

613.26
8991ก
จ.3

การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

บทคัดย่อ

ของ

โสมพรรณ ถิ่นว่อง



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขปฏิบัติ สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์

พฤษภาคม 2545

4 152148

22 ต.ค. 2545

โสมพรรณ ถิ่นว่อง. (2545). *การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต*. ปริญญาโท กศ.ด.
(พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล,
รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สรุฑฒิ ปัดไธสง.

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ให้เห็นถึงกระบวนการก่อรูปของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตในสังคมปัจจุบัน การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตถูกสร้างขึ้นมาให้อยู่ในฐานะของความรู้ที่มีฐานคิดของความเป็นองค์รวมของกายกับจิต และความสมดุลของธรรมชาติ แต่ก็ยังคงความเป็นวิทยาศาสตร์ไว้ได้ ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตให้ความสำคัญกับภูมิชีวิตว่าเป็นทั้งที่มาของความสุขสมบูรณ์ของชีวิต และหากขาดความสมดุลก็จะเป็นที่มาของความเจ็บป่วย ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตนี้เมื่อถูกผลิตขึ้นมาแล้ว ได้ถูกเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ ในลักษณะที่คนทั่วไปสามารถบริโภคได้โดยง่าย และนำไปใช้ดูแลตนเองได้ การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตจึงเปิดพื้นที่ขึ้นมาในสังคม เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ที่ประสบกับปัญหาสุขภาพและหาทางออกไม่ได้จากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และยังมีส่วนกำหนดรูปแบบวิถีชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันได้ด้วย

THE FORMATION OF CHEEVAJIT HEALTH CARE SYSTEM

AN ABSTRACT

BY

SOAMAPAN THINWONG

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Doctor of Education degree in Development Education
at Srinakharinwirot University
May 2002

Soamapan Thinwong. (2002). *The Formation of Cheevajit Health Care System.*

Dissertation,Ed.D (Development Education). Bangkok : Graduate School,
Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assist. Prof. Dr. Pensiri
Jeradechakul, Assoc. Prof. Dr. Napaporn Havanon, Assist. Prof. Dr.
Surawut Padthaisong.

This study analyzed the formation process of Cheevajit health care system. Cheevajit was constructed as genre of knowledge essential for building health capacity. The thinking behind it came about through a holistic view of mind and body and the harnessing of the balance of nature, while maintaining a scientific flavor. The knowledge, therefore, placed a significant emphasis upon human immune system. The profound and readily-adaptable characteristics of the issue justified its popular introduction to the consumer market. It has been accepted as a healthcare alternative by people who find the modern medicine incurable for their ailments. This explains the fast-gaining pace of medicinal relationship the Cheevajit option has for people and the influence it has upon shaping their way of life.

การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

ปริญญานิพนธ์

ของ

โสมพรรณ ถิ่นว่อง

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์

พฤษภาคม 2545

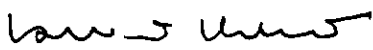
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

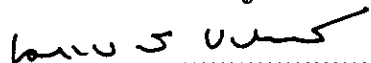
ของ
นางโสมพรรณ ถิ่นว่อง

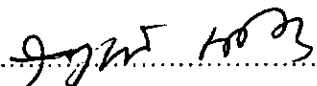
ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาดุขฎิบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพรณ์ หะวานนท์)
วันที่..10.....เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2545

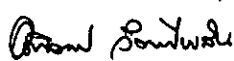
คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพรณ์ หะวานนท์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรวุฒิ บัดโสง)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ณรงค์ พ่วงพิศ)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน)

ประกาศคุณูปการ

ความช่วยเหลือนานัปการจากทุกคนที่ผู้วิจัยได้รับ เป็นกำลังใจอย่างยิ่ง ที่คอยกระตุ้นให้ผู้วิจัยมีมานะ อดทน ต่อความยากลำบากในการเขียนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสามท่านอย่างสูงได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพรณ์ หะวานนท์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรุทธิ ปัตติไสย ที่ได้ทุ่มเทและเหน็ดเหนื่อยในการให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่อง และที่สำคัญที่สุด ก็คือ กำลังใจ ความเอื้ออาทร ที่มีต่อผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำปริญญานิพนธ์นี้ นอกจากนั้นผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ณรงค์ พ่วงพิศ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ทำให้ปริญญานิพนธ์นี้สมบูรณ์มากขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาชิกกลุ่มออกกำลังกายของชีวิต ทุกท่าน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยเข้าไปรวมกลุ่มด้วย นอกจากนั้นยังได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง

และผู้วิจัยขอขอบคุณในน้ำใจจากบรรดาเพื่อนพัฒนศึกษาศาสตร์รุ่น 12 รวมทั้งน้องพัฒนศึกษาศาสตร์รุ่น 13 คือ คุณศรีชัย พรประชาธรรม และคุณมณฑนา พิพัฒน์เพ็ญ ที่ช่วยเหลือเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่वास ที่ให้กำลังใจและช่วยแนะนำแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ และขอขอบคุณ คุณแปง แก้ว อ้วน เจียบ หมู มุ และเล็ก ที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ จนให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี

และกว่าจะถึงวันนี้ บุคคลที่ควรได้รับคำขอบคุณมากที่สุด คือสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะพี่ๆน้องๆ สามี่ และลูกๆที่น่ารักทั้งสามคน ที่คอยสนับสนุนเป็นกำลังใจ ให้ผู้วิจัยเสมอมา ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้

โสมพรรณ ถิ่นว่อง

สารบัญ

บทที่

หน้า

1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ฐานคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน.....	6
การสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบัน.....	9
การสถาปนาผ่านศาสตร์ทางการแพทย์.....	10
การสถาปนาผ่านสถาบันทางการแพทย์.....	14
การสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านสถาบันการให้ความรู้.....	21
การสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบันโดยการสร้างกลไกการควบคุม.....	27
อัตลักษณ์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน.....	32
กระบวนการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	34
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
วิธีการศึกษา.....	44
การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
4 เจาะไขของการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	46
การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย.....	46
การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพ.....	51
จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบการดูแลสุขภาพ.....	54
การตัดสินใจของผู้ป่วยในการมารับการรักษาด้วยแนวทางชีวจิต.....	61

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 - การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	63
การผลิตความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	63
ฐานคิดของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	64
ความรู้ในระบบการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	67
ระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับระบบการรักษา.....	72
การเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	75
การเผยแพร่ความรู้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ.....	75
การเผยแพร่ความรู้ผ่านหนังสือ.....	78
การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อ.....	80
การเผยแพร่ความรู้ผ่านสถาบัน.....	82
การบริโภคความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	87
การรับรู้เกี่ยวกับความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต.....	87
อำนาจของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่มีต่อระบบความคิด ความเชื่อของคน.....	92
6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	96
นัยสำคัญจากการศึกษานี้.....	99
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	100
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	107
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	129

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	รายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	43
---	------------------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

กระแสความนิยมของคนในสังคมที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541 ต่อการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตนั้น เห็นได้ชัดเจนจากปรากฏการณ์อย่างน้อยสองประการคือประการแรก หนังสือชุดชีวจิตจำนวน 4 เล่ม คือ “ชีวจิต : การใช้ชีวิตอย่างเข้าใจธรรมชาติ” “มะเร็งแห่งชีวิต” “ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70” และ “ภูแน” ที่เขียนโดย สาทิส อินทรกำแหง ผู้นำในการเผยแพร่การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ได้กลายเป็นหนังสือที่ขายดีและมียอดจำหน่ายสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หนังสือ “ชีวจิต : การใช้ชีวิตอย่างเข้าใจธรรมชาติ” ซึ่งเป็นงานเขียนเล่มแรกและมีผู้นิยมซื้อมากที่สุด ได้ทำสถิติพิมพ์ซ้ำเฉพาะเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2541 ปีเดียวกัน จากพิมพ์ครั้งที่ 8 เป็นพิมพ์ครั้งที่ 30 รวมพิมพ์ซ้ำในปีเดียวกันถึง 23 ครั้ง ประการที่สอง การเกิดเครื่องดื่มน้ำเพื่อสุขภาพชนิดใหม่ขึ้น ในสังคมไทยซึ่งเรียกว่าน้ำอาร์ซี ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่มีใครรู้จัก ความนิยมในน้ำอาร์ซี เกิดขึ้นจากการเข้าใจประโยชน์ของน้ำอาร์ซีว่า น้ำอาร์ซีสามารถรักษาโรคมะเร็งได้

กระแสความนิยมในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่เปรียบเสมือนหนึ่งเป็นการตอบรับจากประชาชนนั้น นอกเหนือจากการมีกรณีตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตแล้วหายจากอาการต่างๆของโรค ชีวจิตยังได้สร้างปรากฏการณ์ที่น่าสนใจอื่นๆอีกมากมายหลายอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน เช่น ทำให้เกิดการนำเทียวนิดใหม่ขึ้นมาในสังคมไทยที่เรียกว่า ทัวรสสุขภาพ และที่สำคัญที่สุด คือ ทำให้คนไทยบางส่วนให้ความสนใจและเอาใจใส่กับอาหารที่รับประทานมากขึ้น สามารถแยกแยะ ถึงการมีคุณค่าของอาหาร (nutrient) แต่ละประเภทที่มีต่อร่างกายและที่สำคัญไปกว่านั้น ก็คือ การที่ สาทิส อินทรกำแหง ได้ประกาศให้สังคมรับทราบว่า “มะเร็งไม่ใช่โรค” แต่เป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (immune system) ซึ่งเป็นเสมือนระบบชีวิต ความบกพร่องที่เกิดขึ้นนี้ เป็นผลมาจากการกินอาหารและการดำรงชีวิตที่ผิดแปลกไปจากธรรมชาติ

จากกระแสความนิยมนี้ ทำให้อำนาจของความรู้ในการดูแลสุขภาพกลายเป็นประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการศึกษาหรือพูดถึง (problematization) ทั้งนี้เพราะได้เกิดปฏิกิริยาจากผู้คนในสังคมที่มีต่อการปรากฏขึ้นของชีวจิต และต่อ สาทิส อินทรกำแหง อย่างหลากหลายจนกลายเป็นที่

ถกเถียงอย่างมากมายในวงกว้าง จนเกิดเป็นฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยก็มองว่าเป็นคล้ายกับหมอเถื่อน (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 110) ขณะเดียวกันภาครัฐมักจะตอบโต้ด้วยการชี้แจง "ข้อเท็จจริงทางการแพทย์" เพื่อโต้แย้งประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ส่วนฝ่ายที่เห็นด้วยก็ให้ความสนใจเชิญให้ไปพูด ซึ่งได้รับความสนใจมาก ทั้งเกี่ยวกับตัวของความรู้และแนวทางการปฏิบัติ

ชีวิตคืออะไร ทำไมจึงสร้างปรากฏการณ์ต่างๆ ส่งผลกระเทือนต่อสังคมไทยได้อย่างกว้างขวาง และรวดเร็ว คำตอบที่ง่ายและสั้นที่สุดก็คือว่าชีวิตคือร่างกายและจิตใจ (body and mind) จุดประสงค์ของชีวิตคือความสุข สมบูรณ์ทั้งกายและใจ โดยยึดเอาวิถีปฏิบัติและความคิดในแนวธรรมชาติเป็นหลัก (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 8) เป็นการนำเสนอรูปแบบของวิถีชีวิต ที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกายกับจิตใจ ซึ่งประกอบไปด้วยการกินอาหารแบบชีวิต การออกกำลังกาย และการทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส

ปรากฏการณ์ของชีวิตข้างต้น เป็นปรากฏการณ์ที่ถูกมองแตกต่างกันตามแต่มุมมองของผู้มองบนพื้นฐานที่ต่างกัน บางคนอาจจะมองว่าเป็นเพียงปรากฏการณ์ธรรมดาทางสังคมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น ดำรงอยู่ แล้วก็เสื่อมสลายไป ซึ่งเป็นไปตามกฎแห่งผลการถดถอยของสรรพสิ่งทั้งหลาย แต่บางคนอาจจะมองปรากฏการณ์ชีวิตว่าเป็นการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เพราะเป็นแนวทางในการดูแลรักษาสุขภาพ ที่นอกเหนือจากระบบการแพทย์กระแสหลัก ที่เป็นทางการของแต่ละประเทศ (วิจิต เปาณิล. 2543 : 37) การแพทย์ทางเลือกมีความหลากหลายในลักษณะของวิธีการแต่มีแนวคิดหลักร่วมกันในเรื่ององค์รวมของสุขภาพ (สุวิทย์ ปรัชญาปารมิตา. 2541) สำหรับผู้วิจัยเอง มองการปรากฏตัวของชีวิต ในฐานะที่เป็นวาทกรรมที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อช่วงชิงพื้นที่ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลัก ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันได้ถูกสร้างขึ้นมาจากพื้นฐานของหลักวิชาทางวิทยาศาสตร์ ที่มีความเชื่อว่าโรคเป็นความผิดปกติของหน้าที่หรือโครงสร้างของอวัยวะ รวมทั้งระบบต่างๆภายในร่างกาย ที่เฉพาะเจาะจงว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อโรค ด้วยความหมายดังกล่าวเมื่อเกิดความเจ็บป่วยมนุษย์ก็คิดว่าตัวเองมีเชื้อโรค ศาสตร์ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงพยายามค้นหาให้ได้ว่าเชื้อโรคเหล่านี้มีอะไรบ้าง และมีความสัมพันธ์กับมนุษย์ในแบบไหน อย่างไร เพื่อจะใช้วิธีการต่างๆ ยับยั้ง และกำจัดเชื้อโรคให้หมดไปจากร่างกาย

ด้วยความหมายที่ให้กับสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นการก่อรูปและให้ความสำคัญกับสุขภาพในรูปแบบของเป้าหมายจึงกำหนดให้ผู้ป่วยมีความหมายในฐานะเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการขจัดให้หมดไป ขณะเดียวกันโรงพยาบาลก็ถูกกำหนดให้เป็นสถาบันที่สำคัญในการทำหน้าที่ด้านการรักษา

พยาบาล ซึ่งเท่ากับเป็นการสร้างความหมายและความสำคัญให้กับการดูแลรักษาสุขภาพในรูปแบบของโรงพยาบาล พร้อมกับการยอมรับจากสังคมในบทบาทของแพทย์ในการทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาล ดังนั้นการแก้ไขปัญหสุขภาพจึงมุ่งประเด็นไปที่การจัดการสุขภาพในรูปแบบโรงพยาบาล รวมทั้งการดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ ซึ่งจัดหลักสูตรการเรียนการสอนตามหลักการที่กำหนดมาจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ซึ่งเป็นรูปแบบของการศึกษาตามหลักสูตรของการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้รัฐยังได้มีการประกาศใช้ใบอนุญาตในการประกอบโรคศิลปะให้กับแพทย์ ซึ่งเป็นการตอกย้ำความสำคัญในบทบาทของแพทย์ในการรักษาพยาบาลให้เพิ่มขึ้น

การจัดกระทำดังกล่าวทำให้ฐานะของวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นที่ยอมรับวิธีการนี้คือ แนวความคิดที่ว่าร่างกายและจิตใจแยกจากกัน ร่างกายเป็นที่รวมของส่วนต่างๆ ซึ่งเป็นอิสระจากกัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษา ค้นคว้า และเชี่ยวชาญรักษาในแต่ละส่วน การจัดการสุขภาพต้องจัดผ่านหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะซึ่งได้แก่โรงพยาบาล โดยมีแพทย์ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาล แพทย์แผนปัจจุบันจึงมีการฝึกฝนความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ซึ่งส่งผลให้แพทย์มีอำนาจในการคัดกรองความเจ็บป่วยและให้การรักษาพยาบาลโดยวิธีการเคลื่อนย้ายความรู้ที่มีความหมายในชีวิตประจำวันไปสู่ความรู้ที่เฉพาะทางการแพทย์ และนำมาตัดสินว่าใครเป็นโรคหรือไม่เป็นโรค

ด้วยอำนาจความรู้ทางการแพทย์ที่มีต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งดำเนินไปภายใต้แนวคิดที่เห็นความเจ็บป่วยเป็นเพียงเรื่องของโรค ทำให้แพทย์มิได้สนใจผู้ป่วยในฐานะ "ทั้งบุคคล" (the whole man) เป็นการลดคุณค่าของความเป็นคน แพทย์มุ่งที่จะทำลายเชื้อโรค แต่มิได้รักษาคน การรักษาความเจ็บป่วยที่มองร่างกายของผู้ป่วยว่าเป็นเสมือนเครื่องจักรที่ประกอบไปด้วยชิ้นส่วนย่อยๆ ที่จะซ่อมแซมเป็นส่วนตัวไป รวมทั้งการแยกร่างกายออกจากจิตใจ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์แบบกลไกไร้คุณค่าชีวิต การแพทย์มิได้ตอบสนองเจตจำนงแห่งการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ซึ่งเป็นความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวพันกันระหว่างความต้องการด้านชีวภาพ สุขภาพ จิตวิทยา และวัฒนธรรมแต่อย่างใด แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีเห็นห่างและเย็นชา การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบที่ต้องพึ่งพาแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง และประเด็นที่สำคัญที่เกิดจากอำนาจความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งกลายมาเป็นจุดวิกฤตที่สำคัญของการแพทย์แผนปัจจุบันคือ การแพทย์แผนปัจจุบันมุ่งเฉพาะการรักษาโรค โดยอาศัย "อาการป่วย" เป็นเครื่องช่วยชี้ต่างๆ ที่อาการป่วยหาใช้ดัชนีชี้สาเหตุของโรคแต่อย่างใดไม่ เพราะอาการคือผลที่แสดงออกมาให้เห็นทางร่างกายของผู้ป่วย และผลที่เราเห็นคือผลผลิตท้ายสุดของการเกิดโรค อาการของโรคกว่าจะแสดงให้เราเห็นเป็นเช่นนั้น

ได้ย่อมต้องผ่านกระบวนการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย ดังนั้นการรักษาของแพทย์ ก็คือการรักษาอาการซึ่งเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงไม่สามารถจะป้องกันไม่ให้เป็นโรคได้

ความจริงที่เกิดจากความรู้อของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่อยู่บนฐานของกรอบคิดทฤษฎีเชื้อโรค จึงมีเพียงส่วนเดียว คือการรักษาโรคที่เกิดจากเชื้อโรคและอาการจากอุบัติเหตุเฉียบพลันต่างๆ แต่ปัจจุบันแบบแผนของการเกิดโรคได้เปลี่ยนจากกลุ่มโรคติดเชื้อมาเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงต้องใช้วิธีการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน เพราะโรคเรื้อรังต้องใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นมาตรการสุขภาพที่สำคัญ ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการเปิดพื้นที่ว่างไว้สำหรับการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการอื่นๆ จึงทำให้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตเข้ามาช่วงชิงพื้นที่ที่เป็นจุดอ่อนของความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันมาได้ ขณะเดียวกันการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ซึ่งเป็นความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมานี้ ก็มีกระบวนการในการจัดกระทำเพื่อให้ความรู้นี้เป็นที่ยอมรับ และดำรงอยู่ได้ในสังคมที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์กระแสหลัก ประเด็นนี้คือจุดสำคัญในการศึกษานี้

คำถามการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งตอบคำถามของการวิจัยว่า ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ถูกสร้างขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้เงื่อนไขใดบ้างที่ทำให้ชีวจิตเปิดพื้นที่ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักขึ้นมาได้ และมีกระบวนการในการตอกย้ำอย่างไรจึงทำให้เป็นที่ยอมรับและดำรงอยู่ได้ในสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคลี่คลายให้เห็นถึง กระบวนการก่อรูปของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยนี้จะเป็นการเปิดพื้นที่มุมมองใหม่ในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้อำนาจแก่ปัจเจกบุคคล ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น แทนที่จะเป็นอยู่แบบเดิมที่การดูแลสุขภาพถูกกำหนดด้วยอำนาจของวาทกรรมการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งทำให้ปัจเจกบุคคลมีฐานะเป็นเพียงชายขอบแห่งอำนาจนั้น

บทที่ 2

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชีวิตเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่ง ที่นำเสนอรูปแบบการดูแลสุขภาพที่แตกต่างไปจากระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน ปรากฏการณ์ของชีวิตที่เกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และได้รับการยอมรับจากสังคมไทยในระดับกว้างและรวดเร็ว จนถึงขั้นที่เรียกว่าชีวิตฟิเวอร์ ในปี 2541 นั้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2542 : 2) ผู้วิจัยมองว่าเป็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ที่จะสืบค้นให้เห็นว่ากระบวนการก่อรูปของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตถูกสร้างขึ้นมาได้อย่างไร ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเรื่องวาทกรรม (discourse) มาใช้ในการศึกษาเพื่อเผยให้เห็นถึงกระบวนการในการผลิต การเผยแพร่ และการบริโภคความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตในสังคมไทย

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการนำเสนอแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแยกเป็นประเด็นหลักๆ ออกเป็น 4 ประเด็น คือ ประเด็นที่หนึ่ง ฐานคิดของแพทย์แผนปัจจุบัน ประเด็นที่สอง กระบวนการสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบัน ประเด็นที่สาม อัตลักษณ์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน และประเด็นสุดท้าย กระบวนการก่อรูปของการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

ประเด็นที่หนึ่ง ฐานคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์แผนปัจจุบันมีพื้นฐานจากความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ของชีวิต (life science) ตั้งแต่ระดับร่างกายลงมาถึงระดับโมเลกุลซึ่งมีลักษณะสากล ผสมผสานกับวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บ และอาศัยพื้นฐานวิทยาศาสตร์เป็นหลักวิชา (ณัฐ ภมรประวัติ. 2538 : 76) ซึ่งความรู้ที่ตั้งอยู่บนฐานแห่งความเป็นวิทยาศาสตร์นั้น มีความเชื่อว่า เป็นสิ่งที่สามารถตรวจสอบ พิสูจน์ได้จากปรากฏการณ์จริงเชิงประจักษ์ (Morison. 1986) ฐานคิดของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงมีทัศนะในการมองความจริงและความรู้ที่สำคัญได้แก่ ความจริงและความรู้ดำรงอยู่เป็นอิสระ และรอให้คนค้นพบ และนำมาใช้ประโยชน์ ซึ่งเป็นการมองความรู้ ความจริง ต่อสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัวเราว่าความจริงก็คือโลกที่มันเป็นอย่างนั้นจริงๆ ซึ่งความเป็นจริงอย่างนี้ เชื่อกันว่ามันเป็นจริงด้วยตัวของมันเอง โลกของวัตถุหรือโลกตามธรรมชาติจึงสามารถเป็นวัตถุของการศึกษาได้รวมถึงมนุษย์ก็เป็นวัตถุของการศึกษา เช่นเดียวกับสรรพสิ่งอื่นๆในโลก ความจริงมีความเป็นอิสระ เป็นเอกเทศจากผู้ศึกษา และรอให้ผู้ศึกษาค้น

พบ เมื่อความจริงเป็นเช่นนี้จึงส่งผลต่อการมองความรู้ว่า ความรู้ก็คือความจริงในตัวของมันเอง ที่ถูกค้นพบโดยไม่เกี่ยวข้องกับผู้ค้นพบหรือผู้ศึกษา ไม่เกี่ยวข้องกับอำนาจ และเชื่อว่า ความรู้นี้เป็นความรู้สากล กล่าวคือเป็นความรู้ที่เป็นความจริงในทุกๆที่ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านบริบท เช่น ระบบสังคม การเมือง หรือวัฒนธรรมแต่อย่างใด สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ศึกษากับสิ่งที่ศึกษา หรือความจริงนั้น ผู้ศึกษาเป็นเพียงผู้เฝ้ามอง ผู้สังเกตความเป็นจริง ผู้ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์หรือมีส่วนในการไปกำหนดความรู้ ความรู้จึงไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมาจากแต่เป็นความรู้ที่มีอยู่แล้วในธรรมชาติ ที่รอให้ไปค้นพบจึงอาจกล่าวได้ว่า โลกแห่งความเป็นจริงเป็นตัวกำหนดความหมาย หรือความรู้ให้กับมนุษย์ จากความจริง ความรู้ดังกล่าว วิธีการศึกษาความจริงเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ ใช้วิธีการศึกษาซึ่งเน้นการสังเกต และรวบรวมข้อเท็จจริงต่างๆ จากสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เพื่อหาระบบหรือแบบแผน (pattern) ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่า แล้วสร้างเป็นคำอธิบายขึ้นมานำไปทดสอบพิสูจน์ปรากฏการณ์จริงเชิงประจักษ์ หากคำอธิบายดังกล่าวได้รับการยืนยันก็จะกลายเป็นทฤษฎี ทฤษฎีจึงเป็นความรู้ประเภทหนึ่ง ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (ไซยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2539 : 7-14)

ความรู้ที่ถูกค้นพบสามารถใช้ภาษาอธิบายแทนได้ โดยเชื่อว่าภาษาเป็นเพียงเครื่องมือในการสะท้อนหรืออธิบายองค์ความรู้ที่ผู้ศึกษาได้รับจากโลกแห่งความเป็นจริง (the world itself) และเป็นภาพสะท้อนโลกแห่งความเป็นจริง (representation) ภาษาจึงเป็นเสมือนกระจกเงาทำหน้าที่สะท้อนความรู้ ภาษาจึงไม่เกี่ยวข้องกับอำนาจ (ไซยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2539 : 9)

ความรู้แบบแยกส่วน การแพทย์แผนปัจจุบันมีฐานคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่มองว่าหน่วยชีวิตเป็นเพียงเครื่องจักรชนิดหนึ่ง มนุษย์มีวิญญาณแห่งเหตุผลอยู่ภายใน ซึ่งเชื่อมกับร่างกาย โดยผ่านต่อมพิเนียลที่อยู่ที่ศูนย์กลางของสมอง ร่างกายของมนุษย์ ไม่มีความแตกต่างจากระบบจักรกล การเคลื่อนไหว และหน้าที่ต่างๆทางชีววิทยาของร่างกาย สามารถถูกกลดส่วนลงมาสู่การทำงานแบบกลไก มองการเกิดโรคของมนุษย์ว่ามีปัจจัยมาจากชีวภาพ คือเชื้อโรค การมองปัญหาสุขภาพจึงเป็นแบบวัตถุนิยม ลักษณะเชิงกลไกที่สามารถแยกเป็นส่วนๆได้ และมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาเฉพาะส่วนของการเกิดโรค หรืออวัยวะที่เกิดโรคนั้นๆ

แต่ทว่าในปัจจุบัน วิธีวิทยาในการศึกษาหาความรู้ ความจริงดังกล่าว ถูกวิพากษ์วิจารณ์โดยสกุลความคิดต่างๆว่าเป็นไปได้หรือไม่ที่ผู้ศึกษาจะสามารถถอดตีความเห็น ความเชื่อของตนเพื่อสามารถสะท้อนภาพความเป็นจริงได้เหมือนกระจกให้ผู้อื่นรับรู้ได้ เจมสัน (Jameson. 1972) เองก็มีความคิดว่า องค์ความรู้ อาจจะเป็นเพียงสิ่งที่อยู่ในกรงขังภาษา (prison house of language) หรือแทนที่จะเป็นความจริงที่ถูกค้นพบ องค์ความรู้กลับเป็นเพียงส่วนหนึ่งของ

การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm) หรือเป็นผลของการตีความหมายแห่งความเข้าใจภายในขอบเขตของผู้ศึกษา เป็นต้น (ยุคติ มุกดาวิจิตร. 2538 : 5)

การวิพากษ์ความรู้แบบสมัยใหม่ มีจุดศูนย์กลางอยู่ที่วิกฤตสองประการ ที่เด่นชัดและลินคอล์น เรียกว่าวิกฤตซ้อน (double crisis) อันประกอบไปด้วย วิกฤตของความเป็นตัวแทน (crisis of representation) และวิกฤตของความชอบธรรม (crisis of legitimation) ซึ่งมีสาระดังนี้ วิกฤตของความเป็นตัวแทน ประการแรกคือ การตั้งคำถามความเป็นตัวแทนทุกชนิดว่า เราสามารถที่จะพูดเรื่องประสบการณ์ของผู้อื่น หรือบุคคลอื่นๆ ได้อย่างแท้จริงหรือไม่ เพราะคนอื่นๆ นั้นย่อมจะมีวัฒนธรรม และค่านิยมที่มีส่วนกำหนดรูปลักษณะความเป็นจริงของพวกเขา ดังนั้นนักคิดแนวหลังสมัยใหม่เสนอว่า เป็นไปไม่ได้ที่เราจะนำเสนอ (represent) ภาพสะท้อนวิถีชีวิตผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมา จะทำได้ก็แต่เพียงการนำเสนอใหม่ (re-presentation) ซึ่งย่อมแตกต่างไปจากเดิม ส่วนวิกฤตประการที่สอง เกี่ยวพันกันกับสิทธิที่จะพูดแทนผู้อื่น สังเกต จ้องมอง ตีความหรือตัดสินวัฒนธรรมอื่นๆ เพราะเท่ากับเป็นการใช้อำนาจไปกดทับสิทธิของผู้อื่น ที่จะพูดด้วยเสียงของตัวเอง จากความหมายและความเข้าใจของตัวเอง การเสนอภาพตัวแทน เป็นความพยายามในการมองหาความเหมือนกัน/เอกลักษณ์ (Identity) ในสิ่งต่างๆ ทำให้มองข้ามความแตกต่าง ซึ่งเป็นวิธีคิดที่นักคิดแนวหลังสมัยใหม่มองว่าเป็นวิธีคิดที่นำไปสู่การกดความแตกต่างเอาไว้ ซึ่งจะนำไปสู่การครอบงำในที่สุด วิกฤตของความเป็นตัวแทนกลายเป็นปัญหาที่เด่นชัดมาก เมื่อแตริตาได้เสนอความคิดว่าภาษาไม่ได้มีความหมายโดยสมบูรณ์ในตัวมันเอง แต่อาศัยตรรกะของความแตกต่าง (difference) ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในการสื่อสาร ภาษาจึงไม่เพียงแต่สะท้อนความเป็นจริงแต่ยังมีส่วนในการสร้างความเป็นจริงด้วย วิกฤตอีกอย่างนอกจากวิกฤตของความเป็นตัวแทน คือวิกฤตของความชอบธรรมในการอ้างความเป็นจริงของผลการศึกษา เพราะเมื่อเราจะศึกษาเรื่องใด ๆ เราต้องเริ่มต้นจากกรอบความคิดชุดหนึ่งเสมอ ในขณะที่เดียวกันผู้ศึกษาก็มีตำแหน่งในสังคมที่กำหนดโดย เพศ ชนชั้น อันเป็นจุดยืนเฉพาะตัวที่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไป และให้ปลอดค่านิยม ดังนั้นการเสนอความจริงที่ได้มานั้นจึงก่อให้เกิดคำถามว่าไม่ได้เป็นความสัมพันธ์ที่โปร่งใสระหว่างผู้รู้กับสิ่งที่รู้ (จันทน์ เจริญศรี. 2543 : 15-17 ; อ้างอิงจาก Denzin and Lincoln. *The Fifth Moment : Handbook of Qualitative Research.*)

จากข้อวิพากษ์ดังกล่าว จึงมีการตั้งข้อสงสัยว่าแท้จริงแล้วมีความรู้หรือความจริงของสรรพสิ่งอยู่ตามธรรมชาติจริงหรือไม่ หรือเป็นเพียงความรู้หรือความจริง ที่มนุษย์ได้สร้างความหมายขึ้นมาเอง โดยแนวคิดยุคหลังสมัยใหม่ได้แสวงหาแนวทางในการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมที่แตกต่างออกไป เช่น แนวคิดเรื่องวาทกรรมของมิเชล ฟูโก (Michel Foucault. ค.ศ. 1926-1984) ผู้มีความสำคัญอย่างยิ่งคนหนึ่งในการก่อตัวของแนวคิดแบบหลังสมัยใหม่ ซึ่งผลงานของเขาได้รับอิทธิพลเป็นอย่างสูงจากนิทเช่ (Nietzsche) ที่สนใจความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรู้กับอำนาจ ฟูโกกล่าวไว้ว่า ความจริงทั้งหลาย ไม่ได้มีอยู่แล้วในธรรมชาติ แล้วรอให้มนุษย์ไปค้นพบแต่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นหรือถูกกำหนดขึ้นจากกฎเกณฑ์ที่คอยกำหนดว่าสิ่งใดจริงสิ่งใดไม่จริง ซึ่งกฎเกณฑ์ดังกล่าวก็คือความรู้และความรู้เป็นเทคนิควิทยาการของอำนาจรูปแบบหนึ่ง ความรู้ ความจริง จึงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาตามแต่อำนาจในสังคมขณะนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเป็นอย่างไร (Foucault. 1980 : 131-133) ดังนั้นความรู้ ความจริงจึงไม่ใช่ “ความจริงแท้” ในตัวของมันเองเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้นอย่างแท้จริง แต่เกี่ยวข้องกับอำนาจในสังคมแต่ละยุคแต่ละสมัย ความรู้ ความจริงจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งส่งผลทำให้ เอกลักษณะ ความหมาย ของสิ่งต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปตามวาทกรรมที่สร้างสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

การนำแนวคิดเรื่องวาทกรรมมาใช้อธิบาย ทำให้เห็นว่าทั้งความรู้/ความจริง ด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน และความรู้/ความจริงในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ก็มีได้แตกต่างกันในแง่ที่ว่าต่างก็เป็นความรู้ที่ไม่ได้เป็นจริงในตัวเอง แต่ถูกสร้างขึ้นด้วยอำนาจและภาคปฏิบัติที่มอดอกย้ำให้ความรู้นั้นเป็นจริง อำนาจของความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้แพทย์มีอำนาจมากด้วยการที่มีโรงพยาบาลมารองรับความรู้ ดังนั้นการศึกษาโดยการมองการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตในฐานะที่เป็นวาทกรรม จะทำให้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตมีอำนาจในการช่วงชิงพื้นที่ในการดูแลรักษาสุขภาพ จากการแพทย์แผนปัจจุบันมาได้

ประเด็นที่สอง กระบวนการสถาปนาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

การดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ถูกเปรียบว่าเป็นผู้มี “อำนาจ” เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่ระบุว่าใครเป็นหรือไม่เป็นโรค รวมทั้งเป็นผู้ที่จัดการทั้งโรคหรือเจ็บป่วย แพทย์คือพระเจ้าผู้ดลบันดาลทุกอย่างให้กับผู้ป่วย นอกจากนั้นแพทย์ยังมีอำนาจในการควบคุมทางสังคม เช่นโดยการจัดการทำให้ชีวิตในสังคมและปัญหาทางสังคมกลายเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทางการแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ การแพทย์เริ่มมีบทบาทต่อการกำหนดขนบธรรมเนียมทางสังคมที่ศาสนาและกฎหมายเคยมีบทบาทมาก่อน เราจะเห็นได้ว่าอำนาจของแพทย์ยิ่งใหญ่มาจนสามารถที่จะพูดด้วยภาษาที่หนักแน่นว่า “ไม่มีร่างกายมนุษย์ส่วนไหน ที่อยู่นอกเหนือการบรรยายและการรักษาตามแบบแผนทางการแพทย์” เพราะการพิจารณาในส่วนของการบรรยายและการรักษาตามแบบแผนทางการแพทย์ จะทำให้เข้าใจในทุกๆส่วนของร่างกายได้มากขึ้น กล่าวคือการพิจารณาร่างกายในส่วนของอวัยวะและเนื้อเยื่อ “ร่างกายก็จะประกอบไปด้วยอวัยวะและเนื้อเยื่อ ถ้าพิจารณาร่างกายภายในส่วนของจิตวิทยา ร่างกายก็จะประกอบไปด้วยเป้าหมายทางจิตวิทยา” (Armstrong. 1994 : 25) อำนาจเหล่านี้ของแพทย์เกิดขึ้นได้อย่างไร ? คำตอบก็คือเกิดจาก “ตัวความรู้”

ความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้รับการสถาปนาให้กลายเป็นวิธีคิดหลักทางด้านสุขภาพที่ครองความเป็นใหญ่ ครอบงำเหนือความรู้ของคนในสังคม โดยการสถาปนาได้กระทำผ่านภาคปฏิบัติการที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่ การสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านศาสตร์ทางการแพทย์ ผ่านสถาบันทางการแพทย์ และโดยการสร้างกลไกการควบคุมสังคมให้อยู่ในกฎเกณฑ์ กติกาของการแพทย์แผนปัจจุบัน

การสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านศาสตร์ทางการแพทย์

ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้แพทย์มีอำนาจ มี 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรก เป็นความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาจากการแยกส่วนระหว่างร่างกาย (body) และจิตใจ (mind) โดยมองร่างกายว่าเป็นเพียงอวัยวะต่างๆ สำหรับลักษณะที่สอง ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาจากการใช้ร่างกายเป็นวัตถุ (object) ของการหาความรู้ หรือเป็นการทำให้มนุษย์เป็นวัตถุของการศึกษา

ความรู้ลักษณะแรก ที่เป็นการสร้างขึ้นมาจากการแยกส่วนระหว่างร่างกายและจิตใจว่าแยกจากกันอย่างเด็ดขาด โดยมองร่างกายว่าเป็นเพียงอวัยวะ ร่างกายเป็นสิ่งกายภาพที่สามารถมองเห็นได้ สัมผัสได้ด้วยอวัยวะต่างๆ ส่วนจิตนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจะมองเห็นได้หรือสัมผัสได้ด้วยกายภาพ ทั้งสองอย่างคือร่างกายกับจิตจึงมีลักษณะตรงกันข้าม เพราะเมื่อเราพิจารณาจิตหรืออาจจะกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่า พิจารณาตัวตนของเราเองในฐานะที่เป็นเพียงสิ่งคิด เราก็ไม่สามารถจะแยกออกเป็นส่วนตัวได้เลย ตรงกันข้ามเราจะทราบและเข้าใจได้อย่างแจ่มแจ้งดีกว่าว่าตัวของเราเป็นสิ่งของสิ่งหนึ่งและเป็นสิ่งเดียวอย่างเด็ดขาด แม้จะดูเหมือนกับว่าร่วมคิดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับร่างกาย แต่เมื่อขาหรือแขน หรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งถูกตัดออกไป ตัวเราทราบดีว่าจิตของเราไม่ได้ถูกแบ่งส่วนออกไปแต่ประการใด สมรรถภาพต่าง ๆ เช่นว่า สมรรถภาพ อยาก รู้สึก เข้าใจ ฯลฯ จะเรียกว่าเป็นส่วนต่างๆ ของจิตก็ไม่ถูก เพราะจิตเดียวกันทั้งหมด เป็นตัวการของสมรรถภาพแต่ละอย่าง ตรงกันข้ามกับสิ่งที่เป็นร่างกายซึ่งเป็นสิ่งที่กินพื้นที่เพราะไม่ว่าเราจะคิดถึงหน่วยเล็กเท่าไรก็ตาม เราก็มองคิดแบ่งออกเป็นส่วนตัวได้อย่างง่ายดาย นั่นก็คือเราทราบดีว่าเป็นของที่แบ่งได้

การแยกกันระหว่างร่างกายกับจิตใจนี้ ทำให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งมีชีวิต ถือว่าสิ่งมีชีวิตแต่ละอย่างเป็นเครื่องจักร ที่ประกอบขึ้นจากส่วนประกอบต่างๆ กันที่แยกจากกันได้ ในเมื่อชีวิตประกอบด้วยร่างกายกับจิตใจ ซึ่งแยกจากกันอย่างเด็ดขาด และร่างกายเท่านั้นที่เป็นสิ่งกายภาพที่มองเห็นได้ ดังนั้นร่างกายก็คือเครื่องจักรที่ประกอบขึ้นจากส่วนประกอบต่างๆ ที่แยกขาดจากกันได้ ซึ่งความรู้ก็นำไปสู่ความเชื่อที่ว่าเราสามารถจะเข้าใจการทำงานของหน่วยชีวิตได้ก็ต่อเมื่อมองหน่วยชีวิตในระดับเซลล์ และระบบการทำงานทางชีววิทยาก็เป็นผลจากปฏิกิริยาซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มเซลล์ต่างๆ ร่างกายมนุษย์ซึ่งประกอบขึ้นจากเซลล์ต่างๆ ที่รวมกันเป็น

เนื้อเยื่อและอวัยวะ และอวัยวะย่อยๆ แต่ละชนิดนั้นก็มีความหน้าที่ต่างกัน ดังนั้นความรู้ที่ได้จึงเป็นความรู้ที่เป็นส่วนๆ ตามชนิดของอวัยวะ ความรู้ดังกล่าวปรากฏให้เห็นได้ชัดเจน ในคำวินิจฉัยโรคที่แพทย์ใช้บ่งบอกภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเห็นว่าคำวินิจฉัยจะเน้นที่ความผิดปกติของอวัยวะ เช่น กระเพาะอาหารอักเสบ ข้ออักเสบ เนื้องอกที่มดลูก มะเร็งปอด ฯลฯ ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ในแต่ละส่วนของอวัยวะเพื่อระบุถึงความผิดปกติของอวัยวะหนึ่ง เป็นสำคัญ

การใช้ความรู้นี้ในการอธิบายภาวะความเจ็บป่วย ทำให้มาตรการต่างๆ ในการแก้ปัญหา จึงมุ่งมาที่การจัดการให้อวัยวะที่ผิดปกตินั้น สามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม ในการบำบัดรักษาจึงให้ความสำคัญกับร่างกายของมนุษย์ว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะนำมนุษย์ไปสู่การมีชีวิตที่ดีได้ การให้ความสำคัญเฉพาะกับร่างกายของมนุษย์ จึงกลายเป็นหัวใจสำคัญของความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

ความรู้อีกลักษณะหนึ่ง คือการใช้ร่างกายเป็นวัตถุของการหาความรู้ คือการที่มีความเชื่อว่า ความรู้ที่มีอยู่แล้วข้างนอกและรอให้มีการ “ค้นพบ” เพียงแต่ผู้ศึกษาคิดค้น “เครื่องมือ” ที่เหมาะสม ก็จะสามารถค้นพบความรู้นั้นๆ ได้ โดยเชื่อว่าความรู้นี้เป็นความรู้ที่เป็นจริงในทุกๆ ที่ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านบริบท เช่น ระบบสังคม การเมือง หรือวัฒนธรรม ที่ปรากฏการณ์นั้นๆ ดำรงอยู่แต่อย่างไร ความรู้จึงไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมา แต่เป็นความรู้ที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติ เป็นวิธีการหาความรู้ที่พยายามสร้างความเชื่อมโยงระหว่างโลกของผู้ศึกษากับโลกของวัตถุหรือธรรมชาติ หรือสิ่งที่ต้องการศึกษาเข้าด้วยกัน ผ่านการสร้างระบบความสัมพันธ์เชิงเป็นเหตุ เป็นผลกัน (causal relations) เพื่อแสดงให้เห็นว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องของเหตุและผลไม่ใช่เรื่องความบังเอิญ เป็นองค์ความรู้ที่สร้างอยู่บนฐานความเชื่อมั่นในเหตุผลของมนุษย์ เหตุผลได้กลายมาเป็นแบบแผนการคิดที่ถือว่าดีที่สุด มีความเป็นจริงที่สุด พูโกได้ใช้ความมีเหตุผลและอำนาจ มาศึกษาองค์ความรู้ในวิชาแพทย์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิมว่าเกิดจากการค้นพบว่าโรคมีสาเหตุมาจากเชื้อโรค ซึ่งเมื่อก่อนมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจที่เหนือธรรมชาติ เช่น เป็นการลงโทษจากพระเจ้าหรือเป็นรูปแบบหนึ่งของการสั่งงานไปยังจิตวิญญาณ (Turner, 1995 : 20) การเจ็บป่วยจึงเป็นเรื่องของบาป ซึ่งเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นและไม่รู้ว่ามีลักษณะอย่างไร แต่ในยุคสมัยใหม่หลักวิชาการต่างๆ ในการสร้างความรู้ มีความเป็นเหตุเป็นผล ความก้าวหน้าของวิชาพยาธิวิทยา (pathology) และวิชาสรีรวิทยา (physiology) ทำให้มีการค้นพบสาเหตุของโรคว่าเกิดจากเชื้อโรคอะไร และอยู่บริเวณส่วนใดของร่างกายซึ่งเราสามารถมองเห็นได้ นับว่าเป็นการจัดความรู้ในยุคก่อนๆ ซึ่งไม่สามารถแสดงให้เห็น “เห็น” ได้ จึงเป็นความรู้ที่ไม่มีเหตุผล และแทนที่ด้วยความรู้ที่ค้นพบใหม่ที่มีเหตุผล ขณะเดียวกันการศึกษาที่เป็นกลางของหลักสูตรการเรียนแพทย์ ก็พัฒนาขึ้นมาจากการนำศพมาชำแหละเพื่อศึกษาอวัยวะภายใน ท่ามกลางการจ้องมองของบรรดาแพทย์ เป็นการศึกษาที่

เกิดจากการกระทำความรุนแรงกับศพ มนุษย์จึงกลายเป็นวัตถุของการศึกษา (อภิญา เฟื่องฟูสกุล. 2543 : 33) การค้นพบการรักษาทางกายวิภาคหรือการเปิดศพ ทำให้เกิดการปฏิรูปการรักษาแบบคลินิก หน้าที่ของกายวิภาคคือการไล่ความมืดที่อยู่ล้อมรอบการสำรวจร่างกาย เพื่อแสวงหาการเปิดให้เห็นโครงสร้างภายในร่างกาย (Turner. 1995 : 27-28)

การพัฒนาทางกายวิภาควิทยาในยุคหลัง มีปัญหาเรื่องแยกส่วนศพมนุษย์ เพราะการกระทำดังกล่าวขัดกับทัศนะทางคริสเตียน และทัศนะที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปในโลกตะวันตกต่อสภาพของศพ เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการฟื้นคืนชีพ หมายถึง การแยกส่วนศพจะทำให้กฎการฟื้นคืนชีพต้องสูญหายไป ผลที่ตามมาคือกายวิภาควิทยาต้องเกี่ยวข้องกับการลงโทษศพทางอาชญากรรมที่ก่ออาชญากรรม การชำแหละศพได้มีในยุโรปตั้งแต่ยุคแรก แต่เป็นการแยกชิ้นส่วนศพ ไม่เน้นการสืบค้นต่อศพเท่าใด กล่าวโดยรวมแล้วกายวิภาคแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบอย่างง่าย แบบแรกเป็นกลุ่มที่เป็นการสงสัยว่าตายอย่างไม่เป็นธรรมชาติ อย่างเช่น โดยการดื่มยาพิษ แบบที่สองในสมัยโบราณมีการแยกชิ้นส่วนของอาชญากรในที่สาธารณะ ซึ่งไม่ถือว่าเป็นการปกติ แต่การแยกชิ้นส่วนศพของอาชญากรนี้ ไม่ได้เกิดจากความสนใจทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญในการค้นหาและในการทดลอง การเกิดขึ้นของการรักษาทางกายวิภาคเกี่ยวข้องกับการพัฒนาของการฝึกฝนอย่างลึกซึ้งทางการแพทย์ที่เติบโตขึ้นเรื่อยๆ ในฐานะศาสตร์ทางวิทยาศาสตร์อย่างหนึ่ง ยิ่งกว่านั้นการพัฒนาของแนววิทยาศาสตร์ต่อกายวิภาควิทยาก็สัมพันธ์กับการแยกส่วนมีอวัยวะของศัลยแพทย์ (Turner. 1995 : 29)

สถานที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาของกายวิภาค ในการรักษาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ คือ มหาวิทยาลัยทางเหนือของอิตาลีในสมัยกลางศตวรรษที่ 16 ในปี 1543 Andreas Vesalius ได้ตีพิมพ์หนังสือเรื่อง *De Humani Corporis Fabrica* ซึ่งเป็นหนังสือที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นรากฐานของการแยกชิ้นส่วนศพมนุษย์ พร้อมทั้งมีรูปประกอบในการแยกชิ้นส่วนศพที่ทำการตรวจสอบทุกส่วนของร่างกายอย่างจริงจัง ทำให้เกิดการค้นพบหลายอย่างทางกายวิภาค การตีพิมพ์ผลงานของ Vesalius และการแสดงภาพประกอบของการค้นพบของเขา จนกระทั่งความคิดของเขาสามารถสื่อออกไปได้อย่างกว้างขวาง ผลที่ได้คือเขามีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาทางการแพทย์โดยเฉพาะทางกายวิภาค ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ทางทางการแพทย์ในยุคนั้นได้พัฒนาทฤษฎีเรื่องกายวิภาควิทยา และเทคนิคการผ่าตัดที่พัฒนาโดยศัลยแพทย์ทางทหาร รวมทั้งวิธีการใหม่ๆ ในการรักษาบาดแผลสด การผ่าตัดหัวใจก็ได้วางรากฐานความเข้าใจในเรื่องการหมุนเวียนของโลหิต ได้มีการวิวัฒนาการของกายวิภาควิทยาในเชิงการรักษาโรคแบบวิทยาศาสตร์ของช่องท้อง ได้เป็นพื้นฐานของการแสดงตัวอย่างในที่สาธารณะความก้าวหน้าของการชำแหละศพทางกายวิภาควิทยา กลายเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกับการลดลงของข้อห้ามต่างๆ ทางศาสนาในการชำแหละศพสาธารณะ และเชื่อมโยงกับการเติบโตทางวิทยาศาสตร์ ที่ได้จากประสบการณ์ ภายใต้อิทธิพลวัฒนธรรมของลัทธิทางศาสนา นอกจากนั้นยังเป็นการรวมความ

คิดทางการแพทย์และศีลธรรมภายในกฎระเบียบเรื่องศพของอาชญากร การเกิดวิชาการรักษาทางกายวิภาค เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของหลักสูตรการแพทย์ ซึ่งเป็นเพียงด้านหนึ่งของการเคลื่อนไหวทางสังคมของความยิ่งใหญ่ในวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะการรักษาทางคลินิก และการทดลองทางวิทยาศาสตร์ก็ได้รับอิทธิพลนี้ด้วย อิทธิพลนี้ได้ครอบคลุมไปอย่างเห็นได้ชัดในวิชาการทางคลินิกและกายวิภาค มีความเทียบเท่าการวิเคราะห์ทดลอง และได้มีการเน้นคุณค่าของการผ่าสังเกตผู้ป่วยโดยตรง การเข้าถึงวิชากายวิภาควิทยาทางการแพทย์ได้จากภาพสเก็ตซ์ที่เป็นโครงสร้างภายในร่างกาย ซึ่งได้บ่งชี้ถึงความรู้ที่ก้าวหน้าในเรื่องกายวิภาคของร่างกายมนุษย์ ขณะเดียวกันก็ได้มีการพัฒนาของการรักษา โดยใช้กายวิภาควิทยาเกิดขึ้นที่ละเล็กที่ละน้อย และการพัฒนาการแพร่หลายทางทัศนคติทางวิทยาศาสตร์ ต่อการทดลองและการผ่าสังเกต (Turner. 1995 : 30-33)

ด้วยอำนาจศาสตร์ทางการแพทย์ จึงเป็นฐานของความรู้ให้มีการ “ค้นพบความรู้” อื่นๆ อีกมากมาย เช่น การค้นพบยาเพนนิซิลลิน นับเป็นการบุกเบิกยุคของยาปฏิชีวนะ ถือได้ว่าประสิทธิภาพของการรักษาเป็นที่ประจักษ์อย่างแพร่หลาย การค้นคว้านี้ได้พัฒนาต่อไปจนมีการค้นพบปฏิชีวนะสารอื่นๆ อีกมากมายหลายชนิดที่สามารถทำลายจุลินทรีย์ชนิดต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางรวมทั้งการค้นพบตัวยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตใจหลายชนิด โดยเฉพาะจำพวกยาระงับประสาท โดยการใช้ยาเหล่านี้ จิตแพทย์สามารถควบคุมอาการและพฤติกรรมลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วยโรคจิตได้โดยไม่ก่อให้เกิดความขุ่นมัว ในส่วนลึกของความสำนึกด้วย ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิต จากวิธีการควบคุมบังคับภายนอก ไปเป็นการควบคุมภายในที่ละเอียดลึกซึ้งกว่า โดยการใช้ยา (ฟริตจ็อบ คาปริา. 2539 : 56) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการพัฒนาความรู้ทั้งหลายที่กล่าวมา เป็นการเสริมการเกิดขึ้นของอำนาจให้กับความรู้ ทำให้ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของอำนาจ

ด้วยคุณลักษณะของความรู้ความจริงที่กำหนดให้นี้ ทำให้ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันกลายเป็นความรู้ที่มีอำนาจมาก เป็นความรู้ระดับสากลซึ่งวงการแพทย์ทั่วโลกให้การยอมรับเพราะเป็นความรู้ที่สามารถปฏิบัติความรู้เก่าในวงการแพทย์ได้สำเร็จมาแล้ว

โดยความรู้ถูกพิจารณาว่ามีอำนาจมาก เมื่อความรู้สามารถที่จะแสดงถึงสภาพของความจริงว่าอะไรคือความรู้ อะไรคือความจริง ซึ่งก็หมายความว่าในขณะเดียวกัน ก็ได้กำหนดด้วยว่าอะไรไม่ใช่ความรู้ อะไรไม่ใช่ความจริงด้วย เช่น ถ้ากำหนดว่าโรคเป็นสภาวะของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะระบบอวัยวะแต่ละส่วนถูกรบกวนโดยเชื้อโรค ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกเท่านั้นก็หมายความว่ากำหนดว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตัวเชื้อโรค เช่น ปัจจัยทางด้านสังคมก็ไม่ใช่สาเหตุที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความรู้หรือความจริงเกี่ยวกับโรค จึงขึ้นอยู่กับ การสร้างกฎเกณฑ์ที่ความจริงได้ถูกผลิตขึ้น ซึ่งเราเรียกว่าระบอบของ

ความจริง (regime of truth) ของตนเองชุดหนึ่งขึ้นมา ซึ่งภายในอาณาจักรนี้จะมีการปฏิบัติ การทางสังคมที่หลากหลายระดับและซับซ้อน เพื่อแสดงให้เห็นจริงว่าโรคเกิดจากเชื้อโรคจริง ๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคลากร ทางการแพทย์ สู่บุคคลอื่น ๆ รวมทั้งสู่สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การแสดงให้เห็นจริงถึง ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล เช่น การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค ด้วยการฉีดวัคซีนเพื่อต่อต้านโรคจากเชื้อแบคทีเรีย ความรู้จึงมีลักษณะเหมือนความจริงที่ถูก พิจารณาวามีอำนาจ

ในทัศนะของฟูโก ความรู้และอำนาจมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ต้องอ้างอิงซึ่งกันและกัน โดยตรง ไม่มีอำนาจใดที่ไม่สัมพันธ์กับความรู้ และไม่มีความรู้ใดที่ถูกสร้างขึ้นโดยไม่มีอำนาจ สนับสนุน แต่อำนาจที่ว่านี้ไม่ใช่อำนาจจากศูนย์กลางของอำนาจหรือจากผู้นำตามระบบ การปก ครองแบบเผด็จการ แต่เป็นอำนาจที่มาจากความเชื่อในเหตุผล ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ (Foucault. 1977 : 27-28) นั่นก็คือความรู้ ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากการพัฒนาในรูปแบบความ ก้าวหน้าจากสาเหตุไปหาผล ซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เราได้เข้าถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับ คน ซึ่งเกิดขึ้นโดยการขยับจากความรู้ที่เกิดจากการสังสมจากการสังเกต จ้องมอง การยืนยัน พยานหลักฐาน การจัดหมวดหมู่และอาการต่างๆ ให้กลายเป็น “สภาพ” ซึ่งแยกแยะ “ความเป็น ปกติและมีสุขภาพที่ดี” ของคนจาก “การเบี่ยงเบนหรือความผิดปกติ” ซึ่งสามารถให้การดูแล รักษาได้ โดยการใช้อาหรือเทคโนโลยีอื่นๆ ความรู้และความจริงในเรื่องสุขภาพที่วางอยู่บน หลักการวิทยาศาสตร์ ได้ผูกติดกับอำนาจ เนื่องจากได้ถูกใช้เพื่อการวางระเบียบและทำให้แต่ละ บุคคลมีชีวิตที่เป็นปกติ

การสถาปนาทางการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านสถาบันทางการแพทย์

เมื่อความรู้ได้ถูกสร้างขึ้นมาแล้ว ภาควิชาการที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินการต่อยก ย้ำความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมา ได้รับการเผยแพร่ จนเป็นที่ยอมรับของสังคมในแนวกว้าง จึงจำเป็นต้องสร้างสถาบันที่เกี่ยวข้องขึ้นมารองรับความรู้ ซึ่งก็คือ การสร้างโรงพยาบาล การสร้างสถาน ศึกษาผลิตความรู้ ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้

การสถาปนาทางการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านโรงพยาบาล ตั้งแต่ศตวรรษที่ 17 เป็นต้น มา จากที่เคยเชื่อกันว่าสิ่งที่มีอำนาจเหนือชีวิตก็คือการฆ่าหรือการลงโทษ ก็ค่อยๆเปลี่ยนมาเชื่อ กันว่าการดูแลรักษาต่างหากที่มีอำนาจเหนือชีวิต โดยถือกันว่าอำนาจเหนือชีวิตหรือพลังแห่ง ชีวิตคือพลังในการควบคุมบุคคลแต่ละบุคคล ตลอดจนประชากรทั้งหมด ฮาโกซาลอ (Hakosalo. 1991 : 9) นิยามไว้ว่าพลังเหนือชีวิต ก็คือกลไกที่ใช้ควบคุมและชี้แจงเพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพ และสุขภาพบุคคลแต่ละบุคคลตลอดจนประชากรทั้งหมด โดยการมองว่า บุคคลแต่ละบุคคลและ

ประชากรทั้งหมด เป็นอะไรที่สามารถควบคุมได้ตามแนวคิดทางการเมือง ที่เกี่ยวข้องกับการขยายตัวของจำนวนประชากรและการดูแลสุขภาพชีวิต ฟูโก (Foucault. 1990 : 142-143) กล่าวว่านับได้ว่าเป็นครั้งแรกที่เริ่มมีการหันมาสนใจกับการมีชีวิตมากกว่าการตาย ทำให้การเมืองและชีวิตเริ่มที่จะเกี่ยวข้องกัน ร่างกายจึงกลายเป็นจุดสนใจในการศึกษาบุคคลแต่ละบุคคล นับตั้งแต่ตอนต้นศตวรรษที่ 18 ก็มีการพัฒนาแนวคิดต่างๆ ที่จะสนับสนุนว่าร่างกายเป็นสิ่งที่สามารถจะใช้งาน ที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงได้ โดยที่ ดรายฟัส และราบินาว (Dreyfus and Rabinow. 1982 : 153-154) ได้กล่าวไว้ว่า มีลักษณะการควบคุมร่างกายบางอย่างอยู่ในทุกๆ สังคม โดยที่อำนาจ ของการปฏิบัติจะแยกร่างกายออกเป็นส่วนๆ แล้วฝึกฝนแต่ละส่วน เพื่อให้ร่างกายทั้งหมดมี ประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจในร่างกายของแต่ละบุคคลเสียก่อน และก็นับได้ว่าเป็นครั้งแรกที่อนาคตทางสังคมไม่ได้เพียงแค่เกี่ยวข้องกับจำนวนของคน และครอบครัว หากแต่ยังรวมไปถึงบุคคลแต่ละเพศ. กล่าวได้ว่าการเรียนรู้เกี่ยวกับประชากร ทำให้รัฐบาลเรียนรู้ว่า การจัดการกับประชากรจะเต็มไปด้วยกลยุทธ์มากมาย ในการจัดการกับบุคคลแต่ละบุคคล เพราะว่าทั้งสุขภาพ การเจ็บไข้ได้ป่วย การตาย และการเกิดของประชากร ก็ล้วนแล้วแต่เป็นประเด็นทางเศรษฐกิจและการเมืองที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับแรงงานและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจตลอดจนความมั่งคั่ง (Gastaldo. 1997 : 114-115)

โรงพยาบาลจึงเป็นพื้นที่แบบหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาสำหรับให้ความรู้ ได้แสดงอำนาจ ซึ่งฟูโกเรียกพื้นที่นี้ว่าเป็นพื้นที่พิเศษ (heterotopias) หรือที่ ฮ็องรี เลอเฟบเวอ (Henri Lefebvre) เรียกว่าพื้นที่ทางสังคม (social space) (Lefebvre. 1996 : 125) โดยพื้นที่ที่สร้างขึ้นมานี้ จะถูกกระทำด้วยเทคนิควิทยาการของพื้นที่แบบหนึ่งที่ว่า "การทำพื้นที่ให้บริสุทธิ์ ผุดผ่อง" (The purification of space) (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2542 : 148) ซึ่งกระทำได้โดย ประการแรก สร้างพื้นที่นั้นให้เป็นพื้นที่ที่บุคคลอื่นล่วงล้ำเข้ามาไม่ได้ โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่เฉพาะเจาะจงของพื้นที่นั้น ขณะเดียวกันก็กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลพื้นที่นั้นๆ ด้วย ซึ่งพื้นที่ที่ถูกสร้างขึ้นและผู้ที่ถูกกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลพื้นที่นั้นๆ ในแต่ละยุคสมัยจะแตกต่างกัน ประการที่สอง จัดให้พื้นที่ที่ถูกสร้างขึ้นมานั้นเป็นพื้นที่เพื่อผลของการสอดส่อง ควบคุม เพื่อดูแล พิทักษ์ความศักดิ์สิทธิ์ของพื้นที่เอง เพราะฉะนั้นโรงพยาบาล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ถูกสร้างขึ้นมา จึงเป็นประดิษฐกรรมทางสังคมที่ทำให้ความรู้และอำนาจของการแพทย์แผนปัจจุบันได้มาบรรจบกัน ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลจึงเป็นสนามวาทกรรมที่ตรึงให้วิชาชีพแพทย์มีอำนาจ มั่นคง ยิ่งใหญ่

โรงพยาบาล จึงเป็นสถาบันที่สำคัญยิ่งยวดสถาบันหนึ่งของระบบความเป็นอยู่ในสังคมสมัยใหม่ที่ผู้คนเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลก็เป็นสัญลักษณ์ของความเป็นใหญ่ในสังคมนั้นๆ โดยเป็นตัวตัดสินว่าสังคมนั้นมีความก้าวหน้าในความเชี่ยวชาญทางการแพทย์มากน้อยเพียงใด โดยการบ่งบอกว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นมีความก้าวหน้าในความ

เชี่ยวชาญทางการแพทย์เฉพาะทาง ระบบบริหารโรงพยาบาลแบบรวมเข้าหาศูนย์กลางมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการฝึกอบรมแพทย์ และโรงพยาบาลในฐานะที่ดำรงความเป็นสถาบันก็มีอำนาจในการควบคุมคุณภาพ จรรยาบรรณของบุคลากรด้านอาชีพแพทย์ ภาพลักษณ์ความเป็นอยู่ของโรงพยาบาลเป็นดัชนีที่แสดงให้เห็นภาพโครงสร้าง ส่วนประกอบของสังคมที่เจริญแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นสถาบัน ที่ชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงทางการพัฒนาโครงสร้างความสัมพันธ์ในสังคมและผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว เพราะโรงพยาบาลเป็นกรอบคอยเกื้อหนุนค้ำจุนสถาบันครอบครัวเล็กๆ แต่ละแห่งภายในสังคมนั้น โรงพยาบาลถูกจัดว่าเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องความก้าวหน้าทางปัญญาของสังคมปัจจุบัน โรงพยาบาลจัดว่าเป็นดัชนีการยกระดับการบริหารประเทศของรัฐบาลในศตวรรษที่ 18 ซึ่งในยุคนั้น ศูนย์รวมอำนาจได้เปลี่ยนไปอยู่ในมือของสถาบันครอบครัว โรงพยาบาลจัดว่าเป็นสนามอาชีพของมืออาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทต่อพื้นฐานที่สำคัญหลายอย่างของสังคมอุตสาหกรรม กล่าวคือ มีบทบาทต่อการพัฒนาเป็นเมืองใหญ่ที่เจริญด้วยเทคโนโลยี และต่อสวัสดิการด้านสาธารณสุข แก่พลเมืองในสังคม และต่อการควบคุมดูแลผู้ที่มีอำนาจในการสาธารณสุข และต่อการพัฒนาการบริการด้านการแพทย์ การขยายขอบเขตอำนาจของวงการสาธารณสุขและการพัฒนาของวงการแพทย์ในยุคนี้นั้น ขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์ของโรงพยาบาล และจะเห็นได้ว่าวิชาการแพทย์ที่มีผลกระทบต่อสังคมนั้น ขึ้นอยู่กับความเป็นพันธมิตร ความร่วมประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (Larson, 1977) กล่าวโดยสรุป ก็คือ ในยุคสมัยใหม่นี้ อำนาจด้านการแพทย์เจริญขึ้นควบคู่กับพัฒนาการความรู้ด้านการแพทย์นั่นเอง (Mumford, 1983 : 363) การขยายตัวทางความรู้ทางการแพทย์ ได้ดำเนินไปในทิศทางเดียวกับการเติบโตของสังคมร่วมสมัย และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และการรักษาโรคของจำนวนโรงพยาบาล ที่ตั้งขึ้นในสังคมหนึ่งๆ

ก่อนยุคแห่งเหตุผล “ผู้ป่วย” อยู่ปะปนกับคนปกติทั่วไป สมัยนั้นยังไม่มีมาตรการใดที่จะจัดให้มีสถานที่ที่เป็นพื้นที่พิเศษสำหรับผู้ป่วยแยกออกไปจากโลกของคนปกติทั่วไป โรงพยาบาลในสมัยนั้นจึงเป็นเพียงการให้ที่พักอาศัยแก่ประชาชนผู้รอนแรมเดินทางทั่วไป แล้วเกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเดินทางครึ่คร่าในพระเจ้า เป็นการจัดที่พักในลักษณะแบบบ้านเปิดสำหรับผู้ป่วย คนชราคนยากจน ผู้ที่ไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้มาพักอาศัยควบคู่ไปด้วย โบสถ์ก็มีลักษณะเป็นสถานที่เปิดสำหรับผู้เดินทาง อยู่ตรงประตูโบสถ์เพื่อให้พักอาศัย สถาบันที่มีแนวโน้มให้บริการผู้ป่วยจะเรียกตัวเองว่า Spitals หรือ Spittle Houses ซึ่งแปลว่าการผลิตออก แต่กลับมาใช้ในความหมายในรูปแบบของการต้อนรับดูแล โดยมีพระสงฆ์ และแม่ชีเป็นผู้ควบคุมและให้การปฏิบัติ (Turner, 1995 : 158)

หลังจากพระราชบัญญัติก่อตั้ง Hôpital General ในปารีส ปี ค.ศ. 1656 ไม่กี่ปีก็ได้จับคนจรจัด คนจน คนขอทาน คนป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กามโรค อาชญากร และคนบ้า ซึ่งถูก

มองจากสังคมว่าไร้ประโยชน์ไปคุมขังไว้ ดังนั้นการก่อตั้ง Hôpital General จึงไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เลย ในอังกฤษก็มีสถานที่ที่มีความหมาย และทำหน้าที่เช่นเดียวกันนี้คือ Houses of Correction และ Zuchthausern ในกรณีของเยอรมันปรากฏว่า การเกิดขึ้นของสถาบันแห่งการคุมขังในศตวรรษที่ 17 ซึ่งมีอยู่ทั่วไปในยุโรปตะวันตกนั้น ฟูกูมองว่าเป็นการแทนที่สถานที่ ในรูปแบบของการกักกันผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีมาก่อนยุคหน้าเหตุผล ซึ่งได้มีจำนวนลดลงจนเกือบหมดไปในตอนปลายยุคกลางต่อกับยุคแห่งการฟื้นฟูศิลปวิทยา นอกจากนั้น “เป้าหมาย” ของการคุมขังก็ต่างไปจากเดิม ซึ่งมีเป้าหมายหลักอยู่ที่การควบคุมมิให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกไปสร้างอันตรายแก่สังคมภายนอก มิได้คาดหวังให้ผู้ที่ถูกคุมขังต้องผลิตงานอะไรออกมาเป็นชิ้นเป็นอัน เหมือนเช่น การคุมขังที่พัฒนาขึ้นในศตวรรษที่ 17 ซึ่งมีความหมายที่ถูกสร้างขึ้นหลายประการคือ ความหมายประการแรก การคุมขังให้ประโยชน์แก่วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในตอนปลายศตวรรษที่ 16 โดยการจับคนขอทานและคนจรจัดซึ่งมีอยู่ถึงสามหมื่นคน ในจำนวนประชากรในปารีสทั้งหมดที่มีไม่ถึงหนึ่งแสนคนมาคุมขังไว้ เนื่องจากผู้ปกครองเมืองต่างๆต่างก็มองว่า คนขอทาน และคนจรจัด เหล่านี้เป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์ต่อสังคมและสร้างความปั่นป่วน รบกวนขนาดใหญ่โดยการลักอื้อ จลาจล ซึ่งไม่ว่าจะมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากความยากจนหรือไม่ก็ตามให้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ความหมายประการที่สอง การคุมขังยังให้ประโยชน์ในช่วงที่ไม่เกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจด้วย เพราะในช่วงที่มีการจ้างงานอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย ค่าจ้างงานในตลาดแรงงานจะสูงขึ้น แต่แรงงานของผู้ต้องขังสามารถเป็นแรงงานที่ราคาถูกได้ด้วยเหตุนี้สถานที่เหล่านี้จึงเข้มงวด และเน้นย้ำเป็นพิเศษในการบำบัด ผู้ถูกคุมขังโดยการให้ทำงานนานาชนิด ความหมายประการที่สาม การคุมขังเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับจริยธรรมเรื่องงานของกระฎุมพีที่ถือว่าความเกียจคร้านเป็นบาปที่สุด เพราะฉะนั้นคนขอทาน คนว่างงาน คนจรจัด อาชญากร คนบ้า จึงต้องถูกจับมาขังไว้ และถูกบังคับให้ทำงาน และเมื่อพิสูจน์ตัวเองว่าสามารถทำงานได้อย่างดีก็จะได้รับการปล่อยตัว ซึ่งการปล่อยตัวในที่นี้มิใช่เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเขาผู้นั้นจะเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อสังคมต่อไป แต่ที่สำคัญกว่าคือเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเขาได้ยอมรับกฎเกณฑ์ทางจริยธรรมของความเป็นมนุษย์เข้าไว้แล้วว่า เกิดเป็นคนต้องทำงาน ความหมายประการสุดท้าย ภายใต้สถาบันการคุมขัง เป็นการหลอมรวมกันของอำนาจทางกฎหมาย คือ อำนาจหน้าที่ในการควบคุมของผู้คุมขังกับอำนาจทางศาสนา ด้วยการอบรมจิตใจผู้ต้องขัง ซึ่งแนวคิดหลักที่อยู่เบื้องหลังก็คือการแบ่งแยกกระหว่างสิ่งที่เรียกว่า “เหตุผล” (reason) กับสิ่งที่เรียกว่า “นอกเหตุผล” (unreason) ยุคแห่งเหตุผลคือการมองว่าสิ่งที่นอกเหตุผล เป็นสิ่งที่ไม่มีเหตุผล และถือว่าสิ่งที่ไม่มีเหตุผลเป็นสิ่งที่ผิดปกติ ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมเอาไว้เพื่อปรับปรุงให้บุคคลเหล่านั้นปฏิบัติตามครรลองของเหตุผลได้ต่อไปในภายหลัง (สมเกียรติ วันทะนะ. 2531 : 50-52 ; อ้างอิงจาก Foucault. *Madness and Civilization*.)

ในส่วนของโรงพยาบาล จากการปฏิบัติงานในลักษณะ “บ้านเปิด” ได้มีการเติบโตและการพัฒนาของโรงพยาบาลให้เป็นสถาบันทางสังคม โดยรูปแบบของโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในยุคแรก เป็นการพัฒนาจากบ้าน “spital” ที่ทุ่มเทให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน (leprosy) ต่อมายาน “spital” จึงถูกรู้จักในนามบ้านโรคเรื้อน ในปี ค.ศ.1078 สถานพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนแห่งหนึ่งได้ถูกสร้างขึ้นที่เมือง “โรเอสเตอร์” และต่อมาในปี ค.ศ.1084 ท่านอัครสังฆราช “ลันฟรังก์” (Lanfrance) ได้สร้างสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นที่เมือง ฮาร์เบิล ดาร์น โกลด์เมือง แคนเตอร์เบอรี ซึ่งสามารถรองรับผู้ป่วยได้มากถึง 100 คน บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนได้พัฒนามากขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงศตวรรษที่ 12 และ 13 และเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นมากมาย บ้านอนาถาหลายหลังถูกใช้ให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้เป็นโรคเรื้อน ต่อมาได้มีบทบัญญัติกฎหมายในการควบคุมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน และกฎเหล่านี้รวมไปถึงการป้องกันผู้เป็นโรคเรื้อนเข้าเมือง โรคเรื้อนเกิดขึ้นน้อยลงหลังปี ค.ศ.1315 เมื่อเกิดการกีดกันอาหารอย่างหนัก หลังจากนั้นได้มีรูปแบบของโรงพยาบาลเฉพาะทางเกิดขึ้นอีกในสองลักษณะ คือ ลักษณะแรก เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทางจิต โดยโรงพยาบาลเซนต์ แมรีคอฟ เบธเลเฮม (St. Mary of Bethlehem) ในกรุงลอนดอน ได้ถูกสร้างขึ้นใน ค.ศ. 1247 และกลายเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในเรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจิต โรงพยาบาลยังเป็นคำจำกัดความดั้งเดิมของคำว่าประสาท ซึ่งเรียกว่าเบดลามไมท์ส (Bedlamites) ใน ค.ศ.1845 ได้มีตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิต และได้มีผลบังคับให้ทุกมณฑลกิ่งอำเภอ สร้างสถานพยาบาลสำหรับบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิต โรงพยาบาลเฉพาะทาง ในลักษณะที่สอง เป็นการพัฒนาโรงพยาบาลสำหรับผู้หึงมีครรภ์ ใน ค.ศ. 1414 มีกฎหมายบัญญัติให้รองรับหญิงมีครรภ์ ที่ต้องการการดูแลไว้เป็นการพยาบาลเพื่อการกุศลอีก รูปแบบหนึ่งของการรักษาในโรงพยาบาล ในสมัยนั้นมีโรงพยาบาลใหญ่ 2 แห่งในกรุงลอนดอน ได้เปิดให้บริการแผนกดูแลหญิงมีครรภ์ และการให้เลี้ยงดูเด็กที่มารดาได้เสียชีวิต ในศตวรรษที่ 19 ได้มีบันทึกว่าหลังจากคลอดบุตร มารดาจำเป็นต้องได้รับการพักผ่อนหลังคลอด ซึ่งต่อมากลายเป็นข้อกำหนด ที่ผู้หญิงในชนชั้นกลางมีสิทธิได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษจากแพทย์ด้วย (Turner. 1995 : 158-159)

ในระหว่างสมัยฟื้นฟูและสมัยปฏิรูปสังคม รูปแบบการดูแลรักษาภายใต้การดูแลขององค์กรทางศาสนาเสื่อมลง เนื่องจากความเชื่อ และความศรัทธาในศาสนาเสื่อมลง จึงเกิดการย้ายอำนาจการควบคุมดูแลโรงพยาบาลจากฝ่ายศาสนาไปสู่ประชาชน ทำให้โรงพยาบาลมีภาพการบริหารงานที่แยกกัน โรงพยาบาลในหน่วยงานของรัฐจะบริหารงานตามความต้องการและความพอใจของผู้บริหารแต่ละคนที่มาดำรงตำแหน่ง ซึ่งก่อให้เกิดการเสื่อมลงของโรงพยาบาลกลางศตวรรษที่ 15 โรงพยาบาลหลายแห่งในยุโรป ได้ประสบกับความขาดทุน โรงพยาบาลจึงได้จำกัดการบริการไว้เฉพาะคนที่ป่วยจริงและสามารถรักษาให้หายได้ บทบาทของโรงพยาบาล

จึงมีความหมายเป็นสถาบันที่รักษาผู้ป่วยเพื่อให้เขาเหล่านั้นกลับคืนสู่สังคมได้ตามปกติ อย่างไรก็ตามในปลายศตวรรษที่ 16 โรเซน (Rosen. 1963) ได้อธิบายไว้ว่า โรงพยาบาลได้มีความหมายใหม่ คือเป็นสถานที่ที่ดูแลด้านสวัสดิการทางสังคม โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำ คนขอทาน คนจรจัดต่างเรียกร้องถึงสิทธิในการเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกันต่อจากสมัยฟื้นฟูและสมัยปฏิรูปทางสังคม แพทย์ได้เริ่มมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลมากขึ้น และมีความเห็นว่า โรงพยาบาลมีคนป่วยและคนบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก ที่ต้องศึกษาปัญหาทางสุขภาพ และทำการรักษาด้วยเทคนิคต่างๆที่กำลังวิวัฒนาการ จนกระทั่งถึงศตวรรษที่ 17 แพทย์ได้เข้าไปดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล และมีอำนาจเพิ่มมากขึ้น จนถึงศตวรรษที่ 18 หน้าที่หลักของโรงพยาบาลคือการให้การรักษา แต่ประชาชนทั่วไปไม่นิยมไปใช้บริการ ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยจำนวนเพียงเล็กน้อยรอดชีวิตจากการรักษา แม้ว่าโรงพยาบาลจะได้พยายามอย่างยิ่งยวด แต่สังคมก็ให้ความหมายกับโรงพยาบาลใหม่ว่าเป็นสถานที่คนจนไปตาย ซึ่ง โค (Coe. 1970 : 245) กล่าวว่า ที่เป็นเช่นนั้นมิสาเหตุมาจากวิธีการรักษาที่ไม่ถูกต้อง สภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่ยู่กันอย่างแออัด มีการระบายอากาศไม่ดี ผู้ป่วยต้องนอนในเตียงเดียวกัน โดยไม่คำนึงถึงโรคของผู้ป่วย นอกจากนั้นแพทย์ก็ไม่ปฏิบัติตามให้เป็นไปตามมาตรฐานสุขอนามัยเบื้องต้น เช่น การล้างมือ การใช้ผ้าปิดปาก ให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ (มัลลิกา มัติโก. 2542 : 60-62)

ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมาการแพทย์ได้กลายเป็นวิทยาการทางเทคโนโลยี ที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ เพื่อค้นคว้าหาความรู้ทางการแพทย์ที่ต้องการและปลอดภัย ทำให้ภาพพจน์ของโรงพยาบาลเป็นสถาบันเพื่อดูแลทางการแพทย์ เพื่อการวิจัยทางการแพทย์และเพื่อการศึกษาแก่นักศึกษาแพทย์

โรงพยาบาลได้กลายเป็นสถาบันชั้นสูง ที่มีแบบการดำเนินงานในกระบวนการเพื่อค้นหาพฤติกรรมของมนุษย์ เพราะพฤติกรรมต่างๆของมนุษย์ซึ่งไม่ถูกยอมรับในสังคม จะถูกให้ความหมายว่าเป็นโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้นทุกวัน โดยพฤติกรรมดังกล่าวเป็นที่ยอมรับว่าต้องการการรักษามากกว่าจะเป็นพฤติกรรมทางอาญาที่ต้องถูกลงโทษ (Freidson. 1970 : 248)

สำหรับประเทศไทย ความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้เข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาที่มีความสัมพันธ์กับประเทศตะวันตก โดยบาทหลวงชาวฝรั่งเศส ได้มาตั้งคลินิกรักษาประชาชน เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้คริสต์ศาสนาไปด้วย แต่อำนาจของความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันก็ได้ทำให้วิธีการดูแลสุขภาพแบบเดิมของไทยเปลี่ยนแปลง เป็นเพราะปัจจัยหลายประการได้แก่ วัฒนธรรมของสังคมไทยในสมัยนั้นไม่เอื้ออำนวยในการรับความรู้แบบนี้ ประกอบกับชาวฝรั่งเศสอยู่ในอยุธยาไม่นาน ทำให้ความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบันสิ้นสุดลง

การรับความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเป็นระบบและจริงจังเป็นครั้งแรก เกิดขึ้นในรัชกาลที่สาม แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ โดยการเผยแพร่ความรู้ของมิชชันนารี ชาวอเมริกา ชื่อ แดนนี บรัดเลย์ ซึ่งในระยะแรกเป็นการเผยแพร่ความรู้เฉพาะในราชสำนักกลุ่มนิยมความรู้แบบตะวันตก และประชาชนผู้ยากไร้ที่มิชชันนารีหวังผลในการเผยแพร่ศาสนา ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่ยังยึดถือความรู้แบบเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา จนเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพ เช่นการใช้สมุนไพร การนวด การรักษาแบบไสยศาสตร์ การยอมรับความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบัน จะเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีที่คับขันหรือเมื่อได้ประจักษ์ในประสิทธิภาพของการรักษาหรือป้องกันโรคนั้นๆอย่างชัดเจน เป็นการเลือกใช้ความรู้ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์ และใช้ได้ผลรวดเร็ว เช่น การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การรักษาโรคพิษสุนัขบ้า และความรู้ในการรักษาโรคทางศัลยกรรม (ญัฐ ภมรประวัติ. 2538 : 78) กล่าวได้ว่าเมื่อมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชขึ้นในปี พ.ศ. 2431 เพื่อรองรับความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบันในการให้บริการแก่ประชาชนนั้น ความรู้นี้ก็ยังไม่เป็นที่นิยมเชื่อถือของคนไทยทั่วไป อย่างไรก็ตามความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบันก็ค่อยๆได้รับการยอมรับจากสังคมไทยมากขึ้น หลังจากการพิสูจน์ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรค การปรุงตัวยา ฯลฯ ป้อมปราการสุดท้ายคือการสนับสนุนความรู้นี้อย่างเป็นทางการของชนชั้นผู้ปกครองของไทย โดยการออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ในปี พ.ศ. 2460 ซึ่งการจัดกระทำดังกล่าวทำให้ความรู้ของการแพทย์แผนไทยถูกควบคุมไม่ให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ขณะเดียวกันเป็นการให้อำนาจความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ในระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทย นอกจากนั้นได้มีการจัดกระทำโดยทางราชการในแต่ละยุคเพื่อสนับสนุนอำนาจของความรู้การแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ ในช่วงยุคทองของความรู้การแพทย์แผนปัจจุบัน พ.ศ. 2431- พ.ศ. 2475 มีการพัฒนาความรู้นี้โดยผ่านมูลนิธิโรคกีฬ เพลเลอร์ และหลังการก่อตั้งโรงพยาบาล ทางราชการได้ออกอุบายต่างๆ เช่น ได้ออกประกาศให้เงินแก่ผู้ไปคลอดที่โรงพยาบาลศิริราช พร้อมทั้งแถมเบาะ และผ้าอ้อมให้อีกด้วย วิธีการเหล่านี้ผสมกับความเพียรพยายามของผู้ใหญ่ในวงการแพทย์ ทำให้ประชาชนค่อยๆเชื่อใจในคุณประโยชน์ของความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันมากยิ่งขึ้น (อวย เกตุสิงห์. 2521 : 14) ต่อมาในยุคที่ 2 คือช่วงปี พ.ศ. 2475-พ.ศ. 2485 มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ คณะราษฎรได้ประกาศนโยบายขยายสถานบริการโรงพยาบาลประจำจังหวัด และสถานอนามัยไปสู่ประชาชนในส่วนภูมิภาค รวมทั้งการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485 ทำให้ความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันมีอำนาจเป็นปีกแผ่นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงยุคที่ 3 กิจกรรมที่สนับสนุนอำนาจของความรู้การแพทย์แผนปัจจุบัน ให้เป็นการแพทย์กระแสหลักของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2495- พ.ศ. 2503 ก็คือ การดำเนินโครงการปราบโรคติดต่อที่สำคัญๆหลายชนิด เช่น มาเลเรีย คุดทะราด เรื้อน และวัณโรค

ด้วยการตัดสินใจของชนชั้นผู้ปกครองประเทศและการจัดกระทำดังกล่าว ทำให้ความรู้ การแพทย์แผนปัจจุบันมีอำนาจเข้ามารอบคลุมการรักษาพยาบาลทั้งหมดของสังคมไทยจนถึง ปัจจุบัน

การสถาปนาการศึกษาแพทย์แผนปัจจุบันผ่านสถาบันการให้ความรู้

นอกจากการสร้างโรงพยาบาล เพื่อรองรับความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วยังมี การสร้างสถาบันการศึกษา คือคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยเพื่อผลิตข้าความรู้ให้กับบุคคล ที่มาศึกษา เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการเผยแพร่ความรู้ นั้น ๆ ต่อไป

ในสมัยการฟื้นฟูศิลปวิชาการ การศึกษาด้านการแพทย์ไปอยู่ในมือของบุคคลธรรมดาที่เป็น แพทย์ และมีการคิดค้นวิธีการรักษาที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น โรงเรียนแพทย์ที่เกิดขึ้นเป็น แห่งแรกที่เน้นเนื้อหาทางวิทยาศาสตร์คือโรงเรียนแพทย์ จอห์นส์ ฮอปกินส์ ใน ค.ศ. 1893 โดย กำหนดคุณสมบัติของนักศึกษาที่เข้ามาเรียนว่า ต้องเรียนระดับมหาวิทยาลัยมาแล้ว 4 ปี แล้วจึง มาเรียนหลักสูตรแพทย์ที่สถาบันนี้อีก 4 ปี ซึ่งในขณะนั้นโรงเรียนแพทย์อื่นๆ ในอเมริกายังไม่มี การบังคับ และหลักสูตรการเรียนแพทย์ก็ใช้เวลาเรียนเพียง 2 ปี เท่านั้น เมื่อ ค.ศ. 1847 สมาคมแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association) หรือ AMA ได้ร่วมกับพวกนาย ทุน สามารถปฏิรูปการศึกษาวิชาแพทย์ที่อาศัยการวางยาแรงๆ เป็นแนวทางการรักษาแนวทาง เดียวที่เป็นที่ยอมรับ นอกจากนั้นสมาชิกของสมาคมได้มีโอกาสเข้าทำงานในโรงเรียนแพทย์ที่มี ชื่อเสียง และสามารถโน้มน้าวให้สถาบันแห่งนั้นๆ มุ่งความสนใจในการค้นคว้าวิจัยทางวิชาการ และเมื่อมีกฎหมายเกี่ยวกับการจดทะเบียนประกอบโรคศิลป์ออกมา แพทย์พวกนี้ได้มีโอกาส ร่วมเป็นกรรมการ ในคณะกรรมการจดทะเบียนเป็นจำนวนมาก จนสามารถจำกัดจำนวนนัก ศึกษาแพทย์ที่มาเรียน ให้มีแต่นักศึกษาที่จบจากสถาบันวิทยาศาสตร์เท่านั้น นอกจากนั้น สมาคมแพทย์อเมริกันมีอิทธิพลก่อให้เกิดคณะกรรมการประจำทางการศึกษาวิชาแพทย์ และได้ พยายามออกข้อสอบให้แพทย์ที่สนใจวิทยาศาสตร์พื้นฐานมีโอกาสติกว่าจะเห็นได้ว่าสมาคม แพทย์อเมริกันมีอิทธิพลอย่างมากมาย เพราะอาจจะปฏิเสธไม่ยอมให้แพทย์จากโรงเรียนที่ตน ไม่รับรองสอบบอร์ดผ่าน ทำให้โรงเรียนแพทย์จำนวนมาก ตกลงว่าใน ค.ศ. 1910 ผู้ที่จะเข้า เรียนแพทย์จะต้องมีพื้นฐานความรู้ฟิสิกส์ เคมี และชีววิทยา ระดับมหาวิทยาลัยมาแล้วอย่าง น้อย 1 ปี และโรงเรียนแพทย์เอกชนพยายามรวมตัวกันเป็นคณะหนึ่งของมหาวิทยาลัย ส่วน โรงเรียนที่ด้อยมาตรฐานมากก็ต้องเลิกกิจการไปเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นผลจากการปรับมาตรฐาน การศึกษาแพทย์ครั้งใหญ่ใน ค.ศ. 1910 จากรายงานการศึกษาวิชาชีพแพทย์ของ นายเฟล็ก เนอร์ ที่ได้รับทุนของมูลนิธิคาร์เนกี ทำให้การศึกษาของแพทย์ได้รับการปรับปรุงจนกลายเป็น ระบบที่ใช้กันอยู่จนทุกวันนี้ คือ 1) การศึกษาแพทยศาสตร์มีหลักสูตร 4 ปี โดยนักศึกษาต้อง ผ่านการเรียนในชั้นเตรียมแพทย์เป็นเวลา 1-2 ปี 2) มีการศึกษาภาคปฏิบัติและให้มีคณาจารย์

ประจำ 3) ให้นักศึกษามีความรู้ทางด้านคลินิกมากขึ้น 4) ให้โรงเรียนแพทย์เข้ามาสังกัดในมหาวิทยาลัย 5) ให้มีการค้นคว้าวิจัยร่วมไปกับการสอน คือไม่แยกงานวิจัยออกไปทำในหน่วยงานอื่นๆ (ศรีเทพ แวหวงษ์. 2522 : 38-41)

สำหรับประเทศไทย หลังจากได้ตั้งโรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2431 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 ได้ทรงสร้างโรงเรียนแพทยากรในปี พ.ศ. 2432 เพื่อผลิตแพทย์แผนปัจจุบัน ให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างๆ จึงได้จัดให้มีการสอนวิชาแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช กระทรวงธรรมการได้จ้างแพทย์ชาวอเมริกัน มาเป็นอาจารย์สอน การกำหนดรูปแบบหลักสูตรเป็นหน้าที่ของกรมศึกษาธิการและกรมพยาบาล ซึ่งเป็นหลักสูตร 3 ปี มีการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณในหลักสูตรร่วมด้วย ต่อมา พ.ศ. 2443 โรงเรียนแพทยากรได้ปรับเปลี่ยนเป็นโรงเรียนราชแพทยาลัย (Royal College of Physicians) พร้อมทั้งได้ปรับสถานที่เรียนให้เหมาะสมมากขึ้นใน พ.ศ. 2446 ได้ขยายหลักสูตรการศึกษาเป็น 4 ปี และ พ.ศ. 2453 ได้ขยายหลักสูตรการศึกษาแพทย์เป็น 5 ปี ใน พ.ศ. 2459 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้โรงเรียนข้าราชการพลเรือน ซึ่งสร้างในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นมหาวิทยาลัยพระราชนามว่าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งทำให้โรงเรียนแพทยาลัย ปรับเปลี่ยนสถานภาพไปเป็น คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล สังกัดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งเพิ่มหลักสูตรเป็น 6 ปี ต่อมาใน พ.ศ. 2464 มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ของสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาโรงเรียนแพทย์ของศิริราช และประการสำคัญที่สุด สมเด็จพระบรมราชชนกทรงสนพระทัย และทรงเป็นผู้นำในการพัฒนาดังกล่าวและทรงโปรดเลือกใช้แพทยศาสตร์ศึกษาแบบอเมริกันเป็นหลักในการพัฒนา การศึกษาแพทยศาสตร์ของไทยได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพสูงขึ้นถึงขั้นปริญญา จัดหลักสูตรการเรียนเตรียมแพทย์กำหนด 2 ปี และการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตร์อีก 4 ปี ในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง ประเทศไทยได้ปรับปรุงกระทรวงต่างๆ รวมทั้งการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2485 ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขไทยที่มีความสำคัญมาก รัฐบาลในขณะนั้นเห็นความจำเป็นที่จะต้องรับขยายการผลิตแพทย์และนักวิชาชีพ ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงมีการรวบรวมคณะวิชาชีพเหล่านั้น ทั้งคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมด้วยวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก็ถูกโอนมารวมจัดตั้งเป็นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2485 และเพื่อกระชับนโยบายการผลิต และนโยบายบริการสาธารณสุข จึงให้มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์มีฐานะเป็นกรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มากำกับควบคุมการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จึงสามารถผสมผสานการผลิตแพทย์และพยาบาล ได้สอดคล้องกับการจัดตั้งโรงพยาบาลและการขยายบริการแพทย์ได้เป็นอย่างดี กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการกำกับดูแลการผลิตบุคลากรในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2485 จน

ถึงปี พ.ศ. 2503 มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ก็ถูกโอนไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ทำให้วิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุขเข้าสู่ระบบมหาวิทยาลัยอีกครั้งหนึ่ง จนถึงยุคที่ได้มีการตั้งทบวงมหาวิทยาลัยขึ้นรับผิดชอบงานอุดมศึกษาของรัฐ (มัลลิกา มัติโก. 2542 : 47 ; ธีร ภูมิประวัติ. 2538 : 78-84)

หลังสงครามโลกครั้งที่สองยุติลง ได้จัดตั้งคณะแพทยศาสตร์แห่งที่สามที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และหลังจากนั้นอีก 7 ปี ได้จัดตั้งคณะแพทยศาสตร์แห่งที่สี่ที่โรงพยาบาลรามารับดี และมีการผลิตซ้ำที่เป็นรูปแบบเดียวกันนี้ ที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นและสงขลา เป็นต้น

การสร้างสถาบันการศึกษาและการสร้างโรงพยาบาล คือ เทคนิควิทยาการของพื้นที่ ในการทำให้พื้นที่นั้นๆ มีความศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งนอกจากจัดกระทำโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่เฉพาะให้กับพื้นที่ดังกล่าวแล้ว ยังจัดกระทำโดยการกำหนดให้มีผู้ดูแลปกป้องพื้นที่นั้นๆ พร้อมๆ กันด้วย ซึ่งความหมายก็คือมีการกำหนดผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ ขึ้นมา นั่นเอง

ผู้เชี่ยวชาญ ในมุมมองของวาทกรรม ผู้เชี่ยวชาญเป็นทั้งผู้ที่ศึกษาเพื่อรับการถ่ายทอดวิชาความรู้ต่างๆ และเป็นผู้สืบทอด ผลิตซ้ำความรู้นั้นๆ ให้มีอยู่ในสังคมตลอดเวลา นอกจากนั้นยังเป็นผู้ที่มีอำนาจอันชอบธรรม หรือมีสิทธิที่จะพูด ที่จะแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจถึงสิ่งใดถูก สิ่งใดผิด สิ่งใดที่ควรจะทำมาปฏิบัติ ซึ่งสังคมก็จะปฏิบัติตาม อย่างไรก็ตามในการที่ผู้เชี่ยวชาญจะสามารถชี้ให้เห็นถึงสิ่งที่เหมาะสมและหนทางที่ถูกต้องกว่าได้นั้น จำเป็นที่จะต้องรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ถูกต้อง ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ในการกำหนดความถูกต้องที่ถูกกำหนดใช้บนเกณฑ์ของความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ถูกต้องกับสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การกำหนดความถูกต้องจึงต้องกระทำผ่านกระบวนการของการแยกแยะ และตัดทำลายความแตกต่างที่เป็นอื่น ซึ่งเป็นภาวะที่ถูกให้คุณค่าว่าไม่ใช่ ไม่ถูกต้อง ความแตกต่างหรือความเป็นอื่นเหล่านี้ถูกแจกแจงให้เหตุผลว่าเป็นความผิดปกติที่ควรจะต้องได้รับการเยียวยาแก้ไข หรือขจัดปัดเป่าเพื่อให้สังคมการเมืองกลับคืนมาอยู่ในร่องรอยตามทำนองคลองธรรม

ในด้านสุขภาพ แพทย์ได้รับความชอบธรรมว่าเป็นผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องโรค โดยความเชี่ยวชาญนี้เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (specialization) ตามความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นความรู้ที่เป็นส่วนๆ ตามชนิดของอวัยวะ แพทย์จึงได้รับการยอมรับจากสังคมในการทำหน้าที่ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย เพื่อการดำรงไว้ซึ่งความเป็นปกติของสังคม แพทย์จึงมีหน้าที่สำคัญมากในการค้นหาความจริงออกมาให้ได้ เพื่อนำมาชี้วัด ตัดสินว่าใครเป็นโรคหรือไม่เป็นโรค (Turner. 1995 : 12) การค้นหาความจริงของแพทย์ในกระบวนการรักษาโรค แพทย์จะใช้วิธีการสังเกต จ้องมอง “อาการ” ทั้งอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาให้เห็น (symptoms) และอาการของโรคที่ตรวจพบ (signs) อาการจึงแสดงให้เราทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว สิ่งที่กำลัง

เกิดขึ้น และแนวโน้มที่จะเกิดต่อไป ดังนั้นอาการของโรคจึงแสดงถึงความเป็นจริงที่รับรู้ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถสังเกต หรือสัมผัสได้ และเป็นสิ่งที่สามารถตรวจสอบ พิสูจน์ได้ด้วย โดยแพทย์จะรวบรวมและแยกแยะอาการต่างๆที่เป็นองค์ประกอบเฉพาะ ที่ถูกจัดวางว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญมาตั้งสมมติฐาน โดยอาการที่ไม่สำคัญอื่นๆก็ถูกตัดทิ้งออกไป (Foucault. 1973 : 93-94) เมื่อตั้งสมมติฐานแล้ว จึงนำสมมติฐานนั้นไปเทียบเคียงกับหลักการหรือทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว แพทย์จึงคิดว่าสิ่งที่จ้องมองได้นั้นคืออะไร เมื่อนำมาเทียบกับทฤษฎีเดิม ความจริงที่แพทย์ค้นพบจึงเป็นความจริงที่ถูกต้อง แม่นยำ และเป็นสากล เพราะความจริงนี้เป็นความจริงที่มีอยู่แล้วนอกตัวตนของแพทย์ เพียงแต่แพทย์ใช้วิธีการที่ถูกต้องซึ่งในที่นี้คือการจ้องมอง แพทย์ก็จะทราบผู้ป่วยเป็นโรคอะไร เพราะสำหรับแพทย์แล้วสิ่งที่เห็นจากการจ้องมอง คือความจริง (Turner. 1995 :11) ดังนั้นการจ้องมองได้ให้ความหวังในการรู้จักร่างกาย โดยการใช้อำนาจของมันที่จะบรรลุความรู้และให้เกิดความเชี่ยวชาญ แพทย์ถอดรหัสแปลความจากการตรวจสอบทั้งหลายของแพทย์ ซึ่งไม่ใช่การทำตรงๆ มันไม่สามารถจะถูก “อ่าน” ได้ “อย่างถูกต้อง” โดยเพียงแค่นกตาคคนหนึ่ง ผู้อ่านต้องมีความเชี่ยวชาญและความเชี่ยวชาญนี้ถูกบรรลุโดยจะต้องเป็นผู้มีอำนาจของการจ้องมอง ผลที่เกิดขึ้นจากขบวนการรักษาโรคก็คือ ผู้ป่วยถูกลดสถานภาพไปเป็นวัตถุของการศึกษา (object) ร่างกายของผู้ป่วยมีฐานะเป็นเพียงแค่อำนาจของโรค ผู้ป่วยถูกปฏิบัติเสมือนเป็นวัตถุ ซึ่งสภาพเหล่านี้นำไปสู่การไร้อำนาจ (the powerless) ของผู้ป่วย ขณะเดียวกันแพทย์ก็จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีห่างเหินและเย็นชา เอาจิตใจตนเองแยกออกจากผู้ป่วย (detachment) เนื่องจากต้องพยายามควบคุมอารมณ์ของตนให้คงที่ไม่เปลี่ยนแปลงไม่คล้อยตามผู้ป่วย เพราะจะมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษา

การเป็นผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญของแพทย์ เกิดจากความรู้ที่ได้จากระบบการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นผลจากการที่รัฐจัดกระทำให้เรื่องสุขภาพ ซึ่งแต่เดิมเป็นเรื่องของวิถีการดำเนินชีวิต ได้กลายเป็นเรื่องของศาสตร์บนพื้นฐานความรู้ของวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวข้องกับทักษะและความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งวิธีการรักษาโรค เป็นความรู้ที่แพทย์จะต้องนำมาใช้เป็นหลักเพื่อที่จะเป็นผู้ที่ผู้อื่นต้องตระหนัก และให้คุณค่าในการทำหน้าที่รักษาผู้ป่วย โดยแพทย์จะได้รับการถ่ายทอดความรู้จากอาจารย์ภายใต้การจัดการเรียนการสอนด้วยหลักสูตรแพทยศาสตร์ การศึกษาเพื่อเป็นแพทย์ จะต้องเรียนทั้ง “ศาสตร์” และ “ศิลป์” นักศึกษาแพทย์ในปีต้นๆ จะเรียนวิชาวิทยาศาสตร์เป็นส่วนใหญ่ เช่น เคมี ฟิสิกส์ ชีววิทยา ต่อมาก็มีวิชากายวิภาค ชีวเคมี สรีรวิทยา และเมื่อผ่านถึงปีท้ายๆ ของแพทยศาสตร์ศึกษา จะเน้นหัตถกรรมและศิลปะในการดูแลผู้ป่วย ในปลายศตวรรษที่ 18 ได้มีการออกกฎว่าต้องมีการเรียนการสอนด้านการรักษาอย่างจริงจังในทุกมหาวิทยาลัยในราชอาณาจักรที่มีคณะแพทยศาสตร์ (Foucault. 1973 : 74)

สำหรับการเรียนเป็นนักวิทยาศาสตร์ แพทย์จะได้แนวคิดของวิทยาศาสตร์ ในการค้นหา ความแน่นอนในสิ่งที่ไม่แน่นอน ได้ความรู้ในการสังเกต ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่พบเห็น และเมื่อ พิจารณาด้วยเหตุผล (deduction) แล้วสร้างสมมุติฐานว่ากฎเกณฑ์ของธรรมชาติมีความเป็น ไปได้อย่างไร ได้รับความรู้ในการมองดูเหตุผลหลาย ๆ ด้าน และหลุมพรางที่อาจทำให้การแปล ความผิดพลาด

การจัดการศึกษานี้มีเงื่อนไขประการหนึ่ง คือ การมีภาษาร่วมกัน ภาษานั้นต้องเป็น ภาษาเขียนหรือพิมพ์ ทั้งนี้เพราะการถ่ายทอดความรู้ไม่ได้ทำอย่างระบบดั้งเดิม ที่ครูจ่าจี้ไซ สอนตัวต่อตัวเป็นเวลายาวนาน แต่การศึกษาแบบใหม่ต้องอาศัยความเข้าใจจากตัวหนังสือโดย ไม่มีเจ้าของความรู้เดิมมาช่วยอธิบายเป็นรายบุคคลได้ เพราะการอ่านหนังสือหรือการถ่ายทอด ความรู้อาจอยู่ตรงจุดไหนของประเทศก็ได้

ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากระบบการศึกษาอีกลักษณะหนึ่ง คือความรู้ที่เป็น "คิลป์" หรือความรู้ที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติทางคลินิก การฝึกปฏิบัติทางคลินิกมี 2 ลักษณะคือ ลักษณะ แรกเป็นการเรียนที่ข้างเตียงผู้ป่วยแต่ละคนเป็นกรณีศึกษา เพื่อสังเกตและซักถามอาการต่างๆ พร้อมทั้งฝึกการตรวจร่างกายผู้ป่วยขณะฝึกปฏิบัติ ลักษณะที่สองเป็นการเรียนรู้ในห้องเรียน เกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่ได้เฝ้าสังเกตในแต่ละแผนกของโรงพยาบาล โดยอาจารย์จะชี้แนะให้เห็นถึง สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค เพราะบางกรณีสาเหตุของโรคจะไม่ปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัด จะถูก ซ่อนเร้นอยู่ พร้อมทั้งทำการคาดคะเนอาการที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อให้การบ่งชี้ที่ "สำคัญต่อชีวิต" รวมทั้งการแนะนำถึงการรักษา หรือให้สิ่งซึ่งสามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้ (Foucault. 1973 : 71)

การเรียนแพทย์เป็นการเรียนในรูปแบบของความจริง คือเรียนกับผู้ป่วยจริงๆ ที่ถูกเปิด เผยต่อทุกสิ่งอย่างชัดเจนในแต่ละวัน การฝึกปฏิบัติทางคลินิกจะถูกเชื่อมโยงกับความคิดจาก ทฤษฎีที่ได้เล่าเรียนมา (Foucault. 1973 : 70) และเมื่อสำเร็จการศึกษาก็มีหนังสือรับรองความ เป็นผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญของแพทย์ในความรู้นี้ ตามกฎเกณฑ์ของวิชาชีพแพทย์ ที่เรียกว่าใบ อนุญาตประกอบโรคศิลป์ ตามพระราชบัญญัติตามวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งมีความหมายว่าแพทย์ ได้ปฏิบัติตามความชำนาญที่ได้เรียนรู้มาเพื่อรับใช้สังคมอย่างถูกต้องและเหมาะสม

การประกอบอาชีพของผู้เชี่ยวชาญสามารถแบ่งออกเป็นมุมมอง 2 ด้าน ในทฤษฎีที่แตก ต่างและแยกออกจากกัน ความเชี่ยวชาญสามารถถูกมองในรูปของการสะสมทางเหตุผล และ การบรรลุผลของลักษณะหลายทาง ซึ่งรวมถึงความรู้ทางทฤษฎีซึ่งเป็นพื้นฐานของทักษะความ สามารถ การพัฒนาก้าวหน้าของการฝึกอบรม และการศึกษาเฉพาะทาง การพัฒนาขององค์กร สายอาชีพ การบังเกิดรหัส หลักเกณฑ์ทางอาชีพ และสุดท้ายรวมถึงการพัฒนาการให้บริการที่ คำนึงถึงผู้รับเป็นหลัก (Millerson. 1964) วิธีที่สอง ความเชี่ยวชาญมีความสำคัญทางบทบาท

สำหรับความเป็นระเบียบทางสังคม เพราะเป็นการเกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะเฉพาะทาง ซึ่งต่อมาจะนำไปสู่การรักษาสถานะระบบของสังคมให้คงอยู่ ดังนั้นบทบาทหน้าที่จึงอธิบายถึงตำแหน่งที่มีสิทธิพิเศษของอาชีพแพทย์ บนเหตุผลที่ว่าพวกเขาเป็นผู้ให้บริการที่สังคมยกย่องความเกี่ยวพันกันระหว่างความหมายของผู้ป่วย และความรู้เฉพาะทางของแพทย์ก่อให้เกิดระดับชั้นทางสังคมระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโดยความหมายแล้วจะเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่นอกวงความรู้ของสังคมแพทย์ ความรู้ด้านแพทย์โดยพื้นฐาน แล้วเป็นกระบวนการความรู้ที่เป็นเหตุเป็นผล โดยที่แพทย์มีสถานะการมีสิทธิพิเศษเหนือคนอื่นนั้น เป็นการสั่งสมจากพื้นฐานของกฎวินัยทางวิทยาศาสตร์ อย่างไรก็ตามศาสตร์ความรู้ที่มีความเป็นพิเศษและเป็นระบบนี้สามารถถูกพัฒนาและถูกกำหนดรหัสได้โดยระบบคอมพิวเตอร์ แพทย์จึงยิ่งกลายเป็นบุคคลอันทรงคุณค่าต่อศาสตร์ความรู้อันเป็นเหตุเป็นผลนี้ (Turner. 1995 : 132)

การสร้างผู้เชี่ยวชาญ ในฐานะเป็นหลักการของอาชีพแพทย์ จะมีมิติที่สำคัญ 3 ประการ ด้านแรกคือการผลิตและการรักษาโครงสร้างความรู้ ที่รู้กันแค่งวงใน ซึ่งต้องอาศัยการตีความอย่างมาก หากจะนำความรู้มาใช้ในการรักษาองค์ความรู้แบบนี้ อาชีพแพทย์ต้องอาศัยพื้นฐานการศึกษาอย่างเป็นทางการและเป็นระบบ ซึ่งก็คืออาศัยระบบการศึกษาในมหาวิทยาลัย ด้านที่สองอาชีพแพทย์จะต้องพยายามรักษาเครือข่ายและปลูกสร้างแวดวงของลูกค้า และการให้บริการให้ขยายออกไป ซึ่งการทำอย่างนี้ต้องสัมพันธ์กับการฝึกปฏิบัติการให้บริการหลากหลายที่นอกเหนือออกไป จนทำให้อาชีพอื่นที่อยู่ในระดับการแข่งขันเดียวกันต้องกลับมาขึ้นตรงต่ออาชีพนี้หรือไม่ก็ต้องหลุดหายไปจากตลาด การเข้าถึงลูกค้านี้ต้องอาศัยกฎหมายอย่างมาก ดังนั้นเราจึงเห็นได้ถึงความสำคัญของรัฐ ในการมีบทบาทในการช่วยรักษาสถานภาพการผูกขาดของอาชีพนี้ ด้านที่สาม กลุ่มแพทย์ต้องหาหนทางรักษาอภิสิทธิ์บางอย่างในแง่ของการทำงานและการให้บริการ คือ การรักษาให้องค์กรที่อยู่เหนือการจัดการถ่ายทอดทักษะทั้งหลาย และสามารถครอบงำความสัมพันธ์อันดีที่มีต่อผู้ป่วย แพทย์จะต้องต่อต้านการก่อให้เกิดการลดทักษะและทำให้งานรักษากลายเป็นงานที่ต้องทำเป็นประจำ จนทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยลดไป (Turner. 1995 : 137-139)

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการสร้างโรงพยาบาล สร้างสถานศึกษาเพื่อผลิตความรู้ ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันสามารถขยายบริการออกไปได้ครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ของประเทศ อีกทั้งความรวดเร็ว สะดวก ในการเข้าถึง ประกอบกับประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับจากประชาชนอย่างกว้างขวาง ส่งผลต่อการตอกย้ำให้ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันถูกสถาปนาให้เป็น "ความจริง" ในสังคม

การสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบันโดยการสร้างกลไกการควบคุม

เทคนิควิทยาการของอำนาจที่กระทำต่อพื้นที่ที่สำคัญอีกแบบหนึ่ง เพื่อให้พื้นที่นั้นๆ มีความศักดิ์สิทธิ์ ก็คือ การจัดให้พื้นที่นี้เป็นพื้นที่เพื่อผลในการตรวจสอบ สอดส่อง ควบคุม เพื่อดูแลพิทักษ์ความศักดิ์สิทธิ์ของพื้นที่เอง ซึ่งนั่นก็คือการสร้างอำนาจทางวินัย พูโก มองว่า อำนาจทางวินัยเป็นอำนาจจุลภาคทางสรีระ (microphysics of power) ที่มีความสามารถในการครอบงำการกระทำของบุคคล เราสามารถมองวินัยได้ในสองลักษณะ (Danaher ; 2000 : 50-51) ซึ่งดูผิวเผินแล้วเหมือนกับจะต่างกัน คือ ลักษณะแรกของวินัยเป็นเรื่องของการลงโทษ ตัวอย่างเช่น ความคิดที่จะสร้างวินัยให้แก่เด็กที่ไม่เชื่อฟัง เป็นการเข้าใจคำว่าวินัยในฐานะเป็นคำกริยา เป็นการกระทำที่เราปฏิบัติต่อผู้อื่นหรือต่อตนเอง เป็นการมองวินัยที่เป็นแรงผลักดันในทางลบ ซึ่งผูกพันกับวิธีการลงโทษและพฤติกรรมที่ขบถบังคับ ส่วนลักษณะที่สองของวินัยเกี่ยวข้องกับทักษะและความรู้ เป็นการมองวินัยในฐานะเป็นคำนาม เป็นคุณสมบัติที่เราต้องการนำมาใช้เป็นหลัก เพื่อที่จะเป็นผู้ที่คนอื่นต้องตระหนักและให้คุณค่าภายในสาขาวิชาความรู้ที่เชี่ยวชาญแขนงใดแขนงหนึ่งโดยเฉพาะ เป็นการให้คุณค่ากับคำว่าวินัยว่าเป็นแรงผลักดันในด้านบวก ซึ่งเห็นว่าเป็นบางสิ่งบางอย่างที่ผูกเข้ากันกับแรงผลักดันในตัวเองและความต้องการให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่ง พูโก ได้เชื่อมความเข้าใจของทั้งสองความหมายของคำว่าวินัยนี้เข้าด้วยกันโดยผ่านแนวความคิดเรื่องอำนาจและความรู้ กล่าวคือ การได้มาซึ่งความรู้ ความชำนาญในความรู้ต่างๆ ก็จะทำให้ผู้นั้นมีอำนาจมากขึ้น นั่นคือความรู้เป็นสิ่งที่ให้อำนาจแก่เราในการกระทำสิ่งต่างๆ และหากไม่มีความรู้เราก็จะทำอะไรไม่ได้

ความรู้จึงเป็นอำนาจอย่างหนึ่งเหนือสิ่งอื่นๆ และเป็นอำนาจที่จะกำหนดสิ่งอื่นๆ ได้ ความรู้จึงไม่ได้เป็นกลางอีกต่อไป แต่ความรู้ได้กลายมาเป็นรูปแบบหนึ่งของการปกครอง กฎระเบียบ และวินัย ซึ่งจะเห็นได้จากในช่วงศตวรรษที่ 18 จากที่เคยเชื่อกันว่าสิ่งที่มีอำนาจเหนือชีวิตคือการฆ่าหรือการลงโทษ ก็ได้เปลี่ยนมาเชื่อว่าการดูแลรักษาต่างหาก ที่มีอำนาจเหนือชีวิต ซึ่งเป็นการสร้างรูปแบบใหม่ของการใช้อำนาจ ซึ่งเป็นการปฏิรูปการทำให้โทษและพัฒนาการของเรือนจำ Foucault ได้ติดตามประวัติของการลงโทษชนิดต่างๆ จนกระทั่งมีการปฏิรูปในศตวรรษที่ 18-19 ซึ่งจุดประสงค์ของการลงโทษคือทำให้เกิดความเจ็บปวดต่อร่างกายของอาชญากรเพื่อสร้างภาพโหดร้ายต่อสาธารณชน ความหวาดกลัวนี้ได้ถูกนำมาใช้สั่งสอนเป็นบทเรียนง่ายๆ : อำนาจเหนือฟ้าของกษัตริย์ต่อศัตรูเพื่อระเบียบของสังคม เนื่องจากสังคมถูกมองว่าเป็นการขยายอาณาจักรของกษัตริย์ ดังนั้นการรุกรานต่อร่างกายของกษัตริย์จึงถือเป็นการรุกรานสังคมทั้งหมด ดังนั้นจุดประสงค์ของการลงโทษคือการทำลายร่างกายของอาชญากร เพื่อสร้างภาพการแก้แค้นต่อสาธารณะ เหตุผลนี้ถูกนำมาเป็นพื้นฐานการลงโทษต่อสาธารณชน และเป็นการทรมานอาชญากร โดยการแขวนคอบนตะแลงแกง แพทย์ได้ใช้ศพอาชญากรจากตะแลงแกง มาเป็นบทเรียนกายภาคโดยการชำแหละศพในห้องชำแหละศพ ศพคนตายจึงกลายมาเป็นวัตถุ

แห่งการสำรวจค้นคว้าทางการแพทย์โดยปริยาย และอุปมาว่าร่างกายของอาชญากรกำลังถูกทำลายซ้ำๆ ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบแก้แค้นทางกฎหมาย ต่อมาเมื่อการเมืองเปลี่ยนไป และสามารถกวาดเอาระบบการปกครองแบบสมบูรณาญาสิทธิราชยุคโบราณออกไป ความคิดเรื่องอำนาจกษัตริย์กลายเป็นนามธรรมมากขึ้น ไม่มีการเกี่ยวข้องกับร่างกายของกษัตริย์โดยตรงอีกต่อไป และยังมี การเปลี่ยนแปลงอย่างลึกซึ้งในเรื่องทัศนคติต่อสงครามและการบำบัตรักษา ซึ่งเป็นผลของการฟื้นฟูวิทยา (enlightenment) ในยุโรป โดยการลงโทษมีความเหมาะสมต่อสงคราม และการจำคุกก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมานที่เกิดจากการพิพากษา สิ่งเหล่านี้กลายเป็นรากฐานสำหรับยุคใหม่แห่งการลงโทษ และเป็นวิทยาศาสตร์ใหม่แห่งการตอบแทนและการฝึกอบรมที่ชัดเจน หรือเรียกอีกชื่อว่า ทัศนวิทยาว่าด้วยการจำคุก ในขณะที่ภายใต้ระบบเก่าแห่งความโหดร้ายนั้น มีการนำเอาศพของอาชญากรมาให้กับกษัตริย์ ในระบบใหม่นั้น การจำคุก การทรมานเพื่อยุติการกบฏและการจัดการนักโทษ และการกลับเข้ารับการอบรมใหม่นั้น ร่างกายของอาชญากรถูกมอบให้กับสังคมกลายเป็นร่างกายที่เป็นประโยชน์ในแง่แรงงาน และการเป็นตัวอย่างต่อวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Turner.1995 : 33-34)

ในการทำร่างกายให้มีประโยชน์ ร่างกายถูกทำให้อ่อนนุ่มว่านอนสอนง่ายเสียก่อน การทำให้คนว่านอนสอนง่ายต่อระบบกฎเกณฑ์ใหม่ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างกลไกและการควบคุม ซึ่งกระทำใน 2 ลักษณะคือ ทำด้วยการตรวจสอบด้วยกฎเกณฑ์ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากฎเกณฑ์อำนาจของแพทย์มีอำนาจเหนือคนทั่วไป และการควบคุมอำนาจของแพทย์เป็นกฎเกณฑ์หรือเกณฑ์ที่ทำให้คนทั่วไปไม่สามารถจะมีอำนาจได้เช่น แพทย์ ขณะเดียวกันก็ทำให้ตัวแพทย์เองจะต้องจำยอมกับมันด้วย

การตรวจสอบด้วยกฎเกณฑ์ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การตรวจสอบ การตรวจเช็คร่างกายเป็นประโยชน์ต่อประวัติศาสตร์การรักษาอย่างมาก เพราะได้แสดงถึงความเกี่ยวข้องกับการเกิดของโรงพยาบาลในฐานะเป็นสถาบัน และภาพพจน์ของการรักษา เป็นตัวแทนของวินัยทางแพทย์และเป็นอาณาจักรการปกครอง วินัยเข้ามามีบทบาทในการตรวจโรคผู้ป่วยเป็นรูปแบบอำนาจที่มองไม่เห็น การตรวจโรคยังเกี่ยวข้องกับการลงโทษผู้ป่วยที่มีรายละเอียดมากมาย หลักเกณฑ์วินัยที่เอามาใช้เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยภายใต้การปกครองของโรงพยาบาล เท่ากับเป็นการอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการ “ติดตาม” วิวัฒนาการของโรคและศึกษาประสิทธิภาพของการรักษา รวมกลุ่มโรคที่คล้ายกันและรวมการเริ่มต้นของโรคระบาด (Foucault. 1977 : 189) วิธีการดูแลโดยใช้กฎเกณฑ์นี้รองรับความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยการหารายละเอียดของผู้ป่วย การบริหารจัดการและการควบคุม การปฏิบัติเหล่านี้สามารถทำให้เกิดอำนาจของวิชาชีพทางการแพทย์เพราะบทบาทของการจ้องมองมีส่วนสำคัญในด้านสุขภาพ ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาทางยาและทางจิตนั้นขึ้นกับการจ้องมองทางสถาบันที่คอยสอดส่องความเคลื่อนไหวของเขาทุกอย่างก้าว (Foucault. 1973,1978) อายุร

แพทย์และจิตแพทย์ได้รวมการจ้องมองทางสถาบันในขณะที่พวกเขาทำงานในการประเมินผู้ป่วยในแง่ของร่างกาย พฤติกรรมและทัศนคติของผู้ป่วย การสอดส่องนี้สามารถอยู่ในรูปแบบ "การถามคำถามรายวัน" กับผู้ป่วยในเรื่องความรู้สึกว่ารู้สึกอย่างไร เรื่องความคิดว่าคิดอย่างไร และอื่นๆอีก และการสอดส่องนี้มีรูปแบบที่ตรงกว่านี้และรุกล้ำกว่านี้ในการมองเข้าไปยังผู้ป่วย โดยการใช้เครื่องมือ เช่น เครื่องเอ็กซเรย์ การตรวจสอบร่างกายด้วยสารเคมีต่างๆ และการตรวจสอบทางนรีเวชวิทยา ดังนั้นชีววิทยาการแพทย์จึงทำหน้าที่เป็นความรู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดของร่างกาย ขณะเดียวกันอำนาจนี้ยังใช้เทคนิควิธีการจัดระเบียบเชิงพื้นที่ที่ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล เกิดความรู้สึกว่ามีการจ้องมอง หรือการควบคุมจากอำนาจอยู่ตลอดเวลา และด้วยอำนาจของพื้นที่โรงพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นมานี้ จึงสามารถควบคุมการปฏิบัติของผู้ป่วยให้เป็นไปตามระเบียบที่อำนาจต้องการ โดยที่ไม่ต้องมีใครมาควบคุม ซึ่งเราเรียกว่าเป็นการจัดระเบียบเชิงกายภาพ ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด อำนาจนี้ก็เข้าไปจัดระเบียบภายในของผู้ป่วย ด้วยนั่นคือการครอบงำด้วยความรู้เพื่อทำให้ผู้ป่วยมีความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวทางของการแพทย์แผนปัจจุบัน ผลที่เกิดขึ้นก็คือผู้ป่วยจะสร้างวินัยให้กับตนเองตามความรู้ที่ถูกครอบงำ ถึงแม้ว่าจะไม่มีใครจับจ้องก็ตามแต่กลไกการจับจ้องนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตลอดเวลาว่าถูกจับจ้อง ซึ่งการจับจ้องนี้ไม่ใช่การจับจ้องที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราป่วย แต่ทำให้เราคอยระวังตรวจสอบตามแบบที่แพทย์บอก จึงทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยต่างสยบยอมหรือว่าอ่อนส่อน่าย (docile body) ภายในกรอบแนวคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน

ด้วยการจัดกระทำของอำนาจดังกล่าว จึงทำให้เราพบว่าอำนาจทางการแพทย์ ก็คืออำนาจของระเบียบวินัยที่แนะนำแนวทางในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย กลยุทธ์ที่สำคัญของอำนาจของระเบียบวินัย ก็คือ การสังเกต การพิสูจน์ การประเมิน และการเปรียบเทียบปัจเจกบุคคลกับพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ การดำเนินการเหล่านี้ไม่ได้กระทำโดยตรงอย่างรุนแรง (แม้ว่าจะดูเหมือนว่าใช้โดยตลอด) แต่ทว่าเป็นการชักชวนให้เกิดการคล้อยตามมากกว่า อำนาจที่แพทย์มีต่อผู้ป่วย จะมาจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่แพทย์จะต้องดูแลจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากมุมมองแบบนี้จะเห็นได้ว่าแพทย์ไม่ใช่ผู้ที่ควบคุม แต่ทว่าเป็นผู้ที่จัดการกับความสัมพันธ์ของอำนาจ เป็นผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ หรือเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ดังนั้นมันเป็นเรื่องที่เป็นไปไม่ได้ ที่จะริดอำนาจจากสมาชิกของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แล้วนำอำนาจนั้นมาให้กับผู้ป่วย เพราะว่าอำนาจไม่ได้เป็นสมบัติของกลุ่มคนในสังคมใดสังคมหนึ่ง แต่มันเป็นสิ่งที่ทุก ๆ กลุ่มในสังคมมี ซึ่งหมายความว่าอำนาจก็คืออำนาจแห่งความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Lupton. 1997 : 100) อำนาจได้ถูกรวบรวมขึ้นทุก ๆ วันจากการปฏิบัติของวิชาชีพแพทย์ในคลินิก โรงพยาบาล อำนาจนั้นอยู่ภายใต้การฝึกหัดนี้เอง จึงทำให้เกิดผลในรูปแบบของสังคมที่ใช้หลักของ Bentham's Panopticon เป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันและการจัดการสิ่งต่างๆ ของมนุษย์ (Turner. 1997 : XII)

การควบคุมอำนาจของแพทย์ จากความหมายของวินัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่ามีทั้งที่เกี่ยวกับการลงโทษ และการเสริมสร้างทักษะ ความรู้ จึงทำให้วินัยมีอิทธิพลอย่างกว้างขวางในการกระทำของคนทุกคนตามกฎหมายเกณฑ์กติกาของสังคมที่กลายเป็นส่วนหนึ่งของวินัยในสังคมนั้นๆ เพราะถ้าไม่ปฏิบัติตาม จะเป็นความผิดอาจจะถูกลงโทษ เพราะวินัยสร้างเพื่อผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจ และผู้ที่ช่วงชิงอำนาจได้เป็นผู้กำหนด โดยการสร้างองค์ความรู้มารองรับการใช้อำนาจตามวินัยนั้น ถึงแม้อีกด้านหนึ่งวินัยจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่างๆ ในสังคม ที่ผู้คนยินยอม ยอมรับปฏิบัติตามอย่างชอบธรรม วินัยจึงต่างจากการควบคุมทางสังคมในทางสังคมวิทยา ซึ่งเกิดจากการใช้มาตรการต่างๆ ควบคุมพฤติกรรมของบุคคล ทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกมา และทัศนคติที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นการควบคุมจัดระเบียบทางสังคม เพื่อผลประโยชน์ของทุกคนในสังคม (นภาพรณ ะหวานนท์. 2540 : 10) และเราสามารถพูดถึงวินัยได้อย่างหลากหลายในการนำมาเป็นหลักปฏิบัติ (Danaher. 2000 : 50)

ในด้านสุขภาพ อำนาจอวินัยทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น นอกจากจะเกิดขึ้นภายในสถาบัน เช่น โรงพยาบาลแล้ว ยังเกิดขึ้นภายนอกโรงพยาบาลด้วย เป็นกฎหมายหรือเกณฑ์ที่ทำให้คนอื่นทั่วไปไม่สามารถจะมีอำนาจได้เช่นแพทย์ ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้ตัวแพทย์เองจะต้องจำยอมกับมันด้วย ที่เห็นได้เด่นชัดก็คือ การจัดตั้งแพทยสภาในการกำหนดกฎหมายวินัย ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อให้แพทย์ทุกคนในสังคมยอมรับ และปฏิบัติตาม หากขัดขึ้นก็มีบทลงโทษ การกำหนดให้มี “วินัย” ถือเป็นเทคนิควิทยาการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการสร้างความศักดิ์สิทธิ์ให้กับพื้นที่ที่เฉพาะเจาะจงของพื้นที่นั้นๆ เพื่อป้องกันมิให้มีการล่วงล้ำเข้ามาในพื้นที่นี้ได้ ขณะเดียวกันก็มีการกำหนดผู้ดูแล ผู้ปกป้อง เพื่อพิทักษ์ความศักดิ์สิทธิ์ของพื้นที่ไปพร้อมๆ กัน วินัยที่สำคัญที่ปรากฏชัดเจน คือ ข้อบังคับต่างๆ และเกณฑ์มาตรฐาน การประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์ ซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญและสร้างความศักดิ์สิทธิ์ให้กับแพทยสภา และเป็นวิธีการที่แยบยล ในการควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมก็คือแพทย์ ให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยมีข้อบังคับว่าด้วยเรื่องต่างๆ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่กำหนดโดยคณะกรรมการของแพทยสภา ซึ่งนับได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามามีกรอบอำนาจในการดูแลสุขภาพในสังคมไทย ข้อบังคับที่สำคัญที่แพทยสภาได้สร้างและนำมาใช้ (แพทยสภา : 2539 : 157-174) เช่น

1. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวดการประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นข้อบังคับในเรื่องหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีต่อผู้ป่วย สาระสำคัญได้แก่

ประการแรก “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานจากโรคและความ

๕ พิจารณาต่าง ๆ โดยไม่เรียกร่องสินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ" ซึ่งความหมายของข้อบังคับนี้โดยเฉพาะข้อความที่ว่า "ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับดีที่สุดในระดับดีที่สุด หมายถึงผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องมีความรู้ความชำนาญ ตามฐานะของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในแต่ละสาขาของตน เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ก็ต้องมีความรู้ความชำนาญเทียบได้กับมาตรฐานเฉลี่ยของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่มีอยู่ในปัจจุบัน แพทย์ผู้ชำนาญในแต่ละสาขา ก็ต้องมีความรู้ความชำนาญเทียบได้กับมาตรฐานของแพทย์ในสาขานั้นควรจะรู้ ซึ่งความรู้ที่พูดถึงนี้ถูกกำหนดว่าต้องเป็นความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น ถ้าใครไม่ปฏิบัติตามความรู้นี้ ก็จะถูกกล่าวหาว่ากระทำการที่ผิดต่อวิชาชีพ

ประการที่สอง "ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ใช้หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการประกอบโรคศิลปะ โดยผิดกฎหมาย" ซึ่งข้อบังคับนี้มีความหมายว่า การใช้บุคคลที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาช่วยในการตรวจโรค เป็นการสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นการตอกย้ำว่าผู้ที่มีสิทธิตามที่กฎหมายกำหนดในการทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วยต้องเป็นแพทย์เท่านั้น

ประการที่สาม ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องมีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพทั่ว ๆ ไป ของผู้ป่วยและประชาชนได้เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก และทักษะในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและหัตถการต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัย การปฏิบัติรักษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการป้องกันปัญหาทางสุขภาพที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์และสถานภาพ

2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมซึ่งมีสาระสำคัญได้แก่

ประการแรก กล่าวถึงคุณสมบัติของสมาชิกแพทยสภาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ "ความรู้ทางวิชาชีพ" ซึ่งบทบัญญัตินี้ กำหนดความรู้ทางวิชาชีพไว้ถึงขั้นได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ที่แพทยสภารับรอง ถ้าปริญญาหรือประกาศนียบัตรที่ผู้นั้นได้รับ แพทยสภาไม่รับรอง ผู้นั้นก็ขาดคุณสมบัติข้อนี้

เหตุที่ต้องกำหนดคุณสมบัติข้อนี้ไว้ ก็เนื่องจากสมาชิกแพทยสภานั้นจะมีสิทธิขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ทางวิชาชีพที่เป็นความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และสำเร็จจากสถาบันศึกษาที่แพทยสภาให้การรับรองว่าเป็นสถาบันที่จัดหลักสูตรการเรียนการสอนที่มีมาตรฐาน

ประการที่สอง “ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือแสดงด้วยวิธีใดๆ ว่าพร้อมที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัตินี้” บทบัญญัตินี้มุ่งควบคุมบุคคลที่มีได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม คือผู้ที่มีได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา โดยห้ามมิให้บุคคลเหล่านั้นปฏิบัติการเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และถ้าฝ่าฝืนก็จะมีโทษ การกำหนดเนื้อหาของบทบัญญัติดังกล่าว จึงอาจถือได้ว่า เป็นบทบัญญัติที่มุ่งหมายจะคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยสกัดกั้นผู้ที่มีได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่ให้ปฏิบัติการในทำนองเดียวกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ประการที่สาม “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษาราชการแห่งวิชาชีพ เวชกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา”

การออกข้อบังคับต่างๆ ของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาราชการแห่งวิชาชีพเวชกรรม และพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว เป็นเทคนิควิทยาการอย่างหนึ่งในความพยายามของรัฐในการสร้างกฎเกณฑ์วินัยต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือทางเทคนิคในการดำเนินการกับประชาชน มากกว่าเครื่องมือที่จะสร้างความยุติธรรมและความเป็นธรรมทางสังคมให้กับประชาชน เพราะข้อบังคับต่างๆ ที่บัญญัติไว้ในสังคมการแพทย์ ประชาชนไม่เคยมีส่วนร่วม แต่เป็นเรื่องของคณะกรรมการแพทยสภา ที่จะต้องดำเนินการภายในขอบเขตที่กฎหมายกำหนดให้ กล่าวคือการออกข้อบังคับนี้ต้องออกตามแนวทางที่กฎหมายกำหนดไว้ว่าให้ออกข้อบังคับในเรื่องใดได้บ้าง และการประกาศใช้ข้อบังคับนั้นต้องได้รับความเห็นชอบจากสภานายกพิเศษก่อนแล้วจึงประกาศให้ได้ทราบกันในราชกิจจานุเบกษา ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวินัยที่รัฐกำหนดขึ้นมาเมื่อสืบค้นลงไปจะพบว่าเป็นกฎเกณฑ์ที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อผลประโยชน์ของรัฐคือการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการทำให้ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน มีความเข้มแข็งในการดำรงอยู่และสามารถแพร่กระจายไปในสังคมได้อย่างกว้างขวาง

ประเด็นที่สาม อัตลักษณ์ของการแพทย์แผนปัจจุบัน

อัตลักษณ์ (identity) ในความหมายของคณทั้วไป อาจหมายถึงลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งที่ เป็นคุณสมบัติเฉพาะของสิ่งนั้น ที่ทำให้สิ่งนั้นมีลักษณะที่แตกต่างไปจากสิ่งอื่นจนสังเกตเห็นได้ ซึ่งการให้ความหมายเช่นนี้ได้รับอิทธิพลมาจากแนวความคิดที่เชื่อว่าในธรรมชาติหรือในมนุษย์มีคุณสมบัติอะไรบางอย่างที่เป็นสาระหรือแก่นแกนซึ่งซ่อนแฝงอย่างลึกๆ ที่ เป็นความจริงที่ซ่อนอยู่ข้างใต้ของภาพที่ปรากฏ ซึ่งถ้าเราศึกษาเพื่อค้นหา “ความจริง” ที่ซ่อนอยู่นั้น เราก็จะ

เข้าใจและอธิบายในสิ่งที่ปรากฏนั้นได้ (อภิญา เฟื่องฟูสกุล. 2543 : 7 ; อ้างอิงจาก Craig Callhoun. 1994, ch.1)

อัตลักษณ์ ตามแนวคิดของวาทกรรมเป็นเรื่องของการสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมา เพื่อจัดระเบียบให้กับสิ่งที่วาทกรรมนั้นกำหนดขึ้น ขณะเดียวกันอัตลักษณ์นี้ก็ทำหน้าที่สร้างความเป็นอื่นของอัตลักษณ์ขึ้นมาพร้อมกัน และทำหน้าที่แบ่งแยก กีดกัน สรรพสิ่งที่มีคุณลักษณะแตกต่างออกไป อัตลักษณ์จึงเป็นเรื่องของการใช้อำนาจและความรุนแรงที่เข้าไปบังคับยึดเยียดให้กับสิ่งต่างๆให้เป็นอย่างนั้นอย่างนี้ ภายใต้กระบวนการทางวาทกรรมชุดหนึ่งที่ได้สร้างความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นขึ้นมาตามแนวทางที่อำนาจในสังคมขณะนั้นจะได้กำหนดให้มองสิ่งนั้นอย่างไร นอกจากนั้น ยังมีภาคปฏิบัติการทางวาทกรรมที่ถูกสร้างขึ้นมารองรับความรู้นั้น ไม่ว่าจะเป็นผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญ สถาบัน กฎเกณฑ์ต่างๆเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อให้สังคมสยบยอมและเชื่อในสิ่งนั้นว่าเป็นอย่างนั้น ดังนั้นอัตลักษณ์ในความหมายของวาทกรรม จึงมิใช่สิ่งที่ผูกติดกับคุณสมบัติเฉพาะอะไรบางอย่างของสิ่งนั้น แต่เป็นกฎเกณฑ์ของสังคมในรูปของวาทกรรมและภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรมในเรื่องนั้นๆ ต่างหากที่เป็นตัวกำหนดอัตลักษณ์และความหมายให้เกิดขึ้น ด้วยเหตุนี้ “อัตลักษณ์และความหมาย จึงมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปตามวาทกรรมที่สร้างสิ่งนั้นขึ้นมา ไม่แน่นอน ตายตัว” (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2542 : 7-8)

ในประเด็นเรื่องสุขภาพ อัตลักษณ์และความหมายของสุขภาพ จึงเป็นผลผลิตของกระบวนการทางวาทกรรม ที่สร้างความรู้หรือความจริงเกี่ยวกับสุขภาพในด้านใดด้านหนึ่ง ตามที่อำนาจในสังคมต้องการจะให้ เป็น นับตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา อำนาจความรู้บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ได้มีอิทธิพลต่อทัศนคติในด้านสุขภาพ ในการค้นหาความผิดปกติของหน้าที่หรือโครงสร้างของอวัยวะ รวมทั้งระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายที่เกิดจากการกระทำของเชื้อโรค เพื่อนำไปวินิจฉัยโรคและวิธีการรักษาพยาบาล โดยใช้การจ้องมอง “อาการ” ทั้งอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาให้เห็น และอาการที่ตรวจพบ เป็นปัจจัยหลักขั้นพื้นฐานที่เป็นรูปแบบในการบ่งบอกโรคแต่ละชนิด ซึ่งถูกแยกแยะออกเป็นสปีชีส์ต่างๆ ด้วยการอาศัยหลักการให้เหตุผลโดยบ่งบอกถึงอาการของโรคที่สำคัญ อาการเหล่านี้จะกำหนดสถานะของโรคต่างๆ สาเหตุสำคัญของโรคสาเหตุที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้ความเฉพาะของโรคนั้นเด่นชัดขึ้น ทั้งที่กำลังเกิดขึ้น และแนวโน้มที่จะเกิดต่อไป ดังนั้นอาการของโรคจึงแสดงถึงความจริงที่รับรู้ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถสังเกตหรือสัมผัสได้ และเป็นสิ่งที่สามารถตรวจสอบพิสูจน์ได้ด้วย (Foucault. 1973 : 90)

ดังนั้นอัตลักษณ์ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงหมายถึงการจับต้องได้ สามารถพิสูจน์ได้ มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ อธิบายแบบเป็นเหตุเป็นผลได้ และสามารถทำนายได้ รวมทั้งรักษาโรคที่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรค ดังนั้นการแพทย์แผนปัจจุบันในฐานะที่เป็นวาทกรรม จึงเป็นการ

นำเสนอภาพของการดูแลสุขภาพแบบเชิงเดี่ยวหรือทิศทางเดียว ไม่มีทางเลือกเป็นอย่างอื่น พร้อมทั้งสร้างมายาคติให้กับสังคมในวงกว้างว่าการแพทย์แผนปัจจุบันสามารถทำหน้าที่ในการรักษาโรคได้อย่างครอบคลุม โดยผ่านทางความรู้ของแพทย์ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่ได้รับการพัฒนาให้มีความทันสมัย และสามารถแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมันได้อย่างอัศจรรย์ยิ่ง โดยเฉพาะประสิทธิภาพของการใช้ยาในการรักษาโรค จึงไม่มีความจำเป็นต้องค้นคว้า แสวงหา ความรู้จากแหล่งข้อมูลใดๆอีกแล้ว เพราะแพทย์ โรงพยาบาล และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ รวมทั้งยา คือทุกอย่างของการรักษาโรค

ประเด็นสุดท้าย กระบวนการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

เมื่อรัฐได้สถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการแพทย์กระแสเดียวในการดูแลสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการสร้างวาทกรรมของรัฐในการจัดการกับสุขภาพ และด้วยภาคปฏิบัติการของรัฐในการสร้างอัตลักษณ์ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ สถาบันและกฎเกณฑ์วินัย จึงทำให้ “ความรู้” ในการดูแลสุขภาพแบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ครอบงำในสังคม กลายเป็นความรู้กระแสหลักแบบหนึ่งเดียว อย่างไรก็ตาม การแพทย์แผนปัจจุบันในฐานะที่เป็นวาทกรรมนี้ ก็ได้ถูกท้าทายด้วยวิธีคิดแบบอื่น ทั้งนี้เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันมีจุดอ่อนหลายอย่างที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในสิ่งที่มนุษย์ปรารถนาได้ จึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้มีการช่วงชิงวาทกรรมขึ้นมา จุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบันที่ว่านี้มีอยู่หลายประการที่สำคัญได้แก่ (พระไพศาล วิสาโล. 2530 : 94-99)

ประการแรกการแพทย์แผนปัจจุบัน เน้นการดูแลสุขภาพด้วยทัศนะแบบแยกส่วน จึงแสวงหาสาเหตุของโรคเฉพาะทางชีวภาพ คือตัวเชื้อโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ชีวิตส่วนที่เป็นเรื่องของจิตใจ และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจะถูกตัดทอนออกไป ส่วนเดียวที่แพทย์สนใจคือร่างกาย โดยถือว่าร่างกายมนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่างๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อและอวัยวะ อวัยวะย่อยๆแต่ละชนิดนั้นมีหน้าที่ต่าง ๆ กัน จึงทำให้ผู้ที่มาับการรักษามีได้ถูกมองอย่างคนเต็มคน แต่จะถูกแยกเป็นส่วนๆ ด้วยทัศนะแบบแยกส่วนนี้ สิ่งทีก่อให้เกิดความหมายที่สำคัญๆ คือ

ความหมายประการแรก สุขภาพที่ได้เกิดจากการที่อวัยวะต่างๆ สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติของตนเองและประสานกับอวัยวะอื่นๆ อันเป็นผลให้กระบวนการทางชีววิทยาดำเนินไปได้ตามปกติ ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันจึงอธิบายความเจ็บป่วยโดยอาศัยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาด้วยวิธีการสืบค้นให้พบว่ามีสาเหตุมาจากความผิดปกติของอวัยวะส่วนใด การแก้ไขก็โดยการจัดการกับอวัยวะส่วนนั้นๆ แพทย์จึงต้องเข้าไปจัดการกับอวัยวะส่วนที่ทำงานผิด

ปกติเฉพาะส่วน ทำให้ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของ “เทคนิค” เน้นการใช้เทคโนโลยีที่กระทำต่ออวัยวะ ซึ่งนำไปสู่การบำบัดรักษาที่เน้นความชำนาญเฉพาะทาง ส่วนของร่างกายที่ต่างกันก็จะได้รับการบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญคนละแผนกกัน แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทำให้สุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น เพราะวิธีการรักษาโรคบางชนิดด้วยเทคโนโลยีได้ก่อให้เกิดผลข้างเคียง ทำให้อวัยวะส่วนอื่นๆเกิดความผิดปกติ ผู้ป่วยจึงมีอาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ นอกจากนั้นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาโรค เป็นการรุกรานต่อร่างกายมากกว่าที่จะเสริมสร้างกระบวนการบำบัดรักษาตนเองของร่างกายให้เกิดขึ้น จากประสิทธิภาพของเทคโนโลยีได้นำเอาวิธีการผ่าตัดมาเป็นวิธีการรักษาโรค โดยการตัดเอาอวัยวะส่วนที่ผิดปกตินั้นออกไปเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง เช่น การแนะนำให้ผู้หญิงผ่าตัดเอาเต้านมหรือมดลูกออกเมื่อพบว่ามีความผิดปกติ

ความหมายประการที่สอง การแพทย์แผนปัจจุบัน เน้นที่การรักษาโรคมากกว่าการป้องกันโรคเพราะเป็นการรักษาที่ใช้วิธีการจ้องมอง “อาการ” ของผู้ป่วย ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยเป็นโรคแล้วหรือได้รับเชื้อโรคชนิดนั้นๆเข้าสู่ร่างกายแล้ว นอกจากนั้นในหลายกรณีการรักษาอวัยวะเฉพาะส่วน ก็เป็นเพียงการรักษาที่ปลายเหตุ เช่น การผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งอาจจะรับอาการของโรคหัวใจได้แต่ก็มีโอกาสที่อาการของโรคจะเกิดขึ้นใหม่ได้อีก เพราะไม่ได้รับการแก้ไขสาเหตุของการเกิดโรคคือวิถีชีวิตของผู้ป่วยซึ่งจะมีผลต่อร่างกายทั้งระบบ

ความหมายประการที่สาม การแพทย์แผนปัจจุบันให้การบำบัดรักษาโรคในกลุ่มอาการของโรคที่มีปัญหาลักษณะแบบเฉียบพลัน (acute disease) เช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ การเจ็บป่วยเนื่องจากการติดเชื้อ เช่น มีอาการท้องเดินอย่างรุนแรง กลไกในการรักษามีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แต่สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตการแพทย์แผนปัจจุบัน กลับไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษาเท่าที่ควร

ประการที่สอง การแพทย์แผนปัจจุบันรวมศูนย์อำนาจในการให้บริการไว้ที่โรงพยาบาลละเลยพื้นที่ในชุมชน เพราะโรงพยาบาลเป็นฐานอำนาจที่มั่นคงให้กับวิชาชีพแพทย์ และสนับสนุนให้แพทย์มีอำนาจมากขึ้น ประกอบกับการจัดการเรียนการสอน มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับแพทย์และผู้ป่วย เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมารวมกันที่โรงพยาบาล ทั้งที่อาจจะมีความแตกต่าง

ประการที่สาม การผูกขาดอำนาจในการทำหน้าที่ให้การรักษายาบาล โดยเป็นอำนาจที่มีกฎหมายรับรอง ทำให้การรักษาตนเองในหมู่ประชาชน ถือว่าเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง และถูกขัดขวาง โดยกฎหมายและการศึกษา มีแต่การรักษาโดยวิธีการของแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้นที่ถูก

ต้องและปลอดภัย ก่อให้เกิดค่านิยมว่าการดูแลสุขภาพนั้นเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ มิใช่หน้าที่ของประชาชน ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักในพันธะหน้าที่ที่พึงมีต่อตนเอง ในการดูแลสุขภาพของคนทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยนานาประเภทจึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย

ประการที่สี่ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์แบบกลไกไร้คุณค่าของชีวิต การแพทย์มิได้ตอบสนองเจตจำนงแห่งการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ซึ่งเป็นความสลับซับซ้อน เกี่ยวพันกันระหว่างความต้องการด้านชีวภาพ สุขภาพ จิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรมแต่อย่างใด แพทย์ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยจิตใจที่เหินห่างและเย็นชา ไม่สนใจ ไม่เข้าใจส่วนอื่นของผู้ป่วย นอกเหนือจากโรค ขบวนการรักษาพยาบาลดำเนินไปภายใต้สถาบันทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติตามระบบและบทบาทที่กำหนด ซึ่งมุ่งการรักษาโรคโดยเฉพาะในขณะที่ผู้มารับบริการส่วนใหญ่คาดหวังวิธีปฏิบัติเพื่อรักษาคน

ประการที่ห้า จุดอ่อนที่กลายมาเป็นจุดวิกฤตที่สำคัญของการแพทย์แผนปัจจุบัน ในบริบทสังคมปัจจุบัน ก็คือ การที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถเป็นทางออกให้กับโรคสมัยใหม่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ฯลฯ ที่เป็นเช่นนี้ส่วนหนึ่ง ก็เพราะระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ถูกสร้างขึ้นมาจากบนฐานความคิดของระบบทฤษฎีโรค ที่ใช้สำหรับการรักษาโรคติดเชื้อและภาวะความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน แต่ปัญหาความเจ็บป่วยในปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (epidemiological transition) จากโรคติดเชื้อมาเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของบุคคล ทำให้บุคคลอยู่ในสังคมที่มีภาวะ "เสี่ยง" ต่อการเกิดโรคเรื้อรังเหล่านี้ (U. Beck. 1992)

จุดอ่อนทั้งห้าประการที่ได้กล่าวถึงนี้ ได้เป็นตัวชี้ให้เห็นว่าอำนาจความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงเป็นอำนาจความรู้ที่ไม่สมบูรณ์แบบไม่ครบถ้วน เพราะเป็นความรู้ที่จำกัดวงอยู่บนสถานการณ์ เหตุการณ์หนึ่งๆ เป็นหลักจึงเป็นความรู้เฉพาะส่วนเฉพาะเสีย (situated Knowledge) (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร.2542 : 123 ; อ้างอิงจาก Donna Harraway. *Situated Knowledges : The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*) เพราะเหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ต่างมิได้มีลักษณะเป็นเหตุผลเหมือนกันหมด เราจะเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้ก็ต้องใช้วิธีการที่ต่างกันออกไป (Lyotard. 1992) ซึ่งหมายความว่าวาทกรรมการแพทย์เอง จะมีวาทกรรมที่มีความแตกต่างและหลากหลาย และต่างก็มียุทธศาสตร์เฉพาะตัวที่ไม่เหมือนกันมาอยู่ร่วมกัน และการมาอยู่ร่วมกันก็มีมิใช่ในฐานะที่เป็นเอกภาพหรือมีความมั่นคง ซึ่งฟูโกเองก็ไม่เห็นด้วยกับการวิเคราะห์แบบที่เรียกว่า "วาทกรรมหลัก"

(dominant discourse) “เพราะนอกจากจะทำให้มองไม่เห็นความสลับซับซ้อน ของการต่อสู้ระหว่างวาทกรรมแล้วยังอาจทำให้เราเข้าใจผิดได้ว่ามีการแบ่งแยกกันเด็ดขาดระหว่างวาทกรรมหลักกับวาทกรรมรอง โดยยกให้วาทกรรมหลักมีอำนาจสมบูรณ์เด็ดขาดทำให้มองไม่เห็นการขัดแย้งระหว่างวาทกรรม” (ไซยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2542 : 4) ในนัยนี้แสดงให้เห็นว่าในสนามของวาทกรรม จะมีกระบวนการที่สามารถช่วงชิงวาทกรรมกันอยู่ได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นว่าการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกิดขึ้นมานี้ นอกจากการสร้างอัตลักษณ์ของตัวมันเองที่แข็งแกร่งแล้ว มันยังเปิดพื้นที่ที่ไม่สมบูรณ์แบบของมันให้ว่าง เพื่อให้การดูแลสุขภาพแบบอื่นๆมาช่วงชิงซึ่งในที่นี้คือชีวจิต ชีวจิตจึงเข้ามาช่วงชิงพื้นที่ที่ว่างคือตัวความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการสร้างอัตลักษณ์ของตัวเองขึ้นมาใหม่ด้วยการสร้างความรู้ชุดใหม่ขึ้นมาและเปิดพื้นที่ใหม่นอกโรงพยาบาล พร้อมทั้งเข้าไปช่วงชิงพื้นที่ในโรงพยาบาลด้วย โดยผ่านทางแพทย์แผนไทย ขณะเดียวกันชีวจิตก็ทำในสิ่งที่เรียกว่าไม่ถูกรอบครองโดยอำนาจของแพทย์ เช่น อาหารเสริม

ความรู้ที่ชีวจิตสร้างขึ้น มา เป็นความรู้ที่มองชีวิตว่าประกอบด้วยร่างกายและจิตใจที่มีลักษณะกลมกลืนและประสานกันเป็นหนึ่งเดียว สุขภาพอนามัยเป็นเรื่องของชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความว่าวิถีชีวิตหรือการใช้ชีวิตประจำวันของเรานั้นมีผลต่อสุขภาพของเราเอง และสิ่งที่เป็นพื้นฐานของชีวิตประจำวันของเราแต่ละคน ก็ได้แก่อาหารที่เรากินเข้าไปในแต่ละมื้อแต่ละวันนั่นเอง ดังนั้นอาหารจึงมีความสำคัญทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ สุขภาพดังกล่าวมิได้ขึ้นอยู่กับเพียงว่าเรากินอาหารอย่างไร และกินเท่าใดเท่านั้น ที่สำคัญไม่น้อยกว่ากันคือประเด็นที่ว่าเรากินอะไร การกินอาหารที่ไร้สมดุลย่อมเป็นปฐมฐานของการเกิดโรค แต่ขณะเดียวกันการกินอาหารที่สมดุล สอดคล้องกับภาวะร่างกายของแต่ละคนก็เป็นจุดเริ่มต้นของการมีสุขภาพดี และการรักษาโรคทั้งหลายด้วย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต เป็นความรู้แบบองค์รวมและเน้นการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการป้องกันโรค และความรู้นี้มีอำนาจที่ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนต้องทำการสำรวจ จ้องมอง ร่างกายของตนเองอย่างสม่ำเสมอ นั่นคือการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตทำให้อำนาจในการจัดการกับสุขภาพความเจ็บป่วย และคุณค่าความเป็นคนของผู้ป่วยที่สูญเสียไปกับวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันกลับคืนมา ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญจากการมีอำนาจในการตัดสิน ระบุว่าใครเป็นโรคหรือไม่เป็นโรค มาทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ปรีกษาให้กับผู้ป่วย

ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ถูกเผยแพร่ในสังคมไทยเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2529 ซึ่งในขณะนั้นมีผู้ให้ความสนใจไม่มากนัก แต่ด้วยความพยายามในการเผยแพร่ของ สาทิส อินทรกำแหง ผู้สร้างความรู้ขึ้นมาจากประสบการณ์จริงของตน ส่งผลให้ความรู้ “ชีวจิต” เป็นที่รู้จักของคนในสังคมมากขึ้น เกิดการรวมตัวกันก่อตั้งเป็นชมรมชีวจิต เมื่อปี 2531 โดยมีจำนวนสมาชิกในขณะนั้นประมาณ 300 คน (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 111)

สาทิส อินทรกำแหง ผู้สร้างความรู้ “ชีวจิต” ปัจจุบันอายุประมาณ 74 ปี เป็นชาว จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิตสังคมวิทยาและวิทยาศาสตร์อาหาร ประเทศสหรัฐอเมริกา และได้ศึกษาค้นคว้าด้านแมคโครไบโอติกส์ (macrobiotics) การแพทย์แบบผสมผสาน (integrated medicine) และการฝังเข็มแบบจีน สาทิส อินทรกำแหง มีประสบการณ์ในการทำงานที่โรงพยาบาล Sacred Heart Hospital รัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 6 ปี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเซี่ยะเหมิน ประเทศจีน 1 ปี และองค์การสหประชาชาติ เป็นเวลา 27 ปี เคยป่วยเป็นมะเร็งในโพรงจมูกระยะเริ่มต้น ขณะเดียวกันก็เป็นโรคตับด้วย เมื่อประมาณ 30 กว่าปีที่แล้ว พอทราบว่าตัวเองป่วยเป็นมะเร็งก็เริ่มศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยนำประสบการณ์ที่เคยทำงานในโรงพยาบาลและจากการที่ได้เรียนรู้เรื่อง nutrition จึงทำให้ทราบ ว่ามะเร็งไม่ใช่โรค แต่เกิดจากปัญหาในตัวผู้ป่วยเอง ทั้งปัญหาทางกาย ปัญหาสิ่งที่มีพิษที่เข้าไปสะสมในร่างกาย ความเครียด สาทิส อินทรกำแหง จึงได้เริ่มศึกษาเรื่อง immune system หรือชื่อภาษาไทยที่ตนบัญญัติขึ้นมาเองว่า “ภูมิชีวจิต” อย่างจริงจัง เพราะมีความเชื่อว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งที่ตนเองประสบอยู่ได้ เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ถือว่ามะเร็ง คือเนื้อร้ายเมื่อตรวจพบก็จะต้องตัดออก ถ้าปวดมากก็เพียงให้ยาระงับอาการปวด ซึ่งเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ แต่ สาทิส อินทรกำแหง ได้ใช้แนวทางที่ตนเองศึกษามา คือ การกินอาหาร และการดำรงชีวิตที่เป็นธรรมชาติ ซึ่งก็คือวิถีทางแห่งชีวจิตนั่นเอง ในที่สุดก็สามารถเอาชนะโรคได้อย่างเด็ดขาด (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 116-118)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความมุ่งหมายของการศึกษานี้ ต้องการที่จะสืบค้นถึงกระบวนการก่อรูปของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต เพื่อที่จะคลี่คลายให้เห็นว่า การก่อรูปของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตเกิดขึ้นมาได้อย่างไร โดยมองว่าชีวจิตก็เป็นระบบการดูแลสุขภาพระบบหนึ่งเช่นเดียวกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพียงแต่เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากฐานคติของวิทยาศาสตร์แบบองค์รวม ซึ่งเป็นฐานคติที่ต่างจากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นความรู้กระแสหลักในการจัดการกับสุขภาพในปัจจุบัน และความรู้แบบชีวจิตนี้อยู่ในฐานะที่เป็นผลผลิตที่เกิดจากการปฏิบัติและประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่ผ่านการดิ้นรน แสวงหาเพื่อกรอถูรอดของชีวิตที่หมดหวังกับความรู้กระแสหลักและได้พยายามสถาปนาความรู้ ความจริง ขึ้นมาเพื่อช่วงชิงพื้นที่ในการดูแลสุขภาพในสังคมปัจจุบัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินว่าการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตนั้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี และไม่ได้ต้องการที่จะค้นหาคำตอบให้กับคำถามที่ว่า การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตสามารถรักษาโรคได้จริงหรือไม่ แต่จะมุ่งประเด็นไปที่การ

สร้างและการก่อรูปของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ดังนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยของการศึกษานี้จึงแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นด้วยกัน คือ

ประเด็นแรก ศึกษาเงื่อนไขของการก่อรูปของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตภายใต้สังคมที่มีระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์กระแสหลัก โดยมีแนวคิดที่ว่าอำนาจในการสถาปนาความรู้ ความจริงนั้น ไม่ได้กระจุกตัวอยู่ ณ ที่ใดที่หนึ่งแต่มันกระจายอยู่ทั่วไป การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จึงมีกระบวนการในการช่วงชิงเพื่อเปิดพื้นที่ของตนเองขึ้นมา โดยมีเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการช่วงชิง นั่นคือประเด็นนี้จะศึกษาถึงจุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งในแง่ฐานคิด ประสิทธิภาพ และผลข้างเคียง ที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

ประเด็นที่สอง ศึกษาถึงการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต โดยผ่านภาคปฏิบัติการของความรู้ ตั้งแต่การผลิต การเผยแพร่ และการบริโภค จนทำให้ความรู้ที่สามารถช่วงชิงพื้นที่และสถาปนาขึ้นมาเป็นความรู้ในการดูแลสุขภาพอีกกระแสหนึ่งในสังคมปัจจุบัน และทำให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตสามารถเปิดพื้นที่ขึ้นมา ในสังคมที่มีการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์กระแสหลัก

ผลจากการศึกษาดังกล่าว จะทำให้เข้าใจถึงกระบวนการในการสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ผ่านกระบวนการผลิตความรู้ การกระจาย และการบริโภค ซึ่งเป็นกระบวนการที่แยบยล และมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ จนทำให้ผู้ปวยมีอำนาจในการจัดการกับสุขภาพตนเองและได้เห็นถึงการพิจารณาความรู้และการใช้ความรู้ในลักษณะเชิงยุทธศาสตร์ และปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ความรู้จึงไม่ใช่เพียงแต่เป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการรับรู้จากภูมิปัญญาที่ส่งผ่านจากบรรพบุรุษเท่านั้น หากแต่ยังเกิดจากกระบวนการในการปะทะกับอำนาจที่เหนือกว่าของความรู้แบบวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อีกด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตนี้ เป็นการศึกษากระบวนการสร้างความรู้ในฐานะที่เป็นปฏิบัติการของอำนาจ เพื่อให้เกิดมุมมองของความรู้ในการดูแลสุขภาพที่เปิดกว้างและแตกต่างไปจากความรู้แบบเดิม ซึ่งเป็นความรู้ที่เฉพาะเจาะจง ทำให้เป็นความรู้ที่แคบและเป็นความรู้ที่เป็นตัวกำหนดตำแหน่งแห่งที่ให้ผู้ป่วยมีพื้นที่อยู่เพียงชายขอบของอำนาจความรู้ การช่วงชิงอำนาจของความรู้แบบชีวจิตในระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทยเป็นเพียงวิธีการหนึ่งเท่านั้น เพราะในความพยายามที่จะเข้าใจความลึกซึ้งของชีวิตนั้น มนุษย์ได้แสวงหาด้วยวิธีการต่าง ๆ มากมาย วิธีการดังกล่าวก็เช่นวิธีการของนักวิทยาศาสตร์และนักศาสนา และยังมีอีกมากมายซึ่งไม่อาจแจกแจงได้หมด วิธีการเหล่านี้ได้ให้โลกทัศน์ต่าง ๆ กัน มีทั้งอธิบายได้และอธิบายไม่ได้ และเน้นในแง่มุมที่ต่างกัน ทุกๆทัศนะล้วนถูกต้องและมีคุณประโยชน์ในขอบเขตซึ่งมันถือกำเนิดขึ้นมา อย่างไรก็ตาม ทุกๆทัศนะล้วนเป็นเพียงคำอธิบายที่ตกอยู่ภายใต้ข้อจำกัด ไม่มีทัศนะใดที่ให้ภาพของชีวิตที่สมบูรณ์ ดังนั้นปฏิบัติการทางอำนาจของความรู้ในพื้นที่ของการก่อรูปของการดูแลสุขภาพ จึงเป็นการปะทะกับอำนาจความรู้ที่ตรึงและดำรงอยู่เดิม และเป็นการสร้างการเมืองแห่งความแตกต่างให้เกิดขึ้น จึงเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้กับความรู้แบบอื่นๆ ที่ถูกเก็บกด ปิดกั้นไว้ ด้วยอัตลักษณ์และความหมายของความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันไปด้วยในขณะเดียวกัน

การศึกษาการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดวาทกรรมมาศึกษาการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตเพื่อเผยและคลี่คลายให้เห็นถึงความแยบยลในยุทธวิธีของอำนาจ ภายใต้กระบวนการต่างๆในการสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่ทำให้ความรู้นี้เป็นที่ยอมรับ และเกิดความเชื่อถือในสังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เบาหวาน และผู้ป่วยระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ จนผู้ป่วยได้นิยามหรือให้อัตลักษณ์และความหมายต่อตนเองให้เป็นไปตามที่ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตได้กำหนด และสร้างกฎเกณฑ์วินัยให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยความเต็มใจ เพื่อให้เกิดความชอบธรรมของอำนาจในการจัดการกับผู้ป่วยให้เป็นไปตามที่ต้องการ ดังนั้นเพื่อให้เห็นความซับซ้อนของกระบวนการที่เกิดขึ้น และนำไปสู่การตอบคำถามการวิจัยดังกล่าว การวิเคราะห์ในแต่ละประเด็นตามกรอบแนวคิดของการวิจัยจึงจำเป็นต้องใช้วิธีวิทยาดังนี้

การวิเคราะห์เงื่อนไขของการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

เนื่องจากการวิเคราะห์ประเด็นนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อเผยให้เห็นถึงเงื่อนไขของการก่อรูปของความรู้แบบใหม่คือชีวิต ในขณะที่ยังคงความรู้เดิมคือการแพทย์แผนปัจจุบันยังดำรงและดำรงอยู่ในสังคม ซึ่งย่อมหมายถึงว่าต้องมีเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการช่วงชิงของความรู้ในสนามวาทกรรม ซึ่งเงื่อนไขนี้ก็คือจุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบันที่เปิดโอกาสให้มีการช่วงชิง ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์ในประเด็นนี้จึงเป็นการเผยให้เห็นถึงจุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งในด้านฐานคิด ความรู้ ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาว่ามีอะไรบ้าง อย่างไร และสะท้อนออกมาให้เห็นในเรื่องอะไรบ้าง

การสืบค้นเพื่อเผยให้เห็นถึงจุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้สืบค้นจากผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง หัวใจ เบาหวาน ฯลฯ และผู้ที่ให้ความสนใจมาใช้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตในการดูแลสุขภาพตนเอง ของกลุ่มออกกำลังกายแบบชีวิตในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดราชบุรี โดยการสัมภาษณ์ระดับลึกถึงประสบการณ์การรักษา ด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพมาเป็นชีวิต ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพแบบแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการรักษาสุขภาพแบบแพทย์แผนปัจจุบัน สัมภาษณ์ระดับลึกถึง เหตุผลที่ใช้ “ชีวิต” ในการดูแลสุขภาพ

การวิเคราะห์การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

การวิเคราะห์การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิตนั้น เป็นการวิเคราะห์กระบวนการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิต ซึ่งเป็นวาทกรรมที่เข้ามาช่วงชิงพื้นที่ความรู้ที่เป็นจุดอ่อนของความรู้การแพทย์แผนปัจจุบัน โดยความรู้ที่สามารถแสดงความเป็นตัวตน หรือมีตำแหน่งแห่งที่ของตัวเองออกมา และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รู้ทางด้านการรักษาคือแพทย์กับผู้ป่วย ดังนั้นในกระบวนการวิเคราะห์จึงเป็นการเผยและคลี่คลายให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจกับความรู้ว่า ความรู้ ความจริง ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตที่ถูกสร้างขึ้นมานั้นเป็นอย่างไรและมีภาคปฏิบัติการอะไรบ้างที่ถูกสร้างขึ้นมารองรับความรู้ดังกล่าว โดยจะศึกษาถึงฐานคิด และความรู้ ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตว่าเป็นอย่างไร มีการสร้างสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิต เช่น ชมรมชีวิต สื่อและเครือข่ายของชีวิตอย่างไร การดำเนินงานของสถาบันเหล่านี้ ได้รองรับความรู้เกี่ยวกับชีวิตที่ถูกสร้างขึ้นมาอย่างไร รวมตลอดถึงผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญ กฎเกณฑ์ วินัยต่าง ๆ ที่ถูกสร้างขึ้นมาให้ผู้ป่วยเต็มใจในการปฏิบัติว่ามีอะไรบ้าง อย่างไร

การสืบค้นเพื่อเผยให้เห็นถึง ฐานคิด ความรู้ และกระบวนการสร้างสถาบัน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตได้สืบค้นจากเอกสารที่เผยแพร่ และสื่ออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตัวบทจากการสัมภาษณ์ระดับลึก โดยแยกประเภทของตัวบทในการศึกษาดังต่อไปนี้

ประเภทแรก เป็นตัวบทประเภทเอกสาร ที่พิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ได้แก่

1) หนังสือ เขียนโดย สาทิส อินทรกำแหง ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 4 เล่ม ได้แก่ “ชีวจิต : การใช้ชีวิตรอบอย่างเข้าใจธรรมชาติ” “มะเร็งแห่งชีวจิต” “ชีวจิตเริ่มต้นเมื่อ 70” และ “ภูแน”

2) นิตยสารรายปักษ์ ชื่อ ชีวจิต รวมทั้งสิ้น 9 ฉบับ ได้แก่

- ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ประจำวันที่ 16 ตุลาคม 2541
- ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ประจำวันที่ 1 พฤศจิกายน 2541
- ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ประจำวันที่ 16 พฤศจิกายน 2541
- ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 ประจำวันที่ 1 ธันวาคม 2541
- ปีที่ 1 ฉบับที่ 5 ประจำวันที่ 16 ธันวาคม 2541
- ปีที่ 1 ฉบับที่ 6 ประจำวันที่ 1 มกราคม 2542
- ปีที่ 1 ฉบับที่ 7 ประจำวันที่ 16 มกราคม 2542
- ปีที่ 2 ฉบับที่ 15 ประจำวันที่ 16 พฤษภาคม 2542
- ปีที่ 4 ฉบับที่ 78 ประจำวันที่ 1 มกราคม 2545

3) หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ฉบับประจำวันอาทิตย์ หน้า 16 ชื่อ คอลัมน์ “ปั้นชีวจิตใหม่ด้วยชีวจิต” เขียนโดย สาทิส อินทรกำแหง ตั้งแต่ฉบับวันอาทิตย์ที่ 2 กันยายน 2544 ถึง ฉบับวันอาทิตย์ที่ 8 ตุลาคม 2544 รวม 8 ฉบับ

ประเภทที่สอง เป็นตัวบทประเภทสื่ออื่นๆที่ไม่ใช่สื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ วีดิทัศน์เรื่อง “กินอยู่อย่างชีวจิต” ซึ่งเป็นรายการสารคดีสั้นออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ไอทีวี โดย สาทิส อินทรกำแหง และนายสิทธิชัย หยุ่น จำนวน 2 ม้วน ความยาวรวม 3 ชั่วโมง

ประเภทที่สาม เป็นตัวบทจากการสัมภาษณ์ระดับลึกจากบุคคลตั้งแต่ผู้ที่มีส่วนในการก่อตั้งและผู้ป่วยที่มาใช้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตในกลุ่มออกกำลังกายแบบชีวจิต กรุงเทพมหานคร และจังหวัดราชบุรี จำนวน 15 คน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 : แสดงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลัก

คนที่	อาการ / โรค	บริการที่ได้รับก่อนมาใช้แนวทางชีวิต
1	มะเร็งเต้านมด้านซ้าย	ผ่าตัดเต้านม + เคมีบำบัด
2	สุขภาพดี	-
3	ปวดหลังเนื่องจากมีหินปูนมาเกาะ	แผนปัจจุบัน
4	ความดันโลหิต / โรคกระเพาะอาหาร / เส้นเลือดหลังลูกตาตีบ	แผนปัจจุบัน
5	ปวดหัวเป็นประจำ / กระตุกทับเส้นประสาท	แผนปัจจุบัน
6	เบาหวาน / มีหินปูนที่ก้านสมอง	ผ่าตัดกระดูกสันหลัง
7	มะเร็งที่ต่อมไทรอยด์	ฉายแสง
8	มะเร็งลำไส้ใหญ่	ผ่าตัดลำไส้ + เคมีบำบัด
9	หัวใจ / ภูมิแพ้	แผนปัจจุบัน (รับประทานยา / ฉีดยา)
10	เบาหวาน	แผนปัจจุบัน (รับประทานยา)
11	ความดันโลหิตสูง	แผนปัจจุบัน (รับประทานยา)
12	สุขภาพดี	-
13	มะเร็งลำไส้เล็ก	ผ่าตัด และ รับประทานยา
14	หินปูนเกาะที่กระดูกคอ	แผนปัจจุบัน (กายภาพบำบัด)
15	มะเร็งที่โพรงจมูก	รับประทานยา / ผ่าตัด / ฉายแสง

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยบทที่จะนำมาวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัยศึกษาจากเอกสาร วัตถุทัศน์ และการสัมภาษณ์ระดับลึกจากบุคคลที่มีส่วนในการก่อตั้ง ผู้ป่วย และผู้ที่สนใจใช้ความรู้ของชีวิตมาดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก (in-depth interview) โดยการสัมภาษณ์ระดับลึกช่วยให้ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายให้ผู้ตอบเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของคำถามสามารถตรวจสอบความเข้าใจกันได้ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถลำดับเหตุการณ์ที่ประสบและถ่ายทอดได้ ในทัศนะของตนเอง อีกทั้งยังมีโอกาสสังเกตท่าทีของผู้ตอบ ขณะให้สัมภาษณ์อีกด้วย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามที่ได้มีการพัฒนาขึ้นมาจากกรอบแนวคิดในการวิจัย แนวคำถามจะมีลักษณะเป็นคำถามกึ่งโครงสร้างแบบปลายเปิด เมื่อการจัดทำแนวคำถามสำหรับการจัดเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จึงกำหนดแผนการในการเดินทางไปเก็บข้อมูลร่วมกับนักวิจัยผู้ช่วย เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างครบถ้วน และได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ในระหว่างการสัมภาษณ์จะระมัดระวังไม่ให้เกิดการชี้นำ ได้ขออนุญาตใช้เครื่องบินที่กักเสียง พร้อมทั้งจดประเด็นสำคัญในขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และถือเป็นการเก็บข้อมูลที่มีความเคร่งครัด เพื่อให้เกิดผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่สมบูรณ์

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำแนวคำถามเป็น 3 ชุด เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล จากผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน คือ

ชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลของประวัติความเป็นมาของผู้ป่วย ทั้งที่เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย ตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าตนเองป่วย แล้วไปรับการรักษาจากแหล่งบริการของการแพทย์แผนปัจจุบัน จนกระทั่งมาปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ที่มีสุขภาพดีที่มาร่วมกลุ่มออกกำลังกาย เพื่อให้ได้มาซึ่งประวัติความเป็นมาของผู้ที่มีสุขภาพดีแต่ให้ความสนใจมาใช้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตในการดูแลสุขภาพของตน เพราะบุคคลเหล่านี้ก็เคยเป็นผู้ป่วยที่ไปรักษาด้วยความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อน ดังนั้นจึงสามารถให้ข้อคิดเห็นในมุมมองของผู้มีประสบการณ์ต่อการใช้ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อนที่จะมาใช้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต

ชุดที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย ซึ่งแนวคำถามจะคล้ายคลึงกับแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย เพราะผู้นำกลุ่มออกกำลังกายก็เคยเป็นผู้ป่วยที่ผ่านการใช้ความรู้ของการ

แพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาความเจ็บป่วยมาก่อน ก่อนที่จะมาใช้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต แต่แนวคำถามจะมีข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มออกกำลังกายมากขึ้น

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้นำมาถอดคำพูดแบบคำต่อคำ เพื่อวิเคราะห์ และตีความปรากฏการณ์ต่างๆ แล้วจัดข้อมูลเข้าสู่หมวดหมู่ (categories) พิจารณาถึงเงื่อนไขของการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต โดยการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ได้นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากการศึกษาเอกสารมาจัดเป็นหมวดหมู่ ตามประเด็นที่ศึกษาดังกล่าว

บทที่ 4

เงื่อนไขของการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงกระบวนการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต โดยผู้วิจัยมองว่าการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต เกิดขึ้นได้เนื่องจากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันมีจุดอ่อน จึงเป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการช่วงชิงความรู้ ซึ่งเงื่อนไขที่เกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยไม่ได้มองในฐานะว่าเป็นปัจจัยที่เป็นต้นเหตุโดยตรง แต่เป็นการติดตามดูกระบวนการของพฤติกรรมสุขภาพ ที่คนเราปฏิบัติทั้งในขณะที่มีสุขภาพดีและเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคว่าคนเราจะมีการจัดการในการจัดการกับสุขภาพของตัวเองอย่างไร ท่ามกลางวิธีการในการจัดการกับสุขภาพที่มีความหลากหลาย แต่อย่างไรก็ตามในความหลากหลายของวิธีการต่างๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่เมื่อเราเกิดความเจ็บป่วยเรามากจะมุ่งใช้วิธีการของการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลัก หลังจากนั้นเมื่อใช้วิธีการของการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว เพราะเหตุใดจึงได้นำเอาแนวทางของชีวจิตมาเป็นวิธีการในการดูแลสุขภาพ ทั้งในสภาวะที่ปกติและเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นในบทนี้จึงเป็นการนำเสนอผลการศึกษา ที่ได้สร้างขึ้นจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึก ประกอบด้วยผู้ที่มีสภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี ได้สะท้อนแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะของการเจ็บป่วย การแสวงหาแหล่งการบริการสุขภาพ ตลอดจนแนวทางการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเงื่อนไข หรือจุดอ่อนที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพของการแพทย์แผนปัจจุบัน ตลอดจนการสะท้อนถึงเหตุผลที่ต้องมาใช้แนวทางของชีวจิตมาเป็นวิธีการในการดูแลสุขภาพ

โดยการนำเสนอจะประกอบไปด้วย รายละเอียดในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
2. การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพ
3. จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบการดูแลสุขภาพ
4. การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยแนวทางชีวจิต

การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

เมื่อเกิดความผิดปกติ บุคคลแรกที่สังเกตเห็นและรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย ก็คือ ตัวบุคคลเอง ซึ่งการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น เป็นการประเมินต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยได้เร็วหรือช้าเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่ส่งผล

กระทบต่อการตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งการตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้นด้วย ส่วนการกระทำสิ่งใดๆนั้น มีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำ หรือวิธีการรักษาจากแหล่งให้บริการต่างๆ ดังนั้นการรับรู้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้เร็ว หมายความว่าอาการเหล่านี้อาจหายได้ หรือใช้การรักษาเพียงเล็กน้อยก็กลับสู่สภาพปกติได้ ประการสำคัญคือความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพก็จะมีน้อยตามไปด้วย ในทางตรงกันข้าม หากรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยซ้ำมากเท่าใดก็จะยิ่งส่งผลเสีย ทำให้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนำไปสู่ความผิดปกติของร่างกาย โดยที่ไม่มีโอกาสกลับสู่สภาพปกติหรือมีโอกาสเป็นปกติได้บ้างเพียงเล็กน้อย เช่น จากอาการผิดปกติครั้งแรก ความเจ็บป่วยจะพัฒนาความรุนแรงมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุของการเป็นโรคในระยะรุนแรง ที่ยากต่อการให้การรักษาก็ได้

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนี้พบว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะรับรู้แตกต่างกันในแต่ละบุคคลและชนิดของโรค ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติที่ผู้ป่วยสามารถสังเกต และจำแนกความผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงของตนเองถึง “อาการบ่งบอก” หรือความรู้สึกว่ามี “อาการไม่สบาย” ที่เกิดขึ้นได้เร็วหรือช้าแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยไม่เคยมีมาก่อน
2. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่แตกต่างจากภาวะปกติ
3. การรับรู้โดยการแสดงอาการของโรคอื่นมาก่อน

1. อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยไม่เคยมีมาก่อน

อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยไม่เคยมีมาก่อนจึงสร้างความตื่นตกใจ และวิตกกังวลให้แก่ผู้ป่วย ที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มสงสัยว่าตนเองมีความผิดปกติของร่างกายเกิดขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายลักษณะ ได้แก่ การมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง การมีเลือดออกจากร่างกาย และการพบอวัยวะที่แปลกปลอม

1.1 การมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง

ถึงแม้ว่าอาการเจ็บปวด เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นปกติธรรมดากับบุคคลโดยทั่วไป แต่อาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ที่เจ็บปวดเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะถ้าบุคคลผู้นั้นไม่เคยมีความเจ็บปวดเช่นนั้นมาก่อน ผู้ที่ได้รับความเจ็บปวดก็จะตีความว่าตนเองจะต้องเกิดโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยอาจคิดเชื่อมโยงกับประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอื่นๆที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และวินิจฉัยด้วยตนเองว่าอาการเจ็บปวดนั้น เป็นอาการของ

ความผิดปกติที่รุนแรงมากน้อยแค่ไหน อย่างไร เช่น ในกรณีของผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์คนหนึ่ง เล่าถึงอาการเจ็บปวดของตนเองว่า

“คืนวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2544 ประมาณตีหนึ่ง ได้มั้งมีอาการปวดท้องมาก แล้วก็ปวดข้างขวา พอปวดข้างขวาปุ๊บ ก็คุยกันว่า เอ๊ะ เป็นไส้ติ่งไหม เพราะหลานชายก็เพิ่งไปตัดมาเหมือนกัน เขาปวดแล้วไปตัดก็จบ จันทไปโรงพยาบาลก็แล้วกัน ก็ไปตรวจ ก็เข้าโรงพยาบาลเลยคืนนั้น”

นอกจากนั้น อาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของบุคคล หรือระดับความเจ็บปวดที่มีความสัมพันธ์กับ “ท่าทาง” ของการเคลื่อนไหว ขณะเดียวกันก็มีอาการผิดปกติของอวัยวะอื่นที่อยู่ติดกัน หรือเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่เกิดของอาการเจ็บปวดนั้น ก็ทำให้คนคิดเปรียบเทียบสิ่งที่สังเกตพบกับภาวะปกติตามประสบการณ์เดิม และความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น เมื่อการจัดการเบื้องต้นตามประสบการณ์ไม่สำเร็จ จึงคิดว่าตนเองเป็นโรคใดโรคหนึ่งอย่างแน่นอน ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ว่า

“ปวดกระดูกสันหลังมาก แต่เมื่อลุกเข้าห้องน้ำ ปวดกระดูกดำ ปวดเส้นมาก ซาที่มีมือที่เท้าข้างขวา คิดว่าจะเป็นอัมพาต เข้าวันรุ่งขึ้นก็ไม่หายปวด แฟนให้รีบไปหาหมอแล้ว แก้อักเสบ ก็ไม่หาย ประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อน ก็ไม่หาย”

“ปวดหลังมาก เมื่อนั่งเอียงๆจะปวดมากขึ้น จึงต้องนั่งขัดสมาธิ ไหล่ทั้งสองข้างยกไม่ขึ้น เมื่อยกไหล่หรือเอื้อมมือไปติดตะขอเสื้อใน จะปวดมาก เคยให้หมอนวดเขานวดให้ ก็รู้สึกดีขึ้น แต่ก็กลับมาเป็นอีก”

1.2 การมีเลือดออกจากร่างกาย

ในร่างกายของคนเราจะมีเลือดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ เลือดถูกให้ความหมายว่า เป็นปัจจัยสำคัญในการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ การที่ปล่อยให้เลือดออกจากร่างกายจะทำให้ร่างกายขาดเลือดซึ่งจะเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นการที่บุคคลใดมีเลือดออกจากร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยที่ไม่ได้รับการกระทบกระเทือน หรือไม่ได้รับอุบัติเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง และไม่เคยมีอาการเลือดออกมาก่อน ย่อมเป็นเหตุให้บุคคลนั้นรับรู้ และให้ความหมายอาการตามประสบการณ์เดิม จึงเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากคาดหวังว่าภายในร่างกายของตนจะต้องมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลดังกล่าวมีจินตนาการเชื่อมโยงถึงประสบการณ์ของตนกับโรคใดโรคหนึ่งที่มีอาการคล้ายคลึงกันจึงเป็นสาเหตุให้คาดคิดว่าตนเองก็คงจะเป็นโรคเช่นนั้นด้วย ผู้ให้สัมภาษณ์ คนหนึ่งเล่าให้ฟังว่า

“เริ่มแรกแล้วอาการของผมจริงๆ ไม่มีการบ่นบอกมาก่อนเลย ว่าผมเป็นมะเร็ง แต่ด้วยความที่ตัวเองรู้เท่าไม่ถึงการณ์เนี่ย มันมีก้อนเนื้อก้อนหนึ่ง ขนาดประมาณหนึ่ง เซนติเมตร หลุดร่วงลงมาจากในช่องปากบริเวณลิ้นไก่ ด้วยการที่ตัวเองไม่รู้เรื่องพวกนี้เลยไม่ได้มาสนใจ อยู่มาวันหนึ่งนอนดูโทรทัศน์กับลูกตอนกลางคืน อยู่ๆก็มีเลือดกำเดาไหล ทั้งๆที่ผมไม่เคยมีประวัติที่เกี่ยวกับเลือดกำเดาเลย เข้าห้องน้ำไปทำความสะอาดเรียบร้อย ใจมาครั้งหนึ่งก็มีเลือดออกมา ก็ไปหาหมอ”

และผู้ให้สัมภาษณ์อีกรายหนึ่งซึ่งเป็นมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่เล่าว่า

“เริ่มแรกก็ถ่ายเป็นมูกเลือด และมีอาการปวดท้องมาก ต่อมาเวลาถ่ายถ้าออกแรงมากๆ ก็จะมีมูกเลือดมาด้วย ตอนหลังมันชักจะมีบ่อยมันก็เข้า เลยไปตรวจที่คลินิก คิดว่าเป็นริดสีดวงทวาร แพทย์บอกคุณลุงสงสัยเป็นมะเร็งนะ ให้รีบไปโรงพยาบาล ลุงก็ไปโรงพยาบาลเอกชน แพทย์ให้ยาเหน็บมา เขาก็นึกว่าเป็นริดสีดวงทวารเหมือนกัน ยาเหน็บนี้ไม่ได้ผล แพทย์ก็ใช้อัลตราซาวด์ ถึงรู้ว่ามันเป็นเนื้องอกที่ลำไส้ใหญ่”

1.3 การพบอวัยวะที่แปลกปลอม

โดยธรรมชาติ ร่างกายของคนเราจะประกอบด้วยเซลล์ต่างๆที่ต่างก็มีหน้าที่ประจำ ทุกเซลล์จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของระบบต่างๆของร่างกาย การมี อาการผิดปกติที่เกิดกับอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือพบว่ามียาที่แปลกปลอมซึ่งกฎเกณฑ์ของระบบต่างๆของร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลจะรู้สึกกังวลมากคิดว่าตนเองเป็นโรคใดโรคหนึ่งจึงไปตรวจที่โรงพยาบาล และเมื่อบุคคลรับทราบว่าเป็นเนื้องอก ก็จะเริ่มมีความเครียดและความกลัวเพราะทุกคนมักจะให้ความหมายว่า เนื้องอกคือ ก้อนมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย “ต้องตายแน่” และจะต้องตายก่อนวัยอันสมควร ทั้งนี้เนื่องจากได้จินตนาการโดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ เกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงบุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นมะเร็ง ดังนั้นผู้ที่มีเนื้องอก หรือทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งย่อมมีอาการเครียด และเกิดความหวาดกลัว ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งให้การสัมภาษณ์ ได้เล่าถึงอาการและความรู้สึกเมื่อตรวจพบเนื้องอกว่า

“รู้สึกแปลกๆ และตั้งบริเวณฐานเต้านม วันหนึ่งก็สองสามครั้ง ต่อมาประมาณ สามเดือน ที่เจ็บแปลกๆมีมากขึ้นเป็นวันละ สามสี่ครั้ง เวลาเกร็งมือตัดผ้าเพื่อจะเย็บ ก็รู้สึกแปลกๆด้วยกังวลมาก จึงไปตรวจที่โรงพยาบาล หมอบอกว่าเป็นเนื้องอก ต้องผ่าตัด กลัวเพราะเห็นคนข้างบ้านที่เขาเป็นมะเร็ง ก็คนที่รักษาแบบนี้ ไม่เห็นหายซักคนนะโดยมากตายนะ”

2. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่แตกต่างจากภาวะปกติ

เป็นการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่มีความแตกต่างของแต่ละโรค อาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่เตือนให้ตัวเราได้รับรู้ว่าตนเองอาจเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง และเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ต้องไปปรึกษาแพทย์ เพื่อทำการวินิจฉัยโรคให้ชัดเจน ผลการศึกษาพบว่าอาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ที่บ่งชี้ถึงความเจ็บป่วยซึ่งผู้ป่วยรับรู้ได้มีดังนี้คือ

2.1 น้ำหนักลดลง

การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีน้ำหนักลดลง เนื่องจากรับประทานอาหารไม่ได้ เพราะรสชาติของอาหารไม่อร่อยไม่ถูกปาก หรือมีความตั้งใจที่จะลดน้ำหนัก เหล่านี้เป็นเรื่องปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นได้ แต่หากว่าบุคคลใดมีน้ำหนักลดลงทั้งๆที่สามารถรับประทานอาหารได้มาก และรู้สึกหิวบ่อยๆ ในขณะเดียวกันก็มีการเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นในร่างกายร่วมด้วย เช่น รู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการอ่อนเพลีย บุคคลจะเริ่มตีความว่า การที่น้ำหนักลดลงอาจเป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคใดโรคหนึ่ง จึงได้ไปโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจวินิจฉัย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งเล่าถึงอาการว่า

“รู้สึกไม่ค่อยแข็งแรง ทั้งๆที่ตัวเองก็ปกติธรรมดาไม่มีอะไร แล้วก็ทานเก่งขึ้น ยิ่งทานๆน้ำหนักลดลง จริงๆค่ะอาการเริ่มแรกเป็น ยิ่งทานยิ่งน้ำหนักลด เอ๊ะ เราก็ว่าเราผอมเพราะอะไร เราก็ยิ่งทานอะไรไป เบอะๆ ยิ่งทาน ยิ่งผอม ไทรม ผิวยิ่งเหี่ยวลง ผิวยิ่ง ค่ำคล้ายมากขึ้น ทั้งๆที่อยู่ในบ้านเกือบตลอดเวลา มีอาการตั้งแต่ปี 39 ก็ปิดกิจการเสริมสวย ตอนนั้นจะเครียดไม่มีอะไรทำ คนเคยทำงานพออยู่เฉย ๆจะเครียดและหงุดหงิด เมื่อไปเช็คน้ำตาลขึ้นสูงเกือบ 300”

2.2 การเหนื่อยมากกว่าปกติ

การเหนื่อยเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกคน เมื่อบุคคลนั้นออกแรงกระทำการกิจกรรมใดๆ เช่นการเล่นกีฬาจนเหงื่อแตกพลั๊ก หัวใจเต้นแรงเร็ว ชีพจรเต้นเร็วแรง นั่นคือเราจะเหนื่อย แต่เมื่อพักสักครู่เราก็จะมีแรง ซึ่งเป็นอาการปกติ ดังนั้นการเล่นกีฬาเป็นประจำสม่ำเสมอ จึงทำให้เรามีร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพดี แต่การเหนื่อยที่เกิดจากการการกระทำการกิจกรรมที่เคยปฏิบัติบ่อยๆ เช่นการเดินขึ้นบันไดบ้าน การเล่นกีฬาที่เคยเล่นเป็นประจำ และบางครั้งเป็นลมขณะเล่นกีฬา เป็นลักษณะการเหนื่อยมากกว่าปกติ ทำให้บุคคลเริ่มตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนเอง บุคคลเริ่มตีความว่าการเหนื่อยมากกว่าปกติเป็นการแสดงของการเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่ง ซึ่งเล่าว่า

“มันมาเริ่มเมื่อตอนอายุ 40 ผมเริ่มมีอาการเหนื่อย เวลาทำอะไรก็เหนื่อย เดินปกติเดินขึ้นบันไดก็เหนื่อย แล้วบางครั้งหน้ามือเป็นลมบ่อย เล่นกีฬาแบดมินตัน เล่นแล้วเป็นลมคาคอर्डเลย ยิ่งเล่นมันยิ่งเหนื่อย ถ้าปกติเล่นกีฬายังเล่นมันยังแข็งแรง อันนี้กลับยิ่งเล่น ยิ่งเหนื่อย จนกระทั่งเป็นลม ชอบตีเดี่ยวบ้าง ดีคู่บ้าง คือเรารู้ มันชักแย่ลง ตอนหลังเชคที่โรงพยาบาลถึงรู้ว่า เป็นโรคหัวใจ”

3. การรับรู้โดยการแสดงอาการของโรคอื่นมาก่อน

โรคบางโรคมีอาการแสดงเริ่มแรกคล้ายคลึงกับอาการแสดงของโรคอื่น จึงทำให้บุคคลไม่คาดคิดว่าเป็นอาการแสดงของโรคนั้น แต่บุคคลก็รับรู้ว่าตนเอง “รู้สึกไม่สบาย” และเริ่มตีความของความรู้สึกไม่สบายที่เกิดขึ้นกับตนเองว่า เป็นอาการของโรคใดโรคหนึ่ง จึงได้มาปรึกษากับแพทย์ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่งที่เกี่ยวข้องอาการแสดงของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ว่า

“แต่ก่อนที่จะมาตรวจ พบว่าเป็นหวัด คือเป็นหวัดเรื้อรังนี้เดือนหนึ่ง คือหาหมออะ ไม่ใช่ว่าไม่หาหมอ อยู่ในความดูแลของหมอตลอด นั่นก็คือให้ยา ที่นี้รู้สึกว่ามันไม่ได้แล้ว ก็เลยไปหาหมอที่เฉพาะทาง เขาก็จับเอกซเรย์ แล้วบอกว่าคุณเป็นไซนัสนะ ต้องรักษาไซนัส คือรักษาไซนัสนั้นจนหาย เอกซเรย์อีกครั้งหนึ่งทุกอย่างปกติ ก็สบายใจ หลังจากนั้นสองเดือน มีก้อนขึ้นที่คอ เป็นต่อมน้ำเหลือง เอามือคลำก็ไม่ได้คิดร้ายแรงอะไร อย่างนั้น เอ๊ะ มันคืออะไร จำได้มันเคยโดนอะ แต่มันก็ยุบได้เอง มันต่อมน้ำเหลืองอาจติดเชื้อ เราอาจจะติดเชื้อ ก็ไปหาหมอ หมอก็ให้คำตอบแบบนี้เหมือนกัน ก็ให้ยาแก้อักเสบมากินหนึ่งอาทิตย์ อาทิตย์หนึ่งคลำดู ก็ยังไม่ยุบนะ ก็กลับไปอีก ครึ่งหนึ่ง คุณหมอก็เลยใช้กล้องเข้าไป แล้วก็ตัดชิ้นเนื้อออกมา เอาชิ้นเนื้อไปตรวจ นัดอีกอาทิตย์หนึ่งก็บอกเลยว่าเป็นมะเร็งที่โพรงจมูก”

การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพ

เมื่อเรารับรู้ว่ามีอาการหรือความผิดปกติ เกิดขึ้นกับร่างกายของตน เราย่อมแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาล ที่เราคาดหวังว่าสามารถจะรักษาอาการ หรือความผิดปกติให้หายไปได้ ความพยายามในการจัดการกับความเจ็บป่วยเช่นนี้ ย่อมขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และความเจ็บป่วยที่บุคคลนั้นมีอยู่ ซึ่งความเชื่อนี้อาจจะเกิดจากการได้เห็น หรือได้สัมผัส หรือคุ้นเคยกับสิ่งนั้น แล้วทำให้เกิดความรู้สึกว่าสิ่งนั้นดีหรือไม่ดี ความเชื่อจึงมีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของคน ในการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ถ้ามีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่

เกิดขึ้น เพราะมีอำนาจกลับมากกระทำ คนเราก็จะแสวงหาการรักษาด้วยวิธีไสยศาสตร์ หรือมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุทั้งสี่ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ซึ่งเป็นธาตุอันเป็นส่วนประกอบของร่างกาย เราก็จะแสวงหาการรักษาด้วยวิธีของการแพทย์แผนโบราณ เหล่านี้เป็นต้น

ท่ามกลางวิธีการในการจัดการกับสุขภาพที่หลากหลาย บุคคลส่วนใหญ่จะมุ่งใช้วิธีการของการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นแหล่งให้บริการ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึง ความเชื่อที่ว่าโรคเกิดมาจากเชื้อโรค ดังนั้นในการจัดการให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติ ก็โดยการกำจัดเชื้อโรคที่มีอยู่ในร่างกายให้หมดไป และมีความเชื่อต่อไปอีกว่า วิธีการกำจัดเชื้อโรคนั้น จัดกระทำได้โดยการฉายยา ที่มีคุณลักษณะในการทำลายฤทธิ์ของเชื้อโรคตัวนั้น ที่มีต่อร่างกายให้หมดไป ไม่ว่าจะด้วยการรับประทาน การทา หรือการฉีดเข้าสู่ร่างกาย หรือในบางกรณีอาจจะใช้วิธีการผ่าตัด การฉายรังสีก็ได้

จากการที่บุคคลมีความเชื่อว่าโรคเกิดมาจากเชื้อโรค จึงเป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่บุคคลใช้ในการตัดสินใจ เลือกแหล่งรักษาพยาบาลที่ให้บริการด้วยความเชื่อต่อการเจ็บป่วยที่สอดคล้องกัน ซึ่งในที่นี้ก็คือแหล่งรักษาพยาบาลของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แหล่งในการเลือกให้บริการของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันนั้นกระทำกันใน 3 รูปแบบคือ

1. ร้านขายยา
2. คลินิกแพทย์
3. โรงพยาบาล

ในการเลือกแหล่งบริการทั้ง 3 รูปแบบ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มนี้ จากการศึกษาพบว่า การไปพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาโรคนั้นมีทางเลือกว่า ผู้ป่วยจะไปคลินิกแพทย์ซึ่งเป็นคลินิกเอกชน โรงพยาบาลของเอกชน หรือโรงพยาบาลของรัฐ สำหรับกรณีของร้านขายยาผู้ป่วยจะกระทำก็ต่อเมื่อเคยไปรักษากับแพทย์มาก่อนแล้ว โดยการเอาตัวอย่างยาที่ตนเองรักษาอยู่ไปซื้อยาจากร้านขายยา ดังผู้ป่วยคนหนึ่งเล่าว่า "...เอาตัวอย่างยาไปซื้อทานเอง ก็คือทานวันละเม็ดครึ่ง เข้า กลางวัน 1 เม็ด ตอนเย็นอีกครึ่งเม็ด เมื่อก่อนก็ทานมาตลอดอย่างนี้ น้ำตาลก็ไม่ขึ้น ก็คุมอยู่ไม่เกิน 120"

ถ้าเปรียบเทียบระหว่างคลินิกแพทย์กับโรงพยาบาลของรัฐ ในการเลือกแหล่งบริการมีความแตกต่างอยู่ที่ความสะดวกเรื่องเวลาในการมารับการตรวจโรค ถึงแม้ว่าการตรวจรักษาโรคที่คลินิกจะแพงกว่า ดังตอนหนึ่งของการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้บริการจากคลินิกว่า

“ผมไปรักษาที่คลินิก เป็นหมอที่รักษาในหลวง ในสมัยก่อนนั้นเลยจำชื่อไม่ได้ แต่อยู่แถวศรียาน เขาบอกว่าเป็นหมอเก่งที่สุด ปกติไปรักษาที่พระมงกุฎ รักษาที่นั่นเป็นประจำ แต่ที่นี้ถือว่าโรงพยาบาลหลวงมันจะเสียเวลามาก ต้องลาอะไรต่างๆ มันก็ไม่ใช่สะดวก สำหรับเรา ผมก็ยอมเสียตังค์ ก็ไปหาแกที่คลินิกช่วงเย็น หรือวันหยุด”

และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐ ในการเลือกแหล่งบริการมีความแตกต่างกันที่ค่ารักษาพยาบาล กล่าวคือค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาลราคาถูกกว่า ผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งป่วยเป็นโรคมะเร็งโพรงจมูก ต้องได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง 35 ครั้ง กล่าวในประเด็นนี้ว่า “รักษาที่โรงพยาบาลซึ่งเป็นของรัฐ ค่าใช้จ่ายจะถูก เป็นค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ มากมายนะ เพราะการฉายแสงครั้งหนึ่งก็ไม่เท่าไร แล้วค่าพบแพทย์แต่ละครั้ง 20 บาท”

ถึงแม้ว่าค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนแพงกว่า แต่ก็มิใช่ว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเลือกไปตรวจรักษาโรคที่โรงพยาบาลเอกชน ด้วยเหตุผลประการแรก คือ มีแหล่งเงินจากแหล่งอื่นมาช่วยแบกรับภาระเรื่องการเงิน เช่น บริษัทประกันชีวิตจากการทำประกันชีวิตเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลหรือการใช้สิทธิของลูกในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้เล็ก เล่าว่า “ค่ารักษาแพง เรามีประกันเอไอเอ ค่าใช้จ่ายมันก็ไม่เยอะมาก เพราะเราออกเองส่วนหนึ่ง ก็ไม่มีปัญหา” ประการที่สอง ความสะดวกในการเดินทางเนื่องจากใกล้บ้าน ดังที่ผู้ป่วยคนเดิมซึ่งป่วยด้วยมะเร็งลำไส้เล็กกล่าวว่า “ที่ไปโรงพยาบาลแห่งนี้ เพราะมันดีมากแล้ว และอยู่ใกล้บ้าน”

นอกจากเหตุผลดังกล่าว ผู้ป่วยยังได้ใช้ประสบการณ์จากการที่บุคคลในครอบครัวได้เคยมารักษาโรคที่โรงพยาบาลแห่งนั้นมาก่อน มาพิจารณาเลือกแหล่งรักษาโรคด้วย ดังกรณีผู้ให้สัมภาษณ์คนหนึ่งว่า

นอกจากการใช้บริการตามรูปแบบที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการใช้แหล่งบริการในรูปแบบอื่นอีก กล่าวคือเป็นการใช้แหล่งบริการสุขภาพมากกว่า 1 แหล่ง

การใช้แหล่งบริการสุขภาพมากกว่า 1 แหล่ง

หลังจากมีการประเมินการให้บริการของแหล่งบริการแห่งแรกแล้วปรากฏว่า อาการของโรคยังไม่หาย หรือมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระดับคุณภาพของการให้บริการ เป็นโรคที่แพทย์บอกว่าไม่หายเนื่องจากในขณะนี้ยังไม่มียาในการรักษา จึงมีการประเมินอาการของผู้ป่วยและเลือกแหล่งบริการใหม่ที่มีความเชื่อว่าสามารถทำให้หายจากโรคได้ ดังกรณีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายหนึ่ง เนื่องจากความไม่มั่นใจในคุณภาพของการให้บริการของแหล่งบริการแห่งแรก

ซึ่งเกิดจากแพทย์ที่ให้บริการทำการตรวจวินิจฉัยโรคไม่ละเอียด จึงเกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหม่อีกครั้งในตำแหน่งใหม่ พร้อมกับได้รับทราบจากผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้เล็กระยะสุดท้าย ภรรยาผู้ป่วยมีความกังวล เครียด และกลัวมาก เพราะได้ให้ความหมายว่าระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง หมายความว่าสามีอาจจะตายเดี๋ยวนี้หรือพรุ่งนี้หรือเมื่อไหร่ก็ไม่รู้ ขณะเดียวกันแพทย์ก็บอกว่าโรคนี้ขณะนี้ไม่มียารักษา จะใช้วิธีการรักษาด้วยการฉายแสงหรือเคมีบำบัดก็ไม่ได้ เพราะลำไส้เล็กจะไม่รับรังสีพวกนี้ มีวิธีเดียวคือคอยดูแลอาการ ถ้าเมื่อไรตรวจพบว่ามีเนื้องอกในบริเวณลำไส้เล็ก ก็ต้องผ่าตัดเอาเนื้องอกนั้นออก ด้วยเหตุนี้ ภรรยาผู้ป่วยจึงได้แสวงหาแนวทางในการรักษาแบบอื่น

จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันในระบบการดูแลสุขภาพ

จากความคาดหวังของผู้ป่วยต่อประสิทธิภาพของการแพทย์แผนปัจจุบัน ว่าสามารถรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ให้หายไปได้ จึงได้ตัดสินใจเลือกเป็นแหล่งให้บริการในการรักษาเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคว่าแหล่งบริการนั้นจะสามารถรักษาโรคให้หายไปได้ แต่ในความเป็นจริงปรากฏว่ามีได้เป็นเช่นนั้น ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ของแพทย์แผนปัจจุบัน มีจุดอ่อนหลายอย่างที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชีวิตที่มนุษย์ปรารถนาได้ จุดอ่อนที่เกิดขึ้นจึงเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการช่วงชิงความรู้ในสนามวาทกรรม และเป็นเงื่อนไขของการก่อรูปของความรู้แบบใหม่ ซึ่งในที่นี้คือความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จากการศึกษาพบว่าจุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบัน มีดังนี้

1. วิธีการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน
2. การตรวจวินิจฉัยโรค
3. ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน
4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
5. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

1. วิธีการรักษาโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน

การดำเนินการเกี่ยวกับการรักษาโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน มีวิธีการในการรักษาโรคดังนี้ คือ

1.1 วิธีการรักษามองเฉพาะความผิดปกติที่เกิดขึ้น และความผิดปกตินั้นเป็น เรื่องของร่างกาย

การแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ให้การรักษาคือแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยโรคจากอาการของการเจ็บป่วยเฉพาะอวัยวะของร่างกายที่มีอาการผิดปกติ สำหรับการรักษาโรคจะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น ยา การผ่าตัด เข้าไปจัดการกับร่างกายเฉพาะส่วนที่มีอาการผิดปกติโดยไม่คำนึงถึงจิตใจ เมื่อส่วนที่ผิดปกติได้รับการแก้ไขก็ถือว่าสิ้นสุดการรักษา ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงเป็นความรู้ที่เน้นการรักษาที่ปลายเหตุ ดังที่ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ความเห็นในประเด็นนี้ไว้ว่า

“เขาเปรียบคนว่าเป็นรถคันหนึ่ง หรือเครื่องจักรชิ้นหนึ่ง ตรงไหนที่มันเสียก็ซ่อมมัน ตรงนั้นจบกัน การแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการทำอะไรที่ต้องพึ่งหมอ พึ่งเครื่องมือ”

“หมอรักษาทางด้านกาย แต่ไม่รักษาทางด้านใจ”

“แพทย์แผนปัจจุบัน ถ้าไม่ป่วยโดยตรง ผมว่าไม่ต้องได้รับการรักษาอะไร เพราะแพทย์แผนปัจจุบันต้องดูอาการ ต้องถามอาการอยู่ตลอดเวลาว่าเป็นอะไรมา”

1.2 การรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน จำกัดอยู่ที่อาการที่เกิดขึ้นทันที ทันใด การอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ

ในฐานะของการยอมรับว่าผู้ให้บริการคือแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษาโรค หรือสามารถทำให้หายหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยอย่างฉับพลัน และอาการอักเสบของอวัยวะต่างๆ เช่น ทอนซิลอักเสบ ต่อมม้ามอักเสบ หวัดและไซนัส ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดจากเชื้อโรค ตามความเชื่อในการดูแลรักษาต้องใช้วิธีการดูแลรักษาโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนหนึ่ง ซึ่งได้สะท้อนสิ่งที่เขารับรู้มาว่า

“มีอาการเป็นหวัดเรื้อรัง ไปหาหมอ หมอให้ยามากินอาการก็ทุเลา แต่หลังจากนั้นไม่นาน เมื่อตื่นนอนตอนเช้าจะมีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และ จามบ่อยๆ จึงไปหาหมอ หมอให้ไปเอกซเรย์ และบอกว่าคุณเป็นไซนัส และมีต่อมทอนซิลอักเสบ หมอจึงให้ยารักษาไซนัสและยาแก้ อักเสบมาากิน หนึ่งอาทิตย์”

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอีกคน ซึ่งได้สะท้อนสิ่งที่เขารับรู้มาเช่นกันว่า “เป็นอะไร ปุ๊บปั๊บ มีอาการทันที ต้องไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน”

เป็นการสะท้อนให้เห็นว่า หลักการและวิธีการรักษาโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน จะให้ความสำคัญกับการมุ่งรักษาอาการของโรค ซึ่งเป็นความผิดปกติเฉพาะส่วนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง วิธีการรักษาก็คือการจัดการซ่อมแซมอวัยวะส่วนที่ผิดปกตินั้น ด้วยการให้ยาหรือการผ่าตัด โดยผู้ทำหน้าที่ในการรักษาก็คือแพทย์ แพทย์จะใช้การจ้องมองอาการและอาการของโรค เพื่อสะท้อนให้เห็นลักษณะการจำแนกชนิดของโรค และการก่อตัวของโรค ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงจำเป็นที่เน้นการรักษาโรคที่เกิดจากเชื้อโรคซึ่งเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ ขณะเดียวกันก็เป็นความรู้ที่แยกส่วน ที่มองว่าร่างกายเป็นเพียงอวัยวะและเป็นความรู้ที่มองว่าชีวิตซึ่งประกอบด้วยร่างกายและจิตใจนั้นแยกจากกัน ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

2. การตรวจวินิจฉัยโรค

ในกระบวนการของการตรวจวินิจฉัยโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์จะใช้การจ้องมองอาการของผู้ป่วยเฉพาะบริเวณอวัยวะที่ผิดปกติ แล้วนำมาวิเคราะห์ พิจารณา เทียบเคียงกับอาการของโรคตามความรู้ทางวิชาการ เพื่อระบุว่าเป็นโรคอะไร ซึ่งเป็นการตรวจที่เป็นส่วนๆ จึงมีโอกาที่จะเกิดความผิดพลาด ในการตรวจวินิจฉัยโรคได้ ดังกรณีของผู้ป่วยคนหนึ่ง ที่ให้สัมภาษณ์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยชาย อายุ 57 ปี มีอาการปวดท้องข้างขวาอย่างรุนแรง และเป็นอาการปวดที่มีเคยปรากฏมาก่อน ภรรยาจึงนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ได้ทำการวินิจฉัย โดยการตรวจร่างกายบริเวณที่ปวด พร้อมทั้งทำการเจาะเลือดส่งวิเคราะห์ ซึ่งเป็นกรรมวิธีหนึ่งในหลายวิธีในการค้นหาสิ่งผิดปกติ เมื่อได้ผลตรวจเลือดแล้ว แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการไส้ติ่งอักเสบ จะต้องรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยและภรรยายินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัดได้ เนื่องจากมีการรับรู้ว่าการผ่าตัดไส้ติ่ง เป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งใครๆก็ผ่าตัดกันได้โดยไม่เกิดอันตรายแต่อย่างใด และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ ในขณะทำการผ่าตัดผ่านไปได้ประมาณครึ่งชั่วโมง แพทย์เรียกให้ภรรยาผู้ป่วยไปพบที่หน้าห้องผ่าตัด ภรรยาผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลในการที่แพทย์เรียกไปพบครั้งนี้ เกินกว่าการผ่าตัดจะเกิดปัญหาอย่างหนึ่งอย่างใด แก่ผู้ป่วยจนเป็นอันตราย เมื่อพบแพทย์แพทย์แจ้งให้ทราบว่าได้ผ่าตัดไส้ติ่งเสร็จเรียบร้อยแล้ว แต่ไส้ติ่งเป็นปกติดี ไม่มีลักษณะผิดปกติแต่ประการใด พร้อมทั้งแสดงไส้ติ่งซึ่งผ่าตัดแล้วให้ดู แพทย์ได้แจ้งว่าได้ตรวจพบเนื้องอกที่ลำไส้เล็ก โดยการใช้นิ่วคลำ จึงถามว่าจะให้ผ่าตัดออกไหม ภรรยาผู้ป่วยจึงถามว่า “คุณหมอคิดว่าต้องตัดไหมคะ” ซึ่งแพทย์มีความเห็นว่าควรผ่าตัดออก ซึ่งภรรยาผู้ป่วยตัดสินใจไปตามความเห็นของแพทย์ แพทย์จึงทำการผ่าตัดอีกครั้ง ในตำแหน่งใหม่บริเวณกลางท้องใต้สะดือ เพื่อผ่าตัดเอาเนื้องอกที่ลำไส้เล็ก และลำไส้เล็กบางส่วนออก

3. ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

บนฐานความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวกับโรคว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อโรค ทำให้ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันประสบผลสำเร็จอย่างสูงในการรักษาโรคติดเชื้อ แต่ปัจจุบันบริบททางสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้โรคที่เกิดขึ้นได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว มาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค คือเป็นโรคที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งโรคเหล่านี้เรียกว่าโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแบบแผนของการเกิดโรคเปลี่ยนไป ซึ่งส่งผลให้แนวทางในการรักษาโรคก็เปลี่ยนตามไปด้วย เพราะโรคเรื้อรังต้องใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีการดำเนินชีวิต เป็นหลักการสำคัญของการดูแลสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นความรู้ที่อยู่บนฐานคิดของโรคที่เกิดจากเชื้อโรค จึงเป็นความรู้ที่ไม่สมบูรณ์แบบ เป็นความรู้แค่ส่วนเสี้ยว หรือความรู้เพียงส่วนเดียวเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงไม่สามารถเป็นทางออกให้กับโรคเรื้อรังได้ ผู้ป่วยคนหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า “แพทย์แผนปัจจุบัน รักษาโรคบางโรค เช่น ไขหวัด ปวดหัว ตัวร้อน ท้องเสีย หาย แต่โรคบางโรค เช่น โรคที่เป็นอยู่ (เบาหวาน) หมอเขาก็บอกตรงๆ เลยว่าไม่หาย”

และผู้ป่วยอีกคนหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่า

“โรคหัวใจเหมือนโรคมะเร็ง เป็นโรคที่ไม่มีเชื้อโรค เป็นความผิดปกติของร่างกาย แพทย์รักษาไม่ได้หรอก ก็เพียงแต่ให้ยาแก้อาการเท่านั้น แต่ถ้าเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรค หรือต้องผ่าตัด แพทย์แผนปัจจุบันเก่งมาก”

นอกจากไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคเรื้อรังแล้ว วิธีการรักษาโรคเรื้อรังของการแพทย์แผนปัจจุบันยังเป็นสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยอีกด้วย

สาเหตุแห่งการเจ็บป่วยประการแรก เกิดขึ้นจากวิธีการบำบัดด้วยยา ยาบางอย่างมีฤทธิ์ในการบำบัดที่ได้ผลสำหรับโรคหนึ่ง แต่ก็มีส่วนก่อให้เกิดโรคอีกโรคหนึ่งได้ แต่เนื่องจากแพทย์แผนปัจจุบัน มุ่งที่จะบำบัดความเจ็บป่วยเฉพาะส่วน มากกว่าที่จะให้ความสำคัญกับสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องเจ็บป่วยด้วยโรคอีกโรคหนึ่ง ที่เป็นผลจากความรู้ของแพทย์ที่มีต่อวิธีการรักษาโรค ดังกรณีการให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยสองคน คนแรกเป็นผู้ป่วยชายอายุ 63 ปี มีอาการของเส้นเลือดตีบหลังลูกตา แพทย์หลายๆแห่งบอกว่าโรคนี้ไม่มีทางรักษาให้หายได้ จะผ่าตัดก็ไม่ได้ แต่มีแพทย์โรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่ง ได้ให้ยามารับประทาน ซึ่งมียาแอสไพรินรวมอยู่ด้วย รับประทานยาแล้วอาการก็ไม่ดีขึ้น แต่ผลจากการรับประทานยา

แอสไพรินนานถึง 3 ปี ผู้ป่วยมีเลือดออกในกระเพาะ เมื่อเอกซเรย์พบว่า กระเพาะพรมมีลักษณะเหมือนรังผึ้ง ผู้ป่วยอีกคนเป็นผู้ชายอายุ 55 ปี ป่วยเป็นโรคหัวใจ ไปรักษากับแพทย์ที่คลินิก แพทย์ให้ยามารับประทาน ซึ่งมียาเบบีแอสไพรินรวมอยู่ด้วย รับประทานยานี้อยู่นานหลายปี มีอาการเจ็บกระเพาะ จึงต้องรับประทานยาแก้โรคกระเพาะเพิ่มอีกขนานหนึ่ง

สาเหตุแห่งการเจ็บป่วยอีกประการหนึ่ง เกิดจากการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ในการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค โดยมีวิธีการคิดอยู่บนพื้นฐานของความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่แยกส่วนร่างกายและจิตใจออกจากกัน ขณะเดียวกันร่างกายของผู้ป่วยก็ถูกแยกออกเป็นส่วนๆ แพทย์จะจัดการกับอวัยวะส่วนที่ทำงานผิดปกติ การรักษาความเจ็บป่วย จึงเน้นการใช้เทคโนโลยีกับอวัยวะเฉพาะส่วน โดยไม่คำนึงถึงจิตใจของผู้ป่วย ผลที่เกิดขึ้นก็คืออวัยวะเฉพาะส่วนนั้นดีขึ้น แต่สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยกลับแย่ลง ทั้งนี้เนื่องจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะส่วนอื่น จากผลกระทบในการใช้เทคโนโลยี ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีอาการ “ใหม่” เกิดขึ้น เช่นในกรณีของผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์คนหนึ่ง เล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นกับตนเนื่องจากวิธีการรักษาด้วยการฉายแสงว่า

“ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยการฉายแสง แสบคอ ร้อนทั้งตัวเหมือนกับอะไรไหม้ ทานอะไรไม่ได้เลย อ่อนเพลีย เพลียแรง ทรมานมาก เพราะการฉายแสงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้ตาย ขณะเดียวกันเซลล์ที่ดีๆ ที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณนั้น ก็จะถูกทำลายไปด้วย ผมไปรับการฉายแสงตอนเช้า ออกจากบ้าน 9 โมงกว่า จะกลับมาถึงบ้านบ่ายโมง ช่วงบ่ายโมงถึง 5 โมงเย็นไม่มีแรง นอนตั้งแต่บ่ายโมงที่กลับมา บางทีก็นอนถึง 6 โมงเย็น วันรุ่งขึ้นตอนเช้า ถ้าไม่ติดวันราชการก็จะไปต่ออีก วันไปเรื่อยๆ ผมบอกว่าตรงนี้ จะเรียกได้ว่า เอร่าร่างกาย เอร่าซังซารของตัวเองไปฉายแสง เป็นประจำ 3 ชั่วโมง ขณะเดียวกันผมก็ทานอะไรไม่ได้เลย อาการข้างเคียงนี้เกิดขึ้นเมื่อรับการฉายแสงไปแล้ว 4 หรือ 5 ครั้ง และอาการจะเพิ่มมากขึ้น ภายในเวลา 2 เดือนที่รับการฉายแสง น้ำหนักผมลดลงอีก 22-23 กิโลกรัม จากเดิมน้ำหนัก 73 กิโลกรัม”

นอกจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ขณะทำการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยการฉีดสารเคมี หรือฉายแสง อาจเกิดผลข้างเคียงหลังจากการรักษาไปแล้วก็ได้เพราะสารเคมีที่ฉีดเข้าไปในร่างกาย และรังสีของแสงที่ใช้ในการทำลายเซลล์มะเร็งนั้น โดยปกติตัวมันเองเป็นสารก่อมะเร็งอยู่แล้ว ถ้ามีการตกค้างอยู่ในร่างกายก็ทำให้บุคคลนั้นอยู่ในภาวะ “เสี่ยง” ที่จะเกิดมะเร็งอีกได้ในอนาคต จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนหนึ่ง ซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็งโพรงจมูก ได้สะท้อนสิ่งที่ได้รับรู้มาว่า

“ผลข้างเคียงที่ร้ายกว่านั้น สารเคมีหรือรังสีโดยตัวมันเองก่อมะเร็งอยู่แล้ว ถ้าให้ในคนปกติ ก่อมะเร็งได้ และเมื่อมาใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง ตอนนี้คุณหายนะแต่ในอนาคต ถ้าร่างกาย คุณไม่แข็งแรงซบม่นออกจากร่างกายไม่หมดคุณอาจจะกลับมาเป็นมะเร็งได้อีก”

4. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่แยกร่างกายและจิตใจออกจากกัน โดยมองร่างกายว่าเป็นเพียงอวัยวะ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย แพทย์มีหน้าที่ในการจัดการกับอวัยวะส่วนที่ผิดปกติ โดยการใช้เทคโนโลยีมากระทำกับอวัยวะส่วนนั้น ดังนั้นในการรักษาความเจ็บป่วย แพทย์จึงต้องใช้ยาในการไปทำลายเชื้อโรค ยาจึงเป็นตัวแทนของเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่แพทย์นำมาใช้ในการรักษา การพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ให้มีความก้าวหน้าทันสมัยในการรักษาโรคเฉพาะทาง จึงเป็นการพัฒนาเทคโนโลยีในระดับสูง เช่น ยาต่างๆ การผ่าตัด การฉายรังสี ฯลฯ เพื่อนำมาใช้กับร่างกายของมนุษย์ ในการจัดการกับอวัยวะส่วนที่ผิดปกติ โดยที่ไม่เคยเห็นผลจริงๆว่า เทคโนโลยีเหล่านั้นสามารถช่วยชีวิตหรือเสริมสร้างสุขภาพได้มากนักน้อยเพียงใด เทคโนโลยีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงมีความซับซ้อน เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรค แพทย์จึงมีความนิยมในการนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค

จากการที่ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันเน้นการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว จึงทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีราคาแพง เนื่องจากการพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์อื่นๆจากต่างประเทศแทบทั้งสิ้น ทั้งนี้การผลิตยาแผนปัจจุบันภายในประเทศก็จำเป็นต้องพึ่งพิงวัตถุดิบจากต่างประเทศด้วยเช่นกัน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนหนึ่งว่า

“การแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้จ่ายแพงๆ มีหมอชำนาญเฉพาะด้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้งเป็นหมื่นๆ ยิ่งเป็นมะเร็งด้วยแล้วก็ต้องใช้เงินเป็นแสนๆ ขึ้นไป”

5. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

บนพื้นฐานความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีความเชื่อว่าโรคเกิดจากเชื้อโรค และชีวิตประกอบด้วยร่างกายและจิตใจที่แยกจากกัน ร่างกายเป็นเพียงที่อยู่อาศัยของเชื้อโรคเท่านั้น ในกระบวนการรักษาโรค การพบกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้มีความรู้ทางวิชาชีพกับผู้ไม่มีความรู้วิชาชีพ แพทย์จะใช้วิธีการจ้องมองเพื่อหาสาเหตุของการเกิดโรคคือหาตัวเชื้อโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย เวชปฏิบัติที่เกิดขึ้นจึงเป็นการรักษาโรคมากกว่าการรักษาคอน ในฐานะที่เป็นคน คนที่มีชีวิตจิตใจ มีความรู้สึกนึกคิด ผลที่เกิดขึ้นก็คือ ผู้ป่วยถูกกระทำราวกับเป็นวัตถุสิ่งของที่ไร้จิตวิญญาณ เป็นสิ่งของซึ่งสามารถแยกออกได้เป็นส่วนๆ เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค และการรักษา ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วย จึงเป็นความสัมพันธ์ที่ห่างเหิน ใช้เวลาในการรอนานแต่ใช้เวลาในการตรวจโรคน้อย ไม่ได้รับรายละเอียดของโรคว่าทำไมจึงเป็นอย่างนี้ แล้วต่อไปจะเป็นอีกหรือเปล่า ผู้ป่วยคนหนึ่งได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ใช้เวลาในการรอมอนาน หมอนัด 10 โมง แต่ได้เจอหมอเที่ยงหรือไม่กี่บ่ายโมง หมอตรวจร่างกายโดยเคาะตรงนี้นิดหนึ่ง ใช้เวลาไม่ถึง 15 นาที แล้วจ่ายยาแบบเดิม สิ่งที่ต้องการคือรายละเอียดของโรคว่าทำไมจึงเป็นอย่างนี้ แล้วต่อไปจะเป็นอีกหรือเปล่า หมอจะไม่ให้ความกระจ่าง เพียงแต่พูดว่าต้องดูไปก่อน”

เป็นความสัมพันธ์ที่แพทย์มุ่งเฉพาะการตรวจโรคอย่างเดียว และให้ความสนใจเฉพาะอวัยวะส่วนที่เป็นโรค ผู้ป่วยอีกคนหนึ่งกล่าวในประเด็นนี้ว่า “หมอใช้เวลาในการตรวจน้อย ถ้าเจ็บคอ มาถึงอ้าปาก ขอดูคอ แล้วก็จ่ายยาแก้อักเสบ”

แพทย์ไม่ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย ไม่มีการพูดคุยกับผู้ป่วย นอกจากบอกให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่สั่ง ดังที่ผู้ป่วยคนหนึ่งเล่าว่า

“หมอที่ไปพบ ไม่แนะนำอะไรที่จะมีประโยชน์กับเราเลย จะถามมากก็ได้ไม่ได้ หมอจะตัดบทย่างรวดเร็ว ซึ่งเรารู้เอง เช่นเขาจะพูดว่าแค่นี้ละ แล้วทานยาตามที่หมอสั่งให้หมอไม่ได้คุยกับผู้ป่วย ไม่ได้บอกอะไร มันก็ล้งเล บางคนกลับมาไม่ได้กินยาด้วยซ้ำไป เพราะไม่ค่อยเชื่อว่ากินแล้วมันจะดีหรือเปล่า”

โดยสรุป จุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นจุดอ่อนที่เกิดขึ้นในระบบการแพทย์เอง ที่มีความเชื่อต่อการเกิดโรคว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อโรค ซึ่งเป็นวิธีการมองจากสาเหตุไปหาผลว่า ผลที่เกิดขึ้นเกิดจากสาเหตุเพียงปัจจัยเดียว แต่ในสภาพความเป็นจริงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลเป็นสิ่งที่ซับซ้อน นั่นคือไม่มีสาเหตุใดเพียงสาเหตุเดียวที่ก่อให้เกิดผล แต่ผลที่เกิดขึ้นเกิดจากปัจจัยหลากหลายที่ไม่อาจจะระบุได้หมด และปัจจัยเหล่านั้นก็มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะที่หลากหลายด้วย ด้วยเหตุนี้การแพทย์แผนปัจจุบันจึงรักษาโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคไม่ได้ผล แต่ด้วยความเชื่อที่มีต่อการเจ็บป่วยว่าเกิดจากเชื้อโรค ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็แสดงว่ามีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย วิธีการรักษาความเจ็บป่วยก็โดยการทำลายเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายให้หมดไป จากความเชื่อดังกล่าวการจัดระบบบริการของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การทำลายเชื้อโรคที่มีอยู่ในอวัยวะแต่ละส่วน โดยผู้ที่มีความรู้ความสามารถ คือ แพทย์ ซึ่งแพทย์จะใช้วิธีการจ้องมอง “อาการ” ป่วยในการชี้หาสาเหตุของโรค จึงทำให้การรักษาของแพทย์เป็นการรักษาที่อาการ ซึ่งเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ การแพทย์แผนปัจจุบันจึงมีลักษณะเด่นในเรื่องของการรักษา ซึ่งความรู้ตรงนี้เป็นความรู้ที่ไม่สมบูรณ์ และพื้นที่ตรงนี้เป็นพื้นที่ที่ศักดิ์สิทธิ์ที่บุคคลอื่นเข้าไปไม่ได้นอกจากแพทย์ แต่เรื่องสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องของชีวิตประจำวัน การไปจำกัดพื้นที่แบบนี้จึงทำให้เกิดจุดอ่อนว่าเรื่องสุขภาพอนามัยผูกติดไว้กับเรื่องของความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ สถาบันโรงพยาบาล และเทคโนโลยีขั้นสูงต่างๆ นอกจากนั้นการแพทย์แผนปัจจุบันได้แยกเรื่องของจิตออกไปจากองค์ประกอบของความมีชีวิตของมนุษย์ ความพยายามที่จะรักษา

โรคทางกายโดยเสมือนว่าจิตใจไม่มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆด้วยเลย ซึ่งแท้จริงแล้ว มนุษย์ไม่ได้แยกจิตใจออกจากร่างกาย จึงทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันไม่ให้ความสำคัญกับความทุกข์ของผู้ป่วยเพราะการพูดถึงความทุกข์นั้น มีเรื่องราวของอารมณ์ ความรู้สึก หรือมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์รวมอยู่ด้วย และความเป็นมนุษย์นั้นจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการรวมกันของส่วนย่อยเข้าเป็นองค์รวม จะไม่ปรากฏให้เห็นในส่วนย่อยแต่ละส่วน การแยกส่วนย่อยๆมาพิจารณา อย่างที่การแพทย์แผนปัจจุบันแยกร่างกายออกเป็นอวัยวะต่างๆ และนำมาวิเคราะห์เป็นส่วนๆ จึงมองไม่เห็นความเป็นมนุษย์ องค์ความรู้ทางการแพทย์ของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงไม่มีมิติทางจิตวิญญาณ และไม่มี ความเข้าใจถึงลักษณะของความเป็นองค์รวมของความเป็นมนุษย์ ความทุกข์ของผู้ป่วยที่เกิดจากความเจ็บป่วย และความเจ็บป่วยที่เกิดจากวิธีการรักษาจึงเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นตามแนวทางการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบัน

จากจุดอ่อนของการแพทย์แผนปัจจุบันดังกล่าว ที่ผู้ป่วยเกิดความหมดหวัง กลัวต่อการรักษาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการประเมินผลที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยแสวงหาแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในรูปแบบอื่นๆ เช่น วิธีการใช้สมุนไพร ยาจีน ดังข้อความตอนหนึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า

“เพราะเห็นเพื่อนบ้านเขาเป็นมะเร็งกันเยอะ เขารักษาโดยการฉายแสง บางคนรักษาไม่ถึงปี บางคนรักษาได้ปีกว่าๆ ก็ตาย เราไม่รักษาแบบนี้หรอก กลัว ไม่เห็นมีใครหายซักคน จึงหันมาใช้สมุนไพร ยาจีน”

หรือการเลือกใช้นโยบายการดูแลสุขภาพด้วยแนวทางของชีวิต นั่นคือการแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มเปิดพื้นที่ให้กับการรักษาแบบอื่นๆ

การตัดสินใจของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

จากจุดอ่อนที่เกิดขึ้นกับความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่เน้นการเกิดโรคว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อโรค และมองว่าชีวิตประกอบด้วยร่างกายและจิตใจที่แยกจากกัน จึงมีผลทำให้การรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีต่อโรคที่เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่เชื้อโรค เช่น โรคที่เกิดจากพฤติกรรมของคนขาดประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่หายจากโรคที่เป็นอยู่และยังเกิดผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาแก่ผู้ป่วยอีกด้วย ด้วยความต้องการที่จะหายจากโรคที่เป็นอยู่ ประกอบกับการได้รับความรู้ที่ชีวิตสร้างขึ้นมา และจากการได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่ประสบปัญหาแบบเดียวกัน เมื่อเขาหันมาใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตแล้วเขามีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดำรง

อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จึงทำให้เกิดความเชื่อต่อความรู้ในวิธีการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต และในที่สุดได้ตัดสินใจรับเอาความรู้ตามแนวทางของชีวจิตมาใช้ในการรักษาโรคที่เป็นอยู่

การนำความรู้ตามแนวทางของชีวจิตมาใช้ในการรักษาโรคที่เป็นอยู่

ด้วยความ “ต้องการ” ที่จะหายจากโรคที่เป็นอยู่ไม่ว่าจะเป็นการหายจากอาการเจ็บปวด อันตรธานจากอาการของโรคเอง หรือความไม่ต้องการเผชิญจากอาการข้างเคียงอันน่ากลัว จากวิธีการของการรักษาโรค ตามแนวทางของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และ มีขั้นตอนเป็นเอกลักษณ์ ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายรังสี เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ มักร่วง รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดแสบปวดร้อน หรือต้องการเพียงแต่ดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติโดยไม่มีอุปสรรคจากโรค ไม่ต้องคำนึงว่าโรคนั้นๆยังอยู่หรือไม่ รวมแม้กระทั่งการประคับประคองจิตใจ ให้เป็นปกติจนถึงที่สุดของกระบวนการแห่งโรคนั้น หรืออาจจะเป็นการ “หาย” จากผลการรักษาโรคจริงๆ ด้วยความ “ต้องการ” ดังกล่าว จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ความรู้ของแนวทางชีวจิตมารักษาโรค เช่นในกรณีของผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์คนหนึ่ง เล่าถึงเหตุผลในการนำความรู้ของแนวทางชีวจิตมารักษาโรคที่เป็นอยู่ว่า

“เพราะไม่มีอะไรจะยึดเหนี่ยวแล้ว ไปหาหมอ หมอก็ช่วยอะไรเราไม่ได้ เราต้องช่วยตัวเอง เราก็ไม่แน่ใจว่ามันจะหายไหม แต่เราก็อยู่กับมันได้อย่างสบายๆ ไม่มีอาการแบบนั้น ที่ทรมานมาก เราก็ไม่ปวดหัวทุกวัน จิตใจเราก็สบาย สมองก็โปร่ง คิดอะไรทำอะไรก็ได้”

สรุป

จากการประเมินของผู้ป่วยในด้านคุณภาพของการแพทย์แผนปัจจุบัน ในการรักษาโรคเรื้อรัง ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังว่า ความรู้ของแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาโรคเหล่านี้ ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเป็นเปอร์เซ็นต์ที่น้อยมาก หรือแทบจะไม่มีโอกาสที่จะหายจากโรคที่เป็นอยู่ อย่างดีก็ได้แค่การประทุงอาการชั่วคราวระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับคืนสภาพให้เหมือนเดิมก็ไม่มี นั่นคือความผิดปกติหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงต้องยังคงมีอยู่ เมื่อผู้ป่วยรับรู้โรคที่เป็นอยู่ ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจึงดิ้นรนแสวงหาแนวทางการดูแลสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ เช่น วิธีการใช้สมุนไพร ยาจีน หรือการเลือกใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จึงเป็นเงื่อนไขของการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

บทที่ 5

การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

จากการที่คนในสังคม ได้เริ่มมองเห็นถึงปัญหาของการแพทย์แผนปัจจุบัน ว่าไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ "หาย" ได้ นอกจากนั้นวิธีการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังสร้างความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเห็นอกเห็นใจ และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทำให้เห็นว่าบุคคลที่เจ็บป่วยและรับรู้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและรักษาด้วยวิธีการของการแพทย์แผนปัจจุบัน พยายามหาทางเลือกอื่นๆ ที่ทำให้การเจ็บป่วยนั้นหายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ได้

ปรากฏการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นปรากฏการณ์ที่รับรู้กันในสังคมปัจจุบัน ซึ่งขณะเดียวกันก็มีกระแสของการดูแลสุขภาพแบบอื่นๆ เป็นต้นว่า พลังจักรวาล การฝังเข็ม โยคะ วาริบำบัด ชีวจิต เกิดขึ้นด้วย นอกเหนือจากปรากฏการณ์ของการฟื้นตัวของความนิยมในการรักษาแบบพื้นบ้านและสมุนไพรที่มีมาแต่ดั้งเดิมในสังคมไทย ท่ามกลางกระแสทางเลือกของการดูแลสุขภาพแบบต่างๆ เหล่านี้ ในงานวิจัยนี้เลือกศึกษาการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ในฐานะที่ชีวจิตเป็นความรู้ชุดใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นมาในระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทย ดังนั้นในการวิเคราะห์การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จึงเป็นการวิเคราะห์ที่เผยและคลี่คลายให้เห็นถึงความแยบยลของอำนาจที่มาในรูปของความรู้ ซึ่งเข้ามากำกับให้การดำเนินการจัดกระทำต่างๆ ตั้งแต่ การผลิต การกระจาย และการบริโภค ให้ความรู้เป็นไปไม่ได้

การผลิตความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต เกิดขึ้นจากการมองเห็นถึงปัญหาสุขภาพของคนในสังคมไทยในปัจจุบันว่า สืบเนื่องมาจากอาหาร สิ่งแวดล้อม และชีวิตความเป็นอยู่ โดย สาทิส อินทรกำแหง ได้นำความรู้ในการดูแลสุขภาพตามแนวทางของแมคโครไบโอติกส์ ที่ตนเองได้รับมาพร้อมทั้งได้มีประสบการณ์ตรงมาแล้ว โดยได้ทดลองรักษาตัวเองจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งโพรงจมูกขณะอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจนหายเป็นปกติ ซึ่งก่อนหน้านี้ได้ไปรักษาด้วยวิธีการของการ

แพทย์แผนปัจจุบันมาแล้วแต่ไม่ได้ผล สาทิส อินทรกำแหง จึงได้นำแนวทางแมคโครไบโอติกส์ มาประยุกต์ ให้เข้ากับธรรมชาติของอาหารไทยและวัฒนธรรมการกินของคนไทย ภายใต้ชื่อว่า“ชีวจิต”

การศึกษานี้พบว่า การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตซึ่งมีการนำมาเสนอในสังคม มิได้เป็นการค้นพบ ความรู้ที่ดำรงอยู่แล้วท่ามกลางสรรพสิ่งทั้งหลาย และมีผู้ไปค้นพบจึงนำมาเผยแพร่ให้สังคมจนคนรับรู้ หากแต่เป็นความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นโดยมีกระบวนการสร้างหรือสถาปนาการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตอย่างเป็นระบบ ซึ่งการจะคลี่คลายให้เห็นถึงกระบวนการดังกล่าวนี้ การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ประเด็นหลัก 3 ประการ คือ *ประเด็นที่หนึ่ง* เป็นเรื่องของฐานคิดการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต *ประเด็นที่สอง* เป็นเรื่องของความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต และ *ประเด็นสุดท้าย* เป็นเรื่องของระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับระบบการรักษา

ประเด็นที่หนึ่ง ฐานคิดของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ถูกสร้างขึ้นมาจากฐานคิดที่มีความแตกต่างจากฐานคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน ฐานคิดที่เป็นพื้นฐานในการสร้างความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่สำคัญ ประกอบด้วยฐานคิด 4 ลักษณะ ได้แก่ ฐานคิดแบบองค์รวม ฐานคิดเกี่ยวกับความสมดุลของธรรมชาติ ฐานคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และ ฐานคิดของการอ้างอิงหลักการทางวิทยาศาสตร์

ฐานคิดแบบองค์รวม การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต มองชีวิตว่าประกอบด้วยร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ร่างกายมีผลต่อจิตใจ และจิตใจก็มีผลต่อร่างกาย เรารู้ว่าเรามีกายเพราะเรามีอวัยวะต่างๆ เช่น แขน ขา หัวใจ ปอด สมอ ฯลฯ โดยมีกลุ่มเซลล์แต่ละกลุ่มเป็นส่วนประกอบ และกลุ่มเซลล์เหล่านี้มีอายุต่างกัน เมื่อเซลล์ตายไป ร่างกายก็จะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน ส่วนจิตนั้น แม้จะมองไม่เห็น จับต้องไม่ได้ แต่เรารู้ว่า เรามีความกลัว ความโกรธ และความกังวล เป็นต้น

ความสัมพันธ์กันระหว่างร่างกายกับจิตใจนี้ทำให้เกิดทัศนะต่อหน่วยชีวิตว่า การทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายของคนเราทุกระบบมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน เป็นการมองร่างกายแบบเป็นองค์รวม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า สุขภาพที่ดีคือการที่ระบบต่างๆ ภายในร่างกายอยู่ในภาวะสมดุลกัน สุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ดังนั้นวิธีการดูแลสุขภาพจึงต้องปฏิบัติควบคู่กันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง มิใช่เป็นความผิดปกติของอวัยวะส่วน

ใจส่วนหนึ่งที่เกิดมาจากปัจจัยภายนอกเช่นเชื้อโรค หากความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากระบบทุกระบบภายในร่างกายมีความแปรปรวน เนื่องจากขาดความสมดุล ดังที่ได้มีการเขียนไว้ว่า

“ชีวจิต คือ ร่างกาย และจิตใจ...ชีวจิตถือว่าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ร่างกายมีผลต่อจิตใจ และจิตใจมีผลต่อร่างกาย ด้วยความสุขสมบูรณ์ที่แท้จริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของร่างกาย”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 8)

“ชีวจิต ชิว หมายถึงร่างกาย จิต หมายถึง จิตใจ กล่าวโดยรวมแล้ว ก็คือเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กายและจิตใจ รวมไปถึงปรัชญา แนวทาง วิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ จะต้องเอื้อเฟื้อต่อกัน”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 113)

ฐานคิดเกี่ยวกับความสมดุลของธรรมชาติ เป็นฐานคิดที่มองว่าธรรมชาติเป็นสิ่งที่มีความสมดุล ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพของธรรมชาติไปตามกาลเวลาก็ตาม ความสมดุลของธรรมชาติก็ยังคงอยู่ นอกจากนั้นธรรมชาติยังเป็นผู้สร้างทุกสิ่งทุกอย่างในโลกให้เกิดขึ้น มนุษย์จึงเป็นสิ่งเล็กๆสิ่งหนึ่ง ที่ถูกธรรมชาติสร้างขึ้นมา ด้วยเหตุนี้การมีชีวิตและการดำรงอยู่ของมนุษย์จึงขึ้นอยู่กับธรรมชาติ ในเมื่อธรรมชาติมีความสมดุล ดังนั้นมนุษย์ซึ่งเป็นที่ถูกธรรมชาติสร้างขึ้นมา จึงต้องรักษาความสมดุลตามธรรมชาติ ฐานคิดนี้เป็นฐานคิดที่นำมนุษย์ ซึ่งมีความเป็นองค์รวม ไปผูกพันกับความสมดุลของธรรมชาติ ความรู้ในลักษณะนี้ได้มีการนำเสนอไว้ในเอกสารหลายแห่ง ดังที่ สาทิส อินทรกำแหง เขียนไว้ว่า

“ธรรมชาติ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นเองตามวิสัยโลก ธรรมชาติมีลักษณะเปลี่ยนสภาพไปเรื่อยๆ ตามกาลเวลา ธรรมชาติรวมเอาพลังที่เห็นตัวและไม่เห็นตัวเข้าไว้ด้วยกัน และสำคัญที่สุดสำหรับมนุษย์เราก็คือ ธรรมชาติสร้างทุกสิ่งทุกอย่างในโลก ไม่ว่าจะเป็นมนุษย์ สัตว์ พืช สิ่งมีชีวิตและไม่มีชีวิต ธรรมชาติเป็นผู้สร้างทั้งสิ้น มนุษย์จึงเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ชีวิตและความเป็นอยู่ขึ้นอยู่กับธรรมชาติทั้งสิ้น”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2539 : 25)

ฐานคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค สืบเนื่องจากความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตถูกสร้างขึ้นมาจากฐานคิดที่มองว่าชีวิตมีลักษณะเป็นองค์รวม ซึ่งประกอบด้วยระบบต่างๆ

ของร่างกายทำงานสัมพันธ์กัน และมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ดังนั้นมนุษย์จึงต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ ระบบต่างๆ ของร่างกายจึงจะทำงานได้อย่างสมดุล ซึ่งเป็นสภาวะของการมีสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้ามนุษย์ดำรงชีวิตไม่สอดคล้องกับธรรมชาติ ก็จะทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำงานแปรปรวนเนื่องจากร่างกายขาดความสมดุล เมื่ออยู่ในสภาวะเช่นนี้ มนุษย์ก็จะเกิดความเจ็บป่วย ดังนั้นฐานคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จึงอธิบายว่าเป็นผลมาจากการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายของมนุษย์ ขาดความสมดุล ซึ่งความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นกับร่างกายนี้ มีสาเหตุมาจากอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละมื้อ แต่ละวัน รวมทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน ความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นจึงเป็นการก่อให้เกิดโรคไม่ติดเชื้อ ขณะเดียวกันก็กลายเป็นช่องทางที่สำคัญที่จะเปิดโอกาสให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ สาทิส อินทรกำแหง ได้เขียนไว้ในประเด็นนี้ว่า “อาหารที่เรากินเข้าไป ไม่ว่าจะอะไรก็ตาม จะส่งผลต่อร่างกายเสมอ พุดง่าย ๆ ก็คือ อาหารทำให้เกิดโรคได้” (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 24)

สาเหตุของการเกิดโรคจึงเกิดจากบุคคลเอง ซึ่งมีปัจจัยเงื่อนไขของการเกิดโรคที่แตกต่างกันหลากหลายไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้ที่สามารถเข้าใจ เข้าถึง เงื่อนไขปัจจัยของการเกิดโรคได้ดีที่สุด ก็คือ ตัวของเราเอง จึงเป็นการอธิบายการเกิดโรคที่แตกต่างไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มองว่าสาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ คือเชื้อโรค ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก

ฐานคิดของการอ้างอิงหลักการทางวิทยาศาสตร์ ฐานคิดนี้ มองในลักษณะของการนำฐานคิดแบบวิทยาศาสตร์มาใช้ในลักษณะใหม่ ที่ไม่ใช่ฐานคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่การแพทย์แผนปัจจุบันเคยใช้ และในการนำฐานคิดนี้มาใช้ ก็ไม่ได้ปฏิเสธแนวคิดแบบวิทยาศาสตร์แบบเดิม เพียงแต่เป็นการสร้างนิยามความหมายใหม่ บนพื้นฐานของนิยามความหมายเดิม ที่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจกันอยู่แล้วในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน พร้อมทั้งได้สร้างคำขึ้นมาใหม่ ที่แสดงถึงความเป็นวิทยาศาสตร์ในภาษาที่ใช้ เพื่ออธิบายความหมายใหม่ที่ถูกสร้างขึ้น คำที่ถูกสร้างขึ้นนี้ จะกลายเป็นตัวที่ถูกสื่อ เพื่อสื่อถึงสิ่งที่ให้ความหมายใหม่ ตามความหมายที่ถูกสร้างขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจง

ด้วยฐานคิดของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตดังกล่าว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จึงได้ถูกสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบ ที่สะท้อนให้เห็นถึงทัศนะในการมองความรู้ที่แตกต่างกับความรู้แบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

ประเด็นที่สอง ความรู้ในระบบการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ซึ่งเป็นความรู้ชุดใหม่ที่มีอำนาจในการเข้ามากำหนด จัดระเบียบให้กับสิ่งต่างๆ ให้กลายเป็นความรู้ความจริง ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมานี้ ประกอบด้วยความรู้ต่างๆ 5 เรื่องคือ เรื่องที่หนึ่ง ความรู้เกี่ยวกับภูมิชีวิต เรื่องที่สอง ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหาร เรื่องที่สาม ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เรื่องที่สี่ ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการใจ และเรื่องสุดท้าย ความรู้เกี่ยวกับการล้างพิษ

1. ความรู้เกี่ยวกับ “ภูมิชีวิต” (immune system) คำว่าภูมิชีวิต เป็นการสร้างคำขึ้นมาใหม่ เพื่อทำหน้าที่แทนคำว่า “ภูมิต้านทานโรค” พร้อมทั้งได้อธิบายความหมายของคำว่าภูมิชีวิตเสียใหม่ ในลักษณะที่มีขอบเขตกว้างขวางกว่าความหมายของภูมิต้านทานโรค ที่เป็นที่เข้าใจในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมองว่าภูมิต้านทานโรค เป็นส่วนหนึ่งของภูมิชีวิต ดังที่ว่า “...ภูมิต้านทานโรค ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของภูมิชีวิตนั้น คือ ระบบเลือดขาว หรือต่อมซึ่งสร้างเซลล์เลือดขาวทั้งหมดในร่างกาย” (สาทิส อินทรกำแหง. 2543 : 6-8)

“ภูมิชีวิต เป็นระบบที่ร่างกายสร้างขึ้นมา เพื่อต่อสู้และปราบปรามหรือทำลายสารพิษ (toxin) หรือสิ่งมีชีวิต ซึ่งมีอันตรายต่อร่างกาย ให้หมดไป และที่สำคัญยังเป็นระบบที่ส่งเสริมการทำงานของร่างกาย เพื่อให้เกิดความแข็งแรง เจริญเติบโต ซ่อมแซมสิ่งที่สึกหรอต่างๆ และรักษาความเป็นหนึ่งเดียวกันของร่างกายไว้ด้วย ร่างกายของเรามีระบบภูมิชีวิตที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด และเราได้รับภูมิชีวิตครั้งแรกจากการดื่มนมแม่ ซึ่งเรียกว่าน้ำนมเหลือง (colostrum) จึงช่วยป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย แต่เมื่อเรามีอายุครบ 6 เดือน ภูมิชีวิตที่ได้จากน้ำนมเหลืองจะหมดไป ซึ่งในระหว่างนี้ร่างกายจะเจริญเติบโตไปเรื่อยๆ และจะสร้างภูมิชีวิตของตัวเองขึ้นมา ทำให้มีร่างกายที่แข็งแรง”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2543 : 1-2)

“ภูมิชีวิตประกอบด้วย องค์ประกอบของระบบและอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนี้ องค์ประกอบแรก คือ ระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบย่อยอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท องค์ประกอบที่สองคือ ระบบเม็ดเลือดขาว หรือต่อมซึ่งสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาวทั้งหมดในร่างกาย ตัวอย่างเช่น ต่อมทอนซิล ต่อมไทมัส และต่อมน้ำเหลือง ซึ่งทั้งระบบต่างๆและต่อมน้ำเหลืองจะทำงานร่วมกัน พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยมีสมองและฮอร์โมน เป็นผู้สั่งและควบคุมการทำงาน”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2543 : 8-10)

ความรู้เกี่ยวกับภูมิชีวิตซึ่งเป็นความรู้ที่สำคัญ ในฐานะที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรคตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต กล่าวคือคนที่คนเราไม่ป่วยเป็นโรคต่างๆที่เกิดจากเชื้อโรคหรือไม่ใช่เชื้อโรคก็เพราะภูมิชีวิตที่ร่างกายสร้างขึ้นมา ได้ปราบปรามหรือทำลายสารพิษ (toxin) หรือสิ่งมีชีวิตที่มีอันตรายต่อร่างกายให้หมดไป และที่สำคัญยังเป็นระบบที่ส่งเสริมการทำงานของร่างกาย เพื่อให้เกิดความแข็งแรง เจริญเติบโต ซ่อมแซมสิ่งสึกหรอต่างๆ และรักษาความเป็นหนึ่งเดียวของร่างกายไว้ด้วย ถ้าภูมิชีวิตของคนเราอ่อนแอ การป้องกันหรือการทำลายสิ่งที่มีอันตรายต่อร่างกายจะกระทำไม่ได้ดี ทำให้เกิดมีของเสียหรือสารพิษคั่งค้างอยู่ในร่างกาย ซึ่งถ้าของเสียหรือสารพิษในร่างกายมีมาก จนร่างกายขับไม่ไหว เมื่อนั้นก็จะเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น หรือเป็นการเปิดช่องให้เชื้อโรคมีโอกาสดำรงตัวในร่างกาย ทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้

การให้ความสำคัญกับภูมิชีวิต ในฐานะที่เป็นพื้นฐานสำคัญของทั้งความสุขสมบูรณ์ของชีวิตและฐานที่มาของความเจ็บป่วยนี้ จึงเป็นการเปลี่ยนฐานการมองสาเหตุของการเกิดโรคจากเชื้อโรค การมองชีวิตแบบกลไกแยกส่วน ตายตัว หยดนิ่ง ไปสู่ฐานการมองที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการที่มีความเคลื่อนไหวต่อเนื่อง เชื่อมโยง ของระบบชีวิต อันมีเงื่อนไขปัจจัยของการเกิดโรคที่แตกต่าง หลากหลายในแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้ที่สามารถเข้าใจ เข้าถึงเงื่อนไขปัจจัยของการเกิดโรคและการดูแลรักษาได้ดีที่สุด ก็คือตัวของเราเอง

ด้วยการเปิดพื้นที่ให้กับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเช่นนี้ การสร้างความรู้เพื่อนำไปจัดกระทำร่างกายมีภูมิชีวิตที่เข้มแข็ง จึงอยู่บนฐานคิดของความเป็นองค์รวมและความสมดุลของธรรมชาติ ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาจึงประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจ และการล้างพิษ

2. ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตให้ความสำคัญกับอาหาร ว่าเป็นพื้นฐานของการก่อเกิดของสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้ถูกสร้างขึ้นและแพร่ไปจนมีการใช้พูดกันอย่างกว้างขวางในหมู่ผู้สนใจการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ก็คือ “เรากินอย่างไร เราก็จะเป็นอย่างนั้น” (you are what you eat) ดังนั้น จึงมีการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการกินอาหารให้ตรงตามที่ร่างกายต้องการ ซึ่งแม้ว่าหลักการนี้จะมีการพูดถึงกันอยู่โดยทั่วไปในศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่ สาทิส อินทรกำแหง ได้เพิ่มความจริงจังในการนำเสนอประเด็นนี้ โดยนำเสนอว่า การกินอาหารให้ครบหมู่ก็คือการทำให้อาหารกลายเป็น “ยา” ที่จะช่วยรักษาโรคด้วย ดังที่ว่า

“การกินอาหารจึงต้องให้ได้สารอาหาร (nutrient) ครบตามที่ร่างกายต้องการ เพื่อเกิดประโยชน์ต่อร่างกายทั้งในด้านการเจริญเติบโต การซ่อมแซมร่างกาย และการทำหน้าที่เป็น “ยา” ของอาหาร”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2539 : 40)

ด้วยการตระหนักถึงความสำคัญของอาหารดังกล่าว หลักการกินอาหารของชีวจิตซึ่ง สาทิส อินทรกำแหง ชี้แจงว่าเป็นอาหารแบบแมคโครไบโอติกส์ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของการผสมผสานพลังหยิน และหยางให้ได้สมดุลกัน แล้วนำมาปรับให้เข้ากับคนไทย (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 33) จึงถูกกำหนดให้เป็นอาหารธรรมชาติ ด้วยเหตุผลที่ว่า การกินอาหารธรรมชาติจะช่วยให้รักษาสุขภาพในร่างกายไว้ได้

อาหารธรรมชาติคืออะไร อาหารธรรมชาติถูกนิยามความหมายว่าเป็นอาหารครบรูปเต็ม เป็นอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่งสกัดรูปแบบ หรือผ่านกระบวนการสังเคราะห์ทางเคมี เป็นอาหารที่ปลูกในท้องถิ่นหรือตามฤดูกาล เพราะอาหารที่ปลูกในท้องถิ่นถือเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมของอาหารในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลในท้องถิ่นนั้นๆ จึงทำให้ร่างกายมีความสมดุล

ด้วยการกำหนดลักษณะของอาหารดังกล่าว ข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ จึงเป็นอาหารหลักในวิธีการกินแบบชีวจิต เพราะมีวิตามิน โปรตีน สาร DNA (Deoxyribo Nucleic Acid) และ RNA (Ribonucleic Acid) ที่ก่อให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์ (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 35) และเป็นอาหารที่มีความสมดุลมากที่สุด ตามหลักทฤษฎีหยิน-หยาง ของอาหารแบบแมคโครไบโอติกส์ นอกจากนั้น ยังหยิบยกเอาความสอดคล้องของอาหารกับสรีระในรูปแบบของพันมนุษย์ มาให้เหตุผล กล่าวคือจากการสำรวจพันของเรพบว่า เรามีพันหน้า 8 ซี่ ซึ่งใช้ในการตัดหรือกัด พันที่ไว้สำหรับฉีกถึง มี 4 ซี่ ซึ่งคล้ายคลึงกับฟันของสัตว์กินเนื้อ และมีฟันกรามสำหรับบดถึง 20 ซี่ (สาทิส อินทรกำแหง. 2539 : 201) ดังนั้นเมื่อพิจารณารูปแบบหรือการทำงานของฟัน อัตราส่วนของฟันบดเคี้ยว ต่อฟันกัด ต่อฟันฉีก เป็น 5 : 2 : 1 ด้วยเหตุนี้ อาหารของคนเราควรจะเป็นข้าว รongลงมาคือผัก และอาหารพวกเนื้อสัตว์ สำหรับอาหารพวก โปรตีน ให้เน้นกินโปรตีนจากพืช แต่สามารถกินโปรตีนจากสัตว์ได้เฉพาะปลา สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

นอกจากนั้น ยังให้ความสำคัญกับกระบวนการผลิต ปรุง และ การบริโภคเข้าสู่ร่างกาย กล่าวคือ กระบวนการผลิตต้องเป็นไปแบบธรรมชาติไม่ผ่านขั้นตอนของกรรมวิธีต่างๆทางเคมี การปรุงต้องคำนึงถึงการคงสภาพของสารอาหาร และรสชาติตามธรรมชาติของอาหารไว้ ไม่ใส่สารปรุงแต่ง การบริโภคให้ความสำคัญกับคุณค่าของสารอาหารที่ร่างกายจะได้รับเป็นสำคัญ

ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ซึ่งเป็นหลักการหนึ่งในการสร้างเสริมภูมิชีวิตให้กับร่างกาย ซึ่งเป็นความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตนั้น ความรู้ส่วนนี้ นอกจากจะมีความรู้ว่าจะกินอย่างไรแล้ว ยังต้องมีความรู้ว่าแต่ละมีอนั้นเราจะกินเท่าไรด้วย นั่นคือ มีความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของอาหารที่รับประทานด้วย (ดูภาคผนวก ง)

นอกจากนั้น อาหารบางประเภทถูกกำหนดว่าเป็นอาหารที่ทำให้ภูมิชีวิตอ่อนแอ เนื่องมาจากกระบวนการในการเพาะเลี้ยงหรือการปรุงที่ผ่านกรรมวิธีหลายขั้นตอน ชนิดของอาหารที่ถูกจัดกระทำจากคุณลักษณะดังกล่าว จึงเป็นอาหารที่ไม่เหมาะแก่การบริโภค ได้แก่

- (1) อาหารเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อ ไก่ หมู
- (2) น้ำตาลขาวทุกชนิด รวมทั้งอาหาร ขนม และเครื่องดื่มที่ผลิตจากน้ำตาล
- (3) อาหารมันที่ใช้ น้ำมัน นม เนย กะทิ
- (4) แป้งขาวทุกชนิด เช่น ข้าวขาว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปังขาว

ความรู้เกี่ยวกับน้ำดื่ม น้ำอาร์ซี เป็นน้ำดื่มที่สำคัญของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่เปรียบเสมือนว่าได้รับ “สารน้ำให้กับร่างกาย” (น้ำเกลือ) ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นวิธีการรักษาโรคให้กับผู้ป่วยอีกวิธีหนึ่ง นอกเหนือจากการให้ยา

การดื่มน้ำอาร์ซี จึงเป็นวิธีการเสริมสร้างภูมิชีวิตด้วยอาหารอีกวิธีหนึ่ง ที่นอกเหนือจากการกินอาหาร ที่นับได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนผ่านทางร่างกายจากสภาพที่อ่อนเพลีย ไม่มีแรง อ่อนระโหย ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ ไปสู่สภาพของร่างกายที่แข็งแรง กระฉับกระแจง ตื่นตัว คือการปราศจากโรค เป็นการแสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติตามความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาให้เห็นจริงได้อย่างเป็นรูปธรรมวิธีหนึ่งเพราะหลังจากดื่มน้ำอาร์ซี แล้วจะรู้สึก “สุขสบาย” “สดชื่น” และมีความเชื่อว่าร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ เพราะความอ่อนเพลียได้ถูกกำจัดไปหมดสิ้น หลักการพื้นฐานและวิธีการทำ เป็นไปดังที่เขียนไว้ว่า

“น้ำอาร์ซี มีส่วนผสมของธัญพืช 9 ชนิด คือ กลุ่มที่ 1 เป็นข้าวชนิดที่แข็งและสุกยาก ซึ่งมีข้าวโฮสวิท (ข้าวสาลี) ข้าวบาร์เลย์ ลูกเดือย ลูกบัว ข้าวฟ่าง อย่างละ 1 กำมือ กลุ่มที่ 2 มีข้าวมันปูหรือข้าวแดง ข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง และข้าวเหนียวกล้อง กลุ่มที่ 3 เป็นข้าวที่สุกง่ายที่สุด คือ ข้าวโอตคั้นนอนใหม่ๆ หรือตอนเช้าทุกวัน เพราะมีกลูโคส RNA และ DNA ซึ่งเป็นสารอาหารที่ไปเลี้ยงเซลล์ประสาทสมองและร่างกาย การนำธัญพืชทั้ง 9 ชนิด มาทำเป็นน้ำอาร์ซี แล้วดื่มแทนการรับประทานในรูปแบบเดิม เพราะการดื่มน้ำ

กายจะดูดซึมสารอาหารเข้าไปได้เลยโดยสารอาหารที่มีอยู่ไม่ถูกทำลายโดยน้ำย่อยในกระบวนการย่อยอาหาร”

“วิธีทำน้ำอาร์ชี เริ่มต้นด้วยเอาข้าวกลุ่มที่หนึ่ง ไปล้างน้ำแล้วใส่หม้อสเตนเลสหรือหม้อเคลือบ ใส่น้ำประมาณ 2 ลิตร เอาไปตั้งไฟ พอน้ำเดือด ก็ใส่ข้าวกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการขาน้ำมาแล้ว คอยให้เดือดอีกทีหนึ่งและปล่อยให้เดือดสัก 5 นาที แล้วเอาข้าวกลุ่มที่สาม คือข้าวโอต โดยไม่ต้องขานหรือล้างใส่ลงในหม้อ พอเดือดอีกครั้งก็ปิดไฟปล่อยให้ข้าวนอนกัน แล้วรินเอาน้ำมาดื่ม นั่นคือน้ำอาร์ชี”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ง : 6)

3. ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง กระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ระบบการไหลเวียนสะดวก หัวใจมีความทนต่อการทำงาน ไปกระตุ้นการทำงานของโกรธฮอร์โมน ทำให้ระบบการไหลเวียนสะดวก ให้เกิดผลเฉพาะส่วนที่เกิดกับร่างกายเท่านั้น ความรู้นี้เป็นความรู้ที่เป็นสากลและเป็นที่ยอมรับทั่วไป ชีวจิตก็เห็นความสำคัญเช่นนี้ และขณะเดียวกันชีวจิตก็ใช้การออกกำลังกายเป็นการเปิดพื้นที่ของการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ด้วยการกำหนดให้การออกกำลังกายที่มีรูปแบบ จัดให้มีการสร้างกลุ่มออกกำลังกาย โดยมีผู้นำกลุ่มในการออกกำลังกาย เพื่ออธิบายชี้แนะวิธีการของการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วยท่าในการออกกำลังกาย 11 ท่า (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ) ขณะเดียวกันก็มีการนวดกดจุด ที่สามารถกระทำได้ทั้งคนเดียวและเป็นคู่ ซึ่งประกอบด้วยท่าในการนวดกดจุด 14 ท่า (ดูภาคผนวก ฉ) การออกกำลังกายของชีวจิต จึงเป็นการออกกำลังกายที่เกิดขึ้นกับทุกส่วนของร่างกาย ตั้งแต่ คอ ไหล่ กระดูก สันหลัง ขา กล้ามเนื้อ บริเวณหน้า เป็นต้น การออกกำลังกายเป็นกลุ่มจึงเป็นการเปิดพื้นที่ของการสื่อสาร ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลที่นำความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตมาปฏิบัติ

4. ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการใจ แพทย์แผนปัจจุบันมองจิตใจแยกออกจากส่วนของร่างกาย ดังนั้นความผิดปกติที่เกิดกับร่างกายจึงไม่เกี่ยวข้องกับจิตใจ และด้วยการละเลยในการให้ความสำคัญกับจิตใจของการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงเป็นการเปิดพื้นที่ในการนำและพูดเกี่ยวกับเรื่องของจิตใจ ขณะเดียวกันก็สามารถสร้างชุดของความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการใจขึ้นมาได้ โดยการผ่อนคลายความเครียดด้วยการคิดเชิงบวก (positive thinking) และการทำสมาธิ (ดูรายละเอียดภาคผนวก ช)

5. ความรู้เกี่ยวกับการล้างพิษ เป็นวิธีการเสริมสร้างภูมิชีวิตอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นกระบวนการขับสารพิษที่คั่งค้างอยู่ในร่างกายออกไป เนื่องจากความเชื่อที่ว่า การมีสารพิษคั่งค้างอยู่ในร่างกายจะทำให้ระบบภูมิชีวิตอ่อนแอและบุคคลมีโอกาสเจ็บป่วยได้ การล้างพิษคือการสวนทวารหนัก เพื่อให้สารพิษในร่างกายถูกขับออกมา เป็นการกระทำต่อร่างกายโดยตรง ซึ่งนับได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนผ่านของร่างกายอีกรูปแบบหนึ่ง จากสถานะที่มีสารพิษที่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไปสู่ร่างกายที่สะอาดคือการปลอดจากการเป็นโรค เป็นการแสดงให้เห็นถึงผลของการปฏิบัติ ตามความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมา ให้เห็นจริงได้อย่างเป็นรูปธรรมที่สุด เพราะหลังจากล้างพิษแล้ว บุคคลรู้สึก “โล่ง” และ “สบาย” และมีความเชื่อว่าร่างกายของตนมีความปลอดภัยจากการเป็นโรค เพราะสารพิษได้ถูกกำจัดออกไปแล้ว ซึ่งเป็นการทำให้บุคคลเชื่อในผลของการนำความรู้นี้ไปปฏิบัติโดยไม่ต้องใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์แบบความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันที่พูดเรื่องการมีเชื้อโรค นอกจากนั้นเป็นการตอกย้ำให้เห็นว่าความรู้นี้เป็นความรู้ที่บุคคลสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

“การทำดีท็อกซ์หรือการล้างพิษ... ชีวิตใช้น้ำเพียง 1500 ซี.ซี. กับกาแฟ 2 ช้อนโต๊ะ เป็นกาแฟ (ชนิดไม่ปรุง-เนสกาแฟใช้ไม่ได้) นำมาต้มด้วยก้นจนเดือด แล้วกรองเอาแต่น้ำ สวนจนหมดถุง โดยก่อนสวนใช้น้ำมันหล่อลื่นหรือวาสลีน ทาที่ปลายท่อถุงสวนด้วย”

“หรือใช้น้ำมะขามเปียก (ตามตำรับอาจารย์หมอวย) ครั้งกำมือ ต้มกับน้ำเดือด แล้วปล่อยให้เย็น กรองเอาแต่น้ำแล้วสวน”

“สวนทุกวันเป็นเวลานาน ครั้งแรกสวนเพียงครั้งเดียว แล้วสังเกตดูว่าทำแล้วสบายเนื้อสบายตัวหรือไม่ ถ้าสบายจะทำต่อไปให้ครบ 5 วันก็ได้”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2543 : 94)

ประเด็นที่สาม ระบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับระบบการรักษา

จากฐานคิดของการสร้างความรู้ และความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นบนฐานคิดดังกล่าว ทำให้ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตที่ถูกสร้างขึ้น เป็นความรู้ที่มีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยมิได้ผูกติดกับความผิดปกติของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย อันเกิดจากการกระทำของปัจจัยภายนอก เช่น เชื้อโรค หากความเจ็บป่วยนั้นเป็นผลมาจากระบบชีวิตที่แปรปรวน เนื่องจากการขาดความสมดุลในการใช้ชีวิตประจำวัน กล่าวคือเป็นการดำรงชีวิตที่ผิดแปลกไปจากธรรมชาติ จึงทำให้ระบบภูมิชีวิตอ่อนแอ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการขจัดสารพิษที่เกิดจากอาหาร หรือความเครียดที่เกิดขึ้น

ออกจากร่างกายได้ โรคจึงไม่ได้เกิดจากปัจจัยภายนอก แต่เกิดจากปัจจัยภายในคือตัวมนุษย์เอง ที่เป็นต้นเหตุของการเกิดโรคที่เราเป็นอยู่ ด้วยความเชื่อต่อสาเหตุของการเกิดโรคดังกล่าว การจัดการกับสุขภาพของบุคคลจึงต้องอาศัยความเข้าใจในภาพรวมของโยงใยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับธรรมชาติ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ภายในร่างกาย และจิตใจของตัวบุคคลเอง และเงื่อนไขปัจจัยของการเกิดโรคของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ดังนั้นผู้ที่สามารถเข้าใจเข้าถึง เงื่อนไขปัจจัยของการเกิดโรค การดูแลรักษา เพื่อสร้างความสมดุลในวิถีชีวิตให้คืนกลับมาได้ดีที่สุดก็คือตัวเราเอง โดยบุคคลสามารถปฏิบัติได้ด้วยการเลือกรับประทานอาหารธรรมชาติ การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอและการทำให้จิตใจร่าเริงแจ่มใส ด้วยเหตุนี้การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพจึงมิใช่การพึ่งพิงความรู้จากแพทย์ หากแต่อาศัยความรู้ของบุคคลผู้นั้นเอง ดังนั้นจึงเป็น การก่อเกิดของระบบการดูแลสุขภาพที่บุคคลจะต้องทำหน้าที่ในการรักษาด้วยตนเอง

จากรูปแบบของระบบการรักษาที่บุคคลเป็นผู้ทำการรักษาด้วยตนเองนี้ ในการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง ๆ บุคคลมิได้จัดกระทำด้วยตนเองอย่างโดดเดี่ยวเพียงอย่างเดียว แต่จะมีการจัดกระทำกันในลักษณะของความสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน กล่าวคือเมื่อบุคคลนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตมาปฏิบัติด้วยตนเอง แล้วเกิดข้อสงสัยหรือไม่มั่นใจในวิธีการปฏิบัติ บุคคลก็จะขอคำแนะนำปรึกษาจากผู้ปฏิบัติคนอื่นที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน หรือขอคำแนะนำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์จากการนำความรู้นี้ไปปฏิบัติแล้วมีสุขภาพดีขึ้น การขอคำแนะนำจัดกระทำได้โดยการเข้ามาพูดคุยกัน จากการเข้ากลุ่มออกกำลังกายด้วยกัน ในขณะเดียวกัน บุคคลผู้นี้ก็สามารถทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติท่านอื่น ที่มีข้อสงสัยหรือมีปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน นั่นคือบุคคลที่นำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตไปปฏิบัติจะอยู่ในฐานะที่เป็นผู้ป่วย ที่เป็นผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ป่วยคนอื่น ๆ หรือจากผู้เชี่ยวชาญ และอยู่ในฐานะของผู้เชี่ยวชาญด้วย เมื่อได้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ปรึกษา แก่บุคคลอื่น ๆ ที่มาขอรับคำแนะนำ

ด้วยการจัดกระทำดังกล่าว จึงทำให้ระบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ในระบบการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ระหว่างผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ผ่านการใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองมาแล้ว และในกรณีที่ผู้นำความรู้ไปปฏิบัติเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี รูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ก็จะเป็นรูปแบบเดียวกันกับผู้ป่วยที่นำความรู้ไปปฏิบัติ

การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จึงมีรูปแบบของความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไป จากการต้องไปรักษาจากแพทย์ มาเป็นรูปแบบของการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีใช้เฉพาะเน้นการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวแต่มีการสนับสนุนทางเรื่องจิตใจด้วย ผู้ที่มาเข้ากลุ่มออกกำลังกายได้เล่าให้ฟังว่า

“มาเข้ากลุ่ม เพราะอยากพบกลุ่มที่เขาใช้แนวชีวจิตมารักษา จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันว่า เขาปฏิบัติตัวกันอย่างไร การกินการอยู่ เป็นอย่างไร เราอยากพูดคุยกับเพื่อนๆ เพื่อมีอะไรจะได้แลกเปลี่ยนกัน ตอนปฏิบัติตามแนวชีวจิตใหม่ๆ อาหารที่กินจะมีแต่ผักต้มอย่างเดียว อย่างอื่นเราตัดหมด เราไม่รู้ว่าจะทำอะไรให้มันอร่อย เรามาคุยกับเพื่อน เราก็จะได้วิธีการทำอาหารให้มันอร่อย”

“เวลามาเข้ากลุ่มเราก็มีความสุข ได้เจอเพื่อน ได้ปรึกษาเฮฮากัน นึกอยู่ตลอดว่าเมื่อไหร่จะถึงวันอาทิตย์เสียที”

ลักษณะความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่มีอำนาจในการวางแผนและตัดสินใจ ในทุกเรื่องเกี่ยวกับการจัดการเรื่องสุขภาพ เนื่องจากความรู้ในการรักษาสุขภาพนั้นแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้แต่เพียงผู้เดียว ได้เปลี่ยนมาเป็นลักษณะความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ตั้งแต่ การวางแผนในการปฏิบัติ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ เพราะผู้ป่วยเป็นผู้มีความรู้ และนำความรู้มาปฏิบัติได้เอง

เนื่องจากความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่ถูกสร้างขึ้นมานี้ เป็นความรู้ที่นำเสนอรูปแบบการดำเนินชีวิตรูปแบบหนึ่งที่แตกต่างไปจากรูปแบบการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย สอดคล้องกับธรรมชาติ และเป็นการประสานระหว่างร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับเรื่องของอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการ และการล้างพิษเป็นรูปแบบของความรู้ที่ผู้นำความรู้นี้ไปใช้ต้องปฏิบัติด้วยตนเอง ดังนั้นแม้ความรู้เหล่านี้จะเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับเนื้อหาสาระเฉพาะในแต่ละเรื่อง แต่ก็ เป็นความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นมาด้วยการใช้ภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย ไม่เป็นภาษาทางวิชาการ

การเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

เมื่อความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตได้ถูกสร้างขึ้นมา ความรู้นี้ก็ได้ออกเผยแพร่เข้าสู่สังคมในวงกว้าง ใน 4 รูปแบบด้วยกัน คือ

1. การเผยแพร่ความรู้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ
2. การเผยแพร่ความรู้ผ่านหนังสือ
3. การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อ
4. การเผยแพร่ความรู้ผ่านสถาบัน

1. การเผยแพร่ความรู้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ

การมองผู้เชี่ยวชาญ การแพทย์แผนปัจจุบันมองผู้เชี่ยวชาญในการรักษาโรคว่า คือ แพทย์ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากสถาบันการศึกษา ที่มีหลักสูตรการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ และเป็นผู้ที่ได้รับอำนาจทำหน้าที่ในการรักษาโรคแต่เพียงผู้เดียว จากกฎเกณฑ์ที่ถูกกำหนดโดยลักษณะของความเป็นวิชาชีพ ในขณะที่ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในระบบการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต คือ สาทิส อินทรกำแหง ถึงแม้จะไม่ได้จบการศึกษาตามหลักสูตรทางการแพทย์มาโดยตรง แต่ก็ได้ทำการศึกษาด้านการแพทย์อื่นๆ เช่น แมคโครไบโอติกส์ และโฮลิสติก ประกอบกับการสำเร็จการศึกษาในระดับสูงทางด้านสังคมวิทยา และวิทยาศาสตร์อาหาร ดังที่เขียนไว้ว่า

“จบดุษฎีบัณฑิตสังคมวิทยาและวิทยาศาสตร์อาหาร จากสหรัฐอเมริกา และศึกษาค้นคว้าด้านแมคโครไบโอติกส์ และโฮลิสติกอย่างจริงจัง”

(สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 109)

ขณะเดียวกัน สาทิส อินทรกำแหง ก็เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ทางอาหารในประเทศสหรัฐอเมริกา และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของจีน รวมกัน 7 ปี และทำงานที่องค์การสหประชาชาติมานานถึง 27 ปี (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : ปกหลัง) เคยมีประสบการณ์ในการนำความรู้ที่ตนเองมีอยู่มารักษาทนเอง จนหายจากโรคมะเร็งโพรงจมูก นอกจากนั้นยังเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่ตนเองผลิตขึ้นมาด้วย

ในการเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต สาทิส อินทรกำแหง ได้ดำเนินการในรูปแบบดังนี้

ในช่วงแรกๆ ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตได้ถูกพูดคุยในกลุ่มเพื่อนฝูง แต่ได้รับความสนใจไม่มากนัก แต่อย่างไรก็ตาม สาทิส อินทรกำแหง ก็ไม่ละความพยายาม โดยการไปบรรยายให้ความรู้ตามมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลต่างๆ แล้วแต่เขาจะเชิญไป ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีผู้ใดให้ความสนใจในความรู้นี้เท่าใดนัก แม้บางคนยังดูถูกว่าเป็นคล้ายกับหมอเถื่อนเสียด้วยซ้ำ แต่หลังการบรรยายเสร็จทุกครั้ง สาทิส อินทรกำแหง ก็จะให้เบอร์โทรศัพท์ ให้ที่อยู่ไว้ เพื่อสะดวกในการติดต่อสำหรับบุคคลที่ให้ความสนใจ (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 110)

ในขณะที่ดำเนินการเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ได้มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนหนึ่งมาขอรับคำแนะนำจาก สาทิส อินทรกำแหง เพื่อนำความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตไปรักษาโรคที่เป็นอยู่ สาทิส อินทรกำแหง ได้ให้คำแนะนำอย่างดี โดยไม่คิดมูลค่าแต่อย่างไร

พ.ศ. 2531 สาทิส อินทรกำแหง ได้รับเชิญจากมูลนิธิโกมลคีมทองให้ร่วมอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางสุขภาพองค์รวม ในการจัดประชุมเรื่องแมคโครไบโอติกส์ ซึ่งเป็นการเปิดประเด็นความสนใจได้ในระดับหนึ่งต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ในหมู่ปัญญาชนกลุ่มหนึ่งที่เข้าร่วมรับฟัง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2542 : 4) ขณะเดียวกันการไปบรรยายในมหาวิทยาลัยต่างๆ ก็ได้รับความสนใจมากขึ้น ความสนใจที่ได้รับนอกจากเกี่ยวกับความรู้แล้ว ยังได้รับความสนใจในเรื่องการปฏิบัติที่เกี่ยวกับอาหารและการออกกำลังกาย จึงมีการสอนการปฏิบัติทั้งการออกกำลังกายและการประกอบอาหาร เมื่อมีการสอนจึงเกิดเป็นกลุ่มขึ้นมา จึงนำไปสู่การเปิด “พื้นที่” คือ ชมรมชีวจิต ซึ่งต่อมาชมรมชีวจิตได้รับความสนใจจากบุคคลต่างๆ เช่น แพทย์ เกษตรกร พยาบาล ครู อาจารย์ ทำให้จำนวนสมาชิกของชมรมมีมากขึ้น (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 111)

ท่ามกลางกระแสความศรัทธาของ “ความรู้” ในการดูแลสุขภาพที่ รสสุคนธ์ พุ่มพันธ์วงศ์ ได้นำเสนอ ความรู้ในการดูแลสุขภาพอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งเป็นแนวธรรมชาติ ของศูนย์ธรรมชาติบำบัด บัลลี โดยมีแพทย์ คือ นายแพทย์บรรจบ ชุณหสวัสติกุล ได้ดำเนินงานต่อเนื่องมาอย่างเงียบๆ และมีชื่อเสียงจากรายการ “ทัวรัล้างพิษแบบธรรมชาติ” ได้ออกมาวิพากษ์วิธีการวินิจฉัยและการรักษาโรคของ รสสุคนธ์ พุ่มพันธ์วงศ์ผ่านคอลัมน์ “ธรรมชาติบำบัด” ในหนังสือมติชนสุดสัปดาห์ นานกว่า 2 เดือน โดยเฉพาะการใช้ “น้ำผักปั่น” เพียงสูตรเดียว สามารถรักษาโรคได้ครบจักรวาล รวมทั้งปัญหาการปฏิบัติเวชกรรมฝังเข็มของ รสสุคนธ์ พุ่มพันธ์วงศ์ เพราะตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะได้จำกัด “สิทธิ” ไว้เฉพาะแพทย์เท่านั้น และมีการปะทะของความรู้ เมื่อไอทีวี ได้

นำ รสสุคนธ์ พุ่มพันธุ์วงศ์ และนายแพทย์บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล มาออกทีวี เพราะต่างฝ่ายต่างก็มี “เหตุผล” ที่สนับสนุนความรู้ของตนเอง จึงมีผลกระทบก่อให้เกิดความตื่นตัวต่อความรู้ในการดูแลสุขภาพภาพในรูปแบบอื่นขึ้นมาอีกในระดับหนึ่ง

ต่อมาเมื่อเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2541 ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตได้เปิด “พื้นที่” สู่สาธารณชนอย่างกว้างขวางเป็นครั้งแรก เมื่อรายการ “เจาะใจ” ทางสถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5 ซึ่ง ดำรง พุฒตาล และสัญญา คุณากร ได้ทำการสัมภาษณ์ สาทิส อินทรกำแหง พร้อมทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีประสบการณ์การรักษาตนเองตามแนวทางชีวจิต จนมีอาการดีขึ้น หลังจากนั้นไม่นานความรู้นี้ก็ได้รับการตอกย้ำให้เป็นที่ยอมรับ ว่าเป็นความรู้ ความจริงอีกครั้งเมื่อคุณสุทธิชัย หยุ่น สื่อมวลชนชื่อดัง ได้แพร่ภาพออกอากาศการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับชีวจิตและแนวทางการปฏิบัติจาก สาทิส อินทรกำแหง และผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น หลังจากใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ในการจัดทำรายการสารคดีชุดกินอยู่อย่างชีวจิต ซึ่งมีความยาว 12 ตอนทางสถานีโทรทัศน์ ไอทีวี

จากรูปแบบการเผยแพร่ โดยการบรรยายและการออกรายการโทรทัศน์ดังกล่าว ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ได้เริ่มเปิดพื้นที่ให้กับผู้ที่มีความรู้ได้ระดับหนึ่ง คือ กลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ ครูอาจารย์ รวมทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไป ที่ได้รับชมการออกรายการโทรทัศน์ และด้วยรูปแบบของการเผยแพร่ดังกล่าว จึงกำหนดให้ภาษาที่ใช้มีความยากง่ายต่างกัน สาทิส อินทรกำแหง ได้เขียนถึงประเด็นนี้ว่า “ส่วนเทคนิคการพูดของผม ถ้าพูดกับนักศึกษาก็พูดอีกแบบ กับคนทำงานก็พูดอีกแบบ แล้วแต่กรณี” (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก : 129)

เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวของผู้นำเสนอ คือ สาทิส อินทรกำแหง เอง นอกจากจะอยู่ในฐานะของผู้ผลิตความรู้แล้ว ยังอยู่ในฐานะของผู้ใช้ความรู้นี้อีกด้วย โดยผ่านการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งโพรงจมูก แล้วประสบผลสำเร็จในการรักษา คือ “หาย” จากโรคที่เป็นอยู่ ขณะเดียวกันก็มีการตอกย้ำถึงผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ความรู้นี้ไปปฏิบัติว่าได้ผล คือ “หาย” จากโรค ด้วยการนำเสนอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จากการใช้ความรู้นี้มา “บอกเล่า” ให้สมาชิกในสังคมได้เห็นเป็นประจักษ์ หรือได้รับทราบ เป็นการให้คุณค่าของความรู้และประสบการณ์ว่ามีคุณค่าเท่ากับการคิดด้วยเหตุผล

ด้วยการจัดกระทำของกลยุทธ์ในการนำเสนอดังกล่าว จึงดูเหมือนว่าผู้เผยแพร่มีเจตจำนงในการเผยแพร่ว่าความรู้สามารถรักษาโรคให้ “หาย” ได้ เพื่อก่อให้เกิดความเชื่อมั่น เชื่อถือ ต่อความรู้ที่ว่า เมื่อบุคคลในสังคมนำไปปฏิบัติแล้วจะทำให้ “หาย” จากโรคที่เป็นอยู่ ดังคำยืนยันที่

สาทิส อินทรกำแหงเขียนไว้ว่า “การรักษาทางด้านชีวิตจิตนี้ มีข้อพิสูจน์ทุกอย่างว่า คนที่ทำการรักษาแล้วหาย” (สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ก: 127)

การเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตนั้น นอกจากจะจัดกระทำโดย สาทิส อินทรกำแหง ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ในเรื่องที่ทำการเผยแพร่จากการศึกษา และจากการมีประสบการณ์ตรงด้วยตนเองในการนำความรู้ไปรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ จะเห็นได้ว่ายังมีผู้อื่นที่ทำการเผยแพร่ความรู้นี้ ซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครของชมรมชีวิตจิต ในการทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่สนใจความรู้นี้ ผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย และสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย ซึ่งบุคคลเหล่านี้ต่างก็เคยมีประสบการณ์ตรงในการนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต มาดูแลสุขภาพตนเองมาแล้วทั้งสิ้น (รายละเอียดดูจากการเผยแพร่ความรู้ผ่านสถาบัน) นั่นคือ ในที่สุดแล้ว ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตมาดูแลสุขภาพตนเอง ล้วนจัดได้ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น

ดังนั้นความหมายของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต จึงต่างจากความหมายของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่หมายถึง แพทย์ ซึ่งเป็นความหมายที่แสดงถึง ผู้ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความเชี่ยวชาญตามหลักสูตรที่ได้ศึกษาจากสถาบันการศึกษาเท่านั้น แต่ผู้เชี่ยวชาญในความหมายของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต เป็นทั้งผู้เชี่ยวชาญแบบรู้ด้วยตัวเองด้วย และเห็นผลจริงด้วยตัวเอง นั่นคือ เป็นการเน้นการมีความรู้ การมีประสบการณ์ตรงในการนำความรู้ไปปฏิบัติ และการเห็นผลจริงด้วยตนเองจากการปฏิบัติตามความรู้นั้น

2. การเผยแพร่ความรู้ผ่านหนังสือ

การมองการเผยแพร่ความรู้ผ่านหนังสือในระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทย สำหรับยุคสมัยของการพัฒนาประเทศที่มีเป้าหมายของการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันได้ถูกกำหนดให้เป็นเพียงความรู้ระบบเดียวที่ต้องได้รับการเรียนรู้ ในรูปแบบของการจัดการเรียนการสอนของการจัดการศึกษาในระบบ สารของความรู้จึงถูกรวบรวมและจัดกระทำไว้ในรูปแบบของ “ตำรา” ที่ใช้สำหรับการเผยแพร่ความรู้ ความรู้ที่ผ่านหนังสือในฐานะที่เป็นตำรา จึงมีความเป็นวิชาการสูง ใช้ภาษาที่เข้าใจได้เฉพาะผู้ที่มีความรู้สูง และต้องมีพื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ด้วยลักษณะของความรู้และรูปแบบของการเผยแพร่ของความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงทำให้บุคคลที่สามารถได้รับความรู้นี้อยู่ในขอบเขตที่จำกัด ในขณะเดียวกันความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตก็มีการเผยแพร่ในหนังสือด้วยเช่นเดียวกัน โดยถูกรวบรวมและจัดกระทำให้เป็นหนังสือชุดชีวิตจิต เช่น หนังสือ “ชีวิตจิต : การเข้าใจชีวิตอย่างเป็นธรรมชาติ”

“มะเร็งแห่งชีวิต” “ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70” และ “กูแน่” ความรู้ในชุดหนังสือชีวิตจิตดังกล่าว จึงเปรียบเสมือนเป็นตำราที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ เช่นเดียวกับตำราของการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่การเผยแพร่ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตที่ถูกเผยแพร่ผ่านหนังสือในฐานะที่เป็นตำรานั้น มีความแตกต่างจากการเผยแพร่ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งในรูปแบบของการนำเสนอและสาระความรู้ที่ถูกเผยแพร่

รูปแบบของการนำเสนอความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต ที่ถูกเผยแพร่ผ่านหนังสือ มีการออกแบบปกที่สวยงาม ใช้สีสันของปกที่สดใส พร้อมทั้งการใช้สโลแกนบนหน้าปกหนังสือที่สามารถเรียกร้องความสนใจจากผู้อ่านได้ในระดับหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากสโลแกน “ชีวิตที่เข้าใจธรรมชาติ” “หนังสือเล่มนี้ป่วยก็ต้องอ่าน ไม่ป่วยก็ต้องอ่าน” “คำตอบสำหรับผู้แสวงหาสัจธรรมแห่งชีวิต” สำหรับผู้ต้องการสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ สำหรับผู้ต้องการมีอายุยืนและแข็งแรงเหมือนหนุ่มสาว สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคร้ายต่างๆ เช่น มะเร็ง หัวใจ ฯลฯ และสโลแกน “ถ้าแน่จริงต้องชนะความตาย ต้องชนะโรคภัยได้” ที่ปรากฏอยู่บนหน้าปกหนังสือ “ชีวิตจิต” “มะเร็งแห่งชีวิต” “ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70” และ “กูแน่” ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงการใช้ภาษา ถึงแม้ว่าจะมีลักษณะของความเป็นวิชาการ ปรากฏให้เห็นบ้างเช่นกัน แต่ผู้ผลิตความรู้ก็พยายามใช้ภาษาที่อ่านแล้ว สามารถเข้าใจได้ มีความเป็นวิชาการน้อยลง นอกจากนั้นมีการนำเสนอประสบการณ์ของผู้ป่วยที่นำความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตไปปฏิบัติแล้วประสบผลสำเร็จ คือมีสุขภาพดีขึ้น หรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ด้วยการบอกรักษา ชื่อ นามสกุล และมีรูปภาพประกอบมาเสนอให้ผู้อ่านได้ประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรมอีกด้วย

สำหรับความรู้ที่ถูกเผยแพร่โดยผ่านหนังสือเหล่านี้เป็นความรู้ที่มุ่งเน้นกระบวนการเสริมสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นกับภูมิชีวิตด้วยการใช้อาหาร การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจ ซึ่งก็คือความรู้ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั่นเอง

ด้วยลักษณะเนื้อหาของความรู้ที่ถูกเผยแพร่ดังกล่าว จึงนับได้ว่าเป็นการเปิดพื้นที่ให้กับความรู้ที่ให้ความหมายที่แตกต่างไปจากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ เป็นการเผยแพร่ให้ผู้อ่านรับทราบว่า ความเจ็บป่วยมิได้เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะใดเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความไม่สมดุลของระบบภูมิชีวิต ซึ่งเกิดจากการทำงานของระบบร่างกายทุกระบบที่มีความแปรปรวน เนื่องจากการปฏิบัติในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลเองที่ผิดแปลก หรือไม่สอดคล้องกับธรรมชาติ ทั้งในเรื่องอาหาร การดำเนินชีวิต ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นการปลูกฝังให้บุคคลตระหนักว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกิดจากการกระทำของบุคคลเอง ดังนั้นบุคคลสามารถจะป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยได้ ในขณะเดียวกัน เมื่อเกิดจากความเจ็บป่วยก็เป็นหน้าที่ของบุคคลที่จะต้องจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง

ด้วยการจัดกระทำดังกล่าว จึงทำให้ความรู้ที่ถูกเผยแพร่ผ่านหนังสือ ซึ่งเปรียบเสมือน “ตำรา” ถูกถ่ายทอดจากผู้ผลิตไปสู่ผู้ที่ให้ความสนใจต่อความรู้ได้อย่างสะดวก และกว้างขวางขึ้น

“ไปเดินดูหนังสือ บังเอิญเจอหนังสือเล่มของอาจารย์ ก็หยิบดู อ่านแล้วน่าสนใจจึงซื้อ มา ก็ลองปฏิบัติทั้งเรื่องอาหาร และออกกำลังกาย ปกติก็สนใจทางนี้อยู่แล้ว”

“เห็นหลานชายซื้อมา ดูแล้วน่าสนใจ ก็ขอยืมอ่าน อ่านแล้วสนใจ ก็ลองปฏิบัติดู”

ทำให้ความรู้มีลักษณะสิ้นไหลไม่ถูกจำกัดวิธีการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น โดยการจัดการเรียนการสอนในระบบ การศึกษาที่ต้องมีผู้ถ่ายทอดความรู้อย่างเป็นระบบเพียงอย่างเดียว การใช้ภาษาในการสื่อสารที่เข้าใจได้ง่าย พร้อมทั้งกลยุทธ์ในการนำเสนอที่สร้างความสนใจให้เกิดขึ้นต่อผู้อ่าน และการนำเสนอถึงผลสำเร็จของการนำความรู้ไปใช้ว่าสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติแล้วหายจากโรคที่เป็นอยู่ ด้วยการจัดกระทำต่อความรู้ดังกล่าว การเผยแพร่ความรู้ผ่านหนังสือจึงเป็นช่องทางหนึ่ง ในการเปิดพื้นที่ให้กับความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตเข้าสู่สังคมได้อย่างกว้างขวาง

3. การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อ

การใช้ “สื่อ” ในการเผยแพร่ความรู้ มีการจัดกระทำทั้งการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต และระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน กล่าวคือ สื่อที่ถูกผลิตสำหรับการเผยแพร่ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นสื่อประเภทเอกสาร โมเดลต่างๆ ที่ใช้ประกอบการเรียนการสอนในรายวิชา ประเด็นที่สำคัญ ก็คือ ความรู้ที่ถูกเผยแพร่ผ่านสื่อการเรียนการสอน จำเป็นต้องมีผู้ถ่ายทอดความรู้ ให้การอธิบาย เพราะเป็นความรู้ที่เป็นวิชาการ และใช้ภาษาที่เข้าใจยาก และบุคคลที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญจะรับความรู้ที่ผ่านสื่อได้เฉพาะในโรงเรียนแพทย์เท่านั้น

ในขณะที่ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตได้ถูกเผยแพร่ผ่านสื่อเช่น นิตยสารชีวจิต หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ และวีดิทัศน์เรื่องกินอยู่อย่างชีวจิต ความรู้ที่ถูกเผยแพร่ผ่านสื่อดังกล่าวนี้ จึงเปรียบเสมือนความรู้ที่เป็นรายวิชา เช่นเดียวกับความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่การเผยแพร่ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่ผ่านสื่อต่างๆ ในฐานะที่เป็น “รายวิชา” นั้น มีความแตกต่างจากการเผยแพร่ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งในรูปแบบของการนำเสนอ และสาระความรู้ที่ถูกเผยแพร่

การเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพชีวิตโดยสื่อนั้น ใช้กลยุทธ์ในการนำเสนอที่หลากหลาย ทั้งในด้านรูปแบบของหนังสือที่สวยงาม การนำเสนอบุคคลที่เป็นที่รู้จักมาลงปกหนังสือ การจัดแบ่ง การนำเสนอออกเป็นคอลัมน์ภายใต้ชื่อที่น่าสนใจ การนำเสนอเป็นตอนๆอย่างน่าติดตาม สิ่งเหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยในการดึงดูดความสนใจให้กับสื่อ ขณะเดียวกันการใช้กลยุทธ์ โดยการนำเสนอผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์ ในการนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตมาปฏิบัติแล้วทำให้สุขภาพดีขึ้น หรือ "หาย" จากโรคที่เป็นอยู่ มีอยู่เกือบทุกสื่อ ยกเว้นความรู้ที่ถูกเผยแพร่ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ และ ด้วยคุณลักษณะของสื่อต่างๆ ที่มีกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน กล่าวคือ สื่อหนังสือพิมพ์ไทยรัฐจะมี กลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคคลทั่วไปที่อาจมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ในขณะที่นิตยสารรายปักษ์ ชีวิต กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่สนใจในแนวทางการดูแลสุขภาพแบบนี้โดยตรง ทำให้ บุคคลเกือบทุกระดับสามารถเข้าถึงความรู้นี้ได้อย่างทั่วถึง และวิธีการที่เข้าถึงความรู้นี้ก็สะดวก เพราะสื่อเหล่านี้จะนำความรู้มาส่งให้ถึงบ้าน ภาษาที่ใช้ก็เป็นภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ราคาของ สื่อก็ไม่น่าเป็นอุปสรรคในการซื้อ

การจัดกระทำด้วยกลยุทธ์ดังกล่าว จึงดูเหมือนหนึ่งว่าผู้ผลิตความรู้มีความต้องการที่จะ สื่อถึงบุคคลที่มีจำนวนมากที่ได้รับความรู้นี้ ให้เกิดความเชื่อมั่นว่าความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบ ชีวิต สามารถรักษาโรคให้ "หาย" ได้

สำหรับความรู้ที่ถูกเผยแพร่โดยผ่านสื่อเหล่านี้ มีเป้าหมายในทิศทางเดียวกัน และก็มี เป้าหมายเช่นเดียวกันกับการเผยแพร่ความรู้ผ่านหนังสือ กล่าวคือ เป็นความรู้ที่มุ่งเน้นถึงกระบวนการ เสริมสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นกับภูมิชีวิตด้วยการใช้อาหาร การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการ จิตใจ และเป็นการปลุกฝังให้บุคคลตระหนักว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากการกระทำของบุคคล เอง ดังนั้นบุคคลสามารถที่จะป้องกันตนเองมิให้เกิดการเจ็บป่วยได้ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บุคคล ก็สามารถจะจัดการกับความเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง ผู้ที่รับสื่อได้เล่าให้ฟังถึงการรับสื่อว่า

“ไปซื้อของที่ศูนย์การค้า ปกติเป็นคนที่ไม่อ่านอะไรเกี่ยวกับสุขภาพอยู่แล้ว เจอนิตยสาร ชีวิตบนแผงหนังสือ ปกสีสวยมาก จึงหยิบมาดู เปิดดูข้างในเป็นการแนะนำการปฏิบัติ ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ดี ก็เลยซื้อมาอ่าน แล้วสมัครเข้าเป็นสมาชิก ต่อมาก็ไปหาซื้อหนังสือ ชุดชีวิตมาอ่าน ก็เจอว่ามีกลุ่มชีวิต ก็เลยมาร่วมกลุ่ม จะได้มาพบคนที่ป่วยเหมือนกัน”

“จุดเปลี่ยนของการรักษาแบบหาหมอแผนปัจจุบันมาเป็นชีวิต ก็ดูจากทีวี ก็สมัยนั้นมี การสัมภาษณ์อาจารย์สาทิส และมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วย มีผู้ป่วยหลายคนที่เขาเป็น มะเร็งมาให้สัมภาษณ์”

การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อ เป็นการเปิดพื้นที่อีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำให้ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตมาสู่บุคคลได้ถึง "บ้าน" ซึ่งเป็นการนำเสนอความรู้ที่เข้ามาใกล้ชิดกับบุคคลได้มากที่สุด สะดวกในการนึกคิดที่จะนำไปปฏิบัติเพราะไม่ต้องใช้เวลาในการแสวงหา ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ภาษาที่ใช้จึงสามารถอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย ซึ่งต่างจากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน

4. การเผยแพร่ความรู้ผ่านสถาบัน

นับตั้งแต่การแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการสถาปนาให้เป็นการแพทย์กระแสหลักในการดูแลสุขภาพของสังคมไทย โดยผ่านกระบวนการสร้างวาทกรรมของรัฐในการจัดการกับสุขภาพ และด้วยภาคปฏิบัติของรัฐในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ การสร้างสถาบันขึ้นมารองรับความรู้ และการสร้างกฎเกณฑ์ วินัยต่างๆ ที่ทำให้ความรู้ในรูปแบบของการแพทย์แผนปัจจุบันมีอำนาจในเรื่องสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพในการรักษาโรค ด้วยเทคโนโลยีต่างๆ เช่น ยา เครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งทำให้การดูแลสุขภาพที่อยู่ภายใต้กระแสการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องพึ่งพิงวิทยาการ ความรู้ อุปกรณ์ เทคโนโลยี ตลอดจนการจัดการจากต่างประเทศ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายในแต่ละครั้งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาถึงประเภทของโรคที่เจ็บป่วย ปรากฏว่าเป็นโรคที่หายเพราะเหตุอื่นที่นอกเหนือไปจากการใช้เทคโนโลยีของการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ (ประเวศ วะสี, 2542 : 7) ด้วยเหตุนี้แนวคิดของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จึงได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็น และกลายมาเป็นกระแสสำคัญในการดูแลสุขภาพ และภายใต้กระแสการดูแลสุขภาพด้วยตนเองนี้ จึงเป็นฐานให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ซึ่งเป็นความรู้ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง สามารถเปิดพื้นที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ

การเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ให้อยู่ในฐานะของความรู้ที่มีความสำคัญ และจำเป็นในระบบการดูแลสุขภาพอีกรูปแบบหนึ่งในสังคมไทย ถูกจัดกระทำผ่านชมรมชีวจิตที่ถูกสร้างขึ้น เพื่อใช้เป็นกลไกในการสร้าง ผลิต เผยแพร่ ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต โดยการจัดบรรยาย จัดคอร์สอบรม สาธิต ฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต และการนำไปใช้ ชมรมชีวจิตจึงเปรียบเสมือนโรงเรียนแพทย์ ที่ถูกจัดกระทำขึ้นมาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ต่างกันที่การเข้ารับการอบรมเพื่อรับความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ไม่มีการกำหนดความรู้ขั้นพื้นฐาน ไม่มีการสอบคัดเลือก จึงเป็นการเปิดโอกาสให้สำหรับทุกคนที่สนใจ ในขณะที่การเข้าศึกษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน จะมีการกำหนดหลัก

เกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคล นับตั้งแต่การกำหนดความรู้ของบุคคลที่จะสอบคัดเลือก และการสอบคัดเลือก

การจัดกระทำดังกล่าวเป็นการจัดระเบียบที่สามารถทำให้บุคคลได้เข้ามาใกล้ชิดกัน และมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน จึงเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ได้ถูกส่งผ่านเข้าสู่สังคม หรือมีพื้นที่ในสังคม นอกจากนั้นชมรมชีวจิตยังเป็นหน่วยสำคัญในการผลิตความรู้ในการใช้ชีวิตร่วมกัน ที่เกิดขึ้นตลอดการอบรม พร้อมทั้งเปิดพื้นที่ให้มีการติดต่อระหว่างกันของเครือข่าย โดยใช้ทะเบียนผู้เข้ารับการอบรมที่ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดต่อสัมพันธ์กันได้ กล่าวคือ การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ จะเป็นไปในลักษณะของการติดต่อเพื่อขอรับคำแนะนำหรือแนวทางในการดูแลสุขภาพสุขภาพจากชมรม ซึ่งจะได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครซึ่งเคยเป็นผู้ป่วย และใช้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตในการดูแลตนเองแล้วสุขภาพดีขึ้น สละเวลามาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาของชมรม ซึ่งจะให้คำแนะนำได้ในเรื่องที่ว่าอาสาสมัครมีประสบการณ์ตรง สำหรับเรื่องที่ไม่สามารถให้คำแนะนำได้ ก็จะให้หมายเลขโทรศัพท์ของสมาชิกท่านอื่นซึ่งเคยป่วยเป็นโรคชนิดเดียวกัน ที่ได้นำเอาความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตไปใช้และมีสุขภาพดีขึ้น ต่อจากนั้นผู้ซึ่งเป็นผู้ป่วยก็จะโทรศัพท์ติดต่อกับบุคคลดังกล่าวเพื่อขอคำปรึกษาสำหรับนำไปปฏิบัติต่อไป และถ้าเกิดมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาขณะปฏิบัติ ก็จะใช้โทรศัพท์ปรึกษากับสมาชิกชมรมที่เคยป่วยด้วยโรคเดียวกันซึ่งเปรียบเสมือนทำหน้าที่เป็นผู้รู้ คือผู้มีประสบการณ์ตรง เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งเป็นอำนาจสำคัญในการรักษาผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ก็จะทำให้เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรม เช่น เข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกาย การเข้าร่วมสมมนาในการฝึกปฏิบัติการใช้ชีวิตประจำวันแบบ “ชาวชีวจิต” หรือในลักษณะของการนำเอาปัญหาสุขภาพ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เผยแพร่ในนิตยสารรายปักษ์ชีวจิต หรืออีกลักษณะหนึ่งหลังจากผู้ป่วยหรือผู้ที่ไม่ป่วยแต่มีความสนใจในแนวทางนี้ ได้รับทราบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตจากหนังสือหรือจากสมาชิกของกลุ่มออกกำลังกาย ก็จะนำความรู้นั้นไปปฏิบัติด้วยตนเอง ขณะที่ปฏิบัติก็ขอคำปรึกษาจากผู้ในกลุ่มหรือสมาชิกในกลุ่มที่มีอาการของโรคเดียวกัน รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องการออกกำลังกาย การกินอาหาร หลังจากนั้น ก็จะสมัครเข้าร่วมสมมนาของชมรมในการฝึกปฏิบัติการใช้ชีวิตประจำวัน แบบชาว ชีวจิต

จะเห็นได้ว่าการถ่ายทอดความรู้อยู่ในลักษณะเป็นเครือข่าย กล่าวคือ ผู้ที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้มิได้มีเฉพาะตัว สาทิส อินทรกำแหง แต่มีบุคคลอื่น คือผู้ที่เคยป่วยแล้วได้ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตแล้วมีสุขภาพดีขึ้น มาทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้นี้ต่อในสองลักษณะ คือ

ลักษณะแรก การเป็นอาสาสมัครเพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่สนใจความรู้นี้ ซึ่งได้โทรศัพท์ไปขอคำแนะนำจากชมรม จะเห็นได้จากการได้รับการถ่ายทอดความรู้ของผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งป่วยด้วยโรคตับเรื้อรัง ที่ว่า “ตอนนั้นผมติดต่อก้าวเข้าไปในชมรม ก็ได้รับคำแนะนำ แล้วจากนั้นเมื่อผมทราบว่ามีการอบรมจัดขึ้น ผมก็สมัครไปเข้าอบรม”

ส่วนการถ่ายทอดความรู้อีกลักษณะหนึ่ง คือ จากการตั้งกลุ่มออกกำลังกายแล้วทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่บุคคลอื่นๆที่ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งในสมาชิกกลุ่มที่มาช่วยออกกำลังกายและผู้ที่ให้ความสนใจที่จะนำความรู้ไปปฏิบัติ ซึ่งตัวอย่างของการถ่ายทอดความรู้ที่มีบทบาทหน้าที่ดังกล่าวนี้ ได้แก่ การได้รับความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตของผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งมีอาชีพติดตั้งงานกระจกอลูมิเนียม ป่วยด้วยโรคมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง ได้รับคำแนะนำจากผู้นำกลุ่มออกกำลังกายดังที่เล่าว่า

“ตอนนั้นยังไม่ได้ทำการรักษาอะไรทั้งสิ้น แต่เริ่มรู้ว่าเป็นมะเร็ง พี่สะใภ้ซึ่งเคยอ่านหนังสือของอาจารย์สาทิส อินทรกำแหง ก็ไปค้นหาหนังสือมาให้เพื่อค้นหาที่อยู่ของชีวิต แล้วจึงมาขอคำแนะนำจากพี่ที่เป็นผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย พี่แกเล่าชีวิตของแกให้ฟังว่าเป็นอะไร และปฏิบัติตัวอย่างไร”

นอกจากจะพบเห็นการแพร่กระจายความรู้ในรูปแบบที่เป็นเครือข่ายระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ด้วยกันแล้ว ยังพบว่าผู้ที่รับความรู้นี้มาปฏิบัติ ยังทำหน้าที่ในการเผยแพร่กระจายความรู้นี้ให้กับผู้อื่นอีกด้วย ดังพบได้จากการให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งมีอาการป่วยเนื่องจากกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท ซึ่งได้เล่าให้ฟังว่า

“เจ้เขาเป็นคนชวน ก็สนใจ เพราะเราทราบเรื่องกระบองอยู่แล้วจากโทรทัศน์ เพราะช่วงนั้นเขาจะมีออกสัมภาษณ์อะไรต่ออะไรทางโทรทัศน์ ก็มีสัมภาษณ์ มีกระบองนิดๆ หน่อยๆ จึงไปซื้อหนังสือชีวิตเล่มหนึ่งมาก่อน พอเจ้มาชวนก็ตกลง”

ซึ่งนอกจากการทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ให้กับผู้ที่สนใจและกลายเป็นผู้ที่ปฏิบัติแล้ว ผู้ที่รับความรู้นี้มาปฏิบัติยังทำหน้าที่เผยแพร่กระจายความรู้นี้ให้แก่กันและกันอีกด้วย ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ชี้แนะ ให้คำปรึกษาเมื่อเกิดข้อสงสัย หรือมีปัญหาระหว่างการนำความรู้ไปปฏิบัติ ซึ่งจะพบได้จากการให้เหตุผลของการมาร่วมกลุ่มออกกำลังกายของผู้ให้สัมภาษณ์ว่า เพราะต้องการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวิตในเรื่องการฝึกปฏิบัติ เพราะถึงแม้จะเข้าใจในหลักการของการดูแลสุขภาพแบบชีวิต แต่เมื่อนำไปปฏิบัติยังมีข้อสงสัย การเข้ากลุ่มจะ

ได้มีโอกาสได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจมากขึ้น นอกจากนั้นยังได้พูดคุย ตามทุกข์สุข กับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน ถึงแม้จะออกกำลังกายเองที่บ้านทุกวัน แต่การออกกำลังกายคนเดียวไม่สนุก ทำโหนที่ยังฝึกไม่คล่องก็จะได้ถาม และสังเกตจากผู้ในกลุ่มหรือเพื่อนได้ การมาเข้ากลุ่มแล้วมีความสุข เพราะทุกคนต่างก็มีประสบการณ์ที่ร่วมกัน คือ การเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพแบบเดียวกัน มีการเข้าอกเข้าใจกัน เอื้อเฟื้อต่อกัน ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนหนึ่ง ซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะที่สาม ที่ว่า

“จากการเข้าร่วมกลุ่ม จะรู้สึกถึงความเป็นกันเอง คนที่ไม่เคยรู้จักเลย ไม่เคยเห็นหน้าค่าตากันมาก่อน ไม่เคยรู้จักแม้กระทั่งพูดคุยกัน มาให้คำแนะนำให้ความเป็นกันเอง ทำให้เหมือนเรารู้จักกับเขามานาน พอลงไปนั่งคุยกับ เขาให้ความเป็นกันเอง เหมือนกับเคยเจอกันแล้ว เคยรู้จักกันแล้ว ซึ่งเป็นความประทับใจที่บอกไม่ถูกว่าเราประทับใจมากน้อยแค่ไหน แต่รู้สึกอย่างเดียวว่าประทับใจมาก เพราะเขาเอาเวลาตรงนั้นมาให้เรา มาสนใจเรา ซึ่งเขาจะไม่ทำเช่นนั้นก็ได้ ซึ่งเป็นความรู้สึกว่าเขาให้กำลังใจตัวเรามาก”

ซึ่งรูปแบบของการถ่ายทอดความรู้ ระหว่างผู้นำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตใจไปปฏิบัติด้วยกันนี้ จะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือข่ายในลักษณะของความเป็น “ชุมชน” ที่มีความหมายที่แตกต่างไปจากเดิม กล่าวคือ “เป็นชุมชนที่ไม่ติดยึดกับพื้นที่ หรือติดยึดกับสายสัมพันธ์แบบเครือข่าย อย่างเช่นหมู่บ้านในอดีต แต่เป็นชุมชนที่เน้นการทำกิจกรรมร่วมกัน” (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. 2542 : 146) จากความหมายของชุมชนดังกล่าว ชุมชนชีวิตจิตใจจึงเป็นชุมชนที่เกิดขึ้นจากการกระทำกิจกรรมร่วมกัน ของกลุ่มที่สนใจในการใช้ความรู้ตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตใจมาแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่ตนเองเผชิญอยู่ หรือใช้เป็นแนวทางในการดำรงชีวิตในการป้องกันมิให้เกิดโรค กิจกรรมนี้เกิดขึ้นในลักษณะกลุ่มที่ช่วยเหลือกัน และทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้แก่กัน กล่าวคือ เมื่อผู้ที่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตใจไปแนะนำใครก็ตามให้เขาปฏิบัติตามแนวทางนี้ เมื่อนั้นบุคคลผู้นี้ก็จะทำหน้าที่ในการเผยแพร่ความรู้ของแนวทางชีวิตจิตใจ แต่ถ้าบุคคลผู้นี้เกิดข้อสงสัยในการปฏิบัติตามแนวทางนี้มาก่อน ขณะนั้นบุคคลผู้นี้ก็จะเป็นผู้รับความรู้มาปฏิบัติ ซึ่งลักษณะของความเป็นชุมชนที่มีรูปแบบเครือข่ายของการแพร่กระจายความรู้ในลักษณะนี้ จะทำให้การเผยแพร่ความรู้มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยง มีการแพร่กระจายในสังคมได้อย่างกว้างขวาง

ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามแนวคิดของวาทกรรม เราจะเห็นได้ว่ากลุ่มออกกำลังกาย เป็นพื้นที่พิเศษรูปแบบหนึ่ง เป็นประดิษฐกรรมทางสังคมที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตใจได้แสดงอำนาจของความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ที่ใช้ความรู้นี้ในการแก้ไข

ปัญหาสุขภาพที่ตนเองเผชิญอยู่ รวมทั้งบุคคลที่สนใจในเรื่องสุขภาพตามแนวทางนี้ ซึ่งเป็นการสร้างความศักดิ์สิทธิ์ให้กับพื้นที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ที่ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตเท่านั้น

จากกระบวนการเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตทั้ง 4 รูปแบบ คือ การเผยแพร่ความรู้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ ผ่านหนังสือ ผ่านสื่อต่างๆ และผ่านสถาบัน ซึ่งมีกลยุทธ์ในการนำเสนอที่มีทั้ง การจัดรูปเล่มที่สวยงาม ใช้สีสันทัดใจ มีสโลแกนเขียนไว้ที่หน้าปกหนังสือ การจัดเป็นคอลัมน์ การนำเสนอ รวมทั้งการตั้งชื่อคอลัมน์ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ดึงดูดความสนใจจากผู้อ่านได้อย่างสูง และกลยุทธ์ของการนำเสนอประสบการณ์จริงของผู้ป่วย ที่นำความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตมาปฏิบัติแล้วสุขภาพดีขึ้น หรือ “หาย” จากโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งปรากฏในทุกรูปแบบของกระบวนการเผยแพร่ ทั้งโดยการเขียนลงในหนังสือและการพูดบรรยายในสถานที่ต่างๆ รวมทั้งการพูดผ่านสื่อโทรทัศน์ ซึ่งเป็นการจัดกระทำที่แสดงถึงเจตจำนงของผู้ผลิตความรู้ว่า ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต สามารถรักษาโรคแล้วได้ผล คือ “หาย” จากโรค เป็นการสร้างความจริงที่เกิดขึ้นจากความรู้นี้ตลอดจนการใช้ภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย ช่องทางในการเข้าถึงความรู้ของบุคคลก็สะดวก และความรู้ี้สามารถเข้ามาสู่ “บ้าน” ของบุคคลได้อย่างทั่วถึง ซึ่งต่างจากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่เป็นความรู้แบบวิชาการอ่านแล้วเข้าใจได้ยาก การเข้าถึงความรู้ของบุคคลก็ถูกกำหนดไว้ด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ เพราะเป็นความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะอย่าง แพทย์เท่านั้นที่สามารถมีความรู้แบบนี้ได้ ในขณะที่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต ทุกคนสามารถที่จะเอาความรู้ี้มาเป็นของตนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่ผู้เชี่ยวชาญตามความหมายของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต ซึ่งรวมทั้งตัว สาทิส อินทรกำแหง เอง และผู้ป่วย ซึ่งต่างก็ผ่านประสบการณ์ตรง ในการนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตมาปฏิบัติด้วยตนเอง ออกมาเผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์ เพราะเป็นการสร้างความจริงให้เกิดขึ้นกับความรู้เป็นรูปธรรม เพราะการพูดไม่ใช่ว่าจะพูดเรื่องอะไรก็ได้ แต่เป็นการพูดที่อยู่บนเงื่อนไขของการพูดถึงความจริง ซึ่งความจริงนี้เป็นความจริงที่ผู้พูดได้ผ่านการปฏิบัติ และประจักษ์ถึงผลด้วยตนเองมาแล้ว แล้วนำประสบการณ์ที่ตนเองได้ประสบมานั้น เล่าผ่านการพูดเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบขึ้นมาใหม่ให้ผู้ฟังรับทราบ เป็นการดึงผู้ฟังให้เข้าร่วมอยู่ในประสบการณ์นั้นด้วยเปรียบเสมือนกับผู้ฟังได้ประสบกับสิ่งนั้นด้วยตนเอง จึงก่อให้เกิดการเชื่อถือ และเชื่อว่าเรื่องที่พูดเป็นการพูดเรื่องจริง การเผยแพร่ความรู้โดยการ “บอกเล่า” จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต ได้เพิ่มพื้นที่ของการเผยแพร่ให้ความรู้ี้เข้าสู่สังคม พร้อมกับการสร้างความจริงเพื่อยืนยันถึงความถูกต้องของความรู้ี้ได้อย่างน่าเชื่อถือ

การบริโภคความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต

จากกระบวนการเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต ที่ถูกจัดกระทำในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่ การเผยแพร่ผ่านผู้เชี่ยวชาญ ผ่านหนังสือ ผ่านสื่อต่างๆ และผ่านสถาบัน ความรู้จึงถูกเผยแพร่เข้าสู่สังคมในวงกว้าง และสามารถเข้าสู่บุคคลได้ถึง “บ้าน” จึงสะดวกในการที่จะนำไปปฏิบัติ โดยไม่ต้องใช้เวลาในการแสวงหา เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบของการนำเสนอ ก็ดูเหมือนว่า ผู้ผลิตความรู้เองมีเจตจำนงที่จะให้ผู้รับ “เชื่อ” ในความรู้นี้ โดยมีวิธีการบอกถึงผลของการนำความรู้ไปปฏิบัติ ผ่านตัวอย่าง “บุคคล” ที่มีประสบการณ์ในการนำความรู้มาดูแลสุขภาพ เป็นการยืนยันในการทำให้คน “เชื่อ” โดยไม่ต้องใช้หลักการวิทยาศาสตร์แบบของแพทย์ ที่มีการพูดถึงการมีเชื้อโรค ด้วยกลยุทธของการเผยแพร่ความรู้ดังกล่าว ความรู้ ความจริง จึงถูกแพร่กระจายอยู่ในทุกส่วนของสังคม พร้อมทั้งการเปิดให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้ความจริงนี้ได้

ประเด็นสำคัญที่จะวิเคราะห์ต่อไป ก็คือ วิเคราะห์เพื่อชี้ให้เห็นถึงกระบวนการรับรู้ และการนำเอาความรู้แบบชีวิตไปใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้แบ่งประเด็นการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก การรับรู้เกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต และประเด็นที่สอง อำนาจของความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิต ที่มีต่อระบบความคิด ความเชื่อของคน

ประเด็นที่หนึ่ง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

ภายใต้การสถาปนาการแพทย์แผนปัจจุบันให้เป็นการแพทย์กระแสหลัก ในระบบสุขภาพของสังคมไทย ความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นความรู้ที่มีพื้นฐานวิทยาศาสตร์ ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาตลอด จนอาจเรียกได้ว่าความรู้นี้ได้ถูกพัฒนาจนถึงขีดสูงสุด ซึ่งจะเห็นได้จากการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจในห้องปฏิบัติการ การใช้เครื่องตรวจคลื่นสมอง (ECG) และเครื่องวัดไฟฟ้าหัวใจ รวมทั้งการคิดค้นยาสังเคราะห์ในการรักษาโรค ความรู้นี้ได้แสดงอำนาจอย่างเต็มที่ ด้วยประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นจากการรักษาโรค

ในขณะเดียวกันก็อยู่ในช่วงเวลาที่การแพทย์แผนปัจจุบันเข้าสู่ภาวะวิกฤตเนื่องจากผลของการพัฒนาไปสู่สังคมทันสมัยที่ให้แพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการรักษาโรค การแพทย์แผนปัจจุบัน จึงมีการฝึกฝนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค จึงเกิดข้อจำกัด คือแพทย์มุ่งการรักษาโรคมากกว่าการป้องกันโรค และแบบแผนของการเกิดโรคก็ได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เป็นโรคติดเชื้อ เช่น โรคที่เกิดจากระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค โรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดต่อจากสัตว์นำโรคที่เป็นพาหะ เช่น ไข้มาเลเรีย ไข้เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไปเป็นโรคที่ไม่เกิดจากเชื้อโรค หรือที่เรียกว่าโรค

เรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน เป็นต้น ทฤษฎีว่าด้วยโรคเกิดจากเชื้อโรคของการแพทย์แผนปัจจุบันจึงไม่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ “หาย” จากโรคที่เป็นอยู่ได้ นอกจากนั้น วิธีการรักษาของการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังสร้างความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเข้าอกเข้าใจ การลดคุณค่าของความเป็น “คน” และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากวิธีการรักษา ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกด้วย

ด้วยความ “ต้องการ” หายจากโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงได้ดิ้นรน แสวงหาความรู้รูปแบบอื่น มาใช้เป็นแนวทางในการรักษาโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และขณะที่อยู่ในช่วงของการแสวงหาความรู้แบบอื่นอยู่นี้ ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตก็ถูกเผยแพร่เข้าสู่สังคมด้วยกระบวนการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

จากการที่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ถูกแพร่กระจายอยู่ในทุกส่วนของสังคม จึงทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้นี้ได้ ดังนั้นผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพหรือประสบปัญหาที่เกิดจากการรักษาพยาบาลตามรูปแบบของการแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือผลข้างเคียงจากการรักษาที่ทำให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยที่สาหัสไปจากเดิม ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น การต้องแยกตัวออกจากงานสังคมหรือครอบครัวที่ยาวนานขึ้น จึงพร้อมที่จะเปิดรับความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

อย่างไรก็ตาม ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตถูกรับรู้และเข้าใจว่า เป็นวิธีการในการสร้างวิถีชีวิตที่สามารถต่อสู้กับปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ได้ในสังคมไทยในปัจจุบัน ด้วยคุณลักษณะของความรู้ที่มีดังนี้

1. ประสิทธิภาพในการรักษาโรค
2. อำนาคอิสระในการรักษาโรค

1. ประสิทธิภาพในการรักษาโรค จากสาระความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่มุ่งเน้นในการเสริมสร้างภูมิชีวิตให้แข็งแรงโดยการรับประทานอาหารธรรมชาติ การออกกำลังกาย และการทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ที่ถูกเผยแพร่ผ่านผู้เชี่ยวชาญ ผ่านหนังสือ ผ่านสื่อต่างๆ และผ่านสถาบัน ประกอบกับการได้เห็นตัวอย่าง “บุคคล” จริง พร้อมทั้งการ “บอกเล่า” ประสบการณ์ในการนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตมารักษาโรค แล้วผลปรากฏว่าบุคคลผู้นั้นหายจากโรคที่เป็นอยู่ สิ่งเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตว่า เป็นความรู้ที่เมื่อนำไปปฏิบัติแล้ว อาการหรือปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยที่เกิดจาก โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ ซึ่ง

เป็นกลุ่มโรคที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง คือโรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค แต่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลในการดำรงชีวิตที่ผิดแปลกไปจากธรรมชาติ ทั้งเรื่องอาหารและการดำรงชีวิตประจำวันนั้น มีผลทำให้ระบบต่างๆของร่างกายทำงานไม่สมดุล จึงทำให้ภูมิชีวิตอ่อนแอ ไม่สามารถจะขับสารพิษที่คั่งค้างอยู่ในร่างกายได้ ทำให้มีการสะสมของสารพิษเป็นจำนวนมากอยู่ในร่างกาย จนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย แต่เมื่อนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตมาปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเสียใหม่ โดยเป็นวิถีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ทั้งอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย และการทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ปรากฏว่าสามารถรักษาอาการหรือปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังดังกล่าวให้หายได้ ดังที่ว่า

“โรคมีอยู่สองอย่าง โรคที่ไม่ใช่โรคกับโรคที่มีเชื้อโรค โรคหัวใจ โรคมะเร็ง มันไม่มีเชื้อโรค เป็นความผิดปกติของร่างกาย ถ้าเป็นความผิดปกติของร่างกาย หมอปัจจุบันก็รักษาไม่ได้หรอก เขาก็ให้แก้อาการ ขยายหลอดเลือด อะไรต่างๆ เพราะมันไม่มีเชื้อโรค โรคที่ไม่มีเชื้อโรค คนจะมาใช้แนวธรรมชาติบำบัดมากกว่า อย่างโรคหัวใจนะ สังเกตได้ทันที ถ้าช่วงไหนกินอาหารที่เป็นธรรมชาติ คอยคุมมันไว้ จะไม่มีอาการ แต่พอเรากินอาหารที่มีไขมันสูง เช่นเมื่อเดือนที่แล้ว ผมกินเนื้อมันไป เช็ดไขมัน ขึ้นสูงสองร้อยกว่า”

การรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต นอกจากการรับรู้ว่าคุณสามารถรักษาอาการหรือปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรังให้หายแล้ว บุคคลยังรับรู้ว่า เมื่อนำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตมารักษาโรคเรื้อรัง จะไม่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการรักษาโรคของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต ไม่ได้ใช้เทคโนโลยีอย่างเช่นความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่เป็นการรักษาที่ใช้อาหารเป็นยา ดังนั้นผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแสบปวดร้อนบริเวณที่ทำการรักษา จึงไม่มี เพราะอาหารเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องรับประทานอยู่แล้ว ดังที่ว่า

“แพทย์แผนปัจจุบัน คือ เราได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง แล้วก็คีโม ชีวิตจะไม่มีการรักษาด้วยการฉายแสงหรือคีโม แต่จะใช้อาหาร การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ โดยจัดเป็นโปรแกรมให้คนใช้”

ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ไม่แพงเพราะเป็นวิถีการดำรงชีวิตของบุคคล นอกจากนั้นยังมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ เพราะการดูแลสุขภาพแบบชีวิตเป็นการเปลี่ยนระบบความสัมพันธ์จากเดิมที่ต้องไปรักษากับแพทย์ มาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน เมื่อเกิดความสงสัยหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติตนเองก็สามารถโทรศัพท์ไปตามผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่ป่วยเป็นโรคแบบเดียวกับตนได้

นอกจากนั้นมีการใช้กระบวนการกลุ่ม เช่น การมาเข้ากลุ่มออกกำลังกาย ซึ่งทุกคนในกลุ่มต่างก็มีเวลาให้การพูดคุยปรึกษากัน เป็นความรู้สึกว่าสิ่งที่ขาดจากแนวทางการรักษาด้วยความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ต้องไปรพพบแพทย์และใช้เวลานานในการรอ แต่แล้วแพทย์ก็ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในการตรวจวินิจฉัยโรค แต่การใช้แนวทางของชีวจิต ผู้ป่วยจะได้ในส่วนนี้ นอกจากนั้นยังมีตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีสุขภาพดีขึ้น เมื่อได้มาพูดคุยกัน มาให้กำลังใจกัน ดังที่ว่า

“จะปฏิบัติตัวตามแนวทางชีวจิตทั้งเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และทำสมาธิก่อนนอน จะทำที่บ้าน เมื่อมีอะไรสงสัย ก็โทรคุยกับคนที่มาเข้ากลุ่มออกกำลังกาย ตอนไปเข้ากลุ่ม ก็พูดคุยแลกเปลี่ยนสิ่งที่สงสัย ไม่แน่ใจกัน ก็จะได้แนวทางนำมาปฏิบัติที่บ้านได้”

“เมื่อมาเข้ากลุ่มออกกำลังกาย เราจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน คนนั้นเขาเป็นมะเร็ง เขาทำอย่างไรจึงดีขึ้น ก็พูดคุยกัน จะได้ความรู้นำไปปฏิบัติได้”

2. อำนาจอิสระในการรักษา จากสาระความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่ถูกเผยแพร่ด้วยกระบวนการเผยแพร่ต่าง ๆ ที่มุ่งเน้นในการสร้างภูมิชีวจิตให้เข้มแข็ง และเป็นความรู้ที่มีวิถีปฏิบัติของความรู้ในแต่ละเรื่อง เพราะความรู้นี้เป็นความรู้ที่เน้นการให้คุณค่าต่อวิถีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ทั้งในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส เป็นความรู้ที่เปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงได้ โดยไม่มีการกำหนดความรู้พื้นฐานของบุคคลในการเผยแพร่ความรู้ จึงใช้ภาษาที่บุคคลอ่านแล้วเข้าใจง่ายสาระความรู้ไม่มีความซับซ้อน ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตจึงไม่ได้ผูกขาดอยู่เฉพาะบุคคลใดเพียงบุคคลเดียว เมื่อเปรียบเทียบกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีแต่แพทย์ที่เป็นผู้มีความรู้ การไปพบแพทย์เพื่อจะขอคำแนะนำปรึกษาว่าการกินยาอย่างนี้ถูกหรือผิดจึงเป็นความยากลำบาก และผู้ป่วยไม่กล้าที่จะถามด้วย เพราะฉะนั้นความสะดวกในการเข้าถึงบริการหรือความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตนั้นง่าย นอกจากนั้นความรู้นี้ยังสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เป็นการให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบให้แต่ละบุคคลได้ดูแลตนเอง ดังนั้นจึงไม่มีการแยกบุคคลออกจากสังคมเดิม ไม่ต้องนำไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งต่างจากวิธีการรักษาของความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ผู้ป่วยต้องถูกแยกออกจากสังคมเดิม โดยไปรักษาที่โรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้เป็นการให้อำนาจในการจัดการกับตนเอง โดยที่แพทย์ไม่ต้องมาบอกตัวเราบอกตัวเองได้ นั่นคือผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจ มีอำนาจในการควบคุมตนเอง การกินอาหาร การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการจิตใจ ผู้ป่วยสามารถวางแผนและตัดสินใจได้ด้วยตนเองตามเงื่อนไขปัจจัยของการเกิดโรคของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน เพื่อสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นในวิถีชีวิตของบุคคลเอง และด้วยหลักของการสร้างความสมดุลให้เกิดขึ้นนี้ จึงเป็นสิ่งที่เข้ามากำกับ

ทำให้บุคคลต้องสำรวจร่างกายของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นการสร้างความชอบธรรมให้กับความรู้
นี้ว่าก่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติได้จริง และบุคคลที่สำคัญที่สุดในการนำความรู้นี้ไปปฏิบัติเพื่อการ
รักษาสุขภาพของเราก็คือ ตัวของเราเอง ดังว่า

“มันไม่ใช่ว่ามารักษาของ ออกกำลังกาย แล้วจบ ผู้ป่วยต้องศึกษาตนเองว่า ตัวเองเป็น
อย่างไร ควรเลือกทานอาหารประเภทไหน ออกกำลังกายระดับไหน จึงจะเหมาะสม ไม่
หักโหม”

นอกจากนั้น วิธีการรักษาโรคที่ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ยังถูกสร้างให้อยู่ใน
ฐานะของรูปแบบการรักษาที่ช่วยในการลดการเสี่ยง หรือความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงที่
เกิดจากการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังเช่นผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่
โพรงจมูกและได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงได้เล้าถึงอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นว่า

“ทานอาหารไม่ได้ มันเจ็บ มันเป็นแผล แล้วก็น้ำลายเหนียว ไม่มีแรงค่ะ เป็นลมบ่อย ทำ
อะไรก็ไม่สะดวก อ่อนเปลี้ยเพลียแรง ต้องเดินทางไปฉายแสงที่นู่นนั่นะ รังสีคลองสิบล้อ
ทุกวัน ตื่นขึ้นมาก็นั่งรถเมล์สองสามทอด กลับก็เย็น ไม่มีแรง รุ่งขึ้นก็ต้องไปอีกแล้ว”

ลักษณะเดียวกันกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เต้านมที่แพทย์แผนปัจจุบันวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะที่สาม
และรับการรักษาด้วยการให้คีโม โดยได้รับยาคีโมไปเพียง 4 เข็มแล้วว่า

ตอบ : ทำอะไรไม่ได้เลย ...คือ ร่างกายเรามันรับไม่ไหว ทานไม่ได้เลย น้ำลายฟูมปาก.

เป็นสาม สี่วัน โทรมเลยคะ โทรมมาก ก็เลยตัดสินใจหยุด อยู่ก็อยู่ไม่อยู่ก็ไป

ถาม : แล้วบอกหมอหรือเปล่านั้นคะ

ตอบ : ไม่บอกเรานั้นเลย หนีนะ หนีแล้วก็เลยมา ตัดสินใจมาเดินแนวทางนี้ ผสมผสาน
แบบชีวจิต

นั่นคือความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ถูกสร้างให้มีคุณลักษณะพิเศษเฉพาะ คือเป็น
ความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งต่างจากความรู้ของ
ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ต้องขึ้นกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเครื่องมือต่างๆ
ที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่ผู้ป่วยเองไม่มีความรู้ความเข้าใจในการตัดสินใจ ฉะนั้น การ
จัดกระทำจึงอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์เป็นสำคัญ และด้วยแนวทางการรักษาที่สามารถดูแลรักษาได้

ด้วยตนเอง จึงทำให้ลดค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้กับค่ารักษาพยาบาลในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ และเครื่องมือทางการแพทย์ และที่สำคัญกว่านั้น คือ ด้วยการสร้างให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต เป็นความรู้ที่ทรงพลังอำนาจในฐานะที่เป็นความรู้สำคัญ ที่สามารถเข้าไปจัดการสุขภาพร่างกายของตนเองได้ แทนบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นเสมือนการช่วงชิงอำนาจ ในการจัดกระทำกับร่างกายจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ มาไว้ที่ตัวผู้ป่วยเอง และด้วยการทำให้ประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยหรือผู้นำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตไปใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นความรู้สำคัญ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่รับรู้และสัมผัสได้จริง ผู้ป่วยหรือผู้ใช้ชีวิตตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จึงเป็นเสมือนผู้ที่สามารถผลิตความรู้ขึ้นมาด้วยตนเอง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ใช้ชีวิตท่านหนึ่งที่ว่า

“ชีวจิตอยู่ที่ตัวเรา ว่าเราต้องพยายามทำอะไรไม่ให้ภูมิชีวิตในร่างกายตก ถ้าภูมิชีวิตในร่างกายตกเมื่อใด โรคมันก็จะรุนแรงเมื่อนั้น ทุกวันนี้ก็พยายามหาอาหารกินให้ครบ กินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ข้าวกล้อง ผักสด โปรตีนจากพืช...”

ประเด็นที่สอง อำนาจของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่มีต่อระบบความคิด ความเชื่อของคน

ภาพความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่ถูกสร้างให้อยู่ในฐานะของสิ่งที่เป็นทางออก หรือความหวังของการที่จะมีชีวิตอยู่ที่ยืนยาว หรือการมีสุขภาพที่แข็งแรง ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น หรือถูกทำให้ไม่ต้องแปลกแยก หรือแยกตัวออกจากครอบครัวหรือสังคม อันเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาของทุกคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องประสบกับปัญหาสุขภาพ และด้วยภาพนี้ ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตจึงสามารถเข้ามามีพื้นที่ในระบบความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนได้ และสามารถเข้ามำกำหนดความคิดความเชื่อของคน โดยเฉพาะกลุ่มที่ผิดหวังหรือสิ้นหวังจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

การเข้ามำกำหนดความคิดความเชื่อนี้ ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนในรูปของการยอมรับถึงรูปแบบของการรักษาตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่ถูกจำกัดให้อยู่ในกรอบของเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจ และการล้างพิษ และด้วยกรอบนี้ จึงเข้ามำกำหนดให้เกิดการยินยอมปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ในการจัดกระทำกับร่างกาย แม้ว่ากฎเกณฑ์นั้นจะสร้างความยากลำบากและต้องทนทุกข์ทรมาน ดังจะเห็นได้จากประสบการณ์ของผู้ใช้ชีวิตของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่สะท้อนให้เห็นถึงความยากลำบากในช่วงแรกของการนำเอารูปแบบการใช้ชีวิตของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตเข้ามาใช้ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อการรักษาโรคหรือเพื่อการป้องกัน

โรค ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยท่านหนึ่ง ที่หันมาใช้วิถีการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตในการรักษาโรค
มะเร็ง

ตอบ : แรกๆต้องยอมรับเลยว่าลำบาก

ถาม : เพราะอะไร

ตอบ : ทั้งนี้เนื่องจากอาหารเป็นหลัก ตรงที่ว่าผมเคยทานอาหารที่ผมเคยชอบ หลังจาก
นั้นผมไม่ได้ทานเลย ซึ่งแรกๆ ผมไม่อยากจะทาน ผมยอมรับเลยว่า ผมไม่ต้องการ
ชีวจิต จากครั้งแรกที่ได้รับรู้ว่าชีวจิตห้ามกินหมู

แม้ว่าการใช้ชีวิตของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตจะยากลำบากเพียงใด ทนทุกข์ทรมานเพียง
ใด แต่ด้วยความแยบยลของความรู้นี้ก็กลับมีอำนาจเหนือกว่าที่ทำให้คนยอมรับและปฏิบัติตาม และ
ยึดเป็นบรรทัดฐานที่เข้ามากำหนดให้คนต้องปฏิบัติไปตามกรอบโดยไม่ผิดเพี้ยน ดังจะเห็นได้จาก
ประสบการณ์ของผู้ป่วยท่านหนึ่งที่ไม่ได้ยอมรับแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต แต่ด้วยการปลัก
ดันจากครอบครัวทำให้ต้องยอมรับในที่สุด

“หลายคนคุยกรอกหู หลายๆ คนคุยออกมาผมก็ยอม ยอมในที่นี้จริงๆ อยากทำด้วยใจ
จริง ยอมก็คือในลักษณะที่ว่า ให้พวกพี่ๆและแฟนทำลงไป จำได้ว่าเห็นรุ่นน้องทานข้าว
ผัดกระเพราหมู เห็นแล้วอยากทานนะ เลยโทรไปบอกแฟนอยากทานผัดกระเพรา ก็คิด
ว่าเขาคงหาหมูเล็กๆน้อยๆ สับให้เราไปผสมผเสกกัน แต่ผัดถั่นัดเขาเอาเต้าหู้เหลืองมาหั่น
เป็นลูกเต๋าเล็กๆ แล้วมาผัดให้เราวางไว้บนโต๊ะ โดยมีฝาชีครอบกันแมลงวัน พอกลับมา
ปิบเขาเตรียมข้าวให้ผมเรียบร้อยแล้วเสร็จ ผมไปนั่งทานเปิดฝาชี ผมงง ไม่มีหมูไม่มีอะไร
ตามที่คิด พุดออกไปปิบเขาก็มีปฏิกิริยาก็กลับมา ทำไมไม่มีหมูไม่มีอะไรเลยเหรอ ไม่ได้
เลยเหรอ เขาบอกไม่ได้เลย กินเข้าไปแล้วเป็นอะไรขึ้นมาจะทำอย่างไร จะเป็นยังงั้นจะ
ทรมานแค่ไหน คำพูดพวกนี้กรอกเข้ามาในหูผม ผมก็นั่งอึ้ง แต่ใจก็ยังคิดเราต้องมาทาน
อะไรแบบนี้ ต้องมาเป็นแบบนี้ ไม่เข้าใจตัวเองเลยว่า ทำไมต้องมาประสบอะไรแบบนี้
เหตุการณ์แบบนี้ แต่ที่ผมทรมานช่วงแรกๆ อีกอย่างหนึ่ง เป็นความทรมานมาก ที่ผม
เห็นว่าเหมือนกับการฉายแสงอย่างหนึ่ง ทรมานมากเหมือนกับว่าผมต้องมาทานชีวจิต
อยู่คนเดียวทั้งบ้าน รอบข้างมีพี่สาวแล้วก็คนทำงานบ้าน ที่บ้านจะมาทานรวมกันในเวลา
เดียวกัน เขามีหมูเห็ดเป็ดไก่ แล้วผมต้องมาทานอย่างนั้นอยู่คนเดียว ใจตรงนั้น เวลานั้น
บอกได้เลยว่าอยากจะโยนตรงนี้ทิ้งไป ไม่อยากจะรับเลย อยากจะคว้าเนื้อมาทาน แต่มัน
ทำไม่ได้ มันยึดอัดใจมากในเวลานั้นนะอะ”

ด้วยการยอมรับและปฏิบัติตามอย่างไม่ผิดเพี้ยนเช่นนี้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เข้าไปจำกัดกรอบให้การรับรู้หรือสัมผัส ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นถูกจำกัดให้รับรู้เพียงด้านที่สอดคล้อง เป็นไปตามแนวทางที่ถูกกำหนดในกรอบของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่ถูกสร้างขึ้นเท่านั้น และด้วยการจำกัดเช่นนี้ การรับรู้ถึงประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต แม้จะส่งผ่านจากสื่อต้นทางใดๆ ผู้รับเอาความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตไปใช้ก็จะรับรู้และนำไปปฏิบัติได้ โดยไม่ผิดเพี้ยนหรือบิดเบือนไปจากความรู้ต้นทาง และด้วยความแยบยลของการผลิตความรู้เช่นนี้ ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตจึงถูกรับรู้เสมือนว่าเป็นความรู้ที่ถูกผลิตจากผู้ป่วยแต่ละคน มากกว่าที่จะเป็นความรู้สำเร็จรูปที่ถูกสร้างขึ้น ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้สะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนจาก คำบอกเล่าของผู้ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตในการรักษาโรค ที่สะท้อนให้เห็นถึงทักษะที่มีต่อสาเหตุของการเกิดโรค ที่ให้ความสำคัญกับมูลฐานของวิถีชีวิตที่แปลกแยกออกจากธรรมชาติที่สอดคล้องกับแนวคิดของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ที่ว่า

“ถ้าหมอปัจจุบันเขาสนใจน้อย เขาก็อาศัยแต่ใช้ยาอย่างเดียว คุณเป็นอย่างนี้เอายานี้ไปกิน ผมว่ามันไม่ใช่การรักษาที่ต้นเหตุ การใช้ยาเนี่ย บางอย่างไม่มีทางอื่นก็ต้องใช้ยา แต่โรคส่วนใหญ่ที่คนเป็นเกิดจากการใช้ชีวิตที่ผิดๆ ไม่ออกกำลังกาย กินอาหารที่ผิดๆ อากาศที่ไม่บริสุทธิ์ ผมเชื่ออย่างนั้น”

แม้แต่การมองว่า คนที่ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตแล้วไม่ประสบความสำเร็จ ก็มีได้ถูกมองว่าเป็นปัญหาจากองค์ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต แต่มองว่าเป็นปัญหาที่เกิดจากการนำไปปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ดังความเห็นของผู้ใช้ความรู้ของชีวจิตมาดูแลสุขภาพ ที่ว่า

ถาม : ถ้ามีคนบอกว่าชีวจิตไม่ดี

ตอบ : ไม่ฟังหรอก เพราะว่าเราจะบอกเขาว่า คุณว่าไม่ดีเพราะคุณปฏิบัติตัวเองไม่ได้ คือปฏิบัติตัวเองไม่ถูก แล้วก็เลยตัวเองไม่ดีขึ้น ก็โทษว่าชีวจิตไม่ดี

ความแยบยลของความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นในรูปของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตนี้ จึงเป็นรูปแบบของความรู้หนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นในสังคม ที่ถูกรับรู้ว่าเป็นความรู้สำคัญในการปรับเปลี่ยนแปรสภาพจากพื้นที่ของความเป็นไปไม่ได้ไปสู่พื้นที่ของความเป็นไปได้

ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตจึงถูกรับรู้ว่าเป็นความรู้สำคัญในการปรับเปลี่ยน แปรสภาพจากพื้นที่ของความเป็นไปไม่ได้ ไปสู่พื้นที่ของความเป็นไปได้ เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาด้วยความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันได้ ไปสู่ความเป็นไปได้ด้วยวิธีการรักษา

ด้วยความรู้แบบชีวจิต และเปิดพื้นที่ ที่ไม่มีอยู่ของสิทธิและอำนาจในการจัดการกับตัวเองในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ไปสู่พื้นที่ของการดูแลตนเองด้วยความรู้แบบชีวจิต

ด้วยการเปิดพื้นที่เช่นนี้ จึงเป็นการเข้ามาช่วงชิงพื้นที่ในระบบความคิด ความเชื่อ ของคนที่มีต่อการดูแลสุขภาพภาพ พร้อมกับภาคปฏิบัติที่ทำให้เห็นจริงเห็นจัง ผ่านตัวอย่างผ่านประสบการณ์ของผู้ที่นำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตไปใช้ในการรักษาโรคที่เขาเป็นอยู่ ผ่านแบบแผนการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีหรือวิทยาการชั้นสูง หรือแยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวหรือสังคม ด้วยการดูแลที่สามารถจัดการทำได้ด้วยตนเอง ผ่านชุดค่าใช้จ่ายที่ลดลง อันเป็นการต่อยอดความเป็นจริงของความรู้นี้ให้เกิดขึ้น

ด้วยการรับรู้ถึงความเป็นจริงของความรู้ดังกล่าว การนำเอาความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันโรคหรือการรักษาอาการเจ็บป่วย จึงถูกกำหนดและจำกัดให้อยู่ในกรอบแนวคิดที่มีแบบแผนจากความรู้ ที่ถูกกำหนดจากแนวคิดของผู้ผลิตความรู้ คือ สาทิส อินทรกำแหง ไม่ผิดเพี้ยน ไม่ว่าความรู้นี้จะส่งผ่านคนหรือกลุ่มคนที่เคยสัมผัสใกล้ชิดกับ สาทิส อินทรกำแหง มาก่อนหรือไม่ การที่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตถูกถ่ายทอดอย่างเป็นแบบแผน มีกรอบที่มีความชัดเจนโดยไม่มีการผิดเพี้ยนเช่นนี้ จึงสะท้อนให้เห็นถึงอำนาจอันแนบแน่นของความรู้ที่ถูกสร้างขึ้น และเข้ามากำหนดระบบความคิด ความเชื่อ ทำให้การคิดแบบอื่นหรือทำแบบอื่นเป็นไปได้ และทันทีที่มีการเปิดรับความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต และทดลองปฏิบัติตามความรู้นี้ การกระทำนั้นก็กลายเป็นพื้นที่ของความรู้ที่ถูกผลิตซ้ำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต และบุคคลนั้นกลายเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต และด้วยกระบวนการทั้งหมดนี้ จึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้กับความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ให้มีพื้นที่ที่จะดำรงอยู่ในสังคม

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิต เป็นการวิจัยที่สืบค้นเพื่อคลี่คลายให้เห็นถึงกระบวนการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิต โดยใช้แนวคิดวาทกรรมเป็นแนวทาง โดยการวิเคราะห์เอกสาร การเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต และประสบการณ์จริงของคนที่เคยสัมผัสหรือนำเอาความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตไปใช้ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึก ทั้งนี้เพื่อตอบปัญหาการวิจัยว่า ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตถูกสร้างขึ้นมาได้อย่างไร ภายใต้เงื่อนไขใดบ้าง ที่ทำให้ชีวิตสามารถเปิดพื้นที่ของการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักขึ้นมาได้ และมีกระบวนการในการผลิต เผยแพร่ และบริโภคความรู้อย่างไร จึงทำให้เป็นที่ยอมรับและดำรงอยู่ได้ในสังคม

การศึกษากระบวนการก่อรูปของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต มีนัยสำคัญจากการเล็งเห็นถึงจุดอ่อนในระบบความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญของการก่อรูปของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต เงื่อนไขดังกล่าวได้แก่ ประการแรก เป็นเงื่อนไขของวิธีการรักษาโรคของการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มองเฉพาะความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เป็นการรักษแบบแยกส่วนที่เน้นการรักษาโรคอันเกิดจากเชื้อโรค ประการที่สอง เป็นเงื่อนไขของการตรวจวินิจฉัยโรค ที่มีการจ้องมองอาการของผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติเฉพาะที่ ซึ่งวิธีการเช่นนี้ก่อให้เกิดความผิดพลาดของการวินิจฉัยโรคได้ ประการที่สาม เป็นเงื่อนไขของประสิทธิภาพในการรักษาความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบันใช้รักษาโรคที่เกิดจากเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่โรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคกลับรักษาไม่ได้ผล และก่ออาการข้างเคียงที่เกิดเป็นความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ประการที่สี่ เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่สูง เนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีต่างๆ และประการสุดท้าย เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นแบบกลไก ซึ่งหมายถึง การที่แพทย์จัดกระทำทุกอย่างบนร่างกายผู้ป่วย เพื่อมุ่งค้นหาเชื้อโรค ผู้ป่วยจึงเป็นเสมือนวัตถุ

ด้วยจุดอ่อนดังกล่าวนี้เอง จึงเป็นการเปิดพื้นที่ให้การดูแลสุขภาพแบบอื่นเข้ามาช่วงชิง ซึ่งในที่นี้ คือ การดูแลสุขภาพแบบชีวิต โดยการช่วงชิงอยู่ในความหมายของการสร้างความรู้ชุดใหม่ในการดูแลสุขภาพขึ้นมา และมีผู้นำความรู้นี้ไปปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้เมื่อศึกษาถึงการก่อรูปการดูแลสุขภาพแบบชีวิต จึงต้องทำการคลี่คลายให้เห็นถึงความแยบยลของอำนาจที่มาในรูปของความรู้ ที่เข้ามากำกับให้การดำเนินการจัดกระทำต่างๆของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต นับตั้งแต่ การ

ผลิต การกระจาย และการบริโภคความรู้ ทั้งนี้ก็เพื่อให้ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นนี้เป็นความรู้ที่ดำรงอยู่ได้ในสังคม

การผลิตความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตตั้งอยู่บนฐานคิดที่แตกต่างไปจากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยฐานคิดของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ประกอบไปด้วย ฐานคิดแบบองค์รวม ซึ่งมองร่างกายและจิตใจสัมพันธ์กัน การมีสุขภาพดีจึงหมายถึงการที่ระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำงานอย่างมีความสัมพันธ์กันและมีความสมดุล ฐานคิดเกี่ยวกับความสมดุลของธรรมชาติ ซึ่งมองว่าธรรมชาติมีความสมดุลอยู่ในตัวเอง มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ที่จะต้องดำรงชีวิตอยู่อย่างสอดคล้องกับธรรมชาติ เพื่อความแข็งแรงของตนเอง ฐานคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค มองว่าการเกิดโรคเป็นเพราะระบบต่างๆ ภายในร่างกายขาดความสมดุล ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาหารที่รับประทานเข้าไป และการดำรงชีวิตที่เป็นอยู่ในแต่ละวัน ฐานคิดของการอ้างอิงหลักการทางวิทยาศาสตร์ เป็นการสร้างนิยามความหมายใหม่ บนฐานนิยามความหมายเดิม พร้อมทั้งสร้างคำใหม่ขึ้นมาเพื่อสื่อถึงความหมายใหม่ ตามความหมายที่ถูกสร้างขึ้นมา

องค์ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตที่ถูกสร้างขึ้นมามีฐานคิดดังกล่าว ประกอบด้วยความรู้ที่สอดคล้องรองรับซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภูมิชีวิต ซึ่งบ่งบอกถึงบ่อเกิดของการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการมีภูมิชีวิตที่อ่อนแอ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการกินอาหารและการดำรงชีวิตที่ผิดแปลกไปจากธรรมชาติ ความรู้เกี่ยวกับอาหาร เป็นการนำเสนอแนวทางการสร้างภูมิชีวิตจากการเลือกรับประทานอาหารธรรมชาติที่เหมาะสม เพื่อความสมดุลของร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นหลักการหนึ่งของการสร้างภูมิชีวิตให้แข็งแรง และการออกกำลังกายยังเป็นการเปิดพื้นที่ของการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการจิตใจ เป็นความรู้ที่การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตได้เปิดพื้นที่ของจิตใจเข้าร่วมในกระบวนการดูแลตนเอง โดยมีการสร้างชุดความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการใจขึ้นมา ความรู้เกี่ยวกับการล้างพิษ เป็นวิธีการเสริมสร้างภูมิชีวิต โดยการกำจัดสารพิษที่คั่งค้างในร่างกาย ข้อเด่นของความรู้เหล่านี้ก็คือ เป็นระบบความรู้ที่บุคคลสัมผัสได้ จัดกระทำได้เอง และเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง อีกทั้งการปฏิบัติสามารถทำได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ นอกจากนั้นยังมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ บุคคลสามารถกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญ ที่จะให้คำปรึกษาแนะนำต่อผู้อื่นได้ จึงเป็นการสถาปนาอำนาจของการเป็นผู้รู้ในเรื่องสุขภาพขึ้นมาได้ ด้วยประสบการณ์จริงของตัวเอง

การเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต จัดกระทำได้ในหลายรูปแบบ กล่าวคือ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ ผ่านหนังสือ ผ่านสื่อต่างๆ และผ่านสถาบัน ซึ่งการเผยแพร่ความรู้นี้ เป็นการจัดกระทำที่ดูเสมือนว่า ผู้ผลิตความรู้มีเจตจำนงในการที่จะเผยแพร่ให้ทุกคนรับทราบ ว่า ความรู้ในการ

ดูแลสุขภาพแบบชีวิตสามารถรักษาโรคให้ “หาย” ได้ เช่น ในการใช้กลยุทธ์โดยการบอกเล่าจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย ที่นำความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิตมาปฏิบัติแล้วหายจากโรคที่เป็นอยู่ เพราะเป็นการสร้างความจริงให้ประจักษ์อย่างเป็นรูปธรรมของความรู้นั้น ตลอดจนการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อเปิดช่องทางในการกระจายความรู้ให้สามารถเข้าถึงบุคคลได้สะดวก เรียกได้ว่าเป็นการจัดกระทำที่ให้ความรู้สามารถเข้ามาสู่ “บ้าน” ของบุคคลได้อย่างทั่วถึง พร้อมทั้งจะถูกหยิบยกไปใช้โดยไม่ต้องเสียเวลาในการแสวงหา

ในด้านการบริโภคความรู้นั้น กล่าวได้ว่าด้วยกระบวนการเผยแพร่ความรู้โดยวิธีการต่างๆ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบชีวิตถูกรับรู้และเข้าใจว่า เป็นวิวัฒนาการในการสร้างวิถีชีวิตที่สามารถต่อสู้กับปัญหาสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ขณะเดียวกันก็ไม่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นในการรักษา นอกจากนั้นยังได้เปลี่ยนความสัมพันธ์ในกระบวนการรักษา จากเดิมที่ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์เป็นระยะๆ มาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน นอกจากการมีประสิทธิภาพในการรักษาดังกล่าวแล้ว การดูแลสุขภาพแบบชีวิต ได้ให้อำนาจอิสระในการรักษาแก่ผู้ป่วย เพราะเป็นความรู้ที่ให้คุณค่าต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล จึงเป็นการให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบให้แก่แต่ละบุคคลได้ดูแลตนเอง จึงไม่มีการแยกผู้ป่วยออกจากสังคมเดิม ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลที่ต้องพึ่งพิงแพทย์ เป็นการให้อำนาจในการจัดการกับตนเอง ผู้ป่วยสามารถวางแผนและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

จากภาพความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวิตดังกล่าว จึงทำให้ความรู้นี้เข้ามามีพื้นที่ในระบบความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนได้ และสามารถเข้ามากำหนดความคิด ความเชื่อของคน โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผิดหวังมาจากความรู้ของการแพทย์แผนปัจจุบัน ให้เข้ามาอยู่ในกรอบของความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต และด้วยกรอบความรู้นี้ จึงเข้ามากำหนดให้เกิดการยินยอมปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ในการจัดกระทำกับร่างกาย ถึงแม้ว่ากฎเกณฑ์นั้นจะสร้างความยากลำบาก และต้องทนทุกข์ทรมาน แต่ด้วยความแยบยลของความรู้ กลับมีอำนาจเหนือกว่า ซึ่งทำให้คนยอมรับและปฏิบัติตามอย่างไม่ผิดเพี้ยน

วิธีการศึกษานี้สามารถชี้ให้เห็นว่าความรู้ทางการแพทย์โดยทั่วไป ไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่ ดำรงอยู่แล้วมีคนไปค้นพบ แต่ความรู้เหล่านี้เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นมา ซึ่งในการสร้างความรู้ทางการแพทย์นี้ ยังมีความแตกต่างที่เกี่ยวกับการนำไปปฏิบัติด้วย ตัวอย่างเช่น ความรู้เกี่ยวกับการฝังเข็มซึ่งเป็นการแพทย์ทางเลือกชนิดหนึ่ง กับความรู้การดูแลสุขภาพแบบชีวิต ถึงแม้ทั้งสองแนวทางนี้จะมีแนวคิดที่มีลักษณะของความเป็นองค์รวมเช่นเดียวกัน แต่การแพทย์ทั้งสองก็มีความแตกต่างกันในระดับ

ของการปฏิบัติ กล่าวคือ การฝังเข็ม ผู้ที่มีหน้าที่ในการรักษาคือแพทย์ ในขณะที่การดูแลสุขภาพแบบชีวจิต ผู้ที่มีอำนาจในการรักษาคือตัวผู้ป่วยเอง

นัยสำคัญของการศึกษานี้

แม้การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตจะสามารถเปิดพื้นที่ขึ้นมาได้แล้วในสังคม แต่การขยายพื้นที่ของชีวจิตมีความยากลำบาก หากพิจารณาถึงการไม่สอดคล้องกับแนวคิดของคนส่วนใหญ่ ที่มองว่าชีวจิตทวนกระแสการแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้ และชีวจิตไม่มีความรู้ที่เป็นศาสตร์ของตนเองรองรับ ซึ่งความจริงข้อนี้ เห็นได้จากการศึกษาซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยที่รักษาด้วยแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตรู้สึกว่าได้หายจากโรคแล้วก็ยังคงกลับไปโรงพยาบาลอีกครั้ง แม้บุคคลนั้นจะมีความเชื่อมั่นต่อแนวทางชีวจิตอย่างมากก็ตาม แต่ก็ยังมีความต้องการการยืนยันจากการตรวจเช็คร่างกายด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากชีวจิตไม่มีเครื่องมือในการตรวจเช็คร่างกายที่เป็นมาตรฐานสากล จุดนี้จึงแสดงให้เห็นถึงการใช้ความรู้ของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตผสมผสานเข้ากับกระบวนการของการแพทย์แผนปัจจุบัน และสิ่งที่พึงตระหนักก็คือการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตมีองค์ประกอบหลักๆ 3 ส่วน คือ อาหาร การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจ การปฏิบัติเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วถือว่าเป็นการใช้การดูแลสุขภาพตามแนวทางของชีวจิต ย่อมไม่ใช่เรื่องที่ถูกต้อง เพราะการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตมิใช่เป็นแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้เฉพาะในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ต้องผสมผสานไปด้วยกันทั้ง 3 ส่วน ในการปฏิบัติแต่ละส่วนต้องใช้ความอดทน ความพยายามอย่างสูง โดยเฉพาะในเรื่องของอาหาร ซึ่งต้องมีความอดทนต่อความเคยชินต่อรสชาติที่เคยได้รับ รวมไปถึงการออกกำลังกายก็ต้องอดทนต่อการตื่นนอนตั้งแต่เช้าเพื่อไปร่วมออกกำลังกาย แม้จะกล่าวอ้างว่าการออกกำลังกายตามแนวทางของการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต สามารถปฏิบัติได้ที่บ้านหรือปฏิบัติได้เพียงลำพังคนเดียว แต่แรงกระตุ้นในการออกกำลังกายในลักษณะเช่นนั้นย่อมมีน้อยกว่าการไปออกกำลังกายร่วมกับกลุ่ม เพราะการไปร่วมกลุ่มมิได้เป็นเพียงแต่การออกกำลังกายเท่านั้น หากยังเป็นโอกาสให้ได้พบเจอเพื่อนฝูงที่มีประสบการณ์เหมือนหรือสอดคล้องกับตนเองของบุคคล นอกจากนั้นการไปพบปะยังเปิดโอกาสให้ได้รับความรู้ใหม่ๆ และได้ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ในแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตซึ่งกันและกัน สำหรับการบริหารจิตใจโดยเฉพาะการทำสมาธินั้น นับว่าเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยากมาก หากร่างกายยังอยู่ในระยะของการปรับตัวหรืออยู่ในระยะแรกของการฝึกหัด ดังนั้นการปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิตให้ครบถ้วน จึงจำต้องอาศัยความอดทนสูงในการลดละเลิกสิ่งที่เป็นความเคยชิน ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวจิต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การศึกษานี้สามารถนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาแนวคิดและรูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพของระบบการแพทย์ต่างๆ ที่ดำรงอยู่อย่างหลากหลาย โดยการตรวจสอบจุดแข็งจุดอ่อนของกันและกัน ด้วยการมองว่าเทคนิคที่ต่างกัน และจุดอ่อนของแต่ละระบบนั้น สามารถพัฒนาและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ เพราะสิ่งที่ถือว่าถูกต้องในวันนี้ อาจมีการพิสูจน์พบว่าไม่เป็นความจริงในอนาคตก็ได้ ดังนั้นแนวคิดที่มองว่าระบบการแพทย์ที่ต่างกันอาจสามารถหนุนกันได้ จึงเป็นประโยชน์ในการนำองค์ความรู้และการดูแลสุขภาพที่แตกต่างไปจากองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่ในสังคมไทย ไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยได้

2. หลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์และสาขาวิชาทางสุขภาพอื่นๆ เป็นหลักสูตรซึ่งเป็นความรู้ที่ยึดโรคเป็นหลัก จึงทำให้ระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ยึดติดกับการรักษาโรค ดังนั้นควรปรับปรุงการเรียนการสอน ให้มีความรู้ความเข้าใจต่อแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และศาสตร์สุขภาพแนวอื่นที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย

3. สนับสนุนให้สถานบริการทางด้านสาธารณสุขนำแนวทางการดูแลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ ที่เห็นว่ามีประโยชน์มาให้บริการแก่ประชาชน

4. ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแนวทางอื่น แก่ประชาชนทุกระดับอย่างมีความสำคัญ

5. การให้การศึกษาในเรื่องโภชนาการด้านอาหารที่เน้นอาหารหลัก 5 หมู่ ในการบริโภคในชีวิตประจำวัน ซึ่งได้มีการจัดเข้าอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนในวิชาสุขศึกษา จัดเป็นวาทกรรมชุดหนึ่งที่มีอยู่ในสังคม และเป็นกรอบเกณฑ์ให้กับการปฏิบัติตนในด้านอาหารของปัจเจก ในขณะที่การดูแลสุขภาพแบบชีวจิตเป็นอีกองค์ความรู้หนึ่งเกี่ยวกับเรื่องอาหาร ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่จะได้หยิบยกมาเพื่อการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ขององค์ความรู้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อวงการศึกษาต่อไปในอนาคต

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กินอยู่อย่างชีวิต. (วิถีทัศน์). (2541). กรุงเทพฯ : เนชั่นมัลติมีเดีย กรุ๊ป.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2542). *ปรากฏการณ์ชีวิต บอกอะไรแก่สังคมไทย*. กรุงเทพฯ ฯ : มูลนิธิ
โกมลคีมทอง.
- จตุพร ช่างสกล. (2541, 16 ตุลาคม). "ผู้พิชิตโรค," *ชีวิต*. 1 (1) : 34-37.
- (2541, 1 พฤศจิกายน). "ผู้พิชิตโรค," *ชีวิต*. 1 (2) : 24-27.
- (2541, 16 พฤศจิกายน). "ผู้พิชิตโรค," *ชีวิต*. 1 (3) : 26-29.
- (2541, 1 ธันวาคม). "ผู้พิชิตโรค," *ชีวิต*. 1 (4) : 44-49.
- (2541, 6 ธันวาคม). "ผู้พิชิตโรค," *ชีวิต*. 1 (5) : 48-51.
- (2542, 1 มกราคม). "ผู้พิชิตโรค," *ชีวิต*. 1 (6) : 44-47.
- (2542, 16 มกราคม). "ผู้พิชิตโรค," *ชีวิต*. 1 (7) : 60-63.
- จันทน์ เจริญศรี. (2543). *อิทธิพลของแนวคิดหลังสมัยใหม่ต่อสังคมวิทยา*. วิทยานิพนธ์ สม.ม.
(สังคมวิทยา). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ช. วิเนต. (2545, 1 มกราคม). "สู้ชีวิต," *ชีวิต*. 4 (78) : 72-75.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2539, มกราคม-เมษายน). "เปรียบเทียบวิธีการหาความรู้ของสำนัก
ประจักษ์นิยมแนววิเคราะห์ภาษาและสำนักปรากฏการณ์วิทยา," *วารสารธรรมศาสตร์*.
22 (1) : 7-44.
- (2542). *วาทกรรมการพัฒนา : อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณะ และความเป็นอื่น*.
ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์วิภาษา.
- ณัฐ ภมรประวัติ. (2538). "ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพจากต่างประเทศในการพัฒนาการ
แพทย์และการสาธารณสุขไทย," ใน *บทบาทของต่างประเทศในการสร้างองค์ความรู้ที่
เกี่ยวข้องกับประเทศไทย*. หน้า 75-134. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ธัญ โสภาคย์. (2542, 16 พฤษภาคม). "ผู้พิชิตโรค : เส้นทางสายมะเร็ง," *ชีวิต*. 2 (15) : 47-49.
- นภาพร หะวานนท์. (2540). *เอกสารสอนวิชาสังคมวิทยาสำหรับการพัฒนาประเทศ*.
กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประเวศ วะสี. (2542). *คำนำ ใน ปรากฏการณ์ชีวิต บอกอะไรแก่สังคมไทย*. กรุงเทพฯ ฯ : มูลนิธิ
โกมล คีมทอง.

- "ปั้นชีวิตใหม่ด้วยชีวิต". (2544, เฉพาะวันอาทิตย์ที่ 2 กันยายน ถึงวันอาทิตย์ที่ 8 ตุลาคม).
ไทยรัฐ. หน้า 16.
- พระไพศาล วิสาโล. (2530, มีนาคม - เมษายน). "จากการแพทย์แบบกลไก สู่การแพทย์แบบองค์รวม," *ปาจารย์สาร*. 14 (2) : 94 -99.
- พริตจ็อบ คาปรั. (2539). *จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ เล่ม 2*. แปลจาก The Turning Point. โดย พระ
ประสาทสนธมโมและคณะ. กรุงเทพฯ ฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- มัลลิกา มติโก. (2542). *สังคมวิทยาและความเจ็บป่วย*. กรุงเทพฯ ฯ : โครงการสังคมศาสตร์การ
แพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุกติ มุกดาวิจิตร. (2538). *การก่อตัวของกระแสวัฒนธรรมชุมชนในสังคมไทย : พ.ศ. 2520-2537*.
วิทยานิพนธ์ สม.ม. (มานุษยวิทยา). กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรม
ศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิชิต เปานิล. (2543, มกราคม). "การแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย," *สังคมศาสตร์การแพทย์*
11 (1) : 36-45.
- ศรีเทพ แวหงษ์. (2522, เมษายน-มิถุนายน). "เฟล็กซ์เนอร์รีพอร์ต," *วารสารสังคมศาสตร์การ
แพทย์* 2 (3) :32-49.
- สมเกียรติ วันทะนะ. (2531, พฤษภาคม-กรกฎาคม). "บ้า," ใน *จดหมายข่าวสังคมศาสตร์*. 10 (4) :
47-52.
- สาทิส อินทรกำแหง. (2539). *ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70*. กรุงเทพฯ ฯ : ดวงกมล.
- (2541ก). *ชีวิต : การใช้ชีวิตอย่างเข้าใจธรรมชาติ*. พิมพ์ครั้งที่ 30, กรุงเทพฯ ฯ : อมรินทร์
พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- (2541ข). *มะเร็งแห่งชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ ฯ : อมรินทร์พรินติ้งแอนด์
พับลิชชิ่ง.
- (2541ค). *กูแ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 9, กรุงเทพฯ ฯ : อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- (2541ง). *อาหารชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ ฯ : คลินิกบ้านและสวน.
- (2543). *ภูมิชีวิต*. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ ฯ : อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. (2539). *การประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์*. หน้า 157-
174. กรุงเทพฯ ฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุวิทย์ ปรัชญาปารมิตา. (2541). *การแพทย์นอกระบบ : 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ*. กรุงเทพฯ ฯ :
สำนักพิมพ์สาระ.

- อภิญา เฟื่องฟูสกุล. (2543). แนวความคิดหลักทางสังคมวิทยา เรื่องอัตลักษณ์ (*Identity*). เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการระดับชาติ สาขาสังคมวิทยา ครั้งที่ 1 วันที่ 15-16 ธันวาคม 2543. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อวย เกตุสิงห์. (2521, มกราคม-มีนาคม). "การแพทย์ไทยกับการแพทย์ตะวันตก," *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*. 1 (2) : 10-18.
- เซอร์แมน ไฮฮารา. (ม.ป.ป.). *หลักแมคโครไบโอติกส์ = Basic Macrobiotics*. มัทนี เกษกมล แปล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ "สาระ".
- Armstrong, D. (1994) "Bodies of Knowledge /Knowledge of Bodies" In *Reassessing Foucault : Power, Medicine and the Body*. Edited by C. Jones and R. Porter. London : Routledge.
- Burchell, G. C, Gordon and P, Miller. (1991). *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*. London : Harvester.
- Coe, Rodney M. (1970). *Sociology of Medicine*. New York : Mcgraw-Hill Book.
- Danaher, Geoff. Schirato, Tony. and Webb, Jen. (2000). *Understanding Foucault*. London : Sage Publications.
- Denzin, Norman K. and Yvonna S. Lincoln. (1994). "The Fifth Moment," in *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage Publication.
- Derrida, Jaquess. (1976). *Of Grammatology*. Translated by Gayatri Chakravorty Spivak, Bultimore:John Hopkins University Press.
- Donnelly, M. (1983) *Managing The Mind : A Study of Medical Psychology In Early Nineteenth Century Britain*. London and New Youk : Tavistock.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization*. Trans, R, Howard. New York : Vintage.
- . (1973). *The Birth of The Clinic An Archaeology of Medical Perception*. London : Tavistock.
- . (1977). *Discipline and Punish : The Birth of The Prison* . London : Tavistock.
- . (1980). *Power/Knowledge, Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Edited by Colin Gordon. New York : Pantheon.
- . (1990). *The History of Sexuality, Volume 1 : An Introduction*, London : Penguin.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine : A Study of The Sociology of Applied Knowledge*. New York : Harper and Row.

- Gadamer, H – G. (1975). *Truth and Method*. Translated and edited by G. Barden and J. Cumming. New York : Seabury Press.
- Gastaldo, Denise. (1977). "Is Health Education Good for You? Re-thinking Health Education through the Concept of Bio-Power," in *Foucault, Health and Medicine*. Edited by Alan Petersen and Robin Bunton. p.113-130. New York : Routledge.
- Hakosalo, H. (1991). *Bio – Power and Pathology*. Oulu : University of Oulu Press.
- Heckscher, W.S . (1958). *Rembrandt's Anatomy of Doctor Nicholas Tulp : An Iconological Study*. Washington Square : New York University Press.
- Hillier, S. (1987). "Rationalism,Bureaucracy and The Organization of The Health Services : Max Weber's Contribution to Understanding Modern Health Care Systems" in G. Scambler. (ed.). *Sociological Theory and Medical Sociology*. London and New York : Tavistock.
- Jameson, F. (1972). *The Prison-House of Language : A Critical Account of Structuralism and Russian Formalism*. Princeton : Princeton University Press.
- Kuhn, T. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. 2nd ed . Chicago : University of Chicago Press.
- Larson, M.S . (1977). *The Rise of Professionalism : A Sociological Analysis*. Berkeley and Los Angeles : University of California Press.
- Lefebvre, Henri. (1991). *The Production of Space*. Oxford : Blackwell.
- Lupton, Deborah. (1997). "Foucault and The Medicalisation Critique". In *Foucault Health and Medicine*. p.94-107. New York : Routledge.
- Lyotard, Jean – Francios. (1992). "The Postmodern Condition : A Report on Knowledge", in *Readings In Social Theory : The Classic Tradition To Postmodernism*. p. 374-383. Edited by James Farganis. McGraw-Hill.
- Millerson, G.L . (1964). *The Qualifying Association*. London : Routledge and Degan Paul.
- Morison, Murray. (1986). *Sociology In Focus Series : Methods In Sociology* . New York : Longman .
- Mumford, E . (1983). *Medical Sociology : Patients, Providers and Policies*. New York : London House.

- Nietzsche, Friedrich. (1995). "Reason and Power," in *Reading in Contemporary Sociological Theory : From Modernity to Postmodernity*. p. 97-104. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice. Hall.
- Rosen, G. (1963). "The Hospital : Historical Sociology of A Community Institution", in *The Hospital In Modern society*. Edited by Eliot Friedson. p. 25-30. New York : The Free Press.
- Saks, Mike.(1992). *Alternative Medicine In Britain*. Oxford : Clarendon Press.
- Turner, Bryan S. and Samson, Colin. (1996). *Medical Power and Social Knowledge*. London : Sage Publications.
- Turner, Bryan S. (1997). "From Governmentality to Risk, Some Reflections on Foucault's Contribution to Medical Sociology," in *Foucault, Health and Medicine*. Edited by Alan Petersen and Robin Bunton. p. IX-XIX.. New York : Routledge.
- Weisser, Mr. (1979). *Crime and Punishment In Early Modern Europe*. Brighton : Harvester Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย

1. เริ่มการสนทนา

1.1 แนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์

1.2 เริ่มพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เพื่อเป็นการอุ่นเครื่องและสร้างความคุ้นเคยระหว่างกัน

1.3 ขออนุญาตอัดเทป

2. คำถามข้อมูลทั่วไป

2.1 ชื่ออะไร อายุเท่าใด สำเร็จการศึกษาระดับใด มีอาชีพอะไร รายได้เป็นอย่างไร

2.2 แต่งงานหรือยัง สามี/ภรรยา มีอาชีพอะไร รายได้เป็นอย่างไร

2.3 มีลูกกี่คน เป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูและให้การศึกษาแก่ลูกเป็นอย่างไร

(สำหรับข้อ 2 อาจถามทีหลัง หลังจากมีความคุ้นเคยกันแล้ว หรือเป็นการแทรกถามระหว่างการพูดคุยในขณะที่ยกถามข้อมูลอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวพันกัน)

3. คำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการแสวงหาการรักษา

3.1 การพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสุขภาพของผู้ตอบ ว่าที่เขাপ่วยหรืออาการที่ไม่สบาย เขารู้ไหมว่าเป็นโรคอะไร หรือเกิดจากอะไร และซักถามรายละเอียดของอาการต่างๆ ที่ผู้ตอบคิดว่าเกี่ยวข้องกับโรคที่จะเป็น และถ้าเกิดเป็นมากกว่า 1 โรค ค่อยๆถามรายละเอียดของการเป็นแต่ละโรค ว่าเป็นตั้งแต่เมื่ออายุเท่าใด มีอาการอย่างไรบ้าง

3.2 เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ตั้งแต่อายุเท่าใด มีอาการอย่างไร

3.3 กรุณาช่วยเล่าให้ฟังว่า ตอนที่ท่านรู้ว่าท่านเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ หรือท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพท่านรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร และได้ทำอะไรบ้าง (การไปทำอะไรนี้ให้รวมถึงการไปปรึกษาหารือคนอื่น การไปพบแพทย์ การมองหาแนวทางการรักษาแบบอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ การไปซื้อยา ประเด็นของข้อนี้คือ อยากรู้ประวัติผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นมีอาการที่เขาเจ็บป่วย)

3.3.1 การไปพบแพทย์ เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองหรือผู้อื่น ให้คำแนะนำ มีการลังเลไหม ระหว่างไปพบแพทย์ กับไปหาแนวทางการรักษาแบบอื่น

(1) ไปพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อใด (อาจจะบุเวลาว่าหลังจากรู้ว่าเป็นโรคนี้นานเท่าใด)

ไปพบแพทย์อย่างไร ความสะดวกในการไปพบแพทย์เป็นอย่างไร (ตัวอย่าง เช่น ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไกลหรือไม่)

- (2) เวลาที่ใช้ในการพบแพทย์แต่ละครั้งต้องรอนานหรือไม่ (อาจจะระบุเป็นชั่วโมง) แพทย์ใช้เวลาในการตรวจอย่างไร (มาก/น้อย อาจจะระบุเป็นนาที) แพทย์ตรวจอะไรบ้าง (ตรวจบริเวณใด) แพทย์ตรวจละเอียดไหม
- (3) พบแพทย์แต่ละครั้งแพทย์คุยอะไรบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร ท่านคุยอะไรกับแพทย์บ้าง
- (4) เมื่อแพทย์บอกว่าท่านเป็นอะไร ท่านรู้สึกอย่างไร
- (5) แพทย์รักษาท่านอย่างไร
- (6) ขณะที่รับการรักษาตามแนวทางดังกล่าว อาการของท่านเป็นอย่างไร ขณะที่เขาเล่าอาการ ก็ให้เขาเล่าตั้งแต่อาการของโรค การใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การกินอาหาร กินอย่างไร แพทย์แนะนำเกี่ยวกับอาหารบ้างไหม อย่างไร ผู้ป่วยห้ามตัวเองเกี่ยวกับการกินอาหารหรือไม่ ถ้าห้าม ห้ามอะไรบ้าง มีการออกกำลังกายบ้างไหม อย่างไร เมื่อเกิดความเครียดท่านจัดการอย่างไร (เหมือนถามประวัติชีวิต) รวมทั้งอาการอื่นๆ เกิดขึ้นหรือไม่ เช่น มีอาการเจ็บปวดขณะทำการรักษา หรือหลังจากรับการรักษา มีอาการปวดสลับปวดรื้อน ผะอืดผะอม กินอาหารไม่ได้ เป็นต้น และการมีอาการอย่างนั้น ท่านคิดว่าเนื่องจากอะไร (ให้เขาค่อยๆ เล่าเป็นกระบวนการของแต่ละช่วง ให้มากที่สุด เพราะเขาไปพบแพทย์หลายช่วงเวลา จึงต้องถามให้ละเอียดในแต่ละช่วงเวลา)
- (7) อัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความเหมาะสม/ราคาถูก) ถามแต่ละช่วงเวลาที่รักษา และประเมินในภาพรวมของการรักษา

3.3.2 การกินยา ไปซื้อยาที่ไหน (ตัวอย่างเช่น ร้านขายยา เป็นร้านขายยาประเภทใด เช่น มีเภสัชกรประจำ ร้านขายของชำ ซื้อจากองค์การเภสัชกรรม) ทำไมจึงใช้ยาดัชนี ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาแต่ละครั้งเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความเหมาะสม/ราคาถูก)

3.4 กรุณาช่วยเล่าเกี่ยวกับลักษณะของการไปพบแพทย์ ว่าเขาไปพบในลักษณะใด (ตัวอย่างเช่น ไปพบแพทย์ด้วยอาการอย่างไร และอาการนั้นเป็นอาการของอวัยวะส่วนใด เช่น อาการปวดตา ปวดท้อง) เมื่อกลับจากการพบแพทย์ แต่ละครั้งเขาคิดอย่างไร เขามั่นใจหรือเขากลัว หรือว่าอาการเขาดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร และหากอาการไม่ดีขึ้นเขารู้สึกอย่างไรกับการรักษา)

3.5 ท่านคิดว่าอาการหรือโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันรักษาได้หายหรือได้ผลดี มีอะไรบ้าง และมีโรคหรืออาการอะไรที่รักษาไม่หายหรือรักษาไม่ได้ผล ในความคิดของเขาคิดว่าเป็นเพราะสาเหตุใด

4. นอกจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ที่คล้ายชีวิต แต่ไม่ใช่ชีวิตโดยตรง เคยได้ลองมาก่อนหรือไม่ เช่น แมคโครไบโอติก น้ำผักปั่น ของ ดร. รสสุคนธ์

แนวทางการรักษาของนายแพทย์บรรจบ (ถ้ามีต้องคุยเรื่องนี้ก่อน เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงไปสู่ชีวิต เช่น วิธีการรักษาเป็นอย่างไร รักษามานานเท่าใด รักษาแต่ละครั้งคิดว่ามีผลอย่างไร เปลี่ยนวิธีการรักษาเพราะเหตุใด)

5. คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิต

5.1 ขอให้เล่าถึงจุดเริ่มต้นที่เข้ามาปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตโดยจะถามในประเด็นดังนี้

5.1.1 ท่านรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิตเป็นครั้งแรกได้อย่างไร จากแหล่งต่อไปนี้

- (1) จากหนังสือ (เพราะงานของ ดร. สาธิต มีทั้ง –พอกเกิดโรค 4 เล่ม คือ “ชีวิต: ชีวิตที่เข้าใจธรรมชาติ” “มะเร็งแห่งชีวิต” “ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70” และ “กุญแจ” -นิตยสารรายปักษ์ชีวิต คอลัมน์ “ปั้นชีวิตใหม่ด้วยชีวิต” ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ) ท่านได้อ่านหนังสือเหล่านี้หรือเปล่า อ่านเล่มไหน
- (2) จากวิทยุทัศน์เรื่อง “กินอยู่อย่างชีวิต”
- (3) จากการบอกเล่า ผู้บอกเล่าเป็นใคร และบุคคลผู้นี้รับรู้เรื่องชีวิตได้อย่างไร
- (4) จากชมรมชีวิต โดยวิธีการอย่างไร

ในแต่ละแหล่งข้างต้น ให้ถามว่า ความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิตมีอะไรบ้าง อย่างไร (ตัวอย่างเช่นเรื่องอาหาร จะต้องรับประทานอาหารประเภทไหน อย่างไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น การออกกำลังกายมีอะไรบ้าง อย่างไร การพัฒนาจิตใจมีอะไรบ้าง อย่างไร การล้างพิษทำเพื่ออะไร และทำอย่างไร)

5.1.2 เมื่อท่านเกิดความสนใจในแนวทางนี้ ท่านกระทำอย่างไรต่อไป

5.1.3 อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจ มาปฏิบัติตามแนวทางชีวิต

5.1.4 ท่านได้ชักนำคนที่เจ็บป่วย แล้วไม่รู้จักชีวิต ให้เข้ามาใช้ชีวิตหรือไม่ มีเหตุผลอย่างไรที่ไปชักนำผู้อื่น

5.2 ทศนะ ความเชื่อ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิต โดยจะสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไปนี้

5.2.1 ตะล่อมถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาตามแนวทางชีวิตของเขาว่าเป็นอย่างไร

5.2.2 ท่านเริ่มปฏิบัติตามแนวทางชีวิต เมื่อใด (ตัวอย่างเช่น หลังจากรู้ว่าป่วยเป็นโรคนี้นานเท่าใด) และเริ่มปฏิบัติอย่างไร

5.2.3 ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวตามแนวทางชีวิต เกี่ยวกับเรื่องอะไร ที่ตรงกับสาเหตุของการเกิดโรคของท่าน

5.2.4 วิธีการดูแลสุขภาพแบบชีวิตและการแพทย์แผนปัจจุบัน ต่างกันหรือไม่ อย่างไร

- 5.2.5 เมื่อรับแนวทางชีวิตแล้ว สามารถปฏิบัติตามแนวทางชีวิตได้ครบถ้วนหรือไม่ อย่างไร โดยซักถามเกี่ยวกับระดับของการปฏิบัติ ว่าปฏิบัติได้ในระดับไหน อย่างไร เพราะเหตุใดจึงปฏิบัติได้แค่ระดับนั้น (ตัวอย่างเช่น บางคนอาจจะรับประทาน อาหารแบบชีวิตจิตเพียงอย่างเดียว ในขณะที่อีกคนหนึ่งอาจจะออกกำลังกายด้วย กระบองตามแบบชีวิตจิตด้วย หรือในบางกรณี บางคนอาจจะสามารถปฏิบัติตนได้ ครบถ้วนทั้งเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การพัฒนาจิตใจ และการล้างพิษด้วย)
- 5.2.6 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการปฏิบัติตนตามแนวทางชีวิตเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความ เหมาะสม / ราคาถูก)
- 5.2.7 เมื่อเกิดข้อสงสัยในแนวทางปฏิบัติ ท่านดำเนินการอย่างไร (ตัวอย่างเช่น ขอคำ แนะนำจากใคร ด้วยวิธีอย่างไร ทำไมจึงเลือกบุคคลคนนั้น)
6. การร่วมกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม
- 6.1 ท่านเข้ากลุ่มกับกลุ่มออกกำลังกายได้อย่างไร
- 6.2 ท่านคิดอย่างไรในการเข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มออกกำลังกาย ท่านมาเข้ากลุ่มออกกำลังกาย กับใครบ้าง (ตัวอย่างเช่น สามิ ภรรยา ลูก)
- 6.3 การรวมกลุ่มในการออกกำลังกายตรงกับวันใด เวลาอะไร
- 6.4 ท่านไปเข้าร่วมกับกลุ่มในวันนัดออกกำลังกายทุกครั้งหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 6.5 กระบวนการเรียนรู้ที่ได้รับจากการได้มาร่วมกลุ่มออกกำลังกายมีบ้างไหม เรียนรู้ เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องจิตใจ เครือข่ายการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การร่วมไปทอดผ้าป่า)
- 6.6 นอกเวลาในการเข้าร่วมกับกลุ่มออกกำลังกาย ท่านได้บริหารร่างกายด้วยตนเองหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 6.7 ท่านติดต่อกับสมาชิกในกลุ่มออกกำลังกายท่านอื่นบ้างหรือไม่ ถ้ามีติดต่อกันด้วยเรื่อง อะไร มีกระบวนการติดต่ออย่างไร
- 6.8 ท่านติดต่อกับชมรมชีวิตจิตบ้างหรือไม่ ถ้ามี ติดต่อกันด้วยเรื่องอะไร มีกระบวนการติดต่อ อย่างไร
- ในฐานะที่เป็นสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย ท่านรู้สึกว่ามีพันธะที่ต้องทำอะไรต่อในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม หรือไม่ ได้แก่อะไรบ้าง
7. การตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางชีวิต ดูจาก อะไรบ้าง ใครเป็นผู้ตรวจสอบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (ประเด็นนี้ต้องการถามเกี่ยวกับ ว่ามีกฎเกณฑ์ วินัย อะไรบ้างที่ใช้ในการจ้องมอง แล้วผู้ที่จ้องมองเป็นใคร เช่นตัวผู้ป่วยเอง หรือ คนอื่น ถ้าเป็นคนอื่น คือใครและจ้องมองเราอย่างไร)
8. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองภายหลังจากที่ปฏิบัติตามแนวทางชีวิตแล้ว

- 8.1 ชีวิตสนองความต้องการอะไรบ้างสำหรับท่าน
 - 8.2 มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง หลังจากปฏิบัติตามแนวทางชีวิต และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นเมื่อใช้แนวทางชีวิตมาแล้วนานเท่าใด
 - 8.3 ท่านคิดว่าสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น (ตัวอย่างเช่น มีความสุข ความพึงพอใจ โดยเปรียบเทียบกับอะไร)
 - 8.4 ตามความคิดของท่าน ท่านคิดว่าการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ควรเป็นอยู่อย่างไร
9. ขณะที่ท่านใช้แนวทางชีวิต ท่านยังใช้แนวทางอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าใช่ แนวทางนั้นคืออะไร ทำไมจึงใช้ทั้งสองแนวทาง เมื่ออาการดีขึ้น ท่านคิดว่าเกิดจากแนวทางไหน

ภาคผนวก ข

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ที่มีสุขภาพดี

1. เริ่มการสนทนา

1.1 แนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์

1.2 เริ่มพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เพื่อเป็นการอุ่นเครื่องและสร้างความคุ้นเคยระหว่างกัน

1.3 ขออนุญาตอัดเทป

2. คำถามข้อมูลทั่วไป

2.1 ชื่ออะไร อายุเท่าใด สำเร็จการศึกษาระดับใด มีอาชีพอะไร รายได้เป็นอย่างไร

2.2 แต่งงานหรือยัง สามี/ภรรยา มีอาชีพอะไร รายได้เป็นอย่างไร

2.3 มีลูกกี่คน เป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูและให้การศึกษาแก่ลูกเป็นอย่างไร

(สำหรับข้อ 2 อาจถามทีหลัง หลังจากมีความคุ้นเคยกันแล้ว หรือเป็นการแทรกถามระหว่างการพูดคุยในขณะที่ถามข้อมูลอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน)

3. คำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการแสวงหาการรักษา

3.1 กรุณาช่วยเล่าให้ฟังว่าตอนที่ท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านรู้สึกอย่างไร/คิดอย่างไร และได้ทำอะไรบ้าง (การไปทำอะไรนี้ ให้รวมถึงการไปปรึกษาหารือคนอื่น การไปพบแพทย์ การมองหาแนวทางการรักษาแบบอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ การไปซื้อยา ประเด็นของข้อนี้คือ อยากรู้ประวัติผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นมีอาการที่เขเจ็บป่วย)

3.1.1 การไปพบแพทย์ เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองหรือผู้อื่นให้คำแนะนำ มีการขังใจไหม ระหว่างไปพบแพทย์ กับไปหาแนวทางการรักษาแบบอื่น

(1) ไปพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อใด (อาจจะบุเวลาว่าหลังจากรู้ว่าเป็นโรคนี้นานเท่าใด)

(2) ไปพบแพทย์อย่างไร ความสะดวกในการไปพบแพทย์เป็นอย่างไร (ตัวอย่าง เช่น ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไกลหรือไม่)

(3) เวลาที่ใช้ในการพบแพทย์แต่ละครั้งต้องรอนานหรือไม่ (อาจจะบุเป็นชั่วโมง) แพทย์ใช้เวลาในการตรวจอย่างไร (มาก/น้อย อาจจะบุเป็นนาที) แพทย์ตรวจอะไรบ้าง (ตรวจบริเวณใด) แพทย์ตรวจละเอียดไหม

(4) พบแพทย์แต่ละครั้งแพทย์คุยอะไรบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร ท่านคุยอะไรกับแพทย์บ้าง

(5) เมื่อแพทย์บอกว่าท่านเป็นอะไร ท่านรู้สึกอย่างไร

(6) แพทย์รักษาท่านอย่างไร

(7) ขณะที่รับการรักษาตามแนวทางดังกล่าว อาการของท่านเป็นอย่างไร ขณะที่เขาเล่าอาการ ก็ให้เขาเล่าตั้งแต่อาการของโรค การใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การกินอาหาร กินอย่างไร แพทย์แนะนำเกี่ยวกับอาหารบ้างไหม อย่างไร ผู้ป่วยห้ามตัวเองเกี่ยวกับการกินอาหารหรือไม่ ถ้าห้าม ห้ามอะไรบ้าง มีการออกกำลังกายบ้างไหม อย่างไร เมื่อเกิดความเครียด ท่านจัดการอย่างไร (เหมือนถามประวัติชีวิต) รวมทั้งอาการอื่นๆเกิดขึ้นหรือไม่ เช่น มีอาการเจ็บปวดขณะทำการรักษา หรือหลังจากรับการรักษา มีอาการปวดแสบปวดร้อน ฝืดฝอมน กินอาหารไม่ได้ เป็นต้น และการมีอาการอย่างนั้น ท่านคิดว่าเนื่องจากอะไร (ให้เขาค่อยๆเล่า เป็นกระบวนการของแต่ละช่วง ให้มากที่สุด เพราะเขาไปพบแพทย์หลายช่วงเวลา จึงต้องถามให้ละเอียดในแต่ละช่วงเวลา)

(8) อัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความเหมาะสม/ราคาถูก) ถามแต่ละช่วงเวลาที่รักษา และประเมินในภาพรวมของการรักษา

3.1.2 การกินยา ไปซื้อยาที่ไหน (ตัวอย่างเช่น ร้านขายยา เป็นร้านขายยาประเภทใด เช่น มีเภสัชกรประจำ ร้านขายของชำ ซื้อมาจากองค์การเภสัชกรรม) ทำไมจึงใช้ยาดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาแต่ละครั้งเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความเหมาะสม/ราคาถูก)

3.2 กรุณาช่วยเล่าเกี่ยวกับลักษณะของการไปพบแพทย์ ว่าเขาไปพบในลักษณะใด (ตัวอย่างเช่น ไปพบแพทย์ด้วยอาการอย่างไร และอาการนั้นเป็นอาการของอวัยวะส่วนใด เช่น อาการปวดตา ปวดท้อง) เมื่อกลับจากการพบแพทย์ แต่ละครั้งเขาคิดอย่างไร เขามั่นใจหรือเขากลัว หรือว่าอาการเขาดีขึ้นหรือไม่ อย่างไร และหากอาการไม่ดีขึ้นเขารู้สึกอย่างไรกับการรักษา)

3.3 ท่านคิดว่าอาการหรือโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันรักษาได้หายหรือได้ผลดี มีอะไรบ้าง และมีโรคหรืออาการอะไรที่รักษาไม่หาย หรือรักษาไม่ได้ผล ในความคิดของเขาคิดว่าเป็นเพราะสาเหตุใด

4. นอกจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว การรักษาด้วยวิธีอื่นๆที่คล้ายชีวิตจิตใจ แต่ไม่ใช่ชีวิตจิตใจโดยตรง เคยได้ลองมาก่อนหรือไม่ เช่น แมคโครไบโอติก น้ำผักปั่น ของ ดร. รสสุคนธ์ แนวทางการรักษาของนายแพทย์บรรจบ (ถ้ามีต้องคุยเรื่องนี้ก่อน เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงไปสู่ชีวิตจิตใจ เช่น วิธีการรักษาเป็นอย่างไร รักษามานานเท่าใด รักษาแต่ละครั้งคิดว่ามีผลอย่างไร เปลี่ยนวิธีรักษาเพราะเหตุใด)

5. คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตใจ

5.1 ขอให้เล่าถึงจุดเริ่มต้นที่เข้ามาปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิต โดยจะถามในประเด็นดังนี้

5.1.1 ท่านรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิตเป็นครั้งแรกได้อย่างไร จากแหล่งต่อไปนี้

- (1) จากหนังสือ (เพราะงานของ ดร.สาธิต มีทั้ง -พอกเกิดบัค 4 เล่ม คือ "ชีวิต : ชีวิตที่เข้าใจธรรมชาติ" "มะเร็งแห่งชีวิต" "ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70" และ "กูแน่" -นิตยสารรายปักษ์ ชีวิต -คอลัมน์ "ปั้นชีวิตใหม่ด้วยชีวิต" ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ) ท่านได้อ่านหนังสือเหล่านี้หรือเปล่า อ่านเล่มไหน
- (2) จากวีดิทัศน์เรื่อง "กินอยู่อย่างชีวิต"
- (3) จากการบอกเล่า ผู้บอกเล่าเป็นใคร และบุคคลผู้นี้รับรู้เรื่องชีวิตได้อย่างไร
- (4) จากชมรมชีวิต โดยวิธีการอย่างไร

ในแต่ละแหล่งข้างต้น ให้ถามว่าความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิตมีอะไรบ้าง อย่างไร (ตัวอย่างเช่นเรื่องอาหาร จะต้องรับประทานอาหารประเภทไหน อย่างไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น การออกกำลังกายมีอะไรบ้าง อย่างไร การพัฒนาจิตใจมีอะไรบ้าง อย่างไร การล้างพิษทำเพื่ออะไร และทำอย่างไร)

5.1.2 เมื่อท่านเกิดความสนใจในแนวทางนี้ ท่านกระทำอย่างไรต่อไป

5.1.3 อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจ มาปฏิบัติตามแนวทางชีวิต

5.1.4 ท่านได้ชักนำคนที่เจ็บป่วย แล้วไม่รู้จักชีวิต ให้เข้ามาใช้ชีวิต หรือไม่ มีเหตุผลอย่างไรที่ไปชักนำผู้อื่น

5.2 ทศนะ ความเชื่อ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิต โดยจะสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไปนี้

5.2.1 ตะล่อมถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาตามแนวทางชีวิตของเขาว่าเป็นอย่างไร

5.2.2 ท่านเริ่มปฏิบัติตามแนวทางชีวิต เมื่อใด (ตัวอย่างเช่น หลังจากรู้ว่าป่วยเป็นโรคนั้นนานเท่าใด) และเริ่มปฏิบัติอย่างไร

5.2.3 ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวตามแนวทางชีวิตเกี่ยวกับเรื่องอะไร ที่ตรงกับสาเหตุของการเกิดโรคของท่าน

5.2.4 วิธีการดูแลสุขภาพแบบชีวิตและการแพทย์แผนปัจจุบัน ต่างกันหรือไม่ อย่างไร

5.2.5 เมื่อรับแนวทางชีวิตแล้ว สามารถปฏิบัติตามแนวทางชีวิต ได้ครบถ้วนหรือไม่ อย่างไร โดยซักถามเกี่ยวกับระดับของการปฏิบัติ ว่าปฏิบัติได้ในระดับไหน อย่างไร เพราะเหตุใดจึงปฏิบัติได้แค่ระดับนั้น (ตัวอย่างเช่น บางคนอาจจะรับประทานอาหารแบบชีวิตเพียงอย่างเดียว ในขณะที่อีกคนหนึ่งอาจจะออกกำลังกาย

ไปด้วยกระบอกตามแบบชีวิตจิตด้วย หรือในบางกรณี บางคนอาจจะสามารถปฏิบัติตนได้ครบถ้วนทั้งเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การพัฒนาจิตใจ และการล้างพิษด้วย)

5.2.6 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการปฏิบัติตามแนวทางชีวิตจิตเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความเหมาะสม/ราคาถูก)

5.2.7 เมื่อเกิดข้อสงสัยในแนวทางปฏิบัติ ท่านดำเนินการอย่างไร (ตัวอย่างเช่น ขอคำแนะนำจากใครด้วยวิธีอย่างไร ทำไมจึงเลือกบุคคลคนนั้น)

6. การร่วมกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม

6.1 ท่านเข้ากลุ่มกับกลุ่มออกกำลังกายได้อย่างไร

6.2 ท่านคิดอย่างไรในการเข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มออกกำลังกาย ท่านมาเข้ากลุ่มออกกำลังกายกับใครบ้าง (ตัวอย่างเช่น สามิ ภรรยา ลูก)

6.3 การรวมกลุ่มในการออกกำลังกายตรงกับวันใด เวลาอะไร

6.4 ท่านไปเข้าร่วมกับกลุ่มในวันนัดออกกำลังกายทุกครั้งหรือไม่ เพราะเหตุใด

6.5 กระบวนการเรียนรู้ที่ได้รับจากการได้มาร่วมกลุ่มออกกำลังกายมีบ้างไหม เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องจิตใจ เครือข่ายการช่วยเหลืออื่นๆเช่น การร่วมไปทอดผ้าป่า)

6.6 นอกเวลาในการเข้าร่วมกับกลุ่มออกกำลังกาย ท่านได้บริหารร่างกายด้วยตนเองหรือไม่ เพราะเหตุใด

6.7 ท่านติดต่อกับสมาชิกในกลุ่มออกกำลังกายท่านอื่นบ้างหรือไม่ ถ้ามีติดต่อกันด้วยเรื่องอะไร มีกระบวนการติดต่ออย่างไร

6.8 ท่านติดต่อกับชมรมชีวิตจิตบ้างหรือไม่ ถ้ามี ติดต่อกันด้วยเรื่องอะไร มีกระบวนการติดต่ออย่างไร ในฐานะที่เป็นสมาชิกกลุ่มออกกำลังกาย ท่านรู้สึกว่ามีพันธะที่ต้องทำอะไรต่อในฐานะที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม หรือไม่ ได้แก่อะไรบ้าง

7. การตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางชีวิตจิต ดูจากอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ตรวจสอบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (ประเด็นนี้ต้องการถามเกี่ยวกับว่ามีกฎเกณฑ์ วินัย อะไรบ้างที่ใช้ในการจ้องมอง แล้วผู้ที่จ้องมองเป็นใคร เช่นตัวผู้ป่วยเอง หรือคนอื่น -ถ้าเป็นคนอื่น คือใครและจ้องมองเราอย่างไร)

8. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองภายหลังจากที่ปฏิบัติตามแนวทางชีวิตจิตแล้ว

8.1 ชีวิตจิตสนองความต้องการอะไรบ้างสำหรับท่าน

8.2 มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง หลังจากปฏิบัติตามแนวทางชีวิตจิต และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นเมื่อใช้แนวทางชีวิตจิตมาแล้วนานเท่าใด

8.3 ท่านคิดว่าสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น (ตัวอย่างเช่น มีความสุข ความพึงพอใจ โดยเปรียบเทียบกับอะไร)

8.4 ตามความคิดของท่าน ท่านคิดว่าการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ควรเป็นอย่างไรร

9. ขณะที่ท่านใช้แนวทางชีวิต ท่านยังใช้แนวทางอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าใช่ แนวทางนั้นคืออะไร ทำไมจึงใช้ทั้งสองแนวทาง เมื่ออาการดีขึ้น ท่านคิดว่าเกิดจากแนวทางไหน

ภาคผนวก ค

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิต แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้นำกลุ่มออกกำลังกาย

1. เริ่มการสนทนา

- 1.1 แนะนำตัว และบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์
- 1.2 เริ่มพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เพื่อเป็นการอุ่นเครื่องและสร้างความคุ้นเคยระหว่างกัน
- 1.3 ขออนุญาตอัดเทป

2. คำถามข้อมูลทั่วไป

- 2.1 ชื่ออะไร อายุเท่าใด สำเร็จการศึกษาระดับใด มีอาชีพอะไร รายได้เป็นอย่างไร
- 2.2 แต่งงานหรือยังสามี/ภรรยา มีอาชีพอะไร รายได้เป็นอย่างไร
- 2.3 มีลูกกี่คน เป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย ภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูและให้การศึกษาแก่ลูก เป็นอย่างไร

(สำหรับข้อ 2 อาจถามทีหลัง หลังจากมีความคุ้นเคยกันแล้ว หรือเป็นการแทรกถามระหว่างการพูดคุยในขณะที่ถามข้อมูลอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน)

3. คำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการแสวงหาการรักษา

- 3.1 การพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือสุขภาพของผู้ตอบ ว่าที่เขาป่วยหรืออาการที่ไม่สบาย เขารู้ไหมว่าเป็นโรคอะไร หรือเกิดจากอะไร และซักถามรายละเอียดของอาการต่างๆ ที่ผู้ตอบคิดว่าเกี่ยวข้องกับโรคที่จะเป็น และถ้าเกิดเป็นมากกว่า 1 โรค ค่อยๆถามรายละเอียดของการเป็นแต่ละโรค ว่าตั้งแต่เมื่ออายุเท่าใด มีอาการอย่างไรบ้าง
- 3.2 เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ตั้งแต่อายุเท่าใด มีอาการอย่างไร
- 3.3 กรุณาช่วยเล่าให้ฟังว่า ตอนที่ท่านรู้ว่าท่านเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ หรือท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านรู้สึกอย่างไร/คิดอย่างไร และได้ทำอะไรบ้าง (การไปทำอะไรนี้ ให้รวมถึง การไปปรึกษาหารือคนอื่น การไปพบแพทย์ การมองหาแนวทางการรักษาแบบอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ การไปซื้อยา ประเด็นของข้อนี้คือ อยากรู้ประวัติผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นมีอาการที่เขาเจ็บป่วย)
 - 3.3.1 การไปพบแพทย์ เป็นการตัดสินใจด้วยตนเองหรือผู้อื่นให้คำแนะนำ มีการลังเลใจไหมระหว่างไปพบแพทย์ กับไปหาแนวทางการรักษาแบบอื่น
 - (1) ไปพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อใด(อาจจะบอกล่าว่าหลังจากรู้ว่าเป็นโรคนี้นานเท่าใด)

- (2) ไปพบแพทย์อย่างไร ความสะดวกในการไปพบแพทย์เป็นอย่างไร (ตัวอย่าง เช่น ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไกลหรือไม่)
- (3) เวลาที่ใช้ในการพบแพทย์แต่ละครั้งต้องรอนานหรือไม่ (อาจจะระบุเป็นชั่วโมง)
- (4) แพทย์ใช้เวลาในการตรวจอย่างไร (มาก/น้อย อาจจะระบุเป็นนาที) แพทย์ตรวจอะไรบ้าง (ตรวจบริเวณใด) แพทย์ตรวจละเอียดไหม
- (5) พบแพทย์แต่ละครั้งแพทย์คุยอะไรบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร ท่านคุยอะไรกับแพทย์บ้าง
- (6) เมื่อแพทย์บอกว่าท่านเป็นอะไร ท่านรู้สึกอย่างไร
- (7) แพทย์รักษาท่านอย่างไร
- (8) ขณะที่รับการรักษาตามแนวทางดังกล่าว อาการของท่านเป็นอย่างไร ขณะที่เขาเล่าอาการ ก็ให้เขาเล่าตั้งแต่อาการของโรค การใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การกินอาหาร กินอย่างไร แพทย์แนะนำเกี่ยวกับอาหารบ้างไหม อย่างไร ผู้ป่วยห้ามตัวเองเกี่ยวกับการกินอาหารหรือไม่ ถ้าห้าม ห้ามอะไรบ้าง มีการออกกำลังกายบ้างไหม อย่างไร เมื่อเกิดความเครียด ท่านจัดการอย่างไร (เหมือนถามประวัติชีวิต) รวมทั้งอาการอื่นๆเกิดขึ้นหรือไม่ เช่น มีอาการเจ็บปวดขณะทำการรักษา หรือหลังจากการรักษา มีอาการปวดแสบปวดร้อน ฝืดฝอมน กินอาหารไม่ได้ เป็นต้น และการมีอาการอย่างนั้น ท่านคิดว่าเนื่องจากอะไร (ให้เขาค่อยๆเล่า เป็นกระบวนการของแต่ละช่วงให้มากที่สุด เพราะเขาไปพบแพทย์หลายช่วงเวลา จึงต้องถามให้ละเอียดในแต่ละช่วงเวลา)
- (9) อัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความเหมาะสม/ราคาถูก) ตามแต่ละช่วงเวลาที่รักษา และประเมินในภาพรวมของการรักษา

3.3.2 การกินยา ไปซื้อยาที่ไหน (ตัวอย่างเช่น ร้านขายยา เป็นร้านขายยาประเภทใด เช่น มีเภสัชกรประจำ ร้านขายของชำ ซื้อจากองค์การเภสัชกรรม) ทำไมจึงใช้ยาดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาแต่ละครั้งเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มีความเหมาะสม/ราคาถูก)

3.4 กรุณาช่วยเล่าเกี่ยวกับลักษณะของการไปพบแพทย์ ว่าเขาไปพบในลักษณะใด (ตัวอย่าง เช่น ไปพบแพทย์ด้วยอาการอย่างไร และอาการนั้นเป็นอาการของอวัยวะส่วนใด เช่น อาการปวดตา ปวดท้อง)

เมื่อกลับจากการพบแพทย์แต่ละครั้งเขาคิดอย่างไร เขามั่นใจหรือเขากลัว หรือว่าอาการเขาดีขึ้นหรือไม่อย่างไร และหากอาการไม่ดีขึ้น เขารู้สึกอย่างไรกับการรักษา)

3.5 ท่านคิดว่าอาการหรือโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันรักษาได้หายหรือได้ผลดี มีอะไรบ้าง

3.6 และมีโรคหรือ อาการอะไรที่รักษาไม่หายหรือรักษาไม่ได้ผล ในความคิดของเขาคิดว่าเป็นเพราะสาเหตุใด

4. นอกจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว การรักษาด้วยวิธีอื่นๆที่คล้ายชีวิติต แต่ไม่ใช่ชีวิติตโดยตรง เคยได้ลองมาก่อนหรือไม่ เช่น แมคโครไบโอติก น้ำผักปั่น ของ ดร. รสสุคนธ์ แนวทางการรักษา ของนายแพทย์บรรจบ (ถ้ามีต้องคุยเรื่องนี้ก่อน เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงไปสู่ชีวิติต เช่น วิธีการรักษาเป็นอย่างไร รักษามานานเท่าใด รักษาแต่ละครั้งคิดว่ามีผลอย่างไร เปลี่ยนวิธีรักษาเพราะเหตุใด)

5. คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิติต

5.1 ขอให้เล่าถึงจุดเริ่มต้นที่เข้ามาปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบชีวิติตโดยจะถามในประเด็นดังนี้

5.1.1 ท่านรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิติตเป็นครั้งแรกได้อย่างไร จากแหล่งต่อไปนี้

(1) จากหนังสือ (เพราะงานของ ดร.สาธิต มีทั้ง -พอกเก็ตบุ๊ก 4 เล่ม คือ “ชีวิติต : ชีวิตที่เข้าใจธรรมชาติ” “มะเร็งแห่งชีวิต” “ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70” และ “ภูแน” -นิตยสารรายปักษ์ชีวิติต -คอลัมภ์ “ปั้นชีวิตใหม่ด้วยชีวิติต” ในหนังสือพิมพ์ ไทยรัฐ) ท่านได้อ่านหนังสือเหล่านี้หรือเปล่า อ่านเล่มไหน

(2) จากวิดีโอที่ค้นเรื่อง “กินอยู่อย่างชีวิติต”

(3) จากการบอกเล่า ผู้บอกเล่าเป็นใคร และบุคคลผู้นี้รับรู้เรื่องชีวิติตได้อย่างไร จากชมรมชีวิติต โดยวิธีการอย่างไร

*ในแต่ละแหล่งข้างต้น ให้ถามว่าความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิติตมีอะไรบ้าง อย่างไร (ตัวอย่างเช่น เรื่องอาหาร จะต้องรับประทานอาหารประเภทไหน อย่างไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น การออกกำลังกายมีอะไรบ้าง อย่างไร การพัฒนาจิตใจมีอะไรบ้าง อย่างไร การล้างพิษทำเพื่ออะไร และทำอย่างไร)

5.1.2 เมื่อท่านเกิดความสนใจในแนวทางนี้ ท่านกระทำการอย่างไรต่อไป

5.1.3 อะไรที่ทำให้ท่านตัดสินใจ มาปฏิบัติตามแนวทางชีวิติต

5.1.4 ท่านได้ชักนำคนที่เจ็บป่วย แล้วไม่รู้จักรักชีวิติต ให้เข้ามาใช้ชีวิติต หรือไม่ มีเหตุผลอย่างไรที่ไปชักนำผู้อื่น

5.2 ทักษะ ความเชื่อ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบชีวิติต โดยจะสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไปนี้

5.2.1 ตระล่อมถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาตามแนวทางชีวิติต ของเขาว่าเป็นอย่างไร

5.2.2 ท่านเริ่มปฏิบัติตามแนวทางชีวิติตเมื่อใด (ตัวอย่างเช่นหลังจากรู้ว่าป่วยเป็นโรคนี้นานเท่าใด) และเริ่มปฏิบัติอย่างไร

5.2.3 ท่านคิดว่าการปฏิบัติตัวตามแนวทางชีวิติต เกี่ยวกับเรื่องอะไรที่ตรงกับสาเหตุของการเกิดโรคของท่าน

- 5.2.4 วิธีการดูแลสุขภาพแบบชีวิตจิตและการแพทย์แผนปัจจุบัน ต่างกันหรือไม่ อย่างไร
- 5.2.5 เมื่อรับแนวทางชีวิตจิตแล้ว สามารถปฏิบัติตามแนวทางชีวิตจิต ได้ครบถ้วนหรือไม่ อย่างไร โดยถามเกี่ยวกับระดับของการปฏิบัติ ว่าปฏิบัติได้ในระดับไหน อย่างไร เพราะเหตุใดจึงปฏิบัติได้แค่ระดับนั้น (ตัวอย่างเช่น บางคนอาจจะรับประทาน อาหารแบบชีวิตจิตเพียงอย่างเดียว ในขณะที่อีกคนหนึ่งอาจจะออกกำลังกายด้วย กระบองตามแบบชีวิตจิตด้วย หรือในบางกรณี บางคนอาจจะสามารถปฏิบัติตนได้ ครบถ้วนทั้งเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพัฒนาจิตใจ และการล้างพิษด้วย)
- 5.2.6 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการปฏิบัติตนตามแนวทางชีวิตจิตเป็นอย่างไร (แพงเกินไป/มี ความเหมาะสม/ราคาถูก)
- 5.2.7 เมื่อเกิดข้อสงสัยในแนวทางปฏิบัติ ท่านดำเนินการอย่างไร (ตัวอย่างเช่น ขอคำ แนะนำจากใคร ด้วยวิธีอย่างไร ทำไมจึงเลือกบุคคลคนนั้น)

6. การร่วมกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม

- 6.1 ท่านเข้ากลุ่มกับกลุ่มออกกำลังกายได้อย่างไร
- 6.2 ท่านคิดอย่างไรในการเข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มออกกำลังกาย ท่านมาเข้ากลุ่มออกกำลังกายกับใครบ้าง (ตัวอย่างเช่น สามี ภรรยา ลูก)
- 6.3 การรวมกลุ่มในการออกกำลังกายตรงกับวันใด เวลาอะไร
- 6.4 ท่านไปเข้าร่วมกับกลุ่มในวันนัดออกกำลังกายทุกครั้งหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 6.5 นอกเวลาในการเข้าร่วมกับกลุ่มออกกำลังกาย ท่านได้บริหารร่างกายด้วยตนเองหรือไม่ เพราะเหตุใด
- 6.6 กลุ่มออกกำลังกายเริ่มต้นมาอย่างไร ใครเป็นผู้ก่อกำเนิด ทำไมจึงเลือกสถานที่นี้เป็นที่ ออกกำลังกาย
- 6.7 อะไรเป็นตัวทำให้กลุ่มมารวมกันได้
- 6.8 กระบวนการเรียนรู้ที่ได้รับจากการได้มาร่วมกลุ่มออกกำลังกายมีบ้างไหม เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง (ตัวอย่างเช่น เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องจิตใจ เครือข่ายการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การร่วมไปทอดผ้าป่า)
- 6.9 นอกจากกลุ่มออกกำลังกาย มีวิธีการเผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างอุดมการณ์ร่วมกันแบบ อื่นๆหรือไม่อย่างไรบ้าง และเผยแพร่ความรู้อย่างไร (เช่น ชมรมชีวิตจิต มีการจัดประชุม สัมมนา)
- 6.10 สมาชิกของกลุ่มมาประจำหรือไม่ จำนวนสมาชิกเพิ่มขึ้น หรือไม่ คนที่เป็นสมาชิก รู้สึกว่า จะต้องทำอะไรต่อ อีกหรือไม่
- 6.11 กลุ่มออกกำลังกายแต่ละกลุ่ม มีการช่วยเหลือกันหรือไม่ ถ้ามี ช่วยเหลือกันในเรื่อง อะไร วิธีดำเนินการในการขอความช่วยเหลือ ทำอย่างไร

6.12 กลุ่มออกกำลังกายกับชมรมชีวิตมีการติดต่อกันหรือไม่ ถ้ามีติดต่อกันโดยวิธีใด ติดต่อกันเรื่องอะไร

7. การตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางชีวิต ดูจากอะไรบ้าง ใครเป็นผู้ตรวจสอบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว (ประเด็นนี้ต้องการถามเกี่ยวกับว่ามีกฎเกณฑ์ วินัย อะไรบ้างที่ใช้ในการจ้องมอง แล้วผู้ที่จ้องมองเป็นใคร เช่นตัวผู้ป่วยเอง หรือคนอื่น -ถ้าเป็นคนอื่น คือใครและจ้องมองเราอย่างไร)
8. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองภายหลังจากที่ปฏิบัติตามแนวทางชีวิตแล้ว
 - 8.1 ชีวิตจิตสนองความต้องการอะไรบ้างสำหรับท่าน
 - 8.2 มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง หลังจากปฏิบัติตามแนวทางชีวิต และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นเมื่อใช้แนวทางชีวิตมาแล้วนานเท่าใด
 - 8.3 ท่านคิดว่าสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น (ตัวอย่างเช่น มีความสุข ความพึงพอใจ โดยเปรียบเทียบกับอะไร)
 - 8.4 ตามความคิดของท่าน ท่านคิดว่าการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ควรเป็นอยู่อยู่อย่างไร ขณะที่ท่านใช้แนวทางชีวิต ท่านยังใช้แนวทางอื่นร่วมด้วยหรือไม่ ถ้าใช้ แนวทางนั้นคืออะไร ทำไมจึงใช้ทั้ง สองแนวทาง เมื่ออาการดีขึ้น ท่านคิดว่าเกิดจากแนวทางไหน

ภาคผนวก ง

สูตรอาหารตามแนวทางแมคโครไบโอติกส์และชีวจิต

1. อาหารประเภทแป้งที่ไม่ได้ขัดขาว หรือที่เรียกว่า Whole Grains เช่น ที่เป็นข้าว ก็เป็น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ถ้าเป็นข้าวโพด ก็ข้าวโพดทั้งเมล็ดหรือทั้งฝัก ถ้าเป็นแป้งขนมปัง ก็เป็นขนมปังโฮลวีท เหล่านี้เป็นต้น

และควรจะให้ ประเภทแป้ง คือ Carbohydrate นี้ เป็นกลุ่ม Complex Carbohydrate คือเป็นแป้งหลายชั้น ซึ่งมีโปรตีนปนอยู่ด้วย จึงควรเติมมันต่างๆ เช่น มันเทศ มันฝรั่ง หรือฟักทอง ลงไปด้วย ไม่จำเป็นต้องต้มรวมกันก็ได้

“ปริมาณอาหารประเภทนี้ ประมาณ 50% ของแต่ละมื้อ”

2. ผัก ใช้ทั้งผักดิบ ผักสุก อย่างละครึ่ง ทำเป็นสลัดผักสดก็ได้ ทำเป็นผักสดจิ้มน้ำพริก บ้าง หรือผัดโดยใช้น้ำมันพืชแต่น้อย ผักถ้าปลูกเอง ไม่ใช้สารเคมีต่างๆ จะดีที่สุด แต่ถ้าต้องซื้อจากตลาด ก็ต้องเลือกผักที่ปลอดภัย แขน้านานๆ และแช่ล้างทันทันท่วงทีด้วย

“ปริมาณของผัก ประมาณ 25% ของแต่ละมื้อ”

3. ถั่วต่างๆ อยู่ในประเภทโปรตีน เช่น ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วเหลือง ถั่วดำ และผลผลิตจากถั่ว เช่น เต้าหู้ โปรตีนเกษตร หรือผลผลิตซึ่งต้องดัดแปลงจากถั่วในรูปต่างๆ

“ปริมาณของถั่วหรือโปรตีนจากพืช ประมาณ 15% ของแต่ละมื้อ”

นอกจากนี้จะใช้โปรตีนจากสัตว์เป็นครั้งคราว คือ ปลาและอาหารทะเล ประมาณอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง

4. เบ็ตเตล็ด คือแกงหรือซूप ถ้าจะเป็นแกงแบบไทย ก็ใช้แกงจืดหรือแกงเลียง หรือจะทำเป็นซूप ก็ใช้มิโซะหรือเต้าเจี้ยวญี่ปุ่นผสมในน้ำแกง

สิ่งซึ่งใช้เป็นเนื้อหาของการปรุง ซึ่งใช้เป็นประจำก็คือ สาหร่ายทะเล จะผสมอาหารต่างๆ เป็นเครื่องปรุงก็ได้ ใส่แกงหรือผัดผักต่างๆ ก็ได้ เครื่องปรุงทั้งงาสดและงาคั่วโรยอาหารต่างๆ ได้ทุกอย่าง

ถั่วต่างๆ และเมล็ดพืชใช้กินเล่น เช่น ถั่วคั่ว เมล็ดฟักทอง เมล็ดแตงโม ผลไม้ ถวายเป็นผลไม้เขียวและไม่หวาน เช่น ฝรั่ง มะม่วงดิบ

“กลุ่มเบ็ตเตล็ดซึ่งมีแกง ของกินเล่น และผลไม้ รวมปริมาณแล้ว ประมาณ 10% ของแต่ละมื้อ”

(จากหนังสือ “มะเร็งแห่งชีวิต”. สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ข : 87-88)

ภาคผนวก จ

ออกกำลังกับตะบอง (ท่าเบสิก)

(ใช้ท่อ พี.วี.ซี. ขนาด 1 นิ้ว ตัดเป็นตะบองขนาดความยาวให้เท่ากับส่วนสูงของคุณ)

ท่าเตรียม

1. จับตะบองด้วยมือ 2 ข้าง ก้มลงข้างหน้า
2. แหงนตะบองขึ้นข้างบน แล้วแอ่นไปข้างหลัง

ท่าบิดและท่าเหวี่ยง

1. แยกตะบองด้านหลังบนบ่าสองข้าง
2. ยืนกางขา ระยะเท้าไหล่สองข้าง บิดตัวขวาและซ้าย สลับกันข้างละ 10 ครั้ง
3. เหมือนข้อ 2 แต่ให้สะบัดคอ ตรงข้ามกับการหมุน คือถ้าหมุนขวาให้สะบัดคอไปซ้าย ถ้าหมุนซ้ายให้สะบัดคอไปขวา สลับกันข้างละ 10 ครั้ง
4. เอียงด้านข้างซ้ายและขวาแต่ละครั้ง ดาแขนดูปลายแขนด้านบน สลับกันข้างละ 10 ครั้ง
5. ยืนอย่างเก่า ทำสีลม (Wind Mill) มือขวาแตะเท้าซ้าย แล้วมือซ้ายแตะเท้าขวา เช้าอย่างอ ท่าข้างละ 10 ครั้ง
6. สองมือกำตะบองตรงกลาง ก้มหัวลง สองมือจรดเท้าหมุนท่อนบน โดยการควงขึ้น เหวให้รอบจากซ้ายไปขวา
7. เหมือนท่าที่ 6 แต่ควงจากขวาไปซ้าย ทำสลับกับท่าที่ 6 ข้างละ 5 ครั้ง
8. ยืนเท้าชิด กำตะบองตรงกลาง ยืนสองแขนข้างหน้าระดับไหล่ เตะขาขวาซ้าย สลับกันสองข้าง เวลาเตะให้เท้าเหยียด เตะให้สูงที่สุดที่จะสูงได้ ข้างละ 10 ครั้ง
9. เหมือนท่าที่ 8 แต่เวลาเตะเท้าให้ตั้งฉาก
10. เหมือนท่าที่ 8 แต่เวลาเตะให้เตะเบียร์ไปข้างๆ ข้างละ 10 ครั้ง เวลาเตะเท้าเหยียด
11. เหมือนท่าที่ 10 เวลาเตะเท้าตั้งฉาก

ท่าแกม (ถ้ามีเวลาและขาแข็งแรงดีแล้ว)

1. แยกตะบองด้านหลังที่เอว
2. นั่งยองๆ แล้วลุกขึ้น

(จากหนังสือ "ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70". สาทิส อินทรกำแหง. 2539 : 177-179)

ภาคผนวก ฉ

ท่าหนด

1. นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย ยืนมือสองข้าง ก้มตัวไปข้างหน้าจนหน้าผากจรดพื้น เงยหน้าขึ้นหายใจเข้าเต็มที่ นับหนึ่งถึงสิบ ก้มหน้าลง หายใจออก นับหนึ่งถึงสิบ ยืดมือออกไปอีกให้ไกลที่สุดที่จะไกลได้
2. นั่งท่าเดิม เปลี่ยนเท้าซ้ายทับเท้าขวา ทำอย่างข้อหนึ่งอีก
3. ดึงและดัน จากท่านั่งสมาธิ ยกขาขวาอ้อมไปวางด้านข้างของเท้าซ้าย ดึงเข้าขวาเต็มแรง คอบิดไปด้านขวา มองข้ามหัวไหล่ให้เห็นหัวแม่มือขวา มือซ้ายดึงเข้าขวา คอหมุนไปข้างขวา ดึงและหมุนเต็มแรง
4. เปลี่ยนข้าง ขาซ้ายอ้อมเข้าขวา มือขวาดึงเข้าซ้าย คอบิดไปด้านซ้าย ทำเหมือนข้อ 3 เป็นแต่เพียงตรงข้ามกันเท่านั้น ทำสลับกันแบบนี้ ข้างละ 5 ครั้ง
5. นวด นั่งขัดสมาธิ ภูมือสองข้างเข้าด้วยกันจนร้อน ใช้มือข้างขวาบิบนต้นคอข้างซ้าย แล้วบีบไล่ลงเรื่อยมาถึงบ่า ไหล่ ต้นแขน ไล่ตามแขนจนถึงนิ้วมือ ดึงนิ้วมือทุกนิ้ว ภูมือสองข้างอีก ใช้มือซ้ายบีบต้นคอด้านขวา แล้วทำเหมือนอย่างข้างต้นใหม่ นวดหมดสองข้างแล้วสลับข้อมือแรงๆ สิบครั้ง
6. ทำหายใจ นั่งขัดสมาธิ อุตรูจุมุกขวา หายใจรูซ้าย อัดลมหายใจแล้วหายใจออกข้างขวา หายใจเข้าข้างขวา อัดหายใจออกรูซ้าย อัด ออกรูขวา ขวาวัด ออกรูซ้าย ทำสลับกันไปมา อย่างนี้รวมสิบครั้ง จากนั้นหายใจเข้าออกธรรมดาด้วยรูจุมุกสองข้างอีกห้าครั้ง ตลอดเวลานี้หายใจเข้าออก ต้องทำช้าๆ อย่างรีบร้อน
7. นวดและกดจุด สองนิ้วชี้กดกลางหว่างคิ้ว ค่อยๆกดรีดตามคิ้วไปจนถึงขมับ ใช้นิ้วชี้แทงขมับทั้งสองข้าง หลับตาแทงอย่างแรงสองข้างพร้อมๆกัน นับหนึ่งถึงสิบ ยกนิ้วออก
8. สองนิ้วชี้กดข้างสันจุมุกสองข้าง รีดได้ขอบตาสองข้างออกไปจรดขมับ นิ้วชี้แทงขมับสองข้าง หลับตาแทงเบาๆ นับหนึ่งถึงสิบ ยกนิ้วออก
9. สองนิ้วชี้รีดข้างจุมุกตรงกลางออกไปด้านข้างถึงใบหู
10. สองนิ้วชี้รีดข้างรูจุมุกออกไปด้านข้างถึงใบหู จากนั้นใช้นิ้วชี้ 2 นิ้วกดตึงหูตรงกลาง อุ้ไว้ประมาณ 10 วินาที
11. สองนิ้วชี้รีดเหนือริมฝีปากจากตรงกลางออกไปถึงใต้หู
12. สองนิ้วชี้รีดใต้ริมฝีปากจากตรงกลางออกไปถึงใต้หู
13. ตบหน้าด้วยมือสองข้างเบาๆ ไล่ตั้งแต่หน้าผากลงมาถึงปลายตา โหนกแก้ม คาง ใต้คาง คอ จนถึงบริเวณหน้าอกด้านบน

14. ดึงหูสองข้าง ด้านบนดึงขึ้น ตรงกลางดึงออก ดึงหูบีบ 3 ครั้ง แล้วดึงลง เฉพาะทำนี้รวมแล้วจะเป็น 3 ท่า คือดึงหูด้านบน ดึงหูด้านกลาง และดึงหูด้านล่าง
15. ย้อนกลับไปทำตามท่าที่ 1 อีกครั้งหนึ่ง เป็นอันจบทำนั้ง

(จากหนังสือ "ชีวิตเริ่มต้นเมื่อ 70". สาทิส อินทรกำแหง. 2539 : 174-176)

ภาคผนวก ช

วิธีคลายเครียดและทำสมาธิ

เวลาเราเครียด เรามักจะนึกว่าใจเราเครียดอย่างเดียว แต่แท้จริงแล้ว เรามักจะเครียดทั้งกายและใจ วิธีแก้การเครียดทางกายจึงเป็นการแก้การป่วยเบื้องต้น เรามีวิธีง่ายๆ ด้วยการคลายเกร็งของส่วนต่างๆของร่างกาย แล้วจะตามต่อไปด้วยการแก้การเครียด ด้วยการกดจุดและสมาธิ

เริ่มต้นด้วยการนอนราบกับพื้น จะนอนบนเสื่อหรือบนที่นอนก็ได้ ถ้าเป็นที่นอนให้ใช้ไม้หรือที่นอนแบนๆ ก่อนข้างข้าง นอนแล้วปล่อยตัวตามสบาย ทั้งตัว ทั้งแขนขา ทั้งน้ำหนักให้เหมือนกับตัวเราจมลงไปบนพื้นหมดทั้งตัว

1. คลายเกร็งที่แขนสองข้าง กำมือทั้งสองข้างเกร็งเต็มที่จนแขนสั่น นับหนึ่งถึงสิบ แล้วปล่อยให้แขนเหยียดตามสบาย
2. เหยียดปลายเท้าให้ตรง เกร็งขาทั้งสองข้าง นับหนึ่งถึงสิบ แล้วคลาย ปล่อยเท้าขาหย่อนคลายตามสบาย
3. ยกคอให้คางจรดหน้าอก หมุนคอซ้ายไปขวาให้ครบรอบ ซ้าย นับหนึ่งถึงห้า นอนหงายกลับคืนตามปกติ
4. แขนงอขึ้นให้สะดือจรดกระดูกสันหลัง หายใจเข้ายาวๆ นับหนึ่งถึงสิบแล้วหายใจออก ทำซ้ำๆ กันแบบนี้อีก 2 ครั้ง

ต่อจากนั้นหายใจยาวๆตามปกติ ร่างกายทุกส่วนจะผ่อนคลาย ถ้ารู้สึกว่าร่างกายยังผ่อนคลายไม่หมด ให้ทำท่าเก่าจาก 1-4 อีกครั้งหรือ 2 ครั้ง ต่อจากนั้นให้นอนหลับตาทำสมาธิ เอาใจเพ่งที่จุดรวมระหว่างหัวตา นั่นคือจุดตาที่สาม

แรกที่เดียวหายใจสบายได้จึงหว่าพอดิๆตลอดร่างกาย ผ่อนคลายสบายๆ แล้วภาวนาพุทโธ โดยเอาใจไว้ที่จุดระหว่างคิ้ว (ถ้าคุณไม่ใช่ชาวพุทธ จะภาวนาถึงศาสดาตามศาสนาของคุณ เช่น จีซัส หรือพระอัลล้าห์ ฯลฯ)

ภาวนาขั้นแรกให้ใจของคุณว่าง ไม่คิดอะไรทั้งสิ้น พอใจนิ่ง บางคนจะเห็นแสงสว่างหรือสีต่างๆ ที่จุดหว่างคิ้ว ให้ประคองใจไว้นิ่งๆ อย่าออกแวก ให้มีสติแล้วเพ่งที่แสงหรือสีนั้นตามสบาย อย่าเครียด อย่าตื่นเต้น พอรู้สึกสบายก็จะรู้สึกว่ามีแสงหรือสีนั้นได้ ให้ลองสร้างเป็นจุดหรือวงกลม แล้วลองเคลื่อนจุดขึ้นไปตามที่ตั้งใจ ในร่างกายคุณ คุณจะใช้แสงหรือสีนั้นรักษาหรือซ่อมแซมการเจ็บป่วยภายในร่างกายของคุณได้

ทั้งหมดนี้ต้องใจเย็นๆ ที่จะทำทุกอย่างให้ได้ตามขั้นตอนทันทีนั้นอาจจะยากมาก แต่คุณต้องใจเย็น ต้องรีแล็กซ์หรือผ่อนคลายตลอดเวลา ได้หรือไม่ก็ได้ก็ช่างมัน

(จากหนังสือ “กุแน”. สาทิส อินทรกำแหง. 2541 ค : 123-125)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางโสมพรรณ ถิ่นว่อง
วัน เดือน ปีเกิด	11 เมษายน 2495
สถานที่เกิด	นครศรีธรรมราช
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	211 ซอย 4/2 เสรี 5 หมู่บ้านเสรีหัวหมาก ถนนเสรี 9 สวนหลวง เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 8
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นพรัตน์วัชรระ สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2514	มัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนเบญจมราชูทิศ นครศรีธรรมราช
พ.ศ. 2518	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2522	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (นิติวิทยาศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2545	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ