

h 10525-008

การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน
A COMPARATIVE STUDY OF COUCHING AND MODERN MEDICINES
IN THAI CATARACT PATIENTS



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำรงหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2540

๑๙๗

๗ 154๗

๒54๐

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านและแผ่นปัจจุบัน

..... นันทกร วัฒนศักดิ์

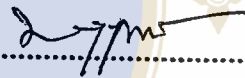
ชรินทร์ รัตนสกุล

ผู้วิจัย

..... 

ลักขณา ดาวรัตนพงษ์ อ.บ., ศศ.ม., Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... 

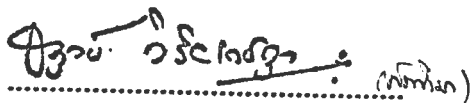
พรทิพย์ อุศุภรัตน์ ศศ.บ., ศศ.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... 

ชัยรัตน์ เสาวพฤทธิ พ.บ.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

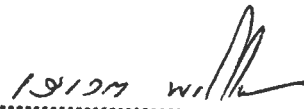
.....  (พิมพ์)

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต ,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

..... 

เสาวภา พรสิริพงษ์ ศศ.บ., สม.ม

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท

วิทยานิพนธ์

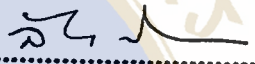
เรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน
ได้รับการพิจารณาอนุมัติใต้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา
วันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2540

.....
ชื่อหน้า รัตนสกุล

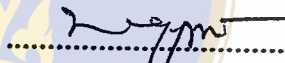
ชื่อนิทร รัตนสกุล

ผู้วิจัย

.....


.....
ลักขณา ดาวรัตน์ อ.บ., ศศ.ม., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....


.....
พรทิพย์ อุศุภรัตน์ ศศ.บ., ศศ.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

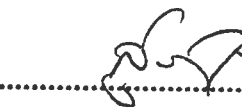

.....
ชัยรัตน์ เสาวพฤทธิ์ พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....


.....
เสาวภา พรสิริพงษ์ ศศ.บ., สม.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

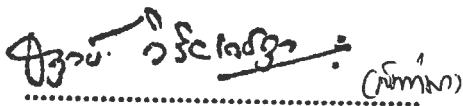
.....


.....
ศุภนฤงษ์สุริยา รัตนกุล , Docteur de
L. Université de Paris

ผู้อำนวยการ

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

(พิมพ์)

.....
อดุลย์ วิริยเวงกุล ราชบัณฑิต ,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อนักศึกษา นางสาวนันท รัตน์สกุล
- วัน เดือน ปีเกิด 14 พฤษภาคม 2508
- สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พ.ศ.2525-2529 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ.2531-2534 :
ศิลปศาสตรบัณฑิต (ภาษาอังกฤษ)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2534-2535 :
วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2536-2540 :
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวัฒนธรรมศึกษา (วัฒนธรรมสาธารณสุข)
- ทุนวิจัย ทุนอุดหนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ.2530-ปัจจุบัน
พยาบาลวิชาชีพ 6 ฝ่ายการพยาบาลจักษุ
โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์และท่านที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายทั้งที่ให้คำแนะนำให้โอกาสและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ทั้งมวล กราบขอบพระคุณกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา และช่วยแก้ไขปรับแต่งจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ทั้งเนื้อหาและคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจารย์ลักขณา ดาวรัตน์ทงษ์ ที่เสียสละเวลาให้คำปรึกษา เป็นอย่างดียิ่ง คอยชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้วิจัยมีความพยายามในทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จตามกำหนดเวลา อาจารย์พรทิพย์ อุศุภรัตน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวภา พรสิริพงษ์ ที่กรุณาให้กำลังใจให้ความรู้และแนวคิดที่หลากหลายอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิเคราะห์ ตลอดจนระยะเวลาที่ศึกษาจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ รวมทั้งนายแพทย์ชัยรัตน์ เสาวฤทธิ์ จักษุแพทย์ประจำโรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาให้ความรู้ทางวิชาการแพทย์ คอยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยเป็นอย่างมาก ทั้งอีกเป็นผู้ปลุกจิตสำนึกให้ผู้วิจัยเลือกศึกษาวิจัยในวิทยานิพนธ์เรื่องนี้

กราบขอบพระคุณ คุณลักขณา สุยานนท์ หัวหน้างานการพยาบาลจักษุ คุณคัชลิดา ศกุนวัฒน์ พยาบาลหัวหน้าตจักษุ ช. ที่กรุณาให้เวลา ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ศึกษาเล่าเรียน อีกทั้งเป็นผู้จุดประกายไฟในใจของผู้วิจัยให้มีความตั้งใจ และมุ่งมั่นเพื่อความสำเร็จของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ พยาบาลผู้ร่วมงานในตจักษุ ช. และตจักษุผู้ช่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถีทุก ๆ ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์แลกเปลี่ยนแนวการปฏิบัติงาน ช่วยตรวจทานงานวิจัย ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามมาได้ทั้งหมด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

และที่สำคัญที่สุด ซึ่งผู้วิจัยจะลืมไม่ได้คือ บุพการีทั้งสอง นายจ่านง และนางเทวีรัตน์สกุล ผู้ให้กำเนิด ให้ความรัก ความเอื้ออาทรเสมอมา และเป็นกำลังสำคัญที่สร้างความมุ่งมั่นต่อความสำเร็จครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อน ๆ นักศึกษาที่ร่วมเรียนในชั้นเรียนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณรพีพรรณ จันทนลาซ ที่ให้แนวคิด คำแนะนำ เอื้อเพื่อเอกสารการศึกษา และให้ความเป็นเพื่อนที่ดีตลอดมา รวมทั้งคุณสุภาพร สุนทรรังษี ผู้มีน้ำใจและเป็นกำลังสำคัญในการพิมพ์งาน ตรวจทานและแก้ไขตัวอักษร ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายขอขอบพระคุณคณะกรรมการคัดเลือกทุนวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวนเงิน 23,000 บาท ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างเป็นอย่างยิ่ง

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน

ผู้วิจัย ชรินทร์ รัตนสกุล

ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ลักขณา ดารัตนหงษ์ อ.บ., ศศ.ม., Ph.D.

พรทิพย์ อุศุภรัตน์ ศศ.บ., ศศ.ม.

ชัยรัตน์ เส่าวพฤษดิ์ พ.บ.

วันที่สำเร็จการศึกษา 3 เมษายน พ.ศ. 2540

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน” เป็นการศึกษาทางมานุษยวิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นมาและบทบาทของหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระดูก กระบวนการรักษาต่อกระดูก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา นอกจากนี้ยังศึกษาถึงอิทธิพลและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนสนับสนุนให้การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่ โดยศึกษาผู้ป่วยต่อกระดูกทั้งหมด 40 ราย แยกเป็นผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล 20 ราย และอีก 20 ราย เป็นผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแผนพื้นบ้านและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้กลับมารักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นในโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษาถึงหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระดูกจำนวน 3 ราย การรายงานผลการศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควบคู่กัน โดยใช้ค่าสถิติร้อยละประกอบการบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทั่วไปในผู้ป่วยที่เลือกการรักษาทั้ง 2 แผน จะมีความคล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันบ้างในเรื่องของอาชีพและรายได้ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อกระดูกแผนปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีสถานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า ซึ่งในกลุ่มนี้ได้บอกถึงสาเหตุในการที่เลือกการรักษาแผนปัจจุบันว่า ญาติพี่น้องแนะนำให้มารักษาคิดเป็นร้อยละ 45 และร้อยละ 30 บอกว่าการรักษาแผนปัจจุบันเป็นการรักษาที่ทันสมัย แพทย์มีความสามารถสูง ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยต่อกระดูกเลือกไปรักษาแผนพื้นบ้านพบว่า ร้อยละ 40 มีเพื่อนหรือคนรู้จักกันแนะนำให้ไปรักษา และร้อยละ 30 บอกว่าญาติพี่น้องแนะนำให้ไปรักษา

แม้ว่าการรักษาต่อกระดูกแผนปัจจุบันจะใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า และก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยเพียงใด แต่การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านก็ยังคงมีผู้ป่วยเลือกไปรักษาอยู่ ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาได้ว่ามาจาก

- 1) ความเชื่อ ความศรัทธาต่อการรักษาแผนพื้นบ้าน จากคำบอกเล่าของบุคคลที่ผ่านการรักษามาแล้ว
 - 2) ความรู้สึกที่คุ้นเคยเป็นกันเองและไม่รู้สึกว่าแปลกแยกกับหมอพื้นบ้าน เป็นความแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับความรู้สึกที่มีต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล
 - 3) ความกลัวและไม่เข้าใจในกระบวนการรักษาแผนปัจจุบัน รวมทั้งการเคยประสบความล้มเหลวจากกระบวนการบริการรักษาแผนปัจจุบัน
 - 4) อุปนิสัยและพื้นฐานทางวัฒนธรรมของคนไทยซึ่งมีลักษณะจิตใจดี เป็นผู้มีความเมตตาากรุณา ไม่เคยฟ้องร้องหรือเรียกร้องเมื่อตกเป็นผู้เสียหาย
- สาเหตุเหล่านี้ทำให้การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่ได้ ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยต่อการเลือกรักษาโรคทางตา จึงเป็นเรื่องพึงกระทำอย่างเร่งด่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพของประชาชน

Thesis Title A Comparative Study of Couching and Modern Medicine
in Thai Cataract Patients

Name Chanintorn Rattanasakol

Degree Master of Arts (Cultural Studies)

Thesis Supervisory Committee

Lakana Daoratanahong B.A., M.A., Ph.D.

Porntip Usuparat B.A., M.A.

Chairat Saovaprut M.D.

Date of Graduation 3 April B.E. 2540 (1997)

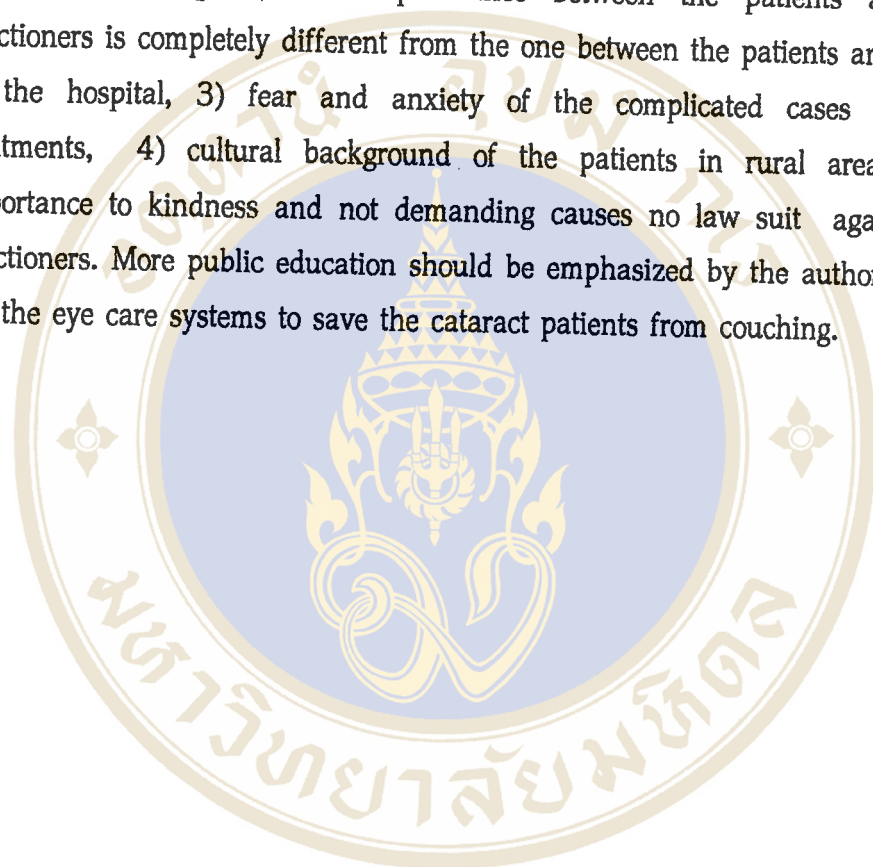
Abstract

This anthropological research is a comparative study of two cataract treatments. One is couching and the other is the modern treatments (extracapsular cataract extraction or phacoemulsification with intraocular lens implantation). The study is focused on history, method of treatments, complications, as well as the reasons behind the couching practices in many areas of Thailand.

Methods : Forty cataract patients were studied retrospectively. Twenty patients have been undergone extracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation and twenty patients undergone couching and had complications which required further treatments in one tertiary government hospital. Backgrounds of three couching practitioners were included. Qualitative research method and descriptive statistic were used in the study.

Results : It was found that both groups of patients have similar background except career and income. Most of the patients in modern treatments group have better socio-economics status and 45% of them choose this treatment because of their relatives' recommendations, 30% of them believe that modern medicine is better. In the group that seek couching, 40% were because of friend's recommendations and 30% believe in their relatives' recommendations.

Conclusion : In spite of the good result and accessibility of modern techniques in cataract surgery, the couching practices still exist in many areas in Thailand because of the following reasons : 1) strong confidence in some uncomplicated cases of couching, 2) the acquaintance between the patients and couching practitioners is completely different from the one between the patients and the doctors in the hospital, 3) fear and anxiety of the complicated cases from modern treatments, 4) cultural background of the patients in rural area which give importance to kindness and not demanding causes no law suit against couching practitioners. More public education should be emphasized by the authorities involved in the eye care systems to save the cataract patients from couching.



จ
สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค

สารบัญ

จ

สารบัญตาราง

ญ

บทที่

1 บทนำ

1

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

1

1.2 วัตถุประสงค์

3

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3

1.4 วิธีการดำเนินการศึกษา

3

1.4.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

4

1.4.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

4

1.4.3 ระเบียบวิธีวิจัย

5

1.4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

5

1.4.5 การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

7

1.5 ระยะเวลาในการศึกษา

8

1.6 ข้อจำกัดและปัญหาในการศึกษา

8

1.7 ขอบเขตการศึกษา

9

ฉ
สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ศึกษา	9
1.9 แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา	10
1.10 กรอบความคิดในการศึกษา	17
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต่อกระเจกและการรักษาต่อกระเจกแผนปัจจุบัน	18
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคต่อกระเจก	18
2.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของตา	18
2.1.2 ความหมายของโรคต่อกระเจก	18
2.1.3 ระบาดวิทยาของโรคต่อกระเจก	19
2.1.4 พยาธิภาพของโรคต่อกระเจก	19
2.1.5 อาการและอาการแสดง	20
2.1.6 การวินิจฉัยโรค	20
2.1.7 สาเหตุและชนิดของต่อกระเจก	20
2.2 การรักษาต่อกระเจกแผนปัจจุบัน	22
2.2.1 การรักษาต่อกระเจกโดยทั่วไป	22
2.2.1.1 การผ่าตัดในโรคต่อกระเจก	22
2.2.1.2 ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดต่อกระเจก	22
2.2.1.3 ขั้นตอนการรักษาต่อกระเจก	23
2.2.1.4 เลนส์ตาเทียม	26
2.2.2. การรักษาต่อกระเจกในโรงพยาบาลราชวิถี	27
2.2.2.1 ผู้ให้การรักษาแผนปัจจุบัน	27
2.2.2.2 ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาต่อกระเจกในโรงพยาบาล	28
2.2.3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรคต่อกระเจกในโรงพยาบาลรัฐบาลปัจจุบัน	30
2.2.3.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแผนกผู้ป่วยนอก	30
2.2.3.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแผนกผู้ป่วยใน	31
2.2.4 ผู้ป่วยต่อกระเจกกับการรักษาแผนปัจจุบัน: กรณีศึกษาผู้ป่วยในแผนกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี	32

๕
สารบัญ(ต่อ)

บทที่		หน้า
	2.2.4.1 ข้อมูลทั่วไป	33
	(1) อายุ	32
	(2) การศึกษา	33
	(3) อาชีพ	34
	(4) รายได้	35
	(5) สถานภาพสมรส	37
	(6) สิทธิคำรักษาพยาบาล	38
	(7) ประสบการณ์รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	39
	2.2.4.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก	40
	(1) สาเหตุของการเจ็บป่วย	41
	(2) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	41
	(3) เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาต่อกระดูกแผนปัจจุบันใน โรงพยาบาล	42
	2.2.4.3 ทศนคติต่อจักษุแพทย์	43
3	การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน	45
3.1	วิวัฒนาการของการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน	45
3.2	การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน	47
3.3	หมอฟื้นบ้านกับการรักษาต่อกระดูก: กรณีศึกษา	48
	3.3.1 หมอ ก.	48
	3.3.2 หมอ ข.	50
	3.3.3 หมอ ค.	52
3.4	หมอฟื้นบ้านที่ผู้ป่วยต่อกระดูกเลือกไปรักษา	54
	ก. อายุของหมอฟื้นบ้าน	55
	ข. อาชีพของหมอฟื้นบ้าน	56
	ค. วิธีการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน	57
	ง. คำรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน	57
3.5	ผู้ป่วยต่อกระดูกกับการรักษาแผนพื้นบ้าน : กรณีศึกษา	59
	3.5.1 ข้อมูลทั่วไป	59
	ก. อายุ	59

๕
สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
ก. อายุ	59
ข. การศึกษา	59
ค. อาชีพ	60
ง. รายได้	61
จ. สถานภาพสมรส	63
ฉ. สิทธิคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	64
ช. ประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	66
3.5.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย	66
ก. สาเหตุของการเจ็บป่วย	67
ข. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	67
ค. ทางเลือกการรักษาพยาบาล	68
ง. เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาต่อระจกกับแพทย์พื้นบ้าน	69
จ. ผลการรักษาต่อระจกแผนพื้นบ้าน	69
ฉ. ทิศนคติต่อหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อระจก	71
3.6 ผู้ป่วยต่อระจกกับภาวะแทรกซ้อน	72
3.6.1 สาเหตุที่กลับมารักษาตากับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล	72
3.6.2 ระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับการรักษาต่อระจกกับหมอพื้นบ้าน	74
3.6.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังรับการรักษาต่อระจกแผนพื้นบ้าน	75
3.6.4 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาต่อระจกแผนพื้นบ้าน	75
3.6.5 ผลการรักษา	76
3.6.6 ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาต่อระจกกับหมอพื้นบ้าน	78
4 เปรียบเทียบการรักษาต่อระจกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน	80
4.1 ผู้ให้การรักษา	80
4.1.1 จักษุแพทย์	80
4.1.2 หมอพื้นบ้านที่รักษาต่อระจก	85

ณ
สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4.2 ผู้รับการรักษา	87
4.2.1 เพศ	87
4.2.2 อายุ	88
4.2.3 การศึกษา	89
4.2.4 อาชีพ	90
4.2.5 รายได้	91
4.2.6 สถานภาพสมรส	94
4.2.7 สิทธิคำรักษาพยาบาล	95
4.2.8 ประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	96
4.2.9 สาเหตุของโรคต่อกระดูก	97
4.2.10 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	98
4.2.11 เหตุผลในการเลือกรักษาต่อกระดูกทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน	99
4.3 กระบวนการรักษาต่อกระดูก	101
4.4 ประสิทธิภาพในการรักษา	108
5 สรุปอภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	109
5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา:ปัจจัยที่ทำให้การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน ยังคงดำรงอยู่	109
5.2 ข้อเสนอแนะ	118
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก	126
ภาคผนวก ก ตำรายารักษาโรคทางจักษุจากศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม	126
ภาคผนวก ข ตำรายาสมนไพรแกั้ขัดก่อนไปพบแพทย์ (ยากกลางบ้านของไกล่มี้อ)	139
ภาคผนวก ค แสดงภาพตัดขวางโครงสร้างของลูกตา	145
ภาคผนวก ง คำอธิบายศัพท์ทางการแพทย์ด้านจักษุวิทยาที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย	146
ภาคผนวก จ แนวคำถาม	148

ญ
สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อกระจกในโรงพยาบาล	31
2.2	ช่วงอายุของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน	33
2.3	ระดับการศึกษาของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษา แผนปัจจุบัน	34
2.4	อาชีพของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน	35
2.5	รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษา แผนปัจจุบัน ที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่	36
2.6	รายได้ต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษา แผนปัจจุบัน ที่ในปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้ว	37
2.7	สถานภาพสมรสของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษา แผนปัจจุบัน	38
2.8	สิทธิคำรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อกระจก ที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน	39
2.9	ประสบการณ์การรักษายาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต่อกระจกที่ได้รับการรักษาแผนปัจจุบัน	40
2.10	สาเหตุของโรคต่อกระจกตามผู้ป่วยเข้าใจ	41
2.11	ระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกไปรับการ รักษาแผนปัจจุบัน	42
2.12	เหตุผลที่ผู้ป่วยต่อกระจกเลือกไปรับการรักษาแผนปัจจุบัน ในโรงพยาบาล	43
2.13	ทัศนคติของผู้ป่วยต่อจักษุแพทย์ที่ให้การรักษา	44
3.1	กลุ่มของหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระจก	55
3.5	ช่วงอายุของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกการรักษาแผนพื้นบ้าน	59
3.6	ระดับการศึกษาของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษา แผนพื้นบ้าน	60
3.7	อาชีพของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน	61
3.8	รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษา แผนพื้นบ้านที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่	62

ฎ
สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่		หน้า
3.9	รายได้ต่อเดือนครอบครัวผู้ป่วยที่เคยเลือกรับการรักษา แผนพื้นที่บ้านที่ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้ว	63
3.10	สถานภาพสมรสของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยได้รับการรักษา แผนพื้นที่บ้าน	64
3.11	สิทธิ์การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยได้รับการ รักษาแผนพื้นที่บ้าน	65
3.12	ประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วย ต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นที่บ้าน	66
3.13	สาเหตุของโรคต่อกระจกตามผู้ป่วยเข้าใจ	67
3.14	ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางตาก่อนที่ผู้ป่วยจะไปกัรับการรักษา ในผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยรักษากับหมอพื้นบ้าน	68
3.15	เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกไปรับการรักษากับหมอพื้นบ้าน	69
3.2	อายุของแพทย์พื้นบ้านที่ผู้ป่วยต่อกระจกเลือกไปรับการักษา	56
3.3	อาชีพของหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระจก	56
3.4	ค่ารักษาพยาบาลต่อกระจกแผนพื้นที่บ้าน	58
3.16	ถึงผลการรักษาต่อกระจกที่นำไปสู่ระดับความพึงพอใจของ ผู้ป่วยหลังรับการรักษากับหมอพื้นบ้าน	70
3.17	ทัศนคติของผู้ป่วยต่อหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระจกเมื่อหลัง การรักษาใหม่ ๆ	71
3.18	สาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษาตากับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล	73
3.19	ระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับการรักษาต่อกระจก แผนพื้นที่บ้าน	74
3.20	โรคทางตาถึงสภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังรับการรักษา ต่อกระจกกับหมอพื้นบ้าน	75
3.21	การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่อกระจกแผนพื้นที่บ้าน	76
3.22	ผลการตรวจสายตาสหลังรับการรักษาต่อกระจกกับจักษุแพทย์	77
3.23	ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน	78
3.24	เปรียบเทียบค่ารักษาต่อกระจกแผนปัจจุบันโดยตรงกับค่ารักษา ต่อกระจกแผนพื้นที่บ้าน รวมกับค่ารักษาภาวะแทรกซ้อน	79

ตารางที่		หน้า
4.1	สถิติเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกแผนกฉุกเฉินทั้งหมดกับผู้ป่วยนอกโรคต่อกระดูก	82
4.2	เปรียบเทียบความแตกต่างเรื่องเพศของผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาดูกระดูกแผนกพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน	88
4.3	เปรียบเทียบระดับการศึกษาของผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกรับการรักษาดูกระดูกแผนกพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน	89
4.4	เปรียบเทียบอาชีพของผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกรับการรักษาดูกระดูกแผนกพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน	90
4.5	เปรียบเทียบรายได้ของผู้ป่วยต่อกระดูกที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่	92
4.6	เปรียบเทียบรายได้ของครอบครัวผู้ป่วยต่อกระดูกที่ในปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้ว	93
4.7	เปรียบเทียบสถานภาพสมรสของผู้ป่วยต่อกระดูกที่ศึกษา	94
4.8	เปรียบเทียบสิทธิคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยต่อกระดูกที่ศึกษา	95
4.9	เปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อกระดูกที่ศึกษา	96
4.10	สาเหตุของโรคต่อกระดูกตาม que ผู้ป่วยเข้าใจ	97
4.11	เปรียบเทียบระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางตาของผู้ป่วยต่อกระดูกก่อนไปรับการรักษาที่แพทย์	98
4.12	เปรียบเทียบเหตุผลของผู้ป่วยในการเลือกรักษาต่อกระดูกแผนกพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน	100
4.13	เปรียบเทียบการรักษาดูกระดูกแผนกพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน	102

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ดวงตาเป็นอวัยวะอันละเอียดอ่อน มีความหมาย และมีความสำคัญต่อชีวิตเป็นอย่างยิ่ง แต่เมื่อเกิดมีการเจ็บป่วยทางตา คนเราทุกคนย่อมต้องเสาะแสวงหาผู้มารักษา เพื่อให้ตานั้นกลับสู่ภาวะปกติ กลับมาเห็นได้ดั่งเดิม เพราะเราทุกคนคงไม่อยากจะตาบอดหรือสายตาดำมืด ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ หรือดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติจำต้องมีผู้ช่วยเหลือตกเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัว และสังคม รวมทั้งเป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จากรายงานของ WHO (1975) มีผู้ประมาณว่ามีคนตาบอดทั่วโลก จำนวน 28 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีสาเหตุจากโรคต้อกระจกมากที่สุดคือประมาณ 15 ล้านคน หรือเท่ากับ 53.6 % และในประเทศไทย ประมาณไว้ว่ามีคนตาบอดและสายตาดำมืดอย่างน้อย 5,800,000 คน (วิชาญ ศรีสุพรรณ 2533 : 2) และมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี ในจำนวนนี้จำเป็นต้องพึ่งพาญาติถึงร้อยละ 86 (บรรลุ ศิริพานิช อ่างในปัทมา วาจามัน 2534 : 1) สายตาดำมืดเหล่านี้มีสาเหตุจากการติดเชื้อภาวะทุพโภชนาการ ต้อกระจก ต้อหิน ต้อเนื้อ อุบัติเหตุทางตา และโรคครีตลีตดวงตา ซึ่งเป็นโรคทางตาที่สามารถป้องกันหรือรักษาได้โดยไม่ทำให้เกิดความพิการ (กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ อ่างในปัทมา วาจามัน 2534 : 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคต้อกระจก ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของตาบอดหรือสายตาดำมืดถึงร้อยละ 73.71 (ชเนศ นันทวิสัย 2535 : 140-141) โรคต้อกระจกนี้เป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ และเป็นในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 63 (วิชาญ ศรีสุพรรณ 2533 : 2) ถ้าพิจารณาการเพิ่มของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเดิมมี 2.5 ล้านคนในปี 2533 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคนในปี 2543 (วันอนามัยโลก 2531 : 144) ทำให้จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกมีมากขึ้นด้วย

ตามหลักทางการแพทย์ โรคต้อกระจกเป็นโรคที่รักษาได้โดยการผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งการผ่าตัดมีหลายวิธีตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน หรือตามที่จักษุแพทย์จะเห็นสมควร ซึ่งในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีโดยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงมาใช้ในการผ่าตัดต้อกระจก (Phacoemulsification) ซึ่งเป็นวิธีที่ทันสมัยที่สุด จักษุแพทย์ในประเทศไทยได้นำวิธีนี้เข้ามาใช้เมื่อประมาณ 4-5 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันวิธีการนี้มีเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ของภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเท่านั้น ส่วนการผ่าตัดต้อกระจกโดยวิธีอื่น จะสามารถกระทำได้โดยจักษุแพทย์ทั่วไป ซึ่งจักษุแพทย์ทั่วประเทศมีประมาณ 400 คน โดยอยู่ในกรุงเทพมหานครประมาณ 270 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 60 ของจักษุแพทย์ทั้งหมด และถ้าจัดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร จะพบว่าจักษุแพทย์ 1 คน ต้องดูแลประชากรประมาณ 20,895 คน นอกจากนี้ยังพบว่าในส่วนภูมิภาคบางจังหวัดนั้นยังไม่มีจักษุแพทย์ประจำ ซึ่งในส่วนภูมิภาคนี้มีอัตราส่วนของจักษุแพทย์ 1 คน ต่อประชากรประมาณ 401,000 คน (แพทยสภาและ

กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข 2537) โดยอัตราส่วนที่เหมาะสม คือจักษุแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1 แสนคน (สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ 2532 :69)

ถึงแม้ว่าการรักษาโรคต้อกระจกโดยจักษุแพทย์จะเป็นทางเลือกที่เห็นว่าเหมาะสมในสายตาของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบัน แต่อีกทางเลือกหนึ่งคือการรักษาต้อกระจกกับหมอพื้นบ้าน นั้นก็ยังมีประชาชนอีกเป็นจำนวนมากที่ยังคงเลือกรักษาโดยวิธีนี้อยู่ การรักษาต้อกระจกโดยหมอพื้นบ้านจะมีหลักการที่คล้าย ๆ กัน คือ หมอพื้นบ้านจะใช้อุปกรณ์ลักษณะเป็นแท่งคล้ายเข็มเย็บเลนส์ ต้อกระจกให้ตกไปด้านหลังตา (Couching) และเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด หมอพื้นบ้านจะใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น ใช้ยาชาหยอดตา หรือใช้ยาสมุนไพรพอกปิดตา เพื่อให้เกิดอาการชา หลังรักษาผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นได้ทันที วิธีการนี้ถึงแม้จะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นได้แต่ก็เป็นเพียงในระยะเวลาไม่นานนัก ดังในผู้ป่วยศึกษา 1 ราย สามารถมองเห็นได้เพียง 3 วันเท่านั้น หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจากผลของเลนส์ต้อกระจกที่หลุดไปด้านหลังตานั่นเอง นำมาซึ่งโรคทางตาที่รุนแรงขึ้น เช่น ต้อหิน จอประสาทตาลอกหลุด จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น ซึ่งต้องกลับมารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้กับจักษุแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนและต้องอาศัยจักษุแพทย์ที่มีความชำนาญพิเศษเฉพาะทางเท่านั้น นอกจากนี้ยังต้องสิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์การผ่าตัด และเสียเวลาไปโดยใช่เหตุ แต่นั่นก็ไม่เท่ากับการต้องสูญเสียดวงตาข้างนั้นไป ซึ่งในผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นตาบอดรักษาไม่ได้อีกต่อไปมีถึง 16.67 % ประเมินการว่าการรักษาต้อกระจกโดยหมอพื้นบ้าน ยังคงมีอยู่ในเกือบทุกจังหวัดของประเทศไทย และยังคงเปิดดำเนินการอยู่ (อารีย์ เจริญพงศ์ 2526 : 45) มีอิทธิพลมากแม้แต่เจ้าหน้าที่ของรัฐก็ไม่สามารถเข้าไปจัดการได้ นอกจากนี้ในหมอพื้นบ้านบางรายมีการเก็บค่ารักษาในอัตราที่สูง บางแห่งมากกว่าการรักษาแผนปัจจุบันถึงเกือบเท่าตัว แต่ก็ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากเลือกไปรักษาอยู่

เมื่อตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคต้อกระจกซึ่งเกี่ยวข้องกับแพทย์ผู้ให้การรักษาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการรักษาโรคต้อกระจกทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบันเพื่อเปรียบเทียบดูความแตกต่างข้อดีข้อดีของการรักษาโรคต้อกระจกทั้งสองแผน โดยศึกษาในผู้ป่วยต้อกระจกที่มารับการรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลโดยตรง และผู้ป่วยต้อกระจกที่เลือกรับการรักษาที่หมอพื้นบ้านและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ต้องกลับมารับรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล ในการนี้ได้เลือกศึกษาในแผนกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลใหญ่อยู่ในแหล่งชุมชน และเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ จึงมีความสะดวกในการติดต่อเก็บข้อมูล การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ให้การรักษา ผู้รับการรักษา และกระบวนการรักษาต้อกระจก ทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน ที่ส่งผลให้การรักษาต้อกระจกแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่ได้มาจนถึงทุกวันนี้ และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยต้อกระจกยังคงเลือกรักษาแผนพื้นบ้าน

อยู่ทั้ง ๆ ที่การรักษาต่อระยะกับแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้ชื่อว่าทันสมัย และปลอดภัยก็สามารถทำได้ในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งที่มีจักษุแพทย์ เนื่องจากยังไม่เคยมีผู้ใดทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน ดังนั้นจึงคาดว่าผลการศึกษาคงจะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานทางด้านจักษุวิทยา ในการที่จะเร่งรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพและขยายการให้บริการ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคทางตาได้ครอบคลุมและกว้างขวางยิ่งขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ อีกทั้งยังเป็นการลดอัตราการเกิดตาบอด และสายตาสั้นพิการ อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยได้ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเลือกมารับการรักษาต่อระยะทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน โดยดูจากลักษณะพื้นฐานครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ

1.2.2 เพื่อศึกษาความเป็นมาและบทบาทของหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อระยะ

1.2.3 ศึกษารูปแบบ กระบวนการรักษาโรคต่อระยะของแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนพื้นบ้าน รวมทั้งศึกษาข้อดีข้อด้อย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาดังกล่าว

1.2.4 เพื่อศึกษาถึงอิทธิพลและปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้การรักษาต่อระยะแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่มาจนถึงทุกวันนี้

1.3 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.3.1 ทำให้ทราบถึงวิธีการรักษาโรคต่อระยะทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้การรักษาต่อระยะแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่

1.3.2 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตาที่ถูกต้องแก่ประชาชนรวมทั้งนำไปพัฒนาและปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานจักษุ เพื่อความเหมาะสม สอดคล้อง และเอื้ออำนวยประโยชน์ทั้งฝ่ายผู้ให้ และผู้รับการรักษา

1.3.3 เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์การวางแผนงานทางด้านการศึกษาดูแลดวงตาต่าง ๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพตาที่ดีของประชาชน ลดอัตราการเกิดตาบอด และสายตาสั้นพิการ อันเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ต่อไป

1.4 วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีวิธีดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.4.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกมารักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ด้วยเหตุผลดังกล่าวในข้อ 1.1 และโดยเหตุที่โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีเตียงนอนพักรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคตาถึง 60 เตียง ซึ่งเป็นจำนวนเตียงที่มากกว่าโรงพยาบาลอื่นทั่ว ๆ ไป ประกอบกับผู้วิจัยมีความใกล้ชิดคุ้นเคยเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ดังนั้นการเข้าถึงหรือการเก็บข้อมูลจึงมีความสะดวก สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ร่วมปฏิบัติงานได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่วนการเลือกศึกษาที่มอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูกนั้น ได้เลือกศึกษาที่มอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียง เป็นที่รู้จักและมีผู้ป่วยเลือกไปรักษาเป็นจำนวนมาก โดยผู้ป่วยหรือญาติที่เคยไปรักษาเป็นผู้แนะนำ ในการนี้ได้พิจารณาเลือกจังหวัด พระนครศรีอยุธยา และสุพรรณบุรี เป็นพื้นที่ศึกษาด้วยเหตุผลที่ว่ามอพื้นบ้านรักษาต่อกระดูกที่มีชื่อเสียงเป็นที่นิยมของผู้ป่วย และเป็นจังหวัดที่อยู่ไม่ไกลจากกรุงเทพฯ เส้นทางคมนาคมสะดวก เอื้ออำนวยต่อผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อรายงานการศึกษานี้

1.4.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้การศึกษานี้ละเอียดครอบคลุมเนื้อหาได้ครบถ้วน ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.4.2.1 กลุ่มผู้ให้การรักษา คือ กลุ่มของมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระดูก จำนวน 3 ราย โดยเลือกศึกษาในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2 ราย คือ ที่อำเภอเมือง 1 รายและอำเภอเสนา 1 ราย และมอพื้นบ้านที่อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี 1 ราย ในมอพื้นบ้านทั้ง 3 ราย ที่ศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกจากมอพื้นบ้านที่มีผู้ป่วยเลือกไปรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาด้วย นอกจากนี้ยังเป็นมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักอย่างดีของคนในละแวกนั้น และเปิดให้การรักษาโรคต่อกระดูกมานาน และในปัจจุบันยังเปิดให้การรักษาอยู่

1.4.2.2 กลุ่มผู้รับการรักษา จำนวนทั้งสิ้น 40 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาในระดับลึก เพียงพอที่จะศึกษาวิเคราะห์ เพราะเมื่อเก็บข้อมูลซักประวัติหนึ่งจะเริ่มได้ข้อมูลที่ซ้ำกัน ซึ่งน่าจะเป็นภาพหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดได้ การศึกษานี้ไม่มีข้อจำกัดด้าน เพศ อายุ การศึกษา หรืออาชีพใด ๆ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาศัยการสังเกตทั่วไป และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแบ่งกลุ่มศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 20 ราย โดยใช้การสุ่มแบบมีเงื่อนไขในผู้ป่วยที่มารักษาในเดือนตุลาคม 2538 เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้วิจัยมีความพร้อมที่จะเก็บข้อมูลดังกล่าวเพื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้าน ซึ่ง

ได้เก็บข้อมูลมาก่อนแล้วระยะหนึ่ง โดยศึกษาผู้ป่วยเรียงตามลำดับการมาพักรักษาในแผนกผู้ป่วยในจักษุ จนครบ 20 ราย

2) กลุ่มผู้ป่วยต่อกระจกที่เคयरักษาแผนพื้นบ้านจำนวน 20 ราย โดยไม่ เจาะจงหมอฟื้นบ้านที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษา เป็นผู้ป่วยที่ได้ผ่านการรักษากับหมอฟื้นบ้านมาแล้ว และได้ มาตรวจสุขภาพตา หรือมารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาดังกล่าวกับจักษุแพทย์ ในโรงพยาบาล ราชวิถี ในช่วงเดือนมีนาคม 2538 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2539 ผู้ป่วยต่อกระจกเหล่านี้ได้มารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ ของโรงพยาบาลราชวิถี และได้ติดตามการรักษาของจักษุแพทย์ในผู้ป่วยแต่ละราย ยังแผนกผู้ป่วยในจักษุ จนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และศึกษาต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตาม แพทย์นัดอีก 2 ครั้ง เพื่อดูความก้าวหน้าของผลการรักษา

1.4.3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทางมานุษยวิทยา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผลสัมผลานกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และใช้ศาสตร์ที่ร้อยละประกอบการบรรยาย

1.4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บและรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลดังนี้

1.4.4.1 การเก็บและรวบรวมข้อมูลเอกสาร ผู้ศึกษาได้เก็บและรวบรวมข้อมูลเอกสาร จากหนังสือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ จากสำนักหอสมุดของ สถาบันอุดมศึกษาหลายแห่งเช่น สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา สำนักหอสมุดกลาง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หอสมุดสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุด โรงพยาบาลราชวิถี เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางการกำหนดประเด็นปัญหาการศึกษาและกำหนดกรอบในการศึกษาก่อนที่จะไปทำการเก็บข้อมูลในสนาม และขณะที่เก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยก็พยายามศึกษา และค้นคว้าเอกสารเพิ่มเติมเท่าที่จะกระทำได้ รวมถึงภายหลังจากที่ทำการศึกษาภาคสนามเสร็จสิ้น แล้ว ซึ่งข้อมูลทางด้านเอกสารดังกล่าวได้แก่

ก) เอกสารทางการแพทย์แผนไทยที่ปรากฏอยู่และได้กล่าวถึงเรื่องการรักษาโรคตา โดยเฉพาะโรคต่อกระจก ประวัติความเป็นมาของการรักษาต่าง ๆ นั้น จะเป็นเอกสาร ประเภทศิลาจารึก เอกสารตีพิมพ์เนื่องในวาระพิเศษ รวมทั้งที่พระมหากษัตริย์ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้บันทึก นอกจากนี้ยังเป็นเอกสารของต่างประเทศที่แพทย์แผนปัจจุบันได้แปลและเรียบเรียง เขียนไว้ในวารสารทางการแพทย์ต่าง ๆ

ข) เอกสารทางวิชาการแพทย์ด้านจักษุวิทยาได้แก่ หนังสือ และวารสาร ทางทางการแพทย์ ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ หนังสือที่พิมพ์เพื่อวาระพิเศษ เช่น ครบรอบปี ของศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย หนังสือที่พิมพ์เพื่อแจกงานศพ เป็นต้น รวมทั้งบทความวิชาการจาก หนังสือพิมพ์

ค) เอกสารข้อมูลของทางราชการต่าง ๆ ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วย รายงานการรักษาของผู้ป่วย เอกสารที่เกี่ยวข้อง และสถิติต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

ง) เอกสารทางวิชาการ/งานวิจัย/วิทยานิพนธ์เกี่ยวกับทอมพื้นบ้าน การรักษาแผนพื้นบ้าน การรักษาแผนปัจจุบัน ฯลฯ

1.4.4.2 การเก็บและรวบรวมข้อมูลสนาม ผู้ศึกษาใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามทั้งสิ้น 1 ปี 6 เดือน โดยใช้วิธีการต่าง ๆ หลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตทั่วไปและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การเก็บข้อมูลใช้ทั้งในเวลาราชการ นอกเวลาราชการ และในวันหยุด ซึ่งรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1) การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (Formal Interview) กับจักษุแพทย์ในเรื่องเกี่ยวกับวิชาการแพทย์ การปฏิบัติงานทางด้านจักษุ และความคาดหวังต่าง ๆ กับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ตึกผู้ป่วยนอกจักษุ เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงาน ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยต่อกระจกและปัญหาในการทำงานต่าง ๆ

2) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ร่วมกับการสังเกต การสัมภาษณ์แบบลึก (Indepth Interview) กับผู้ป่วยที่เลือกมารับรักษาต่อกระจกกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล และกับผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อกระจกกับทอมพื้นบ้าน รวมทั้งทอมพื้นบ้านที่ได้รับการรักษาต่อกระจก

แนวคำถามที่ใช้กับผู้ป่วยประเด็นสำคัญจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยสนับสนุนที่ส่งเสริมให้เลือกรับการรักษานั้น ๆ ความพึงพอใจ ทศนคติ ความคาดหวังต่อการรักษาและต่อแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมทั้งคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการรักษาของทอมพื้นบ้านเท่าที่ผู้ป่วยรู้และจำได้ ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่มีส่วนเชื่อมโยงให้เกิดทางเลือกนั้น ๆ

แนวคำถามที่ใช้กับทอมพื้นบ้านจะเกี่ยวกับขั้นตอน อุปกรณ์ วิธีการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน รวมทั้งข้อมูลส่วนตัว ประวัติความเป็นมาก่อนเป็นทอมพื้นบ้าน

3) การสังเกตทั่วไป (Observation) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของทอมพื้นบ้านในขณะที่ทอมพื้นบ้านพูดคุยกับผู้ป่วยและในขณะที่ให้การรักษาบางขั้นตอน รวมทั้งการสังเกตทั่วไป ถึงลักษณะท่าทาง การแสดงออกของผู้ป่วยขณะพูดคุยกับทอมหรือขณะได้รับการรักษาทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยต้องให้ความระมัดระวังสูง เพราะผู้วิจัยไม่สามารถเปิดเผยตัวเองรวมทั้งทอมพื้นบ้านก็ค่อนข้างปกปิดตัวเอง ไม่ค่อยเปิดเผยต่อสาธารณชน ระแวดระวังบุคคลภายนอกจะมาจับผิด ดังนั้นเมื่อเข้าไปพบหรือพูดคุยกับทอมพื้นบ้าน ผู้วิจัยจะอ้างว่าเป็นญาติของผู้ป่วยที่จะพามารักษาต่อไป การมาพบครั้งนี้เพื่อขอข้อมูลสถานที่ ขั้นตอน และวิธีการรักษาต่าง ๆ เสียก่อน ในการนี้ถ้าเป็นเรื่อง

เกี่ยวกับวิธีการรักษาต่อกระจก หมอพื้นบ้านจะปฏิเสธการให้เข้าดูขณะให้การรักษาอย่างเด็ดขาดเพียงแต่บอกถึงวิธีการรักษาอย่างคร่าว ๆ เท่านั้น นอกจากนี้คือการสังเกตทั่วไปเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของสถานที่ให้การรักษา และอาณาบริเวณรอบ ๆ ในการไปพบหมอพื้นบ้านแต่ละรายนั้น ผู้วิจัยได้ไปเก็บข้อมูล 2-3 ครั้งต่อหมอพื้นบ้าน 1 ราย โดยครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 จะคอยสังเกตลักษณะภายนอกของสถานที่ให้การรักษา ลักษณะของผู้ป่วยและญาติที่มาปรึกษา โดยการสังเกตอยู่ห่าง ๆ อย่างเช่นการเฝ้าดูอยู่ในร้านอาหารที่อยู่ตรงกันข้ามกับสถานที่ให้การรักษา เป็นต้น ส่วนครั้งที่ 3 จะเข้าพบผู้ให้การรักษาดังกล่าว โดยใช้เวลากลางวันเป็นส่วนใหญ่ ทั้งในวันราชการและวันหยุดราชการ

4) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ในกระบวนการรักษาพยาบาลของจักษุแพทย์ การให้การพยาบาลผู้ป่วย เช่น การเตรียมผ่าตัด เช็ดตา ทหยอดตา เป็นต้น รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะที่จักษุแพทย์ผ่าตัดตาให้ผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

1.4.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

- 1) อุปกรณ์เครื่องเขียนเพื่อบันทึกจากการสังเกตและสัมภาษณ์
- 2) เทปบันทึกเสียง
- 3) แบบสอบถาม แนวคำถาม
- 4) กล้องถ่ายรูป

1.4.5 การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

1.4.5.1 การตรวจสอบข้อมูล ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบข้อมูลตลอดเวลาของการศึกษาภาคสนาม กล่าวคือในระหว่างทำการเก็บข้อมูลภาคสนามนั้นก็ ได้ตรวจสอบข้อมูลควบคู่ไปด้วยเช่น ตรวจสอบว่าข้อมูลส่วนใดยังไม่ครบถ้วน ก็จะเก็บเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและวิธีการสัมภาษณ์เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริงและความเป็นไปได้ในการตอบคำถามของหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องปัจจัยส่งเสริมในการเลือกรักษาดังกล่าว วิธีการรักษา และทัศนคติต่อผู้ให้การรักษา นอกจากนี้การสังเกตทั่วไปและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระจก มีข้อจำกัดในเรื่องความระมัดระวังตัวของหมอพื้นบ้านดังที่กล่าวไว้แล้ว ก็อาจทำให้ได้รับข้อมูลที่ผิดพลาด ดังนั้นเมื่อกลับจากการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งผู้วิจัยจึงต้องตรวจสอบข้อมูลอย่างละเอียดเป็นระยะ ๆ มีการแก้ไขและปรับปรุงเพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอันจะเป็นประโยชน์ต่อการสรุปอภิปรายผลและต่อข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1.4.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากทีรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาเรียบเรียง สรุป อภิปรายผล และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้ในเบื้องต้นประกอบกันด้วย และให้ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิเคราะห์ทั้งหมดโดยอาศัยพื้นฐานของความเป็นไปได้มากที่สุด

1.5 ระยะเวลาในการศึกษา

การศึกษาคครั้งนี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 ปี นับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2538 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2539 โดยมีรายละเอียดคือ

1.5.1 ชั้นเตรียมการ ได้แก่ การสำรวจข้อมูล ทั้งการสำรวจข้อมูลเอกสารและการสำรวจพื้นที่ภาคสนาม การรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องของบางส่วน ตลอดจนการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน คือตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2538 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2538

1.5.2 ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารและการเก็บรวบรวมข้อมูลสนามใช้เวลาประมาณ 1 ปี 3 เดือน คือตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2538 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2539

1.5.3 ชั้นตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลเป็นระยะ ๆ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม และเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารเพิ่มเติมไปพร้อม ๆ กันด้วย เริ่มการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อเก็บข้อมูลเอกสารได้เพียงพอและเก็บข้อมูลภาคสนามได้ประมาณร้อยละ 80 ทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตรวจสอบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเมื่อเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วจึงให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นเรียบเรียงและจัดพิมพ์เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและแก้ไข จนกระทั่งสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ใช้เวลาประมาณ 11 เดือน ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2539

1.6 ข้อจำกัดและปัญหาในการศึกษา

1.6.1 ข้อจำกัดด้านทอมอพื้นบ้าน ทอมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูกค่อนข้างเก็บตัว ไม่ค่อยยอมเปิดเผยตัวเอง พยายามหลีกเลี่ยงคำถาม ไม่ตอบคำถามที่ลึกซึ้ง โดยเฉพาะคำถามที่เกี่ยวข้องกับวิถีการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน รวมทั้งไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้าสังเกตการณ์ซึ่งทำให้การรักษาเหล่านี้ล้วนเป็นข้อมูลจำกัด ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าทอมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระดูกเข้าใจดีว่าการให้การรักษาเช่นนี้เป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ไม่เป็นที่ยอมรับตามหลักการแพทย์ในปัจจุบัน ดังนั้นถ้าเป็นบุคคลแปลกหน้าหรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่มาปรึกษา ทอมอพื้นบ้านมักจะไม่วินิจฉัยหรือตอบคำถามมากนัก ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเป็นการป้องกันตัวเองไว้ก่อนก็เป็นได้

1.6.2 ข้อจำกัดด้านผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน ผู้ป่วยบางรายได้เคยรักษามานานแล้ว ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงอาจมีการหลงลืมขั้นตอนหรือเหตุการณ์ที่ผ่านมา บางครั้งทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เกิดการล่าช้าในการเก็บข้อมูลแต่ก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความสมบูรณ์ของเนื้อหามากที่สุด และนอกจากนี้ในผู้ป่วยบางราย เมื่อมารักษาที่คลินิกแพทย์ในโรงพยาบาลแล้ว อาจไม่กล้าที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแผนพื้นบ้านอย่างละเอียด ไม่กล้าบอกความจริง เพราะกลัวว่าแพทย์แผนปัจจุบันจะตำหนิตนเองที่ไปเลือกรักษาแผนพื้นบ้านมา

1.7 ขอบเขตการศึกษา การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1.7.1 ศึกษาระดับลึกในผู้ป่วยต่อกระดูกจำนวน 40 ราย โดยแยกเป็นผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกรับการรักษาโดยตรงกับแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 20 ราย และผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้านจำนวน 20 ราย ในกรณีนี้จะศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแผนพื้นบ้านมาแล้วและได้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาและต้องกลับมารักษาภาวะแทรกซ้อน ดังกล่าวกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี

1.7.2 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจนว่าเหตุใดการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่ โดยศึกษาเปรียบเทียบในด้านผู้ให้การรักษา ผู้รับการรักษา และกระบวนการรักษา

1.7.3 ระยะเวลาที่ศึกษาเริ่มตั้งแต่เดือน มกราคม 2538 และสิ้นสุดในเดือน ธันวาคม 2539 รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 2 ปี โดยใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2538 ถึง เดือน มิถุนายน 2539

1.8 นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ศึกษา

โรคต่อกระดูก หมายถึงโรคที่เกิดจากการช่นของเลนส์ตา ทำให้บดบังแสงที่จะส่องผ่านไปยังจอประสาทตา ผู้ป่วยจึงเกิดอาการตาฝ้า

จักษุแพทย์ หมายถึง แพทย์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จากมหาวิทยาลัยหรือโรงเรียนแพทย์ และได้รับการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางตาอีก 3 ปี รับผิดชอบเป็นจักษุแพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรคทางตา ในที่นี้จะหมายถึงจักษุแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี

หมอพื้นบ้าน หมายถึง ชาวบ้านที่มีบทบาทในการรักษาพยาบาล การป้องกัน การวินิจฉัยโรคตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการแบบพื้นบ้านที่สืบทอดและปรับเปลี่ยนมาตลอดเวลาภายในระบบของวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน อาจมีการผสมผสานอุปกรณ์และวิธีการรักษาแผนปัจจุบันร่วมด้วย ในที่นี้จะหมายถึงเฉพาะหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาโรคต่อกระดูกเท่านั้น

การรักษาโรคต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน (Couching) หมายถึงวิธีทำการรักษาต่อกระดูกโดยหมอพื้นบ้าน โดยการใช้เข็มหรือของมีคมแทงเข้าด้านข้างของกระดูกตาแล้วดึงออกทันที หลังจากนั้นจะใช้เหล็กแท่งปลายมน (Probe) สอดใส่เข้าไปตามรูทรงตันเอาเลนส์ตาดกเข้าไปยังส่วนหลังของลูกตา

ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ภาวะหรืออาการผิดปกติที่เกิดหลังการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน โดยปฏิกิริยาของเลนส์ที่ตกไปยังส่วนหลังของลูกตา ทำให้เกิดโรคร้ายแรงทางตามา เช่น ต้อหิน

จอประสาทตาลอกหลุด จอประสาทตาเสื่อม โครงสร้างในตาอักเสบ ฯลฯ จนถึงสายตาดำหรือตาบอดได้ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่หลัง ทำ 1-2 วัน จนถึง 5 - 10 ปี

1.9 แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

1.9.1 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษา และการใช้บริการสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ของ Axel Kroeger (1983) และแนวคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของ Klienman (1980) ดังนี้

1.9.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การแสวงหาการรักษา และการใช้บริการสุขภาพของ Kroeger โดย Kroeger ได้ชี้ให้เห็นถึงการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และปัจจัยภายในความคิดของผู้ป่วยที่ใช้หรือไม่ใช้บริการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์พื้นบ้าน จากการใช้วิธีการทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา Kroeger เน้นปัจจัยการใช้บริการ เช่น การเข้าถึงแหล่งรักษา ค่าใช้จ่าย การยอมรับ ฯลฯ แนวความคิดของ Kroeger ได้พัฒนาขึ้นเพื่อจะตอบคำถามว่าประชาชน ก้าวเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยอย่างไร และอะไรทำให้เขาเหล่านั้นเลือกใช้บริการหรือไม่ใช้บริการที่มีต่างกัน ทั้งนี้ได้เสนอรูปแบบสำคัญ 2 ประการ คือ

(1) Pathway models กล่าวถึงลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ของการตัดสินใจในกระบวนการพฤติกรรมความเจ็บป่วยของบุคคล

(2) Determinants models มุ่งอธิบายปัจจัยที่กำหนดกับทางเลือก หรือโอกาสของการใช้บริการที่แตกต่าง Pathway models มีรายละเอียดคล้ายกับแนวคิดของนักสังคมวิทยาท่านอื่น ๆ ที่เน้นลำดับขั้นตอน แหล่งของการรักษาที่ผู้ป่วยเลือก โดยเริ่มต้นด้วยการรับรู้และการประเมินอาการที่ปรากฏรวมทั้งการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ต่าง ๆ ส่วน Determinants models นั้นมีจุดเด่นที่พยายามอธิบายระดับความยากง่ายของการแสวงหาการรักษา ความเชื่อ และศรัทธาในระบบการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเข้าใจ โดย Kroeger ได้แยกตัวแปรในการอธิบายออกเป็น 3 ปัจจัย ซึ่งส่งผลต่อการเลือกแหล่งบริการ คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Predisposing factors) ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร ลักษณะครัวเรือน องค์ประกอบครอบครัว ทักษะสติ การศึกษา และการตัดสินใจต่อสถานะด้านสุขภาพ
2. ปัจจัยส่งเสริม (Enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการ การประกันสุขภาพ ความมั่นคงของรายได้

3. ระบบการบริการสุขภาพ (Health service system factors) ได้แก่ โครงสร้าง ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบการเมืองและสังคมของประเทศ

ในเรื่องของการใช้หรือไม่ใช้บริการทางการแพทย์ของประเทศที่กำลังพัฒนา ดูเหมือนจะมีเครือข่ายโยงใย และซับซ้อนมากกว่าในประเทศตะวันตก สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมที่เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดเวลา รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากระบบพื้นบ้านไปสู่ระบบการแพทย์ที่ทันสมัยขึ้น

เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางการศึกษาปัญหาเลือกใช้หรือไม่ใช้บริการ Kroeger ได้แจกแจงรายละเอียดของปัจจัย 3 ประการข้างต้น ดังนี้

(1) ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 อายุและเพศ
- 1.2 ขนาดของครัวเรือน และสภาพภายในครัวเรือน
- 1.3 ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม
- 1.4 กลุ่มชาติพันธุ์ และศาสนา
- 1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม
- 1.6 การศึกษา
- 1.7 สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และการประกอบอาชีพ

(2) ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่

- 2.1 โรคเรื้อรังหรือโรคฉับพลัน
- 2.2 ความรุนแรงของโรค
- 2.3 สาเหตุของการเกิดโรค และชนิดของโรค
- 2.4 ความคาดหวังผล และความพึงพอใจของผู้ป่วย

(3) ปัจจัย ด้านการใช้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ

- 3.1 ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์
- 3.2 การยอมรับของเจ้าหน้าที่
- 3.3 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษา
- 3.4 ค่าใช้จ่าย

1.9.1.2 แนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพของ Arthur Klienman ได้อธิบายว่า “บุคคลใดจะมีวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร จะมีสิ่งต่อไปนี้เป็นตัวกำหนด คือ แบบแผนความเชื่อที่ว่าด้วยเหตุแห่งความเจ็บป่วย บรรทัดฐานที่กำหนดพฤติกรรม กำหนดแนวคิดในการเลือกและ

ประเมินผลวิธีการรักษา ระบบความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ได้แก่บทบาทของผู้ให้การรักษา ผู้รับการรักษา และระบบบริการต่าง ๆ องค์ประกอบเหล่านี้มีความเกี่ยวพันกันอย่างมีระบบ เกิดขึ้นและอยู่ภายใต้ข้อกำหนดทางวัฒนธรรมหรืออีกนัยหนึ่งความเจ็บป่วย (Illness) การตอบสนองต่ออาการป่วย การที่บุคคลเคยมีประสบการณ์และเคยบำบัดรักษาอาการป่วย ตลอดจนสถาบันทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการป่วยนั้นๆ ล้วนเกี่ยวพันกันเป็นระบบ”

ระบบการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ แตกต่างกันตามกลุ่มสังคม ครอบครัวยุคสมัย และในระดับบุคคล Klienman เชื่อว่าปัจจัยทางสังคมต่าง ๆ เช่นการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา การมีวัฒนธรรมย่อย อาชีพ และการต่างกลุ่มสังคม ล้วนมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย แม้แต่ภายในท้องถิ่นเดียวกัน ก็อาจแตกต่างกันได้ โดยเฉพาะสามารถมีผลทำให้เกิดการสร้างความจริงว่าด้วยความเจ็บป่วย (Clinical Reality) ที่แตกต่างกันแม้ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพระบบเดียวกัน

ความจริงว่าด้วยความเจ็บป่วยหรือ Clinical Reality นี้เป็นผลผลิตของระบบการดูแลสุขภาพทางหนึ่งก็คือ ด้านความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และบรรทัดฐานที่ว่าด้วยเหตุผลของความเจ็บป่วย ระบบความสัมพันธ์ทางสังคม และกิจกรรมการเยียวยารักษา

ระบบการดูแลสุขภาพในอีกทางหนึ่งนั้น Klienman ได้เสนอแนวคิดแบบผสมผสานโดยแบ่งระบบการดูแลสุขภาพในสังคมหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ 3 ส่วน คือ ส่วนของชาวบ้าน (Popular sector) ส่วนของวิชาชีพ (Professional sector) และส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ทั้ง 3 ส่วนนี้แยกจากกัน แต่ก็สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่ละส่วนจะประกอบไปด้วย วิธีการในการอธิบาย และแก้ไขความเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง ตั้งแต่การกำหนดว่าใครคือหมอ ใครคือผู้ป่วย จนถึงแจกแจงขั้นตอนหรือกระบวนการเยียวยารักษา

โลกของสุขภาพและความเจ็บป่วยแบบชาวบ้านบริเวณที่ใหญ่ที่สุดเป็นที่ซึ่งความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ดีความ และวินิจฉัย พร้อมกับอาจจะมีกิจกรรมการรักษาเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ด้วยวิธีการแบบชาวบ้านไม่ใช่แบบวิชาชีพหรือผู้ชำนาญการ บริเวณนี้จะประกอบได้ด้วยชุดความคิดหลายระดับ เริ่มจากบุคคลในครอบครัวเครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้านจนถึงชุมชน ครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้น และเป็นฐานการแก้ไขปัญหาที่สำคัญ เป็นบริเวณที่มีทางเลือกในการเยียวยารักษามากมายทั้งในแง่วิธีการ เทคนิคการรักษา และแหล่งรักษา นับตั้งแต่การดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้และไม่ใช้ยา การใช้สมุนไพร การนวด การเป่า การใช้ไสยศาสตร์ การออกกำลังกาย การใช้พิธีกรรม กระทั่งการใช้ยาและการรักษาแผนปัจจุบันเป็นต้น

1.9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Harlod Gould (1957) และ Madson (1960) อ้างในเบญญา ยอดดำเนิน (2523) ได้ให้ข้อคิดในกรณีเจ็บป่วยว่า ถ้าเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง และไม่รุนแรง การรักษา

ส่วนใหญ่จะเน้นหนักไปทางแผนโบราณหรือทอมพื้นบ้าน แต่ถ้าเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหรือปัจจุบันทันด่วนและรุนแรง เช่น วิกฤต หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ผู้ป่วยจะถูกนำส่งโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน ซึ่งเป็นการรักษาแผนใหม่

เบญจา ยอดคำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล (2522) ได้ศึกษาพฤติกรรมอนามัยที่อำเภอท่าจัตร จังหวัดลำปาง พบว่าในหมู่บ้านมีบริการสุขภาพหลายอย่างทั้งแผนโบราณ และแผนปัจจุบันลักษณะการเจ็บป่วยมีส่วนกำหนดการตัดสินใจเลือกรับบริการ ถ้ามีอาการรุนแรงจะรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กับแผนโบราณ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ในชนบท นอกจากนั้นพบว่าเมื่อเจ็บป่วยจะมีวิธีการรักษาโดยการรักษาด้วยตนเอง หรือรักษากันเองโดยญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน ซึ่งไม่ใช่ทอมมากที่สุดประมาณร้อยละ 39 ผู้มีอายุน้อยจะเลือกรักษากันเองมากที่สุด ส่วนผู้ที่มีอายุมากนิยมใช้บริการของเอกชน ทุกระดับการศึกษาใช้วิธีการรักษากันเองมากที่สุด โดยผู้ที่มีการศึกษาดำจะใช้บริการแผนโบราณมากที่สุด ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับรายได้พบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำจะใช้บริการแผนโบราณมากที่สุดเช่นเดียวกัน

บุษยามาส บุญใจเพชร (2526) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษาแผนโบราณ และแผนปัจจุบันโดยศึกษาที่สถานรักษาแผนโบราณที่วัดยุคกล้าราษฎร์สามัคคี จังหวัดชลบุรี และโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่เลือกใช้การรักษาแผนโบราณเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อแบบดั้งเดิมในด้านประสิทธิภาพของการรักษา มีความพึงพอใจต่อบริการได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวกสบาย ไม่มีกฎระเบียบที่ยุ่งยาก อึดอัดของผู้ให้บริการ บางคนมีความกลัวต่อการรักษาแผนใหม่ และมีความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาแผนใหม่ กลุ่มที่มารักษาแผนโบราณส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มโรคที่มีความเรื้อรังและล้มเหลวจากการรักษาแผนปัจจุบันไม่สามารถสู้กับค่าใช้จ่ายที่สูงได้

สันศักดิ์ เสริมศรี และโรดิษฐ์ (2517) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการการแพทย์และสาธารณสุข และการคุมกำเนิดของไทย ณ ชุมชนแห่งหนึ่งพบว่าผู้ป่วยสนใจอยากให้หายจากอาการป่วยมากกว่าสนใจสาเหตุของโรค การปฏิบัติจึงมุ่งไปที่การรักษาให้หายป่วยเป็นอันดับแรก วิธีการรักษานิยมใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะยาฉีดมากที่สุด ส่วนยาแผนโบราณเป็นอันดับรอง แต่ในกรณีเป็นโรคเรื้อรังจะนิยมรักษาด้วยยาแผนโบราณมากกว่า อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะไม่ได้ใช้ยาแผนใหม่รักษาโรคของตน อาจเป็นไปได้ว่าเคยใช้ยาแผนใหม่แล้วไม่ได้ผล จึงหันมาใช้ยาแผนโบราณแทน และก็อาจเป็นไปได้เช่นกันว่าผู้ป่วยอาจใช้บริการรักษาของทั้งสองระบบพร้อม ๆ กันไม่ได้ใช้อย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ

มะลิ ลีวนานนท์ชัย และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2534) ได้ศึกษาระบบความคิดความเชื่อและพฤติกรรมการรักษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณพบว่า ทอมที่ให้

การรักษาโรคกระดูก ด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณเป็นแพทย์แบบประสพการณ์ ระบบความคิดความเชื่อและกระบวนการรักษาอาศัยความรู้ที่ได้รับถ่ายทอดมาผสมผสานกับประสพการณ์ที่ทดลองปฏิบัติซึ่งสะสมเป็นเวลากหลายสิบปี และการผสมผสานเทคนิคการแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาแผนโบราณ เนื่องมาจากการมีโอกาสได้เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน และการได้รับความรู้ต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์แผนใหม่ ส่วนในแง่ของผู้มารับบริการ จะเนื่องมาจากความเชื่อมั่นและศรัทธา ในประสิทธิภาพของการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ รวมถึงพิธีกรรมการบริกรรมคาถา และการใช้สมุนไพรในการรักษา และการที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาทำให้เกิดความรู้สึกที่ผ่อนคลายมั่นใจในการรักษา นอกจากนี้กรณีที่ผู้รับบริการขาดความเข้าใจถึงระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน มีทัศนคติและภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะเลือกการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ

กิตยสุดา เณรทอง (2534) ได้ศึกษาการเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบันในจังหวัดนนทบุรีพบว่ามืองค์ประกอบ 3 ส่วน ในการเลือกใช้บริการคือ ผู้ให้การรักษา กระบวนการรักษา และผู้มารับการรักษา ดังนี้

- ผู้ให้การรักษา จะมีทั้งบรรพชิต และฆราวาส การเรียนรู้เป็นการแสวงหาความรู้เองด้วยความสนใจหรือจากการประสบปัญหาเป็นหลักสำคัญ การทำงานมีลักษณะเป็นการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยโดยไม่หวังค่าตอบแทน ส่วนผู้ให้การรักษาแผนปัจจุบันมีการเรียนรู้ที่ถูกต้องสำเร็จการศึกษาจากสถาบันที่ทางการรับรองโดยมีสิ่งตอบแทนคือเงินเดือน
- กระบวนการรักษาโรค มีการตรวจวินิจฉัยโรคก่อนการให้การักษา ส่วนการรักษาโรคมีความแตกต่างกันคือ การรักษาโรคแผนพื้นบ้านจะใช้วิธีพุทธไสยศาสตร์และสมุนไพร กระบวนการไม่สลับซับซ้อน การรักษาแผนปัจจุบันนั้นผู้มารับบริการต้องผ่านขั้นตอนหลายอย่างกว่าจะได้พบแพทย์เพื่อรับการรักษา รวมทั้งระเบียบวิธีการรักษาแบบสมัยใหม่ที่ทางโรงพยาบาลกำหนดเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
- ผู้มารับบริการ ในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน มีทั้งผู้ป่วยที่ปรากฏอาการทางกายชัดเจนสามารถมองเห็นและรู้ได้ด้วยตนเอง และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเชื่อ หมอพื้นบ้านจะอธิบายให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจสาเหตุแห่งโรคแล้วจึงทำการรักษาให้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนพื้นบ้านนั้นจะเนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำจากญาติใกล้ชิด มีความกลัวและไม่เข้าใจในกระบวนการรักษาแผนปัจจุบัน มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของสิ่งที่มีอำนาจลึกลับ ซึ่งการรักษาแผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนผู้ป่วยที่มารับรักษาแผนปัจจุบันส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอัมพฤกษ์ โรคความดันโลหิตสูง โรคทอเบต และโรคมะเร็ง ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่เคยได้รับการรักษาแบบพื้นบ้านหรือรับการรักษาคบคู่กันทั้ง 2 แผน

สมนึก ศิริพานทอง และคณะ (2534) ได้ศึกษาสภาพตาบอดในนักเรียนตาบอดโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์อำนาจเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี (ในขณะนั้น) เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2534 จำนวน 39 คน พบว่าเป็นนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิง อายุส่วนใหญ่อยู่ในวัย 11 ถึง 15 ปี ภูมิสำเนาส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง สาเหตุตาบอดจำแนกตามตำแหน่งพยาธิสภาพตามคำแนะนำของโครงการป้องกันตาบอด องค์การอนามัยโลก จะพบว่าพยาธิสภาพทั้งลูกตาพบมากที่สุด 41.0% รองลงมาคือพยาธิสภาพของแก้วตา 21.8% ระดับสายตาที่เหลืออยู่จะพบว่าตาบอดสนิทจนถึงการพอรู้ทิศทางของแสงมี 35.3% เมื่อเทียบกับการศึกษาของสกวาร์ตัน คุณาวิศรุต ที่ศึกษาสภาพตาบอดในนักเรียนโรงเรียนสอนคนตาบอด กรุงเทพฯ พบว่าตาบอดสนิทมี 87.8% ที่พบว่าน้อยกว่า เป็นเพราะโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์อำนาจเจริญจะรับเด็กตาบอดและสายตาดำเนินการที่พอมองเห็นบ้าง ต่างจากโรงเรียนสอนตาบอด กรุงเทพฯ ซึ่งรับนักเรียนเฉพาะที่ระดับสายตาเหลือน้อยมาก และพยายามจะไม่รับนักเรียนที่พอมองเห็นบ้าง ในรายงานนี้มีข้อมูลที่น่าสนใจคือ นักเรียนตาบอดที่มีประวัติมาจากครอบครัวเดียวกันสูงถึง 23.1% และตาบอดจากโรคต่อกระจกแต่กำเนิด 21.7% ซึ่งแม้ว่าจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต้อกระจกและใส่แว่นตาแล้ว สภาพสายตาก็มองเห็นไม่ดีนัก เนื่องจากทำการรักษาเมื่อเด็กอายุมากแล้ว ดังนั้นการดำเนินการป้องกันตาบอดในเด็ก โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จึงควรรณรงค์เรื่องโรคต่อกระจกแต่กำเนิด และการเกิดตาบอดจากสาเหตุทางพันธุกรรม

ถนอม เบลารักพงษ์ (2534) ได้ศึกษาผลกระทบทางสังคมของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกในอินเดีย พบว่าในประเทศอินเดีย ผู้ป่วยต้อกระจกมักอายุน้อยและต้อกระจกจะสุกเร็วมาก ดังนั้นในแต่ละชุมชนจะมีผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกมาก ถ้าเทียบกับประเทศอื่น ๆ โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก จากการสำรวจพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยต้อกระจกมักไม่มีคู่สมรสทำให้ลำบากมาก เพราะไม่มีผู้ช่วยเหลือในยามจำเป็น แม้แต่ในชนชั้นกลางที่ได้รับการศึกษา การไปรับการผ่าตัดต้อกระจกก็ยังไม่เป็นที่รู้จักกันมากนัก นอกจากในครอบครัวซึ่งเคยมีคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือเพื่อน ๆ ไปผ่าตัดต้อกระจกจึงจะรู้จักโรคนี้ และจากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยต้อกระจกมักมารับการรักษาหลังจากทำงานไม่ได้มาอย่างน้อย 6 เดือนแล้ว ซึ่งต้องเป็นภาระของครอบครัว ถ้ามารับการรักษาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะสามารถทำงานเลี้ยงตัวเองได้ ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกจะประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นกรรมกรในไร่นาจะทำงานได้เงินประมาณวันละ 12 บาท ในขณะที่ผู้หญิงจะได้เพียงวันละ 10 บาท ซึ่งไม่เพียงพอจ่ายค่ารายจ่ายใน 1 วัน ยิ่งถ้ามองไม่เห็นยิ่งจะไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้เลย การตัดสินใจผ่าตัดต้อกระจกจะต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งบางครั้งจะเป็นปัญหาทางหน่วยจักษุแพทย์เคลื่อนที่จึงต้องพยายามหาคนในหมู่บ้านที่มีน้ำใจเสียสละมาดูแลผู้ป่วยแต่ละคนประมาณ 3 อาทิตย์จึงผ่าตัดให้ได้ จากสาเหตุดังกล่าวทำให้สถิติผ่าตัดต้อกระจกในชนบทอินเดียต่ำมาก และโรงพยาบาลก็ไม่สามารถรับผู้ป่วยจำนวนมากเหล่านี้ไว้รับการรักษาได้หมด

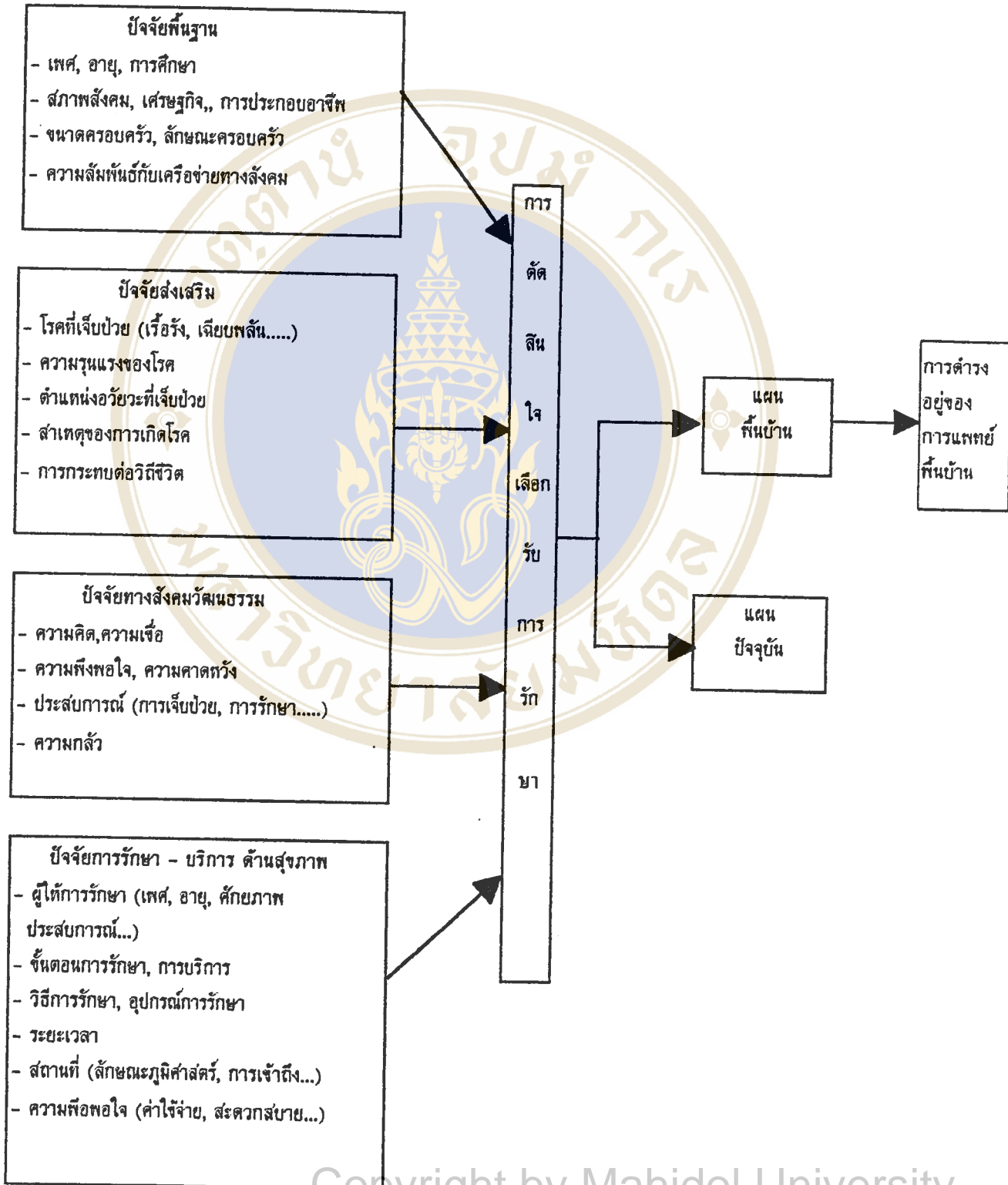
ดังนั้นหน่วยจักษุแพทย์เคลื่อนที่จึงมีความสำคัญมากเพราะชาวบ้านมีความคุ้นเคยดีกว่าโรงพยาบาล และมีความรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี

R.L. Lindstrom (1986) อ่างใน สุรพงษ์ ออประยูร (1989) ได้ศึกษาเรื่องการผ่าตัดต้อกระจก ในผู้ป่วยที่มีสายตาสั้นมาก่อน โดยศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจกไปได้ 5 ปี จากมหาวิทยาลัยมินเนโซต้าในประเทศ สหรัฐอเมริกา พบว่าในผู้ป่วยที่เป็น axial myopia (สายตาสั้นเนื่องจากขนาดของลูกตายาวกว่าปกติ) มีจอประสาทตาหลุดลอกได้ 9% ส่วนผู้ที่เป็น Refractive myopia (สายตาสั้นจากความโค้งของกระจกตามากกว่าปกติ) มีจอประสาทตาหลุดลอกได้ 5% ปัจจุบันการผ่าตัดต้อกระจกได้เปลี่ยนจากแบบ Intracapsular มาเป็น Extracapsular พบว่าช่วยลดอัตราการเกิดจอประสาทตาหลุดลอกในผู้ป่วยสายตาสั้นชนิด refractive myopia แต่ไม่ลดในกลุ่มผู้ป่วยสายตาสั้นชนิด axial myopia จากการศึกษาผู้ป่วย axial myopia (มี axial length มากกว่า 25 mm.) จำนวน 73 คน เป็นชาย 45 คน และหญิง 28 คน โดยติดตามผลนาน 5 ปี พบว่าหลังผ่าตัดทุกคนมี posterior capsule ไม่ขาด และใส่เลนส์แก้วตาเทียมชนิด posterior chamber 72 ราย เกิดจอประสาทตาหลุดลอก 7 ราย (9.59%) ผู้ป่วย 8 คนมี posterior capsule ชุ่มต้องไปยิง yag laser capsulotomy หลังจากนั้น 2 คน (25%) เกิดจอประสาทตาหลุดลอก สังเกตว่าผู้ป่วยที่จอประสาทตาหลุดลอกทั้ง 9 คนนั้นเป็นเพศชายทั้งสิ้น จึงควรทำผ่าตัดอย่างระมัดระวังในผู้ป่วยชายที่เป็น axial myopia

- สรุป จากเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมด สามารถแสดงให้เห็นได้ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้:
- บทบาทของหมอพื้นบ้านต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคต่าง ๆ
 - ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาโรคของผู้ป่วยทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน
 - ส่วนบทบาทเกี่ยวกับหมอพื้นบ้านที่รักษาต้อกระจกนั้นไม่พบ เนื่องจากไม่เคยมีผู้ใดศึกษาวิจัยในเรื่องเหล่านี้มาก่อน ดังนั้นสิ่งที่พบเห็นจะเป็นการรักษาแผนปัจจุบัน และบทบาทของจักษุแพทย์ต่อการรักษาโรคทางตา ซึ่งจะแสดงให้เห็นภาพโดยรวมว่าตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกคน ถ้าเกิดความผิดพลาดในการรักษาจะนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อน ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อการรักษา ดังนั้นโรคทางตาทุกโรคจำเป็นต้องให้การรักษาแผนปัจจุบันเท่านั้น

1.10 กรอบความคิดในการศึกษา

จากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ได้กรอบความคิดที่ใช้เป็นแนวในการศึกษาดังนี้



บทที่ 2

การรักษาด้อยกระจกแผนปัจจุบัน

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคด้อยกระจก

2.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของตา

ดวงตาเป็นอวัยวะที่ใช้ในการมองเห็น มีรูปร่างทรงกลมบรรจุภายในเบ้าตาอยู่ก่อนมาทางด้านหน้า และซีกด้านหลังนอกประกอบด้วยผนัง 3 ชั้นดังนี้

- ผนังชั้นนอก ประกอบด้วยกระจกตา (cornea) และตาขาว (sclera)
- ผนังชั้นกลาง ประกอบด้วย Uveal tissue ได้แก่ iris, ciliary body และ choroid
- ผนังชั้นใน ประกอบด้วยจอประสาทตา (Retina)

ภายในลูกตาประกอบด้วย Aqueous humor, เลนส์ตา และน้ำวุ้นตา (Vitreous)

เลนส์ตาหรือแก้วตา (Lens) ปกติมีลักษณะกลมแบน ใส โปร่งแสง ปราศจากเส้นเลือดมาเลี้ยงไม่มีสี หนาประมาณ 8 มม. เส้นผ่าศูนย์กลาง 9 มม. มีส่วนประกอบเป็นน้ำ 65% โปรตีน 35 % และเกลือแร่เล็กน้อยเพื่อช่วยป้องกันการสูญเสียน้ำ ปกติมีความเข้มข้นของโปรตีนและ Glutathione สูง ความเข้มข้นของแคลเซียมต่ำ เลนส์ตาเป็นส่วนหนึ่งของ Ectoderm ประกอบเป็นใยเส้นเล็ก ๆ เรียงอัดแน่นคล้ายหัวหอม

ในคนที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ใยเส้นเล็ก ๆ ยังอัดกันไม่แน่น จึงทลวมนิ่ม ไม่เหนียว พองตัวได้มากละลายใน Aqueous ได้ มีพิษต่อม่านตาน้อย มีเยื่อหุ้มบางใส ยอมให้น้ำและเกลือแร่ผ่านเข้า-ออกได้ ส่วนถุงหุ้มด้านหลังจะติดแน่นกับ Vitreous

เมื่ออายุเลย 20 ปีถึง 40 ปีใยเรียงกันแน่นขึ้น แข็งแรงและเหนียวขึ้น ปรียบตัวได้น้อยลง ละลายใน Aqueous ได้น้อย มีพิษต่อม่านตามากขึ้น ถุงหุ้มด้านหลังไม่ติดแน่นกับ Vitreous

เมื่ออายุเลย 40 ปี น้ำในเลนส์ตาน้อยลง ใยเลนส์ตาเรียงอัดกันแน่นมากขึ้นจนแข็ง ย่านหนังสือต้องสวมแว่นตา เลนส์ตาที่แตกจะไม่ละลายใน Aqueous ทั้งยังเป็นพิษต่อม่านตา เกิดการอักเสบของตาสวนกลางและต้อหินได้ง่าย ใยเลนส์ตาจึงเสื่อมไปตามวัย เยื่อบุเอ็นยึดเลนส์ตากับเยื่อหุ้มเลนส์ตาก็เสื่อมไปด้วย ทำให้เปื่อยขาดและแตกง่าย

2.1.2 ความหมายของโรคด้อยกระจก

ด้อยกระจกเป็นโรคทางตา คำว่า "ด้อย" ในภาษาไทยหมายความถึง โรคที่เกิดขึ้นแก่ ดวงตาซึ่งมีหลายชนิด เช่น ต้อเนื้อ ต้อสีน้หมา ต้อล้าใย ต้อตาปู ต้อหิน เป็นต้น (อารีย์ เจริญพงษ์ 2526 : 44)

ต้อกระจกก็เป็นโรคของตาชนิดหนึ่ง ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Cataract ซึ่งแปลว่า "น้ำตก" เข้าใจว่าผู้ที่ เป็นต้อกระจก จะมีอาการสายตาทึบมัวเหมือนมองผ่านน้ำตก (อารีย์ เจริญพงศ์ 2526 :44) ต้อกระจก คือการเปลี่ยนแปลงของเลนส์ซึ่งอยู่ภายในดวงตาด้านหลังของม่านตา ซึ่งปกติเลนส์มีหน้าที่ปรับแสงให้ ตกลงพอดีที่ชั้นประสาทด้านหลังของลูกตา เปรียบได้กับเลนส์ของกล้องถ่ายรูป เลนส์ตานี้จะมีลักษณะใส เพื่อให้แสงผ่านได้โดยสะดวก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภายในเลนส์ทำให้เกิดการขุ่นมัวขึ้น การมองเห็นภาพ ต่าง ๆ ไม่ชัดเจน เรียกว่าเป็นต้อกระจก ในรายซึ่งเป็นต้อกระจกมานานหรือต้อสุกแล้วจะมองเห็นเป็นสีขาว อยู่ด้านหลังม่านตา

2.1.3 ระบาดวิทยาของโรคต้อกระจก

จากรายงานของ WHO (1975) มีผู้ประมาณว่า มีคนตาบอดทั่วโลก (Visual Acuity : VA น้อยกว่า 3/60 เมตร หรือ 10/200 ฟุต) จำนวน 28 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีสาเหตุจากโรค ต้อกระจกมากที่สุด คือประมาณ 15 ล้านคน หรือเท่ากับ 53.6%

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของโรคตา เมื่อปี พ.ศ. 2530 พบว่า มีอัตราคนตาบอด (VA <3/60 เมตร หรือ 10/200 ฟุต) จำนวน 0.58% (ประมาณ 348,000 คน) และในจำนวนนี้ 73.71% (ประมาณ 256,510 คน) มีสาเหตุมาจากต้อกระจก (ชเนศ นันทวิสัย 2535 : 35)

2.1.4 พยาธิสภาพของโรคต้อกระจก

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและเคมีที่เป็นสาเหตุให้เลนส์ตาสูญเสียความโปร่งแสงนั้น เป็นเพราะโปรตีนในเลนส์ตาจับตัวเป็นก้อน จึงมองเห็นขุ่น ซึ่งเป็นผลจากการผันผวนทางการเผาผลาญ คิวซีมกลับของวิตามินซีและบี 12 ในเลนส์ตาด้วย หรือตลอดเลือดต่าง ๆ แฉังตัว ความผันแปรของระบบ ฮอร์โมน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการขุ่นมัวของเลนส์ตา โดยเลนส์ตาบวม ทำให้การมองเห็นเปลี่ยนไปจาก ปกติ แม้ว่าต้อกระจกจะสามารถบอกให้ทราบทางห้องปฏิบัติการได้หลาย ๆ ทางก็ตาม แต่สาเหตุที่ แท้จริงของต้อกระจกในผู้สูงอายุยังคงไม่ทราบแน่ชัด (จ่านงค์ อังคณาวิศิษฐ์ 2532 : 229)

การขุ่นมัวของเลนส์ตาอาจจะเป็นส่วนรอบนอก ตรงกลางใส หรือตรงกลางที่บ รอบนอกใสก็ได้ หรือเป็นทั้งสองอย่างแล้วค่อย ๆ ขยายตัวเข้าหากันจนขุ่นมัวทั่วกัน จึงทำให้ผู้ป่วย มองเห็นในเวลากลางคืนดีกว่ากลางวัน

2.1.5 อาการและอาการแสดง

- ตามัว (Blurred Vision) สายตาจะมัวลงเร็วหรือช้า มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับระดับและตำแหน่งของความขุ่นฝ้าในเนื้อเลนส์ตา
- ตามองเห็นภาพซ้อน (Diplopia) เนื่องจากการขุ่นของเลนส์ตาไม่เท่ากัน ทำให้การหักเหของแสงไปที่จอประสาทตาไม่รวมเป็นจุดเดียว จึงมองเห็นเป็น 2 ภาพในเวลาเดียวกัน
- สายตาสั้น (Myopia) เกิดจากการหักเหของแสงตกก่อนถึงจอประสาทตาทำให้มองเห็นภาพไม่ชัดเจน
- อื่น ๆ ซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนจากต้อกระจก เช่น ต้อหิน ม่านตาอักเสบ

2.1.6 การวินิจฉัยโรค

- การวัดสายตา (Visual Acuity) โดยใช้ Snellen Chart
- การใช้ไฟฉายส่องดูความผิดปกติของเลนส์ตา
- การใช้กล้องจุลทรรศน์ปรับมุมแสง (Slit lamp microscope) ซึ่งมีกำลังขยาย 16-45 เท่า บอกตำแหน่งของต้อกระจกทำให้การวินิจฉัยแน่นอนขึ้น
- การใช้ Ophthalmoscope หลังจากหยอดขยายยารูม่านตาผู้ป่วยแล้ว เมื่อส่องดู red reflex จะเห็นเป็นเงาดำตามขนาด และรูปร่างของต้อกระจกนั้น ๆ
- การตรวจสมรรถภาพของจอประสาทตาด้วยเครื่องมือพิเศษ เช่น Ultrasound, ERG (Electroretinography), VEP (Visual Evoked Potential)
- การตรวจอื่น ๆ เช่น การวัดความดันลูกตา

2.1.7 สาเหตุและชนิดของต้อกระจก

ต้อกระจกมีหลายชนิดเนื่องจากสาเหตุที่แตกต่างกันไปดังนี้

2.1.7.1 *ต้อกระจกแต่กำเนิด (Congenital Cataract)* มักเกิดจากพันธุกรรม หรือความผิดปกติในการเจริญเติบโตของลูกตา ในเด็กแรกเกิด เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสพวกหัดเยอรมันในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

2.1.7.2 *ต้อกระจกจากภาวะชรา (Senile cataract)* พบมากในคนที่อายุเกิน 40 ปีขึ้นไป เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้าน metabolism เมื่อมีอายุมากขึ้น โดยที่เลนส์ตาจะดูดน้ำทำให้เกิดการขุ่น แสงที่ผ่านเลนส์ตากระจายอย่างไม่เป็นระเบียบ การมองเห็นจึงไม่ดี การตรวจพบสามารถแบ่งเป็น 4 ระยะคือ

(1) *ต้อกระจกเริ่มเป็น (Incipient Cataract)* อาจจะมีทึบแสงที่ส่วนรอบ ๆ แต่ตรงกลางยังใสหรือทึบตรงกลางแต่ส่วนรอบ ๆ ใส

(2) *ต้อกระจกที่ยังไม่สุก (Immature Cataract)* ต้อกระจกเป็นมากขึ้น แต่กระจายออกเลนส์ตาบวมจากการทึบแสงมากขึ้น การบวมของเลนส์ตาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน กลายเป็นต้อหินได้ ที่เรียกว่า Phacomorphic Glaucoma ถ้าตรวจโดยใช้ไฟฉายส่องเฉียง ๆ จะพบเงาของม่านตาเป็นเงาดำ ๆ หลังขอบรูม่านตาเป็นรูปพระจันทร์เสี้ยวบนเลนส์ตา ผู้ป่วยจะมองเห็นเพียงรูปร่าง วัตถุสายตาจะได้ประมาณ 6/60 ถึง 1/60 เมตร ตรวจด้วย Ophthalmoscope จะเห็น red reflex ผิดปกติและเห็นจุดดำตามความทึบของตัวต้อกระจก

(3) *ต้อกระจกสุกแล้ว (Mature Cataract)* ระยะนี้ต้อกระจกทึบมากจนทัวเลนส์ตาทำให้มองเห็นเลนส์ตาขุ่นขาว เมื่อตรวจด้วยไฟฉายส่องเฉียง ๆ จะไม่พบเงาม่านตา ผู้ป่วยจะมองไม่เห็นอะไร วัตถุสายตาอาจจะได้ประมาณ Hand Motion : HM (มือไหว ๆ) ถึง Projection of Light : PJ (บอกทิศทางแสงไฟได้) และตรวจด้วย Ophthalmoscope จะไม่เห็น red reflex

(4) *ต้อกระจกสุกเกิน (Hyper mature Cataract)* เป็นระยะสุดท้ายของต้อกระจก เลนส์ตาเริ่มเปลี่ยนแปลง มีการละลายของเนื้อเลนส์ตา มองเห็นเป็นสีขุ่นขาวมากคล้ายน้ำมัน วัตถุสายตาอาจจะได้ประมาณ HM ถึง PJ ต้อกระจกระยะนี้หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดอาการแทรกซ้อนเป็น Phacolytic Glaucoma ได้

2.1.7.3 *ต้อกระจกทุติยภูมิ (Secondary Cataract)* เป็นต้อกระจกที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งได้แก่

(1) *ต้อกระจกจากภยันตราย (Traumatic Cataract)* เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ เช่น ถูกไม้ฟาดตา โดนหนังสติ๊กยิงตา หรือถูกของมีคม ทำให้ถุงตมของเลนส์ตาดึงขาด aqueous humor ซึมเข้าไป ทำให้เลนส์ตาที่ใสนั้นทึบแสงเป็นต้อกระจก จะพบต้อกระจกเป็นรูปดาวหรือเหมือนใบไม้ตรงกลางเลนส์ตา และอาจเกิดโรคต้อหินแทรกซ้อนได้

(2) *ต้อกระจกที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน (Complicated Cataract)* จะเกิดจากโรคภายในลูกตา ได้แก่ ต้ออักเสบเรื้อรัง ต้อหิน โรคของจอประสาทตา และโรคสายตาสั้นมาก ๆ

(3) *ต้อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคอื่น ๆ* เช่น เบาหวาน, Tetany, Mongolism, ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

(4) *ต้อกระจกจากรังสี (Irradiation Cataract)* เกิดได้จากรังสีเอกซ์ รังสีอินฟราเรด และจากไฟฟ้าแรงสูง

2.2 การรักษาดักรกระจกแผนปัจจุบัน

2.2.1 การรักษาดักรกระจกโดยทั่วไป

ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาทางยาใด ๆ ที่พิสูจน์ได้ว่าสามารถขจัดหรือป้องกันการเกิดดักรกระจกได้ (สมสงวน อัญญคุณ 2535 : 290) แต่ยังคงอยู่ในภาวะทดลอง เช่น

- การใช้ Aldose reductase inhibitor เพื่อป้องกันการเกิดดักรกระจกในผู้ป่วยเบาหวาน
- การให้ยา aspirin เป็นเวลานานเพื่อขจัดการเปลี่ยนแปลงของดักรกระจก
- การใช้ Bendezac lysine salt ไปยับยั้งการรวมตัวของโปรตีน

และวิธีการอื่น ๆ เช่น การขยายม่านตา หรือการใส่แว่นสายตาสั้น ซึ่งอาจช่วยให้การมองเห็นดีขึ้นบ้างชั่วคราว แต่การรักษาที่ได้ผลดีที่สุด คือการผ่าตัดลอกเอาเลนส์ดักรกระจกออก ร่วมกับการฟื้นฟูสภาพสายตาหลังผ่าตัด

2.2.1.1 การผ่าตัดตาในโรคดักรกระจกนั้นจะได้ผลดีเมื่อ

(1) การตรวจตา วินิจฉัยโรคดักรกระจกได้ถูกต้อง และวินิจฉัยแยกจากโรค Cyclitic membrane, retrolental fibroplasia ได้แน่นอน ประกอบกับต้องขยายรูม่านตา ตรวจจอประสาทตาและขั้วประสาทตาภายในตาว่าอยู่ในสภาพปกติ

(2) การทดสอบตาต้องอยู่ในสภาพที่ชี้ทิศทางของไฟส่องได้ถูกต้อง (light projection) และมี pupillary reflex ดีเป็นปกติ

(3) ตาอยู่ในสภาพปราศจากการติดเชื้อโรค จากกัวยัง เยื่อตาอักเสบ กระจกน้ำตาอักเสบ และความดันตาเป็นปกติ

(4) สภาพร่างกายทั่วไปปกติ สามารถควบคุมโรคเบาหวาน โรคไต โรคเลือด โรคความดันเลือดสูง โรคปอด และโรคพันธุได้ (เฮนท เพทวณิซ 2528 : 28)

2.2.1.2 ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดดักรกระจก

ก. สายตามัวลงมากจนไม่สามารถประกอบภารกิจประจำวันได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับอาชีพของผู้ป่วย เช่น พวกที่ทำงานเกี่ยวกับการเขียนและอ่านหนังสือ อาจต้องทำผ่าตัดเร็ว ถ้าเป็นชานาหรือผู้สูงอายุ การมี VA 6/60 เมตร ยังประกอบภารกิจประจำวันได้ตามปกติอาจยังไม่จำเป็นต้องผ่าตัดในตอนนั้น

ข. เมื่อมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น

- Secondary Glaucoma from lens swelling เกิดจากบางระยะของดักรกระจก

จะบวมน้ำแล้วดันม่านตาขึ้นไปปิดมุมที่ระบายน้ำ aqueous ออกจากตา ทำให้เกิดโรคต้อหินชนิดมุมปิดเฉียบพลันได้

- lens induced Uveitis มักเกิดในต้อกระจกระยะสุกเกินหรือต้อกระจกจากภัยอันตรายที่มีถุงหุ้มเลนส์แตก ทำให้มีชิ้นส่วนของเลนส์ออกมาก่อให้เกิดม่านตาอักเสบได้

- Phacolytic Glaucoma เกิดจากต้อกระจกระยะสุกเกิน มีความผิดปกติของเลนส์ทำให้มีสารโปรตีนรั่วซึมออกมาแล้วไปอุดตันที่ trabecular meshwork ร่วมกับการเกิด macrophages จึงผ่าน trabecular meshwork ไปไม่ได้ ทำให้น้ำ aqueous ระบายออกไม่ได้ (สมสงวน อัมฤตคุณ 2535 : 291)

2.2.1.3 ขั้นตอนการรักษาต้อกระจก แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนใหญ่ ๆ

- (1) การผ่าตัดลอกเอาเลนส์ต้อกระจกออก โดยวิธีการผ่าตัดต่าง ๆ
- (2) การแก้ไขความผิดปกติของสายตาทิ้งผ่าตัด

(1) วิธีการผ่าตัดต้อกระจก

ก. Needling Aspiration เป็นวิธีการผ่าตัดในเลนส์ต้อกระจกที่ยังไม่มี nucleus ดังนั้น เลนส์จะอ่อน (soft cataract) เช่น ในต้อกระจกแต่กำเนิด ต้อกระจกจากภัยอันตราย และต้อกระจกแทรกซ้อนจากการอักเสบภายในตา ปัจจุบันวิธีนี้ไม่นิยมแล้ว เนื่องจากวิวัฒนาการของเครื่องมือผ่าตัดที่ทันสมัยยิ่งขึ้น ดังนั้นจะกล่าวถึงรายละเอียดของการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ

หลักการผ่าตัด Needling Aspiration : หลังจากจักษุแพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ (retrobulbar block) และตาผู้ป่วยอยู่ในสภาพจักษุแพทย์จะเสาะหรือไม่เสาะเยื่อぶตาก็ได้ หลังจากนั้น

- ใช้นิ้วชี้สำหรับทำ Needling เจาะเข้าช่องหน้าของลูกตาตรงรอยขอบตาดำ หรือผ่านทางกระจกตา ผ่านรูม่านตาที่ขยายเต็มที่ไว้ก่อนผ่าตัด

- กรีดเยื่อหุ้มเลนส์ทางด้านหน้าของเลนส์ให้ขาดกว้าง แขนงลึกเข้าไปกรีดส่วน cortex ของเลนส์ตาให้แตก

- ใช้นิ้วชี้เล็ก (เบอร์ 19) ใส่เข้าไปในช่องหน้าของลูกตาตามรอยเจาะเดิม ต่อเชื่อมเข้ากับกระบอกฉีดยาขนาด 2 มล. ที่มี BSS (Balance Salt Solution) จำนวน 0.5 มล. ด้วยการฉีดและการดูด BSS เข้าและออกจากช่องหน้าของลูกตา เศษ cortex ของเลนส์ตาที่เป็นต่อขาว ๆ นั้นจะมารวมอยู่ในกระบอกฉีดยา เมื่อได้มากจน BSS เป็นน้ำขุ่นขาวก็เปลี่ยน BSS ใหม่ ทำแบบนี้ 3-4 ครั้ง จะสามารถดูดเนื้อต้อกระจกออกได้หมด

- ใส่อากาศหรือ BSS เข้าไปเพื่อควบคุมรูปร่างหน้าลูกตาไว้
- เย็บปิดเยื่อぶตา
- ฉีดยาปฏิชีวนะเข้าใต้เยื่อぶตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- ป้ายยาและปิดตาผู้ป่วย

จ. Intracapsular Cataract Extraction (ICCE) เป็นการผ่าตัดเอาเลนส์ต้อกระจกพร้อมทั้งถุงหุ้มเลนส์ออกทั้งหมด

หลักการผ่าตัด ICCE : หลังจากจักษุแพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ และตาผู้ป่วยชาดีแล้ว จักษุแพทย์จะเปิดตาผู้ป่วยโดยใช้ eye retractor ดึงขอบหนังตาบนและขอบหนังตาล่างไว้ หลังจากนั้น

- เสาะเยื่อぶตา ลงมือเข้าช่องหน้าตา
- ขยายรอยผ่าโดยใช้ corneal scissors โค้งตามรอยขอบตาต่ำกว่าประมาณ

120-180 องศา

- ตัดม่านตา
- เอาเลนส์ต้อกระจกออก โดยใช้ความเย็นเข้าช่วย โดยการใส่ Cryoprobe ซึ่งใช้ได้

ในต้อกระจกทั่ว ๆ ไปไม่ว่าระยะไหน แต่จำเป็นอย่างยิ่งในต้อกระจกระยะสุกเกิน การใช้ Cryoprobe จะต้องใช้ Cellulose sponge ชับน้ำบนเยื่อหุ้มเลนส์ตา และบริเวณใกล้เคียงให้แห้งแตะบริเวณ Superior equator ของเลนส์ เมื่อเหยียบ foot switch จะเกิดเป็น Ice ball ที่ปลาย Cryoprobe และเยื่อหุ้มเลนส์ รอให้เกิด Ice ball แล้วจึงดึงเลนส์ตาออก

- ฉีดอากาศหรือ BSS เข้าไปในช่องหน้าตา เพื่อให้กระจกตาคงรูปและสะดวกเวลา

เย็บปิด

- เมื่อเย็บเสร็จแล้วอาจใส่อากาศไว้หรือต้องดูดออกและใส่ BSS แทน
- เย็บปิดเยื่อぶตา
- ฉีดยาปฏิชีวนะใต้เยื่อぶตาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- ป้ายยา Antibiotics eye ointment เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
- ปิดตาแน่น

ค. Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกโดยเอาเลนส์ตา Cortex และถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้าออก เหลือแต่ถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง (Posterior capsule)

หลักการผ่าตัด ECCE : ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเตรียมขยายม่านตาให้กว้างขณะทำผ่าตัดเพื่อแพทย์จะได้เอาเลนส์ cortex ออกได้หมด ขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกับ ICCE จะมีแตกต่างกันบ้างตรงที่

- สามารถกรีดถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้าให้ขาดเป็นริ้ว ๆ และใช้เข็มเกี่ยวให้หลุดขาด หรือฉีกออกเป็นวงกลม (Capsulorhexis technique)
- กัดทางขอบแผลเพื่อเลนส์ตาแยกออกจากถุงหุ้มเลนส์
- เมื่อเลนส์ตาออกมาแล้ว ต้องเอาส่วน cortex ออกให้หมดโดยใช้ Simcoe canular หรือ canular อื่นที่คล้ายกัน
- เย็บปิดกระจกตา
- ขั้นตอนต่อไปเหมือนกับ ICCE

ง. Phacoemulsification (PE. or Phaco) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกด้วย วิธีใหม่ล่าสุด กำลังเป็นที่นิยมแพร่หลายมาก ทำโดยวิธีใช้คลื่นเสียงความถี่สูงไป emulsify ทำให้นิวเคลียสและ cortex ของเลนส์แตกเป็นชิ้น ๆ แล้วดูดออกผ่านท่อขนาดเล็ก

ผลดีของการผ่าตัดวิธีนี้คือแผลจะเล็กมาก มี excellent wound stability มากกว่าวิธีเดิม และจะไม่มี wound leakage ระยะพักรักษาตัวจะน้อยลง แต่มีข้อเสียตรงที่เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้มีราคาแพง ค่าใช้จ่ายสูง มีความยุ่งยากในการใช้และการดูแล ทำได้ยากในกรณีเลนส์ตาแข็ง (hard nucleus) หรือกระจกตาที่บวมโป่งแสงประกอบกับต้องการม่านตาที่ขยายเต็มที่จึงจะทำการผ่าตัดได้ดี

(2) การแก้ไขความผิดปกติของสายตาทหลังการผ่าตัดต้อกระจก มี 3 วิธี (นริรัตน์ อยู่สวัสดิ์ 2531 : 282) คือ

ก. การใช้แว่นซึ่งมีข้อดีที่ราคาถูก ดูแลรักษาสะดวก ประหยัด ปลอดภัย แต่มีข้อเสียในแง่ของคุณภาพการมองเห็นคือ ขนาดของภาพขยายขึ้น 25-33% มีลานสายตาแคบลง เป็นต้น ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือนในการปรับตัว และไม่สามารถใช้ในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดต้อกระจกที่เป็นเพียงข้างเดียว เพราะภาพที่เห็นในตาสองข้างจะมีขนาดไม่เท่ากัน (Aniseikonia)

ข. การใช้เลนส์สัมผัส (Contact lens) ให้คุณภาพการมองเห็นที่ดีกว่า ใกล้เคียงธรรมชาติ คือสามารถลดการขยายของภาพเหลือเพียง 7-12% แต่ราคาแพง อาจมีผลแทรกซ้อนทำให้เกิดแผลบนกระจกตาได้ และต้องอาศัยความชำนาญในการถอดใส่เลนส์สัมผัส

ค. การใช้เลนส์ตาเทียม (Intra Ocular Lens : IOL) คุณภาพการมองเห็นจะใกล้เคียงธรรมชาติที่สุด คือสามารถลดการขยายของภาพเหลือเพียง 3.5% เป็นวิธีที่นิยมที่สุดในปัจจุบัน

ไม่มีภาวะยุ่งยากในการดูแลรักษาเป็นพิเศษ เนื่องจาก IOL นี้แพทย์ผู้ผ่าตัดจะใส่ในขณะผ่าตัดลอก ต้อกระจกเลย

2.2.1.4 เลนส์ตาเทียม (Intra Ocular Lens : IOL) เป็นสารสังเคราะห์พวกพลาสติก เรียกว่า PMMA (Polymethyl Methacrylate) มีขนาดเล็กเบามาก ทนทาน ไม่มีปฏิกิริยาต่อร่างกาย จักษุแพทย์ชาวอังกฤษเป็นผู้เริ่มใส่ IOL ในผู้ป่วยเป็นคนแรกเมื่อวันที่ 29 พ.ย. 1949 สมัยสงครามโลก ครั้งที่ 2 เนื่องจากได้รับคำตักเตือนจากนักศึกษาแพทย์ที่ดูการผ่าตัด เมื่อเห็นท่านเอาต้อกระจกออกแล้ว เย็บปิดทันที ว่าทำไมท่านถึงไม่ใส่ของเทียมเข้าไปแทนที่ ประกอบกับท่านพบผู้ป่วยที่เป็นนักบินถูกเศษ พลาสติกที่ทำจาก PMMA จากที่กั้นลมบนเครื่องบินกระเด็นพลัดเข้า ตาเป็นเวลาหลายปี โดยไม่มีปฏิกิริยา ต่อตา จักษุแพทย์จึงได้นำมาคิดค้นทำเลนส์เทียมใส่เข้าไปในตา ซึ่งใช้ได้ตลอดชีวิตทั้งสายตาสั้นและสายตา ยาวที่เป็นต้อกระจก โดยก่อนผ่าตัดจะต้องตรวจ วัดขนาด (Power) ของสายตาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ คน ปัจจุบันมีพัฒนาการของเลนส์ตาเทียมที่ทันสมัยขึ้น ทำจาก Silicone ซึ่งสามารถพับได้ (Foldable Lens) ทำให้เปิดแผลผ่าตัดเล็กลงใช้กับการผ่าตัดชนิด Phacoemulsification

ลักษณะของเลนส์ตาเทียมประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

- *Optical portion* คือส่วนที่เป็นเลนส์ทำหน้าที่หักเหแสงให้ตกบนจอประสาท ตาเพื่อให้เห็นภาพชัดเป็นส่วนที่ทำด้วยสาร PMMA หรือ Silicone
- *Haptic portion* คือส่วนที่ทำหน้าที่ยึดหรือพยุงให้เลนส์ตาเทียมอยู่ใน ตำแหน่งที่ต้องการ ไม่ให้เคลื่อนหรือเลื่อนหลุดไป ส่วนนี้อาจทำด้วยสารพวก PMMA หรือ Prolene มีทั้ง ที่เป็นขาแข็ง และที่ยึดหยุ่นได้แบบสปริง

IOL มี 4 ชนิดตาม Haptic portion (นริรัตน์ อยู่สวัสดิ์ 2531 : 283) คือ

- (1) Anterior chamber lens มี optical portion อยู่ใน Anterior chamber และ Haptic portion ยึดอยู่ที่มุมระหว่างกระจกตาและม่านตา ใช้ได้กับการผ่าตัดแบบ ICCE หรือ ECCE
- (2) Iris supportal lens มี Optical portion อยู่ใน Anterior chamber และ Haptic portion ยึดติดกับม่านตา โดยทำเป็นห่วงอยู่หน้าและหลังต่อระนาบของม่านตา ใช้ได้กับการ ผ่าตัดแบบ ICCE หรือ ECCE with IOL ชนิดนี้ปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว
- (3) Iridocapsular lens มี Optical portion อยู่ใน Anterior chamber หน้าต่อระนาบของม่านตา Haptic portion อยู่ในถุงของ Lens capsule ซึ่งได้ตัดเอาต้อกระจกออกจนหมด แล้ว (Capsular bag) ใช้ได้กับการผ่าตัด ECCE เท่านั้น ปัจจุบันชนิดนี้ไม่นิยมใช้แล้วเช่นกัน

(4) Posterior chamber lens มี Optical portion อยู่ในช่องหลังม่านตา (Ciliary sulcus) หรือ Capsular bag ใช้ได้กับการผ่าตัดแบบ ECCE ปัจจุบัน Posterior Chamber Lens เป็น IOL ชนิดที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุด

2.2.2 การรักษาต่อกระจกในโรงพยาบาลราชวิถี

2.2.2.1 ผู้ให้การรักษาแผนปัจจุบัน คือจักษุแพทย์ ซึ่งจักษุแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี มีทั้งหมด 10 คน รวมทั้งแพทย์ประจำบ้านด้านจักษุอีก 9 คน การปฏิบัติงานของแพทย์ทั้ง 19 คน จะแยกเป็นสายทั้งหมด 3 สายด้วยกัน ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนออกตรวจผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุ และเข้าห้องผ่าตัดดังนี้

- การปฏิบัติงานที่ตึกตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ จะมีจักษุแพทย์ออกตรวจในแต่ละวัน ประมาณ 6 คน (รวมแพทย์ประจำบ้านด้วย) ต่อผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 150 คน/วัน ตั้งแต่เวลาประมาณ 8.30 ถึง 12.30 น. ส่วนในภาคบ่ายของแต่ละวันจะเป็นคลินิกพิเศษต่าง ๆ เช่น คลินิกกล้ามเนื้อตา คลินิกต้อหิน คลินิกจอประสาทตาและน้ำวุ้นตา เป็นต้น

- การปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยในแผนกจักษุ ดูแลผู้ป่วยตามสายที่ตนรับผิดชอบ นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านจะต้องอยู่เวรนอกเวลาทุกวัน วันละ 2-3 คน ในกรณีที่ผู้ป่วยจักษุมีปัญหาก็จะได้รับการตรวจรักษาทันที หรือกรณีรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตาจากแผนกอื่น และกรณีฉุกเฉินทางตาจากห้องตรวจฉุกเฉิน (EMS) โดยมีจักษุแพทย์ประจำ (Staff) คอยควบคุมดูแลอีกครั้งหนึ่ง

- การปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดตา ในวันราชการตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. ในผู้ป่วยตามสายที่รับผิดชอบ และนอกเวลาราชการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน

นอกจากนี้ Staff จักษุแพทย์ต้องสอนหนังสือและดูแลแพทย์ประจำบ้านตามสาย อีกทั้งต้องคอยดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ที่มาฝึกปฏิบัติงานในแผนกจักษุ รวมทั้งแพทย์จากโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มาดูงานในโรงพยาบาลอีกด้วย

2.2.2.2 ขั้นตอนการเข้ารับการรักษาต่อกระจกในโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลราชวิถี

หลังจากผ่านการทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยนอกที่ห้องบัตรแล้ว เมื่อผู้ป่วยยื่นความจำนงที่จะตรวจแผนกจักษุ เจ้าหน้าที่จะประทับชื่อแผนกที่จะตรวจให้ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อให้ไปนั่งรอเรียกตรวจที่ห้องตรวจจักษุ และเจ้าหน้าที่จะนำบัตรประจำตัวผู้ป่วยตามไปใต้เองภายหลัง

(1) ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ เมื่อผู้ป่วยได้รับการเรียกชื่อให้เข้าตรวจจะได้รับตรวจต่าง ๆ ดังนี้

(ก) การซักประวัติอาการเจ็บป่วย และอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่มาโรงพยาบาล
 (ข) การวัดสายตา (VA) โดยให้ผู้ป่วยอ่านตัวเลข หรือตัวหนังสือ หรือภาพจาก Snellen Chart จะได้เป็นค่าสายตาผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ ลงบันทึกไว้

(ค) พบจักษุแพทย์ เพื่อที่แพทย์จะประเมินสภาวะความผิดปกติของตา ซึ่งจะพิจารณาโดย

- การใช้ไฟฉายส่องดูความผิดปกติของตารายนอก และเลนส์ตา
- การตรวจด้วยเครื่อง Slit lamp ซึ่งมีกำลังขยายสูง เพื่อสังเกตความผิดปกติในตา ถ้าผู้ป่วยเป็นต้อกระจกจะเห็นเลนส์ตาขุ่นขาว ถ้าเป็นมากแสงจะส่องผ่านไม่ได้
- การตรวจด้วย Ophthalmoscope เพื่อดู red reflex ถ้าเป็นต้อกระจกจะเห็น red reflex ผิดปกติ หรือเห็นเป็นจุดดำตามความทึบของต้อกระจก หรืออาจมองไม่เห็น red reflex เลย
- การตรวจอื่น ๆ เช่น การวัดความดันตา การล้างต่อน้ำตา ฯลฯ ตามความเห็นของแพทย์ หรือตามสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอนยิ่งขึ้น

หลังจากแพทย์ตรวจแล้วและพบว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคต้อกระจก สมควรที่จะรับการผ่าตัด และผู้ป่วยยินยอมที่จะรับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาเลนส์ตาที่เป็นต้อกระจกออก และใส่เลนส์เทียมเข้าไปแทน หรือไม่ใส่ซึ่งขึ้นกับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน แต่ส่วนใหญ่แล้วแพทย์จะพิจารณาผ่าตัดใส่เลนส์เทียมให้ ถ้าใส่เลนส์เทียมเจ้าหน้าที่จะวัดสายตาข้างที่จะผ่าตัดเพื่อทราบขนาด (Power) ของเลนส์เทียมเป็นการเตรียมไว้สำหรับการผ่าตัด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ต่อจากนั้นพยาบาลจะนัดวันให้ผู้ป่วยมาเจาะเลือด เอ็กซเรย์ปอดและตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า แต่ถ้าในวันนั้นผู้ป่วยงดอาหารและน้ำมาแล้วจะสามารถดำเนินการดังกล่าวได้เลย และพยาบาลจะนัดมาฟังผลอีก 1 สัปดาห์ ถ้าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เป็นปกติ พยาบาลจะให้คำแนะนำและนัดวันให้ผู้ป่วยมานอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะก่อนวันผ่าตัด 1 วัน เพื่อเตรียมผ่าตัด แต่ถ้าผลการตรวจผิดปกติ เช่น คลื่นหัวใจผิดปกติ ผลเลือดมีน้ำตาลสูง ฯลฯ จักษุแพทย์จะส่งผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาโรคหรืออาการดังกล่าวให้หายดีเสียก่อน แล้วจึงนัดผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดตาที่หลัง

เมื่อถึงวันนัดมานอนโรงพยาบาล หลังจากแพทย์ตรวจตาเสร็จแล้วและตกลงรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จะพาไปทำใบเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และพาผู้ป่วยขึ้นไปบนเตียงผู้ป่วยในแผนกจักษุต่อไป

(2) ดึงผู้ป่วยในแผนกจักษุ มีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- พยาบาลจะซักประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัวต่าง ๆ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ฯลฯ
- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- พาผู้ป่วยเข้าเตียงที่พัก แนะนำสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ
- ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย และเปลี่ยนเป็นชุดผู้ป่วย
- ญาตินำไปส่งเลนส์ขึ้นไปจ้องเบ็กเลนส์ที่ห้องจ่ายยา เพื่อว่าเจ้าหน้าที่ที่ห้องจ่ายยาจะได้ไปเบ็กกับคลังยา นำมาให้กับผู้ป่วยแต่ละราย
- การให้การพยาบาลกับผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมผ่าตัดนอกจากการเตรียมความพร้อม
สะอาดทั่ว ๆ ไปแล้ว มีการเตรียมเฉพาะที่ดังนี้

เย็นวันก่อนผ่าตัด

- พยาบาลจะตัดขนตาในข้างที่จะทำผ่าตัด
- ล้างตาด้วย 0.9% Normal Saline Solutions จนสะอาดดี
- เช็ดรอบตาด้วย 70% Alcohol
- ทยอดตา ป้ายตา ด้วยยาปฏิชีวนะ
- ปิด eye pad
- ให้นอนหลับก่อนนอน

เช้าวันผ่าตัด

- ทยอดยาขยายม่านตาข้างที่จะทำผ่าตัด จนม่านตาขยายเต็มที่
- ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารเข้าตามปกติ

การพยาบาลหลังผ่าตัด เมื่อกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
ให้นอนพักบนเตียง หรือให้ลุกจากเตียงได้เท่าที่จำเป็น (Bed Rest) ประมาณ 4-6 ชั่วโมง แต่ถ้าเป็น
การผ่าตัดแบบ Phacoemulsification ผู้ป่วยจะสามารถลุกจากเตียงได้เลย ตาข้างที่ทำผ่าตัด จะถูกปิด
ด้วย eye pad แน่น ครอบด้วยที่ครอบตาไว้ การพยาบาลจะมีดังนี้

- ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติภารกิจประจำวันของผู้ป่วย
- สังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เช่น การมีเลือดออกมากกว่าแผลผ่าตัด ชิมเป็น eye pad ผู้ป่วยปวดตามากับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- เข้าวันรุ่งขึ้นแพทย์จะเปิดตาและตรวจตาผู้ป่วย พยาบาลจะเช็ดตาและหยอดตาให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ปิดตาด้วย eye pad และครอบที่ครอบตาไว้
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องความสะดวกต่าง ๆ การใช้ผ้าชุบน้ำหมาด ๆ เช็ดหน้า แทนการล้างหน้าตามปกติ

การพยาบาลเมื่อกลับบ้าน เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1-3 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับยากลับไปหยอดต่อบ้าน การพยาบาลที่สำคัญคือการทำคำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ เช่น การหยอดตา และป้ายยาที่ถูกวิธี การรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไปและใบหน้า การสังเกตความผิดปกติที่ควรต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และการมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น

ปัจจุบันขั้นตอนการเข้ารับการรักษาต่อกระจกในโรงพยาบาลจนถึงกลับบ้านได้มีความรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำผ่าตัดแบบ PE with IOL คือหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากจักษุแพทย์และวัดขนาดสายตา เพื่อเตรียมเลนส์ตาเทียมสำหรับการผ่าตัด ได้รับการตรวจเลือด เอ็กซเรย์ปอด และตรวจ EKG ผลเป็นปกติ เมื่อถึงวันผ่าตัดผู้ป่วยมาถึงตึกผู้ป่วยในจักษุในตอนเช้า พยาบาลจะเตรียมความสะอาดตา หยอดยาขยายม่านตา และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด และพักฟื้นดีแล้ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังผ่าตัด ในเย็นวันนั้นหรือเช้าวันรุ่งขึ้น หลังจากจักษุแพทย์ตรวจตาผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เลย โดยได้รับยาหยอดตาและคำแนะนำการปฏิบัติตนต่อบ้าน พร้อมใบนัดมาตรวจตาอีก 1 สัปดาห์

2.2.3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคต่อกระจกในโรงพยาบาลรัฐบาล ปัจจุบัน

2.2.3.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแผนกผู้ป่วยนอก (ราคาประมาณ)

ค่าเอ็กซเรย์ปอด	120 บาท
ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า (EKG)	150 บาท
ตรวจเลือด, บีส์ลภาวะ	250 บาท

วัดสายตา	30 บาท
ตรวจวัดขนาด (Power) ของเลนส์ตา	200 บาท
การตรวจอื่น ๆ (ล้างต่อน้ำตา, วัดความดันตา, ฯลฯ)	20 บาท/อย่าง
รวมค่าบริการพยาบาลของตึกผู้ป่วยนอกจักษุ ประมาณ 700-800 บาท ต่อผู้ป่วย 1 คน	

2.2.3.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของแผนกผู้ป่วยใน (ราคาประมาณ)

เกี่ยวกับการผ่าตัด

ตารางที่ 2.1 แสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อกระจกในโรงพยาบาล

การผ่าตัด	Needling Aspiration		ICCE / ECCE		ECCE c IOL		Phaco c IOL	
	สามัญ	พิเศษ	สามัญ	พิเศษ	สามัญ	พิเศษ	สามัญ	พิเศษ
- ค่าผ่าตัด	2,000	4,000	3,000	6,000	4,000	8,000	10,000	10,000
- อุปกรณ์ผ่าตัด	0-50	0-50	50	50	2,200	2,200	4,000	4,500
- เลนส์เทียม	-	-	-	-	3,000	3,000	ถึง4,500	ถึง5,000
- ยาขับประทาน	0-50	0-50	0-100	0-100	ถึง4,000	ถึง4,000	ถึง6,000	ถึง6,000
- ยาหยอดตา	100	100	100	100	50-120	50-120	50-120	50-120
- ยาน้ำกลับบ้าน	ถึง200	ถึง200	ถึง200	ถึง200	100	100	100	100
	100	100	100	100	ถึง300	ถึง300	ถึง300	ถึง300
	ถึง200	ถึง200	ถึง200	ถึง200	100	100	100	100
					ถึง300	ถึง300	ถึง300	ถึง300

เกี่ยวกับค่าห้อง, ค่าอาหาร

- ค่าห้อง	พิเศษรวม	200	บาทต่อวัน
	พิเศษแอร์คู่	600	บาทต่อวัน
	พิเศษเดี่ยวพัดลม	600	บาทต่อวัน
	พิเศษเดี่ยวแอร์	800	บาทต่อวัน

- ค่าอาหาร	อาหารไทย	150 บาทต่อวัน
	อาหารฝรั่ง	300 บาทต่อวัน

สรุปค่ารักษาพยาบาลตลอดการเข้ารับการรักษาต่อกระจกในโรงพยาบาล (ราคาประมาณ)

กรณีผ่าตัดวิธี Needling Aspiration	3,000- 5,000 บาท
กรณีผ่าตัดวิธี ICCE หรือ ECCE	4,000- 7,000 บาท
กรณีผ่าตัดวิธี ECCE c̄ IOL	10,000-10,500 บาท
กรณีผ่าตัดวิธี Phaco c̄ IOL	20,000-22,000 บาท

หมายเหตุ

- ในปัจจุบันการผ่าตัดด้วยวิธี Needling Aspiration, ICCE หรือ ECCE ไม่นิยมใช้รักษาแล้ว คงเหลือแต่วิธี ECCE c̄ IOL และ Phaco c̄ IOL ซึ่งในผู้ป่วยที่ศึกษาทั้ง 20 ราย ก็รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดโดยสองวิธีนี้
- ถ้าผู้ป่วยอยู่ห้องสามัญ จะไม่เสียค่าห้อง ค่าอาหาร
- ถ้าผู้ป่วยมีรายได้น้อย และผ่านการปรึกษาสังคมสงเคราะห์ พบว่าหากจนจริง จะชำระค่ารักษาเพียงค่าเลนส์เทียมเท่านั้น หรือถ้าผู้ป่วยไม่มีเงินชำระจริง ๆ และแพทย์ระบุ ว่าจำเป็นต้องใส่เลนส์เทียมในการผ่าตัดครั้งนี้ ก็สามารถทำเรื่องขอเลนส์บริจาคได้
- ถ้าผู้ป่วยมีต้นสังกัดในส่วนของระบบราชการ จะสามารถเบิกค่าห้อง ค่าอาหารพิเศษ ค่าอุปกรณ์การพยาบาลและค่าบริการต่าง ๆ เหล่านี้ได้ทั้งหมด
- ถ้าผู้ป่วยมีต้นสังกัดในส่วนของรัฐวิสาหกิจ อาจต้องเสียส่วนเกินค่าเลนส์เทียมชนิดพับได้ และถ้าอยู่ห้องพิเศษด้วยอาจต้องเสียส่วนเกินสิทธิ์ในบางส่วน

2.2.4 ผู้ป่วยต่อกระจกกับการรักษาแผนปัจจุบัน : กรณีศึกษาผู้ป่วยในแผนกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี คือผู้ป่วยที่มารักษาต่อกระจกกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล ในที่นี้ผู้ศึกษาเลือกเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยในแผนกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐขึ้นกับกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยเลือกศึกษาผู้ป่วยจำนวน 20 ราย โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ ทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการจากแบบสอบถามที่ได้เตรียมไว้ สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

2.2.4.1 ข้อมูลทั่วไป ในผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกมารับการรักษาแผนปัจจุบันจำนวน 20 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยเพศชาย 5 ราย และผู้ป่วยเพศหญิง 15 ราย และร้อยละ 95 ของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ส่วนข้อมูลทั่วไปอื่น ๆ จะนำเสนอเป็นตารางดังนี้

(1) อายุ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา 20 ราย จะมีอายุอยู่ในช่วง 38 ถึง 84 ปี สามารถแบ่งเป็นกลุ่มอายุต่าง ๆ ได้ดังนี้

ตารางที่ 2.2 แสดงช่วงอายุของผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกมารับการรักษาแผนปัจจุบัน

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
31-40	1	-	1	5
41-50	1	-	1	5
51-60	-	5	5	25
61-70	3	9	12	60
71-80	-	-	-	-
81-90	-	1	1	5
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

จากตารางที่ 2.2 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกมารับการรักษาแผนปัจจุบัน จะมีช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุด ทั้งเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือช่วงอายุ 51- 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 ที่เหลือคือช่วงอายุ 31-40 ปี, 41-50 ปี และ 81-90 ปี พบอย่างละ 1 รายเท่านั้น ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยต่อกระดูกเหล่านี้เป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งสิ้นและตรงกับทฤษฎีทางการ แพทย์ที่โรคต่อกระดูกมักเป็นในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพบถึงร้อยละ 63 (วิชาญ ศรีสุพรรณ 2533 : 2)

(2) การศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อระบบความคิดความเชื่อของมนุษย์ใน การที่จะตัดสินใจใด ๆ ในผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกมารับการรักษาแผนปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 2.3 แสดงระดับการศึกษาของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน

ระดับการศึกษา	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ประถมศึกษาตอนต้น	3	11	14	70
ประถมศึกษาตอนปลาย	-	1	1	5
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	1	2	10
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	-	1	1	5
ปริญญาตรี	1	1	2	10
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

จากตารางจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบันจะได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้นมากที่สุดถึง 14 รายด้วยกันคิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ปริญญาตรี ประถมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ตามลำดับ

(3) อาชีพ อาชีพของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน ในผู้ป่วย 20 ราย พบว่าปัจจุบันยังคงทำงานอยู่เพียง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 อีกร้อยละ 55 ไม่ได้ทำงานแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ดังนั้นอาชีพในที่นี้จึงเป็นอาชีพที่เคยทำมาก่อน ดังแสดงได้ในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 แสดงอาชีพของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน

อาชีพ	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ค้าขาย	-	6	6	30
รับจ้าง	1	3	4	20
เกษตรกรกรรม	2	2	4	20
แม่บ้าน	-	2	2	10
ธุรกิจส่วนตัว	1	1	2	10
รับราชการ	-	1	2	5
ครู	1	-	1	5
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

จากตารางที่ 2.4 จะพบว่าอาชีพค้าขายเป็นอาชีพที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรมพบเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 20 ลำดับต่อมาคือประกอบธุรกิจส่วนตัว ซึ่งพบเท่ากับการเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 10 และอาชีพสุดท้ายที่พบอย่างละ 1 รายเท่ากันคือครูในที่นี้คือครูซึ่งสอนชั้นอนุบาลโรงเรียนราษฎร์ และอาชีพรับราชการในที่นี้คือรับราชการครูเช่นเดียวกัน แต่สอนชั้นมัธยมโรงเรียนรัฐบาลคิดเป็นร้อยละ 5

(4) รายได้ ในผู้ป่วย 9 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 45 ที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่พบว่ามีอัตรารายได้ต่อเดือนดังนี้

ตารางที่ 2.5 แสดงรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกมารับการรักษาแผนปัจจุบัน
ที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่

รายได้ต่อเดือน	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	2	3	33.33
5,001-10,000 บาท	-	1	1	11.11
10,001-15,000 บาท	3	-	3	33.33
15,001-20,000 บาท	-	2	2	22.23
รวม/ร้อยละ	4/44.45	5/55.55	9/100	100

จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยที่ยังคงทำงานอยู่ ถ้าเปรียบเทียบในอัตราส่วนที่เท่ากันแล้ว จะพบว่าเพศชายยังคงทำงานมากกว่าเพศหญิงคือผู้ป่วยเพศชาย 5 คน ทำงานอยู่ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และผู้ป่วยเพศหญิงทำงานอยู่ 5 คน จาก 15 คน คิดเป็นเพียงร้อยละ 33.33 ในผู้ป่วยเหล่านี้จะพบว่ามีอัตราเงินเดือนในช่วง 10,001-15,000 บาท และต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือช่วงเงินเดือน 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.23 และช่วงเงินเดือน 5,001-10,000 บาท พบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.11

ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออีก 11 ราย ในปัจจุบันไม่ได้ทำงานแล้วคิดเป็นร้อยละ 55 ดังนั้นรายได้ต่อเดือนจะเป็นรายของได้ครอบครัว ซึ่งได้มาจากบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 แสดงรายได้ต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยที่เลือกรับการ รักษาแผนปัจจุบัน
 ที่ในปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้ว

รายได้ต่อเดือน	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	-	1	1	9.09
10,001-20,000 บาท	-	2	2	18.18
20,001-30,000 บาท	-	2	2	18.18
30,001-40,000 บาท	-	2	2	18.18
40,001-50,000 บาท	-	1	1	9.09
มากกว่า 50,000 บาท	1	2	3	27.28
รวม/ร้อยละ	1/9.10	10/90.90	11/100	100

จะเห็นว่ารายได้ต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยต่อภาระจกที่เลือกรับการรักษาแผน
 ปัจจุบัน ที่ในปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้วนั้น จะมีรายได้มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด
 คิดเป็นร้อยละ 27.28 รองลงมาเท่า ๆ กันคือ 10,001-20,000 บาท 20,001- 30,000 บาท
 30,001-40,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 18.18 อันดับสุดท้ายคือ ช่วงเงินเดือน 40,001-
 50,000 บาท และต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน พบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.09

หมายเหตุ ครอบครัวของผู้ป่วยหมายถึง บุคคลที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยด้วย โดยส่วนใหญ่
 จะเป็นคู่ชีวิตและบุตรหลาน

(5) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต ความคิดหรือ
 การตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ จากการศึกษาสถานภาพสมรสของผู้ป่วยต่อภาระจกที่รับการรักษาแผนปัจจุบัน
 สามารถแสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 2.7 แสดงสถานภาพสมรสของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน

สถานภาพสมรส	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
สมรส	4	9	13	65
โสด	-	1	1	5
หม้าย	1	4	5	25
หย่า	-	1	1	5
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

ในเรื่องสถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่า มีสถานภาพสมรส สมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือหม้ายในที่นี้คือคู่สมรสเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 25 สถานภาพโสด และหย่า พบน้อยที่สุดอย่างละ 1 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5

(6) สิทธิคำรักษาพยาบาล เพื่อทราบศักยภาพของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเงินที่ต้องชำระคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจะได้มาจากใคร หรืออย่างไร ดังแสดงในตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8 แสดงสิทธิคำรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษา
แผนปัจจุบัน

สิทธิคำรักษาพยาบาล	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
สามารถเบิกต้นสังกัด	1	8	9	45
ไม่สามารถเบิกต้นสังกัด				
-จ่ายเองได้ทั้งหมด	1	2	3	15
-จ่ายได้บางส่วน	3	2	5	25
-จ่ายไม่ได้เลย	-	1	1	5
-มีบัตรสงเคราะห์	-	2	2	10
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

เกี่ยวกับสิทธิคำรักษาพยาบาลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยใช้สิทธิ์เบิกต้นสังกัดมากที่สุดถึง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาคือจ่ายคำรักษาพยาบาลได้บางส่วนคิดเป็นร้อยละ 25 จ่ายได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 15 ใช้สิทธิ์บัตรสงเคราะห์คิดเป็นร้อยละ 10 ในที่นี้คือบัตรสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้ง 2 ราย และพบน้อยที่สุดคือไม่สามารถจ่ายคำรักษาพยาบาลได้เลย พบ 1 รายคิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งในส่วนนี้ ทางโรงพยาบาลได้ช่วยคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนเงินค่าเลนส์ตาเทียมที่ใส่ในผู้ป่วยรายนี้ใช้เงินกองทุนค่าเลนส์ตาเทียมของผู้มีจิตศรัทธาบริจาคไว้สำหรับผู้ป่วยจน

(7) ประสบการณ์การรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ได้ตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาอย่างไรบ้าง ดังแสดงในตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.9 แสดงประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
ต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบัน

ประสบการณ์การรักษา พยาบาล	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
โรงพยาบาลรัฐบาล	-	6	6	30
คลินิก	1	4	5	25
ซื้อยารับประทานเอง	2	5	7	35
หมอพื้นบ้าน (สมุนไพร)	2	-	2	10
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

จากตารางที่ 2.9 พบว่าเมื่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะซื้อยาที่ร้านขายยารับประทานเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 ซึ่งจากการสัมภาษณ์คือเป็นการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เป็นไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น รองลงมาคือ รักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาลคิดเป็นร้อยละ 30 โดยให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน รักษาเป็นประจำอยู่แล้ว และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เป็นต้น เลือกการรักษาที่คลินิกมี 5 รายคิดเป็นร้อยละ 25 โดยผู้ป่วยบอกว่าสะดวกสบายอยู่ใกล้บ้าน และมี 2 รายเป็นเพศชายที่เลือกรับการรักษาที่หมอพื้นบ้าน ในที่นี้คือการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน และการรักษาโรคกระดูกกับหมอพื้นบ้าน

2.2.4.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคต่อกระจก อาการสำคัญของโรคต่อกระจกอย่างหนึ่งคือ ตามัว การใช้สายตาเลวลง ผู้ป่วยบางคนได้เปลี่ยนแว่นสายตาหลายครั้งการมองเห็นไม่ดีขึ้น อาการตามัวเหล่านี้ต้องใช้เวลาค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่ได้สังเกตตัวเอง จนเป็นมากถึงกับมองไม่เห็น แล้วถึงเพิ่งมารักษาก็มี ซึ่งในส่วนนี้เพื่อนหรือญาติของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการตัดสินใจเลือกรับการรักษา ในผู้ป่วยที่ศึกษา 20 ราย จากการสัมภาษณ์พูดคุยพบว่า ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคต่อกระจกจำเป็นต้องรักษา ส่วนข้อมูลการเจ็บป่วยต่าง ๆ จะกล่าวถึงต่อไป

(1) สาเหตุการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยป่วยเป็นโรคต่อกระดูก ตามความคิดความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากสาเหตุอะไร จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 20 ราย พอสรุปสาเหตุตามที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ดังนี้

ตารางที่ 2.10 แสดงสาเหตุของโรคต่อกระดูกตามผู้ป่วยเข้าใจ

สาเหตุของโรคต่อกระดูก	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
อายุมากสายตาสีลมไปตามสภาพ	4	7	11	55
ทำงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ	1	4	5	25
กรรมพันธุ์	-	1	1	5
ไม่ทราบสาเหตุ	-	3	3	15
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

จะเห็นได้ว่าในเรื่องของสาเหตุการเจ็บป่วยตามความคิดความเข้าใจของผู้ป่วย พบว่าคำตอบที่พบมากที่สุดถึง 11 รายคืออายุมากสายตาสีลมไปตามสภาพเนื่องจากการถูกใช้งานมาเป็นเวลานานคิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือการทำงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 25 และสาเหตุสุดท้ายคือกรรมพันธุ์พบ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออีก 3 ราย ไม่ทราบสาเหตุคิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้ป่วย 1 ใน 3 รายนี้ได้ย้อนถามผู้ศึกษาว่า "สงสัยจะเป็นเวรเป็นกรรมมั้งหมอ ตอนเด็กฉันเคยเล่นแกสั้งสัตว์ พวกนก พวกปลา ตอนแก้งั้นเลยมองไม่เห็น เป็นไปได้มั๊ยหมอ" ส่วนผู้ป่วยอีก 2 ราย กล่าวทำนองเดียวกันว่า "ไม่รู้สาเหตุเป็นเรื่องของหมอฉันไม่เข้าใจ"

(2) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย คือนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตามัว จนกระทั่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จากผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าอยู่ในช่วง 6 เดือนถึง 4 ปี สามารถแสดงได้ในตารางที่ 2.11

ตารางที่ 2.11 แสดงระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษา
แผนปัจจุบัน

ระยะเวลา	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
6 เดือน	-	1	1	5
1 ปี	2	7	9	45
2 ปี	2	4	6	30
3 ปี	1	2	3	15
4 ปี	-	1	1	5
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

จากตารางจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เกิดอาการตามัวในช่วง 1-2 ปีก่อนไป
รับการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ระยะ 2 ปี รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 30 ระยะ 3 ปี พบถัดมา
คิดเป็นร้อยละ 15 และระยะ 6 เดือนกับ 4 ปี พบเท่ากัน และพบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5

(3) เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ศึกษา
พบว่ามีหลายสาเหตุด้วยกัน พอสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 2.12 แสดงเหตุผลที่ผู้ป่วยต่อกระจกเลือกไปรับการรักษาแผนปัจจุบันใน
โรงพยาบาล

เหตุผลของผู้ป่วย	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
- ญาติพี่น้องแนะนำ และ พาไป	3	6	9	45
- เป็นการรักษาที่ทันสมัยแพทย์ มีความสามารถ	1	5	6	30
- เพื่อน คนรู้จักแนะนำ	1	2	3	15
- อยู่ใกล้บ้าน	-	1	1	5
- พังรายการสุขภาพทางวิทยุ แนะนำมารักษา	-	1	1	5
รวม/ร้อยละ	5/25	15/75	20/100	100

จะเห็นได้ว่าเหตุผลของผู้ป่วยต่อกระจกที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล พบมากที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิงคือ ญาติพี่น้องแนะนำมาคิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาคือเหตุผลที่ว่าเป็นการรักษาที่ทันสมัยแพทย์มีความชำนาญ มีความสามารถ รวมทั้งตาเป็น อวัยวะที่สำคัญ ถ้ารักษาผิดจะเป็นอันตรายคิดเป็นร้อยละ 30 ลำดับที่ 3 คือเพื่อนหรือคนรู้จักแนะนำมาคิดเป็นร้อยละ 15 ลำดับสุดท้ายที่พบคืออยู่ใกล้บ้าน และจากการพังรายการสุขภาพทางวิทยุเกี่ยวกับโรคทางตา แนะนำให้มารักษาต่อกระจกที่โรงพยาบาล พบเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 5 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระยะทางไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกไปรับการรักษาที่ไทน์ แต่เครือข่ายสังคมคือ เพื่อน หรือญาติพี่น้อง และนำไปรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญกว่า ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60

2.2.4.3 ทศนคติต่อจักษุแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้เลือกมารักษาตากับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล และได้ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก จนถึงการมาพักรักษาในตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาอย่างไรบ้าง พอสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ตารางที่ 2.13 แสดงทัศนคติของผู้ป่วยต่อจักษุแพทย์ที่ให้การรักษา

ข้อมูล	ทัศนคติเชิงบวก				ทัศนคติเชิงลบ			
	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง			ชาย	หญิง		
ด้านความรู้ความ- สามารถ	5	15	20	100	-	-	-	-
ด้านการตรวจรักษา	4	13	17	85	1	2	3	15
ด้านมนุษยสัมพันธ์	4	10	14	70	1	5	6	30

จากตารางจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีทัศนคติ ความคิดเห็นเชิงบวกต่อจักษุแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความรู้ความสามารถของแพทย์ ผู้ป่วยจะมีทัศนคติเชิงบวกคิดเป็นร้อยละ 100 คือ ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมดเห็นว่าแพทย์เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ ศึกษาเล่าเรียนมาด้วยความยากลำบาก ทำให้เกิดความเชื่อถ้อยไว้วางใจจึงเลือกมารักษา ส่วนด้านการตรวจรักษาพบว่า มีทัศนคติเชิงบวกคิดเป็นร้อยละ 85 โดยให้เหตุผลว่าแพทย์มีความสนใจและกระตือรือร้นในการที่จะรักษาผู้ป่วย สามารถให้การวินิจฉัยโรค และให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และในส่วนของทัศนคติเชิงลบคิดเป็นร้อยละ 15 ให้เหตุผลว่าผู้ป่วยต้องเสียเวลาคอยนานกว่าจะได้พบแพทย์ และเมื่อพบแพทย์แล้วแพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยแต่ละคนน้อยเกินไป ดังที่ผู้ป่วยบางคนกล่าวว่า "มาคอยหมอดังแต่ 7 โมงเช้ากว่าจะได้ตรวจ 10 โมง หมอตรวจ 2-3 นาทีเสร็จ ไม่คุ้มกับที่รอเลย" และในด้านมนุษยสัมพันธ์ของแพทย์ ผู้ป่วยมีทัศนคติในเชิงบวกคิดเป็นร้อยละ 70 อีกร้อยละ 30 เป็นทัศนคติในเชิงลบ โดยบอกว่าแพทย์ไม่ค่อยพูดคุย ไม่ค่อยยิ้มแย้ม และไม่หาคำอธิบายกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ไม่ค่อยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม แต่ในผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงบวกในเหตุผลว่า "หมอพูดคุยก็น่าฟังดีแล้ว เราต้องเข้าใจหมอ หมอมีเวลาน้อยแต่ต้องดูคนไข้มาก พวกเราควรตั้งใจหมอ ถ้าเราอยากให้หมอพูดคุยก็น่าฟังหรืออธิบายนาน ๆ ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน"

บทที่ 3 การรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้านเป็นองค์ความรู้และเทคโนโลยีแบบพื้นบ้าน เป็นประสบการณ์และทักษะของชาวบ้านที่ใช้ในการเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บ รวมถึง การเรียนรู้ การจัดการ การปรับตัว และการสืบทอด (จุลินาถ อรรถสิษฐ 2537: 7) เป็นระบบเปิดมีความเคลื่อนไหวตลอดเวลามีโอกาสในการรับสิ่งใหม่ ผสมผสานหรือปรับปรนแนวคิด วิธีการเพื่อให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านยังคงดำรงสืบเนื่องมาจนทุกวันนี้ การรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านก็เช่นเดียวกันมีวิวัฒนาการมาช้านาน แต่ไม่เป็นที่เปิดเผยต่อสาธารณชน จึงเป็นการยากในการที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกตามหัวข้อที่ศึกษา ผู้ศึกษาขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านเท่าที่รวบรวมได้ดังนี้

3.1 วิวัฒนาการของการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน

เริ่มตั้งแต่สมัยของ Hippocrates บอกเพียงว่าต่อกระจกเป็นโรคที่ไม่มียาจะรักษาแม้ว่าการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน (Couching) จะมีประมาณ 3,000 ปีมาแล้ว (สกาวัตน์ คุณาวิศรุต 2534 : 165) แต่โรคต่อกระจกคืออะไรยังไม่เข้าใจกัน เดิมเชื่อว่าเป็นเยื่อบาง ๆ อยู่หน้าเลนส์ จนกระทั่งกลางศตวรรษที่ 17 จึงรู้จักจริงโดย francois Quarre ได้เริ่มสอนว่าต่อกระจกเกิดจากการขูดตัวของเลนส์เอง และ Michel Brisseau บอกว่าการทำ Couching ที่ทำกันเป็นการตีดเลนส์ให้หลุดออกจาก visual axis โดยวิธีทำในครั้งแรกเป็นของฮินดู ทำโดยใช้มีดแทงเข้า sclera นำก่อน ตามด้วยการสอดเครื่องมือทุก ๆ เข้าไปตีดเลนส์ให้หลุด (สกาวัตน์ คุณาวิศรุต 2534:165) ส่วนวิธีการ Couching ของ Celsus ทำโดยใช้มีดคม ๆ เข้าไปกรีดภายในลูกตา จึงมักทำถูกตุ่มเลนส์ ทำให้ตุ่มเลนส์แตก และมีผลแทรกซ้อนตามมา วิธี Couching ได้แพร่มายัง Alexandria เมื่อ Alexander มหาราชแผ่อำนาจมาทางอินเดีย ชาวอาหรับก็ใช้วิธี Couching แบบฮินดู ในระยะค.ศ.996 -1020 Ammar ได้นำวิธีใช้เข็มตูดเขาส่วนของดอที่ขุ่นขาวออก ศัลยแพทย์คนแรกที่เอาเลนส์ออกมาคือ Jacques Daviel ซึ่งบันทึกไว้เป็นการทำ Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) ในปี 1748 ซึ่งเป็นการเข้าสู่การรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน

สำหรับวิวัฒนาการการรักษาต่อกระจกในประเทศไทย ไม่สามารถหาหลักฐานที่แน่นอนได้ว่าเกิดขึ้นตั้งแต่สมัยใด แต่คาดว่าเข้ามายังประเทศไทยเมื่อประมาณร้อยปีเศษมาแล้ว โดยเริ่มแรกจากประเทศอียิปต์ และต่อมาแพร่หลายมาถึงประเทศอินเดีย จากนั้นเข้ามายังประเทศพม่า (อารีย์ เจริญพงศ์ 2526: 45) ผสมผสานกับการแพทย์พื้นบ้านของไทย โดยเท่าที่มีหลักฐานปรากฏนั้นเริ่มพบในสมัยรัชกาลที่ 2 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย ท่านทรงโปรดฯ ให้หมอมทหลวงสืบตาม และเลือกสรรตำรายาดีจดเป็นตำราหลวงสำหรับโรงพระโอสถ ตำรานี้มีชื่อว่า "ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2" (อนุสรณ์ในพิธิบูชาครู ประจำปี 2516:ข) ในตำรานี้มีตำรายา

เกี่ยวกับการรักษาต่อกระจกของขุนราชเนตรที่ได้นำมาทูลเกล้าถวายร่วมด้วย 5 ขนานด้วยกัน เป็น การกล่าวถึงชื่อสมุนไพรที่ใช้ สรรพคุณ และวิธีการเพื่อใช้รักษาโรคต่อกระจกดังนี้

ตำรายาโรงพระโอสถ

สิทธิการีย จะกล่าวคำภีร์ยา คือวิเศษสรรพคุณสำเร็จ อันอาจารย์เจ้าในกาลก่อนประมวญไว้ ให้แก่สรรพโรคทั้งปวงต่าง ๆ กันสืบมา

ในที่นี้จะว่าแต่สรรพคุณวิเศษ คือคณะสรรพคุณยาซึ่งจะแก้สรรพจักษุโรค สมมุติว่าดื้อนั้น โดยในยดังนี้

๑ ยาชื่อสรรพคุณวุฒิ เอาพิมเสน ดินถนนำสุทธิ บัลลังก์ศิลาสุทธิ โกฎทั้งห้า กระวาน ตริกรระฎก ตรีผลา รากกระพังโหม รากหญ้านาง รากช่าเกลือ กระชาย ไพร ทอม กระเทียม ขมิ้นอ้อย คีร์ชะชันภาค ดีงูเหลือม ดีจรเข้ ดีเต่า เอาเสมอภาค ทำเป็นจุดนวด บดด้วยน้ำมะนาว บด ทำแท่ง ฝนป้ายจักษุ แก้สรรพต้อทั้งปวงหายดีนัก ๆ

๒ ยาชื่อกลีนิธรมณี เอาพิมเสนส่วน ๑ รากอัญชัน ทั้ง ๒ รากจี่เหล็ก รากจี่กาแดง รากขัดมอน สิ่งละ ๒ ส่วน ทำเป็นจุดนวดทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำมะนาวป้ายจักษุ แก้ต้อหมอกให้เคลื่อนจากองค์จักษุ หายดีนัก ๆ

๓ ยาชื่อเฟื่องสมุท เอาดีจรเข้ สารส้ม สิ่งละส่วน ดินถนนำสุทธิ ๒ ส่วน ใบทองกลาง ใบมน ๓ ส่วน ทำเป็นจุดนวดทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำมะนาว ป้ายจักษุ แก้ต้อหมอกให้เคลื่อนไปหายดีนัก ๆ

๔ ยาชื่ออินทประทาน เอาพิมเสน ดินถนนำสุทธิ พริกอ่อน จิงสัด สิ่งละส่วน ใบผักเค็ด ใบข้อน กลองสิ่งละ ๒ ส่วน ทำเป็นจุดนวด เอาสรรพติแก้หน้ามะนาวเป็นกระสาย บดทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำมะนาว ป้ายจักษุ แก้ไม่สัดจักษุกระทำให้จักษุข้ำให้แดง แก้ยอดตูดวง (ริดสีดวง) ขันจักษุแก้ต้อหมอกต้อตง นั้นหายดีนัก ๆ

๕ ยาชื่อมหาอาวุธ เอาพิมเสนเกล็ด ดอกจันทร์ กระวาน โกฎสอ โกฎเขมา เทียนสัตบุษ ตามยา จิงสัด ขมิ้นอ้อย ดีจรเข้ ดีตะพาน้ำ สิ่งละส่วนทำเป็นจุดนวดทำแท่งไว้ ฝนใส่จักษุ แก้สรรพ ตูดวง (ริดสีดวง) ขันจักษุ แลสรรพต้อทั้งปวงหายดีนัก ๆ

สรรพยา ๕ ขนานนี้ ของเจ้าพระพุทธเจ้าขุนราชเนตร ทูลเกล้าฯ ถวาย ขอเดชะ ฯ ได้ใช้แล้ว (ที่มา : ตำรายาโรงพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 พิมพ์เป็นอนุสรณ์ในพิธิบูชาครู ประจำปี 2516 ณ วัดพระ เชตุพนวิมลมังคลาราม กันยายน 2516)

นอกจากนี้จากหลักศิลาจารึกตำรายา วัดพระเชตุพนฯ ซึ่งได้บันทึกครั้งสมัยรัชกาลที่ 3 พระบาท สมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งมีการนำมาจัดพิมพ์เป็นหนังสือโดยรวบรวมคัดลอกตำรายาทั้งหมดที่มี ในวัดพระเชตุพนฯ พบว่ามีตำรายาด้วยการรักษาโรคต้อต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งโรคต่อกระจก (ดังรายละเอียด ในภาคผนวก) รวมทั้งตำรายาซึ่งมีผู้นำมาทูลเกล้าฯ ถวายแก้โรคทางจักษุถึง 24 ขนานคือจากขุนราชเนตร 12 ขนาน ขุนทิพยเนตร 4 ขนาน หมื่นอินทเนตร 4 ขนาน และขุนประสาธน์ยา 4 ขนาน

และจากบันทึกของนายแพทย์แดนบิช บรัลเลย์ มิซซันนารี ที่เข้ามาเผยแพร่ศาสนาในประเทศไทย ไทยสมัยรัชกาลที่ 3 ประมาณ พ.ศ. 2378 มีว่า "คนส่วนใหญ่ที่มารักษานั้นคงไม่แตกต่างกับการไปหาหมอวิเศษ ซึ่งไม่ว่าจะอยู่ห่างไกลขนาดไหน ก็พยายามจะเดินทางไปให้ถึงด้วยความหวังที่จะให้รักษาโรค และมักจะยอมรับในวิธีการ ไม่ว่าจะเข้าใจได้หรือไม่ก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการผ่าตัด อุบัติเหตุ และโรคตา ซึ่งพบว่ามียาจำนวนมากที่สุด และผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจเพราะส่วนใหญ่มักจะหายดี" (โครงการสัมมนาทางวิชาการร่วมระหว่างโครงการไทยคดีศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันไทยคดีศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2518:15) เหล่านี้เป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่าเริ่มมีการรักษาโรคทางตาในประเทศไทยโดยแพทย์ทางตะวันตกแล้ว ซึ่งรวมถึงการนำเครื่องมือต่าง ๆ เข้ามาใช้ รวมทั้งมีการผ่าตัดด้วย

ดังนั้นจึงอาจพอสรุปได้ว่า การรักษาต้อกระจกแผนพื้นบ้านในประเทศไทยนั้นน่าจะเป็นการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านของไทย ซึ่งประกอบไปด้วยความเชื่อดั้งเดิมของกลุ่มชนในท้องถิ่น สมุนไพรและไสยศาสตร์ การแพทย์ทางตะวันตกและการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย เมื่อวันเวลาเปลี่ยนไปมีการพัฒนาปรับตัว และปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพสังคมที่แปรเปลี่ยนไปเพื่อให้ดำรงอยู่ได้ ตราบเท่าทุกวันนี้

3.2 การรักษาต้อกระจกแผนพื้นบ้านคืออะไร

การรักษาต้อกระจกแบบพื้นบ้าน (Couching) ในพจนานุกรมทางการแพทย์กล่าวไว้ว่า หมายถึง ศัลยกรรมเคลื่อนเลนส์ตาในโรคต้อแก้วตา (วิทย์ เทียงบูรณธรรม 2526:157) แต่หลักการโดยทั่วไปนั้นการรักษาต้อกระจกแผนพื้นบ้านเป็นการทำการรักษาต้อกระจกด้วยวิธีใดก็ตามเพื่อให้เลนส์ตาที่เป็นต้อกระจกเคลื่อนตไปทางด้านหลังจึงทำให้แสงส่องผ่านไปถึงจอประสาทตาได้ (สมสงวน อัญญคุณ 2535:291) ผู้ป่วยจึงกลับมามองเห็นได้อีก

ผลเสียของการรักษาต้อกระจกแผนพื้นบ้านคือกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยจะเกิดมีโรคแทรกซ้อนขึ้นภายหลัง (อารีย์ เจริญพงศ์ 2526:45) โดยที่เลนส์ตาซึ่งถูกดันให้ตกอยู่ภายในด้านหลังของดวงตาจะทำให้เกิดปฏิกิริยาขึ้น โรคแทรกซ้อนดังกล่าวมีดังนี้ (สมสงวน อัญญคุณ 2535:291)

3.2.1 การอักเสบของม่านตา (Lens induced Uveitis) ซึ่งต่อไปอาจเกิดโรคต้อหิน (Glaucoma) ได้ ทำให้สายตาสีในที่สุด

3.2.2 การอักเสบภายในโครงสร้างของลูกตา (Endophthalmitis) เนื่องจากหมอฟื้นบ้านบางรายใช้เครื่องมือแทงทะลุเบ้าตาเข้าไปเฉียดให้เลนส์ตาดกลงไปด้านหลัง เป็นการนำเชื้อโรคเข้าไปในตาเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง และนอกจากนี้ยังอาจเกิดการอักเสบของลูกตาทั้งหมด (Panophthalmitis) ตามมา ทำให้สายตาสีในที่สุด รักษาได้ยาก และทำให้ต้องเอาตาข้างนั้นออก (Enucleation หรือ Evisceration)

3.2.3 เกิดการลอกหลุดของจอประสาทตา (Retinal Detachment)

3.3 ทมอพื้นบ้านกับการรักษาต่อกระดูก : กรณีศึกษา

ทมอพื้นบ้านเป็นผู้สืบทอดประสบการณ์รักษาโรคที่ซับซ้อนมากกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2535:7) กระบวนการมาสู่ความเป็นแพทย์ของทมอพื้นบ้าน มักได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษ หรือไปขอศึกษาจากทมอพื้นบ้านที่มีความสามารถ และสะสมประสบการณ์เพิ่มเติมมากขึ้นเรื่อย ๆ ทมอพื้นบ้านที่รักษาโรคทางตาที่เช่นเดียวกัน จากการศึกษาทมอพื้นบ้านที่รักษาโรคตา จำนวน 3 ราย พบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเข้าถึงแหล่งศึกษาเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก เนื่องจากผู้ศึกษาไม่สามารถเปิดเผยตัวเองได้ และตัวทมอพื้นบ้านเองก็ไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเป็นการรักษาที่ผิดกฎหมาย ดังนั้นถึงแม้ว่าจะสามารถเข้าถึงตัวทมอพื้นบ้านแล้วก็ตาม ก็ยังไม่ได้รับการเปิดเผยรายละเอียดมากนัก การพูดคุยตอบคำถามเป็นไปในทางที่ตอบเลี่ยง ๆ และปฏิเสธการเข้าดูขณะทำการรักษาผู้ป่วย ดังนั้นข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาขั้นตอนต่าง ๆ ส่วนใหญ่จึงได้จากผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาจากทมอพื้นบ้านมาแล้ว ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับทมอพื้นบ้านและวิธีการรักษามีดังนี้

3.3.1 ทมอ ก. เพศชาย 70 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 เปิดรักษาผู้ป่วยโรคต่อ-กระดูก มา 40 ปี ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติส่วนตัว ทมอ ก. เป็นผู้ชาย อายุ 70 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 นับถือศาสนาพุทธผ่านการบวชเรียนมาแล้ว เป็นคนจังหวัดเชียงราย แต่แต่งงานกับภรรยาซึ่งเป็นคนภาคเหนือเช่นเดียวกัน มีบุตรสาว 2 คน คนโตแต่งงานแล้วไปอยู่ที่จังหวัดอื่น คนที่ 2 แต่งงานมีบุตร 2 คนพักอยู่บ้านเดียวกันกับทมอ ทมอ ก. ได้มาตั้งรกรากที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นเวลา 30 กว่าปีแล้ว ตอนแรกมาค้าขาย ปัจจุบันทำธุรกิจเกสต์เฮาส์ให้คนเช่าพักอาศัย รายได้พอเลี้ยงตัวและครอบครัวได้อย่างสบาย ทมอ ก. สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาเภสัชกรรมเมื่อ 20 ปีก่อน ได้เปิดให้การรักษาผู้ป่วยมา 40 ปี ให้การรักษาเฉพาะโรคต่อกระดูกเท่านั้น โรคตาอื่น ๆ จะให้คำแนะนำแต่ไม่ได้รับการถ่ายทอดวิชาความรู้มาจากทมอชาวบ้านตั้งแต่ตอนอยู่บ้านเดิมที่จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่อายุ 25-30 ปี แต่เพิ่งมาเปิดรับการรักษาผู้ป่วยอย่างจริงจังตอนมาอยู่ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผ่านการรักษาผู้ป่วยมาหลายร้อยราย แต่ไม่มีการจดบันทึกชื่อและประวัติของผู้ป่วยแต่อย่างใด ทมอ ก. บอกว่าไม่มีความจำเป็นเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรักษาหายแล้วมองเห็นก็กลับไปบ้านได้ ไม่ต้องมาตรวจรักษากับทมออีก

บุคลิกลักษณะ : เป็นชายสูงอายุรูปร่างผอมสูง วันที่ผู้วิจัยไปพบทมอ ก. แต่งตัวใส่กางเกงขายาว สวมเสื้อกั๊กสีขาว ใส่สร้อยคอทองคำเส้นใหญ่พร้อมพระเสียมทอง 4-5 องค์ การพูดคุยจะเป็นในทางถามคำตอบคำ บางครั้งก็ไม่ตอบคำถาม ส่วนใหญ่บุตรเขยของทมอจะช่วยตอบคำถามแทน ไม่ค่อยสบตาผู้วิจัยโดยมักจะหันหน้าไปทางอื่น และคอยพยักหน้าเห็นด้วยเมื่อบุตรเขยพูด

ท่าทางภายนอกดูเป็นคนดู แต่จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่ไปรักษาจะบอกว่าทอม ก. เป็นคนเฉย ๆ ไม่ค่อยยิ้มแย้ม เมื่อพูดคุยกับผู้ป่วยหรือให้คำแนะนำจะพูดจาดี คุณมีความรู้แน่น่าเชื่อถือ

สถานที่ : อยู่ติดถนนใหญ่ใจกลางเมืองจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 1 ไร่ ด้านหลังบ้านเปิดเป็นเกสต์เฮาส์ให้เข้าพักอาศัย บริเวณที่ติดต่อรักษาเป็นที่เดียวกับที่ติดต่อเข้าห้องพัก ส่วนหน้าบริเวณที่ทำการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของบ้านของทอมและญาติ ๆ มีลักษณะครึ่งตึกครึ่งไม้ 2 ชั้น แบ่งเป็นห้อง ๆ มีสัดส่วนดี โดยทอมและญาติจะพักอยู่ห้องชั้นบน ชั้นล่างจะให้เป็นที่ทำการรักษา

ขั้นตอนการรักษา : เมื่อผู้ป่วยมาติดต่อเพื่อขอรักษา ถ้าทอม ก. อยู่จะได้พบกับทอมเฉย ทอมจะมาพูดคุยซักทายเป็นผู้ดูแลและญาติด้วยความเป็นกันเอง เมื่อทราบวัตถุประสงค์ว่าจะมารักษา ทอมจะพาผู้ป่วยไปตรวจตาก่อนว่าจะรักษาได้หรือไม่ โดยการใส่ไฟฉายส่องดูตาผู้ป่วย ทอมบอกว่าถ้าเป็นต้อกระจกจะสังเกตเห็นตาดำเปลี่ยนเป็นสีขาวจนถึงจะรักษาได้ ถ้าเป็นโรคตาอย่างอื่นจะรักษาด้วยวิธีนี้ไม่ได้ผล ถ้าผู้ป่วยตกลงทำ จะนัดวันทำการรักษาซึ่งต้องเป็นวันที่ผู้ป่วยพอใจและทอมว่าง แต่ถ้าเป็นในอดีตเมื่อ 3-4 ปีก่อน ทอมจะนัดผู้ป่วยทำพร้อม ๆ กันครั้งละ 3-5 คน เนื่องจากมีผู้ป่วยมารักษาเป็นจำนวนมากกว่าในปัจจุบัน หลังจากนั้นจะเก็บเงินมัดจำไว้ล่วงหน้าส่วนหนึ่งประมาณ 1,000-2,000 บาท โดยบอกผู้ป่วยว่าเพื่อจัดเตรียมยาและอุปกรณ์ต่าง ๆ หลังจากนั้นทอมจะออกไปนัดให้ผู้ป่วยเพื่อนำมาเย็บในวันมารักษา โดยบอกให้ผู้ป่วยเตรียมเพียงเสื้อผ้าและของใช้ประจำตัวสำหรับบการมานอนพักรักษา 3-7 วันเท่านั้น ส่วนเรื่องอาหารทอมจะจัดให้เองทุกมื้อ และอนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ 1 คน

วิธีการรักษา : ทอมจะนัดให้ผู้ป่วยมาถึงที่บ้านตอนบ่ายหรือเย็นในวันทำการรักษา ให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำ สระผม และรับประทานอาหารเย็นจนเรียบร้อยดี หลังจากตอนค่ำ ๆ เวลาประมาณ 19-20 น. ทอมจะเรียกผู้ป่วยเข้าไปในห้องให้การรักษา โดยจะไม่อนุญาตให้ญาติเข้าดูการรักษาให้คอยอยู่หน้าห้อง

เมื่อเริ่มการรักษาทอมจะให้ผู้ป่วยนอนราบบนที่นอนที่ปูบนพื้นห้อง ทอมและผู้ช่วยจะนั่งเหนือศีรษะผู้ป่วย โดยจะเริ่มหยอดตาเข้าไปข้างที่จะรักษาก่อนประมาณ 10 นาที จนตาชาดี หลังจากนั้นทอมจะใช้อุปกรณ์เป็นเหล็กแท่งยาว ๆ กดและเขี่ยตัวเลนส์ให้หลุดตกไปข้างหลังตาใช้เวลาทำประมาณ 10-15 นาที เสร็จแล้วหยอดตามาซ้ำ และใช้ผ้าก๊อสปิดตาผู้ป่วยไว้ ให้ผู้ป่วยนอนพักจนรู้สึกสบายดี ประมาณ 15 นาที ถึงครึ่งชั่วโมง หลังจากนั้นทอมจะพาผู้ป่วยไปส่งที่ห้องพัก ให้ผู้ป่วยนอนพักก่อน ในห้องพักจะเป็นห้องโถงใหญ่ติดมุ้งลวด ทอมจะปูที่นอนไว้ตามจำนวนผู้ป่วยและญาติที่มาพัก มุมหนึ่งของห้องมีที่นอนวางซ้อน ๆ กัน มีตู้สำหรับเก็บหมอนและผ้าห่ม ส่วนอีกมุมหนึ่งมีโต๊ะหมู่บูชาพระ ส่วนห้องนี้อยู่นอกห้องไม้ไผ่กลั่น ถ้ามีปัญหาอะไรให้ญาติไปเรียกทอมได้ตลอดเวลา ตอนเช้าวันรุ่งขึ้นทอมจะมาเปิดตาผู้ป่วย เจ็ดตา หยอดตาให้ และปิดตาไว้เช่นเดิม วันหนึ่ง ๆ จะหยอดตาประมาณ 4-5 ครั้ง ทำเช่นนี้

ทุกวันจนผู้ป่วยกลับบ้านซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-7 วัน ซึ่งจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ทมอบอกว่า ต้องให้มองเห็นตีก่อนถึงจะกลับบ้านได้ เมื่อกลับบ้านจะให้ยาไปหยอดตาต่อที่บ้าน 1 ขวด ทมอบอกว่าเป็นยาที่ช่วยให้มองเห็นดีขึ้น ให้หยอดจนยาหมด ไม่มีการนัดมาตรวจซ้ำ แต่ถ้ามีปัญหาอะไรให้มาพบหมอได้ตลอดเวลา หรือจะโทรศัพท์มาสอบถามก็ได้

ข้อห้าม : ห้ามทำงานหนัก ห้ามก้มหน้า หรือนอนคว่ำหน้า

ค่ารักษา : ค่าทำข้างละ 20,000 บาท พอดำรงค่ารักษาได้บ้าง ถ้าทำตาทั้งสองข้างจะลดราคาให้ และถ้ารักษาแล้วผู้ป่วยมองไม่เห็น จะไม่คิดค่ารักษาเลย เงินที่เก็บมัดจำไว้จะคืนให้ทั้งหมด

หมายเหตุ : ปัจจุบันมีผู้มารับการรักษาเฉลี่ย 1-3 รายต่อเดือนไม่แน่นอน ซึ่งหมอจะให้การรักษาเลยในวันที่ผู้ป่วยต้องการ โดยไม่ต้องคอยผู้ป่วยให้มารักษาพร้อม ๆ กัน ทมอบอกว่าเมื่อ 4-5 ปีก่อนนี้มีผู้มารับการรักษามากกว่าที่บางเดือนมีถึง 10-20 ราย

: สามารถให้ญาตินอนเฝ้าได้ ไม่คิดค่าที่พัก แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีญาติมาเฝ้า หมอจะจัดหาอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานครบทั้ง 3 มื้อ คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้

: เกี่ยวกับอันตรายทางตาหมอบอกว่า ไม่มีอันตราย ไม่มีการผ่าตัด ไม่มีเลือดออก ทุกคนทำแล้วจะกลับมามองเห็นอีก

: มีการโฆษณาเป็นเสียงผู้หญิงพูดเชิญชวนให้มารักษาที่หมอพื้นบ้านทางสถานีวิทยุของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

: ผู้ป่วยที่มารักษาส่วนใหญ่จะมาจากกรุงเทพฯ ถึงร้อยละ 50 ที่เหลือมาจากจังหวัดใกล้ ๆ เช่น นนทบุรี ปทุมธานี สระบุรี ลพบุรี เป็นต้น

3.3.2 ทมอ ข. เพศชาย 45 ปี จบการศึกษาชั้น ม.ศ.3 เป็นคนจังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจุบันเป็นกำนัน เปิดรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกมา 20 ปี ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติส่วนตัว : ทมอ ข. เป็นผู้ชาย อายุประมาณ 45 ปี จบการศึกษาชั้น ม.ศ. 3 นับถือศาสนาพุทธ บ้านเดิมเป็นคนจังหวัดสุพรรณบุรี มีภรรยาเป็นคนจังหวัดอยุธยา จึงได้ย้ายตามภรรยามาอยู่ที่จังหวัดอยุธยา มีบุตรชาย 1 คนอายุประมาณ 5 ปี ปัจจุบันได้รับเลือกเป็นกำนัน มีผู้ให้ความเคารพเทียข่าเกรง และเป็นที่รู้จักของคนทั่วไปในตำบล เปิดให้การรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่บ้านของหมอเองดำเนินการมา 20 ปีแล้ว ทมอ ข. บอกว่าเริ่มทำมาตั้งแต่อายุ 16 ปี ตั้งแต่อายุที่จังหวัดสุพรรณบุรี ตอนแรกเป็นผู้ช่วยบิดาทำ ต่อมาถึงได้ลงมือทำเอง โดยมีบิดาเป็นผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ ไม่ทราบว่าเป็นบิดาแล้วเรียนมาจากที่ใดแต่คิดว่าน่าจะเป็นปู่หรือลุงถ่ายทอดมาอีกทอดหนึ่ง ตอนนั้นบิดาเสียชีวิตไปนานแล้ว ทมอ ข. รักษาผู้ป่วยโรคตามามากนับไม่ถ้วน ทมอบอกว่าเป็นพันคนแล้ว โดยมีน้องสาวและภรรยาคอยช่วยเหลือเวลาหมอทำการรักษา

บุคลิกลักษณะ : ชายไทยวัยกลางคน ท้วม ผิวคล้ำ ตัดผมทรงทรง เป็นคน สุภาพอารมณ์ดียิ้มแย้มแจ่มใสการพูดคุยจะให้ความเป็นกันเองดี ค่อนข้างเปิดเผยเชิญชวนให้มารักษา ถ้าถามถึงรายละเอียดของการรักษา วิธีการรักษาจะตอบเลียง ๆ หัวเราะพยายามบ่ายเบี่ยงหรือ เปลี่ยนเรื่องคุยบอกเพียงว่าเป็นเรื่องของไสยศาสตร์ ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษบอกกันไม่ได้ วันที่ผู้วิจัยไปพบหมอพื้นบ้าน จ. หมอกายดูภูมิฐานสะอาดต่างจากชาวบ้านในละแวกนั้น ใส่เครื่องประดับ สายสร้อยคอ แหวน และนาฬิกา

สถานที่ : ลักษณะคล้ายคลึงกับรักษาโรคที่เห็นกันทั่วไป ป้ายหน้าร้านบอกว่า เป็นสถานพยาบาลแผนโบราณ ตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประจำอำเภอประมาณ 200 เมตร เป็นตึกมี 3 ชั้น กว้างประมาณ 2 ห้องแถว ชั้นล่างเป็นห้องกระจกติดเครื่องปรับอากาศและติดฟิล์มกรองแสง เมื่อมองจากภายนอกจะมองไม่เห็นข้างใน แต่ข้างในจะมองเห็นภายนอกชัดเจน ชั้นล่างนี้เป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมาติดต่อขอรักษา มีเตียงตรวจ นอกจากนี้ยังเป็นห้องรับแขกของบ้าน ชั้นที่ 2 และ 3 เป็นที่พักอาศัยของหมอและญาติ ๆ ส่วนที่พักของผู้ป่วย และสถานที่ทำการรักษาจะอยู่อีกแห่งหนึ่งถัดเข้าไปสุดถนนคอนกรีต ห่างจากคลินิกประมาณ 1 กิโลเมตร เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวหลังใหญ่ ด้านหลังบ้านติดคลอง มีต้นไม้ใหญ่ร่มรื่นน่าอยู่ ห้องพักของผู้ป่วยจะเป็นห้องใหญ่ยกพื้นสำหรับเป็นที่นอน สามารถนอนรวมกันได้หลายคน และห้องนี้จะเป็นห้องที่หมอให้การรักษาด้วย คือเมื่อหมอรักษาเสร็จ ผู้ป่วยสามารถนอนพักได้เลย ไม่ต้องเคลื่อนย้ายไปห้องอื่น ๆ อีก นอกจากนี้ยังมีห้องพิเศษต่างหากสำหรับผู้ป่วยและญาติที่ต้องการความเป็นส่วนตัว โดยต้องเสียเงินเพิ่มคืนละ 200 บาท ไม่รวมกับค่ารักษา นอกจากนี้ในห้องภายในบ้านจะติดแสดงใบอนุญาตรประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ โดยใส่กรอบและแขวนที่ข้างฝาผนังเห็นได้ชัดเจน แต่เมื่อสังเกตใกล้ ๆ จะไม่ใช่ชื่อของหมอ จ. น้องสาวหมอบอกว่าเป็นของหมอคนอื่น ซึ่งเคยมาตรวจรักษาผู้ป่วยที่นี่ด้วยกัน แต่ตอนนี้ไม่ได้มาแล้ว

ขั้นตอนการรักษา - เมื่อผู้ป่วยมาติดต่อขอรักษาจะพบกับภรรยาหรือน้องสาวของหมอก่อน เพื่อซักประวัติการเจ็บป่วยทางตาต่าง ๆ ซึ่งถ้ามีผู้ป่วยมารักษาพร้อมกันหลาย ๆ คน จะเรียงตามลำดับการมาก่อน-หลัง หลังจากนั้นหมอใช้ไฟฉายส่องดูตาผู้ป่วยเป็นวินิจัยโรคเบื้องต้นว่าจะรักษาได้หรือไม่ ถ้ารักษาได้และผู้ป่วยต้องการจะรักษาเลย ถ้าทำวันนั้นได้หมอจะทำให้ในคืนนั้นเลย หรือจะนัดมาใหม่ตามที่ผู้ป่วยสะดวก โดยหมอจะไม่ทำการรักษาในวันอังคาร วันพุธ และวันเสาร์ รวมทั้งวันพระสิ้นเดือน หมอบอกว่าถือโง่คยอม เพื่อความเป็นสิริมงคลและประสบความสำเร็จ

- ผู้ป่วยต้องไม่เป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ถ้าเป็นต้องรักษาก่อนถึงจะทำได้ หมอบอกว่าถ้าเป็น 2 โรคนี้ ทำไม่ได้และจะไม่หาย ทำแล้วมองไม่เห็น
- หมอจะรักษาเฉพาะโรคตาต่อกระจกเท่านั้น ยิ่งถ้าผู้ป่วยได้เคยไปตรวจที่โรงพยาบาลมาแล้ว และแพทย์บอกว่าเป็นโรคต่อกระจกจะยิ่งดีการรักษาก็จะได้ผล ส่วนโรคตา

อย่างอื่นจะรักษาวิธีนี้ไม่ได้ ถ้ามีผู้ป่วยมาตรวจที่เป็นโรคตาอย่างอื่น หมอจะให้ยารับประทานและยาหยอดตาไป และนัดมาตรวจบ่อย ๆ หรือถ้าเป็นโรคต้อหิน หมอจะแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีการรักษา : เมื่อถึงวันนัด หมอจะนัดให้ผู้ป่วยมาที่บ้านก่อนค่ำ เพื่อว่าผู้ป่วยจะได้อาบน้ำสระผม และรับประทานอาหารเย็นก่อน เพราะหมอจะให้การรักษาเวลากลางคืนเท่านั้น ซึ่งก่อนให้การรักษาผู้ป่วย หมอจะจุดยาหยอดตาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนมนต์ทำสมาธิประมาณครึ่งชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยจะทำหรือไม่ทำก็ได้ตามแต่ศรัทธา หมอบอกว่าเป็นวิธีการรักษาแบบโบราณไม่ใช้การผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยพร้อมแล้ว หมอจะเข้ามารักษาในห้องที่ผู้ป่วยพักอยู่ ผู้ช่วยหมอจะจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายหันศีรษะไปทางด้านหมอ ที่นั่งอยู่เหนือศีรษะผู้ป่วย หมอบอกให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง ๆ อย่างขยับหน้าไปมา หลังจากนั้นหมอจะใช้ยาสมุนไพรหลายอย่างที่เตรียมมาแล้วบดให้ละเอียด ผสมน้ำยาพอกปิดตา ผู้ป่วยข้างที่เป็นต้อกระจก หมอบอกว่า “ตัวต้อจะหลุดมาเองแต่เรามองไม่เห็นเพราะมันจะละลายไป” แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยหมอ จ. บอกว่าหมอได้ใช้อุปกรณ์เป็นแท่งยาว ๆ เชี่ยวไปในตาภายในเวลาประมาณ 10-15 นาที เสร็จแล้วถึงใช้ยาสมุนไพรพอกปิดตา เมื่อทำเสร็จจะให้ผู้ป่วยนอนพักให้ลูกได้เท่าที่จำเป็น ในตอนเช้าหมอจะมาเปิดตาเอายาที่พอกออก เจ็ดตาและหยอดตาให้วันละ 2 ครั้ง เช้า, เย็น มียาให้รับประทานเป็นยาไทยลักษณะเป็นลูกกลอนและยาเม็ดแผนปัจจุบัน หมอบอกว่าเป็นยาบำรุงสายตาและยาแก้อักเสบ หมอจะให้นอนพักจนตามองเห็นชัดเจนดี ซึ่งแต่ละคนจะไม่เหมือนกันประมาณ 3-7 วัน ถ้ารักษาเสร็จแล้วผู้ป่วยจะกลับบ้านวันนั้นเลย หมอจะไม่อนุญาต บอกว่าเดี๋ยวเป็นอาจเป็นอันตรายต่อตาทำให้มองไม่เห็นได้ และเมื่อหมออนุญาตให้กลับบ้านแล้วจะไม่มีวันนัดมาตรวจอีก เพียงแต่ให้ยาไปหยอดต่อบ้าน แต่ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาอะไรให้โทรศัพท์มาสอบถามได้

ค่ารักษา : ค่าทำข้างละ 20,000 บาท รวมค่าแว่นตาที่หักและค่าอาหาร ถ้าอยู่ห้องพิเศษเสียเงินเพิ่มวันละ 100 บาท ค่ารักษาพอดูเรื่องได้บ้าง หมอบอกว่าไม่แพงหรอกทำแล้วคุ้ม ถ้าทำแล้วมองไม่เห็นจะไม่คิดเงินค่ารักษาใด ๆ

หมายเหตุ : ปัจจุบันมีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยหมอ จ. เฉลี่ย 4-5 รายต่อเดือน ไม่นานนอน แต่อย่างต่ำสุดมี 1-2 รายต่อเดือน หมอ จ. บอกว่าเมื่อหลายปีก่อนมีคนมารักษามากกว่านี้ ตอนนี้น้อยลงมาก อาจเป็นเพราะการแพทย์สมัยใหม่เจริญขึ้นคนนิยมไปรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

: คนที่มารักษาส่วนใหญ่เป็นคนจังหวัดอื่น ๆ ในระแวกจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดกรุงเทพฯ จะพบว่าผู้ป่วยมารักษามากที่สุด

3.3.3 หมอ ค. เพศชาย 35 ปี จบการศึกษาชั้น ม.ศ. 3 อาชีพทำนา เปิดรักษาผู้ป่วยโรคต้อกระจกมา 5 ปีที่บ้านเกิดจังหวัดสุพรรณบุรี

ประวัติส่วนตัว : ทมอ ค. เป็นผู้ชายอายุ 35 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้น ม.ศ. 3 เป็นคนอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี แต่งงานมา 2 ปี กับภรรยาเป็นคนบ้านเดียวกัน ยังไม่มีบุตร ปัจจุบันพักอยู่กับบิดาซึ่งเคยเป็นหมอพื้นบ้านรักษาโรคตามาก่อน แต่อายุมากไม่ได้ให้การ รักษาแล้ว ตนเป็นบุตรคนสุดท้าย และมีความสนใจในเรื่องนี้ บิดาจึงถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ ทมอ บอกว่าบิดาได้เคยเป็นศิษย์หมอชาวมอญมานานจนสามารถรักษาได้ จึงแยกตัวออกมารักษาเอง ปัจจุบัน ทมอ ค. เปิดรักษาผู้ป่วยโรคต่อกระดูกมา 5 ปีแล้ว โดยมีพี่ชายคอยช่วยเหลือบ้าง แต่ส่วนใหญ่หมอจะ รักษาผู้ป่วยเองคนเดียว และเมื่อถึงฤดูทำนา ก็จะทำนาควบคู่ไปกับการรักษาด้วย ผู้วิจัยได้ถามถึงการ เรียนวิชาแพทย์แผนโบราณ ทมอ บอกว่า “กำลังคิดจะไปเรียนเหมือนกัน รอหาโอกาสดี ๆ ก่อนจะได้เป็น การรักษาที่ถูกต้อง”

บุคลิกลักษณะ : วัยหนุ่มรูปร่างเล็กผิวดำคล้ำ เวลาพูดจะออกสำเนียงคนสุพรรณบุรี ดู ทะมัดทะแมงคล่องแคล่ว ทำอะไรรวดเร็ว วันที่ผู้วิจัยไปพบทมอ ค. ทมอ แต่งตัวใส่กางเกงขาสั้น เสื้อ เชิ้ตแขนสั้น ผูกผ้าขาวม้าคาดเอว พูดคุยเป็นกันเอง อ่อนน้อมมีสัมมาคารวะ มีความรู้แน่น่าเชื่อถือ ถึงแม้ จะอายุยังน้อยเมื่อเทียบกับหมอพื้นบ้านโดยทั่วไป ทมอ บอกว่ามีคนมารักษากันหลายคนตั้งแต่รุ่นบิดามา จนถึงรุ่นตน คนที่มารักษาส่วนใหญ่จะบอกต่อกันมา ตนเองไม่เคยโฆษณาใด ๆ เลย เมื่อรักษาแล้ว มองเห็นดีทุกราย แต่ถ้าเป็นโรคตาอย่างอื่น เช่น ต้อหิน ทมอ บอกว่าจะรักษาวิธีนี้ไม่ได้ต้องไปรักษาใน โรงพยาบาล โดยหมอจะต้องตรวจตาผู้ป่วยก่อนการรักษาทุกราย

สถานที่ : ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมารักษาที่บ้านหมอที่จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น หลังใหญ่ มีบริเวณกว้างขวางติดถนนใหญ่ ว่าง่าย ตามคนแถว ๆ นั้นทุกคนจะรู้จักดี ทมอ เคยไปรักษา ตามบ้านผู้ป่วยบ้างเป็นบางครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุมากเดินทางลำบาก หรือญาติมาขอรับและมารับที่ บ้านถึงจะไป แต่ต้องอยู่ในจังหวัดเดียวกันเท่านั้น ทมอ บอกว่าเป็นห่วงที่บ้าน เพราะเดี๋ยวมีผู้ป่วยมารักษา แล้วจะไม่พบหมอ

ขั้นตอนการรักษา : เมื่อหมอตรวจตาผู้ป่วยแล้ว ถ้ารักษาได้จะรักษาให้ ถ้ารักษาไม่ได้ ก็จะบอกผู้ป่วยเลยว่ารักษาไม่ได้ ทมอ บอกว่าตาที่เป็นต่อกระดูกจะมองเห็นตาดำเป็นสีนํ้านมขาวขุ่น ผู้ป่วยจะมองเห็นมัวลง หรือมองไม่เห็นเลยก็ได้ แต่จะไม่ปวดตา ถ้ามีอาการปวดตาแล้วจะรักษาไม่ได้ เมื่อ ผู้ป่วยตกลงรักษาจะรักษาให้วันนั้นเลยในตอนกลางวัน ผู้ป่วยไม่ต้องเตรียมตัวมา แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่ พร้อมจะนัดมาวันอื่นตามความสะดวกของผู้ป่วย สามารถให้ญาติเฝ้าผู้ป่วยได้

วิธีการรักษา : หมอจะจัดให้ผู้ป่วยนอนราบในท่าที่สบายไม่ทนนทมน หลังจากนั้น หมอจะใช้สาลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดรอบตาข้างที่เป็นต่อกระดูก เสร็จแล้วหยอดยาชาปล่อยไว้ 10 นาที ในช่วงนี้ถ้ามีผู้ป่วยมารักษาพร้อม ๆ กัน หมอจะให้ผู้ป่วยนอนเรียงกันไป และหยอดยาชาให้ผู้ป่วยทุก ๆ คน พอตาเริ่มชาดีแล้ว หมอถึงเริ่มให้การรักษาสองข้างที่ละคน โดยหมอจะใช้กระบอกลดความดันกับเข็มฉีด

ยาฉีดเข้าไปในตาตึงเช้า ๆ ออก ๆ ลึก 10-15 นาที หมอได้อธิบายว่าเป็นการดูดตาด้อออกมา (ต่างจากการรักษาแผนปัจจุบัน) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รักษาที่หมอฟันบ้าน ค. บอกว่าได้ยินเสียง ดังกรึบ ๆ และหลังจากนั้นหมอก็บอกว่าดูดตาด้อออกมาแล้ว ผู้ป่วยสังเกตเห็นในกระบอกฉีดยามีน้ำสีจาว ชุ่น ๆ ตืดมาเล็กน้อยเสร็จแล้วหมอใช้ผ้าก๊อสปิดตาไว้ ให้ผู้ป่วยนอนพัก ในตอนเช้าหมอมาเปิดตาทำความสะอาด ทหยอดตาและปิดตาไว้ตามเดิม ทำเช่นนี้ทุกวัน ตอนเช้าและเย็น ไม่มียารับประทาน ถ้าปวดตามีเพียงยาแก้ปวดให้รับประทาน ผู้ป่วยต้องพักอยู่ที่บ้านหมอมจนปลอดภัยตามองเห็นดีประมาณ 5-7 วัน ถึงกลับบ้านได้ ไม่มีการนัดตรวจ ไม่ต้องหยอดตาต่อที่บ้าน แต่ถ้าเป็นในรายที่รักษาที่บ้านของผู้ป่วย หมอจะไปเยี่ยมผู้ป่วยตอนเช้าทุก ๆ วัน โดยหมอจะให้คำแนะนำเรื่องการพักผ่อนมาก ๆ และห้ามทำงานหนัก 1 เดือน

ค่ารักษา : ค่ารักษาตาข้างละ 4,000 บาท รวมค่าที่พักและค่าอาหาร

หมายเหตุ : เปิดดำเนินการรักษาผู้ป่วยโรคตามา 5 ปี มีผู้ป่วยมารักษาประมาณ 60-70 ราย ส่วนใหญ่เป็นคนจังหวัดสุพรรณบุรี และกรุงเทพฯ

3.4 หมอฟันบ้านที่ผู้ป่วยด้อยกระจงเลือกไปรักษา เป็นเพศชาย 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 อีก 1 คนเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 5 จากการศึกษาผู้ป่วยด้อยกระจงทั้ง 20 ราย ที่ผ่านการรักษาที่หมอฟันบ้านมาแล้ว พบว่าผู้ป่วยได้ไปรักษาที่หมอฟันบ้านจำนวนทั้งสิ้น 11 รายด้วยกัน (เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไปรักษาที่หมอฟันบ้านคนเดียวกัน) เป็นเพศชาย 10 ราย เป็นเพศหญิง 1 ราย

และในผู้ป่วย 20 ราย ที่ศึกษานี้มีผู้ป่วย 8 ราย ที่ได้ไปรักษาที่หมอฟันบ้าน 3 ราย ในกรณีศึกษา คือไปรักษาที่หมอ ก. 3 ราย หมอ ข. 3 ราย และ หมอ ค. 2 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 12 ราย ได้ไปรักษาที่หมอฟันบ้านคนอื่น ๆ อีก 8 รายด้วยกัน ซึ่งเป็นหมอที่อยู่ในกรุงเทพฯ 4 ราย อยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา , ชลบุรี , สุพรรณบุรี และนครปฐม อย่างละ 1 ราย

ตารางที่ 3.1 แสดงกลุ่มของหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูก ที่ผู้ป่วยเลือกไปรับการรักษา (แบ่งตามเพศ และสถานที่ที่ทำการรักษา)

สถานที่ทำการรักษา	จำนวนผู้ป่วย		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
บ้านหรือคลินิกของหมอ พื้นบ้าน	4	12	16	80
บ้านของผู้ป่วย	2	2	4	20
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

ในกลุ่มหมอพื้นบ้านที่รักษาโรคต่อกระดูกจะเห็นว่าส่วนใหญ่จะทำการรักษาที่บ้านหรือคลินิกของหมอเองคิดเป็นร้อยละ 80 อีกร้อยละ 20 จะให้การรักษาที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งในกรณีหลังนี้จะแยกเป็น 2 อย่างคือ อย่างแรกหมอพื้นบ้านผ่านมาในละแวกนั้นมีผู้ป่วยสมัครใจไปรักษาเองหลายคน และอย่างที่ 2 คือญาติผู้ป่วยไปตามหมอพื้นบ้านให้มารักษาที่บ้านของผู้ป่วย แต่ถ้าคิดจากจำนวนหมอพื้นบ้าน 11 ราย จะพบว่ามี 3 ราย ที่ให้การรักษาที่บ้านของผู้ป่วย อีก 8 ราย จะรักษาที่บ้านหรือคลินิกของหมอ

ก. อายุของหมอพื้นบ้าน ในจำนวนหมอพื้นบ้าน 20 คน ที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาจะมีหมอพื้นบ้านที่เข้ารายกันบ้าง ดังนั้นจำนวนหมอพื้นบ้านจริง ๆ ที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาจะมีเพียง 11 ราย ดังมีรายละเอียดของอายุดังนี้

ตารางที่ 3.2 แสดงอายุของหมอพื้นบ้านที่ผู้ป่วยต่อกระดูกเลือกไปรับการรักษา

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
31-40	2	1	3	27.27
41-50	3	-	3	27.27
51-60	3	-	3	27.27
61-70	2	-	2	18.19
รวม/ร้อยละ	10/90.91	1/9.09	11/100	100

จะเห็นได้ว่า ช่วงอายุของหมอพื้นบ้าน 31-40 ปี 41-50 ปี และ 51-60 ปี พบมากที่สุดและพบเท่า ๆ กันคิดเป็นร้อยละ 27.27 รองลงมาคืออายุ 61-70 ปีคิดเป็นร้อยละ 18.19

ข. อาชีพของหมอพื้นบ้าน ในหมอพื้นบ้าน 11 ราย ที่ผู้ป่วยต่อกระดูกเลือกไปรับการรักษา ประกอบด้วยอาชีพหลักหรืออาชีพเสริมอะไรอีกนอกจากการเป็นหมอพื้นบ้านรักษาต่อกระดูก ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3.3 แสดงอาชีพของหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูก

อาชีพของหมอพื้นบ้าน	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
-ธุรกิจส่วนตัว	3	1	4	36.37
-รักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านอย่างเดียว	3	-	3	27.27
-เกษตรกรรม	2	-	2	18.18
-อาสาสมัครราชการ	2	-	2	18.18
รวม/ร้อยละ	10/90.91	1/9.09	11/100	100

จะเห็นได้ว่าอาชีพของหมอพื้นบ้านทั้ง 11 คน ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.37 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างอื่นให้การรักษาต่อกระเจกแบบพื้นบ้านอย่างเดีวคิดเป็นร้อยละ 27.27 และอีกอย่างละ 2 รายเท่ากันคืออาชีพเกษตรกรกรรมและอาสาสมัครราชการ ซึ่งอาสาสมัครราชการในที่นี้คือเป็นกำนันและทหารพรานคิดเป็นร้อยละ 18.18 ดังนั้นโดยสรุปคือ หมอพื้นบ้านร้อยละ 62.73 ประกอบอาชีพอื่นควบคู่ไปกับการเป็นหมอรักษาต่อกระเจก มีเพียงร้อยละ 27.27 เท่านั้นที่รักษาต่อกระเจกแผนพื้นบ้านอย่างเดีว

ค. วิธีการรักษาต่อกระเจกแผนพื้นบ้าน ในหมอพื้นบ้านทั้ง 11 รายที่ผู้ป่วยเลือกไปรับการรักษา มีขั้นตอน อุปกรณ์ วิธีการรักษาแตกต่างกันไป แต่พื้นฐานที่แท้จริงแล้วจะเหมือนกัน โดยอาศัยหลักการที่ว่าเมื่อเป็นโรคต่อกระเจกเลนส์ตาจะมีลักษณะขุ่นมัวบดบังแสงที่จะส่องผ่านไปถึงจอประสาทตา ทำให้ผู้ป่วยมองไม่เห็น แต่เมื่อทำให้เลนส์ตาที่เป็นต่อกระเจกนั้นเคลื่อนที่หรือหลุดไปด้วยวิธีการใดก็ตามแต่ แสงจึงส่องผ่านถึงจอประสาทตาได้ ผู้ป่วยจึงกลับมามองเห็นได้อีก แต่ในการรักษาของหมอพื้นบ้านจะใช้การกดหรือเขี่ยเพื่อให้เลนส์ตาดตกลงไปในตาข้างหลัง ซึ่งจะแตกต่างจากจักษุแพทย์แผนปัจจุบันที่จะนำเลนส์ตาที่เป็นต่อกระเจกออกมาภายนอก ส่วนอุปกรณ์ วิธีการ ขั้นตอนของหมอพื้นบ้านแต่ละรายที่แตกต่างกันไปพอสรุปได้ดังนี้

- การนำยาแผนปัจจุบันเข้ามาผสมผสาน เช่น การใช้ยาชาหยอดตาเพื่อให้ตาช้ำก่อนลงมือรักษา การให้ยาปฏิชีวนะหยอดตาป้องกันและรักษาการอักเสบติดเชื้อ หรือการให้ยารับประทานประเภทยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ ซึ่งมีหมอพื้นบ้านจำนวนถึง 10 รายด้วยกัน ที่ใช้วิธีนี้
- การใช้อุปกรณ์การแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาผสมผสาน เช่น การใช้กระบอกฉีดยาต่อกับเข็มฉีดยาคูดเลนส์ต่อกระเจก การใช้ผ้าปิดตา พลาสเตอร์ เป็นต้น ซึ่งมีหมอพื้นบ้านจำนวนเพียง 2 ราย ที่ใช้วิธีนี้
- การใช้ยาสมุนไพรต่าง ๆ ปิดพอกตาในหมอพื้นบ้าน 2 ราย บอกว่าเพื่อให้ยาสมุนไพรช่วยดูดตาที่เป็นต่อให้ละลายไป
- การนวดคลึงตาและขมับก่อนและหลังให้การรักษาในหมอพื้นบ้าน 2 ราย บอกว่าเพื่อเป็นการบรรเทาอาการปวด ไม่เกิดการเจ็บปวดขณะทำการรักษา
- การนำพิธีกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อความศักดิ์สิทธิ์นั้นมีหมอพื้นบ้านจำนวน 3 ราย ที่ใช้วิธีนี้ ตัวอย่างเช่น การไหว้ครู ไหว้พระพุทธรูป รตและเป่าน้ำมนต์ จุดธูปเทียนบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ประสบความสำเร็จในการรักษาครั้งนี้

ง. ค่ารักษาต่อกระเจกแผนพื้นบ้าน ค่ารักษาต่อกระเจกแผนพื้นบ้านมีหลากหลายราคาแล้วแต่หมอพื้นบ้านแต่ละรายจะเรียกค่ารักษา แม้ว่าในหมอคนเดียวก็ยังกำหนดค่ารักษาไม่เท่ากันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งค่ารักษาต่อกระเจกแผนพื้นบ้านในผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าจะอยู่ในช่วง 600 ถึง 15,000 บาทต่อการรักษาตา 1 ข้าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 แสดงค่ารักษาพยาบาลต่อกระจกแผ่นพื้นบ้าน

ค่ารักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้าน ต่อตา 1 ซ้ำง (บาท)	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
0-2,000	4	20
2,001-4,000	2	10
4,001-6,000	4	20
6,001-8,000	2	10
8,001-10,000	6	30
10,001-12,000	1	5
12,001-14,000	-	-
14,001-16,000	1	5
รวม	20	100

จากตาราง แสดงถึงค่ารักษาพยาบาลในตอนผู้ป่วยไปรักษาตอนนั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ค่ารักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านต่อตา 1 ซ้ำงพบในช่วงราคา 8,001-10,000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ 0-2,000 บาท และ 4,001 -6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20 รองลงมาอีกคือช่วง 2,001-4,000 บาท และ 6,001-8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10 ที่เหลือคือ 10,001-12,000 บาท และ 14,001-16,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งในที่นี้ไม่ได้รวมค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่าแวนตา ซึ่งในหมอบ้านบางรายจะคิดรวมกันไป บางรายจะคิดแยกต่างหาก ซึ่งค่าที่พักค่าอาหารจะอยู่ในช่วง 50-200 บาทต่อวัน ค่าแวนตาจะอยู่ในช่วง 200-2,000 บาท และในหมอบ้านบางรายถ้าผู้ป่วยทำการรักษา 2 ซ้ำงพร้อมกันจะลดค่ารักษาให้อีก 20-30 เปอร์เซ็นต์ บางครั้งอาจถึง 50 เปอร์เซ็นต์ก็มี ดังนั้นจากตารางพอสรุปได้ว่า ค่ารักษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) จะไม่เกิน 10,000 บาท ต่อตาหนึ่งซ้ำง

จากข้อมูลค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่ศึกษาทั้ง 20 รายนี้ เป็นข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยไปรักษาตอนนั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะผ่านมาไม่ต่ำกว่า 5 ปีแล้ว ดังนั้นค่ารักษาจึงอาจแตกต่างไปจากปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับหมอบ้าน 3 ราย ในกรณีศึกษาที่เรียกเก็บค่ารักษาต่อตา 1 ซ้ำง เป็นเงินประมาณ 20,000 บาท

3.5 ผู้ป่วยต่อกระຈกกับการรักษาแผนพื้นบ้าน : กรณีศึกษา

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารักษาดอกกับจักจุกแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี ที่ผ่านการรักษา กับหมอพื้นบ้านมาแล้วจำนวน 20 คน โดยการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์แบบลึก การสังเกตทั่วไปและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เวลาทั้งสิ้น ประมาณ 8 เดือน สามารถรวบรวมสรุปข้อมูลได้ดังนี้

3.5.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยต่อกระຈกที่ผ่านการรักษาด้วยหมอพื้นบ้านในจำนวนที่ศึกษา 20 คน แบ่งเป็นเพศ หญิง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และเพศชาย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย 2.3 เท่า ส่วนข้อมูลทั่วไปอื่น ๆ จะแสดงให้เห็นได้จากตารางดังนี้

ก. อายุ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่ามีช่วงอายุระหว่าง 37-79 ปี ได้จัดแบ่งเป็นกลุ่ม อายุต่าง ๆ ดังนี้

ตารางที่ 3.5 แสดงช่วงอายุของผู้ป่วยต่อกระຈกที่เคยเลือกรับการรักษาแบบพื้นบ้าน

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
31-40	-	1	1	5
41-50	1	-	1	5
51-60	-	2	2	10
61-70	4	6	10	50
71-80	1	5	6	30
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

จากตารางที่ 3.5 จะเห็นว่าผู้ป่วยต่อกระຈกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน มีช่วงอายุ 61-70 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50 มีช่วงอายุ 71-80 ปี รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 30 และช่วงอายุ 51-60 ปี มี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนช่วงอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เลือกรับการรักษาต่อกระຈกแผนพื้นบ้านจะเป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งสิ้น

จ. การศึกษา ผู้ป่วยต่อกระຈกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน มีระดับการศึกษา ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.6 แสดงระดับการศึกษาของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกการรักษาแผนพื้นบ้าน

ระดับการศึกษา	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ไม่ได้รับการศึกษา	-	2	2	10
ประถมศึกษา	4	11	15	75
มัธยมศึกษา 3	1	-	1	5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	-	1	1	5
ปริญญาตรี	1	-	1	5
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

จากตารางที่ 3.6 เห็นได้ว่า ผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกการรักษาแผนพื้นบ้าน จะได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดทั้งเพศชาย และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา คือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนที่เหลืออย่างละ 1 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5 จะได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และปริญญาตรี ซึ่งระดับปริญญาตรีถือเป็นระดับการศึกษาที่สูงที่สุดจากผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาเลือกศึกษาในครั้งนี้

ค. อาชีพ อาชีพของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกการรักษาแผนพื้นบ้านมีดังนี้

ตารางที่ 3.7 แสดงอาชีพของผู้ป่วยต่อกระดูกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน

อาชีพ	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
รับจ้าง	4	5	9	45
เกษตรกร	-	6	6	30
ค้าขาย	1	1	2	10
รับราชการ	1	-	1	5
แม่บ้าน	-	2	2	10
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

เห็นได้ว่า อาชีพของผู้ป่วยต่อกระดูกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้านในขณะนั้นพบว่าอาชีพรับจ้างมีมากที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 45 อาชีพเกษตรกรรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 30 และเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนอาชีพค้าขายและเป็นแม่บ้านมีเท่ากันคือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 เป็นที่น่าสังเกตว่าอาชีพรับราชการ ซึ่งในที่นี้เป็นรับราชการทหาร (บ้านาญ) มีเพียง 1 รายเท่านั้นเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5

ง. รายได้ ในปัจจุบันผู้ป่วยที่เคยเลือกศึกษาดังกล่าวทั้ง 20 คน ยังคงทำงานอยู่เพียง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ซึ่งมีรายได้ต่อเดือนดังนี้

ตารางที่ 3.8 แสดงรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษาแผน
ที่บ้านที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่

รายได้ต่อเดือน (บาท)	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ต่ำกว่า 5,000	1	3	4	57.14
5,001-10,000	1	1	2	28.57
10,001-15,000	-	1	1	14.29
รวม/ร้อยละ	2/28.57	5/71.43	7/100	100

เห็นได้ว่า ผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนที่บ้านที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่ มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และมีเพียงรายเดียวซึ่งมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ซึ่งรายได้ขั้นต่ำของประชากรไทยทั่วประเทศเท่ากับ 4,100 บาทต่อเดือน (กระทรวงมหาดไทย, 2538)

ส่วนผู้ป่วยที่เหลือนซึ่งเป็นส่วนใหญ่คือ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ปัจจุบันไม่ได้ทำงานแล้ว ดังนั้นรายได้ต่อเดือนจะเป็นรายได้ของครอบครัว ซึ่งได้มาจากบุคคลในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 3.9



ตารางที่ 3.9 แสดงรายได้ต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน
ที่ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้ว

รายได้ต่อเดือน (บาท)	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ต่ำกว่า 5,000	1	3	4	30.77
5,001-10,000	1	3	4	30.77
10,001-15,000	1	1	2	15.38
15,001-20,000	1	2	3	23.08
รวม/ร้อยละ	4/30.77	9/69.23	13/100	100

จากตารางที่ 3.9 จะเห็นว่ารายได้ต่อเดือนของครอบครัวผู้ป่วยด้อยกระจากที่เคยเลือกรับการรักษาแบบพื้นบ้าน ในรายที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้ว มีรายได้ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.77 รองลงมาคือรายได้ 15,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 23.08 และครอบครัวที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท มี 2 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 15.38

จ. สถานภาพสมรส เป็นเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีสถานภาพสมรส ดังนี้

ตารางที่ 3.10 แสดงสถานภาพสมรสของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน

สถานภาพสมรส	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
สมรส	5	6	11	55
โสด	-	2	2	10
หม้าย	1	6	7	35
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

เห็นได้ว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่ศึกษา มีสถานภาพสมรสมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 สถานภาพสมรสหม้ายรองลงมาซึ่งในที่นี้คือหม้ายคู่สมรสเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 35 อีก 2 รายมีสถานภาพสมรสโสดคิดเป็นร้อยละ 10 สถานภาพสมรสหรือการใช้ชีวิตคู่หนึ่ง คู่ชีวิตเป็นบุคคลที่สำคัญมากบุคคลหนึ่งในการช่วยคิด ช่วยตัดสินใจในการที่จะตกลงใจทำอะไรสักอย่างหนึ่ง ถ้าคนที่เป็นสามีหรือภรรยาเห็นว่าสิ่งไหนดี ก็ให้เห็นดีตามกันไป ซึ่งบางครั้งญาติพี่น้อง และบุตรหลานในครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย ต่างจากสถานภาพหม้าย หรือโสด ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้การคิดและตัดสินใจแต่เพียงผู้เดียว

จ. สิทธิคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วย คือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อทราบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มาจากไหนหรืออย่างไร ดังแสดงในตารางที่ 3.11

ตารางที่ 3.11 แสดงสิทธิคำรักษาพยาบาลในปัจจุบันของผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการ
รักษาแผนพื้นบ้าน

สิทธิคำรักษาพยาบาล ของผู้ป่วย	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	จ่าย	หญิง		
สามารถเบิกต้นสังกัด	4	1	5	25
เบิกต้นสังกัดไม่ได้				
-จ่ายได้ทั้งหมด	-	2	2	10
-จ่ายได้บางส่วน	1	3	4	20
-จ่ายไม่ได้เลย	-	3	3	15
-มีบัตรสงเคราะห์ (เช่นบัตรผู้สูงอายุ, บัตรทหารผ่านศึก)	1	5	6	30
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

จากตารางที่ 3.11 เห็นได้ว่าในจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรสงเคราะห์
คำรักษาพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งในผู้ป่วยที่ศึกษาได้แก่ ใช้บัตรผู้สูงอายุ 5 ราย บัตร
ทหารผ่านศึก 1 ราย บัตรสงเคราะห์นี้จะช่วยเหลือคำรักษาพยาบาลและค่ายาของผู้ป่วยเท่านั้น ส่วนค่า
เลนส์ตาเทียม ผู้ป่วยต้องเสียเงินเอง (รวมทั้งผู้ป่วยจะไม่สามารถอยู่ห้องพิเศษหรือรับประทานอาหาร
พิเศษได้) ซึ่งต่างจากสิทธิเบิกต้นสังกัดที่ผู้ป่วยจะสามารถเบิกคำรักษาพยาบาล ค่าเลนส์ตาเทียมได้
ทั้งหมด รวมทั้งสามารถอยู่ห้องพิเศษได้ โดยไม่ต้องเสียส่วนเกิน หรือเสียส่วนเกินบ้างบางส่วน รองลง
มาคือ ผู้ป่วยที่สามารถเบิกคำรักษาพยาบาลในส่วนของโรงพยาบาลรัฐบาลได้คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งใน
ส่วนนี้เป็นต้นสังกัดของตนเอง 1 ราย และของบุตรที่รับราชการ 4 ราย และร้อยละ 20 สามารถจ่าย
คำรักษาพยาบาลได้บางส่วน อีกร้อยละ 15 จ่ายคำรักษาพยาบาลไม่ได้เลย ในกรณีนี้เจ้าหน้าที่
พยาบาลจะต้องเขียนรายงานปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ เพื่อขอความอนุเคราะห์คำรักษาพยาบาลและ
ค่ายาต่าง ๆ และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีเพียง 2 รายเท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ที่สามารถจ่ายคำ
รักษาพยาบาลได้ทั้งหมด

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นข้อมูลของสิทธิคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในปัจจุบัน แต่ถ้าวินิจฉัยในอดีตที่ผู้ป่วยไปรักษาต่อนั้น จะพบว่าผู้ป่วยมีสิทธิเบิกคืนสังกัดเพียง 3 รายเท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15

จ. ประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย คือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยในโรคต่าง ๆ นิยมเลือกการรักษาพยาบาลอย่างไร ดังแสดงในตารางที่ 3.12

ตารางที่ 3.12 แสดงประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อกระจกที่ เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน

ทางเลือกการรักษา	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
โรงพยาบาลรัฐบาล	1	5	6	30
คลินิก	3	2	5	25
ซื้อยารับประทานเอง	2	6	8	40
หมอพื้นบ้าน (สมุนไพร)	-	1	1	5
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

เห็นได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเลือกการซื้อยารับประทานตามร้านขายยาเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือเลือกไปรักษาที่คลินิก และโรงพยาบาลรัฐบาลพบร้อยละ 25 และ 30 ตามลำดับ และที่เหลืออีก 1 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5 เลือกรักษาแบบพื้นบ้าน โดยการใ้ยาสมุนไพร

3.5.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ในจำนวนผู้ป่วยต่อกระจกที่เคยเลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้านจำนวน 20 ราย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางตา อาการแสดงที่สำคัญอย่างหนึ่งคือตามัว ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการตามัว มองเห็นภาพไม่ชัดเจนเหมือนก่อน คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบว่าตนป่วยเป็นโรคต่อกระจกถึงกว่าร้อยละ 70 ส่วนในเรื่องอื่น ๆ เช่น สาเหตุการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ทางเลือกการรักษา ผลการรักษา ดังจะแสดงในรายละเอียดต่อไป

ก. สาเหตุของการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตามัว ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรค ต้อกระจก ตามความคิดความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากสาเหตุใด ดังแสดงในตารางที่ 3.13

ตารางที่ 3.13 แสดงสาเหตุของโรคต้อกระจกตามี่ผู้ป่วยเข้าใจ

สาเหตุของโรคต้อกระจก	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ความขรุขระภาพ สายตา ถูกใช้งานมานาน	3	9	12	60
ไม่ทราบสาเหตุ	2	5	7	35
เขม่าดินปืน	1	-	1	5
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

เห็นได้ว่า ตามความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยคิดว่าสาเหตุของโรคต้อกระจกนั้นเกิดจากความขรุขระภาพ สายตาถูกใช้งานมาเป็นเวลานานเกิดการเสื่อมสภาพไปตามกาลเวลาจึงเกิดอาการตามัวขึ้น คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุของโรคต้อกระจกคิดเป็นร้อยละ 35 และมีเพียง 1 รายซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5 บอกว่าเกิดจากเขม่าดินปืน ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เคยเป็นทหารพรานมาก่อนจึงได้ผ่านการยิงปืนมาเป็นเวลานาน

ข. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย หมายถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการตามัวจนกระทั่งไปพบแพทย์เพื่อรักษา ในผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าอยู่ในช่วง 1-7 ปี ดังแสดงในตารางที่ 3.14

ตารางที่ 3.14 แสดงระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางตาก่อนที่ผู้ป่วยจะไปรับการรักษาในผู้ป่วย
ต่อกระจกที่เคयरักษาที่หมอมือพื้นบ้าน

ระยะเวลา (ปี)	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
1	3	4	7	35
2	1	5	6	30
3	1	1	2	10
4	1	2	3	15
5	-	1	1	5
6	-	-	-	-
7	-	1	1	5
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

เห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตามัวอยู่ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ก่อนไปรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือ 2 ปีก่อนไปรับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 30 ระยะเวลา 4 ปี รองลงมาคิดเป็นร้อยละ 15 และ 3 ปีก่อนไปรักษา คิดเป็นร้อยละ 10 และ 5 ปี กับ 7 ปี พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนไปรักษาเร็วหรือช้า เป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงความตระหนักถึงปัญหา มากหรือน้อยของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการเจ็บป่วย

ค. ทางเลือกการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยที่ศึกษา 20 ราย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางตาก่อนที่ผู้ป่วยจะเลือกไปรับการรักษาต่อกระจกกับหมอมือพื้นบ้านนั้น จากการศึกษพบว่า มีผู้ป่วย 4 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ได้เคยไปรักษาต่อกระจกกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาลมาก่อน ซึ่ง 1 ใน 4 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด จักษุแพทย์ได้นัดทำผ่าตัดต่อกระจกแล้ว แต่เมื่อถึงวันนัดทำการรักษา รถที่ผู้ป่วยนั่งไปโรงพยาบาลเกิดอุบัติเหตุเสียก่อน ผู้ป่วยจึงไม่ได้รักษาในวันนั้น และไม่ได้กลับไปรักษาอีก ส่วนอีก 3 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาตรวจต่อกระจกกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล แพทย์พบว่าเลนส์ต่อกระจกยังไม่สุก (Immature Cataract) พอที่จะผ่าตัดได้ จึงได้นัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ และต่อมาผู้ป่วยทั้ง 3 รายนี้ก็ได้ออกไปรักษาต่อกระจกกับหมอมือพื้นบ้าน ส่วนผู้ป่วยจำนวนที่เหลือ 16 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้ตัดสินใจเลือกไปรักษาที่หมอมือพื้นบ้านในตอนแรกเลย

ง. เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาต่อกระจกกับหมอพื้นบ้าน มีหลายสาเหตุดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3.15 แสดงเหตุผลที่ผู้ป่วยต่อกระจกเลือกไปรับการรักษาที่หมอพื้นบ้าน

เหตุผลของผู้ป่วย	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
-ญาติพี่น้องแนะนำ และพาไป	2	4	6	30
-กลัวแพทย์แผนปัจจุบัน, กลัวการผ่าตัด	-	4	4	20
-เพื่อนบ้าน, เพื่อน, คนรู้จักแนะนำ	2	6	8	40
-ฟังโฆษณาทางวิทยุ- กระจายเสียง	2	-	2	10
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

จากตารางที่ 3.15 เห็นได้ว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยเลือกไปรักษาต่อกระจกกับหมอพื้นบ้าน คือเพื่อนบ้าน เพื่อนหรือคนรู้จักแนะนำไปพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือญาติพี่น้องแนะนำไปคิดเป็นร้อยละ 30 และผู้ป่วยให้เหตุผลว่ากลัวการรักษาแผนปัจจุบัน กลัวการผ่าตัดเป็นลำดับต่อมาคิดเป็นร้อยละ 20 และอีก 2 รายซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 บอกว่าจากการฟังโฆษณาทางวิทยุกระจายเสียง

จ. ผลการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน ในผู้ป่วย 20 รายที่ศึกษา เมื่อสอบถามถึงความพึงพอใจหลังรับการรักษาที่หมอพื้นบ้าน โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 4 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 3.16

ตารางที่ 3.16 แสดงถึงผลการรักษาต่อกระจกที่นำไปสู่ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยหลัง
รับการรักษากับหมอพื้นบ้าน

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ไม่พึงพอใจ	-	1	1	5
พึงพอใจน้อย	2	2	4	20
พึงพอใจปานกลาง	1	3	4	20
พึงพอใจสูง	3	8	11	55
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

หลังรับการรักษาต่อกระจกกับหมอพื้นบ้าน พบว่าผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความพึงพอใจสูงพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการมองเห็นมานาน เมื่อมารักษาตาแล้ว สามารถมองเห็นได้อีกถึงแม้จะเป็นเพียงการมองเห็นแสงเท่านั้นก็ตาม ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีชีวิตที่ดีใจ และพึงพอใจสูง ถึงแม้ภายหลังจะมาทราบว่ามีการรักษากับหมอพื้นบ้านนั้นนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อน ทำให้ต้องมารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงกว่าร้อยละ 80 จะไม่ทราบว่ามีการเจ็บป่วยทางตาครั้งนี้ เป็นภาวะแทรกซ้อนมาจากการรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งถ้าจักษุแพทย์หรือพยาบาลไม่ได้บอกผู้ป่วยก็จะไม่ทราบ ผู้ป่วยและญาติจะเชื่อว่า เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมาใหม่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับ การรักษาของหมอพื้นบ้านเลย ดังนั้นจึงคงมีความพึงพอใจสูงต่อการรักษาแผนพื้นบ้าน นำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อหมอพื้นบ้าน ส่วนระดับความพึงพอใจรองลงมาคือพึงพอใจน้อย และพึงพอใจปานกลางพบเท่ากันคือคิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนอีก 1 รายเป็นเพศหญิงตอบว่าไม่พึงพอใจหลังรับการรักษา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5 สามารถอธิบายได้ว่าในผู้ป่วยรายนี้ในตอนแรกก่อนไปรักษา บุตรชายผู้ป่วยได้ห้ามไม่ให้ไปรักษา แต่ผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง หลังไปรับการรักษาส่งสามารถมองเห็นได้เพียง 3 วันเท่านั้น หลังจากนั้นก็ไม่มองเห็นอีกเลย ผู้ป่วยกลับไปหาหมอผู้รักษาเดิม แต่ได้รับคำตอบว่าไม่สามารถรักษาได้อีก เงินค่ารักษาก็ไม่ได้รับคืน ผู้ป่วยรู้สึกโกรธไม่พึงพอใจ แต่ก็ไม่รู้ว่าจะจัดการกับหมอพื้นบ้านผู้นั้นอย่างไรดี และจากผลในตารางนี้จะเห็นได้ต่อไปว่า ในรายผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจสูงนั้นมีผู้ป่วย 2 รายตัดสินใจทำการรักษาตาทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กันในครั้งเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 10 และผู้ป่วยอีก 5 รายได้กลับไปปรึกษาต่อกระจกอีกข้างหนึ่งกับ

หมอฟันบ้านคนเดิมอีกคิดเป็นร้อยละ 25 โดยมีระยะเวลาห่างจากการรักษาตาข้างที่แล้วตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 12 เดือน โดยสรุปแล้วมีผู้ป่วยถึง 7 รายด้วยกันที่ได้ทำการรักษาตาทั้ง 2 ข้าง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35 ของผู้ป่วยทั้งหมด

จ. ทศนคติต่อหมอฟันบ้านที่รักษาต่อกระจก ในผู้ป่วยที่ศึกษา 20 ราย เมื่อได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงทศนคติต่อหมอฟันบ้านที่รักษาตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือทศนคติหลังรับการรักษาใหม่ ๆ และทศนคติในปัจจุบันที่สัมภาษณ์ สามารถแสดงได้ในตาราง

ตารางที่ 3.17 แสดงทศนคติของผู้ป่วยต่อหมอฟันบ้านที่รักษาต่อกระจก

ทศนคติต่อหมอฟันบ้าน	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
เมื่อหลังรับการรักษาใหม่ ๆ				
- ทศนคติที่ดี	6	13	19	95
- ทศนคติที่ไม่ดี	-	1	1	5
ในปัจจุบัน				
- ทศนคติที่ดี	3	8	11	55
- ทศนคติที่ไม่ดี	2	2	4	20
- เฉย ๆ	1	4	5	25
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

ในทศนคติต่อหมอฟันบ้านหลังรับการรักษาใหม่ ๆ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีทศนคติที่ดีต่อหมอฟันบ้านที่รักษาต่อกระจกคิดเป็นร้อยละ 95 และมีทศนคติที่ไม่ดีเพียง 1 รายคิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งในทศนคติที่ไม่ดีนั้นเห็นในคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า "โกรธหมออยู่เหมือนกันแต่ก็ไม่อยากเอาเรื่อง เคยคิดจะโทรศัพท์ไปต่อว่า แต่ไม่ได้โทรไปคราวหลังจะไม่ไปรักษากับหมอเช่นนี้อีก และจะไม่แนะนำใครด้วย..." และตัวอย่างทศนคติที่ดีมีดังนี้

"...เหมือนเป็นหมอเทวดาที่มาชุบชีวิต ไม่รู้สึกโกรธเคืองหมอที่คิดว่าตนไม่เชื่อหมอเอง หมอบอกให้พักนอนมาก ๆ แต่ตนพักไม่ได้ อาชีพทำไร่ หยุดไม่ได้ ถ้าหยุดก็ไม่ได้เงินจึงต้องทำงานเลย ถ้าตนเชื่อหมอดังแต่แรกคงไม่เป็นเช่นนี้"

"...หมอมือบ้านดูเป็นกันเอง พูดภาษาเดียวกัน ไม่ค่อยน่ากลัวเหมือนหมอปัจจุบัน ปัจจุบันไม่รู้สึกโกรธหมอพื้นบ้านเลย สนิทเพราะนานมาแล้ว..."

"...หมอเค้าเก่งนะ ไม่งั้นจะมองเห็นมาตั้งนานเทรอ..."

"...ดูหมอให้ความใกล้ชิดเป็นกันเอง มารักษาได้ถึงบ้านไม่มีพิธีรีตรองมาก เร็ว และสะดวกกว่าการไปโรงพยาบาล พอลูกสะไภ้พาหมอมามาตรวจ หมอก็รักษาให้เลย..."

"...หมอก็อยู่ของเขาคือ ๆ เราไปหาเขาเอง ไม่โกรธหมอหรอก อโหสิให้แล้ว ยังใจ เขาก็ช่วยให้เรามองเห็นมาตั้งนาน..."

ส่วนทัศนคติในปัจจุบันของผู้ป่วยต่อหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูก มีความแตกต่างกัน กับทัศนคติในตอนแรกหลังรับการรักษาใหม่ ๆ โดยพบว่า มีทัศนคติที่ดีเหลือร้อยละ 55 จากร้อยละ 95 ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยไม่คิดว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนก็เป็นได้ จึงทำให้ยังมีทัศนคติดีเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือผู้ป่วยจะมีทัศนคติเฉย ๆ คือเป็นกลางไม่มีความคิดเห็นในเรื่องนี้ คิดเป็นร้อยละ 25 ลำดับสุดท้ายคือทัศนคติที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นอีก 3 ราย จากทัศนคติเดิมในตอนแรก ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น บางตัวอย่างของทัศนคติที่เฉย ๆ เป็นกลางคือ "ไม่คิดว่าหมอผิด แต่คิดว่าตนเองคิด ผิดเองที่เลือกไปรักษา ต่อไปนี้จะไม่แนะนำใครให้ไปรักษาตามหมอเช่นเดียวกับที่ตนรักษามา แต่จะแนะนำให้มาโรงพยาบาล ตอนไปทำไม่ทราบว่าจะเป็นอย่างอื่นตรงๆ เพราะมีคนไปทำกันหลายคน ก็มองเห็นดี กันทุกคน...."

3.6 ผู้ป่วยต่อกระดูกกับภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยที่เคยผ่านการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน และได้กลับมารักษาต่อกับจักษุแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล ซึ่งการกลับมารักษาดังกล่าวมีทั้งเป็นการรักษาตาข้างเดียวกันกับที่รักษากับ หมอพื้นบ้านคือมารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือรักษาตาอีกข้างหนึ่งที่ยังไม่เคยผ่านการรักษาใด ๆ มาก่อน หรือต้องการมาตรวจตา ในผู้ป่วยที่ศึกษา 20 ราย มี 18 ราย ที่มารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน อีก 2 ราย มารักษาตาอีกข้างหนึ่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.6.1 สาเหตุที่กลับมารักษาต่อกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล มีหลายสาเหตุแต่สาเหตุส่วนใหญ่ เนื่องจากความผิดปกติของตาดังแสดงในตารางที่ 3.18

ตารางที่ 3.18 แสดงสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษาตากับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาล

สาเหตุที่กลับมารักษา แผนปัจจุบัน	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
- สายตามัวลงอีก และ มัวมากขึ้นเรื่อย ๆ	2	4	6	30
- สายตามัวลงร่วมกับ อาการปวดตา	2	8	10	50
- ตามองเห็นภาพซ้อน	-	1	1	5
- ตามองเห็นจุดดำ ลอยไปมา	1	-	1	5
- มาตรวจตามปกติ	-	1	1	5
- มารักษาตาอีกข้างหนึ่ง	1	-	1	5
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

เห็นได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารักษาตากับจักษุแพทย์ที่พบมากที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิงคือ มีตามัวร่วมกับอาการปวดตา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ สายตามัวและมัวมากขึ้นจนมองไม่เห็น (ไม่มีอาการปวดตา) คิดเป็นร้อยละ 30 ที่เหลืออีก 4 สาเหตุ สาเหตุละ 1 ราย คือ ต้องการมาตรวจตามปกติ มารักษาตาอีกข้างหนึ่ง ตามองเห็นภาพซ้อน และตามองเห็นจุดดำลอยไปมา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5

จากตารางในผู้ป่วยที่ต้องการมาตรวจตามปกตินั้นในกรณีของผู้ป่วยที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และได้รักษาโรคเบาหวานกับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล แพทย์ที่รักษาเบาหวานแนะนำให้มาตรวจตาเพื่อป้องกันโรคเบาหวานขึ้นตา ผู้ป่วยจึงมาตรวจตา ซึ่งจักษุแพทย์พบว่า ตายังปกติดีทั้ง 2 ข้าง ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลังรับการรักษาที่หมอฟื้นบ้านมา 10 ปีแล้ว ในผู้ป่วยรายนี้เมื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมว่าทำไมถึงรักษาเบาหวานกับแพทย์แผนปัจจุบัน และรักษาต่อกระจากกับหมอฟื้นบ้าน ผู้ป่วยได้เหตุผลว่า "โรคเบาหวานเป็นอันตรายมาก ถ้าน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไปอาจตายได้" ผู้ป่วยเคยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการซึ่ดคมึ่น้ำตาลในเลือดสูงเกินไป (Hyperglycemia) เมื่อ 6-7 ปีที่แล้ว และได้มีญาติผู้ป่วยเสียชีวิตไปด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจึงมีความกลัวโรคนี้จึงต้องรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และผู้ป่วยบอกเพิ่มเติมว่า "โรคเบาหวานนี้ต้องรักษา

ต่อเนื่อง มีيارับประทานหรือยาฉีดประจำ เจาะเลือดสม่ำเสมอและต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดี ส่วนโรคทางตาเป็นแค่ตามัวไม่มีปวดตาเป็นไม่มากมาได้ทอมพื้นบ้านรักษาแป็บเดียวก็มองเห็น คนอื่น ๆ ที่มารักษาตาก่อนตนก็มองเห็นดีเหมือนกัน โรคตาไม่น่ากลัว ไม่ตาย"

และจากตารางที่ 3.18 ในผู้ป่วย 1 รายที่ให้เหตุผลว่ามารักษาต่อกระจกอีกข้างหนึ่งกับจักษุแพทย์นั้น ตาข้างที่ผ่านการรักษาต่อกระจกกับทอมพื้นบ้านมา 4 ปีแล้วยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น ส่วนเหตุที่มารักษาตาแผนปัจจุบันในครั้งนี้อยู่คือบุตรสาวต้องการให้มารักษาในโรงพยาบาลเพราะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

3.6.2 ระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับการรักษาต่อกระจกกับทอมพื้นบ้าน ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมารักษาตาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยทั้ง 20 ราย พบว่ามีระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันไป ตั้งแต่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับการรักษาแล้ว 18 ปี ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3.19 แสดงระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังรับการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน

ระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1	1	2	10
0-6 เดือน	-	3	3	15
7-12 เดือน	-	2	2	10
1-5 ปี	1	1	2	10
6-10 ปี	3	4	7	35
11-15 ปี	-	2	2	10
16-20 ปี	1	1	2	10
รวม/ร้อยละ	6/30	14/70	20/100	100

จากตารางที่ 3.19 จะเห็นว่าระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยต่อกระจกที่ผ่านการรักษาที่ทอมพื้นบ้าน และผู้ป่วยเริ่มมารักษาตาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล พบว่าอยู่ในช่วงระยะเวลา 6 ปี ถึง 10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมาคือระยะเวลา 0-6 เดือนคิดเป็นร้อยละ 15 และรองลงมาเป็นจำนวนเท่า ๆ กัน คือ ช่วงระยะ 7-12 เดือน , 1-5 ปี , 11-15 ปี , 16-20 ปี และยังไม่

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งพบเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 10 และในผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา 2 รายนั้นได้ผ่านการรักษาต่อกระจกกับหมอมือพื้นบ้านมาแล้ว 4 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ

3.6.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังรับการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน ในผู้ป่วยที่ศึกษา 20 ราย ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 90 ภาวะแทรกซ้อนในที่นี้หมายถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังรับการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน โดยปฏิกิริยาของเลนส์ตาที่ตกไปยังส่วนหลังของลูกตาทำให้เกิดโรคทางตาที่รุนแรงขึ้นตามมา ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3.20 แสดงโรคทางตาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังรับการรักษาต่อกระจกกับกับหมอมือพื้นบ้าน

ภาวะแทรกซ้อนทางตา	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ชาย	หญิง		
ต้อหิน	4	8	12	66.66
การอักเสบภายใน โครงสร้างของลูกตา	1	2	3	16.67
ตาบอด	-	3	3	16.67
รวม/ร้อยละ	5/27.78	13/72.22	18/100	100

จากตารางจะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยที่ศึกษา 20 ราย ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่อกระจกแบบพื้นบ้าน 18 ราย และพบว่าเกิดต้อหิน มากที่สุดถึง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.66 (ซึ่งต้อหินหรือ Phacolytic Glaucoma ในที่นี้เป็นต้อหินซึ่งเกิดจากการสลายตัวของเลนส์ตา) รองลงมา คือ ตาบอด (Blind) ซึ่งไม่สามารถรักษาได้อีกต่อไปพบในเพศหญิงทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 16.67 และพบเท่ากับการอักเสบภายในโครงสร้างของลูกตา (Endophthalmitis) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทางตาที่รุนแรงจำนวน 3 รายคิดเป็นร้อยละ 16.67

3.6.4 การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน ในผู้ป่วย 18 รายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังในข้อ 3.6.3 ได้มีวิธีการรักษาโดยจักษุแพทย์แตกต่างกันไปพอสรุปได้ดังตารางที่ 3.21

ตารางที่ 3.21 แสดงการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน

การรักษา	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ซ้าย	หญิง		
-การผ่าตัด	5	8	13	72.22
-ให้ยารับประทาน ยาฉีด และยาหยอดตา	-	2	2	11.11
-รักษาไม่ได้	-	3	3	16.67
รวม/ร้อยละ	5/27.78	13/72.22	18/100	100

การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน เป็นการรักษาตามพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นการผ่าตัดใหญ่ทางตาต้องอาศัยเครื่องมือหลายอย่างประกอบกันและบางครั้งต้องใช้การผ่าตัดถึงหลาย ๆ ครั้ง ในผู้ป่วย 18 รายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว มี 3 รายที่จอประสาทตาเสื่อมไปแล้วจึงไม่สามารถรักษาได้คิดเป็นร้อยละ 16.67 ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออีก 15 ราย แพทย์ได้ให้การรักษา ซึ่งจากตารางจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาโดยการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 72.22 การผ่าตัดดังกล่าวเป็นการผ่าตัดเกี่ยวกับจอประสาทตาและน้ำวุ้นตา โดยมีการจี้ความเยื่อและยิงแสงเลเซอร์ใช้ร่วมกับการผ่าตัด ซึ่งแล้วแต่พยาธิสภาพของตาผู้ป่วยแต่ละราย และรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 11.11 คือ การรักษาโดยการให้ยารับประทาน ยาฉีด และยาหยอดตา รักษาตามอาการ และนัดตรวจสม่ำเสมอทุก 2-3 เดือนหรือเมื่อมีอาการ

3.6.5 ผลการรักษา ในผู้ป่วย 15 รายได้ที่ได้รับการรักษาโดยจักษุแพทย์ ผลของการรักษา โดยดูจากค่า VA (Visual Acuity) สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 3.22 แสดงผลการตรวจสายตาทหลังรับการรักษาดักระกกับจักษุแพทย

Visual Acuity (ฟุต)	จำนวน		รวม	คิดเป็นร้อยละ
	ซ้าย	หญิง		
FC 1	2	-	2	13.33
FC 3	1	1	2	13.33
20/200	-	2	2	13.33
20/100	2	3	5	33.33
20/70	-	3	3	20
20/30	-	1	1	6.68
รวม/ร้อยละ	5/33.33	10/66.67	15/100	100

VA คือ ขนาดสายตาศของผู้ป่วยที่วัดได้จากการอ่านแผ่นภาพหรือตัวหนังสือ ซึ่งแบ่งเป็นระดับต่าง ๆ โดยเขียนเป็นเศษส่วน เศษคือระยะที่ผู้ป่วยยืนห่างจากแผ่นภาพหรือตัวหนังสือ ส่วนคือระยะที่คนปกติยืนห่างจากแผ่นภาพหรือตัวหนังสือ และสามารถมองเห็นหรืออ่านได้ ซึ่งสายตาคปกติคือ 20/20 ฟุต คือ เมื่อผู้ป่วยยืนห่างจากแผ่นภาพ 20 ฟุต จะสามารถอ่านภาพหรือตัวหนังสือได้ถูกต้องทุกตัวในระยะ 20 ฟุตนั้น ถ้าสายตาคผิดปกติจะอ่านได้ลดหลั่นลงมาคือส่วนจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 20 เป็น 30 เป็น 50,70,100 หรือ 200 และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแผ่นภาพหรือตัวหนังสือได้ จะใช้วิธีต่อไปตามลำดับคือ

- ให้นับนิ้ว (Finger Count หรือ F.C.) ถ้านับได้ในระยะห่าง 1 ฟุตจากสายตาคก็บันทึกว่า F.C. 1 ฟุต

- ให้ออกมือโบกไป-มา (Handmovement หรือ H.M.) ถ้าบอกได้ก็บันทึก H.M. 1 ฟุต

- ให้ออกทิศทางของไฟหรือแสงสว่าง (Projection of Light หรือ P.J.) โดยการใช้ไฟฉายส่อง ถ้าผู้ป่วยบอกทิศทางของแสงไฟได้ บันทึก PJ แต่ถ้าบอกได้ว่ามีเพียงแสงสว่างโดยชี้ทิศทางของแสงไม่ได้ (Perception of Light หรือ PL) บันทึกว่า PL

- ถ้าไม่รู้กลางวันกลางคืน มองไม่เห็นแสง (No Light Perception หรือ No PL) หมายถึงตาบอด ใ้บันทึกว่า NPL

จากตารางที่ 3.22 จะแสดงว่าในผู้ป่วย 15 รายที่มารักษาภาวะแทรกซ้อนทางตาที่เกิดจากการรักษาดักระกกับหมอพื้นบ้าน จากผลการตรวจตาทหลังรับการรักษากับจักษุแพทย โดยดูจากค่า

VA พบว่าผู้ป่วยมีสายตา 20/100 มากที่สุดคือเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา 20/70 คิดเป็นร้อยละ 20 และถัดมาเท่ากับคือ VA เท่ากับนับนิ้วได้ 1 ฟุต, 3 ฟุต และ 20/200 พบคิดเป็นร้อยละ 13.33 อันดับที่ 4 ที่ได้จากการตรวจสายตาศูนย์คือ VA เท่ากับ 20/30 มี 1 รายซึ่งเป็นระดับสายตาที่ดีที่สุดของผู้ป่วยที่ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 6.68 ซึ่งจะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยที่ศึกษา ผลการรักษาไม่สามารถทำให้ ผู้ป่วยมองเห็นได้ตามปกติ คือ VA เท่ากับ 20/20 เลย แต่ถ้าเป็นการรักษาต่อกระจก แผลนปัจจุบันโดยตรง ผลการรักษาจะแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่า หลังการรักษาผู้ป่วยมี VA เท่ากับ 20/20 ร้อยละ 60 และร้อยละ 40 จะมี VA เท่ากับ 20/30 ซึ่งเป็นผลการรักษาที่ถือว่า ก่อนข้างดีของผู้ป่วยต่อกระจกที่มาปรึกษาแผนปัจจุบัน

3.6.6 ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาต่อกระจกกับหมอมือพื้นบ้าน ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ศึกษาสามารถแสดงได้ในตารางที่ 3.23

ตารางที่ 3.23 แสดงค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน

ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อน (บาท)	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
1,000-5,000	2	11.11
5,001-10,000	3	16.67
10,001-20,000	5	27.78
20,001-30,000	8	44.44
รวม/ร้อยละ	18/100	100

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อน จะอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.44 รองลงมาคือ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.78, 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.67 และน้อยที่สุดคือ 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.11 จะเห็นได้ว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าค่ารักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน บางครั้งถึงเกือบเท่าตัว และเมื่อรวมค่ารักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านกับค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแต่ละรายแล้ว พบว่า สูงกว่าค่ารักษาต่อกระจกแผนปัจจุบันโดยตรง ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้ในตารางที่ 3.24

ตารางที่ 3.24 แสดงเปรียบเทียบค่ารักษาต่อกระจกแผ่นปัจจุบันโดยตรงกับค่ารักษา
ต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านรวมกับค่ารักษาภาวะแทรกซ้อน

ค่ารักษาต่อตา 1 ข้าง (บาท)	ต่อกระจกแผ่นปัจจุบัน		ต่อกระจกแผ่นพื้นบ้าน รวมกับค่ารักษาภาวะแทรกซ้อน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5,000-10,000	7	35	3	15
10,001-20,000	12	60	5	25
20,001-30,000	1	5	10	50
30,001-40,000	-	-	2	10
รวม/ร้อยละ	20	100	20	100

จะเห็นได้ว่าค่ารักษาต่อกระจกแผ่นปัจจุบันโดยตรง จะอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนค่ารักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านรวมกับค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนพบมากที่สุดในช่วงราคา 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25 แสดงให้เห็นถึงการต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจไปโดยไม่จำเป็น จากการเข้าใจผิดหรือจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ นอกจากนี้ยังรวมถึงวัน เวลาที่เสียไป แต่ก็ไม่สำคัญเท่ากับการที่ไม่สามารถมองเห็นได้ดีเหมือนเดิม หรืออาจต้องสูญเสียดวงตาข้างนั้นไป

บทที่ 4

เปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน

การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน เป็นการศึกษาทางเลือกของการรักษาต่อกระจกในปัจจุบันของผู้ป่วย ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่เป็นส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษา นั้น ๆ ในรายละเอียดของเนื้อหาทั้ง 2 บทที่ผ่านมาได้กล่าวถึงการรักษาต่อกระจกแผ่นปัจจุบัน และการรักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้านไปแล้ว ในบทนี้จะเป็นการเปรียบเทียบให้เห็นถึงความแตกต่างของการรักษาต่อกระจกทั้ง 2 แบบ โดยจะศึกษาเปรียบเทียบถึงผู้ให้การรักษาซึ่งในที่นี้คือหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระจกกับ จักษุแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้รับการรักษาซึ่งก็คือผู้ป่วยที่เลือกการรักษาต่อกระจกดังกล่าว และกระบวนการรักษาโรคซึ่งรวมถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนผลักดันให้เกิดทางเลือก และทำให้ การรักษาต่อกระจกแผ่นพื้นบ้าน ยังคงดำรงอยู่ตราบมาจนถึงทุกวันนี้ ท่ามกลางการรักษาต่อกระจกแผ่นปัจจุบัน ซึ่งนับวันก็ยังมีวิวัฒนาการที่ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

4.1 ผู้ให้การรักษา

เมื่อบุคคลประสบกับความเจ็บป่วยมักจะแสวงหาวิธีการที่จะช่วยให้พ้นพ้นจากอาการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็อาจจะรักษาด้วยตนเอง แต่ถ้าเป็นอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุซับซ้อน ก็มักจะให้แพทย์เป็นผู้รักษา (สันตติ เสริมศรี และเจมส์ เอ็นโรลีย์ 2517 : 12) ดังนั้นแพทย์จึงเป็นความหวังของผู้ป่วยที่จะช่วยให้พ้นจากสภาพความเจ็บป่วยทั้งปวง เช่นเดียวกันเมื่อผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางตา เป็นโรคต่อกระจก หลังจากพยายามรักษาตัวเองแล้วไม่ดีขึ้น การไปพบแพทย์เพื่อรักษาตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็น จึงเกิดทางเลือกของการรักษาขึ้น ซึ่งในที่นี้คือการรักษาต่อกระจกแผ่นปัจจุบันและแผนพื้นบ้าน สามารถสรุปเปรียบเทียบได้ดังนี้

4.1.1 จักษุแพทย์ (Ophthalmologist) เป็นแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งผ่านการเรียนในมหาวิทยาลัยหรือโรงเรียนแพทย์ ได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน หลังจากนั้นได้ศึกษาเพิ่มเติมทางด้านจักษุอีก 3 ปี ได้รับวุฒิบัตรเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุ รับราชการเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาล โดยเริ่มต้นที่ตำแหน่งนายแพทย์ 5 ขึ้นไป สามารถให้การรักษาผู้ป่วยโรคทางตาทุกประเภทภายใต้ศักยภาพของโรงพยาบาลที่สังกัดอยู่ ประสบการณ์ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่แพทย์แต่ละคนเริ่มปฏิบัติงานทางด้านจักษุสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ให้การรักษา ร่วมกับแพทย์คือ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา พยาบาลวิจักษณ์ เทคนิคการ-แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับต่างๆ

นอกจากนี้จักษุแพทย์ยังอาจมีการศึกษาแยกสาขาทางด้านจักษุวิทยาทั้งในประเทศและต่างประเทศเพิ่มเติมอีกได้ เช่น เฉพาะทางด้านน้ำวุ้นตาและจอประสาทตา เฉพาะทางกล้ามเนื้อตา เป็นต้น เป็นการ

เพิ่มเติมความรู้ความสามารถและประสบการณ์เฉพาะทางแก่จักษุแพทย์ยิ่งขึ้น ส่วนการรักษาเกี่ยวกับโรค ต้อกระจกนั้นเป็นการรักษาพื้นฐานของจักษุแพทย์ทุกคน คือ จักษุแพทย์ทุกคนจะสามารถให้การรักษาโรค ต้อกระจกได้ การรักษาต้อกระจกแผนปัจจุบันนั้นวันยังมีวิวัฒนาการที่ทันสมัยยิ่งขึ้น มีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ และอุปกรณ์การแพทย์สมัยใหม่เข้ามาใช้ รวมทั้งองค์ความรู้ที่ก้าวไกลของแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางตา นำมาซึ่งประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วยและนับวันยิ่งเอื้ออำนวยความสะดวก ใช้เวลาพักรักษา ตัวน้อย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจยิ่งขึ้น

เกี่ยวกับการทำงานในโรงพยาบาลรัฐบาลจะมีการทำงานเป็นระบบ มีสายงานและขั้นตอนการทำงาน หลายขั้นตอนค่อนข้างยุ่งยากกับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ นอกจากนี้ยังอาจต้องเสียเวลารอคอยแต่ละขั้นตอน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีมาก ไม่พอเพียงกับจำนวนแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก จักษุ โรงพยาบาลราชวิถี ในแต่ละวันจะมีจักษุแพทย์ออกตรวจประมาณ 6 คน พยาบาลวิชาชีพ พยาบาล เทคนิค และเจ้าหน้าที่พยาบาลระดับต่าง ๆ อีกประมาณ 8-10 คน ต่อผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 150 คน ตั้งแต่ เวลาประมาณ 8.00-12.30 น. ซึ่งถ้าดูจากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคตาที่มารับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนก จักษุของโรงพยาบาลราชวิถีในปีงบประมาณ 2538 (1 ตุลาคม 2537 ถึง 30 กันยายน 2538) สามารถ แสดงได้ในตารางดังนี้

ตารางที่ 4.1 แสดงสถิติเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยนอกแผนกจักษุทั้งหมดกับผู้ป่วยนอกโรคต้อกระจก

เดือน	ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย นอกของโรค ทางจักษุ ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคต้อกระจก				รวม	คิดเป็น ร้อยละ
			ผู้ป่วยเก่า		ผู้ป่วยใหม่			
			ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		
ตุลาคม	2537	3,009	163	272	36	58	529	17.58
พฤศจิกายน	2537	2,978	159	285	41	90	575	19.31
ธันวาคม	2537	2,876	150	319	24	55	548	19.05
มกราคม	2538	2,984	164	310	39	67	580	19.44
กุมภาพันธ์	2538	2,656	195	303	37	65	600	22.60
มีนาคม	2538	3,335	220	353	38	53	664	19.91
เมษายน	2538	2,587	111	265	22	46	444	17.16
พฤษภาคม	2538	3,149	210	358	32	55	655	20.80
มิถุนายน	2538	3,247	189	370	19	45	623	19.19
กรกฎาคม	2538	2,904	181	288	31	44	544	18.73
สิงหาคม	2538	3,397	199	388	32	48	667	19.63
กันยายน	2538	3,174	185	334	31	35	585	18.43
รวม		36,296	2,126	3,845	382	661	7,014	-

จากตารางสถิติจะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยนอกโรคทางตาของแผนกจักษุทั้งหมดจะเป็นผู้ป่วยโรคต้อกระจกคิดเป็นร้อยละ 20 โดยประมาณ และเป็นที่น่าสังเกตว่าจะเป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชายกว่า 1 เท่า ซึ่งตรงกับข้อมูลจากส่นาม และถ้าคิดโดยเฉลี่ยต่อเดือนจะมีผู้ป่วยนอกแผนกตาประมาณ 3,025 คน หรือประมาณ 150 คน โดยเฉลี่ยต่อวัน ดังนั้นถ้าคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยต่อแพทย์ 1 คน จะประมาณ 30-40 คนต่อวัน คือจักษุแพทย์ 1 คนจะต้องตรวจผู้ป่วยจำนวน 30-40 คนต่อวัน ซึ่งแต่ละวันแพทย์จะออกตรวจประมาณ 3 ชั่วโมง โดยสรุปคือใน 1 ชั่วโมง จักษุแพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยให้ได้ 10-12 คน ซึ่งการตรวจตาเป็นการตรวจที่มีหลายขั้นตอนในผู้ป่วยโรคทางตา 1 ราย ถ้าเป็นการมาตรวจครั้งแรกเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องนั้นจะใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 2 ชั่วโมงทีเดียว และถ้าแพทย์ตรวจแล้วมีความเห็นว่าจะต้องทำการรักษา โดยการผ่าตัด และผู้ป่วยยินยอมที่จะรับการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจร่างกายว่าเป็น

ปกติดีเสียก่อน โดยการเอ็กซเรย์ปอด ตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า ตรวจเลือด ปัสสาวะ ถ้าผลการตรวจต่าง ๆ เป็นปกติดี ผู้ป่วยจึงจะผ่าตัดได้ แต่ถ้าผิดปกติผู้ป่วยจะได้รับการรักษาความผิดปกตินั้น ๆ เสียก่อน จนหายเป็นปกติ หรือต้องไม่อยู่ในภาวะที่เป็นอันตราย จักษุแพทย์ถึงจะผ่าตัดให้ ระยะเวลาดังกล่าวที่ใช้ไปจนกระทั่งถึงวันที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัด จะใช้เวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป บางครั้งอาจถึง 6 เดือน ซึ่งขึ้นอยู่กับกรณีการนัดหมายของจักษุแพทย์แต่ละคนที่จะจัดลำดับการผ่าตัดผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่ขอรับการรักษา ความพร้อมทางร่างกายของผู้ป่วย รวมถึงเตียงของโรงพยาบาลด้วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับทัศนคติต่อแพทย์แผนปัจจุบันในที่นี้คือ จักษุแพทย์ เพื่อทราบถึงความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อจักษุแพทย์ที่เลือกรักษา โดยแยกศึกษาใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความสามารถของแพทย์ ด้านการตรวจรักษาของแพทย์ และด้านการพูดคุยการแสดงออกของแพทย์ (จากตารางที่ 2.13) โดยพบว่าผู้ป่วยทุกคนหรือคิดเป็นร้อยละ 100 มีทัศนคติเชิงบวกในด้านความรู้ ความสามารถของแพทย์ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ววัตถุประสงค์หลักของการไปพบแพทย์ของผู้ป่วย ก็เพื่อที่จะให้แพทย์ทำการตรวจรักษาให้หายจากอาการเจ็บป่วยทั่วปวง และกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ผู้ป่วยจึงมีความคาดหวังที่จะได้พบแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในการรักษาโรค ดังที่รีดเดอร์และคณะ (Reader , Pratt and Mudol 1995 อ้างในเบญจวรรณ อธิธิจารกุล 2527 : 8) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้ป่วยมีความเห็นว่าแพทย์ที่ดีควรมีลักษณะดังนี้คือ เป็นผู้มีความสามารถและเชื่อมั่นในการรักษา มีความเมตตากรุณาให้ความสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และจากการศึกษาของนายแพทย์สันต์ ทัดถิรัตน์ (2522:9) ได้กล่าวถึงการรักษายาบาลไว้เช่นเดียวกันว่า คุณภาพในการรักษายาบาลจะสูงขึ้นหรือต่ำนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแพทย์ที่จะทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจให้แก่คนไข้ของตน ต้องมีเมตตาสูงต่อคนไข้ มีเครื่องมือ เครื่องใช้ทางการแพทย์กับยาที่มีคุณภาพ และที่สำคัญแพทย์จะต้องมีความรู้ในทางการแพทย์ เป็นผู้มียุทธศาสตร์รอบรู้ และมีความสามารถในการรักษาผู้ป่วย

ส่วนทัศนคติในด้านการตรวจรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 85 มีทัศนคติในเชิงบวก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 15 มีทัศนคติในเชิงลบ การตรวจรักษาผู้ป่วยนับว่าเป็นขบวนการสำคัญที่นำไปสู่ การวินิจฉัยโรค และการให้การรักษาที่ถูกต้อง อันเป็นผลให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วย หรือโรคที่ผู้ป่วยประสบอยู่ ดังที่นายแพทย์สันต์ ทัดถิรัตน์ (2522:9) กล่าวไว้ว่า คุณสมบัตินี้ทำให้คิดว่าน่าจะเป็นหมอมือดีได้แก่ ตรวจเฉพาะที่จำเป็น และบอกผู้ป่วยก่อนตรวจเสมอว่าจะตรวจอะไร ตรวจไปทำไม จำเป็นมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยว่าจะตรวจหรือไม่ และให้การรักษาโดยอธิบายให้ทราบว่ายาค่าแต่ ละชนิดนั้นใช้รักษาอะไร เวลาแพทย์จะได้รู้ว่าจะแก้ไขอย่างไร รวมทั้งปฏิเสธที่จะให้ตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยขอฉีดยา ถ้าหมอเห็นว่าไม่จำเป็นก็จะอธิบายให้ฟังว่ายาคิดนั้นไม่จำเป็น เป็นต้น

ทัศนคติการพูดคุยของแพทย์ จากผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลทั้ง 20 รายพบว่าผู้ป่วยมีความคิดเห็นเชิงบวก ร้อยละ 70 การพูดคุยของแพทย์กับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการตรวจรักษาที่จะนำไปสู่เป้าหมายคือ การหายจากโรคของผู้ป่วย เพราะการพูดคุยจะทำให้แพทย์ได้เข้าใจลักษณะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ถึงสาเหตุของโรค วิธีการรักษา และการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์ควรจะบอกแก่ผู้ป่วย โดยผ่านการพูดคุยในระหว่างการตรวจรักษาของแพทย์ ดังที่ฉวีวัฒน์ สุวรรณรักษ์ และคณะ (2519:409-422) พบว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ เนื่องจากขาดการ อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค การดำเนินของโรค พร้อมทั้งขาดการแนะนำในการปฏิบัติตน และใช้ ศัพท์ทางการแพทย์มากเกินไปซึ่งผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ

นอกจากทัศนคติของผู้ป่วยต่อแพทย์ดังกล่าวมาแล้ว การเข้าใจผิดของผู้ป่วยอาจนำมาซึ่งความรู้สึก ที่ไม่ติดต่อการรักษาแผนปัจจุบัน ตามมาซึ่งการตัดสินใจเลือกหรือไม่เลือกรักษาได้ ตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วย 2 คน คู่กันที่ติดผู้ป่วยนอกแผนกจักษุถึงอาการที่ตนเป็นอยู่ ขอยกคำพูดมาแสดงให้เห็นดังนี้

ผู้ป่วย ก : ตอนแรกมาหาหมอ ก็มีอาการตามัวเหมือนกันนี่แหละ แต่มันปวดตา ด้วย หมอบอกว่าตาติดเชื้อต้องนอนพักในโรงพยาบาล แต่ฉันไม่อยากนอน หมอเลยให้ยาไปหยอดที่บ้าน และกินยามาตรวจอีกวันนี่ ฉันว่ามันไม่ดีขึ้นเลย ตอนนั้นก็มองไม่เห็นแล้ว ปวดตามากจนนอนไม่หลับ สงสัย คราวนี้หมอต้องควักตาฉันแน่ เคยมีคนเป็นแบบฉันก็ต้องเอาตาออกเหมือนกัน

ผู้ป่วย ข : ฉันก็มีอาการตามัวเป็นทั้ง 2 ข้างเลย บางครั้งก็ปวดตาข้างเหมือนกัน ลูกพามารักษาที่นั่นบอกว่าหมอเก่ง รักษาแล้วมองเห็น ตอนนั้นฉันชักกลัวแล้ว ถ้าหมอให้ฉันควักตาออกฉันไม่ เอาด้วยหรอก

ในผู้ป่วย 2 คนที่คู่กัน ผู้ป่วย ก ป่วยเป็นโรคแผลที่กระจกตา (corneal ulcer) ได้รับการรักษาโดยการขูดเชื้อที่ผิวของกระจกตาไปตรวจเพื่อทราบถึงเชื้อโรคที่ผู้ป่วยได้รับ หลังจากนั้นจักษุ แพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะหยอดตาทุก 1 ชั่วโมง และยารับประทานแก้ปวดตามอาการ ในผู้ป่วยรายนี้มารับ การรักษาซ้ำเกินไปตามเป็นมากแล้ว ในที่สุดกระจกตาทะลุทำให้ผู้ป่วยปวดตามากจักษุแพทย์จึงจำเป็นต้อง รักษาโดยการผ่าตัดตาออก (Evisceration) ในผู้ป่วย ข ป่วยเป็นโรคต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง เพียงผู้ป่วยได้รับการ การผ่าตัดและใส่เลนส์เทียมมาแทน ผู้ป่วยก็จะสามารถมองเห็นได้เกือบปกติ จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วย 2 รายนี้ ขาดความรู้ และความเข้าใจในโรคที่ตนเป็นอยู่ จึงสรุปและตัดสินใจว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยคล้ายกัน แพทย์ น่าจะให้การรักษาที่เหมือนกัน ซึ่งเป็นการเข้าใจที่ผิด

หรืออีกตัวอย่างหนึ่ง ผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี รับราชการครู ป่วยเป็นแผลที่กระจก ตาเช่นเดียวกัน ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลากว่า 2 เดือน ได้รับการรักษาโดยการหยอดตา

ด้วยยาปฏิชีวนะ และยาจำพวกสเตียรอยด์ทุกชั่วโมง ผู้ป่วยได้ขออนุญาตกลับบ้านไปประมาณ 2 สัปดาห์ และกลับมานอนโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง ครั้งที่ 2 ประมาณ 1 เดือน ผลการรักษาไม่ดีขึ้นผู้ป่วยมองไม่เห็น และปวดตามากต้องรับประทานยาแก้ปวดทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีความท้อแท้สิ้นหวัง รับประทานอาหาร ได้น้อย แพทย์พิจารณาให้ทำ Evisceration ผู้ป่วยรายนี้ได้ขอไปตัดสินใจที่บ้าน ในช่วงนี้ภรรยาของผู้ป่วยได้พาไปปรึกษากับหมอพื้นบ้านเป็นพระสงฆ์ที่วัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร หมอพื้นบ้านให้ผู้ป่วยพักรักษา ที่วัดให้สวดมนต์ ทุ่งข้าวต้มขาว หนึ่งสมาธิถือศีลเจริญภาวนา และหมอพื้นบ้านได้ให้ผู้ป่วยทยอยตาเป็นน้ำมัน เลียงผา โดยทยอยวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น หลังจากผู้ป่วยรักษาได้ประมาณ 2 สัปดาห์ อาการตาแดง หรือมีขี้ตาหายไป ไม่มีอาการปวดตาอีกเลย และสามารถมองเห็นแสงได้ ถึงแม้จะไม่สามารถมองเห็นเป็นปกติแต่ผู้ป่วยรู้สึกพอใจ ดีกว่าต้องผ่าตัดเอาตาออก ซึ่งจะเปรียบเหมือนกับเป็นคนพิการคนหนึ่งในสังคม ซึ่งผู้ป่วยยอมรับไม่ได้

4.1.2 หมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระเจก ในอดีตกาล ความถูกต้องในการรักษาโรคนั้น สังคม ก็มอบสิทธิและอำนาจความรับผิดชอบในการรักษาให้กับผู้ที่สามารถรักษาความเจ็บป่วย เช่น หมอพื้นบ้าน หรือหมอแผนโบราณต่าง ๆ ซึ่งมีภูมิหลังใกล้เคียงกับชาวบ้านด้วยกัน ดังนั้นหมอพื้นบ้านและหมอโบราณ ประเภทต่าง ๆ จึงทำการรักษาโรคให้กับชาวบ้านด้วยกันในชุมชนโดยไม่มีใครมีความผิด แต่เป็นที่ยอมรับของ สังคม หมอพื้นบ้านจึงปฏิบัติการรักษาโรคให้กับประชาชนในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้อย่างปกติ โดยใช้วิธีการ รักษาและใช้ยาแผนโบราณ เช่น ยาสมุนไพร คาถาอาคม รวมทั้งการนำพิธีทางศาสนาเข้ามาผสมกับการ รักษา การเรียนวิธีการรักษาโรคแผนพื้นบ้าน เริ่มจากการเป็นลูกมือของครูหรือหมอพื้นบ้านคนเก่าจนมีความ ชำนาญสามารถช่วยรักษาโรคได้ในบางครั้ง จนกระทั่งรักษาโรคต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง การเป็นหมอพื้นบ้าน ยังสามารถเรียนจากโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่เปิดสอนที่วัด หรือสำนัก หรือเรียนรู้จากตำราที่มีผู้เขียนไว้ โดยการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง หมอพื้นบ้านส่วนมากนอกจากจะทำการรักษาโรคให้ชาวบ้านด้วยกันแล้ว ยัง ประกอบอาชีพต่าง ๆ ในท้องถิ่นเช่น ทำไร่ ทำนา หาเบี้ยประกันชีวิตและค้าขาย แต่ก็มีหมอพื้นบ้าน ส่วนหนึ่งทำการรักษาโรคอย่างเดียว โดยไม่มีอาชีพอื่นแต่อย่างใด (สันทัด เสริมศรี 2528 : 400)

ในหมอพื้นบ้านที่ศึกษาทั้ง 3 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด อายุ 35 ปี 45 ปี และ 70 ปี ตาม ลำดับ สถานภาพสมรสทั้งหมด จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย 1 คน และมัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน โดยได้ผ่านการบวชเรียนทางพุทธศาสนา 2 คน ได้รับการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านจาก บรรพบุรุษ 2 คน และจากหมอชาวบ้านโดยตรง 1 คน ประสบการณ์ในการรักษาต่อกระเจกแผนพื้นบ้าน คือ 5 ปี 20 ปี และ 40 ปี มีเพียง 1 คน ที่สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ แผนกเภสัชกรรม

อาชีพอย่างอื่นนอกจากการเป็นหมอพื้นบ้านคือ อาชีพเกษตรกรรม และประกอบธุรกิจส่วนตัว สถานที่ให้การรักษาก็เป็นที่บ้านของหมอพื้นบ้านเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกที่เป็นกันเอง และสร้างความคุ้นเคยกับผู้มารับรักษา รวมทั้งการอนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ในหมอพื้นบ้านบางรายจะให้การรักษที่บ้านของผู้ป่วยด้วย แล้วแต่ความจำเป็นและเหมาะสม การเก็บค่ารักษาจะสามารถต่อรองกันได้ ใ้จนเป็นที่พอใจของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งส่วนใหญ่จะประมาณ 20,000 บาทต่อตาหนึ่งข้าง โดยจะรวมค่ายา ค่าแว่นตา ค่าที่พิก และค่าอาหารด้วย แต่ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ นิสัยของหมอพื้นบ้านจากที่สังเกตเห็นคือ จะเป็นบุคคลที่ใจดี หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี อະลุ่มอล่วย มีความเอื้ออาทรเป็นกันเองกับผู้มารับรักษา สิ่งต่างเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลือกไปรับการรักษาที่หมอพื้นบ้าน และอีกกรณีหนึ่งคือ การประสพความล้มเหลวจากการรักษาแผนปัจจุบัน ดังมีผู้ป่วยที่ศึกษา 3 ราย จากผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด ในตอนแรกได้ตัดสินใจเลือกรับการรักษาต่อกระเจกแผนปัจจุบันในโรงพยาบาล แต่สุดท้ายผู้ป่วยก็ได้เลือกรักษาแผนพื้นบ้าน ผู้ป่วยบอกว่ามาตรวจตาแล้วจักษุแพทย์บอกว่ายังรอได้ ยังไม่ต้องผ่าตัดในตอนนั้น เนื่องจากเลนส์ตายังไม่สุกพอ และนัดมาตรวจอีกเป็นระยะทุก 3 เดือน - 6 เดือน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยไม่ยอมรับ หรือจักษุแพทย์ไม่ได้อธิบายอาการให้ชัดเจน ผู้ป่วยจึงไม่เข้าใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงเลือกไปรักษาที่หมอพื้นบ้าน โดยผู้ป่วยรายหนึ่งบอกกับผู้ศึกษาว่า แพทย์บอกตนว่าตายังเป็นน้อยอยู่ จึงคิดว่ารักษาที่หมอพื้นบ้านก็น่าจะหาย เพราะยังเป็นไม่มาก และหมอพื้นบ้านก็จะทำให้เสียไม่ต้องคอยนาน นอกจากนี้ในผู้ป่วยอีก 1 ราย จักษุแพทย์นัดทำผ่าตัดแล้ว และในวันที่ผู้ป่วยเดินทางรักษาได้มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นกับรถที่โดยสารมา ทำให้ในวันนั้นผู้ป่วยมารับรักษาไม่ได้ เงินทองที่เก็บไว้เพื่อมารักษาตาในโรงพยาบาลต้องถูกนำไปใช้รักษาตัวครั้งนั้นก่อน และต่อมาผู้ป่วยรายนี้ก็ได้อำนาจต่อกระเจกกับหมอพื้นบ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า “ไม่กล้ามาหาหมออีกกลัวหมอจะว่าเอาเพราะตอนที่นัดมาก็เกิดอุบัติเหตุเสียก่อนมารับรักษาไม่ได้ เงินก็ใช้รักษาตัวจนหมดไป ถ้าจะมารับรักษาใหม่ก็ต้องรอคิวผ่าตัดอีกนาน ตาก็มองไม่เห็นแล้วต้องอาศัยลูกให้พามา มาตรวจแต่ละครั้งกินเวลาทั้งวัน ลูกเลยไม่พามาอีก ลูกอีกคนจึงพาไปรักษาที่หมอพื้นบ้านเค้าบอกว่าเป็นหมอเก่ง ก็เห็นดีด้วย และตามใจลูกเพราะอยากมองเห็น”

การรักษาดูกระเจกกับหมอพื้นบ้าน เป็นการรักษาที่อาศัยเพียงประสบการณ์และความชำนาญของหมอแต่ละคน เครื่องมือที่ใช้เป็นอุปกรณ์ง่าย ๆ ไม่มีเทคโนโลยีระดับสูง ไม่มีความซับซ้อนมากนักมาช่วยเสริมการรักษา จึงเป็นองค์ความรู้ที่จำกัด หมอและผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะผลการรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างไร นำมาซึ่งอันตรายต่อผู้รักษาเพียงใด ไม่มีอะไรมายืนยันผลการรักษา นอกจากความรู้สึกของผู้ป่วย และความเข้าใจของหมอ ว่าจะรักษาหายกลับมามองเห็นอีกเท่านั้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแพทย์เป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังมากในทุกด้าน เพราะมนุษย์ที่แพทย์ต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องด้วยนั้น เป็นมนุษย์ที่อยู่ในความทุกข์ไม่ว่าจะตัวผู้ป่วย ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง บุคคลเหล่านั้น นอกจากจะต้องการได้รับการบำบัดรักษาอาการของโรคแล้ว ยังต้องการความอบอุ่นทางจิตใจ ต้องการเพื่อน ต้องการที่ปรึกษา ต้องการความช่วยเหลือ และต้องการความเข้าใจจากแพทย์ จากพยาบาลในฐานะที่เป็นมนุษย์ด้วยกัน (สิวลี ศิริโล 2534 : 101) ซึ่งการที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ทางการแพทย์ จึงไม่อาจประเมินแพทย์ด้วยความรู้ทางเทคนิคของการรักษาได้ ผู้ป่วยจึงมักจะประเมินผลการรักษาจากความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพอันดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับลักษณะท่าทีของแพทย์เป็นสำคัญ ผู้ป่วยจะหาข้อสรุปเกี่ยวกับลักษณะต่าง ๆ ของแพทย์จากข้อมูลที่ได้รับอย่างจำกัด ในการปะทะสังสรรค์ต่อกัน เช่น คำพูด การแสดงสีหน้า ตลอดจนกิริยาท่าทางของแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ (คำกุน แสงพานิช 2524:16) นอกจากนี้การคำนึงถึงความสามารถในการรักษาโรคในสายตาของชาวบ้านหรือผู้รับการรักษา จะมองว่าความสามารถในการรักษาโรคของแหล่งบริการต่าง ๆ นั้นมีใกล้เคียงกันคือ มีความสามารถที่จะทำการรักษาโรคและบริการสุขภาพ แต่มีความแตกต่างในเชิงจำนวนงานรักษาและบริการว่าแหล่งใดทำได้มากชนิดกว่าหรือน้อยประเภทกว่า กล่าวคือผู้ป่วยมองผู้ให้การรักษาทุกแห่งการบริการว่าเป็นผู้รักษาโรคได้ จะไม่แบ่งว่าแพทย์คนใดเป็นผู้ถูกต้องในการรักษา หรือคนใดมีใบประกอบโรคศิลปะ แต่จะมองว่าแพทย์คนใดรักษาโรคได้และเป็นแพทย์เก่งก็จะเลือกไปรักษากับแพทย์คนนั้น

4.2 ผู้รับการรักษา การศึกษาถึงลักษณะทั่วไปของผู้รับการรักษาหรือสถานภาพทางสังคมของผู้รับการรักษา นั้น อาจกล่าวได้ว่ามีอิทธิพลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการ เพราะสถานภาพต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ฯลฯ ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของชีวิต บุคคลจะมีพฤติกรรม มีความรอบรู้ ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งการหล่อหลอมอุปนิสัย และการดำเนินชีวิตเฉพาะอย่าง (สันทัต เสริมศรี 2528:383) แตกต่างกันไป ดังนั้นสถานภาพของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงตามอายุ อาชีพ ในระดับการศึกษาเหล่านี้ จึงมีพฤติกรรมแตกต่างตามการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสุขภาพ ในผู้ป่วยที่ศึกษาทั้ง 40 ราย เป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกรับการรักษาต่อ-กระจากในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย และอีก 20 ราย เป็นผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกรับการรักษาต่อ-กระจากแผนพื้นบ้าน การที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกรับการรักษาดังกล่าวนั้น มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดทางเลือกนั้น ๆ จากการศึกษาสามารถสรุปเปรียบเทียบได้ดังนี้

4.2.1 เพศ สามารถแสดงเปรียบเทียบได้ในตารางดังนี้

ตารางที่ 4.2 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างเรื่องเพศของผู้ป่วยที่เลือกมารับการรักษา ต้อกระจกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน

เพศ	การรักษาต้อกระจกแผนปัจจุบัน		การรักษาต้อกระจกแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
เพศหญิง	15	75	14	70
เพศชาย	5	25	6	30
รวม	20	100	20	100

ในโรคต้อกระจกจากภาวะชรา (Senile Cataract) ตามหลักทางการแพทย์พบว่าไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศคือ ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้พอ ๆ กัน แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมารับการรักษาต้อกระจกมากกว่าผู้ป่วยเพศชายถึง 3 เท่า ไม่ว่าจะเป็นแผนพื้นบ้านหรือแผนปัจจุบันก็ตาม ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (อ้างในสันทัต เสริมศรี 2528:383) ที่ศึกษาถึงผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าเป็นเพศหญิงมาใช้บริการมากกว่าเพศชาย โดยอธิบายว่าเพศหญิงมีสภาพของร่างกายในทางเปลี่ยนแปลงมากกว่าชาย จึงมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่าชายในด้านการมีครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วย ตลอดจนความรู้สึกที่สนใจการรักษาร่างกายมากกว่าชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mechanic (อ้างในบุษยมาส บุญใจเพ็ชร 2526 : 32) ที่ศึกษาเรื่องเพศกับการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการมากกว่าชาย เพราะผู้หญิงมีเวลาว่างหาการรักษาพยาบาลได้มากกว่า และสะดวกกว่าผู้ชาย ซึ่งให้เวลาส่วนใหญ่ในอาชีพของตน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุสนับสนุนจากการที่เพศหญิงในสังคมไทย มีอายุขัยโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าเพศชาย คือ ในปี พ.ศ.2533-2538 ผู้หญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ย 69.2 ปี และผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ย 65.15 ปี และคาดว่าในปี พ.ศ.2543-2548 ผู้หญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ย 72.4 ปี และผู้ชายจะมีอายุขัยเฉลี่ย 68 ปี (อุมาพร อุดมทรัพย์กุล อ้างใน อัญชลี รัชกุล 2538:158) ดังนั้นผู้หญิงซึ่งมีอายุยืนยาวกว่ากว่าจึงอาจป่วยเป็นโรคต้อกระจกมากกว่า เนื่องจากโรคต้อกระจกนี้จะเป็นผู้สูงอายุเกือบทั้งสิ้น

4.2.2 อายุ เป็นปัจจัยบ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการ ทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด ในผู้ป่วยที่เลือกรักษาต้อกระจกทั้ง 2 แผน ไม่พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องของอายุคือจะพบว่าผู้ป่วยมา

รักษาในช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน ตั้งแต่อายุ 37-84 ปี ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคต่อกระดูกเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของเลนส์ตา ซึ่งในภาวะนี้ส่วนใหญ่จะเกิดในวัยกลางคนขึ้นไปจนถึงวัยสูงอายุ และจะไม่สามารถหายได้เลย ถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลอกเอาเลนส์ตาที่ขุ่นมัวออก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้มารับการรักษาต่อกระดูก จะเป็นผู้สูงอายุเสียเป็นส่วนใหญ่และช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-70 ปี พบคิดเป็นร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้าน และร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนปัจจุบัน

4.2.3 การศึกษา เพื่อความเด่นชัดของข้อมูลจะเปรียบเทียบเป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 4.3 แสดงเปรียบเทียบระดับการศึกษาของผู้ป่วยต่อกระดูกที่เลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน

ระดับการศึกษา	การรักษาต่อกระดูกแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
ไม่ได้ศึกษา	-	-	2	10
ประถมศึกษา	15	75	15	75
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10	1	5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1	5	1	5
ปริญญาตรี	2	10	1	5
รวม	20	100	20	100

การศึกษาเป็นสถานภาพทางสังคมที่ไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิดเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยความสามารถในการได้มา ระดับการศึกษาจึงเป็นสถานภาพที่แสดงให้เห็นความสามารถของบุคคล การศึกษาของบุคคลเป็นการสะสมประสบการณ์และความรู้จากการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กจนถึงวัยชรา การศึกษาจึงแสดงให้เห็นคุณภาพของบุคคล โดยดูจากการผ่านการศึกษาในระบบ จากการผ่านการเรียนหรือจบการศึกษา กล่าวคือ ผู้ผ่านการศึกษามากขึ้นเรียน ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในทางที่รอบรู้มากกว่าผู้จบการศึกษาน้อยขึ้นกว่าการตัดสินใจเลือกใช้บริการก็เช่นกัน ผู้ที่มีความรอบรู้ในแหล่งบริการมาก ก็มีโอกาสดัดสินใจเลือกแหล่งบริการที่ดีที่สุดสำหรับตน (สันทัต เสริมศรี 2528:386-387) ในผู้ป่วยที่ศึกษาจะมีการศึกษา

ระดับประถมศึกษามากที่สุด ทั้งผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาแผนปัจจุบันและแผนพื้นบ้าน โดยพบเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 15 และระดับการศึกษาที่สูงสุดในผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่รักษาแผนปัจจุบัน และร้อยละ 5 ในผู้ป่วยที่รักษาแผนพื้นบ้าน และเป็นที่น่าสนใจว่าในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้านคิดเป็นร้อยละ 10 ไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน ส่วนผู้ป่วยที่รักษาแผนปัจจุบันไม่มี ดังนั้นในเรื่องการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาจึงไม่มีความแตกต่างกันนัก ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าระดับการศึกษาที่สูงหรือต่ำนั้น ไม่มีผลต่อการพิจารณาเลือกรับการรักษาต่อกระจากไม่ว่าจะเป็นแผนพื้นบ้านหรือแผนปัจจุบันเลย

4.2.4 อาชีพ ในผู้ป่วยที่ศึกษา 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ทำงานอยู่เพียง 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 60 ซึ่งไม่ได้ทำงานแล้ว จะพักอาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ดังนั้นในเรื่องอาชีพจะเป็นอาชีพของผู้ป่วย ที่ยังทำอยู่ในปัจจุบัน หรืออาชีพที่ผู้ป่วยได้เคยกระทำมาก่อน สามารถแสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 4.4 แสดงเปรียบเทียบอาชีพของผู้ป่วยต่อกระจากที่เลือกรับการรักษาแผนพื้นบ้าน และแผนปัจจุบัน

อาชีพ	การรักษาต่อกระจากแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระจากแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
ค้าขาย	6	30	2	10
รับจ้าง	4	20	9	45
เกษตรกรรม	4	20	6	30
แม่บ้าน	2	10	2	10
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	-	-
รับราชการ	1	5	1	5
ครู	1	5	-	-
รวม	20	100	20	100

จากตารางในผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านจะพบว่ามีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45 อาชีพรับจ้างในที่นี้คือ งานก่อสร้างและรับจ้างทั่ว ๆ ไป ซึ่งเป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน มีงานทำไม่เป็นหลักแหล่ง ต้องเปลี่ยนงานอยู่เสมอ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีเงินและไม่มีเวลา การมารักษาแผนปัจจุบันต้องอาศัยการมาตรวจหลาย ๆ ครั้ง ต้องพักรักษาตัวนาน รวมทั้งต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินจำนวนมาก จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรักษากับหมอพื้นบ้านมากกว่า รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน จะมีอาชีพค้าขายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30 การประกอบอาชีพค้าขาย มักอยู่ในสังคมเมืองมากกว่าชนบททำให้ใกล้ชิดกับข้อมูลข่าวสาร รับรู้ถึงประสิทธิผลของการรักษามากกว่า นอกจากนี้สังคมและสิ่งแวดล้อมในเมืองมีส่วนหล่อหลอม อาจทำให้ผู้ป่วยมีแนวคิดที่จะเลือกรักษาแผนปัจจุบันมากกว่า ส่วนผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้านจะมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่มีอาชีพค้าขาย อาชีพที่พบรองลงมาคือ รับจ้างและเกษตรกรรม เป็นที่น่าสังเกตว่าอาชีพรับราชการจะพบเท่ากันในการรักษาทั้ง 2 แผน ซึ่งเป็นที่น่าประหลาดใจว่าแม้ผู้ป่วยจะสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ถ้ารักษาแผนปัจจุบัน แต่ผู้ป่วยก็ยังเลือกการรักษาแผนพื้นบ้าน ซึ่งน่าจะมีเหตุผลสนับสนุนอื่น ๆ ซึ่งผู้วิจัยจะวิเคราะห์ในรายละเอียดต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าอาชีพครูและธุรกิจส่วนตัวจะไม่พบในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้านเลย จะเห็นได้ว่าอาชีพนอกจากจะเป็นดัชนีแสดงให้เห็นพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว ยังเป็นปัจจัยกำหนดการเสี่ยงต่อกรปัญหาสุขภาพอนามัยอีกด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันย่อมทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างกัน เช่น คนงานไร่ที่ตืนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระดูกเพราะต้องใช้เข็มทิศเคลื่อนด้วยเรเดียมสำหรับส่องกล้อง คนงานในโรงงานแบตเตอรี่ ช่างทาสี มีโอกาสเสี่ยงต่อพิษสารตะกั่วสูงมาก เพราะสารตะกั่วเป็นส่วนประกอบในการทำแบตเตอรี่ และเป็นส่วนผสมของสี เป็นต้น (อรทัย รวยอายุจินและคณะ 2529:470) ส่วนอาชีพหรือการงานอะไรที่มีความเสี่ยงต่อโรคต่อกระจกในปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาเลย

4.2.5 รายได้ ในเรื่องรายได้จะเปรียบเทียบใน 2 หัวข้อคือรายได้ของผู้ป่วย ที่ในปัจจุบันยังคงทำงานอยู่ และรายได้ของครอบครัวในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำงานแล้ว ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบันยังคงทำงานอยู่ คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านยังคงทำงานอยู่คิดเป็นร้อยละ 35

ตารางที่ 4.5 แสดงเปรียบเทียบรายได้ของผู้ป่วยต่อกระจกที่ปัจจุบันยังคงทำงานอยู่

รายได้ต่อเดือน (บาท)	การรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
ต่ำกว่า 5,000	3	33.33	4	57.14
5,001-10,000	1	11.11	2	28.57
10,001-15,000	3	33.33	1	14.29
15,001-20,000	2	22.23	-	-
รวม	9	100	7	100

จะเห็นได้ว่ารายได้ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คือพบคิดเป็นร้อยละ 57.14 ในผู้ป่วยที่เลือกการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน และร้อยละ 33.33 ในผู้ป่วยที่เลือกการรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่เลือกการรักษาแผนพื้นบ้านจะมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ดังนั้นจากตารางพอจะสรุปได้ว่าในผู้ป่วยที่เลือกการรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบันมีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าผู้ป่วยที่เลือกการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน

ตารางที่ 4.6 แสดงเปรียบเทียบรายได้ของครอบครัวผู้ป่วยต่อภาระกึ่งในปัจจุบันผู้ป่วย
ไม่ได้ทำงานแล้ว

รายได้ต่อเดือน (บาท)	การรักษาต่อภาระกึ่งแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อภาระกึ่งแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
ต่ำกว่า 10,000	1	9.09	8	61.54
10,001-20,000	2	18.18	5	38.46
20,001-30,000	2	18.18	-	-
30,001-40,000	2	18.18	-	-
40,001-50,000	1	9.09	-	-
มากกว่า 50,000	3	27.28	-	-
รวม	11	100	13	100

เมื่อเปรียบเทียบรายได้ของครอบครัว จะเห็นว่ามีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงโดยพบว่าในผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อภาระกึ่งแผนปัจจุบันจะมีรายได้มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.28 ส่วนผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อภาระกึ่งแผนพื้นบ้านจะมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.54 และรายได้สูงสุดของผู้ป่วยไม่เกิน 20,000 บาทต่อเดือนเท่านั้น

ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ระดับรายได้จึงเป็นปัจจัยกำหนดจำนวนการใช้บริการ และเลือกแหล่งที่มีคุณภาพ เพราะผู้ที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่าง ก็ย่อมมีแบบแผนการดำรงชีวิตที่แตกต่างกัน อันนำมาซึ่งระดับสุขภาพอนามัย และโรคภัยไข้เจ็บที่แตกต่างกัน (อรทัย รวยอาจิณ 2529:472) จากการศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวที่เลือกรับการรักษาต่อภาระกึ่งแผนปัจจุบัน จะมีรายได้ต่อเดือนสูงกว่าผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อภาระกึ่งแผนพื้นบ้าน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในสังคมไทยระบบเศรษฐกิจเป็นระบบเงินตรา ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจระดับสูงจะเข้าถึงและเป็นผู้ใช้บริการมากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่จะเลือกการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตนได้ จากค่ารักษาต่อภาระกึ่งในกรณีศึกษา พบว่าถ้ารักษาต่อภาระกึ่งแผนพื้นบ้านจะประมาณ 2,000 - 10,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งต่ำกว่าค่ารักษาต่อภาระกึ่งแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลที่จะประมาณ 10,000 บาทขึ้นไปจนถึง 20,000 บาท ดังนั้นปัจจัยทางเศรษฐกิจน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลต่อ

การเลือกรักษา นอกจากนี้ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะใช้บริการแผนปัจจุบันก็ต่อเมื่ออาการเจ็บป่วยนั้น อยู่ในภาวะที่รุนแรง เช่น เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรงใกล้ตาย (สันทัต เสริมศรี 2528:389) แสดงว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญ ในโรคต่อกระจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกมารักษาแผนปัจจุบันก็ต่อเมื่อ เป็นมากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษากับหมอฟันบ้านมาแล้ว ซึ่งบางครั้งมารักษาเข้าไปจนไม่สามารถ รักษาได้

4.2.6 สถานภาพสมรส จากผู้ป่วยที่ศึกษาเปรียบเทียบสามารถนำเสนอสถานภาพสมรสได้ ดังนี้

ตารางที่ 4.7 แสดงเปรียบเทียบสถานภาพสมรสของผู้ป่วยต่อกระจากที่ศึกษา

สถานภาพสมรส	การรักษาต่อกระจากแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระจากแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
สมรส	13	65	11	55
โสด	1	5	2	10
หม้าย	5	25	7	35
หย่า	1	5	-	-
รวม	20	100	20	100

จากตารางพบว่าสมรสเป็นสถานภาพที่พบมากที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 65 ในผู้ป่วยที่รักษาต่อ- กระจากแผนปัจจุบัน และร้อยละ 55 ในผู้ป่วยที่รักษาแผนพื้นบ้าน รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย ซึ่งจะเห็นว่า ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาต่อกระจากทั้ง 2 แผน ตามความคิดของโอเร็มที่ว่าคู่สมรส จะเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของ แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่มีชีวิตคู่มักจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เพราะคู่ชีวิตอาจเป็นผู้ช่วยเหลือ

และเป็นกำลังใจ (Orem 1985 อ้างใน นิรามัย ใช้เทียบวงศ์ 2535:9,29) ให้เกิดการตัดสินใจเพื่อเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมหรือดีที่สุดตามที่ตนและบุคคลใกล้ชิดรับรู้และเห็นด้วย ซึ่งตรงกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คู่ชีวิตและบุคคลในครอบครัวย่อมมีส่วนในการตัดสินใจ หรือก็คือเครือข่ายของสังคมที่จะกล่าวถึงต่อไป

4.2.7 สิทธิคำรักษาพยาบาล แสดงเปรียบเทียบในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงเปรียบเทียบสิทธิคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยต่อกระจกที่ศึกษา

สิทธิคำรักษาพยาบาล	การรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
สามารถเบิกต้นสังกัด	9	45	3	15
จ่ายได้เองทั้งหมด	3	15	2	10
จ่ายได้บางส่วน	5	25	6	30
จ่ายไม่ได้เลย	1	5	3	15
มีบัตรสงเคราะห์	2	10	6	30
รวม	20	100	20	100

สิทธิคำรักษาพยาบาล เป็นการบ่งบอกถึงศักยภาพของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะได้มาจากไหนหรืออย่างไร ซึ่งพบว่าสิทธิคำรักษาพยาบาลเป็นตัวกำหนดหนึ่งให้ผู้ป่วยเกิดทางเลือกรักษาคือ ในผู้ป่วยที่ศึกษาและเลือกการรักษาแผนปัจจุบัน จะใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45 ในที่นี้ผู้ศึกษามีความเห็นว่สิทธิในการเบิกคำรักษาพยาบาลโดยใช้ต้นสังกัดเป็นสิ่งที่ควรจะได้ ในเมื่อมีสิทธินี้จึงควรใช้สิทธินี้อย่างเต็มที่ ดังนั้นสมควรเลือกรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งจะไม่ต้องเสียคำรักษาพยาบาล แต่ถ้าเลือกการรักษาแผนพื้นบ้านสิทธินี้ก็ใช้ไม่ได้ เพราะจากการพูดคุยกับบุคคลที่รับราชการ เหตุผลหนึ่งคือเมื่อเจ็บป่วยจะสามารถเบิกคำรักษาพยาบาลได้ ส่วนในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้าน มีสิทธิเบิกคำรักษาพยาบาลโดยใช้ต้นสังกัดคิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งเป็นสิทธิในตอนนั้นจริง ๆ แต่ผู้ป่วยก็ไม่ได้ใช้สิทธินั้นเลย เพิ่งมาใช้ที่หลังตอนมารักษาภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล ซึ่งในตอนหลังนั้น

ผู้ป่วยมีสิทธิเบิกต้นสังกัดเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 25 จากร้อยละ 15 ส่วนในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้านนั้นจะใช้สิทธิบัตรสงเคราะห์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งสิทธิบัตรสงเคราะห์นี้จะฟรีทั้งหมด ยกเว้นค่าเลนส์ตาเทียมเท่านั้น และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เลย คิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนปัจจุบันมีเพียงร้อยละ 5 การที่ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เลยนั้น กรณีนี้ทางโรงพยาบาลจะช่วยเหลือค่ารักษาให้ทั้งหมด โดยต้องผ่านการพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลก่อน ดังนั้นเมื่อดูสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่ศึกษา พอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อ-กระจากแผนปัจจุบันจะมีสถานะทางเศรษฐกิจที่สูงกว่า จึงมีสิทธิในการเลือกรักษาได้มากกว่า ตามที่ตนและครอบครัวเห็นสมควร โดยมีศักยภาพของตนเป็นตัวชี้ขาดอย่างหนึ่ง

4.2.8 ประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย พบว่าข้อมูลมีความใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงเปรียบเทียบประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อกระจากที่ศึกษา

ทางเลือกการรักษา	การรักษาต่อกระจากแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระจากแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
ซื้อยารับประทานเอง	7	35	8	40
โรงพยาบาลรัฐบาล	6	30	6	30
คลินิก	5	25	5	25
หมอพื้นบ้าน	2	10	1	5
รวม	20	100	20	100

ประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเคยเลือกสรรมาแล้วเพื่อรักษาตนเอง ยามเมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยมีทั้งที่ประสบความสำเร็จคือ ทายป่วย และไม่ประสบความสำเร็จ หรือไม่ตายจากความเจ็บป่วย ซึ่งเกณฑ์หนึ่งซึ่งผู้ป่วยใช้ตัดสินใจ คือ ความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นอยู่ โดยพบว่าถ้าการเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงเล็กน้อยไม่กระทบถึงวิถีชีวิตมากนัก เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้

เป็นหวัด ท้องเสีย ฯลฯ ผู้ป่วยจะเลือกรักษาโดยการซื้อยารับประทานเองมากที่สุด ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้านคิดเป็นร้อยละ 40 และในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 35 และถ้าการเจ็บป่วยนั้นเป็นมากขึ้นรบกวนต่อวิถีชีวิต หลังจากที่สองรักษาตนเองแล้วไม่ดีขึ้นทางเลือกหนึ่งคือการรักษาที่โรงพยาบาล และรองลงมาคือการรักษาที่คลินิก โดยให้เหตุผลว่าสะดวกรวดเร็วกว่าการไปโรงพยาบาล แต่ถ้าไม่หายและเป็นมากขึ้นก็ต้องไปโรงพยาบาล และลำดับสุดท้ายที่ผู้ป่วยเลือกรักษา คือ การรักษากับหมอพื้นบ้านซึ่งในผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่รักษาโรคกระดูก และการใช้สมุนไพรรักษาโรคเบาหวาน

4.2.9 สาเหตุของโรคต่อกระดูก ว่าโรคต่อกระดูกมีสาเหตุจากอะไรได้บ้างตามที่ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 4.10 แสดงสาเหตุของโรคต่อกระดูกตามที่ผู้ป่วยเข้าใจ

สาเหตุ	การรักษาต่อกระดูกแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
ความชราภาพ สายตาเสื่อมไปตามสภาพทำงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ	11	55	12	60
กรรมพันธุ์	5	25	-	-
กรรมพันธุ์	1	5	-	-
เขม่าดินปืน	-	-	1	5
ไม่ทราบสาเหตุ	3	15	7	35
รวม	20	100	20	100

จะเห็นได้ว่าสาเหตุของโรคต่อกระดูกตามที่ผู้ป่วยเข้าใจนั้นจะตรงกันเป็นส่วนใหญ่คือเกิดจากความชราภาพ สายตาถูกใช้งานมานาน จึงเสื่อมไปตามสภาพพบคิดเป็นร้อยละ 55 ในผู้ป่วยที่รับการรักษา

ต่อกระจกแผนปัจจุบัน และร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่รักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน ได้ให้ข้อมูลอีกว่าการทำงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคต่อกระจกด้วยซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25 มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนที่ผู้ป่วยตอบว่าไม่ทราบสาเหตุนั้นพบว่าในผู้ป่วยที่เลือกรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านมีมากกว่าแผนปัจจุบัน คือพบร้อยละ 35 และร้อยละ 15 ตามลำดับ

4.2.10 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย คือเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติทางตา เช่น ตามัว มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ไม่ชัดเจน จนกระทั่งถึงผู้ป่วยเริ่มไปรักษาตัว สามารถแสดงเปรียบเทียบได้ดังนี้

ตารางที่ 4.11 แสดงเปรียบเทียบระยะเวลาที่เจ็บป่วยทางตาของผู้ป่วยต่อกระจกก่อนไปรับการรักษาที่แพทย์

ระยะเวลา	การรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน		การรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
6 เดือน	1	5	-	-
1 ปี	9	45	7	35
2 ปี	6	30	6	30
3 ปี	3	15	2	10
4 ปี	1	5	3	15
5 ปี	-	-	1	5
6 ปี	-	-	-	-
7 ปี	-	-	1	5
รวม	20	100	20	100

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติทางตาเกิดขึ้นกับตนเองจนกระทั่งมารักษา ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมารักษาจะเป็นตัวบอกให้ทราบถึงความตระหนักถึงความเจ็บป่วย

ในผู้ป่วยแต่ละคน และการให้ความสำคัญกับอวัยวะ คือดวงตาว่าเป็นความจำเป็นแค่ไหนที่ต้องมารักษา หรือยังสามารถรอได้ ถ้าผู้ป่วยให้ความสำคัญมากและคิดว่าจะเป็นอันตรายสูงก็จะรีบมารักษา ดังนั้นระยะเวลาก่อนมารักษาก็จะสั้น ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้เลือกรักษาแผนปัจจุบัน จะเริ่มมารักษาตาในระยะเวลาที่สั้นกว่าคือ ในช่วง 6 เดือน ถึง 4 ปี ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 จะมารักษาในช่วง 1 -3 ปี และผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้านจะอยู่ในช่วง 1 ปี ถึง 7 ปี ซึ่งร้อยละ 90 จะมารักษาในช่วง 1-4 ปี โดยที่ช่วงเวลา 1 ปี เป็นเวลาที่พบมากที่สุดใผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด โดยพบคิดเป็นร้อยละ 45 ในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนปัจจุบัน และร้อยละ 35 ในผู้ป่วยที่เลือกรักษาแผนพื้นบ้าน อันที่จริงโรคต้อกระจกเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ตั้งแต่เลนส์ตาเริ่มขุ่นมัว จนกระทั่งถึงเลนส์ตาสุกเต็มที ซึ่งถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ในผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาเกือบ 10 ปี ก็มี

4.2.11 เหตุผลในการเลือกรักษาต้อกระจกทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน สามารถแสดงเปรียบเทียบได้ในตาราง 4.12

ตารางที่ 4.12 แสดงเปรียบเทียบเหตุผลของผู้ป่วยในการเลือกรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้าน และแผนปัจจุบัน

เหตุผลของผู้ป่วย	การรักษาดูกระดูกแผนปัจจุบัน		การรักษาดูกระดูกแผนพื้นบ้าน	
	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
-ญาติพี่น้องแนะนำและพาไป	9	45	6	30
-เพื่อน, เพื่อนบ้าน, คนรู้จักแนะนำให้ไปรักษา	3	15	8	40
-เป็นการรักษาที่ทันสมัย แพทย์มีความสามารถ	6	30	-	-
-กลัวการมาโรงพยาบาล กลัวแพทย์ กลัวการผ่าตัด	-	-	4	20
-สื่อโฆษณาทางวิทยุ/รายการสุขภาพทางวิทยุ	1	5	2	10
-อยู่ใกล้บ้าน	1	5	-	-
รวม	20	100	20	100

เหตุผลของผู้ป่วยที่เลือกการรักษาคือแตกต่างกันไป โดยเหตุผลที่ว่าญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และคนรู้จักแนะนำให้ไปรักษามากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการเลือกใช้วิธีการรักษาโรคหรือเลือกใช้ยาใดนั้น อาศัยผลการรักษาที่ตน หรือญาติ เพื่อนฝูง เคยใช้ประสบความสำเร็จมาแล้วครั้งก่อน เป็นเกณฑ์การตัดสินใจ เหตุผลที่พบรองลงมาเป็นเหตุผลที่แยกกันไปในการรักษาทั้ง 2 แผน คือ ในการรักษาแผนปัจจุบันผู้ป่วยจะให้เหตุผลว่าเป็นการรักษาที่ทันสมัย แพทย์เก่ง และมีความสามารถคิดเป็นร้อยละ 30 และในการรักษาแผนพื้นบ้านผู้ป่วยจะให้เหตุผลว่ากลัวการรักษาแผนปัจจุบัน กลัวการมาโรงพยาบาล กลัวการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 20 นอกจากนั้นยังมีเหตุอื่น ๆ เช่น จากสื่อโฆษณาทางวิทยุกระจายเสียง หรือจากการฟังรายการทางวิทยุ รวมทั้งเหตุผลที่ว่า สถานที่รักษาอยู่ใกล้บ้าน

4.3 กระบวนการรักษาต่อกระจก

จากความเป็นจริงที่ว่าโรคภัยไข้เจ็บที่มนุษย์ทั้งหลายเป็นอยู่นั้น แบ่งตามผลการรักษาได้ 5 พวก (สำลี ใจดี 2536:9) คือ

- 1) โรคที่หายเองได้ (เกิน 50%) ถ้าปฏิบัติตัวถูกต้อง เช่น หวัด เจ็บคอ โรคที่เกิดจากสุขภาพจิต สภาวะแวดล้อม แต่กลับเป็นโรคที่ทำเงินให้แก่หมอมากที่สุด
- 2) โรคที่ต้องรักษาจึงหาย ถ้าไม่รักษาอาจตาย หรือกลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น มาลาเรีย เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไล้ตั้งอักเสบ ฯลฯ
- 3) โรคที่รักษาไม่หาย แต่มีชีวิตอยู่ได้ถ้ารักษา เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง ฯลฯ
- 4) โรคที่รักษาก็ตาย ไม่รักษาก็ตาย ไม่มีทางหาย เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย โรคเอดส์ ฯลฯ
- 5) โรคที่ไม่ต้องรักษาด้วยยา เช่น อ้วน ผอม เครียด ปวดเมื่อย ฯลฯ

โรคต่อกระจกอยู่ในประเภทที่ 2 คือ เป็นโรคที่ต้องรักษาถึงจะหายสามารถกลับมามองเห็นได้อีก ซึ่งถ้าไม่รักษาปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ อาจจะตาบอดได้ การพิจารณาเลือกรักษาต่อกระจกระหว่างแผนพื้นบ้าน และแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยจะให้ความรู้สึกชอบพอและความเชื่อมั่น ซึ่งระบบการให้บริการและกระบวนการรักษาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจเลือกรักษา ระบบการให้บริการที่เป็นตามขั้นตอน จะตัดขั้นตอนหนึ่งขั้นตอนใดไปไม่ได้ มีความยุ่งยากต้องมาติดต่อหลาย ๆ ครั้ง นำความสับสนมาสู่ผู้ป่วยและญาติ ต้องใช้เวลาในการรอคอยนานกว่าจะได้ตรวจ กว่าจะได้พบแพทย์ เหล่านี้คือระบบการให้บริการรักษาในโรงพยาบาลแผนปัจจุบันในปัจจุบัน ซึ่งตรงข้ามอย่างสิ้นเชิงกับการรักษาแผนพื้นบ้านที่ไม่ต้องรอคอย สามารถพบหมอได้เลย หรือสามารถเลือกวันรักษาได้ตามความพอใจ ไม่ต้องเตรียมตัวมารักษามากนัก

นอกจากนี้กระบวนการรักษาแผนปัจจุบันที่พบกับความไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการต้องถูกผ่าตัดตา ผู้ป่วยต้องพบกับเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์หลาย ๆ อย่างที่แปลกตา พบกับเจ้าหน้าที่ที่แต่งตัวต่างจากบุคคลอื่นทั่วไป โดยเฉพาะในห้องผ่าตัดจะมีผ้าปิดปากปิดจมูก ใส่เสื้อกาวน์หรือใส่ถุงมือ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนต่างไกลจากความคิดความรู้สึกของชาวบ้านอย่างหน้ามือเป็นหลังมือ ตรงข้ามกับการรักษาแผนพื้นบ้านที่ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย หมอพื้นบ้านมีวิธีการรักษาที่ไม่สร้างความน่ากลัวสำหรับชาวบ้าน ให้ความเป็นกันเองกับชาวบ้าน อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาหาได้ง่าย และเป็นสิ่งที่ชาวบ้านคุ้นเคยเป็นอย่างดี ปัจจัยดังกล่าวนี้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งของกระบวนการรักษาและระบบการให้บริการที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกการรักษาแผนพื้นบ้าน

เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างการรักษาต่อกระจกของหมอพื้นบ้านและจักษุแพทย์จะพบว่ามีที่เหมือนกันและแตกต่างกันไป เพื่อให้เห็นได้เด่นชัดจะแสดงเป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 4.13 แสดงเปรียบเทียบการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน

การเปรียบเทียบ	การรักษาแผนปัจจุบัน	การรักษาแผนพื้นบ้าน
1. ผู้ให้การรักษา	- จักษุแพทย์	- ทมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระจก
2. ผู้ช่วยในการรักษา	- พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล	- ญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวของทมอพื้นบ้าน
3. สถานที่รักษา	- ในสถานพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน	- บ้านของทมอพื้นบ้านหรือบ้านของผู้ป่วย
4. กระบวนการรักษา		
4.1 ก่อนพบแพทย์	- ทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย (OPD card) - พยาบาลซักถามประวัติการเจ็บป่วยทางตา - ตรวจสายตา (วัดค่า VA) - ในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรอคอยแพทย์ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง เพราะมีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมาก	- ไม่ต้องทำบัตรหรือลงทะเบียนใดๆ - พุดคุย ซักถามประวัติการเจ็บป่วยด้วยความเป็นกันเอง
4.2 เมื่อพบแพทย์	- แพทย์ซักถามประวัติการเจ็บป่วย - ตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษเฉพาะทางตาเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนขึ้น เช่น Slit lamp microscope	- สามารถพบทมอได้เลย - พุดคุยซักถามประวัติการเจ็บป่วยด้วยความเป็นกันเอง - อาจมีการตรวจตาโดยการใช้ไฟฉายส่องดูตาผู้ป่วย

การเปรียบเทียบ	การรักษาแผนปัจจุบัน	การรักษาแผนพื้นบ้าน
<p>4.3 เมื่อตัดสินใจรับการรักษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> -รับใบนัดวันมานอนโรงพยาบาล ซึ่งวันนั้นจะเรียงตามลำดับ การมารักษาก่อน-หลังกับแพทย์แต่ละคน และรับใบคำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อมานอนโรงพยาบาล -ตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ เอ็กซเรย์ปอด ตรวจคลื่นหัวใจ ไฟฟ้า การตรวจเลือดและปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ -ตรวจวัดสายตาเพื่อทราบขนาด (Power) ของเลนส์ตาเทียม ในกรณีผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม -กรณีต้องการอยู่ห้องพิเศษติดต่อกองห้องที่หน่วยบริการ ซึ่งระยะเวลาในการรอเตียงพิเศษของโรงพยาบาลของรัฐ โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 3 วัน ถึง 15 วัน แต่ถ้าเป็นเตียงผู้ป่วย สำมัญจะเข้าพักรักษาได้เลย 	<ul style="list-style-type: none"> - ตกลงวันทำการรักษาด้วยความพอใจของทั้ง 2 ฝ่าย หรือตามที่ ผู้ป่วยสะดวก - อาจมีการเก็บเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าเพื่อเตรียมอุปกรณ์การรักษา - มีห้องพิเศษเฉพาะผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องการ ซึ่งต้องเสียเงินเพิ่มเติมจากปกติ แต่ถ้าเป็นห้องทั่วไปไม่ต้องเสียเงินและสามารถเข้าพักรักษาได้เลย
<p>4.4 ในวันที่เข้ารับการรักษา</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ส่วนใหญ่จะเป็นวันก่อนผ่าตัด 1-2 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเลือกรักษาในวันที่มาตรวจครั้งแรกนั้น หรือมา ในวันที่นัดทำการรักษาเลย โดยไม่จำเป็นต้องมาก่อนล่วงหน้า

การเปรียบเทียบ	การรักษาแผนปัจจุบัน	การรักษาแผนพื้นบ้าน
4.5 ในวันที่ทำการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวสำหรับการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย - ในกรณีอยู่ห้องพิเศษ ญาติสามารถเฝ้าผู้ป่วยได้ 1 คน ตามระเบียบของโรงพยาบาล - ได้รับการเตรียมผ้าตัดเฉพาะที่ทางตา ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● ตัดขนตาในตาข้างที่จะทำผ้าตัด ● ล้างตา, เช็ดตาจนสะอาดดี ● ป้ายยาปฏิชีวนะ ● ปิดตาด้วย eye pad - ได้รับยารับประทานก่อนนอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ก่อนการผ่าตัด ในวันรุ่งขึ้น - เน้นความสะอาดของร่างกาย โดยทั่วไปและเฉพาะที่ทางตา - ตรวจวัดสัญญาณชีพ - รับประทานอาหารตามปกติ (ตามที่โรงพยาบาลจัดเตรียมให้) - ทยอดยาลดความดันตา เตรียมผ้าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมเครื่องใช้ส่วนตัวสำหรับการนอนพักรักษาตัวของผู้ป่วย - ญาติสามารถนอนเฝ้าผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม ไม่มีกฎระเบียบบังคับ - ความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป - รับประทานอาหารตามปกติ - ทยอดยาชาก่อนการรักษา ประมาณ 10-15 นาที บางรายจะได้รับการบีบนวดบนใบหน้า เพื่อให้เกิดอาการชาก่อนลงมือรักษา

การเปรียบเทียบ	การรักษาแผนปัจจุบัน	การรักษาแผนพื้นบ้าน
4.6 เวลาที่ใช้ในการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - รับประทานยา pre-medication ก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด - ประมาณตั้งแต่ 45 นาที ถึง 2 ชั่วโมง 	<ul style="list-style-type: none"> - อาจมีพิธีกรรมต่าง ๆ เพื่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย เช่น ไท้พระ สวดมนต์ รตนน้ำมนต์ เป็นต้น - อยู่ในช่วง 10-30 นาที
4.7 การรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลจะให้การรักษาในเวลาราชการเท่านั้น - การผ่าตัดต่าง ๆ ได้แก่ ICCE ECCE/ECCE with IOL PE with IOL 	<ul style="list-style-type: none"> - ส่วนใหญ่จะทำการรักษาในเวลากลางคืนเน้นความสะดวกสบายของทั้งสองฝ่าย - การทำ Couching โดยวิธีการใดก็ตาม เพื่อให้เลนส์ตาเคลื่อนหลุดตกไปด้านหลังตา
4.8 การดูแลหลังรับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงแรก	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจวัดสัญญาณชีพ - ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามตลอดทั้งคืน พยาบาลสังเกตอาการแสดงที่ผิดปกติต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ใน 24 ชั่วโมงแรก ถ้าพบรีบรายงานแพทย์เพื่อหาทางแก้ไข - ให้ผู้ป่วยได้ Bed Rest ตามแผนการรักษาของแพทย์ - ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ ส่วนใหญ่จะเป็นอาหารอ่อน 1 วันหลังผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีตรวจวัดสัญญาณชีพ - ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามตลอดทั้งคืน ในหอพื้นบ้าน บางรายจะพอกยาสมุนไพรที่ตา ผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนยาพอกตา และเปิดดู 1 ชั่วโมงหลังทำ หลังจากนั้นพอกยาใหม่และปิดไว้จนถึงเช้า - รับประทานอาหารตามปกติ ในหอพื้นบ้าน บางรายจะมีข้อห้าม เช่น ห้ามรับประทานของแสลงต่าง ๆ

การเปรียบเทียบ	การรักษาแผนปัจจุบัน	การรักษาแผนพื้นบ้าน
4.9 การดูแลหลังรับการรักษา หลังจาก 24 ชั่วโมงแรก	<ul style="list-style-type: none"> -แพทย์เปิดตาและตรวจตาผู้ป่วยในเช้าวันรุ่งขึ้น -พยาบาลทำความสะอาดเช็ดตา ทยอดตา และปิดตาด้วย eye pad ครอบ eye shield ให้ผู้ป่วย -พยาบาลทยอดตาให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งอาจเป็นทุก 1 ชั่วโมง ทุก 2 ชั่วโมง หรือวันละ 4 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย 	<ul style="list-style-type: none"> - ทมอเปิดตาผู้ป่วยในตอนเช้า เช็ดตา ทยอดตาและปิดตาด้วยผ้าก๊อซ หรือ eye pad - ทมอหรือผู้ช่วยเหลือจะทยอดตาให้ผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นเช้า-เย็น หรือวันละ 3 ครั้งบ้าง 4 ครั้งบ้าง แตกต่างกันในทมอพื้นบ้านแต่ละราย
4.10 ระยะเวลาพักรักษาตัว	-ประมาณ 1-3 วัน	- ประมาณ 5-7 วัน
4.11 การดูแลเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> -ได้รับยาทยอดตา ยาป้ายตา พร้อมคำแนะนำในการใช้เพื่อไปปฏิบัติต่อบ้าน -ได้รับใบนัดตรวจตามแพทย์นัดซึ่งจะประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังจากกลับบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - อาจจะได้รับแว่นตา ยารับประทาน หรือยาทยอดตาต่อที่บ้าน หรืออาจไม่ต้องใช้ยาอะไรเลย แล้วแต่ทมอพื้นบ้านแต่ละราย - ไม่มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ
4.12 คำแนะนำต่าง ๆ ที่ได้รับ	<ul style="list-style-type: none"> -การรักษาความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบนใบหน้า -การทยอดตาและป้ายตาที่ถูกต้องวิธี 	<ul style="list-style-type: none"> - การดูแลความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป และใบหน้า - พักผ่อนให้มากที่สุด ห้ามทำงานหนักเป็นเวลา 1-2 เดือน

การเปรียบเทียบ	การรักษาแผนปัจจุบัน	การรักษาแผนพื้นบ้าน
5. ค่ารักษา	<ul style="list-style-type: none"> - การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด - การมาตรวจตามแพทย์นัด - รวมถึงการรักษาทั้งในส่วนของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน คิดต่อตา 1 ข้าง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● การผ่าตัด ICCE/ECCE ประมาณ 4,000-7,000 บาท ● การผ่าตัด ECCE with IOL ประมาณ 10,000 บาท ● การผ่าตัด PE with IOL ประมาณ 20,000 บาท 	<ul style="list-style-type: none"> - ประมาณตั้งแต่ 600 บาท ถึง 20,000 บาท ต่อตา 1 ข้าง
6.การลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ามีสิทธิเบิกคั่นสังกัดของภาครัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ จะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด ส่วนค่าห้องพิเศษและค่าอาหารพิเศษสามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ 	<ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีการออกใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นจึงไม่สามารถนำไปเบิกค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ได้

การเปรียบเทียบ	การรักษาแผนปัจจุบัน	การรักษาแผนพื้นบ้าน
	<ul style="list-style-type: none"> - ถ้ามีบัตรประกันสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ต่าง ๆ จะใช้เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เกือบทั้งหมด ยกเว้นค่าเลนส์ตาเทียม - กรณีผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ จะผ่านหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ขออนุญาตค่ารักษาพยาบาลได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถต่อรองค่ารักษาได้จนเป็นที่พอใจทั้ง 2 ฝ่าย

4.4 ประสิทธิภาพการรักษา ประสิทธิภาพวัดได้จากผลงานที่เกิดขึ้น ประสิทธิภาพของการรักษาต่อกระจกเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังรับการรักษาต่อกระจก ซึ่งถ้าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพคือผู้ป่วยมีการมองเห็นที่ดีขึ้นดีกว่าก่อนการรักษาหรือดีขึ้นเป็นปกติ จากการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาต่อกระจกทั้งแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาต่อกระจกกับจักษุแพทย์ในโรงพยาบาลนั้นจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหลังรับการรักษาคือ ผู้ป่วยสามารถกลับมามองเห็นได้ดีกว่าเดิมทุกรายคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้านพบว่ามีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ผู้ป่วยยังมองเห็นดีอยู่ คือ ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนอีกร้อยละ 90 ได้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรับการรักษา ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคือ Phacolytic Glaucoma (ต้อหินซึ่งเกิดจากการสลายตัวของเลนส์ตา) คิดเป็นร้อยละ 66.66 Endophthalmitis (การอักเสบภายในโครงสร้างของลูกตา) คิดเป็นร้อยละ 16.67 ซึ่งพบเท่ากับตาบอด โดยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดขึ้นหลังรับการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 20 ปี โดยพบวาระยะ 6-10 ปี หลังรับการรักษาเป็นระยะเวลาที่เริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดคือคิดเป็นร้อยละ

บทที่ 5

สรุปอภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน เป็นการศึกษาถึงการดำรงอยู่ของทอมพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูกตราบมาจนถึงทุกวันนี้ได้ ท่ามกลางการรักษาต่อกระดูกแผนปัจจุบัน ซึ่งนับวันก็ยังมีวิวัฒนาการที่ทันสมัย โดยศึกษาถึงผู้ให้การรักษา ผู้รับการรักษา และกระบวนการรักษาโรค รวมทั้งบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนผลักดันให้การแพทย์พื้นบ้านยังคงอยู่ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาทอมพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูกจำนวน 3 ราย โดยศึกษาต่างสถานที่กันเปรียบเทียบกับจักษุแพทย์ที่ให้การรักษาต่อกระดูกในโรงพยาบาลของรัฐ และผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาต่อกระดูกทั้งสิ้น 40 ราย โดยแยกเป็นรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านจำนวน 20 ราย และแผนปัจจุบันจำนวน 20 ราย ระยะเวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 2 ปี นับตั้งแต่เดือนมกราคม 2538 ถึงเดือนธันวาคม 2539 การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ อาศัยการสังเกต การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึกทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ผลการศึกษาได้นำเสนอด้วยวิธีพรรณนาความและใช้สถิติความถี่ร้อยละ ประกอบการพรรณนาเพื่อให้เห็นภาพที่เด่นชัดขึ้น การศึกษาเปรียบเทียบครั้งนี้ทำการให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่ได้ ซึ่งเป็นหัวข้อใหญ่ที่จะวิเคราะห์ถึงในบทนี้

5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา : ปัจจัยที่ทำให้การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่เมื่อบุคคลประสบกับความเจ็บป่วยมักจะแสวงหาวิธีการที่จะช่วยให้ตนพ้นจากอาการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็อาจจะรักษาด้วยตนเอง แต่ถ้าเป็นอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุซับซ้อน ก็มักจะให้แพทย์เป็นผู้รักษา (สันทัด เสริมศรี และเจมส์ เอ็นโรลีย์ 2517: 12) ดังนั้นแพทย์จึงเป็นความหวังของผู้ป่วยที่จะช่วยให้พ้นจากสภาพความเจ็บป่วยทั้งปวง จากการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาในครั้งนี้ พบว่าในปัจจุบันยังมีทอมพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระดูกอยู่อีกเป็นจำนวนมากเกือบทั่วทุกจังหวัดในประเทศไทย แต่เป็นสิ่งที่ไม่สามารถยืนยันเป็นข้อมูลตัวเลขที่แน่นอนได้เนื่องจากไม่มีใครศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน ประกอบกับการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านเป็นการรักษาที่ถือว่าผิดกฎหมาย ดังนั้นผู้ประกอบการทางด้านนี้จึงไม่ค่อยเปิดเผยตัวเอง แต่ผู้ป่วยที่เลือกไปรักษากับทอมพื้นบ้านเหล่านี้ทราบได้อย่างไร และทำไมยังเลือกไปรักษาอยู่ ทั้ง ๆ ที่หลังรับการรักษาส่วนใหญ่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย และบางครั้งทำให้ผู้ป่วยถึงกับตาบอด เป็นเพราะจากข้อดีของการรักษาแผนพื้นบ้านหรือข้อดีของการรักษาแผนปัจจุบันหรืออย่างไร ดังนั้นในหัวข้อนี้จะวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนผลักดันให้การรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านยังคงดำรงอยู่

1. เครือข่ายทางสังคม : ความเชื่อความศรัทธาในการรักษาแผนพื้นบ้าน

ความเชื่อความศรัทธาในการรักษาต่อกระดูกแผนพื้นบ้านพบว่าเป็นเพราะอิทธิพลจากเครือข่ายทางสังคมและจากประสบการณ์ของผู้ป่วยเองที่เคยตรวจรักษากับทอมผู้ให้การรักษาอยู่นี้มาก่อน อาจเป็นตาข้างหนึ่งและหายจากอาการที่เป็นอยู่คือสามารถกลับมามองเห็นได้อีก

หรืออาจเคยพาญาติพี่น้องมารักษาแล้วหาย และเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนนี้ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด จึงทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการรักษาของหมอผู้ให้การรักษาเพราะมาจากประสบการณ์ของตนเองโดยตรง ในขณะที่มีผู้ป่วยบางส่วนจะรู้จักและมาหาหมอที่บ้านจากการแนะนำของญาติ พี่น้องหรือผู้ใกล้ชิดเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมักเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์เคยรักษามาก่อน คำแนะนำ เหล่านี้จึงมักจะเป็นคำแนะนำที่มีความเชื่อมั่นศรัทธาในตัวหมอ ในแง่ประสิทธิภาพในการรักษาว่า จะรักษาให้มองเห็นได้หรือการใช้เวลาในการรักษาที่ไม่นาน ไม่เจ็บ ไม่ต้องผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยซึ่ง กำลังอยู่ในภาวะที่ต้องการหายจากอาการของโรคที่เป็นอยู่ ตัดสินใจรับการรักษาเพราะคำแนะนำ ของญาติพี่น้องหรือผู้ใกล้ชิดดังกล่าวซึ่งได้สร้างความมั่นใจ และความศรัทธาให้เกิดขึ้นในใจของผู้ป่วย ด้วยเช่นกัน

ความมั่นใจและความศรัทธานั้นอาจเกิดจากการได้รับรู้ถึงประสิทธิภาพ ของกระบวนการรักษา ไม่ว่าจะเป็นความสามารถที่จะมองเห็นทันทีหลังรักษา หรือแม้แต่เรื่องของอำนาจ เทนือธรรมชาติ ที่ค่อนข้างเป็นไสยศาสตร์ อันได้แก่การไหว้ครู การนั่งสมาธิ หรือบริกรรมคาถาก่อนการ รักษา เป็นต้น เรื่องของพิธีกรรมแม้ว่าจะไม่สามารถพิสูจน์ออกมาได้ว่า มีส่วนช่วยในการรักษาพยาบาล โดยตรงได้ตามความเชื่อหรือไม่ แต่ก็อาจวิเคราะห์ที่ได้ถึงบทบาทของพิธีกรรมในแง่ที่เป็น psychological function (มะลิ ลิวานานท์ชัย และคณะ 2534:69) แก่ผู้ป่วย ในด้านการสร้างความเชื่อมั่นและ ศรัทธา อันส่งผลมายังความรู้สึกที่มีกำลังใจของผู้ป่วย นับเป็นผลกระทบทางอ้อมที่ให้ผลดีอย่างหนึ่ง ดัง คำอธิบายของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2531 อ้างในมะลิ ลิวานานท์ชัย และคณะ 2534: 69-70) ที่ว่า “ในขณะที่ทำการรักษาจะต้องกลมกลืนอันหนึ่งอันเดียวกับพิธีกรรม ทั้งทางร่างกายและ จิตใจจึงอยู่ในห้วงสมาธิที่สงบนิ่ง ไม่เปิดช่องแก่โมหะจริตหรือโทษะจริตเข้าครอบงำ พิธีกรรมจึงเปรียบ เสมือนภูมิธรรมที่คุ้มครองจิตใจของแพทย์ให้ตั้งมั่นอยู่ในความดี เป็นที่รักและศรัทธาของผู้ป่วย การตั้ง สมาธิภาวนาให้ผู้ป่วยหาย แท้จริงเป็นการเจริญเมตตาภาวนาอันเป็นกุศโลบายทางพุทธศาสนาที่กลม่อม เกลาจิตใจของผู้ภาวนาให้เปี่ยมล้นด้วยความรัก ความเมตตาต่อมนุษย์” นอกจากนี้อิทธิพลของสิ่งเทนิอ ธรรมชาตียังมีผลต่อความเชื่อมั่นในการรักษาของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะกับผู้ที่ยังมีพื้นฐานความเชื่อ ในอำนาจเทนิอธรรมชาตียันเป็นลักษณะของคนไทยในชนบท ซึ่งเหล่านี้เป็นความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นต่อ กระบวนการรักษา หรือการสร้างเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจในตัวแพทย์มากยิ่งขึ้น ดังในคำ พูดยกย่องว่า “ถ้าหมอรักษาแล้วมองไม่เห็น ไม่เอาเงินค่ารักษา” หรือ “ตั้งแต่ที่รักษามาผู้ป่วยมองเห็นดีกัน หมดทุกคน และก็นำคนอื่นมารักษาอีกเรื่อยๆ” เป็นต้น เป็นการสร้างความมั่นใจและความศรัทธาให้ เกิดขึ้นในใจของผู้ป่วยผู้มารับการรักษา และหากพิจารณาในลักษณะที่มองระบบการแพทย์ว่าเป็นองค์ รวมที่เห็นความสัมพันธ์ระหว่างกายและใจแล้ว ก็พบว่าความเชื่อและศรัทธาเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความ รู้สึกแก่ผู้ป่วยในรูปของกำลังใจ โดยเกิดกำลังใจว่าตนเองได้รับการรักษามาจากแพทย์ผู้มีความสามารถ และได้ผ่านกระบวนการทำพิธีต่างๆ ที่สามารถช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น และสุดท้ายเป็น

ความมั่นใจว่าตนเองกำลังจะหาย จะสามารถมองเห็นได้อีก ซึ่งเรื่องของกำลังใจนี้เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน แล้วว่ามีส่วนช่วยอย่างมากต่อการหายของผู้ป่วย ทั้งของหมอพื้นบ้าน ตั้งคำสัมภาษณ์ของนางพรสมิทช์ วิชชาการ (เรียบ อดิแพทย์) นายกสมาตราเมสส์และอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย (อ้างใน มะลิ ลิวนานนท์ชัย และคณะ 2534:77) และแม้แต่ของแพทย์แผนปัจจุบันเองก็ตาม ซึ่งนายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ (2522:9) ได้เคยกล่าวว่าความเชื่อ ความศรัทธา ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือหายจากโรคภัยไข้เจ็บได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาทางใจอันเป็นผลมาจากความเชื่อมั่นและศรัทธา ก็ย่อมส่งผลมาถึงการบำบัดรักษาทางกายในแง่ของกำลังใจด้วย

2 ความไม่รู้สึกละเลยแยกของผู้ป่วยต่อระบบการรักษาพยาบาลแผนพื้นบ้าน การแพทย์พื้นบ้านของไทยได้สังเคราะห์ที่ขึ้นและได้ถ่ายทอดมาในลักษณะการแพทย์แบบประสบการณ์ของท้องถิ่น มีระบบความเชื่อและกระบวนการรักษาโรคแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของชาวบ้านในท้องถิ่น (รุจิราถ ธรรมสิขุ 2537:2) เช่นเดียวกับการรักษาโรคต่อกระเจกของหมอพื้นบ้าน หมอพื้นบ้านเป็นคนท้องถิ่นที่เติบโตมาในวัฒนธรรมเดียวกับผู้ป่วยหรือในแวดวงของวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ความคิดหรือทัศนคติพื้นฐานหลัก ๆ ของหมอผู้ให้บริการไม่แตกต่างจากผู้รับบริการเท่าไร ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าระบบวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย และวิธีการบำบัดรักษาด้วย (มะลิ ลิวนานนท์ชัย 2534:77) ดังนั้นหากไม่มีความขัดแย้งทางความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกแปลกแยกที่จะมีต่อกันเหมือนคนแปลกหน้าก็จะมี นอกจากนี้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะมีระดับชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่จะเป็นชาวบ้านทั่ว ๆ ไป จึงมีความเข้าใจและสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีและเป็นกันเอง เป็นลักษณะการสื่อสารที่เรียกว่า Two way communication ทำให้สามารถสร้างความรู้สึกอบอุ่นใกล้ชิดและมีความเข้าใจผู้ป่วยได้มาก เพราะมีจุดร่วมในการมองสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกัน หรือมีการใช้ภาษาในการสื่อสารที่เป็นภาษาเดียวกัน หรือใช้ภาษาที่ไม่ซับซ้อน ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคยและวางใจในตัวหมอผู้ให้การรักษา ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาดูกระเจก 2 ใน 3 ราย เป็นคนพื้นบ้านที่เกิดและเติบโตในบริเวณเดียวกับแหล่งที่สถานบริการตั้งอยู่ ส่วนอีก 1 ราย ได้ย้ายมาตั้งรกรากในแหล่งที่รักษามากกว่า 30 ปี ดังนั้นจึงมีความคุ้นเคยกับผู้มารับการรักษาที่เป็นคนในบริเวณนั้นหรือบริเวณใกล้เคียง และหากพิจารณาจากผู้ที่มารับการรักษาที่มาจากที่อื่นก็พบว่า มักเป็นผู้ที่มาจากอำเภอใกล้เคียง หรือจังหวัดใกล้เคียงแทบทั้งสิ้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักจะได้รับคำแนะนำให้มารักษาอีกต่อหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการฟังรายการวิทยุกระจายเสียงพูดเชิญชวนให้มารักษาในสำเนียงที่คุ้นหู สร้างความมั่นใจ ประกอบกับได้รับการฟังบ่อย ๆ หรือจากบุคคลที่คุ้นเคยและเคยได้รับการรักษามาก่อน และประสบความสำเร็จมาแล้ว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาและหมอพื้นบ้านได้พูดคุยซักถาม หรือถามถึง

บุคคลที่แนะนำมา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยเป็นกันเอง และไม่รู้สึกว่าแปลกแยก นอกจากนี้ค่ารักษาที่ไม่แพงจนเกินไป สามารถต่อรองราคากันได้จนเป็นที่พอใจของทั้ง 2 ฝ่าย และถ้ารักษาแล้วมองไม่เห็นหมอไม่คิดเงินค่ารักษาเหล่านี้ เป็นต้น นำมาซึ่งความอบอุ่นและเชื่อถือต่อหมอที่บ้านยิ่งขึ้น

นอกจากความไม่แปลกแยกกับผู้ป่วยแล้ว ความรู้สึกคุ้นเคยกับบรรยากาศของสถานที่รักษา ไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศในการตรวจรักษาที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้ๆ หรือรูปแบบบริการมีลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีความเป็นเครือญาติสูง (รุ่งรังษิ วิบูลย์ชัย 2538:178) และเมื่อต้องพักรักษาตัว ผู้มาดูแลก็มักเป็นญาติสนิทที่รู้จัก โดยเป็นสามีหรือภรรยา หรือเป็นลูกหลาน สถานที่รักษาไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกน่าเกรงขามหรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย เพราะส่วนใหญ่จะเป็นบ้านของหมอที่บ้านหรือบ้านของผู้ป่วยเอง จึงปราศจากกลิ่นและสิ่งแวดล้อมที่อึดอัด ดังเช่นในโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นวัฒนธรรมใหม่ที่ชาวบ้านไม่คุ้นเคย และห่างไกลจากวิถีชีวิตของชาวบ้านมาก (กาญจนา คำสุวรรณ 2521: 63) เช่นเดียวกับฉลาดชาย รมิดานนท์ (2526 : 70-71) ที่ได้วิเคราะห์ถึงการแพทย์สมัยใหม่ว่ามีข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้ในสังคมตะวันออก เช่นในเรื่องของแพทย์ตามโรงพยาบาลที่มีเวลาคุยกับผู้ป่วยค่อนข้างจำกัด ทำให้มีผลทางอ้อมต่อผู้ป่วยคือ “ไม่เกิดความอุ่นใจ และไม่มั่นใจ” และบางครั้งยังมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร เพราะอธิบายในสิ่งที่ชาวบ้านไม่เข้าใจ หรือการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยตื่นกลัวสังเสียดได้เพราะ “สภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันจากหน้ามือเป็นหลังมือระหว่างบ้านของเขากับห้องในโรงพยาบาล” อีกทั้งกระบวนการก่อนการตรวจรักษาที่ซับซ้อน การตรวจรักษาที่ทำการในห้องที่มืดซัด หรือการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีพยาบาลดูแล ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวและเปลี่ยนสังคมใหม่ จากสังคมครอบครัวที่อบอุ่นมีลูกหลานคอยดูแล เป็นสังคมในโรงพยาบาลเต็มไปด้วยบุคคลที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยญาติจะสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดเท่านั้น และจะไม่อนุญาตให้ญาติอยู่เฝ้าผู้ป่วยสามัญได้ การรับประทานอาหารต้องรับประทานอาหารของโรงพยาบาลตามกำหนดเวลา บางครั้งต่างจากวิถีชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อย่างเช่นอาหารมื้อเย็นในโรงพยาบาลจะเป็นเวลาประมาณ 16.00-17.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่รู้สึกหิว แต่ก็จำเป็นต้องรับประทานอาหาร หรือเมื่อถึงเวลาประมาณ 20.00 น. ผู้ป่วยก็ต้องเข้านอนแล้ว เป็นต้น เหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ผิดกับการรักษาพยาบาลแผนที่บ้านที่มีบรรยากาศที่ผู้ป่วยคุ้นเคย จากเหตุผลเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่าจะไปรักษาที่หมอคนใด ก็มักจะมีแนวโน้มที่จะเลือกที่ที่ตนเองคิดว่าไปแล้วทำให้เกิดความสบายใจอีกทั้งเป็นที่ที่ตนเองเชื่อมั่นว่าสามารถรักษาให้หายจากอาการที่เป็นอยู่ได้

3. ความกลัวและไม่เข้าใจในกระบวนการรักษาแผนปัจจุบัน

กระบวนการรักษาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและไม่เข้าใจ เช่นการที่ต้องมาตรวจหลาย ๆ ครั้ง ทำให้เสียเวลากว่าจะได้รับยาตัดต่อรักษา หรือการต้องเจ็บตัว

จากการถูกเจาะเลือด เป็นต้น หรือเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่มีเทคโนโลยีล้ำหน้าผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ไม่รู้จัก เช่น การต้องถูกตัดขนตา การล้างตา หรือในการรักษาโรคจะมีทั้งการผ่าตัด การใช้แสงเลเซอร์ และในปัจจุบันมีการนำคลื่นเสียงความถี่สูงมาใช้ในการสลายเลนส์ต้อกระจก ในเรื่องการผ่าตัด การเข้าห้องผ่าตัด นำมาซึ่งหวาดกลัวระแวงอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตน ซึ่งข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่ามีถึงร้อยละ 20 ที่ให้เหตุผลว่ากลัวการมารักษาในโรงพยาบาล กลัวการผ่าตัด นอกจากนี้การกลัวสิ่งที่ยังมาไม่ถึง เช่น กลัวจะมองไม่เห็น กลัวความเจ็บ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ มีส่วนทำให้เกิดมากขึ้น หรือช่วยให้บรรเทาลงได้ จากคำพูด ลักษณะท่าทาง การปฏิบัติ การพยาบาลต่าง ๆ ดังที่ประคอง อินทรสมบัติ (2521อ้างในดวงรัตน์ ชมวงษ์ 2527:7) กล่าวว่า “พยาบาลมักคำนึงถึงความต้องการด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมุ่งดูแลอวัยวะที่เป็นโรค และรีบเร่งเพื่อให้งานเสร็จทันเวลา จนลืมนึกถึงสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความอบอุ่น และความเห็นอกเห็นใจน้อยลง” นอกจากนี้ผู้ป่วยมักคิดว่าผลของการผ่าตัดคือความเจ็บปวดและกลายเป็นคนพิการ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ถูกตัดอวัยวะบางส่วนทิ้งไป (ทิพย์สุดา เณรทอง 2534 : 260) เป็นความกลัวที่มาจากไม่รู้ หรือรู้แต่ไม่รู้จริง และในการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่เข้าใจและมีความรู้สึกว่าต้องยุ่งยากในการถอดใส่เลนส์เทียมทุกวัน เพราะเลนส์เทียมมีราคาแพง กลัวจะหล่นหาย กลัวจะแตกหัก เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจผิดและสับสนกับคอนแทคเลนส์ที่ต้องใส่หรือถอดล้างเป็นประจำ แต่เลนส์เทียมที่จักษุแพทย์ผ่าตัดใส่ในตาผู้ป่วยนี้เป็นการใส่ที่ถาวร เช่นเดียวกับเลนส์ตาของมนุษย์ เพียงแต่ให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะอยู่กับบุคคลนั้นไปตลอดชีวิต

การขาดความตระหนักต่อโรคที่ตนเป็นอยู่ อาจเป็นเพราะว่าต้อกระจกเป็นโรคที่ค่อยเป็นค่อยไปไม่เจ็บปวด ไม่ตาย เป็นในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพามากจะพักผ่อนอยู่กับบ้าน ทำงานบ้าน หรือไม่ทำงานที่ต้องใช้สายตามาก ดังนั้นการที่โรคนี้ไม่รุนแรงในทันทีทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการรับการรักษา เพราะคิดว่าไม่อันตราย ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล สามารถรักษากับหมอพื้นบ้านก็หายได้ ดังในผู้ป่วยที่ศึกษารายหนึ่งเลือกรักษาโรคเบาหวานกับแพทย์ในโรงพยาบาล และเลือกรักษาต้อกระจกกับหมอพื้นบ้าน ผู้ป่วยบอกว่าโรคเบาหวานเป็นอันตรายมาก ต้องเจาะเลือดและฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเคยซื้อค เพราะน้ำตาลในเลือดสูงต้องนอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ส่วนต้อกระจกเป็นโรคที่ไม่อันตราย เป็นแค่ตามัวไม่ปวดตาและไม่ตาย ดังนั้นสามารถให้หมอพื้นบ้านรักษาก็หายได้ การไม่เข้าใจและการขาดความตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการมารักษาต้อกระจกในครั้งแรกกับหมอพื้นบ้าน หรือการรักษาทวารแทรกซ้อนก็ตาม นำมาซึ่งการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ยากที่จะรักษาให้ผู้ป่วยจะกลับไปมองเห็นได้ดีดังเดิมเป็นที่ทำทนายบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอยู่

การรักษาต่อกระจกแผนปัจจุบัน นับวันก็ยังมีวิวัฒนาการใหม่ๆ เกิดขึ้นดังที่กล่าวมา จนทำให้ผู้ป่วยและญาติตามไม่ทัน ยิ่งถ้าเป็นประชาชนในชนบทยิ่งแล้วใหญ่ ความรู้สึกกลัวไม่กล้าเผชิญหน้ากับการรักษาแผนปัจจุบันยังมีในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมนำมาซึ่งกิจกรรมทางการแพทย์ที่แตกต่างไปในแต่ละวัฒนธรรมนั้นๆ ซึ่งเป็นผลสะท้อนของระบบความคิดของกลุ่มชนที่อาศัยอยู่ภายใต้ภาวะแวดล้อมที่ต่างกันทั้งทางสังคมและกายภาพ ระบบความคิดนี้ถูกกำหนดโดยกรอบที่ล้อมรอบโลกที่เป็นจริงที่กลุ่มชนนั้นจะสามารถหยั่งรู้ได้ตามเงื่อนไขกฎเกณฑ์แห่งความเป็นจริงอันนั้น (ปรีชา อุปโยธิน 2536 : 16) ความเป็นจริงที่ว่านี้หมายถึงความสำนึก และความเชื่อว่าเป็นสิ่งถูกต้อง อาจเป็นไปตามหลักตรรกวิทยาว่าด้วยเหตุผล ซึ่งไม่จำเป็นว่าจะจะเป็นสิ่งที่ต้องพิสูจน์ให้เห็นเป็นอย่างไรทางวิทยาศาสตร์ เมื่อเป็นเช่นนี้ความเชื่อในระบบการแพทย์ของแต่ละกลุ่มชนจึงตั้งขึ้นบนรากฐานของความเข้าใจร่วมกันที่บรรดาสมาชิกต่างยอมรับจนเป็นมาตรฐานของคนที่เชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

นอกจากนี้การประสบความล้มเหลวจากกระบวนการบริการทางด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้ประชาชนไม่พึงพอใจในการเข้ารับบริการรักษาก็เป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหันไปรักษาแผนพื้นบ้าน ซึ่งบางครั้งก็ไม่ได้ประสบกับตัวเองคือตนเองยังไม่เคยไปรับการรักษา แต่ได้ฟังหรือรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ไม่ดีที่กล่าวขานกันจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูง ผนวกกับตนเองไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน บางครั้งทำให้ตีความไปผิด ๆ หรือหวาดกลัวการผ่าตัดได้

4. นิสัยคนไทย

ในเรื่องเกี่ยวกับนิสัยคนไทยนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การแพทย์พื้นบ้านดำรงอยู่ได้จนถึงทุกวันนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาต่อกระจกแผนพื้นบ้าน ซึ่งถือว่าการรักษาที่ผิดกฎหมาย ไม่สามารถยอมรับได้สำหรับแพทย์สมัยใหม่ในปัจจุบัน เพราะนอกจากจะทำให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังเป็นการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2466 ซึ่งได้ให้คำจำกัดความแพทย์แผนโบราณ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ 2530 : 106) ไว้ว่า “แพทย์แผนโบราณ หมายถึง ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราอันมีแต่โบราณ โดยมีได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์” คือหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระจก จะให้การรักษาผู้ป่วยโดยการใช้อุปกรณ์การแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาผสมผสาน ไม่ว่าจะเป็นเข็มฉีดยา ยาหยอดตา ฯลฯ เหล่านี้ยังเป็นสิ่งที่พอจะอลุ่มอล่วยกันได้ แต่การที่มีการเจาะ กัด หรือที่มแทงเข้าไปในอวัยวะคือตาของผู้ป่วยเพื่อให้เลนส์ตาดกไปในด้านหลังตานั้น เป็นการผิดพระราชบัญญัติและจรรยาบรรณของหมอพื้นบ้านอย่างสิ้นเชิง นำมาซึ่งอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างมาก

มาย และที่อันตรายที่สุดคือต้องกลายเป็นบุคคลที่พิการทางสายตา นำมาซึ่งปัญหาต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติต่อไป

ในผู้ป่วยต่อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษากับหมอฟันบ้าน ดังกล่าว และได้กลับมารักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นกับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล จากการศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยต่อหมอฟันบ้านที่ตนไปรักษา โดยแยกเป็นทัศนคติหลังรับการรักษาใหม่ ๆ และทัศนคติในปัจจุบันที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งทัศนคติอย่างหลังนี้ผู้ป่วยทราบแล้วว่าเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการรักษากับหมอฟันบ้านมา ซึ่งถ้าแพทย์หรือพยาบาลไม่ได้บอกผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเข้าใจว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นมาใหม่ ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่หมอฟันบ้านมาก่อน ผลการศึกษาพบว่าในทัศนคติของผู้ป่วยหลังการรักษาใหม่ ๆ นั้น จะเป็นทัศนคติที่ดีถึงร้อยละ 95 ส่วนทัศนคติในปัจจุบันที่สัมภาษณ์นั้นจะมีทัศนคติที่ดีร้อยละ 55 ทัศนคติที่ไม่ดีต่อหมอฟันบ้านร้อยละ 20 และอีกร้อยละ 25 เป็นทัศนคติที่เฉย ๆ ซึ่งจากหลาย ๆ คำพูดของผู้ป่วยพบว่าเป็นการแสดงถึงลักษณะนิสัยของคนไทยทั้งสิ้น ดังตัวอย่างเช่น

“หมอให้ความเป็นกันเอง พูดภาษาเดียวกัน ไม่ค่อยน่ากลัวเหมือนในโรงพยาบาล ปัจจุบันไม่ได้รู้สึกโกรธหมอฟันบ้านเลย สิมเพราะนานมาแล้ว.....”

“หมอก็อยู่ของเขาดี ๆ เราไปหาเขาเอง ไม่โกรธหมอหรอก อโหสิให้แล้ว ยังไงเขาก็ช่วยให้เรามองเห็นมาตั้งนาน”

ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยข้างต้น ถ้าไม่ใช่ลักษณะนิสัยของคนไทยแล้วหมอฟันบ้านเหล่านี้คงจะไม่สามารถดำรงมาจนถึงทุกวันนี้ได้ ซึ่งลักษณะนิสัยของคนไทย หรือเรียกได้ว่าเป็น “ลักษณะนิสัยประจำชาติ” นั้น พลตรีดำเนิน เลงกุล (อ้างในเอกวิทย์ ณ ถลาง 2534 : 54) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าคือ “ลักษณะนิสัยบางอย่างที่บุคคลที่อยู่ภายในบริเวณติดต่อใกล้เคียงกันได้เติบโตขึ้นมาในสังคมเดียวกัน” และนิสัยของคนไทยในเรื่องทัศนคติต่อหมอฟันบ้านที่กล่าวมาพอสรุปได้ดังนี้

- ความเกรงใจ ความเกรงใจเป็นคุณสมบัติประการหนึ่งที่มีอยู่มากในอัธยาศัยของคนไทย ความเกรงใจคือ ความรู้สึกไม่อยากจะสร้างความยุ่งยากลำบากให้แก่ผู้อื่นเพื่อประโยชน์ของตน ในกรณีนี้คือผู้ป่วยมีความรู้สึกเกรงใจแพทย์ไม่กล้าโต้เถียง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่ตรงไปตรงมา กลัวอีกฝ่ายหนึ่งจะโกรธเคืองหรือเดือดร้อน อันที่จริงความเกรงใจน่าจะเป็นสิ่งที่ดีถ้าบุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกันมีความเกรงใจในขอบเขตที่พอสมควร แต่หากเกรงใจจนเกินไปจนแก้ปัญหาไม่ได้ และความเกรงใจกลายเป็นสิ่งที่ทำให้ทุกอย่างแก้ไขไม่ได้ ก็น่าเสียดายว่าคุณลักษณะที่ดีนี้กลายเป็นอุปสรรคของการแก้ปัญหาหรือการดำเนินกิจการให้ลุล่วง

- การประนีประนอมผ่อนสั้นผ่อนยาว โดยทั่วไปคนไทยไม่ชอบการตัดสินปัญหาในลักษณะเฝงผางแตกหัก แต่จะนิยมการผ่อนปรนยอมยอมเข้าหากันเมื่อมีกรณีขัดแย้ง (เอกวิทย์ ณ ถลาง 2534 : 67) ทั้งในครอบครัวในกิจการงาน หรือแม้การทำงานในระดับบ้านเมืองก็ตาม ประกอบกับคนไทยนับถือพุทธศาสนา ซึ่งสอนให้ละวาง มีเมตตา ไม่ยึดถือสิ่งใดมากเกินไป ดั่งข้อขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัวก็ดี คดีในศาลก็ดี มักจะปรากฏบ่อยๆ ว่าได้มีการประนีประนอมยอมความ เช่นเดียวกับการที่ผู้ป่วยต่อกระดูก ไม่คิดจะฟ้องร้องต่อหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาที่ผิดกฎหมายและยังเป็นอันตรายกับตนซึ่งอาจเป็นเพราะไม่ตระหนักหรือไม่รู้ว่าเป็นผลจากภาวะแทรกซ้อน จึงยังทำให้หมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูกยังคงดำรงอยู่ได้ในสังคมไทย

- ความไม่ผูกพยาบาท “เวรย่อมระงับด้วยการไม่จองเวร” คือ คติธรรมที่ได้อบรมสั่งสอนกันมาเป็นลำดับในวัฒนธรรมไทย ประกอบกับคนไทยส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธที่มีได้ผูกใจยึดถือสิ่งใดมาก ด้วยเห็นว่าล้วนแต่เป็นอนิจจัง วันหนึ่งพรุ่งนี้มีตราก็อาจกลับกลายเป็นศัตรู ศัตรูก็อาจกลายเป็นมิตร การผูกพยาบาทมีแต่จะทำให้จิตใจผู้ยึดถือมีแต่ความทุกข์เฝอผลลาญใจ ประสบการณ์ในชีวิตของคนทั่วไปก็ล้วนแต่สนับสนุนความจริงข้อนี้ คนไทยจึงมีลักษณะนิสัยไม่ผูกพยาบาทมักจะให้อภัยในความผิดพลาดบาปตมาทางที่มีมาได้ไม่ยาก ถึงแม้เรื่องนั้นจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองก็ตาม ประกอบกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมักใช้เวลานาน บางครั้งเป็น 10 ปีขึ้นไป จึงทำให้เกิดการลืมเลือนไปบ้างด้วย

- ความเชื่อในการเรื่องบุญบาป กฎแห่งกรรม และทางสายกลาง คนไทยเห็นว่าคนดีโดยทั่วไปจะต้องเป็นผู้เชื่อในกฎแห่งกรรม เชื่อเรื่องบุญบาป และเป็นผู้ที่เดินสายกลางไม่เข้มงวดหรือหนักหนาจนเกินไปในเรื่องนี้ทำให้วิถีของคนไทยเป็นไปอย่างเรื่อยๆ ไม่ยึดติดยืนรัยต่อสรรพสิ่งทั้งหลาย ชอบทำบุญเพื่อตัวเองจะได้สบายในชาตินี้และชาติหน้า เพราะคิดว่าผลบุญจะตามสนองตามกฎแห่งกรรม และคิดว่าผลบุญจะล้างบาปได้ ทางสายกลางที่พระพุทธศาสนากล่าวถึง คนไทยก็นำมาใช้ในการตัดสินใจทำให้เกิดความลังเลไม่รู้ว่าจะไปทางไหนแน่ บางครั้งก็เลยอยู่เฉย ๆ ไปเลยก็มี ซึ่งในผู้ป่วยที่ศึกษาจากการสัมภาษณ์พบว่า มีความเชื่อในเรื่องนี้กว่าร้อยละ 30

- การเคารพผู้อาวุโส ผู้อาวุโสหมายถึง ผู้ที่มีประสบการณ์มานาน รอบรู้มีอายุมากกว่า และมีตำแหน่งสูงกว่า เช่น พ่อ แม่ ครู อาจารย์ ญาติผู้ใหญ่ เจ้านาย เป็นต้น คนไทยในอดีตยกย่องให้ผู้อาวุโส เป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจเกือบทุกกรณี ทั้งนี้โดยให้เหตุผลว่าการตัดสินใจของผู้อาวุโส จะถูกต้องกว่า ดีกว่าเพราะมีประสบการณ์มากกว่า พฤติกรรมที่แสดงออกมามกลายเป็นนิสัยส่วนรวมคือ ขอมรับฟังเรื่องใดที่เห็นว่ายอมได้ก็ยอมเสีย เพื่อกันมิให้เกิดสภาพความขุ่นใจ เป็นการกระทำแบบบัวมีให้จ้ำน้ำมิให้ขุ่น (รัชนีกร เศรษฐ 2531 : 80) ดั่งในกรณีของผู้ป่วยกับหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูก เป็นต้น

- ความเชื่อไสยศาสตร์ และโหราศาสตร์ ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งของคนไทย เช่นเดียวกับชาวตะวันออกหลายชาติ คือเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ พิธีกรรมต่าง ๆ และโหราศาสตร์มาก คนไทยจะให้ความสำคัญกับเรื่องฤกษ์ยาม โชคชะดาราาศี และเชื่อถือในเรื่องเครื่องรางของขลัง สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย แม้คนส่วนใหญ่จะนับถือพุทธศาสนาอันเป็นศาสนาของความจริงตามเหตุและผลของธรรมชาติ แต่เราก็ไม่ละทิ้งความยึดถือสิ่งที่เป็นศาสตร์ลึกลับเช่น ไสยศาสตร์และโหราศาสตร์ จนเกือบจะกล่าวได้ว่าในยุคปัจจุบัน แม้จะเป็นยุคสมัยของวิทยาศาสตร์ คนไทยก็ยังเชื่อถือไสยศาสตร์โหราศาสตร์อยู่อย่างมากในการดำเนินชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย นอกจากรักษาตัวกับแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ยังนิยมการรดน้ำมนต์ สะเดาะเคราะห์ บวงสรวงเทพเจ้าที่ตนนับถือ บางทีก็รักษา “ทางใน” และทำบุญอุทิศให้เจ้ากรรมนายเวรทั้งหลาย เพื่อให้หายเจ็บไข้ (เอกวิทย์ ณ ถลาง 2534 : 85) เหล่านี้เป็นต้น เช่นเดียวกับหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูกบางรายมีการนำพิธีกรรมเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาเลื่อมใส เพิ่มความมั่นใจในตัวหมอยิ่งขึ้น นำมาซึ่งการบอกต่อ ๆ กันให้มารักษาที่หมอพื้นบ้านเหล่านี้ เพราะความเชื่อด้านไสยศาสตร์พิธีกรรมของคนไทยประการหนึ่ง

กล่าวโดยสรุป เนื่องจากโรคทางตาเป็นโรคที่มีข้อจำกัดต่อการรักษาพยาบาลแผนพื้นบ้าน โดยเฉพาะโรคต่อกระดูกนั้น การรักษาแผนพื้นบ้านนำมาซึ่งอันตรายต่อตาของผู้รักษาไม่ช้าก็เร็ว ซึ่งจะแตกต่างจากการรักษาแผนพื้นบ้านในโรคอื่น ๆ เช่น โรคกระดูก โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งจะให้ผลดีกับผู้ป่วยมากกว่า จริงอยู่การรักษาที่มิใช่แพทย์ถือเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในสายตาของแพทย์ เช่น หมอฉีดยา หรือถูกเรียกว่าเป็นหมอเถื่อน แต่ในความรู้สึกของชาวบ้าน เขาผู้นั้นได้ทำหน้าที่ทางสังคมของชุมชน ซึ่งก็ได้รับการยอมรับในฐานะ “หมอ” ตามคำนิยามและคำจำกัดความของชาวบ้านทั่วไปที่มีความต้องการบุคคลที่มีความสามารถที่จะบำบัดรักษาความเจ็บป่วยให้ตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างถูกต้องและชอบธรรม โดยไม่ได้สนใจว่าการที่เขาทำหน้าที่เช่นนั้นจะเป็นความผิดทางกฎหมาย สิ่งสำคัญที่สุดชาวบ้านต้องการก็คือ เมื่อเขาเจ็บป่วยและไปหาหมอฉีดยา วิธีการใด ๆ ที่หมอฉีดยาปฏิบัตินั้นจะบำบัดหรือรักษา (work) อาการของโรคได้แค่ไหน ถ้าหากหายเป็นปกติก็แสดงว่าหมอฉีดยาได้ทำหน้าที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพตามความคิดของชาวบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหมอฉีดยาสามารถใช้ยาชนิดเดียวกันกับแพทย์จริง ๆ (ปรีชา อุปโยธิน 2536 : 23) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีมุมมองต่อผู้ให้การรักษาแตกต่างกับมุมมองของบุคลากรผู้ให้การรักษาแผนปัจจุบัน ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ และการบำบัดรักษาอาการของโรคอย่างถูกต้อง ถูกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความจำเป็นที่ต้องปลูกฝังความรู้สึกตระหนักของผู้ป่วยต่อการเลือกรักษาโรคทางตา จึงเป็นเรื่องที่ผู้เกี่ยวข้องพึงกระทำอย่างเร่งด่วน ดีกว่าการต้องมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมาแล้ว และผลเสียก็คือ ที่การบุคคลที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ของประเทศชาติผู้นั้นต้องเสียดวงตาไป โดยไม่สามารถเรียกคืนมาได้

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการรักษาต่อกระจกโดยหมอพื้นบ้าน เป็นการให้การรักษาที่ไม่ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เพราะหลังรับการรักษานำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยเกือบทุกราย เพียงแต่ว่าช้าหรือเร็วเท่านั้น และ 1 ใน 2 ราย ของผู้ป่วยที่มารักษามีภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นตาบอด (ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ 2534:83) จริงอยู่แม้การรักษาเช่นนี้ในอดีตได้ช่วยแก้ปัญหาให้มนุษย์เราให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บได้ แต่ก็อาจเป็นโรคตาที่เกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ต่อกระจก และก็อาจมีความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคตาว่าจะหายหรือสูญเสียดวงตาไป ซึ่งอาจเป็นเรื่องที่ทราบกันอยู่ว่ามีผู้ป่วยโรคตาหลายรายที่หมอพื้นบ้านบอกว่าเป็นต่อกระจก แล้วรักษาด้วยการหยอดยาทำให้ตาบอด และแม้ว่าการแพทย์ปัจจุบัน ได้ค้นพบการรักษาโรคต่อกระจกอย่างได้ผลดี แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังคงเลือกไปรักษากับหมอพื้นบ้าน แล้วภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนกับมารักษากับโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากหมอพื้นบ้าน เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และเป็นพี่ของคนไทยมาช้านานประชาชนจึงให้ความไว้วางใจ โดยเฉพาะในสังคมชนบทที่การรักษาแผนปัจจุบันมีไม่เพียงพอและเข้าไม่ถึงประชาชน รวมทั้งการขาดความรู้ ความตระหนัก และความเข้าใจในด้านสุขภาพของประชาชนไทย จึงทำให้หลงเชื่อ และตัดสินใจเลือกรักษาที่ผิด ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ ด้วยความร่วมมืออย่างแท้จริงของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางการดำเนินการดังนี้

1) ให้ความรู้ด้านการดูแลรักษาสุขภาพกับประชาชนมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยปลูกฝังมาตั้งแต่เด็กในโรงเรียน เพื่อให้เด็กมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นรากฐานให้กับตัวเอง รวมทั้งมีการสืบสานความรู้ที่สืบทอดมาและสังคม เพื่อให้เข้าใจและตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดจากการดูแลรักษาสุขภาพที่ผิด โดยเฉพาะโรคบางโรคที่ไม่สามารถรักษาแผนพื้นบ้านได้ ดังเช่นโรคต่อกระจกเป็นต้น นอกจากนี้สื่อมวลชนต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นกำลังสำคัญยิ่งที่จะช่วยในการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเพื่อให้เข้าถึงประชาชนมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นสื่อทางสายตาหรือสื่อทางการได้ยินต่าง ๆ แต่ทั้งนี้และทั้งนั้นสื่อมวลชนเหมือนดาบสองคม การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ หรือการโฆษณาชวนเชื่อที่ผิด ๆ แก่ประชาชน ย่อมนำมาซึ่งอันตรายได้โดยเฉพาะประชาชนในชนบทที่ห่างไกลความเจริญ รัฐบาลควรเน้นและให้ความสำคัญมากเป็นพิเศษ ทั้งนี้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกคนควรมีความตระหนักและร่วมมือในการที่จะให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อให้เขาสามารถแยกแยะและตัดสินใจเพื่อตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2) ให้ความรู้และความสำคัญกับหมอพื้นบ้าน โดยจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับชนิดของโรคที่หมอพื้นบ้านสามารถและไม่สามารถรักษาได้ มีการนิเทศและตรวจ

สออบการดำเนินงานของหมอพื้นบ้านแต่ละราย รวมทั้งการกวาดขันและเข้ฆงวคกับสถานพยาบาลแผนโบราณที่เปดดำเนินการและให้การรักษากับประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอพื้นบ้านที่รักษาต่อกระดูกและโรคอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายควรรคาค้างถึงคักยภาพของตนเอง จรรยาบรรณ ความรับผิดชอบ และขีดความสามารถที่ตนจะรักษาได้ รวมทั้งความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษา มีใจทวังแต่เพื่อประโยชน์ส่วนตัวแต่เพียงฝ่ายเดียว

3) ขยายการบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้เข้าถึงประชาชนมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัด และชนบทที่ห่างไกล รวมทั้งพัฒนาคักยภาพและความสามารถของการรักษาและบริการให้เป็นที่ยอมรับของประชาชน ดำเนินการให้การติดต่อกับโรงพยาบาลมีความสะดวกรวดเร็วขึ้น ดัดขันตอนที่ทำให้เย็นเยื่อและไม่จำเป็นออกไป ข้อต่อยอย่างหนึ่งของการรักษาแผนปัจจุบันที่ไม่สามารถเทียบได้กับการรักษาแผนพื้นบ้านคือการที่ประชาชนส่วนใหญ่รู้สึกว้าห่างไกลกับผู้ให้การรักษา คือ สัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความห่างกันมากและเป็นไปในทางดิ่ง คือ ความสัมพันธ์จากบนมาสู่ล่าง แพทย์มักจะเป็นคนออกคำสั่งและให้ข้อคิดเห็นฝ่ายเดียว นอกจากนี้แพทย์จะสนใจอยู่แต่การรักษาโรคโดยขาดความสนใจผู้มาใช้บริการในด้านจิตใจ ไม่เอาใจใส่ลักษณะทางวัฒนธรรม และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งตรงกันข้ามกับลักษณะของหมอพื้นบ้านที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถซักถามหมอจนเป็นที่พอใจและหมอก็มีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ไม่ต้องเร่งรีบในการรักษา นอกจากนี้ญาติพี่น้องของผู้ป่วยยังมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นการสร้างเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งการให้การรักษาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลจะไม่มีสิ่งเหล่านี้เลย ทำอย่างไรจึงจะปลูกจิตสำนึกของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขให้เข้าถึงได้ ซึ่งในปัจจุบันมีหลายประการที่ผู้วิจัยเห็นด้วยและควรจะสนับสนุนต่อไป เช่น แพทย์ที่จบการศึกษาในสถาบันของรัฐต้องไปทำงานใช้ทุนในโรงพยาบาลต่างจังหวัด หรือมีการฝึกภาคสนามในชุมชน เพื่อจะได้พบเห็นสภาพที่แท้จริงอย่างน้อยก็สามารถทราบได้ถึงความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน

5.2.2 ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาไม่สามารถเข้าถึงตัวหมอพื้นบ้านที่ให้การรักษาต่อกระดูกได้อย่างแท้จริง การพูดคุยสัมภาษณ์เป็นแบบไม่เป็นทางการ ผู้ศึกษาไม่สามารถเปิดเผยตัวเอง รวมทั้งหมอพื้นบ้านเอง ก็ไม่อาจเปิดเผยข้อมูลทั้งหมด มักจะตอบคำถามอย่างเลี่ยง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะไม่อนุญาตให้บุคคลอื่นเข้าดูขณะทำการรักษา บอกว่าเป็นความลับสืบทอดต่อกันมา คนที่จะดูได้ต้องเป็นญาติพี่น้องกับหมอพื้นบ้านเท่านั้น ดังนั้นข้อมูลที่ผู้ศึกษารวบรวมได้ จะได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาที่หมอพื้นบ้านเหล่านั้นมาแล้ว โดยจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารักษาภาวะแทรกซ้อน

จากการรักษาต่อกระดูกดังกล่าวในโรงพยาบาลอีกต่อหนึ่ง การเก็บข้อมูลค่อนข้างยาก ต้องใช้เวลาจากการศึกษาทำให้ทราบว่ามียาเสพติดที่บ้านที่ได้รับการรักษาต่อกระดูกอีกมาก โดยมีอยู่เกือบทุกจังหวัดในประเทศไทย ดังนั้นข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปคือ การศึกษาถึงการกระจายตัวของยาเสพติดที่บ้าน จำนวนมียาเสพติดที่บ้านที่ได้รับการรักษาต่อกระดูก ซึ่งยังไม่เคยมีผู้ใดทำการศึกษาวินิจฉัยในเรื่องนี้มาก่อน เป็นการนำไปสู่ขนาดของปัญหาทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว และจะเกิดขึ้นอีกในอนาคต เพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหายาเสพติดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์แผนปัจจุบันได้บ้างไม่มากก็น้อย



บรรณานุกรม

- กาญจนา คำสุวรรณ. "การสื่อสารระหว่างแพทย์กับคนไข้". วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 : (เม.ย. - มิ.ย. 2521) : 61-70.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ศิลปะภาพแม่ประจักษ์. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- _____ . แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- _____ . ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- ขุนราชเนตร. ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2. พิมพ์เป็นอนุสรณ์ในพิธีบูชาครูประจำปี 2516 ณ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม. ก.ย. 2516.
- จำนงค์ อังคนาวิตส์ลย์. "การพยาบาลผู้ป่วยโรคตา : บทบาทและความรับผิดชอบต่อผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา". การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2 : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2532.
- จวิวัฒน์ สุวรรณรักษ์ และคณะ. "ทัศนคติของประชาชนต่อวงการแพทย์". แพทยสภาสาร. ปีที่ 3 ฉบับที่ 6 (มิ.ย. 2517) : 409-422.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. "ประเพณีการทรงผีเจ้านายและบทบาททางสังคม : กรณีศึกษาในจังหวัด-เชียงใหม่". รายงานการวิจัย เพื่อเสนอในการประชุมใหญ่สามัญประจำปี สหสมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย : ระหว่างวันที่ 24-26 ก.ค. 2526.
- ชูชัย คูสุวรรณ. "โครงการรณรงค์ฟื้นฟูสภาพสายตาโรคต้อกระจก ในจังหวัดเชียงราย". วารสารจักษุศาสตร์. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-มิ.ย. 2535) : 174-182.
- ชื่นชม เจริญยุทธ. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- ชเนศ นันทวิสัย. "รายงานการสำรวจสภาวะตาบอดและโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศไทย พ.ศ. 2530". จักษุศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวย จำกัด, 2535.
- ชาย โพธิ์สีดา. "ไสยศาสตร์กับการรักษาพยาบาล". สังคมวิทยามานุษยวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โอเดียนสโตร์ , 2529.
- ดวงรัตน์ ช่มวงษ์. ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางจิตอารมณ์ในภาวะพวักความรู้สึของผู้ป่วยที่ปิดตา 2 ชั่วโมง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

- ถนอม เหล่ารักพงษ์. “ผลกระทบทางสังคมของผู้ป่วยตาบอดจากต่อกระจกในอินเดีย” จักษุ
สาธาณสุข. ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค. 2534) : 189-192.
- ทิพย์สุดา เณรทอง. การเลือกใช้บริการรักษาโรคแผนพื้นบ้านและแผนปัจจุบัน : กรณีศึกษาเฉพาะ
วัดโพธิ์ทองบนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลป-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “แนวคิดทางการแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย”. ในเอกสารประกอบการสอนชุด
วิชาสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่1-8 : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์,
2528.
- ทวีศักดิ์ จุลวัจนะ. โรคตา. กรุงเทพฯ : ฟีนีฟับิลซิง, 2534.
- นักรบ บิณชรี. ตำรายาสมนไพร แก่จัดก่อนไปหาแพทย์ (ยากลางบ้าน ของใกล้มือ). กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
- นิรามัย ใจเที่ยงวงศ์. แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรการแพทย์และสาธารณสุข.
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- นริรัตน์ อยู่สวัสดิ์. “การส่งเครื่องมือผ่าตัดโรคต่อกระจก”. การพยาบาลทางท้องผ่าตัด. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2531.
- บรรลุ ศิริพานิช. หมอกับคนไข้. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2536.
- บุษยมาส บุญใจเพชร. การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการรักษา
แผนโบราณและแผนปัจจุบัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2526.
- เบญจฯ ยอดดำเนิน. การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม : นครปฐม. โครงการ
เผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2537.
- เบญจฯ ยอดดำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล. “พฤติกรรมด้านสุขภาพของ
คนไทย”. ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยาการแพทย์. สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- เบญจวรรณ อธิจารกุล. ลักษณะของแพทย์ที่พึงปรารถนาในทัศนะของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล,
2527.

- ปัญญา สอนคม. “การพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุขด้านจักษุในภูมิภาค”. รายงานผลการดำเนินงานการประเมินผลโครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาทิการ. กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- ปัทมา วาจามัน. ความสามารถทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานจักษุวิทยาของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ปรีชา อุปโยธิน. มานุษยวิทยากับระบบการแพทย์และสาธารณสุข. เอกสารประกอบการบรรยาย : คณะสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- พระเทพเวที (ประยุทธ ปยุตโต). “การแพทย์แนวพุทธ.” พฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ, 2533.
- มะลิ ลีวนานนท์ชัย และกาญจนา ตั้งชลทิพย์. ระบบความคิดความเชื่อและพฤติกรรมการศึกษาโรคกระดูกด้วยระบบการแพทย์แผนโบราณ. เอกสารงานวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ยุทธนา ศุภสมิติ. “อิทธิพลของต่างประเทศต่อการสาธารณสุขไทย”. ใน เอกสารประกอบการบรรยายสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชหน่วยที่ 10 : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528.
- ราตรี มฤคทัต. “การแพทย์พื้นบ้าน” ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพผู้ช่วยศาสตราจารย์ราตรี มฤคทัต และนายสมศักดิ์ วานิชวีรกิจ. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2535.
- รุ่งรังษี วิบูลย์ชัย. การดำรงอยู่ของแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมู่บ้านนาสีดา ตำบลข้าวปุ้นอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วัฒนธรรมศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- รุจิราถ อรรถสิษฐ์. การแพทย์พื้นบ้าน : มุมมองเพื่อการวิจัยและพัฒนา. เอกสารประกอบการบรรยาย : กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- รัชนิกร เศรษฐ์. โครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532.
- ลักคณา เกิดศิริ. การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแผนโบราณในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาวัดโพธิ์ฝ่ายสังฆาวาส. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- วิชาญ ศรีสุพรรณ. “ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาโรคต่อกระจก”. เอกสารประกอบการบรรยายการอบรมฟื้นฟูพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ ครั้งที่ 6. ณ โรงพยาบาล พระพุทธบาทจังหวัดสระบุรี. 23.25 ก.ค., 2533.
- _____ . “การบริการต่อกระจกในประเทศไทย”. ใน วารสารจักษุสาธารณสุข. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (ก.ค. - ธ.ค., 2535) : 139-147.

- วิทย์ เทียงบุญธรรม. พจนานุกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : รวมสาส์น
การพิมพ์, 2526.
- ศากุน แสงพานิช. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในทัศนะของผู้ป่วย ศึกษาเฉพาะกรณี
โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาวิทาลัยเกษตรศาสตร์, 2524.
- สกวรัตน์ คุณาวีรุต. “การผ่าตัดต้อกระจกอดีต-ปัจจุบัน.” ใน Thai J Ophthalmol. Vol.5 No.2
: (July-Dec. 1991) : 165-177.
- สันต์ ทัดถิรัตน์. หมอไม่ใช่เทวดา. กรุงเทพฯ ; มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2522.
- สันทัต เสริมศรี. “สังคมวิทยาของการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ.” ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา
สังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 1-8 : โรงพิมพ์จวันพิมพ์,
2528.
- สันทัต เสริมศรี และเจมส์ เอ็นโรลีย์. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการ
กำเนิดของคนไทย : การวิจัยชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัยสถาบันประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517.
- สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2536
- สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ. “ความก้าวหน้าในโครงการป้องกันคนตาบอด และควบคุมสายตาทิการ” และ
“Primary Eye Care in Primary Health Care” รายงานผลการดำเนินงานการประเมินผล
โครงการป้องกันตาบอดและควบคุมสายตาทิการ. กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- สมนึก ศิริพานทอง, พิศมัย ส่วนคร้ามดี และบัวแก้ว. “สภาพตาบอดในนักเรียนตาบอดโรงเรียนศึกษา
สงเคราะห์อำนาจเจริญ”. วารสารจักษุสาธารณสุข. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 : (ก.ค. - ธ.ค.2535) :
- สมศักดิ์ รัตมิตต์. จักษุสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวย, 2535.
- สมสงวน อัญญคุณ. “ต้อกระจก”. จักษุสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์สวย จำกัด,
กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- สัญญา ปิลกศิริ. จักษุวิทยาพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2522.
- สรพงษ์ ออประยูร. “Relative risk in Aphakia Axial myopia”. วารสารจักษุสาธารณสุข. ปีที่ 3
ฉบับที่ 1 (ม.ค. - มิ.ย. 2532) : 78-79
- สุรเกียรติ อชานานภาพ. “สถานการณ์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน” การแพทย์แผนไทย : ภูมิปัญญา
แห่งการพึ่งตนเอง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2530.
- สิวลี ศิริไล. จรรยาบรรณสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาสารคาม ; ปรินดาการพิมพ์, 2534.
- สุวิทย์ เกียรติเสวี. “ต้อกระจก...ผ่าตัดรักษาด้วยเทคนิคคลื่นเสียง” ใน เดลินิวส์. วันอาทิตย์ที่ 22
ตุลาคม 2538, หน้า 9

- สำลี ใจดี. “จริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์แผนไทย”. โครงสร้างความรู้สำหรับทมนวดพื้นบ้านหลัก
สูตร ก. โครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทย. กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- อัญชลี รัชกุล. การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม.
 วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวัฒนธรรมศึกษา). มหาวิทยาลัย
 มหิดล, 2538.
- อมรา ปานทับทิม. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์
ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519.
- อุมาพร อุดมทรัพย์กุล. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุเขตเมืองสุพรรณบุรี . วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาชีวสถิติ. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- อรรถัย รวยอาจิณ และคณะ. “ลักษณะประชากรด้านอาชีพฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับสุขภาพ”
ในเอกสารประกอบการสอนชุดวิชาประชากรกับสาธารณสุขหน่วยที่ 1-8 : บริษัทสารมวลชน
การพิมพ์, 2529.
- อารีย์ เจริญพงศ์. “ความรู้เรื่องต่อกระจก”. ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทย. กรุงเทพฯ : Prasit
Lutitanond publisher, 2526.
- เอกวิทย์ ณ ติลา. วิเคราะห์เอกลักษณ์ไทยในกระแสความเปลี่ยนแปลง กรุงเทพฯ : อัมรินทร์พรินติ้ง
 กรุ๊ป จำกัด, 2534.
- แอนก เพฆณวิษ. จิตวิทยาในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์,
 2528.
- Helman Cecil. Culture, Health and Illness. London : Wright and Sons Ltd. at The
 Stone bridge Press, 1984.
- Kleinman, A. “Patient and Healers in the Context of Culture”. Berkeley : University of
 California Press, 1980.
- Kroger, Axel. “Anthropological and Sociomedical Health Care Research in Developing
 Centers.” Social Science Medicine; Vol.17 No.3 (1983) : 147-161.
- Norman S. Jaffe. Cataract surgery and its complication. London : the C.V. mosby
 company, 1981.
- Beane Patricia Gauntlett, “cataract”. in Principles and Practice of Adult Health
Nursing. Canada (1994) : 1436-1445
- Kratz Richard P. and H.Johnshammas. Cataracts. London : J.B.Lippincott. Company,
 1991.

ภาคผนวก ก.

ตำรายารักษาโรคทางจักษุ จากศิลาจารึกวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม

ตำรายารักษาโรคทางจักษุ จากศิลาจารึกในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) นี้ ซึ่งพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จารึกไว้เมื่อ พ.ศ. 2375 ฉบับสมบูรณ์ ดังนี้

ฝาผนังศาลา ๗ (โรงเรียน)

ปูนระประหนึ่ง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักษุโรค อันบังเกิดแก่บุคคลทั้งหลาย สมมติว่าตานั้นมี ๑๘ จำพวก อันอาจารย์ท่านกล่าวไว้ในคัมภีร์อภัยสันตานิโธย วิตถาร ในที่นี้จะขอกกล่าวแต่สังเขป ให้พอพึงรู้ในลักษณะแต่น้อย มีในคัมภีร์แห่งอาจารย์จัดไว้ คือต่อกระจก ๙ ประการ ต่ออันเคษ ๘ ประการ เป็น ๑๘ ประการด้วยกัน ดังนี้

อันว่าต่อกระจกนั้นคือนิลกระจก กระจกแดง กระจกขาว กระจกเขียว กระจกเหลือง กระจกปรอท กระจกหลังเบี่ย วิงกระจกและต่อเคษ กระจกนั้น เป็น ๙ ประการ ดังนี้

และต่ออันเคษนั้น คือ ต้อเนื้อ ต้อเบี่ย ต้อฝักตบ ต้อแดน ต้อเพกา ต้อตาปู ต้อกงเกวียน ต้อเตื่อยไก่ และต้อกันทอย เป็น ๘ ประการ ดังนี้

ในลำดับนี้จะกล่าวแต่ต้อนิลกระจกนั้นก่อนเป็นปฐม และลักษณะต้อนิลกระจกนี้บังเกิดแต่ปิดตสัมภูฐาน มีสีอันดำวนดั่งกันทอย คลุมเข้าทับเอาแววจักษุ ๆ ก็มีมืดเข้าดั่งแดดบดและมักกระทำให้ทาวนอนมักอยากบริโภคน้ำของอันเปรี้ยวหวานยิ่งนัก ๆ

ถ้าจะแก้ เอาแก่นจันทร์เทศ ผลจันทร์ เทียนจักษุวิพา กานพลู พิมเสน ผลปราชัยาน ขมิ้นอ้อย ดองดิง สิ่งละ ๒ ส่วน พริกไทย จิงแห้ง สิ่งละกึ่งส่วน เอาแต่ส่วน ๑ ทำเป็นจุนแทรก น้ำมะนาวทำแห้งไว้ฝนด้วยน้ำท่า ใส่จักษุแก่ต้อนิลกระจกหายตั้นัก ๆ

ขนาน ๑ เอาโกรฐสอเทศ เทียนดำ เทียนขาว รากขี้กาขาว ขมิ้นอ้อย ทรวดาล ลิมดอง ดินถน้า เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนด้วยน้ำมะนาวทำแห้งไว้ใส่ตา แก่ต้อนิลกระจก หายตั้นัก ๆ

ยานัตถุ์ เอาเมล็ดในพิทูล ผงลาน ศีรษะเอื้องบก พิมเสน เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนนัตถุ์แก้ลมอันให้เสียตทางจักษุ บังเกิดให้ต้อนิลกระจกนั้นหายตั้นัก ๆ

ยาทา เอาเมล็ดในมะนาว ใบฝ้ายเทศ ใบฝ้ายไทย เอาเสมอภาค ฝิ่นรำหัดพอควร บดทาหลังจักษุ แก่ปวดเคืองในต้อนิลกระจก หายตั้นัก ๆ

ยาพอก ใบอัญชันทั้ง ๒ ขมิ้นอ้อย ข้าวสุก เอาเสมอภาคบพอกแม่เท้าให้ดูกลมทั้งปวง มิให้ขึ้นไปเสียตทางจักษุ หายวิเศษนัก ๆ

ฝ่าฝืนคำสั่ง ๗

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักษุโรค กล่าวคือต่อกระจากแดง เป็นคาร์บ ๒ บังเกิดขึ้นแต่ฝ่าเท้ากระทำให้ปวดเคืองและคันกลางใจเท้าทั่วไปทั้งฝ่าเท้า ให้เท้าร้อนดุจต้องเพลิงและมักให้ร้อนเนื้อและผิวหนัง เมื่อยสันหลังตลอดถึงต้นคอและให้เสียดแทงขึ้นไปงับทั้งสองข้างตั้งจะแตก กระทำอาการเป็น ๆ หาย ๆ ดังนี้ ประมาณ ๒-๓ เดือน แล้วก็สุดเป็นดวงขึ้นมาทับโอบเอาแนวจักษุ มีลักษณะดังพระจันทร์ครึ่งซีก จักษุนั้นก็มัวลงทุกวันจนมืดแลมิได้เห็นอันใดดังกล่าวมานี้ ๆ

ถ้าจะแก้ เอาเทียนดำ ดองดิง จิงแห้ง ใบเจตมูลเพลิง เอาเสมอภาค บดสุม กระหม่อม แก้ลมอันเกิดในต่อกระจากแดงนั้นหายดีนัก ๆ

ยาทา เอาเปลือกทองกลางใบมน ข้าวสาร อบเชยเทศ เปราะหอม ลิ่นทะเล จิงแห้ง ตีปลี แก้วแกลบ เปี้ยจั้น สังกะสี พิมเสน เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนันต์ฤกษ์แก้ลงทั้งปวง อันให้เสียดแทงในดวงจักษุ อันเกิดแห่งต่อกระจากแดงนั้นหายดีนัก ๆ

ยาใส่จักษุ เอาเมล็ดมะกล่ำขาว ผลจิกมา ผลยาง ผลสะบ้าลาย เปลือกแคแดง เมล็ดในละหุ่งแดง เมล็ดในส้มป่อย เมล็ดในอัญชันขาว บุกรอ กลอย สังกะสี เอาเสมอภาค ทำเป็นจุน เอาน้ำมะนาวเคล้าหมักไว้คืนหนึ่ง แล้วตากแดดให้แห้ง เอาน้ำเอาเค้นก็ได้ น้ำเอื้องแค ก็ได้ เป็นกระสายบดทำแห้งไว้ ผ่นด้วยน้ำค้ำใส่จักษุ แก้ต่อกระจากแดงหายวิเศษนัก ๆ

ขนาน ๑ เอาเมล็ดในผักไถ เมล็ดในมะกล่ำเครือ เมล็ดในอัญชัน เมล็ดในตำลึง ผักเป็ด ใบกระพังโตม พริกไทย จิงแห้ง กระเทียม สังกะสี เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนบดด้วยน้ำมะงั่วไว้ ผ่นด้วยน้ำท่าใส่จักษุให้แผ่ว แก้ต่อกระจากแดงและต่อต่าง ๆ หายวิเศษนัก ดังอาจารย์กล่าวไว้ ๆ

ฝ่าฝืนคำสั่ง ๗

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักษุโรค กล่าวคือต่อกระจากขาวนั้นเป็นคาร์บ ๓ บังเกิดขึ้นแต่แม่เท้าทั้ง ๒ ข้าง กว่าที่ตั้งดวงขึ้นมาตลอดแนวจักษุนั้นได้ กระทำอาการต่าง ๆ คือให้เมื่อยขึ้นมาตามเท้าทั้ง ๒ ข้าง บางทีให้สยะตสะดุ้งไปทั้งกาย บางทีให้เมื่อยถึงต้นคอและให้ปวดศีรษะรุมไป แล้วให้เสียดแทงในดวงจักษุดังจะทำลาย และจักษุนั้นก็มัวเข้า อาการดังกล่าวนานี้ ๆ

ถ้าจะแก้ เอาเทียนขาว ใบเทียนต้น ใบผักเสี้ยนผี ขมิ้นอ้อย เอาเสมอภาค บดพอกแม่เท้า แก้ต่อกระจากขาวและต่อกระจากทั้งปวดหายดีนัก ๆ

ยาทา เอาใบหญ้าน้ำดับไฟ ใบผักคราด ใบมะระ ใบบัวหลวง ใบปิบ ใบพรมมิ ใบบวมขม เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนบดทำแห้งไว้ละลายน้ำท่าทาหลังจักษุ แก้ปวดเคือง ต่อกระจากขาวหายดีนัก ๆ

ยาไล่จักษุ เอาตุกตำ ลิ่นทะเล ผลมะตูมอ่อน เนื้อโคสด เปลือกผลจันทน์เทศ สิ่งละส่วน ดินถน่ำ ๖ ส่วน ทำเป็นจุดบดด้วยน้ำมะนาวทำแห้งไว้ ผ่นด้วยน้ำค้างไล่จักษุแก้ต้อ-กระจกขาวและ ต้อกระจกทั้งปวง ทายวิเศษนี้ ๗

ขนาน ๑ เอาตุกตำ ดินถน่ำ ซาดก้อน บังลังก์ศิลา จันทน์แดง ว่านกบแตร ว่านร้อนทอง ลังกรณี เนระพูสี พิมเสน เอาเสมอภาค ทำเป็นจุดเอาหน้าผลประคำดีควาย ต้มเป็นกระสายบดทำ แห้งไว้ผ่นด้วยน้ำทำป้ายจักษุ แก้ปวดเคืองต้อกระจกขาวและต้อกระจกทั้งปวง ทายดินนี้ ๗

ยานัตถุ์ เอาใบปิบ ใบผักเต็ด ใบเข้าแป้น ดีปลี สิ่งละส่วน พริกไทย พิมเสน รำหัดพอดควร ทำเป็นจุดนัตถุ์แก้ลมอันบังเกิดในจักษุ สำหรับต้อกระจกขาวและต้อกระจกขาว และต้อกระจกทั้งปวง ทายดินนี้ ๗

ยาสุ่ม เอาไพล ๑ ตำลึง ผลมะกรูด ๓ ผล ต้มให้สุกแล้วเอาหอม ๑ ตำลึง ๑ บาท มะขาม เป็กรำหัดพอดควร บดสุ่มกระท่อมแก้มขึ้นศีรษะและแก้มวงเวียน แก้ศีรษะชุนล้มอันบังเกิดในจักษุ ต้อกระจกขาวและต้อกระจกทั้งปวง ทายดินนี้ ๗

คำลา ๗ เส้า ๔ แผ่น ๒

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักษุโรค กล่าวคือต้อกระจกเขียว นั้นเป็นคำรบ ๔ อันบังเกิดขึ้นแต่ดวงทฤทัย มีสีเขียวดูจางไปอันอ่อน เมื่อแรกจะเกิดขึ้นมานั้น เหตุด้วย เดินทางไปเห็นหยากเยื่อเชือกและไม้อันเล็กก็ตี เห็นเป็นจวงจวงอยู่ก็ตี กระทำให้ตกใจกลัว บางทีเห็นเป็น เส้นด้ายและเส้นผมมาผ่านติดที่อยู่หลังจักษุ เขามีอไปทยิบดู ก็หาถูกเส้นผมไม่ จึงรู้ว่าจักษุนั้นเป็น เอง บางทีอยู่ดี ๆ เป็นทั้งห้อยยาวพรายออกไปจากจักษุก็มี อาการดังนี้ ถ้าเป็นเข้าบ่อย ๆ ไปจน ๑-๒ เดือน จึงตั้งเป็นหมอกควันเข้าทับแววจักษุครั้งหนึ่ง ตั้งแต่นั้นไปดูสิ่งใด ๆ ก็ตี ก็เห็นเป็นแต่ครึ่งซีกและ ลักษณะซึ่งกล่าวมานี้ ๗

ถ้าจะแก้ เอาใบกุ่มทั้ง ๒ ใบเจตมูลเพลิง ใบฝ้ายทั้ง ๒ ขมิ้นอ้อย เอาเสมอภาคบดสุ่ม กระท่อมแก้มทั้งปวง และต้อกระจกเขียว ทายดินนี้ ๗

ยาทาหลังจักษุ เอาเมล็ดใบสมอพิเภก เมล็ดใบสมอเทศ บังลังก์ศิลา เอาเสมอภาค ทำเป็น จุดบดทำแห้งไว้ผ่นด้วยน้ำทำแทรกพิมเสน ยาหลังจักษุแก้ปวดเคืองฟกบวม อันบังเกิดในต้อกระจก เขียวนี้ ทายดินนี้ ๗

ยาไล่จักษุ เอาพิมเสน ดินถน่ำ บังลังก์ศิลา สมอพิเภก ผลกระวาน คำหวด รากพุทรา รากกระพังโหม ว่านน้ำ รำพัน หัวทุม พริกไทย จิงแห้ง กระเทียม ไพล รากข่าเกลือ เอา เสมอภาค ทำเป็นจุดเอาต้อจะเข้ ดิงูเทสิอม ดีตะพาน้ำ เป็นกระสายบดทำแห้งไว้ผ่นด้วยน้ำนมสตรี ซึ่งมีบุตรชายนั้นไล่จักษุแก้ต้อกระจกเขียวทายดินนี้ ๗

จนาน ๑ เอวรากอัญชันทั้ง ๒ รากชี้กาแดง รากขัดมอน สิ่งละส่วน ดินถนนำ ๔ ส่วน ทำเป็นจุน เอาน้ำมะนาวเป็นกระสายบดทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำทำใส่จักขุตามสมุฏฐานรื้อนและเย็น ให้แพทย์ พิจารณาให้ละเอียด แก้กัฏกระจกเขียวและแก้กัฏกระจกทั้งปวงทายตี้นัก ๗

ฝ่าผนังศาลา ๗

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ต้อกระจก เหลืองนั้นเป็นค้ำรบ ๕ บ้างเกิดขึ้นเพื่อปิดตสมุฏฐานคจจักขุไว้ กระทำอาการให้เมื่อยตัว บิดตัวไปมา แต่ทหาย ๗ ไปอยู่ดังนี้ และนานไปถึง ๙-๑๐ เดือน ที่สีเหลืองนั้นมาทับเอาจักขุข้างล่าง จะแลลงไป เบื้องต่ำก็มิได้เห็นชัดว่าสิ่งอันใด ถ้าแลไปเบื้องบนจึงเห็นชัดว่าสิ่งอันนั้น ๗ และจักขุนั้นก็มิวไปทุกวัน トラบเท่ามิต มิได้เห็นสิ่งอันใดเลย ๗

ถ้าจะแก้ เอาดอกมะลิ ดอกพิกุล ดอกกระดังงา เส่อมภาคดินประสีขาวรำหัดพอควร บดสุม กระหม่อม แก้มอันบังเกิดขึ้นในต้อกระจกเหลืองทายตี้นัก ๗

ยาทาหลังจักขุ เอาเมล็ดในสมอไทย บัลลังก์ศิลา ทินศิระษะ ปลาช่อน เบี้ยผู้ ขมิ้นอ้อย เอา เส่อมภาค ทำเป็นจุนบดทำแห้งไว้ฝนทาหลังจักขุ แก้กัฏกระจกต้อกระจกเหลืองทายตี้นัก ๗

ยานัตถุ์ เอาเมล็ดในพิกุล ผงลาน ศิระษะเอื้องม้า พิมเสน เอาเส่อมภาค ทำเป็นจุน นัตถุ์แก้ม อันบังเกิดในต้อกระจกเหลืองและต้อกระจกทั้งปวงทายพิเศษนัก ๗

ยาแผ้วจักขุ เอาโกฐสอ โกฐเขมา เทียนลัดตบุษย์ ผลจันทน์ ดอกจันทน์ ดอกจักกัณฑ์ แก่นจันทน์เทศ กานพลู ผลกระวาน พริกไทย ดีปลี จิงแห้ง กะทือ ไพล กระชาย ขมิ้นอ้อย สังกะสี ดินถนนำ เอาเส่อมภาค ทำเป็นจุนบดด้วยน้ำมะนาวทำแห้งไว้ฝนด้วยน้ำทำใส่จักขุ แก้กัฏกระจก เหลืองและต้อทั้งปวงทายตี้นัก ๗

ยาพอก เอาใบเข็มขาว ทางปลาช่อนเผา สารส้ม เอาเส่อมภาค บดพอกแม่เท้าให้ดูกลมอัน กำไว้บดขึ้นไปนั้นให้ส่งบลง แก้กัฏกระจกเหลืองทายพิเศษนัก ๗

ฝ่าผนังศาลา ๗ โรงเรียน

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ต้อกระจก พรอทนั้นเป็นค้ำรบ ๖ อันบังเกิดขึ้นมาแต่ช่ายดับ กระทำให้เมื่อยทั่วสรรพางค์กาย มักให้แน่นหน้าอก และมักให้หัว ทำการสิ่งใดมิแต่เมื่อยทอบ เป็นต้น ลักษณะดังนี้ ถ้าเป็นนานมาถึงปีหนึ่ง ๒ ปี ๓ ปี ก็ดี จึงตั้งเข้าทับเอาแววจักขุเป็นดวงกลมอยู่ดูสิ่งใดมิให้เห็น ๗

ถ้าจะแก้ เอาเทียนดำส่วน ๑ เจตมูล ๒ ส่วน เอาดินประสีขาว รำหัดพอควรบดสุมกระหม่อม แก้มอันบังเกิดในต้อกระจกพรอทและต้อกระจกทั้งปวงทายตี้นัก ๗

ยาใส่จักษุ เอาจีน ๑ บาท ตั้งไฟให้ละลายปลงไว้ให้เย็น เอาปรอทมหาติงศ์ สิ่งละ ๑ บาท ใส่ลงกวนให้กินกันแล้วจึงเอาน้ำหมากดิบ คาวทอยโง้ง เอาเท่ากันเป็นกระสายบดทำแห้งไว้ ผ่นด้วยน้ำเพ็ญเดือน ๑๒ บาท ใส่จักษุแก้ดอกระจกปรอท และดอกระจกทั้งปวงหายตึ๊งกั ฯ

ยาแผ้วจักษุ เอากระเทียม ดีปลี ทอมแดง สิ่งละส่วน ดินถนนำ ๓ ส่วน ถ้าจะให้เย็นเอาดินถนนำ ๖ ส่วน ทำเป็นจุดบดด้วยน้ำมะนาวทำแห้งไว้ ผ่นด้วยน้ำท่าใส่จักษุ แก้ดอกระจก ปรอทและดอกระจกทั้งปวงหายตึ๊งกั ฯ

ยานัดถุ์ เอาผงลาน พริกไทย จิงแห้ง ดีปลี กระเทียม ทอมแดง เอาเสมอภาค ทำเป็นจุดนัดถุ์แก้ลมอันบังเกิดในดอกระจกปรอทและดอกระจกทั้งปวงหายตึ๊งกั ฯ

ยาภายใน เอาโกฐทั้ง ๕ เทียน ทั้ง ๕ กานพลู สิ่งละส่วน เจตมูลเพลิง รากข้าพลุ สะค้าน จิงแห้ง รากมะกรูด รากมะนาว รากมะตูก รากมะทวด เง่าทญ่า ชันกาด ยาข้าวเย็นทั้ง ๒ แก่นสน แก่นซีเหล็ก แก่นผลสมทั้ง ๒ รากคนทีสอ สิ่งละ ๔ ส่วน ต้มตามวิธีใต้กิน แก้ลมอันบังเกิดในดอกระจกปรอทและลมทั้งปวงหายตึ๊งกั ฯ

ยาพอกแม่เท้า เอาใบประคำไก่ ใบสมอทะเล ออกเต่านา จิงแห้ง ไพล เอาเสมอภาค บดพอกแม่เข้าจักษุในดอกระจกปรอทหายตึ๊งกั ฯ

ผาผนังศาลา ๗

ปูนจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักษุโรค คือดอกระจกแวนนกยูง นั้นเป็นคำรบ ๗ อันบังเกิดขึ้นมาจากทรวงอก กระทำอาการให้เมื่อทุกข้อตั้งจะหลุด ให้ครั้นตัวและมักปิดตัวไปมา และให้บังเกิดโทษระโหมะ และให้มันตั้งศิระะเนือง ๆ ลักษณะดังกล่าวมานี้ ถ้านานไปเป็นควันพัดเอาแวนจักษุ เป็นดังแวนนกยูง และจักษุนั้นก็มัวไป ฯ

ยาจะแก้ เอาดินประสีขาวส่วน ๑ เมล็ดในมะละกอ ศิระะผักกาด สิ่งละ ๒ ส่วน บดสุ่ม กระหม่อม แก้ดอกระจกแวนนกยูงหายตึ๊งกั ฯ

ยาทาหลังจักษุ เอาสารส้ม ๑ สลึง ตั้งไฟให้คว้าง และเอาแป้งอำพัน ๑ สลึง กวนให้เป็นจุดใส่ลงในสารส้มทำแห้งไว้ ผ่นด้วยน้ำมะนาวแทรกสนิมเหล็กกรมควันเทียนให้ทั่ว ยาหลังจักษุ แก้ดอกระจกแวนนกยูง ซึ่งกระทำให้ปวดเคืองและดอกระจกทั้งปวงหายวิเศษนัก ฯ

ยาใส่จักษุ เอาเทียนดำ เทียนขาว มหาติงศ์ ดีปลี พริกไทย จิงแห้ง รากธัญชันขาว เอาเสมอภาค ทำเป็นจุดเอาน้ำผึ้งเป็นกระสาย บดทำแห้งไว้ผ่นด้วยน้ำดอกมะลิสดใส่จักษุแก้ดอกระจกแวนนกยูงหายตึ๊งกั ฯ

ยาใส่จักษุกัดแผล้ว เอาโกฐหัวบัว โกฐเจมา พิมเสน บังลังก์ศิลา ตริภฎก ตริผลลา รากพุด แท้วหมู รากขัดมอน รากทองกลางใบมน รากดำสิงตัวผู้ รากกระพังโหม รากทญ่านาง วานน้ำ เปราะหอม ไพล ข่าตาแดง จมื่นอ้อย ผลกระวาน กานพลู เอาเสมอภาค ทำเป็นจุดเอาน้ำตั้ง

เทสิมตัจระเจ็เป็นกระสาย บดทำแท่งไว้ฝนด้วยน้ำท่า ใส่จักขุแก้ต้อกระจกแววขุ่นและต้อกระจกทั้งปวง
หายตั้นัก ๗

ยานัตถุ์ เอาชะมดเชียง พิมเสน ดิงูเทสิม การบูร เนระพูสี จิงแห้ง ตีปลีตุกตำ ตัจระเจ็
เอาเสมอมภาค ทำเป็นจุนด์ถุ์แก้ลมอันบังเกิดในต้อกระจกแววขุ่นนั้นหายตั้นัก ๗

ยามายใน เอาโกฐสอ โกฐเขมา เทียนดำ กานพลู สิ่งละส่วน พริกไทย รากสามสิบสิ่งละ
๒ ส่วน บดละลายน้ำกินหนัก ๑ สลึง แก้ต้อกระจกแววขุ่นหายตั้นัก ๗

ฝาดนังศาลา ๗ โรงเรียน

บุณะจะประรัง ลำดับนี้จักกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ต้อวงกระจกนั้น
เป็นตำรบ ๘ บังเกิดขึ้นมาแต่รากขวัญ มักกระทำให้ขบเซ้าทวนอน ให้วิงเวียนศีรษะเป็นกำลัง จะดูสิ่งอัน
ใดก็เวียนไป บางทีตุจแมลงทวิบินออกไปจงจักขุ จักขุก็มัวไปทุก ๆ วัน จนแลดูสิ่งอันใดมิได้เห็น และ
ลักษณะต้อวงกระจกนี้เป็น อติสัยโรค รักษาไม่หาย ถ้าบังเกิดขึ้นแก่บุคคลผู้ใด ท่านว่าโบราณกรรมมา
ถึงผู้นั้น อาจารย์กล่าวไว้ให้รักษาไปตามบุญ โดยนัยสรรพคุณ ซึ่งท่านประมวลไว้ในก่อนเป็นตำราสืบ ๆ
กันมาดังนี้ ๗

ยาสุ่ม เอาขอดลำโพงแดง ๗ ขอด เมล็ดพันธุ์ผักกาด จิงสด ตีปลี เอาสิ่งละพอควร
บดสุ่มกระหม่อมไว้บดออกกลาง แก้ต้อกระจกซึ่งกระทำให้ปวดเคืองหายตั้นัก ๗

ยาทาหลังจักขุ เอาเทียนทั้ง ๕ จมื่นอ้อย เมล็ดในมะนาว ใบฝ้ายทั้ง ๒ เอาเสมอมภาค ทำเป็น
จุนด์ทำแท่งไว้ ทาหลังจักขุแก้ปวดเคืองและแก้บวมในต้อกระจกหายตั้นัก ๗

ยาใส่จักขุ เอาพิมเสน ผลจันท์ กฤษณา ขอนดอก รากผักคราด แก่นจันท์ ตุกตำ เอา
เสมอมภาค ทำเป็นจุนด์เอาหน้าตัจระเจ็เป็นกระสาย บดทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำผึ้งใส่จักขุ แก้ต้อวงกระจก
หายตั้นัก ๗

ยาแผ้วจักขุ เอาว่านเปราะ ทอมแดง ส้มุลแว้ง ตุกตำ ดินถน้า เอาเสมอมภาคทำเป็นจุนด์
ด้วยน้ำมะนาวทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าใส่จักขุ แก้ต้อวงกระจกหายตั้นัก ๗

ยานัตถุ์ เอาพริกไทย จิงแห้ง ตีปลี ลินทะเล ตัจระเจ็ การบูร น้ำประสารทอง ว่านน้ำ
ว่านเปราะ ดินตุตตุ่ ชะมดเชียง พิมเสน เอาเสมอมภาค ทำเป็นจุนด์ถุ์แก้จักขุ อันบังเกิดในต้อวง
กระจกหายตั้นัก ๗

ยามายใน เอาเทียนทั้ง ๕ กุ่มทั้ง ๒ มะรุม ข่าหลวง ข่าลิง จมื่นทั้ง ๒ ราก จิงชี้
ใบคนทีสอ ใบหนาด ใบกะเพรา สิ่งละส่วน มหาทิงศ์ ๑๘ ส่วน ทำเป็นจุนด์ละลายน้ำมะกรูดกิน ๑
สลึง แก้ลมอันบังเกิดในจักขุ ต้อวงกระจกนั้นหายติวิเศษนัก ๗

ผาผนังศาลา ๗ (โรงเรียน)

ปุณจะประรัง ลำดับจะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ต้อเศษกระจก นั้นเป็นตำรบ ๙ บังเกิดขึ้นแต่ชั่วดื่บกระทำอาการให้ยอกหน้าอกปลาบ ๑ ตั้งบุคคลเอาเข็มมาแทง บางทีเสียดโครงทั้ง ๒ ข้าง บางทีให้เมื่อยต้นคอ ปวดศีรษะ ปวดจักขุตั้งจะแตก ลักษณะดังกล่าวมานี้ ถ้านานไปหลายเดือน จึงตั้งดวงกรม ดุจเมล็ดมะกล่ำเครือ ออกทับเอาแววจักขุ ๑ นั้นก็มีวลงทุกวัน ๑ ตราบเท่ามิได้เห็นอันใดอันหนึ่ง อันว่าลักษณะต้อเศษกระจกนี้อาจารย์ ท่านกล่าวไว้ว่า เป็นอติสัยโรค รักษาไม่ตาย ถ้าบังเกิดขึ้นแก่บุคคลผู้ใด ว่าเป็นโบราณกรรมมาถึงผู้นั้น แต่ต้อ ๙ ประการ ซึ่งกล่าว แล้วในก่อนนั้นเป็นอสาทยโรครักษายากนัก บังเกิดแต่กองวาโยโลหิตระคนกัน ท่านจัดเป็นตรีโทษ ดังนี้ ๑

ในที่นี้จะกล่าวแต่สรรพยา แก่ต้อเศษกระจกสืบต่อไป ยาสูมเอาเจตมูลเพลิง รากจ๊กาทั้ง ๒ ดอกตั้ง สิ่งละส่วน เทียนดำ ๒ ส่วนบดสูมกระหม่อม แก้มอันบังเกิดสำหรับต้อเศษกระจกวิเศษนัก ๑ ยาทาจักขุ เอาใบหมากคืบน้ำค้าง ใบตำลึงแฉก ใบถอบแถบ ใบผักหวานบ้าน เอาเสมอภาค บดทาหลังจักขุแก่ปวดเคือง แก่บวมต้อเศษกระจกนั้นตั้นัก ๑

ยาใส่จักขุ เอาพิมเสน ดินถ่าน เปลือกมะไฟ รากมะกล่ำเครือ เมล็ดในมะกล่ำขาว ผลโศก จันทน์แดง เปราะหอม รากพุทซ้อน ขมิ้นอ้อย ไพล สิ่งละส่วน บังลังก์ศิลา ๒ ส่วน ดุกตำ ๓ ส่วน ทำเป็นจุน เอาเมล็ดมะกล่ำต้น เมล็ดมะกล่ำเครือ เมล็ดมะกล่ำดำมาทุบแช่น้ำทำไว้เป็นกระสายบดทำ แห่งไว้ ผนด้วยน้ำทำใส่จักขุ แก่ต้อเศษกระจกหายตั้นัก ๑

ยานัตถุ์ เอาพิมเสน ไพล ยาเพชรบูรณ์ ดิงูเหลื่อม เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนนัตถุ์แก้มอัน บังเกิดในต้อเศษกระจกตั้นัก ๑

ยาแก่ภายใน เองบอระเพ็ด เปล้าน้อย หอมแดง พริกไทย จึงแห้ง ดีปลี ผลข้าพลุ เจตมูลเพลิง สะค่าน เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนบดละลายน้ำเปลือกมะรุ่มต้มให้กินนัย ๑ สลึง แก่สรรพผลทั้งปวง เกิดขึ้นในจักขุสำหรับต้อเศษกระจกหายติวิเศษนัก ๑

ศาลา ๕ เสา ๕ แผ่น ๒

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือต้อทั้งหลาย อันเศษจากต้อกระจกทั้ง ๙ ประการ ในเบื้องต้นโดยนัยอาจารย์ท่านกล่าวมาแล้วแต่หลังนั้นสืบต่อไป อันว่าลักษณะอาการต้อทั้ง ๙ จำพวกนี้ มีประเภทต่อกัน คือต้อเนื้อ เป็นต้น และต่อกันทยอยเป็นที่สุด อันนี้เป็นที่สุด อันนี้เป็นตัวภายนอก เกิดจากกองวาโย โลหิตดำเดาระคนกันให้โทษ ถ้าเป็นในเดือน ๑ เป็นยาประยะโรค จัดเป็นเอกदानโทษ ถ้าเป็นจน ๒-๓ เดือนขึ้นไปจนถึง ๖ เดือน เป็นอสาทยโรค จัดเป็นทุวิณโทษ ถ้านานไปปี ๑ เป็นอติสัยโรค จัดเป็นตรีโทษเพราะเหตุว่าเข้าตั้งอยู่ในระหว่างมหา สันนิบาตนั้นแล้ว ตามอาจารย์ท่านกล่าวไว้ดังนี้ ๑

ในที่นี้จะกล่าวด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือต้อเนื้อนั้นก่อนเป็นคำรบ ๑๐ บังเกิดขึ้นแต่ดวงทภัย เป็นต้อขึ้นเนื้อทับเข้ามาถึงวงตาดำกระทำให้ปวดเคืองฟกบวม มีสีอันแดงส้มจักขุมิขึ้นดังกล่าวมานี้ ๗

ถ้าจะแก้ เอาใบลำโพงกาสลักกำมือ ๑ เมล็ดพันธุ์ผักกาด พริกไทย ตีปสี จึงสด รำหัดพอควร บดสุ่มกระหม่อม แก้มลยันบังเกิดสำหรับต้อเนื้อนี้หายตั้นัก ๗

ยาทาหลังจักขุ เอาเมล็ดสมอเทศ เมล็ดสมอไทย เมล็ดสมอพิเภก เอาเสมอภาคทำเป็นจุนบด ทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าทาหลังจักขุ แก้อต้อเนื้อปวดเคืองนั้นหายตั้นัก ๗

ยาใส่จักขุ เอาเมล็ดมะล้าขาว เมล็ดส้มป่อย เมล็ดมะเจือ ขึ้น มูลไก่ฟักในรัง รากผักโหมหัด รากผักโหมหิน รากข้าวแป้น เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนหมักน้ำผึ้งไว้คืน ๑ จึงบดด้วยน้ำมะนาวท่าแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำมะลิสดใส่จักขุชำระพอประมาณ แก้อจักขุโรคคือต้อเนื้อนั้นหายตั้นักแล ๗

ยาแผ้วจักขุดับพิษ เอาแก่นข้องแมว จันทน์ชะมด สิ่งละ ๒ ส่วน พิมเสน บังลังก์ศิลา กระลำพัก ตุ๊กตา สีเสียดเทศ แก่นสน เปลือกมะขามขบ สิ่งละ ๓ ส่วน ทำเป็นจุนหมักด้วยน้ำนมโคไว้คืน ๑ จึงบดท่าแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าใส่จักขุ แก้อต้อเนื้อซึ่งกระทำให้ปวดเคืองฟกบวมลิ้มจักขุ มิขึ้นนั้นหายวิเศษนัก ๗

คำสา ๗ เส้า ๒ แผ่น ๔

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ต้อหลังเบี่ยนนั้น เป็นคำรบ ๑๑ บังเกิดขึ้นมาแต่ท้องน้อย มักให้ปวดถ่วงท้องน้อยเป็นกำลังมีอาการกระทำต่าง ๗ ดูจกล่าวไว้ในแผ่นศิลาที่ ๑๐ นั้น ๗

ถ้าจะแก้ เอาเปลือกทองกลางใบมน ดินสอพอง เอาเสมอภาค ดินประสีขาว รำหัดพอควร บดทาหลังจักขุ แก้อปวดเคืองฟกบวมอันบังเกิดขึ้นสำหรับต้อหลังเบี่ยนนั้นหายตั้นัก ๗

ยาใส่จักขุ เอาละอองบวบขม ๑ ส่วน รากผักโหมหัด รากผักโหมหิน เมล็ดโต มะล้าขาว ผลสะบ้าลาย เมล็ดสะมุตสีดา รากอัญชันขาว สิ่งละ ๒ ส่วน ทำเป็นจุนบดท่าแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าใส่จักขุ แก้อต้อหลังเบี่ยน ถ้ามีฝงฝนด้วยน้ำบวบขมใส่จักขุชำระต้อลำไย และต้อเบี่ยนนั้นก็หายวิเศษนัก ๗

ยาแผ้วจักขุ เอาจันทน์แดง ดอกศิลาปากก็ ดอกสัตตบุษย์ ดอกมะลิวัล ดอกมะลิลา ดอกอัญชันขาว ดอกสารภี ดอกพิกุล บังลังก์ศิลา สิ่งละส่วน จันทน์เทศ ๔ ส่วน พิมเสนแต่พอรำหัดทำเป็นจุนบดด้วยน้ำดอกมะลิสด ท่าแห้งไว้ฝนใส่จักขุ แก้อต้อหลังเบี่ยนนั้นหายวิเศษนัก ๗

ขนาน ๑ เอาจึงสด ขมิ้นสด ไพลสด หอมสด ใบผักเค็ดสด สิ่งละส่วน ดินถนนำ ๔ ส่วน พริกไทย แต่พอรำหัด ทำเป็นจุนบดด้วยน้ำมะนาวท่าแห้งไว้ฝนใส่จักขุ แก้อต้อหลังเบี่ยนและต้อหลังทั้งปวงหายตั้นัก ๗

ยานัตถุ์ เอาผลผักชี หัวหมู มหาหิงคุ์ พริกไทย ตีปสี จึงแห้ง เบี่ยนผู้เผา เอาเสมอภาคทำเป็นจุน นัตถุ์แก้มลยันบังเกิดขึ้นสำหรับต้อหลังเบี่ยนและต้อทั้งปวงหายตั้นัก ๗

ยาภายใน เอาใบมะตูม หัวทุม ตีป्ली สิ่งละส่วน บุกรอบ บอระเพ็ด ผลสลอดสุทธิสิ่งละ ๒ ส่วน
กรุงเขมา สะค้ำน สิ่งส่วน เจตมูลเพลิง ๔ ส่วน ทำเป็นจุนบดละลายน้ำผึ้งให้กินหนัก ๑ สลึง แก้วด้อยท้ง
เบ็ญและด้อยท้งปวงทหายด้นัก ๗

ยาสุ่ม เอาใบลำโพงกาสลัก ใบเข็มขาว ใบบัวบก ขมิ้นอ้อย เอาเสมอมภาคบดกระท่อม แก้วด้อย
ท้งเบ็ญและสรพท้อยท้งปวงทหายวิเศษนัก ๗

ฝานนังศาลา ๗ โรงเรียน

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ด้อยฝักตบ
นั้นเป็นค้ำรบ ๑๒ บังเกิดขึ้นแต่ทรวงอกมักกระททำให้เจ็บในอกเนื่อง ๗ อันนี้แจ้งวิตรถารอยู่ในแผ่นศิลาที่
๑ โฉนแล้ว ๗

ถ้าจะแก้ว เอาตุกตำ ชะมัดเซียง พิมเสน ผลจิกนา ผลยาง เมล็ดมะกล่ำดำ เมล็ดมะกล่ำแดง
เมล็ดมะกล่ำขาว ดิจระเซ้ ดิงูเหลืออม เอาเสมอมภาค ทำเป็นจุนบดแก้ลม อันบังเกิดใน ด้อยฝักตบและด้อย
ท้งปวงทหายด้นัก ๗

ยาชำระด้อย เอากระดองเต่าเหลือง รากอัญชันท้ง ๒ รากมะกล่ำขาว เอาเสมอมภาคทำเป็นจุน
บดด้วยน้ำเถาดำสิงทำแห้งไว้ฝนจักขุ แก้วด้อยฝักตบท้งปวงทหายด้นัก ๗

ยาแผ้วไส่จักขุ เอากะทือ ไพล ดินถน้า สิ่งละส่วน จิงแห้ง ตีป्ली ขมิ้นอ้อย กะทือ ไพล
หอมแดง สิ่งละ ๒ ส่วน ทำเป็นจุนบดด้วยน้ำมะนาวทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำทำไส่จักขุแก้วด้อยฝักตบและ
ด้อยท้งปวงทหายด้นัก ๗

ยาทาจักขุ เอาผลมะนาวผล ๑ ฝานหัวเสียบ กระเทียม ฝืน ดิงูเหลืออม เอาเสมอมภาค
บดให้ละเอียดอุ่นไฟให้ร้อนกรุ่น ทาทหลังจักขุ แก้วปวัตเคืองฟกบวมแก้วด้อยฝักตบด้นัก ๗

ยานัตถุ์ ยาโกรฐทัวบัว ตีป्ली วานเประอะ ลินทะเล แก้วกลบ ชะเอมเทศ อบเชยเทศ พริกไทย
จิงแห้ง สิ่งละส่วน ชะมัดเซียง พิมเสน แต่พอรำหัด ทำเป็นจุน นัตแก้ลมท้งปวงและลมอันบังเกิด
ขึ้นสำหรับด้อยฝักตบด้นัก ๗

ยาภายใน เอาโกรฐสอ โกรฐเขมา เทียนท้ง ๕ ผลกระวาน กานพลู วานน้ำ เจตมูลเพลิง จิงแห้ง
พริกไทย ดองดิง หัวทุม เปล้าใหญ่ สมอท้ง ๓ สิ่งละส่วน เปลือกกันเกรา ตีป्लीสิ่งละ ๑๔ ส่วน ทำ
เป็นจุน บดละลายน้ำผึ้งให้กินหนัก ๑ สลึง แก้วลมอันบังเกิดขึ้นในด้อยฝักตบ และด้อยท้งปวงทหายด้นัก ๗

ฝานนังศาลา ๗ โรงเรียน

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะ จักขุโรค กล่าวคือด้อยเพกานั้นเป็น
ค้ำรบ ๑๔ บังเกิดขึ้นมาแต่รากขวัญมีสันฐานตั้งลิ้นสุนัข ลามเข้าทับเอาแววจักขุดำขาว ดิงูเหลืออม ฝัก
ปรีโภคฝักเพกานักจิงเป็น อาจารย์ท่านจิงสมมติว่าด้อยเพกาทตามนัยก่อนสำแดงไว้ ๗

ถ้าจะแก้ เอาเมล็ดมะกล่ำขาว เมล็ดในมะนาว เมล็ดในสะบ้าลาย เมล็ดในละหุ่งแดง ผลยาง ผลจิกนา บุกรอย กลอย เบี้ยผู้เผา สังข์เผา เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนเอาน้ำมะนาวหมักไว้ ๑ คืน เอาน้ำเฝ้าต้นเป็นกระสาย บดทำแห้งไว้ฝนใส่จักษุ แก้วต้อเพกา และต้อวิฬ้า ต้อมะเกลือ ต้อปลากลาย ทายดินัก ๆ

ขนาน ๑ เอาโกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว พิมเสน บังลังก์ศิลา ดินถนนำ ผลทมาทแทน มะขามป้อม รากกระพังโหม รากหญ้านาง ขมิ้นอ้อย ว่านเปราะ ว่านน้ำไหล กระชาย พริกไทย จิงแห้ง ตีป्ली ดงูเหลือม ดินกยูง เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนบดทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำเพ็ญเดือน ๑๒ ใส่จักษุ แก้ว ต้อเพกาและต้อทั้งปวงทายดินัก ๆ

ยาแฉ้วจักษุ เอาดอกผักบุง หอมแดง กระเทียม พริกไทย จิงแห้ง สารส้ม สิ่งละส่วน ดินถนนำ ๒ ส่วน ทำเป็นจุนบดด้วย น้ำมะนาวทำแห้งไว้ ฝนใส่จักษุ แก้วต้อเพกาและต้อทั้งปวงทายดินัก ๆ

ยาแก้ปวด เอามหาทิงค์ เทียนดำ เทียนขาว เทียนสัตตบุษย์ เอาเสมอภาค ทำเป็นจุน บดด้วย น้ำผึ้ง ใส่จักษุ แก้วต้อเพกาและต้อทั้งปวง ซึ่งกระทำให้ปวดเคืองทายดินัก ๆ

ยานัตถุ ยาโกฐหัวบัว โกฐสอเทศ ชะมดสด ชะมดเจียง พิมเสน เบี้ยผู้เผา สังข์เผา เปลือกไข่ฟัก คั่ว ส้มลูแวง ชะเอมเทศ อบเชยเทศ เอาเสมอภาค ทำเป็นจุน นัตถุแก้ลมอันบังเกิดในต้อเพกาและ สรรพต้อทั้งปวง แก้วลมขึ้นสูงกระทำให้ปวดศีรษะทายนวิเศษนัก ๆ

ฝ่าผนังศาลา ๗

ปุณจะประรั้ง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยลักษณะอย่างใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักษุโรค กล่าวคือ ต้อตาปู นั้นเป็นตำรับ ๑๔ บังเกิดขึ้นมาแต่รากขวัญมีสิณฐานตั้งลิ้นสุนัข ลามเข้าที่บเอาแฉ้วจักษุตำขาวตั้งเยื่อลำ ไย มักบริโรคฝักเพกานักจึงเป็น อาจารย์ท่านจึงสมมติว่าต้อเพกาตามนัยก่อนสำแดงไว้ ๆ

ถ้าจะแก้ เอาเมล็ดมะกล่ำขาว เมล็ดในมะนาว เมล็ดในสะบ้าลาย เมล็ดในละหุ่งแดง ผลยาง ผลจิกนา บุกรอย กลอย เบี้ยผู้เผา สังข์เผา เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนเอาน้ำมะนาวหมักไว้ ๑ คืน เอาน้ำ เฝ้าต้นเป็นกระสาย บดทำแห้งไว้ฝนใส่จักษุ แก้วต้อเพกา และต้อวิฬ้า ต้อมะเกลือ ต้อปลากลายทายดิ นัก ๆ

ขนาน ๑ เอาโกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว พิมเสน บังลังก์ศิลา ดินถนนำ ผลทมาทแทน มะขามป้อม รากกระพังโหม รากหญ้านาง ขมิ้นอ้อย ว่านเปราะ ว่านน้ำไหล กระชาย พริกไทย จิงแห้ง ตีป्ली ดิงูเหลือม ดินกยูง เอาเสมอภาค ทำเป็นจุนบดทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำเพ็ญเดือน ๑๒ ใส่จักษุ แก้ว ต้อเพกาและต้อทั้งปวงทายดินัก ๆ

ยาแก้ปวด เอามหาทิงค์ เทียนดำ เทียนขาว เทียนสัตตบุษย์ เอาเสมอภาค ทำเป็นจุน บดด้วยน้ำผึ้ง ใส่จักษุ แก้วต้อเพกาและต้อทั้งปวง ซึ่งกระทำให้ปวดเคืองทายดินัก ๆ

ยานัตถุ์ เอาโกรฐท้าวบัว โกรฐสอเทศ ชะมดสวด ชะมดเชียง พิมเสน เบี้ยผู้เฒ่า สังข์เฒ่าเปลือกไข่ฟัก
คั่ว ส้มลูแว้ง ชะเอมเทศ อบเชยเทศ เอาเสมอมากาด ทำเป็นจุน นัตถุ์แก้มอันบังเกิดให้ต่อเพกาและ
สรรพต่อทั้งปวง แก้มขมขึ้นสูงกระทำให้ปวดศีรษะหายสิ้นวิเศษนัก ฯ

ผาผนังศาลา ๗

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยลักษณะอย่างใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือต่อตาปูน
นั้นเป็นคำรบ ๑๕ บังเกิดขึ้นมาแต่เช้า มักกระทำให้เมื่อให้ขัดเงาเนือง ๆ ครั้นแก่เข้ามักให้ตั้งขึ้นมาตาม
เกลียววัดตมาต ตลอดถึงศีรษะแล้วลงมาจับเอาจักขุ ให้จักขุนั้นมัวไปเป็นวง ๆ และลักษณะต่อตาปูนนี้
กระทำอาการต่าง ๆ ดังแจ้งอยู่ในแผ่นศิลาที่ ๑๐ นั้นแล้ว ฯ

ถ้าจะแก้ เอาน้ำตาลทราย ใบหมากดิบน้ำค้าง ตำสิ่งแฉก ใบถอบแถบ ใบมะฮึก
ใบผักหวานบ้าน เอาเสมอมากาด ทำเป็นจุนบดทำแท่งไว้ทาหลังจักขุ แก้วปวดเคืองต่อตาปูนนั้นหายดีนัก ฯ

ยาใส่จักขุ เอาดินถนนำ เขากุย เขากวาง งาช้าง เจี้ยวหมู เจี้ยวเสือ เจี้ยวสุนัข สังข์เบี้ยผู้ ครั่งดุน
เอาเสมอมากาด เผาไฟให้ไหม้ พิมเสน การบูรแต่พอรำทัด ทำเป็นจุน เอาน้ำดีจระเข้เข้าน้ำเป็นกระสาย
บดทำแท่งไว้ฝนใส่จักขุ แก้วต่อตาปูนและต่อทั้งปวงหายดีนัก ฯ

ยาแผ้วจักขุ เอาใบผักเค็ด ทอมแดง กลีบบัวหลวง จึงแห้ง ดินถนนำ ลิ่นทะเล เอาเสมอมากาด ทำ
เป็นจุนนำมะนาวเป็นกระสายบดทำแท่งไว้ฝนใส่จักขุ แก้วต่อตาปูนและต่อทั้งปวงหายดีนัก ฯ

ขนาน ๑ เอาสารนิโรค ดินถนนำ จึงแห้ง เอาเสมอมากาดทำเป็นจุนบดด้วยน้ำมะนาวทำแท่งไว้ ฝน
ใส่จักขุ แก้วต่อตาปูนและแก้วจักขุโรคสัตว์ลงเลือด สม และเจ็บตาแดงก็หายดีนัก ฯ

ยานัตถุ์ เอาพริกทาง ผิวมะกรูด ว่านน้ำ ส้มลูแว้ง ชะมดเชียง พิมเสน เอาเสมอมากาด ทำเป็นจุน
นัตถุ์แก้มในต่อตาปูนและลมทั้งปวงหายดีนัก ฯ

ยาสุ่ม เอาไพล ทอมแดง อบเชย มะขามเปียก เอาเสมอมากาด บดสุ่มกระหม่อมแก้วต่อตาปูนหาย
ดีนัก ฯ

ยาภายใน เอาตริกฏก กระเทียม กะทือ ไพล ว่านน้ำ ใบหนาด มหาทิงคฺ์ เอาเสมอมากาด ทำเป็น
จุนบดทำแท่งไว้ละลายน้ำจืดให้กิน แก้มขมบังเกิดในต่อตาปูนหายดีนัก ฯ

ผาผนังศาลา ๗ โรงเรียน

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ตอกลงเวียนนั้น
เป็นคำรบ ๑๖ บังเกิดมาแต่หน้ามักกระทำให้นาภีผะอิตผะอมให้เจ็บในท้องให้ท้องนั้นขึ้นบ่อย ๆ ให้เสียด
ให้มวนเป็นกำลั้ง และอาการซึ่งกล่าวมานี้ยังไปด้วยวาโย มีกำลั้งกำลั้งนัก ฯ

ถ้าจะแก้ เอาจันทน์หอม กฤษณา มาฝนให้จัน เอาสิ่งละลายเท่ากัน ชุบสำลีปลงไว้ที่กระหม่อม
แก้วต่อตาปูนและต่อทั้งปวงหายดีนัก ฯ

ยาแดงใหญ่ เอากรูฟงปลา ผลจันทร์ กานพลู ว่านกับแตร เมล็ดในมะนาว เมล็ดมะกล่ำขาว ดอกบุนนาค ดูกต่ำ บุกรอ พริกทาง เอาเสมอมาค ทำเป็นจุดบดด้วยน้ำมะลิสดทำแห้งไว้ป้ายจักขุแก่ ปวดเคือง ต้อกวงเวียนและต้อทั้งปวงหายดีนัก ฯ

ยาแผ้วจักขุ เอาผลจันทร์ ดอกจันทร์ ผลกระวาน กานพลู เทียนสัตตบุษย์ เทียนดำ เทียนขาว มหาทิงคฺ์ จิงแห้ง ดีปลี พริกไทย พิมเสน สิ่งละส่วน ดินถนนำ ๒ ส่วน ไบมะขาม ๔ ส่วน ทำเป็นจุดบด เอา น้ำจมื่นน้อย น้ำมะนาว เอาเท่างันประสมเข้าเป็นกระสายบดทำแห้งไว้ ผ่นป้ายจักขุ แก่ต้อกวงเวียนและ ต้อทั้งปวงหายดีนัก ฯ

ขนาน ๑ เอารากพันงูแดง รากพันงูขาว รากอัญชันขาว รากผักโหมทิน เมล็ดมะกล่ำดำ เอเอาเสมอมาค แขน้ำไว้หยอดจักขุแก่ปวดเคือง ต้อกวงเวียนหายดีนัก ฯ

ยาทาหลังจักขุ เอาใบหญ้าน้ำดับไฟ ไบสมิ ไบระงับ ไบดำสิงแฉก ไบแคแดง ไบพรมม ไบฆ้องสามย่าน ไบทางจระเข้ ไบผักเปิด ไบขี้เหล็ก ดินสอพอง เอาเสมอมาค ทำเป็นจุดบดทำแห้งไว้ ผ่นทาหลังจักขุ แก่ปวดเคืองต้อกวงเวียนและต้อทั้งปวงหายดีนัก ฯ

ยานัตถุ์ เอาเทพทาโร ว่านน้ำ จันทน์ทั้ง ๒ กฤษณา ชะเอมเทศ ลิ่นทะเล เอาเสมอมาค ทำเป็น จุดบด นัตถุ์แก้ลมอันบังเกิดในต้อกวงเวียนหายดีนัก ฯ

ยาภายใน เอาผิวมะกรูด ผิวมะนาว ผิวมะงั่ว ช่า กะทือ ไพล กุ่มละ ๒ มะรุม ผักแพวแดง ตริกรุก ไบหัดคุด บอระเพ็ด เอาเสมอมาค ทำเป็นจุดบดละลายน้ำร้อนให้กินหนัก ๑ สลึง แก้ลม อันบังเกิดในต้อกวงเวียนและต้อทั้งปวงหายวิเศษนัก ฯ

ฝ่าผั่งค้ำลา ๗

ปุณจะประรัง ลำดับนี้จะกล่าวด้วยนัยหนึ่งใหม่ ว่าด้วยลักษณะจักขุโรค กล่าวคือ ต้อกันทอยนั้น เป็นค้ำรบ ๑๘ บังเกิดขึ้นมาแต่แม่เท้าเหตุว่าเดินหนักมักสะดุดจึงเป็น กระทำให้สะเก็ดขึ้นถึงรากจักขุ ให้ จักขุนั้นพร่างไปบ่อย ๆ ครั้นนานไปจึงให้จักขุมัว มีอาการกระทำทำให้เท้าเย็นมือเย็น และให้เมื่อยต้นคอเป็น กำลัง และลักษณะต้ออันเศษ ๙ ประการ ซึ่งกล่าวมาแล้วนั้น แจ้งวิตถารอยู่ในแผ่นศิลาที่ ๑๐ นั้นเสร็จ แล้วนั้น ในที่นี้จะกล่าวแต่สรรพยา ซึ่งจะแก้ต้อกันทอยนั้นสืบไป ฯ

ยาทาหลังจักขุ เอาใบฝ้ายทั้ง ๒ จมื่นน้อย ข้าวสาร เอาเสมอมาค ทำเป็นจุดบดทำแห้งไว้ ทา หลังจักขุ แก่ปวดเคืองต้อกันทอยหายดีนัก ฯ

ยาใส่จักขุ เอากำยาน แก่นช้องแมว แก่นขี้เหล็ก เบี้ยผู้เผา บังลังก์ศิลา ดินถนนำ จันทน์ทั้ง ๒ พิมเสน เอาเสมอมาค ทำเป็นจุดบดทำแห้งไว้ ผ่นด้วยน้ำมะลิสด ใส่จักขุ แก่ต้อกันทอยและต้อทั้ง ปวงหายดีนัก ฯ

ยาชำระ เอาเมล็ดมะกล่ำขาว เมล็ดมะกล่ำดำ เมล็ดในกระทุงลาย เมล็ดละมุดสีดา ผลจิกนา ผลยาง บุกรอ กลอย เปลือกทอยขมเผา เบี้ยจั่นเผา สิ่งละลาย ดินถนํ้า ๔ ส่วน ทำเป็นจุดนบดด้วยน้ำ เตาคั้นทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าป้ายจักษุ แก้ก้อนทอยและต้อทั้งปวงหายตึนั๊ก ๗

ยาแผ้วจักษุ เอาตุกตํ้า ผลยาง รากสลิด พริกไทย จิงแห้ง ดีปลี กำยาน เอาเส่มอภาค ทำเป็นจุดนบดด้วยน้ำเตาดําลุงทำแห้งไว้ฝนด้วยน้ำท่าป้ายจักษุ แก้ก้อนทอยและต้อทั้งปวงหายตึนั๊ก ๗

ขนาน ๑ เอาตุกตํ้า ดินถนํ้า พริกไทย จิงแห้ง กระเทียม ทอมแดง ไพล ขมิ้นอ้อย รากสะแก เอาเส่มอภาค ทำเป็นจุดนบดด้วยน้ำมะนาวเป็นกระสายบดทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าป้ายจักษุ แก้ก้อนทอย ทามตึนั๊ก ๗

ยานัดตุ้ เอาชะมดเจียง พิมเสน เปราะหอม โกรฐหัวบัว ชะเอมเทศ สิ่งละลายทำเป็นจุดนบดด้วยน้ำท่าป้ายจักษุ แก้ก้อนทอยหายวิเศษนั๊ก ๗

ภาคผนวก ข
ตำรายาสมนไพร แก่จัดก่อนไปพบแพทย์ (ยากกลางบ้าน ของใกล้มือ)
พล.อ.อ.นักรบ บิณษริ ผู้รวบรวม

ยารักษาตาต้อ

ต้นหญ้าเกี๋ยดทอยสด ตำอุดรจุมูก ถ้าเป็นตาขาวอุดรจุมูกซ้าย เป็นทางซ้ายก็อุดรจุมูกขวา
รากอัญชันขาว โพล ขมิ้นอ้อย เสมอภาคกันบดให้ละเอียดปั้นเป็นแท่งไว้ ละลายน้ำฝนเป็น
กระสาย ใช้หยอดตาตายแล

ขมิ้นอ้อย รากอังกาบ รากพันงูแดงและเกลือตัวผู้ 3 เม็ด ยาทั้งนี้สิ่งละเท่า ๆ กัน ตำเป็นผงบด
ให้ละเอียดละลายน้ำไว้หยอดตา แก่สรรพโรคจักษุหาย

ดอกมะลิ 1 กำมือ ตำให้ละเอียดผสมกับพมเส้นแท้ 2-3 เกี๋ยด ท่อผ้าขาวบางคั้นเอาน้ำยาใช้
หยอดตาวันละ 4-5 ครั้ง แก่โรคตาเป็นต้อได้อย่างชะงัด

ขมิ้นอ้อย รากทางนกทะเลิง รากอัญชันขาว ยาทั้งนี้เอาเท่า ๆ กัน ตำเป็นจุ่มแฉ่น้ำฝนหยอดตา
แก่ฝ้า แก่ต้อหมอก แก่สรรพต้อทั้งปวงหายสิ้นแล

บอระเพ็ด สารส้ม พิมเสน และดีทมิคนหรือดีทมิหมา ตัวยาทั้ง 4 หนักอย่างละ 1 สลึง ผสม
กับสุราขาวหมักดองไว้ 3 วัน ใช้น้ำยาหยอดตา แก่ตาต้อและสรรพโรคจักษุหายได้ชะงัด

น้ำผึ้งเดือน 5 ประมาณ 1 ชวดเล็กใส่เกลือทะเลตัวผู้ 3 เม็ด แฉ่น้ำฝนไว้ 3 ชั่วโมง ใช้หยอด
ตาวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2 หยด เพียง 3 วัน โรคตาแดง ตาฝ้า ตาฟาง และตาต้อเนื้อได้ผลอย่างชะงัด

ใบชา 3 ใบเล็ก ๆ ขมิ้นอ้อย ๆ หัวใหญ่ ผักบุงไทย 1 กำมือ ต้มกับน้ำให้เดือด แล้วยกหม้อลง
เปิดฝา ใช้ผ้าขาวบางคลุมปากหม้อ ให้ผู้ป่วยก้มลงลิ้มตามรมไอน้ำที่ปากหม้อ ทำวันละครั้งติดต่อกัน
3-4 วัน ถ้ายังไม่หายให้ปรุยาต้มใหม่อีกครั้งต้องจะหายไป

รากหญ้าพันงูขาว รากหญ้าพันงูแดง รากอัญชันขาวและรากผักโขมดิน เสมอภาคกันปั้นเป็นชิ้น
บาง ๆ เมล็ดมะกล่ำตาช้างเท่ากับยาทั้งหมด ตำให้ละเอียดใส่หม้อต้มให้เดือดแล้ว เก็บใส่ภาชนะที่
สะอาดไว้ 7 วัน ใช้น้ำยาหยอดตาวันละ 5 ครั้ง จะทำให้มีขี้ตาออกมามาก อันเป็นการลอกเยื่อตาที่ต้อ
ให้ออกมาพร้อมกัน แก่โรคตาเป็นต้อเนื้อ ต้อลำไย ต้อลิ้นหมา ตาแดง ตาฝ้า ตาฟาง ได้ผลอย่างชะงัด

ยารักษาตาและ ตาต้อ

ใบพลู 3 ใบ สารส้มชนิดหน้อย ขี้ผึ้งอย่างดีอีกเล็กน้อย เอาใบพลูท่อนสารส้มกับขี้ผึ้งเข้าด้วยกัน
แล้วนำไปแฉ่น้ำฝนหรือน้ำค่างกลางแจ้งก็ได้ จากนั้นก็เอาน้ำนั้นมาหยอดตาเพียง 3 วันจะหาย เหมือนไม่
มีอะไรเกิดขึ้น ท่านที่ดวงตาไม่ค่อยดีเนื่องจากมีน้ำตาไหลและอยู่ตลอดเวลา หรือเป็นต้อก็อย่าได้ทวาด
วิตก ยานานนี้เป็นอย่างง่าย ๆ

ยารักษาตาต่อ “ขุนประสาธน์ยนา”

ขนานที่ 1 ยาชื่อ “สุรียาพิจร”

ผลจันทร์ 1 ส่วน ดอกจจร 2 ส่วน ทำเป็นจรรย์บดทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำทาป้ายตา เป็นยาชูกำลัง และเจริญซึ่งน้ำเลี้ยงจักษุให้บริบูรณ์วิเศษนัก

ขนานที่ 2 ยาชื่อ “แดงวัตสุด”

ชะมดเขียง พิมเสน ผื่นคิบ ผลจันทร์เทศ อบเชยและกฤษณา สิ่งละ 1 ส่วน จันท์ทั้งสอง 2 ส่วน ขอนดอก ครั้ง เปลือกมะขามขบและเปลือกมะไฟสิ่งละ 4 ส่วน ทำเป็นจรรย์บดด้วยน้ำดอกมะลิ ทำแห้งตากไว้ในร่มจนกว่าจะแห้ง ฝนป้ายตาที่ปวด-เคือง แฉ้วหมอกบัวให้สว่าง สมานจักษุแตกร้าง เปื้อยเน่า ทั้งปวงหายดีนักแล

ขนานที่ 3 ยาชื่อ “มทาสูชุม”

ขมิ้นอ้อย กะทือและไหล สิ่งละ 1 ส่วน พริกไทยอ่อนและชิงแห้ง สิ่งละ 2 ส่วน ดินถนนำสุทธิ และใบฝั้วเด็ดสิ่งละ 16 ส่วน ใบปิบ 36 ส่วน ทำเป็นจรรย์บดด้วยน้ำมะนาว ทำแห้งตากไว้ในร่มจนกว่าจะแห้ง ฝนป้ายตาชำระต่อสายโลหิตในดวงตาขาว แก้น้ำตกตาและแก้ริดสีดวงให้คันตา และจะแก้สรรพต้อทั้งปวงหายดีนัก

ขนานที่ 4 ยาชื่อ “มทาสุดม”

เทียนขาว เทียนดำ เทียนสัตตบุษย์ ดอกจันทร์ ลิ่นทะเล ผลปราช ผลมะขามป้อม แก่นจันทร์เทศ แก่นสนเทเหือและดอกชะลูด สิ่งละ 1 ส่วน ชะมดเขียงและพิมเสน สิ่งละ 2 ส่วน ดีฟาน ดีจระเข้ ดีแพะ สิ่งละ 3 ส่วน ทำเป็นจรรย์บดด้วยน้ำเถาดำสิ่งแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำค้ำงป้ายตา แฉ้วจักษุ แก้นหมอกมัวให้สว่าง แก้นริดสีดวงตา และแก้สรรพต้อทั้งปวงหายวิเศษนัก

ยารักษาตาต่อของ “ขุนทิพย์เนตร”

ขนานที่ 1 ยาชื่อ “อินทโชติ”

ชะมดสด และตุ๊กต่าน้ำทองสิ่งละ 1 ส่วน ผื่นสุทธิ เบี้ยผู้เฒ่า สังข์เฒ่า อุดพิตและตีปลีสิ่งละ 2 ส่วน ดิงูเหลือม ศิลาหยอนและกำยานสิ่งละ 3 ส่วน พิมเสน ดินถนนำ ครั้งตุ่น สีเลือดเทศ เปลือกมะขามขม ผลจันทร์เทศ แก่นจันทร์ทั้ง 2 แก่นสน แก่นช้องแมว แก่นซี่เหล็ก รากทญานาง รากคัดมอน รากตานหม่อน หัวหัวทญู และมะฝ่อสิ่งละ 4 ส่วน (4 บาท) ทำเป็นจรรย์บดทำแห้งไว้ฝนกับน้ำฝนกลางทาวใส่ตา แก้นสรรพต้อทั้งปวงหายดีนัก

ขนานที่ 2 ยาชื่อ “รัตนโรค”

เบี้ยผู้เฒ่า ตีปลี สิ่งละ 2 ส่วน ศิลาหยอน 3 ส่วน ดินถนนำ บัลลังก์ศิลา รากกำจาย แก่นสมอไทย แก่นช้องแมว และแก่นซี่เท.ก สิ่งละ 4 ส่วน ทำเป็นจรรย์บดทำแห้งไว้ ฝนกับน้ำฝนใส่ตา แก้น “ต้อหมอก” และแก้ตาจ้ำทั้งปวง

ขนานที่ 3 ยาชื่อ “สุวรรณไตรลาค”

ชาตทรตัจฉิน เม็ดในมะฝ่อ เปลือกมะขามขม แก่นจันทน์แดง แก่นขี้ผึ้งแฉว และพิมเสนหนักสิ่งละ 4 บาท ทำเป็นจُرณบดทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำดอกไม้มะลิทำแท่งไว้ ฝนใส่ตา แก้วสรรพโรคต่อทั้งปวง ซึ่งกระทำให้ปวดเคือง สิวตาขึ้นมิได้ นั้นจะหายดีนักแล

ขนานที่ 4 ยาชื่อ “แผ้วอากาศ”

ชะมด 1 ส่วน ดีปลีและพริกไทย สิ่งละ 4 ส่วน จึงแห้ง 8 ส่วน ดินถน่าน้ำอ้อยและไพล สิ่งละ 16 ส่วน ทำเป็นจُرณบดทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าใส่ตา แก้วสรรพต่อทั้งปวงและแก้ตาฝ้าแดงเป็นสายโลหิตติด และแก้หมอกมัวคล้ายตาฝ้าได้เป็นอันใดหายสิ้นดีนักแล

ยารักษาตาต้อของ “ทมนอินทเนตร์”

ขนานที่ 1 ยาชื่อ “ทิพย์จักษ์”

ตุ๊กต่าน้ำทอง ผลจันทน์เทศ เทียนสัตตบุษย์ ตรีภูก ไพล กะทือ ขมิ้นอ้อยและกระเทียมสิ่งละ 1 ส่วน พิมเสนและเปลือกหอยขมสุก สิ่งละ 2 ส่วน ดินถน่าน้ำ 3 ส่วน ทำเป็นจُرณบดด้วยน้ำมะนาว ตัดในขันสัมฤทธิ์รศมวันเทียนให้ดำดี แล้วทำแท่งตากในร่มจนกว่าจะแห้ง ฝนด้วยน้ำท่าก็ได้ใส่ตา แก้วตาและ แก้วริดสีดวงให้คันตา แก้วขนตาหล่นและแก้ตาฝ้า แก้วต้อแดน ต้อด้วย ต้อหมาก ต้อเนื้อ และ ต้อสาย หายสิ้นทุกประการ

ขนานที่ 2 ยาชื่อ “รัตนจักษ์”

พิมเสน การบูร ลูกจันทน์ สารส้มตริกฏก น้ำประสานทอง ดินประสีขาว และโกฐสอจีน เสมอภาคกัน ทำเป็นจُرณ เอน้ำกานพลูต้มเป็นกระสายทำแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าตา แก้วตาแดงเป็นสายเลือด แก้วน้ำตาตกรกนั้นหายสิ้น วิเศษดีนัก

ขนานที่ 3 ยาชื่อ “หอมน้ำแก้ว”

ชะมดเขียว พิมเสนเกสิด กฤษณา กระลำพัก ขอนดอก จันทน์ขาว จันทน์แดง จันทน์ชะมด โกฐสอ ขมิ้นอ้อยแห้ง และสังข์สุก สิ่งละ 1 ส่วน ดินถน่าน้ำสุก สิ่งละ 2 ส่วน ทำเป็นจُرณ บดด้วยเปลือกทองกลางไบมน ทำแท่งไว้บดด้วยน้ำท่าใส่ตา แก้วสรรพต่อ กระทำพิษให้ปวดเคืองต่าง ๆ นั้นหายดีนัก

ขนานที่ 4 ยาชื่อ “มหาอุดมใหญ่”

ชะมด พิมเสน การบูร แก่นจันทน์เทศ ผลจันทน์เทศ อันพัน เทียนขาว ลินทะเล เบี้ยผู้บริสุทธิ์ รากผักคราด รากผักทิน รากชบา ผลจิกนาและผลประคำตีควาย สิ่งละ 1 ส่วน ดินถน่าน้ำ 2 ส่วน ทำเป็นจُرณ เอน้ำสรวพพิษและใส่ใบสะแก ตากกรองเอาแต่น้ำเป็นกระสาย ยาทั้งหมดทำเป็นแท่งไว้ ฝนด้วยน้ำท่าใส่ตา แก้วสรรพต่อทั้งปวงอันบังเกิดใน 3 ฤดูนั้นหายดีนักแล

ยารักษาตาต้อ ของ “ขุนราชเนตร์”

ขนานที่ 1 ยาชื่อ “เทวจักขุ”

พิมเสน พริกไทยล่อนทิงแห้ง กระเทียม จมื่นอ้อย และไพล สิ่งละ 1 ส่วน ยอดมะกอก และยอดมะตูม สิ่งละ 2 ส่วน ดินถ่านบริสุทธิ์ 4 ส่วน ทำเป็นจรรยาบดผสมด้วยน้ำมะนาว ทำแห้งไว้ฝนใส่ตา แก้วต้อเนื้อ ต้อสายตาและต้อตาแดงเป็นสายโลหินชืด แก้ไม้อัดจักขุให้จ้ำ แก้วยอตรีตวิตวงขึ้นในตากี้ ทายตินิกแกล

ขนานที่ 2 ยาชื่อ “อินทจักขุ”

พริกอ่อน ชิงสัด กะทือ ไพล ใบปิบ กระเทียมและใบผักเค็ด สิ่งละ 1 ส่วน ดินถ่านบริสุทธิ์ 5 ส่วน ทำเป็นจรรยาบดด้วยน้ำมะนาว ป้ายตาแก้วริตวิตวงลมขึ้นจักขุให้จักขุเปียก แก้วน้ำตากกททายสัน ตินิก

ขนานที่ 3 ยาชื่อ “แฉ้วนัยนา”

พิมเสน 1 ส่วน ใบผักเค็ด ลินทะเล ทอง จิงกลีบบัวหลวงและดินถ่าน สิ่งละ 8 ส่วน ทำเป็นจรรยาบดด้วยน้ำมะนาว ฝนใส่แฉ้วจักขุ วิเศษนัก

ขนานที่ 4 ยาชื่อ “เกลื่อนธรรณี”

พิมเสน 1 ส่วน รากอัญชันทั้งสอง รากขี้เหล็ก รากขี้กาแดงและรากคัตมอน สิ่งละ 2 ส่วน ทำเป็นจรรยาบดทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำมะนาวทาทา แก้วต้อหมอก ให้เกลื่อนจากกองจักขุททายตินิก

ขนานที่ 5 ยาชื่อ “เพื่องสมุทร”

ติจระเข้ และสารส้ม สิ่งละ 1 ส่วน ดินถ่านสุทธี 2 ส่วน ใบทองทลายใบมน 3 ส่วน ทำเป็นจรรยาบดเป็นแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำมะนาวทาจักขุแล้ว แก้วต้อหมอกให้เกลื่อนไปทายตี

ขนานที่ 6 ยาชื่อ “อินทประทาน”

พิมเสน ดินถ่านบริสุทธิ์ พริกอ่อนและชิงสัด สิ่งละ 1 ส่วน บผักเค็ดและใบของกลองสิ่งละ 2 ส่วน ทำเป็นจรรยาบดเอาติจระเข้แห้งน้ำมะนาวเป็นกระสายบดทำแห้งไว้ ฝนด้วยน้ำมะนาวทาจักขุแก้วต้อหมอก ดวงนั้นทายตินิกแกล

ขนานที่ 7 ยาชื่อ “มหาอาวุธ”

พิมเสนเกล็ด ดอกจันทร์ กระวาน โกรสุสอ โกรสุเขมา เทียนสัตตบุษย์ ติจระเข้ และติตะพาบน้ำ สิ่งละเท่า ๆ กัน ทำเป็นจรรยาบดทำแห้งไว้ ฝนใส่จักขุแก้วริตวิตวงขึ้นจักขุ และสรรพโรต้อทั้งปวง ทายตี

ขนานที่ 8 ยาชื่อ “เทพจักขุ”

พิมเสน พริกไทยล่อน สมอไทย สมอพิเภก ตูกตำเงินบริสุทธิ์ สิ่งสุทธี และบัลลังก์ศิลาสุทธี 1 ส่วน ดินถ่านบริสุทธิ์ 2 ส่วน ทำเป็นจรรยาบดด้วยนมแพะทำแห้งตากไว้ในร่มจนกว่าจะแห้ง ฝนด้วยน้ำทำป้ายตา แก้วสรรพต้อต่าง ๆ ทั้ง 3 ถูตุนั้นทายวิเศษนัก

ขนานที่ 9 ยาชื่อ “สังรัศมิ”

ขมตสด และพิมเสน สิ่งละ 1 ส่วน ลินทะเลแห้งน้ำมะนาวไว้ย่นรุ่งแล้วเอาล้างเสียจึงเอามาแช่น้ำทำไว้แต่เช้าถึงเที่ยงแล้วเอาตากให้แห้ง 3 ส่วน รากข้าวแป้น ดินถนابيرสูทธิ และสังข์สุทธิ สิ่งละ 4 ส่วน ทำเป็นจรมบดทำแห้งไว้ ฝนปายตากแก่สรรพข้อให้ปวดเคืองต่าง ๆ แก้วโรคริตสีดวงขึ้นตาก็ได้หายวิเศษนัก

ยารักษาต่อกระดูก

เกิดเมื่อลมชื้นมาแต่ฝ่าเท้า เมื่อขึ้นมานั้นได้เมื่อยตั้งแต่เท้าขึ้นมาถึงต้นคอ แต่เมื่ออยู่ดังนี้ประมาณ 2-3 ปี แล้วจึงปวดศรีษะดังจะแตก แล้วผุดขึ้นมาในจักขุต้องลักษณะตรีโทษ การที่จะแก้จักขุโรคนั้น อย่าให้ท้องผูกได้ แล้วทำยาพอกนิ้วเท้าใหญ่ทุก ๆ วัน แล้วให้ปล่อยปลิงเดือนละหนข้างแรม ถ้าจักขุนั้นค่อยเห็นขึ้นแล้วจึงทำยาทาฝ่าเท้า ให้รมถ่านสะแกให้ร้อนแต่พอทน ยาแห้งแล้วเอาอีกให้ได้ 5 ทน ให้ได้ 3 ราว ๆ ละ 3 วัน ครั้นดีครากลมแล้วจึงทำยาสูมต่อที่มีดีไม่เห็นได้โพ้น เอารากมะรุสมสด ๆ บดให้ละเอียดสูมไว้ 3 วัน เอาออกมาใหม่ สูมไปกว่าจะเห็นจึงต

เมื่อเห็นแล้วเอายานี้สูมไฟ คือ มหาดิงค์ กายาน ยาตา จมื่นอ้อย โพล ใบมะขาม ใบส้มป่อย และตริกฏก สิ่งละ 1 บาท บดด้วยน้ำมะนาวสูมไฟทุกวัน 10 วัน แล้วทิ้งเสียทำใหม่แล

ยาพอกนิ้วเท้าใหญ่ สลัดไค และจมนอ้อยพอควร กระเทียมครึ่งหัว บดพอกไว้ทั้งกลางวันและกลางคืน

ยารม ตริกฏก และกระเทียม สิ่งละ 1 บาท มหาดิงค์ 4 บาท บดด้วยยางสลัดไค แล้วปั้นเป็นแท่งไว้ฝนด้วยยางสลัดไค ทาฝ่าเท้ารมด้วยถ่านไม้สะแกแล้วจึงกินยาต่อไป

ยากินล้างภายใน ใบมะคำไก่ เปลือกหอยขม ตริกฏก และกระเทียม สิ่งละ 1 บาท มะไฟ เดือนห้า 2 บาท ใบพริกไทย 4 บาท ใบสมอทะเลหนึ่งแล้วผึ่งแดดให้แห้งเท่ายาทั้งหลาย ต้าเป็นผง ถ้าผู้ใช้นั้นเกิดข้างขึ้น ให้กินครึ่งละ 1 สลึง ถ้าผู้ใช้นั้นเกิดข้างแรม ให้กินครึ่งละเพียง 2 ไพ ละลายน้ำส้มสายชูกินเวลาเช้า

อีกขนานหนึ่งกินเวลาเย็น แก้วลม เอาใบสะเดา ตีปัส ใบมะคำไก่ ใบโคนดินสอ จมื่นอ้อย รากเจตมูลเพลิง และว่านน้ำ สิ่งละ 1 บาท พริกไทยเท่ายาทั้งหลาย ต้าเป็นผลงละลายน้ำผึ้งกินเวลาเย็น

ยาสูมต่อกระดูก มูลจุนลี 1 สลึง เมล็ดพันธุ์ผักกาด 2 สลึง รากเจตมูลเพลิงและตริกฏกสิ่งละ 1 บาท บดด้วยน้ำมะนาว สูมไฟกว่าจะครบ 10 วัน จึงทิ้งเสียแล้วทำสูมใหม่

ยาแก้คอติน

เมล็ดทมาท หั่นเป็นแผ่นแห้งน้ำเป็นยาทยอดตา เข้มขึ้น 1 ต่อ 1 ทุก ๆ 5 นาที ทยอด 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ต่อจากนั้นทุก ๆ 30 นาที ทยอด 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง จากนั้นดูตามอาการทุก 2 ชั่วโมง

ทยอด 1 ครั้ง เมื่อความดันในลูกตาเป็นปกติให้ทยอดวันละ 2-3 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ทยอด เพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่อีก จะได้ผลในต้อหินชนิดที่ม่านตาหด ทั้งเรื้อรังและเฉียบพลัน มีผลลดความดันภายในลูกตา

ยาแก้ต้อต่าง ๆ

ขนานที่ 1 ยาชื่อ “อินทสุตรมณฑล”

ดีจระเข้ ดีตะพานน้ำ ดีงูเห่า ดีงูเหลือม ดีวัว ดีควาย ดีเที้ย ดีปลากา ดีเลียงผา ลูกจิก ลูกสะบ้า ลูกส่วต รากถั่วพลู รากถั่วแระ ลูกสมุดลีดำ รากอัญชันขาว รากอัญชันเขียว รากมะกล่ำทั้งสอง รากจ๊กกาแดง รากมะไฟ ลูกจันทร์ ดอกจันทร์ ลูกกระวาน ดีปลี ดินถ่านสุทธี บัลลังก์ศิลา แก้วแกลบ และขมิ้น เสริมภาคกันบดด้วยน้ำมะนาวปั่นเป็นแท่งไว้ ผนกับน้ำฝนใช้ใส่ตา ต้อกระจก และต้อทั้งหลายก็ได้

ขนานที่ 2 ยาชื่อ “แฉ่วไตรภูมิ”

น้ำนมเสือ อัญชันขาวทั้งดอกทั้งลูก อัญชันเขียวทั้งดอกทั้งลูก ผักเค็ดทั้งดอกทั้งลูก ตำลึงทั้งดอกทั้งลูก ลูกส้มป่อย ลูกดอกพุด ดอกมะลิ ลูกมะกล่ำขาว บดเป็นแท่งไว้ น้ำกระสายตามแต่จะไข้แก้ได้สารพัดต้อ

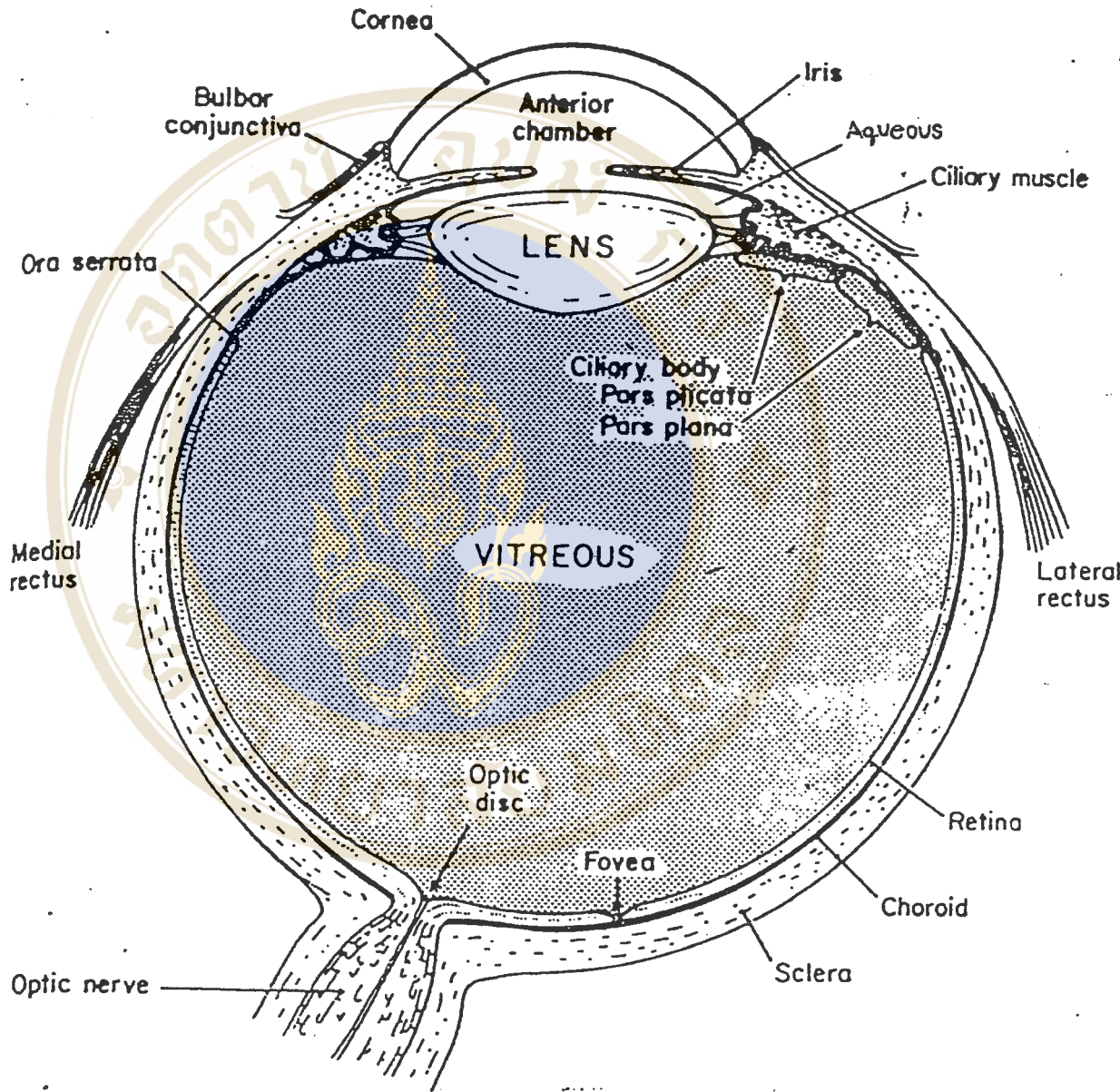
ขนานที่ 3 ยาชื่อ “แฉ่วไตรโลก”

รากอัญชันขาว รากอัญชันเขียว บวบขม หนังกิ่งละ 1 บาท รากมะกล่ำทั้งสอง และลูกมะกล่ำขาว หนังกิ่งละ 5 สลึง กุ้งส้มทั้งสอง หนังกิ่งละ 5 สลึงเพ็อง เม็ดส้มป่อย หนัก 6 สลึง สารส้ม หนัก 7 สลึง น้ำกระสายตามแต่จะไข้แก้สารพัดต้อได้

ขนานที่ 4 ยาชื่อ “แฉ่วปราบอากาศ”

ลูกส้มป่อย ลูกแคขาว ลูกแคแดง ลูกฝ้าย เอาเท่ากัน แล้วเอาน้ำเผาตำลึงเป็นกระสายทำแท่งไว้ น้ำกระสายตามแต่จะไข้แก้สารพัดต้อได้

ภาคผนวก ค
ภาพแสดงภาพตัดขวางโครงสร้างของลูกตา



จากหนังสือ Home Study Course for Ophthalmic Medical Assistants.
ของ Jonathan D. Trobe , MD.

ภาคผนวก ง.

คำอธิบายศัพท์ทางการแพทย์ด้านจักษุวิทยาที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

Aqueous	น้ำเลี้ยงลูกตาชั้นนอก
Blind	ตาบอด
Blurred Vision	ตามัว
Cataract	ต้อกระจก
Cornea	กระจกตา
Couching	การรักษาต้อกระจกแผนพื้นบ้าน
Diplopia	ตามองเห็นภาพซ้อน
Endophthalmitis	การอักเสบภายในโครงสร้างของลูกตา
Enucleation	การผ่าตัดเอาลูกตาและเส้นประสาทตาออกทั้งหมด
Evisceration	การผ่าตัดเอาลูกตาออก
Extracapsular Cataract Extraction (ECCE)	เป็นการผ่าตัดเอาเลนส์ต้อกระจกออก โดยเหลือแต่ถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง
Glaucoma	ต้อหิน
Intracapsular Cataract Extraction (ICCE)	เป็นการผ่าตัดเอาเลนส์ต้อกระจก และถุงหุ้มเลนส์ออกทั้งหมด
Intra Ocular Lens (IOL)	เลนส์ตาเทียม
Lens	เลนส์ตา , แก้วตา ทำหน้าที่รวมแสงสว่างที่เข้าตาให้ตกพอดีที่จอประสาทตา เพื่อให้มองเห็นภาพชัด
Myopia	สายตาสั้น
Ophthalmologist	จักษุแพทย์
Ophthalmoscope	เครื่องมือที่ใช้ตรวจความขุ่นของลูกตาในส่วนหลัง และตรวจจอประสาทตา
Panophthalmitis	การอักเสบของลูกตาทั้งหมด
Phacoemulsification (PE)	การผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงซึ่งเป็นการผ่าตัดต้อกระจกที่ทันสมัยที่สุดในปัจจุบัน



Phacolytic Glaucoma	ต้อหินที่เกิดจากความผิดปกติของเลนส์ตา ทำให้มีสารโปรตีนรั่วซึมออกมา และไปอุดตันที่ trabecular meshwork ทำให้น้ำ aqueous ระบายออกไม่ได้
Phagomorphic Glaucoma	ต้อหินที่เกิดจากการบวมของเลนส์ตา และไปอุดตันที่ trabecular meshwork ทำให้น้ำ aqueous ระบายออกไม่ได้ ความดันตาจึงขึ้นสูง เกิดเป็นต้อหิน
Retina	จอประสาทตาหรือจอรับภาพ
Retinal Detachment	การลอกหลุดของจอประสาทตา
Sclera	ผิวชั้นนอกของลูกตา
Slit Lamp Microscope	เครื่องมือตรวจพิเศษทางตาเพื่อการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนยิ่งขึ้น
Uveitis	การอักเสบของม่านตา
Visual Acuity (VA)	การตรวจวัดสายตา โดยให้ ผู้ป่วยอ่านแผ่นภาพหรือตัวหนังสือ (Snellen chart)
Vitreous	น้ำวุ้นตาหรือน้ำเลี้ยงลูกตาชั้นในอยู่ด้านหลังเลนส์ตา ลักษณะโปร่งแสง ช่วยรักษารูปร่างของลูกตาให้ทรงกลมอยู่ได้

ภาคผนวก จ.

แนวคำถาม

แนวคำถามที่ใช้กับผู้ป่วย

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา
การศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ภาวะรับผิดชอบในครอบครัว
ที่อยู่ปัจจุบัน ภูมิลำเนาเดิม
ลักษณะครอบครัว เครือข่ายทางสังคม
สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล (ต้นสังกัด บัตรสงเคราะห์ ประกันสังคม ประกันสุขภาพ)
ประสบการณ์การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

ลักษณะอาการเจ็บป่วยทางตา
คิดว่าเกิดจากสาเหตุใด
คิดว่ามีความรุนแรงและเป็นอันตรายหรือไม่
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยก่อนจะมารับการรักษา
วิถีชีวิตในขณะที่เจ็บป่วยทางตา
เคยไปรับการรักษาการเจ็บป่วยครั้งนี้มาบ้างหรือไม่
ถ้าเคย - ไปรับการรักษาที่ไหน ผู้รักษาคือใคร
- เหตุผลที่เลือกไปรักษา
- ใครเป็นผู้แนะนำ
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอะไร
- วิธีการรักษา ขั้นตอน/อุปกรณ์
- ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา
- ผลการรักษา ความพึงพอใจ

3. ข้อมูลการรักษาที่แพทย์พื้นบ้าน

สถานที่ที่ไปรับการรักษา สถานที่ใกล้เคียง
สภาพทางภูมิศาสตร์ การเดินทางไปรักษา
ผู้ให้การรักษา (ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การรักษาเท่าที่ผู้ป่วยทราบ)
วิธีการรักษา ขั้นตอน/อุปกรณ์
ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา

ผลการรักษา/การมาติดตามผลการรักษา
 ค่าใช้จ่าย (สามารถต่อรองลดหย่อนค่ารักษาได้หรือไม่)
 ความพึงพอใจในการรักษา (ในขณะนั้นและในปัจจุบัน)
 เหตุผลที่เลือกไปรับการรักษา ใครเป็นผู้แนะนำ
 ที่ศนคติดต่อแพทย์พื้นบ้านผู้รักษา
 ทราบถึงความเสี่ยงและอันตรายในการรักษาหรือไม่ อย่างไร
 เคยแนะนำผู้อื่นให้ไปรักษาเช่นเดียวกับตนหรือไม่ อย่างไร

4. ข้อมูลการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

อาการแสดงที่เกิดขึ้นหลังรับการรักษาจากแพทย์พื้นบ้าน
 ระยะเวลาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน (นับหลังจากรับการรักษาจากแพทย์พื้นบ้าน)
 คิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากสาเหตุใด
 คิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาของแพทย์พื้นบ้านมาก่อนหรือไม่
 เคยกลับไปปรึกษากับแพทย์พื้นบ้านที่เดิมหรือไม่ อย่างไร
 เหตุผลที่กลับมารักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน
 ใครเป็นผู้แนะนำ มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร
 วิธีการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา
 ผลการรักษา ความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล
 ค่าใช้จ่ายในการรักษา
 ความคิดเห็นต่อแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล
 ความคิดเห็นต่อการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน

5. ข้อมูลด้านข่าวสารการแพทย์

เคยทราบข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์ - สาธารณสุข บ้างหรือไม่ จากแหล่งใด
 คิดว่ามีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร
 ทราบถึงระบบสังคมสงเคราะห์ ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐหรือไม่
 รู้จักหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือไม่ คิดว่ามีประโยชน์อย่างไร

6. ปัญหา ข้อเสนอแนะ

แนวคำถามที่ใช้กับแพทย์พื้นบ้าน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา
 การศึกษา สอบได้ใบประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนโบราณหรือไม่ เมื่อไหร่
 อาชีพ (อาชีพอื่น ๆ นอกจากการเป็นแพทย์พื้นบ้าน)

รายได้/เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน ภูมิสำเนาเดิม

2. ข้อมูลการเป็นแพทย์พื้นบ้าน

ได้รับการถ่ายทอดความรู้ การรักษาต่อกระเจกแผนพื้นบ้านมาจากใคร อย่างไร
ชื่อสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการ สถานที่ สภาพแวดล้อม

ขั้นตอนการเข้ารับการรักษา การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา

วิธีการรักษา ขั้นตอน/อุปกรณ์ ผู้ช่วยเหลือแพทย์ขณะให้การรักษาหรือไม่

ระยะเวลาที่ใช้รักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการพักรักษาตัว

ข้อห้ามในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ค่ารักษา (มีการลดหย่อนต่อรองหรือไม่)

เคยให้การรักษาผู้ป่วยมาแล้วกี่ราย การประสบความสำเร็จในการรักษา

การติดตามผลการรักษา

การโฆษณาทางสื่อมวลชน (วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์ นามบัตร.....)

3. ปัญหา ข้อเสนอแนะ