

รายงานการศึกษา

สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาการ สนับสนุนเพื่อการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์ พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยงศักดิ์ ดันติปิฎก*

Yongsak Tantipidondoke

รงทิพย์ ดันติปิฎก**

Rungthip Tantipidondoke

บทนำ

ในช่วง 5 - 6 ปีที่ผ่านมา ถึงแม้ดูเหมือนว่าการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก จะได้รับความนิยมจากสาธารณชนและหน่วยงานของรัฐเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากมีการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในหมู่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น มีการจัดตั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่ยกระดับขึ้นมาเป็นกรมเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังไม่มากพอที่จะช่วยทำให้ระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยก้าวพ้นวิกฤตไปได้ เพราะความนิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาสมุนไพรเดี่ยวมากกว่ายาแผนไทยที่เป็นตำรับตามหลักการแพทย์แผนไทยหรือยาพื้นบ้าน การให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ยังคงเน้นที่การนวดไทยเพื่อสุขภาพ การอบ การประคบสมุนไพร และการผลิตยาสมุนไพรที่เป็นที่นิยมไม่กี่ตำรับ การทำงานของหน่วยงานราชการในการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยก็ยังย่ำเท้าอยู่กับที่ โดยเฉพาะในด้านการสร้างความรู้และการพัฒนากำลังคน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จึงมีใช้เครื่องบ่งชี้ว่าสังคมไทยได้ใช้ศักยภาพของภูมิปัญญาของชาติที่สั่งสมกันมาอย่างยาวนานให้สมกับที่บรรพบุรุษได้รังสรรค์ไว้ ดังนั้นเราจึงจำเป็นต้องกลับมาทบทวนกระบวนการฟื้นฟูการแพทย์ทั้งสองระบบกันอย่างจริงจังทั้งในระดับสาธารณสุขและผู้บริหารประเทศ เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนที่ไม่อาจประวิงเวลาต่อไปได้อีกแล้ว

*สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

**คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและเสนอแนวทางการพัฒนาการสร้างความกำลังคนรุ่นใหม่ในระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก โดยการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบกำลังคน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำเสนอผลการศึกษาในเวทีระดมสมองจากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาคราชการ และภาคประชาสังคม รวมทั้งนำเสนอในการประชุมวิชาการในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติครั้งที่ 1 เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากนักวิชาการและผู้เข้าร่วมประชุม และนำมาปรับปรุงข้อเสนอให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 1 ความสำคัญ

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยยังไม่พ้นจากวิกฤต หากเราไร้ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ดีและขาดปฏิบัติการที่ทันทั่วถึง สถานการณ์ปัญหาจะยากแก่การแก้ไขยิ่งขึ้น ดังนั้นเราจำเป็นต้องตระหนักถึงความจริง 2 ประการ คือ ประการแรก ระบบการแพทย์ดังกล่าวมีศักยภาพ มีคุณค่าในตัวเอง และมีคุณสมบัติที่สมควรแก่การฟื้นฟู ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันไม่อาจเข้ามาทดแทนได้ และประการที่สอง คือ ต้องยอมรับความจริงว่าสถานการณ์ของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยในขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นวิกฤต ที่หากปล่อยให้เป็นเช่นนี้ต่อไป ยิ่งจะทำให้การฟื้นฟูเป็นด้วยความยากลำบาก และอาจไม่สามารถฟื้นวิถีชีวิต คุณค่า และการปฏิบัติที่ดีงามนั้นให้กลับคืนมาได้ อีกเลย การตระหนักถึงความจริงทั้งสองประการนี้จะช่วยให้เราเห็นความจำเป็นที่ต้องระดมสรรพกำลัง และความคิดเพื่อกอบกู้วิกฤตให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านกลับมามีชีวิตเพื่อยังคุณค่าที่ดีงาม ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของการอยู่ร่วมกันของสังคมไทย โดยมิใช่ทำไปเพื่ออนุรักษ์ของเก่าที่มีเอกลักษณ์ไม่ให้สูญสิ้น เพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจและการท่องเที่ยว โดยที่ตัวภูมิปัญญาซึ่งประกอบด้วยวิถีคิดและวิถีปฏิบัติได้ตายจากชีวิตจริงของผู้คนใน ยุคสมัยไปแล้ว

1. สถานการณ์ยังไม่พ้นวิกฤต จริงหรือ ?

วิกฤตด้านกำลังคน เป็นตัวชี้วัดที่เด่นชัดที่สุดของระบบการแพทย์ เพราะระบบการแพทย์เป็นระบบวัฒนธรรมที่ต้องอาศัยตัวหมอบเป็นผู้สืบทอด แล้วถ่ายทอดไปยังคนรุ่นต่อไป แม้จะเป็นการยากที่จะตอบคำถามให้ชัดเจนลงไปว่า มีแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่ยังปฏิบัติการอยู่จริงจำนวนมากขึ้นหรือลดลงเพียงใด เพราะข้อมูลของทางราชการยังไม่เป็นระบบพอที่จะวิเคราะห์ให้ได้คำตอบนี้ แต่จากข้อมูลจำนวนสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทันสมัยและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด พบว่าในปี พ.ศ.2545 มีคลินิกแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์จำนวนทั้งสิ้น 623 แห่ง

อยู่ในกรุงเทพมหานคร 413 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 66) ที่เหลือกระจายอยู่ในต่างจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2542 มีจำนวนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจำนวนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยที่สอบขึ้นทะเบียนได้นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ร้อยละ 54 เป็นตัวเลขที่เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2542-2546) ดังนั้นการเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยที่เพิ่มขึ้นในช่วงหลังปี พ.ศ.2542 จึงน่าจะเป็นผลจากมีแพทย์แผนไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่สอบขึ้นทะเบียนได้มากขึ้น เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเดียวกับหลังวิกฤตเศรษฐกิจที่มีการส่งเสริมการนวดเพื่อสุขภาพกันอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และเมืองท่องเที่ยว การเปิดคลินิกแพทย์แผนไทยในช่วงหลังส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการส่งเสริมการนวดเพื่อสุขภาพนั่นเอง อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานการศึกษาว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้มารับบริการมากน้อยเพียงใด และผู้ป่วยที่มารับบริการป่วยด้วยโรคกลุ่มใดบ้าง

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนแพทย์แผนดั้งเดิมของประเทศอินเดียและประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันประมาณ 4-5 ปี ซึ่งทั้งสองประเทศ มีประชากรมากกว่าประเทศไทยประมาณ 15 และ 20 เท่าตามลำดับ แต่มีจำนวนแพทย์แผนดั้งเดิมมากกว่าประเทศไทยถึงหลายร้อยเท่า ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนั้นจำนวนของแพทย์แผนไทยที่ให้บริการอยู่จริง จึงนับว่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนกับประชากรของประเทศและสัดส่วนจำนวนแพทย์แผนไทยที่ให้บริการในปัจจุบัน (เมื่อพิจารณาจากจำนวนคลินิกการแพทย์แผนไทย) ยังน้อยกว่าตัวเลขเมื่อ 20 ปีที่แล้วด้วยซ้ำไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนแพทย์แผนดั้งเดิมของประเทศอินเดีย จีน และไทย

ประเทศ/แพทย์ในระบบการแพทย์ดั้งเดิม	จำนวนแพทย์แผนดั้งเดิม (คน)/ สถานพยาบาล (แห่ง)	หมายเหตุ
1. อินเดีย		
แพทย์แผนดั้งเดิม ที่ขึ้นทะเบียน (ปี 2544)	486,977 คน	(ISM&H, 2001) ¹
แพทย์อายุรเวท ที่จบจากสถาบัน (ปี 2545)	300,000 คน	(Kurup, 2002: 3)
แพทย์อายุรเวท ที่เรียนจากบรรพบุรุษ (ปี 2545)	300,000 คน	(Kurup, 2002: 3)
2. จีน		
แพทย์แผนจีน (ปี 2541 ประมาณ 10% ของแพทย์ทุกแผน)	255,641 คน 11,077 คน	(Xie, 2002: 125) (Xie, 2002: 125)
แพทย์แผนผสมผสาน (ปี 2541)	14,912 คน	

ประเทศ/แพทย์ในระบบการแพทย์ดั้งเดิม	จำนวนแพทย์แผนดั้งเดิม (คน)/ สถานพยาบาล (แห่ง)	หมายเหตุ
3. ไทย แพทย์แผนไทยในทะเบียนที่สะสมมา ตั้งแต่ปี 2472-2546 แพทย์แผนไทยที่สอบขึ้นทะเบียนได้ใน ช่วงปี 2527-2546	2,028 คน 1,019 คน	เป็นแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรม ไทยในช่วงปี 2542-2546 บางส่วนอาจเป็น แพทย์แผนไทย ประยุกต์ด้วย (กองการประกอบ โรคศิลปะ 2547)
แพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ขึ้นทะเบียน ตั้งแต่ปี 2528-2547	313 คน	(กองการประกอบ โรคศิลปะ, 2547)
สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ปี 2545	623 แห่ง	(กองการประกอบ โรคศิลปะ, 2547)
สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ปี 2542	469 แห่ง	(ยงศักดิ์ ตันติ ปิฎก, 2544)
สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทย ปี 2527	749 แห่ง	(สุวิทย์ วิบุลย์ผล ประเสริฐ, 2530)

ที่มา: www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/10th/volume2/v2_ch2_9.pdf. Indian Systems of Medicine and Homeopathy. In Tenth Five Year Plan 2002-07.

สถานการณ์หมอพื้นบ้านที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายในภาคต่าง ๆ เช่น เครือข่ายหมอเมืองในภาคเหนือ สมาคมพื้นบ้านอีสาน และเครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคใต้ ยังสามารถรวบรวมสมาชิกได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ยังมีหมอพื้นบ้านบางส่วนที่เก็บตัวอยู่อย่างเงียบๆ ไม่ได้กระตือรือร้นที่จะเคลื่อนไหวเรียกร้องให้มีกฎหมายรองรับสิทธิของตนเอง หรือเข้าร่วมกับเครือข่ายเหล่านี้ การค้นหาและศึกษาหมอพื้นบ้านกลุ่มนี้จึงต้องใช้ความพยายามอย่างจริงจังและทุ่มเท ตัวอย่างเช่น การศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากการกินยาฆ่าหญ้าของหมอบุญคง วงศ์สายสิญจน์ ซึ่ง อยู่ที่กิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี (รัชพล กุลสรารุณ, 2546) การศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่ถูกงูพิษกัดของหมอสมนึก จันทระประสูตร ที่วัดพรหมโลก อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช (สุวิทย์ มาประสงค์, 2546) เป็นต้น การศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า หมอพื้นบ้านเหล่านี้ล้วนมีอายุมากแล้ว ต้องการใช้วิชาความรู้เพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์มากกว่าการรักษาโรคเพื่อมุ่งแสวงหารายได้ให้กับตนเอง

อาจกล่าวได้ว่า หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ ความสามารถมีจำนวนเหลืออยู่ไม่มาก ส่วนใหญ่กำลังอยู่ในภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอย ทั้งยังกำลังขาดผู้สืบทอดวิชาความรู้และแบบอย่างของการเป็นหมอ เพราะไม่สามารถหาทายาทที่จะสืบทอดเจตนารมณ์ของตนเองต่อไปได้ ในขณะที่ระบบการสืบทอดความรู้เพื่อสอยขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ซึ่งอาศัยสมาคม ชมรมแพทย์แผนไทย เป็นแหล่งในการศึกษาอบรม ก็ยังมีความอ่อนแอ เน้นการติวเพื่อสอบและขาดการฝึกภาคปฏิบัติและการถ่ายทอดประสบการณ์จริงโดยที่ระบบการสอยขึ้นทะเบียนก็ยังไม่สามารถรองรับและประกันคุณภาพของแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่ได้อย่างแท้จริง ปรากฏการณ์เหล่านี้ สะท้อนให้เห็นวิกฤตที่เกิดขึ้นว่า ในขณะที่มีการขยายตัวเชิงปริมาณของหมอรุ่นใหม่แต่กลับมีปัญหาในเชิงคุณภาพที่ต้องเร่งแก้ไขโดยด่วน

2. ศักยภาพของระบบการแพทย์ดั้งเดิม มีดีจริงหรือ ?

การแพทย์ดั้งเดิม เป็นการแพทย์เชิงวัฒนธรรม ซึ่งมีปรากฏอยู่ในทุกๆ สังคมที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมเป็นของตนเอง ลักษณะเด่น คือ การมีระบบความรู้ ความเชื่อที่สอดคล้องกันระหว่างหมอผู้ให้การรักษา และ ผู้ป่วยซึ่งเติบโตมาภายใต้ระบบวิถีคิดที่มองโลก มีระบบคุณค่า และความสัมพันธ์ทางสังคมแบบเดียวกัน ทำให้หมอผู้ให้รักษามักจะมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย ให้ความเอาใจใส่ในความทุกข์ของผู้ป่วย ดังนั้นนอกเหนือไปจากการหาสาเหตุของความเจ็บป่วยทางกายเท่าที่สามารถมองเห็นได้แล้ว ยังมีการหาสาเหตุทางใจที่เป็นปัญหามาจากความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว เครือญาติ หรือแม้กระทั่งการละเมิดต่อศีลธรรมจรรยา จาริต ประเพณี ที่มีต่อชุมชน และสิ่งแวดล้อม

การแพทย์เชิงวัฒนธรรม เป็นการแพทย์ที่มุ่ง “รักษาคณ ไม่รักษาเฉพาะแต่โรค” ให้ความใส่ใจกับมิติทางจิตใจ โดยอาศัยพิธีกรรมเป็นเครื่องมือในการสร้างขวัญกำลังใจ ปลุกสำนึกและคุณธรรมของการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของชุมชนโดยอาศัยอำนาจเหนือธรรมชาติเป็นเครื่องมือในการควบคุมทางสังคมให้ชุมชนอยู่ด้วยกันอย่างปกติสุข หมอประเภทนี้ซึ่งเรียกกันว่า Sacred folk healers จึงได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำด้านจิตวิญญาณของชุมชนด้วย (Helman, 1995, 1996)

นอกจากการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจเหนือธรรมชาติแล้ว ยังมีการแพทย์ที่พัฒนาวิธีการรักษาโรคทางกาย ด้วยการใช้ตำรับยาที่ได้จากสมุนไพรชนิดต่างๆ การใช้เทคนิคการบำบัดที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนแต่ต้องการทักษะความชำนาญในการใช้มือและอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมักจะต้องเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์มาตั้งแต่เป็นเด็ก เช่น หมอยา หมอดำยา หมอกระดูก หมอฮู และหมอนวด เป็นต้น การรักษาโรคของหมอพื้นบ้านที่ใช้วิธีแบบธรรมชาติซึ่งเรียกกันว่า Secular folk healers จึงมีจุดเด่นในการรักษาโรคของท้องถิ่นโดยการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น (Helman, 1995, 1996)

หมอที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือชีวิตผู้คนช่วยปลดปล่อยความทุกข์ของผู้ป่วยที่ล่องละเมิดจารีตของชุมชน จึงได้รับความเคารพนับถือจากคนในชุมชน เพราะการเป็นหมอพื้นบ้านต้องผ่านกระบวนการ

สร้างทางสังคม (social construction) มีการคัดเลือกและอบรมบ่มเพาะโดยชุมชน เพื่อให้ได้หมอที่เป็นคนดี มีคุณธรรม มีความอดทนต่อความยากลำบากในการเรียนรู้จดจำวิธีการรักษา การหาตัวยา มีความภาคภูมิใจ เคารพในวิชาความรู้ของครูบาอาจารย์ที่ตนเชื่อถือศรัทธาและถือเอาเป็นแบบอย่าง ผลดีที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสร้างหมอฟันบ้านนี้จึงยังไม่สามารถทดแทนได้ด้วยวิธีการสร้างหมอวิธีอื่นๆ โดยเฉพาะการสร้างหมอในระบบการศึกษาที่เป็นทางการ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์

เมื่อเห็นถึงความสำคัญที่จะต้องฟื้นฟูระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านเป็นการเร่งด่วนแล้ว จะช่วยให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบในการสร้างคนรุ่นใหม่ให้คุณค่าที่ดีงามของการแพทย์ดั้งเดิมสามารถสืบสานให้คงอยู่ในสังคมไทย ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ของการพัฒนากำลังคนรุ่นใหม่ และต้องตอบโจทย์ที่สำคัญ 2 ข้อ คือ เป้าประสงค์ของระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ ยุทธศาสตร์ กลไกการพัฒนาหลักที่จะส่งผลต่อการพัฒนาและฟื้นฟูการแพทย์ดั้งเดิมทั้งระบบควรเป็นอย่างไร

1. การกำหนดเป้าประสงค์ของการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์

ยุทธศาสตร์การสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ควรมีเป้าประสงค์ของการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- 1) เป็นการแพทย์แบบองค์รวม ที่หมอผู้ให้การรักษามุ่งเน้น “รักษาคน ไม่รักษาเฉพาะแต่โรค” คงรูปแบบพิธีกรรม หรือการสนับสนุนทางสังคมในทุกรูปแบบที่เน้นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับ ผู้ป่วย (การรักษาที่แสดงความใส่ใจ การบริการด้วยใจ เป็นเอกลักษณ์และเสน่ห์ของคนไทย)
- 2) เป็นการแพทย์ที่ใช้ทรัพยากรของท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 3) เป็นการแพทย์ที่มีกระบวนการบ่มเพาะคนให้เป็นหมอที่มีทักษะ ความรู้ ความชำนาญที่ก่อปรไปด้วยคุณธรรม
- 4) เป็นระบบการแพทย์ที่สามารถใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้
 - สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน
 - สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลงได้
 - สามารถเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีคุณภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. การวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการสร้างกำลังคน

การวิเคราะห์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการสร้างกำลังคนนี้ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์

SWOT (Strength-Weakness-Opportunity-Threat) โดยวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ของตัวระบบการแพทย์ ระบบกำลังคน สถานการณ์ที่เป็นทั้งโอกาส ภาวะคุกคาม ประกอบกับการศึกษาบทเรียนการฟื้นฟูระบบการแพทย์ในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

2.1 สถานการณ์ที่เป็นโอกาส

1) ข้อจำกัดของการรักษาโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ผลกระทบที่เกิดจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ได้ทำให้เกิดสถานการณ์ของโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถจัดการได้เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งได้แก่ วิกฤตการณ์โรคเอดส์ที่เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมา ปัญหาโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ปัญหาโรคมะเร็ง ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวในการแสวงหายาสมุนไพร วิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก มาใช้ในการรักษาโรคเหล่านี้ ซึ่งเปิดโอกาสให้การแพทย์นอกระบบต่างๆ สามารถเข้ามามีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้น

2) ความต้องการบริการทางการแพทย์ที่มีมิติทางด้านจิตใจ

งานบริการทางการแพทย์ เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะซึ่งแตกต่างจากงานบริการโดยทั่วไป ผู้รับบริการย่อมต้องการบริการจากผู้ให้บริการที่มีจิตใจพร้อมจะช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจ แต่การให้บริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านมา ได้ละเลยมิติทางด้านจิตใจ เพราะมุ่งเน้นการใช้ความรู้ เทคโนโลยี ที่แสดงถึงความเชี่ยวชาญเป็นหลัก (สันต์ หัตถิรัตน์, 2532; ประเวศ วะสี, 2530) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องของความรับผิดชอบในหน้าที่ของแพทย์ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานทางวิชาชีพกับสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ และนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความหวาดระแวง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคุณภาพในการรักษาของแพทย์ถูกนำไปผูกโยงกับค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูงและผู้ป่วยไม่สามารถต่อรองใดๆ ได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ยังแก้ไม่ตกของระบบสุขภาพในปัจจุบัน สถานการณ์เช่นนี้เปิดโอกาสให้การแพทย์ดั้งเดิมที่มีความสำคัญกับมิติทางด้านจิตใจได้รับการต้อนรับจากประชาชนมากขึ้น

3) การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม

การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ช่วยให้เกิดความรู้สึกห่วงหาเหว ความต้องการอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชาติเพื่อตอบสนองความต้องการของนักท่องเที่ยวมากขึ้น โอกาสเช่นนี้ จึงเอื้อต่อการส่งเสริมให้ชุมชนอนุรักษ์แบบแผนทางวัฒนธรรมและพิธีกรรมต่างๆ ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะพิธีกรรมที่เน้นมิติทางด้านจิตใจซึ่งนับวันจะแปลกแยกจากสังคมสมัยใหม่เอาไว้ได้

4) นโยบายรัฐบาลในการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

รัฐบาลชุดปัจจุบันมีแผนยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 2 แผน คือ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรม

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เป็นแนวนโยบายที่สอดคล้องกับกระแสการเติบโตของระบบทุนนิยมที่นำมาใช้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ โดยการทำให้บริการทางการแพทย์ และสมุนไพรเป็นสินค้า (Commoditization of Indigenous Medicine) ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ทั้งสองนี้ น่าจะเป็นโอกาสให้มีการปฏิรูประบบกำลังคนให้เป็นไปตามแผนดังกล่าวได้ทางหนึ่ง

5) กฎหมายการประกอบโรคศิลปะฉบับใหม่มีเจตนารมณ์ในการพัฒนา กำลังคน

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542² กำหนดให้ต้องพัฒนา มาตรฐานของสถาบันการผลิตกำลังคน ทั้งในส่วนที่เป็นสมาคม ชมรม มูลนิธิ มหาวิทยาลัย และ หน่วยงานราชการ ทำให้สถาบันต่างๆ ต้องเตรียมตัวเพื่อปรับเข้าสู่มาตรฐานการเรียนการสอนแบบใหม่ ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหาที่มีอยู่เดิม เพราะครูผู้รับมอบตัวศิษย์ซึ่งแต่เดิมสามารถถ่ายทอดความรู้ได้โดยอิสระและยากต่อการตรวจสอบว่าได้จัดการถ่ายทอดความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติมากน้อยเพียงใด จะถูกกำหนดให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันการถ่ายทอดความรู้ที่คณะกรรมการวิชาชีพรับรองแล้วเท่านั้น ซึ่งทำให้ง่ายต่อการตรวจสอบและส่งเสริมโดยคณะกรรมการวิชาชีพ

6) มีโครงสร้างองค์กรในระบบราชการที่ชัดเจนรองรับการพัฒนา

มีการรวบรวมหน่วยงานราชการที่ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้แก่ สถาบันการแพทย์แผนไทย และหน่วยงานที่ทำงานด้านการแพทย์ทางเลือก เช่น ศูนย์ความร่วมมือ การแพทย์ไทย-จีน เพื่อจัดตั้งเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในกระทรวง สาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ทำให้มีองค์กรรับผิดชอบหลักในการพัฒนาการแพทย์นอกระบบที่ ชัดเจนขึ้น

2 พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ได้กำหนดความรู้ในวิชาชีพของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ไว้ 3 แบบ ตามมาตรา 33(1) ดังนี้

มาตรา 33(1)(ก) “ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ ในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรองตามหลักเกณฑ์ วิธีการและ เงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง และได้ผ่านการทดสอบจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยแล้ว”

มาตรา 33(1)(ข) “ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการ แพทย์แผนไทยรับรอง โดยคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยอาจสอบถามรู้ก่อนก็ได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยกำหนด”

มาตรา 33(1)(ค) “เป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการ แพทย์แผนไทย”

2.2 สถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม

1) กระแสการทำให้บริการทางการแพทย์และสมุนไพรเป็นสินค้าที่มีมากเกินไป

แรงผลักดันที่เกิดจากกระแสนี้ อาจมีผลกระทบในด้านลบต่อการพัฒนาและฟื้นฟูการแพทย์ เพราะการบริการด้านการแพทย์เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและปราณีต ต้องการผู้ให้บริการที่มีใจรัก มีทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะ ซึ่งหากกลไกในการควบคุมคุณภาพบุคลากรและสินค้ามีความอ่อนแอ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน และจะทำให้เสียชื่อเสียงของประเทศชาติได้ ตลอดจนอาจทำให้ละเลยหรือไม่เห็นความสำคัญและความเร่งด่วนของการจัดระบบองค์ความรู้ การวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการสร้างทักษะในการวินิจฉัยรักษาในขั้นสูง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการวางรากฐานที่มั่นคงของการพัฒนาทั้งระบบในระยะยาว ตัวอย่างเช่น ในปัจจุบัน ครูหมอนวดไทยจำนวนมากมุ่งไปสอนการนวดเพื่อบริการส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่การพัฒนาจัดระบบองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการนวดเพื่อบำบัดโรค การฟื้นฟูอัมพฤกษ์ อัมพาต และศักยภาพด้านอื่นๆ ของการนวดไทยกลับถูกละเลย ทั้งที่มีความจำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพมากกว่า

2) กระแสชาตินิยมที่รุนแรงจนทำให้ปิดกั้นการเรียนรู้จากศาสตร์การแพทย์เชิงวัฒนธรรมอื่นๆ

การแพทย์เชิงวัฒนธรรมในแถบเอเชียมีรากฐานวิธีคิดที่คล้ายกัน โดยเฉพาะศาสตร์การแพทย์อายุรเวทของอินเดียและการแพทย์เบตซึ่งมีองค์ความรู้และทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นระบบ (เนลิว ปิยะชน, 2537; ธีรเดช อุทัยวิทยารัตน์, 2538) ซึ่งมีรากฐานทางปรัชญาและวิธีคิดจากศาสนาพุทธ ศาสนาพราหมณ์เช่นเดียวกับการแพทย์ดั้งเดิมของไทย การเรียนรู้จากการแพทย์เชิงวัฒนธรรมจากชาติอื่นๆ อาจช่วยเสริมความเข้มแข็งในทางปรัชญาวิธีคิดและทฤษฎีของการแพทย์แผนไทย แต่หากมีความคิดแบบชาตินิยมรุนแรง จะทำให้มองไม่เห็นจุดอ่อนของตนเอง ขาดการร่วมมือและเรียนรู้จากชนชาติอื่นๆ ซึ่งเท่ากับปิดโอกาสที่จะรับความรู้จากศาสตร์การแพทย์อื่นที่อาจมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับองค์ความรู้ดั้งเดิมของไทยหรือสถานการณ์ความเจ็บป่วยบางอย่าง

3) วิธีคิดที่ไม่ยอมรับความรู้ที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์

วิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่ต้องการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์เท่านั้น อาจทำให้ละเลยความรู้ วิธีการรักษา หรือตำรับยาที่มีคุณประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหสุขภาพที่สัมพันธ์กับกาย ใจ และสังคมอีกเป็นจำนวนมาก ด้วยเหตุผลเพียงเพราะยังไม่สามารถอธิบายกลไกของการรักษาได้ด้วยความรู้แบบวิทยาศาสตร์ การไม่เข้าใจถึงมิติอื่นๆ ซึ่งวิทยาศาสตร์ยังไม่สามารถตรวจพิสูจน์ยืนยันผลต่อร่างกายได้อย่างแม่นยำ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับผู้ป่วย ผลของการรักษาที่เกิดจากคุณธรรมของหมอ ผลของพิธีกรรม และผลของแรงยึดเหนี่ยวในชุมชน เป็นต้น ทำให้ผู้ที่ยึดมั่นกับวิทยาศาสตร์ยังคงไม่ยอมรับรูปแบบการรักษาเหล่านี้ จึงทำให้เสียโอกาสที่จะพัฒนาความรู้ที่มีฐานวิธีคิดที่แตกต่างจากวิทยาศาสตร์ซึ่งไม่ได้แยกร่างกายออกจากจิตใจโดยเด็ดขาดไป (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2547ข)

2.3 จุดแข็งและจุดอ่อนของระบบ

2.3.1 สถาบันการผลิตกำลังคน หลักสูตรการเรียนการสอน ครูผู้สอน และ

ระบบสนับสนุน

จุดแข็ง

1) มีสถาบันการผลิตกำลังคนที่เป็นภาคประชาสังคมอยู่ทั่วประเทศ

มีสมาคม ชมรม มูลนิธิ นอกภาครัฐราชการ และไม่เน้นการค้ากำไร ซึ่งมีบทบาทในการสร้างกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย กระจายอยู่ทั่วทั้งประเทศ (ยงศักดิ์ ดันติปัญญ, 2544) องค์กรเหล่านี้ทำงานแบบอาสาสมัครหรือกึ่งอาสาสมัคร มีคนที่เข้ามาทำงานเป็นกรรมการสมาคมและครูสอนวิชาการแพทย์แผนไทยที่ทำงานด้วยใจรักในวิชาชีพ แม้จะสามารถทำงานได้จำกัดเท่าที่สภาพแวดล้อมจะเอื้ออำนวยให้

2) มีเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่อาสาทำงานด้วยใจรัก

พบว่าเครือข่ายหมอพื้นบ้านเริ่มต้นตัวในการดำเนินการเพื่อสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านในระดับชุมชน โดยเริ่มจากการศึกษาสำรวจภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพไปพร้อม ๆ กับให้คนรุ่นใหม่ที่สนใจเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาสำรวจ และมีแนวโน้มจะเกิดการสืบทอดความรู้ที่มีปฏิบัติการในชุมชนควบคู่ไปในอนาคต หากได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายเหล่านี้จะเป็นกำลังหลักของกระบวนการวิจัยและพัฒนาเพื่อฟื้นฟู สืบทอดการแพทย์พื้นบ้านด้วยภูมิปัญญาของชุมชน ซึ่งจะเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นๆ ได้เรียนรู้ต่อไป (ยงศักดิ์ ดันติปัญญ, 2547ก)

3) มีมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชนเริ่มเข้ามามีบทบาทในการผลิต

ปัจจุบันมีมหาวิทยาลัยอย่างน้อย 9 แห่งที่เปิดและกำลังจะเปิดหลักสูตรเพื่อสร้างกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัย 1 แห่งจะเปิดหลักสูตรการแพทย์แผนจีน (ขวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, 2546) และ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้าน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จะเปิดหลักสูตรปริญญาตรีการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งได้เตรียมความพร้อมไว้ก่อนแล้วเป็นอย่างดี โดยได้ริเริ่มรวบรวมสังคายนาองค์ความรู้หมอเมือง ทั้งโดยความร่วมมือจากหมอเมืองและนักวิจัยรุ่นใหม่ (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2546) ซึ่งทำให้ได้องค์ความรู้และตัวหมอเมืองที่สามารถทำหน้าที่เป็นครูของวิทยาลัยได้ จึงมีบทบาทเรียนของการทำงานที่เริ่มจากการมีปฏิบัติการจริงในชุมชนไปสู่การเรียนการสอนในระบบสถาบันเป็นชุดประสบการณ์ให้สถาบันอื่นๆ ได้ศึกษาเป็นแนวทาง

4) มีหน่วยงานราชการให้ความสนใจเปิดสอนในหลักสูตรด้านการ

แพทย์แผนไทย

มีหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อย 5 หน่วยงานหลักที่เปิดการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย คือ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

(การแพทย์แผนไทย) เป็นหลักสูตร 2 ปี (ผลิตมาแล้ว 9 รุ่น) รับผิดชอบต่อผู้ที่มีต้นสังกัดอยู่แล้วและมุ่งผลิตบุคลากรไปให้กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง การแพทย์แผนไทย สาขาเวชกรรม และสาขาเภสัชกรรม สถาบันการแพทย์แผนไทยมีหลักสูตรผลิตแพทย์แผนไทยสำหรับผู้สนใจที่จะสอบขึ้นทะเบียน หลักสูตรอบรมการนวดไทยระยะสั้นหลายหลักสูตร และหลักสูตรสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ส่วนหลักสูตรของหน่วยงานอื่นๆ เช่น ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี เป็นหลักสูตรที่จัดอบรมความรู้ให้กับกลุ่มเฉพาะมากกว่าบุคคลทั่วไป นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน และหน่วยงานอื่นๆ ที่สนใจจัดอบรมหลักสูตรการนวดไทยระยะสั้นเพื่อการประกอบอาชีพ

5) มีตัวอย่างหลักสูตรการนวดไทยที่เน้นการเรียนการสอนในภาค

ปฏิบัติ

เนื่องจากการพัฒนาการเรียนการสอนการนวดไทยเริ่มต้นมาจากการทำงานขององค์กรภาคประชาสังคม คือ โครงการฟื้นฟูการนวดไทย ซึ่งดำเนินการโดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ร่วมกับสมาคมแพทย์แผนโบราณต่างๆ ซึ่งได้พัฒนาหลักสูตรการนวดไทยในระดับต่างๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 จนสามารถเป็นฐานให้การอบรมการนวดไทยเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้นมากมายในปัจจุบัน (ยงศักดิ์ ดันติปิฎก, 2541)

จุดอ่อน

1) ขาดการสนับสนุนการผลิตกำลังคนของภาคประชาสังคม

สถาบันการผลิตกำลังคนภาคประชาสังคมทำงานแบบอาสาสมัครอย่างโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุนในทุกรูปแบบ ทั้งด้านวิชาการ และด้านงบประมาณ ไม่มีหน่วยงานใดที่รู้ข้อมูลพื้นฐานว่าขณะนี้ มีสถาบันเหล่านี้ อยู่เป็นจำนวนเท่าใด มีสถานภาพ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินการอย่างไร ทั้งที่เป็นกำลังสำคัญของการผลิตกำลังคนการแพทย์แผนไทย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับสถาบันเหล่านี้ยังเน้นมาตรการในการควบคุมกำกับ แต่ไม่ได้เตรียมระบบการสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน ดูเหมือนว่ายังไม่มีหน่วยงานใดที่มีความพร้อมที่จะพัฒนามาตรฐานของสถาบันการผลิตกำลังคนภาคประชาสังคมเหล่านี้

จากประสบการณ์การทำงานร่วมกับสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย ทำให้ทราบว่า สมาคมชมรมส่วนใหญ่ยังจัดการเรียนการสอนตามอริยาตัย ไม่มีระบบการคัดเลือกคนเข้าศึกษา ครูส่วนใหญ่ทั้งที่สอนในนามชมรม มูลนิธิ ไม่ได้เคร่งครัดที่จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กองการประกอบโรคศิลปะกำหนด เช่น กำหนดให้ครูผู้รับผิดชอบตัวศิษย์ทุกคน ต้องมีแผนการสอน ทำการสอนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติให้ครบถ้วน เช่น ประเภทเวชกรรมไทยต้องสอนอย่างน้อย 900 ชั่วโมง ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 ปี ลักษณะการสอนที่เป็นอยู่จึงคล้ายกับโรงเรียนกวดวิชา

เพราะเน้นการสอนเพื่อมุ่งให้สามารถสอบขึ้นทะเบียนให้ได้เท่านั้น ส่วนใหญ่ไม่มีการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติ และไม่มีการฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ทั้ง ๆ ที่เป็นส่วนที่ผู้เรียนต้องการ

2) ขาดแคลนครูแพทย์แผนไทยผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยและสถาบันการผลิตกำลังคนทุกระดับขาดแคลนครูแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในเวชปฏิบัติ การเป็นครูถ่ายทอดความรู้ จากการเข้าร่วมในการยกร่างหลักสูตรแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยต่างๆ ผู้ศึกษาพบว่ามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งครูแพทย์แผนไทยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีอยู่จำนวนจำกัด แต่ยังไม่มีการบูรณาการสร้างครุรุ่นใหม่ที่จะประกันในคุณภาพได้

3) หลักสูตรส่วนใหญ่ยังต้องอยู่ภายใต้กรอบวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์

หลักสูตรแพทย์แผนไทยของมหาวิทยาลัยบางหลักสูตรยังอยู่ภายใต้กรอบวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ มีการจัดการศึกษาโดยแยกวิชาต่างๆ ออกเป็นส่วนๆ รวมทั้งกำหนดให้ต้องเรียนการตรวจวินิจฉัยแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งไม่เข้ากับหลักการและวิธีการรักษาแบบแผนไทย ทำให้ไม่สามารถพัฒนาการแพทย์แผนไทยบนพื้นฐานวิธีคิดของตนเองได้ เพราะการตรวจวินิจฉัยโรคแบบแผนปัจจุบันเป็นความรู้ที่มาจากพื้นฐานวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นวิธีคิดคนละชุดกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

4) นโยบายยังสนับสนุนการผลิตกำลังคนเพื่อป้อนตลาดบริการนวด

เพื่อสุขภาพ

สถาบันการผลิตกำลังคนที่มีอยู่ส่วนใหญ่สนใจที่จะผลิตคนเพื่อตอบสนองความต้องการผู้นวดเพื่อสุขภาพในตลาดแรงงานมากกว่าการสร้างหมอรุ่นใหม่ เพราะการดำเนินการในการรับรองหลักสูตรการนวดเพื่อสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข³ ในการอบรมผู้นวดเพื่อสุขภาพสามารถกระทำได้ง่าย เมื่อเทียบกับการดำเนินการขอการรับรองสถาบันเพื่อถ่ายทอดความรู้สำหรับผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตาม พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะซึ่งยังต้องรอกฎกระทรวง ดังปรากฏว่ามีโรงเรียน และมูลนิธิจำนวน 30 แห่ง ได้รับการรับรองหลักสูตรการอบรมการนวดไทยจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางซึ่งได้รับการแต่งตั้งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวแล้ว⁴

3 สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้จัดระเบียบสถานประกอบการกิจการนวดเพื่อสุขภาพและกิจการสปาเพื่อสุขภาพโดยใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.สถานบริการ พ.ศ.2509 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติดังกล่าวออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ให้บริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์? และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรองให้?ไป?ไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย” เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2547 ซึ่งประกาศฉบับนี้ได้แต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งมีอำนาจรับรองหลักสูตรการอบรมการนวดเพื่อสุขภาพได้
4 สรุปจากประกาศคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลาง ฉบับที่ 5/2547 วันที่ 15 มิถุนายน 2547 และฉบับที่ 6/2547 วันที่ 25 มิถุนายน 2547

5) ความล่าช้าในการออกกฎหมายเพื่อพัฒนามาตรฐานสถาบัน

ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 จะมีบทบัญญัติตามมาตรา 33(1)(ก) ที่เอื้อให้กระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการรับรองสถาบันและสถานพยาบาลที่ครูผู้รับมอบตัวศิษย์ใช้เป็นสถานที่ถ่ายทอดความรู้ของการแพทย์แผนไทยได้ กฎหมายฉบับนี้แม้จะผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องไปแล้ว แต่ยังคงใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตามระบบราชการซึ่งไม่สามารถกำหนดความแน่นอนชัดเจนได้ว่าจะมีผลบังคับใช้เมื่อใด ทำให้สภาพการจัดการเรียนการสอนยังคงมีปัญหาอุปสรรคเช่นที่เคยเป็น มาอย่างน้อยอีก 2 ปี

6) ความล่าช้าในการออกกฎหมายเพื่อรับรองครูนวดไทย

จากการที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยได้ดำเนินการให้มีการเพิ่มประเภทการนวดไทยในสาขาการแพทย์แผนไทย⁵ และได้ดำเนินการประเมินความรู้ผู้มีประสบการณ์เป็นครูสอนการนวดไทยรุ่นแรกเมื่อวันที่ 4-9 พฤศจิกายน พ.ศ.2545 มีผู้ผ่านการประเมินจำนวน 81 คน ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา 33(1)(ค) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542⁶ และพร้อมที่จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยเป็นรุ่นแรกได้แล้ว แต่เนื่องจากกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับการขอขึ้นทะเบียนยังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา จึงยังไม่มีกฎหมายที่จะรองรับการขึ้นทะเบียนของผู้มีประสบการณ์ด้านการนวดไทยกลุ่มนี้ได้จนถึงปัจจุบัน ทำให้ผู้มีประสบการณ์ที่เป็นครูนวดไทยยังคงไม่สามารถจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรด้านการนวดไทยในระดับวิชาชีพที่จะสอบขึ้นทะเบียน เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะรุ่นใหม่ได้ มีผลทำให้การพัฒนาวิชาชีพเป็นไปอย่างล่าช้า

2.3.2 กำลังคนที่มีอยู่ และระบบการสนับสนุน

จุดแข็ง

1) กำลังคนที่เข้ามาใหม่ส่วนหนึ่งเป็นคนที่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

สุขภาพตนเอง

แรงจูงใจที่ทำให้มีคนมาสนใจศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ส่วนหนึ่งเพราะต้องการนำความรู้ไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวโดยไม่ใช้ยาแผนปัจจุบัน⁷

5 ผลการดำเนินการทำให้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2544) เรื่องการเพิ่มประเภทการนวดไทยในสาขาการแพทย์แผนไทย เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2544

6 มติที่ประชุมคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ 11-5/2545 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2545

7 สัมภาษณ์ผู้ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยและการผดุงครรภ์ไทย ในภาคทฤษฎี, 2544

2) กำลังคนที่มีอยู่ส่วนหนึ่งเป็นคนที่เห็นผลของการใช้การแพทย์รักษาโรคของตนเอง

มีคนที่มีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่คุกคามถึงชีวิต ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่รักษาหายด้วยการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก แล้วพัฒนาตนเองเป็นหมอหรือผู้รู้ในศาสตร์นั้นๆ เพื่อใช้ความรู้ช่วยเหลือคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน ซึ่งเกิดผลดีในแง่ที่เป็นผู้เคยร่วมทุกข์ร่วมชะตากรรมที่คล้ายๆ กันมาก่อน (เช่น กรณีชีวิต ดุ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2542)

3) มีกลุ่มคนที่มีใจรักและศรัทธาในการทำงานฟื้นฟูอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

มีกลุ่มคนที่เป็นกำลังหลักอยู่ในมูลนิธิ ชมรม เครือข่ายหมอพื้นบ้าน หน่วยงานราชการ ตลอดจนครูแพทย์แผนไทยผู้อาวุโส ที่ทำงานฟื้นฟูพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ด้วยใจรัก มีศรัทธา และเห็นความสำคัญของการแพทย์เหล่านี้ รวมทั้งมีครูแพทย์ที่เป็นแบบอย่างของชุมชนและสังคมเป็นศูนย์กลางของแรงศรัทธา เช่น ความศรัทธาที่มีต่อความเป็นหมอผู้มีจิตวิญญาณของ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมในฐานะประธานในงานไหว้ครูของโครงการฟื้นฟูการนวดไทยและสมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทยอย่างต่อเนื่องในช่วงเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา

4) กำลังคนที่สนใจศึกษามาจากผู้มีพื้นฐานการศึกษาในระดับสูงมากขึ้น

มีผู้ที่มีพื้นฐานการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปให้ความสนใจกับการศึกษาสาขารักษาการแพทย์แผนไทยขึ้นกว่าเดิม เห็นได้จากสัดส่วนของผู้เข้าสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขารักษาการแพทย์แผนไทยในปี พ.ศ.2543 มีผู้ที่ผ่านการสอบภาคทฤษฎีในประเภทเภสัชกรรมเป็นผู้มีพื้นฐานการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปถึงร้อยละ 43 (ยงศักดิ์ ดันติปิฎก, 2544)

5) แพทย์แผนปัจจุบันให้ความสนใจศึกษาการแพทย์แผนไทยและทางเลือกมากขึ้น

มีแพทย์แผนปัจจุบันให้ความสนใจเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น ที่สำคัญ คือ หลักสูตรการฝังเข็มสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งจัดโดยศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน ร่วมกับโรงพยาบาลหัวเฉียว มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยการแพทย์จีนเซี่ยงไฮ้ ใช้เวลาการอบรม 3 เดือน โดยเริ่มจัดอบรมมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบันมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว 11 รุ่น จำนวนทั้งสิ้น 425 คน⁸ นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีแพทย์แผนปัจจุบันบางคนสนใจศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยและเข้าสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขารักษาการแพทย์แผนไทยซึ่งในอดีตเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ยากยิ่ง

8 สัมภาษณ์ น.พ.ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, ที่ปรึกษาระดับกรม กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2547

จุดอ่อน

1) กำลังคนที่ผลิตออกมามีจำนวนน้อยและมีปัญหาเชิงคุณภาพ

แม้จำนวนผู้ที่สามารถสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จะมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรก็นับว่ายังมีจำนวนน้อย และกำลังคนที่ผลิตออกมาก็ยังขาดทักษะในการประกอบวิชาชีพ เนื่องจากระบบการเรียนการสอนที่เป็นอยู่ ยังไม่ได้มีการ ฝึกฝนภาคปฏิบัติที่เพียงพอ ทำให้แพทย์แผนไทยมักถูกกล่าวเปรียบเทียบกับเป็น “หมอกระดาด” ซึ่งหมายถึงเป็นหมอที่พอจะรู้ทฤษฎี แต่ยังไม่ชำนาญปฏิบัติ หากให้ไปรักษาคนไข้ก็ยังไม่มีความมั่นใจ เนื่องจากกระบวนกรสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียน ยังไม่สามารถประเมินความรู้ในภาคปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ เพราะยังมีปัญหาที่มีผู้เข้าสอบจำนวนมาก มีผู้ทรงคุณวุฒิที่จะสอบความรู้ภาคปฏิบัติจำนวนจำกัด และกองการประกอบโรคศิลปะก็ยังมีกำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอที่จะจัดการกับการสอบที่มีผู้เข้าสอบเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ การไม่มีกระบวนกรบ่มเพาะทางจริยธรรมในการเรียนการสอน หรือไม่มีแบบอย่างของครูแพทย์แผนไทย หรือหมอพื้นบ้านที่มีอุดมคติของการเป็นหมอ ทำให้ไม่สามารถรับประกันได้ว่า คนที่ผลิตออกมาจะมีจริยธรรมเป็นอย่างไร

2) คนที่สนใจเข้ามาส่วนหนึ่งมาจากแรงจูงใจในทางเศรษฐกิจ

แรงจูงใจในทางเศรษฐกิจมีส่วนทำให้มีคนมาสนใจศึกษาศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น เพราะต้องการนำไปประกอบอาชีพ โดยเฉพาะการทำยาสมุนไพรขาย ซึ่งอยู่ในวิสัยที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องลงทุนมากเท่ากับการผลิตยาแผนปัจจุบัน ความสนใจที่ต้องการเพียงผลิดยาขาย ได้บั่นทอนความสนใจที่จะฝึกหัดให้เป็นหมอที่มีความรู้ในการรักษาโรคได้จริง เพราะต้องชวนขายหาครูที่มีความรู้และประสบการณ์จริงซึ่งนับวันก็หาได้ยากยิ่งขึ้นทุกที ขาดระบบการสนับสนุนกำลังคนที่มีอยู่

ปัจจุบันกลไกของรัฐยังเน้นการทำงานเพื่อการควบคุมกำกับ ซึ่งเป็นการทำงานเชิงตั้งรับ ระบบทะเบียนแพทย์แผนไทย ที่มีอยู่ไม่ได้ออกแบบไว้เพื่อรองรับการนำไปใช้ในการพัฒนากำลังคนที่มีอยู่ เพราะขาดข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานการศึกษา ประสบการณ์ ความชำนาญในการปฏิบัติงานทางวิชาชีพ สถานที่และสภาพการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ รวมทั้งยังไม่มีระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบทะเบียนให้เป็นปัจจุบัน ทำให้ไม่มีข้อมูลว่า ปัจจุบันมีผู้ประกอบโรคศิลปะที่ยังมีชีวิตเหลืออยู่เท่าใด มีผู้ที่ยังประกอบวิชาชีพอยู่จำนวนเท่าใด การขาดระบบข้อมูลแม้ในขั้นพื้นฐานที่จำเป็นเช่นนี้ ทำให้ไม่สามารถที่จะกำหนดนโยบาย แผนงาน หรือมาตรการเพื่อสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง การติดตามด้านการปฏิบัติงาน และการควบคุมดูแลทางจริยธรรม

9 สัมภาษณ์ผู้ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยและการผดุงครรภ์ไทย ในภาคทฤษฎี, 2544

ปัญหาระบบข้อมูลยังปรากฏพบในกำลังด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย เพราะหมอพื้นบ้านจัดเป็นหมอประเภทที่ไม่เคยได้รับการยอมรับจากทางราชการมาช้านาน ทำให้เมื่อมีนโยบายสั่งการให้สำรวจหมอพื้นบ้านในพื้นที่ต่างๆ จึงพบปัญหาในการได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงกับสภาพที่เป็นจริง ดังที่พบว่า ผลการสำรวจหมอพื้นบ้านในหลายพื้นที่ ได้ผู้ที่เป็น อสม. หรือชาวบ้านที่เคยผ่านการอบรมสมุนไพรหรือการนวดไทยของทางราชการมาแล้ว หรือเป็นเพียงผู้ที่สนใจศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยแต่ยังไม่สอบขึ้นทะเบียนไม่ได้ เป็นต้น สภาพการณ์ดังกล่าว ทำให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านในภาพรวมระดับประเทศเช่นเดียวกับแพทย์แผนไทย

4) จำนวนแพทย์ที่ฝังเข็มมีน้อยและไม่สามารถปฏิบัติงานเฉพาะด้านการฝังเข็มได้เต็มที่

การปฏิบัติงานของแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝังเข็มยังมีข้อจำกัดไม่สามารถปฏิบัติงานเฉพาะด้านการฝังเข็มได้อย่างเต็มที่ แม้ว่าประชาชนจะมีความต้องการใช้บริการฝังเข็มในโรงพยาบาลของรัฐมากขึ้นก็ตาม ทั้งนี้ เพราะยังต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ปกติ คือการเป็นแพทย์เฉพาะทางของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน⁹

5) บุคลากรของการแพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าสู่ระบบกฎหมาย

แพทย์ทางเลือกส่วนใหญ่ (ยกเว้นแพทย์แผนจีน¹⁰) ยังไม่ได้รับการรับรองโดยกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมาจากหลายสาเหตุ เช่น ปัญหาความไม่พร้อมของศาสตร์นั้นๆ การพิจารณารับรองศาสตร์แต่ละศาสตร์ยังใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์เป็นเกณฑ์สำคัญ รวมทั้งยังขาดการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่น่าสนใจอย่างจริงจัง เป็นต้น มีกรณีที่เป็นตัวอย่างคือ มีบุคลากรส่วนหนึ่งไปเรียนการแพทย์ทางเลือกมาจากต่างประเทศโดยใช้เงินทุนของตนเอง แต่กฎหมายในประเทศไทยยังไม่ยอมรับรองศาสตราจารย์ประเภทนั้น จึงจำเป็นต้องให้บริการโดยหลบๆ ซ่อนๆ หรือหลีกเลี่ยงกฎหมาย เมื่อกฎหมายการประกอบโรคศิลปะมีช่องทางที่เปิดสำหรับการรับรองศาสตราจารย์การแพทย์จากต่างประเทศขึ้น จึงมีความพยายามจากกลุ่มบุคลากรที่ใช้ศาสตร์บางศาสตร์ เช่น กลุ่มโครีแพรคติกได้เสนอให้คณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะรับรองการใช้ศาสตร์ที่ตนเองร่ำเรียนมาจากต่างประเทศ แต่ก็พบกับปัญหาหลายประการ ทั้งด้านวิชาการที่ยังขาดการศึกษาวิจัยการใช้ศาสตร์นี้ในเมืองไทย แต่กลับมีข้อมูลที่ชี้ให้เห็นถึงผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ศาสตร์ดังกล่าวจากองค์กรและสถาบันวิชาการของฝ่ายการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น

9 สัมภาษณ์ น.พ.ชวลิต สันติกิจรุ่งเรือง, อ่างแล้ว

10 สืบเนื่องจากมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2543) โดยอาศัยอำนาจตามตรา 31 แห่ง พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 รับรองบุคคลที่ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนจีนให้สามารถทำการประกอบโรคศิลปะได้ โดยต้องผ่านอบรมและสอบความรู้จากคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะแล้ว ปัจจุบันมีผู้ได้รับหนังสือรับรองและต่ออายุหนังสือรับรองจำนวน 202 คน

6) การผลิตคนที่ให้บริการด้วยเทคนิคของการแพทย์ทางเลือกที่เป็นไปตามกระแสความต้องการของตลาด ยังไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพได้

ส่วนใหญ่เป็นการอบรมเทคนิคบางอย่าง เพื่อนำไปใช้ในการให้บริการ เช่น การอบรมนวดกระตุ้นฝ่าเท้า นวดน้ำมันโรมา การอบรมพลังจักรวาล ซึ่งมักมีค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถรับรองคุณภาพของบุคลากรได้เพราะไม่มีการตรวจสอบทั้งหน่วยงานรัฐและการตรวจสอบกันเอง

2.3.3 การสืบทอดความรู้

จุดแข็ง

กระบวนการสืบทอดความรู้แบบพื้นบ้านมีจุดแข็งอย่างน้อย 3 ประการคือ

1) เป็นการเรียนรู้จากปฏิบัติการจริง และมีประสบการณ์กับโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นจริงในท้องถิ่น

การสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้าน เป็นการเรียนรู้ท่ามกลางการปฏิบัติการเรียนรู้โรคภัยไข้เจ็บจึงเป็นโรคที่ปรากฏอยู่จริงในท้องถิ่น เช่น ภาคเหนือ หมอเมืองจะต้องเรียนรู้การรักษาโรคซาง โรคลมผัดเดือน โรคสันนิบาต ฯลฯ โดยการใช้ยาพื้นบ้านของล้านนา ในภาคอีสาน หมอพื้นบ้านจะต้องเรียนรู้การใช้ยาฝนแก้ผัดสำแลง ยาแก้ผัดกบฏ ยาแก้ไข้หมากไม้ ฯลฯ ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นความเจ็บป่วยที่มีอาจอธิบายได้อย่างเหมาะสมด้วยสมมุติฐานตามทฤษฎีการแพทย์ระบบอื่นๆ (ดู การรักษาพื้นบ้านใน เสรี พงศ์พิศ, 2536)

2) เป็นการเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับคุณธรรมของผู้รับการสืบทอด

หมอพื้นบ้านที่มีความรู้ความชำนาญจะเข้มงวดกับการรับคนมาเป็นศิษย์ซึ่งคนภายนอกมักตีความว่า เป็นการหวงวิชา แต่การศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านใช้การสืบทอดแบบติดสอยห้อยตามเพื่อศึกษาอุปนิสัยของคนที่ได้รับสืบทอดวิชา เพื่อให้แน่ใจว่า วิชาที่ถ่ายทอดไปให้จะไม่ถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า หมอพื้นบ้านให้ความสำคัญกับคุณธรรมของศิษย์มากพอๆ กับการถ่ายทอดความรู้

3) เป็นการเรียนรู้ท่ามกลางการขัดเกลาจากชุมชน

การสืบทอดความรู้การเป็นหมอพื้นบ้านมิใช่การสืบทอดเพียงความรู้จากหมอพื้นบ้านรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งเท่านั้น แต่หมอพื้นบ้านยังถูกสร้างโดยสังคมวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นด้วย โดยชุมชนช่วยขัดเกลา สร้างเสริมและควบคุมให้เป็นหมอที่ดี หมอพื้นบ้านจึงเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งที่สำคัญยิ่ง เพราะเป็นข้อที่แตกต่างจากแพทย์แบบอื่นๆ โดยเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบันอย่างสิ้นเชิง

จุดอ่อน

1) องค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทยไม่มีการจัดระบบ ทำให้เชื่อมโยงทฤษฎีและปฏิบัติไม่ได้

ในการสืบทอดความรู้ของการแพทย์แผนไทย มีปัญหาองค์ความรู้ที่ใช้ในการถ่ายทอดยังไม่สามารถจัดระบบ ขยายความ และนำมาประยุกต์ใช้กับการณิผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันได้มากนัก เพราะยังต้องอาศัย

ตำราดั้งเดิมคือแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์เป็นหลัก โดยขาดการเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงในคลินิก ปัญหานี้จึงโยงกลับไปสู่ปัญหาคุณภาพของครูแพทย์แผนไทยรุ่นใหม่อีกทอดหนึ่ง จนมีสภาพที่เป็นวงจรของปัญหาซึ่งผลิตซ้ำปัญหาแบบเดิมทบทวีไปเรื่อย ๆ

2) การสืบทอดแบบพื้นบ้านมีลดน้อยลง : กระบวนเพิ่นหายยังเป็นเชิงรับ

การสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านที่เคยเกิดขึ้นตามธรรมชาติภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนกำลังลดน้อยลง ซึ่งมีสาเหตุมาจาก

- ค่านิยมและแรงจูงใจแบบเดิมที่ต้องการช่วยเหลือผู้อื่นไม่สามารถจูงใจคนรุ่นใหม่ให้สนใจคนสืบทอดความรู้ได้เช่นในอดีต

- มีการแพทย์ระบบอื่นจากภายนอกเข้ามาทำหน้าที่แทนได้

- ทางราชการไม่ยอมรับความรู้การแพทย์แบบพื้นบ้าน

- กระบวนเพิ่นหายยังเป็นเชิงรับ และด้วยความเข้มงวดในการคัดเลือกคนที่สืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านแต่ละคน เช่น ต้องสืบทอดให้เฉพาะกับลูกหลาน หรือเข้มงวดในการเลือกเพิ่นศิษย์ที่มีใจรัก ในขณะที่หาคนรุ่นใหม่ที่น่าสนใจ สืบทอดความรู้ได้ยาก

3) ความรู้พื้นบ้านที่สามารถสนองความต้องการของคนในเมืองกำลังทำให้การสืบทอดเป็นแบบธุรกิจ

การที่คนในเมืองสนใจภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านที่เป็นของแปลกประหลาด (exotic) ทำให้การสืบทอดความรู้ของหมอพื้นบ้านบางส่วนมุ่งเน้นไปที่การสืบทอดของแปลกซึ่งเป็นที่ต้องการของคนในเมือง ดังเช่น กรณีหมอดอกเส้น ซึ่งถูกนำไปสาธิตในงานแสดงต่างๆ ทำให้คนในเมืองสนใจที่จะรับบริการ จึงมีคนรุ่นใหม่ที่ต้องการสืบทอดวิชานี้เป็นจำนวนมาก แม้จะต้องจ่ายค่าเรียนกับครุรายละเอียดหลายพันบาท ก็ถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ทำให้ภูมิปัญญาพื้นบ้านบางอย่างถูกสืบทอดเป็นเชิงธุรกิจมากขึ้น

3. บทเรียนจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

ปัจจุบันการพัฒนาการแพทย์แผนจีนมักถูกหยิบยกมาเป็นตัวอย่างของความสำเร็จในการผสมผสานการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์แผนดั้งเดิม เรามักจะได้ยินผู้คนจำนวนมากที่พูดถึงความก้าวหน้าในการผลิตแพทย์แผนจีนในระดับปริญญาที่สามารถผสมผสานความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับความรู้แบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากการฟื้นฟูนับตั้งแต่การปฏิวัติเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบคอมมิวนิสต์ ผู้ศึกษาเห็นว่า มีบทเรียนที่สำคัญจากจีนซึ่งสามารถช่วยให้เรากำหนดจังหวะก้าวของยุทธศาสตร์การฟื้นฟูและสร้างกำลังคนรุ่นใหม่ที่เหมาะสมกว่าที่เป็นอยู่ได้

1) การฟื้นฟูที่สำเร็จเป็นผลจากการชี้นำโดยใช้อำนาจรัฐ

พลังสำคัญที่ทำให้การฟื้นฟูการแพทย์จีนประสบความสำเร็จ คือ การที่ผู้กุมอำนาจรัฐเข้ามาสนับสนุนผลักดันอย่างเต็มกำลัง ด้วยเหตุปัจจัยหลายอย่าง และที่สำคัญคือ การมีเป้าหมายที่ชัดเจนที่จะนำการแพทย์แผนจีนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในยามที่บ้านเมืองกำลังวิกฤต มีการกำหนดแนวทางการปฏิรูปโดย

“ใช้ความรู้ของตะวันตกมายกระดับการแพทย์จีน” มีการจัดการกับแพทย์แผนปัจจุบันที่ต่อต้านโดยการให้วิพากษ์ตนเอง และปลูกฝังโฆษณาให้ชาวจีนภูมิใจในวัฒนธรรมของชาติ ซึ่งพัฒนาการของกระบวนการฟื้นฟูมีรายละเอียด ดังนี้

ก่อนหน้าการปฏิวัติโดยพรรคคอมมิวนิสต์จีน การแพทย์แผนจีนถูกทำลายจากความก้าวหน้าของการแพทย์สมัยใหม่ ปัญญาชนและนักปฏิวัติในยุคแรกๆ ต่างก็มองการแพทย์แบบดั้งเดิมเป็นการแพทย์ที่ล้าหลังเพราะเป็นผลผลิตจากสังคมโบราณที่ยังยึดมั่นลัทธิขงจื้อ ในขณะที่ฝ่ายชาตินิยมกลับสนับสนุนให้อนุรักษ์การแพทย์จีนไว้ เมื่อเกิดสงครามกลางเมืองพรรคคอมมิวนิสต์จีนถูกปิดล้อมจากฝ่ายชาตินิยมทำให้ขาดแคลนยาซึ่งเป็นยุทธปัจจัยที่สำคัญ นักปฏิวัติจึงได้มีโอกาใช้ประโยชน์จากยาจีนซึ่งผลิตจากสมุนไพรท้องถิ่นแทนยาสมัยใหม่ รวมทั้งการรักษาโรคที่ไม่อันตรายโดยหมอจีนในท้องถิ่น จากการประชุมที่ชายแดนรอยต่อระหว่าง 3 มณฑลเกี่ยวกับวัฒนธรรมและการศึกษาในปี ค.ศ.1944 ซึ่งเป็นช่วงที่ยังทำสงครามกับญี่ปุ่น ประธานเหมาได้ประกาศนโยบายที่จะทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างแพทย์จีนกับการแพทย์สมัยใหม่ เขาเรียกร้องให้จัดระบบ ยกระดับการแพทย์จีนโดยใช้วิทยาศาสตร์ และใช้ประโยชน์จากหมอแผนจีนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในภาวะที่บ้านเมืองยังเต็มไปด้วยวิกฤต (Rosenthal, 1981: 600)

ปี ค.ศ.1950 หนึ่งปีภายหลังการปฏิวัติที่พรรคคอมมิวนิสต์จีนสามารถครองอำนาจได้เบ็ดเสร็จ มีการจัดประชุมทางการเมืองระดับชาติเป็นครั้งแรกที่กรุงปักกิ่ง ซึ่งก็ตอกย้ำนโยบายที่ประธานเหมาได้ประกาศไว้ให้เป็นหนึ่งในหลัก 4 ประการของการปฏิรูประบบสาธารณสุขของชาติ¹¹ (Rosenthal, 1981: 599) อย่างไรก็ตาม นักวิชาการชาวตะวันตกอย่าง Croizier ได้ตั้งข้อสังเกตว่านโยบายนี้เป็นผลมาจากการขาดแคลนแพทย์และยา การที่นโยบายสนใจที่จะนำแพทย์จีนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพราะเป็นการแพทย์ที่มีอยู่แล้วและพร้อมที่จะใช้ประโยชน์ หากใช่เพราะเป็นการแพทย์ที่มีคุณค่าโดยตัวมันเอง นโยบาย “สร้างความร่วมมือและปฏิรูป” มีจุดเน้นที่จะปฏิรูประบบการแพทย์แบบดั้งเดิมด้วยความรู้ของตะวันตก (Wilenski, 1976: 32)

Croizier ได้ติดตามข้อมูลการนำนโยบายดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งขั้นแรกได้มีความพยายามล้มล้างการหวงวิชาไว้เป็นความลับและการปฏิบัติงานแบบส่วนตัว โดยให้หมอจีนต้องร่วมกันปฏิบัติงานในคลินิกที่ศูนย์สุขภาพในชนบท และจัดการอบรมความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นหลักสูตรระยะสั้นเพื่อเสริมความรู้ทางการแพทย์ให้กว้างขวางขึ้น (Rosenthal, 1981: 600) ในปี ค.ศ.1954-1955 พรรคคอมมิวนิสต์จีนได้ออกโรงอย่างแข็งขันในการส่งเสริมการผสมผสานการแพทย์ทั้งสองระบบโดยพยายามเข้าไปควบคุมวิชาชีพแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดการต่อสู้ทางความคิดระหว่าง “ฝ่ายแดงกับฝ่ายผู้เชี่ยวชาญ” (Red versus Expert battle) ขึ้น เพราะฝ่ายวิชาชีพแพทย์ซึ่งมี

11 หลัก 4 ประการในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่ประกาศโดย ประธานเหมาเจ๋อตุง ในปี ค.ศ.1949 คือ 1) การแพทย์ต้องรับใช้มวลชน 2) ป้องกันก่อนรักษา 3) ใช้การณรงค์กับมวลชน 4) ผสมผสานการแพทย์แผนจีนกับการแพทย์ตะวันตก

ความคิดแบบคนชั้นกลางไม่ต้องการถูกชี้นำโดยอุดมการณ์ของพรรค ทำให้มีการวิพากษ์วิจารณ์แพทย์แผนตะวันตกกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งเป็นผลทำให้แพทย์ที่มีทัศนคติแบบอนุรักษนิยม ยังเคลือบแคลงสงสัย หรือ เยาะเย้ยการแพทย์แบบดั้งเดิม ถูกนำเข้าสู่กระบวนการวิพากษ์ตนเอง (self criticism) นอกจากนี้ยังมีแรงกดดันทางการเมืองอื่นๆ ที่ให้แพทย์ต้องเข้าร่วมในการศึกษาการแพทย์จีนอย่างเป็นระบบ (Rosenthal, 1981: 600)

ในช่วงเวลาดังกล่าว มีการปลุกเร้าโฆษณาความภูมิใจในวัฒนธรรมดั้งเดิมเพื่อยกระดับภาพลักษณ์ของหมอจีน คลินิกในคอมมูนแบบผสมผสานผุดขึ้นเป็นจำนวนถึงสองเท่าในชนบท พรรคเรียกร้องให้หมอจีนเข้าไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแผนตะวันตก และสถาบันการวิจัยการแพทย์ที่ตั้งขึ้นในกรุงปักกิ่ง มีการก่อตั้งโรงพยาบาลและวิทยาลัยเฉพาะของการแพทย์จีนขึ้น และอนุญาตให้มีการถ่ายทอดวิชาตามแบบวิธีดั้งเดิมโดยผ่านการเรียนตัวต่อตัวกับอาจารย์ในสถาบัน Croizier ยังชี้ให้เห็นถึงความไม่กระตือรือร้นของฝ่ายการแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งไม่ให้ความสนใจต่อหมอจีนที่เข้ามาร่วมงานในโรงพยาบาล หรือส่งผู้ป่วยที่ใกล้ตายมาให้หมอจีนรักษา (Rosenthal, 1981: 600) วารสารของสมาคมแพทย์จีนไม่มีการตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวกับการแพทย์จีน งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการแพทย์จีนไม่มีคนสนใจจะทำ ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขแนะนำให้วิทยาลัยการแพทย์จัดอบรมความรู้ให้กับหมอจีนแบบเฉื่อยชาและเสียไม่ได้ หมอจีนที่เข้าร่วมงานกับทางการถูกมอบหมายให้ทำหน้าที่ในสถานป้องกันโรคโดยเป็นเพียงผู้ช่วยหรือเสมียน หรือไม่ก็ทำหน้าที่ปฐมพยาบาลให้กับคนงานสร้างถนนหรือขุดคลองเท่านั้น นอกจากนี้ การตั้งคลินิกคอมมูนโดยไม่ดูสภาพเศรษฐกิจของหมอซึ่งเป็นชาวนาที่ยากจน แล้วกะเกณฑ์ให้ต้องละทิ้งงานผลิตในไร่นามาทำงานในคลินิก โดยที่คลินิกก็มีกิจการที่ไม่เพียงพอ นัก นอกจากสร้างความยากลำบากให้กับตัวหมอแล้ว การรวบรวมหมอซึ่งเคยอยู่อย่างกระจัดกระจายในหมู่บ้านให้มาอยู่ร่วมกันเพื่อทำงานในคลินิกยังสร้างความแปลกแยกกับมวลชนด้วย (Wilenski, 1976: 33) อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี ค.ศ.1960-1965 ซึ่งภายหลังผ่านช่วงก้าวกระโดดไปข้างหน้า (Great Leap Forward) ไปแล้ว การวิพากษ์วิจารณ์ของสังคมลดลงไป แต่รูปแบบของการผสมผสานในบางแห่งเริ่มปรากฏผล (Rosenthal, 1981: 600) กล่าวได้ว่า จุดเริ่มต้นของการฟื้นฟูการแพทย์จีนมีแรงผลักดันมาจากนโยบายทางการเมืองของพรรคคอมมิวนิสต์จีน แม้จะถูกต่อต้านจากแพทย์แผนตะวันตก แต่ก็สามารถยืนหยัดนโยบายจนก้าวพ้นแรงต่อต้านได้ เนื่องจากผลของการใช้การแพทย์จีนสามารถแสดงศักยภาพเป็นที่ประจักษ์ในระดับคลินิก ซึ่ง Croizier ชี้ว่าแรงผลักดันทางการเมืองเป็นผลมาจาก ความรู้สึกภาคภูมิใจอย่างแรงกล้าที่ต้องการสืบทอดวัฒนธรรมเก่าแก่ของชาติอย่างสร้างสรรค์ ความนิยมของประชาชนในชนบทที่มีต่อการแพทย์ดั้งเดิม ค่าใช้จ่ายที่ต่ำโดยเฉพาะในช่วงที่เศรษฐกิจฝืดเคือง และความต้องการถ่วงดุลกับการแพทย์แผนตะวันตก (Rosenthal, 1981: 600)

2) มาตรการทางนโยบายเป็นการทำพิธีสู่ขวัญประสิทธิภาพในการรักษาโรคของการแพทย์จีน

หลักการของนโยบายการปฏิรูปที่ต้องการ “ใช้ความรู้ของตะวันตกมายกระดับ

การแพทย์จีน” สะท้อนให้เห็นแนวคิดที่นำข้อดีของศาสตร์อื่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ มีมาตรการและแรงกดดันที่จะให้แพทย์แผนตะวันตกเข้าร่วมในการศึกษาการแพทย์จีนอย่างเป็นระบบ มาตรการนี้เปรียบเหมือนการทำพิธีอุปสมบทของแพทย์จีนด้วยคำอธิบายแบบศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตก นอกจากนี้ยังใช้มาตรการที่ให้มีการเผชิญหน้ากันระหว่างการแพทย์ทั้งสองศาสตร์ในโรงพยาบาลของการแพทย์ตะวันตก ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้แพทย์แผนตะวันตกในโรงพยาบาลยอมรับประสิทธิผลของการแพทย์จีนของการรักษาผู้ป่วย มาตรการเหล่านี้เป็นการสร้างการยอมรับท่ามกลางการให้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นจริง ไม่ใช่การศึกษาทดลองในห้องปฏิบัติการ หรือการทดลองทางคลินิกตามแบบแผนของตะวันตก ช่วยทำให้น้อยลงเวลาของการสร้างความยอมรับ และเป็นบันไดสำคัญก่อนการก่อตั้งโรงพยาบาลแพทย์จีนในเวลาต่อมา

3) ขยายการให้บริการโดยจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์จีน และสถาบันการศึกษาการแพทย์จีน

รัฐบาลจึงก่อตั้งโรงพยาบาลแพทย์จีนขึ้นเพื่อให้แพทย์จีนสามารถเริ่มการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่รวมทั้งเป็นที่ฝึกงานของนักเรียนแพทย์จีนด้วย โรงพยาบาลแพทย์จีนได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ดังแสดงในตารางที่ 3 (Xie, 2002: 120)

ตารางที่ 3 แสดงการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลและสถาบันวิจัยการแพทย์จีนในประเทศจีนตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 เป็นต้นมา

	1950	1957	1963	1975	1980	1985	1990	1995
จำนวนโรงพยาบาลการแพทย์จีน	19	257	124	160	647	1414	2037	2371
จำนวนเตียงในโรงพยาบาลการแพทย์จีน	224	5,684	9,254	13,675	49,151	101,418	160,899	206,812
จำนวนสถาบันวิจัยการแพทย์จีน	-	16	33	29	47	54	55	65

ความแตกต่างของโรงพยาบาลทั้ง 2 ระบบ อยู่ที่วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลการแพทย์จีนมีส่วนที่ใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยของการแพทย์แผนตะวันตกและการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ามาด้วย ดังนั้นโรงพยาบาลจึงมีแพทย์แผนตะวันตกทำงานอยู่ด้วยส่วนหนึ่ง (Xie, 2002: 121)

สถาบันการศึกษาการแพทย์จีน ตำราการเรียนการสอน และการสืบทอดความรู้แบบใหม่

ในปี ค.ศ.1956 รัฐบาลได้ก่อตั้งวิทยาลัยการแพทย์จีนขึ้น 4 แห่งใน 4 ภาคของประเทศ คือ ที่ปักกิ่ง เชียงไฮ้ กวางเจา และเฉิงตู ทำให้สามารถพัฒนาระบบการศึกษาขั้นสูงขึ้นได้สำเร็จ วิทยาลัยการแพทย์จีนได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว จาก 5 แห่งในปี ค.ศ.1957 ไปเป็น 30 แห่งในปี ค.ศ.1995 นักศึกษาที่รับเข้าเรียนเพิ่มจากจำนวน 1,201 คน ในปี ค.ศ.1957 ไปเป็น 39,786 คน ในปี ค.ศ.1995 ยิ่งไปกว่านั้นช่วงปลายทศวรรษ 1990 วิทยาลัยการแพทย์จีนบางแห่งได้ยกระดับเป็นมหาวิทยาลัยขยายการศึกษาเป็นหลักสูตร 7 ปีสำหรับแพทย์จีนทั่วไป และ หลักสูตร 5 ปี สำหรับแพทย์ฝังเข็มและแพทย์จีนด้านเวชกรรมป้องกันและฟื้นฟู บางวิทยาลัยเป็นวิทยาลัยการแพทย์ของชนชาติส่วนน้อย เช่น วิทยาลัยการแพทย์ทิเบต นอกจากนี้ยังมีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา 57 แห่งที่เปิดสอนนักศึกษาจำนวน 29,000 คน เพื่อผลิตบุคลากรด้านการแพทย์จีนไปทำงานในชนบทและบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ปี ค.ศ.1978 มีการเปิดหลักสูตรระดับปริญญาโท (3 ปี) ในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย รวมทั้งขยายเป็นระดับปริญญาเอก (2 ปี) เป็นขั้นสูงสุด (Xie, 2002: 123-124; WHO, 2001: 151)

การเรียนเรียงตำราการเรียนการสอน เนื่องจากการแพทย์จีนมีตำราตำราและงานเขียนมากมาย¹² ตำราหลายเล่มก็ไม่เหมาะที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เรียบเรียงตำรามาตรฐานขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อใช้ในสถาบันการศึกษา ตำราที่แก้ไขล่าสุดเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6 มีจำนวน 32 เล่ม ซึ่งทำเสร็จในปี ค.ศ.1994-1995 (Xie, 2002: 124-125)

การสืบทอดความรู้แบบใหม่ เนื่องจากการแพทย์จีนเป็นทั้งศาสตร์และศิลปะซึ่งต้องอาศัยทักษะความชำนาญ การเรียนรู้แบบดั้งเดิมจึงเป็นระบบการสืบทอดโดยการเรียนรู้ท่ามกลางการปฏิบัติจากครูแบบตัวต่อตัว (Apprenticeship) ระบบการสืบทอดแบบนี้ยังนำมาใช้กับระบบการศึกษาแบบสมัยใหม่ โดยให้นักศึกษาที่ผ่านการสอบในสถาบันการศึกษา ต้องไปเรียนกับแพทย์จีนผู้มีประสบการณ์ ในช่วงทศวรรษ 1990 ได้มีการใช้วิธีการสืบทอดแบบพิเศษคือการสร้างทายาทของแพทย์และเภสัชกรจีนที่มีชื่อเสียง โดยคัดเลือกแพทย์และเภสัชกรจีนซึ่งผ่านการศึกษาในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยมาแล้ว เพื่อสืบทอดทักษะและเทคนิคเฉพาะบางอย่างโดยใช้เวลา 3 ปี (Xie, 2002: 124)

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ: ยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นโอกาสและเป็นภาวะคุกคาม การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ที่มีอยู่ของระบบกำลังคน จะเห็นภาพที่ค่อนข้างชัดเจนว่า กำลังสำคัญที่ผลักดันระบบการแพทย์ดั้งเดิมทั้งระบบ อยู่ที่คนกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่ง ซึ่งกระจายอยู่ตามองค์กรภาคประชาสังคมกลุ่มต่างๆ มี

12 มีการสำรวจงานเขียนเกี่ยวกับการแพทย์จีนก่อนปี ค.ศ.1959 พบว่ามีจำนวนถึง 7,661 ชิ้นงาน (Xie, 2002: 123)

การทำงานแบบกึ่งอาสาสมัคร ซึ่งทำด้วยใจรัก บุคคลเหล่านี้มีทั้งที่เป็นแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หรือเป็นกลุ่มคนผู้สนใจ นักวิชาการ รวมทั้งคนกลุ่มเล็กๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะการทำงาน ด้านกำลังคนอยู่ในฐานะที่ขาดแคลนการสนับสนุนในทุกด้านและทุกขั้นตอน ระบบกำลังคนจึงสะท้อน ภาวะของระบบที่ไม่ได้รับการพัฒนาเยียวยา กลไกที่ประคับ ประคองอยู่มีขนาดเล็ก ทำงานเชิงรับ และ เน้นการควบคุมกำกับ จึงทำให้ปัญหาที่ดูเหมือนจะเป็นที่ทราบๆ กันดียังดำรงอยู่อย่างท้าทาย ดังนี้

- 1) การจัดการเรียนสอนขาดคุณภาพ ขาดทักษะของการฝึกปฏิบัติ
- 2) ตำราที่ใช้ในการเรียนการสอน ยังไม่ได้รับการปรับปรุง หรือจัดระบบความรู้เพื่อให้เข้าใจง่าย และเอาไปใช้ได้เหมาะสมในทางปฏิบัติ
- 3) ขาดแคลนครูที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในวิชาชีพปฏิบัติอย่างแท้จริง
- 4) กระบวนการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ไม่สามารถประเมินความรู้ภาคปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ เพราะขาดผู้ทรงคุณวุฒิที่จะสอบความรู้ซึ่งมีจำนวนจำกัด
- 5) รูปแบบการสืบทอดความรู้แบบพื้นบ้าน ซึ่งเอื้อต่อการสร้างคนให้มีความรู้คู่คุณธรรม ยังรอการศึกษาเพื่อฟื้นฟู

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนา 4 ยุทธศาสตร์ย่อย

ยุทธศาสตร์ที่ 1: การบ่มเพาะคนรุ่นใหม่เพื่อเป็นกำลังหลักในการสร้างความเข้มแข็งให้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก บนฐานวิถีชีวิตของตัวเอง

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการบ่มเพาะกำลังคนรุ่นใหม่ซึ่งเป็นผู้อนุรักษ์ สืบทอด พัฒนางค์ความรู้ และอุดมคติของการเป็นหมอให้สามารถดำรงอยู่ได้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมสมัยใหม่ กำลังคนรุ่นใหม่ที่จะเป็นผู้นำกระบวนการทัศน์สุขภาพแนวใหม่ ซึ่งเน้นการรักษาคุณภาพของกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเน้นมิติความเป็นมนุษย์ และให้ความเคารพต่อความหลากหลายของการดูแลสุขภาพ กำลังคนรุ่นใหม่ที่จะบ่มเพาะนี้ มิได้สร้างขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตลาดในสังคมบริโภคนิยม แต่ต้องการให้เป็นหมอ เป็นครู และเป็นผู้นำในการเข้าร่วมการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยอาศัยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก เป็นเครื่องมือปฏิบัติการ

แนวทางการพัฒนา

1) รวบรวม ค้นหา และคัดเลือกหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกที่มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในระดับสูงทั่วทั้งประเทศ โดยเน้นการทำงานสำรวจเชิงวิจัยควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัยเชิงลึกหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการทำงานสร้างคนรุ่นใหม่

2) ให้มีการทดลองจัดทำโครงการทายาทแพทย์แผนไทย ทายาทหมอพื้นบ้าน หรือทายาท

แพทย์ทางเลือก ในลักษณะของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเรียนรู้ องค์ความรู้และทักษะการฝึกปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยการคัดเลือกแพทย์ที่มีความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในทางปฏิบัติ และคัดกรองเฟ้นหา ทายาทที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและมีพื้นฐานการศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย หรือเคยร่วมงานการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้อง เข้าสู่ระบบการเรียนรู้ภายใต้การปฏิบัติงานจริงในชุมชนและคลินิก โดยเน้นการสืบทอดแบบตัวต่อตัว (Apprenticeship) ควบคู่ไปกับการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นที่สามารถเก็บเกี่ยวขึ้นมาจากงานคลินิก

3) ให้มีการทดลองวิจัยและพัฒนา รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบใหม่ ซึ่งผสมผสานกันระหว่างการศึกษาระบบโรงเรียนกับการเรียนรู้แบบการสืบทอดตัวต่อตัว การปฏิบัติงานภาคสนามในชุมชน โดยต้องมีมิติทางจิตวิญญาณอยู่ในกระบวนการสืบทอดและการศึกษาทุกขั้นตอน

4) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการทั้งแนวรับและแนวรุกซึ่งผสมผสานทั้งการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ และการรักษาเยียวยา โดยมีสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นชุมชนของที่บ่มเพาะกำลังคนรุ่นใหม่ เป็นเครือข่ายของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนางานวิจัยงานวิชาการการจัดการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่เป็นชุมชนที่มีแพทย์แผนไทยที่มีปฏิบัติการทางวิชาชีพหมอพื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก และนักวิจัยสุขภาพองค์รวมที่มีใจรักเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จนสมาชิกในชุมชนบริการและวิชาการนี้ มีขยายเืยของความสัมพันธ์ที่มีความเข้าใจ และยอมรับความรู้ความสามารถซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้แบบอย่างทางจริยธรรมที่พึงปรารถนาาร่วมกันจากปฏิบัติการจริง ดังนั้นรูปแบบบริการนี้ จึงไม่ควรเน้นการแสวงกำไร และไม่ควรถูกบีบคั้นด้วยการหาเลี้ยงตัวเองให้อยู่รอดเชิงธุรกิจ

5) สนับสนุนให้มีการศึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การผลิตและพัฒนา กำลังด้านการแพทย์แผนดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประเทศอินเดีย และประเทศอื่นๆ

6) สนับสนุนคนรุ่นใหม่ให้ทำการศึกษาวิจัยการแพทย์ตะวันออกที่สำคัญ ได้แก่ การแพทย์แผนจีน อายุรเวท การแพทย์ยิเบต ยูนาณิ เพื่อผสมผสานกับองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทย และนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและหลักสูตรการเรียนการสอนในอนาคต

กลไกการพัฒนา

พัฒนากลไกในการสร้างความรู้และบ่มเพาะคนรุ่นใหม่ ซึ่งไม่มีข้อจำกัดจากการทำงานด้วยวัฒนธรรมแบบราชการไทย เพื่อให้มีความคล่องตัวในการทำงานกับแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือกซึ่งส่วนใหญ่อยู่นอกภาคราชการ อาจอยู่ในรูปแบบของสถาบันวิจัยที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ มีคณะกรรมการที่สรรหามาจากภาคประชาชน ชุมชนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคราชการ ในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน กลไกนี้ควรมีหน้าที่ทั้งวางนโยบายและจัดหางบสนับสนุน สร้างความรู้และบ่มเพาะคนรุ่นใหม่ คัดเลือกคนรุ่นใหม่ที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมในการ

ทำงานเพื่อขับเคลื่อนกลไก สามารถประสานงานและสนับสนุนภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการรวมทั้งหมอและนักวิจัยอิสระในการสร้างความรู้และต้องมีศักยภาพในการสร้างความรู้ด้วยตัวเอง การทำงานสนับสนุนให้มุ่งไปที่คนและกลุ่มคนที่มีประวัติ ผลงาน และมีใจรักในการทำงานวิชาการในด้านนี้มาก่อนเป็นอันดับแรก

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การยกระดับความรู้ความสามารถของแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่มีอยู่

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการพัฒนาศาสนาการศึกษา ครู และบุคลากรซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในวงกว้าง เพื่อยกระดับให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นกว่าเดิม

แนวทางการพัฒนา

1) จัดให้มีระบบการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Education) ของแพทย์แผนไทยที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว โดยสนับสนุนให้องค์กรแพทย์แผนไทยและสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยจัดการฝึกอบรมทางวิชาการและริเริ่มให้มีการลงทะเบียนและเก็บข้อมูลผู้ที่เข้าสู่ระบบการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเตรียมความพร้อมไปสู่การต่ออายุใบอนุญาตในอนาคต (Re-licensing)

2) ดำเนินการพัฒนาความรู้ความสามารถของครูแพทย์แผนไทยในสถาบันการถ่ายทอดความรู้ของแพทย์แผนไทย ด้วยการฝึกอบรมเข้ม จัดให้มีการฝึกงานกับครูแพทย์แผนไทยผู้ทรงคุณวุฒิ และพัฒนามาตรการในการ ควบคุมคุณภาพของครูแพทย์แผนไทยให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ดี

3) จัดทำตำรามาตรฐานและสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการเรียนการสอน และเผยแพร่การใช้สื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนในสถาบันการถ่ายทอดความรู้ของแพทย์แผนไทย

4) จัดระบบเพื่อสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายและองค์กรหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งสามารถมีปฏิบัติการในระดับชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นแกนกลางในการพัฒนาความรู้ความสามารถ และส่งเสริมคุณธรรมของหมอพื้นบ้าน

กลไกการพัฒนา

เนื่องจากลักษณะงานตามแนวทางข้างต้นมีทั้งการวิจัยและพัฒนา เช่น ต้องสร้างหลักสูตรต่อเนื่องที่สอดคล้องกับพื้นฐานของบุคลากรและความต้องการในการยกระดับ โดยต้องมีการพัฒนาและวิจัยองค์ความรู้ควบคู่กันไปในขณะเดียวกันด้วย ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีกลไกที่สนับสนุนกระบวนการวิจัยความรู้ ร่วมกับ การปรับปรุงกลไกในระบบราชการที่มีอยู่แล้วในด้านวิถีคิดการทำงาน โดยเน้นทำงานสนับสนุนหรือทำงานเชิงพัฒนาให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับการขยายตัวของผู้รับบริการ และการฟื้นฟูระบบกำลังคน ดังนั้น จึงควรพัฒนากลไกในกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ต่อไปอย่างเร่งด่วน

1) กองการประกอบโรคศิลปะ ต้องพัฒนาขีดความสามารถและกำลังคนของกองการประกอบโรคศิลปะที่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก โดย

ต้องจัดสรรงบประมาณและกำลังคนเพิ่มขึ้น (ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่เพียง 4 คนที่รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย และ 1 คนรับผิดชอบงานการแพทย์ทางเลือก)

2) องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย (ปัจจุบันคือคณะกรรมการวิชาชีพฯ) ต้องพัฒนาการทำงานให้มีความเข้มแข็งขึ้น โดยแก้ไขระเบียบกระทรวงการคลังให้สามารถนำเงินค่าธรรมเนียมที่ได้จากการจัดสอบและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นเงินประมาณปีละ 3.5 ล้านบาท มาใช้ในการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพฯ ได้โดยไม่ต้องรอเงินงบประมาณแผ่นดินที่ผ่านมาทางกองการประกอบโรคศิลปะซึ่งมีไม่เพียงพอ

3) สถาบันการแพทย์แผนไทย ต้องพัฒนาวัฒนธรรมการทำงานให้สามารถประสานความร่วมมือกับ องค์กรแพทย์แผนไทยที่มีอยู่จำนวนมากให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสถาบันการศึกษาและกำลังคน เน้นการสนับสนุนการทำงานที่มีคนทำอยู่แล้ว เลือกทำงานในด้านที่ยังขาดคนทำ เพิ่มการทำงานในเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณและการประชาสัมพันธ์ ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและแข่งขันกับองค์กรภาควิชาชีพ ภาคประชาสังคม

4) กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย ต้องยกระดับให้เป็นกองการแพทย์พื้นบ้านไทย เพื่อให้สามารถรองรับการทำงานเชิงประสานงานและสนับสนุนหมอพื้นบ้าน องค์กรและเครือข่ายหมอพื้นบ้านในพื้นที่ต่างๆ ที่มีอยู่จำนวนมากได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3: การผลิตกำลังคนเพื่อการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการพัฒนากำลังคนเพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือกบางศาสตร์ที่ได้ผ่านการคัดกรองในเบื้องต้นเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ค่าใช้จ่าย ความสามารถของการใช้ทรัพยากร ในประเทศทดแทนการใช้ยาหรือเครื่องมือจากต่างประเทศ

แนวทางการพัฒนา

1) ศึกษาวิจัยในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (เช่น Cost - Effectiveness Analysis) เพื่อประเมินความคุ้มค่าในการนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ค่อนข้างประหยัด มีผลข้างเคียงน้อย เพื่อนำไปสู่การใช้ทดแทนการรักษาแผนปัจจุบันที่มีราคาแพง

2) ทดลองจัดการเรียนการสอนศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ได้รับการคัดกรองแล้ว เพื่อให้มีการทดลองใช้ในระดับชุมชน ประเมินผลทั้งด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย และค่าใช้จ่าย

กลไกการพัฒนา

ใช้กลไกการวิจัยและพัฒนาความรู้ที่ต้องสร้างขึ้นใหม่ และกลไกของรัฐ คือ กองแพทย์ทางเลือกเป็นหน่วยงานหลัก

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การพัฒนากำลังคนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์นี้ ต้องการพัฒนามาตรฐานของบุคลากรที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งกำลังเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในสังคม

แนวทางการพัฒนา

1) ส่งเสริมให้เกิดการผลิตกำลังคนที่มีคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การนวดไทย การแพทย์ทางเลือกในคลินิกและโรงพยาบาล โดยมีขอบเขตของการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพ

2) ส่งเสริมการสร้างคนรุ่นใหม่ของชุมชนเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น โดยอาจเน้นในพื้นที่เมืองท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรม เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวให้มาใช้บริการในชุมชน

กลไกการพัฒนา

ทดลองสร้างกลไกในท้องถิ่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสม โดยกลไกต้องประกอบด้วย สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น องค์กรชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ เพื่อทดลองสร้างคนของชุมชนในเมืองท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรม

บทสรุปของการสร้างกำลังคนรุ่นใหม่

1. กลไกการพัฒนาต้องได้รับการผลักดันในระดับชาติ

บทเรียนการฟื้นฟูการแพทย์จีนสะท้อนถึงการจัดการของภาครัฐที่กำหนดให้การฟื้นฟูการแพทย์จีนเป็นการปฏิรูประบบการแพทย์ของชาติ ผู้นำรัฐบาลเป็นผู้ประกาศนโยบาย มีการกำหนดเป้าหมาย และมาตรการเชิงนโยบายที่ชัดเจน และมีการปฏิบัติตามนโยบายนั้นอย่างจริงจัง จึงทำให้การแพทย์จีนฟื้นกลับมาสร้างคุณประโยชน์ต่อสังคมมหาศาลและการยอมรับจากทั่วโลก ดังนั้นการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านจำเป็นต้องอาศัยกลไกในระดับชาติเพื่อผลักดันให้เป็น “วาระแห่งชาติ” จึงจะทำให้การฟื้นฟูประสบความสำเร็จได้ ในสถานการณ์ซึ่งภาคประชาสังคมมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมืออย่างเต็มที่ดังเช่นในขณะนี้ พลังผลักดันจากรัฐบาลจึงกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะหนุนเสริมให้การพัฒนาประสบความสำเร็จได้อย่างเต็มที่

2. การวิจัยและพัฒนาเป็นมาตรการการพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

การแก้ไขปัญหาต่างๆ ข้างต้นเป็นงานที่หนักและยากลำบาก หากไม่มีการแก้ไขทั้งระบบ เพราะแต่ละปัญหาสัมพันธ์กันแบบงูพันหางและยังมีรายละเอียดของปัญหาย่อยที่สัมพันธ์โยงใยกันทั้งหมด ดังนั้นการตั้งคำถามที่สำคัญให้ตรงประเด็น และการหาคำตอบให้กับคำถามที่สำคัญๆ นั้น ต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างความรู้ในการขึ้นนำการพัฒนาในขั้นต่อไป กระบวนการวิจัยและพัฒนาเชิง

ระบบซึ่งต้องระดมความรู้จากศาสตร์หลายๆ ศาสตร์ร่วมกัน เช่น แพทยศาสตร์ สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การบริหารจัดการ เป็นต้น การทดลองปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบซึ่งต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเป็นฐานการพัฒนา จะช่วยให้เกิดการพัฒนาค้นคว้าที่อยู่ในระบบซึ่งจะเข้าร่วมอยู่ในกระบวนการวิจัยนี้ต่อไป กลไกสำคัญ จึงควรเป็นกลไกในระดับสถาบันที่ทำงานเฉพาะ เช่น สถาบันด้านการวิจัยและพัฒนาระบบ ซึ่งต้องมีระบบ การบริหารจัดการ การสนับสนุนระดับสถาบันซึ่งมีลักษณะเป็นมืออาชีพ ทำงานได้คล่องตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมงานกับภาคประชาสังคม ดังนั้นจะต้องเป็นหน่วยงานอิสระซึ่งได้รับการ สนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐเท่านั้น

ดังนั้นแนวคิดเรื่องการใช้ กลไกระดับ “สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาระบบ” มาพัฒนาระบบ กำลังคน จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่น่าจะทรงประสิทธิภาพที่สุด ในช่วงเวลาที่ต้องการการฟื้นฟูระบบ กำลังคน และระบบการแพทย์ดั้งเดิมทั้งระบบอย่างเป็นทางการเร่งด่วน

บรรณานุกรม

1. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2542). ปรากฏการณ์ชีวิตบอกอะไรแก่สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
2. เฉลียว ปิยะชน. (2537). อายุรเวท: ศาสตร์แห่งชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. ขวลิต สันติกิจรุ่งเรือง. (2546). การพัฒนาหลักสูตรปริญญาตรีการแพทย์แผนจีน. วารสาร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 1 (1), 53-60.
4. ประเวศ วะสี. (2530). รักษาโรคหรือรักษาคน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
5. วีระเดช อุทัยวิทยารัตน์. (ผู้แปล). (2538). สุขภาพบนิวัติสุขภาพ เปิดประตูสู่การแพทย์ ธิเบต. กรุงเทพฯ: ปกเกล้าการพิมพ์.
6. ยงศักดิ์ ดันติปฏิภ. (ผู้เขียนและเรียบเรียง). (2541). ตำราการนวดไทย เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
7. ยงศักดิ์ ดันติปฏิภ และคนอื่นๆ. (2544). การพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย รายงานการ สังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
8. ยงศักดิ์ ดันติปฏิภ. (2547ก). เครือข่ายหมอพื้นบ้านกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
9. ยงศักดิ์ ดันติปฏิภ. (2547ข). ญานวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน มิติที่ขาดหายของการศึกษา ภูมิปัญญาสุขภาพไทย. บทความนำเสนอในการประชุมประจำปีของศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) ครั้งที่ 3, วันที่ 24-26 มีนาคม 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
10. ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2546). ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เล่ม 1. เชียงราย : สถาบันราชภัฏเชียงราย.

11. รัชพล กุลสราวุธ. (2546). การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย หมอบุญคง วงศ์สายสิญจ์ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่กินยาฆ่าหญ้า จังหวัดจันทบุรี. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
12. สุวิทย์ มาประสงค์. (2546). ภูมิปัญญาหมอ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
13. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บรรณาธิการ). (2530). การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
14. เสรี พงศ์พิศ. (บรรณาธิการ). (2536). ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 2. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.
15. สันต์ หัตถิรัตน์. (ผู้แปล). (2532). แพทย์: เทพเจ้ากาลิ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
16. Helman, Cecil G. (1995,1996). Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals. Great Britain: Biddles Ltd.
17. Kurup, P.N.V.(2002). Ayurveda. In Traditional Medicine in Asia. In Chaudhury R. R. & Rafei U.M; (Eds.), Traditinal Medicine in Asia. (pp. 3-16). World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi.
18. Rosenthal, Marilyn M. (1981). Political Process and the Integration of Traditional and Western Medicine in the Peoples Republic of China. Soc. Sci. Med. 15, 599-613.
19. Wilenski, Peter. (1976). The Delivery of Health Services in the People's Republic of China. Ottawa: International Development Research Centre.
20. Xie, Zhu-fan. (2002). Harmonization of Traditional Medicine and Modern Medicine. In Traditional Medicine in Asia. In Chaudhury R. R. & Rafei U.M; (Eds.), Traditinal Medicine in Asia. (pp. 115-134). World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi.