

ศึกษภพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ

The Indigenous Wisdom for Health Care

■ ดร.ชึงชอง เทาประเสริฐ
รองอธิการพัชววิจัศฯ สถาบันราชภัฏเชียงรราย
บพ.ธรรมา อ่อนชนจันทร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาเม็งรราย
จังหวัดเชียงรราย
และคณะ

Dr.Yingqong Taoprasert
Vice-President Rajabhat Institute, Chiangrai.

Dr.Thara Onchomchantra
Director of Phayamengrai Hospital, Chiangrai.
etal.

การวิจัยเชิงสังคมศาสตร์เรื่องนี้ เป็น การศึกษาศึกษภพของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการดูแลรักษาสุขภาพของชาวบ้าน โดยได้แยกศึกษาเป็น 2 กรณี คือ การรักษากระดูกหักของหมอเมือง และการดูแลครรภ์ของชาวอาข่า ในจังหวัดเชียงรราย การศึกษานี้มุ่งที่จะทำความเข้าใจกับภูมิปัญญาพื้นบ้าน รวมทั้งวิเคราะห์หาศึกษภพของภูมิปัญญานั้น ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถแสดงให้เห็นถึงความชาญฉลาดของบรรพชนได้อย่างชัดเจน สำหรับเอกสารฉบับสมบูรณ์นั้น จัดพิมพ์เผยแพร่โดย สถาบันราชภัฏเชียงรราย

วารสารการวิจัยระดับนานาชาติ

การอยู่รอดของชาติพันธุ์ใด ๆ นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถทางภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ อันจำกัดอย่างชาญฉลาด และความสามารถในการสืบทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการจัดการและการพัฒนาทางสาธารณสุขในชุมชน เพื่อชุมชนบนพื้นฐานทางภูมิปัญญาของชุมชน จำเป็นต้องมีกรอบแนวคิดและมีความเข้าใจในวิถีคิดหรือฐานในการคิดของชาวบ้าน ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การพัฒนาที่หวังผลในการกระทำจากจิตสำนึกของชาวบ้านจึงจำเป็นต้องเริ่มที่ฐานในการคิด เพื่อที่จะสามารถดึงเอาศักยภาพทางภูมิปัญญาของท้องถิ่นมาเป็นเข็มมุ่งและฐานรากของการพัฒนาท้องถิ่น

ประเด็นสำคัญของฐานการคิดในระบบ การดูแลสุขภาพที่ควรต้องพิจารณาได้แก่ฐานการคิดในเรื่องความหลากหลายของระบบ เรื่องสุขภาพองค์กรวม และเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้าน

ความหลากหลายทางความคิดและภูมิปัญญาของปัจเจกในสังคมเป็นความเจริญงอกงามและมั่นคงทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ถ้าทุกคนในสังคมคิดเหมือนกันหมด สังคมนั้นคงจืดชืด ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีสิ่งใหม่ๆ เกิดขึ้น และไม่มีภูมิปัญญาที่ก้าวหน้าต่อกรครอบงำทางความคิด สังคมนั้นก็จะเสี่ยงต่อการล่มสลายทางวัฒนธรรม ระบบการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนก็เช่นเดียวกัน ไม่ได้มีระบบการรักษาพยาบาลผูกขาดเพียงระบบเดียว การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพไม่ควรนำเอาภูมิปัญญาจากท้องถิ่นทั้งหมดโดยไม่สนใจภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ละสมมาแต่บรรพชน แต่ควรต้องฟื้นฟูภูมิปัญญาที่ยังร่วมสมัยแล้วนำของใหม่มาปรับและผสมให้กลมกลืนเข้ากันได้เป็นอย่างดี

องค์กรวม เป็นวิธีการมองให้เห็นภาพรวมของทั้งหมดของทุกองค์ประกอบที่มีอยู่ในหน่วยทั้งหน่วย หรือในระบบทั้งระบบในเวลาเดียวกัน มองให้เห็นความเชื่อมโยงของทุกองค์ประกอบในระบบ มองให้เห็นบริบทหรือเงื่อนไขและปัจจัยแวดล้อม มองให้เห็นลึกไปถึงภูมิหลังและความหมายของภาพที่เคลื่อนไหวปรากฏการณ์ทั้งหลายเป็นผลผลิตที่หล่อหลอมมาจากเงื่อนไขปัจจัยทั้งปวงที่แวดล้อมเป็นบริบท การมอง

แบบองค์กรวมจะทำให้เข้าใจผลลัพธ์ของการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านได้ดีขึ้น

ภูมิปัญญาพื้นบ้านเป็นองค์ความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของชาวบ้าน ที่สั่งสมสืบทอดกันมาอันเป็นศักยภาพหรือความสามารถในเชิงแก้ปัญหา จัดการปรับตัว เรียนรู้ และสืบทอดสู่คนรุ่นใหม่ เพื่อการดำรงอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ จึงเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ หรือเป็นวิถีชีวิตของชาวบ้าน เป็นรากแก้วสำคัญที่จะทำให้ท้องถิ่นใด ๆ เจริญงอกงามอย่างมั่นคง การพัฒนาโดยวิธีการแห่ง "ความทันสมัย" ในอัตราที่เร่งสูงเกินกว่าความสามารถของชุมชนจะรับหรือปรับตัวจะก่อให้เกิดความแปลกแยกทางภูมิปัญญาของท้องถิ่นกับท้องถิ่น สูญเสียภูมิปัญญาเดิม ถูกครอบงำโดยวัฒนธรรมบริโภคนิยม เกิดความสับสนในวิถีชีวิตใหม่ เกิดปัญหาทางสังคมควบคู่กับปัญหาทางเศรษฐกิจ ส่งผลถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมและปัญหาสุขภาพ

วิธีการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ทั้งหมด เพราะค่าใช้จ่ายสูงขึ้นเรื่อยๆ และพึ่งตนเองได้น้อยลง การกลับไปแสวงหาและฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ผสมผสานจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้านต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่ยังคงอยู่ในชุมชน
2. เพื่อศึกษากระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคงอยู่ และการสืบทอดภูมิปัญญาในการดูแลรักษากระดูกหักของหมอเมือง และการดูแลสุขภาพครรภ์ของหญิงชาวอาข่า
3. เพื่อนำบทเรียนจากกระบวนการเรียนรู้ จัดการ และสืบทอดภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชนเผ่า เป็นฐานการแก้ปัญหาทางสุขภาพและแนวทางพัฒนาสุขภาพในอนาคต

วิธีการศึกษา

1. การรักษากระดูกหักของหมอเมือง ประชากรกลุ่มตัวอย่างได้แก่ หมอเมืองและคนใช้กระดูกหัก อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษาได้แก่ 1) คัดเลือกหมอมืองที่ยังมีบทบาทเด่นในการรักษากระดูกหัก 2) สัมภาษณ์หมอมืองแบบเจาะลึกและสังเกตวิธีการรักษา 3) ติดตามสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสังเกตผู้ป่วยกระดูกหัก 4) วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ

2. ศักยภาพการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของชาวอาข่า

ประชากรกลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงมีครรภ์ ผู้เฒ่า และหมอต่าแยของชาวเขาเผ่าอาข่า บ้านป่ากล้วย ดอยตุง กิ่งอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย วิธีการศึกษาได้แก่

- 1) การสำรวจขึ้นทะเบียนฝากครรภ์หญิงมีครรภ์ทุกคน บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มของสถานีอนามัย ชิงน้ำหนัก และสัมภาษณ์รูปแบบการกินอาหารตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์
- 2) ติดตามเยี่ยมบ้านหญิงมีครรภ์เพื่อศึกษาความเป็นอยู่ ความเชื่อ พฤติกรรม และการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ โดยการสังเกต สอบถาม และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
- 3) สัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณี การปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์จากบุคคลสำคัญในหมู่บ้าน
- 4) จัดเวทีชาวบ้านเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับ
- 5) วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์

ผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพกระดูกหักของหมอมือง

ภูมิปัญญาของหมอมือง

หมอมืองมีการเรียนรู้ สืบทอดภูมิปัญญาจากบรรพบุรุษ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพโดยอาศัยการสั่งสมประสบการณ์จนกลายเป็นความชำนาญ

วิธีแก้ไขปัญหกระดูกหักของหมอมืองก็ยึดหลักเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน คือ ทำให้บริเวณที่กระดูกหักอยู่นิ่งๆ แล้วปล่อยให้กลไกธรรมชาติร่างกายทำหน้าที่ซ่อมแซมกระดูกให้กลับดีดังเดิมต่อไป ซึ่ง

อาศัยเวลาประมาณ 1-2 เดือน เพียงแต่วิธีการมองปัญหาและวิธีแก้ไขแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่

หมอมืองมีวิธีวินิจฉัยกระดูกหักโดยอาศัยการดูคลำ ซึ่งต้องใช้เวลาชำนาญจากประสบการณ์ ส่วนแพทย์แผนปัจจุบันมีเครื่องเอกซเรย์มาช่วยให้เห็นลักษณะตำแหน่ง และความรุนแรงที่หักได้ชัดเจนแน่นอนยิ่งขึ้นเพื่อประกอบการตัดสินใจหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม

กระบวนการรักษาของหมอมืองจะมีพิธีกรรมนับตั้งแต่การยกครู เพื่อแสดงว่าผู้ป่วยยินดีที่จะให้หมอรักษา เป็นการสร้างศรัทธาในเบื้องต้น มีการใช้น้ำมันมนต์และเป่าคาถาพร้อมทั้งใช้หางฝ้าย (สาละ) เขียนตี (เคาะเบาๆ) ซึ่งคาถามีเนื้อหาเป็นคำพูดสลับแข่งสิ่งร้ายให้กลายเป็นสิ่งดี ให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยมาปะติดปะต่อเนื้อ หนัง กระดูกที่ชำรุดเสียหาย เอาหนังต่อหนัง เอ็นต่อเอ็น เส้นเลือดต่อเส้นเลือด และกระดูกต่อกระดูก คาถาเป็นภาษาถิ่นที่ผู้ป่วยฟังรู้เรื่องว่ากระบวนการที่หมอมือทำอยู่นั้นมีจุดประสงค์เพื่อให้กระดูกหลอมเป็นเนื้อเดียวกันและก่อรูปร่างขึ้นมาใหม่

จะเห็นว่าพิธีกรรมและน้ำมันมนต์คือ "สื่อ" คาถาคือ "สาร" ที่ประกอบกันเป็นเงื่อนไขทางจิตใจสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาแก่ผู้ป่วยให้มีความกล้าใจเข้มแข็ง กระบวนการเหล่านี้เป็นจุดเด่นของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันทดแทนได้ยาก เพราะหมอมือแพทย์แผนปัจจุบันจะพยายามอธิบายพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและขั้นตอนการดำเนินของโรค แต่ผู้ป่วยและญาติก็ไม่อาจเข้าใจได้โดยง่ายเนื่องจากมีภูมิหลังที่ต่างกัน

ข้อแตกต่างที่เห็นชัดอีกประการหนึ่งในการรักษา คือ หมอมืองใช้ฝือกไม้ไผ่ ส่วนแพทย์แผนปัจจุบันใช้ฝือกปูน โดยทั้งสองอย่างมีข้อดีข้อเสียด้วยกันทั้งคู่คือ

ฝือกปูนมีข้อเด่นที่สามารถปรับให้โค้งไปตามอวัยวะที่หักได้เป็นอย่างดี แต่มีข้อด้อยคือใส่แล้วร้อนอบ คับ ไม่เหมาะกับสภาพอากาศร้อนอย่างเมืองไทย ถ้าฝือกหลวมหรือรัดแน่นเกินไปก็ต้องตัดทิ้งแล้วใส่ใหม่ ลื่นเป็ลล่องค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก ทั้งยังมีข้อจำกัดที่ราคาค่อนข้างแพงสำหรับชาวชนบทยากจน การนัดหมายให้ผู้ป่วยกลับมาถอดและใส่ฝือกใหม่นั้นทำได้ยากเนื่องจากเสียเวลาทำมาหากินของตนเองและญาติพี่น้อง

เปลือกไม้ไม่มีข้อต่อที่ยังไม่สามารถปรับให้รัดรูปไป ตามความโค้งของอวัยวะ จึงใช้ไม่ได้ไม่ดี หากว่ากระดูก นั้นหักบริเวณข้อต่อ แต่ก็มีข้อเด่นคือใส่แล้วไปรุ่งเบา เย็นสบาย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก เพราะทำเองได้ จากวัสดุในท้องถิ่น และเมื่ออวัยวะที่หักยุบวมลง ก็ สามารถถอดไม้ฝ่อออกทีละอันแล้วรัดเชือกใหม่ให้กระชับ ขึ้น โดยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการทำใหม่ทั้ง หมัด ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าผู้ป่วยกระดูกหักในชนบทส่วน ใหญ่มักจะใส่เปลือกปูนจากโรงพยาบาล แล้วร้อนทน ไม่ได้ ต้องแกะออกเองและไปให้หมอเมืองรักษาต่อ ด้วยเปลือกไม้ฝ่อในที่สุด

หมอเมืองยังมีข้อได้เปรียบในด้านการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง เพราะมีบ้านอยู่ในละแวกเดียวกันกับผู้ป่วย จึงสามารถไปดูแลที่บ้านได้ถึงวันละ 2 ครั้ง มีเวลา สนทนาแลกเปลี่ยน และแก้ปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง อันเป็นข้อเด่นซึ่งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันยากที่จะ ทำได้ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรน้อยเกินกว่าที่จะให้ บริการที่เปี่ยมด้วยคุณภาพแก่ผู้ป่วยจำนวนมากได้ใน ระยะเวลาอันจำกัด นอกจากนี้บรรยากาศรอบตัว ผู้ป่วยในบ้านตัวเอง มีญาติสนิทมิตรสหายคอยดูแล เยี่ยมเยียนให้ความอบอุ่นทางใจ มีอาหารการกินที่เคย ชิน ล้วนเป็นบริบทสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยหายเร็ว พื้นฟู สภาพได้เร็วกว่าระบบโรงพยาบาล

ส่วนผลการรักษาจากประจักษ์พยานภาพถาวร และฟิล์มเอกซเรย์พบว่า หมอเมืองสามารถรักษา กระดูกหักได้ในระดับหนึ่ง คือได้ผลดีในกรณีที่กระดูก หักบริเวณแขนขาส่วนปลาย และเป็นชนิดที่ปลาย กระดูกไม่เหลื่อมซ้อนกันมากนัก แต่มีจะไม่ค่อยได้ ผลในกรณีที่กระดูกหักบริเวณตะโพก ต้นขา หรือเป็น กระดูกหักชนิดที่เหลื่อมซ้อนกันมาก เพราะกระดูกจะ ติดแบบผิดรูป

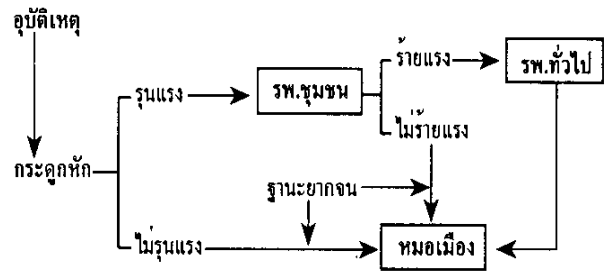
ในท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลง หมอเมือง เองก็มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและไม่ ปฏิเสธเทคโนโลยีแผนปัจจุบัน ดังกรณีการตัดเปลือก ปูนออกครึ่งหนึ่ง หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยตามกระดูก ไทโพลาร่า เป็นต้น

การสืบทอดวิชายังคงมีอยู่แม้ว่าจะไม่มากนัก เนื่องจากคนหนุ่มสาวไปทำงานต่างถิ่นกันมากขึ้น แต่

การสืบทอดอย่างเป็นธรรมชาติในระบบพื้นบ้านนี้ก็คง จะมียุคต่อไป ตราบเท่าที่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ยังไม่สามารถสนองปัญหาสุขภาพได้ครบทุกด้าน

ลักษณะการเลือกใช้บริการของผู้ป่วยกระดูกหักจากอุบัติเหตุจราจร

จากการสังเกตในขั้นต้นพบว่าผู้ป่วยกระดูกหักมี ลักษณะการเลือกใช้บริการในการดูแลรักษาต่างแผนภูมิ



เมื่อผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจราจร ส่วนมากจะ ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก่อนเพื่อให้แน่ใจว่าไม่ เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หลังจากทราบว่าไม่มีปัญหา เรื่องกระดูกหัก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีเศรษฐกิจยากจน จะขอกลับไปรักษาที่หมอเมืองใกล้บ้าน แม้บาง รายกระดูกหักรุนแรงจนแพทย์ลงความเห็นว่าควรส่งต่อ ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลในตัวจังหวัดก็ตาม

นอกจากนั้นผู้ป่วยกระดูกหักที่ผ่านการรักษา จากโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังกลับไปให้หมอเมืองเป่ารักษา ควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า “เปลือก ปูนรักษาได้เฉพาะภายนอก แต่หมอเมืองจะเป่ารักษา ได้ถึงแผลข้างใน” ซึ่งคงเป็นเพราะหมอเมืองสามารถ สื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ากำลังรักษาเพื่อให้บังเกิดผล อย่างไร ผู้ป่วยจึงคลายความวิตกกังวล เกิดกำลังใจ และเชื่อมั่นว่าตัวเองจะต้องหาย ขณะเดียวกันผู้ที่ไป ทหาหมอเมืองก่อน ถ้าผลการรักษายังไม่เป็นที่พอใจก็ อาจไปโรงพยาบาล

ผลการศึกษาระบบภูมิปัญญา การดูแลกระดูกของชาวอาข่า

บริบททางสังคมวัฒนธรรมเกี่ยวกับการมีบุตรของชาวอาข่า

ชาวอาช่าหรือที่เราเรียกว่า “ชาวอีกอ” ให้ความสำคัญกับการมีบุตรเพราะต้องการผู้สืบสกุลเพื่อขยายเผ่าพันธุ์และต้องการแรงงาน ชาวอาช่าจะนิยมมีบุตรหลายคน (เฉลี่ย 3-5 คน) ส่วนใหญ่คู่สมรสฝ่ายหญิงจะมีอายุมากกว่าฝ่ายชาย เมื่อแต่งงานแล้วฝ่ายหญิงจะต้องย้ายไปอยู่บ้านของฝ่ายชายทุกราย ฉะนั้นชาวอาช่าจึงต้องการมีลูกผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในการวางแผนครอบครัวกับชาวอาช่ามักไม่ได้ผลเพราะเขาจะไม่ยอมคุมกำเนิดตราบดีที่ไม่มีลูกผู้ชาย เมื่อแต่งงานไปแล้วระยะหนึ่ง (ประมาณ 1 ปีขึ้นไป) หากฝ่ายหญิงไม่ตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์แล้วไม่มีบุตรชายเลย สามีก็สามารถไปมีภรรยาคนที่สองหรือสามได้ จึงมักพบว่าผู้ชายอาช่ามีภรรยาหลายคนอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน ช่วยกันทำมาหากินโดยไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันเลย

พฤติกรรมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์และการดูแลครรภ์ของชาวอาช่า

หญิงอาช่าไม่เคยมีอาการแพ้ท้องมาก ๆ เหมือนคนไทยพื้นราบ ซึ่งอาจเป็นผลจากความเชื่อและค่านิยมว่าเกิดเป็นผู้หญิงทุกคนจะต้องมีลูก มีการเตรียมตัวเตรียมใจมาตั้งแต่ก่อนแต่งงาน

การปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์เหมือนขณะไม่ได้ตั้งครรภ์ทุกอย่างเพราะถือว่าเป็นภาวะปกติของร่างกายการทำงานหนักมาก ๆ จะทำให้ลูกสมบูรณ์แข็งแรงคลอดง่าย

การรับประทานอาหารก็จะรับประทานอาหารปกติ อาจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สารอาหารส่วนใหญ่ได้จากข้าว ผักใบเขียวที่มีรสขม ถั่ว สารอาหารโปรตีนได้จากไข่ เนื้อไก่ และหมู ในช่วงที่มีประเพณีต่าง ๆ ที่มีถึง 12 ครั้ง ใน 1 ปี (แต่ไม่ใช่เดือนละครั้ง) นอกจากนั้นยังได้จากเนื้อสุนัขซึ่งชาวอาช่ารับประทานกันเป็นประจำและถือเป็นอาหารพิเศษที่ใช้นำปรุงครรภ์ด้วย

ความเชื่อและข้อห้ามสำหรับหญิงตั้งครรภ์คือ ไม่กินเนื้อสัตว์ที่กำลังตั้งท้อง ไม่กินผักหรือผลไม้ที่มีมูกหรือหนูกินมาก่อน ไม่กินกล้วยที่ล้มโดยธรรมชาติ เพราะถือว่าจะทำให้ลูกในท้องไม่แข็งแรง ไม่กินเปิด เพราะกลัวเห็บติดกันเหมือนเปิด ห้ามขึ้นต้นไม้หรือฝนมืดเพราะจะเป็นอันตรายต่อเด็กในท้อง ระหว่างตั้ง

ครรภ์ทั้งสามมีและภรรยาจะไม่ฆ่าสัตว์เพราะเชื่อว่าจะกระทบลูกในท้องและมีอันเป็นไปตามสัตว์ที่ถูกฆ่า

พฤติกรรมการคลอดลูกของหญิงอาช่า

ก่อนที่จะมีสถานือนามัยดอยตุง (ก่อนปี พ.ศ. 2531) ชาวอาช่าจะคลอดเองที่บ้านโดยมีแม่สามีหรือหมอด่าแยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ การคลอดที่บ้านจะนิยมนั่งคลอดโดยการนั่งยอง ๆ หรือนั่งคุกเข่า พอเริ่มมีแรงเบ่งก็จะทำท่าคล้ายคลาน จะเริ่มเบ่งเมื่อน้ำคร่ำออกมา หมอด่าแยหรือแม่จะช่วยบีบนวด พูดจาให้กำลังใจ เมื่อเด็กคลอดแล้วจะใช้น้ำล้างในปากเพื่อเอาน้ำคร่ำและเสมหะออกมา และเด็กจะเริ่มร้องได้เอง หลังจากนั้นจะทำคลอดตรกโดยลุกขึ้นยืนและหมอด่าแยหรือแม่สามีจะเข้าด้านหลังโอบรอบตัวหญิงตั้งครรภ์ไว้ ใช้มือสองข้างช่วยกดท้องจากข้างบนลงล่าง รกก็จะออกอย่างง่ายดาย

สำหรับการคลอดที่สถานือนามัย เจ้าหน้าที่มักจะบังคับให้หญิงตั้งครรภ์นอนราบลงบนเตียงซึ่งสูงระดับเอว เพื่อสะดวกในการทำคลอด ซึ่งเป็นข้อขัดแย้งกันอย่างมากระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนมาคลอด เพราะเขาเห็นว่านอนราบทำให้มีแรงเบ่งน้อยกว่าการนั่ง ส่วนเจ้าหน้าที่ก็กลัวเด็กที่คลอดออกมาจะตกเตียง รวมทั้งตอนช่วยดึงตัวเด็กออกจะทำได้ลำบากถ้าให้เขานั่งคลอด

เหตุผลที่หญิงอาช่านิยมมาคลอดที่สถานือนามัย (มากกว่า 90%) เพราะเขามีการเปรียบเทียบกันว่าเด็กที่คลอดที่บ้านก่อนมีสถานือนามัยมีอัตราการตายของทารกหลังคลอดภายใน 7 วันหรือ 1 เดือนจำนวนมาก บางปีมากถึง 10 กว่าราย แต่หลังจากมาคลอดที่สถานือนามัยแล้วอัตราการตายลดลงเหลือปีละ 1-2 ราย บางปีไม่พบการตายเลย จึงมีความมั่นใจในตัวเจ้าหน้าที่สถานือนามัย

พฤติกรรมสุขภาพหลังการคลอดลูกของหญิงอาช่า

หลังการคลอดด้ายยังไม่ได้ทำพิธีกรรมจะยังไม่ให้ลูกดูนมแม่ ฉะนั้นเมื่อคลอดเสร็จจะรีบกลับบ้านโดยเร็วที่สุดภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยเดินด้วยเท้ากลับเช่นเดียวกับตอนเดินมาคลอด

การทำพิธีจะทำที่บ้านใหญ่ของพ่อแม่ฝ่ายชาย โดยใช้ไก่ตัวผู้ 1 ตัว ตัวเมีย 1 ตัว ประกอบพิธี จากนั้นจะนำไก่มาต้มใส่ข้าว เกลือ และขิง ให้หญิงหลังคลอดกินแล้วจึงให้ลูกดูนม ลูกจะดูนมไปเรื่อยๆจนกว่าแม่จะตั้งครรรักลูกคนต่อไปและคลอดน้องออกมา เด็กอาช่าจะกินนมแม่นานกว่า 1 ปี เพราะชาวอาช่ามีวิธีการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ กล่าวคือ จะร่วมเพศนาน 7-8 เดือนเป็นอย่างน้อย

การฝากครรภ์กับภาวะสุขภาพก่อนและหลังคลอดของหญิงอาช่า

จากการสำรวจและขึ้นทะเบียนหญิงมีครรภ์ของบ้านอีก้อปากกล้วยตั้งแต่ปี 2531-2536 จำนวน 69 ราย พบว่าหญิงชาวอาช่าจะตั้งครรรักกันในช่วงอายุ 20-35 ปี น้ำหนักเพิ่มเฉลี่ย 7-8 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI) เฉลี่ย 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่ง Doyle และคณะพบว่าค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสมควรเป็น 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ทารกแรกคลอดจำนวน 69 รายมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมเพียง 2 ราย (2.9%) ระหว่าง 2,500-3,000 กรัม 9 ราย (13%) ที่เหลือ 58 ราย (84%) มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 3,000 กรัม มากกว่าสถิติน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยของคนไทยพื้นราบซึ่งมีน้ำหนักเกิน 3,000 กรัมเพียง 46.6% เท่านั้น (Nondasuta A et al, 1986)

จะเห็นว่าหญิงมีครรภ์ชาวอาช่า นั้น ครรรักเล็กแต่ทารกโต ในขณะที่คนไทยพื้นราบมีครรรักโตแต่ทารกเล็ก ทั้งที่ชาวอาช่าอาจเสียเปรียบในการได้รับบริการสาธารณสุข เป็นเครื่องยืนยันว่าศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวอาช่ามีอยู่สูง โดยเฉพาะการดูแลครรรัก ทั้งที่เสียเปรียบโอกาสเอื้ออำนวยของปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพของครรรัก

ชาวอาช่ามีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่เอื้ออำนวยเป็นข้อได้เปรียบจากพฤติกรรมกรกินที่ได้รับแคลอรีโปรตีน วิตามินสูง ความเชื่อและความมุ่งมั่นในการทำหน้าที่ของการสืบเผ่าพันธุ์ วิถีชีวิตที่ต้องทำงานหนักสร้างความแข็งแกร่ง บึกบึน มีผลต่อการไหลเวียนของโลหิตและกระบวนการทางเคมีของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการหล่อเลี้ยงทารกในครรรัก (White-

head R, 1980)

ปัจจัยเหล่านี้เริ่มผันแปรเปลี่ยนแปลงตามกระแสวัฒนธรรมภายนอกซึ่งเริ่มล่อเค้าให้เห็นผลกระทบบ้าง แม้ว่ายังไม่ค่อยชัดเจน กล่าวคือทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,000 กรัมเพิ่มจาก 7% ในปี 2532-2534 เป็น 24% ในปี 2535-2536

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. ระบบการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านเป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองที่ดำรงอยู่กับชุมชนทุกเผ่าพันธุ์ ซึ่งยังคงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการรับใช้ชุมชนตราบนานปัจจุบัน ภูมิปัญญาบางอย่างยังร่วมสมัย เช่น การรักษากระดูกหักและการดูแลสุขภาพครรรัก สามารถเข้าใจได้โดยหลักวิทยาศาสตร์และมิติทางวัฒนธรรม หากองค์ความรู้เหล่านั้นได้รับการตรวจสอบและฟื้นฟูพัฒนาให้สอดคล้องกับยุคสมัยปัจจุบันอย่างจริงจัง อาจเป็นทางออกของการแก้ปัญหาสุขภาพได้อีกทางหนึ่ง

2. จากกรณีศึกษา ทั้งเรื่องการรักษากระดูกหักของหมอมือและการดูแลครรรักของเผ่าอาช่า ได้สะท้อนถึงศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในฐานะที่มีบทบาทเป็นทางเลือกหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประชาชนพึงพึงได้ในระดับหนึ่ง กล่าวคือ เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ประชาชนอาจเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขต่อเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือไม่พึงพอใจ จึงเลือกระบบพื้นบ้านทำหน้าที่แทน หรืออาจจะกลับกันคือ เลือกใช้ระบบพื้นบ้านก่อนตามศรัทธาเมื่อไม่สามารถตอบสนองความต้องการ จึงเปลี่ยนไปใช้บริการจากระบบแผนใหม่ หรืออาจจะเลือกใช้ทั้งสองระบบไปพร้อมๆ กัน แต่เลือกใช้ในระบบที่ต่างกัน

เหนือสิ่งอื่นใดคือ ชาวบ้านมีอิสระที่จะเลือกระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพด้วยตนเอง ตามแต่ศรัทธาความเชื่อและฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคมของตน โดยที่ชาวบ้านมีวิจารณญาณพอที่จะตัดสินใจได้ตามความต้องการของตน

แต่ถ้าทางเลือกในระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ได้รับการฟื้นฟูและพัฒนาในบริบทของมัน

โดยหยิบยกเอาเฉพาะศักยภาพ หรือจุดแข็งของระบบ
พื้นบ้านมาใช้อย่างชาญฉลาด ในการแบกรับภาระที่
ระบบแผนใหม่เองยังมีข้อจำกัด จะเป็นการเปิดทาง-
เลือกให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกตามฐานานุภาพ ความเป็น-
ธรรม ความพึงพอใจและความมีประสิทธิภาพ

หมอพื้นบ้านที่มีภูมิปัญญาจริง ควรได้รับการ
พัฒนาและยอมรับหรือรับรอง ในบริบทของหมอพื้นบ้าน
(ไม่ใช่ในบริบทของแพทย์แผนปัจจุบัน) ความมั่นใจใน
การเลือกใช้ระบบการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนก็
จะมีหลักประกัน และสุขภาพจะบังเกิดเป็นผลแก่ประ-
ชาชน

3. จุดเด่นและจุดได้เปรียบของระบบการแพทย์
พื้นบ้านคือ **มุ่งเน้นการรักษาคน ทั้งร่างกายและ
จิตใจ ตลอดจนรวมไปถึงครอบครัว หรือเครือญาติ
และสังคมทั้งระบบ** มากกว่าจะมุ่งเน้นการรักษา
เฉพาะโรค หรือเฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง เพราะ
การเจ็บป่วยของบุคคล ผูกพันเชื่อมโยงไปถึงบริบทที่
บุคคลผู้นั้นฝังตัวอยู่ทั้งระบบ

การที่คนไข้กระตุกเกิดความพึงพอใจจาก
การดูแลรักษาของหมอเมือง และส่งผลให้การเจ็บป่วย
หายและฟื้นตัวเร็ว นอกจากเป็นผลจากความสามารถ
ทางด้านเทคนิควิทยาของภูมิปัญญาพื้นบ้านแล้ว ยัง
เป็นผลจากอันสัจของการเข้าถึงบริบท ที่หอมล้อม
คนไข้ของหมอพื้นบ้านนั่นเอง ทำให้การเจ็บป่วยเป็น
เรื่องของครอบครัวและเครือญาติ เป็นเรื่องของทุกคนที่
แวดล้อมคนไข้ ซึ่งเป็นการบำบัดโดยสอดคล้องกับ
ธรรมชาติและวัฒนธรรมที่แวดล้อมคนไข้

ขณะเดียวกัน ความชาญฉลาดในการดำเนินวิถี
ชีวิตให้สอดคล้องกับธรรมชาติของชาวอาข่าที่สั่งสม
ประสบการณ์สืบทอดกันมาช้านาน ทำให้เกิดเงื่อนไขที่
พอดีกับการดูแลครรภ์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นหลักความ
จริง ที่การมีอาหารดี กินได้สัดส่วนสมดุล มีอากาศ
บริสุทธิ์หายใจ มีจิตใจดีและมุ่งมั่นทำงาน ใช้กำลัง
งานอย่างสม่ำเสมอ สุขภาพย่อมดีโดยธรรมชาติ โดย
เฉพาะกับภาวะของการตั้งครรภ์ จึงเป็นเงื่อนไขที่ชาว
อาข่านำไปปฏิบัติเป็นวิถีชีวิต และเกิดผลดีต่อสุขภาพ
ในช่วงตั้งครรภ์ ดังได้พิสูจน์โดยน้ำหนักแรกคลอดที่ดี
เกินกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่เป็น

เพียงความรู้ที่เขียนไว้สอนกันแต่ในตำราหรือเล่ากันแต่
ในตำนาน ความแยบยลของการดำเนินวิถีชีวิตในแต่
ละเผ่าพันธุ์ล้วนแฝงไว้ซึ่งภูมิปัญญาที่จะเอื้อประโยชน์
แก่สุขภาพองค์รวมและความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์นั้น

ดังนั้น จุดเด่นและศักยภาพเหล่านี้ สมควรได้
รับการหยิบยกขึ้นมาศึกษา พื้นฟูและปรับปรุงเพื่อเป็น
แนวทางเลือกแนวทางหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม
ในอนาคต

4. บรรพชนของแต่ละชนเผ่าได้สั่งสมประสบ
การณ์และภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองมาเป็น
เวลาช้านาน โดยเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง หรือ
ผ่านระบบเครือญาติ และหรือผ่านระบบครู (ผู้รู้หรือผู้
อาวุโส) กับศิษย์ ถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกกลุ่มหนึ่ง
ดังที่ปรากฏหลักฐานเป็นตำรา บ๊อบไบลาน หรือบ๊อบ
กระดาษสา องค์ความรู้และประสบการณ์ได้ถูกปรับ
แต่ง ดัดแปลง เพิ่มเติม เลือกสรร ประยุกต์ให้เป็นองค์
ความรู้ที่สอดคล้องกับสภาวะการณ์สิ่งแวดล้อมปัจจุบัน

แต่จากกระแสการพัฒนาในยุคปัจจุบัน ทำให้
กระบวนการเรียนรู้และสืบทอดเดิมถูกกระทบกระเทือน
ด้วยเหตุที่การเปลี่ยนแปลงมีอัตราเร็วและอัตราเร่งสูง
เกินกว่าที่จะตอดติดกับองค์ความรู้เดิม มีทางเลือก
จากองค์ความรู้ใหม่ที่มีอิทธิพลเหนือกว่าเข้ามาแทนที่

ดังนั้น องค์ความรู้และประสบการณ์เดิมส่วน
ใหญ่ที่ยังคงมีบทบาทอยู่ จึงยังถูกใช้ในบริบทเดิม มี
ส่วนน้อยที่ถูกปริวรรตให้เข้ากับบริบทใหม่ จึงทำให้
มรดกที่เป็นองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองส่วน
ใหญ่ไม่ร่วมสมัย ไม่ได้รับการพัฒนาและถูกทอดทิ้ง
จากคนรุ่นใหม่ ขาดผู้สนใจสืบทอด คงเหลือแต่ผู้
อาวุโสที่สืบทอดมาจากคนรุ่นก่อนเป็นส่วนใหญ่ แม้แต่
การปฏิบัติตนช่วงตั้งครรภ์ของหญิงสาวอาข่ารุ่นใหม่ ที่
ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมภายนอกมาก ก็เริ่มเปลี่ยน
ไปตามวิถีชีวิตสมัยใหม่ ที่พึ่งตนเองได้น้อยลง ทำให้
ชุมชนได้รับประโยชน์จากศักยภาพของภูมิปัญญาพื้น-
บ้านน้อยกว่าที่ควรจะเป็น อันเป็นผลเสียหายต่อการ
พัฒนาสุขภาพของชนเผ่าในระยะยาว

5. การปริวรรตและฟื้นฟูองค์ความรู้เดิม ที่ยังมี
ศักยภาพในปัจจุบัน เป็นภารกิจที่จำเป็นและเร่งด่วน
ของทุกฝ่าย ที่จะต้องระดมสรรพกำลังทั้งภาครัฐและ

เอกชน ร่วมมือกันศึกษาและทบทวนทิศทางการพัฒนาอย่างจริงจัง ดังเช่นกรณีการรักษากระดูกหักของหมอมือง สามารถจะพัฒนาให้หมอมือที่มีภูมิปัญญาจริงมีขีดความสามารถในการใช้เทคโนโลยี (เอ็กซเรย์) ช่วยการวินิจฉัยคนเจ็บและทำหน้าที่รักษาคนไข้กระดูกหักในส่วนที่ไม่รุนแรงจนต้องผ่าตัด หรือทบทวนการพัฒนาที่จะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตเดิมจนทำลายศักยภาพการพึ่งตนเองของชนเผ่า

นั่นคือ ระบบการดูแลสุขภาพพื้นบ้านควรได้รับการพัฒนาขีดความสามารถให้เป็นทางเลือกคู่ขนานกันกับการแพทย์แผนใหม่ เพราะทั้งสองระบบต่างก็มีจุดเด่นและจุดด้อยด้วยกันทั้งคู่ให้ประชาชนเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจเลือกใช้บริการตามความเหมาะสมแก่ตน

กติกกรรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติซึ่งได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยซึ่งสนับสนุนการพิมพ์และเผยแพร่รายงานฉบับสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข "แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534"

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

ธารา อ่อนชมจันทร์ และคณะ. ศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535.

ประเวศ วะสี. องค์รวมแห่งสุขภาพ. มูลนิธิโกลดคิมทอง, 2536.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ. รายงานวิจัยเรื่องผลสัมฤทธิ์ในนโยบายสาธารณสุข สถาบันราชภัฏเชียงราย, 2536.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง, โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2529.

Doyle W. The association between maternal diet and birth dimensions. J Nutr Med 1990; 1: 9-17.

Nondasuta A. Birth weight distribution. J Med Ass Thailand 1986; 69:197-202.

Whitehead R. Maternal Nutrition during Pregnancy and Lactation. Bern, HansHuber Publishers, 1980.

