



# การบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชนพึ่งตนเอง\*

เพชรตะวัน ณะรุ่ง ปร.ด.\*\*

สุรีย์ ธรรมิกบวร ปร.ด.\*\*\*

จิรวัดน์ เวชแพศย์ ปร.ด.\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชนพึ่งตนเอง 3 แห่ง เลือกพื้นที่แบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องและผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ รวม 42 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตและบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์เนื้อหา บ่งชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และสร้างรูปแบบของการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาของชุมชนพึ่งตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า 1) ชุมชนสันติสุขมีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็งนำพาชาวบ้านฟื้นฟูภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน บูรณาการแนวคิดการพึ่งตนเองเข้ากับวิถีชีวิต ผลิตอาหารให้เป็นยาสร้างสุขภาพ 2) ชุมชนราชธานีอโศกเชื่อมโยงบ้าน วัด โรงเรียน บูรณาการพุทธธรรมกับองค์ความรู้สุขภาพและหลักการดูแลสุขภาพ 8 อ. 3) ชุมชนสวนปานาบุยุ มีผู้นำที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ วิถีพุทธสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้การดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเอง ที่บูรณาการศาสตร์สุขภาพเข้ากับพุทธธรรม ลดปัญหาความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังลงได้อย่างเด่นชัด ทั้ง 3 ชุมชนมีกระบวนการเรียนรู้ที่ควบคู่กับการลงมือปฏิบัติจริง รูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ แหล่งความรู้จากคน องค์กร กิจกรรม สื่อ ปัญหาของชุมชนและศูนย์วิชาการสุขภาพชุมชน 2) กระบวนการเรียนรู้ที่บูรณาการองค์ประกอบทั้งหมดเข้าด้วยกัน 3) ผลลัพธ์คือ ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพของชุมชน ดังนี้ 1) การพัฒนาจิตวิญญาณ 2) ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ 3) ผู้นำมีคุณธรรมและการมีส่วนร่วมของสมาชิก 4) การเรียนรู้คู่กับการปฏิบัติจริง 5) การพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ 6) ชุมชนที่ประสาน บ้าน วัด โรงเรียนเข้าด้วยกัน การนำรูปแบบไปใช้ ชุมชนควรมีผู้นำที่มีคุณธรรมเป็นพื้นฐานและการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

คำสำคัญ : การบูรณาการ องค์ความรู้ ภูมิปัญญา สุขภาพ ชุมชนพึ่งตนเอง

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบการดูแลสุขภาพเป็นภูมิปัญญาที่มีการก่อเกิดและสืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่งสำหรับสังคมไทยการดูแลสุขภาพตั้งแต่อดีตตั้งอยู่บนพื้นฐานทางวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วย วิถีคิด ความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ฐานคิดของระบบสุขภาพแบบพื้นบ้าน คือ การรักษาแบบองค์รวมระหว่างกายและจิตโดยมีความเชื่อว่าสุขภาพที่ดีเป็นผลจากภาวะ

สมดุลของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย<sup>1</sup> สัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อม ความเชื่อ ความศรัทธา ดูแลกันอย่างอบอุ่นอยู่ในชุมชน<sup>2</sup> การพัฒนาประเทศสู่ความทันสมัยตามกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น รักษาโรคที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ขณะเดียวกันค่านิยมในการดูแลสุขภาพเปลี่ยนจากการพึ่งพาตนเองไปสู่การพึ่งพาทายนอกทั้งจากยาเวชภัณฑ์ ผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงเทคโนโลยีจากต่างประเทศที่มีราคาแพง ผลกระทบสำคัญคือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจาก 147,837 ล้าน

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\*\* นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\*\*\*\* นักวิชาการอิสระ



บาทในปี พ.ศ.2538 เป็น 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 มีอัตราการเพิ่มร้อยละ 6.6 ต่อปีใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.4 ต่อปี นับเป็นภาระค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล<sup>3</sup> จากการประเมินผลการพัฒนาประเทศช่วงระยะ 3 ปีแรกของแผนพัฒนา ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2552)<sup>4</sup> พบว่าดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย มีค่าร้อยละ 64-66 การมีสุขภาพะลดลงจากร้อยละ 77.4 ในปี 2549 เหลือ 72.5 ในปี 2552 สังคมไทยมีปัญหาอีกหลายด้านโดยเฉพาะคุณธรรม ค่านิยมและคุณภาพการเรียนรู้ของสังคมไทย รวมทั้งยังไม่เข้มแข็งเพียงพอที่จะพึ่งตนเองได้ ดัชนีชุมชนเข้มแข็งและชุมชนพึ่งตนเองได้ ร้อยละ 61.2 และ 64.7 การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ของคนไทยสูงขึ้นทุกปี ซึ่งประเด็นเหล่านี้อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงทั้งสิ้น<sup>4</sup>

การพัฒนาระบบสุขภาพของไทยดำเนินมาถึงแผนพัฒนาฯ ที่ 11 หลายเรื่องมีความก้าวหน้าและมีทิศทางที่จะบรรลุตามเป้าหมาย แต่อีกหลายปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไข ประเวศ วะสี<sup>5</sup> ให้ข้อคิดว่าการพัฒนาที่ล้มเหลวเกิดจากการที่ไม่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการของประชาชน ระบบสุขภาพเปรียบเหมือนพระเจดีย์ฐานพระเจดีย์ของระบบสุขภาพ คือการดูแลตนเองของคนในครอบครัวและในชุมชนเรียกว่า “ระบบสุขภาพชุมชน” จึงควรหันกลับมาพึ่งตนเองด้วยภูมิปัญญาของชุมชน ซึ่งชุมชนเป็นกลไกที่มีความสามารถในการบริหารจัดการ ชุมชนที่เข้มแข็ง คนในชุมชนพึ่งตนเองได้ จะเป็นพลังในการพัฒนารากฐานของประเทศให้มั่นคง<sup>6</sup> ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นคำตอบของการสร้างระบบสุขภาพชุมชนพึ่งตนเองที่เข้มแข็ง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่งเสริมการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพของชุมชนพึ่งตนเอง
- 2) เพื่อเสนอรูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชนพึ่งตนเอง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีบูรณาการ ของเคน วิลเบอร์<sup>7</sup> ซึ่งการบูรณาการที่สูงสุดนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองครบถ้วนในทุกด้านทั้งร่างกายจิตใจอารมณ์และจิตวิญญาณ รวมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้องกับสังคมและวัฒนธรรม ตั้งแต่ระดับวัตถุไปจนถึงจิตวิญญาณ โดยส่งเสริมให้คนได้ใช้ศักยภาพในการพัฒนาตนเองอย่างถูกต้องสมบูรณ์ สามารถบรรลุความเป็นพุทธ มีจิตรู้แจ้งในวิชาแห่งธรรม ข้ามพ้นความเห็นแก่ตัวได้ในที่สุด ส่วนแนวคิดการพึ่งตนเอง เป็นความอิสระที่ตั้งอยู่บนพลังปัญญาและความสามารถของคนในชุมชน ในการพัฒนาและแก้ปัญหาของตนเอง ซึ่งเกิดจากปัจจัยสำคัญคือผู้นำที่มุ่งมั่นเสียสละ คนในชุมชนมีความสมานฉันท์ มีส่วนร่วมในการพัฒนาแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่<sup>8-10</sup> การส่งเสริมชุมชนให้มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้นั้น ต้องอาศัยเบญจขันธ์<sup>11</sup> ประกอบด้วยจิตใจที่มีธรรมะผลิตเพื่อกินเองใช้เอง มีชีวิตที่สัมพันธ์กับธรรมชาติอย่างสมดุล พึ่งตนเองทางเศรษฐกิจได้ มีการช่วยเหลือพึ่งพากันและแนวคิดเรื่องภูมิปัญญา เป็นระบบคุณค่าดั้งเดิมที่สะท้อนให้เห็นการดำเนินชีวิตในสังคมวัฒนธรรม และมีลักษณะเป็นองค์รวม ในด้านสุขภาพนั้น ประกอบด้วยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก<sup>12,13</sup> ซึ่งการคิดเชิงระบบ<sup>14</sup> มองภาพรวมของทุกองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน มีการทำงานร่วมกันเพื่อวัตถุประสงค์อย่างเดียวกัน ช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ของระบบในชุมชน มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น และนำมาสร้างกรอบแนวคิด ร่วมกับนำองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมาเป็นแนวทางสำหรับการศึกษา วิเคราะห์สังเคราะห์ เสนอรูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาของชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) คัดเลือกพื้นที่วิจัยแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful



Sampling)<sup>15</sup> โดยเลือกชุมชนที่มีลักษณะ 1) มีบริบทด้านองค์ความรู้และภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหลากหลาย 2) ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองด้วยศักยภาพของชุมชน 3) มีการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาเพื่อการดูแลสุขภาพ คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายได้ 3 แห่ง คือ 1) ชุมชนสันติสุข เป็นหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงที่กลุ่มเครือข่าย อพยพมาตั้งถิ่นฐานท่ามาหากินในพื้นที่อุดมสมบูรณ์ ทำเกษตรอินทรีย์ ดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาของชุมชน 2) ชุมชนราชธานีโคก ดำเนินชีวิตตามแนวทางบุญนิยม<sup>16</sup> เป็นหมู่บ้านดีเด่นด้านศาสนาของจังหวัดอุบลราชธานี มีการบูรณาการศาสตร์ต่างๆ เข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพ 3) ชุมชนสวนป่าบุญ จังหวัดมุกดาหาร เผยแพร่การดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองแก่สังคม ด้วยหลักของสมดุรร้อน-เย็นมาผสมผสานกัน

**เครื่องมือการวิจัย** ประกอบด้วย 1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก มีประเด็นสำคัญคือ การจัดระบบสุขภาพ กระบวนการเรียนรู้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาองค์ความรู้และภูมิปัญญาของชุมชน แนวคิดการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมและปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบสุขภาพ 2) แบบสังเกต 3) การจดบันทึกในภาคสนาม ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ 1) ผู้นำชุมชนและปราชญ์ชาวบ้าน 8 คน 2) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 24 คน 3) ผู้รับบริการด้านสุขภาพ 10 คน รวมทั้งสิ้น 42 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 6 เดือน ระหว่างมกราคมถึงกรกฎาคม 2555 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ดำเนินงาน 3 ขั้นตอน<sup>15</sup> คือ 1) จัดระเบียบข้อมูล 2) แสดงข้อมูล 3) สร้างข้อสรุปตีความหมายของผลที่ได้จากข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ นำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการศึกษาชุมชน มาอธิบายข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำองค์ประกอบที่ศึกษามาสังเคราะห์และเสนอรูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชน

**การควบคุมคุณภาพของการศึกษา** ใช้แนวทางของ Guba & Lincoln<sup>17</sup> ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือ 2) ความเหมาะสม 3) ความสามารถในการ

ตรวจสอบและยืนยันข้อมูล สำหรับจริยธรรมในการวิจัยกระทำโดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล รักษาความลับและการป้องกันผลกระทบแก่แหล่งข้อมูล

## ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่ส่งเสริมการบูรณาการภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ

1) **ด้านองค์ประกอบของความศรัทธา** ความเชื่อ วัฒนธรรม ชุมชนทั้ง 3 แห่ง มีพุทธศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจชุมชนสันติสุขและราชธานีโคกมีการเชื่อมโยงประสานแนวคิดการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันระหว่าง บ้าน วัด และโรงเรียน ชุมชนสันติสุขปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามจารีตประเพณีที่ไม่เคร่งครัดนัก เน้นกิจกรรมในช่วงเทศกาลงานบุญประเพณี ชุมชนราชธานีโคกและสวนป่าบุญนำหลักพุทธธรรมสู่การปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตด้วยการถือศีลกินอาหารมังสวิรัติลดละอบายมุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านจิตวิญญาณควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ

2) **ด้านระบบการศึกษา** ชุมชนสันติสุขมีโรงเรียนประถมศึกษาที่สอนตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ และถ่ายทอดความรู้ในครอบครัวจากพ่อแม่ ส่วนชุมชนราชธานีโคกมีระดับอนุบาลถึงอาชีวศึกษา นำหลักสูตรของกระทรวงศึกษา บูรณาการเข้ากับวิถีชุมชน ฝึกปฏิบัติในฐานงานสุขภาพ และฐานงานอื่นๆ ในชุมชน ครูส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในอยู่ชุมชน สอนโดยเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ มีปรัชญาการศึกษาว่า “ศีลเด่น เป็นงาน ชาญวิชา” ส่วนการศึกษาในผู้ใหญ่ทั้ง 3 ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใน ภายนอก และในงานบุญประเพณี นอกจากนั้นชุมชนราชธานีโคกจะมีการศึกษาพุทธธรรมเป็นกิจวัตรทุกวัน ที่ศาลาส่วนกลาง ส่วนสมาชิกชุมชนสวนป่าบุญ เรียนรู้พุทธธรรมจากพระไตรปิฎกผ่านการบรรยายของหมอเขียวหรือรายการโทรทัศน์ มีการสร้างหลักสูตรแพทย์วิถีธรรม ที่ให้การศึกษอบรมแก่บุคคลภายนอก เสมือนเป็นโรงเรียนสุขภาพ ที่สอนให้คนดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเอง

3) **การบูรณาการแนวคิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน** แนวคิดการพึ่งตนเองเป็นหลักสำคัญที่ทั้ง 3 ชุมชนยึดถือปฏิบัติ โดยบูรณาการ



สร้างอาหารเป็นยา ผลิตอาหารปลอดสารพิษ เชื่อมโยงกับการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมด้วยระบบเกษตรอินทรีย์ ชุมชนสันติสุขมีภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน ใช้และอนุรักษ์พืชพันธุ์สมุนไพร มีหมอพื้นบ้านดูแลรักษา ส่วนราชธานีอโศกใช้หลักสุขภาพบุญนิยม 8 อ.(อาหาร อากาศ อธิบาท อารมณ์ ออกกำลังกาย เอนกาย เอาพิษ ออก อาชีพสัมมา) ที่บูรณาการกับการดูแลแผนปัจจุบัน และแผนทางเลือก มีจิตอาสาที่สมัครใจทำงานช่วยเหลือเบื้องต้น ชุมชนสวนป่าบุญ เมืองค์ความรู้หลักยา 9 เม็ด ที่บูรณาการพุทธธรรมเข้ากับศาสตร์การดูแลสุขภาพ อื่นๆ และที่เหมือนกันคือ ทั้ง 3 ชุมชนเน้นการดูแลตนเอง และพึ่งพากันภายในครอบครัวและในชุมชน

4) ด้านความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับองค์กรภายนอก ชุมชนสันติสุขและชุมชนราชธานีอโศกขยายแนวคิดเกษตรอินทรีย์เพื่อแผ่อาหารปลอดสารพิษด้วยตลาดนัดสีเขียวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสู่สังคมรอบข้าง และถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับนักศึกษาศาสนาต่างๆ สวนป่าบุญการจذبบรมสุขภาพแก่บุคคลภายนอกทุกเดือนๆ ละหลายร้อยคนโดยมีจิตอาสาเป็นพลังขับเคลื่อน ให้บริการค่ายสุขภาพวิถีธรรมแก่ประชาชนด้วยนโยบาย “ศูนย์บาทรักษาทุกโรค” และเชื่อมโยงเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เครือข่ายแพทย์วิถีธรรม

จากข้อมูลข้างต้นเห็นชัดให้เห็นว่า ทั้ง 3 ชุมชนมีการพึ่งตนเองในระดับที่ 2 คือ การพึ่งตนเองได้ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน และเริ่มเข้าสู่ระดับที่ 3 คือ ช่วยเหลือสังคมวงกว้างได้ในบางเรื่อง

**2. กระบวนการพัฒนาการเรียนรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ดังนี้**

1) แหล่งความรู้และภูมิปัญญาของชุมชนทั้ง 3 แห่ง ประกอบด้วย 1.1) บุคคล ได้แก่ พ่อแม่ บรรพบุรุษ หมอพื้นบ้าน ครูอาจารย์ และนักบวชแตกต่างกันที่สวนป่าบุญไม่มีวัดและนักบวชแต่มีผู้นำชุมชนทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้พุทธธรรม 1.2) กิจกรรมของชุมชน เป็นแหล่งภูมิปัญญาที่สำคัญต่อจิตวิญญาณสร้างความสมัครสมานสามัคคีและการประกอบอาชีพ 1.3) องค์กรชุมชนของทั้ง 3 แห่งที่มีบทบาทเด่น คือ ศูนย์การเรียนรู้และฐานงาน 1.4) สื่อโทรทัศน์และวิทยุชุมชนมีบทบาทในการถ่ายทอดองค์ความรู้

2) กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนทั้ง 3 แห่ง มีความหลากหลาย ชุมชนราชธานีอโศกและชุมชนสวนป่าบุญ มีการเรียนรู้โดยการฟังธรรม จากสื่อโทรทัศน์ ชุมชนสันติสุข ฟังธรรมในช่วงงานบุญและยังมีการถ่ายทอดความรู้ผ่านวัฒนธรรมพื้นบ้าน คือ หมอลำและละคร ซึ่งช่วยให้ชาวบ้านสามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้น ที่มีความคล้ายคลึงกันทั้งสามชุมชนคือ มีการเรียนรู้ จากตำรา สื่อ การสาธิต บอกเล่า สรุบทบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างเครือข่าย ทั้ง 3 ชุมชน มีกิจกรรมการเรียนรู้ควบคู่กับลงมือปฏิบัติจริง

3. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้และภูมิปัญญา ประกอบด้วย 3.1) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ในการพัฒนาตนเอง 3.2) การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่ทำให้ความคิด ความเชื่อ และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยชุมชนสันติสุขปรับกระบวนทัศน์จากเกษตรเคมี สู่เกษตรอินทรีย์ สร้างอาหารเป็นยา ส่วนชุมชนราชธานีอโศกปรับกระบวนทัศน์ในการลดละกิเลสของตน สู่ระบบบุญนิยม ชุมชนสวนป่าบุญ ปรับกระบวนทัศน์สู่การเสียสละ ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยจิตอาสา 3.3) มีผู้นำที่มีคุณธรรมเป็นตัวอย่าง 3.4) การมีส่วนร่วมของสมาชิก 3.5) ทุกชุมชนมีการเรียนรู้ควบคู่กับการลงมือปฏิบัติจริง 3.6) การพัฒนาเครือข่ายเกษตรอินทรีย์ เครือข่ายกิจกรรมไร้สารพิษและสุขภาพบุญนิยม แพทย์วิถีธรรม 3.7) ความเชื่อมโยงระหว่างบ้าน วัดและโรงเรียน ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดผลสำเร็จในการพัฒนา

4. วิเคราะห์และนำเสนอรูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาของชุมชนที่ศึกษา พบว่า แต่ละชุมชนมีรูปแบบของการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่สามารถเป็นแบบอย่างได้แต่ยังขาดความสมบูรณ์สรุปประเด็นสำคัญคือ 4.1) ชุมชนสันติสุข ขาดผู้สืบทอดภูมิปัญญาของชุมชน 4.2) ชุมชนราชธานีอโศก ขาดความตระหนักในการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงาน เกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยจากการทำงานบ่อย ขาดการคัดกรององค์ความรู้ด้านสุขภาพที่นำเข้ามาใช้อย่างรอบคอบ 4.3) ชุมชนสวนป่าบุญ ขาดการศึกษาข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนองค์ความรู้ที่เพียงพอ ทำให้ขาดความน่าเชื่อถือจากนักวิชาการทั้ง 3 ชุมชน ยังขาดการพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพ ผู้วิจัย



เสนอแนวทางการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาในภาพรวม โดยการจัดตั้งศูนย์วิชาการสุขภาพชุมชน เพื่อพัฒนาระบบองค์ความรู้และระบบสารสนเทศสุขภาพให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5. รูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชนที่สมบูรณ์ จากการศึกษาองค์ประกอบของชุมชน นำรูปแบบจาก 3 ชุมชนนำมาบูรณาการกับแนวทางการแก้ปัญหา โดยคัดเลือกส่วนที่ติดใจเสริมส่วนที่ยังขาดทำให้ได้รูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชนพึ่งตนเองที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย

1) **ปัจจัยนำเข้า (Input)** ประกอบด้วย คน องค์การชุมชน พิธีกรรมของวัด ระบบองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพ 4 ด้าน สื่อ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะต้องค้นหาออกมาเพื่อการแก้ไขให้ดีขึ้น ศูนย์วิชาการสุขภาพชุมชน มีบทบาทพัฒนาระบบสุขภาพ

2) **กระบวนการ (Process)** กระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย 2.1) กระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญจากพุทธธรรมช่วยให้เกิดพัฒนาด้านจิตใจ การถ่ายทอดที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต การแสดงผ่านประเพณี วัฒนธรรม ฝึกลงมือปฏิบัติจริง ประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มและระหว่างเครือข่าย มีการสรุปบทเรียนจัดเก็บองค์ความรู้ไว้เป็นหลักฐาน 2.2) การบูรณาการ มีการนำองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้ากับกระบวนการเรียนรู้ที่บูรณาการความรู้ ความคิด วิถีชีวิต วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม หลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่มีการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด จนกระทั่งเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดเกิดการพัฒนาตนเอง ลดละกิเลส พึ่งตนเอง เสียสละ เอื้อเฟื้อเกื้อกูลต่อสังคม 2.3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้และภูมิปัญญา คือ การเรียนรู้ที่พัฒนาด้านจิตวิญญาณ การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ ผู้นำที่มีคุณธรรมพาขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของสมาชิก มีการเรียนรู้ควบคู่กับการปฏิบัติ และการเชื่อมประสานระหว่าง บ้าน วัด โรงเรียน 2.4) การพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ โดยความร่วมมือของศูนย์วิชาการสุขภาพชุมชนฐานงานสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา พัฒนาปรับปรุง จัดทำ

ระบบสารสนเทศสุขภาพชุมชน 2.5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณในระดับที่ละเอียดลึกซึ้งขึ้น ด้วยพุทธธรรม

3) **ผลผลิต (Output)** ก่อให้เกิดองค์ความรู้การดูแลสุขภาพที่บูรณาการกับศาสตร์ด้านอื่น องค์ความรู้หลัก ยา 9 เม็ด หลักการดูแลสุขภาพ 8 อ. มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเชิงรุกเน้นการป้องกัน สามารถลดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ เกิดการพัฒนาจิตวิญญาณ คนมีศีล 5 เสียสละให้กับสังคม

4) **ผลลัพธ์ (Outcome)** กระบวนการเรียนรู้ข้างต้น ก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพสมดุล สมาชิกมีความเป็นอยู่ผาสุก เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ ชุมชนพึ่งตนบนวิถีความพอเพียง มีความมั่นคงทางอาหาร เกิดชุมชนคนมีศีล เป็นพื้นฐานของชีวิตดำเนินชีวิตด้วยวิถีแห่งความพอเพียง มีองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพที่สมบูรณ์ที่มีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุน มีระบบสารสนเทศสุขภาพ และมีการสืบทอดและพัฒนาภูมิปัญญาด้านสุขภาพชุมชนให้เจริญพัฒนายิ่งขึ้นโดยลำดับ (ภาพที่ 1)

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้และภูมิปัญญาของชุมชน ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

1. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณด้วยการเรียนรู้พุทธธรรม ทำให้คน ลดละกิเลส อบายมุขและความเห็นแก่ตัว เสียสละทุ่มเทพลังกายพลังใจในการทำงาน เกิดการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะของชุมชน สอดคล้องกับ แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ์<sup>18</sup> ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ทางกายและจิต มีแนวคิดว่า ทุกคนล้วนแต่ป่วยด้วยสาเหตุของโรคทางกายหรือทางใจเกิดจาก โลก โกรธ หลง การละบาป ต้องรักษาศีลให้บริสุทธิ์ มีสมาธิ ปัญญา สอดคล้องกับพรทิพย์ ปุกหุด และทิติยา พุฒิกามิน<sup>19</sup> ที่พบว่า ผลของการสวดมนต์ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ ได้แก่ กระบวนการความคิด ความเชื่อ และวิถีดำเนินชีวิต สมาชิกทั้ง 3 ชุมชน มีการปรับเปลี่ยนแนวความคิด พัฒนา



ตนเองให้พึ่งพาตนบนวิถีแห่งความพอเพียง สอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ของโทมัสสัน<sup>20</sup> และกระบวนการพัฒนาทางสังคมของฟริตซ์โจบ คาปรัว<sup>21</sup> ซึ่งมองว่าพฤติกรรมและการกระทำของคนในสังคมขึ้นอยู่กับพื้นฐานของความเชื่อและปรัชญาที่ถ่ายทอดกันมาอย่างเป็นระบบ จนเกิดกระบวนทัศน์ทางสังคม (Social Paradigm) ที่เกิดจากการรับรู้ การตีความและการปฏิบัติที่ชุมชนมีหรือกระทำร่วมกัน เช่นเดียวกับโกมาทร จึงเสถียรทรัพย์<sup>22</sup> ที่ศึกษา พบว่า กระบวนทัศน์การพัฒนากระแสหลักที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจด้านเดียวทำให้ความสามารถพึ่งตนเองของสังคมลดลง ความเข้มแข็งของชุมชนที่พึ่งตนเองได้สูง มีรากฐานมาจากวิถีคิดที่แตกต่างจากวิถีคิดกระแสหลัก เช่น การปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่ให้ความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ การปรับเปลี่ยนกระบวนความคิดและความเชื่อ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต

3. ผู้นำพาขับเคลื่อนและการมีส่วนร่วมของสมาชิก ผู้นำที่มีคุณธรรมทุ่มเท เสียสละ นำสมาชิกเกิดความศรัทธาเชื่อมั่นในอุดมการณ์ เกิดพลังสร้างสรรค์พัฒนาชุมชน สอดคล้องกับสุจินดา สุขกำเนิด<sup>23</sup> พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพชุมชนคือ 1) คนซึ่งมีความรู้ความสามารถและมีความสัมพันธ์ในเครือข่ายและกลุ่ม 2) ทุน ได้แก่ความสามารถของผู้นำและสมาชิก 3) การจัดระบบการเรียนรู้ขององค์กร

4. การบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาของชุมชน ชุมชนมีการบูรณาการองค์ความรู้ด้านต่างๆ เข้ากับศาสตร์การดูแลสุขภาพ ผลสานเข้ากับกระบวนความคิด วิธีการดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรม เชื่อมโยงเข้ากับกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง โดยสอดร้อยเข้ากับวัฒนธรรมของชุมชนที่มีพุทธธรรมเป็นแกนหลักในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ อันเป็นจุดแข็งของการพัฒนาทำให้เกิดพลังชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ในการสร้างระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเอง ขณะเดียวกันยังแผ่แผ่ เกื้อกูล มีความเป็นอยู่ผาสุก สามารถพึ่งตนบนพื้นฐานแห่งความพอเพียง ซึ่งอธิบายด้วยทฤษฎีบูรณาการของเคน วิลเบอร์<sup>24</sup> ที่มีแนวคิดว่าวิถีคิดของโลกเกิดจากความไม่รู้หรืออวิชชา วิธีการแก้ไขคือการพัฒนาตนแบบองค์รวม (Integral transformation practice) ทั้ง

ด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และจิตวิญญาณของตน ประเด็นสำคัญของการบูรณาการ คือการเชื่อมโยงสิ่งต่างๆ ในโลกให้เกิดพลังที่ดี โดยสัมพันธ์กับความรู้และทักษะของการพัฒนาพลังในตน ซึ่งผลลัพธ์แห่งบูรณาการ คือ สังคมที่นาอยู่อย่างมีความสุข มีชีวิตสอดคล้องกับธรรมชาติ

5. องค์กรประกอบของบ้าน วัด โรงเรียน ที่ประสานกันอย่างดี มีผลต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญา การพัฒนาด้านจิตใจถ่ายทอดจากวัดเป็นหลัก พ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่อบรมบุตรหลานให้พ้นจากอบายมุข ส่วนโรงเรียนมีบทบาทต่อการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมคู่กับการถ่ายทอดวิชาการ สอดคล้องกับ สุริยน จันทนนคร<sup>25</sup> พบว่า สถาบันครอบครัว เครือญาติ สถาบันศาสนา ความเชื่อ สถาบันการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชน แต่สถาบันครอบครัวและเครือญาติมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการพัฒนาชุมชน

6. การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ช่วยให้เกิดความร่วมมือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเสริมพลังกันระหว่างองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทิพย์ ทศนเอี่ยม และคณะ<sup>26</sup> ที่พบว่า การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร ช่วยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐานเดียวกัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

## ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำรูปแบบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปทดลองใช้ในชุมชนที่มีความสนใจ หากชุมชนต้องการสร้างชุมชนพึ่งตนเองอย่างเข้มแข็ง โดยการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญา สิ่งที่จะต้องดำเนินการมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การสรรหาผู้นำนักพัฒนา สร้างผู้นำให้มีคุณธรรม 2) การพัฒนาต้องเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกและเรียนรู้คู่กับการปฏิบัติจริง 3) การเริ่มต้นที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณให้เกิดขึ้นในระดับตัวบุคคล 4) กรณีที่ชุมชนมีลักษณะและบริบทที่แตกต่างจากชุมชนเป้าหมายที่ศึกษาครั้งนี้อย่างมาก การนำรูปแบบไปใช้ควรเริ่มจากสรรหาแกนนำจัดตั้งกลุ่มสนใจและจัดกิจกรรมเพียงกลุ่มเดียวก่อน เมื่อเกิดผลสำเร็จ แล้วจึงขยายผลต่อไป

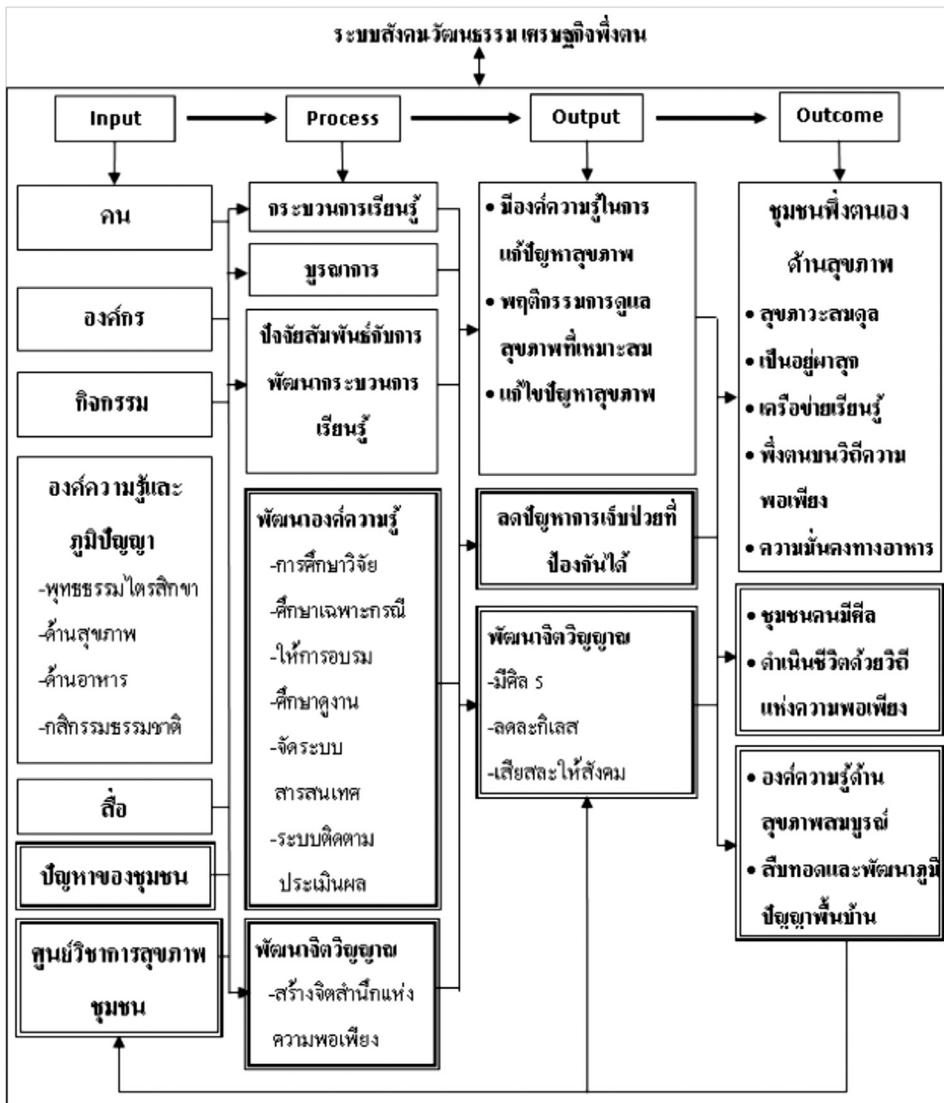


## References

1. Kailas T. Cultural dimensions of the traditional health care of ethnic groups in Isan Region. [Thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2006.
2. Ganjanapanand A, Ramitanon C. Lanna rite and Belief: reproduction of moral power, *Samut Sangkomsat* 1993; 12(1): 123-139.
3. Health Expense. [online] (n.d.) [cited 2012 August 22]. Available from: [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/report Health/Thai Health2009/thai2009\\_6.pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/report%20Health/Thai%20Health2009/thai2009_6.pdf).
4. Office of National Economic and Social Development Board. "Evaluation of the first 3 years of the 10th Plan" Summary for executives. Assessed first 3 years of the plan No. 10. [online] [cited 2011 January 21]. Available on <http://bps.moph.go.th/plan10/condition/plan11>, NESDB report documents the evaluation. pdf.
5. Wase P. The development of community health, Community based health. [online, nd.]. [cited 2013 Dec 22]. Available from: <http://www.thaiichr.org/autopagev4/files/book2.pdf>
6. Chunharas S. Community Health System. [online]. (n.d.). [cited 2011 February 5]. Available from: [www.thainhf.org/document/article](http://www.thainhf.org/document/article)
7. Wilber K. A Theory of Everything. Boston: Shambhala Publication, Inc; 2000.
8. Galtung J. edited. Self-reliance : A Strategy for Development. London: Bogle-LS: Ouverture Publication; 1980.
9. Phongphit S, Treenuchakorn Y. Community self-reliant health : action research project . [Online] 2002. [cited 2010 December 22]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/>
10. Tannukit R. Asoke people's development forms leading to self-reliance : a case study of Asoke community Warinchumrab district Ubon Ratchathani province. [Thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2000.
11. Wasi P. Sufficiency Economy and Civil Societies: The Way to Revitalize the Economy and Society. Bangkok: Rural Doctor Printing; 1999.
12. Thaneeratana T. Meaning of Alternative Medicine. [online]. (n.d.) [cited 2014 March 25]. Available from: <http://www.thaicam.go.th/index.php?>
13. Thai-Way-of-Life Health Institute Situation and accomplishment of the operation based on the National Strategic Plan, Development of Thai Wisdom on Health: Year 2007-2011 during 2007-2009. [online] (n.d.) [cited 2013 March 25]. Available from: [http://www.Kb.hsri.or.th.dspace/](http://www.Kb.hsri.or.th/dspace/)
14. Pumipu P. Systems Thinking. [online]. (n.d.). [cited 2011 January 20]. Available from: <http://kmcenter.rid.go.th/keffd/information/lo.html>
15. Podhisita C. Science and Art of Qualitative Research. (4<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited; 2009.
16. Dharmukta R. Boonniyom in Ratchathani Asoke Community : Social Innovation Through Buddhist Wisdom. Bangkok: Office Of The Culture Commission, Ministry of Culture; 2003.
17. Guba E, Lincoln Y. Effective Evolution. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
18. Vorapongpichet P. Therapy by Buddha-dharma. Bangkok: Media Marketing Co. Ltd; 2007.
19. Pukahuta P, Phutthikhamin T. The Effects of Therapeutic Prayer on Anxiety and Spiritual Well-being in Breast Cancer Patients in Diagnostic Phase. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(2): 122-130.



20. Kuhn T. The Structure of Scientific Revolution. Chicago: The University of Chicago Press; 1970.
21. Fritjof C. The turning point : science, society, and the rising culture. (Phra Pracha Pasannathammo, Trans.). (5<sup>th</sup> ed.). Bangkok: KomolKeemthong Foundation; 2001.
22. Chuengsatiansup K. Health dynamics and Self-Reliance: Rural Sector. Bangkok: Society and Health Institute; 2004.
23. Sukkamnerd S, Treenuchakorn Y, Sunthorn Mongkol I. Research and development for self-health care system in family sector in Northeastern community. Khonkaen: Klangnanawittaya printery; 2001.
24. Wilber K. Intergral Psychology, Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy. Boston: Shambhala Plublication, Inc.; 2000.
25. Chantaranakorn S. The roles of Borvorn (family, temple and school) in community development : a case study of Ban Hora, at samat district, Roi Et Province. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
26. Tusanauiem P, Aonchunshom T, Tuanyee S. Network Development of Newborn Nursing Care in Sakon Nakhon Hospital and Its Neighbor Hospitals. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 29(3): 35-45.



ภาพที่ 1 รูปแบบการบูรณาการองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านสุขภาพของชุมชนพึ่งตนเอง



## Integration of Health Knowledge and Wisdom in Self-Reliant Communities\*

Pechtawan Thanaroong PhD\*\*

Suree Thrumikaborworn PhD\*\*\*

Chirawat Vejpas PhD\*\*\*\*

### Abstract

This qualitative research aimed to study the integration of health knowledge and wisdom in three self-reliant communities. In-depth interviews and field observations were used for collecting data. The target groups 42 people consisting of community leaders, health care service providers and receivers. The data were analyzed by content and system analysis as well as the identification of factors concerned and modeling of the development of learning processes associated with health care systems.

The findings were a model of each studied community. In Santisook community, the strong leader led the villagers to restore the traditional health care practices integrated with self-reliance concept to the way of life and supplementary food production. At the Ratchathani Asoke community formed the complex of home, temple and school with the integration of Buddhist morality, spirits, health knowledge and eight principles of health care. In Suanpa Nabun community, the village leader as a specialist in Buddhism-based medicine established the self-reliant health care training center successfully relieving various chronic disease problems. In all the three communities, the learning process together with the real practices was observed. The integrated self-reliant health care model consisted of 1) the input factors as knowledge sources of people and organizations, activity, media, communities' problems and academic health centers, 2) the learning process that integrate all these factors and 3) the outputs as a health care -self-reliant community. The relevant factors corresponding with the integration of knowledge and its efficient transfer were 1) spiritual development of people, 2) changes in paradigms, 3) existence of moral leaders, participation of moral villagers leading to the development of power, 4) learning with real practice 5) learning network development and 6) connectivity between houses, temples, and schools in the communities. Applying the model to the other places basically required the moral villagers and participatory development.

**Keywords :** integration, knowledge, wisdom, health, self-reliant community

---

\* Thesis in Doctor of Philosophy (Integral Development Studies), Ubon Ratchathani University

\*\* PhD candidate (Integral Development Studies), Ubon Ratchathani University

\*\*\* PhD (Nursing), Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

\*\*\*\* PhD (Agricultural Science), Researcher