



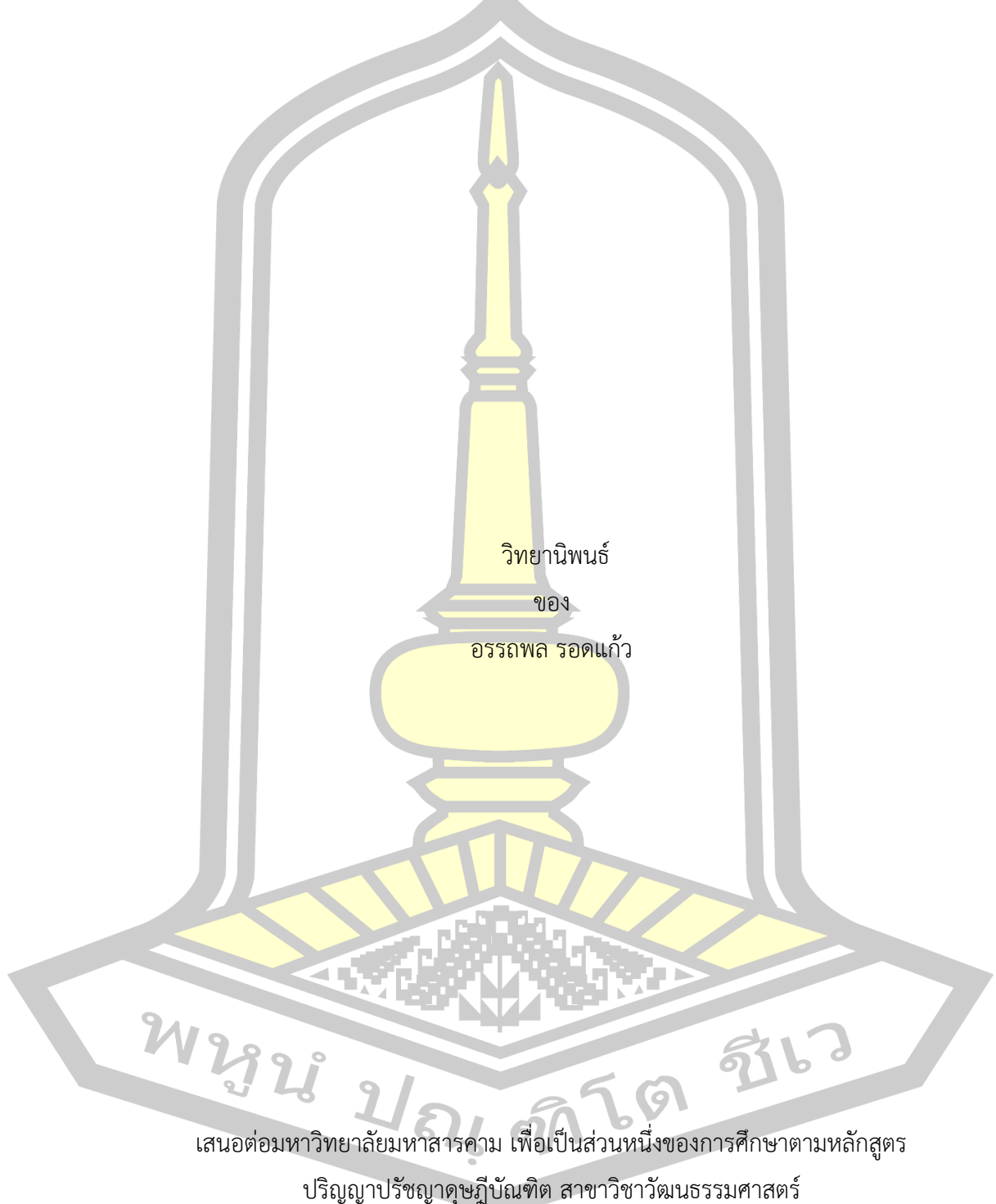
การปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ
ภาคเหนือของไทย

วิทยานิพนธ์
ของ
อรรณพล รอดแก้ว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์
สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ
ภาคเหนือของไทย



พูน บุญเกิด โชเว

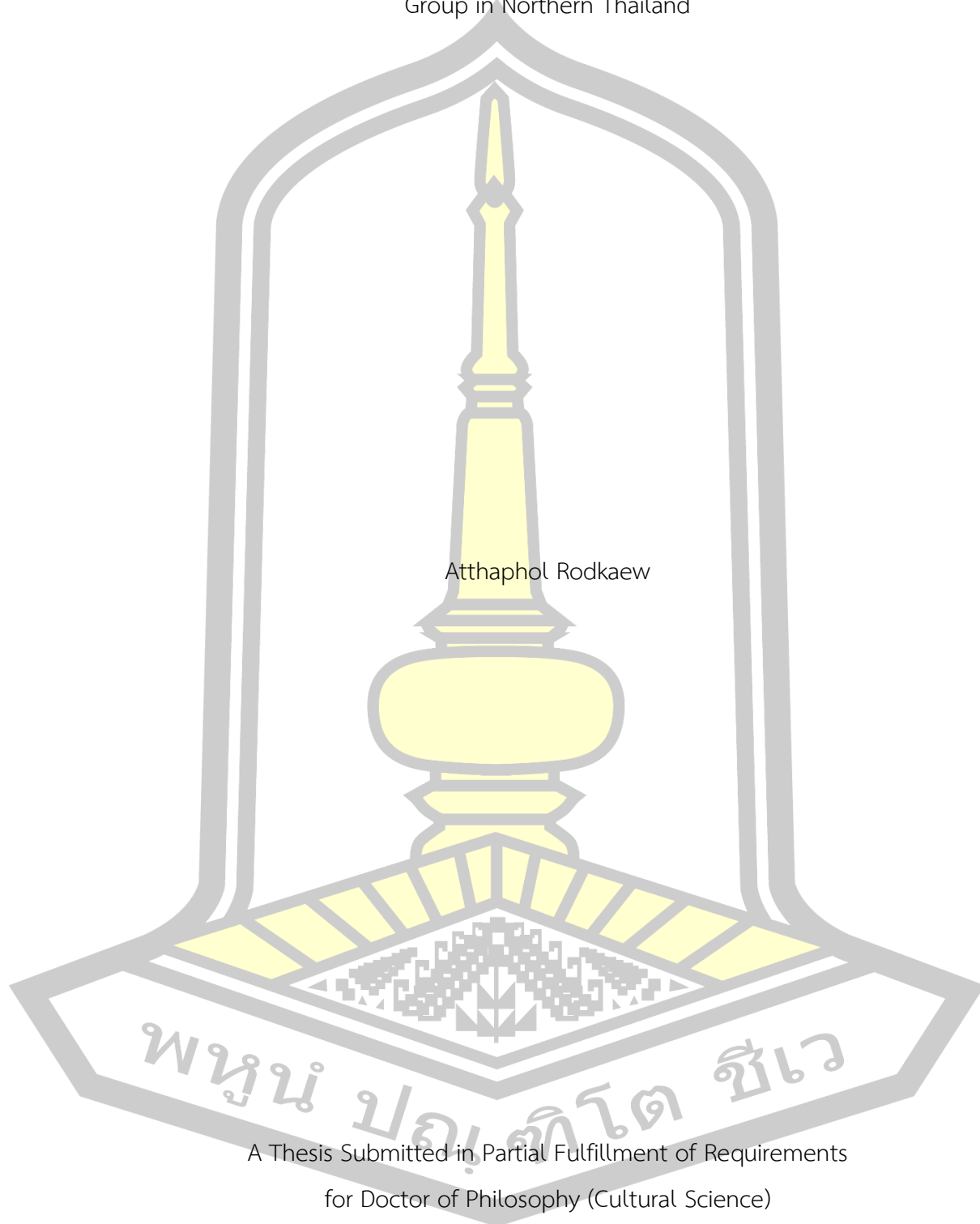
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์

สิงหาคม 2562

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Adaptation of 21st Century Folk Medicine for Health Care of Tai Dam Ethnic
Group in Northern Thailand



Atthaphol Rodkaew

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Cultural Science)

August 2019

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายอรรถพล รอดแก้ว แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต สาขาวิชา วัฒนธรรมศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. เกียรติศักดิ์ บังเพลิง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. พันธ์ โภธิบัติ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. มนตรี ศรีราชเสลา)

กรรมการ

(ผศ. ดร. ไฉลิต แพงสร้อย)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. อธิราชย์ นันขันตี)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญา ปรัชญาดุชะฎิบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(ศ. ดร. ปรีชา ประเทพา)

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะวัฒนธรรมศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

พหุบั ปณุ ที โตะ ชีเว

ชื่อเรื่อง การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของ
กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ผู้วิจัย อรรถพล รอดแก้ว

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. พันธ์ โพธิ์บัติ
อาจารย์ ดร. มนต์รี ศรีราชเลา

ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต **สาขาวิชา** วัฒนธรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2562

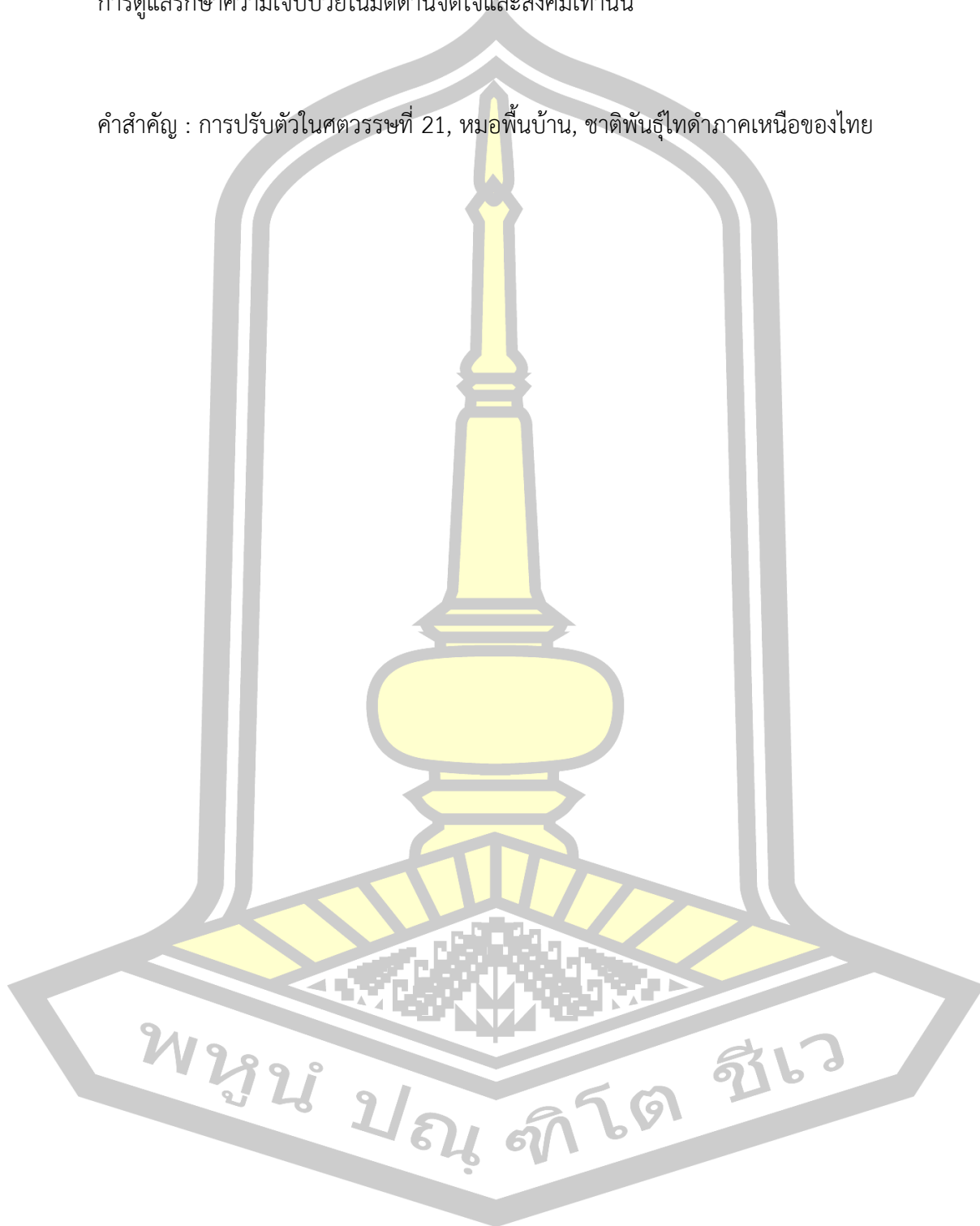
บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบัน ปัญหา และ การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ภาคเหนือของไทย ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนธันวาคม 2561 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจากแบบสัมภาษณ์แบบมี โครงสร้าง การสังเกต และการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล จาก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รู้ กลุ่มผู้ปฏิบัติ และกลุ่มทั่วไป ในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกและ จังหวัดพิจิตร จำนวน 55 คน โดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอข้อมูลแบบ พรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยได้อพยพมาจากจังหวัดเพชรบุรีมากกว่า 100 ปีก่อน สถานะทางสังคมส่วนมากเป็นกลุ่มผู้น้อย มีพื้นฐานความเชื่อที่ผูกพันและเกี่ยวข้องกับการ นับถือผีโดยเชื่อว่าผีมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตและต่อระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้ยังคงมีวัฒนธรรม ประเพณี และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องผีปรากฏอยู่ในปัจจุบัน บริบทของสังคมในศตวรรษ ที่ 21 นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อและระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ และหมอพื้นบ้านโดยมีฐานคิดในลักษณะของความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น อีกทั้งสถานภาพของหมอ พื้นบ้านในปัจจุบันมีจำนวนลดน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอพื้นบ้านที่เป็นหมอมดและหมอเมือง ร่วมกับการขาดการสืบสานในกลุ่มคนรุ่นใหม่ โดยในปัจจุบันบทบาทและหน้าที่ของหมอพื้นบ้านได้ถูก ปรับเปลี่ยนสถานะให้เป็นเพียงผู้ประกอบพิธีกรรม เพื่อการคงอยู่ในวิถีปฏิบัติต่อผีมากกว่าการรักษา โรค ตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม นโยบายด้านสุขภาพ และเทคโนโลยีการ สื่อสารที่เป็นปัจจัยสนับสนุน ส่งผลให้หมอพื้นบ้านในพื้นที่วิจัยเกิดการปรับตัวในศตวรรษที่ 21 เกี่ยวกับระบบคิดที่ยอมรับถึงความเชื่ออื่นร่วมกับความเชื่อแบบดั้งเดิม การยืดหยุ่นด้านอายุที่ลดลงใน

การทำพิธี การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านสื่อสังคมยุคใหม่ และวิธีการรักษาที่ถูกนิยามไว้เพื่อเป็น การดูแลรักษาความเจ็บป่วยในมิติด้านจิตใจและสังคมเท่านั้น

คำสำคัญ : การปรับตัวในศตวรรษที่ 21, หมอพื้นบ้าน, ชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย



TITLE	The Adaptation of 21 st Century Folk Medicine for Health Care of Tai Dam Ethnic Group in Northern Thailand		
AUTHOR	Atthaphol Rodkaew		
ADVISORS	Phanat Photibat , Ph.D. Montri Srirajlao , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Cultural Science
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2019

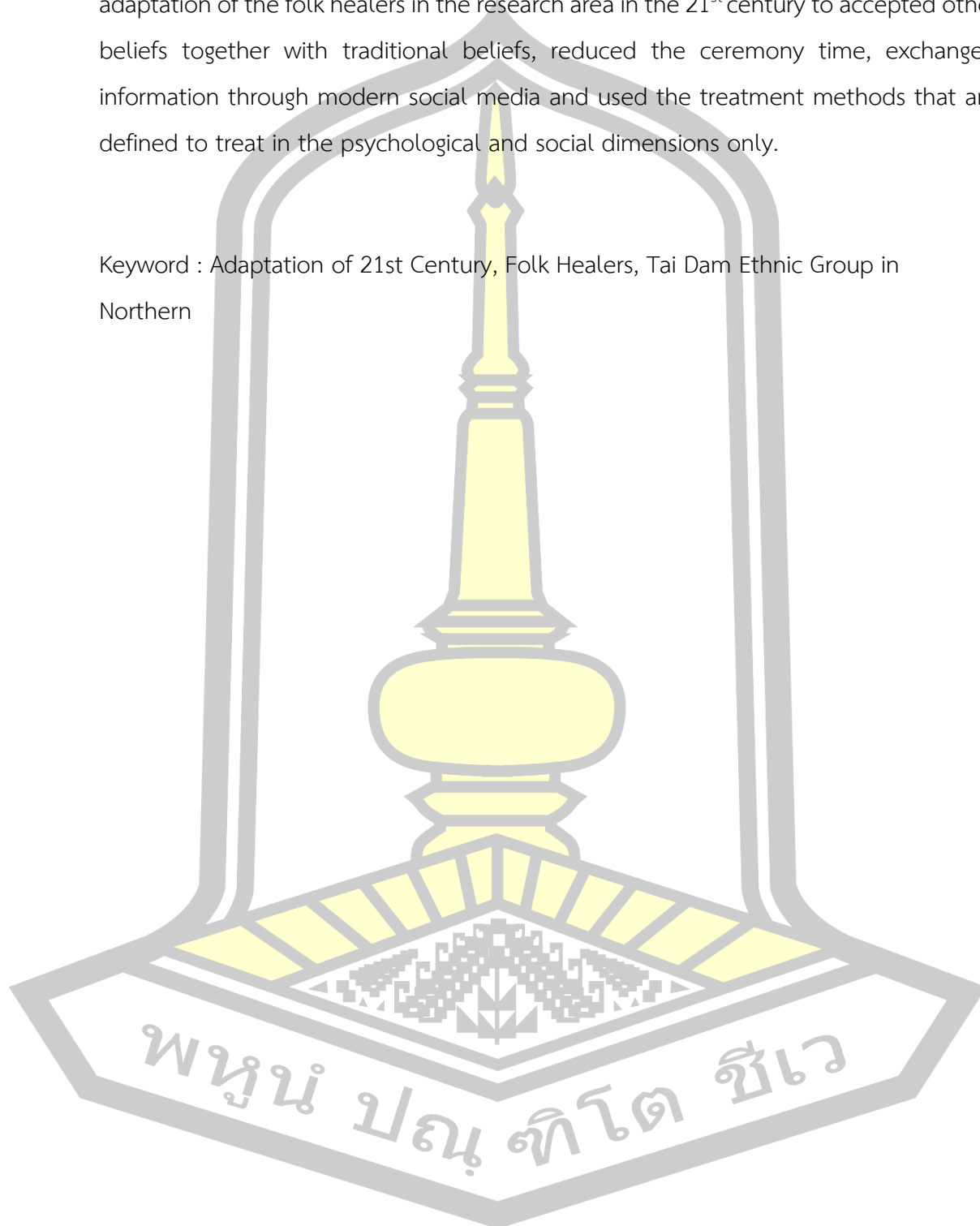
ABSTRACT

The purpose of the thesis was to study the history, current conditions, problems and adaptations of folk healers in the 21st century of Tai Dam ethnic group in northern Thailand's health care by using a qualitative research method. Data were collected from January to December 2018 by using in-depth interviews from structured interviews, observations and group discussions is tool and method for collecting data from 3 groups informants; 55 people include Key Informant, Casual Informant and General Informant in Phitsanulok and Phichit provinces. Analyzing the data as content analysis and presenting descriptive analysis data.[๑๖1]

The study found that Tai Dam ethnic group in the research area had migrated from Phetchaburi province more than 100 years ago. The most social status is a minority which has beliefs and related to respect for spirits. They believed that ghosts influence the way of life and towards illness which has resulted in the continued existence of culture, traditions and rituals related to ghost beliefs. Social context in the 21st century changes in beliefs and illness thinking of Tai Dam ethnic groups and folk healers based on science more. In addition, folk healers has recently decreased. Especially folk healers who are witches and folk medicine together with the lack of continuation in the new generation. Nowadays, the roles and duties of the folk healers have been changed to be a ritual in order to remain the way of treating ghosts rather than treating disease according to changes in economic, social, culture, health policy

and communication technology which is a supporting factor. Resulting in the adaptation of the folk healers in the research area in the 21st century to accepted other beliefs together with traditional beliefs, reduced the ceremony time, exchanged information through modern social media and used the treatment methods that are defined to treat in the psychological and social dimensions only.

Keyword : Adaptation of 21st Century, Folk Healers, Tai Dam Ethnic Group in Northern



กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบคุณท่านผู้มีพระคุณทุกท่าน อาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการสอบดุขนิพนธ์ที่
กรุณาแนะนำและเติมเต็มจนเล่มรายงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์ รวมถึงพ่อ แม่ พี่กบ และกัลยาณมิตรที่คอย
เป็นกำลังใจในทุกครั้ง

ขอกราบขอบคุณ หมอกุ้ง หมอปาม หมอใจ หมอนงค์ หมอรวม หมอเฉลียว อาจารย์วิเชียร พี
เชาว์ พีโนช หมอเรียบ ป้าน้อย แม่মনวน รวมถึงหมอเอื้อง หมอมตมนต์ หมอเสน ทุก ๆ ท่านที่ได้กรุณา
ให้ข้อมูลงานวิจัยสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และขอระลึกถึง แม่ตสา ผู้ล่วงลับที่เป็นจุดเริ่มต้นของ
งานวิจัย

ขอคารวะแด่ แถนผู้เป็นใหญ่ ผิมตผิมนต์ ผิศรุ และผีทั้งหลาย ที่ยังคงสถิตอยู่ในความเชื่อของ
ชาติพันธุ์ไทดำเสมอมา

อรรถพล รอดแก้ว



สารบัญ

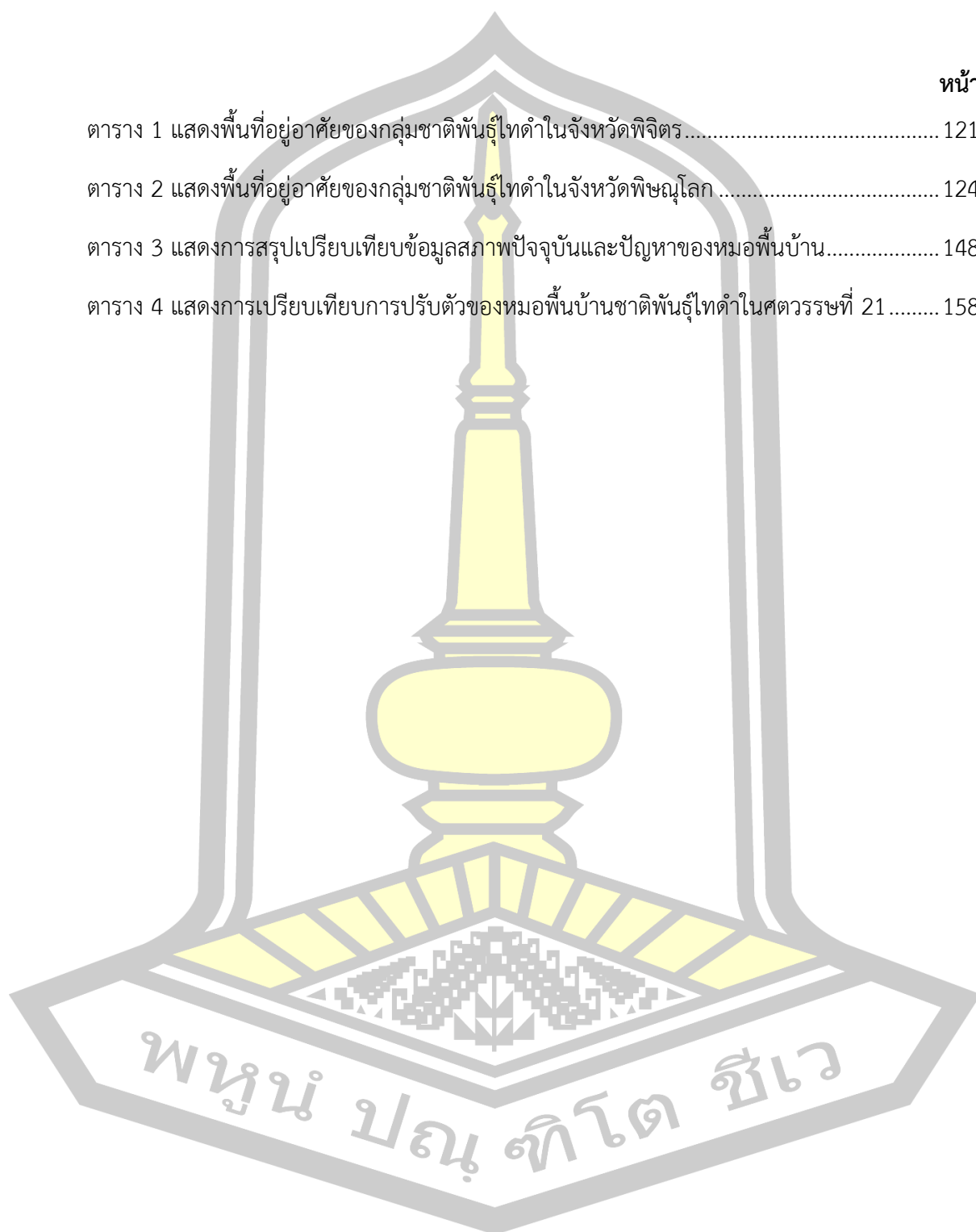
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	10
คำถามการวิจัย.....	10
ความสำคัญของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
กรอบแนวคิด.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
องค์ความรู้ในการวิจัย.....	14
บริบทพื้นที่วิจัย.....	32
นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง.....	65
แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย.....	74
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย.....	89
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	106
ขอบเขตการวิจัย.....	106

วิธีดำเนินการวิจัย	111
บทที่ 4 ผลการวิจัย	117
ประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือ ของ ไทย	117
สภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือ ของไทย.....	137
การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ภาคเหนือของไทย	149
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	166
สรุปผลการวิจัย.....	166
อภิปรายผล.....	171
ข้อเสนอแนะ	174
บรรณานุกรม.....	177
ภาคผนวก.....	187
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	188
ภาคผนวก ข รายนามผู้ให้สัมภาษณ์.....	209
ภาคผนวก ค ภาพกิจกรรมการลงพื้นที่วิจัย	214
ประวัติผู้เขียน.....	222



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงพื้นที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิจิตร.....	121
ตาราง 2 แสดงพื้นที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิษณุโลก	124
ตาราง 3 แสดงการสรุปเปรียบเทียบข้อมูลสภาพปัจจุบันและปัญหาของหมอพื้นบ้าน.....	148
ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการปรับตัวของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำในศตวรรษที่ 21	158

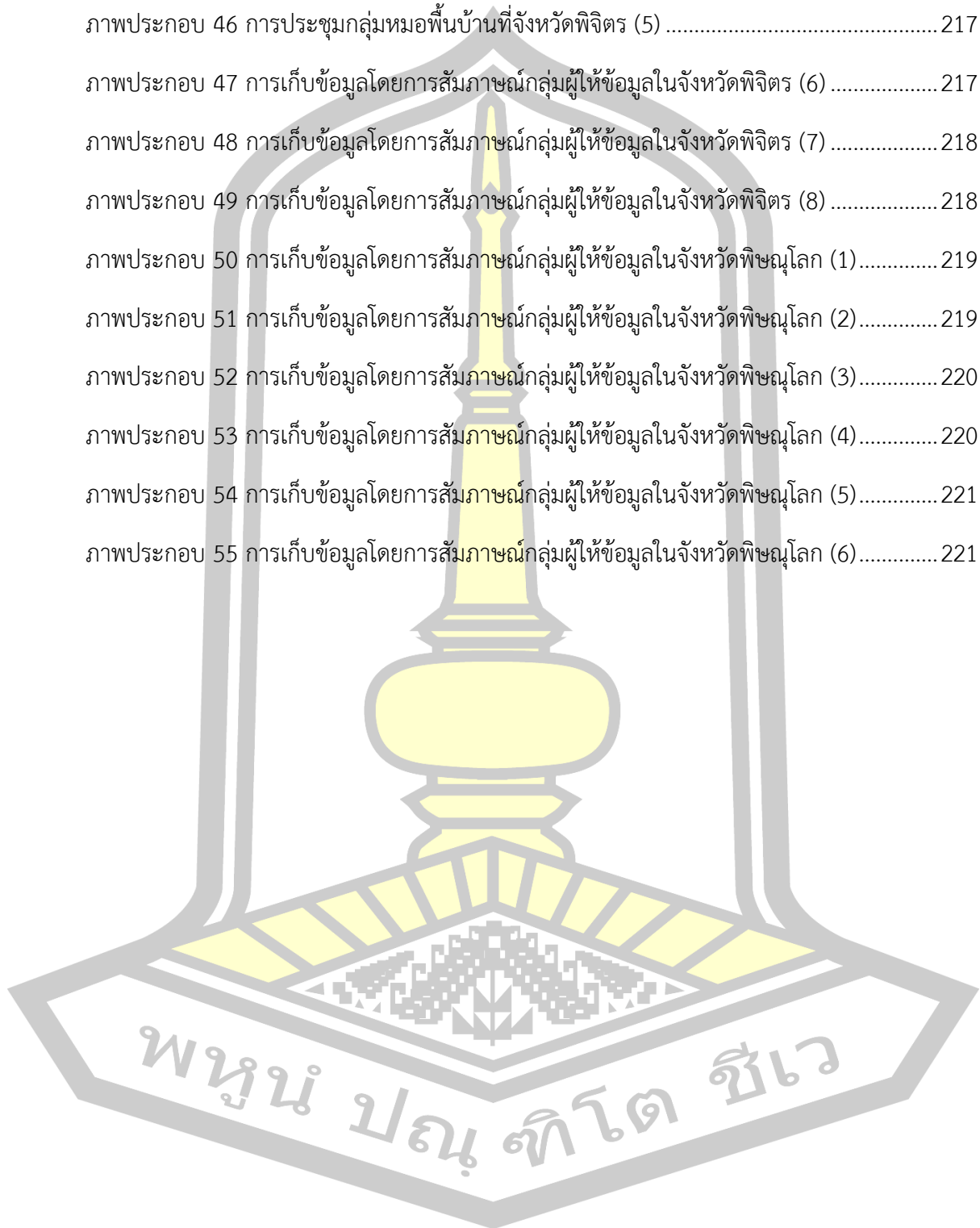


สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	12
ภาพประกอบ 2 แผนที่แสดงถิ่นที่อยู่อาศัยของไทดำในอดีต	36
ภาพประกอบ 3 แสดงลักษณะวิถีชีวิตของชาวไทดำในอดีต	38
ภาพประกอบ 4 อาหารที่แสดงอัตลักษณ์ของไทดำที่สืบทอดมาจากอดีต.....	42
ภาพประกอบ 5 แสดงลักษณะของเรือนไทดำในอดีต	43
ภาพประกอบ 6 แสดงบ้านของชาวไทดำในปัจจุบัน.....	44
ภาพประกอบ 7 แสดงถึงการแต่งกายของชาวไทดำในอดีต	46
ภาพประกอบ 8 การแต่งกายขณะอยู่บ้านของหญิงสูงอายุไทดำในปัจจุบัน	47
ภาพประกอบ 9 แสดงสมุดข่อยบันทึกภาษาไทดำ	49
ภาพประกอบ 10 แสดงตารางภาษาของไทดำ.....	49
ภาพประกอบ 11 แสดงพิธีการแต่งงานของไทดำในปัจจุบัน	51
ภาพประกอบ 12 แสดงพิธีศพตามความเชื่อของชาวไทดำ	52
ภาพประกอบ 13 แสดงกะล้อห้องหรือห้องผีของบ้านชาติพันธุ์ไทดำในอำเภอบางระกำ	53
ภาพประกอบ 14 แสดงพิธีเสกกวัดก้วยโดยแม่เมดที่บ้านน้ำเรือง จังหวัดสุโขทัย	58
ภาพประกอบ 15 แสดงแผนที่อำเภอวชิรบุรี.....	59
ภาพประกอบ 16 แสดงแผนที่อำเภอโพธิ์ประทับช้าง	60
ภาพประกอบ 17 แสดงแผนที่อำเภอวังทอง.....	63
ภาพประกอบ 18 แสดงแผนที่อำเภอบางระกำ.....	64
ภาพประกอบ 19 แบบจำลองระบบบริการสาธารณสุขตามแนวคิดของ Kleinman (1980).....	76
ภาพประกอบ 20 แสดงการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร	122
ภาพประกอบ 21 แสดงการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลบ้านไผ่รอบ	122

ภาพประกอบ 22 แสดงการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก.....	125
ภาพประกอบ 23 แสดงการประชุมและสัมมนาของชมรมไทดำภาคเหนือ.....	125
ภาพประกอบ 24 แสดงการฟื้นฟูภาษาไทยดำของชมรมไทดำภาคเหนือ.....	126
ภาพประกอบ 25 แสดงการนับวันตามปฏิทินของชาติพันธุ์ไทดำ.....	126
ภาพประกอบ 26 แสดงการจำลองอุปกรณ์ของชาติพันธุ์ไทดำในพิพิธภัณฑ์วัดไผ่รอบ.....	127
ภาพประกอบ 27 แสดงการนั่งตามสถานะทางสังคมของผู้ตัวที่ต้องอยู่สูงกว่าผู้น้อย.....	128
ภาพประกอบ 28 แสดงถึงกิจกรรมทางพุทธศาสนาในวิถีชาติพันธุ์ไทดำบ้านไผ่รอบ.....	132
ภาพประกอบ 29 แสดงการจัดที่นั่งและอาหารสำหรับหมอเสน (ผู้น้อย).....	139
ภาพประกอบ 30 แสดงการรับประทานอาหารร่วมกันระหว่างหมอเสน เจ้าบ้านและญาติของเจ้าบ้าน.....	139
ภาพประกอบ 31 แสดงการประชุมกลุ่มหมอเสนในภาคเหนือ.....	141
ภาพประกอบ 32 แสดงการประชุมกลุ่มแม่หมอมนต์ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือ.....	143
ภาพประกอบ 33 แสดงการประชุมพิธีกรรมโดยหมอมดมนต์ใหญ่ หรือหมอเมือง.....	143
ภาพประกอบ 34 แสดงพิธีกรรมการเยื้องโดยหมอเยื้องในจังหวัดพิจิตร.....	145
ภาพประกอบ 35 นางน้อย ทองเชื้อ หมอเยื้องคนสุดท้ายของบ้านไผ่รอบ.....	146
ภาพประกอบ 36 แสดงสิ่งของเครื่องใช้ที่ต้องจัดซื้อเพื่อการประกอบพิธีกรรม.....	160
ภาพประกอบ 37 แสดงกิจกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำตามนโยบายด้านสุขภาพ.....	161
ภาพประกอบ 38 แสดงหิ้งบูชาผีของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำที่มีอายุมากกว่า 50 ปี.....	162
ภาพประกอบ 39 แสดงหิ้งบูชาพระและเทวรูปของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำ.....	163
ภาพประกอบ 40 แสดงหิ้งบูชาพระและเทวรูปของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำ.....	163
ภาพประกอบ 41 แสดงกลุ่มเครือข่ายชาติพันธุ์ไทดำบนสื่อสังคมออนไลน์.....	164
ภาพประกอบ 42 การประชุมกลุ่มหมอพื้นบ้านที่จังหวัดพิจิตร (1).....	215
ภาพประกอบ 43 การประชุมกลุ่มหมอพื้นบ้านที่จังหวัดพิจิตร (2).....	215
ภาพประกอบ 44 การประชุมกลุ่มหมอพื้นบ้านที่จังหวัดพิจิตร (3).....	216

ภาพประกอบ 45 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (4)	216
ภาพประกอบ 46 การประชุมกลุ่มหมอบ้านที่จังหวัดพิจิตร (5)	217
ภาพประกอบ 47 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (6)	217
ภาพประกอบ 48 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (7)	218
ภาพประกอบ 49 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (8)	218
ภาพประกอบ 50 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (1).....	219
ภาพประกอบ 51 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (2).....	219
ภาพประกอบ 52 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (3).....	220
ภาพประกอบ 53 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (4).....	220
ภาพประกอบ 54 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (5).....	221
ภาพประกอบ 55 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (6).....	221



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนไทยในปัจจุบันนั้น ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและท้าทายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงอย่างกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเหล่านั้นจะมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการตรวจวินิจฉัย การรักษาหรืออธิบายกลไกและพยาธิสภาพของโรคหรือความเจ็บป่วยในเชิงวิทยาศาสตร์ที่มากขึ้น รวมถึงมีการค้นพบตัวยา สารเคมีและวิธีการรักษาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหรือภาวะเจ็บป่วยสูงขึ้นแล้วก็ตาม หากแต่ยังพบว่าปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนนั้น ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง นั่นเป็นเพราะว่าปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แท้จริงนั้นไม่ใช่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคเพียงอย่างเดียว (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) ซึ่งพบว่ายังมีกลุ่มประชาชนอีกจำนวนไม่น้อยที่เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยแล้ว ไม่ได้ไปรับบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว แต่กลับเลือกที่จะบำบัดหรือรักษาโรคและความเจ็บป่วย โดยการแสวงหารูปแบบหรือวิธีการแบบอื่น ๆ ตามฐานคิดและความเชื่อของตนเองร่วมกับการไปรับบริการการแพทย์แผนปัจจุบันด้วย เช่น การกระทำพิธีกรรมต่าง ๆ การใช้เวทย์มนต์ไสยศาสตร์ การใช้สมุนไพร การฝังเข็ม การนวด การประคบ อันเป็นไปตามความเชื่อของตนเองหรือชุมชนนั้น ๆ

สำหรับสังคมไทยในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการยอมรับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มากขึ้น รวมถึงการพยายามสร้างฐานความเชื่อมั่นในระบบของการแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นกลไกและมีบทบาทสำคัญในด้านการจัดการสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนอย่างกว้างขวาง โดยการแสดงให้เห็นถึงการประสบความสำเร็จในการรักษาโรคและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยต่าง ๆ ของประชาชนได้อย่างรวดเร็วและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ จนทำให้ได้รับความนิยมและเกิดการยอมรับมากขึ้นดังปัจจุบัน แต่ถึงแม้ว่าการบริการของการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นที่ยอมรับและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้จริงตามความคิดของการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่การมุ่งเน้นการรักษาเพียงร่างกายและอวัยวะรวมทั้งการมองเห็นความเจ็บป่วยของร่างกายและแบ่งแยกออกเป็นระบบที่เป็นการมองแบบลดส่วนนั้นยังเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของการแพทย์แผนปัจจุบัน อันเป็นสาเหตุที่ทำให้พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยนั้นได้ถูกสั่งสมอยู่ในร่างกายอย่างยาวนานและได้ลุกลามกลายเป็นโรคร้ายแรงในเวลาต่อมา (จารุณี ลีละวุฒิ และคณะ, 2548) นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการรักษาจากยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

แพทย์ ความสิ้นเปลืองเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูงเพราะต้องพึ่งพาเวชภัณฑ์เหล่านั้น จากต่างประเทศ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการรักษา คำนวณว่าวิจัยหรือการลองผิดลองถูกในการรักษา ตลอดจนปัญหาของรัฐเองที่ไม่สามารถจัดให้มีบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ปริมาณยาไม่เพียงพอและมีคุณภาพต่ำ ถึงแม้ว่ารัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ จะพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัดให้มีสวัสดิการทางสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพสำหรับประชาชน เช่น โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กองทุนประกันสังคม เหล่านี้ก็ยังไม่สามารถสนองต่อความต้องการในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและเพียงพอ (จารุณี ลีละวุฒิ และคณะ, 2548) ผลจากการตระหนักถึงข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบันดังกล่าวนี้ ทำให้นักมานุษยวิทยา และสังคมวิทยาการแพทย์ได้พิจารณาถึงเงื่อนไขและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนโดยใช้แนวคิดทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์อย่างจริงจัง ส่งผลให้เกิดแนวคิดความหลากหลายทางการรักษาที่ไม่ใช่มาจากการแพทย์กระแสหลักเพียงอย่างเดียว ดังข้อเท็จจริงที่ได้ปรากฏเหมือนกันในทุกสังคมทั่วโลกว่า ในสังคมหนึ่ง ๆ นั้นย่อมจะมีระบบการแพทย์ดำรงอยู่มากกว่าหนึ่งระบบอยู่เสมอไม่ว่าสังคมนั้น ๆ จะเป็นสังคมสมัยใหม่ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างมากหรือจะเป็นสังคมดั้งเดิมที่ห่างไกลความทันสมัยก็ตาม ที่เป็นเช่นนี้เพราะไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์ในตัวของมันเองจนสามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยได้อย่างบริบูรณ์ทุกมิติ และสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการที่แตกต่างหลากหลายของผู้คนในสังคมนั้นได้ ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่นำมาสู่ฐานคิดเกี่ยวกับพหุลักษณะทางการแพทย์ (Medical Pluralism) หรือการแพทย์นอกกระแสหลัก ซึ่งได้แก่ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ที่มีอยู่ในสังคมนั้น ๆ อันเป็นปรากฏการณ์ ธรรมดาที่เกิดขึ้นได้ในทุกสังคมทั่วโลก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) ดังนั้นประชาชนจึงสามารถแสวงหาทางเลือกด้านสุขภาพและวิธีการในการรักษาบำบัดโรคและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง บนพื้นฐานความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสถานะของการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้จะเป็นความรู้ ความเชื่อที่ถูกกดทับโดยการแพทย์กระแสหลักก็ตาม แต่ว่าการแพทย์นอกกระแสหลักทั้งสามระบบนั้นต่างก็สามารถดำรงอยู่ได้ตามลักษณะเฉพาะของตนเอง และเป็นองค์ความรู้ชายขอบที่มีรากฐานแตกต่างกันไปตามความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพของตนเองหรือในสังคมนั้น ๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) ดังนั้นประชาชนจึงสามารถแสวงหาทางเลือกด้านสุขภาพและวิธีการในการรักษาบำบัดโรคและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง บนพื้นฐานความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสถานะของการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้จะเป็นความรู้ ความเชื่อที่ถูกกดทับโดยการแพทย์กระแสหลักก็ตาม แต่ว่าการแพทย์นอกกระแสหลักทั้งสามระบบนั้นต่างก็สามารถดำรงอยู่ได้ตามลักษณะเฉพาะของตนเอง

และเป็นองค์ความรู้ชายขอบที่มีรากฐานแตกต่างกันไปตามความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง หรือในสังคมนั้น ๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

ฐานคิดในการมองเห็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการมองแบบลดส่วนในผู้ป่วยของระบบ การแพทย์แผนปัจจุบันนั้นมาจากการที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีข้อจำกัดในระดับของกระบวนทัศน์ (Paradigm) หรือวิธีคิดที่ใช้มองความเป็นจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิตของมนุษย์ วิธีคิดของการแพทย์ แผนปัจจุบันที่สำคัญนั้นได้รับอิทธิพลมาจากการแพทย์ตะวันตกจึงมีรากฐานอยู่ในกระบวนทัศน์แบบ วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Scientific Paradigm) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่มีลักษณะแบบวัตถุนิยมกลไก ได้แก่ การเน้นความเป็นวัตถุนิยม (Materialistic) คือ การเน้นความสำคัญของสิ่งที่มีอยู่จริงที่เป็นวัตถุ ที่ดำรงอยู่ด้วยกฎเกณฑ์ทางกายภาพที่แน่นอน การเน้นการตรวจวัดได้อย่างเป็นภาวะวิสัย (Objectively Measurable) คือ ยอมรับความเป็นจริงเฉพาะในส่วนที่ตรวจสอบได้โดยไม่ขึ้นกับ ความรู้สึกนึกคิดหรือจิตใจของมนุษย์และเป็นการมองที่ลดส่วน (Reductionist) คือ การลดทอน ปรัชญาการณทั้งหมดที่สลับซับซ้อนของชีวิตและสุขภาพลงมาเป็นเพียงกระบวนการทางชีววิทยา หรือการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อื่น ๆ ที่จำกัดองค์ความรู้ ทางวิทยาศาสตร์ไว้ในขอบเขตของวัตถุที่สามารถวัดหรือจับต้องได้เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาศาสตร์ เริ่มต้นจากสิ่งที่ต้องวัดได้เสมอ สิ่งที่ไม่สามารถวัดได้จึงอยู่นอกขอบเขตความรู้ของวิทยาศาสตร์ สมัยใหม่ ลักษณะเช่นนี้ของวิทยาศาสตร์ทำให้ความรู้ของวิทยาศาสตร์การแพทย์ถูกจำกัดอยู่แต่ความ เข้าใจทางชีววิทยาเท่านั้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) จากฐานคิดดังกล่าวนี้จึงนำมาสู่การ เรียกร้องถึงความเป็นองค์รวมด้านสุขภาพที่ควรต้องดูแลคนหรือมนุษย์มากกว่าที่ตัวโรคหรือความ เจ็บป่วยหรือไม่ได้เน้นเฉพาะเทคนิคการดูแลสุขภาพเพียงเท่านั้นแต่รวมถึงการปรับวิถีชีวิต พฤติกรรม สุขภาพการกินอาหารตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสังคมของบุคคลด้วย เพราะฉะนั้นแนวคิด สำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม คือ การปรับกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ (Health Paradigm) ที่เป็น กระบวนการทางสุขภาพที่ไม่แยกขาดหรือตัดตอนออกจากกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม และ สิ่งแวดล้อมโดยต้องพิจารณาถึงสุขภาพว่าเป็นสภาวะที่เชื่อมโยงกับมิติต่าง ๆ เน้นความสัมพันธ์ที่มี ดุลยภาพของระบบสุขภาพที่ไม่มีการแยกขาดระหว่างกาย จิต สังคม และนิเวศน์วิทยา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

ดังนั้นประชาชนจึงสามารถแสวงหาทางเลือกด้านสุขภาพและวิธีการในการรักษาบำบัดโรคและความ เจ็บป่วยด้วยตนเอง บนพื้นฐานความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบัน สถานะของการแพทย์นอกกระแสหลักเหล่านี้จะเป็นความรู้ ความเชื่อที่ถูกกดทับโดยการแพทย์ กระแสหลักก็ตาม แต่ว่าการแพทย์นอกกระแสหลักทั้งสามระบบนั้นต่างก็สามารถดำรงอยู่ได้ตาม ลักษณะเฉพาะของตนเอง และเป็นองค์ความรู้ชายขอบที่มีรากฐานแตกต่างกันไปตามความเชื่อด้าน พฤติกรรมสุขภาพของตนเองหรือในสังคมนั้น ๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) ดังนั้นประชาชนจึง

สามารถแสวงหาทางเลือกด้านสุขภาพและวิธีการในการรักษาบำบัดโรคและความเจ็บป่วยด้วยตนเอง บนพื้นฐานความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของตนเอง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสถานะของการแพทย์นอก กระแสหลักเหล่านี้จะเป็นความรู้ ความเชื่อที่ถูกกดทับโดยการแพทย์กระแสหลักก็ตาม แต่ว่า การแพทย์นอกกระแสหลักทั้งสามระบบนั้นก็ยังสามารถดำรงอยู่ได้ตามลักษณะเฉพาะของตนเอง และเป็นองค์ความรู้ที่ซับซ้อนที่มีรากฐานแตกต่างกันไปตามความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง หรือในสังคมนั้น ๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

ฐานคิดในการมองเห็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการมองแบบลดส่วนในผู้ป่วยของระบบ การแพทย์แผนปัจจุบันนั้นมาจากการที่การแพทย์แผนปัจจุบันมีข้อจำกัดในระดับของกระบวนทัศน์ (Paradigm) หรือวิธีคิดที่เรามองความเป็นจริงเกี่ยวกับโลกและชีวิตของมนุษย์ วิธีคิดของการแพทย์ แผนปัจจุบันที่สำคัญนั้นได้รับอิทธิพลมาจากการแพทย์ตะวันตกจึงมีรากฐานอยู่ในกระบวนทัศน์แบบ วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ (Modern Scientific Paradigm) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่มีลักษณะแบบวัตถุนิยมโลก ได้แก่ การเน้นความเป็นวัตถุนิยม (Materialistic) คือ การเน้นความสำคัญของสิ่งที่มีอยู่จริงที่เป็นวัตถุ ที่ดำรงอยู่ด้วยกฎเกณฑ์ทางกายภาพที่แน่นอน การเน้นการตรวจวัดได้อย่างเป็นภาวะวิสัย (Objectively Measurable) คือ ยอมรับความเป็นจริงเฉพาะในส่วนที่ตรวจสอบได้โดยไม่ขึ้นกับ ความรู้สึกนึกคิดหรือจิตใจของมนุษย์และเป็นการมองที่ลดส่วน (Reductionist) คือ การลดทอน ปราบปรามการณทั้งหมดที่สลับซับซ้อนของชีวิตและสุขภาพลงมาเป็นเพียงกระบวนการทางชีววิทยา หรือการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับวิทยาศาสตร์สมัยใหม่อื่น ๆ ที่จำกัดองค์ความรู้ ทางวิทยาศาสตร์ไว้ในขอบเขตของวัตถุที่สามารถวัดหรือจับต้องได้เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาศาสตร์ เริ่มต้นจากสิ่งที่ต้องวัดได้เสมอ สิ่งที่ไม่สามารถวัดได้จึงอยู่นอกขอบเขตความรู้ของวิทยาศาสตร์ สมัยใหม่ ลักษณะเช่นนี้ของวิทยาศาสตร์ทำให้ความรู้ของวิทยาศาสตร์การแพทย์ถูกจำกัดอยู่แต่ความ เข้าใจทางชีววิทยาเท่านั้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) จากฐานคิดดังกล่าวนี้จึงนำมาสู่การ เรียกร้องถึงความเป็นองค์รวมด้านสุขภาพที่ควรต้องดูแลคนหรือมนุษย์มากกว่าที่ตัวโรคหรือความ เจ็บป่วยหรือไม่ได้เน้นเฉพาะเทคนิคการดูแลสุขภาพเพียงเท่านั้นแต่รวมถึงการปรับวิถีชีวิต พฤติกรรม สุขภาพการกินอาหารตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับสังคมของบุคคลด้วย เพราะฉะนั้นแนวคิด สำคัญของสุขภาพแบบองค์รวม คือ การปรับกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ (Health Paradigm) ที่เป็น กระบวนการทางสุขภาพที่ไม่แยกขาดหรือตัดตอนออกจากกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม และ สิ่งแวดล้อมโดยต้องพิจารณาถึงสุขภาพว่าเป็นสุขภาพที่เชื่อมโยงกับมิติต่าง ๆ เน้นความสัมพันธ์ที่มี ดุลยภาพของระบบสุขภาพที่ไม่มีการแยกขาดระหว่างกาย จิต สังคม และนิเวศน์วิทยา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549)

ดังนั้นกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันจึงควรมีลักษณะแบบสุขภาพองค์รวม (Holistic Health) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่มีการบูรณาการความรู้ดั้งเดิมหรือระบบการแพทย์ใน

ชุมชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน ให้เข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันและการบำบัดเสริมต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อทำให้เกิดการรักษาโรคและความเจ็บป่วยของประชาชนในทุกมิติแบบเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงและเกิดสุขภาวะที่ดี ลักษณะของการแพทย์แบบองค์รวมนี้ได้รับความนิยมน้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เปรียบเสมือนปรัชญาการสร้างสุขภาพและการรักษาโรคซึ่งจะพิจารณาองค์ประกอบทุกอย่างของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการรักษาเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด รักษา หรือปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคร้ายหรือความเจ็บป่วยด้วยตนเองโดยที่ไม่ได้จำกัดอยู่ที่วิธีใดวิธีหนึ่ง หากแต่ต้องครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ ดังที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) ว่าหมายถึงความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และตามนิยามของคำว่าสุขภาวะ (Well-being) ที่กล่าวถึงการที่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2549) ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพที่เป็นแบบองค์รวมเป็นปรัชญาสำคัญของการมีสุขภาวะที่ดีโดยที่ต้องพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด เกิดเป็นคุณภาพของชีวิตที่สัมพันธ์อย่างกลมกลืนกับสังคม ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยเปรียบเสมือนเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการในชีวิตของมนุษย์ เป็นสัญญาณเตือนภัยที่มีค่าและชักนำให้มนุษย์ได้รู้จักตนเองอย่างลึกซึ้งขึ้น เป็นสิ่งที่จะช่วยเตือนให้เรารู้จักระมัดระวังตนเองและค้นพบตนเอง เป็นโอกาสให้เราได้ปรับวิถีชีวิตไปสู่วิถีที่ถูกต้องยิ่งขึ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549) ในการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เกี่ยวกับประเด็นสำคัญของการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศนั้น ซึ่งปรากฏสาระสำคัญในประเด็นนี้ ได้แก่ การมุ่งพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคมเป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวมและมีทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 รวมถึงการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพดีที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2560 : ออนไลน์) โดยในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลมีมติเห็นชอบในหลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เป็น

กรอบชี้นำทิศทางพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอ โดยมีหลักการสำคัญ ที่มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเพื่อให้คนไทย มีสุขภาวะที่ดี รวมถึงทิศทางของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 2 ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม โดยกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินการไว้ 4 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางดำเนินการเสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาชนในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็งรองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 นี้ จะเห็นว่าพันธกิจที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพของประชาชนนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคประชาสังคมและเครือข่ายด้านสุขภาพ อันจะเป็นแนวทางในการจัดการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีของประชาชนภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วของประเทศไทยในศตวรรษที่ 21 ทำให้มีการพัฒนาที่เน้นด้านการเจริญเติบโตในด้านวัตถุ เทคโนโลยี การสื่อสาร นวัตกรรม การเมือง การศึกษา ฯลฯ โดยที่เป็นการพยายามตอบสนองต่อระบบเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมนั้น ส่งผลให้เกิดการปรับตัวของประชาชนชาวไทยทุกกลุ่มในทุก ๆ ด้านซึ่งรวมไปถึงกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำด้วย การพัฒนาที่จะปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในศตวรรษที่ 21 นั้นย่อมทำให้เกิดการปรับปรนทางความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ตนเอง มีการยอมรับและปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น การปรับเปลี่ยนในส่วนที่เกี่ยวกับการอยู่อาศัย โดยการมีบ้านเรือนที่ไม่มีพื้นที่ให้ผีเรือนอยู่อาศัยตามประเพณีดั้งเดิม มีการอนุโลมความถูกต้องของพื้นที่ผีเรือนตามความจำเป็นด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น มีสมาชิกในบ้านเพิ่มขึ้น ทรัพยากรสร้างบ้านมีจำกัด ภาวะทางเศรษฐกิจและรายได้ การปรับปรนด้านความเชื่อและวิถีปฏิบัติของบางครัวเรือนจะมีหิ้งพระแทนกะล่อหองหรือการมีกะล่อหองร่วมกับหิ้งพระ การเปลี่ยนแปลงทางด้านการแต่งกายโดยมีการยอมรับเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับจากสังคมอื่นเข้ามาผสมผสาน ซึ่งนอกจากจะสามารถแต่งกายและประดับตกแต่งร่างกายที่สื่อถึงความสวยงามแล้วยังเป็นการสื่อให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสถานะทางสังคมอีกด้วยการเปลี่ยนแปลงในการรักษาพยาบาลและวิถีสุขภาพจากดั้งเดิมที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำให้ความสำคัญและเน้นคุณค่าการเรียนรู้ เข้าใจ และเข้าถึงภูมิปัญญาด้านต่าง ๆ ที่สามารถ

พึ่งตนเองทางสุขภาพได้บนฐานความเชื่อในระบบผีบรรพบุรุษ ครูบาอาจารย์และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในชุมชน ได้แปรผันไปตามศักยภาพทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลสมัยใหม่ที่มีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น (เรณู เหมือนจันทร์เชย, 2556) หรือการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามพัฒนาการตามช่วงอายุวัย ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่ชัดเจน โดยการไปใช้บริการที่สถานอนามัย คลินิก หรือที่โรงพยาบาลทั้ง ภาครัฐและเอกชน อีกทั้งยังมีกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพมากขึ้นโดยการเลือกใช้ และพยายามหาระบบการดูแลสุขภาพทางเลือกอื่น ๆ ที่นอกจากการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เข้าสู่ศตวรรษที่ 21 เป็นการสะท้อนถึงจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของกลุ่มคนที่เป็นชาติพันธุ์ไทดำ (รัตนะ บัวสนธ์ และ คณะ, 2555) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมทาง ความเชื่อ ผีบรรพบุรุษ ประเพณี พิธีกรรม ภาษา ครอบครัวและเครือญาติ รวมถึงวัฒนธรรมต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับกับโลกทัศน์และชีวทัศน์ อันเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่เป็นรากฐานและมีคุณค่าของกลุ่ม ชาติพันธุ์ไทดำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามสภาวะสมัยใหม่ทำให้เกิดแนวโน้มว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ในสมัยปัจจุบันจะมีทุนวัฒนธรรมที่ปรับเปลี่ยนไป โดยส่วนที่เป็นคุณค่าแท้ตามแบบแผนวัฒนธรรม ดั้งเดิมสูญหายและเกิดเป็นทุนวัฒนธรรมใหม่ที่เน้นการเป็นมูลค่านำส่วนที่เป็นคุณค่าชิ้นแทน ทำให้ ความผูกพัน ความดีงาม ความเหมาะสม เป็นไปตามอำนาจของความเป็นมูลค่านำมากกว่าอำนาจของ ความเป็นคุณค่าที่หมายถึงคุณธรรม จริยธรรม ศีลธรรม ดังนั้นทุนวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำใน ปัจจุบันจึงตกอยู่ในสภาวะไร้พลังขับเคลื่อนที่ทำให้ชุมชนได้ไปสู่ความต้องการที่เป็นความสุขใจตาม ค่านิยมทางวัฒนธรรมพื้นบ้าน แต่กลับเพิ่มพลังในการขับเคลื่อนชุมชนไปสู่ความต้องการที่เป็น ความสุขกายตามค่านิยมทางวัฒนธรรมสมัยใหม่มากขึ้น (เรณู เหมือนจันทร์เชย, 2556)

จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดพิจิตร เป็นจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยมีประชากรรวมในจังหวัดประมาณ 865,759 คน และ 543,482 คน ตามลำดับ (สำนักงาน สถิติแห่งชาติ, 2559) อีกทั้งยังเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเนื่องจากมีกลุ่มชาติพันธุ์ ต่าง ๆ ได้อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่ปะปนกันทั้งชาวไทยอีสาน ชาวไทยภูเขาเผ่าต่าง ๆ และ รวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ หรือ ลาวโซ่ง ที่มีบรรพบุรุษและถิ่นฐานดั้งเดิมอยู่ที่เมืองเดียนเบียนฟู ประเทศเวียดนาม โดยกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำมีการย้ายเข้ามาตั้งถิ่นฐานในแถบเมืองเพชรบุรีเป็นที่แรกใน ประเทศไทยเมื่อประมาณ พ.ศ. 2322 ตรงกับรัชสมัยของสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ต่อมาได้ถูก กวาดต้อนเข้ามาเพิ่มเติมอีกครั้งในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช รัชกาลที่ 1 ราวปี พ.ศ. 2335 และรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 3 ราวปี พ.ศ. 2381 ก่อนจะมีการย้ายมาตั้งถิ่นฐานในพื้นที่อีกหลายจังหวัด เช่น ราชบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี พิจิตร พิษณุโลก กาญจนบุรี ลพบุรี สระบุรี ชุมพร และสุราษฎร์ธานี โดยในจังหวัดพิจิตรพบว่ามีกลุ่ม ชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่ในเขตอำเภอโพธิ์ประทับช้าง เช่น ตำบลไร่รอบ ในเขตอำเภอสว่างงาม เช่น

ตำบลหนองหลุม ตำบลวังโมกข์ ในเขตอำเภอ วชิรบุรี มี เช่น บ้านบัวยาง ส่วนในจังหวัดพิษณุโลกนั้น พบกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางระกำ เช่น ตำบลชุมแสงสงคราม ตำบลบางระกำ ตำบลพันเสา และในเขตอำเภอวังทอง อำเภอบางกระทุ่ม รวมถึงเขตอำเภอเมือง กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ จะมีความเชื่อและประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งจำแนกได้เป็นประเพณีที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและประเพณีการเล่นอยู่มาหลายประเพณีและยังคงยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะความเชื่อและประเพณีที่เกี่ยวข้องกับผี ได้แก่ ประเพณีเสนต่าง ๆ ประเพณีขึ้นบ้านใหม่ ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจะนับวันเดือนปีตามแบบของตนเอง การประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำนั้นจะอาศัยผู้ประกอบพิธีกรรมที่แตกต่าง กันออกไปตามลักษณะของพิธีกรรม ได้แก่ หมอเสน หมอมด หมอเอื้อง เขยบอกทาง เป็นต้น โดยกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในแต่ละบ้านจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกตามความศรัทธาของตนเอง นอกจากนี้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำยังรับเอาความเชื่อและประเพณีของวัฒนธรรมไทยภาคกลางโดยการผสมผสานเข้ากับวิถีชีวิตและชุมชนอีกด้วย เช่น ประเพณีสงกรานต์ พิธีกรรมบวชพระ การไปวัดเพื่อทำบุญในวันสำคัญทางพุทธศาสนา

หมอมด หมอมนต์ หมอเสน และหมอเอื้อง นับเป็นกลุ่มหมอพื้นบ้านที่สำคัญของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ทั้งนี้กลุ่มหมอพื้นบ้านเหล่านี้ได้มีบทบาทในฐานะเป็นสถาบันการดูแลและรักษาสุขภาพของชุมชนและเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมที่นับว่าเป็นทุนทางวัฒนธรรมทางด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในอดีต ซึ่งได้รับการสถาปนาสืบต่อกันมาแต่โบราณหรือมีการถ่ายทอดมาจากสายตระกูลของตนเองหรือการเข้ารับการถ่ายทอดในรูปแบบครูกับลูกศิษย์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดตามแบบแผนพื้นบ้านต่อเนื่องจากคนรุ่นหนึ่งสู่คนรุ่นต่อไปอย่างเป็นระบบ จนเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญและโดดเด่นสามารถเป็นที่พึ่งของกลุ่มชาติพันธุ์ตนเองได้ (เรณู เหมือนจันทร์เชย, 2556) ซึ่งในการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพนั้นจะพบถึงความหลากหลายและเชื่อมโยงกันระหว่าง หมอมด หมอมนต์ หมอเสน และหมอเอื้องในฐานะผู้ประกอบพิธีกรรม โดยบางพิธีกรรมเป็นพิธีกรรมเฉพาะของแต่ละหมอเท่านั้น นอกจากนี้จะพบถึงการพึ่งพากันระหว่างกลุ่มหมอต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ การทำนายหรือค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วย การรักษาอาการเจ็บป่วย และการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ อีกด้วย โดยรายละเอียดของพิธีกรรมและการเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมนั้นมีความละเอียดอ่อน สลับซับซ้อน และทรงคุณค่าเป็นอย่างมาก

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 นี้ ได้ส่งผลให้กลุ่มหมอพื้นบ้านต่าง ๆ ดังกล่าวเริ่มอ่อนพลังลงเมื่อรูปแบบและวิธีการในการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันเข้าไปสู่ในชุมชน แม้จะมีการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทมาเป็นเพียงผู้ประกอบพิธีกรรมของชุมชนในปัจจุบัน แต่ก็ยังไม่สามารถฟื้นคืนคุณค่าตามแบบแผนเดิมที่เคยปรากฏได้ (เรณู เหมือนจันทร์เชย, 2556) แม้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดพิจิตรจะตระหนักถึงคุณค่าของทุนทางวัฒนธรรมในด้านต่าง ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์ตนเอง โดยเกิดความวิตกกังวลที่ว่าภูมิปัญญาและ

วัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ตนเองจะขาดการสืบทอดและสูญหายในที่สุด จึงได้พยายามฟื้นฟูทางวัฒนธรรมในแต่ละมิติขึ้นในชุมชนตนเอง โดยการรวมกลุ่มของชาติพันธุ์ไทดำที่มีจำนวนเครือข่ายมากถึง 30 ชุมชนในเขตภาคเหนือของประเทศไทย (วิเชียร เชื้อมชาติ, 2560: สัมภาษณ์) เพื่อศึกษาอนุรักษ์ สืบทอด และฟื้นฟูวัฒนธรรม ประเพณี พิธีกรรมพื้นบ้าน มีการฟื้นฟูวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม มีการส่งเสริมการใช้ภาษา การแต่งกาย ขนบธรรมเนียม ประเพณี ข้อห้าม รวมถึงวัฒนธรรมความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ตนเองไว้ และมีการแสดงออกในลักษณะของรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติทางด้านสุขภาพนั้นเห็นได้จากการที่กลุ่มหมอต่าง ๆ ที่เป็นผู้ประกอบพิธีกรรมบางคนในปัจจุบัน จะมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น อายุที่น้อยลง เดิมทีมาในสังคมที่มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภาษา การสื่อสาร ศาสนา รวมถึงระบบของการแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ามามีอิทธิพลต่อวิถีสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ตนเอง และหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในบางพื้นที่ก็มีการผนวกใช้แนวคิดของความเป็นสมัยใหม่ในระบบคิดของสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นไปในลักษณะที่ไม่ใช่การปฏิเสธแนวคิดของความเป็นวิทยาศาสตร์อย่างสิ้นเชิง แต่เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการคงอยู่ทางอัตลักษณ์และวัฒนธรรมด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ตนเองให้สามารถคงอยู่ได้ในสังคมปัจจุบันให้มากที่สุด (เรณู เหมือนจันทร์เซย, 2556)

ถึงแม้ว่าการศึกษา วิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทยจะมีอยู่เป็นจำนวนมาก แต่สำหรับในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก และพิจิตร ซึ่งมีจำนวนประชากรที่เป็นชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นของภาคเหนือ นั้น กลับพบว่าการศึกษาวิจัยที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมถึงการปรับตัวของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำยังมีอยู่อย่างจำกัด และไม่อาจสร้างความสมบูรณ์ในองค์ความรู้ดังกล่าวได้ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการปรับตัวของหมอพื้นบ้านเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในภาคเหนือของไทย โดยมุ่งเน้นไปยังพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดพิจิตร ภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในศตวรรษที่ 21 ที่ได้รับอิทธิพลของความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การสื่อสาร และด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว โดยผลจากการศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในภาคเหนือของไทย เป็นการเติมเต็มความสมบูรณ์ขององค์ความรู้ ความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ในวงการวิชาการ อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการคงอยู่ในฐานะทุนวัฒนธรรมสุขภาพในกลุ่มของชาติพันธุ์ไทดำ อันเป็นส่วนที่จะช่วยส่งเสริม สนับสนุน มิติของสุขภาพบนฐานวัฒนธรรม ระบบการแพทย์พื้นบ้านให้เข้มแข็งและสมบูรณ์โดยการใช้ศักยภาพและคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้านท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นได้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย
2. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย
3. เพื่อศึกษาการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

คำถามการวิจัย

1. ประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทยเป็นอย่างไร
2. สภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทยเป็นอย่างไร
3. การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทยเป็นอย่างไร

ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับนักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้นำชุมชน ได้นำมาใช้เพื่อการเรียนรู้ การวิจัยต่อยอด และนำไปสู่การถอดบทเรียน เพื่อการวางแผนและกำหนดเป็นวิธีการในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีในศตวรรษที่ 21 ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ
2. ผู้บริหารหน่วยงาน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำไปพัฒนาเป็น ยุทธศาสตร์ แนวทาง หรือการกำหนดรูปแบบในการดูแลรักษาสุขภาพโดยการใช้องค์ความรู้และ ศักยภาพของหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ที่เป็นการดำเนินงานด้านสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) บนพื้นฐานภูมิปัญญาของกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ โดยใช้ทุนทางวัฒนธรรม ของตนเองในการดูแลและการจัดการสุขภาพชุมชนที่เหมาะสมในศตวรรษที่ 21
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม อาทิ กรมการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลระดับชุมชนและจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ ตำบล รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยง ได้แก่ สถานศึกษา สถาบันศาสนา องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ได้ตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านที่ยังคงปรากฏ อยู่ในระบบสุขภาพชุมชนในแต่ละพื้นที่ พร้อมนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการบริหาร จัดการ

ด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืน เกิดการพึ่งตนเองได้ของประชาชนในด้านสุขภาพบนพื้นฐานของความเป็นชาติพันธุ์ตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

การปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่แสดงถึงการปรับเปลี่ยนวิถีคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย การให้ความหมายของการเจ็บป่วย สาเหตุความเจ็บป่วย บทบาทหน้าที่ของหมอพื้นบ้าน วิธีการในการดูแลสุขภาพหรือความเจ็บป่วย รวมถึงการประกอบพิธีกรรมของหมอพื้นบ้าน กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัย

หมอพื้นบ้าน หมายถึง หมอมดหมอมนต์ หมอเยื้อง และหมอเสน ที่เป็นผู้ประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ตามประเพณีและความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ โดยได้รับการสืบทอดหรือส่งผ่านความรู้ทักษะในการประกอบพิธีกรรมจากบรรพบุรุษ และเป็นที่ยอมรับในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดพิจิตร

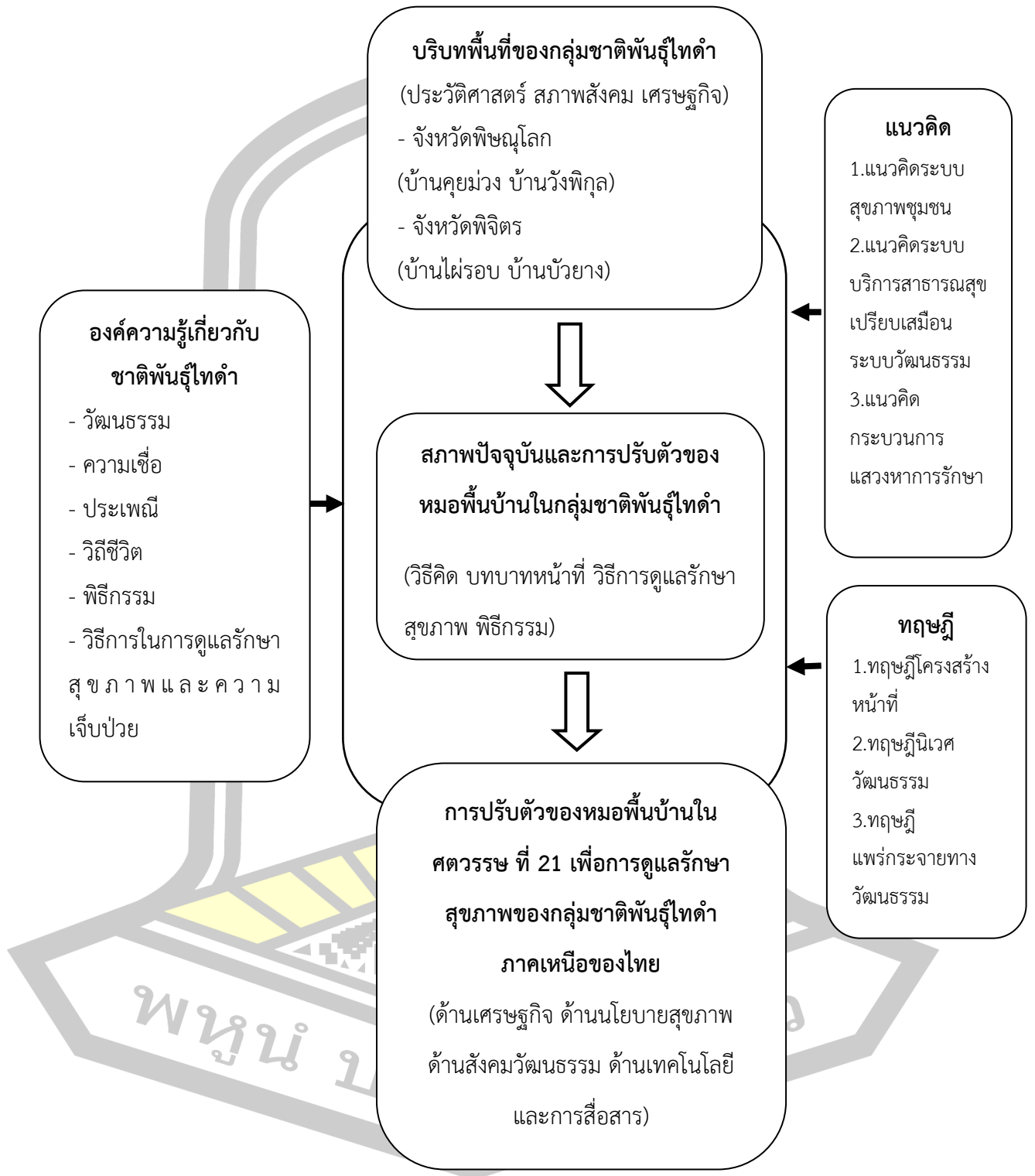
การดูแลสุขภาพสุขภาพ หมายถึง การค้นหาสาเหตุของโรคหรือความเจ็บป่วย การเสียหายหรือทำนายภาวะสุขภาพ การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสมดุลทางด้านสุขภาพ ที่ปรากฏอยู่ในการกระทำพิธีกรรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อหรือประเพณีของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัย

กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย หมายถึง กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การวิจัย ได้แก่ บ้านคุ้มม่วง อำเภอบางระกำ บ้านวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก และบ้านไผ่รอบ อำเภอน้ำโพธิ์ประทับช้าง บ้านบัวยาง อำเภอลือชัยบุรีรัมย์ จังหวัดพิจิตร

การปรับตัวในศตวรรษที่ 21 หมายถึง การปฏิบัติตนที่แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านและกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ที่เป็นผลมาจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านนโยบายสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

พจน ปรณ ทิโต ชีเว

กรอบแนวคิด



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ของการวิจัย แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ บริบทพื้นที่วิจัยแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัยรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาถึงการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย โดยจำแนกเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1. องค์ความรู้ในการวิจัย
 - 1.1 ระบบสุขภาพชุมชน
 - 1.2 การแพทย์พื้นบ้าน
 - 1.3 กระบวนการทัศน์สุขภาพ
 - 1.4 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.5 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.6 องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม
 - 1.7 หลักการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของแพทย์แผนปัจจุบัน
2. บริบทพื้นที่วิจัย
 - 2.1 ประวัติความเป็นมาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ
 - 2.2 วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ
 - 2.3 ประเพณีและพิธีกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ
 - 2.4 ข้อมูลทางกายภาพและลักษณะทางภูมิศาสตร์
3. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)
 - 3.2 พระราชบัญญัติสุขภาพ ปี พ.ศ. 2550
4. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย
 - 4.1 แนวคิดระบบสุขภาพชุมชน
 - 4.2 แนวคิดระบบบริการสาธารณสุขเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรม

- 4.3 แนวคิดกระบวนการแสวงหาการรักษา
- 4.4 แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว
- 4.5 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่
- 4.6 ทฤษฎีนิเวศวัฒนธรรม
- 4.7 ทฤษฎีแพร่กระจายทางวัฒนธรรม
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

องค์ความรู้ในการวิจัย

1.1 ระบบสุขภาพชุมชน

1.1.1 ระบบสุขภาพชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนและการแพทย์พื้นบ้านเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงระบบสุขภาพของชุมชนอันเป็นกระบวนการในการจัดการกับความเจ็บป่วย การเฝ้าระวังรักษาโรคที่มีอยู่ในชุมชนต่าง ๆ ด้วยวิธีการที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชน ซึ่งอาจเรียกได้อีกอย่างว่า “ระบบสุขภาพของชาวบ้าน” ในความเป็นจริงนั้นระบบสุขภาพในชุมชนนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบประกอบกัน ทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกันและทับซ้อนซึ่งกันและกันอันได้แก่ ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (Popular Sector) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) และระบบการแพทย์สมัยใหม่ (Professional Sector) การที่ระบบสุขภาพชุมชนนั้นถูกจัดแบ่งให้ประกอบไปด้วยระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบนั้น เป็นเพราะแนวคิดทางสังคมศาสตร์การแพทย์ที่เชื่อว่า ไม่มีระบบสุขภาพใดเพียงระบบเดียวที่จะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนได้อย่างสมบูรณ์เพราะกระบวนการเฝ้าระวังรักษาโรคในแต่ละครั้งนั้นจะมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2545) ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพชุมชนว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเชื่อมโยงสภาวะทางกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนทำให้เข้าใจถึงระบบวิถีคิด โลกทัศน์ หรือจักรวาลวิทยาของท้องถิ่น เพราะการเผชิญกับวิกฤติสุขภาพมักทำให้มนุษย์ต้องอาศัยคำตอบจากการอธิบายที่มีรากฐานจากวิถีคิดและโลกทัศน์ในวัฒนธรรมท้องถิ่น

ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2552) ได้กล่าวถึงสุขภาพชุมชนว่าหมายถึงการที่ประชาชนในชุมชนบรรลุระดับสูงสุดของความผาสุกทางกาย จิตใจ และสังคมสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้

ประเวศ วะสี (2555) ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพชุมชนว่า ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีทุกมิติ โดยชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่

วิจารณ์ พานิช (2555) ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพชุมชนว่า ระบบสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่ลักษณะซับซ้อน ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวตลอดเวลา และมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง “เรียกว่าระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว” เป็นระบบที่เน้นดูแลตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในแต่ละชุมชนจะมีระบบของตัวเองมีทั้งส่วนที่เหมือนและส่วนที่แตกต่างกับระบบของชุมชนอื่น ซึ่งระบบของแต่ละชุมชนต่างก็เป็นระบบย่อยภายใต้ระบบใหญ่ของประเทศ ดังนั้นระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญและควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งเพื่อมุ่งเป้าสู่การมีสุขภาวะของประชาชน

สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2555) ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพชุมชนว่าหมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กันและทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน

อานนท์ ภาคมาลี (2556) ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพชุมชนว่า สามารถเปรียบได้เป็นฐานพระเจดีย์ของระบบสุขภาพทั้งหมด โดยที่ระบบบริการสุขภาพที่ขาดความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนจะตั้งอยู่ได้ลำบากมาก ดังที่ปริมาณของคนไข้ที่ท่วมทับโรงพยาบาลจนไม่สามารถที่จะตรวจรักษาได้ทั้งหมด เกิดความลำบากทั้งคนไข้และแพทย์พยาบาล มีภาระค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพที่มากขึ้นเรื่อย ๆ แต่การบริการไม่ทั่วถึงและคุณภาพไม่ดี

สรุปได้ว่า ระบบสุขภาพชุมชนระบบที่มีความซับซ้อนหลากหลาย จากหลาย ๆ องค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน มีกระบวนการในการดำเนินงานที่หลากหลายและอาจแตกต่างกันในแต่ละมิติแต่ต้องเชื่อมประสานกัน เพื่อที่จะทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชน

1.2 การแพทย์พื้นบ้าน

ระบบการแพทย์พื้นบ้านของไทยมาจากรากเหง้าทางวัฒนธรรม 3 กระแส คือ วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี วัฒนธรรมพราหมณ์ และศาสนาพุทธ โดยเป็นความพยายามของคนในการค้นหาวิธีการที่จะรักษาความไม่สุขสบายหรือความเจ็บป่วยของตนให้ได้ บางครั้งเป็นการผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ ทั้งจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนโบราณเข้าด้วยกัน วิธีการรักษาแบบนี้หลากหลายมาก เช่น การรักษาด้วยพิธีกรรมทั้งทางศาสนาและไสยศาสตร์ วิธีการจะมีความแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้รักษา ทั้งในเรื่องสาเหตุและลักษณะของการเจ็บป่วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

องค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้านนั้นจะประกอบด้วยตัวหมอพื้นบ้าน ตำรา พิษ สัตว์ แร่ธาตุที่ใช้เป็นสมุนไพร ตำรายา หรือวิธีการรักษาโรค ตลอดจนบริบททางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี

และวิถีชีวิตของแต่ละชุมชนซึ่งล้วนมีความสำคัญควรค่าแก่การเรียนรู้ และส่งเสริมองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนกันอย่างจริงจังและเป็นระบบเพราะระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งนั้นต้องเกิดจากองค์ประกอบสองอย่างร่วมกัน คือ ชุมชนเข้มแข็งกับการทำงานร่วมกันของระบบสุขภาพที่เป็นทางการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนอำเภอ เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล และสภาผู้นำชุมชน (อานนท์ ภาควาณัติ, 2556) มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันนี้จะทำให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ รวมไปถึงระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชนและกลุ่มคนต่าง ๆ ในชุมชนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมซึ่งต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนและหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบหรือขับเคลื่อนนั่นเอง (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2555) เสม พริ้งพวงแก้ว (2538) ได้กล่าวว่า การแพทย์พื้นบ้านเริ่มต้นจากคนในครอบครัว โดยมีเป้าหมาย 5 ประการ คือ การแพทย์พื้นบ้านในการส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้านในการป้องกันโรค รักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพที่ชำรุด และการเผ่าระวัง

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2538) ได้กล่าวถึงการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) ที่หมายถึง การดูแลสุขภาพ การรักษาโรคในเฉพาะกลุ่มชน เป็นการแพทย์ที่มีอยู่ในเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะพื้นที่ ยังไม่มีการแพร่หลายไปในกลุ่มอื่น ๆ ยังไม่มีระบบแบบแผนการบริการและมาตรฐานที่แน่นอน มักเน้นความเชื่อหรือประสบการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะท้องถิ่น มีการสืบทอดที่หลากหลายวิธีการ มีการถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับลูกศิษย์ หรือการถ่ายทอดกันภายในครอบครัว ยังไม่มีการเรียนการสอนที่แน่นอน

เลิศชาย ศิริชัย และอุดม หนูทอง (2544) ได้กล่าวถึงแนวคิดของระบบการแพทย์พื้นบ้านว่าเกิดขึ้นบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงนับว่าเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของท้องถิ่นที่มีการสืบทอดและปฏิบัติต่อ ๆ กันมาบนพื้นฐานของความเชื่อหรือประสบการณ์ในแต่ละท้องถิ่นที่หลากหลายเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปตามแต่ละสังคม วัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์ มีการถ่ายทอดระหว่างครูกับลูกศิษย์หรือสืบทอดกันภายในครอบครัวจากบรรพบุรุษสู่ลูกหลาน ซึ่งยังไม่มีแบบแผนในการเรียนการสอนที่แน่นอน

เสาวภา พรศิริพงษ์, พรทิพย์ อุศุภรัตน์ และเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2539) ได้กล่าวถึงการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) ที่มีความสัมพันธ์กับระบบการแพทย์พื้นบ้านว่าเป็นวิถีการดูแลสุขภาพของคนไทยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีไทย มีการใช้สมุนไพรทั้งในรูปแบบอาหารและยาใช้ในการอบ การประคบ การนวดการแพทย์แผนไทยมีการวินิจฉัยโรคเป็นแบบความเชื่อแบบไทยมีองค์ความรู้เป็นทฤษฎีโดยพื้นฐานทางพุทธศาสนาผสม

กลมกลืนกับความเชื่อทางพิธีกรรม มีการเรียนการสอนและการถ่ายทอดความรู้อย่างกว้างขวางสืบทอดมายาวนานหลายพันปี

ควินเทียน พรยูศรี (2552) ได้กล่าวว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) เป็นระบบวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านมีเอกลักษณ์เฉพาะวัฒนธรรม และมีการเรียนรู้โดยอาศัยรากฐาน ประสบการณ์และรากฐานความเชื่อทางศาสนา ระบบการแพทย์พื้นบ้านจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ หมอพื้นบ้าน ผู้ป่วย และบริบททางสังคมวัฒนธรรม นอกจากนี้ระบบการแพทย์พื้นบ้านยังมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์อื่นในสังคมด้วย

สรุปได้ว่าการแพทย์พื้นบ้าน เป็นรูปแบบของการรักษาโรคและความเจ็บป่วยของคนที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมและความเชื่อในมิติต่าง ๆ ซึ่งมาจากประสบการณ์ที่สืบทอดจากคนรุ่นเก่าสู่คนรุ่นใหม่ของหมอพื้นบ้าน ผู้ป่วย ญาติ และบริบททางสังคมบนฐานความเชื่อที่เป็นอัตลักษณ์ของตนเอง อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ในฐานะที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านแขนงหนึ่งด้วย

จากการที่สังคมไทยได้มีการฟื้นฟูแนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือ ภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยเริ่มจากกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนแนววัฒนธรรมชุมชน ที่สรุปบทเรียนจากการทำงานพัฒนาชนบทโดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งพบว่าวัฒนธรรมเป็นพลังของการพัฒนาในกระบวนการทำงานได้ เกิดการค้นหานักฟื้นฟู นักประยุกต์และเสริมสร้างสิ่งใหม่บนรากฐานเดิม เพื่อรักษาเสถียรภาพของชุมชนให้ดำรงอยู่ได้อย่างสมสมัย นักประดิษฐ์คิดค้นทางวัฒนธรรมที่กล่าวถึงดังกล่าว ถูกเรียกว่า “ปราชญ์ชาวบ้าน” หรือ “ผู้รู้ชาวบ้าน” และสติปัญญาที่นำมาสร้างสรรค์นี้เรียกว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” หรือ “ภูมิปัญญาพื้นบ้าน” นั่นเอง

ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ นับเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งมีความหลากหลายทั้งชาติพันธุ์และวัฒนธรรมย่อยในสังคมไทย เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ตกผลึกจากการสังเกตทดลองใช้ คัดเลือก กลั่นกรอง และสั่งสมสืบทอดจากคนรุ่นก่อนสู่คนรุ่นหลัง เป็นสิ่งสะท้อนระบบคิด ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ มนุษย์กับธรรมชาติ และมนุษย์กับสิ่งเหนือธรรมชาติ เพื่อการดำรงอยู่ การพึ่งพาตนเอง นอกจากนี้ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพยังมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในสังคมไทยยุคปัจจุบัน ภูมิปัญญาด้านสุขภาพของคนไทยสามารถพิจารณาคุณค่าและความหมายในหลายมิติ และยังเป็นทุนทางปัญญาและเทคโนโลยีที่เรียบง่ายสามารถเข้าถึง ใช้ประโยชน์ และพึ่งตนเองได้ อันเป็นแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองบนฐานแนวคิดแบบเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งสามารถพัฒนาต่อยอดและประยุกต์ใช้เป็นสินค้าและบริการในสังคมทุนนิยมได้ด้วยเป็นทรัพย์สินทางปัญญาที่สังคมควรดูแล คุ้มครอง ส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนและยุติธรรม

ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ สามารถจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ (Indigenous Health) และภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine) ดังนี้

- ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ หมายถึง วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชนและชาติพันธุ์และเป็นระบบคิด องค์ความรู้ และวิถีปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพและรักษาความเจ็บป่วย มีอัตลักษณ์ สัมพันธ์กับวัฒนธรรม เคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงและผสมผสานกับการแพทย์แบบอื่น นอกจากนี้ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพได้รับการถ่ายทอดผ่านประสบการณ์ตรงนับเป็นความรู้เชิงประสบการณ์ (Experienced-knowledge) ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมและระบบนิเวศน์

- ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ภูมิปัญญาการรักษาโรคของท้องถิ่นและชาติพันธุ์ที่มีฐานความคิดและแบบแผนการปฏิบัติที่ผสมผสานระหว่างอำนาจเหนือธรรมชาติ ศาสนา และประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงที่สะสม สืบทอด และใช้ประโยชน์ในท้องถิ่น โดยหมอพื้นบ้านมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรค

ส่วนคำว่า หมอพื้นบ้าน นั้นหมายถึง บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์พื้นบ้านตามวัฒนธรรมของชุมชนสืบทอดกันมานานเป็นที่นิยมยกย่องจากชุมชน

สรุปได้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นให้เกิดความสมดุลและสอดคล้องกับกฎทางธรรมชาติและทางสังคมวัฒนธรรม เป็นการดูแลที่ผสมผสานในทุกมิติของชีวิตทั้ง กาย ใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ ให้อยู่ในสภาวะกลมกลืนกับโลกรอบตัวและสามารถที่จะปรับสมดุลไปตามการเปลี่ยนแปลงของบริบทต่าง ๆ รอบตัวเองได้

1.3 กระบวนทัศน์สุขภาพ

1.3.1 แนวคิดกระบวนทัศน์ (Paradigm)

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์นั้น Thomas S. Kuhn (1922-1996) เป็นผู้ริเริ่มใช้คำว่า Paradigm (กระบวนทัศน์) โดยยืมศัพท์มาจากภาษาละตินและได้นำเสนอความหมายของคำว่า “กระบวนทัศน์” (Paradigm) เป็นครั้งแรกในผลงานที่มีอิทธิพลทางความคิดมากที่สุดชิ้นหนึ่งในครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 ที่ชื่อว่า The Structure of Scientific Revolutions ว่ากระบวนทัศน์ คือ ความสำเร็จทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการทั้งเป็นต้นแบบของแนวคิด ค่านิยม ความเชื่อในการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของชุมชน ซึ่งตามบริบทของหนังสือที่ Kuhn ได้เขียนไว้ นั้น แสดงให้เห็นถึงการเป็นชุมชนนักวิทยาศาสตร์และเรียกความสำเร็จทางด้านวิทยาศาสตร์ดังกล่าวว่า Normal Science คือ เป็นกระแสหลักหรือเป็นต้นแบบซึ่งเป็นอิทธิพลเหนือความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติของกลุ่มคนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลาหนึ่งจนกระทั่งเกิดการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์เมื่อความรู้เดิมดังกล่าวไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ใหม่ ๆ ได้หรือมีการค้นพบใหม่เกิดขึ้น การปฏิวัติ

ดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิงกลายเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ซึ่งคนทั่วไปในชุมชนนั้น เห็นพ้องให้เป็นแนวทางปฏิบัติใหม่ ระดับของกระบวนทัศน์ที่ Kuhn ได้กล่าวถึงในหนังสือเล่มดังกล่าวจึง หมายถึงการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีความสำคัญในระดับที่นักประวัติศาสตร์เรียกขานทำนองเป็น ยุคหรือเป็น ช่วงแบ่งเวลาสำคัญ (อนันต์ สิทธิวัฒนานนท์, 2556) แต่หลังจากนั้นก็กลับพบว่าความหมายของคำว่า กระบวนทัศน์ในความคิดของ Kuhn ยังมีความสับสนและมีความหมายที่แตกต่างกันถึง 21 คำนิยาม ซึ่งอาจจะเกิดจากความคลุมเครือ การเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิเสธทางความคิดเดิมของตนเอง (อรศรี งามวิทยาพงศ์, 2549)

Fritjof Capra (1985) ซึ่งจัดเป็นนักคิดยุคใหม่ (New Age Thinker) ได้เสนอว่ามีความจำเป็นที่จะต้องให้คำนิยามใหม่เกี่ยวกับกระบวนทัศน์ใหม่ และการเปลี่ยนย้ายกระบวนทัศน์ที่ Thomas S. Kuhn ได้เคยเสนอไว้เมื่อ 30 ปีที่แล้วที่เป็นการขยายขอบเขตจากบริบททางวิทยาศาสตร์ บูรณาการสู่พื้นที่ทางสังคมอันกว้างใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (Capra, 1997 อ้างถึงใน อรศรี งามวิทยาพงศ์, 2549) โดย Capra ได้ให้นิยามกระบวนทัศน์ว่าเป็นชุดของแนวคิด (Concepts) คำนิยาม (Values) ความเข้าใจรับรู้ (Perceptions) และการปฏิบัติที่มีร่วมกันของคนกลุ่มหนึ่งชุมชนหนึ่งที่ก่อตัวเป็นแบบแผนของทัศนคติอย่างเฉพาะแบบหนึ่งเกี่ยวกับ “ความเป็นจริง” (Reality) ซึ่งเป็นฐานของวิธีการจัดการตนเองของชุมชนนั้น (อนันต์ สิทธิวัฒนานนท์, 2556 อ้างถึงใน อรศรี งามวิทยาพงศ์, 2546) ดังนั้นในคำนิยามและความคิดของ Capra นั้น กระบวนทัศน์ จึงหมายถึง “โลกทัศน์” (World View) ที่ชุมชนหนึ่งเชื่อและยึดถือร่วมกัน โดยเน้นว่าเป็นโลกทัศน์ของมนุษย์เกี่ยวกับ “ความจริง” ในการดำรงอยู่ของมนุษย์และสรรพสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นความหมายของกระบวนทัศน์ที่พ้นไปจากความเป็นวิทยาศาสตร์แต่เป็นการแสดงถึงกลุ่มความคิด คุณค่า การรับรู้และการปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันโดยชุมชนหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดทัศนคติต่อความเป็นจริงแบบหนึ่งและวิธีการจัดระบบระเบียบต่าง ๆ ภายในชุมชนนั้นจะตั้งอยู่บนทัศนะดังกล่าว (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2543)

Egon Guba (1990 อ้างถึงใน อรศรี งามวิทยาพงศ์, 2546) ได้นิยามว่ากระบวนทัศน์ หมายถึง “ชุดของความเชื่อพื้นฐานที่นำไปสู่การกระทำ” แล้วนำไปสู่การศึกษากระบวนทัศน์ในการวิจัยโดยการค้นหาว่าแนวคิดของสำนักต่าง ๆ คือ ปฏิฐานนิยม (Positivism) ทฤษฎีวิพากษ์ (Critical Theory) และสำนักสร้างใหม่ (Constructivism) จากการตอบคำถามพื้นฐาน 3 ข้อที่แสดงถึงความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับ “ความรู้” ว่าเป็นอย่างไร โดยคำถาม 3 ข้อ ที่ Guba กำหนดขึ้นนั้นเป็นคำถามแสดงถึงโลกทัศน์ ปรัชญา ความเชื่อของผู้ตอบ ซึ่งสัมพันธ์กับความเป็นจริงด้วย คือ

- 1) ภาววิทยา (Ontology) อะไรคือธรรมชาติของความเป็นจริง (Reality) หรือ อะไรคือธรรมชาติของสิ่งที่รู้ “รู้ได้”
- 2) ญาณวิทยา (Epistemology) อะไรคือธรรมชาติของความสัมพันธ์ระหว่างผู้รู้ (นักวิจัย) และสิ่งที่รู้ (หรือรู้ได้)

3) วิธีวิทยา (Methodology) นักวิจัยควรค้นหาความรู้ได้อย่างไร

คำตอบที่ได้จากชุดคำถามพื้นฐานนี้ คือ กระบวนทัศน์ในการวิจัยของแต่ละสำนักคิด ซึ่งจะเป็นฐานกำหนดระเบียบวิธีการวิจัย การให้คำนิยาม “ความรู้” และ “ผู้รู้” ฯลฯ ของแต่ละสำนักคิดให้แตกต่างกัน หากกล่าวในความหมายทั่วไปแล้วกระบวนทัศน์คือการหลอมรวมขององค์ประกอบทั้ง 3 (ทฤษฎี ญาณวิทยา วิธีวิทยา) ที่ไปกำหนดรากฐานของทัศนะ ความเชื่อ ค่านิยมต่อโลกกับชีวิตและปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทางสังคม รวมไปถึงวิถีคิดและวิธีการในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ และการแก้ไขปัญหาทั้งหลาย (อนันต์ สิทธิวัฒนานนท์, 2556)

ติน ประชัญพฤทธิ (2535) ได้ให้ความหมายของกระบวนทัศน์ว่า เป็นความสำเร็จทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งชุมชนวิชาการยอมรับในขณะใดขณะหนึ่งว่าเป็นความสำเร็จซึ่งใช้เป็นรากฐานที่จะศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความสำเร็จดังกล่าวนี้จะต้องเป็นความสำเร็จที่ไม่มีผู้หนึ่งผู้ใดพบมาก่อน และเป็นความสำเร็จที่ไม่มีความสำเร็จอื่นใดมาหักล้างได้ในขณะนั้น นอกจากนี้ความสำเร็จดังกล่าวจะต้องมีลักษณะเป็นการเปิดช่องทางไว้ให้กว้างพอที่จะนำไปแก้ปัญหาทางการบริหารที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อย่างในขณะนั้น

เสรี พงศ์พิศ (2547) ได้ให้ความหมายของกระบวนทัศน์ไว้ว่า หมายถึง วิถีคิด วิถีปฏิบัติ วิถีให้คุณค่า ซึ่งตั้งอยู่บนฐานการมองโลกความเป็นจริงแบบหนึ่ง บางคนแปลว่า ทัศนะแม่บท เป็นทัศนะพื้นฐานที่เป็นตัวกำหนดวิถีคิด วิถีปฏิบัติ วิถีให้คุณค่า และวิถีชีวิตทั้งหมดของผู้คน

สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (2549) ได้กล่าวถึงกระบวนทัศน์ไว้ว่า กระบวนทัศน์หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีคิดจากความคิด ความเชื่อเดิม ๆ ไปสู่ความคิดความเชื่อใหม่ ๆ ที่สามารถแก้ไขปัญหาและสร้างสรรค์สิ่งที่ดีขึ้นกว่าเดิมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ผลจากการเปลี่ยนแปลงความคิดความเชื่อดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์ หรือเป้าหมายของชีวิต ครอบครัว ชุมชน และสังคม

จากความหมายของกระบวนทัศน์ที่กล่าวมาข้างต้นอาจสรุปได้ว่า กระบวนทัศน์หมายถึง ตัวแบบของแนวคิด ค่านิยม ความเชื่อในการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของชุมชน เป็นทัศนะแม่บทที่เป็นตัวกำหนดวิถีคิด วิถีปฏิบัติ วิถีให้คุณค่า วิถีชีวิตรวมถึงความเชื่อที่สามารถแก้ไขปัญหา และสร้างสรรค์สิ่งที่ดีขึ้นกว่าเดิมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม และตั้งอยู่บนพื้นฐานของ การมองโลกแห่งความเป็นจริง ผลจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์นำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายของชีวิต ครอบครัว ชุมชน และสังคม

การเติบโตกระบวนทัศน์นั้นขึ้นอยู่กับ การนำไปใช้ (Articulation) โดยการกำหนดปัญหาการตั้งโจทย์แล้วพยายามแก้ไขปัญหากระบวนทัศน์นั้นจึงจะเติบโตต่อไป ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่ากระบวนทัศน์นั้นจะ “ถูก” หรือ “ผิด” ในตัวของมันหรือสมบูรณ์แบบในตัวของมันเอง นอกจากนี้แต่ละกระบวนทัศน์ มีรากฐานและแบบในตัวของมันเอง แบบของกระบวนทัศน์หนึ่งนำมาใช้กับอีก

กระบวนทัศน์หนึ่งไม่ได้ (Incommensurable) หรือตอบแทนกันไม่ได้ เช่น ตัวอย่างคำถามที่ว่า “การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกนั้นได้ก็ร้ายหรือก็เปอร์เซ็นต์” ซึ่งการแพทย์ทางเลือกไม่ใช่วิธีการที่สามารถสรุปนับเป็นจำนวนรายหรือกระบวนกรเริ่มและจบลงเมื่อไร เพราะฉะนั้นในเรื่องกระบวนทัศน์ทางการแพทย์หรือสุขภาพจะเติบโตในสังคมได้นั้นจุดสำคัญอยู่ที่ว่าสามารถเข้าไปถึงปัญหาได้อย่างไร (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2543)

1.3.2 แนวคิดกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ (Health Paradigm)

การทำความเข้าใจ “กระบวนทัศน์” อีกด้านหนึ่งในเชิงปรัชญาที่ทำให้เห็นทัศนะแม่บทของวิถีคิดแบบกระบวนทัศน์ได้ชัดเจนโดยผ่านฐานวิถีคิด 3 ด้าน ได้แก่

ฐานคิดที่หนึ่ง ภาววิทยา (Ontology) ซึ่งเป็นตัวความรู้ว่าอะไรคือความจริง กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่มองว่าความเป็นจริงในโลกนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 อย่างเท่านั้น คือ สสารและพลังงาน ฉะนั้นการอธิบายปรากฏการณ์ทางธรรมชาติร่างกายและสุขภาพมักมองผ่านและลดทอนสิ่งต่าง ๆ ให้เหลือเพียงสสารและพลังงาน มองร่างกายว่าประกอบด้วยสสาร คือ อวัยวะ และการอธิบายโรคผ่านอวัยวะ อธิบายสุขภาพโดยดูว่าอวัยวะทำงานตามปกติหรือไม่โดยไม่ดูว่ามีความเป็นอยู่อย่างไรมีจิตวิญญาณหรือไม่ เพราะมิติทางสังคมกับมิติทางจิตวิญญาณนั้นไม่มีจริงในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ เนื่องจากความเป็นจริงถูกนิยามบนพื้นฐานของการมีสสารและพลังงานเท่านั้น ฉะนั้นกระบวนทัศน์จึงเป็นเรื่องของความจริงสุดท้าย (Alternate reality) ว่าจักรวาลประกอบขึ้นมาจากอะไรบ้าง ถ้าวิถีคิดใดไม่ได้ไปทำทนายในความเป็นจริงชุดนี้ก็ถือว่าเป็นวิถีคิดที่อยู่ภายใต้กรอบกระบวนทัศน์เดิม ซึ่งความหมายในแง่นี้ Thomas S. Kuhn เรียกว่าเป็นวิทยาศาสตร์ปกติ (Normal Science) อันเป็นวิทยาศาสตร์ที่ใช้กันอยู่ทุกวันนี้ในขอบเขตนี้ แต่กระบวนทัศน์ทางเลือกหรือกระบวนทัศน์ใหม่ ๆ จะมีการนิยามสิ่งต่าง ๆ ต่างออกไปจากที่อธิบายด้วยกระบวนกรทางชีววิทยาที่ทอนเป็นกระบวนกรทางชีวเคมี (Bio-chemistry) โดยมองความเป็นจริงในโลกว่ายังมีมิติจิตวิญญาณที่มีความหมายของการมีชีวิตอยู่หรือที่เรียกว่า “อตวิสัย” ตัวอย่างเช่น ปัญหาเรื่องเอดส์ ปัญหาไม้ใช้เส้นสุดที่ร่างกายแต่เป็นเรื่องที่ทำลายสัมพันธ์ภาพของคนในสังคมที่รายล้อมที่เป็นผู้ร่วมงาน เครือญาติ ในแง่ความหมายชีวิตของผู้คนที่ใช้กับสิ่งต่าง ๆ อตวิสัยของบุคคลนั้นรวมอยู่ด้วยความเป็นจริงชุดนี้เป็นเรื่องทีนอกเหนือไปจากกรอบกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์กระแสหลัก

ฐานคิดที่สอง จักรวาลวิทยา (Cosmology) เป็นการจัดความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ เชื่อมโยงกันว่ามีกฎเกณฑ์แบบไหน ถ้าเปรียบเทียบกับจักรวาลวิทยาแบบพุทธ จักรวาลวิทยาแบบนิวตันนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างมวลสารที่มีเรื่องแรงดึงดูดและแรงผลัก แต่จักรวาลแบบคติพื้นบ้านไทยจะมีชีวิต ความศักดิ์สิทธิ์ ความดี ความชั่ว นรก สวรรค์ ประกอบกัน การอธิบายจะอยู่ภายใต้กรอบความสัมพันธ์ของสิ่งเหล่านั้น มนุษย์มีทั้งกรรมดีและกรรมชั่ว มีภพนี้ ภพหน้าและภพ

ต่อ ๆ ไป ในระบบสุขภาพนั้นเช่นกันจะถูกนิยามบนพื้นฐานของความสัมพันธ์แบบไหนขึ้นอยู่กับ กระบวนทัศน์ที่ใช้ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ฐานคิดที่สาม ญาณวิทยา (Epistemology) เป็นการตรวจสอบและพิสูจน์ความจริงว่าที่เชื่อนั้นมันมีอยู่กระบวนการตรวจสอบความจริงในกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์จะเน้นความเป็น ภาววิสัยที่วัดได้ ซึ่งก็ถูกท้าทายว่าความเป็นจริงทุกอย่างล้วนไม่มีตัวตนทั้งสิ้น เกิดจากการปรุงแต่งของ จิตมนุษย์ในทางพุทธศาสนาที่ว่านิพพานมีจริง ถ้าวิทยาศาสตร์สมัยใหม่จะเข้ามาตรวจสอบก็จะนิยาม ตามความเป็นจริงว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมองหรือไม่ ในขณะที่การพิสูจน์ตรวจสอบ ความจริงของภวนิพพานของพุทธถือว่าเป็น “ปัจจัยตั้ง” ที่รับรู้ได้ด้วยตนเองเท่านั้น กระบวนการ อย่างนี้เป็นญาณวิทยาแบบตะวันออกซึ่งต่างจากวิทยาศาสตร์ตะวันตกอย่างสิ้นเชิง

ทั้งสามฐานคิดนี้จึงเป็นตัวบอกว่าความเป็นจริงคืออะไร สิ่งต่าง ๆ สัมพันธ์กันอย่างไร พิสูจน์ความจริงอย่างไร อาจจะเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของกระบวนทัศน์ ซึ่งกำหนดมนุษย์ให้ คิดและปฏิบัติตามกรอบวิธีคิด กระบวนทัศน์จึงเป็นแม่บทหรือเป็นรากฐานของวิธีคิดทั้งหมด ไม่ใช่ เรื่องการเปลี่ยนเรื่องเล็ก ๆ เช่น การปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นการนิยามความ หมายความจริงของชีวิต ชีวิตคืออะไร มีความหมายกว้างไปกว่าการนิยามชีวิตผ่านสัญญาณชีพ (Vital Signs) เพราะมีเรื่องของสุนทรียภาพ จิตวิญญาณ ฉะนั้นการปรับกระบวนทัศน์สุขภาพของสังคมไทย จึงมีความหมายที่กว้างไกลและลึกที่ต้องขบคิดและขับเคลื่อนกันใช้เวลากันหลายสิบปีจึงจะเห็นการ เปลี่ยนแปลง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2543)

การที่กระบวนทัศน์นี้ได้แยกขาดจากชุมชน การเมือง สังคม เกิดการกระทำตอบ โจทย์ซ้ำ ๆ และพัฒนาตัวเองเช่นเดียวกับศาลต้องพิจารณาแก้คดีต่าง ๆ ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ เช่นกัน ต้องตอบโจทย์ในการผลิตยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อโรคได้แล้วยังต้องเผชิญกับโรคติดต่อชนิดใหม่ เช่น เอดส์ ไข้หวัดนก เป็นต้นการแก้ไขปัญหานี้ใหม่ ๆ โดยอาศัยฐานความรู้เดิมนี้จึงทำให้กระบวนทัศน์ การแพทย์สมัยใหม่มีตำแหน่งแห่งที่ในสังคมไทยมากขึ้น ๆ แต่ในขณะเดียวกันเมื่อกระบวนทัศน์ เหล่านี้ต้องเผชิญโจทย์ใหม่ขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะมีข้อจำกัดหรือข้อบกพร่อง ลดทอนความสมบูรณ์ลงไป เมื่อไรก็ได้ อาจกล่าวได้ว่ากระบวนทัศน์สุขภาพในขณะนี้ มี 2 กระแสที่กล่าวถึงอยู่เสมอ คือ กระบวน ทัศน์แบบชีวภาพ และกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ทั้งสองกระบวนทัศน์ต่างมีผลต่อวิถีคิดและการ จัดการสุขภาพชีวิตที่แตกต่างกันมาในระยะหลังนี้ความพยายามของผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข ที่จะนำการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกซึ่งมีความเป็นองค์รวมมากขึ้นเข้ามาในระบบ สุขภาพแต่ก็ยังเป็นรอง เมื่อเทียบกับการแพทย์กระแสหลักที่ครอบครองพื้นที่สังคมโดยส่วนใหญ่มา นานาน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2543)

ดังนั้นแนวคิดของกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ (Health Paradigm) จึงเกิดขึ้น ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วของโลกแห่งวิทยาการอันซับซ้อนใน รูปลักษณะ ที่

แปลกแยกจากธรรมชาติมากขึ้นทุกที แต่ในอีกด้านหนึ่งเป็นขบวนการใหม่ที่เน้นการเข้าหาธรรมชาติมากขึ้น และผสมผสานพลังอันล้ำลึกจากธรรมชาติให้มาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและสังคม และการได้กลายเป็นกระแสที่เข้ามาท้าทายต่อสถาบันผู้เชี่ยวชาญที่ควบคุมวิทยาการอันซับซ้อนนั้น โดยสถาบันอันทรงพลังแห่งแรกที่ถูกสั่นคลอน คือ สถาบันการแพทย์ เมื่อราวปี ค.ศ. 1970 ด้วยคำถามที่ว่า “การแพทย์สมัยใหม่นั้น ทำให้ผู้คนมีสุขภาพดีจริงหรือไม่” การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบมากกว่าการเป็นโรคด้วยทัศนะแบบกลไกและแยกส่วนในการรักษา ผู้คนเริ่มแสวงหาการมีวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กับธรรมชาติหรือที่เรียกว่า “แบบองค์รวม” (Holistic) มากขึ้นอันเป็นผลมาจากข้อจำกัดในระดับกระบวนทัศน์ หรือวิถีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ (Modern Science Paradigm) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2543)

1.4 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการและความเชื่อด้านสุขภาพ

1.4.1 พัฒนาการแนวคิดด้านสังคมศาสตร์การแพทย์

มนุษย์โดยมากเมื่อเกิดความเจ็บป่วย มักจะไปพบแพทย์เพื่อรักษาให้หายหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย หรือถ้านึกถึงเรื่องของสุขภาพ ความเจ็บป่วย การป้องกัน การบำบัดหรือรักษาโรค ส่วนมากมักนึกถึงแพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล คลินิก เป็นต้น นอกจากนั้น หากกล่าวถึงความเจ็บป่วย มักจะรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล เป็นเรื่องราวหรือประสบการณ์ส่วนตัว หรือเป็นผลจากการกระทำเฉพาะบุคคลนั้น เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรมของบุคคลหรือครอบครัว หรือเป็นผลจากความประมาท ความโชคร้าย หรือเป็นผลกรรมที่เกิดจากการกระทำของบุคคลจากชาตินี้หรือชาติก่อน หรือเมื่อคนเราเกิดความเจ็บป่วยมักต้องการให้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นหายหรือบรรเทาไปโดยเร็วที่สุด แต่ที่จริงแล้วสุขภาพและความเจ็บป่วยมิได้เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น หากแต่สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นเรื่องทางสังคมและเป็นประสบการณ์และปรากฏการณ์ทางสังคมโดยความเจ็บป่วยมิได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพต่อบุคคลที่เจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่สังคมยังมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย ทั้งในการให้ความหมาย การกำหนดความเจ็บป่วย การดูแลรักษาความเจ็บป่วย รวมไปถึงการกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยของตน

นอกจากนี้ปรากฏการณ์ทางสังคมของความเจ็บป่วยยังได้แสดงออกในลักษณะที่บุคคลถูกคาดหวังจากสังคมว่า ควรมีการประพฤติปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อมีความเจ็บป่วย สังคมก็จะเป็นผู้ประเมินบุคคลนั้นหายจากความเจ็บป่วยหรือยัง และเมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีความผิดปกติซึ่งเป็นผลมาจาก ความเจ็บป่วยนั้นบุคคลจะต้องมีการกระทำเพื่อคลี่คลายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การไปพบแพทย์ การปฏิบัติตนตามที่แพทย์แนะนำ การใช้สมุนไพร การกระทำพิธีกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้จากสังคมในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคมและสิ่งแวดล้อม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทาง

สุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย (เทพินทร์ พิชรานูรักษ์, 2548)

ก่อนที่การแพทย์สมัยใหม่จะพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรคนั้น Hippocrates นักการแพทย์ชาวกรีกได้กล่าวว่า สุขภาพเป็นความสมดุลของอารมณ์ภายในของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ลม และอาหาร อีกทั้ง Plato ยังได้แสดงแนวคิดสำคัญที่เน้นให้เห็นถึงการผสมผสานกลมกลืนของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมกับร่างกายและจิตใจของมนุษย์ จะเห็นได้ว่าการแพทย์ในยุคก่อนทฤษฎีเชื้อโรคนั้น เน้นถึงการอยู่ร่วมกันของร่างกายและจิตใจที่ผสมผสานสมดุล กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม ทั้งยังผสมผสานสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางศาสนาโดยเฉพาะในเรื่องของคุณธรรมศีลธรรมอีกด้วย

ในราวปี ค.ศ. 1878 Louis Pasteur ได้เสนอทฤษฎีที่สำคัญอย่างหนึ่งว่าการเจ็บป่วยทั้งหลายเกิดขึ้นจากการที่มีเชื้อโรคต่าง ๆ เข้าไปทำลายอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และเมื่อ Robert Koch ได้ค้นพบเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ขึ้นมาอีกนั้น เท่ากับเป็นการสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีที่เชื่อว่าโรคนั้นเกิดมาจากเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว (a single specific etiology) จึงทำให้ทฤษฎีทางการแพทย์ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า โรคหรือความเจ็บป่วยแต่ละชนิดนั้นมีสาเหตุที่เฉพาะและแตกต่างกัน และเกิดจากเชื้อโรคที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แนวคิดทางการแพทย์ในยุคนี้เน้นถึงการศึกษาการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทั้งที่อยู่ในภาวะปกติและผิดปกติ และถ้าหากมีการติดเชื้อเข้าไปทำลายอวัยวะนั้นจะมีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้อวัยวะนั้น ๆ กลับมามีลักษณะหรือเป็นปกติอีกครั้ง อีกทั้งแนวคิดนี้ยังส่งผลให้เกิดการรับรู้ว่าร่างกายและจิตใจสามารถแยกออกจากกันได้ สุขภาพและความเจ็บป่วยไม่ใช่การผสมผสานกันระหว่าง กาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อที่มีมาก่อนการพัฒนา ทฤษฎีเชื้อโรคละเลยความสำคัญของสิ่งแวดล้อมทางสังคมโดยสิ้นเชิง รวมถึงแนวคิดของนักปรัชญาที่ชื่อ Rene Descartes ที่ได้กล่าวว่า “I think therefore I am” ซึ่งทำให้มีผลต่อความเชื่อมั่นของมนุษย์ มากขึ้น ทำให้เกิดการแยกการรักษาโดยแพทย์จะเป็นผู้รักษาทางกาย ส่วนจิตใจนั้นจะเป็นเรื่องของศาสนาและกลายเป็นเรื่องที่สำคัญน้อยกว่าการรักษาทางกายไปโดยสิ้นเชิง ถึงแม้ว่าการพัฒนาทางการแพทย์จะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากมายต่อสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยของมนุษย์นั้นแต่ก็มีข้อวิพากษ์วิจารณ์แนวคิดดังกล่าวจากบุคคลที่อยู่ในวงการแพทย์และนักสังคมศาสตร์สาขาต่าง ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา ซึ่งข้อวิพากษ์แนวคิดทางการแพทย์นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็น (เทพินทร์ พิชรานูรักษ์, 2548) คือ

1) แนวคิดสาเหตุของโรค จากเดิมที่แนวคิดทางการแพทย์ได้ให้ความสำคัญของการเจ็บป่วยว่ามาจากเชื้อโรคและเป็นเชื้อที่เฉพาะในแต่ละโรคเพียงเหตุเดียวเท่านั้น ถูกวิพากษ์ว่าเป็นจริงได้เฉพาะในการเกิดความเจ็บป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อเท่านั้น โดยในราวต้น ค.ศ.1950 เรเน ดูบอส

กล่าวว่าความเจ็บป่วยเป็นผลทางอ้อมของบริบททางสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลมากกว่าจะเป็นผลทางตรงจากเหตุของความเจ็บป่วยเพียงสาเหตุเดียว (จากเชื้อโรค)

2) มนุษย์ถูกลดคุณค่าให้มีสถานะเป็นเพียงวัตถุและความเป็นวิทยาศาสตร์ โดยแนวคิดทางการแพทย์ที่แบ่งกายออกจากจิต การรักษาความเจ็บป่วยที่มุ่งไปที่อวัยวะที่ผิดปกติและการทำให้กลับคืนสู่สภาพปกตินั้นทำให้มองมนุษย์เป็นเหมือนเครื่องจักรชิ้นหนึ่ง อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็เปรียบเสมือนส่วนประกอบของเครื่องจักรที่ทำงานอย่างปกติ นอกจากนี้ที่แนวคิดทางการแพทย์ที่เน้นการศึกษา สังเกต ตามระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ทำให้แพทย์ละเลยความรู้สึก ความคิดหรือประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยก่อให้เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

3) การรักษาแบบแยกส่วน การพัฒนาทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าไปมากสามารถเน้นการศึกษาและเข้าใจการทำงานของอวัยวะในส่วนลึกลงไปเรื่อย ๆ ทำให้การแพทย์มีความชำนาญ เฉพาะด้านมากขึ้น เช่น ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ด้านตา ทำให้เกิดการรักษาแบบแยกส่วนมากขึ้นก่อให้เกิดคำรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีและยาที่เฉพาะมากขึ้น ทำให้ผู้เจ็บป่วยได้รับการตัดขาดจากบริบททางสังคม สิ่งแวดล้อม ไม่มีความเกี่ยวข้องกันหรือสามารถตัดขาดจากบริบทสิ่งแวดล้อมได้

4) สุขภาพและปัญหาสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบของบุคคล คือ การเน้นปัจจัยทางกายภาพ และเชื่อโรคว่าเป็นเหตุของความเจ็บป่วย ทำให้มีแนวโน้มที่จะให้บุคคลรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เน้นการสนใจให้เป็นไปในลักษณะของการพิจารณาระดับบุคคลมากกว่าระดับสังคม

1.4.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะมีการปฏิบัติตนที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม (วีริยา สุขวงศ์, 2545 อ้างอิงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) องค์ประกอบพื้นฐานของแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาและทางด้านสังคมศาสตร์ ที่สามารถอธิบายถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลโดยอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับคุณค่าและความคาดหวังของบุคคล และยังอธิบายถึงพฤติกรรมการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง ภาวะที่ไม่มีความแน่ใจ และสิ่งที่บุคคลคาดหวังจากการกระทำนี้จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ องค์ประกอบพื้นฐานตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock ที่สำคัญคือ การรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้น ๆ โดยบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของบุคคลนั้นและการ

ปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) ต่อมาในปี ค.ศ. 1975 เบคเกอร์และคณะ ได้พัฒนาแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมกำบังโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือไปจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ และในภาวะเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลนั้น จะมีความเชื่อ ในระดับที่ไม่เท่ากัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาส การเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity) หมายถึง การรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และเวลานานในการรักษาโรคแทรกซ้อนและผลกระทบบุคคลทางสังคม การที่บุคคล ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ไม่เกิดขึ้นแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรคก็ตาม และถ้าหากบุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคนั้น มากเกินไปอาจส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องได้เช่นกันเพราะบุคคลอาจจดจำข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวได้น้อย

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาการปฏิบัติเพื่อให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัติ นั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจึงขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรม นั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ส่งผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ ความไว้วางใจ ในการดูแลรักษามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาด้วยการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมกำบังโรคของผู้ป่วยได้

4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้า ของบุคคลต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจพิเศษ การตรวจเลือด ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย กังวลใจกับบุคคล หรือในการมารับบริการและการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพ เป็นการขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ส่งผลให้เกิด การขัดแย้งและหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ เพราะฉะนั้นบุคคลต้องมี

การประเมินและเปรียบเทียบถึงประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกัน การรักษาโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก เป็นต้น สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องกาลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ช่วยผลักดันร่วมกับการรับรู้ปัจจัยต่าง ๆ ก่อให้เกิดการร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสุขภาพ โดยทั่วไปการวัดแรงจูงใจจะวัดได้ในรูปแบบของความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือและความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามคำแนะนำ

6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

6.1 ปัจจัยทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมหรือแรงจูงใจ เพราะปัจจัยทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อความเชื่อ เช่น ความเชื่อในแผนการรักษาของแพทย์ ความเอาใจใส่ในสมาชิกของครอบครัว การได้รับบริการสุขภาพที่ดีหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ทีมสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการแสดงบทบาทของแต่ละฝ่ายและการคาดหวังในบทบาทของกันและกัน ถ้าบทบาทและความคาดหวังสอดคล้องกับสัมพันธ์ภาพการรักษาก็จะดำเนินไปด้วยความราบรื่นและได้ผลดี แต่ถ้าบทบาทและความคาดหวังไม่สอดคล้องกับสัมพันธ์ภาพแล้วจะส่งผลเสียต่อการรักษา

6.2 ปัจจัยทางด้านข้อมูลส่วนตัว เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกัน และรักษาโรค เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย เป็นต้น ดังนั้นจึงกล่าวสรุปได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อุปสรรค แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมมีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและความร่วมมือในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคล

1.5 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและพฤติกรรมสุขภาพ

1.5 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมเป็นการกระทำที่แสดงออกของบุคคลและสิ่งมีชีวิตที่ปรากฏออกมาให้เห็นหรือสัมผัสทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ซึ่งแสดงออกทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามระยะพัฒนาการและสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม มีผู้อธิบายความหมายของพฤติกรรม (Behavior) ไว้ดังนี้

พันธุทิพย์ รามสูต (2540) อธิบายว่า พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคนพฤติกรรมของคนก็หมายถึง ปฏิบัติต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมา อันมีทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายใน

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2559) อธิบายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกหรือการตอบสนองต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมคือ เจตนาที่จะแสดงพฤติกรรม

ส่วนคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำที่มีความมุ่งหมายที่จะแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจความเชื่อความรู้สึกนึกคิดที่ท่าค่านิยม และการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพของตนเองของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือของชุมชนแล้วแต่กรณี ดังนั้นการใช้คำว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นส่วนใหญ่จะหมายถึง พฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย หรืออีกนัยหนึ่งเป็นการเน้นในเรื่องพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ คือ การดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้แข็งแรงสมบูรณ์ โดยการดูแลสุขภาพ มี 2 ลักษณะ คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

1) การดูแลส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และตรวจสุขภาพประจำปี อันเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่ร่างกายแข็งแรง

2) การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยทั้งบุคคลที่สุขภาพดีและเจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันแต่ละวัย ถ้าเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยให้พ้นจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน โดยให้ความรู้ สอนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนช่วยเหลือและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (จารุวรรณ นิพนานนท์, 2543)

1.6 องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพองค์รวม

สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกัน และกันอย่างแบ่งแยกไม่ได้ การขาดความสมดุลระหว่างองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่น ๆ เสมอ การดำรงภาวะสุขภาพแบบองค์รวมจึงต้องคำนึงถึงการผสมผสานกลยุทธ์ที่จะคงความสมดุลในทุกองค์ประกอบโดยครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของบุคคลเป็นสำคัญ

ชัยพร ธีรพงษ์ และคณะ (2549) ได้กล่าวถึงความหมายและประเภทของสุขภาพองค์รวมว่าหมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ ไม่มีความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว หากแต่ยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขของทุกคนด้วย สุขภาพองค์รวมแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล หมายถึง การทำให้เกิดความสมดุล

ภายในแต่ละตัวบุคคล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดเป็นเอกภาพที่ผสมกลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยมีแนวทาง คือ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การมีพฤติกรรมของบุคคลที่มีแนวโน้มนำไปสู่คุณภาพที่ดีและทำจิตใจให้ผ่อนคลาย รู้จักหลักในการดำเนินชีวิตของตนเอง 2) ระดับครอบครัวและชุมชน โดยอธิบายว่าคนจะมีสุขภาพกาย ใจ ที่ดีนั้นครอบครัวมีส่วนสำคัญมาก ครอบครัวจะอบอุ่นเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีความรักให้กันและกัน ดูแลให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพดีทั้งทางกายและใจ มีหน้าที่รับผิดชอบและบทบาทที่แตกต่างกัน ชุมชนมีความเกื้อกูลและอาหารต่อกัน เมื่อนำมาประกอบกันจะเกิดเป็นเอกภาพแบบองค์รวม สุขภาพชีวิตของคนในครอบครัว และชุมชนก็ย่อมจะดีตามไปด้วย และ 3) ระดับสังคม สังคมในมิตินี้ได้หมายรวมถึงสิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติด้วย โดยคนในสังคมถ้ามีเจตจำนงหรือจุดมุ่งหมายอย่างเดียวกันจะสร้างสังคมอย่างที่ติงาม และถ้าหากทุกคนตระหนักว่ามนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติและเรียนรู้ที่จะอยู่กับธรรมชาติก็จะมีความสัมพันธ์ที่กลมกลืนระหว่างคนกับธรรมชาติ เพราะฉะนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นความสมดุลกลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นวิถีของการมีสุขภาพที่ดีและงดงาม ซึ่งมีมิติของสุขภาพแบบองค์รวมมีอยู่ 4 มิติ ได้แก่

มิติทางกาย (Physical Dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค มีปัจจัยประกอบทั้งด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย มีปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอและการส่งเสริมภาวะสุขภาพ

มิติทางจิตใจ (Psychological Dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และลดความเห็นแก่ตัว

มิติทางสังคม (Social Dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม มีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

มิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา (Spiritual Dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่บุคคล ยึดมั่นและเคารพสูงสุดทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ติงามด้วยความเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของผู้อื่น ทั้งนี้สภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลนั้นหลุดพ้นจากความเป็นตัวของตัวเอง (Self-transcending)

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิตินี้ถือเป็นสภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกัน โดยมิติทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติสำคัญที่จะบูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต และสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็นสิ่งที่สำคัญของสุขภาพที่ดีจะยึดเอาสภาวะมิติอื่น ๆ ให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและชุมชน หากขาดสภาวะทางจิตวิญญาณมนุษย์จะไม่สามารถพบกับความสุขที่แท้จริงขาด

ความสมบูรณ์ในตนเอง มีความรู้สึกบกพร่อง แต่ถ้าหากมีความพร้อมถึงสิ่งอันที่จะมีคุณค่าสูงสุดก็จะมีความสุขหรือสภาวะที่ดีได้ แม้ว่าจะบกพร่องทางร่างกาย เช่น มีความพิการหรือเป็นโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง (ชมัยพร ชีรพงษ์ และคณะ, 2549)

1.7 หลักการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของแพทย์ปัจจุบัน

การแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional Medicine) เป็นระบบการแพทย์ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ให้การรักษาทาย การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด และวิชาแพทย์สาขาต่าง ๆ โดยวิชาความรู้ด้านแพทยศาสตร์ การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ เป็นวิชาความรู้ที่ต้องผ่านการเรียนการสอน การฝึกฝน จากสถาบันการเรียน เช่น โรงเรียนแพทย์ โรงเรียนพยาบาล เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์ได้ ตรวจสอบได้ มีแหล่งที่มาจากการศึกษาถูกต้องตามหลักวิชา และหลักสถิติ มีการศึกษาวิจัย มีการเผยแพร่องค์ความรู้ และมีการรับรองจากองค์กร สถาบันต่าง ๆ ทั่วโลกทำให้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้จริง

แนวคิดและบทบาทหน้าที่ของการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันนั้น จะครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่

1) การส่งเสริมสุขภาพ (health Promotion) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่องของสุขภาพ บุคคลมักจะสามารถ บอกได้ว่าตนเองกำลังอยู่ตรงตำแหน่งใดบนแกนสุขภาพ ผู้ที่ระบุว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก สุขภาพดี หรือสุขภาพปกติ จะได้แก่ ผู้ที่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง คนกลุ่มนี้จะต้องพยายามส่งเสริมสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามวัยต่าง ๆ โดยอยู่บนพื้นฐานขั้นต้นของการดำเนินชีวิต

2) การป้องกันโรค (Health Prevention) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่มีอิทธิพลมาจากแนวคิดทางการพยาบาลซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดในการป้องกันของแพทย์ทางเวชศาสตร์ป้องกัน การป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งครอบคลุมการป้องกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

2.1) การป้องกันระดับที่ 1 (Primary Prevention) หมายถึง การกระทำที่เป็น การป้องกันโรคบางโรคเป็นการเฉพาะ เพื่อป้องกันความไม่สุขสบาย ป้องกันการเสียเงินทองจาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ตนเอง ปลอดภัยจากการคุกคามต่อคุณภาพชีวิต หรืออย่างน้อยก็เป็น การยืดเวลาการเริ่มต้นของโรคออกไป บุคคลที่อยู่ในกลุ่มสุขภาพดี-สุขภาพปกติ จะเป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์ การป้องกันในระดับที่ 1 คนกลุ่มนี้อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ซึ่งอาจเป็น สาเหตุให้ป่วยในวันใดวันหนึ่งข้างหน้า จึงจำเป็นต้องพิจารณาพฤติกรรมในการป้องกันโรคของตนเองโดย เลิกประพฤติปฏิบัติในเรื่องที่เสี่ยงนั้นเสีย

2.2) การป้องกันระดับที่ 2 (Secondary Prevention) ประกอบด้วยองค์การที่ทำหน้าที่คัดกรอง หรือให้ความรู้แก่ประชาชน ส่งเสริมการตรวจพบผู้ป่วยตั้งแต่โรคมยังไม่ปรากฏอาการ เพื่อให้สามารถให้การรักษาได้ทันที่ เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชนในการตรวจเต้านมตนเอง การรู้จักสังเกตตนเองจากอาการเริ่มแรกของมะเร็ง การสนับสนุนให้ได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

2.3) การป้องกันระดับที่ 3 (Tertiary Prevention) เริ่มเมื่อบุคคลป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลจะต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากโรครายในเวลาอันควร ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การดูแลให้ผู้ป่วยหายจากโรคโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสอนให้รู้จักการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก

3) การดูแลรักษา (Treatment) การที่บุคคลคนหนึ่งต้องเปลี่ยนสถานภาพจากที่สุขภาพดีหรือสุขภาพปกติมาสู่การเป็นผู้ป่วย ตัดสินใจอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความกลัว วิดกกังวลแตกต่างกันออกไป ต้องการดูแลแตกต่างกันไปตามเพศ ตามวัย ตามโรค และอาการที่เจ็บป่วย แม้ว่าการปฏิบัติของพยาบาลในด้านการดูแลรักษาจะเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำโดยมุ่งเน้นการบำบัดอันเป็นงานที่ต้องดำเนินการตรงเวลาและบางกิจกรรมอาจทำความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรคก็ตาม แต่พยาบาลจะต้องรู้จักใช้ศิลปะในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การผ่อนคลาย การสัมผัสที่อ่อนโยนและความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น การอธิบายให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยรวมทั้งญาติให้เข้าใจกระจ่างจะช่วยให้ได้รับความร่วมมือที่ดีและเป็นผลดีต่อการรักษา เพราะประเด็นสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว

4) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Rehabilitation) คือ การแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นและฟื้นฟูเพื่อให้สมรรถภาพการทำงานสามารถกลับมาใช้งานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ รวมทั้งการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายหลังจากที่ได้รับการฟื้นฟูเต็มที่แล้ว เป็นระยะที่บุคคลออกจากภาวะของการเป็นผู้ป่วยกำลังกลับไปอยู่ในบทบาทของคนปกติทั่วไป เป็นระยะที่จะกลับบ้านเพื่อไปดูแลตนเองที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการรักษาและดำรงไว้ในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไปแล้วให้คงอยู่ในสภาพเดิมโดยไม่เสื่อมเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจะต้องเข้าถึงจิตใจและรู้สภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างถ่องแท้มีความอดทน มุ่งมั่นไม่ทอดยถ่ออุปสรรค ที่จะต้องเป็นผู้ให้กำลังใจ ให้ความหวัง ชื่นชมและยกย่องผู้ป่วย แม้ว่าสิ่งที่ฟื้นฟูพัฒนาขึ้นนั้นจะเป็นเพียงเล็กน้อยแต่ก็ต้องยอมรับว่านั่นคือความยิ่งใหญ่ของผู้ป่วยที่ได้พยายามอย่างที่สุด ดังนั้นบทบาทของแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลในขั้นตอนนี้จึงเป็นการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้

กระบวนการใด ๆ ก็ตาม ที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคกลับมา มีชีวิตในสังคมตามสภาพปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งหมายรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุดด้วย (จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และคณะ, 2543)

การฟื้นฟูทางการแพทย์ หมายถึง การดูแลทางการแพทย์เพื่อให้ความสามารถ ทางด้านร่างกายและจิตใจของคนที่มีอาการเป็นปกติ กระบวนการนี้ประกอบด้วย การตรวจ วินิจฉัยโรค การรักษาที่ถูกต้องเพื่อการรักษาชีวิตและให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีความสูญเสีย น้อยที่สุด โดยการฟื้นฟูจะขึ้นอยู่กับลักษณะการบาดเจ็บ หรือผลของโรคที่เกิดขึ้น การจัดหากายอุปกรณ์ เทียม และการจัดหาอุปกรณ์เสริม การฝึกการใช้กายอุปกรณ์ ซึ่งจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ โดยกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย การเดิน นอกจากนี้ยังต้องมีการฝึกให้ทำงานหรือเรียกว่า อาชีว บำบัด ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสภาพที่เกิดตามลักษณะของงานให้ดีขึ้น การใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น เครื่องช่วย การได้ยิน ของคนที่หูเสียการได้ยิน นอกจากนี้อาจมีเรื่องศัลยกรรมตกแต่งเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพนั้นให้ กลับมาใช้งาน เช่น การผ่าตัด

ดังนั้นกล่าวได้ว่าหลักการดูแลรักษาความเจ็บป่วยของแพทย์แผนปัจจุบันนั้น เป็นสิ่ง ที่ต้องอาศัยทั้งวิชาการและศิลปะ เป็นเรื่องยาก เพราะสิ่งที่แพทย์ พยาบาลในระบบการแพทย์แผน ปัจจุบันกำลังต่อสู้อยู่นั้น คือ เชื้อโรค ซึ่งบางชนิดมีวิวัฒนาการไปเรื่อย ๆ ทุกนาที่ เชื้อโรคบางชนิดไม่ สามารถกำจัดได้ การรักษาทำได้เพียงรักษาตามอาการไปจนกว่าร่างกายฟื้นตัว หรือแม้ต่อสู้กับโรคที่ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค เช่น เส้นเอ็นอักเสบ ภาวะอาการเครียด โรคระบบประสาท ยังต้องอาศัยการ วินิจฉัยไปที่ละจุด ตั้งสมมติฐานขึ้นแล้วพิสูจน์สมมติฐานนั้น การทำในสิ่งที่ยากยิ่งนี้ย่อมมีแนวทางการ รักษาได้หลายแนวทางเพื่อไปสู่จุดหมาย คือ ทำให้คนไข้หาย ซึ่งความเห็นและวิธีการรักษาของแพทย์ แต่ละคนอาจจะไม่เหมือนกัน ถ้าการรักษาเป็นไปอย่างราบรื่นคนไข้ก็ไม่ตั้งใจในวิธีการรักษา เพราะไม่ว่าวิธีใดถ้าคนไข้หายคนไข้ก็จะพอใจไม่ตั้งใจในวิธีการรักษา แต่หากการรักษาไม่ราบรื่น คนไข้ไม่หายหายช้า สูญเสียอวัยวะบางอย่าง หรือเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินจำนวนที่คนไข้คิดว่ามากเกินไป คนไข้อาจไม่พอใจจนเกิดอคติความขึ้น (จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และคณะ, 2543)

บริบทพื้นที่วิจัย

2.1 ประวัติความเป็นมาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

2.1.1 ประวัติความเป็นมาและชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

คณะกรรมการการคัดเลือกหมู่บ้านภูมิปัญญาไทย สภาวัฒนธรรมอำเภอวชิรบรรมี จังหวัดพิจิตร (2547) ได้อธิบายไว้ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำเป็นชาวไทยสาขาหนึ่งซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไปหลายชื่อ เช่น ลาวโซ่ง ลาวซ่ง ลาวซวง ลาวทรงดำ ลาวซวงดำ ไทยโซ่ง ไทยดำ ไทยซ่งดำ ไตดำ ไตซงดำ ผู้ไทยดำ ผู้ไทยทรงดำ แต่มีผู้ให้ความคิดเห็นถึงการเรียกชื่อชนกลุ่มนี้ที่อาศัยอยู่นอก

ประเทศไทยว่า “ไทดำ” หรือ “ผู้ไทยดำ” (Black Tai) โดยมีบรรพบุรุษและถิ่นฐานดั้งเดิมอยู่ที่เมืองเตียนเบียนฟู ประเทศเวียดนาม ได้ถูกอพยพเข้าสู่ดินแดนของประเทศไทยตั้งแต่สมัยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ราวปี พ.ศ. 2322 เมื่อกองทัพไทยไปตีเมืองเวียงจันทน์แล้วกวาดต้อนชาติพันธุ์ไทดำที่อพยพมาจากสิบสองจุไทยส่งไปตั้งถิ่นฐานที่บ้านท่าแร่ อำเภอบ้านแหลม เมืองเพชรบุรี เป็นแห่งแรกในประเทศไทย ต่อมาได้กวาดต้อนเข้ามาเพิ่มเติมอีกในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช รัชกาลที่ 1 ในปี พ.ศ. 2335 และสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 3 ในปี พ.ศ. 2381 ก่อนจะย้ายมาตั้งถิ่นฐานกระจายกันอยู่ในพื้นที่หลายจังหวัด เช่น ราชบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี นครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลก เลย กาญจนบุรี ลพบุรี สระบุรี ชุมพร และสุราษฎร์ธานี

ประวัติของการเรียกชื่อในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำนี้ยังไม่มี ความชัดเจนและเป็นที่ยกเถียงกันอยู่อย่างมาก โดยคำว่า “ลาวโซ่ง” มีผู้สันนิษฐานได้หลายลักษณะ คือ จากการที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่ย้ายมาอยู่ในเมืองไทยนี้เป็นกลุ่มที่เคยอาศัยอยู่ในดินแดนส่วนหนึ่งของราชอาณาจักรลาว และมีขนบธรรมเนียมประเพณีส่วนใหญ่คล้ายคลึงกับคนในราชอาณาจักรลาว ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้เชื่อว่าเกิดจากความนิยมในการเรียกชื่อของคนไทยในสมัยนั้นที่มักจะเรียกผู้ที่มาจากถิ่นอื่นอพยพเข้ามาใหม่ว่า “ลาว” ดังเช่น ลาวเวียง ลาวพวน เป็นต้น ทำให้คนไทยในสมัยก่อนจึงเรียกชนกลุ่มนี้ที่มาอาศัยที่ในจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้คำนำหน้าว่า “ลาว” เรียกว่า “ลาวโซ่ง” (แต่ปัจจุบันภาษาทางราชการไม่ใช้คำว่า “ลาว” นำหน้าชื่อชาติพันธุ์ แต่ให้ใช้คำว่า “ไทย” นำหน้า เช่น ไทยอีสาน ไทยเหนือ ไทยพวน) แต่บางแนวคิดเสนอว่าน่าจะมาจากคำว่า “ไทสง” อันเป็นภาษาในสิบสองจุไทยซึ่งหมายถึงคนที่อาศัยตามป่าเขา และต่อมาเรียกเพี้ยนเป็น “ไทยโซ่ง” ดังในปัจจุบัน แต่บางข้อคิดเห็นเสนอว่าน่าจะมาจากคำว่า “ซ่ง” ซึ่งมาจากคำว่า “ซ่งก้อม” ที่เป็นคำเรียกกางเกงของผู้ชาย (มีลักษณะขายาวแคบ สีดำ) จึงเรียกกันว่า “ลาวซ่งดำ” หรือ “ลาวโซ่ง” ภายหลังด้วยเหตุผลทางการปกครองจึงเรียกว่า “ไทยโซ่ง” หรือ “ไทยซ่งดำ” และกลายเป็น “ไทยทรงดำ” ในปัจจุบัน ส่วนคำว่า “ไต” หรือ “ไท” คือกลุ่มชาติพันธุ์คนไทยสาขาหนึ่งที่มีความเป็นอิสระ คำว่า “ดำ” หมายถึง การแต่งกายด้วยเครื่องนุ่งห่มสีดำ ดังนั้นชื่อเรียกขานในนาม “ไทยดำ หรือ ไทดำ” จึงมีความหมายโดยรวมว่ากลุ่มชาติพันธุ์คนไทยสาขาหนึ่งในบรรดาหลายชนเผ่าที่แต่งกายด้วยสีดำนั่นเองซึ่งถือได้ว่าเป็นเอกลักษณ์ของชาติพันธุ์ไทดำ

นอกจากนี้ตามตำนานพงศาวดารเมืองแกลงและตำนานพงศาวดารลานช้างกล่าวว่าจุดก่อเกิดของชาวไทดำมีขึ้นที่ “เมืองแกลง หรือ แกลง” ที่แปลว่าเมืองฟ้าหรือเมืองเทวดา (ปัจจุบันอยู่ในประเทศเวียดนาม) เพราะมีความเชื่อกันว่าเทวดาหรือฟ้า (แกลง) เป็นผู้มาสร้างเมืองนี้ขึ้น เมืองแกลงนี้ตามประวัติกล่าวว่าเป็นเมืองดั้งเดิมของชาวไทดำที่ได้ตั้งถิ่นฐานอย่างมั่นคงขึ้นที่เมืองนี้มาก่อนแล้วเป็นครั้งแรกราวปี พ.ศ. 1240 พงศาวดารเมืองแกลงแม้จะมีลักษณะเป็นเทพนิยายแต่ก็ได้แสดงให้เห็นที่มาของขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของชาวไทดำได้เป็นอย่างดี ดังที่ในจดหมายเหตุของชาวไทดำกล่าวว่า “เดินมาแผ่นดินเมืองแกลงนี้เป็นที่ทุ่งว่างเปล่าเปลี่ยว มีภูเขา และต้นไม้อยู่ตามชายทุ่ง

ยังหาเป็นบ้านเป็นเมืองมีผู้คนอยู่ไม่ ในครั้งนั้นมีเทพยดา 5 องค์ และเทพธิดา 5 องค์ เป็นพี่น้องกันตกลงกันว่าจะลงมาเกิดในมนุษย์โลกจึงพากันไปอยู่ในผลไม้ที่เข้าเนรมิตผลหนึ่งเรียกว่า “เต้าปุง” แล้วลอยลงมาตกที่บนภูเขาที่ทุ่งนาเตา ห่างจากที่ตั้งเมืองแกลงไปทางทิศตะวันออกประมาณทางเดินเท้าวันหนึ่ง และคำว่าเต้าปุงนั้นเป็นภาษาของพวกผู้ไทย ต่อมาคนทั้งหลายเรียกภูเขานั้นว่า “ภูเขาเต้าปุง” น้ำเต้าที่เทวดาเข้าไปอยู่นั้นแตกออกเป็นมนุษย์รูปร่างแปลก ๆ กันออกมาจากผลไม้เต้าตามลำดับ คือ

ข้าแจะ	ออกมาเป็นที่ 1
ไทดำ	ออกมาเป็นที่ 2 (ลาวโซ่ง)
ลาวพุงขาว	ออกมาเป็นที่ 3 (ลาวหลวงพระบาง)
ฮ่อ	ออกมาเป็นที่ 4 (จีน)
แกว	ออกมาเป็นที่ 5 (แกว หรือ คนญวน)

และผู้หญิงที่ออกมาด้วยรวมเป็นทั้งหมด 10 คน ครั้นแล้วชายหญิงก็พากันลงจากภูเขาไปอาบน้ำชำระร่างกายในหนองน้ำชื่อ “หนองฮักหนองฮาย” เป็นหนองน้ำศักดิ์สิทธิ์ บริสุทธิ์สะอาด เมื่ออาบน้ำจะมีร่างกายงดงามและมีสติปัญญาดี แต่ข้าแจะซึ่งออกมาก่อนนั้นไม่กล้าอาบน้ำรูปร่างจึงได้หมองคล้ำดำมอมตืดตัวมาจนถึงทุกวันนี้” (เกวลิน รัตนวลีอาภรณ์, 2552) ฝ่ายผู้ไทย (หมายถึง ไทดำ) ลาว ฮ่อ และญวน ทั้ง 4 ชาตินี้ทั้งหญิงชายได้พากันลงอาบน้ำบริสุทธิ์ในหนองฮักหนองฮาย ผิดพรณจึงได้ชาวผ่องใสเป็นนวลกว่าพวกข้าแจะ มนุษย์ทั้ง 5 ชาตินี้เมื่อเกิดมาก็ได้เป็นหนุ่มเป็นสาวที่เตียวหาได้ค่อย ๆ เจริญเติบโตขึ้นดังเช่นคนทั่ว ๆ ไป แล้วมนุษย์หนุ่มสาวเหล่านั้นก็ได้เป็นสามีและภรรยาแก่กัน ตามแซ่ตามตระกูลที่เกิดมา (เกวลิน รัตนวลีอาภรณ์, 2552) โดยเมื่อแรกเกิดออกจากผลไม้เต้าปุงนั้นถือว่าเป็นพี่น้องกันทั้ง 5 คน และถือว่าข้าแจะเป็นที่ใหญ่เพราะได้ออกมาก่อนฝ่ายผู้ไทย ลาว ฮ่อ และญวน จากนั้นจึงได้ปรึกษาแยกย้ายกันไปหาถิ่นฐานตั้งบ้านเมืองต่อไป ส่วนผู้ไทย (ไทดำ) ได้ตั้งตัวเป็นเจ้าของอยู่ ณ เมืองแกลง มีนามว่า “ขุนลอคำ” (ขุนลอคำ คือ ผู้เป็นต้นตระกูลของชาติพันธุ์ไทดำ) จึงเชื่อกันว่าขุนลอคำเป็นปฐมกษัตริย์ของไทดำ เป็นต้นตระกูลกำเนิดดั้งเดิมของผู้ไทยดำ โดยได้สร้างเมืองที่อยู่ตำบลนาสามหมื่น แต่เรียกกันว่า “เมืองแกลง” (ราว พ.ศ. 1240) เมืองแกลงนั้น โดยมีอาณาเขตข้างทิศใต้มีเขตแดนตั้งแต่เมืองเปว เมืองช่อน เมืองเทียม เมืองกูด เมืองปันล่อ เมืองชำได้ เมืองชำเหนื่อ เมืองสบแอต-เชียงค้อ หัวพันทั้งหก สิบสองจุไท ข้างทิศเหนือตั้งแต่เมืองโฮ เมืองซอ เมืองลา เมืองจัน ข้างทิศตะวันตกเฉียงเหนือตั้งแต่เมืองหัวอู่ เมืองภูพาง เมืองโพไทย เมืองอุย ซึ่งเป็นเขตแดนที่ขึ้นแก่เมืองแกลงทั้งสิ้น (เกวลิน รัตนวลีอาภรณ์, 2552)

จากตำนานพงศาวดารดังกล่าว การที่เชื่อว่าเชื้อสายไทดำนั้นสืบเชื้อสายจากสวรรค์นั้น น่าจะมีความหมายอธิบายได้ว่าอพยพมาจากทางภาคเหนือบริเวณที่มีภูเขาสูงซึ่งเปรียบเหมือนสวรรค์ การที่ออกจากผลไม้เต้าปุงนั้นมีความหมายว่าเชื้อชาติมนุษย์ที่เกิดมาได้นั้นก็โดยอาศัยผลไม้เต้าซึ่งหมายความว่านมนหรือน้ำนมของมนุษย์ที่บำรุงเลี้ยงให้เติบโตขึ้นมา และที่กล่าวว่าพี่น้องกันทั้ง 5

คนนั้น ก็เพื่อจะแสดงให้เห็นว่าคนที่เป็นเพื่อนบ้านใกล้เคียงกันควรที่จะได้รักใคร่กันฉันท์พี่น้อง ไม่ควรที่จะรุกรานเบียดเบียนกัน (เกวลิน รัตนาวลีอาภรณ์, 2552)

2.1.2 ที่อยู่อาศัยดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

ชาติพันธุ์ไทดำเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีถิ่นฐานเดิมอยู่ในแคว้นสิบสองจุไท ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในแถบแม่น้ำดำและแม่น้ำแดง ปัจจุบันอยู่ในเขตเวียดนามตอนเหนือเชื่อมต่อกับประเทศลาวและประเทศจีนตอนใต้ มีชื่อเดิมเรียกกันว่า “ไทดำ หรือ “ผู้ไทดำ” (Black Tai) เพราะนิยมใส่เสื้อดำล้วน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มชาติพันธุ์ที่อยู่ใกล้เคียงกัน เช่น “ไทขาว หรือ “ผู้ไทขาว” (White Tai) ที่นิยมแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีขาว และ “ไทแดง หรือ ผู้ไทแดง” (Red Tai) ที่ชอบใช้สีแดงขลิบและตกแต่งชายเสื้อสีดำ เป็นต้น ชาติพันธุ์ไทดำได้ถูกกวาดต้อนเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่สมัยกรุงธนบุรี และรัตนโกสินทร์ตอนต้น คนไทยภาคกลางส่วนมากเรียกกันว่า “ลาวทรงดำ” เพราะเข้าใจว่าเป็นพวกเดียวกับชาติพันธุ์ลาวและอพยพมาพร้อมกัน จากนั้นได้มีการเปลี่ยนมาเรียก “ไทยทรงดำ หรือ ไทดำ” ในปัจจุบัน

แคว้นสิบสองจุไทประกอบไปด้วยเมืองสำคัญสิบสองเมืองหรือสิบสองจุ แต่ละจุหรือแขวงจะประกอบด้วยเมืองเล็ก ๆ และมีหมู่บ้านที่อยู่ใกล้กัน โดยอยู่ภายใต้การปกครองของเจ้าเมืองในแขวง นั้น ๆ แต่ละเมืองจะมีการปกครองที่เป็นอิสระต่อกัน บางเมืองจะเกี่ยวพันโดยญาติหรือแต่งงานกันตามพงศาวดารของเมืองไลหรือไลเจา (Lai Chaw) กล่าวว่าเมืองที่พวกไทดำอาศัย อยู่คือ “เถน” หรือ “เมืองเถน” หรือ “เมืองพันต์” ปัจจุบันคือ “เมืองเดียนเบียนฟู” (Dien Bien Phu) ประเทศเวียดนาม เป็นเมืองศูนย์กลางที่สำคัญ นอกจากนั้นยังมีเมืองความหรือเมืองกาย เมืองตุง เมืองม่วยหรือเมืองม่วน เมืองลา เมืองหวัด เมืองซาง เมืองโมะ รวมเป็น 8 เมือง กับเมืองที่ผู้ไทขาวอาศัยอยู่ 4 เมือง คือ เมืองไล เมืองเจียน เมืองมุน เมืองบาง รวมทั้งหมด 12 เมือง เมืองดังกล่าวเรียกว่าแคว้นสิบสองจุไทหรือสิบสองผู้ไท ในการแบ่งเขตของแต่ละเมืองจุนั้นเป็นไปตามธรรมชาติของพื้นที่ โดยอาศัยลักษณะภูมิประเทศเป็นแนวกันพรมแดน เช่น ลำห้วย ภูเขาป่าไม้ ไม่มีการเขียนแผนที่แบ่งอาณาเขตที่แน่นอน หมู่บ้านใดขึ้นอยู่กับเมืองใดก็ขึ้นอยู่กับความสะดวก ความใกล้ชิดทางพื้นที่และความสัมพันธ์ของความเป็นญาติ และมีได้มีการรวบรวมการปกครองให้เป็นอาณาจักรอันหนึ่งอันเดียวกัน แคว้นสิบสองจุไทเป็นที่อยู่อาศัยดั้งเดิมของไทดำไทขาว ไทแดง และไทอื่น ๆ มาช้านาน ก่อนที่พวกญวนจะขยายอำนาจไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของแคว้นตั้งเกี่ยและอาณาคนไทย แคว้นสิบสองจุไทได้ปกครองตนเองเป็นอิสระมาช้านานจนกระทั่งกลุ่มไททางด้านทิศตะวันตกมีอำนาจขึ้นราวพุทธศตวรรษที่ 19-20



ภาพประกอบ 2 แผนที่แสดงดินที่อยู่อาศัยของไทยดำในอดีต

(ที่มา <http://student.nu.ac.th/angsumarin/Blog%20Posts/in-phitsanulok.html>)

บริเวณที่อยู่อาศัยระหว่างดินแดนภาคเหนือและแคว้นสิบสองจุไททางใต้ภายใต้การปกครองของเมืองหลวงพระบางมีอยู่ห้าเมืองและต่อมาเพิ่มอีกหนึ่งเมืองเป็น 6 เมือง เรียกว่า “หัวพันทั้งห้าทั้งหก” ได้แก่ เมืองควาย เมืองดุง เมืองม่วย เมืองลา เมืองไล เมืองแกง โดยเฉพาะเมืองแกงอยู่ห่างไกลจากนครหลวงพระบางมีอาณาเขตติดต่อกับภาคใต้ของจีนและตอนเหนือของเวียดนาม อำนาจของ หลวงพระบางจึงปกครองได้ไม่ทั่วถึงจึงให้อำนาจในการปกครองตนเอง แต่ยังอยู่ในอำนาจของเจ้าหลวงพระบาง ดังนั้นในยุคนั้นบางสมัยหัวเมืองฝ่ายเหนืออันมีเมืองแกงเป็นต้นขึ้นอยู่กับจีนบ้าง เวียดนามบ้าง เรียกว่า “สามฝ่ายฟ้า” ต่อมา “หัวพันทั้งห้าทั้งหก” มาเป็นจังหวัดหนึ่งของลาวตอนเหนือ เรียกว่า “แขวงหัวพันห้าเหนือ หรือเวียงไซ” กลุ่มชนที่อาศัยอยู่บริเวณนี้ส่วนมากเป็นชาวไทยดำซึ่งลาวเรียกว่า “ไทเหนือ” เพราะตั้งอยู่ติดกับเมืองแกงแห่งสิบสองจุไท และไม่ห่างจากแม่น้ำหล้าหรือดำ ไทดำอาศัยอยู่ทั่วไปตั้งแต่มณฑลทลกวาสี ยูนานและบริเวณแม่น้ำดำ แม่น้ำแดงในแคว้นตั้งเกีย ชาวไทดำจากแคว้นสิบสองจุไทได้เข้ามาอยู่ในประเทศไทยในสมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชในปี พ.ศ. 2322 เนื่องจากต้นแผ่นดินของพระบาทสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เจ้านครเวียงจันทน์ได้กระทำอันหมิ่นพระบรมเดชานุภาพ จึงได้โปรดเกล้าฯ ให้พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราชเมื่อครั้งยังดำรงตำแหน่งเป็นสมเด็จพระยามหากษัตริย์ศึก ยกกองทัพขึ้นไปตี

เมืองเวียงจันทน์ ในปี พ.ศ. 2321 ครั้นปี พ.ศ. 2322 กองทัพสมเด็จพระเจ้าพระยามหากษัตริย์ศึก กำหนดให้กองทัพหลวงพระบางยกกำลังไปตีเมืองม่วย เมืองทัน ซึ่งเป็นเมืองของชาวไทดำแล้วกวาด ต้อนพลเมืองไทดำ และลาวเวียงจันทน์กลับมายังประเทศไทย และให้ลาวเวียงจันทน์ตั้งถิ่นฐานที่เมือง สระบุรี ราชบุรี และเมืองจันทบุรี ส่วนไทดำให้ตั้งถิ่นฐานที่เมืองเพชรบุรี โดยสันนิษฐานว่าอยู่ที่บ้าน หนองปร่ง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เป็นสถานที่แรก ต่อมาในปี พ.ศ. 2335 ชาวไทดำได้อพยพ เข้ามาในประเทศไทยอีกครั้งเนื่องจากพวกเมืองแกลง เมืองพวน แข็งข้อต่อเมืองเวียงจันทน์ เจ้าเมือง เวียงจันทน์จึงยกกองทัพไปตีและได้ชาวไทดำและลาวพวนมาไว้ที่เพชรบุรี

ในสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 3 ปี พ.ศ. 2370 หัวเมือง บางหัวเมืองที่ขึ้นต่อเมืองหลวงพระบางได้ทำการกระด้างกระเดื่อง พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้า เจ้าอยู่หัว จึงโปรดเกล้าฯ ให้ยกกองทัพไปปราบเมืองแกลงและได้พลเมืองไทดำลงมาไว้ที่เมืองเพชรบุรี อีกครั้งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2379 เมืองทิม เมืองคอย และเมืองควร ทำการแข็งข้อต่อเมืองหลวงพระบาง เจ้าอุปราชกับเจ้าราชวงศ์จึงแต่งตั้งให้ท้าวพระบาทคุมกองทัพขึ้นไปปราบและได้ชาวไทดำถูกส่งมาไว้ที่ เมืองเพชรบุรี ในปี พ.ศ. 2381 เจ้าอุปราชกับเจ้าราชวงศ์ซึ่งเป็นเจ้านายทางเมืองหลวงพระบางเกิด วิวาทกัน เจ้าราชวงศ์ได้คุมเอาชาวไทดำส่วนหนึ่งมาไว้ที่กรุงเทพฯ เดิมทีชาวไทดำที่อพยพมาในสมัย รัชกาลที่ 3 นั้นได้ตั้งหลักแหล่งที่ตำบลท่าแร่ อำเภอบ้านแหลม จังหวัดสมุทรสาคร แต่ชาวไทดำชอบ อาศัยอยู่ในที่ดอนน้ำไม่ท่วม และบริเวณที่อาศัยเดิมขาดแคลนไม้ จึงอพยพมาอยู่ที่อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ในเวลาต่อมาจนถึงปัจจุบัน

ต่อมาปี พ.ศ. 2407 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ได้เกิดความระส่ำระสายในแคว้นตังเกี๋ย สิบสองจุไท และลาวเหนือ โดยพวกจีนฮ่อบุกเข้ามาก่อวุ่นใน แถบแม่น้ำดำ แม่น้ำแดง และที่ราบสูงทรานนิงห์ หัวเมืองฝ่ายเหนือหรือหลวงพระบางและเวียงจันทน์ ถูกพวกจีนฮ่อบุกเข้าโจมตี เจ้าเมืองหัวเมืองฝ่ายเหนือได้ขอความช่วยเหลือมายังที่กรุงเทพฯ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงโปรดเกล้าฯ ให้ส่งกองทัพไปปราบจีนฮ่อ ในปี พ.ศ. 2421 และนำชาวไทดำมาในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2428 ต่อมาในปี พ.ศ. 2430 ได้โปรดเกล้าฯ ให้ เจ้าพระยาสุรศักดิ์มนตรี จัดกองทัพไปปราบปรามและนำชาวไทดำเข้ามาอยู่ในประเทศไทยอีกครั้ง

พูน ปรณ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 3 แสดงลักษณะวิถีชีวิตของชาวไทดำในอดีต
(ที่มา <http://student.nu.ac.th/angsumarin/Blog%20Posts/in-phitsanulok.html>)

2.1.3 การอพยพของกลุ่มไทดำในประเทศไทย

จากประวัติการอพยพของชาวไทดำ จะเห็นได้ว่าถิ่นฐานเดิมของชาวไทดำในประเทศไทยอยู่ที่จังหวัดเพชรบุรี การที่โปรดเกล้าฯ ให้ชาวไทดำไปอาศัยอยู่ที่เพชรบุรีนั้นอาจเป็นเพราะจังหวัดเพชรบุรีมีป่าไม้และภูเขามาก มีหุบห้วย ลำธาร เป็นที่ดอนน้ำท่วมไม่ถึง ลักษณะภูมิประเทศคล้ายภูมิประเทศบ้านเก่าเมืองเดิม คือ เมืองแกลง แคว้นสิบสองจุไทย การที่ชาวไทดำได้อาศัยกระจายในที่ต่าง ๆ ในประเทศไทยนั้นเหตุผลหนึ่งนั้น คือ ชาวไทดำรุ่นเก่ามีความปรารถนาแรงกล้าที่จะกลับไปถิ่นฐานบ้านเกิดของตน คือ เมืองแกลง จึงพยายามเดินทางขึ้นไปทางเหนือ เมื่อถึงฤดูฝนก็พักผ่อน ที่ใดที่หนึ่งเพื่อทำนา เก็บสะสมข้าวและหาเสบียงไว้สำหรับการเดินทางต่อไป จากนั้นจึงได้เดินทางเรื่อยไปจนกระทั่งผู้สูงอายุต้องตายจากไปในระหว่างการเดินทาง ลูกหลานก็ไม่สามารถจะเดินทางต่อไปได้จึงตั้งหลักแหล่งอาศัยอยู่ตามเส้นทางเป็นแห่ง ๆ ไป การเดินทางเพื่อกลับไปในอดีตนั้นเชื่อว่าเดินทางไปได้ไกลสุดที่จังหวัดพิจิตร พิษณุโลก และสุโขทัย จึงเห็นว่ามีชาวไทดำอาศัยอยู่ประปรายที่จังหวัดเหล่านี้ นอกจากเหตุผลนี้แล้วยังมีเหตุผลอื่นอีก คือ การอพยพเพื่อไปหาที่ทำกินใหม่ในบริเวณจังหวัดใกล้เคียง เช่น ราชบุรี สุพรรณบุรี และนครปฐม ดังนั้นการที่ชาวไทดำกระจายกันอยู่ในที่ต่าง ๆ ของประเทศไทยล้วนแต่เป็นเชื้อชาติของไทดำที่ไปจากเพชรบุรีทั้งสิ้น (อภิญวัฒน์ โพธิ์सान, 2552)

ม. ศรีบุขรา (นามแฝง, 2530) ได้กล่าวถึงการอพยพของชาวไทดำที่เข้ามาในประเทศไทยเพิ่มเติมว่า “คณะพรรคกบฏอิสรภาพแห่งชาติเวียดนาม” หรือที่เรียกกันย่อ ๆ ว่า “เวียดมินห์” มีจุดประสงค์ที่จะให้ญวนเป็นเอกราชโดยสมบูรณ์ โดยการขับไล่ฝรั่งเศสให้ออกไปพ้นดินแดนอินโดจีน ในปี พ.ศ. 2497 พวกเวียดมินห์ได้เข้าโจมตีเตียนเบียนฟู (เมืองแดง) เมืองป้อมของฝรั่งเศส ซึ่งเป็นบริเวณที่มีไทดำอาศัยอยู่หนาแน่น จนกระทั่งเมืองเตียนเบียนฟูแตกและฝรั่งเศสยอมจำนน จากการสู้รบนี้ทำให้ชาวไทดำประมาณ 4,000 คน อพยพหลบหนีไปอยู่เวียดนามใต้ อีกส่วนหนึ่งประมาณ 2,000 คน อพยพเข้าไปตั้งบ้านเรือนอยู่แถบเมืองหลวงพระบาง และอีกกลุ่มหนึ่งประมาณ 3,000 คน อพยพเข้าไปอยู่ที่เชียงขวางในประเทศลาว แต่เนื่องจากที่เชียงขวางมีสถานที่ทำมาหากินคับแคบ ชาวไทดำส่วนหนึ่งจึงอพยพมาอยู่ที่แขวงเวียงจันทน์ที่บ้านอีโล ห่างจากเวียงจันทน์ไปทางเหนือประมาณ 20 กิโลเมตร ชาวไทดำอาศัยอยู่ที่เวียงจันทน์ประมาณ 20 กว่าปี จนกระทั่งคอมมิวนิสต์เข้าครองลาว ชาวไทดำผู้รักอิสรเสรี จำนวนกว่า 2,000 คน ต้องอพยพหลบภัยเข้ามาในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2518 ในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งอยู่ในศูนย์ผู้อพยพ ส่วนหนึ่งกลับไปอยู่ลาว อีกส่วนหนึ่งขอลี้ภัยคอมมิวนิสต์ไปอยู่ที่ประเทศฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ในประเทศไทยปัจจุบันแหล่งที่มีชาวไทดำอาศัยหนาแน่นได้แก่จังหวัดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

จังหวัดเพชรบุรี ในอำเภอเมือง บริเวณบ้านสะพานยี่หน เวียงคอย วังตะโก หนองพลับ และทุ่งเพี้ย เขตอำเภอท่าทางที่บริเวณเขากระฉิว แม่ประจันต์ และท่าไต้ เขตอำเภอบ้านลาดที่บริเวณห้วยซ้อง หนองโสน และบ้านกรวย เขตอำเภอเขาย้อยที่บริเวณห้วยท่าช้าง หนองเข้ หนองปรัง หนองจิก ทับคาง ดอนทราย เขาย้อย หนองชุมพล หนองประดู่ หนองกระพ้อ หนองซอ และหัวเขาจีน

จังหวัดราชบุรี อยู่ในเขตอำเภอจอมบึงที่ตลาดควาย เขตอำเภอดำเนินสะดวกที่ดอนคลังบัวงาม และโคกดับเปิด เขตอำเภอปากท่อที่ภูเขาทอง เขตอำเภอบางแพะที่ดอนคา

จังหวัดสุพรรณบุรี อยู่ในเขตอำเภออู่ทองที่ตำบลสระยายโสม ตำบลบ้านดอน ตำบลหนองโอง ตำบลดอนมะเกลือ ตำบลบางช้าง เขตอำเภอเมืองที่ตำบลบางกุ้ง และเขตอำเภอบางปลาม้า

จังหวัดสมุทรสาคร อยู่ในเขตอำเภอบ้านแพ้ว ที่บ้านกลาง ตำบลหนองสองห้อง ตำบลโรงเข้ และตำบลยกกระบัตร

จังหวัดนครปฐม พบว่ามีชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่ใน 5 อำเภอด้วยกัน คือ อำเภอเมืองนครปฐมที่ตำบลดอนยายหอม บ้านดอนขนาด และบ้านสะแกทราย ที่ตำบลสระกระเทียม บ้านดอนทราย อำเภอกำแพงแสนที่ตำบลทุ่งกระพังโหม บ้านยาง ที่ตำบลทุ่งขวาง บ้านหนองขามที่ตำบลกระต๊อบ บ้านชาวไร่ ที่ตำบลห้วยม่วง บ้านท่าที่ตำบลสระสีมุ่ม บ้านไผ่คอย บ้านไผ่สงคราม และบ้านไผ่ทอน ที่ตำบลดอนข่อย บ้านดอนทอง บ้านดอนมะกอก และบ้านบ่อน้ำจืด ที่ตำบลสระพัฒนา

บ้านสระ บ้านหัวชุกบัว บ้านหนองหมู บ้านหนองเทียม บ้านไร่ใหม่ และบ้านหนองพวงนก ที่ตำบล
รางพิบูล บ้านกำแพงแสน ในเขตอำเภอดอนตูมที่ตำบลดอนพุทรา บ้านหัวถนน ที่ตำบลลำลูกบัว ที่
บ้านแหลมกระเจา ในเขตอำเภอสามพราณที่ตำบลลาดจินดา บ้านลำเอียง บ้านตากแดด และบ้าน
หนองอีแบน ในเขตอำเภอสามพราณอำเภอบางเลน ที่ตำบลบางไทรป่า บ้านคลองพิศมัย ที่ตำบล
ดอนตูม บ้านดอนขมิ้น บ้านทรายไทย และบ้านหัวทรายลาว ที่ตำบลบางปลา บ้านเกาะแรด ที่ตำบล
ไผ่หูช้าง บ้านหนองปรัง บ้านปลายคลองบางเลน และบ้านไผ่หูช้าง

จังหวัดเลย พบว่ามีชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเชียงคาน ที่หมู่บ้าน
นาป่าหนาด

จังหวัดพิจิตร พบว่าชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่ในเขตอำเภอโพธิ์ประทับช้างในทุก
หมู่บ้านของตำบลไผ่รอบ อำเภอสามง่ามในทุกหมู่บ้านของตำบลหนองหลุม และตำบลวังโมกข์

จังหวัดพิษณุโลก พบว่ามีชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางระกำ ที่ตำบล
คุยม่วง ชุมแสงสงคราม ตำบลบางระกำ ตำบลพันเส้า และในเขตอำเภอวังทอง อำเภอบางกระทุ่ม
และอำเภอเมือง

จังหวัดกำแพงเพชร พบว่ามีชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่ในเขตอำเภอลานกระบือ
อำเภอไทรงาม และอำเภอพรานกระต่าย

ส่วนในจังหวัดอื่น ๆ พบว่ามีชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่กระจัดกระจายทั่วไป เช่น
จังหวัดชัยนาท นครสวรรค์ กาญจนบุรี ลพบุรี สระบุรี ชุมพร สุราษฎร์ธานี

2.2 วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

2.2.1 สังคมไทดำ

ชาติพันธุ์ไทดำนั้นถือว่าระบบครอบครัวมีความสำคัญมาก บรรพบุรุษ คนเฒ่า คนแก่
จะได้รับความเคารพสูงสุดจากสมาชิกภายในบ้าน สมาชิกในแต่ละครอบครัวจะเป็นญาติพี่น้อง
เดียวกัน ส่วนญาติห่าง ๆ ผูกมิตรสนิทสนมกัน ลักษณะทางครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ลูกชายจะ
นำภรรยาเข้ามาอยู่ในบริเวณบ้านของฝ่ายตน สมาชิกในครอบครัวทุกคนต้องช่วยกันทำงานและมี
หน้าที่ประจำ ความเป็นอยู่จะอยู่แบบเรียบง่าย แบบสังคมเกษตรกรรม แม้บ้านรับผิดชอบงานบ้าน
การสืบสกุลจะนับถือทางฝ่ายบิดา ลูกชายและภรรยาจะนับถือผีบรรพบุรุษฝ่ายพ่อ ส่วนลูกสาวจะไป
นับถือผีฝ่ายสามี

ชาติพันธุ์ไทดำโดยส่วนมากจะมีอาชีพหลักที่ทำกันมาแต่เดิมนั้น และเป็นอาชีพที่
สำคัญที่สุด คือ การทำนา ทำไร่ อาชีพรองลงมาคือ ช่างไม้ จักสาน ล่าสัตว์ เลี้ยงไหม ทอผ้า เนื่องจาก
ผู้ชายมีน้อย ผู้หญิงจึงช่วยทำนา ทำไร่ และงานบ้าน เช่น ทอผ้า ตำข้าว เลี้ยงไหม การปรุงอาหาร ทำ
ความสะอาดบ้าน และดูแลอบรมสั่งสอนบุตรไม่ว่าจะอาศัยอยู่ ณ เมืองแกง ประเทศเวียดนาม หรือ

จังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย ปัจจุบันชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิจิตรและพิษณุโลกประกอบอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม รองลงมาคือ รับจ้าง ค้าขาย และรับราชการ

2.2.2 อาหารของชาติพันธุ์ไทดำไทดำ

อาหารของชาวไทดำ เป็นอาหารพื้นเมืองคล้ายชาวไทยชนบท ชาวไทยทางเหนือหรือชาวไทยทางอีสานทั่วไป อาหารหลักต่าง ๆ ได้แก่

ข้าว สำหรับที่ใช้รับประทานเป็นอาหารประจำวันนั้นแต่เดิมจะเป็นข้าวเหนียว ส่วนปัจจุบันจะเหมือนคนไทยทั่วไปคือ ข้าวเจ้า ชาวไทดำส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาข้าว ปลูกข้าวไว้สำหรับกินตลอดปี บ้านที่ยังรับประทานข้าวเหนียวก็จะปลูกข้าวเหนียวไว้รับประทานเอง มีการแปรรูปข้าวเหนียวเป็นข้าวเม่า และนำมาทำขนมไทยต่าง ๆ รับประทาน มีการตำข้าวไว้รับประทานเอง ในอดีตใช้ครกกระเดื่องในการตำข้าวในเวลาเย็นหรือกลางคืนเรียกว่า “การอยู่ขวง” แต่ต่อมาเทคโนโลยีเจริญขึ้น นิยมขายข้าวให้กับโรงสีหรือขายให้กับนายหน้าที่มาติดต่อซื้อ เหลือเพียงข้าวปลูกไว้ทำพันธุ์ปีต่อปี ส่วนข้าวที่จะไว้หุงรับประทานนั้นจะซื้อจากโรงสีหรือตลาดเป็นการลดขั้นตอนในการตำข้าวเอง

ประเภทผักต่าง ๆ ที่ทำได้ทั่วไป เช่น ตามรั้วข้างบ้าน ตามลำคลอง หนองน้ำ ฯลฯ และนิยมรับประทานประเภทยอดพืชผัก เช่น ยอดกระถิน ยอดกุ่ม ยอดตำลึง ยอดมะแว้ง ยอดสะเดา ยอดมะระ ยอดผักทอง พืชกับผักดังกล่าวใช้เป็นอาหารสำหรับจิ้มกับแจ่ว เช่น แจ่วเอือดด้าน แจ่วปลาร้า ส่วนที่นำไปประกอบเป็นอาหารหรือส่วนผสมผสานของอาหารประเภทอื่น ๆ ได้แก่ อาหารประเภทแกง หรืออาหารประเภทยำ เป็นต้น

ประเภทผลไม้ต่าง ๆ เช่น มะม่วง มะละกอ แตงไทย เป็นต้น

ประเภทอาหารหวาน เช่น ขนมข้าวต้มมัด บัวลอย เผือกบวด มันบวด สอดไส้

การถนอมอาหาร ชาวไทดำรู้จักวิธีการถนอมอาหารเพื่อเก็บไว้ได้กินนาน ๆ หรือเก็บไว้กินในยามขาดแคลน หรือในยามที่อาหารประเภทนั้นมีน้อย หรือหายากโดยการใช้ภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมาได้แก่ การถนอมอาหารประเภทการดองหรือการหมัก เช่น การดองผักเสี้ยน ดองยอดกุ่ม ดองหน่อไม้ ปลาร้า ปลาจ่อม กุ้งจ่อม เป็นต้น

พหุ อนุ พิโต ชีเว



ภาพประกอบ 4 อาหารที่แสดงอัตลักษณ์ของโตคำที่สืบทอดมาจากอดีต
(ที่มา <http://student.nu.ac.th/angsumarin/Blog%20Posts/in-phitsanulok.html>)

2.2.3 ที่อยู่อาศัย

การสร้างบ้านเรือนของชาวโตคำ สมัยก่อนนิยมมีลานกลางบ้าน สำหรับเป็นที่เลี้ยงสัตว์ เก็บฟาง นวดข้าว เป็นที่ชุมชนพบปะสังสรรค์ เรือนเป็นเรือนเครื่องผูก หลังคามุงด้วยแฝกตรงเฉลียงด้านนอกสกัดทำเป็นวงโค้งใหญ่ยาว เอือน (เรือน) โตคำแบบดั้งเดิมมีลักษณะที่โดดเด่นเป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่มคือ มีหลังคาทรงโค้งรูปกระดองเต่า มุงหญ้าคายาวคลุมลงมาเกือบถึงพื้นดิน แทนฝาเรือนเพื่อป้องกันลม ฝน และอากาศที่หนาวเย็น (ในอดีตชุมชนโตคำตั้งอยู่ในแถบอากาศหนาว) ตัวเรือนยกใต้ถุนสูงเพื่อประโยชน์ในการเก็บสิ่งของเครื่องใช้ เป็นที่ประกอบกรางงานเช่น ทอผ้า ต้มน้ำ เป็นคอกเลี้ยงสัตว์มักมีแคร่ไถนั่งนอนและเป็นที่รับแขกในเวลากลางวัน เสาเรือนทำด้วยไม้ทั้งต้นมีง่ามไว้สำหรับวางคาน ยอดจั่วประดับด้วยไม้แกะสลักเป็นกิ่งคล้ายเขาควายไขว้กันเรียกว่า “ขอกูด” พื้นเรือนทำด้วยไม้ไผ่ทาบเป็นชั้น ๆ ฝาออกติดกันภายในตัวบ้านเป็นพื้นที่โล่งแบ่งส่วนสำหรับที่นอน ครัว และเป็นส่วนที่บูชาผีเรือนเรียกว่า “กะลือห้อง” มีชานแดดยื่นออกจากตัวบ้าน มีบันไดขึ้นเรือน 2 ทางมีขี้ข้าวที่สร้างเป็นเรือนยกเสาสูงไว้ข้างที่พักอาศัยคนโตคำจะปลูกบ้านอยู่ใกล้ ๆ กับต่อมารูปแบบเรือนโตคำได้เปลี่ยนแปลงไปตามความจำเป็นและความเหมาะสมตามยุคสมัยหญ้าคาที่นำมาทำวัสดุหลังคาหายาก ไม่คงทน ทั้งยังเป็นวัสดุที่ง่ายต่อการติดไฟเนื่องจากบ้านโตคำปลูกใกล้

กันเป็นกลุ่ม หากเกิดไฟไหม้จะลุกลามไปบ้านอื่น ๆ ได้รวดเร็วลักษณะบ้านและวัสดุที่ใช้จึงเปลี่ยนเป็นไม้เนื้อแข็ง หลังคาเป็นสังกะสีมีการแบ่งกันห้องตามลักษณะการใช้สอย

การปลูกบ้านเรือนของชาวไทดำในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมทั่วไป มีลักษณะผสมผสานระหว่างเรือนแบบดั้งเดิมกับเรือนสมัยใหม่บ้างก็ใช้วัสดุผสมของปูนกับไม้บางบ้านเป็นรูปทรงสมัยใหม่ไม่มีเอกลักษณ์ของไทยดำอยู่นับเป็นความน่าเสียดายว่า ลักษณะที่อยู่อาศัยซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มไทดำแท้ ๆ กำลังจะสูญหาย แม้จะมีเรือนไทยดำแบบดั้งเดิมปรากฏให้เห็นทั่วไปอยู่บ้างแต่ก็เป็นเพียงเรือนที่สร้างจำลองไม่มีผู้อยู่อาศัยแต่ไม่ว่าลักษณะที่อยู่อาศัยของชาวไทดำจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรแต่ยังคงปรากฏสิ่งหนึ่งที่ยังคงมีคือห้องหนึ่งห้องที่จำเป็นต้องมีทุกบ้านที่ชาวไทดำเรียกว่า “กะล่อห้อง” เป็นห้องที่สำคัญสำหรับเชิญวิญญาณบรรพบุรุษมาอยู่อาศัยเพื่อปกป้องรักษาลูกหลานให้อยู่เย็นเป็นสุข



ภาพประกอบ 5 แสดงลักษณะของเรือนไทดำในอดีต

(ที่มา http://www.isangate.com/isan/paothai_dam.html)



ภาพประกอบ 6 แสดงบ้านของชาวไทดำในปัจจุบัน
(ที่มา <http://gold.rajabhat.edu/rLocal/stories.php?story>)

2.2.4 อุปนิสัย

อุปนิสัยของชาวไทดำทั่วไป มีนิสัยรื่นเริง แจ่มใส สุขุม เยือกเย็น ขยัน ชอบอิสระ ไม่ตื่นข่าว ไม่หลงเชื่ออะไรง่าย ๆ มีความอดทนสูง เรียบเก่ง รูปร่างสันทัด มีความกรุณามาก ใจดี อารมณ์อ่อนไหวง่าย

2.2.5 สถานะทางสังคม

สถานะทางสังคมของชาวไทดำ มีการแบ่งกลุ่มทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ตัว หรือผู้ท้าว เป็นกลุ่มที่มีตำแหน่งสูงทางสังคม เนื่องจากมีการสืบเชื้อสายมาจากเจ้าเมือง ขนชั้นปกครอง ของไทดำในอดีต

2) กลุ่มผู้น้อย เป็นกลุ่มสามัญชนทั่วไป

โดยกลุ่มผู้ตัวได้รับการนับถือและยอมรับในกลุ่มผู้น้อย และมีหน้าที่ในการอัญเชิญ “ผีเมือง” ซึ่งพิธีกรรมนี้สงวนไว้สำหรับกลุ่มผู้ตัวเป็นผู้ประกอบพิธี อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มต่างก็ยอมรับสภาพการของกันและกัน และอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข

2.2.6 การแต่งกาย

การแต่งกายถือได้ว่าเป็นเอกลักษณ์ที่สำคัญของชาวไทดำ คือ การแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีดำ ตัดเย็บจากผ้าฝ้าย นำไปย้อมครามเข้มจนเป็นสีดำ ต่อมาได้นำสีต่าง ๆ มาตกแต่งเพื่อให้ดู

สวยงามขึ้น ในสมัยก่อนชาวไทดำจะมีลักษณะการแต่งกายเป็นแบบฉบับของตนเองแต่ในปัจจุบันจะพบการแต่งกายแบบไทดำในหมู่คนสูงอายุเท่านั้นหรือในโอกาสพิเศษ เช่น เวลาประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การเสนาเรื่อน เครื่องนุ่งห่มที่เป็นแบบฉบับของผู้ชายไทดำ คือ กางเกงขาสั้นปลายแคบเรียวยาว ปิดเข่า นุ่งขมวดปมที่เอว เรียกว่า “สว่างขาเดิน” หรือ “สว่างก้อม” แปลว่า กางเกงขาสั้น ตัวเสื้อเรียกว่า “เสื้อซอน” เป็นเสื้อแขนยาวทรงกระบอก ปลายแขนปล่อยกว้างขนาดข้อมือของผู้ใส่ ผ่าหน้าตลอด ติดกระดุมเงินยอดแหลมมีลวดลายเรียงกันแบบถี่ ๆ ประมาณ 10-19 เม็ด ตัวสั้นแค่เอว ตัวเสื้อเย็บเข้ารูทรงกระสอบ หน้าอกผายเล็กน้อย คอตั้ง ตัวเสื้อด้านข้างตอนปลายผ่าทั้ง 2 ข้าง แล้วใช้เศษผ้า 2-3 ชั้นตัดขนาดรอยผ่าเย็บติดกับรอยผ่า

ส่วนฝ่ายหญิงในชีวิตประจำวันในอดีตนุ่งผ้าขึ้นพั้นดำ ประกอบด้วยผ้า 3 ชั้น โดยชั้นที่ 1 เป็นต้นชั้นส่วนตรงเอว มีสีดำ ไม่มีลาย กว้างประมาณ 12 นิ้วฟุต ผ้าชั้นนี้จะเย็บติดกับผ้าชั้นที่ 2 ที่เป็นตัวผืนขึ้นสีดำสลับลายทางสีขาวเหมือนลายเปลือกแดงโมที่มีริ้วเป็นลายสีขาวหรือเขียวอ่อน ส่วนชั้นที่ 3 กว้างประมาณ 1 นิ้วฟุต มีลวดลายริ้วสีขาว 2-3 ริ้ว เย็บติดกับผ้าชั้นที่ 2 เป็นต้นชั้น ถ้าสามีตายต้องเลาะเอาตีนชั้นนี้ออกเพื่อเป็นการไว้ทุกข์ให้สามี วิธีการนุ่งขึ้น คือ เอามุมผ้าทางซ้ายและทางขวาพับทบกันตรงกลาง แล้วพับลงคาดด้วยเข็มขัดให้สูงกว่าส่วนหลัง เพื่อสะดวกในการก้าวเดิน เวลาทำงาน ผ้าขึ้นลายแดงโมในชีวิตประจำวันจะใส่กับ “เสื้อน้อยหรือเสื้อแขนจืด” ซึ่งเป็นเสื้อแขน กุดตัวเสื้อสั้นผ่ากระดุมด้านหน้านอกจากเสื้อน้อยแล้วในสมัยก่อนนิยมคาด “ผ้าเปี้ยว” ซึ่งเป็นผ้าคาดอก ปักลวดลายไว้ที่ชายทั้ง 2 ข้าง หญิงที่แต่งงานแล้วจะใช้ผ้าเปี้ยวสีดำหรือสีครามแก่ส่วนหญิงสาวจะใช้ผ้าเปี้ยวย้อมสีอื่นต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีผ้าผืนเล็ก ๆ ยาว ๆ ใช้คล้องคอพาดไหล่ทับผ้าเปี้ยวอีกทีหนึ่ง ในเวลากลางช่วงหรือในโอกาสที่มีการละเล่นต่าง ๆ หญิงไทยชองนิยมใช้ผ้าเปี้ยวคาดอก ในปัจจุบันจะพบว่าผู้สูงอายุของ (แม่เฒ่า) ไทดำพาดผ้าเปี้ยวสีครามไว้บนไหล่สำหรับใช้สารพัดประโยชน์ในโอกาสพิเศษ เช่น ประกอบ พิธีเสนา พิธีแต่งงาน หรือในการละเล่น เช่น เล่นคอน ไทดำจะแต่งชุดใหญ่เรียกว่า “เสื้อฮี” ตัดเย็บด้วยผ้าฝ้ายย้อมคราม มี 2 ด้าน ใช้ได้ทั้งด้านในและด้านนอก เสื้อฮีของผู้ชายจะยาวคลุมสะโพก คอกลมติดคอหุ่นรอบคอด้วยผ้าไหมแดง แล้วเดินเส้นทับด้วยไหมสีอื่นตามแต่จะเห็นสวยงาม ตรงคอเสื้อด้านข้างติดกระดุมแบบคล้อง 1 เม็ดผ้าตลอด โดยเริ่มผ้าตรงกระดุมด้านซ้ายแล้วผ่ามาตลอด ด้านหน้าจะป้ายทาบมาด้านข้างและติดกระดุมอีก 1 เม็ดที่เอวด้านข้างซึ่งเป็นด้านเดียวกับที่ติดกระดุมคอ แขนเสื้อเป็นแขนกระบอกยาวปลายแคบ จากรักแร้ถึงชายเสื้อจะปักตกแต่งด้วยเศษผ้าไหมสีและด้ายไหมสีต่าง ๆ พร้อมทั้งติดกระดุมจกขึ้นเล็ก ๆ ตามลวดลาย ด้านข้างผ่าตั้งแต่ปลายเสื้อจนถึงเอวแล้วปักตกแต่งอย่างสวยงาม เสื้อฮีด้านนี้จะใช้ในงานมงคลต่าง ๆ ส่วนอีกด้านหนึ่งเมื่อกลับออกมาจะเป็นด้านที่มีสีอื่นหลากสี โดยตกแต่งผ้าสีต่าง ๆ ไว้ตามชายเสื้อและขอบแขน ใช้ในโอกาสอวมงคล เช่น งานพิธีศพ จะใส่กลับกันไม่ได้ถือว่าเป็นการกระทำผิดแบบแผน เสื้อฮีนี้จะใส่กับกางเกงขายาวสีดำขาแคบ เรียกว่า “สว่างฮี” ส่วนเสื้อฮีของผู้หญิงก็จะมีลักษณะคล้ายกันโดย

สามารถใส่ได้ทั้ง 2 ด้าน และใช้ในโอกาสเช่นเดียวกัน แต่ตัวเสื้อใหญ่และยาวกว่ามาก คอแหลมลึก ใช้สวมหัว ไม่ผ่าหน้า แขนเสื้อเย็บแขนในตัว แขนแคบเป็นแขนกระบอก ด้านที่ใช้ในงานมงคลใช้เศษผ้าสีต่าง ๆ มาตกแต่งที่ปลายแขน และด้านหน้าเป็นช่วงยาวเรียวยาวจากไหล่ทั้ง 2 ข้างลงมาถึงหน้าอก ส่วนอีกด้านที่ใช้สำหรับในงานอวมงคล เช่น ใช้คลุมโลงศพเวลาเสียชีวิตจะปักตกแต่งรอบคอตามรอยตะเข็บเสื้อทุกแห่งตามชายเสื้อด้วยเศษผ้าไหมสีต่าง ๆ ลวดลายแตกต่างกันไป เสื้อฮีของฝ่ายหญิงใช้ใส่กับผ้าซิ่นลายแดงโม ในพิธีเสนเรือนหญิงไทดำ ที่เป็นสะใภ้ของเรือนที่ทำพิธีนั้นจะใช้เสื้อฮีคาดทับเสื้อตัวใน

ทรงผมของชาติพันธุ์ไทดำสมัยก่อนเด็กหญิงและชายจะถูกกร้อนผม พอเริ่มเป็นหนุ่มสาว ผู้ชายจะตัดผมทรงดอกกระพุ่มหรือทรงสูง ส่วนผู้หญิงเริ่มไว้ผมยาว สำหรับหญิงที่สามีตาย ต้องปล่อยผม ไม่เกล้าผม และห้ามใช้เครื่องประดับทุกชนิดระหว่างที่ไว้ทุกข์ 1 ปี ต้องทำผมแบบปิ่นเกล้าตก คือ ให้อกผมอยู่ข้างหลัง เมื่อกทุกข์แล้วจึงทำผมเกล้าแบบเดิมได้

เครื่องประดับของชาวไทดำ ที่ยังคงอนุรักษ์และนำมาแต่งกายเวลามงานพิธีต่าง ๆ ได้แก่ กำไรข้อมือที่ทำด้วยเงิน ตุ่มหูเงิน ผ้าเปี้ยว ปิ่นปักผม กำไรข้อมเท้า สร้อยคอ เป็นต้น



ภาพประกอบ 7 แสดงถึงการแต่งกายของชาวไทดำในอดีต
(ที่มา http://www.isangate.com/isan/paothai_dam.html)



ภาพประกอบ 8 การแต่งกายขณะอยู่บ้านของหญิงสูงอายุไทดำในปัจจุบัน

2.2.7 ความเชื่อ

กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำมีความเชื่อและนับถือผีและวิญญาณ อยู่คู่กับชาวไทดำทุกยุคทุกสมัยทุกสถานที่ที่มีไทดำ ได้แก่

แถนหรือผีฟ้า หมายถึง เทวดา ชาวไทดำนับถือแถนหรือผีฟ้าเป็นผีสูงสุดผู้สร้างโลก และทุกสิ่งทุกอย่างที่ปรากฏในโลก ไม่ว่าจะเป็น ดิน น้ำ ลม ไฟ แสงแดด และสิ่งมีชีวิต ที่แบ่งเป็นมนุษย์เชื้อชาติต่าง ๆ ให้มีภาษาใช้แตกต่างกัน และกำหนดหน้าที่ของสัตว์ และสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ไว้อีกด้วย

ผีบรรพบุรุษ ชาวไทดำเชื่อว่าผีบรรพบุรุษคอยคุ้มครองปกป้องรักษาอยู่ในบ้านเรือนที่อาศัย เรียกว่า “ผีเฮือน” จึงมีประเพณีเสนเฮือน เวนตง ดังปรากฏในพิธีกรรมต่าง ๆ

ผีประจำสถานที่ เช่น ผีบันได ผีประตู ผีแม่ธรณี ผีเตาไฟ ผีกะล่อมข้าว ผีเจ้าที่

ผีประจำตัวบุคคล ได้แก่ ผีแม่ชื้อ และผีขวัญ

ผีที่เกี่ยวกับการเกษตร ได้แก่ ผีนา แม่โพสพ ผีลานนวดข้าว

ผีประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ผีเจ้าพ่อเจ้าแม่ บางครั้งอาจเรียกว่า “เสื่อเมือง” ในหมู่บ้านหนึ่ง ๆ ที่ประกอบไปด้วยครัวเรือนหลาย ๆ หลังคาเรือน จะมีศาลประจำหมู่บ้านของตนเอง และมีการเซ่นไหว้ในเดือนหก ขึ้น 1 ค่ำ จนถึง 6 ค่ำ และหลังจากการเซ่นไหว้ศาลประจำหมู่บ้านแล้วก็จะห้ามเล่นลูกช่วงโดยเด็ดขาด เพราะจะถึงฤดูกาลทำนาแล้ว นอกจากนั้นเมื่อสมาชิกในหมู่บ้านตายลงสมาชิกอื่น ๆ ที่ขึ้นต่อศาลผีประจำหมู่บ้านเดียวกันต้องหยุดทำงานทุกชนิดแล้วไปช่วยงานบ้านสมาชิกผู้ตาย

ผีวัด ได้แก่ บุคคลที่ตายโหงห้ามเผาทันที ต้องฝังไว้จนคนลืมและห้ามเชิญวิญญาณมาเป็นผีบ้านผีเรือน และผีนา แต่ให้เชิญไปเป็นผีประจำวัด

ผีอื่น ๆ เช่น ผีกระสือ ผีปอบ จัดเป็นผีร้าย และมีข้อห้ามเลือกผู้ที่มีเสื่อสายหรือเป็นผีกระสือ หรือผีปอบ มาเป็นคู่ครอง

ความเชื่อในเรื่องของโชคลางของชาวไทดำ มีความเชื่อในเรื่องโชคลางปรากฏอยู่ในข้อห้ามคำสอนหลายประการ แบ่งเป็นประเภทได้ดังนี้

ประเภทที่เกิดจากสัตว์ เช่น จิ้งจกตกขณะลงจากเรือน ถือว่าไม่ดีห้ามเดินทาง ถ้านกแสกเกาะหลังคาแล้วร้องถือว่าไม่ดี ถ้านกเค้าแมวเกาะหน้าต่างถือว่าคนในบ้านจะเป็นไข้ หรืออายุไม่ยืน เป็นต้น

ประเภทที่เกิดจากบุคคลและการกระทำ เช่น ห้ามเผาผีในวันศุกร์ถือว่าไม่ดี ห้ามลับมีด ตัดไม้ ต่ำข้าว ในเวลากลางคืนถือว่าจะมีคนตาย ห้ามถ่มน้ำลายหรือพูดว่าเหม็นศพถือว่าความเหม็นจะกลับมาสู่ตัวเรา เป็นต้น

ประเภทปรากฏการณ์ธรรมชาติและเหตุการณ์อื่น ๆ เช่น ถ้าเห็นดาวหางบ้านเมืองจะเดือดร้อน เกิดศึกสงคราม ข้าวจะยากหมากจะแพง ถ้ามีรุ้งกินน้ำทางตะวันตกเชื่อว่าฝนจะแล้ง ถ้าขึ้นทางทิศตะวันออกเชื่อว่าจะดี เป็นต้น

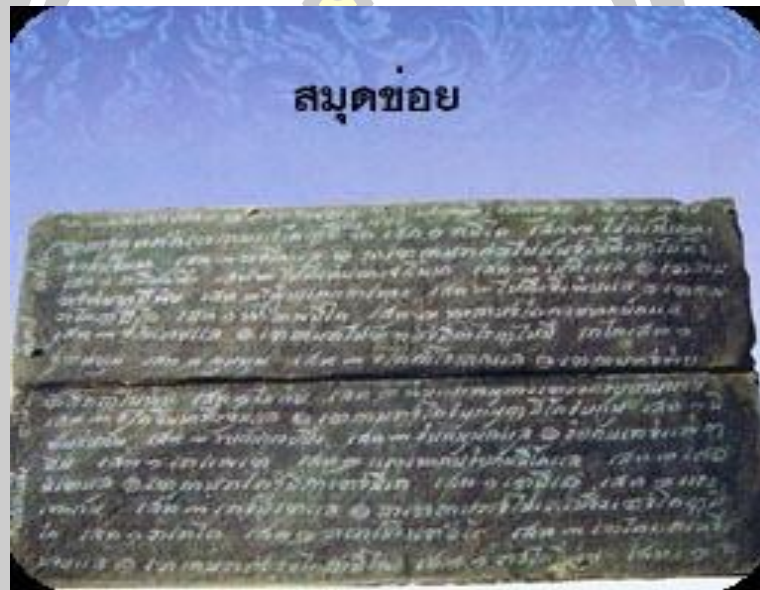
ประเภททำนายลักษณะบุคคล เช่น หญิงคอปปล้องจะเป็นเจ้าทรัพย์ ถ้ามีไฟที่ริมฝีปากเป็นคนเจ้าเสน่ห์ พุดเพราะ มีคนเชื่อถือ เป็นต้น

ประเภทฝันและทำนายฝัน เช่น ถ้าฝันว่าฟันหักลูกจะป่วยหรือเสียชีวิต ถ้าฝันว่าได้แหวนจะได้ลูก เป็นต้น

2.2.8 ภาษาของชาติพันธุ์ไทดำ

ชาติพันธุ์ไทดำมีภาษาพูดและภาษาเขียนเป็นของตนเอง ภาษาไทดำจัดอยู่ในตระกูลภาษาไท (Tai Language family) กลุ่มตะวันตกเฉียงใต้ เช่นเดียวกับภาษาไทยและภาษาลาว สำเนียงพูดของคนไทดำแต่ละท้องถิ่นจะแตกต่างกันไปบ้างแต่ก็ไม่มาก รูปร่างอักษรไทดำมีความสวยงาม ลักษณะคล้ายอักษรลาวและอักษรไทยโบราณบางตัว ชาวไทดำมีอักษรและภาษาของตนใช้มาตั้งแต่ครั้งตั้งถิ่นฐานอยู่ที่สิบสองจุไทย เมื่ออพยพมาอยู่ในประเทศไทยก็ได้นำเอาอักษรและภาษาของตนเข้า

มาใช้ด้วย ถึงแม้จะเข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยนานมาแล้วแต่ภาษาพูดก็ยังคงใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน ส่วนภาษาเขียนนับวันจะมีผู้น้อยลงทุกวัน ชาวไทดำมีสำเนียงการพูดคล้ายคลึงกับสำเนียงภาษาอีสานและทางภาคเหนือ สำเนียงการออกเสียงสั้นกว่าภาษาไทยภาคกลางเล็กน้อย ส่วนหนังสือคล้ายกับตัวหนังสือลาวแต่ระเบียบของภาษาหรือไวยากรณ์เป็นแบบเดียวกับภาษาไทย การเขียนนิยมเขียนลงในสมุดข่อย



ภาพประกอบ 9 แสดงสมุดข่อยบันทึกภาษาไทดำ

(ที่มา <http://student.nu.ac.th/angsumarin/Blog%20Posts/in-phitsanulok.html>)

อักษรและภาษาไทยทรงดำ

1. พยางค์แบบ 34 ตัว ดังนี้

พยางค์เดี่ยว	พยางค์เดี่ยว	อักษร	พยางค์เดี่ยว	พยางค์เดี่ยว	อักษร
ก, ค	- ก (-k-)	ค	- ค (-t-)	ค	- ค (-t-)
จ, ง	- จ (-kh-)	จ	- จ (-kh-)	จ	- จ (-kh-)
ช	- ช (-c-)	ช	- ช (-c-)	ช	- ช (-c-)
ข, ฃ	- ข (-y-)	ข	- ข (-b-)	ข	- ข (-b-)
ฉ	- ฉ (-ch-)	ฉ	- ฉ (-ph-)	ฉ	- ฉ (-ph-)
ซ	- ซ (-s-)	ซ	- ซ (-s-)	ซ	- ซ (-s-)
ด	- ด (-a-)	ด	- ด (-p-)	ด	- ด (-p-)
ฝ	- ฝ (-f-)	ฝ	- ฝ (-m-)	ฝ	- ฝ (-m-)
ม	- ม (-m-)	ม	- ม (-n-)	ม	- ม (-n-)
ย	- ย (-j-)	ย	- ย (-l-)	ย	- ย (-l-)
ล	- ล (-l-)	ล	- ล (-o-)	ล	- ล (-o-)
ว	- ว (-v-)	ว	- ว (-h-)	ว	- ว (-h-)

2. พยางค์แบบพิเศษ มี 8 ตัว คือ

ก	=	แก
ข	=	หน
ฃ	=	นม
ฉ	=	หญ
ซ	=	หล
ด	=	หว
ฝ	=	นย
ม	=	ธรรม

ตำแหน่งของถิ่น	ถิ่นสวนหมาก				ถิ่นสวนหลังคอกกลาง				ถิ่นสวนหลัง			
ลักษณะริมฝีปาก	ไม่หรือริมฝีปาก				ไม่หรือริมฝีปาก				หรือริมฝีปาก			
ระดับถิ่น	ิ	อิ	ิ:	อี	ื	ือ	ื:	ืออ	ุ	ู	ุ:	ูอ
กลางสูง	ะ	เอะ	ะ:	เอ	อ	เออ	อ:	เออ	อ	โอ	อ:	โอ
กลางต่ำ	ะ	เอะ	ะ:	เอ	อ	เออ	อ:	เออ	อ	โอ	อ:	โอ
ต่ำ					า	อะ	า:	อา				
สระประสม	ia เอีย				ia เอือ				ua อัว			

ภาพประกอบ 10 แสดงตารางภาษาของไทดำ

(ที่มา <http://student.nu.ac.th/angsumarin/Blog%20Posts/in-phitsanulok.html>)

2.3 ประเพณีและพิธีกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำมีประเพณีที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดจนตายอยู่มากมาย หลายประเพณียังคงยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะประเพณีที่เกี่ยวข้องกับผี ได้แก่ ประเพณีเสนต่าง ๆ ประเพณีขึ้นบ้านใหม่ ในขณะที่เดียวกันก็รับและมีการผสมผสานกับ วัฒนธรรมไทยด้วย เช่น ประเพณีสงกรานต์ การบวช การไปวัดเพื่อทำบุญในวันสำคัญทางพุทธศาสนา เป็นต้น เป็นที่น่าสนใจว่า ชาวไทดำนับวันเดือนปีตามแบบของตนเอง เมื่อจะจัดงานพิธีต่าง ๆ ประเพณีของชาวไทดำอาจจำแนกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ ประเพณีที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และประเพณีการละเล่น

2.3.1 ประเพณีเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต

2.3.1.1 ประเพณีการเกิด

ปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ด้วยมีการรับและผสมผสานวัฒนธรรม พุทธเข้าไว้ด้วย ตามธรรมเนียมดั้งเดิมแล้วตั้งแต่ผู้เป็นแม่รู้ตนเองว่ามีครรภ์ ผู้เป็นแม่คงทำงาน ตามปกติโดยเชื่อว่าการได้ออกแรงจะทำให้คลอดลูกง่าย ก่อนคลอดมีการทำพิธีเช่นผีเรือน เรียกว่า “วานขวัญผีเรือน” โดยหมอขวัญเป็นผู้ทำพิธีฆ่าไก่เช่นผีญาติพี่น้องที่ตายทั้งกลมหรือตาย ในขณะที่ คลอดลูก เพื่อไม่ให้มารบกวนในขณะที่คลอด เมื่อเด็กคลอดแล้วจะตัดสายรก ซึ่งเรียกว่า “สาย แหน่” จากนั้นอาบน้ำเด็กด้วยน้ำอุ่นแล้วนำไปวางในกระด้ง รองนกระทั่งสายรกลุดออกมา นำรกใส่ กระบอกไม้ไผ่แล้วเอาไปแขวนที่คบไม้ใหญ่ในป่า ส่วนผู้ที่ เป็นแม่ก็ให้ล้างทำความสะอาดร่างกาย เล็กน้อยแล้วนั่งอยู่ไฟเป็นเวลา 1 เดือน เรียกว่า “อยู่กำเดือน” ขณะอยู่ไฟต้องอาบน้ำร้อนต้มผสม ใบไม้ซึ่งเป็นสมุนไพรพื้นบ้านจนครบเดือน ในระยะแรกของการอยู่ไฟจะนั่งอยู่ที่เตาไฟ ตลอดเวลา 3 วัน เรียกว่า “อยู่กำไฟ” แม่กำเดือนหรือหญิงที่อยู่ไฟจะรับประทานได้เฉพาะข้าวเหนียว นึ่งกับเกลือคั่วหรือเกลือเผาจนครบ 3 วัน จึงออกกำไฟ จากนั้นมีการเช่นผียาไฟโดยใช้ไข่ไก่ 1 ฟองไป วางไว้ที่ทารกแรกคลอดเป็นการทำพิธีเช่นสู่ขวัญเพื่อให้ดูแลรักษาเด็กน้อยที่เกิดใหม่ สำหรับแม่ไข่ไก่ ต้ม ข้าวต้ม ขนม จัดใส่สำหรับทำพิธีสู่ขวัญ เมื่อถึงเวลากลางคืนก็ให้แม่และเด็กน้อยย้ายไปนอนที่นอน ตามปกติ แต่ผู้เป็นแม่จะต้องอยู่ไฟต่อไปจนครบ 30 วัน จึงสามารถออกจากกำเดือนได้ แต่ในปัจจุบัน ชาวไทดำส่วนใหญ่คลอดลูกที่โรงพยาบาลจึงไม่พบเห็นการประกอบพิธีเช่นนี้แล้ว

2.3.1.2 ประเพณีการบวช

เป็นประเพณีที่เกิดขึ้นภายหลัง เมื่อชาวไทดำเข้ามาอยู่ร่วมกับคนไทยในประเทศไทย จึงรับเอาประเพณีบวชในพุทธศาสนาเข้าไว้ด้วยโดยผสมผสานกับวัฒนธรรมตนและถือ เป็น ประเพณีปฏิบัติที่สำคัญ เมื่อเด็กหนุ่มอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์จะเข้ารับการบวช ก่อนบวช ประมาณ 15 วัน จะไปอยู่วัดเพื่อฝึกท่องบทสวดและเรียนรู้การใช้ชีวิตสมณเพศ และช่วยเหลืองานวัด

สำหรับพิธีต่าง ๆ ในการบวชจะคล้ายกับคนไทย นอกจากมีธรรมเนียมปฏิบัติบางอย่างเกี่ยวกับผีที่แตกต่างออกไป เช่น การบอกกล่าวผีเรือนในกะล้อห้อง

2.3.1.3 ประเพณีวันขึ้นปีใหม่

ตามธรรมเนียมของชาวไทดำแต่เดิมวันขึ้นปีใหม่นั้นจะเริ่มขึ้นในวันขึ้น 1 ค่ำของเดือน 6 ซึ่งถือว่าเป็นวันแรกของการเริ่มทำงานของคนไทดำหลังจากที่หยุดพักผ่อนตลอดเดือน 5 ตั้งแต่วันเริ่มปีใหม่จะมีการเริ่มพิธีเสนต่าง ๆ มีการปฏิบัติตัวใหม่ละทิ้งสิ่งที่ไม่ดี ส่วนกิจกรรมในวันขึ้นปีใหม่อื่น ๆ จะคล้ายกับคนไทยภาคกลาง คือ การไปวัดทำบุญ

2.3.1.4 ประเพณีการแต่งงาน

การแต่งงานของชาวไทดำ เรียกว่า งานกินดองหรืองานกินหลอง (งานเลี้ยงเพื่อเกี่ยวดองกันเป็นญาติ) โดยฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิงจะรู้จักกันโดยการเล่นลูกช่วง เมื่อรักกันดีจะเรียกผู้ใหญ่ฝ่ายชายไปขอกับพ่อแม่ฝ่ายหญิง เรียกว่า “ไปโลม” เสร็จจาเรียบร้อยก็จะมีการนัดวันหมั้นและวันแต่งงาน



ภาพประกอบ 11 แสดงพิธีการแต่งงานของไทดำในปัจจุบัน
(ที่มา <http://ratchaburi-culture.com/?page=8&p=3&t=การแต่งงาน>)

2.3.1.5 ประเพณีขึ้นเฮือนใหม่ (ขึ้นบ้านใหม่)

เมื่อมีการสร้างบ้านใหม่ก่อนที่เจ้าของจะขึ้นไปอยู่จะต้องมีพิธีก่อนการกำหนดขึ้นบ้านใหม่นิยมทำในเดือน 6 และเดือน 12 ที่ไม่ทำเด็ดขาดคือในเดือน 5 เพราะเป็นเดือนที่พักผ่อน

อากาศร้อน น้ำท่าไม่อุดมสมบูรณ์ และอีก 3 เดือน คือเดือน 9 เดือน 10 และเดือน 11 ซึ่งเป็นเดือนที่ผีเรือนไม่อยู่ ไปเฝ้าถน สำหรับวันดีให้เลือกวันดีเฉพาะบ้านที่ไม่ตรงกับวันเวนต์ การประกอบพิธีจะทำในช่วงเวลา 17.00-19.00 นาฬิกา

2.3.1.6 พิธีกรรมงานศพ

พิธีศพของชาติพันธุ์ไทดำนั้นจะมีความแตกต่างจากพิธีศพของคนในภาคกลาง และภาคอื่น ๆ โดยเมื่อมีคนในบ้านเสียชีวิตลง ญาติผู้ตายจะต้องไปหาบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการทำพิธีศพตามความเชื่อ ซึ่งเรียกว่า “เขยบอกทาง” เพื่อกำหนดวันเผาศพ และเป็นผู้ที่ประกอบพิธีกรรมนำทางวิญญาณของผู้ที่ตายแล้วกลับสู่เมืองถน เขยบอกทางจะมาในวันเผาศพ โดยวันเผาศพจะนับตามวันของชาวไทดำนับตั้งแต่วันที่ตาย ผู้ที่จะเป็นเขยบอกทางได้นั้นจะต้องเป็นชาวไทดำแท้ แต่ไม่จำเป็นว่าต้องสืบเชื้อสายกันมา สามารถฝึกฝนได้แต่ต้องอ่านและพูดภาษาไทยคำได้ โดยในการทำพิธีเขยจะต้องถือตำราไว้ตลอดถึงแม้จะจำเนื้อหาพิธีกรรมในตำราได้แล้วก็ตาม



ภาพประกอบ 12 แสดงพิธีศพตามความเชื่อของชาวไทดำ
(ที่มา <http://ratchaburi-culture.com/?page=8&p=2&t=การตาย>)

2.3.2 ประเพณีเกี่ยวกับผี

2.3.2.1 พิธีเสนเรือน หรือพิธีเสนเฮือน

เป็นพิธีกรรมที่เกิดจากคติความเชื่อในการนับถือผีบรรพบุรุษ เป็นการแสดงถึงความกตัญญูต่อบรรพบุรุษ โดยการไหว้ผีที่กะล่อห้อง (แปลว่ามุมห้องที่อยู่ในห้องผีเรือน) ส่วนมากนิยมทำพิธีเสนเรือน 3 ปีต่อครั้ง เพื่อที่คนในครอบครัวจะได้มีความสุข ความอุดมสมบูรณ์ ตามคำ

กล่าวที่ว่า “เฮ็ดนาก็มีข้าวขาย เฮ็ดไฮก็มีหมากไม้” พิธีเสนเรือนจะกระทำในเดือนคู่ และจะไม่ทำกันในเดือน 9 กับเดือน 10 เพราะผีเรือนจะไปเฝ้าถน และในเดือน 5 เป็นเพราะอากาศร้อน พิษผักผลไม้ไม่อุดมสมบูรณ์



ภาพประกอบ 13 แสดงกะลื้อห้องหรือห้องผีของบ้านชาติพันธุ์ไทดำในอำเภอบางระกำ

พิธีเสนเฮือน (เสนเรือน) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) เสนเฮือนผู้ต้าว เป็นพิธีเสนเฮือนที่ผู้สืบเชื้อสายมาจากตระกูลเจ้าเมืองเก่า และพิธีเสนเฮือนผู้ต้าวมี 2 ลักษณะ คือ เสนด้วยควาย (ใช้ควายเป็นเครื่องเซ่น) หรือใช้หมูตัวผู้เป็นเครื่องเซ่น การที่จะใช้หมูเสนได้ต้องทำพิธีขออนุญาตจากผีเรือนเสียก่อน โดยการเสี่ยงทายถ้าผีเรือนอนุญาตจึงสามารถที่จะใช้หมูแทนควายได้ ถ้าผีเรือนไม่อนุญาตก็ต้องเสนด้วยควายเช่นเดิม สาเหตุที่ต้องมีการเสนด้วยหมูแทนนั้น เป็นเพราะถ้าทำการเสนด้วยควายทุกครั้งจะเป็นการสูญเสียแรงงานในการทำงานและทำมาหากินอีกทั้งยังเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงมาก แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนมาเป็นเสนด้วยหมูเกือบทั้งหมด แต่ยังคงเชื่อว่าถ้าได้เสนด้วยควายแล้วจะถือว่าเป็นสิริมงคลอย่างมาก การเสนเฮือนด้วยควายนั้นจะใช้ควายดิบในการทำพิธี แต่ถ้าเป็นหมูจะใช้หมูต้มสุกทั้งตัว บ้านที่สามารถทำพิธีเสนเฮือนได้ต้องเป็นบ้านที่ดีและไม่มีเคราะห์ หมายถึงว่าบ้านนั้นจะต้องไม่มีญาติในสิ่งหรือสายตระกูลเดียวกันเสียชีวิต ถ้าบ้านใดมีผู้เสียชีวิตต้องทำพิธีศพ และทำพิธีเอาผีขึ้นเรือนให้เรียบร้อย แล้วจะต้องทำพิธีเสนแก้เคราะห์ก่อนทำพิธี 6 เดือน และระหว่างนั้นต้องไม่มีสมาชิกในบ้านคลอดบุตร ผู้ประกอบพิธีเสนเฮือนผู้ต้าว จะไม่เรียกว่าหมอเสนแต่เรียกว่า “จาง” แทน สิ่งที่ใช้ในการทำพิธีได้แก่

หมู หรือ ควาย (โดยในอดีตต้องเลี้ยงเอง น้ำหนักประมาณ 80-120 กิโลกรัม และมีสุขภาพดี) ไก่ (ต้องเลือกที่มีลักษณะดี สีขนหม่น โดยเชื่อว่าจะทำให้เกิดความอุดมสมบูรณ์ มีเงินทองไหลมาเทมา มีผ้าฝ้ายเนื้อดี ข้าวปลาอุดมสมบูรณ์) เหล้าหมักเอง (การทำน้ำข้าว หมักจากข้าวเหนียวและข้าวหมาก) ขนมะละแม ข้าวต้มมัด ขนมเปียกปูน ข้าวสาร หมากพลู แกงหน่อส้ม แกงฝ้า ผัดเผ็ดใส่หมู ผัดหมี่ และปานเพื่อน ก่อนการทำพิธีเสนเฮือน 1 วัน ต้องไป “วานหมอ” คือการไปเชิญจางมาเสนเฮือน โดยนำข้าวสาร ห่อหมากพลู ที่ภายในบรรจุหมาก 2-3 ลูก ใบพลูป้ายปูนแดงโดยไม่ต้องจับ ห่อด้วยใบตอง 1 ห่อ ห่อยาสูบ (กวัน) เพื่อย้ำเตือนจางหรือหมอเสนว่าวันรุ่งขึ้นจะมีพิธีการทำเสนเฮือนที่บ้านของผู้นั้น และจะหยุดให้อาหารแก่หมูหรือควายโดยบอกว่า “พรุ่งนี้จะฆ่าทำเสน” เจ้าเสน (เจ้าภาพ) จะนำเสื่อฮี ขึ้นน้ำหมากพลู และเหล้า ไปบอกผีเรือนขออย่าให้เกิดอุปสรรคในการประกอบพิธีกรรม

2) พิธีเสนเฮือนผู้น้อย เป็นพิธีเสนเฮือนของผู้ที่ไม่ได้สืบเชื้อสายมาจากตระกูลเจ้าเมืองเก่า โดยส่วนมากจะเริ่มต้นการทำพิธีตั้งแต่เวลาประมาณ 02.00 นาฬิกา พิธีกรรมที่สำคัญคือการฆ่าหมูแล้วนำเลือดหมูที่รองในกะละมังเพื่อไปทำลาบเลือด (เลือดดำ) ผู้ที่ห้ามหมูขึ้นเรือนจะต้องเป็นลูกเขยคนโตและเพื่อนบ้าน ลูกเขยคนโตต้องใส่เสื่อฮี เมื่อถึงบันไดชั้นสุดท้ายจะต้องเอาเลือดหมูมาทาที่บันไดด้านขวามือ เชื่อว่าเป็นการบอกผีเรือนให้ทราบที่บ้านนี้มีกาเสน และห้ามหมูไปวางไว้ที่กะล้อห้อง ทำการฆ่าและหมูในกะล้อห้องเรียกว่าการทำ “ขาวทอง” จากนั้นแบ่งหมูเป็น 2 ส่วน นำหมูส่วนที่ 1 ไว้ในปานเพื่อน จากนั้นเวลาประมาณ 06.00 นาฬิกา “คนแต่งเสน” จะเข้ามาแต่ง “ปานเพื่อน” โดยนำกระดูกสันหลัง 7 ข้อม กระดูกซี่โครง 7 ซี่ ลิ้น หัวใจ ตับ ปอด เนื้อหมู จัดวางในปานเพื่อน จากนั้นนำใส่หมุมาวางตรงกึ่งกลางเรียกว่า “ใส่ล้อมเพื่อน” แล้วปิดด้วยใบตอง นำผลไม้ ผีอกมัน กล้วย อ้อย ข้าวต้มมัด 7 มัด ขนมใบไม้ ขนมโก๋ ขนมน้ำจันอับ ถั่วตัด วางในปานเพื่อน ส่วนตรงกลางจะนำใบตองมาจับจับใส่จู้บหน่อไม้เรียกว่า “ถั่วก่าป้อน” ปักตะเกียบ 7 คู่ ห่อข้าวเหนียวที่ห่อด้วยใบตอง 7 ห่อด้านบนใส่หมากพลู ขวดเหล้า ถ้าขนมมากเกินไปจะนำมาใส่ในปานปอม ญาติผีเดียวกันจะนำบั้งผีเรือนมอบให้หมอเสน แล้วจึงนำอาหารมารับรอง คือ เลือดดำและขนมต่าง ๆ หมอเสนจะแต่งกายด้วยเสื้อไทยและสวมทับด้วยเสื่อฮี นุ่งกางเกงขายาว มือถือวี (พัดขนนก) เริ่มทำพิธีโดยฉีกใบตอง 3 นิ้วเสียบที่ข้างฝาบ้านเพื่อให้อาหารและน้ำผ่านสะดวกขึ้น การยกปานเพื่อนจะกระทำเมื่อเจ้าภาพพร้อมแล้ว พิธีกรรมจะเริ่มโดยญาติผีเดียวกันยกปานเพื่อนในกะล้อห้องมอบให้หมอเสน โดยจะยก 3 ครั้ง ดังนี้ ยกครั้งที่ 1 สูงเสมอเอวแล้วถามหมอเสนว่า “แค่นี้พอไหม” หมอจะตอบว่า “ดีแล้วแต่ถ้าให้ดีต้องสูงกว่านี้” ญาติจะหย่อนปานเพื่อนลงไม่ถึงพื้นแล้วยกครั้งที่ 2 สูงเสมอหน้าอกแล้วถามหมอเสนว่า “แค่นี้พอไหม” หมอเสนจะตอบว่า “ดีแล้ว แต่ถ้าให้ดีต้องยกท่วมหัว” แล้วจึงยกครั้งที่ 3 เหนือศีรษะแล้วถามหมอเสนว่า “แค่นี้พอไหม” หมอเสนจะตอบว่า “สูงแค่นี้ดีสุดแล้ว” จากนั้นญาติจะนำปานเพื่อนส่งให้หมอเสน มอบปานซ้องภายหลังจากเสร็จปานเพื่อนแล้ว ผู้รู้จะเข้ามามอบปานซ้องพร้อมกับกล่าว “คำซ้อง” เพื่อเชิญหมอเสนมาประกอบพิธีเสนเฮือน ภายในปานซ้องจะ

ประกอบด้วยแกงหน่อส้มใส่ไก่ เรียกว่า “ซ้องด้วยอั้งไก่หนาซาไกซ้อง” เมื่อหมอลำรับปานซ้องแล้ว จึงกล่าวคำบูชาครูและทำการเสี่ยงทายเท้าไก่ เพื่อทำนายผลการเสี่ยงทายเท้าไก่ต่อเจ้าเสื่อผู้เสนและต่อหมอลำเอง โดยเท้าไก่ข้างขวาจะทำนายผลให้แก่เจ้าเสื่อ ส่วนข้างซ้ายจะทำนายผลให้แก่หมอลำ การเสี่ยงทายจะดูที่นิ้วเท้าไก่ ดังนี้ ถ้านิ้วเท้าไก่เหยียดตรงมารวมกันหรือเรียงกันเป็นระเบียบถือว่าดี สุขสบายทำการใดก็สำเร็จ จากนั้นทำพิธีไฟโห่เข้าซึ่งเป็นการเชิญแม่เตาไฟ แม่ประตู่และแม่บันไดมา รับเครื่องเช่นเพื่อแสดงความเคารพและระลึกถึงพระคุณของแม่เตาไฟ แม่ประตู่ และแม่บันได พิธีจีไฟโห่เข้าเริ่มต้นโดยผู้ที่สามารถกล่าวคำเชิญเป็นผู้ประกอบพิธี เมื่อเสร็จจากพิธีจีไฟโห่เข้าผู้ช่วยหมอลำ เริ่มพิธีขาวหว่าที่บริเวณกลางบ้าน พิธีขาวหว่า เป็นพิธีที่ต้องทำพร้อมกับพิธีแก้มแฮ่ภายหลังจากทำพิธีจีไฟโห่เข้าเสร็จแล้ว ทำขึ้นเพื่อบอกกล่าวให้ญาติพี่น้องที่อยู่ห่างไกลมารับเครื่องเช่น เริ่มจากผู้ช่วยหมอลำจัด “ปานขาวหว่า” เมื่อเตรียมปานขาวหว่าเสร็จแล้วผู้ช่วยหมอลำจึงเริ่มทำพิธีขาวหว่าโดยกล่าวคำเชิญบรรพบุรุษที่อยู่ห่างไกลมารับเครื่องเช่นหลาแลงกลางเฮือน ภายหลังจากทำพิธีแก้มแฮ่ จีไฟโห่เข้าและขาวหว่าเสร็จแล้วจึงทำพิธี “หลาแลงกลางเฮือน” หรือการเลี้ยงอาหารกลางวันแก่ผู้ที่ไม่ร่วมพิธี เมื่อรับประทานอาหารกลางวันเสร็จเรียบร้อยแล้วหมอลำจึงเริ่มทำพิธี “เช่นเหล้ากลางแกง” ต่อไปพิธีเช่นเหล้ากลางแกงเป็นการเช่นเหล้าครั้งที่ 2 ซึ่งมีความหมายว่า การเช่นเหล้าให้ผีเรือนดื่มเพื่อล้างความน้ำแกงภายหลังจากรับประทานอาหารกลางวัน การเช่นเหล้าจะกระทำเช่นเดียวกับการเช่นเหล้าหลวง หลังจากเสร็จพิธีเช่นเหล้ากลางแกงจะเริ่มพิธีเช่นเหล้ากู่ พิธีเช่นเหล้ากู่เป็นการเช่นเหล้าครั้งที่ 3 มีความหมายว่าการเช่นเหล้าครั้งก่อนเก็บเครื่องเช่นในปานเพื่อนหรือเรียกว่า “กู่เพื่อน” การเช่นเหล้ากู่ หมอลำจะเชิญผีเรือนมาดื่มเหล้าเป็นครั้งสุดท้าย เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้ช่วยหมอลำและผู้รู้จะมาช่วยกันกู่ปานเพื่อน การกู่เพื่อนหรือกู่ปานเพื่อน คือ การที่ผู้ช่วยหมอลำและผู้รู้มาเก็บเครื่องเช่นในปานเพื่อน การทำข่าเหล่าฟายเฮือนจะทำภายหลังจากกู่เพื่อนเสร็จแล้วหมอลำจะเชิญเจ้าเสื่อและญาติผีเรือนเดียวกันเข้ามาในกะล้อห้องเพื่อมาร่วมข่าเหล่าฟายเฮือน (เป็นการดื่มเหล้าเพื่อสร้างความเป็นปึกแผ่นให้แก่วงศ์ตระกูล) จากนั้นหมอลำจะทำพิธีแปงมดและแปงไต้ โดยการแปงมดเมื่อการทำข่าเหล่าฟายเฮือนเสร็จ หมอลำจะทำพิธีแปงมดโดยการเชิญครุมตครุมนต์มาร่วมกันดื่มเหล้าเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะเสร็จสิ้นพิธีเสนเฮือน จากนั้นหมอลำจะทำการแปงไต้ต่อไป การแปงไต้มีความหมายถึงการเช่นผีขวัญของเจ้าเสื่อที่สถิตอยู่ที่ไต้เพื่อให้ผีขวัญช่วยดูแลปกป้องรักษาเจ้าเสื่อให้อยู่เย็นเป็นสุข หลังจากเสร็จพิธีกรรมในกะล้อห้องแล้วหมอลำจะออกจากกะล้อห้องมาทำพิธี “ฟายท่าน” เป็นลำดับสุดท้าย พิธีฟายท่าน หมายถึง การทำความเคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่คอยปกป้องคุ้มครองดูแลหมู่บ้าน หมอลำจะทำพิธีจนเสร็จ จากนั้นเจ้าภาพจะไปส่งหมอลำกลับบ้านเป็นอันเสร็จสิ้นพิธี เสน บรรดาเจ้าภาพจะร่วมกันทำความสะอาดถ้วยชามและสถานที่แล้วแยกย้ายกันกลับบ้าน ในวันรุ่งขึ้นจึง “แป้หัวหมู” การแป้หัวหมูเจ้าเสื่อผู้เสนและสมาชิกจะมารวมกันในกะล้อห้องเพื่อแป้หัว

หมูหรือชำแหละหัวหมูออกเป็นชิ้น ๆ เพื่อนำไปรับประทานเป็นชั้นตอนสุดท้ายของพิธีเส่นเฮือนผู้น้อย เมื่อรับประทานแล้วให้นำคางหมูมาเสียบไว้ที่ฝ้ายบ้านในกะล่อห้อง

2.3.2.2 พิธีเส่นแก้เคราะห์เรือน

การเส่นนี้จะเกิดขึ้นในกรณีขึ้นบ้านใหม่หรือมีคนตายเส่นหมูกรณีมีคนตายจะต้องรอให้ครบ 3 ปีก่อน การเส่นนี้จะใช้หมูหรือเป็นการเส่นหมูการเส่นหมูจะทำอย่างน้อย 3 ปีครั้ง การเส่นหมูใช้หมูน้ำหนักมากกว่า 80 กิโลกรัม นำหมูไปฆ่าในกะล่อห้องเนื่องจากเชื่อว่าเอาไปทำที่อื่นผีบ้านอื่นจะมาแบ่งเอาไป การฆ่าใช้ทูปหัวเพราะถ้าปาดคอจะทำให้เกิดกลางไม่ดีเชื่อว่าจะมีคนตายเลือดห้ามตกถึงพื้นเชื่อว่าจะมีผีปอบมากิน เสนหมูเป็นการฆ่าหมูไหว้บรรพบุรุษในตอนแรกก่อนทำพิธีผู้ทำพิธีต้องเอาเสื่อมาให้แม่มดวางไว้บนหัวเมื่อหาวันให้เจ้าเสื่อหมอดูจะทำการเยื้อง (การทรงคล้ายผีถ้วยแก้ว) ในการเส่นจะไม่ใช้วันในฝ่ายพ่อของฝ่ายชายตายถือว่าเป็นวันอัปมงคล ดังนั้นคนตายจึงไม่เก็บศพหลายวัน ของที่จะต้องให้แม่มดเป็นค่าทำพิธี ได้แก่ ข้าว 1 กระบุงเรียกข้าวม้า ข้าวสาร 1 ถัง เรียกข้าวรวง ไช้ไก่ดิบ 1 ฟอง เงิน 1 สลึง ปัจจุบันใช้ 1 บาท ฝ้าย 1 โย ซึ่งแม่มดจะนำไปไหว้ครูที่หัวแม่มด สิ่งที่ใช้ในการเส่นแม่มดที่สำคัญจะต้องมีไก่ 4 ตัว ซึ่งมีความหมายดังนี้ ไก่ตัวที่หนึ่งเรียกว่า ไก่กายใช้ในการทำนายให้แม่มด และจะสับเป็นท่อน ๆ นำมาแกงกับหน่อส้อมใช้ในพิธี ไก่ตัวที่สองเรียกว่า ไก่เฮือนขวัญ เป็นไก่ต้มสุกใช้ในการไหว้เจ้าลาวเพื่อให้ส่งขวัญมาให้ ไก่ตัวที่สามและสี่ เรียกว่า ไก่หลาเส่น เป็นไก่ดิบให้ผีเรือน นอกจากนั้นยังมีขนม ข้าวต้มมัด เผือก มัน กล้วยน้ำว่า กล้วย อ้อย ผลไม้ตามฤดู

2.3.2.3 เสนพ่อมด (เส่นเป่าปี)

พิธีนี้มีการแบ่งออกได้เป็นการเส่นในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ เสนแก้เคราะห์ปีเย่อเป็นการเส่นให้เจ้าบ้านที่อายุ 50-60 ปี ขึ้นไป เสนปลุกกล้วยเมืองฟ้า เป็นการเส่นให้เจ้าบ้านที่อายุ 50-70 ปี ขึ้นไป (เหมือนการทอดกฐินให้พ่อแม่) เสนปลุกกล้วยเมืองลุ่ม เป็นการเส่นให้เจ้าบ้านที่อายุ 80-90 ปี การเส่นทั้ง 3 ชนิดใช้เวลาในการทำต่างกัน พิธีกรรมจะใช้พ่อมด 8 คน คนเป่าปี 3 คน มีการเก็บข้าวเสี่ยงทาย การเส่นนี้เป็นการต่ออายุทำให้ความเจ็บไข้หายไป การเส่นจะเอาต้นกล้วยมาผูกที่ชื้อบ้าน เมื่อเสร็จพิธีแล้วจะนำไปปลุกต่อไป

2.3.2.4 พิธีปาดตง

เป็นการเซ่นผีหรือเลี้ยงผีเรือนในกะล่อห้องด้วยอาหารต่าง ๆ ทุก ๆ รอบ 10 วัน ตามวัน “เวนตง” ทั้งนี้การนับวันแบบของชาติพันธุ์ไทดำจะมีอยู่ 10 มือ (มือ หมายถึง วัน) คือ มือเต่า มือกำ มือกำบ มือฮับ มือฮาย มือฮวง มือเมิง มือเบ็ก มือกัต และมือชด

2.3.2.5 พิธีแปงขวัญ

เป็นพิธีกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเรียกขวัญของตนเองให้กลับคืนมา โดยหมอขวัญซึ่งมีทั้งหญิงและชายจะทำพิธีเชิญขวัญโดยเชิญผู้สร้างขวัญ 12 แม่นาง ได้แก่ “แม่นางบัวจะลงฮางแม่นางจะ

ลงเจื้อ (แม่) ปู่คำสุขขินบิน (พ่อ) แมถั่วบ้านนางบัวเลือด (ระดู) แมหนูสมพรหมแมนแมหลาเลี้ยงลู (นม) แมอุ้เต็มปาแมหลาเต็มอุ้มเต็มเสี่ย (เปล) แมผลัดเวนทมานและผ่านเวนยีน (ผู้กำหนดโชคชะตา) แมแนนน้าแนนไฟ (ไฟ) เจ้าย่ามิ่งฮีแฮนเจ้าย่าแนนตำหุ (กีทอผ้า) ต้าวกกล้วยนวลสวนกล้วยต่าง (กล้วย) ย่าไก่อักกลไกมิ่งไก่อขวัญ (ไก่อ) หนองปลาปู่อยู่ปลาขวัญหนองปลามันปลาเลี้ยงปลาปล่อย (ปลา) แมลิน น้ำลีนบ่อต่อสายเงาสายกอแม่เลี้ยง (บ่อน้ำ) และเรียกขวัญทั้ง 32 ขวัญ ดังนี้ กระทบม หน้าผาก ศีรษะ ท้ายทอย คอ ปาก ลิ้นไก่ ลิ้น ฟัน แก้ม ตาจมูก หู ไหล่ บ่า ลำตัว นม อก รักแร้ หลัง ดับ ปอด หัวใจ อวัยวะเพศ โหนกหน้าแข้ง หัวเข่า ขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้า นิ้วมือและนิ้วเท้ามารับเครื่องเช่นและกลับ เข้าร่างเดิม

2.3.2.6 พิธีเสนโต (เสนตัวหรือเสนเรียกขวัญ)

เป็นพิธีเสนเพื่อเรียกขวัญ หากผู้ทำพิธีเจ็บป่วยต้องทำพิธีเสนโตเพื่อให้ขวัญกลับสู่ตนเพื่อให้หายเจ็บป่วยก่อน ถ้าผู้ทำพิธีไม่เจ็บป่วยก็จะทำเพื่อเสริมสิริมงคลให้กับตนเองโดยพิธีเสนนี้จะมี 3 พิธี แบ่งตามช่วงอายุ ดังนี้ พิธีเสนต่อมิ่งต่อแนน หมายถึง พิธีเสนเพื่อเสริมมิ่งขวัญทำเมื่ออายุครบ 60 ปีขึ้นไป พิธีปลุกกล้วยเมืองฟ้า หมายถึง พิธีเสนเพื่อปลุกกล้วยบนเมืองฟ้าหรือแดนสวรรค์จะทำเมื่ออายุครบ 70 ปีขึ้นไป และพิธีเสนปลุกกล้วยเมืองลุม หมายถึง พิธีเสนเพื่อปลุกกล้วยบนพื้นดินทำเมื่ออายุครบ 80 ปี ขึ้นไป ซึ่งถ้าเป็นผู้ตัววจะเรียกว่า พิธีเสนกุลาบายศรี

2.3.2.7 พิธีเสนฆ่าเกิด

เป็นพิธีเสนฆ่าแม่ชื่อของเด็กแรกเกิดชาวไทยดำ โดยเชื่อว่าเด็กแรกเกิดจะมีผีติดตามมาด้วยและพยายามเอาชีวิตเด็กไป เด็กจะไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย จึงต้องทำพิธีฆ่าแม่ชื่อโดยพอมดจะเชิญแม่ชื่อให้มาอยู่ในไก่อแล้วฆ่าลูกไก่อนั้น

2.3.2.8 พิธีเสนเต็ง

เป็นพิธีเสนเพื่อขอลี้ภัยความผิดของผีเรือนที่ทำผิดต่อแถนจนถูกจับไปลงโทษ ทำให้ผีเรือนมาทำร้ายลูกหลานเจ็บป่วยจะได้ไปช่วยไถ่ตนมาจากแถน พิธีเสนเต็งของผู้ตัววเรียกว่า “เงิน” ญาติของผู้ป่วยจะไปพบหมอเอื้องเพื่อทำการเสี่ยงทายว่าเจ็บป่วยเพราะอะไร โดยใช้ผ้าเปียวมาทำเป็นลูกตุ้มใช้เสี่ยงทายแล้วบนบานต่อแถนถ้าหายป่วยจะทำพิธีเสนเพื่อเซ่นเครื่องเซ่นไปให้แถน เรียกว่า “จิว” สมาชิกในครอบครัวจะนำกระบอกไม้ไผ่จ่อมันหรือรังไหมและปานตี (ภาชนะที่มีลักษณะคล้ายขันโตกทางภาคเหนือ) ไปแขวนไว้ที่หน้าต่างแล้วอธิษฐานถ้าจิวแล้วผู้ป่วยเสียชีวิต ก็ให้โยนกระบอกไม้ไผ่และรังไหมทิ้งไป แต่ถ้าผู้ป่วยหายป่วยจะต้องทำพิธีเสนให้แถนตามที่บนบาน พิธีเสนเต็งเรียกอีกอย่างว่า “เสนน้อยจ้อย” โดย แม่มดเป็นผู้ทำพิธีและมีผู้ช่วยแม่มดเรียกว่า “หนูมกัฎญา กับสาวเข้าร้าน” เป็นผู้ช่วยแม่มดประกอบพิธี ถ้าผู้น้อยใช้หนูมกัฎญาและสาวเข้าร้าน อย่างละ 2 คน ส่วนผู้ตัววใช้อย่างละ 4 คน เครื่องเซ่นประกอบด้วยไก่อและหมูชิ้น ถ้าเป็นผู้น้อยใช้ไก่อ 12 ตัว ถ้าเป็น

ผู้ตัวใช้ควายและไถ่ โดยใช้ไถ่ 24 ตัว นอกจากนั้นยังต้องสานควายด้วยตอกจำนวน 32 ตัว ทำเงิน และหมากพลูปลอมเพื่อบูชาผีด้วย

2.3.2.9 เสนแก่เคราะห์

เป็นพิธีเสนที่จัดขึ้นเพื่อแก้เคราะห์ให้กับผู้ป่วยที่หายจากอาการป่วยแล้ว ตามความเชื่อที่ว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากการเซ่นไหว้ต่อผีไม่ดีแต่มีผีเรือนคุ้มครองอยู่จึงไม่เสียชีวิต เมื่อหายป่วยจึงต้องเชิญแม่มดมาเสนแก่เคราะห์

2.3.2.10 พิธีเสนกวัดก้วย

เป็นพิธีเสนที่จัดขึ้นเพื่อขับไล่สิ่งไม่ดีออกไป โดยบ้านที่มีผู้เสียชีวิตจะเชิญแม่มดมาทำพิธีเสนแผ้วเฮือน (กวาดเรือน) เพื่อขับไล่สิ่งไม่ดีให้ออกจากบ้าน



ภาพประกอบ 14 แสดงพิธีเสนกวัดก้วยโดยแม่มดที่บ้านน้ำเรือง จังหวัดสุโขทัย

2.4 ข้อมูลทางกายภาพและลักษณะทางภูมิศาสตร์

2.4.1 จังหวัดพิจิตร

2.4.1.1 อำเภอลำดวน

- ประวัติและความเป็นมา

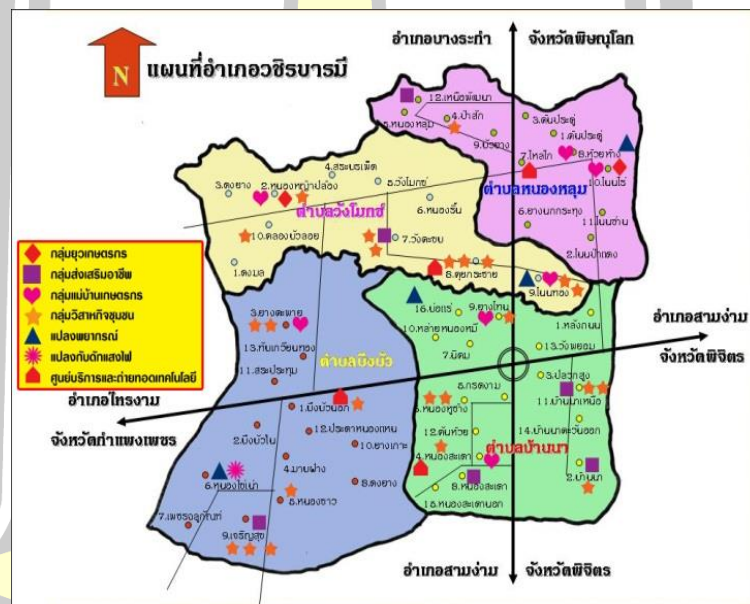
อำเภอลำดวน เดิมเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอสว่างมั่ง ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 จึงได้แยกพื้นที่ตำบลบ้านนา ตำบลบึงบัว ตำบลวังไ้มกข์ และตำบลหนองหลุม จัดตั้งขึ้นเป็นอำเภอ

วชิรบาร์มี เพื่อเป็นการเทิดพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช เจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร โดยพระราชทานชื่อ “วชิร” ให้เป็นชื่อของอำเภอ โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541

- ลักษณะทางภูมิศาสตร์

อำเภอวชิรบาร์มีเป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือสุดของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอบางระกำ (จังหวัดพิษณุโลก)
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอสามงาม
- ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอสามงาม
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอไทรงามและอำเภอลานกระบือ (จังหวัดกำแพงเพชร)



ภาพประกอบ 15 แสดงแผนที่อำเภอวชิรบาร์มี
(ที่มา สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอวชิรบาร์มี, 2559)

- สถิติประชากร

อำเภอวชิรบาร์มี มีจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 31,165 คน โดยแบ่งแต่ละตำบล (สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอวชิรบาร์มี, 2559) ดังนี้

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1) ตำบลหนองหลุม | จำนวนประมาณ 5,648 คน |
| 2) ตำบลวังโมกข์ | จำนวนประมาณ 6,672 คน |

3) ตำบลบึงบัว จำนวนประมาณ 8,564 คน

4) ตำบลบ้านนา จำนวนประมาณ 10,598 คน

- อาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพด้านเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทั้งนาปีและนาปรัง การปลูกสัตว์และอาชีพรับจ้าง นอกฤดูทำนา ในระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม ประชากรบางส่วนจะอพยพไปขายแรงงานนอกพื้นที่ และเมื่อใกล้ฤดูทำนาก็จะกลับบ้านเพื่อทำนา เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป มีพืชเศรษฐกิจ คือ ข้าว ข้าวโพด อ้อย สัตว์เศรษฐกิจ คือ โค เป็ด และสุกร (สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอวาริชภูมิ, 2559)

2.4.1.2 อำเภอโพธิ์ประทับช้าง

- ประวัติและความเป็นมา

อำเภอโพธิ์ประทับช้างเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดพิจิตร อยู่ห่างจากจังหวัดพิจิตร ประมาณ 23 กิโลเมตร อำเภอโพธิ์ประทับช้างแบ่งการปกครองจากอำเภอเมืองพิจิตร และอำนาจโพทะเลบางส่วนตั้งเป็นกิ่งอำเภอเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2510 และยกฐานะเป็นอำเภอเมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2516 (ศูนย์บริการข้อมูลอำเภอโพธิ์ประทับช้าง, 2559)

- ลักษณะทางภูมิศาสตร์ มีเนื้อที่ 378.561 ตารางกิโลเมตร

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอสว่างงาม จังหวัดพิจิตร

- ทิศใต้ ติดต่อกับกิ่งอำเภอกิตติ์วันออก ติดต่อกับอำเภอเมืองพิจิตร

- ทิศตะวันตก ติดต่อกับกิ่งอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร



ภาพประกอบ 16 แสดงแผนที่อำเภอโพธิ์ประทับช้าง

(ที่มา https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Amphoe_6603.svg)

- สถิติประชากร

จำนวนประชากรทั้งสิ้น ประมาณ 44,299 คน

- อาชีพ

- อาชีพหลัก ได้แก่

- 1) ทำนา
- 2) ทำสวน
- 3) ทำไร่

- อาชีพเสริม ได้แก่

- 1) ปลุกผักปลอดสารพิษ
- 2) ผลไม้แปรรูป
- 3) จักสานจากวัสดุเหลือใช้
- 4) สมุนไพร
- 5) เครื่องใช้ และเครื่องประดับตกแต่ง

2.4.2 จังหวัดพิษณุโลก

2.4.2.1 อำเภอวังทอง

- ประวัติและความเป็นมา

อำเภอวังทอง ตั้งเมื่อ พ.ศ.2438 เดิมมีชื่อว่าอำเภอนครป่าหมาก ตั้งอยู่ที่บ้านสามเรือน (ปัจจุบันเป็นตำบลนครป่าหมาก อำเภอบางกระทุ่ม) คำว่า ป่าหมาก หมายถึง ป่ามาก เพราะมีสภาพเป็นป่าที่อุดมสมบูรณ์ สภาพเดิมของบ้านสามเรือนเป็นชุมชนใหญ่ มีบ้านเรือนหนาแน่น ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำวังทอง และลำคลองที่เป็นสาขาของแม่น้ำวังทอง เป็นที่ราบลุ่มมีผลไม้หลายชนิด ชาวบ้านอาศัยเป็นอาหารและล่าสัตว์ แต่เนื่องจากน้ำท่วมและการคมนาคมไม่สะดวกจึงได้ย้ายอำเภอจากบ้านสามเรือนมาตั้งอยู่ที่ตำบลตลาดชุม อยู่ริมแม่น้ำวังทองฝั่งตะวันออกยังคงใช้ชื่ออำเภอนครป่าหมาก (ปัจจุบันเป็นที่ตั้งตลาดเทศบาลตำบลวังทอง) พ.ศ. 2471 ได้มีพระราชกฤษฎีกา ประกาศจัดตั้งอำเภอบางกระทุ่มขึ้น และได้โอนตำบลเนินกุ่ม ตำบลไผ่ล้อม และตำบลนครป่าหมาก ไปขึ้นการปกครองกับอำเภอบางกระทุ่ม และได้รับโอนตำบลบ้านกลาง ตำบลแก่งโสภาค จากอำเภอนครไทย มาขึ้นเขตการปกครองกับอำเภอนครป่าหมากต่อมาบริเวณที่ว่าการอำเภอนครป่าหมาก ได้ถูกน้ำเซาะตลิ่งพัง จึงย้ายที่ว่าการอำเภอมาตั้งอยู่ ณ ที่ว่าการอำเภอวังทองปัจจุบัน ยังคงใช้ชื่อว่าอำเภอนครป่าหมาก ในปี พ.ศ. 2474 ได้เปลี่ยนชื่ออำเภอโดยตัดคำว่า นคร ออกเป็นอำเภอป่าหมาก จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2484 จึงได้เปลี่ยนชื่อเป็นอำเภอวังทอง มาจนถึงปัจจุบันวังทอง สันนิษฐานว่า คำว่า “วัง”

หมายถึง “วังน้ำ” และคำว่า “ทอง” อาจเนื่องจากเคยมีผู้พบทองในบริเวณวังน้ำนี้ (ศูนย์บริการข้อมูล
อำเภอวังทอง, 2559)

- ลักษณะทางภูมิศาสตร์

อำเภอวังทองมีสภาพพื้นที่เป็นป่าเขา และมีเทือกเขาติดต่อกับพื้นที่เขาด้าน
ทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ทางอำเภอนครไทย จนถึงเขตอำเภอชนแดน จ.เพชรบูรณ์ มีพื้นที่เป็นที่ราบ
สูง 3 ตำบล คือ ต.บ้านกลาง ต.แก่งโสภา และ ต.วังนกแอ่น นอกนั้นเป็นพื้นที่ราบ และราบลุ่ม มีพื้นที่
ติดต่อกับ อ.นครไทย คือ เขานกกระยาง ส่วนด้านที่ติดต่อกับ จ.เพชรบูรณ์ เรียกว่า ทุ่งแสลงหลวง
ส่วนใหญ่ เป็นป่าสน ซึ่งประกาศเป็นวนอุทยานแห่งชาติในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เป็น
นายกรัฐมนตรี ที่ตั้งอำเภอวังทองปัจจุบันตั้งอยู่ติดถนนสายพิษณุโลก-หล่มสัก ห่างจากถนน 50 เมตร
ห่างจากแม่น้ำแคววังทอง ประมาณ 200 เมตร ห่างจากศาลากลางจังหวัดพิษณุโลก ไปทางทิศ
ตะวันออก 17 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งสิ้น 1,687.050 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตดังนี้ (ศูนย์บริการ
ข้อมูลอำเภอวังทอง, 2559)

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอวัดโบสถ์ อำเภอชาติตระการ และอำเภอนครไทย
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอนครไทย อำเภอเขาค้อ (จังหวัดเพชรบูรณ์) และอำเภอเนินมะปราง
- ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอเนินมะปราง อำเภอสามโก้ (จังหวัดพิจิตร) และอำเภอบางกระทุ่ม
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอเมืองพิษณุโลกและอำเภอวัดโบสถ์

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 17 แสดงแผนที่อำเภอวังทอง
(ที่มา https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Amphoe_6508.svg)

- สถิติประชากร

จำนวนประชากรทั้งสิ้น ประมาณ 115,958 คน

- อาชีพ

- อาชีพหลัก ได้แก่ ด้านการเกษตร พืชเศรษฐกิจของอำเภอวังทอง พืชหลัก ได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวโพด มันสำปะหลัง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง และละหุ่ง มีการปลูกพืชสวน ผลไม้ ประเภทต่าง ๆ ขณะนี้ สามารถปลูกได้ทุกอย่าง ที่มีชื่อเสียงมากขณะนี้ คือ เงาะ ลำไย ลิ้นจี่ น้อยหน่า มะขามหวาน ทุเรียน ส้ม องุ่น

- อาชีพเสริม ได้แก่ สินค้าประเภทหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์

- 1) มะม่วงกวน
- 2) เครื่องจักสาน
- 3) ผ้าทอไหมประดิษฐ์
- 4) ผลิตภัณฑ์แปรรูปอาหาร

2.4.2.2 อำเภอบางระกำ

- ประวัติและความเป็นมา

อำเภอบางระกำ เดิมชื่อ อำเภอชุมแสงตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2448 โดยมี ขุนเผด็จประชาดุลย์ เป็นนายอำเภอคนแรก ต่อมาเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2460 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงมีพระบรมราชโองการให้เรียกชื่ออำเภอตามชื่อตำบล ซึ่งเป็นที่ตั้งที่ว่าการอำเภอ จึงได้มีการเปลี่ยนชื่ออำเภอจากอำเภอชุมแสง เป็น อำเภอบางระกำ ปัจจุบันอำเภอบางระกำมีอายุ 97 ปี มีผู้ดำรงตำแหน่งนายอำเภอ ทั้งสิ้น 44 คน สำหรับชื่อ บางระกำ นั้น เป็นชื่อต้นไม้ชนิดหนึ่งที่เติบโตและขึ้นริมฝั่งแม่น้ำยมมีคุณสมบัติ คือ ยึดดินข้างคลองหรือแม่น้ำได้ดี ทำให้น้ำไม่สามารถกัดตลิ่ง (ศูนย์บริการข้อมูลอำเภอบางระกำ, 2559)

- ลักษณะทางภูมิศาสตร์

อำเภอบางระกำห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 17 กิโลเมตร ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอเกรียงไทร (จังหวัดสุโขทัย) และอำเภอ

พรหมพิราม

- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอเมืองพิษณุโลกและอำเภอบางกระทุ่ม

- ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอลำปางและอำเภอสามง่าม (จังหวัดพิจิตร)

- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอศรีนคร (จังหวัดสุโขทัย) และอำเภอ

ลานกระบือ (จังหวัดกำแพงเพชร)



ภาพประกอบ 18 แสดงแผนที่อำเภอบางระกำ

(ที่มา https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Amphoe_6504.svg)

- สถิติประชากร

จำนวนประชากรทั้งสิ้น ประมาณ 93,632 คน

- อาชีพ

- อาชีพหลัก ได้แก่

- 1) ปลูกข้าว อ้อย
- 2) ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์
- 3) ถั่วเขียว ถั่วเหลือง
- 4) พืชผัก ไม้ผล

- อาชีพเสริม ได้แก่ การปลูกสัตว์

- 1) โค กระบือ
- 2) เป็ด ไก่
- 3) สุกร สุนัข

นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก

คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น แต่สูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในชายไทยและหญิงไทยมาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากการติดสุรา อุบัติเหตุจราจรและโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย และถึงแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย 71.6 ปี เพศหญิง 78.4 ปี แต่คนไทยก็ยังป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยคนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ 2 ของโลก เด็กปฐมวัยมีปัญหาพัฒนาการล่าช้ากว่าร้อยละ 27.5 ปัญหาแม่ตายลูกตายยังมีอยู่แต่ไม่มาก และปัญหาเด็กวัยเรียนอ้วน น้ำหนักเกิน ผลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่าจะการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 และในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการบริหารสุขภาพ ภาวะพึ่งพิงและความต้องการการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการเตรียมบุคลากรทาง

การแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น ภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง เจริญรุ่งเรือง พัฒนาระบบการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลให้เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ แข็งแรง พร้อมที่จะเรียนรู้ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัยที่ถูกหลักโภชนาการเติบโตอย่างมีคุณภาพทุกช่วงวัย มีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคล ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มีความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดโรค ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน พัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ เพื่าระวังและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพในตลาดให้มีความปลอดภัย ความปลอดภัยด้านอาหาร พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 1

1. เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองและชุมชนตลอดจนมีส่วนร่วมและการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ
2. เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี
3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียงและเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข

เป้าหมายการพัฒนาของยุทธศาสตร์ที่ 1

1. คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี แข็งแรง
2. มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ
3. มีการสื่อสารสาธารณะ ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

4. มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และองค์กรด้านสุขภาพ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพมากขึ้น

ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 1

1. ระดับพัฒนาการเด็กไทย (สมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)
2. IQ เฉลี่ยเด็กไทย (ไม่ต่ำกว่า 100)
3. EQ เด็กไทยสูงกว่าคะแนนมาตรฐาน (ร้อยละ 70)
4. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน 16 คนต่อประชากรแสนคน)
5. อัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรค NCD (ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 24)
6. อัตราของ Healthy Ageing เพิ่มขึ้น (ADL มากกว่า 12 คะแนน)
7. อัตราการเจ็บป่วยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559)
8. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)
9. พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย (เปรียบเทียบจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 5)
 - 9.1 อัตราการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)
 - 9.2 อัตราการบริโภคผัก ผลไม้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)
 - 9.3 ความชุกของการสูบบุหรี่ และ บริโภคแอลกอฮอล์ (ลดลงร้อยละ 5)

มาตรการ/แนวทางการพัฒนาของยุทธศาสตร์ที่ 1

1. เสริมสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร
 - บูรณาการองค์กรทุกภาคส่วน
 - สร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายและพันธมิตร
 - เชื่อมโยงระบบสุขภาพไทยกับนานาชาติ
2. พัฒนาระบบการกำหนดนโยบายและกฎหมายด้านสุขภาพตามหลัก Health in All Policy
3. สร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. พัฒนาระบบเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพ
 - พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
 - พัฒนาและยกระดับมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม
 - พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
 - ลดการตายก่อนวัยอันควร

- สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System)
- เสริมสร้างระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
- พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของคนไทยมีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีหน่วยบริการครอบคลุมทุกพื้นที่เชื่อมต่อกันตั้งแต่ประณภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ บริการเฉพาะทางเครือข่ายระบบการส่งต่อ และมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบกำลังคน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการเงินการคลัง แต่ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพของคนไทยยังประสบปัญหาที่สำคัญหลายอย่าง เช่น ประสิทธิภาพการรักษา คุณภาพบริการ ความเป็นธรรม การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ การกระจายบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับระบบบริการของพื้นที่ ความไม่เป็นธรรมในการกระจายเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงและเทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้การเข้าถึงเทคโนโลยีราคาแพงมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มคน และภูมิภาคอยู่ค่อนข้างมาก ความแออัดของผู้ป่วยที่มารอรับบริการ โดยมีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มจาก 125.5 ล้านครั้งในปี 2555 เป็น 292.6 ล้านครั้ง ในปี 2558 ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยการบริการบางโรคนั้นมีควายาวนาน ผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทั่วถึง ได้ยาที่คุณภาพแตกต่างกัน และเกิดปัญหาข้อร้องเรียนบ่อย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ เทคโนโลยีด้านต่าง ๆ การดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมือง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพจิตในปี 2556 ประชากรเขตเมืองมีสูงถึงร้อยละ 53.55 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การให้บริการสาธารณสุขนั้นพื้นฐานในเขตเมืองยังเป็นปัญหา คนในเขตเมืองเข้าถึงบริการเพียงบางส่วน ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เร่งรัดพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและชนบท พัฒนาความร่วมมือ ในด้านวิชาการ การวิจัย และการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับกับมหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่และหน่วยงานอื่น ๆ ที่ให้บริการสุขภาพ ยกกระดับการให้บริการสุขภาพโดยการพัฒนาและขยายขีดความสามารถของหน่วยบริการ ทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ตลอดจนความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทาง สร้างศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงกระจายในพื้นที่เขตสุขภาพจัดทำแผนการลงทุนเพื่อ พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความทันสมัยมากขึ้น มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมและคุ้มค่าในทุกพื้นที่เขตสุขภาพ มีระบบส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกไม่เป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่าย พัฒนาศูนย์กลางด้านสุขภาพ บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ นานาชาติ พัฒนาบริการในเขตเศรษฐกิจพิเศษและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ชายแดนใต้

สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการไถ่เกื้อ ลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิด
ภาวะไม่พึงประสงค์ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนใน
เรื่องกระบวนการรักษาสิทธิประโยชน์ และความคาดหวังเพื่อให้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมี
ความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 2

1. เพื่อสร้างและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำให้
ครบทุกแห่งเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการและคุณภาพในการดูแลประชาชน
2. เพื่อยกระดับขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับให้มีคุณภาพ ตาม
มาตรฐาน มีความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและสามารถเข้าถึงบริการได้
อย่างทั่วถึง ทัดเทียมกัน
3. เพื่อสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการแข่งขันให้กับระบบสุขภาพของ
ประเทศ

ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 2

1. ความครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC) ที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัว (ร้อยละ 100)
2. จำนวนศูนย์แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 4 สาขาหลัก (มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ
ทารกแรกเกิด) ใน 12 เขตสุขภาพ (มีครบทั้ง 4 สาขาทุกเขตสุขภาพ)
3. อัตราส่วนเตียง ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ) ต่อประชากรภาพรวมทั้ง
ประเทศ (ไม่น้อยกว่า 2: 1,000) และการกระจายระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกิน ร้อยละ 10)
4. ระยะเวลารอคอยในการรับการรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก (ลดลงร้อยละ
30 จากค่าเฉลี่ยของปี 2557, 2558, 2559)
5. อัตราการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ (ลดลงร้อยละ 50)

มาตรการ/แนวทางการพัฒนาของยุทธศาสตร์ที่ 2

1. จัดกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
2. เพิ่มขีดความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับ
 - พัฒนาระบบบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
 - พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพที่มีความจำเพาะเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพใน
ทุกระดับ
 - พัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อทุกระดับ
 - ส่งเสริมการบริการด้านแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล

3. พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและพันธมิตร

- บูรณาการการจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- สร้างกลไกประชากรรัฐ ในการจัดบริการด้านสุขภาพ

4. สร้างระบบควบคุมคุณภาพและระบบบริหารความเสี่ยงของการดูแลสุขภาพ

(Patient Safety)

5. พัฒนาระบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA)

6. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มี

นวัตกรรมใหม่ๆเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบสุขภาพเป็นคนไกลหลักในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งคือ ความเป็นธรรมในการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ แม้สถานการณ์การกระจายกำลังคนจะได้รับการแก้ไขไประดับหนึ่งแล้ว แต่พบว่าในบางสายงานยังมีปัญหาความไม่เหมาะสมของการกระจายตัว นอกจากนี้ปัญหาการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพออกจากระบบยังมีอยู่อย่างต่อเนื่อง การผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ ปัญหาผลิตภาพของกำลังคนและการธำรงรักษา ปัญหาความเหลื่อมล้ำเรื่องค่าตอบแทนที่มีความไม่เป็นธรรมระหว่างวิชาชีพ ปัญหาด้านข้อมูลกำลังคนที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลกันในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ จึงทำให้ไม่มีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบันและเป็นข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอเพื่อการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบกลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบและกลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ พัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศ ด้านกำลังคน การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ สนับสนุนการวางแผนผลิตและพัฒนาากำลังคนให้มีความเป็นเลิศ เชี่ยวชาญในวิชาชีพ มีทักษะการทำงานเป็นทีมสุขภาพ มีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพชีวิตและมีความสุขในการทำงาน ใส่ใจในการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต

วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 3

1. เพื่อวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละพื้นที่ และทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ

2. เพื่อบูรณาการระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศให้ตั้งอยู่บนฐานของความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต และผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับประเมินผลการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ

3. เพื่อสร้างเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน

ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 3

1. อัตราส่วนกำลังคนด้านสุขภาพต่อประชากร

- แพทย์ 1 : 1,800
- ทันตแพทย์ 1 : 6,500
- เภสัชกร 1 : 3,500
- พยาบาลวิชาชีพ 1 : 400

2. สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างพื้นที่ (แตกต่างกันไม่เกินร้อยละ 20)

3. ชีตความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพ (อยู่ในระดับ 1 ใน 5 ของเอเชีย)

4. ระดับความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)

มาตรการ/แนวทางการพัฒนาของยุทธศาสตร์ที่ 3

1. พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อนการบริหารจัดการและการบูรณาการ

- วางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคน
- พัฒนาระบบการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ
- สร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานและเป็น Happy Work Place
- ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. เร่งผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ

- วางแผนการผลิต
- สนับสนุนให้มีกลไกประชารัฐ ร่วมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพใน

เขตสุขภาพ

- พัฒนากลไกการดูแลการผลิตและการประกอบวิชาชีพ ให้ได้มาตรฐาน มี

คุณธรรมจริยธรรม

- สร้างความเข้มแข็งของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพ เสริม

ทักษะ มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

3. สร้างกลไกการสื่อสารและภาคีเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

- พัฒนาระบบการสื่อสารองค์กร เพื่อส่งเสริมการรับรู้และความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน

- พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง และยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหาการอภิบาลในระบบสุขภาพเกิดขึ้นและสะสมเรื่อยมา การขาดเอกภาพเชิงนโยบายต่างคนต่างทำ ขาดการกำหนดเป้าหมายร่วม ความเป็นคู่ขัดแย้ง ความไม่ไว้วางใจระหว่างกัน ในระดับนโยบายทั้งฝ่ายการเมือง และข้าราชการประจำ ทำให้ขาดความร่วมมือ ขาดการประสานงาน ตลอดจนกลไกต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายขาดประสิทธิภาพ ไม่มีประสิทธิผล โครงสร้างการทำงานที่มีความซ้ำซ้อน ปัญหาธรรมาภิบาลในการแต่งตั้งโยกย้ายยังมีปรากฏอยู่เนื่อง ๆ การจัดซื้อจัดจ้างที่ถูกแทรกแซง ขาดกลไกการเฝ้าระวังตรวจสอบ ถ่วงดุลและทัตทานเมื่อมีสิ่งไม่ถูกต้องเกิดขึ้น ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมีความซ้ำซ้อนกระจัดกระจาย ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ผู้บริหารไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการกำหนดมาตรฐานด้านข้อมูลที่สำคัญ การบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขาดความเชี่ยวชาญ ขาดกลไกในการดูแล การเงินการคลังด้านสุขภาพ ประกอบในปัจจุบัน ประเทศไทยอยู่ในช่วงของการปฏิรูปประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน มีการจัดทำแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการปฏิรูปกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งกลไกที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ ปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม มีระบบข้อมูลสุขภาพที่ครบถ้วน ครอบคลุม ทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผลส่งเสริมให้มีกลไกประชารัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ให้สามารถนำผลการวิจัย/นวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 4

1. เพื่ออภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เป็นเอกภาพ อันจะส่งผลให้มีความมั่นคง ยั่งยืน ของระบบสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการบริการสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ รวมถึงยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ที่ 4

1. ความครอบคลุมของหน่วยงานด้านสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (มากกว่าร้อยละ 80)
2. ระดับการใช้ประโยชน์ได้ทั้งการบริหารจัดการและบริการประชาชนของระบบข้อมูลสุขภาพครอบคลุมประเด็นข้อมูลที่สำคัญ (ใช้ประโยชน์ได้ในระดับนโยบายและการปฏิบัติ)
3. จำนวนผลงานวิจัย/นวัตกรรม ด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)
4. สัดส่วนมูลค่าการนำเข้ายาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ไม่เพิ่มขึ้น)

3.2 พระราชบัญญัติสุขภาพ ปี พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งได้รับการกล่าวขานว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทย ที่จัดทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากสังคมตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์ โดยใช้ระยะเวลาถึง 8 ปีเต็มจึงมีผลบังคับใช้อย่างเป็นทางการในฐานะ “ธรรมนูญสุขภาพของประเทศไทย” มีสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้

เมื่อปี พ.ศ. 2542 คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาได้จัดทำ “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540” ขึ้นเพื่อหวังให้เป็นแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมี ศาสตราจารย์ นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นประธานจัดทำข้อเสนอ ถือกันว่าเป็นครั้งแรกที่ คำว่า “ระบบสุขภาพ” (Health Systems) ถูกใช้อย่างเป็นทางการ เพื่อให้ความหมายที่ครอบคลุมกว้างกว่าระบบสาธารณสุข (Public Health Systems) ที่ใช้กันมาแต่เดิม

ต่อมาปี พ.ศ. 2543 รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย

กระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ใช้การทำงานทางวิชาการเป็นฐานเชื่อมโยงเข้ากับการเคลื่อนไหวให้สังคมเข้ามามีส่วนร่วมคิดเห็นและเสนอแนะอย่างกว้างขวาง มีประชาชนทั่วประเทศเข้าร่วมกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ เป็นจำนวนมาก มีการรณรงค์เชิญชวนประชาชนลงชื่อสนับสนุนร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้มากกว่า 4.7 ล้านคน ผ่านโครงการรณรงค์ร่วมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท เมื่อปี พ.ศ.2545 และมีประชาชนรวมตัวกันเข้าชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในนามภาคประชาชนตามช่องทางของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 จำนวนมากกว่า 1 แสนคน

เมื่อปี พ.ศ. 2547 ในระหว่างการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ปี 2543-2549 มีการนำสาระสำคัญ บางประการในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมาทดลองปฏิบัติ เช่น การจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ เช่น ประเด็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ประเด็น ผลกระทบด้านสุขภาพจากการทำอุตสาหกรรม ประเด็นเกษตรและอาหารปลอดภัย ประเด็นความอยู่ เย็นเป็นสุข ประเด็นการสร้างสุขภาวะด้วยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นต้น

ต่อมา ในปี พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ได้เห็นชอบให้ผ่าน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ออกมาใช้เป็นกฎหมายได้อย่างเป็นทางการ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จึง กลายมาเป็น “เครื่องมือใหม่” อีกชิ้นหนึ่งของสังคมไทย ที่จัดให้มีกลไกเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคม มาทำงานเรื่องสุขภาพด้วยกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย

ในสังคมที่ประกอบด้วยประชาชนที่มาจากวัฒนธรรม และสภาพเงื่อนไขที่กำหนดภาวะ สุขภาพอันแตกต่างกันหลากหลาย กลไกต่าง ๆ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จึงมีหน้าที่หนุนเสริมกลไก ต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกลไกของรัฐบาลที่จำแนกเป็นกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ กลไก ภายใต้อำเภอ พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กลไกภายใต้อำเภอ พ.ร.บ.หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กลไกภายใต้อำเภอ พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ประสานตัวเข้า หากัน เพื่อช่วยกันทำงานพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะที่มุ่งสู่ทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ร่วมกันต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

4.1 แนวคิดระบบสุขภาพชุมชน

จากแนวคิดระบบสุขภาพชุมชน ที่หมายถึงระบบที่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่ สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ใน ชุมชน (ประเวศ วะสี, 2537) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ระบบสุขภาพชุมชน หมายถึง ระบบที่ ประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กันและทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน โดย ความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน โดยใช้การกำหนดโครงสร้างหลักเน้นการมีส่วนร่วม ของสมาชิกในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระบบการจัดการ เพื่อยกระดับ คุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ระบบการดูแลตนเองและช่วยเหลือกัน เพื่อทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้าน สุขภาพของชุมชน โดยกลุ่มคนต่าง ๆ ในชุมชนจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กและสตรี ที่จะต้องมีระบบการดูแลฉุกเฉิน ระบบสวัสดิการ เพื่อ การดูแลในด้านต่าง ๆ มีกลุ่มอาชีพที่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ โดยองค์ประกอบดังกล่าว ได้แก่

- 1) องค์กรในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสังคม ผู้นำชุมชน (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) องค์กรของชุมชน ครอบครัวและปัจเจกบุคคล
- 2) องค์กรด้านสุขภาพ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น
- 3) หน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ โรงเรียน วัด กองทุนสุขภาพตำบล
- 4) อื่น ๆ ได้แก่ ภาคเอกชน องค์กรเอกชน เป็นต้น

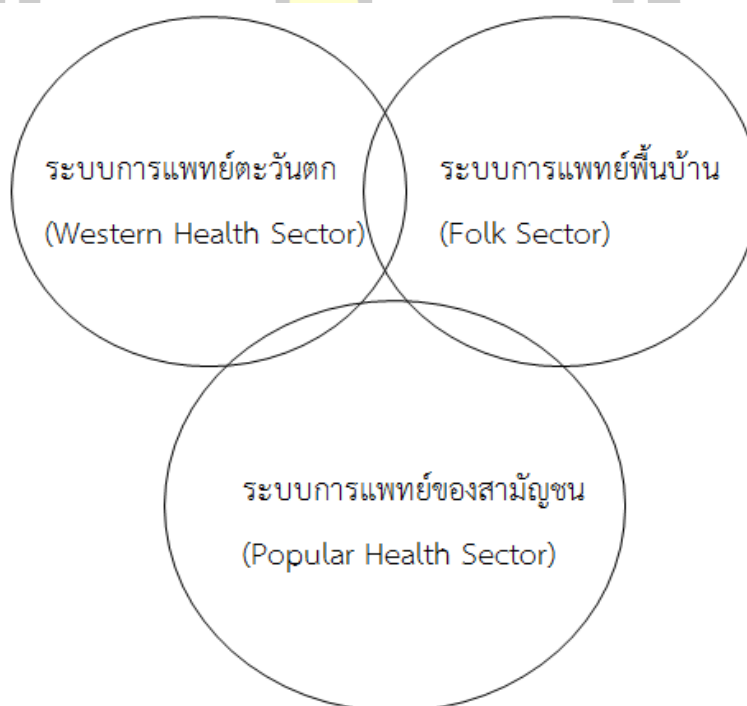
ระบบสุขภาพชุมชน เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงระบบสุขภาพของชุมชนอันเป็นกระบวนการในการจัดการกับความเจ็บป่วย การเฝ้าระวังรักษาโรคที่มีอยู่ในชุมชนต่าง ๆ ด้วยวิธีการที่มีอยู่อย่างหลากหลายในชุมชน ซึ่งอาจเรียกได้อีกอย่างว่า “ระบบสุขภาพของชาวบ้าน” ในความเป็นจริงนั้น ระบบสุขภาพในชุมชนนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบประกอบกัน ทั้งยังมีความเกี่ยวข้องกันและทับซ้อนซึ่งกันและกันอันได้แก่ ระบบการแพทย์ภาคประชาชน (Popular sector) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) และระบบการแพทย์สมัยใหม่ (Professional sector) การที่ระบบสุขภาพชุมชนนั้นถูกจัดแบ่งให้ประกอบไปด้วยระบบสุขภาพทั้ง 3 ระบบนั้น เป็นเพราะแนวคิดทางสังคมศาสตร์การแพทย์ที่เชื่อว่าไม่มีระบบสุขภาพใดเพียงระบบเดียวที่จะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ เพราะกระบวนการเฝ้าระวังรักษาโรคในแต่ละครั้งนั้นจะมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน จึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเชื่อมโยงสุขภาพะทางกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนทำให้เข้าใจถึงระบบวิถีคิด โลกทัศน์ หรือจักรวาลวิทยาของท้องถิ่น เพราะการเผชิญกับวิกฤติสุขภาพมักทำให้มนุษย์ต้องอาศัยคำตอบจากการอธิบายที่มีรากฐานจากวิถีคิดและโลกทัศน์ในวัฒนธรรมท้องถิ่น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2535)

4.2 แนวคิดระบบบริการสาธารณสุขเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรม

4.2.1 แนวคิดเชิงทฤษฎีของ Kleinman (1980) ระบบบริการสาธารณสุขเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรม (Health care system as a Cultural system) แนวความคิดที่สำคัญของ Kleinman คือ การมองที่ระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังคมว่าเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมที่มีอยู่ในสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ ทั้งนี้เพราะปรากฏการณ์ของการเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสังคม การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของชุมชนจึงออกมาในรูปแบบของการจัดระเบียบทางสังคม ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมพิเศษที่เรียกว่า “ระบบบริการสาธารณสุข”

การมองระบบการแพทย์และสาธารณสุขเป็นระบบวัฒนธรรมของ Kleinman คือ การมองระบบสาธารณสุขเป็นระบบความหมายทางสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ซึ่งรวมตั้งแต่การเจ็บป่วย การตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วย แบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค บรรทัดฐานที่ใช้ในการประเมินในการเลือกแหล่งและวิธีการรักษา รวมไปถึงวิธีการประเมิน

ผลการรักษา แบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย สถาบันทางสังคมที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาและสุขภาพอนามัย ตลอดจนสถานภาพทางสังคมที่ถูกต้องของการเจ็บป่วย ซึ่งหมคนี้อธิบายแล้วเรียกว่า “ระบบสาธารณสุข” และไม่สามารถแยกออกจากอิทธิพลของวัฒนธรรมได้เลย โดยระบบบริการสาธารณสุขของสังคมหนึ่ง ๆ ที่หมายถึงระบบวัฒนธรรมหนึ่งของสังคม ตามความหมายของ Kleinman นั้น จะประกอบไปด้วยระบบต่าง ๆ จำนวน 3 ระบบย่อยที่เหลื่อมซ้อนทับกันอันได้แก่ ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Western Health Sector) และระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Care) และภายในระบบของการแพทย์สามัญชนอันเป็นระบบใหญ่ที่สุดนี้เองจะประกอบไปด้วยบุคคลและกลุ่มบุคคลต่าง ๆ จำนวน 4 ระดับ คือ 1) ผู้ป่วย 2) ครอบครัวของผู้ป่วย 3) เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ 4) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน



ภาพประกอบ 19 แบบจำลองระบบบริการสาธารณสุขตามแนวคิดของ Kleinman (1980)

นอกจากนั้น Kleinman ยังเน้นการศึกษาถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยศึกษาว่า บุคคลในสังคมหรือชุมชนนั้น ๆ คิดอย่างไรกับสุขภาพอนามัยเริ่มตั้งแต่ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการที่จะตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ตลอดจนการคาดหวังและประเมินเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับในระบบสาธารณสุข ทำให้สรุปได้ว่าพฤติกรรมตอบสนอง

ต่อการเจ็บป่วยและการใช้บริการสาธารณสุขของบุคคลในสังคมหนึ่ง ๆ เป็นบทบาทของคนป่วยและสมาชิกในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นภายในระบบการแพทย์สามัญชนมากกว่าของรัฐที่เป็นแบบตะวันตก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมจะร่วมกันตีความถึงสาเหตุ อากาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตามความหมายระบบความเชื่อทางวัฒนธรรม โดยกล่าวว่าในเรื่องของความเจ็บป่วยระบบวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ และตัดสินใจที่จะเลือกวิธีการหรือแหล่งในการรักษาเยียวยาต่อไป

นอกจากนี้ Kleinman ยังกล่าวว่าการที่จะเข้าใจพฤติกรรมการรักษาเยียวยาต้องเริ่มด้วยการเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยและโรคภัยไข้เจ็บก่อน โดย Kleinman เสนอว่าโรคภัยไข้เจ็บในทางความหมายของชีวการแพทย์ (Bio-medical Model) เป็นเพียงปัญหาของการผิดปกติทางชีววิทยา ที่ต้องการได้รับการรักษาโรคที่เหมาะสมโดยมีบุคคลที่เชี่ยวชาญเฉพาะอย่าง แต่การเจ็บป่วยในทางการแพทย์พื้นบ้าน (Ethno-medical Model) หมายถึง ปัญหาการเจ็บป่วยซึ่งบุคคลและเครือข่ายทางสังคมของบุคคล (Social Network) มีประสบการณ์ร่วมกัน เช่น ทุกข์ร่วมกัน วิตกกังวล ร่วมกันมีการประเมินอาการและความรุนแรงของโรคร่วมกัน ร่วมกันประเมินถึงสาเหตุของโรคจนถึงการประเมินถึงวิธีการรักษา การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้รักษาความเจ็บป่วยนั้นร่วมกัน ดังนั้นทัศนคติทางการแพทย์พื้นบ้านของ Kleinman ที่มีต่อความหมายของการเจ็บป่วย คือ

- 1) การรักษาเยียวยาเกิดขึ้นภายในระบบการแพทย์ของสามัญชนมากกว่าในระบบการแพทย์ที่เป็นทางการ กล่าวคือการปฏิบัติตัวของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติกันภายในครอบครัวและสมาชิกในสังคมของผู้ป่วย ซึ่ง Kleinman กล่าวว่าร้อยละ 93 ของการเจ็บป่วยเป็นการรักษาตนเองภายในครอบครัว
- 2) การเยียวยารักษาตนเอง (Self-care) เป็นพื้นฐานของประชาชนมากกว่าการไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเจ็บป่วย และ
- 3) ปราบกฏการณ์ของการเจ็บป่วยทั้งรูปแบบของการเจ็บป่วย และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้รับอิทธิพลจากกระบวนการทางวัฒนธรรม

4.3 แนวคิดกระบวนการแสวงหารักษา

N.J. Chrisman ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของบุคคลที่เรียกว่าแบบจำลองกระบวนการแสวงหารักษาเยียวยา (Health – Seeking Process) โดยกล่าวว่าบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยปรากฏขึ้นจะมีพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเองอย่างเป็นกระบวนการเป็นขั้นตอน 5 ขั้นตอน ซึ่งในระหว่างการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลอาจมีการกลับคืนซ้ำได้อีก (Recycling) ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยขั้นตอนทั้งหมดมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (Symptom Definition) โดยผู้ป่วยจะประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ากำลังเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือไม่ ถ้าป่วยเป็นเพราะสาเหตุใด

พร้อมทั้งจัดประเภทของการเจ็บป่วยว่าเป็นโรคเกี่ยวกับอะไร ตามความหมายทางวัฒนธรรมและความเชื่อที่ได้รับการสืบทอดต่อ ๆ กันมา

ขั้นตอนที่ 2 การปรึกษาศูนย์บุคคลใกล้ชิด (Lay Consultation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยปรึกษาหารือกับบุคคลใกล้ชิดที่เขาสัมพันธ์ด้วย หรือเรียกว่าเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อขอคำรับรอง หรือยืนยันว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วยจริง และควรรับวิธีการรักษาแบบใดจากแหล่งใด

ขั้นตอนที่ 3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือพฤติกรรม (Role – Behavior Shift) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในสังคมตามปกติได้ ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการที่บุคคลใกล้ชิดรับรู้ ประกอบกับลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยว่ามีอาการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน หรือเป็นแบบเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 4 พฤติกรรมการรักษา (Treatment Action) เป็นขั้นตอนในการเลือกแหล่งให้บริการการรักษา และชนิดของวิธีการรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินอาการ ทั้งในด้านการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินเพื่อเลือกวิธีการรักษา โดยพฤติกรรมการรักษายังสามารถแยกได้อีก 2 ลักษณะ คือ

1) แหล่งให้บริการรักษาเยียวยา (Treatment Source) ได้แก่ การรักษาตนเอง การปรึกษากับบุคคลอื่น แหล่งบริการที่เป็นแบบพื้นบ้าน เช่น หมอพื้นบ้าน หมอสมุนไพร แหล่งบริการกึ่งวิชาชีพ เช่น เกษัชกร ผดุงครรภ์ และแหล่งบริการที่เป็นบุคลากรทางวิชาชีพแพทย์ เช่น แพทย์ในโรงพยาบาล หรือคลินิก

2) ชนิดของการรักษา (Type of Treatment) ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การบำบัดด้วยสมุนไพร การประคบพืชราก เช่น หมอผี หรือจิตแพทย์ การรักษาโดยใช้ยา กิน ยาฉีด ยาทา การนวด การฝังเข็ม หรือการผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Adherence and Evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมจะมีการประเมินผลการรักษาอยู่ตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ สภาวะการมีสุขภาพดีกลับมาหรือยัง อาการผิดปกติที่ขึ้นหรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมหรือไม่ และความเอาใจใส่ดูแลรักษาของผู้รักษาที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนที่จะช่วยตัดสินใจว่าจะยังคงรับการรักษาต่อหรือไม่

4.4 แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

ในชีวิตประจำวันนั้นมนุษย์จำเป็นต้องดิ้นรนต่อสู้และเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงทางภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมรอบรอบตัว สภาพสังคมและเศรษฐกิจ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวเราเอง สิ่งเหล่านี้จะรบกวนดุลยภาพของมนุษย์ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ความวิตกกังวล ทำให้เกิดความตึงเครียดทาง

จิตใจและอารมณ์ ดังนั้นมนุษย์จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการแบบแผน และพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นคือ “การปรับตัว”

การปรับตัวเป็นเรื่องปกติของคนเมื่อเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่คุ้นเคยมาก่อน ซึ่งจะช่วยให้มนุษย์รักษาสมดุลทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

ความหมายของการปรับตัว

Lazarus (1969, อ้างถึงใน นิภาพร อารีย์, 2548) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง การทำให้บุคคลเกิดความสมดุลทั้งในตัวบุคคลเองและทั้งจากการมีสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก เมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดันต่าง ๆ ทั้งทางกายภาพ จิตใจและสังคม ซึ่งการปรับตัวทางจิตวิทยานี้คือ การปรับพฤติกรรม จิตใจและอารมณ์ โดยการปรับตัวจะประกอบด้วยกระบวนการ 2 ทาง คือ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละคน การปรับตัวของมนุษย์มีแรงผลักดัน 2 อย่าง คือ 1) แรงผลักดันจากภายนอก คือ มนุษย์ต้องอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อม มีความผูกพันกับผู้อื่น ดังนั้นคนเราจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคม 2) แรงผลักดันจากภายใน เป็นแรงกระตุ้นภายในตัวของบุคคลซึ่งเกิดจากสภาพทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อน และอีกส่วนเกิดจากสภาวะทางจิตที่เป็นผลของการเรียนรู้หรือเหตุจูงใจทางสังคม เช่น ความต้องการความอบอุ่นใจ ความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม ความต้องการความสำเร็จ

Coleman and Hammen (1974 อ้างถึงใน พิมพ์นภัส โภคา, 2550) ให้ความหมายการปรับตัวว่าหมายถึง ผลของความพยายามของบุคคลที่พยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการ หรือด้านอารมณ์ ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมนั้น ๆ และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวแล้วจะสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

Grasha and Kirschenbum (1985 อ้างถึงใน นิภาพร อารีย์, 2548) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าหมายถึง ความสามารถของคนที่จัดการกับปัญหาและความต้องการของสภาพแวดล้อมให้บรรลุผล

ราตรี พัฒนรังสรรค์ (2524 อ้างถึงใน ซ้อลัดดา โรจน์ดำรงฤทธิ์, 2533) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าหมายถึง การที่บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงพฤติกรรมของตน เพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตน และระบายความคับข้องใจเมื่อหาทางตอบสนองความต้องการไม่ได้

สุรางค์ จันทร์เอม (2527 อ้างถึงใน นิภาพร อารีย์, 2548) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าหมายถึง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดหมายในสิ่งแวดล้อมตนเอง

มนุษย์ทุกคนมีการปรับตัวด้วยการทั้งสิ้น แต่จะแตกต่างกันเพื่อตอบสนองความต้องการทางสังคมอีกด้วย และเมื่อบุคคลได้รับสิ่งที่ตนต้องการแล้วความเครียดต่าง ๆ จะผ่อนคลายลง

จากความหมายของการปรับตัวที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การปรับตัวเป็นการตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ปัญหา สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนทั้งภายนอกและภายใน โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้น หรือการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตน เพื่อรักษาสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

ทฤษฎีของ Roy (Roy Adaptation Theory)

C. Roy (1984 อ้างถึงใน ศิริรักษา นาคธน, 2550) แนวคิดของ Roy เชื่อว่าบุคคลเป็นระบบของสิ่งมีชีวิต เป็นระบบเปิดที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก นอกจากนี้ระบบการปรับตัวของบุคคลต้องประกอบด้วยสิ่งนำเข้า ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว ผ่านเข้าสู่กระบวนการควบคุม เป็นกระบวนการที่บุคคลจะควบคุมสิ่งเร้าที่เรียกว่า กระบวนการปรับแก้ นั้นมาจากสัญญาณซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลและมาจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ แสดงออกมาเป็นผลลัพธ์ คือ ปฏิกริยาตอบสนอง ถือเป็นพฤติกรรม สามารถสังเกต ตรวจสอบ หรือบอกได้ ซึ่งแต่ละคนมีความสามารถในการปรับตัวต่างกันและมีลักษณะเฉพาะตัว หากระดับการปรับตัวนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลสะท้อนกลับเข้าสู่ระดับการปรับตัวใหม่เพื่อให้บุคคลมีสมดุลของกาย จิต สังคมต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

- 1) สิ่งนำเข้า ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกของบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัว แบ่งได้ 3 ชนิดคือ
 - 1.1) สิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบบุคคลโดยตรง ทำให้ต้องมีการปรับตัวทันที
 - 1.2) สิ่งเร้าร่วม หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่รวมกับสิ่งเร้าตรง และมีผลกระทบต่อบุคคลเช่นกัน
 - 1.3) สิ่งเร้าแฝง หมายถึง สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตัวบุคคลไม่ชัดเจนและยังไม่ผ่านการพิสูจน์ บุคคลไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบของสิ่งเร้าแฝง ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ หรือการดำเนินชีวิต เป็นต้น
- 2) กระบวนการควบคุม เป็นกระบวนการปรับตัวต่อสิ่งเร้า ประกอบด้วย 2 ระบบย่อยที่สัมพันธ์กันภายในเสมือนว่าเป็นหน่วยเดียวกัน

2.1) กลไกการควบคุม เป็นการปรับตัวด้านร่างกายเพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ ที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทโดยส่วนใหญ่ โดยผ่านการทำงานร่วมกันของระบบประสาทและระบบฮอร์โมน โดยมีปัจจัยนำเข้าเป็นสิ่งเร้าจากภายในหรือภายนอก สิ่งเร้านี้มีคุณสมบัติทางเคมีหรือสิ่งที่จะแปรเปลี่ยนเป็นข้อมูลของระบบประสาท เข้าสู่ระบบบุคคลแปรสภาพเป็นสารเคมีผ่านไปตามกระแสโลหิต หรือเป็นกระแสความรู้สึกผ่านไปยังเส้นใยประสาทส่วนกลางและจะส่งผ่านข้อมูลไปยังอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติ กระแสประสาทบางส่วนมีอิทธิพลต่อการทำงานของต่อมไร้ท่อทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งฮอร์โมนที่หลั่งออกมาจะมีอิทธิพลต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองตามมา การตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านกลไกควบคุมจะทำงานร่วมกันอย่างสมดุล

2.2) กลไกการรับรู้ เป็นกลไกการตอบสนองจากประสบการณ์และการเรียนรู้ โดยผ่านกระบวนการทำงานทางจิตใจ อารมณ์ และความคิด ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม โดยควบคุมผ่าน 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการรับรู้ หมายถึง การรวมและจดจำข้อมูลในสิ่งที่บุคคลสนใจ 2) กระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า นั้น เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความรู้สึก และความเข้าใจที่ลึกซึ้ง 3) กระบวนการตัดสินใจ เพื่อการแก้ปัญหาหรือวิธีการตอบสนองของบุคคล และ 4) กระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นกระบวนการทางจิตที่ช่วยปรับสภาพอารมณ์ทำให้บุคคลใช้ลดความวิตกกังวลและความรู้สึกสบายใจ

กระบวนการที่กล่าวมาจะต้องมีความสัมพันธ์กัน ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว โดยการปรับตัวของบุคคลเพื่อให้อยู่ในสภาวะสมดุลนั้น สามารถพิจารณาจากการที่บุคคลมีความมั่นคงในการปรับตัว 4 ด้านดังนี้

- 1) การปรับตัวด้านร่างกาย เพื่อตอบสนองความต้องการความมั่นคงทางสรีระ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การออกกกำลังกาย การมีกิจกรรมพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกันอันตรายของร่างกาย การควบคุมสมดุลของร่างกาย
- 2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เพื่อตอบสนองความต้องการทางความมั่นคงทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความสมดุลทางจิตใจของบุคคล
- 3) การปรับตัวด้านบทบาทและหน้าที่ เป็นการตอบสนองด้านสังคมของบุคคลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นการตอบสนองด้านสังคมของบุคคลต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ความรัก และการได้รับความรัก ความห่วงใยจากผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสุขใจ

3. ผลลัพธ์ สิ่งที่แสดงออกมาจากการปรับตัว เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของระบบซึ่งถือเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ถ้าบุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสมแสดงว่าบุคคลนั้นมี พฤติกรรม

ที่สามารถตอบสนองความต้องการตามเป้าหมายของการปรับตัว แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ จัดว่าเป็นพฤติกรรมปรับตัวไม่เหมาะสมจะเข้าสู่กระบวนการย้อนกลับ

4. ผลสะท้อนกลับ ผลลัพธ์ของการปรับตัวที่เกิดขึ้นจะทำหน้าที่เป็นตัวป้อนกลับเป็นสิ่งที่เรานำเข้าสู่ระบบการปรับตัวอีก เพื่อนำไปสู่การปรับตัวเพื่อให้บุคคลมีความสมดุล

กระบวนการปรับตัวกับหมอพื้นบ้าน

กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดระดับความเข้มแข็งของชุมชนจากประสบการณ์ของนักพัฒนาทั้งในประเทศและนานาชาติทั่วโลก พบว่า ในชุมชนที่เข้มแข็งและจัดการแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนได้นั้นจะมีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกในชุมชนอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง (พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, 2546) ทั้งนี้เพราะการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เป็นการเข้าไปกระตุ้น พื้นฟู และยกระดับองค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นชุมชนเข้มแข็ง (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2545)

ภูมิปัญญาชุมชนจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งจะต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้ต่าง ๆ เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของคน กลุ่มคน และชุมชน โดยการบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้เกิดการต่อรองกับชุมชนภายนอก ดังนั้น ภูมิปัญญาจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้คนและชุมชนเข้าใจสิ่งที่กำลังเผชิญเพื่อให้นารูปแบบไปเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นของตนให้เป็นสังคมแห่งภูมิปัญญาที่สมาชิกในสังคมมีความสุขต่อไป (ประเวศ วะสี, 2537)

ภูมิปัญญาที่เป็นมรดกที่มีคุณค่าของชุมชนไทย คือ หมอยาพื้นบ้าน เป็นการดูแลสุขภาพในชุมชนแบบพื้นบ้านดั้งเดิมที่มีคู่มากับประเทศไทยก่อนสมัยกรุงสุโขทัย ซึ่งมีความหลากหลายและเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปแต่ละสังคม วัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ และรูปแบบการรักษาไม่ว่าการใช้ยาสมุนไพร การนวด การผดุงครรภ์ ตลอดจนการรักษาทางจิตใจ โดยใช้พิธีกรรมหรือคาถาต่าง ๆ สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางด้านการรักษาสุขภาพ และความเจ็บป่วยของประชาชนได้เป็นอย่างดี (อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล, 2548)

โดยทั่วไปองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน เกิดจากการสั่งสมประสบการณ์ การปฏิบัติติดต่อกันมาและสืบทอดกันมานาน มีพื้นฐานความเชื่อและระบบวัฒนธรรมเช่นเดียวกับชุมชนที่หมอพื้นบ้านอาศัยอยู่รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย (สมสุข มัจฉาชีพ และสุนันทา โอศิริ, 2552) หมอพื้นบ้านมีการปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม อีกทั้งเลือกรักษาให้เหมาะสมกับสาเหตุของโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ประกอบกับมักมีการผสมผสานแนวคิดเชื่อมโยงกันระหว่างธรรมชาติและเหนือธรรมชาติในการกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของผู้คนในชุมชนโดยใช้ ทรัพยากร เทคโนโลยี ความเชื่อและพิธีกรรมภายในชุมชนเป็นหลักในการรักษา เช่น การใช้ยา

สมุนไพรผสมผสานกับวิธีการเป่ามรด์คาถา เป็นการผสมความสามารถเพื่อพึ่งตนเองและเป็นที่พักของคนที่อยู่ในชุมชนใกล้เคียง มิได้เป็นอาชีพหลักในการประกอบอาชีพ สมุนไพรที่ใช้จะปลูกไว้เองและซื้อจากร้านขายยาสมุนไพร (สุพัฒน์ ศรีสวัสดิ์ และคณะ, 2556) การรักษาแต่ละครั้งไม่มีการจดบันทึก ใช้การจำผู้ป่วยเป็นหลัก แต่บทบาทหมอยาพื้นบ้านกำลังจะลดลงตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของบริบทต่าง ๆ เช่น ตัวหมอพื้นบ้าน ตำรา พันธุ์พืชที่ใช้เป็นยา สมุนไพร วิธีการการรักษาโรค ตลอดจน สังคม วัฒนธรรมและประเพณี วิถีชีวิต อย่างไรก็ตามการรวบรวม อนุรักษ์ พันธุ์หมอยาพื้นบ้านนั้นมีความสำคัญและเป็นสิ่งล้ำค่าที่ควรให้อยู่คู่กับประเทศไทยเพื่อเป็นมรดกองค์ความรู้แก่ลูกหลาน (พิจณา เพ็ญกิตติ, 2551)

4.5 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่

ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Structural – Functional Theory) นี้ เป็นแนวคิดที่ถือว่าสังคมเหมือนกับสิ่งมีชีวิตอย่างหนึ่ง (Biological Organism) ซึ่งเป็นตัวแบบ (Model) ใช้อุปมา (Analogy) เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สังคม (Social analysis) หรือวิเคราะห์ระบบ (system analysis) โดยมีฐานคติ (Assumptions) เกี่ยวกับสังคม คือ เป็นระบบ ๆ หนึ่งที่ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ที่สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีระบบขอบเขตแน่นอนพร้อมทั้งมีกระบวนการบูรณาการ (Integration) และรักษาอาณาเขตนั้นไว้เสมอ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2549)

ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นั้นมองสังคมส่วนรวมเป็นระบบหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยส่วนหรือระบบต่าง ๆ ที่ยึดเหนี่ยวและมีความสัมพันธ์กันการเปลี่ยนแปลงอาจเกิดหรือเริ่มต้นได้ในทุกส่วนและส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นซึ่งต้องถูกกระทบกระเทือนไปด้วย นักวิชาการโครงสร้างหน้าที่นิยมเห็นว่าสังคมจะต้องมีโครงสร้างทำหน้าที่ของสังคมทุกสังคม จะต้องมีการเบี่ยงเบนกฎเกณฑ์ให้สมาชิกปฏิบัติตามสังคม จะสร้างสถาบันเพื่อให้สถาบันทำหน้าที่สำคัญ ๆ ในการช่วยเหลือปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิกในสังคม อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับกันว่าไม่มีสังคมใดที่สถาบันต่าง ๆ ในสังคมจะทำหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์เสมอไป เมื่อเป็นเช่นนี้จึงทำให้เกิดความตึงเครียด (Tension) ขึ้นและสังคมจะต้องปรับตัวให้เข้าสภาวะแวดล้อมตามธรรมชาติหรือที่มนุษย์สร้างขึ้น (ยศ ชุมจิต, 2528) ลักษณะที่สำคัญของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นั้น ชนิตา รัชพลเมือง (2525) ได้ศึกษาในระบบโรงเรียนเปรียบเทียบกับการศึกษาในโลกตะวันตก โดยได้สรุปเอาไว้ว่าระบบสังคมซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อยต่าง ๆ จะต้องประกอบด้วย 1) หน้าที่ของสังคม (Social Functions) 2) ดุลยภาพของสังคมหรือระบบ (System Equilibrium and Homeostasis) หรือระเบียบสังคม (Social Order) และ 3) การพึ่งพาอาศัยของระบบย่อย (Social Interdependence)

ส่วนระบบสังคมมีหน้าที่เพื่อให้สังคมนั้นดำรงอยู่ซึ่งระบบสังคมที่จะสามารถจะรักษาระบบไว้นั้นจะต้องทำหน้าที่ที่สำคัญ 4 ประการ (สนธยา พลศรี, 2547) คือ

1) ระบบสังคมจะต้องมีวัตถุประสงค์และดำเนินไปเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ (Goal Attainment) เพื่อความอยู่รอดแห่งสังคม สมาชิกในสังคมจะได้อยู่อย่างสงบสุข ทำอย่างไรที่จะถ่ายทอดวัตถุประสงค์นี้ของสังคมไปสู่สมาชิกในสังคมได้ การดำเนินการไปสู่เป้าหมายและมีการควบคุมอย่างไรที่จะทำให้สมาชิกได้ปฏิบัติไปสู่วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของสังคม

2) ระบบสังคมจะต้องมีการปรับตัว (Adaptation) การปรับตัวมีความจำเป็นและสำคัญมากต่อการมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน การที่สมาชิกในสังคมมีความสัมพันธ์และกระทำระหว่างกันนั้นจำเป็นต้องคิดหาเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ของสังคมและเสริมสร้างพลังต่าง ๆ ภายในระบบให้ดีขึ้น

3) ระบบสังคมจะต้องมีการบูรณาการรวมหน่วย (Integration) หรือการประสมประสานส่วนต่าง ๆ ภายในระบบให้ดีขึ้น

4) ระบบสังคมจะต้องมีการจัดการกับระบบความตึงเครียด (Tension Management or Latency) ภายในระบบสังคมย่อมจะมีความขัดแย้งหรือความตึงเครียดอยู่เป็นธรรมดา จากบุคคลกลุ่มคนสถาบันหรือชุมชนระบบสังคม (Social System) จะต้องทำหน้าที่แก้ไขหรือจัดการกับสิ่งเหล่านั้นเพื่อให้เกิดสภาวะสมดุล (Equilibrium) หรือสภาวะราบรื่น (Steady State) ในสังคม

อย่างไรก็ตามดุลยภาพที่เกิดขึ้นในสังคมนั้นมีลักษณะเป็นดุลยภาพเคลื่อนที่ (Moving Equilibrium) ทั้งนี้เพราะความเป็นจริงสังคมไม่ได้อยู่นิ่งหรือคงอยู่กับที่ ความเจริญหรือความเสื่อมของสังคมจะขึ้นอยู่กับหน้าที่หรือโครงสร้างนี้เอง ถ้าโครงสร้างเพิ่มส่วนประกอบมากขึ้นส่วนประกอบเหล่านั้นปฏิบัติหน้าที่ที่แตกต่างหรือเฉพาะเรื่องเฉพาะด้าน ไม่เหมือนกับส่วนที่แยกออกมาเรียกว่าสังคม มีความเจริญเติบโต ถ้าส่วนต่าง ๆ ของโครงสร้างหดหายไปโดยไม่ปฏิบัติหน้าที่อันจำเป็นแสดงว่าสังคมนั้นเสื่อมลง (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2549)

เพราะฉะนั้นการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างหน้าที่จึงมีความสำคัญ 2 ประการ คือ มีลักษณะที่บ่งชี้เจตนาเพื่อการดำรงอยู่ได้ของสังคมและมีความบูรณาการทางสังคม เมื่อระบบย่อยต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างประสานกลมกลืนก็จะรักษาองค์รวมคือสังคมไว้ได้ สังคมจะกระทบกระเทือนก็ต่อเมื่อระบบย่อยที่เป็นองค์ประกอบเปลี่ยนแปลง ซึ่งจุดเน้นที่สำคัญในการนำเอาทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่มาใช้ในการวิเคราะห์ก็เพื่อชี้ให้เห็นว่า เมื่อระบบใดระบบหนึ่งในสังคมหากเปลี่ยนแปลงไประบบอื่น ๆ ในสังคมนั้น ๆ ก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเป็นลักษณะของการปรับตัวเพื่อให้เกิดบูรณาการของระบบในสังคมนั้นเอง

ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ตามแนวคิดของ Bronislaw Malinowski

Bronislaw Malinowski เป็นนักมานุษยวิทยาชาวโปแลนด์ ที่เสนอว่าองค์ประกอบของวัฒนธรรมต่างได้ทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการจำเป็นของมนุษย์และวัฒนธรรม เช่น อาหาร

ที่อยู่อาศัย และการมีลูกหลานสืบพันธุ์ จึงต้องมีการรวมตัวกันเป็นชุมชนหรือกลุ่มสังคม หรือแม้แต่ การสร้างสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมขึ้นใช้เพื่อทำหน้าที่ควบคุมให้บุคคลต้องปฏิบัติหรือกระทำตามแบบ ที่กำหนด เพื่อให้ตอบสนองความต้องการจำเป็นได้อย่างเป็นระเบียบและมีประสิทธิภาพ โดยความ ต้องการจำเป็นได้แบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ 1) ความต้องการจำเป็นทางชีวภาพ 2) ความต้องการ จำเป็นทางจิตวิทยา และ 3) ความต้องการจำเป็นแบบอนุกรม (สุนทร พรรณรัตน์, 2558)

ดังนั้นแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ของ Bronislaw Malinowski คือ การเน้นที่ วัฒนธรรมในการทำหน้าที่สนองความต้องการต่อความจำเป็นของปัจเจกบุคคล โดยวัฒนธรรมได้ เติบโตมาจากความต้องการต่อความจำเป็น 3 ด้านของมนุษย์ คือ ความต้องการด้านความจำเป็น พื้นฐาน ความต้องการด้านสังคม และความต้องการทางด้านจิตใจ

นอกจากนี้ งามพิศ สัตย์สงวน (2545) ยังได้เสนอแนวคิดที่ว่า วัฒนธรรมทุกด้านมีหน้าที่ ต้องทำคือการตอบสนองความต้องการของมนุษย์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 3 อย่าง ส่วนต่าง ๆ ของ วัฒนธรรมมีหน้าที่เพื่อสนองความต้องการของปัจเจกชนในสังคมนั้น แนวความคิดดังกล่าวจึงเป็นหลัก สำคัญในการนำมาใช้วิเคราะห์พฤติกรรมของคนในสังคมทั้งหมดของแต่ละวัฒนธรรม

โครงสร้างหน้าที่นิยมตามแนวคิด Durkheim

Durkheim เป็นนักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส และได้วางฐานคิดสำคัญเกี่ยวกับสังคม ไว้ดังนี้ (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2549)

- 1) สังคมมนุษย์เป็นองค์ภาวะโดยตัวของมันเอง เสมือนสิ่งมีชีวิตในตัวของมันเอง ที่แตกต่างไปจากส่วนผสมที่มารวมกัน โดยถือว่าสังคมเป็นองค์ภาวะทางสังคม (Social Whole)
- 2) ส่วนประกอบของระบบ (สังคม) ปฏิบัติหน้าที่สนองความต้องการจะเป็นทั้ง มวลที่ระบบพึงมีในฐานะที่เป็นระบบอินทรีย์ระบบหนึ่ง
- 3) ถ้าระบบ (สังคม) สามารถสนองความต้องการจำเป็น (Functional Needs) ของระบบได้แล้ว สังคมหรือระบบก็จะอยู่ในภาวะปกติ
- 4) ความสมดุลของระบบด้วยจุดสมดุล (Equilibrium Points) คือ จุดที่สังคมมี ความเป็นปกติ

จากแนวคิดของ Durkheim นั้นได้แสดงถึงเรื่องการแบ่งหน้าที่งานในสังคม ซึ่งเป็นการ วางรากฐานให้กับแนวคิดหรือทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมอื่น ๆ ต่อมา

โครงสร้างหน้าที่นิยมตามแนวคิดของ Parsons

- 1) แนวความคิดโครงสร้างหน้าที่นิยมของ Parsons

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2549) กล่าวถึงส่วนที่เป็นความคิดโครงสร้างที่นิยมสมัยใหม่ ที่เป็นกลวิธีการสร้างทฤษฎีสังคมวิทยาของ Parsons ว่า Parsons ได้ยึดกรอบความคิดที่เรียกว่า Analytical Realism เป็นแนวในการสร้างทฤษฎีสังคมวิทยา โดยได้ใช้กรอบนี้ในการสร้างทฤษฎี

โครงสร้างของการกระทำทางสังคม (The Structure of Social Action) และเน้นว่าทฤษฎีต่าง ๆ ในสังคมวิทยานั้นจะต้องพยายามใช้สิ่งกัปที่จำกัดจำนวนหนึ่งที่เป็นตัวแทนด้านต่าง ๆ ของสภาพวัตถุวิสัยของสังคม สิ่งกัปเหล่านี้จะต้องไม่สอดคล้องกับปรากฏการณ์แต่ละอย่าง แต่จะต้องสอดคล้องกับแก่นของปรากฏการณ์เหล่านั้น สามารถแยกปรากฏการณ์เหล่านั้นออกจากกันได้ และเมื่อนำมารวมกันจะเป็นตัวแทนของความเป็นจริงทางสังคม

ลักษณะเด่นของกรอบความคิดของ Parsons อยู่ที่วิธีการใช้สิ่งกัปนามธรรมเหล่านี้ในการวิเคราะห์ทางสังคมวิทยาซึ่งเป็นโลกแห่งความเป็นจริง สิ่งที่คาดหวัง คือ กลุ่มสิ่งกัปที่จัดเป็นระบบสำหรับวิเคราะห์ ซึ่งแสดงลักษณะสำคัญและเป็นระบบของจักรวาล โดยไม่ต้องมีข้อมูลประจักษ์มากมาย ทฤษฎีจะทำหน้าที่เบื้องต้นในการจัดชั้น แบ่งประเภทปรากฏการณ์ทางสังคมที่สะท้อนลักษณะสำคัญของการจัดระเบียบปรากฏการณ์เหล่านี้ ยิ่งกว่านั้น Parsons ยังเน้นด้วยว่าประพจน์เกี่ยวกับการมีอยู่หรือสภาพการณ์ข้อความสัมพันธ์และข้อความเชิงเหตุ (Associational and Causal Statements) อาจไม่เป็นตัวแทนความจริงของโลกทางสังคม จนกว่าจะได้รับการจัดชั้นในเชิงสิ่งกัปของจักรวาลให้ได้เสียก่อน

2) แนวความคิดเรื่ององค์การสังคม ของ Parsons

Parsons เชื่อว่าทฤษฎีการกระทำอาสานิยม (Voluntaristic Theory of Action) เป็นศูนย์รวมของสิ่งกัปและฐานคติจากอรรถประโยชน์นิยม ปฏิฐานนิยมและจิตนิยม (Utilitarianism, Positivism and Idealism) ซึ่งนำมาสร้างทฤษฎีองค์การสังคมเชิงหน้าที่ขึ้น (Functional Theory of Social Organization) โดยในขั้นแรกอาศัยคติอาสานิยมมามองการตัดสินใจของผู้กระทำทางสังคม (Normative Constraints) และสถานการณ์ (Situational Constraints Action) ดังนั้น การกระทำโดยเสรีหรือเชิงอาสา (Voluntaristic) จึงประกอบด้วยธาตุมูล ดังนี้

- ผู้กระทำ หมายถึง ปัจเจกชน
- เป้าหมาย ที่ผู้กระทำมุ่งประสงค์
- วิธีต่าง ๆ ที่ผู้กระทำจะเลือกใช้เพื่อบรรลุเป้าหมาย
- สถานการณ์ อันเป็นฉากซึ่งผู้กระทำจะต้องนำเข้ามาพิจารณา ในการที่จะเลือกวิธีหนึ่งวิธีใดในการบรรลุเป้าหมาย

- ตัวกำหนดเชิงบรรทัดฐาน อันได้แก่ ค่านิยมบรรทัดฐานทางสังคมและความคิดต่าง ๆ ซึ่งผู้กระทำจะต้องนำมาพิจารณาประกอบในการเลือกวิธีการบรรลุเป้าหมาย

- การตัดสินใจโดยเสรี ภายใต้เงื่อนไขข้อบังคับหรือบรรทัดฐานและสถานการณ์

3) ความคิดเรื่องระบบการกระทำยุคต้น

ระบบการกระทำ (System of Action) เกิดในบริบททางสังคม ซึ่งเป็นบริบทที่ผู้กระทำมีสถานภาพและแสดงพฤติกรรมตามที่สถานภาพกำหนดไว้ สถานภาพและบทบาทต่าง ๆ ใน

สังคมประสานสัมพันธ์กันในรูปของระบบต่าง ๆ หน่วยการกระทำจึงมีฐานะเป็นระบบการกระทำระหว่างกัน (System of Interaction) ซึ่งการกระทำในที่นี้ คือ แสดงบทบาทของผู้กระทำประกอบไปด้วยผู้กระทำจำนวนมาก ซึ่งก็มีสถานภาพและแสดงบทบาทที่รวมกันเข้าเรียกว่า ระบบสังคม

Parsons สร้างระบบต่าง ๆ ขึ้น ระบบแรก คือ ระบบบุคคล คือ ระบบการกระทำระหว่างกัน หรือการกระทำระหว่างมนุษย์หลายคนที่มีลักษณะเป็นระบบ ระบบวัฒนธรรมซึ่งได้แก่เกณฑ์การปฏิบัติของสังคม ต่อมาเป็นระบบอินทรีย์ ได้แก่ พันธุ์และกระบวนการกระทำชีวภาพต่าง ๆ ในขั้นแรกระบบต่าง ๆ ตามความคิดของ Parsons ก็มีเพียงสามระบบเท่านั้น ต่อมา Parsons ได้สร้างระบบที่สี่ขึ้น เรียกว่า ระบบสังคม ซึ่งเป็นระบบที่เขาในฐานะนักสังคมวิทยาจะต้องวิเคราะห์ระบบหลังนี้ แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างระบบสังคม ระบบบุคคลและระบบวัฒนธรรม และได้พัฒนาความคิดของตนเอง โดยนำรายละเอียดในหนังสือชื่อ The Social System ที่เขียนขึ้นมาพิจารณารายละเอียด

จากแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมที่กล่าวมานี้ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวิจัยได้ เช่น การนำไปวิเคราะห์ความต้องการด้านความจำเป็นพื้นฐาน (สุนทร พรรณรัตน์, 2558) ในการดำเนินชีวิตของชาติพันธุ์ไทดำเพื่อให้มีชีวิตอยู่ โดยสามารถวิเคราะห์ในความต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยาและวิธีการรักษาโรค ประเพณีและพิธีกรรม เป็นต้น

4.6 ทฤษฎีนิเวศวัฒนธรรม

ทฤษฎีนิเวศวัฒนธรรม กรอบแนวคิดทฤษฎีนี้มองวัฒนธรรมเป็นการปรับตัวต่อปัญหาเบื้องต้น ที่เกี่ยวกับการดำรงชีพอยู่และการผลิต พัฒนามาจากทฤษฎีของไวท์และสจ๊วต รวมทั้งการเชื่อมโยงบางอย่างจากทฤษฎีวิวัฒนาการ พัฒนาการของวัฒนธรรมจะมีการเปลี่ยนแปลงในพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากร การเพิ่มผลผลิตและความชำนาญเฉพาะอย่างทางเศรษฐกิจมากขึ้น วัฒนธรรมด้านอื่น ๆ สำคัญรองลงมารากฐานทางวัตถุนิยม ทฤษฎีของไวท์มีลักษณะเป็นสากล คือ ประยุกต์ได้กับวัฒนธรรมอื่น ๆ โดยทั่วไปทฤษฎีวิวัฒนาการหลายสาย (Multilinear Evolutionary Theory) สจ๊วตมองวัฒนธรรมว่าเป็นระบบพื้นฐานที่ตอบสนองการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ วิวัฒนาการทางวัฒนธรรมอาจเคลื่อนตัวไปได้ในหลายทิศทางต่าง ๆ กัน กล่าวคือ สังคมต่าง ๆ ที่มีสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติเหมือนกันและมีเทคโนโลยีในระดับเดียวกัน อธิบายความคล้ายคลึงกันบางอย่างตามขั้นตอนวิวัฒนาการของสังคมที่อยู่ห่างไกลกันทางภูมิศาสตร์ อธิบายขั้นตอนพัฒนาการทางวัฒนธรรมได้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติระดับเทคโนโลยี และแบบแผนการทำงานในสังคมนอกจากนี้ นักมานุษยวิทยาบางคนเห็นด้วยกับการตอบคำถามที่ว่าสังคมมนุษย์พัฒนาการแบบแผนพฤติกรรมที่

เฉพาะอย่างไร นั่นคือการมองวัฒนธรรมว่าเป็นระบบหนึ่งของพฤติกรรมที่ถ่ายทอดทางสังคม มีหน้าที่เชื่อมโยงคนในชุมชนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

นักวิทยาศาสตร์อย่าง จูเลียน สตีวอร์ด (Julian Steward) ซึ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมกับสิ่งแวดล้อม แนวคิดก็คือลักษณะทางวัฒนธรรมหลาย ๆ อย่าง มีลักษณะเป็นการปรับวิถีชีวิตของคนให้เข้ากับลักษณะทางธรรมชาติแวดล้อมของแต่ละแห่ง เช่น คนที่อยู่ในเขตร้อนมักจะสร้างที่อยู่อาศัยให้โล่ง ๆ เพื่อให้เกิดการถ่ายเทอากาศ ได้แก่ ยกใต้ถุนบ้านสูง ให้มีที่ว่างใต้หลังคา มาก ๆ ในสภาพอากาศหนาวเย็น คนจะต้องสร้างที่อยู่อาศัยให้มิดชิด เป็นต้น ดังนั้น ทฤษฎีนิเวศวัฒนธรรมจะช่วยให้เราเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างประชากรมนุษย์ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และทางกายภาพของชุมชน หรือของสังคมนั้น ๆ ได้อย่างจริงจัง (บุญสม ยอดมาลี, 2537)

จากทฤษฎีนิเวศวัฒนธรรม ทำให้นำมาเป็นข้อมูลในการสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ เนื่องจากการดูแลสุขภาพในแต่ละวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ย่อมมีความแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการที่จะใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพนั้นต้องนึกถึงวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ที่ทำให้การดูแลสุขภาพนั้นครอบคลุมทุกด้านหรือมีลักษณะแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.7 ทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม

การแพร่กระจายทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้วิถีชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การที่มนุษย์ใช้ชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวและสังคม มีการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนค้าขายทำให้เกิดการซึมซับรับเอาวัฒนธรรมที่ตนไปสัมผัสก่อให้เกิดการแพร่กระจายแล้วเกิดการถ่ายทอดจากสังคมหนึ่งไปยังอีกสังคมหนึ่ง ดังที่นักวิชาการได้อธิบายถึงการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม ดังนี้

G. Elliot Smith, Willam Jpry และ W.H.R. Rivers (อ้างใน ยศ สันตสมบัติ, 2548) ได้แสดงให้เห็นถึงรูปแบบของการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมโดยยกตัวอย่างว่า อียิปต์ ถือเป็นจุดกำเนิดอารยธรรมขั้นสูงสุดที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังชนชาติต่าง ๆ ในโลกด้วยการติดต่อค้าขายกัน ทำให้ความรู้ ศิลปะวิทยาการต่าง ๆ ของอียิปต์ได้เกิดการแพร่กระจายไปยังภูมิภาคต่าง ๆ

Fritz Craed และ Wilhelm Schmidt ได้แสดงความเห็นว่า จุดศูนย์กลางของวัฒนธรรมนั้นมีได้มีเพียงจุดเดียวแต่มีหลายจุด โดยแต่ละจุดจะแพร่กระจายวัฒนธรรมของตนออกไปรอบ ๆ เป็นวงกลม เรียกว่า “วงรอบทางวัฒนธรรม (Culture Circle)” โดยทั้งสองมีความเห็นว่ามนุษย์ส่วนใหญ่ในสังคมต่าง ๆ มักไม่ค่อยมีความคิดสร้างสรรค์ ไม่รู้จักคิดค้นสิ่งใหม่ของตนเอง แต่คอยลอกเลียนแบบผู้อื่นเสมอ ซึ่งเรียกว่า “การหยิบยืมทางวัฒนธรรม” ซึ่งถือว่าเป็นการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมอีกรูปแบบหนึ่ง

Clark Wissler และ Alfred Kroeber (อ้างถึงใน นิตยสาร วารณศิริ, 2540) ได้แสดงความคิดเห็นว่า วัฒนธรรมจะแพร่กระจายจากศูนย์กลางหรือจุดกำเนิดไปยังเขตภูมิศาสตร์เดียวกันและยุคสมัยที่ใกล้เคียงกันเท่าที่เกิดการยอมรับในสังคมนั้น การแพร่กระจายทางวัฒนธรรมสามารถไปได้ทุกพื้นที่ที่ไม่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์และมนุษย์สามารถเดินทางไปถึง โดยที่มนุษย์สามารถสร้างวัฒนธรรมได้ทุกที่เพื่อสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของตน ดังนั้นวัฒนธรรมจะแพร่กระจายไปในทุกพื้นที่ที่ไม่มีอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ขวางกั้น และไม่จำเป็นต้องแพร่กระจายในรูปแบบวงกลม การศึกษาการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมนั้น สามารถใช้หลักวิธีการได้ดังนี้

- 1) หลักภูมิศาสตร์แกะรอยพื้นที่ดูสถานที่อาณาเขตรอยต่อทางวัฒนธรรมซึ่งจะเกิดวัฒนธรรมแบบผสมผสาน
- 2) ใช้ประวัติศาสตร์สืบค้นช่วยให้รู้ความเป็นมาและสนับสนุนการตีความ
- 3) การขุดค้นทางโบราณคดีเพื่อให้สิ่งที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนสามารถบอกถึงพฤติกรรมของคนหรือผู้สร้างและเรื่องราวในยุคนั้นได้ดี
- 4) ดูวิวัฒนาการของวัฒนธรรมว่ามีขั้นตอนและการเติบโตเป็นมาอย่างไร

จากวิธีการหลักทั้ง 4 นี้ สามารถนำมาศึกษาถึงการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมจะทำให้ทราบถึงความเป็นมาของวัฒนธรรมว่าเป็นวัฒนธรรมเดียวกันหรือไม่และวัฒนธรรมใดจะเป็นแม่บทของอีวัฒนธรรมหนึ่งเพื่อใช้ค้นหาวัฒนธรรมต้นกำเนิด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

5.1 งานวิจัยในประเทศ

จิราพร เจริญสุข (2516) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพิธีศพของลาวโซ่งในตำบลบ้านดอน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยเน้นถึงความเชื่อของลาวโซ่ง โดยพบว่าผู้ตายต้องไปเฝ้าถน ซึ่งแตกต่างจากความเชื่อของคนไทยของภาคกลางที่เชื่อว่าผู้ตายไปแล้วจะไปอยู่นรกหรือสวรรค์แล้วแต่ที่กระทำไว้ขณะยังมีชีวิตอยู่ ในส่วนของเด็กรุ่นใหม่จะมีความเชื่อในเรื่องเหล่านี้น้อยลง สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะเด็ก ๆ ได้รับการศึกษาแบบใหม่ ได้รับรู้เรื่องราวของความเจริญและความเปลี่ยนแปลงของโลกมากขึ้น

เรไร สืบสุข และคณะ (2523) ได้ศึกษาวรรณกรรมพื้นบ้านไทยทรงดำที่เป็นมุขปาฐะในอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี โดยพบว่าวรรณกรรมพื้นบ้านไทยทรงดำได้สะท้อนให้เห็นถึงประวัติการสร้างโลกของถน ประวัติความเป็นมาของชาวไทยทรงดำ การดำรงชีวิต ความเชื่อในเรื่องต่าง ๆ เช่น ความเชื่อทางไสยศาสตร์ ผี วิญญาณ โชคกลาง และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา ค่านิยม ประเพณี และพิธีกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการจัดระเบียบทางสังคมของชาวลาวโซ่ง

สมพร เกษมสุขจรัสแสง (2526) ได้ศึกษาถึงการผสมผสานทางวัฒนธรรมของลาวโซ่งในเขตอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี โดยพบว่าลาวโซ่งเป็นคนไทยสาขาหนึ่งที่มีเชื้อสายและมีการดำเนินชีวิตเหมือนกับคนไทยทั่วไป มีการติดต่อสัมพันธ์ที่ติดต่อกัน มีการรับบริการจากหน่วยงานของรัฐเท่าเทียมกัน การผสมผสานจะเด่นชัดในลาวโซ่งรุ่นใหม่มากกว่าคนรุ่นเก่าลาวโซ่งที่มีระดับการศึกษาสูง มีการผสมผสานมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา ในกลุ่มลาวโซ่งที่มีการศึกษาน้อยที่เดินทางเข้าเมืองหรือกรุงเทพฯ บ่อย ๆ จะมีการผสมผสานมากกว่าผู้ที่เดินทางน้อยหรือไม่ได้เดินทาง และองค์ประกอบหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการผสมผสานวัฒนธรรมของลาวโซ่งกับวัฒนธรรมไทย คือ 1) สังคมลาวโซ่ง ได้แก่ หลักความเชื่อค่านิยม และความสำนึกในความเป็นชาติ 2) สังคมไทย ได้แก่ นิสัยโอบอ้อมอารี ค่านิยม และหลักความเชื่อทางพุทธศาสนา 3) เกิดขึ้นภายหลังที่มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบของโรงเรียน และ 4) เกิดจากการจัดระบบของสังคม ได้แก่ การปรับตัวเพื่อการอยู่รอด การอยู่ในข้อบังคับของกฎหมายเดียวกัน และระยะเวลาของความสัมพันธ์

ฉลาด ชายรมิตานนท์ (2527) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลัทธิพิธีทรงเจ้าเข้าผี โดยศึกษาจากประเพณีการทรงผีเจ้านายในเขตอำเภอเมือง อำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประเพณีการทรงผีเจ้านายซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพิธีการเข้าทรง โดยผีเจ้านายจะมีบทบาทและหน้าที่ช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นที่พึ่งทางใจให้กับสังคม ขณะเดียวกันก็มีความเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจ การเมืองด้วย และในส่วนของผู้รับบริการที่มาหาช่างทรงมักมีปัญหาต่าง ๆ กัน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การลงทุน หนี้สิน การติดต่อธุรกิจ ครอบครัว อาชีพ การเจ็บป่วยไม่สบาย การดูดวง การเรียนการสอน เป็นต้น

อุไรวรรณ พันธุประพันธ์ และคณะ (2529) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ไปรับบริการจากคนทรง โดยต้องการทราบว่าผู้ที่ไปรับบริการจากร่างทรงนั้นมีปัญหาอะไรบ้าง ซึ่งจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของร่างทรงในการตอบสนองต่อปัญหาด้านต่าง ๆ ของผู้ที่ไปรับบริการ ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ไปรับบริการจากร่างทรงนั้นมาจากปัญหาทางครอบครัว จำนวนร้อยละ 44.89 รองลงมาคือปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนร้อยละ 34.09 และปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยจำนวน ร้อยละ 26.14 ทั้งนี้พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ที่ไปหาร่างทรงเป็นเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 40-50 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-4 นับถือศาสนาพุทธ และแต่งงานมีครอบครัวแล้ว

นุกูล ชมพูนุช (2530) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประเพณีชาวไทยโซ่งในหมู่บ้านเกาะแรด โดยพบว่าความเชื่อและประเพณีต่าง ๆ ของชาวไทยโซ่งที่สำคัญ ๆ จะมีลักษณะเด่นเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างไปจากคนไทยและลาวกลุ่มอื่น ๆ ในแถบนั้น ซึ่งประเพณีเหล่านั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อในเรื่องผีผีแถนและขวัญ ก่อให้เกิดประเพณีต่าง ๆ เช่น ประเพณีการเสนเรือ การเสนตัว การ

แต่งงานพิธีศพ นอกจากนั้นยังพบว่ามีการละเล่นพื้นบ้านที่น่าสนใจและปรากฏอยู่ เช่น การลงช่วง การเล่นคอนฟ้อนแคน

พีระศักดิ์ วรรณิตร (2530, อ้างถึงใน ประพัฒน์พงษ์ แก้วโรตง และคณะ, 2550) ได้ศึกษาถึงโครงสร้างอำนาจชุมชนชาวไทยที่พูดภาษาเขมรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรณีศึกษาตำบลพรหมเทพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ โดยพบว่าชุมชนพรหมเทพเป็นชุมชนที่พูดภาษาเขมร มีขนบธรรมเนียมประเพณีที่คล้ายคลึงกับชาวไทยเขมรในประเทศกัมพูชา นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติผสมกับหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา มีวัดพรหมเทพเป็นศูนย์กลางในการประกอบพิธีกรรม มีการประกอบพิธีโงมมีวัดเพื่อการรักษาคนไข้ และการเซ่นผีตาจ๊ะสรีอกประจำปี โดยยึดถือเป็นประเพณีที่สืบทอดกันมา

วาสนา อรุณกิจ (2530) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพิธีกรรมและโครงสร้างทางสังคมของลาวโซ่งในหมู่บ้านบ้านสระ ตำบลสระพัฒนา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยพบว่าพิธีกรรมในสังคมลาวโซ่งแบ่งได้ 2 ประเภท คือ พิธีกรรมตามแนวพุทธศาสนาและพิธีกรรมตามแนวความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการนับถือผี มีการบูชาบรรพบุรุษและมีบางอย่างที่คล้ายกับวัฒนธรรมจีน มีการปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อดั้งเดิมอย่างเคร่งครัดจนกลายเป็นประเพณี ถือได้ว่าเป็นพิธีกรรมที่มีโครงสร้างคล้ายกันย่อมนำไปสู่การปฏิบัติ

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ และนิภาวรรณ วิรัชนิภาวรรณ (2533) ได้ศึกษาการเข้าทรงและร่างทรง : ความเชื่อ พิธีกรรมและบทบาทที่มีต่อสังคม โดยพบว่าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้ที่มารับบริการจากร่างทรงนั้นมีสาเหตุหลายประการ เช่น ต้องการรักษาโรคที่รักษาไม่หายหรือหายยากจากการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้มารับบริการส่วนใหญ่มาหาร่างทรงเพราะมีความทุกข์ ไม่ว่าจะเป็นทุกข์ทางกาย ทุกข์ทางใจ และไม่อาจหาที่พึ่งได้ จึงมาหาเพื่อพูดคุยด้วยทำให้เกิดกำลังใจหรือมาขอคำแนะนำปรึกษา นอกจากนี้ยังพบอีกว่าร่างทรงเป็นระบบความเชื่อในสังคมที่มีหน้าที่ของตนเองและมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบเศรษฐกิจ สังคมอีกด้วย

ประทีป แชรรัมย์ (2535) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพิธีกรรมมีวัดของกลุ่มชาติพันธุ์ชาวไทยเขมร กรณีศึกษาบ้านตะโกราย อำเภอบ้านบัว จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพบว่าพิธีกรรมมีวัดเป็นพิธีที่จัดขึ้นเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยของชาวไทยเขมร โดยมีคนทรงเรียกว่า “มมวีต” เป็นผู้ทำหน้าที่ติดต่อหรือเป็นสื่อกลางระหว่างมนุษย์กับวิญญาณผีบรรพบุรุษ การประกอบพิธีกรรมนอกจากเป็นการรักษาคนป่วยให้มีสภาพจิตใจดีขึ้นแล้ว ยังส่งผลโดยตรงต่อการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยในระดับครอบครัวที่มีพื้นฐานของความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากการกระทำของผีบรรพบุรุษ จึงจัดพิธีกรรมอัญเชิญวิญญาณของผีบรรพบุรุษเข้ามาเพื่อทำการรักษาอาการเจ็บป่วยเหล่านั้น

อานันท์ กาญจนพันธ์ (2536, อ้างถึงใน จิราพร อนันตศิริ และคณะ, 2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลัทธิพิธีความเชื่อเกี่ยวกับผีบรรพบุรุษ เช่น ผีมด ผีเม็ง ผีปู่ย่า และผีอารักษ์หลักเมือง โดยเป็น

การศึกษาในบริบททางสังคมวัฒนธรรมของทางภาคเหนือจากตำนานและคำบอกเล่าเกี่ยวกับผีมืด ผีเม็ง ที่เป็นผีบรรพบุรุษของคนไทยเชื้อสายมอญ ผลการศึกษาพบว่าพิธีกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับ ผีมืด ผีเม็ง ได้สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจของผี และเชื่อว่าพิธีกรรมเหล่านี้ว่าสามารถรักษา บรรเทา อาการเจ็บป่วย นำเอาโชคลาภ ความอุดมสมบูรณ์ มาสู่ปัจเจกบุคคลและชุมชนได้ อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นบทบาทของเพศหญิงในสังคมอีกด้วยเพราะส่วนใหญ่ร่างทรงเกือบทั้งหมดจะเป็นเพศหญิง

สมคิด ศรีสิงห์ (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรมของไทยໄຊງ່າ (ลาวໄຊງ່າ) ในจังหวัด พิษณุโลกและพิจิตร โดยพบว่าไทยໄຊງ່າ (ลาวໄຊງ່າ) มีถิ่นฐานเดิมอยู่แถบลุ่มแม่น้ำดำ แคว้นตั้งเกี่ย ประเทศเวียดนาม ซึ่งดั้งเดิมเป็นดินแดนของไทยสมัยต้นรัตนโกสินทร์ (รัชกาลที่ 1-3) เมื่อฝรั่งเศส รุกรานเข้ามาปกครองรัฐบาลไทยสมัยนั้น จึงอพยพครอบครัวไทยໄຊງ่່าหลายครั้งเข้ามาอยู่อาศัยแถบ ภาคกลางของไทยบริเวณจังหวัดเพชรบุรี ราชบุรี ระยะเวลาต่อมาคนไทยໄຊງ่່าได้ขยายถิ่นฐานออกไปใน ท้องที่ต่าง ๆ บางส่วนได้เข้ามาตั้งถิ่นฐานในจังหวัดพิษณุโลกและพิจิตร ส่วนประเพณีไทยໄຊງ่່ามี รากฐานมาจากความเชื่อทางธรรมชาติและวิญญาณ โดยนับถือ “ແຄນ” ซึ่งเป็นเทพสูงสุดซึ่งจะบันดาล ให้เกิดความเป็นไปต่าง ๆ และเคารพวิญญาณบรรพบุรุษซึ่งเป็นผู้คุ้มครองคนในตระกูลโดยมีการเซ่น ไหว้ทั้งແຄນและบรรพบุรุษเป็นประจำ ส่วนวิญญาณศักดิ์สิทธิ์อื่น ๆ แต่เดิมมีความเคารพแต่ในปัจจุบัน ได้ลดน้อยลงจนบางอย่างได้เลิกไป โดยมีการปฏิบัติทางวัฒนธรรม ได้แก่ 1) ความเชื่อเรื่องผี ขวัญ มี การเซ่นไหว้ผีฟ้า (ແຄນ) และผีบรรพบุรุษเป็นประจำทุกครอบครัว ส่วนความเชื่อในเรื่องอื่น ๆ มีการ ปฏิบัติน้อยลง 2) ประเพณีที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ ประเพณีครอบครัวมีการทำพิธีเส่นเรือนและเส่น ปาตตง ส่วนที่ปฏิบัติในบางครั้ง คือ การกินตองหรือการแต่งงานแบบໄຊງ่່า และป่าแหวหรือการทำศพ แบบໄຊງ่່า ประเพณี อาชีพ และประเพณีประจำเทศกาลส่วนใหญ่เลิกไป และ 3) หมู่บ้านที่ยังมีการ ปฏิบัติประเพณีแบบไทยໄຊງ่່ามากที่สุดในปัจจุบัน คือ บ้านหนองขานาง อำเภอบางระกำ จังหวัด พิษณุโลก บ้านหนองหัวปลวก อำเภอโพธิ์ประทับช้าง และบ้านสระบอระเพ็ด อำเภอสว่างงาม จังหวัด พิจิตร

เพชรภรณ์ โสลาภา (2537, อ้างถึงใน ประพัฒน์พงษ์ แก้วไธสง และคณะ, 2550) ได้ ศึกษาเรื่องพิธีกรรมแซนโดนตาที่บ้านกระหาด ตำบลกระหาดอำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า คติความเชื่อในผีบรรพบุรุษที่เรียกว่า “โดนตา” ของชาวบ้านยังคงมีอยู่ค่อนข้างสูง โดยเชื่อว่าผีบรรพ บุรุษ หรือ โดนตา เป็นผู้ให้อานาจให้คุณและโทษแก่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ได้ ถ้าใครไม่ปฏิบัติตามประเพณี พิธีกรรมแซนโดนตาก็จะถูกส่งคมลงโทษกล่าวหาว่าเป็นอกตัญญู ประสบแต่ความล้มเหลวในชีวิต ไม่มี ความสุขความเจริญ จึงต้องมีการเซ่นสรวงเพื่อให้ผีบรรพบุรุษพึงพอใจ ท่านจะได้ช่วยคุ้มครองและ อวยพรให้ลูกหลานประสบความสำเร็จมีความเจริญ และเชื่ออีกว่าพิธีแซนโดนตาสามารถลดบันดาล ให้ฝนตกต้องตามฤดูกาลได้และเกิดความอุดมสมบูรณ์

พิสมัย แสงจันทร์เทศ (2536) ได้การศึกษาพิธีกรรมที่เกี่ยวกับมเหศักดิ์ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยพบว่าพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับมเหศักดิ์ของชาวอำเภอพนมไพร มีอยู่ 15 ประเพณี เป็นประเพณีของชุมชน 5 ประเพณี คือ ประเพณีเลี้ยงมเหศักดิ์ ประเพณีบุญบังไฟ ประเพณีแข่งเรือ ประเพณีบุญคุ้ม และประเพณีสงกรานต์ ส่วนการประกอบพิธีกรรมระดับบุคคล มีอยู่ 10 พิธีกรรม คือ พิธีบอกกล่าว พิธีบ่า พิธีส่อง พิธีสะเดาะเคราะห์ พิธีรักษาความเจ็บป่วย พิธีก่อสร้างอาคารบ้านเรือน พิธีตั้งศาลพระภูมิ พิธีเจิมรถ พิธีขอลูกและคลอดลูก พิธีแก้เส้นหย่าแฝดและแก้คุณไสย มีการติดต่อกับมเหศักดิ์โดยผ่าน “เทียม” การประกอบพิธีกรรมจะกระทำในสถานที่ 3 แห่ง คือ คอหอโสม มเหศักดิ์ หอบูชามเหศักดิ์ และพระธาตุวัดกลางอุดมเวทย์ เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบพิธีกรรมมี ชั้น 5 และชั้น 8 โดยชาวพนมไพรมีความเชื่อว่ามเหศักดิ์เป็นผีที่มีอำนาจสูงกว่าผีทุกชนิดในชุมชน เป็นผีที่ปกครองบ้านเมืองและมีฐานะเทียบเท่าเทพชั้นสูงของพุทธศาสนา

สมชาติ มณีโชติ (2537) ได้ศึกษาพิธีกรรมการฆ่าควายเพื่อสังเวณีของชาวข่าที่แขวงสาละวัน และปราสาทหินวัดภู แขวงจำปาศักดิ์ ประเทศลาว โดยพบว่าความเชื่อเรื่องผีของชุมชนชาวข่าในแขวงสาละวันและจำปาศักดิ์ยังคงเหนียวแน่น ซึ่งในบริเวณหมู่บ้านไม่มีวัดหรือศาสนสถาน ชาวข่ากลุ่มนี้เชื่อว่ามีบรรดาสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ตามปรากฏการณ์ตามธรรมชาติและเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตล้วนมีภูตผีและวิญญาณสิงสถิตอยู่ทั้งนั้น ผีที่มีบทบาทที่สำคัญ คือ ผีฟ้า ผีภูเขา ผีต้นไม้ ผีพื้นดิน ผีแม่น้ำลำคลอง ฯลฯ รวมถึงผีบรรพบุรุษด้วย การทำให้ผีพึงพอใจนั้นฝึย้อมบันดาลความสุขให้แก่ชีวิตได้ ถ้าทำให้ผีไม่พอใจจะทำให้เจ็บไข้ได้ป่วย สัตว์เลี้ยงล้มตาย พืชผลเสียหาย การประกอบพิธีกรรมเลี้ยงผีเพื่อให้ผีพึงพอใจ คือ การฆ่าควายสังเวณี กระทำกันที่ลานกลางหมู่บ้านเรียกว่า “หอผีกลางบ้านหรือหอกวาน” โดยจะประกอบพิธีกรรมในเดือน 3 หรือเดือน 6 ใช้เวลาในการประกอบพิธีกรรม 2 วัน โดย “หมอกวาน” จะเป็นผู้ประกอบพิธีทำหน้าที่ปลุกผีให้ตื่นขึ้นมาและรับเอาเครื่องสังเวณีและจะฆ่าเฉพาะควายดำเท่านั้น เมื่อเสร็จพิธีจะนำควายนั้นมาปรุงเป็นอาหารเลี้ยงกินกัน

ภรดี ลูกจิตร (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านของไทยลื้อ : กรณีศึกษาบ้านท่าฟ้าเหนือ ตำบลสระ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา โดยพบว่าการแพทย์พื้นบ้านไทยลื้อเป็นการแพทย์แบบประสบการณ์ ไม่มีการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วยองค์ความรู้ในการอธิบายโรคที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากรายสาเหตุ ได้แก่ เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติซึ่งถือว่าเป็นการเตือนหรือการลงโทษจากสิ่งที่มองไม่เห็นและเกิดจากสาเหตุธรรมชาติ พบว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน แบบแผนการดูแลสุขภาพและรูปแบบวิธีการรักษา ไทยลื้อให้ความสำคัญกับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก โดยมีข้อห้ามและข้อปฏิบัติตัว โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเชื่อว่าถ้าแม่ปฏิบัติตัวตามข้อห้ามต่าง ๆ แล้ว จะทำให้ลูกแข็งแรงไม่เจ็บป่วยและเลี้ยงง่าย แบบแผนการดูแลสุขภาพพยายมเจ็บป่วยของไทยลื้อก็คือการดูแลกันเองภายในครอบครัว เช่น นอนพัก หยุดทำงาน หรือซื้อยามารับประทานตามอาการเจ็บป่วย แต่ถ้าอาการ

เจ็บป่วยรุนแรงขึ้นก็จะขอคำปรึกษาหรือไปรับการรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีวิธีการรักษาคือ การเป่า การใช้สมุนไพร และพิธีกรรม หมอที่ใช้วิธีการเป่ารักษาโรคจะเรียกว่า “หมอเป่า” ซึ่งแบ่งตามความชำนาญในการรักษาโรค เช่น หมอเป่าตาเป่าพิษ หมอเป่าท้อง หมอเป่ามะเอ็ง สำหรับหมอที่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรค จะเรียกว่า “หมอยาเมือง” ผู้ที่ทำหน้าที่ด้านพิธีกรรมต่าง ๆ จะเรียกว่า “ข้าวจ้ำ” และ “อาจารย์” ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของการแพทย์พื้นบ้านไทยลื้อก็คือ ความสะดวกในการไปรับการรักษา ความพึงพอใจต่อการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาถูก ความเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน มีระบบวัฒนธรรมเดียวกัน การย้ายถิ่นค่อนข้างน้อย ซึ่งผลทำให้สามารถดำรงเอกลักษณ์ของไทยลื้อไว้ได้ อย่างไรก็ตามอนาคตการแพทย์พื้นบ้านไทยลื้ออาจจะค่อย ๆ สูญหายไป ถ้าวาดการสืบทอด

สุดาพร หงส์นคร (2539) ได้ศึกษาพิธีกรรมการเข้าทรงพ่อพญาสี่เขี้ยวของชาวยวน บ้านสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยพบว่าชาวยวนบ้านสีคิ้วมีความเชื่อเรื่องภูตผีวิญญาณหรือเทวดาอารักษ์ว่ามีฤทธิ์อำนาจต่ำกว่าเทพเจ้า แต่มีความใกล้ชิดกับมนุษย์มากกว่าเทพเจ้า ทำหน้าที่คุ้มครองดูแลลูกหลานให้อยู่เย็นเป็นสุข วิญญาณหรือผีที่ทำหน้าที่คุ้มครองดูแลลูกหลานนั้นชาวยวนบ้านสีคิ้วเรียกว่า “พ่อพญาสี่เขี้ยว” การติดต่อกับอำนาจศักดิ์สิทธิ์ของภูตผีวิญญาณที่ผู้คนสามารถติดต่อได้ อย่างใกล้ชิด มีเพียงรูปแบบเดียว คือ การติดต่อโดยอาศัยร่างทรง ซึ่งร่างทรงจะทำหน้าที่อัญเชิญวิญญาณมาประทับร่างทรงตนเองเพื่อทำหน้าที่ประกอบพิธีกรรมในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บ การทำนายอนาคต การอธิบายสาเหตุแห่งภัยพิบัติ ชาวยวนบ้านสีคิ้วเชื่อว่าวิญญาณพ่อพญาสี่เขี้ยวเป็นวิญญาณของผีบรรพบุรุษที่ดำรงสถานะเป็นเสื่อบ้านเสื่อเมืองสีคิ้ว

ทัศนีย์ ฉิมสุด (2542) ได้ศึกษาแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้านของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยง บ้านมอเกอรียง อำเภอพบพระ จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่าชาวยวนบ้านสีคิ้วมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วย 3 ประการคือ สาเหตุจากธรรมชาติ ซึ่งได้แก่ ความผิดปกติของอวัยวะในร่างกายของผู้ป่วย การรับประทานอาหารผิดและการสูญเสียความสมดุลของร่างกาย สาเหตุจากอำนาจเหนือธรรมชาติได้แก่ภูตผีปีศาจ แบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้านมี 3 วิธี คือ 1) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นการดูแลสุขภาพที่ชาวยวนโดยทั่วไปมีความรู้และใช้วิธีการรักษาที่รู้จักกันส่วนใหญ่ เช่น การใช้สมุนไพร 2) การดูแลสุขภาพสุขภาพโดยถือปฏิบัติในช่วงเฉพาะเวลา เช่นการตั้งครุฑ หลังคลอด หรือเมื่อเจ็บป่วยบางประเภท และ 3) การรักษากับหมอพื้นบ้าน ซึ่งจะรักษาตามความเชื่อของสาเหตุการเกิดการเจ็บป่วยหรือรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้น หมอพื้นบ้านจะมีวิธีการรักษาโดย “การดูเมื่อ” เพื่อหาสาเหตุของความเจ็บป่วยแล้วรักษาตามสาเหตุการเจ็บป่วย เช่น การเลี้ยงผีเพื่อขอขมา เช่นไหว้เอาใจต่อผี การเรียกขวัญ การเป่าเวทมนต์คาถา ปัจจัยที่พบว่าส่งผลต่อพฤติกรรม

ดูแลรักษาด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสังคม วัฒนธรรม ผลการรักษา การดำเนินของโรคว่าเป็นแบบเรื้อรังหรือฉับพลันและปัจจัยทางด้านระบบบริการของรัฐ

อัมพาพรรณ พงศ์ผลาดิสัย (2545) ได้ศึกษาบทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการความหลากหลายทางชีวภาพของพืชสมุนไพรในป่าชุมชน ปัจจัยที่มีผลในการจัดการความหลากหลายทางชีวภาพของพืชสมุนไพรของประชาชนในพื้นที่ และสภาพความหลากหลายของพืชสมุนไพรในป่าชุมชนจังหวัดสุรินทร์ โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง 3 หมู่บ้านที่มีป่าชุมชนอยู่ใกล้เคียงและมีการใช้ประโยชน์จากป่าชุมชนมาโดยตลอด เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามแนวทางการจัดกระบวนการกลุ่มและแบบสำรวจสภาพความหลากหลายทางชีวภาพของพืชสมุนไพรในป่าชุมชนทั้ง 3 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ผู้นำ และประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือน ในชุมชนที่ศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ

กนกพร วรสถิตย์ และคณะ (2547) ได้ศึกษาประเพณีเกี่ยวกับการบวงสรวงเจ้าหลวงเมืองลำ บ้านหนองบัว ตำบลป่าคา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน พบว่า พิธีกรรมที่ผู้ให้สัมภาษณ์ประทับใจมากที่สุด คือ การขับลือ ส่วนพิธีกรรมที่ควรยกเลิกคือ การฆ่าสัตว์สังเวย ชาวไทลื้อจะเข้าร่วมพิธีกรรมนี้เพราะเชื่อว่าดวงวิญญาณเจ้าหลวงเมืองลำศักดิ์สิทธิ์ เมื่อเข้าร่วมพิธีกรรมแล้วจะก่อให้เกิดผลดีหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความสามัคคี หายจากโรคภัย ครอบครัวยู่งร่มเย็นเป็นสุขปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและมีโชคลาภ

จารุรุพงษ์ ศิลปภิรมย์สุข และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาถึงกระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการรักษาเยียวยาตนเองด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน กรณีศึกษาเครือข่ายแพทย์พื้นบ้าน จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า แพทย์พื้นบ้านที่รักษาด้วยการทรงเจ้าบางคนจะรักษาเพียงอย่างเดียว แต่บางคนรักษาและมีกิจกรรมอื่นควบคู่กันไปด้วย เช่น การตั้งศาลพระภูมิ ในบางคนมีการใช้เฉพาะคาถาหรืออำนาจของเจ้าที่มาประทับทรงเท่านั้นในการรักษา แต่บางคนใช้คาถาและสมุนไพรควบคู่กับพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ รักษาเฉพาะโรคผีเข้าโรคอื่นไม่รับรักษา ให้บริการโดยเป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจให้กับชาวบ้าน

จิราพร อนันตศิริ และคณะ (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมของช่างทรงที่มีบทบาทในการพัฒนาสังคม กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก ในด้านการส่งเสริมสาธารณสุขว่าช่างทรงมีบทบาทด้านสาธารณสุข ในการช่วยบำบัดทางจิตเป็นสำคัญ เนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางกายที่ผู้มารับบริการเข้ามารับการรักษาเป็นผลสืบเนื่องมาจากสุขภาพจิตของผู้ที่มารับบริการได้รับการบำบัด ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ กันก็ตาม บทบาทดังกล่าวถือว่าเป็นการลดภาวะความเครียดเมื่อความเครียดลดลงก็สามารถทำให้ความเจ็บป่วยทางกายลดลงด้วย

จารุณี ลีละวุฒิ และคณะ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยพิธีโถงมมีวด กรณีศึกษาตำบลสวาย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า พิธี

โกลมมีวัดเป็นการแพทย์ทางเลือกของชาวไทยเขมร ซึ่งเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของบรรพบุรุษที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตและจิตใจ ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในมิติทางสังคม กล่าวคือ ช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยและช่วยรักษาสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย โดยพิธีโกลมมีวัดเป็นสัญลักษณ์ที่เป็นนามธรรมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับในสังคมนั้น

สุนิเทศก์ ไชยกุล (2548) ได้ศึกษาศักยภาพของชุมชนกับการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น: กรณีศึกษาชุมชนสันป่าเปา อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าชุมชนมีบริบททางสังคมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วยศักยภาพด้านบุคคล ด้านกายภาพ ด้านวัฒนธรรมประเพณี และด้านเครือข่ายชุมชน โดยเฉพาะศักยภาพด้านบุคคลที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยได้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันมี 9 คน คือ หมอยาสมุนไพร หมอนวดแผนไทย หมอเป่า หมอส่ง และหมอผสมผสาน ส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพนั้นชุมชนได้เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายประกอบด้วยชุมชน โรงเรียน วัด องค์กรบริหารส่วนตำบล และสถานอนามัยในลักษณะเครือข่ายความร่วมมือกันในชุมชน และขยายความร่วมมือไปยังหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ นอกชุมชน จนสามารถพัฒนากลุ่มให้เข้มแข็งบนฐานของการพึ่งตนเองโดยใช้ศักยภาพของคนในชุมชนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทย จึงมีศักยภาพขั้นพื้นฐานของชุมชนได้ แต่ต้องมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพื่อการสืบทอดทักษะองค์ความรู้ให้เกิดความยั่งยืนในชุมชน

ศศิธร เขมาภีรัตน์ (2548) ได้ศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบพุทธวิธีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่าพระพุทธศาสนาแบ่งโรคเป็น 2 ประเภท คือ โรคทางกายและโรคทางใจ การแก้ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยมี 2 แนวทาง ได้แก่ การป้องกันและการรักษา กล่าวคือ 1) การป้องกัน พระพุทธองค์ทรงใช้หลักปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางกายและทางใจอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ และ 2) การรักษา พระพุทธศาสนากล่าวถึงการรักษาโรคทางกาย 3 วิธี ได้แก่ การรักษาทางกาย การใช้ธรรมบำบัด การรักษาด้วยพุทธานุภาพ ส่วนการรักษาโรคทางใจ 3 วิธี ได้แก่ การพิจารณาหาเหตุผล คุณ โทษ การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน และการคบภิกษุผู้มีศีล พระพุทธศาสนาและการแพทย์อายุรเวทของอินเดียเป็นรากฐานของการแพทย์แผนไทย จากการเปรียบเทียบพบว่าพุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทยมีทั้งความเหมือนกันและความต่างกัน ความเหมือนกันของพุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทย คือ 1) ร่างกายประกอบด้วยธาตุสี่ คือ ดิน น้ำ ไฟ ลม 2) ความไม่สมดุลของธาตุสี่ทำให้เกิดโรค 3) โรค การตรวจโรค การวินิจฉัยโรค 4) การใช้สมุนไพร ยา วิธีการรักษาสร้างภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันโรค และ 5) จรรยาแพทย์ ส่วนความต่างกันของพุทธวิธีกับการแพทย์แผนไทย คือ พระพุทธศาสนากล่าวถึง 1) กิเลสสาเหตุให้เกิดโรคทางใจ โรคทาง

จิต 2) โรคเกิดจากกรรมในอดีตชาติ 3) การบำบัดโรคด้วยพระธรรมโอสถและการใช้พุทธานุภาพ ส่วนการแพทย์แผนไทยไม่กล่าวถึง

ฉัตรพร หัตถกรรม (2549) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ของรัฐกรณีศึกษาอำเภอ เมือง จังหวัดเลย ผลการศึกษา พบว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยภาพรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาด้าน พบว่า ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค อยู่ในระดับมากเช่นกัน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แตกต่างกันตามตัวแปรเพศ กระจหวงต้นสังกัด อายุที่แตกต่างกัน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค แตกต่างกันตามตัวแปรเพศ กระจหวงต้นสังกัด อายุ สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค ทุกตัวแปร มีระดับการรับรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สุธาทิพย์ สว่างผล (2549) ได้ศึกษาความเชื่อชาวไทยทรงดำมีบทบาทในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพสุขภาพของชาวไทยทรงดำทั้งบุคคลปกติทั่วไปและสุขภาพของหญิงขณะตั้งครรภ์ รูปแบบการดูแลสุขภาพแยกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความเชื่อกับพฤติกรรมการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ และความเชื่อกับพฤติกรรมการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ โดยปรากฏความเชื่อมีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการบริโภค ซึ่งเป็นความเชื่อที่เป็นข้อห้ามและข้อปฏิบัติให้ชาวไทยทรงดำยึดถือเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อความปลอดภัยจากอันตรายและการเจ็บป่วย รวมทั้งความเชื่อที่เป็นข้อปฏิบัติสำหรับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของหญิงหลังคลอดบุตรและบุคคลหลังจากการหายเจ็บป่วย

วสุพล คะยอมดอก (2550) ได้ศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ผู้ไทยเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาวสาขาหนึ่งที่เดิมกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยนี้อาศัยอยู่ในเขตสิบสองจุไทย และได้อพยพเข้ามาตั้งรกรากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2387-2421 โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดยโสธร จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดหนองคาย ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยมีวัฒนธรรมและเอกลักษณ์เฉพาะที่ยังคงใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นดูแลสุขภาพสุขภาพของคนในชุมชนท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศ การดูแลสุขภาพจะมีความหลากหลายแตกต่างกันในขอบเขตของสังคม ประเพณี รวมทั้งวัฒนธรรม ทั้งนี้เป็นการศึกษาและประมวลแนวคิดในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยผ่านทางหมอพื้นบ้านประกอบด้วย หมอสมุนไพรร หมอเหยา หมอเป่า หมอยาฝน หมอสูตร และหมอธรรม จำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยศึกษาวิธีการบำบัดรักษาโรค

ของหมอพื้นบ้านผู้ไทยด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน พบว่า สมุนไพรส่วนใหญ่จะใช้ในการรักษาตามกลุ่มอาการของโรคที่ปรากฏและใช้วิธีการปรุงยาสมุนไพรด้วยการต้ม การฝน การแช่ การรม การอบ การอบไอน้ำ การใช้สมุนไพรสด สมุนไพรแห้ง สมุนไพรแปรรูปในการบำบัดรักษาโรค รูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพและการเยียวยาความเจ็บป่วยจะใช้รูปแบบดั้งเดิม ที่อาศัยวิถีปฏิบัติแบบวัฒนธรรมธรรมชาติบำบัดซึ่งอาจพบได้ในหลายรูปแบบโดยเฉพาะการใช้สัญลักษณ์เชิงพิธีกรรมที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ทำให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกและวิญญาณ ส่วนสาเหตุของการเกิดโรคและอาการเจ็บป่วยของคนในชุมชนเดิมเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของผี เกิดจากธรรมชาติของแต่ละบุคคล โดยการอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติและสิ่งเหนือธรรมชาติที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การตรวจและการวินิจฉัยโรคหรืออาการเจ็บป่วยก็มีหลักเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงองค์ความรู้ในการดูแลรักษาเป็นเวชกรรมชาติพันธุ์ ด้วยเหตุนี้หมอพื้นบ้าน ผู้ไทยจึงยังคงมีบทบาทในการดูแลรักษาช่วยเหลืออยู่ในชุมชน ซึ่งเป็นที่พึ่งได้ทั้งในด้านการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพก่อนการเข้ามาของการแพทย์แผนตะวันตก

เกวลิน รัตนาลือภรณ์ (2552) ได้ศึกษาความเชื่อทางศาสนาของคนไทยทรงดำ พบว่าคนไทยทรงดำมีความเชื่อทางศาสนาในเรื่องของการนับถือผีเป็นอย่างมาก ชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายเกี่ยวข้องกับผีทั้งหมด เพราะมีความเชื่อว่าผีคือเทพยดาที่ให้ความคุ้มครองพิทักษ์รักษาชีวิต หรืออาจลงโทษให้ถึงตายได้ ซึ่งผีที่ชาวไทยทรงดำความสำคัญ ได้แก่ ผีแถน (ผีฟ้า) ผีบ้านผีเรือน ผีบรรพบุรุษ และผีป่า นอกจากความเชื่อในเรื่องผีแล้ว ไทยทรงดำยังมีความเชื่อในเรื่องขวัญอีกด้วย เชื่อว่าผีแถน เป็นผู้สร้างให้มนุษย์เกิดขึ้นมาและให้ขวัญของแต่ละคนติดตามตัวมาอยู่ในร่างกาย รวมทั้งสิ้น 32 ขวัญ ซึ่งเราไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า แต่ขวัญสามารถทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวและทำงานได้ ขวัญอาจจะตกหล่นหรือสูญหายได้ ถ้าเราตกใจหรือเจ็บป่วย ขวัญของเราก็ไม่อยู่กับเนื้อกับตัว จึงต้องทำพิธีเรียกขวัญ หรือที่เรียกว่า “สู่ขวัญ” โดยแม่มด (หมอมผี) เป็นผู้ทำพิธีทำหน้าที่ต่ออายุและแก้ไขการกระทำต่าง ๆ ที่ผิดผี เพื่อเรียกให้ขวัญกลับมาอยู่ในร่างกายตามปกติ

รัชชัย เทียนงาม (2552) การศึกษาองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านล้านนา : กรณีศึกษาหมอปิ่นแก้ว ตันนวล พบว่าองค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านล้านนาของหมอปิ่นแก้ว ตันนวล เชื่อว่าร่างกายประกอบด้วยธาตุและส่วนประกอบของธาตุ ส่วนสาเหตุของการเกิดโรคมียังสาเหตุจากธรรมชาติและสาเหตุจากสิ่งเหนือธรรมชาติ โรคที่มีสาเหตุจากธรรมชาติเกิดจากเชื้อขาง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและหมอยังใช้เชื้อขางในการอธิบายโรค การเกิดโรคที่มีสาเหตุจากสิ่งเหนือธรรมชาติเกิดจากผีทำ การใช้คาถาอาคม ทำผิดขนบธรรมเนียมประเพณี ขวัญหาย เคราะห์หรือชะตาตกอยู่ในช่วงเคราะห์ร้าย และเป็นไปตามกฎแห่งกรรมหรือกรรมเก่า วิธีการรักษาโรคตามทฤษฎีหลายรูปแบบ เช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น การใช้ยาการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

การใช้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การนวด การออกกำลังกาย การใช้เวทมนตร์หรือคาถาอาคม และการประกอบพิธีกรรม ปัจจัยที่มีส่วนหล่อหลอมองค์ความรู้ทางการแพทย์ของหมอพื้นบ้าน ต้นนวล มี 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดในตระกูลหมอพื้นบ้าน การมีโอกาสได้ใช้องค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้มีโอกาสพบปะนักวิชาการกลุ่มต่าง ๆ ทำให้สามารถปรับองค์ความรู้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์แบบแผนของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป

หทัยชนก ลิ้มปฐมากุล (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม: กรณีศึกษาศูนย์ดูแลสุขภาพองค์รวมเรนโบว์ อโรควยา ผลการศึกษาพบว่าอายุที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้านร่างกายแตกต่างกัน ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้านจิตวิญญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

บุษราคัม ศรีทาเวช (2556) ได้ศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์บุรุษ บ้านท่าลั้ง ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า บริบททางวัฒนธรรมของหมอพื้นบ้านและชาวบ้านทุกครัวเรือนล้วนให้การเคารพนับถือผีปู่ตา โดยมีความเชื่อว่า หากผู้ใดประพฤติดังกล่าวที่ถือปฏิบัติร่วมกัน หรือกระทำการล่วงเกินจะได้รับการลงโทษจากผีปู่ตาที่บันดาลให้เกิดความเจ็บป่วยกับตัวเองหรือคนในครอบครัว จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างความเชื่อและสาเหตุของการเจ็บป่วยของคนในหมู่บ้านเข้าด้วยกัน ระบบการแพทย์พื้นบ้านแบบเวชกรรมชาติพันธุ์ของชาวบ้านบุรุษ บ้านท่าลั้ง เป็นความเชื่อและวิถีปฏิบัติที่สัมพันธ์กับโรคภัยไข้เจ็บอันเป็นผลมาจากการพัฒนาวัฒนธรรมดั้งเดิม โดยมีได้มีเค้าโครงความคิดมาจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ แบ่งได้ 4 กลุ่ม คือ 1) สาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติ อำนาจเหนือธรรมชาติและเคราะห์กรรม 2) บทบาทของผู้บำบัดรักษา หมอพื้นบ้านแต่ละคนเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านหรือหลายด้านที่พบมากที่สุด คือ หมอเป่าหรือหมอเวทย์มนต์ หมอกระดูก หมอสมุนไพร และหมอตำแย ตามลำดับ 3) รูปแบบการบำบัดรักษา แบ่งเป็นการรักษาเนื่องจากความผิดปกติทางร่างกายหรือได้รับอุบัติเหตุ การรักษาเนื่องจากสาเหตุที่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ และการรักษาหรือช่วยทำคลอด นอกจากการรักษาผู้ป่วยตามหลักการแพทย์พื้นบ้านแล้ว หมอพื้นบ้านหนึ่งคนมีความสามารถในการรักษาได้หลากหลาย เพื่อตอบสนองความจำเป็นในการบำบัดรักษาอาการป่วยเบื้องต้น 4) พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เป็นพิธีกรรมที่ใช้ประกอบการรักษา รวมถึงความเชื่อในการรักษาและการปฏิบัติตัวของหมอพื้นบ้านและผู้ป่วย แบ่งเป็นพิธีกรรมทั่วไปที่กระทำผ่านทางจาระโบ และพิธีกรรมประกอบการรักษาที่กระทำผ่านทางหมอพื้นบ้าน การดำรงอยู่ของภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ ชาวบ้านให้ความนับถือและเป็นที่รู้จักกันดี แต่ปัจจุบันที่ความเจริญพัฒนามากขึ้นการแพทย์พื้นบ้านจึงได้รับความนิยมน้อยลง เนื่องจาก

การแพทย์พื้นบ้านเป็นการรักษาที่ยังไม่มีแบบแผนที่แน่นอน คุณสมบัติของผู้สืบทอดมีข้อจำกัดตลอดจนข้อจำกัดทางกฎหมายไม่สามารถคุ้มครองให้ดำเนินการรักษาได้อย่างถูกกฎหมาย ทำให้ชาวบ้านบางกลุ่มเมื่อเกิดเจ็บป่วยแม้เพียงเล็กน้อยก็จะไปหาหมอที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลที่เครื่องมือและยาที่ทันสมัยเห็นผลการรักษาที่รวดเร็ว ต่างกับการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้านที่ใช้เวลานานกว่าจะเห็นผล และบางกลุ่มเห็นเป็นเรื่องล้าหลังไม่ทันสมัย ทำให้คนรุ่นใหม่ในหมู่บ้านไม่ให้ความสนใจในการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของชุมชน

สุนทร พรพรรณรัตน์ (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์และกระบวนการปรับปรนในการดำเนินชีวิตของชาวเหวียด เกี้ยว ในภาคอีสาน พบว่า ชาวเหวียด เกี้ยว ที่อาศัยอยู่ในภาคอีสานในปัจจุบันมีการยอมรับตัวเองในการเป็นคนไทยและคนไทยไม่มีความรังเกียจคนชาติเวียดนาม โดยชาวเหวียด เกี้ยว จะเข้าร่วมประเพณีและกิจกรรมสำคัญ ต่าง ๆ กับคนไทย มีการนำอาหาร เครื่องแต่งกาย ภาษาเวียดนาม มาใช้เพื่อให้สังคมรับรู้ว่าเป็นชาวเวียดนามโดยไม่มีการปิดบังชาวเหวียด เกี้ยว ในภาคอีสานปัจจุบันมีการยอมรับสังคมและวัฒนธรรมของคนไทย

อิทธิราชย์ นันขันตี (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่องการนับถือผีของชาวไทยย้อ: ความสัมพันธ์ด้านความเชื่อและนิเวศวิทยาวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่า การนับถือผีของชาวไทยย้อท่าอุเทน เป็นมรดกทางวัฒนธรรมเชิงสหวิทยาการที่คอยชี้แนะ อธิบาย ให้ความรู้ ช่วยเหลือ คุ้มครอง ป้องกัน ชาวไทยย้อจากภาวะการณ์ต่าง ๆ เมื่อประสบปัญหาและชาติที่พึ่ง ขณะเดียวกันการนับถือผีของชาวไทยย้อยังสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมความเชื่อของชุมชนลุ่มแม่น้ำโขง ซึ่งมีรากฐานวัฒนธรรมในฐานะผีประจำพื้นที่จากตำนานอุรังคธาตุ แต่เมื่อเวลาผ่านไปเรื่องเล่า ประสพการณ์ อาจส่งผลให้เกิดความเชื่อแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยของแต่ละพื้นที่ โดยปัจจุบันชาวไทยย้อได้สถาปนาผีประจำชาติพันธุ์ (ผีญาพ่อ) ขึ้นเป็นศาลเจ้าพ่อหลักเมืองท่าอุเทน ซึ่งเปรียบเสมือนเอกลักษณ์หรือตัวแทนของทุกคนที่สร้างความผูกพันบนสำนึกแห่งชุมชน (Community sense) อันจะส่งผลถึงความเป็นเอกภาพให้ชุมชนดำรงอยู่ต่อไป โดยมีพิธีกรรมทรงเมืองเป็นกลไกกระชับความสัมพันธ์ของความเป็นพวกเดียวกันอันจะก่อให้เกิดความรักสามัคคีกัน และธำรงวัฒนธรรมของกลุ่มชนสืบไป นอกจากนี้การนับถือผีของชาวไทยย้อท่าอุเทน ยังมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับนิเวศวิทยาวัฒนธรรม เป็นการใช้ภูมิปัญญาจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชนโดยมีข้อปฏิบัติในการใช้ทรัพยากรที่มีส่วนในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืนและเป็นระบบ จนนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต และประยุกต์ภูมิปัญญามาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคม และร่วมกันหาทางออกของปัญหาทรัพยากรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

อลงกรณ์ อิทธิผล (2560) ได้ศึกษาบทเพลงและเสียงดนตรีในพิธีกรรมรักษาโรคของหมอขวัญที่อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาบทเพลงและเสียงดนตรีในพิธีกรรมรักษาโรคของหมอขวัญชาวไทยในอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม จากการศึกษาพบว่าหมอขวัญใช้คำพูด

ชนิดปลอดภัยโลมใจผู้เจ็บป่วยมากที่สุด และมีคำพูดลักษณะอื่น ๆ ประกอบในขณะเรียกขวัญ ได้แก่ การบอกกล่าว การชี้หน้า การผูกมัด การแสดงอารมณ์ความรู้สึก และการประกาศแถลงการณ์ คำพูดแบบอ้อมค้อมในการวิงวอนร้องขอ มีการใช้ประโยคที่เป็นคำถาม แต่มีเจตนาเพื่อบอกเล่าหรือขอร้องให้ขวัญของผู้ป่วยกลับมาเข้าร่างเพื่อให้หายเจ็บป่วย กลับมาเป็นสุขปกติ รวมทั้งใช้คำพูดเพื่อปลอดภัยโลมใจผู้เจ็บป่วย แต่ใช้รูปประโยคใหม่เป็นประโยคคำสั่งห้ามปรามแทน สำหรับการเก็บข้อมูลภาคสนามมาวิเคราะห์ใช้วิธีการบอกต่อ (snowball sampling technique method) จากหมอขวัญ 5 คน ซึ่งได้ผลสรุปที่สอดคล้องกับทฤษฎีภาษาศาสตร์ เรื่อง การใช้วัจนกรรม (คำพูด) ของจอห์น อาร์ เซอร์ล ที่กล่าวว่า “คำพูดก่อให้เกิดการกระทำ” เพราะคำพูดเรียกขวัญในพิธีกรรมรักษาโรคของหมอขวัญสามารถใช้ คำพูดเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ เป็นการแสดงให้เห็นถึงอัตลักษณ์ของชาวผู้ไทยในพิธีเหยาเลี้ยงผี ที่พบว่า การเหยา (เรียกขวัญ) เป็นวัฒนธรรมของชาวผู้ไทยที่สะท้อนความเชื่อในการรักษาแบบพื้นบ้าน และผู้ป่วยที่หายจากการเจ็บป่วยจะฝากตัวเป็นลูกศิษย์และรับอำนาจศักดิ์สิทธิ์ในการเป็นหมอเหยา (หมอขวัญ) คนต่อไป

ทิพย์ธิดา ชุมชิต และบุรินทร์ เปล่งดีสกุล (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในพิธีกรรม การเหยาเลี้ยงผีของชาวผู้ไท ตำบลกุดหว้า อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การเกิดพิธีกรรมการเหยาเลี้ยงผีแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงแรกเมื่อปี พ.ศ. 2399 ที่บ้านกุดหว้า เนื่องจากมีผู้คนได้อพยพมาจากเมืองวังมายังบ้านกุดหว้า แล้วชาวบ้านเกิดโรคภัยไข้เจ็บพยายามรักษาด้วยสมุนไพรแต่ก็ไม่หาย จึงพาไปหาหมอส่องพบว่ามีผีต้องการมาอยู่ด้วย จึงทำพิธีรับผีลงมา ในแต่ละปีต้องมีการจัดพิธีกรรมนี้ขึ้นเพื่อเป็นการเลี้ยงขอบคุณผีที่คอยมาปกป้องรักษา และมีการปฏิบัติสืบทอดกันมาเรื่อย ๆ จนถึงช่วงที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2432 ผู้คนได้ออกมาตั้งหมู่บ้านแห่งใหม่ คือ บ้านโคกโค้ง เมื่อปี พ.ศ. 2432 บ้านวังมน เมื่อปี พ.ศ. 2450 บ้านห้วยแดงและบ้านชุมขี้ยาง เมื่อปี พ.ศ. 2453 ซึ่งในแต่ละหมู่บ้านจะมีหมอเหยาเกิดขึ้น จนมาถึงช่วงที่ 3 เกิดบ้านนาไคร้ เมื่อปี พ.ศ. 2513 พอมีหมู่บ้านแห่งใหม่ก็มีหมอเหยาปรากฏขึ้นและยังคงมีความเชื่อมาจนถึงปัจจุบัน แต่ปัจจุบันพบว่า พิธีกรรมการเหยามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม สิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดโดยเรียงลำดับ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมในพิธีกรรม พบว่าในปัจจุบันมีจำนวนลดน้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต เครื่องแต่งกาย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น เสื้อ ผ้าถุง กางเกง สไบ ต่างหู เครื่องดนตรี พบว่า มีการเพิ่มชนิดของเครื่องดนตรีเข้ามา คือ กลอง ฉิ่ง และเครื่องขยายเสียง และนอกจากนี้ยังมีการเปิดเครื่องเล่นซีดีแทนการใช้คนเล่น วัน เวลา และสถานที่ ในการประกอบพิธีกรรม พบว่า วัสดุที่ใช้ในการทำผามหรือปะรำพิธีจะใช้วัสดุสมัยใหม่ ใช้เต็นท์กางเป็นหลังคา และใช้ผ้าเสลดกันเป็นบริเวณปะรำพิธี เครื่องคาย พบว่า ใช้เหล้าขาวแทนเหล้ากลั่น เทียนไขที่ทำมาจากพาราฟินแทนขี้ผึ้ง และกรวยที่ทำมาจาก ใบตองกล้วยแทนใบขนุน เครื่องเล่น พบว่า ในอดีตใช้โองแต่ในปัจจุบันใช้ถังพลาสติกเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการร่อนน้ำไว้สำหรับนำข้างไปเล่น เวทมนต์คาถาหรือบทสวด พบว่า ได้มี

การจดบันทึกบทสวดออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร และยังมีการนำเครื่องโทรศัพท์มือถือมาอัดเสียง แม่เมืองขณะที่กำลังประกอบพิธีกรรม ขั้นตอนในการประกอบ พิธีกรรม พบว่า ลดน้อยลง มีบางขั้นตอนในอดีตที่ขาดหายไป จากสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ด้านคติความเชื่อ เนื่องจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ในปัจจุบัน ทำให้ความเชื่อมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลไปยังค่านิยมสมัยใหม่ ด้านประสบการณ์การเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้รู้จักการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดในสังคม ส่วนปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การเผยแพร่ทางวัฒนธรรมจากสังคมอื่นเข้ามา รองลงมาคือด้านการค้นพบและการประดิษฐ์ สร้างองค์ความรู้ขึ้นมาจึงก่อให้เกิดทางด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้คน และยังส่งผลไปทางด้านเศรษฐกิจที่กำลังประสบอยู่ในปัจจุบัน

มยุรี วงศ์วานกลม (2561) ได้ศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมวัฒนธรรมอีสาน โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้สูงอายุในชุมชนชนบท จังหวัดนครพนม จำนวน 25 คน และ หมอพื้นบ้าน จำนวน 20 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสังคมวัฒนธรรมอีสานยังคงมีการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตใน 3 ลักษณะ ประกอบด้วย 1) “ผูกเสี่ยว” สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม เป็นการนำประเพณีผูกมิตรของชาวอีสานมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีที่ปรึกษา สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและมีความสุขในการดำรงชีวิต 2) “เหยา” เยียวยาจิตใจ เป็นการนำพิธีกรรมพื้นบ้านมาใช้ในการบำบัดรักษาปัญหาสุขภาพจิต ช่วยผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า รู้สึกปลอดภัย มีจิตใจที่มั่นคง มีความหวัง และมีพลัง และ 3) “บายศรีสู่ขวัญ” คืนสู่สภาวะทางจิต เป็นการนำพิธีกรรมพื้นบ้านมาใช้ในการฟื้นฟูสุขภาพจิต ช่วยให้มีความสุขกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง สบายใจ และมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต โดยผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมผู้สูงอายุชาวไทยอีสานในยุคปัจจุบัน

5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Pedersen (1975) ได้ศึกษาเรื่อง Religious Activities During Dry Season Among the Lao Song Dam, Thailand ที่ตำบลหนองปรัง อำเภอยาย้อย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ความเชื่อทางศาสนา ที่เกี่ยวกับผีมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับแบบแผนชีวิตของลาวโซ่ง ลาวโซ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับผีต่าง ๆ มากมาย เช่น เจ้าป่า เจ้าเขา เจ้าที่ เจ้าแม่พระธรณี และแม่โพสพ และจะทำการเซ่นบวงสรวงผีต่าง ๆ เหล่านี้แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะแม่โพสพที่มีอำนาจดลบันดาลให้ข้าวเจริญงอกงาม หรืออาจจะทำให้ได้ผลผลิตน้อย ดังนั้นแม่โพสพจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของลาวโซ่งมาก

ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนในช่วงระยะเวลาที่ใกล้จะถึงฤดูกาลทำนา ลาวโซ่งจะบวงสรวงแม่โพสพเพื่อให้ได้ข้าวจำนวนมาก ดังนั้น ความเชื่อเรื่องผีจึงมีอิทธิพลเหนือชีวิตประจำวันของลาวโซ่ง

Demetrio, Francisco, S.J. (1978) ได้ทำการศึกษาบทบาทของร่างทรงโดยพบว่าร่างทรง คือ นักจิตวิทยา เพราะร่างทรงรู้ธรรมชาติของมนุษย์ เป็นผู้ที่มีความรู้สึกไวในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ คล้ายกับมีระบบประสาทที่พิเศษและเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญทางโรคจิตที่สามารถรักษาอาการป่วยทางจิตและประสาทของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาได้

Cam Trong (1987) ได้ศึกษาพัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มลาวไทยดำไทยขาว ผลการศึกษากล่าวถึงการศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับคนเชื้อชาติไทในเวียดนามตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันโดยแบ่งเป็นข้อเขียนที่เป็นภาษาจีน ภาษาเวียดนาม ภาษาฝรั่งเศส ภาษาอังกฤษ ภาษาไทย (รวบรวมในประเทศเวียดนาม) และไทยสยามมีบางตอนที่อ้างอิงถึงไทดำ (Nouu Hong) ว่าปรากฏในบันทึกของเวียดนามตั้งแต่แผ่นดินกษัตริย์ Ly Thanh Tong (ค.ศ.1067) และกลุ่มไทดำเป็นกลุ่มที่มีวัฒนธรรมอื่นเจือปนน้อยที่สุดจนถือได้ว่าเป็นไทบริสุทธิ์

Viggo และ Trond (1987) ได้ศึกษาการใช้สมุนไพรพื้นบ้านภาคเหนือเป็นการรักษาโรคในเชิงพฤกษศาสตร์เคมีและการแพทย์พื้นบ้านในเขตจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน พบว่า นักวิชาการมักมองว่าการรักษาโรคมียามีเพียงระบบเดียว แต่ในความเป็นจริงแล้วการรักษาพื้นบ้านมีความหลากหลายแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น นักวิชาการมักเน้นให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์แผนโบราณที่ใช้กลุ่มหอมหลวง (หอมแผนโบราณ) ซึ่งมีสถานภาพสูง มีการเรียนรู้ การถ่ายทอด และวิธีการรักษา ที่เป็นระบบมากกว่าหอมพื้นบ้านทั่วไป การรักษาโรคแบบพื้นบ้านต่าง ๆ ค่อย ๆ หดไปเพราะรัฐบาลได้ขยายระบบการแพทย์แผนปัจจุบันออกไปอย่างกว้างขวางทำให้ประชาชนหันไปใช้บริการมากขึ้น คนในท้องถิ่นไม่สนใจการสืบทอดการรักษาโรคแบบพื้นบ้าน แต่ไปสนใจการแพทย์และหอมหลวงเพราะได้รับการยอมรับมากกว่า และสามารถสอบใบประกอบโรคศิลป์ได้ และดำเนินการรักษาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หากเป็นไปเช่นนี้ระบบการแพทย์พื้นบ้านคงจะค่อย ๆ หดไปในที่สุด

Hoang Luong (1993) ได้ทำการศึกษาถึงพัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มลาว ไทดำ ไทยขาว ถึงแม้จะไม่ได้กล่าวถึงไทดำโดยเฉพาะ แต่ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงลักษณะพิเศษที่เหมือนกันของเผ่าไททั้งหมดที่กระจายอยู่ในเอเชีย เช่น ภาษา บ้านเรือน การตั้งถิ่นฐานวิธีการปลูกข้าว ความเชื่อ และประเพณี

Barth, F. (1996) ได้ศึกษาหมู่บ้านลาวโซ่งในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ประวัติความเป็นมาของลาวโซ่งในประเทศไทยซึ่งเป็นเชื้อสายเดียวกับชาวไทดำที่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือของประเทศลาวและทางภาคตะวันตกเฉียงใต้ของเวียดนาม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับระบบเครือญาติการนับถือผีและบรรพบุรุษและระบบเศรษฐกิจที่ขึ้นอยู่กับการทำนา ความ

เปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่เกิดจากพัฒนาการด้านเทคโนโลยีการเกษตรของหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม ทำให้มีความเปลี่ยนแปลงในระบบสังคมและเศรษฐกิจในหมู่บ้านลาวโซ่ง ซึ่งหันมาเห็นความสำคัญของเงินตรามากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาประวัติศาสตร์ของลาวโซ่งและไทดำแล้วจะเห็นว่ามี การปรับตัวอย่างต่อเนื่องในระบบสังคมและประเพณีของไทดำมาเสมอโดยสามารถรักษาเอกลักษณ์ของตนอยู่ได้

Walker, T.D. (2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์และการรักษาแบบพื้นบ้านในด้านการควบคุมเพื่อการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้านในประเทศโปรตุเกส พบว่า ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการต่อต้านระบบเวทมนต์คาถาในประเทศโปรตุเกส เนื่องจากการแพทย์แผนใหม่กำลังเริ่มได้รับความนิยมสูงสุด ทำให้การรักษาของหมอพื้นบ้านได้รับการต่อต้าน ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมและแบบใหม่ ระบบการแพทย์แผนใหม่ได้แทรกซึมเข้าไปอยู่ในสังคมชั้นสูงจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนทางสังคมและทางจิตใจ

Santiago-Saavedra, F. (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้านของชาวเปอร์โตริกัน โดยใช้เวทมนต์คาถาและการฝึกปฏิบัติร่างกาย ผลการวิจัยพบข้อสันนิษฐาน 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้ธรรมชาติของร่างกาย เกิดการรับรู้ที่นำไปสู่พลังพิเศษและการรับรู้อย่างมีเหตุผลแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของมนุษย์กับธรรมชาติในด้านกาย จิต และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสถานะต่อเนื่องกันไป ทำให้เกิดมุมมองใหม่สำหรับหมอพื้นบ้าน

Giaela Welz (2004) ได้ศึกษาความหลากหลายความทันสมัยการข้ามชาติพันธุ์ทางวัฒนธรรมโดยพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นอย่างมากมายในยุคโลกาภิวัตน์ของช่วงศตวรรษที่ผ่านมาที่เกิดขึ้นพร้อมกับแนวทางของมานุษยวิทยา การอพยพและการเคลื่อนย้ายรวมถึงการแพร่กระจายของการซื้อขายที่มีไปทั่วโลก การแพร่กระจายของสื่อต่าง ๆ แนวความคิดและการปฏิบัติทางการเมือง การแพร่กระจายทางเทคโนโลยีและความรู้ทางวิทยาศาสตร์ต่าง ๆ การศึกษาทางมานุษยวิทยาจึงเป็นประเด็นในการศึกษาการข้ามชาติทางวัฒนธรรมที่สำคัญในปัจจุบัน ตั้งแต่การรับเอาวัฒนธรรมใหม่เข้ามา การต่อต้านทางวัฒนธรรม การแพร่กระจายทางวัฒนธรรมที่ข้ามชาติพันธุ์ โดยไม่มีการต่อต้านนั้นอาจนำไปสู่การเป็นวัฒนธรรมเดียวกันทั้งโลก หรือวัฒนธรรมใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม อีกทั้งการพัฒนาของศิลปะได้เกิดขึ้นแบบกระจายพร้อมกันทั่วโลก และการเกิดใหม่ของวัฒนธรรมจะทำให้เกิดวัฒนธรรมแบบคู่ขนาน คือ การมีทั้งวัฒนธรรมเก่าและวัฒนธรรมใหม่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน

Chasiri (2006 : อ้างใน สุนทร พรรณรัตน์, 2558) ได้ศึกษาอิทธิพลของการผสมกลมกลืน ทางวัฒนธรรมของจีนโพ้นทะเลในประเทศไทย กรณีศึกษาชาวจีนอพยพที่เข้ามาในเมืองไทยในศตวรรษที่ 20 โดยพบว่าอิทธิพลของการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมของชาวจีนที่อพยพเข้ามานั้น มีอยู่ 2 ระดับ ได้แก่ ระดับแรก คือ ชาวจีนที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยได้ค้นพบลักษณะที่เป็น

ธรรมชาติซึ่งเอื้อต่อการบูรณาการทางสังคมและวัฒนธรรมและการผสมกลมกลืนในสังคมไทย ระดับสอง คือ รัฐบาลส่งเสริมนโยบายการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมโดยมีแรงขับเคลื่อนสองด้าน ได้แก่ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยและประเทศจีน อีกทั้งแรงสนับสนุนจากนโยบายทางการเมืองของทั้งสองประเทศในการที่จะส่งเสริมการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมระหว่างสองชนชาติ Louis (1985) ได้ศึกษารูปแบบการรักษาพื้นบ้านภาคใต้ พบว่า รูปแบบการรักษามี 3 รูปแบบ คือ 1) การรักษากับหมอสมุนไพร โดยเชื่อว่าพื้นฐานของการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับธาตุทั้ง 4 เมื่อธาตุทั้ง 4 สมดุล ร่างกายจะแข็งแรง จิตใจแจ่มใส วิทยุญาณที่ชั่วร้ายก็จะเข้าสิงไม่ได้ 2) การรักษากับนักจิตบำบัดส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ มีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยต้องบำบัดทางจิตใจ โดยการพูดคุย และการใช้เครื่องรางของขลัง เวทมนต์ เป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย 3) การรักษากับหมอไสยศาสตร์ โดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าวิทยุญาณ เทพเจ้า ภูตผี ทำให้ร่างกายเสียความสมดุลจึงเกิดความเจ็บป่วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Document Research) และเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม (Field Study) เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบัน ปัญหา และการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. ขอบเขตการวิจัย
 - 1.1 เนื้อหาการวิจัย
 - 1.2 วิธีวิจัย
 - 1.3 ระยะเวลา
 - 1.4 พื้นที่วิจัย
 - 1.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. วิธีดำเนินการวิจัย
 - 2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.3 การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 2.4 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอบเขตการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. เนื้อหาการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดเนื้อหาการวิจัยไว้ดังนี้

- 1.1 ประวัติความเป็นมาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ระบบสุขภาพชุมชน ความเชื่อและวิธีการของการดูแลสุขภาพของชาติพันธุ์ไทดำในเขตพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดพิจิตร โดยผู้วิจัยได้กำหนดเนื้อหาประกอบด้วยประวัติศาสตร์ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ บริบทของพื้นที่ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

1.2 สภาพปัจจุบันและปัญหาของการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดพิจิตร

1.3 การปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ โดยเนื้อหาในส่วนนี้ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากองค์ความรู้ ความเชื่อ ความเป็นมา สภาพปัจจุบัน ปัญหาและข้อสรุปที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งที่เป็นเอกสารและการเก็บข้อมูลในภาคสนาม

2. วิธีวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนวิจัย ดังนี้

2.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ได้จากการศึกษาจากแหล่งข้อมูล ชั้นปฐมภูมิ (Primary Source) และชั้นทุติยภูมิ (Secondary Source) ที่เป็นตำรา คู่มือ หนังสือ วารสาร บทความ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยให้ความสำคัญกับประวัติความเป็นมาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ความเชื่อด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพ ชุมชน การดูแลรักษาสุขภาพ สภาพปัจจุบันปัญหา และการปรับตัวของหมอพั้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ สารสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.2 การวิจัยภาคสนาม (Field Research) เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบันปัญหา และการปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้รู้ทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รู้ (Key Informant) กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) และกลุ่มทั่วไป (General Informant)

2.2.1 การสำรวจ (Survey) เป็นการสำรวจข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพื้นที่และกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ สภาพสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ พิธีกรรม บทบาทของหมอพั้นบ้าน และวิถีชุมชน ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ได้แก่ ด้านบุคลากร สถานที่ หรือแหล่งให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขในชุมชน ด้านคติความเชื่อและชุมชนปฏิบัติของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

2.2.2 การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และใช้รูปแบบการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Interview) เพื่อลดความรู้สึกกดดันของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามที่เตรียมไว้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบัน ปัญหา และการปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามชักนำความสนใจของผู้ให้สัมภาษณ์เข้ามาสู่แนวการสัมภาษณ์ที่ตั้งไว้ตามที่ผู้วิจัยต้องการ แล้วจึงโยนเข้าหาประเด็นที่ต้องการในลักษณะที่จะล้วง (Probe)

เอาข้อเท็จจริงออกมาในประเด็นนั้น ๆ ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ไว้เป็นแบบเจาะจง และมีการใช้เทคนิคที่สำคัญ คือ การฟังและการจับใจความอย่างอดทน และถูกต้องของผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงและความเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ถามด้วยคำถามหลาย ๆ คำถามที่มีลักษณะคล้ายกัน สัมภาษณ์ซ้ำในสถานการณ์อื่น ๆ กับผู้ให้สัมภาษณ์คนเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือจากการสัมภาษณ์ (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2545)

2.2.3 การสังเกต (Observation) เพื่อใช้เก็บข้อมูลภาคสนามในขณะร่วมกิจกรรมการสัมภาษณ์ พูดคุย สนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ซึ่งดำเนินการดังนี้

1) นำกรอบความคิดในการวิจัยมาใช้เป็นหลักในการกำหนดประเด็นการสังเกต โดยอาศัยแนวทางการแยกประเภทของการสังเกต 6 ประเภท ดังที่สูกางค์ จันทวานิช (2531) และพันธุ์ทิพย์ รามสูตร (2545) เสนอไว้ คือ

1.1) การกระทำ (Acts) คือ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งไม่ยาวนานหรือต่อเนื่อง

1.2) กิจกรรม (Activities) คือ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ หรือขนบธรรมเนียมประเพณีและพิธีกรรมที่เกิดขึ้น ในลักษณะต่อเนื่องและมีความผูกพันกับบุคคลบางคนหรือบางกลุ่ม

1.3) ความหมาย (Meanings) คือ การที่บุคคลอธิบาย หรือสื่อสาร หรือให้ความหมายเกี่ยวกับการกระทำ และ/หรือกิจกรรม อาจเป็นการให้ความหมายในลักษณะเกี่ยวกับโลกทัศน์ ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน

1.4) ความสัมพันธ์ (Relationship) คือ ความเกี่ยวข้องระหว่างบุคคลหลาย ๆ คน ในสังคมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อาจเป็นรูปแบบของการเข้ากันได้หรือขัดแย้งกันก็ได้

1.5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม (Participation) คือ การที่บุคคลมีความผูกพัน และเข้าร่วมกิจกรรม หรือมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.6) สภาพสังคม (Setting) คือ สถานการณ์ หรือสภาพการณ์ที่การกระทำหรือกิจกรรมที่ทำการศึกษาก่อเกิดอยู่

2.2.4 การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บข้อมูลเป็นลักษณะของการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางในกลุ่มคนที่ร่วมวงสนทนา โดยมีกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนา ได้แก่

1) กลุ่มหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ได้แก่ หมอมต หมอมนต์ หมอเยื้อง หมอเสน ที่อยู่ในพื้นที่วิจัย

2) ผู้ที่เคยได้เข้าร่วมกิจกรรม หรือพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพหรือปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข หรือพยาบาล หรืออาจารย์ด้านสาธารณสุข หรือนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3) กลุ่มแกนนำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือกลุ่มผู้นำชุมชน หรือสมาชิกสภาเทศบาล หรือสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือกลุ่มองค์กรที่สมัครใจเข้าร่วมหรือประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำเสนอแนวคิด หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในภาคเหนือของไทย

โดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มทั้ง 3 กลุ่มนี้จะให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบันและปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มผู้ร่วมสนทนาไม่เกินกลุ่มละ 8 คน เนื่องจากเป็นลักษณะของกลุ่มที่มีการตอบโต้กันได้ดีที่สุด ก่อให้เกิดการสนทนากันในลักษณะเปิดกว้างได้ และเป็นกลุ่มคนที่เหมาะสมต่อการจุดประเด็นในการสนทนา

3. ระยะเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2561

4. พื้นที่วิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ทั้งหมด 4 พื้นที่ ใน 2 จังหวัด เป็นพื้นที่ในการวิจัยได้แก่

1) บ้านวังพิกุล อำเภอวังทอง และบ้านคุดมั่ง-หนองขานาง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

2) บ้านไร่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง และบ้านบัวยาง อำเภอลือชัย จังหวัดพิจิตร

โดยเหตุผลในการเลือกพื้นที่นั้นผู้วิจัยได้พิจารณาจาก

1) เป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น

2) เป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มหมอพื้นบ้านจำนวนมากพอที่จะดำเนินการวิจัย

3) เป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งทางองค์กรและเครือข่ายชุมชน

4) เป็นพื้นที่ที่พบถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เหมาะสมกับการศึกษาวิจัย

5. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย และเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว รวมทั้งสิ้น 55 คน ดังนี้

5.1 กลุ่มผู้รู้ (Key Informants) คือ กลุ่มบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพหรือหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ จำนวนทั้งหมด 20 คน ได้แก่

นักวิชาการระดับมหาวิทยาลัย	จำนวน 4 คน
ผู้นำท้องถิ่น	จำนวน 3 คน
บุคลากรด้านสาธารณสุข	จำนวน 4 คน
ผู้นำภาคประชาชน (ชมรม)	จำนวน 3 คน
ผู้รู้ในชุมชน	จำนวน 6 คน

5.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informants) คือ หมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัย โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่สำคัญ จำนวนทั้งหมด 15 คน ได้แก่

หมอมดหมอมนต์	จำนวน 5 คน
หมอเอื้อง	จำนวน 4 คน
หมอเสน	จำนวน 6 คน

โดยเลือกจากคุณสมบัติที่กำหนด คือ

- 1) มีสถานะเป็นหมอมดหมอมนต์ หรือหมอเอื้อง หรือหมอเสนที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มชาติพันธุ์ตนเอง
- 2) เคยประกอบพิธีกรรมหรือให้การดูแลสุขภาพ หรือรักษาความเจ็บป่วยแก่บุคคลอื่น อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป
- 3) เป็นผู้มิถุมีถิ่นอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย
- 4) เป็นผู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

5.3 กลุ่มทั่วไป (General Informants) คือ ผู้ที่เคยได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพจากหมอพื้นบ้านของพื้นที่วิจัย อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 20 คน ได้แก่

ผู้ที่เคยรับการรักษาจากหมอพื้นบ้าน	จำนวน 8 คน
ผู้ที่เคยเข้าร่วมพิธีกรรม	จำนวน 5 คน
ผู้ที่เป็นเจ้าบ้านในการประกอบพิธี	จำนวน 3 คน
ประชาชนในพื้นที่วิจัย	จำนวน 4 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยไว้ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสังเกต (Observation Form) ซึ่งใช้สำหรับขั้นตอนการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ในการสังเกตสภาพทั่วไปของพื้นที่ในการวิจัย อาทิ สภาพแวดล้อมทั่วไป สภาพสังคมวัฒนธรรม วิถีชีวิตของหมอพั้นบ้าน และวิถีชุมชน พร้อมทั้งลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

1.2 แบบสัมภาษณ์ (Interview Form) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ที่ประกอบไปด้วยทั้งหมด 4 ตอน ได้แก่

- 1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์
- 2) ตอนที่ 2 ประวัติความเป็นมาในการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพั้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในภาคเหนือของไทย
- 3) ตอนที่ 3 สภาพปัจจุบันและปัญหาในการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพั้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในภาคเหนือของไทย
- 4) ตอนที่ 4 การปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพั้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในภาคเหนือของไทย

ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้รู้ (Key Informant) 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) และ 3) กลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (General Informant) ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามความมุ่งหมายของการวิจัย และนำมาสู่ข้อมูลของการปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

1.3 แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นการสนทนากลุ่มของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม โดยให้เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่จำนวนไม่เกิน 8 คน เข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่องการปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

2.1 การสำรวจ (Survey) โดยผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพทั่วไปของพื้นที่และกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ควบคู่ไปกับการสังเกต ในด้านสภาพสังคมวัฒนธรรม วิถีชีวิตของ

หมอพื้นบ้านและวิถีชุมชน ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในการลงพื้นที่วิจัยทุกครั้ง

2.2 การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตที่จัดเตรียมไว้ ในการสังเกตเกี่ยวกับสภาพทั่วไป สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรมของชุมชน พร้อมทั้งลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม และนำมาพร้อมเป็นข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ถึงประเด็นในการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

2.3 การสัมภาษณ์ (Interview) ผู้วิจัยใช้ลักษณะการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบันและปัญหา และการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย โดยทำการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย คือ

2.3.1 กลุ่มผู้รู้ (Key Informant) ได้แก่ นักวิชาการ หรือผู้นำท้องถิ่นหรือประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการวิจัย หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือภาคประชาสังคม

2.3.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) ได้แก่ หมอพื้นบ้าน คือ หมอมด หมอมนต์ หมอเยื้อง หมอเสน ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัย

2.3.3 กลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (General Informant) ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมที่เคยได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ

2.4 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการจัดการสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม โดยมีตัวแทนของแต่ละกลุ่มเข้าร่วมในการสนทนากลุ่มครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้มีผู้เข้าร่วมสนทนาไม่เกิน 8 คนต่อกลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

3. การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องมากที่สุด ก่อนการนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ตามหลักการของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

3.1 การตรวจสอบความตรง โดยผู้วิจัยได้พัฒนากรอบความคิดการวิจัยในครั้งนี้ อย่างถูกต้องและเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน เช่น การเลือกใช้แนวคิดและทฤษฎีในการวิจัยที่ตรงและสอดคล้องกับหัวข้อและความมุ่งหมายของงานวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ที่ศึกษาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการขจัดความอคติในการทำการวิจัยของผู้วิจัยจึงเป็นการตรวจสอบความตรงไปแล้วขั้นหนึ่ง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Method) โดยตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคล การตรวจสอบวิธีรวบรวมข้อมูล จากการเก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การศึกษาเอกสาร โดยตามวิธีการของ Denzin (สุภางค์ จันทวานิช. 2543; พันธุ์ทิพย์ งามสูตร. 2545; และทรงคุณ จันทจร. 2549; อ้างอิงมาจาก Denzin. 1982: 12) ได้เสนอไว้ดังนี้

3.2 การตรวจสอบความเที่ยงในงานวิจัย โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Lincoln และ Guba (ทรงคุณ จันทจร. 2549; อ้างอิงมาจาก Guba. 1989) เกี่ยวกับ “ความไว้วางใจได้” (Dependability) หรือ “ความคงเส้นคงวา” (Consistency) สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงตรงในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงอาศัยวิธีการของ Merriam (กาสั๊ก เต๊ะซันหมาก. 2541; อ้างอิงมาจาก Merriam. 1988) ในการตรวจสอบความไว้วางใจได้หรือความคงเส้นคงวา ดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยได้แสดงถึงจุดยืนของกรอบความคิดการวิจัยที่ชัดเจน การได้มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสม

3.2.2 ผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Method) เช่นเดียวกับการตรวจสอบความตรงดังที่อธิบายไว้แล้ว

3.3 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมที่ตรงตามความมุ่งหมายของการวิจัยและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัยก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย

4. การจัดการกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ ของพื้นที่วิจัย มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง จากนั้นจึงจัดเรียงข้อมูล และจัดกลุ่มของข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์ ซึ่งผู้วิจัยได้ยึดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำมาสร้างข้อสรุป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (พันธุ์ทิพย์ งามสูตร. 2545; สุภางค์ จันทวานิช. 2543)

4.1 วิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) โดยการตีความสร้างข้อสรุปของข้อมูลที่เป็นรูปธรรมหรือที่ได้จากปรากฏการณ์ที่สามารถมองเห็นได้ แล้วนำมารวบรวมและสร้างข้อสรุปให้เป็นเชิงนามธรรม (Analytic Induction) หลังจากนั้นนำมาสร้างเป็นสมมติฐานชั่วคราว (Working Hypothesis) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยพยายามเก็บรวบรวม ข้อมูลที่สามารถทำการพิสูจน์สมมติฐานนั้น จนกว่าจะได้คำตอบแล้วจึงดำเนินการสรุปข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้

4.2 การจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกชนิดของข้อมูล ดำเนินการเป็น 2 แบบ คือ

4.2.1 แบบใช้ทฤษฎี เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเอาทฤษฎีมาใช้ในการจำแนกชนิดของเหตุการณ์โดยยึดแนวคิดทฤษฎีเป็นกรอบในการจำแนก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้

ใช้แนวคิด ทฤษฎีทางด้านสุขภาพ รวมถึงแนวคิด ทฤษฎีทางวัฒนธรรมและสังคม เป็นแกนหลักในการวิเคราะห์ตีความข้อมูล ได้แก่ แนวคิดระบบสุขภาพชุมชน แนวคิดระบบบริการสาธารณสุข เปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรมแนวคิดกระบวนการแสวงหาการรักษา แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ ทฤษฎีนิเวศวัฒนธรรม ทฤษฎีแพร่กระจายทางวัฒนธรรม มาใช้ในการจำแนกชนิดของข้อมูล ซึ่ง Lofland (1971; อ้างถึงในสุภางค์ จันทวานิช. 2543) ได้เสนอแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการจำแนกข้อมูลไว้ดังนี้

- 1) การกระทำ (Acts) คือ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่ยาวนานหรือต่อเนื่อง
- 2) กิจกรรม (Activities) คือ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ หรือขนบธรรมเนียมประเพณีและพิธีกรรมที่เกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง และมีความผูกพันกับบุคคลบางคนหรือบางกลุ่ม
- 3) ความหมาย (Meanings) คือ การที่บุคคลอธิบายหรือสื่อสาร หรือให้ความหมายเกี่ยวกับการกระทำหรือกิจกรรม อาจเป็นการให้ความหมายในลักษณะเกี่ยวกับ โลกทัศน์ ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน
- 4) ความสัมพันธ์ (Relationship) คือ ความเกี่ยวข้องระหว่างบุคคลหลาย ๆ คน ในสังคมที่ศึกษาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อาจเป็นรูปแบบของการเข้ากันได้ หรือความขัดแย้งก็ได้
- 5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม (Participation) คือ การที่บุคคลมีความผูกพันและเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- 6) สภาพสังคม (Setting) คือ สถานการณ์ หรือสภาพการณ์ที่กระทำ หรือกิจกรรมที่ทำการศึกษาอยู่

ซึ่งการจำแนกข้อมูลโดยใช้ขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ จะช่วยให้มีการตรวจสอบว่าการเก็บข้อมูลมานั้นเก็บครบถ้วนหรือไม่ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

4.2.2 แบบไม่ใช้ทฤษฎี เป็นการจำแนกข้อมูลทีวิเคราะห์ตามความเหมาะสมของข้อมูลใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้วิจัย โดยการจำแนกข้อมูลที่มีความสัมพันธ์กันกับแบบแผนชีวิต ได้แก่ ชนิดของเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ สภาพแวดล้อม แล้วพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลชนิดต่าง ๆ ที่แบ่งแล้ว ต่อจากนั้นดูความสม่ำเสมอ (Regularities) ของการเกิดเหตุการณ์ของข้อมูลชนิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานการอธิบายสาเหตุของปรากฏการณ์โดยยึดกรอบการวิจัยเป็นหลัก

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Content Comparison) เป็นการใช้วิธีการเปรียบเทียบ โดยนำข้อมูลมาเทียบกับปรากฏการณ์และทำให้ข้อมูลเป็นนามธรรมมากขึ้นเพื่อค้นหาความสัมพันธ์ใหม่เกิดขึ้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนทำการ

เปรียบเทียบลักษณะและคุณสมบัติของข้อมูล จำแนกข้อมูลออกเป็นประเภทต่าง ๆ แล้วทำการสร้างข้อสรุปของข้อมูลย่อยในแหล่งข้อมูลนั้น ๆ เมื่อได้ข้อมูลมาใหม่จะทำการเปรียบเทียบในลักษณะเดียวกัน แล้วนำผลจากข้อสรุปของข้อมูลแรกมาเปรียบเทียบกับผลในครั้งต่อไป ทำเช่นนี้ไปจนกระทั่งเก็บข้อมูลครบสมบูรณ์จึงนำผลที่ได้มาพิจารณาความสัมพันธ์ของข้อมูลทุกประเภทเพื่อนำมาสร้างเป็นข้อสรุปที่ใช้ตอบปัญหาของการวิจัย

5. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ในการนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอโดยการเขียนเป็นรายงานการวิจัยทั้งฉบับสมบูรณ์และฉบับตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่กำหนดไว้ทั้งเป็นแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) เป็นความเรียง และการบรรยายด้วยการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตามข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ และการแปลความหมายตรงตามสิ่งที่ปรากฏจากการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยจะแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) บทนำ 2) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) วิธีดำเนินการวิจัย 4) ผลการวิจัย และ 5) สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 บทนำ (บทที่ 1) เป็นการกล่าวถึงภูมิหลังของเรื่องที่ทำการศึกษา ความสำคัญของการวิจัย ปัญหาในการวิจัย ความมุ่งหมายในการวิจัย นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย และกรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (บทที่ 2) เป็นการนำเสนอเนื้อหาต่าง ๆ ของเรื่องที่จะดำเนินการวิจัย อาทิ เช่น องค์ความรู้ในการวิจัย แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ นโยบายและแผนพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ บริบทพื้นที่วิจัย บริบทของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

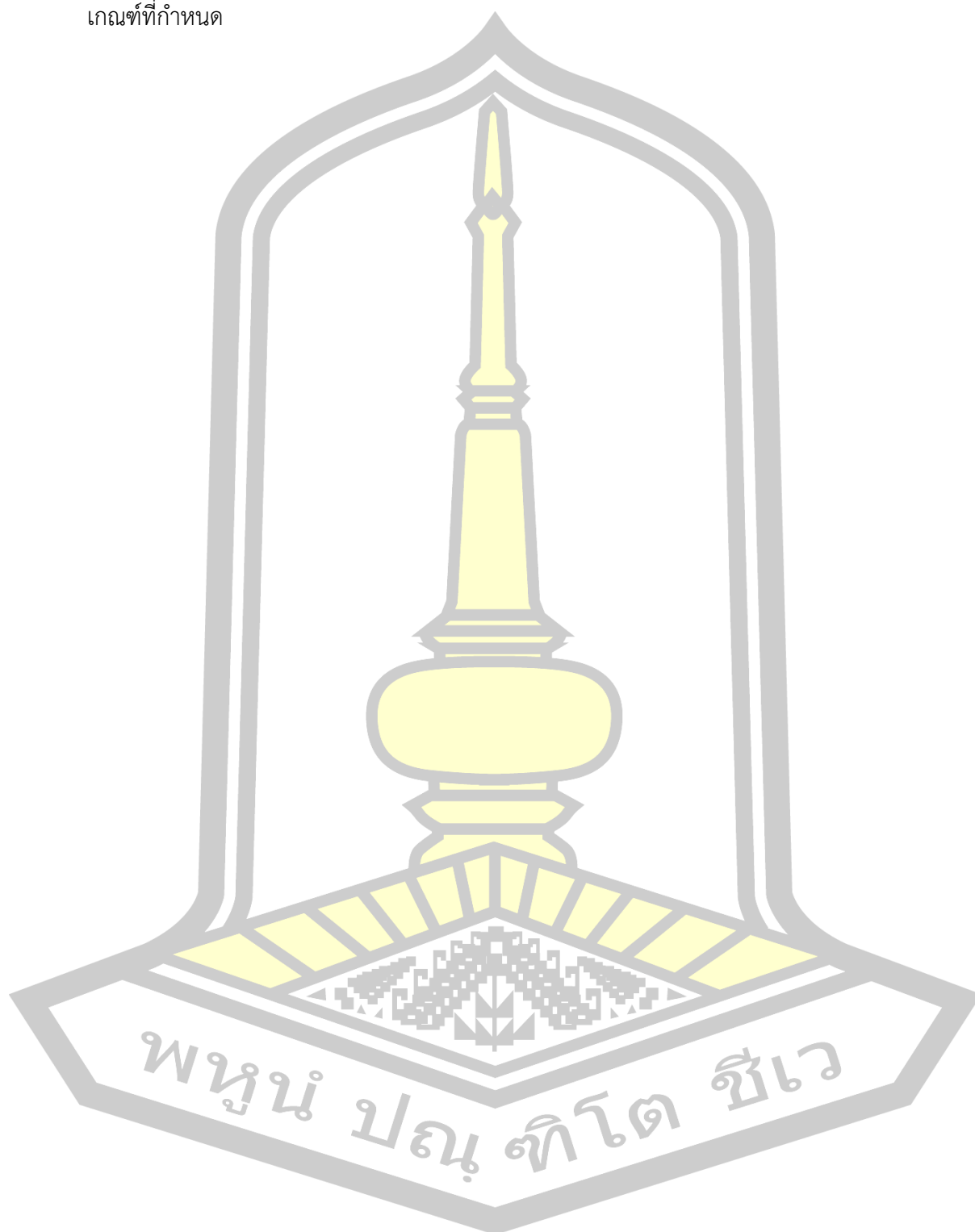
ส่วนที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย (บทที่ 3) เป็นการนำเสนอถึงวิธีการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วยขอบเขตการวิจัย (เนื้อหาการวิจัย วิธีวิจัย ระยะเวลา พื้นที่วิจัย กลุ่มผู้ให้ข้อมูล) และวิธีดำเนินการวิจัย (เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดทำและการวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล)

ส่วนที่ 4 ผลการวิจัย (บทที่ 4) เป็นการนำเสนอผลวิจัย หรือผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งเป็นการนำเสนอผลที่สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัยที่กำหนดไว้

ส่วนที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (บทที่ 5) เป็นส่วนที่นำเสนอข้อสรุปประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยและการอภิปรายผลของการวิจัย รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

5.2 การนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบบทความวิจัย ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัย ทั้ง 5 บท มาเรียบเรียงใหม่ให้อยู่ในรูปแบบบทความวิจัย (Article) ในลักษณะที่เป็น

ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และจัดส่งตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติ ตาม
เกณฑ์ที่กำหนด



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Document Research) ร่วมกับเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม (Field Study) เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบันและปัญหา และการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ซึ่งนำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัยไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. ประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย
2. สภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย
3. การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจากพื้นที่วิจัย โดยจำแนกเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ประวัติความเป็นมาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ
ชาติพันธุ์ไทดำเป็นกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งที่ได้เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย และได้กระจัดกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย โดยส่วนมากในอดีตจะนิยมแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีดำจึงเรียกว่า “ไทดำ หรือ ไทยทรงดำ” ตามลักษณะเครื่องแต่งกาย ส่วนคำว่า “โชน” นั้นสันนิษฐานว่าเป็นคำที่มาจากคำว่า “ชวง หรือ ทรง” ซึ่งแปลว่ากางเกง และในปัจจุบันกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำถือว่าเป็นชาติพันธุ์หนึ่งที่ยังคงรักษาแบบแผนวัฒนธรรมเดิมของตนไว้ โดยปรากฏให้เห็นในรูปแบบของการแต่งกาย ประเพณี พิธีกรรม และวัฒนธรรมท้องถิ่นด้านต่าง ๆ ของตนเอง

การอพยพเข้ามาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำนั้น เชื่อว่าได้อพยพมาจากเมืองเดียนเบียนฟู ซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของประเทศเวียดนาม โดยเชื่อว่าถิ่นฐานเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในอดีตอยู่ในแคว้นสิบสองจุไทยที่ประกอบด้วย เมืองแกง เมืองควาย เมืองตุง เมืองม่วย เมืองลำ เมืองโมะ เมืองหวัด

และเมืองซาง รวมเป็น 8 เมือง และเป็นกลุ่มผู้ไทชาวอีก 4 เมือง คือ เมืองไล เมืองเจียน เมืองมุน และเมืองบาง ซึ่งแต่เดิมจะเรียกว่า “สิบสองผู้ไทย” แต่ปัจจุบันเรียกว่า “สิบสองจุไท” ผ่านมายังประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและเข้ามายังประเทศไทยในสมัยต่าง ๆ

นอกจากนี้ตามบันทึกทางเอกสาร บทความ และคำบอกเล่าของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลบอกว่า กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้ถูกกวาดต้อนและอพยพมาในประเทศไทยตั้งแต่สมัยกรุงธนบุรี กรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น และอพยพเรื่อยมาจนถึงในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ซึ่งเชื่อว่าเป็นครั้งสุดท้ายของการอพยพ โดยสามารถสืบค้นรายละเอียดการอพยพจากเอกสารที่ได้มีการค้นคว้าของสิริ พิงเดช (2519) อภิภูวัฒน์ โพธิ์सान (2552) และอัญชลี สิงห์น้อย วงศ์วัฒนา (2559) ไว้ได้ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในสมัยต้นรัชกาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เนื่องด้วยเจ้านครเวียงจันทร์ได้ทำการหมิ่นพระบรมเดชานุภาพ สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจึงให้เจ้าพระยามหากษัตริย์และเจ้าพระยาสุรสีห์ ยกทัพไปตีนครเวียงจันทร์และตีได้เมืองล้านช้าง (อาณาจักรลาว) แล้วส่งให้กองทัพเมืองหลวงพระบางยกขึ้นไปตีเมืองม่วย เมืองทัน ซึ่งเป็นเมืองของผู้ไทดำ (ชาติพันธุ์ไทดำ) และกวาดต้อนเอาครอบครัวผู้คนที่ทั้งสองเมืองนี้ส่งลงมายังกรุงธนบุรีในปี พ.ศ. 2322 และโปรดฯ ให้ไปตั้งบ้านเรือนอยู่ที่เพชรบุรี ซึ่งสันนิษฐานว่าอยู่ที่ตำบลหนองปรัง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ในปัจจุบัน

ครั้งที่ 2 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช รัชกาลที่ 1 ประมาณปี พ.ศ. 2335 ชาวเมืองแก่งที่เป็นศูนย์กลางของชาติพันธุ์ไทดำและเมืองพวน ได้แข็งข้อต่อเมืองเวียงจันทร์ เจ้าเมืองเวียงจันทร์จึงส่งกองทัพไปตีเมืองทั้งสอง แล้วได้กวาดต้อนพวกชาติพันธุ์ไทดำและลาวพวนส่งลงมาอยู่กรุงเทพฯ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช รัชกาลที่ 1 จึงโปรดฯ ให้ส่งกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำไปตั้งถิ่นฐานอยู่ที่เพชรบุรี

ครั้งที่ 3 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 3 ได้ทรงออกใบบอกเจ้านครหลวงพระบางให้ส่งกองทัพขึ้นไปปราบปรามหัวเมืองฝ่ายเหนือ รัชกาลที่ 3 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เจ้าพระยาธรรมา (สมบุญ) เป็นแม่ทัพยกไป เจ้าพระยาธรรมาได้ยกทัพขึ้นไปถึงเมืองหลวงพระบางแล้วแต่งตั้งให้ท้าวพระยาต่าง ๆ ของลาวขึ้นไปตีเมืองแก่งจับได้ลาวพวนและไตซ่งดำ (ชาติพันธุ์ไทดำ) เป็นจำนวนมาก ครั้นนั้นรัชกาลที่ 3 ทรงกำชับให้เจ้าพระยาธรรมา (สมบุญ) กวาดต้อนครอบครัวและทรัพย์สินที่ใช้ในเมืองเวียงจันทร์และบรรดาหัวเมืองลาวทั้งหลายลงไปกรุงเทพฯ ให้มากเพื่อชดเชยกับการที่ได้พระราชทานใช้ในราชการสงคราม และเพื่อตัดความยุ่งยากในหัวเมืองฝ่ายเหนือ เจ้าพระยาธรรมาจึงกวาดต้อนครอบครัวชาวเมืองแก่งซึ่งส่วนมากเป็นผู้ไตซ่งดำประมาณ 10,000 คน ลงมากรุงเทพฯ และโปรดให้พวกไทดำไปตั้งภูมิลำเนา ณ เมืองเพชรบุรี

ครั้งที่ 4 ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ราว พ.ศ. 2407 เมืองหลวงพระบางและเวียงจันทน์ถูกพวกจีนฮ่อบุกเข้าโจมตี พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวจึงพระกรุณาไปโปรดเกล้าฯ ส่งกองทัพไปปราบจีนฮ่อและได้กวาดต้อนชาวไทดำเข้ามาเป็นรุ่นสุดท้าย เมื่อ พ.ศ.2430

ในปัจจุบันการตั้งถิ่นฐานกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้กระจายไปในพื้นที่ ๆ ทั่วภูมิภาคในประเทศไทย (งามพิศ สัตย์สงวน, 2545) มีรายละเอียดดังนี้

จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ อำเภอเมือง ที่ตำบลวังตะโก ตำบลสะพานยายหน (สะพานยี่หน) อำเภอเขาย้อย ที่ตำบลหนองปรัง ตำบลทับคาง ตำบลห้วยทับช้าง และตำบลเขาย้อย อำเภอชะอำ และอำเภอบ้านแหลม ที่ตำบลท่าแร่

จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ อำเภออู่ทอง ที่ตำบลบ้านดอน ตำบลสระยายโสม ตำบลดอนมะเกลือ ตำบลหนองโอง และตำบลบ้านโฆ้ง อำเภอเมือง ที่ตำบลบางกุ้ง และอำเภอบางปลาม้า

จังหวัดราชบุรี ได้แก่ อำเภอจอมบึง ที่หมู่บ้านตลาดควาย ตำบลจอมบึง อำเภอดำเนินสะดวก ที่ตำบลดำเนินสะดวก ตำบลดอนคลัง ตำบลบัวงาน อำเภอบางแพ ที่ตำบลดอนคา และอำเภอปากท่อ

จังหวัดนครปฐม ได้แก่ อำเภอสามพราน ที่หมู่บ้านตากแดด ตำบลตลาดจินดา อำเภอบางเลนและอำเภอเมือง

จังหวัดสมุทรสาคร ที่หมู่บ้านกลาง ตำบลหนองสองห้อง ตำบลโรงเข้ และตำบลยกกระบัตร

นอกจากนั้นพบว่ามีอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ อีกหลายจังหวัด เช่น จังหวัดพิจิตร พิษณุโลก เลย กาญจนบุรี ลพบุรี สระบุรี สุโขทัย ชุมพร และสุราษฎร์ธานี แม้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจะมีการย้ายถิ่นฐานไปอยู่อาศัยในพื้นที่อื่น ๆ แต่ชาวไทดำเหล่านั้นจะเข้าใจว่าตนเองได้อพยพมาจากเมืองแกลงและจังหวัดเพชรบุรีที่เหมือนกัน

1.1 กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิจิตร

กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่อพยพเข้ามาอยู่ในจังหวัดพิจิตรนั้น เชื่อว่าได้สืบเชื้อสายมาจากคนกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่มีถิ่นเดิมอยู่ที่เมืองแกลงหรือปัจจุบันเรียกว่า “เดียนเบียนฟู” ในประเทศเวียดนาม และเป็นกลุ่มคนในยุคสมัยแรกที่อพยพเข้ามานั้นเชื่อว่ามาจากจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งได้ถูกกวาดต้อนให้อพยพเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ในสมัยสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และมีการอพยพกวาดต้อนเข้ามาในประเทศไทยอีกหลายครั้งในสมัยต่อ ๆ มา จนทำให้ปัจจุบันมีกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้อาศัยกระจายอยู่หลายจังหวัดในประเทศไทย

ชาติพันธุ์ไทดำที่อพยพเข้าในจังหวัดพิจิตร มีการอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นมากที่สุด ในเขตตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง และเชื่อว่าเป็นพื้นที่แรกที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานในเขตจังหวัดพิจิตร และเชื่อว่าเป็นชาติพันธุ์ไทดำที่อพยพมาจากอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เมื่อประมาณ 150 ปีก่อน (เซว้ แอนดอย, สัมภาษณ์ : 2562) สาเหตุของการซื้อตั้งหมู่บ้านแห่งนี้ว่า “บ้านไผ่รอบ” เนื่องจากในอดีตพื้นที่บริเวณนี้มีต้นไผ่จำนวนมากและเป็นเหมือนป่าล้อมรอบบริเวณหมู่บ้าน มีความอุดมสมบูรณ์ สามารถปลูกพืชและทำเกษตรกรรมได้เป็นอย่างดี ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้เดินทางเข้ามาจับจองหรือหาซื้อที่ดินเพื่อเป็นที่อยู่อาศัยและประกอบอาชีพสืบมาจนถึงปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า 2-3 ชั่วอายุคนมาแล้ว ทำให้ในปัจจุบันมีกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่หนาแน่นในเกือบทุกหมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ทำอาชีพการเกษตร ทำนา เลี้ยงสัตว์ บางส่วนก็เดินทางไปทำงานต่างถิ่น โดยกลุ่มนี้ยังคงยึดมั่นวัฒนธรรมความเชื่อและพิธีกรรมของชาติพันธุ์ตนเองอยู่ โดยเฉพาะเรื่องการนับถือผี และพิธีกรรมเสนเรือน

การอพยพเข้ามาตั้งบ้านไผ่รอบของชาติพันธุ์ไทดำในอดีต อาจสรุปได้ 2 รูปแบบ (พงศ์เดชพิพัฒน์ เดชอุ้ม, สัมภาษณ์ : 2562) คือ

- 1) เป็นการอพยพเดินทางเข้ามาโดยตรง หรือจากการชักชวนของญาติพี่น้องที่เข้ามาอาศัยอยู่ก่อนแล้ว
- 2) เดินทางไปอยู่อาศัยยังจังหวัดอื่น ๆ ทั้งในภาคกลางและภาคเหนือก่อน แล้วจึงค่อยเดินทางต่อขึ้นมาอยู่ที่ตำบลไผ่รอบในภายหลัง

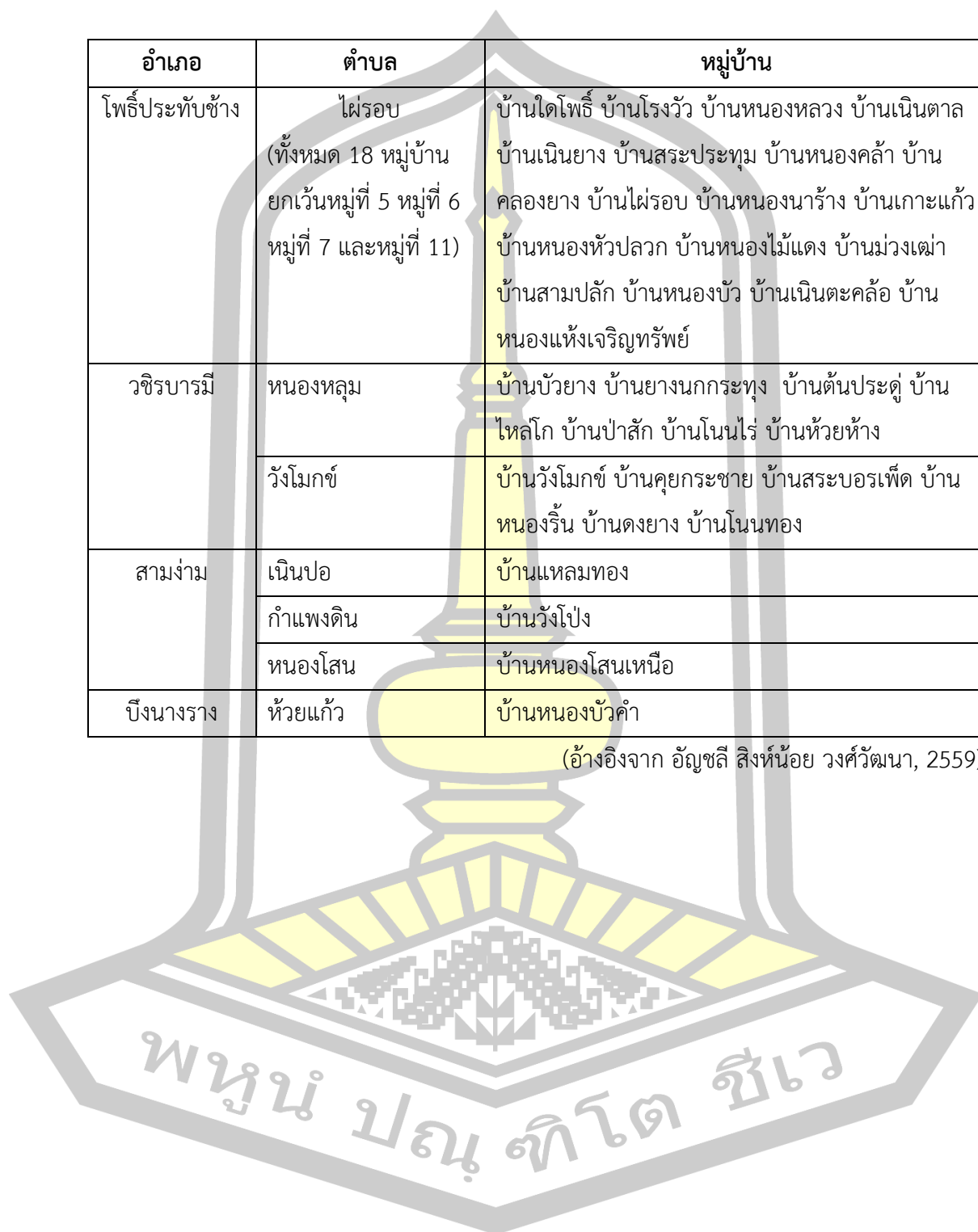
โดยวิธีการเดินทางเข้ามานั้นมี 2 วิธี คือ โดยใช้เกวียนที่เทียมด้วยวัวหรือควายในอดีต และโดยใช้รถไฟเป็นพาหนะเดินทางมาลงที่สถานีรถไฟพิจิตร แล้วเดินหรือต่อรถสองแถวเข้ามาในเขตตำบลไผ่รอบในสมัยต่อมา เมื่อกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้เข้ามาอาศัยอยู่หนาแน่นมากขึ้นจนทำให้หมู่บ้านไผ่รอบต้องมีการขยายพื้นที่ใหญ่ขึ้น จนได้รับการยกฐานะขึ้นเป็นตำบลไผ่รอบ และมีการขยายหมู่บ้านเป็น 18 หมู่บ้านในปัจจุบัน โดยหมู่บ้านของตำบลไผ่รอบที่มีกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นนั้นมีจำนวนทั้งหมด 18 หมู่บ้าน ยกเว้นหมู่ที่ 5 หมู่ที่ 6 หมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 11 ที่มีกลุ่มคนที่เรียกตัวเองว่าไทยอีสาน และกลุ่มคนไทยภาคกลางอาศัยอยู่หนาแน่น (เซว้ แอนดอย, สัมภาษณ์ : 2562)

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

ตาราง 1 แสดงพื้นที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิจิตร

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
โพธิ์ประทับช้าง	ไผ่รอบ (ทั้งหมด 18 หมู่บ้าน ยกเว้นหมู่ที่ 5 หมู่ที่ 6 หมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 11)	บ้านโตโพธิ์ บ้านโรงวัว บ้านหนองหลวง บ้านเนินตาล บ้านเนินยาง บ้านสระประทุม บ้านหนองคล้า บ้าน คลองยาง บ้านไผ่รอบ บ้านหนองนาร้าง บ้านเกาะแก้ว บ้านหนองหัวปลวก บ้านหนองไม้แดง บ้านม่วงเต่า บ้านสามปลัก บ้านหนองบัว บ้านเนินตะคล้อ บ้าน หนองแห้งเจริญทรัพย์
วชิรบูรณ์	หนองหลุม	บ้านบัวยาง บ้านยางนงกระทุง บ้านต้นประดู่ บ้าน ไหลโก บ้านป่าสัก บ้านโนนไร่ บ้านห้วยห้าง
	วังโมกข์	บ้านวังโมกข์ บ้านคุยกระชาย บ้านสระบอระเพ็ด บ้าน หนองรีน บ้านดงยาง บ้านโนนทอง
สามง่าม	เนินปอ	บ้านแหลมทอง
	กำแพงดิน	บ้านวังโป่ง
	หนองโสน	บ้านหนองโสนเหนือ
บึงนางราง	ห้วยแก้ว	บ้านหนองบัวคำ

(อ้างอิงจาก อัญชลี สิงห์น้อย วงศ์วัฒนา, 2559)





ภาพประกอบ 20 แสดงการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร



ภาพประกอบ 21 แสดงการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลบ้านไร่รอบ

1.2 กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิษณุโลก สันนิษฐานว่าชาติพันธุ์ไทดำน่าจะอพยพมาตั้งถิ่นฐานที่จังหวัดพิษณุโลก เมื่อมีการสร้างทางรถไฟสายเหนือ เมื่อปี พ.ศ. 2450 ได้ไปตั้งถิ่นฐานในเขตอำเภอวังทอง อำเภอบางระกำ ในปัจจุบัน ทั้งนี้มีกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลวังพิกูล อำเภอวังทอง ได้แก่ หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 7 หมู่ที่ 9 หมู่ที่ 10 และหมู่ที่ 13 ส่วนกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางระกำ ได้อาศัยกระจายอยู่ทั่วไปในทั้งหมด 4 ตำบล คือ 1) ตำบลพันเสา 2) ตำบลบางระกำ 3) ตำบลวังอิทก และ 4) ตำบลบ่อทอง ซึ่งปัจจุบันกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่อาศัยอยู่ทั้ง 2 อำเภอนี้ยังคงมีการรักษาวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี โดยมีผู้นำของชาติพันธุ์ไทดำในอำเภอบางระกำ เป็นแกนนำและเป็นศูนย์กลางในการทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่อื่น ๆ เช่น มีพื้นฟูการพูดและใช้ตัวอักษรไทดำที่แสดงถึงอัตลักษณ์ของตนเองด้านภาษาในชีวิตประจำวัน โดยการสอนพูดและเขียนภาษาไทยดำในโรงเรียน ส่งเสริมการแต่งกายของนักเรียนด้วยชุดไทดำในวันศุกร์ การสร้างปฏิทินตามรูปแบบการนับวันของชาติพันธุ์ไทดำ การสร้างพิพิธภัณฑ์ชุมชนเพื่อจำลองประเพณี วิถีชีวิต และวัฒนธรรมต่าง ๆ รวมถึงการรวมกลุ่มชมรมไทดำภาคเหนือเพื่อทำกิจกรรมในลักษณะต่าง ๆ อาทิ การประชุม สัมมนา การแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม เป็นต้น



ตาราง 2 แสดงพื้นที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในจังหวัดพิษณุโลก

อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
บางระกำ	คุยม่วง	บ้านคุยม่วง บ้านคุยขวาง บ้านหนองขานาง บ้านดง บ้านทุ่งพัฒนา บ้านสองพี่น้อง บ้านเรียงกระดก
	บางระกำ	บ้านคลองวัดไร่ บ้านยางแขวนอู่ บ้านบึงคัต บ้านคุย ยาง บ้านหนองเขาควาย บ้านตลุกแรด บ้านหัวบึง
	บ่อทอง	บ้านบ่อทอง บ้านหนองตาเขียว บ้านดงยาง บ้านดอน อภัย บ้านหนองบัว บ้านโพธิ์ประสาท
	พันเสา	บ้านแหลมมะค่า บ้านมะค่างาม บ้านหล่ายขานาง
	วังอิทก	บ้านกลางสุริยวงศ์ บ้านหนองเต่าดำ บ้านหนองบัวพัน ต่าง
	ชุมแสงสงคราม	บ้านห้วงกระได บ้านหนองแพงพวย
วังทอง	วังพิกุล	บ้านวังพิกุล บ้านดงพลวง บ้านหนองตาสี บ้านดงข่อย บ้านดงไผ่ บ้านดงจันทร์ บ้านสำโรง
	แม่ระกา	บ้านแหลมคัก บ้านเข็ก
บางกระทุ่ม	บางกระทุ่ม	บ้านบางกระทุ่มใน
	ไผ่ล้อม	บ้านยางโทน บ้านหนองหวาย
	ท่าตาล	บ้านท่าตาล
เมือง	สมอแข	บ้านก่อ

(อ้างอิงจาก อัญชลี สิงห์น้อย วงศ์วัฒนา, 2559)

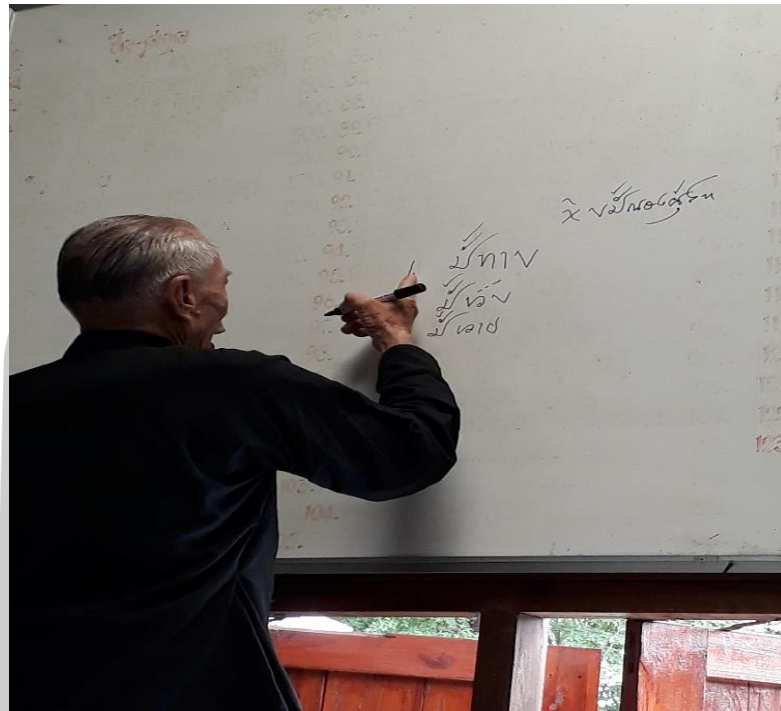




ภาพประกอบ 22 แสดงการลงพื้นที่สัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก



ภาพประกอบ 23 แสดงการประชุมและสัมมนาของชมรมไทดำภาคเหนือ



ภาพประกอบ 24 แสดงการฟื้นฟูภาษาไทยคำของชมรมไทดำภาคเหนือ



ภาพประกอบ 25 แสดงการนับวันตามปฏิทินของชาติพันธุ์ไทดำ



ภาพประกอบ 26 แสดงการจำลองอุปกรณ์ของชาติพันธุ์ไทดำในพิพิธภัณฑ์วัดไผ่รอบ

2. ความเชื่อและวิธีการของการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

2.1 ความเชื่อพื้นฐานของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

ชาติพันธุ์ไทดำมีวัฒนธรรมประเพณีและพิธีกรรมที่ผูกพันกับความเชื่อเป็นอย่างมาก แต่รูปแบบรายละเอียดอาจจะแตกต่างกันไปตามท้องถิ่นบ้างเล็กน้อย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วสังคมของชาติพันธุ์ไทดำจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มชนชั้นสูงที่มีการสืบเชื้อสายมาจากเจ้านายหรือชนชั้นปกครองในแคว้นสิบสองจุไทยจะเรียกว่า “กลุ่มผู้ต้าว หรือ ผู้ท้าว” ส่วนกลุ่มที่สืบเชื้อสายมาจากบุคคลธรรมดาที่ไม่ใช่เจ้านายหรือชนชั้นปกครองจะเรียกว่า “กลุ่มผู้น้อย” โดยรูปแบบของวัฒนธรรมและประเพณีดั้งเดิมจะมีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่มตั้งแต่อดีตจนถึงในปัจจุบัน

พหุ อนุ พิโต ชีเว



ภาพประกอบ 27 แสดงการนั่งตามสถานะทางสังคมของผู้เฒ่าที่ต้องอยู่สูงกว่าผู้น้อย

ด้วยในอดีตกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำไม่ได้นับถือศาสนา แต่มีคติความเชื่อเรื่องแถนและผีเป็นอย่างมาก การนับถือผีของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้ทำให้เกิดเป็นระบบปฏิบัติที่ยึดถือและกระทำต่อ ๆ กันมาในรูปแบบของประเพณีหรือพิธีกรรมที่ล้วนแต่นำไปสู่การสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม ระบบการปกครอง คุณธรรมและศีลธรรมที่ทำให้สังคมชาติพันธุ์ไทดำอยู่ได้อย่างปกติสุข มีความรักสามัคคีกันในชุมชนและความเป็นเชื้อชาติ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าศาสนาเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในอดีตคือความเชื่อเรื่องแถนและผี และมีหมอพื้นบ้านเป็นสื่อกลางระหว่างมนุษย์และวิญญาณ ซึ่งอภินิวรณ์ โปธิ์สาน (2552) ได้เปรียบเทียบสถานภาพของหมอเสนที่เป็นหมอพื้นบ้านในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำว่าเปรียบเสมือนกับพระสงฆ์ในพุทธศาสนาที่มีบทบาทเชื่อมโยงระหว่างโลกมนุษย์และวิญญาณ การที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำนับถือผีเป็นอย่างมากนั้น เพราะเชื่อว่าผีมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายซึ่งจะเกี่ยวข้องกับผีทั้งหมด และมีความเชื่อว่าผีคือเทพยดาที่ให้ความคุ้มครองพิทักษ์รักษาชีวิตหรืออาจลงโทษให้ถึงตายได้ ซึ่งผีที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยยังให้ความสำคัญอยู่นั้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอภินิวรณ์ โปธิ์สาน (2552) คือ

1) แถน หรือผีฟ้า มีสถานะเป็นเหมือนผีหรือเทพเจ้าสูงสุดตามความเชื่อและศาสนาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ โดยเชื่อว่าแถนเป็นผู้มนุษย์และสร้างโลก และสามารถทำลายโลกเมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการแล้วแต่ความพึงพอใจ แถนตามความเชื่อของชาวไทดำสามารถบันดาลให้เกิดทั้งด้านดี

และด้านร้าย เช่น บันดาลให้เกิดน้ำท่วมโลกหรือบันดาลให้เกิดสิ่งต่าง ๆ ตามปรารถนา มนุษย์จึงต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามความประสงค์ของแถนเพื่อให้แถนมีความเมตตาและบันดาลให้เกิดความสุขแก่ตน แถนตาคติความเชื่อของชาวไทยอยู่หลายประเภท ซึ่งจะมีหน้าที่และความรับผิดชอบที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

1.1) แถนหลวง เป็นหัวหน้าของแถนทั้งปวงบนฟ้า มีหน้าที่คอยควบคุมดูแลแถนต่าง ๆ ให้ปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ และยังทำหน้าที่ดูแลความยุติธรรม ตัดสินหรือพิพากษาข้อพิพาทต่าง ๆ แก่ทุกฝ่าย แถนหลวงจะอยู่ที่เมืองบนหรือเมืองฟ้า โดยเมืองที่แถนหลวงอยู่นั้นจะมีเรือนใหญ่จำนวน 22 ห้อง มีภรรยาของแถน 1 คน มีทองคำ นกเกาะแกก นกพิราบ วัว ควาย มีทุ่งนากว้างใหญ่สำหรับเป็นที่อยู่ที่กินในแต่ละเรือนของแถนหลวง

1.2) แถนปวกาลาวี เป็นผู้ดูแลทุกข์สุขและความอุดมสมบูรณ์ของมนุษย์ที่อยู่ในเมืองลุ่ม หรือในโลกมนุษย์ มีหน้าที่คอยควบคุมดูแลดิน ฟ้า อากาศ และดวงดาวให้เป็นไปตามวิถี และทำให้ฝนฟ้าตกต้องตามฤดูกาล

1.3) แถนชาต เป็นผู้กำหนดชะตาชีวิตและสั่งให้มนุษย์มาเกิดในโลก

1.4) แถนแนน เป็นผู้ตั้งมิ่งขวัญของมนุษย์ กำหนดอายุมนุษย์ให้สั้นหรือยืนยาว

1.5) แถนบุณ เป็นผู้บันดาลความมั่งมีและความอุดมสมบูรณ์ให้เกิดแก่มนุษย์

1.6) แถนเคอ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยไข้เจ็บ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ โดยเฉพาะในวัยเด็ก

1.7) แถนเคาะ เป็นผู้บันดาลภัยพิบัติและเคราะห์ร้ายแก่มนุษย์

1.8) แถนสิง เป็นแถนประจำตระกูลต่าง ๆ ของไทดำ ทำหน้าที่ดูแลรักษาและบันดาลความสงบสุขให้แก่ตระกูล ซึ่งจะมีแถนสิงประจำตระกูลทั้งหมด 10 ตระกูล ได้แก่ สิงลอค้า (สิงล่อ) สิงเลื่อง (สิงเรื่อง) สิงกวาง สิงกา (สิงคา) สิงวี สิงเงิน สิงทอง สิงแหลว สิงลู (สิงรุ) และสิงแรง

1.9) แถนสัด เป็นผู้ที่กำหนดให้มนุษย์อยู่ในระเบียบวินัยและกตिका และคอยติดตามผู้กระทำผิดมาลงโทษ และคุ้มครองให้มนุษย์พ้นภัยพิบัติต่าง ๆ

1.10) แถนนุงขาว เป็นผู้ที่บันดาลให้เกิดแสงสว่าง ความสวยงามงดงามทั้งร่างกายและจิตใจมนุษย์

แถนในอุดมคติของชาติพันธุ์ไทดำคือผีที่อยู่บนฟ้าซึ่งเรียกว่า “เมืองแถน” เป็นผีที่สูงที่สุด เปรียบได้เช่นกับเทวดาที่มีอยู่หลายประเภทตามคติความเชื่อของพุทธศาสนาหรือคติเทวนิยม แถนมีอำนาจสามารถสร้างและทำลายสรรพสิ่งในโลกทั้งมนุษย์ สัตว์และพืชพันธุ์ต่าง ๆ ซึ่งทำให้ชาติพันธุ์ไทดำจะให้ความเคารพยำเกรงต่อแถน ไม่ลบหลู่ดูหมิ่นหรือละเลยต่อแถน และพยายามปฏิบัติต่อแถนในทางที่ถูกต้องเพื่อให้แถนต่าง ๆ เกิดความพึงพอใจ เกิดความเมตตา และบันดาลให้เกิดความสุขต่อตนเอง การปฏิบัติต่อแถนที่เกิดขึ้นของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยนั้นพบว่าเป็นการปฏิบัติด้วย

ความเคารพโดยผ่านหม่อมดหม่อมนต์ หมอเอื้อง หรือหมอเสน ที่เป็นเสมือนสื่อกลางในการติดต่อกับ แถน เพราะแถนจะไม่ติดต่อหรือสื่อสารกับมนุษย์โดยตรง แต่หม่อมดหม่อมนต์ หมอเสน หรือหมอเอื้อง จะสามารถติดต่อระหว่างแถน มนุษย์ และวิญญาณได้ ดังนั้นการปฏิบัติต่อแถนที่เกิดขึ้นจึงเป็นการปฏิบัติในทางอ้อมโดยผ่านสื่อกลางที่เป็นกลุ่มหม่อมต่าง ๆ ของชาติพันธุ์ไทดำ

2) ผีเรือนหรือผีบรรพบุรุษ เป็นผีของปู่ ย่า ตา ยาย หรือ พ่อแม่ ที่ถึงแก่กรรมไปแล้ว ซึ่งจะถูกอัญเชิญขึ้นมาไว้ในห้องผีเรือนที่มีการกันห้องไว้ด้านในสุดติดกับทางทิศตะวันตกของบ้าน เรียกว่า “กะล่อห้อง” โดยห้ามไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าไปเด็ดขาดโดยไม่ได้รับอนุญาต หากเข้าไปโดยไม่บอกกล่าวถือว่าผีผีเจ้าของบ้านอาจได้รับเคราะห์ร้าย ซึ่งเจ้าของบ้านต้องทำพิธีขอขมาผี เรียกว่า “พิธีเสียผี” ชาวไทดำเชื่อว่าผีเรือนเป็นผีที่คอยปกป้องรักษา คุ่มครองลูกหลานในตระกูลให้อยู่เย็นเป็นสุข และต้องจัดพิธีเช่นไหว้ผีบรรพบุรุษตามที่สืบทอดต่อกันมา เรียกว่า “พิธีเสนเรือน” โดยใช้หมอเสนเป็นผู้ทำพิธี การสืบทอดผีบรรพบุรุษจะสืบทอดต่อไปยังบุตรชายหรือหลานชายของตระกูล หากไม่มีบุตรชายสืบทอดก็จะให้ลูกผู้หญิงเป็นสืบทอดซึ่งจะเรียกการสืบทอดผีในลักษณะนี้ว่า “การสืบทอดผีตายนาย”

3) ผีประจำหมู่บ้าน (ผีเจ้าพ่อ เจ้าแม่) เป็นผีที่อยู่ประจำหมู่บ้าน ต้นไม้ ลำห้วย บึง หรือสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน โดยเชื่อว่าเป็นผีที่มีหน้าที่ดูแลหมู่บ้านหรือสถานที่นั้น ๆ ให้ร่มเย็นเป็นสุข คุ่มครองผู้คนและสัตว์เลี้ยงในหมู่บ้านไม่ให้ได้รับอันตราย หรือสามารถลดบันดาลให้เกิดความสำเร็จตามความต้องการเมื่อบนบานได้ และจะมีพิธีการเลี้ยงผีเจ้าพ่อ เจ้าแม่ หรือผีประจำหมู่บ้านนี้ในทุกปี โดยมีผู้ที่เป็นสื่อกลางของผีประจำหมู่บ้านหรือผู้รู้ในการทำพิธี เรียกว่า “เจ้าจ้ำ” โดยจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชายก็ได้

4) ผีประจำสถานที่ เป็นผีที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำเชื่อว่ามีภารกิจสถิตอยู่ในพื้นที่สำคัญของบ้านเรือนตนเอง ได้แก่

4.1) ผีเจ้าที่ เป็นผีที่เชื่อว่ามีหน้าที่ดูแลรักษาบริเวณเขตพื้นที่ของบ้านเรือนในแต่ละหลัง ซึ่งจะมีการตั้งศาลเจ้าที่ให้กับผีประเภทนี้ซึ่งเชื่อว่าเป็นผีที่เคยเป็นเจ้าของที่ดินหรือเคยอยู่อาศัยมาก่อนที่ตนเองจะมาปลูกสร้างบ้านเรือน เมื่อตนเองมาสร้างบ้านเรือนและอยู่อาศัยใหม่จึงได้สร้างศาลเจ้าที่เพื่อให้ผีเจ้าที่เดิมนั้นได้มีที่อยู่อาศัยเพื่อที่จะได้พึงพอใจและสามารถคุ้มครอง ดูแลปกป้องแก่ผู้ที่มาอาศัยใหม่

ทั้งนี้จากการศึกษาในพื้นที่วิจัยพบว่าในเขตบ้านเรือนของชาติพันธุ์ไทดำในปัจจุบันเกือบทุก ๆ หลังคาเรือนจะมีการสร้างศาลพระภูมิ (พระชัยมงคล) ศาลเจ้าที่ (ตายนาย) เป็นส่วนมาก ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความเชื่อในการตั้งศาลพระภูมิและศาลเจ้าที่นั้นเป็นอิทธิพลทางความเชื่อที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้รับเอามาจากคนไทยภาคกลาง

4.2) ผีบันได เป็นผีที่สิงสถิตอยู่ที่บันไดบ้าน ซึ่งเชื่อว่าบันไดบ้านของชาวไทดำจะมีผีคุ้มครองอยู่ จึงมีข้อห้ามที่มีให้มีการลบหลู่หรือละเมิดบันได เช่น การนั่งคาบบันได และการทำเล่นที่บันได ห้ามใช้ของมีคมพินที่บันได เมื่อทำพิธีเสนเรื่อนผู้เป็นเชยของบ้านนั้นจะห้ามหมูขึ้นบันไดบ้าน โดยจะต้องเอาหัวหมูอยู่ที่บันได 3 ครั้งเพื่อเป็นสัญญาณบอกให้ผีที่บันไดรับรู้ว่าจะมีการเสนเรื่อน หรือการนำเอาเลือดหมูมาอยู่ที่บันไดเพื่อเป็นการเซ่นต่อผีบันได และจะทำการเซ่นบูชาผีบันไดในขั้นตอนของพิธีแก้มแยะและพิธีข่าหว๋าในการเสนเรื่อนเพื่อให้ผีบันไดได้คุ้มครองคนในบ้านไม่ให้พลัดตกบันไดบ้านและอยู่ดีมีสุข

4.3) ผีประตู เป็นผีที่สิงสถิตอยู่ที่ประตูเข้าสู่ภายในบ้าน ซึ่งเชื่อว่าประตูทางเข้าไปภายในบ้านจะมีผีสิงสถิตอยู่ คอยทำหน้าที่คุ้มครองคนในบ้านและป้องกันไม่ให้มีอันตรายจากสิ่งไม่ดีหรือผีที่ไม่ดี และจะทำพิธีเซ่นบูชาผีประตูเมื่อมีการเสนเรื่อนเช่นเดียวกับผีบันได

5) ผีป่า ผีขวางและผีอื่น ๆ เป็นผีที่สิงสถิตอยู่ตามป่า ภูเขา ต้นไม้ แม่น้ำ หรือสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งหากทำให้ไม่พอใจก็อาจถูกลงโทษให้เจ็บป่วยได้เช่นกัน

6) ผีร้าย จัดเป็นผีไม่ดีตามความเชื่อของชาติพันธุ์ไทดำ เช่น ผีตายโหง ผีปลวก ผีป่า เป็นผีที่จิตใจชั่วร้ายคอยให้โทษแก่มนุษย์ ไม่มีคุณ ทำให้เจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย ชาติพันธุ์ไทดำจึงไม่ให้ความเคารพนับถือ เช่นบูชา หรือบอกกล่าวกับผีประเภทนี้ แต่ในปัจจุบันอาจพบการบอกกล่าวหรือเซ่นอาหารให้กินอยู่บ้าง ซึ่งมาจากอิทธิพลทางความเชื่อของคนไทยภาคกลาง เทวคตินิยม และพุทธศาสนาที่มีคติเกี่ยวกับการอุทิศให้กับผีเร่ร่อนหรือผีไม่มีญาติ เพื่อไม่ให้เข้ามาทำร้ายหรือทำอันตรายกับคนภายในบ้านหรือครอบครัว

นอกจากพื้นฐานความเชื่อในเรื่องแถนและผีแล้ว กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำยังมีความเชื่อเกี่ยวกับขวัญในร่างกายของมนุษย์ ซึ่งเชื่อว่าผีแถนเป็นผู้สร้างให้มนุษย์เกิดขึ้นมาและให้มีขวัญของแต่ละบุคคลติดตามตัวมาอยู่ในร่างกายด้วย โดยแต่ละคนนั้นจะมีขวัญรวมทั้งสิ้น 32 ขวัญ ซึ่งอยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น ศีรษะ หู ปาก มือ เท้า และมนุษย์ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หน้าที่ของขวัญนั้นจะทำให้ร่างกายของมนุษย์เคลื่อนไหว ทำงานและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ถ้าหากมีการผิดผี อุบัติเหตุ ตกใจหรือเสียใจอย่างรุนแรง ขวัญอาจจะตกลงหรือสูญหายทำให้ขวัญของบุคคลนั้นไม่อยู่กับเนื้อกับตัวซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ จึงต้องทำพิธีเรียกขวัญหรือการสู่ขวัญให้กลับมาอยู่ในร่างกายเช่นเดิม โดยใช้หมอลำเรียกขวัญหรือแม่มดมาเป็นผู้ทำพิธี ทำหน้าที่ต่ออายุและแก้ไขการกระทำต่าง ๆ ที่ผิดผีหรือไม่ดีนั้น เพื่อเรียกให้ขวัญกลับมาอยู่ในร่างกายตามปกติ ซึ่งความเชื่อเรื่องขวัญ ผีแถน นี้ยังคงปรากฏอยู่วิถีชีวิตของชาติพันธุ์ไทดำตลอดมาจนถึงปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ถึงแม้ว่าความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์ การสื่อสาร รวมถึงการศึกษา และศาสนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งพุทธศาสนาจะเข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อคติความเชื่อของชาติพันธุ์ไทดำในยุคสมัย

ปัจจุบัน แต่พบว่าการนับถือผีของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยยังคงมีอยู่โดยไม่ได้เลือนหายไป โดยเฉพาะการนับถือผีบรรพบุรุษและการปฏิบัติต่อผีต่าง ๆ ยังเป็นสิ่งที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้ปฏิบัติควบคู่ไปกับพิธีกรรมทางพุทธศาสนาด้วย เช่น การทำบุญให้ทานในวันพระและวันสำคัญทางพุทธศาสนา การนิมนต์พระสงฆ์มาในงานมงคลต่าง ๆ การร่วมกิจกรรมทางพุทธศาสนา หรือการมีส่วนร่วมระหว่างศาสนสถานและชุมชน เช่น ใช้วัดเป็นแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับอัตลักษณ์และความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในรูปแบบพิพิธภัณฑ์ ดังเช่นที่วัดไร่รอบ อำเภอโศกประทับช้าง จังหวัดพิจิตร นอกจากนี้วัดจะเป็นแหล่งเรียนรู้ในรูปแบบของพิพิธภัณฑ์ชุมชนแล้ว ยังมี หลวงพ่ออดีตเจ้าอาวาส (หลวงพ่อโชติ) และเจ้าอาวาสรูปปัจจุบัน (พระครูวิสิฐเวฬุวัน) ที่มีเชื้อสายเป็นชาติพันธุ์ไทดำที่เข้ามาบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์ในพุทธศาสนา และได้สั่งสอน ชักนำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักธรรมของศาสนาโดยไม่ทิ้งหรือขัดกับความเชื่อเดิมที่เป็นอัตลักษณ์ของตนเอง จนกลายเป็นศูนย์รวมความศรัทธาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในเขตอำเภอโศกประทับช้างอีกด้วย รวมถึงการมีค่านิยมที่ให้บุตรชายบวชทดแทนคุณบิดามารดาและอุทิศให้กับญาติที่ล่วงลับไปแล้ว เพราะถือว่าเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูทวดเวที่ต่อบรรพบุรุษโดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา และเชื่อว่าจะก่อให้เกิดความเป็นสิริมงคลแก่ตนเอง ครอบครัวสืบไป ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการผนวกรวมและปรับปรนระหว่างความเชื่อเดิมกับแนวคิดทางพุทธศาสนา

ศีลข้อที่ ๒ เป็นหลักประกันทรัพย์สิน ศีลข้อที่ ๕ เป็นหลักประกันเรื่องสุขภาพ
ศีลข้อที่ ๓ เป็นหลักประกันครอบครัว
มีศีล มีสุข ประองคอง สมานฉันท์ สามัคคี สันติสุข ปลอดภัยแฮพคิค
วัดไร่รอบ ต.ไร่รอบ อ.โศกประทับช้าง จ.พิจิตร

เชิญร่วมบุญเป็นเจ้าภาพในพิธี
เททองหล่อ หลวงพ่อเงิน หลวงพ่อโชติ
รุ่น 100 ปี วัดไร่รอบ
วันที่ 8 มีนาคม 2562
เวลา 16.00 น. เป็นต้นไป

วัดอุดมคุณ 100 ปี
 วัดไร่รอบ
 ประกอบด้วย :

- 1) พระบูชาหลวงพ่อดี เททองในงาน
 พิธี 5 นิ้ว จำนวน 100 องค์ ๑๖๕๐ บาท
- 2) รูปหล่อหลวงพ่อดี ลอยองค์ เนื้อเงิน
 พิธี 5 นิ้ว ๑๖๕๐ บาท ๑๖๕๐ บาท
- 3) เทรูปหล่อพ่อดี หลังหลวงพ่อดี เนื้อเงิน
 พิธี 5 นิ้ว ๑๖๕๐ บาท ๑๖๕๐ บาท
- 4) รูปหล่อ หลวงพ่อดี ลอยองค์ เนื้อเงินโลหะ
 พิธี 5 นิ้ว ๑๖๕๐ บาท ๑๖๕๐ บาท
- 5) รูปหล่อหลวงพ่อดีลอยองค์ เนื้อทองเหลือง
 พิธี 5 นิ้ว ๑๖๕๐ บาท ๑๖๕๐ บาท
- 6) เทรูปหล่อพ่อดี หลังหลวงพ่อดี เนื้อทองเหลือง
 พิธี 5 นิ้ว ๑๖๕๐ บาท ๑๖๕๐ บาท
- 7) เทรูปหล่อพ่อดี หลังหลวงพ่อดี เนื้อทองแดง
 พิธี 5 นิ้ว ๑๖๕๐ บาท ๑๖๕๐ บาท

***พิเศษสุด ชุดกรรมการ
 มอบให้เจ้าภาพอุปถัมภ์
 ที่ร่วมบุญเททอง 3,999 บาท ขึ้นไป
 ได้รับวัตถุมงคลทั้ง 7 แบบ
 จำนวน 1 ชุด
 (มูลค่ากว่า 4,500.-)
 ชุดกรรมการ
 มีเพียง 49 ชุดเท่านั้น***

ตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไปรีบไปเลย
ทองแดงเทวฤทธิ์
วัดไร่รอบครบ 100 ปี
 พระประธานเททองหล่อหลวงพ่อเงิน หลวงพ่อโชติ
 สุวณฺนิภา ๒๕๖๒

ร่วมบุญสมโภช 100 ปี วัดไร่รอบ ติดต่อ พระครูวิสิฐเวฬุวัน เจ้าอาวาสวัดไร่รอบ โทร. 086-2047711, กำนันสมชาย กิตติญาณ โทร. 081-3787927, พระสมุห์คุณศักดิ์ โทร. 083-9607313

ภาพประกอบ 28 แสดงถึงกิจกรรมทางพุทธศาสนาในวิถีชาติพันธุ์ไทดำบ้านไร่รอบ

2.2 ความเชื่อและวิธีการของการดูแลสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่จะแสดงออกมาให้ผู้อื่นรับรู้มันโดยพื้นฐานจะมาจาก อิทธิพลของความเชื่อที่เป็นตัวกำหนดนำไปสู่การประพฤติและปฏิบัติในสิ่งต่าง ๆ ตามที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องนั้น และกลายเป็นสิ่งที่สืบทอด เล่าขาน ยึดถือปฏิบัติต่อกันมาด้วยเคยชิน โดยอาจไม่คำนึงถึงความเป็นเหตุเป็นผล ความถูกต้อง หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามบริบทของสังคม (รัตนะ บัวสนธ์ และคณะ, 2555) ความเชื่อของบุคคลในการดำเนินชีวิตที่สำคัญอย่างมากคือความเชื่อที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เนื่องด้วยพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความเชื่อในการให้ความหมายของการเจ็บป่วยและสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความสนใจ และค่านิยม (อัมพร จันท์ธาดา, 2544)

2.2.1 วิธีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย

กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยพบว่ายังมีความเชื่อในอดีตที่สัมพันธ์กับการนับถือผี แถน ขวัญ หรืออำนาจเหนือธรรมชาติปรากฏอยู่ โดยจะมีบทบาทและแทรกซึมอยู่ในวิถีชีวิตของชาวไทดำตั้งแต่เกิดจนตายเช่นเดียวกับกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่น ๆ ดังข้อมูลที่ได้จากการสนทนา หมอสมพงษ์ เอียดสวย และคณะ, 2561: สนทนา) ดังนี้

“...คนโง่งหรือโทงตรงดำเมื่อก่อนนี้ไม่มีศาสนาเช เขา นับถือผี เชื่อเรื่องผีกัน เวลาตายก็ไม่ใช้พระ ไม่มีพระ แต่มาอยู่ที่นี่ทุกวันนี้ก็นับถือพุทธกันแล้ว แต่ก็ยังต้องมีผีอยู่ ตามปู่ย่าตายาย...”

หมอสมพงษ์ เอียดสวย (กุ่ม)

“...ผีก็เป็นความเชื่อเดิมของเขา เราเกิดก็เชื่อว่าผี อยู่นี้ก็เชื่อผี ตายก็ผี เมื่อก่อนเขาทำกันอีกอย่าง ไม่ต้องสวด เอาเขามาบอกทาง...”

ลุงแสง (นามสมมุติ)

ดังนั้นในอดีตความเชื่อเกี่ยวกับผีจึงมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของชาติพันธุ์ไทดำทั้งหมด ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งสุธาทิพย์ สว่างผล (2543) ได้เคยศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผีที่มีผลไปถึงระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ที่มีการให้ความหมายและการวิเคราะห์สาเหตุของการเจ็บป่วย และรวมไปถึงการแสวงหาวิธีการรักษา พื้นฐานความเชื่อเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติในอดีตของชาติพันธุ์ไทดำที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยจะเริ่มจากความเชื่อในการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เป็นการกระทำของผีหรืออำนาจเหนือธรรมชาตินั้น ส่งผลให้ชาติพันธุ์ไทดำรับรู้ถึงสาเหตุและความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้เป็นผล

มาจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติโดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งจากการลงโทษของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่น อากาศปวดท้องมาก ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประจำจะเกิดจากการโดนกระทำของหรือคุณไสย การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เนื่องมาจากผี หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ลงโทษ หรือดลบันดาลให้เป็นเช่นนั้น เช่น ผีบรรพบุรุษต้องการจะขึ้นเรือน ผีเรือนต้องการให้เสนเรือน ผีมดต้องการให้ทำการรับผีมด หรือขวัญของบุคคลนั้นหายไปไม่อยู่กับร่างกาย จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยกับตนเองหรือบุคคลในบ้านเรือนและสายตระกูลได้ ซึ่งเป็นเพราะในอดีตชาติพันธุ์ไทดำส่วนมากยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยยังไม่มากนัก กอปรกับในอดีตมีความยากลำบากในการเดินทาง การคมนาคมไม่สะดวก สถานบริการพยาบาลอยู่ห่างไกลจากชุมชน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ จึงมักเริ่มต้นจากการให้ความหมายตามความเชื่อเดิม หรือการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรักษาตนเอง โดยหมอพื้นบ้านในชุมชน เช่น หมอเยื้อง หมอสมุนไพร หมอมดหมอมนต์ หมอเสน ด้วยการเป่าคาถา สมุนไพร และพิธีกรรม (รัตนะ บัวสนธ์ และคณะ, 2555) ในการดูแลสุขภาพสุขภาพของชาติพันธุ์ตนเอง โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติอย่างไรในการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นอยู่กับความพร้อมด้านจิตใจ และเชื่อในประโยชน์ของการกระทำนั้นด้วย (Becker, 1974)

2.2.2 บทบาทหน้าที่ของหมอพื้นบ้าน

จากความเชื่อเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติของชาติพันธุ์ไทดำที่มีอิทธิพลต่อระบบคิดเรื่องความเจ็บป่วย และนำมาซึ่งแนวทางหรือกระบวนการในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยตามฐานคิดเดิมนั้น ได้ส่งผลและสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบ วิธีการและการปฏิบัติตามวิถีดั้งเดิมของชาติพันธุ์ ดังจะเห็นได้จากพิธีกรรมหรือวิถีปฏิบัติต่อผีที่ปรากฏขึ้นในอดีตและสืบต่อมาในปัจจุบัน อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพสุขภาพและการเจ็บป่วย ที่เกาะเกี่ยวความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ไทดำไว้ด้วยกัน เช่น หมอเยื้องจะมีบทบาทและหน้าที่ในการค้นหาสาเหตุที่เป็นคำตอบรวมถึงแนวทางการรักษาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หมอเสนจะมีบทบาทและหน้าที่ในการเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมหรือวิถีปฏิบัติต่อผี ซึ่งเมื่อได้กระทำแล้วจะทำให้บุคคลนั้นหายป่วยหรือดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่น พิธีเสนเรือน ที่เป็นการเลี้ยงผี ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ให้มารับเครื่องเซ่นไหว้ เป็นการแสดงถึงความเคารพ ความกตัญญูต่อบรรพบุรุษที่ได้เสียชีวิตไปแล้วและถูกอัญเชิญให้มาเป็นผีเรือนอยู่ร่วมกันในห้องผีเรือนที่เรียกว่า “กะล่อห้อง” และจะจัดพิธีเสนเรือนทุก 3 ปี หรือตามความเหมาะสมของแต่ละตระกูล รวมถึงหมอมดหมอมนต์ที่มีหน้าที่สำคัญในการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องผี เป็นต้นว่า เสนกวดก้วย ที่เป็นการทำพิธีปิดเป่าสิ่งไม่ดี ความไม่เป็นมงคลให้ออกไปจากบ้านเรือน ตามความเชื่อของชาวไทดำแล้วเมื่อมีคนในบ้านเสียชีวิตถือว่าเป็นเรื่องไม่ดี บ้านเรือนหลังนั้นไม่เป็นมงคล หากยังไม่ทำพิธีปิดรังควานหรือปิดเป่าสิ่งไม่ดีออกไปจะไม่สามารถประกอบพิธีมงคล เช่น การแต่งงาน การขึ้น

บ้านใหม่ ได้ ต้องเชิญให้แม่มดมาทำพิธีเสียก่อน เสนอฮับมดและตั้งบั้งหน่อ ที่มีรูปแบบและขั้นตอน เฉพาะที่แตกต่างไปจากพิธีกรรมอื่นในวัฒนธรรมศาสนาและความเชื่อของชาติพันธุ์ไทดำที่เกี่ยวกับผี และอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยต้องใช้หมอมดหมอมนต์ที่เป็นหมอเมือง หมอเก็บข้าวหรือหมอสะ หมอปีใหญ่และหมอปีเล็กเป็นผู้ประกอบพิธีกรรม และมีจำนวนที่มากกว่าพิธีการเสนเรือนหรือ พิธีกรรมอื่นที่ปฏิบัติเป็นประจำ

ดังนั้นบทบาทของผู้ที่เป็นหมอพื้นบ้าน คือ หมอเอื้อง หมอมดหมอมนต์ หมอเสน ในอดีตนั้นนอกจากจะเป็นผู้รักษา เป็นผู้รู้ในการทำพิธีกรรมตามระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วยจากความ เชื่อเรื่องผีแล้ว ยังเปรียบเสมือนเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างแกน ผี มนุษย์ เพื่อนำมาซึ่งวิถีที่ ปฏิบัติต่อผี ทำให้หมอพื้นบ้านของชาติพันธุ์ไทดำเปรียบเป็นทุนทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพของกลุ่ม ชาติพันธุ์ไทดำอีกด้วย

2.2.3 วิธีการดูแลรักษาสุขภาพ

ด้วยแนวคิดและความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ เป็นไปในลักษณะเช่นนี้ การรักษาส่วนมากในอดีตจึงเป็นการรักษาที่ตั้งอยู่บนฐานคิดและความเชื่อที่ เกี่ยวข้องกับผีและอำนาจเหนือธรรมชาติเป็นส่วนมาก การรักษาส่วนใหญ่จึงปรากฏอยู่ในรูปแบบของ พิธีกรรมที่เป็นวิถีปฏิบัติต่อผีทั้งที่เป็นผีดีและเป็นผีที่ร้าย โดยมีหมอเอื้อง หมอมดหมอมนต์ และหมอ เสน เป็นผู้ทำหน้าที่เป็นเสมือนสื่อกลางระหว่างผีกับมนุษย์เพื่อสื่อสาร ต่อรอง หรือทำลายอำนาจ ของผี โดยการใช้มนต์คาถา การขับไล่ นำ ดนตรี พิธีกรรม หรือยาสมุนไพรในการรักษา เป็นต้นว่า เมื่อ บุคคลในเรือนเจ็บป่วยจากการเป็นไข้ อาการปวดตามกระดูกและข้อ หรือการฝืนร้ายต่อเนื่อง แม้จะ ได้รับการรักษาจากแพทย์ ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วแต่ไม่หายขาดหรือเป็น ๆ หาย ๆ และไม่สามารถให้คำตอบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ กระบวนการค้นหาคำตอบหรือ แนวคิดเรื่องผีกับความเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจะเริ่มปรากฏขึ้นและเริ่มทำหน้าที่ในระบบคิด ของการเจ็บป่วย โดยการกลับมาให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ใหม่อีกครั้งโดยมีอิทธิพล ของผีเป็นฐานคิดที่สำคัญ บุคคลนั้นหรือญาติจะเริ่มค้นหาสาเหตุและเสาะแสวงหาวิธีการรักษาตาม ความเชื่อเดิมโดยการไปหาหมอเอื้องเพื่อให้ทำพิธีการเอื้อง (การเอื้อง คือ เสี่ยงทาย หรือการดู) โดย อาจพบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งเป็นเพราะผีมืดผีมนต์ เนื่องจากในสายตระกูลมีบรรพบุรุษ เคยเป็นมดมนต์มาก่อนและต้องการมาอาศัยอยู่ด้วยเพื่อสืบทอดต่อไป ต้องรักษาด้วยการทำพิธีเสนฮับ มดจึงจะหายจากอาการเจ็บป่วย เมื่อหมอเอื้องสามารถค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและวิธีการรักษา ได้แล้ว บุคคลนั้นหรือญาติจึงจะต้องทำการบนบานผีหรือต่อรองผีเพื่อให้หายเจ็บป่วยเสียก่อน เมื่อ หายเจ็บป่วยแล้วจึงจะกระตามสิ่งที่หมอเอื้องได้บอกไว้ คือ การเสนฮับมด แต่ถ้าหากการเจ็บป่วยนั้น ไม่หาย การบนบานที่เนื่องมาจากผลการเอื้องครั้งนั้นจะถือว่าเป็นโมฆะ และจะต้องกลับมาให้ ความหมายหรือค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นใหม่อีกครั้ง ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ตอนแรกก็ป่วย ไม่ค่อยจะดี หงุดหงิด อยู่ไม่ได้ เป็นนู่นเป็นนี่ ไปหาหมอที่โรงพยาบาลก็เอายามา กินไปมันก็ดี พอหมดฤทธิ์ก็เป็นอีก...ไปหาหมोजันทร เอียงดูถึงรู้ว่าเขาจะมาอยู่ด้วย...ตระกูลนี้มีเชื้อสาย ต้องรับครุมนครมนตร์ มีมาอยู่ 2 ครู เป็นปู่กับย่าทวดที่ตายไป เราเป็นรุ่นเหลน ก็เกิดไม่ทันเขา แต่พ่อกับแม่บอกว่ามี เขาทัน เราก็คงต้องรับ...”

หมอมสมพงษ์ เอียดสวย (กุ่ม)

“...ไปหาหมोजันทรที่บัวยางเอียงดู เขาก็ว่ามนตร์พอหายป่วยก็ผลัดไว้ รอเสนที่เดี๋ยวนี้แหละ...”

ป่าแก้ว (นามสมมุติ)

2.2.4 พิธีกรรม

พิธีกรรมที่เกิดขึ้นในอดีตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยนั้น เป็นพิธีกรรมที่ยึดถือและสืบทอดต่อกันมาจากในอดีตจากกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในแถบจังหวัดเพชรบุรีที่อพยพเข้ามาครั้งแรก (เขาวี แอนดอย, 2562 : สัมภาษณ์) รูปแบบ ขั้นตอนในการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดในอดีตจึงไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งพื้นฐานที่เหมือนกันของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ คือ คติความเชื่อเรื่องผี ทำให้การประกอบพิธีกรรมทั้งหมดซึ่งรวมถึงพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ของหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ในชุมชน ตั้งแต่ระบบคิดเรื่องอิทธิพลของผีต่อความเจ็บป่วย การสร้างหรือบันดาลความสุข ความอุดมสมบูรณ์ ทั้งต่อตนเองและคนในครอบครัว ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำรวมถึงหมอพื้นบ้านในอดีตจะปฏิบัติต่อผีและธรรมชาติด้วยความเคารพและนอบน้อม โดยยึดมั่นในหลักการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ให้ผิดต่อผีหรือทำให้เกิดความไม่พอใจดังข้อมูลจากการสนทนา (เขาวี แอนดอย, 2561: สนทนา)

“...เมื่อก่อนถ้าคนไทดำตายนี้ ต้องกินข้าวกันบนใบตองนะ ห้ามใช้ถ้วยชาม ห้ามนอนกางมุ้ง ลูกชายก็ห้ามอาบน้ำ 3 วัน 7 วัน เพราะพ่อแม่ตาย ถือว่าสูญเสียมาก เป็นการไว้ทุกข์...”

เขาวี แอนดอย

“...สมัยก่อน เขาฝังกันเมื่อตาย ไม่ได้เผา...”

พงศ์เดชพิพัฒน์ เดชอ่อม

ส่วนพิธีกรรมของหมอพื้นบ้านในอดีตก็ยึดถือและปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างเคร่งครัด ตั้งแต่กระบวนการเป็นหมอพื้นบ้านในแต่ละประเภทที่ต้องผ่านการเรียนรู้ สัมผัสประสบการณ์จากครูอาจารย์ที่สั่งสอน ทั้งในสิ่งที่ต้องปฏิบัติและที่เป็นข้อห้ามสำหรับการเป็น

หมอพื้นบ้าน เช่น การจดจำบทคาถาต่าง ๆ ด้วยการท่องจำ การออกทำพิธีกรรมเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยที่เหมาะสม โดยหากเป็นผู้หญิงต้องรอให้หมดประจำเดือนเสียก่อน หากเป็นผู้ชายต้องให้มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป การไม่เรียกร้อยค่าจ้างรางวัลในการประกอบพิธีกรรม รวมถึงการจัดพิธีเสนเรือนเมื่อครบกำหนด การเอียงเพื่อหาสาเหตุเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การเสนตัวตามลำดับทั้ง 3 ครั้ง เมื่ออายุเข้าสู่วัยชรา หรือแม้แต่อุปกรณ์เครื่องประกอบพิธีต่าง ๆ ก็ต้องยึดถือตามหลักปฏิบัติแบบดั้งเดิม เช่น การเลี้ยงหมู ไก่ ควาย ไว้สำหรับพิธีเสนเรือน การใช้เสื่อฮีของเจ้าบ้านหรือผู้ป่วยในการเอียงหรือเสนเรือน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์

“...จะออกเสนได้ ต้องเรียนให้รู้ จำให้ได้ ศึกษาให้เข้าใจ ดูพิธีการให้เป็น ทำไม่ดีจะมีอันเป็นไป...ตอนพ่อเรียนอายุ 56 เรียนจบอายุ 57 ยกครูออกเสนตอน 58...”

หมอเรียบ (หมอเสน)

“...เมื่อก่อนต้องเลี้ยงหมูไว้ เราเลือกเอาตัวนี้เอง เอาตัวจ้อยสุด (ขนาดตัวเล็กที่สุด) บอกไว้ว่าจะเอาไว้เสน ครบกำหนดเสนก็เอาตัวนั้น...”

สมัย สิงห์ล่อ

ดังนั้นพิธีกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในอดีตจึงยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาโดยมีหลักของคติความเชื่อเกี่ยวกับผีอย่างเคร่งครัด ทั้งในรูปแบบของพิธีกรรมทั่วไปและพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ตั้งแต่การให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นเพราะอำนาจของผี นำไปสู่การค้นหาสาเหตุและวิธีการรักษาด้วยการเอียง และปฏิบัติตามผลของการเสียหายจากการเอียงโดยมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อแบบดั้งเดิม

สภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ในคติความเชื่อดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำนั้น หมอพื้นบ้านต่าง ๆ จะเป็นบุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผี แม้ว่าในบางพิธีกรรมผู้เป็นเจ้าของบ้านจะสามารถกระทำและปฏิบัติต่อผีได้ด้วยตนเอง เช่น การบอกผีเรือนเมื่อมีผู้มาอาศัยพักนอนหรือนำเหล้ามาดื่มกินในบ้านเรือนตนเอง การทำพิธีปาดตงธรรมดาตามมือเวงตงสำหรับผู้ตัวในทุก 5 วัน สำหรับผู้น้อยในทุก 10 วัน และปาดตงข้าวใหม่ในรอบปี แต่ในบางพิธีกรรมนั้นเจ้าบ้านไม่สามารถที่จะกระทำได้ เนื่องจากต้องมีการติดต่อกับผีที่มีสถานะสูงกว่าขึ้นไป ต้องมีการสื่อสารต่อรองกับผีหรือแกน หรือการต่อสู้กับผีไม่ดี ซึ่งต้องใช้

ความรู้ ประสบการณ์ พลังอำนาจ และบหมนต์คาถาในการประกอบพิธีกรรมเหล่านั้น เช่น การเสน เรือน การเสนกวัดก้วย การเสนตัว การเสนฮัมดและตั้งบังหน่อ ดังนั้นจึงต้องมีการใช้ผู้ที่จะเป็นสื่อกลางในการทำหน้าที่ติดต่อกับผีหรือแดนในประเภทต่าง ๆ เพื่อสื่อสาร อ้อนวอน ต่อรอง หรือปิด เป่าสิ่งไม่ดีแทนเจ้าบ้าน โดยผู้ที่ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างผี แดน และมนุษย์นี้ ชาตัพันธ์ไทดำจะ เรียกว่า “หมอ” ซึ่งถูกกำหนดไว้ให้มีลักษณะเฉพาะในแต่ละพิธีกรรม โดยสามารถแบ่งประเภทของ หมอที่ประกอบพิธีกรรมที่เกี่ยวกับงานมงคล หรือเรียกว่า “หมอเอ็ดดี” ซึ่งเป็นหมอที่ทำพิธีกรรม ในทางที่ดีและเป็นมงคล เช่น พิธีเสนเรือน พิธีเสนตัว พิธีเสนกวัดก้วย พิธีขึ้นบ้านใหม่ พิธีเสนฮัมด และตั้งบังหน่อ พิธีแปลงขวัญ โดยหมอผู้ประกอบพิธีนี้จะมีได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายขึ้นอยู่กับรูปแบบของ พิธีกรรม หมอที่ปรากฏในพิธีกรรมด้านนี้ ได้แก่

หมอเสน

คำว่า “เสน” ในความหมายของชาตัพันธ์ไทดำหมายถึง “การเซ่น” ดังนั้น หมอเสน จึง หมายถึงผู้ที่ประกอบพิธีเกี่ยวกับการเซ่นไหว้ผีเรือนหรือผีอื่น ๆ ในทางที่ดีและเป็นมงคล การทำหน้าที่ ของหมอเสนคือการเป็นสื่อกลางระหว่างมนุษย์กับผี เพื่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนหรือต่อรองจากมนุษย์ไป ถึงผีและจากผีมาถึงมนุษย์ เช่น หมอเสนเรือนทำหน้าที่ประกอบพิธีเสนเรือนหรือการ “ล่าผีเฮือน” เพื่ออัญเชิญผีเรือนที่เป็นบรรพบุรุษของเจ้าบ้านที่ได้ทำพิธีอัญเชิญผีเรือนไว้แล้วให้มากินหรือมารับ เครื่องเซ่นไว้บูชาของลูกหลานในตระกูลและส่งผีเรือนกลับ หากเปรียบบทบาทของหมอเสนที่ทำ หน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างคนกับผีในกลุ่มชาตัพันธ์ไทดำนี้ก็เปรียบได้เช่นเดียวกับพระสงฆ์ในทาง พระพุทธศาสนาที่เป็นเสมือนสื่อกลางระหว่างมนุษย์และวิญญาณนั่นเอง (อภิญวัฒน์ โพธิ์सान, 2552) ในระบบสังคมของชาตัพันธ์ไทดำจะให้ความสำคัญและการเคารพต่อหมอเสนในฐานะที่เป็น ผู้รู้ใน จารีตประเพณี พิธีกรรม และความเชื่อมากกว่าบุคคลอื่นทั่วไป การปฏิบัติต่อหมอเสนในพิธีกรรมของ ชาตัพันธ์ไทดำจึงเป็นไปด้วยความเคารพและให้การต้อนรับเป็นอย่างดี โดยหากเป็นพิธีกรรมของ ผู้น้อยเจ้าบ้านจะต้องปูเสื่อรองนั่งให้กับหมอเสนเมื่อมาประกอบพิธีกรรม หากเป็นพิธีกรรมของผู้ตัว หมอเสนนั้นจะได้รับการเรียกชื่อที่ต่างออกไปว่า “จาง” และจะได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างพิเศษ ออกไปจากเดิม โดยให้สะเก็ดของบ้านนั้นทำการล้างเท้าให้ก่อนเชิญขึ้นบ้าน และเชิญให้นั่งบนตั่งนั่งใน กะล่อห้องของก้วานในบ้าน นอกจากนี้เจ้าบ้านจะจัดสำรับอาหารแยกต่างหากสำหรับหมอเสนและจะ จัดให้หมอเสนได้กินอาหารก่อนผู้อื่น เมื่อหมอเสนเริ่มกินอาหารคนอื่น ๆ ในบ้านจึงจะสามารถเริ่มกิน อาหารได้ ถ้าเป็นหมอเสนผู้น้อยเจ้าบ้านหรือคนในบ้านจะสามารถร่วมกินอาหารวงเดียวกับหมอเสน ได้ แต่มักจะไม่กินร่วมกับหมอเสนที่เป็นผู้ตัว แม้ว่าหมอเสนจะได้รับการปฏิบัติและดูแลด้านอาหารที่ พิเศษกว่าคนอื่น แต่หมอเสนจะรอให้ทุกคนในบ้านกินอาหารให้อิ่มจนหมดก่อน หรือมองดูไม่เห็นว่ามี ผู้ใดกำลังกินอาหารอยู่จึงจะสามารถเริ่มทำพิธีกรรมต่อไปได้ ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเคารพและให้ เกียรติซึ่งกันและกันในสังคมของชาตัพันธ์ไทดำ (รวม สิงห์วี, 2561: สัมภาษณ์)



ภาพประกอบ 29 แสดงการจัดที่นั่งและอาหารสำหรับหมอเสน (ผู้น้อย)



ภาพประกอบ 30 แสดงการรับประทานอาหารร่วมกันระหว่างหมอเสน เจ้าบ้านและญาติของเจ้าบ้าน

จากค่านิยมเดิมในสังคมของชาติพันธุ์ไทดำนั้น ได้แบ่งชนชั้นของผู้คนออกเป็น 2 ชั้น คือ ผู้น้อย กับ ผู้ตัว ซึ่งแต่เดิมคนที่จะมาเป็นหมอเสนมักจะมาจกตระกูลสิงเลื่อง ตามคำกล่าวที่ว่า “เลื่องเอ็ดหมอ ลอเอ็ดตัว” (อภิญวัฒน์ โพธิ์สาน, 2552) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหมอเสนมักจะอยู่ในตระกูลสิงเลื่อง ส่วนผู้ที่อยู่ในตระกูลสิงลจะเป็นชนชั้นเจ้านายหรือชนชั้นปกครอง ทำหน้าที่ปกครองบ้านเมืองและดูแลชนชั้นผู้น้อย แต่ก็มีผู้ที่เป็นหมอเสนของชนชั้นผู้ตัวเช่นเดียวกัน การเป็นหมอเสนนั้นต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับขั้นตอน พิธีกรรม หลักทางโหราศาสตร์ และระเบียบปฏิบัติทางวัฒนธรรมตามความเชื่ออย่างละเอียด เพื่อให้สามารถทำพิธีกรรมได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์ รูปแบบของการสืบทอดการเป็นหมอเสนมักเกิดขึ้นภายในตระกูลตนเองที่เป็นเพศชายจากพ่อไปสู่ลูกแบบรุ่นต่อรุ่น หรือการข้ามรุ่นจากปู่ไปสู่หลาน ซึ่งบางครั้งอาจเกิดช่วงการสืบทอดที่ขาดหายไป ทำให้ปัจจุบันผู้ที่อยู่ตระกูลอื่น ๆ เช่น สิงวี สิงกวาง สิงกา จึงได้เข้ามามีบทบาทในการสืบทอดการเป็นหมอเสนร่วมกับตระกูลสิงเลื่อง ดังนั้นหมอเสนในปัจจุบันจึงไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะในตระกูลสิงเลื่องดังเช่นคำกล่าวในสมัยก่อน โดยหมอเสนที่ยังคงอยู่ในพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลมาในปัจจุบัน คือ

1) พื้นที่อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

หมอรวม สิงห์วี	หมอเสนผู้น้อย
หมอเรียบ แร่เงิน	หมอเสนผู้น้อย
หมอสุมะธ มากมูล	หมอเสนผู้น้อย
หมอเล็ก สิงห์เรือง	หมอเสนผู้น้อย
หมอเมือง โปะโดย	หมอเสนผู้ตัว (น้อย)
หมอซ้อน ปานเขาย้อย	หมอเสนผู้ตัว (ใหญ่)

2) พื้นที่อำเภอลำลูกกา จังหวัดพิจิตร

หมอบุญมา แก้วทอง	หมอเสนผู้ตัว
หมอร่ำม ยอดปรีดี	หมอเสนผู้น้อย
หมอเรียง สายทอง	หมอเสนผู้น้อย
หมอพัน สายทอง	หมอเสนผู้น้อย
หมอสังวาลย์ ทองเต่าหมก	หมอเสนผู้น้อย

3) พื้นที่อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

หมอสมพงษ์ เอียดสวย (กุ่ม)	หมอเสนผู้น้อย
หมอเบอร์ริน หน่ออ่อน	หมอเสนผู้น้อย
หมอบุญมี อ่อนล้อม	หมอเสนผู้น้อย

4) พื้นที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

หมอไพโรจน์ โกสีย์ (นงค์)	หมอเสนผู้น้อย
--------------------------	---------------

หมอแหล่

หมอเสนผู้น้อย

หมอทิม

หมอเสนผู้น้อย

หมออำไพ

หมอเสนผู้น้อย

หมอเที่ยง

หมอเสนผู้น้อย

ซึ่งหมอเสนเหล่านี้ยังคงรับเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่ออยู่เป็นประจำ แต่มีหมอเสนบางท่านที่จะไม่รับการประกอบพิธีกรรมแล้วในปัจจุบัน ได้แก่ หมออ่วม ยอดปรีดี หมอสังวาล ทองเต่าหมก หมอแหล่ หมอทิม หมอเที่ยง เนื่องจากชราภาพ และมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง และการนั่งประกอบพิธีกรรมเป็นเวลาที่ค่อนข้างยาวนาน



ภาพประกอบ 31 แสดงการประชุมกลุ่มหมอเสนในภาคเหนือ

หมอมดหมอมนต์

หมอมดหมอมนต์ หรือในบางครั้งเรียกว่า หมอมดมนต์ หรือ มดมนต์ เป็นผู้ประกอบพิธีที่เกี่ยวกับการปัดรังควาน การแก้เคราะห์ การต่อชะตาอายุ การรักษาความเจ็บป่วย ถ้าหากหมอมดมนต์เป็นผู้ชาย จะเรียกว่า “พ่อมด” หากเป็นผู้หญิงจะเรียกว่า “แม่มด” ซึ่งจะมีบทบาทและหน้าที่ในการประกอบพิธีกรรมที่แตกต่างกันออกไป และการสืบทอดการเป็นหมอมดมนต์จะมีลักษณะเช่นเดียวกันกับหมอเสน คือ เป็นไปตามสายตระกูลที่เคยมีบรรพบุรุษเป็นหมอมดมนต์มาก่อน โดยตามความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำเชื่อว่ามดและมนต์เปรียบเสมือนผีคู่ มีหน้าที่ต่างกันแต่อยู่คู่กันเสมอ โดยมดจะมีหน้าที่เปรียบเสมือนหมอหรือผู้รู้ในการทำพิธีต่าง ๆ ถึงแม้ว่ามดจะมีสถานะเป็นผีที่มี

อำนาจและมีสถานะที่สูงกว่าผีเรือน สามารถบันดาลสิ่งต่าง ๆ หรือคุ้มครองป้องกันมนุษย์ได้คล้ายกับ
 แถน แต่จะแตกต่างจากแถน เพราะแถนจะมีสถานะที่สูงกว่าผีมดมนต์เปรียบเทียบได้เช่นเทวดาชั้นสูงสุด
 และจะไม่สื่อสารกับมนุษย์โดยตรง แต่ผีมดจะสามารถสื่อสารกับมนุษย์ แถน และวิญญาณได้โดย
 อาศัยการเสียดาย ทำให้มดเปรียบเป็นเสมือนสื่อกลางระหว่างโลกมนุษย์กับโลกวิญญาณ แต่มดไม่
 สามารถปรากฏร่างได้โดยตรง ต้องอาศัยการทำหน้าที่ผ่านร่างของคนซึ่งสืบเชื้อสายจากการเป็นมดมา
 ตั้งแต่เดิม ซึ่งถือว่าผู้นั้นเป็นร่างของมดตั้งแต่ในอดีต เป็นมดที่มาจากเกิดในเมืองมนุษย์ โดยผู้ที่เป็นเชื้อ
 สายมดจะต้องมีสัญลักษณ์ของความเป็นมดที่เป็นของทิพย์ที่มองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า ตามคำพูด
 เปรียบเทียบให้เข้าใจและเป็นที่ยอมรับระหว่างพวกมด (บุญมี ปาริชาติธนกุล, 2546) คือ “กกโคณम्म
 หอม” ติดตัวอยู่ ถือเป็นผู้มีบุญบารมีที่จะมีผู้มาคุ้มครองหรือคุ้มเกล้า ส่วนมนต์เปรียบเทียบผู้มี
 คาถาอาคมที่ทำให้เกิดฤทธิ์หรือพิธีนั้นศักดิ์สิทธิ์ ทำให้มนต์นั้นมดอำนาจสามารถสื่อสาร ต่อรองกับแถน
 หรือต่อสู้กับผีได้มากขึ้น ดังนั้นโดยส่วนมากผู้ที่สืบทอดการเป็นหมอมดมักจะสืบทอดการเป็นหมอมนต์
 ไปด้วยเพื่อช่วยส่งเสริมและคำขูซึ่งกันและกัน ผู้สืบทอดจะถูกเลือกโดยประสงค์ของผีมดผีมนต์ที่
 เสียชีวิตไปแล้วเท่านั้นตามความเชื่อของชาติพันธุ์ไทดำ ไม่สามารถที่จะกำหนดได้ตามความต้องการ
 ของบุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้จากการศึกษาในพื้นที่วิจัยพบว่าหมอมดมนต์ที่ยังคงหลงเหลืออยู่ในพื้นที่
 วิจัย (สมใจ ทองดอนเถื่อน, 2561: สัมภาษณ์) ได้แก่

- 1) พื้นที่อำเภอชิรบารมี จังหวัดพิจิตร
 หมอจันทร์ ทองดอนเถื่อน หมอมดหมอมนต์
 หมอสมใจ ทองดอนเถื่อน หมอมดหมอมนต์
- 2) พื้นที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
 หมอสูง (พิมพ์) จันทร์สวยดี หมอมดหมอมนต์ และหมอเมือง
 หมอชนะชัย อนันตะบุตร หมอมดหมอมนต์
- 3) พื้นที่ตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก
 หมอสมพงษ์ (กุ่ม) เอียดสวย หมอมดหมอมนต์

ส่วนในพื้นที่ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ไม่พบข้อมูลของผู้ที่สืบทอดการเป็นหมอมดหมอมนต์ในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สืบทอดการเป็นหมอมดในพื้นที่ของ
 ตำบลอรุญญิก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก คือ นางสาวเพชรศรี จันทร์สวยดี (ไม่ได้รับประกอบพิธี)
 และพื้นที่บ้านหนองตาหมู ตำบลหนองยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ คือ นางนวน เย็นตั้ง
 ซึ่งยังคงมารับประกอบพิธีกรรมในพื้นที่ของจังหวัดพิจิตรและพิษณุโลกในปัจจุบัน (ชนะชัย
 อนันตะบุตร และคณะ, 2561: สนทนา)



ภาพประกอบ 32 แสดงการประชุมกลุ่มแม่มด หมอมนต์ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือ



ภาพประกอบ 33 แสดงการประกอบพิธีกรรมโดยหมอมนต์ใหญ่ หรือหมอเมือง

หมอเยื้อง

หมอเยื้อง บทบาทของหมอเยื้องจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการเสี่ยงทายเพื่อค้นหาสาเหตุในเรื่องหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามวิถีความเชื่อของชาติพันธุ์ไทดำ เพราะคำว่า “เยื้อง” ในความหมายของชาวไทดำ หมายถึง “การเสี่ยงทาย หรือ ดู” ดังนั้นหมอเยื้องของชาวไทดำจึงมีบทบาทในการเสี่ยงทายเพื่อค้นหาสาเหตุ เช่น การหาสาเหตุของเจ็บป่วยที่รักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วไม่หายขาด การฝันร้ายหรือมีเรื่องที่ไม่ดีกับตนเอง แต่โดยส่วนมากผู้ที่มาหาหมอเยื้องนั้นมักจะมาด้วยเรื่องการเจ็บป่วยเกือบทั้งหมด โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือญาตินี้เป็นอาการเจ็บป่วยที่ผิดปกติไปจากธรรมชาติ อาจเป็นอำนาจของผีต่าง ๆ ตามความเชื่อของชาติพันธุ์ตนเองจึงทำให้แพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและหาวิธีการรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องมาหาหมอเยื้องเพื่อทำการเยื้องหาสาเหตุที่แท้จริงและวิธีการรักษาหรือการแก้ไขต่อไป โดยญาติของผู้ป่วยจะนำเสื้อฮีของผู้ป่วยจำนวน 1 ตัว และพานขันน้ำ หมากพลู มาหาหมอเยื้องเพื่อให้เยื้องหาสาเหตุของการเจ็บป่วย หมอเยื้องจะใช้ผ้าเปียว (ลักษณะคล้ายกับผ้าสไบ) ขอดปมไว้ที่ปลายผ้า เรียกว่า “ขอดเยื้องขอดมอ” หมอเยื้องจะนำเสื้อฮีของผู้ป่วยวางไว้ในถาดใกล้กับพานขันน้ำ หมากพลู แล้วกล่าวคาถาอัญเชิญครูมนต์ให้ลงมาสิงสถิตที่ขอดเยื้องนั้น พร้อมกับยกผ้าเปียวในลักษณะสูงขึ้นเหนือเสื้อฮีของผู้ป่วย ปล่อยให้ส่วนปลายของผ้าเปียวที่มีขอดเยื้องห้อยลงมาลักษณะเหมือนลูกตุ้มนาฬิกา เมื่อครูมนต์มาเข้าในขอดเยื้องแล้ว หมอเยื้องจะเริ่มการถามคำถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดที่มีคำตอบในการแปลความว่า “ใช่ กับ ไม่ใช่” กับครูมนต์ที่มาเข้าขอดเยื้องนั้น โดยเริ่มต้นจากการกล่าวถึงชื่อสกุล (หว่าสิง) ของเจ้าของเสื้อ ว่า “คน ๆ นี้ เสื้อหวานหวานนี้ หรือ เสื้อคำบางนางนี้ มีชื่อนี้ อยู่ในสกุลหว่าสิงนี้ เจ็บไข้ครั้งนี้ เป็นอะไร ถูกผีทำไข้หรือไม่” ถ้าหากคำตอบจากครูมนต์ตอบว่า “ไม่ใช่” ขอดเยื้องจะหยุดนิ่งไม่แกว่งไกว แต่ถ้าคำตอบนั้น “ใช่” เป็นเพราะผีเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ขอดเยื้องนั้นจะแกว่งวนไปมาหลาย ๆ รอบ จนกว่าหมอเยื้องจะบอกว่าหยุดแกว่งได้ แล้วหมอเยื้องจึงจะถามคำถามต่อไปโดยไล่เรียงคำถามไปจนกว่าจะได้คำตอบตั้งแต่การค้นหาสาเหตุจนกระทั่งถึงการแก้ไขหรือการรักษา เป็นต้นว่า เป็นเพราะผีเฮือน (ผีแลน ผีมด ผีปลวก ฯลฯ โดยไล่เรียงประเภทของผีไปจนครบ) ไข้หรือไม่ แก้ไขอย่างไร ต้องเอาผีขึ้นเฮือน (เสนเฮือน เสนฮั้มต เสนตัว ฯลฯ ไล่เรียงพิธีกรรมไปจนกว่าจะได้คำตอบ) ไข้หรือไม่ เมื่อได้คำตอบท้ายที่สุดแล้ว ญาติของผู้ป่วยจึงจะนำคำตอบจากการเยื้องนี้ไปสู่การกระทำพิธีกรรมต่าง ๆ (สมพงษ์ เอียดสวย, 2561: สัมภาษณ์) ซึ่งผู้วิจัยพบว่าหมอผู้ที่ทำการเยื้องนั้นในบางคนสามารถทำพิธีกรรมนั้น ๆ ต่อได้ เช่น หมอสมพงษ์ เอียดสวย ที่สามารถเป็นได้ทั้งหมอเยื้องและหมอเสนเฮือน หมอสมใจ ทองดอนเถื่อน หมอจันทร์ ทองดอนเถื่อน ที่เป็นทั้งหมอเยื้องและหมอมดหมอมนต์ หมอเยื้องที่ยังปรากฏในพื้นที่วิจัย ได้แก่

- 1) พื้นที่อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร

หมอน้อย ทองเชื้อ

หมอเยื้อง (คนสุดท้าย)

2) พื้นที่อำเภอขจรบุรี จังหวัดพิจิตร

หมอลำจันทร์ ทองดอนเถื่อน หมอเยื้อง หมอมดหมอมนต์

หมอลำสมใจ ทองดอนเถื่อน หมอเยื้อง หมอมดหมอมนต์

3) พื้นที่อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

หมอลำสมพงษ์ เอียดสวย หมอเยื้อง หมอมดหมอมนต์

โดยส่วนมากในอดีตจะพบว่าหมอเยื้องของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิงหรือเป็นแม่คนที่สามารถทำพิธีการเยื้องได้ แต่ในพื้นที่วิจัยพบว่าสามารถพบหมอเยื้องได้ทั้ง 2 เพศ และพบว่าหมอเยื้องที่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีการปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับสิ่งของในการใช้ประกอบพิธีเยื้อง คือ การใช้เสื้อผ้าชุดอื่นแทนเสื้อฮีของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนำขันน้ำหมากพลู มาเองสามารถใช้ของหมอเยื้องแทนได้



ภาพประกอบ 34 แสดงพิธีกรรมการเยื้องโดยหมอเยื้องในจังหวัดพิจิตร



ภาพประกอบ 35 นางน้อย ทองเชื้อ หมอเยื้องคนสุดท้ายของบ้านไผ่รอบ

สภาพปัญหาปัจจุบันของหมอพื้นบ้านในพื้นที่วิจัย คือ จำนวนหมอพื้นบ้านประเภทต่าง ๆ ที่ลดน้อยลงเพราะการขาดการสืบทอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอพื้นบ้านที่เป็น หมอมดหมอมนต์ที่เป็นผู้หญิงหรือที่เรียกว่า “แม่มด” หมอมดหมอมนต์ที่เป็นหมอเมืองหรือหมอใหญ่ และหมอเสนผู้ตัว แม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้เกิดการสืบทอดโดยชุมชน ชมรม หรือหน่วยงานในท้องถิ่น โดยการสนับสนุนด้านงบประมาณ สถานที่ และการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มหมอพื้นบ้าน เช่น ชมรมไทดำภาคเหนือ ซึ่งมีอาจารย์วิเชียร เชื้อมชิต เป็นประธานชมรมในปัจจุบัน โดยมีการจัดการประชุม สัมมนา เกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน หมอเยื้อง แม่มด หมอเสน และประเพณีวิถีชีวิตของชาติพันธุ์ไทดำในเขตภาคเหนืออย่างต่อเนื่อง แต่การสืบทอดการเป็นหมอพื้นบ้านต่าง ๆ นี้ เชื่อว่าต้องมาจาก ผิมด ผิมนต์ หรือผีครู เป็นผู้ที่คัดเลือกให้สืบทอดและต้องมีคนในสายตระกูลเคยเป็นหมอพื้นบ้านประเภทนั้น ๆ มาก่อน จึงจะสามารถสืบทอดในการเป็นหมอพื้นบ้านนั้น ๆ ได้ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์

“...ไม่ใช่ใคร ๆ ก็จะเป็นได้นะ มันต้องมีเชื้อมีสายมา ต้องมีคนเคยเป็นมดมนต์มาก่อนในตระกูลเราแล้วเขาก็เลือกเรา ไม่ใช่อยู่ ๆ เขาก็จะมาเรียนเอง มาทำเอง ไม่ได้ มันเป็นไม่ได้...”

หมอหนึ่ง (นามสมมุติ)

“...เคยมีคนอยากเป็นนะ มาเรียน มาท่องก็จำไม่ได้ เขาไม่ให้ ยังไงก็ไปไม่ได้ ก็
ตระกูลไม่มีนี่จะเป็นยังไง...ทำไปก็ไม่ดี เราอยู่อันไหน...”

ป่าสวย (นามสมมุติ)

ดังนั้นจะพบว่ารูปแบบของการสืบทอดในการเป็นหมอพื้นบ้านนั้น จะมีลักษณะสืบทอดตามสายตระกูลแบบรุ่นต่อรุ่น หรือสามารถสืบทอดในลักษณะข้ามรุ่นได้ เช่น รุ่นปู่รุ่นย่าแล้วข้ามไปยังรุ่นหลานโดยผ่านรุ่นพ่อแม่ไป หรือรุ่นปู่ทวดย่าทวดแล้วข้ามรุ่นปู่ย่า รุ่นพ่อแม่ ไปยังรุ่นหลานได้ โดยผู้ที่ถูกเลือกให้เป็นผู้สืบทอดหรือต้องการมาขออาศัยอยู่ด้วยนั้นจะมีลักษณะที่คล้ายกัน คือ การเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายหรือเป็น ๆ หาย ๆ ไม่ทราบสาเหตุ หรือค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วยไม่เจอ ซึ่งเชื่อว่าเป็นกระทำของผีที่ต้องการมาอยู่อาศัยด้วย โดยการเจ็บป่วยในลักษณะนี้ตามความเชื่อของชาติพันธุ์ไทดำเชื่อว่าเป็นผลมาจากอำนาจของผีหรือสิ่งเหนือธรรมชาติที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ทำให้ต้องมีการค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยการ “เือง” จากหมอเืองเพื่อคิดว่าเจ็บป่วยด้วยสาเหตุใดหรือเป็นการกระทำของสิ่งใด เช่น เมื่อหมอเืองพบว่าเกิดจากการกระทำของมดมนต์ที่ต้องการมาอยู่อาศัยอยู่ด้วย หรือต้องการให้สืบทอดการเป็นหมอมดหมอมนต์ ต้องทำพิธีเสนฮับมดและตั้งบังหนอโดยใช้หมอเืองหรือหมอใหญ่มาเป็นผู้ประกอบพิธี ซึ่งจะมีขั้นตอน “ขึ้นเสื่อ หรือ การบนบาน” ที่เป็นการต่อรองกับผีก่อนการตกลงรับการสืบทอดมดมนต์ การบนบานต่อผีนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้หายป่วยในระยะเวลาที่ต้องการ หากผู้ป่วยหายป่วยจริงก็จะทำพิธีเชิญขึ้นหิ้งบนบาน แต่ถ้าไม่หายจากการเจ็บป่วยถือว่าคำตอบของการเืองนั้นไม่เป็นจริงและไม่จำเป็นต้องทำพิธีรับมดมนต์ ถือเป็นอันยกเลิกการต่อรองหรือการบนบานนั้น

ดังนั้นสถานการณ์ที่เป็นสภาพปัจจุบันของหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่จึงเป็นการถูกลดบทบาทลงจากเดิมที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชุมชนด้วยองค์ความรู้ ประสบการณ์ และการประกอบพิธีกรรมตามวัฒนธรรมความเชื่อและศาสนาแบบดั้งเดิม ให้เปลี่ยนเป็นเพียงบทบาทของผู้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อเพื่อการคงอยู่ของประเพณี มากกว่าที่จะเป็นการประกอบพิธีกรรมเพื่อมุ่งหวังในด้านการรักษาความเจ็บป่วยในปัจจุบัน และพบว่ามีเพียงส่วนน้อยที่ยังปรากฏว่าหมอพื้นบ้านเหล่านี้ได้มีบทบาทและทำหน้าที่ในการประกอบพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเจ็บป่วย เช่น หมอเืองที่ทำการเืองเพื่อค้นหาสาเหตุและวิธีการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งก็มีจำนวนของผู้ที่มาเืองลดลงมากกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก

ตาราง 3 แสดงการสรุปเปรียบเทียบข้อมูลสภาพปัจจุบันและปัญหาของหมอพื้นบ้าน

ลำดับ	หัวข้อ	สภาพปัจจุบัน	สภาพปัญหา
1	จำนวนของหมอพื้นบ้าน	ลดน้อยลงจากในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอเสนาผู้ตัว และแม่เม็ด	ขาดการสืบทอดแบบรุ่นต่อรุ่น ในสายตระกูล และคนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญลดลง
2	วิธีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย	ในกลุ่มคนรุ่นใหม่มีความเป็นเหตุเป็นผลตามหลักคิดทางวิทยาศาสตร์ และอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่เพราะอิทธิพลของผีทั้งหมด แต่ในกลุ่มคนรุ่นเก่ายังมีความเชื่อแบบดั้งเดิมอยู่	คนรุ่นใหม่ขาดความเข้าใจในความหมายและคุณค่าของพิธีกรรมและวิธีคิดเรื่องการเจ็บป่วยอย่างเข้าใจ และมีแนวโน้มที่จะเกิดการสูญหายของความเชื่อที่เป็นอัตลักษณ์
3	บทบาทหน้าที่	หมอพื้นบ้านถูกลดบทบาทและหน้าที่ลง เหลือเพียงเฉพาะในบทบาทของผู้ประกอบพิธีกรรม และบทบาทในการดูแลเฉพาะด้านจิตใจเท่านั้น	คุณค่า ความสำคัญและอัตลักษณ์ของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพกำลังจะสูญหาย และไม่สามารถนำมาปรับใช้เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้
4	วิธีการดูแลรักษาสุขภาพ	วิธีการของหมอพื้นบ้านถูกลดทอนความสำคัญ ตามบทบาทของหมอพื้นบ้านที่เปลี่ยนไป และระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ามา	รูปแบบในการดูแลรักษาสุขภาพสุมเสี่ยงที่จะสูญหาย ขาดการสืบสานในกลุ่มคนรุ่นใหม่ และถูกกดทับด้วยระบบการแพทย์อื่น
5	พิธีกรรม	คนรุ่นใหม่มักไม่สนใจใน ความสำคัญและคุณค่าของพิธีกรรม รวมถึงการปรับประยุกต์รูปแบบการประกอบพิธีกรรมที่กระชับขึ้นในปัจจุบัน	พิธีกรรมที่เป็นคุณค่าและภูมิปัญญาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมขาดการสืบสาน รวมทั้งขาดผู้รู้ในพิธีกรรมต่าง ๆ อย่างแท้จริง

การปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

3.1 วิธีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย

กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความเชื่อและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพและระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการพัฒนาทางการศึกษา ความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นในสังคม การติดต่อสื่อสารและการคมนาคมที่สะดวกสบาย รวดเร็ว และทันสมัย ในยุคปัจจุบันทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยสามารถเข้าถึงการบริการด้านต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ก่อให้เกิดการปรับตัวเข้าหาสิ่งต่าง ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่เป็นไปตามพลวัตทางสังคม เป็นต้นว่า การมีโรงเรียนหรือสถานที่ศึกษาที่สามารถส่งบุตรหลานเข้ามาเล่าเรียนได้ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงมหาวิทยาลัย การมีศาสนสถานของศาสนาต่าง ๆ ในพื้นที่ เช่น วัดในศาสนาพุทธ โบสถ์ในศาสนาคริสต์ ร่วมกับการเผยแพร่หลักความเชื่อทางศาสนาต่าง ๆ และการลื่นไหลของประชากรที่ไม่ใช่ชาติพันธุ์ไทดำเข้าไปอยู่อาศัยในพื้นที่ของชุมชนและมีความสัมพันธ์กันในระบบสังคม จากการแต่งงานกันระหว่างคนที่ไม่ใช่ชาติพันธุ์เดียวกัน การเมืองและเครือข่ายทางสังคมในระดับท้องถิ่นที่ต้องอาศัยการสร้างฐานอำนาจและการยอมรับทางสังคมที่มากขึ้น การสื่อสารและเทคโนโลยีทางข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วทันสมัย เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยมีการปรับเปลี่ยนหลักความเชื่อดั้งเดิมของตนเองด้านศาสนาและความเชื่อเรื่องผีลดลงจากเดิมในกลุ่มคนรุ่นใหม่ แต่ยังคงปรากฏความเหนียวแน่นของความเชื่อเรื่องผีในกลุ่มของคนรุ่นเก่า ๆ ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...สมัยนี้โลกมันเจริญ อะไร ๆ ก็ทันสมัย มีรถ มีมือถือ ไม่เหมือนเมื่อก่อน ตอนยังเด็ก ๆ นี่ไม่สะดวกเท่านี้ มีแต่ทางเกวียน เลี้ยงวัวกัน ไปไหนก็ใช้เกวียน รถเร็วไม่มี...”

ป่าสมใจ (นามสมมุติ, อายุ 50 ปี)

“...สมัยก่อนแถวนี้ป่าไฟทั้งนั้น เป็นดงป่าเลย มีดหนอยก็จุดตะเกียงกัน ไม่มีไฟฟ้า อย่างกับตอนนี้ เดี่ยวนี้สบาย แจ้งไปหมด ไฟสว่าง...”

นายอิง (นามสมมุติ, อายุ 62 ปี)

“...เดี๋ยวนี้ทันสมัยแล้ว ไปไหนมาไหนสะดวก ได้เรียนสูง ๆ กันหมด แต่เราก็ต้องทำนะ ผีมีจริง ไม่ทำไม่ได้ เดี่ยวเขาก็มาเอาเรา เอาคนในเรือนเรา ทำมาแต่พ่อแม่ทั้งไม่ได้ ทำแล้วมันก็ตีเหมือนเราเลี้ยงเขาตี เขาก็ตี...”

หมอบุณมี (หมอเสน, อายุ 72 ปี)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นถึงความเชื่อเรื่องการนับถือผีและการปฏิบัติต่อผีของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยยังคงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งไม่สามารถปล่อยขาดหรือละเลยได้สำหรับกลุ่มคนที่มีตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากกลุ่มคนวัยนี้เชื่อว่าการปฏิบัติต่อผีในรูปแบบพิธีกรรมที่สืบทอดกันมาจะเป็นการกระทำที่เพิ่มความเข้มแข็งแก่ตนเองและบุคคลในครอบครัว จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน แต่ถ้าไม่ปฏิบัติหรือละเลยต่อพิธีกรรมเหล่านี้จะทำให้ผีไม่พอใจและดลบันดาลให้บุคคลในครอบครัวต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ ความเจ็บป่วย ขาดความเจริญก้าวหน้าและความสุขสมบูรณ์ในการดำรงชีวิต แต่ความเชื่อของกลุ่มที่เป็นคนรุ่นใหม่อายุตั้งแต่ 50 ปี ลงมาที่เติบโตขึ้นมาท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการศึกษา วิทยาศาสตร์ การเมือง และเศรษฐกิจ แม้จะยังคงมีความเชื่อเรื่องผีและการปฏิบัติต่อผีที่มาจากกรปลุกฝังจากพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ที่เป็นคนรุ่นเก่าในครอบครัวหรือในชุมชนก็ตาม พบว่าความเชื่อของกลุ่มคนวัยนี้มองถึงความเป็นไปได้จริงมากกว่าการเชื่อโดยไม่มีเหตุผลหรือพิสูจน์ไม่ได้ในแบบหลักการทางวิทยาศาสตร์ ในบางคนได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่สูงกว่าพ่อแม่หรือบุคคลอื่นในครอบครัว ความสามารถปรับตัวให้เข้าภาวะการเปลี่ยนแปลงและความทันสมัยได้เป็นอย่างดี ซึ่งสังเกตได้จากการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร การมีเครือข่ายทางสังคมออนไลน์ การใช้ภาษาต่างชาติในการสื่อสาร การมีหน้าที่การงานในสังคมที่แตกต่างไปจากสังคมเดิมของชุมชนที่เป็นเกษตรกรรมหรือการเลี้ยงสัตว์ รวมถึงการแต่งงานและมีครอบครัวกับคนที่ไม่ใช่ชาติพันธุ์เดียวกัน ทำให้ความเชื่อเดิมของคนกลุ่มนี้ลดน้อยลงและเปลี่ยนไปเป็นความเชื่อที่เป็นเพียงการคงอยู่ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ซึ่งกลุ่มคนวัยนี้ส่วนมากไม่สามารถอธิบายหรือเข้าใจความหมายที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมและวิถีปฏิบัติต่อผีได้เมื่อเทียบกลุ่มคนที่เป็นคนรุ่นเก่า ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ก็ทำตามที่พ่อแม่ทำมา บางอย่างไม่รู้ว่าหมายถึงอะไร ต้องถามย่าอีกที...”

พนิดา (นามสมมุติ, อายุ 27 ปี)

“...ไม่เคยรู้ว่าจะต้องทำอย่างไร พวกป่า ๆ กับญาติ ๆ เขามาช่วยกัน หนูก็แค่ช่วยทำกับข้าวกับห่อข้าวต้มมัด...”

ชมพู่ (นามสมมุติ, อายุ 22 ปี)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเหล่านี้ในปัจจุบัน ได้ส่งผลต่อความเชื่อในด้านต่าง ๆ ของชาติพันธุ์ไทดำที่อยู่ในพื้นที่วิจัยที่ถูกลดความสำคัญลง ทั้งความเชื่อเกี่ยวกับผี การปฏิบัติตามประเพณีหรือพิธีกรรมที่สืบทอดกันมา โดยขาดความเข้าใจในความหมายและคุณค่าของสิ่งเหล่านั้น เพียงแต่เป็น

การยึดถือและปฏิบัติตามบรรพบุรุษที่เคยประกอบพิธีเท่านั้น เช่น พิธีการเส่นเรือนของบางบ้านในปัจจุบันที่เป็นไปเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยแก่ครอบครัวตามความเชื่อของคนรุ่นปู่ย่า ตายายเท่านั้น

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัย คือ การเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทัศนสุขภาพและระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วย โดยในอดีตแนวคิดเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจะมีอิทธิพลมาจากความเชื่อเรื่องผี แถน ขวัญ และอำนาจเหนือธรรมชาติ ทั้งจะปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอเอี้ยง หมอมดหมอมนต์ และหมอเสนที่เป็นหมอพื้นบ้านตามความเชื่อที่สืบทอดกันมา เช่น การคลอดลูกโดยใช้หมอต้าแยและมีการปฏิบัติต่อทารกโดยใช้สมุนไพรกวาดคอเด็ก หรือการใช้สมุนไพรในการบำบัดโรคร่วมกับมนต์คาถา แม้จะยังคงปรากฏให้เห็นในลักษณะของภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของชุมชนและการพยายามฟื้นฟูเพื่อการอนุรักษ์และสืบทอดไว้จากหน่วยงานต่าง ๆ แต่ในความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ในชุมชนนั้นกลับไม่มีการใช้และสืบทอดภูมิปัญญาเหล่านี้อย่างจริงจัง ในทางตรงกันข้ามองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเหล่านี้กลับถูกปล่อยปละละเลยและถูกแทนที่ด้วยความเป็นวิทยาศาสตร์และความทันสมัยมากขึ้น กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพและระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยปัจจุบัน จึงเป็นไปตามพลังของความเป็นวิทยาศาสตร์สุขภาพที่สามารถอธิบายสาเหตุ กลไก การเกิดโรค การรักษาโรคและความเจ็บป่วยด้วยวิธีการของแพทย์แผนปัจจุบันที่มากขึ้น ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในยุคปัจจุบันมีระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วย การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ หรือการเกิดโรคและความเจ็บของตนเองและบุคคลในครอบครัวชัดเจนมากขึ้นจากหลักการของวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทำให้ชาติพันธุ์ไทดำของพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมีความรู้ในการดูแลสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น อันเนื่องมาจากการมีระบบสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายและครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ โดยมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต่าง ๆ ร้านขายยา คลินิกเอกชน ในการให้บริการด้านสุขภาพ การตรวจรักษา การคัดกรอง รวมถึงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เช่น ปัญหาเรื่องโรคไขเลือดออก ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหายาเสพติด การรณรงค์วัคซีนสำหรับเด็ก หรือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงศักยภาพและความเจริญก้าวหน้าของโรงพยาบาลประจำอำเภอต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา โรงพยาบาลวังทอง โรงพยาบาลบางระกำ ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ที่มีการพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการที่มากขึ้น ระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการในที่สูงขึ้นหรือในระดับตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลพิจิตร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งสามารถให้คำแนะนำและการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น จากปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพ ระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วยความเชื่อเรื่องผีต่อการเจ็บป่วย และบทบาทของหมอเอี้ยง หมอมด หมอมนต์ หมอเสน ที่เป็นหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์

ไทดำในพื้นที่วิจัยเริ่มลดน้อยลง ขาดการสืบทอดและการสร้างคุณค่าในฐานะทุนทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพของชุมชน แนวคิดเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยส่วนใหญ่จึงอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและในกรณีที่รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันไม่หายเท่านั้น

ระบบคิดเรื่องความเจ็บป่วยโดยหมอพื้นบ้านที่เป็นกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จะยังคงมีความเชื่อและระบบคิดด้านความเจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้องกับผีที่ยังคงฝังแน่น และให้ความสำคัญเกี่ยวกับผีมากกว่ากลุ่มหมอพื้นบ้านที่อยู่ในวัยอ่อนกว่า โดยเชื่อว่าผีจะมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนที่เป็นชาติพันธุ์ไทดำในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพ การประกอบอาชีพการงาน การคุ้มครองป้องกันภัย ความสำเร็จสมหวัง หรือการดำเนินชีวิตประจำวันอื่น ๆ เมื่อปฏิบัติดีต่อผีด้วยความเคารพ ไม่ละเลยหรือลดคุณค่าความสำคัญของผีลงไป จะทำให้ผีเกิดความพึงพอใจและสามารถลดบันดาลคุ้มครองป้องกัน ให้อยู่อย่างร่มเย็นเป็นสุข หมอพื้นบ้านในกลุ่มวัยนี้จึงมีการปฏิบัติต่อผีที่ยังคงยึดถือรูปแบบเดิมจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบเมื่อในอดีต และพยายามให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นอำนาจหรือการกระทำของผีเป็นส่วนมาก อาทิเช่น การอธิบายถึงสาเหตุของการประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม การตกบันได หรือการหกล้มจนทำให้เกิดการบาดเจ็บของผู้ที่เป็นหมอพื้นบ้านด้วยกัน ว่าเกิดจากการกระทำของผีหรือครูบาอาจารย์ที่ทำให้เป็นไป เพราะหมอพื้นบ้านคนนั้นอาจจะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของครูบาอาจารย์ที่ได้เคยสั่งสอนมา มีการเรียกรับค่าจ้างหรือค่าประกอบพิธีกรรม ซึ่งแต่เดิมนั้นหมอพื้นบ้านเหล่านี้จะไม่สามารถเรียกค่าจ้างหรือค่าประกอบพิธีกรรมเป็นทรัพย์สินเงินทองได้ โดยหมอพื้นบ้านจะได้สิ่งตอบแทนเป็นเพียงแค่งานของที่อยู่ในบ้านเรือนหรือประกอบพิธีต่าง ๆ ที่ทางเจ้าบ้านจะทำการจัดสรรปันส่วนให้ระหว่างหมอผู้ประกอบพิธีและเจ้าบ้านเท่านั้น ทำให้หมอพื้นบ้านกลุ่มนี้ยังคงรู้สึกที่สามารถมีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชุมชนตามวัฒนธรรมความเชื่อของการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ไทดำได้ อีกทั้งยังเชื่อว่ามนต์คาถาหรืออำนาจของผีจะยังคงมีพลังในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยให้หายได้ตามความเชื่อของตนเองเมื่อผ่านการประกอบพิธีกรรมที่ถูกต้องและไม่ขัดต่อคำสั่งสอนของครูบาอาจารย์เมื่อในอดีต ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า

“...หมอเมื่อก่อนต้องไม่เรียกร้อย เขาแบ่งให้เอง จะเป็นหมู เป็นไก่ เจ้าเสื้อเขาจะจัดการให้ เราเอง เรียกเอาเงินไม่ได้...”

หมอเรียบ (หมอเสน, อายุ 73 ปี)

“...หมอเสนก็เหมือนหมอรักษาโรคได้นะ แต่ไปเยื้องคูก่อน...”

หมอรวม (หมอเสน, อายุ 84 ปี)

นอกจากนี้กระบวนการในการก้าวขึ้นเป็นหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในอดีตนั้นจะเป็นรูปแบบที่ใช้การสืบทอดตามแบบแผนของหมอพื้นบ้านแบบดั้งเดิม คือ การใช้วิธีการท่องจำบทขับลำนำ มนต์คาถา และขั้นตอนของพิธีกรรมต่อเนื่องจากคนรุ่นหนึ่งสู่คนรุ่นต่อไปอย่างเป็นระบบ มีการฝึกฝนและต้องผ่านการรับรองจากผู้รู้ ครูอาจารย์มาก่อนเป็นอย่างดี โดยเรณู เหมือนจันทร์เซย (2556) ได้กล่าวถึงผู้ที่ก้าวมาเป็นหมอพื้นบ้านได้จะต้องเป็นผู้มีความรู้และคุณสมบัติเฉพาะ และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำตามมาตรฐานความเชื่อที่กำกับไว้ หากใครขาดคุณสมบัติแล้วยังฝืนปฏิบัติก็เกิดภัยพิบัติกับคน ๆ นั้น ดังนั้นบทบาทของหมอพื้นบ้านของกลุ่มคนในวัยตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จึงยังคงยังคงสามารถมีบทบาทเฉพาะตนที่สำคัญในการเป็นที่พึ่งของกลุ่มชาติพันธุ์ จากการยอมรับของกลุ่มคนในวัยเดียวกัน ดังบทสัมภาษณ์

“...ต้องไปเรียนกับครูอาจารย์ก่อน ต้องไปศึกษาให้เข้าใจ ดูพิธีการให้เป็น จะว่าง่ายก็ไม่ง่าย จะยากก็ไม่ยาก ต้องจำเอา เขาว่าไง เราจำเอา...”

หมอเรียบ (หมอเสน)

3.2 บทบาทหน้าที่ของหมอพื้นบ้าน

สภาพปัจจุบันของการจัดการด้านสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทยผลจากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่อดีตจนถึงฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ในการมุ่งเน้นไปที่การเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล สร้างความเป็นเอกภาพที่มั่นคงและยั่งยืนของระบบสุขภาพ ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำส่วนใหญ่มีการดูแลรักษาสุขภาพตามพัฒนาการที่เป็นไปตามช่วงอายุวัยซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่ชัดเจน เช่น ในช่วงวัยของเด็กเล็กมีการพาไปรับวัคซีนตามช่วงวัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหรือที่โรงพยาบาลในพื้นที่ และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยติดตามการได้รับวัคซีนในหมู่บ้าน ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์กับสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเตียงมีการสนับสนุนดูแลและให้บริการโดยหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบมากขึ้น มีระบบบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีการขยายวงกว้างและเข้าถึงทุกกลุ่ม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่

โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ ได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนมีความรู้ กลุ่มประชาชนทั่วไป ในชุมชนที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยสามารถดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นทั้ง ร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการมีทางเลือกในการรับบริการด้านสุขภาพจากหลากหลายแหล่งบริการ ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล คลินิก โรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาล เอกชน ทำให้ชาติพันธุ์ไทดำในปัจจุบันที่มีรายได้มากพอ เมื่อเจ็บป่วยจะเลือกสถานบริการด้านสุขภาพ ที่ตนเองสะดวกโดยไม่ต้องรอคอย และไม่คำนึงว่าจะมีราคาแพงหรือมีระยะทางไกลจากชุมชนของ ตนเอง (รัตนะ บัวสนธ์ และคณะ, 2555) ซึ่งย่อมก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีตามเป้าประสงค์ของ แผนพัฒนาสุขภาพฉบับปัจจุบันได้

แต่ถ้าหากวิเคราะห์ถึงสาระที่ปรากฏและตัวชี้วัดที่กำหนดโดยแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12 นี้ จะพบว่าพื้นที่ของหมอพื้นบ้านได้ถูกลดบทบาทและความสำคัญลงไปในระบบสุขภาพโดยรวม โดยไม่ปรากฏถึงการสร้างความเข้มแข็งและการส่งเสริมภูมิปัญญาของการแพทย์พื้นบ้านแบบ ประสบการณ์ที่มีลักษณะเป็นการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนา (Sacred subsector) ได้แก่ หมอน้ำมนต์ หมอผี คนทรง หมอไสยศาสตร์ (เสาวนีย์ กุลสมบุรณ์ และคณะ, 2550) ซึ่งหมายรวมถึง หมอเอื้อง หมอมดหมอมนต์ หมอเสน ที่มีรูปแบบและวิธีการในการดูแล รักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชาติพันธุ์ไทดำ ด้วยประสบการณ์ที่มีลักษณะเป็นการแพทย์ พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนาเช่นกัน แม้ในพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี พ.ศ. 2550 ที่ กล่าวถึงการจัดให้มีการหนุนเสริมกลไกเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพร่วมกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายในสังคมที่ประกอบด้วยภาคประชาชนที่มีความแตกต่างด้าน เจื้อนไขที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม แต่ก็ยังไม่อาจเป็น กลไกที่มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน และการสร้างบทบาทของหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ ไทดำได้อย่างแท้จริง เนื่องด้วยเพราะข้อจำกัดของการแพทย์พื้นบ้านในลักษณะนี้ไม่สามารถพิสูจน์ หรือสร้างเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ได้อย่างชัดเจน ดังข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ถ้าเขาไปเอื้องมา ถ้าเจ็บป่วยเพราะผี ผีจะให้ทำอะไรก็มาบอกพ่อ เช่นว่า เสน เรือน เขาก็มาหาพ่อ ถ้าเอื้องดูไม่มีอะไร ก็ไปรักษาใหม่ หาหมอใหม่...”

หมอเฉลียว (หมอเสน)

“...เราก็ต้องดูว่าป่วยอย่างไร ถ้าเป็นไข้เป็นหวัดก็ธรรมดา ไม่จำเป็นต้องเอื้อง ไม่ได้ หมายความว่าคนไทยทรงดำจะเชื่อผีเสมอไป เราก็ใช้วิทยาศาสตร์ด้วย...”

หมอใจ (หมอเอื้อง)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในสมัยปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อบทบาทของหมอพื้นบ้านที่ถูกจำกัดขอบเขตมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาในชุมชน จากระบบการศึกษาความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพและระบบคิดเรื่องการเจ็บป่วยของหมอพื้นบ้านได้เปลี่ยนไปจากเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณค่าของพิธีกรรมต่างๆ ที่เคยปฏิบัติเมื่อในอดีต เช่น การเสนเรื้อน การปฏิบัติต่อผีเรือนอย่างถูกต้อง เริ่มมีคำอธิบายว่าไม่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ หมอพื้นบ้านบางคนมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีการติดต่อสื่อสารผ่านทางสังคมออนไลน์ การได้รับการปลูกฝังวิธีคิดในเชิงของความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น มีทางเลือกเพื่อดูแลรักษาสุขภาพจากวัฒนธรรมอื่นเข้ามาสู่ชุมชน ทำให้บทบาทของหมอพื้นบ้านต่อการดูแลสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ได้มีการปรับตัวไปตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมดังกล่าว รวมถึงผลการดำเนินงานของยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่อดีตจนถึงฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่มุ่งเน้นการเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ การเข้าถึงและครอบคลุมในการสร้างความเป็นเอกภาพที่มั่นคงและยั่งยืนของระบบสุขภาพ ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่มีการดูแลรักษาสุขภาพแตกต่างจากในอดีตที่ชัดเจน เช่น การพาไปรับวัคซีน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยติดเตียง มีการให้ความรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งย่อมก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีตามเป้าประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพฉบับปัจจุบันได้ และถูกแทนที่ด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น การแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนา (Sacred subsector) ได้แก่ หมอน้ำมนต์ หมอผี คนทรง หมอไสยศาสตร์ ซึ่งหมายรวมถึง หมอเยื้อง หมอมดมนต์ หมอเสน ที่มีรูปแบบและวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชาติพันธุ์ไทดำด้วยประสบการณ์ที่มีลักษณะเป็นการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนาไม่อาจมีบทบาทในฐานะเป็นกลไกที่มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้ เนื่องจากข้อจำกัดของการแพทย์พื้นบ้านในลักษณะนี้ไม่สามารถพิสูจน์หรือสร้างเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ได้นั่นเอง

ดังนั้นบทบาทที่เป็นสภาพปัจจุบันของหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่จึงถูกลดบทบาทลงไป จากเดิมที่มีบทบาท หน้าที่เป็นผู้ดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชุมชนด้วยองค์ความรู้ ประสบการณ์ และการประกอบพิธีกรรมตามวัฒนธรรมความเชื่อให้เหลือเพียงสถานะของผู้ประกอบพิธีกรรมเพื่อการคงอยู่ของประเพณีมากกว่าที่จะเป็นการประกอบพิธีกรรมเพื่อมุ่งหวังในด้านการรักษาความเจ็บป่วย เช่น การเสนเรื้อนตามประเพณี การเสนกวัดก้วย และมีเพียงส่วนน้อยที่ยังปรากฏว่าหมอพื้นบ้านเหล่านี้ได้มีบทบาทในการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับความ

เจ็บป่วยเพื่อการค้นหาสาเหตุจากพิธีกรรมการเอ็ง การเสนแก่เคราะห์ตัว หรือคงไว้เพียงบทบาทที่มีผลต่อด้านสังคมและจิตใจเท่านั้น

3.3 วิธีการดูแลรักษาสุขภาพ

ในยุคสมัยปัจจุบันเมื่อหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่ถูกลดบทบาทในการเป็นผู้ดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วยการประกอบพิธีกรรมตามวัฒนธรรมความเชื่อแบบดั้งเดิม เนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านการศึกษา เศรษฐกิจ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี การสื่อสาร รวมถึงศาสนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีระบบบริการสาธารณสุขของการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำมากขึ้น ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ลงมา รวมถึงหมอพื้นบ้านมีระบบคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปจากเดิม โดยมีหลักคิดของการเป็นเหตุเป็นผลและความเป็นวิทยาศาสตร์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของฐานคิดและการตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือลงมือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุคคลอื่น

3.4 พิธีกรรม

ปรากฏการณ์ที่สำคัญของการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในพื้นที่วิจัยปัจจุบัน คือ การที่จำนวนหมอพื้นบ้านประเภทต่าง ๆ ลดน้อยลงเพราะการขาดการสืบทอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอพื้นบ้านที่เป็น หมอมดมนต์ที่เป็นผู้หญิงหรือที่เรียกว่า “แม่มด” หมอมดมนต์ที่เป็น “หมอเมือง” และหมอเสนผู้ตัว แม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้เกิดการสืบทอดโดยชุมชน ชมรม หรือหน่วยงานในท้องถิ่น โดยการสนับสนุนด้านงบประมาณ สถานที่ และการรวมกลุ่มเพื่อการสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มหมอพื้นบ้าน เช่น ชมรมไทดำภาคเหนือ มีการจัดการประชุม สัมมนา เกี่ยวกับหมอพื้นบ้าน หมอเอ็ง แม่มด หมอเสน และประเพณีวิถีชีวิตของชาติพันธุ์ไทดำในเขตภาคเหนืออย่างต่อเนื่อง แต่การสืบทอดการเป็นหมอพื้นบ้านต่าง ๆ นี้ เชื่อว่าต้องมาจากการสืบทอดในสายตระกูลเคยเป็นหมอพื้นบ้านประเภทนั้น ๆ มาก่อน จึงจะสามารถสืบทอดในการเป็นหมอพื้นบ้านนั้น ๆ ได้ การปรับตัวของหมอพื้นบ้านที่พบ คือ การสืบทอดการเป็นหมอเสนของผู้ที่อยู่ตระกูลอื่น ๆ เช่น สิงวี สิงกวาง สิงกา จึงได้เข้ามามีบทบาทในการสืบทอดการเป็นหมอเสนร่วมกับตระกูลสิงเลื่อง ทำให้หมอเสนในปัจจุบันไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะในตระกูลสิงเลื่องดังเช่นแต่ก่อนที่มีค่านิยมเดิมในสังคมที่ว่าผู้ที่จะมาเป็นหมอเสนมักจะมาจากตระกูลสิงเลื่อง ตามคำกล่าวที่ว่า “เลื่องเอ็ดหมอ ลอเอ็ดตัว” หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหมอเสนจะอยู่ในตระกูลสิงเลื่อง (อภิญววัฒน์ โพธิ์सान, 2552) และหมอเสนในพื้นที่วิจัยบางคนได้มีการปรับตัวด้านความเชื่อที่มีการยอมรับนับถือองค์เทพจากคติความเชื่ออื่น ๆ เช่น พระพิฆเนศ พระศิวะ พระอินทร์ โดยให้เหตุผลว่าสามารถกระทำได้โดยไม่ขัดต่อการนับถือผีที่เป็นความเชื่อดั้งเดิม ดังข้อมูลจากการสนทนา (สมพงษ์ เอียดสวย และคณะ, สนทนากลุ่ม : 2561)

“...เรานับถือได้หมด ไม่ขัดกัน เทพก็มาช่วยเราด้วย...”

หมอสมพงษ์ เอียดสวย

“...ถ้าเรานับถือ ไม่ผิดอะไร เราก็ยังทำพิธีแบบเดิม ไม่ละทิ้งของเก่า มันก็เปลี่ยนไปตามยุคสมัย...”

หมอชนะชัย อนันตะบุตร

รวมถึงการปรับตัวของหมอเสนในการออกทำพิธีเมื่อสามารถท่องจำและประกอบพิธีกรรมได้ด้วยตนเอง โดยไม่คำนึงถึงช่วงอายุดังในอดีตที่ต้องมีอายุอยู่ในช่วงประมาณ 50 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้ผลการวิจัยยังพบถึงการปรับตัวของหมอมดมนต์ที่เป็นเพศชายบางคนในพื้นที่วิจัยที่มีการแต่งกายขณะประกอบพิธีกรรมเสมือนเป็นหมอมดมนต์ที่เป็นเพศหญิง และประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ อย่างที่หมอมดสามารถกระทำได้ โดยให้เหตุผลว่าสามารถกระทำได้เนื่องจากตนเองมีผีครูที่เป็นแม่มดและได้รับการยอมรับจากชุมชนในฐานะที่เป็นหมอมดมนต์ดังกล่าว

จากความเชื่อเรื่องผีและอำนาจเหนือธรรมชาติของชาติพันธุ์ไทดำที่มีอิทธิพลต่อระบบคิดเรื่องความเจ็บป่วย และนำมาซึ่งแนวทางหรือกระบวนการในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยตามฐานคิดเดิมนั้น ได้ส่งผลและสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบ วิธีการและการปฏิบัติตามวิถีดั้งเดิมของชาติพันธุ์ ดังจะเห็นได้จากพิธีกรรมหรือวิถีปฏิบัติต่อผีที่ปรากฏขึ้นในอดีตและสืบต่อมาในปัจจุบัน อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้มีหน้าที่ในการดูแลรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วย ที่เกาะเกี่ยวความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ไทดำไว้ด้วยกัน เช่น หมอเยื้องจะมีบทบาทและหน้าที่ในการค้นหาสาเหตุที่เป็นคำตอบรวมถึงแนวทางการรักษาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หมอเสนจะมีบทบาทและหน้าที่ในการเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมหรือวิถีปฏิบัติต่อผี ซึ่งเมื่อได้กระทำแล้วจะทำให้บุคคลนั้นหายป่วยหรือดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่น พิธีเสนเรือน ที่เป็นการเลี้ยงผี ปู ยา ตายาย พ่อ แม่ ให้มารับเครื่องเซ่นไหว้ เป็นการแสดงถึงความเคารพ ความกตัญญูต่อบรรพบุรุษที่ได้เสียชีวิตไปแล้วและถูกอัญเชิญให้มาเป็นผีเรือนอยู่ร่วมกันในห้องผีเรือนที่เรียกว่า “กะล่อห้อง” และจะจัดพิธีเสนเรือนทุก 3 ปีหรือตามความเหมาะสมของแต่ละตระกูล รวมถึงหมอมดหมอมนต์ที่มีหน้าที่สำคัญในการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องผี เป็นต้นว่า เสนกวดก้วย ที่เป็นการทำพิธีปิดเป่าสิ่งไม่ดี ความไม่เป็นมงคลให้ออกไปจากบ้านเรือน ตามความเชื่อของชาวไทดำแล้วเมื่อมีคนในบ้านเสียชีวิตถือว่าเป็นเรื่องไม่ดี บ้านเรือนหลังนั้นไม่เป็นมงคล หากยังไม่ทำพิธีปิดรังควานหรือปิดเป่าสิ่งไม่ดีออกไปจะไม่สามารถประกอบพิธีมงคล เช่น การแต่งงาน การขึ้นบ้านใหม่ ได้ ต้องเชิญให้แม่มดมาทำพิธีเสียก่อน (นวน เย็นตั้ง, สัมภาษณ์ : 2561)

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบการปรับตัวของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำในศตวรรษที่ 21

ลำดับ	หัวข้อ	สภาพในอดีต	การปรับตัวในศตวรรษที่ 21
1	จำนวนของหมอพื้นบ้าน	- มีจำนวนมากและเพียงพอ - ต้องผ่านการเรียนรู้ สัมผัสประสบการณ์ การท่องจำ และช่วงอายุที่เหมาะสม	- ต้องหาหมอพื้นบ้านมาจากต่างจังหวัด - ใช้การท่องจำ ร่วมกับการจดบันทึก การบันทึกเสียง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมต่าง ๆ
2	วิธีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย	ระบบคิดเรื่องผี แถน ขวัญ อิทธิพลของผีต่อความเจ็บป่วย	ระบบคิดบนฐานวิทยาศาสตร์สุขภาพ ศาสนา ที่แยกการอธิบายความเจ็บป่วยออกเป็น 2 แนวคิด
3	บทบาทหน้าที่	หมอพื้นบ้านเป็นสถาบันหลักในการดูแลสุขภาพบนฐานความเชื่อและวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ตนเอง	หมอพื้นบ้านปรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมเพื่อสร้างสุขภาพวะทางจิตใจและสังคม
4	วิธีการดูแลรักษาสุขภาพ	ใช้มนต์คาถา การประกอบพิธีกรรม โดยการเชื่อมโยงหน้าที่ระหว่างหมอเอื้อง หมอเสน หมอมดมนต์	เน้นการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบันก่อนที่จะหาสาเหตุการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายด้วยการเอื้อง เน้นการประกอบพิธีกรรมที่เป็นผลต่อสังคมและจิตใจ
5	พิธีกรรม	ยึดถือและปฏิบัติตามรูปแบบขั้นตอนของวัฒนธรรมดั้งเดิมอย่างเคร่งครัด	การปรับยืดหยุ่นด้านอายุของหมอพื้นบ้านที่ลดลง การเดินทาง ค่าใช้จ่าย การติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำในศตวรรษที่ 21

จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยและการสรุปที่เห็นถึงการปรับตัวของหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยที่เริ่มต้นตั้งแต่วิธีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย บทบาทหน้าที่ วิธีการดูแลรักษาสุขภาพ และพิธีกรรม สามารถนำมาวิเคราะห์ให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการปรับตัวของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและอาชีพได้ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยมีการประกอบอาชีพและระบบเศรษฐกิจที่แตกต่างออกไปจากในอดีต จากเดิมที่มีอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์ และทำการเกษตรแบบพึ่งพาอาศัยกันในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนแรงงานและผลผลิตทางการเกษตรซึ่งกันและกัน เน้นการประกอบอาชีพเพื่อการดำรงอยู่ จึงทำให้สังคมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในอดีตมีความรัก ความสามัคคี เอื้อเฟื้อแบ่งปัน มากกว่าที่จะเป็นไปในลักษณะของเชิงการค้าพาณิชย์ หมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำจึงไม่มุ่งเน้นเรื่องค่าตอบแทนที่เป็นมูลค่าของเงินหรือค่าจ้าง ในการมาประกอบพิธีกรรม แต่ในปัจจุบันเมื่อสภาพเศรษฐกิจได้เปลี่ยนไปเป็นมูลค่าที่ผูกพันด้วยค่าของเงินมากขึ้น และเงินได้กลายมาเป็นปัจจัยสำคัญของการดำรงอยู่ในวิถีชีวิตของทุกคน ทำให้ระบบเศรษฐกิจแบบดั้งเดิมที่เน้นการช่วยเหลือ แบ่งปัน กันในชุมชน กลายเป็นการว่าจ้างแรงงาน การแลกเปลี่ยนและต่างตอบแทนด้วยจำนวนของเงินที่จ่ายระหว่างผู้ว่าจ้างและผู้รับจ้าง

อิทธิพลของระบบเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปดังกล่าว ทำให้หมอพื้นบ้านได้มีการปรับตัวเกี่ยวกับค่าตอบแทนที่ไม่ใช่เพียงเป็นแค่สิ่งของที่อยู่ในพิธีกรรมเหมือนในอดีต เนื่องด้วยการดำเนินชีวิตในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปตามอำนาจของเงินทางเศรษฐกิจ ตั้งแต่การเดินทางที่ต้องใช้ยานพาหนะและเชื้อเพลิง การสูญเสียรายได้และเวลาในการเดินทางและการประกอบพิธีกรรม รวมถึงบางครั้งหมอพื้นบ้านยังต้องจัดเตรียมสิ่งของ อุปกรณ์ต่าง ๆ มาเพื่อใช้ในการประกอบพิธีกรรมให้เจ้าภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นเสมือนปัจจัยสำคัญในการที่ทำให้หมอพื้นบ้านได้รับค่าตอบแทนที่แตกต่างไปจากในอดีต โดยในปัจจุบันได้มีการตอบแทนหมอพื้นบ้านที่มาประกอบพิธีกรรมเป็นจำนวนเงินที่นอกเหนือไปจากค่าครู ร่วมกับการให้สิ่งตอบแทนด้วยสิ่งของที่อยู่พิธีกรรม โดยสร้างความหมายของการจ่ายค่าตอบแทนให้หมอพื้นบ้านด้วยจำนวนเงินว่าเป็นการช่วยเหลือค่ารถ ค่าน้ำมัน หรือค่าเช่าสิ่งของที่หมอพื้นบ้านนำมา ทั้งนี้พบว่าหมอพื้นบ้านในพื้นที่วิจัยจะให้ข้อมูลที่เหมือนกันว่าไม่สามารถเรียกร้อยค่าตอบแทนจากการไปประกอบพิธีได้ ซึ่งทางเจ้าภาพจะเป็นผู้จ่ายโดยพิจารณาจากความเหมาะสมของแต่ละพิธี ระยะเวลาในการประกอบพิธี จำนวนผู้ช่วยหมอพื้นบ้าน และระยะทางในการเดินทาง



ภาพประกอบ 36 แสดงสิ่งของเครื่องใช้ที่ต้องจัดซื้อเพื่อการประกอบพิธีกรรม

2. ปัจจัยด้านนโยบายสุขภาพ

เป้าหมายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่อดีตจนถึงฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้มุ่งเน้นไปที่การเร่งการเสริมสร้างสุขภาพสร้างระบบการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ สร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายประชาชน และภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ พัฒนาและสร้างกลไก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการด้านสุขภาพแผนปัจจุบันที่ครอบคลุมและเข้าถึงง่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพแตกต่างจากในอดีต มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกับการมีทางเลือกในการรับบริการด้านสุขภาพจากหลากหลายแหล่งบริการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล คลินิกเอกชน ร้านขายยา โรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในปัจจุบันสามารถเลือกสถานบริการด้านสุขภาพตามที่ตนเองต้องการได้ ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายส่งเสริมสุขภาพจากภาครัฐที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้มีหลักประกันสุขภาพตามสิทธิการรักษาโรคของตนเอง แต่หากวิเคราะห์ถึงสาระและตัวชี้วัดที่ของนโยบายด้านสุขภาพแล้ว จะพบว่าไม่ปรากฏถึงการสร้างความเข้มแข็งและการส่งเสริมภูมิปัญญาของการแพทย์พื้นบ้านแบบประสพการณ์ ที่มีลักษณะเป็นการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนาของชาติพันธุ์ไทดำ แม้พระราชบัญญัติสุขภาพ

ปี พ.ศ. 2550 จะได้กล่าวถึงการจัดให้มีการหนุนเสริมกลไกเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงาน เรื่องสุขภาพร่วมกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายในสังคม รวมถึงภาคประชาชนที่มีความ แตกต่างด้านเงื่อนไขในการกำหนดภาวะสุขภาพบนฐานความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมก็ตาม แต่ ก็ยังไม่อาจเป็นกลไกที่มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน และการสร้างบทบาทของหมอพื้นบ้านของ กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้อย่างแท้จริง เนื่องด้วยเพราะข้อจำกัดของการแพทย์พื้นบ้านในลักษณะนี้ไม่ สามารถพิสูจน์ด้วยเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ได้อย่างชัดเจน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บทบาท พิธีกรรม เกี่ยวกับการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านได้ถูกปรับบทบาทลงไปจากวิถีชีวิตในแบบดั้งเดิม



ภาพประกอบ 37 แสดงกิจกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำตามนโยบายด้านสุขภาพ

3. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในแต่ละยุคสมัย ตั้งแต่การเริ่มต้นอพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจนถึงปัจจุบันได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสังคม วัฒนธรรมที่เป็นความเชื่อและพิธีกรรมของชาติพันธุ์ไทดำไปอย่างมาก ตั้งแต่การถูกสร้างให้เป็นชน กลุ่มน้อยจากการกระจายไปอยู่อาศัยในพื้นที่ต่าง ๆ ต้องมีการพยายามปรับตัวให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ ร่วมกับคนไทยในพื้นที่นั้น ๆ ได้ จนถึงยุคนโยบายสร้างชาติของจอมพล ป.พิบูลสงคราม ที่ต้องการให้ ทุกคนในชาติมีความสามัคคีและเป็นหนึ่งเดียวกัน ที่ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ รวมถึงไทดำ ได้กลาย

สถานภาพเป็นคนไทยอีกกลุ่มหนึ่งที่อาศัยอยู่ประเทศไทย ซึ่งผลจากนโยบายรัฐนิยมนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ชาติพันธุ์ไทดำได้รับสิทธิและอภิสิทธิ์เช่นเดียวกับคนไทย ทั้งในด้านการศึกษา สาธารณสุข และศาสนา

ผลพวงของความเจริญทางการศึกษามีสถานศึกษา ระบบโรงเรียน มหาวิทยาลัย มีการจัดการเรียนการสอนทางวิชาการที่มาจากส่วนกลาง ความเจริญทางด้านสังคม และคติความเชื่อทางพระพุทธศาสนาที่เป็นศาสนาประจำชาติภายใต้ต้นนโยบายจากรัฐบาลนี้ ได้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพิธีกรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ โดยการปรับตัวเรื่องภาษา ความรู้ กฎหมาย อาชีพ สถานภาพทางสังคม รวมถึงการนับถือพุทธศาสนาควบคู่ไปกับและศาสนาดั้งเดิมของตนเอง โดยการประยุกต์เอาหลักความเชื่อทางพุทธศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต โดยไม่ขัดต่อความเชื่อเดิม เช่น การจัดพิธีศพแบบพุทธศาสนาก่อนแล้วจึงจัดพิธีกรรมตามความเชื่อตนเองในภายหลัง การให้บุตรชายบวชเป็นพระภิกษุเมื่ออายุครบ 20 ปี เพื่ออุทิศให้กับบรรพบุรุษและต้องบอกล่าวผีเรือนในกะล่อห้องก่อนที่จะไปบวช การเข้าร่วมกิจกรรมกับทางวัดในงานบุญต่าง ๆ การใช้วัดเป็นพื้นที่ของแหล่งเรียนรู้และการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการช่วยทำนุบำรุงศาสนสถานในชุมชนตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้หมอพื้นบ้านได้เกิดการปรับตัวเกี่ยวกับการรับเอาความเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ โดยไม่ได้สร้างการปฏิเสธ แต่เป็นการนำเข้ามาปรับใช้ในวิถีชีวิตตนเอง ทำให้หมอพื้นบ้านมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การมีอาชีพการงานที่หลากหลาย การใช้ภาษาในการสื่อสาร และการเชื่อมร้อยระหว่างความเชื่ออื่นกับความเชื่อแบบดั้งเดิมของตนเองในปัจจุบัน



ภาพประกอบ 38 แสดงหิ้งบูชาผีของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำที่มีอายุมากกว่า 50 ปี



ภาพประกอบ 39 แสดงหิ้งบูชาพระและเทวรูปของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำ
จังหวัดพิษณุโลก (อายุ 35 ปี)



ภาพประกอบ 40 แสดงหิ้งบูชาพระและเทวรูปของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำ
จังหวัดพิจิตร (อายุ 37 ปี)

4. ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเชื่อดั้งเดิมที่ยังสามารถยังคงดำรงอยู่ได้ จากการสื่อสารโดยการใช้โทรศัพท์ หรือการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น e-mail, Line, Facebook ซึ่งทำให้เกิดความสะดวกสบายติดต่อ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ พิธีกรรม ประเพณีที่เป็นวัฒนธรรม ความเชื่อ และอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ไทดำให้เป็น ที่รู้จักอย่างกว้างขวางมากขึ้น สามารถสร้างเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งในระบบสังคมของชาติพันธุ์ไทดำ รวมถึงใช้เป็นช่องทางการค้าออนไลน์เพื่อสร้างรายได้ให้กับชุมชน แต่การเปลี่ยนแปลงในด้านนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อต้องสร้างการตระหนักรู้เป็นอย่างยิ่ง เช่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการแต่งกายที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะกับกลุ่มคนสมัยใหม่ โดยผู้ชายเปลี่ยนจากการใส่กางเกงยีนส์หรือกางเกงขาสั้น สวมเสื้อตัวสั้นสีเมื่อไปงานสำคัญ หรือการรับเอาวัฒนธรรมอื่นผ่านสื่อเทคโนโลยีเข้ามาในวิถีชีวิต โดยปราศจากการเรียนรู้บนความเหมาะสมจนทำให้วัฒนธรรมและอัตลักษณ์ดั้งเดิมสูญหายไป ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารเป็นผลให้เกิดการปรับตัวของหมอพั้นบ้านที่พบได้ถึงการยอมรับเอาเทคโนโลยีที่ผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ ในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหมอพั้นบ้านและผู้รู้ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน ซึ่งจะเป็นการสร้างเครือข่ายและการคงอยู่ของระบบสังคม อัตลักษณ์ และพิธีกรรมของหมอพั้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำในยุคสมัยปัจจุบันได้



ภาพประกอบ 41 แสดงกลุ่มเครือข่ายชาติพันธุ์ไทดำบนสื่อสังคมออนไลน์

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ สามารถวิเคราะห์ได้ถึงการปรับตัวในศตวรรษที่ 21 ของหมอพื้บ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้าน เศรษฐกิจ นโยบายสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม เทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่เข้ามามีอิทธิพลและบทบาท มากขึ้นในสังคมและพื้นฐานของการดำเนินวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดย อิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ นอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เห็นเด่นชัดหรือมีลักษณะที่ เป็นรูปธรรม เช่น เครื่องแต่งกาย อุปกรณ์สื่อสาร หรือวัตถุต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างไปจากในอดีต ยัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปยังสิ่งที่เป็นนามธรรมที่แฝงฝังอยู่ในความเป็นอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ ไทดำอีกด้วย นั่นคือระบบคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผีและความเจ็บป่วย ที่แตกต่างกันออกไป ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำและหมอพื้บ้านของกลุ่มคนรุ่นเก่าและกลุ่มคนรุ่นใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้นของหมอพื้บ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ในด้านของวิถีคิด ความเชื่อ บทบาทหน้าที่ วิธีการรักษา สุขภาพ และพิธีกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบันนี้ จึงเป็นกระบวนการปรับตัวของหมอพื้บ้านกลุ่มชาติพันธุ์ ไทดำในพื้นที่วิจัยที่เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่เข้ามาในสังคมและวิถีชีวิตของมนุษย์ ในทุกกลุ่มชาติพันธุ์และทุกชนชั้น ซึ่งแท้จริงแล้วมันไม่ใช่เรื่องแปลกหรือผิดปกติแต่อย่างใด เนื่อง ด้วยเพราะกลไกของการอยู่รอดในสังคมของสิ่งมีชีวิตทั้งหมดนั้นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการ เปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมถึงการปรับตัวของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยด้วย เช่นกัน

ดังนั้นผลจากการศึกษาวิจัยนี้จึงเป็นเสมือนองค์ความรู้ และการอธิบายเพื่อให้เกิดความ เข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำของพื้นที่วิจัย ภายใต้เงื่อนไขและบริบทของ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน ที่ถึงแม้ว่าสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจะเพิ่งเริ่มเข้าสู่ ศตวรรษที่ 21 ได้ไม่นาน แต่กระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และการสื่อสาร กลับมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเกินกว่าที่จะคาดเดาได้ และจะส่งผลกระทบไปถึงด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และนโยบายต่าง ๆ ต่อไป ซึ่งเมื่อเราสามารถเข้าใจถึงการ ปรับตัวภายใต้เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยนี้ได้ การนำมา ซึ่งแนวทางในการพัฒนาจากด้านสังคม วัฒนธรรม สุขภาพ การศึกษา จึงเป็นสิ่งที่จะสามารถนำมา กำหนดและขับเคลื่อนในมิติของการพัฒนา รวมถึงการคงอยู่ซึ่งอัตลักษณ์ของความเป็นชาติพันธุ์ไทดำ และความเข้มแข็งของชุมชนท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคสมัยต่าง ๆ ได้นั่นเอง

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Document Research) ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม (Field Study) เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมา สภาพปัจจุบันและปัญหา และการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย โดยใช้องค์ความรู้ของระบบสุขภาพชุมชน การแพทย์พื้นบ้าน องค์กรความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพ แนวคิดระบบบริการสาธารณสุขเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรม แนวคิดกระบวนการแสวงหาการรักษา ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ทฤษฎีนิเวศวัฒนธรรม ทฤษฎีแพร่กระจายทางวัฒนธรรม และองค์ความรู้เกี่ยวกับชาติพันธุ์ไทดำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Content Comparison) และนำเสนอผลการวิจัยแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผล
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยเป็นกลุ่มคนที่อพยพมาจากจังหวัดเพชรบุรี เมื่อกว่า 100 ปีก่อน สภาพสังคมของชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยจะมีกลุ่มผู้น้อยมากกว่ากลุ่มผู้ตัว และยังคงระบบคิดเรื่องผี แถน ขวัญ ที่ปรากฏในรูปแบบของพิธีกรรมอยู่ในชุมชน แต่ปัจจุบันเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อในเชิงของความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผีที่ยังคงมีความสำคัญและปรากฏตามความเชื่อของชาติพันธุ์ไทดำ ได้แก่

- 1) แถน หรือผีฟ้า มีสถานะเป็นเหมือนผีหรือเทพเจ้าสูงสุดตามความเชื่อและศาสนาของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ โดยเชื่อว่าแถนเป็นผู้มนุษย์และสร้างโลก และบันดาลให้เกิดทั้งด้านดีและด้านร้าย โดยแถนจะมีหน้าที่และความรับผิดชอบที่แตกต่างกันออกไป เช่น มีหน้าที่คอยควบคุมดูแลทุกข์สุขและความอุดมสมบูรณ์ของมนุษย์ เป็นผู้ตั้งมิ่งขวัญของมนุษย์ กำหนดอายุมนุษย์ ดูแลรักษาและ

บันดาลความสงบสุขให้แก่ตระกูล การปฏิบัติต่อแถนที่เกิดขึ้นของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยนั้น พบว่าเป็นการปฏิบัติด้วยความเคารพโดยผ่านหมอมดหมอมนต์ หมอเอื้อง หรือหมอเสน ที่เป็นเสมือนสื่อกลางในการติดต่อกับแถน เพราะแถนจะไม่ติดต่อหรือสื่อสารกับมนุษย์โดยตรง แต่หมอมดหมอมนต์ หมอเสน หรือหมอเอื้อง จะสามารถติดต่อระหว่างแถน มนุษย์ และวิญญาณได้

2) ผีเรือน ซึ่งเป็นผีของผีบรรพบุรุษ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ที่ถึงแก่กรรมไปแล้วด้วยสาเหตุตามธรรมชาติ

3) ผีเจ้าพ่อ เจ้าแม่ ที่เป็นผีที่อยู่ประจำหมู่บ้าน ต้นไม้ ลำห้วย บึง หรือสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน โดยเชื่อว่าเป็นผีที่มีหน้าที่ดูแลหมู่บ้านหรือสถานที่นั้น ๆ ให้ร่มเย็นเป็นสุข ค้ำครองผู้คนและสัตว์เลี้ยงในหมู่บ้าน

4) ผีประจำสถานที่ เป็นผีที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำเชื่อว่าการสิงสถิตอยู่ในพื้นที่สำคัญของบ้านเรือนตนเอง ได้แก่ ผีเจ้าที่ ผีบันได ผีประตู

นอกจากความเชื่อในเรื่องผีแล้ว ชาติพันธุ์ไทดำยังมีความเชื่อในเรื่องขวัญ ซึ่งเชื่อขวัญของแต่ละคนอยู่ในร่างกายรวมทั้งสิ้น 32 ขวัญ เมื่อขวัญตกหล่นหรือสูญหายอาจทำให้เจ็บป่วยจึงต้องทำพิธีเรียกขวัญโดยแม่มดหรือหมอมดหมอมนต์ การปฏิบัติต่อผีที่เกิดขึ้นของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยจึงเป็นไปการปฏิบัติด้วยความเคารพ โดยมีหมอมดหมอมนต์ หมอเอื้อง หรือหมอเสน ที่เป็นเสมือนสื่อกลางในการติดต่อระหว่างมนุษย์ แถน และวิญญาณ ถึงแม้ว่าความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์ การสื่อสาร การศึกษา รวมถึงพุทธศาสนาจะเข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัย แต่พบว่าการนับถือผีของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยยังคงมีอยู่โดยไม่ได้เลือนหายไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ที่ยังคงมีการนับถือผีบรรพบุรุษและการปฏิบัติต่อผีต่าง ๆ อย่างเหนียวแน่น และยังเป็นสิ่งที่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน

ความเชื่อเรื่องผีของชาติพันธุ์ไทดำมีอิทธิพลต่อระบบคิดเรื่องความเจ็บป่วย และนำมาซึ่งวิธีการในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยที่ตั้งอยู่บนฐานคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผีและอำนาจเหนือธรรมชาติตามฐานคิดเดิม การรักษาส่วนใหญ่จึงปรากฏอยู่ในรูปแบบของพิธีกรรมที่เป็นวิถีปฏิบัติต่อผีทั้งที่เป็นผีดีและเป็นผีที่ร้ายที่พบเห็นได้ในอดีตและสืบต่อมาในปัจจุบัน โดยมีหมอเอื้อง หมอมดหมอมนต์ และหมอเสน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นเสมือนสื่อกลางระหว่างผีกับมนุษย์เพื่อสื่อสารต่อรอง หรือทำลายอำนาจของผี โดยการใช้มนต์คาถา การขับไล่ นำ ดนตรี พิธีกรรม หรือยาสมุนไพรในการรักษาเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ไทดำไว้ด้วยกัน เช่น หมอเอื้องจะมีบทบาทและหน้าที่ในการค้นหาสาเหตุที่และแนวทางการรักษาของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หมอเสนจะมีบทบาทและหน้าที่ในการเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมหรือวิถีปฏิบัติต่อผี ซึ่งเมื่อได้กระทำแล้วจะทำให้

บุคคลนั้นหายป่วยหรือดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้หมอฟันบ้านที่ยังมีชีวิตอยู่โดยที่ยังคงรับประกอบพิธีอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่

- 1) พื้นที่ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ได้แก่ หมอรวม สิงห์วี หมอเรียบ แร่เงิน หมอเมือง โป๊ะโคย หมอสุเมธ มากมูล หมอเล็ก สิงห์เรือง หมอซ้อน ปานเขาย้อย หมอน้อย ทองเชื้อ
- 2) พื้นที่บ้านบัวยาง ตำบลหนองหลุม อำเภอลำลูกกา จังหวัดพิจิตร ได้แก่ หมอบุณมา แก้วทอง หมอเรียง สายทอง หมอพัน สายทอง หมอจันทร์ ทองดอนเถื่อน หมอสมใจ ทองดอนเถื่อน
- 3) พื้นที่ตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ หมอสมพงษ์ เอียดสวย หมอเบอร์ริน หนองอ่อน หมอบุณมี อ่อนล้อม
- 4) พื้นที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ หมอสูง จันทร์สวยดี หมอไพโรจน์ โกสี หมอชนะชัย อนันตะบุตร

2. สภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลสุขภาพของของหมอฟันบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

สภาพปัจจุบันและปัญหาของหมอฟันบ้านในพื้นที่วิจัย นอกจากจำนวนของหมอฟันบ้านที่ลดน้อยลง การขาดการสืบสานในคนรุ่นใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอมดหมอมนต์ที่เป็นผู้หญิงที่เรียกว่าแม่มดและหมอฟันบ้านที่เป็นหมอเมือง โดยถึงแม้ว่าจำนวนหมอฟันบ้านที่เป็นหมอเสนจะมีอยู่มากกว่าหมอฟันบ้านอื่น ๆ แต่ในความเป็นจริงมีหมอเสนเพียงบางคนเท่านั้นที่ยังคงรับประกอบพิธีกรรมอยู่ ทั้งนี้เป็นเพราะหมอเสนเหล่านั้นมีอายุที่มากขึ้น ภาวะสุขภาพไม่เอื้ออำนวย ไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง จึงไม่ได้รับประกอบพิธีกรรมในปัจจุบัน

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบันทั้งทางด้านเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปจากการพึ่งพาและแลกเปลี่ยนกันโดยไม่ใช้เงินในอดีตสู่การต่างตอบแทนด้วยสิ่งของและเงินทองในปัจจุบัน การดำเนินงานของนโยบายด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่มาจากรัฐ สภาพทางสังคมที่เจริญเติบโตและการสิ้นไหลทางวัฒนธรรม ระบบการศึกษา การคมนาคม รวมถึงวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ก้าวหน้าสร้างความสะดวก รวดเร็ว ในการติดต่อสื่อสาร การรับบริการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้ดีขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ส่งผลต่อวิถีชีวิตเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่มีฐานคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากขึ้น และมีการอธิบายถึงการเจ็บป่วยที่ไม่ได้มาจากอิทธิพลของผีทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มคนรุ่นเก่ายังมีความเชื่อแบบดั้งเดิมฝังแน่นอยู่ ทำให้คนรุ่นใหม่ขาดความเข้าใจในความหมาย

คุณค่าของพิธีกรรมและวิถีคิดเรื่องการเจ็บป่วยอย่างเข้าใจ ซึ่งนำมาสู่บทบาทของหมอพื้นบ้านที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน

ดังนั้นหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยส่วนใหญ่ จึงถูกลดบทบาทและหน้าที่ลงไปจากในอดีต โดยมีบทบาทในฐานะผู้ประกอบพิธีกรรมเพื่อการคงอยู่ทางวัฒนธรรมและการดูแลด้านจิตใจและสังคมเท่านั้น มากกว่าที่จะเป็นการประกอบพิธีกรรมเพื่อมุ่งหวังในด้านการรักษาความเจ็บป่วยเหมือนในอดีต ซึ่งทำให้วิถีการของหมอพื้นบ้านถูกลดทอนความสำคัญลงไปตามบทบาทของหมอพื้นบ้านที่เปลี่ยนไป และมีหมอพื้นบ้านเพียงส่วนน้อยที่ยังมีบทบาทและทำหน้าที่ในการประกอบพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเจ็บป่วยอย่างชัดเจน ได้แก่ หมอเยื้องที่ทำการเยื้องเพื่อค้นหาสาเหตุและวิธีการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งก็มีจำนวนของผู้ที่มาเยื้องลดลงมากกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก ประกอบกับกลุ่มคนรุ่นใหม่ขาดการตระหนักถึงความสำคัญ คุณค่า และการสืบสานพิธีกรรมที่เป็นอัตลักษณ์ของภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพที่เข้าใจอย่างแท้จริง จึงทำให้มีแนวโน้มถึงการกำลังจะเกิดการสูญหาย และไม่สามารถนำมาปรับใช้เพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ในปัจจุบัน

3. การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

การปรับตัวของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำของพื้นที่วิจัยมีความแตกต่างกันระหว่างในอดีตกับในปัจจุบัน โดยมีการปรับตัวด้านระบบคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับผี แถน ขวัญ และสิ่งเหนือธรรมชาติในชุมชนมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตและความเจ็บป่วย ทำให้หมอพื้นบ้านในอดีตประกอบพิธีกรรมตามแบบแผนที่ยึดมั่นสืบต่อกันมา แต่ในยุคสมัยปัจจุบันเมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน กลุ่มหมอพื้นบ้านรวมถึงชาติพันธุ์ไทดำในปัจจุบันที่อายุน้อยกว่า 50 ปีลงมา ได้มีระบบคิดและความเชื่อที่เปลี่ยนไปจากการรับเอาฐานคิดเชิงวิทยาศาสตร์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการคิด การตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทำให้การนิยามความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นถูกอธิบายว่าไม่ใช่อิทธิพลของผีทั้งหมด รวมถึงการตัดสินใจเลือกรับบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับการให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่นิยามขึ้นใหม่ ทำให้หมอพื้นบ้านในกลุ่มนี้เกิดการปรับตัวในด้านวิถีคิดที่เชื่อมโยงกับฐานคิดของวิทยาศาสตร์มากกว่าคติความเชื่อแบบเดิม โดยแยกการอธิบายความเจ็บป่วยออกเป็น 2 แนวคิดระหว่างวิทยาศาสตร์สุขภาพกับความเชื่อดั้งเดิมอย่างชัดเจน การยอมรับนับถือองค์เทพจากคติความเชื่ออื่น เช่น พระพิฆเนศ พระศิวะ พระอินทร์ ร่วมกับการนับถือผีตามความเชื่อเดิม การจำบทสวดโดยใช้การจดบันทึก การบันทึกเสียง การแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อสังคมต่าง ๆ แทนการท่องจำเพียงอย่างเดียวเหมือนในอดีต การปรับและยืดหยุ่นด้านอายุของหมอพื้นบ้านที่ลดลงจากในอดีตในการออกทำพิธีเมื่อสามารถท่องจำและประกอบพิธีกรรมได้ด้วยตนเอง การปรับประยุกต์รูปแบบการประกอบพิธีกรรมที่กระชับขึ้นในปัจจุบัน การตอบแทนหมอ

พื้นบ้านด้วยเงินเกี่ยวกับการเดินทางและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้หมอพื้นบ้านมีการปรับบทบาทหน้าที่และวิธีการรักษาที่มีผลเฉพาะต่อต้านจิตใจ สังคม และพิธีกรรมที่ยังคงหลงเหลือไว้เฉพาะในส่วนที่เป็นการปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีของชุมชน

จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ของผู้วิจัยพบว่าการปรับตัวของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำในศตวรรษที่ 21 นั้นเป็นผลมาจากปัจจัยในแต่ละด้านที่ทำให้เกิดการปรับตัวของหมอพื้นบ้าน กล่าวคือ

1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยอิทธิพลของระบบเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป ทำให้หมอพื้นบ้านได้มีการปรับตัวเกี่ยวกับค่าตอบแทนที่ได้เปลี่ยนไปตามอำนาจของเงินในปัจจุบัน ด้วยหมอพื้นบ้านต้องมีการเดินทางที่ต้องใช้ยานพาหนะและเชื้อเพลิง การสูญเสียเวลาและรายได้จากอาชีพเดิมเมื่อต้องไปทำพิธีกรรม รวมถึงบางครั้งหมอพื้นบ้านยังต้องจัดเตรียมสิ่งของ อุปกรณ์ต่าง ๆ มาเพื่อใช้ในการประกอบพิธีกรรมแทนเจ้าภาพ จึงเป็นเสมือนปัจจัยสำคัญในการที่ทำให้หมอพื้นบ้านได้รับค่าตอบแทนที่แตกต่างไปจากในอดีต โดยการตอบแทนหมอพื้นบ้านเป็นจำนวนเงินที่นอกเหนือไปจากค่าครู ร่วมกับการให้สิ่งของที่อยู่พิธีกรรม ซึ่งทางเจ้าภาพจะเป็นผู้จ่ายเงินโดยการพิจารณาจากความเหมาะสมของพิธี ระยะเวลา จำนวนผู้ช่วยหมอพื้นบ้าน สิ่งของ และระยะทางในการเดินทาง และสร้างความหมายของการจ่ายค่าตอบแทนนี้ว่าเป็นการช่วยเหลือค่ารถ ค่าน้ำมัน หรือค่าเช่าสิ่งของที่หมอพื้นบ้านนำมา ทั้งนี้พบว่าหมอพื้นบ้านในพื้นที่วิจัยจะให้ข้อมูลที่เหมือนกันว่าไม่สามารถเรียกร้อยค่าตอบแทนจากการไปประกอบพิธีได้

2) ปัจจัยด้านนโยบายสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายส่งเสริมสุขภาพจากภาครัฐที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนได้มีหลักประกันสุขภาพตามสิทธิการรักษาโรคของตนเอง การสร้างระบบความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ การพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพที่เป็นงบประมาณ อัตรากำลังบุคลากร และระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกช่วงวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ เพื่อสร้างการเข้าถึงและดูแลสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างครอบคลุมด้วยหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงสาระและตัวชี้วัดของนโยบายด้านสุขภาพ และพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี พ.ศ. 2550 แล้ว จะพบว่าไม่ปรากฏถึงการสร้างความเข้มแข็งและการส่งเสริมภูมิปัญญาของการแพทย์พื้นบ้านแบบประสพการณ์ ที่มีลักษณะเป็นการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนาของชาติพันธุ์ไทดำอย่างชัดเจนมากนัก แม้จะมีการกล่าวถึงการจัดให้มีการหนุนเสริมกลไกเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพร่วมกัน ด้วยรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายในสังคม รวมถึงภาคประชาชนที่มีความแตกต่างด้านเงื่อนไขในการกำหนดภาวะสุขภาพบนฐานความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมก็ตาม แต่ก็ยังไม่อาจเป็นกลไกที่มีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนและการสร้างบทบาทของหมอพื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำได้อย่างแท้จริง เนื่องด้วยเพราะข้อจำกัดของการแพทย์พื้นบ้านในลักษณะนี้ไม่สามารถพิสูจน์ด้วยเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ได้อย่าง

ชัดเจน จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บทบาท พิธีกรรมเกี่ยวกับการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านได้ถูกปรับบทบาทลงไปจากวิถีชีวิตในแบบดั้งเดิม

3) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ผลของความเจริญทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีการปรับเปลี่ยน ลื่นไหล อยู่ตลอดเวลาได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านของสังคม และนำมาสู่การปรับตัวของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำในปัจจุบัน อาทิ การศึกษาที่มีระบบโรงเรียน มหาวิทยาลัยที่มีอยู่อย่างมากมายที่มีการจัดการเรียนการสอนทางวิชาการที่มาจากส่วนกลาง และมีลักษณะแบบเดียวกันทั้งประเทศ อิทธิพลของคติความเชื่อทางพระพุทธศาสนาที่เป็นศาสนาประจำชาติ นโยบายจากรัฐบาล การเมืองการปกครอง รวมถึงการลื่นไหลทางวัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ เช่น การปรับตัวเรื่องภาษา การศึกษา กฎหมาย อาชีพ สถานภาพทางสังคม รวมถึงการนับถือพุทธศาสนาควบคู่ไปกับและศาสนาดั้งเดิมของตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้หมอพื้นบ้านได้เกิดการปรับตัวเกี่ยวกับการรับเอาความเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ โดยไม่ได้สร้างการปฏิเสธ แต่เป็นการนำเข้ามาปรับใช้ในวิถีชีวิตตนเอง ทำให้หมอพื้นบ้านมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การมีอาชีพการงานที่หลากหลาย การใช้ภาษาในการสื่อสาร และการเชื่อมร้อยระหว่างความเชื่ออื่นกับความเชื่อแบบดั้งเดิมของตนเองในปัจจุบัน

4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ผลจากวิวัฒนาการด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร ที่ก้าวหน้าและไม่หยุดนิ่งในปัจจุบัน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการปรับตัวของหมอพื้นบ้านที่พบได้ถึงการยอมรับเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในชีวิตประจำวัน ผ่านรูปแบบของโทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ ต่าง ๆ เช่น Facebook Line ในการติดต่อสื่อสารรวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหมอพื้นบ้านและผู้รู้ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน และเป็นการสร้างเครือข่ายและการคงอยู่ของระบบสังคม อัตลักษณ์ และพิธีกรรมของหมอพื้นบ้านชาติพันธุ์ไทดำในยุคสมัยปัจจุบันได้

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อภิปรายการศึกษาการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย โดยจำแนกเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ประวัติความเป็นมาในการดูแลสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยยังคงมีความเชื่อทางศาสนาในเรื่องของการนับถือผีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผีในความเชื่อนั้นมีทั้งผีดีและผีร้าย อีกทั้งยังเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย สามารถบันดาลสิ่งต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นได้ เช่น สุข ความสุข ความสำเร็จ ความทุกข์ และโรคภัยไข้เจ็บ ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติต่อผีของบุคคลที่เป็นชาติพันธุ์ไทดำ โดยความเชื่อที่ยังคงอยู่นี้ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของกานต์ทิศา สีหมากสุก และบุญรอด บุญเกิด (2559) ที่พบว่าชาติพันธุ์

ไทดำที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองปรัง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับเรื่องผี ขวัญ ข้อปฏิบัติ ข้อห้าม และความเชื่อเกี่ยวกับมดมนต์ โดยมีผีบรรพบุรุษเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของไทดำมากที่สุดและนำไปสู่การปฏิบัติของคนในปัจจุบัน และสอดคล้องกับเอกลักษณ์ ธรรมวิมุตติ และพิทักษ์ ศิริวงศ์ (2560) ที่พบว่าอัตลักษณ์ด้านวัฒนธรรมและประเพณีของชาติพันธุ์ไทดำบ้านเขาหัวจัน จังหวัดราชบุรี มีความเกี่ยวพันกับวิถีชีวิตตั้งแต่เกิดจนถึงตาย โดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องอยู่กับผีบรรพบุรุษ ผีบ้านผีเรือน และเชื่อว่าผีต่าง ๆ นี้เป็นผู้บันดาลความสุข ความเจริญอกงาม ความร่มเย็นได้หากปฏิบัติอย่างถูกต้อง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของธัญญ์ณภัทร์ เจริญพานิช (2559) ที่พบว่าความเชื่อเรื่องผีของชาวไทดำในพื้นที่ตำบลพันเสา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ยังคงดำรงอยู่ในวิถีคิด ความเชื่อ การรับรู้ และจิตสำนึกของชาวไทดำ เนื่องจากผีเป็นที่พึ่งทางจิตใจ เป็นวัฒนธรรมและจารีตประเพณีที่ยึดโยงความสัมพันธ์ ความผูกพัน ในครอบครัว และเครือญาติ สามารถปกป้อง รักษา คุ้มครอง ลูกหลานและคนในสังคมให้อยู่เย็นเป็นสุข ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับผีในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำจึงเป็นความสัมพันธ์แบบเชิงต่อรอง เคารพ และสำนึกในบุญคุณของผี

บุคคลที่มีหน้าที่เกี่ยวกับคติความเชื่อต่อผีของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำและเป็นผู้ประกอบพิธี ที่สำคัญ ได้แก่ หมอเสน หมอเอี้ยง หมอมดหมอมนต์ ซึ่งจัดเป็นหมอที่ทำพิธีกรรมในทางที่ดีและเป็นมงคล เช่น พิธีเสนเรือน พิธีเสนตัว พิธีเสนกวัดก้วย พิธีขึ้นบ้านใหม่ พิธีเสนฮั่มดและตั้งบังหน่อ ซึ่งหมอผู้ประกอบพิธีนี้จะมีได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายขึ้นอยู่กับรูปแบบของพิธีกรรม บทบาทของหมอพื้นบ้านคือหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างแกน มนุษย์ ผี ในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญวัฒน์ โพธิ์สาน (2552) ที่พบว่าหมอพื้นบ้านนี้จะเปรียบได้เช่นเดียวกับพระสงฆ์ในทางพระพุทธศาสนาที่เป็นเสมือนสื่อกลางระหว่างมนุษย์และวิญญาณ หมอพื้นบ้านเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญในการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการหล่อหลอม เรียนรู้และซึมซับจนเกิดเป็นองค์ความรู้ที่อยู่ภายในกายของหมอพื้นบ้านร่วมกับความรู้ในการทำพิธีต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู เหมือนจันทร์เชย (2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านทุนทางวัฒนธรรมชาติพันธุ์ไทดำ โดยพบว่าหมอมด หมอมนต์ หมอเสน คือทุนทางวัฒนธรรมส่วนที่สถาปนาที่เป็นสถาบันในการดูแลสุขภาพของชุมชน

2. สภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

สภาพปัจจุบัน ปัญหา ของหมอพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่วิจัยได้ปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ นโยบายด้านสุขภาพ และความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ที่ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพเชิงรุกให้กับ

ประชาชนทุกช่วงวัยโดยมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชุมชน มีระบบบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพมีการขยายวงกว้างและเข้าถึงทุกกลุ่ม สามารถได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สอดคล้องกับ รัตนะ บัวสนธ์ และคณะ (2555) ที่พบว่าในปัจจุบันมีทางเลือกในการรับบริการด้านสุขภาพจากหลากหลายแหล่งบริการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล คลินิก โรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ชาวไทยในปัจจุบันที่มีรายได้มากพอ เมื่อเจ็บป่วยจะเลือกสถานบริการด้านสุขภาพที่ตนเองสะดวกโดยไม่ต้องรอคอย และไม่น่าินว่าจะมีราคาแพงหรือมีระยะทางไกลจากชุมชนของตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามพบว่าพื้นที่ของหมอพื้นบ้านได้ถูกลดบทบาทและความสำคัญไปในระบบสุขภาพโดยรวม โดยไม่ปรากฏถึงการสร้างความเข้มแข็งและการส่งเสริมภูมิปัญญาของการแพทย์พื้นบ้านแบบประสพการณ์ของหมอเถียง หมอมดหมอมนต์ หมอเสน ที่มีรูปแบบและวิธีการในการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชาติพันธุ์ไทดำด้วยประสพการณ์ที่มีลักษณะเป็นการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนาที่มีลักษณะเป็นการแพทย์พื้นบ้านที่มีรากฐานแบบพิธีกรรมและศาสนา (Sacred subsector)

3. การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

การปรับตัวของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำของพื้นที่วิจัยในอดีตจะมีความแตกต่างกันกับในปัจจุบัน โดยในอดีตหมอพื้นบ้านจะมีระบบคิดที่เน้นถึงคุณค่าการเรียนรู้ เข้าใจ และเข้าถึงภูมิปัญญาที่สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ บนฐานความเชื่อที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับผีบรรพบุรุษ ผีครู แถน ขวัญ และสิ่งเหนือธรรมชาติในชุมชน ผ่านหมอเถียง หมอมดหมอมนต์ หมอเสน ในการประกอบพิธีกรรมเพื่อดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชุมชน รวมถึงยึดมั่นในข้อปฏิบัติที่สืบทอดกันมาตั้งแต่อดีต แต่ในสมัยปัจจุบันหมอพื้นบ้านได้ถูกลดบทบาทหน้าที่และจำกัดขอบเขตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อันเนื่องมาจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ทำให้มีการตอบแทนหมอพื้นบ้านด้วยเงินเพื่อเป็นค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ด้านนโยบายด้านสุขภาพที่ศักยภาพทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพ และวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีความเจริญก้าวหน้า มีทางเลือกเพื่อดูแลรักษาสุขภาพจากวัฒนธรรมอื่นเข้ามาสู่ชุมชนเพิ่มขึ้น ด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ทำให้หมอพื้นบ้านบางคนมีการศึกษาที่สูงขึ้นในระดับปริญญาตรี การได้รับการปลูกฝังวิถีคิดในเชิงของความเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้นจากระบบการศึกษาที่เจริญก้าวหน้า และทำให้เกิดการปรับตัวเกี่ยวกับระบบคิดความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยโดยมีฐานคิดที่จะอธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยในเชิงวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความเป็นเหตุเป็นผล และแยกการอธิบายความเจ็บป่วยออกเป็น 2 แนวคิดระหว่างวิทยาศาสตร์สุขภาพกับความเชื่อดั้งเดิมอย่างชัดเจน การปรับตัวเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผีที่สามารถอนุโลมหรือผนวกรวมระหว่างความเชื่อในพุทธศาสนา และการยอมรับนับถือองค์เทพจากคติ

ความเชื่ออื่นที่สามารถอยู่ร่วมกันได้ ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร มีการติดต่อสื่อสารผ่านทางสังคมออนไลน์การปรับตัวด้านการจดจำบทสวดด้วยวิธีการต่าง ๆ แทนการท่องจำเมื่อในอดีต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของหมอพื้นบ้านในหลาย ๆ ด้าน อาทิ การยืดหยุ่นอายุของหมอพื้นบ้านที่ลดลงจากในอดีตในการออกทำพิธี การปรับประยุกต์รูปแบบการประกอบพิธีกรรมที่กระชับและเหมาะสมในปัจจุบัน การแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารผ่านสื่อสังคมต่าง ๆ สอดคล้องกับกับทิพย์ธิดา ชุมชิต และบุรินทร์ เปล่งดีสกุล (2560: 124-125) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในพิธีกรรม การเหย้าเลี้ยงผีของชาวผู้ไท ตำบลกุดหว้า อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่พบถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์มือถือในการบันทึกเสียงแม่เมืองขณะทำพิธีกรรม ขั้นตอนในการทำพิธีกรรมลดลงจากเดิม การใช้วัสดุอุปกรณ์สมัยใหม่ร่วมในการทำพิธีกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยในด้านคติความเชื่อ สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และวัฒนธรรมของยุคสมัยใหม่ ปัจจัยเหล่านี้ได้เป็นผลให้หมอพื้นบ้านมีการปรับบทบาทหน้าที่และวิธีการรักษาที่มีผลเฉพาะต่อด้านจิตใจ สังคม และพิธีกรรมที่ยังคงหลงเหลือไว้เฉพาะในส่วนที่เป็นการปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีของชุมชน ทำให้วัฒนธรรมเดิมถูกผสมผสานกับทุนสิ่งใหม่ที่เข้ามา ส่งผลให้วัฒนธรรมเดิมบางประการที่เป็นความเชื่อ พิธีกรรม ถูกจำกัดพื้นที่ไว้สำหรับกลุ่มคนรุ่นเก่าที่มีอายุมากกว่า 50 ปีเท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ยังส่งผลให้บทบาทของหมอพื้นบ้านต่าง ๆ ได้ถูกลดความสำคัญลงในปัจจุบัน สอดคล้องกับ เรณู เหมือนจันทร์เชย (2558: 231-247) ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบันส่งผลต่อการทำทนายทุนวัฒนธรรมเดิมของชุมชนที่เป็นคุณค่าการเรียนรู้ เข้าใจ และเข้าถึงในการดูแลสุขภาพ การสร้างระบบคิดใหม่ที่อธิบายว่าความเชื่อเรื่องผีไม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้ทุนทางวัฒนธรรมเดิมลดความสำคัญลง เหลือเพียงส่วนครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การจัดพิธีเสนเรือน พิธีเสนตัว พิธีเสนปาดตง ในฐานะเป็นองค์ประกอบการดูแลสุขภาพทางจิตใจตามความเชื่อเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้ได้ทำให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ดังนั้นนักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้นำชุมชนจึงควรนำผลการวิจัยไปสู่การเรียนรู้ การวิจัยต่อยอด และนำไปสู่การถอดบทเรียน ในการวางแผนและกำหนดเป็นวิธีการในการดูแลสุขภาพเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนในยุคสมัยปัจจุบัน อีกทั้งยังควรนำไปสู่การสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงาน องค์กร และภาคชุมชน ในการผลักดันให้วัฒนธรรมที่มีคุณค่าอันเป็นอัตลักษณ์เฉพาะของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำยังคงอยู่ เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งทางวัฒนธรรม

สุขภาพ และก่อให้เกิดการดำรงอยู่ของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศไทยอย่างยั่งยืน

2. หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารหน่วยงาน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ ควรเล็งเห็นความสำคัญของการใช้มิติทางวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา โดยการส่งเสริม ประยุกต์ และเผยแพร่วัฒนธรรมย่อยของตนเองสู่สังคมทั่วไปมากขึ้น โดยการจัดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน เพื่อส่งเสริมความเข้าใจอันดีระหว่างวัฒนธรรมในกลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ และนำไปพัฒนา เป็นยุทธศาสตร์ แนวทาง หรือการกำหนดรูปแบบในการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ) บนพื้นฐานภูมิปัญญาและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์สำหรับพื้นที่ตนเอง โดยการ ใช้องค์ความรู้และศักยภาพของหมอพั้นบ้านความหลากหลายทางวัฒนธรรมในประเทศไทย

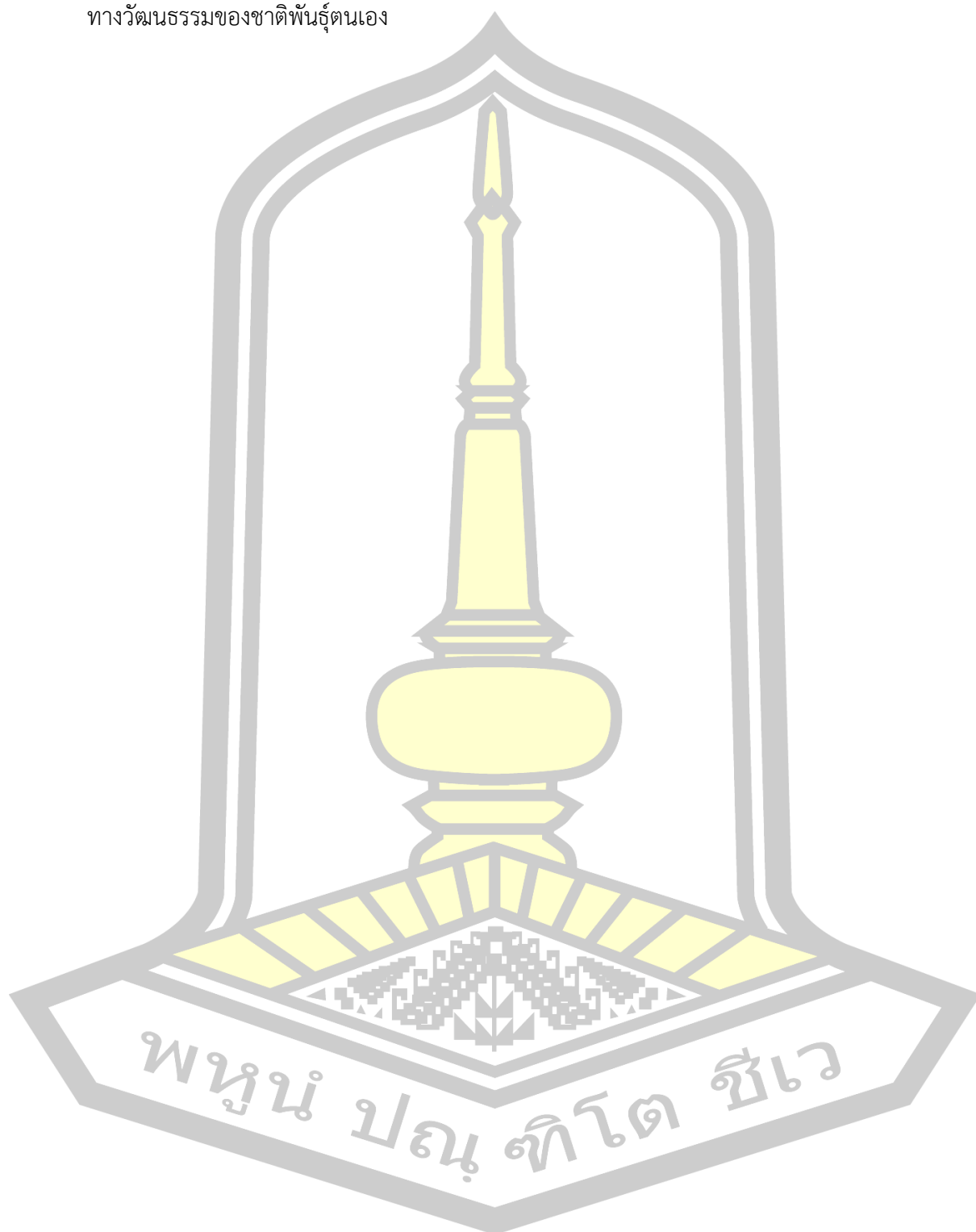
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม อาทิ กรมการแพทย์ แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลระดับชุมชนและจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยง ได้แก่ สถานศึกษา สถาบันศาสนา องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ควรนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืน เกิดการพึ่งตนเองได้ของประชาชนในด้านสุขภาพบนพื้นฐานของความเป็นชาติพันธุ์ตนเอง อีกทั้งควร นำเอาคุณค่าในวัฒนธรรมของตนเองไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเข้าถึงคุณค่า ความดีงามทาง จริยธรรมสำหรับคนในชุมชนและเยาวชนชนรุ่นใหม่ เพื่อให้เกิดตระหนักรู้ในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่าง สันติ เกิดความรัก ความสามัคคี เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของกันและกัน และสร้างการมีส่วนร่วม ในการพัฒนา อนุรักษ์ สืบทอด วัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในด้านต่าง ๆ แบบการมีส่วนร่วม ของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

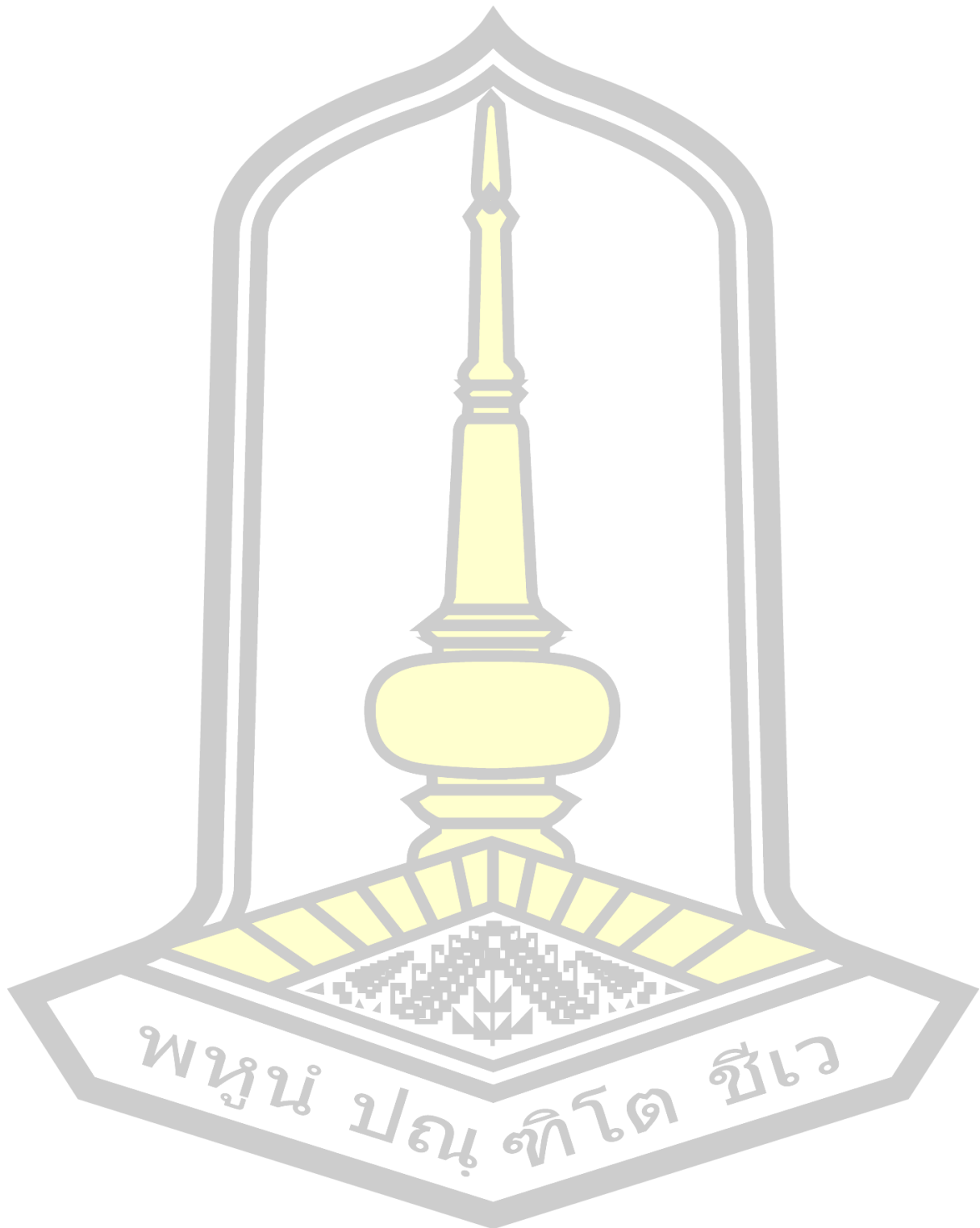
เนื่องจากองค์ความรู้และการวิจัยเกี่ยวกับหมอพั้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่ ภาคเหนือของประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย ทำให้ไม่สามารถเอาองค์ความรู้มาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อ การพัฒนาประเทศได้อย่างเต็มที่ จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ด้านการปรับตัวของหมอพั้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อสร้างองค์ ความรู้ ความเข้าใจอย่างครอบคลุม นำไปสู่การมีจิตสำนึกร่วมและความเข้มแข็งของกลุ่มชาติพันธุ์ เกิดความรัก ความหวงแหนในความเป็นชาติพันธุ์ของตนเอง
2. ด้านสาขามานุษยวิทยาวัฒนธรรม (Cultural Anthropology) ในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ที่เป็นคนรุ่นใหม่ที่เกิดและเติบโตขึ้นในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในทุก ๆ ด้าน
3. การศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้ แนวคิดทุนวัฒนธรรมสุขภาพมาพัฒนารูปแบบของการเสริมสร้างพลังหรือกลไกขับเคลื่อนทางสุขภาพ

ให้แก่กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ ในการทำให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนด้านสุขภาพ และคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์
ทางวัฒนธรรมของชาติพันธุ์ตนเอง



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กชนัช สันธนประกริตติ และคณะ. (2549). *การวิเคราะห์เชิงสัญลักษณ์ของประเพณีการแต่งงานชาวไทยทรงดำในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ศศ. ม. มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2548). *มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*. กรุงเทพฯ: ชุมชุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554*.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
- กันยา สุวรรณแสง. (2532). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บำรุงสาสน์.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). *เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน*. กรุงเทพฯ: สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทย.
- กานต์ทิศา สีหมากสุก และบุญรอด บุญเกิด. (2559). *วิเคราะห์ปัจจัยการดำรงอยู่และการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในพิธีกรรมของไทยทรงดำ: กรณีศึกษาเขตตำบลหนองปรัง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี*. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(44), 83-102.
- เกรียงไกร ไกยวรรณ และคณะ. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2550*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(2), 1265-1272.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2535). *ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบท*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). *วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา การแพทย์*. นนทบุรี: สามลดา.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2545). *มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2549). *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2543). *การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขในระดับครอบครัวและชุมชน พลวัตสุขภาพกับการพึ่งตนเอง*. กรุงเทพฯ.

ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2552). *กรอบวิธีการศึกษาและถอดบทเรียนปฏิบัติการชุมชน*.

กรุงเทพฯ: ทีคิวพีจำกัด.

คณะกรรมการการคัดเลือกหมู่บ้านภูมิปัญญาไทย สภาวัฒนธรรมอำเภอชирบารมี. (2547). *กลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ อำเภอชирบารมี จังหวัดพิจิตร*. พิจิตร: สำนักงานเลขาธิการสภาวัฒนธรรมอำเภอชирบารมี จังหวัดพิจิตร.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2560).

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

คมพล สุวรรณภู. (2544). *การศึกษาและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในด้านการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชน*. วิทยานิพนธ์ คค. กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ควันเทียน พรยุศรี. (2552). *การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาหมอปั้นบ้านในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์ ศศ. ม. วัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.

ควันเทียน พรยุศรี. (2556). *หมอเป่า: สัมภาษณ์กระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ในชุมชนภาคอีสาน*. วิทยานิพนธ์ ปร. ด. วัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

โฆสิต แพงสร้อย. (2551). *รูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาญี่ปุ่น(คิเวเคียว) เป็นการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของชาวอีสาน*. วิทยานิพนธ์ ปร.ด. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

งามพิศ สัตย์สงวน. (2545). *สถาบันครอบครัวของกลุ่มชาติพันธุ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาครอบครัวไทยโซ่ง*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จรรยา สุทธิญาโณ, พ. (2543). *พระพุทธรูปศาสนากับการดูแลสุขภาพองค์รวม*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จรวพร ธรณินทร์. (2538). *การเสริมสร้างสุขภาพคนยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ต้นอ่อน.

จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2545). *สุขภาพองค์รวมและการแพทย์ทางเลือกกระบวนการทัศน์ใหม่ต่อการมองชีวิตและสุขภาพ*. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน., 3(3), 1-11.

จาริณี ยศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์. (2550). *รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสามเณรวัด ส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น*. ขอนแก่น.

จารุพงษ์ ศิลปะภิรมย์และคณะ. (2547). *กระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการรักษาเยียวยาตนเองด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน : กรณีศึกษาเครือข่ายแพทย์พื้นบ้าน จังหวัดปราจีนบุรี*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ศศ.ม.มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

- จารุณี ลีละวุฒิ และคณะ. (2548). *การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยพิธีโองมมืวด : กรณีศึกษา ตำบลสวาย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ศศ.ม.มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- จารุวรรณ นิพพานนท์. (2543). *สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2529). *ทฤษฎีทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิระภา ศิริวิวัฒน์เมธานนท์ และคณะ. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ*. กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชนและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จิราพร เจริญสุข. (2516). *พิธีศพของลาวโซ่ง หมู่ที่ 1 ตำบลบ้านดอน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จิราพร อนันตศิริ และคณะ. (2547). *วิเคราะห์พฤติกรรมและทัศนคติของร่างทรงที่มีต่อบทบาทในการพัฒนาสังคม : กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ศศ.ม.มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2559). *ทฤษฎีและแบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ภัทรานุกัทร. (2528). *สถานภาพการศึกษาเรื่องคติความเชื่อของไทย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2526). *การบริหารการพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. (2527). *ผีเจ้านาย*. เชียงใหม่: โครงการตำรามหาวิทยาลัย สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยวัฒน์ จัตตุพร ประสงค์ ยมหา และพิภพ เมืองศิริ. (2550). *การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผสมผสานระหว่างภาครัฐกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขสาธารณสุข*, 1(3-4), 385-393.
- ทรงคุณ จันทจร. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม*. กทม. สอนิธิ: สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เทพินทร์ พิชรานุกรักษ์. (2548). *สังคมวิทยาการแพทย์*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- ธัญญ์ณภัทร์ เจริญพานิช. (2559). *ผีและอำนาจผ่านความเชื่อเรื่องผีของชาวไทยทรงดำ ตำบลพันเสา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก*. *วารสารราชพฤกษ์*, 14(2), 67-74.
- นพวรรณ พุดินันท์. (2518). *ความเชื่อและพิธีกรรมผีฟ้า*. กรุงเทพฯ: คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- นันทนา ปรีดาสุวรรณ และคณะ. (2550). *การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และ
สามเณร : กรณี ตำบลวรรณคร อำเภอป่า จังหวัดน่าน*. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
น่าน.
- นียบพรรณ (ผลวัฒน์) วรรณศิริ. (2540). *มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ภาควิชา
สังคมวิทยา และมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นุกูล ชมพูนิช. (2530). *บ้านไทย คือ เอกลักษณ์ของชาติ*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานครพิมพ์.
- บุญสม ยอดมาลี. (2537). *วิธีการศึกษาวิจัยประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น*. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์
ชวลิตกุล.*, 10(1), 99–111.
- เบญจวรรณ กำธรวัชระ. (2537). *สังคมวิทยาสุขภาพ 1*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และ
มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประทีป แชรรัมย์. (2535). *พิธีกรรมมั่วคของกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-เขมร กรณีศึกษาบ้านตะโกราย ตำบล
บ้านบัว อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาสารคาม.
- ประพัฒน์พงษ์ แก้วไธสง มนนิสา รัตนบุรี และสำอาง นิลพัทธ์. (2550). *พิธีกรรมแซนโดนตา :
กรณีศึกษา บ้านสระสอง-ตอน หมู่ที่ 5 ตำบลหนองแหน อำเภอพนมสารคาม จังหวัด
ฉะเชิงเทรา*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ศศ.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประเวศ วะสี. (2537a). *ทิศทางใหม่ประเทศไทย ทิศทางใหม่ของการศึกษาชุมชนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ:
กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม.
- ประเวศ วะสี. (2537b). *วัฒนธรรมกับการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- ประเวศ วะสี. (2540). *ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นคน ศักยภาพแห่งความสร้างสรรค์*. กรุงเทพฯ: หมอ
ชาวบ้าน.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์โรจน์. (2551). *การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า
ในปี พ.ศ.2558*. นนทบุรี: สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรีดา ตั้อารักษ์ และคณะ. (2551). *บททวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กร
ปกครองส่วน ท้องถิ่นระหว่างปี 2542-2550*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.*, 2(2), 179–
194.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2546). *กระบวนการและเทคนิคการงานของนักพัฒนา*. กรุงเทพฯ:
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

- ปิติ ทั้งไพศาล และคณะ. (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเขาวไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยระบบสารสาธารณสุข*, 1(3-4), 489-496.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). *ระบาดวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิง จำกัด.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เ. ก. แ. ป. (2530). *การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางวัฒนธรรม*. นครปฐม: แสงแดด.
- พิสมัย จันทวิมล. (2540). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (2538). *สมุนไพรไทยในยุคโลกไร้พรมแดน*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (2540). *การแพทย์แผนไทยสายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (2549). *วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาตำราการแพทย์แผนไทย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา.
- มงคลรัตน์ ปิยะนันท์. (2551). *การศึกษาด้านภาพและบทบาทขององค์กรสาธารณสุขประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนอย่างยั่งยืน*. วิทยานิพนธ์ ปร.ด. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2536). *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและชุมชน. หน่วยที่ 5*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). “แนวคิดและพัฒนาการของดูแลสุขภาพตนเอง” ใน *การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: แสงแดด.
- มูลนิธิสุขภาพไทย. (2552). สุขภาพองค์รวม. Retrieved May 4, 2019, from www.thaihof.org/globe/holistic.html
- ยศ สันตสมบัติ. (2548). *มนุษย์กับวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. (2526). *หลักการพัฒนาชุมชนและหลักการพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: ไทยอนุเคราะห์.
- เยาวดี สุวรรณาคะ. (2543). *ผลของกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่มีต่อการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ ค.ด. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสรรค์ จันดี. (2547). *ภูมิปัญญาพื้นบ้าน: มิติทางวัฒนธรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ใน ภาคเหนือของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.

รัตน์ บัณฑิต และคณะ. (2555). วิถีชีวิตด้านสุขภาพไทยทรงดำจากวันวานสู่ยุคสุขภาพพอเพียง.

วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 14(1), 34-48.

เรณู เหมือนจันทร์เชย. (2556). ทุนวัฒนธรรมไทยทรงดำกับการเปลี่ยนผ่านยุคสมัยของชุมชน.

วารสารรวมบทความทางวิชาการ คณะโบราณคดี. มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.

เรณู เหมือนจันทร์เชย. (2558). ทุนวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำในจังหวัด

นครปฐม. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 8(2), 231-247.

เรไร สืบสุข และคณะ. (2523). วรรณกรรมพื้นบ้านไทยทรงดำ อำเภอยะโฮย จังหวัดเพชรบุรี.

เพชรบุรี: วิทยาลัยครูเพชรบุรี.

ละออ หุตางกูร. (2534). หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา มหาวิทยาลัยรังสิต.

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (2545). รายงานสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและ

สาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองครอบครัว และชุมชน. นครปฐม.

เลิศชาย ศิริชัย และอุดม หนูทอง. (2544). การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางสังคมและ

กระบวนการรักษาผู้ป่วย. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

วาสนา อรุณกิจ. (2529). พิธีกรรมและโครงสร้างสังคมของลาวโซ่ง. วิทยานิพนธ์ สค. จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

วิจารณ์ พาณิช. (2555). วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์

วงศ์.

วิริยา สุขวงศ์. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรม

ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 16(1), 18-19.

วิลาวลัย ปานทอง และคณะ. (2550). ภาษาและวัฒนธรรมไทยทรงดำ. พิษณุโลก: สัมผัสปัญญา.

ศศิธร เขมาภรณ์. (2549). การศึกษาเปรียบเทียบวิถีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมกับการแพทย์

แผนไทย. วิทยานิพนธ์ พท.ม.มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. (2548). ภูมิปัญญาสุขภาพ : ปฏิบัติการต่อรองของความรู้ท้องถิ่น.

กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.

สนธยา พลศรี. (2547). ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

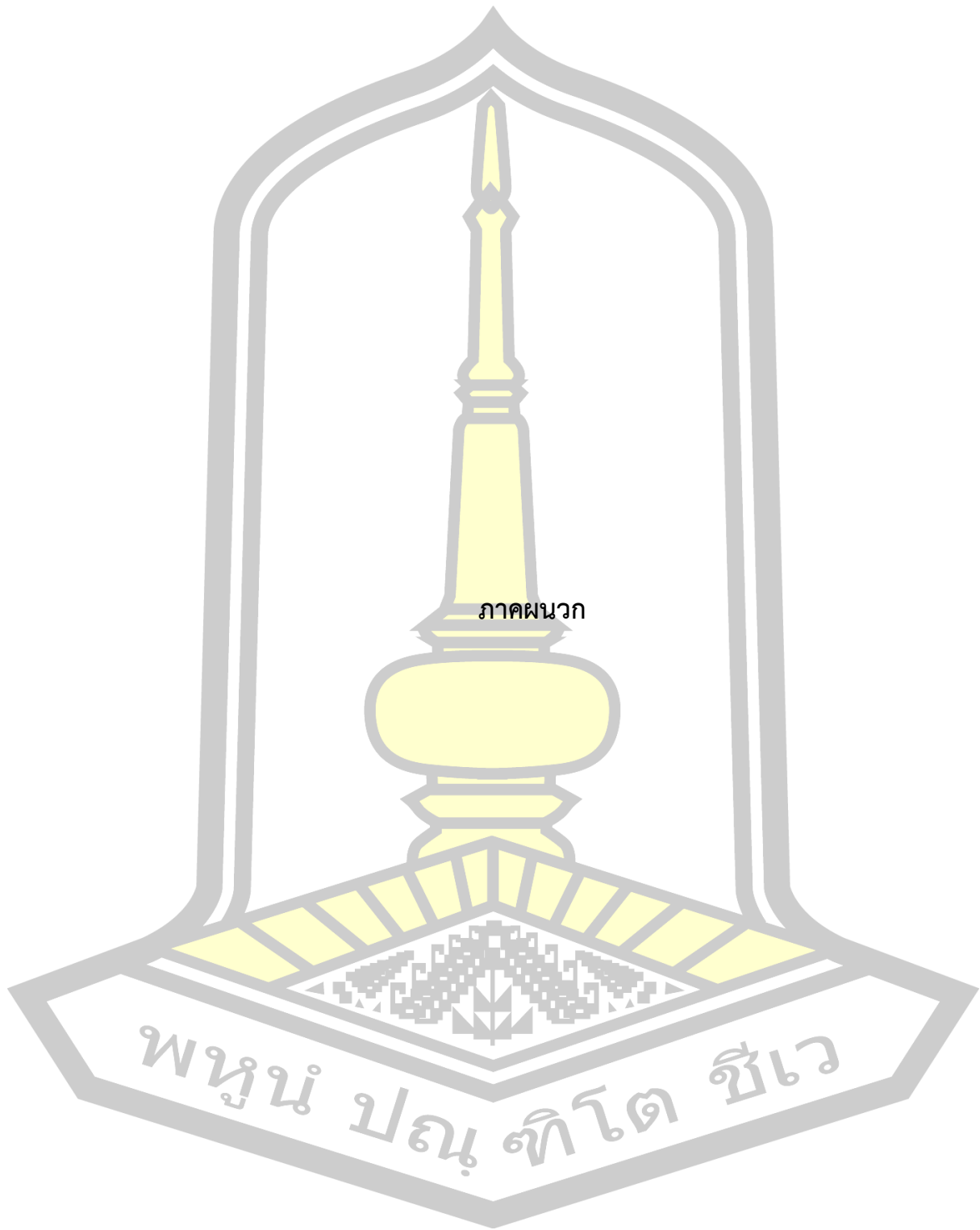
สมคิด ศรีสิงห์. (2536). วัฒนธรรมของไทยโซ่งดำ (ลาวโซ่ง) ในจังหวัดพิษณุโลกและพิจิตร. พิษณุโลก:

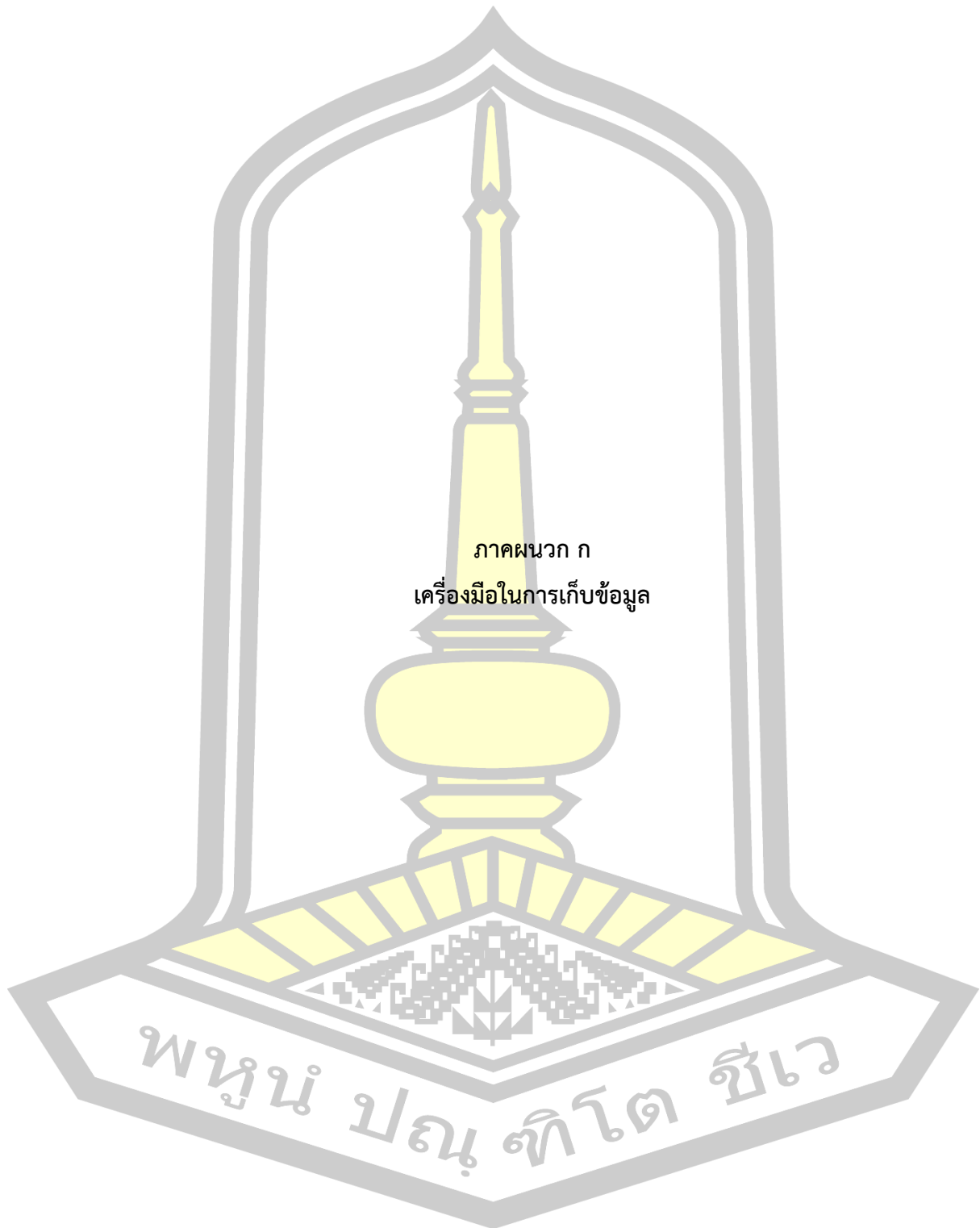
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก.

- สมพร เกษมสุขจรัสแสง. (2526). *การผสมผสานทางวัฒนธรรมของลาวโขงในเขตอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. (2549). *กระบวนการเรียนรู้และจัดการความรู้ของชุมชน การจัดการองค์กร ชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2549). *ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวการใช้ประโยชน์เบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายทิพย์ สุขคติพันธ์. (2539). *อุดมการณ์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สายสวาท เผ่าพงษ์. (2542). *พัฒนาการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- สารานุกรมเสรี. (n.d.). *การส่งเสริมสุขภาพ*.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (n.d.-a). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559*. Retrieved December 16, 2559, from <https://www.nationalhealth.or.th/node/384>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (n.d.-b). *พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*.
- สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดพิจิตร. (n.d.). *ชาวไทยทรงดำ*. Retrieved December 16, 2559, from <http://www.m-culture.go.th/phichit/>
- สุจินดา คุจาวิณิช. (2537). *การวิจัยเชิงคุณภาพ : พฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุธาทิพย์ สว่างผล. (2549). *ความเชื่อ : กรณีศึกษาชาวไทยทรงดำ ตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง, มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- สุนทร พรรณรัตน์. (2558). *เหวียด เกี่ยว:อัตลักษณ์และกระบวนการปรับปรนในการดำเนินชีวิตในภาคอีสาน*.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2555). *รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชนวารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ.*, 8(11).
- เสม พริ้งพวงแก้ว. (2538). “การแพทย์พื้นบ้านในกระแสโลกาภิวัตน์”. (pp. 13–15). กรุงเทพฯ: การสัมมนาวิชาการการแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย.สถาบันการแพทย์แผนไทย.
- เสรี พงศ์พิศ. (2547). *แผนชีวิตเศรษฐกิจชุมชน*. กรุงเทพฯ: ภูมิปัญญาไทย.

- เสาวภา พรศิริพงษ์, พ. อ. แ. ท. (2539). *การศึกษานโยบายหมอพื้นบ้าน ไทยพ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงค์*. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อคิน รพีพัฒน์. (2551). *วัฒนธรรมคือความหมาย: ทฤษฎีและวิธีการของคลิฟฟอร์ด เกียร์ซ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- อติราชย์ นันขันธ์. (2558). *การนับถือผีของชาวไทยอ้อย: ความสัมพันธ์ด้านความเชื่อและนิเวศวิทยา วัฒนธรรม*. ดุษฎีนิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาไทยศึกษา คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อนันต์ สิทธิวัฒนานนท์. (2556). *การนำพระราชบัญญัติสภาองค์กรชุมชน พ.ศ. 2551 ไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโทรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อภิญวัฒน์ โพธิ์सान. (2552). *สารัตถะคติความเชื่อและพิธีกรรมลาวโซ่ง*. มหาสารคาม: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อภิลักษณ์ ธรรมวิมุตติ และพิทักษ์ ศิริวงศ์. (2560). การดำรงอัตลักษณ์ไทยทรงดำ : ภาคปฏิบัติการทางวาทกรรมสู่การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนหมู่บ้านหัวเขาเงิน. *วารสาร Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย*, 10(1).
- อมรา พงศาพิชญ์. (2537). *วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ : วิเคราะห์สังคมไทยแนวมานุษยวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์. (2545). *นิเวศประวัติศาสตร์ : พรหมแดนความรู้*. กรุงเทพฯ: คปไฟ.
- อรศรี งามวิทยาพงศ์. (2549). *กระบวนการเรียนรู้ในสังคมไทยและการเปลี่ยนแปลง : จากยุคชุมชนถึงยุคพัฒนาความทันสมัย*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการทางสังคม.
- อานนท์ ภาคมาลี. (2559). ระบบสุขภาพชุมชน. Retrieved December 16, 2559, from <https://www.gotoknow.org/posts/546313>
- Alon Clarke. (2001). *THE SOCIOLOGY OF HEALTHCARE*. England: Pearson Education Limited.
- Annette J. McBeth, K. D. S. (2000). *Building healthy communities: the challenge of health care in the twenty-first century*. United States of America.
- Barth, F. (1996). *Ethnic Group and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference*. Boston: Little Brown.

- Becker, M.H., Maiman, L.A., Krischt, J.P. & Drachman, R. . (1977). The Health Belief Model and Predictor of Dietary Compliance: A field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(12), 18–32.
- Cam Trong. (1987). *Thai Studies in Vietnam Direction of Development Cooperation*. Bangkok: office of the Nation culture commission.
- Chansiri Disaphol. (2006). Overseas Chinese in Thailand: A Case Study of Chinese Emigres in Thailand in The Twentieth Century. *Dissertation Abstract International*, 66(12), 13–21.
- Demetrio, Francisco, S. J. (1978). *The Shaman is Psychologist in Asia Folklore study*.
- Foster, G. M. and G. B. A. (1978). *Medical Anthropology*. New York: John Wiley & Son.
- George. W. Stoking. (1985). *OBSERVERS OBSERVED Essay on Ethnographic Field work*. London: The University of Wisconsin Press Ltd.
- Giaela Welz. (2004). *Transnational Cultures and Multiple Modernities: Anthropology's Encounter with Globalization*. Johann-Wolfgang-Goethe: University Frankfurt.
- Hoang Luong. (1993). *Tai Culture Develop During Unification but poly Form*. Bangkok: office of the Nation culture commission.
- John Scott. (2006). *SOCIAL THEORY: Central Issues in Sociology*. London: SAGE Publication Ltd.
- Klienman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Nicholas Abercrombie. (2004). *Sociology*. Cambridge: Polity Press Ltd.
- Pedersen. (1975). Religious Activities During the Dry Season Among the Lao Song Dam, Thailand,. ” In *Folk, Dansk Ethnografisk Tidsskrift*.
- Santiago-Saavedra, F. (2004). The Nature of Puerto Rican Folk Health Practices Through Healers Perception and Somatic Assumptions. Retrieved May 13, 2012, from <http://www.proquest.umi.com>
- Walker, T. D. (2001). Doctor, Folk Medicine and the Inquisition: The Repression of Popular Healing in Portugal During the Enlightenment Era. *Social Science and Medicine*, 47(3), 62–65.





แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง

แบบสัมภาษณ์ กลุ่มผู้รู้ (KI) ได้แก่ นักวิชาการ หรือผู้นำท้องถิ่น หรือประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่
 ที่ทำการวิจัย หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ปกครองท้องถิ่น หรือภาคประชาสังคม

งานวิจัยเรื่อง : การปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่ม
 ชชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพั้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์
 ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพั้นบ้านกลุ่มชาติ
 พันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของ
 หมอพั้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

วัน / เดือน / ปี สถานที่ให้สัมภาษณ์.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 รหัส อายุ ปี

1.2 ภูมิลำเนา หมู่บ้าน หมู่ที่

ตำบล อำเภอ

จังหวัด

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน

() ที่เดียวกับภูมิลำเนา

() คนละที่กับภูมิลำเนา หมู่บ้าน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

1.4 ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

1.5 อาชีพ

1.5.1 อาชีพหลัก

1.5.2 อาชีพเสริม

1.6 การติดต่อ.....

1.7 บทบาทในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชนและการเปลี่ยนแปลง

1.2.1 ประวัติของชุมชนเป็นอย่างไร

.....

.....

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงของชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

1.2.3 สภาพของแวดล้อม สังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

.....

.....

1.2.4 คนในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

.....

.....

1.2.5 ความเชื่อ ประเพณีของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

.....

.....

1.2.6 วิถีของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

.....

.....

1.2.7 มีการใช้เทคโนโลยี ที่ทำให้เกิดความทันสมัยในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

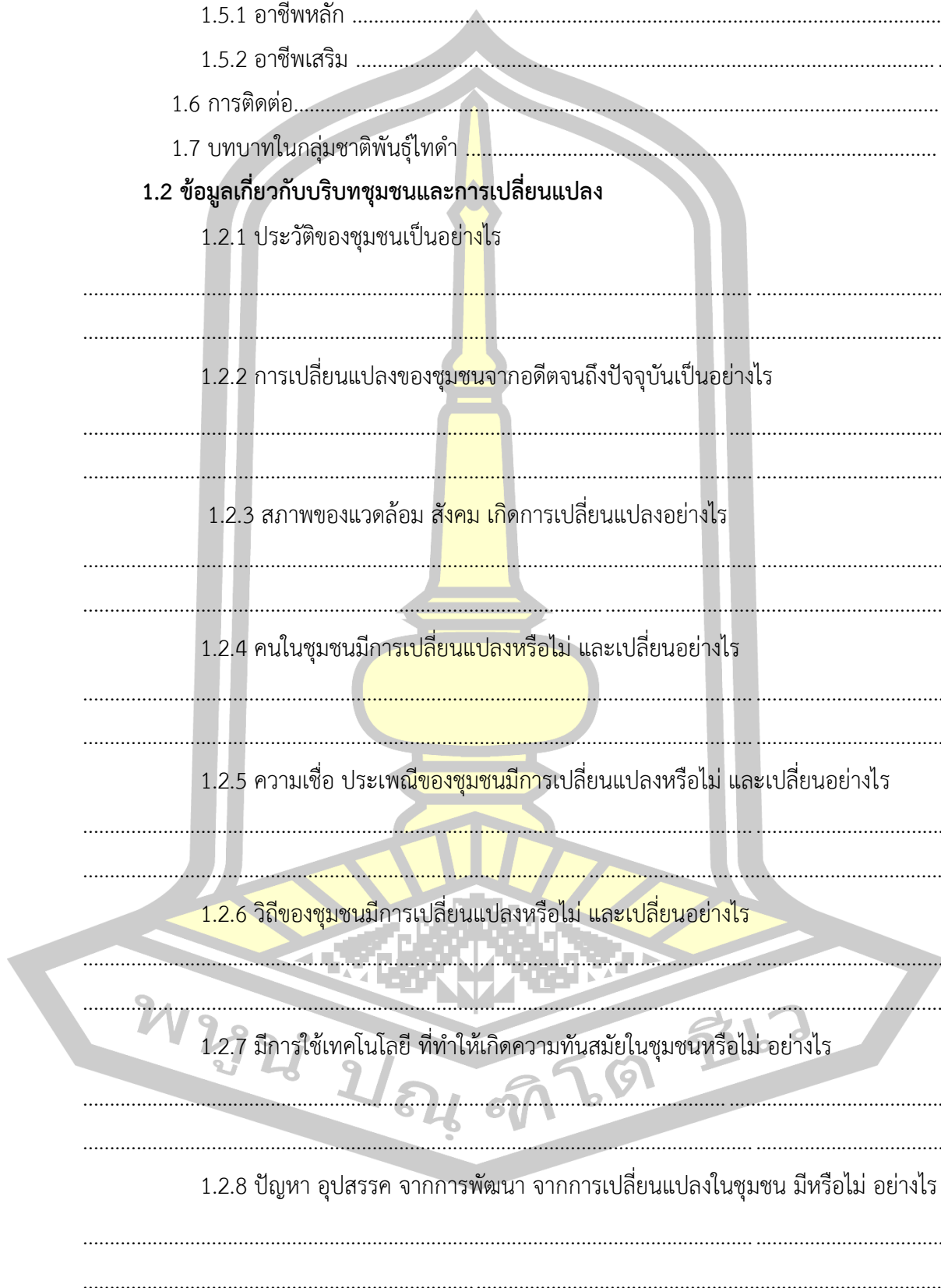
.....

.....

1.2.8 ปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนา จากการเปลี่ยนแปลงในชุมชน มีหรือไม่ อย่างไร

.....

.....



1.2.9 ท่านปรับตัว หรือยอมรับในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อะไรบ้าง อย่างไร

ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

2.1 ท่านคิดว่าสุขภาพและการเจ็บป่วยตามความหมายของชาติพันธุ์ไทดำ เป็นอย่างไร

2.2 ท่านคิดว่าสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความสำคัญในชีวิตหรือไม่ อย่างไร

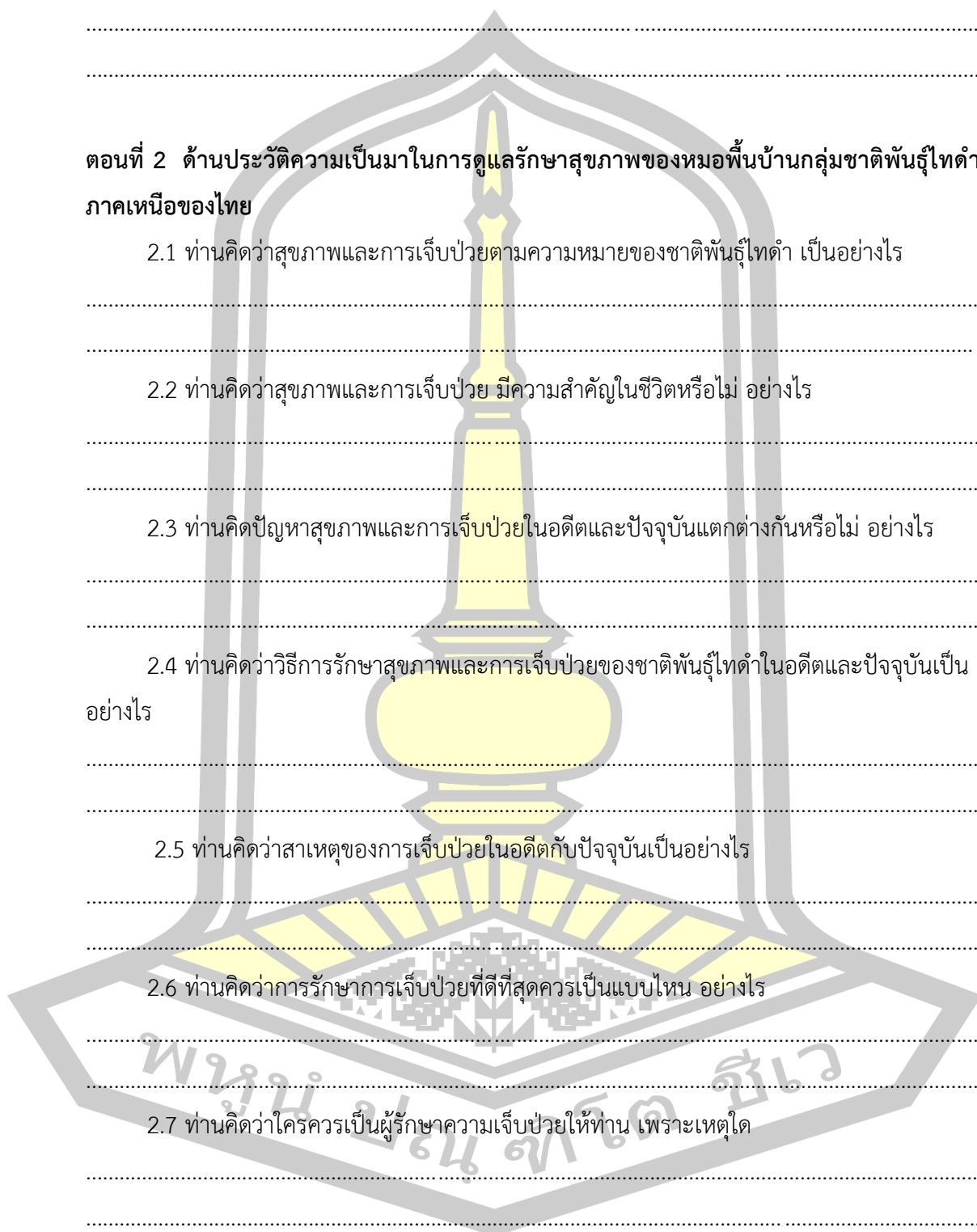
2.3 ท่านคิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2.4 ท่านคิดว่าวิธีการรักษาสุขภาพและการเจ็บป่วยของชาติพันธุ์ไทดำในอดีตและปัจจุบันเป็นอย่างไร

2.5 ท่านคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยในอดีตกับปัจจุบันเป็นอย่างไร

2.6 ท่านคิดว่าการรักษาการเจ็บป่วยที่ดีที่สุดควรเป็นแบบไหน อย่างไร

2.7 ท่านคิดว่าใครควรเป็นผู้รักษาความเจ็บป่วยให้ท่าน เพราะเหตุใด



2.8 ท่านเลือกการรักษาความเจ็บป่วยอย่างใดมากที่สุด เพราะเหตุใด

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

3.1 ท่านคิดว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านหรือไม่ อย่างไร

3.2 ท่านเคยเข้ารับการรักษาความเจ็บป่วย หรือการดูแลรักษาสุขภาพจากหมอพื้นบ้านหรือไม่ อย่างไร

3.3 ท่านรู้จักวิธีการรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านประเภทใดบ้าง อย่างไร

3.4 ท่านคิดว่าการรักษาของหมอพื้นบ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีปัญหาในด้านใดบ้าง

ด้านจำนวนของหมอพื้นบ้าน.....

ด้านวิถีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย.....

ด้านบทบาทหน้าที่.....

ด้านวิธีการดูแลรักษาสุขภาพ.....

ด้านพิธีกรรม.....

3.5 ท่านคิดว่าสาเหตุของปัญหาเหล่านั้นคืออะไร อย่างไร

3.6 ท่านคิดว่าควรแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

พจนานุกรม ชีวประวัติ ชีว

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพั้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพั้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

4.1 ท่านคิดว่าในปัจจุบันหมอพั้นบ้านสามารถช่วยรักษาความเจ็บป่วยได้หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4.2 ท่านคิดว่าหมอพั้นบ้านมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4.3 ท่านคิดว่าสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับหมอพั้นบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพนั้นเป็นเพราะเหตุใด

.....

.....

4.4 ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจส่งผลอย่างไรต่อหมอพั้นบ้าน

.....

.....

4.5 ท่านคิดว่านโยบายด้านสุขภาพของรัฐส่งผลอย่างไรต่อหมอพั้นบ้าน

.....

.....

4.6 ท่านคิดว่าสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปส่งผลอย่างไรต่อหมอพั้นบ้าน

.....

.....

4.7 ท่านคิดว่าเทคโนโลยีและการสื่อสารในปัจจุบันส่งผลอย่างไรต่อหมอพั้นบ้าน

.....

.....

4.8 ท่านคิดว่าหมอพั้นบ้านยังควรมีอยู่ต่อไปหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4.9 ท่านคิดว่าหมอมด หมอมนต์ หมอเสน หมอเอื้อง ควรมีบทบาทอย่างไรในศตวรรษที่ 21

.....

.....

ผู้สัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง

แบบสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ปฏิบัติ (CI) กลุ่มหมอพื้นบ้าน ได้แก่ หมอมต หมอมนต์ หมอเอื้อง หมอเสน

งานวิจัยเรื่อง : การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

วัน / เดือน / ปี สถานที่ที่ให้สัมภาษณ์.....

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

วัน / เดือน / ปี สถานที่ที่ให้สัมภาษณ์.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 รหัส อายุ ปี

1.2 ภูมิลำเนา หมู่บ้าน..... หมู่ที่

ตำบล อำเภอ

จังหวัด

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน

() ที่เดียวกับภูมิลำเนา

() คนละที่กับภูมิลำเนา หมู่บ้าน ตำบล.....

อำเภอ จังหวัด.....

1.4 ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

1.5 อาชีพ

1.5.1 อาชีพหลัก

1.5.2 อาชีพเสริม

1.6 การติดต่อ.....

1.7 บทบาทในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชนและการเปลี่ยนแปลง

1.2.1 ประวัติของชุมชนเป็นอย่างไร

.....

.....

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงของชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

1.2.3 สภาพของแวดล้อม สังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

.....

.....

1.2.4 คนในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

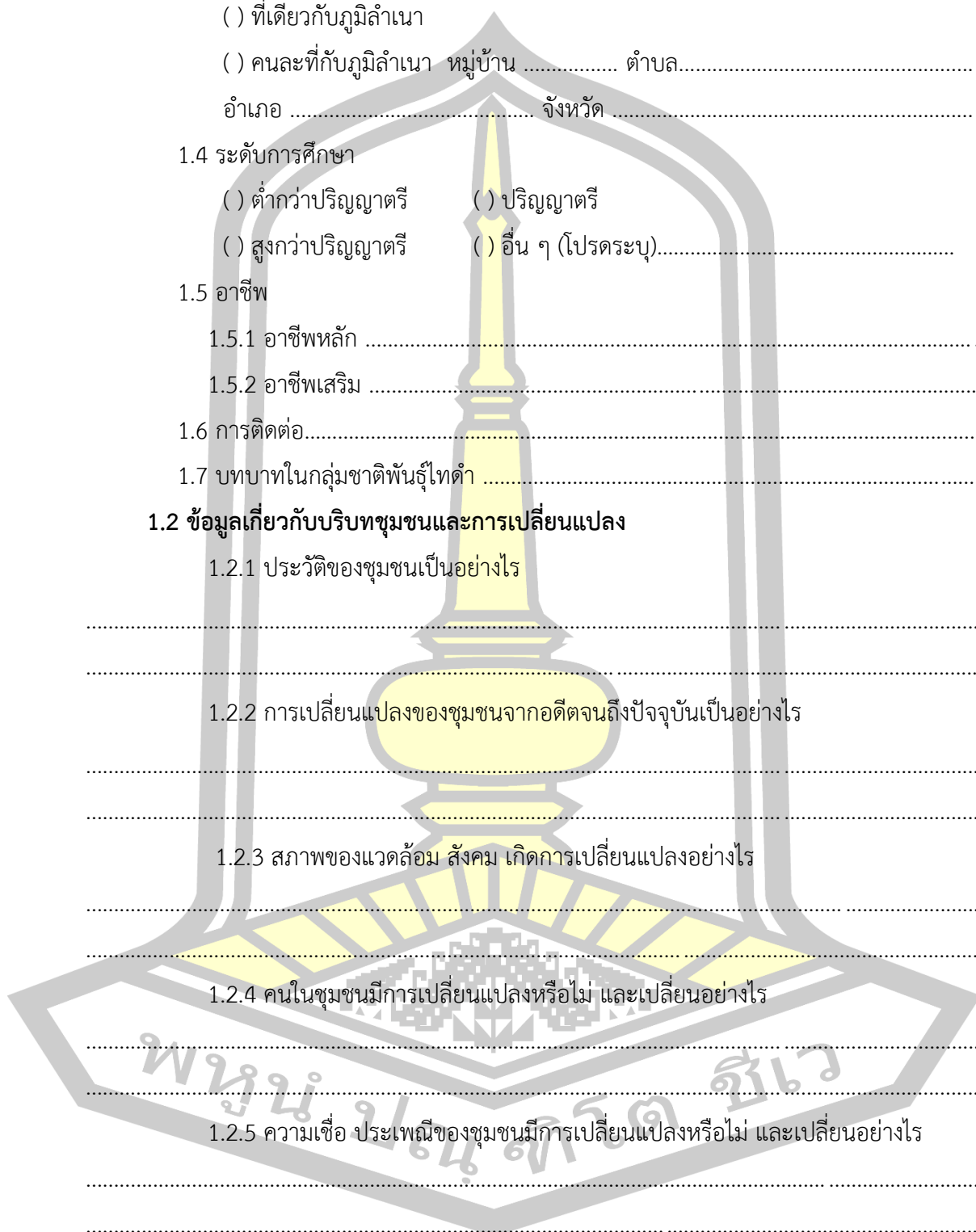
.....

.....

1.2.5 ความเชื่อ ประเพณีของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

.....

.....



1.2.6 วิธีของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

1.2.7 มีการใช้เทคโนโลยี ที่ทำให้เกิดความทันสมัยในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

1.2.8 ปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนา จากการเปลี่ยนแปลงในชุมชน มีหรือไม่ อย่างไร

1.2.9 ท่านปรับตัว หรือยอมรับในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อะไรบ้าง อย่างไร

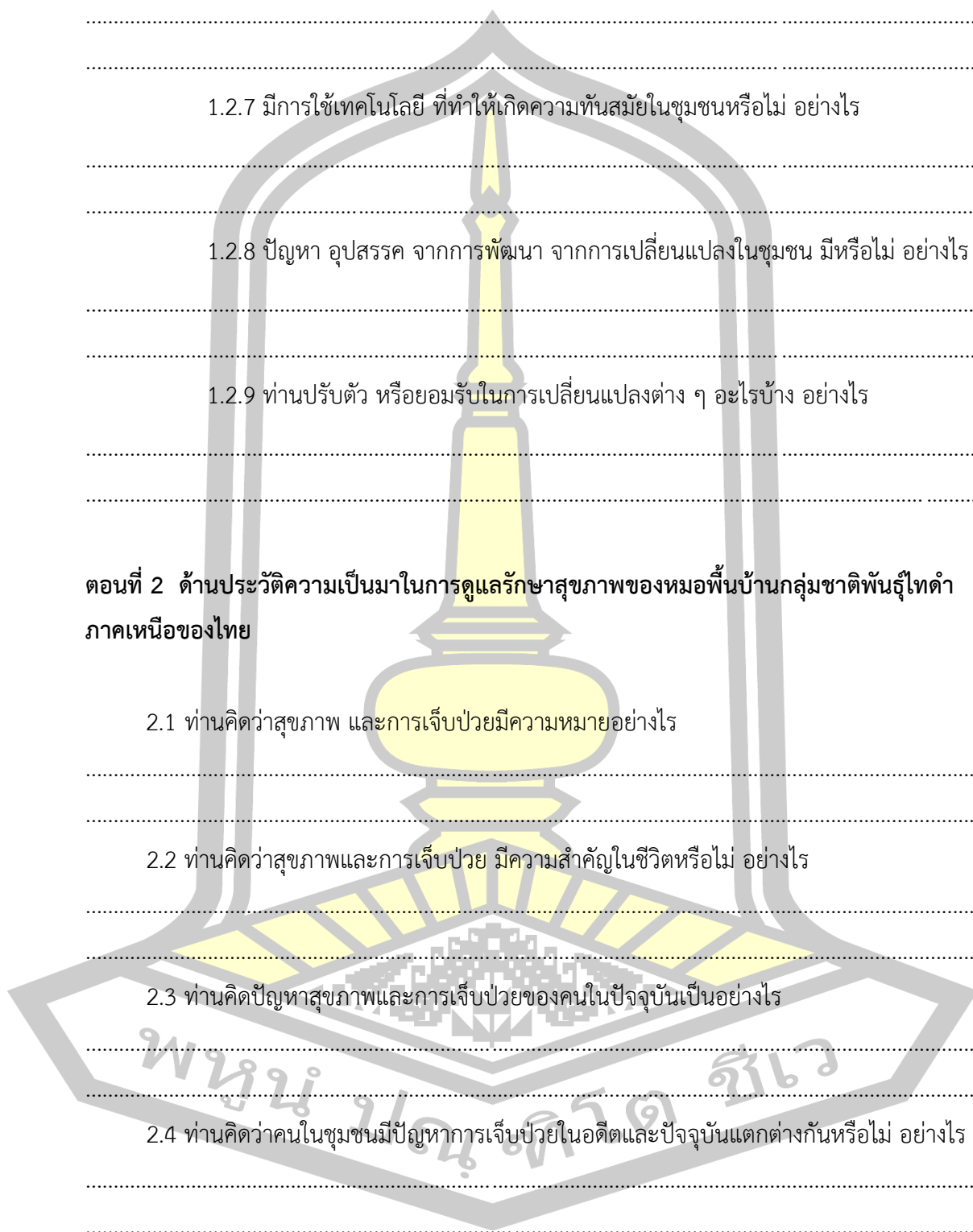
ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

2.1 ท่านคิดว่าสุขภาพ และการเจ็บป่วยมีความหมายอย่างไร

2.2 ท่านคิดว่าสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความสำคัญในชีวิตหรือไม่ อย่างไร

2.3 ท่านคิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2.4 ท่านคิดว่าคนในชุมชนมีปัญหาการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร



2.5 ท่านคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยในแต่ละครั้งเป็นอย่างไร

2.6 ท่านคิดว่าการรักษาการเจ็บป่วยที่ดีที่สุดควรเป็นแบบไหน อย่างไร

2.7 ท่านคิดว่าท่านมีส่วนช่วยรักษาความเจ็บป่วย หรือการดูแลรักษาสุขภาพได้หรือไม่ อย่างไร

2.8 ท่านมีวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างไร

ด้านวิถีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย.....

ด้านบทบาทหน้าที่.....

ด้านวิธีการดูแลรักษาสุขภาพ.....

ด้านพิธีกรรม.....

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

3.1 ท่านคิดว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านหรือไม่ อย่างไร

3.2 ท่านเคยเข้ารับการรักษาความเจ็บป่วย หรือการดูแลรักษาสุขภาพจากหมอพื้นบ้านหรือไม่ อย่างไร

3.3 ท่านรู้จักวิธีการรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านประเภทใดบ้าง อย่างไร

3.4 ท่านคิดว่าการรักษาของหมอพื้นบ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีปัญหาในด้านใดบ้าง

ด้านจำนวนของหมอพื้นบ้าน.....

ด้านวิถีคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย.....

ด้านบทบาทหน้าที่.....

ด้านวิธีการดูแลรักษาสุขภาพ.....

ด้านพิธีกรรม.....

3.5 ท่านคิดว่าสาเหตุของปัญหาเหล่านั้นคืออะไร อย่างไร

3.6 ท่านคิดว่าควรแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

4.1 ท่านมีบทบาทด้านสุขภาพในชุมชนอย่างไร

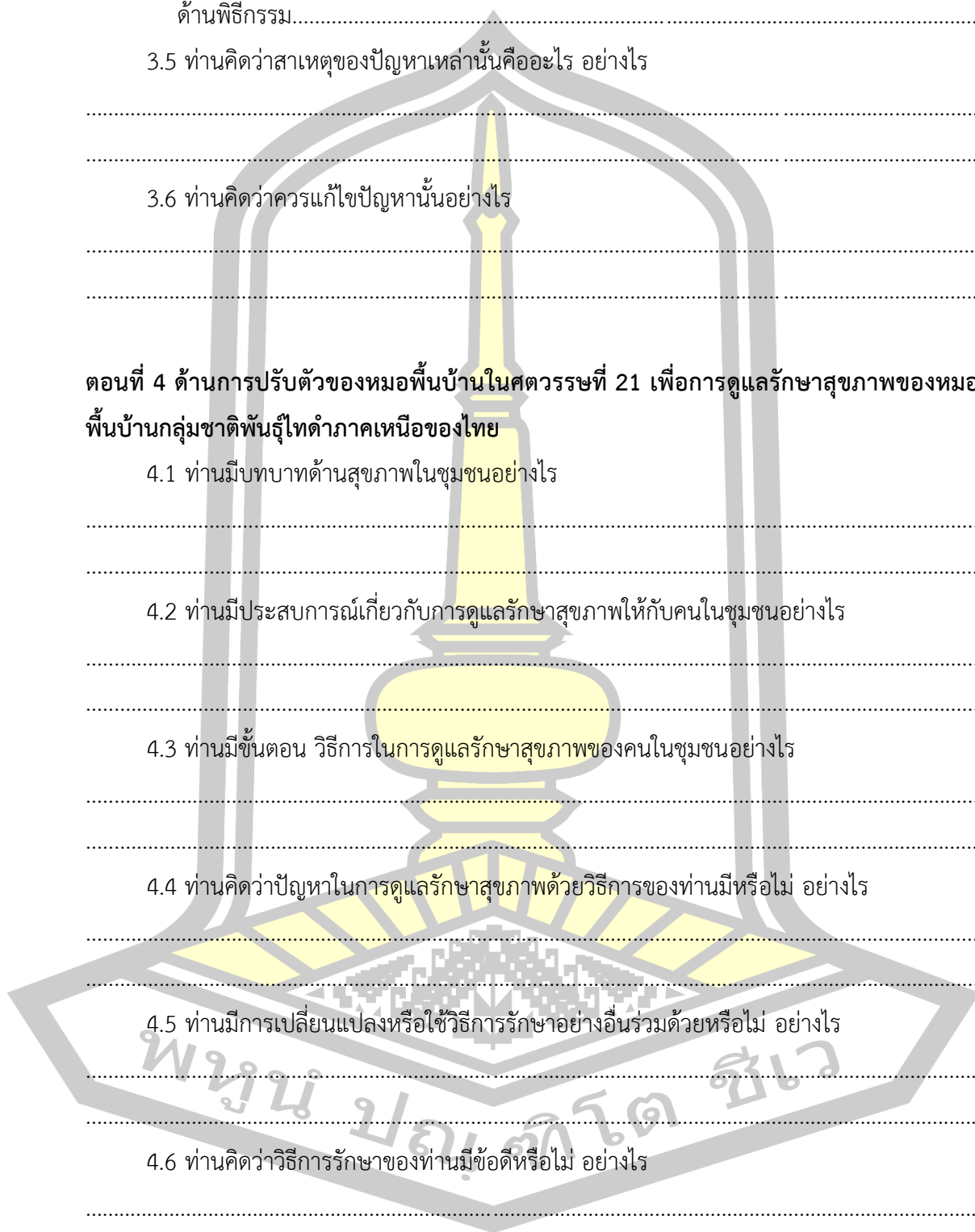
4.2 ท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพให้กับคนในชุมชนอย่างไร

4.3 ท่านมีขั้นตอน วิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพของคนในชุมชนอย่างไร

4.4 ท่านคิดว่าปัญหาในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยวิธีการของท่านมีหรือไม่ อย่างไร

4.5 ท่านมีการเปลี่ยนแปลงหรือใช้วิธีการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ อย่างไร

4.6 ท่านคิดว่าวิธีการรักษาของท่านมีข้อดีหรือไม่ อย่างไร



4.7 ท่านคิดว่าวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของท่านควรยังมีอยู่ต่อไปหรือไม่ อย่างไร

4.8 ท่านคิดว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจส่งผลอย่างไรต่อการรักษาของท่าน

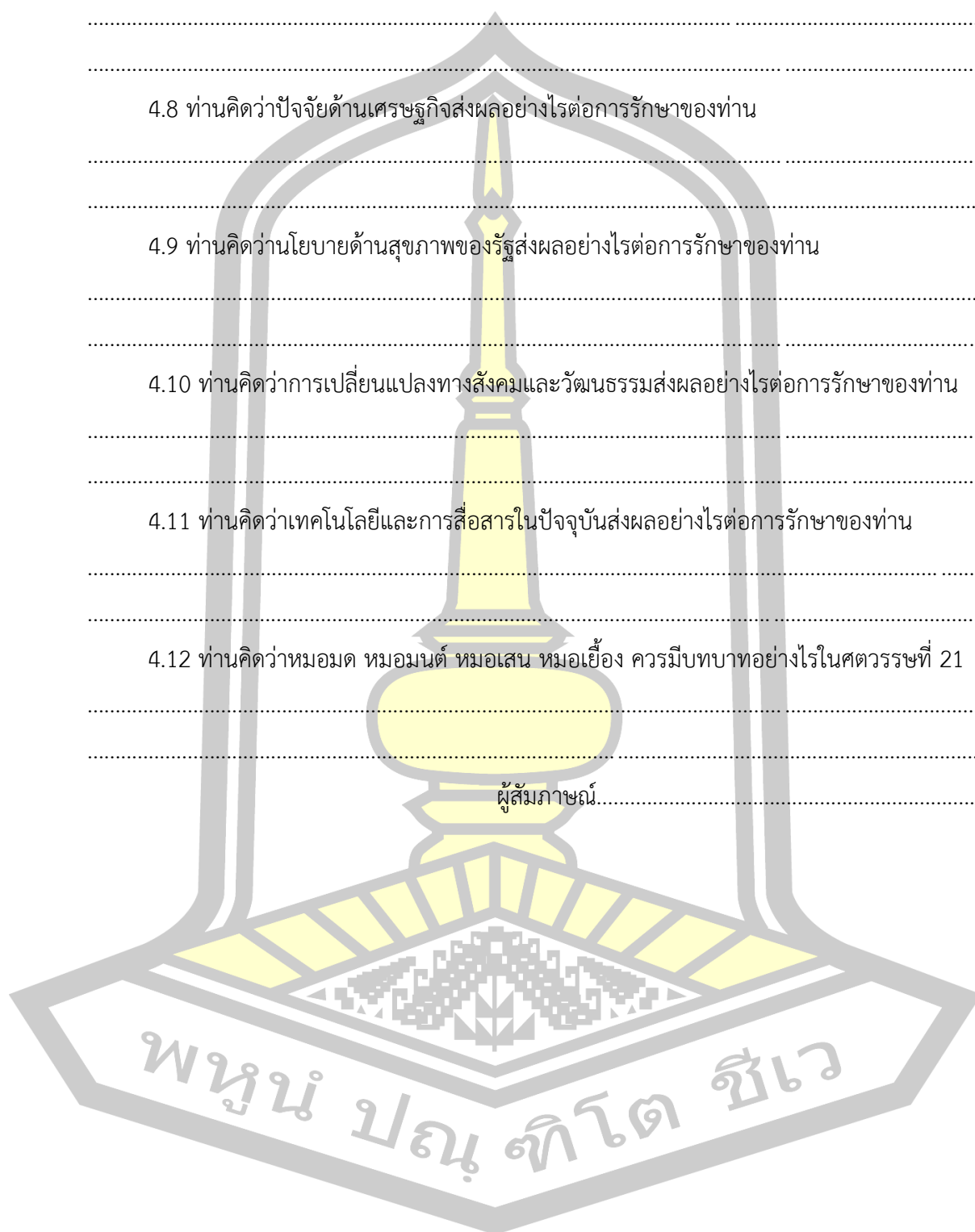
4.9 ท่านคิดว่านโยบายด้านสุขภาพของรัฐส่งผลอย่างไรต่อการรักษาของท่าน

4.10 ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมส่งผลอย่างไรต่อการรักษาของท่าน

4.11 ท่านคิดว่าเทคโนโลยีและการสื่อสารในปัจจุบันส่งผลอย่างไรต่อการรักษาของท่าน

4.12 ท่านคิดว่าหมอมด หมอมนต์ หมอเสน หมอเยื้อง ควรมีบทบาทอย่างไรในศตวรรษที่ 21

ผู้สัมภาษณ์.....



แบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง

แบบสัมภาษณ์ กลุ่มทั่วไป (GI) ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมที่เคยได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือพิธีกรรม
ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ

งานวิจัยเรื่อง : การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของ
กลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์
ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติ
พันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของ
หมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

วัน / เดือน / ปี สถานที่ที่ให้สัมภาษณ์.....

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 ด้านข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์
ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลสุขภาพสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติ
พันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของ
หมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

วัน / เดือน / ปี สถานที่ที่ให้สัมภาษณ์.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 รหัส อายุ ปี

1.2 ภูมิลำเนา หมู่บ้าน..... หมู่ที่

ตำบล อำเภอ

จังหวัด

1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน

() ที่เดียวกับภูมิลำเนา

() คนละที่กับภูมิลำเนา หมู่บ้าน ตำบล.....

อำเภอ จังหวัด

1.4 ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

1.5 อาชีพ

1.5.1 อาชีพหลัก

1.5.2 อาชีพเสริม

1.6 การติดต่อ.....

1.7 บทบาทในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ (ระบุ)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทชุมชนและการเปลี่ยนแปลง

1.2.1 ประวัติของชุมชนเป็นอย่างไร

.....
.....

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงของชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....
.....

1.2.3 สภาพของแวดล้อม สังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

.....
.....

1.2.4 คนในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

.....
.....

1.2.5 ความเชื่อ ประเพณีของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

.....
.....

พหุชน ปลูก เล้าด ชีเว

1.2.6 วิธีของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร

1.2.7 มีการใช้เทคโนโลยี ที่ทำให้เกิดความทันสมัยในชุมชนหรือไม่ อย่างไร

1.2.8 ปัญหา อุปสรรค จากการพัฒนา จากการเปลี่ยนแปลงในชุมชน มีหรือไม่ อย่างไร

1.2.9 ท่านปรับตัว หรือยอมรับในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อะไรบ้าง อย่างไร

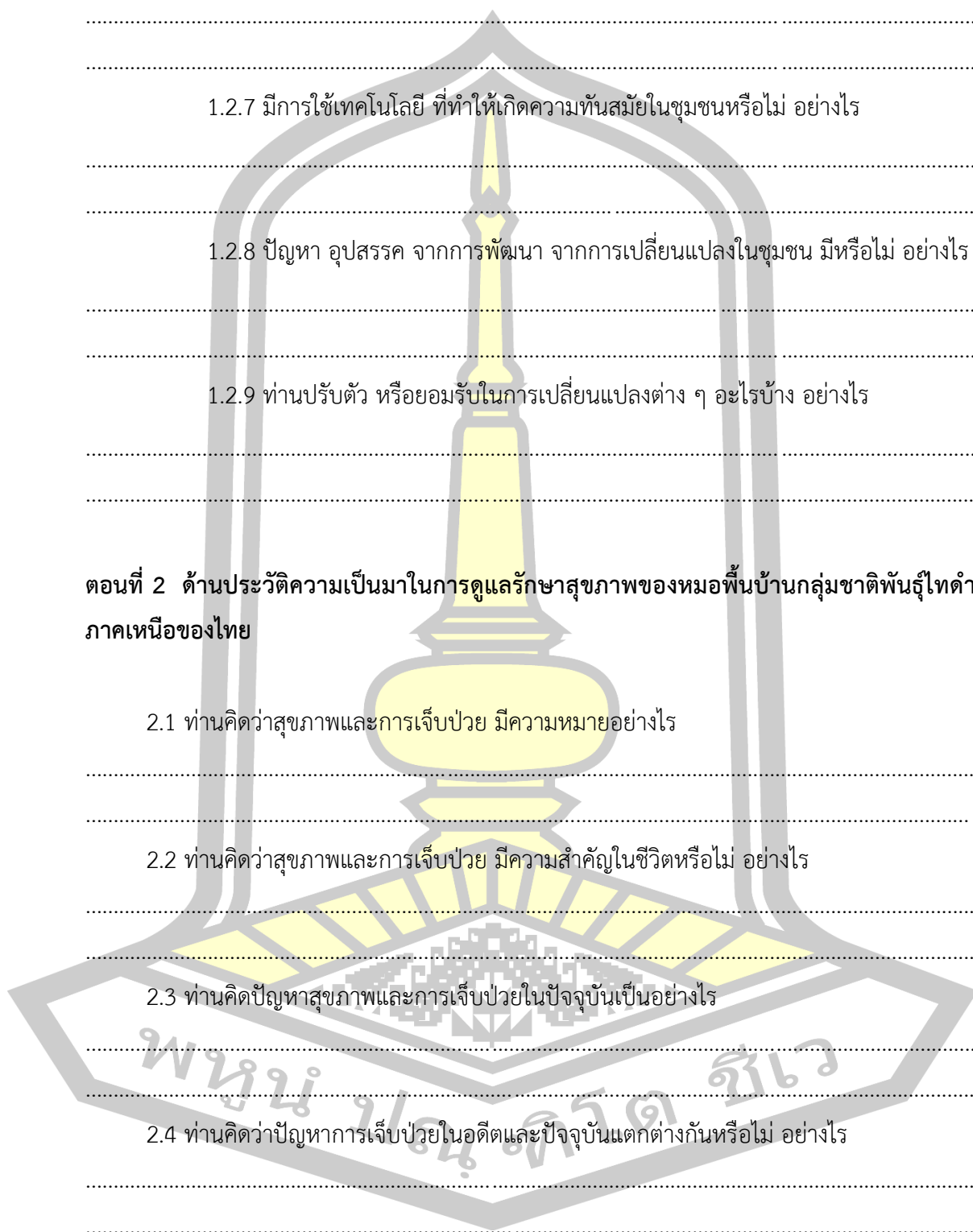
ตอนที่ 2 ด้านประวัติความเป็นมาในการดูแลสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

2.1 ท่านคิดว่าสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความหมายอย่างไร

2.2 ท่านคิดว่าสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความสำคัญในชีวิตหรือไม่ อย่างไร

2.3 ท่านคิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2.4 ท่านคิดว่าปัญหาการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร



2.5 ท่านคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2.6 ท่านคิดว่าการรักษาการเจ็บป่วยที่ดีที่สุดควรเป็นแบบไหน อย่างไร

2.7 ท่านคิดว่าใครจะเป็นผู้รักษาความเจ็บป่วยให้ท่าน เพราะเหตุใด

2.8 ท่านเลือกการรักษาความเจ็บป่วยอย่างใดมากที่สุด เพราะเหตุใด

ตอนที่ 3 ด้านสภาพปัจจุบันและปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

3.1 ท่านคิดว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านหรือไม่ อย่างไร

3.2 ท่านเคยเข้ารับการรักษาความเจ็บป่วย หรือการดูแลรักษาสุขภาพจากหมอพื้นบ้านหรือไม่ อย่างไร

3.3 ท่านรู้จักวิธีการรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านประเภทใดบ้าง อย่างไร

3.4 ท่านคิดว่าการรักษาของหมอพื้นบ้านในปัจจุบันเป็นอย่างไร มีปัญหาในด้านใดบ้าง

ด้านจำนวนของหมอพื้นบ้าน.....

ด้านวิถีชีวิตเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย.....

ด้านบทบาทหน้าที่.....

ด้านวิธีการดูแลรักษาสุขภาพ.....

ด้านพิธีกรรม.....

3.5 ท่านคิดว่าสาเหตุของปัญหาเหล่านั้นคืออะไร อย่างไร

3.6 ท่านคิดว่าควรแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

ตอนที่ 4 ด้านการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของหมอพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

4.8 ท่านคิดว่าในปัจจุบันหมอพื้นบ้านสามารถช่วยรักษาความเจ็บป่วยได้หรือไม่ อย่างไร

4.2 ท่านคิดว่าหมอพื้นบ้านมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

4.3 ท่านคิดว่าสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับหมอพื้นบ้านในการดูแลรักษาสุขภาพนั้นเป็นเพราะเหตุใด

4.4 ท่านคิดว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจส่งผลอย่างไรต่อหมอพื้นบ้าน

4.5 ท่านคิดว่านโยบายด้านสุขภาพของรัฐส่งผลส่งผลอย่างไรต่อหมอพื้นบ้าน

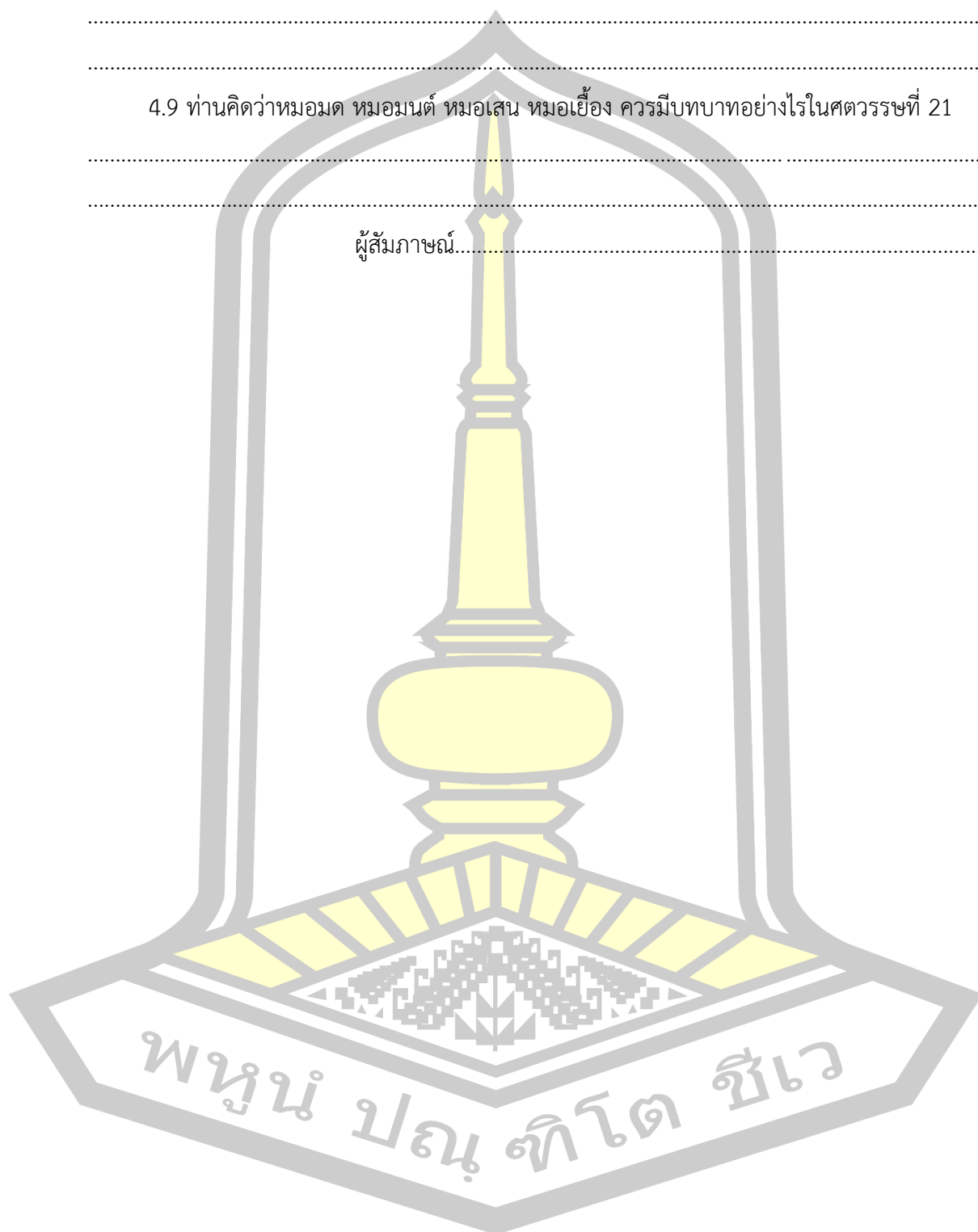
4.6 ท่านคิดว่าสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปส่งผลส่งผลอย่างไรต่อหมอพื้นบ้าน

4.7 ท่านคิดว่าเทคโนโลยีและการสื่อสารในปัจจุบันส่งผลส่งผลอย่างไรต่อหมอพื้นบ้าน

4.8 ท่านคิดว่าหมอฟันบ้านยังควรมีอยู่ต่อไปหรือไม่ อย่างไร

4.9 ท่านคิดว่าหมอมด หมอมนต์ หมอเสนา หมอเยื้อง ควรมีบทบาทอย่างไรในศตวรรษที่ 21

ผู้สัมภาษณ์.....



แบบสังเกต

กิจกรรม/พิธีกรรม.....

งานวิจัยเรื่อง : กระบวนการทัศนศึกษาในศตวรรษที่ 21 ของหมอมตต่อการปรับปรนทางบทบาทใน
ฐานะทุนทางวัฒนธรรมในกลุ่มชาติพันธุ์ไทดำ

คำชี้แจง :

1. แบบสังเกตนี้ใช้เพื่อสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. การสังเกตนี้ประกอบด้วย การสังเกต 3 ขั้นตอน
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสังเกต
 - ตอนที่ 2 การทำกิจกรรม/พิธีกรรม
 - ตอนที่ 3 ข้อสังเกตอื่น ๆ เกี่ยวกับการจัดกิจกรรม
3. ให้ผู้สังเกตบันทึกข้อสังเกตที่พบเห็นจากการทำกิจกรรม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสังเกต

1. สถานที่ทำกิจกรรม/พิธีกรรม

.....

.....

2. สภาพทั่วไป บริบทแวดล้อมอื่น ๆ

.....

.....

3. ผู้สังเกต

.....

.....

4. วันเวลาที่สังเกต

.....

.....

ตอนที่ 2 การทำกิจกรรม/พิธีกรรม

1. กิจกรรม/พิธีกรรม

.....

.....

พจนานุกรมศัพท์โต ชิว

2. ผู้ทำกิจกรรม/ผู้ประกอบพิธีกรรม

.....
.....

3. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม/พิธีกรรม

.....
.....

4. รูปแบบกิจกรรม/พิธีกรรม

.....
.....

5. ผู้เข้าร่วมกิจกรรม/พิธีกรรม

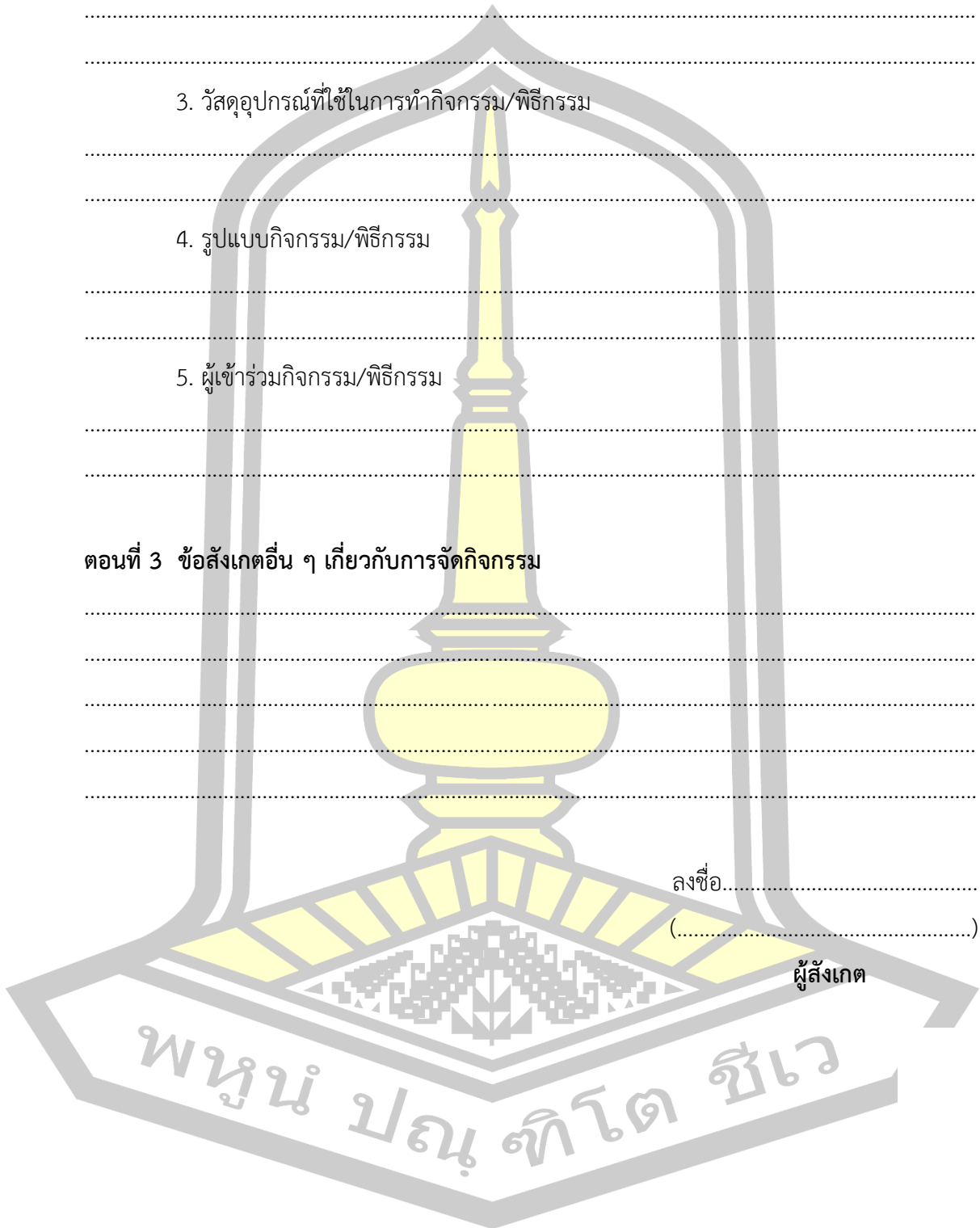
.....
.....

ตอนที่ 3 ข้อสังเกตอื่น ๆ เกี่ยวกับการจัดกิจกรรม

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

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สังเกต



แบบการสนทนากลุ่ม

งานวิจัยเรื่อง : การปรับตัวของหมอพื้นบ้านในศตวรรษที่ 21 เพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่ม

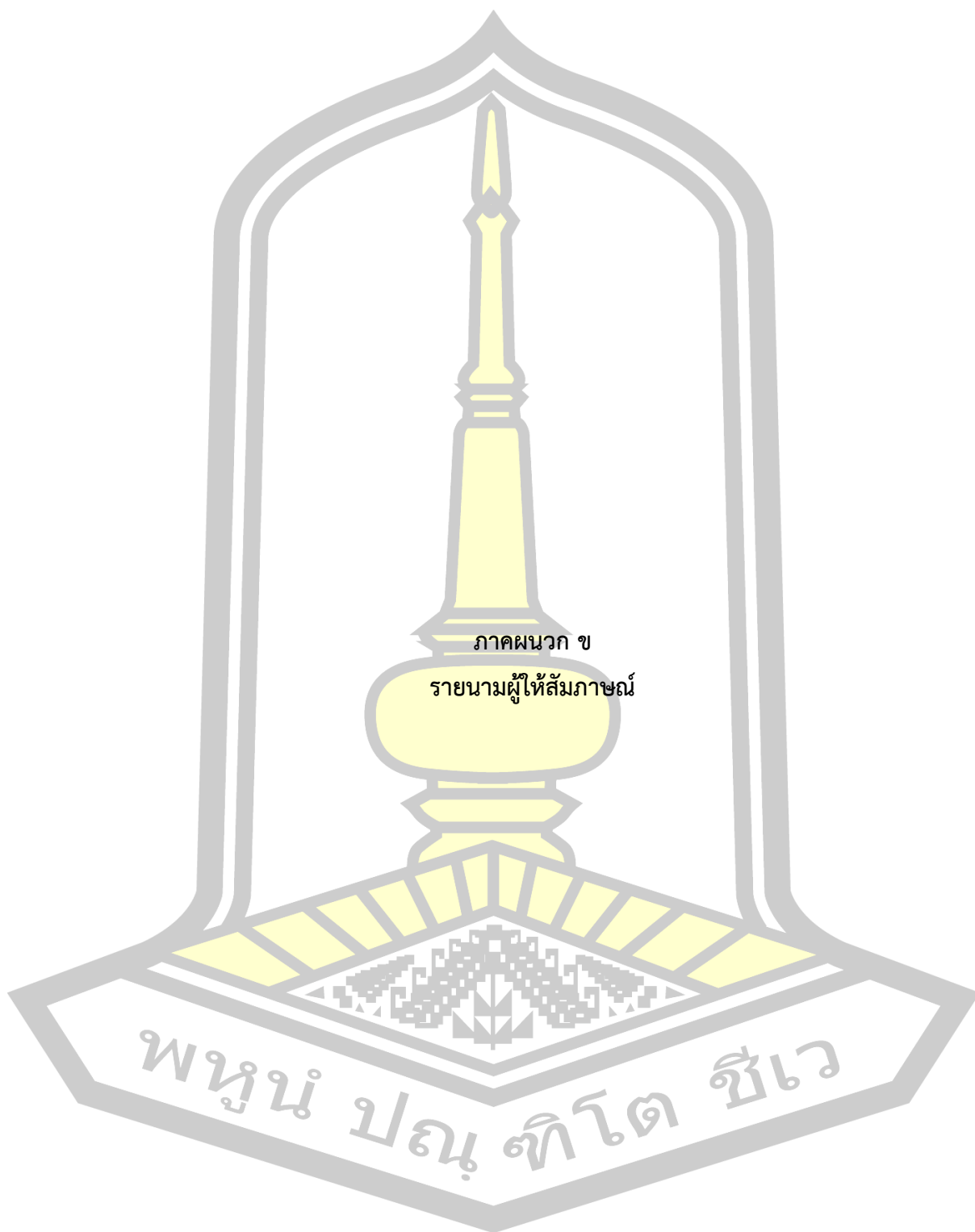
ชาติพันธุ์ไทดำภาคเหนือของไทย

วันที่ เดือน..... ปี พ.ศ.

ข้อ	ประเด็น	สรุป
1	ชาติพันธุ์ไทดำในสังคมปัจจุบันเป็นอย่างไร
2	ความเชื่อ ประเพณีของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ และเปลี่ยนอย่างไร
3	มีการปรับตัว ผ่อนปรน หรือยอมรับในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อะไรบ้างอย่างไร
4	ปัญหาการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
5	สถานภาพของหมอพื้นบ้านในชุมชนเป็นอย่างไร
6	แนวทางการสืบสานอัตลักษณ์ และภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน ควรเป็นแบบไหน อย่างไร

ผู้บันทึก

.....วัน เวลา ที่สนทนา



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ให้สัมภาษณ์

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว

รายนามผู้ให้สัมภาษณ์

จันทร์ ทองดอนเถื่อน เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านยางใหญ่ ตำบลหนองเต่า อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.

จิตศิริ ก้อนคง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561.

จำเนียร ทองเชื้อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านเลขที่ 106 หมู่ 3 ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

เฉลียว กุนจตุรงค์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านกง ตำบลกง อำเภอโกรกทศ จังหวัดสุโขทัย เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.

ชนะชัย อนันตะบุตร เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านคุ้มม่วง ตำบลคุ้มม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.

เชาว์ แอนดอย เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่วัดไผ่รอบ ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

ณิชากร อีโตะ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่วัดไผ่รอบ ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

ดี แบ่งเพชร เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านหนองตาสี ตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561.

ทัน สิงห์ล่อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านบ่อทอง ตำบลบ่อทอง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561.

เทียน เย็นคำ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านไผ่รอบ หมู่ 3 ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

นวน เย็นตั้ง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านวังพิกุล ตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.

เนือง ทองเชื้อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านเลขที่ 106 หมู่ 3 ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

น้อย ทองเชื้อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านเลขที่ 106 หมู่ 3 ตำบล
ไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

บุญมา แก้วทอง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านห้วยห้าง ตำบลหนอง
หลุม อำเภอลือชัย จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.

บุญมี อ่อนล้อม เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านวังพิบูล ตำบลวังพิบูล
อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.

บุษบา หินธาร เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูล
สงคราม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561.

เบอร์ริน หน่ออ่อน เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านดงไผ่ ตำบลวังพิบูล
อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2560.

ปิ่น เขื่องเปล เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านไผ่รอบ หมู่ 8 ตำบล
ไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

พนิดา สิงห์เรือง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านหนองหัวปลวก ตำบล
ไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.

พาน สิงห์ล่อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านบ่อทอง ตำบลบ่อทอง
อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561.

พงศ์เดชพิพัฒน์ เดชอุ่ม เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่วัดไผ่รอบ ตำบล
ไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

ไพโรจน์ โกสี เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านบึงคัต ตำบลบางระกำ
อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2560.

มัน ทองดอนอ่ำ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านกำแพงดิน ตำบล
กำแพงดิน อำเภอสว่างงาม จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2560.

มัน ม้วนน้อย เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านแหลมมะค่า ตำบลพันเสา
อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2560.

เมือง โปะะโดย เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านไผ่โพธิ์ ตำบลไผ่รอบ
อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.

- เรียง สายทอง เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านบัวยาง ตำบลหนองหลุม
อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดพิบูลย์ เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2560.
- เรียบ สิงห์ล่อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านไผ่รอบ หมู่ 3 ตำบล
ไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิบูลย์ เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.
- รวม สิงห์วี เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านหนองหัวปลวก ตำบล
ไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิบูลย์ เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.
- วิเชียร เชื่อมชิต เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านยางใหญ่ ตำบล
หนองเต่า อำเภอแก้งเตี้ย จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2560.
- สกุณา ระเวกโณม เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านวังพิบูลย์ ตำบลวังพิบูลย์
อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 14 เมษายน 2561.
- สมัย สิงห์ล่อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านบ่อทอง ตำบลบ่อทอง
อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561.
- สังข์ สิงห์วี เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านวังพิบูลย์ ตำบลวังพิบูลย์
อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.
- สายฝน ทองเชื้อ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านวังพิบูลย์ ตำบลวังพิบูลย์
อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.
- สุนันท์ แบ่งเพชร เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านหนองตาสี ตำบล
วังพิบูลย์ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561.
- สุเมธ มากมุล เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้าน เลขที่ 23/3 หมู่ที่ 3
ตำบลเนินสว่าง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิบูลย์ เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.
- สุวิมล ทองแกมแก้ว เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่มหาวิทยาลัยนเรศวร
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2561.
- สมชาย โพธิ์วัด เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านบ่อทอง ตำบลบ่อทอง
อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2561.
- สมพงษ์ เอียดสวย เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านเลขที่ 145 หมู่ที่ 9
บ้านวังพิบูลย์ ตำบลวังพิบูลย์ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.

สมใจ ทองดอนเถื่อน เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านเลขที่ 45/2 หมู่ที่ 9 บ้านบัวยาง ตำบลหนองหลุม อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

เหล็ก สุขชนะ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านไผ่รอบ หมู่ 3 ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2562.

อมร สระทองอ้อต เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่วัดไผ่รอบ ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2561.

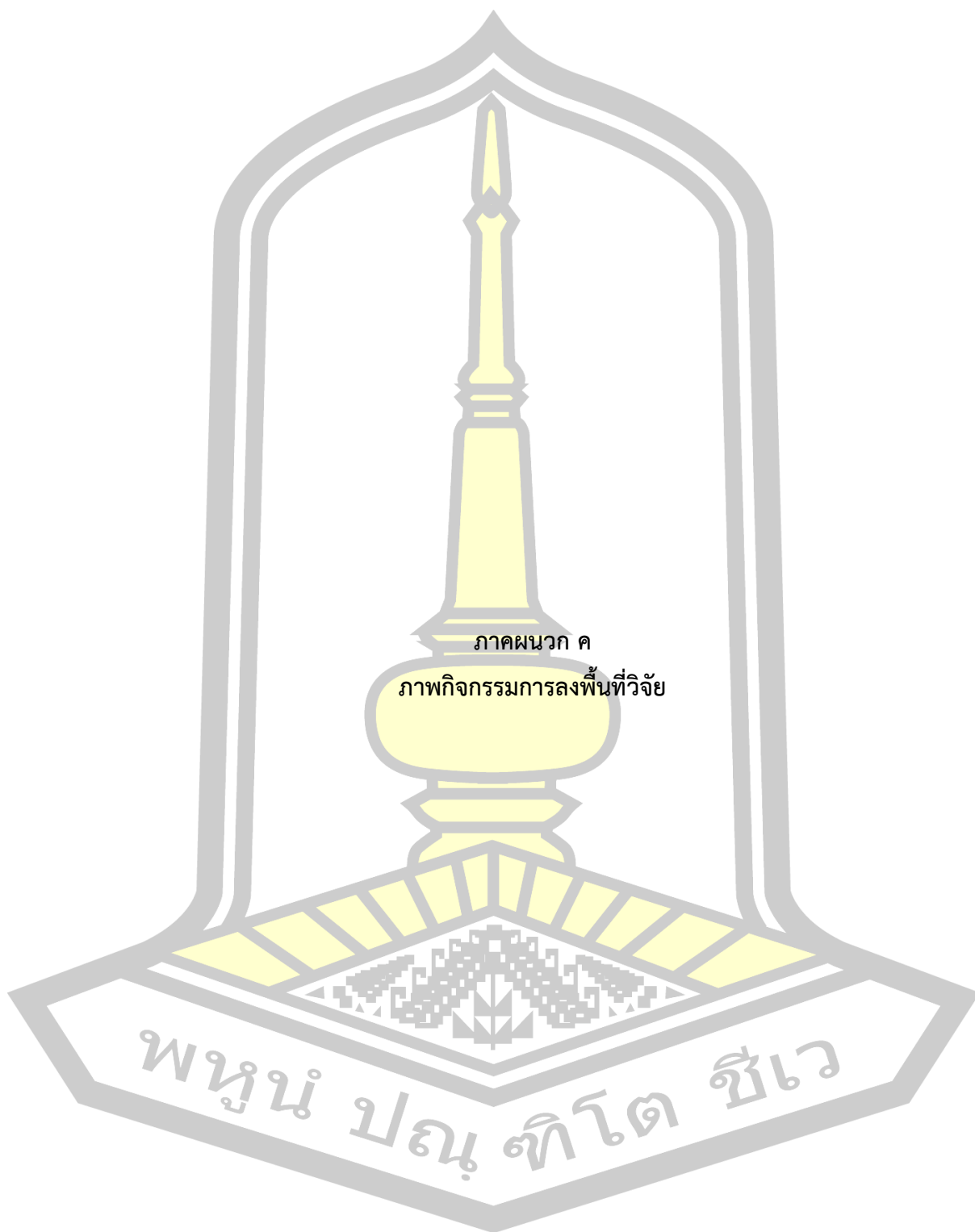
อิง แบ่งเพชร เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านหนองตาสี ตำบลวังพิกุล อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561.

อนุสรรา สิงหนาท เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2561.

เอกภพ จันทรสุคนธ์ เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2561.

อู่่ง (พิมพ์) จันทรสวดี เป็นผู้ให้สัมภาษณ์, อรรถพล รอดแก้ว เป็นผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านคุ้มม่วง ตำบลคุ้มม่วง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2561.





ภาคผนวก ค
ภาพกิจกรรมการลงพื้นที่วิจัย

พหุบัณฑิต โท ชีวะ



ภาพประกอบ 42 การประชุมกลุ่มหมอพื้นบ้านที่จังหวัดพิจิตร (1)
วันที่ 11 มิถุนายน 2561



ภาพประกอบ 43 การประชุมกลุ่มหมอพื้นบ้านที่จังหวัดพิจิตร (2)
วันที่ 11 มิถุนายน 2561



ภาพประกอบ 44 การประชุมกลุ่มหมอพื้นบ้านที่จังหวัดพิจิตร (3)
วันที่ 11 มิถุนายน 2561



ภาพประกอบ 45 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (4)
วันที่ 11 มิถุนายน 2561



ภาพประกอบ 46 การประชุมกลุ่มหมอพื้นบ้านที่จังหวัดพิจิตร (5)
วันที่ 11 มิถุนายน 2561



ภาพประกอบ 47 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (6)
วันที่ 21 เดือน ตุลาคม 2560



ภาพประกอบ 48 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (7)
วันที่ 24 ธันวาคม 2561



ภาพประกอบ 49 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิจิตร (8)
วันที่ 24 ธันวาคม 2561



ภาพประกอบ 50 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (1)
วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561



ภาพประกอบ 51 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (2)
วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2561



ภาพประกอบ 52 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (3)
วันที่ 20 ตุลาคม 2560



ภาพประกอบ 53 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (4)
วันที่ 20 ตุลาคม 2560



ภาพประกอบ 54 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (5)
วันที่ 15 เมษายน 2561



ภาพประกอบ 55 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในจังหวัดพิษณุโลก (6)
วันที่ 15 เมษายน 2561

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายอรรถพล รอดแก้ว
วันเกิด	วันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดอุทัยธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 163/74 หมู่ 5 ตำบลพลาญชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก รหัสไปรษณีย์ 65000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ตำบล พลาญชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก รหัสไปรษณีย์ 65000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2545 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย. บ.) มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2551 ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ศศ.ม.) สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2562 ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว