

การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นางสาวสุทาร์ตน์ บุญมี

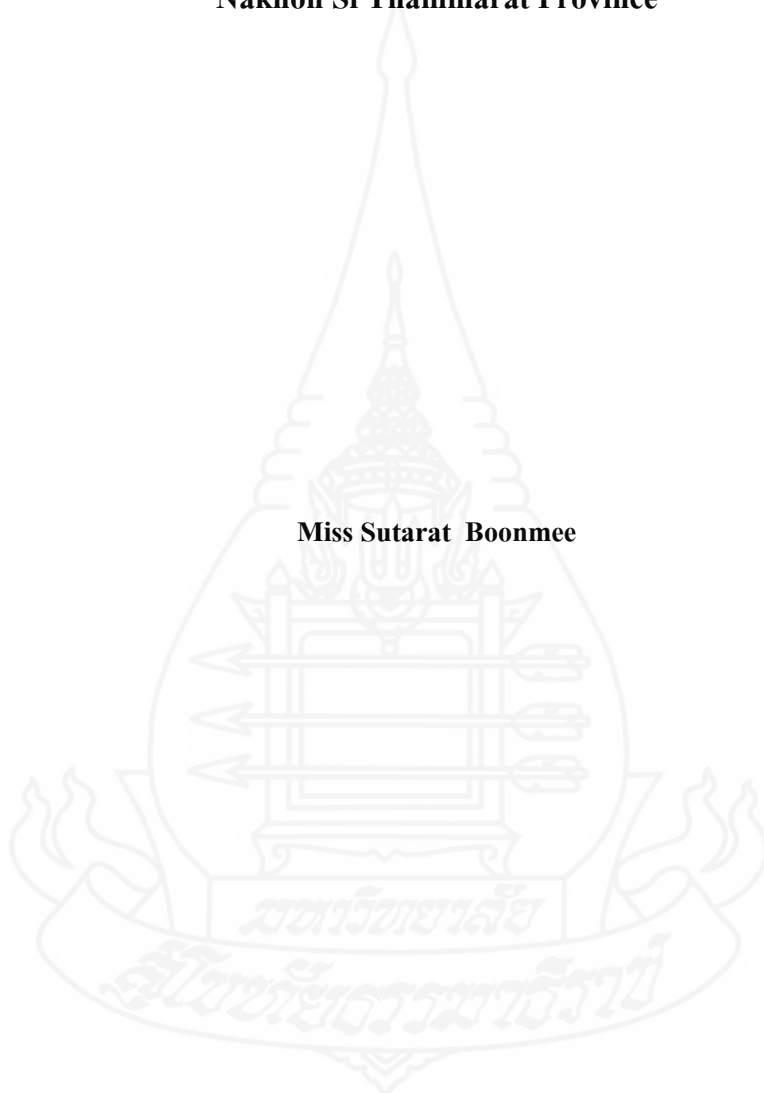


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาสารสนเทศศาสตร์ สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2559

**Knowledge Management in Health Care by Traditional Healers in  
Nakhon Si Thammarat Province**

**Miss Sutarat Boonmee**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Arts in Information Science

School of Liberal Arts


Sukhothai Thammathirat Open University

2016

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน  
จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ชื่อและนามสกุล นางสาวสุทาร์ตน์ บุญมี  
แขนงวิชา สารสนเทศศาสตร์  
สาขาวิชา ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร. น้ำทิพย์ วิภาวิน  
2. อาจารย์ ดร. นฤมล รื่นไวย์

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2559

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. สุมรรษตรา แสนวา)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. น้ำทิพย์ วิภาวิน)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร. นฤมล รื่นไวย์)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

**ผู้วิจัย** นางสาวสุทาร์ตน์ บุญมี รหัสนักศึกษา 2541000267 **ปริญญา** ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
(สารสนเทศศาสตร์) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร. น้ำทิพย์ วิชาวิน  
(2) อาจารย์ ดร.นฤมล รื่นไวย์ **ปีการศึกษา** 2559

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช (2) กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช และ (3) ปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลจากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า (1) สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช มีลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรคจากตำราที่ได้รับการสืบทอดจากบรรพบุรุษและไม่มีกรบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร แต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง ส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาโรคกระดูก การบีบนวดรักษาโดยใช้สมุนไพร (2) กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช เริ่มจากการบ่งชี้ความรู้จากประสบการณ์การรักษา มีการบันทึกประวัติผู้ป่วยที่มารับการรักษาเพื่อติดตามผล มีการถ่ายทอดความรู้ในครอบครัวและเป็นวิทยากรในการเผยแพร่ความรู้ในการรักษาโรคและการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมอพื้นบ้าน (3) ปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การไม่มีเวลาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขาดงบประมาณสนับสนุนและสื่อการสอนเพื่อถ่ายทอดความรู้ไม่เพียงพอ

**คำสำคัญ** การจัดการความรู้ หมอพื้นบ้าน นครศรีธรรมราช



**Thesis title:** Knowledge Management in Health Care by Traditional Healers in  
Nakhon Si Thammarat Province

**Researcher:** Miss Sutarat Boonmee; **ID:** 2541000267; **Degree:** Master of Arts  
(Information Science); **Thesis advisors:** (1) Dr. Namtip Wipawin, Associate Professor;  
(2) Dr. Narumol Ruenwai; **Academic year:** 2016

### **Abstract**

The objectives of this research were as follows: (1) to study the conditions of knowledge management in health care and treatment of folk healers in Nakhon Si Thammarat, (2) to study the process of knowledge management in health care and treatment of folk healers in Nakhon Si Thammarat, and (3) to study problems and obstacles of knowledge management in health care and treatment of folk healers in Nakhon Si Thammarat.

This research was qualitative in nature. The population of this research was composed of ten folk healers, registered according to the Practice of the Art of Healing Act (B.E. 2542), Section 33. The tool used in data collection was the interview. Descriptive analysis was applied to all data.

The findings of the study can be summarized as follows: (1) In terms of the conditions of knowledge management in health care and treatment of folk healers, they have mostly learned and inherited from their ancestors' experiences without written documents. (2) In terms of the process of knowledge management in health care and treatment of folk healers, it has relied on knowledge sharing from healing experiences, such as treating broken bones, giving herbal massages, sharing knowledge by recording treatment results for evaluation, and training others in healing practices. (3) In terms of problems and obstacles of knowledge management in health care and treatment of folk healers in Nakhon Si Thammarat, there were mainly lack of time, insufficient financial support and lack of teaching materials.

**Keywords:** Knowledge Management, Traditional Healers, Nakhon Si Thammarat

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาที่ผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากรองศาสตราจารย์ ดร. น้ำทิพย์ วิภาวิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และดร.นฤมล รื่นไวย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาชี้แนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลงได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ศุภรศพร แสนวา ที่กรุณาสละเวลารับเป็นประธานกรรมการและให้คำแนะนำแก้ไขวิทยานิพนธ์จนสมบูรณ์ยิ่งขึ้นขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน คือ ดร.ประยงค์ ชูรักษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ สังขภิญโญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวนาถ นันทพิชัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นางพัชรารรณ เสน่หา ที่กรุณาจัดการเรื่องเอกสารต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.เดชชาติ ศรีทรัพย์ รักษาการผู้ช่วยอธิการบดี พระมหาประทีน เขมจารี อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมาสโศกราช ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา แนะนำแนวทางในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณหมอฟันบ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 10 ท่าน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้และขอขอบคุณนางธิดา ขุนสิทธิ์ ที่สละเวลารับเป็นทีมงานวิจัยในการไปลงพื้นที่เก็บข้อมูล กระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดามารดาพี่น้องและครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่งที่ช่วยเหลือขณะจัดทำวิทยานิพนธ์ ทั้งคอยให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุทาร์ตน์ บุญมี

กุมภาพันธ์ 2559

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
3. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
4. ขอบเขตการวิจัย.....	4
5. นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	7
1.แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้.....	8
1.1 ความหมายของการจัดการความรู้.....	8
1.2 ประเภทของความรู้.....	11
1.3 ความสำคัญของการจัดการความรู้.....	13
1.4 เป้าหมายของการจัดการความรู้.....	13
1.5 กระบวนการของการจัดการความรู้.....	19
1.6 ประโยชน์ของการจัดการความรู้.....	26
1.7 โมเดลการจัดการความรู้.....	27
2.แนวคิดเรื่องการดูแลและรักษาสุขภาพ .....	29
2.1 ความหมายของสุขภาพ.....	29
2.2 ประเภทของสุขภาพ.....	31
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง.....	32

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.4 บริบทสังคมไทยในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย.....	44
2.5 การดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน.....	45
2.6 การดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	47
3. แนวคิดเรื่องหมอพื้นบ้าน.....	48
3.1 ความหมายของหมอพื้นบ้าน.....	48
3.2 ลักษณะสำคัญของหมอพื้นบ้าน.....	52
3.3 ประเภทของหมอพื้นบ้าน.....	52
3.4 ขั้นตอนการรักษาของหมอพื้นบ้าน.....	53
4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
3.การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
4.การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้น.....	66
ตอนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของ หมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	70
ตอนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	74
ตอนที่ 4 การศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	84
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	86
1.สรุปการวิจัย.....	86
2.อภิปรายผล.....	97
3.ข้อเสนอแนะ.....	104
3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	104

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป.....	104
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	112
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถามสัมภาษณ์หมู่บ้าน.....	114
ข. แบบสอบถามสัมภาษณ์หมู่บ้าน.....	119
ค. ประวัติหมู่บ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ตำบล.....	128
ง. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542.....	140
ประวัติผู้วิจัย.....	160



## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลจำนวนหอพักบ้านที่ศึกษา ตามสถานที่อยู่และสาขาที่ได้รับการ รับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช.....	67
ตารางที่ 4.2	ข้อมูลทั่วไปของหอพักบ้าน.....	68
ตารางที่ 4.3	ข้อมูลสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหอ พักบ้าน.....	70
ตารางที่ 4.4	ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหอพักบ้าน ด้านการบ่งชี้ความรู้.....	75
ตารางที่ 4.5	ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหอพักบ้านด้านการสร้างและแสวงหาความรู้.....	76
ตารางที่ 4.6	ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหอพักบ้านด้านการจัดการความรู้ให้เป็นระบบ.....	78
ตารางที่ 4.7	ข้อมูลข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษา สุขภาพของหอพักบ้านด้านการประมวลค้นกรองความรู้.....	79
ตารางที่ 4.8	ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหอพักบ้านด้านการเข้าถึงความรู้.....	80
ตารางที่ 4.9	ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหอพักบ้านด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	81
ตารางที่ 4.10	ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ ของหอพักบ้านด้านการเรียนรู้.....	83

### สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 2.1	โมเดลการสร้างองค์ความรู้ SECI.....	17
ภาพที่ 2.2	กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process)	20
ภาพที่ 2.3	โมเดลปลา.....	27
ภาพที่ 2.4	มิติของแบบแผนการดำเนินชีวิต (Pender, Nola J., 1987).....	36
ภาพที่ 2.5	ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของบุคคล.....	39



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญต่อการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากภูมิปัญญาในด้านต่างๆเกิดขึ้นจากความรอบรู้ประสบการณ์แนวคิดส่วนบุคคลหรือชุมชนได้ถ่ายทอดสืบสานต่อกันมาจากรุ่นบรรพบุรุษหมอพั้นบ้านถือว่าเป็นแพทย์แผนไทยที่ทำการรักษาเช่น หมอรักษากระดูกหมอรักษาโรคทางในเด็ก และหมอ เป็นต้น ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีขึ้นเพื่อการปรับเปลี่ยนสภาพทรัพยากรและองค์ความรู้ที่มีอยู่ดั้งเดิมให้เพิ่มพูนคุณค่าขึ้นอย่างสอดคล้องประสานและเหมาะสมกับบริบทต่างๆของสังคมหรือชุมชน ทั้งด้านระบบนิเวศทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรทางวัฒนธรรม รวมทั้งปัจจัยและข้อจำกัดที่เผชิญอยู่ เช่น ภูมิปัญญาปรับเปลี่ยนวิธีการยังชีพจากเพียงพออยู่รอด ไปสู่สถานะมีกินมีใช้อย่างเพียงพอ และปรับเปลี่ยนการอยู่แบบเอาตัวรอดหรือต่างคนต่างอยู่ ไปเป็นการอยู่ร่วมกัน อย่างสันติ และเอื้ออาทรต่อกัน รากเหง้าของภูมิปัญญาชาวบ้านจึงมักเกี่ยวเนื่องกับการนำสภาวะธรรมชาติที่มีอยู่มาปรับปรุงให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิตที่เป็นพื้นฐานหรือปัจจัยได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการบำบัดโรคภัยไข้เจ็บ (สุธิวงศ์ พงศ์ไพบูลย์, 2540)

การรักษาแบบแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่มีความหมายเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นด้วยการบอกกล่าว การถ่ายทอดด้วยวิธีการนี้ จำกัดเฉพาะกลุ่มบุคคล เช่น คนในครอบครัว อีกทั้งการถ่ายทอดนั้นด้วยการเรียนรู้จากการสังเกตและฝึกฝนด้วยตนเอง ไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรหรือรูปแบบใดๆ อีกทั้งในปัจจุบันหมอพั้นบ้านที่มีอยู่ก็มีอายุมากและมีเพียงไม่กี่คนที่ถ่ายทอดในการรักษาของแพทย์แผนไทย (พระมหาวิรัชชาติ เดชวณฺโณ (บุญทา) 2552) การแพทย์แผนไทยมีส่วนสนับสนุนการแพทย์แผนปัจจุบันเนื่องจากหมอพั้นบ้านมีพื้นฐานมาจากการเห็นประสบการณ์ของบรรพบุรุษและการมีใจอยากช่วยเหลือคนให้พ้นทุกข์ โดยใช้องค์ความรู้พื้นบ้านมาดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ในเรื่องการจัดการความรู้ของหมอพั้นบ้านแต่ละคนพบว่ามี การแสวงหาความรู้หลายวิธีส่วนใหญ่สืบต่อดจากบรรพบุรุษ หรือจากตำราพื้นบ้านเก่าๆ สอบถามผู้รู้ หรือครูพักลักจำ การนำความรู้ไปใช้ผสมผสานหลายวิธี ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เทียบเคียงการวิเคราะห์โรค การลองผิดลองถูกและการประยุกต์ใช้ การถ่ายทอดความรู้ไม่มีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบชัดเจนเพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ส่วนการจัดการความรู้ในระดับ



บุคคลพบว่าหมอฟันบ้านในเครือข่ายได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยเป็นกิจกรรมที่แลกเปลี่ยนและรู้ ฟันองค์ความรู้กิจกรรมที่สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง กิจกรรมที่เน้นการหาความรู้เพิ่มเติม และการทบทวนบทเรียนและสถานการณ์ทำงาน จึงทำให้หมอฟันบ้านสามารถฟื้นฟูและต่อยอด เพิ่มเติมได้ (อารีวรรณ ทับทอง, 2549)

ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลมีการถ่ายทอดด้วยการบอกต่อกัน ด้วยการบอกเล่า ที่เรียกว่า “มุขปาฐะ” และจะถ่ายทอดให้เฉพาะบุตรหลาน หรือลูกศิษย์ที่ตัวเองรักเท่านั้น ความรู้ความคิดอันดีงามทั้งหลายจึงอยู่ในรูปของคำบอกเล่าไม่ต้องการที่จะเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรเพราะกลัวผู้อื่นจะรู้แพร่หลายประสบการณ์และความเชี่ยวชาญทั้งหลายที่ปราชญ์ชาวบ้านสั่งสมมาตลอดชีวิต จึงสูญหายไปกับท่านผู้รู้เหล่านั้น ผู้ที่มีโอกาสได้รับการถ่ายทอดมักจะได้รับมาเพียงบางส่วน ความรู้ต่างๆ จึงขาดหายไป ถ้าผู้รับการถ่ายทอดมีความเพียรพยายามหาความรู้อย่างถูกต้องมีความชำนาญ มีการเสริมแทนส่วนที่ขาดหายไป ก็ต้องใช้เวลาอีกนานกว่าจะได้ความรู้มาได้ใกล้เคียงกับครู ปัจจัยหลักของการหาความรู้ คือ ไม่ต้องการจะถ่ายทอดวิทยาการของครูมักจะเกิดจากความไม่เชื่อมือและไม่ไว้วางใจผู้สืบทอดต้องเป็นคนฉลาดและกตัญญูอย่างแท้จริง การบอกของครูสมัยก่อนนั้นจึงมักจะใช้วิธีบอกใบ้ หรือเขียนเป็นลายแทงเชิงปริศนามรดกทางความคิดและความรู้จึงไม่มีการพัฒนาเท่าที่ควร (พระมหาวิรัชดิ เตชวณฺโณ (บุญทา) 2552)

นครศรีธรรมราชเป็นเมืองโบราณที่มีความสำคัญทั้งทางด้านสังคม การเมือง การปกครอง และศาสนามากที่สุด เมืองหนึ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมืองนี้มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางมาไม่น้อย 1,800 ปีมาแล้ว จากหลักฐานทางโบราณคดี และหลักฐานทางเอกสารที่ปรากฏในขณะนี้ยืนยันได้ว่า นครศรีธรรมราชมีกำเนิดมาแล้วตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ 7 เป็นอย่างน้อย ส่วนมรดกทางวัฒนธรรมด้านป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บของนครศรีธรรมราชที่เป็นเอกลักษณ์คือยาสมุนไพรโดยอาศัยหมอกกลางบ้านและเอกสารโบราณประเภทตำรายาที่จารึกไว้ในวรรณกรรมประเภทหนังสือบุด (สมุดข่อยหรือสมุดไทย) ซึ่งมีอย่างแพร่หลายแต่ละบ้านมีหลายเล่ม เพราะเป็นตำราเรียน และสรรพวิชาที่บรรพบุรุษได้บันทึกลงไว้ศึกษาและเผยแพร่มีจำนวนราว 4,000 เล่ม บางส่วนที่เป็นตำรายาและตำราวิธีการรักษาเฉพาะโรค เช่น วิธีการรักษาโรคกระดูก จะเป็นมรดกตกทอดอยู่ในความครอบครองของหมอฟันบ้าน (ปรีชา นุ่นสุข, 2530)

ปัจจุบันระบบการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดนครศรีธรรมราชเจริญรุดหน้าไปมากมีการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาช่วยเสริมในการรักษา เช่น เครื่องฉายรังสีคอมพิวเตอร์ และเครื่องฉายรังสีตรวจมะเร็งเต้านมเป็นต้นและได้มีการกระจายของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไปสู่กลุ่มประชาชนอย่างทั่วถึงแล้ว แต่อย่างไรก็ตามที่ประชาชนจำนวนไม่น้อย ยังคงนิยมใช้วิธีการรักษาของหมอฟันบ้านในการรักษาความบาดเจ็บของผู้ป่วยอยู่ประชาชนมีความเชื่อในความมีอยู่และ

ประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้านว่าใช้ได้ผลในการรักษาความเจ็บป่วยซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บยังนิยมไปรักษากับหมอพื้นบ้านอยู่เป็นจำนวนมากเกือบใกล้เคียงกับแพทย์แผนปัจจุบัน จะเห็นได้จากเมื่อมีการบาดเจ็บผู้ป่วยมักไปรักษาจากหมอพื้นบ้านก่อนมารักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ที่เคยไปรับบริการจากหมอพื้นบ้านรักษากระดูกดังกล่าวจากการศึกษากับผู้ป่วยที่ไปรักษาด้วยหมอพื้นบ้านที่ผ่านมาแม้ว่าผู้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของพื้นบ้าน และผู้รับบริการอยู่บ้าง แต่การศึกษาเหล่านั้น ไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่คนยังให้ความสำคัญในการรักษาด้วยหมอพื้นบ้านได้ ( มาลี ถิวนานนท์ชัย และกาญจนา ตั้งชลทิพย์, 2534) ซึ่งในความเป็นจริงนั้น นักมานุษยวิทยาทางการแพทย์เชื่อว่าระบบความคิด ความเชื่อ มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการด้านสุขภาพและเชื่อว่าสภาพทางภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกันมีผลให้ระบบความเชื่อแตกต่างกันด้วย

จากปัญหาดังกล่าว ถ้าไม่มีการจัดการความรู้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านเอาไว้ก็อาจทำให้เกิดการสูญหายไปกับผู้รู้เหล่านั้นเนื่องจากภูมิปัญญาส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ยากที่จะถ่ายทอดออกมาในรูปแบบ ตำราหรือเอกสารได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียดายหากภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่สั่งสมตั้งแต่อดีตต้องสูญหายไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการจัดการความรู้ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการความรู้ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมการจัดการความรู้เรื่องดังกล่าวให้เป็นระบบ เพื่อเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นของบรรพบุรุษเอาไว้ และคนรุ่นหลัง สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้เหล่านั้นได้

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

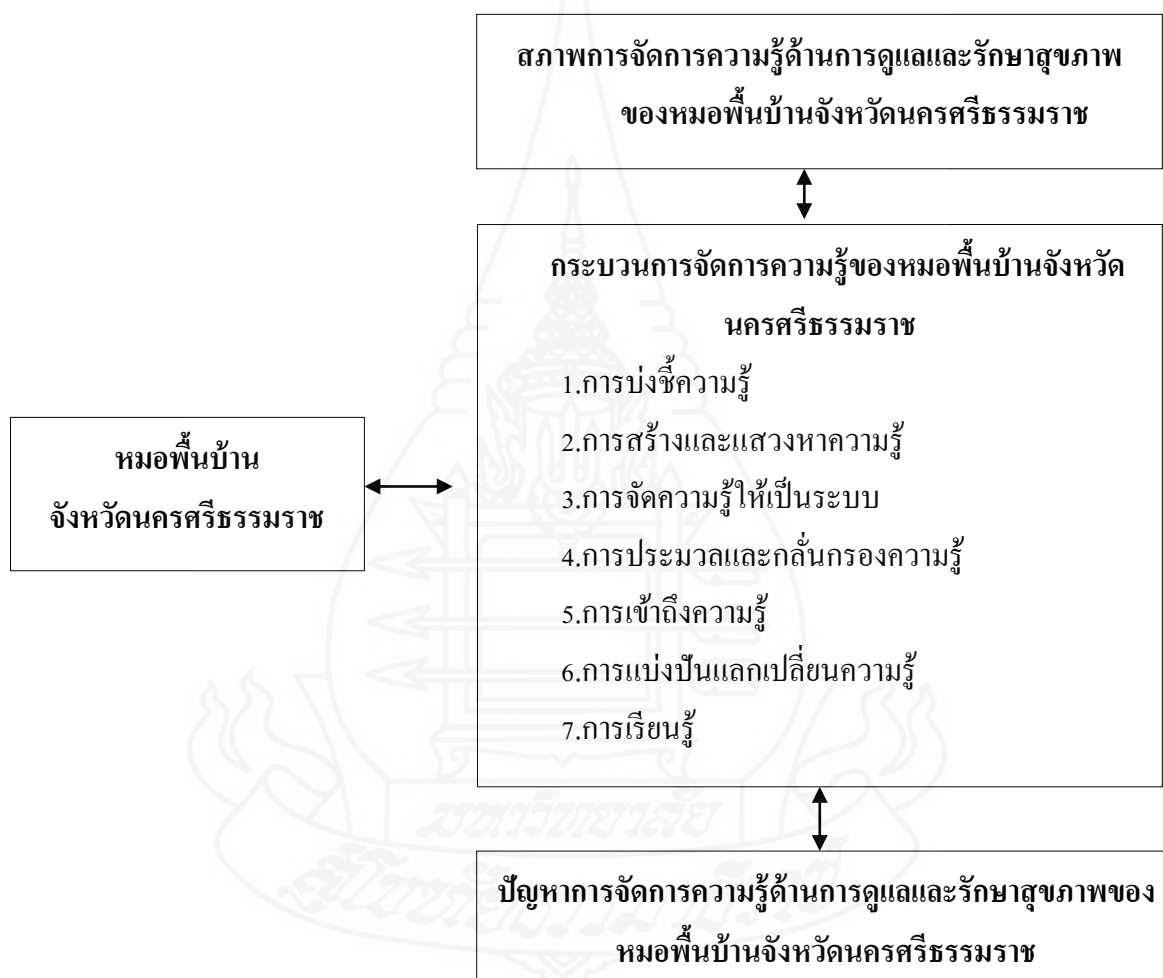
2.1 เพื่อศึกษาสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

2.3 เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process) 7 ขั้นตอน ของสำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ( 2548 : 5 ) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้องค์กรเข้าใจถึงขั้นตอนที่ทำให้เกิดการจัดการความรู้ หรือพัฒนาการของความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### 4. ขอบเขตของการวิจัย

ภายใต้หัวข้อการวิจัยในครั้งนี้เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในประเด็นปัญหาและให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

#### 4.1 ขอบเขตด้านประชากร

ได้แก่ ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ หมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ท่าน

#### 4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ได้แก่ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้ศึกษาถึงการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ กระบวนการจัดการความรู้ ของสำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ( 2548 : 5 ) ได้แก่ การสำรวจความต้องการ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ ปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

#### 4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ได้แก่ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาโดยเลือกหมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในอำเภอต่างๆของจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอฉวาง อำเภอพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ อำเภอนาบอน อำเภอพระพรหม และอำเภอปากพนัง

### 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

**5.1 การจัดการความรู้** หมายถึง การดำเนินการด้านการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จในการแก้ปัญหาและเกิดประโยชน์กับชุมชน ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ได้แก่ การสำรวจความต้องการการสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ การนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติและได้ผลจริง (สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ, 2548)

**5.2 หมอพื้นบ้าน** หมายถึง ผู้ที่ใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานและนำระบบการแพทย์พื้นเมืองท้องถิ่นมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในท้องถิ่น แต่ละพื้นที่จะแตกต่างหลากหลายและเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งระบบและรูปแบบของการรักษาตามความสามารถของหมอพื้นบ้านแต่ละคนในด้านความเชื่อและความคิด (พระวีระชาติ เตชวณฺโณ (บุญทา),2552)

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

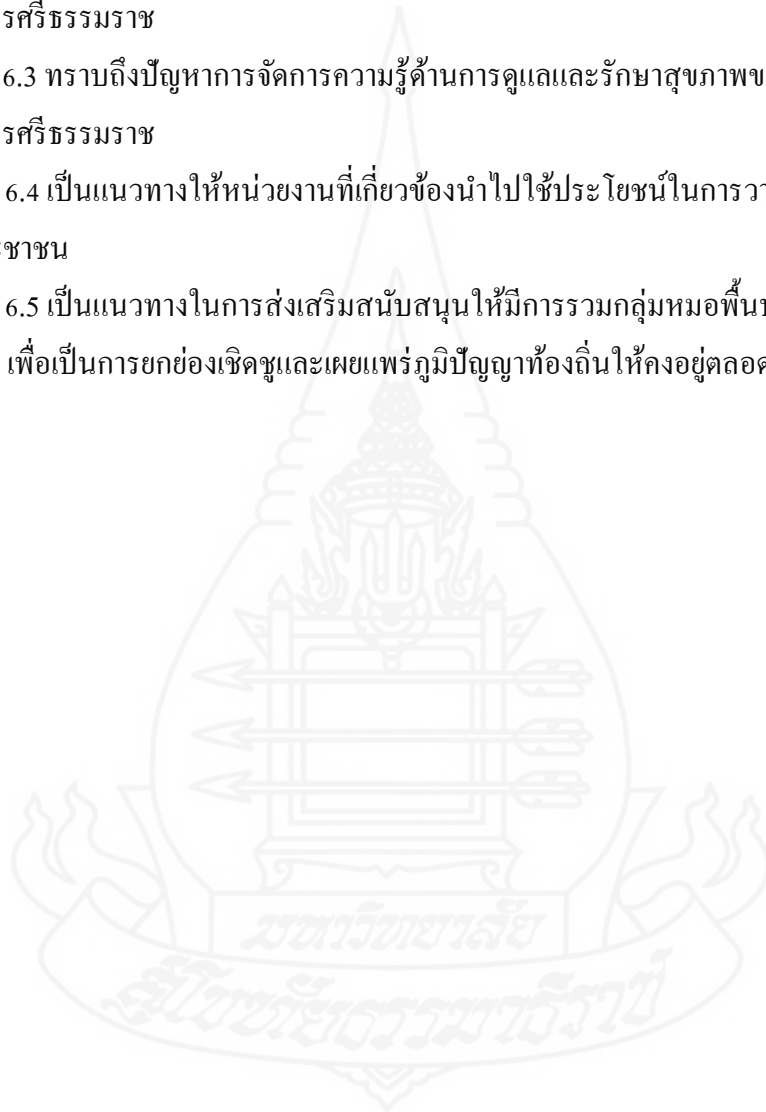
6.1 ทราบถึงสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

6.2 ทราบถึงกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

6.3 ทราบถึงปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

6.4 เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนดูแลสุขภาพ  
ให้กับประชาชน

6.5 เป็นแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มหมอฟันบ้านที่ใช้สมุนไพร  
รักษาโรค เพื่อเป็นการยกย่องเชิดชูและเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้คงอยู่ตลอดไป



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 1.แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้
  - 1.1 ความหมายของการจัดการความรู้
  - 1.2 ประเภทของความรู้
  - 1.3 ความสำคัญของการจัดการความรู้
  - 1.4 เป้าหมายของการจัดการความรู้
  - 1.5 กระบวนการของการจัดการความรู้
  - 1.6 ประโยชน์ของการจัดการความรู้
  - 1.7 โมเดลการจัดการความรู้
- 2.แนวคิดเรื่องการดูแลและรักษาสุขภาพ
  - 2.1 ความหมายของสุขภาพ
  - 2.2 ประเภทของสุขภาพ
  - 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
  - 2.4 บริบทสังคมไทยในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย
  - 2.5 การดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน
  - 2.6 การดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช
- 3.แนวคิดเรื่องหมอพื้นบ้าน
  - 3.1 ความหมายของหมอพื้นบ้าน
  - 3.2 ลักษณะสำคัญของหมอพื้นบ้าน
  - 3.3 ประเภทของหมอพื้นบ้าน
  - 3.4 ขั้นตอนการรักษาของหมอพื้นบ้าน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1.แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้

### 1.1 ความหมายของการจัดการความรู้

การจัดการความรู้เป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนและกว้างขวาง วิจารณ์ พานิช (2547) ได้นิยามความหมายของการจัดการความรู้ ดังนี้

1. การจัดการความรู้ มีความหมายรวมถึง การรวบรวม การจัดระบบ การจัดเก็บ และการเข้าถึงข้อมูลเพื่อสร้างเป็นความรู้เทคโนโลยีด้านข้อมูลและคอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มพลังในการจัดการความรู้ แต่เทคโนโลยีด้านข้อมูลและคอมพิวเตอร์โดยตัวของมันเองไม่ใช่การจัดการความรู้

2. การจัดการความรู้เกี่ยวข้องกับการแบ่งปันความรู้ ถ้าไม่มีการแบ่งปันความรู้ความพยายามในการจัดการความรู้ก็จะไม่ประสบผลสำเร็จ พฤติกรรมภายในองค์กรเกี่ยวกับวัฒนธรรมพลวัต และวิธีปฏิบัติมีผลต่อการแบ่งปันความรู้ ประเด็นด้านวัฒนธรรมและสังคมมีความสำคัญยิ่งต่อการจัดการความรู้

3. การจัดการความรู้ ต้องการผู้มีความรู้ความสามารถในการตีความ และประยุกต์ใช้ความรู้ในการสร้างนวัตกรรมและเป็นผู้นำทางในองค์กร รวมทั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่งสำหรับช่วยแนะนำวิธีประยุกต์ใช้การจัดการความรู้ ดังนั้นกิจกรรมเกี่ยวกับคนอันได้แก่ การดึงดูดคนเก่งและดี การพัฒนาคน การติดตามความก้าวหน้าของคน และการดึงคนมีความรู้ความสามารถไว้ในองค์กร ถือเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความรู้

4. การจัดการความรู้ เป็นเรื่องของการเพิ่มประสิทธิผลขององค์กร การจัดการความรู้เกิดขึ้นเพราะมีความเชื่อว่าจะช่วยสร้างความมีชีวิตชีวา และความสำเร็จให้แก่องค์กร การประเมิน “ต้นทุนทางปัญญา (Intellectual Capital)” และผลสำเร็จของการประยุกต์ใช้การจัดการความรู้เป็นดัชนีบอกว่างค์การมีการจัดการความรู้อย่างได้ผลหรือไม่

การจัดการความรู้ หมายถึง กระบวนการอย่างเป็นระบบ เกี่ยวข้องกับการประมวลผล ข้อมูล สารสนเทศ ความคิดการกระทำตลอดถึงประสบการณ์ ของบุคคล เพื่อสร้างเป็นความรู้หรือนวัตกรรมและจัดเก็บในลักษณะของแหล่งข้อมูล ที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้โดยอาศัยช่องทางต่างๆ ที่ต้องการจัดเตรียมไว้ ซึ่งก่อให้เกิดการแบ่งปัน และถ่ายโอนความรู้และในที่สุดความรู้ที่มีอยู่จะแพร่กระจายและไหลเวียนทั่วทั้งองค์กรอย่างสมดุล เป็นไปเพื่อเพิ่มความสามารถในการพัฒนาผลผลิตและองค์กร พรชิตา วิเชียรปัญญา (2547)

สุรินทร์ วงศ์คำแดง (2550) การเรียนรู้ที่ดีเป็นยุทธศาสตร์ที่ใหญ่ที่สุดของปัญญา การมีข้อมูลที่ถูกต้องที่ทำให้เกิดปัญญา มีแหล่งเรียนรู้ที่ดี มีระบบการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ทุก



รูปแบบ การจัดการความรู้จึง หมายถึง การใช้ความรู้การสร้างความรู้ และจัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน ในทางปฏิบัติของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อยกระดับความรู้และปฏิบัติให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและ พัฒนาจิตใจให้เป็นคนดีด้วย

การจัดการความรู้ หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ การแสวงความรู้ การสร้างความรู้ใหม่ รวมทั้งการจำแนก การจัดระบบหมวดหมู่ความรู้ แลกเปลี่ยน แบ่งปันกันผ่านเครื่องมือที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไปทั้งระดับบุคคลและระดับองค์การรวมทั้งการจำแนก ทิศวรรณ ชิมาคำ (2553)

ฉันทกร คำก่อน (2548) การจัดการความรู้คือกระบวนการที่เป็นเครื่องมือหรือวิธีการเพิ่ม มูลค่าของกิจกรรมองค์กร กลุ่มบุคคล หรือเครือข่ายของกลุ่มบุคคลหรือองค์กร การจัดการความรู้ ประกอบด้วยกิจกรรม ประกอบด้วยกระบวนการดังต่อไปนี้

1. การคิดค้นและรวบรวมความรู้ เฉพาะความรู้ที่จำเป็นสำหรับการใช้ประโยชน์ทั้งภายใน องค์กรและจากภายนอกองค์กร และจากภายนอกองค์กรถ้าไม่เหมาะสมก็ดำเนินปรับปรุง

2. การจัดหมวดหมู่ความรู้ให้เหมาะสมกับการใช้งาน

3. การจัดเก็บความรู้เพื่อให้ค้นหาง่าย

4. การสื่อสารเพื่อการถ่ายทอดความรู้

5. การจัดกิจกรรมและกระบวนการเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้

6. การวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อยกระดับความรู้

7. การสร้างความรู้ใหม่

8. การประยุกต์ใช้ความรู้

9. การเรียนรู้จากการใช้ความรู้

ทิวา วรโยธา (2553) การจัดการความรู้ คือ ความรู้เกิดจากการประมวลสังเคราะห์และ จำแนกแยกแยะสารสนเทศเพื่อนำไปสู่การตีความและทำความเข้าใจกับสารสนเทศเหล่านั้นจน กลายเป็นความรู้ครอบคลุมทั้งความรู้โดยนัยที่ซ่อนเร้นในความคิดของพนักงานและที่ฝังตัวอยู่ใน องค์กรกับความรู้แจ้งชัดที่ปรากฏในเอกสารบันทึกหรือรายงานต่างๆขององค์กร การจัดการความรู้ ทั้ง 2 ประเภทนี้ให้ระบบเพื่อให้คนที่ต้องการเข้าถึงได้ง่าย และดึงออกมาใช้ได้โดยสะดวก

การจัดการความรู้ หมายถึง กระบวนการอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประมวลข้อมูล การ จัดการสารสนเทศความคิดการกระทำ ตลอดจนประสบการณ์ของบุคคล เพื่อสร้างความรู้หรือนวัตกรรมจัดเก็บในลักษณะของแหล่งข้อมูลที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้เพื่อนำความรู้ที่มีอยู่ไป ประยุกต์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งก่อให้เกิดการแบ่งปันและถ่ายโอนความรู้ความรู้ที่มีอยู่จะแพร่กระจาย และไหลเวียนทั่วทั้งองค์กร เป็นส่วนสำคัญสำหรับสร้างความแตกต่างให้กับองค์กร เพื่อ



เปรียบเทียบกับคู่แข่งกันเพื่อพัฒนาองค์กรมีความได้เปรียบในการแข่งขัน ทิวา วรโยธา (2553) อูรา รัตน์ วงศ์ศิลป์ (2546)

กระบวนการพัฒนาบุคลากรในองค์กรที่มุ่งให้บุคลากรสามารถกำหนดความรู้แสวงหาความรู้สร้างความรู้จัดเก็บความรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันทั้งภายในและภายนอกองค์กร การนำความรู้ไปใช้และการติดตามและประเมินผลเพื่อปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพจนทำให้เกิดการเรียนรู้ในระดับบุคคลกลุ่มและทั่วทั้งองค์กรพรพิมล ทรัพย์ภริมย์โชค (2554)

การจัดการความรู้หมายถึงการจัดการที่เกี่ยวข้องกับคนกระบวนการและเทคโนโลยีทั้งนี้ ต้องใช้กระบวนการอย่างเป็นระบบที่จะนำความรู้ฝังลึกและความรู้ชัดแจ้งมาจำแนกจัดระบบ ตรวจสอบเผยแพร่เพื่อถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งจะส่งผลให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง ลัทธวัฒน์ สอนศรีนุสรณ์ (2552)

อารีวรรณ ทับทอง (2549) กล่าวว่าในการจัดการความรู้กับการจัดการทางสังคมว่าการจัดการก็คือ การดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ เพื่อแก้ปัญหา และเพื่อให้เกิดประโยชน์ ดังนั้น การจัดการความรู้ในมิติของชุมชนท้องถิ่น ก็คือ การดำเนินการเพื่อให้องค์ความรู้ที่มีอยู่สามารถแก้ปัญหาและเกิดประโยชน์แก่ชุมชน และในภาวะที่องค์ความรู้ของท้องถิ่นยังดำรงอยู่บทบาทของนักจัดการองค์ความรู้ ก็คือการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในท้องถิ่นต่างๆ มาทำการสังเคราะห์ และถ่ายทอดรวมทั้งสร้างและพัฒนาคนรุ่นใหม่ในท้องถิ่นนั้นๆเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าวขณะที่องค์ความรู้มีอยู่อย่างหลากหลายนั้น ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2547) มองว่าในทางยุทธศาสตร์ ผู้ที่ทำหน้าที่จัดการความรู้จะต้องเลือกองค์ความรู้บางชุดขึ้นมาจัดการ โดยในการเลือกนั้นต้องพิจารณาว่าองค์ความรู้ชุดใดยังคงมีบทบาท(Function)ในกระบวนการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่นรวมทั้งองค์ความรู้แบบใดที่สามารถนำมาใช้ในการประสานพลังของชุมชนท้องถิ่นอันจะนำไปสู่การสร้างพื้นที่ทางสังคมขององค์ความรู้ การเคลื่อนไหว และการจัดการทางสังคมต่อไป

พิเชษฐ อุดมรัตน์ (2548) กล่าวถึง การจัดการความรู้ให้ยั่งยืนว่าควรมองทั้งระดับมหภาค คือ องค์กร และระดับจุลภาค คือ ในระดับบุคคล ความรู้ขององค์กรไม่สามารถเกิดขึ้นได้ หากไม่มีความรู้ส่วนบุคคลของพนักงานแต่ละคนในองค์กร หรือความรู้ในระดับบุคคลเกิดขึ้นก่อน เมื่อพนักงานแต่ละคนมารวมตัวกันเป็นกลุ่มก้อน เพราะสนใจประเด็นเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในกลุ่ม ก็ทำให้เกิดความรู้ของกลุ่มบุคคลหรือความรู้ขององค์กรขึ้นมาและความรู้จากหลายๆกลุ่มนี้ก็จะนำไปสู่ความรู้ขององค์กรในที่สุด โดยในแต่ละระดับของรู้นั้นก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์และวงจรของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดขึ้นในทุกระดับ

พนิตตา เชื้อไทย (2556) ได้กล่าวถึง การจัดการความรู้ (Knowledge Management) เป็นกระบวนการที่สร้างสรรค์องค์ความรู้ผ่านกระบวนการในรูปแบบต่างๆ และที่สำคัญที่สุด ใน

กระบวนการนี้ก็คือ การแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) เป็นการได้มาซึ่งความรู้ การทำให้ ความรู้คงอยู่ การประยุกต์ การรวบรวม ซึ่งจะทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ขึ้นได้ และนวัตกรรมนี้จะ เกิดขึ้นมิได้หากไม่ได้มีขั้นตอนนี้เกิดขึ้น และยังรวมถึงเทคนิคและวิธีการแบ่งปันของผู้รู้หรือ ผู้เชี่ยวชาญ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้ที่มีอยู่ นั้นมิได้สูญหายไป

จากนิยามความหมายของการจัดการความรู้จากนักวิชาการหลายท่านสรุปได้ว่าการจัดการ ความรู้เป็นเครื่องมือเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลทั้งความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึก และองค์การมาพัฒนาให้เป็นระบบโดยผ่านกระบวนการจัดการความรู้การสำรวจความต้องการการ สร้างและแสวงหาความรู้การจัดการความรู้ให้เป็นระบบการประมวลและกลั่นกรองความรู้การเข้าถึง ความรู้การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้การนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติและได้ผลจริง

## 1.2 ประเภทของความรู้

สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2548) ได้แบ่งประเภทความรู้ไว้ 2 ประเภท ได้แก่

1. ความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์ สติปัญญาของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามารถถ่ายทอด ออกมาเป็นคำพูดหรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือ หรือการคิด เชิงวิเคราะห์ บางครั้ง จึงเรียกว่าเป็นความรู้แบบนามธรรม

2. ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอดได้ โดยผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎี คู่มือต่างๆ และบางครั้งเรียกว่าเป็น ความรู้แบบรูปธรรม

สรุปได้ว่าประเภทของความรู้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความรู้ที่ฝังลึกซึ่งเป็นความรู้ที่ อยู่ในตัวคน เป็นความรู้ที่เกิดจาก การเรียนรู้ เกิดจากประสบการณ์ ไม่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็น ลายลักษณ์อักษรเป็นการถ่ายทอดในลักษณะ การบอกเล่า การสังเกต ไม่มีการจัดหมวดหมู่ ส่วน ความรู้ชัดแจ้งเป็นลักษณะของการถ่ายทอดออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน อาจอยู่ในรูปของ หนังสือ เอกสาร ตำรา คู่มือต่างๆ

### ระดับความรู้

James Brain Quinn อ้างในพรธิดา วิเชียรปัญญา (2547) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระดับ ของความรู้ออกเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 น. Know-what (รู้ว่าคืออะไร) เป็นความรู้ในเชิงการรับรู้

ระดับที่ 2 น. Know-how (รู้วิธีการ) เป็นความสามารถในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติ

ระดับที่ 3 น. Know-why (รู้เหตุผล) เป็นความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เชิงเหตุผลที่ สลับซับซ้อนอันอยู่ภายใต้เหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ความรู้ในระดับนี้สามารถพัฒนาได้บน พื้นฐานของประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น

ระดับที่ 4 น. Care-why (ใส่ใจกับเหตุผล) เป็นความรู้ในลักษณะการสร้างสรรค์ที่มาจาก ตัวเอง บุคคลที่มีความรู้ในระดับนี้จะมีเจตจำนง แรงจูงใจ และการปรับตัวเพื่อความสำเร็จ

### ความรู้มี 5 ชนิด

เดวิด เจ., สโตนวูดอน แบ่งความรู้ ออกเป็น 5 ชนิด โดยจากชนิดที่ 1 จะมีความเป็น Explicit Knowledge สูง (เป็นเอกสารหรือ Document) จนไปถึงชนิดที่ 5 จะลดลงและมีความเป็น Tacit Knowledge สูงขึ้น (อยู่ในหัวสมองคน) ได้แก่

1. Artifact ซึ่งเป็นวัตถุห่อหุ้มและเทคโนโลยีเอาไว้ เป็นสิ่งที่คนฝังความรู้เอาไว้เป็น เสมือนเปลือกที่ห่อหุ้มความรู้เอาไว้

2. Skill เป็นทักษะในการปฏิบัติการหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ อันเป็นผลจากการได้ฝึก หรือทำงานจนเกิดเป็นทักษะ

3. Heuristics เป็นกฎแห่งสามัญสำนึกหรือเหตุผลอื่นๆ ทั่วไป

4. Experiences เป็นประสบการณ์ที่ได้จากการผ่านงานหรือกิจกรรมนั้นมาก่อน

5. Natural Talent เป็นพรสวรรค์ที่มีเฉพาะตัวที่มีมาแต่กำเนิด

### ยุคของความรู้แบ่งออกเป็น 2 ยุค

ความรู้ยุคที่ 1 เป็นความรู้ที่สร้างขึ้นโดยนักวิชาการ มีความเป็นวิทยาศาสตร์เน้นความเป็น เหตุเป็นผลพิสูจน์ได้โดยทางวิทยาศาสตร์หรือวิชาการ มีการจำแนกแยกแยะเป็นความรู้เฉพาะ สาขาวิชาการเป็นความรู้ที่เน้นความลึกเป็นวิชาการเฉพาะด้าน

ความรู้ยุคที่ 2 เป็นความรู้ที่ผูกพันอยู่กับงานหรือกิจกรรมของบุคคลและองค์กรเป็นความรู้ ที่ใช้งานและสร้างขึ้นโดยผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเอง โดยอาจจะสร้างขึ้นจากการเลือกเอา ความรู้ทางทฤษฎีหรือความรู้จากภายนอกมาปรับแต่งเพื่อการใช้งานหรือสร้างขึ้นโดยตรงจาก ประสบการณ์ในการทำงาน ความรู้เหล่านี้มีลักษณะบูรณาการมีความจำเพาะต่อบริบทของงานกลุ่ม ปฏิบัติงาน หน่วยงานและองค์กรนั้นๆ

### องค์ประกอบพื้นฐานของวงจรความรู้ (Knowledge Cycle)

สุรินทร วงศ์คำแดง (2550) องค์กรต่างๆ ไปด้วยกัน ความรู้ต่างๆ มักจะไหลจากบนลงล่าง แต่ถ้า เป็นองค์กรที่มีการจัดการความรู้ข้อมูลจะไหลเวียนทั้งในแบบแนวราบและแนวตั้ง โดยจะไหลไป ทว่าทั้งองค์กร องค์ประกอบพื้นฐานของวงจรความรู้ทั้ง 4 ตัวนี้คือ

1. Find/Create การค้นหาและสร้างขึ้นมา ความสามารถสร้างขึ้นมาและหาได้จากหลาย  
ทาง

2. Organize การรวบรวมการจัดการความรู้ ต้องถูกกรองและจัดวางเป็นหมวดหมู่

3. Share การแบ่งปันความรู้ เพื่อให้มีการแบ่งปันกระจายไปยังผู้อื่นได้ใช้ประโยชน์

4. Use/Reuse การใช้งานและการนำกลับมาใช้ใหม่ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการติดต่อสื่อสารใน  
รูปแบบที่หลากหลาย

### 1.3 ความสำคัญของการจัดการความรู้

อารีวรรณ ทับทอง (2549) , สุรินทร์ วงศ์คำแดง (2550) และพนิตดา เชื้อไทย (2556)  
ได้กล่าวถึงความสำคัญของการจัดการความรู้ไว้ดังนี้

1. ให้คนหลากหลายทักษะ หลากหลายวิธีคิดทำงานร่วมกันได้อย่างสร้างสรรค์ในการ  
จัดการความรู้ ความแตกต่างหลากหลายมีคุณค่ามากกว่าความเหมือน

2. ร่วมกันพัฒนาวิธีทำงานในรูปแบบใหม่ๆ เพื่อบรรลุประสิทธิผลที่กำหนดไว้โดยในการ  
จัดการสมัยใหม่ประสิทธิผลจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการ คือ ตอบสนองความต้องการ  
(Responsiveness) ของลูกค้า นวัตกรรม (Innovation) จิตความสามารถ (Competency) ของพนักงาน  
และองค์กร ประสิทธิภาพ (Efficiency) ในการทำงาน

3. ทดลองและเรียนรู้เพราะเป็นกิจกรรมสร้างสรรค์ ถ้าได้ผลดีก็ขยายผลมากขึ้นจนได้เป็น  
วิธีการทำงานแบบใหม่หรือ Best practice

4. นำความรู้จากภายนอกอย่างเหมาะสม โดยเอาความรู้จากภายนอกมาทำให้พร้อมใช้ใน  
บริบทของเรา การพัฒนาความสามารถในการดูดซับความรู้และเทคโนโลยีจากภายนอกมีแนวทาง  
หลัก 4 ประการ คือ

1) สอดสายตามองหาความรู้ใหม่ เทคโนโลยีใหม่ตลอดเวลา และมองออกไปให้  
กว้าง

2) ดูดซับผ่านปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ

3) ส่งเสริมพนักงานที่เป็นนักดูดซับความรู้และนำมาเผยแพร่ในองค์กร

4) ขจัดโรค NIH (Not Invented Here) ซึ่งเป็นโรคไม่ยอมรับความคิดของผู้อื่น

### 1.4 เป้าหมายของการจัดการความรู้

1. เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ยิ่งขึ้น

2. เพื่อพัฒนาคนหรือผู้ปฏิบัติงาน

3. เพื่อพัฒนาฐานความรู้ขององค์กรเป็นการเพิ่มพูนทุนทางปัญญาขององค์กรให้  
องค์กรมีศักยภาพในการฝ่าฟันกับอุปสรรคหรือความไม่แน่นอนในอนาคตได้ดีขึ้น

**วิธีการจัดการความรู้ในองค์กรตามแนวทางของ Nonaka & Takeuchi** อ้างใน อารีวรรณ  
ทับทอง (2549) เสนอกิจกรรมสำคัญ 7 ประการในการจัดการความรู้ ดังนี้

1. สร้างวิสัยทัศน์เกี่ยวกับความรู้ ผู้บริหารสร้างวิสัยทัศน์ที่เป็นเข็มทิศในการจัดการ  
ความรู้ขององค์กรที่สื่อสารให้พนักงานเข้าใจจนเกิดเป็นความเชื่อและค่านิยมร่วมทั่วทั้งองค์กร  
โดยมีความชัดเจนที่เหมาะสมไม่ใช่น้อย จนมองทิศทางไม่ออกหรือมากจนควบคุมความคิด  
สร้างสรรค์

2. สร้างทีมจัดการความรู้ขององค์กร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้ปฏิบัติจัดการความรู้ (Knowledge Practitioner) ได้แก่ พนักงานระดับปฏิบัติการ  
คือ ผู้จัดการความรู้ตัวจริงทำหน้าที่หลักเกี่ยวกับความรู้ 4 ด้าน คือ การเสาะหา (Acquire) การสร้าง  
(Create) การสะสม (Accumulate) และการใช้ความรู้ (Exploit) ผู้ปฏิบัติจัดการความรู้ประกอบด้วย  
2 กลุ่ม คือ

- ผู้ปฏิบัติ (Knowledge Operators) เป็นผู้ทำงานหลักขององค์กรและสะสม  
ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานนั้น ความรู้ที่เกิดขึ้นในตัวพนักงานจะอยู่ในรูปทักษะที่เป็นความรู้  
ฝังลึกจึงเน้นขั้นตอนการเอาความรู้ชัดแจ้งมาปฏิบัติ (Internalization) และนำเอาความรู้ฝังลึกของตน  
มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน (Socialization)

- ผู้เชี่ยวชาญความรู้ (Knowledge Specialists) ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่เปิดเผยชัด  
แจ้งและสามารถนำไปเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ให้ค้นหา จัดหมวดหมู่ และจัดตั้งให้แก่ผู้ปฏิบัติ ได้ง่าย  
จึงมีหน้าที่สร้างความรู้ที่ชัดแจ้งจากความรู้ฝังลึก (Externalization) และนำความรู้ที่ชัดแจ้งมา  
สังเคราะห์จัดหมวดหมู่หรือสร้างเป็นความรู้ที่ยกระดับขึ้น (Combination)

2.2 วิศวกรความรู้ (Knowledge Engineer) เป็นภารกิจของผู้บริหารระดับกลาง หน้าที่  
หลักคือ การตีความและแปลงความรู้ฝังลึกให้เป็นความรู้ที่เปิดเผยจับต้องได้และนำไปปฏิบัติได้ง่าย  
เชื่อมโยงระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับพนักงานระดับปฏิบัติ วิศวกรความรู้จึงแสดงบทบาทหลักใน  
การ Externalize ความรู้ฝังลึกออกมาเป็นความรู้ชัดแจ้ง จึงมีหน้าที่หลักในการหมุนวงจรระดับ  
ความรู้ในลักษณะเกลียวความรู้ (Spiral Knowledge) โดยให้เกิดการหมุนเกลียวความรู้ 3 ระดับ คือ

- เกลียวที่ 1 เกลียวความรู้ของวงจร SECI (Socialization, Externalization,  
Combination, Internalization)

- เกลียวที่ 2 เกลียวความรู้ข้ามระดับชั้นภายในองค์กรคือเชื่อมโยงระหว่างระดับล่าง  
กลาง บน ขององค์กร



- เกลียที่ 3 เกลียความรู้ข้ามหน่วยงาน ข้ามภารกิจภายในองค์กร

2.3 ผู้บริหารความรู้ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงสุด ทำหน้าที่ 3 ประการ คือ

- กำหนดเป้าหมายขององค์กร สร้างเป้าหมายภาพใหญ่ของการจัดการความรู้ขององค์กร โดยการกำหนดวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการจัดการความรู้ขององค์กร

- สร้างบรรยากาศและกฎเกณฑ์กติกาขององค์กรให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- คอยจับความรู้ที่ทรงคุณค่าที่พัฒนาขึ้นในกระบวนการเกลิยความรู้และนำมาสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตีความต่อเนื่องเกิดบรรยากาศที่น่าตื่นเต้น เร้าใจ และภาคภูมิใจ

**ผู้บริหารความรู้ควรมีคุณสมบัติและความสามารถ 7 ประการ ได้แก่**

1) มีความสามารถในการเรียงร้อยถ้อยคำ และสื่อสารวิสัยทัศน์ความรู้ให้กินใจและเกิดความมุ่งมั่นทั่วกันภายในองค์กร ในลักษณะที่เรียกว่าเกิด Sense of Direction

2) ความสามารถในการสื่อสารวิสัยทัศน์ความรู้ และวัฒนธรรมองค์กรไปสู่สมาชิกของ Project Team

3) ความสามารถในการประเมินคุณภาพของความรู้ที่สร้างขึ้นในกระบวนการจัดการความรู้ขององค์กร ทั้งนี้โดยประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดภายในองค์กร

4) ความสามารถในการเลือกคนสำหรับที่ทำหน้าที่ผู้นำของ Project Team

5) ทักษะในการ “สร้างความปั่นป่วนอย่างสร้างสรรค์” (Creative Chaos) ให้แก่ Project Team เช่น การกำหนดเป้าหมายที่ยากและท้าทาย

6) ทักษะในการเข้าไปร่วมกระบวนการจัดการความรู้กับพนักงานระดับกลางและระดับล่าง เพื่อสร้างความมุ่งมั่นเอาจริงเอาจัง (Commitment) ของการจัดการความรู้

7) ความสามารถในการจัดภาพรวมของการจัดการความรู้ขององค์กร

**3.สร้างบรรยากาศของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเข้มข้นในกลุ่มพนักงานระดับล่างคือ** เน้นที่ความรู้จากประสบการณ์ตรง ไม่ใช่ความรู้จากตำรา ประสบการณ์ตรงมาจากการสัมผัสโดยตรง เช่น ไปดูงาน ไปพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และที่สำคัญที่สุดได้ทดลองหรือฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ความรู้ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ควรเน้นเป็นพิเศษ คือ ความรู้ฝังลึก และกระบวนการที่เน้นคือ Socialization

**4. ควบการจัดการความรู้ไปกับการพัฒนาสินค้า หรือรูปแบบการทำงานใหม่ๆ** แต่ในองค์กรที่เป้าหมายเชิงสังคม หรือด้านการบริการ การจัดการความรู้ควรควบคู่หรือแนบแน่นอยู่กับการพัฒนาคุณภาพงาน หรือพัฒนาประสิทธิผล (Effectiveness) ของงาน ซึ่งในการจัดการสมัยใหม่ เรานิยามคำว่าประสิทธิผลว่าหมายถึง เป้าหมาย 4 ประการ คือ 1) ตอบสนองตรงเป้าหมาย

(Responsiveness) ของลูกค้าและตรงเป้าหมายขององค์กร 2) มีนวัตกรรม (Innovation) 3) มีการพัฒนาและใช้ศักยภาพ (Competency) อย่างเต็มที่ และ 4) มีประสิทธิภาพ (Efficiency)

5. เน้นการจัดการองค์กรแบบใช้พนักงานระดับกลางเป็นพลังขับเคลื่อนหลักในด้านการจัดการมักเอ่ยถึงวิธีการจัดแบบ “บนลงล่าง” (Top-Down) กับแบบ “ล่างขึ้นบน” (Bottom-Up) แต่ Nonaka & Takeuchi แนะนำว่ารูปแบบของการจัดการองค์กรที่เหมาะสมต่อการจัดการความรู้คือแบบ “กลาง-ขึ้น-ลง” (Middle-Up-Down) ซึ่งเน้นการใช้พนักงานหรือผู้บริหารระดับกลางเป็นพลังหลักในการขับเคลื่อน โดยที่พนักงานระดับกลางจะเป็นผู้เชื่อมโยงวิสัยทัศน์หรือความฝันของผู้บริหารระดับสูง เข้ากับความเป็นจริงหรือการปฏิบัติของพนักงานระดับล่าง

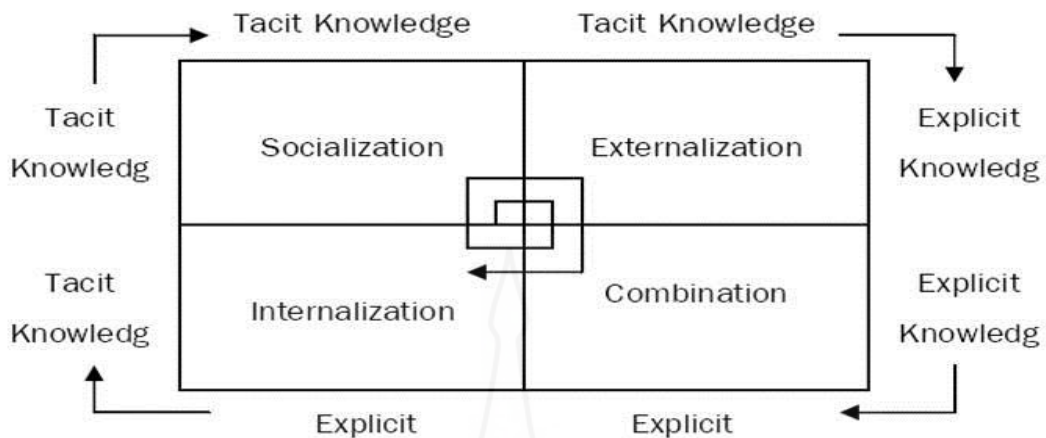
6) เปลี่ยนโครงสร้างองค์กรไปเป็นแบบ “พหุบาท” (Hypertext) หมายถึง องค์กรที่มีหลายบริบท (Context) อยู่ในเวลาเดียวกัน (Hyper-Context) ในที่นี้มี 3 บริบทหรือ 3 ชั้นอยู่ด้วยกันมีการจัดการความรู้หมุนเวียนอยู่ระหว่างชั้น ทำให้เกิดความเกื้อกูลส่งเสริมซึ่งกันและกัน เกิดการจัดการความรู้ที่ทรงพลัง ได้แก่ 1) ชั้นหรือบริบทของระบบงานตามปกติ เป็นรูปแบบองค์กรพีระมิดหรือ Bureaucracy 2) ชั้นหรือบริบทของ Project Team ซึ่งทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วสลายตัวกลับสู่ระบบงานปกติ แต่ในช่วงของ Project Team สมาชิกของทีมทำงานเต็มเวลาให้แก่ Project Team (นี่คือจุดที่ต่างจาก Matrix Organization ซึ่งสมาชิกของทีมรายงานต่อหัวหน้าปกติด้วยและต่อหัวหน้าทีมด้วย) ในบริบทนี้การจัดการองค์กรจะเป็นรูปพีระมิดหัวกลับ 3) ชั้นหรือบริบทฐานความรู้ (Knowledge Base) ทำหน้าที่คอยสกัด รวบรวมและสังเคราะห์ ยกระดับความรู้ที่เกิดจาก 2 บริบทข้างต้นให้มีความหมายต่อองค์กรยิ่งขึ้น และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการจัดการความรู้ของพนักงานทุกระดับและทุกบริบท

7) สร้างเครือข่ายความรู้กับโลกภายนอกในเรื่องที่เกี่ยวกับงานหลักขององค์กร น่าจะมี 3 ประเด็นต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย 1) การมีระบบการรับรู้และตรวจสอบข่าวสารความก้าวหน้าของความรู้ในลักษณะของ Intelligence 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีหรือเครือข่ายที่มุ่งทำประโยชน์หรือทำความดีให้แก่สังคม 3) เชื่อมโยงและ “สกัด” ความรู้จากลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะความรู้ฝังลึกที่เกิดจากการบริโภคสินค้าหรือใช้บริการขององค์กร

Nonaka & Takeuchi ได้นำเสนอ โมเดลการสร้างองค์ความรู้ด้วยการขยายผลจากชนิดของความรู้คือความรู้ฝังลึกกับความรู้ชัดแจ้ง ดังนี้

#### 1. เกลียวความรู้ (Knowledge Spiral)

เป็นเครื่องมือในการยกระดับความรู้และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ จะนำมาแค่ 2 ตัวแบบ ดังนี้



ภาพที่ 2.1 โมเดลการสร้างองค์ความรู้ SECI

จากแผนภาพสามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

**Socialization** คือ การจัดให้คนมาปฏิบัติสัมพันธ์กันในรูปแบบต่างๆ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ฝังลึก (Tacit Knowledge) หรือประสบการณ์

**Externalization** คือ กระบวนการสื่อความรู้จากประสบการณ์ในการทำงานออกมาเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียนเท่ากับการเปลี่ยนความรู้ฝังลึกเป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) หรือความรู้ที่เข้ารหัส (Codified Knowledge) ซึ่งเป็นความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้โดยง่ายผ่านเครื่องมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

**Combination** คือ กระบวนการผนวกรวมความรู้ชัดแจ้งเข้าด้วยกันได้เป็นความรู้ชัดแจ้งที่กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

**Internalization** คือ การจารึกความรู้ชัดแจ้งเข้าเป็นความรู้ที่ฝังลึกในสมองคนหรือฝังเข้าไปในผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการทำงาน ซึ่งผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการทำงานนี้จะไปสัมพันธ์กับลูกค้าหรือผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ และเกิดข้อมูลความพึงพอใจหรือประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์หรือใช้กระบวนการทำงานนั้นเป็นข้อมูลเพิ่มเติมเข้าไปในกระบวนการจัดการความรู้ ยกระดับเกลียวความรู้ (Knowledge Spiral) ขึ้นไปอีก วงจร SECI จะดำเนินการต่อเนื่องเรื่อยไปไม่มีสิ้นสุด

**เครื่องมือการจัดการความรู้**

**วิธีการจัดการความรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการทำกิจกรรม “ชุมชนนักปฏิบัติ”**

ชุมชนนักปฏิบัติหรือชุมชนแนวปฏิบัติ (Communities of Practice-CoP) เป็นประเด็นร้อนที่สุดในแวดวงการจัดการความรู้ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นนักปฏิบัติจัดการความรู้ผู้เชี่ยวชาญหรือคณาจารย์ตามมหาวิทยาลัยต่างสนใจเรื่องนี้เป็นอย่างมากดังจะเห็นได้จากบทความในวารสารด้าน



การจัดการความรู้ และการบริหารการประจุมวิชาการเกี่ยวกับการจัดการความรู้รวมทั้งการพูดคุยผ่านเว็บที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้ต่างๆ

พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ (2548) กล่าวว่า CoP เป็นกลุ่มคนที่มีแรงปรารถนาที่พัฒนาความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือแก้ไขปัญหาคือปัญหาหนึ่งร่วมกัน โดย CoP จะประกอบไปด้วย สมาชิกที่มีความสนิทสนมกลมเกลียวไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งคุ้นเคยในฝีมือและความชอบของกันและกัน จนถึงจุดหนึ่งสมาชิกใน CoP จะร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นมาซึ่งแนวปฏิบัติเหล่านี้เป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากการรวมตัวกันของชุมชน

สมาชิกจะนำแนวปฏิบัติเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน และภายหลังจากการนำไปใช้แล้ว สมาชิกจะได้เรียนรู้จากการทดลองใช้ความรู้เหล่านั้น กลายเป็นความรู้แบบซ่อนเร้น (Tacit Knowledge) ที่พวกเขาจะนำกลับมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชนกลายเป็นวงจรการเรียนรู้ที่หมุนไม่มีหยุด

การจัดการความรู้ด้วย CoP จะทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อยอดอย่างไม่มีการสิ้นสุด และยังทำให้ความรู้ที่เกิดขึ้นมีความเป็นพลวัตสูง เป็นความรู้หน้างานและยากที่จะล้ำสมัยเพราะมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เมื่อชุมชนเหล่านี้แผ่ขยายไปทั่วทั้งองค์กร องค์กรเหล่านี้จะกลายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ในที่สุด

ลักษณะพิเศษของ CoP ที่ทำให้เป็นแนวคิดในการจัดการความรู้ที่น่าจับตามองก็คือ พลวัตในการจัดการความรู้ของ CoP ได้รับการขับเคลื่อนโดยแรงปรารถนา (Passion) ของสมาชิกในชุมชนเอง ซึ่งแรงปรารถนาเบื้องต้นแทบไม่สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้เลยการจัดการความรู้ด้วยการบังคับหรือใช้สิ่งล่อใจย่อมไม่ยั่งยืน วงล้อของการจัดการความรู้ย่อมไม่สามารถเดินต่อไปได้ แต่สำหรับ CoP แล้ว เมื่อพบแรงปรารถนาเหล่านั้นแล้ว สิ่งเดียวที่ต้องทำคือ การดึงเอาอุปสรรคต่างๆ ที่คอยขวางกั้นแรงปรารถนาเหล่านั้นออกไปวงล้อของการจัดการความรู้ย่อมขับเคลื่อนไปข้างหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งวิธีนี้นับว่าง่ายมาก

การพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็นองค์กรที่จัดการความรู้ด้วย CoP จะต้องทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่าง CoP, KM และเทคโนโลยี ดังต่อไปนี้

1. การมองว่า CoP เป็นโครงสร้างในขณะที่ KM เป็นกระบวนการ (ซึ่งมีความหลากหลายแล้วแต่ทฤษฎี เช่น เกลียวความรู้ของ Nonaka & Takeuchi เป็นต้น) ดังนั้นต้องพยายามส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนรู้ถึงกระบวนการจัดการความรู้

2. การมองว่า KM เป็นกระบวนการ ในขณะที่เทคโนโลยีเป็นตัวเสริมเพื่อเอื้อให้กระบวนการจัดการความรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การเริ่มต้นพัฒนาองค์กรที่เน้นการจัดการความรู้ด้วย CoP นั้น เราต้องเริ่มจากการวิเคราะห์และค้นหาให้พบก่อนว่า โดเมนความรู้ใดที่สำคัญต่อการดำเนินธุรกิจขององค์กร แล้วจึงพัฒนา CoP ขึ้นครอบโดเมนความรู้เหล่านั้น จากนั้นจึงค่อยออกแบบและสอนให้ CoP รู้ถึงวิธีการจัดการความรู้ในแบบต่างๆ และท้ายที่สุด จึงค่อยค้นหาเทคโนโลยีต่างๆ ที่เหมาะสมกับแต่ละขั้นของการจัดการความรู้ เช่น ในขั้นตอนของการแลกเปลี่ยนความรู้ มีเทคโนโลยีหลายรูปแบบที่สามารถนำมาใช้เสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ได้ แต่สำหรับชุมชนผู้บริหารระดับสูงแล้ว การใช้เทคโนโลยี CHAT อาจไม่เหมาะสมเท่ากับการใช้ Forums เป็นต้น

4. องค์กรที่มองการจัดการความรู้เป็นเรื่องของเทคโนโลยี โดยการเลือกหรือสร้างเทคโนโลยีที่ทันสมัยแล้วดำเนินการจัดการความรู้ตามฟังก์ชันและเครื่องมือที่มาพร้อมซอฟต์แวร์เหล่านั้น ผลลัพธ์ที่ได้ย่อมไม่ดีเท่าที่ควร จนในที่สุดองค์กรเหล่านั้นจะหันมาพัฒนา CoP ตามกรอบการจัดการความรู้ที่พัฒนามาบนพื้นฐานของเทคโนโลยี CoP ในองค์กรเหล่านี้จึงดูปราศจากชีวิตและไม่สามารถไปถึงศักยภาพสูงสุดของเขาได้

### 1.5 กระบวนการของการจัดการความรู้

สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ( 2548 น. 5 ) กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้องค์กรเข้าใจถึงขั้นตอนที่ทำให้เกิดกระบวนการจัดการความรู้ หรือพัฒนาการของความรู้ที่จะเกิดขึ้นภายในองค์กร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. การบ่งชี้ความรู้ – เช่น พิจารณาว่า วัสดุทัศน์/พันธกิจ/เป้าหมาย คืออะไร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เราจำเป็นต้องรู้อะไร ขณะที่เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร

2. การสร้างและแสวงหาความรู้ – เช่น การสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว

3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ – เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต

4. การประมวลและกลั่นกรองความรู้ – เช่น ปรับปรุงแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์

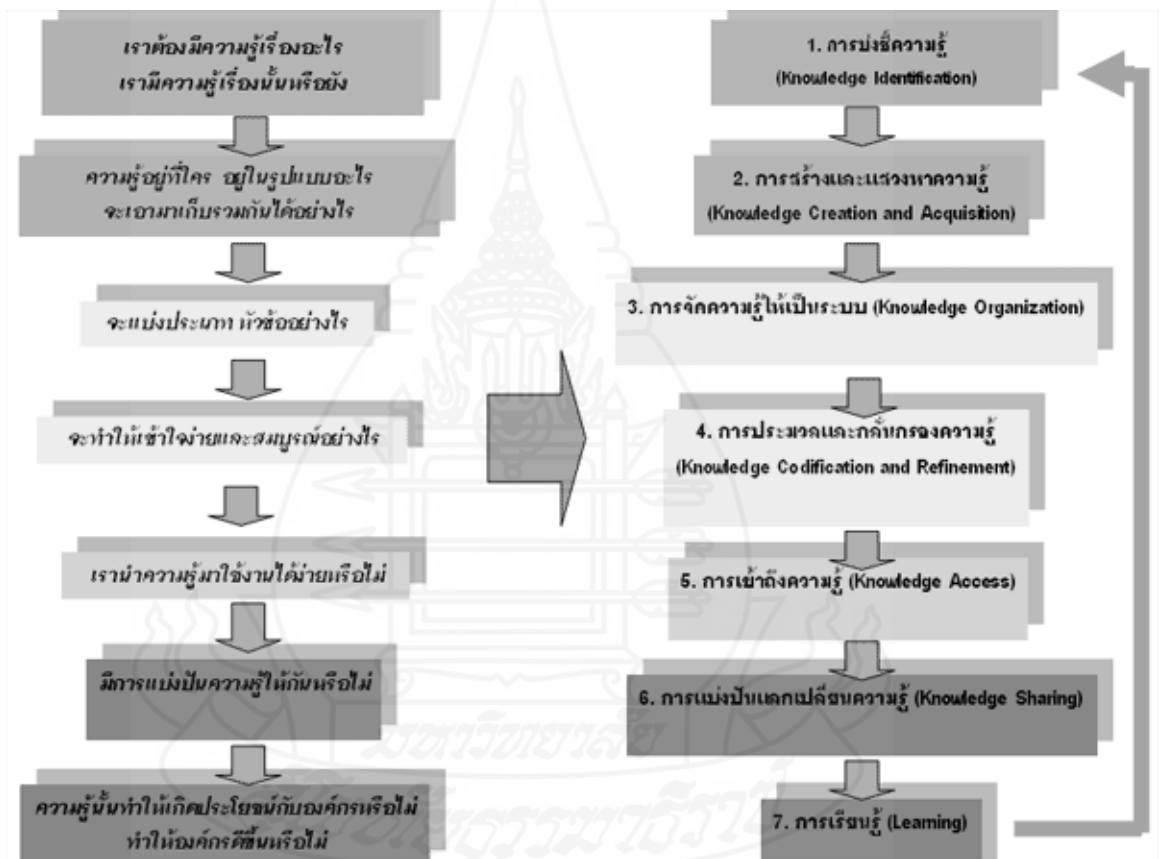
5. การเข้าถึงความรู้ – เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้นั้นเข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) Web board บอร์ดประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ – ทำได้หลายวิธีการ โดยกรณีเป็น Explicit Knowledge อาจจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ เทคโนโลยีสารสนเทศ หรือกรณีเป็น Tacit Knowledge อาจจัดทำ

เป็นระบบ ทีมเข้าสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว เวทีแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น

7.การเรียนรู้ – ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น เกิดระบบการเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้>นำความรู้ไปใช้>เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ และหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

**การใช้กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนมีความเชื่อมโยงกันดังนี้**



ภาพที่ 2.2 กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management Process)

ที่มา สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ

**ก.การแสวงหาความรู้ (Methods of Acquiring Knowledge)**

ในการแสวงหาความรู้ต่างๆ ของมนุษย์นั้นจะประกอบไปด้วยข้อเท็จจริง และทฤษฎีต่างๆ ซึ่งเมื่อมนุษย์มีความรู้ความเข้าใจก็จะสามารถที่จะอธิบายควบคุมหรือพยากรณ์เหตุการณ์

ต่างๆ ในสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้การแสวงหาความรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยสติปัญญาและการฝึกฝนต่างๆ ดังนั้นวิธีการเสาะแสวงหาความรู้ของมนุษย์ จำแนกได้ดังนี้

1. การสอบถามจากผู้รู้ เช่น ในสมัยโบราณ เมื่อเกิดน้ำท่วมหรือโรคระบาด ผู้คนก็จะต้องถามผู้ที่เกิดก่อนว่าจะทำอะไรซึ่งในสมัยนั้นผู้ที่เกิดก่อนก็จะแนะนำให้ทำพิธีสวดมนต์อ่อนนวยสงฆ์สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ปัจจุบันก็มีการแสวงหาความรู้ที่ใช้วิธีการสอบถามจากผู้รู้ เช่น ผู้พิพากษาในศาลเวลาดัดสินคดีเกี่ยวกับการปลอมแปลงลายมือยังต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางด้านลายมือให้ช่วยตรวจสอบให้ข้อควรระมัดระวังในการเสาะแสวงหาความรู้โดยการสอบถามจากผู้รู้ก็ต้องมั่นใจว่าผู้รู้นั้นเป็นผู้รู้ในเรื่องที่จะสอบถามอย่างแท้จริง

2. การศึกษาจากขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นวิธีการเสาะแสวงหาความรู้ของมนุษย์อีกวิธีหนึ่งที่ใกล้เคียงกันกับการสอบถามจากผู้รู้ ก็คือการศึกษาจากขนบธรรมเนียมประเพณีหรือวัฒนธรรมต่างๆ เช่น ในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการแต่งกายประจำชาติต่างๆ ซึ่งผู้ใช้วิธีการแสวงหาความรู้แบบนี้ต้องตระหนักว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในอดีตจนเป็นขนบธรรมเนียมนั้น ไม่ใช่จะเป็นสิ่งที่ถูกต้องและเที่ยงตรงเสมอไป ถ้าศึกษาเหตุการณ์ต่างๆ ทางด้านประวัติศาสตร์ จะพบว่ามีข้อปฏิบัติหรือทฤษฎีต่างๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมหรือขนบธรรมเนียมประเพณีนั้น ซึ่งได้ยึดถือปฏิบัติกันมาหลายปี และพบข้อเท็จจริงในภายหลังถึงความผิดพลาดข้อปฏิบัติหรือทฤษฎีเหล่านั้นก็ต้องยกเลิกไป ดังนั้นผู้ที่ใช้วิธีการเสาะแสวงหาความรู้โดยการศึกษาจากขนบธรรมเนียมประเพณีนั้น ควรจะได้นำมาประเมินอย่างรอบคอบเสียก่อนที่จะยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง

3. การใช้ประสบการณ์ เป็นวิธีการเสาะแสวงหาความรู้ที่มนุษย์การใช้กันอยู่บ่อยๆ คือ การใช้ประสบการณ์ตรงของตนเอง เมื่อเผชิญปัญหาพยายามที่จะค้นคว้าหาคำตอบในการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ตรงของตนเองที่เคยประสบมา เช่น เด็กมักจะมิกำถามมาถามครู บิดามารดา ญาติผู้ที่มีอาวุโสมากกว่า บุคคลเหล่านั้นมักจะใช้ประสบการณ์ตรงของตนเองในการตอบคำถามหรือแก้ปัญหาให้กับเด็ก การใช้ประสบการณ์ตรงนั้นเป็นวิธีการเสาะแสวงหาความรู้ แต่ถ้าใช้ไม่ถูกวิธีอาจจะทำให้ได้ข้อสรุปที่ไม่ถูกต้องได้

4. วิธีการอนุมาน การเสาะแสวงหาความรู้โดยใช้วิธีการอนุมานนี้เป็นกระบวนการคิดค้นจากเรื่องทั่วๆ ไป ไปสู่เรื่องเฉพาะเจาะจง หรือคิดจากส่วนใหญ่ไปสู่ส่วนย่อย จากสิ่งที่รู้ไปสู่สิ่งที่ไม่รู้ วิธีการอนุมานนี้ประกอบด้วย

- ข้อเท็จจริงใหญ่ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เป็นจริงอยู่แล้วในตัวเอง
- ข้อเท็จจริงย่อย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกรณีของข้อเท็จจริงย่อย

- ข้อสรุป (Conclusion) ถ้าข้อเท็จจริงใหญ่และข้อเท็จจริงย่อยเป็นจริง ข้อสรุปก็ต้องเป็นจริง เช่น สัตว์ทุกชนิดต้องตาย สุนัขเป็นสัตว์ชนิดหนึ่ง ข้อสรุป สุนัขต้องตาย

5.วิธีการอุปมาน (Inductive Method) จะเริ่มจากส่วนย่อยไปหาส่วนใหญ่ วิธีการอุปมานนี้อาจจะจัดแยกเป็น 2 ชนิด คือ

- วิธีการอุปมานแบบสมบูรณ์ (Perfect Inductive Method) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้โดยรวบรวมข้อเท็จจริงย่อยๆ จากทุกหน่วยของกลุ่มประชากร จึงสรุปไปสู่ส่วนใหญ่ เช่น ต้องการทราบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครนับถือศาสนาอะไร ก็ต้องมาถามจากผู้อยู่ในกรุงเทพมหานครว่าทุกคนนับถือศาสนาอะไร แล้วจึงนำมาสรุปรวมว่าผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครนับถือศาสนาอะไรบ้าง

- วิธีการอุปมานแบบไม่สมบูรณ์ (Imperfect Inductive Method) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้โดยรวบรวมข้อเท็จจริงย่อยๆ จากบางส่วนของกลุ่มประชากรแล้วสรุปรวมไปสู่ส่วนใหญ่ ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากที่จะรวบรวมข้อเท็จจริงย่อยๆ จากทุกๆ หน่วยของกลุ่มประชากร จึงใช้วิธีรวบรวมข้อเท็จจริงย่อยๆ จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มประชากร

6.วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Method) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้โดยใช้หลักการของวิธีการอุปมานและวิธีการอนุมานมาผสมผสานกัน โดยมีขั้นตอนการแสวงหาความรู้โดยเริ่มจากการที่มนุษย์เริ่มเรียนรู้ที่ละเล็กทีละน้อยจากประสบการณ์ตรง ความรู้เก่าๆ และการสังเกตเป็นต้น จนกระทั่งรวบรวมแนวความคิดเป็นแนวความรู้ต่างๆ ที่สมมติขึ้นมา ซึ่งเป็นวิธีการอุปมานและหลังจากนั้นก็ใช้วิธีการอนุมานในการแสวงหาความรู้ทั่วไป โดยเริ่มจากสมมติฐานซึ่งเป็นส่วนรวม แล้วศึกษาไปถึงส่วนย่อยๆ เพื่อที่จะศึกษาถึงการหาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนย่อยกับส่วนรวม เพื่อให้ได้ข้อสรุปของความรู้ต่างๆ วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Method) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ที่ดีในการแก้ปัญหาต่างๆ ไม่เพียงแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทางการศึกษาได้ด้วย

การแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition) โดย Marquardt (1996 น. 132) เสนอว่า ต้องมาจากแหล่งต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

1.การแสวงหาและรวบรวมความรู้จากแหล่งภายในชุมชน (Internal Collection of Knowledge) ความสามารถในการเรียนรู้ของบุคคลส่วนใหญ่ในชุมชนกลายเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งสำหรับการเพิ่มคุณค่าให้แก่องค์กรและการได้มาซึ่งความรู้ต่างๆ จากภายในองค์กรสามารถทำได้โดย



- การให้ความรู้ของชุมชน เช่น การสอนงาน การฝึกอบรม การสัมมนา การประชุม การแสดงผลงาน ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

- การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและการลงมือปฏิบัติงาน (Learning by Doing)
- การดำเนินการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการปฏิบัติงานต่างๆ

2.การแสวงหาและรวบรวมความรู้จากแหล่งภายนอกชุมชน (External Collection of Knowledge) เพื่อการเป็นการแข่งขันภายใต้สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ชุมชนต้องมีวิสัยทัศน์กว้างไกลและมองออกไปภายนอก เพื่อปรับปรุงผลงานและสร้างให้เกิดความคิดใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอ จำเป็นต้องอาศัยการปรับใช้ความคิดและการสร้างสรรค์ความก้าวหน้าด้วยข้อมูลสารสนเทศจากสภาพแวดล้อมภายนอกด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

- การใช้มาตรฐานเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับชุมชนอื่นๆ
- หาที่ปรึกษา
- การอ่านค้นคว้าทั้งสิ่งพิมพ์ E-mail และบทความ
- การดูทีวี วีดีโอ และภาพยนตร์
- การตรวจสอบแนวโน้มทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี
- การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่น
- การร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อสร้างพันธมิตรและการร่วมทุน

#### ข.การแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing)

การแบ่งปันความรู้เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้การจัดการความรู้ ในองค์กรประสบความสำเร็จและก้าวไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ได้ ถ้ามีบุคคลใดค้นพบความรู้ใหม่หรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ขึ้นแล้วนำความรู้นั้นไปรวบรวมจัดเก็บแต่ไม่ได้มีการแบ่งปันรู้นั้นให้กับผู้อื่นหรือนำความรู้นั้นกลับมาใช้ใหม่ความรู้ที่เกิดขึ้นจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับองค์กรต่างๆ จึงพยายามที่จะรวบรวมและจัดเก็บความรู้แบบชัดแจ้งและความรู้แบบฝังลึกให้อยู่กับองค์กรมากกว่าอยู่ในเฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพราะความรู้เหล่านั้นจะหายไปเมื่อบุคลากรนั้นออกจากงานหรือเกษียณอายุไป เช่น การจัดทำฐานข้อมูลที่เก็บรวบรวมความรู้ชัดแจ้งไว้รวมถึงถ่ายโอนความรู้แบบแฝงโดยการเชื่อมโยงบุคลากรต่างๆ ให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันมากขึ้น (Hansen, Nohria, & Tierney, 1999)

การแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) คือ การที่กลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน ได้มารวมตัวและแบ่งปันความรู้ด้วยความสมัครใจ เพื่อร่วมสร้างความเข้าใจหรือพัฒนาแนวปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ

### องค์ประกอบหลักที่สำคัญๆ ของการแบ่งปัน มีอยู่ด้วยกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. คน (People) ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นแหล่งศูนย์รวมของความรู้ที่สมควรนำออกมาแบ่งปันเป็นอย่างยิ่ง โดยที่ควรจะเป็นคนที่มีความรู้จากการปฏิบัติจริงและอยากจะมาแบ่งปันและแลกเปลี่ยนความรู้ด้วยความเต็มใจ

2. สถานที่ และบรรยากาศ (Place) ก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะทำให้การแบ่งปันความรู้ มีชีวิตชีวาและน่าสนใจ เพราะสถานที่และบรรยากาศที่ดี มีความเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มคน จะทำให้คนเหล่านั้นมาเจอกัน พูดคุย ปรึกษา วิเคราะห์ปัญหา แบ่งปัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างสบายใจ

3. สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ (Infrastructure) ก็นับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยให้การแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดได้ง่ายและสะดวกขึ้น เช่น กระดานสำหรับเขียนคอมพิวเตอร์สำหรับการสรุปและจัดเก็บความรู้รวมถึงการแบ่งปัน (Share) หรือการส่งต่อข้อมูลเมื่อมีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการพร้อมแล้ว การที่จะทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบความสำเร็จและใช้ประโยชน์ได้จริง ก็ควรคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญๆ ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีประสิทธิผล (Effective KnowledgeSharing)

ปัจจัยหลักของการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 6 ประการ ได้แก่

1. กำหนดเป้าหมายการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ชัดเจนและสัมพันธ์กับเป้าหมายทางธุรกิจ

2. สร้างผู้นำที่เป็นแบบอย่าง

3. สร้างเครือข่ายของผู้มีความรู้จากการปฏิบัติ

4. กำหนดวิธีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมองค์กร

5. แบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นำไปใช้ในงานประจำวันได้

6. สร้างแรงจูงใจที่สนับสนุนการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ภายใต้หลักการของการบริหารความรู้นั้นแนวคิดของการแบ่งปันความรู้หรือความคิดภายในองค์กร (Knowledge หรือ Idea Sharing) ถือเป็นแนวคิดที่สำคัญ เนื่องจากเราถือว่าแทนที่จะไปเสาะแสวงหาความรู้ใหม่ๆ จากภายนอกทำไมเราไม่นำความรู้หรือแนวคิดที่ดีๆ ที่มีอยู่ในองค์กรมาแบ่งใช้ร่วมกันมีตัวอย่างขององค์กรในต่างประเทศเป็นจำนวนมากที่นำความรู้เทคนิคหรือแนวคิดที่ได้จากหน่วยงานหนึ่ง ไปแบ่งปันใช้ร่วมกันในองค์กร แล้วก็ทำให้องค์กรได้รับประโยชน์อย่างมากซึ่งประโยชน์ที่เห็นชัดเจนที่สุดก็หนีไม่พ้นในเรื่องของการประหยัดต้นทุน

ในเรื่องของการแบ่งปันความรู้ให้เกิดประสิทธิภาพ Raelin(2000) เสนอแนวคิดเรื่องการเรียนรู้บนฐานการทำงาน (Work-based Learning) โดยเรียกการเรียนรู้แบบนี้ว่าเป็นการเรียนรู้แบบ

ใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบต่อยอดและเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ และระหว่างความรู้และประสบการณ์

### ค.การนำความรู้ไปใช้

การนำความรู้ไปใช้ หมายถึง การนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในงานของตนอย่างต่อเนื่องในองค์การ โดยสามารถประยุกต์ (Apply) และบูรณาการ (Integrated) ความรู้ ทฤษฎี ประสบการณ์เดิมมาพัฒนาเป็นแนวคิด เทคนิค และวิธีการใหม่ๆ ที่สามารถพัฒนาความรู้หรืองานใหม่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงขึ้น การนำความรู้ไปใช้นั้นสามารถแยกได้ 3 ระดับ คือ

1.Recall Knowledge คือ การนำความรู้ไปใช้ในระดัของการจำ เช่น จำได้ว่า  $2 \times 2 = 4$  เป็นต้น

2.Applied Knowledge คือ การใช้ความรู้ในขั้นประยุกต์ เช่น การที่สามารถอธิบายได้ว่า เหตุใด  $2 \times 3$  จึงมีค่าเท่ากับ 6 เป็นต้น

3.Transfer Knowledge คือ การนำความรู้ไปใช้ในระดัการส่งถ่ายความรู้ เช่น ผู้รับการฝึกเรียนรู้สูตรการคูณเพียงแค่แม่บทที่ 12 แต่ผู้รับการฝึกสามารถตอบได้ว่า  $13 \times 3 = 39$  เป็นต้น การนำความรู้ไปใช้ในระดันี้จะรวมไปถึงการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และประเมินผลตามแนวของ Bloom's Taxonomy

### กระบวนการจัดการความรู้ในชุมชน

Lwoga, Ngulube and Stilwell (2010) อ้างใน ฐาปณี เลขพันธ์ (2557) ได้อธิบายว่า กระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนหรือในท้องถิ่น มีดังนี้

1.การแสวงหาความรู้กระบวนการในการแสวงหาความรู้เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมาก โดยส่วนมากจะแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง หรือแก้ปัญหาของชุมชน เช่น การขาดแคลนพื้นที่ทำการเกษตร โรคระบาดในสัตว์และพืช เป็นต้นซึ่งมีการแสวงหาความรู้จากครอบครัวมากที่สุดและแสวงหาความรู้จากคนภายในชุมชน รวมถึงมาจากประสบการณ์ของตัวเอง

2.การพัฒนาความรู้ในชุมชนเป็นการพัฒนาทักษะของคนภายในชุมชนรวมถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่การพัฒนาในด้านความรู้ความคิดโดยมีการรวมความรู้ที่แฝงอยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) ผสมผสานกับความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ใหม่

3.การแบ่งปันและการเผยแพร่ความรู้การแบ่งปันความรู้จะมาจากการดำเนินกิจกรรมภายในชุมชนโดยมีปัจจัยที่เข้ามาสนับสนุนในเรื่องของการแบ่งปันและการเผยแพร่ความรู้ในชุมชนคือ วัฒนธรรมของชุมชน ความไว้วางใจ และฐานะหรือตำแหน่งของคน

4.การเก็บรักษาความรู้ เป็นการจัดเก็บความรู้ที่มีอยู่ภายในชุมชน ส่วนมากความรู้ในชุมชนจะอยู่ภายในตัวของบุคคลที่ได้มาจาก การถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ หรือเกิดจากประสบการณ์ของแต่ละ



ละบุคคล รวมถึงมีการเก็บโดยการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร หรือภาพถ่าย ปัญหาของการเก็บรักษาความรู้ คือ ความรู้สูญหายจากการเก็บรักษาที่ไม่มีระบบ

5.การประยุกต์ใช้ความรู้ เป็นการนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางานหรือพัฒนาอาชีพ และเพื่อการพัฒนาชุมชน

### 1.6 ประโยชน์ของการจัดการความรู้

พรธิดา วิเชียรปัญญา (2547) เป้าหมายหลักของการจัดการความรู้ คือ การใช้ประโยชน์จากความรู้มาเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานขององค์กร เพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันขององค์กร การจัดการความรู้มีความสำคัญอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาก็ตาม วัตถุประสงค์ทั่วไปของการจัดการความรู้มีดังนี้

- 1) เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานทางธุรกิจที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
- 2) เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ๆ
- 3) เพื่อปรับปรุงเทคนิค กระบวนการ โดยมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนำความรู้นั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์

ส่วน Bacha (2000 อ้างถึงใน นฤมล พุกกะยาศิลป์ และพัชรา หาญเจริญกิจ 2543 น. 65) กล่าวถึงประโยชน์ของการจัดการความรู้ไว้ 8 ประการ ดังนี้

- 1) **ป้องกันความรู้สูญเสียน** การจัดการความรู้ทำให้องค์กรสามารถรักษาความเชี่ยวชาญ ความชำนาญ และความรู้ที่อาจสูญหายไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร เช่น การเกษียณอายุทำงาน หรือการลาออกจากงาน เป็นต้น
- 2) **เพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจ** โดยประเภท คุณภาพ และความสะดวกในการเข้าถึง ความรู้ เป็นปัจจัยสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจ เนื่องจากผู้ที่มีหน้าที่ตัดสินใจต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ
- 3) **ความสามารถในการปรับตัวและมีความยืดหยุ่น** การทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจในงานและวัตถุประสงค์ของงาน โดยไม่ต้องมีการควบคุม หรือมีการแทรกแซงมากนักจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานในหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการพัฒนาจิตสำนึกในการทำงาน
- 4) **ความได้เปรียบในการแข่งขัน** การจัดการความรู้ช่วยให้องค์กรมีความเข้าใจลูกค้า แนวโน้มของการตลาดและการแข่งขัน ทำให้สามารถลดช่องว่างและเพิ่มโอกาสในการแข่งขันได้
- 5) **การพัฒนาทรัพย์สิน** เป็นการพัฒนาความสามารถขององค์กรในการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สินทางปัญญาที่มีอยู่ ได้แก่ สิทธิบัตร เครื่องหมายการค้า และลิขสิทธิ์ เป็นต้น

6) การยกระดับผลิตภัณฑ์ การนำการจัดการความรู้มาใช้เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและบริการ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มคุณค่าให้แก่ผลิตภัณฑ์นั้นๆ อีกด้วย

7) การบริหารลูกค้า การศึกษาความสนใจและความต้องการของลูกค้าจะเป็นการสร้าง ความพึงพอใจและเพิ่มยอดขายและสร้างรายได้ให้แก่องค์กร

8) การลงทุนทางทรัพยากรบุคคล การเพิ่มความสามารถในการแข่งขันผ่านการเรียนรู้ร่วมกัน การจัดการด้านเอกสาร การจัดการเก็บความรู้ ที่ไม่เป็นทางการเป็นการเพิ่มความสามารถให้แก่องค์กรในการจ้างและฝึกฝนบุคลากร

### 1.7 โมเดลการจัดการความรู้

โมเดลปลา ที่มาสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)



ภาพที่ 2.3 โมเดลปลา

“โมเดลปลา” เป็นโมเดลอย่างง่าย ที่เปรียบเทียบการจัดการความรู้ เหมือนกับปลาหนึ่งตัวที่มี 3 ส่วน คือ

1. ส่วน “หัวปลา” (Knowledge Vision -KV) หมายถึง ส่วนที่เป็นเป้าหมาย วิสัยทัศน์ หรือทิศทางของการจัดการความรู้ โดยก่อนที่จะทำจัดการความรู้ ต้องตอบให้ได้ว่า “เราจะทำ KM ไปเพื่ออะไร?” โดย “หัวปลา” นี้จะต้องเป็นสิ่งของ “คุณกิจ” หรือ ผู้ดำเนินกิจกรรม KM ทั้งหมด โดยมี “คุณเอื้อ” และ “คุณอำนวย” คอยช่วยเหลือ

2. ส่วน “ตัวปลา” (Knowledge Sharing-KS) เป็นส่วนของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญ ซึ่ง “คุณอำนวย” จะมีบทบาทมากในการช่วยกระตุ้นให้ “คุณกิจ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ โดยเฉพาะความรู้ซ่อนเร้นที่มีอยู่ในตัว “คุณกิจ” พร้อมอำนวยให้เกิดบรรยากาศในการเรียนรู้แบบเป็นทีม ให้เกิดการหมุนเวียนความรู้ ยกระดับความรู้ และเกิดนวัตกรรม

3. ส่วน “หางปลา” (Knowledge Assets-KA) เป็นส่วนของ “คลังความรู้” หรือ “ขุมความรู้” ที่ได้จากการเก็บสะสม “เกร็ดความรู้” ที่ได้จากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ตัวปลา” ซึ่งเราอาจเก็บส่วนของ “หางปลา” นี้ด้วยวิธีต่างๆ เช่น ICT ซึ่งเป็นการสกัดความรู้ที่ซ่อนเร้นให้เป็นความรู้ที่เด่นชัด นำไปเผยแพร่และแลกเปลี่ยนหมุนเวียนใช้ พร้อมยกระดับต่อไป

### คนสำคัญที่ดำเนินการจัดการความรู้

#### 1. ผู้บริหารสูงสุด (CEO)

จัดได้ว่า “โชคดีที่สุด” สำหรับวงการจัดการความรู้ ถ้าผู้บริหารสูงสุดเป็นแชมป์เปียน ซึ่งเห็นคุณค่าและดำเนินการผลักดัน KM เรื่องที่ยากทั้งหลายก็ง่ายขึ้น ผู้บริหารสูงสุดควรเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมจัดการความรู้ โดยกำหนดตัวบุคคลที่จะทำหน้าที่ “คุณเอื้อ (ระบบ)” ของ Km ซึ่งควรเป็นผู้บริหารระดับสูง เช่น รองอธิบดี รองผู้อำนวยการใหญ่ (Vice President)

#### 2. คุณเอื้อ (Chief Knowledge Officer-CKO)

ถ้าการรื้อเริ่มมาจากผู้บริหารสูงสุด “คุณเอื้อ” ก็สบายไปเปลาะหนึ่ง แต่ถ้าริเริ่มที่แท้จริงไม่ได้มาจากผู้บริหารสูงสุด บทบาทแรกของ “คุณเอื้อ” ก็คือ เอาหัวปลาไปขายผู้บริหารสูงสุด ให้ผู้บริหารสูงสุดกลายเป็นเจ้าของ “หัวปลา” ให้ได้ บทบาทต่อไปของ “คุณเอื้อ” คือ การหา “คุณอำนวย” และร่วมกับ “คุณอำนวย” จัดให้มีการกำหนด “เป้าหมาย/หัวปลา” ในระดับย่อยๆ ของ “คุณกิจ/ผู้ปฏิบัติงาน” คอยเชื่อมโยง “หัวปลา” เข้ากับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ขององค์กร จัดบรรยากาศแนวราบและการบริหารงานแบบเอื้ออำนาจ (empowerment) ร่วม share ทักษะในการเรียนรู้ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการจัดการความรู้โดยตรงและเพื่อแสดงให้ “คุณกิจ” เห็นคุณค่าของทักษะดังกล่าว จัดสรรทรัพยากรสำหรับใช้ในกิจกรรมจัดการความรู้พร้อมคอยเชื่อมโยงการจัดการความรู้เข้ากับกิจกรรมสร้างสรรค์อื่นๆ ทั้งภายในและนอกองค์กร ติดตามความเคลื่อนไหวของการดำเนินการ ให้คำแนะนำบางเรื่อง และแสดงท่าทีชื่นชมในความสำเร็จ อาจจัดให้มีการยกย่องในผลสำเร็จและให้รางวัลที่อาจไม่เน้นสิ่งของ แต่เน้นการสร้างสภาพภูมิใจในความสำเร็จ

#### 3. คุณอำนวย (Knowledge Facilitator-KF)

เป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกในการจัดการความรู้ ความสำคัญของ “คุณอำนวย” อยู่ที่การเป็นนักจุดประกายความคิด และการเป็นนักเชื่อมโยง โดยต้องเชื่อมโยงระหว่างผู้ปฏิบัติการจัดการความรู้ภายในองค์กรกับภายนอกองค์กร โดยหน้าที่ที่ “คุณอำนวย” ควรทำ คือ

#### 4. คุณกิจ (Knowledge Practitioner-a KP)

“คุณกิจ” หรือผู้ปฏิบัติงาน เป็นพระเอก หรือนางเอกตัวจริงของการจัดการความรู้เพราะ “คุณกิจ” เป็นเจ้าของ “หัวปลา” เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมจัดการความรู้แทบทั้งหมด และเป็นผู้ที่มี

ความรู้ (Explicit Knowledge & Tacit Knowledge) และเป็นผู้ที่ต้องมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้ หา สร้าง แปลง ความรู้เพื่อการปฏิบัติให้บรรลุถึง “เป้าหมาย/หัวปลา” ที่ตั้งไว้

#### 5. คุณประสาน (Network Manager)

เป็นผู้ที่คอยประสานเชื่อมโยงเครือข่ายการจัดการความรู้ระหว่างหน่วยงาน ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวงที่กว้างขึ้น เกิดพลังร่วมมือทางเครือข่ายในการเรียนรู้และยกระดับความรู้ แบบทวีคูณ

สรุปได้ว่าการจัดการความรู้เป็นการรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรและอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งเป็นความรู้ฝังลึกและความซัดแข็งมาพัฒนาโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรเพื่อได้เปรียบทางการแข่งขัน

## 2. แนวคิดเรื่องการดูแลและรักษาสุขภาพ

### 2.1 ความหมายของสุขภาพ

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพในปัจจุบัน ได้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า แนวคิดหรือความเข้าใจ ที่ว่าคนมีสุขภาพดีคือคนที่ไม่เป็นโรคหรือปราศจากความพิการและทุพพลภาพเท่านั้นเป็นแนวคิดที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากสุขภาพมีความหมายที่กว้างและลึกซึ้งกว่าที่กล่าวมาแล้วมาก มีผู้ให้คำจำกัดความของสุขภาพไว้มากมายแต่ความหมายที่ได้รับการยอมรับว่าครอบคลุมแนวคิดที่สำคัญของคำว่า “สุขภาพ” ดังนี้

สุชาติ โสภประยูร และ สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญ (2548) ได้ให้คำจำกัดความ ของคำว่าสุขภาพ หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิได้หมายถึงเพียงความปราศจากโรค หรือปราศจากความทุพพลภาพเท่านั้น สุขภาพนั้น จัดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชน การปรับปรุงส่งเสริมหรือดำรงรักษาสุขภาพก็นับเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลที่พึงมีต่อตนเอง การจะมีภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนานั้นบุคคลจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องและเป็นระบบในเรื่องสุขภาพเป็นพื้นฐาน

วรรณวิมล เมฆวิมล(2553,น.7) สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัต ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรคไม่พิการไม่บาดเจ็บ มีเศรษฐกิจดี มีอาหารพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพซึ่งคำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

**สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต** หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะทราบดีที่ยังมีความเห็นแก่ตัวจะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

**สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม** หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่นชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี

**สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ** (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับการเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันปราณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ

Pender (1996) อังในวรรณวิมล เมฆวิมล(2553,น.7) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นหนึ่งในมโนคติ (Meta Paradigm) ทฤษฎีการพยาบาล ในปี ค.ศ. 1000 ได้ปรากฏมีการเขียนคำว่า “Health” เป็นครั้งแรก โดยมาจากคำเก่าแก่ในภาษาอังกฤษ คือ “Health” ซึ่งมีความหมายว่า ปกติสุข (Sound) และทุกส่วนของร่างกาย

วรรณวิมล เมฆวิมล(2553,น.7) สุขภาพมีความหมายที่กว้างขวางกว่าการเจ็บป่วยและความไม่พิการทางกาย ครอบคลุมสุขภาวะ หรือภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) พฤติกรรมเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ที่มนุษย์แต่ละคนซึ่งจะมีสุขภาวะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวเองร่วมกับปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของตนเอง

เชิงชาย บุญช่วยแก้ว (2552,น.16) สุขภาพ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ ของร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยที่ร่างกายต้องมีอวัยวะครบถ้วนแต่ละส่วนไม่พิการและปฏิบัติงานได้อย่างดี จิตใจปราศจากความเจ็บป่วยทางจิตใจ มีอารมณ์ที่มั่นคงและสามารถปรับตัวเองได้ตามสภาพความเป็นจริง และมีความรักความเอื้อเฟื้อต่อคนอื่นๆ ขณะเดียวกันก็ประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นที่พึงพอใจของคนอื่น

ประเวศ ะสี (2543,น.4-5) อังในกันยานุช เทาประเสริฐ (2551,น.17) ได้ให้นิยาม คำว่า สุขภาพ คือความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแบ่งแยกไม่ได้ การขาดความสมดุล ในองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นเสมอ การดำรงภาวะสุขภาพ แบบองค์รวมจึงต้องคำนึงถึง การผสมผสานกลยุทธ์ที่



จะคงความสมดุลในทุกองค์ประกอบ โดยครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของบุคคลเป็นสำคัญ

สรุปได้ว่าสุขภาพ จึงหมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ โดยทั้ง 4 ส่วนมีการเชื่อมโยงเข้าด้วยกันจึงจะเรียกว่ามีสุขภาพที่สมบูรณ์

## 2.2 ประเภทของสุขภาพ

ถ้าพิจารณาความหมาย ของสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าเป็นภาวะของความสมบูรณ์ทางร่างกายจิตใจและสังคม สามารถแบ่งประเภทของสุขภาพออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ (เชิงชาย บุญช่วยแก้ว (2552,น.16-17)

1.สุขภาพทางกาย (Physical Health)หมายถึง ความสมบูรณ์ แข็งแรงไม่มีโรคและความพิการใดๆ

2.สุขภาพทางจิต (Mental Health)หมายถึงความไม่เป็นโรคประสาท โรคจิต และมีความสมหวังต่างๆ

3.สุขภาพทางสังคม (Social Health) หมายถึงการช่วยเหลือตนเองและสังคมได้อยู่ร่วมกับสังคมด้วยดี

ถ้าพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมแล้วจะแบ่งประเภทของสุขภาพออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1.สุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health) หมายถึง ความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ซึ่งหมายถึง การมีอวัยวะครบทุกๆ ส่วนของร่างกาย ไม่มีความพิการใดๆ และพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ รวมถึงการปราศจากโรคจิต โรคประสาท และความผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคล ชุมชนและสังคมได้เป็นอย่างดี

2.สุขภาพชุมชน (Community Health) หมายถึง สภาวะที่สภาพแวดล้อม (Environment) คือ น้ำ อากาศ ดิน ภูมิประเทศต่างๆ รวมถึงทัศนียภาพต่างๆ ได้รับการดูแลและปรับปรุงและส่งเสริมในลักษณะที่ไม่เป็นอันตรายหรือมีพิษภัยต่อบุคคล ชุมชน หรือสังคมขณะเดียวกัน ยังเป็นประโยชน์ในการเกื้อกูลให้บุคคล ชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมสมบูรณ์อยู่ตลอดเวลา

ถ้าพิจารณาในส่วนบุคคลที่ประกอบขึ้นมาด้วยส่วนประกอบ หรืออวัยวะต่างๆรวมถึงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และการรับรู้ต่างๆ แบ่งสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง การที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทางร่างกาย

2.สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง การที่บุคคลปราศจากโรคจิต โรคประสาท และความผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ



### มิติของสุขภาพ

กนกวรรณ บุนนประสิทธิ์ชัย (2551, น.33-34) ได้กล่าวถึงมิติของสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 มิติ คือ

1. การรักษาโรค เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว เราต้องเร่งวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคอะไร แล้วรีบให้การ รักษาได้เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือแม้แต่เพื่อป้องกันมิให้เสียชีวิต

2. การฟื้นฟูสุขภาพ หลายโรคเมื่อเป็นแล้วก็อาจเกิดความเสียหายต่อการทำงานของระบบ อวัยวะหรือทำให้พิการจึงต้องเริ่มมาตรการฟื้นฟูให้กลับมามีสภาพใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ทั้ง การรักษาโรคและ การฟื้นฟูสุขภาพเรียกรวมกันว่า “การซ่อมสุขภาพ” ทำหลังจากการเกิดโรคแล้ว

3. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพศีลธรรม

4. การป้องกันโรค ได้แก่มาตรการลดความเสี่ยง ในการเกิดโรค รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกัน เฉพาะ โรคด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดโรคร่างกายเกิดโรคจิต โรคสังคม และโรคศีลธรรม ทั้งการ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนี้ เรียกรวมกันว่า “การสร้างสุขภาพ” โดยทำก่อนเกิดโรค

### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

#### การดูแลสุขภาพตนเอง

มาโนชญ์ ชายครอง (2548) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองว่า ใน ประวัติศาสตร์การพัฒนาสังคมอันยาวนานการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความ เจ็บป่วยเป็นเรื่องของประชาชน โดยตรงที่จักดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง ของ ครอบครัว และชุมชนที่คนอาศัยอยู่ตามแบบแผนวัฒนธรรมและความเชื่อที่ได้รับปลูกฝังและ ถ่ายทอดต่อกันมา โดยเริ่มตั้งแต่การให้ความหมาย หรือการอธิบายอาการของโรคที่เกิดขึ้น การ วินิจฉัยอาการและความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนและวิธีการรักษา อาการที่เกิดขึ้นในรูปแบบที่แตกต่างกันไปแต่ละสังคม และแต่ละยุคสมัยของสังคมด้วย กล่าวคือ ในสมัยโบราณประมาณ 2500ปี ก่อนคริสตกาล การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย เป็นไปตามความเชื่อในเรื่องอำนาจลึกลับอำนาจเหนือธรรมชาติและภูตผีปีศาจ ฉะนั้นกระบวนการ จัดการด้านสุขภาพอนามัยจึงเป็นไปในรูปแบบการเช่นไหว้ บวงสรวงและประกอบพิธีกรรมต่างๆ โดยผู้ที่จัดการอาจเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือหัวหน้าชุมชน

ในด้านการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ต้องมีความสอดคล้อง กับแนวคิดของบริการสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง ในทฤษฎีของ การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่อง ของธรรมชาติและเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ของชนแต่ละ

กลุ่ม มาโนชญ์ ชายครอง (2548) แนวคิดของ โอเรม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณา และตัดสินใจ** ซึ่งนำไปสู่การกระทำของบุคคล สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งนั้นๆ เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอกความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงสามารถพิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำ

**ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำ** การกระทำต้องมีเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลตนเอง เพราะเป็นข้อกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างในการดูแลสุขภาพตนเอง บุคคลจะตั้งคำถาม ว่าตนเองจะทำอย่างไรเพื่อจะได้การทำการกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีประโยชน์จากแหล่งเหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้น จะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่าการกระทำนั้น ได้ถูกต้องและถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครช่วยได้บ้าง

สุนทร โสภณอัมพรเสณีย์ (2551) ได้กล่าวถึงความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก และการพยาบาลเบื้องต้น ในระยะที่แหล่งประโยชน์สำคัญพื้นฐานในระยะบริการสุขภาพ ได้จำแนกบทบาทการดูแลตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. การดูแลรักษาไว้ซึ่งสุขภาพแข็งแรง เช่นการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
2. การป้องกันโรค
3. การวินิจฉัยโรค
4. การไปหาแพทย์

สุนทร โสภณอัมพรเสณีย์ (2551) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า กิจกรรมที่บุคคลและปฏิบัติด้วยตนเองในยามปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดีและความสมบูรณ์

มาโนชญ์ ชายครอง (2548) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง จึงเกี่ยวข้องกับเฉพาะขอบเขตการปฏิบัติในภาคประชาชนส่วนใหญ่ โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2

ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self care in health) และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) [www.htc.ac.th/sport/web5126](http://www.htc.ac.th/sport/web5126) กล่าวถึงในเรื่องความเจ็บป่วย หรือปัญหาสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ทุกคนต้องการที่จะดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ ดังนั้น กล่าวได้ว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนปฏิบัติ และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี"แบ่งขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอ ได้แก่

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สุข เช่น การออกกำลังกาย การสร้างสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยเป็นโรค เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ การไปตรวจสุขภาพ การป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ การขอคำแนะนำ แสวงหาความรู้จากผู้รู้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ หรือการรักษาเบื้องต้นให้หาย จากความเจ็บป่วย ประเมินตนเองได้ว่า เมื่อไรควรไปพบแพทย์ เพื่อรักษา ก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือนักสาธารณสุข เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและมีสุขภาพดีดังเดิม การที่ประชาชนทั่วไปสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ยังไม่เจ็บป่วย เพื่อบำรุงรักษาตนเอง ให้สมบูรณ์แข็งแรง รู้จักที่จะป้องกันตัวเอง มิให้เกิดโรค และเมื่อเจ็บป่วยก็รู้วิธีที่จะรักษาตัวเอง เบื้องต้นจนหายเป็นปกติ หรือรู้ว่า เมื่อไรต้องไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

มัลลิกา มัลลิกโก (2551) อ่างใน สุนทร โสภณ อัมพรเสนีย์ ได้สรุปแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองว่า

1.สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมๆกับสังคม ฉะนั้นการดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ ของประชาชน ครอบครัวและชุมชน

2.สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายของวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไปแม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกันทั้งนี้แต่ละบุคคลมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิด ความเชื่อเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไป

3.ในทุกชุมชนการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและการรักษาอย่างไร

ดังนั้น การเยียวยาจึงเป็นเรื่องชุมชนและบุคคลมากกว่าของการแยกส่วนไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ของระบบร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อมการดูแลสุขภาพจึงดูแลเฉพาะด้านเช่นร่างกายจิตใจการดูแลสุขภาพโดยระบบการแพทย์แบบสามัญชน (Popular sector) เป็นการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคลมีการถ่ายทอดหรือแนะนำความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แก่ญาติหรือเพื่อนบ้านในชุมชนต่อกันไป

4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยังกระจายไม่ทั่วถึงประชาชนในชนบทเป็นบริการที่มีราคาแพงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนสังคมจะต้องดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง

5 การส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อพึ่งตนเอง และรับผิดชอบตนเอง

สรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ดูแลสุขภาพตนเองทั้งในสภาวะปกติ เป็นและเมื่อเจ็บป่วยการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อรู้สึกว่ามีผิดปกติเพื่อให้มีสุขภาพดีและสมบูรณ์

จากแนวคิดดังกล่าวจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเปรียบเสมือนกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนา ระบบความคิดในเรื่องสุขภาพดังกล่าวต่อไปนี้มีแนวคิดหลัก (concept) ในองค์ประกอบ 2 ประการ ดังนี้ สุชาติ โสมประยูรและ สุวัฒน์ วีระเวชเจริญ (2548)

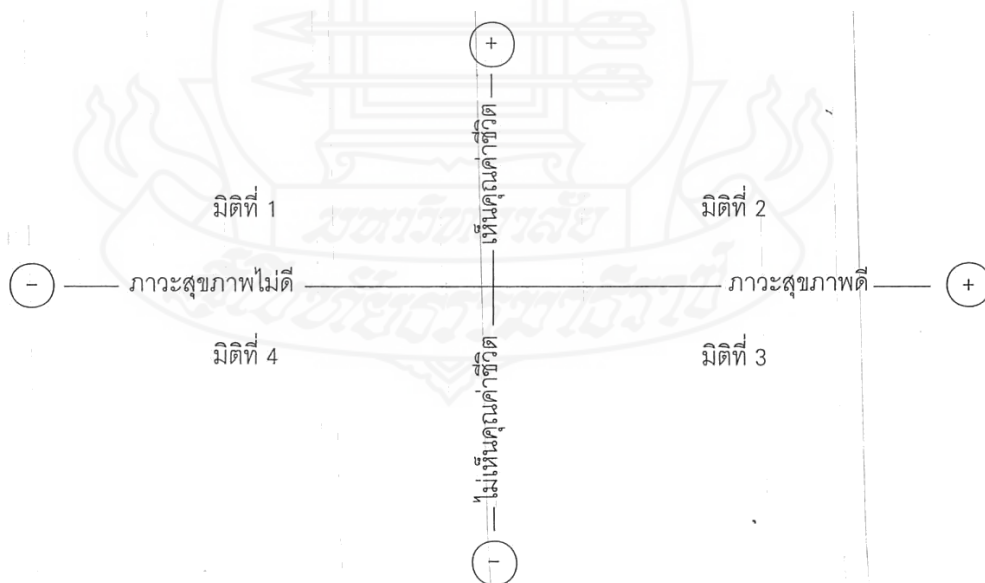
#### 1. สุขภาพเป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่ง

สุขภาพของบุคคลนั้นมีภาวะเลื่อนไหล (continuum) มีได้หยุดนิ่งอยู่ ณ จุดใดจุดหนึ่ง จะเห็นได้จากภาวะสุขภาพของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลง เช่น จากภาวะสุขภาพปกติ คือ ไม่เจ็บป่วย ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ก็จะกลับกลายเป็นความเจ็บป่วย เล็กๆ น้อยๆ จนถึงการเจ็บป่วยหนัก หากได้รับการรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ก็จะกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ และอาจมีการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นกว่าที่เคยเป็นอยู่ ในทางตรงข้าม ณ จุดที่เป็นความเจ็บป่วยนั้น หากได้รับการรักษาที่ถูกต้องและขาดประสิทธิภาพหรือละเลยการดูแลรักษา และในบางครั้งแม้จะรักษาเยียวยาไม่ว่าวิธีใดก็ไม่อาจช่วยให้หายกลับคืนได้ บุคคลนั้นก็ถึงแก่ความตายไปในที่สุด ในสังคมไทยเราจะคุ้นเคยกับคำกล่าวที่ว่า สังฆารของมนุษย์เป็นอนิจจัง เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการเลื่อนไหลของภาวะสุขภาพไว้อย่างชัดเจน แต่เป็นการเลื่อนไหลไปในทิศทางเสื่อม หากสังคมไทยยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพไปในทิศทางดังกล่าวก็จะทำให้แนวคิดในการพัฒนาสุขภาพในทางที่ดีขึ้นกว่าภาวะสุขภาพปกติจะไม่เกิดขึ้น การปรับเปลี่ยนแนวคิดหรือความเข้าใจของบุคคลในสังคมที่มีต่อสุขภาพให้เป็นเชิงบวกจึงมีความจำเป็นว่าแท้จริงแล้วภาวะสุขภาพสามารถเลื่อน

ไหลไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้ มิได้เลื่อนไหลไปเฉพาะทิศทางที่เป็นความแก่ ความเจ็บป่วย และความตายดังที่เคยได้รับการปลูกฝังมาในอดีต

2. การเห็นคุณค่าของชีวิตเป็นความสำคัญของการดำรงอยู่ในสังคม การที่บุคคลเห็นคุณค่าของชีวิต ก็คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนยังมีความหมายต่อตนเองและสังคม แนวคิดนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ต่อตนเอง (self-perception) เกิดการรักตนเอง (self-love) มีความภูมิใจในความสามารถของตนเอง (self-esteem) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) รวมทั้ง มีความเข้าใจและรู้จักตนเองในด้านอื่นๆ สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าของชีวิตทั้งสิ้น ซึ่งเมื่อมีการให้ความสำคัญกับคุณค่าชีวิตบุคคลเหล่านั้นก็จะเห็นคุณค่าของการมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีพฤติกรรมที่เป็นไปในทิศทางของการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ แต่ในทางตรงข้าม หากบุคคลไม่เห็นคุณค่าของชีวิต ก็จะปล่อยให้ชีวิตดำเนินไปอย่างไร้จุดหมาย ขาดความสนใจตนเอง ท้ายที่สุดก็จะประสบความล้มเหลวในชีวิต นอกจากนี้ยังจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เขาเกิดความท้อแท้หมดอาลัยในชีวิต กลายเป็นความเครียด ท้อถอย มองโลกในแง่ร้ายและจะเป็นสาเหตุของการนำไปสู่ความคิดที่มุ่งร้ายตนเองในที่สุด

จากองค์ประกอบ 2 ประการดังกล่าวมา เมื่อนำมาจัดเป็นระบบโดยนำองค์ประกอบทั้งสองมากำหนดเป็นแกนตั้งและแกนนอนลากเส้นแกนทั้งสองตัดกันที่จุดกึ่งกลางของแต่ละแกนจะเกิดเป็นมิติ (dimension) ที่อธิบายถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลขึ้นได้เป็น 4 มิติ ดังนี้



ภาพที่ 2.4 มิติของแบบแผนการดำเนินชีวิต (Pender, Nola J., 1987)

ที่มาน. เกษม นครเขตต์ (2540, น.62)



### มิตินี้ 1

แสดงภาวะของคนที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิต รู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีประโยชน์ แต่บุคคลเหล่านี้จะละเลยต่อการดูแลสุขภาพ เขาจะรู้สึกถึงพอใจกับภาวะสุขภาพที่เป็นปกติไม่เจ็บป่วย แต่ไม่ใส่ใจในการที่จะพัฒนาปรับปรุงสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น บุคคลในกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความระมัดระวังและดูแลเอาใจใส่ สุขภาพ บุคคลในกลุ่มนี้จึงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยได้ แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยคนเหล่านี้จะแสวงหาการรักษาในทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็นไสยศาสตร์ แพทย์แผนโบราณ ตลอดจนแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วย บุคคลในกลุ่มนี้จึงต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย สำหรับการรักษามากในช่วงที่เจ็บป่วย แต่เขาก็เต็มใจที่จะใช้จ่ายเงินดังกล่าวเพื่อแลกกับการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากเพราะเขายังให้ความสำคัญกับชีวิตนั่นเอง

### มิตินี้ 2

บุคคลในกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิต ว่าชีวิตของตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมทั้งเห็นความสำคัญของการมีภาวะสุขภาพที่ดี ต้องการรักษาและปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น บุคคลในกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง กล่าวคือกระทำในสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยง งดเว้นการกระทำที่เสี่ยงหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น มีความระมัดระวังในการบริโภคอาหาร มีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เห็นความสำคัญและหากิจกรรมผ่อนคลายความเครียด รักษาสิ่งแวดล้อม ฯลฯ คนกลุ่มนี้จะเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของสังคม เนื่องจากเขาสามารถจะใช้ความรู้ความสามารถให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างเต็มที่

### มิตินี้ 3

บุคคลในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ให้ความสำคัญต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่เป็นผู้ที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตมากนัก ด้วยเหตุนี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้เกิดด้วยความเอาใจใส่และปฏิบัติด้วยความจริงจัง แต่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนี้จะเป็นไปตามค่านิยมของกลุ่มหรือสังคม เช่น ไปเดินแอโรบิกเพราะเพื่อนชวน เห็นเครื่องออกกำลังกายที่เป็นที่นิยมจึงซื้อไว้แต่อาจไม่ได้ใช้ประโยชน์เท่าที่ควร ดังนั้นคนกลุ่มนี้จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ยั่งยืนจึงมีโอกาสจะเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม แต่ด้วยแนวคิดของกลุ่มนี้ที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตคิดว่าตนไม่มีความหมายต่อสังคม ทำให้เขาไม่ใส่ใจในการแสวงหาการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่บุคคลที่อยู่ในมิตินี้จะเป็นบุคคลสูงอายุ

### มิตินี้ 4

บุคคลในกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิต ขาดความรัก ความมั่นใจ และความภาคภูมิใจในตนเอง ขาดความหวังในชีวิต และไม่รู้สึกว่าตนมีคุณค่าและจะสร้างประโยชน์ให้กับ



ผู้นั้นได้ รวมทั้งการเป็นผู้ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพอยู่แล้ว ในที่สุดบุคคลในกลุ่มนี้จะมี ความเครียดและความกดดันเข้าครอบงำจนคิดแก้ไขปัญหาวีชีวิตด้วยการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย จึงทำให้เขาดำเนินชีวิตไปอย่างไร้ทิศทาง ขาดการวางแผนชีวิต มีพฤติกรรมเสี่ยงนานาประการ จากองค์ประกอบของแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าบุคคลในมิติที่ 2 จะเป็นบุคคลที่ปรารถนาของสังคมทุกสังคม เนื่องจากเขาไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่นอีกทั้งยังสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อีกมาก แต่จากข้อมูลเชิงประจักษ์ทั่วไปอาจกล่าวได้ว่าคนส่วนใหญ่ในสังคมไทยจะเป็นบุคคลที่อยู่ในมิติที่ 1 ซึ่งหากว่าภาวะเช่นนี้ยังคงดำเนินต่อไปประเทศไทยคงจะต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด และเป็นงบประมาณจำนวนมากในแต่ละปี เนื่องจากการก่อสร้างสถานพยาบาล การจัดหาอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การลงทุนเพื่อผลิตอุปกรณ์ทางการแพทย์ ล้วนแล้วแต่ต้องใช้ต้นทุนที่สูงทั้งสิ้น ซึ่งการลงทุนเช่นนี้เมื่อเทียบผลตอบแทนที่ได้รับแล้วนับว่าเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง เพราะหากประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพเช่นนี้ แม้ว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ก็จะเป็นการช่วยชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้นชั่วคราวอีกไม่นานเขาก็จะต้องกลับเข้าไปรับการรักษา เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเดิมหรือโรคใหม่อีก เป็นวัฏจักรเช่นนี้ย่อมไม่มีที่สิ้นสุด แต่หากประชาชนเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพและพัฒนาส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งๆ ขึ้น โดยได้รับการส่งเสริมจากรัฐตามควร ประชาชนก็จะมีภาวะสุขภาพดีกว่าที่เป็นอยู่ เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของชาติและประเทศชาติก็สามารถประหยัดงบประมาณเพื่อนำไปใช้พัฒนาประเทศในด้านอื่นให้เจริญก้าวหน้าต่อไป

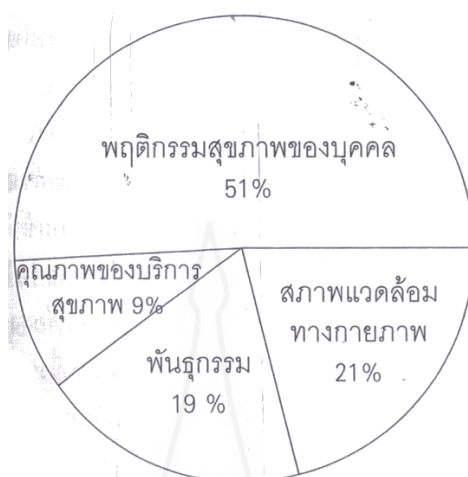
### ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

สุขภาพเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีมิได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหรือปัจจัยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลรวมจากปัจจัยหลายๆ ด้านประกอบกัน สำหรับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ พันธุกรรมและบริการสุขภาพ

ปัจจัยทั้ง 4 ประการดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ร่วมกันกำหนดสภาวะสุขภาพของบุคคล แต่จะมีอิทธิพลในการเป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพแตกต่างกันดังนี้

#### 1. พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลต่อสุขภาพหรือผลเสียต่อสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพศึกษา, 2539 น. 23) โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพของคนอาจจำแนกได้ 3 ประเภท ดังนี้



ภาพที่ 2.5 ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของบุคคล

ที่มา : สุชาติ โสมประยูรและ สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญ (2548)

1) **พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health Behavior)** เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การไม่สูบบุหรี่หรือเสพสิ่งเสพติด การพักผ่อนที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง และอีกลักษณะหนึ่งคือพฤติกรรมป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี การคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

2) **พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior)** หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามีคามผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกปวดท้อง บุคคลอาจมีพฤติกรรมต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะ เช่น อาจเพิกเฉยเพื่อรอดูอาการต่อไป หรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจไปแสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น ไปซื้อยามารับประทานหรือไปพบแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจึงจำแนกออกได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นขั้นของการรับรู้ (preceive) ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และระยะที่สอง คือ ระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนอง (take action) กับความผิดปกตินั้นๆ

3) **พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior)** หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเขาเป็นโรคหัดต้องรับประทาน

ยาตามที่แพทย์สั่ง พักผ่อนมากๆ รักษาร่างกายให้อบอุ่น ไม่ควรดื่มน้ำเย็นหรือหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคมียากขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ประการ ที่กล่าวมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพทั้งสิ้น แต่พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะมีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลเองรวมทั้งครอบครัวและสังคมของบุคคลนั้นด้วย เนื่องจากเรื่องของสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องและอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมจะมีวิถีแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปแม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน รวมทั้งการแก้ปัญหาสุขภาพนั้นจะถูกกำหนดไว้แล้ว โดยกฎเกณฑ์ของสังคมว่าใครป่วยเป็นอะไรและควรได้รับการรักษาอย่างไร ซึ่งหากบุคคลในสังคมขาดความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติและความเชื่อที่ผิดทางสุขภาพ ก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ เช่น ในบางภูมิภาคของประเทศไทยยังมีความเชื่อว่าหญิงให้นมบุตรจะต้องงดเว้นอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ รับประทานได้เฉพาะข้าวต้มกับเกลือหรือข้าวกับปลาแห้งเท่านั้น ซึ่งความเชื่อดังกล่าวนี้จะมีผลต่อสุขภาพของหญิงให้นมบุตรอย่างยิ่ง เนื่องจากในช่วงระยะเวลาหลังคลอดและระยะของการให้นมบุตร หญิงแม่ลูกอ่อนดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีน เพื่อใช้ในการสร้างเสริมร่างกายตลอดจนใช้ในการสร้างน้ำนมแก่ลูก แต่ในบางชุมชนที่มีความเชื่อในเรื่องของต้องห้ามอย่างรุนแรง จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของแม่และลูกมาก จึงเป็นสิ่งที่บุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและเรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

### รูปแบบจำลองของพฤติกรรมสุขภาพ

เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่จะส่งผลไปถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนักพฤติกรรมศาสตร์จึงได้ศึกษาและสร้างรูปแบบจำลองของพฤติกรรมสุขภาพขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior Models) ซึ่งแบบจำลองของพฤติกรรมมีทั้งรูปแบบที่ยึดปัจจัยภายในตัวบุคคลและรูปแบบที่ยึดปัจจัยภายนอกบุคคล สำหรับบางรูปแบบก็ผสมผสานความคิดทั้งสองเข้าด้วยกัน รูปแบบจำลองของพฤติกรรมสุขภาพที่นิยมนำมาใช้แก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

#### รูปแบบที่ยึดปัจจัยภายในตัวบุคคล

1. รูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) รูปแบบนี้จะยึดแนวคิดเรื่องความเชื่อเป็นหลักว่าการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่ เช่น การไปตรวจสุขภาพประจำปี บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า

- 1) ตัวเขามีโอกาสที่จะเป็นโรคนั้นได้

- 2) โรคดังกล่าวถ้าเป็นแล้วมีอาการรุนแรงอาจทำให้ตายหรือพิการได้
- 3) เชื่อในผลประโยชน์ที่จะได้รับหากไปรับบริการป้องกันโรคดังกล่าว

**2.รูปแบบความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม (Fishbein's Behavioral Intention Model)** นักพฤติกรรมศาสตร์ชื่อ Fishbein and Ajzen ได้ศึกษาว่า “เจตคติ” มีความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมได้มากน้อยเพียงใด และเขามีความคิดเห็นว่าความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำหรือไม่กระทำเป็นตัวกำหนดที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างดี และในเวลาต่อมา Fishbein and Ajzen ก็ได้พัฒนารูปแบบความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมขึ้นเป็นทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) โดยมีหลักการว่า ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งเจตคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจะไปมีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมและในที่สุดก็จะมีผลต่อพฤติกรรม

**3.รูปแบบความเชื่ออำนาจในตนในการพัฒนาสุขภาพ (Health Locus of Control)** จุดเริ่มต้นของรูปแบบนี้มาจากทฤษฎี Expectancy Value Theory โดยมีหลักการสำคัญคือ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลมีความคาดหวังที่จะกระทำของตนเองได้โดยไม่ต้องมีใครบังคับ (Internal Locus of Control) แต่บุคคลบางคนสามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้เพราะเชื่อว่าสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม (External Locus of Control) เช่น โชคเคราะห์ ดวง โอกาส ซึ่งการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนทั้ง 2 กลุ่ม ก็จะมีวิธีการที่แตกต่างกัน เช่น ในคนกลุ่มแรกการพัฒนาความรู้ความเชื่อที่ถูกต้องแก่เขาต้องทำให้เขาสามารถใช้เหตุผลตัดสินใจในการปฏิบัติทางด้านสุขภาพได้ แต่ในคนกลุ่มหลังจำเป็นต้องค้นหาปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเขาเสียก่อนแล้วจึงใช้ปัจจัยดังกล่าวเป็นช่องทางในการปรับพฤติกรรม

**4.รูปแบบการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (Behavior Modification)** รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลสามารถจะปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้โดยกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้ใหม่จะต้องให้สอดคล้องไปกับชีวิตประจำวันและสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติ กลวิธีในการก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่นั้นมีอยู่หลายวิธี ได้แก่ วิธีการสร้างแรงกระตุ้นโดยการเตือนความจำให้ปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การก่อให้เกิดความมั่นใจสัญญาโดยตัวผู้ต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรมวางเป้าหมายของการปฏิบัติเอง ลงมือปฏิบัติและควบคุมตนเองให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เช่น ผู้ต้องการลดน้ำหนักก็ต้องวางแผนควบคุมอาหารและวางแผนการออกกำลังกาย เป็นต้น

#### **รูปแบบที่ยึดปัจจัยภายนอกตัวบุคคล**

รูปแบบการนำปัจจัยภายนอกเข้ามาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มรูปแบบที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่

### การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข (Social Support Strategy)

กลวิธีใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วทั้ง 2 ทฤษฎีซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านจิตวิทยาสังคม ที่พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตนเองอยู่ตลอดเวลา

กลวิธีนี้เป็นที่ยอมรับกันมาเป็นเวลานานแล้วว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนไปจนชั่วชีวิตทั้งในแง่กายภาพและจิตภาพที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจมาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป

แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนบ้าน เพื่อร่วมงาน และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

#### หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

- 1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และผู้รับแรงสนับสนุน
- 2) ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบไปด้วย

ก. ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า มีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรักความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

ข. ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

ค. ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

- 3) ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือจิตใจ

4) จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของคน จากผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็น



โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอและ  
หายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Baekeland & Lundwell 1975)

### 1. รูปแบบสหปัจจัยหรือรูปแบบสุขภาพศึกษาในเวชวิทยา

รูปแบบนี้วิวัฒนาการมาจากรูปแบบปัจจัยผสมดังกล่าวมาแล้ว โดยสมมติฐานที่ว่า

1) การมองปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ และพฤติกรรมสุขภาพแบบ social bases คือ มิได้นำมา  
เฉพาะวิทยาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้นมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของคน แต่ต้อง  
นำวิทยาการด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และสังคมศาสตร์สาขาอื่นๆ เข้ามาร่วมด้วย เพราะ  
ปัญหาสาธารณสุขเป็นปัญหาที่มีพื้นฐานมาจากโครงสร้างทางสังคม

2) การคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ  
ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

3) การใช้ชุมชนเป็นตัวตั้งในการแก้ปัญหา โดยมุ่งที่จะศึกษาถึงโครงสร้างทางสังคม  
และศักยภาพของแต่ละชุมชนที่มีอยู่เดิมมาเป็นรากฐานในการแก้ปัญหา

4) การใช้กระบวนการในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ มิใช่มุ่งไปที่การให้การศึกษา  
แก่ประชาชนเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเท่านั้น แต่จะต้องเน้นการพัฒนาให้ประชาชนได้มีความรู้  
ทักษะอย่างเพียงพอที่จะนำไปปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่เป็นสาเหตุของ  
ปัญหาได้

5) การใช้วิทยาการด้านสุขภาพของประชาชนแก้ปัญหา (A People-oriented Health  
Technology) หมายถึง การใช้วิทยาการที่ง่าย ๆ ในรูปของวัสดุอุปกรณ์และวิธีการที่ประชาชนจะ  
สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน  
วิธีการและวัสดุอุปกรณ์ตามที่ประชาชนคิดว่าเหมาะสมกับเขา

เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมากกว่าปัจจัยอื่นๆ ใน  
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) สาขาการพัฒนาพฤติกรรม  
สุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขจึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนด้านสุขภาพ  
เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะ และตระหนักถึงการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง  
สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้

### 2. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ

สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) คือ สิ่งที่ไม่มีชีวิตที่อยู่รอบๆ ตัวเรา  
เช่น อาคารบ้านเรือน อากาศ น้ำ เสียง ความร้อน ฯลฯ สภาพแวดล้อมทางกายภาพจะส่งผลต่อ  
สุขภาพของบุคคลรองจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ



## 2.4 บริบทสังคมไทยในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย

สุรินทร วงศ์คำแดง(2550) ได้อธิบายแนวคิดบริบทสังคมไทยในเรื่องของความเจ็บป่วยว่า สังคมไทยมีโครงสร้างเป็นพหุลักษณะคือมีระบบวิถีคิดที่แตกต่างหลากหลายจากโครงสร้าง สังคมไทยรับเอาวัฒนธรรมหลายกระแสเข้ามาผสมผสานกลมกลืนกับวัฒนธรรมดั้งเดิมรากฐาน ทางในวัฒนธรรมของสังคมไทยจึงมีการผสมผสานกันระหว่างคติความเชื่อในเรื่องผีหรือวิญญาณ คติความเชื่อของศาสนาพราหมณ์รวมถึงอิทธิพลของศาสนาพุทธคติเหล่านี้เป็นรากเหง้าที่กำหนด แบบแผนทางความคิดในเรื่องต่างของสังคมไทยแนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยของไทยก็ เกิดจากรากฐานทางวัฒนธรรมแบบผสมผสานผีพราหมณ์พุทธกล่าวได้ว่าเรื่องสุขภาพเช่นนี้ว่ามี บทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับคนไทยมาก่อนการแพทย์แผนตะวันตกอย่างยาวนานและ ผังรากลักษณะทั้งนี้มีการรับเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาในสังคมไทยก็ยังอาจกล่าวได้ว่าคน ไทยปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับแนวคิดนี้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในชนบทดังได้ กล่าวมาก่อนหน้านี้ว่าการแพทย์แผนไทยมองระบบการแพทย์พหุลักษณะตามลักษณะของสังคม วัฒนธรรมซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าสังคมไทยมองระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ว่าต้องเป็นระบบ การแพทย์ซึ่งสามารถรักษาโรคต่างๆได้ทุกชนิดอย่างมีประสิทธิภาพคลายความคับข้องใจเกี่ยวกับ โรคภัยได้ทุกประเด็นรวมถึงสร้างความอบอุ่นใจต่อผู้ป่วยตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องได้นอกจากนี้ยังต้อง เป็นแพทย์ที่มีราคาถูกลงและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม กันอีกด้วย

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วจะเห็นว่าแนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยใน สังคมไทยประกอบด้วยหลายแนวคิดผสมผสานกันได้แก่

1. แนวคิดเรื่องธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ โดยที่การมีสุขภาพดีหมายถึงการมีธาตุทั้ง 4 สมดุลกันสำหรับการรักษาความเจ็บป่วยนั้นมุ่งที่จะปรับให้เกิดภาวะสมดุลขึ้น โดยใช้สมุนไพรที่มี คุณสมบัติเฉพาะต่อการแปรปรวนของธาตุ

2. แนวคิดในเรื่องไสยศาสตร์มาจากความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติที่ มนุษย์สมัยก่อนไม่อาจอธิบายได้อย่างเช่นปรากฏการณ์ธรรมชาติได้แก่ฟ้าผ่าฟ้าร้องแผ่นดินไหว เป็นต้นจึงมีการสร้างแนวคิดขึ้นมาว่าเป็นการกระทำของผีหรือวิญญาณศักดิ์สิทธิ์หรือเทพเจ้าที่เป็นผู้ ครอบครองดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติลักษณะต่างๆเช่นต้นไม้ภูเขาแม่น้ำฯลฯทั้งนี้เพื่อการ สักการบูชาให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นๆมีเมตตาไม่ทำร้ายคนพร้อมทั้งอำนวยความสะดวกให้พรแก่ตนเองอีกด้วยสิ่ง เหล่านี้ได้พัฒนามาเป็นรากฐานความเชื่อในการมองความเจ็บป่วยว่าเป็นผลมาจากการกระทำของ อำนาจลึกลับหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ถูกมนุษย์ไปล่วงละเมิดซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งการล่วงละเมิดต่อ ธรรมชาติหรือล่วงละเมิดต่อจารีตประเพณีอันเป็นที่ยึดถือปฏิบัติในสังคมนั้นๆเพราะฉะนั้นในการ

รักษาเยียวยาจึงต้องทำการเช่นให้ว้ขอสมลาโทษแต่ถ้าเป็นวิญญาณประเภทผีร้ายก็ต้องใช้วิธีการขับไล่โดยผู้รู้หรือผู้มีวิชาอาคมเช่นหมอผีเป็นต้นสาระสำคัญของแนวคิดนี้อยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติกล่าวคือเป็นทัศนะที่มองว่าธรรมชาติมีความยิ่งใหญ่มนุษย์เป็นเพียงชีวิตเล็กๆที่ต้องอาศัยธรรมชาติจึงทำให้คนไทยสมัยก่อนดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องและกลมกลืนกับธรรมชาติมากกว่าที่จะพยายามเอาชนะธรรมชาติอย่างที่เป็นในปัจจุบัน

3. แนวคิดเรื่องโหราศาสตร์อันมีที่มาว่าสรรพสิ่งในจักรวาลล้วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธและส่งผลกระทบต่อเนื่องกัน โดยการเปลี่ยนแปลงและความเคลื่อนไหวต่างๆของสรรพสิ่งล้วนเป็น

### 2.5 การดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน

ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2537) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพโดยความเชื่อดั้งเดิมหรือระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีรูปแบบของวิชาชีพไม่มีการจัดการหรืออาจมีทั้งลักษณะผิดกฎหมายด้วยเช่นหมอนิเคยาหรือมีลักษณะทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่นเช่นหมอผีหมอไสยศาสตร์หมอแผนโบราณซึ่งมนุษย์รู้จักวิธีการต่างๆในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนมาตลอด ซึ่งเกิดขึ้นมาพร้อมกับระบบทางสังคมและวัฒนธรรมด้วยเหตุนี้ระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นวัฒนธรรมย่อยอันหนึ่งในระบบสังคมที่ปรากฏออกมาให้เห็นทั้งนามธรรมและรูปธรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเป็นองค์ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของชาวบ้านที่สั่งสมสืบทอดกันมาอันเป็นศักยภาพหรือความสามารถในเชิงแก้ปัญหาจัดการปรับตัวเรียนรู้และสืบทอดไปสู่คนรุ่นใหม่เพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์จึงเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์หรือวิถีชีวิตของชาวบ้านการดูแลสุขภาพโดยระบบการแพทย์แบบตะวันตก เป็นการดูแลสุขภาพที่มีความคิดพื้นฐานแนวความคิดที่มองความเจ็บป่วยของบุคคลว่าเป็นความผิดปกติของร่างกายหรือเกิดจากเชื้อโรคที่สร้างความผิดปกติแก่ร่างกายการดูแลสุขภาพจึงเป็นไปในลักษณะ

ปิยนุช ยอดสมสวย และสุพิมพ์ วงษ์ทองแท้ (2552) การรักษาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นชนบทจำเป็นต้องฟื้นฟูวิทยาการท้องถิ่นและเทคโนโลยีพื้นบ้านส่งเสริมและพัฒนากิจการปฏิบัติด้วยยาสมุนไพรใช้เทคนิคการแก้ปัญหาลดจนวัฒนธรรมความเชื่อแบบพื้นบ้านที่เกื้อกูลต่อสุขภาพที่กำลังถูกลืมส่วนอาหารกับยาสมุนไพรนั้นไม่สามารถแยกออกจากกันได้เพราะอาหารพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพมาช้านานบางชนิดเป็นยารักษาโรคต่างๆได้สำหรับสมุนไพรนั้นมีประโยชน์มากเพราะได้ผ่านการทดลองใช้มาเป็นเวลานานนับเป็นร้อยๆปีซึ่งในบางโรควิทยาการแผนใหม่ไม่สามารถรักษาได้อาการเจ็บป่วยของครอบครัวเกษตรกรจะเป็นอาการทั่วไปที่ไม่ร้ายแรงมากเช่นเป็นไข้ปวดศีรษะปวดตามร่างกายปวดท้องไม่แตกต่างจากอาการป่วยที่พบในประชาชนทั่วไปที่รายงานไว้ในการศึกษาอื่นแต่เกษตรกรจะรักษาพยาบาลด้วยการพึ่งตนเอง

สูงมาก โดยจะเป็นการแสวงหาการรักษาในหมู่บ้านเช่นการซื้อยาจากร้านค้าในหมู่บ้านการรักษาจากหมอกกลางบ้านหรือ อสม. และหมอพื้นบ้านควบคู่กับแผนปัจจุบันผู้ที่มารับการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านนั้นเป็นประชาชนทุกกลุ่มทุกเพศทุกวัยทุกระดับเศรษฐกิจและสังคมเจตคติที่คนไข้มีต่อหมอพื้นบ้านคือส่วนใหญ่เห็นว่าใจดีพูดจาให้กำลังใจคนไข้ไม่เลื่องไข้เมตตากรุณา มีความรู้ดีในการรักษาเอาใจใส่เป็นหมอที่ดีคำรักษาพอควรมีความไว้วางใจรักษาคนไข้ได้อย่างสุดความสามารถและบริการคนไข้อย่างเต็มที่ปัจจัยที่ผู้ป่วยเลือกมารับการรักษาแบบพื้นบ้านได้แก่

1. ความเชื่อความศรัทธาต่อการรักษาแบบพื้นบ้านจากคำบอกเล่าของบุคคลที่ผ่านการรักษามาแล้ว
2. ความรู้สึกที่คุ้นเคยเป็นกันเองและไม่รู้สึกแปลกแยกจากหมอพื้นบ้านเป็นความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับความรู้สึกที่มีต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาจากแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล
3. ความกลัวและไม่เข้าใจในกระบวนการรักษาแผนปัจจุบันรวมทั้งการเคยประสบความล้มเหลวจากกระบวนการบริการรักษาแผนปัจจุบัน
4. อุปนิสัยและพื้นฐานทางวัฒนธรรมของคนไทยซึ่งมีลักษณะจิตใจดีเป็นผู้มีความเมตตากรุณาไม่เคยฟ้องร้องเรียกร้องเมื่อตกเป็นผู้เสียหายการดำรงอยู่ของการนวดพื้นบ้านสามารถดำรงอยู่คู่กับชุมชนได้เนื่องจากความพึงพอใจในรูปแบบการให้บริการผลการรักษาความสะดวกในการรักษาตลอดจนค่าใช้จ่ายไม่มากทั้งนี้หมอนวดยังมีความรู้ความเข้าใจในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างดีทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกแปลกแยกคุณธรรมในตัวหมอก็มีความสำคัญที่ทำให้คนยังเชื่อถือในบทบาทของหมอเช่นกันและยังพบว่าหมอนวดพื้นบ้านมักจะเป็นผู้หญิงอาจเป็นเพราะกำเนิดการนวดพื้นบ้านพัฒนามาจากการนวดท้องเพื่อช่วยคลอดซึ่งหมอดำแยในสมัยก่อนล้วนเป็นผู้หญิงทั้งสิ้นปกติหมอนวดพื้นบ้านที่เป็นหญิงจะนวดผู้ป่วยหญิง ดังนั้นหมอพื้นบ้านคือชาวบ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมชุมชนมีความรู้ความเชี่ยวชาญในระบบการแพทย์แผนโบราณที่ผสมผสานกันได้รับการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ในการรักษาจนเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนวิธีการวินิจฉัยและการรักษาแตกต่างกันไปตามประสบการณ์และการถ่ายทอดจากครูอาจารย์หมอพื้นบ้านทำหน้าที่สงเคราะห์ช่วยเหลือชาวบ้านในชนบทแต่โบราณกาลสืบทอดจากอดีตถึงปัจจุบันแม้ว่าความเจริญก้าวหน้าในวิทยาการทางการแพทย์แบบตะวันตกจะเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันแต่หมอพื้นบ้านยังมีความสำคัญทางสังคมจิตวิทยาในชนบทอยู่มากตามความเข้าใจของชุมชนคือหมอยาสมุนไพรหมอสุนัขไพร่น้ำมันรักษากระดูกหรือหมอสุนัขไพรประกอบคาถาอาคมคำว่า“พื้นบ้าน” ควรจะหมายถึงเฉพาะถิ่น

## 2.6 การดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช

คณะกรรมการฝ่ายประมวลผลเอกสารและจดหมายเหตุ (2542, น.183-186) การดูแลและรักษาสุขภาพการรักษาโรค ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมีความเจริญมานานนับพันปี ได้มีการตั้งสมสรรพิทยาการมาเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในด้านการรักษาโรค มีตำราเกี่ยวกับการใช้ยาประกอบสมุนไพรเพื่อป้องกันและรักษาโรคภัยไข้เจ็บจำนวนมาก เรียกว่ายากกลางบ้าน เป็นยาแผนโบราณ ที่หมอกกลางบ้านหรือหมอพื้นบ้าน ใช้บำบัดโรค บำรุงร่างกาย โดยอาศัยความรู้จากการที่ได้เรียนรู้สืบทอดกันมา

ยากกลางบ้าน ที่มาของยากกลางบ้าน ตัวยากกลางบ้านมี 3 แห่งคือ

1. พืชวัตถุ ได้แก่ พรรณไม้ หญ้า เครื่องเถา อาจเป็นส่วนของเกสร ดอก ผล เมล็ด เปลือก กระพี้ ขาง แก่น ราก ใบ เนื้อไม้ หรือส่วนที่เป็นกลิ่นรส

2. สัตว์วัตถุ ได้แก่ อวัยวะของสัตว์ หรือที่เกิดจากสัตว์ เช่น ขน หนัง เขา งา เขี้ยว ฟัน กราม กีบ กระดูก ดี เนื้อ ตั้ว นม น้ำผึ้ง ขี้ เป็นต้น

3. ธาตุวัตถุ ได้แก่ แร่ต่างๆ เช่น การบูร ดินประสิ่ว กำมะถัน จุนสี เป็นต้น

4. ประเภทยากกลางบ้าน ยากกลางบ้านแบ่งเป็นประเภท ตามกรรมวิธี และวิธีนำไปใช้ที่ต่างกันดังนี้

5. ยาถูกลมล่อน คือ ยาที่บด หรือตำเป็นผง ผสมด้วยน้ำเชื่อม หรือน้ำผึ้ง แล้วปั้นคลึงเป็นก้อนสำหรับกลืน

6. ยาผง คือ ยาบด หรือตำละเอียดใช้ละลายน้ำกระสายกิน ทา ป้าย โรย นวด

7. ยาต้ม คือ ยา ที่นำเครื่องยามาต้ดเป็นท่อน หรือเป็นชิ้น ใส่ภาชนะต้ม โดยมากจะต้มในภาชนะดินเผา หรือปิบ ใส่ น้ำให้ท่วมตัวยาคือต้มเคี่ยวตามต้องการ มักอุ่นให้ร้อนก่อนกิน

8. ยาดอง คือ ยาที่ใช้เครื่องยาแช่ด้วยน้ำข่าหรือสุรา รินเฉพาะส่วนที่เป็นน้ำกิน

9. ยาตั้ง คือ ยา ที่ทำเป็นแท่ง ใช้วางทาบตรงปากบาดแผล เพื่อใช้ดูดพิษร้าย

10. ยาเหน็บ คือ ยาที่ทำเป็นก้อนหรือเป็นแท่ง ใช้เหน็บรักษาแผลในช่องทวารมักใช้ในการรักษาโรคริดสีดวง เพื่อให้ยุบหรือหดตัว

11. ยาอม คือ ยาที่ทำเป็นเม็ด เมื่ออมแล้วจะค่อยละลาย มักเป็นยามีสหวาน

12. ยาขง คือ ยาที่ต้องขงด้วยน้ำร้อน โดยมากใช้ดื่มเพื่อบำรุง

13. ยาทา คือ ขาน้ำหรือยาผงที่ใช้ทาภายนอก

14. ยาถม คือ ยาที่มีกลิ่นระเหย อาจใช้ผ้าห่อหรือปล่อยระเหยแล้วดมกลิ่น

15. ยารม คือ ยาที่ต้องเผาไฟให้เกิดควันแล้วใช้ไอรรม

16. ยาอาบ คือ ยาที่ใช้อาบ

- 17.ยาแช่ คือยาที่ผสมด้วยน้ำแล้วลงแช่
- 18.ยาเป่า คือยาที่ผสมแล้วทำเป็นผงใช้กล่อ่งเป่า
- 19.ยามวน คือ ยา ที่ทำเป็นมวนใช้สูบเอาควัน
- 20.ยาบ้วน คือ ยาที่ใช้อมแล้วบ้วนทิ้ง
- 21.ยาประคบ คือ ยาที่ทำเป็นลูกประคบ
- 22.ยาน้ำส้ม คือ ยาสกัดในน้ำส้ม
- 23.ยาน้ำกระสาย คือ ยาที่ผสมกับน้ำมันของหอม
- 24.ยาสกัด คือ ยาต้มกับพวกพฤกษชาติเอาน้ำเคี้ยว จนน้ำยางวอดเป็นแห้ง
- 25.ยาสูม คือ ยา คือ ยาที่ละลายด้วยน้ำชุบผ้าหรือสำลีให้ชุ่ม แล้วนำไปพอกหรือปิดทับไว้ เพื่อให้เกิดความเย็น หรือเปียกชุ่ม

### วิธีใช้ยากกลางบ้าน

การใช้ยากกลางบ้าน ผู้ใช้จะต้องรู้จักลักษณะของยา รู้วิธีการใช้ยา รู้คุณสมบัติของยา รู้โรค รู้สรรพคุณและรสยา รู้ฤทธิ์และปฏิกิริยาของยา รู้ขนาดที่ต้องใช้ให้เหมาะแก่วัยและอาการของผู้ป่วย รู้ขนาดที่ทำให้เกิดอันตรายถึงตายหมดพินบ้านมักจะใช้อูบายประกอบการใช้ยากด้วยโดยวิธีใช้เวทมนตร์คาถา เพื่อให้เกิดผลทางด้านจิตวิทยาเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้รู้สึกว่ายานั้นมีความขลัง

## 3. แนวคิดเรื่องหมอพื้นบ้าน

### 3.1 ความหมายของหมอพื้นบ้าน

ปิยนุช ยอดสมสวยและ สุพิมพ์ วงษ์ทองแท้ (2552) ได้ให้ความหมายของหมอพื้นบ้าน ดังนี้หมอพื้นบ้าน คือ บุคคลที่มีความรู้ทางหมอและทางยาให้การรักษาโรคพื้นๆ ได้มักเป็นคนพื้นบ้านในหมู่บ้านชนบทและสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษหรือศึกษาจากสมุคช่อยที่เก็บรักษาไว้ตามวัดมักให้การรักษาแบบยาขอหมอวาน โดยยึดหลักเมตตธรรมตามโบราณคือให้การรักษาฟรีหรือเก็บเป็นตัวเงินหรือสิ่งของเพียงเล็กน้อยแทบจะเรียกได้ว่าไม่สามารถเอาเป็นรายได้ประจำ ดังนั้นหมอพื้นบ้านบางคนมักประกอบอาชีพอื่นๆเช่นเกษตรกรรมหรือค้าขายไปด้วย

สารานุกรมวัฒนธรรมไทยภาคใต้ (2542) หมอกกลางบ้าน หรือ หมอพื้นบ้าน หมายถึง ผู้ที่ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บไข้ได้ป่วยตามแบบโบราณโดยใช้ยากกลางบ้าน ใช้วิธีการบำบัดรักษาตามกรรมวิธีโบราณ เช่น การจับเส้น นวดพื้น ทำคลอด ต่อกระดูก รวมทั้งผู้รักษาไข้ด้วยเวทมนตร์



คาถาเสกเป่า รคน้ำมันต์ และยังรวมถึงผู้ทำหน้าที่ประกอบพิธีกรรมที่ใช้วิธีทางไสยศาสตร์ประจำท้องถิ่น

ธรรมนูญ ทองชูช่วย (2557) ได้ให้ความหมายของหมอพื้นบ้าน ไว้ว่า บุคคล ที่มีความรู้และประสบการณ์ ในการใช้พืช สัตว์แร่ธาตุ ตลอดจนใช้วิธีการอื่นที่อยู่ บนพื้นฐานของสังคมวัฒนธรรม และศาสนา เพื่อรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ของประชาชนจนได้รับการยอมรับเชื่อถือจากชุมชน

สถิตินภาพ นาคฉาย (2551), ธรรมนูญ ทองชูช่วย (2557) หมอพื้นบ้าน หมายถึง บุคคลที่มีความชำนาญมีความสามารถทางด้านการรักษาโรคต่างๆ ในสังคมชนบทที่ให้การรักษาประชาชนด้านการรักษาสุขภาพและโรคเจ็บไข้ได้ป่วย หมอพื้นบ้านเป็นระบบการแพทย์ประชาชนที่ได้รับการส่งสมกันมาตั้งแต่อดีตจากบรรพบุรุษโดยการใช้ภูมิปัญญาในการรักษาตลอดจนความเชื่อในการรักษาคนในชุมชนให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บ

พระมหาวิรัชชาติ เศรษฐคุณ (2552) หมอพื้นบ้านเป็นผู้ที่ใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวัฒนธรรมของชุมชนที่สืบทอดกันมานานและนำระบบการแพทย์พื้นเมืองท้องถิ่นมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในท้องถิ่น แต่ละพื้นที่จะแตกต่างกันหลากหลายและเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งระบบและรูปแบบของการรักษาตามความสามารถของหมอพื้นบ้านแต่ละคนในด้านความเชื่อและความคิด

#### หมอพื้นบ้านภาคใต้

ในภาคใต้สมัยก่อนหมอกกลางบ้านประเภทที่ใช้ยากลางบ้านส่วนใหญ่เป็นพระภิกษุ อาวุโส หรือเจ้าอาวาส หรือเป็นฆราวาสที่เรียนรู้มาจากวัดที่มีชื่อเสียงในด้านนี้ อีกส่วนหนึ่งเป็นหมอกกลางบ้านด้วยการสืบทอดจากตระกูล มีบ้างที่เป็นประเภทลัทธิวิชาและศึกษาจากตำราด้วยตนเอง เพราะหมอรุ่นเก่าๆ มักหวงวิชาและจะเลือกถ่ายทอดความรู้ให้แก่ศิษย์ที่ตนไว้เนื้อเชื่อใจเป็นพิเศษต่อเมื่อรู้สึกว่าคุณเองไม่อยู่ในวิสัยที่จะใช้ความรู้นั้นได้อย่างที่เคยเป็นมา

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีคุณธรรมสูง ไม่กะเกณฑ์เอาเงินค่ารักษาวันแต่บูชาครู ซึ่งเรียกว่า “ค่าราด” ซึ่งก็เป็นจำนวนน้อย เพราะเครื่องยาต่างๆ ที่ใช้ก็มักให้ผู้ป่วยจัดหาเอาเองตามที่หมอบอกให้ โดยเฉพาะหมอที่รักษาด้วย “ยาผีบอก” ส่วนมากจะรับค่าตอบแทนใดๆ ไม่ได้เลย ถ้าฝ่าฝืนเชื่อกันว่าความขลังของตนเองจะเสื่อมสูญในทันที และความขลังของยาผีบอกถือกันว่าเป็นสมบัติเฉพาะตัวจะถ่ายทอดให้แก่ผู้ใดไม่ได้ เว้นแต่เป็นความประสงค์ของผีที่บอกให้จะอนุญาตเป็นรายๆ ไป

การไปหาหมอกกลางบ้านต้องมี “ขันหมาก” ไปเชื้อเชิญให้ถูกต้องตามธรรมเนียม หมอบางรายอาจกำหนดแนวปฏิบัติเป็นพิเศษซึ่งทุกคนจะต้องปฏิบัติตามอย่างครบถ้วน ถือเป็นหน้าที่ของผู้



ไปหาที่จะต้องศึกษาเอาเองว่าควรปฏิบัติอย่างไรบ้าง หมอกลางบ้านส่วนมากจะถือตนไม่ยอมรับรักษาผู้ป่วยที่หมอกคนอื่นรักษาอยู่ก่อนแล้ว เว้นแต่หมอกคนเดิมจะเป็นศิษย์ของตนหรือฝ่ายผู้หาจะพิสูจน์ให้เห็นว่าที่ควรทำเช่นนั้น เพราะไม่เคยรู้เกียรติคุณของหมอกคนใหม่มาก่อนเลย หรือมีเหตุผลอันจำเป็นอย่างอื่นที่ต้องกระทำเช่นนั้น การตัดสินใจหาหมอกคนใดจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ญาติมิตรของผู้ป่วยจะต้องปรึกษากันอย่างรอบคอบ

วิธีตรวจอาการไข้ของหมอกกลางบ้านที่ใช้กันทั่วไปคือ ตรวจการเต้นของชีพจร ว่าเต้นเบาเร็วแรง หรือเต้นพรว่ เชื่อกันว่าถ้าชีพจรเต้นช้าอ่อน กำลังน้อย ถ้าเต้นเร็วแต่อ่อนกำลังอ่อน ถ้าคนไข้หนักมากใกล้จะตายชีพจรจะเต้นเป็น 3 จังหวะ คือ เร็วที่สุดแล้วหยุดเต้นช้าที่สุดแล้วหยุด และเต้นเป็นตอนๆ ไม่มีจังหวะ นอกจากนี้มีการตรวจความร้อน โดยใช้มือจับปลายมือปลายเท้า ซึ่งหมอต้องอาศัยความชำนาญเป็นพิเศษถ้าตัวร้อน ปลายเท้าปลายมือร้อนๆ เย็นๆ แสดงว่ามีอาการไข้หรือใกล้จะเป็นไข้ ตรวจม้าม โดยใช้นิ้วมือทั้ง 4 นิ้ว กดชายโครงสุดด้านซ้าย ถ้าม้ามย้อยลงมาถึงระดับชายโครง เป็นไข้เล็กน้อยย้อยยานพ้นชายโครง 2-3 นิ้ว เป็นไข้มาก ย้อยลงไปเสมอสะดือ ไข้หนักมาก ตรวจไข้ตัน (ลูกหนู) ถ้าบวมผิดปกติแสดงว่าเกิดอักเสบเป็นไข้พิษ ไข้กาฬ ตรวจต่อมน้ำเหลืองคือไข้นิ้วตรวจตามต่อมใต้คาง ริมขากรรไกร ใต้รักแร้ ข้อศอก ริมแขนพับ หน้าขาทั้ง 2 ข้าง ถ้ารู้สึกเจ็บหรือบวมผิดปกติแสดงว่าไข้เกิดเพราะอักเสบ ตรวจท่อน้ำ โดยใช้มือคว่ำที่ท่อน้ำแล้วกดลงหรือเคาะแล้วฟังเสียง ถ้ามีลมข้างในแสดงว่าท่อน้ำอักเสบ ตรวจตา ถ้าเปลือกตาเฝือก คาค้ำ เยียวขุ่น เลือดน้อย แสดงว่านอนไม่หลับหรือไข้จับ ตรวจปาก ถ้าปากมีกลิ่นเหม็น แสดงว่าน้ำเหลืองพิการ อาหารไม่ย่อย ธาตุพิการ ถ้าปากแตกกระแหว่ง แสดงว่าธาตุพิการ โลหิตน้อย ลมขึ้นเบื้องสูง ตรวจลิ้น ถ้าลิ้นเป็นฝ้าละออง เป็นไข้หรือกระเพาะอาหารเป็นพิษ ถ้าลิ้นแห้งแสดงว่ามีไข้พิษต่างๆ ถ้าลิ้นแตกกระแหว่งเป็นขุมเป็นเม็ด แสดงว่าเป็นไข้พิษ ไข้รากสาด เป็นต้น นอกจากนี้มีการ ตรวจอุจจาระ ตรวจปัสสาวะ และตรวจอาการอื่นๆ เช่น การหายใจติดขัด ผิวหนังเหี่ยวแห้ง ริมฝีปากแห้ง เป็นต้น หมอกลางบ้านจะนำเอาอาการหลายๆ อย่างมาประมวลเข้าแล้วใช้ประกอบในการวินิจฉัยโรค ผู้ที่ชำนาญมากย่อมวินิจฉัยได้แม่นยำ แต่โอกาสที่จะวินิจฉัยผิดพลาดก็มีได้มาก

หมอกกลางบ้านเชื่อว่าสมุฏฐานของโรคต่างๆ เกิดจากธาตุ 4 พิการเป็นสำคัญ เมื่อธาตุ 4 พิการ ทำให้ลมพิการ เลือดพิการ น้ำดีพิการ เสมหะพิการ น้ำเหลืองพิการ ไฟธาตุพิการ จึงทำให้เกิดโรคต่างกัน หมอกกลางบ้านจำนวนไม่น้อยเชื่อว่าสมุฏฐานที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ เกิดจากผีเข้า ถูกเคียด (เสนียด) ถูกคุณไสย ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ต้องรักษาด้วยเวทมนตร์คาถา เสกเป่ารดน้ำมนต์ หรือไม่ก็ต้องทำพิธีขอขมา สะเดาะเคราะห์ทำพิธีถอดเคียด (เสนียด) แก้วบน ขับผี ฯลฯ ความเชื่อทำนองนี้ปัจจุบันมีอยู่ไม่มากนัก หมอกกลางบ้านส่วนมากเชื่อว่าอาหารมักจะแสดงไข้ เช่น อาหารประเภท โปรตีน น้ำตาล จึงมักเคร่งครัดในเรื่องการให้อาหารคนไข้ อาหารหลักจึงมักเป็นข้าวต้ม

ผสมเกลือและปลาแห้ง (ปลาเค็ม) บางชนิดความเชื่อเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์แผนปัจจุบันไม่ยอมรับหมอกกลางบ้าน

ชาวบ้านที่ไปหาหมอกกลางบ้าน นอกจากจะให้รักษาความเจ็บไข้ทางร่างกายแล้ว มักขอคำแนะนำในเรื่องฤกษ์ยามสำหรับงานมงคลและพิธีกรรมด้วย อันนี้เป็นเหตุให้หมอกกลางบ้านส่วนใหญ่ต้องเสาะหาตำราความเชื่อ ศึกษาเวทมนตร์คาถา และกลายเป็นผู้ประกอบการพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ และในที่สุดก็นำเอาวิธีการเสกเป่าและการรดน้ำมนต์เข้ามาประสมประสานกับการใช้ยาสมุนไพร จนบางรายเน้นหนักไปทางเวทมนตร์คาถาเป็นเหตุให้ความนิยมเชื่อถือหมอกกลางบ้านตกต่ำลงไม่เป็นที่ยอมรับของหมอชาวบ้านที่มีการศึกษาสูงขึ้น

วิธีการรักษาของหมอกกลางบ้านที่ชาวภาคใต้ในชนบทยังนิยมนับถือกันมาก (บางถิ่นนิยมมากกว่ารักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน) คือการต่อกระดูกที่แตกหักหรือเคลื่อนเพราะประสบอุบัติเหตุ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะแรกเริ่ม และงูพิษกัด ที่รอลงมาคือ โรคจิตสติดวงทวาร โรคผิวหนัง และโรคสามัญที่อาการปรากฏเด่นชัด และไม่มีโรคอื่นแทรกซ้อน หมอกกลางบ้านประเภทนี้จำนวนไม่น้อยมีชื่อเสียงเป็นที่เชื่อถือของชาวบ้านอย่างกว้างขวางและเป็นผู้ชำนาญสูงและบางกรณีได้อาศัยหลักสรีรวิทยาและกายบำบัด (แบบโบราณ) เข้าช่วยมุ่งเป็นผู้สกัดเฉพาะโรค ไม่พยายามอวดอ้างขีดความสามารถของตัวเองเกินความเป็นจริง แต่เนื่องจากหมอกกลางบ้านเหล่านี้ขาดเครื่องอำนวยความสะดวกโรครุ้มน้ำ และขาดวิธีการที่จะพัฒนาวิธีการรักษาให้มีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้น ผู้ป่วยในยุคปัจจุบันจึงมักพึ่งหมอเหล่านี้เป็นทางสุดท้าย เพราะหลังจากแพทย์แผนปัจจุบันเห็นอาการเพียบหนักจนหมดทางจะรักษา ผู้ป่วยจึงหันไปพึ่งหมอกกลางบ้านเพราะไม่มีทางเลือกที่ดีกว่ามากกว่าจะเป็นเพราะศรัทธาอย่างแท้จริง ข้อนี้มักเป็นเหตุให้หมอกกลางบ้านเสี่ยงต่อชื่อเสียงอยู่ไม่น้อย หากได้มีการพัฒนาหมอกกลางบ้านเหล่านี้อย่างจริงจัง ฤกษ์วิธีและต่อเนื่องจะช่วยให้ทรัพยากรมนุษย์กลุ่มนี้เกิดประโยชน์เพิ่มขึ้นอีกมาก ข้อดีของหมอกกลางบ้านที่แท้จริง คือ เขาจะรักษา “คนไข้” มากกว่า “รักษาไข้” ซึ่งข้อนี้มักพบได้ยากในวงการแพทย์แผนปัจจุบัน

การนำ “ด้วยา” ของหมอกกลางบ้านมาวิเคราะห์ตามหลักวิชาการสมัยใหม่ เพื่อพิสูจน์คุณค่าทางยาที่แท้จริงเป็นสิ่งที่พึงยินดี แต่วิธีการศึกษาวิเคราะห์เฉพาะสารที่ปรากฏในตัวยานั้นๆ โดยไม่ได้ศึกษาบริบทอื่นๆ เช่น วิธีการใช้ วิธีการเลือกเฟ้น ตลอดจนวิธีการผสมยาของหมอกกลางบ้านที่ชำนาญการและใช้ได้ผลจริงๆ ประกอบด้วย อาจไม่พบความเป็นยาจากตัวยานั้นๆ และหากข้อสรุปผิดพลาดสวนทางกับที่หมอกกลางบ้านเคยรู้และเคยถือปฏิบัติ คำปฏิเสธของนักวิชาการที่ศรัทธาว่าผลการวิเคราะห์และทดลองของตนถูกต้องแม่นยำอาจเป็นทางปิดกั้นภูมิปัญญาของหมอกกลางบ้านและทำลายมรดกทางวัฒนธรรมอีกทางหนึ่ง

การสืบทอดความรู้ของหมอกกลางบ้านในปัจจุบันเกือบจะไม่มีอีกเลย หมอกกลางบ้านที่เหลืออยู่ก็มักเป็นผู้มีอายุเลขวัยกลางคนขึ้นไป เมื่อประมาณ 40-60 ปีมาแล้ว เกือบทุกหมู่บ้านสามารถหาหมอกกลางบ้านได้ไม่ยาก บางหมู่บ้านอาจมีถึง 3-4 คน วัตถุประสงค์ในชนบทมักจะมีหมอกกลางบ้านอยู่ด้วย หมอแต่ละคนจะนิยมสะสมตำรายากลางบ้าน มีการคัดลอกหรือรับมอบเป็นมรดกสืบทอดกัน หมอกกลางบ้านแต่ละคนจึงมักมีตำรายาหลายเล่ม นอกจากนี้หมอกกลางบ้านเองนิยมสะสมเครื่องยาและปลูกเลี้ยงพืชสมุนไพรที่หายากหรือประเภทที่ต้องใช้บ่อยๆ ไว้ การสืบทอดความรู้จึงค่อยเป็นค่อยไป และมักได้แก่ศิษย์ที่ใกล้ชิดจริงๆ ปัจจุบันสถานภาพแบบนั้น ไม่มีอีกแล้ว เพราะแม้แต่ตัวหมอกกลางบ้านเองก็ไม่ยินดีจะให้ทายาทของตนสืบช่วง ทั้งนี้เพราะความเจริญก้าวหน้าของแพทย์แผนปัจจุบันเป็นเหตุให้สังคมและนักวิชาการพากันมองข้ามและดูถูกความคิดและวิธีการรักษาของหมอกกลางบ้าน เพราะขาดการพัฒนาตามกระบวนการของวิทยาศาสตร์ กลุ่มที่หันมาให้ความสนใจหมอกกลางบ้านมักเป็นกลุ่มนักคิดชนวิทยาหรือผู้สนใจคิดชน ซึ่งเป็นผู้ที่จะ “รับ” จากหมอกกลางบ้านไม่ใช่ผู้ที่จะ “ให้” ประโยชน์ของหมอกกลางบ้านจึงแคบลง แต่เป็นที่น่ายินดีว่าในปัจจุบันวงการแพทย์ปัจจุบันเริ่มให้ความสนใจยากลางบ้านและหมอกกลางบ้านมากขึ้น (สุธีวงศ์ พงศ์ไพบูลย์)

### 3.2 ลักษณะสำคัญของหมอพื้นบ้าน

กุลสมบูรณ์, ประกอบ อุบลขาวและคณะ (2554) ได้กล่าวไว้ว่าลักษณะสำคัญของหมอพื้นบ้าน มี 2 ประการ คือ

1. หมอพื้นบ้านที่เรียนรู้และฝึกฝนจนชำนาญจากการปฏิบัติมาหลายปี เช่น หมอยาสมุนไพร หมอนวด หมอดำยา หมอกระดูก หมอหู หมอดู เป็นต้น
2. หมอพื้นบ้านมีประสบการณ์รักษาโรคจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์เฉพาะเป็นไปตามความเชื่อและความศรัทธาของชุมชน อำนาจเหนือธรรมชาติ และพิธีกรรมในการรักษาโรค เช่น คนทรง หมอรำผีฟ้าและเต่าเจ้าของชาวอีสาน หมอขวัญในหลายชาติพันธุ์ หมอเหยาของชาวผู้ไท ลมะมีวดของชาวเขมร เป็นต้น บางชุมชนหมอพื้นบ้านมีความสามารถทั้ง 2 ลักษณะ

### 3.3 ประเภทของหมอพื้นบ้าน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน(2539)อ้างในสุรินทร วงศ์คำแดง (2550) ได้แบ่งประเภทแพทย์พื้นบ้านออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มหมอพื้นบ้านที่มีรากฐานมาจากประสบการณ์ เช่น หมอยาพื้นบ้าน หมอกระดูก หมอดำยา หมอนวดพื้นบ้าน
2. กลุ่มหมอพื้นบ้านที่มีรากฐานมาจากความเชื่อและศาสนาเช่น หมอดู หมอธรรม หมอผี หมอทรง หมอสู่วัณู หมอสะเดาะเคราะห์

Kleinman (1980) อ้างใน สุรินทร วงศ์คำแดง (2550) จำแนกหอมพื้นบ้านออกเป็น 2 ประเภทคือ

1.กลุ่มที่มีรากฐานมาจากศาสนาและความเชื่อทางไสยศาสตร์เช่นพวกหอมผีหอม พิธีกรรม

2.กลุ่มที่มีรากฐานความเชื่อมาจากประสบการณ์เช่นหอมยาพื้นบ้านหอมกระดูกหอม ตำแยหอมอนวดพื้นบ้าน

รุ่งรังษิ วิบูลชัย อ้างใน ปิยนุช ยอดสมสวย, สุพิมพ์ วงษ์ทองแท้ (2554) ได้จำแนก ประเภทของหอมพื้นบ้านจากรูปแบบลักษณะวิธีการรักษาอันเนื่องมาจากความเชื่อสาเหตุของการเจ็บป่วยไว้ดังนี้

1.ประเภทของหอมที่รักษาอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากสาเหตุที่เป็นธรรมชาติได้แก่ หอมยาฮากไม้หอมน้ำมัน (หอมรักษาโรครกระดูก) หอมเอ็น หรือหอมจับเส้น จับเอ็น(หอมอนวด)

2.ประเภทของหอมที่รักษาสาเหตุของการเจ็บป่วยเนื่องจากสิ่งที่ไม่เป็นธรรมชาติได้แก่ หอมลำผีฟ้าหอมธรรม (หอมส่อง) หอมคู่ขวัญหรือหอมขวัญ

3.ประเภทของหอมที่รักษาสาเหตุของการเจ็บป่วยเนื่องจากสิ่งที่ไม่เป็นธรรมชาติและสาเหตุที่เป็นธรรมชาติได้แก่หอมพระหอมตำแย

สรุปได้ว่าการแบ่งประเภทของหอมพื้นบ้านจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเฉพาะท้องถิ่น ความเชื่อ ความศรัทธา สภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและประเพณีของแต่ละท้องถิ่นนั้นๆ

### 3.4 ขั้นตอนการรักษาของหอมพื้นบ้าน

พิสิฏฐ์ บุญไชย (2545) ได้สรุปขั้นตอนการรักษาของหอมพื้นบ้านไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้  
ขั้นที่ 1 ชักถามอาการและวินิจฉัยโรคเมื่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมาหาหมอหมอจะ ชักถามอาการโดยดูหน้าตาของผู้ป่วยประกอบแล้วจึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไรเพราะจาก ประสบการณ์หมอจะบอกได้ว่าป่วยเป็นโรคอะไรนอกจากหมอจะวิเคราะห์จากอาการที่ผู้ป่วยเล่า แล้วหมอจะใช้ญาณพิเศษประกอบการวินิจฉัยด้วยเช่นถ้าผู้ป่วยอาการหนักก็สามารถจะบอกได้ว่า ผู้ป่วยจะเสียชีวิตเมื่อใดนอกจากนั้นยังใช้ความรู้ทางโหราศาสตร์ช่วยด้วยเช่นถามวันเดือนปีเกิดหรือ ดูลายมือประกอบถ้าเป็นโรคพื้นๆก็ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีเหล่านี้มาช่วยนอกจากกรณีที่เป็นคนไข้หนัก เท่านั้นการชักถามอาการนี้จะไม่มีการจับตัวผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยอาการหนักมาไม่ได้การชักถามอาการ จากญาติผู้ป่วยก็จะได้คำตอบเช่นเดียวกันโดยหมอให้เหตุผลว่าญาติกับผู้ป่วยก็รู้พอกๆกันเพราะญาติรู้ จากผู้ป่วยเมื่อทราบอาการจากญาติหมอก็สามารถเตรียมยาไปรักษาคนไข้ได้ดูกรณีที่หมอต้อง รักษาคนไข้ที่บ้านเมื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไรแล้วจึงจะประกอบตัวยาให้ถูกกับโรค

ขั้นที่ 2 การรักษาหมอยาจะใช้สมุนไพรเป็นตัวหลักในการรักษาเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรก็จะปรุงยาให้ยาที่ใช้สามารถแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 3 ประเภทคือ

- ยากินอาจเป็นสมุนไพรเดี่ยวสมุนไพรตำรับสมุนไพรสำเร็จรูป
- ยาประคบเป็นยาตั้งหรือภาคอีสานเรียกว่าตั้งยาใช้ประคบนอกผิวหนัง
- ยาประสานใช้ประสานแผลเส้นเอ็นกระดูกหักโดยมากใช้น้ำมันงาประสานทั้งนี้

หมอยาจะให้ทั้งยากินและยาประคบไปพร้อมๆ กันเพื่อจะหายเร็วขึ้น

ขั้นที่ 3 งดของแสลงหมอยาจะบอกกับผู้ป่วยทุกรายว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นต้องงดของแสลงอะไรบ้างหมอฟันบ้านจะให้ความสำคัญเรื่องแสลงมากเพราะการกินของแสลงจะมีผลทำให้อาการของโรคกำเริบได้

ขั้นที่ 4 การติดตามผลหลังจากที่หมอให้ยาผู้ป่วยไปกินแล้ว 3 วันจะให้ผู้ป่วยกลับมาดูอาการอีกครั้งว่าอาการเป็นอย่างไรบ้างเพื่อจะได้ปรับเปลี่ยนได้ถูกต้องไว้

โรคและอาการที่หมอพื้นบ้านรักษานั้นอาจจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการทั่วไป ได้แก่ กระจุกหัก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สัตว์มีพิษกัด มีไข้ ทางทุม เป็นต้น
2. กลุ่มอาการเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ริดสีดวงทวาร มะเร็ง อัมพาต แผลเรื้อรัง ฯลฯ
3. กลุ่มโรคพื้นบ้าน ได้แก่ ลมผัดเดือน ผิดสำแดง ตาน วาง ไข้หามกไม้ ผิดจบูร เป็นต้น
4. กลุ่มอาการที่เกี่ยวกับไสยศาสตร์ มีสาเหตุจากผี พลังอำนาจ ที่มองไม่เห็น เช่น คุณไสย ฯลฯ

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ เรื่อง การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์และประเด็นการวิจัยในด้านต่างๆ ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ ให้เป็นระบบ การประมวลกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้ พบว่ามีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

##### 4.1 วรรณกรรมในประเทศ แบ่งออกเป็น

##### 4.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ มีดังนี้

พิสิฎฐ์ บุญไชย (2545) ได้สรุปคุณสมบัติของหมอสมุนไพรไว้ว่า ส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านจะเป็นเพศชายที่ผ่านการบวชเรียนแล้วจะไม่ค่อยพบผู้หญิงที่มีความสนใจอยากเป็นหมอสมุนไพร



เพราะผู้หญิงไม่รู้คาถาซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับการเป็นหมอยาและหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมคือทำนาเนื่องจากในพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษานั้นเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมกับการทำเกษตรกรรม กอปรกับเมื่อหมอพื้นบ้านเรียนจบชั้นประถมแล้วก็ออกมาทำมาหาเลี้ยงชีพโดยยึดเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก และค่าตอบแทนจากการเป็นหมอพื้นบ้านก็ไม่ได้มากมายนักซึ่งหมอพื้นบ้านบางท่านก็ไม่สามารถนำเงินที่คนไข้ให้ไปใช้ได้นอกจากนำไปทำบุญเท่านั้น

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2539) ได้กล่าวถึงกระบวนการที่จะเป็นหมอพื้นบ้านว่าต้องมีการคัดตัวศิษย์จากบุคคลภายในครอบครัวแต่อยู่บนพื้นฐานของคุณสมบัติที่เหมาะสมด้วย ดังที่กล่าวข้างต้นและความรู้ที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้านนั้นส่วนใหญ่จะไม่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรโดยหมอพื้นบ้านให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าไม่ต้องการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อและเป็นคำของครูอาจารย์ที่ได้สั่งไว้และหากไม่ปฏิบัติตามจะเกิดภัยกับตัวหมอพื้นบ้านเอง และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะไม่มีการไปอบรมความรู้เพิ่มเติม เนื่องจากอาศัยประสบการณ์ในการรักษาคนไข้ถือเป็นการพัฒนาความรู้ของตัวหมอพื้นบ้านได้ซึ่งจะพบจากการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

อารีวรรณ ทับทอง (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านจังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านมีที่มาของความรู้ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษในด้านของกระบวนการจัดการความรู้พบว่ามีขั้นตอนดังนี้ 1.การแสวงหาความรู้ หมอพื้นบ้านมีการแสวงหาความรู้หลายวิธี ซึ่งส่วนมากสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษ หรือมีการแสวงหาจากตำรา รวมถึงการสอบถามผู้รู้ ครูพักลักจำ จึงเป็นความรู้ที่ซึมซับอยู่ในตัว 2. การนำความรู้ไปใช้ หมอพื้นบ้านมีวิธีหลายวิธีผสมผสานกันทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สภาพการเจ็บป่วยทำให้เกิดการเทียบเคียงวิเคราะห์โรค การลองถูกลองผิด ประยุกต์พลิกแพลง 3.การถ่ายทอดความรู้ ไม่มีการถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นทางการเป็นระบบชัดเจน เพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ขาดผู้สนใจ นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าร่วมในเครือข่ายพื้นบ้านนั้นเกิดจากความสนใจที่เข้าร่วมกิจกรรมในเครือข่ายทำให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มจนสามารถเพิ่มพูนความรู้และมีการต่อยอดความรู้ได้

รัชณี จันทร์เกษ สุพัตรา สันทนทานุการ และคณะ(2548) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับบทเรียนการจัดการ” ผลการวิจัยพบว่า การขาดแคลนผู้รับการถ่ายทอดความรู้จากหมอสมุนไพร โดยหมอสมุนไพรได้สะท้อนให้เห็นว่ามีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการคือ หรือ ผู้ที่จะเป็นหมอสมุนไพรได้นั้นมิใช่เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการรักษาการใช้สมุนไพรเท่านั้นแต่หมอสมุนไพรต้องมีเกณฑ์ปฏิบัติหรือข้อยึดถือที่ประกอบด้วยหลักศีลธรรมรวมทั้งมีข้อห้ามจำนวนมากซึ่งทำให้ผู้รับการถ่ายทอดหวั่นเกรงว่าตนเองจะไม่สามารถปฏิบัติได้ สอง การรักษาแบบพื้นบ้านต้องไม่ทำการ



รักษาเพื่อหวังผลกำไรสิ่งที่หมอสุมปนไพรชิตคือ การรักษาความเจ็บป่วยมิใช่การทำงานค้าขาย แต่เป็นไปเพื่อการช่วยเหลือผู้คนให้หายจากความทุกข์การชืดถื้อเช่นนี้จึงเป็นสิ่งที่ทวนกระแสสังคมปัจจุบันที่ให้คุณค่ากับการแลกเปลี่ยนที่เน้นวัตถุ

สุจิรา วิจิตร (2550) ได้ศึกษาเรื่อง องค์การชุมชนที่มีการจัดการความรู้และกระบวนการเรียนรู้ น. กรณีศึกษา ศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจัดสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าการจัดการความรู้ของศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงเป็นการนำความรู้ต่างๆที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชนและความรู้จากภายนอกชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชาวชุมชนในการสร้างอาชีพเสริม กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย การสำรวจและกำหนดสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ทำให้ทราบว่าชุมชนมีความรู้ในเรื่องใดบ้างและใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และวางแผน การแสวงหาความรู้ ได้จากแหล่งความรู้ภายในและภายนอกชุมชน และความรู้ทางด้านวิชาการของนักวิชาการ การศึกษาคูงานที่ชุมชนอื่นๆ รวมทั้งองค์กรชุมชนอื่นๆ ที่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ การสร้างความรู้ เป็นการรวบรวมความรู้ที่ได้จากการแสวงหา มาจัดทำเป็นหลักสูตรการฝึกอบรม การถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ และดำเนินการในรูปแบบศูนย์เรียนรู้ ถือเป็นคลังความรู้หรือแหล่งรวบรวมความรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงความรู้ได้อย่างสะดวก ศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงได้อาศัยปัจจัยต่างๆ ในการเอื้อหรือสนับสนุนต่อการดำเนินกิจกรรม ซึ่งปัจจัยภายใน ได้แก่ โครงสร้างของศูนย์ ฯด้านระบบการถ่ายทอดความรู้ของศูนย์ ฯผู้นำชุมชนและคณะทำงานของศูนย์ ฯด้านการเงิน วัสดุอุปกรณ์ การจัดการ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านนโยบาย จากการจัดการความรู้ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงขึ้น ทำให้ศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียง ได้มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวชุมชนด้วยรูปแบบของศูนย์เรียนรู้ และจากกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวได้นำไปสู่การเรียนรู้ของชาวชุมชน แนวทางการพัฒนาองค์กรชุมชนจากบทเรียนของกรณีศึกษา ศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงควรส่งเสริมให้ชาวชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกๆขั้นตอนของศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียง เพื่อให้ชาวชุมชนเกิดการรับรู้และตระหนักรวมทั้งเข้าใจในการดำเนินการต่างๆของศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงมากขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอนการประเมินผลหรือสรุปบทเรียนต่างๆ

สุรินทร วงศ์คำแดง (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ ตำบลบ้านจันทร์ อำเภอแม่แจ่มจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าความเป็นมาของการเป็นหมอพื้นบ้านแต่ละคนมีพื้นฐานมาจากการเห็นประสบการณ์ของบรรพบุรุษการเข้าร่วม

พิธีกรรมและประเพณีต่างๆในเรื่องของการจัดการความรู้ของหมอฟันบ้านแต่ละคนพบว่า การแสวงหาความรู้หมอฟันบ้านแต่ละคนมีการสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษทางสายเลือด นอกจากนี้ความรู้บางส่วนยังได้แสวงหาจากผู้เฒ่าผู้แก่และผู้รู้ในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ การสอบถาม แลกเปลี่ยนความรู้กันในกลุ่มหมอ และใช้วิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบครูปักหลักนำความรู้ไปใช้ของหมอฟันบ้านแต่ละคนนั้น หมอฟันบ้านจะใช้ความรู้ที่ตนเองมีนั้นช่วยเหลือและรักษาคนในชุมชนแฝงในรูปของวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี ข้อห้ามและความเชื่อต่างๆ สำหรับการถ่ายทอด แบ่งปันความรู้ นั้น หมอฟันบ้านใช้กระบวนการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะการบอกเล่า และให้เข้าร่วมประสบการณ์จริง

การจัดการความรู้ในระดับกลุ่มพบว่าไม่มีการรวมกลุ่มของหมอฟันบ้าน หมอฟันบ้านทุกคนต่างคนก็ต่างทำต่างคนต่างรักษาเมื่อมีคนมาใช้บริการต่อเมื่อมีวิกฤติสุขภาพเกิดขึ้นเท่านั้นจึงมีการแลกเปลี่ยนความรู้และปรึกษาหารือกันการนำความรู้ไปใช้ของหมอฟันบ้านนั้นแฝงในรูปของวิถีชีวิตวัฒนธรรม ประเพณี ส่วนการถ่ายทอดแบ่งปันความรู้ นั้นไม่มีการถ่ายทอดแบ่งปันที่ชัดเจน

การจัดการความรู้ในระดับชุมชนของหมอฟันบ้านมีการนำความรู้ไปใช้ของหมอฟันบ้านที่แฝงอยู่ในรูปของวัฒนธรรมประเพณีแต่มีแนวโน้มว่าจะมีบทบาทลดลงไปเพราะสภาพสังคมและวิถีชีวิตของเผ่าปกากะญอที่เปลี่ยนแปลงไปมีความเจริญในด้านการศึกษาและการสาธารณสุขซึ่งสวนทางกับลักษณะการถ่ายทอดความรู้แบบดั้งเดิมในระบบเครือญาติเป็นรุ่นต่อรุ่นไม่มีการรวมกลุ่มของหมอฟันบ้านทำให้ความรู้ขาดการต่อยอดอีกทั้งยังขาดการสนับสนุนและส่งเสริมจากองค์กรภาครัฐในท้องถิ่นองค์ความรู้ของหมอฟันบ้านชาวเขาเผ่าปกากะญอนั้นมีแนวโน้มที่จะขาดผู้สืบทอดและสูญหายไปที่สุดในที่สุด

สิริพันธ์ รุ่งวิชานีวัฒน์ (2552) งานวิจัยเชิงสำรวจนี้ได้รวบรวมสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมาตรฐานกลุ่มตัวอย่างเป็นหมอฟันบ้านจำนวน 71 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า หมอฟันบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 36 คน และศาสนาพุทธจำนวน 35 คน มีอายุ 71 ปีขึ้นไป จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและอาชีวศึกษาคือการทำงาน ทำสวน องค์ความรู้ของหมอฟันบ้านส่วนใหญ่ได้จากการสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ โรคที่รักษาโดยหมอฟันบ้านส่วนใหญ่จะเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ โรคผิวหนัง และอื่นๆ อย่างไรก็ตาม หมอฟันบ้านส่วนใหญ่จะเป็นหมอที่รักษาโรคเจ็บป่วยธรรมดาทั่วไป เช่น อาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก โรคเรื้อรัง โรคงูสวัด ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่ประมาณ 5-7 วัน ค่ารักษาส่วนใหญ่เป็นค่ายกครูและค่าสมนาคุณเมื่อหายใจจากโรคนั้นๆ สมุนไพรที่หมอฟันบ้านใช้ในการรักษาโรค 106

ชนิด ลักษณะของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษามีหลายรูปแบบ อาทิ ยาผง ยาลูกกลอน น้ำมันสกัด ยาพอก ยาหม้อหรือยาต้ม และการประคบ

พนิดดา เชื้อไทย (2556) ได้ศึกษาการจัดการความรู้และสนับสนุนการแบ่งปันความรู้เรื่องการใช้ผักสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของชุมชนบ้านปางป่างทรายไปจนถึงการสร้างความรู้ตระหนักถึงคุณค่าและการส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดในชุมชน ภายใต้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ 1) สร้างความคุ้นเคยกับคนในชุมชน 2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การเล่าเรื่อง และการทำชุมชนนักปฏิบัติผู้ให้ข้อมูลคือบุคคลในชุมชนผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้ผักสมุนไพรไปจนถึงการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของคนในชุมชนผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ พ่อบ้านแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุรวมถึงกลุ่มและองค์กรต่างๆ ในชุมชนการเก็บข้อมูลจะมีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูลทุกครั้ง และนำมาจัดเป็นหมวดหมู่เพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

ผลการศึกษาพบว่าสิ่งสำคัญของการจัดการความรู้คือการส่งเสริมสนับสนุนการแลกเปลี่ยนแบ่งปันรวมถึงการนำความรู้ไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของตนเองการดำรงภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้และเหนืออื่นใดคือการอนุรักษ์ผักสมุนไพรในชุมชนโดยมีผู้อาวุโสอยู่ในตำแหน่งสำคัญในการถ่ายทอดหรือแบ่งปันความรู้ทั้งยังเป็นบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวก็มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ของตน จนความรู้ดังกล่าวหมุนเวียนกันในชุมชน นอกจากนี้ ภายในชุมชนยังมีวัดและโรงเรียนที่เป็นเสมือนศูนย์กลางการถ่ายทอดความรู้โดยเฉพาะโรงเรียนที่ได้นำความรู้เรื่องผักสมุนไพรพื้นบ้านเข้าไปสอดแทรกอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนและมีครูภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นผู้ถ่ายทอดให้แก่เยาวชนในชุมชน

ปัจจุบัน ผู้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้นนำไปสู่การเรียนรู้ใหม่ๆ ซึ่งทำให้นำผักสมุนไพรมาใช้ได้อย่างถูกวิธีนอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกที่ได้ชี้แนะแนวทางนำผักสมุนไพรในชุมชนออกมาใช้ให้ได้เต็มประสิทธิภาพพร้อมทั้งขยายช่องทางสร้างรายได้ให้กับชุมชนด้วยการนำผักสมุนไพรมาแปรรูปยิ่งไปกว่านั้นยังมีส่วนในการสร้างความตระหนักถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและขยายพันธุ์ผักสมุนไพรที่หายากให้กับคนในชุมชน

พระวีระชาติ เตชวณฺโณ (บุญทา) (2552) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง กระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านหมอพื้นบ้านในชุมชนบ้านปง ตำบลอินทขิล อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ในชุมชนบ้านปงมีหมอพื้นบ้านเป็นที่พึ่งพิงของชาวบ้านในยามที่เจ็บไข้มาตั้งแต่อดีต ในการกระบวนการเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ผู้สืบทอดส่วนใหญ่มีกรับถ่ายทอดความรู้จากบิดา ญาติ หรือผู้ที่ใกล้ชิด และอีกส่วนหนึ่งก็ได้รับถ่ายทอดจากหมอพื้นบ้านทั้งในชุมชนและนอกชุมชน ใน

กระบวนการสืบทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในชุมชนบ้านปาง ความรู้และทักษะส่วนใหญ่ได้จากการบอกเล่าและศึกษาจากประสบการณ์ของครูผู้ถ่ายทอด และความรู้อีกส่วนหนึ่งได้จากตำราของครูแต่ละท่าน ซึ่งสามารถแยกประเภทหลัก ๆ ได้ 2 ประเภท คือ 1) การเรียนรู้ทางด้านสมุนไพร 2) การเรียนรู้ทางด้านคาถาอาคม ปัจจุบันการรักษาของหมอพื้นบ้านยังคงเป็นทางเลือกในการเยียวยาของชาวบ้านต่อไปตราบเท่าอายุขัยของหมอพื้นบ้าน แต่ในกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านอาจจะต้องถดถอยลง เนื่องจากขาดผู้ที่เข้ามารับการถ่ายทอดการรักษาโรคแบบหมอพื้นบ้าน ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลายอย่างชาวบ้านจะหันไปใช้บริการจากการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้นในอนาคตหมอพื้นบ้านในชุมชนบ้านปางอาจลดลง หากยังขาดการอนุรักษ์ สืบสานภูมิปัญญาที่มีค่านี้ไว้

## 1.2 วรรณกรรมต่างประเทศ แบ่งออกเป็น

### งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ มีดังนี้

Santiago - Saavedra, Fanny (2004) ได้ศึกษาเรื่อง The Nature of Puerto Rican Folk Health Practices through Healers Perceptions and Somatic Assumptions งานวิจัยนี้ใช้การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติรักษาสุขภาพพื้นบ้านของชาวเปอร์โตริโก ซึ่งส่วนมากมาจากความรู้ดั้งเดิมและทักษะวิชาเชิงวัฒนธรรมที่มีการสานต่อจากรุ่นสู่รุ่นเพื่อให้เข้าใจในเรื่องสุขภาพโดยเรียนรู้ผ่านแนวความคิดของหมอชาวบ้าน รวมทั้งปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรียนรู้ในเรื่องร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญต่อปัจเจกชน เนื่องจากร่างกาย จิตใจ และวิญญาณนั้นเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่ง กรณีศึกษาหลายกรณีนั้นถูกใช้ในการนำเสนอหลักธรรมชาติในการบำบัดรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน และรวมทั้งวิธีการปฏิบัติรักษาสุขภาพการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์บันทึกเสียง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสำรวจวารสาร และการจดบันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์ถูกนำมาใช้เพื่อช่วยให้เข้าถึงสาระสำคัญท่ามกลางหมอพื้นบ้านทั้ง 6 ท่าน ตลอดทั้งวิธีการปฏิบัติรักษาสุขภาพของพวกเขาด้วย

จากการวิเคราะห์ในเบื้องต้นพบว่ามี 5 ประเด็นสำคัญ คือ 1. การให้บริการรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน 2. การเคารพต่อธรรมชาติ 3. การเคารพต่อวงจรรวมชาติที่เกิดขึ้น 4. แนวความคิดเกี่ยวกับตัวรักษาสุขภาพ และ 5. แนวคิดในเรื่องการรวมตัวของร่างกายและจิตวิญญาณที่ทำให้เกิดเป็นรูปร่างขึ้นมา การวิเคราะห์ครั้งที่ 2 เป็นการสำรวจว่า ข้อสมมุติฐานเกี่ยวกับร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์กับหลักวิธีปฏิบัติรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านอย่างไร หลักการสมมุติฐานที่ถูกสำรวจพบได้แก่ 1. แนวความคิดเกี่ยวกับโลกผ่านร่างกายมนุษย์ 2. ความรู้ทักษะแรกของแต่ละคนนั้นเป็นความได้เปรียบ 3. การมีสติ หยิ่งรู้เสมอ 4. ความเป็นจริงที่ถูกกำหนดโดย

ปัจเจกชน 5. การมีชีวิตดำรงอยู่ในโลก 6. ปัจเจกชนมีความเชื่อมโยงกับโลก 7. ปัจเจกชนเป็นการดำรงชีวิตอยู่หลายมิติซึ่งอยู่เหนือกาลเวลา

ผลจากการวิจัยพบว่า 3 อย่างแรกของการสมมุติฐานนั้นแสดงถึงแนวความคิดและการอธิบายต่อประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรวมตัวของกายและจิตวิญญาณทำให้เกิดรูปร่างขึ้นมา และแสดงถึงแนวคิดต่อการปฏิบัติรักษาสุขภาพของชาวพื้นบ้านเปอร์โตริโก อย่างไรก็ตาม การสำรวจเชิงวัฒนธรรมนี้นั้นได้ขยายออกเป็น 4 ข้อสมมุติฐานอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสองข้อสุดท้ายเกี่ยวกับการเชื่อมโยงของโลก และความหลากหลายมิติในเรื่องกาลเวลา จากตัวอย่างที่พบจากข้อมูลซึ่งเชื่อมโยงต่อประเด็นสำคัญในเรื่องการเคารพธรรมชาติ วงจรธรรมชาติ รวมทั้งโลกส่วนกายและจิตวิญญาณ นั้นช่วยเพิ่มมิติต่างๆ เพื่อทำให้เกิดการขยายการอธิบายเกี่ยวกับ 2 ข้อสมมุติฐานสุดท้าย การสำรวจสอบถามนี้ช่วยให้กระตุ้นความคิดเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการพัฒนากระบวนการบำบัดในเชิงวิธีการรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านตามข้อเท็จจริงเชิงวัฒนธรรมที่ปรากฏ และช่วยขยายอธิบายความซับซ้อนของคำศัพท์เฉพาะทางในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งเน้นอธิบายประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติรักษาสุขภาพด้วย มากไปกว่านั้น การสำรวจนี้ยังช่วยเปิดโอกาสให้นักวิชาการ ผู้รู้ ได้รวบรวมข้อมูล และปรับปรุงวิธีการปฏิบัติรักษาสุขภาพแบบแผนโบราณจากชาวลาตินอเมริกา และภูมิภาคแคริบเบียน เพื่อทำให้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ศึกษาด้านวัฒนธรรม ประเพณี และสุขภาพ

Padma, Ji Hyang (2014) ได้ศึกษาเรื่อง Visions of Wholeness. Narratives of Buddhist Traditional Healers งานวิจัยนี้ใช้การศึกษาแบบผสมผสาน ปัจจุบันนี้มีการตื่นตัวมากขึ้นในเรื่องการรักษา และจิตบำบัดซึ่งมีความสัมพันธ์กันของใจและกาย ตลอดทั้งองค์ประกอบทางวัฒนธรรมที่ช่วยเพิ่มความเข้าใจในการรักษาสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มีวิจัยหนึ่งศึกษาเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านเชิงพุทธ ผู้นำหลักพุทธศาสนาประยุกต์ใช้กับการบำบัดรักษาสุขภาพทั้งปัจเจกชนและระบบนิเวศ

วัตถุประสงค์ก็เพื่อศึกษาทฤษฎีการรักษาสุขภาพเชิงพุทธเพื่อสำรวจความเป็นไปได้ในประเด็นเกี่ยวกับภววิทยา แนวความคิด และความมีสติหยั่งรู้ของตัวผู้รักษาที่ช่วยส่งเสริมประสบการณ์ในการรักษาให้กับผู้ใช้บริการ วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการอธิบายผ่านเรื่องราวที่ถูกรวบรวมจากหมอชาวบ้านซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลงานของพวกเขาเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ ตลอดทั้งมีการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านที่ได้รับการยอมรับในชุมชน ซึ่งล้วนแต่มีความแตกต่างในเรื่อง เพศ จริยธรรม และการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมทางสังคมรวมทั้งการนำแนวคิดในพุทธศาสนาในเรื่องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และวิธีการรักษาสุขภาพแบบดั้งเดิมมาใช้ประโยชน์ช่วยเหลือคน อย่างไรก็ตามสภาพทางสังคมที่หลากหลายส่งผลให้เกิดกลุ่มตัวที่หลากหลายทั้งเป็นชาวพุทธทิเบตและ 60 เปอร์เซนต์เป็นอเมริกันทำให้การสัมภาษณ์ต้องใช้เวลาถึง 1 ชั่วโมง ตลอดทั้ง



นักวิจัยร่วมที่มีประสบการณ์เรื่องการรักษาสุขภาพทั้งหมดได้อธิบายความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย  
เช่นกัน บทสัมภาษณ์ที่ใช้นั้นได้รับการไตร่ตรอง และทำความเข้าใจอย่างดีในแต่ละประเด็น รวมทั้ง  
เข้าใจบริบททางวัฒนธรรม ก่อนที่จะสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และค้นคว้าหารูปแบบ  
วิธีการรักษาสุขภาพโดยรวม





## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) ซึ่งมุ่งศึกษาในเรื่อง การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราชผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆเพื่อกำหนดขั้นตอนของการศึกษาไว้ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษา เรื่อง การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นหมอพื้นบ้านหรือผู้ที่รักษาโรคแบบพื้นบ้าน ที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ท่าน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความละเอียดครอบคลุม ตอบคำถามและตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง และได้รับการไว้วางใจ ดังนั้นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยมีดังต่อไปนี้

2.1 การสำรวจพื้นที่วิจัย (Survey) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม พิธีกรรมต่างๆ ของหมอพื้นบ้าน เป็นต้น

**2.2 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant Observation)** โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่หมอพื้นบ้านมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น รักษาคนไข้ ปรงยาหรือต้มยา เป็นต้น เพื่อเก็บข้อมูลด้วยการจดบันทึกถ่ายภาพ บันทึกเสียง เพื่อจะได้นำมาใช้วิเคราะห์ต่อไป

**2.3 การสัมภาษณ์ (Interview)** โดยจะเน้นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับหมอพื้นบ้านผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับชาวบ้าน ขึ้นอยู่กับความสะดวกของชาวบ้าน ที่มารับการรักษา แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

ตอนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตอนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตอนที่ 4 การศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

**2.4 ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก** ปริญญาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้

**2.5 ผู้วิจัยได้ส่งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว** เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อหาความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล (Validity) จำนวน 3 ท่าน คือ ดร.ประยงค์ ชูรักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ สังขภิญโญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวนาถ นันทพิชัย พิจารณาเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

**2.6 ได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ**

**2.7 นำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล**

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In-depth interview) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant Observation) การสำรวจ (Survey) เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ แนวทางการสังเกตและแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของลักษณะทั่วไปของสภาพสังคมเศรษฐกิจ ความรู้ การศึกษา การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้าน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

**3.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data)** เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสำรวจออกภาคสนาม สังเกตอย่างมีส่วนร่วม สัมภาษณ์หมอพื้นบ้าน ผู้สืบทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน และการสอบถามความคิดเห็นของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช(ผู้วิจัยจะสอบถามอย่างไม่เป็นทางการจากตัวอย่างหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อใช้เป็นข้อมูลเสริม)การสังเกตลงในพื้นที่ศึกษาของผู้ศึกษาข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญรวมถึงแนวคิดและข้อเสนอแนะของหมอพื้นบ้านและกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้

ในส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามแบบสัมภาษณ์ที่ใช้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของหมอพื้นบ้าน เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และประสบการณ์ในการรักษาโรค สภาพการจัดการความรู้ เช่น มีเหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค มีการเรียนวิชาเพิ่มเติม และลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค และกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้

**3.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data)** เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาทั้งเอกสาร สิ่งพิมพ์ การทบทวนวรรณกรรม สถิติในรายงานต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชนโดยมีบทความทางวิชาการและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษางานวิจัยครั้งนี้

**3.3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล** เข้าไปศึกษาข้อมูลแบบเจาะลึก โดยใช้เวลาในการไปหาหมอพื้นบ้านแต่ละท่าน 2-3 ครั้ง นานประมาณ 1 เดือน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ทำการศึกษา (Key Informants) สืบหาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้ได้ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่สำคัญ โดยพบปะหมอพื้นบ้านเพื่อแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ หลังจากนั้นจึงทำการสำรวจข้อมูล สัมภาษณ์ สังเกต และการบันทึกภาพอีกทั้งทำการสังเกตสภาพความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การใช้สมุนไพรในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านและกระบวนการรักษาโรคโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนาอย่างเป็นกันเอง ทั้งสนทนาตัวต่อตัวกับหมอพื้นบ้าน

### 3.4 การบันทึกข้อมูล

3.4.1 การใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต สืบหาที่มีคำถามตั้งไว้เป็นแนวทาง โดยทำการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึก การสัมภาษณ์จะใช้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อช่วยบันทึกข้อมูลและใช้กล้องถ่ายรูปช่วยบันทึกภาพที่เกี่ยวข้องไว้

3.4.2 นำข้อมูลที่บันทึกไว้มาสรุปในแต่ละวันในประเด็นสำคัญ ๆ ระหว่างการสนทนาแล้วทำการจัดหมวดหมู่ตามแนวคำถามที่ตั้งไว้

3.4.3 สัมภาษณ์เก็บข้อมูล โดยทำการสัมภาษณ์กับหมอฟันบ้านจำนวน 10 คน โดยสนทนากับการจัดการความรู้ ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเรียนรู้

3.4.4 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด จากการสัมภาษณ์เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ต่อไป

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยอาศัยวิธีการตามประเด็นที่ได้ศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อหาคำตอบให้ได้ตรงตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำการสำรวจทำการแยกหมวดหมู่แล้วแยกแยะหาความหมายและตีความ เพื่อหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้โดยได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้านซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ในด้านต่างๆ เช่น การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบการประมวลกลั่นกรองความรู้การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้ และด้านอื่นๆ ที่ได้จากการศึกษา

เมื่อได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเสร็จแล้วจึงได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบรรยาย ขยายความตามแนวคิดและข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ การนำเสนอรายงานการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 บท คือ บทที่ 1 เกี่ยวกับบทนำ ความเป็นมา และ สภาพความสำคัญของปัญหา บทที่ 2 เป็นส่วนของแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง บทที่ 3 เป็นวิธีการดำเนินการวิจัย บทที่ 4 เป็นส่วนของผลการวิเคราะห์ข้อมูล และ บทที่ 5 เป็นส่วนสรุป อภิปราย และ ข้อเสนอแนะ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยสรุปผลวิจัยและวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

ตอนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัด นครศรีธรรมราช

ตอนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัด นครศรีธรรมราช

ตอนที่ 4 การศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรและคุณลักษณะเฉพาะของหมอพื้นบ้าน พบว่า หมอพื้นบ้าน ที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ใน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน แบ่งเป็นชาย 8 คนและหญิง 2 คน

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลจำนวนหมอพื้นบ้านที่ศึกษา ตามสถานที่อยู่และสาขาที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	สถานที่อยู่	สาขาที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
1.	หมอท่านที่ 1	ตำบลคลัง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000	สาขาเวชกรรมไทย สาขาผดุงครรภ์ไทย สาขาเภสัชกรรมไทย
2.	หมอท่านที่ 2	ตำบลกระทุง อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช 80330	สาขาเวชกรรมไทย
3.	หมอท่านที่ 3	ตำบลบางจาก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80330	สาขาเวชกรรมไทย
4.	หมอท่านที่ 4	ตำบลขุนทะเล อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80330	สาขาเวชกรรมไทย
5.	หมอท่านที่ 5	ตำบลท้ายสำเภา อำเภอนาพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000	สาขาเวชกรรมไทย
6.	หมอท่านที่ 6	ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80330	สาขาเภสัชกรรมไทย
7.	หมอท่านที่ 7	ตำบลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช 80330	สาขาเวชกรรมไทย
8.	หมอท่านที่ 8	ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000	สาขาเวชกรรมแผนโบราณ สาขาผดุงครรภ์ไทยและสาขาเภสัชกรรมไทย
9.	หมอท่านที่ 9	ตำบลท้ายสำเภา อำเภอนาพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000	สาขาเวชกรรมไทย สาขาผดุงครรภ์ไทยและสาขาเภสัชกรรมไทย
10.	หมอท่านที่ 10	ตำบลนาแวง อำเภอลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000	สาขาเวชกรรมไทย

จากตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนหมอพื้นบ้าน 10 คน มีรายละเอียดดังนี้



4.1 ข้อมูลหมอพื้นบ้านที่ศึกษา ตามสถานที่อยู่และสาขาที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราชจำนวน 10 คน พบว่า สาขาเวชกรรมไทย จำนวน 9 คน สาขาเภสัชกรรมไทย จำนวน 4 คนและสาขาผดุงครรภ์ไทย จำนวน 3 คน และหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 จำนวน 3 สาขา มีจำนวน 3 คน(สาขาเวชกรรมไทย สาขาผดุงครรภ์ไทยและสาขาเภสัชกรรมไทย)

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรและคุณลักษณะเฉพาะของหมอพื้นบ้าน พบว่า หมอพื้นบ้าน ใน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และอาชีพหลัก

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

ข้อมูล	จำนวน (คน)
<b>1.เพศ</b>	
ชาย	8
หญิง	2
<b>2.อายุ</b>	
40-50 ปี	2
51-60 ปี	1
61-70 ปี	3
71-80 ปี	2
81 ขึ้นไป	2
<b>3.สถานภาพ</b>	
สมรส	8
หม้าย	2
<b>4.ระดับการศึกษา</b>	
ประถมศึกษา	6
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	4
<b>5.ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้</b>	

## ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
อ่าน-เขียนได้	1
<b>6.อาชีพหลัก</b>	
หอมพื้นบ้าน	3
เกษตรกรรม	7
<b>7.ประสบการณ์ในการรักษาโรค</b>	
20 -30 ปี	3
31-40 ปี	3
41-50 ปี	2
51 ปี ขึ้นไป	2

จากตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนหอมพื้นบ้าน 10 คน มีรายละเอียดดังนี้

4.2 ข้อมูลทั่วไปของหอมพื้นบ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และอาชีพหลักผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

1) เพศ หอมพื้นบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8 คน และหอมพื้นบ้าน เป็นเพศหญิงจำนวน 2 คน

2) อายุ หอมพื้นบ้าน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 3 คน รองลงมา หอมพื้นบ้าน อยู่ในช่วงอายุ 40-50 ปี 71-80 ปีและ81 ขึ้น จำนวน 6 คน และหอมพื้นบ้าน อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปีจำนวน 1 คน

3)สถานภาพ หอมพื้นบ้านส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 8 คน และหอมพื้นบ้านเป็นหม้าย จำนวน 2 คน

4) ระดับการศึกษา หอมพื้นบ้านส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 คน และหอมพื้นบ้านจบมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา จำนวน 4 คน

5) ความสามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ หอมพื้นบ้านส่วนใหญ่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ มีจำนวน 10 คน

6) อาชีพหลัก หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 7 คน และหมอพื้นบ้าน มีอาชีพหลักเป็น หมอพื้นบ้านเป็นอาชีพ จำนวน 3 คน

7) ประสิทธิภาพในการรักษาโรคหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค 20 -30 ปี และ 31-40 ปี จำนวน 6 คน และหมอพื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรค 41-50 ปี และ 51 ปี ขึ้นไปจำนวน 4 คน

## ตอนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหมอพื้นบ้านจำนวน 10 คน ด้านสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านประกอบด้วย เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค การเรียนวิชาเพิ่มเติมและลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้าน	1.เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน	2.แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค	3.มีการเรียนวิชาเพิ่มเติม	4.ลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค
1.หมอต่านที่ 1	มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้นบ้าน	สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ	ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมแพทย์แผนไทยวัดโลกธาตุ	มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมา
2.หมอต่านที่ 2	มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้นบ้านมีความสนใจในการรักษาโรค	สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ	ไม่เคย	บันทึกข้อมูลการรักษาเป็นตำรา
3.หมอต่านที่ 3	มีความศรัทธาในตัวครูจึงเรียนสืบทอด	ได้รับการถ่ายทอดจากครูที่เป็นเจ้าอาวาสวัดธาราวดี จังหวัดนครศรีธรรมราช	ไม่เคย	บันทึกข้อมูลการรักษาเป็นตำรา

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

หมอพื้บ้าน	1.เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้บ้าน	2.แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค	3.มีการเรียนวิชาเพิ่มเติม	4.ลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค
4.หมอท่านที่ 4	มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้บ้าน	สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ	ไม่เคย	ไม่มีตำราไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง
5.หมอท่านที่ 5	มีความศรัทธาในการรักษาจากผู้ถ่ายทอดความรู้(พระ)	ได้รับการถ่ายทอดจากครูที่เป็นเจ้าอาวาสอำเภอปากพนัง	ไม่ได้เรียนเพิ่มเติม	มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมา ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง
6.หมอท่านที่ 6	มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้บ้าน	สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ	ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมแพทย์แผนไทย	มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมามีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร
7.หมอท่านที่ 7	-มีคนในครอบครัวป่วย -มีความสนใจด้านนี้และอยากช่วยเหลือผู้อื่น	สืบทอดองค์ความรู้มาจากครูที่เป็นหมอพื้บ้าน	ไม่ได้เรียนเพิ่มเติม	ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง
8.หมอท่านที่ 8	มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้บ้าน	สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ	ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมแพทย์แผนไทยวัดศาลามีชัย	มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมา มีการบันทึกตำราเป็นลายลักษณ์อักษร

## ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

หมอพื้นบ้าน	1.เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน	2.แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค	3.มีการเรียนวิชาเพิ่มเติม	4.ลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค
9.หมอท่านที่ 9	มีคนในครอบครัวป่วย มีความศรัทธาในการรักษาจากผู้ถ่ายทอดความรู้(พระ)	ได้รับการถ่ายทอดจากครูที่เป็นเจ้าอาวาสวัดท้ายลำภา จังหวัด นครศรีธรรมราช	ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมแพทย์แผนไทยวัดศาลามีชัย	มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมา มีการบันทึกการรักษา เป็นลายลักษณ์อักษร ติดตามผลการรักษา
10.หมอท่านที่ 10	-มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้นบ้าน	สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ	ไม่ได้เรียนเพิ่มเติม	ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง

จากตารางที่ 4.3 แสดงสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ดังนี้

4.3.สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านประกอบด้วย เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค การเรียนวิชาเพิ่มเติมและลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค จากการศึกษาพบว่า สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ทั้ง 10 คน ตามลำดับรายละเอียดดังนี้

4.3.1 เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็น หมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านทุกคนต่างคนก็มีเป้าหมายที่จะสืบทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญาของบรรพบุรุษ และครูผู้ถ่ายทอดให้แต่ที่มาในการเป็นหมอพื้นบ้าน เหตุจูงใจสาเหตุที่ได้มาเป็นหมอพื้นบ้านนั้นอาจมีเหตุจูงใจที่เหมือนกันหรือแตกต่างกัน ไปตามสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ ภาวะสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยอื่นๆ ได้แก่

1)มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ "ได้เห็นการรักษา ได้ติดตามคลุกคลีตั้งแต่ยังเป็นเด็กทำให้เกิดการซึมซับสั่งสมประสบการณ์ในการเชี่ยวชาญรักษาคนไข้จนมีความตั้งใจอยากจะทำสืบทอดวิชาความรู้ การเป็นหมอพื้นบ้านต่อไป

2) มีคนในครอบครัวป่วยและมีความเชื่อและศรัทธาจากครูหมอพื้นบ้านหลังจาก การได้รับการรักษาของหมอพื้นบ้านให้กับญาติของตนเองจนหายจึงเกิดความเชื่อมั่นศรัทธาในการรักษาของหมอพื้นบ้านและเห็นว่าการรักษาแบบพื้นบ้านสามารถเป็นที่พึ่งพิงของชาวบ้านในยามเจ็บป่วยได้จึงอยากสืบทอดการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน

3) ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นที่เจ็บไข้โดยพื้นฐานของชุมชนมักอยู่ด้วยความเกื้อกูลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิม และหมอพื้นบ้านได้รับการสั่งสอนขัดเกลาอบรมบ่มนิสัยให้มีจิตใจเอื้อเฟื้อมีความเมตตาและไม่เห็นแก่ลาภยศ ถึงแม้ว่าหมอพื้นบ้านบางคน ไม่มีบุคคลที่ใกล้ชิดหรือญาติเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนแต่มีความสนใจอยากจะศึกษาอยากจะช่วยเหลือคนที่เจ็บไข้ จึงเสาะแสวงหาหมอพื้นบ้านที่มีความสามารถและฝากตัวเพื่อสืบทอดวิชา เมื่อเห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านสามารถช่วยเหลือรักษาคนในชุมชนให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บไข้ได้จึงมีความสนใจ จึงอยากสืบทอดความรู้นี้ไว้เพื่อช่วยเหลือคนเจ็บไข้

4.3.2 แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรคหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค โดยการเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านแต่ละคนมักจะมีผู้ที่ใกล้ชิด เช่น บิดามารดา ญาติ เป็นผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้อบรมขัดเกลาสั่งสอนให้แต่ก่อนที่ได้รับสืบทอดวิชาจากครูจะต้องได้รับการพิจารณาจากผู้ถ่ายทอดเห็นว่าเหมาะสมหรือไม่ โดยพิจารณาจากคุณสมบัติ เช่น มีความจำดี มีความสนใจ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ ที่จะสืบทอด อย่างแน่วแน่ เป็นผู้ที่มีจิตใจดีงามต้องการการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย เมื่อได้รับพิจารณาเห็นว่าเหมาะสมหรือสมควรกับการที่จะสืบทอดวิชาที่จะถ่ายทอดวิชาความรู้ให้โดยมีแหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรคดังนี้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ จากปู่ย่า ตายาย บิดามารดา เกิดจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาได้คลุกคลีอยู่กับการรักษาคณ ไข้ และได้รับการถ่ายทอดจากครูหมอที่เป็นหมอพื้นบ้าน เกิดจากประสบการณ์ที่ได้ช่วยเหลือกับการรักษาคณ ไข้ เป็นผู้ช่วยเหลือหมอ และได้รับการถ่ายทอดจากครูที่เป็นเจ้าอาวาส จังหวัดนครศรีธรรมราช และสืบทอดองค์ความรู้มาจากครูที่เป็นหมอพื้นบ้านมีความศรัทธาในการรักษาโรคจึงสนใจที่จะเรียนรู้ละสืบทอดองค์ความรู้

4.3.3 การเรียนวิชาเพิ่มเติมในการเรียนวิชาเพิ่มเติมหมอพื้นบ้านบางท่านได้เรียนวิชาเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบถึงแม้ว่าหมอจะได้รับสืบทอดองค์ความรู้ด้านการรักษาแบบพื้นบ้านมาจากบรรพบุรุษจากครูที่เป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนแล้วแต่ก็มีความสนใจที่จะเรียนวิชาเพิ่มเติมจากสมาคมการแพทย์แผนไทยเพื่อขอใบประกอบโรคศิลปะเพื่อใช้ในการประกอบอาชีพ การเรียนรู้เพิ่มเติมในระบบนี้ทางสมาคมการแพทย์แผนไทยเป็นผู้กำหนดหลักสูตรในการเรียนรวมทั้งในการกำหนดระยะเวลา

4.3.4 ลักษณะการจัดเก็บความรู้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะไม่ค่อยได้จัดบันทึกตำราเป็นลายลักษณ์อักษร จะมีหมอพื้นบ้านเพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่ได้จัดบันทึกความรู้ของตนเอง นอกเหนือจากตำราที่มีตำราของครูบาอาจารย์ซึ่งเป็นตำราสภาพเก่ามากแล้วแต่ก็มีหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ที่ไม่ได้จัดบันทึกความรู้ของตนเองไว้เป็นตำราเก็บไว้เลย และมักจะใช้วิธีการจดจำเสมือนเป็นการบันทึกแทนตัวหนังสือ



1) มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมา มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่ใช้ในการรักษาโรค หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ที่มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมาจากครูผู้ถ่ายทอด มีการจัดเก็บตำรายาสมุนไพร จดบันทึกไว้ในใบลาน กระดาษสา หมอส่วนใหญ่มีตำราที่สืบทอดมาจากครูบาอาจารย์ และได้บันทึกตำราในการรักษามีการจัดเก็บตำราเหล่านั้นไว้เป็นอย่างดี บนหิ้งบูชาครู บ้างก็มีความซำรุคไปบ้างตามกาลเวลา

2) ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง หมอพื้นบ้านไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง ซึ่งเป็นความรู้ฝังลึกที่อยู่ในตัวหมอเองซึ่งยากที่จะอธิบายได้

### ตอนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

การศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการจัดกระบวนการจัดการความรู้ โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนของ สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2448 : 5) ประกอบด้วย 1.การบ่งชี้ความรู้ 2.การสร้างและแสวงหาความรู้ 3.การจัดความรู้ให้เป็นระบบ 4.การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5.การเข้าถึงความรู้ 6.การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ 7.การเรียนรู้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหมอพื้นบ้านจำนวน 10 คน มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ด้านการบ่งชี้ความรู้

หมอพื้นบ้าน	1.หมอท่านที่1	2.หมอท่านที่2	3.หมอท่านที่3	4.หมอท่านที่4	5.หมอท่านที่5
1. การบ่งชี้ความรู้	มีความชำนาญในการรักษาโรคโลหิตสตรี ต่อมลูกหมากและโรคทั่วไป	มีความชำนาญในการรักษาโรคซางในเด็กโดยใช้สมุนไพรหลายชนิด	มีความชำนาญในการรักษาโรคกระดูกหัก เคลื่อน หรือหลุด	มีความชำนาญในการรักษาโรคกระดูก บิบนวด รักษาโดยการใช้สมุนไพร	มีความชำนาญในการรักษาโรคระบบสืบพันธุ์สตรีโลหิตสตรี และโรคทั่วไป
	6.หมอท่านที่6	7.หมอท่านที่7	8.หมอท่านที่8	9.หมอท่านที่9	10.หมอท่านที่10
	มีความชำนาญในการรักษาโรคประสาท-เส้นกระดูกหัก และโรคทั่วไป	มีความชำนาญในการรักษาโรคงูกัด งูสวัด แผลเรื้อรัง ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แผลเบาหวาน	มีความชำนาญในการรักษาโรคทั่วไป	มีความชำนาญในการรักษาโรคเกี่ยวกับเส้นเหน็บชา โรคโลหิตสตรีฝิ	มีความชำนาญในการรักษาโรคกระดูกหัก ข้อติด ข้อลื้อก ขาปลายมือ ปลายเท้า
				ต่างๆ	

จากตารางที่ 4.4 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ด้านการบ่งชี้ความรู้ ดังนี้

4.4 ด้านการบ่งชี้ความรู้ พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาโรคกระดูกหัก เคลื่อน หรือหลุด บิบนวดรักษาโดยการใช้สมุนไพรโรคประสาท-เส้น ข้อติด ข้อลื้อก ขาปลายมือปลายเท้าและโรคทั่วไป และหมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาโรคโลหิตสตรี ต่อมลูกหมาก โรกระบบสืบพันธุ์สตรี ฝิต่างๆ หมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาโรคซางในเด็กโดยใช้สมุนไพรหลายชนิด และโรคงูกัด งูสวัด แผลเรื้อรัง ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แผลเบาหวาน และโรคทั่วไป จะเห็นได้ว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาผู้ป่วย มากกว่า 1 สาขา รูปแบบของการรักษาของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นแบบผสมผสาน เช่น การเป่ามนต์ เป่าคาถา ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร และการใช้คาถาร่วมกับน้ำมันสำหรับผู้ป่วยกระดูกหัก การเป่ารักษาแผลงูสวัดร่วมกับสมุนไพรเป็นต้น

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอ  
พื้นบ้านด้านการสร้างและแสวงหาความรู้

หมอพื้นบ้าน	1.หมอท่านที่1	2.หมอท่านที่2	3.หมอท่านที่3	4.หมอท่านที่4	5.หมอท่านที่5
2. การสร้าง และแสวงหา ความรู้	สืบทอดองค์ ความรู้จาก บรรพบุรุษ เรียนวิชา เพิ่มเติม สาขา เวชกรรม การอบรม	การถ่ายทอดจาก หมอนวล (พ่อตา)	สืบทอดองค์ความรู้ จากบรรพบุรุษจาก ครูที่เป็นเจ้าอาวาส วัดธาราวดี จังหวัด นครศรีธรรมราช ได้ศึกษาดำরা เพิ่มเติมจากตำรา ของการแพทย์แผน ปัจจุบัน	สืบทอดองค์ ความรู้จากบรรพ บุรุษ	ได้รับการถ่ายทอด จากครูที่เป็นเจ้า อาวาสอำเภอปาก พ่อง
	6.หมอท่านที่6	7.หมอท่านที่7	8.หมอท่านที่8	9.หมอท่านที่9	10.หมอท่านที่10
	สืบทอดองค์ ความรู้จาก บรรพบุรุษ ศึกษาเพิ่มเติม จากสมาคม แพทย์แผนไทย การอบรม	สืบทอดองค์ ความรู้มาจากครู ที่เป็นหมอ พื้นบ้าน	สืบทอดองค์ความรู้ มาจากบรรพบุรุษ ศึกษาเพิ่มเติมจาก สมาคมแพทย์แผน ไทยวัดศาลามีชัย	ได้รับสืบทอด จากครูที่เป็นเจ้า อาวาสวัดท้าย สำเภา จังหวัด นครศรีธรรมราช ศึกษาเพิ่มเติมจาก สมาคมแพทย์ แผนไทยวัดศาลา มีชัย	สืบทอดองค์ความรู้ มาจากบรรพบุรุษ

จากตารางที่ 4.5 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของ  
หมอพื้นบ้านด้านการสร้างและแสวงหาความรู้

4.5 ด้านการสร้างและแสวงหาความรู้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีการสืบทอดความรู้มาจาก  
บรรพบุรุษ มีความรู้พื้นฐานเดิมในการรักษาโรคการรักษาโรคโดยการใช้สมุนไพรเป็นความรู้ที่  
ได้รับการสืบทอดองค์ความรู้ โดยอาศัยการได้รู้ได้เห็นการรักษา และหมอบางคนได้รับสื  
บทอดองค์ความรู้จากครูที่เป็นหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ในเรื่องของการรักษาโรค

หมอพื้นบ้านบางคนยังมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในรูปแบบอื่น เช่นศึกษาเพิ่มเติมจาก  
สมาคมการแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตามความรู้ที่มีอยู่เหล่านั้นยังไม่เพียงพอเนื่องจากการแพทย์  
แผนปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าไปมากหมอพื้นบ้านต้องมีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นในการ

รักษาโรคเพื่อให้ทันยุคสมัยปัจจุบันจากแหล่งต่างๆทั้งภายในและภายนอก เข้าร่วมฟังคำบรรยาย พูดคุยแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายหมอพื้นบ้าน การอบรม จากหน่วยงานต่างๆเช่นตามสถาน โรงพยาบาล จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมจากตำราแผนปัจจุบันต่างๆ และนำความรู้เหล่านั้นมาผสมผสานกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ซึ่งหมอพื้นบ้านกล่าวว่า

“ไม่ใช่ที่เราสืบทอดความรู้มาอย่างไรต้องสืบทอดอย่างนั้นทุกสิ่งทุกอย่างต้องมีการเปลี่ยนแปลงต้องมีการพัฒนาให้เข้ากับยุคสมัย”

ความรู้ที่ได้มาส่วนใหญ่ของหมอพื้นบ้านเป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริง จากเกิด จากวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ประเพณี และสิ่งแวดล้อม อาศัย การท่องจำ การสังเกต ลองผิดลองถูก เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์โดยตรง สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ส่วนการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เกิดจากการอบรม ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมการแพทย์แผนไทย ศึกษาตำราสมัยใหม่ แลกเปลี่ยน การสร้างและแสวงหาความรู้ใหม่เพื่อนำมาต่อยอดกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ปรับเปลี่ยน ประยุกต์ใช้ วิธีการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แบบดั้งเดิม



ตารางที่ 4.6 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอ  
พื้นบ้านด้านการจัดการความรู้ให้เป็นระบบ

หมอพื้นบ้าน	1.หมอต่านที่ 1	2.หมอต่านที่ 2	3.หมอต่านที่ 3	4.หมอต่านที่ 4	5.หมอต่านที่ 5
3.การจัดการ ความรู้ให้เป็น ระบบ	จัดเก็บบันทึก ตำราของกลุ่มมือครู และตำราของ ตัวเองไว้เป็นลาย ลักษณ์อักษร	บันทึกข้อมูลการ รักษาเป็นตำรา	ไม่ได้บันทึกเป็น ตำราแต่อาศัยการ จดจำเอาไว้ส่วน ตำราที่มีจะเป็น ของครูบาอาจารย์ มีการบันทึก ประวัติผู้ป่วย ที่มารับการรักษา	ไม่มีตำราไม่มี การบันทึกเป็น ลายลักษณ์ อักษรแต่อยู่ใน ความทรงจำ ของตนเอง	ไม่มีการบันทึก ประวัติคนไข้ไว้เป็น ลายลักษณ์อักษร มีตำราที่เป็นคู่มือครู
	6.หมอต่านที่ 6	7.หมอต่านที่ 7	8.หมอต่านที่ 8	9.หมอต่านที่ 9	10.หมอต่านที่ 10
	ได้มีการบันทึก ตำรา เป็นลาย ลักษณ์อักษร	ไม่มีการบันทึก เป็นลายลักษณ์ อักษรแต่อยู่ใน ความทรงจำของ ตนเอง	มีตำราที่ได้รับ การสืบทอดมา -มีการบันทึก ตำราเป็นลาย ลักษณ์อักษร	มีตำราที่ได้รับ การสืบทอดมา การบันทึกการ รักษาเป็นลาย ลักษณ์อักษร	สืบทอดองค์ความรู้ มาจากบรรพบุรุษ

จากตารางที่ 4.6 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของ  
หมอ

4.6 ด้านการจัดการความรู้ให้เป็นระบบ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีการบันทึกตำราใน  
การรักษาเป็นของตนเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนแต่อาศัยอยู่ในความทรงจำ ของหมอเอง  
แต่มี ตำรายาที่สืบทอดกันมา จะเป็นของครูบาอาจารย์ มีการจัดเก็บเป็นลายลักษณ์อักษร การจัดเก็บ  
ไว้บนหิ้งบูชา บ้างก็มีสภาพชำรุด และไม่มีการบันทึกประวัติการรักษา ในการรักษาโรคของหมอ  
ส่วนใหญ่จะวินิจฉัยตามอาการของคนไข้ที่มารับรักษา จัดยาตามอาการของโรค หมอบางท่านมีการ  
จัดเก็บบันทึกตำราของกลุ่มมือครู และตำราในการรักษาของตัวเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และ  
มีการบันทึกประวัติผู้ป่วยที่มารับการเพื่อการติดตามผลการรักษา

ตารางที่ 4.7 ข้อมูลข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของ  
หมอพื้นบ้านด้านการประมวลกลั่นกรองความรู้

หมอพื้นบ้าน	1.หมอต่านที่ 1	2.หมอต่านที่ 2	3.หมอต่านที่ 3	4.หมอต่านที่ 4	5.หมอต่านที่ 5
4.การประมวล กลั่นกรองความรู้	ได้จัดเก็บประวัติ ผู้มารับการรักษา เป็นลายลักษณ์ อักษรชัดเจน พัฒนาความรู้ หมอบอกว่าหมอ จะดูแลทุก กระบวนการใน การรักษา	ใน การ ตี ตา ม ผลการรักษาและ ในการรักษาครั้ง แรกไม่หายก็จะ นัดมาดูอาการอีก ครั้ง	การบันทึก ประวัติของ คนไข้เอาไว้เพื่อ ติดตามผลในการ รักษามีการนัดให้ ผู้ป่วยมาหาหลัง การรักษาครั้ง ประเมินดูอาการ	ในการรักษา ไม่ได้มีการ บันทึกประวัติ เป็นลายลักษณ์อักษร	ไม่ได้มีการบันทึก ประวัติ เป็นลายลักษณ์อักษร
	6.หมอต่านที่ 6	7.หมอต่านที่ 7	8.หมอต่านที่ 8	9.หมอต่านที่ 9	10.หมอต่านที่ 10
	มีการถอดตำรา จากต้นฉบับให้ อยู่ในภาษาที่ เข้าใจง่าย บันทึกประวัติ คนไข้เพื่อติดตาม ผล	มีการบันทึก ประวัติของ คนไข้ที่เข้ามารับ การรักษาเพื่อ ติดตามผล	มีการถอดตำรา จากต้นฉบับให้ อยู่ในภาษาที่ เข้าใจง่าย	จัดทำเอกสาร สมุนไพรร่วม เผยแพร่ การร่วม สร้างหลักสูตร โรงเรียน	ไม่มีการจดบันทึก ประวัติการรักษา เป็นการบอกวิธีการ ปฏิบัติตนทางวาจา ข้อปฏิบัติมีการบอก กับปาก

จากตารางที่ 4.7 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของ  
หมอพื้นบ้านด้านการประมวลกลั่นกรองความรู้

4.7 ด้านการประมวลกลั่นกรองความรู้ พบว่า การประมวลกลั่นกรองความรู้ของหมอนั้นยังขาดความชัดเจน เนื่องจากความรู้ส่วนใหญ่เป็นความรู้แบบฝังลึก(Tacit Knowledge) มักจะอยู่ในความทรงจำของหมอพื้นบ้าน ไม่มีการถอดตำราจากคู่มือครูซึ่งสืบทอดมาอย่างไรก็เก็บไว้เท่านั้น เนื่องจากความรู้ของหมออาศัยประสบการณ์และอยู่ในความทรงจำ และหมอส่วนหนึ่งได้มีการถอดตำราจากคู่มือครูเพื่อให้อยู่ในภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อถ่ายทอดให้แก่ผู้ที่สนใจที่จะสืบทอดต่อไปในอนาคต ได้จัดทำเอกสารสมุนไพรร่วมเผยแพร่และการร่วมสร้างหลักสูตรโรงเรียนเนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนหนึ่งเป็นครูภูมิปัญญาไทย ด้านการแพทย์แผนไทย ศูนย์การแพทย์แผนไทย วัดศาลามีชัย เพื่อสืบสานภูมิปัญญาไทยในการรักษาโรค เพื่อช่วยเหลือชุมชน ในยามเจ็บป่วย หมอพื้นบ้านได้มีการบันทึกประวัติของคนไข้ที่เข้ามาับการรักษาเพื่อติดตามประเมินผลการรักษา



ตารางที่ 4.8 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอ  
พื้นบ้านด้านการเข้าถึงความรู้

หมอพื้นบ้าน	1.หมอท่านที่ 1	2.หมอท่านที่ 2	3.หมอท่านที่ 3	4.หมอท่านที่ 4	5.หมอท่านที่ 5
5. การเข้าถึง ความรู้	มีการเชื่อมโยง ระหว่างหมอ พื้นบ้าน กับ สมาพันธ์แพทย์ แผนไทย หมุนเวียนไปตาม สถานที่ต่าง ๆ	มีการเชื่อมโยง ระหว่างหมอ พื้นบ้าน กับ สมาพันธ์แพทย์ แผนไทย หมุนเวียนไปตาม สถานที่ต่าง ๆ	มีการเชื่อมโยง ระหว่างหมอ พื้นบ้าน กับ สมาพันธ์แพทย์ แผนไทย หมุนเวียนไปตาม สถานที่ต่าง ๆ	การพูดคุยกับ เพื่อนหมอ ด้วยกันเครือข่าย สมาพันธ์ การแพทย์ พื้นบ้านที่จัดขึ้น ตามสถานที่ต่าง ๆ	ไม่มีการเชื่อมโยง เนื่องหมอน้องมี ความชรามากแล้ว
	6.หมอท่านที่ 6	7.หมอท่านที่ 7	8.หมอท่านที่ 8	9.หมอท่านที่ 9	10.หมอท่านที่ 10
	มีการเชื่อมโยง ระหว่างหมอ พื้นบ้าน กับ สมาพันธ์แพทย์ แผนไทย หมุนเวียนไปตาม สถานที่ต่าง ๆ	ได้ แลก เปลี่ยน เรียนรู้กับส่วน งานราช การ ต่างๆ	มีการเชื่อมโยง ระหว่างหมอ พื้นบ้าน กับ สมาพันธ์แพทย์ แผนไทย หมุนเวียนไปตาม สถานที่ต่าง ๆ	มีการเชื่อมโยง ระหว่างหมอ พื้นบ้าน กับ สมาพันธ์แพทย์ แผนไทยและ อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.)	มีการเข้าอบรม สัมมนา ที่กระทรวง สาธารณสุขจัดขึ้น พัฒนาศักยภาพของ แพทย์แผนไทย

จากตารางที่ 4.8 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของ  
หมอพื้นบ้านด้านการเข้าถึงความรู้

4.8 ด้านการเข้าถึงความรู้ พบว่าหมอพื้นบ้านได้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างหมอ  
พื้นบ้านกับสมาพันธ์แพทย์แผนไทย ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุขหมุนเวียนไปตามสถานที่ต่างๆ  
และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และได้มีการพูดคุยกับเพื่อนหมอด้วยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ  
ส่วนงานราช การต่างๆเข้าร่วมอบรมสัมมนาพัฒนาศักยภาพของแพทย์แผนไทย ส่วนหมอพื้นบ้าน  
บางท่านไม่มีการเชื่อมโยงเพราะว่าหมอพื้นบ้านมีความชรามากแล้ว

ผู้วิจัยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่ได้เข้าถึงความรู้ในการรักษาของหมอ จากการบอกต่อจาก  
คนที่ไปรับการรักษาโรคแล้วหายจะเห็นได้ว่าช่องทางของผู้ที่มารับการรักษาได้เข้าถึงความรู้โดย  
การบอกต่อมากกว่าการเข้าถึงความรู้ที่อยู่ในรูปแบบอื่นเนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จบ  
การศึกษาระดับประถมศึกษาและมีอายุมากไม่มีความรู้ในด้านเทคโนโลยีและการผลิตสื่อต่างๆเช่น

ตำราคู่มือเป็นต้นซึ่งทำให้ยากที่จะเข้าถึงยากที่จะเผยแพร่ความรู้ในการรักษาให้คนทั่วไปทราบและเข้าถึงความรู้ในการรักษาโรคนอกจากหน่วยงานราชการต่างๆที่เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในด้านนี้ การเข้าถึงความรู้ของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นการเข้าถึงความรู้ของหมอเอง จากการอบรม แลกเปลี่ยน เพื่อมาพัฒนาความรู้เดิมที่หมอมืออยู่ และการเข้าถึงความรู้ของผู้มารับการรักษา โดยการผ่านช่องทางต่างๆที่ทำให้ทราบว่ามีการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน

ตารางที่ 4.9 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

หมอพื้นบ้าน	1.หมอตานที่ 1	2.หมอตานที่ 2	3.หมอตานที่ 3	4.หมอตานที่ 4	5.หมอตานที่ 5
6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้	เป็นวิทยากรให้สถานศึกษาและสถาบัน	เป็นวิทยากรให้สถานศึกษาและโรงพยาบาล	เป็นวิทยากรให้ความรู้ตามสถาบันต่างๆ	เป็นวิทยากรให้สถานศึกษาและสอนการนวด	ไม่มี เนื่องจากหมออายุมากแล้ว
	6.หมอตานที่ 6	7.หมอตานที่ 7	8.หมอตานที่ 8	9.หมอตานที่ 9	10.หมอตานที่ 10
	วิทยากรบรรยายตามมหาวิทยาลัยฯของรัฐที่มีการมีมีการอบรมของกระทรวงสาธารณสุข	วิทยากรบรรยายตามมหาวิทยาลัยฯของรัฐที่มีการมีมีการอบรมของกระทรวงสาธารณสุข	เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยให้กับสถานศึกษาและสถาบันต่างๆ	เป็นวิทยากรสอนการนวดและเวชกรรมการแพทย์แผนไทย	มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลและรักษาสุขภาพจากกับสมาคมแพทย์แผนไทยที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข

จากตารางที่ 4.9 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4.9 ด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน มี 4 แบบคือ 1. ถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานและญาติพี่น้อง 2 ถ่ายทอดให้ผู้อื่นที่ขอตัวเป็นศิษย์ 3 ถ่ายทอดให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย และ 4 ) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้

1) ถ่ายทอดให้กับลูกหลานและญาติพี่น้อง

2) ถ่ายทอดให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่เป็นลูกหลานที่มาขอเป็นศิษย์ซึ่งการถ่ายทอดทั้ง2วิธีนี้จะต้องมีพิธีกรรมขอตัวเป็นศิษย์มีการยกครูไหว้ครูในการถ่ายทอดให้ผู้รับการสืบทอดโดยการฝึกฝน

ห้องจำโดยการฝึกปฏิบัติจริงให้เป็นผู้ช่วยหมอในการรักษาผู้ป่วยสอนให้รู้จักตัวยาและการใช้สมุนไพรต่างๆในการรักษาโรคแต่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ยังไม่มีลูกหลานสืบทอดเนื่องจากลูกหลานไม่ค่อยจะสนใจและคิดว่าการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านเห็นผลช้าและค่าตอบแทนน้อย ซึ่งการสืบทอด

การเป็นหมอพื้นบ้านที่ได้รับสืบทอดจากครุคนเดิมมิให้เรียกร้องในการรักษาเป็นการรักษาโดยการช่วยเอาบุญเอากุศลไม่เห็นแก่ลาภยศเงินทอง ดังที่หมอพื้นบ้านได้กล่าวไว้ว่า

“การถ่ายทอดวิชาหมอพื้นบ้าน การรับศิษย์ของหมอเพื่อสานต่อวิชานั้นเป็น ใครก็ได้ที่จะมารับการถ่ายทอด แต่การสืบทอดในการรักษาในเมื่อผู้ที่รับสืบทอดมาโดยไม่เรียกร้องค่ารักษา คนที่จะรับสืบทอดต่อไปก็ไม่มีการเรียกร้องในการรักษา ใครอยากเรียนก็จะสอนให้ โดยมีข้อแม้เพียงว่า คนที่เรียนจะต้องไม่เห็นแก่ตัว เรียนด้วยความศรัทธา และรักษาผู้ป่วยด้วยความจริงใจ”

3) การถ่ายทอดให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ในลักษณะให้คำแนะนำข้อปฏิบัติตนในการรักษา ในขณะที่มารับการรักษา เช่น การงดของแสลงต่างๆ

4) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับเชิญให้ไปเป็นวิทยากรในการถ่ายทอดความรู้ให้กับ โรงพยาบาล สถาบันการศึกษาต่างๆที่เปิดทำการเรียนการสอนในสาขาการแพทย์แผนไทย ถ่ายทอดให้กับนักเรียน ร่วมสร้างหลักสูตรโรงเรียนเพื่อเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเอาไว้ และเป็นครูภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย เป็นการถ่ายทอดให้กับผู้ที่สนใจจะศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยเพื่อสอบขอใบประกอบโรคศิลปะในสาขาต่างๆ เช่น สาขาเภสัชกรรมไทย สาขาเวชกรรมไทย และผดุงครรภ์ไทย การถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่มผู้สนใจที่เข้ารับการอบรม เช่น ถ่ายทอดให้แก่ ผู้ต้องขังหญิง ในเรือนจำกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่กำลังจะพ้นโทษเพื่อให้ผู้ต้องขังเหล่านั้นสามารถไปประกอบอาชีพได้หลังจากพ้นโทษ ซึ่งมีวิธีในการถ่ายทอดความรู้ของหมอโดยการแนะนำวิธีการ การสาธิต ทำให้ดู เช่นการนวดไทย การทำลูกประคบจากสมุนไพร เป็นต้น มีการอบรมและแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านการดูแลและรักษาสุขภาพกับสมาคมแพทย์แผนไทยที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหมอพื้นบ้านได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้สนใจทั่วไปโดยมีความยินดีที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความยินดีและมีความภาคภูมิใจที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้รับการสืบทอดมา ส่วนหมอพื้นบ้านไม่มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากหมออายุมากแล้วทำให้ไม่สะดวกที่จะเข้าไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การผู้สืบทอดองค์ความรู้ของหมออย่างไม่ชัดเจนเนื่องจากขาดลูกหลานที่จะสืบทอดขาดความสนใจเรื่องการรักษาแบบการแพทย์พื้นบ้านลดน้อยลงทำให้รูปแบบการถ่ายทอดของหมอ

พื้นบ้านเปลี่ยนไปจากการถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานกลายมาเป็นวิทยากรในการถ่ายทอด มีการถ่ายทอดเป็นหมู่คณะมากกว่าถ่ายทอดให้ลูกศิษย์ตัวต่อตัวหรือถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานและญาติ

ตารางที่ 4.10 ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านด้านการเรียนรู้

หมอพื้นบ้าน	1.หมอท่านที่1	2.หมอท่านที่2	3.หมอท่านที่3	4.หมอท่านที่4	5.หมอท่านที่5
7. การเรียนรู้	นำความรู้ในการรักษาโรคที่มีอยู่ไปแนะนำคนในชุมชน	นำความรู้ในกา รักษาโรคมารักษาคนในชุมชน มีการพัฒนารูปแบบต่างๆในการรักษา	นำความรู้ในกา รักษาโรคมารักษาคนในชุมชน มีการพัฒนารูปแบบต่างๆในการรักษา	ได้นำความรู้ไปใช้ในการรักษาการบาดเจ็บกระดูกและการบีบนิ้ว	ได้นำความรู้ในการรักษาโรคไปรักษาคนในชุมชนและชุมชนใกล้เคียง
	6.หมอท่านที่6	7.หมอท่านที่7	8.หมอท่านที่8	9.หมอท่านที่9	10.หมอท่านที่10
	นำความรู้ในการรักษาโรคต่างๆไปใช้ในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของคนชุมชน	ได้นำความรู้ในการรักษาโรคมกัดโดยใช้สมุนไพรและการรักษาโรคทั่วไป	จัดทำคู่มือให้สำหรับครัวเรือนให้พยามฝึกสังเกต ลักษณะอาการป่วยไข้เบื้องต้น	ให้ความรู้แก่คนในชุมชนในการดูแลสุขภาพมีการส่งเสริมให้คนในชุมชนปลูกสมุนไพรในใช้ในครัวเรือน	ได้นำความรู้ในการรักษาโรคกระดูกมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

จากตารางที่ 4.10 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านด้านการเรียนรู้

4.10 ด้านการเรียนรู้ พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีการเรียนรู้และได้นำความรู้ไปใช้ในการรักษาโรค รวมทั้งพัฒนารูปแบบวิธีการต่างๆในการรักษาโรคไปใช้ในการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนมีการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้สมุนไพรเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ทางด้านสมุนไพรครบวงจร สำหรับคนสนใจทั่วไปจะศึกษา มีการพัฒนาประดิษฐ์คิดค้นอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ประกอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น การประดิษฐ์รางไม้เพื่อแก้ปัญหาอาการบาดเจ็บของกระดูก กระดูกเคลื่อน หลังการตกแต่งให้เข้าที่เพื่อเป็นการควบคุมการเคลื่อนไหวในส่วนที่บาดเจ็บเพื่อให้กระดูกเข้าที่และหายเร็วขึ้นการเข้าเฝือกพีวีซีประดิษฐ์มาจากท่อพีวีซี เป็นอุปกรณ์ใช้รักษากระดูกหักบริเวณข้อต่อ เช่น ข้อเท้า นิ้วมือ นิ้วเท้า ซึ่ง

จากเดิมการเข้าเผือกนิยมจะใช้เผือกไม้ไฟซึ่งหาได้ในชุมชนท้องถิ่นแต่มีจุดอ่อนคือไม้ไฟไม่สามารถตัดให้เข้ารูปกับสรีระของผู้ป่วยได้ ซึ่งผิดกับท่อ พิวิชี ข้อดีของการใช้เผือกที่ทำจากท่อพิวิชี สามารถใช้ความร้อนตัดให้โค้งงอเข้ารูปตามลักษณะการบาดเจ็บตามส่วนต่างๆของสรีระได้ และสะดวกและหาซื้อง่ายตามร้านขายวัสดุก่อสร้างทั่วไป มีการประยุกต์ใช้เครื่องมือแพทย์สมัยใหม่มาใช้ร่วมในการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้หูฟัง พรอทวดใช้ การใช้ ผ้าก๊อต ผ้ายัด ฯลฯ อุปกรณ์ใช้ กระชับกล้ามเนื้อและกระดูก การใช้อุปกรณ์ทำแผล เช่น ยาฆ่าเชื้อต่างๆมาใช้ในการรักษาแผลงูกัด การสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่างๆ การทำลูกประคบ การนำแคปซูลมาบรรจุยาสมุนไพรให้นำสนใจ จะเห็นได้ว่าหมอพื้นบ้านมีการพัฒนาที่หยุดนิ่งและไม่ปิดกั้นการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งหมอบอกว่าเราสามารถประยุกต์ใช้เข้ากันได้เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาอีกทางหนึ่งเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ที่มารับการรักษาซึ่งหมอบอกว่าไม่ใช่เราสืบทอดมาอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างนั้นจะต้องยอมรับและเปลี่ยนแปลง ให้เข้าทันสมัยทันสมัยกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

#### ตอนที่ 4 การศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษานี้ ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่เห็นได้ชัดเจนต่อปัญหาอุปสรรคต่อการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน ในการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ยินดีที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ความพร้อมในด้านเวลายังเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ เพราะหมอพื้นบ้านส่วนมากก็ต้องดำรงวิถีชีวิตไม่ต่างจากชาวบ้านทั่วไป ยังต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ มีหน้าที่ประจำของแต่ละคน การประชุมรวมกลุ่มหมอพื้นบ้านในชุมชนจึงเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก เพื่อที่จะให้หมอพื้นบ้านทุกคนจะอยู่พร้อมร่วมกัน

2. ขาดความร่วมมือจากชาวบ้าน ชาวชน คนรุ่นใหม่ ที่ยังไม่เห็นคุณค่าความสำคัญด้านการแพทย์พื้นบ้านเท่าที่ควร เนื่องจากคิดว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นการรักษาที่ทำให้เห็นผลช้า ไม่ทันใจในยุคปัจจุบัน เรียนรู้ไปก็ไม่สามารถนำมาเป็นอาชีพที่ทำให้ผลตอบแทนสูงได้

3. สื่อการสอน ตำรายังไม่เพียงพอ ถึงแม้หมอพื้นบ้านทุกคนมีความสามารถในการถ่ายทอด แต่เพื่อสะดวกต่อการศึกษา และเข้าใจถึงหลักของหมอพื้นบ้าน เอกสาร ตำราจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการเรียนรู้ในปัจจุบัน และตำราที่มีอยู่ส่วนมาเป็นภาษาบาลี ซึ่งมีชาวบ้านน้อยคนนักที่จะ

อ่านได้ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษา และผลิตยาสมุนไพร ที่มีอยู่ในปัจจุบันนี้ เพียงพอกับการใช้สอยของหมอพื้นบ้านเท่านั้น

4. ขาดบุคลากรเจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่มีประสบการณ์ความชำนาญ ทั้งในเรื่องความรู้ด้านการขยายพันธุ์สมุนไพร การสำรวจจำนวนบุคลากรหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชน มีบางครั้งที่ได้เชิญหมอพื้นบ้านในชุมชนบางคนให้ไปอบรมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องของการใช้สมุนไพร (จากข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์หมอพื้นบ้าน) แต่ยังคงขาดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปลูกหรือขยายพันธุ์พืชสมุนไพรในชุมชน และให้แนวทางการดำเนินงานจัดตั้งกลุ่มหมอพื้นบ้านในชุมชน

5. การสนับสนุนด้านงบประมาณ ยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ขาดทิศทางทั้งในด้านการประสานงาน การอบรม การถ่ายทอด การจัดสรรงบประมาณในการใช้จ่าย การเผยแพร่ของภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน





## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งผู้วิจัย ได้ค้นคว้าสรุปผล อภิปรายผลและมีข้อเสนอแนะดังนี้

#### 1.สรุปการวิจัย

##### 1.1วัตถุประสงค์วิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

1.1.2 เพื่อศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.1.3 เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

##### 1.2วิธีการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเรื่อง การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นหมอพื้นบ้านหรือผู้ที่รักษาโรคแบบพื้นบ้าน ที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ท่าน

##### 1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความละเอียดครอบคลุม ตอบคำถามและตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง และได้รับการไว้วางใจ ดังนั้นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1.3.1 การสำรวจพื้นที่วิจัย (Survey) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม พิธีกรรมต่างๆ ของหมอพื้นบ้าน เป็นต้น

**1.3.2 การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant Observation)** โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่หมอพื้นบ้านมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น รักษาคนไข้ ปรงยาหรือต้มยา เป็นต้น เพื่อเก็บข้อมูลด้วยการจดบันทึก ถ่ายภาพ บันทึกเสียง เพื่อจะได้นำมาใช้วิเคราะห์ต่อไป

**1.3.3 การสัมภาษณ์ (Interview)** โดยจะเน้นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) กับหมอพื้นบ้านผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับชาวบ้าน ขึ้นอยู่กับความสะดวกของชาวบ้าน ที่มารับการรักษา แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

ตอนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตอนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตอนที่ 4 การศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

**1.3.4 ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึก** ปริญญาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้

**1.3.5 ผู้วิจัยได้ส่งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว** เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เพื่อหาความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล (Validity) จำนวน 3 ท่าน คือ ดร.ประยงค์ ชูรักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ สังขภิญโญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวานถ นันทพิชัย พิจารณาเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

**1.3.6 ได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ**

**1.3.7 นำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล**

#### **1.4. การเก็บรวบรวมข้อมูล**

วิธีการเก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (In-depth interview) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant Observation) การสำรวจ (Survey) เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ แนวทางการสังเกตและแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของลักษณะทั่วไปของสภาพสังคมเศรษฐกิจ ความรู้ การศึกษา การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้าน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

**1.4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data)** เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสำรวจออกภาคสนาม สังเกตอย่างมีส่วนร่วม สัมภาษณ์หมอพื้นบ้าน ผู้สืบทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน และการสอบถามความคิดเห็นของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช (ผู้วิจัยจะสอบถามอย่างไร

เป็นทางการจากตัวอย่างหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อใช้เป็นข้อมูลเสริม) การสังเกตลงในพื้นที่ศึกษาของผู้ศึกษาข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลที่สำคัญรวมถึงแนวคิดและข้อเสนอแนะของหมอพื้นบ้านและกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้

ในส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามแบบสัมภาษณ์ที่ใช้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของหมอพื้นบ้าน เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และประสบการณ์ในการรักษาโรค สภาพการจัดการความรู้ เช่น มีเหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค มีการเรียนวิชาเพิ่มเติม และลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค และกระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้

**1.4.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data)** เป็นข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาทั้งเอกสารสิ่งพิมพ์ การทบทวนวรรณกรรม สถิติในรายงานต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน โดยมีบทความทางวิชาการและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษางานวิจัยครั้งนี้

**1.4.3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล** เข้าไปศึกษาข้อมูลแบบเจาะลึก โดยใช้เวลาในการไปหาหมอพื้นบ้านแต่ละท่าน 2-3 ครั้ง นานประมาณ 1 เดือน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ทำการศึกษา (Key Informants) สืบหาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้ได้ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่สำคัญ โดยพบปะหมอพื้นบ้านเพื่อแจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ หลังจากนั้นจึงทำการสำรวจข้อมูล สัมภาษณ์ สังเกต และการบันทึกภาพอีกทั้งทำการสังเกตสภาพความสัมพันธ์ของคนในชุมชน การใช้สมุนไพรในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านและกระบวนการรักษาโรคโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนาอย่างเป็นกันเอง ทั้งสนทนาตัวต่อตัวกับหมอพื้นบ้าน

#### **1.4.4 การบันทึกข้อมูล**

1) การใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต สืบหาที่มีคำถามตั้งไว้เป็นแนวทาง โดยทำการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึก การสัมภาษณ์จะใช้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อช่วยบันทึกข้อมูลและใช้กล้องถ่ายรูปช่วยบันทึกภาพที่เกี่ยวข้องไว้

2) นำข้อมูลที่บันทึกไว้มาสรุปในแต่ละวันในประเด็นสำคัญ ๆ ระหว่างการสนทนาแล้วทำการจัดหมวดหมู่ตามแนวคำถามที่ตั้งไว้

3) สัมภาษณ์เก็บข้อมูล โดยทำการสัมภาษณ์กับหมอพื้นบ้านจำนวน 10 คน โดยสนทนาเกี่ยวกับการจัดการความรู้ ได้แก่ การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการ

ความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเรียนรู้

4) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด จาก การสัมภาษณ์เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ต่อไป

### 1.5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยอาศัยวิธีการตามประเด็นที่ได้ ศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อหาคำตอบให้ได้ตรงตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการแยกหมวดหมู่แล้วแยกแยะหาความหมายและตีความ เพื่อหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้โดยได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงสภาพการจัดการความรู้ด้านการ ดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ในด้านต่างเช่น การบ่งชี้ ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบการประมวลกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเรียนรู้ และด้านอื่นๆ ที่ได้จากการศึกษา

เมื่อได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเสร็จแล้วจึงได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ บรรยายขยายความตามแนวคิดและข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ การนำเสนอรายงานการวิจัยครั้งนี้ แบ่ง ออกเป็น 5 บท คือ บทที่ 1 เกี่ยวกับบทนำ ความเป็นมา และ สภาพความสำคัญของปัญหา บทที่ 2 เป็นส่วนของแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง บทที่ 3 เป็นวิธีการดำเนินการวิจัย บทที่ 4 เป็นส่วนของ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และ บทที่ 5 เป็นส่วนสรุป อภิปราย และ ข้อเสนอแนะ

### 1.6 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

1.6.1 หมอพื้นบ้านที่ศึกษาตามสถานที่อยู่และสาขาที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียน ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน พบว่า สาขาเวชกรรมไทย จำนวน 9 คน สาขาเภสัชกรรมไทย จำนวน 4 คนและ สาขาผดุงครรภ์ไทย จำนวน 3 คน และหมอพื้นบ้านที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการ ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 จำนวน 3 สาขา มีจำนวน 3 คน(สาขาเวชกรรมไทย สาขา ผดุงครรภ์ไทยและสาขาเภสัชกรรมไทย)

1.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรและคุณลักษณะเฉพาะของหมอพื้นบ้าน พบว่า หมอพื้นบ้าน ใน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 คน ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และอาชีพหลัก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุป ผลได้ดังนี้

1) จำแนกตาม เพศ หมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8 คน และหมอ พื้นบ้าน เป็นเพศหญิงจำนวน 2 คน

2) จำแนกตาม อายุ หมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี จำนวน 3 คน รองลงมาหมอพื้นบ้าน อยู่ในช่วงอายุ 40-50 ปี 71-80 ปี และ 81 ขึ้น จำนวน 6 คน และหมอพื้นบ้าน อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 1 คน

3) จำแนกตาม สถานภาพ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 8 คน และหมอพื้นบ้านเป็นหม้าย จำนวน 2 คน

4) จำแนกตาม ระดับการศึกษา หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 คน และหมอพื้นบ้านจบมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา จำนวน 4 คน

5) จำแนกตาม ความสามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ มีจำนวน 10 คน

6) จำแนกตาม อาชีพหลัก หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 7 คน และหมอพื้นบ้าน มีอาชีพหลักเป็น หมอพื้นบ้านเป็นอาชีพ จำนวน 3 คน

7) จำแนกตาม ประสบการณ์ในการรักษาโรค หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มี ประสบการณ์ในการรักษาโรค 20-30 ปี และ 31-40 ปี จำนวน 6 คน และหมอพื้นบ้านที่มี ประสบการณ์ในการรักษาโรค 41-50 ปี และ 51 ปี ขึ้นไปจำนวน 4 คน

## 1.7 ส่วนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านประกอบด้วย เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค การเรียนวิชา เพิ่มเติมและลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรค จากการศึกษาพบว่า สภาพการจัดการ ความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ทั้ง 10 คน ตามลำดับรายละเอียดดังนี้

1) เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านทุกคนต่างคนก็มีเป้าหมาย ที่จะสืบทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญาของบรรพบุรุษและครูผู้ถ่ายทอดให้แต่ที่มาในการเป็นหมอพื้นบ้าน เหตุจูงใจสาเหตุที่ได้มาเป็นหมอพื้นบ้านนั้นอาจมีเหตุจูงใจที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันไป ตามสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ ภาวะสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยอื่นๆ ได้แก่

1. มีคนในครอบครัวเป็นหมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ ได้เห็นการรักษา ได้ติดตาม คลุกคลีตั้งแต่ยังเป็นเด็กทำให้เกิดการซึมซับสั่งสมประสบการณ์ในการเชี่ยวชาญรักษาคนไข้จนมีความ ตั้งใจอยากจะทำสืบทอดวิชาความรู้ การเป็นหมอพื้นบ้านต่อไป

2. มีคนในครอบครัวป่วยและมีความเชื่อและศรัทธาจากครูหมอพื้นบ้านหลังจาก การได้รับการรักษาของหมอพื้นบ้านให้กับญาติของตนเองจนหาย จึงเกิดความเชื่อมั่นศรัทธาในการ



รักษาของหมอฟันบ้านและเห็นว่าการรักษาแบบฟันบ้านสามารถเป็นที่พึงพิงของชาวบ้านในยามเจ็บป่วยได้จึงอยากสืบทอดการรักษาโรคแบบฟันบ้าน

3. ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นที่เจ็บไข้โดยพื้นฐานของชุมชนมักอยู่ด้วยความเกื้อกูลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิม และหมอฟันบ้านได้รับการสั่งสอนขัดเกลาอบรมบ่มนิสัยให้มีจิตใจเอื้อเฟื้อ มีความเมตตาและไม่เห็นแก่ลาภยศ ถึงแม้ว่าหมอฟันบ้านบางคนไม่มีบุคคลที่ใกล้ชิดหรือญาติเป็นหมอฟันบ้านมาก่อนแต่มีความสนใจอยากจะทำอยากจะช่วยเหลือคนที่เจ็บไข้ จึงแสวงหาหมอฟันบ้านที่มีความสามารถและฝากตัวเพื่อสืบทอดวิชา เมื่อเห็นว่าการแพทย์ฟันบ้านสามารถช่วยเหลือรักษาคนในชุมชนให้หายจากโรคร้ายไข้เจ็บได้จึงมีความสนใจ จึงอยากสืบทอดความรู้นี้ไว้เพื่อช่วยเหลือคนเจ็บไข้

2) แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค หมอฟันบ้านส่วนใหญ่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค โดยการเรียนรู้ของหมอฟันบ้านแต่ละคนมักจะมีผู้ที่ใกล้ชิด เช่น บิดามารดา ญาติ เป็นผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้อบรมขัดเกลาสั่งสอนให้แต่ก่อนที่ได้รับสืบทอดวิชาจากครูจะต้องได้รับการพิจารณาจากผู้ถ่ายทอดเห็นว่าเหมาะสมหรือไม่ โดยพิจารณาจากคุณสมบัติ เช่น มีความจำดี มีความสนใจ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ ที่จะสืบทอด อย่างแน่วแน่ เป็นผู้ที่มีจิตใจดีงามต้องการการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย เมื่อได้รับพิจารณาเห็นว่าเหมาะสมหรือสมควรกับการที่จะสืบทอดวิชาที่จะถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ โดยมีแหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรคดังนี้ หมอฟันบ้านส่วนใหญ่สืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ จากปู่ย่า ตายาย บิดามารดา เกิดจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาได้คลุกคลีอยู่กับการรักษาคนไข้ และได้รับการถ่ายทอดจากครูหมอที่เป็นหมอฟันบ้าน เกิดจากประสบการณ์ที่ได้ช่วยเหลือกับการรักษาคนไข้ เป็นผู้ช่วยเหลือหมอ และได้รับการถ่ายทอดจากครูที่เป็นเจ้าอาวาส จังหวัดนครศรีธรรมราช และสืบทอดองค์ความรู้มาจากครูที่เป็นหมอฟันบ้านมีความศรัทธาในการรักษาโรคจึงสนใจที่จะเรียนรู้ละสืบทอดองค์ความรู้

3) การเรียนวิชาเพิ่มเติม ในการเรียนวิชาเพิ่มเติม หมอฟันบ้านบางท่านได้เรียนวิชาเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบถึงแม้ว่าหมอจะได้รับสืบทอดองค์ความรู้ด้านการรักษาแบบฟันบ้านมาจากบรรพบุรุษ จากครูที่เป็นหมอฟันบ้านมาก่อนแล้วแต่ก็มีความสนใจที่จะเรียนวิชาเพิ่มเติมจากสมาคมการแพทย์แผนไทย เพื่อขอใบประกอบโรคศิลปะเพื่อใช้ในการประกอบอาชีพการเรียนรู้อีกเพิ่มเติมในระบบนี้ทางสมาคมการแพทย์แผนไทยเป็นผู้กำหนดหลักสูตรในการเรียนรวมทั้งในการกำหนดระยะเวลา

4) ลักษณะการจัดเก็บความรู้หมอฟันบ้านส่วนใหญ่จะไม่ค่อยได้จดบันทึกตำราเป็นลายลักษณ์อักษร จะมีหมอฟันบ้านเพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่ได้จดบันทึกความรู้ของตนเอง นอกเหนือจากตำราที่มีตำราของครูบาอาจารย์ ซึ่งเป็นตำราสภาพเก่ามากแล้วแต่ก็มีหมอฟันบ้านส่วนใหญ่ที่ไม่ได้



จดบันทึกความรู้ของตนเองไว้เป็นตำราเก็บไว้เลย และมักจะใช้วิธีการจดจำเสมือนเป็นการบันทึกแทนตัวหนังสือ

1. มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมาที่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรที่ใช้ในการรักษาโรค หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ที่มีตำราที่ได้รับการสืบทอดมาจากครูผู้ถ่ายทอด มีการจัดเก็บตำรายาสมุนไพร จดบันทึกไว้ในใบลาน กระดาษสา หมอส่วนใหญ่มีตำราที่สืบทอดมาจากครูบาอาจารย์ และได้บันทึกตำราในการรักษาที่มีการจัดเก็บตำราเหล่านั้นไว้เป็นอย่างดี บนหิ้งบูชาครู บ้างก็มีความซำรดุไปบ้างตามกาลเวลา

2. ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง หมอพื้นบ้านไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง ซึ่งเป็นความรู้ฝังลึกที่อยู่ในตัวหมอเองซึ่งอยากที่จะอธิบายได้

### 1.8 ส่วนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

การศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการจัดกระบวนการจัดการความรู้โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนของ สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (2448:5) ประกอบด้วย 1.การบ่งชี้ความรู้ 2. การสร้างและแสวงหาความรู้ 3.การจัดความรู้ให้เป็นระบบ 4.การประมวลและกลั่นกรองความรู้ 5. การเข้าถึงความรู้ 6.การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ 7.การเรียนรู้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกหมอพื้นบ้านจำนวน 10 คน มีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านการบ่งชี้ความรู้พบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาโรค กระดูกหัก เคลื่อน หรือหลุด บิบนวดรักษาโดยใช้สมุนไพร โรค ประสาท-เส้น ข้อติด ข้อลื้อก ชาติปลายมือปลายเท้าและโรคทั่วไป และหมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาโรคโลหิตสตรี ต่อมลูกหมาก โรกระบบสืบพันธุ์สตรี ฝี่ต่างๆ ส่วนหมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาโรคชาง ในเด็ก โดยใช้สมุนไพรหลายชนิด และ โรคงูกัด งูสวัด แผลเรื้อรัง ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แผล เบาหวาน และโรคทั่วไป จะเห็นได้ว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาผู้ป่วย มากกว่า 1 สาขา รูปแบบของการรักษาของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นแบบผสมผสาน เช่น การเป่า มนต์ เป่าคาถา ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร และ การใช้คาถาร่วมกับน้ำมันสำหรับผู้ป่วยกระดูกหัก การเป่ารักษาแผลงูสวัดร่วมกับสมุนไพรเป็นต้น

2) ด้านการสร้างและแสวงหาความรู้ พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีการสืบทอด ความรู้มาจากบรรพบุรุษ มีความรู้พื้นฐานเดิมในการรักษาโรคการรักษาโรคโดยใช้สมุนไพร เป็นความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษในการสืบทอดองค์ความรู้ โดยอาศัยการได้รู้ได้

เห็นการรักษา และหมอบางคนได้รับสืบทอดองค์ความรู้จากครูที่เป็นหมอพื้นบ้านที่ประสบการณ์ในเรื่องของการรักษาโรค หมอพื้นบ้านบางคนยังมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในรูปแบบอื่น เช่น ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมการแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตามความรู้ที่มีอยู่เหล่านั้นยังไม่เพียงพอเนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าไปมากหมอพื้นบ้านต้องมีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นในการรักษาโรคเพื่อให้ทันยุคสมัยปัจจุบันจากแหล่งต่างๆทั้งภายในและภายนอก เข้าร่วมฟังคำบรรยาย พูดคุยแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายหมอพื้นบ้านการอบรม จากหน่วยงานต่างๆ เช่น ตามสถาน โรงพยาบาล จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมจากตำราแผนปัจจุบันต่างๆและนำความรู้เหล่านั้นมาผสมผสานกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ซึ่งหมอพื้นบ้านกล่าวว่า

“ไม่ใช่ที่เราสืบทอดความรู้มาอย่างไรต้องสืบทอดอย่างนั้นทุกสิ่งทุกอย่างต้องมีการเปลี่ยนแปลงต้องมีการพัฒนาให้เข้ากับยุคสมัย”

ความรู้ที่ได้มาส่วนใหญ่ของหมอพื้นบ้านเป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริง จากเกิดจากวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ประเพณี และสิ่งแวดล้อม อาศัย การท่องจำ การสังเกต ลองผิดลองถูก เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์โดยตรง สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ส่วนการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เกิดจากการอบรม ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมการแพทย์แผนไทย ศึกษาตำราสมัยใหม่ แลกเปลี่ยน การสร้างและแสวงหาความรู้ใหม่เพื่อนำมาต่อยอดกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ปรับเปลี่ยน ประยุกต์ใช้วิธีการรักษา กับแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แบบดั้งเดิม

3) ด้านการจัดการความรู้ให้เป็นระบบ พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีการบันทึกตำราในการรักษาเป็นของตนเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนแต่อาศัยอยู่ในความทรงจำ ของตนเอง แต่มี ตำรายาที่สืบทอดกันมา จะเป็นของครูบาอาจารย์ มีการจัดเก็บเป็นลายลักษณ์อักษร การจัดเก็บไว้บนหิ้งบูชา บ้างก็มีสภาพชำรุด และไม่มีการบันทึกประวัติการรักษา ในการรักษาโรคของหมอส่วนใหญ่จะวินิจฉัยตามอาการของคนไข้ที่มารักษา จัดยาตามอาการของโรค หมอบางท่านมีการจัดเก็บบันทึกตำราของกลุ่มมือครู และบันทึกตำราในการรักษาของตัวเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และมีการบันทึกประวัติผู้ป่วยที่มารับการเพื่อการติดตามผลการรักษา

4) ด้านการประมวลถ่องความรู้ พบว่า การประมวลถ่องความรู้ของหมอนั้นยังขาดความชัดเจน เนื่องจากความรู้ส่วนใหญ่เป็นความรู้แบบฝังลึก(Tacit Knowledge) มักจะอยู่ในความทรงจำของหมอพื้นบ้าน ไม่มีการถอดตำราจากคู่มือครูซึ่งสืบทอดมาอย่างไรก็เก็บไว้เท่านั้น เนื่องจากความรู้ของหมออาศัยประสบการณ์และอยู่ในความทรงจำ และหมอส่วนหนึ่งได้มีการถอดตำราจากคู่มือครูเพื่อให้อยู่ในภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อถ่ายทอดให้แก่ผู้ที่สนใจที่จะสืบทอดต่อไปในอนาคต ได้จัดทำเอกสารสมุนไพรเพื่อเผยแพร่และการร่วมสร้างหลักสูตร โรงเรียน เนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนหนึ่งเป็นครูภูมิปัญญาไทย ด้านการแพทย์แผนไทย ศูนย์การแพทย์แผน

ไทย วัดศาลามีชัย เพื่อสืบสานภูมิปัญญาไทยในการรักษาโรค เพื่อช่วยเหลือชุมชน ในยามเจ็บป่วย หมอพื้นบ้าน ได้มีการบันทึกประวัติของคนไข้ที่เข้ามารับการรักษาเพื่อติดตามประเมินผลการรักษา

5) ด้านการเข้าถึงความรู้ พบว่าหมอพื้นบ้านได้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างหมอพื้นบ้านกับสมาคมแพทย์แผนไทย ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุขหมอนเวียนไปตามสถานที่ต่างๆ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และได้มีการพูดคุยกับเพื่อนหมอด้วยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับส่วนงานราชการ การต่างๆเข้าร่วมอบรมสัมมนาพัฒนาศักยภาพของแพทย์แผนไทย ส่วนหมอพื้นบ้านบางท่านไม่มีการเชื่อมโยงเพราะว่าหมอพื้นบ้านมีความชราภาพแล้ว

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่ได้เข้าถึงความรู้ในการรักษาของหมอ จากการบอกต่อจากคนที่ไปรับการรักษาโรคแล้วหาย จะเห็นได้ว่าช่องทางของผู้ที่มารับการรักษาได้เข้าถึงความรู้โดยการบอกต่อมากกว่าการเข้าถึงความรู้ที่อยู่ในรูปแบบอื่น เนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาและมีอายุมาก ไม่มีความรู้ในด้านเทคโนโลยีและการผลิตสื่อต่างๆ เช่นตำรา คู่มือ เป็นต้น ซึ่งทำให้ยากที่จะเข้าถึงยากที่จะเผยแพร่ความรู้ในการรักษาให้คนทั่วไปทราบและเข้าถึงความรู้ในการรักษาโรค นอกจากหน่วยงานราชการต่างๆที่เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในด้านนี้

การเข้าถึงความรู้ของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นการเข้าถึงความรู้ของหมอเอง จากการอบรม แลกเปลี่ยน เพื่อมาพัฒนาความรู้เดิมที่หมอมืออยู่ และการเข้าถึงความรู้ของผู้มารับการรักษาโดยการผ่านช่องทางต่างๆที่ทำให้ทราบว่ามีการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน

6) ด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนรู้ พบว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน มี 4 แบบคือ 1. ถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานและญาติพี่น้อง 2. ถ่ายทอดให้ผู้อื่นที่ขอตัวเป็นศิษย์ 3. ถ่ายทอดให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย และ 4. เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้

1. ถ่ายทอดให้กับลูกหลานและญาติพี่น้อง
2. ถ่ายทอดให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่เป็นลูกหลานที่มาขอเป็นศิษย์ ซึ่งการถ่ายทอดทั้ง 2 วิธีนี้จะต้องมีพิธีกรรมมอบตัวเป็นศิษย์มีการยกครูไหว้ครูในการถ่ายทอดให้ผู้รับการสืบทอดโดยการฝึกฝน ท่องจำ โดยการฝึกปฏิบัติจริงให้เป็นผู้ช่วยหมอในการรักษาผู้ป่วย สอนให้รู้จักตัวยา และการใช้สมุนไพรต่างๆในการรักษาโรคแต่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ยังไม่มีลูกหลานสืบทอดเนื่องจากลูกหลานไม่ค่อยจะสนใจและคิดว่าการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านเห็นผลช้าและค่าตอบแทนน้อย ซึ่งการสืบทอดการเป็นหมอพื้นบ้านที่ได้รับสืบทอดจากครูคนเดิมมิให้เรียกร้องในการรักษาเป็นการรักษาโดยการช่วยเหลืออนุเคราะห์ไม่เห็นแก่ลาภยศเงินทอง ดังที่หมอพื้นบ้านได้กล่าวไว้ว่า

“การถ่ายทอดวิชาหมอพื้นบ้าน การรับศิษย์ของหมอเพื่อสานต่อวิชานั้นเป็นใครก็ได้ที่จะมารับการถ่ายทอด แต่การสืบทอดในการรักษาในเมื่อผู้ที่รับสืบทอดมาโดยไม่เรียกร้องค่า

รักษาคนที่รับสืบทอดต่อไปก็ไม่มีกรเรียนกรรองในการรักษา ใครอยากเรียนก็จะสอนให้ โดยมีข้อแม้เพียงว่า คนที่เรียนจะต้องไม่เห็นแก่ตัว เรียนด้วยความศรัทธา และรักษาผู้ป่วยด้วยความจริงใจ”

3. การถ่ายทอดให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ในลักษณะให้คำแนะนำข้อปฏิบัติตนในการรักษา ในขณะที่มารับการรักษา เช่น การงของแสดงต่างๆ

4. เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับเชิญให้ไปเป็นวิทยากรในการถ่ายทอดความรู้ให้กับ โรงพยาบาล สถาบันการศึกษาต่างๆที่เปิดทำการเรียนการสอนในสาขาการแพทย์แผนไทย ถ่ายทอดให้กับนักเรียน ร่วมสร้างหลักสูตรโรงเรียนเพื่อเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเอาไว้ และเป็นครูภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย เป็นการถ่ายทอดให้กับผู้ที่สนใจจะศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยเพื่อสอบขอใบประกอบโรคศิลปะในสาขาต่างๆ เช่น สาขาเภสัชกรรมไทย สาขาเวชกรรมไทย และผดุงครรภ์ไทย การถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่มผู้สนใจที่เข้ารับการอบรม เช่น ถ่ายทอดให้แก่ ผู้ต้องขังหญิง ในเรือนจำกลางจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่กำลังจะพ้นโทษเพื่อให้ผู้ต้องขังเหล่านั้นสามารถไปประกอบอาชีพได้หลังจากพ้น โทษ ซึ่งมีวิธีในการถ่ายทอดความรู้ของหมอโดยการแนะนำวิธีการ การสาธิต ทำให้ดู เช่น การนวดไทย การทำลูกประคบจากสมุนไพร เป็นต้น มีการอบรมและแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านการดูแลและรักษาสุขภาพกับสมาคมแพทย์แผนไทยที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหมอพื้นบ้านได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้ที่สนใจทั่วไปโดยมีความยินดีที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความยินดีและมีความภาคภูมิใจที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้รับการสืบทอดมา ส่วนหมอพื้นบ้านไม่มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากหมออายุมากแล้วทำให้ไม่สะดวกที่จะเข้าไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผู้สืบทอดองค์ความรู้ของหมอยังไม่ชัดเจนเนื่องจากขาดลูกหลานที่จะสืบทอดขาดความสนใจเรื่องการรักษาแบบการแพทย์พื้นบ้านลดน้อยลงทำให้รูปแบบการถ่ายทอดของหมอพื้นบ้านเปลี่ยนไปจากการถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานกลายมาเป็นวิทยากรในการถ่ายทอด มีการถ่ายทอดเป็นหมู่คณะมากกว่าถ่ายทอดให้ลูกศิษย์ตัวต่อตัวหรือถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานและญาติ

7) ด้านการเรียนรู้ พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีการเรียนรู้และได้นำความรู้ไปใช้ในการรักษาโรค รวมทั้งพัฒนารูปแบบวิธีการต่างๆในการรักษาโรคไปใช้ในการปฏิบัติตนและการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้สมุนไพรเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ทางด้านสมุนไพรครบวงจร สำหรับคนสนใจทั่วไปจะศึกษา มีการพัฒนาประดิษฐ์คิดค้นอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ประกอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น การประดิษฐ์รางไม้เพื่อแก้ปัญหาอาการบาดเจ็บของกระดูก กระดูกเคลื่อน หลังจากการตกแต่งให้เข้าที่เพื่อเป็นการควบคุมการเคลื่อนไหวในส่วนที่บาดเจ็บเพื่อให้กระดูกเข้าที่และหายเร็วขึ้น การเข้าเฝือกพิธี

ประดิษฐ์มาจากท่อพีวีซี เป็นอุปกรณ์ใช้รักษากระดูกหักบริเวณข้อต่อ เช่น ข้อเท้า นิ้วมือ นิ้วเท้า ซึ่งจากเดิมการเข้าเฝือกนิยมนจะใช้ฝือกไม้ไผ่ซึ่งหาได้ในชุมชนท้องถิ่นแต่มีจุดอ่อนคือไม้ไผ่ไม่สามารถตัดให้เข้ารูปกับสรีระของผู้ป่วยได้ ซึ่งผิดกับท่อ พีวีซี ข้อดีของการใช้ฝือกที่ทำจากท่อพีวีซี สามารถใช้ความร้อนตัดให้โค้งงอเข้ารูปตามลักษณะการบาดเจ็บตามส่วนต่างๆของสรีระได้ และสะดวกและหาซื้อง่ายตามร้านขายวัสดุก่อสร้างทั่วไป มีการประยุกต์ใช้เครื่องมือแพทย์สมัยใหม่มาใช้ร่วมในการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้หูฟัง โปรทวดใช้ การใช้ ผ้าก๊อต ผ้ายืด ฯลฯ อุปกรณ์ใช้กระชับกล้ามเนื้อและกระดูก การใช้อุปกรณ์ทำแผล เช่น ยาฆ่าเชื้อต่างๆมาใช้ในการการรักษาแผลงูกัด การสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่างๆ การทำลูกประคบ การนำแคปซูลมาบรรจุยาสมุนไพรให้น่าสนใจ จะเห็นได้ว่าหมอพื้นบ้านมีการพัฒนาที่หยุดนิ่งและไม่ปิดกั้นการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งหมอบอกว่าเราสามารถประยุกต์ใช้เข้ากันได้เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาอีกทางหนึ่งเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ที่มารับการรักษาซึ่งหมอบอกว่าไม่ใช่เราสืบทอดมาอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างนั้นจะต้องยอมรับและเปลี่ยนแปลง ให้เข้าทันยุคทันสมัยกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

#### 1.9 ส่วนที่ 4 การศึกษาปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษานี้ ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่เห็นได้ชัดเจนต่อปัญหาอุปสรรคต่อการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน ดังนี้

1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน ในการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ยินดีที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่ความพร้อมในด้านเวลายังเป็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ เพราะหมอพื้นบ้านส่วนมากก็ต้องดำรงวิถีชีวิตไม่ต่างจากชาวบ้านทั่วไป ยังต้องทำมาหากินเลี้ยงชีพ มีหน้าที่ประจำของแต่ละคน การประชุมรวมกลุ่มหมอพื้นบ้านในชุมชนจึงเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก เพื่อที่จะให้หมอพื้นบ้านทุกคนจะอยู่พร้อมร่วมกัน

2) ขาดความร่วมมือจากชาวบ้าน เยาวชน คนรุ่นใหม่ ที่ยังไม่เห็นคุณค่าความสำคัญด้านการแพทย์พื้นบ้านเท่าที่ควร เนื่องจากคิดว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นการรักษาที่ทำให้เห็นผลช้าไม่ทันใจในยุคปัจจุบัน เรียนรู้ไปก็ไม่สามารถนำมาเป็นอาชีพที่ทำให้ผลตอบแทนสูงได้

3) สื่อการสอน ตำรายังไม่เพียงพอ ถึงแม้หมอพื้นบ้านทุกคนมีความสามารถในการถ่ายทอด แต่เพื่อสะดวกต่อการศึกษา และเข้าใจให้ถึงหลักของหมอพื้นบ้าน เอกสาร ตำราจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการเรียนรู้ในปัจจุบัน และตำราที่มีอยู่ส่วนมาเป็นภาษาบาลี ซึ่งมีชาวบ้านน้อยคนนักที่จะอ่านได้ รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษา และผลิตยาสมุนไพร ที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นเพียงพอกับการใช้สอยของหมอพื้นบ้านเท่านั้น



4) ขาดบุคลากรเจ้าหน้าที่ของรัฐ ที่มีประสบการณ์ความชำนาญ ทั้งในเรื่องความรู้ด้านการขยายพันธุ์สมุนไพรรวมทั้ง การสำรวจจำนวนบุคลากรหมอฟันบ้านที่มีอยู่ในชุมชน มีบางครั้งที่ได้เชิญหมอฟันบ้านในชุมชนบางคนให้ไปอบรมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องของการใช้สมุนไพร แต่ยังคงขาดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปลูกหรือขยายพันธุ์พืชสมุนไพรในชุมชน และให้แนวทางการดำเนินงานจัดตั้งกลุ่มหมอฟันบ้านในชุมชน

5) การสนับสนุนด้านงบประมาณ ยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ขาดทิศทางทั้งในด้านการประสานงาน การอบรม การถ่ายทอด การจัดสรรงบประมาณในการใช้จ่าย การเผยแพร่ของภูมิปัญญาของหมอฟันบ้าน

## 2.อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่อง “การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ” ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและนำมาอภิปรายในประเด็นดังต่อไปนี้

การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของหมอฟันบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หมอฟันบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และ หมอฟันบ้านที่ได้รับการรับรองขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช สาขาเวชกรรมไทย สาขาเภสัชกรรมไทย และสาขาผดุงครรภ์ไทย อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี และมีสถานภาพสมรส หมอฟันบ้านส่วนใหญ่จบการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาสามารถอ่านและเขียนได้ ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีประสบการณ์ในการรักษาโรค 31-40 ปี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ พิสิษฐ์ บุญไชย (2545) ที่ได้สรุปคุณสมบัติของหมอสุนัขไพรรวมไว้ว่า ส่วนใหญ่หมอฟันบ้านจะเป็นเพศชายที่ผ่านการบวชเรียนแล้วและหมอฟันบ้านส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรคือทำนา เมื่อหมอฟันบ้านเรียนจบชั้นประถมแล้วก็จะออกมาทำมาหาเลี้ยงชีพโดยยึดเกษตรกรเป็นอาชีพหลัก

การศึกษาสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน พบว่า หมอฟันบ้าน มีเหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอฟันบ้านคือมีคนในครอบครัวป่วยจึงมีความสนใจด้านนี้อยากช่วยเหลือผู้อื่นและความศรัทธาในการรักษาจากผู้ถ่ายทอดความรู้(พระ) และ แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค คือ หมอฟันบ้านสืบทอดองค์ความรู้มาจากบรรพบุรุษ สืบทอดองค์ความรู้มาจากครูที่เป็นหมอฟันบ้านและได้เรียนเพิ่มเติมจากสมาคมแพทย์แผนไทยวัดศาลามีชัย/วัดโคกธาตุ ลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษาโรคคือหมอฟันบ้านมีตำราที่ได้รับการสืบทอดมาและไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแต่อยู่ในความทรงจำของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีวรรณ ทับทอง (2549) ได้ศึกษาเรื่อง การจัดการความรู้ของหมอฟันบ้านจังหวัด



เชิงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านมีที่มาของความรู้ที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษในด้านของ กระบวนการจัดการความรู้พบว่ามีขั้นตอนดังนี้ 1.การแสวงหาความรู้ หมอพื้นบ้านมีการแสวงหา ความรู้หลายวิธี ซึ่งส่วนมากสืบทอดความรู้จากบรรพบุรุษ หรือมีการแสวงหาจากตำรา รวมถึงการ สอบถามผู้รู้ ครูพักลักจำ จึงเป็นความรู้ที่ซึมซับอยู่ในตัว 2. การนำความรู้ไปใช้ หมอพื้นบ้านมีวิธี หลายวิธีผสมผสานกันทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ สภาพการเจ็บป่วยทำให้เกิดการเทียบเคียง วิเคราะห์โรค การลองถูกลองผิด ประยุกต์พลิกแพลง 3.การถ่ายทอดความรู้ ไม่มีการถ่ายทอดความรู้ อย่างเป็นระบบชัดเจน เพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ขาดผู้สนใจ นอกจากนี้ยังพบว่าการเข้า ร่วมในเครือข่ายพื้นบ้านนั้นเกิดจากความสนใจที่เข้าร่วมกิจกรรมในเครือข่ายทำให้สามารถ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มจนสามารถเพิ่มพูนความรู้และมีการต่อยอดความรู้ได้

การศึกษาสภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับการปลูกฝังเจตคติ ความเชื่อ และองค์ความรู้ในการรักษาจากญาติพี่น้อง บรรพบุรุษให้ปฏิบัติสืบทอดกันต่อไป โดยมีพื้นฐานทางจิตใจที่ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นให้หาย จากอาการเจ็บป่วยและต้องเป็นผู้มีสติปัญญาดี มีไหวพริบ ฉลาด จึงจะสามารถจดจำตำรายา สังเกต อาการของโรคและจ่ายยาให้ถูกต้องกับโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ของแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญญา ทวีทรัพย์เจริญ (2539) ได้กล่าวถึงกระบวนการที่จะเป็นหมอ พื้นบ้านว่าต้องมีการคัดตัวศิษย์จากบุคคลภายในครอบครัวแต่อยู่บนพื้นฐานของคุณสมบัติที่ เหมาะสม และความรู้ที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้านนั้นส่วนใหญ่จะไม่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยหมอพื้นบ้านให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าไม่ต้องการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อและเป็นคำของ ครูอาจารย์ที่ได้สั่งไว้และหากไม่ปฏิบัติตามจะเกิดภัยกับตัวหมอพื้นบ้านเอง และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะไม่มีการไปอบรมความรู้เพิ่มเติม เนื่องจากอาศัยประสบการณ์ในการรักษาคนไข้ถือเป็นการ พัฒนาความรู้ของตัวหมอพื้นบ้านจากการสัมผัสกับหมอพื้นบ้านที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

การศึกษากระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านผู้ ศึกษาจึงได้ดำเนินการจัดกระบวนการจัดการความรู้โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ดังนี้

ด้านการบ่งชี้ความรู้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาโรคกระดูกหัก เคลื่อน หรือหูดบิบนวดรักษาโดยการใช้สมุนไพร โรค ประสาท-เส้น ข้อติด ข้อลื้อค ชาปลายมือ ปลายเท้าและโรคทั่วไปและหมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาโรคโลหิตสตรี ต่อมลูกหมาก โรคระบบสืบพันธุ์สตรี ฝีต่างๆ หมอพื้นบ้านมีความชำนาญในการรักษาโรคชางในเด็กโดยใช้ สมุนไพรหลายชนิด และโรคงูกัด งูสวัด แผลเรื้อรัง ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แผลเบาหวาน และโรค ทั่วไป จะเห็นได้ว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความชำนาญในการรักษาผู้ป่วย มากกว่า 1 สาขา

รูปแบบของการรักษาของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นแบบผสมผสาน เช่น การเป่ามนต์ เป่าคาถาร่วมกับการใช้ยาสมุนไพร และการใช้คาถาร่วมกับน้ำมันสำหรับผู้ป่วยกระดูกหัก การเป่ารักษาแผลงูสวัดร่วมกับสมุนไพรเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริพันธ์ รุ่งวิชานีวัฒน์ (2552) ได้รวบรวมสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษา อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 36 คน และศาสนาพุทธจำนวน 35 คน มีอายุ 71 ปีขึ้นไป จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและอาชีพเสริมคือการทำนา ทำสวน องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้จากการสืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ โรคที่รักษาโดยหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารระบบทางเดินหายใจระบบทางเดินปัสสาวะโรคผิวหนังและอื่นๆอย่างไรก็ตามหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นหมอที่รักษาโรคเจ็บป่วยธรรมดาทั่วไป เช่น อาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก โรคเรื้อรัง โรคงูสวัด ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่ประมาณ 5-7 วัน ค่ารักษาส่วนใหญ่เป็นค่ายกครู และค่าสมนาคุณเมื่อหายใจจากโรคนั้นๆ สมุนไพรที่หมอพื้นบ้านใช้ในการรักษาโรค 106 ชนิด ลักษณะของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษามีหลายรูปแบบ อาทิ ยาผง ยาลูกกลอน น้ำมันสกัด ยาพอก ยาหม้อหรือยาต้ม และการประคบ

ด้านการสร้างและแสวงหาความรู้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีการสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษและได้รับสืบทอดองค์ความรู้จากครูที่เป็นหมอพื้นบ้าน มีความรู้พื้นฐานเดิมในการรักษาโรค การใช้สมุนไพร การสืบทอดองค์ความรู้โดยอาศัยการได้รู้ได้เห็นการรักษาหมอพื้นบ้าน จาก การ สังกัด จากการท่องเที่ยวเป็นผู้ช่วยหมอในเวลาที่มิคนไข้มารับการรักษาหมอบางคนยังมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในรูปแบบอื่น เช่น ศึกษาเพิ่มเติมจากสมาคมการแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตามความรู้ที่มีอยู่เหล่านั้นยังไม่เพียงพอเนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าไปมากหมอพื้นบ้านต้องมีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นในการรักษาโรคเพื่อให้ทันยุคสมัยปัจจุบันจากแหล่งต่างๆทั้งภายในและภายนอก เข้าร่วมฟังคำบรรยาย พูดคุยแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายหมอพื้นบ้าน การอบรม จากหน่วยงานต่างๆเช่นตามสถาน โรงพยาบาล จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมจากตำราแผนปัจจุบันต่างๆและนำความรู้เหล่านั้นมาผสมผสานกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระวีระชาติ เตชวณฺโณ (บุญทา) (2552) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านหมอพื้นบ้านในชุมชนบ้านปง ตำบลอินทิล อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ในชุมชนบ้านปงมีหมอพื้นบ้านเป็นที่พึ่งพิงของชาวบ้านในยามที่เจ็บไข้มาตั้งแต่อดีต ในการกระบวนการเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ผู้สืบทอดส่วนใหญ่มักรับถ่ายทอดความรู้จากบิดา ญาติ หรือผู้ที่ใกล้ชิด และอีกส่วนหนึ่งก็ได้รับถ่ายทอดจากหมอพื้นบ้านทั้งในชุมชนและนอกชุมชน ในกระบวนการสืบทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในชุมชนบ้านปง

ความรู้และทักษะส่วนใหญ่ได้จากการบอกเล่าและศึกษาจากประสบการณ์ของครูผู้ถ่ายทอด และความรู้อีกส่วนหนึ่งได้จากตำราของครูแต่ละท่าน ซึ่งสามารถแยกประเภทหลัก ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

- 1) การเรียนรู้ทางด้านสมุนไพร
- 2) การเรียนรู้ทางด้านคาถาอาคม

ปัจจุบันการรักษาของหมอพื้นบ้านยังคงเป็นทางเลือกในการเยียวยาของชาวบ้านต่อไปตราบเท่าอายุขัยของหมอพื้นบ้านแต่ในกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านอาจจะต้องสิ้นสุดลงเนื่องจากขาดผู้ที่เข้ามารับการถ่ายทอดการรักษาโรคแบบหมอพื้นบ้านทั้งนี้เนื่องจากโรคหลายอย่างชาวบ้านจะหันไปใช้บริการจากการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้นในอนาคตหมอพื้นบ้านในชุมชนบ้านปางอาจลดลง หากยังขาดการอนุรักษ์ สืบสานภูมิปัญญาที่มีค่านี้ไว้

ด้านการจัดการความรู้ให้เป็นระบบ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่มีการบันทึกตำราในการรักษาเป็นของตนเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนแต่อาศัยอยู่ในความทรงจำ ของตนเอง แต่มีตำรายาที่สืบทอดกันมา จะเป็นของครูบาอาจารย์ มีการจัดเก็บเป็นลายลักษณ์อักษร การจัดเก็บไว้บนหิ้งบูชา ในการรักษาจะวินิจฉัยตามอาการของคนไข้ที่มาปรึกษา จัดยาตามอาการ โรคหมอ ไม่มี การบันทึกประวัติการรักษา หมอบางท่านมีการจัดเก็บบันทึกตำราของคู่มือครูและตำราของตัวเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรจัดเก็บความรู้ไว้อย่างชัดเจน และมีการบันทึกประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ สุจิตรา วิจิตร (2550) ได้ศึกษาเรื่อง องค์กรชุมชนที่มีการจัดการความรู้และกระบวนการเรียนรู้ : กรณีศึกษา ศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่าการจัดการความรู้ของศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงเป็นการนำความรู้ต่างๆที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชนและความรู้จากภายนอกชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชาวชุมชนในการสร้างอาชีพเสริม กระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย การสำรวจและกำหนดสิ่งที่ต้องเรียนรู้ทำให้ทราบว่าชุมชนมีความรู้ในเรื่องใดบ้างและใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และวางแผนการแสวงหาความรู้ ได้จากแหล่งความรู้ภายในและภายนอกชุมชนและความรู้ทางด้านวิชาการของนักวิชาการการศึกษาคุณงานที่ชุมชนอื่นๆ รวมทั้งองค์กรชุมชนอื่นๆ ที่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ การสร้างความรู้ เป็นการรวบรวมความรู้ที่ได้จากการแสวงหา มาจัดทำเป็นหลักสูตรการฝึกอบรม การถ่ายทอดและแบ่งปันความรู้ ผ่านกิจกรรมต่างๆ และดำเนินการในรูปแบบศูนย์เรียนรู้ ถือเป็นคลังความรู้หรือแหล่งรวบรวมความรู้ในด้านต่างๆเพื่อให้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงความรู้ได้อย่างสะดวกศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงได้อาศัยปัจจัยต่างๆในการเอื้อหรือสนับสนุนต่อการดำเนินกิจกรรม ซึ่งปัจจัยภายใน ได้แก่ โครงสร้างของศูนย์ฯ ด้านระบบการถ่ายทอดความรู้ของศูนย์ฯ ผู้นำชุมชนและคณะทำงานของศูนย์ฯ ด้านการเงิน วัสดุอุปกรณ์ การจัดการ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านนโยบาย จากการจัดการความรู้ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงขึ้นทำให้ศูนย์ศึกษา

และพัฒนาชุมชนไม่เรียงได้มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยการถ่ายทอดความรู้ให้กับชาวชุมชนด้วยรูปแบบของศูนย์เรียนรู้และจากกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวได้นำไปสู่การเรียนรู้ของชาวชุมชนแนวทางการพัฒนาองค์กรชุมชนจากบทเรียนของกรณีศึกษาศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงควรส่งเสริมให้ชาวชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างๆขั้นตอนของศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงเพื่อให้ชาวชุมชนเกิดการรับรู้และตระหนักรวมทั้งเข้าใจในการดำเนินการต่างๆของศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม่เรียงมากขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอนการประเมินผลหรือสรุปบทเรียนต่างๆ

ด้านการประมวลกลั่นกรองความรู้ หมอพื้นบ้านยังขาดความชัดเจน เนื่องจากความรู้ส่วนใหญ่เป็นความรู้แบบฝังลึก มักจะอยู่ในความทรงจำของหมอพื้นบ้านไม่มีการถอดตำราจากคู่มือครูซึ่งสืบทอดมาอย่างไรก็เก็บไว้อย่างนั้น เนื่องจากความรู้ของหมออาศัยประสบการณ์และอยู่ในความทรงจำ และหมอส่วนหนึ่งได้มีการถอดตำราจากคู่มือครูเพื่อให้อยู่ในภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อถ่ายทอดให้แก่ผู้ที่สนใจที่จะสืบทอดต่อไปในอนาคต ได้จัดทำเอกสารสมุนไพรเพื่อเผยแพร่และการร่วมสร้างหลักสูตรโรงเรียนเนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนหนึ่งเป็นครูภูมิปัญญาไทย ด้านการแพทย์แผนไทย ศูนย์การแพทย์แผนไทย วัดศาลามีชัย เพื่อสืบสานภูมิปัญญาไทยในการรักษาโรค เพื่อช่วยเหลือชุมชน ในยามเจ็บป่วย หมอพื้นบ้านได้มีการบันทึกประวัติของคนไข้ที่เข้ามารับการรักษาเพื่อติดตามประเมินผลการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชณี จันทรเกษ สุพัตรา สันทนานุการ และคณะ(2548) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับบทเรียนการจัดการ” ผลการวิจัยพบว่า การขาดแคลนผู้รับการถ่ายทอดความรู้จากหมอสมุนไพร โดยหมอสมุนไพรได้สะท้อนให้เห็นว่ามีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการคือ หนึ่ง ผู้ที่จะเป็นหมอสมุนไพรได้นั้นมิใช่เป็นผู้ที่มีความรู้การรักษาการใช้สมุนไพรเท่านั้นแต่หมอสมุนไพรต้องมีเกณฑ์ปฏิบัติหรือข้อยึดถือที่ประกอบด้วยหลักศีลธรรมรวมทั้งมีข้อห้ามจำนวนมากซึ่งทำให้ผู้ที่รับการถ่ายทอดหวันเกรงว่าตนเองจะไม่สามารถปฏิบัติได้ สอง การรักษาแบบพื้นบ้านต้องไม่ทำการรักษาเพื่อหวังผลกำไรสิ่งที่หมอสมุนไพรยึดถือ คือ การรักษาความเจ็บป่วยมิใช่การทำการค้าขาย แต่เป็นไปเพื่อการช่วยเหลือผู้คนให้หายจากความทุกข์ การยึดถือเช่นนี้จึงเป็นสิ่งที่ทวนกระแสสังคมปัจจุบันที่ให้คุณค่ากับการแลกเปลี่ยนที่เน้นวัตถุ

ด้านการเข้าถึงความรู้ หมอพื้นบ้านได้มีการเชื่อมโยงระหว่างหมอพื้นบ้านกับสมาคมแพทย์แผนไทยหมอนเวียนไปตามสถานที่ต่างๆและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และได้มีการพูดคุยกับเพื่อนหมอด้วยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับส่วนงานราชการ การต่างๆเข้าร่วมอบรมสัมมนาที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นเพื่อพัฒนาศักยภาพของแพทย์แผนไทย ส่วนหมอพื้นบ้านไม่มีการเชื่อมโยงเพราะว่าหมอพื้นบ้านมีความชราภาพแล้ว ผู้ป่วยที่มารับการรักษาส่วนใหญ่ได้เข้าถึง

ความรู้ในการรักษาของหมอ จากการบอกต่อจากคนที่ไปรับการรักษาโรคแล้วหาย จะเห็นได้ว่าช่องทางของผู้ที่มารับการรักษาได้เข้าถึงความรู้โดยการบอกต่อมากกว่าการเข้าถึงความรู้ที่อยู่ในรูปแบบอื่น เนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีอายุมากไม่มีความรู้ในด้านเทคโนโลยีและการผลิตสื่อต่างๆที่จะเผยแพร่ความรู้ในการรักษาให้คนทั่วไปทราบและเข้าถึงความรู้ในการรักษาโรคนอกจากหน่วยงานราชการต่างๆที่เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนในด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2539) ได้กล่าวถึงกระบวนการที่จะเป็นหมอพื้นบ้านว่าต้องมีการคัดตัวศิษย์จากบุคคลภายในครอบครัวแต่อยู่บนพื้นฐานของคุณสมบัติที่เหมาะสมด้วย ดังที่กล่าวข้างต้นและความรู้ที่ใช้ในการรักษาของหมอพื้นบ้านนั้นส่วนใหญ่จะไม่มี การบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยหมอพื้นบ้านให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าไม่ต้องการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อและเป็นคำของครูอาจารย์ที่ได้สั่งไว้และหากไม่ปฏิบัติตามจะเกิดภัยกับตัวหมอพื้นบ้านเอง และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะไม่มี การไปอบรมความรู้เพิ่มเติม เนื่องจากอาศัยประสบการณ์ในการรักษาคนไข้ถือเป็นการพัฒนาความรู้ของตัวหมอพื้นบ้าน ได้ซึ่งจะพบจากการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

ด้านการแบ่งปันแลกเปลี่ยนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน มี 4 แบบ คือ 1. ถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานและญาติพี่น้อง 2. ถ่ายทอดให้ผู้อื่นที่ขอตัวเป็นศิษย์ 3. ถ่ายทอดให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย และ 4) เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีความยินดีและมีความภาคภูมิใจที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ได้รับการสืบทอดมา ส่วนหมอพื้นบ้านไม่มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เนื่องจากหมออายุมากแล้วทำให้ไม่สะดวกที่จะเข้าไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การผู้สืบทอดองค์ความรู้ของหมอยังไม่ชัดเจนเนื่องจากขาดลูกหลานที่จะสืบทอดขาดความสนใจเรื่องการรักษาแบบการแพทย์พื้นบ้านลดน้อยลงทำให้รูปแบบการถ่ายทอดของหมอพื้นบ้านเปลี่ยนไปจากการถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานกลายมาเป็นวิทยากรในการถ่ายทอด มีการถ่ายทอดเป็นหมู่คณะมากกว่าถ่ายทอดให้ลูกศิษย์ตัวต่อตัวหรือถ่ายทอดให้แก่ลูกหลานและญาติ ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2556) งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความรู้และสนับสนุนการแบ่งปันความรู้เรื่องการใช้ผักสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของชุมชนบ้านปางทรายไปจนถึงการสร้างความรู้ตระหนักรู้ถึงคุณค่าและการส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดในชุมชนภายใต้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) สร้างความคุ้นเคยกับคนในชุมชน 2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การเล่าเรื่อง และการทำชุมชนนักปฏิบัติผู้ให้ข้อมูลคือบุคคลในชุมชนผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้ผักสมุนไพร ไปจนถึงการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า สิ่งสำคัญของการจัดการความรู้คือการส่งเสริมสนับสนุนการแลกเปลี่ยน



แบ่งปันรวมถึงการนำความรู้ไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของตนเองการดำรงภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ และเหนืออื่นใดคือการอนุรักษ์ผักสมุนไพรในชุมชนโดยมีผู้อาวุโสอยู่ในตำแหน่งสำคัญในการถ่ายทอดหรือแบ่งปันความรู้ทั้งยังเป็นบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวก็มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ของตน จนความรู้ดังกล่าวหมุนเวียนกันในชุมชน นอกจากนี้ภายในชุมชนยังมีวัดและโรงเรียนที่เป็นเสมือนศูนย์กลางการถ่ายทอดความรู้โดยเฉพาะโรงเรียนที่ได้นำความรู้เรื่องผักสมุนไพรพื้นบ้านเข้าไปสอดแทรกอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน และมีครูภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นผู้ถ่ายทอดให้แก่เยาวชนในชุมชน

ด้านการเรียนรู้ หมอพื้นบ้านมีการเรียนรู้และได้นำความรู้ไปใช้ แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ 1) เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเองและนำความรู้ไปใช้เป็นการประกอบอาชีพใช้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัว และ 2) พัฒนาคความรู้ในการรักษาโรคของคนในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบในการรักษาโรคต่างๆไปใช้ในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพมีการประดิษฐ์คิดค้นอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาโรค สร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ เช่นการทำลูกประคบ รวมทั้งมีการนำความรู้มาใช้ในการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้สมุนไพรเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ทางด้านสมุนไพร มีการพัฒนาประดิษฐ์อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ประกอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น การประดิษฐ์รางไม้ เพื่อแก้ปัญหาอาการบาดเจ็บของกระดูก กระดูกเคลื่อน หลังจากการตกแต่งให้เข้าที่เพื่อเป็นการควบคุมการเคลื่อนไหวในส่วนที่บาดเจ็บเพื่อให้กระดูกเข้าที่และหายเร็วขึ้นการเข้าเฝือกพีวีซีประดิษฐ์มาจากท่อพีวีซีเป็นอุปกรณ์ใช้รักษากระดูกหักบริเวณข้อต่อ เช่นข้อเท้า นิ้วมือนิ้วเท้า ซึ่งจากเดิมการเข้าเฝือกนิยมจะใช้เฝือกไม้ไผ่ซึ่งหาได้ในชุมชนท้องถิ่นแต่มีจุดอ่อนคือไม้ไผ่ไม่สามารถตัดให้เข้ารูปกับสรีระของผู้ป่วยได้ ซึ่งผิดกับท่อ พีวีซีข้อดีของการใช้เฝือกที่ทำจากท่อพีวีซีสามารถใช้ความร้อนตัดให้โค้งงอเข้ารูปตามลักษณะการบาดเจ็บตามส่วนต่างๆของสรีระได้และสะดวกและหาซื้อง่ายตามร้านขายวัสดุก่อสร้างทั่วไปมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือแพทย์สมัยใหม่มาใช้ในการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้หูฟัง โปรทวดใช้ การใช้ ผ้าก๊อต ผ้ายืด ฯลฯ อุปกรณ์ใช้กระชับกล้ามเนื้อและกระดูก จะเห็นได้ว่าหมอพื้นบ้านมีการพัฒนาที่หยุดนิ่งมีการพัฒนารูปแบบการรักษาต่างๆให้เข้าทันยุคทันสมัยกับสถานการณ์ในปัจจุบันคนและหมอพื้นบ้านได้นำความรู้ในการรักษาโรคกระดูกโดยใช้สมุนไพรและการรักษาโรคทั่วไปมีการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการทำแผลมาใช้ และจัดทำคู่มือ ให้สำหรับครัวเรือนให้พยามฝึกสังเกต ลักษณะอาการป่วยไข้เบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรินทร วงศ์คำแดง (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านชาวเขาเผ่าปกากะญอ ตำบลบ้านจันทร์ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าความเป็นมาของการเป็นหมอพื้นบ้านแต่ละคนมีพื้นฐานมาจากการเห็นประสบการณ์ของบรรพบุรุษ การเข้าร่วมพิธีกรรมและประเพณีต่างๆ ในเรื่องของการจัดการ



ความรู้ของหมอพื้นบ้านแต่ละคนพบว่า การแสวงหาความรู้ หมอพื้นบ้านแต่ละคนมีการ สืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษทางสายเลือด นอกจากนี้ความรู้บางส่วนยัง ได้แสวงหาจากผู้เฒ่าผู้แก่และผู้รู้ในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ การสอบถามแลกเปลี่ยนความรู้กันในกลุ่มหมอ และใช้วิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองแบบครูพักลักจำ การนำความรู้ไปใช้ของหมอพื้นบ้านแต่ละคนนั้น หมอพื้นบ้านจะใช้ความรู้ที่ตนเองมีนั้นช่วยเหลือและรักษาคคนในชุมชนแฝงในรูปของวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณีข้อห้าม และความเชื่อต่างๆ สำหรับการถ่ายทอดแบ่งปันความรู้ นั้น หมอพื้นบ้านใช้กระบวนการถ่ายทอดความรู้ในลักษณะการบอกเล่า และให้เข้าร่วมประสบการณ์จริง

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง “การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ” ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในประเด็นดังต่อไปนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปประยุกต์ใช้

3.1.1 ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับประวัติหมอพื้นบ้าน ความเชี่ยวชาญ และฐานข้อมูลองค์ความรู้ โดยให้มีบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์แผนไทย ดำเนินการศึกษาวิจัย และถอดบทเรียนการรักษาจากหมอพื้นบ้านและจัดทำเป็นเว็บไซต์เผยแพร่หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาหมอพื้นบ้านให้เกิดประโยชน์กับสังคม และเป็นข้อมูลในการส่งเสริมหมอพื้นบ้านในการการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

3.1.2 ควรมีการศึกษาถึงภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านรวมทั้งเสนอแนะขั้นตอนการจัดเก็บความรู้อย่างเป็นระบบ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ขาดการบันทึกและจัดเก็บองค์ความรู้ของตนเองไว้ในลักษณะของลายลักษณ์อักษร ขาดทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจนในการอนุรักษ์และพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น คนในชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

#### 3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาการจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะเนื่องจากหมอพื้นบ้านเหล่านี้มีองค์ความรู้ในการดูแลและรักษาสุขภาพที่น่าสนใจ

3.2.2 ควรมีการศึกษาบทบาทของผู้นำท้องถิ่นต่อการจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้าน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้าน ซึ่งผู้นำท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในส่งเสริม สนับสนุนที่ทำให้การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้าน เพื่อมีให้องค์ความรู้สูญหายไป

3.2.3 ควรมีการศึกษาการจัดเก็บภูมิปัญญาท้องถิ่นของหมอพื้นบ้านที่เป็นแหล่ง ค้นคว้าวิจัยต่อยอดองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในการดูแลและรักษาสุขภาพ



## บรรณานุกรม

- กนกวรรณ บุนนาคประสิทธิ์ชัย. (2551). ระบบงานสารสนเทศด้านการรักษาพยาบาลและ  
การฟื้นฟูสุขภาพ (วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กันยานุช เทาประเสริฐ. (2551). การศึกษารูปแบบและแนวทางในการพัฒนาสปาเพื่อการดูแลและ  
รักษาสุขภาพแบบการแพทย์ที่บ้าน : กรณีศึกษา สปาเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ แบบ  
การแพทย์ล้านนา (คุชฎินิพนธ์การแพทย์แผนไทย). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย,  
เชียงราย.
- กันยารัตน์ จำปา. (2553). การจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรของชมรมสมุนไพรใน  
เขตอำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร(วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กิตติชัย อนวัชประยูร. (2551). การแพทย์แผนไทย. สืบค้น  
จาก[http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm)
- กิตติชัย อนวัชประยูร. (2554). ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. สืบค้นจาก  
<http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book544/thai.html>
- คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ. (2542). วัฒนธรรมพัฒนาการทาง  
ประวัติศาสตร์เอกลักษณ์และภูมิปัญญา จังหวัดนครศรีธรรมราช. กรุงเทพมหานคร :  
กระทรวงศึกษาธิการ.
- จักรวิดาสุภาจันทร์. (2552). กระบวนการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองใน  
การดูแลเด็กสมองพิการ (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ฐาปณี เลขาพันธ์. (2557). การจัดการความรู้ด้านสมุนไพร กรณีศึกษาหมู่บ้านคงบัง ตำบลดงจีเหล็ก  
อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,  
กรุงเทพมหานคร.
- ดรักเกอร์, ปีเตอร์เอฟ. (2554). การจัดการความรู้. กรุงเทพมหานคร : เอ็กซ์เปอร์เน็ท.  
ดาเวนพอร์ต, โทมัสเอช.และ พรูแซค, ลอเรนซ์. (2542). การจัดการความรู้ เทคนิคในการ  
แปรความรู้สู่ความได้เปรียบในการแข่งขัน. กรุงเทพมหานคร : เออาร์ บีซิเนส เพรส.
- ทับทิม สุขพิน. (2553). การจัดการความรู้การพึ่งตนเองของชุมชนบ้านหาดบ้าย ตำบลริมโขง  
อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. เชียงราย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย .

- ทัศนวรรณ ชิมาคำ. (2553). การจัดการความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา เรื่องการทอผ้าฝ้ายลำพูน (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทิวา วร โยธา. (2553). สภาพการจัดการความรู้ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงาน การศึกษาร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, ร้อยเอ็ด.
- ธณีส ทองชูช่วย. (2557). ภูมิปัญญาหมอพั้นบ้านในด้านการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคของ จังหวัดสงขลา (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, สงขลา.
- ธัญกร คำก้อน. (2548). การจัดการความรู้ของเกษตรกรในการปลูกข้าวขาวดอกมะลิ 105 ในทุ่ง ภูลาร้องไห้ จังหวัดร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นันทวุฒิ วงศ์เมฆ. (2550). การสำรวจข้อมูลหมอพั้นบ้าน กรณีศึกษา : อำเภอทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช : วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้.
- ปิยบุษ ขอดสมสวยและสุพิมพ์ วงษ์ทองแท้. (2552). การศึกษาภูมิปัญญาของหมอพั้นบ้าน ในอำเภ อองครักษ์ จังหวัดนครนายก. นครนายก : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปรีชา นุ่นสุข. (2530). ประวัติศาสตร์ท้องถิ่นนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช:โครงการตำรา และเอกสารทางวิชาการวิทยาลัยครุ นครศรีธรรมราช.
- พนิตตา เชื้อไทย. (2556). การจัดการความรู้เรื่องผักสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน หมูบ้านปางป่างทราย ตำบลเวียงตาล อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง (ศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรชิตา วิเชียรปัญญา. (2547). การจัดการความรู้ : พื้นฐานและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร : ธรรมมถการพิมพ์.
- พรพิมล หารษาภิรมย์โชค. (2554) การศึกษาสภาพการจัดการความรู้ของโรงเรียนสังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่ การศึกษา ใน เขต ภูมิ ภาค ตะวัน ตก ( รายงาน การ วิจัย ). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตกำแพงแสน, นครปฐม.
- พรรณภัทร ใจเอื้อ. (2556). การจัดการความรู้ภูมิปัญญาหมอพั้นบ้านวัดหนองหญ้าาง ตำบลหนอง ใต้แบน อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์, นครสวรรค์.

- พระประสิทธิ์ ไชยชาติ. (2551). การจัดการความรู้ของหมอพื้นบ้านด้านการรักษาพยาบาลในชุมชน (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.  
พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 . สืบค้นจาก  
<http://203.155.220.230/bmainfo>
- พระวีระชาติ เตชวณ โฉม บุญทา. (2552). กระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านหมอพื้นบ้านในชุมชนบ้านปางคำบดอิลทขิล อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, เชียงใหม่.
- พัชรี คำรงสุนทรชัย. (2550). แนวทางการจัดการความรู้เพื่อสุขภาพชุมชน (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พิสิฏฐ์ บุญไชย. (2545). การใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของชาวกะเลิง จังหวัดสกลนคร. กรุงเทพมหานคร : คณะกรรมการวิจัยการศึกษาศาสนาและการวัฒนธรรมของกระทรวงศึกษาธิการ.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ. (2548). การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. (2539). สรุปรายงานการสัมมนาการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในสวนภูมิภาค. กรุงเทพมหานคร : สถาบันการแพทย์แผนไทยกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- มงคลชัย วิริยะพินิจ. (2556). องค์การแห่งการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ภาควิชาการ.  
กรุงเทพมหานคร : ส่องสยาม.
- มานอชญ์ ชายครอง. (2548). ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพตนเองของชนชาวเขาเผ่าลัวะกรณีศึกษา : บ้านห้วยกานต์ หมู่ที่ 1 ตำบลขุนน่าน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, อุตรดิตถ์.
- มาเรียม มอหามัด. (2552). การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นการใช้ยาสมุนไพรของหมอพื้นบ้านในองค์การบริหารส่วนตำบลยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา (รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย. (2542). หมอกลางบ้าน. ใน สารานุกรมวัฒนธรรมไทยภาคใต้ (เล่ม, 17หน้า 8378-8379).
- รัชณี จันทร์เกษ และสุพัตราสันทนานุกร. (2548). ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับบทเรียนการจัดการ.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

- รพีพร ทับผดุง. (2545). *สภาพการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เพื่อพัฒนาหลักสูตรในโรงเรียนตามโครงการโรงเรียนเพื่อชีวิตและชุมชนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาอุดรดิตถ์* (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์, อุดรดิตถ์.
- ลัทธวัฒน์ สอนศรีนุสรณ์. (2552). *การจัดการความรู้ภูมิปัญญาล้านนาเรื่อง กลองสะบัดชัย* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วุฒิ วุฒิชรรมเวช. (2540). *เกสรกรรมไทยรวมสมุนไพรร*. กรุงเทพมหานคร : โอเอสพรีนติ้ง.
- วิจารณ์ พาณิช. (2548). *การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.
- ศรีไพร ศักดิ์รุ่งเรืองและเจษฎาพร ยุทธนวิทย์ชัย. (2549). *ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการความรู้*. กรุงเทพมหานคร : ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- สันติภาพ นาคฉาย. (2551) *กระบวนการเรียนรู้สู่อาชีพหมอมือพื้นบ้าน* (วิทยานิพนธ์ศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักงาน ก.พ.ร.และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2548). *คู่มือการจัดทำแผนการจัดการความรู้*. สืบค้นจาก [http://www.opdc.go.th.oldweb/thai/frame\\_kpi\\_49/handbook\\_2549.doc](http://www.opdc.go.th.oldweb/thai/frame_kpi_49/handbook_2549.doc)
- สิริพันธ์ รุ่งวิชานวิวัฒน์. (2552). *สารสนเทศที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์แผนไทย : กรณีศึกษาอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี*. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์* 5,(1), 133-157.
- สืบพงศ์ ธรรมชาติ. (2558). *เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาการรักษาสุขภาพชุมชนด้วยสมุนไพรรภาคใต้ ครั้งที่ 1* จัดโดย อาศรมวัฒนธรรมวลัยลักษณ์ ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) วันที่ 28 ตุลาคม 2558 อาศรมวัฒนธรรมมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- สุชาติ โสมประยูรและสุพัฒน์ ชีรเวชเจริญ. (2548). *สุขภาพเพื่อชีวิต*. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุธีวงศ์ พงศ์ไพบูลย์. (2540). *ภูมิปัญญาชาวบ้านภาคใต้*. *วารสารทักษิณคดี* 4(3), 1-42.
- สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. (2551). *การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.



- สุพรรณ ตูรงค์ดิณชาติ. (2548). *การศึกษานโยบายการรักษาโรคทางและตา : กรณีหมีพะยอมศักดิ์จิรพาพงศ์*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- สุภาพร วิสูงเร. (2557). *การศึกษานโยบายของหมอฟันบ้านในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์* (รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์, เพชรบูรณ์.
- สุรินทร์ วงศ์คำแดง. (2550). *การจัดการความรู้ของหมอฟันบ้านชาวเขาเผ่าปกเกะญอ ตำบลบ้านจันทร์ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เสาวนีย์ กุลสมบูรณ์และประกอบอุบลขาว. (2554). *คู่มือการประเมินหมอฟันบ้าน*. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญ.
- อารีวรรณ ทับทอง. (2549). *การจัดการความรู้ของหมอฟันบ้านในจังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Arukhe, J. O. (2014). *Knowledge management and organizational transformation: A quantitative study* (Order No. 3647286). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: Social Sciences. (1630026828). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1630026828?accountid=31982>.
- Armstrong-Flemming,. (2015). *The Relationship between knowledge management Practices and organizational performance within public sector organization : A Caribbean perspective* (Order No. 368850). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1673895506). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1673895506?accountid=31982>.
- Muguirra, J. A. (2014). *Examining an organizational knowledge creation culture through an open innovation lens: Exploring the benefits and trade-offs from a management perspective* (Order No. 3704281). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global: Social Sciences. (1690497292). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1690497292?accountid=31982>.
- Padma, J. H. (2015) *Visions of wholeness : Narratives of Buddhist traditional healers* (Order No.3708061). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1696721891). Retrieved from.<http://search.proquest.com>

Santiago-Saavedra, F. ( 2004 ) *The Nature of Puerto Rican folk health practices through healers Perceptions and somatic assumptions* ( Order No.3159933). ). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305140087). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/305140087?accountid=31982>





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

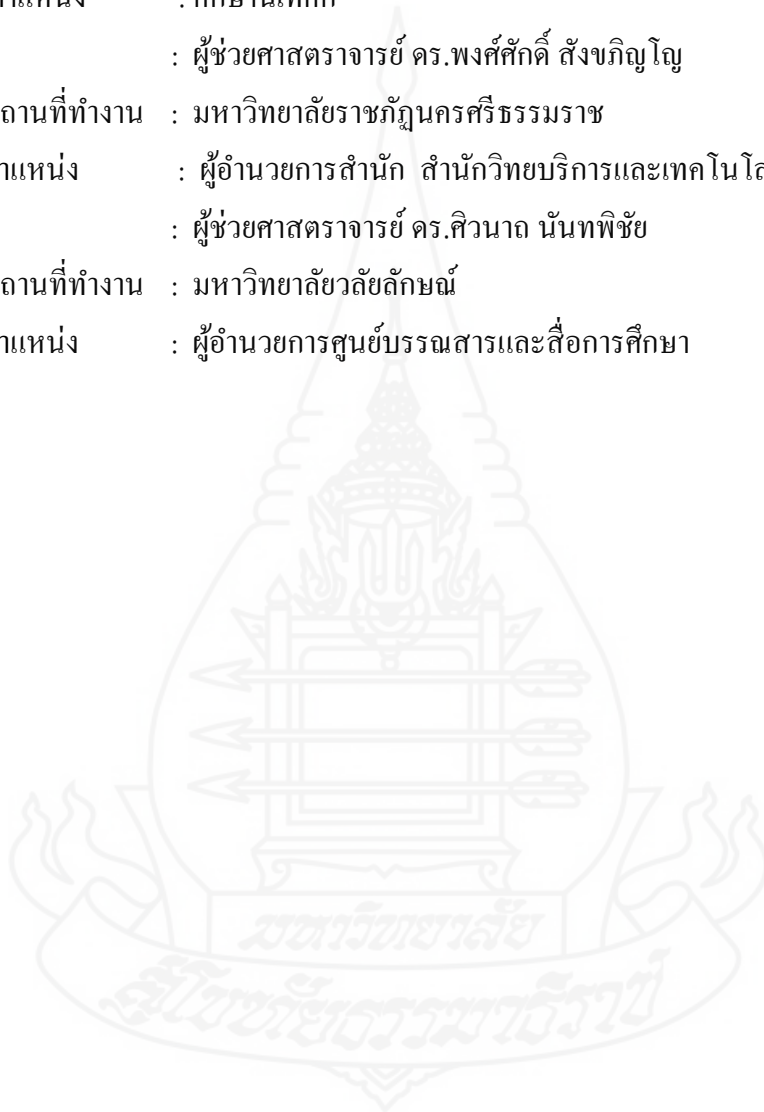
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์หอพักบ้าน



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์หมอบ้าน

1. ชื่อ : ดร.ประยงค์ ชูรักษ์  
 สถานที่ทำงาน : สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 3  
 ตำแหน่ง :ศึกษานิเทศก์
2. ชื่อ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ สังขภิญโญ  
 สถานที่ทำงาน : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
 ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการสำนัก สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ
3. ชื่อ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวนาถ นันทพิชัย  
 สถานที่ทำงาน : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
 ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา



ที่ ศธ 6014 (2.5) /ว 298



มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
วิทยาเขตศรีธรรมราช นครราชสีมา  
อ.พระพรหม จ.นครศรีธรรมราช  
80000

9 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย  
เรียน ดร.ประยงค์ ชูรักษ์  
สิ่งที่ส่งมาด้วย - โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด  
- แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวสุชารัตน์ บุญมี นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์  
แขนงวิชาสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตาม  
โครงการที่แนบมาด้วยนี้ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.น้ำทิพย์ วิภาวิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นฤมล รื่นไวย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล  
และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำ  
นั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย  
สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงใคร่ ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ ได้โปรดพิจารณา  
ตรวจสอบและให้ความคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย หวังเป็น  
อย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เดชชาติ ศรีทรัพย์)

รักษาการผู้ช่วยอธิการบดี

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมราช นครราชสีมา

บัณฑิตศึกษาวิทยาลัย

โทร. 08-5819-8932, โทรสาร 0 75-357968



ที่ ศธ 6014 (2.5) /ว 298



มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
 วิทยาเขตศรีธรรมมาโสกราช ต.นาพร  
 อ.พระพรหม จ.นครศรีธรรมราช  
 80000

9 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย  
 เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ สังขกัญญา  
 สิ่งที่ส่งมาด้วย - โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด  
 - แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวสุชารัตน์ บุญมี นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์  
 แขนงวิชาสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
 การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตาม  
 โครงการที่แนบมาด้วยนี้ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.น้ำทิพย์ วิภาวิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
 วิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นฤมล รื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล  
 และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำ  
 นั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย  
 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงใคร่ ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ ได้โปรดพิจารณา  
 ตรวจสอบและให้ความคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย หวังเป็น  
 อย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เดชชาติ ศรีทรัพย์)

รักษาการผู้ช่วยอธิการบดี

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมมาโสกราช

บัณฑิตศึกษาวิทยาลัย

โทร. 08-5819-8932, โทรสาร 0 75-357968

ที่ ศธ 6014 (2.5) /ว 298



มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
 วิทยาเขตศรีธรรมมาโศกราช ต.นาพร  
 อ.พระพรหม จ.นครศรีธรรมราช  
 80000

9 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย  
 เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวนาถ นันทพิชัย  
 สิ่งที่ส่งมาด้วย - โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด  
 - แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวสุชารัตน์ บุญมี นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์  
 แผนกวิชาสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง  
 การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช ตาม  
 โครงการที่แนบมาด้วยนี้ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.น้ำทิพย์ วิภาวิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
 วิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.นฤมล รื่นไวย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล  
 และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำ  
 นั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา แนวปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักและกระบวนการวิจัย  
 สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงใคร่ ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ ได้โปรดพิจารณา  
 ตรวจสอบและให้ความคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาผู้นี้ด้วย หวังเป็น  
 อย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เดชชาติ ศรีทรัพย์)

รักษาการผู้ช่วยอธิการบดี

มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมมาโศกราช

บัณฑิตศึกษาวิทยาลัย

โทร. 08-5819-8932, โทรสาร 0 75-357968

ภาคผนวก ข  
แบบสัมภาษณ์หมอฟันบ้าน



## แบบสัมภาษณ์หมอฟันบ้าน

### เรื่อง การจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน

#### จังหวัดนครศรีธรรมราช

#### คำชี้แจง :

1. โปรดอธิบาย / ให้อธิบายความคิดเห็นของหมอฟันบ้านแต่ละข้อที่ระบุไว้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงและท่านเห็นว่าถูกต้องให้ครบทุกข้อ (ในบางข้ออาจมีหลายคำถาม) การศึกษานี้เป็นการศึกษาทางวิชาการ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านต่อไป

2. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน

ส่วนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน

ส่วนที่ 4 ปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอฟันบ้าน

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

##### 1. เพศ

1. ชาย       2. หญิง

##### 2. อายุ

1. 40-50 ปี       2. 51-60 ปี       3. 61-70 ปี       4. 71-80 ปี      5.  81 ขึ้นไป

##### 3. สถานภาพ

1. สมรส       2. หม้าย

##### 4. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา       2. มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา

##### 5. ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

1. อ่าน-เขียนได้

##### 6. อาชีพหลัก

1. หมอฟันบ้าน       2. เกษตรกรรม

7.ประสบการณ์ในการรักษาโรค

- 1.20 -30 ปี     2.31-40 ปี     3.41-50 ปี     4. 51 ปี ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 สภาพการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

1.เหตุจูงใจสำคัญที่ทำให้มาเป็นหมอพื้นบ้าน

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

2. แหล่งที่ได้รับความรู้ในการรักษาโรค

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

3. หมอพื้นบ้านมีการเรียนวิชาเพิ่มเติม

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

4. ลักษณะการจัดเก็บความรู้ที่ใช้ในการรักษา

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

ส่วนที่ 3 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน

1. การบ่งชี้ความรู้

1.1 มีโรคใดบ้างที่หมอมีความสามารถในการรักษา (รวมถึงโรคที่หมอได้เรียนแต่ยังไม่เคยรักษา)

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

1.2 วิธีการรักษาของหมอมืออะไรบ้าง (เช่น กิน เป่า อบยา ฯลฯ) และใช้รักษาโรคอะไร

.....

.....

.....

1.3 อุปกรณ์ในการรักษาของหมอมืออะไรบ้าง และใช้รักษากับโรคอะไร

.....

.....

.....

1.4 หมอมือมีวิธีการรักษาโรคให้กับผู้ป่วยอย่างไรบ้าง (บอกโรคที่หมอถนัดหรือโรคที่หมอรักษาบ่อยที่สุด อย่างน้อย 1 วิธี)

.....

.....

.....

## 2. การสร้างและแสวงหาความรู้

2.1 ทำไมท่านจึงสนใจเรียนรู้ที่จะเป็นหมอพื้นบ้าน มีเหตุการณ์หรือแรงจูงใจอะไรบ้าง

.....

.....

.....

2.2 ก่อนที่จะเป็นหมอพื้นบ้าน หมอเริ่มต้นเรียนรู้การรักษามาจากที่ใด อายุเท่าใด กับใครบ้างและใช้ระยะเวลาานานหรือไม่ว่าคนในชุมชนจะยอมรับได้เรียนวิชาเพิ่มเติมจากใครที่ใดอีกหรือไม่ ตั้งแต่เมื่อใด (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ)

.....

.....

.....

2.3 ท่านมีวิธีการในการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ อย่างไร

.....

.....

.....



**3.การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ**

3.1 ท่านมีการแบ่งชนิดหรือประเภทของโรคและวิธีการรักษาอย่างไร

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

3.2 ท่านได้มีการจัดเก็บความรู้จากประสบการณ์ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพ อย่างไร เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน วิธีการจัดเก็บเป็นอย่างไร

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

**4.การประมวลลั่นกรองความรู้**

4.1 ท่านได้มีการจดบันทึกข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในด้านการดูแลและรักษาสุขภาพมาประมวลและวิเคราะห์ และจัดทำคู่มือในด้านการดูแลและรักษาสุขภาพอย่างไร

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

4.2 ท่านมีการปรับปรุงและพัฒนาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพ ให้ทันสมัยอยู่เสมอ อย่างไร

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

**5. การเข้าถึงความรู้**

5.1 ท่านมีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหมอชาวบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและรักษาสุขภาพทำได้และมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

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

5.2 ท่านมีการแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับข่าวสารความรู้หรือกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับดูแลรักษาสุขภาพผ่านช่องทางใด บ้าง เช่น การฝึกอบรม การทำหนังสือเวียน เว็บไซต์ เว็บบอร์ด เป็นต้น

6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

6.1 ท่านมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในด้านการดูแลและรักษาสุขภาพรวมถึงพิธีกรรมต่างๆ  
เพิ่มเติม เช่น เรื่องของการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของคนในชุมชน จากใคร ที่ใด บ้าง

6.2 ท่านได้มีการถ่ายทอดความรู้ให้กับใครบ้าง ในการรับผู้สืบทอดห้อมีพิธีกรรมการรับ  
ศิษย์ ความเชื่อ ขั้นตอนต่างๆ และต้องปฏิบัติตนอย่างไรก่อนที่จะเรียนรู้วิชาจากห้อมของที่ใช้ในการ  
การรับศิษย์จะต้องใช้อะไรบ้าง วิธีการ รูปแบบในการถ่ายทอดความรู้เป็นอย่างไร

6.3 ห้อมได้มีความตั้งใจอย่างไรกับการถ่ายทอดวิชาความรู้ของห้อมต่อไปในอนาคตและมี  
ผู้มาสืบทอดความรู้จากห้อมหรือไม่ ถ้ามี เป็นใคร มาจากที่ใด ก็คน ถ้าไม่มีเป็นเพราะสาเหตุใด

6.4 วิชาหรือการรักษาชนิดใดที่ห้อมมีความชำนาญในการถ่ายทอดมากที่สุดและห้อมมี  
วิธีการถ่ายทอดอย่างไรบ้าง

6.5 ห้อมจะมีเกณฑ์ในการชี้วัดอย่างไรว่าผู้ที่เข้ามารับการถ่ายทอดจากห้อมแล้วจะสำเร็จ  
และสามารถนำวิชาไปใช้ได้

6.6 หมอมีความคิดเห็นอย่างไรในชุมชนเกี่ยวกับการสืบทอดองค์ความรู้หมอพื้นบ้านซึ่ง  
เป็นภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในอดีต

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

6.7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายหมอพื้นบ้านในระดับจังหวัด เป็นอย่างไร

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

6.8 กิจกรรมของหมอพื้นบ้านทำอะไรบ้าง ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมมากน้อยแค่ไหน

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

6.9 ผลที่เกิดขึ้นที่จากการทำกิจกรรมมีอะไรบ้าง เป็นอย่างไร ได้อะไร และให้อะไรกับตัว  
ท่านบ้าง

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

**7. การเรียนรู้**

7.1 ท่านได้มีการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน  
อย่างไรเช่นการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

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

7.2 การแพทย์พื้นบ้านตอบสนองประชาชนในด้านไหนบ้าง อย่างไร(ด้านร่างกาย ด้าน  
จิตใจ จิตวิญญาณ ด้านสังคม ฯลฯ)

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

7.3 หมอพื้นบ้าน ได้ให้บริการที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของชุมชน  
สังคมได้อย่างไร

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

7.4 ท่านคิดว่าผลการให้บริการสุขภาพที่เกิดกับกลุ่มผู้รับบริการเป็นอย่างไร

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

7.5 ผู้มาใช้บริการส่วนมากเป็นใคร (เด็ก ผู้ใหญ่ สตรี ผู้สูงอายุ ฯลฯ) จากที่ไหน (ในชุมชน  
หมู่บ้านใกล้เคียง ต่างอำเภอ/จังหวัด)

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

**ส่วนที่ 4 ปัญหาการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้าน**

4.1 ท่านคิดว่าปัญหาที่สำคัญสำหรับการจัดการความรู้ด้านการดูแลและรักษาสุขภาพของ  
หมอพื้นบ้านมีอะไรบ้าง

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

4.2 ท่านคิดว่าแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมสำหรับการจัดการความรู้มีอะไรบ้าง

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

4.3 ปัจจุบันมีชุมชน ภาครัฐหรือเอกชนใดให้ความช่วยเหลือสนับสนุนท่านหรือไม่ อย่างไร  
บ้าง

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

4.4 หมออยากให้น้องงานใดได้เข้ามาช่วยสนับสนุนการแพทย์พื้นบ้านและความรู้ของท่านให้คงอยู่กับชุมชนต่อไป อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

4.5 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วม หรือมาร่วมทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

นางสาวสุชารัตน์ บุญมี

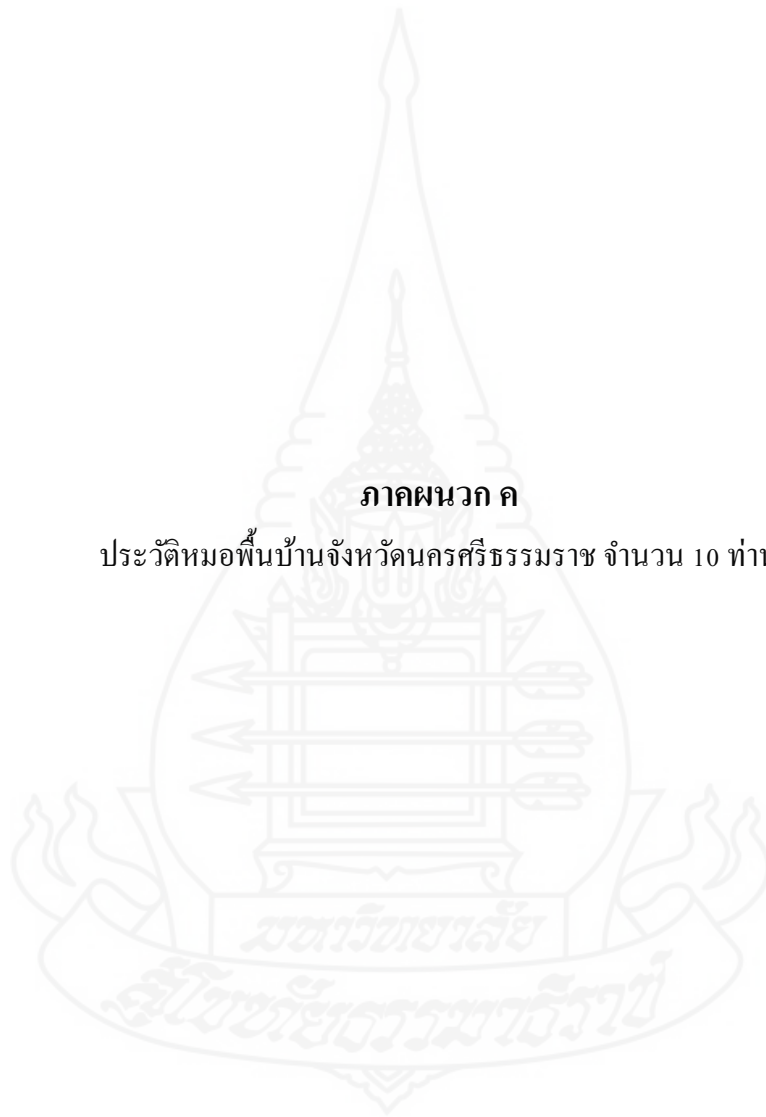
ขอขอบพระคุณ

หมอพื้นบ้านทุกท่าน



ภาคผนวก ค

ประวัติหมอพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 10 ท่าน







9. หมอพื้นบ้านท่านที่ 9                      เกิดวันที่ 4 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2516  
    ชำนาญด้าน                                    :    โรคโลหิตสตรี  
    รักษา                                            :    ใช้ยาสมุนไพร
10. หมอพื้นบ้านท่านที่ 10                    เกิดวันที่ 17 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2510  
    ชำนาญด้าน                                    :    โรคประสาท เส้น กระดูกหัก เคลื่อน  
    รักษา                                            :    ใช้ยาสมุนไพร



















**โรคที่หมอแดงรักษา**  
(หมอแดงชาวญี่ปุ่น)

**ซางขาว**  
จะมีอาการแสดงให้เห็นทั้งบริเวณลำคอสีแดง เด็กจะเจ็บคอ ทิบจะไร้น้ำลายได้  
เมื่อจมน้ำหรืออาบน้ำ ของสกปรก หรืออาหารที่ไม่สะอาดหรือมีเชื้อโรค  
อาการดังกล่าวจะทำให้เกิด ซางลงคอปอด กระเพาะ ลำไส้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดท้องบวมได้

**ซางแดง**  
มีอาการแสดงให้เห็นทั้งบริเวณลำคอสีแดง เด็กจะเจ็บคอ ทิบจะไร้น้ำลายได้  
หมอมองกว่า จะเป็นเชื้อชนิดหนึ่ง เชื้อนี้อาจเป็นนานเข้าหรือหายง่าย  
คือลำคอแดงมากขึ้น จะลงสู่ปอด กระเพาะ ลำไส้ ทำให้ปอด กระเพาะ ลำไส้อักเสบ  
ซึ่งเรียกว่า ซางลงปอด ซางลงลำไส้ ซางลงกระเพาะ หรืออาจจะมีอาการท้องอืด หรือลงท้อง  
เรียกว่าซางลงท้อง เช่นเดียวกับซางขาว

**ซางไฟ**  
จะมีอาการแสดงภายนอกที่ร่างกาย ทั่วทั้งซัด คือมีผื่น บวม สีแดงจัด ตุ่มกลางมีหนองใสๆ  
จะลามขยายเป็นวงใหญ่เรื่อยๆ ส่วนใหญ่จะเป็นแผลฉ่ำน้ำ หรือส่วนอื่นๆก็ได้  
เด็กที่เป็นจะเจ็บปวดมาก ถ้าวงสีแดงที่เป็นขนาดเท่าฝ่ามือเด็ก จะเป็นอันตรายมาก อาจถึงชีวิต

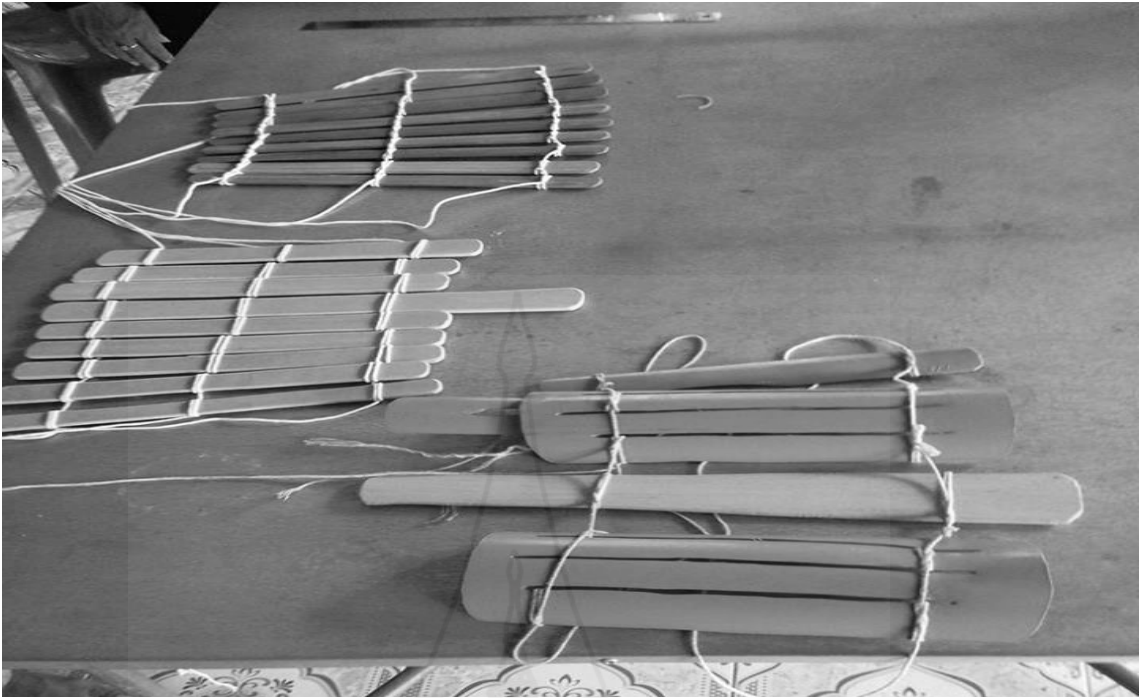
**ตาน**  
จะมีอาการที่เกิดขึ้นภายนอกที่ร่างกาย แผลห่างจากซางไฟ คือเด็กที่เป็นตาน  
จะมีอาการ แสดงให้เห็นว่ามีแผล หนอง มีผื่นภายนอกที่ร่างกาย ซึ่งคล้ายกับซางไฟ  
จะไม่เป็นแผลพุพองให้เห็น

**การรักษา รักษาตามอาการ**

**กวาดยา** เด็กหายใจไม่คล่อง กวาดยาในคอ ด้วยขนไก่ ให้อาเจียนเลือดออกมา ซางลงคอ  
เด็กจะหายใจคล่อง แล้วให้กินยารักษา

**กินยา** เด็กที่เป็นตาน หรือซางซุกประเภท ต้องกินยารักษา

• สุพรรณ สุวรรณสินธุชาติ ผู้เขียน









ศูนย์วิจัยการเกษตร

ภาคผนวก ง

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542





**พระราชบัญญัติ**  
**การประกอบโรคศิลปะพ.ศ. 2542**

-----

ภูมิพลอดุลยเดชป.ร. ให้ไว้ ณ วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2542 เป็นปีที่ 54 ในรัชกาลปัจจุบันพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่าโดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะพระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 35 มาตรา 36 มาตรา 39 มาตรา 48 และมาตรา 50 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายจึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภาดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า "พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะพ.ศ. 2542"

มาตรา 2\* พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

\*[รก.2542/39ก/28/18 พฤษภาคม 2542]

มาตรา 3 ให้ยกเลิก

- (1) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479
- (2) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2480
- (3) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 3) พุทธศักราช 2483
- (4) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2490
- (5) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2490
- (6) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2504
- (7) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2509
- (8) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2511
- (9) คำสั่งของคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดินฉบับที่ 38 ลงวันที่ 21 ตุลาคมพ.ศ. 2519
- (10) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2530

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

"การประกอบโรคศิลปะ"หมายความว่า การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรคการวินิจฉัยโรคการบำบัดโรคการป้องกันโรคการส่งเสริม

และการฟื้นฟูสุขภาพการผดุงครรภ์แต่ไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นๆ

"การแพทย์แผนไทย" หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาหรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

"เวชกรรมไทย" หมายความว่า การตรวจการวินิจฉัยการบำบัดหรือการป้องกันโรคด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"เภสัชกรรมไทย" หมายความว่า การกระทำในการเตรียมยาการผลิตยาการประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยาการควบคุมและการประกันคุณภาพยาการปรุงยาและการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและการจัดจำหน่ายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"การผดุงครรภ์ไทย" หมายความว่า การตรวจการบำบัดการแนะนำและการส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดการทำคลอดการดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอดทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

"การแพทย์แผนไทยประยุกต์" หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรองและใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

"กายภาพบำบัด" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมินการวินิจฉัยและการบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันการแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นเครื่องมืออุปกรณ์กายภาพบำบัด

"เทคนิคการแพทย์" หมายความว่า การกระทำใดๆ เพื่อให้ได้สิ่งตัวอย่างและการดำเนินการโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการวินิจฉัยการติดตามการบำบัดการพยากรณ์โรค การป้องกันโรคการประเมินภาวะทางสุขภาพหรือการวิจัย

"ผู้ประกอบโรคศิลปะ" หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการวิชาชีพ

"ใบอนุญาต" หมายความว่า ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"กรรมการ" หมายความว่า กรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"อนุกรรมการ" หมายความว่าอนุกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

"พนักงานเจ้าหน้าที่" หมายความว่าผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

"รัฐมนตรี" หมายความว่ารัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 5 การประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัตินี้แบ่งเป็นสาขาต่าง ๆ ดังนี้

- (1) สาขาการแพทย์แผนไทยได้แก่เวชกรรมไทยเภสัชกรรมไทยการผดุงครรภ์ไทยและการแพทย์แผนไทยประเภทอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของกรรมการ
- (2) สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- (3) สาขากายภาพบำบัด
- (4) สาขาเทคนิคการแพทย์
- (5) สาขาอื่นตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา

มาตรา 6 ในกรณีที่บทบัญญัติแห่งกฎหมายใดอ้างถึงการประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในส่วนที่เกี่ยวกับบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้ให้หมายความว่าเป็นการอ้างถึงการประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 7 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่กับออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราท้ายพระราชบัญญัตินี้และกำหนดกิจการอื่นรวมทั้งออกระเบียบและประกาศทั้งนี้เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้กฎกระทรวงระเบียบและประกาศนั้นเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

## หมวด 1

### คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ

มาตรา 8 ให้มีคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและกรรมการอื่นดังต่อไปนี้

- (1) กรรมการซึ่งเป็นผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขจำนวนสี่คนกระทรวงกลาโหมทบวงมหาวิทยาลัยแพทยสภาทันตแพทยสภาสภาการพยาบาลและสภาเภสัชกรรมแห่งละหนึ่งคนและผู้แทนจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาต่างๆตามพระราชบัญญัตินี้สาขาละสองคนและ
- (2) กรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินห้าคนให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 9 ให้คณะกรรมการเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นรองประธานกรรมการ

มาตรา 10 กรรมการตามมาตรา 8 (1) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

(2) เป็นผู้ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรมกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรมแล้วแต่กรณี

(3) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

มาตรา 11 กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา 8 (2) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสองปีและอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระหรือในกรณีที่รัฐมนตรีแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มขึ้นในระหว่างที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งแต่งตั้งไว้แล้วยังมีวาระอยู่ในตำแหน่งให้ผู้ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนหรือให้เป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มขึ้นอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้วนั้น

มาตรา 12 นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระกรรมการซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งตามมาตรา 8 (2) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) รัฐมนตรีให้ออก

มาตรา 13 คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(1) เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการกำหนดนโยบายแผนงานและมาตรการในการกำกับดูแลการประกอบโรคศิลปะ

(2) ให้คำแนะนำหรือเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการเพิ่มประเภทและสาขาของการประกอบโรคศิลปะหรือการออกกฎกระทรวงระเบียบและประกาศต่างๆ

(3) แจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีการใดๆตามที่เห็นสมควรเพื่อมิให้ประชาชนหลงเข้าใจผิดซึ่งอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะ

(4) ให้คำปรึกษาและแนะนำแก่คณะกรรมการวิชาชีพ

(5) พิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์คำสั่งของคณะกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 53 และมาตรา 54

(6) เร่งรัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนราชการหรือคณะกรรมการวิชาชีพปฏิบัติตามอำนาจและหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด

(7) แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อกระทำการใดๆอันอยู่ในอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการ

(8) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการ

(9) พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่นตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย

## หมวด 2

### คณะกรรมการวิชาชีพ

-----

มาตรา 14 ให้มีคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาต่างๆดังนี้

(1) คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

(2) คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(3) คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด

(4) คณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคนิคการแพทย์

(5) คณะกรรมการวิชาชีพสาขาอื่นตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามมาตรา

5

มาตรา 15 คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย

(1) กรรมการวิชาชีพซึ่งเป็นผู้แทนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกรรมการแพทย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและทบวงมหาวิทยาลัยแห่งละหนึ่งคน

(2) กรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินสามคน

(3) กรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยมีจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการวิชาชีพใน (1) และ (2) รวมกันในขณะเลือกตั้งแต่ละคราวให้ผู้อำนวยความสะดวกการประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 16 คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ประกอบด้วย

(1) กรรมการวิชาชีพซึ่งเป็นผู้แทนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกรรมการแพทย์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและทบวงมหาวิทยาลัยแห่งละหนึ่งคน

(2) กรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินสามคน

(3) กรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์มีจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการวิชาชีพใน (1) และ (2) รวมกันในขณะเลือกตั้งแต่ละคราวให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 17 คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัดประกอบด้วย

(1) กรรมการวิชาชีพโดยตำแหน่งได้แก่อธิบดีกรมการแพทย์และคณบดีคณะกายภาพบำบัดหรือหัวหน้าภาควิชากายภาพบำบัดหรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นในทำนองเดียวกันในสถาบันอุดมศึกษาที่ได้รับความเห็นชอบหรือได้รับอนุญาตจากทบวงมหาวิทยาลัยให้จัดตั้งขึ้น

(2) กรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินสามคน

(3) กรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัดมีจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการวิชาชีพใน (1) และ (2) รวมกันในขณะเลือกตั้งแต่ละคราวให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 18 คณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคนิคการแพทย์ประกอบด้วย

(1) กรรมการวิชาชีพโดยตำแหน่งได้แก่อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และคณบดีคณะเทคนิคการแพทย์หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นในทำนองเดียวกันในสถาบันอุดมศึกษาที่ได้รับความเห็นชอบหรือได้รับอนุญาตจากทบวงมหาวิทยาลัยให้จัดตั้งขึ้น

(2) กรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกินสามคน

(3) กรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์มีจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการวิชาชีพใน (1) และ (2) รวมกันในขณะเลือกตั้งแต่ละคราวให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 19 องค์ประกอบอำนาจและหน้าที่และการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาอื่นตามมาตรา 14 (5) รวมทั้งคุณสมบัติของกรรมการวิชาชีพสาขาอื่นดังกล่าวให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามมาตรา 5 (5)

มาตรา 20 ภายในสามสิบวันนับจากวันเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 15 (3) มาตรา 16 (3) หรือมาตรา 17 (3) หรือมาตรา 18 (3) ให้คณะกรรมการวิชาชีพแต่ละสาขาเลือกกรรมการวิชาชีพเป็นประธานกรรมการและรองประธานกรรมการวิชาชีพตำแหน่งละหนึ่งคน

มาตรา 21 การเลือกตั้งกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 15 (3) มาตรา 16 (3) หรือมาตรา 17 (3) หรือมาตรา 18 (3) และการเลือกกรรมการวิชาชีพให้ดำรงตำแหน่งประธานกรรมการและรองประธานกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 20 ให้เป็นไปตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 22 กรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งตามมาตรา 15 (2) มาตรา 16 (2) มาตรา 17 (2) หรือมาตรา 18 (2) และกรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งตามมาตรา 15 (3) มาตรา 16 (3) มาตรา



17 (3) หรือมาตรา 18 (3) อยู่ในตำแหน่งคราวละสามปีและอาจได้รับการแต่งตั้งหรือเลือกตั้งอีกได้ ให้นำความในมาตรา 10 มาใช้บังคับกับคุณสมบัติของกรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งตามมาตรา 15 (3) และมาตรา 16 (3) มาตรา 17 (3) หรือมาตรา 18 (3) โดยอนุโลม

นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามวรรคหนึ่งกรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้ง ตามมาตรา 15 (2) มาตรา 16 (2) มาตรา 17 (2) หรือมาตรา 18 (2) และกรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งตามมาตรา 15 (3) มาตรา 16 (3) มาตรา 17 (3) หรือมาตรา 18 (3) พ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) รัฐมนตรีให้ออกสำหรับกรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งตามมาตรา 15 (2) มาตรา 16 (2) มาตรา 17 (2) หรือมาตรา 18 (2)
- (4) ขาดคุณสมบัติตามวรรคสองสำหรับกรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งตามมาตรา 15 (3) มาตรา 16 (3) มาตรา 17 (3) หรือมาตรา 18 (3)

มาตรา 23 คณะกรรมการวิชาชีพแต่ละสาขามีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (1) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นๆ
- (2) เพิกถอนใบอนุญาตกรณีผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นขาดคุณสมบัติ
- (3) เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเพื่อใช้อำนาจตามมาตรา 13 (2)
- (4) ใช้อำนาจตามมาตรา 44 ในกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้นประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
- (5) ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สถานศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (6) แจ้งหรือโฆษณาข่าวสารด้วยวิธีใดๆตามที่เห็นสมควรเพื่อมิให้ประชาชนหลงเข้าใจผิดซึ่งอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (7) ส่งเสริมพัฒนาและกำหนดมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (8) ออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น
- (9) พิจารณาและเสนอชื่อผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้นเป็นกรรมการการประกอบโรคศิลปะ
- (10) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการวิชาชีพเพื่อกระทำการใดๆอันอยู่ในอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้น

(11) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของ คณะกรรมการวิชาชีพในสาขานั้น

(12) พิจารณาหรือดำเนินการในเรื่องอื่นตามที่รัฐมนตรีหรือคณะกรรมการมอบหมาย

### หมวด 3

#### การดำเนินการของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะและคณะกรรมการวิชาชีพ

มาตรา 24 การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของ จำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุมมติของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมากกรรมการคนหนึ่ง ให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนนถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีก เสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา 25 ในการประชุมถ้าประธานกรรมการไม่อยู่ในที่ประชุมหรือไม่สามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้ให้รองประธานกรรมการทำหน้าที่ประธานในที่ประชุมถ้ารองประธานกรรมการไม่อยู่ใน ที่ประชุมหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งทำหน้าที่ประธานในที่ ประชุม

มาตรา 26 การประชุมของคณะอนุกรรมการคณะกรรมการวิชาชีพหรือคณะอนุกรรมการ วิชาชีพให้นำความในมาตรา 24 และมาตรา 25 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 27 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ให้กรรมการอนุกรรมการกรรมการ วิชาชีพหรืออนุกรรมการวิชาชีพเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 28 ให้คณะกรรมการและคณะกรรมการวิชาชีพมีอำนาจเรียกบุคคลใดๆมาให้ ถ้อยคำหรือแจ้งให้บุคคลใดๆส่งเอกสารหรือวัตถุที่จำเป็นแก่การดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ หนังสือเรียกมาให้ถ้อยคำหรือหนังสือแจ้งให้ส่งเอกสารหรือวัตถุตามวรรคหนึ่งต้องระบุด้วยว่าจะ ให้มาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหรือวัตถุในเรื่องใด

มาตรา 29 ให้กรรมการอนุกรรมการกรรมการวิชาชีพและอนุกรรมการวิชาชีพได้รับเบี้ย ประชุมและประโยชน์ตอบแทนอื่นตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยความเห็นชอบของ กระทรวงการคลัง

### หมวด 4

#### การควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

มาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ใดทำการประกอบโรคศิลปะหรือกระทำด้วยประการใดๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิทำการประกอบโรคศิลปะโดยมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเว้นแต่ในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (1) การประกอบโรคศิลปะที่กระทำต่อตนเอง
- (2) การช่วยเหลือหรือเยียวยาผู้ป่วยตามหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามธรรมเนียมจรรยาโดยมิได้รับประโยชน์ตอบแทน
- (3) นักเรียนนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรมซึ่งทำการฝึกหัดหรืออบรมในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งเป็นผู้ให้การศึกษาหรือฝึกอบรมทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด
- (4) บุคคลที่เข้ารับการอบรมหรือรับการถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยกระทำการประกอบโรคศิลปะในระหว่างการอบรมหรือการถ่ายทอดความรู้ในการควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะผู้นั้นทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด
- (5) บุคคลซึ่งกระทรวงทบวงกรมกรุงเทพมหานครเมืองพัทยาองค์การบริหารส่วนจังหวัดเทศบาลสุขาภิบาลองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดหรือสภาอากาศไทยมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งนี้ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด
- (6) บุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะทั้งนี้ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด
- (7) การประกอบโรคศิลปะของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการหรือผู้สอนในสถาบันการศึกษาซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของต่างประเทศทั้งนี้โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิชาชีพและต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพกำหนด

มาตรา 31 ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจอนุญาตให้บุคคลใดทำการประกอบวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์หรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรคการวินิจฉัยโรคการบำบัดโรคการป้องกันโรคการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพและการผดุงครรภ์โดยอาศัยศาสตร์หรือความรู้จากต่างประเทศซึ่งวิชาชีพดังกล่าวยังมิได้มีกฎหมายรับรองในประเทศไทยทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา 32 ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- (1) อายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(2) เป็นผู้มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา 33

(3) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าน่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

(4) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

(5) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ

(6) ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพหรือเป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ

(7) ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

มาตรา 33 ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาต้องมีความรู้ในวิชาชีพดังต่อไปนี้

(1) สาขาการแพทย์แผนไทย

(ก) ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงและได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้วหรือ

(ข) ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนดหรือ

(ค) เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

(2) สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ต้องเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์รับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์อาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์กำหนด

(3) สาขากายภาพบำบัดต้องเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขากายภาพบำบัดจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัดรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัดอาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายภาพบำบัดกำหนดสำหรับสำเร็จจาก

ต่างประเทศซึ่งมิได้มีสัญชาติไทยต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัดจากประเทศที่สำเร็จการศึกษาด้วย

(4) สาขาเทคนิคการแพทย์ต้องเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาเทคนิคการแพทย์จากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคนิคการแพทย์รับรองโดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคนิคการแพทย์อาจสอบความรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคนิคการแพทย์กำหนดสำหรับผู้สำเร็จจากต่างประเทศซึ่งมิได้มีสัญชาติไทยต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์จากประเทศที่สำเร็จการศึกษาด้วย

(5) สาขาอื่นตามพระราชกฤษฎีกาที่ออกตามมาตรา 5 (5) ต้องมีความรู้ตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกานั้น

มาตรา 34 การขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตการออกใบอนุญาตการออกหนังสือรับรองความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในการประกอบโรคศิลปะการขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาตให้เดินทางไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงในการออกกฎกระทรวงตามวรรคหนึ่งอาจกำหนดอายุใบอนุญาตและการต่ออายุใบอนุญาตไว้ด้วยก็ได้

มาตรา 35 ห้ามมิให้ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาใดสาขาหนึ่งประกอบโรคศิลปะในสาขาอื่นที่ตนมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

มาตรา 36 ผู้ประกอบโรคศิลปะมีหน้าที่แจ้งวิธีการประกอบโรคศิลปะให้ผู้ป่วยทราบและให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกวิธีการบำบัดโรคที่จะใช้กับตนเว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน

มาตรา 37 ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องประกอบโรคศิลปะภายใต้บังคับแห่งข้อจำกัดและเงื่อนไขตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 38 ผู้ประกอบโรคศิลปะต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดผู้ประกอบโรคศิลปะต้องไม่โฆษณาใช้จ้างวานหรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบโรคศิลปะความรู้ความชำนาญในการประกอบโรคศิลปะของตนเว้นแต่เป็นการโฆษณาเกี่ยวกับการแสดงผลงานในหน้าที่หรือทางวิชาการหรือเพื่อการศึกษาการประชุมทางวิชาการการบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะและการประกาศเกียรติคุณอาจกระทำได้ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในระเบียบว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามวรรคหนึ่ง

มาตรา 39 บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายเพราะผู้ประกอบโรคศิลปะฝ่าฝืนมาตรา 36 หรือประพฤติดัดข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบโรคศิลปะตามมาตรา 37 หรือประพฤติดัดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามมาตรา 38 มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบโรคศิลปะผู้นั้นโดยทำคำกล่าวหา

ต่อคณะกรรมการวิชาชีพกรรมการวิชาชีพหรือบุคคลอื่นซึ่งพบหรือทราบว่ามีผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 36 หรือประพฤติผิดข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบโรคศิลปะตามมาตรา 37 หรือประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามมาตรา 38 มีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบโรคศิลปะผู้นั้น โดยทำคำกล่าวโทษต่อคณะกรรมการวิชาชีพสิทธิกล่าวหาตามวรรคหนึ่งหรือสิทธิกล่าวโทษตาม วรรคสองสิ้นสุดลงเมื่อพ้นหนึ่งปีนับแต่วันที่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้กล่าวโทษรู้เรื่องและรู้ตัวผู้ ประพฤติผิดแต่ไม่เกินสามปีนับแต่วันที่มีการประพฤติผิดในเรื่องดังกล่าวการถอนคำกล่าวหาหรือ คำกล่าวโทษที่ได้ยื่นไว้แล้วไม่เป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 40 เมื่อคณะกรรมการวิชาชีพได้รับคำกล่าวหาหรือคำกล่าวโทษตามมาตรา 39 แล้วพิจารณาเห็นว่ากรณีมีมูลให้ส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพ แต่งตั้งขึ้นตามมาตรา 23 (10) ให้ทำหน้าที่สอบสวนการกระทำผิดตามพระราชบัญญัตินี้เพื่อ ดำเนินการสอบสวนแล้วสรุปผลการสอบสวนและเสนอสำนวนการสอบสวนพร้อมทั้งความเห็นต่อ คณะกรรมการวิชาชีพเพื่อพิจารณาวินิจฉัยตามมาตรา 44

มาตรา 41 ในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนตาม มาตรา 40 ให้นำมาตรา 28 มาใช้บังคับ

มาตรา 42 ให้ประธานอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนมีหนังสือแจ้งข้อ กล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษพร้อมทั้งส่งสำเนาเรื่องที่กล่าวหาหรือกล่าวโทษให้ผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูก กล่าวโทษทราบไม่น้อยกว่าสิบห้าวันก่อนวันเริ่มทำการสอบสวนผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษมี สิทธิทำคำชี้แจงหรือนำพยานหลักฐานใดๆมาให้คณะอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนคำ ชี้แจงหรือพยานหลักฐานให้ยื่นต่อประธานอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนภายในสิบห้า วันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากประธานอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนหรือภายใน กำหนดเวลาที่

คณะอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนจะขยายให้

มาตรา 43 หลักเกณฑ์และวิธีการกล่าวหาหรือกล่าวโทษหรือสอบสวนให้เป็นไปตามระเบียบที่ รัฐมนตรีกำหนด

มาตรา 44 เมื่อคณะกรรมการวิชาชีพได้รับสำนวนการสอบสวนและความเห็นของ คณะอนุกรรมการวิชาชีพซึ่งทำหน้าที่สอบสวนแล้วให้คณะกรรมการวิชาชีพพิจารณาวินิจฉัยดังนี้

(1) ยกคำกล่าวหาหรือคำกล่าวโทษกรณีเห็นว่าผู้ประกอบโรคศิลปะมิได้กระทำความผิดตาม คำกล่าวหาหรือคำกล่าวโทษหรือ

(2) ลงโทษอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ในกรณีที่วินิจฉัยว่าผู้ประกอบโรคศิลปะได้ กระทำความผิดจริงตามคำกล่าวหาหรือคำกล่าวโทษ



(ก) ว่ากล่าวตักเตือน

(ข) ภาคทัณฑ์

(ค) พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี

(ง) เพิกถอนใบอนุญาต

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวิชาชีพตามวรรคหนึ่งให้ทำเป็นหนังสือและลงลายมือชื่อกรรมการวิชาชีพที่วินิจฉัยกล่าวหาหรือกล่าวโทษนั้นและต้องจัดให้มีเหตุผลไว้ด้วยโดยเหตุผลนั้นอย่างน้อยต้องประกอบด้วยข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญข้อกฎหมายที่อ้างอิงข้อพิจารณาและข้อสนับสนุนในการใช้ดุลพินิจ

มาตรา 45 ให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะมีหนังสือแจ้งคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 44 ไปให้คณะกรรมการและผู้ถูกกล่าวหาหรือผู้ถูกกล่าวโทษทราบภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่มีคำวินิจฉัยและให้บันทึกข้อความตามคำวินิจฉัยนั้นไว้ในทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะด้วย

ในกรณีที่ไมพบตัวผู้ถูกกล่าวหาหรือถูกกล่าวโทษหรือผู้ถูกกล่าวหาหรือถูกกล่าวโทษดังกล่าวไม่ยอมรับหนังสือแจ้งคำวินิจฉัยตามวรรคหนึ่งให้ปิดคำวินิจฉัยนั้นไว้ในที่เปิดเผยสถานที่ประกอบการหรือภูมิลำเนาของผู้นั้นและให้ถือว่าผู้นั้นได้ทราบคำวินิจฉัยแล้วตั้งแต่วันที่ได้ปิดคำวินิจฉัยให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะจัดพิมพ์คำวินิจฉัยที่สำคัญของคณะกรรมการวิชาชีพเพื่อเผยแพร่เว้นแต่เรื่องที่เป็นความลับอันเกี่ยวกับความปลอดภัยของประเทศหรือประโยชน์ส่วนรวมอันไม่ควรเปิดเผย

มาตรา 46 ในกรณีที่ปรากฏแก่คณะกรรมการวิชาชีพว่าผู้ประกอบโรคศิลปะผู้ใดขาดคุณสมบัติตามมาตรา 32 หรือฝ่าฝืนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตให้คณะกรรมการวิชาชีพสั่งเพิกถอนใบอนุญาตของผู้นั้นและให้นำมาตรา 45 วรรคหนึ่งและวรรคสองมาใช้บังคับโดยอนุโลมก่อนมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตตามวรรคหนึ่งให้คณะกรรมการวิชาชีพแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาชีพดำเนินการสืบสวนหาข้อเท็จจริงแล้วทำรายงานพร้อมทั้งความเห็นเสนอคณะกรรมการวิชาชีพเพื่อพิจารณา

มาตรา 47 ภายใต้อำนาจมาตรา 30 ห้ามมิให้ผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งอยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตทำการประกอบโรคศิลปะหรือกระทำการใดๆให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิทำการประกอบโรคศิลปะนับแต่วันที่ทราบคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือสั่งเพิกถอนใบอนุญาตนั้น

มาตรา 48 ผู้ประกอบโรคศิลปะผู้ใดฝ่าฝืนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตและถูกศาลพิพากษา ลงโทษตามมาตรา 58 คดีถึงที่สุดแล้วให้คณะกรรมการวิชาชีพสั่งเพิกถอนใบอนุญาตของผู้นั้น โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุด

มาตรา 49 ผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตอาจขอรับใบอนุญาตอีกได้ เมื่อพ้นสองปีนับแต่วันที่ถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตแต่เมื่อคณะกรรมการวิชาชีพได้พิจารณาคำขอรับใบอนุญาตและปฏิเสธการออกใบอนุญาตผู้นั้นจะยื่นคำขอรับใบอนุญาตได้อีกต่อเมื่อสิ้นระยะเวลา หนึ่งปีนับแต่วันที่คณะกรรมการวิชาชีพปฏิเสธการออกใบอนุญาตถ้าคณะกรรมการวิชาชีพปฏิเสธ การออกใบอนุญาตเป็นครั้งที่สองผู้นั้นมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการตามมาตรา 53 ถ้า คณะกรรมการมีความเห็นยืนตามความเห็นของคณะกรรมการวิชาชีพผู้นั้นเป็นอันหมดสิทธิขอรับ อนุญาตอีกต่อไป

## หมวด 5

### พนักงานเจ้าหน้าที่

-----

มาตรา 50 ในการปฏิบัติหน้าที่ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจดังนี้

(1) เข้าไปในสถานที่ของผู้ประกอบโรคศิลปะในระหว่างเวลาทำการเพื่อตรวจสอบ หรือควบคุมให้ดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

(2) เข้าไปในสถานที่ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ในระหว่างพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือในระหว่างเวลาทำการของสถานที่นั้นเพื่อ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานหรือสิ่งของที่อาจใช้เพื่อประโยชน์ในการสอบสวนข้อเท็จจริงหรือ ดำเนินคดีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้เว้นแต่

(ก) เมื่อได้เข้าไปและลงมือทำการตรวจสอบในเวลากลางวันถ้ายังดำเนินการไม่แล้ว เสร็จจะกระทำต่อในเวลากลางคืนหรือนอกเวลาทำการก็ได้หรือ

(ข) ในกรณีฉุกเฉินอย่างยิงจะทำการตรวจสอบในเวลากลางคืนหรือนอกเวลาทำการ ก็ได้

(3) ยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐานหรือสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับกระทำความผิดตาม พระราชบัญญัตินี้เพื่อประโยชน์ในการสอบสวนข้อเท็จจริงหรือดำเนินคดี

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามวรรคหนึ่งให้นุคคลซึ่งอยู่ในสถานที่นั้นอำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามสมควร

มาตรา 51 ในการปฏิบัติหน้าที่พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา 52 ในการปฏิบัติกรตามพระราชบัญญัตินี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

## หมวด 6

### การอุทธรณ์

มาตรา 53 ในกรณีที่คณะกรรมการวิชาชีพมีคำสั่งไม่รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือปฏิเสธการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ประกอบโรคศิลปะที่ถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตตามมาตรา 49 ผู้นั้นมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งการไม่รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตหรือปฏิเสธการออกใบอนุญาตแล้วแต่กรณีคำวินิจฉัยของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

มาตรา 54 ผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ทราบคำสั่งการอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่งย่อมไม่เป็นการทุเลาการบังคับตามคำสั่งพักใช้หรือคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตคำวินิจฉัยของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

มาตรา 55 หลักเกณฑ์และวิธีการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ตามมาตรา 53 และมาตรา 54 ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

## หมวด 7

### บทกำหนดโทษ

มาตรา 56 ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามหนังสือเรียกหรือหนังสือแจ้งที่ออกตามมาตรา 28 หรือมาตรา 41 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 57 ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะทำการประกอบโรคศิลปะอันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินสามหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะผู้ใดกระทำความผิดด้วยประการใดๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิทำการประกอบโรคศิลปะอันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 30 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 58 ผู้ประกอบโรคศิลปะผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 35 หรือผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งอยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตผู้ใดทำการประกอบโรคศิลปะอันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 47 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับผู้ประกอบโรคศิลปะผู้ใดซึ่งอยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือถูกสั่งเพิกถอนใบอนุญาตกระทำความผิดประการใดๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิทำการประกอบโรคศิลปะอันเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 47 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 59 ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 50 วรรคสองต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

### บทเฉพาะกาล

มาตรา 60 ให้ผู้ซึ่งดำรงตำแหน่งกรรมการในคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 อยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่าจะมีคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัตินี้ซึ่งต้องไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบ วันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา 61 ในระยะเริ่มแรกที่ยังมิได้เลือกตั้งผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 15 (3) มาตรา 16 (3) หรือมาตรา 17 (3) หรือมาตรา 18 (3) ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆตามจำนวนที่กำหนดไว้ในมาตราดังกล่าวเป็นกรรมการวิชาชีพให้กรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งตามวรรคหนึ่งปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการวิชาชีพตามพระราชบัญญัตินี้จนกว่ากรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับเลือกตั้งตามพระราชบัญญัตินี้เข้ารับหน้าที่การเลือกตั้งผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 15 (3) มาตรา 16 (3) หรือมาตรา 17 (3) หรือมาตรา 18 (3) ให้กระทำไปแล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับและให้กรรมการวิชาชีพซึ่งได้รับการเลือกตั้งตามมาตรานี้พ้นจากตำแหน่งพร้อมกับวาระของกรรมการวิชาชีพซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งตามมาตรา 15 (2) มาตรา 16 (2) หรือมาตรา 17 (2) หรือมาตรา 18 (2) แล้วแต่กรณี

มาตรา 62 ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 และใบอนุญาตนั้นยังคงใช้ได้ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัตินี้ต่อไปดังนี้

(1) ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขา กายภาพบำบัดให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา กายภาพบำบัด

(2) ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขา เทคนิคการแพทย์ให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา เทคนิคการแพทย์

(3) ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรมให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย

(4) ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรมให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทย

(5) ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป สาขาการผดุงครรภ์ให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย

(6) ผู้ใดได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณแบบ ประยุกต์ให้ถือว่าผู้นั้นได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์ แผนไทยประยุกต์

มาตรา 63 ให้ผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน สาขาเวชกรรมชั้นสองตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 และ ใบอนุญาตนั้นยังคงใช้ได้ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษามีสิทธิประกอบโรค ศิลปะต่อไปตามข้อจำกัดและเงื่อนไขตลอดจนต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพตามบทบัญญัติแห่ง กฎหมายนั้นให้คณะกรรมการมีอำนาจสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ แผนปัจจุบันสาขาเวชกรรมชั้นสองเมื่อปรากฏว่าผู้นั้นกระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติในวรรคหนึ่ง

มาตรา 64 คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะและคำขอแก้ไข หรือเพิ่มเติมข้อความที่ได้ขึ้นทะเบียนแล้วซึ่งได้ยื่นไว้ตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรค ศิลปะพุทธศักราช 2479 ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้ถือปฏิบัติดังนี้

(1) ถ้าคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติควบคุมการ ประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ยังมีได้มีคำสั่งอย่างหนึ่งอย่างใดเกี่ยวกับคำขอดังกล่าวให้ถือ



ว่าเป็นคำขอที่ได้ยื่นตามพระราชบัญญัตินี้และให้ดำเนินการเกี่ยวกับคำขอดังกล่าวตามพระราชบัญญัตินี้

(2) ถ้าคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ได้มีคำสั่งอย่างหนึ่งอย่างใดเกี่ยวกับคำขอดังกล่าวแล้วการดำเนินการเกี่ยวกับคำขอดังกล่าวให้อยู่ในบังคับของบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ต่อไปจนกว่าจะถึงที่สุด

มาตรา 65 การสอบสวนและการพิจารณาเพื่อวินิจฉัยสั่งพักใช้ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือสั่งเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะที่อยู่ระหว่างดำเนินการตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้ดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้เว้นแต่

(1) กรณีที่คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการสอบสวนทำการสอบสวนแล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและยังสอบสวนไม่เสร็จก็ให้สอบสวนตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ต่อไปและเมื่อได้สอบสวนเสร็จแล้วให้สรุปผลการสอบสวนและเสนอสำนวนการสอบสวนพร้อมทั้งความเห็นต่อคณะกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 15 หรือมาตรา 16 หรือมาตรา 17 หรือมาตรา 18 แล้วแต่กรณีพิจารณาวินิจฉัยเรื่องนั้นต่อไปตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 จนกว่าจะเสร็จ

(2) ในกรณีที่ได้มีการสอบสวนหรือพิจารณาโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 เสร็จไปแล้วก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาให้การสอบสวนหรือพิจารณาแล้วแต่กรณีนั้นเป็นอันใช้ได้

(3) กรณีที่ได้มีการเสนอเรื่องหรือนำเสนอสำนวนการสอบสวนให้คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะพิจารณาโดยถูกต้องตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ยังไม่เสร็จก็ให้คณะกรรมการวิชาชีพตามมาตรา 15 หรือมาตรา 16 หรือมาตรา 17 หรือมาตรา 18 แล้วแต่กรณีพิจารณาวินิจฉัยเรื่องนั้นต่อไปตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 จนกว่าจะเสร็จ

มาตรา 66 การใดอยู่ระหว่างดำเนินการตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาดำเนินการต่อไปสำหรับการนั้นให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 67 ให้บรรดากฎกระทรวงระเบียบหรือประกาศที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 คงใช้บังคับได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัด



หรือแย้งกับพระราชบัญญัตินี้ทั้งนี้จนกว่าจะได้มีกฎกระทรวงระเบียบหรือประกาศที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัตินี้

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

ชวนหลีกภัยนายกรัฐมนตรี

อัตราค่าธรรมเนียม

(1) ค่าขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ	ฉบับละ 3,000 บาท
(2) ค่าต่ออายุใบอนุญาต	ฉบับละ 1,000 บาท
(3) ค่าแก้ไขหรือเพิ่มเติมทะเบียนและใบอนุญาต	ฉบับละ 500 บาท
(4) ค่าหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ และหนังสือรับรองอย่างอื่น	ฉบับละ 500 บาท
(5) ค่าสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ	ฉบับละ 2,000 บาท
(6) ค่าหนังสืออนุมัติให้แสดงว่าเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญในการประกอบโรคศิลปะ	ฉบับละ 1,000 บาท
(7) ค่าใบแทนใบอนุญาต	ฉบับละ 300 บาท
(8) ค่าแปลใบอนุญาตของผู้ประกอบโรคศิลปะ เป็นภาษาต่างประเทศ	ฉบับละ 1,000 บาท
(9) ค่าคำร้องต่างๆ	ฉบับละ 50 บาท

หมายเหตุ:- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้คือ โดยที่พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานแม้จะมีการแก้ไขเพิ่มเติมหลายครั้งแต่บทบัญญัติบางประการก็ยังไม่สอดคล้องกับหลักวิชาและสภาพการณ์ในปัจจุบันประกอบกับได้มีการแยกการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเวชกรรมการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาทันตกรรมและการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเภสัชกรรมไปบัญญัติไว้ในกฎหมายเฉพาะรวมทั้งสมควรปรับปรุงองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะและจัดให้มีคณะกรรมการวิชาชีพเพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์การประกอบโรคศิลปะสาขากายภาพบำบัดการประกอบ

โรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์และการประกอบโรคศิลปะสาขาอื่นตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกาเพื่อให้การประกอบโรคศิลปะในสาขาต่างๆดังกล่าวมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเพื่อส่งเสริมการประกอบโรคศิลปะในสาขาเหล่านั้นให้มีความอิสระและคล่องตัวในการดำเนินงานและเพื่อควบคุมมิให้มีการแสวงหาผลประโยชน์หรือใช้วิชาชีพโดยมิชอบทำให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชนสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะให้เหมาะสมยิ่งขึ้นจึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้(พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ค้นคืนวันที่ 1 ตุลาคม 2558

จาก <http://203.155.220.230/bmainfo/law/011/artdisease.pdf>),(การดูแลสุขภาพตนเองค้นคืนวันที่ 1 ตุลาคม 2558 จาก <http://www.htc.ac.th/sport/web5126/ /palanamai/kandulaa.html> )



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสุทธารัตน์ บุญมี
วัน เดือน ปีเกิด	20 พฤศจิกายน 2517
สถานที่เกิด	อำเภอจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต (ศศ.บ.) สาขาวิชา บรรณารักษศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์ 29 มีนาคม พ.ศ. 2543
สถานที่ทำงาน	มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมมาโสกราช
ตำแหน่ง	บรรณารักษ์

