

ทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

แนวคิดและยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการองค์ความรู้
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก*

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

เกริ่นนำ

การก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในปี พ.ศ. 2545 ถือเป็นการเปิดศักราชใหม่ของการพัฒนาการแพทย์ไทย เพราะไม่เพียงแต่การแพทย์แผนไทยจะกลับมามีสถานะและความชอบธรรมอีกครั้งในระบบการแพทย์ไทย นับตั้งแต่การรักษาแผนไทยถูกยกเลิกไปจากโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ.2447 แต่พันธกิจของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกยังให้ความสำคัญกับการแพทย์พื้นบ้านอันเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ถูกกลืนมานาน และการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็ความพยายามที่จะแสวงหาแนวทางสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ ๆ อีกด้วย ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่ “การแพทย์นอกกระแสหลัก” เหล่านี้มีที่ยืนอย่างเป็นทางการในระบบการแพทย์ไทย

ภารกิจการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งการถ่วงดุลการเลือกสรรและส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกให้ตอบสนองต่อประโยชน์สุขของสังคมไทยในครั้งนี้จึงถือเป็นการกิจครั้งประวัติศาสตร์ และมีความหมายที่สำคัญยิ่งต่อประวัติศาสตร์ภูมิปัญญาไทย ภารกิจดังกล่าวของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนี้มีได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ หากแต่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพไทยที่คลี่คลายอย่างต่อเนื่องในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นการคลี่คลายที่อาจถือเป็นบุพนิมิตของกระบวนทัศน์สุขภาพไทยที่กำลังเปลี่ยนไปสู่พลวัตใหม่ของความหลากหลายทางการแพทย์ การทบทวนถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงที่หนุนเนื่องของขบวนการสุขภาพนอกกระแสหลักจะช่วยให้เราเข้าใจศักยภาพและฐานรากของภารกิจทางประวัติศาสตร์ที่รออยู่ข้างหน้านี้ได้

บุพนิมิตกระบวนทัศน์สุขภาพไทย : พลวัตใหม่ของพหุลักษณะทางการแพทย์

สองทศวรรษที่ผ่านมาขบวนการสุขภาพนอกกระแสหลักได้ก่อตัวขึ้น เป็นปรากฏการณ์อย่างไม่เคยมีมาก่อน การใช้สมุนไพร ยาไทย การนวดไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาหารสุขภาพ ตลอดจนการตื่นตัวต่อทางเลือกสุขภาพที่ปรากฏขึ้นอย่างหลากหลาย เช่น เกษตรอินทรีย์ นิเวศวิทยาแนวลึก สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และแนวคิดการตายอย่างสันติสะท้อนถึงพลวัตใหม่ของพหุลักษณะทางการแพทย์ของสังคมไทย ความเคลื่อนไหวของขบวนการสุขภาพนอกกระแสหลักที่ก่อตัวมาอย่างต่อเนื่องได้เริ่มหยั่งรากและมีฐานที่มั่นคงขึ้นตามลำดับ ปรากฏให้เห็นเป็นรูปธรรม 3 ประการคือ

* บทความวิชาการนำเสนอในการประชุมวิชาการเรื่อง “ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย เพื่อชาวไทยและชาวโลก” ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี 1-3 กันยายน 2547.

1. การสืบสานภูมิปัญญาการแพทย์ไทย
2. กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก
3. ความเข้มแข็งของการเมืองสุขภาพภาคประชาชน

การสืบสานภูมิปัญญาสุขภาพไทย

ปี 2527 การสัมมนาเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้านเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกโดยมูลนิธิหมู่บ้าน ซึ่งมี ดร.เสรี พงศ์พิศ ประธานมูลนิธิเป็นผู้ริเริ่ม คำว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ถูกสร้างขึ้นเป็นวาทกรรมทวนกระแสภายใต้กระบวนทัศน์ การพัฒนากระแสหลักที่มองชาวบ้านว่าวนเวียนและติดค้างอยู่ในวงจรอุบาทว์ของความโง่-จน-เจ็บ แนวคิดการพัฒนาในสถานการณ์หลังสงครามเย็นนั้นแม้จะก้าวพ้นวิถีคิดเชิงสงเคราะห์มาแล้ว แต่ก็ยังเห็นชุมชนเป็นเสมือน “ภาชนะว่าง” ภารกิจของการพัฒนาแม้ไม่ใช่ “การเอาปลาไปแจก” แต่ก็ยังคิดว่าการพัฒนาคือการไปสอนชาวบ้านให้ตกปลาเป็น ในขณะที่กระแสภูมิปัญญาชาวบ้านเสนอว่านักพัฒนาต่างหากเล่าที่จะต้องเป็นฝ่ายไปเรียนรู้จากชาวบ้าน ไม่ใช่คิดแต่จะสอนชาวบ้าน เพราะชาวบ้านและชีวิตชุมชนนั้นสะท้อนภูมิปัญญาที่ท้องถิ่นเรียนรู้ ปรับตัว และสร้างสรรค์เป็นวิถีการดำรงอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพของมนุษย์ ชุมชน และระบบนิเวศ (เสรี 2536; และคู เอกวิทย์ 2540) ผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม พ่อมหาอยู่ สุนทรชัย พ่อชาติ มาระแสวง ครูแก้ว วงษ์บุญ ป๊ะหรน หมัดหลี่ พ่อผาย สร้อยสระกลาง พ่อคำเดื่อง ภาษี และผู้นำด้านภูมิปัญญาอื่น ๆ กลายเป็นผู้รู้หรือปราชญ์ชาวบ้านที่นักพัฒนาต้องไปเรียนรู้จากท่าน

สองทศวรรษที่แนวคิดภูมิปัญญาชาวบ้านและปราชญ์ชาวบ้านถูกสังเคราะห์ขึ้นโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและนักคิดทวนกระแส ปัจจุบันการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกลายเป็นภารกิจของรัฐ (ปรีดีดา 2547) ภูมิปัญญาชาวบ้านและภูมิปัญญาไทยกลายเป็นส่วนหนึ่งของแผนและโครงการพัฒนาของแทบทุกหน่วยงานและถูก “ต่อยอด” เป็นสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ที่ทำรายได้ให้ชุมชน ในด้านภูมิปัญญาสุขภาพไทยนั้นได้มีการพัฒนาจากแนวคิดนามธรรมจนกลายเป็นสมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทยที่เฟื่องฟูขยายตัวไปทั่ว จนมีบริการการนวดไทยทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน ในโรงแรมและสปาต่าง ๆ รวมทั้งตามบิมน้ำมัน และศูนย์การค้าแทบทุกแห่ง แม้ว่าภูมิปัญญาสุขภาพไทยส่วนหนึ่งจะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึกลึกซึ้งและทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่นและความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชนไม่ใช่สิ่งมลาย ไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีความเป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสาน

กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก

กระแสการแพทย์ทางเลือกก่อตัวขึ้นช้า ๆ ในหมู่ผู้แสวงหาทางออกแก่ปัญหาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถตอบสนองได้ ในขณะที่ชนชั้นกลางที่มีชีวิตแปลกแยกอยู่ในเมืองและเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็งต่างอำเภอหันมารับการแพทย์ทางเลือกเป็นทางออกจากความตึงตันของการแพทย์สมัยใหม่ (โกมาตร 2542; สุภาพร 2540; สุดาทิพย์ 2541) กระแสทางเลือกก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจและระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมการเกษตร กลายเป็นความตื่นตัว

ต่อเกษตรชีวภาพ เกษตรปลอดสาร และเกษตรอินทรีย์ (วิฑูรย์ (บก.) 2539; ปัดพงษ์ และคณะ 2547) ความตื่นตัวต่อภัยคุกคามสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บที่มากับชีวิตที่ขาดคุณภาพและห่างเหินจากธรรมชาติทำให้กระแสสุขภาพและการแพทย์ทางเลือกได้รับการตอบรับอย่างกว้างขวาง

จากน้ำผักสมุนไพร ชีวจิต ธรรมชาติบำบัด โยคะ การฝังเข็ม ชีกง ดุลยภาพบำบัด สุนทรบำบัด โคลโรแพรกเตอร์ (Chiropractor) โฮมีโอพาธี (Homeopathy) วารีนบำบัด และการบำบัดทางเลือกอีกมากมายที่แพร่หลายอย่างกว้างขวางนี้ (ดู ปัทมาวดี 2541) แม้ว่าด้านหนึ่งจะสร้างความสับสนรวมทั้งถูกทำให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมบริโภคไปแล้ว แต่อีกด้านหนึ่งสะท้อนความตื่นตัวต่อวิถีสุขภาพและการยอมรับของสาธารณชนต่อการบำบัดรักษาที่หลากหลาย จนทำให้การแพทย์ทางเลือกที่เคยเป็นคู่ปรับกับการแพทย์กระแสหลักได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ไทยที่โรงพยาบาลหลายแห่งนำเข้ามาผสมผสานในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน สุขภาพจึงไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดโดยการแพทย์แบบใดแบบเดียว การแพทย์ทางเลือกได้ทำให้แนวคิดเรื่องสุขภาพองค์รวมกลายเป็นอุดมคติที่ผู้คนในสังคมแสวงหาและวงการแพทย์ยอมรับว่าสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น ต้องบูรณาการมิติต่าง ๆ ของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม อาจกล่าวได้ว่า กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ได้ลงหลักปักฐานในสังคมไทยในระดับหนึ่งแล้ว โดยการแพทย์ทางเลือกมีส่วนสำคัญในการนำเสนอวิธีคิดรูปแบบใหม่นี้

ความเข้มแข็งของการเมืองสุขภาพภาคประชาชน

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา การทวงคืนสิทธิด้านสุขภาพและการต่อสู้ทางการเมืองของภาคประชาชนในการเรียกร้องความถูกต้องชอบธรรมในแวดวงสุขภาพคลี่คลายสำเร็จสำคัญอีกประการหนึ่ง พลังการเมืองฝ่ายก้าวหน้าในภาคสุขภาพได้ก่อตัวอย่างต่อเนื่องจากขบวนการสาธารณสุขมูลฐานที่เปิดพื้นที่ให้แก่การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง จนถึงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่องค์กรรัฐและเอกชนร่วมมือกันเคลื่อนไหวอย่างได้ผล การรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ที่ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญทั้งในการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย การรวมตัวเครือข่ายผู้ติดเชื้อเพื่อฟื้นฟูชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อและครอบครัว รวมทั้งการต่อสู้เพื่อการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จนเป็นความสำเร็จของงานด้านการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ที่ยอมรับกันในระดับโลก นอกจากนี้การเกิดขึ้นของกลุ่มชมรมและองค์กรต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เครือข่ายผู้เสียหายจากการแพทย์ เครือข่ายหมอเมืองและหมอพื้นบ้านองค์กรด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนขบวนการแพทย์-เภสัชชนบท และองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขที่ลุกขึ้นมาตรวจสอบการคอร์รัปชันในกรณีทุจริตยา 1,400 ล้าน จนส่งผลให้อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถูกพิพากษาจำคุกเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การเมืองไทย (ดู โกมาตร 2546) รวมทั้งการเกิดขึ้นของประชาคมสุขภาพต่าง ๆ ที่ร่วมกันผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเข้มแข็งในปัจจุบัน

ทั้งเรื่องภูมิปัญญาการแพทย์ไทย การแพทย์ทางเลือก และการเมืองสุขภาพภาคประชาชนเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนถึงการทวงคืนสุขภาพจากการแพทย์และการเมืองกระแสหลักที่เกิดขึ้นคู่กับความเข้มแข็งมากขึ้นของระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพไทย เพราะเช่นเดียวกับที่ระบบ

การเมืองไม่อาจจะมีความเข้มแข็งได้หากปราศจากความเข้มแข็งของการเมืองภาค ประชาชน ระบบสุขภาพของสังคมไทยก็ไม่อาจเข้มแข็งได้หากปราศจากความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชน การเคลื่อนไหวเรื่องภูมิปัญญาการแพทย์ไทย แพทย์ทางเลือก และการเมืองสุขภาพภาคประชาชนในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาได้วางรากฐานให้ความเข้มแข็งของระบบสุขภาพภาคประชาชนแล้ว

ฐานคิดในการมองการแพทย์นอกกระแสหลัก

การแพทย์หลากหลายระบบในสังคมนั้นดำรงอยู่ภายใต้วิถีคิดของการแพทย์กระแสหลักที่ถูกถือว่าเป็นบรรทัดฐานทางการแพทย์ของสังคม แต่การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งอาจเรียกรวมกันว่าเป็น “การแพทย์นอกกระแสหลัก” นั้นจำเป็นต้องเข้าใจว่าวิถีคิดที่แตกต่างหลากหลายในการแพทย์แต่ละประเภทต่างก็นิยามความหมายของสุขภาพแตกต่างกัน ใช้กระบวนการทำความเข้าใจโลกและชีวิตด้วยทัศนะที่แตกต่างกัน รวมทั้งนำเสนอวิธีการเพื่อบรรลุสุขภาวะและการเยียวยารักษาโรคด้วยกระบวนการวิธีที่ต่างกัน บทวิเคราะห์เพื่อนำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาองค์ความรู้ และการจัดการความรู้นี้วางอยู่บนฐานคิดที่สำคัญ 2 ประการเกี่ยวกับวิถีคิดในการมองโลก มองชีวิต และสุขภาพที่แตกต่างกัน คือ

1. สังคมทุกสังคมมีระบบการแพทย์เป็นแบบพหุลักษณ์กล่าวคือ ในทุกสังคมจะมีระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่าหนึ่งระบบเสมอ ข้อนี้ถือเป็นสัจธรรมทางสังคมที่ยังไม่สามารถหาหลักฐานโต้แย้งมาหักล้างได้ (Kleinman 1980) เหตุที่ทุกสังคมมีระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์นี้ไม่ใช่เพียงเพราะไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่มีความสมบูรณ์แบบในตัวเองและสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของมนุษย์ได้อย่างบริบูรณ์เท่านั้น แต่เป็นเพราะข้อเท็จจริงในระดับปรัชญาที่ว่า “ความจริง” อันเกี่ยวโยงอยู่กับโลกและชีวิตของมนุษย์นั้นมีหลายมิติและมีความซับซ้อนเกินกว่าระบบความรู้ใดเพียงระบบเดียวจะอธิบายได้หมด ระบบความรู้แต่ละระบบสามารถนำเสนอเฉพาะเลี้ยวส่วนหรือบางด้านของความจริงทั้งสิ้น ความจริงจึงมีอยู่ได้หลายชุดแตกต่างกันไปตามระบบทฤษฎีที่อธิบายบางส่วนของความจริงนั้น พหุลักษณ์ทางการแพทย์แท้ที่จริงจึงดำรงอยู่บนรากฐานของพหุภาวะของความจริง (Multiple realities) นั่นเอง
2. เมื่อความจริงในความรับรู้ของมนุษย์เป็นไปได้มากกว่ารูปแบบเดียว ความรู้ซึ่งเป็นสิ่งที่สัมพันธ์หรือขึ้นอยู่กับนิยามความจริงจึงสามารถมีเนื้อหาและรูปแบบการแสดงออกที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละจารีตความรู้ (knowledge tradition) การนิยามความจริงที่แตกต่างกันนำมาซึ่งญาณวิทยาและวิธีวิทยาที่แตกต่างกันในการเข้าถึงความรู้ ระบบการแพทย์หนึ่ง ๆ ย่อมมีรากฐานจากการนิยามความจริงตามจารีตความรู้แบบหนึ่งและต้องอาศัยวิธีวิทยาที่สอดคล้องสมนัยกันในการตรวจสอบความจริงและพิสูจน์ความรู้ของระบบการแพทย์นั้น ๆ บทวิเคราะห์นี้ถือว่าการดำรงอยู่ของจารีตความรู้ที่หลากหลายนั้นเป็นผลดีมากกว่าที่จะเป็นผลเสีย และความรู้ที่มาจากฐานคิดที่ต่างกันนั้นย่อมมีวิธีวิทยาในการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงที่ต่างกัน การใช้ความรู้และวิธีวิทยาจากฐานคิดหนึ่งในการตรวจสอบหรือตัดสินความรู้จากฐานคิดอื่นจึงเป็นไปได้อย่างจำกัด การ

ตรวจสอบและตัดสินความรู้ในแต่ละระบบการแพทย์จึงอาจต้องอาศัยความสอดคล้องและเป็นเหตุเป็นผลในตัวเองของการแพทย์แต่ละระบบควบคู่กับผลทางการปฏิบัติจริงเป็นสำคัญ

การวิเคราะห์และนำเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนางานความรู้และการจัดการความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกซึ่งระบบการแพทย์ทั้งสามนั้นแตกต่างกันทั้งในระดับวิธีคิดหรือปรัชญาทางการแพทย์ และในระดับวิธีการและแบบแผนการปฏิบัติ รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์แต่ละระบบก็มีความแตกต่างกันในรายละเอียดอีกด้วย แม้ว่าการแพทย์ทั้งสามระบบนี้มีสถานะคล้ายคลึงกันในเรื่องที่เป็นการแพทย์นอกกระแสหลักก็ตาม บทวิเคราะห์นี้จะเริ่มด้วยการนำเสนอภาพโดยสังเขปของการแพทย์แต่ละระบบ เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างและลักษณะเฉพาะของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก หลังจากนั้นจึงเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์การแพทย์นอกกระแสหลัก เพื่อการวางยุทธศาสตร์ภาพรวมของการสร้างและจัดการความรู้ภูมิปัญญานอกกระแสหลักเหล่านี้ เพื่อความงอกงามและเกื้อกูลต่อการดูแลสุขภาพและปลดปล่อยความทุกข์ของมนุษย์ทั้งสองได้

ส่วนที่ 1

ความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพและระบบความรู้การแพทย์ไทย

แม้ว่าในสถานะของการแพทย์นอกกระแสหลัก ระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกจะมีลักษณะร่วมในแง่ที่เป็นจารีตความรู้ที่ถูกกดทับโดยการแพทย์กระแสหลัก แต่การแพทย์นอกกระแสหลักทั้งสามระบบนั้นต่างก็มีลักษณะเฉพาะของตนและมีองค์ความรู้ที่มีรากฐานแตกต่างกันซึ่งพอจะประมวลไว้พอสังเขป ดังนี้

1. การแพทย์พื้นบ้าน แม้จะเป็นระบบการแพทย์ที่มีความแตกต่างหลากหลายอย่างยิ่ง นับได้ตั้งแต่การแพทย์ของชาวไทยภูเขาจนถึงการแพทย์ของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ รวมทั้งระบบการแพทย์ท้องถิ่นในแต่ละภูมิภาค เช่น การแพทย์ล้านนา (ยิ่งยง 2547) และการแพทย์อีสาน (เสาวภา และคณะ 2539) แต่การแพทย์เหล่านี้ก็มีลักษณะร่วมกันคือเป็นระบบการแพทย์ที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของท้องถิ่น และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชนที่ประกอบด้วยระบบวิธีคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานทั้งความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ การบำบัดรักษาด้วยเวทย์มนตร์ คาถาอาคม และสมุนไพรจากธรรมชาติ โดยมีพิธีกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญ ซึ่งอาศัย สื่อ ภาษา และสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม อีกทั้งความเป็นชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา โดยผสมผสานทั้งมิติทางกายภาพ ทางสังคม และทางนิเวศวิทยา (โกมาตร 2535; ถือชัยและรุจินาด 2535; เอกวิทย์ 2540; ชยันต์ และฉันทนา (บก.) 2540; เอกชัย 2547) แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะได้รับความยอมรับมากขึ้นภายใต้วาทกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น แต่ก็ยังเป็นความรู้ชายขอบที่ถูกเบียดขับและกดทับจากความรู้แบบวิทยาศาสตร์ (ธวัช 2546) และเป็นระบบการแพทย์ที่รัฐไม่ได้ส่งเสริม และไม่คอยมีบทบาทในการพัฒนาเท่าใดนักในช่วงที่ผ่านมา รวมทั้งยังมีประเด็นถกเถียงทางกฎหมายในการรองรับการแพทย์พื้นบ้านที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ในความหลากหลายของการแพทย์พื้นบ้านที่ดำรงอยู่นั้น มีการแพทย์

พื้นบ้านบางระบบที่ได้รับความนิยมมากกว่าระบบอื่น เช่น การแพทย์ล้านนา การแพทย์อีสาน และการแพทย์พื้นบ้านในส่วนที่เป็นการนวด (รวมทั้งรูปแบบอื่น ๆ เช่น การตอกเส้น การย่ำขาง การดัดตน การบิดและการกด เป็นต้น) สำหรับการแพทย์ที่เป็นพิธีกรรมและเกี่ยวข้องกับอำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ (หรือทေးบ่าบัด) ได้รับความนิยมอย่างเป็นทางการน้อย แต่มีการเรียนรู้และฟื้นฟูกันระดับหนึ่งในเครือข่ายหมอพื้นบ้าน รวมทั้งมีงานวิจัยบางชิ้นที่ชี้ว่าความนิยมในพิธีกรรมการรักษาเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สุริยา และคณะ ม.ป.ป.)

องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านเป็นความรู้ที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรงและเรียนรู้จากกรปฏิบัติเป็นหลัก ความรู้ส่วนหนึ่งเป็นการบอกเล่าสืบทอดในระบบเครือญาติหรือระหว่างผู้สนใจที่ขอรู้ เรียนหรือ “ต่อวิชา” จากผู้รู้ ความรู้อีกส่วนหนึ่งอาศัยการที่หมอพื้นบ้านเติบโตในวัฒนธรรมท้องถิ่น และซึมซับความรู้สึกลึกลับ ศรัทธา และวิถีคิดในชุมชนเป็นพื้นฐานและอาศัยการประจักษ์แจ้งเชิงรหัส นัยและประสบการณ์เหนือธรรมชาติเป็นกระบวนการสำคัญในการเข้าถึงความรู้ต่างมิติ ความรู้และวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจึงสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับจักรวาลทัศน์ของท้องถิ่นและเป็นความเข้าใจที่อาศัยการถ่ายทอดผ่านสื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรมที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมร่วมกันของชุมชน

2. การแพทย์แผนไทย เป็นระบบการแพทย์ที่มีแนวคิดและทฤษฎีที่ชัดเจนและเป็นระบบมากกว่าการแพทย์พื้นบ้าน มีตำรับตำราที่ใช้อ้างอิงสืบทอดกันมาและเป็นที่ยอมรับในทางกฎหมาย อย่างไรก็ตามระบบทฤษฎีและองค์ความรู้ที่เป็นอยู่ยังขาดความเข้มแข็ง ทำให้มีจุดอ่อนที่ระบบการวินิจฉัยโรคและการสร้างความรู้ใหม่จากฐานทฤษฎีเดิมเป็นไปได้อย่างจำกัด เช่นเดียวกับระบบการถ่ายทอดที่แม้จะมีครูแพทย์แผนไทยและระบบการฝากตัวเป็นศิษย์ แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่มีการเรียนรู้กันระหว่างครูกับศิษย์มากนัก ส่วนในระบบการศึกษาสมัยใหม่ที่มีการเปิดหลักสูตรการแพทย์แผนไทยมากขึ้นก็เป็นการสอนไปตามตำราและเป็นแบบฝึกฝาคัดตัว โดยใช้หลักสูตรปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ มาผนวกกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและการนวด โดยวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับทฤษฎีการแพทย์ที่สอนก็ไม่เกี่ยวข้องกัน ซ้ำยังขัดแย้งกันในระดับญาณวิทยาและวิธีวิทยาอีกด้วย อย่างไรก็ตามความพยายามที่จะพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยของคณะกรรมการวิชาชีพและกองประกอบโรคศิลปะได้ทำให้ระบบการเรียนการสอนและตำราเรียนตลอดจนระบบการสอบขึ้นทะเบียนเป็นไปอย่างมีคุณภาพมากขึ้น ในขณะที่สถาบันการแพทย์แผนไทยก็มีบทบาทสำคัญในการสร้างกระแสความตื่นตัวและความยอมรับต่อการแพทย์แผนไทย ถึงแม้ว่าจะยังมีความสับสนในเรื่องบทบาทที่สถาบันควรทำเองกับบทบาทในเชิงสนับสนุนที่จะให้องค์กรอื่น ๆ เป็นผู้ดำเนินงาน

ความรู้ในระบบการแพทย์แผนไทยนั้นแม้จะมีการจัดบันทึกเป็นตำราไว้ส่วนหนึ่ง แต่ความรู้ที่ใช้งานได้จริง (Working knowledge) ที่ฝังฝังอยู่ในทักษะและความชำนาญของหมอไทยนั้นมีความสำคัญยิ่งกว่าความรู้ในตำราซึ่งเป็นการจัดบันทึกเฉพาะหัวข้อหลัก ๆ ทางทฤษฎีการแพทย์เท่านั้น อย่างไรก็ตามการเรียนรู้เพื่อความเข้าใจในทางทฤษฎีของระบบการแพทย์แผนไทยนั้นส่วนหนึ่งใช้การท่องจำหลักทฤษฎี (ที่ประพันธ์ไว้เป็น “ตำราฉันทศาสตร์” เพื่อให้ง่ายแก่การจดจำ) จนขึ้นใจเป็นพื้นและอาศัยการพบเห็นอาการจากการดูแลคนไข้ และประสบการณ์จากการจดจำใส่ใจและสังเกต

ปรากฏการณ์ในการเปลี่ยน “การจำ” เป็น “ความเข้าใจ” ที่แจ่มแจ้ง มากกว่าการ “รู้จำ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่คล้ายคลึงกับการศึกษาธรรมที่ต้องมีทั้งปริยัติ ปฏิบัติ และปฏิเวธ

3. **การแพทย์ทางเลือก** เป็นการแพทย์หลากหลายระบบที่ถูกนำเสนอสู่สังคมไทยมีทั้งที่เป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมอื่น เช่น การแพทย์จีน การแพทย์แบบริเบต ไคโรแพรคเตอร์ โสมิโอพาธี ซึ่งมีรากเหง้าทางวัฒนธรรมจากสังคมเดิม และศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใหม่ ๆ ที่อาจมีร่องรอยของการแพทย์ดั้งเดิมจากแหล่งต่าง ๆ บ้าง หรือเป็นแนวคิดใหม่จากการทดลอง การศึกษาวิจัยของภาคธุรกิจ หรือการผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ที่หลากหลายจนกลายเป็นแบบแผนการปฏิบัติที่ผู้รู้ หรือ Guru ต่าง ๆ นำเสนอ (ดู ปัทมาวดี 2541) แม้ว่าผลิตภัณฑ์และบริการการแพทย์ทางเลือกส่วนหนึ่งจะมีลักษณะเป็นสินค้าที่เฟื่องฟูตามกระแสความนิยมของตลาด แต่การแพทย์ทางเลือกก็มีความสำคัญยิ่งต่อกลุ่มคนที่ดิ้นรนแสวงหาทางออกแก่ปัญหาสุขภาพที่การแพทย์สมัยใหม่หาคำตอบไม่ได้ (เอื้องฟ้า 2544) รวมทั้งยังเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูวิถีชีวิตที่ใส่ใจต่อสุขภาพในหมู่คนชั้นกลางในเมืองอีกด้วย

ความรู้ในระบบการแพทย์ทางเลือกมีความหลากหลายจากจารีตความรู้หลายระบบทั้งจากระบบการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมของสังคมอื่น เช่น โสมิโอพาธีซึ่งเป็นความรู้ที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมและเป็นระบบมีระเบียบแบบแผนที่ชัดเจนระดับหนึ่ง และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากประสบการณ์ที่ผู้คนทดลองแล้วได้ผลจนเป็นที่ยอมรับในวงสุขภาพทางเลือก ซึ่งมีการไหลเวียนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมักไม่มีระบบทฤษฎีที่ชัดเจนรองรับ

จะเห็นได้ว่า การแพทย์ต่างระบบนั้นมีรากฐานวิธีคิดที่แตกต่างกัน การสร้างความรู้หรือการเข้าถึงความรู้ รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดความรู้ในแต่ละระบบก็มีความแตกต่างกัน การตั้งเคราะห์แนวทางหรือยุทธศาสตร์การจัดการความรู้สำหรับจารีตความรู้ที่แตกต่างนี้ จะต้องเข้าใจถึงธรรมชาติของความรู้ที่มีอยู่หลายชนิดเป็นสำคัญ นอกเหนือจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะกล่าวถึงใน ส่วนที่ 2 ต่อไป

ส่วนที่ 2

สถานการณ์ และศักยภาพกระบวนการขับเคลื่อนการแพทย์นอกกระแสหลัก

ในส่วนที่ 2 นี้จะเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูและพัฒนากระบวนการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยจะเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของการแพทย์นอกกระแสหลัก เพื่อให้เห็นถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและภัยคุกคามที่เป็นอยู่ของกระบวนการขับเคลื่อนการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้

จุดแข็ง

1. ฐานการขับเคลื่อนการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกนั้น กระจายอยู่ในองค์กรต่าง ๆ อย่างกว้างขวางทั้งในองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม เช่น องค์กร

พัฒนาเอกชน สมาคม มูลนิธิ และองค์กรชุมชนในระดับรากหญ้า โดยมีการประสานกันเป็นเครือข่ายหลวม ๆ ที่เป็นอิสระต่อกัน ทำให้การขับเคลื่อนที่ผ่านมาสามารถแผ่ขยายและแทรกซึมเข้าไปในระบบและระดับต่าง ๆ อย่างมั่นคง แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะรวมศูนย์อำนาจของฝ่ายการแพทย์แผนไทยในระบบราชการ แต่เครือข่ายต่าง ๆ ก็ยังรักษาดุลย์อำนาจและความเป็นอิสระไว้ได้ ลักษณะการขับเคลื่อนที่มีฐานอยู่ทั้งในภาครัฐและภาคประชาสังคมนี้จะทำให้การพัฒนามีความยั่งยืนและต่อเนื่องในระยะยาวมากกว่าการรวมศูนย์ที่ภาครัฐซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจของผู้มีอำนาจในระบบราชการที่หมุนเวียนตำแหน่งกันแบบเก้าอี้คนตรี ซึ่งเป็นเรื่องที่คาดเดาและคาดหวังอะไรไม่ได้มากนัก

2. เอกลักษณะการทำงานการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในระบบงานของราชการ ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาเป็นการทำงานเชิงลึกโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่สนใจและมีศรัทธาที่จะทำงานด้านนี้ ริเริ่มและพัฒนางานด้วยตัวเองและเครือข่ายที่ถักทอขึ้นขึ้นเป็นหลัก มีการใช้อำนาจสั่งการหรือควบคุมบังคับไม่มากนัก ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นผู้สมัครใจและมีใจรักในด้านนี้ ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง หากเปรียบเทียบกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นนโยบายกระแสหลักที่มีการเร่งรัดอัดฉีด จนกลายเป็นนโยบายภาคบังคับในช่วงทศวรรษ 2530 เมื่อกระแสนโยบายตกต่ำและผิดเพี้ยนไปจากอุดมคติเดิม งานสาธารณสุขมูลฐานก็ทรุดและเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่หน่วยงานที่ทำงานด้านสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกนั้นมีความมั่นคงและยั่งยืนกว่า ดังจะเห็นว่าแทบทุกหน่วยงานและบุคคลที่เป็นกลุ่มบุกเบิกงานด้านนี้ยังคงทำงานอยู่อย่างต่อเนื่อง และเข้มแข็งจนปัจจุบัน
3. ฐานในภาคระบบบริการได้รับความยอมรับสูงทำให้มีการขยายตัวของการนำการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกเข้าไปใช้ในระบบบริการมากขึ้นจาก 5 แห่งในปี พ.ศ. 2530 มาเป็นกว่า 400 แห่ง ในปี พ.ศ. 2547 มีระบบการผลิตยาสมุนไพรและยาไทยขึ้นในสถานบริการทางการแพทย์หลายแห่งซึ่งสามารถทำได้อย่างถูกต้องกฎหมาย มีการนำบุคลากรการแพทย์แผนไทย เช่น แพทย์อายุรเวท และหมอนวดไทย เข้าทำงานในระบบโรงพยาบาล (ซึ่งให้ผลดีในระดับหนึ่ง) รวมทั้งมีการนำศาสตร์สุขภาพทางเลือกเข้าผสมผสานในการให้บริการในสถานพยาบาลจำนวนมากในระยะหลัง
4. ระบบการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกมีตัวอย่างความสำเร็จที่เกิดขึ้นทั้งจากแผนงานโครงการวิจัย การพัฒนาควบคู่กับการปฏิบัติในระบบบริการ การค้นคว้าศึกษาโดยบุคคล รวมทั้งมีการเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และหลักสูตรอบรมระยะสั้น ตัวอย่างความสำเร็จจากโครงการการฟื้นฟูการนวดไทยของมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (ผศ.สำลี ใจดี และเกศษกรยงศักดิ์ ตันติพิฎก) โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเองของมูลนิธิสุขภาพไทยที่รวบรวมความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรของชาวบ้านอย่างเป็นระบบ (เกศษกรยง อัสวพันธ์กุลและคณะ) การฟื้นฟูองค์ความรู้การแพทย์ล้านนา (ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ) การผลิตและพัฒนาายาสมุนไพร (รพ.เจ้าพระยา

อภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี และ รพ.อุทอง จ.สุพรรณบุรี) เครือข่ายหมอเมืองและหมอพื้นบ้านที่มีความเข้มแข็งมากขึ้นทั้งในภาคเหนือ ภาคอีสาน ภาคกลาง และภาคใต้ การใช้ธรรมชาติบำบัด (น.พ.บรรจบ ชุณหสวัตติกุล) การฝังเข็มและดุลยภาพบำบัด (พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ) และการผสมผสานการแพทย์ทางเลือกในระบบโรงพยาบาล (น.พ.สมนึก ศิริพานทอง) เหล่านี้เป็น “ต้นแบบความสำเร็จ” (Best practice models) ในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับการเรียนรู้และขยายผล

5. การเกิดขึ้นของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยที่การแพทย์นอกระแหหลักได้รับการยอมรับจนถึงกับมีหน่วยงานระดับกรมขึ้นมารองรับ ซึ่งมีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกที่มีหน่วยงานระดับกรมให้การสนับสนุนและพัฒนากการแพทย์นอกระแหหลัก แทนที่จะทำหน้าที่ควบคุม ตรวจสอบและดำเนินการตามมาตรการด้านกฎหมายเท่านั้น (WHO 2001)

จุดอ่อน

1. ฐานองค์ความรู้เดิมไม่เข้มแข็ง การเข้ามาของการแพทย์ตะวันตกเพียงชั่วเวลาไม่กี่สิบปีที่ผ่านมาได้ทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านต้องถอยร่นและแทบล่มสลายสะท้อนให้เห็นว่า ฐานองค์ความรู้เดิมของการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านนั้นอาจอยู่ในสภาพอ่อนแอเต็มที (นิธิ 2545) เมื่อถูกรุกจากการแพทย์ตะวันตกจึงทรุดลงอย่างรวดเร็ว ยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับรัฐไทยที่เร่งประเทศให้ทันสมัยตลอดช่วงที่ผ่านมา ทำให้ห้องค์ความรู้และภูมิปัญญาไทยตกอยู่ในสภาพน่าเป็นห่วง ท่ามกลางสภาพที่หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยต่างก็ต้องดิ้นรนเอาตัวรอดภายใต้บริบทที่ความรู้พื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่นลดความสำคัญลงอย่างต่อเนื่อง
2. กระแสการฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์แผนไทย รวมทั้งความตื่นตัวเรื่องการแพทย์ทางเลือกนั้นเกิดขึ้นในบริบทของเศรษฐกิจแบบทุนนิยมและกระแสบริโภคนิยม ทำให้การพัฒนาที่ผ่านมาให้ความสนใจกับเทคนิค หรือผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป โดยละเลยการวางรากฐานด้านองค์ความรู้ วิชิตคิด และทฤษฎี กระแสความสนใจจากภาครัฐกิจและภาคการเมืองทำให้การพัฒนามีแนวโน้มไปในทางสร้างวามศรัทธาโครมเอิกเกริกทำให้เป็นข่าวสร้างภาพและ ค้าขาย มากกว่าที่จะเน้นการวางรากฐาน (Infrastructure) ทั้งในด้านปรัชญาวิชิตคิดและระบบงานที่จะพัฒนาอย่างยั่งยืน
3. ศักยภาพในการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ยังมีอยู่อย่างจำกัด การวิจัยส่วนใหญ่เป็นการผลิตซ้ำความรู้หรือวิชิตคิดชุดเดิม ๆ หัวข้อการวิจัยมักวนเวียนอยู่กับเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการพฤติกรรม การให้บริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาหรือการวิจัยฤทธิ์หรือพิษทางเภสัชของยาบางตัว (เพ็ญญา และคณะ 2539) นอกเหนือจากการวิจัยสมุนไพรแล้วไม่มีการกำหนดวาระการวิจัยระดับชาติในเรื่องการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์ทางเลือก การวิจัยจึงเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย และแทบไม่มีการวิจัยในระดับทฤษฎีทางการแพทย์ แม้จะมีการศึกษาในลักษณะตีความทฤษฎีทางการแพทย์อยู่บ้าง แต่ก็เป็นไปแบบ “ตามใจฉัน” โดยคนคนเดียวขาด

ชุมชนทางวิชาการที่ทำหน้าที่กลั่นกรอง ตรวจสอบ (หากจะมีข้อยกเว้นก็เห็นจะเป็นการสงคายนา การนวดไทยและการแพทย์ล้านนาที่มีผู้รู้หลากหลายมาร่วมชุมนุมแลกเปลี่ยนข้อคิด ความเห็น และ ประสบการณ์เพื่อตรวจทานองค์ความรู้และการตีความทฤษฎีต่าง ๆ) การตีความคัมภีร์ หรือแต่ง คำอธิบายโดยไม่มีร่วมกันตรวจสอบนี้ถือว่าเป็นปัญหาการขาดธรรมาภิบาลในการจัดการ ความรู้

4. ระบบการศึกษาทางการแพทย์สมัยใหม่ เป็นระบบที่มีการปรับตัวน้อยและถูกรอบงำจากกระบวนการ ทัศนแก่มาที่สุด ในขณะที่ภาคปฏิบัติและหน่วยบริการมีความตื่นตัวและยอมรับการแพทย์นอก กระแสหลักโดยมีการผสมผสานในบริการลักษณะต่าง ๆ แต่ระบบการศึกษาส่วนใหญ่ไม่เพียงแต่ ไม่สนใจที่จะศึกษา ยังมีทัศนคติที่ดูถูกการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก แม้จะมีสถาบันการศึกษาบางแห่งเปิดหลักสูตรด้านนี้ขึ้น แต่ก็เป็นการดำเนินการที่ไม่ได้ รับการยอมรับหรือสนับสนุนจากคณาจารย์ทางการแพทย์ส่วนใหญ่
5. ประชาชนผู้บริโภคหรือผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านั้นมักมุ่ง แสวงหาเทคนิคสำเร็จรูป หรือผลิตภัณฑ์พร้อมบริโภค ซึ่งโดยเนื้อหาแล้วเป็นการขยายตัวของ วัฒนธรรมบริโภคมากกว่าที่จะเป็นการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ดีในสังคม ผู้บริโภคเหล่านี้ยังขาด การจัดตั้งหรือรวมกลุ่มกันทำให้ขาดพลังในการติดตามตรวจสอบ และไม่สามารถเรียนรู้ระหว่าง กันได้ การใช้การแพทย์ทางเลือกจึงเป็นการลองผิดลองถูกของแต่ละคน จะมีอยู่บ้างที่มีการ รวมกลุ่มผู้สนใจหรือผู้ที่เผชิญปัญหาสุขภาพร่วมกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มชีวิต หรือกลุ่ม ออกกำลังกายต่าง ๆ แต่เป็นส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับการเติบโตของตลาดนัดสุขภาพทางเลือกที่ เป็นอยู่ในปัจจุบัน

โอกาส

1. กระแสความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการแสวงหาทางเลือกออกจากภาวะบีบ คั้นของกระบวนการทัศนคติและวิถีคิดแบบเก่า ทำให้การตอบรับของสังคมที่มีต่อการแพทย์นอกกระแส หลักเป็นไปอย่างกระตือรือร้น
2. การเกิดขึ้นของวิทยาศาสตร์ใหม่หลังการค้นพบทฤษฎีสัมพัทธภาพและควอนตัมฟิสิกส์ได้เปิด พื้นที่ให้กับความรู้ที่มีรากฐานจากญาณวิทยาแบบอื่น การเติบโตขึ้นของสาขาวิชาใหม่ ๆ เช่น Spiritual ecology, Science of complexity, Noetic science หรือ Science of consciousness และ Transpersonal psychology ได้ทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างวิทยาศาสตร์ใหม่กับภูมิปัญญาและศาสน ธรรมตะวันออก ดังจะเห็นได้จากการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างองค์ดาไลลามะกับ นักวิทยาศาสตร์ชั้นนำด้านต่าง ๆ ที่จัดขึ้นทุก 2 ปี มานานกว่า 2 ทศวรรษแล้ว
3. การตื่นตัวของชุมชนท้องถิ่นควบคู่ไปกับกระแสการกระจายอำนาจทำให้ท้องถิ่นมีอิสระมากขึ้น และสามารถริเริ่มนโยบายหลายอย่างได้ด้วยตนเอง ที่ผ่านมามีแนวโน้มความสนใจของท้องถิ่นที่ ชัดเจนในเรื่องการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่น หลายแห่งมีการจัดตั้งศูนย์บริการด้านการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งมีการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมากขึ้น ในอนาคตคาดว่าจะเห็นบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการจัดการระบบบริการทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

4. ความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารโทรคมนาคมที่เชื่อมโยงกันอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว นั้น นอกจากจะเปิดพื้นที่ใหม่ ๆ ให้กับวิถีคนนอกกระแสหลัก ดังที่เราจะเห็นได้ว่าเรื่องศาสตร์สุขภาพทางเลือกหรือภูมิปัญญาดั้งเดิมของสังคมต่าง ๆ มีปรากฏในอินเทอร์เน็ตอย่างมากมาแล้ว ยังเปิดโอกาสให้เกิดการรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของผู้บริโภคหรือกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ อีกด้วย ความรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วย เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์หรือผู้ป่วยมะเร็งที่แต่ละคนประสบมา ถูกนำมาแลกเปลี่ยนกันในกระดานข่าวหรือกลุ่มข่าวสารอย่างกว้างขวาง (คู มาลี 2546)

ภัยคุกคาม

1. การเสื่อมโทรมของระบบนิเวศที่คุกคามต่อความหลากหลายทางชีวภาพ อันเป็นแหล่งสมุนไพรและเป็นรากฐานวิถีชีวิตของชนกลุ่มต่าง ๆ การลดทอนความหลากหลายทางชีวภาพเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการเสื่อมสลายของความหลากหลายทางวัฒนธรรมอันเป็นผลกระทบสำคัญของการค้าเสรีและกระบวนการครอบงำโลกของบริษัทข้ามชาติที่ทำให้ค่านิยม การบริโภคและวิถีชีวิตเป็นแบบตะวันตก
2. บริษัทยักษ์ใหญ่ด้านเภสัชกรรมและบริษัทผู้นำทางเทคโนโลยีชีวภาพได้รุกคืบเข้ามาสืบค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือความรู้ทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อ “ต๋อยอด” (น่าจะหมายถึง “ตัดยอด”) ภูมิปัญญาเหล่านี้ไปทำการวิจัยเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า กรณีตัวอย่างของบริษัท Novartis ที่พยายามเข้าไปค้นคว้าวิจัยความรู้จากหมอพื้นบ้าน โดยพยายามเสนอแนวทางการให้ค่าตอบแทนความรู้ของหมอพื้นบ้าน การเสนอเช่นนี้เป็นการมองว่าภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านนั้นเป็นสมบัติส่วนตัวของตัวหมอ ซึ่งอาจต่างไปจากวิถีคิดเกี่ยวกับความรู้พื้นบ้านของจารีตความรู้ท้องถิ่น และอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งและการแข่งขันผลประโยชน์ได้เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542
3. กระแสบริโภคนิยมไม่เพียงแต่ทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์นอกกระแสหลักกลายเป็นสินค้าหรือบริการสำเร็จรูป โดยลดทอนมิติอื่น ๆ ลงเหลือเพียงสิ่งที่สามารถผลิตและบริโภคในระบบตลาดเท่านั้น แต่การเกิดขึ้นอย่างมากมายของสินค้าหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ทำให้ภาครัฐสร้างกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ขึ้นเพื่อควบคุมสินค้าหรือผลิตภัณฑ์เหล่านี้ด้วยเหตุผลสำคัญคือการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ทว่ากฎเกณฑ์ต่าง ๆ เหล่านี้มักเป็นไปในลักษณะที่เอื้อให้ทุนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการลงทุนพัฒนากระบวนการผลิตให้ได้มาตรฐาน (เช่น GMP หรือ Good Manufacturing Practice) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในขณะที่หมอพื้นบ้านหรือชาวบ้านอาจไม่สามารถปฏิบัติตามได้ และถูกห้ามหรือถูกจัดการตามกฎหมายไปในที่สุด กฎเกณฑ์ต่าง ๆ จึงมีแนวโน้มที่จะคุกคามต่อความรู้นอกระบบกระแสหลัก (Jagtenberg & Evans 2003)

4. วิธีคิดแบบวัตถุนิยมได้ทำให้โลกทัศน์หรือจักรวาลทัศน์แบบพื้นบ้านถูกสั่นคลอน วิทยาศาสตร์วัตถุนิยมได้ทำให้โลกและจักรวาลที่เคยเต็มไปด้วยสิ่งศักดิ์สิทธิ์ถูกละเมิดอย่างต่อเนื่องจากวิถีปฏิบัติของวิทยาศาสตร์วัตถุนิยม การทำให้โลกและธรรมชาติหมดความศักดิ์สิทธิ์ (Disenchantment of the World) (Weber 1971; Griffin 1996) เป็นกระบวนการที่บั่นทอนความชอบธรรมและการยอมรับต่อจักรวาลทัศน์แบบพื้นบ้าน และเมื่อจักรวาลเปลี่ยนไปเป็นจักรกล ระบบความรู้ท้องถิ่นที่มีจักรวาลทัศน์เป็นแกนกลางก็แทบจะดำรงอยู่อย่างมั่นคงได้ยาก (Komatra 2003)

สถานการณ์การเคลื่อนไหวของการแพทย์นอกระบบนี้ดำรงอยู่ภายใต้บริบทเชิงโครงสร้างที่เป็นเงื่อนไขการพัฒนา ในสถานะของระบบความรู้นอกระบบหลักการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ต้องเผชิญกับข้อจำกัดและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่วิทยาการความรู้ของการแพทย์กระแสหลักกำหนดขึ้น ในส่วนที่ 3 จะเป็นการวิเคราะห์ให้เห็นถึงอคติที่ฝังแฝงอยู่ในระบบวิธีคิดและระบบโครงสร้างสังคมที่เป็นอุปสรรคของการพัฒนาที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3

บริบทของความรู้นอกระบบหลัก:

วิทยาการสมัยใหม่ อุดสาหกรรมความรู้กับการแพทย์นอกระบบหลัก

วิทยาการสมัยใหม่ที่มีรากฐานจากวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ ได้ถูกตรวจสอบและท้าทายอย่างไม่เคยมีมาก่อน ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา วิธีคิดแบบแยกส่วนลดส่วนและกลไกของวิทยาศาสตร์ถูกวิพากษ์ว่าเป็นที่มาของวิกฤตความล้มเหลวในการแก้ปัญหาาระบบนิเวศ (Capra 1982) ความรุนแรง (Nandy, ed. 1988) ตลอดจนการเน้นความคิดแบบผู้ชายเป็นใหญ่ (Bordo 1987) ทำให้วิทยาการต่าง ๆ ขาดความละเอียดอ่อนในทางวัฒนธรรมและความเป็นมนุษย์ ข้อวิพากษ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่มีการพูดถึงอย่างมากมายระยะหนึ่งแล้ว (ดู โกมาตร 2544) บทความนี้จะละไว้ไม่อภิปรายในรายละเอียด นอกเหนือจากที่จะกล่าวถึงกระแสความตื่นตัวต่อการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนประเพณีในประเทศต่าง ๆ และการแพทย์ทางเลือกนั้นเป็นความพยายามที่จะแสวงหาทางออกจากข้อจำกัดวิทยาการการแพทย์สมัยใหม่ที่เริ่มปรากฏเด่นชัดว่ามีจุดอ่อนในการแก้ปัญหาสุขภาพเรื้อรังและการฟื้นฟูสุขภาพของสังคม

การที่วิธีคิดกระแสหลักมีข้อจำกัดในการจัดการปัญหา และเกิดการนำเสนอ “ทางเลือก” หรือ ทางออกใหม่ ๆ ขึ้นนั้นอาจถือเป็นเรื่องธรรมดา วิทยาการสมัยใหม่ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ การสาธารณสุข การเกษตรกรรมสมัยใหม่ วิศวกรรมศาสตร์ หรือเศรษฐศาสตร์ได้สร้างคุณูปการมากมายต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษยชาติจนได้รับการยอมรับและกลายเป็น “กระแสหลัก” สิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมีการนำเสนอความคิดที่ “ทวนกระแสหลัก” ก็คือวิทยาการสมัยใหม่ซึ่งครอบงำสังคมเป็นกระแสหลักอยู่นั้น ได้สถาปนาระบบวิธีคิดของมันขึ้นเป็นมาตรฐานและกลายเป็นความเคยชินของสังคมโดยทั่วไปอย่างไม่รู้ตัว ไม่เพียงเท่านั้นวิทยาการ

สมัยใหม่ยังสร้างระบบสถาบันที่ควบคุมและกำกับความถูกต้องชอบธรรมของแบบแผนการปฏิบัติในสังคมให้
เป็นไปตามบรรทัดฐานของตนอีกด้วย (Foucault 1979)

โครงสร้าง ระบบวิคิด และระบบสถาบันสมัยใหม่เหล่านี้ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการสร้าง การกระจาย
และการใช้ความรู้ในสังคมสมัยใหม่ ระบบการจัดการความรู้นี้ได้พัฒนาเป็นระบบอุตสาหกรรมความรู้
(Knowledge industry) ซึ่งให้อำนาจแก่ผู้เชี่ยวชาญในการตัดสินใจถูกผิดและเป็นระบบที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิด
กับระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอุตสาหกรรม (Shiva 1988) อุตสาหกรรมความรู้นี้เป็นระบบที่ผลิตความรู้ และ
ควบคุมให้ความรู้ที่ถูกผลิตขึ้นเป็นไปตามแบบแผนและมาตรฐานของวิคิดแบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ รวมทั้ง
สร้างค่านิยมและวัฒนธรรมการบริโภคความรู้แบบสำเร็จรูปโดยมีฐานสำคัญที่ระบบการศึกษา ระบบการวิจัย
และระบบการสอดส่องเฝ้าระวังของผู้เชี่ยวชาญ

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นจารีตความรู้ (Knowledge tradition) อย่างหนึ่งที่เพิ่งกำเนิดขึ้นในระยะไม่
ถึง 2 ศตวรรษได้กลายเป็นกระแสหลัก (Kuhn 1975) และเป็นจารีตความรู้เดียวที่รัฐถือเป็นภาระหน้าที่ที่จะต้อง
ให้การสนับสนุนด้วยการจัดหางบประมาณ สร้างระบบการศึกษาตามแบบวิธีของวิทยาการสมัยใหม่ สร้างระบบ
การวิจัยซึ่งต้องเป็นการวิจัยตามวิธีวิทยาของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่เท่านั้น และสร้างระบบผู้เชี่ยวชาญเป็น
กระทรวง ทบวง กรม ที่ทำหน้าที่วางแผนการจัดการให้แก่ส่วนรวมตามระบบความรู้และวิทยาการสมัยใหม่
การเกิดขึ้นของ “ทางเลือก” หรือวิคิดนอกกระแสหลักจึงเป็นการเกิดในเงื่อนไขหรือบริบทเชิงโครงสร้างของ
อุตสาหกรรมความรู้ที่ถูกกำกับโดยวิคิดแบบกระแสหลัก

พอล ฟายเอราเบนด์ (Paul Feyerabend) นักปรัชญาวิทยาศาสตร์คนสำคัญได้ทำท้าวิคิดที่ถือว่า
วิทยาศาสตร์เป็นจารีตความรู้เดียวที่มีสิทธิใช้เงินภาษีอากรของส่วนรวมเพื่อการวิจัยและพัฒนาความรู้ ฟายเอ
ราเบนด์ (Feyerabend 1979) เสนอว่าญาณวิทยาและวิธีวิทยาอย่างอื่น ๆ ก็ล้วนแต่มีส่วนช่วยให้สังคมดีขึ้นได้ ใน
สังคมเสรีจึงควรเปิดโอกาสให้กับจารีตความรู้อื่น ๆ แต่การเปิดโอกาสให้กับภูมิความรู้อื่น ๆ นั้นเป็นสิ่งที่ยาก
กว่าที่คิด เพราะโครงสร้างระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่ครอบงำเป็นกระแสหลักของสังคมอยู่ไม่เพียงแต่เป็น
โครงสร้างของความเคยชิน แต่ยังเป็นโครงสร้างที่สานและถักทอกันอย่างแน่นหนาระหว่างอำนาจรัฐ ระบบ
อุตสาหกรรม และระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม

ในสิ่งแวดล้อมของอุตสาหกรรมความรู้ดังกล่าว ความรู้จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย หรือ
การแพทย์ทางเลือกที่มีโอกาสเติบโตได้นั้น จะต้องตอบสนองต่อตรรกะและวิคิดของระบบทุนนิยม
อุตสาหกรรม ความรู้ที่จะได้รับการยอมรับและมีโอกาสสงอกงามได้จะต้องเป็นความรู้ที่สามารถนำมาทำเป็น
สินค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสินค้าที่สามารถผลิตเป็นจำนวนมากได้ ซึ่งหมายความว่า เป็นความรู้ที่สามารถ
จัดการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ เป็นความรู้ที่สามารถตรวจสอบและพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการแบบวิทยาศาสตร์
และเป็นความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มคนที่มีพลังทางการซื้อ (เช่น คนชั้นกลาง หรือผู้ซื้อในตลาดต่างประเทศ)
กล่าวได้อีกนัยหนึ่ง ระบบอุตสาหกรรมความรู้ที่เป็นอยู่นั้นเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการผลิตซ้ำความรู้ในกระบวน
ทัศน์วิทยาศาสตร์วัตถุนิยมมากกว่าที่จะเปิดโอกาสให้ความรู้ในกระบวนทัศน์ใหม่มีโอกาสเติบโตสงอกงามขึ้น

กล่าวสำหรับระบบการแพทย์แล้ว ระบบวิคิดการแพทย์กระแสหลักซึ่งเป็นเวชศาสตร์แบบชีวภาพนั้น
ได้วางโครงสร้างระบบงานและสถาบันทางการแพทย์ที่มีรากฐานตามจารีตความรู้สมัยใหม่ ไม่ว่าจะ เป็นระบบ

บริการทางการแพทย์ ระบบการศึกษาทางการแพทย์ ระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐานต่าง ๆ ระบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือระบบการเงินการคลังทางการแพทย์ ระบบต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแต่วางอยู่บนฐานคิดจารีตความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ทั้งสิ้น กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ต้องเกิดขึ้นในสถานพยาบาล โดยแพทย์ที่ต้องผ่านการศึกษาจากระบบโรงเรียนแพทย์และมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำการรักษาด้วยกระบวนการแบบวิทยาศาสตร์ที่มีมาตรฐานเดียวกัน ภายใต้ความสัมพันธ์ทางอำนาจที่แพทย์เป็นผู้รักษา ส่วนผู้ป่วยเป็นผู้ให้ความร่วมมือ และมีการตอบแทนกันด้วยค่ารักษาผ่านระบบประกันหรือจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทน ระบบต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นนี้มีฐานคติแบบอุตสาหกรรม ซึ่งทำให้การจัดระบบดูแลรักษาแบบเดียวกันเกิดขึ้นได้ภายใต้มาตรฐานร่วม

การเกิดขึ้นของการแพทย์นอกกระแสหลักจึงเป็นการเกิดภายใต้บริบทและเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่มีอคติอยู่ในตัว การฟื้นฟูและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกให้สามารถเติบโตบนจุดแข็งของตนเองจึงจำเป็นต้องมีความรู้เท่าทันเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่เป็นข้อจำกัดในการสร้าง การเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ของความรู้ที่มีรากฐานทางญาณวิทยาที่ต่างกัน (Unschuld 1992; ยงศักดิ์ 2547) การกำหนดยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้จึงไม่อาจทำได้โดยสนใจแต่เพียงการสังคายนาตำราหรือการถอดถอดประสบการณ์หมอพื้นบ้านเท่านั้น แต่จะต้องรู้เท่าทันและสามารถจัดการกับข้อจำกัดที่เกิดจากการครอบงำและอคติของวิธีคิดกระแสหลักอย่างน้อยใน 3 ด้าน คือ

1. อคติในวิธีวิทยาของการสร้างความรู้ (Methodological bias)
2. อคติใน โครงสร้างและสถาบันทางสังคม (Sociological bias)
3. อคติในภาษาและวัฒนธรรม (Linguistic & cultural bias)

อคติในวิธีวิทยาของการสร้างความรู้

ในสังคมที่วิทยาการสมัยใหม่มีอิทธิพลครอบงำวิธีคิดของมนุษย์นั้น วิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific method) เท่านั้นที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีวิทยาที่ถูกต้องในการแสวงหาความรู้และพิสูจน์ความจริง วิธีวิทยาแบบสมัยใหม่นี้มีลักษณะสำคัญ 4 ประการ (ดู Kolakowski 1972) คือ

1. การเน้นข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งอาศัยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 โดยใช้การชั่ง ตวง วัดเป็นเครื่องพิสูจน์ว่าสิ่งต่าง ๆ ดำรงอยู่จริง
2. การเน้นลักษณะทางภาวะวิสัยในการตรวจสอบความจริง โดยถือว่าความจริงดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระจากจิตรับรู้ของมนุษย์ ความรู้ที่นักคิด หรือการประจักษ์แจ้งที่จำเป็นต้องตรวจวัดไม่ได้ไม่ถือว่าเป็นความจริง
3. การเน้นการลดทอนความซับซ้อนลงเหลือองค์ประกอบส่วนย่อย และศึกษาส่วนย่อยเพื่อเข้าใจองค์รวม จึงให้ความสนใจกับกลไกละเอียดมากกว่าภาพรวม
4. การเน้นความเที่ยงตรง แน่นนอน โดยถือว่าความจริงย่อมมีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนและทำซ้ำได้ผล เช่น เดิมเสมอ

การทดลองทางวิทยาศาสตร์เป็นการสร้างและตรวจสอบความรู้ด้วยกฎเกณฑ์ดังกล่าว และได้กลายเป็นมาตรฐานของวิธีวิทยาของการสร้างความรู้ แต่เราอาจกล่าวได้ว่า วิธีวิทยาแบบวิทยาศาสตร์ดังกล่าวแม้จะสามารถทำให้เข้าใจปรากฏการณ์บางอย่างได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ แต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงและอธิบายความจริงอันสลับซับซ้อนของโลกและชีวิตได้อย่างหมดจดสิ้นเชิง การเน้นการตรวจวัดได้ด้วยประสาทสัมผัสของมนุษย์ได้ทำให้องค์ความรู้ของวิทยาศาสตร์ถูกจำกัดอยู่ในขอบวงของวัตถุธรรม แต่สำหรับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องทางจิตใจ สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณอาจต้องการญาณทัศนะที่ละเอียดอ่อนมากกว่า ตา หู จมูก ลิ้น และกายสัมผัส ในขณะที่เดียวกันวิทยาศาสตร์ใหม่ ๆ เช่น ควอนตัมฟิสิกส์ก็ได้แสดงให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้นทุกทีว่า ความจริงที่เป็นอิสระที่ดำรงอยู่โดยไม่สัมพันธ์และสัมพันธ์กับจิตรับรู้ นั้น ไม่อาจมีอยู่ได้ (Bohm 1981) ความแน่นอนของวิทยาศาสตร์เท่าที่เป็นเพียงผลลัพธ์ของการศึกษาในระบบง่าย ๆ ที่จำลองขึ้นและไม่ใช่ว่าสิ่งที่เป็นไปได้ในระบบที่ซับซ้อนและดำรงอยู่จริงในโลก

อย่างไรก็ตาม วิทยาการสมัยใหม่ที่กลายเป็นกระแสหลักของโลกได้ทำให้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีวิทยาแบบเดียวที่เชื่อถือได้ วิธีวิทยาในกระบวนทัศน์อื่นถูกทำให้เป็นสิ่งที่ไม่น่าเชื่อถือ และวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่เป็นมาตรฐานในการตรวจสอบองค์ความรู้จากจารีตความรู้อื่น ๆ ความรู้จากจารีตอื่นจะมีความถูกต้องน่าเชื่อถือก็ต่อเมื่อถูกนำเสนอและตีตรารับประกันด้วยวิธีการตรวจสอบแบบวิทยาศาสตร์ สมุนไพรมะเขือเทศต้องนำมาทดลองในห้องปฏิบัติการและตรวจวัดสารออกฤทธิ์ต่าง ๆ ได้ การนวดต้องมีผลต่อสรีรวิทยาทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้นหรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลง หรือการนั่งสมาธิและการเข้าทรงจะถือว่าเข้าใจได้ก็ต้องอธิบายผ่านคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือสารเคมีในสมอง ออกติในทางวิธีวิทยาที่ถือว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่ถูกต้องและสามารถใช้ตรวจสอบจารีตความรู้อื่นได้อย่างไร้ข้อจำกัดเป็นปัญหาสำคัญในการส่งเสริมความรู้ นอกกระแสหลัก

ความรู้ที่ได้มาจากญาณทัศนะอย่างอื่น เช่น ความรู้อันเกิดจากนิมิต ญาณ หรือสมาธิปฏิบัติ หรือความรู้แฝงที่เกิดขึ้นจากการมีชีวิตเติบโตอยู่ในวัฒนธรรมหนึ่งและซึมซับความรู้ลึกลับนึกคิดจากสังคมและชุมชนรอบข้าง ตลอดจนความรู้ที่เป็นทักษะทางศิลปะที่เกิดจากการฝึกฝนจนชำนาญ โดยที่ผู้ปฏิบัติสามารถทำสิ่งนั้นได้โดยไม่ต้องอธิบายเป็นวิธีการอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ เหล่านี้ล้วนแต่เป็น “ความรู้” ที่มีรากฐานจากญาณวิทยาที่แตกต่างกันไป และต้องการวิธีวิทยาที่เหมาะสมในการตรวจสอบและพิสูจน์ โดยไม่ถือเอาเป็นข้อสรุปเสียตั้งแต่ต้นว่า วิธีวิทยาแบบวิทยาศาสตร์เท่านั้นที่สามารถตรวจสอบจารีตความรู้ทุกจารีตได้ (ยงศักดิ์ 2547)

ออกติในโครงสร้างและสถาบันทางสังคม

กฎระเบียบ ระบบความสัมพันธ์ โครงสร้างระบบงาน และสถาบันทางสังคมเป็นผลผลิตของวิธีคิดที่มนุษย์ใช้จัดการกับสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระบบการแพทย์ทุกระบบนั้นนอกเหนือจากการมีทฤษฎีหรือระบบวิธีคิดที่มีรากฐานทางปรัชญาที่แตกต่างกันแล้ว ทุกระบบการแพทย์ยังมีการสร้างระบบงานเฉพาะตามแบบฉบับของตนเอง ระบบงานทางการแพทย์เหล่านี้เกิดขึ้นจากความคิดและฐานคติเกี่ยวกับโรคและการเยียวยารักษาที่แตกต่างกัน แต่ละระบบการแพทย์จึงมีกฎเกณฑ์และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาหรือเยียวยาความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การกำหนดว่าใครคือผู้มีอำนาจในการรักษาโรค ผู้ที่จะเป็น “แพทย์” ต้องมีคุณสมบัติ

อย่างไร (เช่น เป็นลูกหลานของพ่อหมอ ได้บวชเรียนและรู้วิชาคาถาอาคม มี “องค์เทพ” มาอยู่ด้วย หรือได้รับปริญญาบัตรจากสถาบันการศึกษา) ใครคือผู้ป่วย (อย่างไรที่เรียกว่าป่วย หรือมีเคราะห์กรรม) กิจกรรมการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยจะต้องเกิดขึ้นที่ไหน ในบริบทอย่างไร (ที่บ้าน ที่โรงพยาบาล ที่ตึกคนทรง ในบริบทของพิธีกรรม) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษา อำนาจการรักษากับผู้ป่วยเป็นอย่างไร (แพทย์คือผู้มีอำนาจคนทรงอาศัยอำนาจของเทพ หรือเป็นเพียงตัวกลางสื่อสารกับอำนาจศักดิ์สิทธิ์ได้) กฎเกณฑ์และโครงสร้างระบบความสัมพันธ์เหล่านี้ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละระบบการแพทย์

ในปัจจุบันที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่เป็นการแพทย์กระแสหลัก ระบบงานของการแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นรูปแบบมาตรฐานของระบบบริการทางการแพทย์ เมื่อนึกถึงระบบงานทางการแพทย์เราจึงมักยึดเอาโรงพยาบาลเป็นต้นแบบและเมื่อจะพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือกก็มักจะนึกถึงการนำการแพทย์เหล่านี้เข้าไปใช้ในระบบโรงพยาบาล โดยลืมนึกไปว่าระบบโรงพยาบาลนั้นเป็นผลผลิตของระบบวิธีคิดหรือทฤษฎีเชื้อโรคของการแพทย์สมัยใหม่ และเป็นระบบที่มีรากฐานมาจากการบริหารจัดการสมัยใหม่ที่ใกล้เคียงกับระบบอุตสาหกรรม บทเรียนความล้มเหลวจากการนำแพทย์แผนโบราณเข้าไปให้บริการในโรงพยาบาลศิริราชเมื่อแรกตั้งนั้นสะท้อนแบบแผนการทำงานที่ขัดแย้งกันของระบบวิธีคิดที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน (ดู วิชัย 2545) ในขณะที่การแพทย์ตะวันตกยึดถือว่าความรู้ทางการแพทย์ต้องมีมาตรฐานเดียวกันที่แพทย์ทุกคนปฏิบัติตาม การแพทย์ไทยถือว่าการเยียวยารักษาโรคเป็นศิลปะเฉพาะตัวที่แพทย์แต่ละท่านสร้างสรรค์และฝึกฝนจนชำนาญ นอกจากตัวระบบบริการทางการแพทย์แล้ว ระบบสนับสนุนอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบงบประมาณ ระบบควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการ ระบบบริหารงานหรือระบบประกันสุขภาพก็ล้วนแต่เป็นระบบที่ถูกสร้างขึ้นสำหรับระบบการแพทย์แบบกระแสหลักทั้งสิ้น การพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกจึงต้องสนใจและเข้าใจข้อจำกัดของโครงสร้างสถาบันการแพทย์กระแสหลักที่ดำรงอยู่ก่อนด้วย

นอกจากนั้น ระบบและสถาบันทางสังคมอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบการศึกษา ระบบกฎหมาย รวมทั้งระบบเศรษฐกิจก็ล้วนแต่เอื้ออำนวยต่อวิธีคิดกระแสหลัก ดังจะเห็นว่าในระบบการศึกษานั้น กำหนดให้การศึกษามูลค่าทางทางการแพทย์ต้องเป็นการเรียนการสอนในสายวิทยาศาสตร์ และหลักสูตรก็จะต้องมีวิชาวิทยาศาสตร์กระแสหลักเป็นภาคบังคับ หรือระบบกฎหมายที่เป็นอยู่ก็มิได้เข้าใจจารีตความรู้อื่น “ทรัพย์สินทางปัญญา” อาจไม่ใช่สิทธิที่สามารถขึ้นทะเบียนให้กับคนใดคนหนึ่งได้ แต่เป็น “ของหน้าหมู” หรือภูมิปัญญาของส่วนรวม พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 จึงสร้างความลึกลับและความขัดแย้งที่ยังต้องการการแก้ไขไม่น้อย ซึ่งปัญหาเช่นนี้จะยิ่งทวีความรุนแรงและซับซ้อนยิ่งขึ้น จากการศึกษาของทุนนิยมโลกและการค้าเสรีที่ดูเหมือนกฎระเบียบต่าง ๆ จะนำไปในลักษณะที่เอื้อต่อการแสวงหาประโยชน์จากทรัพยากรและความรู้ท้องถิ่นของบริษัทข้ามชาติมากกว่าที่จะเกื้อกูลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนและพึ่งตนเองได้ของชุมชน

การสร้างความรู้ที่จะทำให้สามารถพัฒนาระบบงานของการแพทย์นอกกระแสหลักโดยไม่ถูกจำกัดโดยกฎเกณฑ์และระบบโครงสร้างที่เป็นอยู่ รวมทั้งการรู้เท่าทันผลกระทบจากระบบโครงสร้างที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยและจากระบบเศรษฐกิจทุนนิยมโลกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

อคติในภาษาและวัฒนธรรม

ภาษาที่มนุษย์ใช้ในการสื่อความรู้ความเข้าใจนั้น มิได้เป็นเพียงตัวกลางที่ปราศจากอคติ ในทางตรงข้าม ภาษาได้สถาปนาความจริงขึ้นรวมทั้งบังคับความจริงบางประการ (Bourdieu 1991) จารีตความรู้สมัยใหม่ใช้การสื่อผ่านภาษาเพื่อบอกความจริงเกี่ยวกับโลกแต่ก็มีความจริงเกี่ยวกับชีวิตหลายด้านที่สื่อด้วยภาษา

(Verbalization) ไม่ได้ หรืออาจเรียกว่าเป็นประสบการณ์ความรู้ได้เฉพาะตน จารีตความรู้วิทยาศาสตร์เน้นความรู้ภายนอกและถือว่าความรู้เกิดจากการแยกระหว่างผู้สังเกตและสิ่งที่ถูกสังเกต ความรู้ประเภทนี้จึงสามารถทำให้เป็นภาวะวิสัย (Objectification) และอธิบายผ่านภาษาได้ ความรู้ในมิติอื่นที่ไม่สามารถแสวงหาภาษามาบรรยายได้ถูกถือเป็นความรู้ส่วนบุคคลที่ผู้อื่นเข้าไปร่วมรู้ไม่ได้ จึงถูกตั้งข้อสงสัยว่าอาจไม่ใช่ “ความรู้สากล”

อคติสมัยใหม่เกี่ยวกับภาษาและความรู้ที่ถือว่าความรู้ต้องถ่ายทอดเป็นภาษาได้ ทำให้ความสนใจในการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์ไทยให้ความสำคัญกับเอกสารหรือตำรา จึงมักแสวงหาตำราการแพทย์หรือพยายามทำการสังคายนาตำราแพทย์ รวมทั้งการเรียนการสอนก็มักอาศัยตำราโดยมิได้เข้าใจว่าความรู้ทางการแพทย์หรือความรู้ที่จะทำให้เป็นแพทย์ที่ดีนั้นอาจมีมากกว่าที่ระบุไว้ในตำรามากมายนัก คุณหมอทัฬหี ต้นสุภาพ ครูแพทย์แผนโบราณผู้รอบรู้และเป็นทีเคารพในวงการแพทย์ไทยเคยกล่าวถึงตำราหลักของการแพทย์แผนไทย คือ “ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์” ว่าเป็นแต่เพียง “ตำราสงเคราะห์” ซึ่งเทียบได้กับ “ทำเนียบ” (เช่น การจัดทำนามสงเคราะห์คือ การทำทำเนียบรายชื่อบุคคล เป็นต้น) ซึ่งไม่ได้ให้รายละเอียดอื่น ๆ นอกเหนือจากการรวบรวมหัวข้อหลัก ๆ ไว้เป็นหมวดหมู่เท่านั้น

ที่ละเอียดอ่อนกว่าการสนใจเฉพาะตำราขึ้นมาบ้าง ก็คือการเข้าใจว่าจารีตความรู้พื้นบ้านไทยนั้น เป็นจารีตมุขปาฐะ (Oral tradition) กล่าวคือ เน้นการถ่ายทอดด้วยการบอกกล่าวมากกว่าจดบันทึกจึงมีความพยายามที่จะรวบรวมคำบอกเล่า หรือบทสัมภาษณ์หมอไทยเพื่อถอดประสบการณ์หรือถอดองค์ความรู้ (เสาวภาและคณะ 2539) แต่กระนั้นก็ดีข้อจำกัดในเชิงภาษาที่ทำให้ห้วงค์ความรู้ที่ไม่สามารถบอกเล่าเป็นคำพูดได้ถูกกลดทอนลงไป ซึ่งสำหรับจารีตความรู้บางจารีตนั้น หัวใจสำคัญขององค์ความรู้อยู่ที่ความยิ่งใหญ่และความศักดิ์สิทธิ์ที่ไม่สามารถบอกเล่าผ่านตัวแทนได้ ในแง่หนึ่งแล้วหากความรู้เหล่านั้นเป็นสิ่งสามัญที่บอกเล่าและรู้เรื่องกัน ได้โดยทั่วไปก็คงไม่ใช่สิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ต้องอาศัยการฝึกฝนและการมีภูมิจิต ภูมิปัญญาที่สูงของปราชญ์หรือผู้เปรี๊ยะปราชญ์ในรหัสลับแห่งชีวิตในการเข้าถึงความรู้เหล่านั้น

ภาษาก็เป็นเช่นเดียวกับระบบสัญลักษณ์อื่น ๆ ที่ทำงานโดยการตัดแบ่งโลกและชีวิต (Life-world) ออกเป็นส่วน ๆ เพื่อให้มนุษย์เข้าใจและสื่อสารกันได้ (Barthes 1967) “ความจริง” ของชิ้นส่วนย่อย ๆ ถูกสร้างขึ้นพร้อมกับการมีชื่อหรือคำเรียก โดยความจริงที่ว่าคำวางอยู่นั้นอยู่บนการจัดหมวดหมู่หรือประเภทที่สัมพันธ์กับ “คำ” หรือ “ความจริง” อื่น ๆ ระบบการแพทย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมมีวิธีการตัดแบ่งและเรียกชื่อชิ้นส่วนของโลกไม่เหมือนกัน การเข้าใจวิธีคิดหรือองค์ความรู้การแพทย์ที่แตกต่างกันจึงต้องรู้เท่าทันการทำงาน ของภาษาและกระบวนการเชิงวัฒนธรรมที่ก่อประกอบ (construct) หรืออุปโลกน์ความเป็นจริงขึ้น ความพยายามที่จะ “แปล” ศัพท์ หรือชื่อเรียกทางการแพทย์ในระบบการแพทย์หนึ่งไปใช้ในระบบการแพทย์อื่น (เช่น “ประดง” ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง โรคนะโรในระบบการแพทย์สมัยใหม่ กษัยเหมือนหรือต่างจาก

วัฒนธรรมหรือมรดก) จะสับสนและไร้ความหมายหากไม่สามารถเข้าใจได้ว่าภาษาและวัฒนธรรมต่างกันได้อย่างไร ความจริงขึ้นมาคนละชุด (Tambiah 1990) ซึ่งแตกต่างกันทั้งในแง่ชิ้นส่วนย่อยที่แต่ละภาษาตัดแบ่งออก รวมทั้งระบบความสัมพันธ์ การจัดหมวดหมู่ แบ่งประเภทของส่วนย่อยเหล่านั้นก็แตกต่างกันไปด้วย ในแง่การฟื้นฟู การแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นกระบวนการที่แยกไม่ออกจากการฟื้นฟูวัฒนธรรมพื้นบ้านและภาษาท้องถิ่น

ที่กล่าวมานี้เป็นการวิเคราะห์ให้เห็นถึงธรรมชาติของความรู้ต่าง ๆ ที่มีรากฐานจากญาณวิทยาและวิธีวิทยาที่ต่างกัน จารีตความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จึงเป็นเพียงจารีตความรู้ประเภทหนึ่งที่จะต้องใช้อย่างระมัดระวังในการตัดสินความผิดถูกของความรู้ในจารีตอื่น นอกจากนั้นความรู้ยังไม่ได้ดำรงอยู่ลอย ๆ แต่ทว่ามีการฝังและแฝงอยู่ในระบบโครงสร้างสถาบันทางสังคมต่าง ๆ และมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบภาษาและวัฒนธรรม การสร้างและจัดการองค์ความรู้ของการแพทย์นอกกระแสหลักจึงจะต้องตระหนักถึงอคติและข้อจำกัดทั้งสามที่เกิดขึ้นจากระบบความรู้กระแสหลักที่ครอบงำสังคมไทยอยู่

ส่วนที่ 4

ทิศทางการพัฒนา : ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้สู่ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท

จากการวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสถานการณ์ภาพรวมและบริบทเชิงโครงสร้างของระบบความรู้นอกกระแสหลัก ทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า การแพทย์นอกกระแสเหล่านี้ดำรงอยู่เป็นส่วนหนึ่งและมีบทบาทสำคัญใน ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะในสังคมไทย เป้าหมายและทิศทางการพัฒนาจึงมิใช่การควบคุมหรือกำจัดการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้ให้หมดไป แต่จะต้องเป็นไปเพื่อให้การแพทย์หลากหลายระบบนี้มีฐานความรู้ของตนเองที่เข้มแข็ง มีศักยภาพที่จะ “เสริมประสาน” และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อันจะมีผลไม่เพียงแต่เพื่อพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณค่ามากขึ้นเท่านั้น แต่ยังเป็นไปเพื่อให้การแพทย์สมัยใหม่เรียนรู้และปรับตัวให้สามารถร่วมมือและเอื้อให้การแพทย์ทุกระบบมีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลต่อมหาชนด้วย โดยถือว่าระบบการแพทย์ที่หลากหลายนี้ควรพัฒนาให้มีฐานความรู้ที่เข้มแข็งเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของ “ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท” ซึ่งเป็นไปเพื่อสุขภาพและปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ และความบีบคั้นทั้งปวง

เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของการพัฒนาจึงอยู่ที่การสร้างระบบการแพทย์พหุลักษณะที่เสริมประสานกัน เพื่อสุขภาพของมหาชน ทั้งนี้โดยที่การแพทย์แต่ละระบบนั้นมีเป้าหมายเฉพาะด้านที่ควรเน้นหนักแตกต่างกันคือ

- การแพทย์พื้นบ้าน ควรเน้นการคัดเลือกและฟื้นฟูระบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีศักยภาพเป็นบางระบบ เพื่อหาบทเรียนและพัฒนาแม่แบบการทำงาน โดยเน้นการฟื้นฟูระบบการแพทย์ควบคู่ไปกับการฟื้นฟูวิถีวัฒนธรรมและภาษาท้องถิ่นพร้อม ๆ กับการปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขและบริบททางสังคมวัฒนธรรมและที่เปลี่ยนแปลงไป
- การแพทย์แผนไทย ควรเน้นที่พัฒนาระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบที่เกี่ยวข้องกับความรู้และการถ่ายทอด โดยต้องวางรากฐานด้านแนวคิดทฤษฎีและปรัชญา

ทางการแพทย์ที่เข้มแข็งผ่านการสร้างชุมชนวิชาการที่มีการปฏิบัติจริง ควบคู่ไปกับการสร้างมาตรฐานคุณภาพที่สูงขึ้นทั้งในระบบเวชปฏิบัติ การผลิตยา และสถานพยาบาล

- การแพทย์ทางเลือก ควรจะเน้นที่การสร้างทางเลือกการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อถือได้เพื่อเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยการพัฒนาความรู้และแนวทางการรักษาแบบทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสำหรับปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่การแพทย์สมัยใหม่ตอบสนองได้อย่างจำกัด

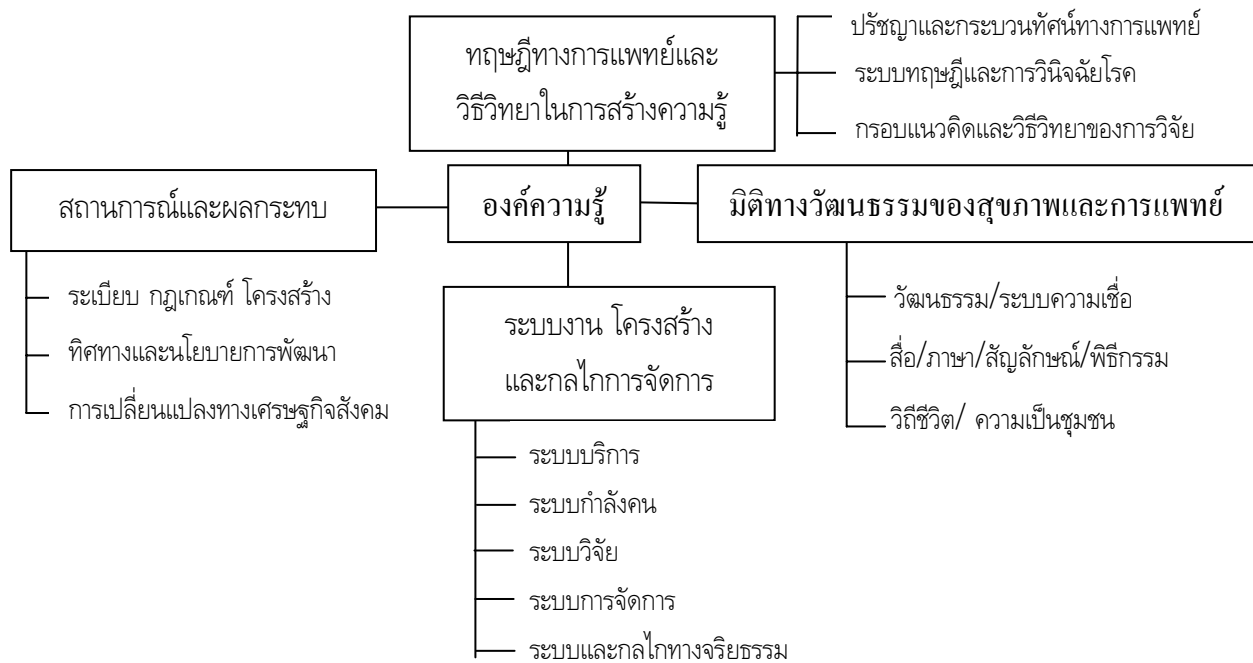
ยุทธศาสตร์การสร้างและการจัดการความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทย

แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้ให้ความสำคัญต่อการสร้างและการใช้ความรู้ในกระบวนการทำงาน ซึ่งนอกจากจะทำให้การทำงานได้ผลมากขึ้นและยังทำให้เกิดความรู้ของงานขึ้นจากการทำงานด้วย แนวคิดการจัดการความรู้เน้นถือเอาหลักการสำคัญ 3 ประการเป็นหัวใจในการทำงาน (ดู Davenport & Prusak 1998; Wenger, McDermott & Snyder 2002)

1. ความรู้มีหลากหลายชนิด แต่ละชนิดมีธรรมชาติที่ไม่เหมือนกันและเป็นประโยชน์แตกต่างกัน การจัดการความรู้ต้องเข้าใจธรรมชาติของความรู้หลากหลายชนิดให้ดี
2. ความรู้ที่สำคัญ คือ ความรู้ที่ใช้ทำงานได้ (working knowledge) ซึ่งมีมากกว่าสิ่งที่พูด-อ่าน-เขียนได้ โดยอาจเป็นความรู้ที่แฝงอยู่ในระบบวัฒนธรรมหรือฝังอยู่ในตัวคนในรูปของศิลปะ ทักษะ และความชำนาญ
3. การจัดการความรู้ คือ การทำให้การเรียนรู้เกิดขึ้นเองและถูกใช้ได้โดยง่ายด้วยการจัดระบบและกระบวนการทำงานที่ทำให้ความรู้ที่ใช้ทำงานได้ถูกสร้างขึ้น ถูกประมวล แลกเปลี่ยน และนำไปปฏิบัติได้

จากการวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ แนวคิดและทิศทางที่กล่าวมาทำให้พอจะประมวลยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกได้ชัดเจนขึ้น ในการนำเสนอยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้นี้จะเริ่มจากประมวลให้เห็นว่าองค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้ประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง (หรือเรียกว่า “แผนที่ความรู้” ที่จำเป็นสำหรับการสร้างยุทธศาสตร์) หลังจากนั้นจึงจะเป็นการเสนอยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อสร้างองค์ความรู้และการจัดการเพื่อให้ความรู้สามารถเชื่อมโยงสู่การพัฒนา

จากการวิเคราะห์และทบทวนสถานการณ์ที่กล่าวมาแล้วเรา อาจกล่าวได้ว่าองค์ความรู้ที่มีความสำคัญต่อการสร้างระบบการแพทย์นอกกระแสหลักให้เข้มแข็งและเป็นประโยชน์แก่กลุ่มต่อสังคมไทยนั้น มีมากกว่าองค์ความรู้ในเรื่องการรักษาโรคหรือประสิทธิภาพของยาสมุนไพร แต่จะต้องเป็น “ความรู้” และ “การรู้เท่าทัน” ระบบวิถีคิด กลไก และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องด้วย แผนที่ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการนำร่องการพัฒนาออกกระแสหลักจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ด้านของความรู้ คือ



เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้

ความรู้และการรู้เท่าทันทั้ง 4 ด้านจะเป็นหลักประกันในการพัฒนาให้มีทิศทางและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยความรู้ในแต่ละด้านนั้นจะเป็นไปเพื่อเป้าหมายที่แตกต่างกันคือ

1. **ทฤษฎีทางการแพทย์และวิธีวิทยาในการสร้างความรู้** เป้าหมายคือการพัฒนาวิธีวิทยาในการสร้างและพิสูจน์ความรู้ที่เชื่อถือได้โดยมีฐานมาจากปรัชญาและทฤษฎีทางการแพทย์ที่เข้มแข็ง การสร้างองค์ความรู้ของการแพทย์นอกกระแสหลักโดยการเอาระเบียบวิธีการวิจัยของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่มาใช้มักก่อให้เกิดปัญหาและข้อจำกัด เช่น การหาสารสำคัญออกฤทธิ์ของยาสมุนไพรหรือยาต้มด้วยวิธีวิทยาศาสตร์มักไม่สามารถระบุตัวยาสำคัญได้ และมักหาทางออกด้วยการอธิบายว่าฤทธิ์ของยาสมุนไพรไม่ใช่เกิดจากการออกฤทธิ์ของสารสำคัญตัวเดียวโดด ๆ แต่เกิดจากการ "ร่วมฤทธิ์" ของสารต่าง ๆ หลายชนิด แต่ก็ไม่มีการพัฒนาวิธีวิทยาที่จะแสดงให้เห็นได้ว่าฤทธิ์ยารวม ๆ นั้นศึกษาได้จากอะไร ใช้หลักฐานอะไรได้บ้างในการตรวจสอบ เพื่อให้เป็นระเบียบวิธีหรือวิธีวิทยาที่ยอมรับร่วมกันได้ โดยกระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องสร้างพื้นฐานองค์ความรู้ด้าน (1) ปรัชญาและกระบวนทัศน์ทางการแพทย์ (2) ระบบทฤษฎีและการวินิจฉัยโรค และ (3) กรอบแนวคิดและวิธีวิทยาทางการแพทย์ ซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาในระยะยาวเพราะการพัฒนาความรู้และเทคนิควิธีใหม่ ๆ จะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อมีรากฐานทางปรัชญาและทฤษฎีทางการแพทย์ที่เข้มแข็ง

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ด้านนี้อยู่ที่การสร้างกรอบแนวคิดและวิธีวิทยา (Theoretical & Methodological Models) เพื่อการวิจัยและประเมินความรู้

2. ระบบงาน โครงสร้าง กลไกการจัดการ หรือ “ความรู้เชิงระบบ” การนำเอาหลักการและทฤษฎีทางการแพทย์มาแปรเป็นการปฏิบัติจำเป็นต้องมีการสร้างระบบงานและแบบแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกควรมีระบบบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันตามจุดแข็งของแต่ละระบบ โดยที่อาจมีบางส่วนของแพทย์เหล่านี้ที่สามารถผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการการแพทย์สมัยใหม่ได้ ซึ่งก็ยังคงจำเป็นต้องมีความเข้าใจเชิงระบบเพื่อให้สามารถจัดการให้การผสมผสานมีประสิทธิภาพและสมประโยชน์ ระบบงาน โครงสร้างและกลไกที่เกี่ยวข้องยังรวมถึง กลไกด้านการเงินการคลัง ระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคน ระบบการบริหารจัดการ และระบบหรือกลไกทางจริยธรรม ซึ่งควรจะเป็นระบบที่สอดคล้องกับจารีตความรู้และปรัชญาทางการแพทย์ของแต่ละระบบ

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้อยู่ที่การสร้างแม่แบบ (Best Practice Models) ของระบบงานต่าง ๆ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้

3. มิติทางวัฒนธรรมของสุขภาพและการแพทย์ ความเข้าใจในเรื่องภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรม ตลอดจนระบบวิธีคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่ประกอบกันเป็นระบบการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความละเอียดอ่อนในการฟื้นฟูการแพทย์ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและการรักษาอัตลักษณ์ของระบบการแพทย์ให้คงอยู่ นอกจากนั้นการประยุกต์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านให้สมสมัยนั้น ยังเกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์สื่อ ภาษา สัญลักษณ์ และพิธีกรรมใหม่ ๆ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตร่วมสมัยอีกด้วย

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้อยู่ที่การทำให้เกิดความเข้าใจและการเรียนรู้ระหว่างกัน (Mutual Understanding) ของระบบการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเสริมประสานซึ่งกันและกัน (complementarity)

4. สถานการณ์และผลกระทบ การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นส่งผลกระทบต่อระบบความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม ความสามารถในการติดตามและประเมินผลกระทบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อตกลงทางการค้า เขตการค้าเสรี การคุ้มครองสิทธิทางปัญญา หรือข้อตกลงในพิธีสารต่าง ๆ ในระดับโลก รวมทั้งทิศทางการพัฒนา นโยบาย แผนงานและโครงการต่าง ๆ ที่อาจมีผลกระทบในด้านลบ เช่น การทำลายความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรม ในขณะที่เดียวกันก็อาจเป็นโอกาสของการพัฒนาและส่งเสริมให้การแพทย์ไทย ภูมิปัญญาไทยขยายตัวได้ด้วย

เป้าหมายของการสร้างองค์ความรู้ในด้านนี้ คือ การพัฒนามาตรการเชิงนโยบายทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่ทันต่อสถานการณ์

ความรู้ทั้ง 4 ด้านมีธรรมชาติที่แตกต่างกันและต้องการนักวิจัยจากหลายสาขาวิชาการมาทำงานร่วมกัน โดยที่การสร้างและจัดการความรู้บนความหลากหลายนี้จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

ยุทธศาสตร์ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท

เพื่อการสร้างและจัดการความรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างกลไกการจัดการความรู้ โดยจัดตั้งสถาบันสุขภาพวิถีไทยเพื่อการจัดการความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพไทยและภูมิปัญญาสากล โดยมีภารกิจ 3 ด้าน คือ การสร้างความรู้ สร้างคน และสร้างชุมชนวิชาการที่เข้มแข็ง ยุทธศาสตร์นี้สามารถดำเนินการได้ทันทีโดยจัดตั้งสถาบันขึ้นเป็นองค์กรภายใต้ความร่วมมือระหว่างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยยึดหลักการการทำงาน 3 ข้อ คือ

- ทำงานร่วมกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยส่งเสริมซึ่งกันและกันเพื่อเอื้อให้เกิดวัฒนธรรมความรู้ในระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- เป็นองค์กรที่ใช้การบริหารจัดการแนวใหม่ที่เป็นอิสระจากวัฒนธรรมราชการ โดยให้มีความคล่องตัว ต่อเนื่อง และมีฉันทะทางวิชาการ
- มีระบบงานที่สามารถระดมศักยภาพและบุคลากรที่มีความสามารถเพื่อทำงานวิชาการและการจัดการความรู้แบบเต็มเวลาได้ เพราะคนที่มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเกือบทั้งหมดอยู่นอกกระบบราชการของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างรสนโยบายเพื่อเปิดโอกาสในการสร้างความรู้และเรียนรู้ประโยชน์จากการแพทย์นอกระบบหลักด้วยการประกาศ “วาระแห่งชาติการวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท” เพื่อสร้างความชอบธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการศึกษา ค้นคว้า ทดลอง และการใช้ประโยชน์จากความรู้ที่แตกต่างไปจากการแพทย์กระแสหลักซึ่งอาจถูกมองว่าเป็นเรื่องมมาย และ “ไม่เป็นวิทยาศาสตร์” โดยเน้นแนวทาง 3 ข้อคือ

- วาระแห่งชาติการวิจัยภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท ต้องครอบคลุมทั้งการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกและทำให้เป็นที่รู้จักโดยนำผลงานวิจัยที่โดดเด่นเป็นประโยชน์มานำเสนออย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับความรู้นอกระบบหลัก
- สนับสนุนการวิจัยทั้ง 4 ด้านของแผนที่ความรู้ คือ (1) ด้านทฤษฎีทางการแพทย์และวิธีวิทยาในการสร้างความรู้ (2) ด้านระบบงานโครงสร้างและกลไกการจัดการ (3) ด้านมิติทางวัฒนธรรมของสุขภาพและการแพทย์ (4) ด้านสถานการณ์และผลกระทบ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน
- สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนที่เป็นอิสระ สร้างสรรค์ และไม่ใช้กรอบความคิดที่ตายตัวเกินไปซึ่งจะทำให้ทำลาย “หน่ออ่อน” ของความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างชุมชนวิชาการทั่วทุกพื้นที่ โดยการให้ความยอมรับและสนับสนุนอย่างทั่วถึงและเพียงพอต่อบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรที่มีความมุ่งมั่นและันตะทางวิชาการให้ร่วมกันทำงานเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ (community of practice) ที่มุ่งสร้างความรู้จากแบบแผนและวิถีปฏิบัติจากการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นจิตวิญญาณของชุมชนวิชาการ 4 ข้อ

- ความสมัครใจ คือ ร่วมมือทำงานเพราะมีใจรักในเรื่องนั้น
- มิตรภาพ คือ ร่วมกันทำงานด้วยมิตรไมตรี ใ่วางใจกัน เน้นความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ
- ความใฝ่รู้และการทดลอง คือ กล้าแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ ในการสร้างความรู้
- ความต่อเนื่อง คือ การทำงานร่วมกันในระยะยาว เพื่อให้มีฐานความรู้และหล่อหลอมวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนให้เกิดขึ้น

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างแผนที่ภูมิปัญญาสุขภาพไทยในทุกชุมชน ทุกชุมชนมีความรู้ที่ใช้งานได้สั่งสมไว้ในตัวบุคคลที่เป็นผู้รู้ ผู้ชำนาญการต่าง ๆ ในวัฒนธรรมและวิถีชีวิต และในเรื่องราวคำบอกเล่าต่าง ๆ การทำแผนที่ความรู้ไม่ใช่การทำรายการความรู้ ความชำนาญเพื่อรวบรวมไว้เป็นหมวดหมู่ แต่เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้าไปรับรู้ และมีความสัมพันธ์ที่ถูกต้องกับแหล่งความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้ความรู้เหล่านั้นเป็นที่รู้จักและสามารถถูกเคลื่อนย้ายถ่ายเทไปเป็นประโยชน์แก่ผู้คนที่ทำเป็นได้ โดยการสร้างแผนที่ความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพไทยในชุมชนจะต้องยึดหลักการ 3 ประการ คือ

- ความรู้มีความหมายเพราะสังคมให้คุณค่าการใช้กระบวนการชื่นชมและเห็นคุณค่า (Appreciative inquiry) ของความรู้ที่มีอยู่ในทุกบุคคล จะทำให้ความรู้เกิดขึ้นเต็มแผ่นดิน
- ความรู้จะมีประโยชน์อย่างจำกัดหากไม่มีใครรู้ว่ามียู่ จึงต้องสร้างเวทีความคิดและการแลกเปลี่ยนเพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายให้เกิดการสำรวจรู้ว่าชุมชนมี “ทุนทางปัญญา” อะไร และอยู่ที่ไหนบ้าง
- ความรู้แฝงสามารถไหลเวียนในเครือข่ายทางสังคม ความรู้ที่เป็นทักษะ ความชำนาญ หรือเป็นความรู้เหนือธรรมชาติ แม้จะไม่สามารถ “ถ่ายทอดหรือบันทึก” เป็นเอกสารแต่ก็สามารถ “ถ่ายเท” อยู่ภายในเครือข่ายทางสังคมที่ใ่วางใจและมีความสัมพันธ์ที่ดี โดยผู้มีทักษะความชำนาญสามารถนำความรู้ ความสามารถของคนไปทำประโยชน์แก่เครือข่ายได้

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างกลไกประมวลองค์ความรู้วิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อใช้ประโยชน์จากแนวคิดและผลงานวิจัยใหม่ ๆ ที่กำลังมีขึ้นในสถาบันวิชาการระดับโลก ด้วยการจัดตั้ง “เวทีวิทยาศาสตร์วิวัฒน์” โดยให้มี “คณะเมธีวิจัย” ด้านวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ เพื่อทำหน้าที่

- เชื่อมโยงและสร้างเครือข่ายกับสถาบันวิชาการชั้นนำระดับโลกด้านวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ เช่น The Institute of Noetic Science (IONS; www.ions.org), Santa Fe Institute (www.santafe.org), Mind and Life Institute (www.mindandlife.org) และ Naropa University (www.naropa.edu) เป็นต้น

- นำเสนอแนวคิดและผลงานวิจัยใหม่ ๆ ให้เป็นที่รับรู้กันอย่างทั่วถึงในชุมชนวิชาการและสนับสนุนให้เกิดการทดลองและวิจัยในหมู่นักวิจัยไทย
- สื่อสารกับสาธารณะถึงแนวคิดและทฤษฎีใหม่ ๆ เกี่ยวกับการแพทย์และสุขภาพที่มาจากวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่ ที่ให้ความหมายใหม่แก่ภูมิปัญญาและศาสนธรรมของตะวันออก

บทส่งท้าย

ในท้ายที่สุด ก่อนที่จะจบบทความนี้ มีข้อพึงพิจารณาบางประการเกี่ยวกับแนวคิดในการกำหนด “ยุทธศาสตร์” และ “การจัดการ” ความรู้ ทั้งแนวคิดเรื่อง “ยุทธศาสตร์” และ “การจัดการ” มีฐานการคิดมาจากการมองมนุษย์ในฐานะผู้กำหนดและกะเกณฑ์ให้สิ่งต่าง ๆ เป็นไปตามเจตจำนงของมนุษย์ ซึ่งมีรากฐานจากความคิดแบบตะวันตกที่ถือว่ามนุษย์คือศูนย์กลางและเป็นองค์ประธานของประวัติศาสตร์ วิธีคิดแบบยุทธศาสตร์และการจัดการวางอยู่บนสมมติฐานที่ว่า มนุษย์ผู้กระทำการนั้นมีอำนาจในการควบคุมเหตุปัจจัยได้ในระดับหนึ่ง จึงมีผู้กล่าวว่า เฉพาะผู้มีอำนาจเท่านั้นจึงจะกำหนดยุทธศาสตร์ได้ สำหรับผู้คนตัวเล็กตัวน้อยที่ไร้อำนาจซึ่งกำลังต่อสู้ดิ้นรนอยู่ที่ชายขอบของสังคมแล้ว จะมีก็แต่การตอบโต้แบบเฉพาะหน้า ไร้แผน ไร้ยุทธศาสตร์ เป็นกลวิธีแบบคนจนตรอก หยิบฉวยหรือคว้าหาอะไรมาได้ก็ใช้สวนกลับตอบโต้ไปก่อน โดยแทบไม่มีเวลาที่จะวางแผนหรือกำหนดยุทธศาสตร์อะไรได้

แม้ว่าการฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอาจไม่ถึงกับสิ้นไร้ไม้ตอกเช่นนั้น แต่ก็มีข้อพึงพิจารณาเพื่อรู้เท่าทันวิธีคิดเรื่องยุทธศาสตร์และการจัดการ โดยเฉพาะจากมุมมองของภูมิปัญญาตะวันออกที่มองการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไปของสรรพสิ่งว่าเป็นไปด้วยปัจจัยการ หรือเป็นไปตามอิทัปปัจจยตา วิธีคิดแบบภูมิปัญญาไทยเช่นนี้อาจทำให้เราเห็นว่า ในการประกอบกิจใด ๆ แม้ว่าจะพึงมีความใฝ่ฝันหรือความคาดหวัง และพึงต้องทุ่มเทให้การนั้นสำเร็จด้วยอิทธิบาท 4 อันได้แก่ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา แต่ก็มีใช่ที่เราจะสามารถควบคุมกำหนดให้ทุกสิ่งเป็นไปดั่งใจเราได้ เพราะกระแสหนุนเนื่องของเหตุปัจจัยอาจไม่ได้เป็นไปดั่งที่เราคาดคำนวณ หัวใจของการทำงานจึงอยู่ที่การกระทำความเพียร โดยถือเอาความเพียรอันเป็นมรรคที่จะนำไปสู่ผลนั้นเป็นสิ่งที่มิคุณค่าในตัวเอง เพราะเป็นไปเพื่อประโยชน์และความสุขของเพื่อนมนุษย์ทั้งหลาย จึงเป็นไปเพื่อการยกจิตใจให้สูงและเต็มความเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ หากคิดเช่นนี้ได้ ยุทธศาสตร์การจัดการความรู้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งของวิถีแห่งภูมิปัญญาไทยอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย, กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2542). ปรากฏการณ์ชีวิต บอกอะไรแก่สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2544). คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพ กระบวนทัศน์สุขภาพใหม่: จิตวิญญาณสุนทรียภาพ และความเป็นมนุษย์. ปาฐกถาเสม พริ้งพวงแก้ว ครั้งที่ 7 ประจำปี 2544. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2546). อำนาจและคอร์รัปชัน: ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์.
- ชยันต์ วรรณภุติ และฉันทนา บรรพศิริโชติ, (บรรณาธิการ). (2540). ระบบความรู้พื้นบ้านปัจจุบัน: การวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัช มณีผ่อง. (2546). กระบวนการสร้างความรู้ชายขอบในวิกฤตการณ์สุขภาพ: กรณีศึกษาบำบัดตรงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. (2545). สถานะขององค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทยวาระการวิจัยและแนวทางการศึกษาในอนาคต. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง, (บก). พรมแดนความรู้ ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย (พิมพ์ครั้งแรก, หน้า 18-34). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ปัทมาวดี กลีกรรณ. (2541). โครงการศึกษา (เบื้องต้น) เพื่อพัฒนานโยบายด้านศาสตร์สุขภาพทางเลือกเพื่อเป้าหมายการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรีตดา เฉลิมเผ่า กอนันต์กุล. (2547). ชีวประวัติและวงศาคณาญาติของ “ภูมิปัญญา” ในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ 3 เรื่องทบทวนภูมิปัญญาท้าทายความรู้, 24-26 มีนาคม 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ. (2547). เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก: ขบวนการเคลื่อนไหวภาคประชาสังคมเพื่อการพึ่งตนเอง และความยั่งยืนของชีวิต. รายงานการวิจัยในแผนงานวิจัยประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ทุนสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ. (2539). สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.

- มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2546). ชุมชนออนไลน์กับการสร้างอัตลักษณ์ของผู้คิดเชื่อ: กรณีผู้หญิงชื้อแก้ว. ใน จำริญลักษณ์ ธาระวังน้อย, (บก.). สื่อกับมานุษยวิทยา. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ยงศักดิ์ ตันติปฏิภก. (2547). ญาณวิทยากับการแพทย์พื้นบ้าน: มิติที่ขาดหายของการศึกษาภูมิปัญญาสุขภาพไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ 3 เรื่องทบทวนภูมิปัญญาทำทายความรู้, 24-26 มีนาคม 2547 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2547). แนวทางการพัฒนาเพื่อจัดระบบองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน. ใน รวมบทความวิชาการการแพทย์พื้นบ้านไทย (พิมพ์ครั้งแรก, หน้า 99-143). กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (2543). รายงานเบื้องต้นชุดโครงการวิจัยทางเลือกในการดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย: ความแพร่หลาย การใช้ และเหตุผล. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลือชัย ศรีเงินยวงและรุจินาด อรรถดิษฐ์. (2535). โครงการวิจัยศักยภาพหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน : ภาพรวม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วิชัย ไชควิวัฒน์. (2545). การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญในสังคมไทยระหว่างปี พ.ศ. 2431-2543. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และชาติชาย มุกสง, (บก.). พรหมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ (บรรณาธิการ). เกษตรกรรมทางเลือก: ความหมาย ความเป็นมา และเทคนิควิถี. กรุงเทพฯ: เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก.
- สุดาทิพย์ เปี่ยมมิตร. (2541). มุมมองของชีวิตที่ผ่านพ้นโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม.
- สุภาพร พงศ์พฤกษ์. (2540). เมื่อฉันรู้ตัวว่าเป็นมะเร็ง ประสบการณ์การรักษาแนวธรรมชาติบำบัด. นครนายก: สำนักพิมพ์อาศรมวงศ์สนธิ.
- สุริยา สมุทรคุปดี และคณะ. (ม.ป.ป.). ทรงเจ้าเข้าผี: วาทกรรมของลัทธิผีและวิกฤตการณ์ของความทันสมัยในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (2539). การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์. นครปฐม: สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสรี พงศ์พิศ. (2536). ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่ม 1-2. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. (2540). ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค: วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เอกชัย ปัญญาวัฒนานุกูล. (2547). ภูมิปัญญาแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ. ใน รวมบทความวิชาการ การแพทย์พื้นบ้านไทย (พิมพ์ครั้งแรก, หน้า 31-72). กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.

เอื้องฟ้า สิงห์ทิพย์พันธุ์. (2544). มะเร็งกับชีวิต: ประสบการณ์ความเจ็บป่วย และกระบวนการปรับเปลี่ยน แนวคิดต่อโรคและชีวิตของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์ดุสิตบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Barthes, Roland. (1967). Elements of Semiology. Translated from the French by Annette Lavers and Colin Smith. New York: Hill and Wang, 1980.

Bohm, David. (1981). Wholeness and the Implicate Order. London: Routledge & Kegan Paul.

Bordo, Susan. (1996). The Cartesian Masculinization of Thought. Chapter 6 of The Flight to Objectivity: Essays on Cartesianism and Culture. Albany: State University of New York Press; 1987. pp. 97-118. Reprinted in Cahoone, L., ed. From Modernism to Postmodernism: An Anthology. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.

Bourdieu, Pierre. (1991). Language & Symbolic Power. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Capra, F. (1982). The Turning Point. New York: Simon and Schuster.

Davenport, T. and L. Prusak. (1998). Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know. Boston: Harvard Business School.

Feyerabend, Paul. (1979). Science in a Free Society. London: Routledge.

Foucault, Michel. (1979). Discipline & Punish: The Birth of the Prison. New York: Vintage Book.

Griffin, DR. (1996). "The Reenchantment of Science." In Cahoone, L., ed. From Modernism to Postmodernism: An Anthology. Cambridge, MA: Blackwell. pp. 665-86

Jagtenberg, Tom & Sue Evans. (2003). "Global Herbal Medicine: A Critique." In Journal of Alternative and Complementary Medicine, 9(2): 321-329.

Kleinman, A., (1980). Patients and Healers in the context of Culture. Berkeley: University of California Press.

Kolakowski, L. (1972). Positivistic Philosophy: From Hume to Vienna Circle. Harmondsworth, UK: Penquin.

Komatra Chuengsatiansup. (2003). "Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment." In Journal of Environmental Impact Assessment Review, 23(2003): 3-15.

- Kuhn, Thomas S. (1975). The Structure of Scientific Revolutions. Chicago : The University of Chicago Press, 1975 (Sixth Edition).
- Nandy, Ashis. Ed. (1988). Science, Hegemony, and Violence: A Requiem for Modernity. Delhi: Oxford University Press.
- Shiva, Vandana. (1988). "Reductionistic Science as Epistemological Violence," in Nandy, A. Ed. Science, Hegemony, and Violence: A Requiem for Modernity. Delhi: Oxford University Press. Pp. 232-56.
- Tambiah, Stanley. (1990). Magic, Science, Religion, and the Scope of Rationality. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Unschuld, Paul. U' (1992). "Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century." In Leslie, Charles and Allan Young (Eds.), Paths to Asian Medical Knowledge. Berkeley: University of California Press. pp. 44-61.
- Weber, M. (1971). The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism. London: Allen and Unwin.
- Wenger, E., R. McDermott and W.M. Snyder. (2002). Cultivating Community of Practice: A Guide to Managing Knowledge. Boston: Harvard Business School Press.
- World Health Organization. (2001). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary Alternative Medicine of Traditional Medicine and Medicine. World Health Organizations.