

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี” การศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยได้แยกประเด็นในการนำเสนอ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับบูรณาการศาสตร์ (Transdisciplinarity)
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์วิถีธรรม
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัยเบื้องต้น
- 2.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับบูรณาการศาสตร์

- 2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม
- 2.1.2 รูปแบบความรู้ของบูรณาการศาสตร์
- 2.1.3 กระบวนการได้มาซึ่งความรู้ของบูรณาการศาสตร์

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวม

แนวคิดเกี่ยวกับองค์รวมที่เป็นลักษณะของบูรณาการศาสตร์นั้นมีความเป็นมาในทางประเทศตะวันตกตั้งแต่มีวิทยาศาสตร์ใหม่ (New Science) ซึ่งได้พัฒนามาเกือบ 100 ปี ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสัมพันธภาพ ควอนตัมฟิสิกส์ อณูชีววิทยา (Molecular Biology) ชีววิทยาองค์รวม (Organismic Biology) จิตวิทยาอินทรีย์รูป (Gestalt Psychology) คณิตศาสตร์ที่ไม่ใช่เส้นตรง (Non Linear) ประสาทวิทยา สังคมศาสตร์ และไซเบอร์เนติก (Cybernetics) (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2550 : 51-55)

แนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์ได้เริ่มต้นขึ้นในศตวรรษที่ 16-17 โดยมีมุมมองที่แตกต่างจากเดิมโดยแนวความคิดที่เกี่ยวกับเอกภพที่เป็นหน่วยชีวิต มีชีวิตและจิตวิญญาณถูกมองว่าโลกเปรียบเสมือนเครื่องจักรเครื่องหนึ่ง ซึ่งแนวคิดนี้ถูกพัฒนามาจากความเจริญก้าวหน้าทางวิชาฟิสิกส์และดาราศาสตร์ ซึ่งถูกค้นพบโดยโคเปอร์นิคัส กาลิเลโอ และนิวตัน (Nicolaus Copernicus, Galileo Galilei & Isaac Newton) ในสมัยศตวรรษที่ 17 วิชาวิทยาศาสตร์ถูกตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสอบสวนด้วยวิชาคณิตศาสตร์ที่มีความแม่นยำช่วยนำมาอธิบายการให้ความหมายต่าง ๆ ทางธรรมชาติ นอกจากนี้ยังนำเอาวิธีการวิเคราะห์เชิงเหตุผลแบบเดส์คาร์ต (Descartes) มาใช้โดยผู้ที่แพร่ขยายแนวคิดทางวิทยาศาสตร์นี้ได้แก่ ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon) จึงทำให้แนวคิดเชิงวิทยาศาสตร์แพร่ขยายออกไป ช่วงศตวรรษที่ 16-17 จึงถูกเรียกขานว่าเป็นยุคของการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ถูกเริ่มต้นโดยการที่นิโคลัส โคเปอร์นิคัส ได้ปฏิเสธ

แนวคิดที่ว่าโลกเป็นศูนย์กลางของเอกภพ ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่ถูกยึดถือกันมานาน โดยนิโคลัส โคเปอร์นิคัส กล่าวว่าโลกเป็นเพียงดาวเคราะห์ดวงหนึ่งที่หมุนรอบดวงอาทิตย์ ซึ่งดวงอาทิตย์เป็นดาวเล็ก ๆ ดวงหนึ่งในหมู่ดาวข้างเผือก และมนุษย์จึงถูกลดตำแหน่งอันทรงเกียรติจากการเป็นนฤมิตกรรมหลักในบรรดาสสิ่งมีชีวิต (คาปรั้า ฟริตจ็อบ, 2546 : 52-53)

แนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่โดดเด่นในช่วงศตวรรษที่ 17 นั้น ได้แก่ การที่กาลิเลโอ (Galileo Galilei) ได้ทดลองแบบวิทยาศาสตร์กับภาษาทางคณิตศาสตร์ อีกทั้งการแสวงหาความจริงทางคณิตศาสตร์ด้วยวิธีการสังเกตเชิงประจักษ์และมีการใช้สูตรทางคณิตศาสตร์มาอธิบายธรรมชาติจนกลายเป็นมาตรฐานทางวิทยาศาสตร์มาจนถึงปัจจุบัน โดยกาลิเลโอ (Galileo Galilei) ได้วางหลักไว้ว่า วิทยาศาสตร์ควรจะมีการกำหนดขอบเขตการศึกษาคุณสมบัติหลักของวัตถุเฉพาะในส่วนที่สามารถวัดและหาปริมาณได้ ซึ่งกำหนดสู่คุณสมบัติของปริมาณของสสารที่สามารถชั่งตวงวัดได้ จึงทำให้เกิดการประสบความสำเร็จมากที่สุดทางวิทยาศาสตร์

บิดาของปรัชญาสมัยใหม่ที่ได้รับการยอมรับเป็นนักคณิตศาสตร์ ได้แก่ เรอเน เดส์คาร์ทส์ ซึ่งเดส์คาร์ทส์เชื่อเช่นเดียวกับแนวคิดของกาลิเลโอว่า ภาษาของธรรมชาติคือวิชาคณิตศาสตร์ โดยความปรารถนาที่จะพยายามอธิบายธรรมชาติผ่านทางภาษาของคณิตศาสตร์ได้นำเขาไปสู่สาขาใหม่ของคณิตศาสตร์ซึ่งเรียกในปัจจุบันชื่อว่าวิชาเรขาคณิต ความเชื่อในความแน่นอนของวิชาคณิตศาสตร์ เป็นรากฐานแนวคิดของปรัชญาแบบเดส์คาร์ทส์ และเป็นพื้นฐานที่สำคัญของโลกทัศน์ที่เป็นผลมาจากปรัชญานี้ ความเชื่อเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์แบบเดส์คาร์ทส์ สะท้อนลัทธินิยมวิทยาศาสตร์ซึ่งกลายเป็นแบบอย่างวัฒนธรรมตะวันตก โดยบุคคลส่วนใหญ่ในสังคมทั้งนักวิทยาศาสตร์และผู้คนที่ไม่ใช่ นักวิทยาศาสตร์ถูกทำให้เชื่อว่าวิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นวิธีการที่ถูกต้องเพียงที่จะสามารถเข้าใจเอกภพ วิธีการคิดแบบเดส์คาร์ทส์มีบทบาทสำคัญที่ก่อให้เกิดสภาวะไร้ดุลยภาพในวัฒนธรรมปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุปแล้วแนวคิดวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ได้นำประเทศตะวันตกมาสู่องค์ความรู้ตามแนวคิดเป็นแยกส่วนหรือลดส่วนในสาขาวิชาชีววิทยาตามแนวคิดของสำนักเดส์คาร์ทส์ มองว่าสิ่งมีชีวิตทำงานเสมือนเครื่องจักรซึ่งประกอบไปด้วยชิ้นส่วนเล็ก ๆ จำนวนมาก หากต้องการที่จะเข้าใจสิ่งมีชีวิตได้จะต้องลดขนาดลงเป็นองค์ประกอบที่เล็กที่สุด ซึ่งความเชื่อในแนวความคิดดังกล่าวเป็นรากฐานความคิดของวิชาชีววิทยาเกือบทั้งหมดในปัจจุบัน โดยสถาบันวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นให้ทุนการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปตามแนวคิดของเดส์คาร์ท หากปรากฏการณ์ใดที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยวิธีการลดส่วนมักจะถูกตัดสินว่าเป็นงานที่ไม่มีคุณค่า อีกทั้งยังไม่มี การสนับสนุนแนวความคิดเป็นองค์รวมอีกด้วย ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ส่วนใหญ่มักเกิดจากวิธีการศึกษาแบบแยกส่วนที่คับแคบทางแนวคิดของนักชีววิทยา ซึ่งนักชีววิทยาสนใจในการแบ่งแยกร่างกายมนุษย์ออกเป็นส่วนย่อย ๆ พวกเขาสามารถรวบรวมความรู้อันน่าทึ่งจำนวนมากมาย เกี่ยวกับการทำงานของร่างกายมนุษย์ในระดับเซลล์และโมเลกุล (คาปรั้า ฟริตจ็อบ, 2543 : 46-48)

การแพทย์แผนตะวันตกรับเอาวิธีการคิดวิธีการวิเคราะห์แบบลดส่วนของวิชาชีววิทยาตามสำนักของเดส์คาร์ท และละเลยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นมนุษย์ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นทางการแพทย์ที่กำลังประสบอยู่นั้นเกิดจากการมองชีวิตมนุษย์แบบลดส่วนทั้งสิ้น กล่าวคือมีความพยายามในการที่จะลดส่วนของหน่วยมีชีวิตลงในทุก ๆ ด้าน สุดท้ายเหลือเพียงแต่ปฏิกริยาทาง

เคมีและฟิสิกส์ตามหน่วยองค์ประกอบของมัน วิชาชีววิทยาแบบกลไกตายตัวตามแนวคิดของสำนักเดส์คาร์ต ยังถูกกล่าวไว้ในหนังสือที่ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ชื่อ มนุษย์คือเครื่องจักรกล (Man a Machine) ซึ่งไม่ยอมรับว่ามนุษย์ในเนื้อแท้แล้วจะมีความแตกต่างไปจากสัตว์ นอกจากนี้ยังได้มีการเปรียบเทียบร่างกายมนุษย์และจิตใจของมนุษย์ว่าเปรียบเสมือนการทำงานของนาฬิกาอันซับซ้อน แสดงให้เห็นถึงแนวคิดการมองแบบลดส่วนอย่างชัดเจน

ในช่วงศตวรรษที่ 19 แนวคิดที่สำคัญของวิชาชีววิทยาคือทฤษฎีวิวัฒนาการ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ผลักดันแนวคิดแบบลดส่วนลงไปอย่างสิ้นเชิงและแทนที่ด้วยแนวคิดที่ว่าระบบย่อยมีการเปลี่ยนแปลงและวิวัฒนาการอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่แนวคิดแบบเดส์คาร์ตประสบความสำเร็จในการอธิบายกลไกฟิสิกส์และเคมีในทางพันธุกรรมได้ แต่กลับไม่สามารถอธิบายธรรมชาติอันแท้จริงของการเจริญเติบโตและวิวัฒนาการได้เลย ข้อผิดพลาดสำคัญประการหนึ่งของแนวคิดแบบลดส่วน ได้แก่แนวคิดนิยัตินิยมทางพันธุกรรม (Genetic Determinism) เนื่องจากการเห็นว่าหน่วยชีวิตเป็นเครื่องจักร ซึ่งถูกควบคุมโดยสายโซ่ที่เป็นแนวเส้นตรง ซึ่งละเลยข้อเท็จจริงที่ว่าสิ่งมีชีวิตเป็นระบบที่มีลักษณะซับซ้อนกันอยู่หลายระดับชั้น ซึ่งในระดับต่าง ๆ ที่ซับซ้อนกันอยู่นั้นล้วนเข้าร่วมในปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของหน่วยชีวิต สิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไขสำหรับปัญหาเหล่านี้คือทัศนคติการมองออกไปนอกความคิดของเดส์คาร์ต ซึ่งการมองแบบองค์รวมจะช่วยวางพื้นหลังแนวความคิดใหม่ของวิชาชีววิทยาได้อย่างดี

สรุปที่มาขององค์รวม เริ่มจากแนวคิดแบบแยกส่วนในช่วงศตวรรษที่ 16-17 โดยเน้นการอธิบายแบบวิทยาศาสตร์แบบลดส่วน ซึ่งสามารถอธิบายลงไปเชิงลึกที่สุดขององค์ประกอบได้ในลักษณะควอนตัม ซึ่งในขณะนั้นได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก หลังจากนั้นในศตวรรษที่ 19 ทฤษฎีวิวัฒนาการเป็นแนวคิดทฤษฎีที่ได้รับความนิยมมากกว่าการอธิบายแบบลดส่วน ซึ่งไม่สามารถอธิบายการเจริญเติบโตและวิวัฒนาการได้ ดังนั้นจึงเกิดการวิวัฒนาการแนวคิดการมองแบบองค์รวมขึ้นเพื่ออธิบายลักษณะเชิงธรรมชาติและวิวัฒนาการของมนุษย์ รวมถึงภาวะสุขภาพของมนุษย์ให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น

สรุปองค์รวม หมายถึง องค์ประกอบย่อยทั้งหมดที่รวมกันเป็นสิ่งเดียว โดยไม่สามารถแยกออกจากกันเป็นส่วน ๆ และเมื่อนำผลรวมขององค์ประกอบย่อยมารวมกันจะไม่เท่ากับองค์รวมของสิ่งนั้น ทัศนคติในการมองโลกแบบที่มีความสัมพันธ์กันของสรรพสิ่งได้แก่ทัศนคติแบบกระบวนการระบบ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่าระบบต่าง ๆ คือองค์รวมที่จะผสมกันเป็นหนึ่งเดียว โดยคุณสมบัติไม่อาจลดลงให้เหลือเพียงหน่วยย่อย ๆ ได้ โดยที่แนวความคิดแบบกระบวนการระบบมุ่งเน้นการพิจารณาหลักการขั้นพื้นฐานในการจัดระเบียบ เช่น ตัวอย่างระบบที่มีอยู่ในธรรมชาตินับตั้งแต่สิ่งมีชีวิตที่เล็กที่สุดคือแบคทีเรียไปจนถึงพืช สัตว์และมนุษย์เป็นองค์รวมที่ผสมกันเป็นหนึ่งเดียวจึงเป็นระบบที่มีชีวิต ระบบธรรมชาติทั้งหมดนี้เป็นองค์รวมที่มีโครงสร้างที่เกิดจากการกระทำต่อกันและพึ่งพิงกันโดยอาศัยกระบวนการที่เรียกว่าปฏิกิริยาสัมพันธ์ (Transaction) คือการปะทะสังสรรค์กันตลอดเวลา ลักษณะที่สำคัญประการหนึ่งของกระบวนการระบบ คือ คุณสมบัติที่ภายในมีการเคลื่อนไหวไม่หยุดนิ่งอยู่ตลอดเวลา รูปทรงไม่ได้แข็งที่อยู่นิ่งตลอดเวลา หมายถึงกระบวนการภายในมีความยืดหยุ่นแต่มีความเสถียรภาพ

แบบจำลองความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเป็นองค์รวมและมีความเคลื่อนไหว กล่าวได้ว่า ความเจ็บป่วยนั้นเกิดจากความไม่สมดุลและไม่บรรรสารสอดคล้อง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ขาดการประสานรวม โดยอาจเกิดในระดับต่าง ๆ ของหน่วยชีวิต โดยก่อให้เกิดผลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งโรคนั้นเป็นเพียงอาการทางกายของความเจ็บป่วย มีการแบ่งแยกชัดเจนระหว่างสาเหตุของโรคและกระบวนการเกิดโรค ความเครียดที่รุนแรงถูกเชื่อว่ามีส่วนสำคัญต่อการเกิดขึ้นและการลุกลามของโรครวม ซึ่งเริ่มแรกอาจจะแสดงออกมาในรูปแบบของความไม่สมดุลของหน่วยชีวิต ต่อมาอาจก่อให้เกิดความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยอาจมีบุคลิกภาพบางประการของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนสำคัญของกระบวนการดังกล่าว การรักษาโรคจึงไม่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีเสมอไปแต่ความเจ็บป่วยจะเป็นโอกาสให้มีการตรวจตราใคร่ครวญถึงปัญหาสุขภาพ

ขั้นตอนแรกที่สำคัญที่สุดของการบำบัดแบบองค์รวม คือ การที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติและระดับความไม่สมดุลในตัวผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หมายถึงผู้บำบัดจะต้องนำปัญหาของผู้ป่วยมาพิจารณาโดยสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาดังกล่าวและพินิจพิจารณาถึงปัญหาต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยโดยผู้บำบัดรักษาผู้ป่วย การตระหนักถึงความสัมพันธ์ของปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยนั้นช่วยในการบำบัดได้ดีเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะสามารถทำให้คลายความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย อันเป็นกระบวนการเริ่มต้นของการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่สำคัญต่อกระบวนการรักษา ขณะเดียวกันผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพขั้นมูลฐานควรมีทักษะพื้นฐานในการรักษาทั้งทางกายและใจ การรักษาของผู้ประกอบเวชกรรมทั่วไปนอกจากจะเป็นการบำบัดแล้ว เป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่เพื่อให้เกิดการศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องธรรมชาติและ ความหมายของความเจ็บป่วยและความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญ

แนวทางการบำบัดแบบองค์รวมมีหลากหลายมิติตั้งแต่การบำบัดในระดับจิตใจ การบำบัดในระดับกายในหลายระดับซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเป็นหมู่คณะจากบุคคลในแขนงวิชาต่าง ๆ แต่ละคนจะเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่าง ๆ กัน แต่สิ่งที่ต้องมีเป้าหมายร่วมกันคือที่ตระหนักถึงสุขภาพแบบองค์รวมและกรอบความคิดอย่างเดียวกัน ซึ่งจะเอื้อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพและผลการทำงานอย่างเป็นระบบ การรักษาผู้ป่วยเช่นนี้จะต้องอาศัยทักษะความสามารถในแขนงวิชาใหม่ ๆ หลายด้าน ซึ่งอาจมีได้เกี่ยวข้องกับการแพทย์มาก่อน อาจจะถูกเป็นแบบกายมากกว่าปลูกเร้ามากกว่าและทำการแพทย์มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเวชศาสตร์ในสมัยเก่าที่อาศัยวิชาชีววิทยาอย่างเดียว (คาปรั้า ฟริตจ็อฟ, 2550 : 77-78)

จากแนวคิดแบบองค์รวมที่กล่าวมาในดัชนีนี้จะนำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังดังนั้นผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดแบบองค์รวมในมิติของสุขภาพซึ่งในทางวิชาการเรียกว่าแนวคิดสุขภาพองค์รวม

สุขภาพ ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คือ สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งอาจแปลความได้ว่า ภาวะที่ปราศจากโรค มีความสุขทางใจ ไม่เครียด ปลอดภัยจากการบีบคั้นทางสังคม การกดขี่ ข่มเหง การถูกเหยียดหยาม และการดำรงชีวิตด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของชีวิต โดยสุขภาพองค์รวมเป็นลักษณะที่เป็นคุณสมบัติของชีวิตที่เป็นองค์รวม และความหมายไว้ว่า ชีวิตของมนุษย์ประกอบด้วย

คุณลักษณะ ดังนี้ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมหรือสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นความมีสุขภาพที่ดี (สุขภาพะ) โดยองค์รวมของบุคคล

สุขภาพ หรือ Health นั้นมีรากฐานมาจากคำว่า Whole ซึ่งเป็นรากศัพท์ที่มาของคำว่า Heal ด้วย มีความหมายที่ถือว่าสุขภาพดีเป็นผลจากการบูรณาการเข้าเป็นหนึ่งเดียวอย่างสมดุลพอดีของชีวิต การเจ็บป่วยเป็นการสูญเสียดุลยภาพที่เป็นหนึ่งเดียว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการเยียวยาเพื่อการฟื้นฟูหรือปรับสมดุลให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวกันอีก ส่วนคำว่า Disease โดยรากศัพท์เดิมก็ได้หมายถึงโรคเท่ากับหมายถึงการไม่สบาย คือ Disease คำเหล่านี้มีความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนทัศน์ใหม่ ๆ ที่นิยามความหมายให้เป็นไปตามกรอบวิธีคิดกระแสหลักของสังคม ความหมายของคำว่าสุขภาพและโรคในปัจจุบันจึงมีนัยยะที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางกายภาพหรือเป็นเรื่องราวด้านชีววิทยาตามแนวคิดทางการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedicine)

การแพทย์สมัยใหม่มีลักษณะวิธีคิดแบบแยกส่วน หมายถึง เป็นการมองปัญหาสุขภาพแยกขาดเป็นส่วน ไม่เชื่อมโยงถึงกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งการแยกกายและจิตออกเป็นสองส่วนขาดจากกัน ลดส่วน หมายถึง การลดความสัมพันธ์ที่มีพลวัตและเป็นองค์รวมของสุขภาพให้เหลือเพียงกระบวนการทางชีววิทยาและกลไก หมายถึง มองระบบชีวิตเป็นเพียงกลไกที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ทางฟิสิกส์และชีวเคมีโดยไม่มีความรู้สึกนึกคิดและชาติมิติทางจิตวิญญาณ จึงทำให้การนิยามความหมายสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นไปในลักษณะดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ การมองชีวิตเปรียบประดุจจักรกลที่ประกอบขึ้นด้วยชิ้นส่วนย่อย โดยถือว่าหากชิ้นส่วนย่อยเหล่านี้ทำงานได้ดีก็ทำให้ระบบร่างกายทำงานได้ตามปกติไปด้วยนั้น ได้ทำให้วิทยาศาสตร์การแพทย์สนใจมิติทางกายภาพคืออวัยวะส่วนย่อยที่ประกอบกันเป็นร่างกายมนุษย์มากกว่าที่จะมองชีวิตเป็นองค์รวม

ข้อจำกัดของการแพทย์ตะวันตกนั้นเป็นข้อจำกัดในระดับกระบวนทัศน์หรือทัศนะแม่บท (Paradigm) อันเป็นรากฐานของวิธีคิดและการมองความเป็นจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิตของการแพทย์สมัยใหม่ วิธีคิดของการแพทย์สมัยใหม่มีรากลึกอยู่ในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Scientific Paradigm) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่มีลักษณะสำคัญคือ

- 1) เน้นความเป็นภาวะวิสัย (Objective) คือ มีอยู่จริงโดยไม่ขึ้นกับความรู้สึกนึกคิดของคน
- 2) เน้นการตรวจวัดได้ (Measurable) คือตรวจสอบได้อย่างแม่นยำ
- 3) เป็นการมองที่ลดส่วน (Reductionistic) คือลดปรากฏการณ์ทั้งหมดของชีวิตและสุขภาพลงมาเหลือแต่สิ่งที่วัดได้คือกระบวนการทางชีววิทยาของอวัยวะต่าง ๆ

วิธีคิดทางการแพทย์นี้จึงมีชื่อเรียกว่าการแพทย์แบบ Biomedicine หรือการแพทย์ชีวภาพ ลักษณะของการลดส่วนนี้เป็นเช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อื่น ๆ ที่จำกัดองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไว้ในขอบเขตของวัตถุ ทั้งนี้เนื่องจากตัวศาสตร์เริ่มต้นจากสิ่งที่ต้องวัดได้ก่อน สิ่งที่ไม่ได้จึงอยู่นอกขอบเขตความรู้ของวิทยาศาสตร์แบบนี้ลักษณะของวิทยาศาสตร์แบบนี้ทำให้พรมแดนความรู้ของวิทยาศาสตร์ชุดหนึ่งมีการพัฒนาสูงมาก คือ ความรู้ความเข้าใจทางชีววิทยา ซึ่งความรู้ทางชีววิทยาโดยธรรมชาติของมันเองจะจำกัดอยู่ในระดับปัจเจกบุคคลโดยไม่สนใจมิติทางสังคมของบุคคล (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2560)

ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการจำเป็นต้องปรับกระบวนการทัศน์ในการคิดแบบแพทย์ชีวภาพโดยมีเหตุผลที่สำคัญอยู่ 5 ประการได้แก่

1. สถานะสุขภาพและแบบแผนความเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของคนในประเทศได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนในด้านสภาวะสุขภาพอนามัยคือ ประชาชนตายเนื่องจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ และโรคเบาหวาน รวมถึงโรคติดเชื้อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ คือ โรคเอดส์ ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก วัณโรคดื้อยา ตลอดจนภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิต โรคจากปัญหาอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม โรคเหล่านี้ต้องการวิธีคิดในการแก้ปัญหาใหม่ที่แตกต่างไปจากระบบโรงพยาบาลที่ตั้งรับและจัดการได้เฉพาะมิติทางกายภาพ เพราะปัญหาสุขภาพใหม่ ๆ นี้เกี่ยวข้องกับมิติทางพฤติกรรม สังคมวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิต

2. ข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แบบชีวภาพถือว่าร่างกายมนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่าง ๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อและอวัยวะ อวัยวะย่อย แต่ละชนิดนั้นมีหน้าที่ต่าง ๆ กันสุขภาพดีนั้นเกิดขึ้นจากการที่อวัยวะต่าง ๆ สามารถทำหน้าที่ตามปกติของตนเองและประสานกับอวัยวะอื่น ๆ อันเป็นผลให้กระบวนการทางชีววิทยาดำเนินไปได้ตามปกติ ระบบการแพทย์ที่เป็นอยู่จึงอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยโดยอาศัยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญโดยความเจ็บป่วยต่าง ๆ จะต้องถูกสืบค้นให้พบว่ามีสาเหตุมาจากการผิดปกติของอวัยวะใดและการเยียวยารักษาที่จะมุ่งไปแก้ปัญหาเฉพาะส่วนที่อวัยวะที่ผิดปกตินั้น ๆ

การที่แนวคิดการแพทย์ชีวภาพยึดถือข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญในการอธิบายภาวะความเจ็บป่วย และเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา มาตรการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาจึงมุ่งไปที่การจัดการให้อวัยวะที่ผิดปกตินั้นสามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม การบำบัดรักษาจึงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ เช่น การใช้ยา การผ่าตัด การฉายแสง ที่ออกฤทธิ์ต่ออวัยวะหรือระบบอวัยวะที่ผิดปกติ แนวทางการแก้ไขสุขภาพความเจ็บป่วยตามแนวคิดดังกล่าวจึงจำกัดตัวอยู่ในขอบเขตของการแก้ปัญหาทางกายเป็นสำคัญ และไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่มิติทางสังคมจิตวิทยาของการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นผลให้ขาดการใช้มาตรการทางสังคมและมาตรการทางจิตวิทยาในการเยียวยารักษาผู้ป่วย การปรับกระบวนการทัศน์ไปสู่แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมจะทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ใส่ใจกับมิติทางสังคมจิตวิทยามากขึ้น ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะสามารถตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้ดี

3. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยที่การแพทย์แผนปัจจุบันมองสาเหตุที่เฉพาะและเน้นด้านกายภาพ ทำให้การวินิจฉัยและประเมินผลการรักษามุ่งเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่สามารถวัดได้เป็นหลัก จึงทำให้จำกัดอยู่เฉพาะในด้านกายภาพ และการแก้ปัญหาเฉพาะส่วน เฉพาะโรค แยกขาดจากกัน โดยขาดการพิจารณาทั้งระบบ ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาโรคที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบอวัยวะ ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหลาย ๆ ด้านมักจะมีปัญหาการประสานงานของแพทย์ต่างสาขา เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรค โดยที่ไม่มีใครดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน กระบวนการทัศน์ใหม่เน้นการดูแลที่เข้าใจความเจ็บป่วยของคนทั้งคน เป็นระบบบริการที่เน้นการมีผู้ดูแลหลักที่เข้าใจสภาวะของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

4. ระบบการจัดบริการในระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่แพทย์และโรงพยาบาลเป็นที่รวมศูนย์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งเน้นการ “ซ่อมสุขภาพ” มากกว่าการ “ส่งเสริมสุขภาพ” กิจกรรมในสถาบันทางการแพทย์มีศูนย์กลางอยู่ที่ความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะเน้นการมีสุขภาพดีจึงมีลักษณะบริการที่ตั่งรับ คือปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษาจากนอกนั้น กระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวกลไกยังมีลักษณะเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป กล่าวคือ มีการจัดระบบบริการที่เหมือนกันเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยมีได้สนใจความแตกต่าง หลากหลายด้านสังคมวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งนี้เป็นเพราะกระบวนทัศน์แบบชีวกลไกนั้นถือเอาองค์ประกอบทางกายภาพเป็นสำคัญ และถือว่ามนุษย์มีกายภาพที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ทางสรีรวิทยาที่เหมือนกัน

5. ระบบความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ การแพทย์แบบเวชศาสตร์ชีวภาพเป็นศาสตร์ที่เน้นอำนาจและบทบาทของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน กล่าวคือ ระบบบริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ถือว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ผู้ซึ่งมีความรู้ความชำนาญ และเป็นผู้จัดการกับความเจ็บป่วยโดยเทคนิคและวิทยาการทางการแพทย์ บทบาทของผู้ป่วย คือ การเป็นผู้รับบริการและเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาแพทย์และเทคโนโลยีเพื่อการรักษาโรคผู้ป่วยจึงมีอำนาจต่อรองน้อย กระบวนทัศน์แบบองค์รวมเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ถือว่าผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเยียวยา แพทย์และผู้ป่วยเรียนรู้ไปด้วยกันในกระบวนการเยียวยารักษาโรค เพราะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน แพทย์อาจเป็นผู้รู้ในเรื่องโรคและอวัยวะ แต่ผู้ป่วยและญาติก็เป็นผู้รู้ในเรื่องสุขภาพและความเป็นไปได้ในวิถีการดำเนินชีวิตของตน กระบวนทัศน์แบบองค์รวมจึงถือว่าการรักษาความเจ็บป่วยนั้นเป็นการปรึกษาหารือระหว่างสองผู้เชี่ยวชาญ (Meeting of Two Experts) มากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยเป็นแต่เพียงผู้รับบริการที่อยู่เฉย ๆ (Passive) รอรับการรักษายาบาลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

การแพทย์แบบองค์รวม หมายถึง การนำเอามิติของจิตใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์มาผนวกรวมเข้ากับมิติของร่างกายที่เป็นวิทยาศาสตร์ ภายใต้บริบททางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เป็นระบบความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน มีความสมดุลระหว่างแต่ละมิติตามเหตุปัจจัยและมีความหมายหรือคุณค่าตามการตระหนักรู้ของบุคคลในสังคมนั้น ๆ เป็นแนวคิดที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (ดร.ณิ โอวิทยากุล, พักตร์เลขา แสงหัตถ์วัฒนา และอดิศักดิ์ จึงพัฒนาวดี, 2560 : 53-64)

สุขภาพแบบองค์รวม หมายความว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งชีวิตมากกว่าการเน้นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายโดยพิจารณาคนทั้ง คนที่เกี่ยวข้องกันของร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลคน ๆ นั้น สุขภาพแบบองค์รวมเน้นถึงความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพของระบบสุขภาพที่ไม่มีการแยก ส่วนระหว่างร่างกาย จิต สังคมและนิเวศวิทยา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2560) สุขภาพองค์รวมมี 3 ระดับ ได้แก่

1. สุขภาพองค์รวมระดับบุคคล หมายถึง การทำให้เกิดความสมดุลในแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (อารมณ์) และด้านจิตวิญญาณ โดยการที่จะนำไปสู่ความสมดุล คือการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมทางด้านร่างกาย ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมทางด้านจิตใจ (อารมณ์) การรักษาอารมณ์และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมทางด้านจิตวิญญาณ ด้วยการมีคุณธรรม

2. สุขภาพองค์รวมระดับครอบครัว หมายถึง การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ในตัวบุคคล ซึ่งเชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ ในครอบครัว มีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวรักกัน ช่วยเหลือดูแลกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (อารมณ์) บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป

3. สุขภาพองค์รวมระดับชุมชน หมายถึง การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ในตัวบุคคล เชื่อมโยงไปถึงบุคคลอื่นในชุมชนและสังคมที่อยู่แวดล้อมโดยรวม

ตารางที่ 2.1 กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไกและกระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม
<p>1. ทัศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</p> <p>1.1 แยกสุขภาพกายและสุขภาพจิตออกจากกันและแยกเรื่องสุขภาพออกจากสังคม และสิ่งแวดล้อม</p> <p>1.2 ให้ความสำคัญต่อการเยียวยารักษาโรค</p> <p>1.3 เน้นการหาสาเหตุของโรคแบบเฉพาะเจาะจงกับอวัยวะที่ผิดปกติ</p> <p>1.4 มองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายในร่างกาย (Physical Body) และเฉพาะแห่ง</p>	<p>1. ทัศนะต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย</p> <p>1.1 สุขภาพ คือ ความเป็นเอกภาพและความสมดุล ระหว่างกาย ใจสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม</p> <p>1.2 ให้ความสำคัญกับวิถีการดำรงชีวิตที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค</p> <p>1.3 เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากหลายเหตุปัจจัย</p> <p>1.4 พิจารณา “ทั้งคน (Whole Person)” ทั้งปัจจัยที่เชื่อมโยงทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม</p>
<p>2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ/ความเจ็บป่วย</p> <p>2.1 โรค คือ ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะหนึ่ง ๆ</p> <p>2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินแต่ด้านกายภาพ</p> <p>2.3 เน้นการแก้ปัญหาที่ตัวผู้ป่วยแบบแยกส่วนเฉพาะโรค/เฉพาะปัญหา ไม่มีการพิจารณาทั้งระบบ</p> <p>2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคติดเชื้อและโรคเฉียบพลัน</p> <p>2.5 การรักษาเป็นการขจัดความผิดปกติอันเกิดขึ้นในระบบอวัยวะ</p>	<p>2. กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพความเจ็บป่วย</p> <p>2.1 โรค คือ กระบวนการที่ต่อเนื่องมีเหตุปัจจัยที่เป็นที่มา และที่ไปเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต</p> <p>2.2 เน้นการวินิจฉัย/ประเมินทุกด้านและทุกเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>2.3 เน้นที่ตัวผู้ป่วยตลอดทั้งชีวิตและปัจจัยแวดล้อมทั้งหมด ทั้งด้านการทำงาน ครอบครัว ชีวิตสังคม ภาวะจิตใจ อารมณ์ อาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>2.4 ให้ความสำคัญ และแก้ปัญหาได้ดีกับโรคเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความ</p>

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม
<p>2.6 มีมาตรฐานการรักษาอย่างเดียวกันสำหรับทุกคนที่มีโรครอย่างเดียวกัน</p> <p>3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย</p> <p>3.1 แพทย์มีความรู้ความชำนาญเฉพาะและเป็นภาวะวิสัย (Objective) จึงมักไม่จำเป็นต้องแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยแพทย์ ผู้ป่วยคือผู้ไม่มีความรู้ทางการแพทย์</p> <p>3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบไม่เท่าเทียมและแบบพึ่งพา</p> <p>3.3 แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาโรค แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนรักษาแต่ละโรคไม่มีใครรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งคน</p> <p>3.4 ภาวะจิตใจ และจิตสำนึกของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเยียวยารักษาโรค</p>	<p>เจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับความเครียด และกลไกทางจิตใจ</p> <p>2.5 การรักษา คือ การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขที่ทำให้กระบวนการของโรคเกิดขึ้น</p> <p>3. บทบาทของแพทย์และผู้ป่วย</p> <p>3.1 แพทย์มีความรู้รอบด้านแบบองค์รวม และแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยโดยมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และแหล่งประโยชน์สำคัญ (Resource Person) การรักษาต้องอาศัยความรู้/ประสบการณ์ของแพทย์ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติสาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย</p> <p>3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นแบบหุ้นส่วนเท่าเทียม และช่วยเหลือกันและกัน</p> <p>3.3 ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยต้องมีบทบาทเป็นฝ่ายกระทำ (Active Role) ในการดูแลรักษาตนเอง</p> <p>3.4 ภาวะจิตใจและความรู้ของผู้ป่วย มีความจำเป็นต่อความสำเร็จในการรักษาความเจ็บป่วย</p>
<p>4. ระบบการจัดบริการ</p> <p>4.1 รวมศูนย์อำนาจในการรักษาอยู่ที่สถาบันแพทย์</p> <p>4.2 บริการเหมือนผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ที่ออกมาจากโรงงานเดียวกัน กล่าวคือจัดระบบการให้บริการเหมือนกัน เป็นรูปแบบเดียวกันแก่ทุกคน</p>	<p>4. ระบบการจัดบริการ</p> <p>4.1 กระจายอำนาจ พยายามที่จะให้อำนาจหรือสมรรถนะในการดูแลรักษาสุขภาพแพร่หลายสู่ทุกคนเท่าที่จะทำได้</p> <p>4.2 เน้นลักษณะเฉพาะของแต่ละภูมิภาคท้องถิ่น และบุคคล</p>

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

กระบวนทัศน์สุขภาพแบบชีวกลไก	กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม
<p>4.3 ทุนเป็นปัจจัยหลัก ให้ความสำคัญแก่เครื่องมือ และเทคโนโลยี ราคาแพง (High Tech) ละเลยคุณค่าของการเอาใจใส่ใกล้ชิด และความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อนมนุษย์ที่แพทย์พึงมีต่อผู้ป่วย</p> <p>4.4 เน้นเทคโนโลยีขั้นสูง ยิ่งเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและรักษามีความซับซ้อนมากเท่าไร ยิ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคมมากขึ้น</p>	<p>4.3 มนุษย์เป็นปัจจัยหลักตระหนักว่าความอบอุ่นและน้ำใจของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา มีโซ่ยาเครื่องมือหรือโรงพยาบาลใด ๆ</p> <p>4.4 เน้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมสนับสนุนให้ร่างกายเสริมสร้างบำบัดตัวเอง มากกว่าที่จะใช้ยาอย่างเกินจำเป็น</p>

สรุป สุขภาพองค์รวม หมายถึง การดูแลเพื่อให้เกิดสุขภาวะทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว มิติทางด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ การดูแลระดับครอบครัว การดูแลระดับชุมชน และการดูแลระดับสังคม โดยดูแลตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี

2.1.2 รูปแบบความรู้ของบูรณาการศาสตร์

องค์ความรู้แบบบูรณาการศาสตร์ซึ่งเป็นลักษณะความรู้แบบองค์รวมนั้น มีองค์ประกอบซึ่งสามารถแบ่งความรู้ออกเป็น 3 รูปแบบใหญ่ๆ คือ (Pohl and Hadorn, 2008 : 111-112)

1. ความรู้เกี่ยวกับระบบ (Systems Knowledge)
2. ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Target Knowledge)
3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง (Transformation Knowledge)

1. ความรู้เกี่ยวกับระบบ

ความรู้เกี่ยวกับระบบเป็นความรู้ที่ได้มาจากการตั้งคำถามเกี่ยวกับจุดกำเนิดและความเป็นไปได้ที่จะพัฒนาปัญหาต่อไปอีกในอนาคต รวมถึงการตีความปัญหาในโลกของความเป็นจริงของชีวิตที่เกิดขึ้นจากมุมมองของชาวบ้านภายใต้โลกแห่งชีวิต ความรู้เชิงระบบจะประสบกับความยุ่งยากในการจัดการกับสถานะที่ไม่แน่นอน ซึ่งความไม่แน่นอนของปัญหาจะก่อให้เกิดการทำทลายและทำให้เกิดการโอนย้ายออกจากวิถีคิดเชิงทฤษฎี/นามธรรมของนักวิชาการ เพื่อเดินทางเข้าสู่การเพ่งพินิจต่อกรณีรูปธรรมที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทอันเฉพาะเจาะจง ซึ่งความซับซ้อนและไม่แน่นอนของปัญหาได้ก่อให้เกิดการตีความที่แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การอภิปรายถกเถียงระหว่างภาคีต่าง ๆ และการเสนอทางออกที่แตกต่างกัน

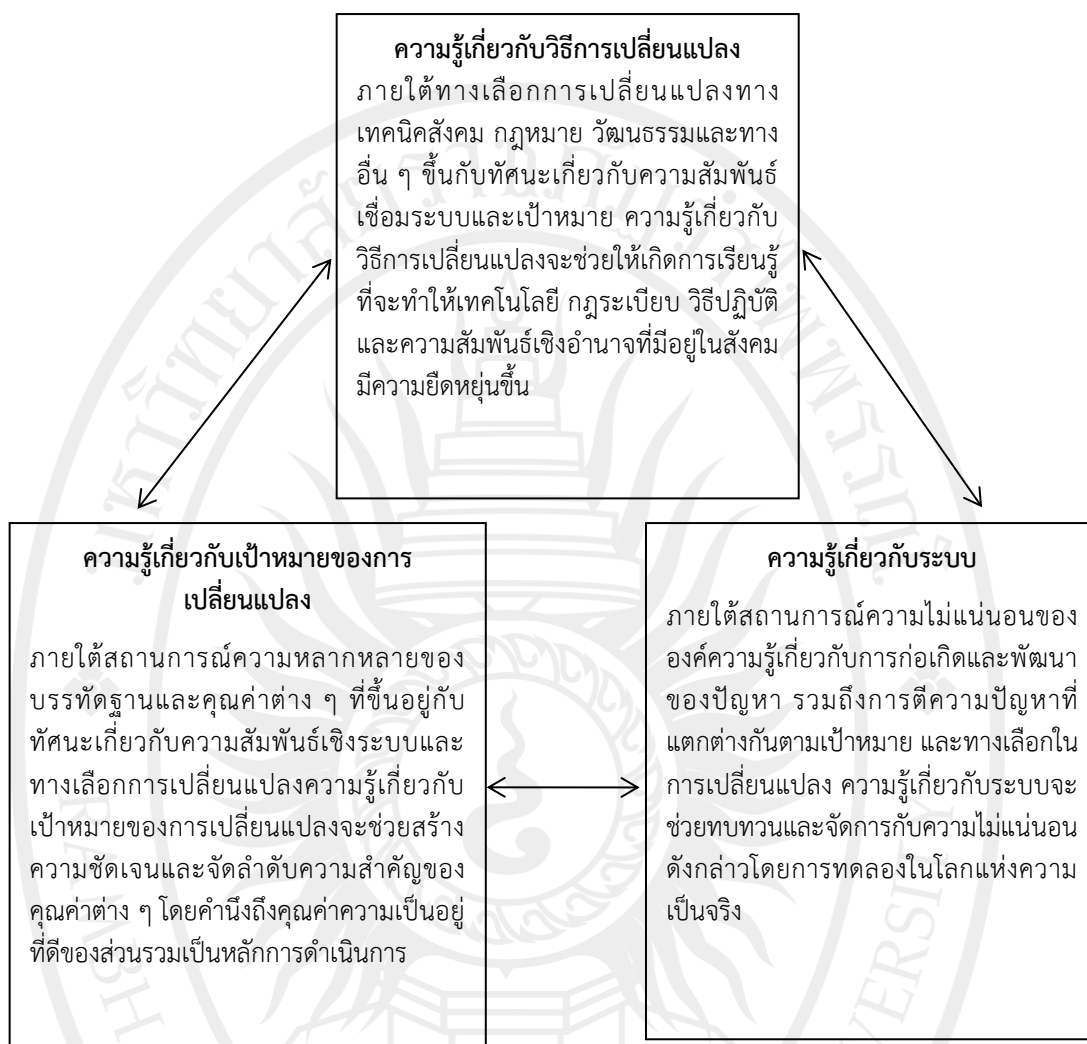
2. ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง

ความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง เป็นการตั้งคำถามที่ระบุถึงความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง เป้าหมายที่พึงปรารถนา และแนวทางการปฏิบัติที่ดีกว่าเดิม ดังนั้นคำถามหลักก็คืออะไรที่จะเป็นเป้าหมายทางสังคมที่หลากหลายสำหรับการวิจัยการแก้ปัญหาของสังคมและการร่วมมือระหว่างนักวิชาการและนักปฏิบัติการ ในขั้นตอนนี้จะประสบกับการท้าทายที่จะต้องให้ความกระจ่างต่อตำแหน่งแห่งที่อันแตกต่างหลากหลาย และทีมงานต้องจัดลำดับความสำคัญของตำแหน่งแห่งที่ต่าง ๆ ตามสถานะของมันที่จะเชื่อมโยงต่อไปสู่การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่ผลประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย โดยคำนึงถึงการยอมรับร่วมกันของทุกฝ่าย

3. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง

ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงเป็นการตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการในทางเทคนิค กฎหมาย ทางสังคม วัฒนธรรมและมิติอื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้ได้ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการปฏิบัติที่เป็นอยู่เดิม พร้อมกับเสนอวิธีการปฏิบัติรูปแบบใหม่ๆ ที่พึงปรารถนาเข้ามาแทนที่ ดังนั้น ความรู้เช่นนี้จึงต้องมีลักษณะของปฏิบัตินิยม (Pragmatism) เนื่องจากทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงนั้นต้องพึงพิงสิ่งเก่าที่ดำรงอยู่ ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างพื้นฐานของสังคม กฎหมาย ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและวิถีวัฒนธรรม เพื่อเป็นโอกาสที่จะก่อให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติได้ ในขั้นตอนนี้ต้องพิจารณาถึงเทคโนโลยีที่ใช้อยู่เดิม กฎ ระเบียบ วิธีการปฏิบัติ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ดำรงอยู่ โดยต้องพิจารณาว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้โครงสร้างต่าง ๆ ที่ดำรงอยู่เดิมไม่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อม ๆ กับทำให้โครงสร้างเดิมมีความยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งใหม่ได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทั้ง 3 รูปแบบ ในการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาสสามารถสรุปให้เห็นอย่างชัดเจนได้ดังภาพที่ 2.1 ต่อไปนี้



ภาพที่ 2.1 การพึ่งพาอาศัยกันระหว่างความรู้เกี่ยวกับระบบความรู้เกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลง และความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง
 ที่มา : (ปรับจาก Hadorn. et al, 2008 : 31)

2.1.3 กระบวนการได้มาซึ่งความรู้ของบูรณาการศาสตร์

กระบวนการที่ให้ได้มาซึ่งความรู้แบบบูรณาการศาสตร์ สามารถแบ่งกระบวนการออกได้เป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ (Hadorn. et al, 2008 : 35-36)

1. การระบุปัญหาและการกำหนดโครงสร้างเพื่อตั้งผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม (Problem Identification and Structuring)
2. การวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis)
3. การนำผลวิจัยไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล (Bringing Results to Fruition)

1. การระบุปัญหาและการกำหนดโครงสร้างเพื่อตั้งผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม

ขั้นการระบุปัญหาและการกำหนดโครงสร้างเพื่อตั้งผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากปัญหาปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัญหาความยากจน เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย อันก่อให้เกิดการอภิปรายถกเถียงกันอย่างเข้มข้นในประเด็นต่าง ๆ การระบุปัญหาเป็นกระบวนการลดความซับซ้อนของปัญหา โดยการระบุผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำมาเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย สร้างสะพานเชื่อมระหว่างความรู้ทางวิชาการกับโลกแห่งชีวิตที่ผ่านประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงในแต่ละวันของชาวบ้าน ปัญหาอาจถูกระบุขึ้นใหม่ โดยพิจารณาถึงปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของชาวบ้านที่ยึดโยงอยู่กับโลกแห่งชีวิตที่ดำเนินไปในแต่ละวัน อาทิ การเชื่อมต่อเข้าด้วยกันระหว่างทักษะในการมองที่แข็งทื่อในแต่ละทักษะ เพื่อก่อให้เกิดวิธีการมองแบบใหม่ ๆ ในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ อย่างเปิดกว้าง เพื่อก่อให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกันอันจะนำไปสู่ความคิดใหม่และสร้างสรรค์ ในขั้นตอนนี้เป็นการจัดวางโครงการวิจัยเอาไว้ภายใต้บริบทอันเฉพาะเจาะจงของท้องถิ่น โดยการนำแนวคิดทางวิชาการมาใช้พร้อม ๆ กับเรียนรู้จากตัวอย่างผลการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาที่ผ่านมา และหลังจากนั้นจึงมองผ่านวิถีชีวิตของชาวบ้านในโลกแห่งชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการ ผลประโยชน์ เทคโนโลยี กฎ ระเบียบ การปฏิบัติ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาจะต้องให้คำอธิบายต่อประเด็นเหล่านั้นทั้งหมด

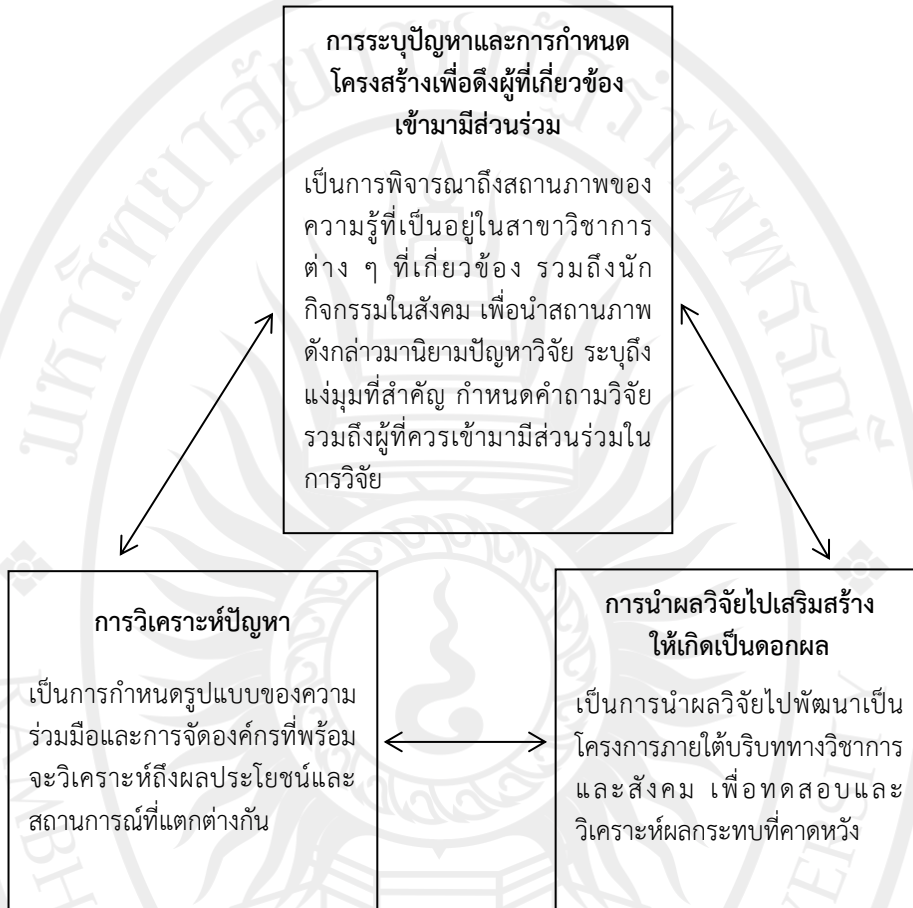
2. การวิเคราะห์ปัญหา

ขั้นการวิเคราะห์ปัญหา เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญโดยการแบ่งออกเป็นปัญหาย่อย ๆ (Sub-problems) ซึ่งการตอบปัญหาย่อยหนึ่ง ๆ จะต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับปัญหาย่อยอื่น ๆ และหลังจากนั้นจึงนำปัญหาย่อยทั้งหมดมาบูรณาการเข้าด้วยกัน ในขั้นตอนนี้ต้องสร้างความร่วมมือระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มาจากกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งบ่อยครั้งที่พวกเขาจะได้ปฏิสังสรรค์ต่อกันอย่างเปิดเผย ความร่วมมือกันอย่างเหนียวแน่นจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนกันอย่างเข้มข้น โดยแต่ละฝ่ายต้องมีทักษะที่เปิดกว้าง มีเหตุผล และมีทัศนคติที่ยืดหยุ่น เพื่อการปรับตัวเข้าหากัน

3. การนำผลวิจัยไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล

ขั้นการนำผลวิจัยไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นขั้นตอนหนึ่งของการวิจัยแบบข้ามพหุสาขา ถึงแม้ว่ายังไม่ใช่ขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยก็ตาม ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานไปตามกระบวนการวิจัย โดยมีเป้าหมายเพื่อก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การนำผลไปเสริมสร้างให้เกิดดอกผลที่เป็นจริง จะสามารถบรรลุได้ในรูปของการทดลองในโลกแห่งชีวิตจริง (Real-world Experiment) โดยการนำมโนทัศน์และวิธีการไปทำการทดสอบซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง (Recursiveness) โดยในกระบวนการทดสอบซ้ำดังกล่าวนี้ จะทำให้นักวิจัยสามารถสังเกตเห็นการเกิดขึ้นของผลกระทบที่ไม่คาดคิดมาก่อน ดังนั้นจึงอยู่นอกตัวแบบและอธิบายไม่ได้ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นจะกระตุ้นให้นักวิจัยต้องหันมาปรับปรุงมโนทัศน์ ฐานคติ และการอธิบายใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาที่อยู่ภายใต้บริบทอันเฉพาะเจาะจงบนโลกแห่งความเป็นจริงพร้อม ๆ กับได้รับการเรียนรู้อย่างมากมาจากกระบวนการดังกล่าว ในที่สุดจะก่อให้เกิดความรู้ใหม่ สำหรับนำไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างให้เกิดผลในขั้นตอนต่อไป

กระบวนการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาทั้ง 3 ขั้นตอนดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่เป็นวงจรที่มีผลซึ่งกันและกันดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 สามขั้นตอนในกระบวนการวิจัยแบบข้ามพหุสาขา

ที่มา : (Pohl and Hirsch Hadorn, 2007 : 42 อ้างถึงใน Hadorn. et al, 2008 : 35)

จากกระบวนการที่ได้มาซึ่งความรู้แบบบูรณาการศาสตร์ 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ ดังกล่าวข้างต้น เราสามารถพิจารณาขั้นตอนในรายละเอียดออกมาเป็น 15 ข้อเสนอ ใน 15 ข้อเสนอดังกล่าวนี้อาจแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ (Wiesmann, et al, 2008 : 434-441)

ส่วนที่ 1 เรื่องขอบเขต กระบวนการ ผลลัพธ์ของการวิจัยแบบข้ามพหุสาขา ในส่วนนี้จะมีข้อเสนอทั้งหมด 6 ข้อเสนอดังนี้

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการจำกัดความ

ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องขอบเขตและความสอดคล้องต้องกัน

ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องกระบวนการแบบกลับไปกลับมา

ข้อเสนอที่ 4 เป็นเรื่องรูปแบบของความรู้

ข้อเสนอที่ 5 เป็นเรื่องเกี่ยวกับบริบทและการสรุปให้เป็นทั่วไป

ข้อเสนอที่ 6 เป็นเรื่องการสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและนวัตกรรมใหม่ ส่วนที่ 2 เรื่องการจัดการกับอุปสรรคขวางกั้นในการปฏิบัติการวิจัยแบบข้ามพหุสาขา ในส่วนนี้จะมีข้อเสนอทั้งหมด 6 ข้อเสนอด้วยกัน

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องการบูรณาการการร่วมมือกัน

ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องคุณค่าและความไม่แน่นอน

ข้อเสนอที่ 4 เป็นเรื่องการจัดการและภาวะผู้นำ

ข้อเสนอที่ 5 เป็นเรื่องการศึกษาและการสร้างอาชีพ

ข้อเสนอที่ 6 เป็นเรื่องการประเมินผลในการควบคุมคุณภาพ

ส่วนที่ 3 เรื่องเสาหลักในการขับเคลื่อนการวิจัยแบบสหวิทยาการ ในส่วนนี้จะมีข้อเสนอทั้งหมด 3 ข้อเสนอด้วยกัน

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของชุมชนวิชาการ

ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของสถาบันหลัก

ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับสังคม

ในการอธิบายถึงข้อเสนอทั้ง 15 ข้อที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อนงานวิจัยแบบข้ามพหุสาขานั้น สามารถระบุดูรายละเอียดได้ดังนี้ (Wiesmann, et al, 2008 : 434-441)

ข้อเสนอที่ 1 เป็นเรื่องการจำกัดความพบว่าการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาเป็นการวิจัยที่อาศัยความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ภายในชุมชนทางวิชาการ และอาศัยการอภิปรายถกเถียงระหว่างนักวิจัยกับสังคมในวงกว้าง ดังนั้น การวิจัยแบบข้ามพหุสาขาจึงสามารถข้ามพหุเส้นแบ่งพรมแดนระหว่างสาขาวิชาของศาสตร์ต่าง ๆ และระหว่างศาสตร์กับความรู้ที่ดำรงอยู่ก่อนในสังคม รวมทั้งการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับข้อเท็จจริง การปฏิบัติ และค่านิยมต่าง ๆ

ข้อเสนอที่ 2 เป็นเรื่องขอบเขตและความสอดคล้องต้องกันพบว่า การวิจัยแบบข้ามพหุสาขาเป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมกับการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่วางอยู่บนฐานของศาสตร์ ภายในกรอบคิดของโลกแห่งชีวิต (Life-world) ที่มีความซับซ้อน มีความไม่แน่นอน มีการประเมินคุณค่าอย่างหลากหลาย และเกี่ยวข้องกับประโยชน์ได้เสียของหลายฝ่าย ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว การวิจัยแบบข้ามพหุสาขา ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงความรู้ทางศาสตร์กับความรู้ของสังคมที่มีอยู่เดิมเข้าด้วยกัน อันจะสามารถปรับปรุงและเพิ่มพูนคุณภาพ การยอมรับ และสร้างความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอที่ 3 เป็นเรื่องกระบวนการแบบกลับไปกลับมาพบว่า การวิจัยแบบข้ามพหุสาขาต้องไม่กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาเอาไว้ล่วงหน้า ในทางตรงข้ามต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหลาย ๆ ฝ่าย (ทั้งนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านศาสตร์และชาวบ้านที่อยู่ในโลกแห่งชีวิต (Life-world) ในการระบุปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ร่วมกัน นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงการระบุปัญหา เข้ากับการค้นหาปัญหา และการนำผลไปเสริมสร้างให้เกิดเป็นดอกผล (ในแง่ของกระบวนการเรียนรู้) โดยผ่านการวิจัยแบบซ้ำแล้วซ้ำเล่า กลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง พร้อม ๆ กับผ่านกระบวนการเจรจาต่อรองระหว่างฝ่ายต่าง ๆ

ข้อเสนอที่ 4 เป็นเรื่องรูปแบบของความรู้พบว่า ในการวิจัยแบบข้ามพันสาขาต้องไม่กำหนด “กฎ” หรือ “หลักการ” เกี่ยวกับบทบาทการมีส่วนร่วมและขีดความสามารถที่สูง/ต่ำของศาสตร์แต่ละสาขา (วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศาสตร์ประยุกต์ทางเทคนิค) รวมทั้งความรู้ที่อยู่บนฐานโลกแห่งชีวิตของชาวบ้าน เอาไว้ล่วงหน้า ในทางตรงข้าม การมีส่วนร่วมจะดำเนินไปเองในระหว่างกระบวนการวิจัย อันจะนำไปสู่การบูรณาการขององค์ความรู้จากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อนำไปสู่การอธิบาย การผลิต และการบูรณาการความรู้ที่ต้องการตามมา

ข้อเสนอที่ 5 เป็นเรื่องเกี่ยวกับบริบทและการสรุปให้เป็นทั่วไปพบว่า การวิจัยแบบข้ามพันสาขาจะถูกก่อรูปขึ้นภายใต้บริบทของปัญหารูปธรรม และสัมพันธ์กับสถานที่ตั้งทางสังคมที่ได้เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้น ดังนั้น โดยพื้นฐานแล้วผลที่ได้รับจึงมีความถูกต้องและใช้การได้ภายใต้บริบทดังกล่าวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากในการวิจัยนั้นมีการอธิบายถึงเงื่อนไขทางด้านบริบทของการเกิดปัญหาดังกล่าวที่ชัดเจน ก็จะทำให้การวิจัยแบบข้ามพันสาขา สามารถสร้างเป็นโมเดลและแนวคิด/ทฤษฎีที่มีลักษณะทั่วไป เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาบริบทอื่น ๆ ได้ด้วย

ข้อเสนอที่ 6 เป็นเรื่องการสร้างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและนวัตกรรมใหม่พบว่า คุณภาพของการวิจัยแบบข้ามพันสาขาขึ้นอยู่กับแนวคิดในการบูรณาการความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างถูกต้อง และดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบของความชำนาญเฉพาะด้านของตัวมันเอง อย่างไรก็ตาม การวิจัยแบบข้ามพันสาขาจะไม่มีจุดหมาย ถ้าความรู้จากศาสตร์เฉพาะสาขาไม่สามารถสร้างคุณูปการให้เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ดังนั้นในการกระตุ้นให้ศาสตร์แต่ละสาขาสามารถใช้ศักยภาพของตนในการสร้างผลให้เกิดขึ้นจริงนั้นจำเป็นต้องมีการรวมกลุ่มของผู้ที่มีความสนใจร่วมกัน เพื่อประสานความร่วมมือในการเชื่อมโยงเข้าด้วยกันระหว่างความชำนาญเฉพาะด้านของศาสตร์แต่ละแขนง เข้ากับความเชี่ยวชาญตามแบบฉบับของการวิจัยแบบข้ามพันสาขา

ข้อเสนอที่ 7 เป็นเรื่องการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการวิจัยแบบข้ามพันสาขาจะต้องจัดให้มีการปฏิสังสรรค์และการต่อรองที่มีการจัดโครงสร้าง จัดขั้นตอน และการเลือกสรรอย่างระมัดระวัง โดยต้องมีการพิจารณาถึงความแตกต่างทางด้านทรัพยากร เป้าหมาย และคุณค่าต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดผลประโยชน์ได้เสีย รวมทั้งการจัดการเพื่อให้ได้มาซึ่งความเป็นตัวแทนของกลุ่มทางสังคมที่ต่างกัน ตลอดจนความเป็นตัวแทนของศาสตร์ต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ทุกฝ่ายหันมายุติถือนแนวคิดที่จะเรียนรู้ร่วมกัน อันจะเป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้ที่มีตำแหน่งและบทบาทต่างกันให้หันหน้ามาร่วมมือกันได้ ท่ามกลางความแตกต่างหลากหลาย โดยไม่ต้องขจัดให้ใครออกไป ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นประตูสำคัญที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมที่เน้นเป้าหมายเป็นสำคัญ

ข้อเสนอที่ 8 เป็นเรื่องการบูรณาการการร่วมมือกันพบว่า ความพยายามร่วมมือระหว่างกัน เพื่อนำไปสู่การบูรณาการนั้นจำเป็นต้องพิจารณาถึงธรรมชาติของวิธีการ “Recursive Method” ที่ใช้ในการวิจัยแบบข้ามพันสาขา กล่าวคือ ในกระบวนการศึกษาแบบทดลองกับประสบการณ์แห่งความเป็นจริงซ้ำ ๆ กลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงแบบบูรณาการซึ่งก็คือ การพัฒนากรอบทฤษฎีร่วมกัน การประยุกต์ใช้โมเดลร่วมกัน และได้รับผลิตผลรูปธรรมร่วมกัน เป็นต้น อันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการวิจัยแบบข้ามพันสาขา ขณะเดียวกัน การดำเนินงานแบบข้ามพันสาขา จะต้องมีการจัดตั้งในลักษณะที่สามารถรักษาความสมดุลระหว่างความร่วมมือเพื่อ

เป้าหมายร่วม กับผลประโยชน์ของแต่ละภาคีที่เข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งประโยชน์ที่แต่ละสาขาวิชาจะได้รับ

ข้อเสนอที่ 9 เป็นเรื่องคุณค่าและความไม่แน่นอนพบว่า การวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาให้ความสนใจต่อความแตกต่างในคุณค่าและประโยชน์ได้เสียอย่างจริงจังในทุก ๆ ขั้นตอน ดังนั้นจะต้องโน้มน้าวให้แต่ละฝ่ายหันมาให้ความสำคัญกับ “การเรียนรู้ร่วมกัน” ในกระบวนการร่วมมือและการเจรจาต่อรอง โดยไม่คำนึงถึงตำแหน่งแห่งที่ของตน แต่ต้องยืดหยุ่นเพื่อปรับตัวเข้าหากัน ทีมงานต้องจัดสรรเวลาในการดำเนินการให้เพียงพอพร้อม ๆ กับสร้างความเป็นเจ้าของในปัญหาร่วมกัน และสร้างความสำนึกในคุณค่าร่วมกัน โดยผ่านกระบวนการไตร่ตรองสะท้อนความคิด (Reflexive Processes) ระหว่างนักวิจัยด้วยกันเอง ซึ่งจะทำให้สามารถจัดการต่อปัญหาความไม่แน่นอน และจัดการกับเส้นแบ่งพรมแดนของความรู้ระหว่างสาขาได้

ข้อเสนอที่ 10 เป็นเรื่องการจัดการและภาวะผู้นำพบว่า โครงการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องใช้ภาวะการนำที่เน้นรักษาความสมดุลระหว่างช่วงเวลาที่ต้องให้ความร่วมมือต่อกันอย่างเข้มข้นเพื่อให้เกิดผลผลิตที่ระบุอย่างชัดเจนกับช่วงเวลาที่ต้องใช้ความรู้จากศาสตร์เฉพาะสาขาในระดับลึก การสร้างสมดุลระหว่างช่วงเวลาทั้งสองอย่างเหมาะสม จะช่วยผ่อนคลายนภาระงานทางด้านการบริหารลงพร้อม ๆ กับจัดเตรียมช่องทางในการสื่อสารที่ชัดเจน ช่องทางในการบูรณาการ และช่องทางในการไตร่ตรองสะท้อนความคิด รวมทั้งการเสริมสร้างให้เกิดการยอมรับในผู้ที่มีส่วนในการสร้างคุณูปการทุก ๆ ฝ่าย โดยเปิดกว้างให้แต่ละฝ่ายสามารถเข้าถึงเพื่อนร่วมงานอื่น ๆ ได้โดยง่าย

ข้อเสนอที่ 11 เป็นเรื่องการศึกษาและการสร้างอาชีพพบว่า การพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมและการจัดการศึกษาแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องพัฒนาขึ้นโดยผ่านการเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดเข้ากับศาสตร์ในสาขาวิชาที่เป็นต้นกำเนิด นอกจากนี้ยังต้องสร้างขีดความสามารถในการสื่อสารและความร่วมมือ โดยผ่านการปฏิบัติพร้อม ๆ กับให้ความสำคัญกับการไตร่ตรองสะท้อนความคิด และการพัฒนาทักษะทางด้านทฤษฎี มโนทัศน์และระเบียบวิธี ซึ่งจะทำให้สามารถเชื่อมโยงเข้าหากันระหว่างศาสตร์แต่ละสาขาวิชาได้ นอกจากนี้การสร้างความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพจะต้องได้รับการสนับสนุน โดยผ่านการวางแผนอย่างระมัดระวังและจัดลำดับขั้นตอนของผลผลิต ที่เกิดขึ้นซึ่งพุ่งเป้าไปที่ระบบการอ้างอิงของสาขาวิชาที่เป็นต้นกำเนิด รวมทั้งเสริมสร้างความเป็นกลุ่มเพื่อนที่มาร่วมมือกันในการอบรมและจัดการศึกษาแบบข้ามพ้นสาขา

ข้อเสนอที่ 12 เป็นเรื่องการประเมินผลในการควบคุมคุณภาพพบว่า การประเมินผลการวิจัยแบบข้ามพ้นสาขาจะต้องข้ามพ้นวิธีการแบบเดิม โดยหันมาเน้นการประเมินคุณสมบัติด้านการบูรณาการและการสร้างความร่วมมือระหว่างศาสตร์ในสาขาวิชาต่าง ๆ และระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม การออกแบบการทดลองที่ดำเนินการบนโลกแห่งความเป็นจริงเข้าไปเข้ามาหลาย ๆ ครั้ง ซึ่งจะต้องใช้ความรู้ที่อยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และการจัดการปัญหาของสังคม และเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในความพยายามดำเนินการควบคุมคุณภาพภายในนั้น นักวิจัยต้องหันมาเน้นสร้างความสมดุลระหว่างความสามารถเฉพาะด้าน กับการข้ามพ้นความเป็นสาขาวิชาโดยผ่านกระบวนการสานเสวนาที่ดำเนินการอย่างวิพากษ์และสร้างสรรค์ (Constructive and Critical Dialogue) ซึ่งดำเนินการร่วมกันภายในทีมที่จัดทำกรวิจัยแบบข้ามพ้นสาขา

ข้อเสนอที่ 13 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของชุมชนวิชาการ พบว่าการปฏิบัติการแบบข้ามพหุสาขาที่ดีและเป็นรูปธรรมจะต้องเสริมด้วยความพยายามในการยกระดับพื้นฐานของความเป็นศาสตร์และการยอมรับในความเป็นวิทยาศาสตร์ของมัน ซึ่งความพยายามดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ สามารถข้ามพหุกระบวนการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาโดยมีเป้าหมายในการพัฒนาและเสริมสร้างนวัตกรรมที่เกี่ยวกับทฤษฎีและระเบียบวิธี ที่เป็นประโยชน์ต่อศาสตร์ในทุก ๆ สาขาวิชา ซึ่งความท้าทายดังกล่าวนี้จะสามารถบรรลุผลได้ก็ต่อเมื่อมีการขยายเครือข่ายของกลุ่มออกไปให้กว้างขวางมากขึ้น อันจะทำให้สามารถเชื่อมโยงเข้าด้วยกันระหว่างกระบวนการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาและศาสตร์เฉพาะสาขา รวมทั้งการสร้างระบบการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอที่ 14 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับการท้าทายของสถาบันหลักพบว่า เพื่อให้เกิดการพัฒนาการวิจัยแบบข้ามพหุสาขา รวมทั้งเสริมสร้างรากฐานให้กับความเป็นศาสตร์ของการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาและการเสริมสร้างขีดความสามารถทางนวัตกรรมให้แก่ศาสตร์ในสาขาวิชาต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วม นั้น จำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งทางด้านสถาบันให้แก่ศาสตร์และชุมชนวิชาการของมัน ซึ่งสามารถทำได้โดยการผนวกการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาเข้าสู่สถาบันการศึกษาที่มีอยู่แล้ว ทั้งการสร้างผลงานวิจัย การเปิดหลักสูตรใหม่เกี่ยวกับการวิจัยแบบข้ามพหุสาขา การสร้างความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่มีอยู่ก่อนแล้ว และการสร้างผู้เชี่ยวชาญทางด้านกระบวนการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาขึ้น นอกจากนี้เครือข่ายของกลุ่มเพื่อน การวิจัยแบบข้ามพหุสาขาก็ยังมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ปฏิบัติการของการวิจัยแบบข้ามพหุสาขากลายเป็นสถาบันที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนภายในชุมชนทางวิชาการ

ข้อเสนอที่ 15 เป็นเรื่องการเผชิญหน้ากับสังคมพบว่า ความพยายามในการพัฒนาการวิจัยแบบข้ามพหุสาขาจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการอภิปรายถกเถียงเกี่ยวกับบทบาทของศาสตร์ที่มีต่อสังคม ซึ่งการโต้เถียงดังกล่าวจะต้องดำเนินไปอย่างกว้างขวางภายในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อศาสตร์ประสบกับการท้าทายจากปัญหาที่ซับซ้อนและเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ขณะเดียวกัน ชุมชนทางวิทยาศาสตร์ก็จะถูกกระตุ้นให้เกิดการถกเถียงครั้งแล้วครั้งเล่าถึงบทบาทของค่านิยม (Value) และผลประโยชน์ได้เสียอันแตกต่างหลากหลายที่เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย คุณูปการต่อการแก้ไขปัญหาโลกแห่งชีวิตโดยผ่านการวิจัยแบบข้ามพหุสาขานั้น จำเป็นที่ศาสตร์จะต้องมีความสำนึกและมีความชัดเจนเกี่ยวกับการยึดมั่นในค่านิยม และพรมแดนของความรู้และข้อค้นพบต่าง ๆ โดยจำเป็นที่จะต้องมีภาพลักษณ์เกี่ยวกับศาสตร์อันสอดคล้องต้องกันที่ปรากฏขึ้นภายในสังคม

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

2.2.1 นิยามของโรคและการวินิจฉัย

คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558 : 8-10)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติมานานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ภาวะไตผิดปกติ หมายถึง มีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจพบความผิดปกติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือน
ไตแก่

1.1.1 ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) โดยใช้ค่า Albumin Excretion Rate (AER) มากกว่า 30 mg/24h หรือ Albumin-to-creatinine Ratio (ACR) มากกว่า 30 mg/g

1.1.2 ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (Hematuria)

1.1.3 มีความผิดปกติของเกลือแร่ (Electrolyte) ที่เกิดจากท่อไตผิดปกติ

1.2 ตรวจพบความผิดปกติทางรังสีวิทยา

1.3 ตรวจพบความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ

1.4 มีประวัติการได้รับผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2. ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยอาจตรวจพบหรือไม่พบว่ามีภาวะไต ผิดปกติก็ได้

2.2.2 อัตราความชุกของโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนความชุกของโรคไตในประเทศต่าง ๆ พบว่า สหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 คิดเป็นร้อยละ 8 ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 10.9 ส่วนในประเทศออสเตรเลียมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 11.2

อัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยพบว่าโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-2 มีอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 5-11.3 ในขณะที่โรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 มีอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 5.5-11.2 โดยที่ประเทศไทยจากการศึกษาของ Thai SEEK Study พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 คิดเป็นร้อยละ 8.6 และมีผู้ป่วยเรื้อรังในระยะที่ 1-5 คิดเป็นร้อยละ 17.5 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุณนาค และวรางคณา พิษขวงค์, 2554 : 8-9) โดยมีการกระจายของโรคมากที่สุด ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล (ร้อยละ 23.9) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.2) และภาคเหนือ(ร้อยละ 20.4)

2.2.3 สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง

สาเหตุของโรคไตเรื้อรังนั้น แต่เดิมพบว่า มีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic Glomerulonephritis) มากที่สุด ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสาเหตุมาจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease) มากที่สุด รองลงมาเป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Nephrosclerosis) และโรคไตเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากโรคไตโกลเมอรูลัส (Chronic Glomerulonephritis) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ อีก ได้แก่ โรคนิ่วในไต (Renal Stone Disease หรือ Nephrolithiasis) โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ (Chronic Pyelonephritis) โรคไตจากเก๊าท์ (Gouty Nephropathy) โรคไตจากการกินยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็น

เวลานาน (Chronic Analgesic Nephropathy) โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD)

2.2.4 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

1. ควรแบ่งระยะของโรคไตตามสาเหตุระดับ eGFR และปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ
2. ควรแบ่งสาเหตุและชนิดของโรคไตตามโรครวม (Systemic Diseases) โรคทางพันธุกรรม โรคที่เกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม และโครงสร้างทางกายวิภาคของไต หรือพยาธิสภาพ
3. การแบ่งระยะตามระดับของ eGFR โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้แบ่งระดับอัตราการกรองของไตไว้ 5 ระดับ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD Stages)	eGFR (mL/min/1.73 m ²)	คำนิยาม
ระยะที่ 1	>90	ปกติ หรือ สูง
ระยะที่ 2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45-59	ลดลงเล็กน้อย ถึง ปานกลาง
ระยะที่ 3b	30-44	ลดลงปานกลาง ถึง มาก
ระยะที่ 4	15-29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	<15	ไตวายระยะสุดท้าย

ที่มา : (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558 : 9)

2.2.5 การติดตามระดับการทำงานของไต

ควรมีการติดตามระดับการทำงานของไตโดยการตรวจค่า eGFR และอัลบูมินจากตัวอย่างปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่ควรตรวจถี่ขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะมี eGFR ลดลงอย่างรวดเร็ว หรือเพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือติดตามการรักษา โดยมีข้อแนะนำสำหรับความถี่ในการตรวจซึ่งแบ่งตามระยะของโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 และ 2 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 12 เดือน หรือทุก 6 เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า 300 mg/g หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g
2. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a ควรติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือ
 - 2.1 ทุก 4 เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า 300 mg/g หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g
 - 2.2 ทุก 12 เดือน ถ้าระดับการทำงานของไตคงที่และตรวจไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ
3. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ควรติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือทุก 4 เดือน ถ้าตรวจพบ ACR มากกว่า 30 mg/g หรือ PCR มากกว่า 150 mg/g

4. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 4 เดือน หรือทุก 3 เดือน
 ภาตรวจพบ ACR มากกว่า 300 mg/g หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g

5. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ควรติดตามอย่างน้อยทุก 3 เดือน

2.2.6 การดูแลโรคไตเรื้อรัง

การชะลอไตเสื่อม (Slowing the Progression of Kidney Disease) หมายถึง การป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต ซึ่งสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แนะนำวิธีการชะลอไตเสื่อมไว้ 5 ประการดังนี้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558 : 9)

1. การควบคุมความดันโลหิต

1.1 ปรับเป้าหมายของระดับความดันโลหิตและชนิดของยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงอายุ โรคหัวใจ และหลอดเลือด ความเสี่ยงต่อการเสื่อมของไต ความทนต่อยา และผลข้างเคียงของการรักษาโดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตต่ำ กลืนแรมิดปกติ และภาวะไตวายฉับพลัน

1.2 แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาวะของหัวใจ และโรครวมของผู้ป่วย ควบคุมน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ระหว่าง 20-25 kg/m² จำกัดการรับประทานโซเดียมในน้อยกว่า 2,000 mg/day และให้หยุดสูบบุหรี่

1.3 เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่า 30 mg/day หรือ PCR น้อยกว่า 150 mg/g คือน้อยกว่า 140/90 mmHg

1.4 เป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะ มากกว่า 30 mg/day หรือ PCR มากกว่า 150 mg/g คือน้อยกว่า 130/80 mmHg

1.5 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งที่เป็นและไม่เป็นเบาหวานที่มี ACR 30-300 mg/g หรือ PCR 150-500 mg/g ควรได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ถ้าไม่มีข้อห้ามในการใช้

1.6 ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังทั้งที่เป็นและไม่เป็นเบาหวานที่มี ACR 300 mg/day หรือ PCR มากกว่า 500 mg/g ควรได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ถ้าไม่มีข้อห้ามในการใช้

1.7 ไม่มีข้อมูลสนับสนุนการใช้ยาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับ ARBs ในการชะลอการเสื่อมของไต

1.8 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ควรได้รับยาในขนาดปานกลาง หรือสูงตามที่มีการศึกษาวิจัยถึงผลดีของยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.9 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ชนิดรวมกัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย

1.10 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ควรได้รับการติดตามระดับครีเอตินิน และระดับโปแตสเซียมในเลือดเป็นระยะตามความเหมาะสม โดยยังสามารถใช้ยา

ดังกล่าวต่อไปได้ในกรณีที่มีการเพิ่มขึ้นของระดับครีเอตินินในเลือดไม่เกินร้อยละ 30 จากค่าตั้งต้น หรือระดับโปแตสเซียมในเลือดน้อยกว่า 5.5 mmol/L

2. การลดปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ

2.1 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปัสสาวะที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากเบาหวาน คือ AER น้อยกว่า 500-1,000 mg/day หรือ PCR น้อยกว่า 500-1,000 mg/g ภายในระยะเวลา 6 เดือน

2.2 เป้าหมายของระดับโปรตีนในปัสสาวะที่หวังผลชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากเบาหวาน คือ ลดระดับโปรตีนในปัสสาวะให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่เกิดผลข้างเคียงจากยาที่รักษา

2.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับยากลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ควรปรับเพิ่มขนาดยาจนปริมาณโปรตีนในปัสสาวะถึงเป้าหมาย โดยไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา

2.4 ไม่แนะนำให้ยากลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงและปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะน้อยกว่า 30 mg/day

2.5 แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นเบาหวาน และมี AER 30-300 mg/day หรือ ACR 30-300 mg/g

2.6 แนะนำให้ใช้ยา ACEI หรือ ARB ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งที่เป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวานที่มี AER มากกว่า 300 mg/g หรือ ACR มากกว่า 300 mg/g

2.7 ไม่มีข้อมูลสนับสนุนการให้ยากลุ่ม ACEIs ร่วมกับ ARBs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการชะลอการเสื่อมของไต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมด้วย หรือในผู้ป่วยเบาหวาน

3. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง

3.1 เป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรพิจารณาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ (Life Expectancy) หรืออายุขัยโรครวมต่าง ๆ รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมีหลักเกณฑ์ทั่วไป ดังนี้

3.1.1 ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร (Preprandial Capillary Plasma Glucose) ที่ระดับ 80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ผู้ป่วยที่มี AER น้อยกว่า 300 mg/day และไม่มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ใกล้เคียงค่าของระดับที่แนะนำ ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ผู้ป่วยที่มี AER มากกว่า 300 mg/day หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้คงมาทางค่าสูงของระดับที่แนะนำ

3.1.2 ระดับน้ำตาลสูงสุดหลังอาหาร (Peak Postprandial Capillary Plasma Glucose) น้อยกว่า 180 mg/dL (น้อยกว่า 10.0 mmol/L)

3.1.3 เป้าหมายระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ประมาณร้อยละ 7.0 ในผู้ป่วยบางรายอาจพิจารณาลดระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวดเพื่อให้ใกล้เคียงค่าปกติ (HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 6.5) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน คาดว่ามีอายุขัยยืนยาว ไม่มีโรคหัวใจและ

หลอดเลือด และมีความเสี่ยงต่ำที่จะเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายควรลดความเข้มงวดของการคุมระดับน้ำตาล (เป้าหมาย HbA1C ร้อยละ 7-8) ได้แก่ ผู้ที่เคยมีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงหรือไม่มีการเผาระวัง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ตีพอ ผู้ที่คาดว่าอายุขัยไม่นาน เป็นเบาหวานมานาน มีโรคหัวใจและหลอดเลือดหรืออาการแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดขนาดเล็กที่เป็นมากแล้ว หรือมีโรคอื่น ๆ ที่รุนแรงรวมด้วย

3.2 การขยายลดระดับน้ำตาลในเลือด

3.2.1 กลุ่ม Biguanides (Metformin): สามารถใช้ยา Metformin ได้เมื่อ eGFR มากกว่าหรือเท่ากับ $45 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ แต่ควรทบทวนหรือระงับการใช้ยาเมื่อ eGFR อยู่ในช่วง $30-44 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ และไม่ควรใช้ยาหรือควรหยุดการใช้ยา Metformin เมื่อ eGFR น้อยกว่า $30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

3.2.2 กลุ่ม Sulfonylureas: สามารถใช้ได้แต่ควรเผาระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการกำจัดยาลดลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จึงควรเริ่มยาที่ขนาดต่ำ

3.2.2.1 Glibenclamide: ไม่แนะนำให้ใช้ถ้า eGFR น้อยกว่า $30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

3.2.2.2 Glipizide และ Gliclazide: สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยา แต่ต้องระวังในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า $10 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

3.2.3 กลุ่ม Alpha-glucosidase Inhibitors: ไม่แนะนำให้ใช้ Acarbose ถ้า eGFR น้อยกว่า $30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ และไม่แนะนำให้ใช้ Miglitol ถ้า eGFR น้อยกว่า $25 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

3.2.4 กลุ่ม Meglitinides: Repaglinide และ Nateglinide สามารถใช้ได้ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อยากรู้ก็ตาม ในผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า $30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ควรเริ่มยาที่ขนาดต่ำ (Repaglinide 0.5 mg/day หรือ Nateglinide 60 mg/day) และเพิ่มขนาดยาช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง

3.2.5 กลุ่ม Thiazolidinediones: สามารถใช้ได้ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยไม่ต้องปรับขนาดยาแต่ต้องระวังภาวะบวม และหัวใจวายจากการที่มีเกลือและน้ำคั่ง และมีรายงานความสัมพันธ์กับอัตราการกระดูกหักเพิ่มขึ้น จึงอาจต้องระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความแข็งแรงของกระดูก

3.2.6 กลุ่ม Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors: สามารถใช้ยาในกลุ่มนี้ได้ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่การทำงานของไตลดลงมาก โดยการปรับลดขนาดยา ได้แก่ Sitagliptin Saxagliptin และ Vildagliptin มีเพียงยา Linagliptin เท่านั้นสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องปรับลดขนาดยา ขนาดยาปกติของ Sitagliptin คือ 100 mg/day แนะนำให้ลดขนาดยาเหลือร้อยละ 50 ของขนาดยาปกติ (50 mg/day) เมื่อ eGFR อยู่ในช่วง $30-50 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ และลดขนาดยาเหลือร้อยละ 25 (25 mg/day) เมื่อ eGFR น้อยกว่า $30 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ส่วนยา Vildagliptin แนะนำให้ใช้ขนาดยา 50 mg/day เมื่อ eGFR น้อยกว่า $50 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ และ Saxagliptin ใช้ขนาดยา 2.5 mg/day เมื่อ eGFR น้อยกว่าหรือเท่ากับ $50 \text{ mL/min/1.73 m}^2$

3.2.7 กลุ่มอินซูลิน (Insulins): เป็นยาที่ใช้เริ่มต้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรืออาจใช้ในเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก (HbA1C มากกว่าร้อยละ 10 หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาก่อนอาหารเช้า มากกว่า 250 mg/dL หรือระดับน้ำตาลในพลาสมาจากการสุ่มตรวจ (Random) มากกว่า 300 mg/dL หรือสามารถใช้อินซูลินร่วมกับยา รับประทานในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมายด้วยยา รับประทาน 2 ชนิด นอกจากนี้ อินซูลินเป็นยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะเมื่อการทำงานของไต ลดลงอย่างมาก (eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m²) อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับขนาดของยา จากปริมาณเดิมที่ใช้เมื่อการทำงานของไตลดลง โดยคำแนะนำทั่วไป ได้แก่ ควรลดขนาดยาอินซูลิน ร้อยละ 25 เมื่อ GFR อยู่ในช่วง 10-50 ml/min/1.73 m² และลดขนาดลงร้อยละ 50 เมื่อ GFR น้อยกว่า 10 ml/min/1.73 m² รวมทั้งควรเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยการติดตามระดับ น้ำตาลในเลือดเป็นระยะ

4. โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

4.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนต่ำเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยกำหนดระดับอาหารโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวัน ดังนี้

4.1.1 ผู้ป่วยที่ eGFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m² (ระยะที่ 4-5) ควรได้รับโปรตีน 0.8 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น

4.1.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (High Biological Value Protein) หรือโปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน ได้แก่ โปรตีนจากเนื้อสัตว์หรือไข่ขาว เป็นต้น อย่างน้อยร้อยละ 60

4.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับพลังงานที่เพียงพอจากอาหาร ดังนี้

4.2.1 ถ้าอายุน้อยกว่า 60 ปีควรได้รับพลังงาน 35 Kcal/kg ของน้ำหนักตัว ที่ควรเป็น กิโลกรัม/วัน

4.2.2 ถ้าอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ควรได้รับพลังงาน 30-35 Kcal/kg ของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น กิโลกรัม/วัน วิธีการคำนวณน้ำหนักตัวที่ควรเป็น

$$\text{เพศชาย} = \text{ความสูง (cm)} - 100$$

$$\text{เพศหญิง} = \text{ความสูง (cm)} - 110$$

4.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการดูแลรักษาให้มีระดับโปแตสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง ควรค้นหาสาเหตุ เช่น จากการใช้ยาในกลุ่ม ACEIs หรือยาขับปัสสาวะที่ลดการขับสารโปแตสเซียม เป็นต้น และควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมต่ำ

4.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูงหรือมีอาการบวม ควรได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีองค์ประกอบของโซเดียมน้อยกว่า 90 mmol/day (2,000 mg ของโซเดียม)

4.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการชั่งน้ำหนัก คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต และตรวจอาการบวมทุกครั้งที่มาพบแพทย์

4.5 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการตรวจระดับอัลบูมินในเลือดทุก 3-6 เดือน โดยระดับอัลบูมินควรมากกว่า 3.5 g/dL และไม่มีภาวะทุพโภชนาการ

4.6 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยรับประทาน (Dietary Protein Intake) ทุก 3-6 เดือน โดยวิธีเก็บปัสสาวะ คำนวณหาคา Normalized Protein Equivalent of Nitrogen Appearance (nPNA) ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจหาคา nPNA อาจใช้วิธี Dietary Recall หรือ Food Record มาใช้ประเมินปริมาณ โปรตีนที่ผู้ป่วยได้รับแทน

4.7 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากผู้เชี่ยวชาญ และได้รับการปรับเปลี่ยนคำแนะนำตามความรุนแรงและระยะของโรคไตเรื้อรัง

4.8 ในกรณีที่สามารถเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงได้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะอย่างน้อยทุก 3-6 เดือน โดยเฉพาะในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

5. การหลีกเลี่ยงยาหรือสารพิษที่ทำลายไต

5.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงการได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs และกลุ่ม Cyclooxygenase-2 (COX-2) Inhibitors รวมทั้งควรใช้ยาในกลุ่ม Aminoglycosides และสมุนไพรด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นได้

5.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรหลีกเลี่ยงการได้รับ Radiocontrast Agents แต่ถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ควรเลือกใช้ Radiocontrast Agents ชนิดที่เป็น Low- หรือ Iso-osmolar Non-ionic Agents และควรได้รับการรักษาเพื่อป้องกัน การเสื่อมของไต ได้แก่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และควรมีการติดตามค่า GFR ที่ 48-96 ชั่วโมง ภายหลังจากการได้รับ Radiocontrast agents

5.3 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า GFR น้อยกว่า 15 ml/min/1.73 m² ควรหลีกเลี่ยงการได้รับ Gadolinium-based Contrast Agents เว้นแต่ไม่มีวิธีการวินิจฉัยอื่น ๆ ที่ดีกว่า โดยขนาดของ Gadolinium-based Contrast Agents ที่ได้รับไม่ควรเกินจากที่ระบุไว้ในฉลากผลิตภัณฑ์และควรเว้นระยะของการให้ซ้ำอย่างเหมาะสม

5.4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า GFR น้อยกว่า 30 ml/min/1.73 m² ในกรณีที่ต้องได้รับ Gadolinium-based Contrast Agents ควรให้ Macrocytic Chelate Preparation

5.5 ในการเตรียมลำไส้เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่ ไม่ควรใช้ Oral Phosphate-containing Bowel Preparations ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีค่า GFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m² เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Phosphate Nephropathy

สรุป แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลโรคไตเรื้อรังได้แก่ การจำกัดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการรับประทานยาที่ส่งผลกระทบต่อไต โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะได้รับบริการที่หน่วยบริการ โดยจำแนกตามระดับอัตราการกรองของไตเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถช่วยชะลอไตเสื่อมไม่ให้เข้าสู่ระยะในการบำบัดทดแทนไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.7 การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี

การดำเนินงานชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีมีแนวทางปฏิบัติเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง CKD ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3A ที่มีระดับอัตราการกรองมากกว่า $45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ บุคลากรที่ให้บริการชะลอไตเสื่อมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของคลินิกชะลอไตเสื่อม

2. หน่วยบริการทุติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โดยหน่วยบริการทุติยภูมิดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3B-5 ที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า $45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ บุคลากรที่ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและนักโภชนาการ โดยให้บริการชะลอไตเสื่อมประกอบด้วย การประเมินอัตราการกรองของไต การให้บริการชะลอไตเสื่อม การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยประสานงานเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม

3. หน่วยบริการตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โดยหน่วยบริการตติยภูมิดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 4-5 ที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ บุคลากรที่ให้บริการ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต เภสัชกร พยาบาลเฉพาะทางด้านการบำบัดทดแทนไตและนักโภชนาการ ซึ่งการให้บริการมีความเฉพาะทาง ได้แก่ การให้บริการเตรียมเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์วิถีธรรม

จากการสำรวจเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวกับแนวคิดว่าด้วยการแพทย์วิถีธรรม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาที่จะนำมาใช้ในดัชนีพันธนี้แบ่งออกเป็น 3 หัวข้อใหญ่ ๆ คือ

2.3.1 ฐานคิดของการแพทย์วิถีธรรม

2.3.2 หลักการแพทย์วิถีธรรม

2.3.1 ฐานคิดของการแพทย์วิถีธรรม

จากการวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า การแพทย์วิถีธรรมนั้นตั้งอยู่บนฐานคิดทางการแพทย์ที่เรียกว่า แนวคิดเรื่องธาตุ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533 : 605) ได้ให้ความหมายว่า ธาตุ หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะที่เป็นธรรมชาติขององค์ประกอบที่บูรณาการเข้าเป็นสรรพสิ่ง ความหมายดังกล่าวสอดคล้องกับความหมายที่ท่าน ประยูร ปยุตโต (2533 : 113) ได้ให้ความหมายคำว่าธาตุไว้ว่า เป็นสิ่งที่ทรงสภาวะของมันอยู่เองตามธรรมชาติของเหตุปัจจัย ธาตุนั้นมีลักษณะทั้งทางรูปธรรมและนามธรรม ตัวอย่างเช่น แนวคิดเรื่องธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลมและไฟนั้นถือว่าเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการก่อรูปเป็นร่างกายของมนุษย์โดยธาตุดิน จะมีลักษณะแข็งและมีธรรมชาติไม่ร้อนไม่เย็น ส่วนธาตุน้ำจะมีลักษณะเหลวและมีธาตุชาติหนาว

นอกจากนี้ ธาตุลม มีลักษณะเคลื่อนไหวและมีธรรมชาติเย็นและอันสุดท้ายธาตุไฟ มีลักษณะให้แสงสว่างมีมีธรรมชาติร้อน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533 : 605)

การแพทย์บนฐานคิดเรื่องธาตุนี้มองว่าความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการแปรปรวนของธาตุทั้ง 4 จนเสียความสมดุล ดังนั้นการรักษาความเจ็บป่วยดังกล่าวจึงต้องมุ่งไปที่การปรับให้เกิดความสมดุลในร่างกายอีกครั้งหนึ่ง ตัวอย่างเช่น ธาตุพิการ เกิดจากภาวะผิดปกติในดุลยภาพธาตุกำเริบเกิดจากมีธาตุใดธาตุหนึ่งมากเกินไป ธาตุหย่อน เกิดจากการมีธาตุใดธาตุหนึ่งน้อยเกินไป ธาตุแตก เกิดจากการที่มีธาตุใดธาตุหนึ่งแยกออกจากร่างกาย เป็นต้น เมื่อเกิดความไม่สมดุลของธาตุจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยนั้น แนวคิดเรื่องธาตุ 4 มักจะใช้สมุนไพรเพื่อช่วยในการสร้างความสมดุลให้กลับมา โดยวิเคราะห์สมุนไพรแยกออกเป็นรสต่าง ๆ เพื่อช่วยรักษาโรค เช่น รสฝาดมีฤทธิ์สมาน รสหวานให้กำลัง รสเมาเพื่อแก้พิษ รสขมแก้เรื่องโลหิต รสเผ็ดร้อนช่วยขับลม รสมันแก้ขัดขัดยอก และปัญหาเส้นเอ็น รสเย็นช่วยบำรุงกำลัง รสเค็มช่วยรักษาเนื้อและรสเปรี้ยวช่วยขับเสมหะ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2533 : 607-610)

ส่วนแนวคิดเรื่องธาตุของการแพทย์วิถีธรรมนั้นตั้งอยู่บนหลักการแพทย์วิถีพุทธ การแพทย์วิถีพุทธนั้นมีแนวคิดเรื่องธาตุที่เรียกว่า ธาตุ 6 คือ (พระเทพเวที, 2533 : 112)

1. ปฏิวธาตุ หรือธาตุดิน หมายถึง สภาวะที่แผ่ไปหรือกินเนื้อที่ที่เรียกว่า ธาตุเข้มข้น
2. อาโปธาตุ หรือธาตุน้ำ หมายถึง สภาวะที่เอิบอาบดูดซึม หรือที่เรียกว่าธาตุเหลว
3. เตโชธาตุ หรือธาตุไฟ หมายถึง สภาวะที่ทำให้ร้อน
4. วาโยธาตุ หรือธาตุลม หมายถึง สภาวะที่ทำให้เคลื่อนไหว
5. อากาสธาตุ หมายถึง สภาวะที่ว่าง
6. วิญญาณธาตุ หรือธาตุรู้ หมายถึง สภาวะที่รู้แจ้งในอารมณ์ คือ อายตนะภายนอก

ทั้ง 6 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และธรรมารมย์

จากแนวคิดเรื่องธาตุ 6 ของหลักการแพทย์วิถีพุทธ ได้พัฒนามาสู่การแพทย์วิถีธรรม โดยการนำของ ดร.ใจเพชร กล้าจน (หมอเขียว) ฐานคิดธาตุทั้ง 6 ได้อธิบายเรื่องสาเหตุความเจ็บป่วยที่เกิดจากการเสียสมดุลของธาตุทั้ง 6 รวมถึงการรักษาให้เกิดความสมดุลของธาตุทั้ง 6 โดยอ้างอิงจากพระไตรปิฎกดังนี้

คำตรัสในพระไตรปิฎก เล่มที่ 11 “สังคีสสูตร” ข้อที่ 239 กล่าวถึงที่ตั้งแห่งความเพียร 5 อย่าง หนึ่งใน 5 อย่างนั้น พระพุทธองค์ตรัสว่า การเป็นผู้ทำความสบายแก่ตนเอง คือ “เป็นผู้มีโรคน้อย มีทุกข์น้อย ประกอบด้วยเตโชธาตุ (ความร้อนในร่างกาย) อันมีวิบาก (ผล) เสมอกัน ไม่เย็นนัก ไม่ร้อนนัก เป็นอย่างกลางๆ ควรแก่ความเพียร” (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

นอกจากนี้หมอเขียว (ใจเพชร กล้าจน, 2561 : 12-13) ยังได้ยกพุทธภาษิตที่สะท้อนถึงฐานคิดของการแพทย์วิถีธรรมที่สำคัญคือ

“อาหารเป็นหนึ่งในโลก”

“จิตวิญญาณเป็นประธานของสิ่งทั้งปวง”

“จิตที่แจ่มใสอยู่ในร่างกายที่เข้มข้น”

หลักการข้อแรกที่หมอเขียวยึดไว้ในการแพทย์วิถีธรรมคือ หลักร้อนเย็น ซึ่งหมอเขียวได้อธิบายไว้ว่า (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

“ตอนนั้นยิ่งขึ้นมาว่าการปรับร้อนเย็นน่าจะเป็นผลมันอาจจะมึะไรสักอย่างอยู่ในเรื่องสมดุลร้อนเย็น ซึ่งการแพทย์แผนจีนและการแพทย์พื้นบ้านก็มีวิธีนี้การปรับสมดุลร้อนเย็นคือปรับธาตุดินน้ำลมไฟ เรื่องพวกนี้มันมาตั้งแต่ดั้งเดิมคนซีกโลกเอเชียมีวิธีการปรับสมดุลร้อนเย็นเป็นพื้นฐานรักษาความเจ็บป่วยมานานแล้วและใช้ได้ผลมาเป็นพันปี มีตัวชี้วัดความสบายถ้าสบายขึ้นแปลว่าปรับร้อนเย็นได้ถูกต้องแล้ว”

จะพบได้ว่าตัวชี้วัดของเป้าหมายการรักษาความเจ็บป่วยให้เกิดความสมดุลนั้นก็คือหลักความสบายซึ่งหมอเขียวได้นำมาจาก กกจูบมสูตร ของพระไตรปิฎก หมอเขียวได้อธิบายภาวะเรื่องความสบายตามแนวคิดของการแพทย์วิถีธรรมไว้ว่า (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

“การอยู่สบายจึงเป็นการเตือนตัวเองในทางหนึ่งสบายก็พอแล้วปลอดภัยแล้วแม้แต่พระพุทธเจ้าท่านก็ใช้คำว่าเจ็บป่วยน้อยลำบากกายน้อยไม่ใช่ว่าหายโรค”

“ความสุขที่แท้ไม่ใช่หายโรคไม่หายโรคแต่อยู่ในความสบายต่างหาก บางคนตรวจแล้วไม่มีโรคแต่ไม่มีความสุข เมื่อพระพุทธเจ้าพระองค์ให้ดูที่สบายผมก็ยึดตามท่านเพราะบางคนไม่ป่วยแต่ก็ไม่สบาย ถามเขาว่าเขาได้สิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตหรือยัง ก็ยัง ดีที่สุดต้องทั้งใจทั้งกาย”

กล่าวโดยสรุปแล้วตัวชี้วัดสุขภาพที่ดีของการแพทย์วิถีธรรมมี 5 ข้อ ดังนี้ 1) ความเจ็บป่วยน้อย 2) ความลำบากกายน้อย 3) เบากาย 4) มีกำลัง 5) เป็นอยู่ผาสุก (ใจเพชร กล้าจน, 2558 : 104-105)

จากฐานคิดการแพทย์วิถีพุทธทำให้หมอเขียวสามารถที่จะบูรณาการการแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ในปัจจุบันของโลกที่ถือว่าอยู่ในช่วงที่โลกร้อนขึ้นแต่ความหมายของโลกที่ร้อนขึ้นนั้นจะมีความหมายในลักษณะการแพทย์วิถีธรรมคือ เป็นเรื่องความร้อนทางกายภาพและทางด้านจิตใจ ดังจะเห็นได้จากคำสัมภาษณ์ของหมอเขียวที่ว่า

“ตรงนี้พอไชรหัสของพระพุทธเจ้าได้ก็สามารถบูรณาการองค์ความรู้แผนทางเลือกต่าง ๆ ได้ อย่างความรู้ในต่างประเทศ เขาปรับเข้าหาอากาศหนาวของเขา เราก็ปรับเข้าหาอากาศร้อนของเราแพทย์แผนไทยที่เคยปรับได้ผลในอดีตก็เอามาปรับใหม่ให้เข้ากับสภาพอากาศร้อนในปัจจุบันโลกร้อนขึ้นเราต้องปรับให้เย็นมากขึ้น

โลกร้อนขึ้นของหมอเขียวไม่ได้กินความแค่อุณหภูมิโลกสูงขึ้นหรือผืนป่าลดลงกว่าแต่ก่อนหากรวมถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีแนวโน้มร้อนขึ้นทุกวัน อันนำมาสู่ความเจ็บป่วย

ระดับความร้อนที่เพิ่มสูงไม่ต่างไปจากไฟบรรลัยการเผาผลาญร่างกายให้เสื่อมลง เพราะเมื่อบ่งง่านใจหรือโกรธเกลียด ต่อหมวกไตจะหลั่งสาร Adrenaline มาทำลายเซลล์หรือความเร่งรีบผลิตในกระบวนการอุตสาหกรรม ทำให้มนุษย์ใช้สารเคมีเข้ามาผลจึงมีสารตกค้างมากขึ้นที่เป็นพิษปะปนในอาหารและเครื่องใช้ เมื่อร่างกายรับไปสะสมจำนวนมากก็เกิดความผิดปกติกลายเป็นความเจ็บป่วยต่าง ๆ รวมไปถึงกระตุ้นให้เกิดมาหลายอย่างมะเร็ง”

พฤติกรรมของมนุษย์ที่มีแนวโน้มร้อนขึ้นทุกวันจนก่อให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยได้เช่นเดียวกันนี้หมอเขียวจึงได้นำหลักธรรมทางพุทธศาสนาเกี่ยวกับการฝึกปรี้อจิตใจให้ตั้งงาม ละสบาป บำเพ็ญกุศล ทำความไว้กังวลให้กับชีวิตมาใช้ในการแพทย์วิถีธรรมด้วย

2.3.2 หลักการแพทย์วิถีธรรม

หมอเขียวได้นำเสนอหลักการแพทย์วิถีธรรมจากพื้นฐานของแนวคิดธาตุทั้ง 6 ที่ว่า (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

“ตามหลักการแพทย์วิถีธรรมพบว่าร้อนเย็นไม่สมดุลทำให้เกิดโรคทุกโรค เช่น มะเร็ง หัวใจ เบาหวาน ความดัน ไขมัน รวมทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อต่าง ๆ การปรับสมดุลร้อนเย็นจะส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น ช่วยลดโรคทุกโรค”

ในการประยุกต์หลักการแพทย์วิถีธรรมกับสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อปรับสมดุลร้อนเย็นหมอเขียวได้ชี้ให้เห็นสาระสำคัญดังนี้ (ใจเพชร กล้าจน, 2555 : 4-5)

“ร้อยละ 80 ของคนยุคนี้มักจะมีภาวะร้อนเกินอาการเด่นที่มักเกิดเมื่อมีภาวะร้อนเกิน คือ เมื่อกระทบอากาศร้อนอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์ร้อนแล้วรู้สึกไม่สบายทำให้เกิดโรคได้ทุกโรคเมื่อกระทบอากาศเย็นอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์เย็นแล้วรู้สึกสบายให้ปรับสมดุลด้วยสูตรเย็น

ร้อยละ 5 ของคนยุคนี้จะมีภาวะเย็นเกินอาการเด่นที่มักเกิดเมื่อมีภาวะเย็นเกิน คือ เมื่อกระทบอากาศเย็นอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์เย็นแล้วรู้สึกไม่สบายทำให้เกิดโรคได้ทุกโรคเมื่อกระทบอากาศร้อนอาหารหรือสมุนไพรฤทธิ์ร้อนแล้วรู้สึกสบายให้ปรับสมดุลด้วยสูตรเย็น

ร้อยละ 15 ของคนยุคนี้จะมีภาวะร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกัน คือ กระทบเย็นก็รู้สึกไม่สบายกระทบร้อนก็รู้สึกไม่สบายทำให้เกิดโรคได้ทุกโรคเมื่อใช้ร้อนเย็นผสมกันแล้วรู้สึกสบายให้ปรับสมดุลด้วยสูตรร้อนผสมกับสูตรเย็น

โดยปรับสมดุลไปสู่จุดสุขสบายเบากายมีกำลังและปรับกลับไปกลับมาตามภาวะร้อนเย็นของผู้นั้น ณ สิ่งแวดล้อมปัจจุบันนั้น ๆ อาจเลือกวิธีการปรับสมดุล ทำข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อร่วมกันตามความเหมาะสมของแต่ละคน ข้อใดที่ทำแล้วรู้สึกสุขสบายเบากายมีกำลังแสดงว่าเหมาะสมกับผู้นั้น ณ เวลานั้นควรทำต่อไปส่วนข้อใดที่ทำแล้วรู้สึกไม่สบายไม่สุขสบายหนักตัวอ่อนเพลียแสดงว่าไม่เหมาะสมกับผู้นั้น ณ เวลานั้นควรงดเสีย”

เทคนิคการปรับสมดุลจากประสบการณ์ของหมอเขียวได้พัฒนามาเป็น 9 เทคนิคโดยแบ่งออกเป็น 3 หมวดหลัก ดังนี้

1. หมวดเมตตาธรรม เป็นหมวดการดูแลเชิงนามธรรม ซึ่งให้ผลการดูแลเป็นเลิศกว่าด้านทางโลก เป็นหมวดที่ทุกคนควรที่จะพากเพียรปฏิบัติมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ประกอบด้วยยา 2 เม็ด ได้แก่

1.1 ยาเม็ดที่ 8 ใช้ธรรมมะ ละบาบ บำรุงกุศล ทำจิตใจให้ผ่องใส วิธีการปฏิบัติคือ ใช้ธรรมะทำใจให้เป็นสุข ยินดี เต็มใจ เบิกบาน แจ่มใส สงบ สบาย ไร้กังวลจิตใจ ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อการเกิดความสุขหรือความทุกข์ การเน้นฝึกลด ละ เลิกและหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่ทำลายสุขภาพ/ อารมณ์ที่เป็นพิษ ได้แก่ ความเครียด ความเร่งรีบ/เร่งรัด/เร่งร้อน ความกลัว ความวิตกกังวล ความไม่โปร่ง ไม่โล่ง ไม่สบายใจ ความไม่พอใจ ความมุ้งมิ้ง อาฆาต พยาบาท ความโลภ โกรธ หลง ยึดเงินเอาแต่ใจตัวเอง เป็นต้น

สิ่งที่สำคัญของยาเม็ดที่ 8 คือการปฏิบัติตนตามแนวธรรมมะและพุทธศาสนากิจการปฏิบัติเพื่อการพ้นทุกข์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถือศีล การวิปัสสนา การทำใจให้สบาย ไม่กังวลกับ

ความตาย การไม่ยึดมั่นถือมั่น จะทำให้ความเจ็บป่วยทุเลาลงได้ ในขณะที่เมื่อใจเป็นทุกข์ยิ่งทำให้ความเจ็บป่วยรุนแรงมากยิ่งขึ้น

1.2. ยาเม็ดที่ 9 การรู้เพียร รู้พักให้พอดี การยึดมั่นบนทางสายกลาง การไม่หักโหมในการปฏิบัติมากจนเกินไป ในขณะที่ไม่ละเลยการปฏิบัติน้อยจนเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพมากเช่นกัน ดังนั้น การปฏิบัติทุกกิจกรรมจึงควรยึดมั่นบนทางสายกลาง ไม่มากและไม่น้อยจนเกินไปจะอยู่บนความพอดี

2. หมวดเม็ดหลัก เป็นการดูแลตามหลักสุขภาพที่เห็นผลในเชิงรูปธรรม ดังนั้นบุคคลควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยยา 2 เม็ด ได้แก่

2.1 ยาเม็ดที่ 7 การรับประทานอาหารปรับสมดุลตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย โดยการบริโภคอาหารควรบริโภคอาหารที่ไร้สารพิษ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ควรปรุงอาหารด้วยการต้มหรือนึ่ง ปรุงรสไม่จัดจนเกินไป งดการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวานจัด เค็ม ไขมันและปรุงรสด้วยรสจัดอื่น ๆ มากจนเกินไป การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ น้ำอัดลม อาหารแปรรูป งดรับประทานอาหารเสริมที่ผ่านกระบวนการแปรรูป โดยแบ่งการรับประทานอาหารปรับสมดุลออกเป็น 3 กรณีดังนี้

กรณีที่ 1 ภาวะร้อนเกินหรือเย็นล้น มีขั้นตอนในการรับประทานอาหารปรับสมดุลดังนี้ การดื่มน้ำสมุนไพรปรับสมดุล เช่น น้ำสมุนไพรต่าง ๆ ที่มีฤทธิ์เย็น การรับประทานผลไม้ที่มีฤทธิ์เย็น งดการรับประทานผลไม้ที่มีฤทธิ์ร้อน รับประทานผักสดที่มีฤทธิ์เย็นที่ไม่ปรุงรสจัดจนเกินไป การรับประทานข้าวเจ้าพร้อมกับข้าว หลีกเลี่ยงการทำอาหารโดยการปรุงที่เกิดจากความร้อน การรับประทานต้มถั่วหรือธัญพืชที่มีฤทธิ์เย็น งดหรือลดโปรตีนที่มีฤทธิ์ร้อน เช่น เนื้อ นม ไข่ งดหรือลดอาหารที่มีไขมันสูง

กรณีที่ 2 ภาวะเย็นเกินหรือร้อนล้น มีขั้นตอนในการรับประทานอาหารปรับสมดุลเช่นเดียวกัน ได้แก่ การดื่มน้ำสมุนไพร การรับประทานผลไม้ การรับประทานผัก การรับประทานข้าวพร้อมกับข้าว และการรับประทานต้มถั่วหรือธัญพืช แต่ให้ลดหรืองดสิ่งที่มีฤทธิ์เย็นแล้วเพิ่มสิ่งที่มีฤทธิ์ร้อนเข้าไปแทน

กรณีที่ 3 ภาวะร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกัน มีขั้นตอนในการรับประทานอาหารปรับสมดุลเช่นเดียวกัน แต่การปรับอาหารสมดุลให้กदनน้ำร้อนลงในอาหารที่มีฤทธิ์เย็น ส่วนผลไม้ให้รับประทานผลไม้สดควบคู่กับผลไม้ที่ผ่านความร้อน เช่น การต้ม การนึ่ง การตาก เนื่องจากความร้อนที่เข้าไปในผักหรือผลไม้จะช่วยแก้ฤทธิ์เย็นส่วนผักและผลไม้เย็นจะช่วยแก้ฤทธิ์ร้อน

2.2 ยาเม็ดที่ 6 การออกกำลังกาย กอดจุดลมปราณ โยคะ กายบริหาร ที่ถูกต้อง โดยกายบริหารหรือการออกกำลังกายมี 2 ลักษณะ ได้แก่ การออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงกายและการออกกำลังกายที่สร้างความยืดหยุ่นให้กับกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น โดยวิธีการบริหารกายที่ถูกต้องสมดุลและเป็นประโยชน์สูงสุดของร่างกาย จะสามารถสังเกตได้จากอาการ 3 ประการ ได้แก่ กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นมีความยืดหยุ่น และการเข้าที่เข้าทางของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและกระดูก

3. หมวดเม็ดเสริม ใช้สำหรับเสริมในการปรับสมดุลร้อนเย็น โดยปริมาณที่ใช้ไม่มากไปหรือน้อยไป ประกอบด้วยยา 5 เม็ด ได้แก่

3.1 ยาเม็ดที่ 1 การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุล โดยในกรณีที่มีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอก ต้มน้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็นหรือคลอโรฟิลล์สดจากธรรมชาติ ในกรณีภาวะร้อนและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกัน ให้กวนน้ำร้อนใส่น้ำสมุนไพรฤทธิ์เย็น หรือนำไปต้มให้เดือดก่อนดื่ม ส่วนกรณีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ตัดสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นออกแล้วทานสมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อนอย่างเดียว นอกจากนี้การถอนพิษร้อนของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับธาตุของคนนั้น ๆ ด้วย

3.2 ยาเม็ดที่ 2 กัวซาหรือชูดซาหรือชูดพิษหรือชูดลม วิธีกัวซาที่ได้ผลดีควรเลือกสมุนไพรให้เหมาะกับภาวะร้อนเย็น ณ ปัจจุบันของร่างกาย กรณีร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นหรือน้ำเป่าทาบนผิวหนังก่อนชูดซาหรือสามารถชูดซาได้เลย โดยที่ไม่ต้องทาอะไรก็ช่วยถอนพิษได้ กรณีมีอาการของภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อนหรือน้ำมันพืชเป่า ๆ ทาก่อนชูดกัวซา กรณีมีอาการทั้งร้อนและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกันควรใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อนและเย็นผสมทาก่อนชูดซาหรือชูดซาโดยที่ไม่ต้องทาอะไรเลย หลักการชูดกัวซาคือการชูดแต่ละครั้งให้ลงน้ำหนักแรงพอสบาย ไม่แรงเกินจนทรมาณ ไม่เบาเกินจนรำคาญ

3.3 ยาเม็ดที่ 3 การสวนล้างลำไส้ใหญ่ (Colon Detoxification) ด้วยสมุนไพร เป็นการปรับสมดุลด้วยการล้างพิษที่เกิดจากพิษของเนื้ออุจจาระที่หมักหมม พิษที่เกิดจากสิ่งที่เป็นพิษมากำจัดที่ตับและพิษที่เกิดจากพลังงานความร้อน โดยถ้าร่างกายมีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นในการสวนล้าง ถ้าร่างกายมีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อนในการสวนล้าง ถ้ามีภาวะทั้งร้อนและเย็นเกิดขึ้นพร้อมกันใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นผ่านไฟ ต้มหรือกวนน้ำร้อนใสแล้วผสมน้ำธรรมดาให้อุ่น หรือใช้ทั้งสมุนไพรฤทธิ์เย็นและฤทธิ์ร้อนพร้อมกัน

3.4 ยาเม็ดที่ 4 การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายด้วยสมุนไพร สำหรับในกรณีที่มีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็น กรณีที่มีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อน กรณีที่มีทั้งร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกันก็ให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นต้ม หรืออาจใช้สมุนไพรทั้งร้อนและเย็นผสมกัน

3.5 ยาเม็ดที่ 5 การพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร สำหรับการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร มีหลักการเช่นเดียวกัน ได้แก่ มีภาวะร้อนเกินหรือเย็นหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็น กรณีที่มีภาวะเย็นเกินหรือร้อนหลอกให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อน กรณีที่มีทั้งร้อนเกินและเย็นเกินเกิดขึ้นพร้อมกันก็ให้ใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นต้ม หรืออาจใช้สมุนไพรทั้งร้อนและเย็นผสมกัน

สรุปการนำการแพทย์วิถีธรรมไปใช้ในการดูแลสุขภาพนั้นสามารถนำไปใช้ให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการใช้ยา 3 หมวด ได้แก่ หมวดยาเลิศซึ่งมีความสำคัญมากผู้ป่วยควรปฏิบัติให้มากที่สุดจะส่งผลดีในการดูแลสุขภาพ หมวดยาหลักซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งและให้ผลดีในเชิงการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และหมวดสุดท้าย คือ หมวดยาเสริมซึ่งใช้ควบคู่กับหมวดยาจะสามารถทำให้ส่งเสริมประสิทธิภาพในการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการแพทย์วิถีธรรมเหมาะสมอย่างยิ่งกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงการรับบริการทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นวิถีแห่งการดูแลโดยการใช้ธรรมชาติและหลักแห่งความพอเพียงในการดูแลตนเองสามารถใช้ในวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการสำรวจแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนผู้วิจัยจะนำเสนอเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนคือ แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมโดยทั่วไปในทางวิชาการและส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยตรง

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมโดยทั่วไปจะใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของ เดนิส กูเลท (Denis Goulet, 1989 : 165-178) เป็นหลักในการวิจัยเนื่องจากกูเลทได้ทำการสำรวจองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวได้อย่างกว้างขวางในลักษณะของการวิพากษ์วิจารณ์และนำเสนอการสังเคราะห์ใหม่ที่สอดคล้องต่อการพัฒนาในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจะวิพากษ์และสังเคราะห์แนวคิดของกูเลทให้สอดคล้องเจาะจงต่อปัญหา

กูเลทได้แบ่งประเภทของการมีส่วนร่วมออกมาได้หลายรูปแบบตามเกณฑ์ของการแบ่งโดยอาศัยความหมายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาว่าหมายถึง ความพยายามร่วมกันของกลุ่มและขบวนการทางสังคมเพื่อเพิ่มบทบาทการอำนาจการควบคุมทรัพยากรและสถาบันที่ครอบงำในสังคม ดังนี้คือ

1. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมในฐานะที่เป็นเป้าหมาย (Goal) หรือวิธีการ (Means) ในภาคปฏิบัติแล้วการมีส่วนร่วมมักถูกมองว่าเป็นวิธีการมากกว่าเป้าหมาย คือมองว่าการมีส่วนร่วมของกระบวนการที่นำไปสู่การตัดสินใจหรือปฏิบัติการที่ดีขึ้น ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งมองว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นเรื่องของเป้าหมายเป็นสำคัญโดยลดความสำคัญของเรื่องการมีประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมลงไปและเน้นการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม กูเลท เห็นว่าต้องมองการมีส่วนร่วมว่ามีทั้ง 2 ด้าน คือ ทั้งด้านที่เป็นเป้าหมายและด้านที่เป็นวิธีการเนื่องจากเป็นลักษณะที่สอดคล้องกับประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ที่ซึ่งมองว่าการมีส่วนร่วมนั้นมีคุณค่าในตัวมันเองในฐานะที่มีเป้าหมายของการพัฒนารวมถึงสามารถนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการพัฒนาได้เช่นเดียวกัน

ในงานวิจัยนี้เห็นว่าการมองการมีส่วนร่วมที่มีทั้งด้านเป้าหมายและวิธีการเป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจปัญหาการจัดการการชะลอไตเสื่อมในชุมชนมากกว่าการมองเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เนื่องจากการมีส่วนร่วมยังเป็นคุณค่าเชิงเป้าหมายยังขาดสำหรับภาคประชาชนในจังหวัดจันทบุรีในขณะเดียวกันในภาคปฏิบัตินั้นภาคประชาชนในจังหวัดจันทบุรีก็ยังคงกลไกและกระบวนการที่จัดการการชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรี

2. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมตามขอบเขตของกิจกรรม ขอบเขตของการมีส่วนร่วมจะมีผลต่อการพัฒนาที่แตกต่างกันดังนั้นเราจึงสามารถแบ่งการมีส่วนร่วมตามขอบเขตของกิจกรรมได้ ขอบเขตที่เล็กที่สุดก็คือการมีส่วนร่วมในเรื่องภายในครอบครัว ซึ่งสามีภรรยาและลูก ๆ สามารถมีสิทธิมีเสียงในการตัดสินใจได้ในบางระดับ ขอบเขตในระดับที่กว้างขึ้นเป็นการมีส่วนร่วมในระดับภาคส่วน (Sector) เช่น ครูบาอาจารย์เข้ามามีบทบาทในการปรับปรุงหลักสูตรของวิทยาลัย ขอบเขตทั้ง สังคมถือว่าเป็นขอบเขตการมีส่วนร่วมที่กว้างที่สุด เช่น รัฐบาลจีนคอมมิวนิสต์ภายใต้การนำของเหมาเจ๋อตุงได้ระดมมวลชนเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรณรงค์ทางการเมืองโครงการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาการใช้แรงงานรวมหมู่และการให้การศึกษาอุดมการณ์ทางการเมือง

ในงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการการชะลอไตเสื่อมในจังหวัดจันทบุรีนี้ อาจถือว่ามีขอบเขตการมีส่วนร่วมในระดับของภาคส่วนเป็นสำคัญ ในระดับท้องถิ่นซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญคือ กลุ่มและ

ชนชั้นที่อาศัยอยู่ชุมชนเป็นหลัก

3. การแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมตามผู้ริเริ่มเคลื่อนไหว ในการริเริ่มให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจถูกกระตุ้นโดยผู้กระทำการ (Actor) 3 กลุ่มด้วยกัน คือ การมีส่วนร่วมโดยริเริ่มจากเบื้องบน (Front Above) คือ ผู้มีอำนาจหรือผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วมจากเบื้องบน กลุ่มชนชั้นนำต่าง ๆ ได้ริเริ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนเนื่องจากมีเจตนาที่จะสรรหามาตรการในการควบคุมกระบวนการและกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยให้กลุ่มชนชั้นนำสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของตนได้

การมีส่วนร่วมโดยริเริ่มจากประชาชนเบื้องล่าง (Front Below) การมีส่วนร่วมจากเบื้องล่างมักจะเกิดขึ้นในช่วงที่เกิดวิกฤติการณ์และประชาชนต้องการตอบโต้การคุกคามอัตลักษณ์ความอยู่รอดหรือคุณค่าของชุมชนดังนั้นโดยทั่วไปแล้วเราจะพบว่าประชาชนระดับล่าง ซึ่งปกติจะเป็นกลุ่มที่เฉื่อยชาและมีภาระระดมพลเพื่อชุมนุมประท้วง โดยไม่มีการจัดตั้งเนื่องจากไม่มีการวางแผนเอาไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมจากประชาชนเบื้องล่างยังครอบคลุมถึงการริเริ่มโดยประชาชนที่มีเจตจำนงและมีการจัดตั้งอย่างดีด้วย เนื่องจากชุมชนที่มีความเดือดร้อนหรือมีความต้องการการพัฒนาได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาเพื่อหวังให้มีการจัดสรรผลประโยชน์ สำหรับชุมชนมากขึ้น

การมีส่วนร่วมโดยริเริ่มจากองค์กรภายนอก (Third Party) องค์กรภายนอกในที่นี้หมายถึงผู้นำการเปลี่ยนแปลงอัน ได้แก่ นักวิชาการ นักพัฒนาชุมชน ผู้เผยแพร่ศาสนา และนักเคลื่อนไหวสังคม ผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่มีอุดมการณ์การพัฒนาแบบพึ่งตัวเอง ดังนั้นจึงเห็นว่าบทบาทการมีส่วนร่วมของตนเป็นปลุกให้ประชาชนใช้ความสามารถของตนในการตัดสินใจและดำเนินการพัฒนาในท้ายที่สุด อย่างไรก็ตามการริเริ่มโดยองค์กรภายนอกนี้มีการแตกต่างจากการริเริ่มจากเบื้องบน ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจหรือชนชั้นนำอื่น ๆ เนื่องจากองค์กรภายนอกมีวัตถุประสงค์ริเริ่มการมีส่วนร่วมเช่นเดียวกับการริเริ่มจากระดับล่าง กล่าวคือองค์กรภายนอกนั้นมุ่งสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนผู้ไร้อำนาจเพื่อสามารถเรียกร้องทรัพยากรให้กับตนเองได้ นอกจากนี้องค์กรภายนอกเหล่านี้มักจะไม่นิยมขอการปลุกระดมมวลชน แต่มุ่งการจัดตั้งองค์กรชุมชนมากกว่าเนื่องจากการปลุกระดมมวลชนนั้นมักจะใช้ได้ผลในกรณีที่เป็นปัญหาเร่งด่วนเฉพาะหน้า แต่การจัดตั้งชุมชนเป็นการเคลื่อนไหวในระยะยาวเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนและสร้างความสามัคคีให้แก่ภาคประชาชน โดยมุ่งปลุกจิตสำนึกให้ประชาชนชนชั้นล่างตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง การที่ประชาชนได้ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสูงสุดในทัศนะขององค์กรภายนอกดังกล่าว เนื่องจากเป็นประโยชน์ต่อการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านความอยุติธรรมทางสังคมและยังช่วยให้ประชาชนเข้าใจถึงสถานการณ์ของตนเองอย่างลึกซึ้ง รวมถึงนำไปสู่การพิจารณาโครงการทางเลือกอื่นทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

จากการสำรวจแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของกลุ่รเทศ จะพบว่าในดัชนีนิพนธ์นี้จะใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมตามการแบ่งประเภทการมีส่วนร่วมตามผู้ริเริ่มเคลื่อนไหว โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการทั้งการริเริ่มจากบนลงล่างประสานกับจากล่างขึ้นบน รวมถึงการมีผู้ริเริ่มฝ่ายที่ 3 ด้วยการสำรวจในส่วนที่ 2 ผู้วิจัยจะนำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยตรงดังนี้

2.4.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดำเนินการร่วมประเมินผลและรวมถึงร่วมรับผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานนั้น ๆ (ชลหทัย ไวรียะพิทักษ์, 2561 : 45-46)

กระบวนการมีส่วนร่วมแบ่งออกความหมายออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดโครงการ ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยโครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในนัยทางการเมือง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของพลเมืองโดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มควบคุมการใช้และการกระจายทรัพยากรของชุมชน อันจะก่อให้เกิดกระบวนการและโครงสร้างที่ประชาชนในชนบทสามารถแสดงออกซึ่งความสามารถของตนและได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2.2 การเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐมาเป็นการพัฒนานี้ประชาชนมีบทบาทหลัก โดยการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางเป็นส่วนภูมิภาค เพื่อให้ภูมิภาคมีลักษณะเป็นเอกเทศให้มีอำนาจทางการเมืองกึ่งบริหาร มีอำนาจต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรอยู่ในมาตรฐานเดียวกันโดยประชาชนสามารถตรวจสอบได้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการคืนอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาให้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดอนาคตของตนเอง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่เท่าเทียมกันของชายและหญิง (Gender) ในการดำเนินงานผู้พัฒนาด้วย

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของประชาชนในการให้ความร่วมมือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาในชุมชนของตนเอง ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาในชุมชนของตนเองและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหา นั้น มีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อย่างเป็นธรรมและมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลร่วมกัน (อมลรดา รงค์ทอง และสุพัฒนา คำสอน, 2561 : 147-158)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม โดยการร่วมคิดร่วมตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ (สมบัติ นามบุรี, 2562 : 183-197)

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการในการดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือการดำเนินการใด ๆ อย่างมีเสรีภาพตามสิทธิและหน้าที่ของชุมชนที่มีเป้าหมายหลักในการตอบสนองความต้องการร่วมกันของประชาชน โดยให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม ประเพณี และทัศนคติของบุคคลในชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมมือร่วมดำเนินการ ติดตามประเมินผล และร่วมรับผิดชอบหรือร่วมใช้ผลประโยชน์จากการดำเนินงานนั้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงควรเน้นความเท่าเทียมของโอกาสและการรับรู้ของประชาชนอันจะนำมา ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน การวางแผนในการพัฒนาหรือแก้ปัญหา การดำเนินการตามแผน และกระบวนการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ดังนั้น ความสำเร็จของกระบวนการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายด้าน อาทิ ศักยภาพของประชาชนในชุมชน ความสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน สถาบันทางสังคมในชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ของชุมชน และองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วมสำคัญที่สุด คือ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในบริบทของสังคมไทย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.2 ระดับการมีส่วนร่วม

รูปแบบลักษณะการมีส่วนร่วมและระดับการมีส่วนร่วม สามารถแบ่งออกได้ โดยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการแบ่ง หรือความละเอียดในการแบ่ง หรืออาจขึ้นอยู่กับประเภทในการแบ่ง นอกจากนี้อาจขึ้นอยู่กับผลกระทบที่เกิดขึ้นของการมีส่วนร่วม โดยสามารถแบ่งการมีส่วนร่วมของการมีส่วนร่วมได้ 4 ระดับ ตามแนวคิดของ Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981 : 213-235) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Participation in Planning) เป็นระดับการมีส่วนร่วมที่มีความสำคัญมากที่สุดเป็นระดับที่เปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแบบสองทางในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการในการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การสร้างความเข้าใจและพัฒนาแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation) การมีส่วนร่วมระดับนี้เป็นการร่วมกันจัดกิจกรรมหรือการดำเนินการตามแผนที่กำหนด ร่วมกับผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่วางไว้ ช่วยเหลือกันในการแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ

3. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Participation in Benefit Sharing) เป็นการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเสมอภาค ผู้ได้รับผลประโยชน์ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยประโยชน์ที่ได้รับจะมีความแตกต่างกัน ผลประโยชน์นั้นอาจเป็นทั้งผลประโยชน์ทางบวกและผลประโยชน์ทางลบตามสถานภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) เป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้าร่วมตรวจสอบ ประเมินผล และติดตามผลการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการว่าบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้เพียงใด เพื่อเป็นการสะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ และหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขในการดำเนินการได้สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation)

ดังนั้นการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff ระบุไว้ว่า ต้องประกอบด้วย การมีส่วนเกี่ยวข้อง 4 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะทำอะไร และทำด้วยวิธีการอย่างไร มีส่วนในการตัดสินใจในการให้ทรัพยากรสนับสนุนโครงการและการร่วมมือกับองค์กรหรือกลุ่มกิจกรรมเป็นการเฉพาะ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนในการประเมินผลโครงการ

สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพะ รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ (2561 : 231-238) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมได้ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นขั้นเริ่มต้นของกระบวนการมีส่วนร่วม การพัฒนาสุขภาพะชุมชน โดยพบว่าลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจครอบคลุม 3 ส่วนคือ

1.1 การเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพะ การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ใช้การสื่อสารสองทาง ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนกับผู้ดำเนินการพัฒนา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่ เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมในกระบวนการมีส่วนร่วมขั้นนี้ เพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชนต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพะของชุมชน ข้อมูลที่จำเป็นในการสื่อสารอย่างชัดเจนในขั้นนี้คือ การชี้แจงบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาของหน่วยงานที่จะเข้ามาพัฒนาบทบาทของชุมชน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการพัฒนาและการกระจายประโยชน์ที่ได้จากการพัฒนา วิธีการของการสื่อสารในขั้นนี้ควรใช้การประชุมกลุ่ม การอภิปรายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

ในขั้นตอนการเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพะนี้อาจต้องใช้เวลาพอสมควร ในกรณีที่มีผู้มีส่วนในการกระจายประโยชน์มาก และมีความหลากหลายด้านวิวุฒิ คุณวุฒิ อาชีพ ประสบการณ์ ความพร้อมในการพึ่งตนเอง ความสามารถในการสื่อสาร และโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการ สาธารณะผู้ดำเนินการพัฒนาควรใจเย็น และเตรียมความพร้อมในการจัดเวทีสร้างความเข้าใจทั้งด้านวิทยากรกระบวนการข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การเจรจาต่อรอง และการบริหารความขัดแย้ง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายในเรื่องการกระจายประโยชน์

1.2 การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพะชุมชน การมีส่วนร่วมในขั้นนี้ชุมชนจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพะ จากกระบวนการสำรวจของหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพในการพัฒนาการมีส่วนร่วมที่สำคัญต่อไป คือ การเปิดโอกาสให้ชุมชน โดยหมายถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด รับประทานอาหารสำคัญจากการสำรวจ เพื่อเป็นข้อมูลที่จำเป็นให้ชุมชนดำเนินการบ่งชี้สถานะสุขภาพะของตนเอง ซึ่งจะทำให้ชุมชนมีความตระหนัก และความต้องการจากจิตใจ อารมณ์ ในการพัฒนาชุมชน

ข้อมูลที่จำเป็นในขั้นนี้ คือ ผลการสำรวจ สถานะสุขภาพะชุมชน การแก้ปัญหาที่ได้ดำเนินการมาแล้วในอดีต และผลจากการดำเนินการ อาจรวมถึงปัจจัยของความสำเร็จและอุปสรรคในการแก้ไข เพื่อเป็นการสะท้อนให้ชุมชนได้รับทราบการดำเนินงานที่ผ่านมา

ลักษณะของการสื่อสารที่เหมาะสมควรเป็นการสื่อสารสองทางทั้งในขั้นตอนของการสำรวจสถานะ สุขภาพะ และการคืนข้อมูลให้แก่ชุมชนเพื่อระบุสถานะ สุขภาพะ ขั้นตอนนี้จะใช้เวลาไม่มากและไม่ควรเกิน 3 ชั่วโมง หากข้อมูลสถานะสุขภาพะชุมชนชัดเจน ถูกต้องและสมบูรณ์ ขั้นตอนนี้ผู้ดำเนินการพัฒนาควรเตรียม ความพร้อมด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ความสามารถในการนำเสนอ ความรู้ความสามารถในการเป็นผู้สนับสนุน การระบุสถานะทางสุขภาพะชุมชน ทักษะการถามตอบ และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

1.3 การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา ในขั้นตอนนี้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการวิเคราะห์บริบทที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับค่านิยม ประเพณี ทัศนคติ วิถีชีวิต ทางสังคมของกลุ่มคน เพื่อนำไปพิจารณาแนวทางและวางแผนกิจกรรมให้เกิดความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมของประชาชน

ข้อมูลที่จำเป็นในขั้นตอนนี้ คือ แนวคิดและหลักการในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งควรเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ดังนั้น บทบาทที่สำคัญยิ่งของหน่วยงานเจ้าภาพ คือ การนำเสนอแนวคิด กระบวนการ และวิธีการในการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้ชุมชนเข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อนำไปพิจารณาทางเลือกในการพัฒนาการสื่อสาร ในขั้นตอนนี้จึงต้องใช้การสื่อสารสองทาง เพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนใช้ความรู้ประสบการณ์ ความผูกพันในชุมชนในการพิจารณาแนวทางการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนของตนเอง

1.4 การกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากร การพัฒนาสุขภาพจะทั้งภายในและภายนอกชุมชน ซึ่งชุมชนควรพิจารณาแหล่งทรัพยากรที่มีความเข้มแข็งจากภายในชุมชน ในประเด็นที่ชุมชนมีศักยภาพร่วมกับแหล่งทรัพยากรภายนอกในประเด็นที่ชุมชนต้องการความช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมขั้นนี้ยังรวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบของประชาชนในการดำเนินกิจกรรม การกำกับติดตามประเมินผลร่วมกับองค์กรเจ้าภาพ

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือ กระบวนการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยเข้าร่วมการพัฒนา การบ่งชี้สถานะทางสุขภาพชุมชนว่าเป็นอย่างไร การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนามีทางใดบ้าง และการกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพ หมายถึง ขั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพชุมชนตามที่กำหนดไว้ ลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนมีดังนี้

2.1 การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้วยชุมชนเอง เป็นกิจกรรมที่ประชาชนในชุมชนมีศักยภาพและแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอในการดำเนินการ ซึ่งมักจะพบสถานการณ์นี้ในชุมชนต้นแบบการพัฒนาสุขภาพชุมชนที่มีปราชญ์ชาวบ้านทางสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน รวมถึงการมีแกนนำทางสุขภาพที่เข้มแข็งอาจจะเป็นลักษณะของชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมการออกกำลังกาย ชมรมอนุรักษ์สุขภาพ ชมรมนักร้อง การจัดตั้งกองทุนชุมชนในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

2.2 การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพด้วยชุมชนร่วมกับองค์กรอื่นทั้งภายในและภายนอกชุมชนเป็นการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยความตระหนักของชุมชนแต่ด้วยชุมชนไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินการ แต่มีทรัพยากรบุคคลที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหาเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในชุมชน การดำเนินการในลักษณะนี้เป็นการพัฒนาให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ มีศักยภาพเพียงพอในการแก้ปัญหาให้กับประชาชนในชุมชน

2.3 การดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยองค์กรภายนอก เป็นการพัฒนาสุขภาพที่ชุมชน มีความตระหนักและต้องการแก้ปัญหา แต่ชุมชนไม่มีทรัพยากรที่เหมาะสมในการพัฒนา โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลจึงจำเป็นต้องขอความร่วมมือจากองค์กรภายนอกที่มีความพร้อม การพัฒนาศักยภาพในลักษณะนี้ มักออกมาในรูปแบบการเพิ่มสมรรถนะของประชาชนในการแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

สรุปการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คือ กระบวนการพิจารณาเชิงระบบของชุมชน ในการนำทรัพยากรทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนา สุขภาวะ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการพึ่งตนเองทางสุขภาพ โดยสามารถแบ่ง การดำเนินงานของชุมชนได้ 3 แบบ ได้แก่ การดำเนินงานด้วยชุมชนเอง การดำเนินงานโดยการ ร่วมมือกับองค์กรภายนอกและการดำเนินงานโดยความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอก

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ เป็นการรับผลของการพัฒนาสุขภาวะทั้ง ทางตรงและทางอ้อม ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนา อันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและคงอยู่ในชุมชน ซึ่งโดยทั่วไปประโยชน์ที่ได้รับจะครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

3.1 คุณค่าของกิจกรรมการพัฒนาสุขภาวะ (Valued Activities) เป็นผลด้าน บวกที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้รับผลของการดำเนินกิจกรรมโดยตรง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาหลัง มีความเห็นด้านคุณค่าของกิจกรรมจากโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพว่าทำให้ชีวิตมีความสุข และมีความหมายมากขึ้นจากที่รู้สึกสิ้นหวัง แม้ว่าสภาพร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ เหมือนเดิม แต่สามารถกลับมาพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าและความ เชื่อมั่นในตนเองอีกด้วย

3.2 การเรียนรู้ของผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (Learning of Potential Developers) เป็นผลด้านความรู้ และทักษะเฉพาะที่ได้รับในกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้ปฏิบัติการ แก้ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนและการเคลื่อนไหวให้มีความ รุนแรงลดลงจนผู้ป่วยพึ่งตนเองได้

3.3 การเรียนรู้การมีส่วนร่วม (Learning about Participation) เป็นผลที่เกิด จากการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยมีเป้าหมายร่วมกัน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมอาสาสมัครและทีมวิจัยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการเรียนรู้ทักษะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลจากทีมวิจัย บุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการเรียนรู้จาก เพื่อน อสม. กันเอง ทำให้ อสม. ได้รับรู้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยกับทีมวิจัยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปวางแผน กำหนดเป้าหมาย และปรับปรุงทักษะในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

3.4 ประโยชน์ต่อชุมชน (Benefit to the Community) เป็นประโยชน์ที่เกิด จากการขยายผลไปสู่ผู้อื่นในชุมชนของผู้ได้รับประโยชน์โดยตรง

สรุปการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ คือ กระบวนการที่ประชาชนได้มีส่วนร่วม ในการรับผลประโยชน์ทางด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลประโยชน์ทางด้านคุณค่าของกิจกรรม ผลประโยชน์ ด้านการเรียนรู้ของผู้ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เกิดขึ้น ผลประโยชน์ทางด้านความรู้ที่ได้รับ และ ผลประโยชน์ส่วนบุคคลรวมถึงผลประโยชน์ทางด้านสังคมชุมชน

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง ขั้นตอนการติดตามและการประเมินผล การพัฒนาสุขภาวะที่ได้ดำเนินการไป ทั้งจากบุคคลภายในและภายนอกชุมชน ดังนี้

4.1 การกำกับติดตามการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบในการแก้ปัญหาด้าน สุขภาพกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอาจจะใช้การนิเทศ การติดตามผลการปฏิบัติงาน หรือการเข้าร่วมการ

ทำงานเป็นทีม เช่น นักกายภาพบำบัด คณะผู้วิจัยมีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม. ทุกครั้งที่ดำเนินการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จนกระทั่ง อสม. มีทักษะในการฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้อง จึงนิเทศสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนเสร็จสิ้นโปรแกรม

4.2 ติดตามผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพ และผลการดำเนินการจากเอกสารบันทึกการฟื้นฟูสภาพที่บ้านที่กโดย อสม. หลังดำเนินการฟื้นฟูสภาพแต่ละครั้ง เพื่อนำไปวางแผนร่วมกัน ในการปรับปรุงกิจกรรมฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมต่อไป

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือ กระบวนการที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลศักยภาพในการพัฒนาสุขภาพ และการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด เป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมและกิจกรรมการพัฒนาต่อไป

2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) ทั้งสิ้น 6 งานวิจัยและเป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 1 งานวิจัย โดยโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมมีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกัน จากการทบทวนพบว่ามี การนำแนวคิดทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัค, 2559 : 205-215) แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self Management) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ศิริลักษณ์ ฤงทอง, 2560 : 17-24) การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation and Prevention) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในการศึกษาโปรแกรมการป้องกันภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (อ้อ พรมดี, วิภา เทียงธรรม และปาหนัน พิษยภิญโญ, 2559 : 102-117) นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้การจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) มาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงของไตระยะที่ 3 (จันจิรา หินขาว, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และสุนทรี เจียรวิทยกิจ, 2563 : 185-202)

จากการศึกษาผลของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในแต่ละงานวิจัยพบว่าสามารถแบ่งตัวแปรตามได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแปรกลุ่มความรู้และการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมฯ กลุ่มตัวแปรพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการจัดการตนเอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพร พฤติกรรม

การออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง กลุ่มตัวแปรตามทางคลินิก ได้แก่ Scr eGFR FBS HbA1c CHOL TG LDL uric acid Hct Hb SBP DBP BMI และ Waist นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบในลักษณะพื้นที่ 2 อำเภอเป็นการศึกษา ESCORT Study เพื่อศึกษาผลของคลินิกชะลอไตเสื่อม โดยจากการศึกษาพบว่าตัวชี้วัดด้านปฐมภูมิ ได้แก่ eGFR แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและตัวชี้วัดด้านทุติยภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Teerayuth Jiamjariyaporn et al, 2014 : 1-7)

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจุดแข็งเรื่องการใช้โปรแกรมในการควบคุม ป้องกันการชะลอไตเสื่อม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถป้องกันการลดลงในอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ สำหรับที่ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการวิจัย ได้แก่ การบูรณาการศาสตร์โดยการใช้สหวิทยาการร่วมกันหลายศาสตร์เพื่อใช้ในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ตารางที่ 2.3 การสรุปรงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
การศึกษาเพื่อชะลอไตเสื่อมสำหรับโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุง: จากงานวิจัยสู่การปฏิบัติ	2560	วินัย ลีสมิตร และคณะ	Quasi Experiment	954 คน	การเข้ารับบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม 6 รูปแบบได้แก่ การคัดกรองโรคไตเรื้อรัง การจัดระบบบริการ กระบวนการดูแลด้วยสหวิชาชีพ การจัดตารางตรวจชั้นสูตรและการเก็บบันทึกข้อมูล	-	ตัวชี้วัดปฐมภูมิ Scr eGFR ตัวแปรตามทุติยภูมิ FBS HbA1c CHOL TG LDL uri cacid Hct Hb SBP DBP BMI Waist	คลินิกชะลอไตเสื่อมของคลองขลุงโมเดลช่วยดูแลผู้ป่วย CKD ให้ชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น
ผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	2559	พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุลภัค	Quasi Experiment	33 คน	โปรแกรมควบคุมอาหารและคู่มือการควบคุมอาหาร จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ห่างกันครั้งละ 1 เดือน รวมระยะเวลา 4 เดือน	ทฤษฎีความสามารถของตนเอง	การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอาหาร Cr eGFR	การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร, ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร, พฤติกรรมการควบคุมอาหารแตกต่างกัน
ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการ	2558	ศิริลักษณ์ ฤงทอง, ทิพมาส ชินวงศ์, เพลินพิศ	Quasi Experiment	50 คน	โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมด้วยเทคนิค	การจัดการตนเอง	พฤติกรรมการจัดการตนเอง FBS HbA1C BP Cr eGFR	หลังได้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่ม

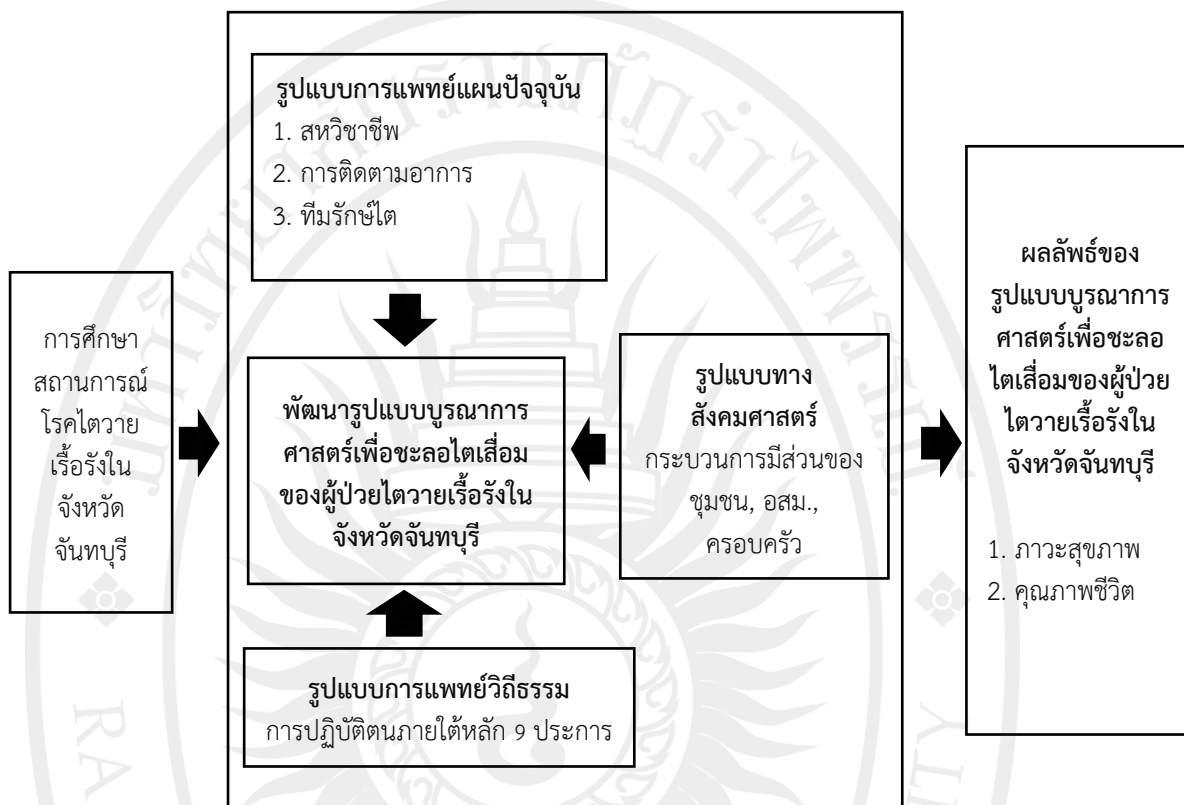
ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
ตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้		ฐานีวิวัฒนาการ			5A มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนการปฏิบัติ			ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
โปรแกรมการการป้องกันภาวะไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	2559	อ้อ พรหมดี วิณา เทียง ธรรม ปาหนัน พิชญภิญญา	Quasi Experiment	60 คน	โปรแกรมการป้องกันภาวะไตเรื้อรัง จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ การให้ความรู้ การสร้างความตระหนักต่อภาวะคุกคาม การรับรู้ความสามารถแห่งตน การติดตามกลุ่ม โดยทั้งหมดใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์	ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมฯ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไตเรื้อรัง	กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การพัฒนาแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด	2562	พิทักษ์พงศ์ พายุหะ, บุษบา บัวผัน	Research and Development	392 คน	รูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 5 ขั้นตอน สำรวจและศึกษาสภาวะสุขภาพ		ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยง อัตราการกรองของไต	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงลดลงและอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
		และเสฐียรพงษ์ ศิวินา			การวางแผน พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินงานตามแผน การประเมินและติดตาม			
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี ความเสื่อมของไตระยะที่ 3	2563	จันจิรา หินขาว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์ คำ, สุนทรีย์เจียรวิทย์กิจ	Experiment	60 คน	โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ จำนวน 12 สัปดาห์แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การสนับสนุนการรู้จักตนเอง การพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการตนเอง การสร้างแรงจูงใจ	การจัดการตนเอง ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ	พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการใช้ยาและยาสมุนไพร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และหลักเลี้ยงปัจจัยเสี่ยง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าซีรัมครีเอตินิน ค่าโปรตีนในปัสสาวะ อัตราการกรองของไต	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าซีรัมครีเอตินิน และค่าโปรตีนในปัสสาวะ ต่ำกว่า ก่อนการทดลอง ค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลอง
ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไต	2562	สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร, ศศรส หลาย	Quasi Experiment	60 คน	โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองระยะเวลา 12 สัปดาห์	การจัดการตนเอง	การจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การจัดการตนเองเรื่องการใช้อย่าง	มีการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและเรื่อง การใช้อย่างเหมาะสม

ชื่อเรื่อง	ปี	ชื่อผู้วิจัย	วิธีการศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบที่ใช้	ทฤษฎีที่ใช้	ตัวแปรตาม	ผลการศึกษา
เสื้อมต่อพฤติกรรมกรจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก		พูนสวัสดิ์, ประทุม สุขชัย พานิชพงษ์			ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การประเมินความรู้ แผนการสอน เรื่องการจัดการตนเอง การจัดการตนเอง การประเมินการจัดการตนเอง		เหมาะสม FBS HbA1c BP Cr Urine Albumin GFR	และอัตราการกรองของไต สูงขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดกรจัดการตนเอง	2560	อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น, เพ็ญศรี จาบประไพ	R&D	57 คน	คู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ประกอบด้วย การให้ความรู้ กิจกรรมเสริมแรงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแก้ปัญหาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมกรจัดการตนเอง ตัวชี้วัดทางคลินิก (FBS HbA1C BP Cr GFR BMI)	ความรู้, พฤติกรรมกรจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับ HbA1c ระดับครีเอตินิน และอัตราการกรองของไต สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์โรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี นำมาพัฒนารูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี โดยการประยุกต์ 3 ศาสตร์ ได้แก่ รูปแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน รูปแบบการแพทย์วิถีธรรมและรูปแบบทางสังคมศาสตร์ หลังจากนั้นนำมาศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรี โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

2.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 60 ml/min/1.73 m² ติดต่อกันเกิน 3 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมของสถานบริการในเขตจังหวัดจันทบุรี
2. รูปแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน หมายถึง แบบแผนการชะลอไตเสื่อมโดยใช้ สหวิชาชีพ การติดตามอาการและทีมรักษไต
3. สหวิชาชีพ หมายถึง วิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่หลากหลาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักโภชนาการ

4. ทีมรักษไต หมายถึง ทีมที่ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำครัวเรือนและผู้ดูแลผู้ป่วย
5. รูปแบบการแพทย์วิถีธรรม หมายถึง แบบแผนการดูแลสุขภาพโดยการใช้ธรรมะและแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเน้นการพึ่งตนเองโดยสมุนไพรในพื้นที่ โดยปฏิบัติตนภายใต้หลัก 9 ประการ
6. รูปแบบบูรณาการศาสตร์เพื่อชะลอไตเสื่อม หมายถึง รูปแบบการดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์วิถีธรรม และสังคมศาสตร์เพื่อการชะลอไตเสื่อม
7. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพทางกายซึ่งสามารถประเมินวัดได้จากน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไตและระดับไขมันในเลือด
8. คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสมบูรณ์ของทางร่างกายและจิตใจ ภายใต้สิ่งแวดล้อมหรือสังคมที่ดี วัดได้โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี