วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2555
Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine
Vol. 10 No. 3 September-December 2012

นิพนธ์ต้นฉบับ

รายงานเบื้องต้นการศึกษาการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน

ธนิดา ขุนบุญจันทร์*
ฉันทนา กระภูฤทธิ์*
สิริลดา พิมพา*
สุธน พรบัณฑิตย์ปัทมา**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อศึกษาภูมิหลังการรักษาและผลจากการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักทางด้านคลินิกของหมอพื้นบ้าน

วิธีการศึกษา : ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก จำนวน 9 คน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับภูมิหลัง กระบวนการรักษากระดูกหัก และประเมินผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน จำนวน 216 คน โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์

ผลการศึกษา : หมอพื้นบ้านทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 50-84 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก โดยครึ่งหนึ่งสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษ ส่วนอีกครึ่งหนึ่งสืบทอดมาจากบุคคลอื่น มีประสบการณ์การรักษากระดูกหักไม่น้อยกว่า 20-30 ปี ผู้ป่วยที่มารักษากับหมอพื้นบ้าน พบว่า จำนวนผู้ป่วยร้อยละ 75 หักบริเวณ แขนมากกว่าบริเวณขา โดยผลการรักษาผู้ป่วยทั้ง 216 คน พบว่า 53 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 หายเป็นปกติ ทั้งสภาพรูปร่างการติดของกระดูกและความสามารถในการใช้งาน จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 พบว่า สภาพรูปร่างของกระดูกติดผิดรูปแต่สามารถใช้งานได้เหมือนข้างปกติ มีเพียง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ที่การติดของกระดูกที่หัก มีสภาพรูปร่างเหมือนข้างปกติ แต่กลับใช้งานได้ไม่เหมือนข้างปกติ และมีผู้ป่วยจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 ที่การติดของกระดูกผิดรูปและการใช้งานก็ไม่เหมือนข้างปกติ

ข้อสรุป : ผลการประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ที่พบว่า แม้ผลการรักษาของหมอพื้นบ้านจะไม่ดีเท่าที่ควร แต่ก็พบว่าประชาชนจำนวนมากยังเลือกรับการรักษาจากหมอพื้นบ้านและมีความพึงพอใจในผลการรักษา ทำให้เห็นว่าความเชื่อและความศรัทธาในการรักษาของหมอพื้นบ้านยังคงมีอยู่ในสังคมไทย ดังนั้นถ้าหมอพื้นบ้านได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถ ในการรักษาที่ถูกต้อง ได้รับคำปรึกษา/คำแนะนำที่ดี ร่วมกับทีมแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การดูฟิล์มเอกซเรย์ การวินิจฉัย กระบวนการรักษาและทำการจดบันทึกอย่างเป็นระบบ ก็จะทำให้กระบวนการรักษาของหมอพื้นบ้านเป็นที่น่าเชื่อถือและมีมาตรฐานมากขึ้น

คำสำคัญ : หมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก, ออร์โธปิดิกส์, การประเมินทางคลินิก

*สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย, **นักวิชาการอิสระ/ที่ปรึกษาโครงการ
ผู้รับผิดชอบบทความ: Tanida1739@hotmail.com

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจร ทำให้คนไทยได้รับบาดเจ็บ และกระดูกหักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากช่วงปี 2546-2548 มีผู้ได้รับอุบัติเหตุทางจราจร จำนวน 960,959 ราย 966,667 ราย และ 976,357 ราย ตามลำดับ[1] 70% ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกจะมีภาวะกระดูกหัก[2] ซึ่งส่วนใหญ่จะไปรับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ประมาณร้อยละ 19.8 ที่ไปรักษากับหมอพื้นบ้าน[3] สาเหตุเพราะผู้ป่วยเหล่านี้ยังขาดความเชื่อมั่นต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน และศรัทธาต่อการรักษาของหมอพื้นบ้าน[4] โดยพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่อายุ 19-40 ปี จบประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (36.67%)[5]

ส่วนหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก จากการสำรวจของ ศ.เกียรติคุณ นพ.ยงยุทธ วัชรดุลย์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2522 พบว่า มีหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหักกระจายตัวอยู่ทุกภาค ประมาณ 12,000 คน[6] และมีผู้ป่วยกระดูกหักไปรับบริการกับหมอพื้นบ้านโดยเฉลี่ย 10–1,500 คนต่อปี ต่อมากรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้สำรวจหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก เมื่อปี 2549 พบว่า มีจำนวนลดลงเหลือเพียง 1,860 คน หมอพื้นบ้านเหล่านี้ อายุประมาณ 50-80ปี[7] เป็นผู้มีคุณธรรมและจริยธรรมสูง ส่วนมากมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก การเป็นหมอพื้นบ้านเพียงการสืบทอดภูมิปัญญาจากบรรพบุรุษเป็นส่วนใหญ่[5] โดยพบว่าหมอพื้นบ้านให้การรักษาแบบองค์รวมเริ่มตั้งแต่ซักประวัติ วินิจฉัย การดึงจัดกระดูกและการเข้าเฝือกไม้ไผ่ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่หาง่ายในชุมชน มีลักษณะเบา โปร่ง สบาย ถ่ายเทอากาศได้ดี ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัด เมื่อเทียบกับเฝือกปูน[8] จึงเกิดความพึงพอใจการรักษาของหมอพื้นบ้านมากกว่า[9] แต่อย่างไรก็ตาม แพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ยอมรับ ผลการรักษาเพราะหมอพื้นบ้านขาดหลักฐานอ้างอิงโดยเฉพาะขาดการบันทึก รวมทั้งไม่ทราบผลการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่ดี[10] จึงทำให้ไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ[11] ในวงการแพทย์และสาธารณสุข

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ โดยสำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย จึงเห็นว่าควรจะได้ดำเนินการศึกษาในเชิงลึกถึง ภูมิหลังเกี่ยวกับกระบวนการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอพื้นบ้าน ว่าเป็นอย่างไร มีประสิทธิผลการรักษามากน้อยเพียงใด โดยใช้วิธีการประเมินทางคลินิกของแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านออร์โธปิดิกส์ 3 ท่านเป็นผู้ประเมินผลการรักษาของหมอพื้นบ้าน จึงได้ทำการศึกษาและรวบรวมรายงานเบื้องต้นในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักของหมอพื้นบ้านขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมและพัฒนาหมอพื้นบ้านรักษาผู้ป่วยกระดูกหักได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา 2 รูปแบบ คือ การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitive Research) และการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

1. การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกจังหวัดเป็นพื้นที่วิจัย โดยเลือกพื้นที่ที่มีหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 50 คนต่อปี ที่มารักษากับหมอพื้นบ้านและมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สนใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหมอพื้นบ้าน เป็นผลจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ส่วนกลาง ครอบคลุม 3 ภาค ประกอบด้วย ภาคกลาง 6 จังหวัด ภาคเหนือ 2 จังหวัด และภาคใต้ 1 จังหวัด (ยกเว้นภาคอีสานไม่เข้าร่วมเนื่องจากหาเจ้าหน้าที่ที่พร้อมและยินดีเข้าร่วมโครงการฯไม่ได้) รวมกลุ่มตัวอย่างหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก 9 คน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอพื้นบ้าน 9 คน ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำมารวบรวมและวิเคราะห์เชิงพรรณนา

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยกระดูกหัก

การประเมินผลการรักษาของหมอพื้นบ้าน 9 คน จากผู้ป่วยกระดูกหักจำนวน 3,595/ปี โดยหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane ($n = \frac{N}{1+Ne^2}$) โดยค่า N= 3,595 และค่า e= 0.05 (ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง) ผลจากการคำนวณ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) รวม 360 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือประกอบด้วย เครื่องมือเชิงคุณภาพและเครื่องมือเชิงสำรวจ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหักเกี่ยวกับภูมิหลังและกระบวนการรักษา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเชิงสำรวจ

เป็นเครื่องมือที่ทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์ 3 ท่าน ประกอบด้วย ศ.เกียรติคุณ นพ.ยงยุทธ วัชรดุลย์, รศ.นพ.วิทเชษฐ์ พิชัยศักดิ์ และนพ.ยลชัย จงจิระศิริ เป็นผู้สร้างและใช้ในการประเมินผลการรักษากระดูกหัก รวม 11 ตำแหน่ง ประกอบด้วยส่วนแขน 7 ตำแหน่ง ได้แก่ ไหปลาร้า ต้นแขน ข้อศอก 1 ชิ้น แขนใต้ศอก 2 ชิ้น ข้อมือ มือ (หัวมือ, นิ้วมือ) และส่วนขา 4 ตำแหน่ง ได้แก่ ต้นขา แข้ง/น่อง/สะบ้า ข้อเท้าและเท้า (หัวเท้า, นิ้วเท้า) โดยแต่ละตำแหน่ง ของตำแหน่งที่หัก จะประเมิน 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยที่หมอพื้นบ้านรักษา

จังหวัด	หมอพื้นบ้าน	จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อปี	จำนวนผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ชลบุรี	พระครูปลัดนรินทร์ จตตมโล	260	26
ปราจีนบุรี	นายโจ่ เชื้อมูล	275	28
สิงห์บุรี	หมอสุรินทร์ นาคทอง	50	5
อยุธยา	หมอสัมฤทธิ์ จำแนกวุฒิ	710	71
ลพบุรี	หมอสุนทร นิ่มน้อม	500	50
อุตรดิตถ์	หมอพร้อม คล้ายกล่ำ	1,030	103
นครศรีธรรมราช	หมอสวิง องอาจ	480	49
เชียงราย	หมอเขียน เมืองมูล	225	22
สระบุรี	หมอบาง น่วมโพธิ์	60	6
รวม		**3,595**	**360** คน

ส่วนคือ ประเมินสภาพรูปร่างกระดูกที่หัก จากภาพถ่าย ฟิล์ม X-rays หลังรักษา และประเมินความสามารถการใช้งานจากการทดสอบการเคลื่อนไหวของข้อ ใกล้อวัยวะที่หักของผู้ป่วยหลังรักษา[12-16] ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทางด้านออร์โธปิดิกส์3ท่านเป็นผู้ประเมินตัวอย่างเครื่องมือการประเมินทั้ง 2 ส่วนดังนี้

ตัวอย่างเครื่องมือการประเมินทั้ง 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ประเมินด้านสภาพรูปร่างกระดูกหัก (ต้นแขนหัก)

ก. เกณฑ์ให้คะแนน (ตารางที่ 2)

ข. เกณฑ์การประเมิน

8 คะแนน หมายความว่า ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกหักเหมือนข้างปกติ

2-7 คะแนน หมายความว่า ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกหักต่างจากข้างปกติ

ส่วนตำแหน่งที่หักอื่นๆมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน เกณฑ์การประเมินในทำนองเดียวกัน เพียงแต่บางตำแหน่งจะมีการกำหนดสเกลในการวัดมุม/เอียง/รูปร่าง/การเคลื่อนที่แต่ละตำแหน่งแตกต่างกันตามสภาพของตำแหน่งที่หัก

ส่วนที่ 2 ประเมินความสามารถการใช้งาน (ต้นแขนหัก)

ก. เกณฑ์ให้คะแนน (ตารางที่ 3)

ข. เกณฑ์การประเมิน

8 คะแนน หมายความว่า ความสามารถในการใช้งานเหมือนข้างปกติ

2-7 คะแนน หมายความว่า ความสามารถในการใช้งานผิดไปจากข้างปกติ

ส่วนตำแหน่งที่หักอื่นๆ หลังการรักษามีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์การประเมินในทำนองเดียวกัน เพียงแต่บางตำแหน่งมีการทดสอบการใช้งานแตกต่างกันของสภาพแต่ละตำแหน่งที่หัก

๓. วิธีการเก็บข้อมูล

ส่วนกลางได้เตรียมความพร้อมให้ทีมวิจัย 9 พื้นที่นำร่องให้เข้าใจโครงการและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ไปในทิศทางเดียวกัน โดยสนับสนุนงบประมาณให้พื้นที่ได้ประมาณ 50,000- 100,000 บาท ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูล จนได้ครบทุกพื้นที่แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์

ตารางที่ 2

เกณฑ์ให้คะแนน	ความสั้นของกระดูก				การทำมุมของกระดูกหัก			
สเกลการวัด	0 ซม.	< 1 ซม.	=1-2 ซม.	> 2 ซม.	$0-5^{o}$	$6-10^{o}$	$11-15^{o}$	$>15^{o}$
ค่าคะแนน	4	3	2	1	4	3	2	1

ตารางที่ 3

เกณฑ์ให้คะแนน	กางแขน 2 ข้าง		ไขว้หลัง		เกาต้นคอ		ยกแขนชิดใบหู	
การทดสอบ	เต็มที่	ไม่เต็มที่	เต็มที่	ไม่เต็มที่	เต็มที่	ไม่เต็มที่	เต็มที่	ไม่เต็มที่
ค่าคะแนน	2	1	2	1	2	1	2	1

๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สรุปเป็นภาพรวมโดยข้อมูลภูมิหลังและกระบวนการรักษากระดูกหัก จะนำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ส่วนการประเมินผลการรักษากระดูกหักของหมอพื้นบ้านจะวิเคราะห์เป็นความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก 9 คน ใน 9 พื้นที่ พบว่า หมอพื้นบ้านรักษาผู้ป่วยกระดูกหักมีอาชีพหลักคืออาชีพเกษตร-กรรม มีฐานะอยู่ในระดับพอมีพอกินจนถึงค่อนข้างดี ส่วนใหญ่ได้รับการสืบทอดความรู้มาจากบรรพบุรุษ ค่าตอบแทนที่ได้รับจากการรักษา ส่วนใหญ่เป็นค่าบูชาครู หรือเป็นเงินค่าตอบแทนภายหลังการรักษาเมื่อหายแล้ว นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อหมอพื้นบ้าน ส่วนเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบมากกว่าเชิงบวก เช่น กรณีผู้ป่วยมีความเชื่อถือหมอพื้นบ้านและขอไปรักษากับหมอพื้นบ้าน เจ้าหน้าที่มักจะแสดงความไม่พอใจและพูดจาในลักษณะประชดประชัน ในด้านกระบวนการรักษากระดูกหักของหมอพื้นบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นจากการใช้ประสาทสัมผัส โดยการดู คลำ ฟังเสียง เคาะ สัมผัส และการวัด เป็นต้น ซึ่งเป็นขั้นตอนก่อนการรักษา จากนั้นแล้ว จึงรักษาโดยการจัดกระดูกให้เข้าที่ แล้วจึงใส่เฝือกไม้ไผ่ แต่มีหมอบางท่าน (หมอสวิง องอาจ จ.นครศรีธรรมราช) ได้นำอุปกรณ์ต่างๆที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาดัดแปลงประยุกต์ใช้ในการรักษากระดูกหัก เช่น การใช้ท่อ พีวีซีลนไฟ ให้อ่อนโค้งตามรูปกระดูกแล้วทำการดามหรือใช้บัตรเติมเงินพลาสติกที่ไม่ใช้แล้วมาเป็นอุปกรณ์ในการดามกระดูกชิ้นเล็กๆเหมือนเฝือกอ่อนหรือ Slab ที่แพทย์แผนปัจจุบันใช้ในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่า กรณีกระดูกหักแตกเข้าข้อร่วมด้วย เป็นตำแหน่งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดผิดรูปหรือพิการได้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ยังให้การรักษาเพราะผลการรักษากระดูกมีการเชื่อมติดได้ดี แต่สภาพรูปร่างกระดูกในการเชื่อมติดตรงบริเวณที่หักไม่ดี อาจผิดรูปหรือใช้งานได้ไม่เหมือนเดิม แต่ผู้ป่วยพึงพอใจผลการรักษา

ส่วนข้อมูลด้านผู้ป่วยกระดูกหักที่มารับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน พบว่าผู้ป่วยกระดูกหักที่เคยรักษากับหมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21- 40 ปี มากที่สุด สาเหตุของกระดูกหักส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์และหกล้ม โดยตำแหน่งที่หัก ส่วนใหญ่จะหักบริเวณแขน โดยเฉพาะบริเวณข้อมือ ส่วนบริเวณขา ส่วนใหญ่จะหักบริเวณกระดูกหน้าแข้งหรือกระดูกน่องมากที่สุด ตามตารางที่ 4

ส่วนการประเมินจากการจัดสภาพรูปร่างกระดูกหักให้เข้าที่ พบว่าผลการจัดกระดูกหักให้เข้าที่ได้เหมือนข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 26.4 โดยแยกเป็นส่วนแขน คิดเป็นร้อยละ 19.4 เมื่อดูรายละเอียดในแต่ละตำแหน่งที่หักพบว่า หมอพื้นบ้านสามารถจัดกระดูกให้เข้าที่เหมือนข้างปกติ จากมากไปน้อย ได้แก่ ไหปลาร้า แขนใต้ศอก 1 อัน และแขนใต้ศอก 2 อัน คิดเป็นร้อยละ 6.9,4.6,และ 2.8 ตามลำดับ และบริเวณส่วนขา พบว่า หมอพื้นบ้านสามารถจัดสภาพรูปร่างกระดูก ให้เข้าที่เหมือนข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 6.9 เมื่อดูรายละเอียดแต่ละตำแหน่งพบว่า บริเวณหน้าแข้ง/น่อง และข้อเท้า ที่สามารถจัดสภาพรูปร่างกระดูกหักให้เหมือนข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 3.2, 2.8 ตามลำดับ ส่วนผลการจัดกระดูกให้เข้าที่ผิดไปจาก

ตารางที่ 4 ข้อมูลผู้ป่วยกระดูกหักที่มารักษากับหมอพื้นบ้านจำแนกตามภูมิหลังผู้ป่วยกระดูกหัก

ข้อมูลภูมิหลัง	จำนวน(N=216)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	151	69.94
หญิง	65	30.09
2. อายุ		
อายุต่ำกว่า 20 ปี	52	24.2
21-40 ปี	90	41.7
41-60 ปี	52	24.1
61- 80 ปี	18	8.3
80 ปีขึ้นไป	4	1.7
อายุต่ำสุด 2 ปี อายุสูงสุด 93 ปี		
3. สภานภาพการสมรส		
โสด	78	36.1
คู่	120	55.6
หม้าย/หย่า/แยก	18	8.3
4. วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา/ ไม่ได้เรียนหนังสือ	23	10.7
ประถมศึกษา	119	55.1
มัธยมต้น	37	17.1
มัธยมปลาย หรือ ปวช.	21	9
ปวส. /อนุปริญญา	8	3.7
ปริญญาตรี	8	3.7
5. อาชีพหลัก		
ค้าขาย	14	6.5
เกษตรกรรม	70	32.4
รับจ้างทั่วไป	68	31.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	2.8
นักเรียน	38	17.6
อื่นๆ เช่น แม่บ้าน ผู้สูงอายุ ไม่มีรายได้	20	9.3
6. รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท	40	18.5
3,000 บาท - 6,000 บาท	45	20.8
6,001 บาท - 9,000 บาท	57	26.4
9,001 บาท - 12,000 บาท	52	24.1
12,000 บาทขึ้นไป	22	10.2
7. การรักษากับหมอพื้นบ้านในอดีต		
เคย	40	18.5
ไม่เคย	176	81.5
8. สาเหตุที่กระดูกหัก		
อุบัติเหตุทางรถยนต์	35	16.2
อุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์	58	26.8
อุบัติเหตุตกจากที่สูง	47	21.8
หกล้ม/ ของหล่นใส่	59	27.3
อื่นๆ เช่น เครื่องจักร เล่นกีฬา ถูกทำร้าย	17	7.9
รวม	**216**	**100**

ข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 73.6 โดยแยกเป็นส่วนแขน คิดเป็นร้อยละ 54.6 เมื่อดูรายละเอียดในแต่ละตำแหน่งที่หักของส่วนแขน พบว่า หมอพื้นบ้านสามารถจัดสภาพรูปร่างกระดูกที่หักเข้าที่ผิดไปจากข้างปกติ ได้แก่บริเวณข้อมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาบริเวณไหปลาร้า, ต้นแขน คิดเป็นร้อยละ 14.8, 5.6 ตามลำดับ และส่วนขาหมอพื้นบ้านสามารถจัดสภาพรูปร่างกระดูกหัก ให้เข้าที่ผิดไปจากข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 19.0 เมื่อดูรายละเอียดแต่ละตำแหน่ง พบว่าบริเวณหน้าแข้ง/น่อง, เท้า (ฝ่าเท้า/นิ้วเท้า) และข้อเท้า ที่หมอพื้นบ้านสามารถจัดสภาพรูปร่างกระดูกให้เข้าที่ผิดไปจากข้างปกติจาก มากไปน้อยคิดเป็นร้อยละ 10.2,4.6 และ 2.3 ตามลำดับรายละเอียดในตารางที่ 5

ส่วนการประเมินการใช้งานของผู้ป่วยกระดูกหักหลังรักษา พบว่า ผู้ป่วยกระดูกหัก สามารถใช้งานได้เหมือนข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 61.6 โดยแยกเป็นส่วนแขน คิดเป็นร้อยละ 48.6 เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละตำแหน่งที่หัก พบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้เหมือนข้างปกติ จากมากไปน้อย ได้แก่ บริเวณไหปลาร้า ข้อมือ และแขนใต้ศอก 1 อัน คิดเป็นร้อยละ 20.4, 12.5 และ 5.1 ตามลำดับ และส่วนขาคิดเป็นร้อยละ 13.0 และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละตำแหน่งพบว่า บริเวณหน้าแข้ง/น่อง มากที่สุด

ตารางที่ 5 ข้อมูลการประเมินผลจากการจัดสภาพรูปร่างกระดูกหักให้เข้าที่ จำแนกตามตำแหน่งที่หัก

ตำแหน่งที่หัก	ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกเหมือนข้างปกติ		ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกผิดจากข้างปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริเวณส่วนแขน				
ไหปลาร้า	15	6.9	32	14.8
ต้นแขน	2	0.9	12	5.6
ข้อศอก	3	1.4	5	2.3
แขนใต้ศอก 1 อัน	10	4.6	5	2.3
แขนใต้ศอก 2 อัน	6	2.8	4	1.9
ข้อมือ	1	0.5	55	25.5
มือ (ฝ่ามือ/นิ้วมือ)	5	2.3	5	2.3
รวม	42	19.5	118	54.6
บริเวณส่วนขา				
ต้นขา	0	0	3	1.4
สะบ้า	0	0	1	0.5
หน้าแข้ง/น่อง	7	3.2	22	10.2
ข้อเท้า	6	2.8	5	2.3
เท้า (ฝ่าเท้า/นิ้วเท้า)	2	0.9	10	4.6
รวม	15	6.9	41	19
รวมทั้งหมด	**57**	**26.4**	**159**	**73.6**

คิดเป็นร้อยละ 6.5 รองลงมา ข้อเท้า คิดเป็นร้อยละ 4.2 ส่วนที่น้อยที่สุดคือ บริเวณต้นขา คิดเป็นร้อยละ 0.5 และผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ไม่เต็มที่ต่างจากข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 38.4 โดยแยกเป็นส่วนแขน คิดเป็นร้อยละ 25.5 เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละตำแหน่งที่หักของส่วนแขน พบว่า ผู้ป่วยกระดูกหักสามารถใช้งานได้ผิดไปจากข้างปกติ จากมากไปน้อย ได้แก่ ข้อมือ,ต้นแขน และข้อศอก คิดเป็นร้อยละ 13.4,4.2 และ 2.3 ตามลำดับ และส่วนบริเวณขา ผู้ป่วยกระดูกหักสามารถใช้งานได้ผิดไปจากข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 13.0 เมื่อพิจารณาแต่ละตำแหน่งที่หักพบว่า บริเวณหน้าแข้ง/น่องสามารถใช้งานได้ผิดไปจากข้างปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.9 รองลงมาบริเวณเท้า (ฝ่าเท้า/นิ้วเท้า) คิดเป็นร้อยละ 3.7 รายละเอียดในตารางที่ 6

ส่วนผลการรักษากระดูกหักของหมอพื้นบ้านทางคลินิกในภาพรวม พบว่า กลุ่มที่1 เป็นกลุ่มที่หมอสามารถจัดกระดูกหักให้เข้าที่เหมือนข้างปกติและสามารถใช้งานได้เหมือนข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 24.5 กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยกระดูกหักที่หมอพื้นบ้านจัดกระดูกผิดไปจากข้างปกติ แต่สามารถใช้งานได้เต็มที่เหมือนข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 37.0 กลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยกระดูกหักที่หมอพื้นบ้านจัดกระดูกหักให้เข้าที่เหมือนข้างปกติ แต่สามารถใช้งานได้ไม่เต็มที่

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกระดูกหัก ที่ประเมินจากการความสามารถในการใช้งาน จำแนกตามตำแหน่งที่หัก

ตำแหน่ง	ใช้งานได้เต็มที่เหมือนข้างปกติ		ใช้งานได้ไม่เต็มที่ต่างจากข้างปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริเวณส่วนแขน				
ไหปลาร้า	44	20.4	3	1.4
ต้นแขน	5	2.3	9	4.2
ข้อศอก	3	1.4	5	2.3
แขนใต้ศอก 1 อัน	11	5.1	4	1.9
แขนใต้ศอก 2 อัน	7	3.2	3	1.4
ข้อมือ	27	12.5	29	13.4
มือ (ฝ่ามือ/นิ้วมือ)	8	3.7	2	0.9
รวม	105	48.6	55	25.5
บริเวณส่วนขา				
ต้นขา	1	0.5	2	0.9
สะบ้า	0	0.0	1	0.5
หน้าแข้ง/น่อง	14	6.5	15	6.9
ข้อเท้า	9	4.2	2	0.9
เท้า (ฝ่าเท้า/นิ้วเท้า)	4	1.9	8	3.7
รวม	28	13.0	28	13.0
รวมทั้งหมด	**133**	**61.6**	**83**	**38.4**

ตารางที่ 7 ข้อมูลผลการรักษากระดูกหักของหมอพื้นบ้านทางคลินิกในภาพรวมจำแนกตำแหน่งแขนและขา

ผลการรักษาทางคลินิก	รวมทั้งหมด		บริเวณส่วนแขน		บริเวณส่วนขา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกเหมือนข้างปกติ และสามารถใช้งานได้เต็มที่เหมือนข้างปกติ	53	24.5	39	18.1	14	6.5
2. ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกผิดจากข้างปกติ แต่สามารถใช้งานได้เต็มที่เหมือนข้างปกติ	80	37.0	65	30.1	15	6.9
3. ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกเหมือนข้างปกติ แต่สามารถใช้งานได้ไม่เต็มที่ต่างจากข้างปกติ	4	19	3	1.4	1	0.5
4. ผลการจัดสภาพรูปร่างกระดูกผิดจากข้างปกติ และสามารถใช้งานได้ไม่เต็มที่ต่างจากข้างปกติ	79	36.6	53	24.5	26	12.0

ต่างจากข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 1.9 และกลุ่มที่ 4 เป็นผู้ป่วยกระดูกหักที่หมอพื้นบ้านจัดกระดูกให้เข้าที่ผิดไปจากข้างปกติ และไม่สามารถใช้งานได้เต็มที่ต่างจากข้างปกติ คิดเป็นร้อยละ 36.6 รายละเอียดในตามตารางที่ 7

วิจารณ์

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับกระบวนการรักษากระดูกหัก พบว่าหมอพื้นบ้านส่วนมากมีกระบวนการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักโดยการใส่เฝือกซึ่งทำจากไม้ไผ่ให้กับผู้ป่วย โดยมีวิธีการทำเฝือกไม้ไผ่ที่คล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ กระเหิมหาญ[17]; ศึกษาเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก กรณีการรักษาของหมอพระวัดยุคลราษฎร์สามัคคี พบว่า ผู้ป่วยที่ไปรักษากับหมอพื้นบ้าน ส่วนใหญ่ผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลโดยการใส่เฝือกปูนมาก่อน พบว่าบางส่วนถอดเฝือกปูนออก เนื่องจากทนความร้อน อบ หนัก ไม่ไหว จึงหันไปรับการรักษากับหมอพื้นบ้านจากวัดยุคลราษฎร์สามัคคีแทน เพราะการใช้เฝือกไม้ไผ่แทนการใส่เฝือกปูน ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากกว่า เนื่องจากมีความโปร่ง เบา และสามารถปรับขนาดให้เหมาะสมได้ แต่ก็มีข้อเสีย คือ เฝือกไม้ไผ่ไม่สามารถปรับให้โค้งงอเข้ากับรูปร่างของอวัยวะบางจุดได้ แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าหมอพื้นบ้านบางท่าน เช่น หมอสวิง องอาจ จ.นครศรีธรรมราช สามารถนำอุปกรณ์ต่างๆที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาดัดแปลงประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมได้ เช่น การใช้ท่อพีวีซีลนไฟ ให้อ่อนโค้งตามรูปกระดูกแล้วทำการดาม หรือการใช้บัตรเติมเงินพลาสติกที่ไม่ใช้แล้ว มาเป็นอุปกรณ์ในการดามกระดูกชิ้นเล็กๆ เหมือนเฝือกอ่อนหรือ Slab ที่แพทย์แผนปัจจุบันใช้ในโรงพยาบาล เหล่านี้เป็นการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งผลการศึกษาของหลายคนที่ผ่านมา ไม่พบว่ามีหมอพื้นบ้านคนใดใช้อุปกรณ์ต่างๆดังกล่าวมานี้เลย หมอพื้นบ้านบางคนไม่ใส่เฝือกให้กับผู้ป่วย เช่น กระดูกไหปลาร้าหัก ข้อมือหัก เพียงแต่นวด ดัด ดึงให้เข้าที่ แล้วใช้ผ้ายึดพันไว้ ซึ่งจะพบว่าหลังจากการติดของกระดูกแล้ว ผู้ป่วยมักมีการติดผิดรูป ใช้งานได้ไม่เหมือนปกติ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะพึงพอใจก็ตาม แต่ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันถือว่าก่อให้เกิดความพิการ สอดคล้องกับ

ข้อสรุปของ ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ นพ.ธารา อ่อนชมจันทร์[18] ที่ศึกษาเรื่องชาติพันธุ์กับความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน ก็พบว่า การรักษาด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้านแต่ละชนเผ่ามีความหลากหลาย แต่สามารถช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้อย่างน่าพึงพอใจ ในระดับที่ชาวเขายอมรับได้ แต่ถ้าถามถึงองค์ความรู้จริงๆ แล้ว อาจมีเพียงแค่บรรเทาอาการให้หายเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ มะลิ ลิวนานนท์ชัยและกาญจนา ตั้งชลทิพย์ ที่เสนอแนะว่าควรจัดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ และเทคนิควิธีการรักษากระดูกหัก ระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน กับหมอพื้นบ้าน เพื่อเป็นการยกระดับหมอพื้นบ้าน โดยการเลือกจุดเด่นของกระบวนการรักษากระดูกหักทั้ง 2 ระบบ มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการรักษาของหมอพื้นบ้าน ก็จะก่อให้เกิดผลดีต่อการรักษาประชาชนในชนบทที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้

ส่วนการรักษากระดูกหักที่เสี่ยงต่อความพิการ พบว่า กระดูกหักทิ่มออกนอกเนื้อ และกระดูกหักที่กดทับเส้นประสาท หรือหักบริเวณใกล้ข้อ เป็นเรื่องที่ไม่ควรทำเพราะมีความเสี่ยงต่อความพิการและติดผิดรูป แม้ว่าใช้วิธีการรักษาของการแพทย์แบบตะวันตกแล้วก็ตาม ซึ่งในทางปฏิบัติหมอพื้นบ้านต่างก็มีวิธีคิดพิจารณาในประเด็นต่างๆ ดังกล่าวอยู่แล้วว่าตนเองสามารถรักษาได้กระดูกหักในตำแหน่งใดบ้าง และส่วนใหญ่ก็มีความเห็นสอดคล้องกันในตำแหน่งกระดูกหักที่มีความเสี่ยงและความยากในการรักษา ซึ่งหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มักส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล สำหรับหมอพื้นบ้านที่ยินยอมรักษาตำแหน่งกระดูกหักที่ยากและเสี่ยงนั้น เกิดขึ้นได้ใน 2 กรณีคือ (1) ผู้ป่วยไม่ยอมไปรักษาที่โรงพยาบาล และขอให้หมอพื้นบ้านรักษาให้แม้ทราบว่ามีความเสี่ยงอยู่มาก และ (2) หมอพื้นบ้านมีความชำนาญและเชี่ยวชาญในการรักษาตำแหน่งกระดูกหักนั้นเป็นการเฉพาะจึงมีความมั่นใจที่จะให้การรักษา

จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ การมีข้อสรุปในเรื่องข้อห้ามการรักษากระดูกหักตำแหน่งใดบ้างนั้น จึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว เนื่องจากในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้ป่วยกระดูกหักที่เสี่ยงและยากต่อการรักษามักมาหาหมอพื้นบ้านที่บ้านด้วยคาดหวังเต็มเปี่ยมต่อการได้รับการรักษาและความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากต่อการปฏิเสธ ดังนั้นทางออกในเรื่องนี้ จึงควรเสริมการเรียนรู้แทนข้อห้าม โดยให้ข้อมูลที่ช่วยให้ความรู้ความเข้าใจแก่หมอพื้นบ้านที่จำเป็นต้องทำหรือไม่ควรทำควบคู่กันไป ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก และหมอพื้นบ้านเห็นแล้วว่าตนเองไม่อาจให้การรักษาได้ หมอพื้นบ้านควรช่วยเหลือด้วยการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้ผู้ป่วยก่อนส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการป้องกันอาการที่อาจรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือผลกระทบด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสบายใจขึ้นและยินดีพาผู้ป่วยไปหาหมอที่โรงพยาบาลต่อไป

กรณีภาวะกระดูกหักแตกเข้าข้อร่วมด้วย เป็นตำแหน่งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดผิดรูปหรือพิการได้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ยังให้การรักษา เพราะผลการรักษาที่ผ่านมาจะพบว่า ตำแหน่งกระดูกหักและแตกเข้าข้อมีการเชื่อมติดได้ดี แต่สภาพรูปร่างของกระดูกในการเชื่อมติดตรงบริเวณที่หักไม่ดีอาจผิดรูปหรือการใช้งานได้ไม่เหมือนเดิม แต่ผู้ป่วยก็พึงพอใจผลการรักษา และถือว่าไม่ใช่เป็นประเด็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย แต่ในมุมมองของแพทย์แผนปัจจุบันทางออร์โธปิดิกส์ ให้ความเห็นว่าการรักษาตำแหน่งกระดูกหักและแตกเข้าข้อ เป็นข้อจำกัดของหมอพื้น

บ้านที่ไม่ควรรักษา เพราะเป็นตำแหน่งที่ต้องใช้วิธีการผ่าตัดหรือเทคนิคในการรักษาที่เฉพาะเท่านั้นจึงจะได้ผลดี ซึ่งจะทำผลการรักษาให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการใช้งานได้เหมือนเดิม ดังนั้นจึงเห็นว่าถ้าหมอพื้นบ้านพบว่าผู้ป่วยรายใดมีกระดูกหักบริเวณใกล้ข้อมากๆ เช่น บริเวณข้อศอก หัวเข่า หรือบริเวณอื่น ๆ ที่ใกล้ข้อต่อต่างๆ ควรแนะนำผู้ป่วยให้ไปปรึกษากับแพทย์แผนปัจจุบันจะดีกว่า และควรชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยว่า ถ้าให้หมอพื้นบ้านรักษา จะทำให้มีโอกาสติดผิดรูปและอาจมีความเสี่ยงต่อความพิการได้ ทำให้ความสามารถในการใช้งานไม่เป็นปกติในภายหลัง

จากตารางที่ 5 บริเวณส่วนขา ตำแหน่งกระดูกชิ้นใหญ่ เช่นบริเวณต้นขา พบว่าหมอจัดบ้านจักสภาพรูปร่างกระดูกหักให้เข้าที่ผิดจากข้างปกติทั้ง 3 ราย ซึ่งถือว่าเป็นตำแหน่งที่มีโอกาสเชื่อมติดค่อนข้างยาก และใช้เวลาในการรักษานานกว่าตำแหน่งอื่น บ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นตำแหน่งที่หมอพื้นบ้านไม่ควรรักษา เพราะเฝือกไม้ที่ใช้ในการยึดหรือตรึงตรงตำแหน่งที่หักเพื่อให้ตำแหน่งที่หักอยู่ให้คงที่นั้นเป็นเรื่องยาก เพราะเป็นกระดูกชิ้นใหญ่ ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบันช่วยในการผ่าตัดรักษา ส่วนกระดูกหักแล้วมีบาดแผลร่วมด้วย เช่นนี้ก็ไม่ควรรักษาเพราะมีโอกาสติดเชื้อได้ค่อนข้างสูงและอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นหมอพื้นบ้านควรจะแนะนำผู้ป่วยให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลหรืออาจประสานแพทย์แผนปัจจุบันทางด้านออร์โธปิดิกส์ เพื่อขอคำแนะนำในการรักษาที่เหมาะสมต่อไป กรณีนี้ถ้ามีความร่วมมือในการส่งต่อซึ่งเป็นการพัฒนาความร่วมมือในการรักษาระหว่างหมอพื้นบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในระดับอำเภอ/จังหวัด ก็จะช่วยให้ประชาชนมีโอกาสในการรักษาที่ดีต่อไป

อีกประเด็นที่สำคัญ จากการลงพื้นที่ไปสังเกตการรักษาของหมอพื้นบ้าน จะพบว่า ระหว่างการรักษาหมอพื้นบ้านต้องดึงจัดกระดูกให้เข้าที่ก่อนใส่เฝือก ผู้ป่วยมักจะมีความเจ็บปวดระหว่างการดึงจัดกระดูก ประกอบกับหมอพื้นบ้านไม่เห็นสภาพการหักที่แท้จริง เนื่องจากไม่มีฟิล์ม X- rays ดูประกอบการรักษา เช่นแพทย์แผนปัจจุบัน อาศัยประสบการณ์และความชำนาญที่ช่วยในการจัดสภาพรูปร่างของกระดูกให้เข้าที่เท่านั้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

ส่วนความสามารถในด้านการใช้งานซึ่งทดสอบจากการเคลื่อนไหวตำแหน่งที่หัก โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านออร์โธปิดิกส์ 3 ท่าน พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความสามารถในการใช้งานได้ดีทั้งส่วนแขนและขา (ตามตารางที่ 3) คิดเป็นร้อยละ 61.6 ชี้ให้เห็นว่าหมอพื้นบ้านรักษาได้ดี เช่น บริเวณฝ่ามือและนิ้วเท้าไหปลาร้า(ส่วนปลาย) ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นตำแหน่งหักที่มีอาการไม่รุนแรง การรักษาของหมอพื้นบ้านเน้นการเชื่อมติดของกระดูกตรงตำแหน่งที่หักเพื่อการใช้งานของผู้ป่วย ซึ่งประเด็นนี้ผู้ป่วยเองก็พึงพอใจผลการรักษาที่ทำให้กลับมาใช้งานได้ปกติมากกว่าการเชื่อมติดของรูปร่างกระดูกที่อาจไม่สวยงาม ในทางตรงกันข้ามแพทย์แผนปัจจุบันต้องพิจารณา ผลการรักษาทั้ง 2 ด้าน คือ มีสภาพของรูปร่างกระดูกและความสามารถในการใช้งานได้เหมือนข้างปกติ หรือใกล้เคียงกับข้างปกติมากที่สุด แต่ก็ยังพบว่าการรักษาได้ผลไม่ค่อยดีเช่นกัน โดยเฉพาะบางตำแหน่ง เช่น บริเวณข้อศอก (ร้อยละ 2.3) ข้อมือ (ร้อยละ 13.4) เป็นต้น พบว่าเป็นตำแหน่งกระดูกหักที่มีโอกาสหักเข้าข้อ การรักษาต้องใช้วิธีการผ่าตัดและเทคนิคอย่างสูงของแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น จึงจะทำให้การรักษาได้ผลดี ซึ่งถือว่าเป็นข้อ

จำกัดของหมอพื้นบ้าน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์เห็นว่า หมอพื้นบ้านไม่ควรรักษาและควรแนะนำผู้ป่วยให้ไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันจะดีกว่า

สำหรับการประเมินผลการรักษากระดูกหัก ในภาพรวมตามตารางที่ 4 พบว่า หมอพื้นบ้านสามารถจัดสภาพรูปร่างกระดูกผิดรูปต่างจากข้างปกติหรือผิดรูปและสามารถใช้งานได้ไม่เต็มที่ต่างจากข้างปกติจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าหมอพื้นบ้านรักษากระดูกหัก อาศัยความชำนาญและทักษะเฉพาะตัวทำให้บางตำแหน่งที่หัก ไม่เห็นลักษณะของการหักเพราะไม่มี ฟิล์ม x-rays ให้ดูหรือบางตำแหน่งต้องอาศัยการผ่าตัดเท่านั้น จึงจะทำให้ตำแหน่งที่หักกลับมาใช้งานได้ปกติ จึงเห็นว่าถ้าหากแพทย์ในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือโดยให้คำปรึกษา ชี้แนะ หรือบางตำแหน่งที่หมอพื้นบ้านไม่มั่นใจลักษณะการหักและตำแหน่งที่หัก ก็ควรให้ผู้ป่วยได้มาถ่ายภาพฟิล์ม X-rays เป็นเบื้องต้นก่อน โดยแพทย์สามารถให้คำแนะนำแต่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกและช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการติดผิดรูปหรือพิการลงได้

แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าหมอพื้นบ้านหลายคนสามารถให้การรักษาตำแหน่งที่กล่าวมาแล้วได้ เนื่องจากหมอพื้นบ้านแต่ละพื้นที่ มีความรู้ ความชำนาญและเทคนิคการรักษาไม่เหมือนกัน ดังนั้นควรให้หมอพื้นบ้านได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างหมอพื้นบ้านด้วยกันในแต่ละภาค มีการจัดเวทีให้หมอพื้นบ้านได้มีโอกาสเสริมความรู้ความเข้าใจในกระบวนการรักษาและเทคนิคของแพทย์แผนปัจจุบัน ควรมีการศึกษาดูงานในโรงพยาบาล มีการจัดตั้งเครือข่ายและจัดทำทำเนียบหมอพื้นบ้านในแต่ละภาค เหล่านี้ นับว่าเป็นการเสริมศักยภาพให้กับหมอพื้นบ้าน รวมทั้งควรได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทั้ง 2 ฝ่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตัวเอง และยังเป็นการสร้างทัศนคติเชิงบวกระหว่างกันมากขึ้น การจัดทำคู่มือและหลักสูตรการเรียนรู้สำหรับหมอพื้นบ้าน ก็เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาหมอพื้นบ้าน ที่เป็นกำลังหลักในชุมชน ให้มีกระบวนการรักษาเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยควรมีดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะทำให้กระบวนการรักษาของหมอพื้นบ้านมีคุณภาพ ลดความเสี่ยงจากการติดผิดรูปหรือลดความพิการลงได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การกำหนดพื้นที่นำร่อง ในการศึกษาได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่นำร่อง แต่ขาดภาคอีสานไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ขาดข้อมูลไม่ครอบคลุม 4 ภาค

2. การเก็บข้อมูลในพื้นที่นำร่อง เนื่องจากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกระดูกหักที่เคยผ่านการรักษากระดูกหักกับหมอพื้นบ้านมาก่อน และต้องตามผู้ป่วยกระดูกหักมา x-rays และทดสอบการใช้งานของผู้ป่วยหลังรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเมื่อรักษาจนอาการดีขึ้นมักไม่มาหาหมอพื้นบ้านตามนัด ทำให้ทีมวิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามเป้าหมาย จึงต้องขยายเวลาการเก็บข้อมูลทำต้องใช้เวลาค่อนข้างนาน

3. การประเมินกระดูกหักทางคลินิก เป็นการประเมินทางด้านออร์โธปิดิกส์ ที่ประเมินสภาพรูปร่างการติดของกระดูกตรงตำแหน่งที่หักจากการดูฟิล์ม

x-rays และประเมินความสามารถการใช้งานจากการทดสอบการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยกระดูกหักหลังรักษาที่จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านออร์โธปิดิกส์ 3 ท่าน เป็นผู้ประเมินและสรุปผลการรักษา ส่วนนี้ผู้วิจัยยังขาดทักษะและประสบการณ์ทำให้การวิเคราะห์และอภิปรายผลอยู่ในวงจำกัด เพราะไม่สามารถมองปัญหาและประเด็นให้รอบด้านได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของท่านอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และผู้อำนวยการสำนักการแพทย์พื้นบ้าน ที่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ โดยขอขอบคุณ ศ.เกียรติคุณ นพ.ยงยุทธ วัชรดุลย์ รศ.นพ.วิทเชษฐ์ พิชัยศักดิ์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ ศิริราชพยาบาล นพ.ยลชัย จงจิระศิริ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการพัฒนาและจัดสร้างเครื่องมือการประเมินผล รวมทั้งติดตามประเมินผู้ป่วยในพื้นที่ทั้ง 9 แห่ง ขอขอบคุณ นพ.ประพจน์ เภตรากาศ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านสาธารณสุขสาขาพัฒนาระบบบริหารทางการแพทย์) ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำ นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์ หัวหน้าหน่วยเวชกรรมฟื้นฟู รพ.มหาราชนครราชสีมา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเสริมความรู้ด้านการฟื้นฟูสภาพซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญในการพัฒนาหมอพื้นบ้าน ขอบคุณหมอพื้นบ้านทั้ง 9 แห่งที่ยินดีเข้าร่วมในงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอบคุณผู้ป่วยของหมอพื้นบ้านทั้ง 9 พื้นที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการประเมินผลการรักษาตามการประเมินทางคลินิคของแพทย์แผนปัจจุบัน

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ประสิทธิ ลีระพันธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์พรทิพย์ สุประดิษฐ์ อาจารย์รุจินาถ อรรถสิษฐ์ ที่ให้คำแนะนำและฝึกอบรมทีมวิจัยให้มีความรู้ความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจถึงประเด็นปัญหาเชิงลึกในด้านต่างๆ สำหรับการตอบข้อคำถามโดยชี้ให้เห็นคุณค่าของหมอพื้นบ้านที่เป็นบุคคลสำคัญในชุมชน ขอบคุณทีมทำงานของคณะนักวิจัยทั้ง 9 พื้นที่ทุกท่านที่ได้เข้ามาร่วมเรียนรู้และพัฒนากระทั่งเป็นงานวิจัยเชิงระบบอย่างมีคุณค่า ขอขอบคุณคณะกรรมการกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ที่ให้โอกาสในการสนับสนุนทุนการวิจัยมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง รวมทั้งท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ให้ความร่วมมือมาโดยตลอด จนผลการศึกษาเสร็จสมบูรณ์ โดยหวังว่าผลการศึกษาวิจัยและกระบวนการเรียนรู้นี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนางานการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท ผลการศึกษาห้าประเด็นหลักการประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์; 2547.
2. กอลีเยาะ เจะมะ. ศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านของหมอกระดูกในอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส : กรณีศึกษานายตอเล๊ะ ยี แต, วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยสงขลา; 2548.
3. ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ. ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลรักษาสุขภาพกรณีศึกษา : การรักษากระดูกหักของหมอเมือง และการดูแลครรภ์ จังหวัดเชียงราย โครงการทางเลือกการดูแลรักษาสุขภาพ. สถาบันราชภัฏเชียงรายและโรงพยาบาลพญาเม็งราย; 2536.

4. มะลิ ลิวนานนท์ชัย, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. ระบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม การรักษาโรคกระดูก ด้วนระบบการแพทย์แผนโบราณ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
5. อดิศักดิ์ เหลืองเวชการ และคณะ. (ม.ป.ป.). การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (เอกสารอัดสำเนา); 2546.
6. ยงยุทธ วัชรดุลย์. การวัดทางออร์โธปิดิกส์. โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2522.
7. พระมหาทองจันทร์ ทิพยวัฒน์. สุขภาวะองค์รวม : การอนุรักษ์ ฟื้นฟู และพัฒนาภูมิปัญญา หมอพื้นบ้านในการรักษาโรคกระดูกจากอุบัติเหตุของกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว และผู้ไทยในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
8. มีชัย จริยานรวิชช์. ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคกระดูกหัก ศึกษากรณีอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม, วิทยานิพนธ์ สาขาไทยคดีศึกษา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2543.
9. นภัสรพี ยมนา. กระบวนการถ่ายทอดความรู้ของหมอกระดูกพื้นบ้าน: กรณีศึกษาวัดยุคลราษฎร์สามัคคี อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545
10. อมรพันธุ์ ธานีรัตน์. ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช : ศึกษากรณี การรักษาการบาดเจ็บของกระดูกและข้อ. วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
11. ชุลีกร ขวัญชัยนนท์, บุษบา ปิ่นบั่น. โครงการศึกษาวิจัยศักยภาพหมอยาพื้นบ้านในเขตอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ พ.ศ. 2540. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
12. Alms M. Fracture mechanics. J Bone Joint Surg 1961;43 B:162-6.
13. Apley AG. System of orthopaedics and fractures. London, etc: Butterworths; 1977. p. 313-4.
14. Berquist TH, ed. Imaging of orthopedic trauma and surgery. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1986. p. 1-50.
15. Dabezies EJ, D Ambrosia RD. Treatment of the multiply injured patient: plans for Treatment and problems of major trauma. In: AAOS Instructional course lecture. St Louis, etc: CV Mosby Co; 1984. p. 842-52.
16. Harkess JW, Ramsey WC, Ahmadi B. Principles of fractures and disiocations.In:Rockwood CA, Green DP, eds. Fractures in adult. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1984. p. 1.
17. นวลจันทร์ กระเหิมหาญ. ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก กรณีศึกษาการรักษาของหมอพระวัดยุคลราษฎร์สามัคคี อำเภอพานทอง จ.ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาทรัพยากร. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
18. ยิ่งยง เทาประเสริฐ, ธารา อ่อนชมจันทร์. ชาติพันธุ์ กับความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน. สถาบันราชภัฏเชียงราย; 2538.

Abstract

Preliminary Report on the Potential of Indigenous Healers Practicing in Orthopedics

Tanida Khunboonjan*, Chantana Krapoorit*, Sirilada Pimpa*, Suthon Pornbunditpatthama**

**Bureau of Thai Indigenous Medicine, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi, 11000 THAILAND, ** Expert/Project Consultant*

**Corresponding author : Tanida1739@hotmail.com*

Purpose: To gain an in-depth understanding of the background, experiences and clinical outcomes of treatment of bone fracture by indigenous healers.

Experimental design: Nine indigenous healers or bone setters were selected for an interview about their experiences and medical instruments used in bone fracture treatment of 216 patients with bone fracture enrolled and treated at the healers' clinics. After bone fracture recovery, all patients were then evaluated for their clinical outcomes by orthopedic experts.

Results: All bone setters were males aged 50-84 years and had had experiences in bone fracture treatment for 20 to 30 years; and most of their chief occupations were farming. Half of indigenous healers had gained the knowledge passed on from their ancestors, while the others had learned from other experienced indigenous healers. Approximately 75% of patients had a bone fracture in the arms while the rest had at in the legs. Of all 216 patients, 53 (24.5%) fully recovered with normal bone alignment and function, 80 (37%) had normal bone function, but misalignment, only 4 (1.9%) had normal bone healing, but malfunction, and 79 (36.3%) had bone deformation and malfunction.

Conclusion: Although clinical outcomes of indigenous treatment of bone fracture are not as effective as those treated with modern medicine, it would still be alternative care for the people living in remote areas. Also, we have observed that most people in such areas are satisfied with the indigenous treatment and highly respect indigenous healers. Thus, providing some modern medical information such as diagnosis, x-ray interpretation, and proper treatment to indigenous healers would bring their quality of care close to the established standards.

Key words: **bone setters, orthopedics, clinical evaluation**