



รายงานการวิจัย

ความไม่สอดคล้องของวัฒนธรรมอยาพื้นบ้านอีสานกับระบบการสอบเพื่อขอเข้า
ทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

The Incompatibility of Isan People Culture versus The Thai Traditional Medicine
Licensing Examination System

นิธิมา สุทธิพันธุ์
และ
อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล
โภวิทย์ ทองฉัมมฉ
พรทิพย์ วนัชพินิจ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2547

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการวิจัย คณะเภสัชศาสตร์
ปีงบประมาณ 2545
ISBN 974-609-205-7

รายงานการวิจัยเรื่องความไม่สอดคล้องของวิถีวัฒนธรรมหมาพื้นบ้านอีสานกับระบบการสอนเพื่อข้อรั้งทະเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

The Incompatibility of Isan People Culture versus

The Thai Traditional Medicine Licensing Examination System

ISBN 974-609-205-7

សារិយ

หัวหน้าโครงการ

นางสาวนิมิตร พิพันธ์ ก.บ., ก.ม.(เภสัชกร)

ผู้ร่วมวิจัย

นายอนันต์ วัฒนพิรุณากล ก.บ, วท.ม.(สังคมศาสตร์การแพทย์)

นวยโภคิน ทองลงกรณ์ นักศึกษาเกียรติภูมิ ชั้นปีที่ 5

សង្គមទូរសព្ទ និង ការប្រើប្រាស់ការពារ នៃការបង្កើតរឹងចាំប្លើ

ອະນາກົດສະຫວັນຍາ ນໍາມາຈິງເຄີຍແລ້ວຢືນເຂົ້າໃຈນີ້ ໂທຣເກີພົກ/ໂທຣສາຣ (045) 433 098

ໂຄງການນີ້ໄດ້ຮັບເທັນສັນເຊັນຈາກ :

กองทุนเรียนภาษาอังกฤษและภาษาไทย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เงินเดือนของตนนั้นทั่วไป ปีงบประมาณ 2545 จำนวนเงิน 20,000.- บาท

ຮະຍະເວລາຂໍ້ວກງວດວິຊາ 1 ປີ ຕັ້ງແຫຼປີ ພ.ມ. 2545-2546

หน้า ๑๖

การแพทย์พื้นบ้านไทยกำลังได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เป็นเดียวกันในหลายประเทศ เนื่องจากประชาชนชาวไทยได้นักลับมาพึงพาระบบการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะยกระดับและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านไทยให้ก้าวไปสู่ระดับนานาชาติ โดยมีสถาบันการแพทย์แผนไทยร่วมมีบทบาทในการเสนอภูมายและควบคุมการแพทย์พื้นบ้านไทย ในขณะที่กองการประกอบโภคศิลป์ดำเนินการที่รั้นจะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย ภายใต้พระราชบัญญัติการประกอบโภคศิลป์ พ.ศ. 2532 ซึ่งมีข้อกฎหมายกำหนดให้เฉพาะหมอยาพื้นบ้านที่ได้รับใบประกอบโภคศิลป์เท่านั้นที่จะสามารถทำการรักษาได้ และในความเป็นจริงพบว่าหมอยาพื้นบ้านส่วนใหญ่ที่ทำการรักษาในปัจจุบันไม่มีใบประกอบโภคศิลป์ โดยเฉพาะหมอยาพื้นบ้านอีสาน นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2543 ไม่มีหมอยาพื้นบ้านอีสานสามารถสอบการประกอบโภคศิลป์ในสาขาแพทย์แผนไทยได้

งานวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายที่ศึกษาถึงเหตุผลที่น้อมอยาพื้นบ้านอีสานรักษาผู้ป่วยโดยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ โดยใช้สมมุติฐานในเรื่องของความไม่สอดคล้องของระบบบริการสุขภาพของชุมชนชั้นนำที่น้อมอยาพื้นบ้านอีสานกับระบบการสูบเพื่อรักษาให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสายแพทย์แผนไทย ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มี 4 ขั้นตอนดังนี้ 1. การวิจัยเอกสาร 2. การออกแบบstudium 3. การสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4. การสังเกตของผู้วิจัย การวิจัยโดยการสังเกต โดยมีกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือน้อมอยาพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชน อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด ยโสธร มหาสารคาม ศรีสะเกษ มุกดาหาร และอำนาจเจริญ

พบว่าความไม่สอดคล้องคลายส่วนของระบบหั้งสองมีผลต่อการตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบการสอนของ หมอยาพื้นบ้าน ซึ่งนำไปสู่การไม่มีไปประกอบโรคศิลปะ เช่น หมอยาพื้นบ้านจำนวน 62.7% ไม่ได้รับร้อยมูล เกี่ยวกับการสอนและระบบการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หมอยาพื้นบ้าน 56.2% เป็นผู้ชรา ที่มีอายุ เกิน 60 ปี และ เรื่องว่าตอนองค์จะเสียชีวิตก่อนได้รับไปประกอบโรคศิลปะ หมอยาพื้นบ้าน 34.5 % อาศัยอยู่ใน ชนบทและมีฐานะยากจน ไม่สามารถแบ่งกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการสอน และ หมอยาพื้นบ้าน 17.1 % มี การศึกษาต่ำและไม่สามารถอ่านหรือเขียนได นอกจากนี้ยังขาดแคลนภาษาไทยและเศรษฐกิจแล้วพบว่า เนื่องด้วย สำคัญที่หมอยาพื้นบ้านเพิกเฉยต่อระบบการสอนดังกล่าวคือ วิถีวัฒนธรรมของหมอยาพื้นบ้าน ที่ต้องปฏิบัติ ตามหลักธรรมของหมอยาซึ่งมีพื้นฐานมาจาก ความมั่นใจ การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน และความ เสียสละ ซึ่งมีผลให้หมอยาไม่ควรรับเงินจากผู้ป่วย ดังนั้นรายได้หลักของหมอยาจึงมาจากการเชือดเช่น ทำนา เลี้ยงสัตว์ หรือ ช่างไม้ หมอยาพื้นบ้านเหล่านี้เรื่องว่าการทำการทำรักษาคือการทำบุญ จึงมีความภูมิใจในการเป็น หมอยาและไม่มีความจำเป็นต้องหาไปประกอบโรคศิลปะมาเพื่อประกันในความสามารถของตนเอง หมอยาจึง เป็นผู้ได้รับความนับถือจากชุมชนอย่างสูงอีกด้วย

อย่างไรก็ตามยังมีหมอยาพื้นบ้านบางคนเข้าสู่ระบบการสอนไปประกอบโรคศิลปะ แต่เมื่อจำนวนน้อยที่ สอนผ่านและได้รับไปประกอบโรคศิลปะ หมอยาพื้นบ้าน 43.6% ที่ยังไม่ได้รับไปประกอบโรคศิลปะยอมรับว่า การแพทย์พื้นบ้านอีสานมีเอกลักษณ์เฉพาะและแตกต่างจากการแพทย์แผนไทยอย่างมาก การแพทย์พื้นบ้าน อีสานเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีพื้นฐานจากการสะสมประสบการณ์อย่างยาวนาน มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยน ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ให้เข้ากับความต้องการทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตริบุญ ไม่สามารถอธิบายได้โดย ทฤษฎีใด ๆ ไม่มีการเรียนรู้ที่เป็นระบบแต่จะเป็นการถ่ายทอดแบบปากต่อปาก การปฏิบัติจริง ภูมิปัญญาอีสาน เกิดจากการแลกเปลี่ยนความรู้และรักษาไว้ด้วยการจดจำ ในทางตรงกันข้ามกับการแพทย์แผนไทยซึ่งในปัจจุบัน ได้รับการยกย่องเป็นมาตรฐานของชาตินั้น มีภูมิปัญญาอีสานจากอยุธยาเชียงใหม่เดิม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีชาติซึ่ง ความเจ็บป่วยเกิดจากความไม่สมดุลของธาตุทั้งสี่คือ ดิน น้ำ ลม และไฟ ซึ่งเน้นการรักษาโรคทั่วไป ต่างกับหมอยา พื้นบ้านอีสานที่มีความร้านๆ เข้าทางและรักษาเฉพาะโรค ดังนั้นข้อสอนไปประกอบโรคศิลปะที่ได้วัด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทฤษฎีชาติซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการได้รับไปประกอบโรคศิลปะ นอกจากนี้หมอยา พื้นบ้าน 58.7% ยังมีปัญหาในการจำแนกชนิดของสมุนไพรที่ใช้ในตำรับแพทย์แผนไทย เท่าระสมุนไพรเหล่านี้จะ พบได้ยากในภาคอีสาน รวมถึงหมอยาบางคนถูกกลั่นกลืนกับการเรียกชื่อพื้นเมืองภาษาภาคกลาง

ในปัจจุบันสถาบันการแพทย์แผนไทยพยายามที่จะร่วมมือกับสถาบันสอนแพทย์แผนไทยทั่วประเทศ เพื่อที่จะพัฒนาบุคลากรการแพทย์แผนไทย และหวังให้โรงเรียนสอนแพทย์แผนไทยทำหน้าที่ให้ความรู้และ จิยกรรมแก่หมอยาพื้นบ้านที่ยังไม่ในประกอบโรคศิลปะ อย่างไรก็ตามทิศทางของการพัฒนาและร่วมมือของ หั้งสองสถาบันนั้นยังไม่ชัดเจนและนโยบายที่ออกมาก็ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง รวมถึงปัญหาความแตกต่างด้าน คุณภาพของสถาบันสอนแพทย์แผนไทย ดังที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ หมอยาพื้นบ้าน จะต้องขอฝ่ากตัวเป็นศิษย์ในสถาบันสอนแพทย์แผนไทยอย่างน้อย 1 ปีก่อนเข้าสอน หมอยาพื้นบ้าน 57.4 % กล่าวว่าสถาบันสอนแพทย์แผนไทยเป็นธุรกิจมากเกินไปและเปิดชั้นมาเพื่อทำลายภูมิปัญญาไทยดังเดิม เพราะ ไม่มีการสอนที่จริงจังและเป็นระบบ สถาบันหลายแห่งให้หนังสือ 2-3 เล่ม เพื่อไปศึกษาด้วยตนเอง ในขณะที่ การแพทย์แผนไทยแบบวัดโพธิ์ได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากภาครัฐ การแพทย์พื้นบ้านไทยคล้าย ๆ แห่ง กลั่นถูกคละเคลียและถูกควบคุมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ ในปัจจุบันหมอยาพื้นบ้านมีความ

ยกจำบากที่จะรักษาภูมิปัญญาการรักษาพยาบาลท้องถิ่นโดยปราศจากการสนับสนุนจากภาครัฐ หมาย
พื้นบ้านหลายคนรู้สึกว่ารัฐไม่มีความจริงใจในการยกระดับการแพทย์พื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาของชาติ หมาย
พื้นบ้านที่ไม่ได้เป็นประกอบໂโรคศิลปะมีสถานภาพต่ำ หาดกลัวว่าจะถูกจับระหว่างทำการรักษาและท้ายที่สุดเลิก
รักษาพยาบาล เพื่อที่จะอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นและพัฒนามาตรฐานให้เหมือนกับการแพทย์แผนปัจจุบัน รัฐ
ควรดำเนินงดงามของความรู้และวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น ในขณะเดียวกันควรจะหาวิธีการที่เหมาะสมในการ
ออกใบประกอกนໂโรคศิลปะสำหรับหมายพื้นบ้านโดยการระดมความคิดระหว่างชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

รายงานการวิจัยเรื่องความไม่สอดคล้องของวัฒนธรรมชนชาติน้ำหนึ่งบ้านอีสานกับระบบการสอบเพื่อขอเขียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

The Incompatibility of Isan People Culture versus
The Thai Traditional Medicine Licensing Examination System

ISBN 974-609-205-7

Researchers

Ms. Nitima Suttipanta B.Pharm, M.Pharm. (Pharmacognosy)

Mr. Anuwat Watanapitchayakul B.Pharm, M.Pharm

Mr. Kowit Thonglamune The 5th year Pharmacy Student

Ms. Porntip Woranaipinich The 5th year Pharmacy Student

Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubonratchathani University

Telephone (045) 433 098

This research was financially supported from The Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubonratchathani University in fiscal year 2002 for 20,000.- Baths.

Research duration: 1 year from 2002-2003.

Abstract

Like many countries, Thai traditional medicine is getting a big boost. The Thai people are turning to indigenous medical treatments, therefore the Ministry of Public Health is trying to upgrade and develop local medical wisdom to a national standard. The National Institute of Thai Traditional Medicine has suggested how to issue, rule, and regulate Thai traditional medicine while the Medical Registration Division is handling the task of licensing. Ideally, under the medical licensing law announced in 1989, only the practitioner who has the license can legally perform the treatment in the kingdom. In fact, a number of practitioners in particular those in the northeastern region, Isan, perform illegally treatments without medical license. Moreover, in 2000, none of the Isan folk practitioner passed the medical licensing examination.

The aim of this research was to answer the question: why almost all of the Isan folk practitioners have performed the treatment without the medical license? And by using the hypothesis of the incompatibility of Isan people culture versus the Thai

traditional medicine licensing examination system, this qualitative research was carried on in 4 steps including literature review, questionnaire, in-dept interview and observation. The data was obtained from Isan folk practitioners living in Ubonratchathani, Roi-et, Yasothon, Mahasarakarm, Srisaket Mukdahan and Umnadjarern.

As a result, many incompatibilities of two systems were affected the Isan folk practitioners in making decisions not to enter into the licensing system due to the lack of medical licenses. Their reasons were strongly supported by various factors such as 62.7 % of Isan folk practitioners lacked information of the examination and Thai traditional medicine licensing system, 56.2% were older than 60 years old and believed that they would die before obtaining the license, 34.5% of Isan folk practitioners lived in the countryside and were poor, therefore they could not afford the license fee and all the expenses regarding the examination. In addition, 17.1% refuse to take any examination due to their low education. Most of them have difficulty in reading and writing. Beside their economic and physical problems, the most important reason for the practitioners neglecting the licensing system was the indigenous culture of the Isan folk practitioner. Isan folk practitioners have followed the disciplines of the past practitioners, which based on generous mind, charity and dedication to others. From this rule, the practitioner is not allowed to receive money from patients; hence their major income is not obtained from the treatment but from other careers such as a farmer, a stockbreeder or a carpenter. Since they believed the treatment has merit, these practitioners were proud of themselves and feel it unnecessary to acquire any license to guarantee their medical capability. More than that, they gained high respect from the community.

However, there were some practitioners entering into the licensing system. A few of practitioners passed the examination and received the license. 43.6 % of practitioners who have not yet received the medical license agreed that the knowledge of Isan folk medicine is unique and far different from traditional Thai medicine. Traditional Thai medicine is the real indigenous knowledge, based on the experience accumulated by man through a long activity aimed to adapt and transform the natural and social environment, and to meet material and spiritual needs. Such knowledge is

still unexplained by any theory and developed mainly not through study but usually disseminated and handed down, and further enriched through memory and oral discussion.

On the other hand, Thai traditional medicine, now promoted as national heritage, originated from Ayurvedic of India. This knowledge was also supported by element theory, believing that the illness was caused from imbalance of four vital elements; earth, water, wind and fire. Generally, Isan folk practitioners only specialize in each treatment. Most of them deal with specific complaints, contrastingly with Thai traditional practitioners who normally handle a wide range of diseases. Thus the license examination designed to evaluate the general knowledge of element theory is the great barrier for Isan folk practitioners to obtain medical license. In addition, 58.7% of Isan folk practitioners also have problems in identification of herbal specimens used in Thai traditional preparation because such plants were rarely found in the northeastern region. Some of them were confused with medicinal plant naming in formal language. To develop Thai traditional medicine's man power, the National Institute of Thai traditional medicine is trying very much to incorporate with Thai traditional medical schools around the country and expects them to provide the knowledge and ethics to those who have not yet received the medical licenses. However, the direction of the institute to support and develop Thai traditional medical schools to standard level is still a disgrace and its policy is impractical. Furthermore the qualities of Thai traditional medical schools in country are various. As written in the medical licensing law, the practitioner who wants to obtain the license has to register to be a student in Thai traditional medicine school at least one year before taking the medical licensing examination. 58.7 % of Isan folk practitioners complained that the traditional medical schools were a big business and only open to abuse traditional medical wisdom. None of Thai traditional medical schools have the course curriculum and systematical teaching. Many schools gave students a few textbooks and let them study by themselves. The Isan folk practitioners found that it is quite difficult to study alone without guideline. In addition they have difficulty in finding textbooks to read. While the formalized Thai traditional Medicine, centered on Wat Po in Bangkok, certainly has a lot of supported from the government, many local Thai

traditional medicines are neglected by the government and restricted by the licensing law. Without any support from the government, the practitioners struggle to conserve the sciences of traditional medicine. Some of Isan folk practitioners feel that the government has not promoted local medicine as wisdom of country. Unlicensed practitioners have low status, are afraid of being arrested when performing treatment and ultimately give up their treatment. To conserve as well as to standardize the local medical wisdoms to the same international level as western medicine, The government should be more concerned with the aspect of local traditional medical knowledge origin and cultural pathway of local wisdom. In the meanwhile, the government should find new proper strategies in licensing the local traditional practitioner with the cooperation of community and any other private sectors.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เริ่มต้นจากความสนใจที่ต้องการทดสอบผ่านเพื่อขอรับในประกันบุคคลปัจจุบันจากการแพทย์แผนไทย หมอยาพื้นบ้านมีความคิดอย่างไรต่อการสอนเพื่อขอรับในประกันบุคคลปัจจุบันและเป็นไปได้หรือไม่ที่ความไม่สัมฤทธิ์ผลในการสอนของหมอยาพื้นบ้านเกิดจากความไม่สอดคล้องของทั้งวิถีวัฒนธรรมของหมอยาพื้นบ้าน และ ระบบการสอนเพื่อขอรับ ที่เปลี่ยนเป็นผู้ประกอบบุคคลปัจจุบันจากการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้พยายามวิเคราะห์ถึงความไม่สอดคล้องของทั้งสองระบบ แล้วพยายามอธิบายโดยใช้มุมมองแนวความคิดของหมอยาพื้นบ้านที่อยู่ภายใต้วิถีวัฒนธรรมแบบพื้นบ้านอีสานเป็นหลัก คำตอบที่ได้ไม่เที่ยงแต่สามารถตอบรับสั้นๆ ที่มีมาแต่แรก หากการทำางานวิจัยนี้ยังให้บทเรียนที่ทรงคุณค่า ให้ความเข้าใจในวิถีชีวิตและภูมิปัญญาของทุ่นชนอีสาน อิกทั้งยังจุดประกายความคิดใหม่ๆ ที่ผู้วิจัยมิอาจรู้ได้หากมิได้ลงไปสัมผัส วิถีชีวิตจริงของทุ่นชนอีสาน

ขอขอบพระคุณหมอยาพื้นบ้านทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดียิ่ง ขอบพระคุณ พศ.สำลี ใจดี ดร.วิริมา วงศ์พาณิช น้ำสีกรยงศักดิ์ ตนตีปูร กุลนันทน์ มานาะสดิพงษ์ และคุณอุดมพร ประชุมพันธ์ ที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะตลอดจนเอื้อเฟื้อขอ้อมูลต่างๆ อย่างครบถ้วน คุณอุมาพร พันธ์ศรี ที่ช่วยจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

หากงานวิจัยนี้มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อการใช้ผู้วิจัยขออุทิศให้ รศ.ดร. นัจnor ศรีพาณิชกุลชัย ได้รับเชื่อมและกรุณารับเป็นที่ปรึกษาคณบดีวิจัยตลอดมา หากผู้อ่านพบข้อผิดพลาดหรือมีข้อแนะนำ ประการใด โปรดแจ้งผู้วิจัยด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง เพื่อจะได้เป็นความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ในการพัฒนา งานวิจัยนี้ต่อไปให้ดียิ่งขึ้น

คณบดีผู้วิจัย

เมษายน 2547

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	๗
Abstract.....	๙
กิตติกรรมประกาศ.....	๑๖
สารบัญ.....	๑๘
สารบัญตาราง.....	๓๔
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
บทที่ ๒ ทบทวนวรรณกรรม.....	๕
บทที่ ๓ ระเบียบวิธีวิจัย.....	๑๗
บทที่ ๔ ผลการวิจัย.....	๑๙
บทที่ ๕ การวิเคราะห์ผลการศึกษา.....	๕๒
บทที่ ๖ สรุปและข้อเสนอแนะ.....	๗๔
บรรณานุกรม.....	๗๘
ภาคผนวก.....	๗๙

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนที่ผู้เข้าสอบและผู้ที่สอบผ่านภาคทฤษฎี การสอนเพื่อขอรับหนังสือเปลี่ยนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย เขต 7 สนามสอบจังหวัดอุบลราชธานี	3
2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรจากแบบสอบถาม.....	20
3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรจากการสัมภาษณ์และการสังเกต.....	23
4 แหล่งความรู้ที่ใช้ในการรักษา.....	31
5 หลักทฤษฎีหรือความเชื่อที่ใช้ในการรักษาโรค.....	33
6 รูปแบบในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน.....	35
7 รูปแบบในการเก็บของค่าความรู้ของหมอพื้นบ้าน.....	36
8 สรุปลักษณะของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ในจังหวัดอุบลราชธานี.....	51

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของงานวิจัย

การแพทย์พื้นบ้าน เป็นวิถีวัฒนธรรมในการรักษาโรคที่มีมาอย่างช้านาน ซึ่งเจริญและพัฒนาควบคู่กันมา กับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งผ่านประสบการณ์การต่อสู้ เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยมาตลอดเวลา ประสบการณ์ที่ได้ผลย้อมถูกบอกกล่าวและถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น จนเกิดเป็นวิถีวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านที่มีความสอดคล้องกับทรัพยากรธรรมชาติและวิถีชีวิตของคนในชุมชนนั้น ๆ สืบมาจนถึงปัจจุบัน

เนื่องจากการแพทย์พื้นบ้าน เกิดจากการสั่งสมของความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านระยะเวลาอันยาวนานของคนในชุมชน ดังนั้นชุมชนที่ต่างกันมีวิถีวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตที่ต่างกันย่อมก่อให้เกิดวิถีวัฒนธรรมในการรักษาโรคหรือวิถีการแพทย์พื้นบ้านที่ต่างกันไปโดยเฉพาะองค์ความรู้พื้นฐานที่ได้รับอิทธิพลมาจากอินเดีย ในขณะที่แพทย์พื้นบ้านชนบท เช่นในภาคอีสาน ล้วนใหญ่ จะไม่มีทฤษฎีใดๆ นารองรับพฤติกรรมการรักษา หากแต่เป็นองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นมาจากการสั่งสมของประสบการณ์ที่ได้ผลและสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของคนในชุมชนนั้นๆ มีความหลากหลายและมีความเป็นห้องถ่องถิ่นมากกว่าการแพทย์แผนไทยแบบภาคกลาง

จากล่าวได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านแบบชนบทที่มีพื้นฐานองค์ความรู้แบบประสบการณ์ เป็นระบบการแพทย์อย่างที่มีความสำคัญมากที่สุดในระบบการแพทย์พื้นบ้าน ด้วยเหตุผลที่ว่า การแพทย์แบบประสบการณ์มีคุณลักษณะที่โดดเด่นและมีพัฒนาอยู่ 5 ประการ⁽¹⁾ คือ

1. เป็นระบบการแพทย์ที่มีฐานแบบแบนอยู่กับประชาชนชาวบ้านมากที่สุด เพราะทุกชั้นตอนล้วนแต่เกิดขึ้นท่ามกลางความเป็นจริงในการดำรงชีวิตของชาวบ้านและมักมาทันเวลาที่สุดในยามที่บุคคลต้องการความช่วยเหลืออีกด้วย

2. เป็นกระบวนการแพทย์ที่มีกระบวนการทางสังคมมารองรับมิใช่เป็นความรู้ที่ถือ หรืออยู่ในตำรา โดยเฉพาะเป็นประสบการณ์ตรงที่เคยใช้ได้ผลมาก่อน จึงมักมีการยืนยันที่หนักแน่น เต็มที่ และมีลักษณะที่ไม่มีน้ำหนารือข้อขวนให้พิสูจน์

3. ให้คำแนะนำที่มีลักษณะเป็นจริงในทางปฏิบัติ (Practical) ที่สุด ทั้งนี้เพราวิธีการบำบัดรักษาต่าง ๆ สังเคราะห์ขึ้นจากบริบททางสังคมของชุมชนเอง จึงมีลักษณะแปรผันมากอยู่

น้อย ให้ได้กันที่ไม่ต้องประยุกต์ โดยเฉพาะมักใช้ของใกล้มือที่นำมาใช้ได้สะดวก และด้วยวิธีการง่าย ๆ

4. การแพทย์แบบประสมการณ์มีกระบวนการที่ส่วนทางกับการผูกขาดของการแพทย์แบบวิชาชีพ ลักษณะการถ่ายทอดความรู้เป็นไปตามธรรมชาติตัวอย่างเช่นเดี๋ยว ไม่มีลักษณะครอบครองไว้เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ จึงสามารถสนองตอบต่อความพึงพอใจของประชาชนได้อย่างกتمกลืน

5. การแพทย์แบบประสมการณ์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ ตลอดเวลาเท่าที่ประชาชนยังมีปัญหาสุขภาพ และยังไม่มีระบบการแพทย์ที่เป็นอุดมคติมาตอบสนอง

ภาคอีสานเองก็มีตำราแพทย์พื้นบ้านหรือตำราตามองค์ความรู้แบบพื้นบ้านเป็นจำนวนมาก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่านักวิชาการส่วนใหญ่ดูเหมือนว่าจะให้ความสำคัญกับตำราหลัก หรือตำราแพทย์แผนไทย โดยที่มิได้คำนึงถึงความหลากหลายของตำราในห้องถินนี่ซึ่งมีการปรับตัว มีการผสมผสานเข้าความเรื่อง ประเพณี วัฒนธรรม หรือแม้กระทั่งตัวยาทั้งหมด ระบบการแพทย์พื้นบ้านอาจจะใกล้เคียงกันกับระบบการแพทย์ในเมืองหลวง แต่ก็มีลักษณะเฉพาะของความเป็นห้องถิน ไม่ใช่ระบบการแพทย์แบบของวัดโพธิ์ และไม่ใช้อายุรเวททั้งหมด แต่เป็นวัฒนธรรมในห้องถินที่ว่าด้วยการจัดการกับความเจ็บป่วยและการตาย

ดังนั้น หากมองว่าการแพทย์พื้นบ้านจะต้องอยู่บนพื้นฐานที่ได้มาจาก การแพทย์แบบส่วนกลางซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากอินเดียเสมอไป ก็จะทำให้ภูมิปัญญาห้องถินที่สังเคราะห์จากประสมการณ์ตรงของกลุ่มนชนชาติต่าง ๆ ถูกตะเขย ซึ่งหมายถึงการละเลยส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดไป

ในปี พ.ศ.2479 รัฐได้มีการประกาศให้พระราชบัญญัติ การควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ขึ้น พนบฯ ได้ส่งผลกระทบให้เกิดการสูญเสียภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไปเป็นจำนวนมากมาก

ดังเช่นการศึกษาของ รุ่งรังษี วิบูลชัย พ.ศ.2538 เรื่องการดำรงอยู่ของแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาบ้านนาสีดา ต.กุดช้างปูน อ.กุดช้างปูน จ.อุบลราชธานี พนบฯ หมวดพื้นบ้านส่วนหนึ่งท่าลายตำราและเลิกรักษา เพราะทางการสั่งห้าม เมื่อจากไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ⁽²⁾ ดังนั้น จึงคุ้มครองว่าในปัจจุบัน หมวดพื้นบ้านจำเป็นจะต้องมีใบประกอบโรคศิลปะเพื่อที่จะทำให้เกิดการยอมรับและทำการรักษาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ว่าในความเป็นจริงกลับยังมีหมวดพื้นบ้านที่มีใบประกอบโรคศิลปะอยู่เป็นจำนวนมากน้อยมาก ซึ่งความจริงนี้ได้ปรากฏอยู่ในงานวิจัยอีกหลายเรื่อง

การศึกษาของ กุสุมา ชูศิลป์และคณะ พ.ศ.2532 ใน 17 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า หมายแผนโนราณ ที่มีไปประกอบโรคศิลปะมีเพียงเพียง 1.2 %⁽²⁾ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสาวว่า พรศิริพงษ์ และพรพิพัฒ์ อุศ្សารัตน์ ในพ.ศ.2538 เรื่อง การศึกษาภูมิปัญญาหมู่บ้านน้ำไทย : พ่อในญี่ปุ่น เค็น ลาวงศ์ พบว่าจำนวนผู้สอบใน ประกอบโรคศิลปะได้ในปีหนึ่ง มีไม่ถึง 10 %⁽²⁾

และเมื่อได้พิจารณาผลการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทย ของผู้เข้าสอบในพื้นที่เขต 7 (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี) ข้อมูลเป็นพื้นที่ของประชากรที่สนใจในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ที่สอบผ่านเป็นจำนวนมาก น้อยมาก โดยเฉพาะส่วนใหญ่จะสอบไม่ผ่านภาคทฤษฎีเป็นหลัก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนที่ผู้เข้าสอบและผู้ที่สอบผ่านภาคทฤษฎี การสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็น ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย เขต 7 สนามสอบจังหวัดอุบลราชธานี

ปี พ.ศ.	ผลการสอบภาคทฤษฎี			
	สาขาเวชกรรม		สาขาเภสัชกรรม	
	ผู้เข้าสอบ (คน)	ผู้สอบได้ (คน)	ผู้เข้าสอบ (คน)	ผู้สอบได้ (คน)
2536	25	0	87	0
2537	7	0	36	0
2538	6	0	35	0
2539	7	0	41	1
2540	5	0	35	8
2541	15	4	50	12
2542	18	4	47	0
2543	17	0	31	4
2544	21	1	42	2

นอกจากนี้ ดึงแม้ว่าในภายนลังรัฐบาลได้เริ่มนิยามการส่งเสริมการแพทย์แผนโนราณ หรือการแพทย์แผนไทยขึ้นมา แต่ก็ยังคงมีเพียงเฉพาะการแพทย์แบบทฤษฎีชาติที่มีรากฐานมาจากอาชญาทเท่านั้นที่เป็นที่ยอมรับของรัฐ ตามกระบวนการสอบในประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทย

ดังที่ Viggo Brun และ Trond Schumacher 1987 ชี้ทำการศึกษาเรื่องการรักษาโรคด้วยสมุนไพรในภาคเหนือ ได้เสนอว่าНикวิชาการมักเน้นให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์แผนโบราณที่ใช้กับกลุ่มนหมอลวด (หมอบิราณ) ซึ่งมีสถานภาพสูง มีการเรียนรู้การถ่ายทอดและวิธีการรักษาที่เป็นระบบมากกว่าหมอพื้นบ้านทั่วไป พนว่าคนในท้องถิ่นไม่สนใจสืบทอดวิธีการรักษาโรคแบบพื้นบ้านแต่พากันไปสนใจการแพทย์และหมอลวด เพราะได้รับการยอมรับมากกว่า เพราะสามารถสอนในประกอบโรคศิลปะได้และสามารถดำเนินการรักษาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ผู้วิจัยได้รีบูน้ำของภาษาแพทย์พื้นบ้านในภาคเหนือว่าจะค่อยๆ สูญไปในที่สุด⁽²⁾

เนื่องจากคณะผู้วิจัย และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้ทราบนักถึงความสำคัญของภูมิปัญญาและบุคลากรการแพทย์แบบพื้นบ้านในชนบทซึ่งควรค่าแก่การอนุรักษ์ให้ ประกอบกับความสำคัญของในประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยที่จะทำให้มหอพื้นบ้านได้รับการยอมรับและได้รับสิทธิต่างๆ ตามกฎหมาย อีกทั้งยังไม่พบว่ามีผลงานวิชาการใดที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของทั้งสองระบบนี้มาก่อน คณะผู้วิจัย จึงมีความสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงความสอดคล้องของวิถีวัฒนธรรมของหมอพื้นบ้านอีสานกับระบบการสอนเพื่อขอรับขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย ในสาขาวิชาระบบทั่วไปและเภสัชกรรมไทย เพื่อที่จะได้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการไม่สัมฤทธิ์ผล ในการสอนเพื่อขอรับขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยของหมอพื้นบ้าน โดยในการศึกษานี้ จัดทำเป็นกรณีศึกษาหมอยาพื้นบ้านในเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี, นครพนม, มุกดาหาร, อุบลราชธานี, ร้อยเอ็ด, ยโสธร และศรีสะเกษ

1.2 วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาถึงวิถีวัฒนธรรมและองค์ความรู้แบบพื้นบ้านอีสานกับระบบการสอนเพื่อขอรับขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย
- เพื่อศึกษาถึงความไม่สอดคล้องของวิถีวัฒนธรรมและองค์ความรู้แบบพื้นบ้านอีสานกับระบบการสอนเพื่อขอรับขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การไม่สัมฤทธิ์ผลในการสอน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1 คำนิยามที่เกี่ยวข้อง⁽²⁾

จากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา มีข้อสังเกต ว่ามีการใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยในความหมายที่คานเกี่ยว ไม่แยกกันอย่างชัดเจน อันได้แก่คำว่า การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย หมอดพื้นบ้าน หมອแผนโบราณ เป็นต้น ดังนั้นจึงขอนำเสนอคำนิยามไว้เพื่อการทำความเข้าใจในเบื้องต้น ดังนี้

การแพทย์แผนโบราณ (Traditional Medicine, Indigenous Medicine) เป็นระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของทุกสังคมที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของความรู้และการฝึกปฏิบัติ วินิจฉัย ป้องกัน และบำบัดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ มีการใช้ทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นระบบแบบแผน มีการสืบท่องความรู้และประสบการณ์โดยการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ โดยการบันทึกไว้ในคัมภีร์หรือตำราแบบเก่าหรือวิธีการบอกเล่า ส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนโบราณได้สังเคราะห์มาจากแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) เป็นศัพท์ที่นิยมใช้เรียกการแพทย์แผนโบราณ เพื่อให้มีความชัดเจนว่าเป็นระบบการแพทย์ไทยที่มีกำเนิดมาข้านาน สอดคล้องกับความต้องการที่จะยกฐานะการแพทย์แผนไทย เหตุผลที่ต้องยกเลิกคำว่า “โบราณ” เพราะมีความหมายที่อาจขัดต่อการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย และเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวง สาธารณสุขที่ต้องการพัฒนาให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่รู้จักและยอมรับต่อไป

การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine, Popular medicine) เป็นวิธีการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่ได้รับการสั่งสอน และสืบทอดมาจากการบรรพบุรุษ จะมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์

หมอดแผนโบราณ (Thai Traditional Medicine) เป็นบุคคลที่ได้เรียนรู้ระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของไทย โดยมีการใช้ทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นระบบแบบแผนในการวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาโรค จำนวนมากจะมีใบประกอบโรคศิลปะ

หมอดพื้นบ้าน (Folk Healer) เป็นบุคคลที่ได้เรียนรู้ระบบการรักษาโรคแบบประสบการณ์ ได้รับการยอมรับเชื่อถือจากชุมชนให้เป็นผู้ดูแลรักษาสุขภาพ

2.2 วิถีวัฒนธรรมของหมู่บ้าน

2.2.1. ชื่อคลื่นที่นำไปของหมู่บ้าน

หมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นประดิษฐ์ศึกษา ฐานะปานกลางถึงยากจน

ดังการศึกษาของ กุสุมา ภูคิลป์ และคณะ (2532) ได้ศึกษาจำนวน 6,102 หมู่บ้าน ใน 7 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบร่วมหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (84.2 %) อายุเฉลี่ย 57 ปี การศึกษาระดับประดิษฐ์ศึกษา (60.7 %) อาชีพทำนา (86.9 %) ฐานะปานกลางถึงยากจนมาก (87.8 %)⁽²⁾

ติยารัตน์ ภูติยา และคณะ (2541) ทำการศึกษามหานครบ้านในจังหวัดอุบลราชธานี พบร่วมหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี (35%) อายุต่ำสุดของหมู่บ้านคือ 36 ปี และสูงสุดคือ 96 ปี หมู่บ้านส่วนใหญ่จึงการศึกษาสูงสุดระดับชั้นประดิษฐ์ศึกษาปีที่ 4-6 (77.6%) มีหมู่บ้านส่วนน้อยที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนในระดับที่สูงกว่านี้ หมู่บ้านส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือ ทำนา (91%)⁽³⁾

2.2.2. ระบบการแพทย์บ้านในชนบทไทย

การทำความเข้าใจต่อระบบการแพทย์บ้านของไทยนั้น สามารถทำความเข้าใจในรากเหง้าแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิม 3 กระแสน อันได้แก่ วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี วัฒนธรรมพราหมณ์ และพุทธศาสนาอันเป็นรากฐานของวัฒนธรรมไทย ระบบการแพทย์บ้านอาจจำแนกเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย ได้เป็น 4 ระบบ ดังนี้⁽⁴⁾

ก. ระบบยอดที่ 1 การแพทย์แบบประสบการณ์

ทุ่มชนท้องถิ่น ที่มีประวัติศาสตร์ยาวนานย่อมจะต้องผ่านประสบการณ์การต่อสู้เพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ในทุ่มชน โดยเหตุนี้ย่อมจะต้องมีภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งสังเคราะห์จากประสบการณ์ ผ่านการสังเกต ทดลองใช้ คัดเลือกและถ่ายทอดเป็นวัฒนธรรมสืบต่องกันมา ประสบการณ์ที่ได้ผลย่อมถูกบอกกล่าวและถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น ในทางสุขภาพนั้น ความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นย่อมจะต้องผ่านความพยายามในการแก้ไขเยียวยามาก่อน ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ทุ่มชนท้องถิ่น ต่างมีรูปแบบกระบวนการวิธีในการเยียวยารักษาระหว่างเจ็บป่วยเป็นของตนเอง จะมีโรคท้องถิ่นซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะสำหรับเรียกชานภาวะความเจ็บป่วยที่พบในทุ่มชน รวมทั้งจะมีวิธีการรักษาที่เป็นที่รู้จักและเข้าใจกันในหมู่สมาชิกในทุ่มชนนั้น ๆ ตัวอย่าง เช่น โรคกำ Arte โรคตะพัน โรคปานดง โรคทำมะรา ใช้หมากไนม้ ในภาคอีสาน หรือ โรคช้าง โรคจะดีแก่วง และโรคลม ในภาคเหนือ เป็นต้น และนี่คือการแพทย์แบบประสบการณ์ที่

ไม่ต้องการทฤษฎีที่เป็นระบบใด ๆ มาชี้นำหากแต่นิกลับเป็นฐานทรัพยากรที่สำคัญที่สุดสำหรับการสังเคราะห์ทฤษฎีขึ้นในภายหลัง

การแพทย์แบบประสมการณ์นี้ มีพื้นฐานอยู่บนประสมการณ์ของห้องถินเป็นสำคัญ จึงมักมีความแตกต่างระหว่างห้องถิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในห้องถินที่มีสภาพทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ลักษณะของหม้อพื้นบ้านในระบบแพทย์แบบประสมการณ์ได้แก่ รากชาได้เฉพาะโรคหรือเฉพาะที่ตนได้สืบทอดประสมการณ์เรื่องนั้น ๆ มาโดยเฉพาะ หม้อพื้นบ้านเหล่านี้มักมีได้ศึกษาทฤษฎีการแพทย์ได้ อย่างเป็นระบบ แต่อัศัยการสังเกต และจดจำจากการบอกเล่า

๗. ระบบย่อที่ 2 การแพทย์แบบอิมานเจนิออร์มชาติ

โดยในคดีแบบพื้นบ้านประกอบขึ้นด้วยตัวเองที่เป็นวัตถุธรรม กับตัวนานาธรรมที่เป็นวิญญาณอันศักดิ์สิทธิ์ที่มีอำนาจควบคุมความเป็นไปของสรรพสิ่ง ซึ่งเรียกว่า “แต่ก็ต่างกันไปตามวัฒนธรรมท้องถิ่น” ทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองให้สรรพสิ่งดำเนินไปตาม “ครรลอง” ที่ถูกต้อง โดยจะทำให้ผู้ที่กระทำการใดๆ ก็ตามที่ไม่ถูกต้องต้องได้รับโทษ ไม่ว่าจะด้วยภัยทางกายภาพหรือทางจิตใจ ซึ่งก็คือการทำลายคนซึ่งก็แตกต่างออกไปตามวัฒนธรรม

ในระบบการแพทย์แบบบ้านๆ เนื่องจากความขาดน้ำ นอกเหนือจากการรักษาโดยวิธีการเข็นให้วัฏชาติแล้ว การแพทย์พื้นบ้านไทยยังมีรูปแบบการรักษาอีกแบบหนึ่ง คือการรักษาด้วยหมอดีหรือหมอดรุณ ที่รักษาโดยอันเกิดจากผู้กระทำโดยการทำรากหรือปูราผิด้วยวิธีการต่างๆ

ความสำคัญของระบบการแพทย์แบบแผนฯ เนื้อหาร่วมชาติดินนั้น อยู่ที่ระบบความเรื่องที่ทำให้น้ำที่เป็นระบบน้ำภูเขาของสังคม เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ให้ดำเนินไปตามครรลองที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญกับสมดุลของทั้งระบบ ทั้งมิติของจิตวิญญาณ มิติทางสังคม และมิติของนิเวศวิทยา

๓. ระบบย่ออย่างที่ 3 การแพทย์แบบโบราณศาสตร์

การแพทย์แผนไทยศาสตร์ได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมพราหมณ์ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มต้นที่การวินิจฉัย โดยชาวบ้านจะไปหาหมอศูนย์กรรมรักษานิ่ง เพื่อพยายามถึงภาวะความเจ็บป่วยนั้น ๆ ว่าเกิดขึ้นจากเคราะห์กรรมลักษณะใด จะสามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ ยากง่ายเพียงใด และจะต้องไปรักษาทางใด หากความเจ็บป่วยนั้น ๆ เกิดขึ้นจากเคราะห์ที่สามารถแก้ไขได้ ก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยไปหาหมอสะเดาเคราะห์หรือหมอเสียเคราะห์ นอกจากนี้แล้วยังมีรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปเพื่อหันเหหรือเปลี่ยนแปลงวิธีชีวิตด้วยชาติ เช่น การให้ไก่ผัด ไก่เผา ไก่ย่าง ไก่อบ ไก่ย่าง ไก่เผา เป็นต้น ลักษณะการแพทย์เช่นนี้พบเห็นได้เด่นชัดเฉพาะในหมู่ชนภาษาคากลาง ซึ่งได้รับอิทธิพลของราชสำนักเท่านั้น

๔. ระบบย่ออย่างง่ายที่ 4 การแพทย์แบบทฤษฎีชาตุ

การแพทย์แบบทฤษฎีชาตุ เป็นลักษณะที่สำคัญ ที่เป็นแบบฉบับวัฒนธรรมดั้งเดิมทางการแพทย์ 3 กระแสน คือ วัฒนธรรมการแพทย์แบบกรีก แบบอินเดีย และแบบจีน ทฤษฎีชาตุ (Humour theory) ทั้งสามวัฒนธรรมได้พัฒนาตัวบทในการอธิบายปรากฏการณ์ของร่างกายมนุษย์ และความเจ็บป่วยจะเป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นและเป็นระบบที่สุด

การแพทย์แบบทฤษฎีชาตุของไทย ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการแพทย์แบบอายุรเวชของอินเดีย และยังถือเป็นเชิงกิมภารก์ว่าเป็นบิดาของการแพทย์แผนโบราณของไทยอีกด้วย ทั้งทฤษฎีชาตุของการแพทย์แผนไทยนั้นยังถือเป็นเครื่องอันเดียวกันเดียวที่ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 ประการ ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ ความเจ็บป่วยต่างๆ มีปัจจัยมาจากประปวนของธาตุทั้ง 4 นี้ สาเหตุของการเกิดโรคเรียกว่า สมุญฐาน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สมุญฐานและพฤติกรรมดังกล่าวมีผลให้ธาตุทั้งสี่ในร่างกายเกิดภาวะไม่สมดุล หลักการรักษาคือ การปรับสมดุลของธาตุโดยใช้สมุนไพรในการรักษาโรคให้เข้ากับทฤษฎีว่าด้วยรสชาติและสรรพคุณยา หลักการต่าง ๆ ดังกล่าวได้บันทึกไว้ในคัมภีร์แพทย์แผนโบราณต่าง ๆ คัมภีร์สมุญฐานวินิจฉัย พระคัมภีร์ชาตุวิภรณ์ พระคัมภีร์โรคนิทาน พระคัมภีร์ปฐมจินดา เป็นต้น

การแพทย์แบบทฤษฎีชาตุเป็นเวชปฏิบัติในหมู่ “หมอนหลวง” ซึ่งเป็นหมอนในราชสำนักເຫັນນັ້ນ ในส่วนของ “หมอนน້ານ” ในห้องดินชนบทนั้นมีพื้นฐานมาจาก “การแพทย์แบบประสนบรณ์ในห้องดินเป็นสำคัญ”

ในบรรดาระบบย่ออย่างของการแพทย์พื้นบ้านไทยทั้ง 4 ระบบ การแพทย์แบบทฤษฎีชาตุ เท่านั้นที่เป็นที่ยอมรับของรัฐ การจัดสอนแพทย์แผนโบราณเพื่อรับรองเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ซึ่งรัฐจัดให้มีรั้นทุกปี จึงอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการแพทย์แบบทฤษฎีชาตุเป็นสำคัญ ในขณะที่หมอนพื้นบ้านในห้องดินชนบทส่วนใหญ่ จะมีพื้นฐานของคุณธรรมจากพื้นฐานการแพทย์แบบประสนบรณ์ ซึ่งไม่ได้อยู่บนพื้นฐานการแพทย์แบบทฤษฎีชาตุที่รัฐให้การรับรอง

ในส่วนของการแพทย์พื้นบ้านอีสานนั้น จะมีศาสตร์ มีระบบ ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว หากแต่ถูกทิ้งไว้ เพียง เพราะนักวิชาการที่ทำการศึกษาวิจัยการแพทย์แผนไทยที่ผ่านมา มักมองว่าการแพทย์แผนไทยมีระบบเดียว คือ ระบบการแพทย์แผนไทยแบบภาคกลาง (Central Thai) ซึ่งพอกห้องข่อน สิทธิ์ไกรพงษ์ นายกสมาคมแพทย์แผนโบราณจังหวัดขอนแก่น กล่าวว่า ย่าทางอีสานจะแตกต่างจากทางภาคกลาง แต่จะเหมือนกันกับของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ⁽⁴⁾

นอกจานี้ ในงานวิจัยเรื่องการศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านไทย: พ่อในถุ่่่เคน ลาวงศ์ ซึ่งเป็น หมอยาพื้นบ้านอีสานในจังหวัดมหาสารคาม ก็พบว่าพ่อในถุ่่่เคนไม่ได้ใช้ทฤษฎีชาตุหั้งสี่ในการ วินิจฉัยโรค จะเห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านในภาคอีสานนั้นไม่ใช้ทฤษฎีชาตุหั้งสี่ในการเกิดโรคแต่ อย่างใด⁽⁴⁾

ในหนังสือตำรายาอีสาน ซึ่งรวมโดย ดร. ปรีชา พิณทอง ชื่อโรคที่ปรากฏจะแยกต่าง จากโรคและอาการที่ปรากฏในตำราแพทย์ศาสตร์ลงเคราะห์ แม่นบางโรคจะมีการเรียกเหมือนกัน เช่น โรคทราย แต่การแบ่งประเภทของทรายและการใช้สมุนไพรรักษาจะต่างตัวยากัน⁽⁴⁾

2.3. ระบบการสอนขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

2.3.1. ประวัติการสอนขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย⁽⁵⁾

ในปี พ.ศ. 2466 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 ได้ทรงประกาศพระ บรมราชโองการให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2466 เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ มีวัตถุประสงค์เพื่อสวัสดิภาพของประชาชน และเพื่อยกระดับ และรักษามาตรฐานในการประกอบโรคศิลปะให้ทัดเทียมกับนานาอารยประเทศ

และเมื่อ สมัยรัชกาลที่ 7 พ.ศ. 2472 ได้มีกฎหมายแบ่งการประกอบโรคศิลปะออกเป็น แผนปัจจุบันและแผนโบราณ ซึ่งเป็นการปิดกั้นการพัฒนาแพทย์แผนไทยในโอกาสต่อๆ มา

พ.ศ. 2530 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ โดยแบ่งการ ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปและ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณประยุกต์

พ.ศ. 2542 ได้มีการเปลี่ยนชื่อเรียกการแพทย์แผนโบราณมาเป็นการแพทย์แผนไทย โดย ในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ได้มีคำนิยามเที่ยวกับการแพทย์แผนไทยไว้ ดังนี้⁽⁶⁾

การแพทย์แผนไทย หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจาก สถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรองและให้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการ นำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

ในการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ที่มีการจัดสอบเพื่อขอรับใบประกอบโรค ศิลปะในทุกปี มี 3 สาขา คือ สาขาเวชกรรมไทย, เภสัชกรรมไทย และผดุงครรภ์

2.3.2 การมอบตัวศิษย์และขอสอบเข้าห้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทย

ในการมอบตัวเป็นศิษย์และขอสอบเข้าห้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย สามารถแบ่งได้เป็น 5 ด้านดังนี้

- 1) คุณสมบัติและความรู้ในวิชาชีพของผู้มีสิทธิขอรับเข้าห้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
- 2) การยื่นใบมอบตัวศิษย์
- 3) การนับเวลาการอบรมตามใบมอบตัวศิษย์
- 4) การสมัครสอบ
- 5) ด้านอื่นๆ

ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) คุณสมบัติและความรู้ในวิชาชีพของผู้มีสิทธิขอรับเข้าห้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
 - 1.1 ผู้มีสิทธิเข้าห้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ต้องมีคุณสมบัติตามมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2542 ดังนี้
 - 1.1.1 อายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์
 - 1.1.2 เป็นผู้มีความรู้ในวิชาชีพตามมาตรา 33 (1)
 - 1.1.3 ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือจงใจก่อให้เกิดภัยซึ่งคณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจเป็นภัยต่อสุขภาพของผู้อื่น
 - 1.1.4 ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษางานที่สุดในคดีที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าอาจเป็นภัยต่อสุขภาพของผู้อื่น
 - 1.1.5 ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
 - 1.1.6 ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพหรือเป็นโรคที่คณะกรรมการวิชาชีพเห็นว่าไม่สมควรให้ประกอบโรคศิลปะ
 - 1.1.7 ไม่เป็นคนวิกฤตหรือพิการที่ไม่สมประกอบ
 - 1.2 ผู้มีสิทธิเข้าห้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ต้องมีคุณสมบัติตามมาตรา 32 และต้องมีความต้องรู้ในวิชาชีพตามมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2542
 - 2) การยื่นใบมอบตัวศิษย์
- การยื่นใบมอบตัวศิษย์สาขาการแพทย์แผนไทย ตามข้อ 4 แห่งกฎกระทรวงมหาดไทยออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ซึ่งยังมีผลให้บังคับตามมาตรา 67 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2542 กำหนดให้

ผู้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประเทาด่าง ๆ ต้องยื่นใบมอนบัดวิชัย เพื่อแสดงว่าได้เข้ารับการอบรมศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยให้กับครู โดยผู้ยื่นคำขอไม่ต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 1.1.1 ดังนี้

2.1 สำหรับผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่นใบมอนบัดวิชัยด้วยตนเองที่กองการประกอบโรคศิลปะ พร้อมด้วยหลักฐานดังต่อไปนี้

2.1.1 ใบมอนบัดวิชัยแต่ละสาขา ๆ ละ 1 ฉบับ ติดภาพถ่ายที่มุมล่างด้านขวามือของใบมอนบัดวิชัย (รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว สาขาละ 1 รูป ห้ามใช้รูปถ่ายชนิดโพลารอยด์)

2.1.2 ภาพถ่ายทะเบียนบ้านของครูผู้ให้การอบรม (รับรองสำเนาด้วย)

2.1.3 ภาพถ่ายทะเบียนของครูวิชัย (รับรองสำเนาด้วย)

ภาพถ่ายหนังสือรับรองของครูที่ได้ผ่านการอบรมสัมมนาเพื่อพัฒนาแนวการสอนของครูผู้รับมอบบัดวิชัย (รับรองสำเนาด้วย)

2.2 สำหรับผู้มีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาค ให้ยื่นใบมอนบัดวิชัยดังนี้

ให้ยื่นใบมอนบัดวิชัยและเอกสารตามข้อ 2.1.1 – 2.1.4 ในเขตที่ผู้มอนบัดวิชัยมีภูมิลำเนาอยู่ และให้ทำสาขาละ 4 ชุด จำแนกเก็บไว้ 1 ชุด จำแนกเก็บไว้ 1 ชุด จังหวัดเก็บหลักฐานที่เป็นตัวจริง 1 ชุด และผู้สมัครเก็บไว้ 1 ชุด เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการสมัครสอบต่อไป

2.3 ก่อนที่จะนำใบมอนบัดวิชัยไปยื่นต่อทางราชการ ครูผู้ให้การอบรมศึกษาและวิชัยต้องกรอกหมายละเอียดในใบมอนบัดวิชัยให้เรียบร้อยและครบถ้วนลงนามผู้ขอและลงนามครูผู้ให้การอบรม

- ครูผู้ประกอบโรคศิลปะประเทาด่าง เวชกรรมไทย มีสิทธิรับรองการอบรมได้ทั้งประเทาด่างและประเทาเภสัชกรรมไทย

- ครูผู้ประกอบโรคศิลปะประเทาเภสัชกรรมไทย หรือประเทาด่างพดุงครรภ์ไทย จะรับรองการอบรมได้เฉพาะสาขาที่ตนได้รับใบประกอบโรคศิลปะเท่านั้น

- ครูและวิชัยต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดหรือเขตการสอนเดียวกัน

3) การันต์ระยะเวลาการอบรมตามใบมอนบัดวิชัย

ให้นับระยะเวลาดังต่อไปนี้

1. ประเทาด่าง เวชกรรมไทย ต้องเป็นผู้ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสี่ปี กันไม่น้อยกว่า 3 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย เวชกรรมไทย

2. ประเทาเภสัชกรรม ต้องเป็นผู้ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลาสี่ปี กันไม่น้อยกว่า 1 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประเทาด่างหรือเภสัชกรรมไทย

3. ประเภทการผลิตครรภ์ไทย ต้องเป็นผู้ได้รับการอบรมศึกษาเป็นเวลา สิบเนื่องกันไม่น้อยกว่า 1 ปี จากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประเภทการผลิต ครรภ์ไทย

4) การสมัครสอบ

4.1 เมื่อผู้ยื่นใบมอบตัวศิษย์ได้ยื่นใบมอบตัวศิษย์ฯ ครบกำหนดระยะเวลาตามที่ ก្មោម្យាយกำหนดแล้ว จึงจะมีสิทธิยื่นคำสอบเข้าห้องเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยจะต้องยื่นหลักฐานดังๆ ดังนี้

4.1.1. กรอกรายละเอียดในคำขอเข้าห้องเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาละ 1 ฉบับ และลงลายมือชื่อผู้ขอ (ตามแบบ ร.ศ. 1)

4.1.2. ในรับรองแพทย์ครบ 7 โรค คือ (อยู่ด้านหลังแบบ ร.ศ. 1)

- โรคเรื้อรัง

- วัณโรคระยะอันตราย

- โรคติดยาเสพติดให้โทษ

- โรคพิษสุนัขเสื่อม

- โรคจิตต่าง ๆ

- โรคคุดหงษ์หรือโรคผิวนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ

- การโรคระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีผื่นหรือแผลตามผิวนัง

4.1.3. ในรับรองความประพฤติ ที่รับรองโดยข้าราชการตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป หรือนายหน้าหรือนายตำรวจชั้นสัญญาบัตรขึ้นไป หรือที่ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะเห็นสมควร

4.1.4. ภาพถ่ายห้องน้ำบ้าน (ต้องรับรองสำเนาด้วย) สาขาละ 1 ฉบับ

4.1.5. ภาพถ่ายขนาด 2 นิ้ว (4×5 เซนติเมตร) หน้าตรง ท่าปกติ ไม่สวม

หมวกหรือ แวนดา ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน สาขาละ 3 ภาพ และห้ามใช้รูปถ่ายชนิดโพลารอยด์

4.1.6. ภาพถ่ายใบมอบตัวศิษย์แต่ละสาขา (รับรองสำเนาด้วย)

4.1.7. ต้องยื่นคำขอภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี

ถ้ากรณีที่ครบสอบจะต้องมี

4.1.8. ใบรายงานความรู้ความชำนาญ

4.1.9. ใบรายงานแสดงคนไข้ฯ (ประเภทเวชกรรมไทย และประเภทการ

ผลิตครรภ์ไทย)

4.1.10. ใบรายงานการปฐมฯ (ประเภทเภสัชกรรมไทย)

4.1.11. ให้ผู้เข้าสอบสังข่องติดแสตมป์รากา 3 บาทพร้อมจ่าหน้าของถึงตัวเอง ตามที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ สงให้กองการประกอบโรคศิลปประจำวน 3 ของพร้อมกับคำขอสอบ เพื่อความสะดวกในการติดต่อในกรณีที่ผู้ขอสมัครสอบ ส่งหลักฐานบกพร่องหรือผู้สมัครสอบสามารถสอบได้

4.1.12. การยื่นคำขอสอบแก้ตัว ถ้าผู้ที่เคยสอบความรู้มาแล้วแต่สอบไม่ผ่านในการสอบแต่ละครั้ง ประสงค์จะขอสอบแก้ตัว ให้ยื่นหลักฐานตามข้อ 4.1.1 ถึง 4.1.7 และ 4.1.11

4.1.13. การยื่นคำขอสอบ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จะต้องยื่นคำขอสอบภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี

4.1.14. ผู้ไม่มีสิทธิเข้าสอบ คือ

- 1) ผู้ที่ไม่ได้ยื่นใบมอบตัวศิษย์
- 2) ผู้ที่ใบมอบตัวศิษย์ไม่ครบกำหนด
- 3) ผู้ที่ไม่มีชื่อในบัญชีเข้าสอบ
- 4) ผู้ที่เป็นนักพรต นักบัว หรือแม่ชี

5. ห้องปฏิบัติอื่นๆ

5.1 การยื่นคำขอขึ้นทะเบียน ให้ยื่นต่อสถานที่ที่กำหนดเด่นเดียวกับการยื่นใบมอบตัวศิษย์

ส่วนกลาง - ยื่นที่กองการประกอบโรคศิลปประจำ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ส่วนภูมิภาค - ยื่นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือสำนักงานสาธารณสุจรังหวัดที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

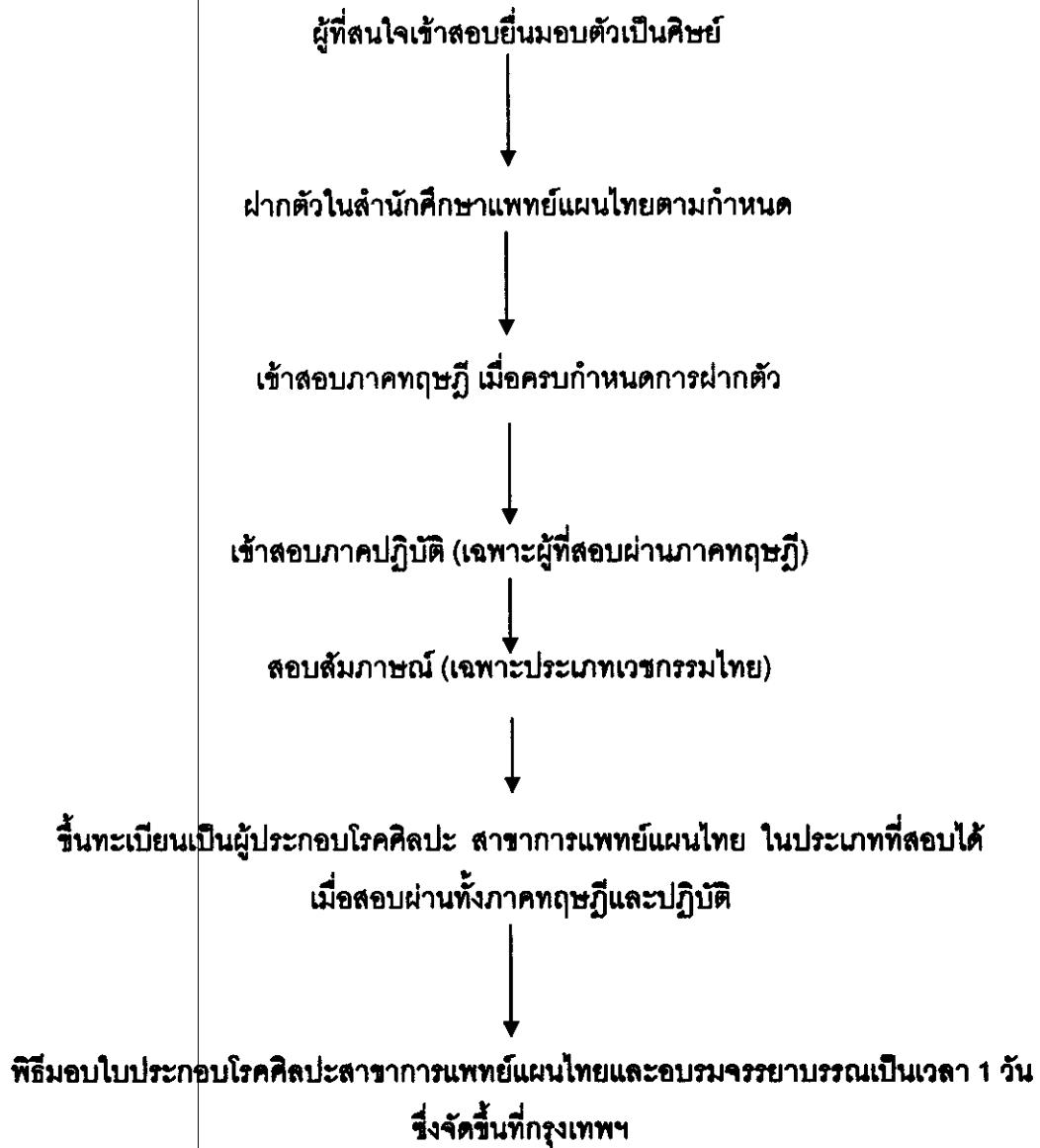
5.2 ผู้ที่ยื่นใบมอบศิษย์ไว้จนครบระยะเวลาการอบรมศึกษา หรือผู้ที่เคยสอบความรู้มาแล้วแต่สอบไม่ได้ หากย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ ณ จังหวัดใด และประสงค์จะสอบความรู้หรือขอสอบแก้ตัวให้ยื่นหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ตามรายละเอียดในข้อ 2 และ 3 แล้วแต่กรณี โดยหมายเหตุห้ามคำขอขึ้นทะเบียนว่า เคยยื่นใบมอบตัวศิษย์ไว้ ณ จังหวัดใด และปี พ.ศ.ใด ตัวย

5.3 ผู้ยื่นคำขอสอบความรู้จะต้องเสียเงินค่าธรรมเนียมในการสอบคนละ 20 บาท และค่าอุปกรณ์ในการสอบคนละ 200 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 220 บาท (สองร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

5.4 ถ้ายื่นคำขอสอบแก้ตัวภาคปฏิบัติ ให้เขียนระบุบนคำขอว่า “สอบแก้ตัวภาคปฏิบัติ” และต้องยื่นภายในวันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี

5.5 ผู้เข้าสอบจะต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัตินี้โดยถูกต้องครบถ้วน จึงจะอนุมัติให้มีชื่อในบัญชีในบัญชีรายรื่นผู้เข้าสอบ

ลู่ทางเข้าสู่การสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทย



2.3.3 สำนักศึกษาแพทย์แผนไทย^๗

สถานบันการสอนแพทย์แผนไทย เป็นสถาบันที่ครุผู้รับมอบตัวศิษย์ใช้เป็นสถานที่ในการถ่ายทอดความรู้วิชาชีพการประกอบโรคศิลป์แพทย์แผนไทยแก่ศิษย์ ซึ่งในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย มีดังนี้

1. ครุผู้สอน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคุณสมบัติของครุผู้สอนวิชาการแพทย์แผนโนราณที่สามารถรับมอบตัวศิษย์ไว้ว่า ต้องเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์แพทย์แผนโนราณมาไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีอายุไม่ต่ำกว่า 30 ปี

2. ลักษณะของการเรียนการสอน

แบ่งเป็น 2 ประเภท

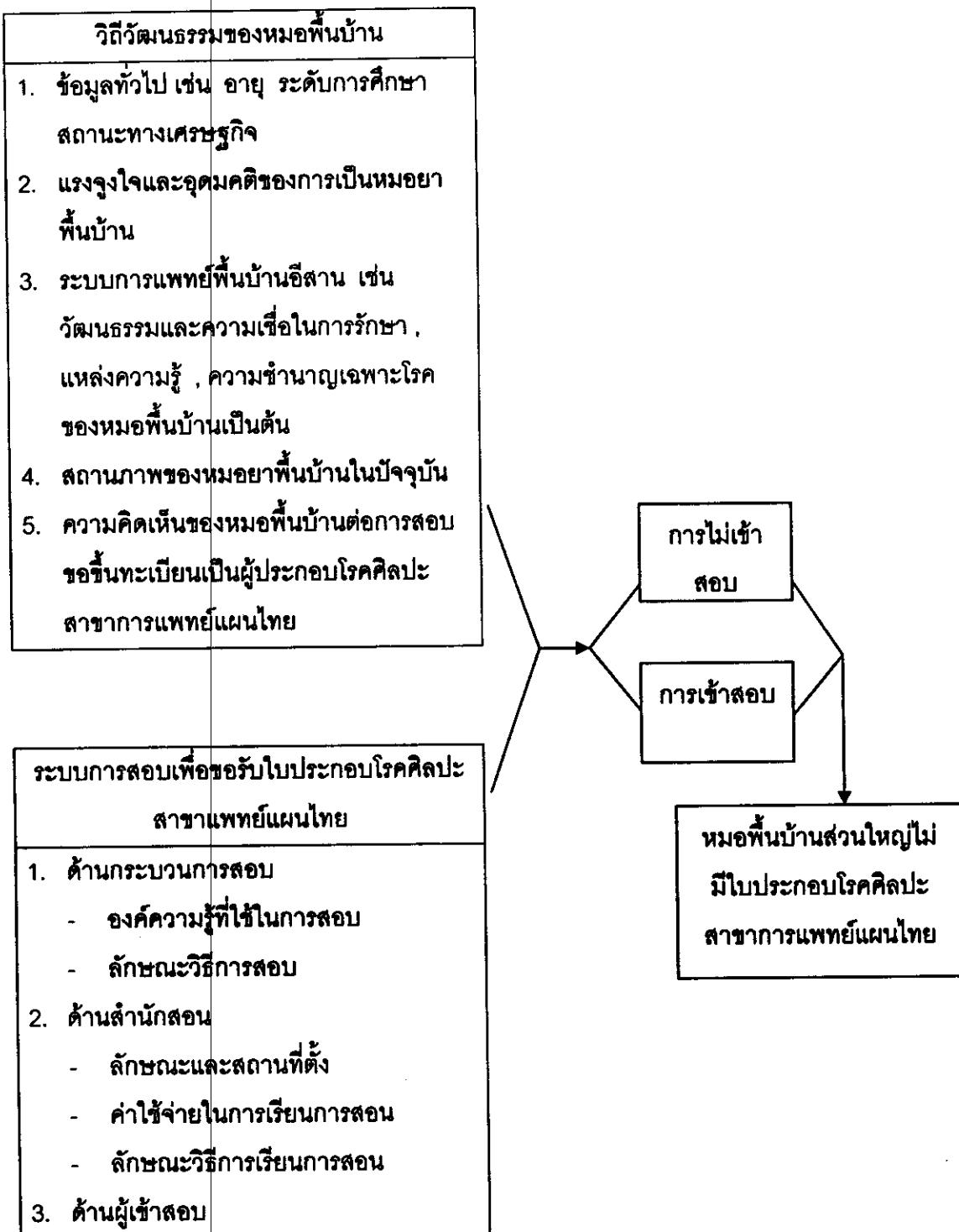
1. การเรียนในระบบ คือ การไปเรียนกับครูในโรงเรียน สมาคม ชุมชนหรือมูลนิธิต่างๆ ที่มีการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 74.7 เรียนในระบบ มีเพียงร้อยละ 25.3 ที่เรียนนอกระบบ

2. การเรียนนอกระบบ คือ การเรียนด้วยตนเองแล้วให้ครุลงนามรับรองบันทึกเป็นศิษย์ พぶว่าภาคอิสานมีการเรียนการสอนนอกระบบมากที่สุดร้อยละ 32.1 ภาคเหนือร้อยละ 27.7 ภาคใต้ร้อยละ 20.3 กรุงเทพฯน้อยที่สุด คือร้อยละ 9.5

3. การประเมินผลการเรียน

ส่วนใหญ่เป็นการซักถามปัญหาที่นักเรียนไม่เข้าใจเพื่อให้ครูอธิบายช้า นอกจากนั้นยังให้การประเมินโดยการขอร้องสอบ ซึ่งจะทำเมื่อเรียนจบเนื้องหาโดยสมบูรณ์แล้ว และเป็นช่วงใกล้สอบใบประกาศนียศิลปะประจำปี

2.4 กรอบแนวคิด



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

ภาพรวมของการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาวิถีวัฒนธรรมของหมู่พื้นบ้านอีสานกับระบบการสอนขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์การแพทย์แผนไทย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้วิธีการวิจัยเอกสาร, การสอบถาม, การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต ในการเก็บข้อมูลเพื่อมารวเคราะห์ และนำเสนอในรูปแบบการพรรณนาอธิบายเหตุผล และข้อเสนอแนะ

1. พื้นที่ในการศึกษาวิจัย

จากข้อมูลสถิติในการสอนความรู้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยของเขต 7 ซึ่งได้แก่จังหวัดอุบลราชธานี, ร้อยเอ็ด, ยโสธร, นครพนม, อำนาจเจริญ, ศรีสะเกษ และมุกดาหารพบว่ามีผู้ที่สามารถสอนผ่านได้เป็นจำนวนน้อยทั้งๆ ที่มีผู้เข้าสอบเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับเขตอื่นๆ นอกจากนี้จังหวัดอุบลราชธานียังเป็นแหล่งวัฒนธรรมที่มีความเก่าแก่กว่าช้านานและมีการกระจายตัวของหมู่พื้นบ้านในที่แห่งนี้ค่อนข้างมาก จากเหตุผลดังกล่าวทำให้พื้นที่ เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานีเป็นพื้นที่ที่น่าสนใจ และเหมาะสมที่จะทำการศึกษาถึงความสอดคล้องของวิถีวัฒนธรรมของหมู่พื้นบ้านอีสานกับระบบการสอนขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์การแพทย์แผนไทย

2. ประชากรในการศึกษาวิจัย

กลุ่มประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ประชากรศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ หมู่พื้นบ้านในเขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยเอ็ด ยโสธร นครพนม อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ และมุกดาหาร

ประชากรศึกษาศึกษานอกชุมชนตัวอย่าง ได้แก่

- 2.1. ครูผู้รับสอนตัวติดยื่นสำนักสอนการแพทย์ไทยในจังหวัดอุบลราชธานี
- 2.2. ผู้เขียนรายงานเกี่ยวกับระบบการสอนเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์การแพทย์แผนไทย

หมู่พื้นบ้านที่ออกสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่เคยเข้าสอบ และกลุ่มที่เคยเข้าสอบ โดย มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ

- 1) เป็นหมู่พื้นบ้านที่เป็นที่รู้จักและการคัดเลือกทำการรักษาจริงในชุมชน
- 2) เป็นหมู่พื้นบ้านที่ให้การตอบรับแบบตอบรับการขอเข้าสัมภาษณ์หมู่พื้นบ้าน

3. วิธีการศึกษาวิจัย

1) การวิจัยเอกสาร (documentary research) ในประเด็นเรื่อง วิถีวัฒนธรรมของหมู่พื้นบ้าน และ ระบบการสอบถามขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์แพทย์แผนไทย

2) การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยเก็บข้อมูลจากหมู่พื้นบ้านผ่านทางจดหมาย ในประเด็นเรื่อง หมู่พื้นบ้านกับการสอบถามเพื่อขอรับใบประกอบโรคศิลปศาสตร์แพทย์แผนไทย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

- กลุ่มหมู่พื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบ แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลหมู่พื้นบ้านประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่พื้นบ้าน

ส่วนที่ 2 การสอบถามขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์แพทย์แผนไทย

- กลุ่มหมู่พื้นบ้านที่เคยเข้าสอบ แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลหมู่พื้นบ้านประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่พื้นบ้าน

ส่วนที่ 2 การสอบถามขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์แพทย์แผนไทย

ส่วนที่ 3 สำนักสอนการแพทย์แผนไทย

3) การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์ (Indepth – interview)

โดย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกหมู่พื้นบ้าน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่พื้นบ้าน

ส่วนที่ 2 ภูมิหลังการเป็นหมู่ก่อนเดินป่าฯรับ

ส่วนที่ 3 องค์ความรู้ในการรักษา (วิถีวัฒนธรรมในการรักษาโรค)

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่ใช้และวิธีการสอน

4. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเบริယบเที่ยบ โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลักในการวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเอกสารเป็นข้อมูลสนับสนุน เพื่อให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน การใช้การวิจัยเอกสารสนับสนุนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างองค์ความรู้ที่ใช้ในการสอบถามกับองค์ความรู้แบบการแพทย์แผนไทย

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาถึงวิถีวัฒนธรรมของหมู่พื้นบ้านกับระบบการสอนเพื่อขอรับหนังเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ในเรื่องที่เกี่ยวกับการมีหรือไม่มีในประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความแตกต่าง หรือความสอดคล้อง ของทั้ง 2 เสื่อนໄ้ เพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของแต่ละส่วนอันน้ำไปสู่ความเข้าใจเบื้องต้น ผู้ศึกษาวิจัยขอแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ตอน คือ

- 4.1 ข้อมูลของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา
- 4.2 วิถีวัฒนธรรมของหมู่พื้นบ้านในภาคอีสาน
- 4.3 กระบวนการสอนเพื่อขอรับหนังเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
- 4.4 บทบาทของสำนักสอนแพทย์แผนไทย

4. 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มประชากร

จากการศึกษาหมู่พื้นบ้านอีสานในเขต 7 และผู้เข้าสอบใบประกอบโรคศิลปะใน พ.ศ. 2543 และ 2544 พบร้อยละของกลุ่มประชากร เป็นดังนี้

1. เพศ

หมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชายและไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มหมู่พื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบ, หมู่พื้นบ้านที่เข้าสอบในปี 2543 และ 2544 และผู้ที่สอบผ่าน ซึ่งพบในอัตราร้อยละ 89.2, 89.5 และ 92.0 ตามลำดับอายุ

2. อายุ

ในกลุ่มหมู่พื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบ ร้อยละ 56.2 เป็นผู้สูงอายุคือมีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนหมู่พื้นบ้านที่เข้าสอบในระบบฯ ส่วนใหญ่ จำนวนร้อยละ 74.5 เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปี และเมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่สอบผ่านพบว่าเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี สูงถึง ร้อยละ 64

3. การศึกษา

พบว่าหมู่พื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบกับหมู่พื้นบ้านที่เข้าสอบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงเดียวกัน คือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 คิดเป็นร้อยละ 81.9 และ 54.4 ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่สอบผ่าน ซึ่งมีระดับการศึกษาตั้งแต่แม่ยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไปถึงร้อยละ 52.0 และที่สำคัญพบว่ายังมีหมู่พื้นบ้านที่ไม่เคยเรียนหนังสือมีถึงร้อยละ 6.3

4. ความสามารถในการอ่านเขียน

หมอยืนบ้านที่ไม่เข้าสอบมีความสามารถพ่ออ่านได้และพอเขียนได้ ร้อยละ 60.8 และ 64.2 ตามลำดับ ทั้งยังมีผู้ที่อ่านไม่ได้ และเขียนไม่ได้ ถึงร้อยละ 4.5 และ 7.4 ซึ่งไม่แตกต่างจากหมอยืนบ้านที่เข้าสอบ ที่มีความสามารถอ่านได้ค่อนข้าง แต่เขียนได้ค่อนข้าง ร้อยละ 60 และ 55.6 และ ผู้ที่สอบผ่านส่วนใหญ่สามารถอ่าน และเขียนได้คล่อง ร้อยละ 72.0

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร

ข้อมูลทั่วไป		ร้อยละ (N)		
		หมอยืนบ้าน ที่ไม่เคยเข้าสอบ	หมอยืนบ้าน ที่เข้าสอบ	ผู้ที่สอบผ่าน
1. เพศ				
- หญิง		10.8 (19)	10.5 (6)	8.0(2)
-ชาย		89.2 (157)	89.5(51)	92.0 (23)
รวม		100.0(176)	100.0(57)	100.0(25)
2. อายุ (ปี)				
- น้อยกว่า 40		7.8(12)	10.9(6)	20.0(5)
- 41 – 50		13.1(23)	29.1(16)	16.0(4)
- 51 – 60		23.9(42)	34.5(19)	28.0(7)
- 61 – 70		32.4(57)	16.4 (9)	20.0(5)
- 71 – 80		14.2(25)	7.3(4)	8.0(2)
- มากกว่า 80		9.6(17)	1.8(1)	8.0(2)
รวม		100.0(176)	100.0(57)	100.0(25)
3. ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้เรียนหนังสือ		6.3(11)	0.0 (0)	0.0(0)
- ป.4-ป.6		81.8(144)	54.4(31)	32.0(24)
- ม.3		4.5(8)	19.3(11)	16.0(4)
- ม.6		5.7(10)	21.1(12)	28.0(7)
- สูงกว่า ม.6		1.7(3)	5.2(3)	24.0(0)
รวม		100.0 (176)	100.0(57)	100.0(25)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ (%)		
	หมู่บ้าน ที่ไม่เคยเข้าสอบ	หมู่บ้าน ที่เข้าสอบ	ผู้ทดสอบผ่าน
4. ความสามารถในการอ่าน			
- อ่านได้ค่อน	34.7 (61)	61.4 (35)	72.0(18)
- พออ่านได้	60.8(107)	38.6(22)	28.0(7)
- อ่านไม่ได้	4.5(8)	0.0(0)	0.0(0)
รวม	100.0 (176)	100.0(57)	100.0(25)
5. ความสามารถในเขียน			
- อ่านได้ค่อน	28.4 (50)	57.9 (33)	72.0(18)
- พออ่านได้	64.2(113)	42.1(24)	28.0(7)
- อ่านไม่ได้	7.4(13)	0.0(0)	0.0(0)
รวม	100.0 (176)	100.0(57)	100.0(25)

3. อาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์หมู่บ้าน พนวากลุ่มนหมู่บ้านที่ไม่เข้าสอบ ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ลักษณะของฐานะทางเศรษฐกิจใช้การสังเกตพบว่าฐานะค่อนข้างยากจน บ้านเรือน มีทรัพย์สินไม่นานกันมาก มีหนี้สินที่ต้องชำระ ส่วนใหญ่ไม่ได้ยืดอาชีพหมู่บ้านเป็นอาชีพหลัก ดังข้อมูลจากการสังเกตซึ่งแสดงในตารางที่ 3

ตัวอย่างเช่น “พ่อใหญ่เพื่อง บุญช่วย ลักษณะของบ้าน เป็นบ้านที่ไม่ใหญ่โถมากนัก เสาบ้านมี 4 เสาซึ่งขนาดไม่ใหญ่ มีห้องนอน 1 ห้อง และอีกด้านหนึ่งของบ้านเป็นระเบียง ใต้ถุนบ้าน ถูกไว้เป็นที่สำหรับให้ปูกระเบื้อง บันไดทางขึ้นบันบันเป็นไม้ที่นำมาตอกเรียงกันไม่ค่อยมั่นคงมากนัก”

ในขณะที่หมู่บ้านที่เข้าสู่ระบบสอบ ส่วนใหญ่มีฐานะพอเมื่อพอกิน โดยจากการสังเกตสภาพบ้านเรือนของหมู่ มีทรัพย์สินพอประมาณ รายได้ที่ได้จากการรักษาหรือขายสมุนไพรมาก เป็นส่วนหนึ่งของรายได้หลักในครอบครัว หรือคิดที่จะยืดอาชีพการเป็นหมู่บ้านเป็นอาชีพเสริมพบว่าลักษณะบ้านค่อนข้างใหญ่โต มั่นคง ภายในบ้านมีอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า ไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์ ตู้เย็น อีกทั้งขึ้นล่างของบ้านยังให้ประกอบกิจการค้าขายด้วย เช่น บ้านของ นายเอี่ยม ศรีสุดา

4. ลักษณะชุมชนของหมู่บ้าน

จากการออกสำรวจนอกพื้นที่ พบร่องรอยพื้นบ้านในกลุ่มที่ไม่เข้าส่วนมากกระจายอยู่ในหมู่บ้านที่ห่างไกลจากศูนย์อำเภอ การเดินทางไม่สะดวก พบร่องรอยมากในแต่ละหมู่บ้าน จะมีรถโดยสารประจำหมู่บ้านเข้าสู่ตัวอำเภอได้จากการสังเกตซึ่งแสดงในตารางที่ 2

ด้วยย่างเข่น พ่อในถ่ายผิดนี่ บุคคลธรรม เล่าให้ฟังว่า “รถโดยสารประจำจันมุ่นบ้านจะวิ่งเข้าตัวเมืองวันละประมาณ 2 รอบ คือ รอบที่ 1 ออกจากหมู่ปะมาณ 7.30 น. เพื่อรับนักเรียนเป็นหลักเข้าสู่ตัวอำเภอและกลับมายังหมู่บ้านปะมาณ 10.00 น. รอบที่ 2 ออกจากหมู่บ้านปะมาณ 9.00 น. เพื่อรับคนทั่วไปเข้าสู่ตัวอำเภอและกลับเข้าหมู่บ้านปะมาณ 12.00 น. นอกจากนี้จะมีรถรอบพิเศษ ออกจากหมู่บ้านปะมาณ 15.30 น. และกลับถึงหมู่บ้านปะมาณ 17.00 น. เพื่อไปรับนักเรียนจากในอำเภอกลับหมู่บ้านโดยเฉพาะ เป็นรถที่ไม่วิ่งผู้โดยสารทั่วไป นอกจากจะจะติดต่อเป็นพิเศษ”

นอกจากนี้ บางหมู่บ้านที่ผู้วิจัยได้ไปสัมภาษณ์อยู่ห่างจากถนนสายหลักถึง ประมาณ 10 กิโลเมตร และเป็นถนนดินแดง หรือ ถนนลูกรัง บางครั้งก็พบเส้นทางที่เป็นหลุมป้อ ตลอดทาง ทำให้การเดินทางเป็นไปได้ยากลำบาก และหากผู้ใดต้องการที่จะเดินทางมาทำธุระยังจำเกาเมือง ก็ต้องรับโดยสารรถประจำหมู่บ้านมาแต่เช้าและต้องต่อรถจากจำเกาหนึ่งๆ manyang จำเกาเมืองอีกครั้ง หนึ่งและต้องรับทำธุระให้เสร็จเพื่อที่จะกลับให้ทันรถเข้าหมู่บ้านเที่ยงสุดท้าย ซึ่งบางจำเกาอยู่ไกลจากจำเกาเมืองมากต้องโดยสารรถนานถึง 2-3 ชั่วโมง เช่น จำเกาโพธิ์ไทร, จำเกาศรีเมืองใหม่ เป็นต้น

ส่วนหมู่บ้านที่เข้าสอบสวนใหญ่ จะอยู่ในเขตชุมชนของอำเภอ้น้ำฯ ตัวอย่างเช่น นายประยูร ศาสตร์ นาง สุภาภรณ์ สามเสนา หรือ นายบุญจันทร์ คันโตกอง ล้วนอยู่ในเขตตัวอำเภอเมืองอุบลราชธานีเป็นส่วนใหญ่ กรณีที่ไม่อยู่ในตัวเมืองก็อยู่กึ่ดกับถนนสายหลัก การเดินทางไปมาค่อนข้างสะดวก ไม่ว่าจะเป็น นายเอี่ยม ศรีสุตา หรือนายสิงห์ทอง ทันธีมา

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบ้านที่ได้จากการสำรวจและสังเกต

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ที่อยู่ (อำเภอ)	สถานะทางเศรษฐกิจ *	ลักษณะชุมชน	หมายเหตุ
1	ชา ศรีจันดี	74	ชาวนาทำสวน	ยากจน	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
2	หนูวัน เกษียร	60	ศรีเมืองใหม่	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
3	สำนา เกตุวัตร	54	ตระการพิชผล	ยากจน	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
4	บรรพด ทิลาธรรม	63	ศรีเมืองใหม่	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
5	เดิม ปุภาคธรรม	69	ตระการพิชผล	ยากจน	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
6	บิน เหล่าโกก	74	กงอ.เหล่าเตือโกก	ยากจน	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
7	ประسنค์ ชุมพล	65	พิบุตรมังสาหาร	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
8	พอง อุทัย	70	กงอ.ทุ่งศรีอุดม	ยากจน	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
9	ตี วงศ์บาน	74	โพธิ์ไทร	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
10	เพียง บุญช่วย	79	เดชอุดม	ยากจน	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
11	สมบูรณ์ เวชสาร	73	ศรีเมืองใหม่	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	ไม่เคยสอบ
12	ผดุง จันทร์พวง	48	เมือง	ยากจน	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน
13	สมฤทธิ์ บุญมา	44	เมือง	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบผ่านแล้ว
14	ประยูร ลาสงยาง	70	เมือง	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบผ่านแล้ว
15	สุภาภรณ์ สามเเสมา	60	เมือง	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน
16	บุญจันทร์ คันโถทอง	58	เมือง	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน
17	บุญมา แสนสวัสดิ์	72	ชาวนา	ยากจน	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน
18	อุดร ไวยไย	49	พิบูลฯ	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน
19	สิงห์ทอง ทันธโน	56	เดชฯ	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบผ่านแล้ว
20	สรศักดิ์ สาระบุตร	55	กันทรลักษ	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน
21	นำย ดวงดี	73	เดชฯ	ยากจน	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน
22	เฉยม ศรีสุตา	47	ตระการฯ	พอเพียง	ใกล้ชุมชน	สอบยังไม่ผ่าน

* หมายเหตุ ลักษณะทางเศรษฐกิจจากการสังเกตของผู้วิจัย

4.2 วิถีวัฒนธรรมหมอยาพื้นบ้านอีสาน

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นระบบการรักษาพยาบาล ที่อยู่บนพื้นฐานการช่วยตนเองและเพื่อนมนุษย์ โดยมีหมอมือพื้นบ้านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรับเคลื่อนกลไกเหล่านั้น หรือเป็นผู้ที่เข้าร่วมรับพื้นฐานระบบการแพทย์พื้นบ้าน คันเป็นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน และสำหรับการแพทย์บ้านอีสานในที่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรค เพื่อให้เข้าใจในระบบการแพทย์พื้นบ้านอีสาน คงจะผู้วิจัยขออธิบายถึง ประเด็นที่สำคัญ 5 ประเด็นคือ

1. วัฒนธรรมการเรียนรู้ของหมอมือพื้นบ้าน
2. แนวทางในการปฏิบัติตนในการเป็นหมอมือพื้นบ้าน
3. วัฒนธรรมความเชื่อกับความเจ็บป่วย
4. วัฒนธรรมการรักษาความเจ็บป่วย
5. วัฒนธรรมการถ่ายทอดความรู้
6. สถานภาพของหมอมือพื้นบ้านในปัจจุบัน

4.2.1 วัฒนธรรมการเรียนรู้ของหมอมือพื้นบ้าน

ก่อนที่หมอมือพื้นบ้านจะสามารถมาดำรงดึงบทบาทของความเป็นหมอมือพื้นบ้าน ย่อมมีวัฒนธรรมการเรียนรู้ ซึ่งวัฒนธรรมการเรียนรู้ของหมอมือพื้นบ้านแต่ละคนมีแรงจูงใจของการเข้ามาเป็นหมอยาพื้นบ้านที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถจัดแบบแผนวัฒนธรรมการเรียนรู้ก่อนมาเป็นหมอด้วยตัวเอง

- แบบแผนที่ 1 เรียนรู้จากการติดสอยห้อยตามหมอมือพื้นบ้าน

สืบเนื่องมาจากมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นหมอมือพื้นบ้านอยู่แล้ว หมอมือพื้นบ้านในแบบแผนนี้จึงได้รับการให้ร่วยวันให้ช่วยกระทำกิจหนาทายๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นการเก็บต้นสมุนไพร การบดปูรุญา หรือแม้แต่การทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยของหมอมือพื้นบ้านเอง

ดังเช่น พ่อไนญ่ประสงค์ ชุมพล อายุ 65 ปี หมู่ 2 บ้านโพธิ์ไทย ตำบลโพธิ์ไทย อำเภอพิบูลมังสาหาร เริ่มสนใจจะมาเป็นหมอด้วยตัวเอง อายุ 18 ปีเนื่องจากพ่อเป็นหมอมือพื้นบ้าน เนื่องจากภารกิจอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว จึงอยากหาทางช่วยเหลือลูกๆ ไม่ให้เกิดโรคอัมพาตติดต่อไปสู่รุ่นหลานต่อไป

พ่อไนญ่ฟอง อุทัย อายุ 70 ปี หมู่ 3 ตำบลนาเกล็ม กิ่งอ.ทุ่งเครือขุม เริ่มสนใจมาเป็นหมอด้วยตัวเอง อายุ 16 ปี เนื่องมาจากทั้งปู่ทวด, ลุง และพ่อเป็นหมอมือพื้นบ้านอยู่แล้ว เวลา

พ่อในญี่ปุ่น อุทัย อายุ 70 ปี หมู่ 3 ตำบลนาเกษม กิ่งอ.ทุ่งศรีอุดม เริ่มสนใจมาเป็นหมอดังแต่อายุ 16 ปี เนื่องมาจากหั้งปูทวาร, ลุง และพ่อเป็นหมอพื้นบ้านอยู่แล้ว เกลาบุคคลเหล่านั้นเดินทางไปรักษาผู้ป่วยก็มักจะติดสอยห้อยตามไปด้วย และเมื่อเข้าไปไปเก็บสมุนไพรก็ตามเข้าไปในป่าด้วยจึงทำให้รู้และเข้าใจวิธีการรักษาโรคต่างๆเป็นอย่างดี

พ่อในญี่ปุ่นware เกษยร อายุ 60 ปี หมู่ 2 บ้านศรีเมือง ตำบลนาคำ อ.ศรีเมืองในหมู่บ้านที่สนใจมากเป็นหมอพื้นบ้านสืบเนื่องมาจาก พ่อเป็นทหารเสนาธารกษา ในช่วงสงครามอินโดจีน และยังเป็นหมอรักษาชาวบ้านด้วย เกลาพ่อเข้าไปไปเก็บต้นยา ก็ตามพ่อเข้าไปในป่าด้วย

- แบบแผนที่ 2 เรียนรู้จากความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวของตัวหมอพื้นบ้านเอง เป็นแรงกระตุ้นอย่างหนึ่งที่กระตุ้นให้หมอต้องเข้ารับบทบาทของความเป็นหมอ อันเนื่องมาจากการไม่สามารถทนตับบุคคลที่ตนรักต้องมีอันเป็นไปสิ่งต้องขวนขวยหาวิธีต่างๆเพื่อช่วยบรรเทาหรือรักษาโรคที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างเช่น พ่อในญี่ปุ่น เหล่าโก็ก อายุ 74 ปี หมู่ 7 ตำบลเหล่าเสือโก็ก กิ่งอำเภอเหล่าเสือโก็ก เล่าให้ฟังว่า “สมัยก่อนการเดินทางไปไหนหมอเพื่อรักษาล้ำบาก ประกอบกับในช่วงจังหวะนั้นภาระya เกิดป่วยมาก แต่เดินทางไปไหนอย่าง จึงไปเชญญาที่เป็นหมอพื้นบ้านมารักษาภาระya ภาระนายป่วยแล้ว จึงเรียนวิชาจากภาร้ออาเจ้าให้ต่อไปจะได้ไม่ต้องไปตามมารักษาอีกและมีวิชาติดตัว”

พ่อในญี่ปุ่นวงศ์ ชุมพล อายุ 65 ปี หมู่ 2 ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพินุลมังสาหาร ได้เล่าถึงสาเหตุของการเป็นหมอพื้นบ้านในปัจจุบัน สืบเนื่องมาจากการมีพ่อเป็นหมอพื้นบ้านอยู่ก่อนแล้วแต่ก็ไม่เคยคิดที่จะเป็นหมอพื้นบ้าน แต่หลังจากที่ลูกชายของตนนั้นป่วยเป็นโรคอัมพาตเกลาที่เริ่มเป็นหนุ่มสาวจึงทำให้ตนต้องนำความรู้เดิมที่ได้จากการเรียนรู้จากพ่อที่เป็นหมอพื้นบ้าน และได้จากการขวนขวยหาความรู้เพิ่มเติมจากหมอพื้นบ้านอาชุโส เพื่อนำมารักษาลูกๆที่ป่วยอยู่และทางป้องกันไม่ให้หลานเกิดมาเป็นอย่างพ่อแม่ของพวงเข้าอีก

- แบบแผนที่ 3 เรียนรู้เพราะเห็นผลยานมอพื้นบ้าน

เมื่อครั้งที่สนใจในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วยขึ้นมา การเรียกใช้บริการของหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชนจึงเกิดตามมา ยิ่งอาการที่เกิดขึ้นกับสนใจในครอบครัวมีลักษณะร้อนรุนแรงถึงชีวิต แสงหมอพื้นบ้านสามารถนำบัดอาการเหล่านั้นย้อมทำให้บุคคลที่เป็นสนใจเกิดความประทับใจแล้วอย่างที่เรียนรู้ถึงความสามารถของหมอพื้นบ้านจึงกล้ายแบบแผนการเรียนรู้อีกอย่างตามมา

ดังเช่น พ่อใหญ่สมบูรณ์ เวชสาร อายุ 73 ปี หมู่ 2 ตำบลลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ ได้เล่าให้ฟังว่า “มีพระอุตรค์มาที่หมู่บ้าน ปรากฏว่ามีเพื่อนบ้านป่วยหนักมากคิดว่าจะไม่รอดแล้ว แต่พ่อพระฝันยาให้กินแล้วปรากฏว่ารออีก 4 ชั่วโมงต่อมาระบุคลุกรื้นมาหนึ่ง พุดคุยกับญาติฯได้ทำให้รู้สึกประทับใจและเลื่อมใสจึงขอติดตามพระอุตรค์เพื่อเรียนรู้ไปยังที่ต่างๆด้วย หลังจากนั้น พ่อพระอุตรค์ท่านมรณภาพแล้ว จึงกลับมาบ้านเพื่อรักษาเพื่อนบ้านตลอดมาจนถึงทุกวันนี้”

- แบบแผนที่ 4 เรียนรู้จากสถานบันการสอนแพทย์แผนไทย

แบบแผนสุดท้ายถือว่าเป็นแบบแผนที่มีลักษณะที่แตกต่างจาก 3 ลักษณะข้างต้น เนื่องจากเป็นแบบแผนที่ผู้ที่สนใจเรียนรู้ต้องออกไปปนอยู่ในชีวิตประจำวัน แรงจูงใจของการเรียนรู้จากแบบแผนนี้คือ ความต้องนำความรู้ที่ได้มาประกอบอาชีพหารายได้สู่ครอบครัวไม่ว่าจะเป็นภาคปุ่ง ขยาย หรือเปิดร้านขายสมุนไพร

ดังเช่น พ่อใหญ่บุญมา แสนสว้อย อายุ 72 ปี ที่อยู่บ้านค้อกระเบื้อง อำเภอวารินชำราบ ก่อนที่จะมาเป็นหมอมพื้นบ้านในปัจจุบัน ได้เคยไปเรียนที่โรงเรียนเวชและเภสัชอุบลราชธานี ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 หลังจากที่เรียนจบแล้วในสาขาวิชาเภสัชกรรม ก็อุปกรณารักษาและปุ่งยาขายเอง ทราบจนแท่ทุกวันนี้

4.2.2 แนวทางในการปฏิบัติตนในการเป็นหมอมพื้นบ้าน

การปฏิบัติตนของหมอมพื้นบ้าน ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในรูปแบบของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ลีลา รื่นอยู่กับแหล่งความรู้หรือผู้ที่ถ่ายความรู้ให้หมอมได้รับการถ่ายทอดมา หรือการนับถือ หรือแนวปฏิบัติตนที่หมอดีรับมาเป็นปฏิบัติตนเองอีกทางหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามมีหมอมพื้นบ้านอีกกลุ่มที่ไม่ได้มีแนวการปฏิบัติตนที่นักเนื่องจากกิจวัตรประจำวันที่ตนดำเนินดังกล่าวก็ต้องปรับตัวไป เช่น สามารถดื่มเหล้าได้ ไม่ได้มีการถือศีลถือธรรม เป็นต้น ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสามารถแบ่งกลุ่มแนวการปฏิบัติตนของหมอมพื้นบ้านออกเป็น 2 แบบแผน ดังนี้

- แบบแผนที่ไม่มีการปฏิบัติตนเป็นพิเศษ

การปฏิบัติตนที่ไม่มีความเป็นพิเศษ จะมองในประเด็นที่ว่าแตกต่างจากคนทั่วไปหรือไม่

ดังเช่น พ่อใหญ่บุญราษฎร พิลาธรรม บ้านโนนสว่าง ตำบลโคกจาน อำเภอตระการพีชผล ไม่ได้มีการปฏิบัติตนเป็นพิเศษนอกเหนือจากคนในชุมชนแต่อย่างใด

นายสำราญ เกตุวัตร หมู่ 7 บ้านนาโพธิ์น้อย ตำบลแก้งกอก อำเภอตระการพีชผล กล่าวว่าไม่ได้มีการปฏิบัติตนเป็นพิเศษจากคนปกติแต่อย่างใดเช่นกัน

- แบบแผนที่มีการปฏิบัติตามเป็นพิเศษ

โดยแนวการปฏิบัติตามที่เป็นพิเศษของหมู่บ้านที่พบมีอยู่ 2 ด้านคือ ด้านอาหารการกินและการถือศีล ซึ่งหมู่บ้านมีรูปแบบการปฏิบัติตามที่แบบเดี่ยวๆของแต่ละด้าน และ ผสมผสานทั้งสองด้านเข้าด้วยกัน

พ่อใหญ่เพียง บุญช่วย บ้านโนนกาเร็น ตำบลลดูน อำเภอเดชอุดม กล่าวว่า “ ต้องมีการศีล 5 เป็นหลัก เฉพาะศาสนมีงานก็ตีมเหล้าบาง แต่จะตีมในกรณีที่มีคนยื่นให้ตีม และ จะตีมพอเป็นพิธีเท่านั้น นอกจากนี้เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการการรักษาจะไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาได้ เพราะจะทำให้เกิดประพฤติกัยต่อตนเองได้ ”

พ่อใหญ่ช่า ศรีจันตี บ้านท่าลาด ตำบลท่าลาด อำเภอวารินชำราบ กล่าวว่า “ ในการเป็นหมู่บ้านต้องมีการปฏิบัติตามที่เป็นพิเศษ คือการถือศีล 5 และห้ามพูดจาดматเด็จเด็ดขาด กรณีที่เป็นความจริงแต่ถ้าพูดออกไปทำเกิดความเสียหาย ก็ทางห้องออกโดยการไม่พูดในสิ่งเหล่านั้นไปเลย ”

4.2.3 วัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พนวจแนวความเชื่อของการเกิดโรคบนพื้นฐานวัฒนธรรมของหมู่บ้านอีสานตั้งอยู่บน 3 พื้นฐานดังนี้

1) วิถีการผลิต หรือแบบแผนการผลิตที่เปลี่ยนแปลงไป

ในกลุ่มหมู่บ้านที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีแนวความเชื่อของการเกิดโรคที่อยู่บนพื้นฐาน ความเชื่อของโคมารากการดำรงชีวิต

พ่อใหญ่เพิ่ม บุคคลธรรม ให้เหตุผลว่าในปัจจุบันนี้คนในทุนชนทางข้างกันได้มากยิ่งขึ้น มากกว่าสมัยก่อนๆ เพราะว่าเดียวันข้าวที่นำมาใช้ปลูกเพื่อไว้รับประทานไม่ใช้พันธุ์ที่เคยปลูกไว้ใช้รับประทานเมื่อสมัยก่อน ข้าวที่รับประทานในสมัยนี้มีความหวานมากกว่าสมัยก่อนทำให้ทานแล้วอร่อยจึงให้ทานได้มาก จนทำให้คนอ้วนและเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

พ่อใหญ่ฟอง อุทัย ได้เล่าว่าปัจจุบันนี้มีการใช้ยาฆ่าแมลงในการทำนามาอย่างชั้นก่อนแต่ก่อนมาก ไม่ใช่จะเป็นการเฉพาะปลูกข้าว และการปลูกผักก็ใช้ยาฆ่าแมลง ดังนั้นที่ทานๆกันอยู่ในทุกวันนี้ก็เหมือนการทำทานยาฆ่าแมลงทำให้เกิดการสะสมและกล้ายเป็นโรคไปในที่สุด

2.) บุญกรรมของแต่ละคน

อันเนื่องมาจากความเชื่อที่ว่าทุกคนมีบุญกุศลผลกรรมที่เคยทำมาในอดีตชาติก่อน ถ้าทำสิ่งใดมากก็ย่อมส่งให้ชาตินี้มีความเป็นอยู่ที่ดีปราศจากโรคภัยได้ หรือถ้าหากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็จะไม่ทำให้เกิดถึงรุนแรงจนอาจเสียชีวิตไม่รอดเนื่องจากว่ามีบุญกุศลที่เคยสร้างไว้ก่อนเป็นสิ่งที่ช่วยค้ำจุนไว้ จากหนังสือจะกล่าวเป็นเบ้า นี้คือแนวความเชื่อของการกิจกรรมของหมอดูที่บ้านของ การศึกษาที่อยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า สาเหตุของการเกิดโรคจากกรรมเก่าที่ตนเคยสร้างไว้ หรือสร้างบุญมาเท่านั้น

พ่อในญี่ปุ่น อุทัย เล่าให้ฟังว่าบางคนแต่ก่อนไม่เคยมีโรคภัยให้เจ็บอะไร แต่เมื่อมาถึงช่วงอายุนั้น หรือวัยหนึ่ง ก็จะพบว่ามีโรคภัยให้เจ็บ หรืออุบัติเหตุเกิดขึ้นกับคนคนนั้นมากกว่าปกติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากบุญที่เคยทำมาเริ่มหมดลง หรือเป็นช่วงที่กรรมเก่าที่ตนเคยทำก่อตัวขึ้นมา จึงทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น

3.) อันเนื่องมาจากวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ หรือผีร้ายมากระทำให้เกิดความเจ็บป่วย

แนวความเชื่อต้านสาเหตุของการเกิดโรคที่มายาวิญญาณศักดิ์สิทธิ์ หรือผีร้ายมากระทำให้เกิดความเจ็บป่วย พื้นฐานแนวความเชื่อในแง่นี้ ดูจะเป็นแนวความเชื่อที่มีตั้งแต่สังคมตัด割 และยังคงอยู่ในสังคมเกษตรกรรมของชนเผ่าอีสาน โดยเฉพาะความเชื่อเรื่อง “ผี” กลุ่มน้อยที่ศึกษาจะให้ความสำคัญเป็นพิเศษ และให้เหตุผลว่า เมื่อผู้ใดประพฤติดีกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือหากต่างริบดิจิตาลของตนของครอบครัว หรือของชนเผ่าของตนนั้นจึงทำให้เกิดความเจ็บป่วย หรือล้มตายได้

พ่อใหญ่สมบูรณ์ เกรชสาร ได้เล่าให้ฟังว่า “ถ้าผู้ป่วยที่มาพบมีอาการแสดงที่แปลกประหลาดจากปกติ เช่น ผุดๆ ไม่รู้เรื่อง หรือ ไม่รู้ว่าเป็นใครมาจากการใน หรือไม่เก็บหูด้วงเป็นบุคคลที่ดายไปแล้ว เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักประพฤติดีที่สุดมีนิ่ม ไม่เคราะห์ในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ไม่รู้ จะต่อของครอบครัว หรือของชนเผ่านั้นจึงทำให้เกิดอาการลักษณะดังกล่าวขึ้น”

จากพื้นฐานแนวความเชื่อในสาเหตุของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน จึงไปสู่ระบบการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกัน และอาจมีการผสมผสานแนวการรักษาหลายอย่าง ไปพร้อมกันถ้าหากหมอดูที่บ้านมีพื้นฐานความเชื่อเรื่องสาเหตุการเกิดโรคที่คล้ายอย่าง

4.2.4 วัฒนธรรมรักษาความเจ็บป่วย

สำหรับระบบการรักษาความเจ็บป่วยของหมอดูที่บ้านอีสาน เพื่อให้เกิดความกระจังในการทำความเข้าใจเรื่องนี้ จึงขอเสนอองค์ประกอบของระบบการรักษาความเจ็บป่วยออกเป็นด้านต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 4

กลุ่มที่ 1 หมวดพื้นบ้านที่แหล่งความรู้ที่ได้มาจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ หรือ จากหมวดพื้นบ้าน ซึ่งการรับถ่ายทอดความรู้มามากจากบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นหมวดพื้นบ้าน หรือจากหมวดพื้นบ้านที่ไม่ใช่บรรพบุรุษ ในการถ่ายทอดความรู้นั้นจะมีทั้งทางตรง คือ พ่อพานไปปรึกษาผู้ป่วยด้วยและให้คำว่าเมื่อมีคนป่วยเป็นโรคแบบนี้ก็ให้ได้ดันยาต้นนี้ และทางอ้อม คือ พ่อ หรือญาติที่เป็นหมวดพื้นบ้านให้ให้ไปเก็บสมุนไพร หรือช่วยหยิบตัวยาตัวนั้นตัวนี้

ดังกรณีจากการสัมภาษณ์ พ่อนุวัน เกษียร อายุ 58 ปี บ้านศรีเมืองใหม่ ตำบลคลาคำ อ.ศรีเมืองใหม่ เล่าให้ฟังว่า “พ่อเคยเป็นพยาบาลเสนาธิการ และเคยใช้สมุนไพรในการรักษาตั้งแต่สมัยที่เป็นพยาบาลอยู่ พอบลัดประจําการก็นำความรู้ที่มีอยู่มาใช้รักษา เมื่อทำภารกิจมาจะใช้ไปเก็บต้นสมุนไพรที่อยู่ในบริเวณป่าใกล้ๆบ้าน”

พ่อในคุณพี่นุ่น ปูคะธรรม อายุ 69 ปี บ้านกาจัน ตำบลลูกดายawan อําเภอตราราษฎร์ ได้ติดตามหมวดพื้นบ้านท่านหนึ่งไปตามที่ต่างๆ เมื่อจากสนใจวิธีการรักษาของท่าน เพื่อให้ท่านให้ช่วยหยิบในนั้นจันนี้ ก็จะจดจำเอาไว้ และจะเลือกจำเฉพาะโรคและยาที่ใช้เด่น ๆ เท่านั้น

อันมีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพบว่ารับถ่ายทอดความรู้มามากบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นหมวดพื้นบ้าน หรือจากหมวดพื้นบ้านที่ไม่ใช่บรรพบุรุษ คิดเป็นร้อยละ 81.1

กลุ่มที่ 2 กลุ่มหมวดพื้นบ้าน ที่มีใช้ความรู้ที่ได้มาจากการประสบการณ์ของตนเองที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย ดังกรณีของตัวอย่างของหมวดพื้นบ้านที่ได้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

พ่อใหญ่ดี วงศ์นา อายุ 74 ปี หมู่ 6 ตำบลโพธิ์ไทร อําเภอโพธิ์ไทร ความสามารถในการรักษาในปัจจุบันของตนที่มีอยู่ เกิดมาจากการเรียนทักษะรักษาผู้ป่วยคนแรกที่เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ไม้ แล้วหายก็เลยจำวิธีการรักษาและยาที่ใช้ แล้วนำไปผู้ป่วยรายต่อไปที่ป่วยเป็นโรคโนดเดียวกัน สำหรับโรคอื่นๆที่ตนเคยรักษาหายก็ใช้วิธีการเรียนเดียวกัน

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้การสำรวจ พบว่ามีหมวดพื้นบ้าน ที่มีใช้ความรู้ที่ได้มาจากการประสบการณ์ของตนเองที่ได้จากการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ 53.1

กลุ่มที่ 3 หมวดพื้นบ้าน ที่มีแหล่งความรู้มามากจากการศึกษาในสำนักสอนการแพทย์แผนไทย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หมวดพื้นบ้านของกลุ่มนี้

ดังเช่น พ่อใหญ่ชา ศรีจันดี บ้านท่าลาด ตำบลท่าลาด อําเภอวารินชำราบ เริ่มต้นของวิธีการรักษา และยาที่นำมาใช้ในปัจจุบันนั้น มาจากการไปเรียนที่โรงเรียนเวช แลกเปลี่ยน อุบลราชธานี ที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยอาจารย์ศรีศักดิ์ ตั้งแต่ปี 2521 เรียนอยู่ประมาณ 2 ปี ก็ออกมารักษาหายเอง

สำนับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ พนวานมอยพื้นบ้านที่มีแหล่งความรู้มาจากการศึกษาในสำนักสอนการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 43.0

กลุ่มที่ 4 นมอพื้นบ้าน ที่แหล่งความรู้ที่มาจากการถ่ายฯ แหล่ง

สำหรับกลุ่มนหมพื้นบ้านกลุ่มนี้ พบว่ามีการศึกษาความรู้หลายทางเพื่อนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการรักษา โดยหมอบางท่านอาจเริ่ม ความรู้เริ่มแรกจากญาติ หรือครอบครัวที่เป็นหมอมาก่อนจากนั้นเมื่อศึกษาจนชำรู้ของแล้วก็คิดว่าความรู้ที่ตนเองมีอยู่เป็นเฉพาะโควิเชพะทางเกินไป จึงออกเสาะแหล่งความรู้เหล่านี้ 2 ตามมาคือ จากหมพื้นบ้านที่มีความชำนาญหรือเป็นหมอด้วยเช่นเดียวกัน การเข้าไปปรับการถ่ายทอดความรู้อาจอยู่ในรูปการฝึกตัวเป็นศิษย์ หรือ อาจอยู่ในรูปการจ่ายเงินเพื่อแลกกับสูตรยาที่จะได้รับ แต่ก็มีหมพื้นบ้านบางท่านที่เริ่มความรู้เหล่านี้ 2 เป็นสำนักสอนเนื่องจากการบอกเล่าของเพื่อน ๆ หมอเพื่อนบ้านด้วยกัน หรือการเข้าอบรมจากหน่วยราชการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ หรือเพื่อการได้รับหลักฐานที่ใช้ช้างอิงเมื่อทำการรักษาภัยป่วยได้ สำหรับลำดับการศึกษาจากแหล่งความรู้อาจเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับหมพื้นบ้านแต่ท่าน

ดังเช่นจากการสัมภาษณ์ พ่อในญี่ปุ่นงด ชุมพล หมู่ 2 ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพินุก มังสาหาร เริ่มแรกความรู้ที่ตนเองมีอยู่นั้นไม่ได้ทำการศึกษาอย่างจริงจัง แต่เนื่องมาจากมีพ่อที่เป็นหมวดเพื่อนบ้านอยู่แล้ว เมื่อพ่อเสียชีวิตแล้ว ก็ไม่ได้นำความรู้ที่ได้มาใช้รักษาแต่อย่างใด จนกระทั่งลูกคนของป่วยลง จึงเริ่มสนใจการเป็นหมวดพื้นบ้าน แต่โคร หรือความรู้ที่ในการรักษาไม่ตรงกับชนิดของโครที่ถูกๆป่วยอยู่จึงเริ่มออกเสาะหาหมวดพื้นบ้านที่มีความชำนาญและชำนาญด้วยตัวโคร โดยเริ่มจากพ่อในญี่ปุ่น สุโพธิ์ภาส 3 ปี ต่อมาไปเรียนกับพ่อในญี่ปี วงศ์สุน่า เรียนด้วย ประมาณ 3 ปี หมวดพื้นบ้านคนสุดท้ายที่ตนไปเรียนด้วยคือ พ่อในญี่ปี วงศ์สุน่า ใจอย่างเรียนหลังจากเรียนกับหมวดพื้นบ้านแล้วคิดความองค์ความรู้ที่เรียนยังไม่กว้างพอจะจดใจยากเรียนเพิ่มเติมอีก จึงเข้าไปสมัครเรียนที่โรงเรียนเวชและเภสัชอุบลราชธานี เป็นเวลา 2 ปีซึ่งเป็นแหล่งความรู้ที่สุดท้ายที่ตนเองศึกษา ซึ่งสอนคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้การสำรวจ พบร่วมหมวดพื้นบ้าน ที่แหล่งความรู้ที่มาราจากหลาย ๆ แหล่ง พบร่วมคิดเป็นร้อยละ 59.1

ตารางที่ 4 แสดงแหล่งความรู้ที่ใช้ในการรักษา

แหล่งความรู้	ร้อยละ (%)		
	ปัจจัยเดียว	รวมกับปัจจัยอื่น	รวม
1) หมออพันบ้าน หรือ บรรพบุรุษ	15.5(26)	65.6(110)	81.1(136)
2) ประสบการณ์ใน การรักษาโรค	3.0 (5)	48.1(84)	53.1(89)
3) สำนักศึกษา แพทย์แผนไทย	0.6(1)	42.7(68)	43.0 (69)
4) อื่นๆ	3.0(5)	56.1(94)	59.1(99)

การวินิจฉัยโรค

ขั้นเนื่องจากความแตกต่างของความเชื่อในสาเหตุของการเกิดโรคที่มีความแตกต่าง ดังนั้นจึงทำให้หมออพันบ้านมีแนวทางในการวินิจฉัยในการรักษาโรคที่มีความหลากหลาย และ จากการศึกษาครั้งพนวจสามารถแบ่งประเด็นในการวินิจฉัยออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้ ดังแสดง ในตารางที่ 5

1) กลุ่มหมออพันบ้าน ที่ใช้วิธีการตรวจร่างกายร่วมกับการซักประวัติ สังเกตอาการโดย ขึ้นจากประสบการณ์ที่ตนเองเคยทำการรักษามา ก่อน

หมออพันบ้านกลุ่มนี้ อาศัยประสบการณ์ที่ตนเองเคยรักษาและเคยพอดูจากการดังกล่าว ทำให้การจำได้ เมื่อเจอผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการดังกล่าวก็จะคาดการว่าจะป่วยเป็นโรค นั้นๆ โดยอาจมีการตรวจคุณวินิจฉัยของ การเกิดโรค พร้อมกับการซักประวัติถึงสาเหตุการเกิดโรค และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยร่วมด้วย

จากการสัมภาษณ์ พ่อในญี่ปุ่น เหล่าโก๊ก หมู่ 7 ต.เหลาเสือโก๊ก กิ่งอำเภอเหลาเสือ โก๊ก เวลาผู้ป่วยมาปรึกษาเรื่องการรักษา กับตน จะเริ่มด้วยการซักถามถึงสาเหตุการมา จากนั้นเมื่อ ทราบถึงความภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากนั้นก็จะเริ่มซักถึงลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และอาจขอตรวจริเวณที่เป็นโรคของผู้ป่วย โดยขึ้นกับบริเวณที่เป็นโรคว่าจะสามารถตรวจได้ หรือไม่ด้วย หากมีการซักถามถึงแนวการปฏิบัติตนของผู้ป่วยร่วมด้วย เมื่อเสร็จกระบวนการ เหล่านั้นแล้ว จะเริ่มมีประมาณลักษณะอาการโรคที่เกิดขึ้นว่ามีความคล้ายคลึงกับโรคที่ตนเคย รักษามา ก่อนหน้านี้ สุดท้ายจะจะเลือกวิธีการรักษาและเลือกสมุนไพรที่ใช้เป็นลักษณะมา

พ่อในญี่ปุ่น อุทัย หมู่ 3 บ้านโนนสนาม ตำบลเกษม กิ่งอำเภอทุ่งศรีอุดม เริ่มแรกก็จะซักถามถึงลักษณะอาการที่ผู้ป่วยมาพบดู จากนั้นก็จะซักถามถึงสาเหตุว่าไปทำอะไรมา ก่อน จึงทำให้เกิดภาวะโรคดังกล่าวเกิดขึ้นมา เมื่อทราบถึงอาการเหล่านั้นที่เกิดขึ้นก็จะนิ่งถือที่ตน เคยทำการรักษาไว้มีความใกล้เคียงกันหรือไม่ หลังจากนั้นก็จะเริ่มมีการวางแผนยาให้กับผู้ป่วยเป็นขั้นตอนสุดท้าย

สำหรับการสำรวจพบว่ากลุ่มหมู่พื้นบ้านที่ใช้วิธีการตรวจร่างกายร่วมกันการซักประวัติ สังเกตอาการโดยอิงจากประสบการณ์ที่ตนเองเคยทำการรักษามา ก่อน ถึงร้อยละ 84.7

2) กลุ่มหมู่พื้นบ้าน ที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยเรื่องธาตุทั้งสี่

แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยเรื่องธาตุทั้งสี่ อันได้แก่เดิน น้ำ ลม ไฟ อันประกอบกันเป็นร่างกายของมนุษย์ สาเหตุของการเกิดโรคซึ่งเรียกว่าสมุญฐาน อันได้แก่ อายุ สมุญฐาน อุดตุสมุญฐาน ประเทสสมุญฐาน และกาลสมุญฐาน นอกจากนี้อาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสมุญฐานและพฤติกรรมดังกล่าวมีผลทำให้ธาตุทั้งสี่ในร่างกายเกิดภาวะไม่สมดุลย์ จากการศึกษาพบว่า yang มีหมู่พื้นบ้านกลุ่มนี้ มีyang มีอยู่ในพื้นที่การศึกษา ซึ่งพบประเด็นที่น่าสนใจว่าแนวความคิดของการวินิจฉัยโรคแบบนี้

จากการสัมภาษณ์พ่อในญี่ปุ่น ลาสงยาง ถนนพิชิตวงศ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง ผู้ป่วยมาปรึกษาเรื่องภาวะรักษา เริ่มแรกจะสอบถามถึงลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่า เป็นเช่นไร จากนั้นก็จะสอบถามถึงภาวะความสมดุลของร่างกายของผู้ป่วย ที่ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 โดยสอบถามถึงแนวการปฏิบัติตนของผู้ป่วย จากนั้นจึงจะเริ่มทำการปรับแนวสมดุลของผู้ป่วย โดยใช้สมุนไพร และการใช้สมุนไพรยีห์หลักทฤษฎีว่าด้วยรสชาติ และสรรพคุณยา

สำหรับหมู่พื้นบ้าน ที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยเรื่องธาตุทั้งสี่ ที่ได้จากการสำรวจ คิดเป็นร้อยละ 29.7

3) กลุ่มหมู่พื้นบ้านที่เลือกแนวทางการวินิจฉัยโรค โดยมีการผสมผสานหลาย ๆ หลัก ความคิดเข้าด้วยกัน

อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางลักษณะภูมิศาสตร์ของแต่ละที่นี่ ทำให้เกิดความหลากหลายของชนิดโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และอีกทั้งในชุมชนนั้นๆ เองก็ยังมีความแตกต่างของวัฒนธรรมของความเชื่อมือเอกลักษณ์เฉพาะของตน จึงทำให้ลักษณะอาการของโรคมากมาย อีกทั้งภาวะความเจ็บป่วยของคนในชุมชนไม่ใช่เกิดจากภายในอย่างเดียว หากแต่มีมิติของภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดจากจิตใจร่วมด้วย ทำให้แนวการวินิจฉัยจึงทำให้เกิดแนววินิจฉัยโรค

เห็นนี้ตามมา พบร่วมมือพื้นบ้านกลุ่มที่ใช้หลักการวินิจฉัยโรค โดยมีการผสานหลาย ๆ หลักความคิดเข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการนั่งทางในการวินิจฉัย ร่วมกับการซักประวัติ หรือการนั่งทางใน เสียงหายในการวินิจฉัย โรคอย่างเดียว เป็นต้น

ดังจากการสัมภาษณ์ พ่อในถ่ายสมบูรณ์ เวชสาร หน่วย 2 ตำบลนาคำ อําเภอศรีเมือง ในเมื่อก่อนที่จะเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยของตนนั้น มีรายของคู่ประกอบในการตัดสินว่าจะเลือกแนวทางการวินิจฉัยแบบไหน ถ้าว่าด้วยภาวะความเจ็บป่วยที่ไม่สาเหตุของการเกิดโรคได้ ก็จะเลือกวิธีการวินิจฉัยโดยการนั่งทางใน เสียงทางดึงสาเหตุของการเกิดโรค แต่ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยที่มาหา เข้าใจว่าตนเองน่าจะถูกมนต์ดำเล่นงานให้ ตัวหมอยืนบ้านเองก็จะนั่งทางในอีกเงินกัน แต่แนวคิดตอบที่ได้ย่อมาจะแตกต่างกันตามมาด้วย

พ่อในถ่ายผู้คน บ้านกาจัน ตำบลลูกดายลวน อําเภอตระการพีชผล ได้ยกตัวอย่างถึงผู้ป่วยรายหนึ่งให้ฟังว่า มาด้วยอาการถูกหมาน้ำ กัด แล้วอาการเพ้อคลั่ง ขณะที่มาหาวิธีแรกที่เลือกในการวินิจฉัยคือ การนั่งทางในดูว่าเป็นเพาะสาเหตุอะไร จากนั้นมีหานาน ดึงสาเหตุแล้วก็จะทำการซักประวัติของผู้ป่วยจากญาติที่นำมารพน เพื่อหาสาเหตุของการเป็น ลำดับต่อมา

สำหรับการสำรวจพบว่าร้อยละ 51.0 ของหมอยืนบ้านใช้วิธีอื่น ๆ ที่เป็นแนวทางการวินิจฉัยโรค เช่น การนั่งスマอิ , การดูดูง เป็นต้น

ตารางที่ 5 แสดงหลักทฤษฎีหรือความเชื่อที่ใช้ในการรักษาโรค

หลักทฤษฎีหรือความเชื่อ	ร้อยละ (N)		
	ปัจจัยเดียว	รวมกับปัจจัยอื่น	รวม
1. ประสบการณ์ในการรักษาโรค	27.8(47)	56.9(124)	84.7(143)
2. หลักทฤษฎีชาตุ	3.6(6)	26.1(44)	29.7 (50)
3. อื่น ๆ	8.9(15)	42.1(71)	51.0(86)

4.2.4.2 วิธีการรักษา

ในการศึกษาถึงวิธีการรักษาของหมอยืนบ้านในกลุ่มหมอยืนบ้านในจังหวัดอุบลราชธานี จากการสำรวจและสัมภาษณ์พบว่าในหมอยืนบ้านแต่ละท่านมีแนวทางรักษาที่มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 วิธีหลักดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 6

1) กลุ่มหมวดพื้นบ้านที่มีการใช้สมุนไพรในการรักษา

จากการสัมภาษณ์พ่อในญี่ปุ่น เหล่าโก๊ก หมู่ 7 ตำบลเหล่าเสือโก๊ก กิ่งจำachoเหล่าเสือโก๊ก วิธีที่ตนเลือกใช้เป็นหลักในการรักษา คือ การใช้สมุนไพรในการรักษา ซึ่งรูปแบบที่ของสมุนไพรอาจอยู่ในรูปยาต้ม ยาที่ฝนแล้วบดๆใส่ภาชนะ หรือ ให้เป็นตันแล้วนำไปฝุ่น หรือต้มเอง

และ พ่อในญี่ปุ่นประสงค์ ชุมพล หมู่ 2 ตำบลโพธิ์ไทย อำเภอพิบูลมังสาหาร หลังจากที่ได้รับนิจฉัยโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าป่วยเป็นโรคอะไรແ拴້ จึงเลือกใช้ยาสมุนไพร โดยรูปแบบของสมุนไพรที่ใช้นั้นจะอยู่กับชนิดโรคของผู้ป่วยเป็นหลัก อาจอยู่ในรูปยาต้ม ยาฝน หรือยาแค่เป็นตัน

จากการสำรวจพบว่ากลุ่มหมวดพื้นบ้านที่มีการใช้สมุนไพรในการรักษา มีอยู่ร้อยละ 91.4

2) กลุ่มหมวดพื้นบ้านที่มีการใช้isyศาสตร์ หรือโนราศาสตร์

วิธีการรักษาของหมวดพื้นบ้านกลุ่มนี้ ค่อนข้างมีรูปแบบการรักษาที่คล้ายคลึงกัน เช่น หมวดธรรมจะทำการไล่ฟี หรือเปาวนต์ หมวดล่าง จะใช้วิธีการล้างส่อง ล้างสัง และเลี้ยงฟี เป็นตัน

ดังเช่นการสัมภาษณ์พ่อในญี่ปุ่นในญี่ปุ่นสมบูรณ์ เวชสาร หมู่ 2 ตำบลคลานคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ ได้อธิบายถึงวิธีการใช้isyศาสตร์ในการรักษาผู้ป่วยว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์มีอาการเพ้อ ไม่มีสติ จำหน้าผู้คนไม่ได้และมีพฤติกรรม หรือ คำพูดที่แปลกๆ อีกทั้งจากคำบอกเล่าของญาติผู้ป่วยทำให้เกิดความมั่นใจ จึงเริ่มรักษาผู้ป่วย โดยจะใช้การห่องบริกรรมคาดาก่อนทำการไล่ฟี

สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจร้อยละ 46.8 มีกลุ่มหมวดพื้นบ้านที่มีการใช้isyศาสตร์ หรือโนราศาสตร์

3) กลุ่มหมวดพื้นบ้านที่มีวิธีการรักษาคล้ายๆวิธีผสมผสานกัน

ดังเช่นคำบอกเล่าที่ได้จากการสัมภาษณ์ พ่อในญี่ปุ่น อุทัย หมู่ 3 บ้านโนนสนาน ตำบลนาเกนม กิ่งจำachoหงศ์ศรีอุดม การรักษาจะใช้หน้ายาวิธีร่วมกันในการรักษา โดยขึ้นกับโรคที่ผู้ป่วยมาปรึกษา ถ้าเป็นโรคที่เกิดจากความป่วยทางร่างกาย ก็จะเลือกสมุนไพรในการรักษา แต่ถ้าโรคเกิดจากผิดจารีตประเพณีทำนองคดของธรรม หรือผิดผีก็จะเลือกวิธีการเปาวนต์ หรือไล่ฟี เป็นตัน

พบว่ามีความสอดคล้องข้อมูลที่ได้จากการสำรวจหมวดพื้นบ้านพบว่าร้อยละ 28.5 ที่เลือก คล้ายๆวิธีผสมผสานกันในการรักษา

ตารางที่ 6 แสดงรูปแบบในการรักษาโรคของหมู่บ้านพื้นบ้าน

รูปแบบการรักษา	ร้อยละ(N)		
	ปัจจัยเดียว	รวมกับปัจจัยอื่น	รวม
1. ใช้สมุนไพร	34.1 (59.0)	57.3(99)	91.4 (158)
2. ใส่ยาสัต器 ให้ยาสัต器	6.9 %12)	39.9(69)	46.8(81)
3. อื่นๆ (เช่น ยาแผนปัจจุบัน, นวด)	15.7 (27)	12.8(22)	28.5(49)

4.2.5 วัฒนธรรมในการสืบทอดความรู้

สำหรับกรอบและการแพทย์ในสายวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสานอันเป็นวัฒนธรรมกรอบแสย่ออย่างที่อยู่ภายใต้กรอบแสวงหาความใหญ่คือของภาคกลาง กระบวนการสืบทอดวัฒนธรรมในการรักษาของหมู่บ้านอีสาน จึงมีลักษณะที่เด่นที่แตกต่างไปจากภาคอื่นๆ ซึ่งองค์ประกอบในการสืบทอดวัฒนธรรมในการรักษาของหมู่บ้านอีสาน จากการศึกษาสามารถจำแนกออกเป็น ประเด็นดังๆ ดังนี้

- รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ของหมู่บ้านพื้นบ้าน

สืบเนื่องมาจากการรูปแบบของการเก็บองค์ความรู้ของหมู่บ้านมีลักษณะที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้วิธีในการถ่ายทอดความรู้ของหมู่บ้านพื้นบ้าน มีลักษณะแตกต่างกัน ดังนั้นบริบทของการถ่ายทอดความรู้โดยการรับมือด้วยเป็นศิษย์ รับมือพื้นบ้านที่เป็นครู อาจใช้พิธีกรรม หรือใช้แนวทางการได้รับการถ่ายทอดแบบเดียวกับที่ตนได้รับการถ่ายทอดมา หมู่บ้านกลุ่มนี้จะมีรูปแบบการเก็บองค์ความรู้ไว้ในรูปความทรงจำ

พ่อใหญ่บุญเติม เนื่องมีองค์ หมู่ 3 บ้านกาจัน ตำบลลูกยาลาวน อำเภอพระอาทิตย์ผล บอกว่า “ศิษย์มาเรียนกับตนนั้นไม่มีตัวราแรกให้ แต่จะเน้นที่การพาไปปรึกษาด้วย จะไม่บอกตรงๆ ว่าสมุนไพรต้นนี้รักษาโรคนี้ แต่ขึ้นอยู่กับตัวศิษย์เองว่าจะมีไหวพริบในการสังเกตซักถามเอง และจะต้องใช้เวลาในการศึกษาดูนิสัยลูกด้วยจึงค่อยๆถ่ายทอดให้”

ซึ่งมีความแตกต่างจากหมู่บ้านอีกกลุ่มนี้คือ จะมีการให้ตัวราที่ตนมีไปศึกษาทดลองรักษาเอง ถ้าไม่เข้าไม่เข้าใจตรงไหนก็ให้มารักษาเอง หรือมีการบูชาค่าครุแล้วจึงจะให้สูตรยาที่เด่นๆของตัวหมู่บ้านพื้นบ้าน

พ่อใหญ่เพื่อง บุญช่วย บ้านโนนกาเร็น ตำบลตูบazu อำเภอเดชอุดม เล่าว่า "คนที่สนใจอย่างได้สูตรยา หรือวิธีการรักษาจากตน ไม่เคยคิดห่วงวิชาความรู้ แต่ตนก็จะให้โดยสูตรยาที่ไม่สำคัญค่าบุชากู 12 นาท และสำหรับสูตรยาที่สร้างขึ้นเสียงในตน ค่าบุชากู 60 นาท ซึ่งค่านี้ตนเองนั้นได้เคยบุชากูที่เป็นหม้อพื้นบ้านมาก่อนที่ตนจะทำการรักษาในบ้าน ไม่ใช่เป็นการเก็บค่าธรรมเนียม เพื่อนหังผลประโยชน์แต่อย่างใด"

- การเก็บรักษาความรู้

รูปแบบการเก็บรักษาความรู้จะสิ่งที่เป็นตัวกำหนดรูปแบบ หรือวิธีการถ่ายทอดความรู้ ต่อมา จากการศึกษาพบว่าหม้อพื้นบ้านมีรูปแบบการเก็บรักษาของค่าความรู้ของตนในรูปแบบต่างๆ จากการสัมภาษณ์ผู้ส่วนใหญ่กลุ่มหม้อพื้นบ้านที่มีการเก็บองค์ความรู้ที่ใช้ในการรักษาให้อยู่ในความทรงจำของตัวหม้อพื้นบ้านเอง ดังเช่นพ่อใหญ่เพื่อง บุญช่วย เมื่อได้รักภารมีความรู้ที่มีอยู่ของพ่อใหญ่นั้นเก็บไว้อย่างไร มีตัวรำโนบันให้ร้านหรือเปล่า หรือจดบันทึกไว้ หรือจดจำเอาไว้ ก็ได้รับคำตอบว่าความรู้ที่พ่อใหญ่มีทั้งหมดก็เก็บไว้ในรูปความทรงจำของตนเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้อง กับข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถาม พนวจนาหม้อพื้นบ้านส่วนใหญ่นั้นมีการเก็บความรู้ของตนไว้ในรูปของความทรงจำเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 89.5

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ยังพบว่ามีหม้อพื้นบ้านส่วนน้อยที่เป็นกลุ่มหม้อพื้นบ้านที่มีการเก็บองค์ความรู้ในการรักษาอยู่ในรูปการจดบันทึกด้วยตนเอง ตัวอย่างเช่นพ่อใหญ่ประยูร ลาสงยาง หลังจากเมื่อสามเดือนแล้วที่เก็บไว้ ก็ได้นำสมุดบันทึกเกี่ยวกับโรค และผู้ป่วยที่เคยรักษาซึ่งมีทั้งคนที่หายและไม่หายมาแสดงให้ดู ซึ่งมีอยู่ 3 – 4 เล่ม บันทึกตั้งแต่แรกเริ่มที่ตนรักษา และบันทึกโรค หรืออาการของผู้ป่วยที่ตนมีความประทับใจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามพนวจนาว่ามีเพียงร้อยละ 34.8 เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงรูปแบบในการเก็บองค์ความรู้ของหม้อพื้นบ้าน

รูปแบบการเก็บรักษา ความรู้	ร้อยละ(N)		
	ปัจจัยเดียว	รวมกับปัจจัยอื่น	รวม
1) ตำราโนบัน	11.4(19)	48.2(80)	59.6(99)
2) การจดบันทึก	3.6 (6)	31.3 (52)	34.9(58)
3) ความทรงจำ	24.7(41)	64.8(91)	89.5(132)
4) อื่นๆ	1.8(3)	0.6 (1)	2.4(4)

- เงื่อนไขและคุณสมบัติของผู้ที่รับการถ่ายทอด

จากพื้นฐานทางด้านเงื่อนไข และคุณสมบัติของผู้ที่รับการถ่ายทอด หมวดพื้นบ้านเองก็ตกลอยู่ภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน ดังนั้นการถ่ายทอดความรู้ของหมวดพื้นบ้านจึงใช้เงื่อนไข และคุณสมบัติเหล่านี้ในการคัดเลือกหรือกลั่นกรองตัวผู้ที่มาเป็นศิษย์ของตน เช่น จะถ่ายให้เฉพาะผู้ที่เป็นญาติของตนเท่านั้น ต้องเป็นคนที่มีความซื่อสัตย์ ไม่กินเหล้า ต้องเป็นคนดีมีศีลธรรม เป็นต้น

พ่อในถ่ายประสงค์ ชุมพล นำ 2 ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพินุลมังสาหาร ได้บอกคุณลักษณะของบุคคลที่สามารถเป็นศิษย์ และเรียนวิชาได้คือ ต้องเป็นคนที่มีความซื่อสัตย์เป็นอันดับแรก ต่อมาก็คือต้องมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้อยู่ในระดับหนึ่ง แต่เรื่องความฉลาดปฏิภาณให้หิรินนั้นเรื่องอยู่ด้วยศิษย์เองไม่ได้กำหนดตกฎเกณฑ์ขึ้นมา

4.2.6 สถานภาพของหมวดพื้นบ้านในชุมชน

เกี่ยวกับการยอมรับสถานภาพบทบาทการเป็นหมวดพื้นบ้านในปัจจุบัน ได้แบ่งออกเป็น 2 มุมมอง คือ

1) การยอมรับสถานภาพของหมวดพื้นบ้านในชุมชน

จากการอุกสัมภាន พนักงานจะพยายามรับเป็น 2 แบบ คือ หมวดพื้นบ้านที่ได้รับการยอมรับจากในชุมชนของตน โดยสังเกตจากการที่คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่จะรู้จักตัวบุคคลได้เป็นหมวดพื้นบ้านในชุมชนของตน

ตัวอย่างเช่น "พ่อในถ่ายนำ" ตัวดี พนักงานจะที่สัมภានก็มีคนใช้มารับการรักษาอยู่ตลอดเวลา จากข้อความส่วนใหญ่ก็เป็นคนในหมู่บ้าน หรืออยู่ในชุมชนใกล้เคียงเป็นส่วนใหญ่"

หมวดพื้นบ้านที่ได้รับการยอมรับจากคนที่อยู่ในชุมชนที่ห่างไกล ซึ่งพบว่าหมวดพื้นบ้านบางคนที่พอมีเชิงใน การรักษา ซึ่งโดยส่วนมากมักเกิดจากการบอกร่องรอยคนที่รักษาหาย ก็มักจะมีผู้มาเรียกให้ไปทำการรักษาในต่างเขตชุมชน หรือหมู่บ้านคนก็ถูกเรียกไปรักษาที่ต่างจังหวัด ทำให้หมวดพื้นบ้านหลาย ๆ คนรู้สึกได้ถึงการยอมรับในความสามารถในการรักษาโรคของตนจากบุคคลต่างๆ และมีความรู้สึกภูมิใจในการเป็นหมวดพื้นบ้าน ที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

ดังเช่น หมวดประสงค์ ชุมพล นำ 2 ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอพินุลมังสาหาร ซึ่งมีบทบาทการรักษาในชุมชนนานา ครั้งหนึ่งเคยไปทำการรักษาให้แก่หนานพระเจ้าคณะอำเภอ อำเภอหนึ่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งเป็นอัมพาตจนหาย ทำให้ได้รับการยอมรับจากพระเจ้าคณะอำเภอท่านนั้นอย่างมาก จนถึงขนาดเรียนเอกสารรับรองการรักษาให้แก่หมวดพื้นบ้านนี้ว่าเป็นผู้ที่ทำการรักษาได้จริง และเป็นผู้ที่มีความสามารถมาก

ส่วนหมอยื่นบ้านที่เข้าสอบ ส่วนใหญ่จะได้รับการยอมรับจากชุมชนที่ตนเองอยู่ มีบทบาทในการเป็นผู้นำในชุมชน สังเกตได้จากการที่สมาชิกในชุมชนทราบว่าบุคคลนี้เป็นหมอยื่นบ้านในชุมชน และมีผู้ที่มาขอรับการรักษาด้วยอยู่จำนวนหนึ่ง แต่หมอยื่นบ้านกลุ่มนี้ต้องการที่จะได้ไปประกอบโรคศิลปะมาช่วยยืนยันความน่าเชื่อถือในการเป็นหมอยื่นบ้านของตน

2) การยอมรับสถานภาพของหมอยื่นบ้านจากภาครัฐ

หมอยื่นบ้านยังไม่ได้รับการยอมรับจากภาครัฐเท่าที่ควร รัฐจะยอมรับเฉพาะผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยเท่านั้น ว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการรักษา ในระดับที่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้ รัฐยังไม่มีการส่งเสริมบทบาทของหมอยื่นบ้านในชุมชนต่างๆ ให้เป็นที่ยอมรับ ถึงแม้ว่าจะมีนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพรในโรงพยาบาล ต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเพียงการนวดแผนไทยเท่านั้นที่ได้รับการยอมรับและส่งเสริมในบางโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีหน่วยงานใดของรัฐที่ส่งเสริมบทบาทของหมอยื่นบ้านในชุมชนอย่างแท้จริง

ดังเช่น พ่อใหญ่หนูวรรณ เกษยร อายุ 58 ปี หมู่ 2 บ้านศรีเมืองใหม่ ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ เป็นหมอยื่นบ้านที่รักษาจริงในชุมชน แต่มีความรู้ความสามารถในการนวดแผนไทย ร่วมด้วย จึงได้เข้ามาประกอบอาชีพการนวดแผนไทยเป็นอาชีพหลักแทน ที่ศูนย์การนวดแผนไทย โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ส่วนการรักษาแบบสมุนไพรพื้นบ้านจะรับรักษาเมื่อนอกเวลางาน

สรุปวิถีวัฒนธรรมและสถานภาพของหมอยื่นบ้านอีสาน

ระบบการแพทย์พื้นบ้านอีสาน เป็นระบบการแพทย์ที่ตั้งอยู่บนความเชื่อมั่นของชุมชน และเป็นระบบที่เกิดขึ้นเพื่อรองรับภาวะความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางกาย หรือทางจิตใจ โดยรากฐานของระบบการแพทย์พื้นบ้านอีสานตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ ความเชื่อ และแนวในการปฏิบัติตนอันเป็นเจตคติของคนในชุมชน ที่สะสมมาเป็นระยะเวลายาวนานในการสังเคราะห์ แบบแผนการรักษาที่มีลักษณะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน จากการศึกษาพบว่าหมอยื่นบ้านที่ไม่เข้าสอบมีคุณลักษณะดังนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาไม่ค่อยสูง ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้พ้นกว่าพอชื่ออ่านออกเขียนได้เท่านั้น ทั้งยังพบบางกลุ่มที่ไม่ผ่านการศึกษาเลย อาชีพทำนาและฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน แหล่งที่อยู่อาศัยค่อนไปจากชุมชนเมือง แต่เมื่อหันมามองกลุ่มหมอยื่นบ้านที่เข้าสอบช่วงอายุส่วนใหญ่จะต่ำกว่ากลุ่มหมอยื่นบ้านที่ไม่เข้าสอบ ไม่พนักสูตรที่ไม่ได้รับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจพอ มีพอกิน และยังเพิ่มความแตกต่างในกลุ่มผู้ที่สอบผ่าน ซึ่งพบลักษณะการกระจายตัวอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 40 ปี ส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป ทำให้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้อยู่ในระดับ อ่านออกเขียนได้คล่อง เหล่านี้คือภาพรวมในด้านข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากร

ภายใต้บริบทของการเป็นหมู่บ้าน จึงควรที่จะเข้าใจถึงภูมิหลังก่อนที่มาเป็นหมู่บ้าน หรือ พื้นบ้าน เพื่อให้เกิดความกระจางของความเป็นหมู่บ้านอีสาน ซึ่งภาพรวมพบว่าหมู่บ้านส่วนใหญ่เรียนรู้มาจาก การติดสอยห้อยตามหมู่บ้านที่เป็นครู จากความเจ็บป่วยของ คนในครอบครัว จากเพาะปลูกของหมู่บ้าน และจากสถาบันการสอนแพทย์แผนไทย นอกจ้านี้การศึกษาพบประเดินสำคัญอันเป็นคุณลักษณะเฉพาะ หรือ เอกลักษณ์ ของหมู่บ้านอีสาน คือ แหล่งความรู้ที่ได้ของหมู่บ้าน อันนำไปสู่กระบวนการในการรักษา ผู้ป่วยที่ตามมา อันประกอบไปด้วยการวินิจฉัย วิธีการรักษาหรือรูปแบบการรักษา ซึ่งจากการศึกษากลุ่มหมู่บ้านพบว่า หมู่บ้านได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากหมู่บ้าน หรือ บรรพบุรุษเป็นหลัก จึงนำไปสู่แนวการวินิจฉัยโรคที่เน้นการใช้การสังเกต รักษาอาการ และ ทราบบริเวณโรคโดยอิงอยู่กับประสบการณ์ของตนเป็นหลักที่ตามมา รูปแบบที่ใช้ในการรักษาคือ การใช้สมุนไพรเป็นหลักในการรักษา

หากจะมองไปข้างหน้าถึงความต่างอยู่ของหมู่บ้านก็พบว่า หมู่บ้านเองก็มี ความต้องการที่จะสืบทอด หรือถ่ายทอดความรู้ของตนเพื่อให้เชาความรู้ของตนเกิดการดำเนินสืบต่อไปในภายหน้า แต่ภายใต้กรอบของความต้องการที่จะถ่ายทอดองค์ความรู้เหล่านั้นยังมี เงื่อนไขบางอย่างคือเป็นคุณลักษณะของผู้ที่มารับการสืบท่อ เช่น ต้องเป็นญาติของหมู่บ้าน หรือ เป็นคนเดิมศิลธรรม ไม่เดิมเหล้า เป็นต้น และอีกประเดิมที่จะมองข้ามไม่ได้สำหรับการดำเนิน อยู่ของระบบการแพทย์พื้นบ้านอีสาน คือสถานภาพการยอมรับของคนในทุนชน ซึ่งพบว่าคนใน ทุนชนยังให้การยอมรับในบทบาทของความเป็นหมู่บ้านของหมู่บ้านยังมีอยู่ก็ตาม

4.3 กระบวนการสอนเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

ในกระบวนการสอนเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย นั้น ประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังๆ 5 ด้านด้วยกัน คือ

1. องค์ความรู้ที่กำหนดให้ใช้ประกอบการสอน
2. กระบวนการได้มารึ่งข้อสอบ
3. รูปแบบการสอน
4. เกณฑ์คะแนนตัดสินผลการสอน
5. สถานที่สอน

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีก่อนที่เราจะสามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ หรือปัญหาของกระบวนการสอนเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ผู้จัดจึงขอนำเสนอบาบหัวข้อขององค์ประกอบในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

1. องค์ความรู้ที่กำหนดให้ใช้ประกอบการสอน

โดยภาพรวมแล้วไม่ว่าจะเป็นการสอนในสาขาวิชาเวชกรรมไทย หรือสาขาวิชาเภสัชกรรมไทยนั้น ล้วนแล้วแต่มีพื้นฐานความรู้มาจากการแพทย์แบบทฤษฎีชาติตัวอย่างกันทั้งสิ้น ส่วนรายละเอียดปลีกย่อยขององค์ความรู้ที่จำเป็นต้องศึกษานั้นอาจแตกต่างกันไปบ้างตามความจำเป็นในแต่สาขาวิชา ซึ่งกองการประกอบโรคศิลปะได้มีการกำหนดเนื้อหาที่จำเป็นต้องศึกษาในแต่ละสาขาไว้ดังนี้

1. สาขาวิชาเวชกรรมไทย กำหนดให้ต้องเรียนความรู้ดังๆ ดังนี้

1) เรียนรู้ตัวราชเวชศึกษา ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับกิจ 4 ประการของแพทย์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 รู้จักที่ตั้งที่แรกเกิดของโรค ได้แก่ ธาตุสมุญฐาน อุดมสมุญฐาน อายุสมุญฐาน กาลสมุญฐาน และประเทศสมุญฐาน รวมทั้งมูลเหตุและพฤติกรรมที่ก่อโรค

ส่วนที่ 2 รู้จักเชื้อ อาการ และลักษณะโรค

ส่วนที่ 3 รู้จักยาภัณฑ์ สารเคมีที่ใช้ในการรักษาโรค ส่วนนี้เนื้อหาเหมือนกับวิชาเภสัชกรรมไทย

ส่วนที่ 4 รู้จักใช้ยาให้เหมาะสมกับโรค เป็นส่วนที่กล่าวถึงหลักการต่างๆเกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การใช้ยาให้เหมาะสม คือ การใช้ยาให้ถูกที่ ถูกเวลา ถูกคน และถูกกับอาการโรค

2) เรียนรู้คัมภีร์แพทย์ต่างๆ ได้แก่ คัมภีร์ชันทศาสตร์ คัมภีร์สมุญฐานวินิจฉัย คัมภีร์โรคนิทาน คัมภีร์ธาตุวิรágค์ คัมภีร์ธาตุวิวรรณ คัมภีร์ตักษิลา คัมภีร์สิทธิสารลงเคราะห์ คัมภีร์มนูโรค คัมภีร์ปฐมจินดา คัมภีร์มน้ำใช้ตรัต คัมภีร์ธาตุบราวน คัมภีร์อุทรโรค โรคทางปัสสาวะ คัมภีร์มุจชา ปักขันธิกา คัมภีร์กระษัย คัมภีร์อดิสาร คัมภีร์ทิพย์มาลา คัมภีร์ไฟจิตรมนวางค์ คัมภีร์ถิกฤตโรค คัมภีร์ชวดา คัมภีร์มัญญาสาระวิเชียร คัมภีร์อยัลสันดา รวมทั้งคัมภีร์สรพคุณยา

โดยคำรำยາและคำราแพทย์แผนไทยที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้ในหลักสูตรเวชกรรมประกอบด้วย

1. ตำราเวชศึกษา ของพระยาพิศณุประสาทเวช เล่ม 1, 2 และ 3

2. ตำราแพทย์ศาสตร์ลงเคราะห์ฉบับหลวง เล่ม 1, 2

3. ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของท่านไสกิตวนรตนลักษณ์ เล่ม 1, 2 และ 3

4. ตำราแพทย์ศาสตร์ลงเคราะห์เล่ม 1, 2 และ 3

5. ตำราเวชศึกษาและตำราประมวลหลักเกสซ์ของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ (วัดพระเชตุพนฯ)
2. วิชาภาษากรรรมไทย ได้กำหนดเนื้อหาที่จะเรียนดังนี้
 1. การรู้จักตัวยา (ยาสัชวัตถุ) เพื่อให้รู้จักกฎ กลิ่น สี และชื่อ ของตัวยา 3 จำพวก คือ พืชวัตถุ สัตว์วัตถุ และธาตุวัตถุ
 2. รู้จักสรรพคุณยา ว่าด้วยเรื่องของรสมของตัวยาต่างๆว่ามีสรรพคุณอย่างไร รถ ประทานของตำรับยาที่ปูรุ่งสำเร็จแล้ว รวมทั้ง รสยาประจำธาตุ รสยาแก้ตามวัย ฤทธิ์ และกาล
 3. รู้จักพิกัดยา หรือ คณากาสซ์ ซึ่งว่าด้วยเรื่อง จุลพิกัด พิกัด และมหาพิกัด ซึ่งมีเนื้อ เกี่ยวกับการเรียกชื่อยาที่นำมาผสมกันเป็นหมู่ เป็นพวง หรือกลุ่มยาว่าประกอบด้วยอะไรมีบ้างและ จำนวนเท่าใด
 4. รู้จักการปูรุ่งยา หรือ เกสซ์กรรรม ซึ่งว่าด้วยเรื่องมาตรฐานชั้งดวงวัด รูปแบบและวิธีการ ปูรุ่งยา การใช้กระถางยา การฝ่าฤทธิ์ยา การสดุ การประสะยา การกำหนดอายุยาที่ปูรุ่ง เป็นต้น รวมทั้งการปูรุ่งและใช้ตำรับยาสามัญประจำบ้าน

ตำรายาที่ใช้ในการเรียนสาขาเภสัชกรรมนั้น ได้จากตำราแพทย์ศาสตร์สังเคราะห์ เล่ม 2 ในส่วนคัมภีร์ที่ว่าด้วยสรรพคุณและมหาพิกัดและสำหรับหนังสือที่ใช้เรียนเป็นตำราเดียวกับที่ใช้ เรียนในหลักสูตรเวชกรรม ทั้งนี้เพื่อระลึกสูตรเภสัชกรรมนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรเวช กรรม และผู้เรียนหลักสูตรเวชกรรมก็ต้องเรียนรู้เรื่องเภสัชกรรมเป็นอย่างดีอีกด้วย

นอกจากนี้ เมื่อปี พ.ศ.2541 กองการประกอบโรคศิลปะ ร่วมกับ คณะกรรมการ ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปและคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานอนุกรรมการประกอบ โรคศิลปะแผนโบราณ ยังได้จัดทำตำราเรียนอีก 6 เล่ม โดยเรียนเรียงจากตำราแพทย์ศาสตร์ สังเคราะห์เป็นหลัก เพื่อเป็นตำราพื้นฐานประกอบการศึกษาวิชาการแพทย์แผนโบราณในการสอบ เข้าห้องเรียนรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนไทย ตำรา 6 เล่ม นี้ได้แก่

1. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1
2. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 2
3. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 3
4. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม
5. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขากำรผดุงครรภ์
6. ตำรา咽แผนโบราณ

ที่สำคัญ ในการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยนั้น กองการประกันโรคศิลปะได้กำหนดให้ผู้เรียนทุกคนต้องเรียนรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ แผนไทย ร่วมด้วย ซึ่งมีอยู่ 3 ฉบับ ได้แก่

1. พระราชบัญญัติการประกันโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
2. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
3. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

แต่เท่าที่ผ่านมา ข้อสอบยังออกเฉพาะเนื้อหาที่เกี่ยวกับ พ.ร.บ.การประกันโรคศิลปะ เท่านั้น ซึ่งทางคณะกรรมการวิชาชีพฯ ได้กำหนดให้ออกข้อสอบกฎหมายครอบคลุมทั้ง 3 ฉบับ ใน การสอบเพื่อของขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะประจำปี พ.ศ. 2545 นี้

ดังที่ได้กล่าวไปทั้งหมดข้างต้น ก็จะทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเห็นว่าองค์ความรู้ที่ต้องนำไปใช้ในการสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยนั้น มี ความแตกต่างเป็นอย่างมากกับองค์ความรู้ดังเดิมที่หมวดพื้นฐานมีอยู่ กล่าวคือองค์ความรู้ที่ได้ใน การสอบนั้นจะมีพื้นฐานโดยรวมอยู่บนทฤษฎีการแพทย์แบบทฤษฎีชาติ ซึ่งมีหลักใหญ่ๆ นั่นที่ องค์ประกอบของร่างกายที่ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ อีกทั้งความเชื่อเกี่ยวกับ การเกิดโรค(สมภูมิฐาน) ได้แก่ กาลสมภูมิฐาน อายุสมภูมิฐาน ประเทศสมภูมิฐาน ธาตุสมภูมิฐาน และ อุตุสมภูมิฐาน รวมถึงการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาโรคโดยการพิจารณาจากรสชาติ หรือ พิกัดยา ต่างๆ อีกด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์ความรู้ที่ได้สอบนั้นแตกต่างเป็นอย่างมาก จากความรู้เดิมของ หมวดพื้นฐานซึ่งเกิดจากประสบการณ์การรักษาที่เคยได้ผลโดยไม่มีทฤษฎีใดมารองรับ รวมไปถึง การดูแลผู้ป่วยในมิติทางด้านจิตใจ เช่น การรักษาทางไสยศาสตร์หรือในราศาสตร์ ซึ่งหลักการตาม แบบทฤษฎีชาติจะไม่มีมิติทางด้านจิตใจ

นอกจากองค์ความรู้บนราภูมิทฤษฎีชาติเหล่านี้แล้ว ผู้เข้าสอบยังจะต้องมีการศึกษา กฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกันโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็น พ.ร.บ.การประกันโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และพ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 ซึ่ง ยกแก่การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจโดยลำพัง ซึ่งพบว่าหมวดพื้นฐานที่เข้าสอบส่วนใหญ่ก็มักจะ เป็นการศึกษาด้วยตนเองเท่านั้น

2. กระบวนการได้มาซึ่งข้อสอบ

2.1) กระบวนการได้มาซึ่งข้อสอบภาคทฤษฎี

เมื่อปี พ.ศ.2541 คณะกรรมการประกบโควติลปะแผนโนบรายได้ประชุมจัดทำคลังข้อสอบขึ้น โดยมีอาจารย์จากสำนักศึกษาหลายแห่งและแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ความชำนาญซึ่งโดยส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบประกบโควติบีที่อยู่ในกรุงเทพ เป็นผู้ออกแบบและจัดทำข้อสอบแล้วส่งไปเก็บในคลังข้อสอบ และได้ใช้ข้อสอบจากคลังข้อสอบในปี พ.ศ.2542 ต่อมาในปี พ.ศ.2543 คณะกรรมการวิชาชีพฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาชีพสอบความรู้ผู้ซึ่งขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโควติลปะสาขาการแพทย์แผนไทย โดยให้มีหน้าที่ในการคัดเลือกข้อสอบจากคลังข้อสอบ ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 คณะกรรมการวิชาชีพฯ ได้พัฒนาคลังข้อสอบโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูล การออกแบบข้อสอบจะทำการสุ่มเลือกข้อสอบจากฐานข้อมูลข้อสอบในคอมพิวเตอร์ ทำการพิมพ์ข้อสอบก่อนวันสอบ 2 วัน และส่งไปยังสนามสอบแต่ละแห่ง ในวันรุ่งขึ้นพร้อมกับคณะกรรมการคุมภารตสอบจากส่วนกลางที่เป็นคุมภารตสอบต่าง ๆ ในเดือน สิงหาคม เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อสอบ

2.2) กระบวนการได้มาซึ่งข้อสอบภาคปฏิบัติ

คณะกรรมการวิชาชีพสอบความรู้ผู้ซึ่งขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโควติลปะสาขาการแพทย์แผนไทยซึ่งมีอาจารย์จากคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีวศึกษา 4 ภาคร่วมเป็นอนุกรรมการ ประชุมเพื่อคัดเลือกข้อสอบจากข้อสอบที่เสนอโดยคณะกรรมการซึ่งเป็นแพทย์แผนไทยเพื่อเลือกข้อสอบที่เหมาะสม โดยเฉพาะวิชาภาษาไทยด้วยความสามารถที่จะออกสอบต้องสามารถนำไปใช้ในทุกภาค และใช้เป็นข้อสอบมาตรฐานทั่วประเทศ

3. รูปแบบการสอบ

กระบวนการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโควติลปะสาขาการแพทย์แผนไทยนั้น ประกบไปด้วยการสอบใน 3 ขั้นตอน คือ การสอบภาคทฤษฎี การสอบภาคปฏิบัติ และการสอบสัมภาษณ์ ซึ่งการสอบในแต่ละขั้นก็มีรูปแบบที่แตกต่างกันไป คือ

3.1) รูปแบบการสอบภาคทฤษฎี

รูปแบบการสอบในแต่ละปีอาจจะแตกต่างกันออกไปไม่แน่นอน ในอดีตข้อสอบจะเป็นการสอบแบบอัตนัย 5 ข้อๆ ละ 20 คะแนน มีกognomy 1 ข้อ หากคะแนนข้อกognomy ไม่ผ่านจะไม่พิจารณาตรวจข้อที่เหลือ ต่อมาช่วง พ.ศ.2537 ถึง พ.ศ.2541 มีการเปลี่ยนแปลงโดยข้อสอบจะมีทั้งแบบอัตนัยและปรนัยรวมกัน ให้เรียนบรรยายตอบและเลือกข้อที่ถูกที่สุดโดยการ kakabath ในกระบวนการค้ำสอบ ปี พ.ศ.2542 – 2543 เป็นข้อสอบแบบปรนัย เลือกข้อที่ถูกที่สุดโดยการ kakabath

ลงในกระดาษคำตอบ และ พ.ศ.2544 เป็นข้อสอบแบบปนัย โดยให้เลือกข้อที่ถูกที่สุดโดยการระบายนิดเดียวลงในกระดาษคำตอบแบบที่ใช้เครื่องตรวจและคอมพิวเตอร์ประมวลผลคะแนน โดยวิชาเวชกรรมไทยมีข้อสอบทั้งหมด 200 ข้อ แบ่งสอบภาคเข้า 3 ชั่วโมงและภาคบ่าย 3 ชั่วโมงอย่างละ 100 ข้อ วิชาเภสัชกรรมไทย มีข้อสอบทั้งหมด 100 ข้อ สอบภายในเวลา 3 ชั่วโมง

3.2) รูปแบบการสอบภาคปฏิบัติ

เริ่มมีการสอบภาคปฏิบัติครั้งแรกในปี พ.ศ.2541 โดยผู้ที่มีสิทธิเข้าสู่การสอบในภาคปฏิบัติจะต้องเป็นผู้ที่มาสามารถสอบผ่านภาคทฤษฎีมา ก่อนเท่านั้น โดยสาขาวิชาเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย มีรูปแบบการสอบภาคทฤษฎีที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) วิชาเภสัชกรรมไทย ลักษณะการสอบจะเป็นการทำข้อสอบจำนวน 50 ข้อ 100 คะแนน โดยเดินเรียนทำข้อต่างๆ ไปตามจุดต่างๆ จำกัดเวลาข้อละ 1 นาที เมื่อหมดเวลาจะมีเสียงกริ่งเตือนและต้องเดินเรียนไปยังข้อสอบข้อถัดไป โดยในปี 2544 ข้อสอบจะตามเกี่ยวกับชื่อและสรรพคุณของตัวยาแห่ง ชื่อ ส่วนที่ใช้ และสรรพคุณของตัวยาสด การบอกรหัสพิกัดของกลุ่มตัวยาที่นำมาแสดง การสตุติยาที่นำมาแสดง การคำนวนมาตรฐานชั้งและตัว เป็นต้น

2) วิชาเวชกรรมไทย ในอดีตเคยใช้การสอบโดยการให้ผู้เข้าสอบทำการตรวจผู้ป่วยจริงที่สถานีอนามัยแล้วส่งให้ยาไทย แต่ก็พบปัญหาว่าผู้ป่วยมีน้อยและไม่มีปัญหาความเจ็บป่วยอะไรมากนัก ดังนั้น ในปี พ.ศ.2543-2544 จึงเปลี่ยนมาใช้การสอบโดยการตั้งโจทย์สมมุติกรณีผู้ป่วย 3 ข้อ 80 คะแนน แล้วให้ผู้เข้าสอบเขียนอธิบายคำตอบเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และส่งให้ยาแทนการปฏิบัติจริง

3.3) รูปแบบการสอบสัมภาษณ์

การสอบสัมภาษณ์จัดให้มีขึ้นเฉพาะประเภทเวชกรรมไทยเท่านั้น เพราะมีจำนวนผู้ผ่านการสอบภาคทฤษฎีไม่มากนัก จะเป็นการพูดคุยสัมภาษณ์เพื่อเป็นการประเมินทัศนคติ บุคลิกภาพ และบุณฑิภาวะ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยนำไปรวมกับคะแนนสอบภาคปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาถึงการได้มาซึ่งข้อสอบทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัตินั้นเป็นรูปแบบมาตรฐานของการสอบโดยทั่วไป ข้อสอบจะถูกออกแบบโดยผู้มีคุณวุฒิกลุ่มนั้น จัดทำเป็นฐานข้อมูล และสรุปข้อสอบในคลังข้อสอบของมหาวิทยาลัย ทำเป็นข้อสอบ โดยหวังว่าข้อสอบที่ได้มานะสามารถอภิปรัชความรู้ของผู้เข้าสอบได้ทุกจุดประสังค์ที่กรรมการได้ตั้งไว้ ซึ่งลักษณะการได้มาซึ่งข้อสอบในลักษณะนี้ได้ลอกเลียนมาจากข้อสอบในประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย ซึ่งนักศึกษาแพทย์ที่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบในมหาวิทยาลัยจะต้องสอบ ก่อนสอบนักศึกษาแพทย์จะรับทราบถึงหัวข้อและน้ำหนักของแต่ละหัวข้อที่จะออกข้อสอบทั้งหมด ซึ่งลักษณะข้อสอบจะเน้น

พื้นฐานที่จำเป็นต่อการเป็นแพทย์เจ้าปฏิบัติทั่วไป เน้นหนักในโรคทั่วไปและยาที่ใช้บ่อย ส่วนข้อสอบของแพทย์แผนโบราณจะเน้นความรู้อิงกับระบบแพทย์แผนไทยที่พัฒนามาจากอยุธยา ของอินเดีย เน้นความรู้เกี่ยวกับธาตุทั้งสี่ สมุนไพร วัตถุธาตุและโรคทั่วไปในตำราหลัก ซึ่งข้อสอบในลักษณะนี้ไม่สอดคล้องกับความรู้เดิมของหมอยาพื้นบ้านอีสาน เมื่อจากการได้มาซึ่งความรู้ของหมอยาพื้นบ้านจะเป็นแบบอิงระบบประสบการณ์ ก็ต่ำากการลองผิดลองถูก ไม่มีระบบชัดเจน อีกทั้งโดยส่วนใหญ่หมอยาพื้นบ้านอีสานจะมีลักษณะการรักษาหรือมีความรู้เฉพาะโภค เช่น หมอยา รักษาโภคกระดูก หมอรักษาโภคชา หรือ หมอรักษาโภคเบาหวาน แต่ลักษณะข้อสอบจะเป็นการวัดความรู้ที่คาดว่าจะเป็นความรู้พื้นฐานที่อยู่ในตำราหลักของแพทย์แผนไทย อย่างไรก็ตามในขณะที่คณะกรรมการคณบุกรุกกรรมการวิชาชีพฯ ได้พยายามพัฒนาฐานรูปแบบของข้อสอบโดยเลียนแบบวิธีการของแพทย์สภากาแฟเพื่อจะใช้เป็นเครื่องมือในการคัดเลือกผู้ที่มีความรู้ความสามารถเข้าสู่ระบบ โดยพยายามให้ข้อสอบที่ออกแบบมีความเป็นมาตรฐานมากที่สุด คณบุกรุกกรรมการคณบุกรุกกรรมการวิชาชีพฯ ได้ออกข้อสอบโดยอิงตำราแพทย์แผนไทย โดยมิได้เห็นความสำคัญของความเป็นเอกคตถะและให้คุณค่าในความเป็นเอกลักษณ์ของการแพทย์ ท้องถิ่นแม้แต่น้อย ถึงแม้รัฐจะแสดงออกถึงนโยบายการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น หากพิจารณาเนื้อหาข้อสอบในประกอบโภคศิลป์ที่เน้นเฉพาะความรู้แพทย์แผนไทยของกองการประกอบโภคศิลป์ จะพบว่ารัฐได้แสดงทัศนคติกันและการเพิกเฉยต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเห็นได้ชัดเจน

หากวิเคราะห์ถึงการได้มาซึ่งข้อสอบ พบว่าผู้ออกข้อสอบก็ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มนักวิชาการ และกลุ่มแพทย์แผนไทยบางกลุ่ม การออกแบบไม่ได้มีการวิเคราะห์จุดประสงค์ที่จำเป็นอย่างชัดเจนหรือให้น้ำหนักของหัวข้อที่ต้องรู้และควรรู้ ทำให้กองการประกอบโภคศิลป์ไม่สามารถประกาศให้ผู้เข้าสอบทราบว่าความรู้ใดที่เป็นความรู้ที่จำเป็นต่อการเป็นหมอยาพื้นบ้านบ้าง รวมทั้งไม่เคยปรากฏว่าจะมีการนำหัวข้อสอบที่ผ่านการสอนแล้วมาวิเคราะห์หาความหมายของเนื้อหาและความยากง่ายแล้วปรับปรุง พบว่าข้อสอบจะมีลักษณะเดียวกันทุกปี เนื้อหาข้อสอบใช้วัดความจำในตำราหลักที่รู้ๆ กำหนด ไม่มีการกำหนดหัวข้อหรือความรู้ที่จะวัดชัดเจน ไม่มีความสมจริง ไม่มีการประยุกต์ใช้หรือการบูรณาการ อาจกล่าวได้ข้อสอบที่เกิดจากการจัดการอย่างเบ็ดเสร็จของกองการประกอบโภคศิลป์ โดยลอกเลียนแบบจากออกข้อสอบในประกอบโภคศิลป์ของแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่เอื้อประโยชน์ให้กับหมอยาพื้นบ้านเลยแม้แต่น้อย

ปัจจัยด้านฐานรูปแบบการสอนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก็อาจจะกล่าวได้ว่าฐานรูปแบบการสอนทั้งหมดเป็นวัฒนธรรมการสอนวัดผลทางวิชาการแบบสมัยใหม่ที่คุ้นเคยกันดีในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาสูง ไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรมในการท่องจำ วัฒนธรรมการอ่านการเขียน การจับใจความ

สำคัญ การสรุปความ หรือแม้แต่ลักษณะการสอนภาคปฏิบัติแบบเรียนฐานโดยกำหนดเวลาในแต่ละชั้อ โดยเฉพาะในปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการตรวจข้อสอบร่วมด้วย ซึ่งค่อนข้างจะแตกต่างกับวัฒนธรรมดั้งเดิมของหมู่บ้านที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อยู่ในวัยชรา การศึกษาต่อ การเรียนรู้และวิถีชีวิตประจำวันก็ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานการอ่านเรียนแต่จะเน้นการปฏิบัติจริง และไม่คุ้นเคยกับระบบการวัดผลทางวิชาการใดๆ โดยเฉพาะรูปแบบการสอนหรือเทคโนโลยีต่างๆ แบบสมัยใหม่ ซึ่งถือว่าเป็นความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่ทำให้หมู่บ้านจะต้องมีการปรับตัวอย่างมาก

ในขณะที่คณะกรรมการวิชาชีพ ได้พยายามพัฒนาข้อสอบ และรูปแบบการสอนเพื่อคัดเลือกหมู่ยาพื้นบ้านเข้าสู่ระบบ พนวจจำนวนของหมู่ยาพื้นบ้านที่ผ่านการสอนและได้รับใบประกอบโรคศิลป์กลับน้อยลงทุกปี จึงเกิดคำถามว่าข้อสอบและระบบการสอนที่ใช้มีความเหมาะสมหรือสอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นจริงเกี่ยวกับหมู่ยาพื้นบ้านในปัจจุบันหรือไม่ ถึงเวลาแล้วหรือยังที่จะมีการปรับปรุงพัฒนาข้อสอบและรูปแบบการสอนในปัจจุบันให้มีความเหมาะสมรึน โดยภาครัฐควรจะลดบทบาทของการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ เปิดโอกาสให่องค์กรเอกชน และหมู่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำข้อสอบและรูปแบบการสอนมากขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นจริงที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของหมู่ยาพื้นบ้านมากขึ้น

4. เกณฑ์คะแนนการตัดสินผลการสอน

4.1) การสอนภาคทฤษฎี ปกติทุกวิชาจะมีเกณฑ์การตัดสินให้ผ่านที่ร้อยละ 60 หากไม่ผ่านเกณฑ์คะแนน ผู้เข้าสอบมีสิทธิ์ยื่นสมัครสอบได้ในปีถัดไป โดยไม่ต้องทำการสอบตัวศิษย์ใหม่

4.2) การสอนภาคปฏิบัติ ปกติทุกวิชามีเกณฑ์การตัดสินให้ผ่านที่ร้อยละ 60 หากไม่ผ่านเกณฑ์คะแนน ผู้เข้าสอบมีสิทธิ์เข้าสอบภาคปฏิบัติเพื่อสอบแก้ตัวได้อีก 2 ครั้งในปีถัดไป โดยสอบปีละ 1 ครั้ง ภายในเวลา 2 ปี แต่ถ้ายังไม่สามารถสอบผ่านได้ภายใน 2 ครั้งนี้ ผู้เข้าสอบจะต้องเริ่มกระบวนการเข้าสอบใหม่ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

เมื่อผู้เข้าสอบสามารถสอบผ่านทั้งทฤษฎีและปฏิบัติแล้ว จะมีสิทธิ์เขียนทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทยในประเภทที่สอบได้ โดยจะมีพิธีมอบใบประกอบโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทยและอบรมจราบรณชีงัดที่กรุงเทพฯ เป็นเวลา 1 วัน

5. สนามสอบ

5.1) สนามสอบภาคทฤษฎี สนามสอบจะแบ่งตามเขตการสอบจำนวน 12 เขต ทั่วประเทศ สนามสอบในภาคอีสานมี 3 เขต คือ ผู้เข้าสอบที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขต 5 จะสอบที่จังหวัดนครราชสีมา เขต 6 สอบที่จังหวัดขอนแก่น และ เขต 7 สอบที่จังหวัดอุบลราชธานี แต่ในปี พ.ศ.2545 จะมีการเปลี่ยนแปลงสนามสอบ โดยแบ่งเขตการสอบเป็น 4 เขตทั่วประเทศไทย ภาคตะวันออก การสอบ ในภาคอีสานทั้งหมด สนามสอบจะรวมอยู่ที่จังหวัดขอนแก่นเพียงแห่งเดียว

5.2) สนามสอบภาคปฏิบัติ สนามสอบในแต่ละปีอาจแตกต่างกัน และในแต่ละประเภท สาขาวิชามีสนามสอบแตกต่างกัน โดยในปี พ.ศ.2544 มีสนามสอบดังนี้

- 1) ประเภทเภสัชกรรมไทย สนามสอบในภาคอีสานอยู่ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
- 2) ประเภทเวชกรรมไทย สนามสอบอยู่ที่อายุรเวทวิทยาลัย กรุงเทพฯ

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยทางด้านสนามสอบ ก็พบว่าการจัดการเรื่องสนามสอบในปัจจุบัน เน้นการรวมสู่ส่วนกลางเพื่อความสะดวกในการจัดการของรัฐเป็นหลัก คือ จำกัดเดิมที่มีทั้งหมด 3 เขต ในภาคอีสาน แต่ปัจจุบันมีการคงเหลือไว้แห่งเดียวคือที่ เขต 6 ขอนแก่น โดยมีได้ค่าใช้จ่าย บริบททางด้านถิ่นที่อยู่อาศัยและการกระจายตัวของหมู่บ้านที่ส่วนใหญ่มีถิ่นที่อยู่ค่อนข้างห่างไกลจากชุมชนเมือง และมีความยากลำบากในการเดินทาง โดยเฉพาะความจำเป็นที่จะต้องหาที่พักค้างคืน ซึ่งบริบทเหล่านี้มีความเกี่ยวเนื่องไปถึงปัจจัยด้านอายุของหมู่บ้านที่ค่อนข้างชราภาพ และฐานะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากจนเป็นส่วนใหญ่

สำนักศึกษาแพทย์แผนไทย

สำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งขององค์ประกอบหนึ่งในระบบการสอนเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยทั้งหมด เนื่องจากเป็นเสมือนตัวกลางที่เชื่อมโยงระบบการสอนกับหมู่บ้านเข้าด้วยกัน ซึ่งจากการที่เราได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับวิถีวัฒนธรรมของหมู่บ้าน และระบบการสอนเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยไปบ้างแล้วนั้น ก็จะพบว่ามีความไม่สอดคล้องกันในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะในเรื่องขององค์ความรู้ที่แตกต่างกัน แต่สำนักศึกษาแพทย์แผนไทยนี้เองที่เป็นความคาดหวังว่าจะทำหน้าที่ในการลดช่องว่างความแตกต่างทางด้านองค์ความรู้นั้นลงได้ โดยเป็น

องค์กรที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดองค์ความรู้ต่างๆ ที่อยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการแพทย์แบบทฤษฎีราตนี้ ให้แก่นมอพื้นบ้าน อีกทั้งยังเป็นตัวแทนในการติดต่อระหว่างรัฐกับหมอกันบ้านอีกด้วย

ตามความมุ่งหวังหลักที่จะให้สำนักศึกษาแพทย์แผนไทยเป็นองค์กรในการถ่ายทอดความรู้ จึงได้มีการออกระเบียบคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2541 เรื่องการศึกษาและอบรมความรู้วิชาชีพการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป โดยได้กำหนดหน้าที่ในการให้การศึกษาอบรมของครูแพทย์แผนไทยไว้ดังนี้ คือ นอกจากความรู้ที่ได้ศึกษาสืบทอดกันมา ครูผู้รับมอบตัวศิษย์ต้องให้การศึกษาและอบรมตามตำแหน่งที่คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะรับรอง แก่ผู้ที่เข้ามาฝึกตัว นอกจากนี้ครูผู้รับมอบตัวศิษย์จะต้องทำแผนการสอน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) สาขาเวชกรรม ต้องมีชั่วโมงการสอนภาษาในระยะเวลา 3 ปี ไม่น้อยกว่า 900 ชั่วโมง เป็นภาคทฤษฎีไม่น้อยกว่า 760 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติให้ 140 ชั่วโมง
- 2) สาขางานศัพธรรม ต้องมีชั่วโมงการสอนภาษาในระยะเวลา 1 ปี ไม่น้อยกว่า 300 ชั่วโมง เป็นภาคทฤษฎีไม่น้อยกว่า 230 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติให้ 70 ชั่วโมง

แต่จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ครูผู้สอนในศึกษาแพทย์แผนไทย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 สำนักศึกษา ทำให้พบลักษณะของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุบลราชธานีที่คล้ายคลึงกัน โดยจำแนกสามารถออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ลักษณะและสถานที่ตั้ง

สำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ในจังหวัดอุบลราชธานีส่วนใหญ่ จะเป็นร้านขายยาแผนโบราณ หรือสถานพยาบาลแผนโบราณ พร้อมกับเป็นสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยที่รับมอบตัวศิษย์ พร้อมกันด้วย มักไม่มีสถานที่หรือห้องเรียนที่รัดเจน

สำหรับสถานที่ตั้งของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุบลราชธานี พบร่วมกับสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอวารินชำราบซึ่งเป็นอำเภอที่อยู่ติดกับอำเภอเมืองและมีความเจริญใกล้เคียงกับเมือง สำนักศึกษาส่วนใหญ่ตั้งอยู่เฉพาะในย่านชุมชน ส่วนเขตอำเภอรอบนอกมักจะไม่มีสำนักสอนประจำอำเภอ ยกเว้นบางอำเภอ เช่น อำเภอเดชอุดม เป็นต้น

2. ค่าใช้จ่ายในการเรียน

สำนักศึกษาแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุบลราชธานีแต่ละแห่ง มีการกำหนดค่าใช้จ่ายในการสมัครเรียนแตกต่างกัน พนว่าโดยเฉลี่ยสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยมีการเรียกเก็บค่าสมัคร จากผู้ที่มาอบรมตัวศิษย์ สาขาละประมาณ 1,300 – 3,500 บาท ต่อการอบรมตัวเป็นศิษย์หนึ่งครั้ง ตามกำหนดเวลาของแต่ละสาขา แต่ผู้สมัครบางรายอาจเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่านี้ ขึ้นกับว่าผู้สมัคร มีความสัมพันธ์อย่างไรกับสถาบันที่สมัคร บางสถาบันอาจจากหนังสือประกอบการเรียนให้ผู้สมัคร ด้วยโดยไม่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม แต่บางสถาบันผู้สมัครต้องจ่ายค่าหนังสือเพิ่ม โดยจำนวนเงินที่จ่าย ขึ้นกับว่าเป็นหนังสือเล่มใด จำนวนกี่เล่ม ในกรณีผู้ที่เคยสอบเข้าที่เบียนรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนภาคฤดูร้อนแล้วแต่ยังไม่ผ่านและต้องการยื่นสมัครสอบในปีถัดไป หากต้องการสมัครสอบโดยผ่านทางสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย บางสำนักจะเก็บเงินค่าสมัคร สอบใหม่ประมาณ 520 บาทต่อการสอบหนึ่งครั้ง แต่ถ้าหากผู้เข้าสอบยื่นสมัครสอบแก้ตัวเองที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะเสียค่าใช้จ่ายเพียง 220 บาท

3. ครุภัณฑ์และครุภัณฑ์สอน

ครุภัณฑ์สำหรับอบรมตัวเป็นศิษย์ จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุม การประกอบโรคศิลปะให้มีสิทธิทำการรับอบรมตัวศิษย์ พนว่าครุภัณฑ์สอนตัวศิษย์ส่วนใหญ่เป็น เครื่องของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยและเป็นผู้ทำการถ่ายทอดความรู้ที่ต้องใช้ในการสอนเช่นเดียว มีบางสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยที่ครุภัณฑ์สอนตัวศิษย์ทำหน้าที่เพียงรับอบรมตัวศิษย์เท่านั้น สำหรับครุภัณฑ์ทำการสอนจริงจะเป็นการเรียนแพทย์แผนไทยที่มีความรู้ความชำนาญในการรักษาและ การสอนมาทำการสอน อายุของครุภัณฑ์สอนตัวเป็นศิษย์และครุภัณฑ์สอนส่วนใหญ่มีช่วงอายุ ระหว่าง 40 – 60 ปี

4. ตำราที่ใช้ในการเรียนการสอน

ตำราที่ใช้ในการสอนของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย พนว่าตำราที่ใช้มีหลากหลาย เช่น ตำราดังเดิม, ตำราที่กองประกอบโรคศิลปะ ร่วมกับคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะแผน ใบงานทั่วไปและคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานอนุกรรมการประกอบโรคศิลปะแผนใบงานได้ ร่วมกันจัดทำขึ้น แต่สำนักศึกษาแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่มีไม่ครบถูกเล่ม และ บางสำนักอาจมี การเรียนตำราสรุปขึ้นเองให้แก่ผู้ที่มาเรียน ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป เช่น เป็นการสรุปย่อ ตามเนื้อหา , มีการใส่องค์ความรู้ดังเดิมของครุภัณฑ์สอนผสมลงไปกับความรู้ตามหลักการในตำรา ดังเดิม หรือครุภัณฑ์มีความรู้ความชำนาญทางท่านก็ได้มีการเรียบเรียงให้ใช้ภาษาง่าย ๆ และ คล้อง

จึงเพื่อให้เกิดความง่ายต่อการคาดจำของผู้เรียน เช่น ตำราของประพันธ์ พรหมทอง เป็นต้น นอกเหนือไปนี้ตัวร่างที่ใช้ในการสอบยังมี พระราชบัญญัติ อีก 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 , พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510

5. ระบบการเรียนการสอน

การเรียนการสอนถือเป็นหัวใจสำคัญที่สุดขององค์ประกอบด้านสำนักสอน เพราะเป็นการทำให้ผู้ที่ต้องการสอบเพื่อขอเข้าไปประกอบโรคศิลปะสามารถใช้ความสามารถที่ได้จากการเรียนการสอนได้ ทำให้ผู้เข้าสอบมีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมและเพียงพอที่จะสามารถเข้าสอบได้ แต่ก็พบว่า มาตรฐานการเรียนการสอนของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยในจังหวัดอุบลราชธานี แต่ละสำนักมีความความแตกต่างกัน อย่างไรก็ได้โดยภาพรวมแล้วพบว่าการเรียนการสอนมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

5.1) วันเวลาในการเรียนการสอน

สำนักศึกษาแพทย์แผนไทยแต่ละสถาบันมีการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันแต่พนักงานที่มีความคล้ายคลึงกันคือ มักจะไม่มีการเรียนการสอนที่จริงจัง และมักทำการสอนอย่างจริงจังเฉพาะในช่วงที่ใกล้สอบเท่านั้น คือ ทุกวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ ระหว่างเดือน มกราคม – เมษายน ของทุกปี มีเพียงบางสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยที่มีการจัดสอนทุกวันอาทิตย์แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ที่มารับสอนตัวเป็นศิษย์และจำนวนของศิษย์ที่มาเรียน ในแต่ละครั้ง บางครั้งหากศิษย์มาเรียนในครั้งนั้นๆ น้อย ผู้สอนอาจยกเลิกการสอนในครั้งนั้นไป

5.2) รูปแบบการเรียนการสอน

พบว่าสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่เน้นการแจกคู่มือหนังสือให้ผู้เรียนไปศึกษาเอง มากกว่าที่จะทำการจัดสอนอย่างจริงจัง บางสำนักอาจมีการแนะนำๆ ดูที่ควรเน้นให้แก่ผู้เรียนในตอนที่แจกหนังสือ การสอนส่วนใหญ่จะเป็นการบรรยายความรู้จากในตำราเท่านั้น ไม่มีการนำตัวอย่างสมุนไพรมาประกอบการเรียนการสอนในห้องเรียน สำนักศึกษาส่วนใหญ่มักจะมีตัวอย่างสมุนไพรแห้งอยู่ในสถานศึกษา ให้ผู้เรียนที่มีความสนใจศึกษาด้วยตนเอง มีเพียงบางสำนักศึกษาที่มีสวนสมุนไพรและได้นำนักเรียนออกศึกษาสวนสมุนไพรจริง สำนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีตัวอย่างข้อสอบหรือแบบฝึกหัดให้ผู้เรียนได้ฝึกฝน มีเพียงสำนักศึกษาเดียวที่มีการอบรมนายแบบฝึกหัดให้

ฝึกทำ เมื่อสิ้นสุดการสอนในวันที่เรียน หรืออาจส่งแบบฝึกหัดไปให้ผู้รับมอบตัวเป็นคิชชย์ฝึกทำและลงกลับเพื่อตรวจ สำหรับการสอนภาคปฏิบัติ พนวัมพกไม่มีการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่จริงจัง เช่น ด้านการปฐมยามมีเพียงบางสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยเท่านั้นที่มีการจัดสอนปฐมยาแต่จะเน้นที่การซึ่ง ดูง วัด, หรือการปฐมยาสุกกลอนอย่างง่าย เป็นต้น

โดยสรุปแล้วจะพบว่าสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ในจังหวัดอุบลราชธานี จะรวมศูนย์อยู่แต่ในพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางความเจริญของจังหวัด มีการเก็บเงินค่าสมัครในอัตราที่ค่อนข้างสูง แต่ไม่มีการเรียนการสอนที่จริงจังและเป็นระบบส่วนใหญ่จะเน้นการแจกหนังสือให้นักเรียนไปศึกษาเองที่บ้าน ส่วนการสอนก็มักจะทำกันแต่เพียงภาคนรรยายเท่านั้น และมักไม่มีตัวอย่างสมมุติใหม่ให้นักเรียนได้สัมผัสรชริ่งในห้องเรียน แต่เข้ากับความสนใจของนักเรียนแต่ละคนที่จะสนใจไปขออุดหนาอย่างเช่นในบริเวณที่จัดเก็บไว้ โดยรวมก็คือการเรียนการสอนใหญ่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ตามที่ได้ตั้งหวังไว้ และมีความเป็นธุรกิจที่มุ่งหวังกำไรอยู่มาก ซึ่งในหลาย ๆ ประเด็นเหล่านี้ก็พบความไม่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมเดิมของหมู่บ้านอยู่มาก ที่ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยชรา มักมีเด็กที่อยู่ห่างไกลไปตามชนบท การเดินทางยากลำบาก ฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจนและไม่ได้อยู่บนพื้นฐานการเรียนรู้แบบการท่องจำ แต่จะอิงกับประสบการณ์ที่ได้สัมผัสด้วยตัว ซึ่งโดยรวมแล้วอาจก่อให้เกิดเป็นอุปสรรคในการเข้ามาเรียนของหมู่บ้านได้

ตารางที่ 8 สรุปลักษณะของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ในจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อสถานศึกษา*	ที่อยู่	ค่าสมัคร (บาท/ สาขา)	การเรียนการสอน	ครุภัตสอน
1	วิทยาโอลิมปิก	อ.วารินฯ	1500	ติวเข้มช่วงไกล์สอบ	สอนเอง เฉพาะเกรดฯ
2	นราภัยเก้าสี	อ.วารินฯ	3,500	ติวเข้มช่วงไกล์สอบ	สอนเอง
3	สนการโอลิมปิก	อ.วารินฯ	1,500	ติวเข้มช่วงไกล์สอบ	สอนเอง
4	เวชการเก้าสี	อ.เมือง	3,500	สอนทุกวันอาทิตย์	เรียนคู。 สอน
5	โอลิมปิก	อ.เดชอุดม	1,300	ติวเข้มช่วงไกล์สอบ	สอนเอง

* หมายเหตุ ชื่อสถานศึกษาทั้งหมดเป็นชื่อสมมติ

บทที่ 5

การวิเคราะห์ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ สนใจที่จะหาคำตอบว่าเหตุใดหมอยื่นบ้านอีสานส่วนใหญ่จึงยังคงไม่มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ทั้งๆ ที่ภาคอีสานมีหมอยื่นบ้านกระจายตัวอยู่ตามชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ เป็นจำนวนมาก จากการศึกษามองพื้นบ้านในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้าสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และในจำนวนหมอยื่นบ้านที่เข้าสู่ระบบการสอบนั้น ก็มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่สามารถสอบผ่าน และได้รับการรับรองใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย โดยพบว่าผลการสอบในปี พ.ศ.2544 ปรากฏว่าไม่มีหมอยื่นบ้านในเขต 7 คนได้เลยที่สามารถสอบผ่านได้ ไม่ว่าจะเป็นสาขาวิชาระบบทั่วไปและสาขาวิชาเฉพาะ

เมื่อคณานักวิจัยได้พยายามวิเคราะห์โดยนำวัฒนธรรมของหมอยื่นบ้านอีสานมาเป็นตัวตั้งแล้วเปรียบเทียบกับระบบการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ก็พบว่า เมื่อรวม 2 ระบบดังกล่าวเข้าด้วยกันจะพบจุดที่เป็นความสัมพันธ์อันไม่สอดคล้องกันในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งได้ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจของหมอยื่นบ้านที่แตกต่างกันออกเป็น 2 ด้าน คือ ความต้องการที่จะเข้าสู่ระบบสอบและความไม่ต้องการเข้าสู่ระบบสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผลการสอบของหมอยื่นบ้านอีกด้วย โดยอธิบายจากปัจจัยต่าง ๆ นี้ ไม่ได้เกิดจากความไม่สอดคล้องของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่เกิดจากความไม่สอดคล้องของหลาย ๆ ปัจจัยรวมกัน

เหตุใด หมอยื่นบ้านจึงตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบสอบ และเหตุใดหมอยื่นบ้านที่เข้าสู่ระบบสอบจึงไม่สามารถสมทุกผลในการสอบได้ จึงเป็นคำถามที่น่าสนใจและสำคัญอย่างยิ่ง โดยในภาระสอนของอาจารย์ก็ออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ

- 1) เหตุปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบการสอบของหมอยื่นบ้าน
- 2) เหตุปัจจัยที่มีผลต่อการสอบไม่ผ่านของหมอยื่นบ้าน

นอกจากนี้ ในการศึกษายังพบว่า หมอยื่นบ้านบางท่านยังมีทัศนคติเรื่องการเกิดกันจำกัดโอกาสหมอยื่นบ้านจากทางรัฐบาลอีกด้วย

5.1 เหตุปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบการสอบฯ ของหมอยืนบ้าน

จากการศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบการสอบเพื่อขอเขียนทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยของหมอยืนบ้าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและจากแบบสำรวจ พบร่วม หมอยืนบ้านให้เหตุผลต่อการไม่เข้าสู่ระบบการสอบฯ ในประเด็นดังนี้

1. การประชาสัมพันธ์ข่าวสารการสอบฯ

จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 62.7 ของผู้ตอบแบบสอบถาม ให้เหตุผลว่าสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบให้หมอยืนบ้านส่วนใหญ่ไม่เข้าสู่ระบบการสอบฯ ก็คือ การไม่รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการสอบฯ (ดูตารางที่ 3 ในภาคผนวก) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ยังพบว่า มีหมอยืนบ้านบางคนที่ไม่เคยทราบมาก่อนเลยว่ามีการสอบเพื่อขอเขียนทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยด้วย และส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่ารู้จักให้มีการสอบในช่วงใดของปี และจะเข้าสู่ระบบการสอบฯได้อย่างไร โดยวิธีไหน ติดต่อกับใคร หรือน่าจะงานใด หมอยืนบ้านบางท่านมีความต้องการที่จะเข้าสอบอย่างมาก แต่ก็ไม่ทราบว่าจะต้องทำอย่างไร ติดต่อที่ได้ไหน จึงทำให้ไม่สามารถเข้าสอบได้จนถึงปัจจุบันนี้

หมอยืนบ้าน ภูคธรรน อายุ 69 ปี บ้านกาจัน อำเภอตระการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี เล่าให้ฟังว่า แต่ก่อนเคยได้ยินเพื่อนหมอยืนบ้านให้ฟังว่ามีการสอบเข้าใบประกอบโรคศิลปะ ตอนอยากสอบจึงถามถึงว่าจะสมัครได้ที่ไหน แต่หมอยืนบ้านที่เป็นเพื่อนกันก็ไม่ทราบ ก็เลยยังไม่ได้สมัครสอบมาจนถึงปัจจุบัน

ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่าปัจจัย ด้านการประชาสัมพันธ์ข่าวสารการสอบฯ ก็ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ควรส่งเสริมให้มีการประชาสัมพันธ์ให้แพร่หลาย เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่หมอยืนบ้านเพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเข้าสู่ระบบการสอบเพื่อขอเขียนทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย เนื่องจากในปัจจุบันไม่พบว่ามีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารการสอบฯจากภาครัฐไปสู่ชนบทโดยตรง แต่จะเป็นการประชาสัมพันธ์ที่เกิดจากสำนักศึกษาการแพทย์แผนไทยที่ทำขึ้นเพื่อโฆษณาสถาบันของตนเองเท่านั้น

2. อายุ

จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 56.2 ของหมู่พื้นบ้านที่ไม่เข้าสู่ระบบการสอนฯ เป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่มักมีความคิดว่าพวกตนไม่จำเป็นต้องเข้าสอบเพื่อขอเข้าหนะเป็นผู้ประกอบโรคภัยลักษณะได้ เพราะแก่แล้ว อุบัติอีกไม่นาน นอกจานี้หมู่พื้นบ้านบางท่านก็มีปัญหาที่เกิดจากความชรา เช่น ความเสื่อมทางร่างกาย ปัญหาทางด้านสายตา ทำให้อ่านเขียนได้ไม่คล่องเหมือนเดิม ประกอบกับหมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่จะรับรู้หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับการสอนฯ ว่ามีความยาก ต้องใช้เวลาในการสอบหลายครั้งจึงจะสามารถสอบผ่าน จึงทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่คิดที่จะเข้าสอบ เนื่องจากอยามาแล้วคงไปสอบหลายๆ ครั้งไม่ไหว แต่อย่างไรก็ตามการที่หมู่พื้นบ้านเหล่านี้ตัดสินใจไม่เข้าสอบนั้นไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางด้านอายุเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวโยงไปถึงปัจจัยอื่นๆ รวมด้วย

เช่นหมู่เพื่อง บุญช่วย อายุ 79 ปี บ้านโนนกาเล็น อ.เดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ให้ความคิดเห็นว่า “สอบไปก็คงจะไม่ผ่าน แก่แล้วอ่านหนังสือพอได้ แต่คงจะอ่านไม่ทัน เวลาอ่านข้อสอบ และความรู้คงจะไม่ถึง สอบไปก็เสียตายเงินเปล่าๆ” ซึ่งจะมีประเด็นของความรู้ การอ่านออกเขียนได้ และประเด็นด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ เข้ามาเกี่ยวนেื่องด้วย

หมู่ชา ศรีจันติ อายุ 74 ปีบ้านท่าลาด อ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กล่าวว่า “การสอบใบประกอบยากมาก ไม่ใช่จะผ่านง่ายๆ ไม่รู้จะต้องไปสอบสักกี่ครั้งถึงจะผ่าน แก่แล้วก็ไม่รู้จะไปไหน” ซึ่งจะพบประเด็นของความยากง่าย และ การเดินทางเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ส่วนหมู่พื้นบ้านที่ตัดสินใจเข้าสอบส่วนใหญ่ จะสังเกตได้ว่ามีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน มีเพียงส่วนน้อย คือ ร้อยละ 25.5 เท่านั้นที่เป็นวัยชรา อายุจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่影响ให้หมู่พื้นบ้านคิดที่จะเข้าสอบเพื่อให้ได้ใบประกอบโรคภัยลักษณะไปประกอบอาชีพในภาคชนบท ซึ่งจะเห็นว่าอาจจะมีประเด็นทางด้านการทำงานนำไปประกอบอาชีพในอนาคตเข้ามาเกี่ยวเนื่องด้วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จะเห็นว่า ปัจจัยทางด้านอายุ ก็ถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งในหลาย ๆ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าหรือไม่เข้าสู่ระบบการสอนฯ ของหมู่พื้นบ้านเช่นกัน

3. ระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

จากการศึกษา หมู่พื้นบ้านที่เข้าสอบฯ ส่วนใหญ่ จะมีระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านเขียนที่ค่อนข้างดีจนถึงดีมาก พนวณว่าหมู่พื้นบ้านที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ประถมศึกษาระดับ 4-6 ถึงร้อยละ 45.6 จึงจะเป็นไปได้ว่า ระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านเขียนที่ดี น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนให้หมู่พื้นบ้านกลุ่มนี้ตัดสินใจเข้าสู่ระบบการสอนฯ ต่างกับหมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และอ่านเขียนได้ไม่

คล่อง เพียงแค่พออ่านออกเขียนได้ จึงทำให้มหอพื้นบ้านบางคน คิดว่าความรู้ความสามารถของตัวเองที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะใช้สอบได้ จะไปอ่านเรียนข้อสอบก็คงทำไม่ทัน บางคนก็คิดว่าถึงสอบไปก็ไม่ผ่าน เป็นต้น เหล่านี้จึงอาจถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มหอพื้นบ้านไม่คิดจะไปสมัครสอบฯได้

เช่น หมອชา ศรีจันดี บ้านท่าลาด อ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กล่าวว่า “พวกที่จะสอบผ่านต้องเรียนเก่ง เค้าจะเป็นข้อสอบมาให้เราเขียนอินไบดอบ ต้องเรียนให้สวยงาม ออกนกเส้นก็ไม่ได้ เห็นหมอดีไปสอบสวนใหญ่ก็เรียนไม่ทันกันทั้งนั้น อย่างเราไปสอบก็คงเรียนไม่ทันหรอก”

4. อาชีพ

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ส่วนการเป็นหมอพื้นบ้านนั้นทำโดยไม่ได้ยึดเป็นอาชีพ ส่วนใหญ่จะคิดว่าเป็นเพียงการช่วยเหลือกันในชุมชน ซึ่งจะเกี่ยวเนื่องกับชื่อปฏิบัติของหมอพื้นบ้านที่จำเป็นจะต้องยึดตือกัน โดยเฉพาะการที่ไม่สามารถเรียกร้องค่ารักษากได้ ได้ ต้องแล้วแต่ผู้ป่วยจะให้ และจะเท่าให้ไว้ก็ต้องยอมรับเพียงเท่านั้น ไม่สามารถเรียกร้องเพิ่มเติมได้ เพราะจะทำให้ผิด ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ไม่ส่งเสริมให้มหอพื้นบ้านคิดที่จะยึดถือการประกอบอาชีพหมอพื้นบ้านเป็นอาชีพหลักอันเป็นการหงผล ก้าวจากการรักษาได้ ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้พบว่าการเป็นหมอพื้นบ้านของหมอส่วนใหญ่ไม่มีความเป็นเชิงพาณิชย์หรือธุรกิจใดๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงทำให้มหอพื้นบ้านเหล่านี้ไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องสอบให้ได้ไปประกอบโคงคิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย

ดังเช่นที่ หมอฟอง อุทัย อายุ 70 ปี กิ่ง อ.ทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้กล่าวว่า “การที่เป็นหมอพื้นบ้านนี้ ก็ทำเพื่อช่วยเหลือคนเท่านั้น เงินทองก็แล้วแต่เขาจะให้ ไม่สามารถไปเรียกร้องอะไรได้ มันผิด บางคนให้ สิน ยี่สิน ก็แล้วแต่เขา ก็เคยมีบ้างที่รักษาแล้วเขามาให้เงิน ก็ไม่เป็นไรถือว่าช่วยคนที่ลำบากไป เพาะว่าเราจะผิดถ้าไปเรียกร้องเงินเขา ทำไม่ได้”

หมอประสงค์ ชุมพล อายุ 65 ปี บ้านโพธิ์โทร อ.พิมูล จังหวัดอุบลราชธานี กล่าวว่า “ไม่รู้จะเอาไปประกอบมาทำไม่ เพราะหากแค่ช่วยเหลือคนอื่นเท่านั้น เค้ามาเราก็รักษาให้ เดือน ๆ หนึ่งก็มีมาไม่กี่คน และก็ไม่ได้เรียกร้องค่ารักษาก็จะ แล้วแต่เค้าจะให้”

ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะพบความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด กับหมอพื้นบ้านกลุ่มที่ตัดสินใจเข้าสอบ ซึ่งแม้ว่าส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักก็จริง แต่มักจะยึดถืออาชีพหมอพื้นบ้านเป็นอาชีพเสริมของครอบครัวอีกด้วย และมักทำเป็นเชิงการค้าอย่างจริงจัง เช่น หมอบางคนก็ยึดเป็นอาชีพหลักโดยเปิดร้านขายสมุนไพรเป็นของตนเอง บางคนก็ผลิตยาเองหรือไปรับจากร้านยาแผนโบราณแล้วนำไปเร่งขาย เป็นต้น โดยหมอพื้นบ้านเหล่านี้มักคิดค่ารักษา หรือค่า

สมุนไพร โดยจะมีการตั้งราคาไว้ແນ່ນອນຍຸ່ກອນແລ້ວ ແລະຈະເຮັດເກີບຈາກຜູ້ປ່າຍເມື່ອມາຮັບການຮັກຫາ ດັ່ງນັ້ນ ເມື່ອພິຈາລານາຈາກຊຸດແລ້ວນີ້ສາມາດທີ່ຈະສັງເກດເຫັນໄດ້ອ່ານ້າຂໍ້ຕ່າງໆວ່າໜໍາພື້ນບ້ານໃນກຸ່ມນີ້ ມີແຮງງົງໃຈໃນການຄິດທີ່ຈະເຂົ້າສູ່ຮະບບາກາຮັບສອນເພື່ອຂອ້ອື່ນທະເບີນເປັນຜູ້ປ່າຍກອບໂຮຄສິລປະສາງ ກາຮັກພະຍົມແພນໄທຢາກກວ່າໜໍາພື້ນບ້ານໂດຍທ່ານໄປ ໂດຍມຸ່ງໜັງທີ່ຈະນຳໃນປະກອບໂຮຄສິລປະທີ່ໄດ້ມາ ໄປປະກອບອາຊີພເພື່ອນ້າຍໄດ້ຂ່າຍເລື້ອຄຣອບຄຣ້າ ແລະເປັນປັຈຍີ່ທີ່ສົງເສົມໃຫ້ໜໍາພື້ນບ້ານທີ່ເຂົ້າ ສອນແລ້ວນີ້ມີຄວາມພຍາຍານທີ່ຈະສອນໄຟຝ່ານໃຫ້ໄດ້

ດັ່ງເຊັ່ນ ນໍາອປະຢູ່ ລາສັງຍາງ ອາຍຸ 70 ປີ ຕ.ໃນເມືອງ ອ.ເມືອງ ຈັງຫວັດອຸບຄຣາຊານີ ຮຶ່ງຍືດ ກາຮັບສ້າງຂາຍຍາສຸມຸນໄພຣແພນໃບຮາມເປັນອາຊີພໍລັກ ແລະສອນຝ່ານແລ້ວໃນປັຈຈຸບັນ ເລີ່ມໃຫ້ພັງວ່າ ແຕ່ກ່ອນຕົນເອງເປີດຮ້ານໂດຍເຫຼົາໃນປະກອບຂອງຜູ້ອື່ນມາຄຸມຮ້ານໃຫ້ ແຕ່ໄມ່ເຄຍໄດ້ມາດູແລ້ວຮ້ານຈິງສັກຮັ້ງ ແລະຍັງຕ້ອງເສີຍເງິນໃຫ້ທຸກປີ ຈຶ່ງຄິດທີ່ອຍາກຈະສອນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ໃນປະກອບໂຮຄສິລປະມາຄຸມຮ້ານເອງ ໂດຍ ສອບທັງໝາດ 12 ຄຣັງ ຈຶ່ງສາມາດສອນຝ່ານໄດ້ ໂດຍເນື້ອສອນໄມ້ຝ່ານໜ່າຍ ໆ ຄຣັງ ກົມນິກທ້ອຈຸນ ອຍາກຈະເລີກສອນນັ້ນ ແຕ່ກີ່ພຍາຍານມາຈຸນສາມາດສອບໄດ້ອ່ານ້າເຫັນທຸກວັນນີ້

ນໍາອປະກົດ ທີລາຮຽນ ຕ.ໂຄງຈານ ອ.ຕະກະກາຮັກພື້ພັດ ຈັງຫວັດອຸບຄຣາຊານີ ຮຶ່ງຍັງໄມ່ເຄຍ ເຂົ້າສອນສອນ ແຕ່ມີຄວາມສົນໃຈທີ່ອຍາກຈະເຂົ້າສອນເປັນອ່ານ້າມາ ເນື່ອຈາກດິນແມ້ຈະມີອາຊີພໍລັກຄືຂອງ ກາຮັກທຳນາ ແຕ່ກີ່ຍືດກາຮັກພື້ພັດທີ່ເຮົາຍຍາສຸມຸນໄພຣເປັນອາຊີພໍເສົມດ້ວຍ ໂດຍເລົ່າວ່າແຕ່ກ່ອນເປັນກາຮັກໄປຮັບຈາກ ຮ້ານຂາຍສຸມຸນໄພຣມາເຮົາຍ ແຕ່ເຫັນວ່າສາມາດທຳນ້າຍໄດ້ໄດ້ຕີ ແລະຕົນເອງກົມນິກມີຄວາມຮູ້ເກີຍວັນ ສຸມຸນໄພຣແລະກາຮັກຫາຍຸ່ນັ້ນ ຈຶ່ງໄດ້ຄິດທຳນາຈາກສູດຮ່າງຕົນຫຸ້ນເອງແລ້ວນໍາໄປເຮົາຍ ໂດຍປັຈຈຸບັນ ມີແຕ່ສູດຮ່າງຕົນເປັນໍລັກ ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງຕ້ອງການທີ່ຈະມີໃນປະກອບໂຮຄສິລປະເພື່ອທີ່ຈະສາມາດທຳນ້າຍແລ້ວ ເຮົາຍຍາໄປໄປນີ້ໃກລາ ໄດ້ ໂດຍໄມ່ພິດກົງໝາຍ

ນໍາອຸດຕາ ໄຊຍໂຍ ປີ ບ້ານໂພ້ໂທ ອ.ພິນູລມັງສາຫາ ຈັງຫວັດອຸບຄຣາຊານີ ຮຶ່ງເປີດຮ້ານ ອາຍສຸມຸນໄພຣອູ່ໃນຕລາດ ອ.ພິນູລ ບອກວ່າທີ່ເຂົ້າສອນເຂົາໃນປະກອບ ກົມນິກຈະໄດ້ຂາຍຍາສຸມຸນໄພຣໄດ້ ອ່າຍ້ານີ້ແຕ່ກ່ອນກັບວ່າຈະພິດກົງໝາຍ

ນໍາສຸກາກົດນົມ ສາມເສມາ ຕ.ໃນເມືອງ ອ.ເມືອງ ຈັງຫວັດອຸບຄຣາຊານີ ຮຶ່ງມີກິຈກາຮັກຮ້ານ ສຸມຸນໄພຣເປັນຫອງຕົນເອງ ກລ່າວດິນເຫຼຸຜລທີ່ເຂົ້າສອນກົມ ເພື່ອທີ່ຈະໄດ້ຄຸນຮ້ານຫອງຕົນເອງ ໄນແຕ່ກ່ອນໄປເຫຼົາໃນ ປະກອບຂອງຜູ້ອື່ນມາຄຸມຮ້ານໃຫ້

ຈະເຫັນໄດ້ວ່າໜໍາພື້ນບ້ານທີ່ເຂົ້າສອນໂດຍສ່ວນໃໝ່ມີຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈະໄດ້ໃນປະກອບໂຮຄສິລປະມາໃໝ່ໃນກາຮັກພື້ພັດຂອງຕົນ

ຈາກທີ່ກໍລາວດິນປັຈຈີຍທາງດ້ານອາຊີພາກທັງໝາດ ກົມນິກຈະເຫັນໄດ້ວ່າ ວິຊານອຮຽນກາຮັກຫາຍຸ່ນໍາພື້ນບ້ານແບບອື່ສານສ່ວນໃໝ່ ຈະເປັນແບບຍາຂອນວານທີ່ໄມ່ຍືດຕິດກັບຄວາມເປັນຮູຮົກ ພົບອ້ອງກັບກຳໄໄດ້ ໆ ຈາກການໃຫ້ກາຮັກຫາຜູ້ປ່າຍ ໄນຄິດທີ່ຈະຍືດອາຊີພາກພື້ນບ້ານເປັນອາຊີພໍລັກ ຈຶ່ງໄມ່ເຫັນ

ความจำเป็นที่จะต้องมีในประกอบโรคศิลปะ ซึ่งจะแตกต่างจากลุ่มน้ำที่เข้าสกอนอย่างเห็นได้ชัดว่ามีความต้องการที่จะนำไปประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยไปใช้ในการประกอบอาชีพของตน ดังนั้นปัจจัยทางด้านการประกอบอาชีพนี้ก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจของหมอดินบ้านให้เข้าหรือไม่เข้าสู่ระบบการสอนเพื่อขอรับหนังสือเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย

5. สถานะทางเศรษฐกิจ

หมอดินบ้านส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และมีหนี้สิน แต่การที่จะเข้าสู่การสอนเพื่อขอรับหนังสือเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยได้นั้น จะเป็นจะต้องใช้เงินมาก ซึ่งจาก การสำรวจ พบว่าหมอดินบ้านส่วนหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 34.5 ให้เหตุผลว่าการที่ตนไม่เข้าสกอนนั้น เป็นเพราะไม่มีเงินเพียงพอที่จะไปสมัครเรียนและสมัครสอบได้ (ดูตารางที่ 3 ในภาคผนวก) โดย ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องมีดังต่อไปนี้ค่าฝึกด้วยตัวเป็นศิษย์ ซึ่งค่าสมัครของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ในจังหวัดอุบลราชธานี ก็มีตั้งแต่ 1,300 – 3,500 บาท ต่อ 1 สาขา ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนเงินที่มากอ ยุ่งบุคคล เนื่องจากน้ำที่หมอดินบ้านส่วนใหญ่ได้รับ เนื่องจากหมอดินบ้านส่วนใหญ่มี อาชีพทำนา จึงทำให้ไม่มีรายรับที่สม่ำเสมอ เป็นเพียงเงินที่ได้จากการขายข้าวในแต่ละครั้ง และไม่ สามารถหาเงินได้มาก ซึ่งต้องเก็บไว้ใช้เพื่อเสียครุภาระตลอดปี อีกทั้งในการเดินทางเพื่อไปเรียน ความรู้กับสำนักสอน หรือเพื่อไปสอบก็ยังต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้นมาอีกทั้งค่าเดินทางและ ค่าอาหารในแต่ละวัน นอกจากนี้ สำนักสอนเองก็ยังมีการเก็บค่าเล่าเรียนเพิ่มเติมจากค่าสมัครอีก ใน การสอนแต่ละครั้ง ๆ ละ 100 บาท จึงทำให้เป็นภาระด้านการเงินแก่ผู้ที่ต้องการเข้าสกอนเป็น อย่างมาก และเนื่องจากเรื่องสมุนไพรที่ใช้ในการสอนเป็นภาษาถิ่น ซึ่งเรียกต่างกับภาคอีสาน จึง ทำให้หมอดินบ้านส่วนใหญ่เกิดความสับสนเป็นอย่างมาก บางคนจึงคิดที่จะรื้อนั้งสีอสมุนไพร ไทยที่มีการเปลี่ยนเรียกเป็นภาษาท้องถิ่นมาประกอบการเรียนรู้ แต่ก็ไม่สามารถที่จะซื้อได้ เนื่องจากนั้งสีอสมุนไพรเหล่านี้มีราคาแพงโดยเฉพาะหนังสือที่มีรูปภาพสมุนไพรประกอบ

หมอดินสาวา เกตุวัตร บ้านนาโพธิน้อย อ.ศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ ความเห็นว่า “ก็อย่างสกอนอยู่นี้ แต่แค่ทุกวันนี้ ก็ต้องใช้หนี้เช่ายาจะแย่แล้ว ในแต่ละเดือน แทบ จะไม่พอ กิน จะเอาเงินที่ไหนไปสอน ในนั้นจะค่าสอน ในนั้นจะค่ารถอีก เป็นหม้อขวยคนนี้ก็ไม่ได้เป็น อาชีพหลัก แค่ครรมาให้รักษา ก็ช่วยรักษาให้ แล้วก็มีไม่ค่อยมากด้วย เงินที่ได้จากการรักษาในแต่ ละเดือนก็ไม่เท่าไหร่”

หมอดุลภากรณ์ สามเสนา ซึ่งเปิดร้านขายสมุนไพรอยู่ที่ ต.ในเมือง อ.เมือง จังหวัด อุบลราชธานี แสดงความคิดเห็นว่า สำหรับตนคงจะไม่เป็นปัญหานัก เพราะสามารถซื้อนั้งสีอ

เหล่านี้ได้โดยไม่ลำบากอะไร แต่สำหรับหมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่ที่ยากจน คงจะไม่สามารถซื้อได้ เพราะหนังสือเหล่านี้มีราคาแพง

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการที่จะเข้าสู่ระบบการสอบหรืออยู่ในระบบการสอบโดยเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นที่จะต้องมีค่าใช้จ่ายในหลายๆ ด้าน ซึ่งโดยรวมแล้วก็เป็นจำนวนเงินที่สูงพอสมควร แต่หมู่พื้นบ้านในภาคอีสานส่วนใหญ่ยังคงมีสถานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน ดังนั้นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจการเงินนี้ จึงถือได้ว่าเป็นอุปสรรคหนึ่งของหมู่พื้นบ้านต่อการเข้าสู่ระบบการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน

6. ขอบเขตพื้นที่ที่หมู่พื้นบ้านทำการรักษา

จากการศึกษาพบว่า หมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่จะทำการรักษาเพียงแต่ในชุมชนของตนเป็นหลัก การออกไปทำการรักษานอกชุมชนมีเป็นเพียงบางครั้งคราวที่มีผู้มาเชิญให้ไปทำการรักษาเท่านั้น ประกอบกับทัศนคติของหมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่ก็คิดว่าคนที่จำเป็นจะต้องมีในประกอบโรคศิลป์คือคนที่ออกไปรักษาในหลายๆ ที่นอกชุมชนหรือออกไปเรื่อยๆ เท่านั้น ดังนั้นหมู่พื้นบ้านเหล่านี้จึงมักคิดว่าการรักษาของตนที่ทำเพียงแต่ในชุมชนนั้นไม่จำเป็นต้องมีในประกอบโรคศิลป์ได้ เช่น

หมู่บ้านโพธิ์ไทร อ.พิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี กล่าวว่า “ถ้าเป็นพวกรืออกไปรักษาข้างนอกหรือไปเรื่อยๆ พากันนั้นต้องมีในประกอบ ไม่มีไม่ได้ แต่ถ้ารักษาแต่ในชุมชนเราก็ไม่เป็นไรหาก เรายังไห้ไปไหน ก็แค่ช่วยเหลือกันในชุมชน”

หมูบิน เหล่าโภก อายุ 74 ปี กิ่ง อ.เหล่าเสือโภก จังหวัดอุบลราชธานี แสดงความคิดเห็นว่า หมู่พื้นบ้านที่ส่วนใหญ่ทำการรักษาแค่กับคนในหมู่บ้าน ไม่ได้ออกไปเรื่องรักษาในที่ไหนไกล ๆ นั้น ไม่จำเป็นจะต้องมีในประกอบโรคศิลป์ได้ เพราะอยู่แต่ในชุมชนของตน

ดังจะเห็นได้ว่าหมู่พื้นบ้านที่ทำการรักษาอยู่แต่ในชุมชนนั้น ส่วนใหญ่จะมีความคิดเห็นคล้ายกัน คือ หากรักษาอยู่แต่ในชุมชนของตน ก็ไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีในประกอบโรคศิลปสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย ดังนั้นปัจจัยด้านขอบเขตพื้นที่ที่หมู่พื้นบ้านทำการรักษา จึงถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าหรือไม่เข้าสู่ระบบการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย

7. สถานภาพการยอมรับจากบุคคลในชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนว่าหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าตนได้รับการยอมรับนับถือจากคนรอบข้างในชุมชนเป็นอย่างดี นอกเหนือนี้ตลอดเวลาที่ทำการรักษาไม่เคยมีเจ้าหน้าที่หน่วยงานใดมาตักเตือนหรือตรวจสอบหมู่บ้านในชุมชนที่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะอีกด้วย ในทางกลับกันหมู่บ้านยังรู้สึกว่าแม่ตัวราช หรือ ข้าราชการชาวบ้านก็ยังให้ความเชื่อถือในการรักษาภัยด้วย จึงทำให้มหู่บ้านเหล่านี้มีความมั่นใจในการทำการรักษาของตนมากขึ้น และคิดว่าถึงแม้ว่าตนจะไม่มีใบประกอบโรคศิลปะก็ตามก็ยังสามารถทำการรักษาได้อย่างปกติสุข และยังได้รับการยอมรับนับถือเป็นอย่างดีอีกด้วย

เช่น จากการสัมภาษณ์และสังเกตพบว่า หมู่บ้านบูรณ์ เวชสาร อายุ 73 ปี อ.ศรีเมือง ใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้สึกว่าตนเองนั้นได้รับการยอมรับนับถือในบทบาทการเป็นหมู่บ้านของตนเป็นอย่างดีอยู่แล้ว และไม่เคยมีใครหรือเจ้าหน้าที่คนใดมาห้ามไม่ให้ตนทำการรักษา

ส่วนหมู่บ้านนาย ดวงดี อายุ 73 ปี บ.เมืองเก่า อ.เดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี นั้น ถึงแม้ว่าในสมัยก่อนจะเคยเข้าสอบฯ และยังสอบไม่ผ่าน แต่ในปัจจุบันก็เลิกคิดที่จะเข้าสอบแล้ว เนื่องจากถึงแม้ว่าตนจะไม่มีใบประกอบโรคศิลปะก็ตาม แต่ก็พบว่ายังมีผู้เลื่อมใสครบทุกประการให้ทำการรักษาอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งในชุมชนของตนและจากชุมชนอื่นๆ และมีความคิดว่าแม้กระทั้ง ตัวราชยังมาให้ตนทำการรักษาให้ ซึ่งในการสนทนากับผู้วิจัยสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนถึง ความภาคภูมิใจที่ได้รับการยอมรับจากคนทั้งในและนอกชุมชน

จากการที่ได้ไปสัมภาษณ์เริงลึกประกอบกับการสังเกต ก็จะพบว่าหมู่บ้านส่วนใหญ่มี ความภาคภูมิใจในบทบาทการเป็นหมู่บ้านของตนของตนเป็นอย่างมากและมีความรู้สึกมั่นใจว่า ตนเองได้รับการยอมรับจากชุมชนเป็นอย่างดี ผนวกกับการทำที่ไม่เคยมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานใดๆ มาตรวจจับอย่างจริงจัง เหล่านี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มหู่บ้านส่วนใหญ่ไม่คิดที่จะเข้าสู่ ระบบการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

8. ที่ตั้งภูมิลำเนาของหมู่บ้าน

จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า ถิ่นที่อยู่ของหมู่บ้าน ส่วนมากอยู่ในชุมชนที่ห่างไกล จำกตัวอำเภอ การเดินทางไม่สะดวก โดยเฉพาะหากจะเดินทางจากหมู่บ้านมาสู่อำเภอเมืองหรือ อำเภอวารินชำราบอันเป็นแหล่งของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย จะไม่ค่อยสะดวกและต้องใช้เวลาในการเดินทางมากโดยเฉพาะในอำเภอที่ห่างไกล โดยจากการสอบถามหมู่บ้านพบว่า ส่วนใหญ่มักจะไม่ได้เดินทางออกจากหมู่บ้านไปไหน และมักจะไม่มีyanพานหนะเป็นของตนเอง อาจจะ

มีก็เพียงแค่จักรยานเท่านั้น และหากออกไปธุระและกลับมาไม่ทันรถเตี่ยวสุดท้ายของหมู่บ้านในแต่ละวันก็จำเป็นจะต้องจ้างรถรับจ้างมาส่งให้พิเศษเท่านั้น เหล่านี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่สะดวกที่จะต้องเดินทางไปเรียนเป็นประจำที่สำนักศึกษาใน อ.เมือง หรือ อ.วารินชำราบ ซึ่งอาจจะเกี่ยวเนื่องไปถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะตามมาอีกด้วย เช่น ค่ารถ ค่าอาหาร ในแต่ละวัน ผนวกกับการที่หมู่บ้านส่วนใหญ่มีอาชีพหลักและงานประจำในแต่ละวันจึงทำให้พบว่าการเรียนส่วนใหญ่จึงเป็นเพียงการศึกษาด้วยตนเองที่บ้านเท่านั้น จึงทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของความรู้ที่ต้องใช้ในการสอบเป็นไปได้ไม่ดีนัก

5.2 เหตุปัจจัยที่มีผลต่อการสอบไม่ผ่านของหมู่บ้าน

จากการศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการสอบไม่ผ่านของหมู่บ้าน โดยการเปรียบเทียบความสอดคล้องขององค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกบโควิดปะสาขาการแพทย์แผนไทย กับวิถีวัฒนธรรมของหมู่บ้านอีสานในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า มีประเด็นที่ไม่สอดคล้องกันซึ่งอาจนำไปสู่การสอบไม่ผ่านของหมู่บ้านได้ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. องค์ความรู้

จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 43.6 ของผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้เคยเข้าสอบ เห็นว่าปัจจัยเรื่ององค์ความรู้ที่ใช้ในการสอบซึ่งแตกต่างจากความรู้เดิมที่มีอยู่นี้ ถือเป็นปัญหาในหนึ่งของการสอบ (คุณตรางที่ 5 ในภาคผนวก) โดยจากการศึกษาพบว่าวัฒนธรรมองค์ความรู้แบบพื้นบ้านอีสาน มีความแตกต่างเป็นอย่างมากจากวัฒนธรรมองค์ความรู้ทุษฎีการแพทย์แบบทุษฎีชาติในภาคกลางซึ่งสับซ้อนและเป็นระบบที่สุด จนได้รับการยอมรับให้ใช้เป็นองค์ความรู้มาตรฐานในการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกบโควิดปะสาขาการแพทย์แผนไทย ซึ่งรัฐจัดให้มีขึ้นทุกปี กล่าวคือวัฒนธรรมองค์ความรู้แบบพื้นบ้านอีสาน จะอยู่บนพื้นฐานความหลากหลายของประสบการณ์ที่ได้จากการรักษาจริง โดยไม่มีทฤษฎี หรือ หลักการใดๆ มารองรับ เช่น เกิดจากการติดตามหมู่บ้านที่เก่ง หรือการติดตามพระอุดงค์ที่มีความสามารถในการรักษาด้วยสมุนไพรไปตามที่ต่าง ๆ สังเกต จดจำ และเรียนรู้การใช้สมุนไพรเหล่านี้ในการรักษาโรค โดยต้องใช้เวลาในการเรียนรู้จากประสบการณ์เหล่านี้เป็นเวลานาน จึงจะมีความสามารถทำการรักษาเองได้ ดังนั้น จึงอาจพบได้ว่า แม้จะเป็นโควิดเดียวกัน แต่หมู่บ้านอีสานแต่ละท่านอาจมียาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากมีการเรียนรู้จากบุคคลที่ต่างกันหรือมีประสบการณ์การรักษาที่ต่างกัน นอกจากนี้หมู่บ้านอีสานส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการรักษาเก่งเฉพาะโควิด

ไม่สามารถรักษาครอบคลุมโรคทั้งหมดได้ เช่น นมอกราดูก นมอกระเพาะ หรือนมอที่เก่งเรื่อง ประดง เป็นต้น

ด้วยเหตุที่นมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีเพียงองค์ความรู้ที่เป็นแบบประสมการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากการดั้งเดิมเป็นหลักเท่านั้น ทำให้มีนมอพื้นบ้านเหล่านี้เข้าสู่ระบบการสอบ จึงต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่งที่จะเรียนรู้องค์ความรู้ที่ทุกภูมิภาคและประเทศแบบทุกภูมิชาติเพื่อนำมาไปใช้ในการสอบ โดยไม่สามารถนำความรู้ดั้งเดิมที่มีอยู่มาใช้สอบได้ จึงทำให้นมอพื้นบ้านที่เข้าสอบเหล่านี้ เป็นเหมือนเด็กวัยเริ่มแรกเรียน ที่กำลังจะเรียนความรู้ที่ตนไม่เคยมีมาก่อนเป็นครั้งแรก และเมื่อนมอพื้นบ้านเหล่านี้ไม่สามารถเรียนรู้องค์ความรู้ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอบนี้ได้เป็นอย่างดี จึง เป็นผลให้นมอพื้นบ้านไม่สามารถที่จะสอดคล้องในการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยได้ ซึ่งในกรณีนี้จึงอาจเกียจโยงไปยังกระบวนการถ่ายทอดความรู้ ทุกภูมิภาคการแพทย์แบบทุกภูมิชาติจากสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยสู่นมอพื้นบ้านอีกด้วย

จากกล่าวด้วยว่าองค์ความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมากนี้ ถือเป็นอุปสรรคอย่างมากในการสอบ ของนมอพื้นบ้านที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกันของวิถีวัฒนธรรมเดิมของนมอพื้นบ้านอีสานกับ ระบบการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน ถึงแม้ว่า นมอพื้นบ้านหลาย ๆ ท่าน เช่น นมอปรสวงศ์ ชุมพล อ.พิบูล, นมอบิน เหล่าโภก กิ่ง อ. เหล่าโภก หรือ นมอสิงห์ทอง ทันธิมา อ.เดชอุดม เป็นต้น ได้กล่าวทรงกันไว้ว่า “คุณสมบัติข้อ หนึ่งที่นมอพื้นบ้านควรปฏิบัติก็คือต้องพยายามไข่ควันหาความรู้อยู่เสมอ” และผู้วิจัยก็เห็นว่า ทุกภูมิภาคการแพทย์แบบทุกภูมิชาตินั้น เป็นองค์ความรู้ที่มีกระบวนการทัศนอัจฉริยะเป็นระบบที่สุด ทั้งในด้าน การวินิจฉัยโรค โดยอาศัยการวิเคราะห์สมญฐานของโรค และด้านการเยียวยาด้วยสมุนไพร โดย พิจารณาเบสิคสารออกเป็นรสด่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ความรู้ที่เหมาะสมที่จะให้นมอพื้นบ้านได้ ศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้วยให้เป็นระบบระเบียนยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ในความต้องการที่จะ พัฒนานี้ก็ยังคงต้องมีการค้นคว้าถึงการอนุรักษ์องค์ความรู้แบบพื้นบ้านดั้งเดิมที่เกิดจากการสังสม ความรู้ และภูมิปัญญา ของบรรพบุรุษที่ผ่านระยะเวลาอันยาวนาน จากรุ่นสู่รุ่น มาเป็นภูมิปัญญา ท่องถิน และสมควรที่จะได้มีการส่งเสริมและอนุรักษ์องค์ความรู้ดั้งเดิมเหล่านี้ไว้ เพื่อเป็นอีกหนึ่ง ภูมิปัญญาของชาติไทยซึ่งได้สั่งเคราะห์ให้มาจากคนในชาติโดยมิได้รับอิทธิพลจากชาติใด ดังนั้นจึงควรที่จะมีกลวิธีในการผ่านความรู้ทั้งสองเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการรักษาแบบพื้นบ้านที่ เป็นมาตรฐานยอมรับได้มากยิ่งขึ้น

2. วัฒนธรรมทางภาษาในการเรียกชื่อสมุนไพร

จากการสำรวจผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้เคยเข้าสอน พบร่วมกันในญี่ปุ่น คิดเป็นร้อยละ 58.7 เห็นว่าการเรียกชื่อสมุนไพรด้วยภาษาแบบภาคกลาง ถือเป็นปัญหาที่สำคัญในการสอน (คุณภาพที่ 5 ในภาคผนวก) เนื่องจากภาษาที่ก้องกบโกรคิดจะใช้เรียกสมุนไพรในการออกข้อสอบ กับภาษาที่หมอบ้านอีสานคุ้นเคยในการเรียกชื่อสมุนไพร นั้นแตกต่างกัน กล่าวคือ ชื่อเรียกสมุนไพรที่ใช้ในการออกข้อสอบนั้นเป็นภาษาราชการแบบภาคกลาง ส่วนหมอบ้านอีสานมักจะคุ้นเคยแต่กับวัฒนธรรมภาษาแบบอีสาน ภาษาที่ใช้ในการเรียกโกรคหรือสมุนไพรต่างๆ ก็เป็นแบบอีสาน ซึ่งในแต่ละท้องถิ่นของอีสานเองก็อาจมีการเรียกที่แตกต่างกันได้ เช่น ถัวและซึ่ง มีประโยชน์ในการรับปัสดุ ในการท่องถิ่น อาจเรียก มะยะ หรือ ถัว แอง หรือ ผักกระเพรา ซึ่ง เป็นภาษาภาคกลาง แต่ในภาคอีสานเรียกว่าผักอีตุ ดังนั้นจึงอาจจะเป็นการดีที่ก้องกบโกรคิดจะเลือกใช้ภาษาภาคกลางในการออกข้อสอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันของหมอบ้านทุกคน แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยวัฒนธรรมทางภาษาที่แตกต่างกันระหว่างภาคอีสานและภาคกลาง นี้ ถือเป็นปัญหาสำคัญในการสอนของหมอบ้านอีสาน เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับชื่อ สมุนไพร ที่เป็นแบบภาคกลาง เมื่อศึกษาแล้วจะทำให้ไม่สามารถทำความเข้าใจอย่างแท้จริงได้ว่า ที่แท้คือต้นใด ลักษณะเป็นอย่างไร ให้สรุปคุณแบบใด ผลที่ได้จึงเป็นเพียงแค่การท่องจำชื่อ สมุนไพรต่างๆ ตามตำราเท่านั้น ซึ่งจะไปเสื่อมโยงกับวัฒนธรรมการเรียนของหมอบ้านที่โดย พื้นฐานของหมอบ้านอีสานแล้วมักจะไม่คุ้นเคยกับวัฒนธรรมการท่องจำ แต่จะเป็นการอาศัยประสบการณ์การใช้สมุนไพรในการรักษาจริงซึ่งจะทำให้สามารถจำได้ดีกว่า ดังนั้นการที่ภาษาที่ใช้เรียกชื่อสมุนไพรมีความไม่สอดคล้องกัน จึงถือได้ว่าเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้หมอบ้านไม่สามารถทำความเข้าใจต่อองค์ความรู้ทางพุทธวิทย์แบบพุทธวิหารที่จำเป็นต้องใช้ในการสอนได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลการสอนของหมอบ้านได้ในที่สุด

ด้วยอย่างเช่น หมอบ้านสุภาษรณ์ สามเสนา ต.ในเมือง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แสดงความคิดเห็นว่า ปัญหาหลักของการศึกษาความรู้เพื่อไปสอนก็คือ ชื่อเรียกสมุนไพรที่แตกต่างกัน เพราะในการอ่านจะต้อง หาให้ได้ว่าสมุนไพรที่กล่าวถึงหมายถึงต้นใด จึงจะสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยทางแก้ไขของหมอบ้านสุภาษรณ์ ก็คือหาชื่อหนังสือทางพุกษศาสตร์ที่มีรูปและชื่อในแต่ละภาคมาดูประกอบ แต่การแก้ไขปัญหาโดยการซื้อนั้นสือเพิ่มเติมเข็นในกรณีนี้ อาจจะเป็นข้อจำกัดสำหรับหมอบ้านบางท่านที่มีปัญหาทางด้านปัจจัยการเงินต่างๆ

หมอบุญจันทร์ ศันโภทอง ต.ในเมือง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี กล่าวว่า “ที่จริงแล้ว สมุนไพรบางตัวในตำราเราก็รู้อยู่แล้ว แต่พอเรียกต่างกันแล้วเราก็ไม่รู้ว่าเป็นต้นเดียวกัน เราถัดลงเสียเวลาไปท่องไปจำมากขึ้น ทั้งๆ ที่มันเป็นต้นเดียวกันแท้ ๆ”

3. ความหลากหลายของสมุนไพรในภาคอีสาน

จากการสำรวจ พบร่วมกันของหมู่บ้านเมืองผ่านเข้าสู่การสอบภาคปฏิบัติส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 72.6 คือการที่ไม่สามารถแยกแยะสมุนไพรที่นำมาใช้ในการออกซื้อขายได้ เนื่องจากเป็นสมุนไพรที่ไม่เคยเห็นในท้องถิ่น (คุณธรรมที่ 6 ในภาคผนวก) ความหลากหลายของสมุนไพรในภาคอีสานกับภาคกลางนั้นมีความแตกต่างกันอยู่พอสมควรตามสภาพพื้นที่ เนื่องจากหมู่บ้านอีสานส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของสมุนไพรโดยการหาเองจากธรรมชาติ เช่น ในป่า หรือบริเวณชุมชนของคน จึงทำให้หมู่บ้านอีสานส่วนใหญ่รู้จักเพียงแต่สมุนไพรเท่านั้นที่มีในอีสาน หรือเขตที่ตนได้ทำการหาสมุนไพรท่านั้น แต่คงความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้ในการสอนจะมีหลากหลาย รวมไปถึงมีสมุนไพรบางอย่างที่ไม่มีในเมืองไทยแต่เป็นที่จะสั่งมาขายในร้านขายยาสมุนไพร ที่เป็นเช่นนี้ก็เนื่องจาก กองการประกันโรคศิลปะได้เล็งเห็นแล้วว่าหมู่บ้านที่สอนผ่านอาจมีโอกาสที่จะไปเปิดร้านขายยาสมุนไพรในภาคหน้า อันเป็นสิทธิตามพระราชบัญญัติการประกันโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ดังนั้นจึงเป็นการจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ที่เข้าสอบทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่หลากหลายเหล่านี้

แต่อย่างไรก็ตี จากการที่หมู่บ้านอีสานส่วนใหญ่รู้จักสมุนไพรในภาคอีสานที่ตนเองได้มีประสบการณ์มา เป็นอย่างดีแต่เพียง จึงทำให้หมู่บ้านอีสานที่มารายงานรู้สึกว่า แบบของครัวซึ่งมีความหลากหลาย ต้องใช้ความพยายามในการห่อจำสมุนไพรเหล่านี้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะวัฒนธรรมในการเรียนรู้สมุนไพรและการรักษาเดิมของหมู่บ้านเป็นแบบอาศัยประสบการณ์จริงในการรักษา คือเห็นต้นหรือรากที่มีส่วนสมุนไพรจริงและเห็นผลจากการนำไปใช้จริง จึงจะสามารถเรียนรู้และจดจำได้เป็นอย่างดี แต่เนื่องจากสมุนไพรบางอย่างในตัวรา ไม่มีจริงในอีสาน โดยเฉพาะสมุนไพรแห้งที่นิยมขายในร้านขายยาสมุนไพร และโดยเฉพาะหมู่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นการเรียนรู้ตัวต่อตัวโดยคนเองที่บ้าน จึงทำให้หมู่บ้านไม่สามารถจะหาตัวอย่างสมุนไพรมาดูประกอบการเรียนรู้ได้ จึงเป็นเรื่องยากที่หมู่บ้านจะสามารถทำความเข้าใจและจดจำได้ และแม้นหากจะห่อจำได้ แต่ในที่สุดก็ไม่สามารถนำไปใช้จริงได้ เนื่องจากไม่สามารถแยกแยะสมุนไพรนั้นๆ ได้จริง เพราะไม่เคยเห็นของจริง

ดังเช่น หมู่บ้านศรีภูวดล ต.คุน อ.กันทรารามย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเคยได้สอบภาคปฏิบัติแล้วแต่ยังไม่สามารถสอนผ่านได้ และสมุนไพรที่ใช้เก็บบนทั้งหมู่บ้านจากการเก็บเองจากป่า กล่าวว่า “สมุนไพรที่นำมาออกก็มาจากในหมู่บ้านไม่รู้ ไม่เคยเห็นมาก่อน ทั้ง ๆ ที่สมุนไพรที่ใช้อยู่ก็มีตั้งเยอะแต่ไม่เห็นนำมาออก ”

หมู่บ้านลพบุรี ลพบุรี อ.เมือง จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีกิจการร้านสมุนไพรเป็นของตนเอง กล่าวว่า “สมุนไพรที่ออกมีทั้งสมุนไพรสดและแห้ง ซึ่งเราเก็บอยู่ในร้านยาอยู่แล้ว เลย

ไม่มีปัญหาเรื่องการดูสมุนไพรแห้งที่เป็นขึ้นๆ เท่าไหร่ แต่หมอที่ไม่เคยเห็นมาก่อนนี้ก็แยกหน่อย ทำกันไม่ค่อยได้"

และจากการที่ได้สัมภาษณ์หมอพื้นบ้านที่เข้าสอบ สรุปใหญ่ๆ ก็คือว่าไม่ได้นำความรู้ที่ใช้สอบมาใช้ในการรักษาจริง หรืออาจนำสมุนไพรมาใช้จริงได้เพียงบางชนิดเท่านั้น เนื่องจากสมุนไพรที่ใช้ในการออกข้อสอบกับที่มีในอีสานนั้นค่อนข้างแตกต่างกัน

เช่น เมื่อถูกถามถึงการนำความรู้ที่ได้เรียนมาใช้หรือไม่ หมอนุญจันทร์ คันโภทอง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี ก็บอกว่า "ที่ใช้ได้ก็แค่สมุนไพรบางตัวเท่านั้น เพราะสมุนไพรในตำราที่เรียนส่วนใหญ่จะมีในอีสานเป็นเพียงบางตัวเท่านั้น"

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความหลากหลายของสมุนไพรไปทั้งหมด ก็พอจะเห็นได้ว่าจากการที่สมุนไพรในตำราส่วนใหญ่หาได้ยากในภาคอีสาน ประกอบกับหมอพื้นบ้านในภาคอีสาน ส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรโดยการเก็บจากในป่า และการศึกษาตัวเอง สรุปใหญ่ก็คือการเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงทำให้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่เคยได้สัมผัสถกนบตัวอย่างสมุนไพรจริง ขันส่งผลให้หมอพื้นบ้านเหล่านี้ไม่มีความเข้าใจอย่างแน่ชัดเกี่ยวกับสมุนไพรที่เรียน ดังนั้นจึงอาจก่อให้เกิดเป็นอุปสรรคในการทำข้อสอบขึ้นได้

4. บทบาทของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย

อาจกล่าวได้ว่าในปัจจุบันสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยทำหน้าที่เปรียบเสมือนตัวแทนของระบบการสอนเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ซึ่งถือว่าเป็นองค์กรที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยได้ทำหน้าที่เป็นทั้งตัวแทนของภาครัฐในการติดต่อและรับฝากตัวเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ที่จำเป็นให้แก่หมอพื้นบ้าน และยังเป็นตัวแทนของหมอพื้นบ้านในการติดต่อกับรัฐ ทั้งในการสมัครสอบและรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการสอบต่างๆ อีกด้วย

อาจเปรียบสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยเป็นเสมือนปราการด้านแรกและด้านเดียวของผู้ที่สนใจจะเข้าสอบ ในกรณีที่จะสามารถผ่านเข้าสู่ระบบการสอนเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยได้ ดังนั้นหากการเดินทางเข้าสู่ปราการนี้มีอุปสรรคก็จะทำให้หมอพื้นบ้านไม่สามารถผ่านเข้าไปสู่ระบบการสอนต่อไปได้อย่างสะดวก และเมื่อพิจารณาดูแล้วว่ามีบางจุดของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ที่ไม่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของหมอพื้นบ้าน ขันส่งผลให้กล้ายเป็นอุปสรรคของหมอพื้นบ้านในการที่จะเข้ามาสู่ระบบการสอบ เช่น อัตราค่าสมัครฝากตัวเป็นศิษย์เพื่อเข้าเรียนในสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยในแต่ละสาขาวันนั้นค่อนข้างสูง จึง

ทำให้หมอยื่นบ้านส่วนใหญ่ซึ่งมีฐานะยากจนไม่สามารถมีเงินเพียงพอที่จะมาสมัครเรียนได้ นอกจากราชสถานที่ตั้งของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ก็มีจำนวนคุณย้อยแย้งแต่ในพื้นที่ที่เป็น คุณย์กลางของจังหวัด เช่น อ.เมือง หรือ อ.วารินชำราบ แต่ไม่มีการกระจายไปยังชนบทต่าง ๆ ซึ่ง หมอยื่นบ้านส่วนใหญ่จะอยู่ในชุมชนห่างไกล การเดินทางเป็นไปด้วยความยากลำบากและใช้ เวลานาน ซึ่งการเดินทางในแต่ละครั้งก็จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆร่วมด้วย เหล่านี้จึงทำให้เกิด เป็นอุปสรรคต่อหมอยื่นบ้านในการเรียนการสอนในสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย

เมื่อกล่าวถึงหน้าที่หลักของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ซึ่งก็คือการเรียนการสอนหรือ กระบวนการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแพทย์แบบทฤษฎี加上สูตรหมอยื่นบ้านที่ต้องการเข้าสอบ ก็พบว่ามาตรฐานการเรียนการสอนของแต่ละสำนักศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี มีความแตกต่าง กันเป็นอย่างมาก และโดยภาพรวมทั้งหมดก็พบว่าการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นเป็นไปอย่างไม่มี ประสิทธิภาพ ไม่เกิดการเรียนการสอนที่จริงจัง และการสอนส่วนใหญ่ก็เป็นเพียงการสอนใน ภาคทฤษฎีเท่านั้น ซึ่งด้านกับบัณฑิตความเดียวของหมอยื่นบ้านที่อยู่บนภูฐานของประสบการณ์ การสัมผัสริบ ซึ่งจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างดี และสามารถนำไปใช้ได้จริง เมื่อกระบวนการ การถ่ายทอดความรู้ที่เป็นอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะไม่สามารถทำให้หมอยื่นบ้านเกิดความรู้ความ เข้าใจอันดีต่อองค์ความรู้อันสถาบันขึ้นเหล่านี้ได้ นอกจากนี้ทักษะในการถ่ายทอดความรู้ของ ครูผู้สอนก็เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก

โดย หมอเศรษฐพงษ์ วงศ์ศิลป์ อายุ 55 ปี บ้านหนองชุม อ.ม่วงสามสิบ จังหวัด อุบลราชธานี มีความคิดเห็นต่อสำนักศึกษาที่ตนไปเรียนว่า “ครูไม่เก่ง ไม่มีความรู้ ครูสอนไม่ ขาดเจน ไม่มีประสบการณ์ที่แท้จริง ส่วนมากゴหกตัวเอง มีใบประกาศโน๊ตบุ๊คปะແຕ้มือรู้ด้วยๆ ลูก ศิษย์ก็ตามกันไม่รู้เรื่อง”

หมอมนั้น โสมะตะนัย อายุ 59 ปี บ้านดู่ทุ่ง อ.เมือง จังหวัดสระบุรี แสดงความคิดเห็นว่า “อาจารย์สอนควรจะรู้จักตัวยาและรู้จักสมุนไพรอย่างชำนาญ ไม่ใช้รู้อยู่แต่ในหนังสือหรือตำรา เธียน ควรเป็นผู้ที่เคยปัจุยยาหรือรักษาโกรมาแล้ว จึงจะสอนให้เข้าใจได้ อย่างที่แล้วมานั้นไม่ได้ เรื่อง เลยไม่ค่อยมีนักเรียนไปเรียน ลูกเข้ามาต่ำราเงงติกว่า”

คุณชีวี ทองทวี อายุ 45 ปี ต.น้ำอ้อม อ.กันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ อาจารย์พัฒนาการ แต่มีความสนใจที่จะเข้าสอน ได้แสดงความคิดเห็นต่อสำนักสอนว่าไม่คุ้มค่าเงิน เพราะต่ำรำมีน้อย คุณสอนมีน้อย ขาดคุณสอนประจำ นักเรียนนาน้อยก็ไม่สอน อย่างให้คุณสอนทุกอาทิตย์หรือ เสาร์ ให้เวลาเป็นมาตรฐาน มีต่ำรำคันคัวพร้อม

นอกจากการเรียนการสอนที่ไม่ค่อยจริงจังเท่าที่ควรแล้ว ความเป็นธุรกิจก็เกินไปของสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ก็ถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญที่มาเป็นห่วง อีกอย่างหนึ่งคือหมอดินบ้านทั้งในด้านการเก็บค่าสมัครเรียนที่แพง การเก็บค่าเข้าเรียนในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเก็บค่าสมัครสอบแก้ตัวที่แพงเกินจริงอีกด้วย ทั้งที่ความจริงแล้วในการสมัครสอบแก้ตัวหมอดินบ้านสามารถถูกติดต่อสมัครสอบได้โดยตรงที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเสียเงินเพียง 220 บาท เท่านั้น แต่หมอดินบ้านส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าสามารถสมัครเองได้ ซึ่งหากมีความเป็นเชิงพาณิชย์ที่หวังกำไรมากเกินไป ก็จะทำให้หมอดินบ้านไม่สามารถอยู่ในระบบการสอบนี้ต่อไปได้

ดังเช่น คุณสุพิตรา สายบุญยัง อายุ 38 ปี ต.บุ่ง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี อาชีพ เปิดร้านขายยาแผนโบราณ ซึ่งได้แสดงความคิดเห็นว่า สำนักศึกษาแพทย์แผนไทยควรเรียกเก็บค่ายื่นสอบให้น้อยลง เพราะถ้าสอบไม่ได้ ปีต่อมาไม่อยากยื่นสอบอีก เพราะค่ายื่นสอบเสียเท่ากันทุกปี ปีละ 1,250 บาท

หมอบุณจันทร์ คันโททอง ต.เมือง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี เล่าให้ฟังว่า ทุกครั้งกี สมัครสอบแก้ตัวที่สำนักสอนที่ไปเรียนอยู่ โดยเก็บค่าสมัครสอบแก้ตัว 520 บาท แต่ไม่เคยทราบมาก่อนเลยว่าสามารถสมัครสอบแก้ตัวได้เองที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โดยสรุปในประเด็นด้านสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย พบว่าสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ถือเป็นองค์กรที่มีความสำคัญอย่างมากในระบบการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคิคลปัชชาการแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านการเป็นองค์กรที่อยู่ตระการที่ทำหน้าที่ในการเรื่องของระบบการสอบและหมอดินบ้านเข้าด้วยกัน และโดยเฉพาะหน้าที่ในการประสานองค์ความรู้ที่แตกต่างกันให้เข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อที่จะทำให้หมอดินบ้านสามารถมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการสอบได้ แต่อย่างไรก็ต้องยังพบว่าสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยยังมีจุดอ่อนในด้านมาตรฐานการเรียนการสอน และความเป็นธุรกิจที่มากเกินไปจนอาจกล่าวเป็นอุปสรรคต่อหมอดินบ้านในการที่จะสัมฤทธิผลในการมีใบประกอบโรคิคลปัชชาการแพทย์แผนไทยได้

ถึงแม้ในปัจจุบัน สถาบันการแพทย์ แผนไทย ที่กำกับโดยกระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายที่จะร่วมมือ และพัฒนาสำนักสอนแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ในความเป็นจริงพบว่าการพัฒนาดังกล่าวยังคงไว้ทิศทางและไม่ได้มุ่งสู่สำนักสอนแพทย์แผนไทยอย่างแท้จริง ความไม่ชัดเจนในบทบาทของตนอยู่ที่ตัวสถาบันเองที่พยายามจะพัฒนาตนเองเป็นสำนักสอนเองโดยหลงลืมหน้าที่ที่แท้จริงของตนซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ โดยหลักสถาบันมีบทบาทใน

การกำหนดพิศทางการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทย ควบคุมดูแลกำกับสำนักสอน และหน้าที่ที่สำคัญที่สุด คือการสนับสนุนและยกระดับสำนักสอนที่มีอยู่ให้มีคุณภาพ ทำให้สำนักสอนทุกที่ทั่วประเทศมีมาตรฐานเดียวกัน หากสถาบันการแพทย์ไทยยังดำรงบทบาทของการสอนเองมากกว่าการสนับสนุนและพัฒนาเช่นปัจจุบัน จะเกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำของความรู้ของศิษย์ที่จบมาจากสำนักแพทย์แผนไทยกับสถาบัน ก็เกิดข้อครหาที่ว่าหากไม่ได้เรียนจบจากสถาบัน การแพทย์แผนไทยก็ยากที่จะสอนผ่าน เกิดความขัดแย้งระหว่างสำนักสอนแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ กับสถาบันการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่เดิม ท้ายที่สุดปัญหาของความเหลื่อมล้ำของหมอยาพื้นบ้าน และการไว้เป็นประกอบโรคศิลปะของหมอยาพื้นบ้านก็ยังคงไม่ได้รับการแก้ไข ท้ายที่สุดการสูญเสียภูมิปัญญาที่มีค่าของห้องถังคงจะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถลึกเลี้ยงได้ในอนาคต

5. หนังสือและตำราที่ใช้อ่านประกอบการสอน

จากการศึกษาพบว่า ตำราที่ใช้ในการศึกษาองค์ความรู้ทฤษฎีการแพทย์แบบทฤษฎีชาตินั้นมีความหลากหลายเป็นอย่างมาก ทั้งตำราที่ก่อการประกอบโรคศิลปะประการให้ใช้เป็นตำราที่ต้องศึกษาเพื่อใช้ในการสอน ตำราที่สำนักศึกษาเป็นผู้เตรียมให้แก่นมพื้นบ้านซึ่งอาจเป็นตำราสำเร็จรูปที่มีการตีพิมพ์อยู่แล้วหรือบางสำนักศึกษาก็อาจมีการเขียนตำราขึ้นมา นอกจากนี้นมพื้นบ้านบางห้องก็ได้มีการขวนข่ายนาเขือตำราจากแหล่งข่ายต่างๆ เพิ่มเติมอีกด้วย

พบว่า อุบัติกรรมในด้านตำรา เกิดจากการที่บางตำราบางเล่มยกแกร่งการทำความเข้าใจ เช่น บางตำราที่ใช้ภาษาบาลีส่วนใหญ่เป็นหลัก ซึ่งหากไม่ใช้คนที่เคยบวชเรียนและได้ศึกษาภาษาบาลีมาก่อนก็จะเป็นการยากที่จะเข้าใจ บางตำราที่ใช้ภาษาที่เข้าใจยาก บางตำราที่อธิบายความสัมภัยไป เป็นต้น เนื่องจากว่าเป็นอุบัติกรรมในการทำความเข้าใจต่อองค์ความรู้ที่ต้องการศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาด้วยตนเองของนมพื้นบ้าน แต่ก็พบว่ามีตำราบางส่วนที่เข้าต่อการศึกษาท่องจำ เช่น ตำราบางเล่มที่ครุภัณฑ์สอนบางคนเรียนขึ้นมาเองโดยเรียงให้มีสัมผัสคล้องจอง หรือมีการแปลรีดลงบนกระดาษเป็นภาษาถิ่น ก็สามารถช่วยให้หมอยาพื้นบ้านท่องจำหรือเข้าใจได้ง่ายขึ้น แต่ก็พบว่ามีจำนวนไม่นักและก็มีในคนเพียงบางกลุ่มเท่านั้น

ดังนั้นปัจจัยด้านหนังสือหรือตำราที่อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อผลการสอนของนมพื้นบ้านได้ เมื่อจากการเรียนของนมพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาด้วยตนเอง เท่านั้น ดังนั้นหากเป็นตำราที่สามารถอ่านและทำความเข้าใจเองได้ง่ายก็น่าจะเอื้ออำนวยให้หมอยาพื้นบ้านมีความรู้ความเข้าใจหรือสามารถท่องจำองค์ความรู้ทฤษฎีการแพทย์แบบทฤษฎีชาติได้ยิ่งขึ้นแต่ถ้าหากเป็นตำราที่ทำความเข้าใจได้ยากก็จะกล่าวเป็นอุบัติกรรมในการเรียนรู้ของนมพื้นบ้านไป

นอกจากนี้ ก็ยังพบปัญหาในเรื่องหนังสือกฎหมายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต้องใช้ในการสอน เพราะว่าส่วนใหญ่จะเป็นหนังสือที่คัดลอกข้อความมาจากพระราชบัญญัติโดยตรงไม่ได้มีการแปลความ ดังนั้นจึงอาจจะเป็นการยากสำหรับหมื่นพื้นบ้านในการตีความกฎหมายด้วยตนเอง เพื่อที่จะทำความเข้าใจกันกฎหมายเหล่านี้และนำไปใช้ในการสอน

6. แบบแผนการสอน

การสอนที่เป็นปัญหาต่อหมื่นพื้นบ้านในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การสอนภาคทฤษฎี และการสอนภาคปฏิบัติ แบบแผนการสอนภาคทฤษฎีที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จะเป็นลักษณะการสอนที่เน้นวัดความสามารถในการท่องจำเป็นหลัก ประกอบกับทักษะในการทำข้อสอบแบบปรนัย เช่น การสรุปใจความสำคัญและตอบให้ตรงประเด็น เทคนิคการตัดตัวเลือก ต่าง ๆ โดยเฉพาะในปัจจุบันต้องอาศัยเทคนิคในการระบุคำศัพท์ในกระดาษคำตอบที่ต้องด้วยคอมพิวเตอร์ร่วมด้วย เป็นต้น ซึ่งหมื่นพื้นบ้านส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการสอนหรือคุ้นเคยกับการทำข้อสอบแบบปรนัยนี้มาก่อน เนื่องจากในชีวิตจริงของหมื่นพื้นบ้านจะอาศัยแต่ประสบการณ์จริง เป็นตัวช่วยตัดสิน และอิงอยู่กับการลงมือปฏิบัติจริงเท่านั้น นอกจากนี้ในการสอนภาคปฏิบัติของสาขาวิชกรรมไทยก็ต้องอาศัยวัฒนธรรมในการเรียนบรรยายเป็นหลัก และ ยังต้องสรุปใจความสำคัญให้ตรงประเด็น ภายในเวลาที่กำหนด ซึ่งหมื่นพื้นบ้านส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำและมีความสามารถเพียงพออ่อนเรียนได้เท่านั้น ไม่คุ้นเคยกับการสอนแบบนี้ ส่วนการสอนภาคปฏิบัติของสาขาเภสัชกรรมไทยก็ถือว่าเป็นวัฒนธรรมการสอนแบบใหม่ คือ การทำข้อสอบโดยการเดินเรียนทำข้อสอบในแต่ละชุด ซึ่งกำหนดระยะเวลาในแต่ละชุดเพียงสั้น ๆ แค่ 1 นาที เท่านั้น ซึ่งหมื่นพื้นบ้านส่วนใหญ่จะเพียงประมาณศึกษาซึ่งไม่เคยผ่านการสอบในลักษณะนี้มาก่อน อีกทั้งด้วยความชราและความไม่คุ้นเคยกับระบบการสอนแบบนี้จึงทำให้การทำการสอนของหมื่นพื้นบ้านเป็นไปด้วยความทึ่งข้า ขาดกับระยะเวลาอันเร่งรีบเพียงชั่วโมง 1 นาที ที่กำหนดให้

เมื่อได้พิจารณาโดยมุ่งประเด็นด้านอายุไปยังกลุ่มผู้ที่สอนผ่าน จากการสำรวจพบว่า ผู้ที่สอนผ่านร้อยละ 28.0 มีอายุในช่วง 51 – 60 ปี รองลงมาคือ น้อยกว่า 40 ปี และ ช่วงอายุ 61-70 ปี ในจำนวนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 20.0 แต่ก็พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สอนผ่านมานานแล้ว ดังนั้นอายุที่ได้จากการสำรวจนี้จึงมีข้อจำกัดคือ อายุที่ได้จากการสำรวจไม่ใช่อายุ ณ ปีที่สอนผ่านแท้จริง แต่เป็นอายุ ณ วันทำการสำรวจ อย่างไรก็ตามจะสังเกตเห็นได้ว่าจะพบผู้ที่สอนผ่านในเกณฑ์อายุที่ต่ำลงด้วยคือ พนักงานที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ถึงร้อยละ 20.0 ซึ่งเมื่อพิจารณาผลการสอนในปี พ.ศ.2544 จะพบว่ามีผู้ที่สอนผ่านและได้รับการรีบเนียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยสาขาเภสัชกรรมไทย เพียงคนเดียวและมีอายุอยู่ในช่วงต่ำกว่า 40 ปี เท่านั้น

แนวโน้มช่วงอายุของผู้ที่สอบผ่านที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่ามีบางจุดที่แตกต่างกัน ผลงานการศึกษาวิจัยของนักวิชาการท่านอื่น กล่าวคือ จากการศึกษาสถานการณ์การแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ด้านกำลังคน ของเสาวภา พรศิริพงษ์ และพรพิพิย อุศุกรัตน์ ซึ่งเป็นการศึกษาทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2538 พบว่าผู้ที่สอบผ่านส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปีมากที่สุด รองลงมาคืออายุระหว่าง 41- 50 ปี และ 21 – 30 ปี⁽⁷⁾ อันดับจากการสำรวจในการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ที่สอบผ่านส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 51 – 60 ปี ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องกับข้อจำกัดในด้านข้อมูลอายุที่ได้จากการสำรวจดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น อย่างไรก็ได้ พบว่ามีจุดที่สอดคล้องกันคือ ในการศึกษานี้จะพบผู้สอบผ่านในช่วงอายุต่ำกว่า 40 ปี ร่วมด้วยถึงร้อยละ 20.8

จากการที่ได้พิจารณาดึงช่วงอายุของผู้ที่สอบผ่านที่ส่วนใหญ่ที่พบว่าเป็นกลุ่มคนที่มีอายุไม่นากนัก ก็ทำให้สามารถดึงข้อมูลเดียว รูปแบบการสอบฯ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอาจจะไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับหมวดหมู่ที่มีบ้านอีสานส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ

และเมื่อได้พิจารณาโดยมุ่งประเด็นไปที่ระดับการศึกษาของผู้ที่สอบผ่านจะพบว่า จากการสำรวจผู้ที่สอบผ่านส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.0 จะอยู่เพียงระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 รองลงมาอยู่ ละ 28.0 คือ มัธยมศึกษาปีที่ 6 แต่เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมแล้วจะพบว่า ร้อยละ 68.0 จากการสำรวจผู้ที่สอบผ่านทั้งหมดจะเป็นผู้ที่จบการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป และพบผู้ที่ศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 ถึง ร้อยละ 24.0 ซึ่งจัดว่าโดยรวมแล้วเป็นกลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงขึ้นไป จากข้อมูลที่ได้ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลงานการวิจัยของนักวิชาการท่านอื่นๆ จะพบว่ามีแนวโน้มระดับการศึกษาของผู้ที่สอบผ่านส่วนใหญ่ ไม่ในทางเดียวกันคือเป็นกลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงขึ้นไป แต่มีจุดต่างกันเล็กน้อยตรงที่งานวิจัยอื่นจะพบผู้ที่จบชั้นประถมศึกษาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

โดยจากการศึกษาสถานการณ์การแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ด้าน กำลังคน ของเสาวภา พรศิริพงษ์ และ พรพิพิย อุศุกรัตน์ ซึ่งเป็นการศึกษาทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2538 พบว่าผู้ที่สอบผ่านส่วนใหญ่ร้อยละ 41.1 จะการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือ ระดับมัธยมต้นและมัธยมปลายในจำนวนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 21.4 ส่วนผู้ที่จบชั้นประถมศึกษามีเพียงร้อยละ 11.6⁽⁷⁾ และจากการศึกษาของยงศักดิ์ ตันติปีງก และคณะ ถึง สถานการณ์การแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ที่สอบผ่านสาขาเภสัชกรรมไทย ในปี พ.ศ.2543 ก็พบเห็นเดียวกันว่าผู้ที่สอบผ่านส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 47.4 และมีผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเพียง ร้อยละ 13.4⁽⁸⁾

เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาของผู้ที่สอบได้ในปัจจุบัน จะพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำนักจะสอบไม่ผ่าน อันเป็นการแสดงให้เห็นถึงว่า ระบบการสอนในปัจจุบันไม่น่าจะเหมาะสมหรือสอดคล้องกับหมวดหมู่พื้นบ้านอีสานซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำเป็นส่วนใหญ่ได้ และจัดว่าปัจจัยทางด้านการศึกษาน่าจะเป็นตัวแปรที่สำคัญมาก ปัจจัยหนึ่ง สำหรับการที่จะสามารถสอบผ่านเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยได้ หรือไม่

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับรูปแบบการสอนทั้งหมดนี้ ก็พบว่ารูปแบบการสอนล้วนแล้วแต่เป็นวัฒนธรรมในการสอนวัดผลทางวิชาการแบบสมัยใหม่ที่น่าจะคุ้นเคยกันดีและเหมาะสมกับผู้ที่มีการศึกษาสูง แต่สำหรับหมวดหมู่พื้นบ้านแล้วจัดว่าลักษณะการสอนแบบที่ได้กล่าวไปแล้วนี้ เป็นระบบการสอนคัดกรองที่ไม่น่าจะเหมาะสมหรือสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมเดิมของหมวดหมู่พื้นบ้านได้ โดยจากการศึกษาพบว่าหมวดหมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการสอนภาคทฤษฎีมากที่สุด อาจเนื่องจากเป็นขั้นตอนที่คัดกรองคนที่มีความสามารถในการท่องจำได้เป็นอย่างดีเข้าสู่การสอบรอบต่อไป โดยไม่สามารถคัดกรองหมวดหมู่พื้นบ้านที่มีความสามารถในการรักษาจริง แต่อ่านเขียนไม่คล่อง หรืออยู่ในวัยชราภาพ เข้าสู่การรับขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยได้

กล่าวโดยสรุปในปัจจัยด้านรูปแบบการสอนนี้ พนับว่า รูปแบบการสอนที่เป็นไปในปัจจุบัน เป็นรูปแบบที่ไม่สอดคล้องกับภูมิปัญญาและความสามารถหรือวิถีวัฒนธรรมเดิมของหมวดหมู่พื้นบ้าน เป็นอย่างมาก โดยระบบการสอนในปัจจุบันไม่สามารถคัดกรองคนที่มีความรู้ความสามารถในการรักษาจริง เข้าสู่ระบบได้ แต่เป็นเพียงการคัดกรองคนที่มีความสามารถในการท่องจำและมีทักษะในการทำข้อสอบได้ดีเท่านั้น

7. มาตรฐานข้อสอบแบบปรนัย

จากการที่ได้สัมภาษณ์ พ.ศ.ประสาห ชัยณรงค์ นักวิชาการในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการเข้าสอบเพราะความสนใจในระบบการสอนเพื่อขอเข้าทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และได้วิจารณ์เกี่ยวกับการสอบว่า “ข้อสอบแต่ละข้อ ยาวมาก คนอายุมาก ความจำสั้น จะทำได้ยาก โดยหลักการในการออกข้อสอบแบบปรนัย จะต้องคำนึงถึงนัยสำคัญปัจจัย เช่น เริ่มต้นเราจะต้องใช้จิตวิทยามาจับการเรียนรู้ของคน เริ่มต้นด้วยความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ วิเคราะห์ สร้างเคราะห์ และประเมินค่า และต้องมาเรียงกันว่าเรื่องนั้นจะต้องออกกี่ข้อ ลักษณะการออกความจำอย่างไร ต้องแบ่งระดับความคิด ออกความจำกี่ชั้น ความเข้าใจกี่ชั้น มันก็จะได้กลุ่มคนกระฉ�ชาติฯ ต้องให้ผู้เขียนรายมาคุยกัน

แล้วค่อยออกข้อสอบ นอกจากนี้ต้องมีการนำข้อสอบไปทดสอบกับคนอย่างน้อยที่สุด 120 คนขึ้นไป โดยต้องกระจายกลุ่มคน แล้วนำมาหาค่าความยากง่ายของข้อสอบ จึงจะเป็นข้อสอบที่ดีและเหมาะสมที่จะนำมาใช้ แต่เท่าที่ได้สัมผัสมากิดว่า "ยังมีจุดบกพร่องของข้อสอบอีกมาก"

ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าลักษณะและมาตรฐานของข้อสอบแบบปัจจัยในการสอบภาคทฤษฎีนี้ อาจແง່ໄປດ້ວຍปัญหาและความไม่สอดคล้องกับความรู้ความสามารถของหมู่พื้นบ้าน จนอาจถือเป็นอุปสรรคในการสอบได้ แต่อย่างไรก็ตามควรที่จะได้มีการศึกษาถึงมาตรฐานของข้อแบบปัจจัยในการสอบฯ นี้เพิ่มเติม เพื่อที่จะได้ยืนยันถึงความเป็นอุปสรรคในการสอบต่อหมู่พื้นบ้านให้แนวคิดต่อไป

8. สถานที่สอบ

ในความเป็นจริงสนามสอบอาจแตกต่างกันไปได้ในแต่ละปี แต่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ได้กำหนดให้ผู้เข้าสอบที่อยู่ในเขต 7 มีสนามสอบภาคทฤษฎีอยู่ที่จังหวัดอุบลราชธานี และในปี พ.ศ.2545 นี้กองการประกบโครศิลปะได้กำหนดให้สนามสอบภาคทฤษฎีของทุกจังหวัดในภาคอีสานรวมกันอยู่ที่เดียวที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งจากที่เคยได้กล่าวไปแล้วถึงภูมิลำเนาของหมู่พื้นบ้านอันก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการเดินทาง อีกทั้งต้องมีค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามมาอีกด้วย โดยเฉพาะหากจะต้องเดินทางไปสอบที่ขอนแก่น ซึ่งจะต้องมีการไปพักค้างคืนร่วมด้วย จึงอาจจะเป็นการเพิ่มภาระให้แก่หมู่พื้นบ้านมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคหนึ่งที่เพิ่มรั้นมาต่อหมู่พื้นบ้านที่ต้องการจะเข้าสอบหรือที่กำลังอยู่ในระบบการสอบ จนทำให้หมู่พื้นบ้านบางท่านคิดที่จะเลิกสอบไปก็มี

เช่น หมู่อุี่ยม สีสุคตา อายุ 47 ปี อ.ตระการพีชผล จังหวัดอุบลราชธานี บอกว่าจะไม่ไปสอบที่ขอนแก่น ในปี พ.ศ.2545 นี้ ถึงแม้ว่าจะสมัครสอบแก้ตัวไว้แล้ว เพราะไม่สะดวก และถึงจะไปสอบก็อาจจะไม่ผ่านอยู่ดี แต่ถ้าย้ายกลับมาสอบอยู่ที่อุบลเหมือนเดิมก็จะกลับไปสอบอีกครั้ง

เช่นเดียวกับหมู่บุญมา แสนร้อย อายุ 72 ปี บ้านค้อกระปือ อ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่คิดจะเลิกไปสอบ เนื่องจากไม่สะดวกที่ต้องไปสอบที่ขอนแก่น และหากยังสอบอยู่ที่ขอนแก่นต่อไปก็คงจะไม่ได้เข้าสอบอีกแล้ว

ดังนั้นจึงถือได้ว่าประเด็นการย้ายสถานที่สอบก็ถือเป็นอุปสรรคต่อการสอบอย่างหนึ่งของหมู่พื้นบ้านที่เมืองละเลยหรือมองข้ามไปอันส่งผลต่อการตัดสินใจของหมู่พื้นบ้านให้ออกจากระบบการสอบได้เช่นกัน

จากที่ได้นำเสนอประเด็นหรือปัจจัยต่างๆ ไปทั้งหมดนี้ ก็คงพожะทำให้เห็นแลกส่วนได้ว่า ระบบการสอบเพื่อขอเข้าห้องเรียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน มี ความไม่สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมเดิมของหมอดินบ้านอีสานเป็นอย่างมากในหลายจุด ซึ่งเมื่อ รวมปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เข้าด้วยกันแล้วก็จะส่งผลให้เกิดความไม่สัมฤทธิ์ในการมีใบประกอบโรค ศิลปะของหมอดินบ้านในที่สุด

5.3 ทัศนะเรื่องการกิดกันจำกัดโอกาสหมอดินบ้าน

นอกจากที่จะได้เห็นประเด็นของความไม่สอดคล้องกันของระบบการสอบเพื่อขอเข้า ห้องเรียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่อวิถีวัฒนธรรมของหมอดินบ้านอีสาน อันนำไปสู่ความไม่สัมฤทธิ์ในการมีใบประกอบโรคศิลปะของหมอดินบ้านแล้ว ใน การศึกษานี้ยัง พบความเป็นจริงที่ว่าระบบการสอบได้ทำให้เกิดการสูญเสียภูมิปัญญาหมอดินบ้านไปเป็น จำนวนมากและยังพบว่าหมอดินบ้านบางท่านได้มีทัศนคติที่คิดว่ารัฐมีการกิดกันหมอดินบ้านออก จากระบบการรับรองให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะอีกด้วย

ดังเช่นหมอดรศก์ สาระบุตร ต.ดุน อ.กันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเข้าสอบมา 6-7 ปีแล้ว แต่ยังไม่สามารถสอบผ่านได้จึงคิดที่จะเลิกทำอาชีพเป็นหมอดินบ้านแล้ว โดยจะขอ สอบครั้งสุดท้ายในปี พ.ศ.2545 นี้ หากยังไม่ผ่านอีก ก็จะเลิกเป็นหมอดินบ้าน เพราะตามที่ได้ เรียนเกี่ยวกับกฎหมายมา หากไม่มีใบประกอบโรคศิลปะก็จะไม่สามารถทำการรักษาได้อย่าง ถูกต้องตามกฎหมาย นอกจากนี้ หมอดรศก์ ก็ยังแสดงความคิดเห็นว่า การที่หมอดินบ้านส่วน ใหญ่สอบไม่ผ่านนั้นเกิดจากการที่ทางราชการไม่อยากให้หมอดินบ้านสอบผ่านเพื่อที่จะได้ไป แข่งขันกับทางรัฐอีกด้วย เพราะหมอดินบ้านอีสานที่เก่งๆ มีเยอะ และได้รับการยอมรับอย่างดี มี ผู้มารักษาด้วยมาก

ตรงกับ หมอดสุภาพกรณ์ สามเสนา ต.ในเมือง อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเคยสอบ มาแล้ว 2 ครั้ง แต่ยังไม่ผ่าน ที่แสดงความคิดเห็นมาว่า “ส่วนมาก หมอดินบ้านที่มีความรู้ ความสามารถและชำนาญในเรื่องยาสมุนไพรเป็นอย่างดี และรักษาชาวบ้านให้หายจากโรคมา มากมายจนเป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน มักจะสอบไม่ผ่าน เพราะกระหว่าง kerng ว่าหมอดินบ้าน เหล่านี้จะไปประกอบอาชีพแข่งกับกระทรวง โดยมากเข้าจะให้สอบผ่านหรือสอบได้เฉพาะหมอดาสี ตาสา ที่ไม่รู้เรื่องยาสมุนไพร เพราะหมอดินเหล่านี้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เพราะไม่รู้เรื่องยา สมุนไพร ไม่สามารถไปรักษาของกระทรวงได้ ทุกรัฐบาลที่ผ่านก็เป็นเพียงนโยบายที่ให้ สนับสนุนหมอดินบ้าน ตรงกันข้ามกับความเป็นจริง เชapultayam ที่จะชุมหมอดินบ้านอยู่ ตลอดเวลา”

หมอยารัส ภูดี (นามสมมติ) ต.ช่างปี อ.ศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ได้แสดงความคิดเห็น
มาว่า “ที่รัฐบาลเป็นห่วงหมอยานหมอนพื้นบ้านจะมีแนวโน้มลดลง ก็ เพราะรัฐบาลเคยไม่สนับสนุนหรือ
อนุมัติมาแต่ก่อน ปล่อยให้เข้าประนามว่า หมอดื่อön ประชาชนกลัวถูกจับ ถูกเข่านหาดังกล่าว
และทิ้งวิชาณีไปไม่มีครรศานต์”

ข้อเท็จจริงเหล่านี้เป็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับสถาบันหมอยานของไทย แสดงให้เห็น
ถึงบทบาทและอิทธิพลของระบบการเขียนทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาแพทย์แผนไทย
ต่อสถาบันหมอยานอีสานที่เป็นอยู่ดั้งเดิมตั้งแต่ต้นจนทุกวันนี้ ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสีย
องค์ความรู้และบุคลากรที่สำคัญยิ่งไปเป็นจำนวนมาก และทำให้เกิดเป็นทัศนคติในทางด้านลบต่อ
รัฐในการจัดการเรื่องระบบการสอนเพื่อขอเขียนทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาแพทย์
แผนไทย ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องสนับสนุนให้หมอยานหมอนพื้นบ้านอีสานเหล่านี้ได้รับการ
ยอมรับจากภาครัฐอย่างถูกต้องตามกฎหมายเพื่อที่จะเป็นการอนุรักษ์สถาบันหมอยานหมอนพื้นบ้านอีสานที่
สำคัญนี้ไว้ และเป็นการแสดงถึงความต้องการที่จะสนับสนุนหมอยานและอนุรักษ์ภูมิปัญญา
ท้องถิ่นอย่างแท้จริง

บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาถึงความไม่สอดคล้องของวัฒนธรรมและองค์ความรู้ การแพทย์พื้นบ้านอีสานกับระบบการสอนเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา การแพทย์แผนไทย อันนำไปสู่การไม่สมฤทธิ์ผลในการมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยของหมู่พื้นบ้าน การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต รวมถึงการวิจัยเอกสารในด้านระบบการสอนฯ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการสอนฯ กับวัฒนธรรมของหมู่พื้นบ้านในพื้นที่เขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยเอ็ด ยโสธร นครพนม อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ และมุกดาหาร

จากการสำรวจ มีผู้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม 260 คน แบ่งเป็นหมู่พื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบ 176 คน และหมู่พื้นบ้านที่เคยเข้าสอบ 57 คน และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก 22 คน เป็นหมู่พื้นบ้านที่ไม่เข้าสอบ 11 คน และหมู่พื้นบ้านที่เคยเข้าสอบ 11 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2544 ถึง มกราคม 2545

จากการศึกษาพบว่าเมื่อรวม 2 ระบบเข้าด้วยกันก็จะพบความไม่สอดคล้องกันในหลาย ๆ ด้าน อันส่งผลให้หมู่พื้นบ้านตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบการสอน และถึงแม้ว่าจะเข้าสู่ระบบการสอนฯ แต่ก็ไม่สามารถสอบผ่านได้ อันส่งผลให้หมู่พื้นบ้านไม่สมฤทธิ์ผลในการมีใบประกอบโรคศิลปะในที่สุด

การที่หมู่พื้นบ้านตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบสอบ ก็เนื่องจากองค์ประกอบในหลาย ๆ ปัจจัย จำนวนมากกัน ไม่ว่าจะเป็น ด้านช่วงสารการสอน ซึ่งจากการสำรวจ พบร้อยละ 62.7 ไม่ทราบ ช่วงสารเกี่ยวกับการสอนฯ จึงทำให้ไม่ทราบว่ามีการสอนกันในช่วงใด และจะต้องเริ่มดำเนินการทำอย่างไรบ้างในการที่จะเข้าสอบ, ทางด้านอายุ พบร้อยหมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.8 เป็นผู้ที่อยู่ในวัยชรา (มากกว่า 60 ปี) ซึ่งมักจะคิดว่า ตนเองแก่แล้ว อยู่ได้อีกไม่นาน ไม่จำเป็นต้องเข้าสอบก็ได้ หรือ มีทัศนะคิดที่ว่าการสอบนั้นยากจะต้องสอบหลายครั้งถึงจะสามารถสอบผ่านได้ แต่ ตนนั้นสูงอายุแล้ว คงไม่สามารถไปสอบหลายฯ ครั้งได้, หมู่พื้นบ้านส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาต่ำ อ่านเขียนได้ไม่คล่อง หมู่พื้นบ้านบางท่านก็ไม่สามารถอ่านเขียนได้ จึงทำให้คิดว่า ด้วยความสามารถในการอ่านเขียนเท่าที่มีอยู่เท่านั้นคงไม่สามารถสอบผ่านได้จึงไม่คิดเข้าสอบ, การเป็นหมู่พื้นบ้านก็ไม่ได้ยึดเป็นอาชีพหลัก เป็นเพียง "วัฒนธรรมภาษาชนเผ่า" ที่คิดเพียงเป็นการ

ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนเท่านั้น ไม่ได้หวังเงินทอง นอกจานี้ในการถือปฏิบัติคนของหมอดพื้นบ้านก็ไม่สามารถเรียกร้องเงินทองจากการรักษาได้ ต้องแล้วแต่ผู้ป่วยจะให้ จึงทำให้มีปัจจัยทางด้านผลกำไรมากไปกว่าซึ่งกัน ด้วยเหตุนี้หมอดพื้นบ้านส่วนใหญ่จึงไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องเข้าสอบเพื่อให้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ ฐานะทางเศรษฐกิจของหมอดพื้นบ้านค่อนข้างยากจน และมีหนี้สิน ไม่มีเงินเพียงพอที่จะรองรับค่าใช้จ่ายต่างที่เกิดจากการเข้าสอบได้ การทำการรักษาส่วนใหญ่ก็อยู่เฉพาะแต่ในชุมชนของตน อีกทั้งยังได้รับการยอมรับนับถือ อย่างดีอยู่แล้ว จึงไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องมีใบประกอบโรคศิลปะ หมอดพื้นบ้านส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวกต้องใช้เวลามาก จากนั้นจึงเหล่านี้ประกอบกัน จึงได้สรุปให้หมอดพื้นบ้านอีสาน ส่วนใหญ่ตัดสินใจไม่เข้าสู่ระบบการสอบ

เมื่อได้พิจารณาถึงหมอดพื้นบ้านที่ตัดสินใจเข้าสู่ระบบการสอบ แต่ก็ไม่สามารถสอบผ่านได้พบว่ามีอุปสรรคที่เกิดจากความไม่สอดคล้องของห้องทั้ง 2 ระบบ ในหลาย ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านความแตกต่างขององค์ความรู้ พนว่างองค์ความรู้ที่ใช้ในการสอบมีจะพื้นฐานอยู่บนทฤษฎี การแพทย์แบบทฤษฎีชาติ ที่เชื่อว่าร่างกายประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และสาเหตุของการเกิดโรค (สมุนไพร) มาจากประเทศสมุนไพร กาลสมุนไพร อายุสมุนไพร และอุดมสมุนไพร การเลือกใช้สมุนไพรก็ต้องคำนึงถึง รสชาติและพิกัดยา ซึ่งแตกต่างความรู้การแพทย์ของหมอดพื้นบ้านอีสานที่ไม่มีหลักการใดๆ มารองรับ แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรักษาที่ได้ผล มีหมอดพื้นบ้านถึงร้อยละ 43.6 ที่เห็นว่าความแตกต่างเรื่ององค์ความรู้นี้เป็นปัญหาที่สำคัญ ภาษาที่ใช้เรียกชื่อสมุนไพรในตำราและข้อสอบก็แตกต่างกันกับชื่อสมุนไพรที่เรียกกันในท้องถิ่นภาคอีสาน ถึงแม้ว่าจะเป็นต้นเดียวกันก็ตาม ทำให้หมอดพื้นบ้านต้องมีการท่องจำเพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งๆ ที่ความเป็นจริงบางต้นก็รู้ข้อมูลอย่างดีอยู่แล้วเพียงแต่ไม่ทราบว่าเป็นต้นเดียวกัน และบางต้นเมื่อขานแล้วก็ไม่ทราบว่าเป็นต้นใด จึงทำให้เกิดการท่องจำอย่างขาดความเข้าใจอย่างแท้จริง พบว่ามีหมอดพื้นบ้านถึงร้อยละ 58.7 ที่มีปัญหาในด้านการเรียกชื่อสมุนไพรที่แตกต่างกันนี้ สมุนไพรที่อยู่ในตำรา ก็หาได้ยากในภาคอีสาน หมอดพื้นบ้านจึงไม่สามารถสัมผัสตัวอย่างจริงได้ ซึ่งโดยวัฒนธรรมเดิมของหมอดพื้นบ้านแล้วการเรียนรู้ให้เข้าใจแท้จริงจะต้องเกิดจากการที่ได้สัมผัสริบ มาตรฐานการสอนของแต่ละสำนักก็แตกต่างกัน และโดยรวมพบว่าการถ่ายทอดความรู้ยังไม่เกิด การเรียนการสอนที่จริงจังนัก การสอนก็เน้นภาคทฤษฎีเป็นหลัก ไม่สม่ำเสมอ และเน้นการแสวงหา กำไรแบบธุรกิจมากเกินไป การเรียนความรู้ส่วนใหญ่หมอดพื้นบ้านก็มักจะศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน หนังสือและตำราที่ใช้ก็มีความหลากหลาย ตำราบางเล่มก็ยกแก่การทำความเข้าใจ รูปแบบการสอนในปัจจุบันก็ไม่รองรับกับภูมิปัญญาและความสามารถของหมอดพื้นบ้าน เป็นเพียงการคัด

กรองคนที่มีความสามารถในการท่องจำและมีทักษะในการทำข้อสอบเข้าสู่ระบบ ไม่สามารถคัดกรองหมอยื่นบ้านที่มีความสามารถในการรักษาจริง แต่อ่านเรียนไม่คล่อง หรืออยู่ในวัยชราได้สังเกตจาก ผู้ที่สอบผ่าน ร้อยละ 20.8 เป็นผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และมีระดับการศึกษาตั้งแต่ มัธยมปีที่ 3 ขึ้นไป ถึง ร้อยละ 68.0 และเมื่อเทียบกับผลการศึกษาอื่นซึ่งพบว่า ผู้สอบผ่านส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 31-40 ปีมากที่สุด การศึกษาจบชั้นปริญญาตรีถึงร้อยละ 41.1 ในปี พ.ศ.2538 และ ร้อยละ 47.4 ในปี พ.ศ.2543 ซึ่งแตกต่างจากหมอยื่นบ้านที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยชราและมีการศึกษาต่ำ จึงทำให้เห็นว่าระบบการสอบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่น่าจะสอดคล้องกับกลุ่มคนที่อยู่ในวัยชราและมีการศึกษาต่ำเช่นหมอยื่นบ้าน ส่วนในด้านสถานที่สอบก็ถูกตั้งขึ้นมาในรูปแบบที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่จะเข้าสอบ ด้วยไม่มีค่าน้ำดื่มดื่นฐานที่อยู่เดินทางของหมอยื่นบ้านซึ่งกระจายตัวอยู่ในชุมชนที่ห่างไกล ทำให้เกิดความยากลำบากและค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทางไปสอบของหมอยื่นบ้าน จนทำให้หมอยื่นบ้านบางคนออกจากระบบการสอบไป ปัจจัยต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมานี้ถือว่าเป็นอุปสรรคในการสอบเพื่อขอเข้าขั้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยของหมอยื่นบ้าน

ถึงแม้ว่าหมอยื่นบ้านอีสานอีสานส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการรับรองอย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยการมีใบประจำตัวของหมอยื่นบ้าน แต่ก็มีความต้องการที่จะได้รับการรับรองอย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยการมีใบประจำตัวของหมอยื่นบ้าน คนในชุมชนอีสานก็ยังเลือกหมอยื่นบ้านให้เป็นผู้จัดการ กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถตอบสนองการรักษาความเจ็บป่วยได้ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นจึงถือได้ว่าหมอยื่นบ้านอีสานยังคงเป็นที่พึ่งของคนในชุมชน แต่ก็พบว่ามีหมอยื่นบ้าน บางท่านได้เลิกบทบาทการเป็นหมอยื่นบ้านนี้ไป เนื่องจากความเกรงกลัวต่อกฎหมายที่ต้นไม้มีใบประจำตัวของหมอยื่นบ้าน ให้เป็นแพทย์แผนไทย จึงจำเป็นที่รัฐต้องจะเข้ามาแสดงบทบาทที่ชัดเจนในการส่งเสริมและสนับสนุนหมอยื่นบ้านอีสานเหล่านี้ให้ โดยคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอแนะ ดังนี้คือ

1. ความมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการสอบที่มีความเหมาะสม กับวิถีวัฒนธรรม ของหมอยื่นบ้านอีสาน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้หมอยื่นบ้านได้รับการยอมรับอย่างถูกต้องตามกฎหมาย
2. ความมีการเข้ามากำกับดูแลสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย ให้เกิดการเรียนการสอนที่ทำ กันอย่างจริงจัง และไม่เป็นการหากำไรจากผู้เรียนจนเกินควร
3. ความจัดให้มีสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยของรัฐ ที่คิดค่าเรียนอย่างเหมาะสมกับฐานะ ทางเศรษฐกิจของหมอยื่นบ้าน และความมีการกระจายตัวไปยังอำเภอต่างๆอย่างทั่วถึง เพื่อเป็น การชัดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย และการเดินทางของหมอยื่นบ้าน นอกจგาเพื่อให้เป็นอีกทางเลือก หนึ่งสำหรับหมอยื่นบ้านที่ต้องการเข้าสู่ระบบ

4. ความมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีเกี่ยวกับระบบการสอนอย่างทั่วถึง อันเนื่องจากอุปสรรคในด้านการไม่ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสอนเพื่อขอรื้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยถือเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลให้หมอยังบ้านไม่เข้าสู่ระบบสอน
5. ความมีการจัดทำหนังสือรวมเรื่องสมุนไพรที่ปราฏภูในตำรา และเทียบเป็นเรื่องสมุนไพรที่เรียกกันในภาคอีสาน เพื่อลดปัญหาในด้านเรื่องสมุนไพรที่มีความแตกต่างกัน โดยควรกระจายไปตามสำนักการสอนแพทย์แผนไทยต่างๆในภาคอีสาน เพื่อใช้ในการเรียนการสอน
6. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้หมอยังบ้านมีการรวมตัวเป็นองค์กร เพื่อให้หมอยังบ้านได้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อันนำไปสู่ความมั่นคงของระบบการแพทย์พื้นบ้านอีสาน
7. การเข้ามามีบทบาทของรัฐควรเป็นการพัฒนาและส่งเสริมมากกว่าการเข้ามาควบคุมโดยการคำนึงถึงบริบททางด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของหมอยังบ้านอีสานร่วมด้วย เพื่อให้เกิดการดำเนินอยู่ของหมอยังบ้านอีสานสืบต่อไป

บรรณานุกรม

1. โภมาตระ จึงเสถียรทรัพย์. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. สุนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2534.
2. ดิยารัตน์ ภูติยา, เพ็ญพักตร์ ประสาดี และ ลิขิต ผลตี. การสำรวจตำรายาสมุนไพรและการศึกษาบทบาทของหมอดินพื้นบ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. อุบลราชธานี, 2541.
3. เพ็ญนา ทรัพย์เจริญ. สรุปรายงานการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2539.
4. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. เอกสารประกอบการสัมมนาฯ อีสาน. มหาสารคาม. 2540.
5. ยงศักดิ์ ตันติปีรุก และคณะ. รายงานการสังเคราะห์องค์รู้สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ "การพัฒนาระบบสุขภาพวิถีไทย". สถาบันนิติยัจย์ระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. 2544.
6. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุม โครงการประชุมจัดทำแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทย ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8. 2539.
7. สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค และคณะ. ประมาณภูมิภาคสำหรับเภสัชกร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2543.
8. เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. สถานภาพและทิศทางการวิจัยการแพทย์แผนไทย. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2539.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ตัวอย่างแบบสอบถามสำหรับหมู่พื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบ

ภาคผนวก ข ตัวอย่างแบบสอบถามสำหรับผู้ที่เคยเข้าสอบ

ภาคผนวก ค แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกหมู่พื้นบ้าน

ภาคผนวก ง ตารางแสดงผลการสำรวจวิถีวัฒนธรรมของหมู่พื้นบ้านอีสานกับระบบการสอบข้อเขื่อนทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย

ภาคผนวก จ คณะผู้ดำเนินการวิจัย

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างแบบสอบถามสำหรับหมู่บ้านที่ไม่เคยเข้าส่อง

แบบสอบถามสำหรับหมอยาพื้นบ้านที่ไม่เคยเข้าสอบ

ชื่อ-สกุล.....	อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่	หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ	จังหวัด
	โทรศัพท์.....

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง เพื่อเลือกค่าตอบที่ เป็นจริงที่สุด

เกี่ยวกับหมอยาพื้นบ้าน

1. ท่านจบการศึกษาในระดับใด

- ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษาปีที่ระบุ..... มัธยมศึกษาปีที่ระบุ.....
 อุดมศึกษา อื่น ๆระบุ.....

2. ความสามารถในการอ่านเรียนภาษาไทยของท่านอยู่ในระดับใด

- การอ่าน คือ อ่านได้คล่อง พออ่านได้ อ่านไม่ได้
 การเขียน คือ เขียนได้คล่อง พอเขียนได้ เขียนไม่ได้

3. ในปัจจุบันท่านประกอบอาชีพเป็นหมอยาพื้นบ้านหรือไม่

- เป็นหมอยาพื้นบ้าน ไม่ได้เป็นหมอยาพื้นบ้าน โดยมีอาชีพหลัก คือ.....

4. วิธีการในการรักษาที่ท่านใช้ในปัจจุบัน คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- ใช้สมุนไพร ใช้ยาสมุนไพร ใช้ยาแผนโบราณ
 ใช้ยาแผนปัจจุบัน อื่น ๆระบุ.....

5. รูปแบบการรักษาของท่าน ส่วนมากเป็นแบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- ยาผ่านสมุนไพร ยาต้มสมุนไพร ยาผง
 ยามีดลูกกลอน อื่น ๆระบุ.....

6. ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาสมุนไพรในการรักษา เป็นแบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- ให้สมุนไพรพื้นบ้านอีสาน จากป่าธรรมชาติ
 ให้ยาสมุนไพรอีสาน ที่ซื้อจากร้านยาสมุนไพร
 สมุนไพรภาคกลาง อื่น ๆระบุ.....

7. ท่านใช้หลักการ หรือ ความเชื่อใด ในการทำการรักษาโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> จากประสบการณ์การรักษาที่เคยได้ผล | <input type="checkbox"/> หลักโนราศาสตร์ เช่น ดูดง |
| <input type="checkbox"/> ตำราเรขากรรมแผนโบราณ เช่น ทฤษฎีธาตุ | <input type="checkbox"/> หลักไสยศาสตร์ เช่น เป้ามันต์ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

8. ความรู้ที่ท่านใช้ในการรักษา ท่านคิดว่าส่วนมากได้จากใครหรือแหล่งใด

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> จากสำนักสอนแผนโบราณ | <input type="checkbox"/> จากการศึกษาจากตำรา |
| <input type="checkbox"/> จากประสบการณ์การรักษา | <input type="checkbox"/> จากการแลกเปลี่ยนกับเพื่อนหมอมือ |
| <input type="checkbox"/> จากครู/ญาติ/บุพนธุช | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

9. ความรู้ที่ท่านใช้ในการรักษา ในปัจจุบันถูกเก็บไว้ในรูปใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> เป็นตำราจากตั้งเดิม | <input type="checkbox"/> เป็นตำราที่ตนเองบันทึกไว้เอง |
| <input type="checkbox"/> อยู่ในความทรงจำ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

เกี่ยวกับการสอน

10. การที่ท่านไม่เคยเข้าสอนแพทย์แผนไทย เป็นเพราะเหตุใด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีเงิน | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบข่าวการสอน |
| <input type="checkbox"/> ยังไม่มีโอกาสสอน แต่คาดว่าจะสอนในอีก.....ปี | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |
| <input type="checkbox"/> ไม่คิดจะสอน เพราะ..... | |

11. ท่านคิดว่าใบประกอบโรคศิลปะแผนไทย มีประโยชน์ต่อการทำการรักษาของท่านหรือไม่

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> มีประโยชน์ เพาะะ..... | |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีประโยชน์ เพาะะ..... | |

12. ท่านคิดว่าการที่ทางการกำหนดให้ผู้ที่จะทำการรักษาโรคทุกคนต้องมีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์ไทย จึงจะทำการรักษาได้ถูกกฎหมาย สงผลให้เกิดปัญหาได้ต่อท่านหรือไม่

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่เป็นปัญหาใดๆ | |
| <input type="checkbox"/> เป็นปัญหาคือ | |

13. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการสอนเพื่อขอเข้าทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน

ขอบพระคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบสอบถามสำหรับผู้ที่เคยเข้าสอบ

แบบสอบถามสำหรับผู้ที่เคยเข้าสอบ

ชื่อ-สกุล.....	อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ตำบล.....	หมู่.....ซอย.....ถนน..... อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง เพื่อเลือกคำตอบที่ เป็นจริงที่สุด

เกี่ยวกับหมวดพื้นฐาน

1. ท่านจบการศึกษาในระดับใด

- ไม่ได้ศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ ระบุ..... ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ระบุ.....
 อุดมศึกษา อื่นๆ

2. ความสามารถในการอ่านเรียนของท่านอยู่ในระดับใด

- การอ่าน คือ อ่านได้คล่อง พ้ออ่านได้ อ่านไม่ได
 การเขียน คือ เรียนได้คล่อง พ้อเรียนได้ เรียนไม่ได

3. ในปัจจุบันท่านประกอบอาชีพเป็นหมวดพื้นฐานเป็นอาชีพหลักหรือไม่

- เป็น ไม่ได้ โดยมีอาชีพหลัก คือ.....

4. วิธีการในการรักษาที่ท่านใช้ในปัจจุบัน คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- ใช้สมุนไพร ไสยศาสตร์ ใช้ในราศาสตร์
 ใช้ยาแผนปัจจุบัน อื่นๆ ระบุ.....

5. รูปแบบการรักษาของท่าน ส่วนมากเป็นแบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- ยานฝันสมุนไพร ยาต้มสมุนไพร ยารัง
 ยาเม็ดอุจุกกลอน อื่นๆ ระบุ.....

6. ส่วนใหญ่ท่านใช้ยาสมุนไพรในการรักษา เป็นแบบใด

- ใช้สมุนไพรพื้นบ้านอีสาน จากป่าธรรมชาติ
 ใช้ยาสมุนไพรอีสาน ที่ซื้อจากร้านยาสมุนไพร
 สมุนไพรภาคกลาง อื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านใช้หลักการ หรือ ความเชื่อใด ในการทำการรักษาโดย (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> จากประสบการณ์การรักษาที่เคยได้ผล | <input type="checkbox"/> หลักในราศาสตร์ เช่น ดูดวง |
| <input type="checkbox"/> ตำราเวชกรรมแผนโบราณ เช่น ทฤษฎีธาตุ | <input type="checkbox"/> หลักไสยศาสตร์ เช่น เป้ามนต์ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

8. ความรู้ที่ท่านได้ในการรักษา ท่านคิดว่าส่วนมากได้จากใครหรือแหล่งใด

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> จากสำนักสอนแผนใบงาน | <input type="checkbox"/> จากการศึกษาจากตัวฯ |
| <input type="checkbox"/> จากประสบการณ์การรักษา | <input type="checkbox"/> จากการแลกเปลี่ยนกับเพื่อนหมออื่นๆ..... |
| <input type="checkbox"/> จากครุ/ญาติ/บรรพบุรุษ | |

9. ความรู้ที่ท่านได้ในการรักษา ในปัจจุบันถูกเก็บไว้ในรูปใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เป็นตำราจากดั้งเดิม | <input type="checkbox"/> เป็นตำราที่ตนเองบันทึกขึ้นเอง |
| <input type="checkbox"/> อยู่ในความทรงจำ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

เกี่ยวกับการสอบใบประกอบโรคศิลปะแผนไทย

10. ท่านเคยสอบใบประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย สาขาใด

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> สาขาเวชกรรม | <input type="checkbox"/> สาขาเภสัชกรรม | <input type="checkbox"/> สาขาผดุงครรภ์ |
|--------------------------------------|--|--|

11. ท่านเคยสอบทั้งหมด.....ครั้ง ในปี ได้นำง ระบุ.....

ผลการสอบ คือ ผ่านแล้วในปี..... ยังไม่ผ่าน

12. สำหรับท่านที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะแล้ว ปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ท่านสอบผ่าน

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ข้อสอบไม่ยากเกินไป | <input type="checkbox"/> อ่านหนังสือมาพร้อม |
| <input type="checkbox"/> สำนักสอนสอนได้ดี | <input type="checkbox"/> ตัวฯที่อ่านมาตรงกับข้อสอบ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

13. สำหรับท่านที่สอบไม่ผ่าน ท่านคิดว่าที่ท่านสอบไม่ผ่านเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<u>ด้านการสอน</u>	<input type="checkbox"/> ข้อสอบยากเกินไป	<input type="checkbox"/> เวลาน้อยไป
	<input type="checkbox"/> ข้อสอบเป็นองค์ความรู้แบบภาคกลาง	<input type="checkbox"/> อื่น.....
<u>ด้านสำนักสอน</u>	<input type="checkbox"/> ครูสอนไม่ตรงข้อสอบ	<input type="checkbox"/> ครูไม่ค่อยสอน
	<input type="checkbox"/> ตัวฯไม่ตรงข้อสอบ	<input type="checkbox"/> อื่น.....
<u>ด้านตัวผู้สอบ</u>	<input type="checkbox"/> อ่านหนังสือไม่พร้อม	<input type="checkbox"/> ไม่รู้ซื่อสมุนไพรภาคกลาง
	<input type="checkbox"/> อ่านเขียนไม่คล่อง	<input type="checkbox"/> ตื่นเต้น
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
<u>ด้านอื่นๆ ระบุ.....</u>		

14. ข้อใดต่อไปนี้เป็นปัญหาในการสอนแบบข้อเรียนในรอบที่ 1 ของท่านบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ชื่อสมุนไพรแบบภาคกลาง | <input type="checkbox"/> ข้อสอบแตกต่างจากความรู้เดิมที่มีอยู่ |
| <input type="checkbox"/> อ่านเรียนไม่คล่อง | <input type="checkbox"/> รูปแบบการสอนแบบตอบข้อที่ถูกที่สุด |
| <input type="checkbox"/> การจำกัดเวลาในการสอน | <input type="checkbox"/> ไม่คุ้นเคยกับการสอน เครียด |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

15. ข้อใดต่อไปนี้เป็นปัญหาในการสอนภาคปฏิบัติในรอบที่ 2 ของท่านบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> สมุนไพรที่สอนไม่มีในท้องถิ่น | <input type="checkbox"/> การสอนที่ต้องเดินเวียน |
| <input type="checkbox"/> สมุนไพรถูกขยายจันทร์ไม่ออก | <input type="checkbox"/> การจำกัดเวลาในการสอน |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | <input type="checkbox"/> <u>ยังไม่เคยสอนรอบ 2</u> |

16. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ที่ต้องเรียนความรู้แบบภาคกลางเพิ่มเติม เพื่อที่จะไปสอนใบประกอบโรค

ศิลปะแผนไทย

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> เห็นด้วย เพาะ..... |
| <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย เพาะ..... |

17. ท่านได้นำความรู้แบบภาคกลางที่ท่านเรียนตอนไปสอน มาใช้ประโยชน์ในการรักษาจริงด้วย
หรือ ไม่อย่างไร

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ได้นำไปใช้ได้จริง เพาะ..... |
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้นำไปใช้จริง เพาะ..... |

18. ท่านคิดว่าควรเพิ่มองค์ความรู้แบบพื้นฐานในท้องถิ่นของท่านเข้าเป็นส่วนหนึ่งของข้อสอบด้วย
หรือไม่

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ควรเพิ่ม ใน 100 ส่วน เป็นความรู้ภาคกลาง.....ส่วน <u>ต่อ</u> ความรู้พื้นฐานอีก 100 ส่วน |
| <input type="checkbox"/> ไม่ควรเพิ่ม / ไม่จำเป็น เพาะ..... |

19. ท่านคิดว่ารูปแบบการสอนเพื่อให้ได้ใบประกอบโรคศิลปะแผนไทยสำหรับการรักษา ควรเป็น
แบบใด

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> สอนแบบที่เป็นอยู่ |
| <input type="checkbox"/> สอนแบบที่เป็นอยู่ แต่ควรปรับปัจจุบัน คือ..... |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

20. รูปแบบการสอบใบประกอบโรคศิลปะตามแนวคิดของท่านควรเป็นแบบใด

.....
.....
.....

เกี่ยวกับสำนักสอน

21. ก่อนสอบใบประกอบโรคศิลปะ ท่านเคยฝากตัวเป็นศิษย์ในสำนักสอนใด ระบุ.....

22. ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการเรียนต่อการสอบ 1 ครั้ง เป็นจำนวนเท่าใด (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ค่าฝากตัวเป็นศิษย์..... บาท | <input type="checkbox"/> ค่าอบรมรวม..... บาท |
| <input type="checkbox"/> ค่าตำรา..... บาท | <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ระบุ..... บาท |
| <input type="checkbox"/> เป็นแบบเหมาจ่ายครั้งเดียว..... บาท | |

23. ท่านใช้เวลาเรียนกับสำนักสอน นานเท่าใด ปี เดือน

24. สำนักสอนช่วยท่านในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ช่อง)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ให้ตำราไปศึกษา | <input type="checkbox"/> แนะนำเมื่อมีข้อสงสัย |
| <input type="checkbox"/> สอนในห้องเรียน | <input type="checkbox"/> ติวเข้มก่อนสอบ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ | |

25. ท่านคิดว่าสำนักสอนช่วยท่านในเรื่องการสอบได้อย่างคุ้มค่าเงินหรือไม่

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> คุ้มค่าเงิน |
| <input type="checkbox"/> ไม่คุ้มค่าเงิน เพราะ..... |

26. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับสำนักสอนที่ท่านไปเรียนด้วย

.....
.....
.....

27. ท่านคิดว่าสำนักสอนควรมีการปรับปรุงในด้านใดบ้าง

.....
.....
.....

ขอบพระคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ค

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกหม้อพื้นบ้าน

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกหม้อน้ำบ้าน

1. ข้อมูลทั่วไป

- อายุ
- ฐานะทางเศรษฐกิจ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- ความสามารถในการอ่าน – เรียน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการเป็นหม้อน้ำบ้าน

- การเรียนรู้ก่อนมาเป็นหม้อน้ำบ้าน
- ความเชื่อ หรือทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดโรค
- แนวทางในการวินิจฉัยโรค
- รูปแบบการรักษาของหมา
- รูปแบบการเก็บการรักษาความรู้ของหม้อน้ำบ้าน
- วิธีการถ่ายทอดองค์ความรู้ของหม้อน้ำบ้าน
- ความพึงพอใจในบทบาทของความเป็นหม้อน้ำบ้าน

3. ระบบการสอนเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

- การรับทราบข่าวสารเกี่ยวกับการสอนเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาการแพทย์แผนไทย
- สาเหตุของการเข้า หรือ ไม่เข้าสอบ
- ความคิดเห็นต่อระบบการสอนเพื่อขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในปัจจุบัน
- ความสำคัญของใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์ไทย
- อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการสอบทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในกลุ่มหม้อน้ำบ้านที่เข้าสอบ
- ปัจจัยที่มีผลการสอบไม่ผ่านของหม้อน้ำบ้าน

ภาคผนวก ๔

**ตารางแสดงผลการสำรวจวิถีชีวิถีทั่วไปของหมู่บ้านอีสานกับระบบการ
สอบข้อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย**

ตารางที่ 1 แสดงแหล่งของสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาของหมอดินบ้าน

แหล่งของสมุนไพร	ร้อยละ (จำนวน)
1. นำสมุนไพรเองจากธรรมชาติ	55.10 (97)
2. ซื้อจากแหล่งขายสมุนไพร	1.10 (2)
3. ทั้งสองแหล่งร่วมกัน	43.80 (77)
รวม	100.00 (176)

ตารางที่ 2 แสดงความคิดเห็นของหมอดินบ้านเกี่ยวกับประโยชน์ของใบประกอบโภคศิลป์ต่อการทำการรักษา

ความคิดเห็น	ร้อยละ (จำนวน)
1. มีประโยชน์	89.80 (158)
2. ไม่มีประโยชน์	4.00 (7)
รวม	100.00 (165)

ตารางที่ 3 แสดงอุปสรรคที่เกิดจากการไม่มีใบประกอบโภคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทยต่อการทำการรักษาของหมอดินบ้าน

การเป็นอุปสรรค	ร้อยละ (จำนวน)
1. ไม่เป็นอุปสรรค	84.7 (149)
2. เป็นอุปสรรค	15.3 (27)
รวม	100.0 (176)

ตารางที่ 4 แสดงเหตุผลในการไม่เข้าสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา
การแพทย์แผนไทยของหมอดพันบ้าน

สาเหตุ	ร้อยละ (จำนวน)		
	ปัจจัยเดียว	รวมกับปัจจัยอื่น	รวม
1. ไม่มีเงิน	11.10 (19)	23.40 (40)	34.50 (59)
1. ไม่ทราบช่าว	33.90 (58)	28.80 (49)	62.70 (107)
2. ไม่คิดจะสอบ	12.90 (22)	10.60 (18)	23.50 (40)
3. อื่น ๆ	18.70 (32)	9.50 (16)	28.20 (48)

ตารางที่ 5 แสดงปัญหาที่หมอดพันบ้านที่เข้าสอบพบในการสอบภาคฤดูร้อน

ปัญหาที่พบ	ร้อยละ (จำนวน)		
	ปัจจัยเดียว	รวมกับปัจจัยอื่น	รวม
1. ชื่อสมุนไพรแบบภาคกลาง	5.70 (3)	53.00 (28)	58.70 (31)
2. องค์ความรู้แตกต่างกัน	-	43.60 (23)	43.60 (23)
3. ย่านเรียนไม่คล่อง	-	17.10 (9)	17.10 (9)
4. ข้อสอบแบบปรนัย	-	22.80 (12)	22.80 (12)
5. เวลาจำกัด	-	36.00 (19)	36.00 (19)
6. อื่น ๆ	-	26.60 (14)	26.60 (14)

ตารางที่ 6 แสดงปัญหาที่หมอดพันบ้านที่เข้าสอบพบในการสอบภาคปฏิบัติ

ปัญหาที่พบ	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปัจจัยเดียว	รวมกับปัจจัยอื่น	รวม
1. สมุนไพรไม่มีในห้องถิน	18.20 (4)	54.40 (16)	72.60 (20)
2. การสอบแบบเดินเวียนจุด	-	22.60 (5)	22.60 (5)
3. สมุนไพรหาย	-	40.80 (9)	40.80 (9)
4. การจำกัดเวลา	-	54.40 (18)	54.40 (18)

ตารางที่ 7 แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการสอบในปัจจุบันของหมอยื่นบ้านที่เข้าสอบ

ความคิดเห็น	ร้อยละ (จำนวน)
1. เหมาะสมแล้ว	42.10 (24)
2. ควรปรับปรุง	57.90 (33)
รวม	100.00 (57)

ตารางที่ 8 แสดงความแสดงความคิดเห็นของหมอยื่นบ้านต่อประเด็นที่ควรปรับปรุงของรูปแบบการสอบ

ประเด็นที่ควรปรับปรุง	ร้อยละ (จำนวน)
1. เพิ่มเวลาในการสอบ	30.80 (8)
2. ปรับปรุงภาษาที่ใช้ในการสอบ	15.40 (4)
3. ปรับปรุงรูปแบบการสอบ	42.30 (11)
4. อื่นๆ	11.50 (3)
รวม	100.00 (26)

ตารางที่ 9 แสดงความคิดเห็นของหมอยื่นบ้านที่เข้าสอบต่อสำนักศึกษาแพทย์แผนไทย

ความคิดเห็น	ร้อยละ (จำนวน)
1. คุ้มค่ากับเงินที่เสียไป	57.40 (27)
2. ไม่คุ้มค่ากับเงินที่เสียไป	42.60 (20)
รวม	100.00 (47)

ตารางที่ 10 แสดงเหตุผลที่หมอยื่นบ้านคิดเห็นต่อสำนักศึกษาแพทย์แผนไทยว่าไม่คุ้มค่ากับเงินที่เสียไป

	เหตุผล	ร้อยละ (จำนวน)
1.	มีการเรียนการสอนน้อย	35.00 (7)
2.	การสอนไม่มีคุณภาพ	50.00 (10)
3.	ไม่มีเวลาในการเรียน	15.00 (3)
	รวม	100.00 (20)

ตารางที่ 11 แสดงความแสดงความคิดเห็นของนักเรียนต่อประเด็นที่ควรปรับปรุงของสำนักศึกษาแพทท์แผนไทย

ประเด็นที่ควรปรับปรุง	ร้อยละ (จำนวน)
1. การสอนในห้องเรียน	64.10 (25)
2. ความมีการปฏิบัติจริง	20.50 (8)
3. ตัวรา	2.60 (1)
4. การคิดค่าสมัคร	5.10 (2)
5. เวลา, สถานที่	7.70 (3)
รวม	100.00 (39)

ภาคผนวก ๔

คณะผู้ดำเนินการวิจัย

คณะผู้ดำเนินการวิจัย

หัวหน้าโครงการ

นางสาวนิธิมา สุทธิพันธุ์ ภ.บ., ภ.ม.(เภสัชเวท)
 อาจารย์ ระดับ 6 กลุ่มวิชาเคมีและเทคโนโลยีเภสัชกรรม
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ร่วมวิจัย

นายอนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล ภ.บ., วท.ม.(สังคมศาสตร์การแพทย์)
 อาจารย์ ระดับ 6 กลุ่มวิชาเคมีและปูนซิปิเดียม
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

นายไกวิทย์ ทองละมูล
 นักศึกษาชั้นปีที่ 5 เภสัชศาสตรบัณฑิต
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

นางสาวพรทิพย์ วนัยพินิจ
 นักศึกษาชั้นปีที่ 5 เภสัชศาสตรบัณฑิต
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี