *รสหอมเย็น* สรรพคุณทำให้ชื่นใจ เช่น บำรุงหัวใจ แก้อ่อนเพลีย ชูกำลัง บำรุงปอด แก้อ่อนในกระหายน้ำ ฯลฯ

ซ. *รสเค็ม* สรรพคุณชุ่มซาบไปตามผิวหนัง เช่น แก้โรคผิวหนัง แก้ประดง แก้ลมพิษ แก้ท้องอืด ขับปัสสาวะ กัดเมือกในลำไส้ ช่วยย่อยอาหาร รักษาบาดแผล รักษาเนื้อไม้ให้น้ำ ฯลฯ

ฉ. *รสเปรี้ยว* สรรพคุณแก้เสมหะ แก้เสมหะในลำคอ แก้ไอ ระบาย อุจจาระธาตุ แก้โรคเลือดออกตามไรฟัน หรือตามเหงือก บำรุงเลือด ฟอกโลหิต ขับถ่ายเมือกมัน และอุจจาระ ฯลฯ

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งเพิ่มอีก 1 รส นอกเหนือจากตำราแพทยศาสตร์ คือ รสจืด สรรพคุณแก้ในทางเสมหะ ขับปัสสาวะ แก้ไข้ที่มีพิษร้อน พอกดับพิษปวดแสบปวดร้อน และดับพิษบาดแผล ฯลฯ

3) *คณาเภสัช (พิกัดยา)* คือ ตำยาหลายสิ่งหลายอย่างรวมไว้เป็นหมวดหมู่ เรียกเป็นชื่อเดียวกันเพื่อสะดวกในการจดจำ การเขียนตำราและการปรุงยา หลักการตั้งพิกัดยามีดังนี้

- รสของตำยาแต่ละอย่างไม่ขัดกัน
- สรรพคุณของตำยาต้องเสมอกัน หรือใช้แทนกันได้
- มีตำยาช่วยในการคุมสรรพคุณของตำยาส่วนมากไว้ เช่น ถ้าเป็นตำยา

ระบาย ต้องมีตำยาคุมธาตุแทรกไว้ด้วย

คณาเภสัชแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

(1) *จุลพิกัด* หมายถึง การจำกัดตำยาน้อยอย่าง ส่วนมากเป็นตำยาอย่าง เดียว แตกต่างกันไป สี รส ขนาด ชนิด ถิ่นกำเนิด เช่น กะเพราทั้ง 2 เปล้าทั้ง 2 มะขมทั้ง 2 ฯลฯ

(2) *พิกัดยา* หมายถึง การจำกัดตำยาหลายอย่าง นำมารวมกันเข้าเป็น หมวด แต่มีส่วนและน้ำหนักของตำยาในพิกัดเท่ากัน เช่น พิกัดเกสรทั้ง 5 พิกัดตรีผลา พิกัดตรีสาร ฯลฯ

(3) *มหาพิกัด* หมายถึงการจำกัดตำยาหลายสิ่งรวมกัน ที่มีน้ำหนัก ต่างกัน เช่น มหาพิกัดตรีภูกกัณฑ์ในกองปิดตะ ประกอบไปด้วยเหง้าจิงแห้ง เมล็ดพริกไทย ดอก ดิปลี เป็นต้น

4) *เภสัชกรรม* คือ การประกอบยาวิธีต่างๆ ตามตำราที่เคยประกอบสืบต่อกันมา ตำยาแต่ละตัวแม้จะแสดงสรรพคุณปรากฏในตัวอยู่แล้ว แต่ถ้านำมาใช้เฉพาะอย่างเดี่ยวอาจ มีสรรพคุณอ่อน บางทีอาจจะไม่มีสรรพคุณพอที่จะรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ประกอบยาต้อง รวบรวมตำยาหลายอย่างทำการผสมเข้ากัน เรียกว่า “การประกอบยา” สำหรับบำบัดโรคต่างๆ ด้วย เหตุนี้ยาไทยตำรับหนึ่งๆ จึงมีตำยาหลายชนิด แบ่งเป็น ตำยาตรง ตำยาช่วย ตำยาประกอบ ตำยา ชุกลิน ชูรส และแต่งสีของยา

นอกจากนี้หมอยาจะต้องมีความรู้ในทางเภสัชกรรมที่ใช้เป็นพื้นฐานในการประกอบยา ได้แก่ ความรู้ในมาตราขังดวงวัด หลักในการปรุงยา หลักในการเก็บยา การสตุประสะ ฆ่าฤทธิ์ยา

การประกอบยา ตามหลักเภสัชกรรมมี 23 วิธี ตามหลักเวชกรรมมี 24 วิธี และกระทรวงสาธารณสุขอนุมัติให้เพิ่มอีก 4 วิธี รวมเป็น 28 วิธี ดังนี้

- (1) ยาคำเป็นผงแล้วปั้นเป็นลูกกลอนกลืนกิน
- (2) ยาคำเป็นผงแล้วบดให้ละเอียด ละลายน้ำกระสายต่างๆ กิน
- (3) ยาต้บเป็นท่อนเป็นชิ้นบรรจุลงในหม้อเติมน้ำต้ม รินแต่น้ำกิน
- (4) ยาดองแช่ด้วยสุราหรือน้ำท่า แล้วรินแต่น้ำกิน
- (5) ยากัดด้วยเหล้าหรือแอลกอฮอล์ หยดลงน้ำกิน
- (6) ยาเผาให้เป็นค่างเอาค่างนั้นแช่น้ำไว้ แล้วรินแต่น้ำค่างกิน
- (7) ยาเผาหรือเผาให้ไหม้คำเป็นผงลดให้ละเอียด ละลายน้ำกระสายยาต่างๆ กิน
- (8) ยากลั่นเอาน้ำเหงื่อ เช่น กลั่นสุราเอาน้ำเหงื่อกิน
- (9) ยาประสมแล้วห่อผ้าบรรจุลงในกลักเอาไว้ใช้ดม
- (10) ยาประสมแล้วคำเป็นผงกวนให้ละเอียดใส่กลักองเป่าทางจมูกและในลำคอ เช่น ขานัตถ์
- (11) ยาหุงด้วยน้ำมัน เอาน้ำมันใส่กลักองเป่าบาดแผล
- (12) ยาประสมแล้วติดไฟใช้ควันใส่กลักองเป่าบาดแผล
- (13) ยาประสมแล้วมวนบุหรี่ยสูบเอาควัน เช่น บุหรี
- (14) ยาประสมแล้วต้มเอาน้ำบ้วนปาก
- (15) ยาประสมแล้วต้มแล้วเอาน้ำอาบ
- (16) ยาประสมแล้วต้มเอาน้ำแช่
- (17) ยาประสมแล้วต้มเอาน้ำชะ
- (18) ยาประสมแล้วต้มเอาไอรม
- (19) ยาประสมแล้วใช้เป็นยาทา
- (20) ยาประสมแล้วใช้เป็นยาสูม
- (21) ยาประสมแล้วใช้เป็นลูกประคบ
- (22) ยาประสมแล้วใช้เหน็บ
- (23) ยาประสมแล้วต้มเอาน้ำสวน

ตามหลักเวชกรรมเพิ่มอีก 1 วิธี คือ

(24) ยาประสมแล้วทำเป็นยาพอก

กระทรวงสาธารณสุขขออนุมัติให้เพิ่มวิธีปรุงยาอีก 4 วิธี รวมเป็น 28 วิธี คือ

(25) ยาประสมแล้วทำเป็นจี๊ผึ้งปิดแผล เรียกว่า ยาทวน

(26) ยาประสมแล้วบดเป็นผง อัดเม็ด

(27) ยาประสมแล้วบดเป็นผง บรรจุแคปซูล มีคำว่า ยาแผนโบราณ

(28) ยาประสมแล้วบดเป็นผง ปั้นเม็ดแล้วเคลือบน้ำตาล

#### 1.4.4 ความหมายของยาแผนโบราณ

ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ได้มีการให้ความหมายยาแผนโบราณดังนี้  
“ยาแผนโบราณ หมายความว่า ยาที่มีมุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรค  
คิดแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือ  
ยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผน  
โบราณ” (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2537 : 2)

ยาแผนโบราณมีความแตกต่างกับยาสมุนไพร เพราะนิยามของยาสมุนไพร  
ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มีว่า “ยาสมุนไพร” หมายความว่า ยาที่ได้จากพฤกษชาติ สัตว์  
หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ

และในพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย  
พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า “ยาแผนไทย” หมายถึง ยาที่ได้จากสมุนไพรโดยตรงหรือที่ได้  
จากการผสม ปรุง หรือแปรสภาพสมุนไพร และให้หมายความรวมถึงยาแผนโบราณตามกฎหมาย  
ว่าด้วยยา (ราชกิจจานุเบกษา 2542)

จะเห็นได้ว่าความหมายของยาแผนไทยจะรวมความกว้างมากกว่ายาแผน  
โบราณ เพราะเป็นการรวมเอาสมุนไพรและยาแผนโบราณเข้าด้วยทั้งหมด

#### 1.4.4 ตำรายาแผนโบราณ

ในสมัยโบราณความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณ มักได้มาจากคัมภีร์แพทย์แผน  
โบราณต่างๆ ซึ่งได้มีการบันทึกไว้ในที่ต่างๆ เช่น แผ่นหิน แผ่นโลหะ ใบลาน สมุดข่อย ซึ่งใน  
ตำรายาจะมีข้อมูลของอาการโรค วิธีการรักษา ตำรายาที่ใช้ และสรรพคุณทางยา ตัวอย่างคัมภีร์ยา  
แผนโบราณที่พบ ได้แก่ พระคัมภีร์ปฐมจินดา พระคัมภีร์ฉันทศาสตร์ พระคัมภีร์ชาตวิภังค์  
พระคัมภีร์สมุฏฐานวินิจนัย พระคัมภีร์โยคสาร พระคัมภีร์โรคนิพาน พระคัมภีร์ธาตুবรรจบ  
พระคัมภีร์กระษัย พระคัมภีร์มูขโรค พระคัมภีร์ธาตอภิญญา เป็นต้น

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขรับรองตำรายาจำนวน 4 เล่ม คือ

- 1) ตำราเวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช
- 2) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง เล่ม 1 และ เล่ม 2
- 3) ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เล่ม 1 เล่ม 2

และเล่ม 3

- 4) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 เล่ม 2 และ เล่ม 3

ตำรายาทั้ง 4 เล่มใช้เป็นหลักในการพิจารณารับรองสูตรยา และสรรพคุณของยาแผนโบราณที่จะขอขึ้นทะเบียนในปัจจุบัน แต่บางครั้งก็มีสูตรที่ไม่เหมาะสม เช่น รักษาโรคมะเร็งและเบาหวาน ซึ่งคณะกรรมการจะต้องพิจารณาอนุญาตเกี่ยวกับสูตรตำรับ และสรรพคุณตามความเหมาะสม

## 1.5 แนวคิดเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทย

### 1.5.1 ความหมายของความเชื่อ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า เชื่อ หมายถึง เห็นตามด้วย ใจไว้ใจ มั่นใจ (online 21 สิงหาคม 2553: <http://rirs3.royin.go.th/dictionary.asp>)

กิ่งแก้ว อรรถากร (อ้างถึงใน กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ 2547: 98) กล่าวว่า ความเชื่อ คือกระบวนการแสวงหาคำตอบที่ตนไม่รู้ โดยการเดาและเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนเคยรู้มาก่อน หรือเดาตามเรื่องราวที่เคยมีผู้เล่าไว้ก่อน บางครั้งความเชื่อจึงดูเหมือนไร้เหตุผล บางครั้งก็ดูเป็นเหตุเป็นผลน่าเชื่อถือและบางครั้งในความไร้เหตุผลนั้น มนุษย์ก็ยังไม่สามารถแสวงหาคำตอบที่ดีกว่าได้ จึงยังคงต้องเชื่อต่อไป

อุทัย หิรัญโต (2547 :98) กล่าวว่า ความเชื่อ คือ การยอมรับข้อเสนอ (Statement) อย่างใดอย่างหนึ่งว่าเป็นความจริง การยอมรับเช่นนี้อาจเกิดขึ้นได้จากสติปัญญา เหตุผล หรือความศรัทธาโดยไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่ออาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายอย่าง เช่น การพบเห็นด้วยตนเอง การพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์และอาจเกิดโดยเชื่ออย่างงมงายก็ได้

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม (อ้างถึงใน ประชิด วามานนท์ และคณะ 2551: 1-13) ให้ความหมายของความเชื่อไว้ว่า การยอมรับนับถือหรือยึดมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งที่มีตัวตนและไม่มีตัวตน และการยอมรับนับถือนี้อาจจะมีหลักฐานพอที่จะพิสูจน์หรือไม่ก็ได้



จันทร์ศรี นิตยฤกษ์ (อ้างถึงใน กิ่งแก้ว อัธยากรและคณะ 2528: 661) กล่าวถึงความเชื่อไว้ว่า ความเชื่อไม่ว่าจะเกิดจากความรู้สึกหรือการไตร่ตรองด้วยเหตุผลก็ตาม เมื่อมนุษย์เกิดความเชื่อแล้วมักแสดงออกทางกาย ทางวาจาให้ปรากฏ ความเชื่อย่อมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับประเพณี สุภาษิต คำพังเพยและคติชนแขนงอื่น

กรกฎ ฤทธิ์ประสม (2550) กล่าวถึงความเชื่อไว้ว่า ความเชื่อหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งนั้นถูกต้อง เป็นความจริง มีพื้นฐานจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ บริบทและประสบการณ์ของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ที่จะปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจนั้นขึ้นกับมุมมองของแต่ละบุคคล

กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2547: 98) กล่าวว่า ความเชื่อ หมายถึง การยอมรับคำอธิบายเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์หนึ่งๆ ที่บุคคลได้จากการรับรู้และเรียนรู้ร่วมกันในสังคม และถ่ายทอดสืบต่อกันมาจนตกผลึกเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น โดยอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลความเป็นจริง หรือหลักฐานมาสนับสนุนก็ได้ อย่างไรก็ตามความเชื่อสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามวิวัฒนาการและพัฒนาการของสังคม

วิมล จิโรจพันธุ์และคณะ (2548: 48) ให้ความหมายของความเชื่อไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของคนที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วแสดงพฤติกรรมออกมา ทั้งทางบวกและทางลบ ความเชื่อเป็นเรื่องของศรัทธา เลื่อมใสในสิ่งที่ได้พบหรือสัมผัสด้วยประสาทสัมผัส

จากนิยามทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ความเชื่อ หมายถึง การยอมรับและยึดมั่นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าถูกต้อง และส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้ยอมรับนั้น

### 1.5.2 ระบบความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อการจัดระเบียบทางสังคม

#### 1) ความเชื่อที่มีมาแต่ดั้งเดิม

เป็นความเชื่อที่คนในสังคมยึดถือกันอยู่ก่อนหน้าที่จะได้รับอิทธิพลทางวัฒนธรรมจากชนชาติอื่น ซึ่งในอดีตคนมีความผูกพันกับธรรมชาติ จึงเกิดความเชื่อว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์อยู่ในธรรมชาติ เป็นผู้บันดาลให้เกิดสภาพธรรมชาติต่างๆ ขึ้น ต่อมาพัฒนาเป็น “คติชาวบ้าน” ได้แก่ ความเชื่อเรื่องผีสาว เทวดา ความเชื่อไสยศาสตร์ ความเชื่อเครื่องรางของขลัง ความเชื่อเรื่องโชคลาง ความเชื่อเรื่องโหราศาสตร์ ความเชื่อเรื่องยากลางบ้าน

#### (1) ความเชื่อจากอารยธรรมฮินดูและพุทธศาสนา

วรรณกรรมทางพุทธศาสนาที่เก่าแก่ที่สุดของไทยซึ่งอธิบายแนวคิดทางจักรวาลวิทยา คือ “ไตรภูมิพระร่วง” อธิบายถึงสิ่งซึ่งมีความคงอยู่ตามความเชื่อของคนไทยในสมัย

นั้นไม่ว่าจะเป็นภูติผีปีศาจ เทวดา มนุษย์ สัตว์ ให้เป็นหมวดหมู่ โดยมีหลักกรรมทางพระพุทธศาสนาช่วยอธิบายและเชื่อมโยง

โครงสร้างสูงสุดของสังคมตามความคิดศาสนาฮินดูและพุทธศาสนาคือ “กษัตริย์” ซึ่งทรงเป็นทั้งรัฐและสังคม เพราะเป็นผู้ใช้อำนาจสูงสุดโดยมีธรรมะกำกับ (ประชิด วามานนท์และคณะ 2551: 1-18) ความเชื่อเรื่องบุญ-กรรม เป็นคำสอนทางพุทธศาสนาให้ความสำคัญกับการกระทำ ทั้งการอธิบายถึงการดำรงอยู่ในสถานภาพสูงในเรื่องของบุญ และอธิบายความทุกข์ยากเดือดร้อนในเรื่องของกรรม

#### (2) ความเชื่อจากอารยธรรมตะวันตก

สังคมไทยมีการติดต่อกับต่างประเทศมากขึ้นภายหลังการทำสนธิสัญญาเบาริ่ง มีการรับวิทยาการสมัยใหม่มาจากต่างประเทศจากชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาติดต่อค้าขายและเผยแพร่ศาสนา รวมไปถึงการที่ชนชั้นนำได้มีโอกาสได้ไปศึกษาต่อต่างประเทศจนคนไทยเกิดความเลื่อมใสในอารยธรรมตะวันตก ปัญญาชนที่ไปศึกษาต่างประเทศได้รับแนวคิดประชาธิปไตยจากตะวันตกและเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเจริญ จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองขึ้นใน พ.ศ. 2475 เป็นระบอบประชาธิปไตยที่ยึดถือในความเป็นอิสระและเสรีภาพของมนุษย์ การยอมรับในความเท่ากันของคน ทำให้สังคมไทยคลี่คลายจากสังคมจารีตมาเป็นสังคมสมัยใหม่ดังเช่นปัจจุบัน

#### 1.5.3 ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยในสังคมไทย

ก่อนที่จะรักษาโรคนั้นจะต้องตรวจสอบผู้ป่วยก่อนว่ามีอาการอย่างไร อาการป่วยอาจพิจารณาได้เป็น 5 ลักษณะคือ

1) อาการป่วยด้วยโรคธรรมดา ได้แก่ อาการป่วยที่เกิดกับร่างกายของตนเองเนื่องจากสภาพแวดล้อม เช่น อากาศร้อนจัดหรือหนาวจัดทำให้เป็นไข้ เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น เป็นแผลเพราะคมอาวุธ

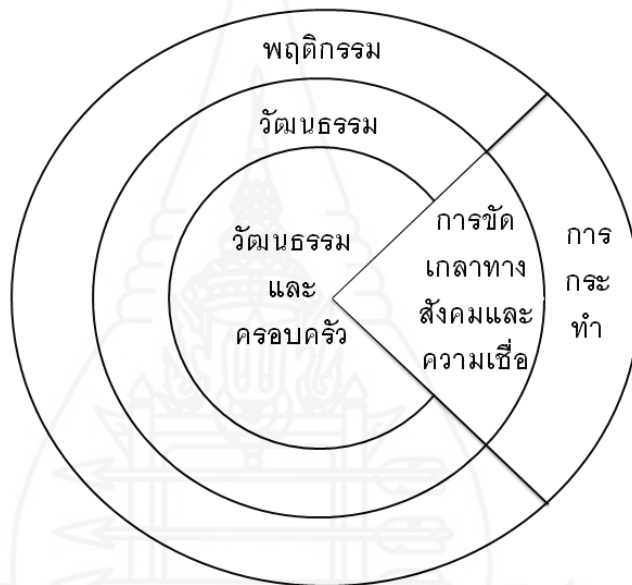
2) อาการป่วยเพราะถูกคุณผี เป็นอาการป่วยที่เกิดจากถูกผีกระทำ มักเป็นเพราะการปฏิบัติตนละเมิดความเชื่อแล้วทำให้ผีโกรธ ต้องแก้โดยหมอผี หรือผู้ที่ติดต่อกับผีได้

3) อาการป่วยเพราะถูกคุณคน ได้แก่อาการป่วยที่เกิดจากหมอไสยศาสตร์กระทำเอาเพราะอาจไปล่วงเกินหมอไสยศาสตร์ หรือทำให้หมอไสยศาสตร์ไม่พอใจ เช่น ถูกเสกตะปู หรือเสกหนังเข้าท้อง ถูกดิดน้ำมันพราย เป็นต้น

4) อาการป่วยที่เกิดจากชะตาขาด หากประมาทหรือรักษาไม่ถูกวิธีก็อาจถึงตายได้

5) อาการป่วยที่เกิดจากการหมดอายุ ผู้ป่วยจะต้องตายแน่ถ้าไม่สามารถแก้ไขได้ เป็นเพราะผู้ป่วยหมดบุญจริงๆ (กิ่งแก้ว อัฒถากร และคณะ 2528: 680 – 681)

ปรีชา อุปโยชิน (2528) และ เบญจวรรณ อธิธิจารุกุล (2535) (อ้างถึงใน พรณี ธนาพล 2542: 21-23) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมไว้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการเรียนรู้ทางสังคม จะรับเอาความเชื่อไว้ในสมอง ซึ่งความเชื่อของคนในสังคมมักสอดคล้องไปในทางเดียวกับสภาพวิถีชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อม อิทธิพลของความเชื่อและการกระทำได้แสดงไว้ในภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 อิทธิพลของความเชื่อจนแสดงออกเป็นพฤติกรรม

ที่มา: พรณี ธนาพล (2542: 22)

จากแผนภาพแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของความเชื่อที่บุคคลได้รับจนกระทั่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เป็นการกระทำ ความเชื่อทางสุขภาพจะแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นตามแต่ละสังคมที่ถ่ายทอดกันมา ในบริบทที่แตกต่างกันทั้งขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม และโลกทัศน์

#### 1) แนวคิดเรื่องธาตุและความเจ็บป่วย

โลกทัศน์เรื่องธาตุนั้นถือว่า สรรพสิ่งในธรรมชาติประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 อันได้แก่ ธาตุดิน (ปฐวีธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และธาตุไฟ (เตโชธาตุ) มาประสมกัน ธาตุเหล่านี้ทำให้ระบบในร่างกายมนุษย์ดำเนินไปด้วยความปกติ หากธาตุทั้ง 4 เสียสมดุลก็จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น

ความคิดปกติ เกิดจากความแปรปรวนของธาตุ นำไปสู่ความเจ็บป่วยมี 5 ประการ ได้แก่

- (1) ธาตุพิการ หมายถึง ธาตุผิดปกติไปไม่มาก
- (2) ธาตุกำเริบ หมายถึง ธาตุนั้นมีมากขึ้น
- (3) ธาตุหย่อน หมายถึง ธาตุนั้นมีน้อยลง
- (4) ธาตุแตก หมายถึง เกิดความแปรปรวนรุนแรงมากถึงมีการแตก

ทำลายของธาตุนั้น

(5) ธาตุออกจากกาย หมายถึง ธาตุนั้นๆ หมดสิ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2539: 605 – 610)

### 2) แนวคิดเรื่องไสยศาสตร์และความเจ็บป่วย

แนวคิดไสยศาสตร์เป็นด้านนามธรรมอันประกอบขึ้นด้วยอำนาจศักดิ์สิทธิ์ที่กำหนดและบงการความเป็นไปของชีวิตมนุษย์และธรรมชาติทั้งปวง อำนาจเหล่านี้แฝงเร้นและสถิตอยู่ในสรรพสิ่งทุกแห่งหน เรียกต่างไปตามแต่ละท้องถิ่น เช่น ผีฟ้า พญาแถน ผีปู้ตา ผีเชื้อ ผีป่า ผีตาแสด รุกขเทวดา เจ้าที่ เทพารักษ์ ตลอดจนกระทั่งวิญญาณต่างๆ ผีหรืออำนาจศักดิ์สิทธิ์อยู่ในที่นั้นๆ ก็อาจคลับแคลให้เกิดเคราะห์กรรมต่างๆ รวมทั้งเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้

ผีหรืออำนาจธรรมชาติแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่

(1) ผีเป็นอำนาจศักดิ์สิทธิ์ที่ทำหน้าที่พิทักษ์รักษาหรือปกป้องคุ้มครองสิ่งต่างๆ อยู่ในธรรมชาติ

(2) ผีเป็นวิญญาณของผู้ล่วงลับไปแล้ว

(3) ผีเป็นวิญญาณร้ายที่คอยให้โทษภัยแก่มนุษย์

แนวคิดเรื่องผีทำหน้าที่เป็นสถาบันที่ควบคุมกำกับความประพฤติของสมาชิกในชุมชนให้ปฏิบัติตนอยู่ในกรอบแห่งศีลธรรม ประเพณีที่ดีงาม เพื่อให้ชุมชนเกิดความสงบสุข และช่วยกำหนดกฎเกณฑ์และแบบแผนความสัมพันธ์ของสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2539: 610 – 614)

### 3) แนวคิดเรื่องโหราศาสตร์ เคราะห์กรรม และความเจ็บป่วย

แนวคิดโหราศาสตร์ได้พัฒนาระบบวิธีคิดที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์ต่างๆ โดยใช้วิธีการทางคณิตศาสตร์และดาราศาสตร์ในการอธิบายความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งในจักรวาล การเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามตำแหน่งในจักรราศี เพื่อทำความเข้าใจกับภาวะที่เป็นและการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ความเจ็บป่วยหรือเคราะห์กรรมสามารถทำนายทายทักล่วงหน้าได้ วิธีการเปลี่ยนชะตาชีวิตสามารถกระทำได้โดยการสะเดาะเคราะห์เพื่อผ่อนหนักให้เป็นเบา ความคิด

ในเรื่องโหราศาสตร์เป็นความสัมพันธ์ระหว่างมิติของเวลาและสถานที่ (กาลและเทศะ) เป็นการตอบสนองความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อช่วยคาดเดาเหตุการณ์ร้ายในปัจจุบันว่าจะคลี่คลายไปในทางใด และสามารถแก้ไขได้อย่างไร (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2539: 615 – 618)

#### 4) แนวคิดการแพทย์แผนตะวันตกและวิธีการดูแลสุขภาพ

การแพทย์แผนตะวันตก (Western medicine) หรือที่เรียกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern medicine) เป็นระบบการแพทย์ที่แพร่หลายและยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันว่าทันสมัย น่าเชื่อถือ เป็นวิทยาศาสตร์สามารถพิสูจน์และตรวจสอบได้ รวมทั้งมีประสิทธิภาพให้ผลในการรักษาเร็ว ในยุคปัจจุบันการแพทย์แผนตะวันตกมีความก้าวหน้าอย่างมากในการศึกษาร่างกายมนุษย์ได้ละเอียดถึงระดับพันธุกรรม (Human genome) เพื่อถอดรหัสพันธุกรรมมนุษย์นำไปสู่การรักษาโรคร้ายแรงต่างๆ ต่อไปในอนาคต

การแพทย์แผนปัจจุบันมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคไว้ว่า โรคเกิดได้จากเชื้อโรค จากพันธุกรรม จากพฤติกรรม จากสิ่งแวดล้อมหรืออุบัติเหตุ จากจิตใจ และจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งการรักษาจะเริ่มต้นจากการวินิจฉัยหาสาเหตุของความเจ็บป่วย อาจจะเป็นการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ฉายภาพรังสี ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ฯลฯ เพื่อให้ได้ถึงประเภทของความเจ็บป่วยแล้วทำการรักษาต่อไป ตามแผนกของความเจ็บป่วย ได้แก่ แผนกสูติ-นรีเวชกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม ตา หู คอ จมูก จิตเวช ทันตกรรม ฯลฯ

รูปแบบของการดูแลสุขภาพในการแพทย์แผนปัจจุบันอาจจะเป็นการให้คำแนะนำ การให้ยารับประทาน ยาฉีด การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การผ่าตัด การฉายรังสี เป็นต้น ตามอาการป่วยนั้นๆ และการดูแลสุขภาพยังมีผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ที่สามารถกลับไปรักษาที่บ้าน ส่วนผู้ป่วยในจะต้องนอนพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย (กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ 2547: 114 – 116)

#### 1.6 ระบบเศรษฐกิจทุนนิยม

ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมมีลักษณะสำคัญ คือ ปัจจัยการผลิตซึ่งได้แก่ ที่ดิน แรงงาน เครื่องมือ และเครื่องจักรทั้งหมดเป็นของเอกชน เป้าหมายของเจ้าของปัจจัยการผลิตก็คือพยายามแสวงหากำไรสูงสุดจากการใช้สินทรัพย์ หรือการขายผลผลิตในตลาดที่มีการแข่งขันกัน ลักษณะที่สำคัญของลักษณะเศรษฐกิจทุนนิยมทฤษฎีคือ

- มีสถาบันของการมีกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคล
- มีกลไกราคาซึ่งทำให้การจัดสรรทรัพยากรมีประสิทธิภาพสูงสุด
- มีการผลิตเพื่อขายและมีการตัดสินใจในการบริโภคในตลาดที่มีการแข่งขันกัน
- ส่งเสริมการดำเนินการทางธุรกิจให้มีการแข่งขันโดยเสรี



- มีเป้าหมายที่เด่นชัด เพื่อแสวงหากำไรสูงสุดแก่ผู้ผลิต และเพื่อให้ผู้บริโภคมีความพอใจสูงสุด (ลิลี่ โกศัยยานนท์ และอรรถชัยคณา เข้มนวนล 2540: 21 – 23)

ผลที่เกิดขึ้นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมทฤษฎีที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ ขนาดของหน่วยเศรษฐกิจทั้งผู้ผลิต ผู้บริโภค และผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตจะมีขนาดใหญ่ขึ้น และสร้างอำนาจผูกขาดในตลาด

ปัญหาสถานะแวดล้อมเสื่อมสภาพลงเนื่องจากต้นทุนสังคมสูงกว่าต้นทุนเอกชน ปัญหาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ได้รับแรงจูงใจน้อยมาจากลักษณะของระบบ

ความแตกต่างกันของระดับรายได้ จากการเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตต่างชนิดกัน มีอยู่ทั่วไปทำให้รัฐบาลมีบทบาทมากขึ้นในการเข้ามาจัดการกระจายรายได้ใหม่ (กาญจณี พลจันทร์ 2540 (ก): 52 – 54)

เนื่องจากปัญหาในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมทฤษฎีเพราะปัญหาการจัดสรรทรัพยากร เสรีภาพในการบริโภค เสรีภาพในการเลือกงาน ทำให้รัฐต้องเข้ามาช่วย เช่น การออกกฎหมาย การควบคุม และการกำหนดแผนงานในระยะยาว ทำให้เกิดระบบเศรษฐกิจทุนนิยมแบบใหม่คือ “ทุนนิยมผูกขาด” โดยรัฐเข้ามาช่วยดำเนินการในเรื่องของการแทรกแซงกลไกราคาในการจัดสรรทรัพยากรสินค้า และการจัดสวัสดิการให้แก่สังคม เพื่อให้เกิดการจ้างงานเต็มที่ ความเจริญเติบโต ความมีเสถียรภาพ และการกระจายรายได้อย่างยุติธรรม

อย่างไรก็ตาม การผูกขาดของธุรกิจก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้แม้จะมีการแทรกแซงจากรัฐบาลแล้วก็ตาม ความแตกต่างในรายได้และความมั่งคั่งยังคงดำรงอยู่ นอกจากนี้ปัญหาสภาพแวดล้อมถูกทำลายก็เป็นผลกระทบหนึ่งจากภายนอก ทำให้รัฐต้องมีการวางแผนการในระยะยาว เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติให้สอดคล้องกันของหน่วยเศรษฐกิจทุกฝ่าย นับเป็นการชี้แนะที่มีแนวทางกำหนดไว้แน่นอน และคาดว่าจะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบเศรษฐกิจไม่ร้ายแรงจนเกินกว่าจะแก้ไขได้ทัน ระบบดังกล่าวเรียกว่า “ระบบทุนนิยมอุตสาหกรรม” ซึ่งเกิดผลดีคือ การควบคุมระบบที่ก้าวหน้ามากขึ้น ส่วนผลเสียที่เกิดขึ้นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมอุตสาหกรรม ได้แก่ ปัญหาความยากจน ปัญหาสภาพแวดล้อมถูกทำลาย และปัญหาประชากร

“ระบบทุนนิยมสวัสดิการ” เป็นระบบทุนนิยมที่รัฐมีบทบาททางเศรษฐกิจมากขึ้น ทั้งโดยตรงและทางอ้อม คือรัฐบาลเข้ามาวางแผนกำหนดทางเศรษฐกิจในระยะยาว รัฐบาลควบคุมธุรกิจเอกชน จัดเก็บภาษีอากร จัดสรรรายจ่ายสาธารณะ เข้ามาลงทุนในกิจการบางประเภท เข้าบริหารและดำเนินงานกิจการสาธารณูปโภค ปรับปรุงและกำหนดอัตราค่าจ้างแรงงาน อัตรา



ดอกเบี้ยและราคาสินค้าอื่นๆ ฯลฯ และบทบาทที่สำคัญคือ การให้บริการสินค้าสาธารณะที่ทุกคนจะได้รับประโยชน์ (กาญจณี พลจันทร์ 2540 (ข): 66 – 85)

ผลกระทบของประเทศไทยจากระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม

**1.6.1 การแข่งขันกันทำระหว่างประเทศ** เริ่มจากสมัยอาณาจักรหลังไทยทำสนธิสัญญาเบาริ่งเป็นต้นมา ภายใต้เงื่อนไขของสนธิสัญญาทำให้ประเทศไทยหันมาทำการผลิตเฉพาะอย่างมากขึ้น เช่น การปลูกข้าว ทำไม้สัก ทำหม้อเบญจรงค์ และการทำสวนยางพารา โดยมีการขยายตัวของการนำเข้า สินค้าทุนนิยมจากศูนย์กลางมาตีตลาดสินค้าพื้นเมืองจนพังทลายลง โดยเฉพาะสินค้าประเภทฝ้ายและเครื่องใช้ต่างๆ ซึ่งผลิตด้วยต้นทุนต่ำกว่า โดยลักษณะเด่นในช่วงนี้คือ การผลิตสินค้าขึ้นปฐมเพื่อส่งออกแลกเปลี่ยนกับสินค้าสำเร็จรูปเพื่อการบริโภค (ณรงค์ศักดิ์ ธนวิบูลย์ชัย และสุธี ประศาสน์เศรษฐ 2540: 244)

การแข่งขันกันทำระหว่างประเทศแบบใหม่ตั้งแต่สมัยทศวรรษ 1960 ระบบเศรษฐกิจไทยเปิดให้นายทุนต่างชาติ เช่น สหรัฐอเมริกา ยุโรป ญี่ปุ่นเข้ามาลงทุน องค์กรระหว่างประเทศมีบทบาทอย่างมาก เช่น กองทุนการเงินระหว่างประเทศ ธนาคารโลก เสนอให้ไทยปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจเพื่อสนองต่อทุนนิยมศูนย์กลางผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศโลกที่สามหรือกลุ่มทุนนิยมรอบนอกมีความสำคัญเพิ่มขึ้นในฐานะเป็นแหล่งผลิตสินค้าอุตสาหกรรมเพื่อตลาดโลก ทั้งการผลิตเพื่อขายในตลาดอื่นและการผลิตเพื่อส่งออก

สาเหตุที่กระบวนการแข่งขันกันทำระหว่างประเทศเกิดขึ้นได้เพราะประเทศโลกที่สามเหล่านี้มีแรงงานราคาถูกจำนวนมาก เทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยให้นายทุนแข่งขันตอนการผลิตออกเป็นขั้นตอนย่อยๆ ได้เงินแรงงานไร้ฝีมือทำได้ การสื่อสารและการขนส่งก็สะดวกทำให้ไม่มีปัญหาด้านระยะทางและเวลา การควบคุมการผลิตจึงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ณรงค์ศักดิ์ ธนวิบูลย์ชัย และสุธี ประศาสน์เศรษฐ 2540: 248 – 251)

**1.6.2 การพึ่งพาทางการค้า** ประเทศไทยพึ่งพาการนำเข้าสินค้าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวัตถุดิบ สินค้าขั้นกลาง และสินค้าประเภททุนในระดับสูง ส่วนการส่งออกพบว่าระบบเศรษฐกิจไทยต้องพึ่งกลุ่มทุนนิยมศูนย์กลางเป็นตลาดสินค้าออกมากถึงร้อยละ 60 ของการส่งออกทั้งหมด

การพึ่งพาทางการเงิน ประเทศไทยมีการกู้เงินต่างประเทศสูงในแต่ละปี จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 ถึง ฉบับที่ 7 ส่วนใหญ่จะเป็นการกู้เงินทางด้านการคมนาคมและการสื่อสาร รองลงมาได้แก่ทางด้านพลังงาน แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของระบบเศรษฐกิจที่ยังคงผูกพันกับการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะการคมนาคมขนส่ง ส่วนปัจจุบันเป็นการกู้ทางด้านอุตสาหกรรมและสถาบันการเงิน จากการพัฒนา

เศรษฐกิจที่ผ่านมามีความสามารถช่วยให้เศรษฐกิจไทยหลุดพ้นภาวะหนี้สินต่างประเทศได้ โดยภาคเอกชนก่อหนี้มากกว่ารัฐบาลมาก (ณรงค์ศักดิ์ ธีรวิบูลย์ชัย และสุธี ประศาสน์เศรษฐ 2540: 255 – 264)

การพึ่งพาทางเทคโนโลยีของประเทศ คำว่า “การถ่ายทอดเทคโนโลยี” ที่แท้จริงคือ “การค้าขายเทคโนโลยี” เพราะเทคโนโลยีเป็นสินค้าชนิดหนึ่งซึ่งมีการซื้อขายในตลาด ปัจจุบันไทยนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เช่น อุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ ปีโตรเคมี ทั้งจาก ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ และฮ่องกง (ณรงค์ศักดิ์ ธีรวิบูลย์ชัย และสุธี ประศาสน์เศรษฐ 2540: 270 - 271)

**1.6.3 การครอบงำของบริษัทข้ามชาติในเศรษฐกิจไทย** การครอบงำมีอยู่ในสินค้าเกือบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเครื่องใช้ครัวเรือน สำนักงาน ยานพาหนะ ฯลฯ ตัวอย่างอุตสาหกรรมไทยหลายชนิดที่ร่วมทุนกับต่างชาติ เช่น

หัตถอุตสาหกรรม สยามมอเตอร์ สหพัฒนพิบูล สหยูเนียน ฯลฯ เป็นการร่วมทุนกับบริษัทต่างชาติ ส่วน เจริญโภคภัณฑ์ และบุญรอดบริวเวอรี่ เด็บ โตได้ด้วยการซื้อเทคโนโลยี

อุตสาหกรรมด้านพลังงาน โดยเฉพาะน้ำมันตกอยู่ในการครอบงำของบริษัทต่างชาติมานานแล้ว ไม่ว่าจะเป็นอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และตะวันออกกลาง ส่วนโรงกลั่นน้ำมันก็มีบริษัทน้ำมันต่างประเทศถือหุ้น

การสื่อสารและคมนาคมก็มีอิทธิพลอย่างมากจากบริษัทข้ามชาติ ได้แก่ IBM, TT&T เข้ามาร่วมทุนกับคนไทย เช่น Telecomasia, AT&T, Shinawat ฯลฯ

ในอุตสาหกรรมประกอบรถยนต์ มีบริษัทต่างชาติเข้ามาลงทุนในประเทศไทย เช่น โตโยต้า, นิสสัน, ฮอนด้า, อิซูซุ, และมิตซูบิชิจากญี่ปุ่น เบนซ์, ฟอร์ด, วอลโว่, ซีตรอง, และจีเอ็ม จากยุโรปและอเมริกา

สินค้าอุปโภคบริโภคล้วนแต่มีบริษัทข้ามชาติมาลงทุนแล้วค่อยๆ กลายเป็นมหาชนโดยมีคนไทยถือหุ้นมากขึ้น เช่น คอลเกต – ปาล์มโอลิฟ, คาโอ อินดัสตรี, ลีเวอร์ บราเธอร์ ฟอร์ดเตอร์ แอนด์แกมเบิล, เสริมสุข, ไทยน้ำทิพย์ ฯลฯ (ณรงค์ศักดิ์ ธีรวิบูลย์ชัย และสุธี ประศาสน์เศรษฐ 2540: 280 – 284)

## 2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม (Structural-Functionalism)

กลุ่มนักคิดโครงสร้างนิยมสนใจเรื่องของสังคมในฐานะ “ระบบ” ที่เกิดจากความจริงเกี่ยวกับสังคมโดยรวม แนวคิดหลักของกลุ่มนี้เชื่อว่ามีสิ่งที่เป็นโครงสร้างบางอย่างซ่อนอยู่ในทุกสังคมและโครงสร้างนี้แสดงให้เห็นหน้าที่ของส่วนต่างๆ ที่เป็นระบบเกี่ยวข้องกัน (สุภางค์ จันทวานิช 2552:137) สังคม คือส่วนต่างๆ ของโครงสร้างที่เชื่อมโยงเข้าด้วยกัน แต่ละสังคมมีโครงสร้างที่คล้ายกันไม่มากก็น้อย การทำงานของสมองมนุษย์มีโครงสร้างอยู่โดยมนุษย์ไม่รู้ตัว โครงสร้างนั้นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับโครงสร้างที่มากำหนดพฤติกรรมของมนุษย์และความสัมพันธ์ของสถาบันสังคม

เซอร์เบิร์ต สเปนเซอร์ (Herbert Spencer) เป็นนักคิดคนแรกที่เสนอความคิดเกี่ยวกับโครงสร้างสังคม ดังนี้

สังคมคือส่วนต่างๆ ที่ประกอบกันขึ้นเป็นมวลรวม เปรียบเหมือนระบบอินทรีย์ของร่างกายมนุษย์ที่ประกอบด้วยกลุ่มก้อนจุลินทรีย์ซึ่งเล็กมาก เติบโตด้วยกระบวนการสองแบบ คือ การพอกพูนของหน่วยต่างๆ ตามลักษณะวิวัฒนาการ และอีกส่วนหนึ่งคือการประสานกันของหน่วยต่างๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันมาก่อน ทำให้เกิดความซับซ้อนมากขึ้นในโครงสร้าง ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากชาร์ลส์ ดาร์วิน นักชีววิทยาผู้เสนอทฤษฎีวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตและแนวคิดการดำรงอยู่ของสิ่งที่ยั่งยืนที่สุด

ความสัมพันธ์ทางสังคม คือ ส่วนต่างๆ ของสังคมร่วมมือกันได้โดยแรงผูกพันทางกายภาพ อีกส่วนหนึ่งคือ ภาษา ส่วนต่างๆ ยังรวมตัวกันได้ด้วยสำนึกที่กระจายไปทุกส่วนเกิดเป็นระบบอินทรีย์ทางสังคม (Social Organic System) (สุภางค์ จันทวานิช 2552: 140-142)

โคล็อด เลวี สโตรัส (Claude Levi-Strauss) เสนอว่า สังคมประกอบด้วยระบบย่อยๆ ที่เชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ระบบแต่ละระบบมีความแตกต่างกัน (difference) แต่ก็มีความสัมพันธ์ (relation) ซึ่งกันและกันด้วยระบบย่อยรวมกันเป็นสังคม ความเป็นคู่ตรงข้ามและความขัดแย้งที่มีอยู่ระหว่างระบบย่อย เป็นตัวทำให้เกิดการขับเคลื่อนในรูปพลวัต (dynamism) ของสังคม (Lechte 1994 อ้างถึงในสุภางค์ จันทวานิช 2552: 150-151) นอกจากนี้เลวี สโตรัส เสนอว่าการศึกษารากฐานทางสังคมมีสองระดับเช่นเดียวกันกับภาษา นั่นคือ โครงสร้างพื้นผิว (surface structure) และระดับที่เป็นโครงสร้างลึก (deep structure) ในส่วนของโครงสร้างลึกแบ่งออกเป็น 2 ขั้วในลักษณะที่เป็นคู่ตรงข้าม (binary opposition) อาจสะท้อนความขัดแย้งเล็กๆ ของมนุษย์ ในสองขั้วที่มีลักษณะตรงข้ามกันนั้นมีมิติของความขัดแย้งอยู่

นักคิดคนสำคัญอีกคนหนึ่งคือ ทัลคอตต์ พาร์สัน (Talcott Parson) ได้กล่าวถึงระบบสังคมและหน้าที่ว่า หน้าที่ คือ กลุ่มของกิจกรรมที่ดำเนินไปเพื่อสนองความต้องการของระบบสังคม โดยหน้าที่พื้นฐาน 4 ประการประกอบด้วย การปรับตัว (Adaptation) การบรรลุเป้าหมาย (Goal Attainment) บูรณาการ (Integration) และการรักษาแบบแผน (Latency) ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 ระบบปฏิบัติการกับหน้าที่พื้นฐานสี่ประการของพาร์สัน

ที่มา: สุภางค์ จันทวานิช (2552: 168)

การปรับตัว คือ การที่สังคมจัดให้มีการปรับตัวให้เข้ากับทุกสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมและความต้องการของระบบ หากสิ่งต่างๆ ไม่ตรงกับความต้องการของระบบก็ต้องมีการปรับตัว

การบรรลุเป้าหมาย ระบบต่างๆจะต้องทำหน้าที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลัก

บูรณาการ คือ การทำหน้าที่ในการทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันของระบบต่างๆ ให้ดำเนินไปด้วยกัน เพราะสังคมประกอบด้วยระบบย่อยที่มีความแตกต่างกัน จึงต้องบูรณาการเข้าหากัน

การรักษาแบบแผน คือ การธำรงและฟื้นฟูแรงจูงใจของปัจเจกชนและแบบแผนของสังคม ในการที่จะขับเคลื่อนไปข้างหน้าด้วยกันจำเป็นต้องมีแรงจูงใจร่วมกัน

โรเบิร์ต เมอร์ตัน (Robert Merton) กล่าวถึงการขลุ่ยหลักของสังคมทำให้เกิดสภาพที่ไม่ทำงาน (dysfunction) เนื่องจากโครงสร้างของสถาบันก่อให้เกิดผลทางลบต่อองค์ประกอบสำคัญ ส่วนการหมดหน้าที่ (non-function) หมายถึง ผลต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่มีความสำคัญต่อระบบทั้งที่ในอดีตอาจเคยมีความสำคัญ

ทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยมสามารถสรุปแนวคิดสำคัญได้ดังนี้  
 สังคมทุกสังคมจะต้องมีโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วยหน่วยต่างๆ  
 แต่ละหน่วยต่างทำหน้าที่ประสานกัน  
 แต่ละหน่วยต่างปฏิบัติหน้าที่เพื่อความคงอยู่ของสังคม  
 แต่ละหน่วยต่างยึดระบบค่านิยมเป็นแนวในการปฏิบัติหน้าที่  
 (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2551: 52)

ในงานวิจัยครั้งนี้สามารถนำทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม มาใช้อธิบายถึงปรากฏการณ์การใช้ยาแผนโบราณส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการรักษาพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลรักษาสมาชิกของสังคมให้หายป่วยกลับเป็นปกติถือเป็นหน้าที่หลัก ในโครงสร้างการรักษาพยาบาลประกอบด้วยทั้งหน่วยการแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลตัวเองและการแพทย์พื้นบ้าน ประกอบกันเป็นสถาบันอนามัย ซึ่งถ้าหน่วยใดทำงานผิดปกติก็จะส่งผลกระทบต่อคนไข้หรือทำให้คนไข้ไปพึ่งหน่วยอื่นแทน นอกจากนี้ยังใช้อธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่ของคนไข้ต่อความเจ็บป่วย, หน้าที่ของหมอต่อคนไข้, บทบาทของผู้ป่วย ตามแนวคิดของทาลคอตต์ พาร์สัน

## 2.2 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism)

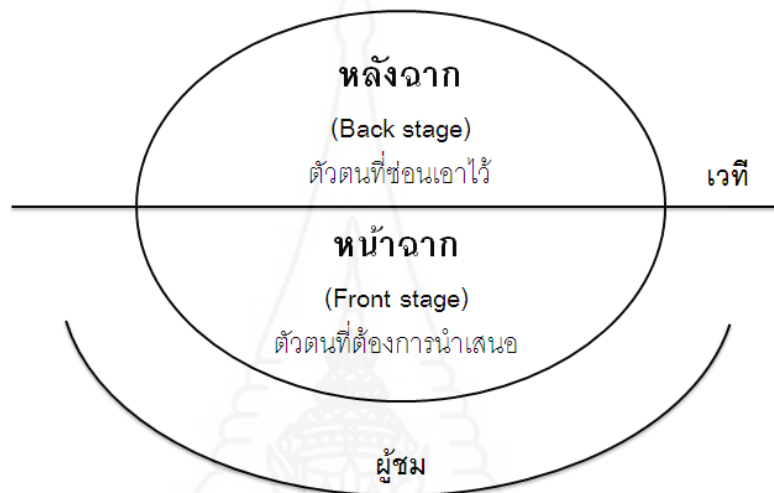
แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์พิจารณาสังคมในระดับจุลภาค และสนใจเรื่องราวของชีวิตประจำวันกับการที่มนุษย์มีการกระทำโต้ตอบซึ่งกันและกัน จอร์จ เฮอร์เบิร์ต มีด (George Herbert Mead) ระบุว่า สิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ คือ กลไกทางความคิดที่ทำให้มนุษย์รู้จักวางแผนและปรับพฤติกรรมให้เข้ากับสถานการณ์และเป้าหมายที่วางไว้ รู้จักสื่อสารกับผู้อื่นโดยใช้สัญลักษณ์ต่างๆ สัญลักษณ์ที่สำคัญที่สุดคือ ภาษา มนุษย์รู้จักตีความสิ่งที่ผู้อื่นพูดและโต้ตอบ นอกจากนั้นมนุษย์ยังมีสำนึกว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึก ความคิดเห็นตามแบบของตัวเองเช่นกัน มนุษย์จึงเรียนรู้ที่จะทำความเข้าใจว่าผู้อื่นคิดอะไร ตีความสถานการณ์ต่างๆ อย่างไร ตลอดจนรับรู้เกี่ยวกับตัวเองอย่างไร เกิดเป็นตัวตนและภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวตน (สุภางศ์ จันทวานิช 2552: 127-128) มีดเชื่อว่า คนเรามีการกระทำโดยการโต้ตอบหรือสื่อสารกับคนอื่นๆ ในสังคม กระบวนการสื่อความหมายยึดหยุ่นตามสถานการณ์และบริบท

เฮอร์เบิร์ต บลูมเมอร์ (Herbert Blumer) เสนอความคิดหลักของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ไว้ว่า

- มนุษย์กระทำต่อสิ่งต่างๆ ตามความหมายที่ให้กับสิ่งเหล่านั้น
- ความหมายเกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- ความหมายถูกจัดและปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ทางสังคม

- การกระทำทางสังคมเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนความหมาย

เออร์วิง กอฟมัน (Erving Goffman) เสนอแนวคิด การวิเคราะห์เชิงละคร (Dramaturgy) โดยมีการนำเสนอตัวตนของตัวเองให้ผู้อื่นรู้จัก ทั้งภาษา คำพูดที่ใช้ กิริยาท่าทางการแต่งกาย ใช้วิธีการแบบเดียวกับการเล่นละครที่มีหลังฉาก (back stage) และหน้าฉาก (front stage) ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 การวิเคราะห์เชิงละครของกอฟมัน

ที่มา: สุภางศ์ จันทวานิช (2552: 131)

มนุษย์แต่ละคนกำลังแสดง (perform) อยู่หน้าเวทีต่อหน้าผู้ชม (audience) หมายถึง คนที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย หน้าฉากคือการนำเสนอตัวเองตามที่ต้องการให้ผู้อื่นรับรู้และมุ่งให้เกิดความประทับใจ (impression) แต่ทุกคนมีหลังฉาก คือ ความรู้สึกนึกคิดที่ไม่ต้องการหรือนำเสนอ เรียกว่า ตัวตนที่ซ่อนเอาไว้ (hidden self)

สามารถใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์อธิบายถึงความเจ็บป่วยได้ว่า สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นอัตวิสัยของบุคคล มิใช่ลักษณะอัตวิสัยตามที่แพทย์กล่าวอ้าง นอกจากนี้ สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ถูกสร้างโดยสังคม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและบริบททางวัฒนธรรม ดังนั้นความเจ็บป่วยจึงเป็นการสร้างทางสังคมและสะท้อนวัฒนธรรม สามารถใช้ศึกษาประสบการณ์บุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย เช่น กระบวนการที่บุคคลให้ความหมายกับสถานการณ์ทางสังคม เช่น การเกิด การผ่าตัด ความตาย และวิธีที่บุคคลจัดการกับความเจ็บป่วย (เทพินทร์ พัชรานุกฤษ์ 2548: 55)



## 2.3 ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (Diffusionism)

### 2.3.1 หลักของการแพร่กระจาย

วัฒนธรรมหนึ่งๆ จะแพร่กระจายไปยังแหล่งอื่นๆ ได้ต้องยึดหลักว่า วัฒนธรรม คือ ความคิดและพฤติกรรม ที่ติดตัวบุคคล บุคคลไปถึงที่ใดวัฒนธรรมก็จะไปถึงที่นั่น ดังนั้น การแพร่กระจายของวัฒนธรรมจะขึ้นกับปัจจัยต่อไปนี้

- หลักภูมิศาสตร์ ต้องไม่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ขวางกั้น เช่น ไม่มีภูเขาสูง ทะเลกว้าง ทะเลทราย แหล่งหิมะ ป่าทึบ เพราะเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางของคน

- ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การที่ผู้คนเดินทางไปมาหาสู่กันส่วนมากเป็นเพราะปัจจัยทางเศรษฐกิจ ทั้งการติดต่อค้าขาย หรือแสวงหาโอกาสที่ดีกว่าทางเศรษฐกิจ คนที่มีเศรษฐกิจดีจึงมีโอกาสนำวัฒนธรรมติดตัวไปสังสรรค์กับวัฒนธรรมอื่นได้

- ปัจจัยทางสังคม การสนใจแลกเปลี่ยนวิธีการ พฤติกรรมใหม่และความรู้ เป็นกระบวนการทางสังคมที่นำไปสู่การแพร่กระจายวัฒนธรรมโดยตรง เช่น การปฏิบัติตามพิธีกรรม การแต่งงานกับคนต่างวัฒนธรรม การเกิดสงคราม ฯลฯ

- การคมนาคมที่ดี เป็นปัจจัยเอื้อต่อการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (นิยพรณ วรณศิริ 2550: 85)

### 2.3.2 การนำทฤษฎีมาใช้ในงานวิจัย

ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมสามารถนำมาใช้ศึกษาการแพร่กระจายของวัฒนธรรมการใช้ยาแผนโบราณในกลุ่มผู้ใช้แรงงานจากต่างถิ่นเข้ามาสู่แหล่งอุตสาหกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีที่การแพร่วัฒนธรรมเกิดจากการย้ายถิ่น เนื่องจากสาเหตุทางเศรษฐกิจ กระบวนการดังกล่าวส่งผลต่อวัฒนธรรมการใช้ยาของกลุ่มผู้ใช้แรงงานอย่างไร เพราะในพื้นที่เดิมของผู้ใช้แรงงานมีวัฒนธรรมการใช้ยาแบบหนึ่งซึ่งแตกต่างจากสังคมเมือง ขณะเดียวกันก็สามารถศึกษากระบวนการแพร่ของวัฒนธรรมสังคมเมืองในเรื่องการใช้ยาสู่กลุ่มผู้ใช้แรงงาน

## 2.4 ทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรม (Cultural Ecology)

ทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรมกล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม Julian Steward และคนอื่นๆ เช่น Andrew P. Vayda และ Roy A. Rappaport ให้ความสนใจเรื่องของธรรมชาติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ วัฒนธรรมซึ่งถูกกำหนดโดยสิ่งแวดล้อมนั้นสัมพันธ์กับกายภาพของมนุษย์

Steward (อ้างถึงใน นิยพรณ วรณศิริ 2550: 111) นิยามคำว่า นิเวศวิทยาว่า นิเวศวิทยา คือ การปรับตัวเข้าหากันระหว่างสิ่งแวดล้อมกับมนุษย์ การปรับตัวของมนุษย์นั้นต่าง

จากสัตว์ตรงที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม นิเวศวิทยาวัฒนธรรม คือ การศึกษาถึงการปรับตัว หรือความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และเห็นว่า สิ่งแวดล้อมมีผลต่อ ความแตกต่างในการปรับตัวของวัฒนธรรม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันในสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน จะ แสดงรูปแบบของพัฒนาการที่เหมือนกัน

นอกจากนี้ Steward ยังกล่าวถึงเกณฑ์ที่จะนำมาใช้จัดประเภท รูปแบบของ วัฒนธรรม ก็คือ ลักษณะสำคัญของวัฒนธรรมที่เรียกว่า แกนวัฒนธรรม (Core Culture) ไม่ จำเป็นต้องให้ครอบคลุมทุกลักษณะของวัฒนธรรม แต่แกนวัฒนธรรมจะครอบคลุมลักษณะใด หรือมิติใดขึ้นอยู่กับกรอบการวิเคราะห์ หากกรอบการวิเคราะห์เป็นวัฒนธรรมนิเวศ แกน วัฒนธรรมก็จะครอบคลุมองค์ประกอบ หรือมิติที่มีปฏิสัมพันธ์กันในการปรับตัวของมนุษย์เข้ากับ สภาพแวดล้อม เช่น เทคโนโลยีการผลิต การจัดระเบียบสังคม เป็นต้น (ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ 2550: 3-40)

แนวคิดทางนิเวศวิทยาวัฒนธรรมอาจสรุปได้ว่า คนที่มีธรรมชาติทางระบบ ความคิดดี (หมายถึงธรรมชาติในร่างกาย) จะสามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้มาเป็นวัฒนธรรมได้ดี ขณะเดียวกันสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่ดีจะส่งเสริมให้ความคิดของคนดีขึ้น และสามารถสร้าง วัฒนธรรมที่ดีขึ้นด้วย ทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรมจึงเป็น “ความสัมพันธ์สองทางและสวน ทาง” ระหว่างคนกับธรรมชาติและธรรมชาติกับวัฒนธรรม (นิยพรธ วรรณศิริ 2550: 112)

สามารถนำทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรมมาใช้ศึกษาปรากฏการณ์การใช้ยาของ ผู้ใช้แรงงานภายใต้สิ่งแวดล้อมต่างกัน จากสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ส่งผลถึงแบบแผนและความเชื่อในการใช้ยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมใดเข้า มาเกี่ยวข้องทำให้รูปแบบของความเชื่อในเรื่องยาแผนโบราณของคนกลุ่มนี้เปลี่ยนไป การ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีลักษณะอย่างไร

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกสรรพสิ่งในโลกและจักรวาล สังคมและ วัฒนธรรมของไทยย่อมอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์นี้เช่นเดียวกัน กาลเวลาที่ยาวนานย่อมส่งผลให้หลายสิ่ง หลายอย่างในสังคมและวัฒนธรรมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น เพื่อให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการนิยามถึงขอบเขตของคำว่า “สังคม” และ “วัฒนธรรม” เพื่อเป็น กรอบในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของทั้งสองสิ่ง จากนั้นจึงเป็นการอธิบายถึงการ เปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทย

### 3.1 ความหมายของคำว่า “สังคัม”

นักวิชาการตะวันตกหลายคนได้ให้ความหมายของสังคัมไว้ดังนี้ (สุวิทย์ ไพบยวัฒน์ และสุดจิต เจนนพกาญจน์ 2548: 62 – 63)

โทมัส ฟอร์ด ฮูลต์ (Thomas Ford Hoult) กล่าวว่า สังคัม หมายถึง คนที่อยู่ร่วมกัน เป็นกลุ่มและมีความสัมพันธ์ต่อกันทางสังคัม กลุ่มมีความเป็นอิสระและสามารถดำรงอยู่อย่างถาวร ประกอบด้วยลักษณะพิเศษ คือ มีดินแดน ประกอบด้วยบุคคลทุกเพศทุกวัย และมีวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมที่มีลักษณะเป็นของตนเองโดยเฉพาะ

โจเซฟ เฮช ฟิทเชอร์ (Joseph H. Fitcher) กล่าวว่า สังคัม หมายถึง กลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อทำให้เกิดความพึงพอใจทางสังคัม และมีส่วนร่วมในวัฒนธรรมเดียวกัน

เอียน โรเบิร์ตสัน (Ian Robertson) กล่าวว่า สังคัมจะประกอบด้วยลักษณะ ดังนี้

- มีดินแดนที่อยู่ในครอบครองของตนเอง
- ผู้คนมีความสัมพันธ์ต่อกัน
- มีวัฒนธรรมที่ใช้เป็นแบบเดียวกัน และความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน

จัดสัน อาร์ แลนดิส (Judson R. Landis) ให้ความหมายของสังคัมว่า หมายถึงกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันมาเป็นระยะเวลาานพอ และมีการยึดวัฒนธรรมร่วมกัน

- ในส่วนของนักวิชาการไทย ได้มีผู้ให้ความหมายของสังคัมไว้ ดังนี้

พัทธา สายหู อธิบายว่า สังคัม หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในอาณาบริเวณที่มีขอบเขตกำหนด มีความสัมพันธ์อันเกิดจากการประพฤติปฏิบัติต่อกัน มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และยอมรับแบบแผนหรือวิธีการและกฎเกณฑ์อย่างเดียวกันว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมถูกต้องของกลุ่ม

จุมพล หนีพานิช ให้ความเห็นว่า สังคัม หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยยอมรับแบบแผนหรือวิธีการและกฎเกณฑ์ของกลุ่มร่วมกันในการดำเนินชีวิต

สุดา ภิรมย์แก้ว (2542: 57) ให้ความหมายของ สังคัม หมายถึง กลุ่มคนมากกว่าสองคนขึ้นไป มารวมกันเป็นระยะเวลายาวนาน ในขอบเขตหรือพื้นที่ที่กำหนด สมาชิกประกอบด้วยคนทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งมีการติดต่อสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยมีวัฒนธรรมหรือระเบียบแบบแผนในการดำเนินชีวิตของตนเอง และที่สำคัญที่สุด คือ สามารถเลี้ยงตัวเองได้ (self sufficient)

จากทฤษฎีทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า สังคม หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในอาณาบริเวณเดียวกัน เป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง และผู้คนในกลุ่มมีความสัมพันธ์ต่อกัน

องค์ประกอบของสังคม ประกอบไปด้วย

- การมีอาณาบริเวณหรือมีดินแดน
- การอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม
- การรู้ว่าใครเป็นพวกของตนหรือใครไม่ใช่พวกของตน
- การมีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์กัน
- การแบ่งหน้าที่และร่วมมือกัน
- การมีระบบความคิด ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานคล้ายคลึงกัน

การศึกษาสังคม หมายถึง การศึกษาเรื่อง “องค์การสังคม” (Social organization) แบ่งออกเป็น 5 ประเภทใหญ่ ได้แก่

**3.1.1 กลุ่มสังคม (Social group)** หมายถึง องค์การสังคมขนาดเล็ก มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจนถึงประมาณ 10 คน สมาชิกมีความรู้จักมักคุ้น สนับสนุนกัน คบหากันทั้งตัว (total self) เช่น กลุ่มคนทำงานเดียวกัน กลุ่มเพื่อนเล่น

**3.1.2 ครอบครัว (Family)** คือ กลุ่มสังคมที่สมาชิกของกลุ่มมีความสัมพันธ์กันทางเพศส่วนหนึ่ง และมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตอีกอย่างหนึ่ง เช่น สามิและภรรยา พ่อแม่ลูก

**3.1.3 ชุมชน (Community)** คือ กลุ่มสังคมชนิดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่แห่งใดแห่งหนึ่ง ชุมชนมีขนาดใหญ่กว่ากลุ่มสังคมและครอบครัว นอกจากนี้ชุมชนยังเป็นที่ตั้งของโรงเรียน ตลาด สถานที่ราชการ

**3.1.4 สหกร (Association)** หมายถึง องค์การสังคมชนิดที่ได้รับการจัดตั้งอย่างจงใจเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เฉพาะอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง ได้แก่ สมาคม สโมสร คณะกรรมการ หมู่บ้าน ฯลฯ

**3.1.5 ชั้น (Social Class)** คือ การจัดชนชั้น (stratification) ทางสังคมชนิดที่แบ่งคนออกเป็นกลุ่มหรือเป็นชนชั้นตามสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550: 4-7)

## 3.2 ความหมายของคำว่า “วัฒนธรรม”

คำว่า วัฒนธรรม มีความหมายกว้างขวางมาก วีระ บำรุงรักษ์ (2538: 4-8) สามารถค้นหาคำอธิบายความหมายของ วัฒนธรรม ได้ถึง 22 ความหมาย ซึ่งความหมายที่น่าสนใจมีดังนี้

วัฒนธรรม คือ ส่วนประกอบที่สลับซับซ้อนทั้งหมดของลักษณะอันชัดเจนของจิตวิญญาณ วัตถุ สติปัญญาและอารมณ์ ซึ่งประกอบกันขึ้นเป็นสังคมหรือหมู่คณะ วัฒนธรรมมิได้หมายถึงเฉพาะเพียงศิลปะและวรรณกรรมเท่านั้น แต่หมายถึงฐานนิยมต่างๆ ของชีวิต สิทธิพื้นฐานต่างๆ ของมนุษย์ ระบบค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อ (วิระ บำรุงรักษา)

วัฒนธรรม คือ ความดี ความงาม และความเจริญในชีวิตมนุษย์ ซึ่งปรากฏในรูปธรรมต่างๆ และได้ตกทอดมาถึงเราในปัจจุบัน หรือว่าที่เราได้ปรับปรุงและสร้างสรรค์ขึ้นในสมัยของเราเอง (สาโรช บัวศรี)

วัฒนธรรม หมายถึง แบบอย่างการดำรงชีวิตของกลุ่ม ซึ่งสมาชิกเรียนรู้ถ่ายทอดกัน ไปด้วยการสั่งสอนอบรมทั้งทางตรงและทางอ้อม หรือหมายความง่ายๆ ว่า แบบแผนชีวิตความเป็นอยู่ของชนกลุ่มหนึ่ง ในขณะใดขณะหนึ่งเท่านั้น (พิทยา สายหู)

วัฒนธรรม หมายถึง วิธีการดำเนินชีวิต (Way of life) หรือรูปแบบแห่งพฤติกรรม (Behavior patterns) และบรรยายผลงานทั้งหมดที่มวลมนุษย์ได้สร้างสรรค์ขึ้น ได้แก่ ศาสนา ปรัชญา ภาษา กฎหมาย การปกครอง ศิลปวิทยาการ เครื่องใช้ต่างๆ ฯลฯ ซึ่งมีการส่งต่อและสืบทอดติดต่อกันมา (เสาวณีย์ จิตต์หมวด)

วัฒนธรรม คือ เครื่องแสดงความเจริญ และแสดงเอกลักษณ์ของชาติ ประชาชนในชาติที่เจริญแล้วทั้งหลาย จึงมีความภาคภูมิใจช่วยปกป้องรักษาวัฒนธรรมของชาติตน เพื่อให้เอกลักษณ์ของชาติดำรงอยู่ (สมาน แสงมะลิ)

จากความหลากหลายของขอบข่ายและความหมายของวัฒนธรรม ทำให้การศึกษาเรื่องของวัฒนธรรมเป็นไปอย่างกว้างขวาง ไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตามแต่การมองว่ามาจากแง่มุมใด ทางมนุษยศาสตร์หรือสังคมศาสตร์ แต่ในงานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้ความหมายของปราชญ์จากสำนักฝรั่งเศส ที่ให้ความหมายว่า “Le bien”, “Le beau” และ “Le vrai” แปลว่า ความดี ความงาม และความจริง ซึ่งครอบคลุมทุกแง่มุมของนิยามวัฒนธรรม (นิยพวรรณ วรรณศิริ 2550: 33)

#### ประเภทของวัฒนธรรม

- วัฒนธรรมทางวัตถุ (Material Culture) เน้นสิ่งที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ แบบหรือวัตถุอันเกิดจากการประดิษฐ์ของมนุษย์ที่สามารถจับต้องได้

- วัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ (Non Material Culture) เป็นส่วนของวัฒนธรรมที่จับต้องสัมผัสไม่ได้ เพราะไม่มีรูปร่าง ขนาด หรือน้ำหนัก ได้แก่ สถาบันสังคม, วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมทางสังคม (คำสอนในศาสนา, ความเชื่อทางสังคม, ค่านิยม, ประเพณีต่างๆ และกฎหมาย), ศิลปะ, ภาษาและพิธีกรรม

องค์ประกอบของวัฒนธรรม

- องค์มคติ หรือมโนคติ (concept)
- องค์พิธีการ (usages)
- องค์การ (Organization)
- องค์วัตถุ (Instrumental and symbolic objects)

(สุวิทย์ ไพทยวัฒน์และสุจิต เจนนพกาญจน์ 2548: 196-199 และ James W. Vander Zanden 1993: 33-37)

การศึกษาเรื่องของสถาบันสังคมจะอยู่ในขอบเขตของวิชามานุษยวิทยา ซึ่งจะสนใจเรื่องของกฎระเบียบของสังคมหรือที่เรียกว่า “วัฒนธรรมของสังคม” ผ่านทางสถาบันสังคมได้แก่

### 3.2.1 สถาบันครอบครัว

### 3.2.2 สถาบันการศึกษา

### 3.2.3 สถาบันเศรษฐกิจ

### 3.2.4 สถาบันการเมือง

### 3.2.5 สถาบันนอามัย

### 3.2.6 สถาบันศาสนา

### 3.2.7 สถาบันภาษา

### 3.2.8 สถาบันคมนาคมขนส่ง

### 3.2.9 สถาบันนันทนาการ

### 3.2.10 สถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550: 4-8)

## 3.3 แนวคิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2540 ได้ให้ความหมายของคำว่าเปลี่ยนแปลง หมายถึง ทำให้ลักษณะต่างไป (online 24 สิงหาคม 2553: <http://rirs3.royin.go.th/dictionary.asp>)

เมื่อนำคำว่า เปลี่ยนแปลง มาใช้กับ “สังคม” และ “วัฒนธรรม” ที่มีความหมายหลากหลายก็ย่อมจะทำให้เกิดมุมมองในการอธิบายที่มากขึ้นตามไปด้วย

สนธิ สมัครการ (2549: 1) กล่าวว่า “การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (cultural or culture change) มักจะมีคนเขียนหรือพูดรวมกันไปกับคำว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (social change) อยู่เสมอ มีอยู่ไม่น้อยเหมือนกัน ที่ใช้คำสองคำนี้ในความหมายอย่างเดียวกัน บางคนก็เขียนขึ้นต้นด้วยคำว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่พออธิบายกลับพูดถึงการเปลี่ยนแปลงทาง



วัฒนธรรมก็มี บางคนเพื่อตัดปัญหาเลยใช้คำทั้งสองผนวกกันเข้ากลายเป็น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (social and cultural change or socio-cultural change) ไปเลยก็มี”

สุริชัย หวันแก้ว (2535: 155-157) อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมไว้ว่า หมายถึง การที่ระบบสังคม กระบวนการ แบบอย่างหรือรูปแบบทางสังคม เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี ระบบครอบครัว ระบบการปกครอง ได้เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะในด้านใดก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนี้อาจเป็นไปได้ในทางก้าวหน้าหรือถดถอย เป็นไปอย่างถาวรหรือชั่วคราวโดยวางแผนให้เป็นไปหรือเป็นไปเอง หรือให้โทษก็ได้ทั้งสิ้น”

ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ ที่มนุษย์ประดิษฐ์และสร้างขึ้น และที่สำคัญก็คือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านค่านิยม บรรทัดฐานและระบบสัญลักษณ์ต่างๆ ในสังคมนั้นๆ

สาเหตุที่มีการรวมเอาการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมเข้าด้วยกันเป็น เพราะ ไม่มีสังคมมนุษย์สังคมใด ไม่ว่าจะอดีตหรือปัจจุบันก็ตามที่จะอยู่ได้โดยปราศจากวัฒนธรรม เพราะสังคมประกอบไปด้วยบุคคลต่างๆ มารวมกันเข้า และวัฒนธรรมก็ได้แก่แนวทางพฤติกรรมที่คนแต่ละกลุ่มยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมา (Linton 1945 และ Herskovits 1948 อ้างถึงใน สนิท สัมกรการ 2549: 1-2)

### 3.4 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การจำแนกประเภทของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แบ่งออกตามแหล่งที่มาของการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Endogenous Change) เช่น จากการประดิษฐ์คิดค้น วิธีการผลิตขึ้นในสังคมนั่นเอง จากการต่อสู้ขัดแย้งระหว่างกลุ่มและกระบวนการในสังคม จาก การปฏิวัติโดยประชาชน เป็นต้น

- การเปลี่ยนแปลงจากภายนอก (Exogenous Change) เช่น การรับเอาเทคโนโลยี จากภายนอก การล่าอาณานิคมของจักรวรรดินิยม บางครั้งเกิดโดยความสมัครใจ บางครั้งก็เป็นการใช้กำลังบังคับ

แหล่งที่มาของการเปลี่ยนแปลงจากภายในของระบบสังคมเอง

การใช้สิทธิอำนาจในสังคมของกลุ่มผู้มีอำนาจ

กระบวนการขัดเกลาทางสังคม

ความขัดแย้งและการแข่งขันกันภายในระหว่างกลุ่มสมาชิกในสังคม

ความเหลื่อมล้ำในสังคมด้าน โอกาสชีวิตและทรัพย์สินระหว่างฐานันดร ระหว่าง

ชนชั้นต่างๆ และระหว่างกลุ่มต่างๆ

กลุ่มบุคคลที่ครอบครองผลประโยชน์อยู่แล้ว

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบเป็นไปเอง (Spontaneous Change) เนื่องจากไม่มีการวางแผน และส่วนหนึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามแผน (Planned Change) ซึ่งเกิดขึ้นเพราะสมาชิกที่ครอบครองอำนาจพยายามเข้ามามีส่วนกำหนดทิศทาง อัตราและขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมบางอย่างก็ไม่ได้เกิดผลตามที่มุ่งหมายไว้ นำไปสู่ผลที่มีได้คาดหมาย (Unintended Consequence) เช่น การเร่งรัดพัฒนาเศรษฐกิจและความทันสมัย แต่กลับปรากฏว่าเกิดช่องว่างระหว่างเมืองและชนบทมากขึ้น และเกิดปัญหาสังคมตามมา (สุริชัย หวันแก้ว 2535: 157 – 160)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

- กระบวนการทางธรรมชาติ คำว่า ธรรมชาติ หมายถึง สิ่งที่เกิดเองและมีเองโดยไม่มีผู้ใดสร้างสรรค์ เมื่อรวมตัวกันอย่างเหมาะสมก็จะเกิดเป็นบางสิ่งหรือปรากฏการณ์บางอย่างขึ้น เช่น พายุ ฟ้าร้อง แผ่นดินไหว

- กระบวนการทางชีววิทยาและประชากร กระบวนการทางชีววิทยาเริ่มต้นที่การก่อกำเนิดชีวิต เพื่อให้เกิดสิ่งมีชีวิตขึ้น บางครั้งอาจมีการผ่าเหล่า (Mutation) ซึ่งเป็นวิวัฒนาการแบบก้าวกระโดด (Emergent evolution) ส่วนประชากรจะเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ทั้งการเพิ่มขึ้นหรือลดลง

- กระบวนการผลิตทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ เทคโนโลยีเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ จากเครื่องจักรกล สู่คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีเป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว รุนแรงและไม่สิ้นสุด

- กระบวนการทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยเชิงนามธรรม หมายถึงกระบวนการทางจิตใจ เช่น ความรู้สึก ความต้องการ ความสนใจ ค่านิยม ซึ่งสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้นล้วนแต่เป็นงานอันเกิดจากกระบวนการจิตใจเพื่อสนองความต้องการของตนเอง (วราคม ทีสุกะ 2544: 76-77)

แนวโน้มกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญในปัจจุบัน

- การทำให้เป็นอุตสาหกรรม (Industrialization) หมายถึง กระบวนการพัฒนาเทคโนโลยีโดยการใช้วิทยาศาสตร์การประยุกต์ในการขยายผลิตรวมขนาดใหญ่ด้วยกำลังเศรษฐกิจเพื่อตลาดการค้าอันกว้างใหญ่ โดยการใช้จ่ายแรงงานที่ชำนาญเฉพาะด้าน

- การทำให้เป็นเมือง (Urbanization) หมายถึง กระบวนการที่ชุมชนกลายเป็นเมืองหรือการเคลื่อนย้ายของผู้คน หรือการดำเนินการงานเข้าสู่บริเวณ หรือการขยายตัวของเมืองออกไปทางพื้นที่ การเพิ่มจำนวนประชากรหรือการดำเนินการต่างๆ มากขึ้น

- การทำให้เป็นประชาธิปไตย (Democratization) เน้นการที่ประชาชนมีส่วนร่วม และควบคุมกิจกรรมของชุมชนในฐานะเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่คำนึงถึงคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ยศ สถานภาพ หรือทรัพย์สินสมบัติ

- การแพร่ของการจัดองค์การสมัยใหม่ (Bureaucratization) หมายถึง การแพร่ของระบบบริหารงานโดยมีเจ้าหน้าที่ตามลำดับชั้น โดยแต่ละคนต้องรับผิดชอบต่อผู้บังคับบัญชาของตน มักปรากฏในองค์การรัฐบาล และธุรกิจต่างๆ เช่น สหภาพแรงงาน การอุตสาหกรรม ฯลฯ

- กระบวนการสร้างคนชายขอบ (Marginization) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เหลื่อมล้ำมากยิ่งขึ้น โดยเกิดขึ้นขณะที่เกิดความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจระดับสูงในกลุ่มหนึ่ง แต่คนอีกส่วนหนึ่งที่อยู่ห่างไกลจากการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงไปทุกที (สุริชัย หวันแก้ว 2535: 164-165)

### 3.5 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งสำคัญต่อลักษณะของวัฒนธรรมของมนุษย์ ถ้าปราศจากการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมแล้ววัฒนธรรมก็ไม่สามารถพัฒนาขึ้นมาได้ การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมส่วนใหญ่จึงนำไปสู่ความเจริญทางวัฒนธรรม แต่ในหลายกรณีการเปลี่ยนแปลงขึ้นแล้วกลับเลวลงกว่าเดิมก็มี อย่างไรก็ตามมนุษย์ทำการเปลี่ยนแปลงก็เพื่อไปสู่การพัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิมทั้งสิ้น

#### 3.5.1 สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

- 1) เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงภูมิประเทศและภูมิอากาศ หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง
- 2) การเบียดเบียนในความขัดแย้ง
- 3) การอพยพโยกย้ายถิ่น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยอย่างถาวรด้วยสาเหตุจากการแต่งงานกับคนต่างสังคม การอาชีพ ภัยธรรมชาติ และสาเหตุทางการเมือง เช่น เกิดสงครามภายใน เป็นต้น
- 4) การติดต่อกับคนต่างสังคม แล้วรับเอาแนวความคิดใหม่ๆ และพฤติกรรมใหม่ๆ มาใช้ เช่น การไปศึกษาต่อ ไปท่องเที่ยว และการทำการค้าขายกับคนต่างสังคม ในที่สุดก็จะทำให้ค่านิยมและพฤติกรรมเดิมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมไม่มากนักน้อย (นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 255)

### 3.5.2 กลไกของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

1) การประดิษฐ์คิดค้น (*Invention and Discovery*) การประดิษฐ์ หมายถึง การคิดค้นและสร้างสิ่งใหม่ๆ โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจจะเป็นแนวคิด วิธีการ และเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ใหม่ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นมา ต่อมาสิ่งเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ ในสังคม และในที่สุดก็กลายเป็นแบบแผนและสิ่งของประจำสังคมต่อไป

2) การแพร่กระจาย (*Diffusion and Borrowing*) เกิดจากการที่คนต่าง วัฒนธรรมและผู้คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ได้มีโอกาสมาพบปะและติดต่อกันในช่วงเวลาหนึ่งอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ แล้วจึงแลกเปลี่ยนและหยิบยืมวัฒนธรรมของกันและกัน

3) การละทิ้งวัฒนธรรมเดิม (*Cultural loss*) การเปลี่ยนแปลงคือการรับสิ่งใหม่ๆ มาผนวกเข้ากับสิ่งเก่าๆ การยอมรับในสิ่งใหม่ๆ จะนำไปสู่การละทิ้งสิ่งเก่าที่เคยมีมาแต่เดิม เสมอ แต่การละทิ้งวัฒนธรรมเดิมอาจจะไม่มีสิ่งใหม่มาทดแทนก็ได้ เช่น ชาวอินเดียแดงบางเผ่า ละทิ้งพิธีกรรมขอขอบคุณพระเจ้าเมื่อหายเจ็บป่วย เพราะแทบไม่ได้ให้ประโยชน์อะไรแล้ว เมื่อ การแพทย์สมัยใหม่เจริญขึ้น

4) การรับวัฒนธรรมใหม่ (*Acculturation*) ในกระบวนการยอมรับ วัฒนธรรมจะมีกระบวนการเกิดขึ้นดังต่อไปนี้ การทดแทน (*Substitution*), การสังเคราะห์นิยม (*Syncretism*), การเพิ่ม (*Addition*), วัฒนธรรมเสื่อมถอย (*Deculturation*), การริเริ่ม (*Organization*), การต่อต้าน (*Rejection*) และการสูญเสีย (*Deprivation*) (นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 255 - 259)

### 3.5.3 ขบวนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

1) การปลูกฝังวัฒนธรรม (*Enculturation*) เป็นขบวนการเรียนรู้วัฒนธรรม จากคนรุ่นก่อนของสังคม เกิดในวัยเยาว์

2) การรับวัฒนธรรมใหม่ (*Acculturation*) เป็นขบวนการรับวัฒนธรรม ใหม่ๆ เข้ามาใช้ในสังคม เกิดในวัยผู้ใหญ่ สัมพันธ์กับขบวนการปลูกฝังวัฒนธรรมในเชิงผกผัน กล่าวคือถ้าวัฒนธรรมเดิมถูกปลูกฝังมาอย่างแน่นหนาและมั่นคง การรับวัฒนธรรมใหม่เข้ามาจะ ยากและช้า แต่หากการปลูกฝังวัฒนธรรมเดิมหละหลวม การรับวัฒนธรรมใหม่จะง่ายและเร็วขึ้น

3) องค์ประกอบอื่นๆ ของขบวนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (*Other Cultural Change Process*) ประกอบด้วย การแพร่กระจายของวัฒนธรรม (*Cultural Diffusion*), วัฒนธรรมสัมผัส (*Cultural Contact*), นวัตกรรม (*Innovation*), การผสมผสานทางวัฒนธรรม (*Cultural Integration*) และ การกลืนกลายทางวัฒนธรรม (*Culturation Assimilation*) (นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 261)

### 3.5.4 ประเภทของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

- 1) การเปลี่ยนแปลงแบบอิสระ (*Free Change*) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทุกวันโดยไม่ต้องมีผู้ใดชักนำ หรือบังคับ
- 2) การนำการเปลี่ยนแปลง (*Directed Change*) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนักวิชาการหรือผู้มีประสบการณ์ทางวัฒนธรรมเป็นที่เล็งคอบและแนะนำให้ความรู้ ประชาชนเป็นผู้ริเริ่มและกระทำการเปลี่ยนแปลงเอง นักวิชาการเป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้ช่วยนำทางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างมีเหตุผล
- 3) การวางแผนเปลี่ยนแปลง (*Planned Change*) เป็นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในรูปแบบบังคับหลายๆ มุ่งองค์การเปลี่ยนแปลงเป็นผู้เปลี่ยนแปลง บงการ ชี้แนะ และทำการเปลี่ยนแปลงให้ประชาชนทุกอย่าง ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย ตัวอย่างเช่น การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยตามแผนพัฒนา 1 – 5
- 4) การบังคับเปลี่ยนแปลง (*Forced Change*) เป็นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมของสังคมแบบบังคับโดยใช้กำลังอาวุธ เป็นการกระทำการเปลี่ยนแปลงโดยพลการ ไม่สนใจว่าเป็นผู้ถูกเปลี่ยนแปลงจะรู้สึกอย่างไรและเห็นด้วยหรือไม่ เช่น การปฏิวัติยึดอำนาจ (นิพนธ์ วรรณศิริ 2550: 265 – 268)

### 3.6 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

#### 3.6.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับวิวัฒนาการทางวัฒนธรรม (*Cultural evolution theories*)

1) ทฤษฎีวิวัฒนาการสายเดี่ยว แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากงานของชาร์ลส์ ดาร์วิน ในหนังสือ *On the Origin of Species* ซึ่งสรุปได้ว่า วิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตทั้งหลายนั้นได้เริ่มจากแบบชีวิตที่มีโครงสร้างทางร่างกายอย่างง่าย ๆ แล้วจึงพัฒนาสู่แบบชีวิตที่มีโครงสร้างทางร่างกายที่สลับซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การพัฒนาแนวคิดทางสังคมศาสตร์ของ เฮนรี มอร์แกน, เซอร์เบิร์ต สเปนเซอร์, และ เอ็ดเวิร์ด บี ไทเลอร์ ที่เชื่อว่า สังคมมนุษย์ก็มีภาวะเช่นเดียวกับสิ่งมีชีวิตคือ เริ่มต้นด้วยการเป็นสังคมแบบง่าย ๆ หยิบๆ มีภาวะความเป็นอยู่แบบเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ แล้วจึงค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นสังคมที่สลับซับซ้อนขึ้น มีความละเอียดอ่อนมากขึ้น และภาวะความเป็นอยู่ของคนในสังคมก็แตกต่างกันมากขึ้น เป็นผลมาจากการมีกิจกรรมทางสังคมต่างๆ เพิ่มมากขึ้นเพราะความเจริญก้าวหน้าทางสังคม

2) ทฤษฎีวิวัฒนาการหลายสายหรือวิวัฒนาการขนาน ผู้ริเริ่มคือ Julian Steward วิวัฒนาการหลายสายสนใจศึกษาวัฒนธรรมต่างๆ แต่ไม่ใช่มุ่งแสวงหาข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมเพื่อจับเอามาใส่กรอบแนวคิดซึ่งจัดสร้างไว้ก่อนแล้ว กลุ่มนี้ต้องการศึกษาเฉพาะวัฒนธรรมบางลักษณะที่มีอยู่คล้ายคลึงกัน ในหลายพื้นที่ทั้งในแง่ของรูปแบบ (form) และ



การทำหน้าที่ (function) และความต่อเนื่อง (sequence) ซึ่งได้ทดสอบแล้วว่ามีความถูกต้อง แนวคิดที่สำคัญคือ นิเวศวิทยาวัฒนธรรม ที่เป็นการศึกษาแบบแผนวัฒนธรรมที่มีความใกล้ชิดกับการปรับตัวเข้ากับสถานะแวดล้อมเพื่อการดำรงชีพของมนุษย์มากที่สุด ได้แก่ ระบบเทคนิควิทยา (Technology) เพื่อให้ทราบว่าสิ่งเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้แตกต่างกันอย่างไร และได้ก่อให้เกิดมีการจัดการทางสังคมที่แตกต่างกันอย่างไรในแต่ละสถานะแวดล้อม (สนิท สมักรการ 2549: 15 – 22)

### 3.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรม (assimilation, acculturation and cultural integration)

การผสมผสานทางวัฒนธรรมเน้นถึงการเชื่อมต่อและการสอดแทรก ระหว่างวัฒนธรรมที่ต่างกันโดยผ่านการติดต่อระหว่างบุคคลและกลุ่มชน ซึ่งในท้ายที่สุดได้ก่อให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงในวัฒนธรรมของแต่ละฝ่ายขึ้น กลายมาเป็นวัฒนธรรมใหม่ที่ยอมรับและใช้ร่วมกัน ส่วนการกลืนกลายวัฒนธรรมนั้นประกอบด้วยปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่กลุ่มชนซึ่งมีวัฒนธรรมแตกต่างกันมาทำการติดต่อกัน โดยตรงต่อเนื่องกันไป และก่อให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นตามมาในแบบแผนวัฒนธรรมเดิมของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่าย

การผสมผสานทางวัฒนธรรมแยกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่เชื่อว่าการผสมผสานทางวัฒนธรรมในท้ายที่สุดจะนำไปสู่ภาวะสุดท้ายที่เรียกว่า “สภาพชีวิตวัฒนธรรมร่วมกัน” คือ ไม่มีความแตกต่างระหว่างคนส่วนน้อยและคนส่วนใหญ่หลงเหลืออยู่เลย กลุ่มนี้เรียกว่า ทฤษฎีเอกวัฒนธรรม (Melting Pot Theory) กับกลุ่มที่มีความเชื่อว่าคนต่างวัฒนธรรมเหล่านี้จะอยู่ร่วมกันได้ภายในสังคมเดียวกันและปฏิบัติหน้าที่ต่อสังคมใหญ่ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน เป็นการยอมรับวัฒนธรรมย่อย (sub-culture) ยังมีอยู่และจะมีอยู่เรื่อยไป กลุ่มที่มีความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ทฤษฎีพหุวัฒนธรรม (Cultural Pluralism Theory) (สนิท สมักรการ 2549: 23 – 27)

### 3.6.3 แนวคิดเรื่องการปรับตัวไม่ทันกันของวัฒนธรรม (cultural lag concept)

ผู้เสนอแนวคิดนี้ได้แก่ William Ogburn ที่อธิบายการปรับตัวไม่ทันกัน (lag condition) เกิดขึ้นได้เมื่อส่วนหนึ่งในสองส่วนของวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์กันได้เปลี่ยนไปก่อนหรือเปลี่ยนไปในระดับที่มากกว่าอีกส่วนหนึ่ง เป็นเหตุให้การปรับตัวของสองส่วนที่เกี่ยวข้องกันนี้เป็นไปได้ไม่ดีเท่าเดิม โดยแบ่งวัฒนธรรมออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ วัฒนธรรมที่เป็นวัตถุ และวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ Ogburn มองว่าวัฒนธรรมทางวัตถุเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอื่นๆ ตามมา เพราะวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุจะปรับตัวได้ช้ากว่า (สนิท สมักรการ 2549: 44 - 45)



### 3.6.4 ทฤษฎีการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย

แนวทฤษฎีการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยที่คลาสสิกก็คือ Lerner (อ้างถึงในฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ 2528: 108) ได้กำหนดกระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1) เปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพเมือง (Urbanization) คือ จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น จนทำให้กลายเป็นชุมชนขนาดใหญ่

2) การเพิ่มจำนวนประชากรที่อ่านออกเขียนได้

3) การที่คนมีส่วนในการสื่อสารมวลชนมากขึ้น

4) การมีส่วนร่วมทางการเมืองเพิ่มมากขึ้น

นักมานุษยวิทยา Julian Steward อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในระดับจุลภาค คือ ชุมชนขนาดเล็ก เกิดลักษณะร่วมบางประการได้แก่

1) เมื่อระบบทุนนิยมเข้ามาในสังคมประเพณี เงินตราเริ่มมีบทบาทสำคัญในการแลกเปลี่ยนการผลิตและบริการ

2) การเปลี่ยนแปลงจากสังคมประเพณีไปสู่สังคมที่ทันสมัย

3) แนวโน้มที่เกิดขึ้นคือบุคคลทำงานรับจ้างมากขึ้นและทำงานอิสระของตัวเองน้อยลง ชาวชนาไม่ได้ทำนาของตนเอง แต่กลายเป็นแรงงานเกษตรขนาดใหญ่ หรือแรงงานอุตสาหกรรม

ขณะที่ Poggie เห็นว่าการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยมีความซับซ้อนและไม่ได้เป็นทิศทางเดียว เพราะเงื่อนไขลักษณะสังคมเดิมไม่เหมือนกัน การวิเคราะห์ควรใช้แนวทางนิเวศ (ecological approach) คือ คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม รวมไปถึงระบบประเทศ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่

1) การใช้ปริมาณพลังงานมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

2) อวสานของอาณานิคมทางการเมือง แต่เริ่มต้นอิทธิพลทางเศรษฐกิจและการเมืองในทางอ้อม

3) มหาอำนาจแบ่งออกเป็น 2 ค่าย คือ สังคมนิยมและทุนนิยม แข่งกันสร้างอาณานิทธิพลทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม กับประเทศที่กำลังพัฒนา (ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ 2528: 107 – 112)

### 3.6.5 แนวคิดและทฤษฎีอื่นๆ (other concept and theories)

1) แนวคิดการเปลี่ยนแปลงแบบวัฏจักร (Oscillation concept) ชื่อนิพนธ์ฐานสำคัญที่มีอยู่ภายใต้แนวคิดของกลุ่มนี้คือว่า การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมนั้นจะมีการ

หมุนเวียนสลับกันไปมาระหว่างความเจริญรุ่งเรืองกับความเสื่อมโทรมในช่วงเวลาที่ค่อนข้างจะสม่ำเสมอ ซึ่งบางครั้งอาจมีความยาวนานแตกต่างกันอยู่บ้าง ความเจริญหรือความเสื่อมอาจเกิดขึ้นแก่บางส่วนของวัฒนธรรมหรือเกิดขึ้นกับวัฒนธรรมโดยส่วนรวมก็ได้

2) *แนวคิดการเคลื่อนไหวดุลยภาพ (Moving equilibrium concept)* เป็นเรื่อง ที่ต่อเนื่องกับการวิเคราะห์สังคมในแง่ของโครงสร้างและหน้าที่ เป็นการสันนิษฐานว่า วัฒนธรรม คือระบบเปิดชนิดหนึ่งซึ่งมีการติดต่อเคลื่อนไหวทั้งกับสิ่งแวดล้อมภายนอกและส่วนประกอบต่างๆ อันเป็นระบบย่อยภายในของแต่ละวัฒนธรรมเอง การรักษาของเขตของระบบ หมายความว่าถึงกรณีที่ระบบสังคมกระทำการศึกษาแบบแผนต่างๆ ไว้คงที่ หากมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้างเล็กน้อยใน บางครั้งบางคราวอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความผันผวนของสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมตามแนวคิดนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญ 2 ประการ คือ ความเครียด (strain) นำไปสู่การสร้างภาวะดุลยภาพใหม่ และผลประโยชน์ที่มีอยู่ (vested interest) ที่ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผลประโยชน์ที่มีอยู่มักแสดงออกมาในรูปของการทำให้เป็นสถาบัน (institutionalization) โดยสังคมพยายามรักษาขอบเขตของระบบด้วยการสร้างสถาบันขึ้นเพื่อสนอง ความต้องการของสมาชิกในเรื่องต่างๆ ประดิษฐ์กรรม นวัตกรรมต่างๆ กระตุ้นให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่เป็นการทำลายขอบเขตเดิมของระบบนั่นเอง

3) *แนวคิดกระบวนการเสริมพลัง (Revitalization Process)* กระบวนการ เสริมพลัง หมายถึง ความพยายามอย่างปราณีตของสมาชิกบางคนของสังคมที่จะจัดการสร้าง วัฒนธรรมที่สามารถทำความพึงพอใจให้แก่สมาชิกโดยส่วนรวมของสังคมมากกว่าที่ปรากฏอยู่ใน ปัจจุบันด้วยการรับเอานวัตกรรมต่างๆ หลายอย่างเข้ามาอย่างรวดเร็ว การดำเนินการสร้างเสริม พลังให้สำเร็จจะต้องมีการจัดทำหน้าที่ต่างๆ ได้แก่ การสร้างกฎระเบียบขึ้นใหม่, การสื่อสาร, การ จัดตั้งองค์กร, การคัดแปลงแก้ไข, การแปลงรูปแบบวัฒนธรรม, ก่อนที่จะมีการเข้าสู่ภาวะปกติ (สนธิ สมัครงการ 2549: 53 – 65)

### 3.7 สังคมและวัฒนธรรมไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์

#### 3.7.1 ความหมายและลักษณะของโลกาภิวัตน์

โลกาภิวัตน์ (Globalization) หมายถึง ภาวะของโลกที่มีความใกล้ชิดมากขึ้น กว่าเดิม เพราะความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการสื่อสารและคมนาคม (สนธิ สมัครงการ 2549:149) ลักษณะสำคัญของยุคโลกาภิวัตน์มีดังนี้

- เป็นยุคที่เทคโนโลยีทางการคมนาคมและการสื่อสารมีความ เจริญก้าวหน้าสูงมาก (Highly advance) สามารถทำให้คนที่อยู่ไกลกันคนละซีกโลกได้รับทราบข่าว คราวของกันและกัน

- เป็นยุคที่ผู้คนต่างวัฒนธรรมมีโอกาสพบกันซึ่งหน้ามากขึ้นอย่างไม่เคยมีมาก่อน การเดินทางมีความสะดวกรวดเร็วมากขึ้นจากเครื่องบิน ทำให้ผู้คนได้มีโอกาสสัมผัสวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แนวคิดความหลงในชาติพันธุ์ของตน (Ethnocentrism) ลดลง

- ความเหลื่อมล้ำทางสังคมระหว่างกลุ่มชนต่างๆ ลดลงอย่างมาก เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ด้อยโอกาส แนวคิดสิทธิมนุษยชน (Human right) มีความแพร่หลาย

- เป็นยุคที่ผู้คนเริ่มต้นตัวในสภาพแวดล้อมที่สูญเสียไปเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เช่น ภาวะสภาวะโลกร้อน (Global warming)

สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ อดีต นายกรัฐมนตรี นายอานันท์ ปันยารชุน (อ้างถึงใน วราคม ที่สุกะ 2544: 84) ได้แสดงความเห็นไว้ว่า

“...ประเทศไทยได้ถูกดึงเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจและการเมืองโลกอย่างเต็มตัว ยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอันยิ่งใหญ่ไพศาลต่อการดำเนินชีวิตของคนไทย รัฐบาลไทยเร่งรัดให้สังคมไทยกระโจนเข้าไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม เร่งสร้างความปรารถนาให้คนไทยทั่วไปมีชีวิตอย่างทันสมัยตามอย่างสังคมตะวันตก ผลกระทบทางสังคมได้ยิ่งลึกลงอย่างรุนแรงและรวดเร็ว โดยเฉพาะในชนบท สังคมชนบทที่เคยเลี้ยงตัวเองได้ด้วยทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์และมีพลังในการดูแลสวัสดิภาพชีวิตของตนเอง เปลี่ยนบทบาทมาอยู่ที่ท้ายขบวนคายเป็นบริวารให้แก่ภาคอุตสาหกรรมและระบบเศรษฐกิจเชิงทุนนิยม การผลิตเชิงพาณิชย์มีส่วนสูงชันเรื่อยๆ ทำให้ชาวชนบทสามารถพึ่งพิงตนเองได้น้อยลงทุกที...”

สภาพดังกล่าวทำให้เกิดการเสื่อมสลายของสถาบันสังคมในท้องถิ่น ผู้อาวุโสในหมู่บ้านถูกแทนที่ด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อาวุโสกลายเป็นคนไม่ทันสมัย ครอบครัวยุคใหม่สามารถเลี้ยงตนเองได้ ทำให้สมาชิกต้องออกไปหางานทำนอกหมู่บ้าน ผู้หญิงต้องทำงานในโรงงาน ขณะที่บางกลุ่มกลายเป็นโสเภณี ชาวนาที่ปรับตัวไม่ทันสูญเสียที่ดินทำกินก็กลายเป็นแรงงานรับจ้างต่อไป กลุ่มคนที่เกิดขึ้นใหม่ในสังคมได้แก่ “เจ้าพ่อ” ซึ่งมีอิทธิพลในท้องถิ่นบางส่วนได้เข้าไปมีบทบาทในการบริหารประเทศในระบบการเมืองแบบเลือกตั้ง ช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบทสูงขึ้น

### 3.7.2 ทฤษฎีทางวัฒนธรรมในสังคมยุคโลกาภิวัตน์

1) ทฤษฎีการกลายเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogenization) กระบวนโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดความเหมือนหรือความคล้ายคลึงทางวัฒนธรรม จนถึงได้ว่าสังคมต่างๆ จะมีการบรรจบกันทางวัฒนธรรมมากขึ้นทุกที

2) ทฤษฎีการแยกขั้ว (Polarization) กระบวนการโลกาภิวัตน์สามารถนำไปสู่ความขัดแย้งและสงครามทางวัฒนธรรมได้ เช่น ระหว่างวิถีอเมริกันและสงครามศักดิ์สิทธิ์แห่งอิสลาม เป็นต้น

3) ทฤษฎีพันทาง (Hybridization) กระบวนการโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและหิบบ่มองค์ประกอบทางวัฒนธรรมระหว่างกัน (ไพฑูรย์ มีกุลศ 2553: 15-21,22)

### 3.7.3 โลกาภิวัตน์กับแรงงาน

ประเทศในภูมิภาคเอเชียได้มีความสำคัญด้านเศรษฐกิจโลกตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา ซึ่งเกิดจากจากมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและเป็นไปอย่างรวดเร็ว สามารถลดความแตกต่างทางด้านรายได้และลดความยากจนลงได้ มีการเจริญเติบโตทางการส่งออก อัตราการเกิดของประชากรต่ำ อัตราการออมและการลงทุนสูง อัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์ทางด้านการลงทุน และทุนมนุษย์เป็นไปอย่างรวดเร็ว (World Bank 1993 อ้างถึงใน สังคีต พิริยะรังสรรค์ 2538: 260 – 261)

จากสภาพดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแรงงานในประเทศไทย ดังนี้

การเคลื่อนไหวของทุน สินค้า และบริการระหว่างประเทศเป็นไปอย่างเสรีมากขึ้น บรรษัทข้ามชาติมีการขยายตัว หากรัฐมิได้ดำเนินนโยบายที่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสังคม คือสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของลูกจ้างได้

การแข่งขันของวิสาหกิจเอกชนจะเข้มข้นมากขึ้น นายจ้างต้องดูแลเรื่องการลดต้นทุนเพื่อเอาชนะคู่แข่งตนโดยไม่สนใจกับการให้การคุ้มครองสุขภาพ และความปลอดภัยในสถานที่ทำงานอย่างพอเพียง

การใช้เทคโนโลยีแทนแรงงานมากขึ้น การใช้เทคโนโลยีจำนวนมากอาจทำให้เกิดการเลิกจ้างแรงงานคราวละมากๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอุตสาหกรรมสิ่งทอ

โรงงานอาจหันมาใช้ลูกจ้างชั่วคราว คนงานต่างชาติ และผู้รับจ้างเหมามากขึ้น เพราะประหยัดการลงทุน

การมีส่วนร่วมของลูกจ้างในธุรกิจขนาดใหญ่อาจมีการขยายตัวมากขึ้น

(สังคีต พิริยะรังสรรค์ 2538: 262 -265)

### 3.8 การอพยพแรงงานย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง

โดยทั่วไปประชาชนในชนบทจะรักถิ่นฐานบ้านเกิดของตนไม่ยอมอพยพไปจากท้องถิ่นของตนง่ายๆ แต่ในสังคมปัจจุบันการอพยพย้ายถิ่นของชาวชนบทมีปริมาณมากขึ้น เนื่องจากการเข้ามาหางานทำ หรือหาที่ทำกินใหม่ ซึ่งสาเหตุการอพยพเกิดจาก

**3.8.1 การว่างงานแบบแฝง** เนื่องจากการเพาะปลูกทำในช่วงเดือน พฤษภาคม – ตุลาคม ส่วนในฤดูแล้งชาวชนบทส่วนใหญ่จะว่างงาน สภาพเช่นนี้ทำให้ชาวชนบทต้องเข้ามาหางานทำในเมืองหลวงเพื่อความอยู่รอดของตนเอง

**3.8.2 ผลผลิตต่ำและถูกกดราคา** คนในภาคเกษตรกรรมของไทยมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจไทยยังผูกพันกับกรุงเทพมหานคร ความแห้งแล้งต่อเนื่องของสภาพดินฟ้าอากาศและนิเวศวิทยา รวมทั้งการถูกกดราคาผลผลิต ความหวังของชาวชนบทจึงอยู่ที่เมือง เพื่อสร้างโอกาสที่ดีกับตนได้

**3.8.3 การไร้ที่ดินทำกินและการสูญเสียกรรมสิทธิ์ที่ดิน** ปัจจุบันชาวนาเสียเงินให้กับเงินกู้ยืมในระบบจำนวนร้อยละ 5 – 10 ต่อเดือน เป็นผลกระทบมาจากภาวะแห้งแล้งและผลผลิตราคาต่ำ จนในที่สุดหลายรายต้องสูญเสียที่ดินของตนเพื่อชำระหนี้ การไม่มีที่ดินอาจทำให้ต้องเป็นการรับจ้างทำการเกษตร หรือเดินทางเข้ามาสู่เมืองเพื่อทำงานขายแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม

**3.8.4 การเปิดตลาดแรงงานในต่างประเทศ** ประเทศในตะวันออกกลาง สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และในยุโรปบางประเทศ มีความต้องการแรงงานราคาถูกสูง จึงมีการอพยพไปทำงานต่างประเทศของชาวนา เนื่องจากรายได้ค่อนข้างดีเมื่อเปรียบเทียบกับที่เคยได้รับในภาคเกษตรของไทย

**3.8.5 ค่านิยมที่ต้องการเข้ามาเที่ยวกรุงเทพฯ และมาแสวงโชค** กรุงเทพฯเป็นเมืองที่มีความเจริญพร้อมทุกอย่าง ทำให้ชาวบ้านเกิดค่านิยมใฝ่ฝันที่จะเข้ามาทำมาหากินด้วยความหวังว่าจะได้มาใช้ชีวิตในนครที่รุ่งเรือง (ภูมิธรรม เวชยชัย และจิตรา วีรบุรินทร์ 2553: 10 – 37,38)

แม้ว่าสมุทรปราการจะไม่ใช่กรุงเทพฯ แต่ก็ป็นเมืองที่รองรับความเจริญของกรุงเทพฯ ในทุกด้าน ทั้งระบบคมนาคมขนส่ง สาธารณูปโภค อนามัย การศึกษา และที่สำคัญคือการมีโรงงานอุตสาหกรรมให้ชาวชนบทสามารถเข้ามาขายแรงงานของตนเพื่อแลกกับเงินในการดำรงชีพได้

### 3.9 การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยในช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553

ในปี พ.ศ. 2540 ได้เกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจกับประเทศไทยที่เรียกกันว่า “ฟองสบู่แตก” ส่งผลลุกลามไปยังประเทศอื่นๆ หลายประเทศ เช่น มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และเกาหลี เป็นต้น (เอกวิทย์ ณ ถลาง 2545: 111) สาเหตุที่สำคัญเนื่องมาจาก

- ประเทศไทยมีหนี้ต่างประเทศสูงมากกว่าเงินสำรอง
- การขาดดุลบัญชีเดินสะพัด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการซื้อสินค้าและบริการมากกว่าการขายสินค้าและบริการ เพราะต้นทุนภายในประเทศไม่สามารถแข่งขันด้าน



ต้นทุนการผลิตที่ต่ำกว่ากับประเทศจีน เวียดนาม และอินเดียได้ ส่วนประเทศแถบยุโรปตะวันออกก็กลายเป็นทุนนิยมและเข้าเป็นสมาชิกของสหภาพยุโรป หรือมีการรวมกลุ่มระหว่างประเทศในภูมิภาคอื่นๆ เช่น NAFTA เป็นต้น ทำให้มีสิทธิทางการค้าดีกว่าประเทศไทย

- การลงทุนโดยตรงของต่างประเทศมีการชะลอตัว
- นโยบายการเกิดเสรีทางการเงิน ทำให้เกิดการกีดกันต่างประเทศอย่างมหาศาล โดยไม่คำนึงถึงความเสียหายจากอัตราแลกเปลี่ยน และเงินที่กู้ยืมมาก็ลงทุนในด้านอสังหาริมทรัพย์นำไปสู่การขยายตัวของธุรกิจฟองสบู่

- นโยบายอัตราแลกเปลี่ยนที่ใช้ระบบตะกร้าเงิน (Basket of Currencies) แต่พื้นฐานทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอ่อนแอเมื่อเทียบกับดอลลาร์สหรัฐ ทำให้ถูกโจมตีโดยกองทุนเก็งกำไรค่าเงิน (ลีดา สอนศรี 2552: 355)

การแก้ไขปัญหาของรัฐบาลในพ.ศ. 2544 เป็นการหว่านเมล็ดเงินลงในชุมชนระดับ “รากหญ้า” ที่เรียกว่าเป็นนโยบาย “ประชานิยม” ซึ่งทำให้คนเป็นหนี้เพิ่มขึ้น และไม่ให้ความสำคัญกับการออม เพื่อให้เกิดการไหลเวียนของเงินในตลาด นอกจากนี้สังคมไทยยังเต็มไปด้วยการคอร์รัปชัน อันเกิดจากความร่วมมือระหว่างเอกชนกับราชการ (ณรงค์ พ่วงพิศ 2549: 14-43) สภาพการณ์ดังกล่าวห่างไกลจากแนวพระราชดำรัส “เศรษฐกิจพอเพียง” อยู่มาก เมื่อคนไทยมีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย หนทางหนึ่งที่ได้ก็คือการคอร์รัปชันเพื่อให้ได้เงิน ทำให้ค่านิยมของสังคมเปลี่ยนไป จากการให้คุณค่าในเรื่องความซื่อสัตย์สุจริตกลายเป็นนิยมซึ่งสิ่งของฟุ่มเฟือยและความร่ำรวยโดยไม่สนใจถึงวิธีการ

ผลกระทบจากวิกฤตการณ์ทางการเงินก่อให้เกิดการปฏิรูปหลายๆ ด้านของสังคมไทย เช่น

- การปฏิรูปการเมืองนำไปสู่การยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่เพื่อความสอดคล้องกับประชาธิปไตยและการพัฒนาประเทศในแนวทางที่สอดคล้องกับพื้นฐานวัฒนธรรมไทย และภูมิปัญญาไทยมากยิ่งขึ้น

- การปฏิรูประบบราชการเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีและทันสมัย (Good governance)

- การปฏิรูปการศึกษา มีการใช้พระราชบัญญัติการศึกษาฉบับใหม่ เพื่อเปลี่ยนวิธีการของกระบวนการเรียนรู้ ทุกระดับ ทุกประเภท เพื่อพัฒนาคนให้เก่งกล้า และคึกคัก

- การปฏิรูปเศรษฐกิจ มีการนำเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ ในภาคประชาชนก็งานรับมีการสร้าง “ชุมชนเข้มแข็ง” บนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจรากเหง้าวัฒนธรรมและทรัพยากรของตนเอง



- การปรับตัวทางวัฒนธรรม ผลกระทบจากความเสียหายทางเศรษฐกิจนำไปสู่การเกิดกระแส “ชาตินิยมใหม่” ในความหมายที่ต้องการความเป็นตัวของตัวเองในทุกด้าน โดยเฉพาะทางเศรษฐกิจ การเมือง การจัดการศึกษา วัฒนธรรม การจัดการสิ่งแวดล้อม (เอกวิทย์ ณ ถลาง 2545: 113-116)

ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวกระตุ้นให้สังคมไทยหันมาให้ความสนใจในภูมิปัญญาชาวบ้านอย่างมาก ซึ่งภูมิปัญญาเหล่านี้สามารถนำมาสานต่อหรือขยายผลให้เกิดผลดีและไม่ทำลายระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติได้หลายประการ ไม่ว่าจะเป็น การบวชป่าและสืบชะตาแม่น้ำของชาวไทยล้านนาทางภาคเหนือ อาหารไทย สมุนไพรไทย และกองทุนหมู่บ้านหรือสวัสดิการชุมชน ล้วนสอดคล้องกับความเชื่อในเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์และพระพุทธศาสนาของไทยได้อย่างดียิ่ง

#### 4. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดสมุทรปราการ

##### 4.1 ประวัติจังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการถ้าแปลตามศัพท์แปลว่า “ป้อมชายทะเล” (สมุทร หมายถึง ทะเล และปราการ หมายถึง ป้อม) สมุทรปราการเป็นเมืองโบราณ เปลี่ยนชื่อมาจากเมืองเดิมชื่อ พระประแดง ซึ่งปัจจุบันเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ ประวัติการสร้างเมืองสมุทรปราการนั้นมีความเกี่ยวข้องกับเมืองพระประแดงและเมืองนครเขื่อนขันธ์อย่างมาก

เมืองพระประแดงสันนิษฐานว่าสร้างในสมัยขอมเรื่องอำนาจ และขึ้นกับกรุงสุโขทัย และอยุธยาตามลำดับ ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นเมื่อแผ่นดินทางปากน้ำไฉ่ยกขึ้นโดยลำดับ ทำให้เมืองห่างจากปากน้ำออกไปทุกที จึงมีการสร้างเมืองขึ้นใหม่ตรงปากน้ำอีกคราว เรียกว่า ปากน้ำเจ้าพระยา ทางใต้พระประแดงลงไป ระยะเวลาในการสร้างไม่ปรากฏแน่ชัด มีหลักฐานในพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์รัชกาลที่ 2 กล่าวว่าสร้างขึ้นในแผ่นดินพระเจ้าทรงธรรม แต่พงศาวดารฉบับพระราชหัตถเลขา กล่าวว่าสมเด็จพระนารายณ์โปรดให้ยุบเมืองพระประแดงเสีย ส่วนในหนังสือโบราณของคุณชิน อยู่ดี กล่าวความไว้ตอนหนึ่งว่า “พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย โปรดให้พระเชษฐาธิราชวรส (พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว) สร้างขึ้น” (อ้างถึงใน เกียรติประวัติ อนุรักษ์ศิลปกรรม 2551: 228 -230)

ซึ่งจากหลักฐานอาจสันนิษฐานได้ว่า เมืองสมุทรปราการอาจสร้างในสมัยพระเจ้าทรงธรรมจริง แต่ไม่ได้หมายความว่าเมืองพระประแดงถูกยุบเลิกไป แต่เพราะความสำคัญในฐานะการป้องกันการศัตรูทางปากน้ำย่อมลดลงเมื่อเมืองห่างออกไป จนในที่สุดถูกยุบในสมัยแผ่นดิน

ของสมเด็จพระนารายณ์ ส่วนการสร้างในสมัยรัชกาลที่ 2 เป็นการสร้างเมืองขึ้นใหม่ในสถานที่ใหม่ ซึ่งเดิมเมืองสมุทรปราการตั้งอยู่บริเวณใต้คลองบางปลาจืดด้วยเหตุผลทางการค้ากับฮอลันดา ส่วนเมืองนครเขื่อนขันธ์สร้างในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก โปรดฯให้สร้างขึ้นมา ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นเมืองหรือจังหวัดพระประแดงในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว จากนั้นถูกยุบรวมกับจังหวัดสมุทรปราการจนเป็นอำเภอหนึ่งในปัจจุบัน (เกียรติประวัติ ธรรัฐลี สกล 2551: 228 -230 และ online 29 สิงหาคม 2553: <http://www.samutprakan.go.th/Title/history.pdf>)

#### 4.2 พื้นที่และอาณาเขต

จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาและเหนืออ่าวไทย มีเนื้อที่ประมาณ 1,004.092 ตารางกิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพฯ ไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 29 กิโลเมตรมีอาณาเขต ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ กรุงเทพมหานคร

ทิศใต้ ติดต่อกับ อ่าวไทย

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ กรุงเทพมหานคร

#### 4.3 การปกครอง

จังหวัดสมุทรปราการแบ่งออกเป็น 6 อำเภอ 50 ตำบล 399 หมู่บ้าน โดยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลจำนวน 17 แห่ง (1 เทศบาลนคร 3 เทศบาลเมืองและ 13 เทศบาลตำบล) มีองค์การบริหารส่วนตำบล 31 แห่ง

ตารางที่ 2.1 จำนวนองค์การปกครองของจังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ	จำนวน ตำบล (แห่ง)	จำนวน หมู่บ้าน (แห่ง)	จำนวน เทศบาล (แห่ง)	จำนวน อบต. (แห่ง)
เมืองสมุทรปราการ	13	95	7	5
พระประแดง	15	67	3	6
บางพลี	6	83	1	6
พระสมุทรเจดีย์	5	42	2	4
บางบ่อ	8	74	3	7

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

อำเภอ	จำนวน ตำบล (แห่ง)	จำนวน หมู่บ้าน (แห่ง)	จำนวน เทศบาล (แห่ง)	จำนวน อบต. (แห่ง)
บางเสาธง	3	38	1	3
รวม	50	399	17	31

ที่มา: online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)

#### 4.4 ประชากร

จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรเป็นอันดับ 2 ของภาครองจากกรุงเทพฯ เพราะเป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวจากกรุงเทพฯ ทั้งในด้านการอุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร ทำให้มีประชากรย้ายถิ่นจากที่อื่นมาอาศัยอยู่ในจังหวัดเป็นจำนวนมาก ประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามามีทั้งที่แจ้งย้ายที่อยู่อย่างถูกต้องและบางส่วนไม่ย้ายทะเบียนราษฎรเข้ามา ทำให้ประชากรที่มีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่มอายุ 20-29 ปี จะมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรต่ำกว่ากลุ่มอื่น

ในรอบปี 2551 มีประชากรตามทะเบียนราษฎรทั้งสิ้น 1.1 ล้านคนเศษ แยกเป็นชาย 551,970 คน หญิง 585,975 คน ทั้งนี้ยังไม่นับรวมประชากรแฝงซึ่งมีอยู่ประมาณ 800,000 คนเศษ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 จำนวนประชากรของจังหวัดสมุทรปราการ

อำเภอ	ชาย	หญิง	รวม	จำนวนบ้าน
เมืองสมุทรปราการ	235,394	253,257	488,606	194,075
พระประแดง	101,586	106,551	208,137	80,771
บางพลี	85,682	92,315	177,997	90,279
พระสมุทรเจดีย์	53,269	54,650	107,919	39,259
บางบ่อ	46,526	48,301	94,827	30,111
บางเสาธง	29,558	30,901	60,459	38,628
รวม	551,970	585,975	1,137,945	473,123

ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2551 ที่ทำการปกครองจังหวัดสมุทรปราการ  
ที่มา: online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)

เมื่อวิเคราะห์โครงสร้างประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า จังหวัดสมุทรปราการมี  
โครงสร้างประชากรดังนี้

ตารางที่ 2.3 จำนวนประชากรของจังหวัดสมุทรปราการ แยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ / กลุ่มประชากร	ร้อยละของประชากร ตามกลุ่มประชากร
อายุ ต่ำกว่า 5 ปี (วัยเด็ก)	7.74
อายุ 5- 14 ปี (วัยเรียน)	15.23
อายุ 15 - 59 ปี (วัยแรงงาน)	68.11
อายุ 60 ขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	8.92

ที่มา: online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)

กลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากที่สุด คือ วัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยที่สร้างรายได้ให้กับครอบครัว สำหรับแนวโน้มโครงสร้างตามกลุ่มอายุโดยรวมของประเทศ และจังหวัดสมุทรปราการ พบว่ากลุ่มอายุที่แนวโน้มโครงสร้างประชากรสูงขึ้นทุกปี คือ ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป

#### 4.5 ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มมีแม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่าน ไม่มีภูเขา มีลำคลองมากมาย ใช้ประโยชน์ทางคมนาคมและการขนส่งทางน้ำ รวมทั้งการประมงและการเกษตรกรรม จังหวัดสมุทรปราการไม่มีพื้นที่ป่าไม้ (ป่าบก) มีแต่ป่าชายเลนลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

**4.5.1 บริเวณริมแม่น้ำเจ้าพระยา** บริเวณทั้งสองฝั่งเป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การทำนา ทำสวน และเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนไปตามสภาพสถานะเศรษฐกิจด้านอุตสาหกรรมและชุมชนเมืองที่เกิดขึ้นใหม่

**4.5.2 บริเวณตอนใต้ติดทะเล** เป็นบริเวณที่ได้รับอิทธิพลของน้ำทะเลท่วมถึงส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มเป็นดินเหนียวลุ่มเหมาะแก่การทำป่าจากป่าชายเลนและการเพาะเลี้ยงสัตว์ชายฝั่ง

**4.5.3 บริเวณที่ราบดอนเหนือและตะวันออก** บริเวณนี้เป็นที่ราบกว้างใหญ่สำหรับระบายน้ำและเก็บกักน้ำ อำนวยประโยชน์ในด้านการชลประทาน การทำนา การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ (online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php))

#### 4.6 สภาพทางเศรษฐกิจ

**4.6.1 ภาคเกษตรกรรม** พบว่าอัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในภาคเกษตรกรรมมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2547 มีมูลค่า 285 ล้านบาทและใน พ.ศ. 2548 มีมูลค่า 241 ล้านบาท โดยพืชผลทางการเกษตรที่สำคัญของจังหวัดสมุทรปราการ คือ ข้าว ซึ่งทำการปลูกมากที่สุดที่ อ.บางบ่อ ผลไม้ที่มีการปลูกเป็นจำนวนมากที่สุด ได้แก่ มะม่วง มะพร้าว ถั่วเขียว การใช้ประโยชน์ที่ดินในการทำนา เพาะปลูกพืชยืนต้น และไม้ผล มีแนวโน้มลดลง เกษตรกรเปลี่ยนอาชีพไปทำการประมง เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากสภาพพื้นที่ของจังหวัดตั้งอยู่ปากแม่น้ำเจ้าพระยาดินชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย จึงเหมาะต่อการทำประมงน้ำจืดและน้ำเค็ม อ.บางบ่อมีการเลี้ยงปลาสดมากที่สุดของประเทศ อย่างไรก็ตามปัญหาน้ำเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม ดินเค็มได้ก่อความเสียหายแก่พืชผลทางการเกษตร จึงต้องมีการปรับการเพาะปลูกเป็นการเกษตรแบบผสมผสานและไรร่นาสวนผสม

**4.6.2 ภาคอุตสาหกรรม** เป็นภาคที่ทำรายได้ให้กับจังหวัดสมุทรปราการสูงสุด และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2547 มูลค่าผลผลิตด้านอุตสาหกรรมจำนวน 248,506 ล้านบาท และปี พ.ศ. 2548 มูลค่าผลผลิตด้านอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 270,278 ล้านบาท

จังหวัดสมุทรปราการมีโรงงานอุตสาหกรรมที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ทุกอำเภอ มีนิคมอุตสาหกรรมภายในจังหวัด 2 แห่งคือ นิคมอุตสาหกรรมบางพลี และนิคมอุตสาหกรรมบางปู

1) **นิคมอุตสาหกรรมบางพลี** ตั้งอยู่ที่ อ.บางพลี (เฉพาะเขตอุตสาหกรรมทั่วไปเท่านั้น) มีเนื้อที่จำนวนทั้งสิ้น 1,004 ไร่ จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมทั้งหมดที่ทำสัญญาใช้ที่ดินใช้เขตนิคมอุตสาหกรรม มีจำนวนทั้งสิ้น 160 โรง ประกอบด้วยอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ เช่น

- โรงงานประกอบกิจการฉีดพลาสติกและผลิตภัณฑ์งานพลาสติก
- โรงงานประกอบกิจการอิเล็กทรอนิกส์
- โรงงานประกอบกิจการสารเคมี (ทำสี)
- โรงงานประกอบกิจการทดสอบ

2) **นิคมอุตสาหกรรมบางปู** ตั้งอยู่ที่ อ.เมืองสมุทรปราการมีเนื้อที่จำนวนทั้งสิ้น 4,000 ไร่ แบ่งเป็นเขตอุตสาหกรรมทั่วไปประมาณ 3,400 ไร่ เขตอุตสาหกรรมส่งออกประมาณ 270 ไร่ เขตพาณิชย์กรรมและที่อยู่อาศัยประมาณ 250 ไร่ ที่เหลือเป็นที่สาธารณูปโภคและโรงกำจัดน้ำเสียส่วนกลาง โรงงานอุตสาหกรรมในนิคมอุตสาหกรรมที่ทำสัญญามีทั้งสิ้น 510 โรง แบ่งเป็นเขตโรงงานอุตสาหกรรมทั่วไปและเขตโรงงานเขตอุตสาหกรรมส่งออก

จังหวัดสมุทรปราการในปัจจุบันเป็นจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมมากเป็นลำดับที่ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่า ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดสมุทรปราการปี 2550 มีมูลค่ารวม 614,125 ล้านบาท ซึ่งเป็นผลมาจากอุตสาหกรรม โดยเฉพาะอุตสาหกรรมการผลิต (411,867 ล้านบาท) รองลงมาคือ การขนส่ง-สถานที่เก็บสินค้า-คมนาคม (112,850 ล้านบาท) และค้าปลีก-ค้าส่ง (24,779 ล้านบาท) ตามลำดับ (online 27 กรกฎาคม 2553: <http://samutprakan.mol.go.th/node/269> และ 28 สิงหาคม 2553 [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php))



#### 4.7 การสาธารณสุข

ตารางที่ 2.4 ปริมาณสถานบริการแยกประเภท

สถานบริการสาธารณสุข จำแนกตามประเภท	อำเภอ						รวม
	เมือง	บาง บ่อ	บาง พลี	พระ สมุทร เจดีย์	พระ ประแดง	บาง เสาธง	
โรงพยาบาลทั่วไป (แห่ง/เตียง)	1/385	-	-	-	-	-	1/385
โรงพยาบาลชุมชน (แห่ง/เตียง)	-	1/90	1/150	1/30	1/60	-	4/330
โรงพยาบาลรัฐสังกัด กระทรวงอื่นๆ (แห่ง/เตียง)	2/180	-	-	1/10	1/200	-	4/390
โรงพยาบาลเอกชน (แห่ง/เตียง)	4/750	1/100	4/520	1/100	3/441	1/100	14/2,011
สถานพยาบาล (แห่ง/เตียง)	4/60	-	3/62	-	-	-	7/122
คลินิกเอกชน (แห่ง)	194	10	40	21	58	20	348
คลินิกสัตว์ (แห่ง)	31	1	5	2	5	3	47
สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพ ชุมชนภาครัฐ (แห่ง)	16/9	12/1	7/2	8/1	15/1	6/-	64/14

ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2550

ที่มา: online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า จังหวัดสมุทรปราการมีสถานบริการสาธารณสุขกระจายอยู่ทั่วไปครอบคลุมทุกอำเภอ ยกเว้นอำเภอบางเสาธงยังมีสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนในพื้นที่น้อย รวมทั้งยังไม่มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ

##### 4.7.1 สุขภาวะของประชาชน

อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนจังหวัดสมุทรปราการในปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 70.44 ปี โดยเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 66 ปีและเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อ

แรกเกิดเท่ากับ 74 ปี เมื่อเทียบกับข้อมูลอายุขัยเฉลี่ยของประเทศถือว่าสอดคล้อง คือ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดระดับประเทศในปี พ.ศ. 2550 พบว่า เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 68 ปี และเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75 ปี

อัตราการเกิดของจังหวัดสมุทรปราการ มีแนวโน้มที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วงพ.ศ.2543-2550 อยู่ระหว่าง 12.64 - 17.06 ต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2550 อัตราเกิดเท่ากับ 13.96 ต่อประชากร 1,000 คน

อัตรารายในช่วงพ.ศ.2543-2550 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดยมีอัตรารายอยู่ระหว่าง 4.21 - 5.21 ต่อ ประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2550 มีอัตรารายเท่ากับ 5.35 ต่อ ประชากร 1,000 คน

อัตราเพิ่มของประชากรในช่วงพ.ศ. 2543-2550 พบว่าอัตราการเพิ่มของประชากรค่อนข้างคงที่ อยู่ระหว่าง 0.84-1.19 ในปี พ.ศ. 2550 มีอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 0.86

สาเหตุการตายของประชากรจังหวัดสมุทรปราการปี พ.ศ.2550 พบว่า สาเหตุการตาย 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) โรคมะเร็งทุกชนิด 2) อุบัติเหตุอื่นๆ และอากาศเป็นพิษ 3) โรคหัวใจ 4) โรคปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอดและ 5) โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าชาวสมุทรปราการส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโรคเหล่านี้ปัจจัยส่วนหนึ่งมาจากสภาพการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

(online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php))

#### 4.7.2 สถานการณ์โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ

จากการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาตามเกณฑ์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ขนาดของปัญหา 2) ความรุนแรง 3) ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา และ 4) ความตระหนักของชุมชนและประชาชนสรุปปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ 10 ลำดับดังนี้

ลำดับที่ 1 โรคไข้เลือดออก

ลำดับที่ 2 โรคเอดส์

ลำดับที่ 3 ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม

ลำดับที่ 4 ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ เช่น สถานบริการไม่เพียงพอ ระบบบริการไม่เพียงพอ ระบบการส่งต่อยังมีปัญหาเนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทั้งความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการมีประชากรอพยพเคลื่อนย้ายบ่อย

ลำดับที่ 5 โรคมะเร็ง (มะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก)

ลำดับที่ 6 ยาเสพติด/บุหรี่ย

ลำดับที่ 7 โรคความดันโลหิตสูง

ลำดับที่ 8 โรคเบาหวาน

ลำดับที่ 9 อุบัติเหตุจราจร

ลำดับที่ 10 ปัญหาสุขภาพจิต

(online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php))

## 5. ข้อมูลด้านแรงงานของจังหวัดสมุทรปราการ

ผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดสมุทรปราการ ทำงานในภาคเกษตรจำนวน 17,750 คน (ร้อยละ 2.4) ผู้ปฏิบัติงานนอกภาคเกษตรจำนวน 730,772 คน (ร้อยละ 97.6) โดยทำงานในสาขาการผลิตมากที่สุด คือ 320,776 คน (ร้อยละ 42.9) รองลงมาคือการขายส่ง ขายปลีก ซ่อมแซมรถยนต์ รถจักรยานยนต์ จำนวน 136,962 คน (ร้อยละ 18.3) (แรงงานจังหวัดสมุทรปราการ online 24/09/2553: <http://samutprakan.mol.go.th/node/269>)

### 5.1 การศึกษาของแรงงาน

จากข้อมูลของแรงงานจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าแรงงานอายุ 15 ปีขึ้นไปของจังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และลดน้อยลงในระดับอุดมศึกษา ดังตารางที่ 2.5



ตารางที่ 2.5 ระดับการศึกษาของกำลังแรงงาน จ.สมุทรปราการ

ระดับการศึกษาที่สำเร็จ	รวม	ชาย	หญิง
	จำนวน		
1. ไม่มีการศึกษา	20,899	5,623	15,276
2. ต่ำกว่าประถมศึกษา	231,724	96,391	135,333
3. ประถมศึกษา	188,815	92,024	96,791
4. มัธยมศึกษาตอนต้น	216,895	106,951	109,944
5. มัธยมศึกษาตอนปลาย	188,419	94,869	93,549
5.1 สายสามัญ	137,529	67,941	69,588
5.2 สายอาชีวศึกษา	50,890	26,928	23,961
5.3 สายวิชาการศึกษา	-	-	-
6. มหาวิทยาลัย	153,600	66,428	87,172
6.1 สายวิชาการ	89,695	33,176	56,519
6.2 สายวิชาชีพ	55,287	30,992	24,295
6.3 สายวิชาการศึกษา	8,618	2,260	6,358
7. อื่นๆ	-	-	-
8. ไม่ทราบ	10,690	8,144	2,546
ยอดรวม	1,011,041	470,429	540,612

ที่มา: online 24 กันยายน 2553: [http://samutprakan.mol.go.th/labour\\_statistic](http://samutprakan.mol.go.th/labour_statistic)

## 5.2 ค่าจ้างขั้นต่ำ

จังหวัดสมุทรปราการกำหนดให้ค่าจ้างค่าแรงขั้นต่ำอยู่ที่ 206 บาทต่อวัน เท่ากับ กรุงเทพมหานคร ซึ่งถือเป็นค่าจ้างขั้นต่ำที่สูงที่สุดของประเทศ ขณะที่จังหวัดปริมณฑลอื่นๆ อยู่ที่ 205 บาทต่อวัน (online 24 กันยายน 2553: <http://samutprakan.mol.go.th/node/53>)

## 5.3 การประกันสังคม

จังหวัดสมุทรปราการ มีสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนประกันสังคม จำนวน 19,272 แห่ง มีผู้ประกันตนทั้งสิ้น 648,420 คน สถานพยาบาลในโครงการกองทุนประกันสังคม ได้แก่ สมุทรปราการ, บางบ่อ, นราธิวาสราชนครินทร์, จุฬารัตน์ 3, จุฬารัตน์ 9, ชัยปราการ,

เซ็นทรัลพาร์ก, บางนา 2, บางปะกอก 3 พระประแดง, เปาโลเมโมเรียลสมุทรปราการ, ปิยะมินทร์, เมืองสมุทรปากน้ำ, เมืองสมุทรปู้เจ้าฯ, รวมชัยประชารักษ์, รัชนีทร์ และสำโรง (online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.sso.go.th/wpr/hospital\\_search.jsp](http://www.sso.go.th/wpr/hospital_search.jsp))

ในช่วงไตรมาสที่ 4 ปี 2552 จังหวัดสมุทรปราการมีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำนวน 6,699 คน โดยประเภทของความร้ายแรงพบว่าส่วนใหญ่จะหยุดงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 4,715 คน หรือร้อยละ 70.38 และหยุดงานเกิน 3 วัน จำนวน 1,975 คน หรือร้อยละ 29.48 จากข้อมูล ณ เดือน ธันวาคม 2552 พบว่าจังหวัดสมุทรปราการมีสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนประกันสังคม จำนวน 19,272 แห่ง ผู้ประกันตน ทั้งสิ้น 648,420 คน (มาตรา 33) (online 24 กันยายน 2553: <http://samutprakan.mol.go.th/node/269>)

#### 5.4 สภาพของอุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรปราการ

นายสนธิ ลิ้มทองกุล (2537: 102 – 109) ได้กล่าวถึงสภาพของอุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรปราการลงในหนังสือโลกาภิวัตน์ ซึ่งสามารถสรุปความได้ว่า

“อุตสาหกรรมในสมุทรปราการ 9 ใน 10 เป็นอุตสาหกรรมขั้นพื้นฐานที่ใช้แรงงานและเทคโนโลยีต่ำ ทำให้เกิดความต้องการแรงงานราคาถูก ด้วยสาเหตุนี้แรงงานจากภาคอีสานจึงหลั่งไหลเข้ามาทำงานในจังหวัดสมุทรปราการเป็นจำนวนมาก ประชากรที่แท้จริงกับประชากรในงบประมาณแผ่นดินแตกต่างกันเกือบ 10 เท่า สภาพดังกล่าวทำให้งบประมาณที่ได้รับของจังหวัดไม่สามารถจัดการดูแลด้านสาธารณูปโภคให้กับประชากรในจังหวัดทั้งหมดได้อย่างทั่วถึง

นอกจากนี้อุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรปราการได้ทำลายสภาพแวดล้อมให้กับเมืองสมุทรปราการมาเป็นเวลานาน ทั้งนี้ท่วมถนนหนทางจากแผ่นดินที่ทรุดลงทุกปี มลภาวะที่โรงงานปล่อยลงแม่น้ำ ลำคลองและปากอ่าว ทำให้สภาพแวดล้อมที่เคยสวยงามของปากอ่าวอากาศบริสุทธิ์สูญหายไป”

## 6. นโยบายของรัฐด้านยาแผนโบราณ

### 6.1 ยาแผนโบราณในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ประเทศไทยได้มีการนำนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ยาแผนโบราณ และสมุนไพร บรรจุลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529 กำหนดการดำเนินการด้านสาธารณสุข ให้มีการผลิต จัดหาและกระจายยาให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง ลดปริมาณยาที่ต้องสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การจัดทำและใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ และส่งเสริมให้มีการค้นคว้าหรือใช้ประโยชน์จากยาแผนโบราณและสมุนไพร ให้ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ถือเป็นจุดเริ่มต้นของความสนใจในยาแผนโบราณของรัฐ จนนำไปสู่การบรรจุยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติในเวลาต่อมา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 ในแผนของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อุตสาหกรรมการผลิตยาและการส่งออก นอกจากนี้ยังมีโครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา โดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

ส่งเสริมและพัฒนาเทคโนโลยีในการผลิตยาจากสมุนไพร

ให้ประชาชนมียาสมุนไพรใช้อย่างทั่วถึงเป็นการทดแทนยานำเข้าบางส่วน

เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และยอมรับการใช้สมุนไพรสำหรับการรักษา

เพื่อให้แพทย์แผนปัจจุบันใช้ยาจากสมุนไพรรักษาผู้ป่วยทดแทนยาแผนปัจจุบัน

โครงการดังกล่าวดำเนินการในสมุนไพรที่มีศักยภาพสูง 5 ชนิด คือ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ว่านหางจระเข้ เสลดพังพอน ชุมเห็ดเทศ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 202-216)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 สนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาทางการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพร และการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน

ในส่วนของแผนกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทยในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้มีและใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2535: 511)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านการพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุข มีนโยบายให้ส่งเสริมการลงทุนการวิจัยและพัฒนา และปรับปรุงกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเองด้านการผลิตยา วัคซีนและสมุนไพร ตลอดจนพัฒนาเป็นสินค้าอุตสาหกรรมส่งออก นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการพัฒนา แพทย์แผนไทยให้สามารถผสมผสานในระบบสาธารณสุข โดยพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนา



ระบบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของบุคลากรและสถานบริการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เป็นที่เชื่อถือ

กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการใช้แพทย์แผนไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการฟื้นฟูและพัฒนาการใช้ความรู้และเทคโนโลยีจากภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในการดูแลรักษาสุขภาพและริเริ่มพัฒนาศูนย์สุขภาพแผนไทยในชุมชน ในด้านการวิจัยและพัฒนาสมุนไพร ดำเนินการเพื่อพัฒนาสมุนไพรเป็นยา อาหาร อาหารเสริมสุขภาพและเครื่องสำอางในระดับอุตสาหกรรม (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2539: 314,336)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 กำหนดให้มีการพัฒนาแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานทางการแพทย์ รวมทั้งให้มีการฝึกอบรมถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 เรื่องของการพัฒนาคุณค่าความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมให้มีการวิจัยพัฒนาที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับองค์ความรู้ใหม่ สนับสนุนวิธีการวิจัยและพัฒนาความร่วมมือระหว่างนักวิชาการและชุมชนให้ความสำคัญกับงานวิจัยที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคเศรษฐกิจหรือท้องถิ่นหรือการวิจัยเพื่อทดแทนการนำเข้า การพัฒนาบริการด้านสุขภาพสมุนไพร ถือเป็นตัวอย่างหนึ่งในงานวิจัยเหล่านั้น

ด้านการส่งเสริมการใช้ความหลากหลายทางชีวภาพในการสร้างความมั่นคงของภาคเศรษฐกิจท้องถิ่นและชุมชน ได้สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมจากทรัพยากรชีวภาพที่มีการสะสมองค์ความรู้อย่างเพียงพอ พัฒนาจากฐานความต้องการตอบสนองตลาดที่กำลังขยายตัว เช่น นวัตกรรมเพื่อเพิ่มผลิตภาพเกษตรอินทรีย์ อาหารสุขภาพ สมุนไพร เน้นจุดยืนความเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพสูง โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเชื่อมโยงกับศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่น (online 11 ตุลาคม 2553: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62>)

ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550 – 2554 ซึ่งยาไทยอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร ดังนี้

วัตถุประสงค์หลัก : ยาไทยและยาสมุนไพรมีคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย

เป้าหมาย

มีนโยบายระดับชาติ เพื่อยาไทยและยาสมุนไพร

ยาไทยและยาสมุนไพรที่ผลิตทุกระดับมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย

ประชาชนสามารถเข้าถึงยาไทยและยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2551: 34)

## 6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์ดั้งเดิมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์ดั้งเดิมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามนโยบายรัฐ โดยแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

**6.2.1 ระบบแบบเดี่ยว (monopolistic system)** เป็นประเทศที่ให้สิทธิการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น ฝรั่งเศส เบลเยียม

**6.2.2 ระบบแบบยอมรับบางส่วน (tolerant system)** ประเทศเหล่านี้รับรองทางกฎหมายเฉพาะการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่การแพทย์ดั้งเดิมได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติการทางการแพทย์ได้ตามกฎหมายกำหนด เช่น เยอรมัน อังกฤษ

**6.2.3 ระบบแบบคู่ขนาน (parallel or dual system)** ประเทศในเอเชียใต้มีกฎหมายรองรับระบบการแพทย์ดั้งเดิม และระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เป็นทางการ แยกจากกัน เช่น อินเดีย ศรีลังกา ปากีสถาน พม่า เกาหลีใต้

**6.2.4 ระบบแบบบูรณาการ (integrated system)** เป็นระบบที่การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ดั้งเดิมมีการบูรณาการทั้งในระดับของการศึกษาทางการแพทย์ และการปฏิบัติการทางการแพทย์ เช่น จีน เนปาล และเวียดนาม (ประพจน์ เภตราศาสตร์ และคณะ 21 – 22: 2551)

## 6.3 ตัวอย่างการบูรณาการการแพทย์แผนจีนในระบบสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากประเทศจีนมีการสะสมองค์ความรู้ และแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพมานานหลายพันปีเป็นการแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine) ทางรัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมทั้งระบบการแพทย์แผนจีน และระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ วัตถุประสงค์สำคัญคือการนำทรัพยากรของชาติผนวกรวมกันเพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน โดยรัฐบาลจีนดำเนินการ 4 ด้านคือ

การพัฒนาด้านนโยบาย เพื่อสืบทอด พัฒนา จัดระบบและยกระดับการแพทย์จีน ใช้ประโยชน์จากการแพทย์จีน และพัฒนาจากสมุนไพร

ปฏิรูประบบการศึกษาและการบริการการแพทย์จีน มีการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา

การศึกษาแบบบูรณาการระหว่างการแพทย์จีนและการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์  
มาตรการสำคัญคือ การทำให้แพทย์จีนทันสมัย และการบูรณาการระหว่างการแพทย์จีนและ  
การแพทย์แบบสมัยใหม่

การวิจัยแบบบูรณาการ

เงื่อนไขของความสำเร็จของการดำเนินการ คือ นโยบายที่ก่อรูปและปฏิบัติการ  
อย่างเหมาะสม และความอดสาหัสของประชาคมการแพทย์ของจีน (ประพจน์ เกศราภาศและคณะ  
22 – 29: 2551)

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในยาแผนโบราณ

เอมอร ตรีชั้น (2528) ทำการศึกษาตำรายาแผนโบราณในสมุดไทยของจังหวัด  
สุพรรณบุรี นครปฐม และสมุทรสาคร จำนวน 9 เล่ม ผลการศึกษาพบว่า การเขียนตำรายามีทั้ง  
รูปแบบร้อยแก้วและร้อยกรอง แต่ร้อยกรองมีจำนวนไม่มาก อักษรวิธีในตำรายามีความแตกต่าง  
จากปัจจุบัน ทั้งการใช้คำเก่าพื้นสมัย เครื่องหมายประกอบการเขียนที่ไม่มีใช้ในปัจจุบัน  
การใช้ลักษณะนาม บุพพทและสันธานก็มีความแตกต่าง

ในด้านความเชื่อพบที่มีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ ในเรื่องการทำของคุณคน  
คุณผี ส่วนความเชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีในการรักษาโรคทั่วไป แต่ความเชื่อเรื่องศาสนาและข้อห้าม  
มีไม่มากนัก ความเชื่อเหล่านี้สร้างความมั่นใจให้ทั้งหมดที่รักษาและคนไข้ นอกจากนี้ยังมี  
การแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะรักษาด้วย

คุณช่วย ปิยวิทย์ (2532) ทำการศึกษาตำรายาพื้นบ้าน จากวัดบึง อ.โชคชัย  
จ.นครราชสีมา ในด้านภาษาและคติความเชื่อ จากการศึกษาเอกสารและวิจัยสนาม จากการศึกษาวิเคราะห์  
ตำรายาพื้นบ้านที่บันทึกไว้ในสมุดข่อยจำนวน 12 ฉบับ พบว่า ตำรายาไม่มีกฎเกณฑ์ทางอักษรวิธีที่  
แน่นอน มุ่งความเข้าใจในเนื้อหาและความหมายเป็นหลัก โดยใช้ภาษาไทยสำเนียงโคราชในการ  
จดบันทึก ทำให้มีพยัญชนะ สระและวรรณยุกต์ แตกต่างไปจากภาษากลางอยู่บ้าง ในด้านคติ  
ความเชื่อพบว่าโรคเกิดจากกระบวนการตามธรรมชาติ สิ่งเหนือธรรมชาติและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จาก  
การกระทำของแม่ชื้อ และพลังทางไสยศาสตร์ ทำให้การบำบัดรักษาและป้องกันโรคต้องทำตาม  
สาเหตุที่เกิดขึ้นจึงจะได้ผล การเสริมสร้างพลังใจช่วยให้คนไข้หายเป็นปกติ

โลกทัศน์ของชาวบ้านเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลนั้น ชาวบ้านเชื่อว่าการเกิด  
โรคเกี่ยวข้องกับความคิดของธาตุสี่ภายในร่างกายมากที่สุด การรักษานิยมใช้วิธีทางสมุนไพร

และไสยศาสตร์ การสร้างขวัญและกำลังใจทำได้โดยการแก้บน การรดน้ำมนต์ และคนไข้ควรงดอาหารที่แสดงต่อโรค ความเชื่อของชาวบ้านนั้นมีความสอดคล้องกับความเชื่อในตำรายาพื้นบ้านที่ศึกษา

สุภารัตน์ ตันฑิอาริยะ (2548) ศึกษาตำรายาพื้นบ้านจากสมุนไพรไทย จังหวัดพังงา จำนวน 37 เล่ม ในแง่ของรูปแบบ กลวิธีการเขียน การใช้ภาษา ความเชื่อ และพิธีกรรม สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

- รูปแบบของสมุนไพรไทยมีทั้งขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ อักษรวิธีที่ใช้ไม่แน่นอน มีความแตกต่างจากปัจจุบัน และมีการใช้เครื่องหมายวรรคตอน

- กลวิธีการเขียนมีการขึ้นต้นและลงท้ายทุกเล่มที่เหมือนกัน

- ด้านการใช้ภาษามีการใช้ภาษาไทยกลางในการเขียนปนกับภาษาถิ่นได้ บันทึกด้วยร้อยแก้ว

- ความเชื่อที่ปรากฏในตำรายา มี 2 ความเชื่อ คือ ความเชื่อทางพุทธศาสนา เรื่องบุญกรรมและนรก และความเชื่อพื้นบ้าน คือ ความเชื่อไสยศาสตร์ ได้แก่ คาถาอาคมและการลงยันต์ และความเชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เรื่องแม่ชื้อ เทพเจ้า เทวดา เกล็ด ข้อห้ามต่างๆ

พิธีกรรมที่พบ มี 2 แบบ คือ พิธีไหว้ครู และวิธีปลีบุตรแม่ชื้อ

บทบาทหน้าที่ของพิธีกรรม ตำรายา และหมอยา เพื่อผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ แต่ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีแผนโบราณลดลง เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ

## 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพร

มยุรี เปาประคิษฐ์ (2530) สำรวจเพื่อหาชนิดและวิธีการใช้ยาพื้นบ้านในการรักษาอาการระแวง และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาพื้นบ้านของประชาชนในเขตชนบท จังหวัดลำปาง ในพื้นที่ที่ยากจน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธี multi 3 stage random sampling ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนร้อยละ 55 (181 หลังคาเรือน) ใช้ยาพื้นบ้านในการรักษาอาการระแวง โดยนิยมใช้ข้าวเปลือกจ้าว หรือข้าวสารจ้าว รองลงมาได้แก่ใบฝรั่ง และใบทับทิม จากตำรับจำนวน 79 ตำรับ วิธีการใช้คือมัดแล้วตัดหัวท้าย แล้วต้มหรือแช่น้ำ หรือปิ้งไฟแล้วแช่น้ำ ดื่มไปเรื่อยๆ จนกว่าจะหยุดถ่าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาพื้นบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ขนาดของครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี รายจ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปี รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อเดือน ฐานะทางการเงิน การเคยใช้ยาแผนปัจจุบัน และการเคยใช้ยาปฏิชีวนะหรือการใช้ยาต้านท้องร่วง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาพื้นบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความสามารถ

อ่านภาษาไทย ระยะเวลาเดินทางจากบ้าน – สถานีอนามัย ระยะเวลาเดินทางจากบ้าน –  
โรงพยาบาล และการรู้จัก ORS

วุฒินันท์ พระภูจันง (2534) ได้ศึกษาการใช้สมุนไพรของชาวชนบท อ.สตึก จ.  
บุรีรัมย์ ที่ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กลุ่มไทยเขมร กลุ่มไทยลาว และกลุ่มไทยกวย แต่  
ละกลุ่มมีความเชื่อในการใช้สมุนไพรที่คล้ายคลึงกัน คือการเลือกสมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นรักษา  
ตามประสบการณ์ และความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ถ้าหากรักษาด้วยตนเองไม่  
หายจะปรึกษาแพทย์แผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอพระ หากไม่ดีขึ้นจะรักษาด้วยการแพทย์แผน  
ปัจจุบัน เริ่มจากร้านยา และให้แพทย์แผนปัจจุบันรักษาให้ สุดท้ายหากแพทย์แผนปัจจุบันรักษา  
ไม่หายจะพึ่งการรักษาโดยสมุนไพรอีกครั้ง

การรักษาด้วยสมุนไพรจะมีวิธีการทางไสยศาสตร์ร่วมด้วย พิธีกรรมการรักษาจะ  
มีการไหว้ครูก่อน ในการรักษาแพทย์แผนโบราณอาศัยประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพ  
บุรุษ และบางส่วนศึกษาจากตำรายาที่มีอยู่ในวัดหรือจำหน่ายในท้องตลาด โดยมีตำรับยาตั้งแต่ 1 –  
10 ตำรับ ตามแต่ละหมอยา

กลุ่มอาการที่รักษาด้วยสมุนไพรคือ โรคเกี่ยวกับทางเดินอาหาร โรคเกี่ยวกับ  
ทางเดินหายใจ โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ โรคทางระบบประสาท  
โรคเกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิต โรคเกี่ยวกับผิวหนัง กลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคระบบ  
ทางเดินอาหาร โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ  
และอาการปวดต่างๆ ตามลำดับ

ความแตกต่างของแต่ละกลุ่มคือ กลุ่มชาวไทยเขมรรักษาโรคด้วยสมุนไพร 21  
ชนิด นิยมใช้ข้าว หญ้าคา และดอกมะลิ กลุ่มไทยกวยใช้สมุนไพรจำนวน 26 ชนิด นิยมใช้ขิง  
มะนาว และข้าวในการรักษา ส่วนกลุ่มไทยลาวใช้สมุนไพร 62 ชนิดในการรักษา นิยมใช้ ข้าว ขิง  
บอระเพ็ด และพริกไทยในการรักษา

อรุณศรี มงคลชาติ (2535) ได้ศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการ  
ใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้ยาแผนโบราณ  
และยาสมุนไพรได้แก่

- ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะเลือกใช้ยาสมุนไพร  
มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี
- เขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะเลือกใช้ยาแผนโบราณมากกว่าเขตชนบท เขต  
ชนบทมักเลือกใช้ยาสมุนไพร
- ระดับอายุ กลุ่มผู้สูงอายุจะเลือกใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอื่นๆ



- ภาคที่อยู่อาศัย ภาคกลางมีการใช้ยาแผนโบราณน้อยกว่าภาคอื่นๆ
- อาชีพ อาชีพเกษตรกรรมเลือกใช้ยาแผนโบราณมากกว่าอาชีพอื่นๆ
- เพศ เพศหญิงใช้ยาแผนโบราณมากกว่าเพศชาย
- ลักษณะความรุนแรงของโรค ถ้าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณมากกว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลันและรุนแรง
- ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ที่ป่วยนานมากกว่า 3 ปีขึ้นไปจะเลือกใช้ยาแผนโบราณมากที่สุด

พรทิพย์ อุกุรัตน (2536) ศึกษาการดำรงอยู่ของการรักษาด้วยยาแผนโบราณโดยเลือกร้านยาเจ้ากรมเปือ อธิบายถึงระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่สังคมไทยรับเอาระบบการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดียเข้ามาผสมผสานวิธีการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของสังคมไทยเห็นได้จากคัมภีร์แพทย์และตำรายาที่ได้มีการจารึกไว้ด้วยภาษาบาลี ทำให้การถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องการแพทย์และยาแผนโบราณผ่านวัดเป็นองค์สำคัญ และเป็นคำอธิบายว่าเหตุใดหมอแผนโบราณจึงเป็นผู้ชาย เพราะผู้ชายในสังคมไทยมีโอกาสเรียนบาลี

ร้านยาเจ้ากรมเปือถือกำเนิดขึ้นในช่วงเวลาที่ย่านเป็นศูนย์กลางทางการค้าของกรุงเทพฯ โดยร้านตั้งอยู่ที่ย่านสำเพ็ง เมื่อการแพทย์แผนใหม่ครอบคลุมระบบสุขภาพของรัฐ การแพทย์แผนโบราณขาดการสนับสนุนและไม่มีสถานพยาบาลของรัฐตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ ทำให้ร้านยาแผนโบราณกลายเป็นที่พึ่งของประชาชน

ปัจจัยในการดำรงอยู่ของร้านยาเจ้ากรมเปือมีหลายประการ ทั้งการมีทายาทรับหน้าที่ดูแลไม่ขาดระยะ ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจที่เป็นแรงจูงใจ อีกทั้งการถ่ายทอดความรู้ก็เป็นระบบระเบียบ เนื่องจากมีตำรายาที่ถ่ายทอดความรู้ให้ทายาทรุ่นต่อๆ มาอย่างไม่ผิดพลาด การให้บริการลูกค้าก็เป็นส่วนสำคัญ เพราะร้านขายยาเจ้ากรมเปือสามารถตอบสนองความต้องการลูกค้าได้ครบวงจร ทั้งเป็นผู้จำหน่ายยาแผนโบราณและเครื่องยาสมุนไพร มีแพทย์แผนโบราณคอยให้คำปรึกษา วินิจฉัยโรคและให้ยารักษาโรค ร้านสามารถจำหน่ายยาที่เป็นตำรับของร้านเองและที่ลูกค้านำตำรามาให้ปรุงให้ ซึ่งผู้ใช้ยาแผนโบราณจากการศึกษาพบว่า มีทุกเพศ ทุกวัย หลากหลายอาชีพและต่างระดับการศึกษา เพราะการแพทย์แผนโบราณเป็นความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คงอยู่คู่สังคมไทย

ลักขณา เกิดศิริ (2538) เลือกพื้นที่วัดโพธิ์ ฝ่ายสังฆวาส ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในเชิงมานุษยวิทยาการแพทย์ ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ซื้อยาและผู้จำหน่ายยา คือพระภิกษุและฆราวาส จากผลการศึกษาพบว่าวัดโพธิ์มียาแผนโบราณจำหน่ายมากกว่า 40 ชนิด และมีรายได้ต่อเดือนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท เนื่องจากวัดเป็นที่ตั้ง



ของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ มีการบันทึกองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณ แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนล้อมรอบวัดโพธิ์ก็ตาม กฎที่จำหน่ายยา มี 15 กฎ โดยมีพระภิกษุและลูกศิษย์เป็นผู้จำหน่าย นอกจากการจำหน่ายยาแล้วยังมีรูปแบบบริการครอบคลุมทางด้านจิตใจด้วย เช่น พิธีกรรมต่อชะตา อาบน้ำมนต์ จำหน่ายเครื่องรางของขลังประเภทยาที่ได้รับความนิยมสูงสุด คือ ยาหอม

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้จำหน่ายยาพบว่า มีความรู้ทางแพทย์แผนโบราณน้อย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 45 ปีขึ้นไป อาชีพรับจ้าง รายได้ต่ำ มีระดับการศึกษาภาคบังคับ ส่วนการเจ็บป่วยของผู้ใช้ยาแผนโบราณมักเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าโรครุนแรงหรือเฉียบพลัน การใช้ยาแผนโบราณมักได้รับคำแนะนำจากญาติหรือเพื่อนบ้าน มีการใช้ยามากกว่า 2 ปี ใช้ตามสรรพคุณของยา นิยมเก็บยาไว้ที่สูงเนื่องจากเชื่อว่ายาเป็นของสูงเพราะได้มาจากพระภิกษุ และพระภิกษุไม่น่าผสมยาแผนปัจจุบันที่อันตรายลงไป นอกจากนี้ผู้บริโภคยังเชื่อว่า “ยาแผนโบราณเป็นยาที่มีพิษข้างเคียงอันตรายน้อย”

เสาวภา และคณะ (2541) ศึกษาการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านการแพทย์แผนไทยของพ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์ ซึ่งเป็นนักปราชญ์และหมอพื้นบ้านที่ได้รับการยกย่องจากชาวบ้าน อ.เมือง จ.พิจิตร ศึกษารายละเอียดการรับยาในการรักษาโรคต่างๆ หลายชนิด ซึ่งในการรักษาจะมีทั้งการใช้ยาและพิธีกรรมรวมอยู่ด้วยกัน มีการอธิบายถึงสาเหตุของโรคประกอบการรักษา ประโยชน์ของการศึกษานี้จะช่วยรวบรวมองค์ความรู้ของแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน ก่อนหน้าที่จะมีการแพทย์แผนปัจจุบันจะเข้ามา

ประเด็นสำคัญของการศึกษาคือ

- การวินิจฉัยโรค กระบวนการถ่ายทอดเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านเป็นการถ่ายทอดกันระหว่างตระกูล และคนใกล้ชิด การสื่อความหมายของโรคระหว่างหมอกับคนไข้ไปในทางเดียวกัน ผู้ป่วยเพียงเล่าอาการอีกเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำการรักษาได้ ส่วนตำรายาไม่ระบุขนาดและวิธีใช้ ทำให้หมอต้องอาศัยประสบการณ์ส่วนตัวในการใช้

- วิธีการรักษา ชาวบ้านมีความเชื่อเรื่องภูตผี เคารพกรรมมีผลต่อความเจ็บป่วย ทำให้มีพิธีกรรมประกอบการรักษา และหมอพื้นบ้านรักษาทั้งทางกายและจิตไปพร้อมๆ กัน

- ยาสมุนไพร มีการใช้ทั้งยาเดี่ยวและตำรับ ส่วนใหญ่เป็นพืชธรรมชาติที่พบได้ในประเทศไทย แต่บางชนิดเป็นสมุนไพรท้องถิ่นอีสานเท่านั้น แต่หมอพื้นบ้านไม่เคร่งครัดในเรื่องปริมาณยาที่ให้กับผู้ป่วย แต่เคร่งครัดเรื่องพิธีกรรม เช่น การปลุกยา บูชาครู ทำให้สมุนไพรมีความสำคัญมากกว่าสารออกฤทธิ์ทางยา เพราะสื่อแห่งพลังอำนาจที่ทำให้หายจากความเจ็บป่วย

เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542) สำรวจพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคยาแผนโบราณที่มีต่อยาแผนโบราณ โดยใช้ประชากรเป็นประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการใช้ยาแผนโบราณของผู้บริโภค จำแนกตามกลุ่มดำรับจำนวน ผู้บริโภคเคยใช้ยาในกลุ่มระบบทางเดินอาหารมากเป็นอันดับที่ 1 และกลุ่มยาตา/หู เป็นอันดับสุดท้าย

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้บริโภคจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเป็นส่วนใหญ่ เหตุผลในการเลือกใช้ยาแผนโบราณเพราะเชื่อถือในคุณภาพมากกว่ายาแผนปัจจุบัน ประสิทธิภาพใช้ยาแผนโบราณส่วนมากใช้น้อยกว่า 5 ปี การใช้ยาแผนโบราณครั้งแรกส่วนใหญ่ เพราะบุคคลใกล้ชิดแนะนำ สื่อโฆษณายาแผนโบราณที่พบเห็นมากที่สุดคือจากวิทยุ วิธีการซื้อยาแผนโบราณทำโดยระบุชื่อยาที่ต้องการและจะซื้อใช้เป็นครั้งคราวจากร้านขายยา เหตุผลในการเลือกสถานที่ซื้อยาแผนโบราณเพราะเชื่อมั่นในคุณภาพของสินค้า ผู้บริโภคส่วนใหญ่เลือกใช้ยาเม็ด เพราะรับประทานง่าย เมื่อมีโฆษณาแผนโบราณผ่านทางสื่อผู้บริโภคส่วนใหญ่จะทดลองใช้ การเปลี่ยนซื้อยาแผนโบราณ ผู้บริโภคเห็นว่าควรใช้ชื่อ “ยาจากสมุนไพร”

เมื่อเปรียบเทียบทัศนคติของผู้บริโภคกลุ่มยาระบบทางเดินอาหารที่มีต่อส่วนผสมทางการตลาด จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ รายได้และการศึกษาโดยรวม ไม่มีความแตกต่างกันแสดงว่าผู้บริโภคที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีทัศนคติใกล้เคียงกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มัทนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550) สำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาแผนโบราณในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 20-60 ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประสมการตลาด ที่มีผลต่อการบริโภคยาแผนโบราณ ตลอดจนทัศนคติในการบริโภคยาแผนโบราณของผู้บริโภคในร้านยา พบว่า การซื้อยาแผนโบราณส่วนใหญ่ซื้อเป็นครั้งคราว เมื่อเจ็บป่วยจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐและสถานีนอนามัย สถานที่ที่เลือกซื้อยาแผนโบราณมากที่สุดคือร้านขายยา เนื่องจากเชื่อมั่นในคุณภาพของสินค้า

ลักษณะยาแผนโบราณที่เลือกใช้ส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบเม็ด เนื่องจากรับประทานง่าย การเลือกใช้ระหว่างยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบันจะเลือกใช้ยาแผนโบราณระดับการใช้เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ ยาบำรุงโลหิต ยาแก้เจ็บคอ ยาบรรเทาอาการผื่นคันตามผิวหนัง ยาขับลมแก้ท้องอืดท้องเฟ้อ ยาแก้ไอ

อายุ อาชีพ วุฒิการศึกษาและระดับรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มีต่อยาแผนโบราณ

ปฏิพล รัตนจินดา (2551) ศึกษาปัจจัยทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในระดับมาก ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านการจัดจำหน่าย ส่วนด้านส่งเสริมการตลาดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านจิตวิทยา และด้านวัตถุประสงค์ของการใช้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในระดับมาก

ในส่วนของปัจจัยด้านสังคม ความถี่ในการซื้อยาแผนโบราณมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของกลุ่มสังคม การใช้ยาแผนโบราณตามลักษณะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรู้จักแนะนำ

ปัจจัยด้านวัฒนธรรม รูปแบบยาที่ใช้มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้จำนวนชนิดที่ซื้อต่อครั้งมีความสัมพันธ์กับค่านิยมการใช้สินค้าไทย ค่านิยมตามความเชื่อศาสนา การใช้ยาแผนโบราณตามลักษณะกลุ่มอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้

### 7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน

ประภัสสร สุธรรมวิจิตร (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ในเรื่องการดูแลสุขภาพ พบว่า

- การส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วต่อวัน พักผ่อนนอนหลับวันละ 8-10 ชั่วโมง
- การป้องกันโรค ส่วนใหญ่ป้องกันการเกิดโรคในระดับปานกลาง เช่น หลีกเลี่ยงการใช้ยาฆ่า สวมเสื้อแขนยาวทุกครั้งที่ทำงานเพื่อป้องกันแสงแดดและฝุ่นละออง
- การดูแลสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย สิ่งที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานยารองลงมาคือดื่มน้ำมากๆ ส่วนการดูแลเมื่อได้รับอุบัติเหตุเล็กๆ ได้แก่ ล้างแผลให้สะอาด รองลงมาคือใส่ยาฆ่าเชื้อ
- การแสวงหาบริการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ไปโรงพยาบาล รองลงมาคือไปร้านขายยา และที่ใช้น้อยคือคลินิกและสถานอนามัยใกล้บ้าน

จากการศึกษาเชิงคุณภาพทำให้ทราบว่า ส่วนใหญ่ผู้ใช้แรงงานดูแลสุขภาพโดยการพักผ่อนนอนหลับมากที่สุด และตัดสินใจความแข็งแรงด้านสุขภาพจากการรับประทานอาหารได้ เมื่อมีอาการป่วยเล็กๆ น้อยๆ จะหายรับประทาน หรือขอจากเพื่อนร่วมงาน ขณะป่วยจะไม่หยุดงาน เมื่ออาการมากขึ้น จะไปซื้อยาที่ร้านขายยา หรือไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ในการทดสอบเชิงสถิติ เพศ ลักษณะงาน การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ การสนับสนุนด้านสวัสดิการ การสนับสนุนด้านการได้ข่าวสาร การสนับสนุนด้านจิตใจ สภาพแวดล้อมด้านที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ตนเอง ระยะเวลาที่ทำงานก่อสร้าง สถานที่เกิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

พรรณี ธนาพล (2542) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา ใน อ.แกลง จ.ระยอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 คน ผลการวิจัยพบว่า

- พฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานไปในทางส่งเสริมสุขภาพมากกว่าพฤติกรรมเสี่ยง เป็นเพราะโรงงานมีกฎ ระเบียบและกติกาที่จะต้องปฏิบัติตาม และมีการพัฒนาการทำงาน เช่น 5 ส มาดำเนินการ

- ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา แต่พบความแตกต่างกันในด้านฐานะทางเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เพราะระเบียบส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ทุกคนในโรงงานต้องปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็ชายหรือหญิง อายุมากหรือน้อย ทำให้ผลที่ได้ไม่แตกต่างกัน

- พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิชญเรข เจริญจันทร์คุปต์ (2546) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของลูกจ้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือจำนวน 300 คน ถึงพฤติกรรมและทัศนคติของการดูแลสุขภาพของลูกจ้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าอาการเจ็บป่วยของลูกจ้าง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหวัด (ร้อยละ 86.7) โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 40.3) โรคเหงือกและฟัน (ร้อยละ 31.0) ซึ่งจากอาการเจ็บป่วยลูกจ้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือไปใช้บริการทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก คือ ร้อยละ 73.3 ส่วนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพพบว่ามีการใช้สิทธิ์ในประกันสังคมร้อยละ 75.5 และซื้อยาในร้านขายยาทั่วไปร้อยละ 69.0

สาเหตุการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลหรือพบแพทย์เนื่องจากสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน สถานพยาบาลอยู่ในเครือข่ายประกันสังคม และมั่นใจในการดูแลสุขภาพ ส่วนสาเหตุที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเป็นอันดับแรก เพราะกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง สามารถซื้อยามารักษาได้ด้วยตนเอง และสถานพยาบาลให้บริการผู้ป่วยไม่ดี

ในเรื่องของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ และวุฒิการศึกษาสูงสุด โดยเพศชายโดยเฉลี่ยแล้วไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลน้อยกว่าเพศหญิง และผู้ที่จบปริญญาตรีไปรับการรักษาน้อยกว่ากลุ่มลูกจ้างที่มีวุฒิการศึกษาอื่นๆ

สุกามิตร นามวิชา (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในบริษัท ยัสपाल แอนด์ ซันส์ จำกัด จำนวน 760 คน พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.20) โดยผลการศึกษาปัจจัยมีดังนี้

- ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

- ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โครงการส่งเสริมสุขภาพตนเองของสถานประกอบการ สภาพแวดล้อมภายในสถานประกอบการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

- ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

- ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative analysis) ในการศึกษา มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

เพื่อให้การวิจัยได้ข้อมูลที่ครบถ้วนผู้วิจัยได้กำหนดประชากรและกลุ่มเป้าหมายดังต่อไปนี้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ซึ่งประกอบด้วย

ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ	จำนวน	2	คน
แพทย์แผนปัจจุบัน	จำนวน	1	คน
เภสัชกรประจำโรงพยาบาล	จำนวน	1	คน
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด	จำนวน	2	คน
เภสัชกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน	จำนวน	2	คน
ผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ	จำนวน	15	คน
รวมทั้งสิ้น	จำนวน	23	คน

##### 1.2 การสนทนากลุ่ม (Focus group)

การทำสนทนากลุ่ม จะเลือกจากกลุ่มของคณาจารย์ในโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 6 คนมาทำการสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามในแบบสัมภาษณ์เชิงลึกมาทำการศึกษา



คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

ผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณ เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ และได้รับใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาเวชกรรม, เกษษกรรม หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ คัดเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ใช้แรงงาน จำนวน 2 คนที่สามารถติดต่อได้มาทำการสัมภาษณ์

แพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมในโรงพยาบาลที่อยู่ในระบบประกันสังคม เขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยคัดเลือกจากแพทย์ 1 คน มาทำการสัมภาษณ์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ การสัมภาษณ์จะคัดเลือกเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับงานด้านการฟื้นฟู การสนับสนุน หรือการอนุรักษ์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในพื้นที่ จำนวน 2 คนมาทำการสัมภาษณ์

เภสัชกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน เป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีการขายยาแผนโบราณบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ คัดเลือกร้านยาที่ตั้งอยู่ในบริเวณที่มีผู้ใช้แรงงานพักอาศัยอยู่ร่วมกัน เช่น หอพักตลาด จำนวน 2 ร้าน เพื่อทำการสัมภาษณ์เภสัชกรประจำร้าน

เภสัชกรประจำโรงพยาบาล เป็นเภสัชกรที่มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ทำงานในโรงพยาบาลที่อยู่ในระบบประกันสังคม เขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยคัดเลือกมา 1 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์

ผู้ใช้แรงงานในเขตจังหวัดสมุทรปราการ เป็นผู้ใช้แรงงานที่สถานประกอบการตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ หรือพักอาศัยในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือนและไม่มีตำแหน่งทางด้านบริหาร

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

2. แบบบันทึกและสังเกตการสนทนากลุ่ม

การดำเนินการสร้างเครื่องมือวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากวารสาร เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดขอบข่ายการสร้างเครื่องมือ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. สัมภาษณ์ ปรึกษานักคิดที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมาประกอบเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

4. สร้างแบบสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก ทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง โดย

จะต้องมีประเด็น โครงสร้างคำถามให้ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้คือ สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม ภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง สภาพชีวิตความเป็นอยู่และการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง บริบททั่วไปของการใช้ยาแผนโบราณในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและยาแผนโบราณ รูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ การส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณจากหน่วยงานในท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

5. เครื่องมือที่สร้างขึ้นมีดังนี้

5.1 แบบสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงาน

5.2 แบบบันทึกและสังเกตการสนทนากลุ่ม

6. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการที่ปรึกษางานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และสำนวนภาษาในแบบสัมภาษณ์

7. นำร่างเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาแก้ไขปรับปรุง ตามที่อาจารย์ที่ปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะแล้วไปทดลองสัมภาษณ์ (try out) กับผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

8. เรียบเรียงและจัดพิมพ์เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ แล้วไปใช้ในการเก็บข้อมูล

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการปฏิบัติการภาคสนามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร โดยการดำเนินการ ดังนี้

**3.1 ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)** เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อนำมาศึกษาตามขอบเขตด้านเนื้อหา

**3.1.1 เอกสารทางวิชาการ** ได้แก่ ตำรา บทความ วารสาร หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวกับยาแผนโบราณ ความเชื่อ การแพทย์แผนไทย จังหวัดสมุทรปราการ ผู้ใช้แรงงาน

**3.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง** ได้แก่ วิทยานิพนธ์ งานวิจัยอื่นๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเชื่อในยาแผนโบราณ การดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานและยาแผนโบราณ

**3.2 ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data)** เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากภาคสนามทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ ทั้งการสัมภาษณ์เดี่ยว การสนทนากลุ่ม โดยการบันทึกคำสัมภาษณ์ลงในเครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น
  - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
  - โรงพยาบาลสมุทรปราการ
  - หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขอข้อมูล
2. นำแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและแบบบันทึกและสังเกตการสนทนากลุ่มที่แก้ไขเสร็จเรียบร้อยแล้วลงเก็บข้อมูลภาคสนาม
3. รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม
4. นำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การจัดทำข้อมูล

1. นำข้อมูลที่ได้จากเอกสารทั้งหมดที่เกี่ยวข้องที่รวบรวมไว้ไปจัดระบบตามขอบเขตด้านเนื้อหา
2. ถอดความจากการสัมภาษณ์ บันทึกการสนทนากลุ่ม ที่บันทึกไว้ในเครื่องบันทึกเสียง โดยสรุปสาระสำคัญแยกตามประเด็นต่างๆ แต่ละด้านตามที่กำหนดไว้ในขอบเขตด้านเนื้อหา
3. นำข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกมาสรุปสาระสำคัญตามขอบเขตด้านเนื้อหา
4. นำข้อมูลที่ตรวจสอบและจัดหมวดหมู่แล้วทั้งหมดมาศึกษาวิเคราะห์ โดยจำแนกประเด็นตามขอบเขตด้านเนื้อหา

### การตรวจสอบข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมีความถูกต้องและสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้ทำการตรวจสอบข้อมูลเพื่อหาความเชื่อถือได้ของข้อมูล และตรวจสอบหาความครบถ้วนของคุณภาพข้อมูล ตลอดจนผลสรุปของการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ซึ่งมีวิธีการตรวจสอบข้อมูล 2 วิธี ดังนี้

การตรวจสอบสามเส้าด้านเวลา (time triangulation) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาภาคสนาม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์บุคคล และข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างเวลา หากเวลาต่างกันข้อมูลที่ได้เหมือนกันหรือไม่ เพื่อเป็นการยืนยันความเที่ยงตรงของข้อมูล

การตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธี (methodological triangulation) ใช้เทคนิควิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆ หลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ประกอบกับการศึกษาจากแหล่งข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยาแผนโบราณร่วมด้วย หากข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างหรือขัดแย้งกัน ผู้วิจัยจะเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกันกับช่วงแรก และหากข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบแล้วปรากฏว่าเป็นข้อมูลที่เหมือนกันน่าเชื่อถือ ถือว่าเป็นข้อมูลที่ถูกต้องแล้ว จากนั้นนำผลการศึกษามานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลักษณะการเขียนรายงานการวิจัยเชิงบรรยาย

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive analysis) โดยผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดระบบข้อมูล แยกประเภทข้อมูลตามประเด็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยและทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมมาโดยการวิเคราะห์จากเนื้อหาซึ่งศึกษาโดยละเอียดตามการวิเคราะห์ดังนี้คือ นำข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ใช้จากการวิเคราะห์เอกสาร ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มาวิเคราะห์ด้วยการจำแนกประเภทข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูล และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

##### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดนั้น ผู้วิจัยจะตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งหมดมาอย่างถูกต้องครบถ้วน หลากหลายและเพียงพอ สำหรับเรื่องที่วิจัย แล้วนำไปวิเคราะห์ต่อไป
2. พิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูล เช่น พิจารณาความสม่ำเสมอของข้อมูลที่ได้มาใช้ในเวลาต่างกัน แต่เรื่องเดียวกัน ซึ่งจะมีแหล่งข้อมูลที่สำคัญดังนี้ ผู้ใช้แรงงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัด แพทย์แผนปัจจุบัน เกษษกร ห้องสมุด และแหล่งรวบรวมข้อมูลอื่นๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของข้อมูลที่สำคัญๆ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์
3. ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล โดยการตรวจสอบการเก็บข้อมูลในแต่ละช่วงเวลาเพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553 ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์จากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

**ตอนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ, แพทย์แผนปัจจุบัน, เภสัชกรประจำโรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด, เภสัชกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน รวม 8 คน ส่วนของผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองจะสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ใช้แรงงาน 15 คน และสนทนากลุ่มกับผู้ใช้แรงงาน 6 คน

**ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล** ได้แก่

2.1 ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้

2.2 ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

2.3 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

**ตอนที่ 3 ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ** เกี่ยวกับ

3.1 ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้

3.2 ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

3.3 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

โดยมีรายละเอียดของแต่ละตอนดังนี้



## ตอนที่ 1 สถานภาพกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

### 1.1 ผู้ใช้แรงงาน

#### ผู้ใช้แรงงานคนที่ 1

นางจินตนา วิทยาติลก

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดสมุทรปราการ

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ปวดศีรษะ

ยาที่รับประทานประจำ แคลเซียม

#### ผู้ใช้แรงงานคนที่ 2

นายมานพ ประจิตร

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดนครราชสีมา

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย โรคหัวใจ

ยาที่รับประทานประจำ ไม่มี

#### ผู้ใช้แรงงานคนที่ 3

นางสาววรรณ รุ่งทอง

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม สมุทรปราการ

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ไม่มี

ยาที่รับประทานประจำ ยาหอม

ผู้ใช้งานคนที่ 4

นางสาวอารมณี ทองอุทัย

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดสมุทรปราการ

ตำแหน่งงาน พนักงานคุมเครื่อง

โรคประจำตัว โรคภูมิแพ้

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ไม่มี

ยาที่รับประทานประจำ Chlorpheniramine maleate Tablets

ผู้ใช้งานคนที่ 5

นายวัฒนา สารจันทร์

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดหนองคาย

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว โรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย หัวัด

ยาที่รับประทานประจำ ไม่มี

ผู้ใช้งานคนที่ 6

นางสมปอง วิเศษกุล

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดนครราชสีมา

ตำแหน่งงาน แม่บ้าน

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ปวดศีรษะ

ยาที่รับประทานประจำ ยาหอม

## ผู้ใช้งานคนที่ 7

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดร้อยเอ็ด

ตำแหน่งงาน พนักงาน warehouse

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ปวดข้อเข่า

ยาที่รับประทานประจำ ยาแก้กษัยเส้น

## ผู้ใช้งานคนที่ 8

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา

สัมภาษณ์วันที่ 2 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดสระแก้ว

ตำแหน่งงาน พนักงานประจำเครื่อง

โรคประจำตัว หอบหืด

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย หอบหืด

ยาที่รับประทานประจำ ยาขยายหลอดลม (ไม่ทราบชื่อยา)

## ผู้ใช้งานคนที่ 9

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร

สัมภาษณ์วันที่ 4 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดอุดรธานี

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว โรคปวดหลัง

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ปวดหลัง

ยาที่รับประทานประจำ ยาแก้กษัยเส้น

ผู้ใช้งานคนที่ 10

นายไกรสร เมืองจันทร์

สัมภาษณ์วันที่ 4 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดบุรีรัมย์

ตำแหน่งงาน พนักงานขนส่ง

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย โรคภูมิแพ้

ยาที่รับประทานประจำ ยาขม ยาหอม

ผู้ใช้งานคนที่ 11

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข

สัมภาษณ์วันที่ 5 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดหนองคาย

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว ไทรอยด์เป็นพิษ

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ปวดศีรษะ

ยาที่รับประทานประจำ Paracetamol Tablets

ผู้ใช้งานคนที่ 12

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อง

สัมภาษณ์วันที่ 5 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดสุโขทัย

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว โรคภูมิแพ้

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย โรคภูมิแพ้

ยาที่รับประทานประจำ ไม่มี

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 13

นางสาวจิตติกาญจน์ จันทิตา

สัมภาษณ์วันที่ 5 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดตาก

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายผลิต

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย โรคกระเพาะอาหาร

ยาที่รับประทานประจำ ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร และยาแก้แพ้ (ไม่ทราบชื่อยา)

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 14

นางลักขณา มีทอง

สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดสระบุรี

ตำแหน่งงาน พนักงานฝ่ายจัดซื้อ

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย เจ็บคอ ไข้หวัด

ยาที่รับประทานประจำ Paracetamol Tablets

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 15

นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพียงแอม

สัมภาษณ์วันที่ 9 ธันวาคม 2553

ภูมิลำเนาเดิม จังหวัดปทุมธานี

ตำแหน่งงาน ช่างเชื่อม

โรคประจำตัว ไม่มี

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย ปวดหลัง ท้องผูก

ยาที่รับประทานประจำ ไม่มี

## สรุป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างออกเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้แรงงานที่ทำการสัมภาษณ์

รายการ	รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	น้อยกว่า 20 ปี	1 คน	6.67
	21 – 30 ปี	3 คน	20.00
	31 – 40 ปี	7 คน	46.67
	41 – 50 ปี	1 คน	6.67
	มากกว่า 50 ปี	3 คน	20.00
เพศ	ชาย	5 คน	33.33
	หญิง	10 คน	66.67
ศาสนา	พุทธ	15 คน	100.00
ภูมิลำเนาเดิม	สมุทรปราการ	3 คน	20.00
	นอกสมุทรปราการ	12 คน	80.00
จำนวนคนงานใน โรงงาน	1 – 50 คน	2 คน	13.33
	51 – 200 คน	6 คน	40.00
	มากกว่า 200 คน	7 คน	46.67
ระยะเวลาที่ทำงาน ในสมุทรปราการ	1 – 5 ปี	3 คน	20.00
	6 – 10 ปี	5 คน	33.33
	มากกว่า 10 ปี	7 คน	46.67
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	4 คน	26.67
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3 คน	20.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	7 คน	46.67
	ปวส	1 คน	6.67
รายได้ต่อเดือน (ไม่รวมค่าล่วงเวลา)	5,000 – 7,500 บาท	7 คน	46.67
	7,501 – 10,000 บาท	4 คน	26.67
	มากกว่า 10,000 บาท	2 คน	13.33
	ไม่ระบุ	2 คน	13.33



ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

รายการ	รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	9 คน	60.00
	มีโรคประจำตัว	6 คน	40.00
โรงพยาบาลที่ทำ ประกันสังคม	โรงพยาบาลสำโรง	7 คน	46.67
	โรงพยาบาลเมืองสมุทร	4 คน	26.67
	โรงพยาบาลอื่นๆ	4 คน	26.67
จำนวนครั้งที่เข้ารับ การรักษาต่อปี	1 – 2 ครั้งต่อปี	5 คน	33.33
	3 – 12 ครั้งต่อปี	6 คน	40.00
	มากกว่า 12 ครั้งต่อปี	4 คน	26.67
ความรู้จักในยาแผน โบราณ	รู้จัก	14 คน	93.33
	ไม่รู้จัก	1 คน	6.67
ความสนใจในยา แผนโบราณ	สนใจ	14 คน	93.33
	ไม่สนใจ	1 คน	6.67

## 1.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ภญ.จารุวรรณ สุจริตประภากร  
สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม 2554

อายุ 41 ปี

ประสบการณ์ทำงาน 18 ปี

การศึกษา ภ.บ., MPPH

ตำแหน่ง เกษัตริ์กร

สถานที่ทำงาน โรงงานผลิตยา บริษัท อังกฤษตรางู (แอล.พี.) จำกัด

นางสาวจุฬาลักษณ์ สีแสนชูย

สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม 2554

อายุ 26 ปี

ประสบการณ์ทำงาน 4 ปี

การศึกษา ปริญญาตรีการแพทย์แผนตะวันออก, บ.ภ.

สถานที่ทำงาน โรงงานผลิตยา บริษัท อังกฤษตรางู (แอล.พี.) จำกัด

ภก.วีรภัทร พลายงาม

สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม 2554

อายุ 39 ปี

ประสบการณ์ทำงาน 14 ปี

การศึกษา ภ.บ.

ตำแหน่ง เกษัตริ์กรชำนาญการ

สถานที่ทำงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

นางอรอุษา จันทรวิจ

สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม 2554

อายุ 58 ปี

ประสบการณ์ทำงาน 36 ปี

การศึกษา วท.ม. (สุขศึกษาและพลศึกษา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

สถานที่ทำงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ภญ.ศรีอโศก สุจริต

สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม 2554

การศึกษา ภ.บ.

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา

สัมภาษณ์วันที่ 9 มกราคม 2554

การศึกษา ภ.บ.

ตำแหน่ง เจ้าของร้านขายยา

สถานที่ทำงาน ร้านยาวิศรุตเภสัช ต.บางเมืองใหม่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

ระยะเวลาที่อยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ 1 ปี

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์

สัมภาษณ์วันที่ 15 มกราคม 2554

การศึกษา ภ.บ.

ตำแหน่ง เจ้าของร้านขายยา

สถานที่ทำงาน ร้านยา Good Drug ต.บางเมืองใหม่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

ระยะเวลาที่อยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ 5 ปี

นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล

สัมภาษณ์วันที่ 17 มกราคม 2554

อายุ 49 ปี

การศึกษา พ.บ. ว.ว.อายุรศาสตร์

ตำแหน่ง แพทย์ชำนาญการพิเศษ (ดูแลงานแพทย์แผนไทย)

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ระยะเวลาที่อยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ 18 ปี

พระสมบุรณ์ วงศ์กำภู

สัมภาษณ์วันที่ 7 มกราคม 2554

วุฒิการศึกษา บ.ภ.

อายุ 52 ปี

สถานที่รักษาคนไข้ วัดในสองวิหาร อ.เมือง จ.สมุทรปราการ

ประสบการณ์ในการรักษาคนไข้ 12 ปี

**สรุป** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ดังนี้

เพศ            เพศชาย 4 คน

                  เพศหญิง 5 คน

อายุ            26 – 58 ปี

การศึกษา    ปริญญาตรี – ปริญญาโท

อาชีพ          พนักงานบริษัทเอกชน 2 คน

                  รับราชการ 4 คน

                  ธุรกิจส่วนตัว 2 คน

                  พระ 1 รูป

ระยะเวลาที่อยู่ในสมุทรปราการ 1 – 36 ปี

### 1.3 ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

นายอาณัติ กาญจนชูจิตร อายุ 26 ปี

นายเหรียญทอง ดวงจันทร์ อายุ 30 ปี

นายอลงกรณ์ หนึ่งแวงแดง อายุ 32 ปี

นายกฤษณะ เชี่ยวยาว อายุ 32 ปี

นายอโนคม บุญเจริญ อายุ 29 ปี

นายธีรวัฒน์ จิงสุวรรณ อายุ 34 ปี

สถานที่ทำงาน บริษัท ฮีโนมอเตอร์ ประเทศไทย จำกัด

สัมภาษณ์วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2554

สรุป ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ดังนี้

เพศ เพศชาย 6 คน

อายุ 26 – 34 ปี

### ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 2.1 ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

##### 2.1.1 ประเภทของยาแผนโบราณ

ยาแผนโบราณสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มตำรับที่มีผลต่อร่างกาย ตามระบบร่างกายได้เป็น 12 กลุ่ม (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อ่างในเสาวนีย์ ปทุมชาติ: 17 – 20) ดังนี้

- กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยารักษาแผลในปาก ยาแก้ปวดฟัน ยาสีฟัน ยาขับลม/บำรุงธาตุ ยาแก้ปวดท้อง ยาแก้อาเจียน ยาระบาย ยาแก้ท้องผูก/ยาถ่าย ยาแก้ท้องเสีย ยาบำรุงร่างกาย ยาแก้ตานขโมย ยาแก้ตะคริว ยาช่วยเจริญอาหาร ยาอ้วน ยาอุทัย
- กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด ได้แก่ ยาบำรุงโลหิต ยาฟอกเลือด
- กลุ่มยาระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ฟกช้ำ ยาบรรเทาโรคสตีเวนสทวาร

- กลุ่มยาระบบผิวหนัง ได้แก่ ยาแก้แมลงสัตว์กัดต่อย ยาแก้ประดงเลือด ยาแก้ประดงลม ยาแก้แผลเปื่อย/ฝีอักเสบ ยาแก้หัวพิษ หัวล้านะลอก บรรเทาพิษ ยาทาแผลสด ยาแก้ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

- กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ ได้แก่ ยาบำรุงน้ำนม ยาขับน้ำคาวปลา ยาสตรีแทนการอยู่ไฟ ยาช่วยให้มดลูกเข้าอู่ ยาบำรุงครรภ์ ยาแก้ประจำเดือนไม่ปกติ ยาแก้ไข่

- กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ ได้แก่ ยาแก้เจ็บคอ ยาแก้คออักเสบ ยาแก้หัด อีสุกอีใส ยาแก้ลมพิษ ยาแก้กาฬพิษ

- กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ปวดเมื่อย (ภายใน) ยาแก้ปวดเมื่อย (ภายนอก)

- กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ยาแก้ไข้ ยาทรงไข้ ยาแก้ไข้ทับระดู ยาแก้ระดูทับไข้ ยาแก้ร้อนใน/กระหายน้ำ ยาเขียว ยาแก้ปวดหัว ยาแก้ปวดประจำเดือน ยาแก้ลมชัก ยาแก้ทรงชัก ยาแก้นอนไม่หลับ ยาแก้ลมวิงเวียน ยาบำรุงหัวใจ ยาหอม

- กลุ่มยารักษาพาราสิต ได้แก่ ยาแก้บิดแก้ฝี ยาถ่ายพยาธิ ยาทรงชาน

- กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ยาบรรเทาโรคหืดวงจุมก ยาแก้หอบหืด ยานัตถ์ ยาแก้หวัด ยาแก้คัดจมูก ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะ

- กลุ่มยาระบบตา/หู ได้แก่ ยาแก้ริดสีดวงตา ยาบำรุงสายตา ยาบำรุงตา/แก้ตาแดงและ ยาแก้ น้ำหนวก ยารักษาหูอื้อ คันหู

- กลุ่มยาระบบอื่นๆ ได้แก่ ยาบำรุงผม ยาแก้ผดผื่นแดง ยาแม่ลูกอ่อนกินของผิด

### 2.1.2 รูปแบบของยาแผนโบราณ

สินชพ โฉมยา (2547 (ก): 351) ได้แบ่งรูปแบบของยาจากสมุนไพรในรูปแบบแผนโบราณ ออกได้เป็น

ยาสำหรับรับประทาน/สูดดม

- ของแข็ง ได้แก่ ยาลูกกลอน ยาผง ยาเผา(สุ่ม) เป็นถ่าน ยาคว่ำ

- ของเหลว ได้แก่ ยาสกัดด้วยเหล้า ยาต้ม ยาดอง ยากลิ่น

- ควัน/ไอ ได้แก่ ยาคุม ยานัตถ์ ยาสูบ ยาสุ่ม

ยาใช้ภายนอก/เหน็บ

- ครีม/น้ำมัน ได้แก่ ยาหุง ยาพอก ยาประคบ ยาทา

- ของเหลว/น้ำ ยาแช่ ยาชะ ยาอม บ้วนปาก ยาอาบ

- ควัน/ไอ ได้แก่ ยารม ยาเป่าควัน



- ของแข็ง ได้แก่ ยาสวน ยาเหน็บ

สินธุ โภจยา (2547 (ข): 378) ได้แบ่งรูปแบบของยาจากสมุนไพรในรูปแบบแผนปัจจุบัน ออกได้เป็น

- รูปแบบยาของแข็ง เช่น ยาเม็ด (tablets), ยาชนิดเคลือบเม็ด (coated tablets), และยาชนิดแคปซูล (capsules)

- รูปแบบยาน้ำ เช่น ยาน้ำเชื่อม (syrup), ยาน้ำชนิดแขวนตะกอน (suspension), หรือยาน้ำใส (solution)

- รูปแบบยาดำหรับใช้ภายนอก เช่น ครีม (cream), ยี้ผึ้ง (ointment)

ในท้องตลาดรูปแบบสมุนไพรเดี่ยวที่ผลิตเป็นยาในรูปแบบยาแผนปัจจุบัน เช่น แคปซูลขมิ้นชัน แคปซูลชุมเห็ดเทศ แคปซูลฟ้าทะลายโจร ครีมไพล ครีมพญายอ เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้มีดังนี้

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 1 นางจินตนา วิทยาฉิลิก

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

แคปซูล ยาน้ำ ยาผง ยาขี้ผึ้ง ยาลูกกลอน

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย แผลในปาก

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาป้ายแผลในปาก

อาการป่วย ท้องผูก

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ มะขามแขกแคปซูล

อาการป่วย แน่นท้อง

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

อาการป่วย ท้องผูก

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ มะขามแขก

อาการป่วย บำรุงร่างกาย

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ แคปซูลมะรุม

กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด

อาการป่วย บำรุงเลือด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย บำรุงหัวใจ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาอุทัย

กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ

อาการป่วย ไอ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ มะขามป้อม

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด แคปซูลมะรุุม

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด แคปซูลมะรุุม

ผู้ใช้งานคนที่ 2 นายมานพ ประจิดร

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาน้ำ ยาผง

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ท้องเสีย

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยากฤษณากลิ่น

อาการป่วย ปวดท้อง

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ไม่มี

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ไม่มี

ผู้ใช้งานคนที่ 3 นางสาวรณมา รุ่งทอง

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

แคปซูล ยาน้ำ ยาผง ยาลูกกลอน

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ปวดท้อง

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ แคปซูลขมิ้นชัน

อาการป่วย ขับลม

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

อาการป่วย แน่นท้อง

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ มหาหิงคุ์

กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ

อาการป่วย ประจำเดือนไม่ปกติ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ

อาการป่วย เจ็บคอ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาอมตราตะขบ

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย เวียนศีรษะ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ

อาการป่วย แก้ไอ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาแก้ไอชวนป่วยปีแปก

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาหอม

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาหอม

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 4 นางสาวอรุณ ทองอุทัย

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาน้ำ ยาผง

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ

อาการป่วย ปวดประจำเดือน

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย เวียนศีรษะ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาหอม

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาหอม

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 5 นายวัฒนา สารจันทร์

- 1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้  
ยาน้ำ ยาผง
- 2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้  
กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร  
อาการป่วย ยาบำรุง  
ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ไม่ทราบชื่อยา  
กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง  
อาการป่วย บำรุงหัวใจ  
ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม  
กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ  
อาการป่วย คัดจมูก  
ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยานัตถ์
- 3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาบำรุง
- 4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาบำรุง

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 6 นางสมปอง วิเศษกุล

- 1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้  
ยาเม็ด ยาน้ำ ยาผง ยาขี้ผึ้ง ยาลูกกลอน
- 2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้  
กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร  
อาการป่วย ขับลม  
ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม  
อาการป่วย ยาระบาย  
ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาลูกกลอน  
กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ  
อาการป่วย ประจำเดือนมาไม่ปกติ  
ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี  
กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

อาการป่วย คลายเส้น

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาลูกกลอน น้ำมันสมุนไพร

กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ

อาการป่วย แก้ไอ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ไม่ทราบชื่อยา

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาหอม

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาหอม

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 7 นางสาวจันทา เสาร์วงศ์

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาเม็ด ยาแคปซูล ยาน้ำ ยาผง ยาครีม ยาขี้ผึ้ง ยาลูกกลอน

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ปวดท้อง

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

อาการป่วย ยำบำรุง

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ไม่ทราบชื่อยา

กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด

อาการป่วย บำรุงเลือด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ

อาการป่วย เจ็บคอ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาพ่นคอ

กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

อาการป่วย แก้ปวด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยานวดไฟล

อาการป่วย แก้ปวด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาขยับเส้น

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาขยับเส้น

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาขยับเส้น

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 8 นางสมบุญ พงษ์บุปผา

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาเม็ด ยาแคปซูล ยาฉีด ยาผง

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ท้องผูก

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาขมเม็ด

อาการป่วย คลื่นไส้/อาเจียน

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด

อาการป่วย บำรุงเลือด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ

อาการป่วย ประจำเดือนมาไม่ปกติ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

อาการป่วย ปวดเข่า

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ แคปซูลมะรุม

อาการป่วย ปวดกล้ามเนื้อ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาแก้ปวด

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย แก้ไข

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาขมเม็ดตราใบห่อ

อาการป่วย เวียนศีรษะ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาขม

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาขม



ผู้ใช้งานงานคนที่ 9 นายชรัมภ์ รัตนเสถียร

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาเม็ด ยาน้ำ ยาผง ยาลูกกลอน

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ยาระบาย

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาระบายระดมพล

อาการป่วย ยาระบาย

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยากษัยเส้น

กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด

อาการป่วย บำรุงเลือด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ลูกกลอน

กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ

อาการป่วย อีสุกอีใส

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาเขียวตราใบห่อ

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย เวียนศีรษะ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

อาการป่วย แก้กะหายน้ำ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาอุทัย

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยากษัยเส้น

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยากษัยเส้น

ผู้ใช้งานงานคนที่ 10 นายไกรสร เมืองจันทร์

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาเม็ด ยาแคปซูล ยาน้ำ ยาผง ยาขี้ผึ้ง ยาลูกกลอน

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ท้องอืด/ท้องเฟ้อ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาลูกกลอน

- อาการป่วย ท้องเสีย ขับลม  
 ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม  
 กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ  
 อาการป่วย อีสุกอีใส  
 ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาเขียว  
 กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง  
 อาการป่วย แก้ไข้  
 ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม  
 3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาหอม  
 4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาหอม

ผู้ให้แรงงานคนที่ 11 นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข

- 1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้  
 ยาเม็ด ยาแคปซูล ยาน้ำ ยาผง  
 2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้  
 กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร  
 อาการป่วย แน่นท้อง  
 ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม  
 กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ  
 อาการป่วย ขับเลือด  
 ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี  
 กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ  
 อาการป่วย อีสุกอีใส  
 ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาเขียว  
 กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ  
 อาการป่วย ขับเสมหะ แก้ไอ  
 ยาแผนโบราณที่เคยใช้ มะขามป้อม  
 3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาสตรี  
 4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาสตรี

ผู้ใช้งานคนที่ 12 นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาน้ำ ยาผง ยาจัดชุด (ยาต้ม)

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ท้องอืด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

อาการป่วย ยากวาดลิ้นเด็ก

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยากวาดลิ้นขาวละอ

กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ

อาการป่วย ช่วยให้มีคลุกเข้าอุ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี ยาจัดชุด

กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ

อาการป่วย เจ็บคอ

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาเป่าคอ ยาอมตราตะขาบ

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาสตรี

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาสตรี

ผู้ใช้งานคนที่ 13 นางสาวจิตติกาญจน์ จันทิตา

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาน้ำ ยาผง

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ท้องอืด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด

อาการป่วย บำรุงเลือด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยาสตรี

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยาสตรี

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 14 นางลักขณา มีทอง

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาเม็ด ยาแคปซูล ยาน้ำ ยาผง

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย แผลในปาก

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยารักษาแผลในปาก

อาการป่วย แผลในกระเพาะอาหาร

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ขมิ้นชัน

กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด

อาการป่วย ฟอกเลือด

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาสตรี

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย แก้ไข

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาเขียว

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด แคปซูลขมิ้นชัน

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด แคปซูลขมิ้นชัน

ผู้ใช้แรงงานคนที่ 15 นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพียงแอม

1) รูปแบบยาแผนโบราณที่ใช้

ยาเม็ด ยาน้ำ ยาผง

2) กลุ่มยาแผนโบราณที่ใช้

กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย ท้องผูก ยาระบาย

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาเขียว ยาน้ำระดมพล ยากษัยเส้น

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย เวียนศีรษะ

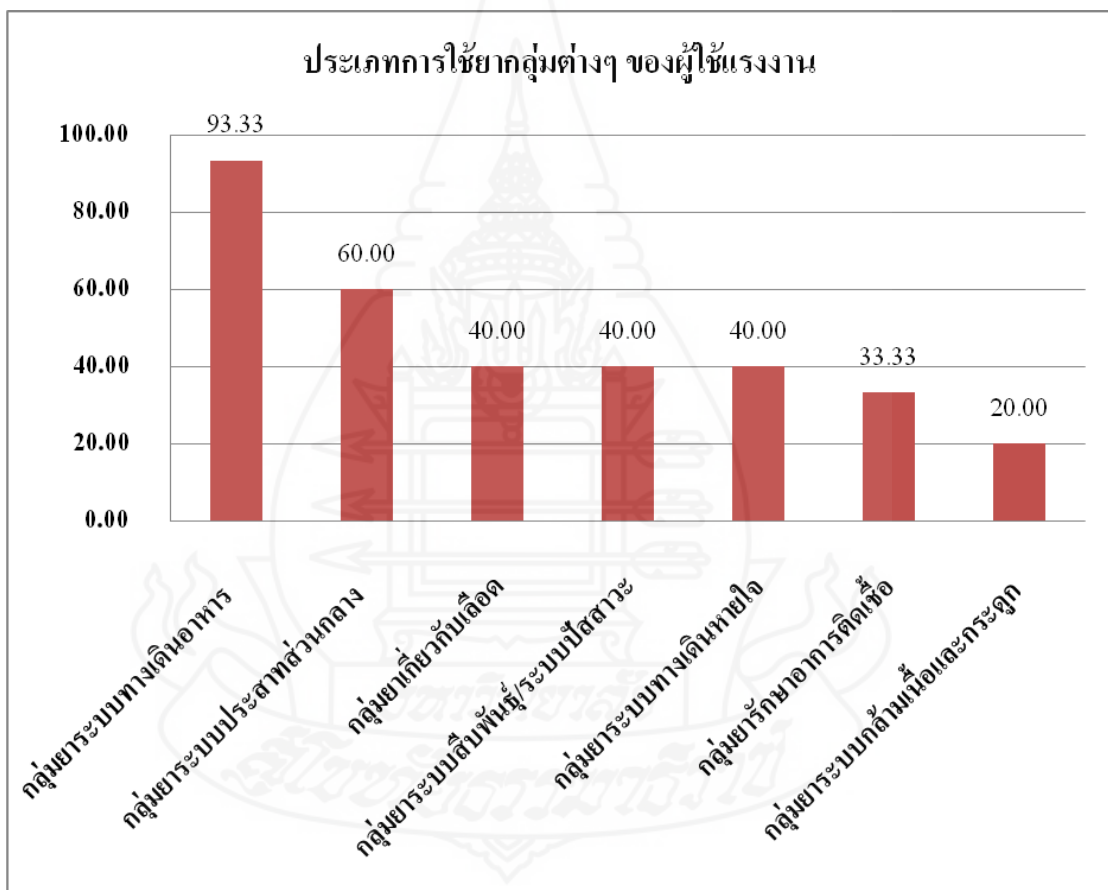
ยาแผนโบราณที่เคยใช้ ยาหอม

3) ยาแผนโบราณที่ใช้มากที่สุด ยากษัยเส้น

4) ยาแผนโบราณที่เชื่อถือมากที่สุด ยากษัยเส้น

**สรุป** ประเภทแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้

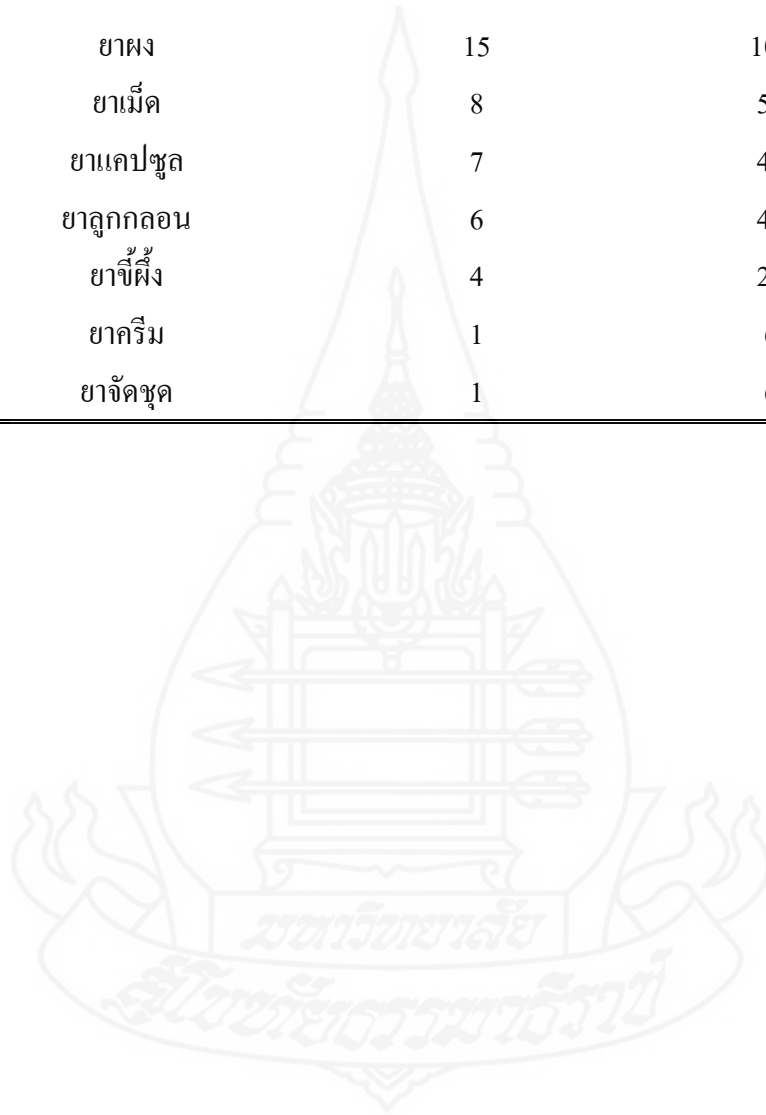
- 1) กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร มีผู้ใช้จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33
- 2) กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง มีผู้ใช้จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00
- 3) กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
- 4) กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
- 5) กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
- 6) กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ มีผู้ใช้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33
- 7) กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีผู้ใช้จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00



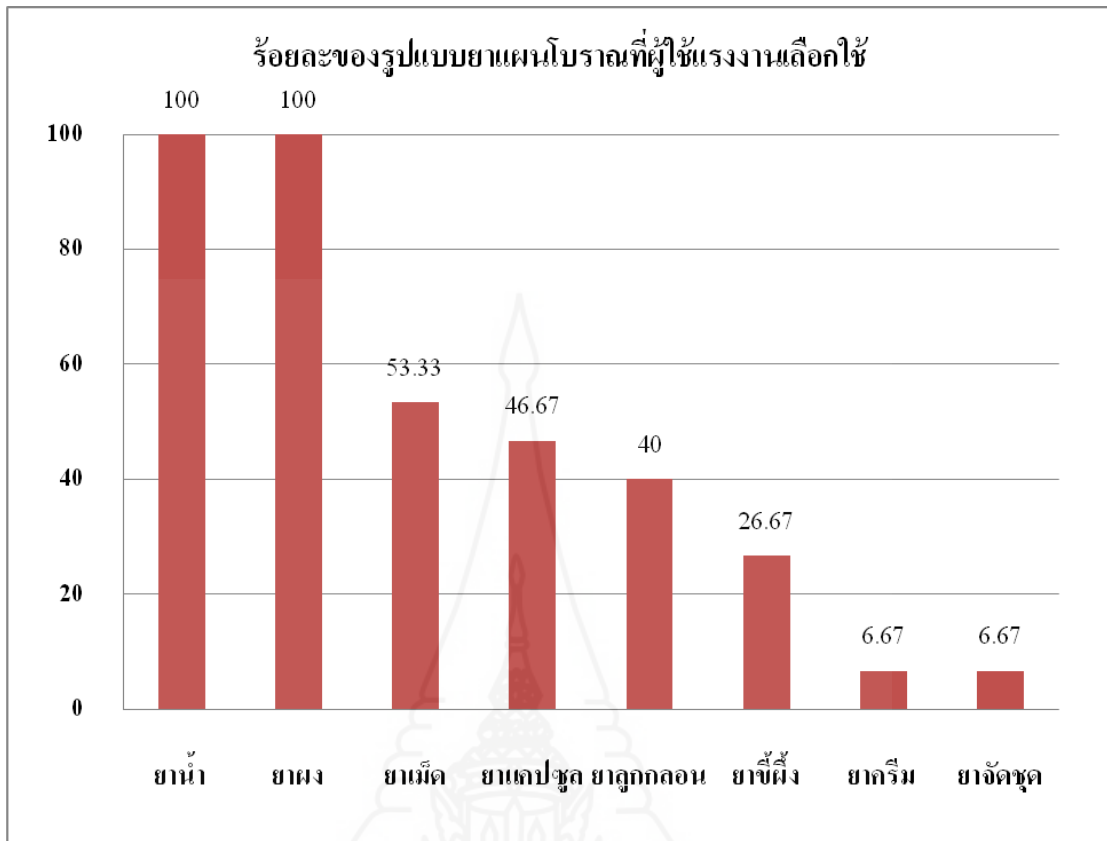
ภาพที่ 4.1 ประเภทการใช้ยากลุ่มต่างๆ ของผู้ใช้แรงงาน (n = 15)

สรุป รูปแบบยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้  
 ตารางที่ 4.2 รูปแบบยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้

รูปแบบยาแผนโบราณ	จำนวนผู้ใช้ (คน)	ร้อยละ
ยาน้ำ	15	100.00
ยาผง	15	100.00
ยาเม็ด	8	53.33
ยาแคปซูล	7	46.67
ยาตุกกลอน	6	40.00
ยาจี้ผึ้ง	4	26.67
ยาครีม	1	6.67
ยาจัดชุด	1	6.67







ภาพที่ 4.2 ร้อยละของรูปแบบยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ (n=15)

**สรุป** ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือมากที่สุด

- 1) ยาหอม (จำนวน 4 คน)
- 2) ยาสตรี (จำนวน 3 คน)
- 3) ยาภษัยเส้น (จำนวน 3 คน)
- 4) สมุนไพรเดี่ยว (จำนวน 2 คน)
- 5) ยาชม (จำนวน 1 คน)
- 6) ยาบำรุง (จำนวน 1 คน)
- 7) ไม่มีชนิดยาที่เชื่อถือ และไม่มียาที่ใช้มากที่สุด (จำนวน 1 คน)

**สรุป** ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานใช้มากที่สุด

ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานใช้มากที่สุดเหมือนกับยาแผนโบราณที่เชื่อถือในทุกรายที่สัมภาษณ์

สามารถนำเสนอยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้มากที่สุด และเชื่อถือมากที่สุด ออกมาในรูปแบบภาพรูปร่างกลมได้ดังนี้



ภาพที่ 4.3 ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ และเชื่อถือมากที่สุด (n = 15)

**2.2 ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ** แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ลักษณะความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ และ ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

### 2.2.1 ลักษณะความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

#### 1) ความเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ผู้บริโภคในหลายพื้นที่ที่มีความเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

ดังนี้

มัทนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 222) วิจัยพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ผู้บริโภคภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนเห็นด้วยว่ายาแผนโบราณมีสรรพคุณที่เชื่อถือได้เป็นลำดับที่ 1

เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542: 124) วิจัยตลาดยาแผนโบราณในเขตกรุงเทพมหานครผู้บริโภคเห็นด้วยว่ายาแผนโบราณมีสรรพคุณที่เชื่อถือได้ เป็นลำดับที่ 1 ผลการรักษาด้วยยาแผนโบราณเป็นไปตามสรรพคุณที่แสดงไว้ในฉลากยาเป็นลำดับที่ 6

ปีฐพล รัตนจินดา (2551: 56) ผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครเชื่อถือในคุณภาพของผลิตภัณฑ์มากที่สุด (ร้อยละ 29.52) และ ความเชื่อ ศรัทธาในยาแผนโบราณ เป็นลำดับที่ 2

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานมีความเชื่อถือในยาแผนโบราณเพราะลองใช้แล้วได้ผลดี

ดังกล่าวต่อไปนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “เชื่อ เพราะใช้แล้วได้ผลดี ซึ่งแล้วแต่คนบางคนก็ให้ผลดี ขึ้นอยู่กับร่างกายของแต่ละคน”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “เชื่อ พอมีปัญหาใช้แล้วหาย ดีขึ้น ดีขึ้นไปเรื่อยๆ เช่น จุกท้อง แน่นหน้าอก กินไปหายเลย”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เชื่อ ใช้แล้วได้ผล”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “เชื่อ กินมาแล้วได้ผลดี แผนปัจจุบันกินแล้วไม่ถูกโรค”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “เชื่อ ช่วยให้อายุ และประหยัดเงิน เพราะราคาถูก”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “50/50 แผนปัจจุบันมากกว่า ยาแผนโบราณแล้วแต่สรรพคุณ เช่น เชื่อในว่านชักมดลูก”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “เชื่อ เพราะใช้แล้วได้ผล แต่ค่อยๆ ดีขึ้น”

นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพ็ญอม กล่าวว่า “เชื่อ กินแล้วได้ผล”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “เชื่อ มีประสิทธิภาพที่ดี ได้ผล”

นางจินตนา วิทยาติลก กล่าวว่า “ไม่เชื่อ 100% ต้องลองใช้ดูก่อน ถ้าใช้แล้วดีจะเชื่อ”

## 2) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากภูมิปัญญาไทย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2539, อ้างในวิมล จิโรจพันธุ์และคณะ 2548: 141) ได้กำหนดสาขาย่อยของภูมิปัญญาชาวบ้าน ทำการคัดเลือกและเชิดชูเกียรติผู้มีผลงานดีเด่นทางวัฒนธรรม 5 สาขา ดังนี้

- ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอนุรักษ์ป่าไม้ น้ำ การรักษา การถ่ายทอด ความรู้ดั้งเดิมเพื่อการอนุรักษ์ เช่น การเคารพแม่น้ำ แผ่นดิน พืชพันธุ์ ธัญญาหาร และโบราณสถาน โบราณวัตถุ ฯลฯ

- ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการเกษตร ได้แก่ การทำการเกษตรแบบผสมผสาน การแก้ปัญหาทางการเกษตรด้านการตลาด การแก้ปัญหาด้านการผลิต และการรู้จักปรับใช้เทคโนโลยี

- ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการจัดการ สวัสดิการ และธุรกิจชุมชน ได้แก่ กองทุน และกลุ่มต่างๆ

- ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการการผลิตและบริโภค เช่น การแปรรูป ผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาปรับใช้ในการแปรรูปผลผลิตเพื่อชะลอการนำเข้าตลาด

- ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านการรักษาโรคและการป้องกัน ได้แก่ หมอพื้นบ้าน หมอธรรมชาติ และผู้รอบรู้เรื่องสมุนไพร

ความสำคัญของภูมิปัญญาไทย

- สร้างความภาคภูมิใจและเกียรติภูมิแก่คนไทย
- ช่วยสร้างชาติให้เป็นปึกแผ่นมั่นคง
- สร้างความสมดุลระหว่างคนกับสังคมและธรรมชาติได้อย่างยั่งยืน
- สามารถปรับประยุกต์หลักธรรมคำสอนทางศาสนามาใช้กับวิถีชีวิตได้

อย่างเหมาะสม

- ช่วยเปลี่ยนแปลงปรับวิถีชีวิตของคนไทยให้เหมาะสมได้ตามยุคสมัย (วิมล จิโรจพันธุ์ และ คณะ 2548: 141 2548: 152 – 155)

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ยาแผนโบราณเป็นความคิดหรือภูมิปัญญาของคนสมัยโบราณ บางคนเห็นว่ายาแผนโบราณหายากควรอนุรักษ์ ดังนี้

นางจินตนา วิทยาธิลล กล่าวว่ “เป็นความคิดของคนสมัยก่อน ควรอนุรักษ์ไว้”

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่ “เป็นของดั้งเดิมมา คนสมัยก่อนคิดไว้ กินไม่มีอันตรายก็ควรอนุรักษ์”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่ “เพราะถ้าไม่อนุรักษ์ก็จะสูญ เป็นภูมิปัญญาเราเอง”

พระสมบุรณ์ วงศ์คำภู กล่าวว่ “เพราะสืบทอดกันมานาน ตั้งแต่สมัยพุทธกาล คือ หมอชีวกโกมารภจจ์”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่ “เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านทางอีสาน ถ้าหายากก็ควรอนุรักษ์”

นายชรั่มภ รัตนเสถียร กล่าวว่ “หายาก ไม่ค่อยมี”

ส่วนนพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล อยากให้อนุรักษ์ยาแผนโบราณแล้วนำมาใช้ประโยชน์ โดยกล่าวว่ “เห็นด้วย แต่การอนุรักษ์แล้วควรเอามาใช้ประโยชน์ ต้องพัฒนาองค์ความรู้จากตำรายาสู่งานวิจัย”

### 3) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์ และเป็นยาทางเลือก  
ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “เพราะยาแผนปัจจุบันจะช่วยไม่ได้ สรรพคุณยาแต่ละชนิด  
แตกต่างกัน”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ยังมีประโยชน์อยู่”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เพราะกินแล้วถูกกับโรค”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ปลอดภัยกว่ายาแผนปัจจุบัน”

นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพ็ญเอม กล่าวว่า “เพราะคนใช้กันเยอะ”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “มีประสิทธิภาพ ใช้ได้ผล”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “เป็นยาทางเลือกนอกเหนือจากยาแผนปัจจุบัน”

#### 4) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณผลิตในประเทศ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณสามารถผลิตได้ในประเทศจาก  
สมุนไพรที่มีอยู่แล้ว ดังนี้

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “ยาผลิตในประเทศ ไม่ต้องไปจ้างคนเยอะ”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “เพราะหาได้เองแถวบ้านเรา”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “เพราะยาสมุนไพรมีอยู่ในประเทศ ไม่ได้เป็นสารเคมีสังเคราะห์จากที่  
อื่น”

#### 5) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

สุภารัตน์ ตันทีอารยะ (2548: 272) ความเจริญก้าวหน้าทางการ  
สาธารณสุขทำให้การรักษาโรคโดยหมอยาแผนโบราณลดลง ส่วนใหญ่ประชาชนนิยมเข้ารับการ  
รักษาจากโรงพยาบาลของรัฐเพราะความสะดวก และราคาถูก อีกทั้งยาที่จ่ายจากหมอแผนปัจจุบัน  
ก็รับประทานง่าย และได้ผลรวดเร็ว แม้แต่หมอเองเมื่อเจ็บป่วยก็เข้ารับการรักษาจาก  
โรงพยาบาลของรัฐเช่นกัน

อรุณศรี มงคลชาติ (2535) ได้ศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
แบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย ด้านลักษณะความรุนแรงของ  
โรค ถ้าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณมากกว่าการ  
เจ็บป่วยเฉียบพลันและรุนแรง

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า ดังนี้

นางจินตนา วิทยาคิลก กล่าวว่า “จริง ต้องกินต่อเนื่อง”

นายมานพ ประจิดตร กล่าวว่า “จริง หายช้า” และ “ถ้าดีแล้วหายช้าก็ไม่เอา เอายาแผนปัจจุบันดีกว่าเสียเวลา”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “ถ้าช้าแล้วไม่มีผลข้างเคียงก็ OK”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ช้า ยาแผนปัจจุบัน paracetamol แค่ 3 - 4 ชั่วโมงก็หายแล้ว”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ช้า เมื่อเทียบกับแผนปัจจุบัน แต่เห็นผล”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “เห็นด้วย เพราะยาแผนโบราณเป็นการรักษาแบบองค์รวม”

สำหรับความเร็วในการรักษาอาจจะไม่มีความสำคัญเท่ากับประสิทธิภาพในการรักษาสำหรับบางโรค นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวว่า

“คนปัจจุบันต้องการอะไรที่เร็ว มีตัวชี้วัดชัดเจน เช่น ระดับไขมัน น้ำตาล แต่ช้า – เร็วไม่ได้สำคัญเท่ากับประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ว่าหายหรือไม่หาย จุดเด่นของยาแผนปัจจุบันคือใช้ในอาการฉุกเฉิน เช่น เส้นเลือดอุดตัน ยาแผนโบราณใช้ในโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรืออาหารได้ดี”

#### 6) ความเชื่อเรื่องรสชาติของยาแผนโบราณ

ยาแผนโบราณมีรสชาติไม่ดี

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

มัทนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 216) ช้อบกร่องของยาแผนโบราณที่ต้องปรับปรุงในเรื่องของรูปแบบยาแผนโบราณมาเป็นอันดับที่ 2 รองจากด้านสรรพคุณ ซึ่งยาแผนโบราณควรเป็นเม็ด หรือแคปซูล เม็ดเล็กกลวง กลิ่นน้อยลง และเรื่องรสชาติที่ไม่ดี

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

นายธรรม์ รัตนเสถียร และนางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “กินยาก”

นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง กล่าวว่า “บางทีเหม็น รสทั้งเปรี้ยวและขมสารพัด”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “บางตัวขมมาก เช่น ฟ้าทะลายโจร มันไม่เหมือนยาแผนปัจจุบัน”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “โดยเฉพาะยาสตรีรสนุน ไม่ดี”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “รสชาติอาจจะทานยาก และทานในปริมาณมาก”

นางสาวจุฬาลักษณ์ แสนสีซุ่ย กล่าวว่า “รสชาติไม่เป็นปัญหาเพราะใส่แคปซูล ถ้าเป็นยาต้มใช้การผลิตแบบดั้งเดิมจึงจะมีปัญหากับคนไข้”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ยาแผนโบราณบางชนิดมีกลิ่นและรสของเหล้าขาว ดังนี้

นายธีรวัฒน์ จึงสุวรรณ กล่าวว่า “ยาสตรีกินแล้วก็มา แนนๆ เหล้าขาว เด็กสมัยใหม่ไม่กินเลย” และ “ถ้าขาดองผมว่า ใจอยากจะกินเหล้ามากกว่า ยานะผลพลอยได้ ได้กินเหล้าได้มาได้ด้วย” (ทุกคนเห็นตรงกันในเรื่องนี้ พร้อมหัวเราะอย่างสนุกสนาน) และทุกคนเห็นตรงกันว่ายาแผนโบราณรสชาติไม่ดี

แต่บางคนไม่มีปัญหาในรสชาติและกลิ่นของยาแผนโบราณ ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “รสชาติเป็นธรรมชาติของยาแต่ละตัว”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “รสชาติไม่ดีก็เป็นธรรมชาติของยามันเอง”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ใช่ แต่ต้องการคุณภาพไม่ติดกับรสชาติ”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ปกติ”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “หวานเป็นลมขมเป็นยา ซึ่งตัวยาก็มีหลายชนิด มีหลายรสปนกันไป อย่างบอระเพ็ดอาจจะขม แต่ลูกกลอนบางตัวยังทำออกหวานเลย”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงแอม กล่าวว่า “บางตัวยาก็กินได้”

การแก้ปัญหของเภสัชกรแผนโบราณ คือ การแต่งรส ให้คนไข้รับประทานง่ายขึ้น พระสมบุญ วงศ์คำภู กล่าวว่า “ปกติโยมไม่ค่อยบ่น อย่างยาหอมโยมไม่ชอบขมก็ใส่พวกชะเอมเทศให้ออกรสหวาน และชะเอมเทศมีสรรพคุณให้ชุ่มคอและบำรุงหัวใจด้วย”

#### 7) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีความปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

คันสนีย์ ฤทธิ์ทองพิทักษ์ (2546: 79) ประชาชนมีทัศนคติต่อสมุนไพรไทยในเชิงบวก ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการใช้ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติจะดีต่อสุขภาพ การใช้สมุนไพรไทยในการรักษาโรคมียผลข้างเคียงน้อยกว่าผลิตภัณฑ์ที่ได้จากสารเคมี

สุทธิชัย ศรีสุภักวงศ์ (2546: 25) สอบถามความเห็นเกี่ยวกับสมุนไพรกับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม อ.เมือง จ.สมุทรสาคร พนักงานในโรงงานเห็นว่าสมุนไพรไทยมีความปลอดภัยและคุณภาพน่าเชื่อถือร้อยละ 92.6

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ยาแผนโบราณทำจากสมุนไพรไม่มีสารเคมีที่อันตรายใช้แล้วปลอดภัย

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “เชื่อ เชื่อบางตัว เพราะเป็นของไทยๆ คงไม่มีสารเคมีมาก”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “ไม่มั่นใจ แต่พอกินได้ บางชนิดมีอันตราย บางชนิดก็ไม่”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “เชื่อ เพราะทำจากสมุนไพรไม่มีสาร”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “เชื่อ ใช้แล้วดี สารพิษไม่ตกค้างเหมือนแผนปัจจุบัน”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “เชื่อ เป็นยาพื้นบ้านที่มีมานานและไม่อันตราย”



นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “บางครั้งเราก็ไม่รู้ไม่เห็นผลกระทบอะไร แต่ที่กินไม่เคยเห็นอะไรนะ”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “จริง ยาแผนปัจจุบันบางทีก็แพ้ แต่ยาแผนโบราณไม่เคยแพ้”

นางสาววรรณมา รุ่งทอง กล่าวว่า “ปลอดภัย แต่บางตัวเป็นยาอันตรายต้องสังเกตดู”

ข้อมูลความปลอดภัยของยาแผนโบราณจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของยาแผนโบราณ ดังนี้

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ใช่ แต่ขึ้นชื่อว่ายา ก็ควรกินในระดับที่เหมาะสม”

นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวว่า

“ทุกอย่างเป็นดาบสองคมเสมอ ไม่มีอะไรที่ดีด้านเดียว เช่น ยุคหนึ่งมีการนำไปใช้เหล็กมาอัดแคปซูลเป็นยาละลายเครียด แต่ทำให้ตับอักเสบ เพราะว่าของจากธรรมชาติ กินในปริมาณ, ระยะเวลาอาจเกิดโทษได้ ต้องมีการศึกษาวิจัย หรือใช้องค์ความรู้ ซึ่งคนโบราณใช้แกงจืดเหล็กโดยการต้มให้หมดพิษ ถ้าไม่ผ่านกระบวนการพิษก็ยังมีอยู่”

พระสมบุรณ์ วงศ์กำภู ได้กล่าวเสริมว่า “ยาบางตัวอันตรายมี พิษแต่ละชนิดก็มีรสหลายอย่าง ยาบางตัวเย็นมาก บางตัวร้อนมากก็ต้องเลือกใช้”

#### 8) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากประสบการณ์การใช้

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ลักขณา เกิดศิริ (2538: 85) ประสิทธิภาพของยาเป็นเหตุจูงใจที่สำคัญ มูลเหตุหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแผนโบราณมากที่สุด ประสิทธิภาพของยาแผนโบราณใช้ได้ผลดีและมีอันตรายน้อย คิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมาคือ ได้ผลดี มีผู้แนะนำ อันตรายน้อย และราคาถูก ร้อยละ 24 และน้อยที่สุดพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ยาแผนโบราณเพราะราคาถูกเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 0.67

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

นางจินตนา วิทยาติลล กล่าวว่า “ถ้าลองใช้แล้วดีก็จะเชื่อ ถ้าไม่หายก็ไม่เชื่อไม่บอกต่อ”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เชื่อ เพราะตัวเองกินแล้วหาย”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “เชื่อ สังคมไทยเรานิยมปากต่อปาก กินแล้วก็บอกต่อ”

นางสาวจิตติกาญจน์ จันทิดา กล่าวว่า “เชื่อ บางครั้งเราไอ พ่อแม่เราให้ยามาอมมันก็ยังช่วย แต่ใช้เวลาหน่อยหนึ่ง”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ใช่ ตัวที่กินอยู่ก็ช่วยได้ เช่น ยาขับลมของอภัยภูเบศร ดีมาก

9) ความไม่เชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “บางตัวก็ใช้ไม่ได้ กวาวเครือขาวทานแล้วไม่ได้ผล” (ได้ฟังมาว่าทานแล้วหน้าอกใหญ่)

ข้อดีของยาแผนโบราณที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขบางคนไม่เชื่อ ก็เพราะยาแผนโบราณไม่มีงานวิจัยรองรับเช่นยาแผนปัจจุบัน โดย นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวว่า

“หมอแผนปัจจุบันสอนให้เชื่อในวิทยาศาสตร์ ยาที่ใช้จะเป็นยาที่ผ่านกระบวนการวิจัยรองรับ ยาแผนโบราณไม่ค่อยมีงานวิจัยรองรับแบบแผนปัจจุบัน มักใช้การเก็บข้อมูลจากผู้ใช้ แต่ก็ไม่เป็นตัวเลขทางสถิติ”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

สรรพคุณยาแผนโบราณไม่ระบุชัดเจน และบางคนไม่เชื่อถือในสรรพคุณ ดังนี้

นายอโนคม บุญเจริญ กล่าวว่า “สรรพคุณตัวเล็กไม่ชัดเจน แต่หน้าเจ้าของใหญ่เต็มขวดมีหน้าหมอไหนหมอไหน” และ “ยาแผนโบราณขนาดไม่ชัดเจน วิธีกินไม่ชัดเจนว่าเท่าไร ไม่เหมือนยาแผนปัจจุบัน”

นายอานันต์ กาญจนชูจิตร กล่าวว่า

“ยาแผนโบราณที่รู้จักก็ขายผมปวดขา ต้องไปหาซื้อยาอะไรสักอย่างอยู่ไกลเหมือนกันแถวคลองด่าน ซึ่งเดินทางไปไม่สะดวกและยามีราคาแพง ถ้าเป็นผมก็คงไปหาหมอตามโรงพยาบาล แต่ยายังเชื่อว่ายานี้ดี อย่างตัวเองไม่เชื่อและไม่ใช้แล้ว เพราะยายผมที่ใช้แล้วก็ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาลอยู่ดี”

นายอลงกรณ์ หนึ่งแวแดง กล่าวว่า

“โดยส่วนตัวแล้วไม่ค่อยได้ใช้หรือกยาแผนโบราณ ส่วนมากก็เป็นยาแผนปัจจุบันมากกว่า เพราะมันง่ายใช้สะดวก แล้วก็ไม่ต้องคิดอะไรมากมีสรรพคุณให้เสร็จเรียบร้อย ห้ามกินติดต่อกันเกินเท่านี้เท่านี้ ถ้ายาแผนโบราณก็ต้องมานั่งหา ร้านค้าที่มีอยู่แต่น้อยถ้าเป็นหนักก็เข้าโรงพยาบาลเลย”

10) ความไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า โดยให้เหตุผลว่าแล้วแต่กรณี ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “แล้วแต่บุคคล”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “บางกรณี อย่างยาหอมที่ใช้จะเห็นผลทันที”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “แล้วแต่โรค ถูกกับโรคหรือไม่”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “บางตัวยา แล้วแต่”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “บางตัวก็ช้า บางตัวก็ไว”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ผลการรักษาช้า แต่บางอาการเราก็ไม่ได้รับมาก เช่น ไข้สูง”

### 11) ความไม่เชื่อถือในความปลอดภัยของยาแผนโบราณ

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ศิรินารถ วาสนะวัฒน์ (2553: 107 – 108) ปัญหาในการเลือกใช้สมุนไพรคือ ปัญหาคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาสมุนไพรกับยาอื่นที่ใช้ร่วมกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการโฆษณาอวดอ้างหรือโอ้อวดเกินความเป็นจริง จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2551 พบผลิตภัณฑ์ยาที่จำหน่ายในตลาดไม่มีเลขทะเบียนจำนวน 963 ตัวอย่าง การปนเปื้อนมีทั้งเชื้อจุลินทรีย์ (ร้อยละ 29.0) โลหะหนัก (ร้อยละ 18.3) และการปนปลอมยาแผนปัจจุบัน เช่น สเตียรอยด์ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาลดความอ้วน (ร้อยละ 20.1)

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การปนเปื้อนของสารเคมี เช่น สเตียรอยด์ (steroid) เป็นปัญหาสำคัญ ผู้ใช้แรงงานจะมั่นใจเฉพาะยาที่ผ่าน อย. แล้ว  
นางจินตนา วิทยาคิลก กล่าวว่า “ไม่เห็นด้วย เพราะอาจมีสารอื่นในลูกกลอน แต่ถ้ามีอย. จะเชื่อถือได้”

นางสาวอรุณณ์ ทองอุทัย กล่าวว่า “ขึ้นอยู่กับคนทำถ้าไม่ใส่สารเคมีมันก็ดี”

นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง กล่าวว่า “เชื่อ เพราะสกัดจากธรรมชาติ แต่กลัวมีสารตกค้าง เช่น สเตียรอยด์ (steroid)

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “ถ้าทำตาม อย. ก็ OK บางที่ไม่ทำตาม อย. มันก็ 50/50 อย่างร้านรถเข็นไม่ใช่ ส่วนมากจะดูว่าผ่าน อย. ซื่ออยู่”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ถ้าเป็นยาแผนโบราณที่มาจากสมุนไพรธรรมชาติก็เห็นด้วย แต่ถ้ามีการปลอมปนก็ไม่ปลอดภัย”

พระสมบุรณ์ วงศ์กำภู กล่าวว่า “บางทีหมอบางคนไม่มีจรรยาบรรณใส่สารอันตรายไป เห็นแก่ผลประโยชน์ ต้องหาที่มี อย.”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มกล่าวเรื่องการปนเปื้อน steroid ในยาลูกกลอน  
ควรมีการให้ความเชื่อมั่นกับผู้ซื้อให้ใช้ยาแผนโบราณที่มีอย. ซึ่งขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย

นายอโนคม บุญเจริญ กล่าวว่า “ปัญหาขาดไม่ขึ้นทะเบียน ทำให้  
ไม่กล้าใช้ แต่ถ้าภายนอก เช่น พวกขาดมกล้าใช้ ภายในที่ต้องกินไม่กล้าใช้”

## 12) ความไม่เชื่อถือในยาแผนโบราณของเด็กรุ่นใหม่

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ปรียา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกศราภาศ และคณะ 2553: 136) ผู้ที่อยู่  
ในวัยทำงานอายุ 25 – 59 ปี มีการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 44.2, 45.7, และ 44.8  
ในปี พ.ศ. 2548 – 2550 ขณะที่ผู้สูงอายุมีปริมาณการใช้ร้อยละ 39.9, 44.5, และ 41.1 แต่วัยรุ่นอายุ  
15 – 24 ปี มีการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรเพียงร้อยละ 0.3, 3.7, และ 7.6

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าเด็กรุ่นใหม่ไม่นิยมยาแผนโบราณ เพราะ  
ความคุ้นเคยในยาแผนปัจจุบัน และรสชาติที่ไม่ดีของยาแผนโบราณ ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “เพราะเด็กนิยมไปหาหมอแผนปัจจุบัน และไม่เคยใช้”

นางสมปอง วิเศษกุลกล่าวว่า “เพราะเด็กไม่ผูกพัน เคยใช้แต่ยาแผนปัจจุบัน เหมือนคนโบราณเชื่อ  
เรื่องผี”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เพราะเด็กจะชอบยาแผนปัจจุบัน”

นางลักขณา มีทองกล่าวว่า “เพราะเด็กเห็นแต่ยาปฏิชีวนะเพราะหาได้ง่าย - ใช้ง่าย และไม่รู้ว่าจะใช้  
ยาแผนโบราณไปทำไม”

นางจินตนา วิทยาติลล กล่าวว่า “เด็กสมัยใหม่ความคิดแตกต่างกับคนสมัยก่อน อาจไม่เชื่อถือ”

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่า “เด็กไม่ชอบรสชาติที่ขมก็เลยไม่ชอบ”

เด็กบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณล้ำสมัย ใ้กับคนสูงอายุ

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “เป็นยาชนิดหนึ่งที่รักษาคนแก่ คนเฒ่า”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “การศึกษาสูงขึ้นมองว่าเขย ไม่ทันสมัย”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “คำว่าโบราณเด็กก็ไม่ใช้ ต้องเปลี่ยนชื่อ”

## สรุป ลักษณะความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

### 1) ความเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานมีความเชื่อถือในยาแผนโบราณเพราะลองใช้แล้วได้ผลดี

2) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากภูมิปัญญาไทย

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณเป็นความคิดหรือภูมิปัญญาของคนสมัยโบราณ และยาแผนโบราณหายากควรอนุรักษ์

3) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์ และเป็นยาทางเลือก

4) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณผลิตในประเทศ

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณสามารถผลิตได้ในประเทศจากสมุนไพรที่มีอยู่แล้ว

5) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า ต้องรับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งคนปัจจุบันชอบการรักษาที่สะดวกรวดเร็ว และประสิทธิภาพดี

6) ความเชื่อเรื่องรสชาติของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีรสชาติไม่ดี บางชนิดมีกลิ่นและรสของเหล้าขาว เช่น ขาดอง ขาสตรี แต่บางคนไม่มีปัญหาในรสชาติและกลิ่นของยาแผนโบราณ เพราะต้องการผลการรักษา การแก้ปัญหของเภสัชกรแผนโบราณ คือ การแต่งรส ให้คนใช้รับประทานง่ายขึ้น

7) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีความปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณทำจากสมุนไพร ไม่มีสารเคมีที่อันตรายใช้แล้วปลอดภัย แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความรู้ว่ายาดองใช้ในระดับที่เหมาะสม และมีความรู้เพียงพอ

8) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากประสบการณ์การใช้

ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือในยาแผนโบราณเกิดจากประสบการณ์ใช้ที่ได้ผลดี และแนะนำกันต่อ

9) ความไม่เชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เชื่อถือในสรรพคุณยาแผนโบราณเพราะใช้แล้วไม่ได้ผล สรรพคุณยาแผนโบราณไม่ระบุชัดเจน ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่ายาแผนโบราณไม่มีงานวิจัยที่ชัดเจนรองรับเช่นยาแผนปัจจุบัน

10) ความไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า โดยให้เหตุผลว่าแล้วแต่กรณี และบางคนเห็นว่าอาการป่วยบางอย่างไม่ได้ต้องการความเร่งด่วนมาก

### 11) ความไม่เชื่อถือในความปลอดภัยของยาแผนโบราณ

การปนเปื้อนของสารเคมี เช่น สเตียรอยด์ (steroid) เป็นปัญหาสำคัญ ผู้ใช้แรงงานจะมั่นใจเฉพาะยาที่ผ่าน อย. ซึ่งขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย

### 12) ความไม่เชื่อถือในยาแผนโบราณของเด็กรุ่นใหม่

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าเด็กรุ่นใหม่ไม่นิยมยาแผนโบราณ เพราะความคุ้นเคยในยาแผนปัจจุบัน และรสชาติที่ไม่ดีของยาแผนโบราณ เด็กบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณล้ำสมัย ใช้กับคนสูงอายุ

## 2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อการใช้ยาแผนโบราณ

### 1) การเปลี่ยนแปลงองค์การสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาสังคมผ่าน “องค์การสังคม” (Social organization) แบ่งออกเป็น 5 ประเภทใหญ่ ได้แก่ กลุ่มสังคม (Social group), ครอบครัว (Family), ชุมชน (Community), สหจร (Association), ชนชั้น (Social Class) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### (1) การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ครอบครัวเดิมของผู้ใช้แรงงานก่อนมาทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ มักเป็นครอบครัวขยาย มีคนหลายรุ่นอยู่ในครอบครัว เช่น ปู่ย่า ตายาย ผู้ใช้แรงงาน ได้เล่าถึงความเชื่อถือในยาแผนโบราณของครอบครัวไว้ว่า ผู้ใช้แรงงานทุกคนเชื่อถือในยาแผนโบราณ เพราะมีคนในครอบครัวใช้ ดังนี้

นางจินตนา วิทยาดิลก กล่าวว่า “ครอบครัวเชื่อ มีการเอาสมุนไพรเช่น ใบมะกรูดมากิน”

นางสาวอรมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “เชื่อมาก พ่อแม่เชื่อมาก”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “คุณตาชอบซื้อมากิน”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “เชื่อ ที่บ้านก็ใช้”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “เชื่อ แม่ใช้”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “เชื่อ พ่อแม่ใช้”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “ใช้ทั้งบ้าน”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “เชื่อ แม่กิน”

นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพียงแอม กล่าวว่า “เชื่อ เพราะภรรยาและแม่กิน”

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “เชื่อ นิยมใช้ยาหอม”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “เชื่อถือ เอายาหอมให้ญาติๆ ด้วย”



นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เชื่อ มีแต่คนมีอายุ”

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่า “ต่างจังหวัดเชื่อและยังกิน ครอบครัวยุคใหม่ไม่เชื่อ”

เมื่อเดินทางเข้ามาทำงานในเมืองครอบครัวของผู้ใช้แรงงานมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

นิยพวรรณ วรรณศิริ (2550: 170 – 177) ครอบครัวยุคใหม่คือครอบครัวที่มีสมาชิกอย่างน้อย 3 รุ่น อยู่ร่วมกัน ต้องมีการเศรษฐกิจร่วมกัน ช่วยกันผลิต ช่วยกันบริโภค และร่วมกันรับผิดชอบความปลอดภัยและความอยู่รอดของสังคม ครอบครัวเดี่ยวประกอบด้วยชายและหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกันโดยสังคมยอมรับ และบุตรที่ยังไม่ได้แต่งงาน มีหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเศรษฐกิจและการศึกษาอบรมสมาชิกรุ่นหลังๆ

วิมล จิโรจพันธุ์ (2548: 52) การอพยพของประชาชนเข้ามาหางานทำกลายเป็นสังคมเมืองใหญ่มีโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น สมาชิกทุกคนต่างมีภาระหน้าที่ของตน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างญาติลดน้อยลง

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532: 80) ลักษณะครัวเรือนขยาย และครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ พบว่ามีอัตราการใช้สมุนไพรสูงกว่าครัวเรือนเดี่ยว และครัวเรือนที่ไม่มีคนเฒ่าคนแก่ แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วย ไค – สแควร์ พบว่าลักษณะครัวเรือนดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้สมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10

มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530: 27) พบว่าการใช้ยาพื้นบ้านในครอบครัวขนาดเล็ก ต่างกับครอบครัวขนาดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10 โดยครอบครัวขนาดใหญ่มีการใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการอุจจาระร่วงมากกว่า

ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานบางคนทางบ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “แม้อย่างส่งมาให้ใช้”

แต่ในบางคนพูดถึงสมาชิกวัยเด็กของครอบครัวว่า เด็กไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ ดังนี้



นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “เห็นด้วย เด็กไม่เห็นว่ามีผู้ใหญ่ใช้เลยไม่เคยใช้”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “มีส่วน เด็กไม่เห็นพ่อแม่ใช้ มักพาไปหาหมอโรงพยาบาล”

นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง กล่าวว่า “เปลี่ยน ลดลงเด็กไม่ใช้”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “เปลี่ยน เพราะใช้จากแม่สอนมาให้ใช้ แต่เรามาอยู่เองเราก็อะไรง่าย ๆ”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

กลุ่มผู้ใช้แรงงานยังใช้ยาแผนโบราณอยู่ เช่น ยาอมแก้ไอ, ยาผสมสมุนไพร, ยาหอม โดยมีข้อคิดเห็นว่า พ่อแม่, ญาติผู้ใหญ่ยังใช้แต่รุ่นเราไม่ค่อยใช้

นายอาทิตย์ กาญจนชูจิตร กล่าวว่า “คนแก่ที่บ้านมองว่ายา paracetamol สะสม ต้องไปซื้อยาแผนโบราณร้านยามากิน แต่อย่างว่า เราชั่วร้ายไปโรงพยาบาลแล้วแต่ความคุ้นเคยคุณใช้ตัวไหนแล้วชอบ”

## (2) การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคม หมายถึงองค์การสังคมขนาดเล็ก มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจนถึงประมาณ 10 คน สมาชิกมีความรู้จักมักคุ้น สนิทสนมกัน คบหากันทั้งตัว (total self) เช่น กลุ่มคนทำงานเดียวกัน กลุ่มเพื่อนเล่น ซึ่งเมื่อเข้ามาทำงานในเมือง กลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญคือ กลุ่มเพื่อนในโรงงาน

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีคนเชื่อถือในยาแผนโบราณอยู่ ดังนี้

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “เชื่อ พวกยาหม่องไหลจะใช้มากเวลาปวดเมื่อย”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ใช้ เช่น ขับลมใช้ยาหอม”

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่ค่อยใช้ยาแผนโบราณแล้ว หรือใช้ลดน้อยลง ดังนี้

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่า “เพื่อนไม่กิน กินยาแผนปัจจุบัน”

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “เพื่อนไม่เชื่อ และถูกเรียกว่า...โบราณ”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “ในโรงงานไม่สนใจแล้ว”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “น้อยคนที่เชื่อ”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “ไม่มี นอกจากยาหอม แล้วก็ยาสตรีที่ยังใช้อยู่”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ไม่เชื่อ กินยาอมแบบใหม่แล้ว”

นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง กล่าวว่า “ไม่มีใครใช้ เพราะอยู่ในโรงงานยา บริษัทเรามีทุกอย่าง”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

กลุ่มเพื่อนในโรงงานน่าจะมีใช้อยู่แต่น้อย อาจจะใช้ยาพื้นฐาน เช่น ยาอม, ยาหอม, ยาคุม แต่ไม่มีการแนะนำให้ใช้ในกลุ่ม

นายเหรียญทอง ดวงจันทร์ กล่าวว่า “นอกจากรักษาไม่หายจริงๆ ไปโรงพยาบาลก็ไม่หาย ก็ไปหา ยาต้มที่บอกต่อกันมาตามวัด หรือร้านขายยา เช่น ร้านขายยาที่พระโขนง”

นายธีรวัฒน์ จิ่งสุวรรณ กล่าวว่า “ได้รับยาแผนโบราณในชุดยาที่ได้รับประจำปี ในนั้นมียาหอมอยู่ ปนกับยาแผนปัจจุบัน”

นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาแคปซูลสมุนไพรลดความอ้วนในกลุ่มผู้หญิง ได้แก่ แคปซูลขมิ้นชัน มะรุ้ม เป็นลักษณะของความสวยงามซึ่งผู้ชายไม่ได้ใช้

การแนะนำกันใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มเพื่อน

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ลักคณา เกิดศิริ (2538: 84) ผู้ซื้อยาแผนโบราณที่วัดโพธิ์ได้รับ คำแนะนำจากเพื่อนมากเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 25.33

สุทธิชัย ศรีสุภักวงศ์ (2546: 38) บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการใช้สมุนไพร ไทย เรียงตามลำดับได้ดังนี้ ตนเอง ร้อยละ 60.6,ญาติพี่น้อง ร้อยละ 19.4, เพื่อน ร้อยละ 14.7

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณคือ เป็นผู้แนะนำ เอง ซื่อตามเพื่อนหรือเพื่อนแนะนำ แต่บางคนเห็นว่าเพื่อนในโรงงานไม่มีผลต่อการใช้ยาแผน โบราณ ดังนี้

นางจินตนา วิทยาคิลก กล่าวว่า “แนะนำกัน เช่น มะรุ้ม”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “มีผล แต่เราเป็นคนเผยแพร่ เช่น กินฟ้าทะลายโจร”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “มีผล เห็นเค้าซื้อก็ซื้อตาม (ไม่ได้ชักชวน)”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “มีคนในโรงงานแนะนำเลยซื้อมากิน”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “มี แนะนำกันใช้”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “ใช่ บางคนปวดขาก็เอายาต้มมากิน, เอาน้ำมันมาทา”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มี บางคนเอามาจากบ้าน คนละอำเภอคนละจังหวัด แผนโบราณ บ้านเค้าดีก็เอามาใช้ แนะนำกัน”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “มีผล อาศัยซื้อฝากกัน”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ไม่ แต่ชอบศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ไม่มีผล เพราะเราใช้ส่วนตัวเรา อาจมีแนะนำกันบ้างแต่ก็ไม่มีผล”

## (3) การเปลี่ยนแปลงของชุมชน

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

งานวิจัยหลายพื้นที่ของประเทศแสดงให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพของประชากรไทยในแต่ละชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และนอกกรุงเทพมหานคร ดังนี้

เอมอร ตรีชั้น (2528) ทำการศึกษาดำรายาแผนโบราณในสมุดไทยใน จ.สุพรรณบุรี นครปฐม และ สมุทรสาคร จำนวน 9 เล่ม ในด้านความเชื่อพบว่ามีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ ในเรื่องการกระทำของคุณคนคุณผี ส่วนความเชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีในการรักษาโรคทั่วไป แต่ความเชื่อเรื่องศาสนาและข้อห้ามมีไม่มากนัก ความเชื่อเหล่านี้สร้างความมั่นใจให้ทั้งหมอที่รักษาและคนไข้ นอกจากนี้ยังมีการแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะรักษาด้วย

คุณช่วย ปิยวิทย์ (2532) ทำการศึกษาดำรายาพื้นบ้าน จากวัดบึง

อ.โศภชัย จ.นครราชสีมา ในด้านภาษาและคติความเชื่อ จากการวิจัยเอกสารและวิจัยสนาม ในด้านคติความเชื่อพบว่าโรคเกิดจากกระบวนการตามธรรมชาติ สิ่งเหนือธรรมชาติและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จากการกระทำของแม่ชื้อ และพลังทางไสยศาสตร์ ทำให้การบำบัดรักษาและป้องกันโรคต้องทำตามสาเหตุที่เกิดจึงจะได้ผล การเสริมสร้างพลังใจช่วยให้คนไข้หายเป็นปกติ

สุดารัตน์ ตัณฑิอาริยะ (2548) ศึกษาตำรายาพื้นบ้านจากสมุดไทย จ.พังงา จำนวน 37 เล่ม พบว่าบทบาทหน้าที่ของพิธีกรรม ตำรายา และหมอยา เพื่อผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ แต่ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีแผนโบราณลดลง เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ

วุฒินันท์ พระภูจำนง (2534) ได้ศึกษาการใช้สมุนไพรของชาวชนบท อ.สตึก จ.บุรีรัมย์ ที่ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มชาติพันธุ์ คือ กลุ่มไทยเขมร กลุ่มไทยลาว และกลุ่มไทยกวย ถ้าหากรักษาด้วยตนเองไม่หายจะปรึกษาแพทย์แผนโบราณ หมอพื้นบ้าน หมอพระ หากไม่ดีขึ้นจะรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เริ่มจากร้านยา และให้แพทย์แผนปัจจุบันรักษาให้สุดท้ายหากแพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หายจะพึ่งการรักษาโดยสมุนไพรอีกครั้ง

พรทิพย์ อุสุภรัตน์ (2536) ศึกษาการดำรงอยู่ของการรักษาด้วยยาแผนโบราณโดยเลือกร้านยาเจ้ากรมเปือ อธิบายถึงระบบวัฒนธรรมทางการแพทย์ที่สังคมไทยรับเอา ระบบการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดียเข้ามาผสมผสานวิธีการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของสังคมไทย

ปัจจัยในการดำรงอยู่ของร้านยาเจ้ากรมเป็อมีหลายประการ ทั้งการมี ทายาทรับหน้าที่ดูแลไม่ขาดระยะ ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจที่เป็นแรงจูงใจ อีกทั้งการถ่ายทอด ความรู้ที่เป็นระบบระเบียบ เนื่องจากมีตำรายาที่ถ่ายทอดความรู้ให้ทายาทรุ่นต่อๆ มาอย่างไม่ ผิดพลาด การให้การบริการลูกค้าก็เป็นส่วนสำคัญ เพราะร้านยาเจ้ากรมเป็อสามารถตอบสนอง ความต้องการลูกค้าได้ครบวงจร ทั้งเป็นผู้จำหน่ายยาแผนโบราณและเครื่องยาสมุนไพร มีแพทย์ แผนโบราณคอยให้คำปรึกษา วินิจฉัยโรคและให้ยารักษาโรค ร้านสามารถจำหน่ายยาที่เป็นตำรับ ของร้านเองและที่ลูกค้านำตำรามาให้ปรุงให้

ลักคณา เกิดศิริ (2538) ศึกษาวัดโพธิ์ ฝายสังฆवास ทำการศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในเชิงมานุษยวิทยาการแพทย์ ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ซื้อยาและผู้จำหน่ายยา คือพระภิกษุและฆราวาส จากผลการศึกษาพบว่าวัดโพธิ์มียา แผนโบราณจำหน่ายมากกว่า 40 ชนิด และมีรายได้ต่อเดือนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท เนื่องจากวัดเป็น ที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ มีการบันทึกองค์ความรู้เกี่ยวกับ แพทย์แผนโบราณ แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนล้อมรอบวัดโพธิ์ก็ตาม กฎที่จำหน่าย ยา 15 กฎ โดยมีพระภิกษุและลูกศิษย์เป็นผู้จำหน่าย นอกจากการจำหน่ายยาแล้วยังมีรูปแบบ บริการครอบคลุมทางด้านจิตใจด้วย เช่น พิธีกรรมต่อชะตา อาบน้ำมนต์ จำหน่ายเครื่องรางของ ขลัง ประเภทยาที่ได้รับความนิยมสูงสุด คือ ยาหอม

เสาวภา และคณะ (2541) ศึกษาการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านการแพทย์ แผนไทยของพ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์ ซึ่งเป็นนักปราชญ์และหมอพื้นบ้านที่ได้รับการช่องจาก ชาวบ้าน อ.เมือง จ.มหาสารคาม พ่อใหญ่จารย์เคนมีตำรับยาในการรักษาโรคต่างๆ หลายชนิด ซึ่ง ในการรักษาจะมีทั้งการใช้ยาและพิธีกรรมรวมอยู่ด้วยกัน มีการอธิบายถึงสาเหตุของโรค ประกอบการรักษา ประโยชน์ของการศึกษานี้จะช่วยรวบรวมองค์ความรู้ของแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเคย มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน ก่อนหน้าที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันจะเข้ามา

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ในพื้นที่ชุมชนที่ผู้ใช้แรงงานพักอาศัยยังเชื่อในยาแผนโบราณอยู่ แต่ บางคนเห็นว่าเป็นส่วนน้อย ซึ่งในชุมชนคนที่เชื่อมักเป็นผู้สูงอายุ ดังนี้

นางสาวอรมณี ทองอุทัยกล่าวว่า “เชื่อ ให้เกิน 50%”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “เชื่อถือ เห็นยังใช้อยู่”

นางจินตนา วิทยาดีกล่าวว่า “เป็นบางคน”

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่า “ไม่ค่อยเห็น มักไปคลินิก ประกันสังคม”

นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง กล่าวว่า “ในชุมชนที่นี้ยังมีบางส่วน”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “น้อย”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงแอม กล่าวว่า “ก็คงมีบ้าง”

นางสาววรรณา รุ่งทอง กล่าวว่า “คนอายุเยอะเชื่อ อายุน้อยไม่เชื่อ”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “มี แต่ในคนอายุเยอะ”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ต่างจังหวัดเชื่อ ที่นี้เฉพาะคนแก่”

#### (4) การเปลี่ยนแปลงของชนชั้น

งานวิจัยครั้งนี้ได้เลือกชนชั้นแรงงานมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทำให้เกิดชนชั้นแรงงานขึ้น ผู้ใช้แรงงานทำงานอยู่ในสายการผลิตโรงงานต่างๆ ได้รับค่าจ้างจากการใช้แรงงานของตนในแต่ละวัน

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

สำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ปรียา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกตุราศ 2553: 147 - 152) ศึกษาถึงร้อยละของผู้ที่ใช้จ่ายแผนโบราณในช่วง พ.ศ 2546 – 2550 พบว่า ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม คือ ช่างเทคนิค มีการใช้จ่ายแผนโบราณอยู่ในช่วงร้อยละ 0.0 – 2.7 และ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ใช้จ่ายแผนโบราณร้อยละ 0.6 – 2.4

#### 2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้จ่ายแผนโบราณ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม แบ่งออกตามแหล่งที่มาของการเปลี่ยนแปลง ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Endogenous Change) การเปลี่ยนแปลงจากภายนอก (Exogenous Change)

##### (1) ปัจจัยภายใน

###### ก. ค่านิยม

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549: ก – ข) กล่าวว่าในปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า กระแสการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรกำลังเป็นที่นิยมทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา แต่ในปีประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวแต่ละปีไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ซึ่งการใช้ยาจากสมุนไพรที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากนโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ระบบการขายตรง, และการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณ แต่ผู้บริโภคส่วนใหญ่อาจไม่มีความรู้เพียงพอที่จะเลือกใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และผลกระทบจากการเจรจาตกลงการค้าเสรี (Free Trade Agreement) การขยายระยะเวลาคุ้มครองสิทธิบัตรให้นานขึ้น การจำกัดมาตรการความยืดหยุ่นที่

นำมาใช้เพื่อการคุ้มครองผู้ป่วยด้วยสิทธิบัตรยา การให้สิทธิเด็ดขาดเหนือข้อมูลการขึ้นทะเบียน ส่งผลให้เกิดการผูกขาดตลาดยาโดยบริษัทต่างชาตินานมากขึ้น ยามีราคาแพง ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงยาได้

ปีฐพล รัตนจินดา (2551: 65) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับค่านิยมในการใช้สินค้าไทยมีอิทธิพลต่อการใช้ยาแผนโบราณ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ ประสิทธิภาพการเคยใช้ และค่านิยมตามความเชื่อทางศาสนา

#### ข. การขัดเกลาทางสังคม

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ในภาวะปัจจุบันเมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านอีกแล้ว กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป ดังเช่น

ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง กระบวนการดังกล่าวได้ขาดหายไปคงเหลือบางครัวเรือน

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานบางคนให้เหตุผลเพิ่มเติมที่สำคัญ เรื่องความคุ้นเคยในการใช้ของพ่อแม่ หากพ่อแม่มีการปลูกฝังให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาแผนโบราณ เด็กรุ่นใหม่ก็จะต้องทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของยาแผนโบราณ ดังนี้ นางสาวอรมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “ถ้าพ่อแม่ปลูกฝังเค้าก็จะรู้จัก รูปแบบยาแผนโบราณดีขึ้น ไม่เหมือนสมัยก่อนใช้ง่ายขึ้น”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “ลูกผมยังใช้”

นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพียงเฒ่า กล่าวว่า “เป็นเพราะเด็กเค้าไม่รู้ มีบางทีถ้าพ่อแม่เชื่อให้กินก็ยังใช้”

#### ค. การศึกษา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

พรทิพย์ อุกุศลรัตน์ (2536: 116) ผู้ที่มาซื้อยาแผนโบราณที่ร้านขายยาเจ้ากรมเปือมีตั้งแต่ผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จนถึงมีการศึกษาระดับปริญญาโท และตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมาซื้อยาสมุนไพรเดี๋ยวมากกว่าการซื้อยาแผนโบราณมารับ แสดงว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณพบได้ในทุกช่วงอายุ



ลักคณา เกิดศิริ (2538: 82) พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่  
ใช้ยาแผนโบราณที่วัดโพธิ์มีการศึกษาก่อนข้างต่ำ โดยพบผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา  
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.0

ปรีชา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกตุรากาศ 2553: 141 – 142) ตั้งแต่ปี  
พ.ศ. 2546 – 2550 กลุ่มผู้ใช้ยาแผนโบราณสูงที่สุดคือ กลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษาหรือต่ำกว่า  
ประถมศึกษา

อรุณศรี มงคลชาติ (2535: 51 – 53) พบว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณมี  
การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.0 มัธยมศึกษา ร้อยละ 75.4 ปวศ. ปวช. และอนุปริญญา  
ร้อยละ 71.8 ปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 63.7 จากข้อมูลจะเห็นว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่ามี  
การใช้ยาแผนโบราณน้อยที่สุด เมื่อทดสอบสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับแผนการใช้  
ยาแผนโบราณ เป็นความสัมพันธ์ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การศึกษามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น บางคนเห็นว่  
การศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้ยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน  
ดังนี้

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ปัจจุบันความรู้ด้านยาสมุนไพร, พืช, ยาแผนโบราณ มีบอกไว้  
หมดสามารถศึกษาได้ถ้าสนใจ”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มี คนรุ่นใหม่ไม่สนใจ ไม่รู้จักกระทั่งตัวยาก็ทำอะไร”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “เปลี่ยน เพราะคนรุ่นหลังๆ ไม่ค่อยใช้”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อง กล่าวว่า “มีผล ยิ่งเรียนสูงพอรู้ว่ายาตัวนี้แก้อะไร ยาแผนโบราณเลยไม่  
ค่อยใช้”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

การศึกษาทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่  
มีการขึ้นทะเบียน และผู้เข้าร่วมสนทนาคนหนึ่งกล่าวว่า “คนมีการศึกษาทำให้รู้ว่ามิ อย. ปลอดภัย  
สี่ก็โฆษณา”

#### ง. การคมนาคม

การคมนาคมที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผน  
โบราณลดลง



จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

สันทัด เสริมศรี (2553: 222) กล่าวว่า “ชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยเมื่อเกิดเจ็บป่วยแล้วจะต้องใช้จ่ายในเรื่องการรักษาโรคและค่าเดินทางรวมกันในระดับที่สูงมากแม้หมู่บ้านจะตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเพียง 12 กิโลเมตร แต่ค่ารถรับจ้างซึ่งรับผู้ป่วยจะคิดค่ารับจ้าง 10 บาท ดังนั้น เมื่อสำรวจค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาทั้งปีก็พบว่า ชาวบ้านเสียเงินเป็นค่าเดินทางมารักษาโรคและซื้อยาประมาณร้อยละ 26 และที่เหลือถึงร้อยละ 74 เป็นค่าเดินทาง”

มยุรี เปาประคิษฐ์ (2530: 29) กล่าวว่า ระยะเวลาเดินทางจากบ้านกับสถานีอนามัยไม่มีความแตกต่างในการใช้ยาที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “มีผล คนไปหาใกล้ๆ ก่อน คนสมัยนี้มักไปหาแผนปัจจุบันก่อน เพราะโรงพยาบาล, อนามัยอยู่ใกล้ก็ไปถึงก่อน”

นางสาวอรุณ ทงอุทัย กล่าวว่า “เห็นด้วย หากหมอแผนปัจจุบันหาง่าย นั่งมอเตอร์ไซค์แป๊บเดียว”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “แถวเรามีรพ.โรงพยาบาลมารับก็เสร็จ ส่วนมากคนกรุงเทพฯจะไม่ยุ่งกับยาแผนโบราณเพราะไปหาหมอง่าย”

นางจินตนา วิทยาธิลล กล่าวว่า “มีผล เพราะหาหมอสะดวก และที่โรงพยาบาลมีหมอเก่งๆ”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ใช่ ยิ่งอยู่ในเมืองจะไปหาหมอแป๊บเดียว เดี่ยวก็ฉีดยากินยาเดี๋ยวก็หาย ยาต้มก็จะน้อยลง”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ยาแผนโบราณหาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มคนหนึ่ง กล่าวว่า “เพราะทุกวันนี้ยาแผนปัจจุบันไม่ต้องไปถึงโรงพยาบาล หน้าบ้านก็มีตามร้านขายยา มันใกล้ ยาแผนโบราณจะหาได้ที่ร้าน”

นายอโนคม บุญเจริญ กล่าวว่า “แม่ผมจะไปซื้อยาแผนโบราณต้องไปวังหลัง แทนที่ยาดีๆพวกนี้จะมีตามร้านยาทั่วไป แก้วก็ต้องหวงสูตรเป็นธรรมดา”

### จ. ศาสนา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ดังนี้

สมัยรัชกาลที่ 1 มีการปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้นเป็นพระอารามหลวงใช้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ซึ่งเป็นสถานที่สำคัญที่มีจารึกตำรายาและถาถมัดคั่นไว้ตามศาลาราย ทางราชการมีการจัดตั้ง “หมอลหลวง” ส่วนหมอที่รักษารายถุรเรียกว่า “หมอเชลยศักดิ์”

สมัยรัชกาลที่ 2 เป็นการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยได้มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้เหล่าผู้เชี่ยวชาญรักษาโรคนำตำรายาดีจัดเป็นตำราหลวง ตำรานี้มีชื่อว่า “ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2” นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวพระเจ้าลูกยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ทรงปฏิสังขรณ์วัดราชโอรส และในครั้งนั้นได้มีการจารึกตำรายา ตำราหมอนวด รูปปั้นถาถมัดคั่นไว้ในกำแพงแก้วของพระวิหาร และพระอุโบสถ

สมัยรัชกาลที่ 3 มีการบูรณะปฏิสังขรณ์วัดโพธิ์อีกครั้ง และได้รวบรวมตำรายาศิลาจารึกขึ้น เพื่อให้คนทั้งหลายเรียนได้ โดยสามารถสรุปความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยที่จารึกไว้ในวัดโพธิ์ ได้แก่ รูปถาถมัดคั่น 82 รูป โคลงถาถมัดคั่น รูปคนแสดงแผนนวด 60 รูป พันธุ์ไม้และสรรพคุณยาต่างๆ ตำยาและส่วนผสมสำหรับรักษาโรคต่างๆ อาการไข้และตัวยาในการรักษา มีทั้งสื่อความรู้ที่เป็นรูปหล่อ ศิลาจารึก และภาพเขียน สมพร ภูคยานันต์ (2542: 15 – 23)

ลักคณา เกิดศิริ (2538) เลือกรับการศึกษาพหุติกรรมการใช้ยาแผนโบราณพื้นทีวัดโพธิ์ ฝ่ายสังฆวาส ในเชิงมานุษยวิทยาการแพทย์ ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ชื้อยาและผู้จำหน่ายยา คือพระภิกษุและฆราวาส จากผลการศึกษาพบว่าวัดโพธิ์มียาแผนโบราณจำหน่ายมากกว่า 40 ชนิด และมีรายได้ต่อเดือนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท เนื่องจากวัดเป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ มีการบันทึกองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณ แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนล้อมรอบวัดโพธิ์ก็ตาม กฎที่จำหน่ายยามี 15 กฎ โดยพระภิกษุและลูกศิษย์เป็นผู้จำหน่าย นอกจากการจำหน่ายยาแล้วยังมีรูปแบบบริการครอบคลุมทางด้านจิตใจด้วย เช่น พิธีกรรมต่อชะตา อาบน้ำมนต์ จำหน่ายเครื่องรางของขลัง ผู้ที่มาชื้อยาแผนโบราณนิยมเก็บยาไว้ที่สูง เนื่องจากเชื่อว่ายาเป็นของสูงเพราะได้มาจากพระภิกษุ และพระภิกษุไม่น่าผสมยาแผนปัจจุบันที่อันตรายลงไป นอกจากนี้ผู้บริโภครยังเชื่อว่า

“ยาแผนโบราณเป็นยาที่มีพิษข้างเคียงอันตรายน้อย”

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน คือ พระสมบุญ วงศ์คำภู ความเป็นมาในการรักษาด้วยยาแผนโบราณของพระสมบุญ วงศ์คำภู มีดังนี้

ก่อนสอบใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณได้ นายสมบุญ วงศ์คำภูเคยอยู่ร้านขายยาแผนโบราณของญาติที่ จ.ฉะเชิงเทรา ซึ่งญาติคนนั้นไม่มีลูก และกลัวว่าหากตนเองเสียชีวิตจะไม่มีผู้สืบทอด ทำให้นายสมบุญเริ่มต้นศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย และยาแผนโบราณ จนในที่สุดสอบใบประกอบโรคศิลปะสาขาเภสัชกรรมได้ในปี 2540

ปัจจุบันแม้บวชเป็นพระแต่ก็ยังมีการผลิตยาแผนโบราณอยู่เพราะต้องการสืบทอดความรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยไม่ให้สูญหายไป ดังคำพูดของท่านที่ว่า

“ที่ขายได้กำไรน้อย ไม่ได้มีเงินเก็บอะไร ที่ทำเพราะช่วยเหลือญาติโยม บางคนไม่มีตั้งค้ำก็ให้ไป บางคนมาเรียนวิชาว่าทำยังไง ก็ผสมให้เห็น เอากระดาษมาจด บางคนเรียนมาก็ทำไม่เป็นเพราะได้แต่หลักปฏิบัติต้องมาหัด ไม่ได้เอาเงินที่ทำเพราะอยากสืบทอด ไม่อยากให้ความรู้สูญหายไป เงินที่ได้มาก็เอาไปทำทุนต่อไป” (สัมภาษณ์)

ยาแผนโบราณที่รักษาคนไข้

- น้ำมันสมุนไพร (รูปแบบขี้ผึ้ง และรูปแบบขาน้ำ)

- ยาหอมหอมสมบุญ

- ยาเม็ดสมุนไพร มีสรรพคุณช่วยระบาย ขับลม และคลายเส้น

## (2) ปัจจัยภายนอก

### ก. ชนชั้นปกครอง

มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการเลือกบริการสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในรูปแบบของกฎหมายและข้อบังคับในเรื่องของสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2546

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ระบบประกันสังคมเริ่มจากกองทุนเงินทดแทนที่ให้หลักประกันแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนเมื่อปี พ.ศ. 2515 ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 โดยในปีแรกของการให้ความคุ้มครองครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไปที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วจึงขยายความคุ้มครองออกไปจนครบทุก

จังหวัดทั่วประเทศ จนกระทั่งวันที่ 2 กันยายน 2533 มีการออกพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครองทั้งการประสบอุบัติเหตุ ทุพพลภาพ ตาย เจ็บป่วยอันเนื่องหรือไม่เนื่องมาจากการทำงาน การคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และการว่างงาน (online 25 เมษายน 2554, <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=14>)

แต่สถาบันการแพทย์แผนไทย (2552: 52 – 57) กล่าวว่า การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยไม่มีกำหนดไว้เป็นการเฉพาะในระบบประกันสังคม ในขณะที่เดียวกันการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยไม่อยู่ในประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2546 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ในหมวดที่ 3 เกี่ยวกับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยซึ่งไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การจ่ายยาในระบบประกันสังคมทำให้คนไข้ได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ต้องไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงจะมีการจ่ายยาแผนโบราณ ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “ต้องกินตามที่หมอสั่ง และสั่งแต่แผนปัจจุบัน”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “ส่วนมากได้ยาแผนปัจจุบัน”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “มีส่วน เพราะหมอให้แต่ยาแก้ปวด”

นางลัดขณา มีทอง กล่าวว่า “ใช่ เพราะถ้าไปหาาก็ได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ไหนๆ เราไปหาเค้าเราก็ตานยาของเค้าให้หมด แต่ถ้าเรารักษาเองก็ไปซื้อยาได้ แต่เรามีประกันสังคมเราก็ใช้สิทธิ์ตรงนั้น”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ไม่ได้ยาแผนโบราณ แต่อนามัยได้ (หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานอนามัยเดิม: ผู้วิจัย) เช่น ยาอมมะแว้ง”

แม้ว่าแพทย์จะจ่ายยาแผนปัจจุบัน แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนก็ยังซื้อยาแผนโบราณมาใช้ ดังนี้

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “ไม่ ยาแผนโบราณเป็นสิทธิส่วนบุคคลของเรา แล้วแต่เราจะเลือกใช้อะไร”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงแอม กล่าวว่า “ไม่มีผล เพราะถ้าเราไปหาหมอเราก็ไปซื้อยาพวกนี้มากิน”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

กลุ่มผู้ใช้แรงงานสามารถรักษาพยาบาลได้ฟรีที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะทางบริษัทมีสวัสดิการที่ดี เพียงยื่นบัตรพนักงานกับโรงพยาบาล การไปซื้อยาแผนโบราณที่ร้านยาแล้วนำไปเสริมมาเบิกจึงไม่ค่อยได้ทำ เพราะเห็นว่าเป็นเงินเล็กน้อยไม่อยากจะเบิกทางบริษัท

การได้รับยาแผนโบราณเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  
จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า  
ผู้ใช้แรงงานคนทุกคนไม่เคยได้ยาแผนโบราณจากโรงพยาบาลที่ทำงาน  
ประกันสังคม

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า  
ทุกคนไม่เคยได้รับยาแผนโบราณ และไม่เคยไปขอยาแผนโบราณ  
จากแพทย์ที่โรงพยาบาล

#### ข. การรับเทคโนโลยีจากภายนอก

การรับเทคโนโลยีจากภายนอกก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผน  
โบราณและยาแผนปัจจุบัน ดังนี้  
ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผน  
โบราณลดลง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า  
DB Lakings (2000: 17 - 19) กระบวนการวิจัยและพัฒนายาใหม่มี  
หลายขั้นตอน ทั้งการทดสอบทางเภสัชวิทยา พิษวิทยา การทดลองในสัตว์ การทดลองขั้นคลินิก  
กระบวนการดังกล่าวอาจใช้เวลาถึง 8 -12 ปี และใช้งบประมาณถึงสามร้อยล้านเหรียญสหรัฐ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า  
ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้  
ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จัทยาแผนโบราณ  
นายมานพ ประจิดกร กล่าวว่ “ใช่ เพราะแผนปัจจุบันหายเร็วกว่า”  
นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่ “กินยาแผนปัจจุบันชัวร์มากกว่า เพราะมีการตรวจละเอียดเครื่องมือ  
ทันสมัย”

นายชรั่มภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่ “ลดลง เราเริ่มไม่รู้ยาแผนโบราณเพราะยาใหม่ปัจจุบันเยอะ”  
นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล เห็นด้วยโดยกล่าวว่า “แน่นอน เพราะยาแผนปัจจุบันมีทั้งการวิจัยและ  
พัฒนา และโฆษณา การโฆษณาทำให้รับรู้ในวงกว้าง”

ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน  
เพราะด้วยคนละแบบ

นางจินตนา วิทยาคิลก กล่าวว่ “ไม่ลดลง ใช้ควบคู่กัน”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่ “สมควรจะใช้ร่วมกัน ควรมีทางเลือกให้คนไข้”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ไม่ เพราะด้วยคนละแบบ”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้เข้าร่วมการสนทนาทุกคนเห็นด้วย

นายอโนคม บุญเจริญ เล่าว่า “พ่อแม่เราเวลาปวดเมื่อยใช้น้ำมันไพลทา อย่างเราทาก็เลอะเสื้อผ้าใช้ยานวดแผนปัจจุบันดีกว่า แต่คนแก่ทายานวดแผนปัจจุบันแล้วร้อนทนนไม่ไหว”

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร ยาแคปซูลขมิ้นชัน ทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้มากขึ้น

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549: ๗) กล่าวว่า กระบวนการผลิตที่ทันสมัย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบยาให้อยู่ในรูปแบบสมัยใหม่นั้น มีจุดเริ่มใน พ.ศ. 2530 จากการแก้ไขเพิ่มเติมข้อความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ทำอุตสาหกรรมยาแผนโบราณสามารถผลิตยาโดยวิธีการตอกเม็ด วิธีเคลือบ ในยาแผนโบราณได้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการผสมผสานเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้เข้ากับองค์ความรู้ดั้งเดิม

ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนได้เล็งเห็นว่าการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรในประเทศเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ยาพัฒนาจากสมุนไพรมักประสบปัญหาไม่สามารถขึ้นทะเบียนคำรับได้เนื่องจากติดขัดข้อกฎหมาย ทำให้คณะกรรมการยามีมติในการประชุมครั้งที่ 1/2542 วันที่ 30 มีนาคม 2542 ให้แบ่งประเภทยาสมุนไพรเป็นสี่กลุ่มคือ 1) ยาแผนโบราณ 2) ยาจากสมุนไพรแผนโบราณ 3) ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน 4) ยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาใหม่ และจัดทำหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคำรับยาจากสมุนไพรขึ้นใหม่ เพื่อให้เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรมากยิ่งขึ้น ทำให้ในปัจจุบันมียาแผนโบราณที่อยู่ในรูปครีม เช่น บัวบก พญาขอ พไล หรือเจล เช่น ฟริก เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การพัฒนา รูปแบบของยาแผนโบราณทำให้ใช้ยาแผนโบราณมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น สะดวกในการซื้อ

นางจินตนา วิทยาติลล กล่าวว่า “สะดวก ใช้มากขึ้น”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “ดีขึ้น น่าจะมีคนอยากทานยาไทยเยอะ”

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่า “ดี สะดวกขึ้น ทำให้กินง่ายไม่รู้สึกชาติ”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “มีส่วน เพราะใช้สะดวก”



ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ทำให้ใช้ง่ายขึ้นขนาดแน่นอน กำหนดขนาดรักษาได้ง่ายขึ้น บริหารง่าย”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เห็นด้วย ทำให้ซื้อหรือสั่งมาขาย”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มีผล สะดวกดีไปร้านยาที่ซื้อได้ ไปถามว่าตัวนี้มีมั้ย”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “คิดว่าจะทำให้คนรุ่นใหม่ซื้อได้ง่าย ใช้ง่าย เช่น ยาขมมีทั้งแบบ ต้ม แบบชง แบบเม็ด คนรุ่นใหม่จะเลือกเอาแบบชง แบบเม็ด มากกว่าแบบต้ม นอกจากคนแก่ๆ ที่ชอบแบบต้ม”

แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่าสะดวกแต่ยังชอบรูปแบบเดิม

นางสาววรรณมา รุ่งทอง กล่าวว่า “สะดวก แต่ตัวยาหม้อก็คั้นเป็นน้ำได้ผลดีกว่า เพราะใส่แคปซูล ไม่รู้ว่าเคี้ยวสมอะไรไปมั่งหรือเปล่า”

มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องความรู้ของการนำยาแผนโบราณมาใช้ แคปซูลของ นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล ดังนี้ “สะดวกด้านการบริหารยา แต่หม้อก็คำนึงถึงว่า หม้ออายุหรือไม่ ประสิทธิภาพลดลงหรือไม่เมื่ออยู่ในแคปซูล ซึ่งองค์ความรู้ก็มีไม่พอ หรือการ กินขมมันชั้นในระยะยาวอาจเป็นผลเสียได้”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ยาแผนโบราณมีข้อจำกัดเรื่องขนาดในการใช้ที่ไม่ชัดเจน สรรพคุณที่ รักษาได้หลายอาการทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ และคนรุ่นใหม่มองว่ายาแผนโบราณไม่ทันสมัย ดังนี้

นายขอโนคม บุญเจริญ กล่าวว่า “มันต้องทำเองหลายอย่าง ยาถุงหนึ่งไม่บอกว่าใช้น้ำกี่ลิตร บางที เราใส่น้ำน้อยไป ใส่น้ำเยอะไปก็ 모르 เราใส่น้ำเยอะไปก็อาจทำให้เจือจางคุณภาพก็อาจจะตำ ใส่น้ำเข้มไปก็จัดไปหรือเปล่า” ซึ่งการทำให้อยู่ในรูปของยาแผนโบราณบรรจุเสร็จสามารถลดปัญหาดังกล่าวได้

นายอลงกรณ์ หนึ่งแวงแดง กล่าวว่า “สรรพคุณมันเยอะเกินไปรักษาทุกโรค ยาแผนปัจจุบันเราดูตรงเนี่ยว่าเป็นตรงเนี่ยซื้อเลย ถ้าเป็นยาแผนโบราณรักษาได้ทุกอย่าง”

นายธีรวัฒน์ จึงสุวรรณ กล่าวว่า “ความเข้าใจของบุคคลยังรู้ไม่ลึกว่าตัวนี้เป็นยาอะไร”

นายเหรียญทอง ดวงจันทร์ กล่าวว่า “มันตีกว้างไป ยาตัวเดียวใส่ห่อมารักษา 5 โรค 6 โรค มันจริงหรือเปล่า”

นายกฤษณะ เชื้อยาว กล่าวว่า “มันอายุผู้หญิงเค้าเนี่ย ก็ยาอมแผนโบราณไปอมในห้าง”

(ระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ให้ตัวอย่างยามมะแว้งให้ผู้ใช้แรงงานทดลองใช้ด้วย)



ค. สภาพเศรษฐกิจ

สภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความ  
สิ้นเปลือง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

สันทัต เสริมศรี (2553: 222) กล่าวว่า “สังคมทุนนิยมหรือสังคมที่  
ระบบเศรษฐกิจเป็นระบบเงินตรา (Monetary) การใช้บริการทางสังคมจึงถูกกำหนดโดยเงิน ผู้มีเงิน  
หรือรายได้สูงจึงมีโอกาสในการใช้บริการมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ระดับรายได้จึงเป็นปัจจัยกำหนด  
จำนวนการใช้บริการและเลือกสถานบริการที่มีคุณภาพ”

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการ  
ผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน

นายจรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มีผล เพราะเรามีประกันสังคมอยู่แล้ว ถ้าเราไปซื้อยาแผนโบราณ  
ก็สิ้นเปลือง แต่ส่วนตัวยังซื้อ เวลากลับบ้านส่งภรรยาแม่ ดายายก็จะให้ยาแผนโบราณมา”

นางสาวอรุณ ทงอุทัย กล่าวว่า “มีส่วน บางคนต้องทำมาหากิน ต้องเร่งด่วนตายไม่ได้ลาไม่ได้  
เอาหายแป็บเดียว”

ผู้ใช้แรงงานบางคนยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณ จึงยัง  
ซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง บางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “ไม่คิด แต่บางคนคิดว่ายาแผนโบราณดีกว่ากินก็หาย กินยา  
โรงพยาบาลไม่หาย”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ไม่ได้คิดตรงนั้น คิดว่าถ้าไม่สบายเราก็ไปหายามากิน”

นางสมบุญ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “ไม่คิด อยากรจะซื้ออย่างเดียว บางทีเรากินยาที่โรงพยาบาลไม่ได้  
เราก็ต้องไปซื้อยาแผนโบราณมากิน”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “มีส่วน แต่บางตัวที่มันจำเป็นต้องใช้มันก็ต้องใช้”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ไม่จริง ยาแผนโบราณไม่แพง ถูกกว่าแผนปัจจุบันอีก”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงเอม กล่าวว่า “ไม่สิ้นเปลือง เพราะขวดหนึ่งไม่กี่บาท”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้เข้าร่วมการสนทนาทุกคนยอมรับว่ามีส่วน เพราะทางบริษัทมี  
สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แล้ว นายอโนดม บุญเจริญ กล่าวว่า

“โรงพยาบาล... (ระบุชื่อโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง) มีพื้นที่ยาแผน  
โบราณ ในบริเวณนั้นมีแต่กลิ่นยาต้ม แล้วคนที่ไปรักษาคือกลุ่มคนมีดั่งค์ อย่างเราจะไปเสีงมัยละ

เราก็ไม่รู้วาทิทธิมันใช้ได้หรือเปล่า เพราะปกติไปขึ้นบัตรทะเบียนปั๊บก็อายุกรรม มันไม่เคยได้ กระเด็นไปตรงนั้นเลย”

#### ง. การอพยพย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมือง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ภูมิธรรม เวชยชัย และจิตรา วีรบุรินทร์ (2553: 10 – 37,38) กล่าวว่า โดยทั่วไปประชาชนในชนบทจะรักถิ่นฐานบ้านเกิดของตนไม่ยอมอพยพไปจากท้องถิ่นของตน ง่ายๆ แต่ในสังคมปัจจุบันการอพยพย้ายถิ่นของชาวชนบทมีปริมาณมากขึ้น เนื่องจากการเข้ามาหา งานทำ หรือหาที่ทำกินใหม่ ซึ่งสาเหตุการอพยพเกิดจาก

- การว่างงานแบบแฝง เนื่องจากการเพาะปลูกทำในช่วงเดือน พฤษภาคม – ตุลาคม ส่วนในฤดูแล้งชาวชนบทส่วนใหญ่จะว่างงาน สภาพเช่นนี้ทำให้ชาวชนบท ต้องเข้ามาหางานทำในเมืองหลวงเพื่อความอยู่รอดของตนเอง

- ผลผลิตต่ำและถูกกดราคา คนในภาคเกษตรกรรมของไทยมีรายได้ ค่อนข้างต่ำ ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจไทยยังผูกพันกับกรุงเทพมหานคร ความแห้งแล้งต่อเนื่อง ของสภาพดินฟ้าอากาศและนิเวศวิทยา รวมทั้งการถูกกดราคาผลผลิต ความหวังของชาวชนบทจึง อยู่ที่เมือง เพื่อสร้างโอกาสที่ดีกับตนได้

- การไร้ที่ดินทำกินและการสูญเสียกรรมสิทธิ์ที่ดิน ปัจจุบันชาวนา เสียเงินให้กับเงินกู้ยืมระบบจำนวนร้อยละ 5 – 10 ต่อเดือน เป็นผลกระทบมาจากภาวะแห้งแล้ง และผลผลิตราคาต่ำ จนในที่สุดหลายรายต้องสูญเสียที่ดินของตนเพื่อชำระหนี้ การไม่มีที่ดินอาจ ทำให้ต้องเป็นการรับจ้างทำการเกษตร หรือเดินทางเข้ามาสู่เมืองเพื่อทำงานขายแรงงานในโรงงาน อุตสาหกรรม

- การเปิดตลาดแรงงานในต่างประเทศ ประเทศในตะวันออกกลาง สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และในยุโรปบางประเทศ มีความต้องการแรงงานราคาถูกสูง จึงมีการอพยพไป ทำงานต่างประเทศของชาวนา เนื่องจากรายได้ค่อนข้างดีเมื่อเปรียบเทียบกับจากที่เคยได้รับในภาค เกษตรของไทย

- ค่านิยมที่ต้องการเข้ามาเที่ยวกรุงเทพฯ และมาแสวงโชค กรุงเทพฯ เป็นเมืองที่มีความเจริญพร้อมทุกอย่าง ทำให้ชาวบ้านเกิดค่านิยมใฝ่ฝันที่จะเข้ามาทำมาหากินด้วย ความหวังว่าจะได้มาใช้ชีวิตในนครที่รุ่งเรือง

สมุทรปราการเป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวจากกรุงเทพฯ ทั้งในด้านการอุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร ทำให้มีประชากรย้ายถิ่นจากที่อื่นมาอาศัยอยู่ในจังหวัดเป็นจำนวนมาก ประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามามีทั้งที่แจ้งย้ายที่อยู่อย่างถูกต้องและบางส่วนไม่ย้ายทะเบียนราษฎรเข้ามา ทำให้ประชากรที่มีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่มอายุ 20-29 ปี จะมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรต่ำกว่ากลุ่มอื่น (online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php))

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานยังใช้ยาแผนโบราณตามความชอบ บางคนยังนำ

ยาแผนโบราณเข้ามาใช้

นายมานพ ประจิดกร กล่าวว่า “ไม่เกี่ยว คนไหนชอบก็ใช้ เกิดจากการปลูกฝังแต่เด็ก”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ไม่ เพราะถ้าเดือดร้อนก็พยายามดิ้นรนจะหาตัวยาที่ใช้ประจำจะต้องมีติดบ้าน”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ไม่เปลี่ยนแปลง ตำราก็มีบอก ตลาดก็มีขาย”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “ไม่เปลี่ยน เามาจากต่างจังหวัดด้วย”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ไม่ ก็ยังเอามาใช้อยู่ แต่คนบ้านนอกเวลาเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ ก็มาซื้อยาตามร้านค้าหรือคลินิกได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณไม่รู้จะเอาที่ไหน”

ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก และวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนทำให้การใช้ยาไม่เหมือนเดิม ดังนี้

นางสมบุญรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เปลี่ยน เราไม่ได้อยู่บ้านแต่ยาอยู่บ้านเรา พอเรามาอยู่กรุงเทพฯ ก็ต้องหาหมอกกรุงเทพฯ แต่ถ้าไม่หายก็ต้องกลับไปกินของที่บ้านเรา”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มี การดำรงชีวิตเปลี่ยน เช่น อากาศไม่ดีกินเร่งรีบ อาการป่วยก็เปลี่ยนไป การใช้ยาก็ไม่เหมือนเดิม”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “เปลี่ยน เป็นอะไรบู๊ก็เข้าร้านขายยาสะดวกสบาย”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “เปลี่ยน เดี่ยวนี้ไม่ค่อยรู้จักยาแผนโบราณ”

### สรุป การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

#### (1) การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือในยาแผนโบราณเพราะมีคนในครอบครัวใช้ เมื่อเข้ามาทำงานในเมืองครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผู้ใช้แรงงานบางคนทางบ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวส่งผลให้เด็กที่เป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัวไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ จึงไม่เชื่อและไม่ใช้ยาแผนโบราณ

#### (2) การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญของผู้ใช้แรงงานคือ กลุ่มเพื่อนในโรงงาน กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีทั้งคนที่เชื่อถือในยาแผนโบราณอยู่ แต่บางคนไม่ค่อยใช้ยาแผนโบราณแล้วหรือใช้ลดน้อยลง กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณคือ เป็นผู้แนะนำกันใช้ยาแผนโบราณ มีทั้งเป็นผู้แนะนำเอง เป็นผู้ซื้อตามเพื่อนแนะนำ แต่บางคนเห็นว่าเพื่อนในโรงงานไม่มีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณ

#### (3) การเปลี่ยนแปลงของชุมชน

งานวิจัยหลายพื้นที่ของประเทศแสดงให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพของประชากรไทยในแต่ละชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และนอกกรุงเทพมหานคร ในพื้นที่ชุมชนที่ผู้ใช้แรงงานพักอาศัยยังเชื่อในยาแผนโบราณอยู่ แต่บางคนเห็นว่าเป็นส่วนน้อย ซึ่งในชุมชนคนที่เชื่อมักเป็นคนสูงอายุ

#### (4) การเปลี่ยนแปลงของชนชั้น

การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทำให้เกิดชนชั้นแรงงานขึ้น ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม คือ ช่างเทคนิค และผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาแผนโบราณน้อย

### สรุป ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

#### (1) ปัจจัยภายใน

- ก. ค่านิยม กระแสการแพทย์ทางเลือกกลับมาได้รับความนิยมอีกครั้ง
- ข. การขัดเกลาทางสังคม เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป
- ค. การศึกษา ระดับการศึกษามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น แต่บางคนเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้ยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยา

แผนปัจจุบัน และการศึกษาทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียน

ง. *การคมนาคม* การคมนาคมที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลงเพราะสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ แม้ว่าการคมนาคมจะสะดวกแต่ยาแผนโบราณก็หาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

จ. *ศาสนา* วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณรวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน

## (2) ปัจจัยภายนอก

ก. *ชนชั้นปกครอง* พระราชบัญญัติประกันสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการเลือกบริการสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในรูปแบบของกฎหมายและข้อบังคับในเรื่องของสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน เพราะการจ่ายยาในระบบประกันสังคมทำให้คนไข้ได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานทุกคนไม่เคยได้ยาแผนโบราณจากโรงพยาบาลที่ทำประกันสังคม แต่แม้ว่าแพทย์จะจ่ายยาแผนปัจจุบันผู้ใช้แรงงานบางคนก็ยังซื้อยาแผนโบราณมาใช้

ข. *การรับเทคโนโลยีจากภายนอก* การรับเทคโนโลยีจากภายนอกก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน คือ

ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบันเพราะด้วยคนละแบบ

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การใส่แคปซูล ทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้และการซื้อมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนชอบรูปแบบเดิมมากกว่า

ค. *สภาพเศรษฐกิจ* สภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความสิ้นเปลืองผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานบางคนที่ยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณจึงจะซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง และบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง

### ง. การอพยพย้ายถิ่น ไม่มีผลต่อการใช้จ่ายแผนโบราณผู้ใช้แรงงาน

บางคน เพราะยังมีการใช้จ่ายแผนโบราณตามความชอบ บางคนนำยาแผนโบราณเข้ามาใช้ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก และวิธีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปทำให้การใช้จ่ายไม่เหมือนเดิม

## 2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้จ่ายแผนโบราณ

### 1) การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้จ่ายแผนโบราณ

งานวิจัยครั้งนี้ ศึกษาวัฒนธรรมเรื่องของกฎระเบียบของสังคมหรือที่เรียกว่า “วัฒนธรรมของสังคม” ผ่านทางสถาบันสังคม ได้แก่ สถาบันครอบครัว, สถาบันการศึกษา, สถาบันเศรษฐกิจ, สถาบันการเมือง, สถาบันอนามัย, สถาบันศาสนา, สถาบันภาษา, สถาบันคมนาคมขนส่ง, สถาบันนันทนาการ และสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### (1) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

สภาพครอบครัวของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง มีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนี้

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

นิยพรธณ วรรณศิริ (2550: 170 – 177) ครอบครัวขยายคือครอบครัว ซึ่งมีสมาชิกอย่างน้อย 3 รุ่น อยู่ร่วมกัน ต้องมีการเศรษฐกิจร่วมกัน ช่วยกันผลิต ช่วยกันบริโภค และร่วมกันรับผิดชอบความปลอดภัยและความอยู่รอดของสังคม ครอบครัวเดี่ยวประกอบด้วยชายและหญิงที่มีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกันโดยสังคมยอมรับ และบุตรที่ยังไม่ได้แต่งงาน มีหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเศรษฐกิจและการศึกษาอบรมสมาชิกรุ่นหลังๆ

วิมล จิโรจพันธุ์ (2548: 52) การอพยพของประชาชนเข้ามาหางานทำ กลายเป็นสังคมเมืองใหญ่มีโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น สมาชิกทุกคนต่างมีภาระหน้าที่ของตน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างญาติลดน้อยลง

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532: 80) ลักษณะครัวเรือนขยาย และครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ พบว่ามีอัตราการใช้สมุนไพรสูงกว่าครัวเรือนเดี่ยว และครัวเรือนที่ไม่มีคนเฒ่าคนแก่ แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วย ไค – สแควร์ พบว่าลักษณะครัวเรือนดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้สมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10



มยรี เปาประดิษฐ์ (2530: 27) พบว่าการใช้ยาพื้นบ้านในครอบครัวขนาดเล็ก ต่างกับครอบครัวขนาดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10 โดยครอบครัวขนาดใหญ่มีการใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการอุจจาระร่วงมากกว่า

ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานบางคนทางบ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิดา กล่าวว่า “ไม่ เพราะแม่ยังส่งมาให้ใช้อยู่”

แต่ในบางคนพูดถึงสมาชิกวัยเด็กของครอบครัวว่า เด็กไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “เห็นด้วย เด็กไม่เห็นว่าคุณใหญ่ใช้เลยไม่เคยใช้”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “มีส่วน เด็กไม่เห็นพ่อแม่ใช้ มักพาไปหาหมอโรงพยาบาล”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “เปลี่ยน ลดลงเด็กไม่ใช้”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “เปลี่ยน เพราะใช้จากแม่สอนมาให้ใช้ แต่เรามาอยู่เองเราก็หาอะไรง่ายๆ”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

กลุ่มผู้ใช้แรงงานยังใช้ยาแผนโบราณอยู่ เช่น ยาอมแก้ไอ, ยาผสมสมุนไพร, ยาหอม โดยมีข้อคิดเห็นว่า พ่อแม่, ญาติผู้ใหญ่ยังใช้แต่รุ่นเราไม่ค่อยใช้

นายอาณัติ กาญจนชูจิตร์ กล่าวว่า “คนแก่ที่บ้านมองว่ายา paracetamol สะสม ต้องไปซื้อยาแผนโบราณร้านยามากิน แต่อย่างไร เราซื้ไปโรงพยาบาลแล้วแต่ความคุ้นเคยคุณใช้ตัวไหนแล้วชอบ”

## (2) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการศึกษา

ผู้ใช้แรงงานในปัจจุบันระดับการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้น คือ มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.33) ระดับการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณ ดังนี้

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

พรทิพย์ อุดุภรณ์ (2536: 116) ผู้ที่มาซื้อยาแผนโบราณที่ร้านขายยาเจ้ากรมเปือมีตั้งแต่ผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จนถึงมีการศึกษาระดับปริญญาโท และตั้งข้อสังเกต

ไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมาซื้อยาสมุนไพรเดี่ยวมากกว่าการซื้อยาแผนโบราณมารับ  
แสดงว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณพบได้ในทุกช่วงอายุ

ถักคณา เกิดศิริ (2538: 82) พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่  
ซื้อยาแผนโบราณที่วัดโพธิ์มีการศึกษาก่อนข้างต่ำ โดยพบผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา  
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.0

ปรีชา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกตุราภาศ 2553: 141 – 142) ตั้งแต่ปี  
พ.ศ. 2546 – 2550 กลุ่มผู้ใช้ยาแผนโบราณสูงที่สุดคือ กลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษาหรือต่ำกว่า  
ประถมศึกษา

อรุณศรี มงคลชาติ (2535: 51 – 53) พบว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณมี  
การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.0 มัธยมศึกษา ร้อยละ 75.4 ปวศ. ปวช. และอนุปริญญา  
ร้อยละ 71.8 ปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 63.7 จากข้อมูลจะเห็นว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่ามี  
การใช้ยาแผนโบราณน้อยที่สุด เมื่อทดสอบสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับแผนการใช้  
ยาแผนโบราณ เป็นความสัมพันธ์ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การศึกษามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น บางคนการศึกษา  
ทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้ยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน ดังนี้  
นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ปัจจุบันความรู้ด้านยาสมุนไพร, พืช, ยาแผนโบราณ มีบอกไว้  
หมดสามารถศึกษาได้ถ้าสนใจ”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มี คนรุ่นใหม่ไม่สนใจ ไม่รู้จักกระทั่งตัวยาก็ทำอะไร”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “เปลี่ยน เพราะคนรุ่นหลังๆ ไม่ค่อยใช้”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “มีผล ยิ่งเรียนสูงพอรู้ว่ายาตัวนี้แก้อะไร ยาแผนโบราณเลยไม่  
ค่อยใช้”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

การศึกษาทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่  
มีการขึ้นทะเบียน และผู้เข้าร่วมสนทนาคนหนึ่งกล่าวว่า “คนมีการศึกษาทำให้รู้ว่ามิ อย. ปลอดภัย  
สื่อก็โฆษณา”

### (3) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันเศรษฐกิจ

สภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความ  
สิ้นเปลือง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

สันทัด เสริมศรี (2553: 222) กล่าวว่า “สังคมทุนนิยมหรือสังคมที่ระบบเศรษฐกิจเป็นระบบเงินตรา (Monetary) การใช้บริการทางสังคมจึงถูกกำหนดโดยเงิน ผู้มีเงินหรือรายได้สูงจึงมีโอกาสในการใช้บริการมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ระดับรายได้จึงเป็นปัจจัยกำหนดจำนวนการใช้บริการและเลือกสถานบริการที่มีคุณภาพ”

นาวาร์โร และเวทซ์คิน (อ้างในเทพินทร์ พัทธานุกรณ์ 2548: 41 -42) เสนอแนวคิดว่าการแพทย์มุ่งสาเหตุของความเจ็บป่วยในระดับบุคคล เช่น พันธุกรรมหรือพฤติกรรมตลอดจนการรักษาที่มุ่งที่การดำเนินการกับบุคคลผู้เจ็บป่วยทำให้ละเลยความเจ็บป่วยที่เป็นเงื่อนไขสังคม (illness generating social conditions) ในสังคมทุนนิยมสภาพการทำงานมีผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้ใช้แรงงานไม่มีอำนาจที่จะควบคุมสภาพการทำงานหรือแม้กระทั่งเวลาในการทำงาน ไม่สามารถควบคุมหรือกำหนดชีวิตรวมทั้งสุขภาพของตนเองได้

ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพแพทย์และบริษัทธุรกิจอุตสาหกรรมในการดำเนินการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งการประสานกันระหว่างแพทย์และบริษัทอุตสาหกรรม (medical industrial complex) ได้สะท้อนกระบวนการที่แนวคิดทุนนิยมทำให้สุขภาพกลายเป็นสินค้าที่สามารถตีราคาซื้อขายได้ เช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ การเติบโตของธุรกิจการแพทย์ที่เน้นการหาผลกำไร เช่น อุตสาหกรรมยา ธุรกิจเกี่ยวกับรังสีวิทยา อุตสาหกรรมประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเอกชน ทำให้บุคคลบางกลุ่มไม่สามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะชนชั้นล่างในสังคม

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มีผล เพราะเรามีประกันสังคมอยู่แล้ว ถ้าเราไปซื้อยาแผนโบราณก็สิ้นเปลือง แต่ส่วนตัวยังซื้อ เวลากลับบ้านส่งภรรยาแม่ ตายาก็จะให้ยาแผนโบราณมา”

นางสาวอรมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “มีส่วน บางคนต้องทำมาหากิน ต้องเร่งด่วนตายไม่ได้ลาไม่ได้ เอาหายแป็บเดียว”

ผู้ใช้แรงงานบางคนยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณ จึงยังซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง บางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “ไม่คิด แต่บางคนคิดว่ายาแผนโบราณดีกว่ากินก็หาย กินยาโรงพยาบาลไม่หาย”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ไม่ได้คิดตรงนั้น คิดว่าถ้าไม่สบายเราก็กินยาแผนโบราณ”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “ไม่คิด อยากรจะซื้ออย่างเดียว บางทีเรากินยาที่โรงพยาบาลไม่ได้ เราก็ต้องไปซื้อยาแผนโบราณมากิน”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “มีส่วน แต่บางตัวที่มันจำเป็นต้องใช้มันก็ต้องใช้”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ไม่จริง ยาแผนโบราณไม่แพง ถูกกว่าแผนปัจจุบันอีก”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงเอม กล่าวว่า “ไม่สิ้นเปลือง เพราะขวดหนึ่งไม่กี่บาท”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้เข้าร่วมการสนทนาทุกคนยอมรับว่ามีส่วน เพราะทางบริษัทมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แล้ว นายอินคม บุญเจริญ กล่าวว่า

“โรงพยาบาล... (ระบุชื่อโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง) มีพื้นที่ยาแผนโบราณ ในบริเวณนั้นมีแต่กลิ่นยาต้ม แล้วคนที่ไปรักษาคือกลุ่มคนมีดั่งค์ อย่างเราจะไปเสียมัยละ เราก็ไม่รู้ว่ยาสิทธิ์มันใช้ได้หรือเปล่า เพราะปกติไปขึ้นบัตรเวชระเบียนปุ๊บก็อายุรกรรม มันไม่เคยได้กระเด็นไปตรงนั้นเลย”

#### (4) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการเมือง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ทางภาครัฐได้กำหนดแนวนโยบายในการบริหารงานของประเทศผ่าน “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ” โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ยาแผนโบราณ และสมุนไพร เริ่มบรรจุลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529 กำหนดการดำเนินการด้านสาธารณสุข ให้มีการผลิต จัดหาและกระจายยาให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง ลดปริมาณยาที่ต้องสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การจัดทำและใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ และส่งเสริมให้มีการค้นคว้าหรือใช้ประโยชน์จากยาแผนโบราณและสมุนไพร ให้ได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ถือเป็นจุดเริ่มต้นของความสนใจในยาแผนโบราณของรัฐ จนนำไปสู่การบรรจุจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติในเวลาต่อมา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 ในแผนของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์

ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อุตสาหกรรมการผลิตยาและการส่งออก นอกจากนี้ยังมีโครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา โดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

- ส่งเสริมและพัฒนาเทคโนโลยีในการผลิตยาจากสมุนไพร
- ให้ประชาชนมียาสมุนไพรใช้อย่างทั่วถึงเป็นการทดแทนยานำเข้า

บางส่วน

รักษา

- เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และยอมรับการใช้สมุนไพรสำหรับการรักษา
- เพื่อให้แพทย์แผนปัจจุบันใช้ยาจากสมุนไพรรักษาผู้ป่วยทดแทน

ยาแผนปัจจุบัน

โครงการดังกล่าวดำเนินการในสมุนไพรที่มีศักยภาพสูง 5 ชนิด คือ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ว่านหางจระเข้ เสลดพังพอน ชุมเห็ดเทศ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 202-216)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 สนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาทางการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทยสมุนไพร และการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน

ในส่วนของแผนกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทยในชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้มีและใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2535: 511)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข มีนโยบายให้ส่งเสริมการลงทุนการวิจัยและพัฒนา และปรับปรุงกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเองด้านการผลิตยา วัคซีนและสมุนไพร ตลอดจนพัฒนาเป็นสินค้าอุตสาหกรรมส่งออก นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการพัฒนาแพทย์แผนไทยให้สามารถผสมผสานในระบบสาธารณสุข โดยพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของบุคลากรและสถานบริการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เป็นที่เชื่อถือ

กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการใช้แพทย์แผนไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการฟื้นฟูและพัฒนาการใช้ความรู้และเทคโนโลยีจากภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพและริเริ่มพัฒนาศูนย์สุขภาพแผนไทยในชุมชน ในด้านการวิจัยและพัฒนา

สมุนไพรดำเนินการเพื่อพัฒนาสมุนไพรเป็นยา อาหาร อาหารเสริมสุขภาพและเครื่องสำอางในระดับอุตสาหกรรม (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2539: 314,336)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 กำหนดให้มีการพัฒนาแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานทางการแพทย์ รวมทั้งให้มีการฝึกอบรมถ่ายทอดความรู้แก่นุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 เรื่องของการพัฒนาคุณค่าความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมให้มีการวิจัยพัฒนาที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับองค์ความรู้ใหม่ สนับสนุนวิธีการวิจัยและพัฒนาาร่วมระหว่างนักวิชาการและชุมชนให้มีความสำคัญกับงานวิจัยที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคเศรษฐกิจหรือท้องถิ่นหรือการวิจัยเพื่อทดแทนการนำเข้า การพัฒนาบริการด้านสุขภาพสมุนไพรถือเป็นตัวอย่างหนึ่งในงานวิจัยเหล่านั้น

ด้านการส่งเสริมการใช้ความหลากหลายทางชีวภาพในการสร้างความมั่นคงของภาคเศรษฐกิจท้องถิ่นและชุมชน ได้สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมจากทรัพยากรชีวภาพที่มีการสะสมองค์ความรู้อย่างเพียงพอ พัฒนาจากฐานความต้องการตอบสนองตลาดที่กำลังขยายตัว เช่น นวัตกรรมเพื่อเพิ่มผลิตภาพเกษตรอินทรีย์ อาหารสุขภาพ สมุนไพร เน้นจุดยืนความเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพสูง โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเชื่อมโยงกับศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่น (online 11 ตุลาคม 2553: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62>)

#### (5) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันอนามัย

ยาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549) บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระบบสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย บัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม จำนวน 11 รายการ ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุนครจวบ ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร ยาประสะไพล ยาแก้ไข้ห่ารก ยาเขียวหอม ยาจันทร์ลีลา ยาประสะมะแว้ง และบัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร จำนวน 8 รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน จิง ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร บัวบก พญาขอ พริก ไพล รวมทั้งสิ้น 19 รายการ



จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามียาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทราบ ดังนี้

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “พอรู้อยู่ เพราะการแพทย์หันมาหาสมุนไพรโบราณ คุณแต่โรงพยาบาลที่ปราจีนบุรี (หมายถึงโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร: ผู้วิจัย) นั่นก็ยังไม่ปลุกสมุนไพรตลอด

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ทราบ แต่น้อยคนที่จะทราบ บางคนรู้แต่ยังเมินเฉย”

นายวัฒนา สารจันทร์, นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข, นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม, และนางสาวฐิติกาญจน์ จันทิดากล่าวว่า “ทราบ แต่ไม่เคยได้ ไม่เคยขอ”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้ใช้แรงงานไม่ทราบว่ามียาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ และไม่เคยได้รับเมื่อไปหาหมอที่โรงพยาบาล

แพทย์และเภสัชกรไม่จ่ายยาแผนโบราณทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

Germov 2002: 284 (อ้างในเทพินทร์ พัทธนาธิกุล 2548: 137)

กล่าวถึงอำนาจในการควบคุมทางการแพทย์ เป็นผลมาจากบทบาทของแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย เป็นความสามารถของแพทย์ที่จะควบคุมความรู้ที่ใช้ในการดำเนินการสุขภาพ และองค์ความรู้ทางการแพทย์นั้นเป็นองค์ความรู้หลักที่ใช้ในการจัดการสุขภาพ

แพทย์มีอำนาจในการควบคุมการบริการสุขภาพในหลายๆ ด้าน เช่น แพทย์มีสิทธิอำนาจในการวินิจฉัยโรค รับรองการเกิด การตาย ตลอดจนรับรองให้บุคคลสามารถใช้บริการต่างๆ ทางสังคมหรือได้รับประโยชน์จากบริการสวัสดิการต่างๆ ได้ ตลอดจนสิทธิอำนาจในการควบคุมวิธีการรักษาและการวินิจฉัยโรค และกำหนดแนวทางในการทำงานของบุคลากรด้านอื่นๆ ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2552: 173 – 175) กล่าวถึงบทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อการรักษาสุขภาพไว้ดังนี้

บทบาทของแพทย์ ได้แก่ บทบาทในการตรวจ วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วย บทบาทด้านการบริหาร และบทบาทด้านวิชาการ

บทบาทของเภสัชกร ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยาที่ถูกต้อง บทบาทของเภสัชกรในคลินิก และบทบาทของเภสัชกรในชุมชน คือ ประชาชนสามารถไปซื้อยาและรับบริการปรึกษาการใช้ยากับเภสัชกรได้

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

เมื่อไปโรงพยาบาลผู้ใช้แรงงานได้รับแต่ยาแผนปัจจุบัน และเมื่อไปร้านยาต้องระบุว่าต้องการยาแผนโบราณ ดังนี้

นายมานพ ประจิดกร กล่าวว่า “ลดลง และไม่ไปร้านยาด้วย”

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “ลดลง เกสซ์กับหมอจ่ายยากล้ายๆ กัน แต่หมอโบราณต้องไปหาแผนโบราณถึงจะได้ ไม่งั้นไม่ได้”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “หมอ – เกสซ์ ไม่เคยได้”

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “มีผล เพราะทำให้เราได้แต่ยาฝรั่ง”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “ลด เราไม่กล้าไปขอหมอ”

นางจินตนา วิทยาธิลล กล่าวว่า “ลดลง ถ้าร้านขายยาต้องไปบอกถึงจะได้”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “จริง ต้องซื้อเองและอาจจะแพงและไม่มีคนสนับสนุน ไปร้านยาต้องระบุถึงได้”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ลดลง นอกจากเราสั่งเค้าอาจจะได้”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “อยู่ที่เภสัชกรเป็นคนแนะนำ อาจมีทั้งยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณให้เลือกใช้ แต่ปกติไม่เคยได้ต้องบอกเค้าว่าจะเอายาแผนโบราณ มีแค่บางร้านที่แนะนำยาแผนโบราณว่าสามารถรักษาอาการนี้แทนแผนปัจจุบันได้”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “ลดลง บางตัวเราเคยใช้ก็จะแนะนำเค้าก็จะหาให้ บางทีมีบางทีไม่มี”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ใช่ อย่างเวลาเราไป ถ้าไม่ระบุก็ได้ยาปฏิชีวนะมา”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงอม กล่าวว่า “ลดลง ส่วนมากต้องไปซื้อเอง ต้องบอกเอาตัวอย่างไป”

แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่าการใช้ยาแผนโบราณไม่ลดลงเพราะมีการซื้อยาเองเพิ่มเติม ขณะที่เภสัชกรประจำร้านยาให้ข้อมูลว่ายาแผนโบราณคนใช้จะเรียกหาเอง ดังนี้

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ไม่ลดลง เพราะยังงั้นจะไปซื้อเอง”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “ไม่ลด ใช้อย่างไรก็ใช้เหมือนเดิมควบคู่กัน”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ไม่ เพราะแผนโบราณจะเป็นคนเลือกซื้อเอง และใช้เสริมกับแผนปัจจุบันมากกว่าที่จะใช้เป็นยาหลัก”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “มักจ่ายใบมะขามแขก, ฟ้าทะลายโจร และ “ยาพวกนี้เป็นยาเรียกหา”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้ใช้แรงงานให้ความเห็นว่า “มีส่วน” และธีรวัฒน์ จึงสุวรรณ เสริมว่า “ถ้าของดีไม่จ่ายได้อะไร” และยกตัวอย่างอาการเจ็บป่วยคือเจ็บคอมักได้รับยามแผนปัจจุบัน

ผู้วิจัยถามต่อว่า “ถ้าแพทย์จ่ายยาแผนโบราณจะใช้หรือไม่”

ทุกคนยอมรับว่าจะใช้ โดยมีความเห็นเพิ่มเติมคือ

นายอโนคม บุญเจริญ กล่าวว่า “ดูอาการ เช่น เจ็บคอก็ OK” และ “เราก็ไว้ใจหมออยู่แล้ว ถ้าหมอจ่ายยังงี้ก็กิน”

นายธีรวัฒน์ จึงสุวรรณ กล่าวว่า

“การนำเสนอบริการในส่วนของห้องพยาบาลไม่มี คือลองให้ใช้ยาแผนโบราณดูก่อน ถ้ามันใช้ไม่ดีค่อยมาใช้แผนปัจจุบัน เหมือนกับยานาน 1 ยานาน 2 แต่ยาแผนโบราณตกอันดับไปเลย ที่จริงน่าจะเป็นอันดับ 1 ก่อนหรือเปล่า ทุกคนกระโดดมาที่ตัวแรงหมดเลย อย่างประกันสังคมขี้ดไปเลย paracetamol ทุกคนปวดอะไรมา มันทำให้ดูเหมือนยาแผนโบราณไม่ดี ได้มาก็นี้เอาอะไรมาให้ไม่เห็นหายเลยใครเค้กกินกัน มันไม่มีแล้วจะติดตลาดได้ไง ถ้าคิดว่าจะพัฒนายาแผนโบราณขึ้นมาจะจ่ายพวกนี้เป็นอันดับ 1 ถ้าเค้กกินแล้วหายเค้ก็รู้สึกดี”

#### (6) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันศาสนา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ดังนี้

สมัยรัชกาลที่ 1 มีการปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้นเป็นพระอารามหลวงใช้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ซึ่งเป็นสถานที่สำคัญที่มีจารึกตำรายาและฤกษ์ตัดตนไว้ตามศาลาราย

สมัยรัชกาลที่ 2 พระเจ้าลูกยาเธอกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ทรงปฏิสังขรณ์วัดราชโอรส และในครั้งนั้นได้มีการจารึกตำรายา ตำราหมอนวด รูปปั้นฤกษ์ตัดตนไว้ในกำแพงแก้วของพระวิหารและพระอุโบสถด้วย

สมัยรัชกาลที่ 3 มีการบูรณะปฏิสังขรณ์วัดโพธิ์อีกครั้ง และได้รวบรวมตำรายาศิลาจารึกขึ้น เพื่อให้คนทั้งหลายเรียนได้ โดยสามารถสรุปความรู้ทางการแพทย์แผนไทยที่จารึกไว้ในวัดโพธิ์ ได้แก่ รูปฤกษ์ตัดตน 82 รูป โคลงฤกษ์ตัดตน รูปคนแสดงแผนนวด 60 รูป พันธุ์ไม้และสรรพคุณยาต่างๆ ตำรายาและส่วนผสมสำหรับรักษาโรคต่างๆ อาการ

ไข้และตัวยาในการรักษา มีทั้งสื่อความรู้ที่เป็นรูปหล่อ ศิลาจารึก และภาพเขียน (สมพร ภูติยานันต์ 2542: 15 – 23)

ถักคณา เกิดศิริ (2538) เลือกรับการศึกษาพหุติกรรมการใช้ยาแผนโบราณพื้นที่วัดโพธิ์ ฝายสังฆาวาส ในเชิงมานุษยวิทยาการแพทย์ ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ซื้อยาและผู้จำหน่ายยา คือพระภิกษุและฆราวาส จากผลการศึกษาพบว่าวัดโพธิ์มียาแผนโบราณจำหน่ายมากกว่า 40 ชนิด และมีรายได้ต่อเดือนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท เนื่องจากวัดเป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ มีการบันทึกองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณ แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนล้อมรอบวัดโพธิ์ก็ตาม กฎที่จำหน่ายยามี 15 กฎ โดยมีพระภิกษุและลูกศิษย์เป็นผู้จำหน่าย นอกจากการจำหน่ายแล้วยังมีรูปแบบบริการครอบคลุมทางด้านจิตใจด้วย เช่น พิธีกรรมต่อชะตา อาบน้ำมนต์ จำหน่ายเครื่องรางของขลัง ผู้ที่มาซื้อยาแผนโบราณนิยมเก็บยาไว้ที่สูง เนื่องจากเชื่อว่ายาเป็นของสูงเพราะได้มาจากพระภิกษุ และพระภิกษุไม่น่าผสมยาแผนปัจจุบันที่อันตรายลงไป นอกจากนี้ผู้บริโภคมองเชื่อว่า “ยาแผนโบราณเป็นยาที่มีพิษข้างเคียงอันตรายน้อย”

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน คือ พระสมบุญ วงศ์คำภู ความเป็นมาในการรักษาด้วยยาแผนโบราณของพระสมบุญ วงศ์คำภู มีดังนี้

ก่อนสอบใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณได้ นายสมบุญ วงศ์คำภูเคยอยู่ร้านขายยาแผนโบราณของญาติที่ จ.ฉะเชิงเทรา ซึ่งญาติคนนั้นไม่มีลูก และกลัวว่าหากตนเองเสียชีวิตจะไม่มีผู้สืบทอด ทำให้นายสมบุญเริ่มต้นศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยและยาแผนโบราณ จนในที่สุดสอบใบประกอบโรคศิลปะสาขาเภสัชกรรมได้ในปี 2540

ปัจจุบันแม้บวชเป็นพระแต่ก็ยังมีการผลิตยาแผนโบราณอยู่เพราะต้องการสืบทอดความรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยไม่ให้สูญหายไป ดังคำพูดของท่านที่ว่า

“ที่ขายได้กำไรน้อย ไม่ได้มีเงินเก็บอะไร ที่ทำเพราะช่วยเหลือญาติโยม บางคนไม่มีตั้งค์ก็ให้ไป บางคนมาเรียนวิชาว่าทำยังไง ก็ผสมให้เห็น เอากระดาษมาจด บางคนเรียนมาก็ทำไม่เป็นเพราะได้แต่หลักปฏิบัติต้องมาหัด ไม่ได้เอาเงินที่ทำเพราะอยากสืบทอด ไม่อยากให้ความรู้สูญหายไป เงินที่ได้มาก็เอาไปทำทุนต่อไป” (สัมภาษณ์)

ยาแผนโบราณที่รักษาคนไข้

- น้ำมันสมุนไพร (รูปแบบจี๊ตึ้ง และรูปแบบขาน้ำ)
- ยาหอมหอมสมบุญ

- ยาเม็ดสมุนไพร มีสรรพคุณช่วยระบาย ขับลม และคลายเส้น

(7) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันคมนาคนขนส่ง

การคมนาคนที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลง ดังนี้

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

สันทัต เสริมศรี (2553: 222) กล่าวว่า “ชาวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยเมื่อเกิดเจ็บป่วยแล้วจะต้องใช้จ่ายในเรื่องค่ารักษาโรคและค่าเดินทางรวมกันในระดับที่สูงมากแม้หมู่บ้านจะตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเพียง 12 กิโลเมตร แต่ค่ารถรับจ้างซึ่งรับผู้ป่วยจะคิดค่ารับจ้าง 10 บาท ดังนั้น เมื่อสำรวจค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาทั้งปีก็พบว่า ชาวบ้านเสียเงินเป็นค่าเดินทางมารักษาโรคและซื้อยาประมาณร้อยละ 26 และที่เหลือถึงร้อยละ 74 เป็นค่าเดินทาง”

มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530: 29) กล่าวว่า ระยะเวลาเดินทางจากบ้านกับสถานีอนามัยไม่มีความแตกต่างในการใช้จ่ายที่บ้าน

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ ดังนี้

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “มีผล คนไปหาใกล้ๆ ก่อน คนสมัยนี้มักไปหาแผนปัจจุบันก่อนเพราะโรงพยาบาล, อนามัยอยู่ใกล้ก็ไปถึงก่อน”

นางสาวอรุณ ทงอุทัย กล่าวว่า “เห็นด้วย หากหมอแผนปัจจุบันหาง่าย นั่งมอเตอร์ไซค์แป๊บเดียว”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “แถวเรามีรถโรงพยาบาลมารับก็เสร็จ ส่วนมากคนกรุงเทพฯจะไม่ยุ่งกับยาแผนโบราณเพราะไปหาหมอง่าย”

นางจินตนา วิทยาติลล กล่าวว่า “มีผล เพราะหาหมอสะดวก และที่โรงพยาบาลมีหมอเก่งๆ”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ใช่ ยิ่งอยู่ในเมืองจะไปหาหมอแป๊บเดียว เดี่ยวก็ฉีดยากินยาเดี๋ยวก็หาย ยาต้มก็จะน้อยลง”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ยาแผนโบราณหาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มคนหนึ่ง กล่าวเสริมว่า “เพราะทุกวันนี้ยาแผนปัจจุบันไม่ต้องไปถึงโรงพยาบาล หน้าบ้านก็มีตามร้านขายยา มันใกล้ ยาแผนโบราณจะหาได้ก็ร้าน”

นายอินคม บุญเจริญ กล่าวว่า “แม่ผมจะไปซื้อยาแผนโบราณต้องไปวังหลัง แทนที่ยาดีๆพวกนี้จะมีตามร้านยาทั่วไป เค้าก็ต้องหวงสูตรเป็นธรรมดา”

(8) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีจากภายนอกก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน ดังนี้

ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

DB Lakings (2000: 17 - 19) กระบวนการวิจัยและพัฒนายาใหม่มีหลายขั้นตอน ทั้งการทดสอบทางเภสัชวิทยา พิษวิทยา การทดลองในสัตว์ การทดลองขั้นคลินิก กระบวนการดังกล่าวอาจใช้เวลาถึง 8 -12 ปี และใช้งบประมาณถึงสามร้อยล้านเหรียญสหรัฐ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จัทยาแผนโบราณ

นายมานพ ประจิดกร กล่าวว่า “ใช่ เพราะแผนปัจจุบันหายเร็วกว่า”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “กินยาแผนปัจจุบันชัวร์มากกว่า เพราะมีการตรวจละเอียดเครื่องมือทันสมัย”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “ลดลง เราเริ่มไม่รู้ยาแผนโบราณเพราะยาใหม่ปัจจุบันเยอะ”

นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล เห็นด้วยโดยกล่าวว่า “แน่นอน เพราะยาแผนปัจจุบันมีทั้งการวิจัยและพัฒนา และโฆษณา การโฆษณาทำให้รับรู้ในวงกว้าง”

ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน เพราะด้วยคนละแบบ

นางจินตนา วิทยาคิลก กล่าวว่า “ไม่ลดลง ใช้ควบคู่กัน”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “สมควรจะใช้ร่วมกัน ควรมีทางเลือกให้คนไข้”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ไม่ เพราะด้วยคนละแบบ”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้เข้าร่วมการสนทนาทุกคนเห็นด้วย

นายอินคม บุญเจริญ เล่าว่า “พ่อแม่เราเวลาปวดเมื่อยใช้น้ำมันไพลทา อย่างเราทาทีละอะเสื่อผ้าใช้ยานวดแผนปัจจุบันดีกว่า แต่คนแก่ทายานวดแผนปัจจุบันแล้วร้อนทนนไม่ไหว”



ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร ยาแคปซูลขมิ้นชัน ทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้มากขึ้น

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549: ข) กล่าวว่า กระบวนการผลิตที่ทันสมัย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบยาให้อยู่ในรูปแบบสมัยใหม่นั้น มีจุดเริ่มใน พ.ศ. 2530 จากการแก้ไขเพิ่มเติมข้อความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ทำอุตสาหกรรมยาแผนโบราณสามารถผลิตยาโดยวิธีการตอกเม็ด วิธีเคลือบ ในยาแผนโบราณได้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการผสมผสานเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้เข้ากับองค์ความรู้ดั้งเดิม

ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนได้สังเกตเห็นว่าการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรในประเทศเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ยาพัฒนาจากสมุนไพรมักประสบปัญหาไม่สามารถขึ้นทะเบียนตำรับได้เนื่องจากติดขัดข้อกฎหมาย ทำให้คณะกรรมการยามีมติในการประชุมครั้งที่ 1/2542 วันที่ 30 มีนาคม 2542 ให้แบ่งประเภทยาสมุนไพรเป็นสี่กลุ่มคือ

- 1) ยาแผนโบราณ
- 2) ยาจากสมุนไพรแผนโบราณ
- 3) ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน
- 4) ยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาใหม่ และจัดทำหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาจากสมุนไพรขึ้นใหม่ เพื่อให้เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรมากยิ่งขึ้น ทำให้ในปัจจุบันมียาแผนโบราณที่อยู่ในรูปครีม เช่น บัวบก พญาขอ พลู หรือเจล เช่น พริก เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การพัฒนา รูปแบบของยาแผนโบราณทำให้ใช้ยาแผนโบราณมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น สะดวกในการซื้อ

นางจินตนา วิทยาดิลก กล่าวว่า “สะดวก ใช้มากขึ้น”

นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง กล่าวว่า “ดีขึ้น น่าจะมีคนอยากทานยาไทยเยอะ”

นายมานพ ประจิดร กล่าวว่า “ดี สะดวกขึ้น ทำให้กินง่ายไม่รู้สึกรสชาติ”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “มีส่วน เพราะใช้สะดวก”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ทำให้ใช้ง่ายขึ้นขนาดแน่นอน กำหนดขนาดรักษาได้ง่ายขึ้น บริหารง่าย”

นางสมบุญ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เห็นด้วย ทำให้ซื้อหรือสั่งมาขาย”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มีผล สะดวกดีไปร้านยาที่ซื้อได้ ไปถามว่าตัวนี้มีมั้ย”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “คิดว่าจะทำให้คนรุ่นใหม่ซื้อง่ายขึ้น เช่น ยาขมิ้นทั้งแบบต้ม แบบชง แบบเม็ด คนรุ่นใหม่จะเลือกเอาแบบชง แบบเม็ด มากกว่าแบบต้ม นอกจากคนแก่ๆ ที่ชอบแบบต้ม”

ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่าสะดวกแต่ยังชอบรูปแบบเดิม

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “สะดวก แต่ตั้มยาหม้อก็คินะเป็นน้ำได้ผลดีกว่า เพราะใส่แคปซูล  
ไม่รู้ว่าจะผสมอะไรไปมั่งหรือเปล่า”

มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องความรู้ของการนำยาแผนโบราณมาใช้  
แคปซูลของ นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล ดังนี้ “สะดวกด้านการบริหารยา แต่หม้อก็คานิ่งถึงว่า  
หม้ออายุหรือไม่ ประสิทธิภาพลดลงหรือไม่เมื่ออยู่ในแคปซูล ซึ่งองค์ความรู้ก็มีไม่พอ หรือการ  
กินขมมันชั้นในระยะยาวอาจเป็นผลเสียได้”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ยาแผนโบราณมีข้อจำกัดเรื่องขนาดในการใช้ที่ไม่ชัดเจน สรรพคุณ  
ที่รักษาได้หลายอาการทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ และคนรุ่นใหม่มองว่ายาแผนโบราณไม่ทันสมัย  
ดังนี้

นายอโนคม บุญเจริญ กล่าวว่า “มันต้องทำอะไรหลายอย่าง ยาถุงหนึ่งไม่บอกว่าใช้น้ำกี่ลิตร บางที  
เราใส่น้ำน้อยไป ใส่น้ำเยอะไปก็ไม่รู้ เราใส่น้ำเยอะไปก็อาจทำให้เจือจางคุณภาพก็อาจจะต่ำ ใส  
น้ำเข้มข้นไปก็จัดไปหรือเปล่า” ซึ่งการทำให้อยู่ในรูปของยาแผนโบราณบรรจุเสร็จสามารถลดปัญหา  
ดังกล่าวได้

นายอลงกรณ์ หนึ่งแวงแดง กล่าวว่า “สรรพคุณมันเยอะเกินไปรักษาทุกโรค ยาแผนปัจจุบันเราดู  
ตรงเนี่ยว่าเป็นตรงเนี่ยชื่อเลย ถ้าเป็นแผนโบราณรักษาได้ทุกอย่าง”

นายธีรวัฒน์ จิงสุวรรณ กล่าวว่า “ความเข้าใจของบุคคลยังรู้ไม่ลึกว่าตัวนี้เป็นยาอะไร”

นายเหรียญทอง ดวงจันทร์ กล่าวว่า “มันตีกว้างไป ยาตัวเดียวใส่ห่อการรักษา 5 โรค 6 โรค มันจริง  
หรือเปล่า”

นายกฤษณะ เขียวยาว กล่าวว่า “มันอายุผู้หญิงเค้าเนี่ย ก็อยากมแผนโบราณไปอมในห้าง”  
(ระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ให้ตัวอย่างยามมะแว้งให้ผู้ใช้แรงงานทดลองใช้ด้วย)

## 2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

### (1) การโฆษณา

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

มณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 222) ผู้บริโภคยาแผนโบราณภาค  
ตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เห็นว่า การโฆษณาหรือการประชาสัมพันธ์เป็นแนวทางที่สำคัญต่อ  
การส่งเสริมการขายเป็นลำดับที่ 2 ส่วนลำดับที่ 3 คือ การประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมกับ  
ชุมชนเป็นสิ่งที่ควรใช้ในการส่งเสริมการขายยาแผนโบราณมากที่สุด

เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542: 128) การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์เป็นแนวทางที่สำคัญที่สุดต่อการส่งเสริมการขายแผนโบราณ

สุรัชชัย ศรีสุภักดิ์ (2546: 57) การโฆษณาประชาสัมพันธ์มีส่วนช่วยให้ผู้บริโภคตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย

ปิฐพล รัตนจินดา (2551: 63) การส่งเสริมการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายแผนโบราณอยู่ในระดับมาก ได้แก่ แพทย์ให้คำแนะนำเป็นยาทางเลือก พนักงานขายให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ เอกสารหรือแผ่นพับให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จัก

ศันสนีย์ ฤทธิทองพิทักษ์ (2546: บทคัดย่อ) การเปิดรับข่าวสารความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อสมุนไพรไทย และการเปิดรับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรไทยมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรไทย

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

การโฆษณาทำให้เกิดการกระตุ้นการทดลองใช้ แต่บางคนต้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของผู้ผลิตประกอบ

นางจินตนา วิทยาดิลก กล่าวว่า “มีผล ทำให้ต้องลองซื้อมาใช้ แต่จะใช้หรือไม่ต้องดูประสิทธิภาพ”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “มีส่วน ถ้าสนับสนุนก็ใช่”

นายขรรค์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มีผล บางทีแก้เส้น แก้ปวด ถ้าเราสนใจก็ไปลองหาซื้อ”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “มันมีทางเลือก แต่เราก็ต้องเลือกใช่”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ใช่ ถ้าเค้าโฆษณาให้เราเห็นว่าทำอะไรเราก็ไปซื้อใช่ ถ้าเราไม่รู้เราก็ไม่ซื้อ”

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “ใช้มากขึ้น ต้องอธิบายให้ทราบว่ายาชนิดไหนดี/ไม่ดี บ้าง”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “มีส่วน ถ้ามีโฆษณาแล้วเหมาะกับเราก็จะลอง”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “มีส่วน แต่ต้องดูรายละเอียดวัน/เดือน/ปีที่ผลิต ที่ตั้ง เลขที่ผลิต อย่างขายที่ตลาดก็ไม่เอา”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ยาแผนโบราณมีการโฆษณาในช่องทางที่จำกัดและไม่เหมาะสม ตำแหน่งยาแผนโบราณในร้านขายยามองเห็นไม่ชัดเจน และบรรจุภัณฑ์ยาแผนโบราณไม่สวยงาม ดังนี้

นายธีรวัฒน์ จึงสุวรรณ กล่าวว่า “ยาพวกนี้มักมีในช่องที่ขายมวย แล้ววัยรุ่นสมัยนี้ก็ไม่ค่อยดูมวย ทำให้ตีตลาดไม่ได้สู้เค้าไม่ได้”

นายกฤษณะ เขียวยาว กล่าวว่า “น่าจะนำเสนอในร้านขายยาทั่วไป มีสื่อโฆษณาเยอะหน่อย คือร้านยาบางร้านมีขายจริง แต่วางในที่ข้างล่างเฉพาะคนที่อยากได้ก็ล้วงเข้าไปหยิบ เข้ามาแบบเจอบีบยาก คืออยู่ที่การนำเสนอ เค้าโชว์ตัวที่ขายง่ายมากกว่า ตัวที่ขายยากมันก็ขวาง แต่ถ้าตามก็หยิบให้”

นายธีรวัฒน์ จึงสุวรรณ กล่าวว่า “packaging ลักษณะแนวประหยัด, โบราณ, ไม่สวย, การพกพาลำบาก ยาแผนปัจจุบันพกง่ายกว่า”

## (2) การเปลี่ยนแปลงความต้องการ

การแพทย์ทางเลือกกลับมาเป็นกระแสนิยมอีกครั้ง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549: ก – ข) กล่าวว่า มูลค่าการผลิตยาจากสมุนไพร (ราคาขาย ณ โรงงาน) ตามรายงานประจำปีที่ผู้ผลิตรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังปี พ.ศ. 2543 ที่มีการบรรจุยาสมุนไพรไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 เป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2547 มีมูลค่าการผลิตประมาณ 1,486 ล้านบาท สูงขึ้นถึง 2.71 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2542 ซึ่งมีมูลค่า 548 ล้านบาท

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “รูปแบบการแพทย์ทางเลือกกลับมาเป็นกระแสนิยมอีกครั้ง”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “ยาแผนโบราณถ้ามีขายก็ยังคงใช้เพราะไม่มีสารเคมี เราแก้ตัวไปก็อยากกินอะไรที่มันดี”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “การแพทย์หันมาหาสมุนไพรโบราณ ดูแต่โรงพยาบาลที่ปราจีนบุรี (หมายถึงโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร: ผู้วิจัย) นั่นก็ยังปลูกสมุนไพรตลอด

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

การแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมในกลุ่มคนที่มีเงินและสามารถจ่ายได้

นายขอโนคม บุญเจริญ กล่าวว่า

“โรงพยาบาล... (ระบุชื่อโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง) มีพื้นที่ยาแผนโบราณ ในบริเวณนั้นมีแต่กลิ่นยาต้ม แล้วคนที่ไปรักษาคือกลุ่มคนมีดั่งค์ อย่างเราจะไปเสี่ยงมีขี้ละเราก็ไม่รู้ว่าสีทมิฬมันใช้ได้หรือเปล่า เพราะปกติไปขึ้นบัตรเวชระเบียนปุ๊บก็อายุรกรรม มันไม่เคยได้กระเด็นไปตรงนั้นเลย”

## (3) การปลูกฝังวัฒนธรรม

ในภาวะปัจจุบัน เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านอีกแล้ว กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง กระบวนการดังกล่าวได้ขาดหายไปคงเหลือบางครัวเรือน

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

เรื่องความคุ้นเคยในการใช้ของพ่อแม่ หากพ่อแม่มีการปลูกฝังให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาแผนโบราณ เด็กรุ่นใหม่ก็จะยังทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของยาแผนโบราณ ดังนี้

นางสาวอรุณมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “ถ้าพ่อแม่ปลูกฝังเค้าก็จะรู้จัก รูปแบบยาแผนโบราณดีขึ้น ไม่เหมือนสมัยก่อนใช่ง่ายขึ้น”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “ลูกผมยังใช้”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงแอม กล่าวว่า “เป็นเพราะเด็กเค้าไม่รู้ มีบางทีถ้าพ่อแม่ซื้อให้กินก็ยังใช้”

## (4) การรับวัฒนธรรมใหม่

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยจนเกิดความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ดังนี้

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ใช่ เพราะเป็นความเคยชิน”

แต่บางคนไม่เห็นด้วย เพราะเห็นว่าการใช้ยาแผนโบราณขึ้นกับความเชื่อถือของแต่ละคน

นางจินตนา วิทยาติลล กล่าวว่า “ไม่เกี่ยว ถ้าเชื่อถือก็จะใช่”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ไม่ คนส่วนมากใช้แบบไหนก็จะใช้แบบนั้น”

นางสาววรรณมา รุ่งทอง กล่าวว่า “ไม่ เพราะคนสมัยนี้ชอบทดลอง ถ้าแผนปัจจุบันไม่หายก็ไปหาแผนโบราณ”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ไม่เกี่ยว เพราะยาแผนปัจจุบันก็โรคหนึ่ง ยาแผนโบราณอีกโรคหนึ่งไม่ได้ทดแทนกัน”

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

ยาแผนปัจจุบันหายเร็วกว่า และไม่สะดวกในการซื้อยาแผนโบราณ  
ดังนี้

นายอลงกรณ์ หนึ่งแวงแดง กล่าวว่า “มันเสียเวลา กินกว่าจะหาย”

นายธีรวัฒน์ จิงสุวรรณ กล่าวว่า “เค้าก็ต้องสกัดพวกสมุนไพรมาทำยาอยู่แล้ว เราจะมานั่งกินมานั่ง  
สกัดเองทำไม”

นายเหรียญทอง ดวงจันทร์ กล่าวว่า “ก็ดี อยู่บ้านนอกตอนเด็กๆ (ที่จังหวัดอุบลราชธานี) ป่วยก็ยา  
แผนโบราณ แต่ตอนนี้ไม่สะดวก ถ้ามีก็ซื้อโซอยู่แล้ว เป็นไปได้ก็ลองแจกตามวัดก่อนถ้าอยากให้  
รู้จัก พื้นฐานเรามาจากต่างจังหวัดเขอะก็ต้องผ่านแบบนี้มาอยู่แล้ว”

#### (5) การอพยพย้ายถิ่น

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า

นิยพรรณ วรณศิริ (2550: 255) การโยกย้ายถิ่นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่  
อยู่อาศัยอย่างถาวรด้วยสาเหตุจากการแต่งงานกับคนต่างสังคม การอาชีพ ภัยธรรมชาติ และ  
สาเหตุทางการเมือง

วิมล จิโรจพันธุ์ (2548: 52 -53) สังคมเมืองมีการอพยพของประชาชน  
เข้ามาหางานทำกลายเป็นสังคมเมืองใหญ่ มีโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น สมาชิกทุกคนต่างมี  
ภาระหน้าที่ของตน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างญาติลดลง

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณตามความชอบ และมีการนำ  
ยาแผนโบราณที่ต่างจังหวัดมาใช้ ดังนี้

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่า “ไม่เกี่ยว คนไหนชอบก็ใช้ เกิดจากการปลูกฝังแต่เด็ก”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ไม่ เพราะถ้าเดือดร้อนก็พยายามดิ้นรนจะหาตัวยาก็ใช้ประจำ  
จะต้องมีติดบ้าน”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ไม่เปลี่ยนแปลง ตำราก็มีบอก ตลาดก็มีขาย”

นางสาวอรมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “ไม่เปลี่ยน เามาจากต่างจังหวัดด้วย”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “ไม่ ก็ยังเอามาใช้อยู่ แต่คนบ้านนอกเวลาเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ ก็มา  
ซื้อยาตามร้านค้าหรือคลินิกได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณไม่รู้จะเอาที่ไหน”

แต่การย้ายเข้ามาทำงานในเมืองทำให้ยาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก  
และวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปทำให้การใช้ยาแตกต่างไปจากเดิม ดังนี้



นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “เปลี่ยน เราไม่ได้อยู่บ้านแต่ยาอยู่บ้านเรา พอเรามาอยู่กรุงเทพฯ ก็ต้องหาหมอกรุงเทพฯ แต่ถ้าไม่หายก็ต้องกลับไปกินของที่บ้านเรา”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “มี การดำรงชีวิตเปลี่ยน เช่น อากาศไม่ดีกินเร่งรีบ อาการป่วยก็เปลี่ยนไป การใช้จ่ายก็ไม่เหมือนเดิม”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “เปลี่ยน เป็นอะไรปุ๊บก็เข้าร้านขายยาสะดวกสบาย”

นางสาวสุวรรณา น้อยป่อง กล่าวว่า “เปลี่ยน เดี่ยวนี้ไม่ค่อยรู้จักยาแผนโบราณ”

### สรุป การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

#### (1) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

สภาพครอบครัวของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง มีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผู้ใช้แรงงานบางคนทางบ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวส่งผลให้เด็กที่เป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัวไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ จึงไม่เชื่อและไม่ใช้ยาแผนโบราณ

#### (2) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการศึกษา

ระดับการศึกษามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น แต่บางคนเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้ยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบันและการศึกษาทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียน

#### (3) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันเศรษฐกิจ

สภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความสิ้นเปลือง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานบางคนที่ยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณจึงจะซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง และบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง

#### (4) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการเมือง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา มีการสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร และยาแผนโบราณ ทั้งสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การบูรณาการแพทย์แผนไทยเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผลทำให้ยาแผนโบราณกลับมาได้รับความนิยมอีกครั้ง

#### (5) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันอนามัย

มีการบรรจุยาแผนโบราณลงในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามียาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ และไม่เคยได้รับเมื่อไปหาหมอที่

โรงพยาบาล ซึ่งการที่แพทย์และเภสัชกรไม่จ่ายยาแผนโบราณทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง เพราะเมื่อไปโรงพยาบาลผู้ใช้แรงงานได้รับแต่ยาแผนปัจจุบัน และหากไปร้านยาก็ต้องระบุว่า ต้องการยาแผนโบราณ

(6) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันศาสนา

วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน

(7) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันคมนาคมขนส่ง

การคมนาคมที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลงเพราะสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ แม้ว่าการคมนาคมจะสะดวกแต่ยาแผนโบราณก็หาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

(8) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน คือ ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน เพราะตัวคนละแบบ

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การใส่แคปซูล ทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้และการซื้อมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนชอบรูปแบบเดิมมากกว่า

**สรุป** ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

(1) การโฆษณา

การโฆษณาทำให้เกิดการกระตุ้นการทดลองใช้ แต่บางคนต้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของผู้ผลิตประกอบ ข้อจำกัดของการโฆษณายาแผนโบราณก็คือ การโฆษณาในช่องทางที่จำกัดและไม่เหมาะสม ตำแหน่งยาแผนโบราณในร้านขายยามองเห็นไม่ชัดเจน และบรรจุภัณฑ์ยาแผนโบราณไม่สวยงาม

(2) การเปลี่ยนแปลงความต้องการ

การแพทย์ทางเลือกกลับมาเป็นกระแสนิยมอีกครั้ง ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่าการแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมนในกลุ่มคนที่มีเงินและสามารถจ่ายได้

### (3) การปลูกฝังวัฒนธรรม

เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป และหากพ่อแม่มีการปลูกฝังให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาแผนโบราณ เด็กรุ่นใหม่ก็จะยังทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของยาแผนโบราณ

### (4) การรับวัฒนธรรมใหม่

ผู้ใช้แรงงานเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยจนเกิดความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนปัจจุบันหายเร็วกว่า และไม่สะดวกในการซื้อยาแผนโบราณ แต่บางคนเห็นว่าการใช้ยาแผนโบราณขึ้นกับความเชื่อของแต่ละคน

### (5) การอพยพย้ายถิ่น

ไม่มีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณผู้ใช้แรงงานบางคน เพราะยังมีการใช้ยาแผนโบราณตามความชอบ บางคนนำยาแผนโบราณเข้ามาใช้ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก และวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปทำให้การใช้ยาไม่เหมือนเดิม

## 2.3 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

### 2.3.1 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณทั่วประเทศ

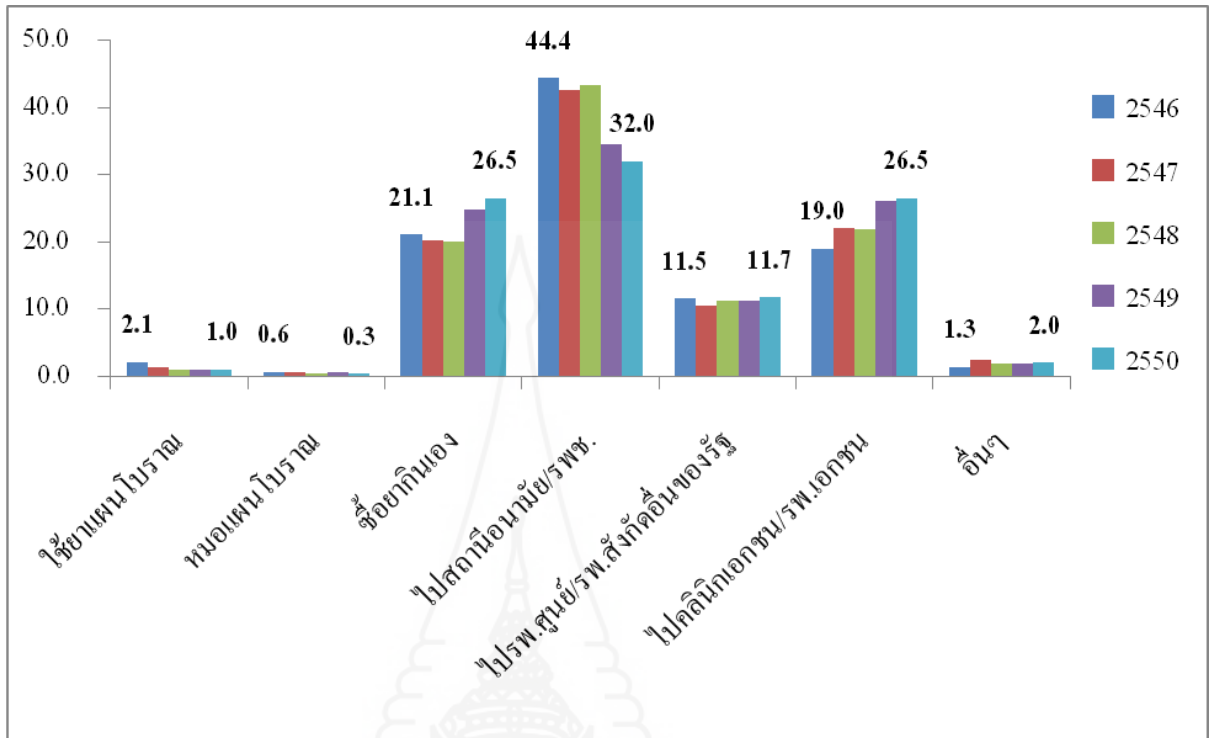
จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร พบว่า ปรีชา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เถตราภาศ และคณะ 2553) ทำการศึกษาถึงวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรไทยเมื่อเจ็บป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2546 – 2550 ได้ข้อมูลดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลในการป่วย/  
รู้สึกไม่สบายจำแนกตามเขตการปกครองทั่วราชอาณาจักร  
ปี พ.ศ. 2546 – 2550

ที่มา: ปรียา มิตรานนท์ (2553: 133 – 134)

ปี พ.ศ.	วิธีการรักษาพยาบาล						
	ใช้ยาแผน โบราณ/ ยาจาก สมุนไพร	หาหมอ ที่บ้าน/ หมอแผน โบราณ	ซื้อยากิน เอง	ไปสถานี อนามัย/ รพ.ชุมชน	ไปรพ. ศูนย์/รพ. สังกัดอื่น ของรัฐ	ไปคลินิก เอกชน/ รพ.เอกชน	อื่นๆ
2546	2.1	0.6	21.1	44.4	11.5	19	1.3
2547	1.3	0.6	20.3	42.7	10.5	22.1	2.4
2548	1.0	0.4	20.0	43.4	11.3	21.9	1.9
2549	1.0	0.5	24.8	34.6	11.2	26.1	1.8
2550	1.0	0.3	26.5	32.0	11.7	26.5	2.0

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า เมื่อเจ็บป่วยประชาชนเลือกใช้ยาแผนโบราณน้อย และมีแนวโน้มลดลง จากปี พ.ศ. 2546 มีประชาชนคิดเป็นร้อยละ 2.1 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2548, 2549, 2550) โดยประชาชนส่วนมากมักไปที่โรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.), และโรงพยาบาลเอกชน ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาสร้างเป็น แผนภูมิแท่งได้ดังนี้



ภาพที่ 4.4 จำนวนร้อยละของประชากร จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาลในการป่วย/  
รู้สึกไม่สบาย ปี พ.ศ. 2546 – 2550

เมื่อพิจารณาในเรื่องของการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรพบว่าปริมาณ  
การใช้ยาแผนโบราณนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย ดังตารางที่ 4.4

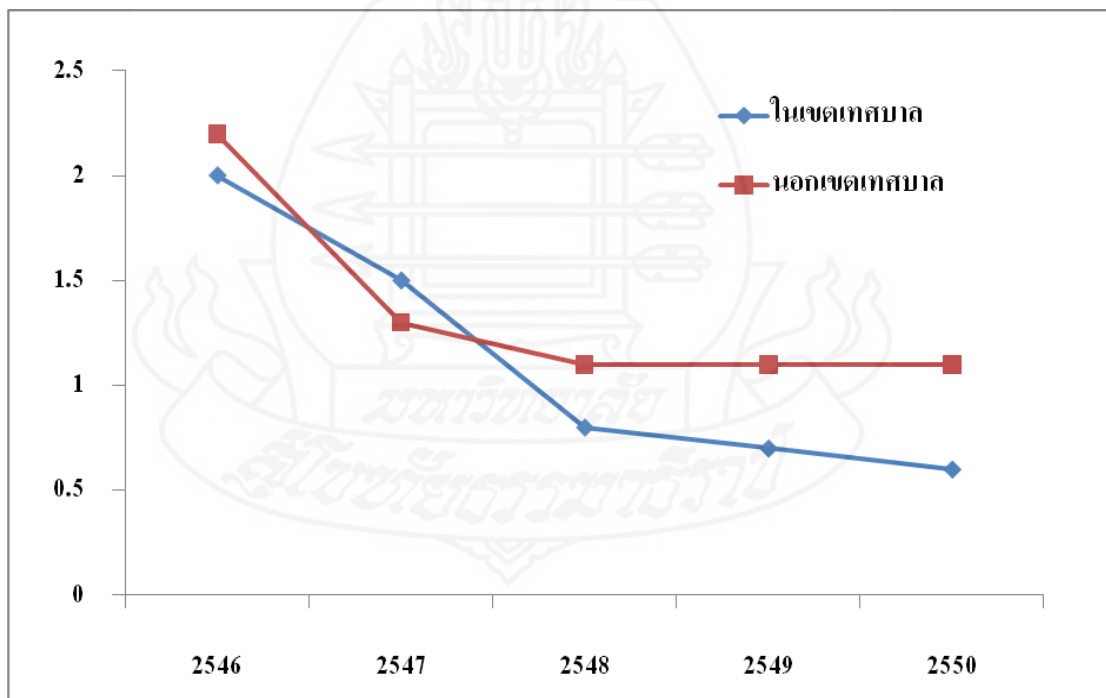
ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละของประชากรที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร

จำแนกตามเขตการปกครอง

ที่มา: ปรียา มิตรานนท์ (2553: 133 – 134)

(จำนวน : พันคน)

ปี พ.ศ.	ประชากรที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร	
	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
2546	2.0 (64.9)	2.2 (196.2)
2547	1.5 (51.7)	1.3 (133.2)
2548	0.8 (24.9)	1.1 (107.9)
2549	0.7 (20.0)	1.1 (84.1)
2550	0.6 (19.6)	1.1 (91.4)



ภาพที่ 4.5 จำนวนร้อยละของประชากรที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร

จำแนกตามเขตการปกครอง



เมื่อพิจารณาอาชีพของประชาชนที่ใช้ยาแผนโบราณพบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่  
ใช้ยาแผนโบราณมักเป็นผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม และไม่ได้ทำงานดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของประชากร จำแนกตามอาชีพที่ใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร

ปี พ.ศ. 2546 – 2550

ที่มา: ปรียา มิตรานนท์ (2553: 147 - 152)

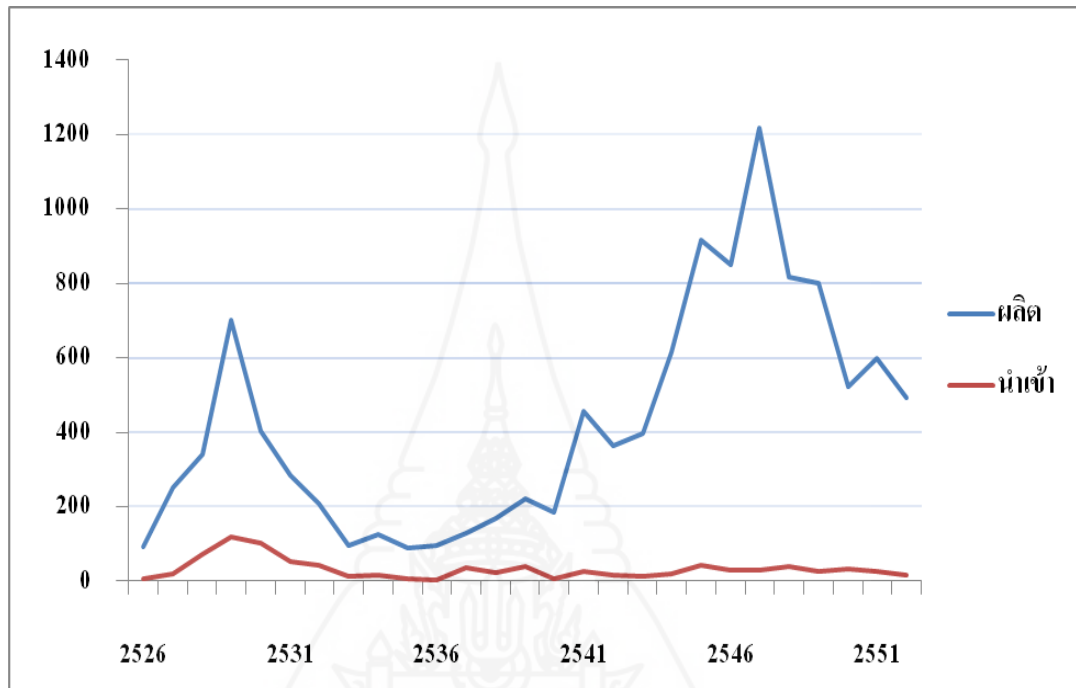
อาชีพ	ปี พ.ศ.				
	2546	2547	2548	2549	2550
ผู้บัญญัติกฎหมาย	3.7	2.5	5.0	6.5	6.2
วิชาชีพ	2.2	0.6	0.5	1.7	0.7
ช่างเทคนิค	0.4	0.0	1.2	2.7	0.0
เสมียน	0.6	1.6	0.0	0.4	2.7
พนักงานบริการ/พนักงานขาย	4.7	6.4	5.2	5.1	5.9
เกษตรและประมง	35.4	26.4	29.5	34.2	40.8
ด้านฝีมือและธุรกิจ	6.0	6.6	2.6	2.7	5.2
เครื่องจักร	0.7	1.6	0.6	1.7	2.4
อาชีพขั้นพื้นฐาน	7.1	4.3	3.1	8.8	9.0
ไม่ได้ทำงาน	39.3	50.2	52.2	36.3	27.1

สำหรับธุรกิจด้านยาแผนโบราณ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหาร  
และยา (อย.) พบว่า ตำรับยาแผนโบราณที่ได้รับการอนุมัติเป็นตำรับมีปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ  
ดังภาพที่ 4.6

ภาพที่ 4.6 จำนวนทะเบียนยาแผนโบราณที่ได้รับการอนุมัติเป็นตำรับและปีพ.ศ.

ที่มา: [http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_004.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_004.asp)

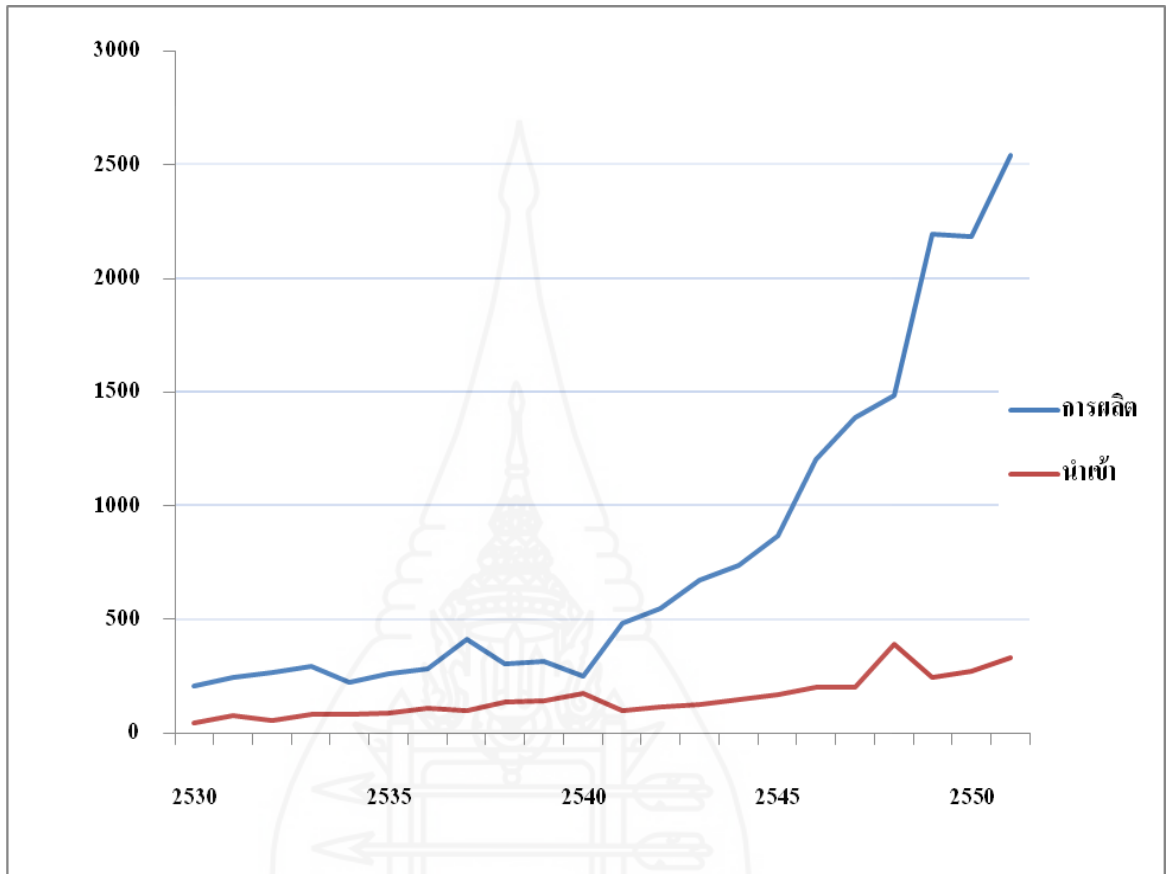
(หน่วย : ตำรับ)



ในส่วนของมูลค่ายาแผนโบราณที่ผลิตและนำเข้าในราชอาณาจักรก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันดังภาพที่ 4.7

ภาพที่ 4.7 มูลค่ายาแผนโบราณที่ผลิตและนำเข้าในราชอาณาจักรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 – 2552  
ที่มา: [http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_002.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_002.asp)

(หน่วย : ล้านบาท)



สำหรับชนิดของยาแผนโบราณที่ใช้ จากข้อมูลการศึกษาของประพจน์ เกตุราภาส และคณะ (2551) ในสถานบริการของภาครัฐมีการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 รายการใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ในสถานบริการภาครัฐ  
(n = 318 แห่ง)

รายการยาจากสมุนไพร ในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549	รวม (ร้อยละ)
ยาสมุนไพรเดี่ยว	
ขมิ้นชัน	212 (63.7)
ฟ้าทะลายโจร	192 (57.7)
โพล (GPO: โพลจีซาล)	191 (57.4)
พญาขอ	179 (53.8)
ชุมเห็ดเทศ	47 (14.1)
จิง	15 (4.7)
พริก	14 (4.2)
ยาสมุนไพรตำรับ	
ยาประสะมะแว้ง (GPO: ยามมะแว้ง)	151 (45.3)
ยาประสะโพล	24 (7.2)
ยาหอมเทพจิตร	19 (5.7)
ยาหอมนวโกฏ	11 (3.3)
ยาจันทน์ลีลา	9 (2.7)

ในส่วนของยานอกบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ที่ใช้มากที่สุด 10 รายการมีดังนี้

สมุนไพรเดี่ยว

เพชรสังฆาต, บอระเพ็ด, เจลว่านหางจระเข้, แคปซูลเถาวัลย์เปรียง, ซาคำฝอย, หนุ่ยหัวดเมว, ชารางจืด, กระทือยมสกัก, มะระจีนก, ส้มแขก

ยาตำรับ

ลูกประคบ, สมุนไพรอบตัว, ยาหัตถาราร, พิมเสนน้ำ, ยาริดสีดวงทวาร, ยาลดความอ้วน, ยาธาตุดิบ, ยามสมุนไพรบ๊วย, ยาธรณีสันทฆาต, เหงือกปลาหมอ+พริกไทย (ประพจน์ เภตราการ และคณะ 72 – 80: 2551)

จิปาถะ ลืมปานานนท์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาสถานการณ์ระบบยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จากการวิเคราะห์ระบบยาสมุนไพรพบว่า ทุกโรงพยาบาลมีนโยบายและเกณฑ์ในการคัดเลือกยาสมุนไพรดังนี้

1. ตามอาการของโรค กลุ่มโรคที่ได้รับความนิยมในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาหรือบรรเทาอาการได้แก่

- อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ใช้สมุนไพรร่วมกับการนวด อบ ประคบ
- อาการโรคในระบบทางเดินอาหาร ริดสีดวงทวาร ท้องอืด ท้องผูก โรคกระเพาะ
- อาการโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น ภูมิแพ้ เจ็บคอ ไอ ไข้หวัด
- โรคผิวหนัง ผื่นแพ้ เชื้อรา เริม งูสวัด
- อัมพฤกษ์ – อัมพาต
- โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. โรงพยาบาลมีนโยบายและเกณฑ์ในการคัดเลือกยาสมุนไพร โดยส่วนใหญ่ผลิตเอง คัดเลือกสมุนไพรที่มีความปลอดภัยสูง มีโอกาสที่ใช้ในทางที่ผิดน้อย มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์บ่งบอกชัดเจน หรือมีการใช้สืบทอดมานาน

ในกรณีจัดซื้อยาจะคัดเลือกจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีความคงตัวสูง มีขนาดบรรจุที่เหมาะสม

3. ในเชิงนโยบาย เลือกใช้ยาสมุนไพรบางชนิด ที่สามารถทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ และคัดเลือกยาสมุนไพรที่สามารถส่งเสริมให้ประชาชนใช้ได้เองในชุมชน

ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการคัดเลือกยาในโรงพยาบาลได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC, Pharmacy and Therapeutic Committee) ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ส่วนยาสมุนไพรจะมีเจ้าหน้าที่งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมอยู่ด้วยในบางโรงพยาบาล (จิปาถะ ลืมปานานนท์ และคณะ 226 – 227: 2551)

ปัญหาของยาสมุนไพรที่พบจากการวิจัยมีดังนี้

ปัญหาข้อที่ 1 นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรยังไม่เป็นจริงในเชิงปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ทุกโรงพยาบาลสอดแทรกนโยบายการใช้ยาสมุนไพรเข้าไปในวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

2. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยควรส่งข่าวการบำบัดด้วยยาสมุนไพร รวมทั้งผลการรักษาทางคลินิกไปตามโรงพยาบาลต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ และจัดประชุมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและบุคลากรด้านแพทย์แผนไทยเป็นประจำและต่อเนื่อง

ปัญหาข้อที่ 2 บุคลากร แพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพไม่กล้าสั่งใช้ยาสมุนไพร แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่รู้จักสรรพคุณของสมุนไพรและวิธีการใช้ยาสมุนไพร ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะ ควรสอดแทรกองค์ความรู้แพทย์แผนไทย สมุนไพรและนโยบายสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรของกระทรวงสาธารณสุข เข้าไปในหลักสูตรของแพทย์แผนปัจจุบัน เกษัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามความเหมาะสม

ปัญหาข้อที่ 3 การขาดข้อมูลวิจัยด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาสมุนไพร

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานภาครัฐต้องสนับสนุนการศึกษา การค้นคว้าวิจัยด้านสมุนไพร

ปัญหาข้อที่ 4 เครื่องมือในการผลิตยาไม่ทันสมัย ความรู้แนวทางการปฏิบัติที่ดี (Good Practice) GAP, GMP การผลิตยาสมุนไพรยังไม่ได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ จัดทำคู่มือการผลิตยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน สนับสนุนเครื่องมือ อาคารสถานที่

ปัญหาข้อที่ 5 ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในยาสมุนไพร โดยเฉพาะเรื่องประโยชน์และโทษของสมุนไพร รวมถึงข้อควรระวัง

ข้อเสนอแนะ จัดการเผยแพร่องค์ความรู้ภูมิปัญญาไทย ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องของยาสมุนไพร

ปัญหาข้อที่ 6 ยาบางชนิดที่มีการใช้มากแต่ยังไม่ถูกบรรจุเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น เพชรสังฆาต ลูกประคบ สหิสฐารา ฯลฯ

ข้อเสนอแนะ สมุนไพรที่มีการใช้มาก ต้องนำมาศึกษาวิจัยเพื่อดูผลการออกฤทธิ์ขนาดที่ให้ประสิทธิผลและความปลอดภัย มีการศึกษาทางคลินิกกับผู้ป่วย (จิราพร ลิ้มปานานนท์ 233 – 237: 2551)

**สรุป** แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณทั่วประเทศ

เมื่อเจ็บป่วยประชาชนเลือกใช้ยาแผนโบราณน้อยและมีแนวโน้มลดลง

ปริมาณการใช้ยาแผนโบราณนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย



ส่วนใหญ่ผู้ที่ใช้จ่ายแผนโบราณมักเป็นผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม และไม่ได้ทำงาน

ตำรับยาแผนโบราณที่ได้รับการอนุมัติเป็นตำรับมีปริมาณมากขึ้น  
พหุมูลค่ายาแผนโบราณที่ผลิตและนำเข้าในราชอาณาจักรก็มีแนวโน้มสูงขึ้น

### 2.3.2 แนวโน้มการใช้จ่ายแผนโบราณของจังหวัดสมุทรปราการ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

#### 1) นโยบายของจังหวัดสมุทรปราการ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ (นางอรอุษา จันทรวีรุจ สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2554) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนงานด้านการแพทย์แผนไทยของจังหวัดสมุทรปราการ ดังนี้

ในปี 2552 และ ปี 2553 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้กำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนตัวชี้วัดดังนี้

1. ให้เพิ่มรายการจ่ายสมุนไพรในแนวทางการจ่ายสมุนไพร
2. จัดทำโครงการ 116 วัน จากวันแม่ถึงวันพ่อเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้วยสมุนไพรไทย ดังนี้
  - จัดชุดดูแลหลังคลอดสำหรับมอบให้ผู้มาคลอดในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง
  - จัดชุดสมุนไพรสำหรับผู้สูงอายุมอบให้ผู้สูงอายุในพื้นที่
  - จัดชุดสมุนไพรประจำบ้านมอบให้แก่ครอบครัวประชาชนในพื้นที่
3. ส่งเสริมด้านการนวดไทย โดยกำหนดให้สถานอนามัยจัดพื้นที่บริการนวดไทยให้ครบทุกแห่ง และจัดหาหมอนวด
4. ให้กลุ่มงานคุ้มครองบริโภคประสานกับโรงพยาบาลและสถานอนามัยทุกแห่ง ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ เพื่อใช้บริการนวดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และในปี 2554 มีเป้าหมายตัวชี้วัดจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้
  1. มูลค่าการใช้จ่ายแผนไทยและสมุนไพร ร้อยละ 5 ในโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และร้อยละ 10 ใน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)
  2. ประชาชนใช้บริการการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 10
  3. มาตรฐานการบริการนวดไทยในสถานบริการร้อยละ 10 (นางอรอุษา จันทรวีรุจ สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2554)

สถานการณ์การบริการด้านการแพทย์แผนไทยของจังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดให้มีนักการแพทย์แผนไทย ระดับปริญญาตรี นาร่องจังหวัดละ 2 คน เพื่อเป็นแพทย์ตรวจรักษาด้านการแพทย์แผนไทย และจัดการบริการด้านการแพทย์แผนไทย ต่อไปในอนาคตจะมีการบรรจุนักการแพทย์แผนไทยลงใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ส่วนนักการแพทย์แผนไทย ระดับประกาศนียบัตร 3 สาขา ได้แก่ การนวดไทย เกษษกรรม และเวชกรรม มาบริการประชาชนโดยมีสถานที่เปิดบริการแล้ว คือ

- ตำบลบางเมือง ใช้งบประมาณจังหวัด
- ตำบลเทพารักษ์ และ เมืองใหม่บางพลี ใช้งบส่วนกลางตามนโยบาย

ของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการดำเนินงานประสบผลสำเร็จดี มีประชาชนมาเข้ารับบริการ เพราะเจ้าหน้าที่ดำเนินงานในเชิงรุก มีการลงชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาเป็นทีมสหวิชาชีพ ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย และประชาสัมพันธ์ผ่าน อสม.

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน คือ การขาดแคลนของบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย เพราะภาคเอกชนมีความต้องการเช่นกัน ทำให้เกิดการสูญเสียผู้ภาคเอกชน เนื่องจากค่าตอบแทนสูงกว่า (นางอรอุษา จันทรวิจ สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2554)

ระบบการกระจายยาของจังหวัดสมุทรปราการ

ระบบการกระจายยาเข้าโรงพยาบาลของจังหวัดสมุทรปราการ เงินที่จัดซื้อยาจะส่งให้โรงพยาบาลที่อยู่ในรูปแบบของ CUP ซึ่งคณะกรรมการยาของ CUP จะเป็นผู้พิจารณาการนำเข้า – ออก เมื่อคัดเลือกยาแล้วยาจะกระจายไปสู่ รพสต., สถานีอนามัย (สอ.) และหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ (PCU) ส่วนกรอบของจังหวัดคือนำรายการยาแต่ละอำเภอมารวมกัน

โดยปกติการซื้อยาแผนโบราณจะซื้อที่องค์การเภสัชกรรมผลิต ข้อดีคือซื้อไม่ยาก ได้มาตรฐาน แต่ราคาสูง ส่วนยาที่องค์การเภสัชกรรมไม่ผลิตจะดำเนินการจัดซื้อจากผู้ผลิตเอกชนที่ได้รับรองมาตรฐาน GMP (Good Manufacturing Practice) จากกระทรวงสาธารณสุข หรือจัดซื้อจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (ภก.วีรภัทร พลายงาม สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2554)

การรับบริการยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการ

ประชาชนทั่วไปสามารถรับยาแผนโบราณในส่วนที่เป็นสมุนไพรเดี่ยวได้จาก โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลสมุทรปราการ), โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลประจำ

อำเภอทั้ง 4 แห่ง), รพสต., สถานีอนามัย, PCU ซึ่งผู้ใช้แรงงานบางส่วนมีประกันสังคมกับโรงพยาบาลสมุทรปราการ แต่หากนอกเหนือจากการมีประกันสังคมต้องชำระเงินเอง

ปัญหาสำคัญของการใช้ยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการ

1. จังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนมาก ซึ่งแพทย์เฉพาะทางจะสั่งใช้ยาเฉพาะกลุ่ม และไม่ค่อยใช้ยาแผนโบราณ ซึ่งโดยปกติมักเป็นเจ้าหน้าที่ใน รพสต. ที่สั่งใช้ยาแผนโบราณมากกว่า

2. ข้อมูลวิชาการที่สนับสนุนประสิทธิภพยานี้น้อย โดยสมุนไพรเดี่ยวจะมีข้อมูลมากกว่าสมุนไพรที่เป็นตำรับ

3. มาตรฐานด้านการผลิตยาแผนโบราณ บางบริษัทผู้ผลิตไม่มี GMP, ผลการวิเคราะห์ และอายุยา ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเท่ากับยาแผนปัจจุบัน ทำให้ความน่าเชื่อถือของยาลดลง

4. ยาสมุนไพรร้านรถเข็นตามห้างสรรพสินค้า จากประสบการณ์การตรวจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคพบว่า เป็นยาที่ไม่มีทะเบียน ไม่มีสถานที่ผลิต อ้างสรรพคุณเกินจริง มีการนำเอาความงาม เช่น ลดน้ำหนักมาหลอกลวงผู้บริโภค

5. การโฆษณาเกินจริงตามวิทยุชุมชน ซึ่งโดยปกติผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะไม่สามารถอ้างสรรพคุณการรักษาได้ และหากเป็นยาที่จะต้องมีการขออนุญาตตามกฎหมาย

6. ยาแผนโบราณขายความเชื่อของผู้บริโภค บางครั้งมีการตั้งราคาสูงเกินจริง แต่ผู้บริโภคใช้เพราะเชื่อว่าจะทำให้ตนเองสุขภาพดีขึ้น

7. ปัญหายาปลอม มักเกิดกับผู้ผลิตที่มีชื่อเสียง การปลอมจะปลอมทั้งทะเบียน สถานที่ผลิต ผลิตภัณฑ์ (นางอรอุษา จันทรวีรุจ และภก.วีรภัทร พลาวยาม สัมภาษณ์ วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2554)

## 2) สถานการณ์ด้านยาแผนโบราณของจังหวัดสมุทรปราการ

สถานการณ์ดีขึ้นเรื่อยๆ ยาบางชนิดติดตลาด เช่น ยาอมมะแว้ง เนื่องจากการส่งเสริมการใช้ในโรงพยาบาล และผู้บริโภคสามารถหาซื้อเองได้ในร้านขายยาทั่วไป เป็นเพราะบุคลากรสาธารณสุขกระตุ้นให้เกิดการตระหนักใช้ของประชาชน (นางอรอุษา จันทรวีรุจ สัมภาษณ์วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2554)

การใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

จากการสัมภาษณ์ ภญ.ศรียโสภ สัจจจิต หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรปราการ ให้ข้อมูลว่า

“ในโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการมียาจากสมุนไพรจ่ายให้กับคนไข้ในรูปแบบของยาเดี่ยว ได้แก่ ชุมเห็ดเทศ ยามมะแว้ง ยาทาไพลจิซาล (ยาครีมไพลทาแก้ปวดเมื่อย) ฟาทะลายโจร (ซึ่งยาดังกล่าวขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนโบราณ: ผู้วิจัย) ทางโรงพยาบาลไม่ได้แยกประเภทคนไข้ตามสิทธิ์ คนไข้ทุกคนสามารถได้รับยาจากสมุนไพรได้ ซึ่งปกติใช้แพทย์สามารถสั่งใช้ได้ตามข้อบ่งชี้ (indication) แพทย์ที่ใช้ยาจากสมุนไพรมีทั้งแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง”

#### ตัวอย่างการใช้ยาแผนโบราณ

ยามมะแว้ง การใช้จะเป็นในลักษณะของยาเสริม เพราะทางหน่วยงานตระหนักในการส่งเสริมยาสมุนไพร การใช้ยามแก้เจ็บคอแพทย์จะจ่ายยามมะแว้งทดแทนการใช้ยามแผนปัจจุบัน ซึ่งปกติยาแผนโบราณมีประสิทธิภาพดี แต่ราคาแพงกว่า เช่น ไพลจิซาล ราคาจะสูงกว่ายานวดแก้ปวดแผนปัจจุบัน

ภญ.ศรีอโศก สุจริต ให้ความเห็นในเรื่องการกระตุ้นการใช้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขว่า “การกระตุ้นเรื่องปริมาณการใช้อาจจะไม่สำคัญเท่ากับคุณค่าของการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค คือเป็นการทำทางให้ประชาชนตระหนักในการใช้” และ “ยุทธศาสตร์อาจไม่ทำให้ยอดใช้เพิ่มขึ้นมากนัก แต่สิ่งสำคัญก็คือ value (คุณค่า) ในการใช้สมุนไพร”

ขณะที่นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวถึงการรักษาแผนโบราณในโรงพยาบาลสมุทรปราการว่า “โรงพยาบาลเปิดรับสมัครบัณฑิตแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพ แต่ไม่มีคนมาสมัคร และบัณฑิตต้องแสดงความสามารถให้เป็นที่ประจักษ์และได้รับการยอมรับ เพราะต้องรับผิดชอบในกระบวนการรักษาที่ใช้ เพราะเป็นเรื่องที่ทำกับคนใครทำก็ต้องดูแลจนจบกระบวนการ”

บางส่วนของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่าสถานการณ์การแพทย์แผนไทยและยาแผนโบราณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันดีแล้ว ดังนี้  
พระสมบูรณ วรงค์ภาณุ กล่าวว่า “รัฐก็มีการสนับสนุนอยู่นะ มีการตั้งสมาคม มีกรรมการแพทย์แผนไทย มีตึก เจ้าหน้าที่”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ยาแผนโบราณมีลูกค้าใช้ทุกกลุ่ม ทุกอายุ ไม่จำเป็นว่าต้องเป็นคนไข้แรงงาน” และยังกล่าวอีกว่า “คิดว่าสถานการณ์ปัจจุบันยังดีอยู่ มีคนใช้ มีคนมาถามเรื่อยๆ เช่น ยาสตรีมีหลายขนาด หลายยี่ห้อ นี่ก็ยังมีเอามาไม่หมด”

สถานการณ์ธุรกิจการผลิตยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการ  
 ญ.จากรุวรรณ สุจริตประภากร เกษักรประจำโรงงานผลิตยาให้  
 ความเห็นว่า “คนยังใช้ยาแผนโบราณไม่เยอะเท่าที่ควร ดูจากปริมาณการผลิตที่ยังไม่มากนัก”  
 ซึ่งข้อจำกัดในการผลิตยาแผนโบราณที่สำคัญก็คือ “วัตถุดิบ” คือ  
 “วัตถุดิบมาจากชาวบ้าน ผลผลิตแต่ละแหล่งให้สารสำคัญแตกต่างกัน  
 และปัญหาในเรื่องความสะอาดของวัตถุดิบ”

สรุป แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณของจังหวัดสมุทรปราการ  
 จังหวัดสมุทรปราการมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และการใช้  
 ยาแผนโบราณ ปัญหาสำคัญของการใช้ยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ การที่แพทย์  
 ไม่ค่อยสั่งใช้ ยาแผนโบราณมีข้อมูลวิชาการสนับสนุนน้อย มาตรฐานด้านการผลิตยาแผนโบราณ  
 ยาสมุนไพรบนร้านรถเข็นตามห้างสรรพสินค้า การโฆษณาเกินจริง และปัญหาขาดปลอม

### 2.3.3 ทศนคติของผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการต่อยาแผนโบราณ

#### 1) ข้อดีของยาแผนโบราณ

ปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ/ไม่มีสารเคมีอันตราย  
 นางจินตนา วิทยาธิลล กล่าวว่ “ไม่อันตราย เป็นพวกใบไม้จากธรรมชาติ  
 นายมานพ ประจิดร กล่าวว่ “ได้จากธรรมชาติ”  
 นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่ “ได้จากธรรมชาติไม่อันตราย”  
 นางสาวอรุณณ์ ทองอุทัย กล่าวว่ “ไม่มีสารเคมี”  
 นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่ “สามารถใช้ได้นาน”  
 นางสมบุญ พงษ์บุปผา กล่าวว่ “ไม่มีอันตราย”  
 นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่ “ปลอดภัย”  
 นางลักขณา มีทอง กล่าวว่ “ไม่มีสารตกค้าง ทำให้เราไม่ต้องใช้สารเคมี”  
 นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงอม กล่าวว่ “ไม่มีอันตรายเพราะมาจากสมุนไพร”  
 พระสมบุญ วงศ์กาญจน์ กล่าวว่ “ไม่สะสม เพราะเป็นพวกพืชผักสมุนไพร ไม่มีสารเคมีถ้าหมอมิ  
 จรรยาบรรณ”  
 ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่ “เป็นยาจากผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ อาการข้างเคียงการสะสมจะ  
 น้อย”  
 ญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่ “ปลอดภัย”

นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวว่า “พืชน้อยกว่าถ้ารู้จักใช้ แต่พืชต่อดับและโตยังเป็นคำถาม เพราะไม่มีองค์ความรู้เพียงพอ ปกติยาไทยมักเป็นเภสัชตำรับไม่เป็นสมุนไพรเดี่ยว ซึ่งอาจมีทั้งวัตถุออกฤทธิ์และวัตถุแก้พิษ”

#### ประสิทธิภาพในการรักษาดี

นายวัฒนา สารจันทร์ กล่าวว่า “หายเร็ว”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ใช้แล้วหาย”

#### ราคาถูก

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร, นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข, พระสมบุญ วงศ์คำภู และ ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ราคาถูก”

#### หาได้ง่าย

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “หาได้ง่ายไม่ต้องมีหมอก็ได้”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข, นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม และ พระสมบุญ วงศ์คำภู กล่าวว่า “หาได้ง่าย”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “หาซื้อง่าย”

#### ผลิตได้ในประเทศ

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “ผลิตเองในประเทศ”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิดา กล่าวว่า “การผลิตไม่ยาก แค่หาสมุนไพรมาทำตามวิธีการ”

#### ใช้ง่าย

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ใช้ง่าย”

#### 2) ข้อเสียของยาแผนโบราณ

##### การปลอมปนสารเคมีอันตราย

นางจินตนา วิทยาดิลก กล่าวว่า “อาจมีกระดูกหมู เป็นอันตรายต่อดับไต ถ้าลูกกลอนมีสารผสม กินเข้าไปจะไม่ดี”

##### ประสิทธิภาพการรักษาไม่ดีในบางกรณี

นายมานพ ประจิตร และนางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “หายช้า”

นางสมบุญ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “การใช้ไม่ถูกกับโรค กับคนก็จะมีอันตราย”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่า “บางตัวยาใช้ตามคนอื่นแล้วไม่ออกฤทธิ์”

พระสมบุญ วงศ์คำภู กล่าวว่า “ออกฤทธิ์ช้า”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ผลการรักษาไม่ชัดเจน เพราะสรรพคุณบางอย่างไม่เป็นที่เข้าใจ เช่น แก้กษัย บางคำเป็นคำโบราณ”



ยาแผนโบราณที่ขายไม่มี อย. จะไม่ปลอดภัย

นางสมบุญ พงษ์บุปผา กล่าวว่า “บางคนมีการเดินเร่ขายจะไม่ปลอดภัย ไม่มี อย.”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “การผลิตไม่ผ่าน อย. อาจทำให้อันตรายต่อผู้บริโภค”

นายเฉลิมศักดิ์ ศรีเพียงแอม กล่าวว่า “มียาที่ไม่ผ่าน อย. จะอันตราย”

หาซื้อยาก

นางสาวอารมณี ทองอุทัย และนางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “หาซื้อยาก”

ใช้ยาก

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “กินยากถ้าต้องนำมาต้มก่อน”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “กินยาก”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “การใช้กันเองไม่มีข้อมูลที่ต้องเพราะบางทีก็กินกิน คนบ้านนอกไม่ค่อยอ่านฉลาก”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ต้องทานในปริมาณมาก”

รสชาติไม่ดี

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม กล่าวว่า “เหม็น กินยาก ยาแผนปัจจุบันกินง่ายกว่า”

ไม่ทันสมัย

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “เขย ไม่ทันสมัย สมควรไปหาหมอ”

ขาดผลวิจัยทางคลินิก

นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวว่า “ขาดองค์ความรู้งานวิจัยวิทยาศาสตร์ ทำให้คนยุคปัจจุบันไม่กล้าลองใช้ แต่ลองใช้ก็ไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ”

**สรุป** ทศนคติของผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการต่อยาแผนโบราณ

ข้อดีของยาแผนโบราณ ได้แก่ ปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ/ไม่มีสารเคมีอันตราย ประสิทธิภาพในการรักษาดี ราคาถูก หาได้ง่าย ผลิตได้เองในประเทศ และใช้ง่าย

ข้อเสียของยาแผนโบราณ ได้แก่ การปลอมปนสารเคมีอันตราย ประสิทธิภาพการรักษาไม่ดีในบางกรณี ยาแผนโบราณที่ขายไม่มี อย. จะไม่ปลอดภัย หาซื้อยาก ใช้ยาก รสชาติไม่ทันสมัย และขาดผลวิจัยทางคลินิก

### 2.3.4 แนวทางส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้แรงงาน

#### 1) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อการใช้ยาแผนโบราณ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณ

ดังนี้

### โฆษณาและให้ความรู้เรื่องสมุนไพร/ยาแผนโบราณ

นางจินตนา วิทยาคิลก ให้ความเห็นว่า “ควรมีการโฆษณาเชิญชวนให้คนปลูกสมุนไพร”

นายมานพ ประจิตร ให้ความเห็นว่า “เคยเห็นโฆษณาสมุนไพรอบบ้าน ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลว่าสมุนไพรรักษาโรคอะไรบ้าง ทางโทรทัศน์ แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย ให้ความเห็นว่า “ควรณรงค์ว่ายาแผนโบราณคืออะไร”

นางสมปอง วิเศษกุล ให้ความเห็นว่า “ควรบอกสรรพคุณของยาแผนโบราณกับอาการของโรคเวลาคนป่วยจะได้ไปกินถูก”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข ให้ความเห็นว่า “ควรให้ความรู้ในสมุนไพรที่หาได้ในชุมชน ไม่ต้องสั่งจากต่างประเทศ”

### ดำเนินการเป็นชุมชนในลักษณะของการรวมกลุ่ม

นางสาววรรณ รุ่งทอง ให้ความเห็นว่า “การดำเนินการเป็นชุมชนจะกว้างขวางมากกว่า เพราะเป็นการดึงกลุ่มคนให้เข้ามาหาแผนโบราณ”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ ให้ความเห็นว่า “แต่ละชุมชนต้องมีกลุ่มแม่บ้าน พวกเขาบ้านจะช่วยกัน”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิกา ให้ความเห็นว่า “ให้ติดป้ายประชาสัมพันธ์ และอบรมหมู่บ้าน”

### ส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาล

นายวัฒนา สารจันทร์ ให้ความเห็นว่า “ควรจ่ายยาแผนโบราณและแผนปัจจุบันผสมกัน”

นางลักขณา มีทอง ให้ความเห็นว่า “ควรมีการบังคับจ่ายยาสมุนไพรในโรงพยาบาล และประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนรู้ไม่เฉพาะคนที่เคยใช้”

เนื่องจากการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้งานยังไม่ครอบคลุมถึงระบบประกันสังคม นายชรัมภ์รัตนเสถียรจึงให้ความเห็นว่า “อยากให้ช่วยดูแลในพวกประกันสังคมด้วย ให้คนทำงานได้มีโอกาสได้ใช้ยาแผนโบราณ”

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ถ้าโรงพยาบาลจ่ายทุกคนก็ต้องกิน พอทุกคนกินใช้ดีก็จะไปตามซื้อตามตลาด”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ควรเริ่มการใช้ยาแผนโบราณที่โรงพยาบาลชุมชน, สถานีอนามัยก่อน เพราะความไว้วางใจของผู้ป่วยจะอยู่ที่โรงพยาบาล”

### ปรับปรุงคุณภาพยาแผนโบราณให้ทันกับยาแผนปัจจุบันและสนับสนุน

การศึกษา/วิจัย เกี่ยวกับยาแผนโบราณ

นางสมบุรณ์ พงษ์บุปผา ให้ความเห็นว่า “ต้องปรับปรุงคุณภาพยาให้คนใช้แล้วได้ผล คนจะได้หันมาใช้แล้วหาย”

นายเล็งศักดิ์ ศรีเพียงเฒ่า ให้ความเห็นว่า “อยากให้มียาแผนโบราณตลอดไป และพัฒนาให้ทันสมัย”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อม ให้ความเห็นว่า “น่าจะส่งเสริมมีทุนให้เกษตรกรที่สนใจไปเรียนต่อต่างประเทศ เพราะต่างประเทศก็มีสมุนไพรเยอะ”

ส่วนความเห็นของ นพ. สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวเน้นถึงการวิจัยสมุนไพรว่า “ควรจะส่งเสริมให้มีความวิจัยที่ทำให้มีการยอมรับในวงกว้างโดยเฉพาะในคนที่มีสิทธิ์สั่งจ่ายยา”

ปลูกสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ควบคู่กับการท่องเที่ยว การศึกษา

นายไกรสร เมืองจันทร์ ให้ความเห็นว่า

“อยากให้มีการร่วมมือกันในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ให้หันมาใช้สมุนไพรในนักกีฬา ส่วนการท่องเที่ยวให้มีการพาไปชมวิถีการทำยาแผนโบราณ หรือจัดให้มี “หมู่บ้านสมุนไพร” เพื่อการศึกษาดูงาน, กระทรวงศึกษาธิการควรบรรจุการใช้ยาสมุนไพรลงในหลักสูตรให้เด็กมีความรู้และรู้จักสมุนไพร, กระทรวงวัฒนธรรมควรจัดทำการอนุรักษ์ภูมิปัญญา และกระทรวงสาธารณสุขควรผลิตยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน”

ส่วน ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “รัฐควรมีความชัดเจนมากกว่านี้ในเรื่องยาแผนโบราณ”

ด้านการจ่ายยาแผนโบราณในโรงพยาบาลรัฐ ภญ.ศรีอโศก สุจริต กล่าวว่า

“กระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดการรักษาในรูปแบบของโรงพยาบาล เฉพาะทางด้านแพทย์แผนไทย เพราะหากมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการหาข้อมูลสนับสนุน (evidence base) จะง่ายกว่า เพื่อให้การทำงานไม่เป็นในลักษณะ ‘สองขา’ คือให้กระตุ้นให้โรงพยาบาลแผนปัจจุบันใช้ยาแผนโบราณ”

ส่งเสริมธุรกิจการผลิตยาแผนโบราณ

ในส่วนของผู้ผลิตยาแผนโบราณ ภญ.จารุวรรณ สุจริตประภากร และ จุฬาลักษณ์ แสนสีชูย มีข้อเสนอที่ค่อนข้างครอบคลุมกับข้อเสนอแนะของผู้ใช้แรงงานทุกคนว่า

- ภาครัฐต้องส่งเสริมอย่างจริงจัง นอกเหนือจากการออกกฎหมายควบคุมการผลิต” โดยให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า “การส่งเสริมในภาครัฐยังไม่จริงจังเท่าที่ควร มาตรการใช้ยังไม่มาก เพราะในระบบประกันสังคมยังไม่ค่อยใช้ เมื่อผู้ผลิตเห็นว่าช่องการตลาดน้อยจึงไม่ให้ความสนใจมาผลิต ดังนั้นการสนับสนุนจากภาครัฐจึงเป็นสิ่งสำคัญ”

- ให้ความรู้เรื่องยาแผนโบราณ สมุนไพรแก่ประชาชน
  - สนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ ตั้งแต่การปลูกเพื่อให้วัตถุดิบมีคุณภาพมากขึ้น เพราะหากวัตถุดิบไม่มีคุณภาพ ยาที่ผลิตได้ก็ไม่มีคุณภาพ คนไข้ใช้แล้วไม่หายก็เลิกใช้ในที่สุด
  - ส่งเสริมการวิจัยโดยเพิ่มงบประมาณด้านการวิจัยสมุนไพรให้เพิ่มขึ้น
- ดังเช่นในต่างประเทศ

## 2) การเลือกใช้ยาแผนโบราณเมื่อเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ตามความรู้และประสบการณ์การใช้ที่ได้ผล

นางจินตนา วิทยาคิลก กล่าวว่ “โรคเรื้อรังควรใช้ผสมผสานกัน เจ็บป่วยเล็กน้อยก็แล้วแต่ความเชื่อ”

นายมานพ ประจิตร กล่าวว่ “เวลาอยู่ไฟควรใช้ยาแผนโบราณ อาการหนักๆ ควรใช้ยาแผนปัจจุบัน โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ควรใช้ยาแผนปัจจุบัน ส่วนอาการเจ็บเล็กน้อยควรใช้ยาแผนโบราณ

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่ “ยาแผนโบราณ เช่น การเจ็บขา ง่ายๆ ไปนวด”

นางสาวอรมณี ทองอุทัย กล่าวว่ “อาการปวดหัว ปวดท้อง ใช้ยาแผนปัจจุบัน ส่วนวิงเวียนใช้ยาหอม”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่ “แล้วแต่อาการของโรค ถ้าไม่รู้ก็ไปหาหมอ ถ้ารู้ว่าต้องใช้อะไรก็จะใช้ยาแผนโบราณ เช่น ท้องอืด, เป็นลม, เวียนศีรษะ และวิงเวียน”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่ “ปวดหัวใช้ยาแผนปัจจุบัน และปวดท้องปวดตามข้อใช้ยาแผนโบราณ”

นางสมบุญ พงษ์บุปผา กล่าวว่ “อาการโรคประจำตัวของตนเองเป็นหอบ ใช้ยาจากโรงพยาบาลแล้วไม่ดีขึ้น จึงไปซื้อยามากินเสริมแล้วอาการดีขึ้น ยาแผนโบราณใช้ได้ทุกอย่าง”

นายชรัมภ์ รัตนเสถียร กล่าวว่ “อุบัติเหตุใช้แผนปัจจุบัน ส่วนอาการปวดหลังปวดเอว ลองผสมผสาน”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่ “อาการป่วยภายนอกใช้ยาแผนโบราณ อาการป่วยภายในใช้ควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน”

นางสาวสุวรรณา น้อยป้อง กล่าวว่ “ลมพิษใช้ยาแผนโบราณ โรคเรื้อรังใช้ยาแผนปัจจุบัน แต่บางคนก็กินควบคู่กัน มะเร็งใช้ยาแผนปัจจุบัน”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิศา กล่าวว่า “ปวดประจำเดือน, ไอ, เจ็บคอ ไข้ยาแผนโบราณ อะไรที่รู้ว่าสมุนไพรตัวนี้รักษาได้ก็ลองกินดู

นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ไอนิดหน่อย, เจ็บคอนิดหน่อย ไข้ยาแผนโบราณ ถ้าเป็นมากไปโรงพยาบาล”

นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพียงเอม กล่าวว่า “ถ้าเจ็บภายในไปโรงพยาบาล ถ้าถ่ายไม่ออกไข้ยาแผนโบราณ” โดยสรุปการเลือกไข้ยาแผนโบราณ มีทั้งการใช้แบบผสมผสานระหว่างแผนปัจจุบันและแผนโบราณ, การเลือกไข้ยาแผนโบราณตามประสบการณ์และความรู้ในความเจ็บป่วยนั้นๆ, และการให้แพทย์เป็นผู้เลือกให้

ผู้รักษาจะมีวิธีการพิจารณาการเลือกไข้ยาแผนโบราณหรือแผนปัจจุบันตามความรู้, ข้อมูลทางวิชาการ และข้อบ่งชี้ ดังนี้

พระสมบุรณ์ วงศ์กำภู กล่าวว่า “ยาแผนโบราณใช้ภายนอก แผนปัจจุบันต้องผ่าตัด โรคภายในที่มองไม่เห็น”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “อาการป่วยที่มีมาก และยาแผนโบราณรักษาไม่ได้จะไข้ยาแผนปัจจุบัน อาการป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น ร้อนใน ไข้ขาม โดยปกติยาแผนโบราณเป็นยาที่ถูกคัดมาเรียกหาเองมากกว่าการจ่ายโดยเภสัชกร”

นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล กล่าวว่า “จุดเด่นของยาแผนปัจจุบันคือ ได้ผลเร็ว การวิจัยมีการวัดผลได้ชัดเจน ยาแผนโบราณเหมาะสำหรับโรคเรื้อรัง หรืออาการบางอย่างที่ไม่มีในแผนปัจจุบัน เช่น ร้อนใน อาจใช้ในกลุ่มยาเย็นได้ดี”

ภญ.นลินทิพย์ แสนปัดชา กล่าวว่า “ประจำเดือนไม่ปกติไข้ยาแผนโบราณ, ท้องอืดท้องเฟ้อ ไข้ขามันชั้น, ร้อนในไข้ขาม, ดิเคื้อ ลดน้ำมูก ไข้ยาแผนปัจจุบัน” และ

“ยาแผนโบราณยังทดแทนยาแผนปัจจุบันไม่ได้หมด ยังเป็นข้อบ่งชี้ที่เราสมควรเหมาะสมที่จะใช้ ถ้าจะรณรงค์จะรณรงค์เพื่ออะไร เพื่อให้ใช้มากขึ้นแทนยาแผนปัจจุบันแล้วแทนตัวไหน หรือรณรงค์ให้รู้จักมากขึ้นแล้วใช้มากขึ้น แต่ละตัวก็มีข้อบ่งชี้อยู่แล้ว และทดแทนยาแผนปัจจุบันไม่ได้ทั้งหมด อย่างยาอม ยาระบายก็ใช้กันอยู่แล้ว แล้วแต่อาการ เช่น แคปซูลขมมันชั้น ว่าโรคกระเพาะเป็นมานานแค่ไหน ช่วงแรกอาจไข้ยาแผนปัจจุบันก่อนให้คนไข้รู้สึกดีขึ้น ส่วนขมมันชั้นใช้เสริมกินต่อเนื่องทุกวัน

อย่างเจ็บคอติดไวรัส จริงๆ คนไข้หายได้เองแค่แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว มาใช้ฟ้าทะลายโจร คนไข้ไข้ขาม ... (ซึ่งยาแผนปัจจุบันยี่ห้อหนึ่ง) 10 บาท ง่ายกว่ามากินฟ้าทะลายโจรที่ packaging (บรรจุภัณฑ์) เป็นกระปุก ซึ่งต้องเพิ่มภูมิคุ้มกันทานไประยะหนึ่ง”

### 3) การใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงาน

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ผู้ใช้แรงงานยังใช้ยาแผนโบราณเพราะได้ผลดี

นางสาววรรณ รุ่งทอง กล่าวว่า “ใช้ ใช้ไปเรื่อยๆ ถ้าผลการรักษาดี” และ “ถ้ายังมีคนขาย ยังมีคนทำ ก็ยังมีคนซื้อ มันไม่ล้มหายไปไหนหรอกยาพวกนี้”

นางสาวอารมณี ทองอุทัย กล่าวว่า “ใช้ ถ้ามีขายก็ยังคงจะใช้ เพราะไม่มีสารเคมี เราแก้ตัวไปก็อยากกินอะไรที่มันดี”

นางสมปอง วิเศษกุล กล่าวว่า “ใช้ เพราะความคุ้นเคย ใช้แล้วเราไม่ต้องไปหาหมอ”

นางสาวจันทา เสาร์วงศ์, นายชรัมภ์ รัตนเสถียร และ นายเถลิงศักดิ์ ศรีเพียงแอม กล่าวว่า “ใช้ เพราะใช้แล้วดี”

นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ใช้ トラบดีที่คนยังศึกษา ยังรู้ชื่อ ก็ยังจะใช้”

นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “ใช้ เพราะสามารถใช้ควบคู่กับยาแผนปัจจุบันได้ และช่วยเราได้”

นางสาวสุวรรณ น้อยป้อง กล่าวว่า “ใช้บางตัว เช่น ยาอมแก้เจ็บคอ เพราะรสชาติพอกินได้ เนื่องจากไม่ชอบยาอมแผนปัจจุบัน”

นางสาวฐิติกาญจน์ จันทิตา กล่าวว่า “ใช้เพราะมีดีคนละอย่างควบคู่กัน ยาแผนปัจจุบันบางตัวก็แพ้แต่ยาแผนโบราณคือสมุนไพรโดยตรง”

ภก.ทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ กล่าวว่า “ยังอยู่ เพราะคุณภาพยาแผนโบราณชัดเจน บางสูตรตำรับก็เป็นตำรับที่ดี ผลการรักษามีแน่นอน เช่น ยาแก้ร้อนใน, ยาระบาย”

นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริ กล่าวว่า “อยู่หรือไม่อยู่ ขึ้นกับองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ ถ้ามีคนจ่ายและมีคนรับยา ตัวแปรคือประสิทธิภาพ ถ้าได้รับการประเมิน, ยอมรับ ยาแผนโบราณก็จะมีอนาคตที่สดใส ถ้าไม่ก็อาจจะสูญหายไป”

ยาแผนโบราณบางสูตรทำไม่ได้ขาดวัตถุดิบบางตัว

พระสมบุญ วงศ์กำภู กล่าวว่า “น่าจะใช้ ลดลงหรือเพิ่มขึ้นก็ตอบไม่ได้ เพราะตัวยาบางอย่างหายไป หาไม่ได้ ในป่าเปลี่ยนเป็นบ้านช่อง รีสอร์ท เช่น ยาสูตรหนึ่งต้องเข้า *ดิหมี* แต่ปัจจุบันหมีหายาก กว่าตายสักตัว พอยาสำคัญหายไปตัวหนึ่งเราก็ไม่กล้าทำ มันผิดสูตร”

### 4) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า

ส่วนใหญ่ของผู้ที่เสนอแนะเพิ่มเติมคือ “อยากให้มีการอนุรักษ์และส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพรเพิ่มขึ้น” ดังนี้



นางจินตนา วิทยาคิลก กล่าวว่า “อยากให้คนไทยสนใจสมุนไพร เป็นการส่งเสริมอาชีพ”  
นางสาวจันทา เสาร์วงศ์ กล่าวว่า “อยากให้ใช้ยาแผนโบราณเยอะกว่านี้อีก บางคนคิดว่าร้านมีแค่ยาแผนปัจจุบันอย่างเดียวแผนโบราณไม่มี บางร้านก็ไม่มียาที่หาซื้อ”  
นายไกรสร เมืองจันทร์ กล่าวว่า “ถ้ามองข้ามสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปมันก็ไม่ครบองค์ประกอบ แต่ก่อนไม่มีหมอยังรักษากันได้เลย ทำไมพอมีหมอเราถึงลืมยาแผนโบราณ”  
นางสาวกนกกาญจน์ ศรีสุข กล่าวว่า “อยากให้อนุรักษ์ไว้ เพราะของเก่าๆ มันหายไป”  
นางลักขณา มีทอง กล่าวว่า “ต้องโฆษณาเยอะ ถ้าจะรณรงค์ให้ทุกคนทราบและโรงพยาบาลจ่าย น่าจะดีกว่าให้แค่คนที่เคยใช้ใช้ ถ้ายาตัวเดิมหายไปก็ไม่ได้ใช้อีก”  
พระสมบุรณ์ วงศ์กำภู กล่าวว่า “ให้หันมาใช้ยาแผนโบราณสลับกันไปบ้าง ไม่เอาแต่อย่างเดียวก็สลับกันไป”

ขณะที่ นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล คาดถึงการใช้จ่ายแผนโบราณของผู้ใช้แรงงานไว้ว่า “ผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการเขตเมืองน่าจะใช้จ่ายการรักษาแผนปัจจุบันมากกว่าในชนบท แต่ชนบทมีหมอพื้นบ้านก็มีวิถีอีกแบบ”

#### สรุป แนวทางส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้แรงงาน

กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายต่อการใช้จ่ายแผนโบราณ ดังนี้ โฆษณาและให้ความรู้เรื่องสมุนไพร/ยาแผนโบราณ ดำเนินการเป็นชุมชนในลักษณะของการรวมกลุ่ม ส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาล ปรับปรุงคุณภาพยาแผนโบราณให้ทันกับยาแผนปัจจุบัน สนับสนุนการปลูกสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ควบคู่กับการท่องเที่ยวและการศึกษา ส่งเสริมธุรกิจการผลิตยาแผนโบราณ สนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ ส่งเสริมการวิจัยให้เพิ่มขึ้น

การใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงาน ผู้ใช้แรงงานจะยังใช้เพราะได้ผลดี แต่ยาแผนโบราณบางสูตรอาจทำไม่ได้เนื่องจากขาดวัตถุดิบบางตัว

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าอยากให้มีการอนุรักษ์และส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพรเพิ่มขึ้น

### ตอนที่ 3 ข้อสรุปที่ได้จากข้อค้นพบ

#### 3.1 ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้

##### 3.1.1 ประเภทยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ เรียงตามลำดับดังนี้

- 1) กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร มีผู้ใช้จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33
- 2) กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง มีผู้ใช้จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00
- 3) กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
- 4) กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
- 5) กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
- 6) กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ มีผู้ใช้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33
- 7) กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีผู้ใช้จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

##### 3.1.2 รูปแบบยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ เรียงตามลำดับดังนี้

- 1) ยาน้ำและยาผง มีผู้ใช้จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00
- 2) ยาเม็ด มีผู้ใช้จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33
- 3) ยาแคปซูล มีผู้ใช้จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67
- 4) ยาลูกกลอน มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
- 5) ยาขี้ผึ้ง มีผู้ใช้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67
- 6) ยาครีมและยาจืดชุด มีผู้ใช้จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

##### 3.1.3 ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือมากที่สุด

- 1) ยาหอม (จำนวน 4 คน)
- 2) ยาสตรี (จำนวน 3 คน)
- 3) ยาแก้ยั้งเส้น (จำนวน 3 คน)
- 4) สมุนไพรเดี่ยว (จำนวน 2 คน)
- 5) ยาขม (จำนวน 1 คน)
- 6) ยาบำรุง (จำนวน 1 คน)

7) ไม่มีชนิดยาที่เชื่อถือ และไม่มียาที่ใช้มากที่สุด (จำนวน 1 คน)

3.1.4 ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานใช้มากที่สุด ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานใช้มากที่สุดเหมือนกับยาแผนโบราณที่เชื่อถือในทุกรายที่สัมภาษณ์

3.2 ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

### 3.2.1 ลักษณะความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

- 1) ความเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ  
ผู้ใช้แรงงานมีความเชื่อถือในยาแผนโบราณเพราะลองใช้แล้วได้ผลดี
- 2) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากภูมิปัญญาไทย  
ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณเป็นความคิดหรือภูมิปัญญาของคนสมัยโบราณ และยาแผนโบราณหายากควรอนุรักษ์
- 3) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์  
ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์ และเป็นยาทางเลือก
- 4) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณผลิตในประเทศ  
ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณสามารถผลิตได้ในประเทศจากสมุนไพรที่มีอยู่แล้ว
- 5) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า  
ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า ต้องรับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งคนปัจจุบันชอบการรักษาที่สะดวกรวดเร็ว และประสิทธิภาพดี
- 6) ความเชื่อเรื่องรสชาติของยาแผนโบราณ  
ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีรสชาติไม่ดี บางชนิดมีกลิ่นและรสของเหล้าขาว เช่น ยาคอง ยาสตรี แต่บางคนไม่มีปัญหาในรสชาติและกลิ่นของยาแผนโบราณ เพราะต้องการผลการรักษา การแก้ปัญหของเภสัชกรแผนโบราณ คือ การแต่งรส ให้คนใช้รับประทานง่ายขึ้น
- 7) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีความปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ  
ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณทำจากสมุนไพรไม่มีสารเคมีที่อันตรายใช้แล้วปลอดภัย แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ควรรู้ว่ายาต้องใช้ในระดับที่เหมาะสม และมีความรู้เพียงพอ

8) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากประสบการณ์การใช้

ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือในยาแผนโบราณเกิดจากประสบการณ์ใช้ที่ได้ผลดี และแนะนำกันต่อ

9) ความไม่เชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เชื่อถือในสรรพคุณยาแผนโบราณเพราะใช้แล้วไม่ได้ผล สรรพคุณยาแผนโบราณไม่ระบุชัดเจน ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่ายาแผนโบราณไม่มีงานวิจัยที่ชัดเจนรองรับเช่นยาแผนปัจจุบัน

10) ความไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า โดยให้เหตุผลว่าแล้วแต่กรณี และบางคนเห็นว่าอาการป่วยบางอย่างไม่ได้ต้องการความเร่งด่วนมาก

11) ความไม่เชื่อถือในความปลอดภัยของยาแผนโบราณ

การปนเปื้อนของสารเคมี เช่น สเตียรอยด์ (steroid) เป็นปัญหาสำคัญ ผู้ใช้แรงงานจะมั่นใจเฉพาะยาที่ผ่าน อย. ซึ่งขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย

12) ความไม่เชื่อถือในยาแผนโบราณของเด็กรุ่นใหม่

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าเด็กรุ่นใหม่ไม่นิยมยาแผนโบราณ เพราะความคุ้นเคยในยาแผนปัจจุบัน และรสชาติที่ไม่ดีของยาแผนโบราณ เด็กบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณล้าสมัย ใช้กับคนสูงอายุ

### 3.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

1) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

(1) การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือในยาแผนโบราณเพราะมีคนในครอบครัวใช้ เมื่อเข้ามาทำงานในเมืองครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผู้ใช้แรงงานบางคนทางบ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวส่งผลให้เด็กที่เป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัวไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ จึงไม่เชื่อและไม่ใช้ยาแผนโบราณ

(2) การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญของผู้ใช้แรงงานคือ กลุ่มเพื่อนในโรงงาน กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีทั้งคนที่เชื่อถือในยาแผนโบราณอยู่ แต่บางคนไม่ค่อยใช้ยาแผนโบราณแล้ว หรือใช้ลดน้อยลง กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณคือ เป็นผู้

แนะนำกันใช้ยาแผนโบราณ มีทั้งเป็นผู้แนะนำเอง เป็นผู้ซื้อตามเพื่อนแนะนำ แต่บางคนเห็นว่าเพื่อนในโรงงานไม่มีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณ

(3) การเปลี่ยนแปลงของชุมชน

งานวิจัยหลายพื้นที่ของประเทศแสดงให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพของประชากรไทยในแต่ละชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และนอกกรุงเทพมหานคร ในพื้นที่ชุมชนที่ผู้ใช้แรงงานพักอาศัยยังเชื่อในยาแผนโบราณอยู่ แต่บางคนเห็นว่าเป็นส่วนน้อย ซึ่งในชุมชนคนที่เชื่อมักเป็นคนสูงอายุ

(4) การเปลี่ยนแปลงของชนชั้น

การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทำให้เกิดชนชั้นแรงงานขึ้น ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม คือ ช่างเทคนิค และผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาแผนโบราณน้อย

2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

(1) ปัจจัยภายใน

ก. ค่านิยม กระแสการแพทย์ทางเลือกกลับมาได้รับความนิยมอีกครั้ง  
ข. การขัดเกลาทางสังคม เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป

ค. การศึกษา ระดับการศึกษามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น แต่บางคนเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้ยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน และการศึกษาทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียน

ง. การคมนาคม การคมนาคมที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลงเพราะสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ แม้ว่าการคมนาคมจะสะดวกแต่ยาแผนโบราณก็หาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

จ. ศาสนา วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน

## (2) ปัจจัยภายนอก

ก. **ชนชั้นปกครอง** พระราชบัญญัติประกันสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการเลือกบริการสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในรูปแบบของกฎหมายและข้อบังคับในเรื่องของสถานะของผู้ใช้แรงงาน เพราะการจ่ายยาในระบบประกันสังคมทำให้คนไข้ได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานทุกคนไม่เคยได้ยาแผนโบราณจากโรงพยาบาลที่ทำประกันสังคม แม้ว่าแพทย์จะจ่ายยาแผนปัจจุบันผู้ใช้แรงงานบางคนก็ยังซื้อยาแผนโบราณมาใช้

ข. **การรับเทคโนโลยีจากภายนอก** การรับเทคโนโลยีจากภายนอกก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน คือ

ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน เพราะตัวยาคนละแบบ

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การใส่แคปซูล ทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้และการซื้อมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนชอบรูปแบบเดิมมากกว่า

ค. **สภาพเศรษฐกิจ** สถานะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความสิ้นเปลืองผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานบางคนที่ยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณจึงจะซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง และบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง

ง. **การอพยพย้ายถิ่น** ไม่มีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณผู้ใช้แรงงานบางคน เพราะยังมีการใช้ยาแผนโบราณตามความชอบ บางคนนำยาแผนโบราณเข้ามาใช้ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก และวิธีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปทำให้การใช้ยาไม่เหมือนเดิม

### 1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

#### 1) การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

##### (1) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

สภาพครอบครัวของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง มีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผู้ใช้แรงงานบางคนที่บ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ การ



เปลี่ยนแปลงในครอบครัวส่งผลให้เด็กที่เป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัวไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ จึงไม่เชื่อและไม่ใช้ยาแผนโบราณ

(2) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการศึกษา

ระดับการศึกษามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น แต่บางคนเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้ยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน และการศึกษาทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียน

(3) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันเศรษฐกิจ

สถานะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความสิ้นเปลืองผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานบางคนที่ยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณจึงจะซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง และบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง

(4) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการเมือง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา มีการสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร และยาแผนโบราณ ทั้งสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การบูรณาการแพทย์แผนไทยเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผลทำให้ยาแผนโบราณกลับมาได้รับความนิยมอีกครั้ง

(5) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันอนามัย

มีการบรรจุยาแผนโบราณลงในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามียาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ และไม่เคยได้รับเมื่อไปหาหมอที่โรงพยาบาล ซึ่งการที่แพทย์และเภสัชกรไม่จ่ายยาแผนโบราณทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง เพราะเมื่อไปโรงพยาบาลผู้ใช้แรงงานได้รับแต่ยาแผนปัจจุบัน และหากไปร้านยาก็ต้องระบุว่าต้องการยาแผนโบราณ

(6) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันศาสนา

วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน

(7) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันคมนาคมขนส่ง

การคมนาคมที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลงเพราะสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ แม้ว่าการคมนาคมจะสะดวกแต่ยาแผนโบราณก็หาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

## (8) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน คือ ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน เพราะด้วยคนละแบบ

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การใส่แคปซูล ทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้และการซื้อมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนชอบรูปแบบเดิมมากกว่า

## 2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

## (1) การโฆษณา

การโฆษณาทำให้เกิดการกระตุ้นการตลาดใช้ แต่บางคนต้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของผู้ผลิตประกอบ ข้อจำกัดของการโฆษณายาแผนโบราณก็คือ การโฆษณาในช่องทางที่จำกัดและไม่เหมาะสม ตำแหน่งยาแผนโบราณในร้านขายยามองเห็นไม่ชัดเจน และบรรจุภัณฑ์ยาแผนโบราณไม่สวยงาม

## (2) การเปลี่ยนแปลงความต้องการ

การแพทย์ทางเลือกกลับมาเป็นกระแสนิยมอีกครั้ง ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่าการแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมในกลุ่มคนที่มีเงินและสามารถจ่ายได้

## (3) การปลูกฝังวัฒนธรรม

เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป และหากพ่อแม่มีการปลูกฝังให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาแผนโบราณ เด็กรุ่นใหม่ก็จะยังทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของยาแผนโบราณ

## (4) การรับวัฒนธรรมใหม่

ผู้ใช้แรงงานเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยจนเกิดความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนปัจจุบันหายเร็วกว่า และไม่สะดวกในการซื้อยาแผนโบราณ แต่บางคนเห็นว่าการใช้ยาแผนโบราณขึ้นกับความเชื่อของแต่ละคน

## (5) การอพยพย้ายถิ่น

ไม่มีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณผู้ใช้แรงงานบางคน เพราะยังมีการใช้

ยาแผนโบราณตามความชอบ บางคนนำยาแผนโบราณเข้ามาใช้ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่า ยาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก และวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปทำให้การใช้ยาไม่เหมือนเดิม

### 3.3 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัด

#### สมุทรปราการ

##### 3.3.1 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณทั่วประเทศ

เมื่อเจ็บป่วยประชาชนเล็งกการใช้ยาแผนโบราณน้อยและมีแนวโน้มลดลง ปริมาณการใช้ยาแผนโบราณนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย ส่วนใหญ่ผู้ที่ใช้ยาแผนโบราณมักเป็นผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม และไม่ได้ทำงาน ดำรับยาแผนโบราณที่ได้รับการอนุมัติเป็นตำรับมีปริมาณมากขึ้น มูลค่ายาแผนโบราณที่ผลิตและนำเข้าในราชอาณาจักรก็มีแนวโน้มสูงขึ้น

##### 3.3.2 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณของจังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาแผนโบราณ ปัญหาสำคัญของการใช้ยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ การที่แพทย์ไม่ค่อยสั่งใช้ ยาแผนโบราณมีข้อมูลวิชาการสนับสนุนน้อย มาตรฐานด้านการผลิตยาแผนโบราณ ยาสมุนไพรบนร้านรถเข็นตามห้างสรรพสินค้า การโฆษณาเกินจริง และปัญหาขาดปลอม

##### 3.3.3 ทศนคติของผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการต่อยาแผนโบราณ

ข้อดีของยาแผนโบราณ ได้แก่ ปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ/ไม่มีสารเคมีอันตราย ประสิทธิภาพในการรักษาดี ราคาถูก หาได้ง่าย ผลิตได้เองในประเทศ และใช้ง่าย

ข้อเสียของยาแผนโบราณ ได้แก่ การปลอมปนสารเคมีอันตราย ประสิทธิภาพการรักษาไม่ดีในบางกรณี ยาแผนโบราณที่ขายไม่มี อย. จะไม่ปลอดภัย หาซื้อยาก ใช้อยาก รสชาติ ไม่ทันสมัย และขาดผลวิจัยทางคลินิก

##### 3.3.4 แนวทางส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้แรงงาน

กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการใช้ยาแผนโบราณ ดังนี้ โฆษณา และให้ความรู้เรื่องสมุนไพร/ยาแผนโบราณ ดำเนินการเป็นชุมชนในลักษณะของการรวมกลุ่ม ส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาล ปรับปรุงคุณภาพยาแผนโบราณให้ทันกับยาแผนปัจจุบัน สนับสนุนการปลูกสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ควบคู่กับการท่องเที่ยวและการศึกษา ส่งเสริมธุรกิจการผลิตยาแผนโบราณ สนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ ส่งเสริมการวิจัยให้เพิ่มขึ้น

การใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงาน ผู้ใช้แรงงานจะยังใช้  
เพราะได้ผลดี แต่ยาแผนโบราณบางสูตรอาจทำไม่ได้เนื่องจากขาดวัตถุดิบบางตัว

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าอยากให้มีการอนุรักษ์และ  
ส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพรเพิ่มขึ้น



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้

1.1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

1.1.3 เพื่อศึกษาแนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจะเป็นการรวบรวมข้อมูลและการค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม

##### 1.2.1 ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ จำนวน 2 คน
- 2) แพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 1 คน
- 3) เกษีกรประจำโรงพยาบาล จำนวน 1 คน
- 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 2 คน
- 5) เกษีกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 2 คน
- 6) ผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 21 คน

### 1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทั้งแบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง
- 2) แบบบันทึกและสังเกตการสนทนากลุ่ม

1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ที่พัฒนาขึ้นไปหาความจริงเชิงเนื้อหาก่อนส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์จำนวน 5 ท่าน ประเมินตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องตามวัตถุประสงค์

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (descriptive analysis) โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มาวิเคราะห์ด้วยการจำแนกประเภทข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูล และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

## 1.3 ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

### 1.3.1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

#### 1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

- ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เป็นพระ 1 รูป มีใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ และเป็นเทศหญิง 2 คน การศึกษาปริญญาตรี และปริญญาโท อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน

- แพทย์แผนปัจจุบัน เพศชาย การศึกษาประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก อาชีพรับราชการ

- เกษักรประจำโรงพยาบาล เพศหญิง อาชีพรับราชการ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด เพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน อาชีพรับราชการ

- เกษักรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน เพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว

2) ผู้ใช้แรงงาน มีอายุระหว่าง 19 – 53 ปี เป็นเพศชาย 5 คน หญิง 10 คน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ 3 คน และมีภูมิลำเนาอยู่นอกจังหวัดสมุทรปราการ 12 คน มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาถึงประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง รู้จักและสนใจในยาแผนโบราณ 14 คน ไม่รู้จักและไม่สนใจในยาแผนโบราณ 1 คน ทำงานในจังหวัดสมุทรปราการตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปจนถึงมากกว่า 10 ปี มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทจนถึงมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน



### 1.3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่

- 1) ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้
  - 2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
  - 3) แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- โดยสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญดังนี้

#### 1) ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้

- (1) ประเภทยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ เรียงตามลำดับดังนี้
  - กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร มีผู้ใช้จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33
  - กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง มีผู้ใช้จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00
  - กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
  - กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
  - กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
  - กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ มีผู้ใช้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33
  - กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีผู้ใช้จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

- (2) รูปแบบยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้ เรียงตามลำดับดังนี้
  - ยาน้ำและยาผง มีผู้ใช้จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00
  - ยาเม็ด มีผู้ใช้จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33
  - ยาแคปซูล มีผู้ใช้จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67
  - ยาลูกกลอน มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
  - ยาจิ๊ฝี่ง มีผู้ใช้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67
  - ยาครีมและยาจัดชุด มีผู้ใช้จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

## (3) ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือมากที่สุด

ยาหอม (จำนวน 4 คน)

ยาสตรี (จำนวน 3 คน)

ยากษัยเส้น (จำนวน 3 คน)

สมุนไพรวัดเดียว (จำนวน 2 คน)

ยาขม (จำนวน 1 คน)

ยาบำรุง (จำนวน 1 คน)

ไม่มีชนิดยาที่เชื่อถือ และไม่มียาที่ใช้มากที่สุด (จำนวน 1 คน)

(4) ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานใช้มากที่สุด ยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานใช้มากที่สุดเหมือนกับยาแผนโบราณที่เชื่อถือในทุกวัยที่สัมภาษณ์

2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

## (1) ลักษณะความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

ก. ความเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานมีความเชื่อถือในยาแผนโบราณเพราะลองใช้แล้วได้ผลดี

ข. ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากภูมิปัญญาไทย

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณเป็นความคิดหรือภูมิปัญญาของคนสมัยโบราณ และยาแผนโบราณหายากควรอนุรักษ์

ค. ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีประโยชน์ และเป็นยาทางเลือก

ง. ความเชื่อว่ายาแผนโบราณผลิตในประเทศ

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณสามารถผลิตได้ในประเทศจากสมุนไพรมืออยู่แล้ว

จ. ความเชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า ต้องรับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลาาน ซึ่งคนปัจจุบันชอบการรักษาที่สะดวกรวดเร็ว และประสิทธิภาพดี

ฉ. ความเชื่อเรื่องรสชาติของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีรสชาติไม่ดี บางชนิดมีกลิ่นและรสของเหล่าขาว เช่น ยาหอม ยาสตรี แต่บางคนไม่มีปัญหาในรสชาติและกลิ่นของยาแผนโบราณ

เพราะต้องการผลการรักษา การแก้ปัญหของเภสัชกรแผนโบราณ คือ การแต่งรส ให้คนไข้รับประทานง่ายขึ้น

ข. ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีความปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณทำจากสมุนไพร ไม่มีสารเคมีที่อันตรายใช้แล้วปลอดภัย แต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความรู้ว่ายาดังกล่าวต้องใช้ในระดับที่เหมาะสม และมีความรู้เพียงพอ

ช. ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากประสบการณ์การใช้

ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือในยาแผนโบราณเกิดจากประสบการณ์การใช้ที่ได้ผลดี และแนะนำกันต่อ

ฅ. ความไม่เชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เชื่อถือในสรรพคุณยาแผนโบราณเพราะใช้แล้วไม่ได้ผล สรรพคุณยาแผนโบราณไม่ระบุชัดเจน ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่ายาแผนโบราณไม่มีงานวิจัยที่ชัดเจนรองรับเช่นยาแผนปัจจุบัน

ฉ. ความไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า โดยให้เหตุผลว่าแล้วแต่กรณี และบางคนเห็นว่าอาการป่วยบางอย่างไม่ได้ต้องการความเร่งด่วนมาก

ค. ความไม่เชื่อถือในความปลอดภัยของยาแผนโบราณ

การปนเปื้อนของสารเคมี เช่น สเตียรอยด์ (steroid) เป็นปัญหาสำคัญ ผู้ใช้แรงงานจะมั่นใจเฉพาะยาที่ผ่าน อย. ซึ่งขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย

ฌ. ความไม่เชื่อถือในยาแผนโบราณของเด็กรุ่นใหม่

ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าเด็กรุ่นใหม่ไม่นิยมยาแผนโบราณ เพราะความคุ้นเคยในยาแผนปัจจุบัน และรสชาติที่ไม่ดีของยาแผนโบราณ เด็กบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณล้าสมัย ใช้กับคนสูงอายุ

(2) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

ก. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

ก) การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือในยาแผนโบราณเพราะมีคนในครอบครัวใช้ เมื่อเข้ามาทำงานในเมืองครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผู้ใช้แรงงานบางคนที่บ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวส่งผลให้

เด็กที่เป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัวไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ จึงไม่เชื่อและไม่ใช้ยาแผนโบราณ

ข) การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญของผู้ใช้แรงงานคือ กลุ่มเพื่อนในโรงงาน กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีทั้งคนที่เชื่อถือในยาแผนโบราณอยู่ แต่บางคนไม่ค่อยใช้ยาแผนโบราณแล้ว หรือใช้ลดน้อยลง กลุ่มเพื่อนในโรงงานมีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณคือ เป็นผู้แนะนำกันใช้ยาแผนโบราณ มีทั้งเป็นผู้แนะนำเอง เป็นผู้ซื้อตามเพื่อนแนะนำ แต่บางคนเห็นว่าเพื่อนในโรงงานไม่มีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณ

ค) การเปลี่ยนแปลงของชุมชน

งานวิจัยหลายพื้นที่ของประเทศแสดงให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพของประชากรไทยในแต่ละชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และนอกกรุงเทพมหานคร ในพื้นที่ชุมชนที่ผู้ใช้แรงงานพักอาศัยยังเชื่อในยาแผนโบราณอยู่ แต่บางคนเห็นว่าเป็นส่วนน้อย ซึ่งในชุมชนคนที่เชื่อมักเป็นคนสูงอายุ

ง) การเปลี่ยนแปลงของहनชั้น

การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทำให้เกิดชนชั้นแรงงานขึ้น ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม คือ ช่างเทคนิค และผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรเป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาแผนโบราณน้อย

ข. ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

ก) ปัจจัยภายใน

(ก) ค่านิยม กระแสการแพทย์ทางเลือกกลับมาได้รับความนิยมอีกครั้ง

(ข) การขัดเกลาทางสังคม เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป

(ค) การศึกษา ระดับการศึกษาามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น แต่บางคนเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้ยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน และการศึกษาทำให้มีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียน

(ง) การคมนาคม การคมนาคมที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลงเพราะสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ แม้ว่าการคมนาคมจะสะดวกแต่ยาแผนโบราณก็หาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

(จ) ศาสนา วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ อ.เมือง จ. สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน

#### ข) ปัจจัยภายนอก

(ก) ชนชั้นปกครอง พระราชบัญญัติประกันสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการเลือกบริการสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในรูปแบบของกฎหมายและข้อบังคับในเรื่องของสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน เพราะการจ่ายยาในระบบประกันสังคมทำให้คนไข้ได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานคนทุกคนไม่เคยได้ยาแผนโบราณจากโรงพยาบาลที่ทำประกันสังคม แต่แม้ว่าแพทย์จะจ่ายยาแผนปัจจุบันผู้ใช้แรงงานบางคนก็ยังซื้อยาแผนโบราณมาใช้

(ข) การรับเทคโนโลยีจากภายนอก การรับเทคโนโลยีจากภายนอกก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน คือ

ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบันเพราะตัวยากันละแบบ

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การใส่แคปซูลทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้และการซื้อมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนชอบรูปแบบเดิมมากกว่า

(ค) สภาพเศรษฐกิจ สภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความสิ้นเปลืองผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานบางคนที่ยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณจึงจะซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง และบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง

(ง) การอพยพย้ายถิ่น ไม่มีผลต่อการใช้จ่ายยาแผนโบราณของผู้ใช้แรงงานบางคน เพราะยังมีการใช้จ่ายยาแผนโบราณตามความชอบ บางคนนำยาแผนโบราณเข้ามาใช้ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก และวิธีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปทำให้การใช้จ่ายไม่เหมือนเดิม

(3) การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

ก. การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

ก) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

สภาพครอบครัวของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง มีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีผู้ใช้แรงงานบางคนทางบ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวส่งผลให้เด็กที่เป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัวไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ จึงไม่เชื่อและไม่ใช้จ่ายยาแผนโบราณ

ข) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการศึกษา

ระดับการศึกษามีผลให้มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น แต่บางคนเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก/ไม่ใช้จ่ายยาแผนโบราณ เพราะการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน และการศึกษาทำให้คนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียน

ค) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันเศรษฐกิจ

สภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความสิ้นเปลือง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่าตนเองมีประกันสังคมอยู่แล้ว และต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบัน ผู้ใช้แรงงานบางคนที่ยังต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณจึงจะซื้อยาแผนโบราณมารับประทานเอง และบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง

ง) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการเมือง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา มีการสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร และยาแผนโบราณ ทั้งสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา การบูรณาการแพทย์แผนไทยเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นผลทำให้ยาแผนโบราณกลับมาได้รับความนิยมอีกครั้ง



จ) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันอนามัย

มีการบรรจุยาแผนโบราณลงในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามียาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ และไม่เคยได้รับเมื่อไปหาหมอที่โรงพยาบาล ซึ่งการที่แพทย์และเภสัชกรไม่จ่ายยาแผนโบราณทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง เพราะเมื่อไปโรงพยาบาลผู้ใช้แรงงานได้รับแต่ยาแผนปัจจุบัน และหากไปร้านยาก็ต้องระบุว่าต้องการยาแผนโบราณ

ฉ) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันศาสนา

วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน

ช) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันคมนาคมขนส่ง

การคมนาคมที่สะดวกทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลงเพราะสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลใกล้และสะดวก และผู้ใช้แรงงานเชื่อว่าโรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ แม้ว่าการคมนาคมจะสะดวกแต่ยาแผนโบราณก็หาซื้อยากกว่ายาแผนปัจจุบัน

ซ) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งยาแผนโบราณและยาแผนปัจจุบัน คือ ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่า และการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน เพราะด้วยคนละแบบ

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การใส่แคปซูล ทำให้การใช้ยาสมุนไพรมีความสะดวกในการใช้และการซื้อมากขึ้น บริหารง่ายขึ้น แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนชอบรูปแบบเดิมมากกว่า

ข. ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

ก) การโฆษณา

การโฆษณาทำให้เกิดการกระตุ้นการตลาดให้ แต่บางคนต้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของผู้ผลิตประกอบ ข้อจำกัดของการโฆษณายาแผนโบราณก็คือ การ

โฆษณาในช่องทางที่จำกัดและไม่เหมาะสม ตำแหน่งยาแผนโบราณในร้านขายยามองเห็นไม่ชัดเจน และบรรจุภัณฑ์ยาแผนโบราณไม่สวยงาม

ข) การเปลี่ยนแปลงความต้องการ

การแพทย์ทางเลือกกลับมาเป็นกระแสนิยมอีกครั้ง ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่าการแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมในกลุ่มคนที่มีเงินและสามารถจ่ายได้

ค) การปลูกฝังวัฒนธรรม

เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป และหากพ่อแม่มีการปลูกฝังให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาแผนโบราณ เด็กรุ่นใหม่ก็ยังไม่ทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของยาแผนโบราณ

ง) การรับวัฒนธรรมใหม่

ผู้ใช้แรงงานเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยจนเกิดความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนปัจจุบันหายเร็วกว่า และไม่สะดวกในการซื้อยาแผนโบราณ แต่บางคนเห็นว่าการใช้ยาแผนโบราณขึ้นกับความเชื่อของแต่ละคน

จ) การอพยพย้ายถิ่น

ไม่มีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณผู้ใช้แรงงานบางคน เพราะยังมีการใช้ยาแผนโบราณตามความชอบ บางคนนำยาแผนโบราณเข้ามาใช้ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่ายาแผนโบราณที่เคยใช้หายาก และวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนไปทำให้การใช้ยาไม่เหมือนเดิม

3) แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

(1) แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณทั่วประเทศ

เมื่อเจ็บป่วยประชาชนเลือกใช้ยาแผนโบราณน้อยและมีแนวโน้มลดลง ปริมาณการใช้ยาแผนโบราณนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย ส่วนใหญ่ผู้ที่ใช้ยาแผนโบราณมักเป็นผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม และไม่ได้ทำงาน ดำรับยาแผนโบราณที่ได้รับการอนุมัติเป็นตำรับมีปริมาณมากขึ้น มูลค่ายาแผนโบราณที่ผลิตและนำเข้าในราชอาณาจักรก็มีแนวโน้มสูงขึ้น

(2) แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณของจังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาแผนโบราณ ปัญหาสำคัญของการใช้ยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ การที่แพทย์ไม่ค่อยสั่งใช้ ยาแผนโบราณมีข้อมูลวิชาการสนับสนุนน้อย มาตรฐานด้านการผลิต

ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพรบนร้านรถเข็นตามห้างสรรพสินค้า การโฆษณาเกินจริง และ  
ปัญหาขาดปลอม

(3) ทำหน้าที่ของผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการต่อยาแผนโบราณ

ข้อดีของยาแผนโบราณ ได้แก่ ปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ/ไม่มี  
สารเคมีอันตราย ประสิทธิภาพในการรักษาดี ราคาถูก หาได้ง่าย ผลิตได้เองในประเทศ และใช้  
ง่าย

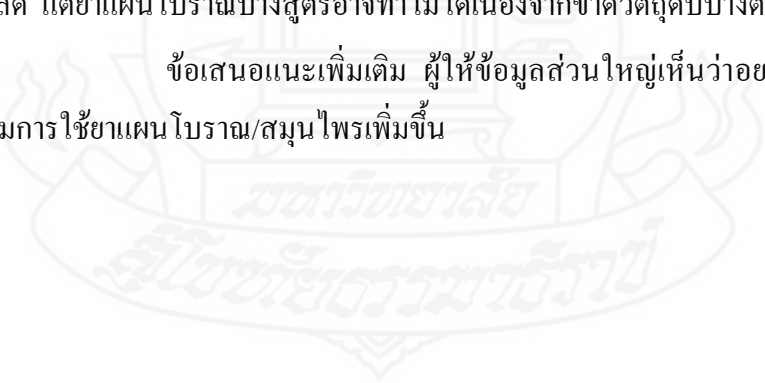
ข้อเสียของยาแผนโบราณ ได้แก่ การปลอมปนสารเคมีอันตราย  
ประสิทธิภาพการรักษาไม่ดีในบางกรณี ยาแผนโบราณที่ขายไม่มี อย. จะไม่ปลอดภัย หาซื้อยาก  
ใช้ยาก รสชาติไม่ดี ไม่ทันสมัย และขาดผลวิจัยทางคลินิก

(4) แนวทางส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้แรงงาน

กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายในการใช้ยาแผนโบราณ ได้แก่  
โฆษณาและให้ความรู้เรื่องสมุนไพร/ยาแผนโบราณ ดำเนินการเป็นชุมชนในลักษณะของการ  
รวมกลุ่ม ส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาล ปรับปรุงคุณภาพยาแผนโบราณให้ทันกับ  
ยาแผนปัจจุบัน สนับสนุนการปลูกสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ควบคู่กับการท่องเที่ยวและการศึกษา  
ส่งเสริมธุรกิจการผลิตยาแผนโบราณ สนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ ส่งเสริมการ  
วิจัยให้เพิ่มขึ้น

การใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงาน ผู้ใช้แรงงานจะยังใช้  
เพราะได้ผลดี แต่ยาแผนโบราณบางสูตรอาจทำไม่ได้เนื่องจากขาดวัตถุดิบบางตัว

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าอยากให้มีการอนุรักษ์  
และส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพรเพิ่มขึ้น



## 2. อภิปรายผล

ในการอภิปรายผลในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งผลการอภิปรายออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

- 2.1 ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้
  - 2.2 ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
  - 2.3 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
- โดยมีรายละเอียดของการอภิปรายผลดังนี้

### 2.1 ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการเลือกใช้

งานวิจัยครั้งนี้ใช้นิยามของยาแผนโบราณตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่กล่าวว่า ยาแผนโบราณ หมายถึง

“ยาที่มีมุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ” (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2537 : 2)

ซึ่งนิยามดังกล่าวมีความแตกต่างกับยาสมุนไพร เพราะนิยามของยาสมุนไพรตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 กล่าวว่า

“ยาสมุนไพร หมายความว่า ยาที่ได้จากพืชกษชาติ สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ”

ในการสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานบางคนอาจจะมีความสับสนกันในยาสองประเภท ผู้วิจัยจึงได้ทำการอธิบายความหมายก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์เป็นข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนในการให้ข้อมูล และการแปลผล

### 2.1.1 ประเภทยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้

ยาแผนโบราณสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มคำรับที่มีผลต่อร่างกาย ตามระบบร่างกายได้เป็น 12 กลุ่ม (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อ่างในเสาวนีย์ ปทุมชาติ: 17 – 20) ดังนี้

- กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ยารักษาแผลในปาก ยาแก้ปวดฟัน ยาสีฟัน ยาขับลม/บำรุงธาตุ ยาแก้ปวดท้อง ยาแก้อาเจียน ยาระบาย ยาแก้ท้องผูก/ยาถ่าย ยาแก้ท้องเสีย ยารักษาโรคท้องผูก ยาแก้ตานขโมย ยาแก้ตะคริว ยาช่วยเจริญอาหาร ยาอ่อน ยาอุทัย

- กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด ได้แก่ ยารักษาโลหิต ยาฟอกเลือด

- กลุ่มยาระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ฟกช้ำ ยาบรพาริตดิวทวาร

- กลุ่มยาระบบผิวหนัง ได้แก่ ยาแก้แมลงสัตว์กัดต่อย ยาแก้ประดงเลือด ยาแก้ประดงลม ยาแก้แผลเปื่อย/ฝีอักเสบ ยาแก้หูด หูดขี้เหล็ก บรรเทาพิษ ยาทาแผลสด ยาแก้ไฟไหม้/น้ำร้อนลวก

- กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ ได้แก่ ยารักษาเนื้องอก ยาขับน้ำคาวปลา ยาสตรีแทนการอยู่ไฟ ยาช่วยให้น้ำนมไหล ยาบำรุงครรภ์ ยาแก้ประจำเดือนไม่ปกติ ยาแก้เนื้องอก

- กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ ได้แก่ ยาแก้เจ็บคอ ยาแก้คออักเสบ ยาแก้หัด อีสุกอีใส ยาแก้ลมพิษ ยาแก้กาฬพิษ

- กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ปวดเมื่อย (ภายใน) ยาแก้ปวดเมื่อย (ภายนอก)

- กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ยาแก้ไอ ยาทรงใจ ยาแก้ไอทับระดู ยาแก้ระดูทับใจ ยาแก้ร้อนใน/กระหายน้ำ ยาเจริญ ยาแก้ปวดหัว ยาแก้ปวดประจำเดือน ยาแก้ลมชัก ยาแก้ทรงชัก ยาแก้ร้อนไม่หลับ ยาแก้ลมวิงเวียน ยารักษาหัวใจ ยาหอม

- กลุ่มยารักษาพยาธิ ได้แก่ ยาแก้บิดแก้ฝี ยาถ่ายพยาธิ ยาทรงชาน

- กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ยาบรพาริตดิวทวาร ยาแก้หอบหืด ยาแก้ไอ ยาแก้หลอดลมอักเสบ ยาแก้คัดจมูก ยาแก้ลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะ

- กลุ่มยาระบบตา/หู ได้แก่ ยาแก้ริดสีดวงตา ยารักษาตาช้ำ ยารักษาตา/แก้ตาแดงและ ยาแก้หน้าหนาว ยารักษาหูอักเสบ คันหู

- กลุ่มยาระบบอื่นๆ ได้แก่ ยารักษาผื่น ยาแก้ผื่นคัน ยาแก้คันของผิวหนัง

ผลการสัมภาษณ์พบว่าผู้ใช้แรงงาน ผู้ใช้แรงงานมีการใช้ยาเป็นบางกลุ่ม  
ดังนี้

1. กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร มีผู้ใช้จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33
2. กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง มีผู้ใช้จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00
3. กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
4. กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบสืบสาวะ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
5. กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ มีผู้ใช้จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00
6. กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ มีผู้ใช้จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33
7. กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีผู้ใช้จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ากลุ่มยาแผนโบราณที่มีผู้ใช้มากที่สุดคือ กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจัดได้ว่าเป็นกลุ่มใหญ่ เพราะระบบทางเดินอาหารประกอบด้วยอวัยวะสำคัญหลายส่วน ตั้งแต่ปาก ทางเดินอาหาร กระเพาะอาหาร ตับ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ทำให้มีตัวรักษาอาการป่วยหลายชนิด เช่น รักษาแผลร้อนในในปาก รักษาโรคกระเพาะ รักษาอาการท้องผูก รักษาอาการท้องเสีย ฯลฯ นอกจากนี้ผู้ใช้แรงงานมีความคุ้นเคยกับยาในกลุ่มนี้เป็นอย่างดี เพราะยาในกลุ่มนี้มีการสนับสนุนการใช้ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐ สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชณี จันทร์เกษ และคณะ (2553: 109) ที่ระบุว่ามีการใช้ยาในกลุ่มระบบทางเดินอาหารสูงที่สุดในสถานอนามัย ทั้งยาในรูปแบบตำรับ ได้แก่ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุนครจบ ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร และยาเด็ยว ได้แก่ ขมิ้นชัน จิง ชุมเห็ดเทศ สอดคล้องกับ เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542: 64 – 65) ผู้ตอบแบบสอบถามเคยใช้ยาในกลุ่มระบบทางเดินอาหารมากที่สุด และสอดคล้องกับ ปิรุพล รัตนจินดา (2551: 58) ที่มีการใช้ยาแผนโบราณเพื่อรักษาอาการแน่นหน้าอก จุกเสียด แน่นท้อง ปวดท้อง (ร้อยละ 16.75) และท้องเสีย ธาตุไม่ปกติ ถ่ายท้อง ท้องร่วง (ร้อยละ 12.50) แต่เนื่องจากงานวิจัยของปิรุพลมีการแบ่งกลุ่มแบบสอบถามต่างกัน การวิเคราะห์จึงต้องรวมทั้งเรื่องอาการปวดท้องและถ่ายท้องเข้าด้วยกันเป็นกลุ่มระบบทางเดินอาหาร แต่หากพิจารณาแต่เพียงลำดับของข้อมูลที่แสดงในตารางจะพบว่ากลุ่มที่มีการใช้มากที่สุดคือ ไข่หวัด คัดจุมูก เก็บคอบ ขับเสมหะ (ร้อยละ 23.25) ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวน้อยกว่าผลรวมของอาการปวดท้องและถ่ายท้อง (ร้อยละ 29.25) สอดคล้องกับ ศรีอโศก สุจริต (สัมภาษณ์) ที่กล่าวว่า โรงพยาบาลสมุทรปราการมีนโยบายในการสนับสนุนการใช้ยาแผนโบราณอยู่ เช่น ขมิ้นชัน ชุมเห็ดเทศ ยาอมมะแว้ง ไพล



และสอดคล้องกับ อรุษา จันทรวิรุจ (สัมภาษณ์) ที่กล่าวว่า ทางจังหวัดสมุทรปราการรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขให้มีมูลค่าการใช้ยาแผนไทยและสมุนไพร ร้อยละ 5 ในโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และร้อยละ 10 ใน โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) นับว่านโยบายดังกล่าวทำให้เกิดการใช้ยาแผนไทยและสมุนไพรอย่างกว้างขวางขึ้นในเขตจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ยาเขียว ในการแก้ไข ร้อนในกระหายน้ำ ยาหอม รักษาอาการวิงเวียนและบำรุงหัวใจ สอดคล้องกับ เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542: 64 – 65) ผู้ตอบแบบสอบถามเคยใช้ยาในกลุ่มระบบประสาทส่วนกลางมากถึงร้อยละ 75 สอดคล้องกับ ปิฐพล รัตนจินดา (2551: 58) กลุ่มไขหวัด คัดจมูก เจ็บคอ ขับเสมหะ มีการใช้ร้อยละ 23.25 สอดคล้องกับ นลินทิพย์ แสนปัดชา (สัมภาษณ์) และทศพร วิชัยเฉลิมวงศ์ (สัมภาษณ์) ที่กล่าวว่ายาแผนโบราณส่วนใหญ่เป็นยาเรียกหา คือคนไข้จะระบุชื่อยาเองมากกว่าจะเป็นยาที่เภสัชกรจ่ายให้ ยาที่คนไข้มาซื้อที่ร้านขายยาได้แก่ ยาหอม ยาเขียว และยาสตรี แต่ไม่สอดคล้องกับ รัชณี จันทรเกษ และคณะ (2553: 116) ที่การใช้ยาแก้ไขเป็นอันดับที่ 6 คือ ยาแก้ไข้ห่าราก ยาเขียวหอม เป็นเพราะการศึกษาของรัชณี จันทรเกษ ศึกษาในสถานีนอนามัยทั่วประเทศที่มักจ่ายยาแผนปัจจุบันในการลดไข้ คือ ยาพาราเซตามอล (paracetamol) การใช้ยาแผนโบราณรักษาอาการระบบประสาทส่วนกลางในสถานพยาบาลจึงน้อย และจากข้อมูลที่ทำให้การสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่ผู้ใช้แรงงานจะได้ยาแผนปัจจุบันคือ paracetamol เมื่อไปหาหมอในระบบประกันสังคม หากต้องการใช้ยาแผนโบราณจะต้องไปซื้อเองจากร้านขายยา มูลค่าการใช้ในสถานพยาบาลของยากลุ่มนี้จึงมีไม่มากนัก

กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ยานัตถุ ยาอมมะแว้ง สอดคล้องกับ อรุษา จันทรวิรุจ (สัมภาษณ์) ที่กล่าวว่าเมื่อมีการสนับสนุนการใช้ในโรงพยาบาล ยาอมมะแว้งก็แพร่หลายไปยังประชาชนทั่วไป ทำให้มียากลุ่มนี้มีปริมาณการใช้สูง

กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ ได้แก่ ยาสตรี ซึ่งมีสรรพคุณหลายอย่าง คือใช้รักษาอาการขับน้ำคาวปลา ยาสตรีแทนการอยู่ไฟ ช่วยให้มีดลูกเข้า แก่ประจำเดือนไม่ปกติ และใช้ในกุ่มยาเกี่ยวกับเลือดรักษาอาการ บำรุงโลหิต ฟอกเลือด สอดคล้องกับ มณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 111) มีผู้เลือกใช้ยาสตรีบ่อยที่สุด (ร้อยละ 62.8) นับว่ายาสตรีเป็นยาที่ได้รับความนิยมในกลุ่มผู้ใช้แรงงานมาก สอดคล้องกับ นลินทิพย์ แสนปัดชา (สัมภาษณ์) ที่กล่าวว่า ยาสตรีมีการจำหน่ายเรื่อยๆ มีผู้ผลิตหลายบริษัท และยังมีอีกหลายยี่ห้อที่ไม่ได้ชื่อมาจำหน่าย แต่มีคนไข้มาถามหา ส่วนข้อมูลวิจัยของ รัชณี จันทรเกษและคณะ (2553: 113) พบว่ายารักษาอาการสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยามีปริมาณการใช้ในอันดับที่ 2 โดยในบัญชียาหลักแห่งชาติมียา

ประสะไพลเพียงชนิดเดียว ซึ่งยาประสะไพล ใช้ในรักษาอาการระดูมาไม่สม่ำเสมอ และขับน้ำคาวปลา (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา 2549: 10)

กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ ยาที่ใช้แรงงานนิยมคือ แคปซูลฟ้าทะลายโจร ยาเขียว สอดคล้องกับ รัชณี จันทรเกษและคณะ (2553: 115) ที่พบว่ายารักษาอาการทางเดินหายใจ คือ ฟ้าทะลายโจรมีการใช้ในลำดับที่ 5 ซึ่งฟ้าทะลายโจรนอกจากจะใช้บรรเทาอาการเจ็บคอโรคหวัดแล้ว ยังใช้บรรเทาอาการท้องเสียไม่ติดเชื้อได้อีกด้วย (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา 2549: 18)

กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีปริมาณการใช้ไม่มาก ได้แก่ ยาแก้ปวดเส้น และยานวดไพล สอดคล้องกับ รัชณี จันทรเกษ และคณะ (2553: 109) พบว่ายากลุ่มนี้มีปริมาณการใช้ไม่มาก แต่ไม่สอดคล้องกับ เสาวนีย์ปทุมชาติ (2542: 64 – 65) พบว่ามีการใช้ยาในระบบนี้ร้อยละ 73 ความแตกต่างอาจจะมาสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ซึ่งปัจจุบันผู้ใช้แรงงานมักซื้อยาแก้ปวดกล้ามเนื้อและกระดูกจากร้านขายยาและหาหมอที่โรงพยาบาล ยาที่ได้ส่วนใหญ่จึงเป็นยาแผนปัจจุบัน และครีมไพลมีราคาสูงกว่ายานวดแผนปัจจุบันทำให้ความนิยมน้อยกว่า

### 2.1.2 รูปแบบยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้

รูปแบบของยาแผนโบราณที่มีลักษณะแตกต่างกันเกิดจากการประกอบยาที่แตกต่างกัน ซึ่งมีทั้งการประกอบยาตามหลักเภสัชกรรมมี 23 วิธี ตามหลักเวชกรรมมี 24 วิธี (เชาวน์ กสิพันธ์ 2522: 2, วุฒิ วุฒิธรรมเวช 2540: 44, เฉลิมพล เกติมณี 2547: 31) ซึ่งการประกอบยาทำให้เกิดยาเตรียมเป็นลักษณะรูปแบบต่างกัน เช่น ยาน้ำ ยาผง ยาลูกกลอน ยาลูกประคบ แต่ต่อมากกระทรวงสาธารณสุขอนุมัติให้เพิ่มวิธีปรุงยาอีก 4 วิธี รวมเป็น 28 วิธี คือ ยากวาน (ยาประสมแล้วทำเป็นจี๊ฟั้งปิดแผล) ยาเม็ด ยาแคปซูล และยาเม็ดเคลือบน้ำตาล ทำให้รูปแบบของยาแผนโบราณมีความหลากหลายมากขึ้น สอดคล้องกับ คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549: ข) ที่กล่าวว่า กระบวนการผลิตที่ทันสมัย รวมทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบยาให้อยู่ในรูปแบบสมัยใหม่นั้น มีจุดเริ่มใน พ.ศ. 2530 จากการแก้ไขเพิ่มเติมข้อความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ทำให้อุตสาหกรรมยาแผนโบราณสามารถผลิตยาโดยวิธีการตอกเม็ด วิธีเคลือบ ในยาแผนโบราณได้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการผสมผสานเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้เข้ากับองค์ความรู้ดั้งเดิม สอดคล้องกับ ทฤษฎีนิเวศวิทยาวัฒนธรรม ที่เป็นการศึกษาแบบแผนวัฒนธรรมที่มีความใกล้ชิดกับการปรับตัวเข้ากับสถานะแวดล้อมเพื่อการดำรงชีพของมนุษย์มากที่สุด ได้แก่ ระบบเทคนิควิทยา (Technology) เพื่อให้ทราบว่าสิ่งเหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้แตกต่างกันอย่างไร และได้ก่อให้เกิดมีการจัดการทางสังคมที่แตกต่างกันอย่างไรในแต่ละสถานะแวดล้อม (สนิท สมักรการ 2549: 15 – 22) ซึ่งในยาแผนโบราณได้มีการนำเทคโนโลยีในการผลิตยาแผนปัจจุบันเข้ามาทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงในรูปแบบของยาเตรียม ผลดังกล่าวทำให้ยาแผนโบราณมีความสะดวกใช้มากขึ้น และเหมาะสมสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ใช้แรงงานมากขึ้น เพราะสภาพสังคมทำให้ผู้ใช้แรงงานต้องทำงานแข่งกับเวลา ความสะดวกจึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการเลือกบริโภคสินค้าต่างๆ และสอดคล้องกับ ปิฐพล รัตนจินดา (2551: 60, 70) ที่พบว่าปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ในเรื่องรูปแบบสะดวกในการใช้มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแผนโบราณมาก และส่วนผสมการตลาดด้านผลิตภัณฑ์เรื่องรูปแบบสะดวกในการใช้มีความสัมพันธ์กับรูปแบบยาที่ใช้ และต่อมาในปี พ.ศ. 2539 หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนได้สังเกตเห็นว่า การพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรในประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ยาพัฒนาจากสมุนไพรมักประสบปัญหาไม่สามารถขึ้นทะเบียนตำรับได้ (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา: ข) เนื่องจากคิดขัดข้องกฎหมาย ทำให้คณะกรรมการยามิมติในการประชุมครั้งที่ 1/2542 วันที่ 30 มีนาคม 2542 ให้แบ่งประเภทยาสมุนไพรเป็นสี่กลุ่ม คือ

- 1) ยาแผนโบราณ
- 2) ยาจากสมุนไพรแผนโบราณ
- 3) ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน
- 4) ยาแผนปัจจุบันที่เป็นยาใหม่ และจัดทำหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาจากสมุนไพรขึ้นใหม่ เพื่อให้เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนยาจากสมุนไพรมากยิ่งขึ้น ทำให้ในปัจจุบันมียาแผนโบราณที่อยู่ในรูปครีม เช่น บัวบก พญาขอ ใพล หรือเจล เช่น พริก เป็นต้น

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ารูปแบบยาแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานใช้มากที่สุดคือ ยาน้ำและยาผง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือยาเม็ด (ร้อยละ 53.33) ยาแคปซูล (ร้อยละ 46.67) ยาลูกกลอน (ร้อยละ 40) ยาขี้ผึ้ง (ร้อยละ 26.67) ส่วนรูปแบบที่ใช้ น้อยที่สุดคือ ยาครีมและยาจัดชุด (ร้อยละ 6.67) ผลการวิจัยสอดคล้องบางส่วนกับงานวิจัยของเสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542: 80) และงานวิจัยของมณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550 : 103) ที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใช้ยาเม็ดมากที่สุด รองลงมาคือยาน้ำ และยาขี้ผึ้งตามลำดับ สอดคล้องบางส่วนกับงานวิจัยของปิฐพล รัตนจินดา (2551: 54) ที่พบว่าผู้บริโภคเลือกใช้ยาเม็ด ยาน้ำ และยาแคปซูล ตามลำดับ ทั้งนี้ความแตกต่างที่เกิดขึ้นเป็นเพราะแบบสอบถามที่ใช้มีความแตกต่างกัน ในงานวิจัยนี้ผู้ตอบสามารถเลือกรูปแบบที่เลือกใช้ได้มากกว่า 1 ชนิด ขณะที่แบบสอบถามของเสาวนีย์ ปทุมชาติ, มณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ และปิฐพล รัตนจินดา ผู้ตอบสามารถเลือกรูปแบบได้เพียง 1 ชนิดที่ใช้มากที่สุด นอกจากนี้พื้นที่ที่ทำการวิจัย, กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย และระเบียบวิธีวิจัยก็อาจส่งผลให้มีความแตกต่างกันในผลการวิจัยได้ เสาวนีย์ ปทุมชาติ สัมภาษณ์ผู้บริโภคที่อายุ 20 ปีขึ้นไปในกรุงเทพมหานคร ปิฐพล รัตนจินดา ใช้ผู้บริโภคที่ใช้ยาแผนโบราณในกรุงเทพฯ ส่วนมณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ สัมภาษณ์ผู้บริโภคที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ซึ่งทั้งหมดใช้การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างประมาณ 400 คน ขณะที่งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการจำนวน 15 คน ซึ่งการใช้ระเบียบวิธีวิจัยขึ้นกับผู้วิจัยเลือกให้เหมาะสม

งานวิจัยครั้งนี้สนใจความเป็นมาทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อระบบความคิดความเชื่อซึ่งมีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมจึงเลือกการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยปรีชา หิรัญประดิษฐ์ และ สุวิทย์ ไพบยวัฒน์ (2549: 15-20) เปรียบเทียบระเบียบการวิจัยทั้งสองวิธีว่าการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการเข้าใจความหมาย กระบวนการ ความรู้สึกนึกคิดเชื่อมโยงกับบริบทของสังคม การสรุปผลสามารถอ้างอิงได้เฉพาะกลุ่ม ส่วนงานวิจัยเชิงปริมาณมุ่งวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม การสรุปผลสามารถนำไปใช้อ้างอิงแทนประชากรทั้งหมดได้

### 2.1.3 ยานแผนโบราณที่ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือมากที่สุดและใช้มากที่สุด

James C. Young ได้สร้างแบบจำลอง The Health Care Choice Making Model (อ้างใน เขวลักษณ์ ฤทธิศรีกร 2550: 91) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการตัดสินใจการเลือกแหล่งและวิธีการรักษาที่มีในสังคม อยู่บนพื้นฐานปัจจัยกำหนด 4 ปัจจัย คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย, ความรู้เกี่ยวกับการเยียวยาแบบพื้นบ้าน ถ้าไม่รุนแรงอาจเลือกใช้การรักษาตนเอง, ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา, และการเข้าถึงแหล่งบริการ โดยพฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติเมื่อรู้ว่าเจ็บป่วย เพื่อควบคุมสถานะสุขภาพของตนเองให้เป็นปกติ ค้นหาการรักษาที่เหมาะสม บุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยด้านต่างๆ เช่น ความรุนแรงของโรค อาการของโรค ความเชื่อ ประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ แสดงออกแตกต่างกันเป็นหลายลักษณะ

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยผู้ใช้แรงงานจะมีการเลือกใช้ยาแผนโบราณแตกต่างกันตามความรู้และความเชื่อของตนเอง จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า “ผู้ใช้แรงงานทุกคนใช้ยาแผนโบราณที่ตนเชื่อถือมากที่สุด” แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและการกระทำ สอดคล้องกับ ปรีชา อุปโยธิน และ เบญจวรรณ อธิจารุกุล (อ้างใน พรรณี ธนาพล 2542: 22) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้รับการเรียนรู้ทางสังคม จะรับเอาความเชื่อไว้ในสมอง ซึ่งความเชื่อของคนในสังคมมักสอดคล้องไปในทางเดียวกับสภาพวิถีชีวิตในสังคมและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ กรกฎ ฤทธิ์ประสม (2550) กล่าวถึงความเชื่อไว้ว่า ความเชื่อหมายถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งนั้นถูกต้อง เป็นความจริง มีพื้นฐานจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ บริบทและประสบการณ์ของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ที่จะปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจนั้นขึ้นกับมุมมองของแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับ วิมล จิโรจพันธุ์ และ คณะ (2548: 48) ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของคนที่มี

ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วแสดงพฤติกรรมออกมา ทั้งทางบวกและทางลบ ความเชื่อเป็นเรื่องของศรัทธา เลื่อมใสในสิ่งที่ได้พบหรือสัมผัสด้วยประสาทสัมผัส

- ผู้ใช้แรงงานจำนวน 4 คน เชื่อถือในยาหอม ซึ่งในท้องตลาดมียาหอม มากมายหลายผู้ผลิต แต่ละผู้ผลิตจะมีสูตรตำรับที่ขึ้นทะเบียนแตกต่างกันไป จากข้อมูลของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า ตำรับยาหอมที่ขึ้นทะเบียนมีถึง 505 ตำรับ (online 22 เมษายน 2554: <http://wwwapp1.fda.moph.go.th/consumer/confame.asp>) ตามบัญชียาจากสมุนไพรรพ.ศ. 2549 (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา: 3 – 6) มีตำรายาหอมบรรจุอยู่ 2 ตำรับ ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร มีข้อบ่งใช้ในการแก้ลมกองละเอียด ได้แก่ อาการหน้ามืด ตาลาย สวิงสวาย วิงเวียน คลื่นไส้ ตาพร่าจะเป็นลม ใจสั่น และยาหอมนวโกฐ มีข้อบ่งใช้ในการแก้ลมวิงเวียน คลื่นเหียน อาเจียนในผู้สูงอายุ แก้ลมปลายไข้ ข้อบ่งใช้ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของฉัฐพร พลเสน (2547: บทคัดย่อ) ที่นำยาหอม 3 ตำรับ คือ ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร และยาหอมอินทโอสถ (ปราสาททองโอสถ) มาทำการทดลองโดยสกัดสารสำคัญจากยาหอมนำมาละลายแล้วให้ผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่เพื่อศึกษาผลของยาหอมต่อการทำงานของหัวใจที่แยกจากกายของหนูขาว พร้อมหลอดเลือด ผลการทดลองพบว่าสารสกัดจากยาหอมทั้ง 3 ตำรับมีผลทั้งการเพิ่มแรงบีบตัวและอัตราการเต้นของหัวใจ สอดคล้องกับ Duangmate Chantharangsikul (2005: Abstract) ซึ่งเป็นการทดลองเพื่ออธิบายถึงการใช้ยาหอมในอาการไม่สบายท้อง การทดลองใช้กระเพาะอาหารของหนูถีบจักรที่แยกออกมาจากตัว แล้วทำให้เกิดการหลังกรดโดยฮิสตามีน และเบทานคอล ผลการทดลองพบว่ายาหอมสามารถลดการหลังกรดที่กระตุ้นด้วยฮิสตามีนและเบทานคอลได้ ดังนั้นผลในการลดการหลังกรดของยาหอมเป็นส่วนหนึ่งของฤทธิ์ยาหอมในการรักษาอาการไม่สบายท้อง และสอดคล้องกับ Pathawee Intayoong (2006: Abstract) ที่ศึกษาฤทธิ์ของยาหอมต่อการป้องกันและรักษาแผลในกระเพาะอาหาร ทำการทดลองโดยป้อนยาหอมหนูขาวก่อนการเหนี่ยวนำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารด้วยกรดเกลือ แอสไพริน และการแช่น้ำเย็นเพื่อทำให้เกิดความเครียด จากนั้นผ่ากระเพาะอาหารเพื่อวัดขนาดของแผลในกระเพาะอาหาร และปริมาณเมือกเคลือบกระเพาะอาหาร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ายาหอมมีฤทธิ์ในการป้องกันและรักษาแผลในกระเพาะอาหารอันเป็นผลเนื่องมาจากการเพิ่มการหลั่งเมือกเคลือบกระเพาะอาหาร การลดการอักเสบ และการกระตุ้นการซ่อมแซมแผล งานวิจัยทั้งหมดส่งเสริมประสิทธิภาพและข้อบ่งใช้ของยาหอมทั้งต่อระบบหัวใจและระบบทางเดินอาหารได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ได้เป็นงานวิจัยในสัตว์ทดลอง ยังไม่มีผลการวิจัยทางคลินิกในมนุษย์ การแปลผลในสัตว์ทดลองย่อมมีความแตกต่างจากมนุษย์ได้ จึงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในมนุษย์ต่อไป เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนสรรพคุณของยาหอมให้เกิดความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น



- ผู้ใช้แรงงานจำนวน 3 คน เชื้อถั่วในยาสตรี ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า ยาสตรีขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 509 ตำรับ (online 22 เมษายน 2554: <http://wwwapp1.fda.moph.go.th/consumer/conframe.asp>) จำนวนตำรับที่มาก และมีผู้ซื้อถั่วมาก แสดงให้เห็นถึงความนิยมของยาสตรีได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ มัชฌิมา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 222) ที่พบว่ากลุ่มตำรับยาแผนโบราณที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใช้มากที่สุดคือ ยาบำรุงโลหิต ซึ่งตามบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา 2549: 10) มียารักษาอาการระดูมาไม่สม่ำเสมอหรือมาน้อยกว่าปกติ และขับน้ำคาวปลาเพียงตำรับเดียวคือ ยาประสะไพล

- ผู้ใช้แรงงานจำนวน 3 คน เชื้อถั่วในยากษัยเส้น และจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า ยากษัยเส้นขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 98 ตำรับ (online 22 เมษายน 2554: <http://wwwapp1.fda.moph.go.th/consumer/conframe.asp>)

- ผู้ใช้แรงงานจำนวน 2 คน เชื้อถั่วในยาในรูปแบบสมุนไพรเดี่ยว คือ ขมิ้นชัน และมะรุม ขมิ้นชันนั้นมีการวิจัยทางวิทยาศาสตร์รองรับเป็นจำนวนมาก มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคือ ขับลม ด้านการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ด้านเชื้อแบคทีเรีย Helicobacter ที่เป็นต้นเหตุสำคัญของการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ลดการอักเสบ ขับน้ำดี ลดการบีบตัวของลำไส้ และการทดลองทางคลินิกคือประสิทธิผลในการรักษาอาการแน่นจุกเสียด และรักษาแผลในทางเดินกระเพาะอาหาร (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา 2549: 23 - 31)

ส่วนมะรุมมีรสหวานตามรสยาไทย ประโยชน์สำหรับบำรุงกำลังและแก้อ่อนเพลีย แสดงกับอาการเบาหวาน (สมพร ภูติยานันต์ 2542: 88) สอดคล้องกับ (online 22 เมษายน 2554: <http://medplant.mahidol.ac.th/document/moringa.asp>) ที่กล่าวว่า ในตำรายาพื้นบ้านใช้ใบมะรุมพอกแผลช่วยห้ามเลือด ทำให้นอนหลับ เป็นยาระบาย ขับปัสสาวะ และช่วยแก้ไข้ ใช้ส่วนดอกและผลเป็นยาบำรุง ขับปัสสาวะ และแก้ไข้ ใช้ส่วนเมล็ดบดพอกแก้ปวดตามข้อและแก้ไข้ ในภาพรวมของข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยในระดับเซลล์และสัตว์ทดลองพบว่า มะรุมมีฤทธิ์ที่น่าสนใจมากมาย เช่น ฤทธิ์ลดความดันโลหิต ด้านการเกิดเนื้องอก ด้านมะเร็ง ลดระดับคอเลสเตอรอล ด้านการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ป้องกันตับอักเสบ ด้านออกซิเดชัน ด้านเชื้อแบคทีเรีย ลดระดับน้ำตาล และฤทธิ์ด้านการอักเสบ มีการศึกษาในคนเพียงชิ้นเดียวโดยมีเพียงรายงานเกี่ยวกับการใช้ยา Septillin® ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีสารสกัดจากพืช 6 ชนิด ได้แก่ มะรุม บอระเพ็ด จิตรลดา มะขามป้อม ชะเอมเทศ *Balsamodendron mukul* (พืชอินเดีย) และเปลือกหอยสังข์ โดยพบว่า Septillin® ให้ผลดีทางคลินิกในเด็กซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน และการติดเชื้อที่ผิวหนัง



## 2.2 ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

### 2.2.1 ลักษณะความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

#### 1) ความเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณ เพราะสรรพคุณหรือผลการรักษาที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของมณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 222) ผู้บริโภครักษาตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนเห็นว่ายาแผนโบราณมีสรรพคุณที่เชื่อถือได้เป็นลำดับที่ 1 และสอดคล้องกับ เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542: 124) ผู้บริโภคเห็นว่ายาแผนโบราณมีสรรพคุณที่เชื่อถือได้เป็นลำดับที่ 1 ผลการรักษาด้วยยาแผนโบราณเป็นไปตามสรรพคุณที่แสดงไว้ในฉลากยาเป็นลำดับที่ 6 และสอดคล้องกับ ปัฐพล รัตนจินดา (2551: 56) ผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานครเชื่อถือในคุณภาพของผลิตภัณฑ์มากที่สุด (ร้อยละ 29.52) และ ความเชื่อ ศรัทธาในยาแผนโบราณ เป็นลำดับที่ 2 (ร้อยละ 27.76) จะเห็นได้ว่าความเชื่อในสรรพคุณและประสิทธิภาพของยาแผนโบราณพบได้ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นจังหวัดสมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

ยาแผนโบราณทำจากสมุนไพร ไม่มีสารเคมีที่อันตราย สอดคล้องกับ สุทธิชัย ศรีสุภักค์วงศ์ (2546: 25) พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาครมีความเห็นด้วยว่าสมุนไพรไทยมีความปลอดภัยและคุณภาพน่าเชื่อถือ ร้อยละ (92.6) ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยมีความใกล้เคียงกันคือคนงานในโรงงานแถบพื้นที่ปริมาณชล 2 พื้นที่ (สมุทรปราการ และสมุทรสาคร) ทำให้ความคิดและความเชื่อมีความใกล้เคียงกันได้ ทั้งนี้ยาแผนโบราณที่จะมีความปลอดภัยนั้นจะต้องมีการปรุงจากแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ใน “หลักเภสัช 4” ซึ่งมีความสำคัญกับการปรุงยาแผนโบราณ (เขาวรรณ กสิพันธ์ 2522: 2, วุฒิ วุฒิธรรมเวช 2540: 44, เถลิ้มพล เกิดมณี 2547: 31) หลักเภสัช 4 ประกอบด้วย 1) เภสัชวัตถุ หมายถึง วัตถุธาตุที่นำมาใช้ประกอบเป็นยารักษาโรค 2) สรรพคุณเภสัช หมายถึงการรู้จักสรรพคุณของตัวยา ซึ่งตัวยาแต่ละตัวจะมีรสเฉพาะ การรู้จักรสของยาจะบอกถึงสรรพคุณทางยาต่อไป 3) คณาเภสัช (พิภคยา) คือตัวยาหลายสิ่งหลายอย่างรวมไว้เป็นหมวดหมู่ เรียกเป็นชื่อเดียวกันเพื่อสะดวกในการจดจำ การเขียนตำราและการปรุงยา 4) เภสัชกรรม คือ การประกอบยาวิธีต่างๆ ตามตำราที่เคยประกอบสืบต่อกันมา ตัวยาแต่ละตัวแม้จะแสดงสรรพคุณปรากฏในตัวอยู่แล้ว แต่ถ้านำมาใช้เฉพาะอย่างเดี่ยวอาจมีสรรพคุณอ่อน บางทีอาจจะไม่มีสรรพคุณพอที่จะรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ประกอบยาดังรวบรวมตัวยาหลายอย่างทำการผสมเข้ากัน เรียกว่า “การประกอบยา” สำหรับบำบัดโรคต่างๆ ด้วย

เหตุนี้ยาไทยตำรับหนึ่งๆ จึงมีตัวยาหลายชนิด แบ่งเป็น ตัวยาตรง ตัวยาช่วย ตัวยาประกอบ ตัวยาชูกำลัง ชูรส และแต่งสีของยา

ข้อค้อยของยาแผนโบราณที่ทำให้บุคลากรสาธารณสุขบางคนไม่เชื่อ เพราะยาแผนโบราณไม่มีงานวิจัยรองรับเช่นยาแผนปัจจุบัน สอดคล้องกับ คณะกรรมการแห่งชาติ ด้านยา (2549: ข) ที่กล่าวว่า แพทย์แผนปัจจุบันไม่นิยมการใช้ยาจากสมุนไพร เป็นเพราะยังไม่มี การศึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาจากสมุนไพรในหลักสูตรการเรียนการสอน ไม่มีต้นแบบการใช้ยาจากสมุนไพรในคณะแพทยศาสตร์ รวมทั้งมีงานวิจัยจากสมุนไพรทางคลินิก น้อย สอดคล้องกับ ปิตพงษ์ เกษสมบุญและคณะ (2540: บทคัดย่อ) ที่พบว่าทำให้ความรู้และ ข้อมูลทางวิชาการแก่แพทย์ในยาแคปซูลขมิ้นชันทำให้แพทย์มีการยอมรับแต่ละระดับต้น คือ ขั้นรับรู้ ขั้นสนใจ และขั้นไตร่ตรอง ส่วนการยอมรับในขั้นทดลองใช้และขั้นการนำมาใช้กับตนเองเพิ่มขึ้น เพียงส่วนน้อย และสอดคล้องกับงานวิจัยระดับชาติเกี่ยวกับระบบยาไทยของจิราพร ลิ้มปานานนท์ (2551: 234 – 235) พบปัญหาในเรื่องของบุคลากรแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นใน ประสิทธิภาพ ไม่กล้าสั่งใช้ยาสมุนไพร แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่รู้จักสรรพคุณของ สมุนไพรและวิธีการใช้ยาสมุนไพร และข้อมูลการศึกษาวิจัยด้านประสิทธิภาพ และความปลอดภัย ของยาสมุนไพรมีผู้ทำการศึกษาและเผยแพร่ น้อย ขาดฐานข้อมูลในการสืบค้นหาข้อมูลวิชาการที่ สามารถนำมาใช้ได้จริงในโรงพยาบาล

## 2) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากภูมิปัญญาไทย

ผู้ใช้แรงงานทุกคนเห็นว่ายาแผนโบราณเป็นภูมิปัญญาไทยที่ควรอนุรักษ์ วิมล จิโรจพันธ์ และ คณะ (2548: 143) ได้ให้ความหมายของภูมิปัญญาไทยไว้ว่า

“องค์ความรู้ ความสามารถ และทักษะของคนไทยที่เกิดจากการสั่งสม ประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการเลือกสรร เรียนรู้ ปูรังแต่ง และถ่ายทอดสืบต่อกันมาเพื่อใช้ แก้ปัญหาและพัฒนาวิถีชีวิตของคนไทยให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและเหมาะสมกับยุคสมัย”

เอกวิทย์ ฌ ถกลาง ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม คน และ ภูมิปัญญาไทยไว้อย่างครอบคลุมว่า

“เป็นผลของประสบการณ์สั่งสมของคนที่เรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มชนเดียวกัน และระหว่างกลุ่มชนหลายๆ ชาติพันธุ์ รวมไปถึง โลกทัศน์ที่มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ภูมิปัญญาเหล่านี้เคยเอื้ออำนวยให้คนไทยแก้ปัญหาได้ดำรงอยู่ และสร้างสรรค์อารยธรรมของเราเองได้อย่างมีดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในระดับพื้นฐาน หรือระดับชาวบ้าน ภูมิปัญญาในแผ่นดินนี้มีได้เกิดขึ้นเป็นเอกเทศ แต่มีส่วนแลกเปลี่ยน เลือกรับ และปรับใช้ภูมิปัญญาจากอารยธรรมอื่นตลอดมา” (วิมล จิโรจพันธ์ และ คณะ 2548: 141)

ผู้ใช้แรงงานโรงงานเห็นสมควรให้อนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยการเพราะเป็นความคิดหรือภูมิปัญญาของคนสมัยโบราณ ยาแผนโบราณมีประโยชน์ ยาแผนโบราณหายาก ยาแผนโบราณมีในร้านยา ยาแผนโบราณผลิตในประเทศ ผลการวิจัยสอดคล้องกับ ทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่นิยม กล่าวว่สังคมทุกสังคมจะต้องมีโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วยหน่วยต่างๆ แต่ละหน่วยต่างทำหน้าที่ประสานกัน แต่ละหน่วยต่างปฏิบัติหน้าที่เพื่อความคงอยู่ของสังคม แต่ละหน่วยต่างยึดระบบค่านิยมเป็นแนวในการปฏิบัติหน้าที่ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2551: 52) โครงสร้างทางสังคมเรื่องการดูแลสุขภาพและการใช้ยาแผนโบราณมีหน้าที่รับผิดชอบสุขภาพคนไทยมาเป็นระยะเวลาเวลานาน จึงทำให้การแพทย์แผนไทยและยาแผนโบราณอยู่คู่กับสังคมไทย แต่เมื่อเวลาผ่านไปโครงสร้างดังกล่าวหมดความสำคัญลง หน้าที่ที่เคยรักษาอาการเจ็บป่วยประชาชนก็ลดน้อย ระบบการแพทย์แผนไทยจึงเสื่อมลง จนกระทั่งหลังจากการอนุรักษ์และฟื้นฟู หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนไทยและยาแผนโบราณก็ได้รับการยอมรับอีกครั้ง การกลับมาทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของคนไทยทำให้ยาแผนโบราณยังสามารถอยู่ได้ในสังคมปัจจุบัน

### 3) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า

ด้านผลการรักษาช้า ผู้ใช้แรงงานบางคนให้ความเห็นว่า “ช้า” เมื่อเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน แต่หลายคนมองว่าแล้วแต่กรณี สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532: 73) การตัดสินใจใช้สมุนไพรเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบันมีแนวโน้มลดความสำคัญลง โดยเฉพาะในการตัดสินใจใช้ขั้นตอนแรก ในความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ส่วนใหญ่ใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่า ด้วยประสิทธิภาพที่หายเร็ว หาซื้อง่าย สะดวกใช้ และราคาไม่แพง สอดคล้องกับ สุภารัตน์ ตันฑิอารยะ (2548: 272) ความเจริญก้าวหน้าทางการสาธารณสุขทำให้การรักษาโรคโดยหมอยาแผนโบราณลดลง ส่วนใหญ่ประชาชนนิยมเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐเพราะความสะดวก และราคาถูก อีกทั้งยาที่จ่ายจากหมอแผนปัจจุบันก็รับประทานง่าย และได้ผลรวดเร็ว แม้แต่หมอยาเองเมื่อเจ็บป่วยก็เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐเช่นกัน

### 4) ความเชื่อเรื่องรสชาติของยาแผนโบราณ

ด้านรสชาติของยาแผนโบราณ รสชาติและกลิ่นของยาแผนโบราณทำให้ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่ชอบ สอดคล้องกับ มัณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 216) ข้อบกพร่องของยาแผนโบราณที่ต้องปรับปรุงในเรื่องของรูปแบบยาแผนโบราณมาเป็นอันดับที่ 2 รองจากด้านสรรพคุณ ซึ่งยาแผนโบราณควรเป็นเม็ด หรือแคปซูล เม็ดเล็กกลืน กลืนน้อยลง และเรื่องรสชาติที่ไม่ดี แต่ในบางคนไม่มีปัญหาในรสชาติและกลิ่นของยาแผนโบราณเพราะสนใจในประสิทธิภาพการรักษา ส่วนการแก้ปัญหของเภสัชกรแผนโบราณ คือ การแต่งรส ให้คนไข้รับประทานง่าย

ขึ้น สอดคล้องกับตำรับยาไทย (สมพร ภูติยานันต์ 2542: 345) มีองค์ประกอบสำคัญคือ ตำยาหลัก ใช้แก้โรคโดยตรง ตำยาเสริมฤทธิ์ ช่วยเสริมสรรพคุณดียิ่งขึ้น ตำยากุมฤทธิ์ ให้ฤทธิ์ตำยาหลัก เป็นไปตามต้องการ ตำยาบำรุงธาตุ ตำยาระบาย เพื่อขับถ่ายของเสียไม่ให้หมักหมมคั่ง และตำยาแต่งกลิ่นรส ช่วยให้รับประทานง่าย

#### 5) ความเชื่อว่ายาแผนโบราณมีความปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ

ผู้ใช้แรงงานหลายคนเห็นด้วย และบางคนให้เหตุผลเพิ่มเติมจาก ประสบการณ์การใช้ที่ปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยของคันสนีย์ ฤทธิ์ทองพิทักษ์ (2546: 79) ประชาชนมีทัศนคติต่อสมุนไพรไทยในเชิงบวก ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการใช้ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติจะดีต่อสุขภาพ การใช้สมุนไพรไทยในการรักษาโรคมียผลข้างเคียงน้อยกว่าผลิตภัณฑ์ที่ได้จากสารเคมี สอดคล้องกับ สุทธิชัย ศรีสุภักวงศ์ (2546: 25) พนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม อ.เมือง จ.สมุทรสาครมีความเห็นว่าสมุนไพรไทยมีความปลอดภัยและคุณภาพน่าเชื่อถือร้อยละ 92.6

บางคนกลัวการปนเปื้อนของสารเคมี เช่น สเตียรอยด์ (steroid) โดยจะ มั่นใจเฉพาะยาที่ผ่าน อย. แล้ว สอดคล้องกับ ศิรินารถ วาสนะวัฒน์ (2553: 107 – 108) ที่พบปัญหา ในการเลือกใช้สมุนไพรคือ ปัญหาคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร การ เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาสมุนไพรกับยาอื่นที่ใช้ร่วมกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการ โฆษณาอวดอ้างหรือโอ้อวดเกินความเป็นจริง จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2551 พบผลิตภัณฑ์ยาที่จำหน่ายในตลาดไม่มีเลขทะเบียนจำนวน 963 ตัวอย่าง การ ปนเปื้อนมีทั้งเชื้อจุลินทรีย์ (ร้อยละ 29.0) โลหะหนัก (ร้อยละ 18.3) และการปนปลอมยาแผน ปัจจุบัน เช่น สเตียรอยด์ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาลดความ อ้วน (ร้อยละ 20.1)

ด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของยาแผน โบราณว่าควรรับประทานยาแผนโบราณในระดับที่เหมาะสม และการใช้ในปัจจุบันแตกต่างจาก สมัยก่อนที่อยู่ในรูปเภสัชตำรับ ซึ่งการใช้โดยขาดองค์ความรู้ที่เพียงพออาจทำให้เกิดโทษได้

#### 6) ความเชื่อถือในยาแผนโบราณจากประสบการณ์การใช้

ผู้ใช้แรงงานเห็นด้วยกับผลการรักษาที่ดีทำให้เชื่อถือประสิทธิภาพ ยาแผนโบราณ และเมื่อใช้ยาแผนโบราณแล้วได้ผลดีก็จะเกิดการบอกต่อ สอดคล้องบางส่วนกับ มัชฌนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 117) ผู้ใช้ยาแผนโบราณในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ให้ คะแนนอยู่ในช่วงไม่แน่ใจเรื่องความเชื่อมั่นสรรพคุณทางยาของยาแผนโบราณ สอดคล้องกับ สุทธิชัย ศรีสุภักวงศ์ (2546: 41) วิธีการเลือกซื้อสมุนไพรไทยของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัด

สมุทรสาครดูจากสรรพคุณมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาคือได้รับ อย. และพิจารณา ส่วนประกอบ ตามลำดับ สอดคล้องกับ ลักคณา เกิดศิริ (2538: 85) ประสิทธิภาพของยาเป็นเหตุจูงใจที่สำคัญมูลเหตุหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแผนโบราณมากที่สุด ประสิทธิภาพของ ยาแผนโบราณใช้ได้ผลดีและมีอันตรายน้อย คิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมาคือ ได้ผลดี มีผู้แนะนำ อันตรายน้อย และราคาถูก ร้อยละ 24 และน้อยที่สุดพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ยาแผนโบราณเพราะ ราคาถูกเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 0.67

แต่บางคนมีประสบการณ์กับประสิทธิภาพที่ไม่ดีของยาแผนโบราณ คือ รับประทานแล้วหายช้า หรือไม่ผลตามที่หวังไว้ สอดคล้องกับ มัณฑนา ททรัพย์เจริญพันธ์ (2550: 216) ความคิดเห็นของผู้บริโภคภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนต่อสรรพคุณยาแผนโบราณ 5 อันดับแรก คือ ควรปรับปรุง, ดี, บางตัวโฆษณาเกินจริง, ควรระบุโรคที่รักษาให้ชัดเจน, และเห็นผลช้า ตามลำดับ

#### 7) ความไม่เชื่อถือในยาแผนโบราณของเด็กรุ่นใหม่

ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นด้วย เพราะความคุ้นเคยในยาแผนปัจจุบัน, รสชาติที่ไม่ดีของยาแผนโบราณ, ยาแผนโบราณล้ำสมัยใช้กับคนสูงอายุ, ไม่มีความรู้ในเรื่องยาแผนโบราณ, ไม่เชื่อถือในยาแผนโบราณ ผลการวิจัยสอดคล้องกับ ปรีชา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกตุราภาส และคณะ 2553: 136) ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25 – 59 ปี มีการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 44.2, 45.7, และ 44.8 ในปี พ.ศ. 2548 – 2550 ขณะที่ผู้สูงอายุมีปริมาณการใช้ร้อยละ 39.9, 44.5, และ 41.1 แต่วัยรุ่นอายุ 15 – 24 ปี มีการใช้ยาแผนโบราณ/ยาสมุนไพรเพียง ร้อยละ 0.3, 3.7, และ 7.6

ผู้ใช้แรงงานบางคนไม่เห็นด้วย เพราะการใช้ยาแผนโบราณมาจากพ่อแม่ หากพ่อแม่แนะนำ เด็กก็ยังใช้อยู่ ความเห็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอรุณศรี มงคลชาติ (2535: 45 -49) พบว่า การใช้ยาแผนโบราณในเด็กเล็กช่วง อายุ 0 – 5 ปี, อายุ 6 – 12 ปี, และอายุ 13 – 20 ปี จะสูงกว่าวัยรุ่นช่วงอายุ 21 – 30 ปี, วัยผู้ใหญ่ 31 – 45 ปี, 46 – 59 ปี และวัยชรา 60 ปีขึ้นไป เพราะวัยเด็กนั้นการตัดสินใจเมื่อเจ็บป่วยจะขึ้นกับผู้ปกครองที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน ซึ่งจะเลือกการรักษาที่ตนเองคุ้นเคยและมีประสิทธิภาพ ในร้านขายยาของจังหวัดสมุทรปราการมียาแผนโบราณของเด็กที่ชาวบ้านชอบใช้ เช่น ยาเขียว ยาน้ำแก้ร้อนใน ยากวาดลิ้น เป็นต้น (สำรวจ วันที่ 20 มีนาคม 2554) แต่ทั้งนี้งานวิจัยของอรุณศรี มีการแบ่งการใช้ยาเพียงสองกลุ่มคือ ยาแผนโบราณ และยาสมุนไพร แต่ในสภาพแวดล้อมของผู้ใช้แรงงานปัจจุบันมียาแผนปัจจุบันเป็นอีกตัวเลือกที่มีความสำคัญ ซึ่งหากมีการแบ่งหัวข้อดังกล่าวข้อมูลที่ได้อาจจะแตกต่างจากนี้



## 2.2.2 ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อการใช้ยา

### แผนโบราณ

#### 1) การเปลี่ยนแปลงองค์การสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

##### ยาแผนโบราณ

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาสังคมผ่าน “องค์การสังคม” (Social organization) แบ่งออกเป็น 5 ประเภทใหญ่ ได้แก่ กลุ่มสังคม (Social group), ครอบครัว (Family), ชุมชน (Community), สหกร (Association), ชั้นชั้น (Social Class) (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550: 4-7) ดังนี้

#### (1) การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

บทบาทและความสำคัญของครอบครัว ได้มีนักวิชาการนิยามไว้หลายคน ดังนี้ นิยพวรรณ วรณศิริ (2550: 169) กล่าวว่า ครอบครัวคือหน่วยทางสังคมหน่วยหนึ่ง หรือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะภาพเป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ กลุ่มบุคคลนี้ผูกพันกันโดยบทบาทหน้าที่ต่อกันและกัน คาดหวังต่อกัน บุคคลอื่นจะสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มนี้ก็โดยการกำหนดฐานะภาพและบทบาทของตนเสียก่อน สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550: 4-7) กล่าวว่า ครอบครัวคือกลุ่มสังคมชนิดที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ทางเพศกันส่วนหนึ่ง และมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตอีกอย่างหนึ่ง ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเป็นแบบความสัมพันธ์ทั้งตัว เพราะเป็นสามีภรรยา พ่อแม่ลูก หรือความเป็นญาติ และวิมล จิโรจพันธุ์ (2538: 54) กล่าวว่า สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดเพราะมีการถ่ายทอดการเรียนรู้ทุกเรื่องในการดำรงชีวิตต่อบุตรหลาน

สำหรับความเชื่อถือในยาแผนโบราณของครอบครัว จะเห็นได้ว่าผู้ใช้แรงงานทุกคนเชื่อถือในยาแผนโบราณ เพราะมีคนในครอบครัวใช้ เช่น พ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ บางคนให้ความเห็นว่าคนที่เชื่อมักเป็นคนต่างจังหวัด ผลการวิจัยสอดคล้องกับ ลักคณา เกิดศิริ (2538: 84) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเหตุจูงใจครั้งแรกให้มาใช้ยาแผนโบราณเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดถึงร้อยละ 72.33 ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับคำแนะนำจากญาติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.67 และ สอดคล้องกับ วิมล จิโรจพันธุ์ (2538: 54) สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดเพราะมีการถ่ายทอดการเรียนรู้ทุกเรื่องในการดำรงชีวิตต่อบุตรหลาน

การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว

การเปลี่ยนแปลงสภาพของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการใช้ยาแผนโบราณ ผู้ใช้แรงงานให้ความเห็นว่าทำให้เด็กไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้ยาแผนโบราณ และผู้ใช้แรงงานบางคนให้ข้อมูลว่าที่บ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า พ่อแม่ – ญาติผู้ใหญ่ยังใช้ยาแผนโบราณแต่ปัจจุบันไม่ค่อยใช้ สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532: 80) ลักษณะครัวเรือน



ขยาย และครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ พบว่ามีอัตราการใช้สมุนไพรสูงกว่าครัวเรือนเดี่ยว และครัวเรือนที่ไม่มีคนเฒ่าคนแก่ สืบเนื่องมาจากประสบการณ์การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรผ่านสายใยการสืบทอดจากคนเฒ่าคนแก่ ดังนั้นครัวเรือนขยายจึงมีแนวโน้มการใช้สมุนไพรมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วย ไค - สแควร์ พบว่าลักษณะครัวเรือนดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้สมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10 สอดคล้องกับ มยุรี เปาประคิษฐ์ (2530: 27) พบว่าการใช้ยาพื้นบ้านในครอบครัวขนาดเล็ก ต่างกับครอบครัวขนาดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10 โดยครอบครัวขนาดใหญ่มีการใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการ อูจจาระร่วงมากกว่า และสอดคล้องกับ ประคิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง กระบวนการดังกล่าวได้ขาดหายไปคงเหลือบางครัวเรือน สอดคล้องกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม คือ การละทิ้งวัฒนธรรมเดิม (Cultural loss) เป็นการรับสิ่งใหม่ๆ มาผนวกเข้ากับสิ่งเก่าๆ การยอมรับในสิ่งใหม่ๆ จะนำไปสู่การละทิ้งสิ่งเก่าที่เคยมีมาแต่เดิมเสมอ แต่การละทิ้งวัฒนธรรมเดิมอาจจะไม่มีสิ่งใหม่มาทดแทนก็ได้ (นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 255 - 259) ในกรณีนี้พบว่ามี การละทิ้งวัฒนธรรมการแพทย์แผนไทยของครอบครัวเดี่ยว และยอมรับวัฒนธรรมการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาแทนที่ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกระบวนการปลูกฝังทางวัฒนธรรม (Enculturation) ให้แก่สมาชิกในวัยเยาว์หายไป

## (2) การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มสังคม

กลุ่มเพื่อนในที่ทำงานถือเป็นกลุ่มสังคมที่สำคัญของผู้ใช้แรงงาน จากทั้งที่ทำงานและหอพัก สัจญา สัจญาวิวัฒน์ (2550: 4 - 7) ได้กล่าวว่า กลุ่มสังคม หมายถึงองค์การสังคมขนาดเล็ก มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจนถึงประมาณ 10 คน สมาชิกมีความรู้จกมักคุ้นสนิทสนมกัน คบหากันทั้งตัว (total self) เช่น กลุ่มคนทำงานเดียวกัน กลุ่มเพื่อนเล่น

เพื่อนที่อยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมยังมีการใช้ยาแผนโบราณอยู่ ผู้ใช้แรงงานบางคนยังได้รับคำแนะนำการใช้ยาแผนโบราณจากเพื่อน หรือแนะนำยาแผนโบราณให้เพื่อนใช้

แต่ผู้ใช้แรงงานอีกกลุ่มหนึ่งให้ข้อมูลว่าผู้ใช้แรงงานที่โรงงานไม่ค่อยใช้ยาแผนโบราณแล้วหรือใช้ลดน้อยลง สอดคล้องกับ ปรียา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกตธรากร 2553: 147 - 152) พ.ศ. 2546 – 2550 กลุ่มผู้ใช้ยาแผนโบราณมีอาชีพช่างเทคนิค อยู่ในช่วงร้อยละ 0.0 – 2.7, เครื่องจักรอยู่ในช่วงร้อยละ 0.6 – 2.4 และอาชีพขั้นพื้นฐาน อยู่ในช่วงร้อยละ 3.1 – 9.0 (ดูตารางที่ 4.5 ประกอบ)

การแนะนำกันใช้ยาแผนโบราณของกลุ่มเพื่อน

ผลของกลุ่มเพื่อนในที่ทำงานหรือหอพักพบว่ามีหลายแบบ ทั้งเป็นผู้แนะนำให้เพื่อนใช้, ซื้อตามเพื่อน หรือเพื่อนแนะนำให้ใช้ สอดคล้องกับ ลักคณา เกิดศิริ (2538: 84) ผู้ซื้อยาแผนโบราณที่วัดโพธิ์ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนมากเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 25.33 สอดคล้องบางส่วนกับ สุทธิชัย ศรีสุภักวงศ์ (2546: 38) บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการใช้สมุนไพรไทยเรียงตามลำดับได้ดังนี้ ตนเอง ร้อยละ 60.6,ญาติพี่น้อง ร้อยละ 19.4, เพื่อน ร้อยละ 14.7 การแนะนำกันใช้ยาแผนโบราณสอดคล้องกับทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (diffusionism) วัฒนธรรมหนึ่งๆ จะแพร่กระจายไปยังแหล่งอื่นๆ ได้ต้องยึดหลักว่า วัฒนธรรม คือ ความคิดและพฤติกรรม ที่ติดตัวบุคคล บุคคลไปถึงที่ใดวัฒนธรรมก็จะไปถึงที่นั่น การแพร่กระจายของวัฒนธรรมจะขึ้นกับปัจจัยภูมิศาสตร์, ปัจจัยทางเศรษฐกิจ, ปัจจัยทางสังคม และการคมนาคมที่ดี (นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 85) การย้ายถิ่นของผู้ใช้แรงงานนำความนิยมในการใช้ยาแผนโบราณมาด้วย จากนั้นจึงแพร่กระจายสู่เพื่อนร่วมงานหรือหอพักโดยการบอกต่อและแนะนำกันใช้

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกล่าวถึงการใช้จ่ายดูแลสุขภาพความอ้วนในกลุ่มผู้หญิง ได้แก่ แคปซูลขมิ้นชัน มะรุม เป็นลักษณะของความสวยงาม สอดคล้องกับ ภก.วีรภัทร พลายงาม (สัมภาษณ์) ที่กล่าวถึงปัญหาหาสมุนไพรร้านรถเข็นตามห้างสรรพสินค้า จากประสบการณ์การตรวจของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคพบว่า เป็นยาที่ไม่มีทะเบียน ไม่มีสถานที่ผลิต อ้างสรรพคุณเกินจริง มีการนำเอาความงาม เช่น ลดน้ำหนัก มาหลอกลวงผู้บริโภค

### (3) การเปลี่ยนแปลงของชุมชน

งานวิจัยหลายพื้นที่ของประเทศแสดงให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพของประชากรไทยในแต่ละชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร และนอกกรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วยทั้งความเชื่อในเรื่องบุญ – กรรม สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ไสยศาสตร์ พิธีกรรมในการรักษา ฯลฯ เช่น เอมอร ศรีชั้น (2528) ศึกษาตำรายาแผนโบราณในสมุดไทยของ จ.สุพรรณบุรี นครปฐม และสมุทรสาคร คุณช่วย ปิยวิทย์ (2532) ศึกษาตำรายาพื้นบ้าน จากวัดบึง อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา ในด้านภาษาและคติความเชื่อ สุดารัตน์ ตันต้ออาริยะ (2548) ศึกษาตำรายาพื้นบ้านจากสมุดไทย จ.พังงา วุฒินันท์ พระภูจันง (2534) ศึกษาการใช้สมุนไพรของชาวชนบท อ.สตึก จ.บุรีรัมย์ พรทิพย์ อุดรรัตน์ (2536) ศึกษาการดำรงอยู่ของการรักษาด้วยยาแผนโบราณ ร้านยาเจ้ากรมเปือ ลักคณา เกิดศิริ (2538) ศึกษาวัดโพธิ์ ฝ่ายสังฆวาส เกี่ยวกับยาแผนโบราณ เสาวภา และคณะ (2541) ศึกษาการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยของพ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงส์ ซึ่งเป็นนักปราชญ์และหมอพื้นบ้านที่ได้รับ

การช่อกจากชาวบ้าน อ.เมือง จ.มหาสารคาม ผู้ใช้แรงงานแต่ละคนที่มาจากถิ่นเดิมมักเคยได้สัมผัสเกี่ยวกับยาแผนโบราณและยาสมุนไพรมาบ้าง

แต่เมื่อมาอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการบางคนแสดงความคิดเห็นว่าในชุมชนมีส่วนน้อยที่เชื่อในยาแผนโบราณ ในมุมมองของผู้ใช้แรงงาน อายุเป็นปัจจัยสำคัญของคนในชุมชนที่จะเชื่อในยาแผนโบราณ โดยมักเป็นผู้สูงอายุที่เชื่อ แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนให้ความเห็นว่าในชุมชนยังเชื่ออยู่ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530: บทคัดย่อ) ที่พบว่าประชาชนในเขตยากจนจังหวัดลำปางยังใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการอุจจาระร่วงร้อยละ 55.0 และมีตำรับยาพื้นบ้านรักษาอาการท้องร่วง ไม่สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532: บทคัดย่อ) ที่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สมุนไพรมีความสำคัญในฐานะเป็นทางเลือกหนึ่งของพฤติกรรมแสวงหาบริการในระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะของชุมชน ในหมู่บ้านหนึ่งของจังหวัดยโสธร มีการใช้สมุนไพรในการรักษาความเจ็บร้อยละ 41.4 ของความเจ็บป่วยทั้งหมด และไม่สอดคล้องกับ วุฒินันท์ พระภูจาง (2534: บทคัดย่อ) พบว่ามีการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเจ็บป่วยเล็กน้อยๆของชาว อ.สตึก จ.บุรีรัมย์ ซึ่งหากคนใช้รักษาด้วยตนเองไม่หาย ก็มาปรึกษาหมอแผนโบราณ หมอพื้นบ้าน และหมอพระ ในหมู่บ้านตนเองหรือข้างเคียงรักษา ถ้าไม่ดีขึ้นชาวบ้านจึงไปพึ่งยาชุดที่ร้านยา หรือแพทย์แผนปัจจุบันรักษา และหากแพทย์แผนปัจจุบันรักษาไม่หาย จะกลับมาใช้สมุนไพรด้วยตนเองอีกครั้ง เนื่องจากพื้นที่ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นในเขตเมืองของจังหวัดสมุทรปราการ ความเชื่อในเรื่องการแพทย์แผนโบราณหมอฟื้นบ้านจึงน้อย จากการสัมภาษณ์พบว่าไม่มีผู้ใช้แรงงานรู้จักหมอฟื้นบ้านในพื้นที่ ขณะทำงานวิจัยอื่นเลือกพื้นที่ห่างไกลในช่วง พ.ศ. 2530 - 2534 ผลการใช้ยาแผนโบราณของชุมชนจึงความแตกต่างกัน

#### (4) การเปลี่ยนแปลงของชนชั้น

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550: 4 -7) กล่าวว่า ชนชั้น คือ การจัดชนชั้น (stratification) ทางสังคมที่แบ่งคนออกเป็นกลุ่มหรือเป็นชั้นตามสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (social economic status) และเทพินทร์ พิชรานุกรักษ์ (2548: 64 – 65) กล่าวว่าโดยทั่วไปชนชั้นทางสังคมจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ชนชั้นสูง เป็นกลุ่มที่มีอำนาจสั่งการควบคุมการใช้ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ มีทุน มีวิถีดุคิเบ ตลอดจนเป็นเจ้าของเทคโนโลยีโรงงานในการผลิต ชนชั้นกลาง ได้แก่ กลุ่มคนที่มีทักษะหรือความสามารถขั้นสูง ส่วนชนชั้นแรงงาน เป็นกลุ่มคนที่เป็นแรงงานไม่มีฝีมือ ได้รับค่าจ้างจากการใช้แรงงานของตนมากกว่าจากทักษะ การจำแนกบุคคลตามชนชั้นอาจกระทำได้ง่ายๆ จากการพิจารณาฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม หรือพิจารณาจากระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และการได้รับเกียรติทางสังคม สำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงานมีการใช้

ยาแผนโบราณน้อย ปรีชา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกตตราศ 2553: 147 - 152) ศึกษาถึงร้อยละของผู้ที่ใช้ยาแผนโบราณในช่วง พ.ศ 2546 – 2550 พบว่า ผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม คือช่างเทคนิค มีการใช้ยาแผนโบราณอยู่ในช่วงร้อยละ 0.0 – 2.7 และ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรใช้ยาแผนโบราณร้อยละ 0.6 – 2.4 สอดคล้องกับ พิชญเรข เจริญจันทร์คุปต์ (2546: 23 – 24) แสดงให้เห็นถึงการรักษาของคนงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือเมื่อมีอาการไข้ พบว่าร้อยละ 75.3 เคยใช้สิทธิ์ในโครงการประกันสังคม และเมื่อต้องการซื้อยารักษาไข้จะซื้อในร้านขายยาทั่วไปร้อยละ 69.0 รองลงมาคือซื้อยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 18.3

## 2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

### ยาแผนโบราณ

สุริชัย หวันแก้ว (2535: 157 – 160) การจำแนกประเภทของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แบ่งออกตามแหล่งที่มาของการเปลี่ยนแปลงออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Endogenous Change) การเปลี่ยนแปลงจากภายนอก (Exogenous Change)

### (1) ปัจจัยภายใน

#### ก. ค่านิยม

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549: ฉ – ช) กล่าวว่าในปี พ.ศ. 2546 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า กระแสการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรกำลังเป็นที่นิยมทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวแต่ละปีไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ซึ่งการใช้ยาจากสมุนไพรที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งมาจากนโยบายหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ ระบบการขายตรง, และการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณ สอดคล้องกับ ปิฐพล รัตนจินดา (2551: 65) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับค่านิยมในการใช้สินค้าไทยมีอิทธิพลต่อการใช้ยาแผนโบราณ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ ประสบการณ์การใช้ และค่านิยมตามความเชื่อทางศาสนา และ สอดคล้องกับความนิยมในการแพทย์ทางเลือก (เทพินทร์ พิชรานุรักษ์ 2548: 162 -170) เกิดจากความสงสัยในประโยชน์ของวิทยาศาสตร์และความชำนาญพิเศษของการแพทย์ชีวภาพ การแพทย์ทางเลือกสามารถให้ความหมายต่อชีวิตและความเจ็บป่วยได้ดีกว่า รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้เยียวยา (healer) และบุคคล ซึ่งการแพทย์ชีวภาพทำให้บุคคลต้องสละความเป็นตัวของตัวเอง สวมชุดโรงพยาบาล จำกัดพื้นที่การอยู่อาศัยในหอผู้ป่วย กำหนดอาหารและเวลาในการบริโภค ขณะที่แพทย์ทางเลือกผู้เยียวยาจะอยู่ในสภาพทางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกันกับผู้ถูกรักษา การรักษาไม่ได้นำคนไข้ออกจากสิ่งแวดล้อมที่ตนเองอยู่ ความแตกต่างดังกล่าวจึงไม่เกิดขึ้น

### ข. การขัดเกลาทางสังคม

เมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านอีก กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป สอดคล้องกับ ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) ผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง กระบวนการดังกล่าวได้ขาดหายไปคงเหลือบางครัวเรือน และสอดคล้องกับ สัตยญา สัตยญาวิวัฒน์ (2550: 4 - 13) การขัดเกลาทางสังคม (socialization) หมายถึง การถ่ายทอดวัฒนธรรมจากคนชั่วอายุหนึ่งไปยังอีกชั่วอายุหนึ่ง รวมถึงการเรียนรู้ระหว่างกันของคนชั่วอายุเดียวกันด้วยกระบวนการถ่ายทอดมีทั้งเนื้อหาสาระ และการฝึกความชำนาญในการใช้เนื้อหาสาระนั้นด้วย

### ค. การศึกษา

ผู้ใช้แรงงานบางคนให้ความเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จักและไม่ใช้ยาแผนโบราณ เนื่องจากการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน มีหลายงานวิจัยกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการใช้ยาแผนโบราณ ดังนี้ พรทิพย์ อุดมรัตน์ (2536: 116) พบว่าผู้ที่มาซื้อยาแผนโบราณที่ร้านขายยาเจ้ากรมเป็มีตั้งแต่ผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จนถึงมีการศึกษาระดับปริญญาโท และตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมาซื้อยาสมุนไพรเดี่ยวมากกว่าการซื้อยาแผนโบราณตำรับ แสดงว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณพบได้ในทุกช่วงอายุ แต่งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่มีตัวเลขแสดงเป็นหลักฐานชัดเจนว่าระดับการศึกษาของผู้ซื้อยาเป็นอย่างไร ขณะที่ลักคณา เกิดศิริ (2538: 82) พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ซื้อยาแผนโบราณที่วัดโพธิ์มีการศึกษาก่อนข้างต่ำ โดยพบผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.0 สอดคล้องกับ ปริญญา มิตรานนท์ (ในประพนธ์ เกตุรากาศ 2553: 141 – 142) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 – 2550 กลุ่มผู้ใช้ยาแผนโบราณสูงที่สุดคือ กลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา การทดสอบทางสถิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาและการใช้ยาแผนโบราณ คืองานวิจัยของ อรุณศรี มงคลชาติ (2535: 51 – 53) พบว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.0 มัธยมศึกษา ร้อยละ 75.4 ปวช. ปวท. และอนุปริญญา ร้อยละ 71.8 ปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 63.7 จากข้อมูลจะเห็นว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่ามีการใช้ยาแผนโบราณน้อยที่สุด เมื่อทดสอบสถิติของความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณ เป็นความสัมพันธ์ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากข้อมูลทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษากับการใช้



ยาแผนโบราณยังไม่ชัดเจนนัก สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานที่ทำการวิจัยจำนวน 10 คนใน 15 คน (ร้อยละ 66.67) เห็นว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคลหรือไม่มีผล

อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า การศึกษาส่งผลให้การใช้ยาแผนโบราณเปลี่ยนแปลงไป คือ ทำให้ผู้ใช้แรงงานมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น และคนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สอดคล้องกับ ศิรินารถ วาสนะวัฒน์ (2553: 105 – 110) ที่รวบรวมข้อมูลปัญหาคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร ระหว่างปี 2547 – 2551 พบผลิตภัณฑ์ยาจำหน่ายโดยไม่มีเลขทะเบียน 963 ตัวอย่าง ตัวอย่างที่เก็บตรวจมีทั้งการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ โลหะหนัก การตกค้างของสารกำจัดศัตรูพืช การปนปลอมด้วยยาแผนปัจจุบัน เช่น สเตียรอยด์, ยาแก้ปวด NSAIDS (non – steroidal anti - inflammatory drugs) และยาลดความอ้วน เป็นต้น การมีความรู้ดังกล่าวสามารถป้องกันอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณที่ผิดมาตรฐานได้

#### ง. การคมนาคม

การคมนาคมมีผลให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง จังหวัดสมุทรปราการมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่รับผู้ประกันตน ผู้ใช้แรงงานสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ใกล้และสะดวกดังกล่าวต่อไปนี้

“มีผล คนไปหาใกล้ๆ ก่อน คนสมัยนี้มักไปหาแผนปัจจุบันก่อน เพราะโรงพยาบาล, อนามัยอยู่ใกล้ก็ไปถึงก่อน”

“หาหมอแผนปัจจุบันหาง่าย นั่งมอเตอร์ไซค์แป็บเดียว” และ

“แถวเรามีรพ.โรงพยาบาลมารับก็เสร็จ ส่วนมากคนกรุงเทพฯจะไม่ยุ่งกับยาแผนโบราณเพราะไปหาหมอง่าย” ประกอบกับบางคนมีความเชื่อว่า “ที่โรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ”

สอดคล้องกับ ปรีชา มิตรานนท์ (ในประพจน์ เกตุรากาศ 2553: 133 – 134) ข้อมูล ปี 2550 เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ประชาชนจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน หรือสถานีนามัย (ร้อยละ 32.0) และโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก (ร้อยละ 26.5) ส่วนการใช้ยาแผนโบราณคิดเป็นร้อยละ 1.0 แต่ไม่สอดคล้องกับ มยุรี เปาประคิษฐ์ (2530: 29) ระยะเวลาเดินทางจากบ้านกับสถานีนามัยไม่มีความแตกต่างในการใช้ยาพื้นบ้าน

#### จ. ศาสนา

วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ความรู้ดังกล่าวได้สืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน สมพร



ภูติยานันต์ (2542: 15 – 23) กล่าวว่า สมัยรัชกาลที่ 1 มีการปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้น เป็นพระอารามหลวงใช้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ซึ่งเป็นสถานที่สำคัญที่มีจารึกตำรายา และถาปัดคั่นไว้ตามศาลาราย ต่อสมัยรัชกาลที่ 3 มีการบูรณะปฏิสังขรณ์วัดโพธิ์อีกครั้ง และได้รวบรวมตำรายาศิลาจารึกขึ้น เพื่อให้คนทั้งหลายเรียนได้ โดยสามารถสรุปความรู้ทางด้านการแพทย์แผนไทยที่จารึกไว้ในวัดโพธิ์ ได้แก่ รูปถาปัดคั่น 82 รูป โคลงถาปัดคั่น รูปคนแสดงแผนนวด 60 รูป พันธุ์ไม้และสรรพคุณยาต่างๆ ด้วยยาและส่วนผสมสำหรับรักษาโรคต่างๆ อาการไข้และด้วยยาในการรักษา มีทั้งสื่อความรู้ที่เป็นรูปหล่อ ศิลาจารึก และภาพเขียน สอดคล้องกับ ลักคณา เกิดศิริ (2538) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณพื้นที่วัดโพธิ์ ฝ่ายสังฆवास ผลการศึกษาพบว่า วัดโพธิ์มียาแผนโบราณจำหน่ายมากกว่า 40 ชนิด และมีรายได้ต่อเดือนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท เนื่องจากวัดเป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ มีการบันทึกองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณ โดยมีพระภิกษุและลูกศิษย์เป็นผู้จำหน่าย นอกจากการจำหน่ายยาแล้วยังมีรูปแบบบริการครอบคลุมทางด้านจิตใจด้วย เช่น พิธีกรรมต่อชะตา อาบน้ำมนต์ จำหน่ายเครื่องรางของขลัง

ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เภสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน คือ พระสมบุรณ์ วงศ์กำภู ที่ปัจจุบันแม้บวชเป็นพระแต่ก็ยังมีการผลิตยาแผนโบราณอยู่เพราะต้องการสืบทอดความรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยไม่ให้สูญหายไป ดังคำพูดของท่านที่ว่า

“ที่ขายได้กำไรน้อย ไม่ได้มีเงินเก็บอะไร ที่ทำเพราะช่วยเหลือญาติโยม บางคนไม่มีตั้งกล้าให้ไป บางคนมาเรียนวิชาว่าทำอย่างไร ก็ผสมให้เห็น เอากระดาษมาจด บางคนเรียนมาก็ทำไม่เป็นเพราะได้แต่หลักปฏิบัติต้องมาหัด ไม่ได้เอาเงินที่ทำเพราะอยากสืบทอด ไม่อยากให้ความรู้สูญหายไป เงินที่ได้มาก็เอาไปทำทุนต่อไป” (สัมภาษณ์)

## (2) ปัจจัยภายนอก

### ก. ชนชั้นปกครอง

#### ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเริ่มจากกองทุนเงินทดแทนที่ให้หลักประกันแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนเมื่อปี พ.ศ. 2515 ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 โดยในปีแรกของการให้ความคุ้มครองครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไปที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วจึงขยายความคุ้มครองออกไปจนครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ จนกระทั่งวันที่ 2 กันยายน 2533 มีการออกพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.

2533 ลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครองทั้งการประสบอุบัติเหตุ ทุพพลภาพ ตาย เจ็บป่วยอันเนื่องหรือไม่เนื่องมาจากการทำงาน การคลอดบุตรสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และการว่างงาน (online 25 เมษายน 2554, <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=14>) แต่การรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยไม่มีกำหนดไว้เป็นการเฉพาะในระบบประกันสังคม ในขณะที่เดียวกันการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยไม่อยู่ในประกาศคณะกรรมการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2546 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ในหมวดที่ 3 เกี่ยวกับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยซึ่งไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2552: 52 – 57) ดังนั้นจึงเกิดความคลุมเครือ และสับสนให้กับผู้ใช้แรงงานได้ว่าตนเองสามารถรับบริการแพทย์แผนไทย หรือรับยาแผนโบราณได้หรือไม่

จากงานวิจัยของปริยา มิตรานนท์ (ในประพนธ์ เกตุรากาศ 2553: 144) พบว่าผู้ที่อยู่นอกภาคเกษตรกรรม มีการไปคลินิกเอกชน หรือไปโรงพยาบาลเอกชน ประมาณร้อยละ 60 ในปีช่วง พ.ศ. 2546 - 2550 ส่วนหนึ่งคือผู้ที่อยู่ในภาคอุตสาหกรรม แต่ผู้ที่อยู่นอกภาคเกษตรกรรมบางส่วนอาจจะไม่ใช่ผู้ที่ใช้สิทธิประกันสังคมในการรักษาก็ได้ บางครั้งอาจเป็นผู้ที่ต้องการรักษากับโรงพยาบาลเอกชนจึงยอมชำระค่ารักษาพยาบาลเอง สอดคล้องกับ พิชญูรช เจียมจันทร์คุปต์ (2546: 23 – 24) งานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงการรักษาของคนงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือเมื่อมีอาการไข้ พบว่าร้อยละ 75.3 เคยใช้สิทธิในโครงการประกันสังคม และเมื่อต้องการซื้อยารักษาไข้จะซื้อในร้านขายยาทั่วไปร้อยละ 69.0 รองลงมาคือซื้อยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 18.3 จากการสัมภาษณ์พบว่า การจ่ายยาในระบบประกันสังคมผู้ใช้แรงงานได้แต่ยาแผนปัจจุบัน บางคนทราบว่าต้องเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงจะมีการจ่ายยาแผนโบราณ สอดคล้องกับ อรุษา จันทรวีรุจ (สัมภาษณ์) ที่พบว่ารัฐยังไม่มีนโยบายการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยในระบบประกันสังคมและในโรงพยาบาลเอกชน กำหนดแต่ตัวชี้วัดเป็นร้อยละของการใช้ยาไทยในสถานพยาบาลของรัฐ ผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการจะทำประกันสังคมกับโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ส่วนหนึ่งต้องซื้อยาแผนโบราณมาใช้ด้วยตนเอง สำหรับโรงงานที่ผู้วิจัยเข้าไปขอข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้ใช้แรงงานสามารถรักษาพยาบาลได้ฟรีที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะทางบริษัทมีสวัสดิการที่ดีเพียงยื่นบัตรพนักงานกับโรงพยาบาล การไปซื้อยาแผนโบราณที่ร้านยาแล้วนำไปเสริงมาเบิกจึงไม่ค่อยได้ทำ การใช้ยาแผนโบราณจึงไม่มี

การมีระบบประกันสังคมที่รักษาพยาบาลเพียงการแพทย์แผนปัจจุบัน สอดคล้องกับ การวางแผนเปลี่ยนแปลง (Planned Change) เป็นการเปลี่ยนแปลง

วัฒนธรรมในรูปแบบบังคับต่างๆ มีองค์การเปลี่ยนแปลงเป็นผู้เปลี่ยนแปลง บงการ ชี้นะ และทำการเปลี่ยนแปลงให้ประชาชนทุกอย่าง ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย (นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 265 – 268) ผู้ใช้แรงงานไม่สามารถเลือกได้เลยว่าตนเองพอใจจะได้รับการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนใด และรัฐก็ไม่คำนึงถึงความสอดคล้องของระบบการแพทย์ที่กำหนดกับความเชื่อพื้นฐานหรือโลกทัศน์ในเรื่องความเจ็บป่วยของผู้ใช้แรงงาน

การได้รับยาแผนโบราณเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ใช้แรงงานคนทุกคนไม่เคยได้ยาแผนโบราณจากโรงพยาบาลที่ทำการประกันสังคมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ ทุกคนไม่เคยได้รับยาแผนโบราณ และไม่เคยไปขอยาแผนโบราณจากแพทย์ที่โรงพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่มีนโยบายสนับสนุนการใช้ยาแผนโบราณหรือยาไทยในสถานประกอบการเอกชน และระบบประกันสังคม (อรอุษา จันทรวิจู: สัมภาษณ์) และเป็นเพราะแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพ ไม่กล้าสั่งใช้ยาสมุนไพร แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่รู้จักสรรพคุณของสมุนไพรและวิธีการใช้ยาสมุนไพร (จิราพร ลิ้มปานานนท์และคณะ 2551: 234) ส่วนโรงพยาบาลสมุทรปราการรับบัณฑิตแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบวิชาชีพมาทำงานที่โรงพยาบาลแต่ปัจจุบันยังไม่มีใครมาสมัคร (นพ.สิทธิชัย กุลพรศิริกุล: สัมภาษณ์) อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้งานด้านการแพทย์แผนไทย และการใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาลสมุทรปราการยังไม่แพร่หลายนัก และสอดคล้องกับ อรอุษา จันทรวิจู (สัมภาษณ์) ที่กล่าวว่า จังหวัดสมุทรปราการมีการขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย เพราะบุคลากรที่ทางมหาวิทยาลัยผลิตได้จำนวนหนึ่งไปทำงานในภาคเอกชน เนื่องจากค่าตอบแทนที่ดีกว่า

#### ข. การรับเทคโนโลยีจากภายนอก

ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบัน

ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่เห็นว่าความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันส่งผลให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง สอดคล้องกับข้อมูลการสนทนากลุ่มที่ทุกคนเห็นด้วย (สัมภาษณ์) เนื่องจากได้รับยาแผนปัจจุบันรักษาโรคเมื่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือเภสัชกรที่ร้านขายยาในท้องถิ่น ทำให้มีบางคนกล่าวว่า “เพราะยาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่ายาแผนโบราณ” และ “การใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ”

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความเห็นว่า “ยาแผนปัจจุบันมีทั้งการวิจัยและพัฒนาและโฆษณา” สอดคล้องกับ “ระบบเศรษฐกิจทุนนิยม” (ลี้ลี้ โกศยานนท์ และ อรรถชัยคนา เข้มนวนล 2540: 21 – 23) มีลักษณะสำคัญ คือ ปัจจัยการผลิตซึ่งได้แก่ ที่ดิน แรงงาน เครื่องมือ และเครื่องจักรทั้งหมดเป็นของเอกชน เป้าหมายของเจ้าของปัจจัยการผลิตก็คือ พยายามแสวงหา

กำไรสูงสุดจากการใช้สินทรัพย์ หรือการขายผลผลิตในตลาดที่มีการแข่งขันกัน ผลกระทบของประเทศไทยจากระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ได้แก่ “การพึ่งพาทางการค้า” ประเทศไทยพึ่งพาการนำเข้าสินค้าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวัตถุดิบ สินค้าขั้นกลาง และสินค้าประเภททุนในระดับสูง ส่วนการส่งออกพบว่าระบบเศรษฐกิจไทยต้องพึ่งกลุ่มทุนนิยมศูนย์กลางเป็นตลาดสินค้าออกมากถึงร้อยละ 60 ของการส่งออกทั้งหมด หรือ “การพึ่งพาทางเทคโนโลยีของประเทศ” คำว่า “การถ่ายทอดเทคโนโลยี” ที่แท้จริงคือ “การค้าขายเทคโนโลยี” เพราะเทคโนโลยีเป็นสินค้าชนิดหนึ่งซึ่งมีการซื้อขายในตลาด ปัจจุบันไทยนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เช่น อุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ ปีโตรเคมี ทั้งจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ และฮ่องกง และการครอบงำของบริษัทข้ามชาติในเศรษฐกิจไทย การครอบงำมีอยู่ในสินค้าเกือบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเครื่องใช้ครัวเรือน สำนักงาน ยานพาหนะ ฯลฯ สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (online 23 เมษายน 2554: [http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_001.asp](http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_001.asp)) ช่วง พ.ศ. 2547 – 2552 ประเทศไทยมีมูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันสูงกว่าการผลิตในประเทศไทย โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีการนำเข้ายาแผนปัจจุบันถึง 70,607 ล้านบาท ขณะที่มูลค่าการผลิตมีเพียง 37,525 ล้านบาท หรือเกือบเท่าตัวเป็นการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ทั้งนี้เป็นเพราะกระบวนการวิจัยและพัฒนายาใหม่มีหลายขั้นตอน ทั้งการทดสอบทางเภสัชวิทยา พิษวิทยา การทดลองในสัตว์ การทดลองขั้นคลินิก กระบวนการดังกล่าวอาจใช้เวลาถึง 8 -12 ปี และใช้งบประมาณถึงสามร้อยล้านเหรียญสหรัฐ (DB Lakings 2000: 17 - 19) อุตสาหกรรมยาในประเทศจึงพัฒนาตัวเองได้ยาก และจากผลการทดลองหลายขั้นตอนทำให้ได้ยาแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ผู้ใช้แรงงานบางคนจึงชอบในประสิทธิภาพของยาแผนปัจจุบัน จนเลิกใช้ยาแผนโบราณในที่สุด นอกจากนี้ทุนนิยมยังเข้าไปมีส่วนในการจัดการสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพแพทย์และบริษัทธุรกิจอุตสาหกรรมในการดำเนินการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งการประสานกันระหว่างแพทย์และบริษัทอุตสาหกรรม (medical industrial complex) ได้สะท้อนกระบวนการที่แนวคิดทุนนิยมทำให้สุขภาพกลายเป็นสินค้าที่สามารถตีราคาซื้อขายได้ เช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ คอนเนล (อ้างในเทพินทร์ พัทธานุกรณ์ 2548: 42) กล่าวถึงการเติบโตของธุรกิจการแพทย์ที่เน้นการหาผลกำไร เช่น อุตสาหกรรมยา ธุรกิจเกี่ยวกับรังสีวิทยา อุตสาหกรรมประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเอกชน ทำให้บุคคลบางกลุ่มไม่สามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะชนชั้นล่างในสังคม

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานทุกคนเห็นว่าสะดวกมากขึ้น ทำให้ใช้มากขึ้น, บริหารง่ายขึ้น, สะดวกในการซื้อ ความก้าวหน้าในกระบวนการผลิตยาแผนโบราณ สอดคล้องกับ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 – 2554 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 34: 2551) ยาไทยอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการพัฒนา ยาไทยและยาสมุนไพร มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ยาไทยและยาสมุนไพรมีคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย แผนดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนารูปแบบยาแผนโบราณ และ กระบวนการวิจัยสมุนไพรหลายชนิด โดยหลายหน่วยงาน เช่น มหาวิทยาลัยต่างๆ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ องค์การเภสัชกรรม ฯลฯ และสอดคล้องกับ ทฤษฎีนิเวศวิทยา วัฒนธรรม เป็นการศึกษาแบบแผนวัฒนธรรมที่มีความใกล้ชิดกับการปรับตัวเข้ากับสภาวะ แวดล้อมเพื่อการดำรงชีพของมนุษย์มากที่สุด ระบบเทคนิควิทยา (Technology) ได้ถูกนำมาใช้ และก่อให้เกิดมีการจัดการทางสังคมที่แตกต่างกัน (สนธิ สัมภกรการ 2549: 15 – 22) ได้แก่การ ประยุกต์นำเทคโนโลยีของยาแผนปัจจุบันมาใช้ในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การดองเม็ด การ ไล่แคปซูล ยาน้ำ ยาครีม ยาขี้ผึ้ง ซึ่งสะดวกในการใช้ประจำวัน และนำใช้มากกว่ายาต้ม ยาพอก และยาลูกกลอน ที่เป็นการเตรียมยาแผนโบราณแบบเดิม

แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนบอกว่า “สะดวกแต่ชอบรูปแบบเดิม” ทำให้ ในร้านขายยาต้องมียาชนิดเดียวกันหลายรูปแบบ เช่น ยาเขียว มีทั้งแบบเม็ด แบบต้ม แบบขง เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ใช้ (ผู้วิจัย: สัมภาษณ์ 15 มีนาคม 2554)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทำให้ทราบข้อจำกัดของยาแผนโบราณ ได้แก่ ขนาดในการใช้ที่ไม่ชัดเจน, สรรพคุณที่รักษาได้หลายอาการทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ และ คนรุ่นใหม่มองว่ายาแผนโบราณไม่ทันสมัย (สัมภาษณ์) การมีสรรพคุณหลายอย่างสอดคล้องกับ สมพร ภูதியานันต์ (2542: 295) พิกัดยา หมายถึง การกำหนดด้วยตั้งแต่สองอย่างขึ้นไปมารวมกัน เรียกเป็นชื่อเดียว แบ่งเป็น จุลพิภค พิกัดยา และมหาพิภค การรวมยาดังกล่าวทำให้เกิดสรรพคุณ การรักษาที่มีหลายอย่างจากสมุนไพรหลายชนิด ผู้ใช้แรงงานบางคนจึงสงสัยในประสิทธิภาพการ รักษาที่มีมาก เช่น พิกัดเบญจกูล ประกอบด้วย ดอกคิปลี รากข้าวพลุ เถาสะเด้าน รากเจตมูลเพลิง เหง้าขิงแห้ง ใช้กระจายลม แก้เสมหะ และบำรุงธาตุ ทั้งนี้ตำรับยาดังกล่าวบำรุงทั้งธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศ ระวังโรคเกิดแต่ทิวตติงคิงสาการ คือ อาการของร่างกายทั้ง 32 (สมพร ภูதியานันต์ 2542: 306) เป็นต้น

### ค. สภาพเศรษฐกิจ

สภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความ สิ้นเปลือง

ผู้ใช้แรงงานให้ข้อมูลว่าสภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันมีผลทำให้ไม่ ยากสิ้นเปลืองซื้อยาแผนโบราณมาใช้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีประกันสังคมอยู่แล้ว เนื่องจากผู้ใช้



แรงงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.67) ที่ถูกสัมภาษณ์มีรายได้ในช่วง 5,000 – 7,500 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับ online 24 กันยายน 2553: <http://samutprakan.mol.go.th/node/53> จังหวัดสมุทรปราการกำหนดให้ค่าจ้างค่าแรงขั้นต่ำอยู่ที่ 206 บาทต่อวัน ค่าจ้างดังกล่าวผู้ใช้แรงงานจะต้องใช้ในด้านปัจจัย 4 ทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นภาระสำคัญในแต่ละเดือน การใช้สิทธิในด้านประกันสังคมย่อมจะลดรายจ่ายบางส่วนได้ และสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ทุกคนยอมรับว่ามีส่วนเพราะทางบริษัทมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แล้ว (สัมภาษณ์) สอดคล้องกับ มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530: 28 - 29) ครอบครัวยุคใหม่ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีสูง มีการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีฐานะทางการเงินดี มีการใช้จ่ายแบบโบราณน้อยกว่าครอบครัวที่ฐานะการเงินไม่ดี

การไม่สามารถเลือกใช้จ่ายแบบโบราณตามความต้องการของผู้ใช้แรงงานสอดคล้องกับ แนวคิดทุนนิยมเรื่องสุขภาพ สันทัด เสริมศรี (2553: 222) กล่าวว่า “สังคมทุนนิยมหรือสังคมที่ระบบเศรษฐกิจเป็นระบบเงินตรา (Monetary) การใช้บริการทางสังคมจึงถูกกำหนดโดยเงิน ผู้มีเงินหรือรายได้สูงจึงมีโอกาสในการใช้บริการมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ระดับรายได้จึงเป็นปัจจัยกำหนดจำนวนการใช้บริการและเลือกสถานบริการที่มีคุณภาพ” สอดคล้องกับ นาวาร์โร และเวทซ์คิน (อ้างในเทพินทร์ พัทธานุกรักษ์ 2548: 41 -42) เสนอแนวคิดว่าการแพทย์มุ่งสาเหตุของความเจ็บป่วยในระดับบุคคล เช่น พันธุกรรมหรือพฤติกรรมตลอดจนการรักษาที่มุ่งที่การดำเนินการกับบุคคลผู้เจ็บป่วยทำให้ละเลยความเจ็บป่วยที่เป็นเงื่อนไขสังคม (illness generating social conditions) ในสังคมทุนนิยมสภาพการทำงานมีผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้ใช้แรงงานไม่มีอำนาจที่จะควบคุมสภาพการทำงานหรือแม้กระทั่งเวลาในการทำงาน ไม่สามารถควบคุมหรือกำหนดชีวิตรวมทั้งสุขภาพของตนเองได้

สภาพการทำงานที่เร่งรีบในโรงงานเพื่อค่าจ้าง ส่งผลให้ผู้ใช้แรงงานบางคนต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบันดังคำพูดที่ว่า “บางคนต้องทำมาหากิน ต้องเร่งด่วนตายไม่ได้ลาไม่ได้ เอาหายเป็บเดียว” สอดคล้องกับ ทฤษฎีการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย Julian Steward (อ้างในฉวีวรรณประจวบเหมาะ 2528: 107 – 112) อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในระดับจุลภาค คือ ชุมชนขนาดเล็ก เกิดลักษณะร่วมบางประการได้แก่

- 1) เมื่อระบบทุนนิยมเข้ามาในสังคมประเพณี เงินตราเริ่มมีบทบาทสำคัญในการแลกเปลี่ยนการผลิตและบริการ
- 2) การเปลี่ยนแปลงจากสังคมประเพณีไปสู่สังคมที่ทันสมัย



3) แนวโน้มที่เกิดขึ้นคือบุคคลทำงานรับจ้างมากขึ้นและทำงานอิสระของตัวเองน้อยลง ชาวนาไม่ได้ทำนาของตนเอง แต่กลายเป็นแรงงานเกษตรขนาดใหญ่ หรือแรงงานอุตสาหกรรม

กระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยทำให้ผู้ใช้แรงงานที่อพยพมาทำงานในเมืองต้องพึ่งพาเพียงรายได้จากการขายแรงงานเท่านั้น ไม่มีรายได้เสริมจากการเกษตรกรรม เช่น เพาะปลูก หรือเลี้ยงสัตว์ การขาดที่พักอาศัยทำให้ต้องเสียค่าเช่าหอพัก สภาพการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ใช้แรงงานอยู่ในสถานะที่ต้องประหยัด การใช้ยาแผนโบราณที่ต้องซื้อหาเพิ่มเติมจึงลดลง

แต่ความเป็นอยู่ในปัจจุบันไม่มีผลกับการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้แรงงานบางส่วน เนื่องจากต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณ นอกจากนี้บางคนให้ความเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง สอดคล้องกับ ปิฐพล รัตนจินดา (2551: 55) ผู้บริโภคในกรุงเทพมหานครซื้อยาแผนโบราณต่อครั้งโดยเฉลี่ยมากที่สุดคือต่ำกว่า 100 บาท ถึงร้อยละ 53.33

#### ง. การอพยพย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมือง

จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรเป็นอันดับ 2 ของภาครองจากกรุงเทพฯ เพราะเป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวจากกรุงเทพฯ ทั้งในด้านการอุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร ทำให้มีประชากรย้ายถิ่นจากที่อื่นมาอาศัยอยู่ในจังหวัดเป็นจำนวนมาก ประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามามีทั้งที่แจ้งย้ายที่อยู่อย่างถูกต้องและบางส่วนไม่ย้ายทะเบียนราษฎร์เข้ามา ทำให้ประชากรที่มีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่มอายุ 20-29 ปี จะมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ต่ำกว่ากลุ่มอื่น (online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)) ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณตามความชอบ หรือยังนำยาแผนโบราณที่ต่างจังหวัดมาใช้ แต่บางส่วนมีการเปลี่ยนแปลงโดยให้เหตุผลว่ายาแผนโบราณหายากกว่ายาแผนปัจจุบัน และวิถีการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไปทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง สอดคล้องกับ ทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรม (Cultural Ecology) ที่กล่าวถึงปฏิกริยาตอบโต้กันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม Julian Steward และคนอื่นๆ เช่น Andrew P. Vayda และ Roy A. Rappaport ให้ความสนใจเรื่องของธรรมชาติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ วัฒนธรรมซึ่งถูกกำหนดโดยสิ่งแวดล้อมนั้นสัมพันธ์กับกายภาพของมนุษย์

Steward (อ้างใน นิยพรรณ วรรณศิริ 2550: 111) นิยามคำว่า นิเวศวิทยา ว่า นิเวศวิทยา คือ การปรับตัวเข้าหากันระหว่างสิ่งแวดล้อมกับมนุษย์ การปรับตัวของ

มนุษย์นั้นต่างจากสัตว์ตรงที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม นิเวศวิทยาวัฒนธรรม คือ การศึกษาถึงการปรับตัวหรือความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และเห็นว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อความแตกต่างในการปรับตัวของวัฒนธรรม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันในสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันจะแสดงรูปแบบของพัฒนาการที่เหมือนกัน กระบวนการย้ายถิ่นเข้ามาในเมืองทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิม จากสังคมที่ทำการเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม การพึ่งพาแผนโบราณหรือการแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ไม่ทราบแหล่งการรักษาจากแพทย์แผนโบราณ ไม่สามารถปลูกพืชสมุนไพรไว้รักษาพยาบาลตนเองได้เนื่องจากข้อจำกัดในพื้นที่อยู่อาศัยเพราะส่วนใหญ่อยู่ในหอพัก วัฒนธรรมรักษาโรคโดยการใช้อาหารแผนโบราณที่แม้ผู้ใช้แรงงานจะมาจากภูมิภาคต่างก็แสดงการปรับตัวที่เหมือนกันคือ การซื้อจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน และการส่งมาให้จากครอบครัวที่ภูมิลำเนาเดิม

### 2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้อาหารแผนโบราณ

การศึกษาเรื่องของสถาบันสังคมจะอยู่ในขอบเขตของวิชามานุษยวิทยา ซึ่งจะสนใจเรื่องของกฎระเบียบของสังคมหรือที่เรียกว่า “วัฒนธรรมของสังคม” ผ่านทางสถาบันสังคม ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการเมือง สถาบันอนามัย สถาบันศาสนา สถาบันภาษา สถาบันคมนาคมขนส่ง สถาบันนันทนาการ สถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550: 4-8)

#### 1) การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

##### (1) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว

การเปลี่ยนแปลงสภาพของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการใช้อาหารแผนโบราณ ผู้ใช้แรงงานให้ความเห็นว่าทำให้เด็กไม่เคยเห็นผู้ใหญ่ใช้อาหารแผนโบราณ และผู้ใช้แรงงานบางคนให้ข้อมูลว่าทางบ้านยังส่งยาแผนโบราณมาให้ใช้ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า พ่อแม่ – ญาติผู้ใหญ่ยังใช้อาหารแผนโบราณแต่ปัจจุบันไม่ค่อยใช้ สอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532: 80) ลักษณะครัวเรือนขยาย และครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ พบว่ามีอัตราการใช้สมุนไพรสูงกว่าครัวเรือนเดี่ยว และครัวเรือนที่ไม่มีคนเฒ่าคนแก่ สืบเนื่องมาจากประสบการณ์การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรผ่านสายใยการสืบทอดจากคนเฒ่าคนแก่ ดังนั้นครัวเรือนขยายจึงมีแนวโน้มการใช้สมุนไพรมากกว่าครัวเรือนเดี่ยว แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติด้วย ไค – สแควร์ พบว่าลักษณะครัวเรือนดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้สมุนไพร อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10 สอดคล้องกับ

มยุรี เปาประคิษฐ์ (2530: 27) พบว่าการใช้ยาพื้นบ้านในครอบครัวขนาดเล็ก ต่างกับครอบครัวขนาดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .10 โดยครอบครัวขนาดใหญ่มีการใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการ อูจจาระร่วงมากกว่า และสอดคล้องกับ ประคิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) พบว่าผู้สูงอายุ ที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง กระบวนการดังกล่าวได้ขาดหายไปคงเหลือบาง คราวเรือน สอดคล้องกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม คือ การละทิ้งวัฒนธรรมเดิม (Cultural loss) เป็นการรับสิ่งใหม่ๆ มาผนวกเข้ากับสิ่งเก่าๆ การยอมรับในสิ่งใหม่ๆ จะนำไปสู่การ ละทิ้งสิ่งเก่าที่เคยมีมาแต่เดิมเสมอ แต่การละทิ้งวัฒนธรรมเดิมอาจจะไม่มีสิ่งใหม่มาทดแทนก็ได้ (นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 255 - 259) ในกรณีนี้พบว่ามี การละทิ้งวัฒนธรรมการแพทย์แผนไทยของ ครอบครัวเดี่ยว และยอมรับวัฒนธรรมการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาแทนที่ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ กระบวนการปลูกฝังทางวัฒนธรรม (Enculturation) ให้แก่สมาชิกในวัยเยาว์หายไป

## (2) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการศึกษา

ผู้ใช้แรงงานบางคนให้ความเห็นว่าการศึกษาทำให้คนรุ่นใหม่ไม่รู้จัก และไม่ใช้ยาแผนโบราณ เนื่องจากการศึกษาเรียนแต่ยาแผนปัจจุบัน มีหลายงานวิจัยกล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการใช้ยาแผนโบราณ ดังนี้ พรทิพย์ อุดุภรณ์ (2536: 116) พบว่าผู้ที่มาซื้อยาแผนโบราณที่ร้านขายยาเจ้ากรมเป็มีตั้งแต่ผู้ที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จนถึงมีการศึกษาระดับปริญญาโท และตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมาซื้อยาสมุนไพร เดี่ยวมากกว่าการซื้อยาแผนโบราณตำรับ แสดงว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณพบได้ในทุกช่วงอายุ แต่ งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่มีตัวเลขแสดงเป็นหลักฐานชัดเจนว่าระดับการศึกษา ของผู้ซื้อยาเป็นอย่างไร ขณะที่ลักคณา เกิดศิริ (2538: 82) พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ที่ซื้อยาแผนโบราณที่วัดโพธิ์มีการศึกษาก่อนข้างต่ำ โดยพบผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.0 สอดคล้องกับ ปรียา มิตรานนท์ (ในประพนธ์ เกตธราศ 2553: 141 – 142) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 – 2550 กลุ่มผู้ใช้ยาแผน โบราณสูงที่สุดคือ กลุ่มผู้ที่ไม่มีการศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา การทดสอบทางสถิติเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาและการใช้ยาแผนโบราณ คืองานวิจัยของ อรุณศรี มงคลชาติ (2535: 51 – 53) พบว่าผู้ใช้ยาแผนโบราณมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.0 มัธยมศึกษา ร้อยละ 75.4 ปวส. ปวช. และอนุปริญญา ร้อยละ 71.8 ปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 63.7 จากข้อมูลจะเห็น ว่ากลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่ามีการใช้ยาแผนโบราณน้อยที่สุด เมื่อทดสอบสถิติของความสัมพันธ ์ระหว่างการศึกษากับแผนการใช้ยาแผนโบราณ เป็นความสัมพันธ์ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 จากข้อมูลทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษากับการใช้ยาแผนโบราณยังไม่ชัดเจนนัก สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานที่ทำการวิจัยจำนวน 10 คนใน 15 คน (ร้อยละ 66.67) เห็นว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคลหรือไม่มีผล

อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า การศึกษาส่งผลให้การใช้ยาแผนโบราณเปลี่ยนแปลงไป คือ ทำให้ผู้ใช้แรงงานมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรมากขึ้น และคนมีความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณมีอันตรายหากไม่มีการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สอดคล้องกับ ศิรินารถ วาสนะวัฒน์ (2553: 105 – 110) ที่รวบรวมข้อมูลปัญหาคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร ระหว่างปี 2547 – 2551 พบผลิตภัณฑ์ยาจำหน่ายโดยไม่มีเลขทะเบียน 963 ตัวอย่าง ตัวอย่างที่เก็บตรวจมีทั้งการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ โลหะหนัก การตกค้างของสารกำจัดศัตรูพืช การปนปลอมด้วยยาแผนปัจจุบัน เช่น สเตียรอยด์, ยาแก้ปวด NSAIDS (non – steroidal anti - inflammatory drugs) และขาดความอ่อน เป็นต้น การมีความรู้ดังกล่าวสามารถป้องกันอันตรายจากการใช้ยาแผนโบราณที่ผิดมาตรฐานได้

### (3) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันเศรษฐกิจ

สภาวะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ยาแผนโบราณกลายเป็นความสิ้นเปลือง

ผู้ใช้แรงงานให้ข้อมูลว่าสภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันมีผลทำให้ไม่อยากสิ้นเปลืองซื้อยาแผนโบราณมาใช้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีประกันสังคมอยู่แล้ว เนื่องจากผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.67) ที่ถูกสัมภาษณ์มีรายได้ในช่วง 5,000 – 7,500 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับ online 24 กันยายน 2553: <http://samutprakan.mol.go.th/node/53> จังหวัดสมุทรปราการกำหนดให้ค่าจ้างค่าแรงขั้นต่ำอยู่ที่ 206 บาทต่อวัน ค่าจ้างดังกล่าวผู้ใช้แรงงานจะต้องใช้ในด้านปัจจัย 4 ทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นภาระสำคัญในแต่ละเดือน การใช้สิทธิในด้านประกันสังคมย่อมจะลดรายจ่ายบางส่วนได้ และสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ทุกคนยอมรับว่ามีส่วนเพราะทางบริษัทมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แล้ว (สัมภาษณ์) สอดคล้องกับ มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530: 28 - 29) ครอบครัวยุคใหม่มีรายได้น้อยต่อคนต่อปีสูง มีการใช้จ่ายพื้นฐานน้อยกว่าครอบครัวยุคก่อนที่มีรายได้น้อย และครอบครัวยุคใหม่มีฐานะทางการเงินดี มีการใช้ยาแผนโบราณน้อยกว่าครอบครัวยุคก่อนที่ฐานะการเงินไม่ดี

การไม่สามารถเลือกใช้ยาแผนโบราณตามความต้องการของผู้ใช้แรงงานสอดคล้องกับ แนวคิดทุนนิยมเรื่องสุขภาพ สันทัด เสริมศรี (2553: 222) กล่าวว่า “สังคมทุนนิยมหรือสังคมที่ระบบเศรษฐกิจเป็นระบบเงินตรา (Monetary) การใช้บริการทางสังคมจึงถูกกำหนดโดยเงิน ผู้มีเงินหรือรายได้สูงจึงมีโอกาสในการใช้บริการมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ระดับ

รายได้จึงเป็นปัจจัยกำหนดจำนวนการใช้บริการและเลือกสถานบริการที่มีคุณภาพ” สอดคล้องกับ นาวาร์โร และเวทซ์กิน (อ้างในเทพินท์ พัชราบุรุษย์ 2548: 41 -42) เสนอแนวคิดว่าการแพทย์มุ่งสาเหตุของความเจ็บป่วยในระดับบุคคล เช่น พันธุกรรมหรือพฤติกรรมตลอดจนการรักษาที่มุ่งที่ การดำเนินการกับบุคคลผู้เจ็บป่วยทำให้ละเลยความเจ็บป่วยที่เป็นเงื่อนไขสังคม (illness generating social conditions) ในสังคมทุนนิยมสภาพการทำงานมีผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้ใช้แรงงานไม่มีอำนาจที่จะควบคุมสภาพการทำงานหรือแม้กระทั่งเวลาในการทำงาน ไม่สามารถควบคุมหรือกำหนดชีวิตรวมทั้งสุขภาพของตนเองได้

สภาพการทำงานที่เร่งรีบในโรงงานเพื่อค่าจ้าง ส่งผลให้ผู้ใช้แรงงานบางคนต้องการผลการรักษาที่เร่งด่วนของยาแผนปัจจุบันดังคำพูดที่ว่า “บางคนต้องทำมาหากิน ต้องเร่งด่วนตายไม่ได้ลาไม่ได้ เอาหายแป๊บเดียว” สอดคล้องกับ ทฤษฎีการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย Julian Steward (อ้างในฉวีวรรณประจวบเหมาะ 2528: 107 – 112) อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในระดับจุลภาค คือ ชุมชนขนาดเล็ก เกิดลักษณะร่วมบางประการ ได้แก่

- 1) เมื่อระบบทุนนิยมเข้ามาในสังคมประเพณี เงินตราเริ่มมีบทบาทสำคัญในการแลกเปลี่ยนการผลิตและบริการ
- 2) การเปลี่ยนแปลงจากสังคมประเพณีไปสู่สังคมที่ทันสมัย
- 3) แนวโน้มที่เกิดขึ้นคือบุคคลทำงานรับจ้างมากขึ้นและทำงานอิสระของตัวเองน้อยลง ชาวานไม่ได้ทำนาของตนเอง แต่กลายเป็นแรงงานเกษตรขนาดใหญ่ หรือแรงงานอุตสาหกรรม

กระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยทำให้ผู้ใช้แรงงานที่อพยพมาทำงานในเมืองต้องพึ่งพาเพียงรายได้จากการขายแรงงานเท่านั้น ไม่มีรายได้เสริมจากการเกษตรกรรม เช่น เพาะปลูก หรือเลี้ยงสัตว์ การขาดที่พักอาศัยทำให้ต้องเสียดำเช่าหอพัก สภาพการณ์ดังกล่าวผู้ใช้แรงงานอยู่ในสถานะที่ต้องประหยัด การใช้ยาแผนโบราณที่ต้องซื้อหาเพิ่มเติมจึงลดลง

แต่ความเป็นอยู่ในปัจจุบันไม่มีผลกับการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้แรงงานบางส่วน เนื่องจากต้องการผลการรักษาจากยาแผนโบราณ นอกจากนี้บางคนให้ความเห็นว่ายาแผนโบราณราคาไม่แพง สอดคล้องกับ ปิฐพล รัตนจินดา (2551: 55) ผู้บริโภคในกรุงเทพมหานครซื้อยาแผนโบราณต่อครั้งโดยเฉลี่ยมากที่สุดคือต่ำกว่า 100 บาท ถึงร้อยละ 53.33



#### (4) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันการเมือง

##### แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ยาแผนโบราณ และสมุนไพร ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 ส่งเสริมให้มีการค้นคว้าหรือใช้ประโยชน์จากยาแผนโบราณและสมุนไพรอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ถือเป็นจุดเริ่มต้นของความสนใจในยาแผนโบราณของรัฐ จนนำไปสู่การบรรจุยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติในเวลาต่อมา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 กำหนดให้มีการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานสาธารณสุขมูลฐาน อุตสาหกรรมการผลิตยา และการส่งออก นอกจากนี้ยังมีโครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา โครงการดังกล่าวดำเนินการในสมุนไพรที่มีศักยภาพสูง 5 ชนิด คือ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ว่านหางจระเข้ เสดลดพังพอน ชุมเห็ดเทศ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 202-216) ส่งผลให้สมุนไพรเหล่านี้กลายเป็นยาแผนโบราณที่มีปริมาณการใช้สูงมากในปัจจุบัน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 สนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาทางด้านการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพรและการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ผลจากแผนพัฒนาส่งผลให้มีการนวดไทย การใช้สมุนไพร และยาแผนโบราณในหน่วยบริการและโรงพยาบาลของรัฐ

ส่วนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 – 10 เน้นไปที่นโยบายให้ส่งเสริมการลงทุนการวิจัยและพัฒนา และปรับปรุงกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเองด้านการผลิตยา วัคซีนและสมุนไพร ตลอดจนพัฒนาเป็นสินค้าอุตสาหกรรมส่งออก ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการแก้ปัญหาการขาดข้อมูลงานวิจัยของยาแผนโบราณที่บุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันมักจะไม่เชื่อถือ

#### (5) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันอนามัย

##### ยาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 ได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระบบสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยบัญชียาจากสมุนไพรที่มีการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิม จำนวน 11 รายการ ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง ยาธาตุบรรจบ ยาประสะกานพลู ยาเหลืองปิดสมุทร



ยาประสะไพล ยาแก้ไข้ห้ารากล ยาเขียวหอม ยาจันทร์ลีลา ยาประสะมะแว้ง และบัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร จำนวน 8 รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน จิง ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทะลายโจร บัวบก พญาขอพริก ไพล รวมทั้งสิ้น 19 รายการ (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา :2549) แต่ข้อมูลจากการวิจัยจะเห็นว่าผู้ใช้แรงงานที่ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบ มีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทราบ แต่ทุกคนไม่เคยได้รับเมื่อไปโรงพยาบาล สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่าผู้ใช้แรงงานไม่ทราบว่ามีการใช้ยาแผนโบราณในบัญชียาหลักแห่งชาติ และไม่เคยได้รับเมื่อไปโรงพยาบาล อีกทั้งยังมียาบางชนิดที่มีการใช้มากแต่ยังไม่ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น เพชรสังฆาต ลูกประคบ สหัสธารา ยาธาตุน้ำขาว บอระเพ็ด ยาอายุวัฒนะ มะระขี้นก ฯลฯ (จิราพร ลิ้มปานานนท์และคณะ 2551: 236) แพทย์และเภสัชกรไม่จ่ายยาแผนโบราณทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง

การแพทย์แผนตะวันตก (Western medicine) หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern medicine) เป็นระบบการแพทย์ที่แพร่หลายและยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันว่าทันสมัย น่าเชื่อถือ เป็นวิทยาศาสตร์สามารถพิสูจน์และตรวจสอบได้ รวมทั้งมีประสิทธิภาพให้ผลในการรักษารวดเร็ว รูปแบบของการดูแลรักษาในการแพทย์แผนปัจจุบันอาจจะเป็นการให้คำแนะนำ การให้ยารับประทาน ยาฉีด การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การผ่าตัด การฉายรังสี เป็นต้น (กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ 2547:114 – 116) Germov (2002: 284) อังในเทพินทร์ พัทธานุกรณ์ 2548: 137) กล่าวถึงอำนาจในการควบคุมทางการแพทย์ เป็นผลมาจากบทบาทของแพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาความเจ็บป่วย เป็นความสามารถของแพทย์ที่จะควบคุมความรู้ที่ใช้ในการดำเนินการสุขภาพ และองค์ความรู้ทางการแพทย์นั้นเป็นองค์ความรู้หลักที่ใช้ในการจัดการสุขภาพ แพทย์มีอำนาจในการควบคุมการบริการสุขภาพในหลายๆ ด้าน เช่น แพทย์มีสิทธิอำนาจในการวินิจฉัยโรค รับรองการเกิด การตาย ตลอดจนรับรองให้บุคคลสามารถใช้บริการต่างๆ ทางสังคมหรือได้รับประโยชน์จากบริการสวัสดิการต่างๆ ได้ ตลอดจนสิทธิอำนาจในการควบคุมวิธีการรักษา และการวินิจฉัยโรค สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2552: 173 – 175) บทบาทของเภสัชกรในชุมชน คือ ประชาชนสามารถไปซื้อยาและรับบริการปรึกษาการใช้ยากับเภสัชกรได้

เมื่อแพทย์และเภสัชกรทำการจ่ายยาให้กับคนไข้ ก็มักจะจ่ายยาตามที่ตนเองคุ้นเคยและได้รับการศึกษามา ประกอบกับยาแผนปัจจุบันมีผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่มีความน่าเชื่อถือสนับสนุน ทำให้แพทย์และเภสัชกรแผนปัจจุบันมักจะจ่ายยาแผนปัจจุบันให้กับคนไข้ จากการสัมภาษณ์พบว่า การจ่ายยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง บางคนเสริมว่าเพราะไปโรงพยาบาลได้แต่ยาแผนปัจจุบัน ส่วนคนที่ต้องการยาแผนโบราณจะต้องไปร้านยาและระบุว่าต้องการยาแผนโบราณ (สัมภาษณ์) สอดคล้องกับเภสัชกรประจำร้านยาที่ให้ข้อมูลว่า

ยาแผนโบราณคนไข้จะเรียกหาเอง และสอดคล้องกับ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ทุกคนสรุปว่ามีส่วน

เมื่อซักถามเพิ่มเติมว่าหากแพทย์จ่ายยาแผนโบราณทุกคนยอมรับว่า จะใช้ สอดคล้องกับ แนวคิดบทบาทหน้าที่ผู้ป่วยของทลคอตต์ พาร์สัน (อ้างใน เทพินทร์ พัทธานุกรักษ์ 2548: 35 และเซวาลักษณ์ ฤทธิศรไกร 2550: 94 - 95) ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิและหน้าที่ ตามที่สังคมคาดหวัง สิทธิคือบุคคลผู้เจ็บป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการ ได้รับการยกเว้นการกระทำตามบทบาทหน้าที่ที่เคยทำ แต่บุคคลต้องมีหน้าที่ทำให้ตนเองหายจาก ความเจ็บป่วยโดยเร็ว และหน้าที่ที่จะต้องแสวงหาความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือกับ กระบวนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ กระบวนการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือเภสัช กรที่ร้านยาเป็นหน้าที่หนึ่งของคนไข้ เช่นเดียวกับการให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ใน กระบวนการรักษาหรือรับประทานยาแผนปัจจุบันตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งหากแพทย์และเภสัชกรสั่งให้ยา แผนโบราณร่วมด้วยในการรักษา การสนับสนุนการใช้ยาแผนโบราณโดยบุคลากรทางการแพทย์ แผนปัจจุบันก็ย่อมจะเกิดขึ้นได้ภายใต้แนวคิดนี้

#### (6) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันศาสนา

วัดเป็นแหล่งสะสมศิลปวิทยาการต่างๆ มาตั้งแต่สมัยโบราณ รวมไปถึง ถึงความรู้ในเรื่องของการแพทย์แผนไทย ความรู้ดังกล่าวได้สืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน สมพร ภูติยานันต์ (2542: 15 – 23) กล่าวว่า สมัยรัชกาลที่ 1 มีการปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้น เป็นพระอารามหลวงใช้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ซึ่งเป็นสถานที่สำคัญที่มีจารึกตำรายา และฤกษ์ตัดคนไว้ตามศาลาราย ต่อสมัยรัชกาลที่ 3 มีการบูรณะปฏิสังขรณ์วัดโพธิ์อีกครั้ง และได้ รวบรวมตำรายาศิลาจารึกขึ้น เพื่อให้คนทั้งหลายเรียนได้ โดยสามารถสรุปความรู้ทางด้านการ แพทย์แผนไทยที่จารึกไว้ในวัดโพธิ์ ได้แก่ รูปฤกษ์ตัดคน 82 รูป โคลงฤกษ์ตัดคน รูปคนแสดง แผนขนาด 60 รูป พันธุ์ไม้และสรรพคุณยาต่างๆ ตำยาและส่วนผสมสำหรับรักษาโรคต่างๆ อากา รไข้และตำยาในการรักษา มีทั้งสื่อความรู้ที่เป็นรูปหล่อ ศิลาจารึก และภาพเขียน สอดคล้องกับ ลักคณา เกิดศิริ (2538) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณพื้นที่วัดโพธิ์ ฝ่ายสังฆवास ผล การศึกษาพบว่าวัดโพธิ์มียาแผนโบราณจำหน่ายมากกว่า 40 ชนิด และมีรายได้ต่อเดือนไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท เนื่องจากวัดเป็นที่ตั้งของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่เก่าแก่ที่สุดของประเทศ มีการ บันเทิงกึ่งความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนโบราณ โดยมีพระภิกษุและลูกศิษย์เป็นผู้จำหน่าย นอกจากนี้ การจำหน่ายยาแล้วยังมีรูปแบบบริการครอบคลุมทางด้านจิตใจด้วย เช่น พิธีกรรมต่อชะตา อาบ น้ำมนต์ จำหน่ายเครื่องรางของขลัง

ในพื้นที่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ มีพระภิกษุที่มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เกสัชกรรมแผนโบราณและยังอนุรักษ์ความรู้ดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน คือ พระสมบุรณ์วงศ์กำภู ที่ปัจจุบันแม้บวชเป็นพระแต่ก็ยังมีกรผลิตยาแผนโบราณอยู่เพราะต้องการสืบทอดความรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยไม่ให้สูญหายไป ดังคำพูดของท่านที่ว่า

“ที่ขายได้กำไรน้อย ไม่ได้มีเงินเก็บอะไร ที่ทำเพราะช่วยเหลือญาติโยม บางคนไม่มีดั่งค์ก็ให้ไป บางคนมาเรียนวิชาว่าทำยังไง ก็ผสมให้เห็น เอากระดาษมาจด บางคนเรียนมาก็ทำไม่เป็นเพราะได้แต่หลักปฏิบัติต้องมาหัด ไม่ได้เอาเงินที่ทำเพราะอยากสืบทอด ไม่อยากให้ความรู้สูญหายไป เงินที่ได้มาก็เอาไปทำทุนต่อไป” (สัมภาษณ์)

#### (7) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันคมนาคมขนส่ง

การคมนาคมมีผลให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง จังหวัดสมุทรปราการมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่รับผู้ประกันตน ผู้ใช้แรงงานสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ใกล้และสะดวกดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มีผล คนไปหาใกล้ๆ ก่อน คนสมัยนี้มักไปหาแผนปัจจุบันก่อน เพราะโรงพยาบาล, อนามัยอยู่ใกล้ก็ไปถึงก่อน”

“หาหมอแผนปัจจุบันหาง่าย นั่งมอเตอร์ไซค์ไปเดียว” และ

“แล้วเรามีรพ.โรงพยาบาลมารับก็เสร็จ ส่วนมากคนกรุงเทพฯจะไม่ยุ่งกับยาแผนโบราณเพราะไปหาหมอง่าย” ประกอบกับบางคนมีความเชื่อว่า “ที่โรงพยาบาลมีแพทย์เก่งๆ”

สอดคล้องกับ ปรีชา มิตรานนท์ (ในประพนธ์ เกตุรากาศ 2553: 133 – 134) ข้อมูล ปี 2550 เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ประชาชนจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน หรือสถานอนามัย (ร้อยละ 32.0) และโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก (ร้อยละ 26.5) ส่วนการใช้ยาแผนโบราณคิดเป็นร้อยละ 1.0 แต่ไม่สอดคล้องกับ มยุรี เปาประคิษฐ์ (2530: 29) ระยะเวลาเดินทางจากบ้านกับสถานอนามัยไม่มีความแตกต่างในการใช้ยาพื้นบ้าน

#### (8) การเปลี่ยนแปลงของสถาบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบัน

ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่เห็นว่าความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันส่งผลให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง สอดคล้องกับข้อมูลการสนทนากลุ่มที่ทุกคนเห็นด้วย (สัมภาษณ์) เนื่องจากได้รับยาแผนปัจจุบันรักษาโรคเมื่อไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือเภสัชกรที่ร้านขายยาในท้องถิ่น ทำให้มีบางคนกล่าวว่า “เพราะยาแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาดีกว่ายาแผนโบราณ” และ “การใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้เริ่มไม่รู้จักยาแผนโบราณ”

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ความเห็นว่า “ยาแผนปัจจุบันมีทั้งการวิจัยและพัฒนาและโฆษณา” สอดคล้องกับ “ระบบเศรษฐกิจทุนนิยม” (ลี้ลี่ โกศัยยานนท์ และอรรมย์ภคณา แย้มนวล 2540: 21 – 23) มีลักษณะสำคัญ คือ ปัจจัยการผลิตซึ่งได้แก่ ที่ดิน แรงงาน เครื่องมือ และเครื่องจักรทั้งหมดเป็นของเอกชน เป้าหมายของเจ้าของปัจจัยการผลิตก็คือ พยายามแสวงหากำไรสูงสุดจากการใช้สินทรัพย์ หรือการขายผลผลิตในตลาดที่มีการแข่งขันกัน ผลกระทบของประเทศไทยจากระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ได้แก่ “การพึ่งพาทางการค้า” ประเทศไทยพึ่งพาการนำเข้าสินค้าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวัตถุดิบ สินค้าขั้นกลาง และสินค้าประเภททุนในระดับสูง ส่วนการส่งออกพบว่าระบบเศรษฐกิจไทยต้องพึ่งกลุ่มทุนนิยมศูนย์กลางเป็นตลาดสินค้าออกมากถึงร้อยละ 60 ของการส่งออกทั้งหมด หรือ “การพึ่งพาทางเทคโนโลยีของประเทศ” คำว่า “การถ่ายทอดเทคโนโลยี” ที่แท้จริงคือ “การค้าขายเทคโนโลยี” เพราะเทคโนโลยีเป็นสินค้าชนิดหนึ่งซึ่งมีการซื้อขายในตลาด ปัจจุบันไทยนำเข้าเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เช่น อุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ ปีโตรเคมี ทั้งจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ และฮ่องกง การครอบงำของบริษัทข้ามชาติในเศรษฐกิจไทย การครอบงำมีอยู่ในสินค้าเกือบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเครื่องใช้ครัวเรือน สำนักงาน ยานพาหนะ ฯลฯ สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (online 23 เมษายน 2554: [http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_001.asp](http://www.app1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_001.asp)) ช่วง พ.ศ. 2547 – 2552 ประเทศไทยมีมูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันสูงกว่าการผลิตในประเทศไทย โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีการนำเข้ายาแผนปัจจุบันถึง 70,607 ล้านบาท ขณะที่มูลค่าการผลิตมีเพียง 37,525 ล้านบาท หรือเกือบเท่าตัวเป็นการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ทั้งนี้เป็นเพราะกระบวนการวิจัยและพัฒนายาใหม่มีหลายขั้นตอน ทั้งการทดสอบทางเภสัชวิทยา พิษวิทยา การทดลองในสัตว์ การทดลองขึ้นคลินิก กระบวนการดังกล่าวอาจใช้เวลาถึง 8 -12 ปี และใช้งบประมาณถึงสามร้อยล้านเหรียญสหรัฐ (DB Lakings 2000: 17 - 19) อุตสาหกรรมยาในประเทศไทยจึงพัฒนาขึ้นมาเองได้ยาก และจากผลการทดลองหลายขั้นตอนทำให้ได้ยาแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ผู้ใช้แรงงานบางคนจึงชอบในประสิทธิภาพของยาแผนปัจจุบัน จนเลิกใช้ยาแผนโบราณในที่สุด นอกจากนี้ทุนนิยมยังเข้าไปมีส่วนในการจัดการสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพแพทย์และบริษัทธุรกิจอุตสาหกรรมในการดำเนินการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งการประสานกันระหว่างแพทย์และบริษัทอุตสาหกรรม (medical industrial complex) ได้สะท้อนกระบวนการที่แนวคิดทุนนิยมทำให้สุขภาพกลายเป็นสินค้าที่สามารถตีราคาซื้อขายได้ เช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ คอนเนล (อึ้งในเทพินทร์

พืชรานุกรักษ์ 2548: 42) กล่าวถึงการเติบโตของธุรกิจการแพทย์ที่เน้นการหาผลกำไร เช่น อุตสาหกรรมยา ธุรกิจเกี่ยวกับรังสีวิทยา อุตสาหกรรมประกันสุขภาพ โรงพยาบาลเอกชน ทำให้บุคคลบางกลุ่มไม่สามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะชนชั้นล่างในสังคม

ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ

ผู้ใช้แรงงานทุกคนเห็นว่าสะดวกมากขึ้น ทำให้ใช้มากขึ้น, บริหารยา ง่ายขึ้น สะดวกในการซื้อ ความก้าวหน้าในกระบวนการผลิตยาแผนโบราณ สอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์ชาติ “การพัฒนากฎมีปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2550 – 2554” (กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 34: 2551) ยาไทยอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการพัฒนา ยาไทยและยาสมุนไพร มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ยาไทยและยาสมุนไพรมีคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย แผนดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนารูปแบบยาแผนโบราณ และ กระบวนการวิจัยสมุนไพรหลายชนิด โดยหลายหน่วยงาน เช่น มหาวิทยาลัยต่างๆ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ องค์การเภสัชกรรม ฯลฯ และสอดคล้องกับ ทฤษฎีนิเวศวิทยา วัฒนธรรม เป็นการศึกษาแบบแผนวัฒนธรรมที่มีความใกล้ชิดกับการปรับตัวเข้ากับสภาวะ แวดล้อมเพื่อการดำรงชีพของมนุษย์มากที่สุด ระบบเทคโนโลยี (Technology) ได้ถูกนำมาใช้ และก่อให้เกิดมีการจัดการทางสังคมที่แตกต่างกัน (สนธิ สมักรการ 2549: 15 – 22) ได้แก่การ ประยุกต์นำเทคโนโลยีของยาแผนปัจจุบันมาใช้ในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น การดอกเมล็ด การ ไล่แคปซูล ยาน้ำ ยาครีม ยาขี้ผึ้ง ซึ่งสะดวกในการใช้ประจำวัน และนำใช้มากกว่ายาต้ม ยาพอก และยาลูกกลอน ที่เป็นการเตรียมยาแผนโบราณแบบเดิม

แต่ผู้ใช้แรงงานบางคนบอกว่า “สะดวกแต่ชอบรูปแบบเดิม” ทำให้ ในร้านขายยาต้องมียาชนิดเดียวกันหลายรูปแบบ เช่น ยาเขียว มีทั้งแบบเม็ด แบบต้ม แบบซอง เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ใช้ (ผู้วิจัย: สํารวจวันที่ 15 มีนาคม 2554)

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทำให้ทราบข้อจำกัดของยาแผนโบราณ ได้แก่ ขนาดในการใช้ที่ไม่ชัดเจน, สรรพคุณที่รักษาได้หลายอาการทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ และ คนรุ่นใหม่มองว่ายาแผนโบราณไม่ทันสมัย (สัมภาษณ์) การมีสรรพคุณหลายอย่างสอดคล้องกับ สมพร ภูคียนันต์ (2542: 295) พิกัดยา หมายถึง การกำหนดด้วยตั้งแต่สองอย่างขึ้นไปมารวมกัน เรียกเป็นชื่อเดียว แบ่งเป็น จุลพิกัด พิกัดยา และมหาพิกัด การรวมยาดังกล่าวทำให้เกิดสรรพคุณ การรักษาที่มีหลายอย่างจากสมุนไพรหลายชนิด ผู้ใช้แรงงานบางคนจึงสงสัยในประสิทธิภาพการ รักษาที่มีมาก เช่น พิกัดเบญจกูล ประกอบด้วย ดอกดีปลี รากข้าวพลู เกาสะด้าน รากเจตมูลเพลิง เหง้าชิงแห้ง ใช้กระจายลม แก้เสมหะ และบำรุงธาตุ ทั้งนี้ตำรับยาดังกล่าวบำรุงทั้งธาตุดิน น้ำ ลม



ไฟ และอากาศ ระวังโรคเกิดแต่ท้วตตั้งตังสาการ คือ อาการของร่างกายทั้ง 32 (สมพร ภูติยานันต์ 2542: 306) เป็นต้น

## 2) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้

ยาแผนโบราณ

### (1) การโฆษณา

ผู้ใช้แรงงานบางคนเห็นว่าการโฆษณามีผลเพราะทำให้กระตุ้นการตลาดใช้แต่บางคนก็ตอบว่าไม่มีผล หลายงานวิจัยได้กล่าวถึงผลของโฆษณากับการใช้ยาสมุนไพร ดังนี้ มัชฌนา ทริพย์เจริญพันธ์ (2550: 222) ผู้บริโภคยาแผนโบราณภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน เห็นว่า การโฆษณาหรือการประชาสัมพันธ์เป็นแนวทางที่สำคัญต่อการส่งเสริมการขายเป็นลำดับที่ 2 ส่วนลำดับที่ 3 คือ การประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมกับชุมชนเป็นสิ่งที่ควรใช้ในการส่งเสริมการขายยาแผนโบราณมากที่สุด สอดคล้องกับ เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542: 128) การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์เป็นแนวทางที่สำคัญที่สุดต่อการส่งเสริมการขายยาแผนโบราณ สอดคล้องกับ สุทธิชัย ศรีสุภักวงศ์ (2546: 57) การโฆษณาประชาสัมพันธ์มีส่วนช่วยให้ผู้บริโภคตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย สอดคล้องกับ ปิฐพล รัตนจินดา (2551: 63) การส่งเสริมการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแผนโบราณอยู่ในระดับมาก ได้แก่ แพทย์ให้คำแนะนำเป็นยาทางเลือก พนักงานขายให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ เอกสารหรือแผ่นพับให้ความรู้ และการประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จัก และสอดคล้องกับ ศันสนีย์ ฤทธิ์ทองพิทักษ์ (2546: บทคัดย่อ) การเปิดรับข่าวสารความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อสมุนไพรไทย และการเปิดรับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรไทยมีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรไทย ทั้งหมดจะเห็นได้ว่า หากการโฆษณาประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาแผนโบราณทำได้เหมาะสม ถูกต้อง ก็จะเป็นการสนับสนุนการใช้ยาแผนโบราณได้

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแสดงให้เห็นปัญหาของการโฆษณา ยาแผนโบราณ ทั้งยาแผนโบราณมีการโฆษณาในช่องทางที่จำกัดและไม่เหมาะสม เช่น การสนับสนุนตามเวทีมวยที่มีผู้ชมเฉพาะกลุ่มอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงผู้บริโภคในวงกว้างได้ นอกจากนี้ตำแหน่งยาแผนโบราณในร้านขายยามองเห็นไม่ชัดทำให้ผู้บริโภคไม่ค่อยสนใจ

### (2) การเปลี่ยนแปลงความต้องการ

ผู้ใช้แรงงานบางคน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่าการแพทย์แผนโบราณกำลังเป็นที่นิยม สอดคล้องกับ คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549: ฉ – ช) กล่าวว่า มูลค่าการผลิตยาจากสมุนไพร (ราคาขาย ณ โรงงาน) ตามรายงานประจำปีที่ผู้ผลิตรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังปี พ.ศ. 2543 ที่มีการ



บรรจุนยาสมุนไพรไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 เป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2547 มีมูลค่าการผลิตประมาณ 1,486 ล้านบาท สูงขึ้นถึงร้อยละ 271 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2542 ซึ่งมีมูลค่า 548 ล้านบาท แต่จากการสนทนากลุ่ม พบว่า การแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมในกลุ่มคนที่มีความรู้และสามารถจ่ายได้ในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้ใช้ประกันสังคมไม่เคยได้รับบริการดังกล่าว

ความนิยมในการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 เรื่องของการพัฒนาคุณค่าความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น ทั้งส่งเสริมให้มีการวิจัยพัฒนาที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับองค์ความรู้ใหม่ และการส่งเสริมการใช้ความหลากหลายทางชีวภาพในการสร้างความมั่นคงของภาคเศรษฐกิจท้องถิ่นและชุมชน ได้สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมจากทรัพยากรชีวภาพที่มีการสะสมองค์ความรู้อย่างเพียงพอ พัฒนาจากฐานความต้องการตอบสนองตลาดที่กำลังขยายตัว เช่น นวัตกรรมเพื่อเพิ่มผลิตภาพเกษตรอินทรีย์ อาหารสุขภาพ สมุนไพร เน้นจุดยืนความเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพสูง โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเชื่อมโยงกับศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่น (online 11 ตุลาคม 2553: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62>) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในเรื่องการสนับสนุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้ผลดี

### (3) การปลูกฝังวัฒนธรรม

ในภาวะปัจจุบันเมื่อผู้ใช้แรงงานเข้ามาอยู่ในเมือง เด็กไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาแผนโบราณ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านอีกแล้ว กระบวนการสอนใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรให้กับลูกหลานได้หายไป บางคนกล่าวถึงความคุ้นเคยในการใช้ของพ่อแม่ หากพ่อแม่มีการปลูกฝังให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาแผนโบราณ เด็กรุ่นใหม่ก็จะยังทราบถึงประโยชน์และความสำคัญของยาแผนโบราณ

สอดคล้องกับ ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540: 117 – 118) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร มีประสบการณ์เคยทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ (socialization) เช่น การใช้ให้บุตรหลานไปเก็บยาสมุนไพร สอนเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพร สอนให้รู้จักจดจำ และการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับญาติพี่น้อง กระบวนการดังกล่าวได้ขาดหายไป คงเหลือบางครัวเรือน และสอดคล้องกับ นิยพรรณ วรรณศิริ (2550: 63 – 64) กล่าวว่า การปลูกฝังวัฒนธรรม (enculturation) เป็นขบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรมหรือรูปแบบของพฤติกรรมในด้านต่างๆ ให้กับคนรุ่นใหม่ของสังคม ทำให้คนรุ่นใหม่ที่เกิดมาในสังคมหนึ่งๆ ตกอยู่ในวัฒนธรรมที่คนเก่าๆ ช่วยกันสร้างขึ้นมาใช้ ขบวนการปลูกฝังวัฒนธรรมให้แก่บุคคลเป็นขบวนการที่เกิดในวัย

ต้นๆ ของบุคคลเริ่มขบวนการเรียนรู้ และค่อนข้างเข้มข้นในระยะแรกๆ ของการปลูกฝัง และเบาบางลงในวัยที่บุคคลเติบโตเป็นผู้ใหญ่และเป็นตัวของตัวเอง

#### (4) การรับวัฒนธรรมใหม่

ความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ความเคยชินกับยาแผนปัจจุบันเป็นผลให้มีการใช้ยาแผนโบราณลดลง ทั้งการจ่ายยาแผนปัจจุบันโดยแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือการซื้อยารับประทานเองที่ร้านขายยา สอดคล้องกับ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (online 23 เมษายน 2554:

[http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_001.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_001.asp) และ

[http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_002.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_002.asp)) มูลค่าการนำเข้าและการผลิตยาแผนปัจจุบันในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็น 108,132.60 ล้านบาท ขณะที่มูลค่าการนำเข้าและการผลิตยาแผนโบราณในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็น 3,197.48 ล้านบาท หรือน้อยกว่ายาแผนปัจจุบันประมาณ 33 เท่า การที่มีการใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาแผนโบราณหลายเท่าอาจทำให้เกิดความคุ้นเคยของผู้ใช้แรงงานในยาแผนปัจจุบัน ประกอบกับประสิทธิภาพการรักษาของยาแผนปัจจุบันที่ดี ทั้งหมดส่งผลให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง ยกเว้นในบางกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาแผนปัจจุบันไม่ได้ผล อาจมีการใช้ยาแผนโบราณประกอบในการรักษา สอดคล้องกับ นิยพรรณวรรณศิริ (2550: 64) กล่าวถึงการรับวัฒนธรรมใหม่ (acculturation) เกิดในช่วงหลังขบวนการปลูกฝังวัฒนธรรมผ่านมาแล้ว เป็นการรับเอาความคิด ทักษะคิด หลักความเชื่อ การกระทำ และสิ่งของใหม่ๆ ที่ต่างไปจากที่บุคคลได้ประสบพบมา มาใช้แทนที่ระบบเดิมที่ตนเคยยึดถืออยู่ หรืออาจรับมาใช้ในฐานะที่เป็นสิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีใช้อยู่เลยในสังคมของตน

#### (5) การอพยพย้ายถิ่น

การย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมือง

จังหวัดสมุทรปราการมีประชากรเป็นอันดับ 2 ของภาครองจากกรุงเทพฯ เพราะเป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวจากกรุงเทพฯ ทั้งในด้านการอุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร ทำให้มีประชากรย้ายถิ่นจากที่อื่นมาอาศัยอยู่ในจังหวัดเป็นจำนวนมาก ประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามามีทั้งที่แจ้งย้ายที่อยู่อย่างถูกต้องและบางส่วนไม่ย้ายทะเบียนราษฎร์เข้ามา ทำให้ประชากรที่มีอยู่จริงสูงกว่าจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน กลุ่มอายุ 20-29 ปี จะมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ต่ำกว่ากลุ่มอื่น (online 28 สิงหาคม 2553: [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)) ผู้ใช้แรงงานบางคนยังใช้ยาแผนโบราณตามความชอบ หรือยังนำยาแผนโบราณที่ต่างจังหวัดมาใช้ แต่บางส่วนมีการเปลี่ยนแปลงโดยให้เหตุผลว่ายาแผนโบราณหายากกว่ายาแผนปัจจุบัน และวิธีการดำรงชีวิต

เปลี่ยนแปลงไปทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง สอดคล้องกับ ทฤษฎีนิเวศวิทยาทางวัฒนธรรม (Cultural Ecology) ที่กล่าวถึงปฏิกริยาตอบโต้กันระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม Julian Steward และคนอื่นๆ เช่น Andrew P. Vayda และ Roy A. Rappaport ให้ความสนใจเรื่องของธรรมชาติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ วัฒนธรรมซึ่งถูกกำหนดโดยสิ่งแวดล้อมนั้นสัมพันธ์กับกายภาพของมนุษย์

Steward (อ้างใน นิยพรรณ วรณศิริ 2550: 111) นิยามคำว่า นิเวศวิทยาว่า นิเวศวิทยา คือ การปรับตัวเข้าหากันระหว่างสิ่งแวดล้อมกับมนุษย์ การปรับตัวของมนุษย์นั้นต่างจากสัตว์ตรงที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม นิเวศวิทยาวัฒนธรรม คือ การศึกษาถึงการปรับตัวหรือความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และเน้นว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อความแตกต่างในการปรับตัวของวัฒนธรรม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันในสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันจะแสดงรูปแบบของพัฒนาการที่เหมือนกัน กระบวนการย้ายถิ่นเข้ามาในเมืองทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิม จากสังคมที่ทำการเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม การพึ่งพาแผนโบราณหรือการแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ไม่ทราบแหล่งการรักษาจากแพทย์แผนโบราณ ไม่สามารถปลูกพืชสมุนไพรไว้รักษาพยาบาลตนเองได้เนื่องจากข้อจำกัดในพื้นที่อยู่อาศัยเพราะส่วนใหญ่อยู่ในหอพัก วัฒนธรรมรักษาโรคโดยการใช้ยาแผนโบราณที่แม้ผู้ใช้แรงงานจะมาจากภูมิลำเนาต่างกันก็แสดงการปรับตัวที่เหมือนกันคือ การซื้อจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน และการส่งมาให้จากครอบครัวที่ภูมิลำเนาเดิม

### 2.3 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

#### 2.3.1 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณทั่วประเทศ

เมื่อเจ็บป่วยประชาชนเลือกใช้ยาแผนโบราณน้อยและมีแนวโน้มลดลง โดยประชาชนส่วนมากมักไปที่โรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.), และโรงพยาบาลเอกชน เป็นเพราะผู้ใช้แรงงานอยู่ในระบบประกันสังคม ย่อมดำเนินการรักษาตามสิทธิที่ตนเองได้รับ และคนที่ไม่มีสิทธิประกันสังคมคือที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ก็จะใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ใช้ยาแผนโบราณมีปริมาณการใช้ไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับการรักษาที่โรงพยาบาล

ปริมาณการใช้ยาแผนโบราณนอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย สาเหตุที่การใช้ยาแผนโบราณในสองพื้นที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากยาแผนโบราณสามารถขายได้ในร้านขายยาทั่วไป และร้านขายยาก็มีอยู่ทั่วไปทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ทำให้การใช้ยาแผนโบราณในสองกลุ่มไม่แตกต่างกันมากนัก

ธุรกิจด้านยาแผนโบราณ พบว่า ตำรับยาแผนโบราณที่ได้รับการอนุมัติเป็นตำรับมีปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ยอดขายยาแผนโบราณสูงขึ้น แม้ว่ายาแผนโบราณจะมียอดขายสูงขึ้นแต่ก็ยังเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน เช่น ในปี พ.ศ. 2552 การผลิตและการนำส่งยาแผนโบราณสำหรับมนุษย์ มีมูลค่า 3,197.48 ล้านบาท ส่วนยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์มีมูลค่าการผลิตและนำส่งมีมูลค่า 108,132.60 ล้านบาท หรือมากกว่าถึง 33 เท่า

### 2.3.2 แนวโน้มการใช้ยาแผนโบราณของจังหวัดสมุทรปราการ

จังหวัดสมุทรปราการมีการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างดี ทั้งการเพิ่มรายการใช้ยาสมุนไพร โครงการ 116 วันจากวันแม่ถึงวันพ่อ ส่งเสริมการนวดแผนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุข เกิดจากการที่กระทรวงสาธารณสุขออกนโยบายส่งเสริมการใช้บริการการแพทย์แผนไทยให้ได้ร้อยละ 10 และเพิ่มมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลทั่วไปให้ได้ร้อยละ 5 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนให้ได้ร้อยละ 10 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการวางแผนเปลี่ยนแปลง (Planned Change) เป็นการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในรูปแบบบังคับหลายๆ มุ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นผู้เปลี่ยนแปลง บงการ ชี้นำ และทำการเปลี่ยนแปลงให้ประชาชนทุกอย่าง ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย (นิยพรรณ วรรณศิริ 2550: 265 – 268)

จากการสัมภาษณ์พบว่าผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยประสบผลสำเร็จดีมีประชาชนมาเข้ารับบริการ เพราะเจ้าหน้าที่ดำเนินงานในเชิงรุก มีการลงชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาเป็นทีมสหวิชาชีพ ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย และประชาสัมพันธ์ผ่าน อสม. ประชาชนทั่วไปสามารถรับยาแผนโบราณในส่วนที่เป็นสมุนไพรเดี่ยวได้จาก โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลสมุทรปราการ), โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลประจำอำเภอทั้ง 4 แห่ง), รพสต., สถานีอนามัย, PCU ซึ่งผู้ใช้แรงงานบางส่วนมีประกันสังคมกับโรงพยาบาลสมุทรปราการ แต่หากนอกเหนือจากการมีประกันสังคมต้องชำระเงินเอง

ปัญหาสำคัญของการใช้ยาแผนโบราณก็คือ จังหวัดสมุทรปราการมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนมาก ซึ่งแพทย์เฉพาะทางจะสั่งใช้ยาเฉพาะกลุ่ม และไม่ค่อยใช้ยาแผนโบราณ ซึ่งโดยปกติมักเป็นเจ้าหน้าที่ใน รพสต. ที่จะสั่งใช้ยาแผนโบราณมากกว่า ข้อมูลวิชาการที่สนับสนุนประสิทธิภาพยามีน้อย โดยสมุนไพรเดี่ยวจะมีข้อมูลมากกว่าสมุนไพรที่เป็นตำรับ มาตรฐานด้านการผลิตยาแผนโบราณ บางบริษัทผู้ผลิตไม่มี GMP, ผลการวิเคราะห์ และอายุยา ไม่มีข้อมูลสนับสนุนเท่ากับยาแผนปัจจุบัน ทำให้ความน่าเชื่อถือของยาลดลง สอดคล้องกับการปรับตัวไม่ทันกันของวัฒนธรรม (cultural lag concept) ผู้เสนอแนวคิดนี้ได้แก่ William Ogburn (อ้างในสนิท สมักรการ 2549: 44 - 45) ที่อธิบายการปรับตัวไม่ทันกัน (lag condition) เกิดขึ้นได้เมื่อส่วนหนึ่งใน

สองส่วนของวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์กันได้เปลี่ยนไปก่อนหรือเปลี่ยนไปในระดับที่มากกว่าอีกส่วนหนึ่ง เป็นเหตุให้การปรับตัวของสองส่วนที่เกี่ยวข้องกันนี้เป็นไปได้ไม่ดีเท่าเดิม เนื่องจากยาแผนปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วจากเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ทั้งการทดลองในมนุษย์อุตสาหกรรมยาแผนปัจจุบันก็มีความก้าวหน้าอย่างมาก โรงงานส่วนใหญ่ได้รับการรับรอง GMP ขณะที่ยาแผนโบราณยังมียุติผลหลายรายที่ไม่ได้รับการรับรอง GMP ไม่มีงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์รองรับ ทำให้ทั้งผู้สั่งใช้ยาคือแพทย์และผู้ใช้ยาคือประชาชนลดความเชื่อถือในยาแผนโบราณลงสถานการณ์ดังกล่าวปัจจุบันดีขึ้น เพราะมีโรงงานยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการหลายโรงงานมีมาตรฐาน GMP มีกระบวนการผลิตทันสมัย และการสั่งใช้แผนโบราณของแพทย์ เป็นการส่งเสริมความน่าเชื่อถือของยาแผนโบราณ เพราะบุคลากรสาธารณสุขกระตุ้นให้เกิดการตระหนักใช้ของประชาชน (อรอุษา จันทรวีรุจ: สัมภาษณ์) และสอดคล้องกับคำกล่าวของ ศรีอโศก สุจริต (สัมภาษณ์) ว่า “การกระตุ้นเรื่องปริมาณการใช้อาจจะไม่สำคัญเท่ากับคุณค่าของการใช้สมุนไพรในการรักษาโรค คือเป็นการทำทางให้ประชาชนตระหนักในการใช้” และ “ยุทธศาสตร์อาจไม่ทำให้ยอดขายเพิ่มขึ้นมากนัก แต่สิ่งสำคัญก็คือ value (คุณค่า) ในการใช้สมุนไพร”

ปริมาณการผลิตยาแผนโบราณในโรงงานอุตสาหกรรมยังไม่มากนักเป็นเพราะยอดขายของยาแผนโบราณไม่สูงมาก ปริมาณดังกล่าวยังไม่สูงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการลงทุนและพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนโบราณได้ สอดคล้องกับ แนวคิดทุนนิยม (ลีลี โกศัยยานนท์ และอรรถชัยกานา แยมานวล 2540: 21 – 23) ที่กล่าวว่า เป้าหมายของเจ้าของปัจจัยการผลิตก็คือพยายามแสวงหากำไรสูงสุดจากการใช้สินทรัพย์ หรือการขายผลผลิตในตลาดที่มีการแข่งขันกัน ลักษณะที่สำคัญของลักษณะเศรษฐกิจทุนนิยมทฤษฎีคือ

- มีสถาบันของการมีกรรมสิทธิ์ส่วนบุคคล
- มีกลไกราคาซึ่งทำให้การจัดสรรทรัพยากรมีประสิทธิภาพสูงสุด
- มีการผลิตเพื่อขายและมีการตัดสินใจในการบริโภคในตลาดที่มีการ

แข่งขันกัน

- ส่งเสริมการดำเนินการทางธุรกิจให้มีการแข่งขันโดยเสรี
- มีเป้าหมายที่เด่นชัด เพื่อแสวงหากำไรสูงสุดแก่ผู้ผลิต และเพื่อทำให้

ผู้บริโภคมีความพอใจสูงสุด

ตราบไคที่ผู้ประกอบการที่ยังไม่เห็นว่ายอุตสาหกรรมยาแผนโบราณ “มีกำไร” เหมาะสมกับการลงทุน กระแสการพัฒนาด้านยาแผนโบราณในรูปอุตสาหกรรมก็เกิดขึ้นได้ยาก



### 2.3.3 ทศนคติของผู้ใช้แรงงานในจังหวัดสมุทรปราการต่อยาแผนโบราณ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้แรงงาน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญทราบถึงข้อดี และข้อเสียของยาแผนโบราณเป็นอย่างดี ดังนี้

1) ข้อดีของยาแผนโบราณ ปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ/ไม่มีสารเคมี อันตราย ประสิทธิภาพในการรักษาดี ราคาถูก หาได้ง่าย ผลิตได้เองในประเทศ ใช้ง่าย

ซึ่งสาเหตุที่ผู้ใช้แรงงานเห็นว่ายาแผนโบราณมีความปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ/ไม่มีสารเคมี เป็นเพราะความรู้ว่ายาแผนโบราณจากวัตถุธรรมชาติ เช่น พืช สัตว์ และแร่ธาตุ ซึ่งสารเหล่านี้ในความเป็นจริงก็อาจจะมียันตรายอยู่หากใช้ไม่เหมาะสม และไม่รู้จักวิธีใช้ สมพร ภูติยานันต์ (2542: 338) กล่าวถึงการแปรสภาพของตัวยา ด้วยยาบางชนิดมีฤทธิ์แรง ถ้าบริโภคเข้าไปอาจเป็นอันตรายแก่คนไข้ บางชนิดไม่ค่อยสะอาด ก่อนนำมาปรุงต้องแปรสภาพเสียก่อน เช่น การสะตุตัวยา การประสะยา และการฆ่าตัวยา

2) ข้อเสียของยาแผนโบราณ การปลอมปนสารเคมีอันตราย ประสิทธิภาพการรักษาไม่ดีในบางกรณี ยาแผนโบราณที่ขายไม่มีอย. จะไม่ปลอดภัย หาซื้อยาก ใ้ยาก รสชาติไม่ทันสมัย ขาดผลวิจัยทางคลินิก

ข้อจำกัดเรื่องการขาดผลวิจัยทางคลินิกถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของยาแผนโบราณที่ทำให้แพทย์และเภสัชกรไม่เชื่อถือ การดำเนินการวิจัยต้องอาศัยงบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากรหลายฝ่ายเข้าร่วม ทั้งแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์ เข้าร่วมทำงานเป็นทีม เพื่อวิจัยประสิทธิภาพยาแผนโบราณในมนุษย์ ระยะเวลาการวิจัยที่ยาวนาน ทำให้ต้องใช้ทุนสูง และถือเป็นนโยบายที่สำคัญ ซึ่งภาครัฐกำลังดำเนินการในขณะนี้ ในปี พ.ศ. 2550 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 34: 2551) ได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ “การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550 – 2554” ซึ่งยาไทยอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการพัฒนายาไทยและยาสมุนไพร ดังนี้ วัตถุประสงค์หลัก : ยาไทยและยาสมุนไพรมีคุณภาพมาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย โดยมีเป้าหมาย คือ

- มีนโยบายระดับชาติ เพื่อยาไทยและยาสมุนไพร
  - ยาไทยและยาสมุนไพรที่ผลิตทุกระดับมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย
  - ประชาชนสามารถเข้าถึงยาไทยและยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ
- ประสิทธิภาพ และปลอดภัย



### 2.3.4 แนวทางส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในผู้ใช้แรงงาน

#### 1) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อการใช้ยาแผนโบราณ

จากการสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงานและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ทำให้ได้แนวทางการส่งเสริมยาแผนโบราณ ดังนี้

โฆษณาและให้ความรู้เรื่องสมุนไพร/ยาแผนโบราณ

ดำเนินการเป็นชุมชนในลักษณะของการรวมกลุ่ม

ส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาล

ปรับปรุงคุณภาพยาแผนโบราณให้ทันกับยาแผนปัจจุบันและสนับสนุนการศึกษา/วิจัย เกี่ยวกับยาแผนโบราณ

ปลูกสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ควบคู่กับการท่องเที่ยว การศึกษา

แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และ

กฤตรัช โขติชนะเดชา (2553: 5 – 14) กล่าวถึงสถานการณ์การแพทย์พื้นบ้านไทยใน 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีของการแพทย์พื้นบ้านคืออะไร

มิติที่ 2 การสืบทอด บอกเล่า ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย

มิติที่ 3 การเปลี่ยนแปลงของกาลเวลา สังคม รูปแบบ และสถานภาพ

การแพทย์พื้นบ้านไทยของหมอพื้นบ้าน

หลักการส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านไทยคือ เน้นความเป็นองค์รวม การพึ่งตนเองในชุมชน รักษาแนวคิดและรูปแบบดั้งเดิมตามวัฒนธรรมท้องถิ่น การเน้นและดำรงความหลากหลายของวิถีการแพทย์พื้นบ้านไทยไว้ พัฒนามาตรฐานองค์ความรู้ให้ชัดเจน เน้นกระบวนการเรียนรู้ชุมชนด้วยการพึ่งตนเอง การอนุรักษ์มีทั้งการอนุรักษ์ตัวบุคคล ดำริบ ดำรายา และเครื่องมือวัสดุที่ใช้ในกระบวนการแพทย์พื้นบ้าน

#### 2) การเลือกใช้ยาแผนโบราณเมื่อเจ็บป่วย

ผู้ใช้แรงงานจะเลือกใช้ตามความรู้และประสบการณ์การใช้ที่ได้ผล หากตนเองทราบว่าอาการป่วยแบบใดจะใช้การรักษาด้วยยาแผนโบราณ หรือทราบว่ายาแผนโบราณชนิดนี้รักษาอาการใดได้ผู้ใช้แรงงานก็จะใช้ กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการผสมผสานทางวัฒนธรรม (สนธิ สมักรการ 2549: 23 – 27) เน้นถึงการเชื่อมต่อและการสอดคล้องระหว่างวัฒนธรรมที่ต่างกันโดยผ่านการติดต่อระหว่างบุคคลและกลุ่มชน ซึ่งในท้ายที่สุดได้ก่อให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงในวัฒนธรรมของแต่ละฝ่ายขึ้น กลายมาเป็นวัฒนธรรมใหม่ที่ยอมรับและใช้ร่วมกัน แต่ในงานวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงสภาพวัฒนธรรมย่อย คือ วัฒนธรรมการใช้ยาแผนโบราณ

แทรกอยู่ในกระแสความทันสมัยและการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยยาแผนโบราณเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์ทางเลือกเสริมจากระบบการแพทย์ปกติ

การที่ผู้รักษาจะมีวิธีการพิจารณาการเลือกใช้ยาแผนโบราณหรือแผนปัจจุบันตามความรู้, ข้อมูลทางวิชาการ, และข้อบ่งใช้ เป็นผลมาจากการศึกษาเพราะแพทย์และเภสัชกรเชื่อในหลักวิทยาศาสตร์ของการแพทย์ชีวภาพ หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่อธิบายโรคและกลไกการเกิดโรคในแบบวิทยาศาสตร์ ก็จะใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษา แต่ผู้ที่ศึกษาการแพทย์แผนไทย ก็จะมีการอธิบายและบำบัดในรูปแบบการแพทย์แผนไทย เช่น เรื่องธาตุ ความร้อนความเย็น ฤดูกาล และรสของยาต่ออาการผู้ป่วย

### 3) การใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงาน

ผู้ใช้แรงงานยังจะใช้ยาแผนโบราณในการรักษาโรคต่อไป เพราะส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่ายาแผนโบราณให้ผลการรักษาที่ดี สอดคล้องกับ แนวคิดความสำคัญของภูมิปัญญาไทย (วิมล จิโรจน์พันธุ์ 2548: 152 – 156) ที่กล่าวว่า ภูมิปัญญาไทยสร้างความภูมิใจและเกียรติภูมิแก่คนไทย สร้างชาติให้เป็นปึกแผ่นมั่นคง สร้างความสมดุลระหว่างคนกับสังคมกับธรรมชาติได้อย่างยั่งยืน สามารถปรับประยุกต์หลักธรรมคำสอนทางศาสนามาใช้กับวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสม และช่วยเปลี่ยนแปลงปรับวิถีชีวิตของคนไทยให้เหมาะสมได้ตามยุคสมัย ซึ่งภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ในเรื่องการรักษาพยาบาลเบื้องต้น สร้างทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรักษา และเป็นที่ยึดทางด้านจิตใจและสุขภาพให้แก่ชุมชน

อย่างไรก็ตาม ภูมิปัญญาด้านการแพทย์อาจมีการสูญหาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรม เห็นได้จากพระสมบุรณ์ วงศ์กำภู (สัมภาษณ์) ที่เล่าว่า ยาแผนโบราณบางสูตรทำไม่ได้ขาดวัตถุดิบบางตัว จากการลดลงของพื้นที่ป่าทำให้สมุนไพรบางชนิดหายไปแล้ว

### 4) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ส่วนใหญ่ของผู้ที่เสนอแนะเพิ่มเติมคือ “อยากให้มีการอนุรักษ์และส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพรเพิ่มขึ้น” แสดงให้เห็นถึงความต้องการในการอนุรักษ์ยาแผนโบราณของประชาชนในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งการดำเนินการจะเป็นไปในทิศทางใดส่วนหนึ่งย่อมมาจากนโยบายและการบริหารงานของรัฐ ซึ่งหากมีการส่งเสริมที่ดียาแผนโบราณก็จะสามารถดำรงอยู่ได้ไม่สูญหายไปตามกาลเวลา

### 3. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ: กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553 จากประสบการณ์ในการลงพื้นที่เพื่อการวิจัย และการอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการมาตลอดชีวิต ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ใช้แรงงานในเรื่องเกี่ยวกับยาแผนโบราณ จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

**3.1.1 โฆษณาและประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องสมุนไพร/ยาแผนโบราณ** โดยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เมื่อมีการรณรงค์ผ่านทางสื่อต่างๆ อย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ใช้แรงงานและคนกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน มีความตระหนักถึงความสำคัญของยาแผนโบราณในฐานะที่เป็นภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์ซึ่งใช้บำบัดรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยของคนไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

**3.1.2 ดำเนินการเป็นชุมชนในลักษณะของการรวมกลุ่ม** การร่วมมือในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มส่งผลให้เกิดการใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพรอย่างต่อเนื่องมากกว่ารายบุคคล เพราะกลุ่มผู้ใช้แรงงานจะมีการแนะนำหรือแบ่งปันยาแผนโบราณกันใช้

**3.1.3 ส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข** ผู้มีอำนาจในการสั่งใช้ยามีส่วนสำคัญ เนื่องจากผู้ใช้แรงงานมีความต้องการยาแผนโบราณในการรักษาโรคแต่ไม่เคยได้รับจากโรงพยาบาลในระบบประกันสังคมบางส่วนจึงต้องซื้อใช้เอง การจ่ายยาแผนโบราณในสถานบริการสาธารณสุขจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายของผู้ใช้แรงงาน และส่วนผู้ใช้แรงงานที่ไม่เคยใช้ก็จะเกิดการทดลองใช้ เมื่อได้ผลดีก็จะส่งเสริมความเชื่อถือในยาแผนโบราณในที่สุด

**3.1.4 ปรับปรุงคุณภาพยาแผนโบราณให้ทันกับยาแผนปัจจุบันและสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาแผนโบราณ** การวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับยาแผนโบราณทำให้ยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพรมีความน่าเชื่อถือ เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้สั่งใช้ยาและผู้ใช้ยาได้เป็นอย่างดี

**3.1.5 การจัดศูนย์การเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย** จังหวัดสมุทรปราการยังมีพื้นที่ที่สามารถทำการศูนย์การเรียนรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยได้ ซึ่งสถานที่ดังกล่าวอาจ

จัดให้มีทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูปให้เป็นยาแผนโบราณ และมีการควบคุมประกอบในสถานที่เดียว สถานที่ดังกล่าวสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาดูงานของเยาวชน ชุมชน และบุคคลทั่วไปเพื่อการอนุรักษ์และเผยแพร่การแพทย์แผนไทย

**3.1.6 ส่งเสริมธุรกิจการผลิตยาแผนโบราณ** โรงงานอุตสาหกรรมยาแผนโบราณในจังหวัดสมุทรปราการมีหลายแห่ง ซึ่งบางแห่งยังไม่ได้รับการรับรอง GMP เนื่องจากปัญหาด้านเงินทุน ความรู้ และบุคลากร การส่งเสริมเรื่องเหล่านี้ของภาครัฐจะทำให้อุตสาหกรรมยาแผนโบราณยังดำรงอยู่ได้ท่ามกลางสภาวะที่มีการออกกฎหมายใหม่ในการควบคุมโรงงานอย่างต่อเนื่อง และการเพิ่มความนิยมในการใช้ยาแผนโบราณทำให้มีการลงทุนในอุตสาหกรรมยาแผนโบราณมีความน่าสนใจมากขึ้น

## 3.2 ข้อเสนอแนะงานวิจัยที่ควรทำในอนาคต

**3.2.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ** ทำให้ทราบความคิดเห็นในเชิงลึกของผู้ใช้แรงงานต่อยาแผนโบราณ ซึ่งสามารถศึกษาต่อเนื่องในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับยาแผนโบราณได้ เช่น หมอแผนไทยในจังหวัดสมุทรปราการ กระบวนการใช้ยาแผนโบราณ กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ความเชื่อในยาแผนโบราณของกลุ่มคนอื่นๆ ในสังคม หรือการศึกษาลึกลงไปถึงยาแผนโบราณหลายชนิดที่ได้รับความนิยม เช่น ยาหอม ยาสตรี ยาแคปซูลขมิ้นชัน ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร ฯลฯ

**3.2.2 การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)** เพื่อศึกษาแนวทางในการอนุรักษ์ การส่งเสริมการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรในชุมชน

**3.2.3 การวิจัยเชิงปริมาณ** เพื่อตอบคำถามวิจัยในภาพรวมของผู้ใช้แรงงานเกี่ยวกับความคิดเห็น ทักษะคดี การใช้บริการการแพทย์แผนไทยและการใช้ยาแผนโบราณทั้งจังหวัด เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนงานพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย

บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2547) *คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- \_\_\_\_\_ . (2551) *แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550 – 2554* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- \_\_\_\_\_ . (2553) “วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์”  
ค้นคืนวันที่ 21 สิงหาคม 2553 จาก  
<http://www.dtam.moph.go.th/index.php?code=2003>
- กรกฎ ฤทธิ์ประสม (2550) “ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา
- กรมศิลปากร (2542) *ภูมิปัญญาและเทคโนโลยีท้องถิ่น* กรุงเทพมหานคร พิริสเกล  
กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ (2553) “ความเชื่อกับการดูแลสุขภาพ”  
ใน *เอกสารประกอบการสอนวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์*  
หน่วยที่ 3 หน้า 97-140 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- กาญจณี พลจันทร์ (2540 ก) “ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมสมัยต้น” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจเปรียบเทียบ* หน่วยที่ 2 หน้า 31-58  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
- \_\_\_\_\_ . (2540 ข) “ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมสมัยปัจจุบัน” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจเปรียบเทียบ* หน่วยที่ 3 หน้า 61-86  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
- กิ่งแก้ว อรรถากร และ ธนรัชฎ์ ศิริสวัสดิ์ (2528) “ความเชื่อ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาภาษาไทย 8 (คติชนวิทยาสำหรับครู)* หน่วยที่ 9 หน้า 660-684  
กรุงเทพมหานคร อรุณการพิมพ์ สาขาวิชาศึกษาศาสตร์



- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2539) “เจ็บไข้ได้ป่วย” ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาแนวคิดไทย* หน่วยที่ 12 หน้า 599-625 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- \_\_\_\_\_ . (2545) “จิตวิญญาณกับสุขภาพ” ใน *โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์*  
นงลักษณ์ ตรงศิลป์ และ พจน์ กริชไกรวรรณ บรรณาธิการ  
*มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณะ (2547) *พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเองภาคเมือง*  
มูลนิธิโกมลคีมทอง
- เกียรติประวัติ ฐนรัฐถือสกุล (2551) *ประวัติศาสตร์ไทย 76 จังหวัด พิมพ์ครั้งที่ 2*  
กรุงเทพมหานคร ไทยควอลิตี้บุ๊กส์
- คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข (ม.ป.ป.) *แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนา*  
*การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)*  
\_\_\_\_\_ . (2535) *แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนา*  
*การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)*  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา (2549) *บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549*  
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข (2539) *แผนพัฒนาการสาธารณสุข*  
*ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)*  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- คุณช่วย ปิยวิทย์ (2532) “ภาษาและคติความเชื่อในตำรายาพื้นบ้านจากวัดบึง ตำบลโชคชัย  
อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา” *ปริญญาานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต*  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม
- จิราพร ลิ้มปานานนท์ (2551) *การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: ระบบยาไทยและยาจากสมุนไพร*  
*ในสถานบริการสาธารณสุข องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*
- เฉลิมพล เกิดมณี และ ปัทมภักดิ์ นรินทรางกูล ณ อยุธยา (2547) “*ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย*”  
ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาแนวคิดและทฤษฎีการแพทย์แผนไทย*  
หน่วยที่ 2 หน้า 27-83 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

- ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ (2528) “การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม” ใน  
เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 3 หน้า 99–135  
กรุงเทพมหานคร ชวนพิมพ์
- ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ สิริพร สมบูรณ์บุรณะ และ วิริยะ สว่างโชติ (2550)  
“แนวทฤษฎีมานุษยวิทยา” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาจากมุมมองของ  
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา* หน่วยที่ 3 หน้า 5–81  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- เขาวาน์ กสิพันธุ์ (2522) *ตำราเภสัชศึกษา* กรุงเทพมหานคร
- เขวลักษณ์ ฤทธิสรไกร (2550) *สังคมศาสตร์การสาธารณสุข* ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยทักษิณ  
ขึ้นฤทัย กาญจนะจิตรรา และ คณะ (2553) *สุขภาพคนไทย 2553: วิฤกตทุนนิยม สังคมมีโอกา  
สมรินทร์พรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง*
- ฉัฐพร พลเสน (2547) “ผลของสารสกัดยาหอมต่อการทำงานของหัวใจที่แยกจากกายหนูพร้อม  
หลอดเลือด” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชวิทยา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ณรงค์ พ่วงพิศ (2549) “การเปลี่ยนแปลงการเมือง การปกครอง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม  
ระหว่าง พ.ศ. 2535-2549” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง  
ทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรมไทย* หน่วยที่ 1 หน้า 4-43  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- ณรงค์ศักดิ์ ธนวิบูลย์ชัย และ สุธี ประศาสน์เศรษฐ (2540) “เศรษฐกิจไทยในระบบทุนนิยมโลก”  
ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจเปรียบเทียบ* หน่วยที่ 13  
หน้า 239-286 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
- เทพินทร์ พัทธานุกรณ์ (2548) *สังคมวิทยาการแพทย์* กรุงเทพมหานคร โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์
- นัยพรรณ วรณศิริ (2550) *มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม* กรุงเทพมหานคร เอ็กซ์เปอร์เน็ท
- เบญจพร กิ่งรุ่งเพชร (2551) “การแพทย์บูรณาการ” ใน *อรรถกษณาแพรัตกุล บรรณาธิการ  
รอบรู้เรื่องยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เล่ม 2* หน้า 203-206 กรุงเทพมหานคร  
สันติศิริการพิมพ์
- ประชิด วามานนท์ สุจิต เจนนพกาญจน์ และ ปณิตตร หมอชาติ (2551) “การประยุกต์แนวคิด  
ทฤษฎีสำหรับการวิจัยด้านไทยคดีศึกษา” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา  
การอบรมเข้มเสริมประสบการณ์มหาบัณฑิตไทยคดีศึกษา* หน่วยที่ 1 หน้า 1-49  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์

- ประดิษฐ์ จิระเดชประไพ (2540) “การดำรงอยู่และเปลี่ยนแปลงของระบบการแพทย์พื้นบ้าน: ศึกษากรณีการใช้สมุนไพร ในจังหวัดพิษณุโลก” วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาสาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ประพจน์ เกตราภาส (2551) *การบูรณาการการแพทย์แผนไทย: สถานการณ์การให้บริการ การแพทย์แผนไทย พิมพ์ครั้งที่ 3* อุษาการพิมพ์
- \_\_\_\_\_ . (2553) *รายงานสถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกประจำปี 2550 – 2552* กรุงเทพมหานคร สามเจริญพาณิชย์
- ประทีป ชุมพล (2547) *ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย การศึกษาจากเอกสารตำรายา* กรุงเทพมหานคร อาลีไทพ์
- ประภัสสร สุธรรมวิจิตร (2541) “การดูแลสุขภาพของผู้ใช้แรงงานก่อสร้าง: ศึกษาเฉพาะกรณี แรงงานก่อสร้างในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ปรียา หิรัญประดิษฐ์ และ สุวิทย์ ไพทยวัฒน์ (2549) “การค้นคว้าวิจัยตามความสนใจ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยด้านไทยคดีศึกษา* หน่วยที่ 15 หน้า 15–20 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาราช สาขาวิชาศิลปสาสตร์
- ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ คณะ (2546) *การศึกษาการยอมรับของแพทย์ที่ โรงพยาบาลศรีนครินทรต่อสรรพคุณและรูปแบบการพัฒนายาเม็ดสมุนไพร ขมื่นชัน* รายงานการวิจัย คณะแพทยสาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ปัฐพล รัตนจินดา (2551) “ปัจจัยทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณของ ผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาราช
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ค้นคืนวันที่ 21 สิงหาคม 2553 จาก <http://rirs3.royin.go.th/dictionary.asp>
- พรรณี ธนาพล (2542) “พฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานในโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม้ยางพารา ในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง” วิทยานิพนธ์ศึกษสาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- “พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542” (2542, 29 พฤศจิกายน) *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 116 ตอนที่ 120 ก หน้า 49

- พิชญเรข เจียมจันทร์คุปต์ (2546) “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของลูกจ้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ” งานวิจัยการค้นคว้าแบบอิสระ เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พรทิพย์ อุสุภรัตน์ (2536) “การรักษาโรคด้วยยาแผนโบราณ กรณีศึกษา: ร้านขายยาเจ้ากรมเปือ” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยศิลปากร
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2532) “มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้สมุนไพรในชุมชน: ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดยโสธร” วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และ กฤตธัช โชติชนะเดชา (2553) “การส่งเสริมและอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์* หน่วยที่ 11 หน้า 5-29 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ไพฑูริย์ มีกุล (2553) “ความหลากหลายของอารยธรรมโลกในยุคโลกาภิวัตน์” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาอารยธรรมมนุษย์* หน่วยที่ 15 หน้า 1-26 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร อรุณการพิมพ์ สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- ภูมิธรรม เวชชชัย (2553) “ความสัมพันธ์และปัญหาระหว่างเมืองกับชนบท” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมและวัฒนธรรมไทย* หน่วยที่ 10 หน้า 1-40 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- มงเซญอร์ ปาลเลกัวซ์ *เล่าเรื่องกรุงสยาม* แปลจาก *Description du Royaume Thai ou Siam* โดย สันต์ ท. โกมลบุตร (2552) พิมพ์ครั้งที่ 4 นนทบุรี ศรีปัญญา
- มยุรี เปาประดิษฐ์ (2530) “การศึกษาการใช้ยาพื้นบ้านรักษาอาการอุจจาระร่วงของประชาชน” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล
- มหาวิทยาลัยมหิดล “มะรุม: พืชที่ทุกคนอยากรู้” ค้นคืนวันที่ 22 เมษายน 2554 จาก <http://medplant.mahidol.ac.th/document/moringa.asp>
- มณฑนา ทรัพย์เจริญพันธ์ (2550) “พฤติกรรมการบริโภคยาแผนโบราณในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน” วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

- มัลลิกา มัดโก และ นิตยา เพ็ญศิริินภา (2547) “แบบแผนพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ”  
 ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์* หน่วยที่ 4  
 หน้า 154-155 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- ลักคณา เกิดศิริ (2538) “การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในกรุงเทพมหานคร:  
 กรณีศึกษาวัดโพธิ์ ฝายสังฆาวาส” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวัฒนธรรมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
- ลิลี่ โกศัยยานนท์ และ อรรถชัยกณดา เข้มนวนล (2540) “ระบบเศรษฐกิจเปรียบเทียบ” ใน *เอกสาร  
 การสอนชุดวิชาเศรษฐกิจไทยและเศรษฐกิจเปรียบเทียบ* หน่วยที่ 1 หน้า 1-30  
 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
- ลือชัย ศรีเงินยวง (2547) “การแพทย์ทางเลือกกับระบบสุขภาพ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา  
 สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์* หน่วยที่ 6 หน้า 1-32  
 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- วราคม ทีสุกะ (2544) *สังคมและวัฒนธรรมไทย* กรุงเทพมหานคร พัฒนาศึกษา
- วิมล จิโรจพันธ์ ประชิต สกฤษณ์พัฒน์ และ อุดม เขยกิจวงศ์ (2548) *วิถีไทย*  
 กรุงเทพมหานคร แสงดาว
- วีระ บำรุงรักษ์ (2538) “ความหมายต่างๆ ของวัฒนธรรม” ใน *การวัฒนธรรมศึกษา*  
 กรุงเทพมหานคร ประชาชน
- วุฒิ วุฒิธรรมเวช (2550) *เกษตรกรรมไทยรวมสมุนไพร* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร  
 โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์
- วุฒินันท์ พระภูจันง (2534) “การรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้สมุนไพรของชาชนบท  
 อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม
- ศันสนีย์ ฤทธิทองพิทักษ์ (2546) “การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการใช้สมุนไพรไทย  
 ของคนกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขานิเทศศาสตร์พัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศรินทร์ดา วาสนะวัฒน์ (2553) “ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร” ใน *ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ*  
 13,4 (ตุลาคม-ธันวาคม): 105 - 110
- สนธิ ลิ้มทองกุล (2537) “พระอาทิตย์ตกที่สมุทรปราการ” ใน *โลกานวัตร* กรุงเทพมหานคร  
 ผู้จัดการ



- สมพร ภูติยานันต์ (2542) *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยสมุนไพรกับ  
การแพทย์แผนไทย* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2552) *สังคมวิทยาสุขภาพ* ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2552)  
*คู่มือระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์แผนไทย* พิมพ์ครั้งที่ 2  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สนิท สมัครงการ (2549) *การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาการของสังคม* พิมพ์ครั้งที่ 7  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สังคีต พิริยะรังสรรค์ (2538) “โลกาภิวัตน์กับแรงงาน” ใน *สังคีต พิริยะรังสรรค์ และ  
ผาสุก ไพจิตร บรรณาธิการ โลกาภิวัตน์กับสังคมเศรษฐกิจไทย 179* การพิมพ์  
สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2551) *ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวการใช้ประโยชน์เบื้องต้น*  
พิมพ์ครั้งที่ 13 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- \_\_\_\_\_ . (2550) “การพัฒนาตามมุมมองของสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา” ใน  
*ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาจากมุมมองของสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา*  
หน่วยที่ 4 หน้า 1-58 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- สันทัด เสริมศรี (2553) “แบบแผนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา  
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์* หน่วยที่ 5 หน้า 191-230  
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ “ภูมิปัญญาไทย” ค้นคืนวันที่ 11 ตุลาคม 2553 จาก  
<http://kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK23/chapter1/t23-1-11.htm#sect3>
- สินธพ โฉมยา (2547 ก) “การปรุงยาจากสมุนไพรในรูปแบบแผนโบราณ” ใน *เอกสารการสอน  
ชุดวิชาเภสัชพฤกษศาสตร์*” หน่วยที่ 14 หน้า 349-356 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สินธพ โฉมยา (2547 ข) “การปรุงยาจากสมุนไพรในรูปแบบยาแผนปัจจุบัน” ใน *เอกสาร  
การสอนชุดวิชาเภสัชพฤกษศาสตร์*” หน่วยที่ 15 หน้า 377-384 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สีดา สอนศรี และ คณะ (2552) *เอเชียตะวันออกเฉียงใต้: การเมือง เศรษฐกิจและการต่างประเทศ  
หลังวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2540 – 2550)* กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



- สุดา ภิรมย์แก้ว (2542) “การจัดระเบียบสังคม” ใน พวงเพชร สุรัตน์กีกุล บรรณาธิการ  
*มนุษย์กับสังคม* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สุดารัตน์ ตัณฑิอาริยะ (2548) “การวิเคราะห์ตำรายาแผนโบราณจากสมุดไทยของจังหวัดพังงา”  
 วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาษาไทย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- สุนทรี วิทยานารถไพศาล (2549) “การวิจัยด้านสุขภาพอนามัย” ใน *ประมวลสาระชุดวิชา*  
*การวิจัยด้านไทยคดีศึกษา* หน่วยที่ 3 หน้า 1-35 นนทบุรี  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- สุภาวดี จันทวานิช (2552) *ทฤษฎีสังคมวิทยา* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุริชัย หวันแก้ว (2535) “การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม” ใน *สังคมและวัฒนธรรม*  
 พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุวิทย์ ไทพยวัฒน์ และ สุดจิต เจนนพกาญจน์ (2548) “มนุษย์กับสังคม” ใน *เอกสาร*  
*ประกอบการสอนชุดวิชาสังคมมนุษย์* หน่วยที่ 2 หน้า 61-91 นนทบุรี  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- \_\_\_\_\_ . (2548) “มนุษย์กับวัฒนธรรม” ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมมนุษย์*  
 หน่วยที่ 5 หน้า 193-219 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
 สาขาวิชาศิลปศาสตร์
- สุภามิตร นามวิชา (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ  
 บุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ”  
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สุริชัย ศรีสุภัทวงศ์ (2546) “ทัศนคติในการใช้สมุนไพรไทยของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม  
 อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร” การค้นคว้าแบบอิสระ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ (2553) “ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดสมุทรปราการ”  
 ค้นคืนวันที่ 28 สิงหาคม 2553 จาก [http://www.samutprakan.go.th/m\\_n3.php](http://www.samutprakan.go.th/m_n3.php)
- \_\_\_\_\_ . (2553) “ประวัติและความเป็นมาของจังหวัดสมุทรปราการ”  
 ค้นคืนวันที่ 29 สิงหาคม 2553 จาก  
<http://www.samutprakan.go.th/Title/history.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2553)

“แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10” ค้นคืนวันที่ 11 ตุลาคม 2553

จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62>

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2553) “มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาเข้ามาใน

ราชอาณาจักรสำหรับยาแผนโบราณ ตั้งแต่ปี 2530 – 2552” ค้นคืนวันที่

27 กรกฎาคม 2553 จาก

[http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_002.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_002.asp)

\_\_\_\_\_ . (2554) “มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร

สำหรับยาแผนปัจจุบัน ตั้งแต่ปี 2530-2552” ค้นคืนวันที่ 23 เมษายน 2554 จาก

[http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_001.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_001.asp)

\_\_\_\_\_ . (2537) *รวมกฎหมายอาหารและยา* พิมพ์ครั้งที่ 2

ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

\_\_\_\_\_ . (2553) “สถิติจำนวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณตั้งแต่ปี 2526–2552”

ค้นคืนวันที่ 27 กรกฎาคม 2553 จาก

[http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_004.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_004.asp)

\_\_\_\_\_ . (2554) “สถิติจำนวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนปัจจุบันในแต่ละปี ตั้งแต่

ปี 2526-2552” ค้นคืนวันที่ 23 เมษายน 2554 จาก

[http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/files/sea001\\_003.asp](http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/files/sea001_003.asp)

\_\_\_\_\_ . (2554) “สืบค้นข้อมูลผลิตภัณฑ์” ค้นคืนวันที่ 22 เมษายน 2554

จาก <http://wwwapp1.fda.moph.go.th/consumer/conframe.asp>

สำนักงานแรงงานจังหวัดสมุทรปราการ (2553) “ข้อมูล/สถานการณ์ด้านแรงงานจังหวัด”

ค้นคืนวันที่ 27 กรกฎาคม 2553 จาก <http://samutprakan.mol.go.th/node/269>

\_\_\_\_\_ . (2553) “สถิติแรงงานจังหวัด” ค้นคืนวันที่ 24 กันยายน 2553

จาก [http://samutprakan.mol.go.th/labour\\_statistic](http://samutprakan.mol.go.th/labour_statistic)

\_\_\_\_\_ . (2553) “ค่าจ้างขั้นต่ำ” ค้นคืนวันที่ 24 กันยายน 2553 จาก

<http://samutprakan.mol.go.th/node/53>

สำนักงานประกันสังคม (2554) “ประกันสังคมในประเทศไทย” ค้นคืนวันที่ 25 เมษายน 2554

จาก <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=141>

- \_\_\_\_\_ . (2553) “สถานพยาบาลในโครงการกองทุนประกันสังคม จังหวัดสมุทรปราการ”  
 ค้นคืนวันที่ 28 สิงหาคม 2553 จาก  
[http://www.sso.go.th/wpr/hospital\\_search.jsp](http://www.sso.go.th/wpr/hospital_search.jsp)
- เสาวภา พรศิริพงษ์ (2547) “การสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย” ใน *เอกสารการสอน  
 ชุดวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์* หน่วยที่ 9 หน้า 135-165  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- เสาวภา พรศิริพงษ์ พรทิพย์ อุสุภรัตน์ เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ บรรณาธิการ (2541)  
*การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์ พิมพ์ครั้งที่ 2*  
 องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- เสาวนีย์ ปทุมชาติ (2542) “ตลาดอุตสาหกรรมยาแผนโบราณตามทัศนะของผู้บริโภค”  
 วิทยานิพนธ์ครุศาสตรอุตสาหกรรมบัณฑิต สาขาธุรกิจอุตสาหกรรม  
 สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
- อรุณศรี มงคลชาติ (2535) “การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณ  
 และยาสมุนไพรของประชากรไทย” วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- เอกวิทย์ ณ ถลาง (2545) *ศักยภาพไทยในวิถี* กรุงเทพมหานคร อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
- เอมอร ตรีชั้น (2528) “การศึกษาด้านภาษาและคติความเชื่อในตำรายาแผนโบราณจากสมุดไทย  
 ของจังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐมและสมุทรสาคร” ปรินูญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต  
 สาขาภาษาไทย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
- Duangmate Chantharangsikul (2005) *Effect of Ya-Hom on Gastric acid Secretion in  
 Isolated Mouse Whole Stomach* Master of Science (Biopharmaceutical sciences)  
 Mahidol University.
- Hunt, Stephen and Lightly, Nikki (2001) “A Sociology of ‘Fringe’ Medicine: A Healthy  
 Alternative?” In Giddens, Anthony editor *Sociology Introductory Readings*  
 Revised edition Blackwell Publishing.
- Kottak, Conrad Phillip (2002) *Cultural Antropology* 9<sup>th</sup> edition McGraw–Hill.
- Lakings, Duane B. (2000) “Nonclinical Drug Development: Pharmacology, Drug Metabolism,  
 and Toxicology” in Guarino, Richard A. editor *New Drug Approval Process*  
 3<sup>rd</sup> edition New York Marcel Dekker.

Pathawee Intayoong (2006) *Antigastric Ulcer Activity of Ya-Hom in Rat* Master of Science  
(Biopharmaceutical sciences) Mahidol University.

Zanden, James W. Vander (1993) *Sociology the core* 3<sup>rd</sup> edition McGraw-Hill.





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



ภาคผนวก ข  
แบบสัมภาษณ์เชิงลึก





ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูล

## แบบฟอร์มที่ 4.2

### ประวัติและผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ

#### 1. ข้อมูลส่วนตัว

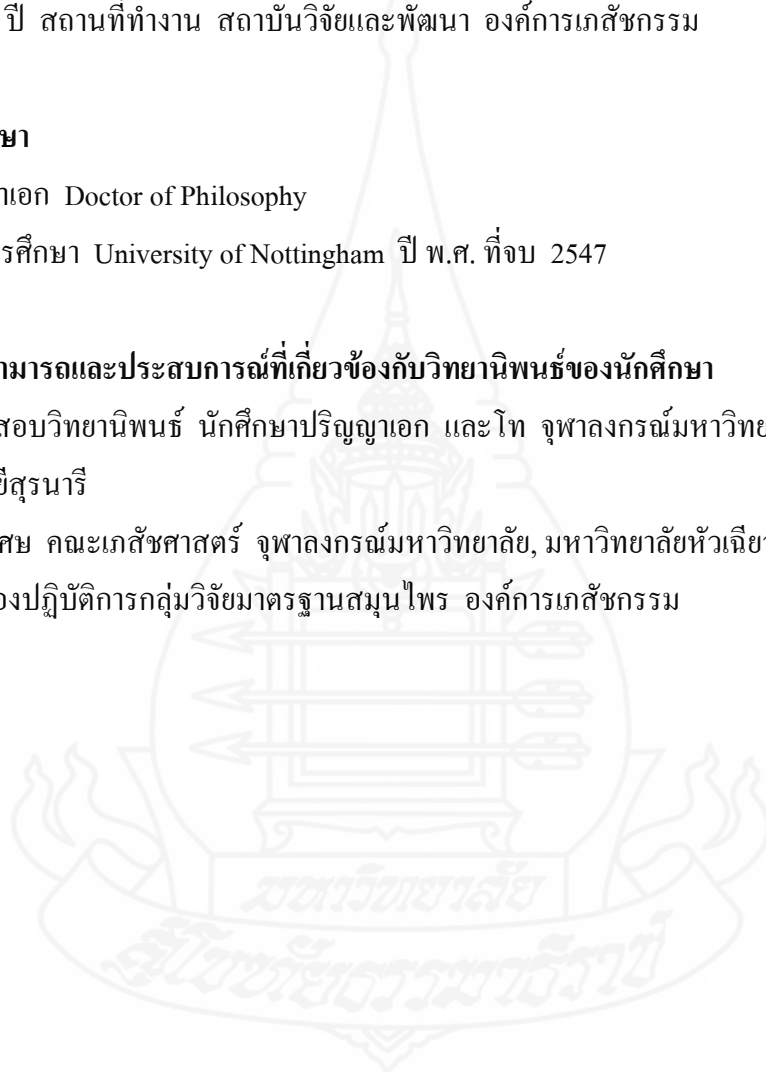
- 1.1 ชื่อ/นามสกุล นายสัญญา หกพุดชา
- 1.2 ตำแหน่งทางบริหาร/วิชาการ หัวหน้ากลุ่มวิจัยมาตรฐานสมุนไพรม
- 1.3 อายุ 34 ปี สถานที่ทำงาน สถาบันวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม

#### 2. วุฒิทางการศึกษา

- 2.1 ชื่อปริญญาเอก Doctor of Philosophy  
สถาบันการศึกษา University of Nottingham ปี พ.ศ. ที่จบ 2547

#### 3. ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

- กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ นักศึกษาปริญญาเอก และโท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
- อาจารย์พิเศษ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- หัวหน้าห้องปฏิบัติการกลุ่มวิจัยมาตรฐานสมุนไพรม องค์การเภสัชกรรม



## 1. ข้อมูลส่วนตัว

1.1 ชื่อ/นามสกุล นายปัฐพล รัตนจินดา

1.2 ตำแหน่งทางบริหาร/วิชาการ เกษษกร 5 กองการขยายภาครัฐ

1.3 อายุ 29 ปี สถานที่ทำงาน ฝ่ายการตลาดและการขาย องค์การเกษตรกรรม

## 2. วุฒิทางการศึกษา

2.1 ชื่อปริญญาโท บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต

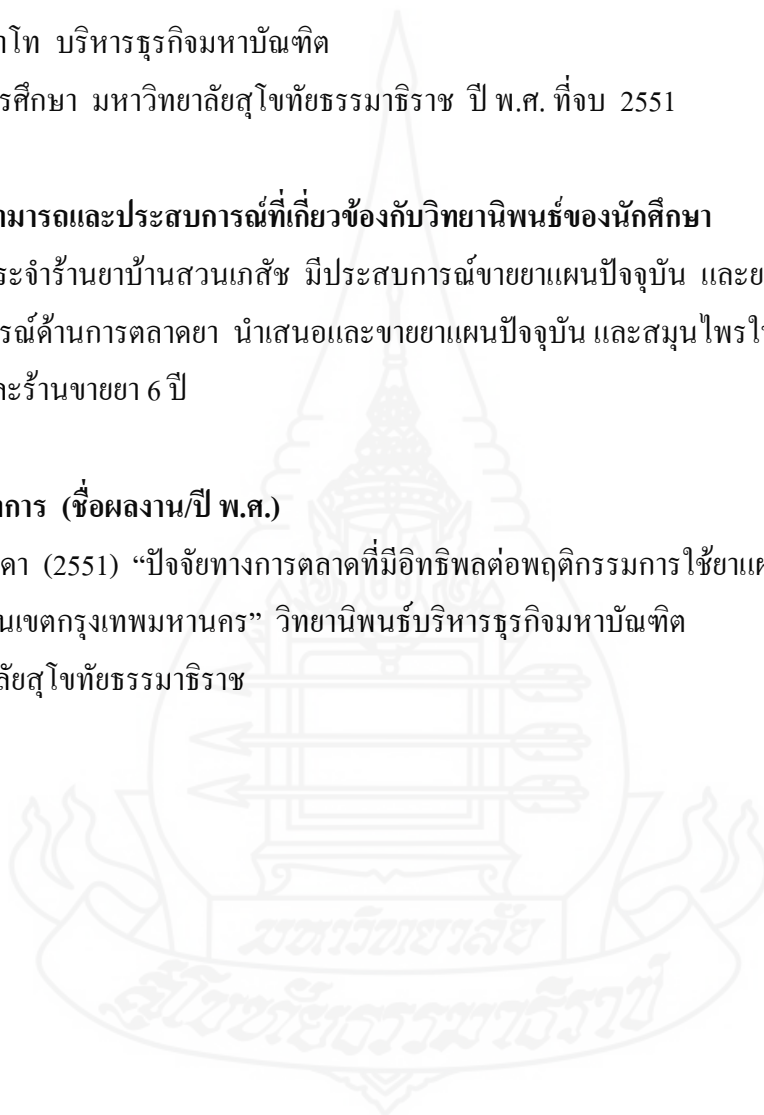
สถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี พ.ศ. ที่จบ 2551

## 3. ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

- เกษษกรประจำร้านยาบ้านสวนเกษฯ มีประสบการณ์ขายยาแผนปัจจุบัน และยาแผนโบราณ 6 ปี
- ประสบการณ์ด้านการตลาดยา นำเสนอและขายยาแผนปัจจุบัน และสมุนไพรในโรงพยาบาลภาครัฐ เอกชน และร้านขายยา 6 ปี

## 4. ผลงานทางวิชาการ (ชื่อผลงาน/ปี พ.ศ.)

ปัฐพล รัตนจินดา (2551) “ปัจจัยทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินนท์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตต์ เจนนพกาญจน์
3. อาจารย์ นาวาโท ดร.อนุชา ม่วงใหญ่
4. เกษักร ดร.สัญญา หกพุดชา
5. เกษักรปัฐพล รัตนจินดา



## แบบสัมภาษณ์ผู้ใช้แรงงาน

## เรื่อง

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ:  
กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2553

## ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ ..... นามสกุล .....

อายุ ..... ปี

เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง

ศาสนา [ ] พุทธ [ ] อื่นๆ ระบุ .....

สถานภาพสมรส [ ] โสด [ ] สมรส [ ] อื่นๆ ระบุ .....

ภูมิลำเนาเดิม .....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

..... โทรศัพท์ .....

สถานที่ทำงาน.....

..... โทรศัพท์ .....

ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

จำนวนคนงานในโรงงาน ..... คน ระยะเวลาที่ทำงานในจังหวัดสมุทรปราการ ..... ปี

ระดับการศึกษา ..... รายได้ต่อเดือน ..... บาท

โรคประจำตัว .....

อาการเจ็บป่วยที่เป็นบ่อย .....

ยาที่รับประทานเป็นประจำ .....

โรงพยาบาลที่ทำประกันสังคม ..... จำนวนครั้งที่ใช้บริการต่อปี .....

เวลาเจ็บป่วยท่านมักจะไปรับการรักษาที่ใด เพราะเหตุใด .....

ท่านรู้จักยาแผนโบราณหรือไม่ [ ] รู้จัก [ ] ไม่รู้จัก

ท่านสนใจในยาแผนโบราณหรือไม่ [ ] สนใจ [ ] ไม่สนใจ



**ตอนที่ 2** ประเภทและรูปแบบของยาแผนโบราณที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานเลือกใช้

1. รูปแบบยาแผนโบราณที่ท่านเคยใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)

- [ ] ยาเม็ด [ ] ยาแคปซูล [ ] ยาน้ำ [ ] ยาผง [ ] ยาครีม  
 [ ] ยาฉีด [ ] อื่นๆ ระบุ .....

2. กลุ่มตำรับยาแผนโบราณที่ท่านเคยใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 กลุ่ม)

- [ ] กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

- [ ] กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

- [ ] กลุ่มยาระบบหัวใจและหลอดเลือด

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

- [ ] กลุ่มยาระบบผิวหนัง

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

- [ ] กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปัสสาวะ

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

- [ ] กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

- [ ] กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

[ ] กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

[ ] กลุ่มยารักษาพยาธิ

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

[ ] กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

[ ] กลุ่มยาระบบตา/หู

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

[ ] กลุ่มยาระบบอื่นๆ

อาการป่วย .....

ยาแผนโบราณที่เคยใช้ .....

3. กลุ่มยาแผนโบราณใดที่ท่านใช้มากที่สุด .....

4. กลุ่มยาแผนโบราณใดที่ท่านเชื่อถือมากที่สุด .....

### ตอนที่ 3 ความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

1) ท่านเชื่อถือในสรรพคุณของยาแผนโบราณหรือไม่ เพราะเหตุใด .....

2) ท่านคิดว่ายาแผนโบราณเป็นภูมิปัญญาไทยสำคัญที่ควรอนุรักษ์หรือไม่ เพราะเหตุใด .....

3) เด็กรุ่นใหม่ไม่นิยมใช้ยาแผนโบราณเพราะลำสมัย ท่านเห็นด้วยหรือไม่ .....

4) ท่านเชื่อว่ายาแผนโบราณเห็นผลการรักษาช้า และรสชาติไม่ดี .....

5) ท่านเชื่อว่ายาแผนโบราณมีความปลอดภัยเพราะได้จากธรรมชาติ .....

6) ครอบครัวของท่านมีความเชื่อถือในยาแผนโบราณหรือไม่ .....

7) กลุ่มเพื่อนของท่านมีความเชื่อถือในยาแผนโบราณหรือไม่ .....

- 8) ในชุมชนของท่านมีความเชื่อถือในการใช้ยาแผนโบราณหรือไม่ .....
- 9) การโฆษณามีส่วนทำให้ท่านเชื่อถือสรรพคุณของยาแผนโบราณหรือไม่ .....
- 10) ผลการรักษาที่ดีส่งเสริมให้ท่านเชื่อถือประสิทธิภาพยาแผนโบราณ .....
- 11) ให้ท่านบอกข้อดี – ข้อเสียของยาแผนโบราณ .....

#### ตอนที่ 4 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ

- 1) การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณของท่านอย่างไร .....
- 2) กลุ่มเพื่อนในที่ทำงาน หรือในหอพักมีผลต่อการใช้ยาแผนโบราณของท่านอย่างไร .....
- 3) การย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมืองทำให้การใช้ยาแผนโบราณของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร .....
- 4) ระดับการศึกษาทำให้การใช้ยาแผนโบราณของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร .....
- 5) ระบบประกันสังคมทำให้ท่านไม่สามารถใช้ยาแผนโบราณในการรักษาได้ .....
- 6) ท่านเคยได้รับยาแผนโบราณเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ .....
- ถ้าเคย ท่านได้รับยาแผนโบราณที่ได้ใช้รักษาอาการใด .....
- 7) ท่านทราบหรือไม่ว่ามียาแผนโบราณบางรายการบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ .....
- ท่านสามารถได้รับยาแผนโบราณจากโรงพยาบาลที่ทำประกันสังคม .....
- 8) การที่แพทย์และเภสัชกร ไม่จ่ายยาแผนโบราณให้ท่านทำให้การใช้ยาแผนโบราณลดลง .....
- 9) สถานะความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ท่านไม่อยากสืบเปลื้องซื้อยาแผนโบราณมาใช้ .....
- 10) ความก้าวหน้าในวิทยาการของยาแผนปัจจุบันทำให้ท่านใช้ยาแผนโบราณลดลง .....
- 11) ความก้าวหน้าในการผลิตยาแผนโบราณ เช่น ยาแคปซูลฟ้าทะลายโจร ยาแคปซูลขมิ้นชัน ทำให้การใช้สมุนไพรมีความสะดวกในการใช้มากขึ้น .....
- 12) การคมนาคมที่สะดวกทำให้ท่านไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้ไม่ยาก ทำให้การรักษาด้วยสมุนไพรและยาแผนโบราณลดลง .....
- 13) การโฆษณามีผลต่อการเลือกใช้ยาแผนโบราณของท่าน .....
- 14) ความคุ้นเคยกับการใช้ยาแผนปัจจุบันทำให้การใช้ยาแผนโบราณของท่านลดลง .....

**ตอนที่ 5** แนวโน้มในการใช้ยาแผนโบราณในอนาคตของผู้ใช้แรงงาน

- 1) ในความเห็นของท่านกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายต่อยาแผนโบราณอย่างไรบ้าง .....
- 2) อาการป่วยแบบใดที่ควรเลือกใช้ยาแผนโบราณ อาการแบบใดควรเลือกยาแผนปัจจุบัน .....
- 3) ในอนาคตท่านจะใช้ยาแผนโบราณในการรักษาโรคหรือไม่ เพราะเหตุใด .....
- 4) ถ้ารัฐมีการรณรงค์การใช้ยาแผนโบราณ ท่านคิดว่าผู้ใช้แรงงานจะใช้ยาแผนโบราณเพิ่มขึ้นหรือไม่

.....

**ตอนที่ 6** ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะ

.....  
 .....  
 .....

**กลุ่มตำรับยาแผนโบราณ**  
**(สำหรับเป็นคู่มือการสัมภาษณ์)**

- [ ] กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร  
 ยารักษาแผลในปาก ยาแก้ปวดฟัน ยาสีฟัน ยาขับลม/บำรุงธาตุ ยาแก้ปวดท้อง ยาแก้อาเจียน  
 ยาระบาย ยาแก้ท้องผูก/ยาถ่าย ยาแก้ท้องเสีย ยาบำรุงร่างกาย ยาแก้ตานขโมย ยาแก้ตะคริว  
 ยาช่วยเจริญอาหาร ยาอุ่น ยาอุทัย
- [ ] กลุ่มยาเกี่ยวกับเลือด  
 ยาบำรุงโลหิต ยาฟอกเลือด
- [ ] กลุ่มยาระบบหัวใจและหลอดเลือด  
 ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ฟกช้ำ ยาบรรเทาโรคสีดวงทวาร
- [ ] กลุ่มยาระบบผิวหนัง  
 ยาแก้แมลงสัตว์กัดต่อย ยาแก้ประดงเลือด ยาแก้ประดงลม ยาแก้แผลเปื่อย/ฝีอักเสบ  
 ยาแก้หัวพิษ หัวล้านมะลอก บรรเทาพิษ ยาทาแผลสด ยาแก้ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

- [ ] กลุ่มยาระบบสืบพันธุ์/ระบบปีสสาวะ  
ยาบำรุงน้ำนม ยาขับน้ำคาวปลา ยาสตรีแทนการอยู่ไฟ ยาช่วยให้มดลูกเข้าอู่ ยาบำรุงครรภ์  
ยาแก้ประจำเดือนไม่ปกติ ยาแก้เนื้ว
- [ ] กลุ่มยารักษาอาการติดเชื้อ  
ยาแก้เจ็บคอ ยาแก้คออักเสบ ยาแก้หัด อีสุกอีใส ยาแก้ลมพิษ ยาแก้กาฬพิษ
- [ ] กลุ่มยาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก  
ยาแก้ปวดเมื่อย (ภายใน) ยาแก้ปวดเมื่อย (ภายนอก)
- [ ] กลุ่มยาระบบประสาทส่วนกลาง  
ยาแก้ไข้ ยาทรงไข้ ยาแก้ไข้ทับระดู ยาแก้ระดูทับไข้ ยาแก้ร้อนใน/กระหายน้ำ ยาเขียว  
ยาแก้ปวดหัว ยาแก้ปวดประจำเดือน ยาแก้ลมชัก ยาแก้ทรงชัก ยาแก้นอนไม่หลับ  
ยาแก้ลมวิงเวียน ยาบำรุงหัวใจ ยาหอม
- [ ] กลุ่มยารักษาพยาธิ  
ยาแก้บิดแก้ฝี่ ยาถ่ายพยาธิ ยาทรงชาน
- [ ] กลุ่มยาระบบทางเดินหายใจ  
ยาบรรเทาโรคหืดววมูก ยาแก้หอบหืด ยานัตถ์ ยาแก้หวัด ยาแก้คัดจมูก ยาลดน้ำมูก  
ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะ
- [ ] กลุ่มยาระบบตา/หู  
ยาแก้ริดสีดวงตา ยาบำรุงสายตา ยาบำรุงตา/แก้ตาแดงแฉะ ยาแก้น้ำหนวก ยารักษาหูอื้อ คันหู
- [ ] กลุ่มยาระบบอื่นๆ  
ยาบำรุงผม ยาแก้ผดผื่นแดง ยาแม่ลูกอ่อนกินของผิด

ที่ ศธ 0522.15(1)/๑๕๖



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

22 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน เกษักรปัฐพล รัตนจินดา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชัชวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แผนกวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบท้ายมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย สาขาวิชาศิลปศาสตร์จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการตลาดยา และยาแผนโบราณ ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชานาญ เขาวงกิตพิงศ์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์

โทร. 0 2504 8515 - 7

โทรสาร. 0 2503 3564





ที่ ศธ 0522.15(1)/ ๐159

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

22 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน เกียรติกร ดร.สัญญา หกพุดชา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมืองจังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบท้ายมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย สาขาวิชาศิลปศาสตร์จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยสมุนไพร ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชานาญ เชาว์กิตติพงศ์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์

โทร. 0 2504 8515 - 7

โทรสาร. 0 2503 3564



ที่ ศธ 0522.15(1)/0159

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

22 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือวิจัย  
เรียน อาจารย์ นาวาโท ดร.อนุชา ม่วงใหญ่  
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แผนกวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบท้ายมาด้วยนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย สาขาวิชาศิลปศาสตร์จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยสังคมไทย ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชำนาญ ชาวเกียรติพงศ์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์

โทร. 0 2504 8515 - 7

โทรสาร. 0 2503 3564



ที่ ศธ 0522.15(1)/ ๑156

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน เจ้าหน้าที่ประจำสำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ มีกุศล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากท่าน เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และยาแผนโบราณ ช่วงเดือน ธันวาคม 2553 - กุมภาพันธ์ 2554 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ตามวันและเวลาดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งที่จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชำนาญ เขาวีรติพงษ์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์

โทร. 0 2504 8515 - 7

โทรสาร. 0 2503 3564





ที่ ศธ 0522.15(1)/0156

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน ผู้ใช้แรงงานจังหวัดสมุทรปราการ

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ มีกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากท่าน เกี่ยวกับความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2554 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาคำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ตามวันและเวลาดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชำนาญ เขาวงกิตพิงษ์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์

โทร. 0 2504 8515 - 7

โทรสาร. 0 2503 3564



ที่ ศธ 0522.15(1)/๑๕๖

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน เจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ มีกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากท่าน เกี่ยวกับความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2554 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ตามวันและเวลาดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชานาญ เชาว์กริตพงษ์)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์

โทร. 0 2504 8515 - 7

โทรสาร. 0 2503 3564



ที่ ศธ 0522.15(1)/ ๑๕๖

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิสกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ มีกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากท่าน เกี่ยวกับความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2554 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ตามวันและเวลาดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชำนาญ เชาวศิริตพงษ์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์

โทร. 0 2504 8515 - 7

โทรสาร. 0 2503 3564





ที่ ศธ 0522.15(1)/ ๐ ๑๖๖

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๖ พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน เกษัตริ์กรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบัน

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ มีกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากท่าน เกี่ยวกับความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2554 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาคำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ตามวันและเวลาดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชำนาญ เขาวีกรติพงษ์)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์  
โทร. 0 2504 8515 - 7  
โทรสาร. 0 2503 3564



ที่ ศธ 0522.15(1)/ 156

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาชิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

16 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย  
เรียน แพทย์ประจำโรงพยาบาลสมุทรปราการ

เนื่องด้วย นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาชิราช กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ กรณีศึกษา กลุ่มผู้ใช้แรงงานในเขตเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ช่วง พ.ศ. 2540 - 2553 โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ มีกุล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากท่าน เกี่ยวกับความเชื่อในการใช้ยาแผนโบราณ ช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2554 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาคำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ตามวันและเวลาดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ชำนาญ เขาวงกิตพิงษ์)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์  
โทร. 0 2504 8515 - 7  
โทรสาร. 0 2503 3564

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายชัยวัฒน์ อนันตสิทธิ์สกุล
วัน เดือน ปีเกิด	11 กันยายน 2523
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
ประวัติการศึกษา	เกศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. 2547 บริหารธุรกิจบัณฑิต (การตลาด) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2551
สถานที่ทำงาน	ฝ่ายประกันคุณภาพ องค์การเภสัชกรรม
ตำแหน่ง	เภสัชกร

