

SCM

สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ :  
กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย  
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

นางลักขณา ว่องประทานพร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2551

**The Roles and Status of the Wisdom of Thai Traditional Massage in the Public  
Health Service : A Case Study of the Thai Traditional Medicine Promotion  
Center, Institute of Thai Traditional Medicine, Department for  
Development of Thai Traditional and Alternative Medicine,  
Ministry of Public Health, Nonthaburi Province**

**Mrs. Luxana Wongpratanporn**

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for  
the Degree of Master of Arts in Thai Studies

School of Liberal Arts

Sukhothai Thammathirat Open University

2008

**หัวข้อวิทยานิพนธ์** สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย  
ในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย  
และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

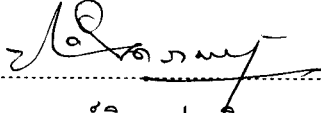
**ชื่อและนามสกุล** นางลักษณา ว่องประทานพร

**แขนงวิชา** ไทยคดีศึกษา

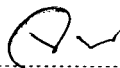
**สาขาวิชา** ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช


**อาจารย์ที่ปรึกษา** 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตต์ เจนนพกาญจน์  
2. รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินนท์  
3. อาจารย์ นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

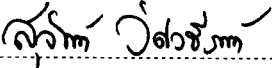
  
..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์พิเศษ ประชิต วามานนท์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตต์ เจนนพกาญจน์)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินนท์)

  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์  
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา  
ไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

  
..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

วันที่ 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2552

ชื่อวิทยานิพนธ์ สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษา ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัย นางลักขณา ว่องประทานพร ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ไทยคดีศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต จนนพกาญจน์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์ (3) อาจารย์นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ ปีการศึกษา 2551

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทยและการจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ (2) เพื่อศึกษาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (3) เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้รับบริการ 338 คน และกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ให้บริการ 19 คน และผู้บริหาร 4 คน ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และในกลุ่มงานอื่นของสถาบันการแพทย์แผนไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า (1) การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย เกิดขึ้นก่อนสมัยกรุงสุโขทัย มารุ่งเรืองที่สุดในสมัยกรุงศรีอยุธยา และเสื่อมความนิยมลงในสมัยกรุงธนบุรีและสมัยรัชกาลที่ 6 ต่อมาได้มีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย และการนวดแผนไทยขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 9 โดยมีการก่อตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในส่วนภูมิภาคก่อน พ.ศ. 2545 และส่วนกลางที่กระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นต้นแบบแก่สถานบริการนวดแผนไทย เป็นศูนย์ประสานงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค การนวดแผนไทยมี 2 แบบคือแบบราชสำนักและแบบทั่วไป การนวดแผนไทยจะเน้นการนวดเพื่อการบำบัดรักษา (2) สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย พบว่าเกิดจากผู้รับบริการมีพฤติกรรมทัศนคติ ความเชื่อ เหตุผล และความพึงพอใจด้านบวกในระดับมาก ส่วนผู้ให้บริการมีทัศนคติ มีความเชื่อมั่นในหลักทฤษฎีการนวดแผนไทย และผู้ให้บริการเห็นว่าสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย เกิดจากทุนมนุษย์มากกว่าทุนทางสังคมอื่น รวมทั้งเกิดจากปัจจัยองค์กรด้านนโยบายและบทบาทหน้าที่ที่มีทัศนคติ (3) แนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย คือ ควรจัดสรรงบประมาณทั้งด้านครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง กำลังคนและงบประมาณ พร้อมทั้งควรมีมาตรการด้านกฎหมายที่มีผลบังคับใช้กำกับดูแลการนวดแผนไทยอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนควรมีการยกระดับการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยให้เป็นสากล

คำสำคัญ สถานภาพและบทบาท ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย สถานบริการของรัฐ

**Thesis Title :** The Roles and Status of the Wisdom of Thai Traditional Massage in the Public Health Service: A Case Study of the Thai Traditional Medicine Promotion Center at the Institute of Thai Traditional Medicine Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine Ministry of Public Health ,Nonthaburi Province

**Researcher :** Mrs.Luxana Wongpratanporn ; **Degree :** Master of Arts (Thai Studies) ;

**Thesis advisors :** (1) Dr.Sudjit Janenoppakanjana , Assistant Professor (2) Dr.Chitra Veeraburinin,Associate Professor ; (3) Dr.Jakkriss Bhumisawasdi ; **Academic year :** 2008

### **Abstract**

The goals of this research were to study: (1) the history and the process of Thai traditional wisdom massage, including the establishment of the Traditional Medicine Promotion Center, of the government (2) the roles and status of Thai traditional wisdom massage, and (3) the trend to develop the roles and status of the Thai Traditional Medicine Promotion Center, Institute of Thai Traditional Medicine Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health.

Studied sampler for both quantitative data and qualitative data were 338 customers, 19 service providers, including 4 managers from Thai Traditional Medicine Promotion Center, and other departments of the Institute of Thai Traditional Medicine. Research instruments were questionnaires and interviews. Statistical analysis included percentage, means and standard deviation.

The results of the research revealed that: (1) the ancient way of Thai traditional massage founded in the age of Sukhothai and had been growing most in Ayutthaya's era then decline later in the age of Thonburi region and King Rama VI. However, the ancient way of Thai traditional massage was now restored in the reign of King Rama IX. Thai traditional medicine promotion offices were set up before 2002 and at the Ministry of Public Health in 2002 as the model and center between the central and the provincial region. Thai traditional massage emphasized the treatment and could be divided into two main categories: a royal massage and a general massage; (2) not only customers' behavior, attitude, belief, and reasons were positive at the high level, the providers had strong potential, attitudes and beliefs in theory of the Thai massage. The providers believed that the role and the status of Thai traditional massage were from human capital rather than other social capital and organization factors in policies and duties and capital investment to substantial resources should be allocated properly. Additionally, laws and relevant regulations should be created and enforced effectively. Moreover the government must attempt to improve Thai massage to meet international standards.

**Keywords :** Roles and Status, Wisdom of Thai Traditional Massage, Public Health.

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วีรบุรินทร์ สาขาวิชา ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และ อาจารย์ นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ นายแพทย์ 10 ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 7 สำนักตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตาม การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และหมอนวดแผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง สาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลภาคสนามเพื่อทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณเพื่อนร่วมงานในสำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุขทุกคน ที่ได้ให้ กำลังใจและช่วยเหลือชี้แนะ รวมทั้งขอบคุณครอบครัวที่ให้โอกาสในการศึกษา ตลอดจนขอขอบคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนและความช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ลักษณะ ว่องประทานพร

พฤษภาคม 2552

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิดและทฤษฎีสถานภาพและบทบาท.....	9
สถานภาพ.....	9
บทบาท.....	11
2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวคิดภูมิปัญญา.....	16
แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อ.....	21
แนวคิดทัศนคติ.....	24
แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรม.....	28
แนวคิดการบริการและคุณภาพบริการ.....	33
แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ.....	39
แนวคิดและทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่.....	44
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กร.....	48

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวคิดและทฤษฎีขัดแย้ง.....	49
แนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม.....	51
แนวคิดและทฤษฎีทฤษฎีวิวัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรม.....	52
แนวคิดและทฤษฎีกระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย.....	54
แนวคิดและทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยา.....	55
แนวคิดและทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์.....	56
แนวคิดทุนทางสังคม.....	57
แนวคิดและทฤษฎีการแพทย์แผนไทย.....	60
2.3 ประวัติการนวดแผนไทย.....	71
2.4 การนวดแผนไทย (แนวคิดทฤษฎีและวิธีการนวดแผนไทย).....	85
2.5 การจัดตั้งสถานบริการของรัฐ.....	114
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	125
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	140
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	140
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	140
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	142
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	146
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	147
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	148
ตอนที่ 1 สถานภาพของประชาชนหรือกลุ่มตัวอย่าง.....	151
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	162
ตอนที่ 3 ข้อเสนอที่ได้จากการค้นพบ.....	230
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	240
สรุปการวิจัย.....	240
อภิปรายผล.....	249
ข้อเสนอแนะ.....	295
บรรณานุกรม.....	298



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	326
ก หนังสือรับรองและรายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ / ผู้เชี่ยวชาญ.....	328
- หนังสือรับรอง (การเก็บข้อมูล) .....	329
- หนังสือส่งตรวจเครื่องมือวิจัย.....	330
- รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ / ผู้เชี่ยวชาญ.....	331
ค แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์.....	337
- แบบสอบถาม.....	338
- แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ.....	348
- แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร.....	354
ง วิธีการนวด.....	357
จ การเตรียมยาจากสมุนไพรสำหรับการนวดไทย.....	365
ฉ ลูกประคบ.....	366
ประวัติผู้วิจัย.....	376

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้รับบริการ.....	148
ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้บริการ.....	155
ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการใช้บริการ การนัดแผนไทย.....	189
ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทัศนคติความเชื่อ และเหตุผลของผู้รับบริการต่อการไปขอรับบริการด้านการนัดแผนไทย.....	192
ตารางที่ 4.5 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ.....	195

ฉ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ภาพที่ 2.1 ภาพวิธีการนวดแผนไทยแบบราชสำนัก.....	99

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิถีชีวิตของคนในอดีต จะผูกพันกับสภาพแวดล้อมธรรมชาติอันประกอบด้วยน้ำและผืนป่า ซึ่งเฝ้าหล่อเลี้ยงชีวิตให้มีความเป็นอยู่ที่เรียบง่ายพึ่งพาตนเอง และช่วยเหลือเกื้อกูลกันในยามทุกข์ สุข ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่ผูกพันอยู่กับผู้คนตลอดมา ทำให้ต้องมีการค้นคว้าต่อสู้เพื่อความอยู่รอดและการดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์ การเสาะแสวงหาวิธีการเพื่อขจัดหรือป้องกันความเจ็บป่วย จึงเป็นการทำการเข้าใจต่อปรากฏการณ์ธรรมชาติของการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำอธิบาย และแนวทางแก้ไขรวมทั้งวิธีการป้องกันบำบัดรักษา ที่บอกเล่าสืบต่อกันมาแต่โบราณจากรุ่นสู่รุ่น ตลอดจนผ่านการขัดเกลาทางสังคม กลายเป็นภูมิปัญญาที่ตั้งอยู่บนรากฐานทางวัฒนธรรม โดยเชื่อมโยงกับการปรับตัวของคนในสังคม เพื่อให้สามารถผ่านพ้นวิกฤตในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ซึ่งบ่งบอกถึงการปรับตัวหรือการอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับคน และระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม จวบจนบ้านเมืองรุ่งเรืองด้วยระบบเทคโนโลยี และอารยธรรมตะวันตก จึงได้มีการรับเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้าไปประยุกต์ใช้ เป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตก่อให้เกิดการล่มสลายของภูมิปัญญาดั้งเดิม แต่การป้องกันควบคุมดูแลรักษาสุขภาพตามแบบแผนปัจจุบันหรือแบบแผนใหม่ของคนในประเทศ ยังไม่สามารถให้บริการและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ระบบการดูแลรักษาตามภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยจึงยังคงยืนหยัดอยู่คู่สังคมไทย แม้ว่ากระแสโลกาภิวัตน์จะหลั่งไหลเข้ามาครอบงำ และแม้ว่าบางช่วงเวลาของภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยจะขึ้นหิ้งไม่มั่นคงก็ตาม ทั้งนี้ เป็นเพราะรากฐานทางวัฒนธรรม ได้หยั่งรากลึกฝังลงไปในชีวิตวิถีของกลุ่มคน ที่ผสมผสานระหว่างความรู้ในเชิงเจตคติและความรู้เชิงประจักษ์ เป็นการป้องกันบำบัด รักษาด้วยจิตวิญญาณ ที่ต้องการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเองในสังคม โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกาย ความรู้สึก จิตใจ และวิญญาณ เป็นการเชื่อมโยงชีวิตกับสังคม ให้เกิดศีลธรรม จริยธรรม และวัฒนธรรม

นานกว่าศตวรรษที่การแพทย์แผนไทยถูกละเลย และถูกกีดกันออกจากการบริการสาธารณสุข โดยมีเหตุผลในประเด็นที่ว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ทั้งที่เป็นภูมิปัญญาของไทยที่สืบเนื่องมาตั้งแต่สมัยบรรพชน แต่เมื่อกาลเวลาผ่านไปท่ามกลางกระแสเทคโนโลยีวิทยาการสมัยใหม่ ที่แพร่หลายเข้ามาในประเทศไทย ภูมิปัญญาด้านวิทยาการการแพทย์แผนไทย ได้หวนกลับมาได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง การนวดแผนไทยเป็นภูมิปัญญาหนึ่งที่มีการยอมรับ และมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในหมู่ประชาชนชาวไทยและชาวต่างประเทศ ถึงกับมีคำกล่าวว่า “ ถ้ามาเมืองไทยจะต้องได้นวดแผนไทย ” (ประวัติการนวดไทย Online : 12 ธันวาคม 2550 : [http:// www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?name=Page\\_View&page=TMstory.html](http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?name=Page_View&page=TMstory.html)) โดยได้นำการนวดแผนไทย เข้ามาใช้ดูแลสุขภาพสภาพทั้งในเชิงการช่วยเหลือและเชิงธุรกิจที่มีอัตราการเจริญเติบโตค่อนข้างสูง การนวดนั้นจะมีทั้งแบบราชสำนักหรือแบบชาววังกับแบบทั่วไปหรือแบบเชลยศักดิ์หรือแบบสามัญที่พบเห็นได้โดยทั่วไปตามในเมืองและชนบท ซึ่งมีรูปแบบวิธีการนวดการบริการที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นการสืบทอดมาจากคนรุ่นเก่าส่วนใหญ่จากเครือญาติหรือผู้ใกล้ชิด จากการบอกเล่าและการฝึกฝน ในขณะที่การนวดแบบราชสำนักหรือแบบชาววัง จะเป็นการนวดที่มีขั้นตอนจรรยาบรรณ มีเอกลักษณ์ มีหลักการฝึกฝนอย่างเป็นระบบ ซึ่งแต่เดิมจะเป็นการนวดเพื่อถวายกษัตริย์ และเจ้านายชั้นสูงในราชสำนัก (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546 : 7) การนวดแผนไทยจึงเป็นทั้งศาสตร์ทั้งศิลป์ ตลอดจนเป็นภูมิปัญญา อันล้ำค่า ที่มีวิธีการนวดที่ง่ายในระยะเริ่มต้นไปสู่ความสลับซับซ้อน จนสามารถสร้างเป็นทฤษฎี ประโยชน์ของการนวดแผนไทยทางด้านร่างกายจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรืออวัยวะส่วนต่างๆ สามารถบำบัดรักษาอาการของโรคในบางชนิด เป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และแบ่งเบาภาระบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งเป็นการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ส่วนด้านจิตใจทำให้ผ่อนคลายความเครียดหรือความอ่อนล้า เป็นการแสดงความรัก ความเอื้ออาทร ตลอดจนเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของคนในครอบครัวและสังคม จากกระแสความนิยมดังกล่าวส่งผลให้เกิดสถานบริการนวดอย่างแพร่หลาย ทั้งในภาครัฐและเอกชน

การนวดแผนไทย แรกเริ่มคาดว่าเกิดจากการช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว จนเกิดความชำนาญ จึงได้มีการช่วยเหลือเพื่อนบ้านจนได้รับความนิยมและเชื่อถือจากสังคม กระทั่งเกิดเป็นอาชีพหมอนวดในที่สุด จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับการนวดที่เก่าแก่สมัยกรุงสุโขทัย ในรัชสมัยพ่อขุนรามคำแหงมหาราช พบ “ หลักศิลาจารึกสมัยสุโขทัยที่ป่ามะม่วง จังหวัดสุโขทัย ประมาณปี พ.ศ. 1800 ได้กล่าวถึงการปลุกสมุนไพรรักษาสมุนไพรรักษาและการรักษาโดยการนวด ” (Online 9 พฤษภาคม 2552 : [http://www.geocities.com/chem\\_chom/](http://www.geocities.com/chem_chom/)) สมัยกรุงศรีอยุธยาในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช การแพทย์แผนไทยเจริญรุ่งเรือง โดยเฉพาะการนวดไทย ต่อมารัชสมัย

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการจัดตั้งศิริราชพยาบาลขึ้น มีการเรียนการสอน การรักษา ทั้งการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนตะวันตก จวบจนถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว “ มีการสั่งยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทย และประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ เพื่อควบคุม การประกอบโรคศิลปะ 2466 ” (อภิชาติ ลิ้มดิยะ โยธิน 2549 : 11) เพื่อป้องกันอันตรายที่สืบเนื่องมาจาก ผู้ประกอบการไม่มีความรู้ ความชำนาญอย่างแท้จริง ซึ่งการยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทยดังกล่าว ทำให้ “ กรมแพทย์หลวงถูกยุบ หมอหลวงที่เคยรับราชการอยู่ต้องออกมาประกอบอาชีพส่วนตัว ” (Online 7 พฤศจิกายน 2551 : [http:// healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/ thaimassage2/index.html](http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thaimassage2/index.html)) จึงมีหมอแผนโบราณเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถปฏิบัติได้ ส่งผลให้การแพทย์แผนไทย ตกต่ำสืบมา จนถึง พ.ศ. 2523 ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้เริ่มฟื้นฟูการแพทย์ไทย โดยได้รับอนุญาตให้ก่อตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวโกมารภักจ) เปิดการเรียนการสอน หลักสูตรวิชาการแพทย์แผนไทย ในช่วงปีพ.ศ.2530 - 2534 มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น และพ.ศ.2532 ได้มีการพัฒนาโครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เป็นองค์กรรองรับงานด้าน การแพทย์แผนไทย โดยรัฐบาลได้ให้กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนา การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย พร้อมกับยกฐานะเป็นสถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัด กรมการแพทย์ เมื่อ พ.ศ.2536 เพื่อกำกับดูแลการแพทย์แผนไทย ทั้งนี้ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ได้สนับสนุน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชนด้านการแพทย์ เภสัชกรรมแผนไทย การนวดไทย สมุนไพร และเทคโนโลยีพื้นบ้านอื่นๆ ผสมผสานกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ ต่อมา พ.ศ.2545 ได้จัดตั้งเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก พร้อมทั้งโอนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทย และศูนย์ประสานงาน การแพทย์ทางเลือก ที่ตั้งขึ้นก่อนหน้านั้นไปสังกัดกรมดังกล่าว

สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย เรียกว่า “ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนไทย ” เป็นหน่วยงานต้นแบบในการรักษาภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ เป็นสถานที่สาธิตการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เป็นแหล่งศึกษาวิจัยทางคลินิกฯ และพัฒนา มาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทย เดิมศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เป็นการดำเนินการ โดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน คือ ได้ร่วมมือกับมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา (เดือน ตุลาคม 2545 - มกราคม 2548) ต่อมาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2548 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้ ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย มีการให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาโรค โดย

ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย และผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เปิดให้บริการทั้งในและนอกเวลาราชการ ตั้งแต่ เวลา 08.30-16.30 น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยเฉพาะการนวดแผนไทย (แบบราชสำนักหรือแบบชาววัง) ซึ่งมีผู้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ

อย่างไรก็ตามการให้บริการที่จะประสบความสำเร็จนั้นส่วนหนึ่งต้องมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ถูกต้องตามหลักการนวดของแพทย์แผนไทย สามารถทำให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย หรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วย หรือหายขาดจากโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในกรณีนี้ จึงทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจว่าเพราะเหตุใดการนวดแผนไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาในอดีต ได้หวนกลับมาได้รับการยอมรับให้เป็นการแพทย์ทางเลือกใหม่อีกทางหนึ่ง ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ ว่ามีการให้บริการที่ดีหรือไม่เพียงใด หรือสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการอย่างไร หรือการให้บริการยังมีปัญหาข้อบกพร่องที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และพัฒนา รวมทั้งจะมีแนวทางใดในการพัฒนาการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

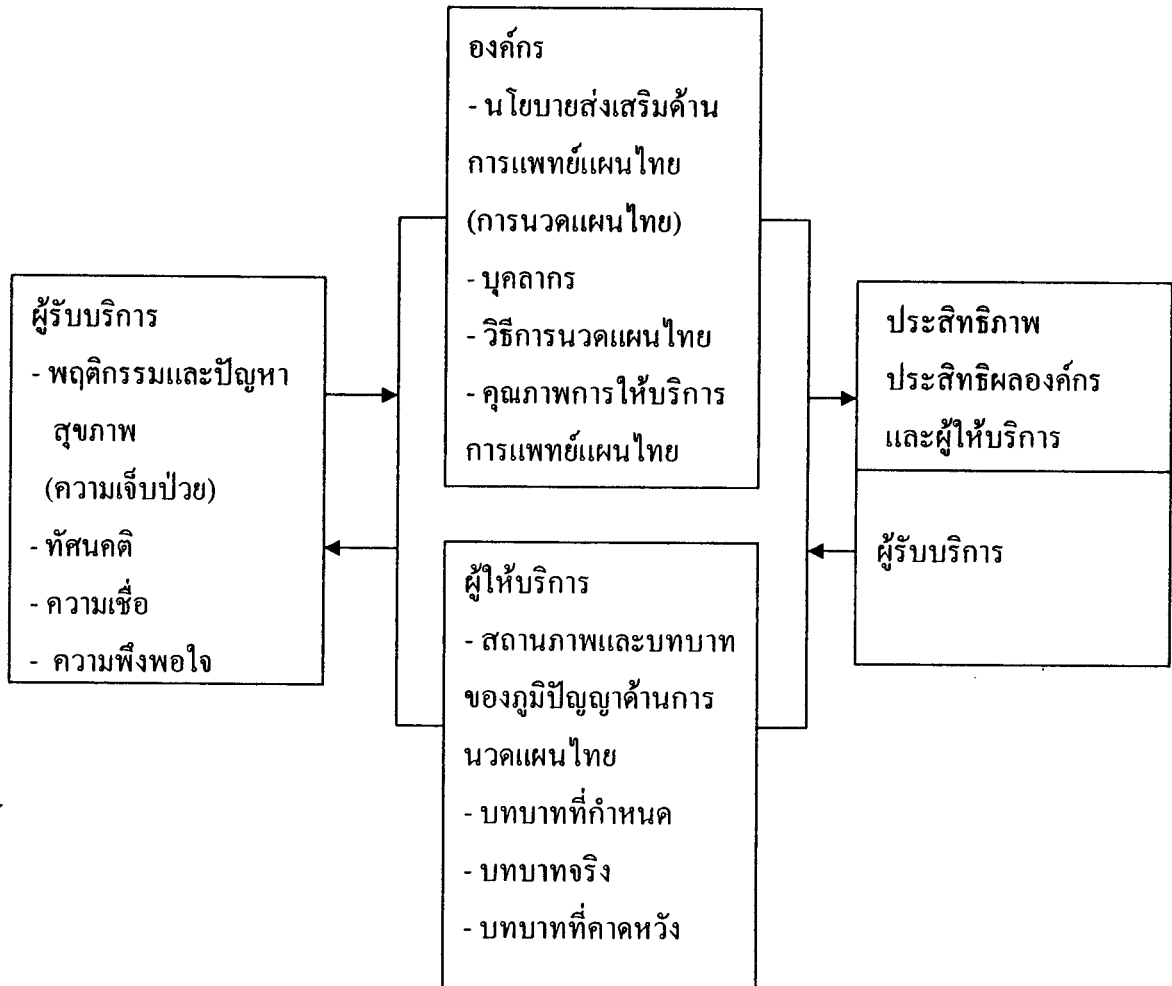
## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทย และการจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

2.2 เพื่อศึกษาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

2.3 เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

### 3. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### 4. ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาประวัติความเป็นมา วิธีการนวด การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ รวมทั้งสถานภาพและบทบาท ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน ตลอดจนแนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย จากผู้บริหารและผู้ให้บริการ 23 คน และผู้รับบริการ 338 คน ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และสถาบันการแพทย์แผนไทย



## 5. ข้อตกลงเบื้องต้น

ศึกษาเฉพาะบุคลากร และผู้รับบริการ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

## 6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 สถานภาพ (Status) หมายถึง ตำแหน่งที่ถูกกำหนดโดยสังคม เพื่อช่วยสร้างบทบาทหรือการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ สถานภาพโดยกำเนิด (Ascribed status) และสถานภาพโดยความสามารถ (Achieved status)

6.2 บทบาท (Role) หมายถึง การประพฤติปฏิบัติตามตำแหน่งหน้าที่ที่ถูกกำหนดโดยสถานภาพทางสังคม

6.3 สถานภาพและบทบาท (Role & Status) หมายถึง ฐานะทางสังคมและการประพฤติปฏิบัติ หรือการแสดงออกตามสิทธิหน้าที่ (ในที่นี้คือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก)

6.4 ภูมิปัญญา (Wisdom) หมายถึง องค์ความรู้ อันเนื่องมาจากประสบการณ์ ของคนที่เกิดจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ขัดเกลา สั่งสมมาตั้งแต่ครั้งบรรพชน และมีการประยุกต์ใช้สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนตามบริบทของสังคม มีความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติ

6.5 ความเชื่อ (Faith) หมายถึง สิ่งที่บุคคลมั่นใจว่าเป็นความจริง ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล หรือพิสูจน์ได้ว่าใช่หรือไม่

6.6 ทศนคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งด้านบวกและด้านลบ

6.7 พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิริยาอาการที่แสดงออก อันมีผลมาจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า ที่อยู่รอบตัวของสิ่งมีชีวิต

6.8 ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับในสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุตามความคาดหวัง

ในบางระดับ ในทางตรงกันข้ามความพึงพอใจจะไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนอง

**6.9 การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)** หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้ และวิธีปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพ และการบำบัดรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยของคนไทยแบบดั้งเดิม สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม และวิถีชีวิตคนไทย

**6.10 การนวด (Massage)** หมายถึง การสัมผัสต่อร่างกายโดยใช้ส่วนของร่างกายหรือเครื่องมือต่างๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความไม่สบาย ทำให้ความรู้สึทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ดีขึ้น รวมถึงความรู้สึทางจิตใจด้วย ทั้งยังไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต (ร่างกาย, จิตใจ, ความรู้สึก)

**6.11 การนวดไทย (Thai Massage)** หมายถึง การตรวจประเมิน การวินิจฉัย การบำบัด การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยวิธีการกด การคลึง การดึง การคัด การบีบ การจับ การประคบ การอบ หรือ วิธีการอื่นตามศิลปะการนวดไทย หรือการใช้ยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

**6.12 การนวดแผนไทย (Thai Massage)** หมายถึง วิธีการสัมผัสที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย และบรรเทาหรือบำบัดจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเป็นวิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในสังคม และมีวิธีการนวด 2 แบบ คือ การนวดแบบราชสำนักหรือแบบชาววัง และการนวดแบบทั่วไป หรือแบบสามัญ หรือแบบเชลยศักดิ์

## 7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทย และการจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

7.2 มีความรู้เข้าใจสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

7.3 มีแนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาท ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัย เรื่อง สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัย ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถจำแนกรายละเอียดเนื้อหาสาระได้ดังนี้

#### 1. แนวคิดและทฤษฎีสถานภาพและบทบาท

- 1.1 สถานภาพ
- 1.2 บทบาท

#### 2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 แนวคิดภูมิปัญญาไทย
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อ
- 2.3 แนวคิดทัศนคติ
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรม
- 2.5 แนวคิดการบริการและคุณภาพบริการ
- 2.6 แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ
- 2.7 แนวคิดและทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่
- 2.8 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กร
- 2.9 แนวคิดและทฤษฎีขัดแย้ง
- 2.10 แนวคิดและทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม
- 2.11 แนวคิดและทฤษฎีทฤษฎีวิวัฒนาการทางสังคมและวัฒนธรรม
- 2.12 แนวคิดและทฤษฎีกระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย
- 2.13 แนวคิดและทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยา

2.14 แนวคิดและทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์

2.15 แนวคิดทุนทางสังคม

2.16 แนวคิดและทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

### 3. ประวัติการนวดแผนไทย

### 4. วิธีการนวดแผนไทย

### 5. การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดและทฤษฎีสถานภาพและบทบาท

##### 1.1 แนวคิดสถานภาพ

สถานภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น สังคมที่อยู่กันอย่างเป็นระเบียบ เนื่องจากสังคมมีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ในการบริหารจัดการสมาชิกให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติมั่นคง ตามฐานะหรือตำแหน่งที่สมควรได้รับ ซึ่งเป็นสถานภาพทางสังคม

##### 1.1.1 ความหมายสถานภาพ

สถานภาพ (Status) จากพจนานุกรมนักเรียนฉบับปรับปรุง (พ.ศ.2535 : 486) [พัฒนาจากพจนานุกรมนักเรียนขององค์การค้ำของคุรุสภา พ.ศ.2529 โดยยึดถือพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ.2525] ให้ความหมายไว้ว่าฐานะตำแหน่งหรือเกียรติยศของบุคคลที่ปรากฏในสังคม

สถานภาพ (Online 2 ตุลาคม 2550 : <http://www.kr.ac.th/ebook/savalee/b1.htm>) ให้ความหมายว่า ตำแหน่งที่บุคคลได้รับจากการเป็นสมาชิกของสังคม แบ่งออกเป็นสถานภาพที่ได้มาโดยกำเนิด เช่น ลูก หลาน คนไทย เป็นต้น และสถานภาพทางสังคม เช่น ครู นักเรียน แพทย์ เป็นต้น

สถานภาพ (Online 6 ตุลาคม 2550 : <http://dnfe5.nfe.go.th/ilp/soc1/so31-1-3.htm>) ให้ความหมายว่า ตำแหน่งของบุคคลในสังคมที่ได้จากการเป็นสมาชิกของสังคม

สถานภาพจะกำหนดสิทธิ และหน้าที่ของบุคคลที่มีต่อผู้อื่น ทั้งนี้ เพื่อให้การติดต่อสัมพันธ์กันทางสังคมเป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน บุคคลผู้หนึ่งอาจจะมีหลายสถานภาพได้ เช่น นาย ก. เป็นข้าราชการครู เป็นสามีของนาง ข. เป็นบิดาของเด็กชาย ค.

สถานภาพ (Online 15 มกราคม 2551 : <http://ecurriculum.mv.ac.th/social/social/history/rutien/1.3.htm>) ให้ความหมายว่า ฐานะหรือเกียรติภูมิของบุคคลหรือกลุ่ม  
สุพัตรา สุภาพ [2528 : 26 - 30 อ้างในนโยบายของศูนย์องค์การบริหาร  
สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สอบต.) Online 16 กุมภาพันธ์ 2551 <http://learners.in.th/blog/naim/toc>] กล่าวว่า เป็นตำแหน่งที่ได้มาจากการเป็นสมาชิกของกลุ่ม เป็นสิทธิและหน้าที่ทั้งหมดที่บุคคลมีอยู่ เกี่ยวข้องกับผู้อื่นและสังคมส่วนรวม สถานภาพจะกำหนดว่าบุคคลนั้นมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างไร มีหน้าที่รับผิดชอบอย่างไรในสังคม สถานภาพเป็นสิ่งที่เฉพาะบุคคลทำให้บุคคลนั้นแตกต่างจากบุคคลอื่น และมีอะไรเป็นเครื่องหมายของตนเอง

พาร์สันและชิล : Parsons and Shils (1951 : 4 อ้างใน [http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/\\_2.doc](http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/_2.doc)) กล่าวว่า คือ ตำแหน่งของผู้แสดงภายในสถาบัน เป็นตำแหน่งของผู้แสดงภายในระบบสังคมซึ่งอาศัยกลไกของสังคมเป็นตัวกำหนด โดยยอมรับว่าสถานภาพและบทบาทเป็นคุณลักษณะของผู้แสดงในสังคมนั้นๆ

ลินตัน (Linton อ้างในพิมลพรรณ วายจตุต 2536 : 7) กล่าวว่า คือ ตำแหน่งที่มีรูปแบบเฉพาะ เป็นตำแหน่งสูงสุดของรูปแบบพฤติกรรมในการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

### 1.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับสถานภาพ

สนิท สมักรการ (อ้างในพิมลพรรณ วายจตุต 2536 : 5) อธิบายว่า สถานภาพก็เช่นเดียวกับวัฒนธรรม (Culture) คือ เป็นคำที่ใช้ให้มีความหมายได้ 2 ประการ ซึ่งมักจะสับสนประการแรก สถานภาพหนึ่ง (A status) เป็นสิ่งที่ไม่มีความหมาย (Abstract) เป็นการบ่งชี้ถึงตำแหน่ง (Position) ในแบบแผนโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เหตุนี้จึงเป็นการถูกต้องที่เราจะพูดว่าคนแต่ละคนมีหลายสถานภาพ เพราะแต่ละคนเข้าไปมีบทบาทร่วมอยู่ในแบบแผนหลายๆอย่าง ประการที่ 2 คำว่าสถานภาพ (The status) นั้น หมายถึง ตำแหน่งในทางสังคมซึ่งนำสถานภาพหลายๆอย่างของแต่ละคนมีอยู่มารวมกันเข้าทั้งหมดเป็นสถานภาพประจำตัวสถานภาพหนึ่ง จึงเพียงแต่เป็นการรวมเอาสิทธิและหน้าที่ต่างๆเข้าไว้เท่านั้น สิทธิและหน้าที่ต่างๆเหล่านี้ย่อมแสดงออกโดยผ่านทางบุคคลผู้ซึ่งครอบครองสถานภาพนั้นๆ

ดังนั้น สถานภาพของบุคคลในสังคมจึงมี 2 ประเภท คือ (Online 19 มกราคม 2551 : <http://203.158.184.2/elearning/lifesocialskills/unit501.htm#pict01>)

1) สถานภาพที่ติดตัวมาหรือสถานภาพ โดยกำเนิด (ascribed status) เป็นสถานภาพจากภาวะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ การสืบสายโลหิตหรือความเป็นเครือญาติ ฯลฯ

2) สถานภาพโดยการกระทำหรือสถานภาพที่ได้มาด้วยความสามารถ (achieved status) เป็นสถานภาพที่ได้มาภายหลังอันเป็นผลมาจากความสำเร็จของการกระทำ

สรุปได้ว่า สถานภาพ หมายถึง ตำแหน่งที่ถูกกำหนดโดยสังคมเพื่อช่วยสร้างบทบาทหรือการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม

สถานภาพ จึงเป็นสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งที่สังคมกำหนดว่า แต่ละบุคคลจะอยู่ในตำแหน่งหรือสถานภาพใดในสังคมเพื่อให้สังคมอยู่กันอย่างเป็นระเบียบ ทั้งนี้สถานภาพเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตนเป็นการบ่งชี้ถึงตำแหน่งทางสังคม ซึ่งบุคคลหนึ่งจะมีได้หลายสถานภาพเนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีบทบาทในหลายสถานการณ์ และจะสัมพันธ์กับหลายสถานภาพ

## 1.2 แนวคิดและทฤษฎีบทบาท

นอกจากสมาชิกของสังคม จะมีสถานภาพหรือตำแหน่งตามที่สมควรได้รับแล้ว การประพฤติปฏิบัติก็ยังคงถูกกำหนดจากสังคมเช่นเดียวกัน โดยถูกกำหนดตามสถานภาพเพื่อการแสดงออกในสังคมนั้นคือ บทบาท

### 1.2.1 ความหมายบทบาท

บทบาท (Role) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช (2542 : 602) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การทำตามหน้าที่ที่กำหนดไว้ เช่น บทบาทของพ่อแม่ บทบาทของครู

พทยา สายหู (2529 : 47 อ้างใน Online:18 สิงหาคม 2551 <http://www.geocities.com/buucu5231/nuchjare2.doc>) กล่าวว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเป็นบุคคลและเปรียบเสมือน “ บท ” ของตัวละครที่กำหนดไว้ให้ผู้แสดงในละครเรื่องนั้นๆเป็น (ละคร) อะไร มีบทบาทที่ต้องแสดงอย่างไร ถ้าแสดงผิดบทหรือเล่นไม่สมบทก็อาจถูกเปลี่ยนตัวไม่ให้แสดง ในความหมายเช่นนี้ บทบาท ก็คือ การกระทำต่างๆ ที่ “ บท ” กำหนดไว้ให้ผู้แสดงต้องทำตราบใดที่ยังอยู่ใน “ บท ” นั้น

งามพิศ สัตย์สงวน (2532 : 101 อ้างใน Online วันที่ 6 ตุลาคม 2550 : [www.huso.buu.ac.th/cai/Sociology/225101/Lesson6](http://www.huso.buu.ac.th/cai/Sociology/225101/Lesson6)) กล่าวว่า คือพฤติกรรมที่คาดหวังสำหรับผู้ที่อยู่ในสถานภาพต่างๆว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร เป็นบทบาทที่คาดหวังโดยกลุ่มคนหรือสังคมเพื่อทำให้คู่สัมพันธ์มีการกระทำระหว่างกันทางสังคมได้ รวมทั้งสามารถคาดการณ์พฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น

สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2547? Online 17 พฤศจิกายน 2550 : <http://qa.swu.ac.th/LinkClick.aspx?fileticket=uF3z7hDFJfs%3D&tabid=2377&mid=3680>) กล่าวว่า แบบอย่างของพฤติกรรมที่คาดหวังว่าบุคคลจะแสดงออกในกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้อื่น บทบาทจะสะท้อนให้เห็น

ถึงตำแหน่งของบุคคลในองค์กรหรือในระบบสังคมนั้น รวมไปถึงหน้าที่ สิทธิ ความรับผิดชอบ และอิทธิพลของแต่ละบุคคลด้วย

อุทัย หิรัญโต (2526 : 197 อ้างในพัชราภรณ์ แก้วน้ำใสและ คณัช คำขวัญ Online 18 มีนาคม 2551 : <http://www.dld.go.th/region1/knowledge%20Center/knowledge/4-1/main2.doc>) ให้ความหมายว่า คือ หน้าที่หรือพฤติกรรมอันพึงคาดหมายของบุคคลแต่ละคนในกลุ่มหรือสังคม หรือวัฒนธรรมของกลุ่มหรือสังคมนั้นกำหนดขึ้น

Yong and Mack (1959 อ้างในรัชนิกร อุปเสน 2541 : 14) กล่าวว่า คือ หน้าที่ของฐานะตำแหน่ง เมื่อบุคคลได้ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง และสิ่งที่ตามมากับตำแหน่งนั้นเป็นเครื่องกำหนด สำหรับดำรงฐานะตำแหน่งนั้นเรียกว่า บทบาท

รัชนิกร อุปเสน (2541 : 14) กล่าวว่า รูปแบบพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บุคคลได้ปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพ หรือตำแหน่งที่บุคคลดำรงอยู่ตามความคาดหวังของสังคม และความคาดหวังของตนเอง

ปราโมทย์ จุงสกุล (2544 : 12) ได้ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่บุคคลแสดงตามตำแหน่งที่บุคคลดำรงตามตำแหน่งนั้นๆ การที่จะปฏิบัติได้ตามบทบาทหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลและปัจจัยอื่นๆ ซึ่งบทบาทที่ได้กระทำจริงอาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากบทบาทที่ได้กำหนดไว้ก็ได้

Levingson (1964 : 284-285 Online 15 เมษายน 2550 : [http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/\\_2.doc](http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/_2.doc)) ได้สรุปความหมายของบทบาทไว้ 3 ประการ คือ

1) บทบาท หมายถึง ปทัสถาน ความคาดหวัง ข้อห้าม ความรับผิดชอบ และอื่นๆที่มีลักษณะในทำนองเดียวกัน ซึ่งผูกพันอยู่กับตำแหน่งทางสังคมที่กำหนดให้บทบาทตามความหมายนี้คำนึงถึงตัวบุคคลน้อยที่สุด แต่มุ่งไปถึงการบ่งชี้หน้าที่อันควรกระทำ

2) บทบาท หมายถึง ความเป็นไปของบุคคลผู้ดำรงตำแหน่งที่คิด และกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้นๆ

3) บทบาท หมายถึง การกระทำของบุคคลแต่ละคนที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคมหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ แนวทางที่บุคคลพึงกระทำเมื่อดำรงตำแหน่งนั้นๆ

### 1.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท

ได้มีผู้ให้แนวคิด และลักษณะไว้ดังนี้

Hardy and Conway (1988 อ้างในรัชนิกร อุปเสน 2541 : 14) กล่าวว่า บทบาทประกอบด้วยทัศนคติ พฤติกรรมการแสดงตามความคาดหวังของสังคม และพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

ชูกา จิตพิทักษ์ (2528 : 61)) ได้ให้แนวคิดไว้ 2 ด้าน คือ

- 1) ด้านโครงสร้างทางสังคม บทบาท หมายถึง ตำแหน่งทางสังคมที่มีชื่อเรียกต่างๆ ซึ่งแสดงลักษณะโดยคุณสมบัติ และกิจกรรมของบุคคลที่ครองตำแหน่งนั้น
  - 2) ด้านการกระทำต่อกันหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บทบาท จึงหมายถึงผลสืบเนื่องที่มีแบบแผนของการกระทำเกิดการเรียนรู้ของบุคคล ที่อยู่ในสถานภาพการปฏิสัมพันธ์นั้น
- รัชนีกร อุปเสน (2541 : 15) กล่าวว่า บุคคลคนหนึ่งประกอบไปด้วยหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งที่เป็นบทบาทติดตัวมาแต่กำเนิดและบทบาทที่ได้รับมาภายหลัง โดยในแต่ละบทบาทบุคคลจะสามารถดำรงบทบาทของตนเองได้ดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง

Parsons and Shils, (1951 : 4 Online 15 กุมภาพันธ์ 2550 อ้างแล้ว) กล่าวว่า บทบาทเป็นหน่วยของระบบสังคม และบทบาท คือ การจัดระเบียบของผู้เริ่มแสดงเป็นการสร้างและกำหนดการมีส่วนร่วมของเขาในกระบวนการที่มีการกระทำร่วมกัน ซึ่งเป็นการรวมความคาดหวังที่เกี่ยวกับตนเอง และบุคคลอื่นที่เขามีความสัมพันธ์ด้วย โดยยอมรับว่าสถานภาพ และบทบาทเป็นคุณลักษณะของผู้แสดงในสังคมนั้นๆ

บรม (Broom) และเซลซ์นิก (Selznick) (1977 : 34-35 อ้างในเสาวณีย์ ลีลาบุษ 2541 : 7 และปราโมทย์ จุงสกุล 2544 : 8) ได้จำแนกแนวคิดไว้ดังนี้

- 1) บทบาทที่กำหนดไว้หรือบทบาทตามอุดมคติ (The Socially Prescribed or Ideal Role) เป็นบทบาทที่กำหนดสิทธิ และหน้าที่ของตำแหน่งทางสังคมไว้
- 2) บทบาทที่ควรกระทำ (The Perceived Role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำในหน้าที่ตำแหน่งนั้นๆ ซึ่งอาจไม่ตรงตามบทบาทที่กำหนดไว้ ไม่ตรงตามอุดมคติทุกประการ และอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลก็ได้
- 3) บทบาทที่กระทำจริง (The Performed Role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลได้กระทำไปจริงตามความเชื่อ ความคาดหวัง ตลอดจนความกดดัน และโอกาสที่จะกระทำในแต่ละสังคมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

Berlo (1966 : 153 อ้างใน Online 5 พฤศจิกายน 2550 : <http://huso.buu.ac.th/cai/Sociology/225101/lesson6>) ได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับลักษณะบทบาทไว้ว่า

- 1) บทบาทที่ถูกกำหนดไว้ (Role Prescriptions) คือ บทบาทที่กำหนดไว้เป็นระเบียบอย่างชัดเจนว่าบุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้นจะต้องทำอะไรบ้าง
- 2) บทบาทที่กระทำจริง (Role Descriptions) คือ บทบาทที่บุคคลได้กระทำจริงเมื่ออยู่ในบทบาทนั้นๆ



3) บทบาทที่ถูคาดหวัง (Role Expectations) คือ บทบาทที่ถูคาดหวังโดยผู้อื่นว่าบุคคลที่อยู่ในบทบาทนั้นๆ ควรกระทำอย่างไร

Cohen (1979 : 35 อ้างใน Online 15 พฤศจิกายน 2551: [http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/\\_2.doc](http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/_2.doc)) ได้กล่าวว่า

1) บทบาทที่ถูกกำหนด (Prescribed Role) เป็นบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ให้ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทใดบทบาทหนึ่ง แม้ว่าบุคคลบางคนจะไม่ได้ประพฤติตามบทบาทที่คาดหวังโดยผู้อื่น เรายังคงยอมรับว่าบุคคลจะต้องปฏิบัติไปตามบทบาทที่สังคมกำหนดให้

2) บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Enacted Role) เป็นวิธีการที่บุคคลได้แสดงหรือปฏิบัติออกมาจริงตามตำแหน่ง

3) บทบาทที่กระทำจริง เป็นบทบาทที่เจ้าของสถานภาพได้กระทำจริง ซึ่งอาจเป็นบทบาทที่สังคมคาดหวัง หรือเป็นบทบาทที่ตนเองคาดหวัง หรืออาจเป็นบทบาทตามที่สังคมคาดหวังและตนเองคาดหวังด้วย

Gardon Allport (อ้างใน พระมหาธานี นันทวิสาร 2540 : 14 และ สุภาพร อาจเดช 2544 : 14) กล่าวว่า บทบาทเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลขณะที่ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งเมื่ออยู่ในกลุ่ม และการแสดงออกขณะดำรงตำแหน่งนั้น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1) ความคาดหวัง ( Role Expection) คือ บทบาทที่สังคมคาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติขณะดำรงตำแหน่งใดๆในสังคม

2) การมองเห็นบทบาท (Role Conception) คือ การที่บุคคลมองเห็นว่าตนควรมีบทบาทเช่นใด ซึ่งเขาจะวาดของเขาเองและจะสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้

3) การยอมรับบทบาท (Role Acceptation) จะเกิดขึ้นภายหลังที่เขาเห็นว่าบทบาทนั้นมีความสำคัญต่อตนเอง ทำให้เกิดความมั่นคง อบอุ่น หรือขัดแย้งกับสังคมที่กำหนดไว้น้อยที่สุด

4) การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance) ซึ่งการปฏิบัติตามบทบาทนั้นจะขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว

นอกจากนี้ สวงนศรี วิรัชชัย (2527 : 23 - 24) กล่าวว่าถ้าพิจารณาให้ลึกซึ้งจะพบว่าบทบาทมีอยู่ 5 ลักษณะ คือ

1) บทบาทตามที่กำหนด หมายถึง บทบาทที่สังคม กลุ่ม หรือองค์การกำหนดไว้ว่าเป็นรูปแบบของพฤติกรรมประจำตำแหน่งต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม กลุ่ม หรือองค์การนั้นๆ

2) บทบาทที่ผู้อื่นคาดหวัง หมายถึง บทบาทหรือรูปแบบของพฤติกรรมที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังว่าผู้อยู่ในตำแหน่งจะถือปฏิบัติ

3) บทบาทตามความคิดของผู้อยู่ในตำแหน่ง หมายถึง รูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลผู้อยู่ในตำแหน่ง คิดและเชื่อว่าเป็นบทบาทของตำแหน่งที่ตนดำรงอยู่

4) บทบาทที่ปฏิบัติจริง หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้อยู่ในตำแหน่งได้ปฏิบัติหรือแสดงออกมาให้เห็น ซึ่งมักจะเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทตามความคิดของผู้อยู่ในตำแหน่ง

5) บทบาทที่ผู้อื่นรับรู้ หมายถึง รูปแบบพฤติกรรมที่ผู้อื่นได้รับทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของผู้อยู่ในตำแหน่ง ซึ่งมักจะมีการเลือกรับรู้และรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริงได้

ส่วนผู้เสนอลักษณะของบทบาทที่แตกต่างไปจากผู้อื่นเล็กน้อย คือ

ทิตยา สุวรรณชฎ 2527 : 43 (อ้างในเสาวณีย์ ลีลาบุษ 2541 : 6 และ ปราโมทย์ จุงสกุล 2544 : 9) ได้กล่าวถึงลักษณะบทบาทไว้ว่า

1) มีสถานภาพ (status) อยู่จริงในทุกสังคม และมีอยู่ก่อนที่ตัวคนจะเข้าไปครอง

2) มีบทบาทที่ควรจะเป็น (Ought to – role) ประจำอยู่ในแต่ละตำแหน่ง

3) วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีในสังคมนั้นๆ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดฐานะตำแหน่ง และบทบาทที่ควรจะเป็น

4) การที่คนเราจะทราบถึงฐานะ ตำแหน่ง และบทบาท จะได้จากสังคมกรรม (socialization) ในสังคมนั้นๆ

5) บทบาทที่ควรจะเป็นนั้นไม่แน่นอนเสมอไปว่าจะเหมือนกับพฤติกรรมจริงๆของคนที่มีรองฐานะตำแหน่งอื่นๆ เพราะพฤติกรรมจริงๆเป็นผลของปฏิกริยาของคนที่มีรองฐานะตำแหน่งที่มีต่อบทบาทที่ควรจะเป็นบุคลิกภาพของตนเอง และบุคลิกภาพของผู้อื่นที่เข้ามาร่วมในพฤติกรรม และเครื่องกระตุ้น (Stimulus) ที่มีอยู่ในเวลานั้น และสถานที่ที่เกิดการติดต่อทางสังคม

ลินเดอร์สมิตและคณะ (Lindersmith and Others, 1975 : 400 ในงามพิศ สัตย์สงวน 2532 : 105 และ Online : 15 พฤษภาคม 2550 อ้างแล้ว) กล่าวว่าบทบาทของคนใดคนหนึ่งจะต้องประกอบ ด้วยลักษณะดังนี้

1) ต้องเป็นแบบหรือลักษณะเฉพาะของตนเอง

2) พฤติกรรมในสถานการณ์ที่กำหนดให้มันจะต้องพอเหมาะกับลักษณะ

เฉพาะของตน

3) ภูมิหลังของการกระทำที่เกี่ยวข้องกับสิ่งอื่นๆ จะเป็นตัวชี้แนวทางในการกระทำที่จะเกิดขึ้น

4) ในการแสดงบทบาทจะต้องมีการประเมินผลด้วยตัวเองและผู้อื่น

### 1.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท

Homan's Role Theory (อ้างใน นุจรี เกตุปราษฎ์ 2544 Online 5 พฤษภาคม 2550 : [http:// www. gspa-buu.net/DigitalLibrary/data/4322023.pdf](http://www.gspa-buu.net/DigitalLibrary/data/4322023.pdf)) กล่าวว่า บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทไปตามตำแหน่งเสมอ เช่น ตอนกลางวันแสดงบทบาทสอนหนังสือเพราะมีตำแหน่งเป็นครู ตอนเย็นแสดงบทบาทเรียนหนังสือ เพราะมีตำแหน่งเป็นนิสิตภาคสมทบได้

Ralph Linton's Role Theory (อ้างในธนาบดี ชูปเทียนรัตน์ 2547 : 10) กล่าวว่า ตำแหน่ง สถานภาพเป็นผู้กำหนดบทบาท ผู้ที่มีตำแหน่งจะปฏิบัติหน้าที่ได้สมบทบาทหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆอย่าง เช่น บุคลิกภาพของผู้สมบทบาท ลักษณะของสังคม ตลอดจนขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมนั้นด้วย

จำนง อคิวัฒน์สิทธิ์ และคณะ (2533 : 67 อ้างใน เสาวนีย์ ลีลานุช 2541 : 5 และปราโมทย์ จุงสกุล 2544 :8) อธิบายทฤษฎีนี้เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่บุคคลแสดงต่อกัน เป็นการแสดงบทบาทตามที่สังคมกำหนดทำนองเดียวกับการแสดงละครตามบท (script) บทดังกล่าวก็คือ สถานภาพและบรรทัดฐานนั่นเอง บุคคลในสังคมมีสถานภาพต่าง ๆ มากมาย และถูกคาดหวังจากคนอื่นให้แสดงบทบาทตามสถานภาพที่ดำรงอยู่ ส่วนบรรทัดฐานหรือความคาดหวังของสังคมก็มีหลายระดับ ตั้งแต่การบังคับให้กระทำหรือไม่ควรกระทำ นอกจากสังคมคาดหวังให้บุคคลแสดงบทบาทแล้ว ยังมีกลไกสำหรับควบคุมบังคับให้บุคคลยึดถือบรรทัดฐานด้วยการลงโทษโดยวิธีต่างๆ

จากแนวคิดทฤษฎีข้างต้นสรุปได้ว่า บทบาท หมายถึง การประพฤติปฏิบัติตามตำแหน่งหน้าที่ที่กำหนดโดยสถานภาพทางสังคม

บทบาท จึงเป็นสิทธิหน้าที่ที่ต้องประพฤติปฏิบัติ เพื่อแสดงออกในสังคมตามการครอบครองสถานภาพนั้น เมื่อบุคคลใดได้นำสิทธิหน้าที่ที่มีอยู่ในสถานภาพของตนเองออกมาใช้ หมายความว่า บุคคลนั้นกำลังสวมบทบาทของเขาซึ่งมีอยู่หลายประการ และจะต่อเนื่องกันไปจากการที่ต้องเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ซึ่งบทบาทรวมต่างๆเหล่านั้นของเขาก็จะเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพของเขาในสังคม

## 2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 แนวคิดภูมิปัญญา (Wisdom)

การอยู่ร่วมกันในสังคมเป็นกลุ่มใหญ่ย่อมต้องมีอุปสรรคในการดำรงชีวิต หนทาง

หนึ่งในการจัดหรือแก้ไขปัญหา ก็ด้วยการนำเอาความรู้ที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ซึ่งเรียกกันว่า ภูมิปัญญา

### 2.1.1 ความหมายภูมิปัญญา

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ.2542 : 826) ให้ความหมายไว้ว่า  
 ฝนความรู้,ความสามารถ

จารุวรรณ ธรรมวัตร (2538 : 1 อ้างใน วารุณี พงษ์ภิญโญ 2545 : 15) ให้ความหมายว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าแสดงถึงคุณลักษณะของบุคคล และสังคม ซึ่งได้สั่งสมและปฏิบัติสืบกันมา ภูมิปัญญาจะเป็นทรัพยากรบุคคลหรือทรัพยากรความรู้ก็ได้

เอกวิทย์ ณ ถลาง (2540 : 11) ให้ความหมายว่า ความรู้ ความคิด ความสามารถ ความชัดเจนที่กลุ่มชนได้จากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ใน การปรับตัว และการดำรงชีพในระบบนิเวศน์ หรือสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรมที่ได้พัฒนาการสืบสารกันมา ภูมิปัญญาเป็นความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจนที่เป็นผลของการใช้สติปัญญา ปรับตัวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ในพื้นที่ที่กลุ่มชนนั้นตั้งถิ่นฐานอยู่ และได้แลกเปลี่ยนสังสรรค์ทาง วัฒนธรรมกับกลุ่มชนอื่นต่างพื้นที่สิ่งแวดล้อมอื่น ที่ได้มีการติดต่อสัมพันธ์กันแล้วรับเอาหรือปรับเปลี่ยน นำมาสร้างประโยชน์ หรือแก้ปัญหาในสิ่งแวดล้อมตามบริบททางสังคม และวัฒนธรรมของกลุ่มชนนั้น

พัชรา อุตระกูล (2531 : 9 อ้างใน Online 7 กรกฎาคม 2550 : [http://www.Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://www.Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)) กล่าวว่า ภูมิปัญญาเป็นเรื่องที่สั่งสมมาแต่อดีตเป็นเรื่องของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติแวดล้อม คนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยผ่านกระบวนการจากจารีตประเพณีวิถีชีวิตการทำมาหากิน และพิธีกรรมต่างๆ ทุกอย่าง เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความสัมพันธ์เหล่านั้น

กุลวิตรา กังคานนท์ (2531 : อ้างในทัศน ทัศนียานนท์ 2547 : 4) กล่าวว่า ภูมิปัญญา นอกจากจะเป็นเรื่องของพื้นภูมิธรรมแล้ว ยังหมายถึงศักยภาพในการประสานความรู้ใหม่ มาใช้ประโยชน์ด้วย ซึ่งเอื้อให้เกิดทางเลือกใหม่มีลักษณะสากล และลักษณะเฉพาะของเราเอง

ชลธิรา สัตยวัฒน์ (2534 อ้างใน Online : 5 กุมภาพันธ์ 2551 : [www.identityhttp://ecurriculum.mv.ac.th/nuke/modules.php?name=Web\\_Links&l\\_op=viewlink&cid = 1751](http://www.identityhttp://ecurriculum.mv.ac.th/nuke/modules.php?name=Web_Links&l_op=viewlink&cid = 1751)) กล่าวว่า ภูมิปัญญาเป็นผลึกขององค์ความรู้ที่มีกระบวนการสั่งสม สืบทอดคลั่นกรองกันมา ยาวนาน มีที่มาหลากหลายไร้เอกภพ แต่ก็ได้ประสานประสานกันจนเป็นเหลี่ยมมนที่จรัสแสงคงทน และทำทาบตลอดกาลเวลา ความรู้อาจจะไม่ได้เป็นเอกภาพ (Unity) แต่ภูมิปัญญาจัดว่าเป็นเอกลักษณ์ (identity)

รัตนะ บัวสนธิ (2535 อ้างในทัศน ทัศนียานนท์ 2547 : 4) กล่าวว่า ภูมิปัญญา คือ ความรู้ความเชื่อความสามารถทางพฤติกรรม และความสามารถในการแก้ปัญหาของมนุษย์ ภูมิปัญญาคือ ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจน ที่กลุ่มชนได้จากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ในการปรับตัว และดำรงชีพตามสภาพแวดล้อมของธรรมชาติ ภูมิปัญญาคือประสบการณ์ในการประกอบอาชีพในการศึกษาเล่าเรียน ภูมิปัญญามีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความสุข ทั้งในส่วนที่เป็นชุมชน หมู่บ้าน และในส่วนที่เป็นปัจเจกของชาวบ้านเอง หากเกิดปัญหาทางด้านไม่สมดุลกันก็จะเกิดความไม่สงบสุข เกิดปัญหาในหมู่บ้านและชุมชน

ภูมิปัญญาไทย (Online 10 กันยายน 2551 : <http://www.panyathai.or.th/wiki/index.php/%E0%B8%>) ความรู้ความสามารถ วิธีการผลงานที่คนไทยได้ค้นคว้า รวบรวม และจัดเป็นความรู้ ถ่ายทอด ปรับปรุง จากคนรุ่นหนึ่งมาสู่คนอีกรุ่นหนึ่งจนเกิดผลิตผลที่ดี งดงาม มีคุณค่า มีประโยชน์ สามารถนำมาแก้ปัญหาและพัฒนาวิถีชีวิตได้แต่ละหมู่บ้าน แต่ละชุมชนไทยล้วนมีการทำมาหากินที่สอดคล้องกับภูมิประเทศ มีผู้นำที่มีความรู้มีฝีมือทางช่างสามารถคิดประดิษฐ์ตัดสินใจแก้ปัญหาของชาวบ้านได้ ผู้นำเหล่านี้เรียกว่า ปราชญ์ชาวบ้าน หรือผู้ทรงภูมิปัญญาไทย

ภูมิปัญญาไทย (อ้างใน Online 1 มกราคม พ.ศ.2551 : [http://www.sk.ac.th/club/Web%20T.Chutima%20New/thai/pom\\_thai\\_2.htm](http://www.sk.ac.th/club/Web%20T.Chutima%20New/thai/pom_thai_2.htm)) ให้ความหมายว่า ความรู้ความสามารถ ความชาญฉลาด ทักษะและเทคนิค อันเกิดจากพื้นความรู้ที่ผ่านกระบวนการสืบทอด เลือกรองรปรับปรุงพัฒนา การสร้างงาน ด้วยประสบการณ์ที่สะสมมาเป็นเวลานานอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับยุคสมัย

ภูมิปัญญาไทย (อ้างใน Online : 5 กุมภาพันธ์ 2551 : <http://www.thaicountryshop.com/kbo/-knowledge Category.asp?cat=6>) กล่าวว่า เป็นผลของประสบการณ์สั่งสมของคนที่เรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มชนเดียวกันและระหว่างกลุ่มชุมชนหลายๆ ชาติพันธุ์ รวมไปถึงโลกทัศน์ที่มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ภูมิปัญญาเหล่านี้เคยเอื้ออำนวยให้คนไทยแก้ปัญหาให้ดำรงอยู่ และสร้างสรรค์อารยธรรมของเราเองได้อย่างมีดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในระดับพื้นฐานหรือระดับชาวบ้าน

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2541 : 11 - 17) ให้ความหมายไว้ 4 ประการ คือ

- 1) ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ความสามารถทางพฤติกรรม และความสามารถในการแก้ไขปัญหาของมนุษย์
- 2) ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจนที่กลุ่มชนได้จากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ในการปรับตัว และดำรงชีพตามสภาพแวดล้อมของธรรมชาติ

3) ภูมิปัญญาเป็นเรื่องที่สั่งสมกันมาตั้งแต่อดีต และเป็นเรื่องของการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับสิ่งแวดล้อม คนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยผ่านกระบวนการทางจารีตประเพณี การทำมาหากินและพิธีกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างสัมพันธ์เหล่านี้ เป้าหมายคือ เพื่อให้เกิดความสุขทั้งในส่วนที่เป็นชุมชนเป็นหมู่บ้าน และในส่วนที่เป็นปัจเจกของชาวบ้านเอง หากเกิดปัญหาทางด้านความไม่สมดุลกันขึ้นก็จะก่อให้เกิดความไม่สงบสุข ทั้งในส่วนที่เป็นสังคม และในส่วนที่เป็นปัจเจกของชาวบ้านเอง

4) ประสบการณ์ในการประกอบอาชีพในการศึกษาเล่าเรียน การที่ชาวบ้านรู้จักวิธีการทำนา การไถนา การนำกระบือมาใช้ในการไถนา การรู้จักนวดข้าวโดยการใช้กระบือ รู้จักสานกระบุง ตะกร้า เอาไม้ไผ่มาทำเครื่องมือใช้สอยในชีวิตประจำวันเรียกว่า ภูมิปัญญา ทั้งสิ้น (Online 3 มกราคม 2551 : [http://service.christian.ac.th/ncc/Loca\\_IWisdom/Ans.html](http://service.christian.ac.th/ncc/Loca_IWisdom/Ans.html))

### 2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญา

เอกวิทย์ ณ ถลาง ( 2537 อ้างใน Online 30 พฤษภาคม 2550 : [Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)) ได้อธิบายภูมิปัญญาไทยว่า เป็นผลของประสบการณ์สั่งสมของคนที่เรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มชนเดียวกันและระหว่างกลุ่มชุมชนหลายๆ ชชาติพันธุ์ รวมไปถึงโลกทัศน์ที่มีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ภูมิปัญญาเหล่านี้เคยเอื้ออำนวยให้คนไทยแก้ปัญหาดำรงอยู่ได้ และสร้างสรรค์อารยธรรมของเราเองได้อย่างมีดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในระดับพื้นฐานหรือระดับชาวบ้าน ภูมิปัญญาในแผ่นดินนี้มีได้เกิดขึ้นเป็นเอกเทศแต่มีส่วนแลกเปลี่ยนเลือกเฟ้น และปรับให้ภูมิปัญญาจากอารยธรรมอื่นตลอดมา

สามารถ จันทร์สุรย์ (2533 อ้างใน Online 12 มิถุนายน 2550 : [Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)) ได้ให้ความหมาย และขอบข่ายตลอดทั้งลักษณะของภูมิปัญญาไทย 3 ลักษณะที่สัมพันธ์ใกล้ชิดกัน คือ

- 1) ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกันระหว่างคนกับโลก สิ่งแวดล้อม สัตว์ พืช ธรรมชาติ
- 2) ความสัมพันธ์ของคนกับคนอื่นๆ ที่อยู่ร่วมกันในสังคมหรือในชุมชน
- 3) ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหนือธรรมชาติ ตลอดทั้งสิ่งที่ไม่สามารถสัมผัสได้ทั้งหลาย

สามารถ จันทร์สุรย์ (2536 อ้างใน Online 28 มิถุนายน 2550 : [Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)) ยังได้อธิบายลักษณะเพิ่มเติมอีก 2 ลักษณะ คือ

- 1) ลักษณะที่เป็นนามธรรม เป็นโลกทัศน์ชีวทัศน์ เป็นปรัชญาในการดำเนินชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย คุณค่าและความหมายของทุกสิ่งในชีวิตประจำวัน

2) ลักษณะที่เป็นรูปธรรม เป็นเรื่องเฉพาะด้าน เช่น การทำมาหากิน การเกษตร หัตถกรรม ศิลปดนตรี และอื่นๆ

รุ่ง แก้วแดง (2541:204 อ้างใน ฌัญญา ทิพรรัตน์ Online : 3 มกราคม 2551 : <http://www.media.academic.chula.ac.th/arted/PROJECT/ARTICLE/Trend/mali3.htm>) ยังได้แบ่ง ภูมิปัญญาไทยออกเป็น 2 ระดับ คือ ภูมิปัญญาชาติ กับภูมิปัญญาท้องถิ่น

เสรี พงศ์พิศ (2529 อ้างใน Online : 15 กรกฎาคม 2550 : [Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)) ได้อธิบายภูมิปัญญา 2 ระดับว่า

1) ภูมิปัญญาระดับชาติ เป็นภูมิปัญญาที่พัฒนาสังคมไทยให้รอดพ้นจาก วิกฤตการณ์ต่างๆ ในอดีต การเสียดเอกราช การสร้างเสริมความศิวิไลซ์ให้กับชาติตราบนานทุกวันนี้ เช่น กรณีการกอบกู้เอกราชของพระนเรศวรมหาราช การป้องกันตนเองไม่ให้ตกเป็นเมืองขึ้นสมัย ยุคล่าอาณานิคม เป็นต้น

2) ภูมิปัญญาระดับท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นภูมิปัญญาที่เกิดขึ้น เฉพาะท้องถิ่นเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นนั้น เป็นพื้นความรู้ของชาวบ้านในการคิดแก้ปัญหา ในชีวิตของตนเองหรือสติปัญญาอันเกิดจากการเรียนรู้ สะสม ถ่ายทอดประสบการณ์ที่ยาวนานของ ผู้คนในท้องถิ่น ซึ่งได้ใช้ชีวิตถาวรกับป่าเขา น้ำ ปลา ฟ้า นก ดิน หอ้า สัตว์ป่า พืช แมลง และ ธรรมชาติรอบตัวเป็นองค์ความรู้ทั้งหมดของพวกเขา

โดยภูมิปัญญามีจุดกำเนิดมาจากชาวบ้าน และภูมิปัญญาชาวบ้านเกิดขึ้นเป็น ครั้งแรก โดยมูลนิธิหมู่บ้าน ซึ่งมี ดร.เสรี พงศ์พิศ ประธานมูลนิธิเป็นผู้ริเริ่มคำว่า “ ภูมิปัญญา ชาวบ้าน ” ถูกสร้างขึ้นเป็นวาทกรรมสวนกระแสภายใต้กระบวนการพัฒนากระแสหลัก ที่มอง ชาวบ้านว่าวนเวียน และดักดานอยู่ในวงจรอุบาทว์ของความโง่ - เจ็บ - จน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย 2547 : 6) สองทศวรรษที่แนวคิดภูมิปัญญาชาวบ้าน และปราชญ์ ชาวบ้านถูกสังเคราะห์ขึ้นโดยองค์กรพัฒนาเอกชน และนักคิดทวนกระแส ปัจจุบันการสืบสาน ภูมิปัญญาท้องถิ่นกลายเป็นภารกิจหลักของรัฐ (ปรีดดา 2547 อ้างใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ หน้า เดียวกัน) ภูมิปัญญาชาวบ้านและภูมิปัญญาไทย กลายเป็นส่วนหนึ่งของแผน และโครงการพัฒนา ของแทบทุกหน่วยงาน และถูก “ ต่อ ยอด ” ... ด้านภูมิปัญญาสุขภาพไทยนั้น ได้มีการพัฒนาจาก แนวคิดนามธรรมจนกลายเป็นสมุนไพรไทย ยาไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนวดไทย... จนมีการนวดไทย ทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชน ในโรงแรม ในสปาต่างๆ รวมทั้งบิมน้ำมัน และศูนย์การค้าแทบทุกแห่ง แม้ว่าภูมิปัญญาสุขภาพไทยส่วนหนึ่งจะถูกทำให้กลายเป็นสินค้า แต่ภาวะดังกล่าวก็สะท้อนความรู้สึก นึกคิด และทัศนคติของสังคมไทยที่ความเป็นท้องถิ่น และความเป็นไทยเปลี่ยนแปลงไป วิถีชุมชน

ไม่ใช่สิ่งมงายไร้สาระหรือน่ารังเกียจ แต่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นภูมิปัญญาที่สังคมไทยต้องช่วยกันสืบสาน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ : ภูมิปัญญาไท สุขภาพดีวิถีไทย 2547 : 7)

สรุปได้ว่า ภูมิปัญญา หมายถึง องค์ความรู้ อันเนื่องมาจากประสบการณ์ของคนที่เกิดจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดเกล้า สังสมมาตั้งแต่ครั้งบรรพชน และมีการประยุกต์ใช้สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนตามบริบทของสังคม มีความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติ

## 2.2 แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อ

### 2.2.1 ความหมายความเชื่อ

ความเชื่อ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ.2542 : 372) ให้ความหมาย “เชื่อ” ว่า เห็นตามด้วย , มั่นใจ , ไว้ใจ

ความเชื่อ (อ้างอิงในวิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี Online : 18 กุมภาพันธ์ 2551 :[http:// th.wikipedia.org/wiki](http://th.wikipedia.org/wiki)) ให้ความหมายว่า ความมั่นใจต่อสิ่งนั้นๆว่าเป็นความจริง ซึ่งความเชื่อบางอย่างอาจสืบทอดกันมาเป็นเวลานาน ความเชื่อเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับมนุษย์มาตั้งแต่ยุคโบราณตอนที่ยังไม่มีความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ไม่มีการพิสูจน์ถึงความจริงของเรื่องนั้นๆ

ธวัช ปุณโณทก (2530 : 350 Online : 12 พฤศจิกายน 2550: <http://sophon.bcnlp.ac.th/work29/29a-santi/common.html>) ให้ความหมายไว้ว่า การยอมรับอันเกิดอยู่ในจิตสำนึกของมนุษย์ ต่อพลังอำนาจเหนือธรรมชาติที่เป็นผลดีหรือผลร้ายต่อมนุษย์ แม้ว่าพลังอำนาจเหนือธรรมชาติเหล่านี้ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นความจริง แต่มนุษย์ในสังคมหนึ่งยอมรับและให้ความเคารพยำเกรง

นันทนา ขุนภักดี (2530 : 5 Online 12 กุมภาพันธ์ 2551: [http:// www. thai-folksy.com/FolkDat/N-Sawan/Believe/021-Lit1.htm](http://www.thai-folksy.com/FolkDat/N-Sawan/Believe/021-Lit1.htm)) ให้ความหมายว่า สภาพที่บุคคลให้ความมั่นใจเห็นคล้อยตาม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามสิ่งหนึ่งสิ่งใด แล้วนำไปถ่ายทอดให้บุคคลอื่นได้ทราบ เพื่อต้องการให้เกิดความมั่นใจเห็นคล้อยตาม และปฏิบัติตามด้วย โดยไม่คำนึงว่าความเชื่อนั้นๆ จะมีเหตุผลที่สามารถพิสูจน์ได้หรือไม่ก็ตาม

สถาพร ศรีสังข์ (2533 : 16 อ้างแล้วใน Online 12 กุมภาพันธ์ 2551) ให้ความหมายว่าการยอมรับข้อเสนออย่างใดอย่างหนึ่ง ว่าเป็นความจริง การยอมรับนี้อาจเกิดจากสติปัญญา เหตุผลหรือศรัทธา โดยไม่ต้องมีเหตุผลใดๆรองรับก็ได้

กิตติมา ริวแดง (2545 : 25) ให้ความหมายว่า สภาพที่บุคคลให้ความมั่นใจเห็นคล้อยตามสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วนำไปปฏิบัติหรือถ่ายทอดให้บุคคลอื่นได้ทราบ เพื่อต้องการให้เกิด



ความมั่นใจเห็นคล้ายตามด้วย โดยไม่คำนึงว่าความเชื่อนั้นๆ จะมีเหตุผลที่สามารถจะพิสูจน์ได้หรือไม่

สุนทรีย์ โคมิน (2539 อ้างใน เทพ สวณกิตติพันธ์ 10 ธันวาคม 2551

:[http:// www.stou.ac.th/Offices/rdec/udon/upload/socities9\\_10.html](http://www.stou.ac.th/Offices/rdec/udon/upload/socities9_10.html)) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นความนึกคิดยึดถือ โดยที่เข้าตัวจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม เป็นสิ่งที่สามารถจะศึกษาและวัดได้จากคำพูดและการกระทำของคน

### 2.2.2 แนวคิดความเชื่อ

ภิญโญ จิตต์ธรรม (2518 : 54 อ้างในจิตติมา รวีแดง 2545 : 25) กล่าวว่า สิ่งที่มนุษย์เรียนรู้มานานนับพันปี และเชื่อว่ามีอำนาจลึกลับที่จะทำให้คนได้รับผลดีผลร้าย เมื่อมนุษย์กลัวอำนาจของสิ่งลึกลับก็จะกระทำการต่างๆ เพื่อมิให้ถูกลงโทษและทำเพื่อเอาใจอำนาจลึกลับนั้น จึงเกิดมีพิธีต่างๆ ขึ้น ความเชื่อต่างๆ จะเสื่อมไปเมื่อความเจริญทางวิทยาศาสตร์มาถึง และสามารถพิสูจน์ความให้เห็นได้

มณี พยอมยงค์ (2530 อ้างใน Online 12 กุมภาพันธ์ 2551 แล้ว) ได้จัดประเภทความเชื่อออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความเชื่อทั่วไป หรือความเชื่อธรรมดา เช่น เชื่อว่า มีนรก สวรรค์ เทวดา ความฝัน ฯ

2) ความเชื่อที่แฝงด้วยความกลัวหรือความเชื่อทางไสยศาสตร์ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับปรากฏการณ์ธรรมชาติ ยากกลางบ้าน โชคลาง ฤกษ์ยาม นิमितฝัน ไสยศาสตร์ คนศาสนา ประเพณี เคล็ด นรก สวรรค์ ชาตภพ วันดี วันร้าย

จรรยา สุวรรณทัต (อ้างในสุภาพ ใบแก้ว 2538 : 17) กล่าวว่า ความเชื่อของบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ในจิตใจ ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลตามความเชื่อนั้นๆ ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เช่น ถ้ามีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยว่าเกิดจากอะไร พฤติกรรมที่ปรากฏก็สะท้อนไปถึงวิธีการรักษา เช่น ถ้าเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากการกระทำของผีก็จะไปหาหมอพื้นบ้าน แต่ถ้าเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากสาเหตุที่มาจากธรรมชาติก็จะไปหาหมอปัจจุบัน

คลอสัน (Cokson อ้างในจิตติมา ภายะกุล 2537 : 14) ได้สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยศึกษาพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเลือกใช้บริการของประชาชน กล่าวคือ ผู้ที่มีความเชื่อทางไสยศาสตร์จะมีการใช้บริการที่ไสยศาสตร์มากกว่าวิทยาศาสตร์

ชาย โทริตา (2529) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้มีการรักษาพยาบาลโดยวิธีไสยศาสตร์ ประการแรกความเชื่อในความมีอยู่และประสิทธิภาพของไสยศาสตร์ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกำหนดว่า ความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุต่างกันั้นจะใช้วิธีการรักษาอะไร

วิลเลียม ฮาร์แลม ริเวอร์ส (อ้างใน สุภาพร อาจเดช 2544 : 8-9) อธิบายความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา 2 ประการ คือ ประการแรกการรักษาของคนในกลุ่มสังคมที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีตํานั้น เป็นไปตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคของคนกลุ่มนั้น ประการที่สองทั้งการรักษาเยียวยา และความเชื่อในการรักษาพยาบาล เปรียบเหมือนส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมมนุษย์ ความเชื่อว่าโรคเกิดจากพลังเวทมนต์ พลังเหนือธรรมชาติ จากปรากฏการณ์ที่เป็นเหตุเป็นผลตามธรรมชาติ พฤติกรรมการรักษาจะใช้เวทมนต์ต่อต้าน วิงวอนขอร้องหรือนำพลังเหนือธรรมชาติรักษา และรักษาตามธรรมชาติ)

รอตเตอร์ (Rotter (อ้างใน สุภาพร อาจเดช 2544 : 10-11) อธิบายพฤติกรรมมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของการเรียนรู้ทางสังคมก็คือด้านความเชื่อของบุคคล โดยได้สรุปพฤติกรรมความเชื่อของบุคคลได้ 2 ลักษณะประกอบด้วย

- 1) บุคคลมีความเชื่ออำนาจภายนอกตน เช่น โชคชะตา ความบังเอิญ
- 2) บุคคลมีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง โดยเชื่อว่าเกิดขึ้นนั้นเกิดจากการกระทำของตนเองหรือความสามารถของตน

ประยงค์ เต็มชวลาและคณะ (2547 : 6) กล่าวว่า เป็นการจัดระเบียบรวบรวมการรับรู้ และความเข้าใจของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ในโลก ความเชื่อถูกนับเข้าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรู้ความเข้าใจ (Cognitive component) ความเชื่อจึงเป็นส่วนประกอบหนึ่งของ “ ทักษะคิด ” แต่ความเชื่อมิได้ประกอบด้วยความรู้สึกหรืออารมณ์และความพร้อมที่จะแสดงออกเป็นพฤติกรรม เช่นเดียวกับทักษะคิด ขณะที่ทักษะคิดเป็นความรู้สึกที่มีอยู่ในตัวบุคคล ส่วนความคิดเห็นนั้นเป็นการแสดงทักษะคิดออกมาให้ผู้อื่นทราบโดยใช้ภาษาเป็นสื่อ

### 2.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อสาเหตุการเกิดโรค

ทฤษฎีอธิบายสาเหตุการเกิดโรคของ Foster ที่กล่าวว่าขึ้นอยู่กับความเชื่อของการอธิบายโรคและสาเหตุการเจ็บป่วย 2 ประการ คือ

- 1) Personalistic Medical System เป็นระบบความเชื่ออธิบายว่า สาเหตุการเจ็บป่วยนั้น เกิดจากสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ และอธิบายไม่ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากเคราะห์กรรม เช่น ผีสิง เทวดา หรือวิญญาณชั่วร้ายต่างๆ การถูก

กระทำจากศรัทธาที่อาจใช้เวทมนต์ วิธีแก้ความเจ็บป่วยเหล่านี้จะทำได้โดยกรรมวิธีทางไสยศาสตร์ โดยหมอที่ชำนาญทางเวทมนต์มาแก้ไขหรือถอดถอนสิ่งชั่วร้ายออกไป

2) Naturalistic Medical System เป็นระบบความเชื่อที่อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุต่างๆในร่างกาย ตามทฤษฎีโบราณ เช่น ทฤษฎีร้อน เย็น หรือการมีสุขภาพดีกับการเจ็บป่วย กล่าวคือ ร้อนเป็นสัญญาณลักษณะของความอบอุ่น ความดี สุขภาพดี มีมิตรที่ดี ส่วนเย็นเป็นสัญญาณลักษณะของความอ้างว้าง ความชั่ว การมีสุขภาพไม่ดี ดังนั้นแนวความคิดความเชื่อตามทฤษฎีร้อน และเย็นนั้น เป็นความเชื่อที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสภาพร่างกายของมนุษย์ การแก้ไขความเจ็บป่วยด้วยการยึดหลักความสมดุล โดยใช้สิ่งตรงข้ามแก้กัน เช่น ร้อนจะต้องแก้ด้วยเย็น หรือไข้ที่ผู้ป่วยตัวร้อนมาก จะต้องรักษาด้วยยาที่มีลักษณะเย็น

อีกทั้งทฤษฎีนี้ยังอธิบายถึงบทบาท ในการเลือกวิธีการรักษา ผลที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ในแต่ละสถานที่ และเวลาที่ต่างกัน ตลอดจนอธิบายถึงบทบาทในการสนับสนุนพฤติกรรมทางสังคมในข้อห้ามต่างๆ ไม่ให้มีการประพาศพิศินในเรื่องกฎแห่งกรรม และใช้เป็นเหตุผลในการปฏิบัติตามประเพณีดั้งเดิม เช่น ข้อปฏิบัติในพิธีการล่าสัตว์เก็บของป่าก็ต่อเมื่อต้องการอาหารเท่านั้น

สรุปได้ว่า ความเชื่อ หมายถึง สิ่งที่บุคคลมั่นใจว่าเป็นความจริงซึ่งบางครั้งอาจจะไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล หรือพิสูจน์ได้ว่าใช่หรือไม่

สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการดูแลและบำบัดรักษาสุขภาพ ทั้งด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันตามความเชื่อของสาเหตุการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค โดยมีทั้งที่เชื่อว่าเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์ และไม่เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์

## 2.3 แนวคิดทัศนคติ

### 2.3.1 ความหมายทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542 : 521) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แนวความคิดเห็น

Ajzen (1988 : Online 5 ตุลาคม 2550 : <http://www.novabizz.com/NovaAce/Attitude.htm>) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คือ อารมณ์ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบที่ตอบสนองต่อวัตถุ บุคคล สถาบัน หรือเหตุการณ์

Loudon and Della Bitta. (1993 : 423 : Online 7 ตุลาคม 2550 : <http://mkpayap.payap.ac.th/course/mk210/f7.1.htm>) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อวัตถุอย่างใดอย่างหนึ่งว่ามีลักษณะอย่างไร มีความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ (positive or negative) ชื่นชอบหรือไม่ชื่นชอบ (favorable or unfavorable) หรือเห็นด้วยหรือคัดค้าน (pro or con)

พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538 อ้างในทัศนีย์ คุณาประยูร 2551 : 12) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้สึกของบุคคลต่างๆอันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆไปในทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือต่อต้านก็ได้

ดำรงศักดิ์ ชัยสนธิ และคณะ (2543 อ้างในทัศนีย์ คุณาประยูร 2551 : 11) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อันเกิดจากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ และเป็นแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมในทางสนับสนุนหรือต่อต้านสิ่งนั้น

Assael (1993 : 282 Online 3 มกราคม 2551 :<http://mkpayap.payap.ac.th/course/mk210/f7.1.htm>) ให้ความหมายไว้ว่า ความมีใจโน้มเอียงอันเกิดจากการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อวัตถุหรือระดับชั้นของวัตถุ ในลักษณะเห็นดีเห็นชอบหรือไม่ชอบอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างสม่ำเสมอ

ประยงค์ เต็มชวลาและคณะ (2547 : 6) กล่าวว่า โดยหลักการแล้วเป็นความรู้สึกทางด้านบวกหรือลบของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมทางสังคม ยังผลให้บุคคลพร้อมที่จะได้ตอบออกมาเป็นพฤติกรรม

Roger (1978 : 208 – 209 อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสชนะเสถียร 2533 : 122 Online 13 กรกฎาคม 2551 <http://www.thaigoodview.com/node/3277>) กล่าวว่า เป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิด และรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่อ ที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

### 2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ทัศนคติ มีองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดการชักนำให้แสดงออกของพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อ ซึ่งเจดศักดิ์ โฆวาสินธุ์ (2522 อ้างในแสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ 2540) แบ่งองค์ประกอบออกเป็น 3 ประการ คือ

1) ความรู้ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความรู้ หรือความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้นๆ เพื่อเป็นเหตุผลในทางที่จะสรุปมารวมเป็นความเชื่อ หรือช่วยในการประเมินผลสิ่งเร้านั้นๆ

2) ความรู้สึก (Feeling Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล ประเมินผลของสิ่งเร้านั้นๆแล้วว่า พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการดีหรือเลวอย่างไร

3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ (Action Tendency Component) เป็นองค์ประกอบด้านความพร้อมหรือความโน้มเอียง ที่บุคคลจะประพฤติ หรือปฏิบัติตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับมาจากการประเมิน สอดคล้องกับองค์ประกอบของ คำรังสรรค์ ชัยสนิท และคณะ (2543 : 20) ซึ่งอธิบายว่าทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ สรุปได้ดังนี้

(1) ด้านความเข้าใจ หรือความเชื่อ (Cognitive or Belief) หมายถึง ความรู้ แนวคิดหรือความเชื่อที่มีต่อสิ่งต่างๆ เป็นผลให้มีความรู้สึก และมีภาพพจน์ต่อสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวเขา ความรู้ ความเชื่อที่มีอยู่เดิมเมื่อผสมกับการรับรู้จากประสบการณ์ใหม่ จะทำให้เกิดความรู้สึก และภาพพจน์ต่อสิ่งนั้น ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของทัศนคติแต่ละบุคคล

(2) ความรู้สึก อารมณ์หรือความชอบ (Affective or Emotion of Feeling Component) คือ อารมณ์ความรู้สึกที่ชอบหรือไม่ชอบของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ อารมณ์หรือความรู้สึกจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของทัศนคติของบุคคลนั้น

(3) ด้านพฤติกรรมหรือการกระทำ (Behavioral or Action Component) ได้แก่ พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความตั้งใจในการตัดสินใจกระทำต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

นอกจากนี้ทัศนคดียังมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ (Online : 2 มกราคม 2551 [ap.payap.ac.th/course/k210/f71.tm](http://ap.payap.ac.th/course/k210/f71.tm)) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1) ทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิดที่ก่อสร้างขึ้นจากการเรียนรู้ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับจากประสบการณ์ ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์ทางอ้อม

2) ทัศนคติโดยตัวมันเองไม่ใช่พฤติกรรม (Not behavior per se) ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมมากกว่าที่จะกล่าวว่า ทัศนคติเป็นความโน้มเอียงหรือสภาพความพร้อมที่จะตอบสนองต่อวัตถุ

3) ทัศนคติจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับวัตถุเสมอ “วัตถุ” อาจเป็นบุคคลกลุ่มบุคคล สถาบัน ผลิตภัณฑ์ ปัญหาสังคม หรืออะไรก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งเกี่ยวข้องที่สำคัญ เพราะว่าทัศนคติจะไม่อาจเกิดขึ้นได้ด้วยตัวมันเอง (self-generated)

4) ทักษะที่มีลักษณะค่อนข้างคงทนถาวร (Enduring) ไม่ใช่อยู่ในสภาพชั่วคราวช่วยยามที่จะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายๆ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทักษะเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แท้จริงแล้วทักษะเปลี่ยนแปลงได้ เพียงแต่ว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นช้ามาก และมักจะเผชิญกับการต่อต้านค่อนข้างมาก และยิ่งบุคคลมีอายุมากขึ้นทักษะก็จะยิ่งมั่นคงมากขึ้น จนยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับวัตถุจะไม่เป็นกลาง (Not neutral) แต่จะแสดงทิศทางและความเข้มข้นของทักษะ ในทางชอบหรือไม่ชอบอย่างใดอย่างหนึ่ง

ทั้งนี้ บุคคลสามารถแสดง ทักษะ ออกมาได้ 3 ประเภทด้วยกัน คือ (Online 3 เมษายน 2551 : [http://www.novabizz.com/NovaAce/Self/Spiritual/Attitude\\_12.php](http://www.novabizz.com/NovaAce/Self/Spiritual/Attitude_12.php))

1) ทักษะทางเชิงบวก เป็น ทักษะที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึกหรืออารมณ์จากสภาพจิตใจได้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กรอื่นๆ เช่น กลุ่มชาวเกษตรกรย่อมมีทักษะ ทางบวกหรือมีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตร

2) ทักษะทางลบหรือไม่ดี คือ ทักษะที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสียไม่ได้รับความเชื่อถือหรือไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งหรือหน่วยงานองค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กรและอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่บางคนอาจมีทักษะเชิงลบต่อบริษัท ก่อให้เกิดอคติขึ้นในจิตใจของเขา จนพยายามประพุดติ และปฏิบัติต่อต้านกฎระเบียบของบริษัทอยู่เสมอ

3) ทักษะ ที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่นๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมีทักษะที่นิ่งเฉยอย่างไม่มีความคิดเห็นต่อปัญหาได้เถียง เรื่องกฎระเบียบว่าด้วยระเบียบของนักศึกษา

สรุปได้ว่า ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งด้านบวก และด้านลบ

จึงกล่าวได้ว่า ทักษะ เป็นนามธรรมที่ประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อซึ่งมีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกในการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล สำหรับด้านสุขภาพ ทักษะสามารถชักนำให้บุคคล มีความเข้าใจต่อการเลือกรับบริการทางการแพทย์ โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ประกอบกับความเข้าใจในการกระทำของผู้อื่นรวมทั้งตนเอง และช่วยให้มีการป้องกันตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาสำหรับสุขภาพร่างกาย หรือช่วยในการปรับตัวของบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยการพัฒนาทักษะ ตามแนวทางที่คาดว่าจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและสังคมได้ เช่น การนำภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยดั้งเดิมมาประยุกต์ใช้ให้เกิด

ประโยชน์ ตลอดจนช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยม ที่นำความพึงพอใจมาสู่ตนเอง เช่น ค่านิยมในการเลือกรับบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะแตกต่างกัน บนพื้นฐานความคิดความเชื่อตามบริบทของสังคม

## 2.4 แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรม

### 2.4.1 ความหมายพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542 : 768) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538 : 155 Online วันที่ 25 มีนาคม 2551 : [http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Amnat\\_Pusree/Chapter2.pdf](http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Amnat_Pusree/Chapter2.pdf)) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่า “มี” หรือ “ไม่มี” เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2529 : 9 – 11; เฉลิมพล ต้นสกุล 2541 : 2 ; Online 20 มิถุนายน 2551 : [http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn\\_less-2.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn_less-2.doc)) ให้ความหมายว่า ปฏิบัติกริยาและกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรม นามธรรมตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจาและการกระทำ

โยธิน ศันสนยุทธ (2533 : 3 อ่างโน ; สุชาดา มะโนทัย : 2539) ได้ให้ความหมายว่า การกระทำที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ การรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก การกระทำที่สังเกตไม่ได้ เช่น ผู้กระทำรู้ตัว ไม่รู้ตัว หรือเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้นภายในและภายนอก

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2538 : 97 Online วันที่ 25 มีนาคม 2551 : [http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Amnat\\_Pusree/Chapter2.pdf](http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Amnat_Pusree/Chapter2.pdf)) ได้ให้ความหมายว่า ปฏิบัติกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม เป็นพฤติกรรมที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกมามีภายนอก

กมลรัตน์ ณ หนองคาย (2546 : 54) ให้ความหมายว่า การกระทำ หรือกิจกรรมใดๆ บุคคลนั้นแสดงออกมาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ที่เกิดขึ้นภายนอก และภายในตัวบุคคลที่บุคคลอื่น สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคลนั้นๆ

วงจันทร์ สุพิมล (Online 2 พฤษภาคม 2551 : <http://seashore.buu.ac.th/>) ให้ความหมายว่า ปฏิกริยาของมนุษย์ที่เกิดขึ้นสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่มากระทบ โดยอาจจะแสดงออก ในรูปการกระทำที่สังเกตได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายนอกและความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทัศนคติ แรงจูงใจ รวมทั้งค่านิยมของบุคคล ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายใน

อำนาจ วัคจินดา (Online 22 มิถุนายน 2551 : <http://www.hrcenter.co.th/HRKnowView.asp?id=677&mode=disp>) ให้ความหมายว่า กริยาอาการที่แสดงออกในรูปแบบต่างๆ ของมนุษย์ ซึ่งเราสามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก ทั้งนี้ ก็เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ

แบนจามิน บี.โวลแมน โวลแมน (Wolman. 1973 : 384 Online 20 มิถุนายน 2551 : <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายของความ ต้องการหรือ แรงจูงใจของตนได้รับการตอบสนอง

พฤติกรรม หมายถึง ทุกอย่างที่บุคคลทำและสามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง หรือโดยการอนุมานการกระทำของมนุษย์ที่แสดงออกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Online 22 มิถุนายน 2551 [http:// 202.28.52.44/BO/Handle/ documentary/articleIE\\_textbox1.php?article\\_id=221&articlegroup\\_id=64](http://202.28.52.44/BO/Handle/documentary/articleIE_textbox1.php?article_id=221&articlegroup_id=64))

#### 2.4.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม

โดยทั่วไปพฤติกรรมทางจิตวิทยา หมายถึง กริยาอาการทุกอย่างที่เรากระทำ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Online 2 มกราคม 2551: [http://psychology.exteen.com/ 20060610/entry](http://psychology.exteen.com/20060610/entry))

พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นการกระทำ การแสดงออกหรือ การตอบสนองที่สามารถสังเกตเห็นได้ ยินได้หรือวัดได้ เป็นการกระทำเรียกว่า กายกรรม และที่เป็น คำพูดเรียกว่า วาจกรรม ด้านกายกรรมเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น การเดิน การปรบมือ การเต้นของหัวใจ การผลิตฮอร์โมนของต่อมต่างๆ ความดันโลหิต ฯลฯ ส่วนวาจกรรมเป็นพฤติกรรม ที่เป็นคำพูด [ อยู่ที่กริยาอาการ (action) มิใช่อยู่ที่ลักษณะเนื้อหาสาระที่พูด (content) ] และ พฤติกรรมภายนอกแบ่งออกเป็น

พฤติกรรม โมลาร์ (molar behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่มีหน่วยใหญ่ สามารถสังเกตได้ง่าย พฤติกรรมที่คนเราแสดงออกต่อกันล้วนเป็นพฤติกรรม โมลาร์



พฤติกรรม โมเลกุล (molecular behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่มีหน่วยเล็ก ต้องอาศัยเครื่องมือขยายหรือวิเคราะห์จึงจะสังเกตได้ชัดเจน เช่น การเต้นของหัวใจ การผลิตฮอร์โมน ของร่างกาย และการทำงานของเซลล์ประสาท ฯ (ชัยพร วิชาวุธ 2525 : 42)

พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกต หรือวัดได้โดยตรง เช่น ความเข้าใจ การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ ความรู้สึก ฯ เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสต้องสันนิษฐาน (infer) จากพฤติกรรมภายนอกซึ่งอาจผิดพลาด ได้โดยเฉพาะการสันนิษฐานจากพฤติกรรมโมเลกุลเพียงอย่างเดียว ฉะนั้น จึงควรที่จะสังเกตจากพฤติกรรม โมเลกุล ประกอบด้วย เช่น วัดความดันโลหิต วัดความถี่ของการเต้นของหัวใจ หรือวัดความ เปลี่ยนแปลงทางเคมีในโลหิต

พฤติกรรมที่แสดงออกเกิดขึ้นเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ซึ่ง คาร์ณี และ พานทอง พาลุสุข (2532 Online 1 มิถุนายน 2551 : <http://research.doae.go.th/Textbook/%A1/les2.pdf>) ได้แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

- 1) ปัจจัยทางด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการผลักดันให้แสดง พฤติกรรมต่างๆออกมา เช่น ความคิด อารมณ์ ความจำ ความรู้
- 2) ปัจจัยทางด้านชีววิทยา เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดพฤติกรรม ต่างๆ เริ่มตั้งแต่พฤติกรรมง่ายๆ เช่น เมื่อวงกก็ล้มตัวลงนอนจนกระทั่งถึงพฤติกรรมที่ซับซ้อน อาทิ ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ นอกจากนี้ ลักษณะทางเพศของมนุษย์ก็สามารถกระตุ้นให้แสดง พฤติกรรมต่างๆออกมา เช่น การพูด การแต่งกาย
- 3) ปัจจัยทางด้านสังคมการอยู่ร่วมกัน ก่อให้เกิดข้อตกลงร่วมกันมีเงื่อนไข เป็นตัวบังคับพฤติกรรมของบุคคลให้อยู่ในขอบเขต นับได้ว่ากลุ่มเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอย่างหนึ่ง

ทั้งนี้ สอดคล้องกับ ทฤษฎี PRECEDE Framework ของ Green (ธนวรรณ 2544 อ้างใน กมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546 : 59) ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม เป็น การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม มี 3 กลุ่ม คือ

- 1) เกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (intra individual causal assumption) เป็น ปัจจัยนำ ซึ่งสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบ ภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม
- 2) เกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (extra individual causal assumption) เป็น ปัจจัยเชื้อ ซึ่งสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา โครงสร้างประชากร และ ลักษณะทางภูมิศาสตร์

3) เกี่ยวกับปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล (multiple causal assumption) เป็นปัจจัยเสริม ซึ่งสาเหตุการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย

(1) ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (2) การประเมินผล ประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข (3) โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรคความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการเกิดโรค (4) องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม (5) ความรู้ (6) องค์ประกอบด้านประชาชน

บลูม (Bloom 1975 : 65-197, อ้างถึงใน นพดล บำรุงกิจ 2544 : 14-15 Online วันที่ 10 มีนาคม 2551 [http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Wasana\\_Saisema/Chapter2.pdf](http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Wasana_Saisema/Chapter2.pdf)) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่ได้ก็ตาม พฤติกรรมดังกล่าวสามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

1) พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิดและพัฒนาการทางด้านสติปัญญา

2) พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความสนใจความรู้สึก ท่าที ความชอบ ในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล

3) พฤติกรรมด้านปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นสถานการณ์ที่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยมีองค์ประกอบของพฤติกรรม 7 ประการ (Cronbach ,1972 อ้างใน สุชาดา มะโนทัย 2539 : 9 – 10 จาก Online 10 เมษายน 2551 : [http://dit.dru.ac.th/home/005/Excellent/wiriyaporn\\_less-2.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/Excellent/wiriyaporn_less-2.doc))

1) ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการที่ทำให้เกิดกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการที่เกิดขึ้น ความต้องการบางอย่างสามารถตอบสนองได้ทันทีแต่บางอย่างต้องใช้เวลา

2) ความพร้อม (Readiness) คือ ระดับวุฒิภาวะหรือความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

3) สถานการณ์ (Situation) เป็นเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้เลือกทำกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการ

4) การแปลความหมาย ( Interpretation ) ก่อนที่จะทำกิจกรรมหนึ่งลงไป มนุษย์จะพิจารณาสถานการณ์ก่อน แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการที่เกิดความพึงพอใจมากที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการ

5) การตอบสนอง (Response) เป็นการกระทำกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการ โดยวิธีการที่ได้เลือกแล้วในขั้นแปลความหมาย

6) ผลที่ได้รับหรือผลที่ตามมา ( Consequence ) เมื่อทำกิจกรรมแล้วย่อมได้รับผลการกระทำนั้น ผลที่ได้รับอาจเป็นไปตามที่คาดคิดหรืออาจตรงข้ามก็ได้

7) ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง ( Reaction to Thwarting ) ในกรณีที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ มนุษย์ก็อาจจะย้อนกลับไปแปลความหมายของสถานการณ์และเลือกวิธีการใหม่

สำหรับด้านสุขภาพลักษณะของพฤติกรรม จะแสดงออกดังนี้  
(กมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546 : 59,60)

1) พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก (positive behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ปฏิบัติต่อไป และเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย ฯลฯ

2) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบ (negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ จะต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ด้วยเหตุนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัย Kals and Cobb (อ้างในสุวิมล ฤทธิมรรตรี 2534 : 39) จึงได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพออกเป็น

1) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะกระทำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย

2) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเมื่อมีอาการที่ผิดปกติ ซึ่งอาจจะเป็นทางร่างกาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรืออาจมีอาการผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น นอนไม่หลับ ซึมเศร้า หวาดระแวง อันจะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ

3) พฤติกรรมผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพื่อให้อาการดีขึ้น โดยการให้ความร่วมมือในกิจกรรมนั้นๆตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์และเครือญาติ

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กริยาอาการที่แสดงออกอันมีผลมาจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัวของสิ่งมีชีวิต

ฉะนั้น การดูแลสุขภาพจึงเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความสมดุลของร่างกาย ซึ่งบุคคลได้กระทำอันเนื่องมาจากการถูกกระตุ้นหรือการจูงใจจากสิ่งเร้า หรือเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้ผ่านกระบวนการกลั่นกรองเพื่อให้บุคคลอื่นได้สัมผัสรับรู้ พฤติกรรมของบุคคลแม้จะกระทำด้วยสาเหตุจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่จะมีลักษณะอาการแตกต่างกันจากบุคคล เวลา สถานที่ หรือสถานการณ์ในช่วงนั้น เนื่องจากการกระทำของบุคคลล้วนจะต้องผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ อันประกอบด้วยความเชื่อ ความคาดหวัง ทัศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย จึงทำให้พฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน หรือปรับเปลี่ยนไปตามสภาพที่เกี่ยวข้องเสมอ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น มีทั้งแบบรูปธรรมและนามธรรม โดยการบำบัดรักษาด้วยการนวดแผนไทย เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ผู้ให้และผู้รับบริการ ได้ผ่านกระบวนการจากสิ่งเร้าดังกล่าวข้างต้น ตามสภาพแวดล้อมของสังคม ก่อนแสดงออกถึงความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ พฤติกรรมจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ยังคงได้รับความนิยมาจนถึงปัจจุบัน

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการบริการ การให้บริการ คุณภาพการบริการ การรับบริการ

2.5.1 การบริการ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542 : 607) ได้ให้ความหมายคำว่า “บริการ” หมายถึง ปฏิบัติรับใช้, ให้ความสะดวกต่างๆ

สุนันท์ บุญวโรดม (2543 : 22 Online 10 เมษายน 2551 : <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>) กล่าวว่า หมายถึง กิจกรรมหนึ่งหรือชุดของกิจกรรมหลายอย่างที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคล หรืออุปกรณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ

ศิริวรรณ สิริรัตน์ และคณะ (2542 อ้างในศิริรัตน์ สัมฤทธิ์ 2549 : 5) กล่าวว่า บริการเป็นกิจกรรมผลประโยชน์ หรือความพึงพอใจที่สนองความต้องการแก่ลูกค้า

รัชยา กุลวานิชไชยพันธ์ (2535 : 13) กล่าวว่า บริการเป็นงานที่มีการผลิต และการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกันไม่อาจกำหนดความต้องการที่แน่นอนได้ เป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้า ไม่มีผลผลิต ไม่อาจกำหนดปริมาณล่วงหน้าได้ เป็นงานที่ต้องตอบสนองทันทีผู้ให้บริการต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา และสิ่งที่ผู้รับบริการจะได้คือความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่ได้มาใช้บริการ ดังนั้น คุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

สุภาควง เรืองรุจิระ (2541 : 116 อ้างใน Online 10 เมษายน 2551 แล้ว) กล่าวว่า งานบริการ คือ งานที่ไม่มีตัวตนสัมผัสไม่ได้แต่สามารถสร้างความพอใจ ในการตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้ใช้ในตลาดธุรกิจได้

สรุปได้ว่า บริการ หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัติการเพื่อตอบสนองความต้องการ และความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

### 2.5.2 การให้บริการ

ขงยุทธ์ พงษ์สุภาพ (2541 : 53 อ้างในสุภาวดี เพ็ชรสว่าง 2548 : 9) กล่าวว่า การบริการที่ดีนอกจากจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความสามารถของผู้ให้บริการแล้ว ยังจะต้องอาศัยระบบบริการที่มีโครงสร้างที่เอื้อให้เกิดการให้บริการที่ดีด้วย ซึ่งคุณลักษณะของการให้บริการที่ดีสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) การดูแลอย่างองค์รวม ผู้รับบริการจะไม่ถูกมองเป็นเพียงคนไข้หรือผู้ใช้บริการเท่านั้นแต่จะมองไปถึงความเชื่อ ความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น (Psychological Approach) ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเข้าใจผู้รับบริการในเชิงสังคม เศรษฐกิจ และขนบธรรมเนียมประเพณี (Socio - cultural and Economic) เพื่อประโยชน์ในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการในลักษณะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Mutual Understanding) ทำความเห็นให้ตรงกัน (Mutual Agreement) มีการตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) และนำ การตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้หรือปฏิบัติ (Decision Implementing) ตลอดจนส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง (Self reliance) ของคนไข้หรือผู้รับบริการ

2) การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้รับบริการทั้งผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการ ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุด หรือในทางอุดมคติคือ ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบเพื่อให้เกิดการติดตามได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับรายบุคคลและระดับครอบครัว การจะเกิดความต่อเนื่องได้นั้นเป็นผลมาจากการให้การดูแลอย่างองค์รวม การเริ่มต้นด้วยการเข้าใจถึงสภาพจิตใจ (Empathic Approach) จะช่วย

ทำให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะมาติดตามผล ถึงแม้ในการให้บริการบางอย่างอาจไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่คนไข้หรือผู้รับบริการต้องการ (Initial Demand) ได้ทั้งหมด การที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ซึ่งมีลักษณะเข้าใจซึ่งกันและกัน (Empathic Relationship) และจะทำให้ผู้บริการสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้ในที่สุด ซึ่งการดูแลอย่างองค์รวมและการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้นมีส่วนช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกัน

3) การดูแลอย่างผสมผสาน ซึ่งจะประกอบด้วยการให้บริการทั้งด้านการรักษา (Curative) การป้องกัน (Preventive) การส่งเสริมสุขภาพ (Promotive) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ในทางปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล สามารถดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาโรค ถ้าสถานบริการให้การดูแลในเรื่องการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) จะช่วยทำให้เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นมากขึ้นส่งผลให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้ความรู้ อย่างไรก็ตามการดูแลอย่างผสมผสาน มีส่วนเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลอย่างองค์รวมเป็นอย่างสูง ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลอย่างองค์รวม จะช่วยทำให้เกิดความชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น ว่าลักษณะการให้การดูแลที่เหมาะสมในขณะนั้นคืออะไร ในแง่มุมของการดูแลอย่างผสมผสานไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรค การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ หรือฟื้นฟูสภาพกับแต่ละบุคคล ครอบครัวหรือแม้แต่ทั้งชุมชน

คุณลักษณะทั้งสามประการจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน หากขาดประการใดประการหนึ่งจะทำให้ส่วนที่เหลือขาดประสิทธิภาพในตัวเองลงไปทันที

พาราสุรามาน ไชทิลและเบอร์รี่ (Parasuraman , Zeithal & Berry , 1998 : 215 อ้างในพลศักดิ์ ศรีสมบุญ, 2545 : 11) กล่าวว่า การบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติสำคัญต่างๆ เหล่านี้

- 1) ความเชื่อถือได้ ประกอบด้วย ความสม่ำเสมอ การพึ่งพาได้
- 2) การตอบสนอง ประกอบด้วย ความเต็มใจที่จะให้บริการ ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติต่อผู้ให้บริการเป็นอย่างดี
- 3) ความสามารถ ประกอบด้วย ความสะดวกในการให้บริการ ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในความรู้วิชาการที่จะให้บริการ
- 4) การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ผู้ใช้บริการเข้าใช้บริการได้สะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อนเกินไป ผู้ใช้บริการใช้เวลารอคอยน้อย เวลาที่ใช้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสม สำหรับผู้ให้บริการอยู่ในสถานที่ที่ผู้ให้บริการติดต่อได้สะดวก

5) ความสุภาพอ่อนโยน ประกอบด้วย การแสดงความสุภาพต่อผู้ใช้บริการ การให้การต้อนรับที่เหมาะสม ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี

6) การสื่อสาร ประกอบด้วย มีการสื่อสารชี้แจงขอบเขตและลักษณะบริการ มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ

7) ความซื่อสัตย์ คุณภาพของงานบริการ มีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ

8) ความมั่นคง ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ

9) ความเข้าใจ การเรียนรู้ผู้ใช้บริการ การให้คำแนะนำ เอาใจใส่ผู้ใช้บริการ การให้ความสนใจต่อผู้ใช้บริการ

10) การสร้างสิ่งจำเป็นได้ การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับบริการ การเตรียมอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ การจัดสถานที่ให้บริการสวยงามสะอาด

สรุปได้ว่า การให้บริการ หมายถึง การที่ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงความสะดวกของผู้รับบริการ โดยให้บริการที่ประหยัด คุ่มค่า มีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้นที่จะตอบสนองความต้องการของส่วนรวม

**2.5.3 คุณภาพการให้บริการ** การให้บริการเป็นหน้าที่หลักที่สำคัญในการบริหารงานภาครัฐ โดยเฉพาะในลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับประชาชนหรือลูกค้าโดยตรง หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่ในการส่งต่อการบริการ (Delivery Service) ให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการบริการดังนี้

เวอร์น่า (Verma , 1986 : 50 อ้างในพลศักดิ์ ศรีสมบูรณ์, 2545 : 12) ให้ความหมายการบริการว่า เป็นกระบวนการให้บริการซึ่งมีลักษณะที่เคลื่อนไหวเป็นพลวัต การให้บริการที่ดีจะเกิดขึ้นได้ เมื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบทรัพยากรและผลิตการบริการได้ตามแผนงาน และการเข้าถึงบริการ ด้วยเหตุนี้การให้บริการจึงมีลักษณะที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539 : 162 อ้างในสุภาวดี เพ็ชรสว่าง 2548:11) ได้จำแนกลักษณะของการประเมินคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาลไว้ 4 ด้าน คือ

1) ด้านกายภาพและบริการทั่วไป เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อาคารสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์

2) ด้านบริการที่ให้โดยแพทย์

3) ด้านบริการที่ให้โดยพยาบาล

4) ด้านบริการที่ให้โดยเจ้าหน้าที่อื่นๆ

กุลธน ธนาพงศธร (2530 : 303) กล่าวว่า หลักการให้บริการได้แก่

- 1) หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่หรือทั้งหมด มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลใดกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ
- 2) หลักความสม่ำเสมอ คือ การให้บริการนั้นๆ ต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอซึ่งมิใช่ทำๆ หยุดๆ ตามความพอใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร
- 3) หลักการสนองความต้องการที่แท้จริงของบุคลากร ประเภทของประโยชน์และบริการที่จัดให้ นั้นต้องตอบสนองความต้องการของบุคลากร มิใช่ตรงกับความต้องการหรือความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร
- 4) หลักความเสมอภาค บริการที่จัดให้ นั้นจะต้องให้แก่ผู้มารับบริการทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ไม่มีการให้สิทธิพิเศษแก่บุคคล / กลุ่มใดในลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่มคนอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด
- 5) หลักความประหยัด ค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการบริการต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ
- 6) หลักความสะดวกในการปฏิบัติ บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการต้องปฏิบัติได้ง่าย สะดวก สั้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก อีกทั้งต้องไม่เป็นการสร้างภาระยุ่งยากใจแก่ผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการมากจนเกินไป

คาทส์ และแดเนท เบรินต้า (Katz & Danet Brenda , 1993 : 4 อ้างใน พลศักดิ์ ศรีสมบุรณ์, 2545 : 13) ได้ให้ความคิดเห็นว่า หลักการที่สำคัญของการให้บริการที่ควรยึดถือ มีดังนี้

- 1) การติดต่อเฉพาะงาน (Specificity) เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ให้บริการกับลูกค้า โดยจำกัดอยู่เฉพาะในเรื่องของงานเท่านั้น
- 2) การให้บริการที่มีลักษณะเป็นทางการ (Universality) หมายถึง ผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติ ต่อผู้รับบริการอย่างเป็นทางการไม่ยึดถือความสัมพันธ์ส่วนตัว แต่ยึดถือการให้บริการแก่ผู้รับบริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกันในทางปฏิบัติ
- 3) การวางตนเป็นกลาง (Affective Neutrality) หมายถึง การให้บริการแก่ผู้มารับบริการโดยจะต้องไม่นำเอาเรื่องของอารมณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมาเกี่ยวข้อง

#### 2.5.4 การรับบริการ

Pollert (1971 : 135 - 144) กล่าวว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่ต้องการที่จะรับรู้เกี่ยวกับอาการ ขั้นตอนการรักษา และได้พบเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าตาแจ่มใส เป็นกันเองและดูแลเป็นอย่างดี



จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537 : 171 - 178) กล่าวว่าองค์ประกอบของความ ต้องการของผู้รับบริการ มีดังต่อไปนี้

1) บริการหลักที่ต้องการจริงๆ (Core services) หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการต้องการมาก จนกระทั่งก่อให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้นๆ

2) บริการที่เกี่ยวข้อง (Peripheral service) หมายถึง บริการที่ไม่ใช่บริการหลักที่ต้องการจริงๆ แต่เป็นบริการอื่นที่ผู้ให้บริการสามารถให้บริการร่วมกับบริการหลัก ซึ่งจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพบริการได้ แบ่งเป็น

(1) บริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักที่ต้องการจริงๆ ซึ่งผู้รับบริการคาดหวังล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการตามที่คาดหวังไว้ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ

(2) บริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหวัง หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการอยากจะได้รับแต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการของรัฐอาจคาดว่าจะต้องนั่งรอเป็นเวลานาน แต่การได้รับบริการที่รวดเร็วทำให้ผู้รับบริการเกิดความปิติยินดีอันเป็นความรู้สึกที่ยิ่งกว่าความพอใจ ส่งผลให้ประเมินว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพเยี่ยม ซึ่งแม้ผู้รับบริการจะไม่ได้รับบริการประเภทนี้ ก็มิได้เกิดความไม่พอใจแต่อย่างใด

Yong (1981 อ้างใน รุ่งรังสี วิบูลชัย 2537 : 9) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเลือกรับบริการ 4 ประการ คือ

1) การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Gravity of Seriousness of Illness) ของบุคคลและญาติพี่น้องหรือเพื่อนสนิท ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการแรกในการเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาเยียวยา ถ้าการเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งโดยทั่วไปมักเป็นแพทย์ปริญญาในเมืองโดยไม่คำนึงถึงค่าบริการ และสำหรับกรณีการเจ็บป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงน้อยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ผู้ป่วยและครอบครัวมักทำการรักษาตนเองโดยวิธีการที่บุคคลในครอบครัวรู้จักกันดี

2) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพื้นบ้านหรือการรักษาตนเอง (Knowledge of Home Remedy) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ถ้าอาการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรงจะใช้วิธีการรักษาตนเอง แต่ถ้าไม่รู้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านก็จะใช้วิธีการรักษาแบบตะวันตก และในกรณีที่การรักษาแบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยก็จะมีแนวโน้มที่จะเลือกรักษาในระบบการแพทย์ตะวันตก

3) ความเชื่อในผลของการรักษา (Faith or Perceived Benefit of Taking Action) การรักษาตามความเชื่อถือศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้นๆ กล่าวคือถ้าบุคคล

มีความเชื่อว่าการรักษาวิธีต่าง ๆ นั้นจะช่วยทำให้หายจากอาการเจ็บป่วยได้จะเลือกใช้วิธีการนั้น เช่น ผู้ที่รักษาด้วยหอมไสยศาสตร์อาจมีความเชื่อในพิธีกรรมที่หอมไสยศาสตร์ใช้ ว่าสามารถทำให้เขาพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บได้ดีเป็นต้น

4) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) การจะเลือกรักษาโดยวิธีการใด บางครั้งก็จะคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการยังแหล่งนั้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการ “ซื้อ ” บริการนั้นก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้วยกัน โดยทั่วไปผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเลือกแหล่งบริการที่อยู่ใกล้เดินทางไปสะดวกกว่า และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางนั้นตามสมควร

สรุปได้ว่า การบริการ การให้บริการ การรับบริการ เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้และผู้รับ โดยผู้ให้ต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อตอบสนองต่อผู้รับ โดยกิจกรรมนั้นไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีปริมาณเท่าใด ไม่มีตัวตนของสินค้าแต่เป็นความสัมพันธ์ที่เข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการให้บริการจะเป็นระบบต่อเนื่องและบริการด้วยจิตใจ สำหรับการให้บริการทางการแพทย์จะเป็นการบริการที่ครบวงจรทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน บำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการทั้งด้านความเชื่อถือ การตอบสนองจากความคาดหวังและความพึงพอใจจากผู้รับบริการ

## 2.6 แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ

### 2.6.1 ความหมายความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (Satisfaction) พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ. 2537 : 659) ได้ให้ความหมายว่า ชอบ,ชอบใจ , พึงใจ , สมใจ , จูใจ

อุทัยพรรณ สุดใจ (2545 : 7 Online วันที่ 15 สิงหาคม 2551: [http://saw01.blogspot.com/2008/07/blog-post\\_1615.html](http://saw01.blogspot.com/2008/07/blog-post_1615.html)) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยอาจจะเป็นไปในเชิงประเมินค่าว่า ความรู้สึกหรือทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ

สุภาลักษณ์ ชัยอนันต์ (2540 : 17 Online วันที่ 15 สิงหาคม 2551 อ้างแล้ว) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกส่วนตัวที่รู้สึกเป็นสุข หรือยินดีที่ได้รับการตอบสนองความต้องการในสิ่งที่ขาดหายไป หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สมดุล ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่จะแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติในกิจกรรมใดๆ นั้น

โวลแมน (Wolman, B.B., 1973 Online วันที่ 11 พฤษภาคม 2551 : [http://econ1.nida.ac.th/km\\_econ/doc/22.pdf](http://econ1.nida.ac.th/km_econ/doc/22.pdf)) ให้ความหมายว่า ความรู้สึก (Feeling) มีความสุขเมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goals) ความต้องการ (Wants) หรือแรงจูงใจ (Motivation)

กิตติมา ปรีดีคิลก (2529 : 321-322) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกชอบหรือพอใจที่มีต่อองค์ประกอบและสิ่งจูงใจในด้านต่างๆ และเขาได้รับการตอบสนองความต้องการของเขาได้

### 2.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

หลุย จำปาเทศ (2533 : 8 Online วันที่ 11 พฤษภาคม 2551 อ้างแล้ว)

กล่าวว่า ความต้องการ (Need) ได้บรรลุเป้าหมายพฤติกรรมที่แสดงออกมาก็จะมีความสุข สังเกตได้จากสายตา คำพูด และการแสดงออก ความพึงพอใจจะลดความเครียดที่มีอยู่ แต่ถ้าเมื่อใดความพึงพอใจนั้นไม่สามารถบรรลุได้ ความพึงพอใจที่มีอยู่ก็ไม่มีเวลารอคอยที่นานออกไป อาจทำให้ความเครียดนั้นยิ่งเพิ่มขึ้นได้เสมอหรือเรียกว่าอารมณ์สะสม และในมุมตรงกันข้ามในหลายๆ คน ความต้องการวุฒิภาวะจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดได้เช่นกัน ทั้งๆที่เวลาผ่านไปจะเห็นได้ว่าเมื่อคนบรรลุความต้องการแล้วความพึงพอใจก็จะเกิดขึ้น แต่นั่นมิได้หมายความว่าเขาจะพอใจตลอดไป เมื่อเวลาผ่านไปสักกระยะหนึ่งความพึงพอใจนั้นก็ลดลงหรือหมดหายไปในที่สุด

Vroom W.H. (1964 : 99) กล่าวว่า ทศนคติและความพึงพอใจนั้นสามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำหมายถึงผลของการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น โดยทศนคติด้านบวกจะแสดงถึงสภาพความพึงพอใจ และทศนคติด้านลบและแสดงถึงสภาพความไม่พึงพอใจในสิ่งนั้น

Ware, et al. (1997 : 9 -12 อ้างในกาญจนา เหลืองอุบล 2536 และปรีชา หนูทิม 2546 : 10) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยว่าเป็นแนวคิดที่มีหลายด้าน โดยให้นิยามด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ศิลปะของการดูแล คือ ปริมาณการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย
- 2) เทคนิคคุณภาพของการดูแล คือ ความมีสมรรถภาพในการทำงานของผู้ให้บริการซึ่งบ่งบอกถึงควมมีมาตรฐานสูง เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา
- 3) ความสะดวกสบาย คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดเตรียมเพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์
- 4) การเงิน คือ ความสะดวกที่จะจ่ายเพื่อค่าบริการหรือเตรียมสำหรับการจ่าย
- 5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานที่ดูแล
- 6) ความพร้อม คือ ความพร้อมของบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์ และความพร้อมของผู้ให้บริการ
- 7) ความต่อเนื่องของการดูแลหรือความสม่ำเสมอของแหล่งที่ให้การดูแล

8) ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการดูแล คือ ความมีประโยชน์และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระเบียบที่ใช้ในการรักษา เพื่อให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือคงสภาพเดิมไว้ได้

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่คุณคณมีการประเมินผลการให้บริการทางสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ที่ออกมาในทางบวกและทางลบ ความพึงพอใจถือได้ว่าเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้วัดคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งพาราสุรามาน , เซทามล์ และเบอร์รี่ (Parasuramaan<A., Aeithaml, V.A., & Berry, L.L., 1985 : 41-50 อ้างในปรีชา หนูทิม 2546 : 11) ได้ทำการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการ และระเบียบวิธีสำหรับการวัดการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ โดยใช้ตัวแปรการรับรู้คุณภาพบริการ 10 ประการ และหนึ่งในบริการนั้นก็ คือ ความสุภาพอ่อนโยน มีอัธยาศัยไมตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจะต้องมีความสุภาพ มีความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ รวมทั้งการมีกิริยา มารยาท การแต่งกายสุภาพ ใช้วาจาที่เหมาะสม มีบุคลิกภาพดี

Ford, Bach & Fotter ( 1997 : 199 อ้างใน พลศักดิ์ ศรีสมบุญ, 2545 : 15) กล่าวว่า ความพึงพอใจผู้รับบริการเป็นการวัดคุณภาพที่ท้าทายผู้บริหารด้านบริการสุขภาพ ให้มีการปรับปรุงวิธีการควบคุมคุณภาพสินค้า ที่มีคุณลักษณะเฉพาะให้มีความถูกต้องครบถ้วน ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับสถานที่ตรวจโรค ห้องพักรักษา วิธีการตรวจโรค หรือประสบการณ์การดูแลสุขภาพซึ่งส่งผลให้เห็นอย่างตรงไปตรงมา ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจและความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การวางแผนประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพเป็นสิ่งที่กำหนดว่าบริการนั้นจะล้มเหลวหรือรุ่งเรือง องค์การที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจึงต้องมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่จะพิสูจน์ ว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาผู้ป่วยและเป็นขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคต่อไป

Aday and Andersen (1975 : 4-11 และ 52-80 อ้างใน Online 13 มีนาคม 2551 <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>) กล่าวว่า ความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคน ที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปในสถานทีนั้นๆ เป็นไปตามความคาดหวังของผู้มารับบริการมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน และท่านได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชน ต่อการบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1975 โดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อศูนย์บริการทางสุขภาพ จำนวน 4,966 ราย พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และปี ค.ศ. 1971 ได้ชี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการในการ

รักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการเป็นสิ่งที่สำคัญ และเป็นสิ่งที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่า ได้มีการเข้าถึงประชาชนมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งความพึงพอใจออกเป็น 6 ประเภท คือ

1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับบริการ (Convenience) ซึ่งแบ่งออกเป็น

- (1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
- (2) การได้รับการดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability or Care when need)
- (3) ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

2) ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ (Coordinating)

(1) การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง (Getting all needs at one place)

(2) แพทย์ได้ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of doctor overall health)

3) ความพึงพอใจต่ออธยาศัยของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอธยาศัยกริยาท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information)

(1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

(2) ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนและการใช้ยา เป็นต้น

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ (quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนคติของผู้ป่วยต่อการให้บริการของโรงพยาบาล

6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายบริการเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

รัชยา กุลาไวชนันท์ (2535 : 13) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ สรุปได้ดังนี้

- 1) การบริการด้วยอธยาศัยดี มีความมั่นใจที่จะให้บริการ
- 2) การให้บริการที่รวดเร็วทันเวลา
- 3) การให้บริการอย่างพอเพียง ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ

- 4) มีสิ่งอำนวยความสะดวก
- 5) การให้บริการที่มีคุณภาพ

### 2.6.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ทฤษฎีความพึงพอใจของเชลเลย์ (Shelly, 1975 อ้างใน เกศราภรณ์ สัตยาชัย. 2546 : 19 Online 10 กันยายน 2551 : <http://learners.in.th/file/puangchompoo/chapter2.pdf>) สรุปว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกในทางบวก และความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้เกิดความสุข ความรู้สึกทางบวกและความสุขมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสองนี้เรียกว่า ระบบความพึงพอใจ โดยความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อระบบความพึงพอใจมีความรู้สึกทางบวก มากกว่าความรู้สึกทางลบ

ทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow, A.H., 1970 : 24-25 Online 13 มีนาคม 2551 : <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ทั้งนี้เพราะในธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมี ความปรารถนาอย่างอื่นเข้ามาแทนที่และจะเป็นเช่นนี้เรื่อยไป ลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา นั่นคือเมื่อใดมีความปรารถนาเกิดขึ้นก็จะมีแรงขับ และการกระทำก็จะปลุกเร้าแล้วก็จะเกิดความพึงพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆของบุคคลที่ปรากฏนั้น มักจะขึ้นอยู่กับความต้องการ หรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ ดังนี้ คือ

- 1) ความต้องการด้านร่างกายเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ
- 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต
- 3) ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ
- 4) ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ
- 5) ความต้องการความสำเร็จและความรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต

จึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับในสิ่งที่ต้องการ หรือบรรลุความคาดหวัง

ในบางระดับ ในทางตรงกันข้ามความพึงพอใจจะไม่เกิดขึ้นหากความต้องการ หรือความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนอง

ฉะนั้น บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ ต่อเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย พฤติกรรมที่แสดงออกก็จะมีความสุข สำหรับผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ต่อเมื่อมีความรู้สึกว่าการให้บริการทางสุขภาพออกมาเป็นบวก อาทิเช่น บริการหลักตามที่คาดหวังจากนโยบายที่รัฐกำหนดให้สอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้บริการแสดงออกตามสถานภาพและบทบาทหน้าที่เพื่อให้บริการสนองตอบผู้รับบริการ โดยรูปแบบที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการก็คือ ความพร้อม และศักยภาพในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ความเข้าถึงบริการ ความสะดวกสบาย อัตราค่าบริการเหมาะสม คุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2.7 ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Structural-Functional Analysis) เป็นทฤษฎีที่อธิบายหน้าที่ของคนในสังคม ที่ต้องปฏิบัติซึ่งจะมีลักษณะหลากหลายตามสถานภาพและบทบาทที่ได้รับมอบหมาย แต่ทั้งนี้ต้องสัมพันธ์เชื่อมโยงและพึ่งพิงซึ่งกันและกัน เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่อย่างสมดุล

เรดคลิฟฟ์ บราวน์ (Redcliffe-Brown, 1881-1955) (จากAnthropological Thought and Theory : Online 11 ตุลาคม 2550 : <http://cyberlab.lh1.ku.ac.th/learn/faculty/social/soc65/4.html>) มองสังคมโดยเปรียบเทียบกับสิ่งมีชีวิต (organism) ที่ว่าคนเราประกอบด้วยระบบการทำงาน ของอวัยวะต่างๆ ซึ่งแต่ละระบบก็มี " โครงสร้าง " และ " หน้าที่ " ของตัวเอง หากระบบใดๆหยุดทำหน้าที่จะทำให้ร่างกายเกิดอาการผิดปกติ สังคมก็เช่นเดียวกันประกอบไปด้วยระบบต่างๆ เช่น ระบบครอบครัว เศรษฐกิจ ศาสนา การเมือง ฯลฯ ซึ่งแต่ละระบบจะมีโครงสร้างและหน้าที่เฉพาะ โดยจะทำหน้าที่เพื่อให้สังคมดำเนินไปอย่างราบรื่น ฉะนั้น จึงจำเป็นต้องหาระบบความสัมพันธ์ระหว่างระบบต่างๆของสังคม คือ โครงสร้างทางสังคม (Social Structure) ในแต่ละระบบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างจะประกอบไปด้วย " สถาบัน " (Institutions) ต่างๆ เช่น ระบบศาสนาจะประกอบด้วยพิธีกรรม ความเชื่อ องค์กรทางศาสนา ฯลฯ ซึ่งแต่ละสถาบันจะต้องทำหน้าที่ร่วมกัน เพื่อให้ระบบดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบต่างๆของสังคมจะทำงานอย่างประสานสอดคล้องกันเพื่อรักษา " ดุลยภาพ " (equilibrium) ของสังคมเอาไว้

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550:18) กล่าวเพิ่มเติมว่า สังคมไม่ได้อยู่นิ่งหรือคงอยู่กับที่ สังคมเติบโตเจริญก้าวหน้าหรือยุบหดเสื่อมโทรมลงได้ทั้งที่ยังมีดุลยภาพอยู่ ดุลยภาพอย่างนี้เรียกว่า ดุลยภาพเคลื่อนที่ (moving equilibrium) ความเจริญหรือความเสื่อมของสังคมจึงขึ้นอยู่กับหน้าที่ และโครงสร้างนั่นเอง ถ้าโครงสร้างมีส่วนประกอบมากขึ้นส่วนประกอบเหล่านั้น จะปฏิบัติหน้าที่แตกต่างหรือเฉพาะเรื่องเฉพาะด้านไม่เหมือนกับส่วนที่แยกออกมา จะเรียกว่าสังคมมี

ความเจริญเติบโต ถ้าส่วนต่างๆของโครงสร้างหดหายไปโดยไม่ปฏิบัติหน้าที่อันจำเป็น สังคมนั้นก็จะเสื่อมลง

มัวร์ : Willbert E. Moore (อ้างในวารุณี พงษ์ภิญโญ 2545 :12) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน กล่าวว่าโครงสร้างหน้าที่ที่สามารถให้คำอธิบายการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยสังคมจะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่อยู่ตามธรรมชาติ และที่มนุษย์สร้างขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเป็นลักษณะธรรมดาของสังคมควบคู่กับความเป็นระเบียบ ซึ่งอาจเกิดขึ้นในวงจำกัดที่ไม่มีผลสะท้อนรุนแรงในระยะสั้น แต่ระยะยาวสังคมเปลี่ยนแปลงไปมาก ทั้งนี้ ไม่มีสังคมใดอยู่ในสภาพสมดุลอย่างแท้จริง เนื่องจากส่วนต่างๆของสังคมไม่ได้ประสานกันอย่างแท้จริง เพราะแต่ละคนมีการอบรมบุคลิกภาพที่มีความสามารถที่ไม่เหมือนกัน การปฏิบัติจึงแตกต่างกันออกไปเมื่ออยู่ภายใต้กฎเกณฑ์อันเดียวกันก็ตาม

ทฤษฎีการหน้าที่ (Functionalism) ของ มาลินอฟกี (Malinowski) (อ้างในสัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2549:53) เป็นทฤษฎีทางวัฒนธรรม อธิบายว่าวัฒนธรรมสนองตอบความจำเป็นต่างๆของสังคม (3 ประการ คือ ความจำเป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต ความต้องการทางสังคม ซึ่งเป็นความร่วมมือกันทำงานแก้ปัญหาส่วนรวม และความต้องการขั้นที่ 3 คือ ความต้องการทางจิตใจ เช่น ความสงบ ความสมานสามัคคี) สังคมจึงต้องสร้างส่วนต่างๆของสังคมขึ้นมา เช่น ระบบความรู้ ศาสนา กฎหมาย นิยายปรัมปรา เวทมนต์คาถา ศิลปะ โดยเฉพาะเวทมนต์ทำให้อบอุ่นใจ ส่วนประกอบอื่นๆที่มีอยู่ ต่างก็มีหน้าที่สนองความต้องการอย่างหนึ่งอย่างใดเสมอ เนื่องจากสังคมมีส่วนต่างๆเป็นองค์ประกอบหลายประการ แต่ละองค์ประกอบเหล่านี้รวมกันเข้าเป็นโครงสร้างสังคม ทฤษฎีนี้จึงได้ชื่อว่าทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมอีกชื่อหนึ่ง โดยอาจกล่าวได้ว่าสังคมจะมีลักษณะดังนี้

- 1) สังคมเป็นระบบที่ซับซ้อนที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และมีส่วนที่พึ่งพากัน แต่ละส่วนของสังคม จะมีอิทธิพลต่ออีกส่วนหนึ่งของสังคม
- 2) แต่ละส่วนของสังคมคงอยู่ได้ เพราะมีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการเพื่อจะบำรุงรักษาให้สังคมคงอยู่หรือเกิดเสถียรภาพของสังคมทั้งสังคม ความคงอยู่ของแต่ละส่วนของสังคมสามารถอธิบายหน้าที่ในสังคมโดยรวมได้
- 3) สังคมทุกสังคมมีกลไกที่บูรณาการซึ่งกันและกัน กลไกหนึ่งที่สำคัญคือ ความเชื่อ ค่านิยม ที่สมาชิกในสังคมมีต่อสังคม
- 4) สังคมจะมุ่งไปสู่สมดุลหรือมีเสถียรภาพ ไม่ว่าจะมีส่วนใดเข้ามารบกวน ส่วนใดส่วนหนึ่งของสังคม สังคมก็จะมีแนวโน้มที่จะปรับตัวเองไปสู่จุดสมดุล



5) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นเรื่องที่ไม่เป็นปกติที่ปรากฏในสังคม เมื่อปรากฏขึ้นก็จะนำไปสู่ผลประโยชน์ของสังคมที่ตามมา

จากการที่ ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ มีกรอบแนวคิดทางสังคมวิทยาที่มีข้อสมมุติฐานที่ว่า สังคม เป็นระบบที่ซับซ้อนระบบหนึ่ง ที่มีองค์ประกอบต่างๆหลายส่วนทำงานร่วมกันจนเกิดความมีเสถียรภาพ (Stability) ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ จึงมีองค์ประกอบของทฤษฎี 2 ส่วน (Macdonis 1993 : 17 - 18 อ้างใน Online 15 พฤศจิกายน 2550 : <http://isc.ru.ac.th/data/PS0002165.doc>) คือ

1) โครงสร้างสังคม (Social structure) ซึ่งเป็นรูปแบบอันถาวรที่เกิดจากความสัมพันธ์ของพฤติกรรมทางสังคม เช่น วิถีชีวิตภายในครอบครัวและระบบเศรษฐกิจเป็นรูปแบบของโครงสร้างทางสังคมประเภทหนึ่ง ที่เกิดจากพฤติกรรมทางสังคม โดยความร่วมมือระหว่างกันในครอบครัวจนเกิดเป็นระบบการผลิต การบริโภค การจำแนกแจกจ่ายและการบริการที่มีขนาดใหญ่ มีความเกี่ยวพันระหว่างกันทั่วทั้งสังคม

2) หน้าที่ทางสังคม (Social functions) เป็นส่วนที่ทำหน้าที่เชื่อมโครงสร้างสังคมแต่ละส่วนเข้าด้วยกัน ทำให้สังคมทั้งระบบเกิดการประสานงานและทำงานร่วมกัน แนวความคิดของทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ เกิดมาจากนักสังคมวิทยาชาวอังกฤษ ชื่อออกุสต์ กองต์ ที่มองว่าการที่สังคมจะสามารถดำรงอยู่ได้นั้น จะต้องมีการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนแปลงไปด้วยกันทั้งระบบ ต่อมานักสังคมวิทยาชาวอังกฤษ ชื่อ เฮร์เบิร์ต สเปนเซอร์ ได้เสนอแนวความคิดว่า สังคมมนุษย์นั้นมีลักษณะเหมือนกับโครงสร้างร่างกายของมนุษย์ (Human organism) ที่มีส่วนประกอบต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก แต่ละส่วนประกอบจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ สำหรับแนวความคิดของสเปนเซอร์ เป็นแนวความคิดหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อนักคิดทางสังคมในสมัยที่ สเปนเซอร์ มีชีวิตอยู่เป็นอย่างมาก

อีมีล เดอร์ไคม์ (Online 5 พฤศจิกายน 2550 : <http://gotoknow.org/blog/yuwai9502>) นักสังคมวิทยาในกลุ่มโครงสร้าง-หน้าที่ ชาวฝรั่งเศส มองว่าความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม เกิดมาจากความเป็นระเบียบของสังคม และความผาสุกของประชาชน หากประชาชนในสังคมไม่ให้ความสนใจหลักศีลธรรม ความไร้บรรทัดฐาน (Anomie) ก็จะเกิดขึ้นในสังคม แต่อย่างไรก็ตามความเป็นปึกแผ่นของสังคมสามารถเกิดขึ้นได้ ทั้งในสังคมแบบที่มีความเป็นปึกแผ่นแบบกลไก ที่มีลักษณะทางสังคมเหมือนกันแบบสังคมดั้งเดิม และสังคมแบบที่มีความเป็นปึกแผ่นแบบอินทรีย์ ที่มีลักษณะทางสังคมต่างแบบกันแบบสังคมสมัยใหม่ นอกจากนี้ยังสามารถศึกษารูปแบบของสังคม (Social pattern) รวมทั้งหน้าที่ของสังคมได้จากการกระทำทางสังคม (Social action) ที่เป็นข้อเท็จจริงทางสังคม เช่น วัฒนธรรม บรรทัดฐานและค่านิยม

ทาลคอตท์ พาร์สัน : Talcott Parsons (Online 5 พฤศจิกายน 2550 : [http://gotoknow.org/file/fafar\\_abdulhakim/%E0%](http://gotoknow.org/file/fafar_abdulhakim/%E0%)) มีแนวความคิดว่า สังคมเป็นระบบหนึ่งที่มีส่วนต่างๆ มีความสัมพันธ์และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่คงที่ของแต่ละส่วนจะเป็นปัจจัยทำให้ระบบสังคมเกิดความสมดุลถูกทำลายลง เพราะองค์ประกอบของสังคม คือ บุคลิกภาพ อินทรีย์ และวัฒนธรรมเกิดความแตกร้าว โดยมีสาเหตุมาจากทั้งสาเหตุภายในระบบสังคม เช่น การเกิดสงคราม การแพร่กระจายของวัฒนธรรม เป็นต้น และสาเหตุจากภายในระบบสังคมที่เกิดจากความตึงเครียด เพราะความสัมพันธ์ของโครงสร้างบางหน่วยหรือหลายๆหน่วย ทำงานไม่ประสานกัน

โรเบิร์ต เค เมอร์ดัน (Online 5 พฤศจิกายน 2550 อ้างแล้ว) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกันที่มองว่า แต่ละแบบอย่างทางสังคม หรือโครงสร้างสังคมจะมีหน้าที่หลายหน้าที่ และมีหน้าที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการมองว่าจะมองจากจุดใดกับบุคคลใด บางแบบอย่างทางสังคมหรือโครงสร้างสังคม อาจมีหน้าที่ที่ชัดเจนมากกว่าหน้าที่อื่นซึ่งเรียกว่า หน้าที่หลัก (Manifest functions) แบบอย่างทางสังคมหรือโครงสร้างสังคมบางส่วน อาจมีหน้าที่ที่ไม่สำคัญหรือทำหน้าที่สนับสนุนมากกว่า ซึ่งเรียกว่า หน้าที่รอง (Latent functions) แต่บางแบบอย่างทางสังคมหรือโครงสร้างสังคมที่เกิดขึ้นมานั้นเป็นสิ่งที่สังคมไม่ต้องการจะเรียกว่า หน้าที่ที่ไม่มีประโยชน์

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2549 : 19) ได้สร้างประพจน์สำคัญบางอย่างจากทฤษฎีนี้ คือ

- 1) สังคมมนุษย์ประกอบด้วยโครงสร้างส่วนต่างๆของโครงสร้างสังคม ที่ปฏิบัติหน้าที่อันเป็นประโยชน์แก่การดำรงอยู่ของสังคม
- 2) ความมั่นคงของสังคมมนุษย์ จะขึ้นอยู่กับดุลยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนต่างๆ ในโครงสร้างสังคม ยิ่งโครงสร้างสังคมมีความแปลกแยกมาก (differentiation) สังคมก็ยิ่งมีความเจริญมาก
- 3) สาเหตุที่ทำให้สังคมมีการเปลี่ยนแปลง อาจมาจากภายในสังคมหรือมาจากภายนอกสังคมก็ได้
- 4) สังคมสมัยใหม่มีลักษณะอารมณ์เป็นกลาง (affective neutrality) ความสัมพันธ์อย่างเฉพาะเจาะจง (specificity) ยึดหลักสากล (universalism) ในการประเมินค่าการกระทำของบุคคล , ยึดความสำเร็จ (achievement) ในการประเมินผลงานของบุคคล และบุคคลมุ่งกระทำเพื่อประโยชน์ตน ในขณะที่สังคมแบบประเพณีมีลักษณะใช้อารมณ์รักชอบ (affectivity) , ความสัมพันธ์อย่างกว้าง (diffuseness) , ใช้หลักตัวบุคคล (particularism) , ในการประเมินค่าการกระทำของบุคคล , ยึดหลักเชื้อสาย (ascription) ในการบรรจุแต่งตั้งเข้าสู่ตำแหน่ง และบุคคลมุ่งกระทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน (collectivity)

5) คนที่ทำหน้าที่สำคัญของสังคม จะเป็นผู้มีอำนาจและเป็นคนชั้นสูง

6) อาชีพที่ต้องมีการศึกษาฝึกอบรมยาวนาน จะได้รับค่าตอบแทนสูง

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ ได้สรุปว่าทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่จะสนใจความต้องการของปัจเจกบุคคล (ผู้กระทำ) และโครงสร้างขนาดใหญ่ เช่น สถาบัน สังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการเหล่านี้ รวมทั้งจะเน้นความสัมพันธ์ทางสังคมโดยเฉพาะกลไกเพื่อจัดการความขัดแย้งในความสัมพันธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ หากระบบของสังคมมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือพฤติกรรมที่เป็นการละเมิดบรรทัดฐานของสังคม อันทำให้สังคมเสถียรแบบโครงสร้างหน้าที่ต่างๆในสังคม ไม่สามารถกระทำได้อย่างสมบูรณ์แบบอันอาจนำไปสู่ปัญหาในสังคมต่อไป

สรุปได้ว่า โครงสร้างหน้าที่ มีสมมุติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ตามหน้าที่ที่ถูกกำหนดจากสังคม เพื่อให้มีความสอดคล้องกันอย่างสมดุลตามโครงสร้างของสังคม

บุคลากรในสถาบันการแพทย์แผนไทย ต่างมีหน้าที่ต้องตอบสนองกับความต้องการของสังคม เพื่อร่วมมือกันในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของสังคม ที่สามารถแก้ไขได้ในรูปของการให้บริการการนวดและเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้แก่คนในสังคม ให้สามารถเข้ามาดูแลช่วยเหลือกันได้โดยใช้การนวดแผนไทย

## 2.8 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กร

องค์กร Online 26 กุมภาพันธ์ 2552 : <http://th.wikipedia.org/wiki> ให้ความหมายว่า บุคคลกลุ่มหนึ่งที่มารวมตัวกัน โดยมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน และดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกันอย่างมีขั้นตอนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น โดยมีทั้งองค์กรที่แสวงหาผลกำไร คือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อการแข่งขันทางเศรษฐกิจ และองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร คือองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อสาธารณประโยชน์เป็นหลัก และองค์กรเป็นโครงสร้างหนึ่งที่มีระบบการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ตามที่ได้รับมอบหมาย องค์กรจึงมีความสลับซับซ้อน มีตัวแปรทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ฉะนั้น การดำเนินงานต้องมีระเบียบกฎเกณฑ์ เพื่อให้การบริหารองค์กรมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผู้ให้ทฤษฎีองค์กรดังนี้

แนวความคิดของเฟลเดอริก เฮิร์ซเบิร์ก ทฤษฎี 2 ปัจจัย (Online 25 กุมภาพันธ์ 2552 : <http://www.kru-itth.com/index.php?lay=show&ac=articie&Id=420818&Ntype=6>) กล่าวว่า

1) ปัจจัยสุขวิทยา เป็นปัจจัยที่ใช้บำรุงรักษาจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน ที่จะทำให้มีกำลังใจในการทำงาน เช่น เงินเดือน สภาพแวดล้อมในการทำงาน การบังคับบัญชา นโยบาย และการบริหารของบริษัท

2) ปัจจัยจูงใจ เกี่ยวข้องในเรื่องของการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานดีขึ้น เช่น การได้รับความชื่นชม การได้รับความเคารพนับถือจากคนอื่น ความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน

แม็กซ์เวเบอร์ (Maxweber Online 25 กุมภาพันธ์ 2552 : <http://www.lobburi1.net/km/modules.php?name = News&file=print&sid=259>) มีหลักการของทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กรว่า

- 1) มีการลำดับขั้นตอนของอำนาจไว้อย่างชัดเจน
- 2) มีการแบ่งงานชัดเจน
- 3) มีกฎเกณฑ์ที่เป็นระบบกำหนดสิทธิหน้าที่ของตำแหน่งชัดเจน
- 4) มีการดำเนินการการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบตามสภาพของงาน
- 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่มี
- 6) การสรรหาบุคคลเพื่อจ้างงานเพื่อเลื่อนระดับ ให้ความสามารถพื้นฐานทางเทคนิค

ทฤษฎีสัมัยใหม่ Online 24 กุมภาพันธ์ 2552 <http://www.lobburi1.net/km/modules.php?name=News&file=print&sid=259> กล่าวว่า ควรวิเคราะห์สิ่งต่างๆ เข้าด้วยกันดีที่สุดเป็นการวิเคราะห์องค์กรในเชิงระบบ (System analysis) ประกอบด้วยส่วนต่างๆ 5 ส่วนคือ 1) Input 2) Process 3) Output 4) Feedback 5) Environment ดังนั้น องค์กรในแนวคิดนี้จึงต้องมีการปรับตัว (adaptative) ตลอดเวลา

สรุปว่า ทฤษฎีองค์กร มีสมมุติฐานว่า ถ้าองค์กรมีความชัดเจนในกฎระเบียบ ระบบโครงสร้างและแบบแผนการดำเนินงาน คือ มีปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลสะท้อนกลับ สิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ บุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน องค์กรนั้นจึงจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**2.9 ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict theory)** Online 7 มีนาคม 2552 : [http:// edu.nstru.ac.th/social\\_edu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=34&Itemid=46](http://edu.nstru.ac.th/social_edu/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=46) กล่าวว่า เป็นทฤษฎีแม่บทที่สำคัญอีกทฤษฎีหนึ่งของสังคมวิทยา หลักการค้นคิดของทฤษฎี มาจากความคิดของคาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก เฮเกล (Hegel) มาร์กซ์เอาปรัชญาเรื่องวิภาษวิธี (dialectic) ของเฮเกลมาใช้ ปรัชญานี้เดิมใช้กับความคิดต่างๆ ไปด้วยว่า ความคิดใดเมื่อเริ่มต้นขึ้นแล้ว ต่อมาก็จะมีความคิดใหม่ขึ้นมาแย้ง แล้วความคิดเดิมกับความคิดใหม่ก็จะผสมผสานเข้าด้วยกัน กลายเป็นความคิดใหม่ขึ้นมาอีก แล้วความคิดใหม่นี้จะถูกคัดค้านและผสมผสานกันเป็นความคิดใหม่ต่อไปเรื่อยๆ มาร์กซ์ นำมาใช้กับสังคมมนุษย์ ว่าเป็นสังคมที่มีการขัดแย้งระหว่างกลุ่มคนในสังคมสองกลุ่ม เรียกว่ากลุ่ม “มี ” กับกลุ่ม “ไม่มี ”

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550:21 - 22) กล่าวถึงทฤษฎีขัดแย้งของกลุ่มคนในสังคม 2 กลุ่มว่า กลุ่มมีกับกลุ่มไม่มี..กลุ่มไม่มีเป็นคนกลุ่มใหญ่ของสังคมแต่ไม่มีอำนาจต่อรอง สังคมมีระเบียบยึดเหนี่ยวกันเป็นสังคมอยู่ได้ก็เพราะการควบคุมบีบบังคับเช่นนี้...การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จะเกิดผลอย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคม ... ตอนแรกสิ่งที “ มี ” นั้นถือเอาวัตถุสิ่งของหรือทรัพย์สินสมบัติเป็นหลัก ต่อมาก็ได้มีการปรับปรุงให้หมายถึงอำนาจ เกียรติยศ ชื่อเสียงและอภิสิทธิ์เข้าไปด้วยความหมายจึงกว้างขวางขึ้น ในขณะที่ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยมมอง

สังคมในแง่ดี มีเสถียรภาพเสมอภาค จะมีการเปลี่ยนแปลงก็เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ทฤษฎีขัดแย้งจะมองสังคมในแง่ร้าย แม้จะมีความเป็นระเบียบอยู่ได้แต่อยู่ด้วยความไม่เสมอภาคมีการกดขี่ มีการบีบบังคับกันอยู่ การเปลี่ยนแปลงที่ทฤษฎีวาดภาพไว้จะต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงหักโค่น เพราะเป็นการต่อสู้ระหว่างคนมีกับคนไม่มี คนที่มีเงินมีอำนาจ กับคนที่ไม่มีทั้งเงินและอำนาจแต่มีจำนวนคนมากกว่า

ทฤษฎีความขัดแย้ง (Online 25 กุมภาพันธ์ 2552 : [http:// www. pantown. com/ board. php? Id=520&area=1&name=board2&topic=2&action=view](http://www.pantown.com/board.php?Id=520&area=1&name=board2&topic=2&action=view)) เป็นแนวความคิดที่มีข้อสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมของสังคมสามารถเข้าใจได้จากความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่างๆ และบุคคลต่างๆ เพราะการแข่งขันกันในการเป็นเจ้าของทรัพยากร ซึ่ง ลิวอิส เอ. โคเซอร์ (Lewis A. Coser) นักทฤษฎีความขัดแย้งกล่าวว่า ความขัดแย้งก่อให้เกิดผลทั้งด้านบวกและด้านลบ และอธิบายว่าความขัดแย้งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ไม่มีกลุ่มทางสังคมกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่มีความสมานสามัคคีอย่างสมบูรณ์ เพราะความขัดแย้งเป็นส่วนหนึ่งของสถานะหนึ่งของมนุษย์ ทั้งในความเกลียดและความรักต่างก็มีความขัดแย้งทั้งสิ้น ความขัดแย้งสามารถแก้ปัญหาคความแตกแยก และทำให้เกิดความสามัคคีภายในกลุ่มได้ เพราะในกลุ่มมีทั้งความเป็นมิตรและความเป็นศัตรูอยู่ด้วยกัน โคเซอร์ มีความเห็นว่าความขัดแย้งเป็นตัวสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สามารถทำให้สังคมเปลี่ยนชีวิตความเป็นอยู่จากด้านหนึ่งไปสู่อีกด้านหนึ่งได้ หากสมาชิกในสังคมเกิดความไม่พึงพอใจต่อสังคมที่เขาอยู่ เขาจะพยายามทำการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายของเขาได้ นอกจากนี้ โคเซอร์ ยังเสนอว่าความขัดแย้งยังสามารถทำให้เกิดการแบ่งกลุ่ม ลดความเป็นปรปักษ์ พัฒนาความซับซ้อนของโครงสร้างกลุ่มในด้านความขัดแย้ง และร่วมมือ และสร้างความแปลกแยกกับกลุ่มต่าง ๆ

ทั้งนี้ ทฤษฎีความขัดแย้งสมัยใหม่ จะรวมถึงความขัดแย้งระหว่างชนชั้น วัยระหว่างเพศ ระหว่างชนบทกับคนเมือง ระหว่างกลุ่มวัฒนธรรม หรือกลุ่มเชื้อชาติ

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ ได้สร้างประพจน์สำคัญจากทฤษฎีได้ดังนี้

1) ความเป็นระเบียบในสังคมมนุษย์ ขึ้นอยู่กับการกดขี่ของคนกลุ่มหนึ่งเหนือคนอีกกลุ่มหนึ่ง

2) ชนชั้นในสังคมชนชั้นต่างๆ เกิดจากการแบ่งปันทรัพย์สิน อำนาจ หรือเกียรติยศ อภิสิทธิ์อย่างไม่เท่าเทียมกัน

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เกิดจากการขัดแย้งภายในสังคม

4) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จะเกิดผลอย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคม

- 5) ปัญหาสังคมเกิดจากการแบ่งปันของหายาก และมีอยู่จำกัดในสังคม
- 6) นักการเมือง ข้าราชการพลเรือน ทหาร กฎหมาย ศาสนาในสังคม เป็นเครื่องมือของกลุ่ม “มี” ทั้งสิ้น
- 7) การขัดแย้งในสังคมบางกรณี ช่วยทำให้เกิดความมั่นคงในกลุ่มขึ้นได้
- สรุปว่า ทฤษฎีความขัดแย้ง มีสมมุติฐานเกี่ยวกับคนสองกลุ่มในสังคม ที่ไม่มี  
ความเสมอภาคกัน ไม่ว่าจะด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ตาม
- ฉะนั้น ความขัดแย้งจะเกิดขึ้นในสังคมตลอดเวลา หากสังคมนั้นมีระเบียบแบบแผน  
กำกับมากเกินไปหรือน้อยเกินไป และความขัดแย้งนั้นจะส่งผลทางบวกหากมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลง  
และจะเกิดผลทางลบหากไม่มีการแก้ไขหรือพัฒนาเปลี่ยนแปลง

### 2.10 ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม

การแพร่กระจาย (Online 13 มีนาคม 2552 : ฐานข้อมูลการวิจัยการศึกษาศาสนา  
และวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ <http://www.thaiedresearch.org/result/result.php?id=7048>) ให้ความหมายว่า การนิยมอย่างแพร่หลาย

นวัตกรรม (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550: 15) ให้ความหมายว่า สิ่งใดๆ ที่คน  
(จำนวนหนึ่ง) ถือว่าใหม่ ส่วนใหญ่นวัตกรรมเป็นสิ่งใดๆ ไม่ว่าจะ เป็นความคิด ความรู้ วัสดุสิ่งของ  
ที่ใหม่สำหรับสังคมใดถ้าเป็นความหมายอย่างแคบต้องใส่คำคุณศัพท์กำกับ... เช่น นวัตกรรมทาง  
การแพทย์

#### ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม

อุทัยวรรณ กาญจนกมล (การแพร่กระจายนวัตกรรม การมีส่วนร่วมของประชาชน  
Online 12 มีนาคม 2552 : <http://www.scribd.com/doc/4110686/->) กล่าวว่า คือการทำให้สมาชิก  
ในสังคมสื่อสารกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรม โดยการกระจายแพร่ นวัตกรรมที่ประสบ  
ผลสำเร็จจะสิ้นสุดเมื่อสมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ยอมรับ และนำเอานวัตกรรมมาใช้ในชีวิตประจำวัน  
และเห็นคุณค่าของนวัตกรรม การแพร่กระจายนวัตกรรมที่ประสบผลสำเร็จ จะส่งผลให้มีการ  
เปลี่ยนแปลงในสังคม

ปรเมศวร์ กุมารบุญ (Online 23 เมษายน 2550 : [http://www.thaisam.com/th/news\\_reader.php?newsid=141629](http://www.thaisam.com/th/news_reader.php?newsid=141629)) กล่าวว่า การยอมรับ (Adoption) สิ่งใดของสังคมจะมี  
กระบวนการ (Process) คล้ายๆกันโดยเริ่มต้นจากมีสิ่งใหม่เกิดขึ้น มีคนกลุ่มหนึ่งยอมรับคิดว่าดีแล้ว  
จะเกิดการแพร่กระจาย (Diffusion) ไปตามช่องทางการสื่อสาร (Channels) ต่างๆของคนกลุ่มหนึ่ง  
ไปสู่อีกกลุ่มหนึ่งในสังคม อยู่ที่สิ่งใหม่นั้นมีความดึงดูดใจสูงก็จะทำให้การยอมรับสิ่งนั้นในสังคม  
ใช้ระยะเวลาในการยอมรับสั้น...ว่ากันว่า การแพร่กระจายบางสิ่งเราไม่สามารถต้านมันได้...เพราะ

เราไม่สามารถมีทางเลือกสิ่งที่ทำให้ดูดีกว่านี้ได้ในเวลานั้น เพราะสังคมที่พวกเขาอยู่ยอมรับว่า สิ่งนั้นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด แต่จะเห็นได้ว่าการแพร่กระจายความนิยมเหล่านี้ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยไม่มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์หรือ Promotion ใดให้เกิดความนิยม แต่ล้วนแล้วเกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปตามช่องทางสื่อสารต่างๆ สังคมโดยธรรมชาติ

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (หน้าเดียวกันข้างแล้ว) กล่าวว่า เป็นทฤษฎีที่มาจาก Everett M.Rogers กล่าวว่า การรับนวัตกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดขึ้นอยู่กับบุคคล ระบบสังคม ระบบสื่อสาร นวัตกรรม และระยะเวลา

สรุปว่า ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม มีสมมุติฐานว่า หากกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่แล้ว สิ่งนั้นจะถูกแพร่กระจายไปสู่กลุ่มอื่นๆ หากสิ่งที่กลุ่มแรกยอมรับนั้น เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในเวลานั้น

## 2.11 ทฤษฎีวิวัฒนาการทางสังคมและทางวัฒนธรรม

ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary theory) Online 26 กุมภาพันธ์ 2552 : <http://isc.ru.ac.th/data/PS0002165.doc> กล่าวว่า เป็นแนวความคิดที่ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีวิวัฒนาการทางชีวภาพของชาร์ลส์ ดาร์วิน (Charles Darwin) โดยนักสังคมวิทยาในกลุ่มทฤษฎีวิวัฒนาการเสนอว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งในลักษณะที่มีการพัฒนาและก้าวหน้ากว่าขั้นที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมที่มีรูปแบบเรียบง่ายไปสู่รูปแบบที่สลับซับซ้อนมากขึ้น และมีความเจริญก้าวหน้าไปเรื่อยๆจนเกิดเป็นสังคมที่มีความสมบูรณ์

แนวทฤษฎีวิวัฒนาการวัฒนธรรมสากลของ เลสลีย์ ไวท์ (อ้างใน ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ 2550) กล่าวว่า วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้นมา โดยอาศัยความสามารถในการใช้ภาษาที่เป็นระบบสัญลักษณ์แบบหนึ่ง มีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ และพัฒนาการของมนุษย์ เพราะเอื้ออำนวยต่อการปรับตัวกับสภาพแวดล้อม สนองตอบต่อความจำเป็นของมนุษย์ในทางร่างกาย เช่น อาหาร เสื้อผ้า ซึ่งในส่วนจิตใจมนุษย์สามารถได้มาจากเพื่อนมนุษย์ด้วย ลักษณะสำคัญของวัฒนธรรมก็คืออยู่นอกเหนือร่างกายมนุษย์ ในแง่ที่มนุษย์เป็นผู้ผลิตวัฒนธรรม และส่งต่อไปยังคนรุ่นหลังในทางสังคมมิใช่ทางชีวภาพ...การเปลี่ยนแปลงของวิวัฒนาการวัฒนธรรมมนุษย์ชาติ...คิดว่าสามารถจัดลำดับเป็นขั้นตอนในทิศทางที่ก้าวหน้าโดยพิจารณาจากเทคโนโลยี ซึ่งเป็นมติดของวัฒนธรรมที่ทำให้มีความสามารถในการนำพลังงานมาใช้ได้เพิ่มขึ้น และเขามีฐานะคิดว่าเทคโนโลยีเป็นมิตินำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ในระบบวัฒนธรรม เช่น ระบบสังคมและระบบความเชื่อ ซึ่งให้ความสำคัญทางมิตที่เป็นเทคโนโลยีการหาอาหารเป็นเกณฑ์ว่า 1) สังคมเก็บของป่า ล่าสัตว์ เป็นแบบแผนการดำรงชีพแรกเริ่มเป็นมนุษย์ จนถึงการเพาะปลูก 2) สังคมเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ นำไปสู่อารยธรรม

3) สังคมอุตสาหกรรม...มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สามารถจัดหาและใช้พลังงานในรูปแบบใหม่...ส่งผลกระทบต่อมิติอื่นในระบบวัฒนธรรม

เอ็ดเวิร์ด บี ไทเลอร์ (Edward B. Tylor, 1832-1917) (ที่มาและพัฒนาการ Online 25 กุมภาพันธ์ 2552 : <http://cyberlab.lh1.ku.ac.th/elearn/faculty/social/soc65/1-2.html>) Tylor ได้จัดแบ่งขั้นตอนของวิวัฒนาการทางสังคมวัฒนธรรมออกเป็น 3 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

- 1) ยุคคนป่า (savagery) เป็นขั้นต่ำที่สุด
- 2) ยุคนารยชน (barbarism) เป็นขั้นกลางที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมหัวเถิดหัวต่อระหว่างพฤติกรรมที่ง่ายที่สุดไปจนถึงยุ่งยากที่สุด
- 3) ยุคอารยธรรม (civilization) เป็นขั้นที่เจริญแล้ว ซึ่งขั้นตอนการแบ่งวิวัฒนาการในแต่ละยุคจะสอดคล้องกับพัฒนาการของระบบความเชื่อในวัฒนธรรมนั้นๆ

Tylor เชื่อว่าสังคมทุกสังคม จะต้องผ่านขั้นตอนของกระบวนการวิวัฒนาการเหล่านี้ทีละขั้น จากยุคคนป่า ไปสู่มนุษย์ จนกระทั่งบรรลุถึงขั้นอารยธรรมในที่สุด Tylor เชื่อว่าสังคมที่เจริญถึงขั้นอารยธรรมก็อาจเสื่อมสลายได้เหมือนกับร่างกายมนุษย์ สังคมที่อยู่ขั้นเจริญแล้วมันเป็นการอยู่รอด (survivals) ได้ด้วยการปรับตัวด้วยความสามารถอยู่ตลอดเวลา

ลูอิส เฮนรี มอร์แกน (Lewis Henry Morgan, 1818-1881 Online 25 กุมภาพันธ์ 2552 อ้างแล้ว) กล่าวว่า พฤติกรรมมนุษย์จะผ่าน 3 ขั้นตอนเช่นเดียวกับ Tylor แบ่งลำดับไว้ แต่ได้แบ่งขั้นตอนย่อยๆ ไปอีก เพราะเชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ไม่ได้กระโดดจากขั้น savage มาถึงขั้น barbarian แล้วมาถึงขั้น civilized ได้เลยในทันที แต่มันจะค่อยๆ เปลี่ยนไปอย่างช้าๆ ตามขั้นตอนย่อยๆ ซึ่งข้อแตกต่างนี้อยู่ในผลงาน Ancient Society โดย Morgan เชื่อว่าปัจจัยที่สำคัญ คือ เทคโนโลยีการผลิตเพื่อเลี้ยงชีพ (subsistence technology) มาแบ่งขั้นตอนวิวัฒนาการทางสังคมวัฒนธรรมออกเป็น 7 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

- 1) Lower status of savagery : เป็นขั้นต่ำที่สุดของกระบวนการวิวัฒนาการ ในยุคนี้มนุษย์เก็บรากไม้ ผลไม้และพืชผักต่างๆ เป็นอาหาร
- 2) Middle status of savagery : มนุษย์รู้จักหาปลา ใช้ไฟ
- 3) Upper status of savagery : มนุษย์รู้จักคิดเครื่องมือล่าสัตว์ เช่น หอก ธนู
- 4) Lower status of barbarism : มนุษย์รู้จักประดิษฐ์ภาชนะเครื่องปั้นดินเผา
- 5) Middle status of barbarism : มนุษย์รู้จักเลี้ยงสัตว์ เริ่มเพาะปลูก คัดค้านการสร้างเจ็อนและการควบคุมระบายน้ำ
- 6) Upper status of barbarism : มนุษย์สามารถหลอมโลหะ ประดิษฐ์เครื่องมือเหล็ก
- 7) Status of Civilization : มนุษย์รู้จักใช้ตัวอักษร เขียนหนังสือ



สรุปได้ว่า ทฤษฎีวิวัฒนาการทางสังคมวัฒนธรรม มีสมมุติฐานในการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมและอารยธรรม อย่างเป็นลำดับขั้นตอน เพื่อพัฒนาความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตที่ดีขึ้นตาม ความสามารถของมนุษย์

2.12 ทฤษฎีกระบวนการพัฒนาไปสู่ภาวะทันสมัย เป็นกระบวนการที่มีความคล้ายคลึง กับทฤษฎีวิวัฒนาการ ซึ่งเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ ให้มีการพัฒนาความ เป็นอยู่ที่ดี บนพื้นฐานของเทคโนโลยีสมัยใหม่ Daneil Lerner (การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและ วัฒนธรรม Online 26 กุมภาพันธ์ 2552 :[http://eu.lib.kmutt.ac.th/elearning /Courseware/ SSC261/ Text/ P14.ppt#1](http://eu.lib.kmutt.ac.th/elearning/Courseware/SSC261/Text/P14.ppt#1)) ได้ลำดับไว้ว่า

- 1) การใช้เทคโนโลยีแบบพื้นบ้าน เปลี่ยนไปเป็นแบบทันสมัยหรือของตะวันตก
- 2) การเกษตรแบบพึ่งตนเองในนาแปลงเล็ก เปลี่ยนไปเป็นเกษตรกรรมเพื่อการค้า และนำเงินมาซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค
- 3) การอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานคนและสัตว์เปลี่ยนเป็น ใช้เครื่องจักรกลเป็นหลัก
- 4) ระบบสังคมเปลี่ยนจากการให้ความสำคัญกับชนบทมาสู่เมือง เน้นให้เมืองเป็น ศูนย์กลางความเจริญ

5) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพสมาชิก

ทฤษฎีกระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย (ระดับจุลภาค) ของจูเลียต สจวร์ต (Steward 1967 อ้างใน ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ 2550:50-51) พบกระบวนการพัฒนาไปสู่ ความทันสมัยเกี่ยวกับลักษณะร่วมบางประการ คือ

1) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องคุณค่าชีวิต เมื่อระบบเงินตราเข้ามาในสังคมประเพณี บังเอิญบุคคลจะถูกครอบงำด้วยความคิดเรื่องกำไรและผลประโยชน์มากกว่าเดิม การช่วยเหลือ ตอบแทนจะลดความสำคัญลง

2) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องความสมานฉันท์ของชุมชน ผลกระทบที่ตามมาจาก การที่คนรุ่นหลังมีคุณค่าและเป้าหมายของชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ทำให้เกิดความแตกต่าง ระหว่างคนที่ต่างรุ่นกัน ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งและทำให้ความสมานฉันท์ของชุมชนลดลง

3) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องเศรษฐกิจ หนี้สินที่เป็นผลจากการลงทุนการเกษตร ด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้กลายเป็นแรงงานอุตสาหกรรม

สรุปว่า ทฤษฎีกระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย มีสมมุติฐานเกี่ยวกับลำดับ การเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาไปสู่ความเจริญเติบโตหรือความก้าวหน้าของคน ที่เน้นเศรษฐกิจและ สังคมเป็นสำคัญ

### 2.13 ทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology)

ศัญญา วิวัฒน์ (2550 : 43) กล่าวว่า ทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม มีสมมุติฐานสำคัญอยู่ที่ว่ามนุษย์เป็นผู้สร้างความหมายต่างๆ ในสังคม สร้างความแท้จริงในสังคมนั้นคือ กฎระเบียบต่างๆ ที่ใช้อยู่ในสังคมแล้วทำความเข้าใจร่วมกัน และยึดถือเป็นแนวปฏิบัติในการกระทำระหว่างกันหรือดำรงชีวิตอยู่ด้วยกัน ตามแนวความคิดนี้มนุษย์จึงเป็นตัวสำคัญเป็นตัวการ ให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า โครงสร้างสังคม แต่โครงสร้างสังคมที่มนุษย์เองเป็นคนสร้างขึ้นนั้น ภายหลังที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้ว ก็อาจมีผลเป็นตัวบังคับเป็นตัวแบบให้มนุษย์ต้องปฏิบัติตามได้ โครงสร้างสังคมจึงไม่ใช่เป็นสิ่งสมมุติขึ้นมาก่อนอย่างทฤษฎีอื่น แต่เป็นสิ่งที่ตามมาทีหลังมนุษย์เป็นผลผลิตของมนุษย์

จุดสนใจของนักทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม อยู่ที่ชีวิตการดำเนินชีวิตช่วงใดช่วงหนึ่ง หรือชีวิตประจำวัน ศึกษาคำพูด เรื่องราว ระเบียบแบบแผน การกระทำสิ่งต่างๆ ของมนุษย์ในช่วงนั้นว่าเหตุใดเขาจึงทำเช่นนั้น เขาทำให้ผู้อื่นยอมรับความหมายและระเบียบ หรือโครงการที่เขาเสนอนั้นอย่างไร กล่าวอีกนัยหนึ่งเขาสรางโลกของเขาขึ้นมาได้อย่างไร นักสังคมวิทยาเป็นผู้ไปศึกษาค้นหาความจริงในทัศนะของคนในชุมชน กลุ่มคน ชุมรม ที่เป็นเป้าหมายของตนไม่ใช่ นำเอาทฤษฎีของตนเป็นกรอบความคิด แล้วไปหาข้อมูลจากชาวบ้านมาสนับสนุนกรอบความคิดตามทฤษฎีของตน

ทฤษฎีนี้ จะมองระเบียบแบบแผนของสังคมว่าขึ้นอยู่กับความนึกคิดของคนในสังคม มองการเปลี่ยนแปลงทางสังคมว่า ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความคิดเห็นของสมาชิกในชุมชนนั้น มองปัญหาสังคมว่าเกิดจากการยอมรับของกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งที่เรียกว่าปัญหานั้น มองพฤติกรรมทางสังคมว่าขึ้นอยู่กับประเพณีที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา

ประพจน์สำคัญจากทฤษฎีนี้อาจสร้างได้ เช่น

- 1) ระเบียบแบบแผนของสังคมขึ้นอยู่กับความนึกคิดของคนในสังคมนั้น
- 2) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความเห็นของสมาชิกในชุมชนนั้น
- 3) ผู้นำหรือชนชั้นสูงเกิดจากประเพณีที่ปฏิบัติมาหรือการยอมรับของสมาชิกในชุมชน
- 4) อำนาจของคนหรือกลุ่มคนขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำให้ผู้อื่นยอมรับตน
- 5) ปัญหาสังคมเกิดจากการยอมรับ ของกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งที่เรียกว่าปัญหานั้น
- 6) พฤติกรรมทางสังคมขึ้นอยู่กับประเพณีที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา

7) เมื่อมีสิ่งอันพึงปรารถนาเกิดขึ้น สมาชิกผู้ได้รับผลกระทบอาจร่วมกันพิจารณาหาทางแก้ไข และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนได้

สรุปว่า ทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม มีสมมุติฐานที่กล่าวถึงระเบียบแบบแผนการกระทำที่มีการยอมรับ และถือปฏิบัติตามบริบทของสังคมในช่วงหนึ่งหรือเป็นประจำ

#### 2.14 ทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์

จอร์จ เฮร์เบิร์ต มีด (George Herbert Mead อ้างใน มงคล นาฏกระสูตร Online 8 มีนาคม 2552 : <http://learners.in.th/file/drwattana/%.doc>) กล่าวว่า สัญลักษณ์หมายถึง วิธีการที่มนุษย์ปฏิสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับธรรมชาติ และบริบททางสังคม ถ้าไม่มีสัญลักษณ์มนุษย์จะมีปฏิสัมพันธ์กันไม่ได้และจะไม่มีคำว่า สังคม

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550 : 2 - 29) กล่าวว่า หัวใจของทฤษฎีสัญลักษณ์ทางสังคมอยู่ที่คิดการกระทำระหว่างกันและสัญลักษณ์รวมเรียกว่า คติ หรือทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ (symbolic interactionism) ...เรียกง่าย ๆ ว่า ทฤษฎีสัญลักษณ์ทางสังคม ทฤษฎีนี้มีสมมุติฐานสำคัญว่ามนุษย์ติดต่อกัน (หรือจะเรียกว่ามีการกระทำระหว่างกันก็ได้) โดยอาศัยสัญลักษณ์ เป็นสื่อที่ทำให้เกิดความเข้าใจ สัญลักษณ์ต่างกับสัญญาณ (signal) ซึ่งมีความหมายอย่างเดียว เช่น สัญญาณไฟจราจร สีแดง-ห้ามไป สีเหลือง-ระวัง และ สีเขียว-ไปได้ แต่ละสีหรือแต่ละสัญญาณมีความหมายเพียงอย่างเดียว แต่สัญลักษณ์แต่ละอันมีความหมายได้หลายอย่าง เช่น คำว่า หมู อาจหมายถึงสัตว์ประเภทหนึ่ง หมายถึงคนอ้วนหรือเรื่องอะไรที่ง่ายไม่ยุ่งยาก สีแดงสำหรับมนุษย์มีความหมายได้มากกว่าอย่างเดียว เช่น ถ้าใช้กับการจราจรก็แปลว่าต้องหยุดหรือถ้าอยู่ในธงไตรรงค์ของเราหมายถึงเลือด มีความหมายต่อไปอีกว่าคนไทยเป็นนักรบสู้ไม่ยอมถอย สัตว์มีความสามารถแค่ใช้สัญญาณ แต่มนุษย์มีความสามารถใช้ทั้งสัญญาณ และสัญลักษณ์

สัญลักษณ์มีได้หลายแบบ เช่น ภาษา กิริยาท่าทางหรือการกระทำ ภาษาเป็นระบบสัญลักษณ์ที่มีความสลับซับซ้อนยากแก่การเข้าใจ ต้องอาศัยการฝึกฝนอบรมเรียนรู้เป็นเวลานาน มีความซ้ำของจึงจะใช้ได้ แต่กระนั้นก็ยังมีความผิดพลาดอยู่เสมอ เพราะต้องอาศัยการตีความตามสถานการณ์ (context) ในขณะนั้นๆ เช่น ครูมองเห็นลูกศิษย์ในชั้นที่ตนกำลังสอนคนหนึ่งกำลังคุย จึงเรียกชื่อศิษย์คนนั้น แปลว่าให้เด็กคนนั้นหยุดคุย ครูภูมิศาสตร์ใช้คำว่า capital ในความหมายเมืองหลวง ครูบัญชีใช้คำนั้นในความหมายเงินทุน ครูสังคมวิทยาใช้คำนั้นในความหมายว่าหนักหรือหนักหน่วง ในคำว่า capital punishment กิริยาท่าทางหรือการกระทำแต่ละอย่าง ก็มีความหมายได้หลายอย่างตามความคิดของมนุษย์ เช่น การร้องไห้อาจแปลว่า ดีใจ เสียใจ หรือเจ็บแค้นใจก็ได้ หัวเราะก็ทำนองเดียวกัน ยกตัวอย่างที่พูดมาก็มีความหมายได้หลายอย่าง มนุษย์รู้ความหมายได้โดยอาศัยการตีความในบริบทนั้นๆ

จะพบว่าความคิด ประสบการณ์และพฤติกรรมมีส่วนสำคัญต่อสังคม , มนุษย์สร้าง ความสัมพันธ์ผ่านระบบสัญลักษณ์ ( Symbols ) สัญลักษณ์ที่สำคัญที่สุด คือ ภาษา...สัญลักษณ์ไม่ได้ หมายถึงวัตถุหรือเหตุการณ์เท่านั้น แต่ยังสามารถหมายถึงการกระทำจากวัตถุและเหตุการณ์นั้นด้วย

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550 อ้างแล้ว) ได้สร้างประพจน์จากทฤษฎีนี้ได้ว่า

- 1) มนุษย์เกิดจากสัญลักษณ์ที่มนุษย์รุ่นก่อนเป็นผู้สร้างและสะสมพัฒนา
- 2) บุคลิกของคนขึ้นอยู่กับกาลห่อหุ้มของสังคม ซึ่งมนุษย์เป็นผู้สร้างขึ้น
- 3) การเกิดการเจริญเติบโต หรือการเสื่อมสลายของสังคมขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจ

ของสมาชิกสังคม

- 4) พฤติกรรมเบี่ยงเบน (deviance) เกิดจากการให้ความหมายเช่นนั้นของมนุษย์

บางกลุ่ม

- 5) พฤติกรรมทางสังคม ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของสังคม
- 6) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เกิดจากการกระทำระหว่างมนุษย์
- 7) อำนาจของบุคคลหรือกลุ่มคนใดๆ ขึ้นอยู่กับการมอบหมายของอีกคนหรืออีก

กลุ่มหนึ่ง

สรุปว่า ทฤษฎีสัญลักษณ์ทางสังคม มีสมมุติฐานว่ามนุษย์ทำความเข้าใจกันหรือมี การกระทำระหว่างกันโดยอาศัยสัญลักษณ์ในการสื่อความหมาย

ฉะนั้น การปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์จึงต้องอาศัยการสื่อด้วยสัญลักษณ์ ที่มีการ ตีความหมายร่วมกันระหว่างการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ มนุษย์จึงต้องอยู่ในโลกแห่งสัญลักษณ์ ที่มีพื้นฐานหลักของการติดต่อสัมพันธ์กัน

### 2.15 แนวคิดทุนทางสังคม

เนชั่นสุดสัปดาห์ ปีที่ 14 ฉบับที่ 762 วันศุกร์ที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2549 ให้ ความหมายว่า สิ่งที่อยู่รอดสังคมเข้าด้วยกันซึ่งมี 3 ตัวแปร คือ วัฒนธรรม ความเชื่อความไว้วางใจ สังคม และเครือข่ายของสังคม

Online 11 ตุลาคม 2550 : [http://pattanathai.nesdb.go.th/main\\_socailmap\\_des.Asp](http://pattanathai.nesdb.go.th/main_socailmap_des.Asp) ให้ความหมายว่า คุณค่า วัฒนธรรม คุณธรรม ความเอื้ออาทร ความสามัคคี ความเป็น ปึกแผ่นของครอบครัว และชุมชน ความเข้มแข็งมั่นคงขององค์กรชุมชนของประชาสังคม และของ สังคมโดยรวม

ชยุต อินพรหม 2547 ให้ความหมายว่า การรวมพลังของคนในสังคมที่มี จุดประสงค์ร่วมกันในการที่จะนำพลังนั้นมาสร้างสรรค์ และสร้างคุณค่าของสังคมนั้นๆ โดยเป็น พลังในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ด้วยกัน และระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ โดย

มีการให้คุณค่า ให้ความสำคัญ เชื่อถือ ให้ความไว้วางใจ ความเอื้ออาทร ความสามัคคี ซึ่งมีจารีตประเพณี ภูมิปัญญา ศิลธรรม และบรรทัดฐานของสังคมนั้นเป็นเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การรวมพลังกัน โดยเคารพในศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์และบุคคลอื่นๆ ซึ่งเป็นการให้เกิดริและเคารพแก่กันและกัน และจะเป็นการสร้างพลังให้สังคมเกิดพลวัต และขับเคลื่อนไปอย่างมีเป้าประสงค์ของสมาชิกในสังคมร่วมกัน ซึ่งเป็นในรูปแบบของเครือข่ายหรือประชาสังคม

สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต เมษายน 2546 (Online 17 ธันวาคม 2550 :

<http://somchai.cmtc.ac.th/index.php?name=News&file=article&sid=12>) ให้ความหมายว่า ผลรวมของสิ่งดีงามต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม ทั้งในส่วนที่ได้จากการสั่งสม และการต่อยอดรวมถึงการรวมตัวของคนที่มีความรู้ เพื่อสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของความไว้วางใจ เชื่อใจ สายใยแห่งความผูกพัน และวัฒนธรรมที่ดีงาม

สำนักงานสนับสนุนกองทุนวิจัย Online 10 พฤษภาคม 2551 : [http://www.trf.or.th/RE/x.asp?Art\\_ID=83](http://www.trf.or.th/RE/x.asp?Art_ID=83) ให้ความหมายว่า ฐาน (ทุน) ทรัพยากรธรรมชาติ ฐาน (ทุน) วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมเกี่ยวกับความเอื้ออาทรและความสามัคคี ที่ทำให้คนมีความเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ต่อกัน มีระบบคิด หรือวิถีคิด วิถีปฏิบัติ การรวมความคิดความรู้สติปัญญา กำลัง และความชำนาญที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอีกด้วย ทุนทางสังคมเป็นคุณค่าเดิมที่มีอยู่ในสังคมไทย ทุนทางสังคมสามารถก่อให้เกิดพลังที่จะขับเคลื่อนชุมชนได้ พลังในที่นี้ได้แก่พลังแห่งปัญญาหรือความรู้ ซึ่งเป็นพลังที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้จริงและยั่งยืน

ทั้งนี้ ทุนทางสังคม สามารถจำแนกออกเป็น 2 รูปแบบ คือ แบบนามธรรม จะปรากฏในมิติของการมีคุณธรรม จริยธรรม องค์ความรู้ วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ภูมิปัญญา ความเอื้ออาทร การช่วยเหลือเกื้อกูล และพึ่งพาอาศัยกันในสังคม กล่าวได้ว่าเป็นพรหมวิหารสี่ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา อีกทั้งเป็นกรอบในการดำเนินชีวิตของคนในสังคมบนพื้นฐานความสัมพันธ์และไว้วางใจกันในสังคม แบบรูปธรรม ซึ่งรวมถึงทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ อาทิ ทรัพยากร (แม่น้ำ แผ่นดิน ฝืนป่า ฯลฯ) ความหลากหลายทางชีวภาพ และคนในสังคม กับทุนทางสังคมที่คนกำหนดหรือสรรสร้างขึ้น อาทิ ปัจจัย 4 อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย นวัตกรรม หรือเทคโนโลยีหรือในแบบสถาบันเครือข่ายที่เกาะเกี่ยวคุณค่าเรียงร้อยเป็นระเบียบให้ปรากฏ ด้วยวัตถุประสงค์ตามความต้องการ และตามความคาดหวังของสังคม

สำหรับองค์ประกอบทุนทางสังคมมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ซึ่งช่วยเกาะเกี่ยวความสัมพันธ์ให้แน่นแนบด้วยคุณค่าของการอยู่ร่วมกันในสังคม คือ

1) ทุมนุญย์ หรือ คน มีบทบาทหลักในการพัฒนาในทุกมิติ เนื่องจากคนสามารถพัฒนาให้มีคุณภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ สติปัญญา มีความรับผิดชอบ มีวินัย มีคุณธรรม จริยธรรม และมีสามัญสมนึกดีชั่วในตัวเอง สามารถเลือกประพฤติปฏิบัติได้ตามความคาดหวังของสังคม อีกทั้งสามารถรวมกลุ่มรวมพลังสร้างเครือข่าย เพื่อประโยชน์ของตนและส่วนรวม ทั้งทางด้านสุขภาพที่แข็งแรง ด้านจิตใจที่อ่อนโยนเอื้ออาทรเคารพกฎเกณฑ์ของสังคม ด้านสติปัญญามีศักยภาพในการเรียนรู้อย่างลุ่มลึก

2) ทุณสถาบัน มีบทบาทในการผลักดันให้เกิดพลังร่วมของคนในสังคม เนื่องจากสถาบันช่วยในการจัดเวลาให้คนมีคุณภาพทั้งด้านความรู้และคุณธรรม อาทิ สถาบันครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันพื้นฐานที่หล่อหลอมให้คนในสังคมรู้จักการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข หรือสถาบันศึกษาที่ให้ทั้งวิชาความรู้และระเบียบวินัย หรือสถาบันศาสนาที่ช่วยกล่อมเกลাজิตใจของคนให้รู้จักความดีและความชั่ว หรือสถาบันพระมหากษัตริย์ ซึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นศูนย์รวมของความสามัคคีในสังคมไทย

3) ทุณวัฒนธรรม เป็นวิถีชีวิตที่งดงามของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์สืบเนื่องมาแต่ครั้งอดีต ซึ่งสังคมนั้นๆ ให้การยอมรับ และประพฤติปฏิบัติตามในรูปของความเชื่อ ความศรัทธา จารีต ประเพณี ค่านิยม โดยวัฒนธรรมจะเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงรากเหง้าของคน ทำให้คนในสังคมนั้นๆ เกิดความภาคภูมิใจและหวงแหน ส่งผลต่อการอนุรักษ์และพัฒนาต่อยอดสืบไปไม่สิ้นสุด

4) ทุณภูมิปัญญาและองค์ความรู้ เป็นศาสตร์และศิลป์ของวิถีชีวิตที่สั่งสมถ่ายทอดมาอย่างยาวนานจากรุ่นสู่รุ่น เป็นพื้นฐานของระบบวิธีคิดเพื่อกำหนดเป็นหลักเกณฑ์ คุณค่าและประยุกต์ให้สอดคล้องกับการอยู่รอด รวมทั้งอยู่ร่วมกันอย่างสมดุลระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อมอย่างมั่นคงและผาสุก

เมื่อพิจารณาในภาพรวม จะพบว่า ทุณทางสังคม สามารถสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ และสร้างมูลค่าเพิ่ม (value added) ในสังคมได้อย่างหลากหลายตามบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะการประสานความสัมพันธ์ร่วมกันขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสังคมและประเทศตามศักยภาพที่มีได้อย่างสูงสุด ทั้งนี้ **ทุมนุญย์หรือคน** สามารถใช้ระบบความคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ในสิ่งต่างๆได้ในทุกมิติและรอบด้านอย่างมีเหตุมีผล **ทุณสถาบัน** สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการจุดประกายและผลักดันทั้งความรู้ กฎระเบียบ ศีลธรรม การดำเนินชีวิตตามบรรทัดฐานของสังคม อย่างรู้เท่าทัน **ทุณทางวัฒนธรรม** สามารถเชื่อมความเป็นกลุ่มสังคมอย่างแนบชิด เกิดความรู้สึกรักหวงแหนและหวงแหนวัฒนธรรมของตนเอง **ทุณทางภูมิปัญญา** ช่วยให้ฝ่าฟันวิกฤตและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างถูกวิธี ตามความรู้ดั้งเดิมแต่ครั้งบรรพชน รวมทั้งมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวตามพื้นที่ ฉะนั้น ทุณทางสังคม จึงเกิดได้ด้วยความเอื้ออาทรที่แสดงออกมาจาก

จิตสำนึกอันดีงาม มีความเชื่อที่ผ่านการไว้วางใจซึ่งกันและกัน จากการสั่งสมหล่อหลอม และการขัดเกลามายาวนาน สอดคล้องกับธรรมชาติตามศักยภาพของแต่ละคน และตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งเป็นคุณค่าที่สูงส่ง งดงาม ไม่สามารถจะตีเป็นมูลค่าได้และเป็นสิ่งที่มีพลังในการแก้ปัญหาวิกฤตในสังคม ซึ่งนอกจากทุนทางสังคมทั้ง 4 องค์ประกอบข้างต้นยังมีทุนทางสังคมอื่นๆที่สำคัญอีกมากมาย *ทุนทางสุขภาพ* ก็เป็นทุนทางสังคมชนิดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการรวมกลุ่มคนในสังคมที่มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลกันในภารกิจของสังคม และเป็นระบบความสัมพันธ์เป็นภูมิปัญญาอันมีค่าตามจารีตประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ รวมทั้งเป็นอุดมการณ์และเป็นทรัพย์สินส่วนรวม ตลอดจนเป็นเครือข่ายทางสังคม และเป็นพื้นฐานการเสริมสร้างประชาคมสุขภาพ

สรุปได้ว่า ทุนทางสังคม หมายถึง คุณค่าของความสัมพันธ์ ที่เชื่อมโยงความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อมั่นระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติบนพื้นฐานความดีงามในสังคม

ทั้งนี้ แม้ว่าทุนทางสังคม (social capital) เป็นประเด็นที่เกิดขึ้นมาไม่นานแต่เป็นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งได้ผูกพันกับวิถีชีวิตของคนไทยมาหลายชั่วอายุคน และเป็นภูมิปัญญาที่ประกอบขึ้นจากระบบการรวมตัว การร่วมคิดร่วมทำบนฐานของความไว้นื้อเชื่อใจสายใยความผูกพันเอื้ออาทร และวัฒนธรรมที่ดีงามตามบรรทัดฐานของสังคมไทย โดยเชื่อมโยงวัฒนธรรมประเพณีผ่านระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับสิ่งแวดล้อม ที่มีการให้คุณค่า ความศรัทธาการยอมรับและเคารพในศักดิ์ศรีตามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน สถาบัน วัฒนธรรม และองค์ความรู้ ซึ่งเกิดเป็นพลังในชุมชนและสังคม

## 2.16 แนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

เนื่องจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของคนไทย ผูกพันกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อม การเกิด แก่ เจ็บ ตาย จึงเชื่อมโยงกับพระพุทธศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ส่งผลให้การดูแลสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมประเพณีของสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปของการแพทย์แผนไทย ตามวิถีชีวิตของชาวพุทธ โดยมีการสั่งสมประสบการณ์และต่อเนื่องมานานนับพันปี กลายเป็นภูมิปัญญาและเป็นทฤษฎีการแพทย์แผนไทย แต่นานกว่าศตวรรษที่การแพทย์แผนไทยถูกละเลย และถูกกีดกันออกจากบริการสาธารณสุข โดยมีเหตุผลในประเด็นที่ว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ทั้งๆที่เป็นภูมิปัญญาของไทยที่สืบเนื่องมาตั้งแต่สมัยบรรพชน ต่อมาเมื่อกาลเวลาผ่านไปท่ามกลางกระแสเทคโนโลยีวิทยาการสมัยใหม่ ที่แพร่กระจายเข้ามาในประเทศไทย ภูมิปัญญาด้านวิทยาการการแพทย์แผนไทยได้หวนกลับมา และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางซึ่ง การนวดแผนไทยเป็นภูมิปัญญาหนึ่งที่มีการยอมรับ และมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในหมู่ประชาชนชาวไทยและชาวต่างประเทศ ถึงกับมีคำกล่าวที่ว่า “ ถ้ามาเมืองไทยจะต้องได้นวดแผนไทย ” (ประวัติการนวด

ไทย Online : 12 ธันวาคม 2550 : [http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php? Name =Page\\_View&page= TMstory. html](http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php? Name =Page_View&page= TMstory. html))

### 2.16.1 ความหมายการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย (กิตติชัย อนวัชประยูร จุลสารสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Online 20 กุมภาพันธ์ 2551 : [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm)) ให้ความหมายตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทยที่ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง

การแพทย์แผนไทย ตามคัมภีร์สมุฏฐานวินิจฉัย (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2546 : 31) หมายถึง กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาตามแนวทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีความสัมพันธ์กับสมุฏฐานการเกิดโรค 4 ประการ ประกอบด้วย ธาตุสมุฏฐาน อุดุมสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน การเกิดโรคจะเนื่องมาจากการเสียความสมดุลของธาตุทั้ง 4 และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ก็อาจให้เกิดการเสียสมดุลของธาตุทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งในบางตำรา จะมีสมุฏฐานการเกิดโรคประการที่ 5 คือ ประเทศสมุฏฐาน และมีสมุฏฐานการเกิดโรคประการที่ 6 คือ พฤติกรรมมูลเหตุก่อโรค

### 2.16.2 แนวคิดทฤษฎีและปรัชญาทางการแพทย์แผนไทย

ปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่อยู่คู่มนุษย์ตลอดมาหลายชั่วอายุคน โดยมูลเหตุของการเจ็บป่วยมีหลายสาเหตุ สำหรับแนวทางของการแพทย์แผนไทย เชื่อว่าสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยของมนุษย์เกิดจาก 3 สาเหตุใหญ่ คือ

1) เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เป็นระบบความเชื่อที่อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วย เกิดจากสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ที่ไม่สามารถมองเห็นได้และอธิบายไม่ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เกิดจากเคราะห์กรรม ผีสาง เทวดา ผีบรรพบุรุษ ผีป่า ผีบ้าน ปีศาจ ผีหรือสิ่งของที่ผู้อื่นเสกมากระทำโทษ เชื่อในเรื่องของเทพ เชื่อว่าพระเจ้าจะลงโทษผู้กระทำความผิดหรือวิญญานชั่วร้ายต่างๆ วิธีการอธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยที่ถูกกระทำจากศัตรูที่อาจใช้เวทมนต์ทำให้ตนเองเจ็บป่วย วิธีแก้ไขความเจ็บป่วยเหล่านี้ จะทำได้โดยกรรมวิธีทางไสยศาสตร์และหมอที่ชำนาญทางเวทมนต์เข้าแก้ไข หรือถอดถอนสิ่งชั่วร้ายออกไป ประเพณีความเชื่อเหล่านี้มีอยู่ทั่วไปแต่จะแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของท้องถิ่น

2) เกิดจากการกระทำของธรรมชาติ เป็นระบบความเชื่อที่อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุต่างๆในร่างกายตามทฤษฎีโบราณ อาทิ มูลเหตุธาตุทั้ง 4 การเสียสมดุลของโครงสร้างทางร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย ธาตุสมุฏฐานหรือทฤษฎีร้อน





นั่ง นอน เกิดการไหลเวียนของโลหิต ระบบประสาท หรืออาจหมายถึงพลังอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดการ พยุงอยู่ได้ของอวัยวะน้อยใหญ่ ทำให้เลือดและน้ำเหลืองไหลหรือหยุด ซึ่งตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย แบ่งลมออกเป็น การเคลื่อนไหว 6 ประการ คือ ลมพัดจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน ลมพัดจากเบื้องบนสู่เบื้องต่ำ ลมพัดอยู่ในท้องนอกลำไส้ ลมพัดในกระเพาะและลำไส้ ลมพัดทั่วร่างกาย ลมหายใจเข้าออก ส่วนธาตุลมจากภายนอก ได้แก่ ลมพัดต่างๆ เช่น ลมบก ลมทะเล เป็นต้น

ง. เตโชธาตุ หรือธาตุไฟ คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นความร้อน เป็นไออุ่น มีอาโปธาตุช่วยยึด วาโยธาตุช่วยพยุงไว้ มีคุณสมบัติเผาผลาญให้ แผลกสลาย และมีความสัมพันธ์กับระบบการทำงาน ทำให้ของที่กินเข้าไปแล้วย่อยได้ ธาตุนี้เจงนับได้ 4 ประการ คือ ไฟทำให้ร่างกายอบอุ่น ร้อนระส่ำระสาย ร่างกายเหี่ยวแห้งทรุดโทรม ไฟย่อยอาหาร ส่วนไฟจากภายนอก ได้แก่ ความร้อนจากดวงอาทิตย์ และไฟที่ให้พลังงาน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2546 : 40) แต่หากพิจารณาโดยละเอียดจะหมายถึง กระบวน การสันดาป การเผาผลาญของอาหารในร่างกายทำให้เกิดพลังความร้อน รักษาธาตุดินและธาตุน้ำ ไม่น่าสลาย

นอกจากนี้ การเสียดสมมูลของธาตุทั้ง 4 ที่มีอยู่ในธรรมชาติ คือ ธาตุภายนอกเกิดความวิปริตแปรปรวน เช่น การเกิดอุทกภัย ภัยหรืออัคคีภัย สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดธาตุภายนอกเสียดสมมูลไป ย่อมส่งผลต่อธาตุภายในร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้เช่นกัน

สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงอีกประการเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ที่เป็นผลมาจากความแปรปรวนของธาตุ 4 คือ “ธาตุเจ้าเรือน” ซึ่งเริ่มมีอิทธิพลต่อชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์มารดา ในทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเชื่อว่าชีวิตใหม่จะเกิดขึ้นได้จากชายหญิงที่มีลักษณะสมบูรณ์ ให้กำเนิดชีวิตใหม่ ซึ่งประกอบด้วยชั้น 5 คือ “รูป” หมายถึง รูปร่าง สิ่งที่เป็นรูปธรรมในพระไตรปิฎกอธิบายไว้ว่า รูปมีมหาภูตรูป 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และรูปที่เกิดจากมหาภูตรูป ได้แก่ อากาศ ประสาททั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย “เวทนา” ได้แก่ ความรู้สึกต่างๆ ซึ่งเกิดจากประสาททั้ง 5 และจิตใจ (“สัญญา” คือ ความจำต่างๆ การกำหนดรู้ อากาโร “สังขาร” คือ การปรุงแต่งจิต ความคิดผูกเป็นเรื่องราว “วิญญาณ” คือ ความรู้แจ้งของ อารมณ์ อารมณ์ทั้ง 4 ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส ฯ

“ธาตุเจ้าเรือน” หมายถึง ลักษณะที่หมายรวมถึงบุคลิก และอุปนิสัยที่ติดตัวมาตั้งแต่แรกเกิดและอาจเปลี่ยนแปลงได้ในภายหลัง ซึ่งได้อิทธิพลมาจากพฤติกรรม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม (คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยวิถีแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน 2551 : 1) ตามทฤษฎีการแพทย์ไทย กล่าวว่า ธาตุเจ้าเรือนมี 2 ลักษณะ คือ ธาตุเจ้าเรือนเกิด ซึ่งจะเติบโตตามวันเดือนปีเกิดและธาตุเจ้าเรือนปัจจุบัน ที่พิจารณาจากบุคลิกลักษณะอุปนิสัยและภาวะด้านสุขภาพกาย

และใจ ว่าสอดคล้องกับลักษณะของบุคคลธาตุเจ้าเรือนอะไร ธาตุเจ้าเรือน เป็นภาวะธรรมชาติที่ผู้ นั้นเกิดมาช่วงเวลาวัน เดือน ปี ฤดูแลและเวลาโคของ 1 วัน บ่อมกำหนดจุดอ่อน จุดเด่นของร่างกาย และจิตใจของผู้ นั้น เป็นสิ่งที่มนุษย์จะมีลักษณะที่คล้ายกัน เป็นสิ่งกำหนดนอกเหนือจากภาวะ พันธุกรรมที่ได้จากบิดาและมารดา มนุษย์จึงมีความแตกต่างกัน แม้แต่สายพันธุ์เดียวกันเมื่อเกิดอยู่ ต่างพื้นที่ก็ยังมีสารเคมีภายใน หรือสารสำคัญภายในปริมาณมากน้อยต่างกัน เป็นสัจธรรมของโลก ที่หมุนเวียนรอบดวงอาทิตย์ และตัวโลกเองมีความเปลี่ยนแปลงไปตามหลัก อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา จะต้องเกิด และดับไปพร้อมกับกาลแลกซ์นี้ ซึ่งเป็นหนึ่งในจักรวาลที่กว้างใหญ่ไพศาล การแพทย์แผนไทย (คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย 2546 : 6) มีความเชื่อในเรื่อง ธรรมชาติว่า การเกิดรูปครั้งแรกในครรภ์มารดา มีขนาดเล็กมากขนาดเท่ากับหยคน้ำมันงาที่ติดอยู่ ปลายขนจามรีหลังจากถูกสะบัดถึง 7 ครั้ง และด้วยอิทธิพลของธาตุไฟ จึงเกิดธาตุอื่นตามมาจนครบ ธาตุทั้ง 4 ดิน น้ำ ลม และไฟ แล้วจึงเกิดเวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ จนครบชั้น 5 และเชื่อว่า ความแตกต่างทางด้านรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกรู้คิด ความรู้แจ้งทางอารมณ์เหล่านี้ ล้วนเป็นผล มาจากอิทธิพลของธาตุเจ้าเรือนทั้งสิ้น กล่าวคือ การเกิดรูปครั้งแรกในครรภ์มารดานั้นเกิดขึ้นโดย อิทธิพลของธาตุไฟก่อน จึงเกิดธาตุอื่นๆ จนครบทั้ง 4 ธาตุ และครบชั้น 5 ประกอบกับอิทธิพล ของธรรมชาติ ได้แก่ ความร้อน ความเย็นของภูมิอากาศตามฤดูกาล ทำให้ธาตุทั้ง 4 ของแต่ละคน แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เกี่ยวกับธาตุเจ้าเรือนนี้คัมภีร์ พระประณมจินดากล่าวไว้ว่า “ เมื่อตั้งครรภ์ฤดูใด ธาตุอันใด ให้เอาธาตุของฤดูนั้นเป็นที่ตั้งแห่ง ธาตุเจ้าเรือนของกุมารกุมารินั้นๆ ” (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2546 : 41 - 45 และ[http://www. Expert2you. com/ article/2315 /index.htm? page\\_no=1](http://www.Expert2you.com/article/2315/index.htm?page_no=1) : 6 พฤษภาคม 2551) คือ

ก. ตั้งครรภ์ในเดือน 5 , 6 , 7 เป็นลักษณะแห่งธาตุไฟ

ข. ตั้งครรภ์ในเดือน 8 , 9 , 10 เป็นลักษณะแห่งธาตุลม

ค. ตั้งครรภ์ในเดือน 2 , 3 , 4 เป็นลักษณะแห่งธาตุดิน

หรือหากพิจารณาจากเดือนเกิดของทารก สามารถจำแนกได้ว่า

ง. ผู้ที่เกิดเดือน 5 , 6 , 7 มีธาตุลมเป็นเจ้าเรือน

จ. ผู้ที่เกิดเดือน 8 , 9 , 10 มีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือน

ฉ. ผู้ที่เกิดเดือน 11 , 12 , 1 มีธาตุดินเป็นเจ้าเรือน

ช. ผู้ที่เกิดเดือน 2 , 3 , 4 มีธาตุไฟเป็นเจ้าเรือน

เมื่อทารกเจริญเติบโตจะมีองค์ประกอบของธาตุรวมกันอยู่อย่างปกติ แต่ จะมีธาตุอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นมากกว่า เรียกว่าเป็นลักษณะของ “ เจ้าเรือน “ โดยมีลักษณะดังนี้

ก. ชาตุนเป็นเจ้าเรือน มีรูปร่างสูงใหญ่ ผิวคล้ำ ผมหดดำ เสียงดังฟังชัด ข้อกระดูกแข็งแรง กระดูกใหญ่ น้ำหนักตัวมากลำสัน อวัยวะสมบูรณ์ บุคลิกโดดเด่นสง่างาม หากสุขภาพร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสมดุลก็จะมีความสุขรอบคอบ มีเป้าหมายในชีวิต เฉลียวฉลาด ทะเยอทะยาน จิตใจหนักแน่น มีมนุษยสัมพันธ์ดี กระจือร้อน อดทนสูง เอื้อเฟื้อ เมตตา รักสงบ แต่ถ้าเมื่อใดร่างกายเสียสมดุลจะเกิดความขัดแย้งในตัวเอง ลังเล ขี้ใจน้อย คี้อร้อน โกรธเคี้ยว อารมณ์แรง สิ่งที่น่าสังเกตคือคนโบราณกล่าวว่าคนชาตุนี่จะสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ " การขับถ่ายเป็นระบบ " ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญและใส่ใจในระบบนี้

ข. ชาตุน้ำเป็นเจ้าเรือน มีรูปร่างและอวัยวะที่สมบูรณ์ สมส่วน ผิวพรรณสดใส ตาหวาน น้ำในตามาก ผมหดดำ กินช้า ทำอะไรชักช้า ทนหนาว ทนร้อน ทนเย็น ได้ดี สูงโปร่ง มีลูกดก มีความรู้สึกทางเพศดี เสียงแปร่ง เจ้าชู้ ช่างเจรจา อดทน นิ่งเยือกเย็น รูปร่างตามชาตุนเป็นคนรูปร่างและอวัยวะสมบูรณ์สมส่วน ทำทางเดินมั่นคง เมื่อชาตุน้ำเจ้าเรือนของเขาสมดุลก็จะมีสมาธิ รสนิยมเลิศหรู เป็นนักวางแผนมือฉกาจ ใจกว้างมีเหตุผลและยุติธรรม มีหัวศิลปะ กระจือร้อนเต็มเปี่ยม สุขชีวิต แต่หากชาตุน้ำไม่สมดุลจะเฉื่อยชา เกียจคร้าน ตัดสินใจช้า ไม่ค่อยเด็ดขาด อารมณ์เสื่อง่าย ใจอ่อน โบราณกล่าวว่าสุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการทำงานของต่อมต่างๆ ภายในร่างกาย คือ การมีเสมหะมาก การปวดท้องเกี่ยวกับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะ น้ำในมดลูก

ค. ชาตุนเป็นเจ้าเรือน มีผิวหนังหยาบแห้ง รูปร่างสูงโปร่ง ผอม ผมหาง ข้อกระดูกมักถี่เมื่อเคลื่อนไหว ขี้ใจกล้า ขี้ฉลาด รักง่ายหน่ายเร็ว ทนหนาวไม่ได้ นอนไม่ค่อยหลับ ช่างพูด เสียงต่ำ ออกเสียงไม่ชัด มีลูกไม่ดก ไม่ค่อยมีความรู้สึกทางเพศ ชอบความสะดวกสบาย ฉลาดไหวพริบดี มีเสน่ห์ทั้งดงาม เป็นผู้นำ สุขุมเยือกเย็น มีเสน่ห์ทางเพศ เข้าใจง่าย เรียนรู้ได้เร็ว แต่ก็ลืมเร็ว ปรับตัวง่าย มีความคิดสร้างสรรค์เป็นศิลปิน และหากชาตุน้ำไม่สมดุลจะยังเป็นคนที่ไม่ค่อยตรงต่อเวลา ขี้หึง โมโหง่าย ไม่กล้าตัดสินใจ อารมณ์ไม่มั่นคง โบราณกล่าวว่าสุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโรคลมอาการเฉียบพลัน อารมณ์ที่ร้อนแรง ความวิตกกังวล อาการปวดหลัง การชัก การกระดูก

ง. ชาตุนไฟเป็นเจ้าเรือน มักทนร้อนไม่ค่อยได้ หิวบ่อยกินเก่ง ผมหงอกเร็ว มักหัวล้าน หนังก่อน ผมหงอก หนวดอ่อนนุ่มนึ่ง ไม่ค่อยอดทน ใจร้อน ข้อกระดูกหลวม มีกลิ่นปาก กลิ่นตัวแรง ความต้องการทางเพศปานกลาง มีพรพิเศษด้านธรรมะ หากคนชาตุน้ำเจ้าเรือนอยู่ในชาตุน้ำไฟมีความสมดุลจะมีเหตุผล คล่องแคล่ว ไม่เห็นแก่ตัว มีเมตตา เป็นครูที่ดี โรแมนติก ชอบความสมบูรณ์แบบ มีความสามารถรอบด้าน กล้าหาญ มั่นใจในตัวเองสูง อดทน แต่หากเมื่อใดชาตุน้ำไม่สมดุล จะกลายเป็นคนอ่อนไหว ขาดความมั่นใจ เข้าใจยาก ความอดทนต่ำ เครียด หงุดหงิด

ว่าความ ขี้รำคาญ โบราณกล่าวว่าสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ " เลือดกำเดา " ซึ่งเป็นองค์ความรื้อนในตัว ควบคุมไฟทั้งหมด

ทั้งนี้ พฤติกรรมการเลี้ยงดู การรับประทาน และสิ่งแวดล้อมก็มีผลทำให้ธาตุเจ้าเรือนเปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อเริ่มปฏิสนธิได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปธาตุเจ้าเรือนเดิมจะไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 6 ปีแรกของชีวิต ดังนั้น การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากเป็นผลมาจากการเสียสมดุลของธาตุภายในและภายนอกทั้ง 4 แล้ว ยังต้องคำนึงถึงธาตุเจ้าเรือนด้วยว่าธาตุกำเนิดขณะปฏิสนธิในครรภ์มารดาบุคลิกลักษณะนิสัยในปัจจุบันเป็นอย่างไร อาการที่เจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นอาการของธาตุใด เป็นการหาสมมุติฐานว่าเกิดการเจ็บป่วยด้วยธาตุใดนั่นเอง อนึ่ง ตามทฤษฎีโบราณสามารถใช้รสชาติของอาหารเป็นยารักษาโรค โดยรสชาติต่างๆ 9 รส จะมีผลต่อร่างกายดังนี้

รสฝาด	สำหรับสมาน	รสหวาน	ซึมซาบไปตามเนื้อ
รสเมาเบื่อ	แก้พิษ	รสขม	แก้คั่ง โลหิต
รสเผ็ดร้อน	แก้ลม	รสมัน	แก้เส้นเอ็น
รสหอมเย็น	ทำให้ชื่นใจ	รสเค็ม	ซึมซาบไปตามผิวหนัง
รสเปรี้ยว	กำจัดเสมหะ		

อนึ่ง บางตำรามีการเพิ่ม รสจืด สำหรับแก้ทางปัสสาวะ (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2546 : 44)

ฉะนั้น การรับประทานอาหารเพื่อปรับให้ร่างกายสมดุลตามธาตุ จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ ดังนี้

ก. คนเกิดเดือนพฤศจิกายน ธันวาคม มกราคม ธาตุเจ้าเรือนอยู่ใน " ธาตุดิน " อาหารที่ควรรับประทานเพื่อปรับสมดุลธาตุ คือ อาหารที่มีรสฝาด หวาน มัน เค็ม เช่น มังคุด ฝรั่งดิบ ฟักทอง ถั่วต่างๆ เงาะ น้านม น้าอ้อย น้ามะพร้าว เกลือ ฯลฯ

ข. คนเกิดเดือนกุมภาพันธ์ มีนาคม เมษายน ธาตุเจ้าเรือนอยู่ใน " ธาตุไฟ " วิธีการปรับธาตุโดยการรับประทานอาหารให้สมดุลควรเลือก รสขม จืด เย็น ได้แก่ ผักบุ้ง ตำลึง แตงโม บัวบก ขี้เหล็กและควรหลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดร้อน น้าสมุนไพรที่ติดต่อการบำรุงธาตุคือ น้าใบบัวบก และน้ามะระขี้้นก

ค. คนเกิดเดือนพฤษภาคม มิถุนายน กรกฎาคม ธาตุเจ้าเรือนอยู่ใน " ธาตุลม " อาหารตามธาตุเพื่อปรับสมดุลคือ อาหารรสเผ็ดและรสขม ได้แก่ เตยหอม บัว ขิง ข่า ตะไคร้ กระชาย พริกไทย โหระพา กะเพรา

ง. คนเกิดเดือนสิงหาคม กันยายน ตุลาคม ธาตุเจ้าเรือนอยู่ใน " ธาตุน้ำ " อาหารสำหรับปรับสมดุลธาตุจึงเป็นอาหารรสเปรี้ยว เช่น มะกรูด มะนาว ส้ม สับปะรด มะเขือเทศ

ส่วนน้ำสมุนไพรที่ช่วยบำรุงธาตุคือ น้ำมะนาว น้ำส้ม น้ำฝรั่ง ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น ซะอิม ฟักทอง ถั่ว กะทิต่างๆ โบราณกล่าวว่า สุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การทำงานของต่อมต่างๆ ภายในร่างกาย การมีเสมหะมาก การปวดท้องเกี่ยวกับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร การขับถ่าย ปัสสาวะ น้ำในมดลูก (Online 6 พฤษภาคม 2551: <http://www.ku.ac.th/e-magazine/may50/know/horo.htm>)

วิถีชีวิตของคนไทยเกี่ยวพันกับการแพทย์แผนไทยมานานนับพันปี ซึ่งตามทฤษฎีการแพทย์ไทย กล่าวว่าเมื่อชีวิตปฏิสนธิขึ้นมีการเกิดของธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ สืบต่อกันมาตั้งแต่เกิด ดังนั้นเมื่อมารดาตั้งครรภ์ในฤดูใดในธาตุใด ให้เอาธาตุนั้นเป็นที่ตั้งแห่งกุมาร กุมารี่ ถือว่าเป็นธาตุประจำตัว หรือเรียกว่า " ธาตุเจ้าเรือน " ฉะนั้นการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ จะเสริมสร้างสุขภาพอนามัยให้แข็งแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารสมุนไพรตามธาตุเจ้าเรือน ที่มีรสชาติหลากหลายจะช่วยบำรุง และปรับธาตุที่หย่อน หรือกำเริบให้สมดุล เนื่องจากการเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4

(2) อิทธิพลของฤดูกาล (อุตุสมุฏฐาน) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลต่างๆ ในช่วงรอยต่อของฤดูกาลจะมีผลทำให้ร่างกายเสียการสมดุลในการปรับตัว จึงเกิดความเจ็บป่วยได้ คือ ฤดูร้อนเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ฤดูฝนเจ็บป่วยด้วยธาตุลม ฤดูหนาวเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

(3) อิทธิพลของอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย (อายุสมุฏฐาน) เกิดจากมูลเหตุของอายุที่เปลี่ยนแปลงคือ ช่วงปฐมวัย อายุ 0 – 16 ปี มีธาตุน้ำเป็นเจ้าเรือนจะเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ ช่วงมัชฌิมวัย อายุ 16 – 32 ปี มีธาตุไฟเป็นเจ้าเรือนจะเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ช่วงปัจฉิมวัย อายุ 32 ปีขึ้นไป มีธาตุลมเป็นเจ้าเรือนจะเจ็บป่วยด้วยธาตุลม (แพทย์หญิงเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546)

(4) อิทธิพลของกาลเวลา (กาลสมุฏฐาน) คือ สาเหตุของการเกิดโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทุก 24 ชั่วโมงในรอบ 1 วัน ทำให้ธาตุต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปดังนี้

ก. เวลา 06.00 – 10.00 น. และเวลา 18.00 – 22.00 น. ธาตุน้ำ  
กระทำโทษ มักมีอาการท้องเสียหรือน้ำมูกไหล ข. เวลา 10.00 – 14.00 น. และเวลา 22.00 – 02.00 น.  
ธาตุไฟกระทำโทษ มักมีอาการไข้หรือแสบท้อง ปวดท้อง ค. เวลา 14.00 – 18.00 น. และเวลา  
02.00 – 06.00 น. ธาตุลมกระทำโทษ มักมีอาการวิงเวียน ปวดเมื่อย อ่อนเพลียหรือเป็นลม

(5) ถิ่นที่อยู่อาศัย (ประเทศสมุฏฐาน) ที่อยู่อาศัยหรือสิ่งแวดล้อมย่อมมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ ประเทศร้อนได้แก่ สถานที่ที่เป็นภูเขาสูง เนินผา มักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ประเทศเย็นได้แก่ สถานที่ที่เป็นน้ำฝน เปือกตม มีฝนตกชุกมักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม

ประเทศอุ่นได้แก่ สถานที่ที่เป็นน้ำกรวดทรายเป็นที่เก็บน้ำไม่อยู่ มักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ ประเทศหนาวได้แก่ สถานที่ที่เป็นน้ำเค็ม มีเปือกตมขึ้นและ เช่น ชายทะเล มักเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน

(6) พฤติกรรมมูลเหตุก่อโรค นอกจากการเสียดุลของธาตุทั้ง 4 แล้ว การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันอาจส่งผลต่อการเสียดุลของธาตุทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ พฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร (อาหารมากหรือน้อยเกินไป หรืออาหารบูดหรืออาหารที่ไม่เคยรับประทาน หรืออาหารไม่ถูกกับธาตุ ไม่ถูกกับโรค) ฝืนอิริยาบถ (ยืน เดิน นอน) ไม่สมดุล ทำให้โครงสร้างร่างกายเสื่อม ทрудโทรม อากาศ (อยู่ในที่อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป) การอด (อดอาหาร อดน้ำ อดนอน) การกลั่น (กลั่นอุจจาระ ปัสสาวะ) การทำงาน (ทำเกินกำลัง หรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป) ความรู้สึก (โศกเศร้าเสียใจหรือดีใจเกินเหตุ) อารมณ์ (มีโทสะมากเกินไป ขาดสติ) (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546 : 42 - 43)

3) เกิดจากพลังของจักรวาล เป็นระบบความเชื่อที่อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากอิทธิพลของดวงดาวต่างๆ ซึ่งมีทั้งพลังที่สร้างสรรค์และพลังที่ทำลายสุขภาพ หากพลังใดมีมากกว่ากัน ก็จะส่งผลให้มีสุขภาพดีหรือร้ายตามพลังนั้น เมื่อพิจารณาสาเหตุการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยจะพบว่าธรรมชาติเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากมนุษย์คือส่วนหนึ่งของธรรมชาติ หากละเมิดกฎธรรมชาติก็จะเป็นต้นเหตุให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ

(1) จักรราศีกับการเกิดโรค คนโบราณเชื่อว่าอิทธิพลจักรวาล และอิทธิพลดวงดาว มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะเจาะจงกับอวัยวะต่างๆ และแบ่งความสำคัญออกเป็น 12 จักรราศี เหมือนกับเป็นการจำลองวงโคจรของโลกที่หมุนรอบดวงอาทิตย์ ภายใต้อิทธิพลของสุริยะจักรวาล (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2546 : 46) เริ่มต้นจากยามเช้าขณะพระอาทิตย์กำลังโผล่พ้นขึ้นมา ถ้าดวงอาทิตย์พาดผ่านในดาวราศีใด ซึ่งก็คือหมู่ดาวฤกษ์โดยจะเลื่อนผ่าน 12 จุดไม่ตรงกัน ใน 12 เดือน เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า “พระอาทิตย์สถิตในราศี” เช่น พระอาทิตย์สถิตในราศีเมษ หมายความว่าช่วงนั้นพระอาทิตย์โผล่พ้นขอบฟ้าแล้วพาดไปอยู่บนหมู่ดาวราศีเมษ เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อสุขภาพบริเวณศีรษะ เมื่อเลื่อนต่อไปเป็นราศีพฤษภจะมีอิทธิพลต่อหน้า และเลื่อนไป คอ ออก ท้อง ท้องน้อย สะโพก ต้นขา เข่า หน้าแข้งและเท้าตามลำดับ โดยแบ่งร่างกายตามราศีออกเป็น 12 ส่วน ทั้งนี้ คนโบราณได้ศึกษาความสำคัญของปรากฏการณ์พระอาทิตย์สถิตในราศีแล้วเกิดผลต่อสุขภาพเฉพาะบริเวณ ซึ่งมีผลถึงปฏิกิริยาของธาตุทั้ง 4 ด้วย จะทำให้ธาตุทั้ง 4 กำเริบ หย่อนหรือว่าพิการ และหากศึกษาอย่างลึกซึ้งยังจะพบอีกว่า ที่กำเริบหย่อนหรือว่าพิการจากธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ส่วนใดอีก ดังนั้น หมอแผนไทยจึงเก่งทั้งวิชาโหราศาสตร์ ดาราศาสตร์ เวชศาสตร์และพฤกษศาสตร์ โดยสามารถนำเอาธาตุภายนอกได้แก่ ดิน ไม้ ใบหญ้ามาประยุกต์ใช้เป็นยารักษาโรค

เรียกว่า มหาพิภค ขาหลักๆ คือ เบญจภูต ตรีผลา ตรีภูก และตรีสาร ในรายที่ชำนาญในเรื่องของ โหราศาสตร์ จะสามารถจับดาวมาใส่ดวงใน 12 ช่อง อาทิ อาทิตย์ จันทร์ อังคาร พฤหัส ศุกร์ เสาร์ ราหู มฤตยู เกศ ฯ หากรู้ว่คนปฏิสนธิในครรภ์มารดาเกิดในวันใด เดือนใด ฤดูแล้ง ฤกษ์เกิดเวลาใด ของวัน สามารถที่จะหยิบเอาดาวที่เกี่ยวข้องกับชีวิตคนนั้นมาลงในช่อง 12 ช่อง แล้วลงถักนา ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านการแพทย์และโหราศาสตร์การแพทย์ จึงสามารถวินิจฉัยโรคคนไข้คนนั้นได้ อย่างละเอียด อีกทั้งล่วงรู้ถึงชีวิตและสังคมของคนไข้ เช่น หากคนไข้เป็นช่วงที่ธาตุไฟกำเริบและยังอยู่ในสังคมที่ร้อนรุ่มจะอยู่กันไม่เป็นสุข ประกอบกับดาวที่มีอิทธิพลนั้นเป็นดาวอังคารหรืออาทิตย์ ก็ยิ่งจะส่งผลให้ความเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟมากขึ้น ดังนั้น จะพบว่าจักรราศีว่าด้วยเรื่องธาตุทั้ง 4 ทาง การแพทย์ได้เชื่อมโยงถึงเรื่องโหราศาสตร์การแพทย์ด้วย

(2) การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2546 : 47) ว่าด้วยการวิเคราะห์สถานภาพธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ ของคนเป็นวงกลมที่ประยุกต์ขึ้นโดย เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ด้วยการให้ความรู้สมัยใหม่บวกกับการคำนวณอย่างชัดเจน ว่าหากรู้วันเกิดก็ย่อมรู้วัน ปฏิสนธิ รู้ว่าตัวอ่อนมนุษย์มีอายุเท่าไรตั้งแต่ปฏิสนธิจนเกิด โดยใช้วิธีย้อนกลับไปหาวันปฏิสนธิ เพื่อที่จะสามารถรู้ว่าบุคคลนั้นมีธาตุอะไรเป็นธาตุเจ้าเรือน จากทฤษฎี 4 พระคัมภีร์ ได้แก่ สมุฏฐาน วินิจฉัย ธาตุวิภังค์ ธาตุวิวรรณ์ โรคนิทาน สามารถเข้าใจได้ว่าหากแบ่งกลุ่มบุคลิกภาพหรือจุดอ่อน ของคนในประเทศ สามารถแบ่งได้เป็น 18 กลุ่ม และแบ่งเป็นคาบๆ ละ 20 วัน ได้แก่ การที่เราใช้ หลักการของโลกหมุนรอบตัวเองใน 1 วัน แล้วก็เคลื่อนตัวไป 1 องศารอบดวงอาทิตย์ 1 องศา ก็คือ 1 วัน เมื่อโลกหมุนครบ 1 รอบแบ่งออกเป็น 18 คาบ ก็จะได้คาบละ 20 วัน ซึ่งในแต่ละคาบนั้นหาก ใครปฏิสนธิในคาบนั้น ตรงนั้นก็จะเป็นธาตุเจ้าเรือนของผู้นั้น คนโบราณได้กล่าวไว้อย่างละเอียดว่า ณ จุดนั้นมีธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟเป็นอย่างไร ทุกปีในวิถีชีวิตของมนุษย์จะผ่าน ณ จุดนี้ไป ตลอดปีตลอดชีวิต ซึ่งเป็นอิทธิพลของสุริยจักรวาลหรือรังสีแสงต่างๆ และเป็นจุดอ่อนของแต่ละคน การประยุกต์ใช้วิชานี้ จะสามารถทำให้ล่วงรู้เบื้องต้นของคนไข้แต่ละราย ว่ามีธาตุเจ้าเรือนหรือมี จุดอ่อนเป็นอย่างไร เมื่อนำมาประกอบกับข้อมูลในการตรวจร่างกาย สิ่งแวดล้อม และความเจ็บป่วย ที่ตรวจพบหมอจะสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างรอบคอบ ทำให้สามารถจ่ายยาปรับธาตุทั้ง 4 ร่วมกับ ให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิต เกี่ยวกับการรับประทานอาหารว่าประเภทใดควรรับประทานเพื่อ ปรับธาตุให้สมดุล

อนึ่ง วงจรชีวิตเกิด แก่ เจ็บ ตาย (ชีวิตคือขั้น 5 รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ) การแพทย์แผนไทยเชื่อในเรื่องของการเกิดว่าจากการปฏิสนธิวิญญาณมาเกิด ที่ จะต้องอาศัยปฐิสภาพจากบิดาและอิตถีสภาพจากมารดา เมื่อชีวิตได้อุบัติขึ้นวิญญาณได้เกิดขึ้นจะ เข้าสู่วงจรของการเวียนว่ายตายเกิด โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก วัยกลางคน วัยชราแล้วตายในที่สุด



และเชื่อว่าผู้ใดมีอายุเกิน 108 ปี ถือว่าเป็นความสำเร็จอย่างยิ่งใหญ่ รวมทั้งต้องเป็นการแก่ตายอย่างสง่าตายอย่างสงบ ไม่มีโรคภัยเบียดเบียนจนทำให้เกิดทุกข์เวทนาเกินไป หรือจะดำรงชีวิตอย่างมีทุกข์น้อยที่สุดอย่างไร แล้วจึงจากโลกนี้ไปอย่างสงบ ตามหลักของอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา มีเกิด แก่ เจ็บ และตาย

### 2.16.3 การเรียกชื่อของโรค

ทางการแพทย์แผนไทย จะเรียกชื่อจากการสังเกตอาการของผู้ป่วย และเรียกชื่อ 2 แบบ คือ ตามธาตุที่ไม่สมดุลที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ธาตุพิการ หรือธาตุแตก (คัมภีร์โรคนิทาน คัมภีร์ธาตุวิภังค์) เช่น เกสาพิการ เสมหะพิการ โลหิตพิการ ฯลฯ และเรียกชื่อโรคตามสมุฏฐานที่ตั้งของการเกิดโรค (เบญจอินทรีย์) อาทิ โรคที่เกิดกับตา เรียกว่าจักขุโรค เกิดกับหู เรียกว่าโสตโรค เกิดกับจมูกเรียกว่าฆานะโรค เกิดกับลิ้น เรียกว่าชีวหาโรค เกิดกับตัว เรียกว่ากายโรค (พิหิทรโรค คือโรคที่เกิดขึ้นภายนอก เช่น กลาก เกลื่อน เรื้อน ฯ อันตโรค คือโรคที่เกิดขึ้นภายใน เช่น เป็นไข้ เป็นลม ท้องอืด ท้องเฟ้อ ฯ)

### 2.16.4 การวินิจฉัยโรคด้วยการแพทย์แผนไทย

วิธีตรวจและการวินิจฉัยโรค ตามแนวทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย พอสรุปได้ดังนี้

- 1) การซักประวัติบุคคล การแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ วัน เดือน ปีเกิด ที่อยู่อาศัย สถานที่เกิด อายุ อาชีพ ประวัติครอบครัว การวิเคราะห์ธาตุเรือน/ธาตุกำเนิด การเจ็บป่วยในอดีตกับฤดูกาลที่เจ็บป่วย อุปนิสัย และพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุของการเกิดโรค
- 2) ประวัติของโรค เช่น เริ่มป่วยเมื่อไร อาการเริ่มแรกจนมาพบหมอ อาการหนักเบา ในช่วงเวลาใด การรักษาที่ได้รับก่อนมา
- 3) การตรวจร่างกาย เช่น ดูรูปร่าง กำลัง สติอารมณ์ ชีพจร ปาก ลิ้น ตา ผิวพรรณและการตรวจเฉพาะที่ป่วย
- 4) การตรวจอาการ เช่น วัดปรอท ดูเหงื่อที่ออก ซักถามอุจจาระ ปัสสาวะ อาหารและพฤติกรรมการบริโภค เสี่ยง การนอนหลับความรู้สึกต่าง ๆ (เจ็บคอ ขมปาก ฯลฯ)
- 5) การวิเคราะห์โรค โดยทำความเข้าใจกับอาการของคนไข้ จากการพิจารณาจากธาตุเจ้าเรือน / ธาตุกำเนิด ฤดูกาล เวลา ที่มีอาการเจ็บป่วย ช่วงอายุ ที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมที่สงสัยเป็นมูลเหตุก่อโรค เมื่อวิเคราะห์โรคได้แล้วจึงจะทำการรักษาต่อไป

### 2.16.5 การรักษาตามแนวทางการแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวม จึงต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ร่วมไปกับการรักษาดังนี้

- 1) ปัจจัยที่ธรรมชาติกำหนด ได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล สุริยจักรวาล ความอนิจจัง การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้
- 2) ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรค โดยใช้หลักธรรมานามัย ซึ่งประกอบด้วย กายานามัย จิตตานามัยและชีวิตานามัย [กายานามัย เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับร่างกาย เช่น อาหารและการออกกำลังกาย จิตตานามัย เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพในเรื่องที่เกี่ยวกับทางจิต เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา ชีวิตานามัย เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในสายกลางเช่น มีอาชีพที่สุจริต รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดี (คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยวิถีแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน 2551 : 27 - 28) ]
- 3) การรักษาด้วยการใช้อาหารหรือยาสมุนไพร เพื่อปรับธาตุสมดุล
- 4) การรักษาด้วยการนวด ออบสมุนไพร ประคบสมุนไพร

สรุปได้ว่า โดยที่การแพทย์แผนไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับที่มาของความเจ็บป่วยจากสรรพสิ่งต่างๆข้างต้น การบำบัดรักษาตามทฤษฎีจึงเป็นการประมวลเอาปรัชญาความรู้ ที่เกี่ยวกับวิธีประพฤติปฏิบัติตามสถานภาพและบทบาทที่ได้มีการยอมรับ มาปรับใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาที่โยงใยกับการดำรงชีวิต รวมทั้งตั้งอยู่บนฐานวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีแบบไทย โดยจะเห็นได้ว่าทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวมานั้นเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ และเป็น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งคนไทยในอดีตได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ตลอดจนถ่ายทอดภูมิปัญญา ต่อเนื่องกันมาหลายชั่วอายุคน โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมธรรมชาติในการดูแลสุขภาพอย่างสมดุล

### 3. ประวัติการนวดแผนไทย

การนวดแผนไทย (Thai Massage) เป็นวิธีการบำบัดรักษาที่มีมาแต่สมัยโบราณ และเป็นวิธีหนึ่งที่มีรวมอยู่ในการแพทย์แผนไทย มีหลักการนวดที่มีลักษณะพิเศษเป็นเอกลักษณ์ของการนวด ที่ใช้รูปแบบการนวดแตกต่างกันหลากหลายวิธีการ โดยแต่ละวิธีการจะมีพื้นฐานเหมือนกันคือ ยึดถือโครงสร้างตามแนวพลังเส้นประธาน 10 และเส้นบริวารอีก 72,000 เส้น ทั้งนี้ การนวดแผนไทย เป็นภูมิปัญญาที่ทรงคุณค่าสืบทอดจากโบราณ โดยการนวดมีทั้งการนวดแบบทั่วไป หรือแบบพื้นบ้านหรือการนวดแบบเชลยศักดิ์หรือแบบสามัญ กับการนวดแบบราชสำนักหรือแบบชาววัง

โดยการนวดแบบทั่วไปหรือแบบพื้นบ้าน พบเห็นโดยทั่วไปตามเมืองใหญ่และในชนบทซึ่งมีรูปแบบวิธีการนวด การบริการ ที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมหรือวัฒนธรรมของท้องถิ่น เป็นการสืบทอดมาจากคนรุ่นเก่าส่วนใหญ่จากเครือญาติ หรือผู้ใกล้ชิดจากการบอกเล่าและการฝึกฝน ในขณะที่การนวดแบบราชสำนักหรือแบบชาววัง จะเป็นการนวดที่มีขั้นตอนจรรยาบรรณ มีเอกลักษณ์ มีหลักการฝึกฝนอย่างเป็นระบบ ซึ่งแต่เดิมจะเป็นการนวดเพื่อถวายกษัตริย์ โดยการนวดแผนไทยจะเป็นทั้งศาสตร์ทั้งศิลป์และเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่า มีวิธีการนวดที่ง่ายในระยะเริ่มต้นไปสู่ความสลับซับซ้อน จนสามารถสร้างเป็นทฤษฎี ทั้งนี้ ประโยชน์ของการนวดแผนไทย ทางด้านร่างกายจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อหรืออวัยวะส่วนต่างๆ ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดลมบำบัดรักษาโรคได้ในบางชนิด เป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและแบ่งเบาภาระบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งเป็นการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ด้านจิตใจทำให้ผ่อนคลายจากความอ่อนล้า เป็นการแสดงความรัก ความเอื้ออาทร ตลอดจนเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งในครอบครัวและสังคม

หลังจากการแพทย์แผนตะวันตกได้เข้ามามีบทบาทในประเทศไทย ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว คนไทยเริ่มหันไปสนใจการแพทย์สมัยใหม่ ควบคู่กับการแพทย์แผนไทยแต่เป็นเพียงวงแคบ ต่อมามีการจัดตั้งศิริราชพยาบาลขึ้นเมื่อพ.ศ. 2431 ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ให้บริการรักษาร่วมกันทั้งการแพทย์แผนไทย และแผนตะวันตก เพื่อให้ผู้ป่วยหรือประชาชนได้มีทางเลือกวิธีการบำบัดรักษา กระทั่งถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว พ.ศ.2466 มีประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะเพื่อป้องกันอันตราย ทำให้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เลิกประกอบอาชีพการแพทย์แผนไทยจึงตกต่ำตั้งแต่นั้นมา จนถึงพ.ศ. 2521 มุลนิธิเอเชีย ได้ผลักดันให้ประเทศสมาชิกพันธ์การรักษาแบบพื้นบ้าน เข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผลให้รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษาพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร พ.ศ. 2522 เริ่มมีนโยบายสาธารณสุขมูลฐานเข้าในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) (สมโภช รติโอพาร 2549 : 26) ตั้งแต่นั้นมาการแพทย์แผนไทย จึงเข้ามามีบทบาททางด้านการศึกษาสุขภาพอย่างกว้างขวาง จากกระแสความนิยมดังกล่าว ส่งผลให้เกิดสถานบริการนวดอย่างแพร่หลายทั้งในภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีทั้งรูปแบบการนวดอย่างเป็นระบบขั้นตอน กับรูปแบบที่แอบแฝงด้วยบริการทางเพศ ก่อให้เกิดรายได้แก่ผู้ประกอบการเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้ารายละเอียดและสรุปได้ดังนี้

3.1 ก่อนสมัยกรุงสุโขทัย จากการสันนิษฐานคาดว่า การนวดเกิดขึ้นมากกว่า 2,500 ปี ซึ่งไม่มีหลักฐานความเป็นมาชัดเจน เข้าใจกันว่าเกิดจากการสังสมและสืบทอดประสบการณ์มาแต่ครั้ง

โบราณจากรุ่นสู่รุ่น รวมทั้งเกิดจากการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ในอดีต ผ่านการขัดเกลาทางสังคมจนกลายเป็นทฤษฎีและจากประวัติการแพทย์ไทย “ เชื่อกันว่ารากฐานมาจากประเทศอินเดีย โดยหมอชิวโกมารภัจจ์ แพทย์ประจำราชวงศ์สัทตะ และแพทย์ประจำองค์พระพุทธเจ้าเป็นผู้ริเริ่มขึ้นในสมัยพุทธกาล ซึ่งได้เผยแพร่มายังประเทศไทยเมื่อใดนั้นยังไม่ปรากฏแน่ชัด ”

(Online 3 ธันวาคม 2550 : <http://www.training-thaimassage-spa.com/index.php?lay = show&ac = article&Id = 5383215 &Ntype=1>) และเป็นการแพทย์ที่ไม่ถูกวิธีทำให้อัตราการตายอยู่ในระดับสูงจากสถิติโครงการควบคุมมนุษย์จำนวน 139 คน จากแหล่งโนนนกกทา มีอายุเฉลี่ยตอนตายเพียง 24.7 ปี โดยตายมากที่สุดอายุระหว่าง 2 – 6 ขวบ (บูรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย 2549 : 10)

ราว พ.ศ. 1724 – 1761 ศิลาจารึกของอาณาจักรขอม ได้จารึกไว้ว่า พระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ทรงบำเพ็ญพระราชกุศลตามความเชื่อในศาสนาพุทธ โดยรวบรวมหมอพื้นบ้านจัดตั้งโรงพยาบาล เรียกว่า “ อโรคยศาล ” (อภิชาติ ลิมตยะโยธิน 2549 : 8) ขึ้น 102 แห่ง ในบริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยและบริเวณใกล้เคียง โดยค้นพบหลักฐานในประเทศไทย 22 แห่ง ได้แก่ ที่จังหวัดชัยภูมิ สุรินทร์ ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และนครราชสีมา (กิตติชัย อนุวัชประยูร Online 20 กุมภาพันธ์ 2551: [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm)) โดยกำหนดผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาลไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ หมอ , พยาบาล , เกษัช , ผู้จดสถิติ , ผู้ปรุงอาหารและยา รวม 92 คน รวมทั้งมีพิธีกรรมบวงสรวง พระโกลีศษยคุรุไวฑูรย์ประภา ตามความเชื่อทางศาสนาพุทธลัทธิมหายาน โดยการบูชาด้วยยาและอาหารก่อนแจกจ่ายให้ผู้ป่วย ปัจจุบันมีอโรคยศาลที่ยังเหลือประสาที่สมบูรณ์ที่สุด คือ กู่บ้านเขว้า จังหวัดมหาสารคาม (Online 3 พฤศจิกายน 2550 : <http://www.thaipeaceful.com/index.php?lay = show&ac=article&Id=513474>)

**3.2 สมัยกรุงสุโขทัย** จากการค้นพบหินบดขยาสมัยทวารวดี ซึ่งเป็นยุคก่อนกรุงสุโขทัย และศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำแหงทรงบันทึกไว้ว่า ทรงสร้างสวนสมุนไพรบนเขาหลวง หรือเขาสรรพยา เพื่อให้ราษฎรได้ใช้สมุนไพรรักษาโรคมะเร็งปวย ปัจจุบันภูเขาดังกล่าวอยู่ในอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย (Online 3 พฤศจิกายน 2550 อ้างแล้ว) อนึ่งพ่อขุนรามคำแหงได้ประกาศให้ศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ และการแพทย์แผนไทยได้มีความเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งกับความเชื่อทางศาสนาพุทธ โดยในยุคนั้นศาสนาพุทธลัทธิหินยานมีบทบาทอย่างมาก อีกทั้งพระภิกษุจะมีความรู้ในด้านการรักษาด้วยสมุนไพร จึงได้ช่วยทางสังคมวัฒนธรรมรวมทั้งแนะนำแก่ประชาชน นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูตผีปีศาจ เป็นอำนาจอิทธิพลเหนือธรรมชาติ ดังข้อความในหนังสือไตรภูมิพระร่วงว่า “ มิแล้วว่ามีผู้ใดไปไหว้นบถารพบูชาแก่กัจจกรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้ แลกงัจจกรนั้นเพียรยอมบำบัดเสียซึ่งความไข้ความเจ็บ ” และยังคงค้นพบตุ๊กตา

เสียบบาล เป็นตุ๊กตาแบบแม่อุ้มลูก พ่ออุ้มลูก แสดงให้เห็นว่าในสมัยสุโขทัยอาจมีปัญหาเรื่องโรคเด็กและการคลอดบุตร ทำให้มีพิธีเสียบบาลที่ทำขึ้นเมื่อเด็กเกิดอาการเจ็บป่วย และเชื่อว่าเป็นการกระทำของภูตผี อาจกล่าวได้ว่าการแพทย์แผนไทยในสมัยสุโขทัยยังไม่เป็นระบบแบบแผน มีการใช้สมุนไพรในการรักษาผสมผสานกับหลักพุทธศาสนากับพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ (Online 20 กุมภาพันธ์ 2551 : [http:// www.stou.ac. th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm)) และกล่าวกันว่าก่อนนั้นราวปี ค.ศ.1370 อาณาจักรไทยมีขอบเขตกว้างขวาง แต่ไม่มีการบันทึกเกี่ยวกับการแพทย์ชัดเจน ตามประวัติสันนิษฐานได้ว่าอาจจะมีหมอพื้นบ้านที่เคยบวชเรียนมาก่อน และมีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรค รวมทั้งการใช้สมุนไพร โดยเฉพาะแถบอีสาน

**3.3 สมัยกรุงศรีอยุธยา** ไทยมีการบูรณาการองค์ความรู้ มีการแบ่งสาขาการให้บริการมีการตั้งกรมหมอนวด หมอยา หมอกุมาร หมอเป่ายา มีหมอหลวงที่มียามแฉงและตะบองแฉง ซึ่งหมอยาสามารถใช้ตะบองแฉงซึ่งเก็บยาได้ทั่วแผ่นดิน เนื่องจากมีกฎหมายคุ้มครองป่า สมัยกรุงศรีอยุธยา การแพทย์แผนไทยเจริญรุ่งเรืองมากพบบันทึกว่า มีระบบการจัดหาที่ชัดเจน สำหรับประชาชนมีแหล่งสมุนไพรทั้งในและนอกกำแพงเมือง นอกจากนี้ยังปรากฏแหล่งขายยาสมุนไพรที่เรียกว่า “ ถนนป่ายา ” ประกอบด้วยร้านขายยา เครื่องเทศ เครื่องไทย กล่าวได้ว่าในสมัยกรุงศรีอยุธยามีการวางระบบบริหารการแพทย์ตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตามไม่ปรากฏหลักฐานเกี่ยวกับโรงเรียนหรือสถาบันของการแพทย์โดยตรง การฝึกฝนเล่าเรียนยังคงศึกษากันในตระกูลหรือฝึกหัดกับหมอที่มีความชำนาญ ซึ่งใช้เวลาศึกษา และฝึกฝนนานนับหลายปีตั้งแต่รู้จักต้นไม้ใบยา สรรพคุณเครื่องยาสมุนไพร การศึกษาคัมภีร์ ฝึกหัดดูอาการไข้กับอาจารย์ เพื่อแนะนำเทียบอาการโรคเมื่อมีความชำนาญจึงเริ่มการรักษาคนไข้ด้วยตนเอง (Online 20 กุมภาพันธ์ 2551 : [http://www.stou.ac. th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm)) มีการจัดทำคัมภีร์และตำรามากมายแต่สูญหายเมื่อครั้งเสียกรุงแก่พม่า ซึ่งไม่สามารถยืนยันได้ว่าถูกเผาทำลายหรือถูกพม่ากวาดต้อนเอาคัมภีร์และตำราไป การแพทย์สมัยนี้มีการผสมผสานองค์ความรู้พื้นบ้านกับความเชื่อทางปรัชญาแนวพุทธ ความเชื่อทางไสยศาสตร์ และโหราศาสตร์ การนวดไทยเป็นการแพทย์ประเภทหนึ่งที่รุ่งเรืองมาก อีกทั้งองค์พระมหากษัตริย์ (รัชสมัยพระนารายณ์มหาราช) ได้ทรงมีการติดต่อกับชาวต่างประเทศ จากจดหมายเหตุของ ราลูแบร์ บันทึกไว้ว่า “ ในกรุงสยามนั้นถ้าใครป่วยไข้ลงก็จะเริ่มให้ขีดเส้นสายโดยให้ผู้ชำนาญทางนี้ ขึ้นไปบนร่างกายของคนไข้แล้วใช้เท้าเหยียบ กล่าวกันว่าหญิงมีครรภ์มักใช้ให้เด็กเหยียบเพื่อให้คลอดนุญง่าย ไม่พักเจ็บปวดมาก ” (สันต์ ท. โกมลบุตร , เดอ ลาลูแบร์, จดหมายเหตุลาลูแบร์ ฉบับสมบูรณ์เล่ม 1 : 2510 : 278) และยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่า “ คนไทยเจ็บป่วยก็ไม่เห็นทำอะไรนวดๆบีบๆ แต่ก็หายเป็นอันมาก ” (กุสุมา ศรียากุล 2543 : 13) และ “ ถ้ามีใครป่วยไข้ในกรุงสยามก็ใช้หมอนวดบีบขยำไปทั่วเนื้อตัว บางทีก็ขึ้นเดินเอาเท้าเหยียบๆบนกาย ” (ปรีชา หนูทิม

2546 : 18) อนึ่ง เดอ ลาตูแบร์ ได้สรุปการแพทย์แผนไทยว่า “ บำบัดให้หายไปได้มีใช้น้อย ” (นุรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย 2549 : 100) สมัยนี้การแพทย์ตะวันตกเริ่มเข้ามา มีบทบาท โดยมิชชันนารีชาวฝรั่งเศสได้จัดตั้งโรงพยาบาลรักษาโรคแต่เล็กลุ่มไปในที่สุด เนื่องจากขาดความนิยม ทั้งนี้ รัชสมัยพระนารายณ์มหาราช พระองค์ทรงยอมรับสิ่งใหม่ๆ ที่เหมาะสมเข้ามา ใช้ในราชสำนัก ทรงให้เสรีภาพในการนับถือศาสนา รวมทั้งส่งเสริมการค้าว่า นำมาปรับให้กลมกลืนผสมผสานกับระบบการแพทย์แผนไทยและสังคมไทย มีการรวบรวมตำรับยาขึ้นเป็นครั้งแรกในประวัติการแพทย์แผนไทย เรียกว่า ตำราพระโอสถพระนารายณ์ พิมพ์ครั้งแรกเมื่อปี 2460 ในพิธีพระราชทานเพลิงศพ พระยาแพทย์พงษา (นาค โรจนแพทย์)

### 3.4 สมัยกรุงธนบุรี และกรุงรัตนโกสินทร์

#### 3.4.1 สมัยกรุงธนบุรี -รัชกาลที่ 4

เนื่องจากสมัยกรุงธนบุรี เป็นช่วงที่อยู่ระหว่างศึกสงครามพระราชพงศาวดารฉบับกรุงธนบุรีกล่าวว่า “ จุลศักราช 1130 (พ.ศ.2311) ปีชวดสัมฤทธิ์ศก ทอดพระเนตรเห็นพระอัญญาภรรยาคนทั้งปวง อันถึงพิบัติชีพตายด้วยทุกข์โศก โจระ โรคะ สุมกองอยู่ประคองหนึ่งภูเขา และเห็นประชาชนซึ่งลำบากอดอยากอาหาร มีรูปร่างคุดหนึ่งเปรดปีศาจพึงเกลียด ” (พระราชพงศาวดารฉบับกรุงธนบุรี 2513 : 33) ซึ่งทำให้สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทรงสลดพระทัยเป็นอย่างยิ่ง ภาวะสงครามดังกล่าวส่งผลให้ไม่มีหลักฐานกล่าวอ้างถึง การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการนวดแต่อย่างใด ถึงกระนั้นก็ตามในกาลต่อมาพระราชโอรสของสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นแพทย์หลวงถึง 4 พระองค์ ซึ่งปรากฏอยู่ในทำเนียบของแพทย์สมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย และพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (นุรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย 2549 : 110)

1) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 1 พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธาราม หรือวัดโพธิ์ขึ้นเป็นอารามหลวงให้ชื่อว่าวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการแพทย์แก่ประชาชน และเป็นที่ประชุมสังสรรค์ของชาวบ้าน รวมทั้ง “ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมการแพทย์แผนโบราณและศิลปวิทยาการครั้งกรุงศรีอยุธยาไว้ ทรงพระราชดำริเอาทำคัดคนอันเป็นการพักผ่อนอิริยาบถแก้ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ประยุกต์ร่วมกับคติไทยที่ยกย่องฤๅษีเป็นครูผู้ประสิทธิ์ประสาทศิลปวิทยาต่างๆ เป็นรูปปั้นฤๅษีคัดคนทำต่างๆ สมัยแรกสร้างนั้นปั้นด้วยดิน 80 ท่า ” (Online 9 พฤษภาคม 2552 <http://www.legendfirst.com/index.php?mo=3&art=239363>) ไว้ตามศาลาราย มีการจัดตั้งกรมหมอโรงพระโอสถคล้ายกับในสมัยอยุธยา ผู้ที่รับราชการเรียกว่า หมอหลวง ส่วนหมอที่รักษาประชาชนทั่วไปเรียกว่า หมอราษฎร์

หรือหมอเคลซัคคี ในสมัยนี้ประชาชนทั่วไปสามารถจะทำการเรียนวิชาหมอนวดจากตำราแผนหมอนวด หรือเรียนหมอยาโดยมีศิลาจารึกสมุฏฐานของโรค และวิธีการรักษาไว้ให้เรียน

2) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 2 พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย ได้ทรงโปรดเกล้าฯ ให้เหล่าผู้ชำนาญลักษณะโรคหรือสรรพคุณยา รวมทั้งผู้ที่มีตำรายาคี้นำเข้ามาทูลเกล้าฯถวาย และให้กรมหมอลหลวงคัดเลือก พร้อมทั้งจัดเป็นตำราหลวงสำหรับโรงพระโอสถ พ.ศ.2395 ซึ่งตำรานี้มีชื่อว่า ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 รวมทั้งโปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมายชื่อว่า กฎหมายพนักงานพระโอสถถวาย สมัยนี้ได้ชื่อว่าเป็นสมัยแห่งการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย

3) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 3 พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) อีกครั้ง และโปรดเกล้าฯ ให้จารึกความรู้เรื่องวรรณคดี ไบราณคดี ตำรายา ตำราหมอนวด ตำรายาบอกสมุฏฐานของโรค วิธีการรักษาไว้บนแผ่นหินอ่อนพร้อมรูปปั้นฤๅษีคัตตนท่าต่างๆซึ่งสมัยรัชกาลที่ 1 สร้างขึ้นด้วยดิน “ ในสมัยรัชกาลที่ 3 หล่อเป็นเนื้อชินอยู่จนถึงปัจจุบัน เดิมมีทั้งหมด 80 ท่า แต่ปัจจุบันคงเหลืออยู่ 24 ท่า 25 ตน ” (ตามภาคผนวก) รูปเขียนประกอบตำราประดับตามผนังโบสถ์และศาลาราย รวมทั้งทรงให้ปลูกต้นสมุนไพรที่หายากไว้ในวัดเป็นจำนวนมาก นับเป็นการจัดการศึกษาให้แก่ประชาชนอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีได้จำกัดอยู่เพียงในวงศ์ตระกูลเหมือนแต่ก่อน และเพื่อเป็นการถ่ายทอดวิชาแต่คนรุ่นหลัง ตลอดจนเป็นพระราชประสงค์ที่จะฟื้นฟูด้านจริยธรรมของประชาชน นอกจากนี้ยังทรงปฏิสังขรณ์วัดราชโอรสาราม โดยได้จารึกตำราไว้ในแผ่นศิลาตามเสาระเบียงพระวิหาร ซึ่งจากการที่ได้ทรงรวบรวมองค์ความรู้ที่เป็นคุณประโยชน์แก่ปวงชน ส่งผลให้เมื่อต้นปี 2551 วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลก ซึ่งพระราชเวที กล่าวสัมโมทนียกถาว่า “ ทรงเล็งเห็นกาลไกลให้นักปราชญ์รวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ ทั้งการแพทย์แผนไทย ตำราหมอนวด และฤๅษีคัตตน ตลอดจนวิชาความรู้ด้านต่างๆ เพื่อให้พสกนิกรของพระองค์ได้ศึกษา ดังนั้น วัดพระเชตุพนฯ จึงเปรียบเสมือนมหาวิทยาลัยแห่งแรกของประเทศไทย ส่งผลให้คณะกรรมการว่าด้วยแผนงานความทรงจำแห่งโลกของยูเนสโก พิจารณาเห็นความสำคัญประกาศให้จารึกวัดโพธิ์ เป็นมรดกความทรงจำแห่งโลกที่สำคัญสืบไป ” (พลังจิต Online 9 พฤษภาคม 2552 : [http:// board.palungjit.com/f11/ยูเนสโกขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์มรดกโลกทางการ-121271.html](http://board.palungjit.com/f11/ยูเนสโกขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์มรดกโลกทางการ-121271.html)) อนึ่ง ในสมัยรัชกาลที่ 3 เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากแบบเดิมมาเป็นสมัยใหม่เป็นครั้งแรก โดยอิทธิพลของประเทศตะวันตกในรูปของลัทธิอาณานิคมที่ได้เริ่มแทรกตัวเข้ามาในเมืองไทย ทั้งในรูปของอำนาจทางทหาร ทางด้านวิชาการและวัฒนธรรม เช่น การแพทย์ ปรัชญาศาสนา ซึ่งมีการนำการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาเผยแพร่โดยคณะมิชชันนารีชาวอเมริกัน ภายใต้การนำของ นายแพทย์แดนบิช บรัดเลย์ หรือที่คนไทย

เรียกว่า หมอบรัดเลย์ โดยนำวิธีการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาใช้ เช่น การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การใช้ยาเม็ดควินินรักษาโรคไข้จับสั่น เป็นต้น นับเป็นวิวัฒนาการการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตก

4) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 4 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว อิทธิพลตะวันตกทยอยเข้ามามากขึ้น โดยมีส่วนทำให้เกิดชนชั้นนำไทยรุ่นใหม่ขึ้นมา ซึ่งมองเห็นความสำคัญทั้งอันตรายจากอิทธิพล และประโยชน์ของวิทยาการสมัยใหม่ ตลอดจนเข้าใจว่าต้องปรับปรุงตัวเองหรือประเทศอย่างไร ชนชั้นนำรุ่นนี้ประกอบไปด้วยพระมหากษัตริย์ ราชวงศ์ และขุนนาง โดยยอมรับวิทยาการตะวันตกมาเปลี่ยนแปลง เพื่อปรับสังคมไทยให้เข้ากับโลกตะวันตก ดังนั้นเมื่อชนชั้นนำกลุ่มนี้ขึ้นมามีอำนาจทางการเมือง จึงได้ทำการปฏิรูปประเทศขึ้น “ สังคมไทยต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบจากเดิมให้เป็นแบบใหม่ ในความหมายของแบบใหม่คือ แบบตะวันตกก็เนื่องมาจากการเข้ามาของหมอสอนศาสนา นักบวช พ่อค้าชาวตะวันตก ที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนาและวิทยาการสมัยใหม่ ทำให้ไทยต้องรับวิทยาการต่าง ๆ มาปรับปรุงประเทศให้ทันสมัยในสายตาของชาวตะวันตก” (การพัฒนาประเทศในสมัยรัชกาลที่ 4 : การวางรากฐาน เพื่อก้าวจากสังคมจารีตลักษณะสู่สังคมนวัตกรรมของสยาม วารสารศึกษาศาสตร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 เดือน มิถุนายน-ตุลาคม 2547 :30 : Online 9 พฤษภาคม 2552 [http://www.edu.buu.ac.th/journal/Journal%20Edu/Link\\_Journal%20edu\\_16\\_1\\_3.pdf](http://www.edu.buu.ac.th/journal/Journal%20Edu/Link_Journal%20edu_16_1_3.pdf)) รวมทั้งยอมรับอิทธิพลตะวันตกด้วยการลงนามสนธิสัญญาเบาว์ริง ซึ่งเป็นสัญญาที่ประเทศไทยต้องเสียเปรียบทางเศรษฐกิจ และการศาลเป็นอย่างมาก ตลอดจนเริ่มเปลี่ยนแปลงระบบเศรษฐกิจไทยจากระบบเศรษฐกิจแบบเลี้ยงตัวเอง เป็นระบบเศรษฐกิจที่ผลิตเพื่อการตลาด สำหรับ “ ด้านการสาธารณสุข...พระองค์ได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขแบบใหม่เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนหลายประการ อาทิ ประกาศไม่ให้ราษฎรทิ้งซากศพของสัตว์ต่างๆ ลงในแม่น้ำลำคลอง เพราะจะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจาย (พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, 2503 : 97) ทรงแนะนำให้ราษฎรนำบุตรหลานไปปลูกฝีป้องกันโรคให้ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัยให้สะอาดเรียบร้อย และแนะนำวิธีการรักษาพยาบาลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, 2504 : 306) มีการตั้งสถานที่รักษาพยาบาลในขณะนั้นเรียกว่า โรงหมอ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากสมัยรัชกาลที่ 3 เป็นสถานที่มีหมอ มียาจำหน่าย และมีที่อยู่สำหรับคนไข้พัก มีบริการปลูกฝีที่โรงหมอท่าพระ และที่ศาลาวัดสุทัศน์เทพวราราม (เรื่องเดียวกัน : 308) กล่าวได้ว่าเป็นการวางรากฐานการรักษาพยาบาลแบบใหม่ และเป็นจุดกำเนิดของการตั้งโรงพยาบาลในสมัยต่อมา ทำให้ประชาชนเริ่มปรับตัว ปรับความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและสังคมบริเวณโดยรอบ ที่ตนต้องเกี่ยวข้องด้วยความคิดแบบใหม่ที่ต่างไปจากเดิม ” (Online อ้างแล้ว 9 พฤษภาคม 2552 : 41) รวมทั้งได้มีนำการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้มากขึ้น อาทิ การสูติกรรมสมัยใหม่ ซึ่งก็ได้เปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ



หรือความนิยมของชาวไทยได้ไม่ เนื่องจากการแพทย์แผนไทยเป็นวิถีชีวิตของคนไทย เป็นจารีต ประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบเนื่องกันมาช้านาน

### 3.4.2 สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ หลังปฏิรูปการเมืองการปกครอง (รัชกาลที่ 5 - 6)

1) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 5 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ทรงทำการปฏิรูปบ้านเมืองให้ทันสมัย เพื่อมิให้มหาอำนาจตะวันตกใช้เป็นเงื่อนไขขู่อย่าง ความด้อยพัฒนาใช้กำลังเข้ายึดเป็นเมืองขึ้น โดยมีการปฏิรูปความเจริญของบ้านเมืองทั้งด้านการปกครอง กฎหมาย การทหาร ฯลฯ ตลอดจนการเจริญไมตรีกับประเทศมหาอำนาจยุโรป รัชกาลที่ 5 เสด็จ ประพาสยุโรปถึง 2 ครั้ง เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประเทศมหาอำนาจตะวันตก ช่วยถ่วงดุล อำนาจมิให้ชาติใดชาติหนึ่งมาข่มเหงบีบบังคับไทย จึงเป็นวิธีการรักษาเอกราชอธิปไตยของชาติอีกทาง หนึ่ง ทำให้ไทยรับเอาอารยธรรมของตะวันตกเข้ามาประยุกต์ใช้เป็นอย่างมาก รวมทั้งด้านการแพทย์ ที่มีการผสมผสานกันระหว่างการแพทย์ตะวันตกกับการแพทย์แผนไทย โดยโปรดเกล้าให้ตั้ง คณะกรรมการตรวจสอบ และชำระคัมภีร์ทั้งหมดให้ถูกต้อง อีกทั้งแปลมาจากภาษาขอม มคธ ทำ การบันทึกลงในสมุดข่อย ตลอดจนมีการจัดตั้งศิริราชพยาบาลขึ้นใน พ.ศ. 2431 มีการเรียนการสอน การรักษาทั้งการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตกร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือประชาชนได้เลือก วิธีการบำบัดรักษา ตามพระราชวิจารณ์ที่ว่า “ แต่ขอเตือนไว้ว่าหมอฟร้งนั้นดีจริงแต่จะให้สูญ หายหาหาไม่ หมอไทยควรจะมีต่อไปภายหน้า หากควรมีไว้บ้างถ้าว่ากันส่วนตัวฉันเองยัง สมัครกินยาไทยแลยังวางใจหาอุ่นใจหมอไทยมาก ถ้าหมอไทยรักษาอย่างหมอฟร้งกันหมดคูเอือก เย็นเหมือนเห็นอื่น ไม่เห็นพระเห็นสงฆ์เหมือนกัน แต่ตัวฉันอายุมากแล้วเห็นจะไม่ได้อยู่นหมอ ไทยหมดดอก คนภายหน้าจะพอใจอย่างฟร้งกันทั่วไปจะไม่เดือดร้อนเช่นกันดอกกระมัง แต่ลองเตือน ดูตามหัวเก่าๆที่หนึ่งเท่านั้น ” (อภิชาติ ลิ้มดิยะ โยธิน 2549 : 11) ทั้งนี้ มีการพิมพ์ตำราแพทย์ขึ้นเป็น ครั้งแรกในพ.ศ. 2438 ชื่อ ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1 - 4 และได้รับยกย่องว่าเป็นตำรา แห่งชาติฉบับแรก ต่อมาพระยาพิชญประสาทเวช (หมอดอง) เห็นว่าตำรายาเหล่านี้ยากแก่ผู้ศึกษาจึง พิมพ์ตำราขึ้นใหม่ได้แก่ ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง 2 เล่ม และตำราแพทยศาสตร์ สังเขป 3 เล่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาของหมอแผนไทยและอนุชนรุ่นหลัง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคงใช้มาจนทุกวันนี้ รวมทั้งได้มีการสอนฝึกหัดวิชาแพทย์แผนไทย ใน สำนักแพทย์กรมพระราชวังบวรวิชัยชาญ โดยมีหมอหลวงที่เป็นพระบรมวงศ์ ข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ ซึ่งได้รับบรรดาศักดิ์จำนวนมากอยู่ในพระบรมมหาราชวังถวายงานด้านการนวด

2) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 6 รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการติดต่อกับต่างชาติมากขึ้น รวมทั้งการส่งนักเรียนไทยไปศึกษาต่างประเทศในทวีปยุโรป ประกอบกับพระมหากษัตริย์ทรงทรงคุ้นเคยกับชาวต่างชาติ และสมัยนี้ได้เกิดความเคลื่อนไหว เพื่อ

ใช้กำลังเพื่อจุดประสงค์ทางการเมืองรูปแบบใหม่กล่าวคือ ก่อนหน้านั้นการใช้กำลังเข้าช่วงชิงอำนาจ ก็เพื่อจะตั้งตนเองเป็นเจ้าแผ่นดินองค์ใหม่ แต่ในสมัยรัชกาลที่ 6 เป็นความคิดที่จะใช้กำลังเพื่อให้พระมหากษัตริย์อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ไทยและได้เกิดการเกิดกฎครั้งแรก (กบฏ รศ. 130) จุดหมาย คือ ต้องการให้ประเทศมีความเจริญก้าวหน้าโดยเปลี่ยนรูปแบบการปกครอง จากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ เป็นแบบประชาธิปไตย มีกฎหมายรัฐธรรมนูญเป็นหลักในการปกครองประเทศ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ จากแนวคิดสมัยใหม่ที่สืบเนื่องจากการติดต่อกับตะวันตก รัฐบาลไทยได้เห็นความสำคัญในความเป็นอยู่ของประชาชน จึงทำการพัฒนาในด้านต่างๆ เพื่อให้เท่าทันกับต่างชาติ ทางด้านสาธารณสุขได้ทำการคุ้มครองคุณภาพชีวิต โดย “ มีการสั่งยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทย และประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ 2466 ” (อภิชาติ ลิ้มติยะ โยธิน 2549 หน้าเดียวกัน) เพื่อป้องกันอันตราย อันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพของผู้ที่ไม่มีความรู้ความชำนาญอย่างแท้จริง อีกทั้งมิได้ฝึกหัดอันมีสาเหตุมาจากความไม่พร้อมในด้านการเรียน การสอน การสอบ และการประชาสัมพันธ์ ซึ่งจากการสั่งยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทย ทำให้หมอพื้นบ้านที่กระจัดกระจายอยู่ทั่วไปเกรงว่าจะถูกจับจึงเลิกประกอบอาชีพและหลายรายได้เผาตำราทิ้ง จะมีหมอแผนโบราณเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้น ที่สามารถปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว สาเหตุนี้จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การแพทย์แผนไทยลดถอย และไม่ได้รับการเหลียวแล กลายเป็นการแพทย์นอกกระแสหลัก

### 3.4.3 การแพทย์หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง (รัชกาลที่ 7 – 9)

#### 1) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 7 พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว

พระองค์ทรงมีทั้งความรู้และประสบการณ์จากต่างประเทศและในประเทศ (ทรงสำเร็จชั้นมัธยมที่วิทยาลัยอีดันและวิชาทหารที่อังกฤษ) รวมทั้งทรงมีแนวนโยบายที่จะค่อยๆนำระบอบประชาธิปไตยมาใช้ในสังคมไทย แต่คณะราษฎรได้ชิงลงมือก่อการปฏิวัติเปลี่ยนแปลงการปกครองก่อน เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2475 เปลี่ยนการปกครองระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นระบอบประชาธิปไตย (ระบอบปรมิตตาญาสิทธิราชย์ เป็นการจำกัดพระราชอำนาจของพระมหากษัตริย์โดยรัฐธรรมนูญ) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้าน ทางด้านสาธารณสุขมีกฎหมายเสนาบดีกำหนดแบ่งการประกอบโรคศิลปะออกเป็น แผนปัจจุบันและแผนโบราณ โดยมี กฎเสนาบดี พ.ศ.2472 และระบอบสาขาการนวดในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ พ.ศ.2475 รวมทั้งได้การก่อตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (Online 1 มกราคม 2551 : [http://www.geocities.com/chem\\_chom/menu1.html](http://www.geocities.com/chem_chom/menu1.html)) เพื่อเผยแพร่ความรู้ในด้านการรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร และการนวดขึ้นเป็นครั้งแรก ตลอดจนมีการศึกษาวิจัยสมุนไพรขึ้นระหว่างพ.ศ. 2485 – 2486 ซึ่งยังไม่ใคร่มีผู้สนใจมากนัก ขณะที่สงครามโลกครั้งที่ 2 ลุกกลามเข้ามาในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้เกิด

ภาวะขาดแคลนยา ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ศึกษาวิจัยสมุนไพรที่ใช้รักษาไข้มาลาเรียที่โรงพยาบาลสตึก หลังจากสงครามโลกสงบลงยังคงมีปัญหาด้านแคลนยาแผนปัจจุบัน รัฐบาลจึงมีนโยบายให้องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข ผลิตยาสมุนไพรเป็นยารักษาโรค (อภิชาติ ลิมดิยะ โยธิน 2549 อ้างแล้ว)

2) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 8 พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลฯ พระอัฐมรามาธิบดินทร ทรงโปรดเกล้าฯ ให้ตรา พ.ร.บ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ไม่ระบุสาขาการควบคุมในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณขึ้น (Online 13 พฤศจิกายน 2550 : [http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai\\_message2/index.html](http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai_message2/index.html)) โดยบังคับใช้แทนพระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 เพื่อบำรุงมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะ และเพื่อสวัสดิภาพของประชาชน โดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479 ได้บัญญัติความหมายของคำว่า “โรคศิลปะ” ว่ากิจการใดๆอันกระทำโดยตรงต่อร่างกายมนุษย์ในการบำบัดโรค ซึ่งรวมถึงการตรวจโรคการป้องกันโรคต่างๆในสาขาต่างๆ 7 สาขา ได้แก่ เวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์กายภาพบำบัดและเทคนิคการแพทย์ โดยแบ่งแผนการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณให้คำนิยาม “การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความรู้อันได้ศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์ มี 4 สาขา ได้แก่ ทันตกรรม เภสัชกรรม กายภาพบำบัด และเทคนิคการแพทย์ “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำรา หรือการเรียนสืบต่อกันมา อันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์ มี 3 สาขา ได้แก่ เวชกรรม เภสัชกรรม และผดุงครรภ์ นอกจากนี้ในสมัยรัชกาลที่ 8 มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวมกิจการแพทย์ทุกแขนงเข้ามารวมในกระทรวง ในพ.ศ.2485 (Online 20 กุมภาพันธ์ 2551 : [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm))

3) การแพทย์สมัยรัชกาลที่ 9 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ได้เสด็จวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) เมื่อ พ.ศ. 2494 ทรงมีพระราชปรารภว่า วัดโพธิ์ นับเป็นแหล่งรวบรวมตำราแพทย์แผนไทยอยู่แล้ว ทำไมจึงไม่จัดให้มีโรงเรียนสอนแพทย์แผนไทยวิชาเวชกรรม ผดุงครรภ์ หัตถเวช และเภสัชกรรม (อภิชาติ ลิมดิยะ โยธิน 2549 : 11) ทำให้ผู้เกี่ยวข้องหันมาให้ความสนใจและตั้งโรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดโพธิ์) เพื่อเป็นแหล่งอบรมวิชาการการแพทย์แผนไทย รวมทั้งได้มีการจัดพิมพ์ตำราแพทย์ ตำรายาแผนไทย โดยคัดลอกจากตำราเก่า การรวบรวมตำราและคัมภีร์ดังกล่าวในรัชกาลปัจจุบันได้เกือบครบสมบูรณ์ ส่งผลให้ภาครัฐ และเอกชนได้กลับมาใส่ใจในการแพทย์แผนไทยอีกครั้ง ทั้งนี้ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

ทรงทำนุบำรุง สนับสนุนให้มีการสืบทอดการแพทย์แผนไทย และตำรายาไทยเสมอมา รวมทั้งทรงโปรดให้มีโครงการพระราชดำริเกี่ยวกับสมุนไพร (วิชัย โชควิวัฒน์ หนังสือบูรพาจารย์ฯ 2549 : 163) ได้อ่างพระราชดำริว่า “ สมุนไพรซึ่งได้มีการใช้ประโยชน์มาเป็นเวลาช้านานแล้ว และได้มีพระราชดำริให้การส่งเสริมการใช้และพัฒนาสมุนไพร เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น ”

ทั้งนี้ ได้มีการจัดตั้งสมาคมและโรงเรียน เพื่อเป็นการอนุรักษ์สืบทอดภูมิปัญญาไทยและการแพทย์แผนไทยให้อยู่คู่สังคมไทยตลอดไป โดยมีสมาคมและโรงเรียน ซึ่งสรุปจาก อภิชาติ ลิ้มดิยะโยธิน (2549 : 11 - 14) ได้ดังนี้

1) สมาคมวัดปริณายก เป็นสมาคมที่มีการเปิดการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยแห่งแรกในประเทศไทย ตั้งแต่หลัง พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา (ไม่มีหลักฐานปีที่เปิดทำการชัดเจน) โดยมี หมอใหญ่ ศรีตะวาทีน เป็นนายกสมาคมคนแรก ซึ่งปัจจุบันยังคงดำเนินกิจการอยู่

2) สมาคมเภสัชและอายุเวชโบราณแห่งประเทศไทย (วัดสามพระยา) เดิมสถานที่ทำการตั้งอยู่ที่ร้านไทยวัฒนาโอสถ ถนนจักรเพชร ข้างโรงไฟฟ้าวัดเลียบ โดยมีชื่อว่า สมาคมเภสัชกรรมไทยโบราณแห่งประเทศไทย เริ่มก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2495 เพื่อใช้เป็นที่แลกเปลี่ยนความรู้ทางการปรุงยา (เภสัชกรรมไทย) และเป็นที่ทำการที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน โดยไม่มีการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง พ.ศ. 2503 อำพัน กิตติขจร หรือ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ ได้รับเชิญให้เป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ และได้ย้ายสถานที่ทำการไปเปิดที่บริเวณวัดสามพระยา แขวงบางขุนพรหม เขตพระนคร เปิดทำการเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2503 มี ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เป็นผู้อำนวยการ รับผิดชอบการจัดหลักสูตรอบรมวิชาแพทย์ไทย สำหรับนายกสมาคม คือ นายแดง ดันติเวชกุล กระทั่งวันที่ 1 มกราคม 2506 จึงมีการเปลี่ยนชื่อสมาคมเป็นสมาคมเภสัชและอายุเวชโบราณแห่งประเทศไทย โดยมีเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงคือ สมาคมมีกิจกรรมมากมาย ความหมายในกิจกรรมนั้นกว้างกว่าชื่อ สำหรับสถานที่จัดการเรียนการสอนเป็นอาคารครึ่งตึกครึ่งไม้ยกพื้นสูง ภาคปฏิบัติของการนวดไทย เวชกรรม และเภสัชกรรม ซึ่งเปิดสอนอยู่ชั้นล่างของอาคารเรียนในหลักสูตร 1 ปี

3) โรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) สืบเนื่องจากการปฏิสังขรณ์วัดในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว และมีการรวบรวมความรู้ทางวิชาการอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะการแพทย์แผนไทย อธิปัตย์สงฆ์ เจ้าอาวาสองค์ที่ 11 หรือสมเด็จพระวันรัต หรือ ปุ่น บุนนาค สิริ มอบหมายให้ นายผล ถมยานิม และ นายวิระ ดันติวีระกุล ก่อตั้งโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ พร้อมจดทะเบียนเป็นโรงเรียนราษฎร์ประเภทอบรมตามพระราชบัญญัติโรงเรียน เปิดการเรียนการสอนเมื่อ พ.ศ. 2500 สาขาเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ ต่อมาได้จดทะเบียน

เป็นโรงเรียนราษฎร์ประเภทอบรม ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนราษฎร์ สอนวิชาแพทย์แผนโบราณ ปัจจุบันการเรียนการสอนแบ่งเป็น 2 สาขา คือ สาขาเภสัชกรรม เกี่ยวกับหลักการปรุงยา หลักสูตร 1 ปี สาขาเวชกรรมเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการบำบัดรักษาโรคใช้เวลาเรียน 3 ปี ทั้งนี้ ผู้ที่จะรับใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปได้ ต้องผ่านการสอบทั้งของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดโพธิ์ และของกระทรวงสาธารณสุข อนึ่ง ผู้ที่สอบผ่านใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาเภสัชกรรม สามารถคุมร้านขายยาแผนโบราณ คุมโรงงานผลิตยาแผนโบราณ รวมทั้งตั้งโรงงานผลิตยาแผนโบราณที่สั่งมาจากต่างประเทศได้ โดยโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดโพธิ์ ได้มีการให้บริการนวด อบสมุนไพร และขายยาแผนโบราณ เพื่อเป็นกิจกรรมเสริมรายได้

4) โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภักจ) เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2523 มีการอนุญาตให้จัดตั้งมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมในพระสังฆราชูปถัมภ์ สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี ริเริ่มก่อตั้งและจดทะเบียนเป็นมูลนิธิโดย ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

(1) ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับวิชาแพทย์ไทยเดิม

(2) ส่งเสริม ปรับปรุงการศึกษา และการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทยเดิมให้มี

มาตรฐานสูงขึ้น

(3) ส่งเสริมการวิจัยและการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของประชาชน

(4) ร่วมมือกับองค์การกุศลอื่นๆ เพื่อสาธารณประโยชน์ สถานที่ตั้งทำ

การศึกษามหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย 287 ถนนพระสุเมรุ แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ ฯ 10200 และมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม ได้จัดตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัยเปิดการเรียนการสอน หลักสูตรวิชาการแพทย์แผนไทยโบราณ เพื่อเป็นการสานต่อเจตนารมณ์ข้างต้น ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบกับหลักสูตร รวมทั้งกระทรวงศึกษาธิการได้อนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียนได้ตามคำสั่งสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2525 ซึ่งเนื้อหาวิชาการประกอบด้วย

ก. วิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อเป็นรากฐานความรู้

ข. วิชาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อเปรียบเทียบ และเป็นแบบอย่างการพัฒนา

ค. วิชาแพทย์แผนเดิม เพื่อเป็นหลักในการปฏิบัติทางเวชกรรม

เภสัชกรรม หัตถกรรม และธรรมานามัย กระทั่งปี พ.ศ. 2546 จึงมีการย้ายหน่วยการเรียนการสอน การแพทย์แผนไทยประยุกต์ของโรงเรียนอายุรเวท (ชีวกโกมารภักจ) ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และเปิดสอนระดับปริญญาตรีหลักสูตรแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต

5) สมาคมผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณภาคเหนือ ได้เริ่มก่อตั้งและดำเนินกิจการด้านการแพทย์แผนไทย (โบราณ) เมื่อ พ.ศ.2505 โดยเปิดสอนความรู้พร้อมรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล บรรเทาทุกข์โบราณภาคเหนือ ณ ใต้ถุนบ้านเล็กหลังหนึ่งแถวถนนพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนจะย้ายไปที่ซอยหมอชีวกโกมารภัจจ์ ถนนวิภาวดี ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และเปิดรับผู้ป่วยในเมื่อ พ.ศ. 2516 ปัจจุบันรับเพียงผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในเฉพาะที่เดินทางมาจากต่างจังหวัด โดยการเรียนการสอนระดับประกาศนียบัตรในหลักสูตรแพทย์แผนไทย เปิดสอนในสาขาเภสัชกรรมแผนโบราณ เวชกรรมแผนโบราณ และการนวดไทย ผู้สำเร็จมีสิทธิ์สอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไปจากกระทรวงสาธารณสุข สามารถเปิดสถานพยาบาล ตรวจโรค ปฐมพยาบาลและทำการนวดไทย

6) มุลินธิสาธารณสุขกับการพัฒนา เนื่องจากประเทศไทยมีประชาชนจำนวนมากที่มีการบริโภคยาพุ่มเพื่อยเกินความจำเป็น ทำให้สุขภาพประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศเสื่อมโทรมส่งผลต่อประเทศชาติอ่อนแอ มุลินธิสาธารณสุขได้ตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว จึงได้หาแนวทางแก้ไข และพบว่าแนวทางหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ คือ การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน โดยเฉพาะการนวดไทย ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย สามารถนำมาพัฒนาใช้เพื่อลดหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย อีกทั้งประชาชนสามารถดูแลและใช้การนวดดังกล่าวด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยยาในโรคบางชนิด สอดคล้องกับนโยบายและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน จึงได้มีการก่อตั้งมุลินธิสาธารณสุขกับการพัฒนาขึ้นใน พ.ศ. 2526 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

(1) ศึกษาข้อมูลทุกด้านที่เกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ อาหารและเครื่องสำอาง รวมทั้งปัญหาที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสังคมด้านสาธารณสุข ในอันที่จะเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ประชาชน

(2) นำเสนอปัญหา ข้อเท็จจริง ตลอดจนข้อเสนอแนะในปัญหาที่ได้ศึกษาแล้วแก่องค์กร หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา

(3) ให้ความรู้เกี่ยวกับยาและสาธารณสุขเบื้องต้นแก่ประชาชน

(4) ส่งเสริมและฝึกฝนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขทุกฝ่ายหันมาสนใจ และร่วมกันรับผิดชอบปัญหาของสังคมจริงจัง

(5) ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดประสบการณ์ทำงาน และเสริมสร้างผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

(6) ร่วมมือและประสานงานกับองค์กร หน่วยงาน หรือสมาคมอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกันในการที่จะพัฒนาสังคมไทย ลักษณะกิจกรรมหลัก เน้นการรณรงค์เผยแพร่ โดยกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ประชาชนทั่วไปมีโครงการหลักคือ ฟันฟูการนวดไทยและโครงการทรัพย์สินทางปัญญา

7) มุลินธิส่งเสริมอาชีพคนตาบอด สถาบันการแพทย์แผนไทย และมุลินธิส่งเสริมอาชีพคนตาบอด ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะได้ร่วมกันจัดโครงการสนับสนุนการนวดไทยสำหรับผู้พิการทางสายตา เพื่อเพิ่มศักยภาพทักษะด้านการนวดให้แก่ผู้พิการทางสายตา และเพื่อให้มีทัศนคติที่ดีในการอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งเป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจแก่ผู้พิการ

ทั้งนี้ การแพทย์แผนไทยได้รับความสนใจจากรัฐบาลอย่างจริงจังอีกครั้ง หลัง พ.ศ. 2521 และมีการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน บรรจุเข้าแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในพ.ศ. 2522 ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ต่อมา พ.ศ. 2525 มีการฟื้นฟูส่งเสริมการศึกษา และการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทย ด้วยการรับบุคคลเข้าศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งกำหนดให้การแพทย์แผนไทยเป็นหลักสูตรหนึ่งในการเรียนการสอน รวมทั้งมีการฟื้นฟู ส่งเสริมการนวดไทยและพัฒนาหมอนวดไทย เพื่อลดการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบันในกรณีที่สามารถบำบัดได้ด้วย การนวด และเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้การนวดไทย ตลอดจนเพื่อเสริมศักยภาพสถานภาพและบทบาทของหมอนวดไทยตั้งแต่พ.ศ.2528 โดยได้มีการนำ การแพทย์แผนไทย เข้าไปผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการของรัฐ

อนึ่ง พ.ศ. 2530 โครงการฟันฟูการนวดไทย มุลินธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และคณะเรียกร้องให้เพิ่มสาขาการนวดไทยในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ แต่กระทรวงสาธารณสุขตีความว่าการนวดไทยเพื่อรักษาโรค เป็นการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาเวชกรรม (แต่ในสภาพความเป็นจริงหมอนวดส่วนใหญ่สอบขึ้นทะเบียนได้น้อยมาก ผู้ที่สอบได้มักไม่ได้ทำการนวด) ทั้งนี้ ธุรกิจบริการนวดเพื่อสุขภาพในสถานบริการ ออบ อบ นวด และโรงแรม มีทั้งที่ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย (พ.ร.บ.สถานบริการ) และที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย บางส่วนมีการนวดแอบแฝงกับบริการทางเพศ อย่างไรก็ตามรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการส่งออกธุรกิจบริการนวดแผนโบราณ เนื่องจากเห็นว่าเป็นธุรกิจที่มีศักยภาพ ได้รับความนิยมนิยมจากชาวต่างประเทศ ในขณะที่ชาวต่างประเทศก็สนใจเรียนนวดไทย มีการเปิดสำนักสอนการนวดไทยในต่างประเทศ โดยชาวต่างประเทศ รวมทั้งมีการเขียนหนังสือการนวดไทย ออกเผยแพร่เป็นภาษาต่างประเทศด้วย พ.ศ.2542 โปรดเกล้าฯ ให้ตรา พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ต่อมา พ.ศ. 2544 มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการเพิ่มประเภทการนวดไทยในสาขาการแพทย์แผนไทย ทำให้การนวดไทยเป็นประเภทหนึ่ง

ของการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะทำให้ต้องมีภาระขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยตามมา (Online 3 มกราคม 2551 : [http://www.geocities.com/chem\\_chom/menu1.html](http://www.geocities.com/chem_chom/menu1.html))

สรุปได้ว่า การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะด้านการนวดแผนไทย มีมาตั้งแต่ครั้งโบราณก่อนสมัยกรุงสุโขทัย และเจริญรุ่งเรืองที่สุดในสมัยกรุงศรีอยุธยา ต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ การแพทย์แผนไทย ถูกลดบทบาทลง เมื่อครั้งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2466 ประกอบกับมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 ทำให้ไทยรับเอาอารยธรรมตะวันตกด้านการแพทย์เข้ามาผสมผสานกับแพทย์แผนไทย จนกระทั่งหลังปี พ.ศ. 2495 รัฐบาลไทยจึงได้หันมาถ่วงดุลการแพทย์แผนไทย แต่ก็ยังไม่แพร่หลาย โดยมีการเปิดสอนกระจายอยู่ทั่วไป ทั้งนี้หลังจากมีการบรรจุเข้าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 การแพทย์แผนไทยจึงได้รับความสนใจอีกครั้งตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

#### 4. แนวคิดทฤษฎีและวิธีการนวดแผนไทย

##### 4.1 แนวคิดและทฤษฎีการนวดแผนไทย

การนวด (Massage) เป็นศาสตร์และศิลป์วิธีการหนึ่งของภูมิปัญญาไทย ด้านวิชาการแพทย์แผนไทย ที่เกิดจากการช่วยเหลือกันในสังคม รวมทั้งมีการถ่ายทอดมาหลายชั่วอายุคน กลายเป็นภูมิปัญญาที่ตั้งอยู่บนรากฐานทางวัฒนธรรมซึ่งมีการแบ่งออกเป็น 2 ประเภท โดยการนวดจะยึดหลักแนวพลังเส้นประธานสิบ เป็นพื้นฐาน

นวด พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (พ.ศ. 2542 : 565) หมายถึง ใช้มือบีบหรือกดเพื่อให้คลายจากความปวดเมื่อยหรือเมื่อยขบ

การนวด (online 9 กันยายน 2550 : <http://www.thaimassageschool.ac.th>) หมายถึง การสัมผัสต่อร่างกาย โดยใช้ส่วนของร่างกายหรือเครื่องมือต่าง ๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความไม่สบาย ทำให้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ดีขึ้น รวมถึงความรู้สึกทางจิตใจด้วย ทั้งยังไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต (ร่างกาย , จิตใจ)

การนวด (Online 12 กันยายน 2550 : <http://learners.in.th/blog/nanajittung/26221>) หมายถึง การแบ่งปันระหว่งการสัมผัส คือ มือกับร่างกาย มือกับศีรษะ มือกับมือและมือกับเท้า การนวดสามารถผ่านลึกจากผิวหนังถึงกล้ามเนื้อหรืออาจจะถึงกระดูก การนวดที่ดีจะช้าแรกถึงลงไปถึงจุดที่ถูกต้อง การนวดที่กำลังจะกล่าวถึงนี้มีอีกเรียกกันว่า " การนวดแบบโฮลิสติก " หรือ " การนวดโดยสัตยชาติญาณ " แต่จะเรียกให้ง่ายว่า " การนวดเพื่อสุขภาพ " เพื่อให้แตกต่างจากการนวด



แบบสวีดิช การนวดเพื่อสุขภาพใช้รักษาคอนไจต์แต่ละคนในลักษณะโดยรวมมากกว่า ที่จะมุ่งไปที่  
ยังร่างกายแห่งใดแห่งหนึ่ง การเคลื่อนไหวในการนวดมักจะเชิงซ้ากว่า และใช้สมาธิมากกว่า สำหรับ  
การนวดเพื่อสุขภาพ ทักษะคติและการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับมีความสำคัญสูงสุดต่อการรักษา  
" ผู้รับ " จะต้องผ่อนคลาย แต่ต้องตื่นตัวเพ่งอยู่ที่การสัมผัสที่ได้รับ " ผู้ให้ " ก็จะต้องเพ่งและมี  
ทัศนคติที่ดีในการนวดอย่างสูงสุดเช่นกัน

Graham ค.ศ.1884 (อ้างใน ชนินทร์ ลีวานันท์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์  
ศิริราชพยาบาล Online 18 ธันวาคม 2550 : <http://www.dtam.moph.go.th/alternative/viewstory.php?id=418>) หมายถึง กระบวนการต่างๆที่กระทำโดยมือ เช่น friction, kneading, rolling, and percussion บนเนื้อเยื่อด้านนอกของร่างกายด้วยวิธีการต่างๆกัน เพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษา  
ระดับประคอง หรือสุขอนามัย การนวดอาจมีความหมายว่า “ การใช้มืออย่างมีสติและสัมปชัญญะ  
เพื่อกระทำบนร่างกายโดยมีวัตถุประสงค์ในการบำบัด ”

การนวดไทย (ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และคณะ 2547 : 1) ให้ความหมายว่า เป็น  
การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความเมื่อยล้า ความเครียด ด้วยวิธีการกด การคลึง การจับ การตัด การดึง  
หรือโดยวิธีการอื่นใดตามศาสตร์และศิลปะของการนวด

การนวดไทย (อภิชาติ ลิมดิยะโยธิน 2549 : 5) กล่าวว่า เป็นการตรวจประเมิน  
การวินิจฉัย การบำบัด การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยวิธีการกด การ  
คลึง การบีบ การจับ การตัด การดึง การประคบ การอบ หรือวิธีการอื่นตามศิลปะการนวดไทย หรือ  
การใช้ยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

การนวดไทย (Online 9 กันยายน 2550 : <http://province.moph.go.th/nakhonratchasima>)  
เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จัดเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำโดยตรงต่อร่างกายมนุษย์ อันเป็นไปเพื่อการ  
ตรวจ รักษา การป้องกันโรคหรือการบำบัดโรค ตามกระบวนการทางความรู้ในทางการแพทย์แผนไทย  
อีกแบบหนึ่งที่มีการศึกษาสืบทอดต่อกันมา นับเป็นวิธีการหนึ่งตามความหมายของการประกอบ  
โรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม

#### 4.1.1 ประเภทการนวดแผนไทย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

การนวดแบบทั่วไปหรือการนวดแบบสามัญหรือการนวดแบบเชลยศักดิ์ จะ  
เป็นการนวดที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมหรือวัฒนธรรมของท้องถิ่น เป็นการสืบทอดมาจากคน  
รุ่นเก่าส่วนใหญ่จากเครือญาติหรือผู้ใกล้ชิดจากการบอกเล่าและการฝึกฝนโดยใช้สองมือ สอก เข้า  
รวมทั้งเท้าในการนวด การนวดแบบราชสำนักหรือการนวดแบบชาววัง จะเป็นการนวดที่มีขั้นตอน  
จรรยาบรรณ มีเอกลักษณ์และมีหลักการฝึกฝนอย่างเป็นระบบประณีต ซึ่งแต่เดิมจะเป็นการนวด  
เพื่อถวายกษัตริย์ ใช้อวัยวะในการนวดน้อยตรงตามจุดมีเอกลักษณ์เฉพาะการนวดทั้ง 2 ประเภทนี้

คล้ายคลึงกันในด้านหลักการของการบำบัดรักษาโรคและอาการเจ็บป่วย แต่มีข้อปลีกย่อยซึ่งทำให้ผลการรักษาแตกต่างกันออกไปด้วย เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2540 : 8) ได้อธิบายว่า

1) การนวดแบบทั่วไป ก่อนเริ่มต้นการนวดหมอนวดจะต้องพนมมือเพื่อไหว้ครูเสียก่อนในขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนพื้น (พุกหรือเสื่อ) หลังจากนั้นจึงเริ่มต้นนวดจากเท้าขึ้นไปไปที่หัวเข่า ไปสู่โคนขา และนวดท้อง หลัง ไหล่ ต้นคอ และแขนจนทั่วทั้งตัว อนึ่งการนวดแบบทั่วไปหรือเชลยศักดิ์มักรู้จักโดยทั่วไปว่า “ จับเส้น ” เพื่อให้เลือดลมเดินได้สะดวกขึ้น ซึ่งตรงกับแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การนวดเพื่อเพิ่มหรือส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลือง นอกจากนี้ยังมีผลสะท้อนทำให้การทำงานของอวัยวะที่อยู่ห่างออกไปจากบริเวณนวด ซึ่งเดิมมีน้อยกลับเพิ่มขึ้นจนกลับสู่ภาวะปกติ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ 2546 : 6)

2) การนวดแบบราชสำนัก หมอนจะต้องเดินเข้าหาผู้ป่วยซึ่งนอนอยู่บนพื้นเมื่ออยู่ห่างจากผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 4 ศอก จนกระทั่งห่างจากผู้ป่วยราว 2 ศอก จึงนั่งพับเพียบและคารวะขอภัย (ขวาหรือซ้าย) เพื่อตรวจดูอาการของโรค โดยพิจารณาจากการเดินของชีพจรทั้ง 2 แห่งที่เรียกว่า ลมเบื้องสูงและลมเบื้องต่ำก่อนจึงเริ่มทำการนวดเบื้องต้น ซึ่งอาจคล้ายคลึงกับการนวดแบบทั่วไปจะแตกต่างกันที่ตำแหน่งในการวางมือ องศาที่แขนของหมอนวดทำกับตัวของผู้ป่วย และท่าทางของหมอนวดซึ่งแบบราชสำนักจะเน้นความสุภาพอย่างมาก ความสามารถในการรักษา นอกจากนวดเพื่อแก้อาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ โรคกระดูก โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตยังสามารถรักษาข้อหลุดที่เกิดจากอุบัติเหตุได้อีกด้วย

3) สรุปข้อแตกต่าง ที่สำคัญระหว่างการนวดแบบทั่วไปกับการนวดแบบราชสำนัก ซึ่งเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2540 : 9) อธิบายข้อแตกต่างว่า

(1) หมอนวดแบบราชสำนักต้องมีกิริยามารยาทเรียบร้อย เดินเข้าหาผู้ป่วย ไม่หายใจรดผู้ป่วย ขณะทำการนวดต้องหันหน้าไปด้านข้างหรือเยื้องหน้า ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปมิได้พึงเล็งถึงเรื่องเหล่านี้ แต่มีลักษณะการนวดเป็นกันเองกับผู้ป่วยมากกว่า บางคราวจึงอาจไม่สำรวมและระมัดระวังตัวมาก

(2) หมอนวดแบบราชสำนักจะไม่เริ่มนวดฝ่าเท้า นอกจากจำเป็นจริงๆ มักเริ่มนวดตั้งแต่หลังเท้าขึ้นไป ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปจะเริ่มนวดที่ฝ่าเท้า

(3) หมอนวดแบบราชสำนักจะใช้เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วอื่นๆ ในการนวดเท่านั้น และไม่ใช้การนวดคลึงในขณะกด (นวด) แขนจะต้องเหยียดตรงเสมอ ส่วนหมอนวดแบบทั่วไปไม่ได้คำนึงถึงท่าทางของแขนว่าจะตรงหรืองอ

(4) หมอนวดแบบราชสำนักทำการนวดผู้ป่วยซึ่งอยู่ในท่านั่ง นอนหงาย หรือนอนตะแคง จะไม่ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ แต่การนวดแบบทั่วไปมีการให้ผู้ป่วยนอนคว่ำด้วย

(5) หมอนวดแบบราชสำนักไม่ใช้การตัดหรืองอข้อ หลัง หรือส่วนใดของร่างกายด้วยกำลังแรง ไม่มีการนวดโดยใช้เข่า ข้อศอก ฯลฯ แต่หมอนวดแบบทั่วไปไม่งดเว้นการปฏิบัติดังกล่าวและอาจมีหมอนวด 2 คน ช่วยกันนวดในขณะเดียวกันต่อผู้ป่วย 1 คน

(6) นวดแบบราชสำนัก ต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด เพิ่มการทำงานของเส้นประสาท ในกรณีนี้หมอนวดจะต้องมีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์เชิงปฏิบัติ สำหรับหมอนวดทั่วไปหวังผลโดยตรงจากการกดนวดเป็นส่วนใหญ่และจากการนวดคลึงเป็นครั้งคราว ซึ่งหากไม่ระมัดระวังจุดสำคัญตามความรู้ของกายวิภาคศาสตร์อาจเกิดอันตรายได้

สรุปได้ว่า การนวดแผนไทย หมายถึง วิธีการสัมผัสที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลายหรือบรรเทา บำบัดจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเป็นวิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในสังคม แม้ว่าปัจจุบันการแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมาก แต่การป้องกันควบคุมดูแลรักษาสุขภาพตามแบบแผนปัจจุบันหรือแบบแผนใหม่ของคนในประเทศ ยังไม่สามารถให้บริการ และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยทางด้านการเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ระบบการดูแลรักษาตามภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย จึงยังคงยืนหยัดอยู่คู่สังคมไทย

#### 4.1.2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกายมนุษย์ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

##### 1) ระบบของร่างกาย

การนวดแผนไทย ส่วนใหญ่จะเป็นการใช้มือในการนวดสัมผัสกับร่างกาย ซึ่งผู้นวดต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเบื้องต้น จึงจะสามารถให้การนวดเพื่อบรรเทา หรือบำบัดความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง การนวดของผู้นวดรวมทั้งผู้ถูกนวดปลอดภัย การเรียนรู้จึงเป็นการทำความเข้าใจระบบกลไกของร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยระบบผิวหนัง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนระบบหายใจ ระบบประสาทและระบบย่อยอาหาร การนวดที่ถูกวิธีและถูกต้องจะส่งผลดีต่อระบบต่างๆของร่างกาย ขณะเดียวกันหากผู้นวดทำการนวดที่ไม่ถูกวิธีและไม่ถูกต้องตามหลักการนวดจะส่งผลด้านลบต่อผู้ถูกนวดได้ ซึ่งระบบร่างกายที่สำคัญทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2546 : 9) อธิบายว่าประกอบไปด้วย

(1) ระบบผิวหนัง ประกอบด้วยหนังกำพร้า หนังแท้ เอ็น ต่อมไขมัน ต่อมเหงื่อและขน ทำหน้าที่สำคัญคือห่อหุ้มร่างกายป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ขับเหงื่อและขับไขมันมาหล่อเลี้ยงผิวหนัง นอกจากนี้ผิวหนังยังทำหน้าที่สำคัญคือรักษาอุณหภูมิร่างกาย และรับรู้สัมผัสต่างๆ ที่ผิวหนัง เช่น ปวด ร้อน เย็น สัมผัสและแรงกด โดยอาศัยตัวรับความรู้สึกลึกของประสาทที่ฝังอยู่ที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น การนวดมีผลทำให้เลือดที่ผิวหนังไหลเวียนดีขึ้น ทำให้อุณหภูมิที่ผิวหนัง

เพิ่มขึ้น มีผลกระตุ้นการขับเหงื่อและไขมันทำให้ผิวหนังเต่งตึงกว่าเดิม รวมทั้งทำความสะอาดง่าย ขณะเดียวกันถ้าเป็นโรคติดต่อทางผิวหนังก็อาจติดมายังผู้อื่นได้ด้วย

(2) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบนี้ประกอบด้วยข้อต่อกล้ามเนื้อ เอ็น กระดูกอ่อน หน้าที่สำคัญของระบบนี้คือทำให้มีรูปร่าง ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวหรือหยุดการเคลื่อนไหว ป้องกันอวัยวะภายใน สร้างเม็ดเลือดและเป็นแหล่งสะสมแร่ธาตุแคลเซียม การนวดจะเกี่ยวข้องกับระบบนี้มากที่สุด ดังนั้น การรู้ชื่อ ลักษณะ การวางตัวของกระดูกและกล้ามเนื้อคลายตัว เคลื่อนไหวจะสะดวกขึ้น

### (3) ระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง

ก. ระบบไหลเวียนเลือด ทำหน้าที่สำคัญคือ เป็นทางลำเลียงเลือด ซึ่งมีก๊าซออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ไปสู่เซลล์ แลกเปลี่ยนของเสียอันเกิดจากการทำงานของเซลล์ ก่อนนำไปกำจัดทิ้งทางปัสสาวะ ระบบนี้ประกอบด้วยหัวใจ หลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ และเส้นเลือดฝอยขนาดต่างๆ การนวด การยืดคัดข้อต่อมีผลต่อระบบนี้คือ ทำให้การไหลเวียนดีขึ้น เส้นเลือดฝอยขยายตัว ขับถ่ายของเสียจากเซลล์สู่ระบบเลือดดำและปัสสาวะได้เพิ่มขึ้น ทำให้บรรเทาอาการปวดอันเนื่องมาจากการคั่งค้างของสารเคมีที่เป็นของเสียจากการทำงานของเซลล์ นอกจากนี้ การนวดทั้งตัวอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย

ข. ระบบไหลเวียนน้ำเหลือง ระบบไหลเวียนน้ำเหลืองมีหน้าที่สำคัญคือ ช่วยเสริมสร้างการไหลเวียนของเลือดดำ โดยการลำเลียงน้ำเหลืองเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือด (เข้าทางเส้นเลือด) นอกจากนี้ ยังทำหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคในร่างกายไม่ให้แพร่กระจายโดยการกรองไปไว้ที่ต่อมน้ำเหลือง สร้างระบบภูมิคุ้มกันปล่อยไปตามกระแสเลือด ระบบนี้ประกอบด้วยต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองและน้ำเหลือง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อมักจะมีอาการต่อมน้ำเหลืองบวม อาจคลำได้เป็นก้อนแข็งเล็กๆที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง คือ ใต้รักแร้ เหนือกระดูกไหปลาร้า ได้ข้อต่อกระดูกขากรรไกรล่าง และบริเวณขาหนีบ (ไขว้ต้น) หากหมอนวดตรวจพบว่าผู้ป่วยมีต่อมน้ำเหลืองโต หรืออาจเป็นเนื้องอกที่บริเวณใกล้เคียงควรตรวจการนวด

(4) ระบบหายใจ ระบบหายใจทำหน้าที่หลักคือ นำเอาก๊าซออกซิเจนเข้าสู่ปอด แล้วแลกเปลี่ยนเอาก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ อันเป็นผลผลิตจากการทำงานของเซลล์ออกมาสู่อากาศภายนอก การแลกเปลี่ยนก๊าซทั้งสองนี้อาศัยการซึมซาบผ่านถุงลมเล็กๆในเนื้อปอด รวมทั้งระบบหายใจยังทำหน้าที่รองคือปรับอุณหภูมิของร่างกาย โดยการระบายความร้อนออกมากับลมหายใจออก และช่วยทำให้เกิดเสียงองค์ประกอบหลักของระบบนี้คือ จมูก คอหอย กล่องเสียง หลอดลม ท่อนลมปอด และปอด นอกจากนี้ยังมีอวัยวะที่ช่วยหายใจอีกคือ กระบังลม และผนังทรวงอก

การนวดไม่ค่อยมีผลโดยตรงต่อระบบนี้ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าหลังการนวดทั้งตัว เมื่อผู้ป่วยผ่อนคลายทำให้อัตราการหายใจลดลง

(5) ระบบประสาท เป็นระบบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิต ระบบนี้ทำหน้าที่ควบคุม สั่งงาน และรับรู้การทำงานทุกอย่างของร่างกาย เป็นระบบที่ค่อนข้างบอบบางต่อการกระทบกระเทือนหรือทำลาย ถ้าระบบนี้ไม่ทำงานอาจเป็นอัมพาตหมดสติหรือตายได้ ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ความรุนแรงของการทำลายที่ระบบประสาท ระบบนี้ประกอบด้วยส่วนสำคัญคือ สมอง สมองน้อย ไขสันหลังและเส้นประสาทต่างๆ

การนวดมีผลทำให้รู้สึกผ่อนคลายทั้งระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การกดนวดตามแนวเส้นต่างๆไม่มีผลเสียต่อเส้นประสาท เนื่องจากมีไขสันหลัง กล้ามเนื้อ และเอ็นรองรับอยู่ แต่ถ้าตั้งใจกดขยี้เส้นประสาทที่อยู่ตื้นๆ เช่น ที่ด้านข้างของคอ หรือที่ด้านในของข้อศอก อาจทำให้เส้นประสาทชำรุดถึงขั้นเป็นอัมพาต การดึงคัดกระดูกคอหรือกระดูกสันหลังในคนแก่หรือคนที่มีข้อหลวมหรือกระดูกเปราะหรือข้อสันหลังเคลื่อน อาจทำให้เกิดภาวะไขสันหลังถูกเบียดทับ และเป็นอัมพาต การนวดในผู้ป่วยเหล่านี้จึงเป็นข้อพึงระวังรวมทั้งห้ามการดึงคัดโดยเด็ดขาด

(6) ระบบการย่อยอาหาร ทำหน้าที่หลักสามประการคือ ก. บดกลืนอาหาร ข. ย่อยอาหาร ค. ขับถ่ายกากอาหาร กล่าวโดยรวมคือ ทำให้เซลล์ของร่างกายได้รับสารอาหารไปหล่อเลี้ยงให้มีชีวิต และขับเอากากอาหารออกจากร่างกาย ดังนั้น ระบบนี้จึงต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญดังนี้ คือ ปาก คอหอย หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ไส้ตรง และทวารหนัก นอกจากนี้ยังมีอวัยวะอื่นๆช่วยได้แก่ ลิ้น ฟัน ต่อม น้ำลาย ตับอ่อน ตับ ถุงน้ำดี การย่อยอาหารการดูดซึมสารอาหารเกิดขึ้นที่ลำไส้เล็ก ผ่านเส้นเลือดฝอยและท่อน้ำเหลืองที่ผนังลำไส้เล็ก การนวดมีผลต่อการกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ย่อยอาหาร การขับถ่ายกากอาหารได้ดีขึ้น ดังนั้น การนวดจึงมีผลต่ออาการท้องผูก ช่วยให้มีคามอยากรับประทานอาหาร ควรงดการนวดในกรณีที่ผู้ป่วยเพิ่งรับประทานอาหารเสร็จใหม่ๆ เพราะอาจทำให้ขย้อนอาหารออกมาได้ ควรรอหลังจากรับประทานอาหารแล้วประมาณ 30 นาที

อนึ่ง เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2546 : 6) ได้สรุปประโยชน์ของการนวดแผนไทย ต่อร่างกายของมนุษย์ ดังนี้

- (1) ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
- (2) เพิ่มระบบไหลเวียนโลหิต
- (3) เพิ่มประสิทธิภาพทางเดินหายใจ
- (4) ปรับปรุงสภาพของระบบกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต

นอกจากนี้มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม (2548 : 25) ยังกล่าวถึงประโยชน์ของการนวดว่า บังคับเลือดลมไปเลี้ยงในส่วนที่ต้องการ กระตุ้นประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อ และหัวใจ

สำหรับการนวดที่ดี วสันต์ ไชยฉกรรจ์ (2549 : 157) กล่าวว่าต้องส่งผลให้

(1) ผลต่อจิตใจ – อารมณ์ (Mind) การนวดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการถ่ายทอดความปรารถนาดีผ่านความรู้สึกสัมผัส การนวดจึงมีผลต่อจิตใจทำให้ผ่อนคลาย เกิดกำลังใจ ลดความวิตกกังวล

(2) ผลต่อความรู้สึก – กำลัง (Energy) การนวดเป็นการกระทำโดยตรงต่อความรู้สึก ซึ่งจะถูส่งโดยกระแสประสาทไปยังสมองเมื่อสมองรับรู้ก็จะมีการสั่งงาน บังคับควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้ดีขึ้น

(3) ผลต่ออวัยวะ – ร่างกาย (Body) การนวดทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายตัว หลอดเลือดที่เส้นแทรกตัวอยู่ระหว่างเส้นใยกล้ามเนื้อถูกกดแรงบีบอัดทำให้ขยายตัว ส่งผลต่อเลือดไหลเวียนได้สะดวก นำเอาอาหาร ไปส่งอวัยวะต่างๆ ได้สมบูรณ์ แล้วนำเอาของเสียออกจากร่างกาย ได้ดีขึ้น อีกทั้งกระบวนการรักษาตนเองการซ่อมแซมอวัยวะร่างกายก็บังเกิดได้รวดเร็ว

สรุปว่า การนวดผู้ให้บริการนวดจะต้องมีความเข้าใจ ในองค์ความรู้ของระบบร่างกาย รวมทั้งต้องรับรู้ และเข้าใจในโรคบางประการ รวมทั้งสามารถประเมินสุขภาพเบื้องต้นของผู้รับบริการว่าจะสามารถรับการนวดได้ในระดับใดเพื่อให้เกิดประสิทธิสูงสุด และมีให้ส่งผลเสียต่อผู้รับบริการ

## 2) ทฤษฎีเส้นประธานสิบ

นอกจากการเข้าใจในระบบกายวิภาคและสรีระวิทยาแล้ว การนวดแผนไทยยังต้องรู้จักเส้นเอ็นต่างๆ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับหลักการนวด ทฤษฎีเส้นสิบหรือเส้นประธานสิบเป็นเส้นสำคัญในการนวดที่ผู้นวดต้องทำความเข้าใจ เนื่องจากเป็นแนวเส้นพื้นฐานหลักทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย โดยมีหน้าที่ควบคุมระบบการทำงานของร่างกาย เมื่อเกิดอาการผิดปกติกับเส้นจะก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยต่างๆ แต่สามารถบรรเทาหรือบำบัดอาการได้โดยการนวดที่มีผลสนองตอบต่อความผิดปกตินั้น หรืออีกนัยหนึ่งมนุษย์มีความสมดุลในพลังงาน ซึ่งช่วยรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจ อากาศที่เราหายใจ อาหารที่เรากินถูกเปลี่ยนเป็นพลังงานชีวิตภายในร่างกาย นำไปหล่อเลี้ยงร่างกายผ่านเส้นพลังงาน ในอีกแง่หนึ่งเส้นพลังงานเป็นตัวกลางระหว่างร่างกายและพลังจักรวาล เส้นพลังงานมีทั้งหมดกว่า 72,000 เส้น รวมกันเป็นสิ่งที่เรียกว่า ผิวน้ำที่สองและร่างกายที่สอง เมื่อเรารู้สึกไม่สบายเกิดจากพลังชีวิตไม่สามารถไหลเวียนได้อย่างปกติ หรือมีไม่เพียงพอ กระตุ้นเส้นพลังงานเหล่านี้โดยการนวดจะทำให้ระบบไหลเวียนของพลังชีวิตกลับมาเป็นปกติ

(Online 15 ธันวาคม 2550 : <http://www.thai-traditional-massage.com/thai/ideology.htm>)

อภิชาติ ลิมตยะโยธิน (2549 : 78) กล่าวว่า เส้น หมายถึง หลอดเลือด เส้นกล้ามเนื้อ เชื้อหุ้มกระดูก พลังประสาท พลังเลือดลม เส้นเอ็นทั่วร่างกาย มีมากประมาณ 72,000 เส้น และมีเอ็น 10 เส้น เป็นประธานแก่เอ็นเหล่านั้น เส้นประธานสิบหรือเส้นสิบ หมายถึง เส้นเอ็นประธาน 10 เส้น ในร่างกายมนุษย์ ที่มีต้นกำเนิดบริเวณรอบสะดือแล้วไปยังจุดสุดท้ายที่ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เส้นทั้ง 10 คือ เส้นที่สำคัญประกอบด้วย เส้นอิทา ปิงคลา สุมนา กาลทารี สหฺสรังยี ทวารี จันทกฐัง รุทัง สีขินี และสุขุมัง แต่บางเส้นยังอธิบายทางกายวิภาคศาสตร์ และการแพทย์แผนปัจจุบันได้ไม่ชัดเจนจึงต้องมีการศึกษาต่อไป

เส้นประธานสิบกับแนวของเส้น (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ 2540 : 51 - 60) อธิบายว่า

(1) เส้นอิทา เริ่มตั้งแต่ท้อง (ไม่ได้กล่าวไว้ตั้งต้นที่จุดใจของท้อง) พาดมาที่หัวหน้าแล่นลงไปต้นขา เลี้ยวตลอดไปตามบริเวณหน้าของสันหลังแนบไปกับกระดูก แล้วเลี้ยวกลับมาบริเวณงอกด้านซ้าย มีลมประจำที่เรียกว่า ลมจันทกาลา

(2) เส้นปิงคลา มีแนวกำเนิดเหมือนเส้นอิทาแต่กลับข้างกัน โดยเริ่มจากบริเวณหน้าท้อง ผ่านหัวหน้าลงไปต้นขาขวาอ้อมไปท้อง แนบแนวกระดูกสันหลังด้านขวาขึ้นไปศีรษะ อ้อมวงลงมางอกด้านขวา มีลมประจำที่เรียกว่า ลมสุริยะกะลา

(3) เส้นสุมนา กำเนิดจากตรงกลางท้องตรงขึ้นไปถึงขั้วหัวใจแนบคอ หอยจนวนรรคตลอดลิ้น

(4) เส้นกาลทารี จุดกำเนิดตามคัมภีร์โบราณนิทานกล่าวว่า เส้นกาลทารี แล่นออกจากท้อง แยกเป็น 4 แขนง โดยสองเส้นผ่านขึ้นไปตามซี่โครงสุดท้ายและเส้นร้อยขึ้นไปที่สะบักในทั้งซ้ายและขวา แล่นขึ้นไปกำคั้นคั่นคอตลอดเคียรเวียนลงมา ทวนไปบรรจบหลังแขนทั้งสอง ออกไปที่ข้อมือ แยกเป็น 5 แฉกตามนิ้ว ส่วนอีก 2 เส้นแล่นไปข้างล่างตามหน้าขา 2 ข้าง วางลงไปหน้าแข้ง หุคที่ข้อมือแตกออกเป็น 5 แขนง ตามนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง

(5) เส้นสหฺสรังยี (ตาซ้าย) จากตำราโรคนิทานกล่าวว่า เส้นนี้ออกจากท้องด้านซ้ายแล่นลงไปต้นขา ตลอดลงไปฝ่าเท้าแล่นผ่านนิ้วเท้าบริเวณคั้นนิ้วทั้ง 5 แล้วย้อนขึ้นมาทางซ้าย แล้วแล่นทอดเต้านมซ้ายเข้าไปชิดแนวคอ ข้างคอ ลอดขากรรไกรใน สูดที่ตาซ้ายเรียกว่า สหฺสรังยี หรือเส้นรากตาซ้าย

(6) เส้นทวารี (ตาขวา) เส้นทวารี หรือเรียกว่า ทะวาคะตา, ทะวาระจันทร รวมเรียกได้ 3 ชื่อ ส่วนทางเดินของเส้นทวารีเช่นเดียวกับเส้นสหฺสรังยี แตกต่างกันเพียงอยู่ทางด้านขวาของร่างกาย

(7) เส้นจันทกฐัง (หูซ้าย) จากตำราโรคนิทาน เส้นจันทกฐัง (โสดซ้าย) มีชื่อเรียก 3 ชื่อ คือ “ อูรัง ” “ ภูสาพวง ” และ “ สัมปะสาโส ” กำเนิดเส้นคือเล่นจากท้องขึ้นไป ตามราวนมซ้าย ไปจรดที่หูซ้าย

(8) เส้นรุ้ง (หูขวา) เส้นรุ้งมีอีกชื่อหนึ่งคือ “ สุขุมอุสะมา ” แนวของ เส้นเหมือนกับเส้นจันทกฐัง แตกต่างกันที่เป็นเส้นซึ่งอยู่ทางซีกขวาของร่างกาย

(9) เส้นลีชนี ตำราโรคนิทานเรียกชื่อเส้นลีชนีว่า “ รัตลินี ” หรือ “ สังกินี ” มีจุดกำเนิดจากท้องลงไปยังท้องน้อยและอวัยวะเพศ

(10) เส้นสุขุมัง ตามตำราโรคนิทานเรียกว่า “ กังขง ” เล่นจากท้อง กระจหวัดรอบทวาร มีหน้าที่บีบรัดให้อุจจาระถูกขับถ่ายออกมา

### เส้นประธานสืบกับการเกิดโรค

ตามความเชื่อของคนโบราณกล่าวว่า เส้นเอ็นมีลักษณะเป็นรูให้ลมเลือด ไหวไปได้ ถ้ากำเร็บจะทำให้ร้อน เกิดความทุกข์ ถ้าเลือดลมดีจะทำให้สุขสบาย (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และบุญเรือง นิยมพร 2544 : 78 – 87) ได้อธิบายความผิดปกติของเส้นทำให้เกิด โรค สรุปได้ ดังนี้

(1) เส้นอิทา เส้นอิทาผิดปกติเกิดโทษ จะมีอาการปวดศีรษะเป็นอย่างมาก ตามีดมัว ชักปากเบี้ยว เจ็บสันหลัง บางครั้งมีกำเดา และลมระคนกัน เกิดโทษ 2 (ทวนโทษ) มีอาการเรื้อรังประกำ จะทำให้ตัวร้อน วิงเวียนหน้าตา บางครั้งเป็นสันนิบาต เป็นไข้ ปวดศีรษะมาก ถ้าไม่รักษา 7 วันตาย บางครั้งท้องมีอาการที่เรียกว่า ลมพะหิ ลักษณะเป็นเหมือนงูทับตามาขบ ทำให้เชื่อมิ้นสลับ จะเห็นได้ว่าโทษของเส้นอิทาค่อนข้างร้ายแรงมากถึงตาย เรียกว่า “ ลมจันทร ”

แนวเส้นอิทา น่าจะเป็นเส้นเลือดและเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ส่วนหนึ่งไปเลี้ยงบริเวณรอบๆอวัยวะเพศ ส่วนหนึ่งไปเลี้ยงบริเวณขา วิธีแก้ ให้นวดตามแนวเส้นอิทา แล้วปรู้งยาประกอบด้วย และบางครั้งมีพิธีกรรมหรือการประกอบยาเป็นพิเศษ

(2) เส้นปิงคลา เส้นปิงคลากำเร็บผิดปกติ มีผลทำให้เกิดโรคหน้าแดง ตาแดง เกิดพิษลมปะกำ บางครั้งมีอาการชัก ปากเอียง บางที่เป็นสันนิบาต บางที่เป็นริดสีดวง น้ำมูกไหล คัดจมูก จาม บางครั้งกลายเป็นลม สิ้นสติ ไม่พูดจาเหมือนถูกงูทับสมิงคลาขบเอา อาจทำให้ถึง สลบ วิธีแก้ นวดตามแนวเส้นปิงคลา นวดตั้งแต่กระหม่อม ตา ไพรหม ต้นคอ ตามหุบบริเวณตัดอกไม้ สองข้าง และที่กระหม่อม แล้วเลื่อนลงมาที่จุดศูนย์กลางบริเวณจมูกขวา ถ้าเป็นสันนิบาตลมปะกำ นวดระหว่างคิ้วทั้ง 2 บริเวณหน้าผาก คลึงไปท้ายผม หลังได้หู ให้นวดทั้ง 2 ข้าง โดยเน้นที่จุดข้าง จมูกทั้ง 2 ข้าง



เส้นปิงคลาล้ายกับเส้นอิทามาก แตกต่างกันเพียงอยู่กันคนละข้างของ ลำตัว บริเวณคอและอก มีโรคคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปวดขมับ เกี่ยวกับสะบัก แก่สะบักจม เส้นอิทาแก่ ลมคุดสะบักโดยมีจุดนวดเชื่อมกันก่อนมาทางกลางตัว เส้นปิงคลามีจุดเกี่ยวกับน้ำมัน และมีโรคหรือ อาการ 3 อย่างเช่นกัน ได้แก่ หาวเรอ คัดจมูก หูหนัก อยู่บริเวณข้างกระดูกอกด้านขวา

จากการเปรียบเทียบทางกายวิภาคศาสตร์ เส้นนี้เหมือนกันเส้นอิทา คือ อาจเป็นเส้นเอ็น เส้นเลือด เส้นประสาท การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และสมองซีกขวา เมื่อพิจารณาผลของเส้นอิทา เส้นปิงคลา หากพิการ หรือกำเริบแล้ว จะมีลักษณะของอัมพาต ปากเบี้ยว โดยมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเป็นอาการนำ ซึ่งหากเป็นด้านขวาเรียกว่า สุริยะกะลา ด้านซ้าย เรียกว่า จันทกะลา ลมสุริยะและลมจันทร์ ซึ่งมีคำว่าลมปะกังเป็นพิษทั้งเส้นอิทา และปิงคลารวมทั้งลม ขึ้นเบื้องสูง อาการเหล่านี้จะมีผลมาจากเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน หรือมีการหดตัวเป็นบางครั้ง ปัจจุบันพบว่ามีสาเหตุจากความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง สำหรับลมปะกังปัจจุบันนำมาใช้ เรียกปวดศีรษะข้างเดียว ซึ่งในที่นี้ไม่ได้กล่าวเช่นนั้น เพราะคำว่าลมปะกังตามแผนโบราณมีความหมายมากกว่าโรคปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine)

(3) *เส้นสุมนา* เส้นสุมนาพิการ มีผลทำให้เกิดอาการ พูดไม่ออก เกิดลม เรียกว่า ชิวหาศตมภ์ เกิดลิ้นกระด้าง คางแข็ง หนักอกหนักใจ เชื่อมมัว มึนซึม เกิดอาการจุกอก เกิด เอนเป็นล่ำ เรียกว่าลมคาลตะคุณ เส้นสุมนาเป็นเส้นที่สำคัญมาก โดยเฉพาะถ้าเกิดในวันอาทิตย์มี อันตรายถึงตาย

ถ้าเกิดอาการดวงจิตระส่ำระสาย เรียกว่า “ ทะกรน ” ถ้าเคลิ้มเสีย จริต เสียสติ พูดจาเพื่อเจ้อ หลงลืม เรียกว่า ลมบาทจิต ลมสุมนาอ่อนๆจะทำให้เบื่ออาหาร มืออ่อน แรง นอนระทวยใจ คั่งนั้นสุมนาน่าจะหมายถึงหัวใจ การเต้นของหัวใจ เส้นเลือดแดงใหญ่ หรือ ระบบประสาทในระดับสะดือถึงปลายลิ้น นอกจากนี้อาจจะหมายถึงการทำงานของสมอง ประสาท หากผิดปกติจะเกิดโรคจิต โรคประสาท โรคทางสมอง โรคหัวใจ

เส้นสุมนา เป็นเส้นที่อยู่กลางลำตัวซึ่งมีความสำคัญมาก หมายถึง บริเวณหัวใจ การทำงานของสมอง ประสาท อาจรวมถึงประสาทไขสันหลัง เส้นเลือดแดงใหญ่หรือ กลุ่มประสาทต่างๆ ที่อยู่กลางตัว จากการสังเกตลักษณะของโรคและอาการเมื่อสุมนากำเริบ มีผล 2 ประการ คือ ทางจิต จิตคุ้มคลั่ง ละเมอเพ้อพก นอนไม่หลับ ผลอีกประการเกี่ยวกับการทำงานของ ลิ้นเป็นสำคัญ เช่น ลิ้นไม่รู้รสขมปาก หวานปาก ลิ้นกระด้าง คางแข็ง ลิ้นหดแยกมือออก สำหรับ อาการสุมนากำเริบที่เรียกว่า ลมคาลตะคุณ มีอาการจุกอก อาการร้ายแรงอาจตายได้ อาการนี้อาจ อธิบายได้ว่าเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการอธิบายโดย ใช้หลักทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่าการนวดจุดเหล่านี้ จะเกี่ยวข้องกัน

อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าว แต่แพทย์แผนปัจจุบันได้ใช้จุดของเส้นสุมนานี้กระตุ้นหัวใจ เมื่อผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น วิธีแก้ ให้นวดตามแผนนวดเส้นสุมนาโดยนวดอย่างแผ่วเบาอย่าออกแรงมากและอย่าใช้เวลานานจนเกินไป เมื่ออาการดีขึ้นแล้วให้วางยาด้วยยาสรหมรสขม กลิ่นหอมสุขุม ไม่ควรรสเย็นหรือร้อนกล้า

(4) *เส้นกาลทารี* เส้นกาลทารีกำเรปมีผลทำให้เกิดโรคหรืออาการเย็นชาไปทั้งตัว จับเย็น หนาวสะท้าน สาเหตุจากการกินอาหารผิดสำแดงหรือของแสลง เช่น “ ขนมหิน ข้าวเหนียว ถั่ว ” บางครั้งเกิดอาการสันนิบาตบางครั้งเกิดลมเรียกว่า สหสังสิ คือหมดสติไม่รู้ตัว วิธีแก้ นวดตามแนวเส้นกาลทารี ร่วมกับรับประทานยาแก้ปฎิวิธาตุ เพื่อบรรเทาเบาบางกาลทารี

(5) *เส้นสหสังสิ* (ตาข่าย) เส้นสหสังสิกำเรป มีผลทำให้เกิดโรคเกิดอาการลมจุกุนิวาดและอึดคะนิवारคุณ ทำให้เจ็บกระบอกตา วิงเวียน ลิ้มตาไม่ขึ้น สาเหตุอาจเกิดจากการรับประทานของมัน หวานมากเกินไป มักเกิดในวันศุกร์ วิธีแก้ นวดตามเส้นดังกล่าว

(6) *เส้นทวารี* (ตาขวา) เส้นทวารีกำเรป มีผลให้เกิดโรคและอาการตา ลิ้มไม่ขึ้น วิงเวียน ปวดตามาก ถ้าทวารีกำเรป ปวดตาทั้ง 2 ข้าง แต่บางครั้งเจ็บที่ข้างขวาข้างเดียว เรียกว่า ทิพจักขุขวา ทำให้ตาพร่ามองไม่เห็น ถ้าเส้นนี้เป็นบ่อยๆจะเกิดเป็นโรคปิดคาด สาเหตุจากการรับประทานน้ำมันมะพร้าวที่มันหวานจัดบ่อยครั้ง มักเกิดในวันอังคาร วิธีแก้ ให้นวดพองก่อนแล้วไล่ไปตามเส้น ไปที่ต้นคอทั้ง 2 นวดทั้ง 2 เส้น จะทำให้ตาหายพร่ามัว

(7) *เส้นจันทกุสัง* (หูซ้าย) 8) *เส้นรุทัง* (หูขวา) เส้นจันทกุสังและเส้นรุทังกำเรปหรือพิการ มีผลทำให้เกิดอาการเกี่ยวข้องกับหูหรือบริเวณคอเป็นส่วนใหญ่ การนวดจุดอื่นๆ เพิ่มเติม อาจจะเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งมีผลต่อต่อมน้ำลาย การเบื่ออาหารหรือเจริญอาหาร และการนอนเส้นจันทกุสัง มักเกิดโรคในวันพุธ เกิดจากการอาบน้ำมากเกินไป เส้นรุทัง มักเกิดโรคในวันอังคาร เกิดจากการดื่มน้ำมะพร้าว อาการที่เป็นมากคือ หูตึง ลมออกหู เกิดลมชื่อ “ คปะพาหุ ” ทำให้มีอาการหูตึง วิธีแก้ นวดใบหู นวดตามเส้นข้างต้น จะทำให้เรียกชื่ออ้ออิ่งหาย แต่ถ้ายังไม่ได้ยินเสียงแสดงว่าเกิดลมชื่อ “ ทาระกรรม ” ให้กลับมานวดที่สะเอวด้วย แล้วคลึงตามเส้นขึ้นไปใหม่พร้อมกับรับประทานยา

(8) *เส้นสิขินี* เส้นสิขินีกำเรป มีผลให้เกิดโรคและอาการเสียดสีข้าง ขัดเบา ปัสสาวะขุ่น เจ็บหัวหน้า เกิดลมเรียก “ ราทักษ ” จากเอ็นขององคชาตรั้วเพราะน้ำกามถูกกั้นไว้ไม่ตกหรือออกเวลากำหนด หรือน้ำกามก่อโทษเกิดมีน้ำหนองไหล (หนองใน) สำหรับสตรีมีอาการจากปัญหาของโลหิตเกี่ยวกับมดลูก มีอาการเจ็บท้องน้อย เจ็บสีข้าง หรือเอว เส้นสิขินี

ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบขับถ่ายของเสีย ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ จุดสำคัญจะอยู่บริเวณท้อง ท้องน้อย มีที่อกและขาข้าง วิธีแก้ นวดเส้นที่ขวางเส้นดังกล่าว แก๊สเอเว ตะโพก นวดท้องน้อยให้คลาย แล้วให้ยารับประทาน

(9) **เส้นสุขุมัง** เส้นสุขุมังพิการ มีผลให้เกิดโรคและอาการเกี่ยวข้องกับระบบขับถ่ายอุจจาระเป็นส่วนใหญ่ เป็นเส้นบริเวณทวารหนัก ฝีเย็บ ส่วนอาการอื่นที่อาจสืบเนื่องกัน ได้แก่ ประสาทกัศควบคุมการอาเจียน สะอึก สะอื้น การทำงานของกระบังลม การหอบเหนื่อย สำหรับอาการบวมจะเกี่ยวข้องกับไตหรือหัวใจ อาการมักเกิดวันอาทิตย์ เป็นผู้ที่กินอาหารมันจัด ทำให้มีอาการตึงบริเวณทวาร รับประทานอาหารเพียงเล็กน้อยจะรู้สึกอึดอัดแน่นท้อง วิธีแก้ นวดเส้นท้องน้อย โดยกดให้รู้สึกเสียวไปที่ทวารทำให้ฝีเย็บถูกเหยียดออกเกิดการเบ่งอุจจาระ การฝึกนวดให้ชำนาญมีกล่าวไว้ในตำราว่า ต้องให้อาจารย์จับมือกดจึงจะรู้สึก

3) **สัญญาณห้า** ในการนวดแบบราชสำนักจะเกี่ยวข้องกับจุดสัญญาณในการนวด คือ สัญญาณห้า ซึ่ง อภิชาติ ลิมตยะโยชิน (2549 : 99) กล่าวว่า จุดสัญญาณ ในการนวด หมายถึง จุดหรือตำแหน่งสำคัญของเส้นในร่างกายที่ทำให้มีการหมุนเวียนโลหิต ความร้อนและพลังประสาทไปเลี้ยงระบบข้อต่อ กระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น รวมทั้งบริเวณต่างๆของร่างกายที่อยู่ในการควบคุมของเส้นนั้น และสัญญาณ 5 เป็นจุดนวดที่มีความสำคัญในการจ่ายกำลังของเลือด จ่ายพลังประสาท เพื่อไปกระตุ้นให้เกิดผลของการรักษาโรคต่างๆ จุดสัญญาณหลักมีอยู่เส้นละ 5 จุด เรียกว่าสัญญาณ 5 คือ สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง สัญญาณ 5 หัวไหล่ สัญญาณ 5 ท้อง สัญญาณ 5 แขนด้านใน สัญญาณ 5 แขนด้านนอก สัญญาณ 5 ขาด้านใน สัญญาณ 5 ขาด้านนอก และสัญญาณ 5 หลัง ซึ่งสัญญาณ 5 นี้จะเชื่อมโยงกับเส้นประธานสิบ

สรุปได้ว่า เส้นประธานสิบ เป็นเส้นที่ควบคุมระบบการทำงานของร่างกาย สามารถผิดปกติหรือเกิดอาการกำเริบได้ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย และสามารถบำบัดได้โดยอาศัยการนวดที่ถูกวิธีซึ่งสอดคล้องกับแนวเส้นสิบและเน้นตามจุดสัญญาณห้า ผู้นวดจึงต้องเข้าใจในหลักการของเส้นดังกล่าว เพื่อให้สามารถทำการบำบัด หรือบรรเทาอาการได้ผล

### 4.1.3 ลักษณะและเทคนิคการนวดตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

#### 1) ลักษณะการนวด

การนวดนอกจากจะใช้มือเป็นส่วนสำคัญในการนวดแล้ว ยังสามารถใช้ส่วนอื่นของร่างกาย เช่น สอก เข่า ท่อนแขน ท่อนขา เท้า ร่วมในการนวดได้ด้วย ซึ่งการนวดจะมีลักษณะ 8 ประการ คือ การกด การคลึง การคึง การบีบ การคัด การทุบตีหรือการทุบการสับ และการเหยียบ ซึ่ง เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ (2546 : 17 - 18) อธิบายว่า

(1) *การกด* มักใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงที่ส่วนของร่างกาย เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ให้เลือดถูกขับออกจากบริเวณนั้น และเมื่อลดแรงกดลงเลือดก็จะพุ่งมาเลี้ยงบริเวณนั้นมาก เพื่อให้ระบบการไหลเวียนของเลือดทำหน้าที่ได้ดี ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้เร็วขึ้น ข้อเสีย คือ ถ้ากดนานเกินไปจะทำให้หลอดเลือดเป็นอันตราย เช่น ทำให้เส้นเลือดฉีกขาด หรือเกิดรอยช้ำบริเวณที่กด

(2) *การคลึง* คือการใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วมือหรือสันมือออกแรงกดให้ลึกถึงกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไปมาหรือคลึงเป็นลักษณะวงกลม ข้อเสีย คือ การคลึงที่รุนแรงมากอาจทำให้เส้นเลือดฉีกขาด หรือถ้าไปคลึงที่เส้นประสาทบางแห่ง ทำให้เกิดความรู้สึกเสียวแปลบทำให้เส้นประสาทอักเสบได้

(3) *การบีบ* เป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือแล้วออกแรงบีบที่กล้ามเนื้อเป็นการไหลเวียนของเลือดมาที่กล้ามเนื้อช่วยให้หายจากอาการเมื่อยล้า การบีบยังช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อได้ด้วย ข้อเสีย เช่นเดียวกับการกด คือ ถ้าบีบนานเกินไปอาจทำให้กล้ามเนื้อช้ำ เพราะเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดภายในกล้ามเนื้อ

(4) *การดึง* เป็นการออกแรงเพื่อที่จะยืดเส้นเอ็นกล้ามเนื้อ หรือพังผืดของข้อต่อที่หดสั้นเข้าไปออกเพื่อให้ส่วนนั้นทำหน้าที่ได้ตามปกติ ในการดึงข้อต่อมักจะไต่ยีนเสียงลั่นในข้อ ซึ่งแสดงว่าการดึงนั้นได้ผลและไม่ควรดึงอีกต่อไป สำหรับกรณีที่ไม่ไต่ยีนเสียงก็ไม่จำเป็นต้องพยายามให้เกิดเสียง เสียงลั่นในข้อต่อเกิดจากอากาศที่ซึมเข้าข้อต่อถูกไล่ออกมา ต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งให้อากาศมีโอกาสซึมเข้าสู่ข้อต่ออีกจึงจะเกิดเสียง ข้อเสีย คืออาจทำให้เส้นเอ็นหรือพังผืดที่ฉีกขาดอยู่แล้วขาดมากขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรทำการดึงเมื่อมีอาการแพลงข้อต่อในระยะเริ่มแรก ต้องรอให้หลังการบาดเจ็บแล้วอย่างน้อย 14 วันจึงทำการดึงได้

(5) *การบิด* เป็นการออกแรงเพื่อหมุนข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเส้นเอ็นให้ยืดออกทางด้านขวาง ข้อเสีย คล้ายกับข้อเสียของการดึง

(6) *การตัด* เป็นการออกแรงเพื่อให้ข้อต่อที่ติดขัดเคลื่อนไหวได้ตามปกติ การตัดต้องออกแรงมากและค่อนข้างรุนแรง ก่อนทำการตัดควรจะศึกษาเปรียบเทียบช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่จะทำการตัดกับข้อต่อปกติ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงผู้ป่วยด้วย โดยถือว่าเด็กย่อมมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อดีกว่าผู้ใหญ่ ข้อเสีย อาจทำให้กล้ามเนื้อฉีกขาดถ้าผู้ป่วยไม่ผ่อนคลายกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อต่อนั้น หรือกรณีทำการตัดคอในผู้สูงอายุซึ่งมีกระดูกค่อนข้างบาง การตัดที่รุนแรงอาจทำให้กระดูกหักงายในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่ควรทำการตัด เพราะอาจทำให้ข้อต่อเคลื่อนออกจากเดิม หรือกรณีข้อเท้าแพลงไม่ควรทำการตัดทันที อาจทำให้มีอาการอักเสบและปวดมากขึ้น

(7) การคอบตีหรือการทุบการสับ เป็นการออกแรงกระตุ้นกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะ เรามักใช้วิธีเหล่านี้กับบริเวณหลังเพื่อช่วยอาการปวดหลังปวดคอ หรือช่วยในการขับเสมหะ เวลาไอ ข้อเสีย อาจทำให้กล้ามเนื้อชอกช้ำและบาดเจ็บ

(8) การเหยียบ เป็นวิธีที่นิยมทำกันโดยให้เด็กหรือผู้อื่นขึ้นไปเหยียบหรือเดินอยู่บนหลัง ข้อเสีย เป็นท่าที่มีอันตรายมากเนื่องจากจะทำให้กระดูกสันหลังหักและอาจตีบแทงถูกไขสันหลัง ทำให้เป็นอัมพาต หรือทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะภายใน เช่น ดับไต หรือเกิดการบาดเจ็บได้

## 2) เทคนิคการนวด

การนวดร่างกายของคนในแต่ละจุด ซึ่งมีพื้นที่การนวดแคบกว้างไม่เท่ากัน ผู้นวดต้องอาศัยเทคนิคในการนวดไม่ว่าจะเป็นการใช้นิ้วมือ ฝ่ามือ สันมือ ท่อนขา ท่อนแขน อีกทั้งการนวดแต่ละจุดนั้นไม่สามารถใช้แรงในการนวดเท่ากัน เนื่องจากพื้นที่ของร่างกายที่นวดจะมีลักษณะหนาบางแตกต่างกัน ฉะนั้น จึงต้องใช้แรงในการนวดต่างกัน พิสิษฐ์ เบญจมงคลวาริ (2549 : 284 - 285) ได้กล่าวถึงเทคนิคการนวดแผนไทยขั้นพื้นฐาน ดังนี้

(1) การใช้นิ้วหัวแม่มือกดทับกัน การใช้มือในลักษณะนี้ จะเป็นการนวดในบริเวณที่มีพื้นที่แคบเช่น แนวบริเวณฝ่าเท้า ตามร่องนิ้ว หรือร่องกระดูกด้านข้างฝ่าเท้า

(2) การใช้ฝ่ามือกดทับนิ้วหัวแม่มือ จะใช้เทคนิคนี้กับบริเวณที่พื้นที่กว้างปานกลาง มีลักษณะเป็นร่องเนื้อ เช่น บริเวณร่องกระดูกสันหลัง หน้าแข้ง หรือต้นขาที่ไม่ต้องการใช้แรงกดมากนัก

(3) การใช้ฝ่ามือกดทับฝ่ามือ จะใช้กับการนวดในบริเวณที่มีพื้นที่กว้างและรู้สึกเจ็บได้ง่ายเช่น ต้นขา

(4) การใช้สันมือยัน เทคนิคนี้จะใช้เหมือนฝ่ามือกดทับฝ่ามือ แต่ใช้แรงน้อยกว่า และใช้การขยับมือไปมาเพื่อเป็นการคลายกล้ามเนื้อ

(5) การใช้ท่อนแขนหรือศอกกดคลึง จะใช้กับบริเวณที่มีเนื้อหนาๆ เช่น สันเท้า ฝ่าเท้า จะใช้ศอกกดคลึงเบาๆให้ทั่วบริเวณที่ต้องการทำการนวด เพราะถ้าใช้นิ้วมือนวด ผู้นวดต้องใช้แรงมาก อาจทำให้เจ็บนิ้ว หรือใช้ในบริเวณที่ต้องใช้แรงกดมากๆ ผู้นวดอาจไม่มีแรงกดของนิ้วมือเพียงพอ เช่น จุดนวดบริเวณไหล่

(6) การใช้สันมือทั้งสองชนกันแล้วกด เทคนิคนี้จะใช้นวดกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา ซึ่งรับความรู้สึกได้ไว และจะใช้กับการกดบริเวณแนวกล้ามเนื้อต้นขาด้านใน จะให้ความรู้สึกสบายไม่เจ็บ

(7) การใช้ท่อนขาหรือเข่ากด จะใช้กับการนวดบริเวณต้นขาในด้านใน โดยใช้ท่อนขาวางกดคนนวดเบาๆ เพราะได้พื้นที่ในการนวดเป็นบริเวณกว้าง และผู้นวดจะรู้สึกสบาย แต่ต้องไม่ใช่ปลายแหลมของหัวเข่าจิก ต้องเป็นการใช้ทั้งท่อนขากดลงไป

(8) การใช้นิ้วมือนวดควนไปมา หรือนวดขำ จะใช้กับการนวดบริเวณต้นคอ หนึ่งศรีษะ หน้าผาก บริเวณ ขมับ เพื่อให้เกิดความเบาสบาย

(9) การใช้นิ้วหัวแม่มือนิ้วเดียว บริเวณที่ทำการกดโดยใช้นิ้วหัวแม่มือนิ้วเดียว คือ บริเวณไหล่ต้นคอ แต่ใช้มือประคองบริเวณที่จะทำการกดด้วย ในบางครั้งสามารถใช้ศอกกดแทนได้เพราะต้องใช้แรงในการกดมาก

#### 4.2 วิธีการนวดแผนไทยขั้นพื้นฐาน

การนวดแผนไทยยึดหลักตามแนวทางการแพทย์แผนไทย คือ การมองร่างกายจิตใจทั้งหมดรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน โดยมีกระบวนการนวดอย่างเป็นลำดับและขั้นตอน ซึ่งการนวดแบบราชสำนักจะนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น (10 ท่า) สำหรับการนวดแบบทั่วไปจะมีท่าการนวด 6 ท่า และลักษณะของผู้ถูกนวดแบบราชสำนักจะอยู่ในท่านอนหงาย ท่านอนตะแคงคู่เข้า 90 องศาซ้ายขวา ท่านั่งขัดสมาธิ ท่านั่งห้อยขา สำหรับแบบทั่วไปจะอยู่ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคงซ้ายขวา ท่านอนคว่ำ และการนวดจะเริ่มจากผู้รับบริการนอนหงาย ผู้นวดจะนวดตั้งแต่ฝ่าเท้า ขาด้านในและนอกบริเวณกล้ามเนื้อด้านหน้าของร่างกาย ตามด้วยผู้รับบริการนอนตะแคงซ้าย-ขวา ผู้นวดทำการนวดเส้น และกล้ามเนื้อบริเวณด้านข้างทั้งนอกและใน จากนั้นผู้รับบริการนอนคว่ำ ผู้นวดจะนวดแผ่นหลังแล้วนอนหงายอีกครั้ง เพื่อนวดแขน ตามรายละเอียดในภาคผนวก

เนื่องจากการนวดเพื่อบำบัดรักษาในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย จะใช้การนวดแบบราชสำนักเป็นหลัก ฉะนั้นผู้ศึกษาจึงได้สรุปวิธีการนวดขั้นพื้นฐานของการนวดแบบราชสำนัก ซึ่งใช้ทุกครั้งในบางท่าเพื่อเป็นพื้นฐานการนวดรักษา อีกทั้ง ยังใช้ในการนวดส่งเสริมสุขภาพของหมอนวดที่ศึกษา 800 ชั่วโมง หรือหมอนวดที่ศึกษาพื้นฐานเบื้องต้นแบบราชสำนัก โดยเป็นการนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น คือ การนวด พื้นฐานขาและการเปิดประตูลม การนวดขาด้านนอก การนวดขาด้านใน การนวดพื้นฐานหลัง การนวดพื้นฐานแขนด้านใน การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก การนวดพื้นฐานหัวไหล่ การนวดพื้นฐานบ่า การนวดพื้นฐานโค้งคอ การนวดพื้นฐานท้องตามรายละเอียดจากมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม ฯ โรงเรียนอายุรเวท 2548 : 30-58 ดังนี้ (สำหรับการนวดแบบทั่วไปอยู่ในภาคผนวก)

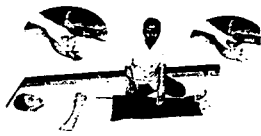
##### 4.2.1 วิธีการนวดพื้นฐานและการนวดส่งเสริมสุขภาพแบบราชสำนัก

1) การนวดพื้นฐานขาและการเปิดประตูลม ผู้นวดนั่งพับเพียบ ผู้ป่วย นอนหงาย

### การนวดพื้นฐานขา

(1) ให้ผู้นวดวางนิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับที่นั่งข้างผู้ป่วย) ชิดกระดูกสันหลังหน้าแข้ง ได้ถูกสะบ้าประมาณ 2 นิ้วมือ โดยวางหัวแม่มือเฉียง 45 องศา กับกระดูกสันหลังหน้าแข้ง เป็นจุดที่ 1 เรียกว่าจุดนาคบาท และกดจุดที่ 2 เรียงต่อจากจุดที่ 1 ตามภาพที่ 2.1

(2) ให้ผู้นวดวางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดต่อจากจุดที่ 2 โดยกดชิดกระดูกสันหลังหน้าแข้ง กดเรียงนิ้วต่อเนื่องกัน จนไปถึงข้อเท้า (แนวเส้นที่ 1) ตามภาพที่ 2.2 , 2.3 และ 2.4



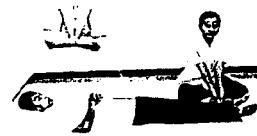
ภาพที่ 2.1 การนวดพื้นฐานขา



ภาพที่ 2.2 การนวดพื้นฐานขา



ภาพที่ 2.3 การนวดพื้นฐานขา



ภาพที่ 2.4 การนวดพื้นฐานขา

(3) ใช้นิ้วหัวแม่มือวางคู่กัน กดลงบริเวณเหนือเข่า ประมาณ 2 นิ้วมือ กดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันจนถึงหัวตะคาก (แนวเส้นที่ 2) ตามภาพที่ 2.5 , 2.6 และ 2.7



ภาพที่ 2.5 การนวดพื้นฐานขา ภาพที่ 2.6 การนวดพื้นฐานขา ภาพที่ 2.7 การนวดพื้นฐานขา

(4) พลิกมือกลับโดยให้หัวแม่มือทั้งสองข้างชี้ลง แล้วกดลงบริเวณ กล้ามเนื้อสะโพก (แก้มก้น) กดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไป จนถึงบริเวณเหนือหัวเข่าด้านข้าง ประมาณ 2 นิ้วมือ (แนวเส้นที่ 3) ตามภาพที่ 2.8 , 2.9 และ 2.10



ภาพที่ 2.8 การนวดพื้นฐานขา ภาพที่ 2.9 การนวดพื้นฐานขา ภาพที่ 2.10 การนวดพื้นฐานขา

(5) เว้นช่วงบริเวณข้อเข่าด้านข้าง แล้ววางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดลงบริเวณขา ท่อนล่าง ด้านข้าง กดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไปจนถึงบริเวณตาตุ่มด้านนอก (แนวเส้นที่ 4) ตามภาพที่ 2.11 , 2.12 และ 2.13



ภาพที่ 2.11 การนวดพื้นฐานขา ภาพที่ 2.12 การนวดพื้นฐานขา ภาพที่ 2.13 การนวดพื้นฐานขา

(6) นวดคลายหลังเท้าโดยใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับที่นั่งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณหลังเท้าให้หัวแม่มือตั้งฉากกับหลังเท้า ตามภาพที่ 2.14 และ 2.5



ภาพที่ 2.14 การนวดพื้นฐานขา

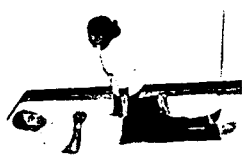
ภาพที่ 2.15 การนวดพื้นฐานขา

การเปิดประตูลม ท่านวด ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าไปทางศีรษะผู้ป่วย ผู้ป่วยนอนหงาย

(1) ใช้มือ (ข้างเดียวกับที่นั่งข้างผู้ป่วย) โดยให้เอาปลายนิ้วก้อยแตะ บริเวณหัวตะคากเฉียง 45 องศา ตามภาพที่ 2.16

(2) เมื่อวางตำแหน่งตามข้อ 1 ถูกแล้ว ให้ลงน้ำหนักที่บริเวณอุ้งมือ กด ลงไป โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 วินาที แล้วยกมือขึ้น ตามภาพที่ 2.17





ภาพที่ 2.16 การนวดพื้นฐานขา



ภาพที่ 2.17 การนวดพื้นฐานขา

2) การนวดพื้นฐานขาด้านนอก ผู้นวดนั่งคุกเข่า ผู้ป่วยนอนตะแคง เข่าคู่ 90 องศา

(1) วางนิ้วหัวแม่มือคู่ ในลักษณะคว่ำมือ กดลงบนจุดที่ 1 ซึ่งเป็นจุดสูงสุดของบริเวณสะโพก ตามภาพที่ 2.18

(2) ตัวผู้นวด อยู่ตำแหน่งเดิม แต่เปลี่ยนวางนิ้วหัวแม่มือคู่ ในลักษณะหงายมือ กดลงบนจุดที่ 2 (ข้อพับข้อกระดูกสะโพก) ตามภาพที่ 2.19

(3) ตัวผู้นวด เปลี่ยนตำแหน่ง โดยนั่งคุกเข่า เฉียง 45 องศา กับตัวผู้ป่วย แล้ววางนิ้วหัวแม่มือคู่ในลักษณะคว่ำมือ กดลงบนจุดที่ 3 (รอยนูน ข้อต่อกระดูกสะโพก) ตามภาพที่ 2.20



ภาพที่ 2.18 การนวดพื้นฐานขาด้านนอก



ภาพที่ 2.19 การนวดพื้นฐานขาด้านนอก



ภาพที่ 2.20 การนวดพื้นฐานขาด้านนอก

(4) นวดคลายกล้ามเนื้อต้นขา โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับที่นั่งข้างผู้ป่วย) โดยกดคลายตั้งแต่โคนขา จนถึงบริเวณเหนือข่าเข้า ประมาณ 2 นิ้วมือ ตามภาพที่ 2.21 และ 2.22



ภาพที่ 2.21 การนวดพื้นฐานขาด้านนอก



ภาพที่ 2.22 การนวดพื้นฐานขาด้านนอก

(5) วางนิ้วหัวแม่มือคู่กัน กดลงบริเวณกึ่งกลางขาที่อ่อนล้า ด้านข้าง (ปลี้น่อง) ห่างจากข้อเข่าด้านประมาณ 1 นิ้วมือ กดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไป จนถึงบริเวณตาตุ่มด้านนอก ตามภาพที่ 2.23 และ 2.24



ภาพที่ 2.23 การนวดพื้นฐานขาด้ำนนอก



ภาพที่ 2.24 การนวดพื้นฐานขาด้ำนนอก

3) การนวดพื้นฐานขาด้ำนใน ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ ผู้ป่วยนอนตะแคง เข่าคู่ 90 องศา

(1) ใช้นิ้วหัวแม่มือคู่ กดลงบริเวณกึ่งกลางขาด้ำนในท่อนบน โดยห่างจากใต้ก้นข้อยประมาณ 2 นิ้วมือ แล้วกดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไปถึงบริเวณเหนือข้อเข่าด้ำนใน ประมาณ 2 นิ้วมือ ตามภาพที่ 2.25 และ 2.26



ภาพที่ 2.25 การนวดพื้นฐานขาด้ำนใน



ภาพที่ 2.26 การนวดพื้นฐานขาด้ำนใน

(2) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (เข้าเดียวกับที่นั้งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณกึ่งกลาง ใต้ข้อพับเข่า ตามภาพที่ 2.27

(3) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับที่นั้งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณกล้ามเนื้อน่อง ใต้ข้อเข่าด้ำนข้างประมาณ 2 นิ้วมือ โดยให้กดชิดกับกระดูกสันหน้าแข้งด้ำนใน กดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไปจนถึงบริเวณขาด้ำนใน ตามภาพที่ 2.28 และ 2.29



ภาพที่ 2.27 การนวดพื้นฐานขาด้ำนใน



ภาพที่ 2.28 การนวดพื้นฐานขาด้ำนใน



ภาพที่ 2.29 การนวดพื้นฐานทางด้านใน

4) การนวดพื้นฐานหลัง การนวดพื้นฐานหลัง มีด้วยกัน 2 ท่า คือ ท่านอน และท่านั่ง (ท่าหุมนานถวายเป็น)

การนวดพื้นฐานหลังท่านอน ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ ผู้ป่วยนอนตะแคงเข้าคู่

90 องศา

(1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับที่นั่งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณเอว โดยให้ปลายนิ้วหัวแม่มือและกระดูกสันหลัง ตรงกับแนวหัวตะคาก โดยใช้นิ้วชี้ หรือนิ้วก้อยเป็นตัววัด แล้วกดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไปจนถึงต้นคอ กดด้วยน้ำหนัก 50 ปอนด์ ตามภาพที่ 2.30

(2) กดย้อนกลับทิศทางเดิม จากต้นคอถึงบริเวณเอว แต่เพิ่มน้ำหนักที่กด เป็น 70 ปอนด์ ตามภาพที่ 2.31 และ 2.32



ภาพที่ 2.30 การนวดพื้นฐานหลังท่านอน



ภาพที่ 2.31 การนวดพื้นฐานหลังท่านอน



ภาพที่ 2.32 การนวดพื้นฐานหลังท่านอน

การนวดพื้นฐานหลังท่านั่ง ผู้นวดนั่งท่าหุมนานถวายเป็น ผู้ป่วย นั่งขัดสมาธิ , นั่ง ห้อยขา

(3) วางมือทั้งสองข้างบริเวณเอวของผู้ป่วย โดยให้ปลายนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง และกระดูกสันหลังตรงกับแนวหัวตะคาก ใช้นิ้วชี้เป็นตัววัด แล้วกดเรียงนิ้ว ต่อเนื่องกันไปจนถึงต้นคอ ตามภาพที่ 2.33 , 2.34 และ 2.35

อนึ่ง ในกรณีฉุกเฉินที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะนั่งได้ เพราะหมดสติ หรือ เป็นลม อาจใช้ท่าหมุนมานถวายแหวนในท่านอนได้เช่นกัน



ภาพที่ 2.33 การนวดพื้นฐานหลังทำนั่ง



ภาพที่ 2.34 การนวดพื้นฐานหลังทำนั่ง



ภาพที่ 2.35 การนวดพื้นฐานหลังทำนั่ง

5) การนวดพื้นฐานแขนด้านใน การนวดพื้นฐานแขนด้านใน มีด้วยกัน 2 ท่า คือ ท่านอนและทำนั่ง

การนวดพื้นฐานแขนด้านในท่านอน ท่านวด ผู้นวดนั่งคุกเข่าคู่ ผู้ป่วย นอนหงาย

(1) ใช้อุ้งมือ (ข้างเดียวกับที่นั่งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณกึ่งกลางแขนท่อนบน โดยมืออีกข้างหนึ่งจับชีพจรที่ข้อมือ ตามภาพที่ 2.36

(2) วางนิ้วหัวแม่มือ กดลงบริเวณข้อพับแขนด้านใน แล้วกดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไปจนถึงข้อมือ ตามภาพที่ 2.37 และ 2.38



ภาพที่ 2.36 การนวดพื้นฐานแขนด้านในท่านอน ภาพที่ 2.37 การนวดพื้นฐานแขนด้านในท่านอน



ภาพที่ 2.38 การนวดพื้นฐานแขนด้านในท่านอน

### การนวดพื้นฐานแขนด้านใน

(3) ทำนั้งมือคู่ ทำนวด ผู้นวด นั่งท่าพรหมสี่หน้า ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิ, นั่งห้อยขา ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับที่นั้งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณกึ่งกลางท่อนแขนท่อนบน ในลักษณะคว่ำมือ มืออีกข้างหนึ่งจับชีพจรที่ข้อมือ ตามภาพที่ 2.39, 2.40 และ 2.41



ภาพที่ 2.39 การนวดพื้นฐานแขนด้านใน  
ทำนั้งมือคู่



ภาพที่ 2.40 การนวดพื้นฐานแขนด้านใน  
ทำนั้งมือคู่



ภาพที่ 2.41 การนวดพื้นฐานแขนด้านในทำนั้งมือคู่

### การนวดพื้นฐานแขนด้านในทำนั้งมือเดียว

(4) ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้า ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิ, นั่งห้อยขา ใช้วิธีกดเช่นเดียวกันกับ ขั้นตอนที่ 1 ของการนวดพื้นฐานแขน ด้านใน ทำนั้ง มือคู่ตามภาพที่ 2.42 วางนิ้วหัวแม่มือเดียว (ข้างเดียวกับที่นั้งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณข้อพับแขนด้านใน แล้วกดนิ้วต่อเนื่องกันไป จนถึงข้อมือ (สร้อยข้อมือ) มืออีกข้างหนึ่งของผู้นวดจับประคองแขนของผู้ป่วยไว้ตามภาพที่ 2.43



ภาพที่ 2.42 การนวดพื้นฐานแขนด้านใน  
ทำนั้งมือเดียว



ภาพที่ 2.43 การนวดพื้นฐานแขนด้านใน  
ทำนั้งมือเดียว

6) การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก มีด้วยกัน 2 ท่า คือ ท่านอนและท่านั่ง

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านอน ผู้นวดนั่งคุกเข่า ผู้ป่วยนอนหงาย

(1) ให้ผู้นวดนั่งคุกเข่า หันหน้าไปทางด้านศีรษะของผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างเดียวกับที่นั้งข้างผู้ป่วย) กดลงบริเวณต้นแขนท่อนบน แล้วกดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไปจนถึงบริเวณเหนือข้อศอก (แขนด้านนอกท่อนบน) ตามภาพที่ 2.44 และ 2.45

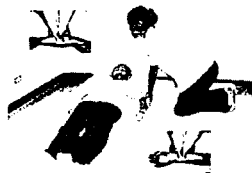
(2) ผู้นวดหันหน้าเข้าหาผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือวางคู่กัน บริเวณต่ำกว่าข้อศอก โดยกดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไปจนถึงบริเวณข้อมือ (แขนด้านนอกท่อนล่าง) ตามภาพที่ 2.46



ภาพที่ 2.44 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านอน



ภาพที่ 2.45 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านอน



ภาพที่ 2.46 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านอน

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านั่ง ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้า ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิ, นั่งห้อยขา

(3) ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้าด้านข้างผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือ (ข้างที่อยู่ใกล้กับตัวผู้ป่วย) กดลงบริเวณต้นแขนท่อนบน แล้วกดเรียงนิ้ว ต่อเนื่องกันไปจนถึงบริเวณเหนือข้อศอก ในลักษณะคว่ำมือ (แขนด้านนอกท่อนบน) ตามภาพที่ 2.47

(4) ใช้นิ้วหัวแม่มือคู่ กดลงบริเวณต่ำกว่าข้อศอก โดยกดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไป จนถึงบริเวณข้อมือ (แขนด้านนอกท่อนล่าง) ตามภาพที่ 2.48 และ 2.49



ภาพที่ 2.47 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกทำนั่ง ภาพที่ 2.48 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกทำนั่ง



ภาพที่ 2.49 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกทำนั่ง

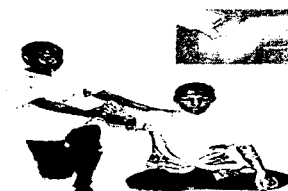
(5) ใช้วิธีกดเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 1 ของการนวดพื้นฐานแขนด้านนอก ทำนั่งมือคู่ แต่ขั้นตอนที่ 2 วางนิ้วหัวแม่มือเดี่ยว (ข้างที่อยู่ใกล้กับตัวผู้ป่วย) กดลงบริเวณต่ำกว่า ข้อศอก โดยกดเรียงนิ้วต่อเนื่องกันไป จนถึงข้อมือ มืออีกข้างหนึ่งของผู้นวดจับประคองแขนของผู้ป่วยไว้ ตามภาพที่ 2.50 และ 2.51



ภาพที่ 2.50 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกทำนั่ง ภาพที่ 2.51 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกทำนั่ง

7) การนวดพื้นฐานหัวไหล่ ผู้นวดนั่งทำพรหมสี่หน้า ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิ, นั่ง ห้อยขา

(1) ผู้นวดนั่งทำพรหมสี่หน้าด้านข้างผู้ป่วย ใช้นิ้วหัวแม่มือคว่ำลง (ข้างที่อยู่ใกล้กับผู้ป่วย) กดลงข้อต่อกระดูกหัวไหล่ประมาณกึ่งกลางสะบัก มืออีกข้างหนึ่งจับข้อมือผู้ป่วย ยกขึ้นประมาณระดับสายตา ตามภาพที่ 2.52



ภาพที่ 2.52 การนวดพื้นฐานหัวไหล่

ข้อควรระวังสำหรับการนวดหัวไหล่ ไม่ควรกดแรงเพราะมีเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงแขน ถ้ากดแรงไปอาจทำให้แขนไม่มีแรง ยกไม่ขึ้น กรณีผู้ป่วยเป็นโรคหัวไหล่ ควรอยู่ในความควบคุมของผู้เชี่ยวชาญ กรณีหัวไหล่หลุด เคลื่อน ไม่ควรนวด

8) การนวดพื้นฐานบ่า ผู้นวดยืนท่าหูกสูง หกกลาง หกต่ำ ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิ, นั่งห้อยขา

(1) วางนิ้วหัวแม่มือมือคู่ กดบนแนวกล้ามเนื้อบ่าเริ่มจากซิดร็องข้อต่อกระดูกหัวไหล่ด้านบน กดไล่ไปจนถึงกระดูกคั่นคอ (เทียวกี่ 1) โดยผู้นวดยืนอยู่ในท่าหูกสูงใช้น้ำหนัก 50 ปอนด์ ตามภาพที่ 2.53

(2) วางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดไล่ลงจากซิดปัมกระดูกคั่นคอ ตามร่องกล้ามเนื้อบ่าถึงข้อต่อกระดูกหัวไหล่ (เทียวกี่ 2) โดยผู้นวดยืนอยู่ท่าหกกลางใช้น้ำหนัก 70 ปอนด์ ตามภาพที่ 2.54

(3) วางนิ้วหัวแม่มือคู่ กดบนแนวกล้ามเนื้อบ่าเริ่มตรงซิดร็องข้อต่อกระดูกหัวไหล่ ด้านบน ไล่ไปจนถึงปัมกระดูกคั่นคอ (เทียวกี่ 3) โดยผู้นวดยืนอยู่ในท่าหกต่ำ ใช้น้ำหนัก 90 ปอนด์ ตามภาพที่ 2.55



ภาพที่ 2.53 การนวดพื้นฐานบ่า ภาพที่ 2.54 การนวดพื้นฐานบ่า ภาพที่ 2.55 การนวดพื้นฐานบ่า

9) การนวดพื้นฐานโค้งคอ ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้า ผู้ป่วยนั่งขัดสมาธิ, นั่งห้อยขา

(1) ผู้นวดนั่งท่าพรหมสี่หน้าข้างหลังผู้ป่วย ใช้นิ้วทั้งสี่ (นิ้วชี้ กลาง นาง และก้อย) เตะหน้าผู้ป่วย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มืออีกข้างหนึ่งวางซิดร็องกระดูกคั่นคอ ไล่ขึ้นไปจนถึงท้ายทอยน้ำหนัก 50 ปอนด์ ตามภาพที่ 2.56

(2) ใช้นิ้วหัวแม่มือไล่ตามแนวร่องกระดูก จากท้ายทอย จนถึงกระดูกคั่นคอ เป็นรอบที่ 2 หรือรอบที่ 3 ให้พิจารณาจากอาการ โรคที่เกิดขึ้น ตามภาพที่ 2.57





ภาพที่ 2.56 การนวดพื้นฐานโค้ง



ภาพที่ 2.57 การนวดพื้นฐานโค้ง

## 10) การนวดพื้นฐานท้อง

แนวเส้นพื้นฐานท้องท่าแหวก ผู้นวด นั่งคุกเข่าหันหน้าไปทางด้านข้าง  
ลำตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยนอนหงาย

(1) ให้ผู้นวดนั่งคุกเข่า หันหน้าไปทางด้านข้างลำตัวผู้ป่วย วางปลายนิ้ว  
ทั้งสี่ คือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้ว无名 นิ้วก้อย กดชิดตัวตะคาก ไล่ขึ้นไปจนถึงใต้ลิ้นปี่ (เทียวกที่ 1) ใช้  
น้ำหนัก 50 ปอนด์

(2) วางปลายนิ้วทั้งสี่ กดไล่ตั้งแต่ลิ้นปี่ลงไปถึงหัวตะคาก (เทียวกที่ 2) ใช้  
น้ำหนัก 70 ปอนด์

(3) วางปลายนิ้วทั้งสี่ กดเหมือนข้อ 1 (เทียวกที่ 3) ใช้น้ำหนัก 90 ปอนด์  
ตามภาพที่ 2.58



ภาพที่ 2.58 การนวดพื้นฐานท้องท่าแหวก

การนวดพื้นฐานท้องท่าราบ ผู้นวดนั่งคุกเข่าหันหน้าไปทางศีรษะผู้ป่วย ผู้ป่วยนอนหงาย

(4) ให้ผู้นวดนั่งท่าคุกเข่าหันหน้าไปทางศีรษะของผู้ป่วย วางปลายนิ้วทั้ง  
สี่ใต้ลิ้นปี่กดไล่จนถึงท้อง (เทียวกที่ 1 น้ำหนัก 50 ปอนด์)

(5) ทำเหมือนข้อที่ 1 (เทียวกที่ 2) น้ำหนัก 70 ปอนด์

(6) ทำเหมือนข้อที่ 1 และ 2 (เทียวกที่ 3) น้ำหนัก 90 ปอนด์ ตามภาพที่



ภาพที่ 2.59 การนวดพื้นฐานท้องทำนบ

การนวดพื้นฐานท้องทำเปิดลม ผู้นวด นั่งคุกเข่าหันหน้าไปทางศีรษะผู้ป่วย  
ผู้ป่วยนอนหงาย

- (7) ให้ผู้นวดเข้าด้านซ้ายผู้ป่วย นั่งคุกเข่าหันหน้าไปทางศีรษะของผู้ป่วย
- (8) ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กันไว้ได้ชายโครงซี่สุดท้าย
- (9) ใช้อุ้งมือขวาวางต่อจากข้อ 2 ตรงบริเวณกึ่งกลางท้อง กदनาน

ประมาณ 30 - 45 วินาที ตามภาพที่ 2.60



ภาพที่ 2.60 การนวดพื้นฐานท้องทำเปิดลม

ฉะนั้น การฝึกฝนเพื่อให้เกิดความชำนาญและถูกต้องตามวิธีการนวด จึงเป็นความจำเป็นสำหรับผู้ให้บริการนวด ซึ่งต้องมีการเตรียมตัว และปฏิบัติตัวให้พร้อม เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2540 : 77 - 80) ได้อธิบายไว้ดังนี้

#### 1) การเตรียมร่างกายของผู้นวด

##### (1) การฝึกกำลังนิ้ว

สามารถทำได้โดยหมั่นฝึกซ้อมยกกระดานทุกวัน ด้วยการนั่งขัดสมาธิเพชรและห้อยมือเป็นรูปด้วยไว้ข้างลำตัว แล้วยกตัวให้พ้นจากพื้น อาจใช้การฝึกโดยบีบขี้ผึ้งจนอ่อนตัวหรืออาจฝึกนวดกับผู้ป่วย การฝึกกำลังนิ้วจะทำให้นิ้วมือนิ้วมีกำลังแข็งแรง เมื่อใช้นวดผู้ป่วยจะได้มีกำลังเพียงพอ มือไม่สั่น ไม่อ่อนแรง ทำได้ตรงตามเป้าหมายการรักษา

##### (2) การรักษาสุขภาพทั่วไป

ผู้นวดต้องรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอทั้งทางกายและใจ หมั่นออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง หากรู้สึกว่ามีไม่สบายหรือมีไข้ ไม่ควรทำการนวด เพราะนอกจากการนวดจะไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรแล้วยังอาจแพร่เชื้อโรคให้กับผู้ถูกนวด และเล็บมือควรตัดให้สั้นรวมทั้งดูแลให้สะอาด

## 2) แนวทางปฏิบัติการนวด

## (1) ศิลของหมอนวด

ก. ไม่ค้ำสุรา หมายถึง ไม่ค้ำสุราก่อนและหลังการนวด รวมทั้งการรับประทานอาหารที่บ้านของผู้ป่วย เพราะอาจควบคุมตนเองไม่ได้และอาจทำให้การนวดไม่ได้ผลดี รวมทั้งเป็นการรบกวนผู้ป่วยและญาติ

ข. ไม่หลอกลวง หมายถึง ไม่เลี้ยงใช้ เช่น ถ้าสามารถนวดให้หายได้ภายในครั้งเดียว ก็ไม่ล่อลวงว่าต้องนวดถึง 3-4 ครั้ง ถ้าเกินความสามารถของตนก็ต้องให้คำแนะนำหรือส่งต่อไปยังผู้ที่มีความรู้ความสามารถมากกว่า

ค. ไม่เข้าชู้ หมายถึง มีความสุภาพ ไม่แสดงกิริยาท่าทางลวนลามหรือใช้คำทะลุมผู้ป่วยที่เป็นหญิง หรือถ้าผู้นวดเป็นหญิงก็ไม่ควรแสดงกิริยาช่วยวนผู้ป่วยที่เป็นชาย ต้องนวดด้วยความสุภาพเรียบร้อยพูดคุยแต่พอสมควร

ง. ไม่พูดจาโอ้อวดสรรพคุณของตนหรือกล่าวชม “ ยกตนข่มท่าน ” แก่หมอนวดคนอื่น ควรนอบน้อมถ่อมตน “ ผู้ป่วยคือครู ” ควรสนใจผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และทบทวนผลการรักษาอยู่เสมอ

(2) การแต่งรสมือ หมายถึง การลงน้ำหนักแต่ละรอบและจังหวะของการลงน้ำหนัก ซึ่งการลงน้ำหนักนิ้วมือที่กดมี 3 ระดับ คือ

ก. น้ำหนักเบา ประมาณ 50% ของน้ำหนักที่สามารถลงได้สูงสุด

ข. น้ำหนักปานกลาง ประมาณ 70% ของน้ำหนักที่สามารถลงได้สูงสุด

ค. น้ำหนักมาก ประมาณ 90% ของน้ำหนักที่สามารถลงได้สูงสุด

จังหวะในการลงน้ำหนักแต่ละครั้ง มี 3 จังหวะ คือ

ก. หน่วง เป็นการลงน้ำหนักเบา เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อปรับตัว ไม่เกร็งรับ

การนวด

ข. เน้น ลงน้ำหนักเพิ่มขึ้นบนตำแหน่งที่ต้องการกด

ค. นิ่ง ลงน้ำหนักมาก และกดนิ่งไว้พร้อมกับกำหนดลมหายใจ สั้นยาว

ตามต้องการ

การลงน้ำหนักเพิ่มขึ้นทีละน้อย ทำให้กล้ามเนื้อสามารถปรับตัวรับน้ำหนักได้ ทำให้ไม่เจ็บหรือเกิดเจ็บป่วยมากขึ้น การลงน้ำหนักมากตั้งแต่เริ่มกดจะทำให้กล้ามเนื้อเกร็งรับทันที และอาจทำให้ตำแหน่งที่กดคลาดเคลื่อนไป และผู้ถูกนวดจะเจ็บมากหรือระบม นอกจากนี้การปล่อยมือที่กดอย่างรวดเร็วจะทำให้ระบมได้เช่นกัน

(3) การกำหนดลมหายใจ ต้องฝึกหายใจเข้าออกให้สัมพันธ์กับการลงน้ำหนัก โดยทั่วไปการลงน้ำหนักควรลดลงไปขณะที่ผู้ถูกนวดหายใจออก ซึ่งเป็นขณะที่ร่างกายผ่อนคลาย การหายใจเข้าออกปกติ 1 ครั้ง เรียกว่า *คาบน้อย* ส่วนใหญ่ใช้กับการนวดพื้นฐานต่างๆ การหายใจเข้าออกมากกว่า 1 ครั้ง เรียกว่า *คาบใหญ่* ส่วนใหญ่ใช้กับการนวดรักษาโรค

การกดนวดนานเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของโรค ระยะเวลาที่เป็น และลักษณะของผู้ถูกนวด การกดโดยใช้ระยะเวลาสั้นเกินไปการรักษาจะไม่ได้ผล การกดนานเกินไป ทำให้มือผู้นวดและตำแหน่งที่ถูกนวดระบมได้

(4) การกำหนดองศามาตรส่วนหรือท่านวดและการลงมือ เป็นการวางท่านวดของผู้นวดให้เหมาะสมกับผู้ถูกนวดและตำแหน่งที่นวด เพื่อให้แรงที่ใช้กดนั้นลงตรงจุด มีน้ำหนักเพียงพอที่จะรักษาโรค ซึ่งการวางมือ การวางเท้า การนั่งของผู้นวดต้องเหมาะสมกับมือที่กดลงบนผู้ป่วย เรียกได้ว่าเป็นสัดส่วนขององศาและทิศทางในการนวด โดยทั่วไปแล้วขณะใช้มือนวดแขนจะเหยียดตรง เพื่อลงน้ำหนักไปตามแขนลงสู่นิ้วมือที่นวด หากมีการงอแขนอาจทำให้น้ำหนักลงไม่ตรงจุดแม้จะใช้น้ำหนักมาก และทำให้การรักษาได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผลเลย ซึ่งในการนวดสาขาราชสำนักได้ให้แนวทางไว้ว่า “ แขนตั้ง หน้าตรง องศาได้ ”

#### (5) มารยาทในขณะที่ทำการนวด

ก. ก่อนทำการนวด ผู้นวดควรสำรวจจิตใจให้เป็นสมาธิ ระลึกถึงคุณครู อาจารย์ สำหรับการนวดสาขาราชสำนักจะมีการยกมือไหว้ผู้ถูกนวด เพื่อเป็นการขอขมาที่ล่วงเกินบนร่างกาย

ข. ขณะนวดควรงั่งห่างจากผู้ถูกนวดพอสมควร ให้ด้านที่จะทำการนวดไม่ควรค่อมตัวผู้ถูกนวด สำหรับการนวดสาขาราชสำนักจะเดินเข้าหาผู้ถูกนวดอย่างน้อย 4 สอก และนั่งห่างจากผู้ถูกนวดประมาณ 1 สอก และจับชีพจรดูลมเบื้องสูงกับลมเบื้องต่ำ

ค. ขณะนวดไม่ควรก้มหน้าจะทำให้หายใจรดผู้ถูกนวด ซึ่งในการนวดสาขาราชสำนัก ได้มีคำกล่าวไว้ว่า “ แม้มลมหายใจก็ไม่ให้รดพระวรกาย ” ขณะทำการนวดจึงมักหันหน้าไปด้านข้าง

ง. ขณะทำการนวด ห้ามรับประทานอาหารใดๆ และระมัดระวังการพูดที่อาจทำให้ผู้ถูกนวดตกใจสะท้อนใจหรือหวาดกลัว ควรซักถามและสังเกตอาการอยู่เสมอ ควรหยุดเมื่อผู้ถูกนวดขอให้พักหรือเจ็บปวดจนทนไม่ได้

#### (6) ข้อควรระวังในการนวด

ก. กรณีที่นวดท้องไม่ควรนวดผู้ที่รับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ (ไม่เกิน 30 นาที)

ข. ไม่นวดให้เกิดการชอกช้ำมากขึ้น หรือมีการอักเสบซ้ำซ้อน

ค. กรณีผู้สูงอายุ โรคประจำตัวบางอย่าง เช่น เบาหวาน โรคความ

ดันโลหิตสูง ต้องระมัดระวังในการนวด

ง. ไม่ควรนวดผู้ที่มีการอักเสบ ติดเชื้อ คือ มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส

ปวด บวม แดง ร้อน

จ. ไม่ควรนวดผู้ที่หลังประสบอุบัติเหตุใหม่ ควรได้รับการช่วยเหลือขั้นต้น และตรวจวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หากเกินความสามารถควรประสานความร่วมมือกับแพทย์แผนปัจจุบัน ข้อห้ามหรือข้อระวังอื่นๆ ที่กล่าวไว้เฉพาะแต่ละโรคหรืออาการ

#### (7) ข้อปฏิบัติหลังการนวด

ก. คำแนะนำสำหรับผู้นวด หากผู้นวดมีอาการปวดนิ้วมือให้แช่มือในน้ำอุ่น เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น หรือใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบมือ และนวดคลึงบริเวณกล้ามเนื้อฝ่ามือและรอบข้อนิ้วมือ

ข. คำแนะนำสำหรับผู้ถูกนวด

ก) งดอาหารแสลง เช่น อาหารมัน อาหารทอด หน่อไม้ ข้าวเหนียว เครื่องในสัตว์ เหล้า เบียร์ ของหมักดอง

ข) ห้ามสลด บิด คัด ส่วนที่มีอาการเจ็บหรือป่วย

ค) ทำการบริหารเฉพาะโรคหรืออาการ

ง) คำแนะนำอื่น ๆ เช่น หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรค

## 5. การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ (การแพทย์แผนไทย)

### 5.1 การพัฒนาการแพทย์แผนไทย

พ.ศ. 2521 มุลนิธิเอเชีย ได้ออกคำแถลงการณ์แห่งอัลมา - อดา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิก สนีกกำลังการรักษาแบบพื้นบ้านและสมุนไพรเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผลให้รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษาและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และ พ.ศ. 2522 เริ่มมีนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน เข้าในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) (สมโภช รติโอพาร 2549 : 26) พ.ศ. 2523 นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และในพ.ศ. 2525 ได้ส่งเสริมการศึกษาและการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทยให้มีมาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริมการวิจัยและการใช้สมุนไพร โดยร่วมมือกับองค์กรการกุศล เพื่อ

สาธารณประโยชน์ และได้ก่อตั้งอาชีวเวทวิทยาลัย (ชื่อโกมารภักจ) รับบุคคลเข้าศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทย หลักสูตร 3 ปี เพื่อเป็นแพทย์อาชีวเวทมีคุณวุฒิเทียบเท่าอนุปริญญา ทำให้ช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก กระทั่ง พ.ศ. 2528 ได้มีการส่งเสริมโรงพยาบาลฟังกตนเองโดยการปลูกและผลิตยาจากสมุนไพร ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณให้แพทย์อาชีวเวท ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ในปีเดียวกันนี้มีการฟื้นฟูการนวดไทยและพัฒนาหมอนวดไทย “ โดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา เพื่อเผยแพร่ความรู้การนวดไทยลดการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน เพื่อเสริมศักยภาพจริยธรรมและบทบาทของหมอนวดไทย ให้มีความสำคัญที่การส่งเสริมการนวด ในระดับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการฝึกอบรม พัฒนาและผลักดันให้เป็นสาขาวิชาชีพหนึ่งในการประกอบโรคศิลปะ ” (เปรม ชินวันทนานนท์ 2547 : 109) หลังการฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย นายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์ ได้นำการนวดโบราณมาประยุกต์ใช้กับการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันปรากฏว่าได้ผล ทำให้เป็นส่วนหนึ่งในความเชื่อถือและเป็นการฟื้นฟูด้านการนวดแผนไทย ซึ่งท่านกล่าวว่า “ ผมใช้ (การนวด) กับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ท้องอืดหลังการผ่าตัดมดลูกและไส้ติ่ง กระดูกคอและหลังอักเสบ ปวดท้องจากนิ่วในถุงน้ำดี หอบหืด หลอดเลือดหัวใจตีบตัน เป็นต้น โรคบางอย่างของคนไข้กลับหายไปอย่างประหลาด นับว่าการนวดของไทยมีคุณประโยชน์มหาศาลจริง ” และกล่าวว่า การนวดนั้นเป็นการรักษาโดยหมอมือเปล่า ซึ่งท่านสรุปว่า “ ถ้าได้รับการนวดและคำชี้แจงในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง (โรคร้าย) ก็อาจมีโอกาสมายาขาดกลับมีสุขภาพดีได้โดยไม่ต้องใช้ยาเลยก็ได้ ” (นุรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย 2549 : 176) ในช่วง พ.ศ. 2530-2534 มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น อีกทั้งได้บรรจุการใช้สมุนไพรไว้ในแผนฯ 6 ชื่อ โครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา โดยกำหนดเป้าหมายสมุนไพร 5 ชนิด คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ พญาขอ และว่านหางจระเข้ ผลิตยาเชิงอุตสาหกรรมโดยใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันบางประเภท รวมทั้ง ในปีพ.ศ. 2530 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อรองรับแพทย์อาชีวเวท รวมทั้งแบ่งการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณประยุกต์ (แพทย์อาชีวเวท) และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป ในปีเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้ผลิตหนังสือเกี่ยวกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ชื่อ การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาแห่งการฟังกตนเอง ซึ่งต่อมาได้ใช้หนังสือดังกล่าวเป็นแนวทางการดำเนินงาน จวบจน พ.ศ.2532 จึงมีการพัฒนาโครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เป็นองค์กรรองรับงานด้านการแพทย์แผนไทย โดยรัฐบาลได้ให้กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์ และเภสัชกรรมแผนไทย มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ประสานงานให้เกิดการพัฒนา ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กระทั่งถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้ “ สนับสนุนและส่งเสริม

การดูแลสุขภาพของตนเองโดยทางเลือกในส่วนที่สามารถดำเนินการ โดยประชาชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ทั้งในระดับบุคคลครอบครัว และชุมชนให้เป็นไปอย่างถูกต้อง และเป็นระบบสามารถประสานกับทางเลือกของการดูแลสุขภาพแผนตะวันตกได้ ” (สมโภช รติโอพาร 2549 : 25) ในการสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้าน ได้แก่ การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย การนวดไทย สมุนไพรและเทคโนโลยีพื้นบ้านอื่นๆ ให้แพร่หลาย รวมทั้งผสมผสานการใช้ร่วมกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการบริการสาธารณสุข ตามที่รัฐบาลแถลงต่อรัฐสภาว่า “ ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขชุมชนอย่างเหมาะสม ” (ภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท 2547 : 110) ต่อมาในวันที่ 26 มีนาคม 2536 กระทรวงสาธารณสุขจึงยกฐานะศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย เป็นสถาบันการแพทย์แผนไทย สังกัดกรมการแพทย์ มีหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา การประสานงาน สนับสนุน สร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ต่อมาวันที่ 19 พฤศจิกายน 2542 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.2542 มีผลบังคับใช้วันที่ 28 พฤษภาคม 2543 ในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติได้ระบุให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทย มีหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมการศึกษาอบรม การวิจัยพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยเป็นองค์กรที่ถูกต้องตามกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2544 ส่งผลให้มีการพัฒนาและส่งเสริมการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2545 รัฐบาลกำหนดความจำเป็น ขอบเขตเกี่ยวกับการปฏิรูประบบราชการ จึงมีผลทำให้เกิดมีการปฏิรูปโครงสร้างบทบาท ภารกิจ อัตรากำลังด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 พ.ร.บ.ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 (3 ตุลาคม 2545) และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ เป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (วันที่ 9 ตุลาคม 2545) พร้อมโอนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทย ศูนย์ความร่วมมือการแพทย์ไทย – จีน และศูนย์ประสานงานการแพทย์ทางเลือก ไปสังกัดกรมดังกล่าว ตาม พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ. ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

**5.1.1 สถาบันการแพทย์แผนไทย** มีพันธกิจสำคัญ สรุปได้จาก สมโภช รติโอพาร (การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย 2549 : 29 - 31) คือ

1) *กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป* รับผิดชอบงานด้านธุรการ การเงินของ กองทุนต่างๆ และทุนการศึกษาวิจัย รวมทั้งค่าของงบประมาณจากภาครัฐ ภาคเอกชน และจากการ ช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศ

2) *กลุ่มงานวิจัยคลินิก* ศึกษาวิจัย วิเคราะห์งานทางด้านคลินิกแพทย์แผนไทย / ส่งเสริม สนับสนุน สร้างเครือข่ายนักวิจัย ให้คำปรึกษาด้านการทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทยแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับภาคีต่างๆ เกี่ยวกับการวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

3) *กลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทย* ส่งเสริมพัฒนา มาตรฐานองค์ความรู้และเทคโนโลยี ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ผลิตบุคลากร พัฒนาเครือข่ายให้มีศักยภาพ ประสานงานความร่วมมือความช่วยเหลือ กับหน่วยงานทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

4) *กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร* พัฒนาระบบบริการ ให้มีคุณภาพมาตรฐานทั้งสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และเอกชน เสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค พัฒนามาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเอง รวมทั้ง ประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมกับสังคมไทย และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย แบบผสมผสานกับนานาชาติประเทศ

5) *กลุ่มงานพัฒนาวิชาการการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร* รวบรวม องค์ความรู้ ฟื้นฟู ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร พัฒนาศึกษาวิจัยด้านองค์ความรู้ให้มี มาตรฐาน ส่งเสริมให้ประชาชนนำภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมพัฒนา ศึกษาวิจัยสมุนไพรเพื่อนำไปสู่การพัฒนายาไทยครบวงจร

6) *กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร* รวบรวม อนุรักษ์ ศึกษาพัฒนาการใช้ประโยชน์คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพรภายใต้ขอบเขตของ พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 โดยระดมความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน สนับสนุนการศึกษาพัฒนา เผยแพร่ประสานข้อมูลด้านกฎหมายสิทธิภูมิปัญญาระหว่างประเทศ เป็นศูนย์กลางในการรวบรวม ข้อมูลภูมิปัญญา ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเครือข่ายความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ แผนไทย

7) *งานวิเทศสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์* เป็นศูนย์กลางการประชาสัมพันธ์ ขององค์กร เพื่อให้การดำเนินงานประชาสัมพันธ์เป็นไปอย่างมีระบบรวดเร็ว โดยการเสนอแนะ นโยบายด้านการประชาสัมพันธ์ให้กับผู้บริหาร ดำเนินการการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชน



ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติมีโอกาสรับรู้ข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งเกิดภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร (Online 9 พฤษภาคม 2551 : <http://ittm.tam.moph.go.th/group/information/index.htm>)

8) งานแผนงาน จัดทำคำขอของงบประมาณ ควบคุมกำกับการใช้จ่ายเงิน ติดตามผลการดำเนินงาน งานวิจัย โครงการต่างๆ รวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงานจากทุกกลุ่มงาน ในสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นผลงานประจำปี (เอกสารจากเจ้าหน้าที่งานแผนงาน สถาบันการแพทย์แผนไทยไม่ระบุนาม : 13 พฤษภาคม 2551)

**5.1.2 หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น** ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย สมโภช รติโอพาร์ (การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย 2549 : 31 - 32) ระบุว่า

1) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีหน้าที่ศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ยา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหรือโรงงานเอกชน มีคณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นองค์กรประสานงานในการดำเนินงาน

2) กองการประกอบโรคศิลปะ มีหน้าที่ควบคุมดูแลการประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามกฎหมาย ดำเนินการจัดสอบเพื่อขอรับใบประกอบโรคศิลปะ การขอ - การออกใบรับรอง และการประกอบกิจการเพื่อสุขภาพหรือเสริมสวย

3) กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ทำหน้าที่ในการพัฒนารูปแบบของการนำยาสมุนไพรยาแผนโบราณ และทรัพยากรบุคคลเกี่ยวข้องให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสาธารณสุขในระดับสาธารณสุขมูลฐาน

4) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีหน้าที่ในการพิจารณาอนุมัติทะเบียนตำรับยาและควบคุมการผลิต ขยายยาให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยมีคณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลทางวิชาการ 2 คณะ คือ คณะอนุกรรมการศึกษาและวิจัยตำรับยาแผนโบราณในประเทศ กับ คณะอนุกรรมการศึกษาและวิจัยตำรับยาแผนโบราณต่างประเทศ

5) หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน พัฒนาฝีมืออบรม และจัดหางานทางด้านการนวดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พัฒนาอนุรักษ์ ขยายพันธุ์พืชสมุนไพร ฯลฯ

## 5.2 การจัดตั้งสถานบริการของรัฐ (การแพทย์แผนไทย)

การแพทย์แผนไทย มีการดำเนินงานในสถานบริการของรัฐ ทั้งระดับกระทรวง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย ถึงแม้ว่าบางแห่งยังไม่มีโครงสร้างหรือกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน การดำเนินงานและ

การให้บริการแก่ประชาชน ยังคงอาศัยโครงสร้างงานเดิมของหน่วยบริการ รวมทั้งการมอบหมายงานอาศัยการตัดสินใจของผู้บริหารของหน่วยงาน ในการมอบหมายให้งานการแพทย์แผนไทย อยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายหรือกลุ่มงานใด

**5.2.1 การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย** ตามแนวทาง สถาบันการแพทย์แผนไทย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) เป็นแหล่งส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ที่ครบวงจร
- 2) มีแหล่งบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ที่มีคุณภาพมาตรฐาน และประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างสะดวกและทั่วถึง
- 3) เกิดการนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด
- 4) หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุน ได้เรียนรู้การดำเนินการที่ต้องบริหารให้เกิด ประสิทธิภาพ และให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้
- 5) เกิดการพัฒนา การแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

(สมโภช รัตติโอพาร 2549 : 33)

ทั้งนี้ มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยทั่วภูมิภาค โดยแรกเริ่มมีการนำร่องในบางจังหวัด ปัจจุบันมีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย อยู่ในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ รวมทั้งหน่วยบริหารของกระทรวงสาธารณสุข

**5.2.2 รูปแบบศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย** มีการดำเนินงานดังนี้

- 1) จัดตั้งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย
- 2) การบริหารงาน ขึ้นตรงต่อหน่วยงานของรัฐ โดยมีคณะกรรมการดำเนินงาน ทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ และบุคคลภายนอก
- 3) สถานที่ตั้ง ใช้สถานที่ของหน่วยงานรัฐที่มีอยู่เดิมแต่แยกสัดส่วนให้ชัดเจน หรือเช่าอาคารทำการ โดยพื้นที่ทั้งหมดต้องมากกว่า 53 ตารางวา และมีพื้นที่พร้อมขยายตามรูปแบบของศูนย์
- 4) อุปกรณ์/เครื่องมือ/ครุภัณฑ์ ให้มีพร้อมสำหรับการเปิดบริการ อาทิ
  - (1) การตรวจและรักษาโรค : มีเครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องชั่งน้ำหนัก เตียงตรวจยาสมุนไพรผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำหรับการรักษาโรค ฯลฯ
  - (2) การนวด : มีเตียงสำหรับนวด
  - (3) การประคบ : มีเครื่องนึ่งลูกประคบ .

(4) การอบสมุนไพร : มีหม้อต้มสมุนไพรสำหรับอบไอน้ำตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

(5) อื่นๆ ที่จำเป็นในการดำเนินงาน (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2547 : 7)

#### 5.232 แนวทางการดำเนินงาน

แนวทางการพัฒนาสุขภาพร่างกาย ทางด้านสาธารณสุข มีการแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2550 : 18 - 21)

1) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการพยายามที่ก่อให้เกิดความตระหนักตื่นตัวการเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้ประชาชนมีความสมดุลของสุขภาพทั้งกาย จิต วิญญาณและสังคม เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นต้น

2) การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงหรือหยุดยั้งไม่ให้เกิดการก่อตัวของโรค หรือภัยอันตรายที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิต และสังคมของบุคคล เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การสวมถุงยางอนามัย การคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

3) การรักษาพยาบาล หมายถึง การกระทำที่มุ่งขจัดหรือบรรเทาอาการของโรคภัย หรือการบาดเจ็บ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลได้รับความปลอดภัย กลับมาสู่สภาวะสุขภาพเดิมให้มากที่สุด

4) การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายป้องกันความพิการตั้งแต่ต้น การยับยั้งความพิการที่เกิดขึ้นให้กลับสู่การทำหน้าที่ให้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

ทั้งนี้ การแพทย์แผนไทยได้ยึดหลักการข้างต้นมาดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับการให้บริการแก่ประชาชน ดังนี้

#### 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(1) การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการแก่ประชาชนผู้ไปรับบริการ ซึ่งยังไม่มีอาการเจ็บป่วย โดยใช้วิธีการนวดเพื่อช่วยการไหลเวียนของโลหิต หรือเลือดลมดีขึ้น กล้ามเนื้อผ่อนคลายมีความยืดหยุ่น รวมทั้งยังช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายทางด้านจิตใจแจ่มใส

(2) การอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่ไปรับบริการที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วย แต่ต้องการรับบริการเพื่อส่งเสริมร่างกาย

(3) การจัดกิจกรรมบริหารร่างกายท่าฤๅษีตัดตน เป็นการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่ร่างกาย ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนหรือข้อต่อต่างๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เป็นการบำรุงสุขภาพ

(4) การจัดกิจกรรมนันทนาการ เป็นการส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น ความเครียด ปัญหาทางจิต ช่วยทำให้จิตใจสงบไม่ว้าวุ่นหรือสับสน ทำให้การสึกหรอของร่างกาย ลดน้อยลง

(5) การให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ สาธิต และสอนด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับตนเองและครอบครัว

## 2) การบำบัดรักษาพยาบาล

### (1) การบำบัดรักษาโรคด้วยยาสมุนไพร / ยาแผนไทย ดังนี้

- ก. ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ภาวะอาหาร อักเสบ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ฯลฯ
- ข. ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะขัด แสบ นิ้วขนาดเล็ก ฯลฯ
- ค. ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้หวัด ไอ เจ็บคอ ฯลฯ
- ง. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดหลัง ปวดเอวเข่าเสื่อม ฯลฯ
- จ. ระบบผิวหนัง ได้แก่ ไข้ไหม้ น้ำร้อนลวก เริม งูสวัด แผลร้อนใน ปาก แผลงัสตรักต์ต่อข กลาก เกาต์ ฝี แผลพุพอง ลมพิษ ฯลฯ
- ฉ. ระบบจิตประสาท ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ใจสั้น ฯลฯ
- ช. ระบบโลหิตระดูของสตรี ได้แก่ ปวดประจำเดือน ตกขาว ฯลฯ

### (2) การบำบัดรักษาด้วยการนวดไทย ได้แก่ ขากรรไกรค้ำ ขากรรไกร

อักเสบ หูอื้อ ลมออกหู เสียงดังในหู ลมตะกั่ง (ปะกั่ง) ปวดศีรษะข้างเดียว ปวดศีรษะจากความเครียด ปวดคอ (จากปัญหากระดูกเสื่อม) คอตกหมอน หัวไหล่ติด หัวไหล่อักเสบ ปวดไหล่ หัวไหล่เคลื่อน หัวไหล่หลุด ลมปลายปิดคาคอ (ข้อศอกอักเสบ) ข้อศอกเคลื่อน ปวดข้อศอก ข้อมือเคลื่อน ปวดข้อมือ ก้อนปมหน้า-หลังมือ (กระดูกงอกบริเวณข้อมือ) สันนิบาตมือ / เท้าตก (มือ - เท้าอ่อนแรง) ลำบองข้อมือนิ้วโป้ง (ข้อนิ้วโป้งอักเสบ) ปวดข้อนิ้ว ลมปลายปิดคาคอ ข้อมือ (กล้ามเนื้อ / เอ็นข้อมืออักเสบ) นิ้วโกป็น (เอ็นอักเสบบริเวณโคนนิ้วมือ) นิ้วมือชัน ลมปลายปิดคาคอ สัญญาณ 1 และ 3 (กระดูกสันหลังเสื่อม / กระดูกทับเส้นประสาท) กระดูกสันหลังกดหรือแอ่น กระดูกสันหลังงอ หรือค่อม ลำบองข้อกระดูกสันหลัง (กระดูกสันหลังอักเสบ) ยอกหลัง ปวดหลัง ปวดเอว ชัดสะโพก (ข้อสะโพกขัด / อักเสบ) ยอกหลัง ปวดเอว ปวดหลัง ชัดสะโพก (ข้อสะโพกขัด / อักเสบ) ข้อสะโพกเคลื่อน จับโป่งเข้า (ข้อเข่าเสื่อม / อักเสบ) เข่าเบี่ยง (ข้อเข่า

เคลื่อน) สะบับิ้น (ลูกสะบ้าเคลื่อน) จับโปงข้อเท้า (ข้อเท้าอักเสบ) ปวดข้อเท้า ข้อเท้าแพลง ลม ปลายปิดขาดสันเท้า (กล้ามเนื้อ/ เอ็นบริเวณสันเท้าอักเสบ) ข้อนิ้วเท้าชัน สันนิบาตข้อเท้าตก (ข้อเท้าไม่มีแรง) กระดูกแขน ขาหัก กล้ามเนื้ออักเสบ ดานเลือด (มีเลือดคั่งค้างในโพรงมดลูก) ดานลม (ท้องผูก อุจจาระแข็ง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ปลายมือ ปลายเท้าตก) มดลูกเคลื่อน 3 ชนิด (มดลูกตะแคง มดลูกต่ำ มดลูกลอย) นวดเท้ารักษาโรค

(3) การรักษาด้วยการอบไอน้ำสมุนไพร เช่น โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด (ในระยะเวลาที่ไม่มีอาการรุนแรง) ไข้หวัด (ใช้ต้องไม่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส) โรคผิวหนัง ผื่นคัน อัมพาต ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ ซึ่งอาจต้องใช้การอบสมุนไพรร่วมกับการรักษาอื่นๆ ตามความเหมาะสม

(4) การบำบัดรักษาด้วยการประคบสมุนไพร เช่น ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ เอ็น ข้ออักเสบ เป็นต้น

3) การฟื้นฟูสภาพ โดยใช้การนวด คือ การนวดการฟื้นฟูสภาพ อัมพาต 5 ชนิด คือ อัมพาตครึ่งซีกซ้าย-ขวา, ครึ่งท่อนล่าง - บน และหน้า การนวดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ โดยมีอัตราค่าบริการ

1) การตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ผู้ที่ขึ้นทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่เสียค่าตรวจ และค่าสั่งการรักษา แต่หากไม่ได้ขึ้นทะเบียนในโครงการดังกล่าว จะเรียกเก็บไม่เกิน 20 บาท / ครั้ง / คน

2) การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

(1) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ด้วยยาสมุนไพร / ยาแผนไทย อัตราเพิ่มตามต้นทุนการผลิต หรือราคาซื้อไม่เกินร้อยละ 15

(2) การนวดตัว อัตราค่าบริการ 200 บาท / คน / ครั้ง

(3) ค่านวดเท้า อัตราค่าบริการ 150 บาท / คน / ครั้ง

(4) การอบสมุนไพร อัตราค่าบริการ 100 บาท / คน / ครั้ง

(5) การประคบสมุนไพร อัตราค่าบริการ 100 บาท / คน / ครั้ง

3) อื่นๆ (การส่งเสริมและป้องกันโรค)

การจัดกิจกรรมการบริหารท่าฤาษีดัดตน การจัดกิจกรรมการนั่งสมาธิ เรียกเก็บไม่เกินครั้งละ 10 (ที่ผ่านมาไม่มีการเรียกเก็บ) การให้คำแนะนำ ปรีกษา สาธิตสอนแสดง ด้านการแพทย์แผนไทย เรียกเก็บไม่เกินครั้งละ 50 บาท / คน / ครั้ง (ที่ผ่านมาไม่มีการเรียกเก็บ)

อนึ่ง การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กรณีผู้รับบริการเป็นข้าราชการ จะไม่สามารถนำหลักฐานใบเสร็จรับเงิน ไปเบิกจากสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลทางราชการ

### 5.2.2 การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย

สถานบริการทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดของบวมมหาวิทยาลัย จะมีแนวทางในการบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย โดยการผสมผสานไปกับการจัดบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ลักษณะการเข้ารับบริการจะมี 2 วิธี คือ

1) ผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยผ่านการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน และเมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยโรคแล้วพบว่า ความเจ็บป่วยนั้นสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาที่งานการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องยอมรับและยินยอมที่จะรับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย

2) ผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยตนเองที่งานการแพทย์แผนไทย โดยผู้ป่วยจะต้องผ่านการคัดกรองจากแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนให้การรักษา และหากพบว่าความเจ็บป่วยนั้น ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยก็จะถูกส่งต่อไปให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้รักษา

5.3 การตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย ชื่อว่า ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2545 เดิมศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ สถาบันการแพทย์แผนไทยและเอกชน คือ ร่วมกับมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา ระหว่างเดือนตุลาคม 2545 - มกราคม 2548 และตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2548 เป็นต้นมาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย มีการให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดโรค โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย และผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทั้งในและนอกเวลาราชการตั้งแต่ เวลา 08.30 - 16.30 น. ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยมีวัตถุประสงค์ มีดังนี้

5.3.1 เพื่อเป็นสถานสาธิตการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร และการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การแพทย์แผนไทย

5.3.2 เพื่อให้ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป ได้รับบริการ ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างมีมาตรฐานครบวงจร

5.3.3 เพื่อเป็นสถานที่ทำวิจัยทางคลินิก ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

5.3.4 เพื่อเป็นสถานที่พัฒนาวิชา และมาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทย (ประวัติศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย (Online 7 พฤศจิกายน 2550 : <http://ittm.dtam.moph.go.th/health/history.html>)

#### 5.3.5 การให้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย

1) งานบริการ (สรุปผลการดำเนินงานของกลุ่มงานวิจัยทางคลินิกการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร 2549 : 37) การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคโดยผู้มีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์และสาขาเวชกรรมแผนโบราณ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การนวดตัวเพื่อสุขภาพการนวดเพื่อรักษาโรค (แบบราชสำนัก) นวดเท้าเพื่อสุขภาพ การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร สำหรับอัตราค่าบริการใช้อัตราเดียวกับที่กระทรวงกำหนด

#### 2) บุคลากรผู้ให้บริการ จากสถาบันการแพทย์แผนไทย

##### (1) ด้านวิชาชีพ

ก. แพทย์แผนปัจจุบัน 1 คน  
 ข. เกษัชกร 2 คน  
 ค. พยาบาลวิชาชีพ 2 คน  
 ง. ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท หมุนเวียนกันดูแลในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย)

ก) แพทย์แผนไทยประยุกต์ ประจำศูนย์ฯ จำนวน 2 คน

ข) แพทย์แผนไทยประยุกต์กลุ่มงานต่างๆ จำนวน 17 คน

บทบาทหน้าที่ บุคลากร

ก. ให้การซักประวัติ ตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาโรค ตามทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ตามมาตรฐานวิชาชีพ

ข. ให้คำปรึกษาด้านการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

ค. จัดระบบการให้บริการ และมาตรฐานการรักษาโรค ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

ง. ดำเนินการวิจัยทางคลินิกในผู้ป่วย ที่มาใช้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

##### (2) เจ้าหน้าที่นวดแผนไทย

ก. นวดแผนไทย 800 ชั่วโมง จำนวน 19 คน

ข. นวดแผนไทย 372 ชั่วโมง จำนวน 5 คน

บทบาทหน้าที่

ก. ดำเนินการวิจัยทางคลินิก ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการของศูนย์

ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

ข. ให้การรักษาผู้ป่วย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ตาม

มาตรฐานหลักสูตรที่ได้ศึกษา

ค. ให้คำแนะนำและคำปรึกษาปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วย ที่ใช้บริการ

ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

(3) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์งานเวชระเบียน

ก. เจ้าหน้าที่ทำบัตรและบันทึกประวัติ จำนวน 1 คน

ข. เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ จำนวน 1 คน

ค. เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จำนวน 1 คน

บทบาทหน้าที่

ก. ให้ข้อมูลและคำแนะนำ การให้บริการต่างๆ ของศูนย์ส่งเสริม

สุขภาพแผนไทย

ข. ให้คำแนะนำและกรอกประวัติทั่วไป ของผู้ป่วยผู้ให้บริการ

ค. เก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกผลรักษา ของผู้ป่วยลงใน

คอมพิวเตอร์

ง. ให้อำนวยความสะดวกในกรณีต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ของ

ผู้ให้บริการ

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ผู้ศึกษาได้ค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว ประกอบด้วย สถานภาพ บทบาท ภูมิปัญญา และการนวด สรุปได้ดังนี้



## 6.1 สถานภาพ

**6.1.1 สุจินดา คูอารีวิช (2535)** ได้ศึกษา การปรับบทบาทของหมอพื้นบ้าน ชุมชนไทย -ลาว จังหวัดนครพนม พบว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อ สถานภาพและบทบาทของหมอพื้นบ้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การทำมาหากิน การใช้ เทคโนโลยีการผลิตทางการเกษตรที่สูงขึ้น การอพยพแรงงานไปต่างถิ่น ทำให้ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และการยอมรับหมอพื้นบ้านของชาวบ้านลดลง รวมทั้งการเข้ามาของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบกับระบบการศึกษาของรัฐที่ไม่ยอมรับสถาบันของหมอพื้นบ้าน เป็นเหตุให้สถานภาพของ หมอพื้นบ้านเป็นเพียงตำแหน่งของบุคคลที่ทำหน้าที่รักษาโรคเพียงบางโรค ที่ระบบการแพทย์แผน ปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายหรือรักษาให้หายขาดได้เท่านั้น ทั้งนี้มีการปรับบทบาทของหมอพื้นบ้าน โดยเป็นการปรับในด้านการลดบทบาททางการป้องกัน และรักษารักษาพยาบาล คือปรับการ บำบัดรักษาเหลือเพียงบางโรค ขณะเดียวกันก็ปรับบทบาททางด้านสังคมในการเข้าร่วมเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือการเป็นผู้นำชุมชน อีกทั้งเพิ่มบทบาทการเป็นผู้นำทาง ด้าน การฟื้นฟูโดยเฉพาะสุขภาพจิตในท้องถิ่น สำหรับรูปแบบการรักษามีการปรับให้สอดคล้องกับ ภาวะปัจจุบัน คือ เกิดการผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์พื้นบ้านในหมอพื้นบ้าน

**6.1.2 เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2541 ; อ้างใน เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546)** ศึกษา บทบาทสถานภาพและทิศทางการพัฒนาองค์ความรู้และหมอพื้นบ้านชาวไทยภูเขา พบว่า หมอยา สมุนไพรมีจำนวนลดลง อันเป็นผลมาจากประชาชนเลื่อมใสศรัทธาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน มากขึ้น หมอสมุนไพรประสบปัญหาเศรษฐกิจ จึงมีความพยายามในการปรับตัวโดยเข้าเรียน และ ร่วมกิจกรรมชมรมสมุนไพรต่างๆที่มีการเรียนการสอน เพื่อยกสถานภาพของตนเองและสอรับใบ ประกอบโรคศิลปะ เพื่อเปิดบริการด้านยาสมุนไพรอย่างครบวงจร ส่วนหมอดำแยกลดบทบาท และความสำคัญอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเปลี่ยนสถานภาพจากผู้รักษาเป็นผู้ให้คำปรึกษาแทนผลจาก การคมนาคมที่สะดวก

**6.1.3 สุรัชย์ กุหลาบเพชร (2543 ; บทคัดย่อ)** ศึกษากระบวนการเข้าสู่อาชีพและ สถานภาพบทบาทของหมอนวดพื้นบ้านกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาวไทยเขมรและไทยโคราช : กรณี ศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กระบวนการเข้าสู่อาชีพและสถานภาพบทบาทของหมอนวดพื้นบ้าน จำนวน 19 คน ประการแรกได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ยกเว้นเพียงคนเดียวที่มีผู้อาวุโสมา เข้าฝัน และการนวดใช้มือเพียงอย่างเดียว ไม่มีอุปกรณ์ช่วยนวด ยกเว้นกลุ่มไทยโคราช ประการที่ 2 ต้องการบริการชุมชนและสังคมเป็นส่วนใหญ่ จะไม่เรียกร้องค่าตอบแทนจากผู้นวด เว้นแต่ผู้ที่ ได้รับบริการจะให้ด้วยความสมัครใจ ประการสุดท้าย ผู้ที่ประกอบอาชีพนวดพื้นบ้านตามกลุ่มชาติพันธุ์

จะมีสถานภาพและบทบาทที่สังคมให้ความเคารพยกย่องเป็นที่พึงชมเชยนั้นๆ แม้สภาพเศรษฐกิจชุมชนจะไม่เอื้ออำนวย แต่หมอนวดพื้นบ้านก็ยังได้รับการยอมรับจากสังคม

**6.1.4 ศิริรัตน์ สัมฤทธิ์ (2549)** การศึกษาสถานภาพสถานประกอบการเชิงส่งเสริมสุขภาพในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าสภาพทั่วไปของสถานประกอบการเชิงส่งเสริมสุขภาพมีรูปแบบในการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การวางแผนไทย การนวดฝ่าเท้า การอบ การประคบสมุนไพร อาหารและเครื่องคั้นสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพและความงาม ส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภค คือ ผู้ให้บริการมีความรู้ ความชำนาญ อัตราค่าบริการเหมาะสม สถานประกอบการสะอาดและสะดวกสบาย

**6.1.5 Landy (1974 : อ้างในสุจินดา คุจาวิวัฒน์ 2535)** ศึกษาปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพของหมอนวดพื้นบ้าน และได้ให้ข้อคิดเห็นว่า สถานภาพของหมอนวดพื้นบ้านในปัจจุบันยังมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของชีวิตคนในสังคมอยู่ แต่สิ่งเหล่านี้ได้ถูกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม หมอนวดพื้นบ้านจำเป็นต้องมีการปรับบทบาท เพื่อให้สามารถดำรงสถานภาพของตนในชุมชนต่อไป แม้ว่าผลการศึกษามอนวดพื้นบ้านในชนบทอีสานจะระบุว่า หมอนวดพื้นบ้านยังเป็นสถาบันการรักษาของชุมชนและมีอยู่เกือบทุกชุมชน แต่ปัจจุบันได้ลดบทบาทลงหลายพื้นที่ แม้กระทั่งชุมชนที่ก่อตั้งมานานก็ยังพบว่าหมอนวดพื้นบ้านลดน้อยลงมากเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากระบบการรักษาพยาบาลของรัฐได้กระจายไปครอบคลุมทุกพื้นที่

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพ จะพบว่าสถานภาพเป็นเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน เป็นตำแหน่งฐานะที่สังคมกำหนดสิทธิหน้าที่ให้จากการเป็นสมาชิก สามารถเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนแปลงศักยภาพได้ตามบริบทของสังคม อาทิ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทของหมอนวดพื้นบ้านไปเป็นผู้นำท้องถิ่นหรือสมาชิกของกลุ่มในชุมชน และอีกส่วนหนึ่งมีการพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อยกสถานภาพของตนเอง เช่น หมอนวดแม่ ซึ่งปัจจุบันส่วนใหญ่เปลี่ยนสถานภาพเป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้สถานภาพที่ถูกกำหนดจากสังคมก็เนื่องมาจากตัวบุคคล อาทิ เพศ อายุ และการเข้าสู่อาชีพ กระบวนการและสถานภาพบทบาทของหมอนวด ส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ และมีความตั้งใจในการช่วยเหลือสังคม จึงทำให้สังคมนั้นยังคงให้ความนับถือหมอนวด

สถานภาพ จึงเป็นการบ่งชี้ถึงตำแหน่งทางสังคม ซึ่งบุคคลหนึ่งจะมีได้หลายสถานภาพ เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีบทบาทในหลายสถานการณ์ และจะสัมพันธ์กับหลายสถานภาพช่วยให้นมนุษย์ติดต่อสัมพันธ์กัน โดยอาศัยสถานภาพของบุคคลเป็นหลักในการติดต่อ เป็นการจัดระบบให้สังคมอยู่อย่างเป็นระเบียบ ดังสถานภาพในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้มีกรอบกำหนดว่าแต่ละบุคคลนั้นมีสิทธิ และหน้าที่ของตนระดับใด สูง หรือต่ำหรือเสมอกว่าผู้อื่น ทั้งนี้ สถานภาพโดย

กำเนิดจะเป็นระดับอายุที่แตกต่างกันมีทั้งเพศชายและหญิง รวมทั้งมาจากหลายตระกูล และสถานภาพที่ได้มาภายหลังกำเนิด จากการเปลี่ยนแปลงตามสถานภาพโดยอาชีพ ทั้งข้าราชการที่เป็นผู้บริหาร นักวิชาการ เกษัตริย์ พยาบาลวิชาชีพ และพนักงานที่เป็นหมอนวด หรืออีกนัยหนึ่งก็คือมีสถานภาพเป็นผู้ให้บริการซึ่งเป็นสถานภาพที่ไม่นิ่ง มีการเลื่อนไหลได้ตลอดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยมีการสื่อสารและติดต่อความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ ตามระเบียบแบบแผน อีกทั้งสถานภาพจะส่งผลกระทบต่อแรงเร้าให้เกิดการขวนขวาย เพื่อความเจริญก้าวหน้าของตนเองในสังคม

## 6.2 บทบาท

6.2.1 *ศศิพัฒน์ ยอดเพชร* (2528 : อ้างในปราโมทย์ จุงสกุล 2544) ศึกษาความคาดหวังของผู้รับบริการ ต่อการให้บริการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย พบว่าส่วนใหญ่คาดหวังว่านักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้มีความสามารถสูง สามารถแก้ไขปัญหา ชี้แนะแนวทางหรือตัดสินใจข้อข้องใจต่างๆ ได้ส่งผลกระทบต่อความคาดหวังในวิธีการให้บริการ โดยผู้รับบริการคิดว่าตนเป็นเพียงผู้มารับบริการเท่านั้น ไม่ควรมีส่วนร่วมในการดำเนินการใดๆ เมื่อมารับบริการแล้วไม่ได้ตามที่คาดหวัง เกิดความรู้สึกผิดหวัง ไม่พึงพอใจต่อหน่วยงานและผู้ให้บริการ

6.2.2 *เสาวนีย์ สีลาบุษ* (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาความคาดหวังของแพทย์ และพยาบาลต่อบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร พบว่า ทั้งแพทย์และพยาบาลมีความเข้าใจและคาดหวังมากต่อบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ แต่มีความเข้าใจในบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติจริงแตกต่างกัน

6.2.3 *ธนาบดี ฐปเทียนรัตน์* (2547) ได้ศึกษาบทบาทผู้บริหารที่พึงประสงค์และบทบาทที่ปฏิบัติจริงตามการรับรู้ของพนักงานท่าเรือแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี พบว่า การรับรู้บทบาทที่พึงประสงค์รับรู้ในระดับมาก ( $\mu = 4.41$ ) โดยบทบาทที่พึงประสงค์จะรับรู้ในด้านจริยธรรม และคุณธรรมเป็นลำดับแรก ด้านบริหารเป็นลำดับสุดท้าย ในขณะที่บทบาทที่ปฏิบัติจริงรับรู้ในระดับปานกลาง ( $\mu = 2.62$ ) บทบาทที่ปฏิบัติจริงรับรู้ในด้านการบริหารเป็นลำดับแรก และด้านจริยธรรมคุณธรรมเป็นลำดับสุดท้าย

6.2.4 *ปรีชา อุตระตระกูลและคณะ* (2531) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของหมอพื้นบ้านในสังคมอีสาน พบว่าบทบาทหมอพื้นบ้านขึ้นอยู่กับระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยบทบาททางสังคม คือ บทบาททางตรง บทบาทในฐานะผู้อาวุโสเป็นผู้นำทางพิธีกรรม และทางอ้อมเป็นบทบาทด้านการบำบัดรักษา การสร้างคุณภาพของชุมชน

6.2.5 **ทอง บุญยศ** (2535 : อ้างใน สุภาพร อาจเดช 2544) ศึกษาหมอพื้นบ้านใน จังหวัดสุรินทร์ พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการดำรงอยู่ของแพทย์พื้นบ้าน คือ ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การพัฒนาประเทศแบบตะวันตก ระบบนิเวศน์ ทรัพยากรที่ลดลง บางคนจึงเปลี่ยนบทบาทเช่น เป็นนายประกัน หรือรับจ้าง ฯ

6.2.6 **สมใจ ศรีหาล้า** (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง หมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน นอกจากบทบาทในด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังพบว่าหมอธรรมมีบทบาทที่สำคัญต่อชุมชน คือ การเป็นผู้นำทางธรรมชาติ ทำหน้าที่ในด้านการไกล่เกลี่ยพิพาทภาคี เป็นผู้นำในการประกอบพิธีทางศาสนาและพิธีต่างๆ ชาวบ้านมีความเคารพนับถือหมอธรรมด้วยบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่หมอธรรมมีต่อชุมชน ทำให้ระบบหมอธรรมยังคงดำรงอยู่ได้ในชุมชน

6.2.7 **รุ่งรังสี วิบูลชัย** (2538) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ การเดินทาง ค่ารักษา สอดคล้องกับวิถีชีวิต รูปแบบรักษาไม่ซับซ้อน แต่มีปัญหาในเรื่องการขาดการยอมรับจากทางราชการ รายได้น้อย ขาดการสืบทอด แนวโน้มแพทย์แผนไทยในชุมชนลดลง

6.2.8 **อิศราพร จันทร์ทอง** (2538 : บทคัดย่อ) เรื่อง บทบาทหน้าที่ของพิธีแก้ลมของชาวกูย บ้านลำโรงทาบ อำเภอลำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ในระดับปัจเจกบุคคล ความเชื่อมีบทบาทเป็นที่พึ่งทางใจในสถานวิกฤตที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ส่วนระดับชุมชนพิธีแก้ลมมีบทบาทในการรักษาโรค การควบคุมสังคมและระบายนความกดดัน และความขัดแย้ง

6.2.9 **รุจิณาด อรรถสิทธิ์** (2538) ศึกษา การปรับตัวของการนวดพื้นบ้านในสังคมชนบท : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าการนวดมีบทบาทในการรักษาอาการเจ็บปวดน้อยลง แต่ถ้าไม่มีทางรักษาชาวบ้านจะเลือกนวดเป็นหนทางรักษา ทำให้ทราบว่าบริบทมีส่วนในการกำหนดบทบาทของการนวด ส่งผลให้การนวดพื้นบ้านต้องเปลี่ยนบทบาทต่อสังคม

6.2.10 **เสาวภา พรสิริพงษ์** (2538 : อ้างใน เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546) ศึกษา การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย พบว่า สมุนไพรยังมีบทบาทอยู่ในชุมชนในฐานะที่เป็นรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ซึ่งแบบแผนการใช้จะมีเรื่องราวของความเชื่อ และสัญลักษณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในชนบท ชาวบ้านดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อไม่หายจึงไปหาหมอพื้นบ้านซื้อกินยาแผนปัจจุบันและไปหาหมอแผนปัจจุบัน หากเรื้อรังหรือไม่หายจึงกลับไปหาหมอพื้นบ้านอีก และยังศึกษาถึงการนวดไทยว่าสามารถรักษาอาการโรคบางอย่างได้

6.2.11 **ทวีลาภ เคียวพานิช** (2539 : อ้างใน สุภาพร อาจเดช 2544) ศึกษาเกี่ยวกับ ศักยภาพและบทบาทของหมอพื้นบ้านในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหมอพื้นบ้านอธิบายสาเหตุของการ

เจ็บป่วยได้แต่ไม่ชัดเจน การวินิจฉัยโรคมียังซับซ้อน วัตถุประสงค์ ตรวจร่างกาย ใช้สมาธิและเข้าทรง หมอพื้นบ้าน ยังคงมีบทบาทในการรักษาและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจชาวบ้าน

**6.2.12 มาริโกะ กาโตะ (2540 : บทคัดย่อ)** ศึกษาการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมอลำผีฟ้า บ้านหนองใหญ่ อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น พบว่าหมอลำผีฟ้าทำหน้าที่รักษาพยาบาลและมีระบบของตนเองโดยมีความเชื่อเรื่องผีเป็นหลัก ซึ่งหมอลำผีฟ้ามีบทบาทที่สังคมคาดหวัง ได้แก่การรักษาพยาบาล การรักษาจารีตประเพณีและศีลธรรมและการแก้ไขปัญหาของชาวบ้านโดยเป็นที่ปรึกษาครอบครัว นอกจากนี้ยังมีบทบาทต่อบุคคลและสังคม บทบาทต่อบุคคลได้แก่ การอธิบายและตีความหมายปรากฏการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การช่วยคลายความวิตกกังวล การให้กำลังใจและการให้ความมั่นใจในชีวิตประจำวัน บทบาทต่อสังคมได้แก่ การเป็นกลไกความควบคุมความประพฤติของคน การสร้างความเป็นระเบียบเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในชุมชนและในกลุ่มลูกศิษย์ การสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรม และการเป็นผู้นำด้านการสาธารณสุข

**6.2.13 กนกวรรณ ระลึก (2542 : บทคัดย่อ)** ศึกษา การฟ้อนสะเองของชาวไทยภูเขา พบว่า บทบาทของพิธีกรรมการฟ้อนสะเอง เป็นกระบวนการที่สืบเนื่องสัมพันธ์กันในบทบาทของสังคมชาวไทยภูเขา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติ ด้วยวิทยาการแพทย์แผนปัจจุบัน และเมื่อหายจากอาการเจ็บป่วยต้องทำการเข้าทรงเพื่อสักการะขอขอบคุณผีสะเอง เป็นพิธีกรรมที่มีบทบาท 3 ประการต่อสังคมชาวไทยภูเขา คือ บทบาทในการควบคุมทางสังคม บทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ของคนในสังคม และสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่สำคัญยิ่ง

**6.2.14 สุภาพร อาจเดช (2544 : บทคัดย่อ)** ได้ศึกษา บทบาทหมอพื้นบ้านทางด้านสุขภาพจิตชุมชน : กรณีศึกษาหมอธรรมบุญ นานวล บ้านคอนสัมพันธ์ ตำบลท่าหาดขาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการเป็นหมอธรรมจะต้องมีความสนใจในวิชาธรรม รวมทั้งเห็นประโยชน์ของการเป็นธรรมต่อตนเองและผู้อื่น โดยมีกระบวนการเรียนรู้ 2 ขั้นตอน คือการพิสูจน์ตนเอง และเรียนวิชาอคม การที่จะได้รับการยอมรับจากชุมชนให้เป็นหมอธรรม จะต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบหรือข้อปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ ในอดีตหมอธรรมจะให้บริการด้วยพิธีกรรมเป็นหลักควบคู่กับการใช้สมุนไพร แต่ในปัจจุบันจะพบว่าบทบาทของหมอธรรม จะมีการประกอบพิธีกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นผู้นำในด้านแนวคิดและศีลธรรม หมอธรรมได้ปรับบทบาทไป ในลักษณะที่สนองต่อความต้องการของชุมชน คือ ปรับเทคนิคการให้บริการ การปฏิบัติตัวของหมอธรรม และเพิ่มความน่าเชื่อถือในด้านพิธีกรรมมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

6.2.15 **เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ** (2546) ศึกษาเรื่อง การศึกษาการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้านและบทบาทของหมอพื้นบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพ : กรณีศึกษาพ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ 2546 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้าน พ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ มีปัจจัยหลัก 1) ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งสังคมเป็นหมู่บ้านที่เก่าแก่ สภาพการดำรงชีวิตอาศัยธรรมชาติ มีอาชีพหลักด้านการเกษตร และยังคงรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิม การทำมาหากินของชาวบ้านยังพึ่งพาอาศัยธรรมชาติ มีความเชื่อในเรื่องผีตาง กรรมดี กรรมชั่ว ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรค จึงยังคงเลือกใช้บริการกับหมอพื้นบ้าน เนื่องจากโรคบางโรคหมอแผนปัจจุบันไม่รู้ และไม่เข้าใจ รวมทั้งรูปแบบการบริการของหมอพื้นบ้านยังมีความยืดหยุ่น และเข้าใจถึงสภาพภูมิหลังของผู้ป่วยและญาติได้ดี 2) ลักษณะการเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะและสภาพความเป็นมาของการเจ็บป่วยของชาวบ้าน จะเจ็บป่วยด้วยโรคซ้ำๆกัน ทำให้เกิดความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการรักษาโรคได้ดี 3) ประสิทธิภาพการเป็นหมอ เมื่อชาวบ้านและญาติมารับการรักษาจากพ่อทองอ่อนแล้วหายจะบอกต่อกันไป ปัจจัยเสริมได้แก่ 1) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ 2) คุณสมบัติของหมอพื้นบ้าน นอกจากนี้ หมอพื้นบ้าน พ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ ยังมีภูมิปัญญาที่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลตนเองในยุคปัจจุบัน โดยใช้ต้นทุนต่ำดังนี้ 1) การบริหารร่างกายแบบง่าย 2) ลูกประคบสมุนไพร 3) น้ำมันกาสึกและน้ำมันออร์คิด 4) เครื่องนวดด้วยตนเอง และ 5) หออบสมุนไพร (ต้นทุนต่ำ)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทข้างต้น สรุปได้ว่า บทบาท แต่ละบุคคลจะแสดงออก หรือประพฤติปฏิบัติตามสถานภาพที่ได้รับจากสังคมหรือเรียกว่า บทบาทที่กำหนด ซึ่งอาจลดหรือปรับเปลี่ยนหรือมีได้หลายบทบาท โดยเป็นบทบาทที่ถูกผู้อื่นคาดหวังไว้ในระดับสูง ส่วนบทบาทจริงผู้อื่นจะมีความเข้าใจแตกต่างกัน และเป็นบทบาทที่บุคคลกระทำจริงซึ่งอาจจะเป็นไปตามความคิด ความเชื่อและความคาดหวังของตนเอง หรือตามคาดหวังและความต้องการของสังคม กรณีของการแพทย์พื้นบ้าน เนื่องจากการแพทย์สมัยใหม่ได้เข้าถึงประชาชน ประกอบกับภาคภาครัฐยังไม่ยอมรับ หมอพื้นบ้านจึงต้องปรับบทบาทไปเป็นผู้นำหรือประกอบอาชีพอื่น ซึ่งเป็นบทบาทจริง อย่างไรก็ตามการแพทย์พื้นบ้านก็ยังคงมีบทบาทในสังคมไทย เนื่องจากความเชื่อสาเหตุการเจ็บป่วย ว่าเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ การบำบัดรักษาจึงต้องอาศัยพิธีกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งหมอพื้นบ้านมีความเข้าใจและชำนาญในการบำบัดรักษา เนื่องจากโรคที่พบเป็นโรคที่เกิดขึ้นซ้ำซาก อีกทั้ง การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม ตลอดจนชาวบ้านมีความพึงพอใจในการประพัตต์ตัวที่ดั้งเดิมและการให้บริการของหมอพื้นบ้าน ซึ่งชาวบ้านสามารถเข้าร่วมในพิธีกรรมได้ตลอด การแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นเพื่อสนองต่อชุมชนตามความคาดหวังของสังคม และเป็นสัญลักษณ์หนึ่งที่สามารถควบคุมสังคมไม่ให้เกิดความขัดแย้ง

ดังนั้น สถานภาพและบทบาทจึงต้องเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน โดยสถานภาพจะเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่หรือการประพฤติปฏิบัติของบุคคล และบทบาทหน้าที่ของบุคคลก็จะเป็นตัวกำหนดสถานภาพหรือตำแหน่งของบุคคลในสังคมเช่นเดียวกัน หรืออีกนัยหนึ่งสถานภาพและบทบาทเป็นความสัมพันธ์ของตำแหน่ง กับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่สังคมเป็นผู้วางกรอบ เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเข้าใจในหน้าที่ที่จะต้องพึงกระทำ ถูกต้องตามบทบาทตามที่สังคมต้องการ ถึงแม้ว่าสถานภาพและบทบาท จะเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากกรอบของสังคม หรือเป็นส่วนที่ผสมผสานเข้าไปในกรอบของสังคมก็ตาม แต่ทั้งสองสิ่งก็ต้องขึ้นอยู่กับบุคคลผู้ซึ่งครอบครองสถานภาพและสวมบทบาทที่ติดตามสถานภาพนั้นๆ ว่าเขาเข้าใจสถานภาพและบทบาทตนเองเพียงใด บุคลากรในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ สถาบันการแพทย์แผนไทย จึงเป็นกลุ่มหนึ่งของสังคมที่ถูกกำหนดทิศทางให้ประพฤติ ปฏิบัติ เนื่องจากมีสถานภาพเป็นบุคลากรของรัฐ ซึ่งมีตำแหน่งหน้าที่ มีบทบาทในการให้บริการด้านการนวดแผนไทย รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ สถานภาพและบทบาทของบุคลากร จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานการนวดแผนไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากสามารถวัดได้ ทั้งความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของภูมิปัญญาไทยในด้านนี้

### 6.3 ภูมิปัญญา

**6.3.1 สันัน ขุสฤต และคณะ (2540 : บทคัดย่อ)** ภูมิปัญญาเกี่ยวกับพืชสมุนไพรในป่าบุงป่าทาม พบว่าภูมิปัญญาด้านสมุนไพรจากป่าบุงป่าทามอยู่ในสภาพที่กำลังจะสูญหายเนื่องจากความนิยมน้อยลง เพราะมีการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาแทนตามวิถีชีวิตสังคมแบบใหม่ และพื้นที่ป่ากำลังถูกคุกคามอย่างหนัก ทั้งจากการบุกรุกเบิกพื้นที่ของชุมชนและโดยโครงการของรัฐ เช่น การสร้างเขื่อน ถนน ทั้งองค์ความรู้เรื่องป่าบุงป่าทามยังขาดแคลนมาก ทั้งที่เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูง ยังไม่มีนโยบายและกฎหมายใดเฉพาะ ที่จะดูแลคุ้มครองพื้นที่ป่าบุงป่าทาม

**6.3.2 เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2541 : อ้างในเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ 2546)** ศึกษาเรื่องภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย พ่อใหญ่อาจารย์เคน ลาวงศ์ พบว่าสามารถแบ่งองค์ความรู้ ด้านการวินิจฉัยโรค กระบวนการถ่ายทอดและเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน เป็นการถ่ายทอดกันในสายตระกูล และคนใกล้ชิด ส่วนการรักษาจะใช้ตำรับยาที่เคยใช้รักษาโรคแล้วได้ผลเป็นหลัก และในทัศนะของการแพทย์พื้นบ้านความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของจิตใจด้วย

**6.3.3 เกษรภรณ์ กั้นพันภัย (2544 : อ้างใน เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ 2546)** การศึกษาระบบคุณค่าภูมิปัญญาไทย ด้านการแพทย์แผนไทย : ศึกษาเฉพาะกรณีหัตถเวชกรรมไทย (การนวดไทย) ในเขตจังหวัดตาก พบว่าการนวดไทยมีคุณค่า 8 ประการ คือ คุณค่าด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครั้ว สิ่งแวดล้อม และชุมชน ด้านเศรษฐกิจ สังคม ศิลปะและประติมากรรม และคุณค่าด้านภาษา

**6.3.4 ขรินทร์ วรกุลกิจกำจร (2544)** ศึกษาแนวทางการพัฒนาภูมิปัญญาการนวดแผนไทยให้เป็นธุรกิจเพื่อสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยว พบว่าผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ใช้บริการนวดกับหมอนวดหญิง เนื่องจากมีความนุ่มนวล และจะคำนึงถึงหมอนวดเป็นอันดับแรกในการใช้บริการ

**6.3.5 สมชาย ชินวานิชย์เจริญ (2545 : อ้างในเพ็ญญา ททรัพย์เจริญ 2546)** ศึกษาภูมิปัญญาหมอนพื้นบ้านไทย : กรณีพ่อใหญ่เพื่อ ขันการ พบว่าการนวดในแบบที่พ่อใหญ่เพื่อใช้เป็นการนวดที่ใช้วิธีการต่างๆ เช่น กด สะกด ลงไปบนเส้นเลือด เส้นประสาท เส้นเอ็น ซึ่งจะมีผลให้เส้นดังกล่าวทำงานได้ดีขึ้น และเป็นการจัดระเบียบให้เส้นดังกล่าวไม่ซ้อนทับกัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปิดกั้นการไหลเวียนของเหลวในเส้นดังกล่าว

**6.3.6 เพ็ญญา ททรัพย์เจริญ (2546)** ได้ศึกษา เรื่อง การศึกษาองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การนวดไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่ระดับนานาชาติ และสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการพึ่งพา พบว่าด้านปัญหาในการพัฒนาการนวด ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาองค์ความรู้มาตรฐานวิชาชีพนวดแผนไทยในอดีตไม่ถูกต้อง การพัฒนาการนวดไทยสู่สากลต้องมีการพัฒนาหลักสูตรให้มีมาตรฐานเดียวกัน และควรมีการพัฒนาในเรื่องภาษาสากล เพื่อการติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลความรู้กับผู้รับบริการต่างชาติ เพื่อการสอบใบประกอบวิชาชีพการนวดในต่างประเทศ ซึ่งเป็นแนวทางที่จะพัฒนาการนวดไทยสู่สากล

**6.3.7 กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2544-2547 : บทคัดย่อ)** ภูมิปัญญาชาวบ้านที่ยังคงสืบทอดของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและการเลี้ยงดูเด็ก ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังคงปฏิบัติตามภูมิปัญญาอย่างเคร่งครัด ในการคั้นน้ำมะพร้าวเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 63 ไม่ไปงานศพร้อยละ 82 หญิงหลังคลอด ไม่อยู่ไฟร้อยละ 59 กินอาหารประเภทหัวปลีเพิ่มน้ำนมร้อยละ 80 ไม่กินเป็ดเทศร้อยละ 50 ส่วนการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ยังคงปฏิบัติตามภูมิปัญญาเดิม การป้อนอาหารเสริมร้อยละ 39 พาเด็กไปครอบของร้อยละ 42

**6.3.8 สุวพล คะยอมดอก (2550 : บทคัดย่อ)** การศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทย มีวัฒนธรรมและเอกลักษณ์เฉพาะ ยังคงใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นดูแลสุขภาพของคนในชุมชนวิธีการบำบัดโรค ส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรรักษาตามอาการโรคที่ปรากฏ และใช้วิธีปรุงยาด้วยการต้ม การฝน การแช่ การรม การอบ การอบไอน้ำ การใช้สมุนไพรสด สมุนไพรแห้ง สมุนไพรแปรรูปในการบำบัดรักษา รูปแบบการดูแลรักษาจะใช้รูปแบบดั้งเดิมวิธีปฏิบัติแบบวัฒนธรรม ธรรมชาติบำบัด ในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการใช้สัญลักษณ์ในเชิงพิธีกรรม เช่น พิธีเหยา ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ ทำให้ครอบคลุมการดูแลรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกและวิญญาณ ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยคนในท้องถิ่นเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของผี เกิดจาก



ธรรมชาติของแต่ละบุคคล โดยสาเหตุสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือธรรมชาติ ที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การตรวจวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์องค์ความรู้ในการดูแลรักษาเป็นเวชกรรมชาติพันธุ์ ด้วยเหตุนี้หมอพื้นบ้านผู้ไทยจึงยังคงมีบทบาทในการดูแลรักษาช่วยเหลืออยู่ในชุมชน

สรุปได้ว่า ภูมิปัญญา เกิดจากการสังสมองค์ความรู้ของบรรพบุรุษจากประสบการณ์เพื่อความอยู่รอด การผสมผสานของกลุ่มชาติพันธุ์และสภาพแวดล้อมมานานนับพันปี การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาหนึ่งใน 9 สาขา จากการจัดของสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.2549 เป็นทฤษฎีทางภูมิปัญญารูปแบบหนึ่ง ของการแพทย์เชิงวัฒนธรรม ที่มีฐานความคิดมาจากภูมิปัญญาพื้นบ้าน เป็นการแพทย์หลายมิติที่ผสมผสานความรู้ในเรื่องมนุษย์และโลกชีวิตเข้าด้วยกัน โดยอาศัยวัฒนธรรมเป็นรากฐานของการพัฒนามีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การแพทย์แผนไทยยังคงมีบทบาทในสังคมไทย โดยเฉพาะในชาติพันธุ์ที่เป็นกลุ่มเล็กหรือในพื้นที่บางแห่ง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยหรือหมู่บ้านที่อยู่กันแบบเครือญาติ ซึ่งยังมีการดำเนินชีวิตตามภูมิปัญญาดั้งเดิม ไม่ว่าจะเป็นการประกอบพิธีกรรมเหยาของกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทย โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของผี หรือกรณีที่ถูกตั้งครุกรรมนิยมน้ำมะพร้าวเพื่อให้คลอดง่าย หรือกรณีการรับประทานหัวปลีของหญิงหลังคลอด เพื่อเพิ่มน้ำนมให้แก่บุตรของตนเอง เป็นต้น และแม้ภูมิปัญญาจะยังคงมีการบทบาทอยู่ในสังคมไทย แต่ภูมิปัญญาหลายด้านได้มีการปรับและลดบทบาทลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการในอดีต เช่น การถ่ายทอดภูมิปัญญาอยู่ในวงจำกัดเฉพาะญาติมิตร การพัฒนาองค์ความรู้ที่ไม่ได้มาตรฐานสากล ทรัพยากรธรรมชาติ คือพืชสมุนไพร กำลังจะสูญพันธุ์จากการบุกรุกทำลายป่า อย่างไรก็ตามในขณะที่ภูมิปัญญาหลายด้านถูกลดบทบาทลงนั้น ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย กลับได้รับกระแสการยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีผลดีต่อสุขภาพทั้งใจและกาย

#### 6.4 การนวด

6.4.1 วิจัย อิงพิณพงษ์ (ไม่ระบุ พ.ศ.) ได้รายงานวิจัย เรื่อง ผลของการนวดไทยต่อระบบไหลเวียนโลหิต โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ การนวดแผนไทยมากกว่าการนวดแบบตะวันตก กล่าวคือ กลุ่มที่พอใจการนวดแผนไทยมีร้อยละ 72.9 นวด ตะวันตกมีร้อยละ 27.1

6.4.2 สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ และคณะ (2530) ได้ศึกษาเรื่อง ทักษะของผู้รับบริการ/ญาติและผู้ให้บริการในสถานบริการของรัฐ เกี่ยวกับการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการของรัฐ พบว่าร้อยละ 96.0 ของผู้ป่วย และร้อยละ 80 ของญาติที่มาใช้บริการ และร้อยละ 84 ของเจ้าหน้าที่รัฐในสถานบริการสาธารณสุข มีความเห็นด้วยต่อการนำการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการ

สาธารณสุขของรัฐ และเสนอแนะว่าควรผสมผสานหรือประยุกต์การนวดไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกัน ร้อยละ 81 และสมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ และคณะ (อ้างในกมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546) ยังพบอีกว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความเชื่อว่าหลังการนวดอาการจะดีขึ้น แต่อีกส่วนหนึ่งอาศัยยาแก้ปวดโดยการซื้อหามาเอง

**6.4.3 ประโยชน์ บุญสินสุข และคณะ (2530)** ศึกษาเรื่องการใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อต่อ ศึกษาในผู้ป่วยใน ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดศีรษะ อาการปวดจากการยึดติดของพังผืด พบว่าอาการปวดลดลงหรือหายไปในกลุ่มปวดศีรษะ และคอ ร้อยละ 90 การนวดสามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อไหล่ กล้ามเนื้อหลัง และอาการปวดเข่า ร้อยละ 90,87 และ 85 ตามลำดับ

**6.4.4 อภิศักดิ์ เหลืองเวชการ และคณะ (2535 อ้างในชวน อะโนศรี 2546)** ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบัน พบว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นว่าการแพทย์แผนไทยมีประโยชน์เห็นควรมีการพัฒนาต่อไป ซึ่งจากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การบริการด้านการแพทย์แผนไทย สามารถรองรับและแบ่งเบาการบริการของแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**6.4.5 บุญมาศ สินธุประภา และจรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (2535 : อ้างในชวน อะโนศรี 2546)** ศึกษาเรื่อง แพทย์แผนไทยในทัศนคติของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ โดยเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่ภาคเหนือ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบันมีความเข้าใจในการแพทย์แผนไทยว่าเป็นการบำบัดรักษาโรค โดยใช้ยาสมุนไพร และมีความสนใจที่จะศึกษาเรียนรู้ มีการยอมรับยาสมุนไพรมากที่สุด รองลงมาคือหมอนวดจับเส้น และหมอดำยา ตามลำดับ

**6.4.6 เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ (2537)** ศึกษาผลการประยุกต์นวดแผนไทยแบบราชสำนัก เข้ากับคลินิกแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดปราจีนบุรี พบว่าผลการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยวิธีการนวดแบบราชสำนัก ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ร้อยละ 60.16 มีอาการดีขึ้นร้อยละ 28.90 และไม่ดีขึ้นเลยร้อยละ 10.86

**6.4.7 จิมรี แก้วงาม (2538 : อ้างใน กมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546)** ได้ศึกษาการรักษาโรคอัมพาตของแพทย์แผนโบราณในเขตจังหวัดสงขลา พบว่าการแพทย์แผนโบราณใช้การรักษาโดยการนวดตามอวัยวะผสมผสานกับการรักษาแผนปัจจุบันและการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นที่นิยมของผู้รับบริการ เนื่องจากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน จากการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และการคมนาคมไม่สะดวก

**6.4.8 รัตติยา อินเดหว่า และวีระชัย สิงหนิยม (2539)** ศึกษา เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบผลเทียบพลังของการนวดแผนไทย และการนวดสากลต่อระดับความรู้อาการเมื่อยล้าและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พบว่าการนวดไทยและการนวดสากล ให้ผลในการลดอาการเมื่อยล้าได้เช่นเดียวกัน แต่การนวดไทยใช้เทคนิคน้อยกว่า กระทำได้ง่ายกว่า และผู้ถูกทดสอบเหนื่อยน้อยกว่า

**6.4.9 อุไร นิโรธนันท์ (2539 : อ้างในเพ็ญประภา หวานคำ 2542)** ศึกษาเรื่องผลการนวดต่อความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด ได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทานตามเวลา ตามแผนการรักษาที่ได้รับไว้รักษาและบรรเทาอาการของโรคมะเร็งที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่าระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้ปวด ที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการนวด

**6.4.10 สุชาวดี สุทธิชนะนิง (2542)** ศึกษา เรื่องปัจจัยอิทธิพลต่อผู้บริโภครชาวไทยในการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยส่วนผสมทางการตลาดของธุรกิจที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภค ด้านบุคลากรและด้านบริการ ส่วนใหญ่พนักงานมีประสบการณ์ชำนาญ ให้ความสนใจต่อลูกค้า ด้านเครื่องมือที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการ ได้แก่ ด้านเสื้อผ้าที่สะอาด ด้านสถานที่สะอาดสบาย ด้านราคาดีด้านสื่อโฆษณา

**6.4.11 ลัดดา ยินศิริ (2542 : อ้างในพิมพ์ภักดี แหล่งสนาม 2545)** ศึกษาโครงการฝึกอาชีพแรงงานในภูมิภาค เพื่อบรรเทาปัญหาการว่างงานที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่านอกจากความต้องการมีงานทำแล้ว ผู้เข้ารับการฝึกอาชีพต้องการฝึกเพื่อนำไปใช้เป็นอาชีพเสริม

**6.4.12 วิชัย อิงพิณิพงษ์ และนิทราม มนต์รี (2542 : อ้างใน นาดฤดี มณีเนตร 2549)** ได้ศึกษาเรื่อง ผลทางสรีรวิทยาเบื้องต้น ของการนวดเท้าแบบประยุกต์ ของคนปกติที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่าการนวดเป็นการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย ไม่มีผลกระทบร้ายแรงต่อสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย) ช่วยเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือด และความยืดหยุ่นตัวของร่างกาย

**6.4.13 กุสุมา ศรียาภูถ (2543)** ศึกษา รูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวดอบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า

1) ภาพรวมของรูปแบบการให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นรูปแบบการให้บริการที่เป็นลักษณะผสมผสานครบวงจร สามารถเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน และมีมาตรฐานเป็นต้นแบบตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

2) *องค์ประกอบของรูปแบบ* จะต้องเน้นการให้บริการที่ไม่ยุ่งยาก มีมาตรฐานทางวิชาการ ต้นทุนต่ำ มีประสิทธิภาพ การให้บริการต้องครบ คือ นวดไทย อบสมุนไพร และประคบสมุนไพร เปิดบริการให้สอดคล้องกับเวลาของผู้รับบริการ โดยสถานที่ คุณภาพการให้บริการ ความปลอดภัยเป็นหัวใจสำคัญ ทั้งนี้ยังพบอีกว่าความต้องการรูปแบบการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ การนวดไทย (แผนโบราณ) ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพร ร้อยละ 54.4 และ 37.8 ตามลำดับ

6.4.14 *สุทิศา ปลื้มปิติวิริยะเดช และเสาวภา พรศิริพงษ์* (2543 : อ้างในเพ็ญภาทรพย์เจริญ 2546) ศึกษา การนวดพื้นบ้านอีสานในเชิงกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พบว่าหมอนวดพื้นบ้านให้ความสำคัญกับ เส้น

6.4.15 *สนั่น ขวัญเกื้อ* (2544 : อ้างใน พิมพ์ภักดิ์ แหล่งสนาม 2545) ศึกษาการนำความรู้การฝึกอบรม ไปใช้ประโยชน์เพื่อตนเองและครอบครัว กรณีศึกษาประชาชนเขตสายไหม กรุงเทพฯ พบว่า ประชากรตัดสินใจเลือกสาขาอาชีพเพราะเห็นว่าเป็นอาชีพที่ทำรายได้

6.4.16 *พิมพ์ภักดิ์ แหล่งสนาม* (2545) การฝึกอบรมการนวดแผนไทยกับการสร้างโอกาสทางอาชีพ (2545) พบว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรม ร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 45 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 46.7 และเข้ารับการฝึกอบรม โดยการตัดสินใจด้วยตนเอง เพราะมีความสนใจและชอบเรื่องการนวดแผนไทย รวมทั้งต้องการความรู้ไปเป็นอาชีพเสริม

6.4.17 *ไพบุลย์ คำริห์* (2545) การศึกษาหมอนวด : การนวดพื้นบ้านอีสาน พบว่าหมอนวดมีการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นต่อรุ่นเป็นการบอกเล่าต่อกันมา องค์ความรู้ของหมอนวดเชื่อว่าเส้นเอ็นทุกเส้นมีความเชื่อมโยงกันส่งผลต่อกัน ประกอบกับเส้นเน้นทางการรักษาอาการมากกว่าเพื่อสุขภาพ แต่การสืบทอดไม่ค่อยได้รับความสนใจอาจสูญหายได้

6.4.18 *ศักดิ์ชัย จันทร์สงเคราะห์* (2545) ศึกษา เรื่อง การศึกษาการรักษาโรคด้วยวิธีนวดของหมอนวดพื้นบ้านในจังหวัดสงขลา พบว่าหมอนวดมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่รักษาด้วยวิธีนวดสามารถบอกอาการ สาเหตุของการเกิดโรคได้ และบอกถึงวิธีการรักษาได้จำนวน 47 โรค

6.4.19 *ชวน อะโนศรี* (2546) ใ้ศึกษา การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการนวดไทยกรณีศึกษา : บ้านสะอาดศรี หมู่ที่ 9 ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์” พบว่าหลังจากร่วมกับประชาชนในการแก้ไขปัญหาคความปวดเมื่อย โดยฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการนวดไทยและวิธีป้องกันตนเองจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแก่ประชาชน ทำให้มีการใช้วิธีการป้องกันตนเองจากการปวดเมื่อยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.9 เป็นร้อยละ 80.9 และพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีการบำบัดรักษาด้วยการนวดไทยเพิ่มขึ้น จำนวนร้อยละ 9.5 เป็นร้อยละ 80.9 รวมทั้งมีการใช้ยาแก้ปวดลดลงจากร้อยละ 45.3 เป็น 7.1

6.4.20 เทวีกา เทพญา (2546) ศึกษา ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.4.21 นาดฤดี มณีเนตร (2549) ศึกษา การพัฒนาธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ กรณีศึกษาการนวดแผนไทย พบว่าพนักงานบริการนวดผ่านการฝึกอบรมจากหลักสูตรมาตรฐาน ที่กระทรวงสามารถรับรองร้อยละ 76

6.4.22 Stephenson et al. (2000) ศึกษา การนวดฝ่าเท้าต่อการลดความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด พบว่าผู้ป่วย (อายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปี) สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลง และหนึ่งในสามของผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง

จากการศึกษางานวิจัยข้างต้น พบว่าภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ได้รับความสนใจและเข้าไปมีบทบาทในการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น เห็นได้จากการนำไปผสมผสานเข้า การแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งใช้รักษาแทนการแพทย์แผนปัจจุบันในบางโรค เนื่องจากสามารถ บำบัดหรือบรรเทาอาการในผู้ป่วยให้ดีขึ้นถึงร้อยละ 90 ทั้งในผู้ป่วยทางกายกรณีโรคร้ายแรงอย่าง มะเร็ง หรือการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อธรรมดา สำหรับทางด้านจิตใจสามารถทำให้ผ่อนคลายหรือลด ความวิตกกังวลได้ และยังเป็นการสานความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในสังคม อีกทั้งมีวิธีการนวดที่ไม่ ซับซ้อน ผู้รับบริการจึงเกิดความพึงพอใจและเห็นด้วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีการนำการ นวดมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีทัศนคติที่ดีต่อการนวด และเชื่อว่าการนวด เป็นการรักษาที่ปลอดภัย ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความเข้าใจ เชื่อใน ประสิทธิภาพของการนวด จึงมีการศึกษาองค์ความรู้มากขึ้น เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปซึ่ง ต้องการเรียนรู้ ส่วนหนึ่งเพื่อดูแลตนเองในครอบครัว และอีกส่วนหนึ่งเป็นอาชีพเสริมเนื่องจาก รายได้ดี โดยในบางพื้นที่มีการเปิดการอบรม เพื่อให้ประชาชนได้ใช้วิธีการนวดในการบำบัด ความเมื่อยล้าตนเองในสังคมซึ่งปรากฏว่าได้ผล โดยประชาชนสามารถลดการใช้ยาแก้ปวดลงได้ มาก เป็นการแบ่งเบาภาระการใช้จ่าย และแบ่งเบาภาระบุคลากรทางการแพทย์

ฉะนั้น จึงสรุปในภาพรวมได้ว่า การศึกษาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญา ด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบัน การแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี จึงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานภาพ บทบาท ภูมิปัญญาด้านการนวด เนื่องจาก

สถานภาพเป็นฐานะหรือตำแหน่งที่สังคมวางกรอบให้ เพื่อกำหนดบทบาทตามโครงสร้างหน้าที่ให้  
ประพฤติกปฏิบัติหรือการแสดงออก โดยใช้ภูมิปัญญาของไทยด้านการนวดที่มีพื้นฐานมาจากความรู้  
ความเชื่อ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกิดจากการยอมรับ ความพึงพอใจของคน  
ช่วยผลักดันให้เกิดการแสดงออก ตามบทบาทที่ได้รับจากสถานภาพหรือฐานะตำแหน่งทางสังคม

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### วิธีการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
3. สร้างเครื่องมือวิจัย
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โดยการศึกษาเกี่ยวกับองค์ความรู้ เรื่อง ประวัติความเป็นมา ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับวิธีการนวดแผนไทย การจัดตั้งสถานบริการและการให้บริการของรัฐ สถานภาพและบทบาท ภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ตั้งแต่ก่อนสมัยกรุงสุโขทัยถึงปัจจุบัน

#### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 2.1 ประชากร

##### 2.1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

- 1) ผู้ให้บริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย
- 2) ผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการนวด) ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และกลุ่มงานวิจัยคลินิก สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

3) ผู้บริหารด้านการแพทย์แผนไทย หลักการและวิธีการนวดแผนไทย ทั้งที่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และกลุ่มงานอื่นในสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

## 2.2 กลุ่มตัวอย่าง

**กลุ่มที่ 1** ผู้ไปรับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดย ในปี 2550 มีผู้ไปรับบริการจำนวน 5,115 คน (20,318 ครั้ง) เป็นผู้ป่วยรายเก่า 3,856 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4 รายใหม่ 1,258 คน (ไปรับบริการน้อยกว่า 2 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 24.6 ผู้ศึกษาได้หาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของทาโร ยามานะ ดังนี้ (Yamane 1973 : 727 Online 16 มีนาคม 2552 : [http:// www.srptc.moe.go.th/ data/botte3.doc](http://www.srptc.moe.go.th/data/botte3.doc))

$$\text{สูตรยามานะ} \quad n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ  $N$  = ขนาดของประชากร (จำนวน 3,856 คน)

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$e$  = ความคลาดเคลื่อนของการกำหนดตัวอย่าง

แทนค่า  $n = \frac{3,856}{1 + 3,856(0.05)^2}$

$n = 362$  คน

โดยการเลือกสุ่มให้ตอบแบบสอบถาม ในช่วง 1-4 เดือน (มีนาคม – มิถุนายน 2552) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของตนเอง พฤติกรรมการใช้บริการ ทักษะคิด ความเชื่อ ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคการรับบริการ ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาตามทัศนคติของผู้ไปรับบริการ

**กลุ่มที่ 2** ผู้ให้บริการ โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั่วไป ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่ซักประวัติ จำนวน 3 คน ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (แพทย์แผนไทยประยุกต์หรือแพทย์อายุรเวท) จำนวน 4 คน (จากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย 2 คน จากกลุ่มงานวิจัยคลินิก 2 คน) และใช้การเลือกแบบตามสะดวก (Accidental or Convenience Sampling) จากหมอนวด จำนวน 12 คน (หมอนวดทั้งหมด 24 คน) รวมทั้งสิ้น 19 คน โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล กลุ่มตัวอย่างนี้จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป วิธีการนวด ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาท ปัจจัยองค์กรที่มีต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย บทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการ ทัศนคติผู้ให้บริการ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคตลอดจนแนวทางการพัฒนาของภูมิปัญญาการนวดแผนไทย



**กลุ่มที่ 3** ผู้บริหาร ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยการสัมภาษณ์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยคลินิก หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และหัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย รวมทั้งหมด จำนวน 4 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) มีองค์ความรู้เกี่ยวกับด้านการแพทย์แผนไทย และหลักการหรือวิธีการนวดแผนไทย ทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งมีแนวคิดในการดำเนินงานด้านนโยบาย การบริหาร วิชาการและบริการ ตลอดจนแนวทางการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทย
- 2) มีประสบการณ์ในการบริหารงานด้านการแพทย์แผนไทย และหลักการวิธีการรักษาด้วยการนวดแผนไทย
- 3) มีผลงานทางวิชาการ

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามสำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหาร

#### 3.1.1 แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ตอน

- 1) ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ และสถานภาพครอบครัว จำนวน 10 ข้อ
- 2) ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการนวดแผนไทย ของผู้รับบริการ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้แหล่งให้บริการ จำนวนครั้งที่รับบริการ ระยะเวลาที่รับบริการต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ที่ไปรับบริการ ประเภทการรับบริการ การนิยมใช้บริการกับเพศผู้ให้บริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ เวลาในการนวด การใช้บริการนวดแผนอื่นของผู้รับบริการ อาการที่ใช้บำบัดรักษาด้วยวิธีการนวด
- 3) ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้รับบริการ จำนวน 3 ข้อใหญ่ 14 ข้อย่อย ประกอบด้วย เรื่องที่เกี่ยวกับทัศนคติการนวดแผนไทย ความเชื่อเกี่ยวและเหตุผลการรับบริการ

4) ตอนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 7 ข้อใหญ่ 42 ข้อย่อย ประกอบด้วย เรื่อง คุณภาพการนัดของเจ้าหน้าที่ คุณภาพการให้บริการ อุปกรณ์ การนัด สิ่งอำนวยความสะดวก ความเหมาะสมของสถานที่ อัตราค่าบริการ การแนะนำคนรู้จักไปรับบริการ

5) ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค

6) ตอนที่ 6 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย

### 3.1.2 แบบสัมภาษณ์

#### 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ

(1) ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้บริการ จำนวน 16 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพทางอาชีพ รายได้ สถานภาพทางครอบครัว ข้อมูลประสบการณ์ก่อนเข้าทำงาน การอบรมหลักสูตรการทำงาน สวัสดิการ เหตุผลในการทำงาน การใช้ความรู้ความสามารถ

(2) ตอนที่ 2 เกี่ยวกับวิธีการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 1 ข้อ

(3) ตอนที่ 3 เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาท ตามทัศนคติของผู้ให้บริการ จำนวน 3 ข้อใหญ่ ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาและฟื้นฟู การส่งเสริมและป้องกันโรค

(4) ตอนที่ 4 ปัจจัยองค์กรที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การบริการการแพทย์แผนไทย บทบาทการให้บริการ การส่งเสริมการบริการ ความเหมาะสมของการให้บริการ งบประมาณ

(5) ตอนที่ 5 เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ หลักการปฏิบัติงาน บทบาทผู้ให้บริการ การพัฒนาศักยภาพ

(6) ตอนที่ 6 เกี่ยวกับทัศนคติผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพ ศักยภาพผู้ให้บริการ บทบาทกับความคาดหวัง ความคิดเห็นในบทบาทกับความคาดหวัง ความเห็นต่อสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทยทั้งอดีตและปัจจุบัน

(7) ตอนที่ 7 คำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา จำนวน 2 ข้อ

## 2) แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร

(1) ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้บริหาร ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และสถาบันการแพทย์แผนไทย จำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วย ชื่อ ตำแหน่ง

(2) ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับองค์ความรู้ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทยและนวดแผนไทย นโยบายและแผนด้านการนวดแผนไทย การบริหารงานการนวด วิชาการ บริการ วิธีการนวด การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทย ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย

### 3.2 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 การสร้างแบบสอบถามของผู้รับบริการ เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด สำหรับคำถามปลายปิดในแบบสอบถามตอนที่ 3 - 4 ระดับพฤติกรรม ความคิดเห็นหรือทัศนคติ และความพึงพอใจ ต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยของผู้รับบริการ กำหนดให้คะแนนตามมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) ของ Likert ซึ่งมีคำตอบ 5 ระดับ ประกอบด้วย

5 = มากที่สุด    4 = มาก    3 = ปานกลาง  
2 = น้อย    1 = น้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	4.3-5.0
มาก	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	3.3-4.2
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	2.6-3.2
น้อย	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	1.8-2.5
น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง	1.0-1.7

3.3.2 การสร้างแบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้ชำนาญการด้านการนวดแผนไทย เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

3.3.3 การสร้างแบบสัมภาษณ์ สำหรับผู้บริหาร เป็นคำถามปลายเปิด

ทั้งนี้ การสร้างแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษารายละเอียดจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย รวมทั้งคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา (ผู้ทรงคุณวุฒิ) และผู้เชี่ยวชาญ

### 3.3 การตรวจสอบเครื่องมือ

#### 3.3.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น ไปหาความตรงเชิงเนื้อหา ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หัวหน้ากลุ่มประสานการตรวจราชการ หัวหน้างานตรวจราชการเขต 17 หัวหน้างานตรวจราชการบูรณาการแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และหัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (ตามตารางตรวจสอบที่ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ) หลังจากนั้นนำคะแนนตามตารางที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ มาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item-Objective Consistency)

$$\text{โดยใช้สูตรในการคำนวณ } IOC = \frac{\sum R}{N} \text{ (ศุภมาส อังสุโชติ 2550 : 6 - 45)}$$

เมื่อ IOC แทนดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา

R แทนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

1 = แน่ใจว่าข้อความเที่ยงตรงวัตถุประสงค์และสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม

0 = ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้อง

-1 = แน่ใจว่าข้อคำถามไม่ตรงวัตถุประสงค์หรือไม่สอดคล้องระหว่างข้อคำถาม

N = แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ทั้งนี้ IOC ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปจึงจะถือว่าข้อความนั้นตรงตามประเด็นหลัก และประเด็นย่อย หรือมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นจึงปรับปรุงแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ (รายละเอียดภาคผนวก)

#### 3.3.2 ทดลองใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

นำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับ ผู้รับบริการนวด และผู้ให้บริการนวดที่โรงพยาบาลพัทลุง กลุ่มละ จำนวน 10 และ 5 คนตามลำดับ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แต่มีความคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามและแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง

## 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้ศึกษา ขอหนังสือรับรองการเป็นนักศึกษา จากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา สาขาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ความอนุเคราะห์ ในการอำนวยความสะดวกของการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และตอบข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ทั้งผู้ให้บริการและผู้บริหาร ตลอดจนขออนุญาตเข้าถึงเหตุการณ์ในการให้บริการการนวดแผนไทย

4.2 การลงมือเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ระหว่างเดือน มีนาคม - มิถุนายน 2551 และการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ไปรับบริการจำนวน 338 คน อายุระหว่าง 18 - 70 ปี ผู้ให้บริการ 19 คนและผู้บริหาร จำนวน 4 คน อายุระหว่าง 25 - 58 ปี ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และกลุ่มงานอื่นในสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม - 20 มิถุนายน 2551 โดยสามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ 338 ชุด จากทั้งหมด 370 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.35 แต่เมื่อคำนวณเทียบจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามสูตรของยามานะ ซึ่งคำนวณได้ 362 คน จะพบว่าสามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ร้อยละ 93.5 จากเกณฑ์ที่กำหนดว่าต้องเก็บรวบรวมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างจึงจะน่าเชื่อถือ และสามารถเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์ได้ทั้งหมด 23 ชุด จากผู้ให้บริการและผู้บริหาร

### 4.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

4.3.1 แบบสอบถาม ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ตรวจสอบความถูกต้องของคำถามแต่ละข้อคำถามเพื่อให้ได้คำตอบครบถ้วน รวมทั้งได้ตรวจสอบความสอดคล้องกับคำตอบในข้ออื่น กรณีที่ยังไม่ได้รับคำตอบครบถ้วนผู้วิจัยได้ติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ หรือนัดหมายผู้รับบริการไปพบที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย เพื่อสอบถามอีกครั้ง

4.3.2 แบบสัมภาษณ์ ได้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อหาค่าของความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูล ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation Method) และใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านระเบียบวิธี (Methodological Triangulation) จากการรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆหลายวิธี ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าไปคลุกคลีในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2551 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือและถูกต้องก่อนรวบรวมเข้าสู่ขบวนการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้อธิบายผล

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

### 5.1 วิเคราะห์ข้อมูล

**5.1.1 จากแบบสอบถาม** โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้ไปรับบริการ โดยใช้ระเบียบวิธีสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ตามข้อมูลและวิเคราะห์เชิงพรรณนา ก่อนประมวลสรุปผลการวิเคราะห์

**5.1.2 จากแบบสัมภาษณ์** การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและสัมภาษณ์ผู้บริหาร วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ด้วยการจัดระบบข้อมูล แยกประเภทข้อมูลตามประเด็นกรอบแนวคิดที่กำหนด ทั้งจากเอกสารและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วนำมาประมวลวิเคราะห์เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในรูปการพรรณนา

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่อง สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี เป็นการวิเคราะห์ที่ได้จากการศึกษาเอกสาร การสอบถามกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 338 ราย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 19 ราย และสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกลุ่มผู้บริหาร ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 4 ราย โดยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

#### ตอนที่ 1. สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1.1 กลุ่มผู้รับบริการ
- 1.2 กลุ่มผู้ให้บริการ
- 1.3 กลุ่มผู้บริหาร

#### ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

- 2.1 ประวัติความเป็นมา ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทย และการจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ
- 2.2 สถานภาพและบทบาท ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
- 2.3 แนวทางในการพัฒนา สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ

### ตอนที่ 3 ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ ประกอบด้วย

3.1 ประวัติความเป็นมา ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทย และการจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

3.2 สถานภาพและบทบาท ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

3.3 แนวทางในการพัฒนา สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ

### ตอนที่ 1. สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 กลุ่มผู้รับบริการ โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับผู้รับบริการ ดังนี้

1.1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ของผู้รับบริการ

1.1.2 พฤติกรรม การใช้บริการ

1.1.3 ทศนคติ ของผู้รับบริการ

1.1.4 ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ

1.1.5 ปัญหาอุปสรรค ในการใช้บริการ

1.1.6 ความคาดหวังและข้อเสนอแนะ ของผู้รับบริการและแนวทางการพัฒนา

1.2 กลุ่มผู้ให้บริการ โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ดังนี้

1.2.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ของผู้ให้บริการ

1.2.2 วิธีการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

1.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาท ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

1.2.4 ปัจจัยองค์กร ที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย

1.2.5 สถานภาพและบทบาทหน้าที่ ผู้ให้บริการ

1.2.6 ทศนคติ ผู้ให้บริการ

1.2.7 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนา สถานภาพและบทบาทของ

ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย



### 1.3 กลุ่มผู้บริหาร โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับผู้บริหาร ดังนี้

#### 1.3.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้บริหาร

#### 1.3.2 ประวัติความเป็นมาของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

1.3.3 วิธีการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.3.4 การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ และของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

#### 1.3.5 การดำเนินงาน ในสถานบริการของรัฐ

1) นโยบายหลักด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) การบริหารงานการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3) วิชาการการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

4) การให้บริการ ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.3.6 ความแตกต่างของสถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ระหว่างอดีตกับปัจจุบัน

#### 1.3.7 ปัญหาอุปสรรค ตั้งแต่อดีต - ปัจจุบัน

1.3.8 แนวทางในการพัฒนา สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 กลุ่มผู้รับบริการ โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับผู้รับบริการดังนี้

1.1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้รับบริการ

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้รับบริการ

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	- หญิง	246	72.8
	- ชาย	92	27.2
อายุ	- อายุ 18 – 30 ปี	19	5.6
	- 31 – 40 ปี	79	23.4
	- 41 – 60 ปี	183	54.1
	- มากกว่า 60 ปี	57	16.9
	$\bar{x} = 48.11$ SD.11.585 Max =70 Min =18		
การศึกษา	- ต่ำกว่าปริญญาตรี	75	22.2
	- ปริญญาตรี	169	50.0
	- ปริญญาโท	89	26.3
	- ปริญญาเอก	5	1.5
สถานภาพ	- โสด	119	35.2
การสมรส	- สมรส	201	59.5
	- หม้าย	18	5.3
อาชีพ	- ข้าราชการ	166	49.1
	- รัฐวิสาหกิจ / เอกชน	75	22.2
	- ธุรกิจส่วนตัวและอื่นๆ (แม่บ้าน, เกษตร)	97	28.7
รายได้ต่อเดือน	- ต่ำกว่า 10,000 บาท	11	3.3
	- 10,001 – 30,000 บาท	216	63.9
	- 30,001 ขึ้นไป	111	32.8
	$\bar{x} = 26,963.40$ SD.11.717 Max =80,000 Min =2,000		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ	- แข็งแรง	145	42.9
	- ไม่แข็งแรง	193	57.1
ความนิยมในการ รับบริการ	- แพทย์แผนไทย (การนวด อบ ประคบ ยาสมุนไพร)	179	53.0
	- แพทย์แผนไทย ๗ ควบคู่กับแผนปัจจุบัน	141	42.0
	- แพทย์แผนปัจจุบัน	18	5.0
ความรู้เกี่ยวกับ การนวด	- รู้มาก่อน	225	66.6
	- ไม่รู้	113	33.4
แหล่งที่ทำให้ความรู้ เกี่ยวกับการนวด (ตอบมากกว่า 1)	- จากคำบอกเล่า	203	61.1
	- จากการอ่านหนังสือ	186	55.0
	- จากอินเทอร์เน็ต และอื่น ๆ	34	10.1

N = 338

จากตารางที่ 4.1 พบว่า

- 1) เพศผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 72.8 เป็นเพศชาย เพียงร้อยละ 27.2
- 2) อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 54.1 รองลงมาคืออายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 23.4 อายุมากกว่า 60 ร้อยละ 16.9 และอายุระหว่าง 18 – 30 ปี ร้อยละ 5.6 โดยมีอายุสูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 18 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.11 ปี
- 3) การศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นปริญญาโทร้อยละ 26.3 ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 22.2 และปริญญาเอก ร้อยละ 1.5
- 4) สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 59.5 รองลงมา มีสถานภาพโสดร้อยละ 35.2 และหม้ายร้อยละ 5.3

5) อาชีพ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการร้อยละ 49.1 รองลงมาเป็นอาชีพธุรกิจส่วนตัวและอื่นๆ ร้อยละ 28.7 นอกจากนั้นเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจรวมทั้งพนักงานเอกชนร้อยละ 22.2

6) รายได้ต่อเดือน มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 63.9 รองลงมามีรายได้ 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 32.8 ส่วนต่ำกว่า 10,000 บาท มีร้อยละ 3.3 สำหรับรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 26,963.40 บาท โดยมีรายได้สูงสุดเท่ากับ 80,000 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 2,000 บาท

7) ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 57.1 โดยป่วยเป็นโรคปวดไหล่ บ่า คอ ปวดเอว ฯ และมีสุขภาพแข็งแรงร้อยละ 42.9

8) ความนิยมในการขอรับบริการบำบัดรักษาอาการป่วยของโรค ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการแพทย์แผนไทย โดยการนวด อบ ประคบ ยาสมุนไพร ร้อยละ 53 รองลงมานิยมใช้แพทย์แผนไทยควบคู่กับแผนปัจจุบัน ร้อยละ 42 และนิยมใช้แพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 5

9) ความรู้เกี่ยวกับการนวด พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้มาก่อนร้อยละ 66.6 และไม่รู้มาก่อนร้อยละ 33.4

10) แหล่งที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการนวด พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้มาจากหลายแหล่งแต่แหล่งที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการนวดมาก คือ จากคำบอกเล่าร้อยละ 61.1 รองลงมาได้จากการอ่านหนังสือร้อยละ 55 และได้จากอินเทอร์เน็ตและอื่นๆ ร้อยละ 10.1

สรุปว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 72.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 54.1 สูงสุด 70 ปี ต่ำสุด 18 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 ปริญญาโท ร้อยละ 26.3 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 59.5 สำหรับอาชีพเป็นข้าราชการร้อยละ 49.1 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 63.9 และมีสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 57.1 โดยป่วยเป็นโรคปวดตามร่างกาย ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการแพทย์แผนไทย มากกว่าแพทย์แผนไทยควบคู่กับแผนปัจจุบัน หรือแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 53 ,42 และ 5 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการนวดมาก่อนร้อยละ 66.6 โดยมีความรู้จากคำบอกเล่าถึงร้อยละ 61.1

## 1.2 ผู้ให้บริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกผู้ให้บริการ จากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือแพทย์อายุรเวชและหมอนวด) โดยมีรายชื่อ ดังนี้

## 1) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์

(1) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์คนที่ 1 นางสาวรัชนิกร ทองสุก  
สัมภาษณ์วันที่ 21 เมษายน 2551

(2) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์คนที่ 2 นางสาวยุพดี อ้วยโฮม  
สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2551

(3) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์คนที่ 3 นางสาวนารีรัตน์ โกมาสถิตย์  
สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2551

## 2) แพทย์อายุรเวท

(1) แพทย์อายุรเวทคนที่ 1 นายจิระมิตร จันทรท่าโล  
สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2551

(2) แพทย์อายุรเวทคนที่ 2 นายสมชาย ช้างแก้วมณี  
สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน 2551

(3) แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 นายปิยะพงษ์ พุกะนัดด์  
สัมภาษณ์วันที่ 30 เมษายน 2551

(4) แพทย์อายุรเวทคนที่ 4 นางสาวพรรณนภา เหมือนผึ้ง  
สัมภาษณ์วันที่ 30 เมษายน 2551

## 3) หมอนวด

(1) หมอนวดคนที่ 1 นายสมชาย มิ่งขุนทด  
สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2551

(2) หมอนวดคนที่ 2 นายรัชพล โอภาสปรกรณ์  
สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2551

(3) หมอนวดคนที่ 3 นายสมชาย ศรีสูงเนิน  
สัมภาษณ์วันที่ 19 เมษายน 2551

(4) หมอนวดคนที่ 4 นางฐิติรัตน์ จิรศักดิ์วุฒิ  
สัมภาษณ์วันที่ 19 เมษายน 2551

(5) หมอนวดคนที่ 5 นางสาวกนกพร สามัญ  
สัมภาษณ์วันที่ 19 เมษายน 2551

(6) หมอนวดคนที่ 6 นางเขมณา ผานิตร์ตนากร  
สัมภาษณ์วันที่ 21 เมษายน 2551

(7) หมอนวดคนที่ 7	นางประพิมพร	เฟื่องฟูง
สัมภาษณ์วันที่ 22 เมษายน 2551		
(8) หมอนวดคนที่ 8	นางภัทรา	พนาโรจน์วงศ์
สัมภาษณ์วันที่ 22 เมษายน 2551		
(9) หมอนวดคนที่ 9	นางดวงใจ	สิทธิจันทร์
สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2551		
(10) หมอนวดคนที่ 10	นายนิคม	เสนทอง
สัมภาษณ์วันที่ 23 เมษายน 2551		
(11) หมอนวดคนที่ 11	นายนิคม	ประสิทธิ์กุล
สัมภาษณ์วันที่ 25 เมษายน 2551		
(12) หมอนวดคนที่ 12	นางสาวประพัศสร	วรรณทอง
สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน 2551		

### 1.2.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้บริการ

ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้บริการ

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	- หญิง (เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ 3 คน แพทย์อายุรเวท 1 คน หมอนวด 7 คน)	11	57.9
	- ชาย (แพทย์อายุรเวท 3 คน หมอนวด 5 คน)	8	42.1
อายุ	25 – 34 ปี	10	52.6
	35 – 44 ปี	4	21.1
	45 – 54 ปี	4	21.1
	55 ปีขึ้นไป	1	5.2
	$\bar{x} = 41.3$ ปี Max= 58 Min = 25		
การศึกษา	- ต่ำกว่าปริญญาตรี	9	47.4
	- ปริญญาตรี	9	47.4
	- ปริญญาโท	1	5.2
อาชีพ	- ข้าราชการ (รวมพนักงานของรัฐ)	7	36.8
	- หมอนวด	12	63.2

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน	5,000 – 10,000 บาท	12	63.2
	- 10,000 บาท ขึ้นไป	7	36.8
$\bar{x} = 7,167$ Max = 15,000 Min = 5,000			
สถานะในครอบครัว	- หัวหน้าครอบครัว	10	52.6
	- เป็นผู้อยู่อาศัย	5	26.3
	- อื่น ๆ (อยู่คนเดียว)	4	21.1
ระยะเวลาการทำงาน	- 1- 3 ปี	9	47.4
ในศูนย์ส่งเสริม	- 3 – 5 ปี	6	31.6
สุขภาพฯ	- 5 ปี ขึ้นไป	4	21.0
ประสบการณ์ทำงาน	- เคยทำงานที่อื่นมาก่อน.	11	57.9
	- ไม่เคยทำมาก่อน	8	42.1
การได้รับการอบรม	- หลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข 800 ชม.	8	42.0
หลักสูตรการนวด	- หลักสูตรของมูลนิธิอื่น ๆ 372 ชม.	4	21.1
แผนไทย	- อื่น ๆ (จากสถาบันการศึกษา)	4	21.1
	- ไม่เคยผ่านการอบรม	3	15.8
ภูมิถิ่นกำเนิด	- ภาคเหนือ	2	10.5
	- ภาคกลาง	9	47.4
	- ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	26.3
	- ภาคตะวันออก	2	10.5
	- ภาคใต้	1	5.3
ระยะเวลาในการ	- 6 – 8 ชม.	12	63.2
ทำงานต่อวัน	- มากกว่า 8 ชม.	7	36.8
สวัสดิการที่ได้รับ	- ชุดแต่งกาย (เฉพาะเสื้อ)	14	73.7
	- อื่น ๆ (โบนัส)	2	10.5
	- ไม่ได้รับ	3	15.8

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการ	- ต้องการ (บรรจุเป็นข้าราชการ /	19	100
สวัสดิการเพิ่มขึ้น	ลูกจ้างประจำ,เพิ่มค่าแรง,เพิ่มเงินเดือน)		
	- เพียงพอแล้ว	-	-
เหตุผลหลักในการเข้า	- รายได้มั่นคง	7	36.8
ไปทำงานที่	- ใกล้บ้าน	5	26.3
ศูนย์ส่งเสริม ฯ	- อื่นๆ (ต้องการประสบการณ์,ทำทนาย	6	31.6
	ความสามารถ,ต้องการเรียนรู้)		
	- รายได้ดี	1	5.3
การใช้ความรู้	- ให้บริการนวดตามบ้าน	5	26.3
ความสามารถ	- ให้บริการญาติมิตร	4	21.1
	- สอนแก่ผู้สนใจ	2	10.5
	- ไม่ได้ทำอะไรนอกเหนือจากให้บริการที่	8	42.1
	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ฯ		

N = 19

จากตารางที่ 4.5 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้บริการพบว่า

- 1) เพศ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.9 และเป็นเพศชายร้อยละ 42.1
- 2) อายุ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25 – 34 ปี ร้อยละ 52.6 รองลงมาคืออายุเท่ากันระหว่าง 35 - 44 ปี และระหว่าง 45 – 54 ปี คือร้อยละ 21.1 นอกจากนี้มีอายุ 55 ปีขึ้นไปร้อยละ 5.2 โดยผู้ให้บริการที่มีอายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 58 ปี ส่วนอายุเฉลี่ย 41.3 ปี
- 3) การศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาดำกว่าระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาตรีในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 47.4 และมีการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 5.2
- 4) อาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นหมอนวด ร้อยละ 63.2 และเป็นข้าราชการ (รวมพนักงานของรัฐ) ร้อยละ 36.8



5) รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 63.2 รองลงมามีรายได้เท่ากับ 10,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 36.8 โดยมีรายได้สูงสุดเท่ากับ 15,000 บาท ต่ำสุดเท่ากับ 5,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,167 บาท

6) สถานะในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 52.6 รองลงมาเป็นผู้อยู่อาศัย ร้อยละ 26.3 และมีสถานะอื่นๆ (อยู่คนเดียว) ร้อยละ 21.1

7) ระยะเวลาในการทำงาน ในสถานบริการปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการทำงานอยู่ระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 47.4 รองลงมามีระยะเวลาการทำงานระหว่าง 3 – 5 ปี ร้อยละ 31.6 และมีระยะเวลาการทำงาน 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 21.0

8) ประสบการณ์ในสถานบริการ ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ทำงานที่อื่นมาก่อน ร้อยละ 57.9 และไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานมาก่อนร้อยละ 42.1

9) การได้รับการอบรมในหลักสูตรการนวดแผนไทย พบว่าส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข 800 ชม. มาก่อนร้อยละ 42 รองลงมาเคยผ่านการอบรมหลักสูตรของมูลนิธิหรือสมาคมอื่นๆ 372 ชม. ร้อยละ 21.1 นอกจากนี้เคยผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ เช่น จากสถาบันการศึกษา ร้อยละ 21.1 และไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการนวดใดๆเลย ร้อยละ 15.8 (เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์)

10) ภูมิลำเนา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง ร้อยละ 47.4 รองลงมามีภูมิลำเนาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26.3 และมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้เพียง ร้อยละ 5.3

11) ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน พบว่า ส่วนใหญ่ทำงานเป็นเวลา 6 – 8 ชั่วโมง ร้อยละ 63.2 และทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 36.8

12) สวัสดิการที่ได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับชุดแต่งกาย (เฉพาะเสื้อ) ร้อยละ 73.7 และได้รับสวัสดิการอื่น เช่น โบนัส ร้อยละ 10.5 ส่วนที่ไม่ได้รับสวัสดิการใดๆเลย ร้อยละ 15.8

13) ความต้องการสวัสดิการเพิ่มขึ้น พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความต้องการสวัสดิการเพิ่มขึ้นโดยการบรรจุเป็นข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ และการเพิ่มค่าแรง,เพิ่มเงินเดือนร้อยละ 100

14) เหตุผลหลักที่ไปทำงานในสถานบริการปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเนื่องมาจากมีรายได้มั่นคง ร้อยละ 36.8 รองลงมาเพื่อต้องการประสบการณ์และเรียนรู้ร้อยละ 31.6 อยู่ใกล้บ้านร้อยละ 26.3 และคิดว่ารายได้ดี ร้อยละ 5.3

15) การใช้ความรู้ความสามารถด้านการนวด นอกเหนือจากให้บริการที่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการนวดที่ใดๆเลย ร้อยละ 42.1 รองลงมาให้บริการนวดตามบ้าน ร้อยละ 26.3 ให้บริการญาติมิตรร้อยละ 21.1 และมีการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้สนใจ ร้อยละ 10.5

สรุปว่า ผู้ให้บริการ (ประชาสัมพันธ์ แพทย์อายุรเวท และหมอนวด) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.9 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25 – 34 ปี ร้อยละ 52.6 การศึกษาดำรงปริญญาตรีและปริญญาตรีในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 47.4 มีอาชีพเป็นหมอนวดมากกว่าอาชีพอื่น ร้อยละ 63.2 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทถึงร้อยละ 63.2 และเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 52.6 ระยะเวลาการทำงานในสถานบริการปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 3 ปี มีประสบการณ์ทำงานที่อื่นมาก่อนร้อยละ 57.9 และเคยผ่านการอบรมในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข 800 ชั่วโมง มาก่อนร้อยละ 42.1 ในขณะที่ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเลย ร้อยละ 15.8 (เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์) ภูมิลำเนาผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางร้อยละ 47.4 ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน ส่วนใหญ่ทำงานเป็นเวลา 6 – 8 ชั่วโมง ร้อยละ 63.2 สวัสดิการที่ได้รับเกี่ยวกับชุดแต่งกาย (เฉพาะเสื้อ) ร้อยละ 73.7 และได้รับสวัสดิการอื่น เช่น โบนัส เพียงร้อยละ 10.5 และไม่ได้รับสวัสดิการใดๆ เลย ร้อยละ 15.8 ผู้ให้บริการมีความต้องการสวัสดิการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100 ทั้งนี้เหตุผลหลักที่ทำงานในสถานบริการปัจจุบัน เนื่องมาจากเห็นว่ามียาได้มั่นคงกว่าภาคเอกชน ร้อยละ 36.8 นอกนั้นต้องการประสบการณ์และอยู่ใกล้บ้าน อีกทั้ง ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ความรู้ ความสามารถในด้านการนวดไปใช้ประโยชน์ใดๆเลย นอกจากการให้บริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ร้อยละ 42.1 ในขณะที่ให้บริการนวดตามบ้าน ร้อยละ 26.3 และให้บริการญาติมิตรร้อยละ 21.1 ตลอดจนมีการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้สนใจ เพียงร้อยละ 10.5

### 1.3 กลุ่มผู้บริหาร

โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับรายชื่อและประวัติผู้บริหาร ดังนี้

1) นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย สัมภาษณ์วันที่ 6 พฤษภาคม 2551

2) ดร.ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยคลินิก สัมภาษณ์วันที่ 9 พฤษภาคม 2551

3) นางศุภวรรณ พันธุ์บุรณะ หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนานุเคราะห์ด้านการแพทย์แผนไทย สัมภาษณ์วันที่ 10 มิถุนายน 2551

4) นางรัชณี ราษฎร์จำเริญสุข หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สัมภาษณ์วันที่ 12 พฤษภาคม 2551

โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับภูมิหลังข้อมูลผู้บริหารดังนี้

1) นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

(1) การศึกษา

ก. พ.ศ. 2529 หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ข. พ.ศ. 2532 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข

มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช

ค. พ.ศ. 2533 ประกาศนียบัตรบัณฑิตวิทยาศาสตร์การแพทย์บัณฑิต

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ง. พ.ศ. 2535 วุฒิบัตรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขากุมารเวชกรรม ศิริราช

มหาวิทยาลัยมหิดล

จ. พ.ศ. 2545 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต นิติศาสตร์

(2) ประวัติการทำงาน

ก. พ.ศ. 2538 – 2540 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังโป่ง

จังหวัดเพชรบูรณ์

ข. พ.ศ. 2540 - 2543 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพะยูน , โรงพยาบาล

ป่าบอน จังหวัดพัทลุง

ค. พ.ศ. 2543 – 2544 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ง. พ.ศ. 2544 – ปัจจุบัน ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) ดร.ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยคลินิก สถาบันการแพทย์

แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(1) การศึกษา

ก. พ.ศ. 2534 ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก  
วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ ฯ

ข. พ.ศ. 2542 ระดับปริญญาโท สาขาการศึกษา เอกสุขศึกษา จาก  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

ค. พ.ศ. 2550 ปริญญาเอกวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(2) ประวัติการทำงาน

ก. พ.ศ. 2534 – 2538 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

ข. พ.ศ.2538 – 2546 กลุ่มงานวิชาการ สถาบันการแพทย์แผนไทย

ค. พ.ศ.2546 – ปัจจุบัน หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยคลินิก สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3) นางศุภวรรณ พันธุ์บุรณะ หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(1) การศึกษา

ก. พ.ศ.2524 หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ข. พ.ศ.2535 หลักสูตรมหาบัณฑิต สาขาศิลปศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

(2) ประวัติการทำงาน

ก. พ.ศ.2524 – 2532 สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

ข. พ.ศ.2532 – 2535 นักวิชาการสาธารณสุข ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ค. พ.ศ. 2535 – 2545 นักวิชาการสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ง. พ.ศ.2546 – ปัจจุบัน หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

4) นางรัชณี ราษฎร์จำเริญสุข หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

(1) การศึกษา

ก. พ.ศ.2527 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี

ข. ปัจจุบัน กำลังศึกษาต่อระดับมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

(2) ประวัติการทำงาน

ก. พ.ศ.2527 – 2535 โรงพยาบาลบ้านค่าย จังหวัดระยอง (ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล)

ข. พ.ศ.2538 – 2546 กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ค. พ.ศ.2546 – 2549 กลุ่มงานวิจัยคลินิก สถาบันการแพทย์แผนไทย  
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ง. พ.ศ.2549 – ปัจจุบัน หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้ศึกษา ได้สรุปข้อมูลจากประวัติของผู้บริหารดังกล่าวข้างต้น จากการสัมภาษณ์  
แบบเจาะลึกผู้บริหารจำนวน 4 คน ได้ดังนี้ ผู้บริหารเป็นเพศชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 25 เป็นเพศ  
หญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 75 อายุระหว่าง 44 – 50 ปี เฉลี่ย 46.5 ปี การศึกษา ระดับปริญญาตรี  
(กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท) 1 คน ปริญญาโท 2 คน และปริญญาเอก 1 คน ประสบการณ์การ  
ทำงาน สูงสุด 27 ปี ต่ำสุด 17 ปี ( 27 ปี 24 ปี 22 ปี และ 17 ปี) เฉลี่ย 22.25 ปี ระยะเวลาการทำงาน  
ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และในสถาบันการแพทย์แผนไทย สูงสุด 13 ปี ต่ำสุด 5 ปี (13 ปี 7 ปี  
และ 5 ปี 2 คน) เฉลี่ย 7.5 ปี ภูมิลำเนา ภาคใต้ 1 คน ภาคกลาง 2 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 คน

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ประวัติความเป็นมาของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทย และ  
การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และการสัมภาษณ์  
แบบเจาะลึก จากผู้บริหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 2.1.1 ประวัติความเป็นมา

#### 1) จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร มีประวัติความเป็นมาดังนี้

จาก Online 23 กุมภาพันธ์ 2552 :[http://www.geocities.com/chem\\_chom/menu1.html](http://www.geocities.com/chem_chom/menu1.html) ระบุว่า “ การนวดไทยมีความเป็นมาอย่างไร ไม่มีหลักฐานที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจาก  
การสั่งสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งจนมี  
หลักการและวิธีการที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ”

จาก Online 3 ธันวาคม 2550 : [http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?name=Page\\_View&page=TMstory.html](http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?name=Page_View&page=TMstory.html) “ เชื่อกันว่ารากฐานมาจากประเทศอินเดีย  
โดยหมอชีวกโกมารภัจจ์ แพทย์ประจำราชวงศ์ศกยะและแพทย์ประจำองค์พระพุทธเจ้า เป็นผู้ริเริ่ม  
ขึ้นในสมัยพุทธกาล ซึ่งได้เผยแพร่มายังประเทศไทยเมื่อใดนั้นยังไม่ปรากฏแน่ชัด พบว่ามีการนวด  
กันเฉพาะแต่ในรั้วในวัง โดยจะนวดแต่พระเจ้าแผ่นดินหรือข้าราชการชั้นผู้ใหญ่เท่านั้น ต่อมา  
ภายหลังจึงเริ่มกระจายไปสู่บุคคลทั่วไป เนื่องจากผู้นวดดังกล่าวได้มีอายุมากขึ้นและเกษียณราชการ  
กลับไปอยู่บ้าน แล้วได้ถ่ายทอดวิชาให้แก่ลูกหลานเพื่อนบ้านใกล้เคียงสืบต่อกันมา ”

สมัยกรุงสุโขทัย การแพทย์แผนไทยมีความผูกพันกับศาสนาเป็นอย่างมาก จาก Online 5 พฤศจิกายน 2551 : <http://www.maneeradsamee.th.gs/web-m/aneeradsamee/> ระบุว่า “ พ่อขุนรามคำแหงได้ประกาศให้ศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติและการแพทย์แผนไทยได้มีความเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งกับความเชื่อทางศาสนาพุทธ ”

โดยสอดคล้องกับ วิชัย โศภวิวัฒน์ (หนังสือบูรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย 2549 : 14) กล่าวว่า “ การรักษาโดยวิธีทางพุทธศาสนาและไสยศาสตร์ รวมทั้งการรักษาแบบพื้นบ้านโดยใช้ยาสมุนไพรผสมผสานกัน...แต่ละวัดก็ยังมีพระสงฆ์ ที่มีความรู้ทางแพทย์แผนไทยเป็นผู้ดูแลรักษาชาวบ้าน...พอจะอนุมานได้ว่าคนเมื่อป่วยไข้ญาติผู้ป่วยจะไปบอกอาการแก่หมอ และหมอก็จะเป็นผู้จัดดูยาให้หรืออาจนำผู้ป่วยไปหาหมอ เมื่อได้ยามาก็จะนำผู้ป่วยไปรักษาที่บ้าน ทำให้เกิดการรักษาผู้ป่วยแบบไทย ” นอกจากนี้ ในสมัยกรุงสุโขทัยผู้คนมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นการกระทำของภูตผี อาจกล่าวได้ว่าการแพทย์แผนไทยในสมัยสุโขทัย ยังไม่เป็นระบบแบบแผน โดยการรักษาใช้สมุนไพรผสมผสานกับหลักศาสนา พบได้จากพระภิกษุที่เข้ามามีบทบาทในการรักษา

สมัยกรุงศรีอยุธยา การแพทย์ตะวันตกเริ่มเข้ามามีบทบาทในสังคมไทย จึงมีการค้นคว้าตำรามาปรับใช้ผสมผสานกับการแพทย์ตะวันตก รวมทั้งมีการจัดตั้งโรงพยาบาล แต่ด้วยความเชื่อทางปรัชญาแนวพุทธ ไสยศาสตร์ และโหราศาสตร์ จึงทำให้ไม่ได้รับความนิยม ซึ่งการแพทย์แผนไทยกลับเจริญรุ่งเรือง จนมีการตั้งกรมต่างๆรวมทั้งกรมหมอนวด พบได้จากจดหมายเหตุ (สันต์ ท. โกมลบุตร , เดอ ลาตูแบร์, จดหมายเหตุเดอลาตูแบร์ ฉบับสมบูรณ์เล่ม 1 : 2510 : 278) ที่บันทึกไว้ว่า “ ในกรุงสยามนั้นถ้าใครป่วยไข้ลงก็จะเริ่มให้ขีดเส้นสาย โดยให้ผู้ชำนาญทางนี้ขึ้นไปบนร่างกายของคนไข้แล้วใช้เท้าเหยียบ กล่าวกันว่าหญิงมีครรภ์มักใช้ให้เด็กเหยียบ เพื่อให้คลอดบุตรง่ายไม่พังกเจ็บปวดมาก ”

อย่างไรก็ตามในสมัยกรุงศรีอยุธยา ได้มีการรวบรวมตำรับยาขึ้นเป็นครั้งแรก แต่ไม่ปรากฏหลักฐานเกี่ยวกับโรงเรียนหรือสถาบันของการแพทย์โดยตรง การถ่ายทอดความรู้จะมีเฉพาะในวงเครือญาติ สอดคล้องกับ Online 20 กุมภาพันธ์ 2551 : [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm) ระบุว่า “ การฝึกฝนเล่าเรียนยังคงศึกษากันในตระกูลหรือฝึกหัดกับหมอที่มีความชำนาญ ซึ่งใช้เวลาศึกษาและฝึกฝนนานนับหลายปี ตั้งแต่รู้จักต้นไม้ใบยาสรรพคุณเครื่องยาสมุนไพร การศึกษาคัมภีร์ ฝึกหัดดูอาการไข้กับอาจารย์ เพื่อแนะนำเทียบอาการโรคเมื่อมีความชำนาญจึงเริ่มการรักษาคนไข้ด้วยตนเอง ”

สมัยกรุงธนบุรี เป็นช่วงที่อยู่ระหว่างศึกสงคราม ส่งผลให้ไม่พบหลักฐานการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการนวด แต่คาดว่ายังคงมีการแพทย์แผนไทยอยู่ ซึ่งพบได้จากหลักฐานการกล่าวอ้างจาก วิชัย โชควิวัฒน์ (หนังสือบูรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย (2549 : 110) ระบุว่า “ ต่อมาพระราชโอรสของสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นแพทย์หลวงถึง 4 พระองค์ ซึ่งปรากฏอยู่ในทำเนียบของแพทย์สมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย และพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ” กล่าวได้ว่าสมัยกรุงธนบุรีการแพทย์แผนไทยไม่ได้ขาดหายไปเสียทีเดียว เพียงแต่ภาวะสงครามครอบงำจึงทำให้บทบาทการแพทย์แผนไทยถูกบดบัง

ต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ เมื่อบ้านเมืองสงบสุขจึงมีการรวบรวมตำรา และจารึกอักษรเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ซึ่ง Online 9 พฤษภาคม 2552 <http://www.legendfirst.com/index.php?mo=3&art=239363> ระบุว่า “ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รวบรวมการแพทย์แผนโบราณ และศิลปวิทยาการครั้งกรุงศรีอยุธยาไว้ ทรงพระราชดำริเอาทำดัดตนอันเป็นการพักผ่อนอิริยาบถแก้ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกาย ประยุกต์ร่วมกับคติไทยที่ยกย่องฤๅษีเป็นครูผู้ประสิทธิ์ประสาทศิลปวิทยาต่างๆเป็นรูปปั้นฤๅษีดัดตนทำต่างๆ สมัยแรกสร้างนั้นปั้นด้วยดิน 80 ท่า ” โดยจารึกไว้ที่วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 1 เป็นต้นมา

สมัยรัชกาลที่ 2 มีการจัดเป็นตำราหลวงสำหรับโรงพระโอสถ รวมทั้งมีการตรากฎหมายพนักงานพระโอสถถวาย จาก Online 7 พฤศจิกายน 2551 : <http://www.maneeradsamee.th.gsweb-m/aneeradsamee/> ระบุว่า “ เก็บรักษาตำราแพทย์ที่ยังเหลืออยู่ไว้ ณ วัดโพธิ์ กรุงเทพฯ ” จึงมีการกล่าวว่าเป็นสมัยแห่งการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย

สมัยรัชกาลที่ 3 พบว่ามีการปั้นและเขียนรูปประกอบทั้งตำรายา หมอนวด ยานอกสมมูฏฐานของโรคและวิธีรักษารวมทั้งมีการปลูกสมุนไพร อภิชาติ ลิ้มดิยะโยธิน (ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนวดแผนไทย 2549 : 10) ระบุว่า “ มีพระราชประสงค์จะฟื้นฟูด้านจริยธรรมของประชาชน และแหล่งความรู้ต่างๆของไทย เช่น ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้เลือกสรรตำราต่างๆ มีการตรวจแก้ไขและทรงแต่งตำราขึ้นใหม่... และโปรดเกล้าฯให้จารึกลงบนแผ่นศิลาในบริเวณวัดเชตุพนวิมลมังคลาราม...เรื่องที่จารึกเป็นแหล่งความรู้ทั้งวรรณคดี โบราณคดี ตำรายา ตำราหมอนวด ในวิชาแพทย์ที่จารึกบอกสมมูฏฐานของโรค วิชาเภสัชบอกเรื่องสมุนไพรและบรรดาต้นไม้ที่หายาก...ปลูกไว้...แก่ผู้ที่จะนำไปประกอบการรักษาโรค ” และ จาก Online 7 พฤศจิกายน 2551 (อ้างแล้ว) ระบุว่า “ รูปปั้นฤๅษีดัดตน...สมัยแรกปั้นด้วยดิน ในสมัยรัชกาลที่ 3 หล่อเป็นเนื้อชินอยู่จนถึงปัจจุบัน เดิม...มีทั้งหมด 80 ท่า แต่ปัจจุบันคงเหลืออยู่ 24 ท่า 25 คน ” ทั้งนี้ จากการที่พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงรวบรวมองค์

ความรู้ที่เป็นคุณประโยชน์แก่ปวงชนส่งผลให้วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลก ตามใบประกาศของยูเนสโกลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551 (สุกัญญา นุรักษ์ ธิเลิศ เจ้าหน้าที่ธุรการ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม : 9 พฤษภาคม 2552) ซึ่งพระราชเวที กล่าวสัมโมทนียกถาว่า “ ทรงเล็งเห็นกาลไกลให้นักปราชญ์รวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ ทั้งการแพทย์แผนไทย ตำราหมอนวดและถ่านี่คัดสรร ตลอดจนวิชาความรู้ด้านต่างๆ เพื่อให้พสกนิกรของพระองค์ได้ศึกษาดังนั้น วัดพระเชตุพนฯ จึงเปรียบเสมือนมหาวิทยาลัยแห่งแรกของประเทศไทย ส่งผลให้คณะกรรมการว่าด้วยแผนงานความทรงจำแห่งโลกของยูเนสโก พิจารณาเห็นความสำคัญประกาศให้จารึกวัดโพธิ์เป็นมรดกความทรงจำแห่งโลกที่สำคัญสืบไป ” (พลังจิต Online 9 พฤษภาคม 2552 : [http:// board.palungjit.com/fl1/ยูเนสโกขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์มรดกโลกทางการ-121271.html](http://board.palungjit.com/fl1/ยูเนสโกขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์มรดกโลกทางการ-121271.html)) นอกจากนี้ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ยังมีสิ่งมหัศจรรย์ที่มีคุณค่าซึ่งเรียกขานกันว่า “ 9 สิ่งมหัศจรรย์วัดโพธิ์ ” (ตามภาคผนวก) ไว้ให้คนไทยได้เกิดความภาคภูมิใจในความเป็นชนชาติไทย และ 1 ใน 9 สิ่งนั้น มีตำรับการนวดแผนไทยรวมอยู่ด้วย

สมัยรัชกาลที่ 4 จะพบว่าสังคมไทยได้ยอมรับวิทยาการด้านการแพทย์แผนตะวันตกและนำมาปรับใช้มากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะประเด็นสัญญาบาวริงที่ส่งผลให้ชาวต่างชาติหลังไหลเข้ามาอยู่เมืองไทยแบบได้เปรียบหลายด้าน การพัฒนาประเทศในสมัยรัชกาลที่ 4 : การวางรากฐานเพื่อก้าวจากสังคมจารีตลัทธิผู้สังคมนวลักษณ์ของสยาม วารสารศึกษาศาสตร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 เดือน มิถุนายน -ตุลาคม 2547 :30 : Online 9 พฤษภาคม 2552 [http:// www.edu.buu.ac.th/journal/Journal%20Edu/Link\\_Journal%20edu\\_16\\_1\\_3.pdf](http://www.edu.buu.ac.th/journal/Journal%20Edu/Link_Journal%20edu_16_1_3.pdf) ระบุว่า “ ด้านการสาธารณสุข...พระองค์ได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขแบบใหม่ เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนหลายประการ ...ทรงแนะนำให้ราษฎรนำบุตรหลานไปปลูกฝีป้องกันโรคให้ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัยให้สะอาดเรียบร้อย และแนะนำวิธีการรักษาพยาบาลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ... มีการตั้งสถานที่รักษาพยาบาลในขณะนั้นเรียกว่า โรงหมอ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากสมัยรัชกาลที่ 3 เป็นสถานที่มีหมอ มียาจำหน่ายและมีที่อยู่สำหรับคนไข้พัก มีบริการปลูกฝีที่โรงหมอท่าพระและที่ศาลาวัดสุทัศน์เทพวราราม กล่าวได้ว่าเป็นการวางรากฐานการรักษาพยาบาลแบบใหม่ และเป็นจุดกำเนิดของการตั้งโรงพยาบาลในสมัยต่อมา ทำให้ประชาชนเริ่มปรับตัวปรับ ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและสังคม ” อภิชาติ ติมิตยะโยธิน (อ้างแล้ว) ระบุว่า “ มีการนำวิทยาการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้มากขึ้น เช่น การสูติกรรมสมัยใหม่ แต่ไม่สามารถเปลี่ยนความนิยมของชาวไทยได้ เพราะการแพทย์แผนไทยเป็นวิถีชีวิตของคนไทย ”



สมัยรัชกาลที่ 5 กล่าวได้อย่างภาคภูมิใจว่า พระมหากษัตริย์พระองค์นี้ ทรงมีสายพระเนตรที่กว้างไกล เห็นได้จากการพัฒนาในทุกด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของ คนให้เป็นคนด้วยการเลิกทาส สำหรับด้านการแพทย์ พ.ศ. 2431 ได้ก่อตั้งศิริราชพยาบาล เพื่อให้ ความรู้และให้การรักษาทันทีการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตก รวมทั้งจัดพิมพ์ตำราแพทย์ขึ้นเป็น ครั้งแรกในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ วิชัย โชควิวัฒน์ (หนังสือบูรพาจารย์ฯ อังแล้ว 2549 : 137) ระบุว่า “ มีการรวบรวมตำราแพทย์หลวง และตำราแพทย์พื้นบ้านที่กระจัดกระจายอยู่ในที่ต่างๆ สอบสวนและชำระ ”

สมัยรัชกาลที่ 6 กล่าวได้ว่า เป็นสมัยแห่งการบั่นทอนบทบาทด้าน การแพทย์แผนไทย เนื่องจากมีประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ เพื่อควบคุมการประกอบ โรคศิลปะ อภิชาติ ลิ้มดิยะโยธิน (2549 : 11) ระบุว่า “ มีการสั่งยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทย และ ประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ 2466 ” จาก Online 7 พฤศจิกายน 2551 : [http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai massage2/index. html](http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai%20massage2/index.html) ระบุว่า “ กรมแพทย์หลวงถูกยุบ หมอหลวงที่เคยรับราชการอยู่ต้องออกมาประกอบอาชีพส่วนตัว ” จึงทำ ให้หมอพื้นบ้านที่กระจัดกระจายอยู่ทั่วไปเกรงว่าจะถูกจับ จึงเลิกประกอบอาชีพและหลายรายได้ เฝ้าตำราทิ้ง จะมีหมอแผนโบราณเพียงจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติ ดังกล่าว และนี่คือสาเหตุหลักที่ทำให้การแพทย์แผนไทย ถูกปิดล้อมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน กลายเป็นการแพทย์นอกกระแสหลัก

สมัยรัชกาลที่ 7 การแพทย์แผนไทยน่าจะมีความชัดเจนขึ้น โดยมี กฎหมายเสนาบติกำหนดแบ่งการประกอบโรคศิลปะออกเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ : ซึ่ง Online 7 พฤศจิกายน 2551 : [http://student.swu.ac.th/ pt471010059/px.htm](http://student.swu.ac.th/pt471010059/px.htm) ระบุว่า “ มีกฏเสนาบติ พ.ศ. 2472 ระบุสาขาการนวดในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ พ.ศ.2475 มีการก่อตั้งสมาคม แพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย มีการสอนและบริการนวดในสมาคมเป็นครั้งแรก ”

ต่อมาสมัยรัชกาลที่ 8 การแพทย์แผนไทยกลับทรุดโทรมลงไปอีก เมื่อมี การก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรวบรวมกิจการแพทย์ทั้งหมด ซึ่งไม่ปรากฏหลักฐานยืนยันว่า รวบรวมการแพทย์แผนไทยด้วยหรือไม่ ช้ำยังมีการตราพระราชบัญญัติ จาก Online 13 พฤศจิกายน 2550 : [http:// healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai\\_ massage2/index.html](http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai_massage2/index.html) ระบุว่า “ พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ไม่ระบุสาขาการนวดใน การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ”

อย่างไรก็ตามสมัยรัชกาลที่ 9 การแพทย์แผนไทยได้กลับมาเฟื่องฟูอีกครั้ง โดยเฉพาะการนวดแผนไทย จากที่ได้มีการบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 เนื่องจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงมีพระราชดำริในการเสริมสร้างสภาพความเป็นอยู่ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรราษฎร ซึ่ง วิชัย โชควิวัฒน์ (หนังสือ นวนพจารย์ฯ อ้างแล้ว 2549 : 163) ได้อ้างพระราชดำริว่า “ สมุนไพรซึ่งได้มีการใช้ประโยชน์มาเป็นเวลาช้านานแล้ว และได้มีพระราชดำริให้การส่งเสริมการใช้และพัฒนาสมุนไพร เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น จึงได้เกิดโครงการพระราชดำริ...ตัวอย่าง...โครงการสวนสมุนไพรของศูนย์การพัฒนาเขาหินซ้อน ” ทั้งนี้ ศูนย์การพัฒนาเขาหินซ้อน ในปี 2543 ได้มีการอบสมุนไพรเพียงอย่างเดียว ต่อมาเมื่อมีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ที่เกี่ยวข้องต้องการให้มีบริการที่ครบวงจร โดยเฉพาะการนวดแผนไทย ซึ่ง กุสุมา ศรียากุล (2543) ระบุว่า “ รูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการของศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อน อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดฉะเชิงเทรา จากการศึกษาความคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดการรูปแบบการให้บริการ จากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ผู้บริหารศูนย์ ผู้นำชุมชน และผู้ใช้บริการ พบว่า รูปแบบที่พึงประสงค์ คือ การให้บริการนวดอบ ประคบสมุนไพร ...เป็นรูปแบบการให้บริการที่เป็นลักษณะผสมผสานครบวงจร สามารถเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน และมีมาตรฐานเป็นต้นแบบตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย โดยผู้รับบริการต้องการรับบริการนวดมากที่สุด ” จะเห็นว่าการนำการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย มาให้บริการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการของรัฐ ทำให้สามารถเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ

## 2) จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผู้บริหารคนที่ 1-4 ระบุสอดคล้องกันว่า “ ประวัติความเป็นมาของภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและนวดแผนไทย ผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจสอดคล้องกับผลการศึกษาจากเอกสาร ที่กล่าวถึงการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทยว่า เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนสมัยกรุงสุโขทัยโดยเป็นการลองผิดลองถูก ซึ่งเจริญรุ่งเรืองมากในสมัยกรุงศรีอยุธยา ก่อนจะเสื่อมโทรมลง โดยเฉพาะในสมัยรัชกาลที่ 6 และกลับมาเฟื่องฟูอีกครั้งในสมัยรัชกาลที่ 9 สมัยนี้จึงเป็นสมัยแห่งการพัฒนาวิทยาการการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน เห็นได้จากการตั้งสมาคมและโรงเรียนขึ้นหลายแห่ง สำหรับถ่ายทอดองค์ความรู้ เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบถูกต้องตามหลักการบำบัดรักษา ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและนวดแผนไทย จึงอยู่คู่กับคนไทยตลอดมา แม้ว่าบางช่วงจะถูกกีดกันออกจากการรักษา หรือชบเซาไปบ้าง โดยในสมัยกรุงศรีอยุธยาเป็นสมัยที่การแพทย์แผนไทย รวมทั้งการนวดแผนไทยเจริญรุ่งเรืองที่สุด

สมัยกรุงรัตนโกสินทร์โดยเฉพาะในสมัยรัชกาลที่ 6 การแพทย์แผนไทยถูกกีดกันออกจากการรักษาอย่างชัดเจน จนถึงสมัยรัชกาลที่ 9 การแพทย์แผนไทยจึงกลับมาได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง โดยมีวิทยาศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องและมีทฤษฎีจากในอดีตมาอ้างอิง อนึ่ง ก่อนหน้านั้น แม้ว่าการแพทย์แผนไทยจะถูกบดบังด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือช่วงที่การแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทยเสื่อมโทรมลง ข้อเท็จจริงปรากฏว่ายังมีการให้บริการแพทย์แผนไทยอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช ทั้งสมุนไพรและการนวดแผนไทย แต่เป็นไปในลักษณะไม่เฟื่องฟู ”

สรุปว่า ประวัติความเป็นมาของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะด้านการนวด มีมาตั้งแต่ครั้งโบราณก่อนสมัยกรุงสุโขทัยและเจริญรุ่งเรืองที่สุดในสมัยกรุงศรีอยุธยา ต่อมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ การแพทย์แผนไทยถูกลดบทบาทลง เมื่อครั้งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2466 ประกอบกับมีการก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 ทำให้ไทยรับเอาอารยธรรมตะวันตกด้านการแพทย์เข้ามาผสมผสานกับแพทย์แผนไทย ซึ่งหลังปี พ.ศ. 2495 มีการเปิดสอนกระจายอยู่ทั่วไปอย่างไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากนัก ต่อมาหลังปี 2521 รัฐบาลไทยจึงได้หันมากลับดูแลการแพทย์แผนไทย แต่ก็ยังไม่แพร่หลาย กระทั่งมีการบรรจุเข้าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 การแพทย์แผนไทยจึงเริ่มได้รับความสนใจแต่ก็ยังไม่จริงจัง จวบจนมีการนำไปผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และมีองค์รองรับที่ส่วนกลาง การแพทย์แผนไทยจึงมีการพัฒนามากขึ้นตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

### 2.1.2 วิธีการนวดแผนไทย

1) จากการศึกษา ค้นคว้า เอกสาร พบว่า การนวดแผนไทยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การนวดแบบทั่วไป เป็นการนวดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของท้องถิ่น และการนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดที่มีขั้นตอนจรรยาบรรณ มีเอกลักษณ์หลักการนวดที่เป็นระบบ โดยมีข้อแตกต่างกัน คือ

แบบราชสำนัก เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2540 : 9) ระบุว่า “ หมอนวดต้องเดินเข้าหาผู้ป่วย ไม่หายใจรดผู้ป่วย ต้องหันหน้าไปด้านหลัง หรือเงยหน้า...จะไม่นวดฝ่าเท้า นอกจากจำเป็นจริง...จะใช้เฉพาะมือ นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วอื่นๆ ในการนวด เขนจะต้องเหยียดตรงเสมอ จะไม่ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ...และไม่ใช้การตัดหรือจ้ำจี้ ต้องการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกๆ โดยการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มการทำงานของเส้นประสาท ”

ทั้งนี้ การนวดในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ของสถานบริการของรัฐทั่วประเทศจะเน้นให้การบำบัดรักษาโดยใช้การนวดแบบราชสำนัก หรือแบบชาววัง จะใช้การนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น จากหนังสือมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม ฯ โรงเรียน

อายุรเวท (2548 : 30 - 58) ระบุว่า “ (1) การนวดพื้นฐานขาและการเปิดประตูลม (2) การนวดขา ด้านนอก (3) การนวดขาด้านใน (4) การนวดพื้นฐานหลัง (5) การนวดพื้นฐานแขนด้านใน (6) การ นวดพื้นฐานแขนด้านนอก (7) การนวดพื้นฐานหัวไหล่ (8) การนวดพื้นฐานบ่า (9) การนวด พื้นฐานโค้งคอ (10) การนวดพื้นฐานท้อง ”

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ (2546 : 9) ระบุว่าผู้นวดจะต้องมีความรู้ พื้นฐาน เกี่ยวกับร่างกายมนุษย์หรือความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยา เพื่อที่จะสามารถให้การรักษาได้ถูกต้อง เช่น “ การนวดกับระบบผิวหนัง มีผลทำให้เลือดที่ผิวหนังไหลเวียนดีขึ้น ระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ จะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวเคลื่อนไหวสะดวก ระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง ทำให้ เพิ่มการไหลเวียนเส้นเลือดฝอยขยายตัว ระบบหายใจหลังการนวดจะรู้สึกผ่อนคลาย อัตราการ หายใจลดลง ระบบประสาททำให้รู้สึกผ่อนคลาย ระบบย่อยอาหารจะกระตุ้นการเคลื่อนไหวของ ลำไส้ ทำให้การย่อยอาหารและขับถ่ายดีขึ้น ”

นอกจากระบบกายวิภาคและสรีรวิทยาแล้ว หมอนวดแผนไทยยังต้อง รู้จักเส้นเอ็นที่สำคัญ คือ ทฤษฎีเส้นสิบหรือเส้นประธานสิบ ซึ่งเป็นประธานแก่เอ็นต่างๆในร่างกาย อภิชาติ ลิมตยะ โยธิน (2549 : 99) ระบุว่า “ เส้นประธานสิบมีต้นกำเนิดบริเวณรอบสะดือแล้วไปยัง จุดสุดท้ายที่ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เส้นทั้ง 10 คือ อิทา ปิงคลา สุมนา กาลทารี สหรัสร้างษี ทวารี จันทรุสัง รุทัง ลิจินี และสุขุมัง ” และ อภิชาติ ลิมตยะ โยธิน (2549 : 78) ยังระบุอีกว่า “ เชื่อว่าถ้าเส้นเอ็นผิดปกติหรือกำเริบจะทำให้เกิดอาการหรือโรคต่างๆ รวมทั้งการ นวดแบบราชสำนักจะเกี่ยวข้องกับจุดสัญญาณในการนวด คือ สัญญาณห้าซึ่งเป็นตำแหน่งสำคัญ ของเส้นมีความสำคัญในการจ่ายกำลังของเลือด จ่ายพลังประสาท เพื่อไปกระตุ้นให้เกิดผลของการ รักษาโรคต่างๆ จุดสัญญาณหลักมีอยู่เส้นละ 5 จุด ” เชื่อมโยงกับเส้นประธานสิบ ทำให้มีการ หมุนเวียนโลหิตความร้อนและพลังประสาทไปเลี้ยงระบบต่างๆของร่างกายที่อยู่ในการควบคุมของ เส้นนั้น และเกิดผลต่อการรักษาโรค

อนึ่ง เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ (2546 : 17 - 18) ระบุว่า การนวดแผนไทย มีลักษณะการนวดตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย 8 ประการ คือ “ (1) การกด ใช้นิ้วหัวแม่มือกดลง ช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวเลือดจะถูกขับออกจากบริเวณนั้น (2) การคลึง คือการออกแรงกดโดยใช้ นิ้วมือหรือสันมือให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวไปมา (3) การบีบ เป็นการจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือแล้วออก แรงบีบ (4) การดึง เป็นการออกแรงเพื่อยืดเส้นเอ็นกล้ามเนื้อหรือพังผืดของข้อต่อ (5) การบิด เป็น การหมุนข้อต่อหรือกล้ามเนื้อเส้นเอ็นให้ยืดออกทางด้านขวาง (6) การตัด เป็นการออกแรงให้ข้อต่อ ที่ติดขัดเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (7) การตบตีหรือการทุบการสับ เป็นการออกแรงกระตุ้นกล้ามเนื้อ อย่างเป็นจังหวะ (8) การเหยียบ เป็นวิธีที่ผู้อื่นขึ้นไปเหยียบหรือเดินอยู่บนหลัง ”

การนวดจึงต้องระวังและนวดอย่างถูกวิธี เนื่องจากอาจจะทำให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือด เส้นเลือดฝอยขาดเกิดรอยช้ำหรือเส้นประสาทอักเสบ เส้นเอ็นหรือพังผืดที่ฝืดขาดอยู่แล้ว ขาดมากขึ้น หรืออาจทำให้กระดูกสันหลังหักและอาจทิ่มแทงถูกไขสันหลังกรณีที่เหยียบ ฉะนั้น ต้องมีเทคนิคการนวดร่างกายแต่ละจุด ซึ่งจะมีพื้นที่การนวดแคบกว้างและหนาบางแตกต่างกัน ทำให้ต้องใช้แรงในการนวดต่างกัน เช่น

พิศิษฐ์ เบญจมงคลวาริ (“หลักการพื้นฐานการนวดแผนไทย” 2549 : 284 – 285 ) ระบุว่า “ การใช้นิ้วหัวแม่มือกดทับกันกรณีการนวดในบริเวณพื้นที่แคบ การใช้ฝ่ามือกดทับนิ้วหัวแม่มือในบริเวณพื้นที่กว้างปานกลาง การใช้ฝ่ามือกดทับฝ่ามือในพื้นที่กว้างและเจ็บง่าย การใช้สันมืออย่า ใช้เช่นเดียวกับฝ่ามือกดทับฝ่ามือแต่ใช้แรงน้อยกว่า การใช้ท่อนแขนหรือศอกกดคลึงในพื้นที่มีเนื้อหนา การใช้สันมือทั้งสองชนกันแล้วกดจะใช้บริเวณกล้ามเนื้อต้นขา การใช้ท่อนขาหรือเข่ากดจะใช้กับบริเวณต้นขาด้านในเพราะพื้นที่กว้าง การใช้นิ้วมือนวดวนไปมาหรือนวดยา จะใช้กับบริเวณต้นคอ หนังศีรษะ หน้าผาก บริเวณขมับ การใช้นิ้วหัวแม่มือนิ้วเดียวใช้บริเวณไหล่ ต้นคอ ”

## 2) จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

วิธีการนวดแผนไทยของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย มีการนวดทั้งแบบราชสำนักและแบบทั่วไปหรือแบบเชลยศักดิ์ เนื่องจากมีการ ผักอบรมพื้นฐานการนวดมาไม่เหมือนกัน แต่จะเน้นให้การนวดแบบราชสำนักเพื่อการบำบัดรักษา ตามข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้สัมภาษณ์ ดังนี้

แพทย์อายุรเวทและหมอนวด ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยทุกคนให้ ข้อมูลเหมือนกันและคล้ายคลึงกัน ดังนี้

ประเภทวิธีการนวดแผนไทย แพทย์อายุรเวท คนที่ 1 ระบุว่า “ มี 2 ประเภท คือ นวดแบบทั่วไปหรือเชลยศักดิ์ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และนวดแบบราชสำนักหรือแบบชาววัง เพื่อการบำบัดรักษาโดยนวดตามสัญญาห้าเป็นหลักและทำการนวดทุกจุด แต่จะเน้น เฉพาะจุดที่ทำการบำบัดรักษา ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะไปรับบริการด้านการบำบัดอาการที่เกี่ยวกับโรคเพียงไม่กี่โรคที่ซ้ำกันแต่อาการปลีกย่อยแตกต่างกันซึ่งไม่รุนแรง และหากมีอาการรุนแรงจะมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลของรัฐ ”

แพทย์อายุรเวท คนที่ 2 ระบุเพิ่มเติมว่า “ การนวดแบบราชสำนัก หรือแบบชาววัง เป็นการนวดที่ใช้ในการบำบัดรักษา โดยเป็นการนวดตามขั้นตอนและตามแนวเส้นพื้นฐาน 10 แนวเส้น คือ การนวดพื้นฐานขาและการเปิดประตูลม การนวดขาด้านนอก การนวดขา ด้านใน การนวดพื้นฐานหลัง การนวดพื้นฐานแขนด้านใน การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก

การนวดพื้นฐานหัวไหล่ การนวดพื้นฐานบ่า การนวดพื้นฐานโค้งคอ การนวดพื้นฐานท้อง โดยจะไม่มีท่านอนคว่ำ ไม่ใช่การตัดหรืองอข้อ หลัง หรือส่วนใดของร่างกายด้วยกำลังแรงและไม่มีการนวดโดยใช้เข่า ข้อศอก ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ การนวดยึดตามแนวทางจากการศึกษาเอกสาร สำหรับการนวดฝ่าเท้าเป็นการนวดตามศาสตร์หนึ่งของจีน ซึ่งมีการนำมาเผยแพร่ในเมืองไทยเมื่อหลายปีก่อน ส่วนใหญ่จะมีการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรการนวด 372 ชั่วโมง ”

ส่วนวิธีการนวดของหมอนวดส่วนใหญ่จะมีวิธีการนวดเหมือนกัน คือ หมอนวดคนที่ 1 ระบุว่า “ ใช้แบบราชสำนักเพื่อการบำบัดรักษามากที่สุด ส่วนนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพใช้ทั้งแบบราชสำนักและแบบทั่วไป เพราะหมอนวดได้ศึกษาการนวดพื้นฐานในหลักสูตร 372 ชั่วโมงมาต่างกัน แบบราชสำนักจะเป็นการนวดตามหลักที่ประยุกต์ขึ้นโดยนายณรงค์ศักดิ์ บุญรัตนหิรัญ ซึ่งแต่เดิมเป็นอาจารย์สอนที่อายุรเวทวิทยาลัย (ชีวกโกมารภักจ) ปัจจุบันขยับไปรวมกับศิริราชพยาบาล และจะเป็นการนวดตามทฤษฎีเส้นสิบ หรือ เส้นประธานสิบ โดยเชื่อว่กันว่าถ้าเส้นสิบผิดปกติจะทำให้เกิดอาการหรือโรคต่างๆ สำหรับการนวดแบบราชสำนักจะเน้นหนักกับจุดสัญญาณในการนวด คือ สัญญาณห้าเป็นหลัก วิธีการรักษาจะนวดตามพื้นฐานก่อนเน้นสัญญาณ 5 คือ ที่เชื่อมโยงกับเส้นประธานสิบดังกล่าว สำหรับอาการที่บำบัดรักษาส่วนใหญ่ รักษาตามหลักสูตร 372 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นอาการซ้ำซาก ที่พบบ่อย 10 อาการ คือ (1) โรคลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 1 หลัง (2) โรคลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 4 หลัง (3) โรคลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 3 (4) โรคลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 5 หลัง (5) จับโป่งแห้ง (6) จับโป่งน้ำ (7) คอตกหมอน (8) อัมพฤกษ์ อัมพาต (9) หัวไหล่ติด เกิดกับหัวไหล่ (10) ข้อเท้าแพลง ”

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ การนวดเน้นแบบราชสำนัก โดยคนนวดต้องมีการเตรียมตัวให้พร้อมในการให้บริการ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคภัย ด้วยการหมั่นออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ ฝึกฝนนิ้วมือให้มีความแข็งแรง เพื่อให้การนวดได้ผล เนื่องจากเวลาการลงน้ำหนักในการนวดไม่เท่ากัน คือ มีน้ำหนักเบา ปานกลาง และหนักมาก รวมทั้งจังหวะในการลงน้ำหนักแต่ละครั้งมีทั้งห้วง เน้น และนิ่ง การกำหนดลมหายใจเข้าออกให้สัมพันธ์กับการลงน้ำหนัก และการกำหนดท่านวดตำแหน่งที่นวดให้เหมาะสม มีมารยาทในขณะที่ทำการนวด โดยเฉพาะการนวดสายราชสำนัก ต้องยกมือไหว้ขอมาผู้ถูกนวดก่อนและหลังการนวดทุกครั้ง ทั้งนี้ ไม่ควรนวดผู้ที่รับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง ผู้ที่มีไข้ ผู้ที่เกิดอุบัติเหตุใหม่ ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ วิธีการนวดส่วนใหญ่เป็นการนวดเพื่อรักษาอาการซึ่งสามารถรักษาอาการได้มาก แต่ในความเป็นจริงมีการรักษาเพียงประมาณ 10 อาการ

ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ของหลักสูตร 372 ชั่วโมงเท่านั้น ทั้งที่ขีดความสามารถรักษาได้ 40 – 50 อาการของโรคตามเกณฑ์หลักสูตร 800 ชั่วโมง การนวดแบบราชสำนักจะมีจรรยาบรรณ และสำรวม ในขณะที่แบบทั่วไปจะไม่เน้นการสำรวม เริ่มต้นด้วยการนวดฝ่าเท้า ไม่ค้ำนั่งถึงท่าทางของแขน มีท่า นวดที่ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำ และไม่ได้เน้นจุดแบบราชสำนักแต่นวดตามขั้นตอน การนวดแผนไทยยังต้องรู้จักเส้นเอ็นที่สำคัญ คือ ทฤษฎีเส้นสิบ หรือ เส้นประธานสิบ ทั้ง 10 คือ การนวดแบบราชสำนักจะเกี่ยวข้องกับจุดสัญญาณในการนวด คือ สัญญาณห้าซึ่งเป็นตำแหน่ง สำคัญของเส้น ที่ทำให้มีการหมุนเวียนโลหิตความร้อนและพลังประสาท ไปเลี้ยงระบบต่างๆของ ร่างกายที่อยู่ในการควบคุมของเส้นนั้น เป็นจุดนวดสำคัญในการจ่ายกำลังของเลือด จ่ายพลังประสาท เพื่อไปกระตุ้นให้เกิดผลของการรักษาโรค จุดสัญญาณหลักมีอยู่เส้นละ 5 จุด เรียกว่าสัญญาณ 5 คือ สัญญาณ 5 ศรีษะด้านหน้า สัญญาณ 5 ศรีษะด้านหลัง สัญญาณ 5 หัวไหล่ สัญญาณ 5 ท้อง สัญญาณ 5 แขนด้านใน สัญญาณ 5 แขนด้านนอก สัญญาณ 5 ขาด้านใน สัญญาณ 5 ขาด้านนอก และสัญญาณ 5 หลัง ซึ่งสัญญาณ 5 นี้จะเชื่อมโยงกับเส้นประธานสิบ ”

หมอนวดคนที่ 6 และ 12 ระบุว่า “ วิธีการนวดจะนวดเพื่อการรักษาจะใช้ เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 45 นาที แล้วแต่อาการของโรค เช่น ปวดหลังร้าวขา 1 ชั่วโมง 30 นาที บ่า 1 ชั่วโมง บางรายใช้การประคบร่วมด้วย และใช้เวลาในการประคบ 10-15 นาที สำหรับ ประคบทั่วร่างกายใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพใช้เวลา 1- 1.30 ชั่วโมง โดย อาการหรือโรคที่ใช้เวลาในการนวดนานที่สุดคือ โรคอัมพฤกษ์อัมพาต ”

หมอนวดคนที่ 9 ระบุว่า “ วิธีการนวดแบบราชสำนักเป็นการนวดที่ จะต้องใช้สมาธิและออกแรงมาก ปัจจุบันส่วนใหญ่รักษา 10 อาการของโรค ”

หมอนวดคนที่ 10 ระบุว่า “ จะใช้แบบราชสำนักเพื่อบำบัดรักษาตาม สูตรการรักษาทฤษฎีเส้นสิบ และนวดตามสัญญาณห้าเป็นหลัก ซึ่งต้องดูอาการก่อนการนวด การรักษาแบบราชสำนัก จะรักษาตามอาการของโรค โดยการบำบัดรักษาจะรักษาเป็นระบบตาม ขั้นตอนที่ชัดเจน หากโรคเรื้อรังจะหายยากกว่าโรคที่เป็นใหม่ๆ เช่น เท้าแพลง ตกหมอนจะหายเร็ว มาก และการรักษาจะมีการตรวจจากแพทย์อายุรเวทก่อน การนวดจะใช้เวลา ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ”

2.2) ผู้บริหาร จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้บริหาร เกี่ยวกับวิธีการนวด แผนไทยของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย พบข้อมูลที่สอดคล้องกับ ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นแพทย์อายุรเวทและหมอนวด กล่าวคือ มีการนวดทั้งแบบราชสำนักและ แบบทั่วไปหรือแบบเชลยศักดิ์ ดังนี้

ผู้บริหารคนที่ 1 “ มี 2 ประเภท คือ การนวดแบบราชสำนักหรือแบบชาววัง และการนวดแบบทั่วไปหรือแบบสามัญ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เน้นให้ใช้วิธีการนวดแบบราชสำนัก แต่ให้บริการจริงทั้ง 2 แบบ รวมทั้งแบบการนวดฝ่าเท้าด้วย ซึ่งแต่เดิมนำวิทยาศาสตร์มาใช้ร่วมในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาไม่ได้ จนกระทั่งสมัยนายแพทย์อวย เกตุสิงห์ จึงได้มีการนำวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ร่วมในการแพทย์แผนไทย รวมทั้งมีการคัดกรองวิธีการนวดที่ได้ผลไม่เป็นอันตราย และมีการพิสูจน์ในเชิงวิทยาศาสตร์ซึ่งได้มีการทดลองมานานแล้ว เช่นวิธีการคัดคอกจะไม่มีในหลักสูตรการนวดแผนไทย ก่อนการบำบัดรักษาจะมีการประเมินอาการร่วมด้วยโดยซักประวัติอาการป่วยที่เกี่ยวกับโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวานและการผ่าตัด การนวดแผนไทยจึงเป็นภูมิปัญญาที่มีค่าโดยมีปัจจัยหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการนวดแผนไทย คือ การเป็นศาสตร์ที่ลงตัวทั้งองค์ความรู้และวิธีการนวดซึ่งได้มีการยอมรับ โดยเป็นศิลปะความเป็นไทยที่นุ่มนวลมีอรรถยาศัยไมตรีและบุคลิกภาพอันอบอุ่น ”

ผู้บริหารคนที่ 4 “ มีการนวด 2 แบบ คือ การนวดแบบราชสำนัก และเชลยศักดิ์ สำหรับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย มีการนวดทั้ง 2 แบบ รวมทั้งการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพและบำบัดรักษา โดยการนวดฝ่าเท้าสามารถบำบัดรักษาอาการของโรคได้ ซึ่งมีการวิจัยแล้วยืนยันว่าการนวดฝ่าเท้าสามารถรักษาอาการข้อเข่าเสื่อมได้ และยังสามารถนวดเพื่อรักษาการรองช้ำหรืออักเสบที่สันเท้า รวมทั้งกระตุ้นกับอวัยวะต่างๆของร่างกาย ช่วยรักษาอาการผิปกคิของประจำเดือน หรือกระตุ้นทางเพศในกรณีเสื่อมสมรรถภาพแต่ยังไม่มียผลงานวิจัยรองรับ สำหรับที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีการนวดฝ่าเท้าเพื่อรักษาสุขภาพรักษาอาการข้อเข่าเสื่อม และรักษาการรองช้ำหรืออักเสบที่สันเท้า ”

ฉะนั้น จะเห็นว่าวิธีการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีการนวดทั้งแบบราชสำนักและแบบทั่วไปหรือแบบเชลยศักดิ์เนื่องจากมีการฝึกอบรมพื้นฐานการนวดมาไม่เหมือนกัน แต่จะเน้นให้การนวดแบบราชสำนักเพื่อการบำบัดรักษา “ ซึ่งมีวิธีการนวดอย่างเป็นระบบตามสัญญาห้าทศกจุด และเน้นเฉพาะจุดที่ทำการบำบัดรักษา ” (จิระมิตร จันทร์ทาโล) วิธีการรักษานั้นจะมีการพิจารณาวิธีที่มีความปลอดภัย และมีผลดีต่อผู้รับบริการเป็นหลัก รวมทั้งผ่านการพิสูจน์ในเชิงวิทยาศาสตร์มานานแล้ว ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีศักยภาพในการบำบัดรักษาอาการของโรคได้มาก “ ในความเป็นจริงมีการรักษาเพียงประมาณ 10 อาการ ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ของหลักสูตร 372 ชั่วโมงเท่านั้น ทั้งที่ขีดความสามารถรักษาได้ 40 – 50 อาการของโรคตามเกณฑ์หลักสูตร 800 ชั่วโมง ” (สมชาย ศรีสูงเนิน) สอดคล้องกับศุภวรรณ พันธุ์บูรณะ ที่กล่าวว่า “ การนวดแผนไทยสามารถบำบัดรักษาอาการได้มากกว่า 40 อาการของโรคทั้งที่ตามตำราเดิมกล่าวว่ารักษาได้ 35 อาการ ”



เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ ยังไม่ทราบว่า การนวดแผนไทยสามารถรักษาโรคได้มากกว่าที่ให้บริการ การนวดแบบราชสำนัก สมชาย ช้างแก้วมณี กล่าวว่า “ เป็นการนวดตามขั้นตอนและตามแนวเส้น พื้นฐาน 10 แนวเส้น คือ การนวดพื้นฐานขาและการเปิดประตูลม การนวดขาด้านนอก การนวดขาด้านใน การนวดพื้นฐานหลัง การนวดพื้นฐานแขนด้านใน การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก การนวดพื้นฐานหัวไหล่ การนวดพื้นฐานบ่า การนวดพื้นฐาน ไค้คงคอ การนวดพื้นฐานท้อง โดยจะไม่มีท่านอนคว่ำ ไม่ใช้การคัดหรือข้อหลังหรือส่วนใดของร่างกายด้วยกำลังแรง และไม่มี การนวด โดยใช้เข่าข้อศอก ” นอกจากนี้ ยังมีการนวดฝ่าเท้าซึ่งสามารถนวดเป็นทั้งเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อการบำบัดรักษา สำหรับอาการของโรคที่นิยมไปรับการบำบัดรักษามี 3 อาการ สมชาย ช้างแก้วมณี ให้ข้อมูลในลำดับ 1 ว่า “ โรคลมปลายปิดขนาดสัญญาณ 4 หลัง (บางตำราใช้ “ ลมปลายปิดคาด ” แต่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยใช้ “ ลมปลายปิดคาด ”) ลักษณะอาการปวดบ่าข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ปวดตึงหรือชา ร้าว ต้นคอและสะบัก หายใจขัดไม่เต็มอึด ทำการนวดรักษาโดยนวดพื้นฐานบ่า ถึงต้นคอข้างที่เป็นก่อนนวดสัญญาณ 4,5 และเน้นสัญญาณ 4 ตามด้วยการนวดสัญญาณ 4 หัวไหล่ ลำดับ 2 ได้แก่ โรคลมปลายปิดขนาดสัญญาณ 1,3 หลัง ( 2 สัญญาณ) ลักษณะอาการ ลมปลายปิดขนาด สัญญาณ 1 ปวดหลังบริเวณบั้นเอว ร้าวไปถึงสะโพก ก้นกบ และเข่า ทำให้เข่าอ่อนแรงไม่มีกำลัง รวมทั้งปวดได้เข่าแต่ละไม่เลยเข่า สำหรับอาการของลมปลายปิดขนาดสัญญาณ 3 หลัง จะปวดหลัง ตึง ร้าวขามาท่าขา ปลิ้นน่อง ฝ่าเท้า และนิ้วเท้า ทำให้ขาไม่มีแรง ทำการนวดรักษาโดย ลมปลายปิดขนาด สัญญาณ 1 นวดพื้นฐานข้างที่เป็น เปิดประตูลม นวดสัญญาณ 1,2,3 หลัง เน้นสัญญาณ 1 ตามด้วย นวดสัญญาณ 1,2,3 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 3 นวดสัญญาณ 1,2, ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 2 สำหรับวิธีการรักษา ลมปลายปิดขนาดสัญญาณ 3 นวดพื้นฐานข้างที่เป็น เปิดประตูลม นวดสัญญาณ 1,2,3 หลัง เน้นสัญญาณ 3 ตามด้วยนวดสัญญาณ 1,2,3 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 2 นวดสัญญาณ 1,2, ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 1 ลำดับที่ 3 ลมปลายปิดขนาดสัญญาณบ่า เป็นอาการที่แยกย่อยมาจาก ลมปลายปิดขนาดสัญญาณ 4 หลัง สาเหตุ ลักษณะอาการ การตรวจวินิจฉัย วิธีการรักษาเหมือนกัน เพียงแต่เน้นตรงจุดที่เกิดอาการ ” ทั้งนี้ ในอาการของโรคบางชนิดจะต้องทำการรักษานานเป็นปี เช่น โรคเรื้อรังอย่างโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต แต่บางอาการจะใช้เวลารักษาไม่นาน เช่น เท้าแพลง ตกหมอน การรักษาจะได้ผลหรือไม่นอกจากการนวดแล้วยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้รับบริการ หมอนวดหรือ แพทย์อายุรเวทต้องให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ ถึงการประพฤติปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการก่อตัวของโรค หรือเพื่อให้การรักษานั้นได้ผล สมชาย ช้างแก้วมณี กล่าวว่า “ ต้องหมั่นออกกำลังกาย งดของ แสดง เช่น เหล้าเบียร์ หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ ข้าวเหนียว และยาแก้ปวด เนื่องจากยาแก้ปวดจะไป ระงับอาการทำให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าหายแล้วเมื่อหยุดกินยาจะกำเริบมากขึ้น ให้ทำกายบริหาร เฉพาะ โรคหลักถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ ไม่ควรนวดในบางกรณีซึ่งแพทย์อายุรเวท และหมอนวด

จะเป็นผู้วินิจฉัย เช่น ผู้ที่รับประทานอาหารอ้อมใหม่ๆ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง ผู้ที่มีไข้ ผู้ที่เกิดอุบัติเหตุใหม่ ” การนวดผู้ปวดจึงต้องมีการเตรียมตัวให้พร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องมีศีลธรรม จริยธรรม หากผู้ปวดมีอาการปวดนิ้วมือหลังการนวดให้แช่มือในน้ำอุ่นหรือใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบมือ หรือนวดคลึงบริเวณกล้ามเนื้อฝ่ามือและรอบข้อนิ้วมือ ” (รัชพล โอภาสปรกรณ์) การนวดแผนไทยจึงเป็นภูมิปัญญาที่มีค่า โดยมีปัจจัยหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการนวดแผนไทยคือ “ การเป็นศาสตร์ที่ลงตัวทั้งองค์ความรู้และวิธีการนวด ซึ่งได้มีการยอมรับและเป็นศิลปะความเป็นไทยที่นุ่มนวลมีอชชาศัยไมตรีและบุคลิกภาพอันอ่อนน้อม” (ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

สรุปว่าวิธีการนวดแผนไทย มีการให้บริการในสถานบริการของรัฐทั้ง 2 แบบ รวมทั้งที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ยังมีการนำวิธีการนวดฝ่าเท้าจากต่างชาติมาปรับใช้ในสังคมไทย โดยการนวดแผนไทยเน้นไปที่การบำบัดรักษาแบบราชสำนัก ซึ่งได้ผ่านการคัดกรองจนตกผลึกเป็นวิธีที่ปลอดภัย และมีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ หรือผ่านการวิจัยแล้วว่ามีผลในการบำบัดรักษา การนวดแผนไทยจึงเป็นองค์ความรู้ของภูมิปัญญาที่มีระบบขั้นตอนในการให้บริการที่มีการยอมรับ โดยสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในสังคม เป็นบทบาทที่สะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมการเกื้อกูล เพื่อให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้รับบริการหลุดจากความเจ็บป่วย ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการนวดด้วยวิธีใดล้วนส่งผลต่อสุขภาพในทางที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน

**2.1.3 การจัดตั้งสถานบริการการนวดแผนไทย (การแพทย์แผนไทย) ในสถานบริการของรัฐ และของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ สถาบันการแพทย์แผนไทย**

1) จากการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร เกี่ยวกับการจัดตั้งสถานบริการของรัฐมีดังนี้

ระยะแรกการแพทย์แผนไทยไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากถูกลดบทบาทลง กลายเป็นการแพทย์นอกกระแสหลักตั้งแต่ พ.ศ.2466 ประชาชนส่วนใหญ่นิยมใช้บริการกับแพทย์แผนปัจจุบัน

สมโภช รติโอพาร (การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย 2549 : 26) ระบุว่า “ พ.ศ.2521 มุลนิธิเอเชีย ได้ออกคำแถลงการณ์แห่งอัลมา - อดา ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน โดยพยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิก สนีกกำลังการรักษาแบบพื้นบ้านและสมุนไพรเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผลให้รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษาและพัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โดย พ.ศ.2522 เริ่มมีนโยบายสาธารณสุขมูลฐานเข้าในแผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 -2524) ”

แต่การแพทย์แผนไทยก็ยังไม่ได้รับความนิยม Online 5 พฤศจิกายน 2551 <http://www.clinicsuwan.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=75974>) ระบุว่า “ คังนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ จึงประกาศโครงการฟื้นฟูการแพทย์ไทยเดิม และได้รับอนุญาตจัดตั้งมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมขึ้น เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2523 โดยมีจุดประสงค์สำคัญคือ ฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับวิชาแพทย์ไทยเดิมวิจัย และการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของประชาชน ปรับปรุงการศึกษาและการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทยเดิมที่มีมาตรฐานสูงขึ้น ” เนื่องจากขณะนั้นเห็นว่าวิชาแพทย์แผนเดิมของไทยอยู่ในสภาพเสื่อมโทรม

อย่างไรก็ตามยังไม่ได้รับความสนใจมากนัก ซึ่งหลังปี พ.ศ. 2528 รัฐบาลหวังว่าการส่งเสริมโรงพยาบาลพึ่งตนเอง และการส่งเสริมการนวดระดับชาวบ้าน จะสามารถทำให้ประชาชนหันมาใช้บริการการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวด เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพ จึงมีการพัฒนาการนวดไทย เปรม ชินวันทนายนนท์ (ภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท 2547 : 109) ระบุว่า “ การฟื้นฟูการนวดไทยและพัฒนาหมอนวดไทย โดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาเพื่อเผยแพร่ความรู้การนวดไทย ลดการใช้ยาแก้ปวดแผนปัจจุบัน เพื่อเสริมศักยภาพจริยธรรมและบทบาทของหมอนวดไทย ให้ความสำคัญที่การส่งเสริมการนวดในระดับสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นการฝึกอบรมพัฒนา และผลักดันให้เป็นสาขาวิชาชีพหนึ่งในการประกอบโรคศิลปะ ”

หลังการฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย นายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์ ได้นำการนวดโบราณมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ปรากฏว่าได้ผลและเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความเชื่อถือ ซึ่ง วิชัย โชควิวัฒน์ (หนังสือบูรพาจารย์และผู้มีคุณูปการ ต่อการแพทย์แผนไทย 2549 : 176) ได้อ้างคำกล่าวท่านว่า “ ผมใช้ (การนวด) กับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ท้องอืดหลังการผ่าตัดมดลูก ไข้คั่ง กระตุกคอและหลังอักเสบ ปวดท้องจากนิ่วในถุงน้ำดี หอบหืด หลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็นต้น โรคบางอย่างของคนไข้กลับหายไไปอย่างประหลาด นับว่าการนวดของไทยมีคุณประโยชน์มหาศาลจริง ” และกล่าวว่าการนวดนั้นเป็นการรักษาโดยหมอมือเปล่า ซึ่งท่านสรุปว่า “ ถ้าได้รับการนวดและคำชี้แจงในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง (โรคร้าย) ก็อาจมีโอกาหายขาด กลับมีสุขภาพดีได้โดยไม่ต้องใช้ยาเลยก็ได้ ”

ทั้งนี้ การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะด้านการนวด เริ่มกลับมาได้รับความสนใจมากขึ้นต่อเมื่อมีการนำไปผสมผสานในสถานบริการของรัฐ และมีการพัฒนาโครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยขึ้น โดยมีองค์กรรองรับงานด้านการแพทย์แผนไทยในส่วนกลาง เมื่อ พ.ศ. 2532 กระทั่งถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) สมโภช ชาติ ๖๐ พรรษา (อ้างแล้ว 2549 : 25) ระบุว่า “ ได้สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยทางเลือกในส่วนที่สามารถดำเนินการ โดยประชาชน เช่น การแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพรและอื่นๆ ทั้งใน

ระดับบุคคลครอบครัว และชุมชนให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นระบบ สามารถประสานกับทางเลือกของการดูแลสุขภาพแผนตะวันตกได้ ” โดยให้การสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้านได้แก่ การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย การนวดไทย สมุนไพร เทคโนโลยีพื้นบ้านอื่นๆ ให้แพร่หลาย รวมทั้งผสมผสานการใช้ร่วมกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการบริการสาธารณสุข เปรม ชินวันทนานนท์ (เอกสารภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท 2547 : 110) กล่าวถึงรัฐบาลคราวแดงต่อรัฐสภา โดยระบุว่า “ ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขชุมชนอย่างเหมาะสม ” ก่อนจะมีพระราชบัญญัติตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2543

ก่อนหน้านั้นในปี 2542 ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และคณะ (รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย 2547 : 1) ระบุว่า “ มีการจัดทำโครงการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทยแก่ประชาชน และต่อมาได้ปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการจัดทำโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องเพื่อให้มีต้นแบบของบริการการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจรในส่วนภูมิภาค ”

จะเห็นว่าการแพทย์แผนไทยขณะนั้น ยังไม่ได้รับการพัฒนามากนัก จนกระทั่งมีการก่อตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เมื่อ พ.ศ.2545 ในส่วนกลาง ซึ่งมีการพัฒนาส่งเสริมด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจังและเป็นระบบ โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีหน่วยงานที่สนับสนุนการแพทย์แผนไทย ซึ่ง สมโภช รัตติโอร (การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย 2549 : 31 - 32) ระบุว่า 1) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีหน้าที่วิเคราะห์ยา 2) กองการประกอบโรคศิลปะ ควบคุมดูแลการประกอบโรคศิลปะให้เป็นไปตามกฎหมาย 3) กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน พัฒนารูปแบบยาแผนโบราณและทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์ 4) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พิจารณาอนุมัติทะเบียนตำรับยาและควบคุมการผลิตการขายยาให้เป็นไปตามกฎหมาย นอกจากนี้ ยังมีกระทรวงแรงงานพัฒนาฝีมือแรงงานและจัดหางานทางด้านกรนวดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พัฒนาอนุรักษ์ขยายพันธุ์พืชสมุนไพร ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย ได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ โดยมีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ และยังมี การเปิดให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวงถึงสถานอนามัย เพื่อเป็นแหล่งส่งเสริมสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจร โดยมีคุณภาพมาตรฐาน

และสามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง ด้วยการนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด หน่วยงานเกิดการเรียนรู้สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ทำให้เกิดการพัฒนากาพย์แผนไทยอย่างยั่งยืน ถึงแม้ว่าบางแห่งยังไม่มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน

แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ มีการแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน เกสร อังคฺสิงห์ และคณะ (สถาบันการแพทย์แผนไทย (2550 : 18-21) ระบุว่า “ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันโรค เพื่อหลีกเลี่ยงหรือหยุดยั้งไม่ให้เกิดการก่อตัวของโรค หรือกระทบต่อสุขภาพ การรักษาพยาบาล เพื่อบรรเทาหรือบำบัดอาการให้กลับสู่สภาพเดิมให้มากที่สุด การฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันและยับยั้งความพิการตั้งแต่ต้น ”

## 2) จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า ผู้บริหารได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการจัดตั้ง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยไว้ดังนี้

ผู้บริหารคนที่ 1 ระบุว่า “ เมื่อ พ.ศ. 2528 มีการส่งเสริมโรงพยาบาล ฟังตนเอง โดยมีการฟื้นฟูการนวดไทยและพัฒนาหมอนวดไทยโดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา เพื่อเผยแพร่ความรู้การนวดไทยในระดับสาธารณสุขมูลฐาน และนำการนวดโบราณมาประยุกต์ใช้ รักษาผู้ป่วยร่วมกับแผนปัจจุบันปรากฏว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ในช่วง พ.ศ. 2530 - 2534 มีการบรรจุ การใช้สมุนไพรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 และปี พ.ศ.2532 มีการพัฒนาโครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยขึ้น เป็นองค์กรรองรับงานด้านการแพทย์แผนไทย และ จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์ และเภสัชกรรมแผนไทย ต่อมาแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 หรือช่วงพ.ศ. 2535-2539 ได้สนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองด้านการแพทย์พื้นบ้าน มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ และเภสัชกรรมแผนไทย การนวดไทย สมุนไพรฯ ต่อมา มีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย บังคับใช้ในปี 2543 ให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทยกระทรวงสาธารณสุข และได้ตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ดูแลสถาบันการแพทย์แผนไทยในปี พ.ศ.2545 การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย จึงมีการพัฒนาส่งเสริมสถานภาพและบทบาทที่เป็นระบบ และเป็น ุปรธรรม ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยมีคุณภาพมาตรฐาน สามารถผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการ สุขภาพของรัฐอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดตั้งขึ้นเมื่อปี 2544 แต่ดำเนินการอย่างเป็นทางการเมื่อปี 2545 มีการให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดโรค โดยผู้ประกอบโรคศิลป์

สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย และผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ปัจจุบันมีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยทั่วประเทศ ทั้งในโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอมากกว่า 90% ”

ผู้บริหารคนที่ 4 ระบุว่า “ปี 2544 ได้จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย แต่เปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการเมื่อปี 2545 แรกเริ่มระหว่างเดือนตุลาคม 2545 - มกราคม 2548 เป็นการร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน จนกระทั่งตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2548 เป็นต้นมาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย โดยการขยายปรับปรุงสิ่งต่างๆต้องเป็นไปตามระเบียบพัสดุ สำหรับส่วนภูมิภาคได้มีการสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลที่มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในโรงพยาบาลเมื่อปี 2544 แห่งละ 50,000 บาท ”

#### 2.1.4 การดำเนินงานของสถานบริการของรัฐ (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย)

##### 1) จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร

(1) การดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ

นโยบายเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานต่างๆ ให้ไปสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สถานบริการของรัฐด้านสาธารณสุข จึงเป็นองค์กรหนึ่งที่มีนโยบายเป็นตัวกำหนด ทำให้ด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการและด้านบริการ เป็นไปในแนวทางเดียว หรือสอดคล้องกัน ดังนี้

ก. ด้านนโยบาย (สมโภช รติโอพาร 2549 : 33 อ้างแล้ว) ได้ให้ข้อมูลสรุปได้ว่า

ก) สถานบริการของรัฐทั่วประเทศ มีการดำเนินการทางการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการรณรงค์แผนไทย ทั้งระดับกระทรวงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย ถึงแม้ว่าบางแห่งยังไม่มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจนการดำเนินงาน และการให้บริการแก่ประชาชนยังคงอาศัยโครงสร้างงานเดิมของหน่วยบริการ และการมอบหมายงานอาศัยการตัดสินใจของผู้บริหารของหน่วยงาน ที่จะให้งานการแพทย์แผนไทยอยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายหรือกลุ่มงานใด ตามแนวทางสถาบันการแพทย์แผนไทย โดยมีนโยบายเพื่อ

(ก) เป็นแหล่งส่งเสริมสุขภาพ ด้านการแพทย์แผนไทย ที่ครบวงจร

(ข) มีแหล่งบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน และประชาชนสามารถเลือกใช้บริการได้อย่างสะดวกและทั่วถึง

(ค) เกิดการนำทรัพยากรในท้องถิ่นมาใช้ ให้เกิดประโยชน์

อย่างสูงสุด

(ง) หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุน ได้เรียนรู้การดำเนินการที่  
ต้องบริหารให้เกิดประสิทธิภาพ และให้สามารถเลี้ยงตัวเองได้

(จ) เกิดการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

(2) การดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์  
แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ก. ด้านนโยบาย Online 7 พฤศจิกายน 2550 : [http:// ittm.dtam.](http://ittm.dtam.moph.go.th/health/history.html)

moph.go.th/health/history.html) ระบุว่า มีนโยบายคล้ายคลึงกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยของรัฐ  
ทั่วประเทศ ดังนี้

ก) เพื่อเป็นสถานสาธิตการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย  
เช่น การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร และการดูแลสุขภาพอื่นๆ  
ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย

ข) เพื่อให้ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุข และ  
ประชาชนทั่วไป ได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยอย่างมีมาตรฐานครบวงจร

ค) เพื่อเป็นสถานที่ทำวิจัยทางคลินิกด้านการแพทย์แผนไทย  
และสมุนไพร

ง) เพื่อเป็นสถานที่พัฒนาวิชา และมาตรฐานการให้บริการ  
การแพทย์แผนไทย

ข. การบริหารงานการนวดแผนไทย สถานบริการของรัฐ

ทั่วประเทศ

ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ และคณะ (รายงานการประเมินผลโครงการ  
ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย 2547 : 7) ระบุว่า “ การบริหารงานด้านการนวดแผนไทย ในสถาน  
บริการของรัฐทั่วประเทศ แต่ละจังหวัดมีการบริหารจัดการในรูปแบบของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
ดังนี้

ก) จัดตั้งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานของรัฐในสังกัด  
กระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
สถานีอนามัย

ข) การบริหารงานขึ้นตรงต่อหน่วยงานของรัฐ โดยมีคณะกรรมการ  
ดำเนินงานทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ และบุคคลภายนอกสถานที่ตั้ง ใช้สถานที่ของหน่วยงานรัฐที่มีอยู่เดิม

แต่แยกสัดส่วนให้ชัดเจนหรือเช่าอาคารทำการ โดยพื้นที่ทั้งหมดต้องมากกว่า 53 ตารางวา และมีพื้นที่พร้อมขยายตามรูปแบบของศูนย์”

ค. วิชาการการนวดแผนไทย ของสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ

ปราชญ์ เสถียรรัตน์ และคณะ (2547 : 7 อ้างแล้ว) ระบุว่า

“ มีการส่งเสริมการพัฒนาการนวดแผนไทย ทั้งในสถานบริการระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ”

ตามตัวอย่าง (Online 5 ธันวาคม 2551 : [http://ptmk.dtam.moph.go.th/data\\_news/news-may08/news-15.htm](http://ptmk.dtam.moph.go.th/data_news/news-may08/news-15.htm))

ข่าวเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ซึ่งมีการตอบข้อซักถามในการประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบูรณาการงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้การดำเนินงานในส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 เมื่อวันที่ 28 – 29 มกราคม 2551 ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

คำถามที่ 1 “ สถาบันการแพทย์แผนไทย จะพัฒนาหรือมีแนวทางสนับสนุนจังหวัดในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลและสถานเอนามัย ตามหลักสูตร 330 ชม. เพื่อรองรับการบริการตามการจัดสรรเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างไร” ตอบ “ ตามหลักเกณฑ์ที่ต้องให้ผู้ให้บริการนวดไทยในสถานบริการ ต้องผ่านหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์ (330 ชั่วโมง) ในปี 2552 ให้ตั้งค่าของงบประมาณ เพื่อพัฒนาบุคลากรนวด โดยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนวดไทย 300 , 330 และ 372 ชั่วโมง (ตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข) ให้เป็นไปตามหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์ (330 ชั่วโมง) กำหนด (เฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ) ”

คำถามที่ 2 “ ในการจัดอบรมนวดไทย 150 ชั่วโมง ให้กับผู้ประสบภัย, ผู้ด้อยโอกาส อบรมเสร็จแล้วถ้าจะรับบุคคลที่ผ่านการอบรม 150 ชั่วโมงเข้าปฏิบัติงานในส่วนของภาครัฐ ถือว่าไม่ได้มาตรฐานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แล้วจะช่วยบุคลากรที่ผ่านการอบรม 150 ชั่วโมง ให้มีงานทำได้อย่างไร และถ้าจะส่งเข้ารับการอบรมผู้ช่วยหมอนวด 320 ชั่วโมง จะมีงบส่วนไหนสนับสนุนได้” ตอบ “ การจัดอบรมนวดไทย (150 ชั่วโมง) ให้กับผู้ประสบอุทกภัย มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปประกอบอาชีพในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษา หากต้องการปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐ ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์ (330 ชั่วโมง) เท่านั้น ในการจะพัฒนาต่อยอดความรู้ตามหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์ 330 ชั่วโมง ให้ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ”



นอกจากนี้ยังมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัยอยู่เป็นประจำ เช่น จังหวัดลพบุรี ได้จัดการอบรมส่งเสริมความรู้แก่บุคลากร “ การอบรมหลักสูตรการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (รุ่นที่2) วันที่ 22- 26 พฤษภาคม 2549 ณ ห้องประชุมศูนย์สัมมนาจัดเลี้ยงมนนิพา ” และ “ การประชุมคณะทำงานพัฒนางานแพทย์แผนไทยและสมุนไพรจังหวัดลพบุรี วันที่ 8 พฤษภาคม 2549 ณ ห้องประชุมศูนย์สัมมนาจัดเลี้ยงมนนิพา อ.เมือง จ.ลพบุรี ” (Online 9 ธันวาคม 2551 :<http://www.lbo.moph.go.th/rx/rxthai/gall.html>)

### ง. การให้บริการ

#### ก) แนวทางการดำเนินงาน จากการศึกษาเอกสารพบว่า

บทความมติชนสุดสัปดาห์ : มุลินธิสุขภาพไทย (Online 9 ธันวาคม 2551 : <http://www.thaihof.org/herb/abstract/mati701.htm>) ระบุว่า “ ปัจจุบันสถานบริการของรัฐประมาณร้อยละ 90 ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย...จากข้อมูลโรงพยาบาล 333 แห่งทั่วประเทศ โรงพยาบาลถึง 318 แห่ง (ร้อยละ 93.4) หรือเกือบทั้งหมดมีบริการนวดไทย รองลงมา อบ ประคบ (ร้อยละ 83.8) รักษาด้วยยาไทย (ร้อยละ 63.1) และดูแลหลังคลอด (ร้อยละ 45.3) การให้บริการการนวดไทยพบมากเกือบทุกโรงพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่เป็นการนวดแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 70.1 ”

โดยภาพรวมทั่วประเทศมีแนวทางการพัฒนาสุขภาพร่างกายด้านสาธารณสุข เกสร อังสุสิงห์ และคณะ (คู่มือระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย 2550 : 18 – 21) ได้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

(ก) การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตื่นตัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้ประชาชนมีความสุขของสุขภาพทั้งกาย จิต วิญญาณ และสังคม

(ข) การป้องกันโรค เพื่อหลีกเลี่ยงหรือหยุดยั้งไม่ให้เกิดการก่อตัวของโรค หรือภัยอันตรายที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

(ค) การรักษาพยาบาล เพื่อมุ่งขจัดหรือบรรเทาอาการของโรคภัยไข้เจ็บ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลปลอดภัย และกลับมาสู่ภาวะสุขภาพเดิม

(ง) การฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันหรือยับยั้งความพิการ ที่จะเกิดขึ้นให้กลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด

โดยการดำเนินงานทั้ง 4 ด้าน การแพทย์แผนไทย ได้ยึดหลักการข้างต้น มาดำเนินงานให้สอดคล้องกับการให้บริการแก่ประชาชน ดังนี้

## (ก) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งยังไม่มีอาการเจ็บป่วย เพื่อช่วยการไหลเวียนของโลหิต กล้ามเนื้อผ่อนคลายยืดหยุ่นจิตใจผ่อนคลาย

- การอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการแก่ผู้ที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วย แต่ต้องการรับบริการเพื่อส่งเสริมร่างกาย

- การจัดกิจกรรมบริหารร่างกายท่าฤๅษีดัดตน เป็นการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่ร่างกาย ช่วยทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างคล่องแคล่ว การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น เป็นการบำรุงสุขภาพ

- การจัดกิจกรรมนันทนาการ เป็นการส่งเสริมและป้องกันโรค เช่น ความเครียด ปัญหาทางจิต ช่วยทำให้จิตใจสงบ

- การให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำ และสอนด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย สามารถนำไปประยุกต์ใช้

## (ข) การบำบัดรักษาพยาบาล

- การบำบัดรักษาโรคด้วยยาสมุนไพร/ยาแผนไทย เช่น

- \* ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะอาหารอึกเสบ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ฯลฯ

- \* ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะขัด แสบ นีวขนาดเล็ก ฯลฯ

- \* ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้หวัด ไอ เจ็บคอ ฯลฯ
- \* ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดหลัง ปวดเอว เจ็บเสียม ฯลฯ

- \* ระบบผิวหนัง ได้แก่ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เริม งูสวัด แผลร้อนในปาก แผลงัสต์ว์กัดต่อย กลาก เกื้ออน ฝี แผลพุพอง ลมพิษ ฯลฯ

- \* ระบบจิตประสาท ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ใจสั่น อ่อนเพลีย ฯลฯ

- \* ระบบโลหิตระดูของสตรี ได้แก่ ปวดประจำเดือน ตกขาว ฯลฯ

- การบำบัดรักษาด้วยการนวดไทย ตัวอย่างเช่น  
ขากรรไกรอักเสบ หูอักเสบ ปวดศีรษะ หัวไหล่อักเสบ ปวดข้อศอก ข้อมือเคลื่อนไหว กระดูกสันหลังคด  
ปวดหลัง ปวดเอว ข้อนิ้วเท้า กระดูกแขน ขาหัก กล้ามเนื้ออักเสบ ท้องผูก นอนไม่หลับ มดลูก  
เคลื่อนไหว ฯลฯ

- การรักษาด้วยการอบไอน้ำสมุนไพร เช่น โรคภูมิแพ้  
โรคหอบหืด ไข้หวัด (ไข้ต้องไม่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส) โรคผิวหนัง ผื่นคัน อัมพาต ปวดเมื่อย  
กล้ามเนื้อ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ ซึ่งอาจต้องใช้อุปกรณ์อบสมุนไพร ร่วมกับการ  
รักษาอื่นๆ ตามความเหมาะสม

- การบำบัดรักษาด้วยการประคบสมุนไพร เช่น ปวดกล้ามเนื้อ  
กล้ามเนื้อ เอ็น ข้ออักเสบ ฯลฯ

(ค) การฟื้นฟูสภาพ โดยใช้ การนวด คือ การนวดการฟื้นฟู  
สภาพ อัมพาต 5 ชนิด คือ อัมพาตครึ่งซีกซ้าย - ขวา , ครึ่งท่อนล่าง-บน และหน้า การนวดเพื่อฟื้นฟู  
สมรรถภาพทางเพศ

#### (ง) อัตราค่าบริการ

- การตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษา ผู้ที่ขึ้นทะเบียนใน  
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่เสียค่าตรวจ แต่หากไม่ได้ขึ้นทะเบียน จะเรียกเก็บไม่  
เกิน 20 บาท / ครั้ง / คน

- การส่งเสริมและป้องกันโรค / การบำบัดรักษา /  
การฟื้นฟูสภาพ

\* การบำบัดรักษาด้วยยาสมุนไพร / ยาแผนไทย อัตราเพิ่ม  
ตามต้นทุนการผลิต หรือราคาซื้อไม่เกินร้อยละ 15

\* การนวดตัว อัตราค่าบริการ 200 บาท / คน / ครั้ง

\* การนวดเท้า อัตราค่าบริการ 150 บาท / คน / ครั้ง

\* การอบสมุนไพรเพื่อการรักษาและการประคบสมุนไพร  
เพื่อการรักษา อัตราค่าบริการ 100 บาท / คน / ครั้ง

- การส่งเสริมและป้องกันโรค อื่นๆ

\* การจัดกิจกรรมกายบริหารท่าฤๅษีดัดตน การจัด  
กิจกรรมการนั่งสมาธิ เรียกเก็บไม่เกินครั้งละ 10 และการให้คำแนะนำปรึกษา สาธิตสอนแสดงด้าน  
การแพทย์แผนไทย เรียกเก็บไม่เกินครั้งละ 50 บาท/ คน / ครั้ง แต่ที่ผ่านมาทั้งหมดยังไม่มีการเรียกเก็บ

ส่วนการเข้ารับบริการในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีการผสมผสานไปกับการจัดบริการที่มีอยู่ คือ ในโรงพยาบาลลักษณะการเข้ารับบริการจะมี 2 วิธี คือ

- ผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยผ่านการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน และเมื่อตรวจวินิจฉัยโรคแล้วพบว่าสามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาที่งานการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา การแพทย์แผนไทยด้วย

- ผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยตนเองที่งานการแพทย์แผนไทย โดยจะต้องผ่านการคัดกรองจากแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนให้การรักษา และหากพบว่าไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยก็จะถูกส่งต่อไปให้แพทย์แผนปัจจุบันเป็นผู้รักษา

2) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร เกี่ยวกับการดำเนินงานในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย พบว่าได้ให้บริการแก่ประชาชนเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับเกณฑ์ที่กำหนดทั่วประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

(1) นโยบายหลักการดำเนินงาน ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ด้านการนวดแผนไทย

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารได้ให้ข้อมูลดังนี้

ผู้บริหารคนที่ 1 และคนที่ 4 ระบุว่า “ นโยบายหลักการตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบแก่สถานบริการทั่วประเทศ และผู้ที่สนใจทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ในการให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งมีต่างประเทศมาศึกษาดูงานมาก โดยการพัฒนารูปแบบ เป็นที่ปรึกษาหรือศึกษาวิจัยทางคลินิกในเรื่องการนวดที่ได้มาตรฐาน และไม่ได้ออกแบบมาเพื่อให้บริการเชิงปริมาณโดยเฉพาะ จึงเป็นการแพทย์แผนไทยที่ไม่ครบวงจร แต่มีการให้บริการครบวงจร ”

ผู้บริหารคนที่ 2 ระบุว่า “ อีกด้านหนึ่งมีนโยบายเป็นศูนย์กลางในการศึกษาวิจัย และเป็นศูนย์กลางในการสร้างเครือข่ายนักวิจัย ”

(2) การบริหารงานด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย

จากการสัมภาษณ์ พบว่าปัจจุบันมีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในโรงพยาบาล ทั่วประเทศมากกว่า ร้อยละ 90 เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการ ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล

ผู้บริหารคนที่ 1 ระบุว่า “ การบริหารงานการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยขึ้นอยู่กับกลุ่มงานวิจัย สำหรับการเบิกจ่ายเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการรวมทั้งหมอนวดใช้เงินบำรุงของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และหมอนวดก็ไม่ได้เห็นว่าจะต้องเกษียณอายุการทำงานเมื่อใด ส่วนอัตรากำลังคนขณะนี้อยู่ระหว่างขอกำหนดตำแหน่งด้านการแพทย์แผนไทยระดับปริญญาตรีที่ กพ.รองรับ จาก กพ. จำนวน 1,000 ตำแหน่งเพื่อจัดสรรให้โรงพยาบาลทั่วประเทศ ”

ผู้บริหารคนหนึ่ง (ไม่ได้เอ่ยนาม) ระบุว่า “ เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งจึงเป็นพนักงานของรัฐและบรรจุในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน รวมทั้งที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในส่วนกลาง ในความเป็นจริงคือตำแหน่งที่มีไว้ เพื่อรองรับผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนโดยตรง ” ประกอบกับขณะนี้เริ่มมีการยุบ ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในส่วนภูมิภาคแล้ว เพื่อกำหนดตำแหน่งใหม่ในระดับปริญญาตรี สำหรับในส่วนกลางสถานให้บริการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นศูนย์หนึ่งของ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้บริหารคนที่ 4 ระบุว่า “ จัดมาตรฐานบริหารจัดการตามระเบียบการจ้างงานจากรายได้ และรายจ่ายเงินบำรุงในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โดยอิงระเบียบเงินบำรุงกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันสามารถเลี้ยงตัวเองได้ ”

### (3) วิชาการการนวดแผนไทย ของสถาบันการแพทย์แผนไทย

ผู้บริหารคนที่ 1 , 3 และ 4 ระบุว่า “ มีการเพิ่มศักยภาพหมอนวดโดยส่งเสริมให้มีการอบรมต่อยอดจากหลักสูตรการนวดแผนไทย 372 ชั่วโมง เป็น 800 ชั่วโมง แต่เพราะมีการพิจารณาคลากรทางด้านสาธารณสุขก่อน จึงทำให้ที่ผ่านมาปีหนึ่งๆหมอนวดจะได้รับโควตาให้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าวเพียง 3 - 5 คน และมีการส่งเสริมการสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งปัจจุบันมีการสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะจากผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยสาขาเวชกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ และหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งทั้งหมดเป็นหลักสูตร 3 - 4 ปี ผู้ไม่ได้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยได้มีการขึ้นทะเบียนไปแล้ว 81 คน จากหมอนวดแผนไทยดั้งเดิมหรือหมอนพื้นบ้านโดยการประเมิน และขณะนี้หมอนวดหลายคนอยู่ระหว่างการมอบตัวศิษย์ เพื่อรอรับการประเมินให้ขึ้นทะเบียนประเมินผล สำหรับสถาบันการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันกำลังมีการก่อตั้งอโรคนาสาเพื่อทำการวิจัยที่เป็นรูปธรรม ซึ่งเดิมส่วนใหญ่จะพิจารณาโครงการวิจัย และสนับสนุนงบประมาณให้ผู้สนใจทำการวิจัย ทั้งนี้ สถาบันการแพทย์แผนไทยมีคณะกรรมการ สำหรับพิจารณาในการขอทำการศึกษาวิจัยในคนตามที่ WHO รับรองตามมาตรฐาน”

ผู้บริหารคนที่ 2 ระบุว่า “ ด้านวิชาการมีการศึกษาวิจัย ซึ่งกลุ่มงานวิจัยคลินิกมีบทบาทในการดำเนินงาน เป็นศูนย์กลางในการสร้างเครือข่ายนักวิจัย ปัจจุบันจะเป็นการวิจัยที่ดำเนินงานเอง และส่วนใหญ่จะเน้นการศึกษาวิจัยในคน โดยใช้คลินิกบริการนวดแผนไทยของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เป็นศูนย์กลางในการศึกษาวิจัย นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการบรรยายเกี่ยวกับงานวิจัยการแพทย์แผนไทย แก่ผู้สนใจศึกษาดูงานทั้งภายในและภายนอกประเทศ ”

(4) การให้บริการ พบว่าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้ให้บริการแก่ประชาชน เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับเกณฑ์ที่กำหนดทั่วประเทศ โดยผู้ป่วยเข้ารับบริการด้วยตนเองที่งานการแพทย์แผนไทย และจะต้องผ่านการคัดกรองจากแพทย์อายุเวทก่อนให้การรักษา อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าวเป็นการแพทย์แผนไทย ที่ยังไม่ครบวงจร จากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า

ผู้บริหารคนที่ 1 และ 4 ระบุว่า “ มีการให้บริการนวดแผนไทยที่ครบวงจร แต่เป็นการแพทย์แผนไทยที่ไม่ครบวงจร เนื่องจากมีนโยบายเป็นต้นแบบในการให้บริการ ถ้าเป็นการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจรต้องมีการจ่ายยาสมุนไพร อบรมประคบ การอบรมและการผลิต ตามแนวคิดของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทวีทรัพย์เจริญ เนื่องจากสถานที่ไม่เอื้ออำนวยจึงบริการครบวงจรเฉพาะการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การสั่งยา ใข้ยา การนวดประคบ โดยการตรวจวินิจฉัย การส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟู รวมทั้งเป็นสถานที่ทำการวิจัยและพัฒนาฯ ”

ผู้บริหารคนที่ 4 ยังระบุเพิ่มเติมว่า “ มีการทำสัญญากับโรงพยาบาล บำราศนราดูร กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมาก และต้องบำบัดรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย จะส่งต่อผู้ป่วยไปปรับตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา แต่ที่ผ่านมายังไม่มีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อ เนื่องจากผู้ที่ไปรับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นส่งต่อ ”

สรุปว่า การแพทย์แผนไทยไม่ได้รับความนิยมตั้งแต่พ.ศ.2466 เป็นต้นมา จนกระทั่งมีการทดลองนำเข้ามาให้บริการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ตั้งแต่ก่อนปี 2545 จึงเริ่มได้รับการพัฒนาเป็นลำดับแต่ยังไม่เป็นที่นิยมมากนัก โดยการให้บริการการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐมีแนวทางในการให้บริการ 4 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู ส่วนการเข้ารับบริการนั้น จะมีทั้งผ่านการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน และเข้ารับบริการด้วยตนเองที่งานการแพทย์แผนไทยโดยตรง ต่อมา พ.ศ.2545 มีการก่อตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย และเปิดดำเนินงานในส่วนกลาง การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย จึงมีการตอบรับอย่างแพร่หลาย ซึ่งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ดำเนินงานเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับเกณฑ์ที่กำหนดในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ แต่เป็นการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่ครบวงจร แต่การให้บริการนั้นครบวงจร

เนื่องจากมีนโยบายเป็นต้นแบบในการให้บริการที่ไม่เน้นปริมาณ และเพื่อเป็นศูนย์กลางในการศึกษา และสร้างเครือข่ายนักวิจัย ส่วนการเข้ารับบริการจะเป็นการเข้าพบกับแพทย์อายุรเวทโดยตรง สำหรับด้านการบริหารงานศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ปัจจุบันมีการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการและหมอนวดจากเงินบำรุงของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย โดยอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหลังการเปิดให้บริการสามารถมีรายรับจากการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ หมอนวดไม่ได้จำกัดอายุการทำงานว่าต้องเกษียณเมื่อใด รวมทั้งได้พยายามผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการก่อสร้างอาคารสถานที่ และด้านกำลังคนเพื่อรองรับการให้บริการ ด้านวิชาการมีการส่งเสริมการเพิ่มศักยภาพของหมอนวดโดยให้ฝึกอบรมต่อออกจาก 372 ชั่วโมงเป็น 800 ชั่วโมง แต่เนื่องจากจะมีการพิจารณาให้โควตาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอันดับแรก จึงทำให้แต่ละปีมีหมอนวดที่ได้รับการฝึกอบรมในสัดส่วนที่น้อย อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการให้โควตาไปฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติมเป็นเวลา 1 เดือน นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมทักษะหมอนวดด้านการนวดและด้านภาษาอังกฤษทุกบ่ายวันอังคาร รวมทั้งส่งเสริมการสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบโรคศิลปะของหมอนวด สำหรับการพัฒนาการให้บริการในภาพรวมพบว่า ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดตั้งโรยาศาล เพื่อเป็นศูนย์กลางการวิจัยการแพทย์แผนไทย

จึงกล่าวได้ว่าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีนโยบายเพื่อเน้นการให้บริการในเชิงคุณภาพ และเพื่อเป็นต้นแบบแก่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในการศึกษาและสร้างเครือข่ายนักวิจัย ตลอดจนเพื่อเป็นแหล่งศึกษาคูงานทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ โดยเป็นการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่ครบวงจร แต่มีการให้บริการครบวงจร

2.2 สถานภาพ เป็นสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งที่สังคมกำหนด ว่าแต่ละบุคคลจะอยู่ในตำแหน่งหรือสถานภาพใดในสังคม เพื่อให้สังคมอยู่กันอย่างเป็นระเบียบ ทั้งนี้ สถานภาพเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน เป็นการบ่งชี้ถึงตำแหน่งทางสังคม ซึ่งบุคคลหนึ่งจะมีได้หลายสถานภาพ เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีบทบาทในหลายสถานการณ์ และจะสัมพันธ์กับหลายสถานภาพ สำหรับ บทบาท เป็นสิทธิหน้าที่ที่ต้องประพฤติปฏิบัติ เพื่อแสดงออกในสังคมตามการครอบครองสถานภาพนั้น เมื่อบุคคลใดได้นำสิทธิหน้าที่ที่มีอยู่ในสถานภาพของตนเองออกมาใช้ หมายความว่า บุคคลนั้นกำลังสวมบทบาทของเขา ซึ่งมีอยู่หลายประการและจะต่อเนื่องกันไป จากการศึกษาที่ต้องเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม และบทบาทต่างๆเหล่านั้นของเขาก็จะเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพของเขาในสังคม

สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย เกิดขึ้นได้เนื่องจากผู้รับบริการ และผู้ให้บริการมีบทบาทที่แสดงออกถึงพฤติกรรม ทักษะคติ ความเชื่อ เหตุผล และความพึงพอใจในการส่งเสริมภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ดังนี้

### 2.2.1 ผู้รับบริการ

#### 1) พฤติกรรม การใช้บริการนวดแผนไทยของผู้รับบริการไทย

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของพฤติกรรมการใช้บริการนวดแผนไทย

พฤติกรรมการใช้บริการนวดแผนไทย		จำนวน	ร้อยละ
1) การรับทราบของผู้รับบริการ เกี่ยวกับการให้บริการนวด ฯ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	- จากคำบอกเล่า	282	83.4
	- จากป้ายประชาสัมพันธ์	86	25.4
	- จากอินเทอร์เน็ต และอื่น ๆ	55	16.2
2) จำนวนครั้งของการขอรับบริการ	- 2 – 3 ครั้ง	67	19.8
	- 4 – 5 ครั้ง	53	15.7
	- มากกว่า 5 ครั้ง	218	64.5
	$\bar{x} = 4.07$ SD.= 1.392		
3) ความต่อเนื่องของการรับบริการ	- ต่อเนื่อง	173	51.2
	- ไม่ต่อเนื่อง	165	48.8
4) ระยะเวลาที่มาขอรับบริการ ต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง	- ต่ำกว่า 1 เดือน	128	37.9
	- 1 เดือน – 12 เดือน	158	46.7
	- มากกว่า 12 เดือน	52	15.4
	$\bar{x} = 7.58$ SD.=11.871		
5) วัตถุประสงค์ที่ไปขอรับบริการ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	- บำบัดรักษา	310	91.7
	- ส่งเสริมสุขภาพ และคลายเครียด	171	50.6
	- ฟื้นฟูสภาพ	51	15.1
6) ประเภทของการขอรับบริการที่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ประเภท)	- นวดแผนไทย	330	97.6
	- ประคบ	250	74.0
	- นวดฝ่าเท้า	63	18.6
	- อบสมุนไพร	102	30.2
7) เพศของผู้ให้บริการที่ผู้รับบริการ นิยมใช้บริการ	- เพศหญิง	229	67.8
	- เพศชาย	109	32.2



ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้บริการนวดแผนไทย		จำนวน	ร้อยละ
8) ค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการนวด แต่ละครั้ง	-100-300 บาท	273	80.8
	- 301 – 500 บาท	65	19.2
$\bar{x} = 285$ Max=450 Min=100 SD.= 1.531			
9) เวลาที่ใช้ในการขอรับบริการนวด	- น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	10	3.0
	- ประมาณ 1 ชั่วโมง	98	29
	- มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	226	66.8
	- มากกว่า 2 ชั่วโมง	4	1.2
10) บริการนวดอื่นที่ผู้ขอรับ บริการเคยใช้บริการ	-ไม่เคย	242	71.6
	- เคย	96	28.4
11) การเคยรับบริการบำบัดรักษาด้วย วิธีการนวด เพื่อบำบัดอาการ ปวดของผู้รับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)	- ปวดคอ บ่า ไหล่	249	73.7
	- ปวดหลัง	193	57.1
	- ปวดขา	141	41.7
	- อื่นๆ (ปวดเข่า เอว ข้อเท้า และ ศีรษะ)	330	97

N = 338 คน

จากตารางที่ 4.2 พบว่า

(1) การรับทราบของผู้รับบริการ เกี่ยวกับสถานที่ให้บริการนวดแผนไทย ส่วนใหญ่ทราบจากหลายแหล่งแต่ทราบจากคำบอกเล่ามากที่สุดร้อยละ 83.4 รองลงมาทราบจากป้ายประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 25.4 ทราบจากอินเทอร์เน็ตและจากอื่นๆ เช่น จากการทำงานใกล้สถานที่ให้บริการร้อยละ 16.2

(2) จำนวนครั้งของการขอรับบริการ พบว่าส่วนใหญ่ไปขอรับบริการมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 64.5 รองลงมาขอรับบริการ 2 – 3 ครั้ง ร้อยละ 19.8 และขอรับบริการ 4 - 5 ครั้งร้อยละ 15.7 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ที่ไปขอรับบริการเท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 1.392

(3) ความต่อเนื่องของการขอรับบริการ พบว่าส่วนใหญ่มีการไปขอรับบริการต่อเนื่อง ร้อยละ 51.2 และขอรับบริการไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 48.8

(4) ระยะเวลาที่ไปขอรับบริการ ทั้งที่ต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่ไปขอรับบริการมากกว่า 1 เดือน ร้อยละ 46.7 รองลงมาไปขอรับบริการต่ำกว่า 1 เดือน ร้อยละ 37.9 และไปขอรับบริการมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 15.4 โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ที่ไปขอรับบริการเท่ากับ 7.58 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 11.871

(5) วัตถุประสงค์ที่ไปขอรับบริการ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เพื่อบำบัดรักษาถึงร้อยละ 91.7 รองลงมาไปขอรับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคลายเครียด ร้อยละ 50.6 และไปขอรับบริการเพื่อฟื้นฟูสภาพร้อยละ 15.1

(6) ประเภทของการขอรับบริการ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ส่วนใหญ่พบว่ารับบริการประเภทนวดแผนไทย ร้อยละ 97.6 รองลงมาขอรับบริการประเภทประคบร้อยละ 74 ขอรับบริการประเภทอบสมุนไพร ร้อยละ 30.2 และขอรับบริการประเภทนวดฝ่าเท้า ร้อยละ 18.6

(7) เพศของผู้ให้บริการ ที่ผู้รับบริการนิยมใช้บริการ ส่วนใหญ่พบว่านิยมใช้บริการกับผู้ให้บริการที่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.8 และนิยมใช้บริการกับเพศชายร้อยละ 32.2

(8) ค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการนวดแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่พบว่ามีค่าใช้จ่ายระหว่าง 100-300 บาท ร้อยละ 80.8 ในขณะที่มีค่าใช้จ่าย 301 - 450 บาท ร้อยละ 19.2 โดยมีค่าใช้จ่ายสูงสุด 450 บาท และค่าใช้จ่ายต่ำสุด 100 บาท ส่วนค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) จะเท่ากับ 285 บาท (SD) เท่ากับ 1.531

(9) เวลาที่ใช้ในการขอรับบริการนวด ส่วนใหญ่ขอรับบริการนวดมากกว่า 1 ชั่วโมงแต่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 66.8 จำนวนรองลงมาขอรับบริการเวลา 1 ชั่วโมงร้อยละ 29 และขอรับบริการน้อยกว่า 1 ชั่วโมงร้อยละ 3 และมากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 1.2

(10) การเคยขอรับบริการนวดแผนอื่น ส่วนใหญ่ไม่เคยขอรับบริการนวดแผนอื่น ร้อยละ 71.6 และเคยรับบริการนวดแผนอื่นร้อยละ 28.4

(11) การเคยรับบริการบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวด เพื่อบำบัดอาการปวด โดยส่วนใหญ่จะปวดหลายอย่างเช่น ปวดเข่า เอว ข้อเท้า และศีรษะร้อยละ 97 รองลงมาเพื่อบำบัดอาการปวดคอ บ่า ไหล่ร้อยละ 73.7 เพื่อบำบัดอาการปวดหลัง 57.1 บำบัดอาการปวดขาร้อยละ 41.7

## 2) ทักษะคติความเชื่อและเหตุผลของผู้รับบริการ

ตารางที่ 4.4 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติ ความเชื่อ และเหตุผลของผู้รับบริการต่อการไปขอรับบริการด้านการนวดแผนไทย

ทัศนคติของผู้ไปขอรับบริการต่อการบริการ	มากที่สุด ร้อย ละ (5)	มาก ร้อย ละ (4)	ปาน กลาง ร้อย ละ (3)	น้อย ร้อย ละ (2)	น้อย ที่สุด ร้อย ละ (1)	เฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (SD)	วิ เเคราะห์ ค่า $\bar{x}$
<b>1.ทัศนคติเกี่ยวกับการนวดแผน ฯ</b>								
1)ให้ผลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา พื้นฟูสภาพ	41.7	50.6	7.7	-	-	4.34 (มากที่สุด)	0.616	
2) ส่งเสริมภูมิปัญญา	46.7	44.4	8.9	-	-	4.38 (มากที่สุด)	0.643	
3) พัฒนามาตรฐานแพทย์แผนไทย	42.0	52.7	5.3	-	-	4.37 (มากที่สุด)	0.583	
4) สามารถผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้	28.1	48.8	23.1	-	-	4.05 (มาก)	0.715	
<b>รวม</b>						4.28	0.437	มาก
<b>2.ความเชื่อเกี่ยวกับการนวด ฯ</b>								
1) การนวดมีประสิทธิภาพ	38.8	39.6	21.6	-	-	4.17 (มาก)	0.759	
2) ทำให้สุขภาพดีขึ้น	30.2	53.8	16.0	-	-	4.14 (มาก)	0.665	
3) ทำให้หายจากการเจ็บป่วย	42.6	41.7	15.7	-	-	4.27 (มาก)	0.715	

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ทัศนคติของผู้ไปขอรับบริการ ต่อการบริการ	มากที่สุด ร้อยละ ละ (5)	มาก ร้อยละ ละ (4)	ปาน กลาง ร้อยละ ละ (3)	น้อย ร้อยละ ละ (2)	น้อย ที่สุด ร้อยละ ละ (1)	เฉลี่ย $(\bar{x})$	ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (SD)	วิ เคราะห์ ค่า $\bar{x}$
<b>2.ความเชื่อเกี่ยวกับการนัด ฯ</b>								
4) ไม่เป็นอันตราย	32.5	42.3	25.2	-	-	4.07 (มาก)	0.757	
5) ค่าบริการถูก	24.2	32.0	38.5	5.3	-	3.75 (มาก)	0.884	
<b>รวม</b>						4.08	0.514	มาก
<b>3. เหตุผลที่ไปขอการรับบริการ</b>								
1) คาดว่าจะหายจากการเจ็บป่วย	46.8	39.6	13.6	-	-	4.33 (มากที่สุด)	0.704	
2) ชอบการนัด	24.9	38.1	31.4	5.6	-	3.82 (มาก)	0.870	
3) ทำให้ผ่อนคลาย	27.2	55.6	17.2	-	-	4.10 (มาก)	0.660	
4) ครอบครัวยินยอมให้ไป ขอรับบริการ	16.0	33.7	42.3	7.7	0.3	3.57 (มาก)	0.859	
5) ต้องการหายจากการเจ็บป่วย	68.6	22.8	8.6	-	-	4.59 (มากที่สุด)	0.648	
<b>รวม</b>						4.08	0.543	มาก

n = 338

หมายเหตุ	5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด
	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.3-5.0 หมายถึง มากที่สุด
	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.3-4.2 หมายถึง มาก
	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.6-3.2 หมายถึง ปานกลาง
	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.8-2.5 หมายถึง น้อย
	ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.0-1.7 หมายถึง น้อยที่สุด

จากตารางที่ 4.3 เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อและเหตุผลของผู้รับบริการต่อการไปขอรับบริการด้านการนวดแผนไทย เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาในภาพรวม พบว่าผู้ไปขอรับบริการมีทัศนคติที่ติดต่อการรับบริการในระดับที่มาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.437 และความเชื่อเกี่ยวกับการรับบริการนวด พบว่ามีทัศนคติความเชื่อต่อการนวดแผนไทยในระดับที่มาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.514 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับเหตุผลพบว่ามีทัศนคติความเชื่อที่มากเช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.543 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) *ทัศนคติเกี่ยวกับการนวดแผนไทย* จากการศึกษาพบว่าในภาพรวมผู้ไปขอรับบริการมีทัศนคติที่ติดต่อการนวดแผนไทยในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.437 ซึ่งผู้รับบริการมีทัศนคติเกี่ยวกับการนวดแผนไทยว่าเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาไทยมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.643 รองลงมามีทัศนคติว่า เป็นการพัฒนาและยกมาตรฐานการแพทย์แผนไทยในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.583 นอกจากนี้ มีทัศนคติที่ว่าให้ผลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.616 และสามารถผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้มาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.715

(2) *ความเชื่อเกี่ยวกับการนวดแผนไทย* จากการศึกษาพบว่าในภาพรวมผู้ไปขอรับบริการมีความเชื่อเกี่ยวกับการนวดแผนไทยในระดับที่มาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.514 ซึ่งผู้รับบริการมีความเชื่อเกี่ยวกับการนวดแผนไทยดังนี้ : ผู้รับบริการเชื่อว่าการนวดแผนไทยทำให้หายจากการเจ็บป่วยมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.715 รองลงมาเชื่อว่าเป็นการนวดที่มีประสิทธิภาพมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.759 นอกจากนี้ ยังเชื่อว่าทำให้สุขภาพดีขึ้นอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

เท่ากับ 0.665 รวมทั้งเชื่อมากกว่าการนัดหมายไทยไม่เป็นอันตรายโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.757 ตลอดจนเชื่อว่าการบริการดีกว่าการรักษาแผนปัจจุบันโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.884

(3) เหตุผลที่ไปขอรับบริการ จากการศึกษาพบว่าโดยภาพรวมผู้ไปขอรับบริการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเหตุผลในการไปขอรับบริการในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.543 โดยผู้ไปขอรับบริการมีเหตุผลเกี่ยวกับการไปขอรับบริการดังนี้ ต้องการหายจากอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.648 รองลงมาให้เหตุผลซึ่งคาดว่าจะหายจากการเจ็บป่วยมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.704 นอกจากนี้ให้เหตุผลว่า ทำให้ผ่อนคลายจิตใจและร่างกายได้มากโดยมีค่าเฉลี่ย 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.660 อีกทั้งส่วนตัวแล้วผู้รับบริการชอบการนัดหมายมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.870 สำหรับครอบครัวสนับสนุนให้ไปขอรับบริการอยู่ในลำดับสุดท้ายของเหตุผลแต่ยังอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.859

### 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ตารางที่ 4.5 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	มาก ที่สุด	มาก ร้อยละ	ปาน กลาง	น้อย ร้อยละ	น้อย ที่สุด	เฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน	วิ เคราะห์ ค่า ( $\bar{x}$ )
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		(SD)	
<b>1. คุณภาพการให้บริการนัดของ</b>								
<b>หมอนวด</b>								
1) มีประสิทธิภาพ	21.9	59.2	1.9	-	-	4.03	0.639	(มาก)
2) มีความรอบคอบ	24.9	49.7	25.4	-	-	3.99	0.710	(มาก)

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	มากที่สุด ร้อยละ ละ (5)	มาก ร้อยละ ละ (4)	ปาน กลาง ร้อยละ ละ (3)	น้อย ร้อยละ ละ (2)	น้อย ที่สุด ร้อยละ ละ (1)	เฉลี่ย $(\bar{x})$	ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (SD)	วิ เคราะห์ ค่า $\bar{x}$
3) มีความเชี่ยวชาญ	21.0	59.2	19.8	-	-	4.01	0.578	
						(มาก)		
4) วิธีการนวดรู้สึกลดลง	28.1	63.0	8.9	-	-	4.19	0.781	
						(มาก)		
5) หลังการนวดรู้สึกผ่อนคลาย หรือ อาการทุเลา	26	38.2	35.8	0.6	-	3.90	0.736	
						(มาก)		
6) เวลาในการนวด	21.0	46.2	32.2	-	-	3.88	0.640	
						(มาก)		
<b>รวม</b>						4.0	0.460	มาก
<b>2.คุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ทั่วไป (อายุรเวท,เจ้าหน้าที่อื่น ๆ)</b>								
1) มีมาตรฐาน	24.6	48.5	26.9	-	-	3.98	0.718	
						(มาก)		
2) เอาใจใส่	24.9	55.6	19.5	-	-	4.16	0.635	
						(มาก)		
3) อธิบายเหมาะสม	39.1	46.4	14.5	-	-	4.05	0.665	
						(มาก)		
4) ให้คำปรึกษา	32.6	48.8	18.6	-	-	4.14	0.703	
						(มาก)		
5) เป็นกันเอง	32.0	46.1	21.9	-	-	4.10	0.728	
						(มาก)		

## ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	มากที่สุด ร้อยละ (5)	มาก ร้อยละ (4)	ปาน กลาง ร้อยละ (3)	น้อย ร้อยละ (2)	น้อย ที่สุด ร้อยละ (1)	เฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (SD)	วิ เคราะห์ ค่า $\bar{x}$
6) เพียงพอดต่อความต้องการ	24.6	32.8	31.7	10.9	-	3.71	0.958	
						(มาก)		
7) เสมอภาค	26.9	60.7	11.8	0.6	-	4.14	0.627	
						(มาก)		
8) บริการตรงตามนัดหมาย	33.1	58.0	8.9	-	-	4.24	0.602	
						(มาก)		
9) ได้รับความสะดวก	23.43	59.5	16.5	0.6	-	4.06	0.649	
						(มาก)		
10) คุณภาพที่ได้รับ	3.1	54.1	43.1	12.7	-	4.20	0.647	
						(มาก)		
11) บริการตรงอย่างที่ต้องการ	30.5	48.5	20.4	6	-	4.09	0.725	
						(มาก)		
12) ความรวดเร็ว	32.5	44.7	22.8	-	-	4.10	0.738	
						(มาก)		
13) ขั้นตอนบริการ	26.0	48.5	24.3	1.2	-	3.99	0.743	
						(มาก)		
รวม						4.07	0.478	มาก
<b>3. สถานบริการมีอุปกรณ์การนัด</b>								
1) ได้มาตรฐาน	22.8	42.0	29.6	5.6	-	3.82	0.847	
						(มาก)		
2) ขนาด/จำนวนเพียงพอ	16.9	47.6	28.7	6.8	-	3.75	0.815	
						(มาก)		



ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	มากที่สุด ร้อยละ (5)	มาก ร้อยละ (4)	ปาน กลาง ร้อยละ (3)	น้อย ร้อยละ (2)	น้อย ที่สุด ร้อยละ (1)	เฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (SD)	วิ เคราะห์ ค่า $\bar{x}$
3) สะอาด/ปลอดภัย	30.8	54.4	12.1	2.7		4.13	0.721	
						(มาก)		
4) การใช้สมุนไพร	29.0	46.2	22.2	2.7		4.01	0.787	
						(มาก)		
5) จำนวนเพียงพอ	18.9	53.8	25.1	2.1		3.90	0.717	
						(มาก)		
<b>รวม</b>						3.92	0.478	มาก
<b>4. สถานที่ที่ท่านรับบริการมีสิ่ง</b>								
<b>อำนวยความสะดวก (ต่อ)</b>								
1) ครบครัน	12.7	50.9	26.3	10.1	-	3.66	0.825	
						(มาก)		
2) มีที่นั่งรอนวด	16.6	43.5	32.5	7.4	-	3.70	0.773	
						(มาก)		
3) มีตู้เก็บของ	23.4	45.0	27.5	4.1	-	3.88	0.813	
						(มาก)		
4) มีที่พักหลังนวด	16.6	43.5	32.5	7.4	-	3.69	0.833	
						(มาก)		
5) มีเครื่องคั้นสมุนไพร	28.1	43	25.1	3.8	-	3.95	0.828	
						(ปาน กลาง)		
6) มีรองเท้าเปลี่ยน	19.8	32.2	38.8	9.2	-	3.63	0.903	
						(มาก)		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	มากที่สุด ร้อยละ (5)	มาก ร้อยละ (4)	ปาน กลาง ร้อยละ (3)	น้อย ร้อยละ (2)	น้อย ที่สุด ร้อยละ (1)	เฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (SD)	วิ เคราะห์ ค่า $\bar{x}$
7) มีเพลงหรือดนตรีคลอ	17.2	32.8	38.5	11.5	-	3.56 (มาก)	0.907	
8) มีมุมอ่านหนังสือ	17.2	32.5	42.3	8.0	-	3.59 (มาก)	0.864	
9) เสื้อผ้าสะอาด	19.5	45.6	34.3	.6	-	3.84 (มาก)	0.734	
รวม						3.72	0.513	มาก
<b>5. ความเหมาะสมของสถานที่ในการให้บริการ</b>								
1) เหมาะสม	25.7	50.3	24.0	-	-	4.02 (มาก)	0.706	
2) ที่ตั้ง	29.6	48.5	21.9	-	-	4.08 (มาก)	0.714	
3) สะอาด	22.2	48.2	29.6	-	-	3.93 (มาก)	0.717	
4) เอกลักษณ์แบบไทย	22.5	46.1	29.9	1.5	-	3.90 (มาก)	0.758	
5) บรรยากาศ	26.0	43.7	24.3	3.3	2.7	3.87 (มาก)	0.927	
6) ห้องน้ำเพียงพอ	7.7	33.4	37.9	14.5	6.5	3.21 (มาก)	1.002	
รวม						3.83	0.434	มาก

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	วิเคราะห์ค่า $\bar{x}$
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	( $\bar{x}$ )	(SD)	
<b>6. อัตราค่าบริการ</b>								
1) ค่าบริการ	35.81	47.65	16.6	-	-	4.19	0.699	(มาก)
2) มีขั้นตอนเหมาะสม	17.8	1.5	30.8	-	-	3.87	0.685	(มาก)
<b>รวม</b>						4.03	0.491	มาก
<b>7. การให้คำแนะนำหรือชักจูงอื่นๆ</b>								
1) จะแนะนำคนให้มารับบริการ	47	46.7	6.2	-	-	4.41	0.606	มากที่สุด
<b>รวม</b>						4.41	0.606	มากที่สุด

n = 338

จากตารางที่ 4.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการนวดแผนไทย เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการนวดแผนไทยมากดังนี้

ความพึงพอใจในคุณภาพด้านการนวดแผนไทยของผู้รับบริการต่อหมอนวด อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.460 เช่นเดียวกับการให้บริการโดยทั่วไปของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) เท่ากับ 0.478 และมีความพึงพอใจในด้านอุปกรณ์การนวด

ของสถานบริการระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.478 นอกจากนี้ ยังมีค่าความพึงพอใจในสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.513 และความพึงพอใจในความเหมาะสมของสถานที่ให้บริการอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.434 รวมทั้งมีความพึงพอใจในอัตราค่าบริการและขั้นตอนของระบบการจ่ายค่าบริการมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.491 ตลอดจนความพึงพอใจได้ส่งผลต่อผู้รับบริการ ที่จะให้คำแนะนำหรือชักจูงคนรู้จักให้มารับบริการอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.606 โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ความพึงพอใจในคุณภาพด้านการนัดหมายไทย ของผู้รับบริการต่อหมอนวดแผนไทย จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการนัดหมายไทยอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.460 ซึ่งมีความพึงพอใจเนื่องจากมีความรู้สึกปลอดภัยในวิธีการนัดอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.781 รองลงมาเห็นว่าหมอนวดมีประสิทธิภาพ จึงมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.639 โดยเห็นว่าหมอนวดมีความเชี่ยวชาญ และมีความรู้ความสามารถในการนัด ทำให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.578 และหมอนวดมีความละเอียดรอบคอบในการนัด ผู้รับบริการจึงมีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.710 จากคุณภาพดังกล่าวทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลายหรืออาการเจ็บป่วยทุเลาหลังการนัด ความพึงพอใจจึงมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.736 รวมทั้งเห็นว่าเวลาที่ใช้ในการนัดเหมาะสม จึงมีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.640

(2) คุณภาพการให้บริการ โดยทั่วไป จากการศึกษาพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.478 ประกอบด้วยมีความพึงพอใจในการให้บริการตรงตามการนัดหมาย ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.602 รองลงมามีความพึงพอใจในคุณภาพที่ได้รับอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.647 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.635 และมีความพึงพอใจในการให้คำปรึกษามากโดยมีค่าเฉลี่ย

( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.703 เช่นเดียวกับความเสมอภาคในการให้บริการส่งผลต่อความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.627 และมีความพึงพอใจในความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่ต่อผู้รับบริการมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.728 สำหรับความพึงพอใจของการให้บริการที่รวดเร็ว พบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.738 อีกทั้งการให้บริการนั้นตรงกับความต้องการของผู้รับบริการมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.725 และการรับบริการยังมีความสะดวกความพึงพอใจจึงมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.649 ความพึงพอใจในอรรถยาศัยไมตรีหรือกริยามารยาทของเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.665 นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนการให้บริการที่มีความเหมาะสม ผู้รับบริการจึงมีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.743 และมีความพึงพอใจในมาตรฐานการให้บริการมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.718 แม้ว่าการจัดบริการจะไม่เพียงพอต่อความต้องการและได้คะแนนต่ำสุด แต่ผู้รับบริการก็ยังมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.958

(3) *อุปกรณ์การนวดในสถานบริการ* ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.478 ซึ่งเป็นความพึงพอใจในความสะอาดและปลอดภัยของอุปกรณ์ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.721 รองลงมาเป็นความพึงพอใจของการใช้สมุนไพร เป็นองค์ประกอบของอุปกรณ์การนวดได้อย่างเหมาะสมมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.787 นอกจากนี้ยังมีความพึงพอใจในจำนวนอุปกรณ์ที่เพียงพอต่อผู้รับบริการโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.717 และความพึงพอใจของมาตรฐานอุปกรณ์อยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.847 โดยขนาด/จำนวนของเตียงได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับความพึงพอใจมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.815

(4) *สถานที่รับบริการมีสิ่งอำนวยความสะดวก* พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.513 ประกอบด้วยความพึงพอใจต่อสถานบริการที่มีเครื่องคัมสมุนไพรบริการโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.828 รองลงมาเป็นความพึงพอใจในสิ่งอำนวยความสะดวก คือมีตู้เก็บของสำหรับผู้รับบริการ จึง

ทำให้มีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.813 มีความพึงพอใจในความสะดวกของเสื้อผ้าระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.734 มีความพึงพอใจของการมีที่นั่งรอนวดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.773 และที่พักรองนวดก็อยู่ในระดับมากเช่นกันโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 0.833 นอกจากนี้ ยังมีความพึงพอใจต่อการมีรองเท้าเปลี่ยนสำหรับผู้รับบริการอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.903 ความพึงพอใจของการมีมุมอ่านหนังสือไว้บริการอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.864 แม้ว่าความพึงพอใจจากการมีเสียงเพลงหรือดนตรีคลอเพื่อผ่อนคลายจะอยู่ลำดับสุดท้าย แต่ก็ยังอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.907 เมื่อพิจารณาในความครบถ้วนและครอบคลุมของสิ่งอำนวยความสะดวกดังกล่าวข้างต้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยพบว่ามีความเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.825

(5) ความเหมาะสมของสถานที่ในการให้บริการ ภาพรวมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของสถานที่ในการให้บริการอยู่ในระดับมาก โดยมีความเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.434 ประกอบด้วยความพึงพอใจของสถานที่ตั้งเหมาะสมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.714 รองลงมาเป็นความพึงพอใจของอาคารสถานที่เหมาะสมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.706 สำหรับความสะดวกและถูกสุขอนามัยของสถานที่ที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.717 นอกจากนี้ ยังมีความพึงพอใจในความมีเอกลักษณ์แบบไทยอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.758 และความพึงพอใจของบรรยากาศที่เหมาะสมโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.927 แม้ว่าความพึงพอใจของความเพียงพอต่อห้องน้ำห้องสุขา จะได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 1.002

(6) อัตราค่าบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในอัตราค่าบริการอยู่ในระดับมาก โดยมีความเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.491 ซึ่งเป็นการมีความพึงพอใจในขั้นตอนของระบบการจ่ายค่าบริการอยู่ในระดับมาก โดยมีความเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.699 และอัตราค่าบริการมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยมีความเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.685

(7) การให้คำแนะนำหรือชักจูงอื่นๆ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการ จึงจะแนะนำคนรู้จักให้มารับบริการอยู่ในระดับคะแนนมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.606

สรุปว่า สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ จากด้านผู้รับบริการ พบว่าเกิดจาก

(1) พฤติกรรม ผู้รับบริการส่วนใหญ่ทราบเกี่ยวกับการมีบริการนวด ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย จากการคำบอกเล่ามากถึงร้อยละ 83.4 และมีผู้ไปขอรับบริการมากกว่า 5 ครั้งถึงร้อยละ 64.5 ซึ่งมีทั้งต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาถึงร้อยละ 91.7 และเป็นการบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทยมากที่สุดถึงร้อยละ 91.7 อีกทั้งนิยมใช้บริการในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการแต่ละครั้งส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 100-300 บาท มากถึงร้อยละ 80.8 ส่วนเวลาที่ใช้ในการขอรับบริการส่วนใหญ่มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 66.9 ทั้งนี้ ยังไม่เคยขอรับบริการนวดแผนอื่นมาก่อน ร้อยละ 71.6 และพบว่าเคยรับบริการบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทย เพื่อบำบัดอาการปวดหลายอย่างมาแล้วเป็นส่วนใหญ่

(2) ทักษะคติ ความเชื่อและเหตุผล

ก. ทักษะคติ ภาพรวมพบว่าผู้รับบริการมีทักษะคติที่ดีต่อการรับบริการในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.437 ประกอบด้วย ทักษะคติที่คิดว่าเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาไทย เป็นการพัฒนาและยกมาตรฐานการแพทย์แผนไทย โดยให้ผลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ ซึ่งองค์ประกอบทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนทักษะคติต่อการนำการแพทย์แผนไทยมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้รับบริการเห็นว่าสามารถดำเนินการได้ในระดับที่มาก

ข. ความเชื่อเกี่ยวกับการนวดแผนไทย พบว่า ผู้ขอรับบริการมีความเชื่อถือเกี่ยวกับการนวดแผนไทยในระดับที่มาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.514 ประกอบด้วย ผู้รับบริการเชื่อว่าการนวดแผนไทย เป็นการนวดที่มีประสิทธิภาพ เชื่อว่าทำให้หายจากการเจ็บป่วย ทำให้สุขภาพดี ไม่เป็นอันตราย และเชื่อว่าค่าบริการถูกกว่าการรักษาแผนปัจจุบัน

ค. เหตุผลที่ไปขอรับบริการ พบว่าผู้ไปขอรับบริการมีทักษะคติต่อการนวดในด้านบวกอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.543 โดยมีเหตุผลในการไปขอรับบริการ คือ ต้องการหายจากอาการเจ็บป่วย และคาดว่าจะหาย

จากการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด นอกนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด คือให้เหตุผลว่าทำให้ผ่อนคลายจิตใจและร่างกาย ชอบการนวด และครอบครัวสนับสนุนให้ไปขอรับบริการ

(3) ความพึงพอใจ ในคุณภาพด้านการนวดแผนไทยของผู้รับบริการต่อหมอนวดอยู่ในระดับมาก โดยมีรายละเอียดดังนี้

ก. ความพึงพอใจในคุณภาพด้านการนวดแผนไทย ของผู้รับบริการต่อหมอนวดแผนไทย พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการนวดแผนไทยอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.460 ประกอบด้วยมีความพึงพอใจเนื่องจากมีความรู้สึกปลอดภัยในวิธีการนวด หมอนวดมีประสิทธิภาพโดยมีความเชี่ยวชาญและมีความรู้ความสามารถ รวมทั้งมีความละเอียดรอบคอบในการนวด ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลายหรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วย ตลอดจนเวลาที่ใช้ในการนวดเหมาะสม ซึ่งทุกองค์ประกอบดังกล่าวอยู่ในระดับมาก

ข. คุณภาพการให้บริการโดยทั่วไป พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.478 ประกอบด้วยมีความพึงพอใจในการให้บริการตรงตามการนัดหมาย และคุณภาพที่ได้รับ โดยมีการให้คำปรึกษา มีธรรมาศัยไมตรีที่ดี มีความเสมอภาค เป็นกันเองในการให้บริการ รวมทั้งให้บริการตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และมีขั้นตอนการให้บริการที่รวดเร็วสะดวก ส่งผลให้มาตรฐานการให้บริการมีคุณภาพมาก แม้ว่าการจัดบริการจะไม่เพียงพอต่อความต้องการก็ตาม

ค. อุปกรณ์การนวดในสถานบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.478 ประกอบด้วยความพึงพอใจในความสะอาดปลอดภัยและความได้มาตรฐานของอุปกรณ์ แม้ว่าขนาด/จำนวนของเตียงจะไม่ค่อยพอเพียงแต่ยังมีความพึงพอใจในระดับมาก รวมทั้งมีการใช้สมุนไพรที่เหมาะสม

ง. สถานที่รับบริการมีสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.513 ประกอบด้วยความพึงพอใจต่อการที่มีเครื่องดื่มสมุนไพรไว้บริการ มีตู้เก็บของสำหรับผู้รับบริการ มีที่สำหรับผู้รับบริการนั่งรอ นวดและพักผ่อนโดยมีมุมอ่านหนังสือไว้บริการขณะนั่งรอหรือนั่งพัก รวมทั้งมีเสียงเพลงหรือดนตรีคลอเพื่อผ่อนคลาย และยังมีรองเท้าสำหรับเปลี่ยน ซึ่งทุกข้อที่กล่าวมาล้วนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

จ. ความเหมาะสมของสถานที่ในการให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อความเหมาะสมของสถานที่ในการให้บริการอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.434 ประกอบด้วยความพึงพอใจของสถานที่ตั้งและ



อาคารสถานที่ สะอาดถูกสุขอนามัย มีเอกลักษณ์แบบไทยโดยมีบรรยากาศที่ดีเหมาะสม ซึ่งทุกข้อดังกล่าวความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แม้ว่าห้องน้ำห้องสุขาจะไม่เพียงพอแต่ความพึงพอใจยังอยู่ในระดับปานกลาง

ค. อัตราค่าบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในอัตราค่าบริการอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.491 ทั้งในขั้นตอนของระบบการจ่ายค่าบริการและอัตราค่าบริการ

ข. การให้คำแนะนำหรือชักจูงอื่นๆ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการและจะแนะนำคนรู้จักให้มารับบริการอยู่ในระดับคะแนนที่มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.606

### 2.2.2 ผู้ให้บริการ

1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ตามทัศนคติของผู้ให้บริการในด้านการให้บริการ

หลังจากรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายกำหนดให้การแพทย์แผนไทยเป็นวิธีการหนึ่งที่ให้บริการด้านคุณภาพ วิธีการที่รัฐคาดหวังมากที่สุดวิธีหนึ่งคือ การบำบัดรักษาโดยการนวดแผนไทยว่ามีประสิทธิภาพสูงในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการและสังคม นโยบายดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อบทบาทจริงของผู้ให้บริการ ดังนี้

(1) ด้านการตรวจวินิจฉัยเพื่อการบำบัดรักษาตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เกี่ยวกับความเชื่อและหลักทฤษฎี แพทย์แผนไทยประยุกต์หรือแพทย์อายุรเวชและหมอนวดให้ความเห็นที่เป็นเหตุผลใกล้เคียงกันดังนี้

แพทย์อายุรเวช คนที่ 1 ระบุว่า “ มีความเชื่อว่าการตรวจวินิจฉัยเพื่อการบำบัดรักษาตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย อาศัยความสมดุลของธาตุในร่างกาย คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ มาประกอบในการตรวจวินิจฉัยโรคได้จริง เนื่องจากมีการศึกษามานานจนกลายเป็นทฤษฎีและมีผลในทางปฏิบัติ ปัจจุบันมีการอิงแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งคิดว่าสามารถลดภาระแพทย์แผนปัจจุบันได้ และบทบาทการนวดแผนไทยมีการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ ในระดับสากล ”

แพทย์อายุรเวช คนที่ 2 ระบุว่า “ การแพทย์แผนไทยน่าเชื่อถือเพราะมีทฤษฎีอ้างอิงจากอดีต วิธีการตรวจรักษาไม่ยุ่งยากซับซ้อน และเชื่อว่าวิธีการนวดแผนไทยสามารถทำให้ผ่อนคลาย สร้างความสามานสามัคคีในสังคม ”

หมอนวดคนที่ 1,4,6,7,9,10,12 ระบุว่า “ นำเชื่อถือเพราะว่ามี องค์ประกอบหลายด้านมาช่วยเสริมในการตรวจวินิจฉัย เช่น พลังจักรวาล ความเชื่อในธรรมชาติ ความสมดุลของธาตุ หลักโหราศาสตร์และศาสนา โดยอาศัยประสบการณ์และความรอบรู้ของ บรรพบุรุษดูแลกันมายาวนาน ” “ เชื่อถือได้มีความปลอดภัยในการรักษา อาศัยทฤษฎีการแพทย์แผนไทย อำนาจเหนือธรรมชาติ พลังจักรวาลหลักโหราศาสตร์ และหลักพุทธศาสนา ”

หมอนวดคนที่ 2,3,5 ระบุว่า “ เชื่อถือเพราะใช้วิธีการดังกล่าวเพื่อ ตรวจรักษามาตลอด และเป็นวิธีการที่มีการยอมรับอย่างกว้างขวาง มีทฤษฎีการแพทย์แผนไทยรองรับ มีการถ่ายทอดหลักสูตรอย่างเป็นระบบ มีสถาบันการศึกษารองรับ หมอนวดมีความรู้ ความชำนาญจากการฝึกอบรมมา ”

เช่นเดียวกับหมอนวดคนที่ 8 ระบุว่า “ นำเชื่อถือ เพราะเป็น ภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ได้มีการลองผิดลองถูกมาตั้งแต่โบราณ โดยอาศัยความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี และสิ่งแวดล้อม ”

(2) *ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูด้วยวิธีการนวดแผนไทย* ส่วนใหญ่ แพทย์อายุรเวท และหมอนวดให้คำตอบที่คล้ายคลึงกันว่า

แพทย์อายุรเวท คนที่ 1- 4 ระบุว่า “ มั่นใจในผลการรักษาด้วย วิธีการนวดแผนไทย ซึ่งสามารถรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้มากถึง 40 – 50 อาการ และ วิธีการนวดยังทำให้ผ่อนคลาย ส่งผลดีต่อสุขภาพเป็นการลดภาระของแพทย์แผนปัจจุบัน ลดการใช้ ยาโดยไม่จำเป็น เป็นการช่วยเศรษฐกิจประเทศ และเป็นการสร้างอาชีพในสังคม ”

หมอนวดคนที่ 1 – 12 ระบุว่า “ มีผลให้สุขภาพแข็งแรง วิธีการ ปลอดภัย สามารถบำบัดรักษาโรคได้ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย ลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน มีผลต่อทั้ง ทางร่างกายและจิตใจโดยสุขภาพดีขึ้น จิตใจอบอุ่นส่งผลต่อสังคมที่อยู่กันอย่างผาสุก และคิดว่ามี การยอมรับในระดับสากล ”

นอกจากนี้ หมอนวดคนที่ 4,6,7,10,12 ยังระบุเพิ่มเติมว่า “ มีการ สอนหมอนวดให้เข้าใจในระบบสรีรวิทยาก่อนการประกอบอาชีพด้วย ” ดังนั้น “ การบำบัดรักษา และฟื้นฟู ด้วยวิธีการนวดแผนไทยจึงมีความปลอดภัย เพราะได้ผ่านการการใช้มาแต่อดีต สามารถ รักษาโรคได้จริง ” “ ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีโดยไม่ต้องอาศัยยาเคมี สังคมมีความอบอุ่นจาก ความสัมพันธ์ที่มีให้แกกันกับการนวด มีความปลอดภัยสามารถบำบัดรักษาโรคได้ ” “ ส่งผลดีต่อ สุขภาพเพราะผู้บริการนวดทำการนวดด้วยใจ ” “ ส่งผลต่อสุขภาพบรรเทาจากความเจ็บป่วยหรือ เมื่อยล้า และส่งผลต่อการเพิ่มบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง ”

(3) *ความคิดเห็นของแพทย์อายุรเวทและหมอนวด* เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ซึ่งส่วนใหญ่มีความเห็นที่สอดคล้องกันดังนี้

แพทย์อายุรเวท คนที่ 1 ระบุว่า “ ได้ผลดีเนื่องจากมีหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยรองรับอย่างเป็นระบบ ”

แพทย์อายุรเวท คนที่ 2 ระบุว่า “ สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ เพราะเป็นการส่งเสริมป้องกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ”

แพทย์อายุรเวท คนที่ 3 ระบุว่า “ ส่งเสริมสุขภาพได้โดยอาศัยความสมดุลของธาตุในร่างกาย ” เช่นเดียวกับหมอนวดซึ่งทั้งหมดตอบว่าสามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ เช่น

หมอนวดคนที่ 1- 5 , 8 ระบุว่า “ เชื่อว่าสามารถป้องกันโรคได้ เพราะเป็นการรักษาความสมดุลของธาตุในร่างกาย มีผลดีต่อสุขภาพเพราะผ่านการทดลองแล้วไม่มีผลลบหากหมอนวดมีความรู้ในการนวด และเป็นวิธีการทางธรรมชาติที่ง่ายต่อการปฏิบัติเพราะเป็นการรักษาความสมดุลตามธาตุในร่างกาย หรือการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงป้องกันโรคได้ รวมทั้งการสวดมนต์ทำสมาธิหรือฝึกจิตเป็นการส่งเสริมสุขภาพได้เช่นกัน และไม่ยุ่งยากรวมทั้งเป็นวิถีชีวิตของคนไทยด้วย ”

หมอนวดคนที่ 6 ระบุว่า “ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สามารถป้องกันโรคได้ ทำให้ร่างกายผ่อนคลายจากความเครียดจิตใจสงบ และเป็นการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ” เช่นเดียวกับ หมอนวดคนที่ 7 ระบุว่า “ ได้ผลในการป้องกันโรคได้ เนื่องจากส่วนหนึ่งมาจากการฝึกจิตให้สงบร่มเย็น ”

## 2) ปัจจัยองค์กร ที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญา

### *ด้านการนวดแผนไทย*

(1) *การให้บริการการแพทย์แผนไทย* ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ซึ่งแพทย์อายุรเวทและหมอนวดทุกคนระบุว่าไม่ครบวงจร เช่น

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3,4 ระบุว่า “ ยังไม่ครบวงจร เนื่องจากสถานที่คับแคบ จึงไม่มีสถานปลูกและสถานที่ผลิตสมุนไพร ”

หมอนวดคนที่ 7 ระบุว่า “ คิดว่ายังไม่น่าจะครบวงจร แต่การให้บริการนวดน่าจะครบวงจร ”

(2) *บทบาทการนวดแผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย* ซึ่งทั้งแพทย์อายุรเวทและหมอนวดระบุว่า เหมือนกันและคล้ายคลึงกันดังนี้

แพทย์อายุรเวท คนที่ 1 ระบุว่า “ ด้านการบำบัดรักษามากที่สุด รองลงมาเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟู และป้องกัน ส่วนใหญ่มีการบำบัดรักษาเพียง 10 อาการของโรค ตามหลักสูตรการนวดแผนไทย 372 ชั่วโมง และมักเป็นโรคที่ซ้ำๆกัน เนื่องจากผู้รับบริการไม่ทราบว่าบางอาการของโรค ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยสามารถบำบัดรักษาได้ โดยอาการที่ทำให้การรักษาบ่อย คือ โรคลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 4 หลัง เป็นอาการแข็งตัวของหลอดเลือดบริเวณบ่าและสัญญาณ 4 หลัง, โรคลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 1,3 หลัง ( 2 สัญญาณ) เป็นอาการที่เกิดร่วมกันระหว่างลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 1 และ 3 หลัง ลักษณะอาการ ลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 1 ปวดหลังบริเวณบั้นเอวร้าวไปถึงสะโพก ก้นกบ และเข่า ทำให้เข่าอ่อนแรงไม่มีกำลัง รวมทั้งปวดได้เข่า แต่จะไม่เลยเข่า สำหรับอาการของลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 3 หลัง จะปวดหลังตึงร้าวขามาที่ขาปลี้น่อง ฝ่าเท้าและนิ้วเท้า ทำให้ขาไม่มีแรง ”

แพทย์อายุรเวท คนที่ 2 ระบุว่า “ ด้านการบำบัดรักษาโดยเฉพาะ โรคลมปลายปัตตมาตสัญญาณ 4 หลัง ”

หมอนวดคนที่ 1-12 ระบุว่า “ ด้านการบำบัดรักษามากที่สุด รองลงมาเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูและป้องกันตามลำดับ ”

หมอนวดคนที่ 10 ยังระบุเพิ่มเติมว่า “ ด้านการบำบัดรักษาและจะมีผู้มาบำบัดรักษาตรงคอมมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการนั่งทำงานนานๆ โดยเฉพาะการใช้คอมพิวเตอร์ รองลงมาเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ”

(3) การดำเนินงานส่งเสริมการให้บริการนวด แพทย์อายุรเวทและหมอนวดให้ความเห็นดังนี้

แพทย์อายุรเวทคนที่ 1,2,4 ระบุว่า “ มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ศึกษาต่อเนื่อง ส่วนหน่วยงานสถาบันการแพทย์แผนไทยมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งผู้ไปรับบริการสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ์ ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ มีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ ส่วนสถาบันการแพทย์แผนไทยได้มีมุมจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรโดยเภสัชกร มีการฝึกอบรมด้านการนวด มีการให้บริการตรวจรักษาแบบการแพทย์แผนไทยเรียกว่า ศาลาไทย โดยหมอแผนไทยและหมอแผนโบราณ ซึ่งอยู่บริเวณเดียวกับสถาบันการแพทย์แผนไทย ”

หมอนวดคนที่ 1 ระบุว่า “ สามารถเบิกค่าบำบัดรักษาได้ตามสิทธิ์ของข้าราชการ มีการส่งเสริมสวัสดิการสำหรับหมอนวดในโครงการ ฅกส. และโครงการประกันสังคม ”

หมอนวดคนที่ 3,6 ระบุว่า “ การจัดบริการด้านการนวดให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบทางราชการ มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร มีการอบรมด้านการนวด การเผยแพร่ความรู้ สำหรับหมอนวดมีหลักประกันสังคมแต่เสียค่าใช้จ่ายเอง ”

หมอนวดคนที่ 9 ระบุว่า “ สามารถเบิกค่าบำบัดรักษาได้ แต่ส่งเสริมสุขภาพเบิกไม่ได้ มีสวัสดิการสำหรับหมอนวดโดยส่งเสริมให้เข้าโครงการ ฅกส. และโครงการประกันสังคม แต่จ่ายเงินเองโดยมีการเก็บเงิน 200 บาท/คน/เดือน ”

(4) การให้บริการในส่วนของความเหมาะสม ความสะดวกสบายของสถานที่ให้บริการ และคุณภาพการให้บริการ

หมอนวดเกือบทุกคนให้ความเห็นใกล้เคียงกันคือ “ สถานที่ตั้งเหมาะสมเพราะตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข แต่มีข้อจำกัดของบริเวณอาคารสถานที่ ห้องน้ำห้องสุขาคับแคบไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ” และยังระบุเพิ่มเติมดังนี้

หมอนวดคนที่ 1-4 ระบุว่า “ คุณภาพอยู่ในระดับที่ดี สถานที่ตั้งเป็นสัดส่วนเหมาะสมแต่ห้องน้ำห้องสุขาคับแคบ ความสะดวกสบายของสถานที่ยังไม่เพียงพอ จำนวนผู้รับบริการมากกว่าการให้บริการ และหมอนวดไม่มีที่พักเป็นสัดส่วน สำหรับคุณภาพการให้บริการเจ้าหน้าที่และหมอนวดมีอัธยาศัยไมตรี มีความเสมอภาค เอาใจใส่ เป็นกันเอง มีการให้คำปรึกษา อีกทั้งเห็นว่าวิธีการนวดเป็นบริการที่ปลอดภัย หมอนวดมีความเชี่ยวชาญในการนวด แต่ไม่มีงบประมาณหรือรายได้อื่นสนับสนุนให้หมอนวด ”

หมอนวดคนที่ 5,11,12 ระบุว่า “ สถานที่ตั้งเหมาะสม สะดวกสบาย เนื่องจากตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีเครดิตและการยอมรับมากกว่าที่อื่น โดยเฉพาะสถานบริการของเอกชน แต่บริเวณสถานที่คับแคบ มีเอกลักษณ์แบบไทย หมอนวดและเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยใจ ”

หมอนวดคนที่ 6 ระบุว่า “ สถานที่ตั้งยังไม่เหมาะสม เนื่องจากที่ตั้งห่างจากถนนใหญ่ และต้องปรับปรุงเรื่องความมีเอกลักษณ์แบบไทย ปรับปรุงทั้งห้องน้ำห้องสุขา ความสะดวกสบายของสถานที่ การให้บริการยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ สำหรับคุณภาพการให้บริการอยู่ในระดับที่ดีทั้งความเสมอภาค เอาใจใส่ เป็นกันเอง และการให้คำปรึกษา บรรยากาศที่ตั้งเหมาะสม เห็นว่าวิธีการนวดที่ให้บริการปลอดภัย หมอนวดมีความรอบคอบ ”

หมอนวดคนที่ 9 ระบุว่า “ สถานที่ตั้งเหมาะสมแต่บริเวณค่อนข้างจำกัด ห้องน้ำห้องสุขา ความสะดวกสบายของสถานที่ยังไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ โดยขณะนี้หมอนวด 2 ห้อง ห้องใหญ่มี 11 เตียง ห้องเล็กมี 7 เตียง รวม 18 เตียง หมอนวดไม่มีที่เก็บของพอเพียง

ส่วนคุณภาพการให้บริการทั้งเจ้าหน้าที่และหมอนวดมีประสิทธิภาพ เสมอภาค เอาใจใส่ เป็นกันเอง มีการให้คำปรึกษา และเห็นว่าวิธีการนวดที่ให้บริการปลอดภัย หมอนวดมีความรู้จริง ”

(5) การสนับสนุนงบประมาณ และรายได้

หมอนวดคนที่ 1 ระบุว่า “ ได้คำนวณแต่ละวันไม่เท่ากันอยู่ที่การให้บริการว่าแต่ละรายรับบริการอะไร ”

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ ไม่มีรายได้สนับสนุนและได้รับค่าจ้างน้อย เมื่อเทียบกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแห่งอื่น เช่น ค่าจ้างกรณีการนวดและประคบรวมกัน ปัจจุบันได้รับเพียง 60 บาท ต่อราย ในขณะที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพบางแห่งได้รับอัตราค่าจ้าง 100 – 130 บาท ”

หมอนวดคนที่ 3,6,9 ระบุว่า “ ไม่มีรายได้อื่นนอกจากเงินเดือนและคำนวณซึ่งไม่มากนักเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย จึงอยากขอความกรุณาผู้บริหารได้ดูแลความเป็นอยู่ของผู้ได้ บังคับบัญชาบ้าง ”

หมอนวดคนที่ 7 ระบุว่า “ ไม่มีรายได้อื่น โดยเฉพาะเมื่อใกล้เกษียณอายุงาน หมอนวดขาดขวัญและกำลังใจ เพราะไม่มีรางวัลหรือเงินบำเหน็จบำนาญใดๆ เป็นการตอบแทน อีกทั้งไม่มีงบประมาณหรือรายได้อื่นสนับสนุนแต่อย่างใด ”

3) สถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการในองค์กร

(1) ความรู้ความเข้าใจของแพทย์อายุรเวทและหมอนวด รวมทั้งการนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไปดำเนินงาน

พบว่าแพทย์อายุรเวทและหมอนวด ได้ให้ความเห็นที่ใกล้เคียงกันดังนี้ แพทย์อายุรเวทคนที่ 1,2 ระบุว่า “ มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ”

หมอนวดคนที่ 1 – 12 ให้ข้อมูลในแนวทางเดียวกัน คือ “ ปฏิบัติงานเป็นอย่างดีตามบทบาทหน้าที่ ” “ คิดว่าเข้าใจและปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และมีคุณภาพในระดับปานกลางถึงค่อนข้างดี ” “ เข้าใจและคิดว่าปัจจุบันปฏิบัติงานตามนโยบายของผู้บริหาร ” “ คิดว่าเข้าใจตามบทบาทหน้าที่และนโยบายตามที่กำหนด ทำตามกฎระเบียบของสถานบริการด้วยใจรักในอาชีพ เข้าใจและปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถด้วยใจรักในหน้าที่ ”

(2) หลักการปฏิบัติงานในองค์กร

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ ปฏิบัติงานด้วยความภาคภูมิใจ ” หมอนวดคนที่ 1 – 12 ให้ความคิดเห็นคล้ายคลึงกันดังนี้ หมอนวดคนที่ 1,2 ระบุว่า “ รับผิดชอบต่องานที่ทำและยอมรับบทบาทเพื่อนร่วมงาน รักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ และสามารถถ่ายทอดความรู้ผู้อื่นได้ ”

“ มีความเสมอภาค ยุติธรรมในการให้บริการ มีความรับผิดชอบต่องาน ”

หมอนวดคนที่ 4 ,9,12 ระบุว่า “ มีหลักการปฏิบัติงานโดย รับผิดชอบต่อหน้าที่และผลที่จะเกิดขึ้น ยึดหลักคุณธรรม ยุติธรรม เสมอภาค มีความเป็น ประชาธิปไตย บริการด้วยใจ ”

หมอนวดคนที่ 6 ระบุว่า “ มีการมอบหมายอำนาจหน้าที่การ รับผิดชอบต่อตำแหน่ง ทุกคนมีส่วนร่วมแบบประชาธิปไตย ”

หมอนวดคนที่ 7 ระบุว่า “ เสมอภาค เป็นประชาธิปไตย มีเหตุผล สุขุม รอบคอบ มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างเหมาะสม ทุกคนมีส่วนร่วมมีบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่ดี ในการทำงาน มีการให้กำลังใจและช่วยเหลือกัน มีความสุภาพอ่อนน้อม มีการตั้งสหกรณ์แบบไม่ เป็นทางการในหมู่ของหมอนวด เพื่อให้การช่วยเหลือระหว่างที่หมอนวดเกิดการเจ็บป่วยไม่ สามารถให้บริการนวด ส่งผลให้ขาดรายได้หรือเพื่อเป็นค่าของขวัญเวลาปฏิบัติงานบุญต่าง ๆ โดยมีการ เก็บออมกันเดือนละ 50 บาทต่อคน และให้บริการนวดแผนไทยด้วยใจรักในการนวด ”

หมอนวดคนที่ 8 ระบุว่า “ มีความระมัดระวังในการให้บริการ จะ ไม่มีการเสี่ยงต่อบทบาทหน้าที่ และหากมีความรู้ในการให้บริการที่รอบคอบความเสี่ยงจะไม่เกิดขึ้น ”

หมอนวดคนที่ 10 ระบุว่า “ มีความเป็นกันเอง มีความสามัคคี เสมอภาคและบริการตามคิวการนวด สำหรับผู้รับบริการเลือกหมอนวดได้ในกรณีที่นัดต่อเนื่อง ”

### (3) บทบาทและความเห็นของผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์

แพทย์อายุรเวทและหมอนวด กับบทบาทที่ได้รับมอบหมาย

เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ คนที่ 1 ระบุว่า “ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ ทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาศิลปศาสตร์ทุกคน และทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ บันทึกข้อมูล จัดทำบัตรให้ผู้รับบริการ ชักประวัติข้อมูลทั่วไป บันทึกลงใน OPD การ์ดและบันทึกลงในเครื่อง คอมพิวเตอร์ จัดทำเวชระเบียนรายงานทางการเงิน คัดเปอร์เซ็นต์ค่าบริการสำหรับหมอนวด 30% จัด ร่างและพิมพ์หนังสือหรือเอกสารทางราชการ จัดเตรียมข้อมูลสำหรับผู้บริหาร ให้ข้อมูลคำแนะนำ หรืออำนวยความสะดวกในกรณีต่างๆ แก่ผู้รับบริการ โดยสลับหน้าที่กันคนละ 1 สัปดาห์ในการ ปฏิบัติงานที่ห้องบัตร ห้องรอนวด แต่หากผู้รับบริการมากก็จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้ง ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา สำหรับผู้รับบริการหลังจากพบแพทย์อายุรเวท แล้ว จะถูกส่งต่อให้เจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูลลงในเอกสาร และระบบคอมพิวเตอร์ หลังจากนั้น ผู้รับบริการนั่งรอหมอนวด เมื่อหมอนวดออกมารับจะเซ็นใบรับรองนวดส่งให้ผู้รับบริการไปจ่าย ค่าบริการนวดและค่ายาที่ห้องยา ก่อนนำไปเสร็จไปแสดงให้เจ้าหน้าที่เพื่อที่จะรับการนวด

และก่อนการนัดหมอนวดจะตรวจซ้ำอีกครั้งตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร ซึ่งหากวินิจฉัยแล้วไม่ตรงกับแพทย์อายุรเวทจะมีการปรึกษาหารือเพื่อหาข้อสรุป”

เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ คนที่ 2 ระบุเหมือนกับคนที่ 1 และให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “สถานบริการเปิดให้บริการทุกวัน ยกเว้นวันนักขัตฤกษ์จะทำการหยุดกรณีมีวันหยุดยาว เช่น เทศกาลสงกรานต์ และการรับบริการจะมีการจัดให้ตามคิวแต่สามารถเลือกผู้ให้บริการได้ในบางกรณี เช่น ผู้รับบริการที่ป่วยเรื้อรัง และรับบริการนัดเฉพาะหมอนวดที่เชี่ยวชาญในอาการโรคนั้นๆ โดยในปี 2550 มีผู้ไปรับบริการจำนวน 20,318 ครั้ง สูงสุดเมื่อเดือนตุลาคม 2550 จำนวน 1,990 ครั้ง ต่ำสุดเมื่อเดือนเมษายน 2551 จำนวน 1,396 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 1,693 ครั้ง จากผู้รับบริการทั้งหมด 5,115 คน โดยเป็นรายเก่า 3,856 คน รายใหม่ 1,259 คน”

เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ คนที่ 3 ให้ข้อมูลเช่นเดียวกับคนที่ 1 และ 2 รวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “หากผู้รับบริการต้องการนัดโดยที่แพทย์อายุรเวทไม่ได้นัดหมายสามารถโทรสั่งจองการนัดทางโทรศัพท์ หมายเลข 02 5902606 ก่อนวันนัดเป็นเวลา 7 – 8 วัน เนื่องจากมีผู้รับบริการมาก ซึ่งต้องนัดให้สอดคล้องตามจำนวนหมอนวดที่เข้าเวรในแต่ละวันด้วย”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 1 ระบุว่า “มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัย ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย โดยอิงหลักวิทยาศาสตร์แพทย์แผนปัจจุบัน และอาศัยเครื่องมือของแพทย์ปัจจุบันมาช่วยตรวจวินิจฉัย ก่อนการนัดทุกครั้งผู้รับบริการจะต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์อายุรเวท โดยตรวจในวันทำการ ซึ่งเมื่อตรวจอาการแล้วพบว่าความเจ็บป่วยนั้นสามารถบำบัดรักษาได้ด้วยวิธีการนวด จึงจะส่งไปให้หมอนวดตรวจวินิจฉัยซ้ำก่อนการนัด โดยก่อนหน้านั้นเจ้าหน้าที่ห้องบัตรทำการซักประวัติ แล้วจะตรวจวัดความดันโลหิต (หากความดันสูงจะนวดไม่ได้) วัดชีพจร ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สำหรับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประกอบการพิจารณาว่ามีความสมดุลหรือไม่ เพราะน้ำหนักมากจะทำให้ปวดขา วัดอุณหภูมิของร่างกายกรณีสงสัยว่าอาจมีไข้ ซึ่งจะไม่สามารถนวดเพื่อการรักษาแต่สามารถนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ สำหรับรายละเอียดการซักประวัติจะเกี่ยวกับอาการสำคัญที่มารับบริการ (อส.) ประวัติปัจจุบันในวันที่มารับบริการ (ปป.) ประวัติอดีต (ปอ.) ว่าเคยผ่านการผ่าตัด แพ้ยา โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ประวัติครอบครัว (ปค.) ว่าญาติพี่น้องมีหรือเคยเป็นโรคอะไรที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงในการที่เป็น ประวัติส่วนตัว (ปส.) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การดื่มน้ำ ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การนอนเป็นเวลาหรือไม่ และระบบการขับถ่ายเป็นอย่างไร ประวัติประจำเดือน (ปญ.) ว่าปกติหรือไม่เพียงใด วันที่มารับบริการนวดหากมีประจำเดือนในขณะนั้นจะไม่สามารถบำบัดรักษาด้วยการนวดได้ เนื่องจากจะมีผลต่อฮอร์โมนในร่างกายทำให้ผิดปกติหรือมีประจำเดือนมากขึ้น แต่สามารถนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือผ่อนคลายได้ และกรณีตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นแล้วไม่สามารถให้การบำบัดรักษาได้ ก็จะส่งยาให้ไปทานหรือทา



ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นขาเดียว (มีตัวขาเดียว) หรือเป็นตำรับ (หลายตัวขาอยู่แค่ขาคู่เดียวกันหรือตัวเดียวกัน โดยยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชียาหลักสามารถเบิกได้ แต่ยานอกบัญชียาหลักไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ยกเว้นมีใบรับรองจากแพทย์อายุรเวท เช่น ยาหัตถธรา ซึ่งเป็นยาแก้ปวดกล้ามเนื้อจากการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และยาสัตตพามา (แก้ท้องผูก) สำหรับผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ นอกกระทรวงสาธารณสุข รองลงมาเป็นข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการบำบัดรักษาสามารถเบิกได้ (การนวดส่งเสริมสุขภาพเพื่อผ่อนคลายไม่สามารถเบิกได้) และเห็นว่าบทบาทที่ได้รับเหมาะสมกับตำแหน่งในองค์กร ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 2 ระบุว่า “ ทำหน้าที่เกี่ยวกับงานวิจัยคลินิก สอนทักษะการนวดเพิ่มเติมและให้คำปรึกษาแก่หมอนวด ให้การดูแลผู้ป่วยกรณีเร่งด่วนและมีการร่วมระดมสมองเพื่อปรับปรุงสิ่งต่างๆ ให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินงาน โดยเห็นว่าศักยภาพในภาพรวมของสถานบริการอยู่ในระดับที่ดีมากทั้งเจ้าหน้าที่และหมอนวด ซึ่งได้รับบทบาทหน้าที่เหมาะสมกับสถานภาพ ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ ทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยแบบ แพทย์แผนไทยประยุกต์ ในวันหยุดราชการตามตารางเวรที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยกำหนด และเห็นว่าบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายชัดเจนสอดคล้องตำแหน่งที่หน่วยงานกำหนด และยังมีหน้าที่เป็นผู้ควบคุมหมอนวดในความรับผิดชอบขอใบประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีความเสี่ยงในการปฏิบัติ ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 4 ระบุว่า “ มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัยแบบ การแพทย์แผนไทยประยุกต์ในวันทำการ เช่นเดียวกับคนที่ 1”

สำหรับหมอนวดมีบทบาทหน้าที่เหมือนกัน และให้ความคิดเห็น ข้อมูลใกล้เคียงกัน

หมอนวดคนที่ 1 ระบุว่า “ มีบทบาทในการมีส่วนร่วมทำงาน และเห็นว่าหน่วยงานมีความเสียสละ ทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม มีการปรึกษาหารือกันในกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ”

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ มีบทบาทในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้สถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทยยังคงอยู่คู่สังคมตลอดไป โดยการเตรียมตัวให้พร้อมในการให้บริการและเห็นว่า เป็นบทบาทที่เหมาะสมกับตำแหน่ง แต่ได้รับค่าตอบแทนน้อยไปหน่อย ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ มีบทบาทในการบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน มีความเสียสละต่อส่วนรวม ”

หมอนวดคนที่ 4 ระบุว่า “ มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและบำบัดรักษาโดยวันหนึ่งให้บริการนวด 4 ราย เช้า 2 บ่าย 2 การนวดทำให้เรียนรู้ไปด้วยทำให้เข้าใจในการป้องกันตัวทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การนวดช่วยผู้ป่วยได้มากโดยไม่ต้องรับประทานยา และมีความสุขที่เห็นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งหลังการนวดทุกครั้งมีการจกรายงานในบัตร OPD.อย่างต่อเนื่อง เช่นกรณีผู้ป่วยจากการถูกรถชนจะมีการนวดรักษาแรมปี อาทิตย์ละ 2 ครั้ง มีการแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ”

หมอนวดคนที่ 5 ระบุว่า “ มีบทบาทในการให้บริการนวดและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ ”

หมอนวดคนที่ 6 ระบุว่า “ มีบทบาทในการบำบัดรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยทางร่างกายช่วยบำบัดให้บรรเทาหรือหายจากการเจ็บป่วย ส่วนด้านจิตใจช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและแนะนำแต่สิ่งดีๆ สำหรับบทบาทที่ได้กระทำจริงเหมาะสม แต่ควรพิจารณาค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น”

หมอนวดคนที่ 7 ระบุว่า “ มีบทบาทในการนวดอย่างเต็มความสามารถ และเป็นไปด้วยใจรักในหน้าที่ มีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งเห็นว่าบทบาทที่ได้รับเหมาะสมกับตำแหน่ง เป็นบทบาทของหมอนวดที่ต้องให้บริการด้วยใจ สุภาพ อ่อนน้อม สามารถให้ทั้งการรักษาและคำปรึกษาได้ ทั้งนี้ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยเปิดให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. ”

หมอนวดคนที่ 8 ระบุว่า “ มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการทางกายและทางจิตใจ คือ ทางกายจากการรักษาโดยการนวดซึ่งเป็นการสัมผัส ทางจิตใจที่เกิดจากความต้องการช่วยเหลือ จึงมีความภาคภูมิใจและรักในอาชีพการให้บริการนวด ตลอดจนรู้สึกมีความสุขที่เห็นผู้รับบริการหรือผู้ป่วยทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วย และเห็นว่าบทบาทที่ได้รับเหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่ ”

หมอนวดคนที่ 10 ระบุว่า “ ขณะนวดต้องทำสมาธิ หากจิตใจวอกแวก การรักษาจะไม่ได้ผลโดยตรงไหนใจต้องอยู่ตรงนั้น ให้คำแนะนำหลังการนวดต้องบริหารร่างกายตามคำแนะนำของหมอนวด หากกินของแสลงอาการจะกลับมาเหมือนเดิม การงดของแสลงจะแก้อาการ และป้องกันอาการได้ในบางอาการของโรค ”

หมอนวดคนที่ 12 ระบุว่า “ มีบทบาทเป็นผู้ให้บริการอย่างมีศักยภาพ มีการเตรียมตัวให้พร้อมตลอดเวลาโดยฝึกฝนทักษะการนวด เพื่อบำบัดอาการของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เตรียมพร้อมร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ และเห็นว่าบทบาทหน้าที่ที่ได้รับเหมาะสม มีเครดิต มีการยอมรับมากกว่าเอกชน โดยการให้บริการหมอนวดจะผลัดเปลี่ยนกันอยู่เวรให้บริการนวด

วันละ 18 คน สำหรับวันหยุดราชการวันละ 11-12 คน คนละ 4 รายต่อวัน การนวดจะให้บริการทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น. โดยหมอนวดแต่ละคนจะทำการนวดผู้ป่วยวันละ 4 ราย คือ ระหว่างเวลา 08.30-10.30 น. ,10.30-12.00 น., 13.00-14.30 น. และ 14.30-16.30 น. ช่วงเวลาละ 1 ราย และเปิดรับคิวนัดผู้รับบริการ 10 รายต่อวัน นอกนั้นจะเป็นผู้รับบริการขาจร ”

#### (4) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ

จากการสัมภาษณ์ หมอนวดได้ให้ข้อคิดเห็นเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนี้

หมอนวดคนที่ 1,7 ระบุว่า “ มีการส่งเสริมให้อบรมทักษะเพิ่มเติมจาก 372 ชั่วโมง เป็น 800 ชั่วโมง แต่ได้รับโควตาน้อยประมาณ 3 – 4 คน ต่อปี ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ มีการส่งเสริมให้ฝึกอบรมฟื้นฟูทักษะเพิ่มเติมเป็นเวลา 1 เดือน โดยให้สิทธิ์หมอนวด 800 ชั่วโมงก่อน ซึ่งเปิดเรียน 8 พฤษภาคม 2551 ”

หมอนวดคนที่ 2, 4,5,6,10,11,12 ระบุว่า “ ทุกวันอังคารมีการอบรมเพิ่มเติมแก้อาการโรควันละ 1 โรค ประมาณ 2 ชั่วโมง ช่วงเลิกงาน รวมทั้งมีการสอนภาษาอังกฤษแก่หมอนวด ”

หมอนวดคนที่ 8 ระบุว่า “ มีการประชุมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และหมอนวดทุกบ่ายวันพฤหัสบดี มีการสนับสนุนให้อบรมต่อยอดจากหลักสูตร 372 ชั่วโมงเป็น 800 ชั่วโมง และส่งเสริมการสอบขึ้นทะเบียน ซึ่งขณะนี้ได้ขึ้นสมัครมอบตัวศิษย์ให้อาจารย์รับรองก่อน 1 ปี ก่อนรอการประกาศสอบ ”

หมอนวดคนที่ 9 ระบุว่า “ มีการให้สิทธิ์หมอนวดเรียนเวชกรรมกับเภสัชกรรม ทั้งผู้ที่จบหลักสูตร 800 ชั่วโมงกับ 372 ชั่วโมง ในหลักสูตรเวชกรรม 2 ปี เภสัชกรรม 1 ปี โดยให้เรียนในช่วงเย็น 17.00 – 20.00 น. ระหว่างเรียนจึงมีรายได้จากการนวด และยังสามารถเบิกค่าเทอมได้อีกด้วย รวมทั้งยังส่งเสริมให้หมอนวดขึ้นทะเบียนสอบใบประกอบโรคศิลปะ ”

#### 4) ทศนคติผู้ให้บริการกับการนวดแผนไทย

(1) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย ระหว่างการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

แพทย์อายุรเวทและหมอนวดได้ให้คำตอบคล้ายคลึงกันดังนี้

แพทย์อายุรเวทคนที่ 2 ระบุว่า “ ขึ้นอยู่กับความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมาเป็นสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ”

หมอนวดคนที่ 1,2,5,6,7,8,12 ระบุว่า “ ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการให้หายจากการเจ็บป่วย โดยเห็นว่าเป็นวิธีการที่ปลอดภัย เป็นการส่งเสริมด้านเศรษฐกิจทำให้หมอนวดมีรายได้หรือมีอาชีพ และขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อในการบำบัดรักษาการ รวมทั้งขึ้นอยู่กับจริยธรรม ศีลธรรม คุณธรรม ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ ด้านวัฒนธรรม ซึ่งมาจากความไว้วางใจต่อกัน และด้านเศรษฐกิจทำให้มีอาชีพที่มั่นคง ”

หมอนวดคนที่ 4,9,11 ระบุว่า “ ด้านเศรษฐกิจทำให้เกิดรายได้ ด้านสังคมเพื่อช่วยเหลือกันให้หายจากการเจ็บป่วย ด้วยความมีจริยธรรมและศีลธรรมของคนในสังคม ”

(2) ความเชื่อ ระหว่างคน สถาบัน ภูมิปัญญา วัฒนธรรม ที่ก่อให้เกิดสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย แพทย์อายุรเวทและหมอนวดได้ให้ความเห็นดังนี้

แพทย์อายุรเวทคนที่ 1- 2 ประชาสัมพันธ์ทั้ง 3 คน ระบุว่า “ เกิดจากคนมากที่สุด รองลงมาเป็นภูมิปัญญา ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ วัฒนธรรม มากที่สุด รองลงมา เป็นภูมิปัญญา คน และสถาบัน คนจะขึ้นกับการศึกษามากที่สุด ”

หมอนวดคนที่ 1,2,4,5,6,7,8,10,11 ระบุว่า “ เกิดจากคนมากที่สุด ”

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ คนมากที่สุดเพราะคิดว่าทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการล้วนมีบทบาทต่อการนวดแผนไทย ”

หมอนวดคนที่ 9,12 ระบุว่า “ ภูมิปัญญาซึ่งเกิดจากต้องการช่วยเหลือกันรองลงมาเป็นวัฒนธรรมที่ต้นแบบของการอยู่ร่วมกันในสังคม และเป็นสิ่งดีงามที่มีการยอมรับ ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ เกิดจากวัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดกันมา ”

(3) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญา ด้านการนวดแผนไทย และสิ่งทำให้เกิดศักยภาพการนวดแผนไทยของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย

แพทย์อายุรเวทคนที่ 1-3 และประชาสัมพันธ์อีก 3 คน ระบุว่า  
 “ขึ้นอยู่กับนโยบายผู้บริหารมากที่สุด สำหรับศักยภาพการนวดแผนไทยขึ้นอยู่กับความพร้อมของ  
 เจ้าหน้าที่และสถานที่ ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ สถานภาพและบทบาทการนวด  
 แผนไทย ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร ส่วนศักยภาพขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคลากรมากที่สุด  
 รองลงมาความพร้อมของสถานที่ ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ ”

สำหรับหมอนวดคนที่ 1,2,3,4,5,6,7,9 ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า  
 “ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร ” นอกจากนี้ยังระบุเพิ่มเติมดังนี้

หมอนวดคนที่ 1 ระบุว่า “ ศักยภาพขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถาน  
 บริการและเจ้าหน้าที่ ”

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งบางครั้ง  
 ท้อแท้และขาดแรงจูงใจ เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่าสถานบริการอื่น ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ ความพร้อมขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการ  
 สถานที่ ฯ ซึ่งมีความพร้อมระดับปานกลาง ”

ส่วนหมอนวดคนที่ 8,11,10,12 ระบุว่า “ ขึ้นอยู่กับความพร้อมของ  
 เจ้าหน้าที่มากที่สุด ”

#### (4) การให้บริการมีการปฏิบัติหน้าที่ตามการคาดหวังของสังคม

แพทย์อายุรเวทและหมอนวดส่วนใหญ่คิดว่าได้ปฏิบัติหน้าที่อย่าง  
 ครบถ้วนดังนี้

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในการ  
 รักษาผู้ป่วย แต่มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการให้ประชาชนได้ใช้บริการ และได้ช่วยเหลือ  
 ผู้เจ็บป่วย ”

ส่วนหมอนวดทั้งหมด คิดว่าได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างครบถ้วนตามที่  
 รับมอบหมาย เช่น

หมอนวดคนที่ 3,5,6,8,12 ระบุว่า “ คิดว่าครบถ้วนตามศักยภาพที่  
 มีและตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย รวมทั้งมีความเห็นว่าบทบาทที่ได้รับมอบหมายชัดเจนสอดคล้อง  
 กับบทบาทที่ปฏิบัติจริง และจะปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถให้ดีที่สุด ด้วยใจรักในอาชีพการนวด  
 รวมทั้งมีความภาคภูมิใจ ตลอดจนรู้สึกมีความสุขที่เห็นผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยทุเลาหรือหายจากการ  
 เจ็บป่วย อีกทั้งเห็นว่าการเป็นหมอนวดในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย มีความน่าเชื่อถือมากกว่า  
 ที่อื่น ”

## (5) ความเห็นต่อสถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

แพทย์อายุรเวทคนที่ 2 ระบุว่า “ ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย เกิดจากความไว้วางใจในการช่วยเหลือกันมาแต่โบราณ กระทั่งกลายเป็นทฤษฎีที่มีการยอมรับและมีความเชื่อในผลการบำบัดรักษาจึงมีคุณค่าควรแก่การอนุรักษ์ ”

สำหรับหมอนวดมีความเห็นหลากหลายแต่คล้ายคลึงกัน และเหมือนกันดังนี้

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ สถานภาพและบทบาทการนวดเป็นภูมิปัญญาที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในสังคมควรมีการอนุรักษ์ให้มีตลอดไปในสังคม ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ เห็นว่าสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย เกิดจากสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม จึงทำให้ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยมีบทบาทมาถึงปัจจุบัน ”

หมอนวดคนที่ 4,6 ระบุว่า “ เห็นว่ามีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากการเรียนการสอนที่เป็นระบบและมีทฤษฎีรองรับ ”

หมอนวดคนที่ 5,7,12 ระบุว่า “ เป็นบทบาทที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ของคนเพื่อการอยู่รอดจากธรรมชาติ ” “ เป็นภูมิปัญญาที่เกิดจากการความคิดของบรรพบุรุษ จึงควรมีการอนุรักษ์ไว้ในสังคม ” “ บทบาทที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้จากวัฒนธรรมความเชื่อในศักยภาพของภูมิปัญญาไทย ”

หมอนวดคนที่ 8 ระบุว่า “ เป็นสถานภาพและบทบาทที่เกิดจากวัฒนธรรมอันดีงาม และเกิดจากความเชื่อในการบำบัดรักษา ”

หมอนวดคนที่ 9 ระบุว่า “ สถานภาพและบทบาทการนวดเกิดขึ้นจากคนที่เห็นประสิทธิภาพของการนวดเห็นว่าภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย เป็นการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยไม่เสี่ยง และควรมีการอนุรักษ์ให้มีตลอดไปในสังคม ”

หมอนวดคนที่ 10 , 11 ระบุว่า “ ได้ช่วยเหลือคนให้บรรเทาอาการเจ็บป่วยในสังคม ”

## (6) ความเห็นต่อสถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในอดีตกับปัจจุบัน

แพทย์อายุรเวทคนที่ 1 ระบุว่า “ มีการนำเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ของแผนปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เช่น เครื่องวัดความดัน ปรอท เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องชั่งน้ำหนัก ฯลฯ ชักประวัติสอบถามความเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อนว่าเจ็บป่วยด้วยโรคใด เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ซึ่ง

จะมีการนวดบำบัดรักษาแตกต่างกันหรือต้องงดเว้นการนวด ทั้งการเรียนรู้และการนำไปใช้ในสถานบริการของรัฐ มีการจัดบันทึกและเปิดสอนหลักสูตรอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ตลอดจนกลายเป็นทฤษฎีการนวด ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ มีการนำการนวดต่างชาตินาประยุกต์ใช้ เช่น การนวดฝ่าเท้า ซึ่งเป็นการนวดตามศาสตร์หนึ่งของจีน ”

หมอนวดคนที่ 1,2,4,5,7,8,9,10,11,12 ให้ความเห็นเหมือนกันและคล้ายคลึงกันว่า “ อดีตไม่ค่อยมีคนสนใจยอมรับ ไม่มีสถานที่ให้บริการชัดเจน ปัจจุบันมีความนิยมและมีการยอมรับมากขึ้น รวมทั้งมีสถานบริการที่เปิดให้บริการนวดอย่างเป็นทางการชัดเจนแพร่หลาย ” และยังระบุเพิ่มดังนี้

หมอนวดคนที่ 6 ระบุว่า “ อดีตเป็นการถ่ายทอดด้านการนวดเฉพาะเครือญาติ ไม่มีระเบียบแบบแผน แต่ปัจจุบันมีการถ่ายทอดที่เป็นระบบและผู้เข้ารับการอบรมมีหลายระดับ ”

หมอนวดคนที่ 7 ระบุว่า “ อดีตไม่ค่อยมีการยอมรับปัจจุบันมีการยอมรับมากขึ้น สำหรับวิธีการนวดไม่พัฒนามากนักจึงไม่แตกต่างกับอดีต จะต่างกันตรงเป็นการพัฒนาระบบโดยรวมของสถานที่ ขั้นตอนการให้บริการ ”

หมอนวดคนที่ 3,8,9 ระบุว่า “ อดีตการนวดแผนไทยมีบทบาทในวงจำกัด ไม่ค่อยมีการยอมรับ ปัจจุบันมีบทบาทกว้างขวางมีการตั้งสถานบริการมากมายทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสร้างชื่อเสียงให้แก่ประเทศ ”

### 3) ผู้บริหาร

สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในอดีตและปัจจุบันผู้บริหารเห็นว่ามีแตกต่างกันมาก

ผู้บริหารคนที่ 1-4 ระบุว่า “ อดีตเป็นการลองผิดลองถูก ไม่มีการบันทึกการนวดอย่างชัดเจน มักอาศัยประสบการณ์มาใช้ในการนวด ไม่มีการสอนที่เป็นรูปธรรมมักไม่เปิดเผย มีการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษหรือเฉพาะคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ไม่ได้นำหลักการทางวิทยาศาสตร์เข้าร่วมในการตรวจวินิจฉัย จนถึงสมัยนายแพทย์อวย เกตุสิงห์ จึงมีการนำวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยจะอิงหลักวิทยาศาสตร์ของแผนปัจจุบัน และมีทฤษฎีการแพทย์แผนไทยรองรับ รวมทั้งมีการคัดกรองวิธีการรักษาที่ปลอดภัยด้วยการยกเลิกวิธีการรักษาบางประเภทที่เป็นอันตราย เช่น ยกเลิกวิธีการนวดที่คัดค้านคอ และสามารถกำหนดเป็นแนวทางในการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับการบริหารจัดการและการให้บริการปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชนมีความคล่องตัว ”

สรุปว่า สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย  
ผู้ให้บริการ และผู้บริหารให้ความเห็นว่าจะขึ้นอยู่กับ

1) ปัจจัยที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย  
ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าเกิดจากปัจจัยด้านทัศนคติและความเชื่อถือ (1) ด้านการตรวจวินิจฉัยและ  
การบำบัดรักษาตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีความน่าเชื่อถือเนื่องจากมีหลายปัจจัยมาประกอบ  
ในวินิจฉัยกล่าวคือ นอกจากอำนาจเหนือธรรมชาติและพลังจักรวาลแล้ว ยังสามารถอาศัยการ  
วินิจฉัยจากความสมดุลของธาตุในร่างกาย (ดิน น้ำ ลม ไฟ) รวมทั้งสามารถใช้หลักโหราศาสตร์  
และหลักพุทธศาสนาประกอบในการตรวจวินิจฉัยโรค ตลอดจนเห็นว่าการบำบัดรักษาเป็น  
วิธีการที่ได้ผลและปลอดภัย มีหลักสูตรรองรับอย่างเป็นระบบ ฉะนั้น จึงเชื่อเป็นอย่างมากว่าผู้ที่มี  
ใบประกอบโรคศิลปะเวชกรรมแผนโบราณ ซึ่งผูกพันกับทฤษฎีการแพทย์แผนไทยสามารถตรวจ  
วินิจฉัยเพื่อรักษาโรคได้ อีกทั้งยังเชื่อว่าการตรวจรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยไม่ยุ่งยากซับซ้อน  
เนื่องจากใช้วิธีสัมผัสด้วยตาและมือเป็นส่วนใหญ่ (2) การบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทย  
ให้ผลต่อสุขภาพในด้านบวก มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากมีวิทยาศาสตร์เข้ามา  
เกี่ยวข้อง จึงเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่น่าเชื่อถือปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อีกทั้งยัง  
สามารถบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้มากถึง 40 – 50 อาการ นอกจากนี้ ยังสามารถ  
ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาชน เป็นการลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน และเป็นการ  
เพิ่มบทบาทแก่การแพทย์แผนไทย รวมทั้งยังเชื่อว่าบทบาทการนวดแผนไทย มีการยอมรับมากขึ้น  
ในระดับสากล (3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้ให้บริการเชื่อมั่นว่า วิธีการนวดสามารถ  
ทำให้ผ่อนคลาย สามารถความสร้างสัมพันธ์หรือความอบอุ่นในสังคม จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพ  
และเป็นภูมิคุ้มกันสำหรับการป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี อีกทั้งเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติ  
ตลอดจนผู้ให้บริการเชื่อว่าการรักษาความสมดุลของธาตุในร่างกายตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผน  
ไทย โดยการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนั้น สามารถทำให้ร่างกายมีความสมดุลแข็งแรง  
รวมทั้งการสวดมนต์ทำสมาธิหรือฝึกจิตตามแบบฉบับของจิตตานามย เป็นการส่งเสริมสุขภาพได้มาก

2) ปัจจัยองค์กรที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวด  
แผนไทย พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า การนวดแผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
แม้ว่าจะไม่มีการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจร แต่เป็นการให้บริการการนวดแผนไทยที่ครบวงจร และ  
มีบทบาทด้านการบำบัดรักษามากที่สุด โดยเฉพาะอาการที่เกี่ยวกับปวดเมื่อยจากการทำงานของคน  
สมัยปัจจุบัน ประกอบกับองค์กรได้มีการส่งเสริมการให้บริการนวด ด้วยการจัดบริการด้านการนวด  
อยู่ในชุดสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ฉะนั้นผู้รับบริการส่วนใหญ่จึงเป็นชนชั้นกลาง นอกจากนี้ยังมี  
การส่งเสริมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร การฝึกอบรมด้านการนวด การประชาสัมพันธ์เผยแพร่



รวมทั้งสนับสนุนหมอนวดให้เข้าในโครงการประกันสังคม และโครงการฌาปนกิจสงเคราะห์ ทั้งนี้ จะพบว่าผู้ได้ให้ความไว้วางใจไปรับบริการกันอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลของสถานที่ตั้งเหมาะสม แม้ว่าไม่ค่อยสะดวกและจะมีข้อจำกัดด้านอาคารสถานที่ หรือจำนวนเจ้าหน้าที่ก็ตาม สำหรับด้านงบประมาณส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีงบประมาณใดสนับสนุน นอกจากอัตราเงินเดือนและค่าแรงต่อรายซึ่งได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับสถานบริการอื่นที่มีการให้บริการชนิดเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เห็นว่าคุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับดี มีการเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ และให้บริการด้วยความเสมอภาคเป็นกันเอง อีกทั้งหมอนวดมีความเชี่ยวชาญในการให้บริการ

3) *สถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการในองค์กร* พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่คิดว่าเข้าใจและดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ระเบียบของสถานบริการ มีหลักการปฏิบัติงานโดยยึดหลักคุณธรรม ความเสมอภาคคุณค่า มีความเป็นประชาธิปไตย รับผิดชอบ ต่องานที่ทำและผลที่จะเกิดขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองกล้าเผชิญกับปัญหา มีความสัมพันธ์ที่ดี มีความสุภาพอ่อนน้อมเอื้ออาทรทั้งในหมู่ผู้ให้บริการกันเองและผู้รับบริการ รวมทั้งผู้ให้บริการในองค์กรแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่เหมือนกัน และแตกต่างกันตามสถานภาพของตน โดยมีการเตรียมความพร้อมในการให้บริการ เป็นการให้บริการด้วยกายและใจ ด้านร่างกายเป็นการบำบัดรักษาด้วยการสัมผัสซึ่งเป็นวิธีการนวด ส่วนด้านจิตใจเป็นการเอาใจใส่ เป็นกันเอง มีสมาธิ รวมทั้งมีความตั้งใจ ในขณะที่ให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจในการนวด และยังเป็นความสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างกัน ตลอดจนหลังการให้บริการมีการให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการด้วย นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมความรู้ โดยมีการสอนทักษะการนวดเพิ่มเติมและสอนภาษาอังกฤษในทุกวันอังคาร มีการส่งเสริมให้เข้ารับการศึกษาอบรมต่อยอดการนวดแผนไทย แต่ได้รับโควตาน้อย มีการส่งเสริมการสอบขึ้นทะเบียน ซึ่งขณะนี้หมอนวดได้ขึ้นสมัครมอบตัวศิษย์ให้อาจารย์รับรองก่อน 1 ปี ก่อนรอการประกาศสอบ

4) *ทัศนคติผู้ให้บริการกับการนวดแผนไทย* กล่าวได้ว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสังคม (จากทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจและวัฒนธรรม) ที่ต้องการช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ หรือทำให้หายจากการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดรายได้ เมื่อพิจารณาในภาพทุนทางสังคม ผู้ให้บริการมีความเชื่อว่าสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย เกิดจากคนมากที่สุด เนื่องจากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ล้วนมีบทบาทหลักโดยตรงและทางอ้อม ต่อการคงอยู่ของการนวดแผนไทย รวมทั้งเชื่อว่าเกิดจากภูมิปัญญาและเกิดจากวัฒนธรรมในสัดส่วนที่เท่ากัน สำหรับสถาบันจะเป็นลำดับสุดท้ายของคำตอบเกือบทุกคน ส่วนสถานภาพและ

บทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้ให้บริการเห็นว่าขึ้นอยู่กับนโยบายผู้บริหารมากที่สุด ส่วนศักยภาพการให้บริการขึ้นอยู่กับความพร้อมของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ ผู้ให้บริการทุกคนเห็นว่าตนเองได้ปฏิบัติงานครบถ้วนตามศักยภาพที่มี และเห็นว่าบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย กับบทบาทที่ปฏิบัติจริงสอดคล้องกัน รวมทั้งเหมาะสมกับสถานภาพของตนเอง สำหรับความเห็นต่อภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ผู้ให้บริการตอบว่าเป็นภูมิปัญญาที่เกิดจากความไว้วางใจการเรียนรู้ และความเชื่อในวิธีการรักษา รวมทั้งประสบการณ์ของบรรพบุรุษที่มีการลองผิดลองถูก โดยมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อช่วยเหลือกันในสังคม จึงควรมีการอนุรักษ์ต่อไป ส่วนความเห็นต่อสถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในอดีตกับปัจจุบันผู้ให้บริการและผู้บริหารตอบว่า อดีตการนวดแผนไทยถูกจำกัดอยู่ในวงแคบไม่เป็นที่นิยม ไม่ค่อยมีการยอมรับไม่มีการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบแบบแผน ไม่มีสถานี่รองรับการให้บริการชัดเจน ปัจจุบันมีการยอมรับและเป็นที่ยอมรับรวมทั้งมีระบบการถ่ายทอด และมีสถานประกอบการเป็นหน่วยบริการชัดเจนกว้างขวางเป็นรูปธรรม ตลอดจนมีการนำมาประยุกต์ใช้ อย่างเหมาะสมและอิงหลักวิทยาศาสตร์

## 2.3 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

### 2.3.1 ปัญหาอุปสรรค

1) ผู้รับบริการ จากการสอบถามผู้รับบริการพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการเข้ารับบริการ ที่ใกล้เคียงกันดังนี้

ผู้รับบริการระบุว่า “ การจองคิวเข้ารับบริการมีความยุ่งยาก สับสน เนื่องจากส่วนใหญ่ต้องจองคิวล่วงหน้าที่ต้องมีระยะเวลาหลายวัน และเป็นการจองคิวทางโทรศัพท์ ในกรณีที่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง ซึ่งไม่สะดวกเพราะมีโทรศัพท์เบอร์เดียว ติดต่อก่อนข้างยาก ทำให้บางครั้งไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามความต้องการ ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ การให้บริการมีการจำกัดจำนวนผู้รับบริการ ซึ่งสถานบริการให้เหตุผลว่า จำนวนของหมอนวดและจำนวนเตียงนวดไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในวันหยุดราชการซึ่งจะเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้ไปรับบริการ ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ รองเท้าเปลี่ยนขณะเข้ารับบริการนวดส่วนมากมีแต่ขนาดใหญ่สวมใส่แล้วเดินไม่สะดวกและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ อาคารสถานที่ค่อนข้างคับแคบไม่เพียงพอ และไม่สะดวกต่อผู้รับบริการ รวมทั้งไม่มีสถานที่จอดรถไว้รองรับสำหรับผู้ไปใช้บริการทำให้การเข้ารับบริการยุ่งยาก ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ ด้านการบำบัดรักษาหากผู้รับบริการมีอาการเจ็บป่วยจากอวัยวะมากกว่า 1 จุด หมอนวดไม่สามารถให้บริการรักษาได้ในครั้งเดียว ทำให้เสียเวลาและเสียเงินในการเดินทางไปรับบริการหลายๆ ครั้งโดยไม่จำเป็น อีกทั้งไม่สามารถเลือกเพศผู้ให้บริการได้ด้วยตนเอง จากเหตุผลที่ว่าผู้ให้บริการไม่เพียงพอ ยกเว้นผู้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่องในบางรายหรือกรณีที่มีอาการเรื้อรัง ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ ห้องน้ำห้องสุขามีน้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเพราะว่าบางห้องใช้ห้องน้ำร่วมกับห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า จึงไม่มีความสะดวกแต่อย่างใด ”

## 2) ผู้ให้บริการ

จากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นไปในแนวเดียวกันดังนี้  
เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ทั้ง 3 กล่าวเหมือนกันว่า “ โทรศัพท์ใช้ได้อยู่เครื่องเดียว และโทรออกไม่ค่อยได้ถ้าไม่ได้รับอนุญาตก่อน ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อผู้ป่วยหากมีความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจองคิว ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 1-3 ให้ความคิดเห็นคล้ายคลึงกันถึงเหมือนกันว่าสถานที่ค่อนข้างคับแคบ เช่น

แพทย์อายุรเวทคนที่ 2 ระบุว่า “ การให้บริการไม่ค่อยสะดวก เพราะว่าการให้บริการเกือบทั้งหมดอยู่ในห้องเดียวกัน โดยเฉพาะห้องตรวจและวินิจฉัยโรค ควรจะแยกมากที่สุด แต่ไม่มีสถานที่ ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 กล่าวว่า “ จำนวนเตียงและหมอนวดไม่เพียงพอกับความต้องการ ไม่มีห้องตรวจผู้ป่วยบางครั้งการดำเนินงานไม่ตรงกับแผนที่วางไว้ ”

สำหรับหมอนวดให้ข้อมูลคล้ายกันและเหมือนกันว่าค่าตอบแทนน้อย ไม่มีหลักประกันความมั่นคง หมอนวดไม่เพียงพอ สถานที่คับแคบ และห้องน้ำห้องสุขาไม่เพียงพอ เช่น

หมอนวดคนที่ 1 ระบุว่า “ หมอนวดขาดโอกาสในการพัฒนาความรู้ และทักษะ เนื่องจากบางโครงการไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ และจะไม่ได้รับเงินเดือนในช่วงการฝึกอบรม ตลอดจนถึงปัจจุบันมีการส่งเสริมให้หมอนวด 372 ชั่วโมง เข้ารับการฝึกอบรมครบ 800 ชั่วโมง แต่ส่งเสริมจำนวนน้อยมาก เพียงปีละ 3-4 คน จึงยังไม่ทั่วถึง ”

หมอนวดคนที่ 4,5,6,8 ระบุว่า “ สถานที่ค่อนข้างคับแคบ เตียงนวดหมอนวดและห้องน้ำห้องสุขาไม่เพียงพอ ”

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ ได้รับค่าจ้างน้อยเมื่อเทียบกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแห่งอื่น เช่น ค่าจ้างการนวดกับการประคบรวมกัน ที่นี้ได้รับแค่ 60 บาทต่อคน แต่ที่อื่นเขา

ให้ค่าจ้างประมาณ 100 – 130 บาท ซึ่งต่างกันมาก ยิ่งคนแก่ใกล้จะเกษียณ ไม่มีทางเลือกก็ต้องทำต่อไป ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ แม้จะเป็นอาชีพที่มั่นคงแต่ได้รับค่าตอบแทนน้อย และมีข้อจำกัดเรื่องกฎระเบียบซึ่งต้องอยู่ภายใต้การกำกับของแพทยอาชีวเวช ”

หมอนวดคนที่ 7 ระบุว่า “ ไม่มีที่พักสำหรับหมอนวด ผู้เก็บของได้ไม่เพียงพอกับจำนวนของหมอนวดทำให้ไม่เป็นสัดส่วน ไม่มีหลักประกันความมั่นคงหลังเกษียณ ”

หมอนวดคนที่ 9 “ สถานที่คับแคบ เตี้ยจนวด หมอนวดไม่เพียงพอ การนวดแผนไทย มีข้อจำกัดในกรณีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวบางชนิด หรือคนไข้ ”

หมอนวดคนที่ 12 ระบุว่า “ สถานที่คับแคบ บริเวณที่ตั้งคับแคบ และระบบการจัดการ เช่น ห้องนวด ห้องน้ำไม่เพียงพอ ผู้รับบริการยึดติดกับแผนปัจจุบัน เช่น บอกว่าไม่ให้นวดตรงนั้นตรงนี้เนื่องจากหมอนวดแผนปัจจุบันไม่ให้นวดหรือว่าเป็นกระดูกพรุน (แต่ต่อมาเมื่อนวดแล้วยอมรับว่าได้ผล) ผู้รับบริการเป็นคนนอกมากกว่า และบางรายไม่ค่อยให้เกียรติแต่บางรายบอกว่าเป็นการยกระดับการนวดแผนไทย ไม่มีสวัสดิการเกี่ยวกับเครื่องแบบให้หมอนวดที่ครบชุดเพื่อจะได้เป็นแบบฟอร์มเดียวกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย ปัจจุบันได้รับเพียงเสื้อสีน้ำตาลคนละ 2 ตัว โดยวันจันทร์ใส่สีเหลือง อังคารสีชมพู และวันศุกร์สีฟ้า ซึ่งต้องตัดเองรวมทั้งกางเกงสีดำ และสีกรมมะท่า ”

3) ผู้บริหาร (ตั้งแต่อดีต - ปัจจุบัน) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารให้ความคิดเห็นว่า

(1) การแพทย์แผนไทย (การนวดแผนไทย) อดีต - พ.ศ.2545

ผู้บริหารคนที่ 1 ระบุว่า “ ในอดีตแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่ไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะการนวดบางท่าบางวิธีมีอันตราย เช่น วิธีการคัดคอ ทำให้ในอดีตมีอัตราการตายอยู่ในระดับสูงมาก และระบบวิธีการนวดไม่มีการบันทึกยืนยัน ไม่มีการสอนชัดเจนมักถ่ายทอดกันในหมู่คนใกล้ชิด อีกทั้งเดิมไม่ได้นำหลักการทางวิทยาศาสตร์เข้าร่วมในการตรวจวินิจฉัย ”

ผู้บริหารคนที่ 4 ระบุว่า “ ในอดีตเป็นการนวดตามความถนัดหรือตามความรู้ความสามารถที่มีซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติ โดยไม่ได้นำหลักการทางวิทยาศาสตร์เข้าร่วมในการตรวจวินิจฉัย ไม่มีการบันทึกการนวดอย่างชัดเจนมักอาศัยประสบการณ์มาใช้ในการนวด ไม่มีการถ่ายทอดหรือการสอนที่เป็นระบบ ”

(2) การแพทย์แผนไทย (การนวดแผนไทย) พ.ศ.2545 - ปัจจุบัน

ผู้บริหารคนที่ 1- 4 ระบุว่า “ ขาดปัจจัยหลักในการดำเนินงานทั่วประเทศ โดยเฉพาะอัตราค่าจ้างยังไม่เพียงพอ แพทย์แผนปัจจุบันส่วนหนึ่งยังไม่ค่อยยอมรับ

การแพทย์แผนไทย และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการยกระดับการแพทย์แผนไทย หรือสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบันให้ยอมรับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ไม่มีการเลือกใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการอย่างจริงจัง และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดหรือส่งเสริมผู้รับบริการให้ไปเลือกพบแพทย์แผนไทยในอาการหรือโรคที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยการแพทย์แผนไทย รวมทั้งยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านกฎหมายที่เข้มแข็ง ทำให้การนวดแผนไทยถูกนำไปเป็นอาชีพที่แฝงด้วยบริการทางเพศ ”

ผู้บริหารคนที่ 4 ระบุเพิ่มเติมว่า “ การบริหารจัดการอาศัยงบประมาณและเงินบำรุงซึ่งไม่เอื้อต่อการพัฒนา ”

### สรุปปัญหาอุปสรรค

1) ผู้รับบริการ การจองคิวเข้ารับบริการมีความยุ่งยากไม่สะดวก เข้าไม่สามารถรักษาอาการได้มากกว่า 1 จุดในการให้บริการแต่ละครั้ง รวมทั้งส่วนใหญ่ไม่สามารถเลือกเพศผู้ให้บริการได้ด้วยตนเอง ตลอดจนอาคารสถานที่ค่อนข้างคับแคบ ห้องน้ำสุขาไม่เพียงพอ

### 2) ผู้ให้บริการ

#### (1) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และแพทย์อายุรเวท

สถานที่คับแคบ ระบบการติดต่อสื่อสารไม่คล่องตัว ไม่มีห้องตรวจวินิจฉัยโรคที่เป็นสัดส่วน จำนวนเตียงและหมอนวดไม่เพียงพอกับความต้องการ

#### (2) หมอนวด

ไม่มีหลักประกันความมั่นคงในอาชีพ และได้รับค่าจ้างน้อยเมื่อเทียบกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแห่งอื่น รวมทั้งขาดขวัญและกำลังใจ เนื่องจากไม่มีเงินรางวัล หรือเงินบำเหน็จบำนาญใดๆ เป็นการตอบแทนในยามเกษียณ และไม่มีสวัสดิการเกี่ยวกับเครื่องแบบให้หมอนวด เพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อย สิ่งอำนวยความสะดวกมีไม่เพียงพอ และไม่มีห้องพักหรือตู้เก็บของสำหรับหมอนวดที่เป็นสัดส่วน สำหรับประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการ และส่วนหนึ่งไม่ค่อยเชื่อถือการแพทย์แผนไทย

### 3) ผู้บริหาร

การแพทย์แผนไทย ขาดปัจจัยหลักในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมทั่วประเทศ รัฐบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ในการยกระดับการแพทย์แผนไทย หรือสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบันให้ยอมรับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการเปลี่ยนแปลงแนวคิด หรือสนับสนุนผู้รับบริการให้ไปเลือกพบแพทย์แผนไทย รวมทั้งยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การนวดแผนไทยถูกนำไปเป็นอาชีพที่แฝงด้วยบริการทางเพศ

### 2.3.2 แนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวด

#### แผนไทย

1) ผู้รับบริการ ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และมีความคาดหวังต่อการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย จากการประมวลข้อคิดเห็นดังนี้

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ระบุว่า “ ควรเปิดช่องทางในการให้จงกิวหลายด้าน และควรเพิ่มระบบการติดต่อสื่อสาร เช่น ระบบอินเทอร์เน็ต อีกทั้งเพิ่มเลขหมายโทรศัพท์ เพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้รับบริการอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ ”

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ระบุว่า “ สถานบริการควรมีห้องน้ำกับห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เหมาะสม โดยแยกให้เป็นสัดส่วนชัดเจนและควรเพิ่มห้องน้ำห้องสุขาให้เพียงพอับความต้องการของผู้ใช้บริการ ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ ควรเพิ่มจำนวนหมอนวดและจำนวนเตียงนวด ให้เพียงพอับสัดส่วนผู้ไปรับบริการ โดยเฉพาะในวันหยุดราชการซึ่งมีผู้ไปใช้บริการมากกว่าวันธรรมดา ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ หน่วยบริการควรพิจารณาให้มีความสำคัญในการปรับปรุงสิ่งก่อสร้างวัสดุครุภัณฑ์ เพื่อพัฒนาสถานที่ให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการที่นับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ หน่วยบริการควรมีนโยบายในการให้บริการนวด โดยมีการเน้นการรักษาหลายจุดในครั้งเดียวกัน เพื่อความสะดวก ความประหยัดทั้งเวลาและเงินของผู้รับบริการ รวมทั้งควรให้ผู้รับบริการสามารถเลือกเพศผู้ให้บริการได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อความสบายใจของผู้รับบริการ ”

ผู้รับบริการระบุว่า “ ควรมีรองเท้าเปลี่ยนให้เพียงพอและให้มีหลายขนาด เพื่อความเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ ”

2) ผู้ให้บริการ (ประชาสัมพันธ์ แพทย์อายุรเวทและหมอนวด) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาดังนี้

ประชาสัมพันธ์ทั้งหมด ให้ความคิดเห็นว่า “ หน่วยงานควรเพิ่มหมายเลขโทรศัพท์ให้มากขึ้น และอำนวยความสะดวกในการใช้โทรศัพท์ ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 1-2 ระบุว่า “ ปรับปรุงห้องตรวจวินิจฉัยให้เป็นสัดส่วน ”

แพทย์อายุรเวทคนที่ 3 ระบุว่า “ กำหนดเป็นนโยบายให้เห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาและผู้บริหารต้องสนใจในการบริหารจัดการในสิ่งที่เสนอแนะ และสนับสนุนด้านทักษะในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงห้องตรวจแพทย์แผนไทยประยุกต์ ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้

ฝึกทักษะ กำหนดบทบาทนโยบายที่ชัดเจน และกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในระดับต้นๆ สนับสนุนให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็นในการดำเนินงาน มีการอบรมเพิ่มสมรรถนะในการนัดหรือประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ ”

หมอนวดคนที่ 2 ระบุว่า “ ควรพิจารณาค่าตอบแทนให้เท่าเทียมกับสถานบริการอื่นของรัฐ ”

หมอนวดคนที่ 3 ระบุว่า “ ควรดูแลความเป็นอยู่ของผู้ได้บังคับบัญชา ควรเพิ่มค่าแรงอีกร้อยละ 30 หรืออัตราเงินเดือนเนื่องจากปัจจุบันค่าใช้จ่ายสูง , ควรปรับทักษะการเรียนรู้ให้หมอนวดเป็นประจำ และควรตรวจร่างกายก่อนรับหมอนวดเข้าทำงานด้วย ”

หมอนวดคนที่ 4-6 ระบุว่า “ ปรับปรุงสถานที่ให้มีบริการที่เพียงพอ โดยเฉพาะห้องน้ำห้องสุขา ปรับปรุงและขยายสถานที่ให้กว้างขวาง ควรเพิ่มเตียงนอนให้มากขึ้น ต้องการห้องพักหมอนวด ” “ ปรับปรุงสถานที่ให้บริการให้เหมาะสม และสนับสนุนการเพิ่มทักษะหรือพัฒนาศักยภาพหมอนวด ”

หมอนวดคนที่ 7,8 ระบุว่า “ ควรสร้างขวัญและกำลังใจแก่หมอนวดในเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ รวมทั้งมีนโยบายบรรจุหมอนวดให้เป็นลูกจ้างประจำเพื่อความมั่นคงในอาชีพ ซึ่งปัจจุบันหมอนวดต้องต่ออายุสัญญาปีต่อปี หรือพิจารณาค่าตอบแทนหรือบำเหน็จแก่ผู้เกษียณอายุการทำงาน ”

หมอนวดคนที่ 9 ระบุว่า “ ควรมีชุดฟอร์มสำหรับหมอนวด มีห้องพักสำหรับหมอนวด ให้ลาพักผ่อนได้ 10 วันในรอบ 1 ปี และช่วงลาดังกล่าวรวมทั้งช่วงวันหยุดเทศกาล ควรได้รับเงินตามที่ผู้บริหารเห็นสมควร และควรเลื่อนอัตราเงินเดือนทุกปี ”

### 3) ผู้บริหาร

ผู้บริหารคนที่ 1 ระบุว่า “ รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยจัดสรรงบประมาณสำหรับลงทุนครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รวมทั้งกำหนดอัตราค่าจ้างคนทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอย่างพอเพียง กำหนดนโยบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาในการยกระดับการแพทย์แผนไทย หรือสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบันให้ยอมรับภูมิปัญญาไทยและผลักดันแพทย์แผนปัจจุบันหันมาใช้สมุนไพรไทย และแพทย์แผนปัจจุบันต้องใจกว้างให้แพทย์แผนไทยได้แสดงศักยภาพ โดยยอมรับภูมิปัญญาไทยในการรักษาอาการของบางโรค ซึ่งปัจจุบันสามารถบำบัดรักษาอาการในโรคเรื้อรัง อาการที่เกิดจากอุบัติเหตุ และอาการทางด้านจิตใจ แต่ก็มีข้อจำกัดในการยอมรับจากแผนปัจจุบัน อีกทั้งให้มีการพัฒนาสมุนไพรไทยไปพร้อมๆ กับการนวดแผนไทย และพยายามแทรกการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับแผนปัจจุบัน รวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพหรืออาหารเสริมจากผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ เพื่อเป็นการสร้างรายได้แก่ประชาชนภาคเกษตร

โดยการปลูกพืชผลหรือยาสมุนไพร และในสถานบริการบางแห่งมีการจ่ายยาสมุนไพร ซึ่งเภสัชกรมีความเชื่อในเรื่องยาเดี่ยวมากกว่ายาตำรับ (เนื่องจากยาตำรับไม่เป็นที่ยอมรับจากการที่หาตัวยาก ซ้ำยังเป็นการผสมผสานยาหลายชนิดในตำรับเดียวกัน และยังคงตอบไม่ได้ว่าแต่ละตัวมีการออกฤทธิ์อย่างไร แต่ต่อมา WHO ได้แจ้งว่ายาตำรับไม่ต้องชี้แจงว่าตัวไหนออกฤทธิ์อย่างไร หากเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมให้ทำวิจัยโดยไม่ต้องแยกฤทธิ์แต่ละชนิดของตัวยา และให้หาหลักฐานมาอ้างอิงยืนยันในภาพรวม) กำหนดมาตรการด้านกฎหมาย และมีบทบาทอย่างเข้มแข็งชัดเจนสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม และกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างแรงจูงใจแก่ประชาชนให้การยอมรับ และสนับสนุนการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยโดยเลือกใช้บริการเป็นลำดับแรก ในกรณีที่มีอาการที่คิดว่าการแพทย์แผนไทย สามารถให้การบำบัด รักษาได้ รวมทั้งพัฒนาการนวดแผนไทยให้เป็นที่ยอมรับของคนไทยและต่างชาติ แต่ให้มีนโยบายไม่สอนคนต่างชาติเพราะเป็นศาสตร์และศิลป์ดั้งเดิมของไทย ประกอบกับขณะนี้มีการนำไปแอบแฝงในต่างประเทศว่าเป็นวิธีการของประเทศตนเอง ”

ผู้บริหารคนที่ 4 ระบุว่า “ ส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการพัฒนาให้เหมาะสม และควรเน้นสถานที่ศึกษาคูงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนา สถานภาพและบทบาทการนวดแผนให้ก้าวทันสากล ”

สรุปว่า ผู้รับบริการ ได้ให้ข้อเสนอแนะและแนวทางการปรับปรุง โดยส่วนใหญ่กล่าวว่า ควรเปิดช่องทางในการให้จูงใจและเพิ่มระบบการติดต่อสื่อสารหลายด้าน ควรเพิ่มและแยกห้องน้ำกับห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เหมาะสมชัดเจน รวมทั้งเห็นว่าควรเพิ่มจำนวนหมอนวดจำนวนเตียงนวดให้เพียงพอกับสัดส่วนผู้รับบริการ นอกจากนี้ ควรมีนโยบายในการให้บริการนวดที่ครอบคลุม โดยมีการเน้นการรักษาหลายจุดในครั้งเดียวกัน และควรให้ผู้รับบริการสามารถเลือกเพศผู้ให้บริการได้ด้วยตนเอง ตลอดจนควรมีรองเท้าเปลี่ยนให้บริการอย่างเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการ ตำแหน่งประชาสัมพันธ์ทั้งหมดมีความเห็นว่าหน่วยงานควรเพิ่มระบบติดต่อสื่อสารให้มากขึ้นและเอื้อต่อความคล่องตัวในการดำเนินงาน ส่วนแพทย์อาชีวเวชเสนอว่า ควรปรับปรุงให้มีห้องตรวจวินิจฉัยที่เป็นสัดส่วน เพื่อความสะดวกทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อีกทั้งผู้บริหารควรพิจารณาให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนด้านทักษะในวิชาชีพ โดยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้ลาศึกษาเพื่อต่อยอดในอาชีพ เพื่อเป็นการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคลากร สำหรับหมอนวดเกือบทั้งหมดเห็นว่า ควรขยายสถานที่ให้บริการโดยเฉพาะห้องน้ำห้องสุขา ควรเพิ่มจำนวนเตียงนวดหมอนวด ควรอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ รวมทั้งสร้างขวัญและกำลังใจแก่หมอนวด ในการเพิ่มอัตราค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือสวัสดิการ ตลอดจนมีนโยบายบรรจุหมอนวดให้เป็นลูกจ้างประจำ



ผู้บริหาร ได้ให้แนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทยว่า รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยจัดสรรงบประมาณสำหรับครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง และกำหนดอัตราค่าจ้างอย่างพอเพียง รวมทั้งกำหนดนโยบายให้ชัดเจนในการยกระดับการแพทย์แผนไทย หรือสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบันให้หันมาอมรับภูมิปัญญาไทย และเลือกใช้การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวด บำบัดรักษาในบางอาการของโรคที่การแพทย์แผนไทยรักษาได้ดีกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น โรคเรื้อรังบางชนิด และกำหนดนโยบายให้ใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอย่างจริงจัง รวมทั้งมีการกำหนดนโยบายในการสร้างแรงจูงใจแก่ประชาชนให้ยอมรับและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย ตลอดจนกำหนดมาตรการด้านกฎหมายที่มีประสิทธิภาพชัดเจน และสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม

### ตอนที่ 3 ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ

#### 3.1 ประวัติความเป็นมา วิธีการนวดแผนไทย และการจัดตั้งสถานบริการของรัฐ

##### 3.1.1 ประวัติความเป็นมา ที่ได้จากการค้นพบ

- 1) ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย เกิดขึ้นก่อนสมัยสุโขทัยจากสถานภาพและบทบาทจริงของคน เพื่อสนองความต้องการตามความคาดหวังของสังคม
- 2) สมัยก่อนกรุงสุโขทัย ถึงต้นสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ การแพทย์แผนไทยอิงศาสนาเป็นหลัก การบำบัดรักษาใช้ไสยศาสตร์ โหราศาสตร์ และพิธีกรรม ตามความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ
- 3) สมัยกรุงศรีอยุธยา การแพทย์แผนไทยเจริญรุ่งเรือง เมื่อเทียบกับสมัยอื่น ยกเว้นสมัยรัชกาลปัจจุบัน
- 4) หลักฐานสำคัญเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย (รวมทั้งการนวดแผนไทย) เช่น ตำราพระโอสถพระนารายณ์ และตำราทางการแพทย์ต่างๆ ได้สูญหายไปเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเมื่อครั้งเสียกรุงศรีอยุธยา
- 5) การแพทย์แผนตะวันตกได้แทรกตัวเข้ามาในประเทศไทย ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ก่อนจะจางหายไป และหวนกลับมาอีกครั้งในสมัยรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ทำให้การแพทย์แผนไทยเริ่มไม่ได้รับความนิยม
- 6) สมัยกรุงธนบุรีและสมัยรัชกาลที่ 6 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยเสื่อมโทรม จากภาวะสงครามในสมัยกรุงธนบุรีและจากการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะพ.ศ.2466 ในสมัยรัชกาลที่ 6

7) มีการสร้างโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรมขึ้นเป็นครั้งแรกในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งก่อนหน้านั้นได้มีการตั้งโรงพยาบาลตั้งแต่สมัยก่อนกรุงสุโขทัย

8) มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยรัชกาลที่ 8

9) ก่อนปี 2545 การการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยยังไม่ค่อยได้รับความนิยม แม้ว่าจะกำหนดให้เป็นนโยบายในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยได้บรรจุการแพทย์แผนไทยไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ตั้งปี 2522 และมีการนำมาผสมผสานในสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ ปี 2528 แล้วก็ตาม เนื่องจากยังไม่มีการพัฒนาอย่างจริงจัง

10) หลังจากมีการก่อตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยในส่วนกลางที่กระทรวงสาธารณสุขและเปิดให้บริการในปี 2545 เพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการ ส่งผลให้การนวดแผนไทย ได้รับการพัฒนาและได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง แม้ว่าจะขาดปัจจัยหลักในการดำเนินงานก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนมีทัศนคติ ความเชื่อและความพึงพอใจต่อการให้บริการในด้านบวก

11) สมัยรัชกาลปัจจุบัน เป็นสมัยแห่งการผสมผสานผสานศาสตร์ที่ลงตัวระหว่างภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม โดยเฉพาะการนวดแผนไทย กับการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามแพทย์แผนปัจจุบันส่วนหนึ่ง ยังไม่ยอมรับการแพทย์แผนไทย

### 3.1.2 วิธีการนวด ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ

1) ในอดีตมี 2 ประเภท คือ การนวดแบบราชสำนัก และการนวดแบบทั่วไป หรือแบบเชลยศักดิ์ แต่ปัจจุบันมีการประยุกต์ขึ้นหลายประเภท เช่น การนวดฝ่าเท้า และการนวดแบบสปา

2) วิธีการนวดทั้ง 2 ประเภท จะแตกต่างกันโดยแบบราชสำนักจะเน้นกริยามารยาท การใช้แรงและสมาธิ ในขณะที่แบบเชลยศักดิ์หรือแบบทั่วไปจะไม่เน้นแบบดังกล่าว และเป็นการนวดแบบส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการนวดแบบอื่น เช่น การนวดฝ่าเท้าจะมีการใช้อุปกรณ์ร่วมในการนวด และแบบสปาจะเน้นกลิ่นอันอบอุ่นและนุ่มนวลในการนวด

3) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยทั่วประเทศ รวมทั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีการให้บริการนวดแผนไทย 2 ประเภท คือ การนวดแบบราชสำนัก และแบบทั่วไป รวมทั้งมีการให้บริการการนวดฝ่าเท้าด้วย แต่เน้นการนวดแบบราชสำนักเพื่อการบำบัดรักษา ซึ่งมีผู้ไปรับบริการรักษามากกว่าเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ

4) การนวดแผนไทย สามารถบำบัดรักษาอาการของโรคได้มากกว่า 40 อาการ แต่ในความเป็นจริงศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย รักษาเพียงประมาณ 10 อาการ เนื่องจากมีผู้ไปรับบริการด้วยโรคซ้ำซาก และไม่ทราบว่าสามารถบำบัดรักษาอาการอื่นได้มากกว่าอาการที่ไปขอรับบริการ

### 3.1.3 การตั้งสถานบริการของรัฐ ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ

1) มีการตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในส่วนภูมิภาค ตั้งแต่ก่อนพ.ศ. 2545 แต่ได้รับความนิยมน้อยอย่างกว้างขวาง เมื่อมีการตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในส่วนกลางที่กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.2545 แรกเริ่มเป็นการดำเนินงานร่วมกันกับภาคเอกชน จนกระทั่งต้นปี 2548 จึงมีการดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2) ปัจจุบันแม้จะมีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ในหน่วยบริการของรัฐทั่วประเทศ แต่การให้บริการในหลายแห่งยังขาดปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน

3) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงในการดำเนินงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค โดยมีนโยบายเพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการและเป็นศูนย์กลางส่งเสริมการศึกษาวิจัย รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการนวดอย่างเป็นระบบ

4) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีปัจจัยหลายด้านที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาทั้งโครงสร้างครุภัณฑ์และงบประมาณ ทำให้เป็นการแพทย์แผนไทยที่ไม่ครบวงจร แต่การให้บริการนวดแผนไทยสามารถบริการได้ครบวงจร

## 3.2 สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

ข้อสรุปที่ได้จากแบบสอบถามผู้รับบริการ และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการพบว่า

### 3.2.1 ผู้รับบริการ

1) พฤติกรรม ผู้รับบริการมีพฤติกรรมในด้านบวกระดับมากต่อการนวดแผนไทย โดยพบว่าไปรับบริการมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ และไปรับบริการเพื่อการบำบัดรักษามากที่สุด

2) ทักษะคติ ความเชื่อ และเหตุผล ผู้ไปรับบริการมีทักษะคติ ความเชื่อ และเหตุผล ในด้านบวกต่อการนวดแผนไทย โดยมีทักษะคติด้านบวกอยู่ในระดับมากที่สุด ความเชื่อและเหตุผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ เป็นการส่งเสริมพัฒนาการนวดแผนไทย สามารถผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการนวดที่มีประสิทธิภาพไม่เป็นอันตราย และอัตราค่าบริการถูกกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน

3) ความพึงพอใจ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการนวดแผนไทยในระดับมาก ทั้งคุณภาพด้านการนวดแผนไทยที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีการให้บริการที่เป็นกันเอง และสภาพอ่อนนุ่มรวดเร็วได้มาตรฐานสะอาดถูกสุขอนามัย สถานที่เหมาะสม แม้ว่าจะขาดแคลนปัจจัยสำคัญในหลายด้านก็ตาม

### 3.2.2 ผู้ให้บริการ

1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ในเชิงลึกพบว่า

(1) ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยผู้ให้บริการมีความเชื่อมั่นว่า

ก. สามารถตรวจวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูโรคได้ เนื่องจาก

ก) การตรวจรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ข) การบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทยมีความเหมาะสมกับ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ค) นอกจากจะอาศัยหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยแล้ว ปัจจุบันยังอาศัยหลักวิทยาศาสตร์มาช่วยในกระบวนการตรวจวินิจฉัยรักษาฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความแม่นยำมากขึ้น

ง) สามารถบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้มากถึง 40 – 50 อาการ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังในบางชนิด

ข. สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจาก

ก) วิธีการนวดแผนไทย สามารถทำให้ผ่อนคลายทั้งร่างกายและ

จิตใจ จึงเป็นการสร้างสัมพันธ์และความอบอุ่นในสังคม

ข) การรักษาความสมดุลของธาตุในร่างกาย โดยการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สามารถทำให้ร่างกายมีความสมดุลแข็งแรง

ค) การสวดมนต์ทำสมาธิหรือฝึกจิต ตามแบบฉบับของจิตตานามัยของทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เป็นการส่งเสริมสุขภาพ

ง) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เป็นวิธีที่ง่ายและเป็นวิถีชีวิตของคนไทย

ค. สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน

ง. ช่วยลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน

จ. ปัจจุบันการแพทย์แผนไทย (การนวดแผนไทย) มีการยอมรับมากขึ้นในระดับสากล

2 ) ปัจจัยองค์กร ที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในเชิงลึกพบว่า

(1) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีนโยบายในการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยยังไม่ครบวงจร สำหรับการให้บริการครบวงจรโดยเฉพาะการนวดแผนไทย

(2) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย มีบทบาทด้านการบำบัดรักษามากที่สุด รองลงมาเป็นการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ

(3) มีการส่งเสริมการให้บริการนวดแผนไทย เช่น การจัดบริการด้านการนวดอยู่ในชุดสิทธิด้านการรักษาพยาบาล และมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรฯ

(4) สถานที่ตั้งเหมาะสมสะอาดถูกสุขอนามัย มีความเป็นเอกลักษณ์แบบไทยแต่สถานที่ยังคับแคบ

(5) การให้บริการมีคุณภาพยึดหลักความเสมอภาค แต่ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดของครุภัณฑ์ บุคลากร และอาคารสถานที่

(6) วิธีการนวดแผนไทยปลอดภัย ผู้ให้บริการมีความรอบคอบ มีความรู้ความเชี่ยวชาญอยู่ในระดับที่ดี และใช้เวลาในการนวดเหมาะสม

(7) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีรายได้อยู่ในระดับที่ดี สามารถเลี้ยงตัวเองได้

3) สถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการ

ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ จากการสัมภาษณ์ในเชิงลึก

(1) ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานเป็นอย่างดี มีการนำนโยบายของกระทรวงมาดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน

(2) มีหลักการปฏิบัติงานแบบคุ้มค่า สมประโยชน์ต่อผู้รับบริการและสังคม โดยยึดหลักประชาธิปไตยเน้นการมีส่วนร่วมในองค์กร รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่องานที่ทำ และผลที่จะเกิดขึ้น

(3) มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ โดยการเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

#### 4) ทศนคติผู้ให้บริการ กับการนวดแผนไทย

ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ จากการสัมภาษณ์ในเชิงลึก ผู้ให้บริการเห็นว่า

(1) สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านเศรษฐกิจ เมื่อพิจารณาในภาพทุนทางสังคมพบว่า เกิดจากทุนมนุษย์หรือคนมากที่สุด รองลงมาเป็นภูมิปัญญาและวัฒนธรรมสัดส่วนที่เท่ากัน โดยสถาบันเป็นลำดับสุดท้าย

(2) สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ขึ้นอยู่กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

(3) ศักยภาพของการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคลากร และความพร้อมของสถานที่รวมทั้งอุปกรณ์

(5) ผู้ให้บริการได้ปฏิบัติตามหน้าที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม และเห็นว่าเหมาะสมกับสถานภาพหรือตำแหน่งที่ได้รับ

(6) ผู้ให้บริการเห็นว่าสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย เป็นภูมิปัญญาที่น่าเชื่อถือมีคุณค่าสมควรให้มีการอนุรักษ์ต่อไป

#### 5) ปัญหาอุปสรรค

(1) การแพทย์แผนไทย ขาดปัจจัยหลักในการดำเนินงานทำให้อาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ครุภัณฑ์และบุคลากร ไม่เพียงพอต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

(2) ผู้ให้บริการโดยเฉพาะหมอนวดขาดขวัญและกำลังใจ เนื่องจากไม่มีหลักประกันความมั่นคงในอาชีพ มีสถานภาพเป็นลูกจ้างรายวันและรายเดือน ซึ่งปัจจุบันต้องต่อสัญญาปีต่อปี อีกทั้งได้รับค่าตอบแทนน้อย

(3) ระบบการเข้ารับบริการยังไม่คล่องตัว และวิธีการให้บริการบำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมต่ออาการของโรคในการให้บริการแต่ละครั้ง

(4) รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการยกระดับการแพทย์แผนไทย หรือสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบัน ให้ยอมรับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

(5) รัฐบาลยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการโน้มน้าว หรือเปลี่ยนแปลงแนวคิดหรือสนับสนุนผู้รับบริการให้ไปเลือกพบแพทย์แผนไทย ในอาการหรือโรคที่ไม่ซับซ้อน และประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์แผนไทย

(6) รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีมาตรการด้านกฎหมายที่มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน ทำให้การนวดแผนไทยถูกนำไปเป็นอาชีพที่แฝงด้วยบริการทางเพศ

โดยสามารถสรุปสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย จากปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทของผู้ให้บริการได้ดังนี้

1) **บทบาทที่กำหนด** รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายกำหนดให้การแพทย์แผนไทย มีการดำเนินงานที่ครบวงจรและเป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะด้านการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งวิธีการที่รัฐคาดหวังมากที่สุดวิธีหนึ่งคือ การบำบัดรักษาโดยการนวดแผนไทยที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการและสังคม นโยบายดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อบทบาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

## 2) **บทบาทที่คาดหวัง**

(1) **ผู้บริหาร** คาดหวังว่าการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย จะสามารถเป็นทางเลือกด้านหนึ่งที่มีคุณภาพในการดูแลสุขภาพ และจะสามารถลดภาระของแพทย์แผนปัจจุบัน แบ่งเบาภาระทางเศรษฐกิจของประชาชน อีกทั้งคาดหวังว่ารัฐบาลจะเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง ด้วยการสนับสนุนปัจจัยที่เอื้อต่อความคล่องตัวในการดำเนินงาน การกำหนดนโยบายในการยกระดับการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน หรือการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งประชาชนให้การยอมรับภูมิปัญญาไทย สนับสนุนการแพทย์แผนไทย ตลอดจนมีมาตรการด้านกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ

(2) **ผู้ให้บริการ** คาดหวังว่าสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย จะสามารถยกระดับการแพทย์แผนไทย ให้เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะศักยภาพของบุคลากรด้านการนวดแผนไทย จะทำให้การแพทย์แผนไทยสามารถยื่นหยัดในสังคมได้ตลอดไป และการนวดแผนไทยจะเป็นอาชีพที่มั่นคงสามารถสร้างรายได้เลี้ยงตัวเอง รวมทั้งคาดหวังว่าในอนาคตจะได้รับค่าตอบแทนที่สูงขึ้นกว่าปัจจุบัน ตลอดจนได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ (กรณีแพทย์อายุรเวท) และบรรจุเป็นลูกจ้างประจำ (กรณีหมอนวด)

(3) **ผู้รับบริการ** คาดหวังว่าจะหายหรือบรรเทาจากการเจ็บป่วยได้ด้วยวิธีการนวดแผนไทย และมีความเชื่อในศักยภาพของการให้บริการว่าการนวดมีประสิทธิภาพ โดยส่งผลทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ และเป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัย สามารถส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปบำบัดรักษาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และเป็นการส่งเสริมสนับสนุน ยกมาตรฐานภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ตลอดจนอัตราค่าบริการประหยัดกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน

3) **บทบาทจริง** ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยหลายแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งที่สถาบันการแพทย์แผนไทย มีการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยที่ยังไม่ครบวงจร เนื่องจาก

ขาดปัจจัยสำคัญหลายด้าน แต่อย่างไรก็ตามบริการด้านการแพทย์แผนไทย มีผู้ไปรับบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบหลายประการ คือ การนวดแผนไทยเป็นการรักษาที่อยู่ในชุดสิทธิด้านการรักษาพยาบาลซึ่งสามารถเบิกค่ารักษาได้ อีกทั้งอัตราค่าบริการยังถูกเมื่อเทียบกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ตลอดจนเป็นวิธีการที่มีความปลอดภัยมีประสิทธิภาพ สามารถรักษาอาการของโรคได้มากกว่า 40 อาการ และสามารถรักษาควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน

(1) ผู้บริหาร แม้ว่าจะได้พยายามผลักดันให้มีปัจจัยต่างๆมาสนับสนุนในการดำเนินงาน แต่ดูเหมือนว่าจะไม่ได้รับการสนองตอบอย่างเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร เนื่องจากขาดแคลนปัจจัยหลักหลายประการ โดยเฉพาะงบประมาณเพื่อการลงทุนด้านครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง ซึ่งการลงทุนในด้านต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับ สปสช. หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้ามามีบทบาทในการลงทุนตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงระดับรากหญ้า ส่วนความขัดสนที่เกิดขึ้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งทำให้เม็ดเงินจากรายรับที่เคยได้จากประชาชนหดหายไป ประกอบกับเมื่อต้องจ่ายค่าบริการน้อย ทำให้มีผู้ไปรับบริการมากขึ้น นอกจากรายรับจะน้อยลงแล้วยังมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว บุคลากรทางการแพทย์เกิดความอ่อนล้าจากภาวะหน้าที่อันหนักอึ้ง ส่งผลให้มีการลาออกเป็นจำนวนมาก ทำให้การขาดแคลนบุคลากรถึงจุดวิกฤต ซ้ำต่อมาเมื่อมีการยกเลิกการเก็บเงิน 30 บาทรักษาทุกโรค ยิ่งทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงมากกว่าเดิม การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย จึงต้องให้บริการบนพื้นฐานของความขาดแคลน อย่างไรก็ตามบนพื้นฐานความขาดแคลนนั้น การนวดแผนไทยได้ถูกยอมรับอย่างกว้างขวางกว่าที่ผ่านมา

(2) ผู้ให้บริการ แม้ว่าจะมีความตั้งใจในการดำเนินงานตามสถานภาพและบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังเกิดความไม่มั่นใจในการประกอบอาชีพ เนื่องจากได้รับค่าตอบแทนน้อย ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ โดยเฉพาะหมอนวดไม่ได้อยู่ในฐานะลูกจ้างประจำ จึงทำให้ไม่มีสิทธิ์หรือไม่ได้รับหลักประกันที่เป็นแรงจูงใจ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าหมอนวดบางคนได้ลาออกหลังจากการให้สัมภาษณ์ โดยให้เหตุผลว่าได้ค่าตอบแทนน้อยกว่าที่ควรจะได้ อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ยังยอมรับค่าตอบแทนที่ได้รับในปัจจุบัน โดยให้เหตุผลว่าแม้จะได้รับค่าตอบแทนน้อย แต่คิดว่าสถานภาพการเป็นเจ้าหน้าที่หรือหมอนวดในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยของภาครัฐ มีความมั่นคงกว่าการเป็นเจ้าหน้าที่หรือหมอนวดในภาคเอกชน รวมทั้งเป็นองค์กรที่อบอุ่นมีความเป็นกันเองในหมู่คณะ ตลอดจนสถานที่ให้บริการอยู่ใกล้บ้าน อนึ่งสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้ให้บริการต่างเห็นพ้องกัน



ว่าขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารมากที่สุด และเมื่อพิจารณาด้านทุนทางสังคมจะพบว่าเกิดจากทุนทางสังคมที่เป็นคนมากที่สุด

(3) ผู้รับบริการ แม้ว่าจะไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ เนื่องจากมีข้อขัดข้องในการจองคิว หรือจำนวนผู้ให้บริการมีน้อยหรือสถานที่คับแคบๆ แต่ผู้รับบริการยังคงเชื่อมั่นและศรัทธาในการนวดแผนไทย เนื่องจากพบว่าการนวดแผนไทยมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ทำให้ภาพรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการระดับมากถึงมากที่สุด

#### จุดอ่อนและจุดแข็ง

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบสิ่งที่เป็นจุดอ่อนและจุดแข็งต่อกรณีการนำระบบการแพทย์แผนไทย (โดยเฉพาะการนวดแผนไทย) ไปให้บริการในสถานบริการของรัฐ ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่อง ถึงภาพรวมของสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย และการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ โดยสรุปจุดอ่อนและจุดแข็งได้ดังนี้

#### จุดอ่อน

1) ระบบการแพทย์แผนไทยขาดการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ที่เป็นคนรุ่นใหม่

2) สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจในระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย

3) ระบบการแพทย์แผนไทย ขาดแคลนปัจจัยหลักที่เอื้อต่อการพัฒนา

4) รัฐบาลไม่มีนโยบายในการยกระดับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง

#### จุดแข็ง

1) สังคมเกิดการตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติบำบัด ซึ่งการนวดแผนไทยเป็นหนึ่งในการแพทย์แผนไทย ที่มีการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับธรรมชาติ และได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย

2) การแพทย์แผนไทย เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่เรียบง่ายไม่ซับซ้อน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย

3) การให้บริการการแพทย์แผนไทยช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ

4) การให้บริการการแพทย์แผนไทย สามารถลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน

5) การสืบสานภูมิปัญญาไทยปัจจุบันกลายเป็นภารกิจหลักของรัฐ ภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพ จึงเป็นภารกิจหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาต่อยอดสืบไป

3.3 แนวทางการปรับปรุงพัฒนา บทบาทและสถานภาพของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ข้อเสนอที่ได้จากการค้นพบ

1) ควรให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยการปรับปรุง โครงสร้างองค์กรและจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาระบบสาธารณสุขปโภค วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง รวมทั้งกำหนดอัตราค่าจ้างให้ครอบคลุมและพอเพียง ตลอดจนมีระเบียบที่เอื้อต่อความคล่องตัวในการพัฒนามาตรฐานการนวดแผนไทย

2) กำหนดนโยบายในการยกระดับการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน และส่งเสริมให้ แพทย์แผนปัจจุบันยอมรับศักยภาพของการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยพร้อมทั้งพัฒนา สมุนไพรควบคู่ไปกับการนวดแผนไทย และมีนโยบายไม่ถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย แก่ชาวต่างชาติ

3) ควรมีนโยบายในการสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ทั้งอัตราเงินเดือน ค่าตอบแทนสมทบ สวัสดิการ และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รวมทั้งผลักดันให้มีการบรรจุหมอนวดให้เป็นลูกจ้างประจำ และบรรจุพนักงานของรัฐที่ยังคงตกค้าง ให้เป็นข้าราชการ

4) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้าใจในวิธีการนวด และศักยภาพของ การนวด รวมทั้งวิธีการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ตลอดจนสร้างแรงจูงใจแก่ ประชาชนให้ยอมรับและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น

5) พัฒนาวิธีการให้บริการทั้งระบบสื่อสารในการเข้ารับบริการ และวิธีการนวด โดยเน้นการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยหลายอาการต่อการนวดในแต่ละครั้ง เพื่อความสะดวกและ ความประหยัดเวลาของผู้รับบริการ

6) มีมาตรการด้านกฎหมายที่มีผลบังคับใช้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

#### 1. สรุปผลการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา ของการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทย และการจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

1.1.2 เพื่อศึกษาสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

1.1.3 เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข

##### 1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

##### 1.2.1 ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) ผู้รับบริการ ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย
- 2) ผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ แพทย์อายุรเวทและหมอนวด) ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และกลุ่มงานวิจัยคลินิก สถาบันการแพทย์แผนไทย
- 3) ผู้บริหารด้านการแพทย์แผนไทย ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยคลินิก หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และหัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย

**1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามสำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหาร

**1.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** นำแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นไปหาความตรงเชิงเนื้อหา ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์จำนวน 5 ท่าน ประเมินตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (ตามตารางการตรวจสอบที่ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ) หลังจากนั้นจะแนบตามตารางที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ มาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC : Index of Item-Objective Consistency) อีกครั้งก่อนนำมาแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ (รายละเอียดภาคผนวก) จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพหลุ โดยใช้กับผู้รับบริการนัด จำนวน 10 คน และผู้ให้บริการนัด จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง

**1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ไปรับบริการจำนวน 338 คน อายุระหว่าง 18-70 ปี ผู้ให้บริการและผู้บริหาร จำนวน 23 คน อายุระหว่าง 25 – 58 ปี ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม – 20 มิถุนายน 2551 โดยสามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ 338 ชุด จากทั้งหมด 370 ชุด คิดเป็นร้อยละ 91.35 แต่เมื่อคำนวณเทียบจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามสูตรของยามานะ ซึ่งคำนวณได้ 362 คน จะพบว่าสามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ร้อยละ 93.5 จากเกณฑ์ที่กำหนดว่าต้องเก็บรวบรวมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างจึงจะน่าเชื่อถือ และสามารถเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์ได้ทั้งหมด 23 ชุด

### **1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล**

1) จากแบบสอบถามโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มผู้ไปรับบริการ โดยใช้ระเบียบวิธีสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณตามข้อมูลและวิเคราะห์เชิงพรรณนา ก่อนประมวลสรุปผลการวิเคราะห์

2) จากแบบสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและสัมภาษณ์ผู้บริหาร วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ด้วยการจัดระบบข้อมูล แยกประเภทข้อมูลตามประเด็นกรอบแนวคิดที่กำหนด ทั้งจากเอกสาร และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วนำมาประมวลวิเคราะห์ เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในรูปแบบการพรรณนา

### 1.3. ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ

#### 1.3.1 ประวัติความเป็นมาของการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทย และการจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

##### 1) ประวัติความเป็นมา ที่ได้จากการค้นพบ

- (1) ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย เกิดขึ้นก่อนสมัยสุโขทัยจากสถานภาพและบทบาทจริงของคน เพื่อสนองความต้องการตามความคาดหวังของสังคม
- (2) สมัยก่อนกรุงสุโขทัยถึงต้นสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ การแพทย์แผนไทยอิงศาสนาเป็นหลัก การบำบัดรักษาใช้ไสยศาสตร์ โหราศาสตร์ และพิธีกรรม ตามความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ
- (3) สมัยกรุงศรีอยุธยา การแพทย์แผนไทยเจริญรุ่งเรือง เมื่อเทียบกับสมัยอื่นยกเว้นสมัยรัชกาลปัจจุบัน
- (4) หลักฐานสำคัญเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย (รวมทั้งการนวดแผนไทย) เช่น ตำรา พระโอสถพระนารายณ์ และตำราทางการแพทย์ต่างๆ ได้สูญหายไปเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเมื่อครั้งเสียกรุงศรีอยุธยา
- (5) การแพทย์แผนตะวันตกได้แทรกตัวเข้ามาในประเทศไทย ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ก่อนจะจางหายไป และหวนกลับมาอีกครั้งในสมัยรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ทำให้การแพทย์แผนไทยเริ่มไม่ได้รับความนิยม
- (6) สมัยกรุงธนบุรีและสมัยรัชกาลที่ 6 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย เสื่อมโทรมจากภาวะสงครามในสมัยกรุงธนบุรี และจากการตราพระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ 2466 ในสมัยรัชกาลที่ 6
- (7) มีการสร้างโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรมขึ้นเป็นครั้งแรกในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งก่อนนั้นได้มีการตั้งอโรคยาศาลตั้งแต่สมัยก่อนกรุงสุโขทัย
- (8) มีการตั้งกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยรัชกาลที่ 8
- (9) ก่อนปี 2545 การการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย ยังไม่ค่อยได้รับความนิยม แม้ว่าจะกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน โดยได้บรรจุการแพทย์แผนไทยไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ตั้งปี 2522 และมีการนำมาผสมผสานในสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ ปี 2528 แล้วก็ตาม เนื่องจากยังไม่มีพัฒนาอย่างจริงจัง

(10) หลังจากมีการก่อตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยในส่วนกลางที่กระทรวงสาธารณสุข และเปิดให้บริการในปี 2545 เพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการ ส่งผลให้การนวดแผนไทย ได้รับการพัฒนาและได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง แม้ว่ายังขาดปัจจัยหลักในการดำเนินงานก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนมีทัศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านบวกในระดับมาก

(11) สมัยรัชกาลปัจจุบัน เป็นสมัยแห่งการผสมผสานศาสตร์ที่ลงตัวระหว่างภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม โดยเฉพาะการนวดแผนไทย กับการแพทย์แผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามแพทย์แผนปัจจุบันส่วนหนึ่ง ยังไม่ยอมรับการแพทย์แผนไทย

### 2) วิธีการนวด ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ

(1) ในอดีตมี 2 ประเภท คือ การนวดแบบราชสำนัก และการนวดแบบเชลยศักดิ์ แต่ปัจจุบันมีการประยุกต์ขึ้นหลายประเภท เช่น การนวดฝ่าเท้า และการนวดแบบสปา

(2) วิธีการนวดทั้ง 2 ประเภท จะแตกต่างกันโดยแบบราชสำนักจะเน้นกริยามารยาท การใช้แรงและสมาธิ ในขณะที่แบบเชลยศักดิ์หรือแบบทั่วไปจะไม่เน้นแบบดังกล่าวและเป็นการนวดแบบส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการนวดแบบอื่น เช่น การนวดฝ่าเท้าจะมีการใช้อุปกรณ์ร่วมในการนวด และแบบสปาที่เน้นกลิ่นอันอบอุนและนุ่มนวลในการนวด

(3) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยทั่วประเทศ รวมทั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข มีการให้บริการนวดแผนไทย 2 ประเภท คือ การนวดแบบราชสำนัก และแบบทั่วไป รวมทั้งมีการนวดฝ่าเท้า แต่เน้นแบบราชสำนักเพื่อการบำบัดรักษา ซึ่งมีผู้ไปรับบริการรักษามากกว่าเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ

(4) การนวดแผนไทย สามารถบำบัดรักษาอาการของโรคได้มากกว่า 40 อาการ แต่ในความเป็นจริงศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย รักษาเพียงประมาณ 10 อาการ เนื่องจากมีผู้ไปรับบริการด้วยโรคซ้ำซาก และไม่ทราบว่าสามารถบำบัดรักษาอาการอื่นได้มากกว่าอาการที่ไปขอรับบริการ

### 3) การตั้งสถานบริการของรัฐ ข้อสรุปที่ได้จากการค้นพบ

(1) มีการตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในส่วนภูมิภาค ตั้งแต่ก่อน พ.ศ.2545 แต่ได้รับความนิยอย่างกว้างขวางเมื่อมีการตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในส่วนกลางที่กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2545 โดยส่วนกลางแรกเริ่มเป็นการดำเนินงานร่วมกันกับภาคเอกชน จนกระทั่งต้นปี 2548 จึงมีการดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(2) ปัจจุบันแม้จะมีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ในหน่วยบริการของรัฐทั่วประเทศ แต่การให้บริการในหลายแห่งยังขาดปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน

(3) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงในการดำเนินงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาค และมีนโยบายเพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางส่งเสริมการศึกษาวิจัย ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการนวดอย่างเป็นระบบ

(4) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีปัจจัยหลายด้านที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาทั้งโครงสร้างครุภัณฑ์ และงบประมาณทำให้เป็นการแพทย์แผนไทยที่ไม่ครบวงจร แต่การให้บริการนวดแผนไทยสามารถบริการได้ครบวงจร

**1.3.2 สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย** ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

#### 1) ผู้รับบริการ

(1) พฤติกรรม ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในด้านบวกระดับมากต่อการนวดแผนไทย โดยพบว่ามี การไปรับบริการมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป และไปรับบริการเพื่อการบำบัดรักษามากที่สุด

(2) ทศนคติ ความเชื่อ และเหตุผล ผู้ไปรับบริการมีทศนคติ ความเชื่อ และเหตุผล ในด้านบวกต่อการนวดแผนไทย โดยมีทศนคติด้านบวกอยู่ในระดับมากที่สุด ความเชื่อ และเหตุผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ เป็นการส่งเสริมพัฒนาการนวดแผนไทยสามารถผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการนวดที่มีประสิทธิภาพไม่เป็นอันตราย และอัตราค่าบริการถูกกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน

(3) ความพึงพอใจ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการนวดแผนไทยในระดับมาก ทั้งในด้านคุณภาพการนวดที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ การให้บริการที่เป็นกันเอง สุภาพอ่อนน้อมรวดเร็วได้มาตรฐานสะอาดถูกสุขอนามัยและสถานที่มีความเหมาะสม แม้ว่าจะขาดแคลนปัจจัยสำคัญในหลายด้านก็ตาม

#### 2) ผู้ให้บริการ

(1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาการนวดแผนไทย สรุปจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการแบบเจาะลึกพบว่า

ก. สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาการนวดแผนไทยพบว่า

- เชื่อมั่นว่า
- เนื่องจาก
- ยุ่งยากซับซ้อน
- ความเหมาะสมกับสถาน การณ์ปัจจุบัน
- แผนไทยแล้วยังอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยรักษาฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีความแม่นยำมากขึ้น
- ได้มากถึง 40 – 50 อาการ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังบางชนิด
- ร่างกายและจิตใจ
- รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย จะทำให้ร่างกายมีความสมดุลแข็งแรง
- จิตตานามัยของทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถป้องกันโรคได้
- การยอมรับมากขึ้นในระดับสากล
- ก) ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยผู้ให้บริการมีความ
- (ก) สามารถตรวจวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูโรคได้
- การตรวจรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยไม่
  - การบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทยมี
  - ปัจจุบันนอกจากจะอาศัยหลักทฤษฎีการแพทย์
  - สามารถบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค
- (ข) สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้โดย
- วิธีการนวดแผนไทย สามารถทำให้ผ่อนคลายทั้ง
  - รักษาความสมดุลของธาตุในร่างกาย โดยการ
  - การสวดมนต์ทำสมาธิหรือฝึกจิตตามแบบฉบับ
- ข) สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชน
- ค) ช่วยลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน
- ง) การแพทย์แผนไทย (การนวดแผนไทย) ในปัจจุบันมี
- (2) ปัจจัยองค์กรที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการ  
นวดแผนไทย จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้บริการพบว่า
- ก. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มี  
นโยบายในการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่การดำเนินงานการแพทย์แผนไทยยังไม่ครบวงจร สำหรับการให้บริการครบวงจร โดยเฉพาะการนวดแผนไทย



ข. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย มีบทบาทในด้านการบำบัดรักษามากที่สุด รองลงมา มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

ค. มีการส่งเสริมบริการการนวดแผนไทย เช่น การจัดบริการด้านการนวดอยู่ในชุดสิทธิด้านการรักษาพยาบาล และมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรฯ

ง. สถานที่ตั้งมีความเหมาะสมสะอาดถูกสุขอนามัย มีความเป็นเอกลักษณ์แบบไทย แต่สถานที่ยังคับแคบ

จ. การให้บริการมีคุณภาพยึดหลักความเสมอภาค แต่ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านครุภัณฑ์ บุคลากร และอาคารสถานที่

ฉ. วิธีการนวดแผนไทยมีความปลอดภัย ผู้ให้บริการมีความรอบคอบ มีความรู้ความเชี่ยวชาญอยู่ในระดับที่ดี และระยะเวลาในการนวดมีความเหมาะสม

ช. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย มีรายได้อยู่ในระดับที่ดี สามารถเลี้ยงตัวเองได้

(3) สถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการในองค์กร สรุปจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ก. ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานเป็นอย่างดี มีการนำนโยบายของกระทรวงมาดำเนินงานอย่างขึ้นเป็นตอน

ข. มีหลักปฏิบัติงานแบบคุ้มค่าสมประโยชน์ต่อผู้รับบริการและสังคม โดยยึดหลักประชาธิปไตยและมีความเสมอภาค เน้นการมีส่วนร่วมในองค์กร รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่องานที่ทำและผลที่จะเกิดขึ้น

ค. มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ โดยการเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

(4) ทศนคติผู้ให้บริการ กับการนวดแผนไทย

สรุปจากการจากการสัมภาษณ์แบบเจาะเชิงลึก ผู้ให้บริการ

ก. สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาการนวดแผนไทยขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านเศรษฐกิจ เมื่อพิจารณาจากมุมมองด้านทุนทางสังคมพบว่าเกิดจากทุนมนุษย์หรือคนมากที่สุด รองลงมาเป็นภูมิปัญญาและวัฒนธรรมในสัดส่วนที่เท่ากัน ส่วนสถาบันเป็นปัจจัยในลำดับสุดท้าย

ข. สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยจะขึ้นอยู่กับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาในมุมมองด้านทุนทางสังคม จะพบว่า การนวดแผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของทุนทางสถาบัน

ค. ศักยภาพของการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคลากร และความพร้อมของสถานที่รวมทั้งอุปกรณ์

ง. ผู้ให้บริการได้ปฏิบัติตามหน้าที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม และเห็นว่าเหมาะสมกับสถานภาพหรือตำแหน่งที่ได้รับ

จ. ผู้ให้บริการเห็นว่าสถานภาพและบทบาททงุมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย เป็นทงุมิปัญญาที่น่าเชื่อถือมีคุณค่าสมควรให้มีการอนุรักษ์ต่อไป

#### (5) ปัญหาอุปสรรค

ก. การแพทย์แผนไทย ขาดปัจจัยหลักในการดำเนินงานทำให้ อาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ครุภัณฑ์ บุคลากรไม่เพียงพอต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

ข. ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะหมอนวดขาดขวัญ และกำลังใจ เนื่องจาก ไม่มีหลักประกันความมั่นคงในอาชีพ มีสถานภาพเป็นลูกจ้างรายวันและรายเดือน ซึ่งปัจจุบัน ต้องต่อสัญญาปีต่อปี อีกทั้งได้รับค่าตอบแทนน้อย

ค. ระบบการเข้ารับบริการยังไม่คล่องตัว และวิธีการให้บริการ บำบัดรักษายังไม่ครอบคลุมต่ออาการของโรคในการให้บริการแต่ละครั้ง

ง. รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการยกระดับการแพทย์แผนไทย หรือสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบันให้ยอมรับทงุมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

จ. รัฐบาลยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการ โน้มน้าวหรือเปลี่ยนแปลงแนวคิด หรือสนับสนุนผู้รับบริการให้ไปเลือกพบแพทย์แผนไทย ในอาการหรือโรคที่ไม่ซับซ้อน และประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์แผนไทย

ฉ. รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีมาตรการด้านกฎหมาย ที่มีประสิทธิภาพอย่างชัดเจน ทำให้การนวดแผนไทยถูกนำไปเป็นอาชีพที่แฝงด้วยบริการทางเพศ

#### จุดอ่อน และจุดแข็ง

การนำระบบการแพทย์แผนไทย (โดยเฉพาะการนวดแผนไทย) ไปให้บริการในสถานบริการของรัฐ พบว่ามีจุดอ่อนและจุดแข็ง ที่จะส่งผลต่อเนื่องถึงภาพรวมของสถานภาพและบทบาทของทงุมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย และการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ โดยสรุปจุดอ่อนและจุดแข็งได้ดังนี้

#### จุดอ่อน

1) ระบบการแพทย์แผนไทยขาดการยอมรับจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ที่เป็นคนรุ่นใหม่

- 2) สังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจในระบบการให้บริการการแพทย์แผนไทย
  - 3) ระบบการแพทย์แผนไทย ขาดแคลนปัจจัยหลักที่เอื้อต่อการพัฒนา
  - 4) รัฐบาลไม่มีนโยบายในการยกระดับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง
- จุดแข็ง**

- 1) สังคมเกิดการตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพแบบธรรมชาติบำบัด ซึ่งการนวดแผนไทย เป็นหนึ่งในการแพทย์แผนไทยที่มีการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับธรรมชาติ และได้รับความนิยมน้อยแพร่หลาย
- 2) การแพทย์แผนไทย เป็นวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่เรียบง่ายไม่ซับซ้อน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย
- 3) การให้บริการการแพทย์แผนไทยช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ
- 4) การให้บริการการแพทย์แผนไทย สามารถลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน
- 5) การสืบสานภูมิปัญญาไทย ปัจจุบันกลายเป็นภารกิจหลักของรัฐ ภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพ จึงเป็นภารกิจหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาต่อยอดสืบไป

### 1.3.3 แนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ สรุปได้ว่า

- 1) รัฐบาลควรให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยการปรับปรุงโครงสร้างองค์กร และจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาระบบสาธารณสุขปโลก วัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง รวมทั้งกำหนดอัตราค่าจ้างบุคลากรให้ครอบคลุมและพอเพียง ตลอดจนมีระเบียบที่เอื้อต่อความคล่องตัวในการพัฒนามาตรฐานการนวดแผนไทย
- 2) ควรมีการสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในด้านอัตราเงินเดือน ค่าตอบแทนสมทบ สวัสดิการ และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รวมทั้งส่งเสริมให้มีการบรรจุหมอนวดเป็นลูกจ้างประจำ และบรรจุพนักงานของรัฐที่ยังคงตกค้างให้เป็นข้าราชการ
- 3) ควรพัฒนาวิธีการให้บริการทั้งในส่วนของการสื่อสาร หรือระบบการเข้ารับบริการ และวิธีการนวดที่เน้นการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยในหลายอาการ
- 4) ควรมีการกำหนดนโยบาย ในการยกระดับการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน และควรส่งเสริมให้แพทย์แผนปัจจุบันยอมรับศักยภาพของการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยพร้อมทั้งควรพัฒนาสมุนไพรควบคู่ไปกับการนวดแผนไทย ตลอดจนควรมีนโยบายควบคุม และไม่ถ่ายทอดภูมิปัญญาการนวดแผนไทยให้แก่ชาวต่างชาติ

- 5) ควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้เข้าใจถึงวิธีการนวด และ ศักยภาพของการนวด รวมทั้งวิธีการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ตลอดจนสร้าง แรงจูงใจแก่ประชาชนให้ยอมรับ และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น
- 6) มีมาตรการด้านกฎหมายที่มีผลบังคับใช้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

## 2. การอภิปรายผล

ผู้ศึกษาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

### 2.1 ประวัติความเป็นมาของการนวดแผนไทย วิธีการนวดแผนไทยและการจัดตั้ง สถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

#### 2.1.1 ประวัติการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย

ประวัติการแพทย์แผนไทย พบว่าไม่มีหลักฐานความเป็นมาชัดเจนแต่คาดว่า เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยโบราณก่อนกรุงสุโขทัยเป็นราชธานี โดยเจริญรุ่งเรืองมาเป็นลำดับ จนกระทั่ง รุ่งเรืองสูงสุดในสมัยกรุงศรีอยุธยา ก่อนจะล่มสลายไปในสมัยกรุงธนบุรี และหวนกลับมามีบทบาท อีกครั้งในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น หลังจากนั้นถูกบดบังด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งชัดเจน มากในสมัยรัชกาลที่ 6 และย้อนกลับมามีบทบาทอย่างมากในสมัยรัชกาลที่ 9 อธิบายได้ว่าแต่เดิม เกิดจากการสั่งสมองค์ความรู้ของบรรพบุรุษ และจากประสบการณ์เพื่อความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ การผสมผสานที่เริ่มต้นจากกลุ่มชาติพันธุ์เล็กหลายกลุ่ม และสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติมานาน นับพันปี เป็นทฤษฎีทางภูมิปัญญารูปแบบหนึ่งของการแพทย์เชิงวัฒนธรรม ที่มีฐานความคิดมา จากภูมิปัญญาพื้นบ้าน เป็นการแพทย์หลายมิติที่ผสมผสานความรู้ในเรื่องมนุษย์ และโลกชีวิตเข้า ด้วยกัน โดยอาศัยวัฒนธรรมเป็นรากฐานของการพัฒนามีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง สอดคล้องกับ เสรี พงศ์พิศ (2534 : 33) ได้กล่าวถึงภูมิปัญญาว่าเป็น “ องค์ความรู้ในด้านต่างๆ ของการดำรงชีวิต ของคนไทย ที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบกับแนวความคิด วิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาต่างๆของตนเอง จนเกิดหลอมรวมเป็นแนวความคิดในการแก้ไขปัญหา ที่เป็นลักษณะของตนเอง ที่สามารถพัฒนาความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกาลสมัย ในการแก้ปัญหาของการดำรงชีวิต ” โดยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยนั้น เชื่อว่าสาเหตุการเจ็บป่วย เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ คือจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติที่ไม่สามารถมองเห็น หรืออธิบายไม่ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ และจากการกระทำของธรรมชาติ ที่อธิบายการเจ็บป่วยว่า เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟในร่างกาย และสุดท้ายเกิดจากพลังของจักรวาลที่ อธิบายว่า เกิดจากอิทธิพลของดวงดาวต่างๆ ซึ่งมีทั้งพลังที่สร้างสรรค์ และพลังที่ทำลายสุขภาพ

การบำบัดรักษาในสมัยโบราณจึงเกี่ยวข้องกับศาสนา ไสยศาสตร์ หรือพิธีกรรม สอดคล้องกับ การศึกษาของ แอนจูลี สารสิทธิ์ยศ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาการอยู่กรรมของแม่ลูกอ่อน บ้านศรีบุญเรือง ตำบลนาพุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า “ ความคิดเกี่ยวกับการอยู่กรรมแบ่งได้เป็น 3 ประการ คือ คติความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาพุทธแบบพื้นบ้าน คติความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาพราหมณ์แบบพื้นบ้าน คติความเชื่อโดยเฉพาะเรื่องผีพราย และมีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย คติความเชื่อเหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน ” ปริญา เทกชูชีพ (2535 อ้างใน สุภาพร อาจเดช : 2544) ศึกษาศักยภาพของหมอพื้นบ้านกับการสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาจังหวัดนครพนม พบว่า “ บทบาทหมอไสยศาสตร์ยังมีสูงในกลุ่มชาวบ้าน ที่ยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่น มีความเชื่อและนับถือผี รักษาในพิธีกรรม ” จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และกฤตยา แสงเจริญ (2537) ศึกษาความคิดความเชื่อทางศาสนาและการรักษาโรคแผนโบราณ : กรณีศึกษาที่วัดชัยภูมิพิทักษ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า “ ผู้ให้บริการที่ทำการรักษาโรคโดยใช้สมุนไพรและพิธีกรรมนั้น ใช้ระบบความคิดความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคโดยใช้สมุนไพร ตลอดจนกระบวนการการรักษาโรคที่ได้จากการสะสมสืบทอดประสบการณ์จากผู้รู้มาก่อน ซึ่งทำให้บางครั้งไม่สามารถอธิบายได้ในเชิงเหตุผล ” บุญยงค์ เกศเทศ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษา মানুষวิทยาวัฒนธรรมในภาคอีสาน พบว่า “ กลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อศรัทธาในศาสนาพุทธ คริสต์ ขณะเดียวกันก็เชื่อผีทั้งผีแม่น้ำ และผีบรรพชน ” มาริโกะ กาโตะ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมอลำผีฟ้า บ้านหนองใหญ่ อำเภอเวียงชัย จังหวัดขอนแก่นพบว่า “ หมอลำผีฟ้าทำหน้าที่รักษาพยาบาลและมีระบบของตนเองโดยมีความเชื่อเรื่องผีเป็นหลัก รวมทั้งมีบทบาทที่สังคมคาดหวังได้แก่ การรักษาพยาบาลการรักษาจารีตประเพณีและศีลธรรม รวมทั้งการแก้ไขปัญหาของชาวบ้าน นอกจากนี้ยังมีบทบาทต่อบุคคลได้แก่ การอธิบายและตีความหมายปรากฏการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การช่วยคลายความวิตกกังวลและการให้กำลังใจ บทบาทต่อสังคมได้แก่การเป็นกลไกควบคุมความประพฤติของคน การสร้างความเป็นระเบียบเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในชุมชน การสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรมและการเป็นผู้นำด้านการสาธารณสุข ” กฤตยา แสงเจริญ และคณะ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาแนวทางการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่หมอลำผีฟ้า พบว่า “ หมอลำผีฟ้ามีความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และเชื่อว่าตนมีความสามารถปฏิบัติการรักษาโรคอย่างเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะโรคผีทำและผีแปลง ทำให้มีลูกศิษย์ซึ่งคนรักษาหายอยู่ด้วยโดยความผูกพันทางพิธีกรรมมากมาย ” แม้ว่าต่อมาการแพทย์แผนไทยจะตกต่ำในสมัยรัชกาลที่ 6 แต่การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย ยังคงมีบทบาทในสังคมเสมอมา แต่เป็นไปในลักษณะประคองตัว อย่างไรก็ตามการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย สามารถหวนกลับมาเพื่อพู่กันครั้งในสมัยปัจจุบัน และเป็นไปในทิศทางที่มีศักยภาพ ซึ่งเป็นวิวัฒนาการโดย

พัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่เดิมในอดีตนำมาประยุกต์ให้เข้ากับสมัยปัจจุบัน กล่าวคือ เป็นการนำนวัตกรรมพื้นบ้านเก่ามาปรับใช้ กลายเป็นนวัตกรรมใหม่ทางการแพทย์แผนไทย ทำให้เกิดการยอมรับและแพร่กระจายเป็นวงกว้าง สอดคล้องกับแนวทฤษฎีมานุษยวิทยาในยุคหลังสมัยใหม่ ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม ซึ่งกล่าวว่า “ การยอมรับ (Adoption) สิ่งใดของสังคมจะมีกระบวนการ (Process) คล้ายๆกัน โดยเริ่มต้นจากมีสิ่งใหม่เกิดขึ้นมีคนกลุ่มหนึ่งยอมรับคิดว่าดีแล้วจะเกิดการแพร่กระจาย (Diffusion) ไปตามช่องทางสื่อสาร (Channels) ต่างๆ ของคนกลุ่มหนึ่งไปสู่อีกกลุ่มหนึ่งในสังคม อยู่ที่สิ่งใหม่นั้นมีความดึงดูดใจสูงก็จะทำให้การยอมรับสิ่งนั้นในสังคม...เพราะเราไม่สามารถมีทางเลือกสิ่งที่ทำให้ดูดีกว่านี้ได้ในช่วงเวลานั้น เพราะสังคมที่พวกเขาอยู่ยอมรับว่าสิ่งนั้นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ” (ปรเมศวร์ กุมารบุญ Online 23 เมษายน 2550 : [http://www.thaisam.com/th/news\\_reader.php?newsid=141629](http://www.thaisam.com/th/news_reader.php?newsid=141629)) นอกจากนี้ ยังเป็นการพัฒนาภูมิปัญญาดั้งเดิมให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันอันเนื่องมาจากสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ทำให้วิถีชีวิตต้องพัฒนาไปตามกลไกของสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีกระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย (ระดับจุลภาค) ของจูเลียต สวชีวิต (Steward 1967 อ้างในฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ 2550 : 50 - 51) พบกระบวนการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยเกี่ยวกับลักษณะร่วมบางประการ คือ “ 1) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องคุณค่าชีวิต เมื่อระบบเงินตราเข้ามาในสังคมประเพณี ปึงเจกบุคคลจะถูกครอบงำด้วยความคิดเรื่องกำไรและผลประโยชน์มากกว่าเดิม...2) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องความสมานฉันท์ของชุมชน ผลกระทบที่ตามมาจากการที่คนรุ่นหลังมีคุณค่า และเป้าหมายของชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างคนที่ต่างรุ่นกัน... 3) การเปลี่ยนแปลงในเรื่องเศรษฐกิจ... หนี้สินที่เป็นผลจากการลงทุนการเกษตรด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่...ทำให้...กลายเป็นแรงงานอุตสาหกรรม ” สถานภาพและบทบาทการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย จึงมีความชัดเจนขึ้นในแง่ของการพัฒนาและศักยภาพ ประกอบกับภาครัฐกำหนดให้นำเข้ามาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อการบำบัดรักษา และคาดหวังว่าเป็นหนทางหนึ่งในการลดภาระค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งเป็นการลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันพบว่าภาวะที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2544 ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค หรือ UC : Universal Coverage) ทำให้ประชาชนหลังไหลกันไปใช้สิทธิรับบริการโรงพยาบาลของรัฐเป็นจำนวนมาก แม้ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือที่เรียกว่า “ สถานีอนามัยระดับตำบล ” สามารถให้บริการรักษาได้ในเบื้องต้นก็ตาม เนื่องจากผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการได้รับการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาจากแพทย์ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีแพทย์อยู่ประจำ ฉะนั้น โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นระบบที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างไม่ราบรื่นสอดคล้องกับโครงสร้างหน้าที่ของ เรดคลิฟฟี บราวน์ (1881 - 1955 จาก

Anthropological Thought and Theory : Online 11 ตุลาคม 2550 : [http:// cyberlab.lh1.ku.ac.th/elearn/faculty/social/soc65/4.html](http://cyberlab.lh1.ku.ac.th/elearn/faculty/social/soc65/4.html)) ซึ่งมองสังคมโดยเปรียบเทียบกับสิ่งมีชีวิต (organism) ว่า “ คนเราประกอบด้วยระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ซึ่งแต่ละระบบก็มีโครงสร้างและหน้าที่ของตัวเอง หากระบบใดๆหยุดทำหน้าที่จะทำให้ร่างกายเกิดอาการผิดปกติ สังคมก็เช่นเดียวกันประกอบไปด้วยระบบต่างๆ...ซึ่งแต่ละระบบจะมีโครงสร้างและหน้าที่เฉพาะ โดยจะทำหน้าที่เพื่อให้สังคมดำเนินไปอย่างราบรื่น...มีประสิทธิภาพ ระบบต่างๆของสังคมจะทำงานอย่างประสานสอดคล้องกันเพื่อรักษาคุณภาพของสังคมเอาไว้ ” เมื่อโครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้โรงพยาบาลเกิดความแออัด บุคลากรทางการแพทย์ต้องแบกรับภาระมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ทั้งภาระด้านการบำบัดรักษา และภาระด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณตามรายหัวประชากร ที่ขึ้นทะเบียนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในความเป็นจริงจะมีผู้ไปรับบริการมากกว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรตามรายหัว ทำให้บุคลากรเกิดความเครียดและเหนื่อยล้า ประกอบกับได้รับอัตราเงินเดือนน้อยเมื่อเทียบกับภาคเอกชน ทำให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และเหมือนกับว่าตนเองถูกบีบบังคับ กดขี่ ไม่มีความเสมอภาค จึงต้องการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับทฤษฎีขัดแย้ง ซึ่งอธิบายว่า “ กลุ่มมีกับกลุ่มไม่มี ..กลุ่มไม่มีเป็นคนกลุ่มใหญ่ของสังคมแต่ไม่มีอำนาจต่อรอง สังคมมีระเบียบยึดเหนี่ยวกันเป็นสังคมอยู่ได้ ก็เพราะการควบคุมบีบบังคับเช่นนี้...การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะเกิดผลอย่างแท้จริง ก็ต่อเมื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคม ” (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550 : 22) อีกทั้ง มีการฟ้องร้องแพทย์กรณีรักษาแล้วทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ตัวอย่างที่โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช กรณีแพทย์ได้ฉีดยาหาระงับความเจ็บปวดเข้าไขสันหลัง หรือเรียกว่าวิธีแบบบล็อกหลัง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยสมองบวมหัวใจล้มเหลวซึ่งศาลตัดสินจำคุก 3 ปี โดยไม่รอลงอาญาเมื่อเดือนธันวาคม 2550 แต่ต่อมาได้มีการยื่นอุทธรณ์ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณา (บันทึกสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข : 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาญชัย มาลีพันธ์ และสรวิจิต ทองบัวบาน (ไม่ระบุปี : บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุข 2545) เรื่อง ผลกระทบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม “ การฟ้องร้องทางแพทย์ ” พบว่า “ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าถ้าผลการรักษาไม่ดีและเจ้าหน้าที่ไม่อธิบายเหตุผลจะฟ้องร้อง และมีแนวโน้มที่จะฟ้องร้องอย่างแน่นอนร้อยละ 58.9 ” เหตุการณ์และเหตุผลดังกล่าวล้วนส่งผลต่อการลาออกของบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล ทำให้เกิดภาวะการขาดแคลนบุคลากรอย่างหนัก การวางแผนไทยจึงเข้ามามีบทบาทในการช่วยประสานช่วงรอยต่อ โดยสามารถแบ่งเบาระยะแพทย์แผนปัจจุบันได้เป็นอย่างดี และเป็นการสนองต่อความต้องการของสังคม ซึ่งจะมีการติดต่อสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนสิ่งมีคุณค่าที่ดี หรือยุติธรรมระหว่างกัน ตามกฎระเบียบแบบแผนที่สร้างขึ้นเพื่อความสงบในสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีปฏิวัตินิยม ซึ่ง สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550

: 26) กล่าวว่า “ ทฤษฎีนี้มีได้ตั้งแต่ระหว่างมนุษย์สองคนซึ่งให้และรับผลตอบแทนต่อกันโดยตรง ไปจนถึงระหว่างคนหลายคน ซึ่งการให้และรับเป็นไปโดยอ้อม...บุคคลที่อยู่ในความสัมพันธ์ก็มีความเชื่อศรัทธา จึงได้คงอยู่ในความสัมพันธ์และปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม เพราะคาดว่าจะได้รับผลตอบแทนจากความสัมพันธ์นั้นสังคมจึงดำรงอยู่ได้ ” นอกจากนี้ยังเป็นการลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็นของประชาชน เช่น ยาแก้ปวด และประชาชนคาดหวังว่าการแพทย์แผนไทย จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพและการบำบัดรักษาที่ปลอดภัย อนึ่ง แม้ว่าภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จะยังคงมีบทบาทอยู่ในสังคมไทย แต่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยหลายด้านได้มีการปรับและลดบทบาทลง เนื่องจากสาเหตุในอดีตหลายประการ ซึ่งวัฒนธรรมเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีลำดับขั้นตอน โดยเกิดจากการผลิตและเรียนรู้ทางวัฒนธรรมของสังคมจากรุ่นสู่รุ่น สอดคล้องกับแนวทฤษฎีวิวัฒนาการวัฒนธรรมสากลของเลสลีย์ ไวท์ ซึ่งให้ความสำคัญทางมิติที่เป็นเทคโนโลยีการหาอาหารเป็นเกณฑ์ว่า “ 1) สังคมเก็บของป่า ล่าสัตว์ เป็นแบบแผนการดำรงชีพแรกเริ่มเป็นมนุษย์...จนถึงการเพาะปลูก 2) สังคมเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์...นำไปสู่อารยธรรม 3) สังคมอุตสาหกรรม ...มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สามารถจัดหาและใช้พลังงานในรูปแบบใหม่... ส่งผลกระทบต่อมิติอื่นในระบบวัฒนธรรม ” (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550 : 39) การถ่ายทอดภูมิปัญญาก็เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอยู่ในวงจำกัด เนื่องจากมีการถ่ายทอดเฉพาะญาติมิตร และการพัฒนาองค์ความรู้ที่ไม่ได้มาตรฐานสากล ทรัพยากร ธรรมชาติ คือ พืชสมุนไพร กำลังจะสูญพันธุ์จากการบุกรุกทำลายป่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สนั่น ชูสกุล และคณะ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาภูมิปัญญาเกี่ยวกับพืชสมุนไพรในป่าบุงป่าทาม พบว่า “ ภูมิปัญญาด้านสมุนไพรจากป่าบุงป่าทามอยู่ในสภาพที่กำลังจะสูญหาย เนื่องจากความนิยมน้อยลงเพราะมีการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาแทนตามวิถีชีวิตสังคมแบบใหม่ และพื้นที่ป่ากำลังถูกคุกคามอย่างหนักทั้งจากการบุกเบิกพื้นที่โดยโครงการของรัฐ ทั้งองค์ความรู้เรื่องป่าบุงป่าทามที่ยังขาดแคลน ทั้งที่เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูง ยังไม่มีนโยบายกฎหมายใดเฉพาะที่จะดูแลคุ้มครองพื้นที่ป่าบุงป่าทาม ” อย่างไรก็ตามในขณะที่ภูมิปัญญาหลายด้านถูกลดบทบาทลงนั้น ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย กลับได้รับกระแสการยอมรับอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีผลต่อสุขภาพทั้งใจและกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษรภรณ์ กันพันธ์ (2544 อ้างในเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ : 2546) ศึกษาระบบคุณค่าภูมิปัญญาไทยด้านการแพทย์แผนไทย : ศึกษาเฉพาะกรณีหัตถเวชกรรมไทย (การนวดไทย) ในเขตจังหวัดตาก พบว่า “ การนวดไทยมีคุณค่า 8 ประการ คือ คุณค่าด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรมและชุมชน ด้านเศรษฐกิจ สังคม ศิลปะและประติมากรรม และคุณค่าด้านภาษา ” ดังนั้น ผู้รับบริการจึงยังคงนิยมรับบริการการนวดแผนไทย สอดคล้องกับผลการศึกษาของกุสุมา ศรียาภู



(2543) ศึกษา รูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า “ความต้องการรูปแบบการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ การนวดไทย (แผนโบราณ) ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ การอบสมุนไพร และการประคบสมุนไพร ร้อยละ 54.4 และ 37.8 ตามลำดับ ”

จึงกล่าวได้ว่า ความเป็นมาของการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย เป็นภูมิปัญญาในเชิงอนุรักษ์ ที่เพิ่มคุณค่าทั้งเชิงนามธรรมและเชิงรูปธรรม สามารถนำมาผสมผสานกับการแพทย์สมัยใหม่ในยุคปัจจุบันได้อย่างลงตัว สมัยรัชกาลที่ 9 จึงเป็นสมัยแห่งการพัฒนา วิทยาการการแพทย์แผนไทยควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่าเป็นสมัยแห่งการย้อนกลับไปพัฒนาคุณค่าภูมิปัญญาดั้งเดิม ให้สอดคล้องกับภูมิปัญญาทางวิทยาศาสตร์ปัจจุบัน ที่สนองต่อความต้องการของสังคม โดยคนเป็นผู้สร้างกฎระเบียบแบบแผนและยึดถือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดโครงสร้างที่สงบสุขทางสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยา ที่ระบุว่า “มนุษย์เป็นผู้สร้างความหมายต่างๆในสังคม สร้างความแท้จริง นั่นคือ กฎระเบียบต่างๆที่ใช้ในสังคม มีการทำความเข้าใจร่วมกัน และยึดถือปฏิบัติในการกระทำระหว่างกัน...มนุษย์จึงเป็นตัวสำคัญ เป็นตัวการให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าโครงสร้างสังคม ” (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550 : 34)

### 2.1.2 วิธีการนวดแผนไทย

การนวดแผนไทย (Thai Massage) เป็นศาสตร์และศิลป์วิธีการหนึ่งของภูมิปัญญาไทย เป็นวิธีการที่ใช้บำบัดรักษามาตั้งแต่ครั้งสมัยโบราณ “การสัมผัสต่อร่างกายโดยใช้ส่วนของร่างกายหรือ เครื่องมือต่าง ๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความไม่สบาย ทำให้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ดีขึ้น รวมถึงความรู้สึกทางจิตใจด้วย ทั้งยังไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ” (Online 9 กันยายน 2550 : <http://www.thaimassageschool.ac.th>) มีหลักการนวดที่มีลักษณะพิเศษเป็นเอกลักษณ์ของการนวด ที่ใช้รูปแบบการนวดแตกต่างกันหลากหลายวิธีการ โดยแต่ละวิธีการจะมีพื้นฐานเหมือนกัน คือ ยึดถือโครงสร้างตามแนวพลังเส้นประธานสิบเป็นพื้นฐาน และเส้นบริวารอีก 72,000 เส้น สอดคล้องกับ สุทิสภา ปลื้มปิติวิริยะเวช และ เสาวภา พรศิริพงษ์ (2543) อ่างในเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ : 2546) ได้ศึกษาการนวดพื้นบ้านอีสานในเชิงกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พบว่า “หมอพื้นบ้านให้ความสำคัญกับ “เส้น” การรักษานั้นการนวดที่จุดรวมเส้น เพื่อให้เลือดลมเดินดี ส่งผลให้เส้นอื่นคลายตัว ” ทั้งนี้ การนวดแผนไทยเป็นภูมิปัญญาที่ทรงคุณค่า สืบทอดจากโบราณ เป็นบทบาทหนึ่งของกรมมีส่วนร่วมในกระบวนการ ที่มีการกระทำร่วมกันของบุคคลตามวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี และเป็นสัญลักษณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจในการสื่อสารระหว่างกัน สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ ที่ระบุว่า “มนุษย์ติดต่อกัน

(หรือจะเรียกว่ามีการกระทำระหว่างกันก็ได้) โดยอาศัยสัญลักษณ์เป็นสื่อที่ทำให้เกิดความเข้าใจ.. สัญลักษณ์มีได้หลายแบบ เช่น ภาษา กิริยาท่าทางหรือการกระทำ...ระบบสัญลักษณ์ที่มีความซับซ้อน ...ต้องอาศัยการฝึกฝนอบรมเรียนรู้เป็นเวลานาน...เพราะต้องอาศัยการตีความตามสถานการณ์ ” (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2550 : 29) การนวดแผนไทย จึงเป็นการแพทย์ที่เกิดจากการช่วยเหลือกันในสังคม รวมทั้งมีการถ่ายทอดมาหลายชั่วอายุคน กลายเป็นภูมิปัญญาที่ตั้งอยู่บนรากฐานทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการรวมความคาดหวังที่เกี่ยวกับตนเองและบุคคลอื่น รวมทั้งบุคคลอื่นมีการยอมรับบทบาทและวิธีการนวดตามฐานะตำแหน่งของผู้ที่ทำการนวด ซึ่งพบว่าการนวดแผนไทยมี 2 ประเภท คือ การนวดแบบทั่วไปและแบบราชสำนัก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ได้กำหนดนโยบายให้ใช้วิธีการนวดแบบราชสำนัก แต่ปรากฏว่าบทบาทจริงมีการให้บริการทั้ง 2 แบบ รวมทั้งยังมีการให้บริการนวดฝ่าเท้าซึ่งเป็นศาสตร์การนวดของจีน ที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อบำบัดรักษาและส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตามความคาดหวังของสังคม สำหรับการบำบัดรักษานั้นจะใช้การนวดแบบราชสำนักเป็นหลัก เนื่องจากการนวดตามสัญญาห้าซึ่งไม่ซับซ้อน และสามารถบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้ รวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อสัญญาชีพจึงปลอดภัยต่อผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2537 อ้างในเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546) ศึกษาผลการประยุกต์นวดแผนไทยแบบราชสำนัก เข้ากับคลินิกแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดปริมินบุรี พบว่า “ ผลการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยโดยวิธีการนวดแบบราชสำนัก ผู้ป่วยหายเป็นปกติร้อยละ 60.16 มีอาการดีขึ้นร้อยละ 28.90 และไม่ดีขึ้นเลยร้อยละ 10.86 ” ผลการศึกษาของ อรสา กาพรัตน์ (2545 อ้างในเทวีกา เทพญา 2546) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า “ กลุ่มที่ได้รับการนวดมีการปวดข้อหลังการนวดลดลงกว่าก่อนนวด และลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ” ผลการศึกษาของกรุงไกร เจนพาณิชย์ และ ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา (2534 อ้างในเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ : 2546) ศึกษาผลการนวดแบบไทย พบว่า “ อาการเกี่ยวกับศีรษะ คือ มึน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เกี่ยวกับต้นคอเกี่ยวกับไหล่ทุเลาหรือหายไป ” และ วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และคณะ (2535 อ้างในเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ : 2546) ศึกษาผลทางสรีรวิทยาในผู้ป่วยปวดหลัง ที่มีสาเหตุจากข้อสันหลังเสื่อมและกล้ามเนื้อหลังอักเสบ พบว่า “ การนวดไทยเพิ่มอุณหภูมิผิวหนัง เพิ่มความยืดหยุ่นของลำตัวและลดปวด แต่ไม่มีผลต่อสัญญาชีพ ” สำหรับการนวดแบบทั่วไปหรือแบบเชลยศักดิ์ ซึ่งเป็นการนวดที่ไม่เน้นขั้นตอนมาก และเป็นการนวดแบบพื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกร้อนคลาย ทำให้ความดันโลหิต ชีพจร และความเครียดลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และคณะ (ไม่ระบุปี พ.ศ. : บทคัดย่อ งานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร 2550) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยแบบเชลยศักดิ์ต่อระดับความผ่อนคลายของผู้มารับบริการ : กรณีศึกษา พบว่า

“ ก่อนการนวดความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) เท่ากับ  $107.58 \pm 9.37$  มม.ปรอท อัตราชีพจร (Pulse rate) เท่ากับ  $73.88 \pm 10.04$  ครั้งต่อนาที และหลังได้รับการนวดความดันโลหิตซิสโตลิก  $102.82 \pm 8.67$  มม.ปรอท อัตราชีพจร เท่ากับ  $66.65 \pm 9.27$  ครั้งต่อนาที สรุปการนวดไทยแบบเชลยศึกสามารถลดความเครียดในประชากรที่มีอายุระหว่าง 40 – 60 ปี ที่มีสุขภาพแข็งแรง โดยมีผลต่อสัญญาณชีพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก ” ส่วนการนวดฝ่าเท้านอกจากจะทำให้ผ่อนคลายแล้วยังบำบัดรักษาโรคได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชงชัย แก้วศรียา และคณะ (ไม่ระบุปี พ.ศ. : บทความวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร 2550) ศึกษาประสิทธิภาพของการนวดฝ่าเท้าต่อการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า “ ค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกปวดเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการนวดเท้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $77.00 \pm 20.27$  เป็น  $2.20 \pm 3.93$  หลังการนวดครั้งที่ 9 ( $p < 0.05$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความรู้สึกปวดเข่าของผู้ป่วย ที่ได้รับยาไดโคลฟีแนลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $67.91 \pm 20.68$  เป็น  $25.80 \pm 22.59$  หลังการกินยาครั้งที่ 9 ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบผลของการนวดกับยา พบว่า การนวดให้ผลในการลดอาการปวดเข่าได้ดีกว่าการใช้ยา ( $p = 0.001$ ) ” เสมียน ชันมัน (2544 : บทความวิจัยผลงานวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2545) ศึกษาการพยาบาลโดยวิธีการนวดเท้าในการร่วมรักษาต่ออาการชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า “ ผู้ป่วย 10 ราย มีอาการชาลดลงอย่างต่อเนื่อง 3 วันภายหลังการให้การพยาบาลโดยวิธีการนวดเท้า ส่วนผู้ป่วยอีก 5 ราย มีอาการชาลดลงได้ไม่นานและอาการชากลับซ้ำอีกภายหลังนวดเท้าในวันนั้น ผู้ป่วยทุกรายพึงพอใจ และส่วนใหญ่ต้องการให้ทำการพยาบาลโดยวิธีนวดเท้าต่อไป ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการบำบัดทางการพยาบาล กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีอาการชาเท้าเพื่อลดอาการชาได้ ” และ Stephenson et al.(2000) ศึกษาการนวดฝ่าเท้าต่อการลดความปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด พบว่า “ ผู้ป่วย (อายุเท่ากับหรือมากกว่า 65 ปี) สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคมะเร็งลง และหนึ่งในสามของผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง ”

ฉะนั้น วิธีการนวดแผนไทย จึงมีขั้นตอนในการนวดอย่างเป็นระบบตามทฤษฎีเส้นสิบ โดยเฉพาะการนวดแบบราชสำนักใช้สัญญาณห้าเป็นหลัก ความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาแบบการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดจึงมีความเกี่ยวพันกันอย่างเป็นระบบ การศึกษาวิธีการนวด จึงเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับมิติองค์ความรู้ของภูมิปัญญา และทฤษฎีการแพทย์แผนไทย รวมทั้งต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบกายวิภาคหรือสรีรวิทยา ที่เชื่อมโยงกับสายใยชีวิตของมนุษย์ทั้งหมด โดยเฉพาะทฤษฎีเส้นสิบซึ่งเป็นประธานแก่เอ็นต่างๆในร่างกาย ที่มีต้นกำเนิดบริเวณรอบสะดือ และสัญญาณห้าซึ่งเป็นจุดนวดสำคัญในการจ่ายกำลังของเลือดจ่ายพลังประสาท เพื่อไปกระตุ้นให้เกิดผลของการรักษาโรค ตลอดจนต้องมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะการนวด ตามทฤษฎี

การแพทย์แผนไทย 8 ประการ คือ การกด การคลึง การดึง การบีบ การตัด การทุบตีหรือการทุบการ ตับและการเหยียบ รวมถึงเทคนิคของการนวดร่างกายแต่ละจุด ซึ่งมีพื้นที่การนวดไม่เท่ากัน จึงจะสามารถให้การนวดเพื่อบรรเทาหรือบำบัดได้ถูกต้อง

กล่าวได้ว่า การนวดแผนไทยเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นทฤษฎีทางภูมิปัญญาที่มีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ใช้วิธีการสัมผัสที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย บรรเทาหรือบำบัดจากการเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริม สุขภาพสามารถบำบัดรักษาผสมผสานกับวิถีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยรัฐคาดหวังว่าจะสามารถ ลดภาระต่างๆที่รัฐแบกรับอยู่ให้เบาบางลง และประชาชนทั่วไปเข้ารับเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ก้าวพ้นความเจ็บป่วยตามปรัชญาหลักเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบกับการป้องกันควบคุมดูแล รักษาสุขภาพตามแบบแผนปัจจุบัน หรือแบบแผนใหม่ของคนในประเทศ ยังไม่สามารถให้บริการ หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม เนื่องจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ระบบการดูแลรักษาตามภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย จึงยังคงยืนหยัดอยู่คู่สังคมไทย

### 2.1.3 การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ

การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่กำหนด หรือตามแผน ที่วางไว้โดยทำให้มั่นคงและก้าวหน้า การพัฒนาสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐจึงเป็นการทำให้ คุณภาพชีวิตของคนมีความแข็งแรงมั่นคงปลอดภัยจากความเจ็บป่วย การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ แผนไทยเพื่อให้บริการแบบการแพทย์แผนไทย ก็เป็นวิธีหนึ่งที่เกิดการพัฒนาสำหรับประชาชน โดยเฉพาะในระดับรากหญ้า โดยเริ่มต้นขึ้นในส่วนภูมิภาคเมื่อ 20 กว่าปีก่อน เพื่อเป็นแนวทางหนึ่ง ในการพัฒนาโครงสร้างของการให้บริการที่มีคุณภาพ และเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสังคม ซึ่ง รัชยา กุลวานิชไชยนันท์ (2535 : 13) กล่าวว่า " เป็นงานที่มีการผลิตและการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกัน ไม่อาจกำหนดความต้องการที่ แน่นนอนได้ เป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้าไม่มีผลผลิตไม่อาจกำหนดปริมาณล่วงหน้าได้ เป็นงานที่ต้อง ตอบสนองทันที ผู้ให้บริการต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา และสิ่งที่ผู้รับบริการจะได้คือ ความพึงพอใจความรู้สึกคุ้มค่าที่ได้มาใช้บริการ ดังนั้น คุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก " ซึ่งก่อนหน้านั้นระยะแรกการแพทย์แผนไทยไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากถูกลดบทบาทลงกลายเป็นการแพทย์ นอกกระแสหลักตั้งแต่ พ.ศ. 2466 อย่างไรก็ตามช่วงที่การแพทย์แผนไทยซบเซา การนวดแผนไทย ก็ยังคงมีบทบาทในสังคมไทยตลอดมา อธิบายได้ว่าเนื่องจากส่วนหนึ่งเป็นการบำบัดร่างกายที่ไม่มี ตัวยาเข้ามาเกี่ยวข้องถึงแม้จะไม่เพียงพอก็ตาม ซึ่งหลัง พ.ศ. 2528 รัฐคาดหวังว่าการส่งเสริม โรงพยาบาลพึ่งตนเอง และการส่งเสริมการนวดระดับชาวบ้าน จะสามารถทำให้ประชาชนหันมา

ใช้บริการการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวด เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพ ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นสิ่งที่คาดการณ์ไว้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะไม่มีการส่งเสริมอย่างจริงจัง การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะด้านการนวดเริ่มกลับมาได้รับความสนใจ และมีการพัฒนาอย่างจริงจังเมื่อมีการก่อตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย เมื่อ พ.ศ.2545 โดยมีนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน รวมทั้งมีการเปิดศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยให้บริการในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ กล่าวได้ว่านโยบายเป็นกรอบในการกำหนดบทบาทจากรัฐบาล เพื่อให้การดำเนินงานตอบสนองต่อความต้องการ และความคาดหวังของสังคมอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภาคย์ เตชะสาย (2533 : บทคัดย่อ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ภายในประเทศ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Online 25 ธันวาคม 2551 : [http://www.tkc.go.th/thesis/report\\_thai.asp](http://www.tkc.go.th/thesis/report_thai.asp)) ศึกษานโยบายต่างประเทศของไทยต่อกลุ่มประเทศอินโดจีนในสมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ พบว่า “ แนวนโยบายใหม่เป็นแนวนโยบายที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และตอบสนองต่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของไทยในระยะยาว ” อย่างไรก็ตามนโยบายดังกล่าว จะต้องมีความชัดเจนในการวางกรอบการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม “ แนวนโยบายต้องการขั้นตอนการปฏิบัติที่แน่นอนรวมทั้งความชัดเจนในนโยบาย เพื่อที่จะประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ” (เสาวภาคย์ เตชะสาย อ้างแล้ว) จากนั้นนโยบายดังกล่าวของรัฐบาลทำให้มีการก่อตั้งสถานบริการของรัฐ ซึ่งเกิดจากความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม เพื่อให้มีคุณภาพและระเบียบแบบแผน ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเป็นโครงสร้างทางสังคมนูปแบบหนึ่งที่เกิดจากความสัมพันธ์ หรือความจำเป็นพื้นฐานในวิถีชีวิตของคนที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกันเกิดเป็นระบบการผลิต การบริโภค การจำแนกแจกจ่าย เป็นบริการที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งต้องเกี่ยวพันกัน และมีหน้าที่ทางสังคมเป็นส่วนที่เชื่อมโครงสร้างสังคมแต่ละส่วนเข้าด้วยกัน ทำให้สังคมทั้งระบบเกิดการประสานรอยต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อให้สังคมก้าวหน้า สมดุลหรือมีเสถียรภาพทางด้านสาธารณสุข เป็นการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ผลประโยชน์ของสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ ที่กล่าวว่า “ การที่สังคมจะสามารถดำรงอยู่ได้นั้น จะต้องมีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงไปด้วยกันทั้งระบบ ” (ออกุสต์ กองต์ : Macionis 1993 : 17-18 อ้างใน Online 15 พฤศจิกายน 2550 : <http://isc.ru.ac.th/data/PS0002165.doc>) ฉะนั้น สถานบริการการนวดแผนไทยของรัฐ ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งที่มีโครงสร้างอย่างเป็นระบบ จึงต้องมีหลักในการบริหารจัดการเพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการบริหารองค์กรในระบบราชการของแมกซ์เวเบอร์ (Maxweber Online 25 กุมภาพันธ์ 2552 : <http://www.lopburil.net/km/modules.php?name=News&file=print&sid=259>) ซึ่งมีหลักการของทฤษฎีว่า “ 1) มีการลำดับขั้นตอนของอำนาจไว้อย่างชัดเจน 2) มีการแบ่งงานชัดเจน 3) มีกฎเกณฑ์

ที่เป็นระบบ กำหนดสิทธิหน้าที่ของตำแหน่งชัดเจน 4) มีการดำเนินการการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบตามสภาพของงาน 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่มี 6) การสรรหาบุคคลเพื่อจ้างงานเพื่อเลื่อนระดับให้ความสามารถพื้นฐานทางเทคนิค ” หลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงต้องกำหนดเป็นนโยบาย เพื่อให้มีการยึดถือปฏิบัติกันทั้งองค์กร โดยจะไม่เน้นเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งอันอาจเกิดความขัดแย้งหรือแปลกแยก และต้องเน้นความเสมอภาค สมดุล เป็นประชาธิปไตยในองค์กรหรือโครงสร้างนั้น ทุกระบบย่อยต้องมีส่วนร่วมที่เป็นธรรมตามลำดับการบังคับบัญชา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kohn (1976 : 113 -130 : Online 5 กันยายน 2551 : [http://dit.ru.ac.th/home/005/Exellent/paweenal\\_lesson% 202. doc](http://dit.ru.ac.th/home/005/Exellent/paweenal_lesson%20202.doc)) ศึกษาโครงสร้างของการทำงาน (Occupational Structure) ที่ก่อให้เกิดความแปลกแยก ตามกรอบแนวคิดของ Seeman โดยเน้นที่ความรู้สึกไร้อำนาจและความแปลกแยกจากตนเองเป็นหลัก พบว่า “ ลักษณะงานที่ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงาน ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจมีผลกระทบอย่างมากต่อการเกิดความแปลกแยก คือ ส่งผลกระทบทั้งความรู้สึกไร้อำนาจ ความแปลกแยกจากตนเองและความรู้สึกไร้บรรทัดฐาน นอกจากนี้ ยังพบว่าอำนาจการบังคับบัญชาตามลำดับชั้นและการแบ่งงานกันทำในองค์กรแบบราชการ กลับก่อให้เกิดความแปลกแยกน้อยมาก ” เช่นเดียวกับ Pearlin (1972 : 138 -152 Online 5 กันยายน 2551 : <http://www.siamzone.com/music/lyric/index.php?Mode=view&artist=Calvin%20Richardson&song=39k>) ได้ศึกษาลักษณะโครงสร้างการทำงานของโรงพยาบาลโรคจิตแห่งหนึ่งที่ทำให้บุคลากรด้านการพยาบาล (Nursing Personal) เกิดความแปลกแยก โดยใช้กรอบแนวคิดของ Seeman เน้นมุมมองเรื่องความรู้สึกไร้อำนาจเป็นหลัก พบว่า “ ระบบการบริหารที่ให้หัวหน้างานวางอำนาจได้อย่างเต็มที่ โดยไม่เปิดโอกาสให้ลูกน้องได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือละเลยไม่เอาใจใส่ต่อความเป็นอยู่ของลูกน้อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยๆของโครงสร้างด้านการบังคับบัญชา ล้วนมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการเกิดความแปลกแยก ส่วนโครงสร้างด้านการให้โอกาสแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับการเกิดความแปลกแยก ลักษณะของกลุ่มที่ทำงานพบว่า ความเป็นกันเองของผู้ร่วมงาน พฤติกรรมที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ล้วนมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความแปลกแยก ” ทั้งนี้ องค์กรจะต้องมีการวิเคราะห์ในเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม ตามทฤษฎีสัมัยใหม่ที่มีความเชื่อว่า “ ควรวิเคราะห์สิ่งต่างๆ เข้าด้วยกันดี ที่สุดเป็นการวิเคราะห์องค์กรในเชิงระบบ (System analysis) ประกอบด้วยส่วนต่างๆ 5 ส่วน คือ 1) Input 2) Process 3) Output 4) Feedback 5) Environment ดังนั้น องค์กรในแนวคิดนี้จึงต้องมีการปรับตัว (adaptative) ตลอดเวลา ” (Online 24 กุมภาพันธ์ 2552 <http://www.lopburi1.net/km/modules.php?Name=News&file=print&sid=259>) ปัจจุบันมีสถานบริการของรัฐเปิดให้บริการการนัดหมายไทยอย่างแพร่หลาย และมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่คล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของ ศิริรัตน์ สัมฤทธิ์ (2549) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสถานภาพสถานประกอบการเชิงส่งเสริมสุขภาพในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นพบว่า “ สภาพทั่วไปของสถานประกอบการเชิงส่งเสริมสุขภาพ มีรูปแบบในการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การตรวจแผนไทย การตรวจฝ่าเท้า การอบ การประคบสมุนไพร อาหารและเครื่องคั้นสมุนไพรเพื่อสุขภาพ ”

ฉะนั้น องค์กรจึงต้องมีความชัดเจนในกฎระเบียบ ระบบโครงสร้างและแบบแผนการดำเนินงาน คือ มีปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลสะท้อนกลับ สิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพ และบุคลากรมีแรงจูงใจในการทำงาน องค์กรจึงจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อนึ่ง การแพทย์แผนไทยที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันนั้น มีข้อที่น่าสังเกตว่า หากมูลนิธิเอเซียไม่ออกมากดดันให้ประเทศสมาชิก ผนึกกำลังการรักษาแบบพื้นบ้านและสมุนไพรเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ไม่ริเริ่มฟื้นฟูความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และนายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์ ไม่ริเริ่มนำการตรวจแผนโบราณมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการตรวจยังคงไม่เป็นที่ประจักษ์ ผลที่ตามมาคือจะไม่มีการนำไปบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จะไม่มีการส่งเสริมโรงพยาบาลพึ่งตนเอง ไม่มีการนำไปผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการของรัฐ ไม่มีการก่อตั้งอายุรเวทวิทยาลัย ไม่มีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะเพื่อรองรับแพทย์อายุรเวท และไม่มีสถาบันการแพทย์แผนไทยในส่วนกลางไว้รองรับการพัฒนาภูมิปัญญาทั่วประเทศ จึงกล่าวได้ว่าการแพทย์แผนไทย หรือการตรวจแผนไทยได้รับการพัฒนาส่งเสริมให้แพร่หลายในปัจจุบันนั้น เกิดจากแรงกระตุ้นของมูลนิธิเอเซีย และเกิดจากแรงทุ่มเทของ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ รวมทั้งการลงมือทดลองของ นายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์

**2.2 สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการตรวจแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข**

สถานภาพ เป็นฐานะหรือตำแหน่งที่ถูกกำหนดขึ้นจากสังคมเพื่อให้บุคคลประพฤติปฏิบัติหรือมีบทบาทตามกรอบของสถานภาพนั้นในสังคม สถานภาพ จึงเป็นสิทธิหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม และเพื่อให้สังคมอยู่กันอย่างเป็นระเบียบ ทั้งนี้ สถานภาพ เป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน เป็นเพียงการบ่งชี้ถึงตำแหน่งทางสังคม บุคคลหนึ่งจะมีได้หลายสถานภาพ เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีบทบาทในหลายสถานการณ์

บทบาท เป็นการประพฤติปฏิบัติตามตำแหน่งหน้าที่ที่ถูกกำหนดโดยสถานภาพทางสังคม บทบาท จึงเป็นสิทธิหน้าที่ที่พึงประพฤติปฏิบัติ เพื่อแสดงออกในสังคม

ตามการครอบครองสถานภาพนั้น เมื่อมีการนำสิทธิตามสถานภาพออกมาใช้ กล่าวได้ว่าบุคคลนั้นกำลังสวมบทบาทของเขา และจะมีอยู่หลายบทบาท

ฉะนั้น สถานภาพและบทบาทจึงต้องเชื่อมโยงต่อกัน โดยสถานภาพจะเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ หรือการประพฤติปฏิบัติของบุคคล และบทบาทหน้าที่ของบุคคลก็จะเป็นตัวกำหนดสถานภาพ หรือตำแหน่งของบุคคลในสังคมเช่นเดียวกัน เพื่อให้สังคมอยู่อย่างเป็นระบบ มีระเบียบแบบแผน สอดคล้องกับบุคลากรในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่ยังคงมีสถานภาพและบทบาทตามภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ทั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมสนับสนุนสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย เกิดจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่มีพฤติกรรมทัศนคติ ความเชื่อในการดำเนินงาน ทำให้เป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อเนื่องในการให้บริการนวดแผนไทยอย่างเป็นรูปธรรม และปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย

1) พฤติกรรม เป็นอาการแสดงออกหรือปฏิกิริยาอาการอันมีผลมาจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า ที่อยู่รอบตัวของผู้รับบริการและผู้ให้บริการจากปัจจัยหลายด้าน คือ (1) ด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการผลักดันให้แสดงพฤติกรรมออกมา เช่น ความคิด อารมณ์ ความจำ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการนวดแผนไทย (2) ด้านสังคมจากการอยู่ร่วมกันก่อให้เกิดเงื่อนไขเป็นตัวบังคับหรือเกิดกระแสนิยม ที่เป็นปัจจัยเบื้องต้นและเป็นสิ่งเร้าใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณี ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ผู้ให้บริการได้สัมผัสและคล้อยตามประกอบกับสิ่งเร้าที่ได้จากการรับรู้หรือจากความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE Framework ของ Green (ธนวรรณ 2544 อ้างใน กมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546 : 59) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม คือ (1) ปัจจัยภายในตัวเป็นปัจจัยนำ สาเหตุมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม (2) ปัจจัยภายนอกบุคคล เป็นปัจจัยเอื้อ มาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา โครงสร้างประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ (3) ปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลเป็นปัจจัยเสริมประกอบด้วย (3.1) ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (3.2) การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข (3.3) โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรคความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค (3.4) องค์ประกอบทางสังคม



และเครือข่ายทางสังคม (3.5) ความรู้ (3.6) องค์ประกอบด้านประชาชน ” การดูแลสุขภาพจึงเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความสมดุลของร่างกาย ซึ่งผู้ให้บริการได้กระทำอันเนื่องมาจากการถูกกระตุ้นหรือการจูงใจจากสิ่งเร้า หรือเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ให้บริการได้ผ่านขบวนการกลั่นกรองเพื่อให้บุคคลอื่นได้สัมผัสรับรู้พฤติกรรมของผู้ให้บริการ แม้จะกระทำด้วยสาเหตุจูงม่งหมายเดียวกัน แต่จะมีลักษณะอาการแตกต่างกันจากบุคคล เวลา สถานที่ หรือสถานการณ์ในช่วงนั้น เนื่องจากการกระทำของผู้ให้บริการล้วนจะต้องผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ อันประกอบด้วย ความเชื่อ ความคาดหวัง ทศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจ และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย จึงทำให้พฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกันหรือปรับเปลี่ยนไปตามสภาพที่เกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ

2) *ทศนคติ* มีทั้งทางเชิงบวกเชิงลบและนิ่งเฉย ด้านบวกเป็นการชักนำให้บุคคลแสดงออกถึงความรู้สึกหรืออารมณ์จากสภาพจิตใจที่ได้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้งหน่วยงาน องค์กร สถาบัน ด้านลบหรือไม่ดีเป็นการสร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ได้รับความเชื่อถือหรือไว้วางใจต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงานองค์กร สถาบัน สำหรับทศนคติที่นิ่งเฉย จะไม่แสดงออกของความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่นๆ โดยสิ้นเชิง

3) *ความเชื่อ* เป็นสิ่งที่บุคคลหรือผู้ให้บริการมั่นใจว่าเป็นความจริง ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลหรือพิสูจน์ได้ว่าใช่หรือไม่ แต่สิ่งหนึ่งคือสามารถทำให้มนุษย์มีการรับรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่างๆในสังคม และอยู่ร่วมกันอย่างเป็นระเบียบแบบแผนสอดคล้องกับประยงค์ เต็มชวลาและคณะ (2547) กล่าวว่า “ เป็นการจัดระเบียบรวบรวมการรับรู้ และความเข้าใจของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆในโลก ความเชื่อถูกนับเข้าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรู้ความเข้าใจ ” เช่นเดียวกับความเชื่อทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจรรยา สุวรรณทัต (อ้างในสุภาพไพบแก้ว 2538 : 17) กล่าวว่า “ ความเชื่อของบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ในจิตใจ ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลตามความเชื่อนั้นๆ ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เช่น ถ้ามีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยว่าเกิดจากอะไรพฤติกรรมที่ปรากฏก็สะท้อนไปถึงวิธีการรักษา ”

ทศนคติกับความเชื่อ จึงเป็นนามธรรมที่อยู่ควบคู่กันซึ่งมีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกในการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล ในการเลือกใช้บริการหรือเลือกรับบริการทางการแพทย์จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ประกอบกับความเข้าใจในการกระทำของผู้รวมทั้งตนเอง และช่วยให้มีการป้องกันตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาสำหรับสุขภาพร่างกาย หรือช่วยในการปรับตัวของบุคคลให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยการพัฒนาด้านทศนคติ ตามแนวทางที่คาดว่าจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและสังคมได้ ดังเช่นการนำภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

ดั้งเดิมมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยม ที่นำ ความพึงพอใจมาสู่ตนเอง เช่น ค่านิยมในการเลือกรับบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือ การแพทย์แผนไทย ซึ่งจะแตกต่างกันบนพื้นฐานความคิด ความเชื่อตามบริบทของสังคม

4) ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความพึงพอใจ จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับในสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุความคาดหวังในบางระดับ ในทาง ตรงกันข้ามความพึงพอใจจะไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนอง ฉะนั้น บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ ต่อเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมาย พฤติกรรมที่แสดงออก ก็จะมีความสุข สำหรับผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจ ต่อเมื่อมีความรู้สึกว่าการให้บริการทางสุขภาพ ออกมาเป็นบวก อาทิเช่น บริการหลักตามที่คาดหวังจากนโยบายที่รัฐกำหนดให้สอดคล้องกับ ความ ต้องการจริงของผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้บริการแสดงออกตามสถานภาพและบทบาทหน้าที่เพื่อให้บริการ สนองตอบผู้รับบริการ รูปแบบที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก็คือ ความพร้อมและ ศักยภาพในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ การเข้าถึงบริการ ความสะดวกสบาย อัตราค่าบริการ เหมาะสม คุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2.2.1 ผู้รับบริการ ผู้รับบริการเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง ในการผลักดันให้เกิด สถานภาพและบทบาทในการให้บริการการนวดแผนไทย ทั้งนี้ จะวัดได้จากพฤติกรรม ทักษะคิด ความเชื่อ เหตุผลการไปรับบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการดังนี้

1) พฤติกรรม พบว่า ผู้ไปรับบริการส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการรับรู้แหล่ง รับบริการจากคำบอกเล่าของญาติมิตรถึงร้อยละ 58 ซึ่งปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข และ ไปรับบริการโดยการแนะนำ ประกอบกับมีความศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย มีเพียงบางรายซึ่งเป็นส่วนน้อยต้องการทดลอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บัวตัน เขียวอารมณ์ และมัลลิกา มัตติโก (2549 : บทคัดย่อ Online 28 กุมภาพันธ์ 2552 : [http:// www. thaisarn.com/th/news\\_reader.php?Newsid=141629](http://www.thaisarn.com/th/news_reader.php?Newsid=141629)) ศึกษาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องของการแพทย์ทางเลือก : ศึกษาใน กลุ่มการแพทย์ทางเลือกของอำเภอเมือง เชียงใหม่ พบว่า “ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องของผู้รับบริการใน ระบบการแพทย์ทางเลือกนั้น เป็นความสัมพันธ์แบบด้อยที่ด้อยอาศัยที่ผู้รับบริการสามารถจะเลือกใช้ บริการการแพทย์ทางเลือกด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น เพื่อน ญาติแนะนำ และต้องการทดลอง โดยที่ ผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องระบบการแพทย์ทางเลือกด้านโครงสร้าง มีความหวังกำลังใจ และ ศรัทธากับระบบการแพทย์ทางเลือก ” และผู้รับบริการไปรับบริการนวดเพื่อการบำบัดรักษาถึงร้อยละ 92 อาการที่ไปรับบริการมากที่สุดคือ ปวดคอ บ่า ไหล่ ร้อยละ 72 รวมทั้งไปรับบริการบำบัดรักษา มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 62 อธิบายได้ว่าการนวดมีประสิทธิภาพทำให้บรรเทาอาการเจ็บป่วย ได้จริง จึงมีผู้ไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของประโยชน์ บุญสินสุข และคณะ

(2530) ศึกษาเรื่องการใช้นวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อต่อ ศึกษาในผู้ป่วยในที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดศีรษะ อาการปวดจากการบีบคั้นของพังผืด พบว่า “ อาการปวดลดลงหรือหายไปในกลุ่มปวดศีรษะและคอร้อยละ 90 การนวดสามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อไหล่กล้ามเนื้อหลังและอาการปวดเข่าร้อยละ 90,87 และ 85 ตามลำดับ ” รัตนา และสมนึก (2540) อ้างในกมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546) ศึกษาการนวดไทยเพื่อลดพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด พบว่า “ หลังการนวดสามารถลดอาการปวดของระบบกล้ามเนื้อ ข้อกระดูกได้ร้อยละ 97.10 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการนวด ” โดยนิยมรับบริการกับเพศหญิงร้อยละ 62 อาจเป็นไปได้ว่าผู้หญิงมีความอ่อนโยนและนุ่มนวลกว่าผู้ชาย สอดคล้องกับการศึกษาของชรินทร์ วรกุลกิจกำจร (2544) ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ให้เป็นธุรกิจเพื่อสุขภาพสำหรับนักท่องเที่ยว พบว่า “ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ใช้บริการนวดกับหมอนวดหญิง เนื่องจากมีความนุ่มนวลและจะคำนึงถึงหมอนวดเป็นอันดับแรกในการใช้บริการ ”

พฤติกรรม จึงเป็นกริยาอาการที่แสดงออก อันมีผลมาจากการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้า ที่อยู่รอบตัวของสิ่งมีชีวิต การดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความสมดุลของร่างกาย ซึ่งบุคคลได้กระทำอันเนื่องมาจากการถูกกระตุ้นหรือการจูงใจจากสิ่งเร้า หรือเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้ผ่านขบวนการกลั่นกรองเพื่อให้บุคคลอื่นได้สัมผัสรับรู้ พฤติกรรมของบุคคลแม้จะกระทำด้วยสาเหตุจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่จะมีลักษณะอาการแตกต่างกันจากบุคคล เวลา สถานที่ หรือสถานการณ์ในช่วงนั้น เนื่องจากการกระทำของบุคคลล้วนจะต้องผ่านกระบวนการคิด การตัดสินใจ อันประกอบด้วยความเชื่อ ความคาดหวัง ทศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจ และอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย จึงทำให้พฤติกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน หรือปรับเปลี่ยนไปตามสภาพที่เกี่ยวข้องเสมอ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพ จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น มีทั้งแบบรูปธรรมและนามธรรม โดยการบำบัดรักษาด้วยการนวดแผนไทย เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ผู้ให้และผู้รับบริการได้ผ่านกระบวนการ จากสิ่งเร้าดังกล่าวข้างต้นตามสภาพแวดล้อมของสังคม ก่อนแสดงออกถึงความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ พฤติกรรมจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ยังคงได้รับความนิยมาจนถึงปัจจุบัน

## 2) ทศนคติ ความเชื่อ และเหตุผล

(1) ทศนคติ พบว่าผู้รับบริการมีทศนคติเห็นด้วยในเชิงบวกต่อสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเฉลี่ย 4.38 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) แยกเป็นประเด็นที่เป็นการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาไทย ในการยกระดับมาตรฐาน

การแพทย์แผนไทย สามารถสนับสนุนหรือผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันได้ และให้ผลในระดับมากต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ทักษะจึงเป็นผลของความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้รับบริการ ที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ให้บริการซึ่งอยู่ในระดับดีค่อนข้างมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ และคณะ (2530 อ้างใน ปรีชา หนูทิม 2546) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้รับบริการ / ญาติและผู้ให้บริการในสถานบริการของรัฐ เกี่ยวกับการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการของรัฐ พบว่า “ ร้อยละ 96.0 ของผู้ป่วย และร้อยละ 80 ของญาติที่มาใช้บริการ และร้อยละ 84 ของเจ้าหน้าที่รัฐในสถานบริการสาธารณสุข มีความเห็นด้วยต่อการนำการนวดไทยมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเสนอแนะว่า ควรผสมผสานหรือประยุกต์การนวดไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าด้วยกันร้อยละ 81 ”

ทัศนคติ จึงเป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นนามธรรมที่ประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อซึ่งมีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกลงในการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล

(2) ความเชื่อ ผู้รับบริการมีความเชื่อเกี่ยวกับการนวดแผนไทยว่ามี

ประสิทธิภาพ , ทำให้หายจากการเจ็บป่วย , สุขภาพดีขึ้นและการนวดแผนไทยไม่เป็นอันตราย รวมทั้งค่าบริการถูกกว่าการรักษาแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นความเชื่ออยู่ในระดับที่มาก โดยมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) เท่ากับ 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 0.572 อธิบายได้ว่าการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทยเป็นความเชื่อที่ผู้คนในสังคมครุฑ และเรียนรู้นานนับพันปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรีชา อุยตระกูลและคณะ (2531) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของหมอพื้นบ้านในสังคมอีสาน พบว่า “ บทบาทหมอพื้นบ้านขึ้นอยู่กับระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยบทบาททางสังคม คือ บทบาททางตรง บทบาทในฐานะผู้อาวุโสเป็นผู้นำทางพิธีกรรม และทางอ้อมเป็นบทบาทด้านการบำบัดรักษาการสร้างความสุขของชุมชน ” ยิ่งยง เทาประเสริฐ และธรา อ่อนชมจันทร์ (2536) ศึกษาเรื่องชาติพันธุ์กับความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน พบว่า “ หมอเมืองมักใช้วิธีการรักษาหลายๆอย่างรวมกันแบบผสมผสานรวม ถึงพิธีกรรมที่ส่งผลทางด้านจิตใจและการรักษาเป็นผลทางร่างกาย วิธีการรักษาที่มีความสอดคล้องกับความรู้ความเชื่อของชาวบ้าน นับตั้งแต่ใช้พิธีกรรมและน้ำมันดี เป็นสื่อคาถาเป็นสารประกอบกัน เป็นเงื่อนไขทางจิตใจสร้างความเชื่อ ความศรัทธาให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็ง ” อิศราพร จันทร์ทอง (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทหน้าที่ของพิธีแก้ลมของชาวกูย บ้านลำโรงทาบ อำเภอลำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า “ ในระดับปัจเจกบุคคล ความเชื่อมีบทบาทเป็นที่พึงพอใจในสถานการณ์วิกฤตที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ส่วนระดับชุมชนพิธีแก้ลมมีบทบาทในการรักษาโรค การควบคุมสังคมและระบายนามกตสันและความขัดแย้ง ” พิสิฎฐ์ บุญไชย

(2542) ได้รายงานการวิจัย เรื่องความรู้ ความเชื่อ ในการใช้สมุนไพรรักษาสุขภาพของชาวผู้ไทย จังหวัดยโสธร พบว่า “ ชาวผู้ไทยมีความเชื่อว่าการเกิดโรค เกิดจากผีสิงโทษคนที่กระทำไม่ถูกต้องของคลองธรรม ให้เจ็บป่วยการรักษาจะต้องเลี้ยงผี และเกิดเพราะธรรมชาติของแต่ละบุคคลที่มีร่างกาย และจิตใจที่แตกต่างกัน ”

ความเชื่อ จึงเป็นสิ่งที่บุคคลมั่นใจว่าเป็นความจริง ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลหรือพิสูจน์ได้ว่าใช่หรือไม่ ความเชื่อด้านสุขภาพก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เนื่องจากจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันตามความเชื่อของสาเหตุการเจ็บป่วยการดำเนินของโรค โดยมีทั้งเชื่อว่าเป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์ และไม่ปฏิบัติตามหลักวิทยาศาสตร์ บางครั้งเกิดขึ้นจากแรงศรัทธาโดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ

(3) *เหตุการณ์ไปรับบริการ* พบว่าเป็นไปเพื่อต้องการหายจากอาการเจ็บป่วยมากที่สุด เฉลี่ย 4.58 คะแนน คาดหวังว่าจะหายจากการเจ็บป่วย 4.30 เห็นด้วยว่าเป็นการผ่อนคลายจิตใจและร่างกาย 4.02 อธิบายได้ว่าสาเหตุจริงเกิดจากความต้องการรับบริการเป็นหลัก คือ บริการที่ผู้ไปรับบริการต้องการจนตัดสินใจไปรับบริการ และคาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวคิดของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537 : 171-178) กล่าวถึงองค์ประกอบของความต้องการของผู้รับบริการว่า “ ก. บริการหลักที่ต้องการจริงๆ หมายถึง บริการที่ต้องการมากจนก่อให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการ ข. บริการที่เกี่ยวข้อง หมายถึง บริการที่ไม่ใช่บริการหลักที่ต้องการจริงๆ แต่เป็นบริการอื่นที่ผู้ให้บริการสามารถให้บริการร่วมกับบริการหลัก ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพบริการแบ่งเป็น ก) บริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับบริการหลักที่ต้องการจริง ซึ่งผู้รับบริการคาดหวังล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการตามที่คาดหวังไว้ ข) บริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการอยากจะได้รับ แต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับแต่การได้รับบริการ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ยิ่งกว่าความพอใจ แม้จะไม่ได้รับบริการประเภทนี้ ก็มีได้เกิดความไม่พอใจแต่อย่างใด ” สอดคล้องกับผลการศึกษาของมยุรี สุขปัญญาภิรักษ์ (บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2545) ศึกษาความต้องการ และประเด็นความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยหนัก ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า “ ญาติผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุดเป็นลำดับหนึ่ง คือ ต้องการรับรองว่าผู้ป่วย จะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ” ทิพาพร กระแสร์ และคณะ (2544 : บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยกรรม โรงพยาบาลแพร่ พบว่า “ ด้านสุขภาพและการรักษา ญาติส่วนมากต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรคอาการของโรค แนวทางการรักษาพยาบาลและคำรักษาพยาบาล ด้านกำลังใจและระบายความรู้สึก ญาติส่วนมากคาดหวังว่าจะมีอาการดีขึ้น เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ตลอดเวลาได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และมั่นใจว่า

ปลอดภัยเมื่อญาติไม่อยู่” ทั้งนี้ เหตุผลการรับบริการแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Yong (1981 อ้างใน รุ่งรังสี วิบูลชัย 2537 : 9) การเลือกรับบริการคือ “ การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย ” ผลการศึกษาของ จริยวัตร คมพักษณ์ และคณะ (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชน ที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยกับแพทย์อายุรเวท พบว่า “ สาเหตุที่ไปรับบริการเนื่องจากมีทัศนคติที่ดีต่อระบบการแพทย์แผนไทย ทั้งผู้ให้การรักษา กระบวนการรักษาและยาสมุนไพรซึ่งราคาไม่แพง และผลการรักษาประมาณ 3 ใน 4 ระบุว่า อาการดีขึ้นเป็นที่น่าพอใจ ” ผลการศึกษาของ เบญจยา ยอดดำเนิน-เอ็ดดิกซ์ และ กฤตยา อาชวนิจกุล (2523 อ้างใน รุ่งรังสี วิบูลชัย (2537 : 13) ศึกษาพฤติกรรมอนามัยที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า “ หมู่บ้านมีบริการสุขภาพหลายอย่างทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน ลักษณะการเจ็บป่วยมีส่วนกำหนดการตัดสินใจเลือกรับบริการ เช่น น้ำเหลืองเสีย ต้องรักษาโดยวิธีไสยศาสตร์ อาการรุนแรงต้องรักษาแผนโบราณคู่กับแผนปัจจุบัน ”

เหตุผลการไปรับบริการ จึงเกิดจากความต้องการจริงและคาดหวังว่าจะได้รับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการเจ็บป่วย พฤติกรรม ทัศนคติความเชื่อในผลของการรักษา รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับแหล่งการรักษาหรือการเข้าถึงแหล่งบริการ

### 3) ความพึงพอใจ

ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการ ซึ่งความพึงพอใจจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่ต้องการหรือบรรลุความคาดหวังในบางระดับ ในทางตรงกันข้ามความพึงพอใจจะไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือความคาดหวังไม่ได้รับการตอบสนอง สำหรับผู้รับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ปรากฏว่าความพึงพอใจในคุณภาพด้านการนวดแผนไทยของหมอนวด เป็นบวกอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 4.12 คะแนน จากทั้งหมด 5 คะแนน ซึ่งเป็นบทบาทที่ผู้รับบริการได้จากการไปรับบริการ ประกอบด้วยวิธีการนวดปลอดภัย อาการทุเลา หมอนวดมีประสิทธิภาพ ด้านคุณภาพการให้บริการโดยทั่วไปของเจ้าหน้าที่ พบว่าค่าเฉลี่ย 3.79 ประกอบด้วยความมีธรรมาศัยไมตรี บริการตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ มีมาตรฐาน มีการให้คำปรึกษาเป็นกันเอง เอาใจใส่เสมอภาค ขั้นตอนการให้บริการรวดเร็วและจัดบริการเพียงพอ ด้านอุปกรณ์การนวดในสถานบริการ ผู้รับบริการ มีความพึงพอใจระดับมากค่าเฉลี่ย 3.90 ประกอบด้วยความสะอาดปลอดภัยได้มาตรฐาน และความเพียงพอของอุปกรณ์ต่อผู้รับบริการ ด้านสถานที่รับบริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกอยู่ในระดับมาก คือค่าเฉลี่ย 3.74 ประกอบด้วยความสะดวกของเสื้อผ้า สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆครบครัน ด้านความเหมาะสมของสถานที่ในการให้บริการ ค่าเฉลี่ย 4.06 ประกอบด้วย ที่ตั้งเหมาะสม มีบรรยากาศและเอกลักษณ์แบบไทย ในขณะที่ความเพียงพอของห้องน้ำห้องสุขาได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย

3.50 ด้านอัตราค่าบริการความพึงพอใจค่าเฉลี่ย 4.23 และผู้รับบริการคิดว่าจะแนะนำคนรู้จักให้มารับบริการอยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.41 ฉะนั้น จะเห็นว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงระดับมากที่สุด แต่เมื่อประมวลในภาพรวมทั้งหมดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก จึงทำให้ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้รับความไว้วางใจในคุณภาพการให้บริการ โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537) ศึกษาแนวความคิดและการวิจัยเรื่องความพึงพอใจในการบริการสาธารณสุข พบว่า “ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุ ที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในการรับบริการ ประกอบด้วยตัวแปร 3 ประการ คือ ด้านระบบการให้บริการ ด้านกระบวนการให้บริการและด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ” เบลูจมาศศิริกมลเสถียร (2542) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อการบริการของโรงพยาบาลอุบลราชธานี พบว่า “ ความสามารถของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจผู้รับบริการ ” สามัคคี เดชกล้า (2540) ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสาธารณสุข ที่สถานีอนามัยในเขตพื้นที่กิ่งอำเภอโพธิ์สุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า “ ประชาชนมีความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านระบบบริการ โดยพึงพอใจด้านสิ่งแวดล้อมต่ำสุด ” สุชาวดี สุทธิชนะ (2542) ศึกษาปัจจัยอิทธิพลต่อผู้บริโภคชาวไทยในการเลือกใช้บริการนวดแผนไทยในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า “ ปัจจัยส่วนผสมทางการตลาดของธุรกิจที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภค คือ ด้านบุคลากรและด้านบริการ ส่วนใหญ่ได้แก่ พนักงานมีประสบการณ์ ชำนาญ ให้ความสนใจต่อลูกค้า ด้านเครื่องมือที่มีอิทธิพลต่อผู้รับบริการ ได้แก่ด้านเสื้อผ้าที่สะอาด ด้านสถานที่สะดวกสบาย ด้านราคาดีด้านสื่อโฆษณา ” นฤมล กิจไพศาลรัตนา (2545 Online 14 กันยายน 2550 : <http://cuir.car.chula.ac.th>) ศึกษาการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ที่มีต่อบริการของห้องสมุดคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า “ ผู้ใช้บริการทุกกลุ่มพึงพอใจบริการโดยรวมของห้องสมุดในระดับมากได้แก่ ความมีอยู่อย่างเพียงพอของทรัพยากร ความรับผิดชอบและบุคลิกผู้ให้บริการ ลักษณะการให้บริการอย่างก้าวหน้า และลักษณะทางกายภาพของห้องสมุด โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในความรับผิดชอบ และบุคลิกผู้ให้บริการสูงกว่าปัจจัยด้านอื่น ” อมรรัตน์ เชาวลิต (2541) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาระดับมหาบัณฑิต ที่มีต่อระบบการจัดการบริการสารสนเทศของสำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเกริก พบว่า “ นักศึกษามีความพึงพอใจในด้านการให้บริการในระดับมาก ส่วนด้านพฤติกรรมผู้ให้บริการ อาคารสถานที่อยู่ในระดับปานกลาง ” รัชชา กุลวานิชไชยนันท์ (2535) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า “ ปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด คือ การได้รับความสะดวก มีสิ่งอำนวยความสะดวก ” โดยความรวดเร็วของการให้บริการเป็นความพร้อมที่จะให้บริการ เช่น ด้านความสะดวกคล่องตัว ต้องมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อนระยะเวลาไม่นานผู้รับบริการจึงจะเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลลิตา กระจ่างโพธิ์ (2546)

ศึกษาความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่า “ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพ โดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสะดวก ด้านการประสานงาน ด้านอรรถาธิบายความสนใจ ด้านข้อมูลที่ได้รับ ด้านคุณภาพบริการ และด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก ” เช่นเดียวกับ สมชาติ มณีน้อย (2535) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกใหม่ ต่องานบริการของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า “ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ คือ การใช้เวลารอคอยและยังพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ ระยะเวลาในการเดินทาง ” อนึ่ง ค่าใช้จ่ายในการบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดให้ผู้รับบริการได้พิจารณาถึงการเลือกใช้บริการ พบว่า การนวดแผนไทยมีค่าบริการอยู่ในระดับที่ไม่สูง จึงเป็นตัวเลือกที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และสามารถจ่ายได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อรายได้มากนัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชาญ รัตนดิถก ณ ภูเก็ต (2537) ศึกษาแนวความคิดและการวิจัย เรื่องความ พึงพอใจในการบริการ สาธารณสุข พบว่า “ ตัวแปรอันหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการ ประกอบด้วยการมีคุณค่าของบริการที่ได้รับ และความคุ้มค่าคุณธรรมในราคาของระบบบริการที่ให้ ” ฉะนั้น สถานะที่ให้บริการจึงต้องมีความพร้อม เพื่อสนองต่อความต้องการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ในทุกด้าน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และไปรับบริการอย่างต่อเนื่อง

ความพึงพอใจ จึงเป็นความรู้สึกของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจ จะไม่เกิดขึ้นหากบริการที่ได้รับไม่ตอบสนองต่อความต้องการหรือตามความคาดหวัง ดังนั้น ผู้รับบริการ จะเกิดความพึงพอใจ ต่อเมื่อมีความรู้สึกว่าการให้บริการทางสุขภาพออกมาเป็นบวก อาทิเช่น บริการหลักตามที่คาดหวังจากนโยบาย ซึ่งรัฐกำหนดให้สอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้รับบริการ

### 2.2.2 ผู้ให้บริการ

1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย (ตามทัศนคติของผู้ให้บริการในด้านการให้บริการ)

ผู้ให้บริการ มีทัศนคติต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญา ด้านการนวดแผนไทย อธิบายได้ว่า

หลังจากรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายกำหนดให้การแพทย์แผนไทย เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค วิธีการที่รัฐคาดหวังมากที่สุดวิธีหนึ่ง คือ การบำบัดรักษา โดยการนวดแผนไทยแบบราชสำนัก ว่ามีประสิทธิภาพในการให้บริการ สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการและสังคม นโยบายดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อบทบาทของเจ้าหน้าที่และ



หมอนวดที่ให้บริการ ซึ่งต้องอาศัยพื้นฐานทางทัศนคติและความเชื่อของบุคคลากร เป็นตัวเชื่อมโยงกับปัจจัยดังกล่าว โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทด้านการนวดแผนไทย พบว่า

(1) ด้านการตรวจวินิจฉัยเพื่อการบำบัดรักษาแบบการแพทย์แผนไทย

ผู้ให้บริการเห็นด้วยว่าการตรวจวินิจฉัย เพื่อการบำบัดรักษาตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทยมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากอาศัยหลายปัจจัยมาประกอบในการวินิจฉัย ทั้งหลักความสมดุลของธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ หลักโหราศาสตร์ หลักพุทธศาสนา หรือพลังจักรวาลความเชื่อในธรรมชาติ ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางภูมิปัญญาที่มีการใช้ดูแลสุขภาพมาตั้งแต่โบราณ จนกลายเป็นทฤษฎีและมีผลในทางปฏิบัติ ซึ่งการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยไม่ยุ่งยาก หรือมีวิธีการที่ไม่ซับซ้อน ประกอบกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ได้ศึกษาอบรมตามหลักแนวคิดทฤษฎีและปรัชญาทางการแพทย์แผนไทย โดยเชื่อว่าสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยของมนุษย์เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ

ก. เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ เป็นความเชื่อที่อธิบายว่าเกิดจากสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ และอธิบายไม่ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์

ข. เกิดจากการกระทำของธรรมชาติ เป็นความเชื่อที่อธิบายว่า เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุต่างๆในร่างกาย

ค. เกิดจากพลังของจักรวาล เป็นความเชื่อที่อธิบายว่า เกิดจากอิทธิพลของดวงดาวต่างๆ ซึ่งมีทั้งพลังที่สร้างสรรค์และพลังที่ทำลายสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีสาเหตุการเกิดโรคของ Foster ที่อธิบายว่า 1) Personalistic Medical System เป็นระบบความเชื่อที่อธิบายว่าสาเหตุการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสิ่งนอกเหนือธรรมชาติ 2) Naturalistic Medical System เป็นระบบความเชื่อที่อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากความไม่สมดุลของธาตุต่างๆในร่างกาย

ฉะนั้น ผู้ที่มีใบประกอบโรคศิลปะเวชกรรมแผนโบราณ จึงสามารถตรวจรักษาโรคได้ เนื่องจากในปีพ.ศ. 2530 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อรองรับแพทย์อายุรเวท และแบ่งการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณประยุกต์ และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป ซึ่งเป็นการตรวจวินิจฉัย เพื่อการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมตามสภาพแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณี ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์อันยาวนานเพื่อช่วยเหลือกันในสังคม โดยมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาในบางอาการของโรค ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาหรือไม่สามารถอธิบายได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ หรือเป็นอาการของโรคที่เกิดซ้ำซาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2546) การศึกษาการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้านและบทบาทของหมอพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ : กรณีศึกษา พ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์

2546 พบว่า “ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของหมอพื้นบ้านพ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ มีปัจจัยหลัก 1) ความสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ยังพึ่งพาอาศัยธรรมชาติเป็นหลัก และยังคงรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณีดั้งเดิมโดยมีความเชื่อในเรื่องผีสาगरมตกรรมชั่ว ดังนั้นการเจ็บป่วยในบางอาการของโรค จึงยังคงเลือกใช้บริการกับหมอพื้นบ้าน เนื่องจากหมอแผนปัจจุบันไม่รู้และไม่เข้าใจ รวมทั้ง รูปแบบการบริการยังมีความยืดหยุ่น เข้าใจถึงสภาพภูมิหลังของผู้ป่วยและญาติได้ดี 2) ลักษณะ การเจ็บป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคซ้ำๆกัน ทำให้มีประสบการณ์ในการรักษาโรค 3) ประสิทธิภาพ การเป็นหมอ ปัจจัยเสริมได้แก่ 1) ความพึงพอใจในรูปแบบบริการ 2) คุณสมบัติของหมอพื้นบ้าน นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านยังมีภูมิปัญญา ที่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลตนเองใน ยุคปัจจุบันโดยใช้ต้นทุนต่ำ ” กนกวรรณ ระวัง (2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาการฟ้อนสะเองของชาวไทยภูเขา พบว่า “ บทบาทของพิธีกรรมการฟ้อนสะเอง เป็นกระบวนการที่สืบเนื่องสัมพันธ์กันในบทบาท ของสังคมชาวไทยภูเขา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติด้วยวิทยาการแพทย์ แผนปัจจุบัน และเมื่อหายจากอาการเจ็บป่วยต้องทำการเข้าทรงเพื่อสักการะขอขอบคุณผีสะเอง เป็น พิธีกรรมที่มีบทบาท 3 ประการต่อสังคมชาวไทยภูเขา คือ บทบาทในการควบคุมทางสังคม บทบาทใน การสร้างความสัมพันธ์ของกลุ่มคนในสังคม และสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ สำคัญยิ่ง ”

(2) *ด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟู* ผู้ให้บริการเชื่อและเห็นด้วยเป็นอย่างมาก มากกว่าการบำบัดรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทยส่งผลดีต่อสุขภาพ เนื่องจากได้มีการสอนหมอนวด ให้เข้าใจในระบบสรีรวิทยาก่อนการประกอบอาชีพ อีกทั้ง ปัจจุบันนำหลักการทางวิทยาศาสตร์เข้า มาใช้ในการดูแลสุขภาพ จึงเป็นวิธีการรักษาที่น่าเชื่อถือปลอดภัย สามารถบำบัดรักษาหรือบรรเทา อาการของโรคได้มาก และยังสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นการลดภาระแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้ง ยังเชื่อว่าบทบาทการนวดแผนไทย มีการยอมรับในระดับสากล อธิบายได้ว่าวิธีการนวดแผนไทย มี ความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายของรัฐที่เน้นนำการแพทย์แผนไทย เข้าไปผสมผสานกับการให้บริการตั้งแต่ 2528 เป็นต้นมา ทำให้สามารถลดการใช้จ่ายแผนปัจจุบัน ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายภาพรวมของประเทศ และสามารถแบ่งเบาภาระบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ ภัทพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ (2539) ศึกษาทัศนคติและการยอมรับของ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบัน ในจังหวัดกาญจนบุรี ต่อการนวดไทยในการ แก้ปัญหาสุขภาพ พบว่า “ การนวดเป็นการรักษาอาการปวดตามวิธีการของการแพทย์แผนไทย สามารถทดแทนยาแก้ปวดได้ ” และผลการศึกษาของ เรณู มีชนะ (2544) ศึกษาเปรียบเทียบผลการ นวดไทยประยุกต์ กับการใช้พาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียด พบว่า “ ผลของการนวดทำให้การเต้นของชีพจรลดลง พร้อมกับอาการปวดศีรษะได้ลดลงทันทีหลังการนวด

ขณะที่ยาพาราเซตามอลบรรเทาอาการได้ช้ากว่า เพราะฉะนั้นหากนำการนวดมาเผยแพร่ก็สามารถบรรเทาอาการปวดศีรษะได้ โดยมีต้องพึงการกินยาพาราเซตามอล ” และวิธีการนวดปลอดภัย เนื่องจากมีการนำไปรักษาร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งมีการคัดกรองจากแพทย์อายุรเวชและหมอนวด ตลอดจนมีการควบคุมกำกับหมอนวดโดยแพทย์อายุรเวช จึงทำให้บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุไร นิโรชนันท์ (2539 อ้างในเพ็ญประภา หวานคำ : 2542) ศึกษาเรื่องผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดและได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทานตามเวลาตามแผนการรักษา ซึ่งรับไว้รักษาและบรรเทาอาการของโรคมะเร็ง ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถีพบว่า “ ระดับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังร่วมกับการรักษาด้วยยาแก้ปวด ที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการนวด ” เทวีกา เทพญา (2546) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า “ ผู้ป่วยที่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์ มีระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของความปวด และความทุกข์ทรมานจากความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยประยุกต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ” และผลการศึกษาของ จิมรี แก้วงาม (2538 อ้างใน กมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546) ศึกษาการรักษาโรคอัมพาตของแพทย์แผนโบราณในเขตจังหวัดสงขลา พบว่า “ การแพทย์แผนโบราณใช้การรักษาโดยการนวดตามอวัยวะ ผสมผสานกับการรักษาแผนปัจจุบันและการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นที่นิยมของผู้รับบริการ โดยวิธีการนวดสามารถลดภาวะแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากสามารถบำบัดหรือ บรรเทาอาการในผู้ป่วยให้ดีขึ้นถึงร้อยละ 90 ทั้งในผู้ป่วยทางกายกรรมโรคร้ายแรงอย่างมะเร็ง ” และการรักษาด้วยวิธีการนวดแผนไทย ยังสามารถประหยัดค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้รับบริการพิจารณาเลือกใช้การนวดแผนไทยด้วยความพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยูภา ภูสันติสัมพันธ์ (2538) ที่พบว่า “ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย คุณภาพของการให้บริการและอรรถาศัยของเจ้าหน้าที่ ”

(3) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้ให้บริการเห็นด้วยในระดับมากกว่า วิธีการนวดสามารถทำให้ผ่อนคลายและป้องกันโรคได้ รวมทั้งการรักษาความสมดุลของธาตุในร่างกาย การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนเพื่อให้ร่างกายสมดุล และการสวดมนต์ทำสมาธิหรือฝึกจิตเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการทางธรรมชาติที่ไม่ยุ่งยากรวมทั้งเป็นวิถีชีวิตของคนไทยอธิบายได้ว่า

ก. วิธีการนวด สามารถทำให้ผ่อนคลายและป้องกันโรคได้ เนื่องจากตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การนวดสามารถช่วยให้ ก) ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ หรือ

ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ข) เพิ่มระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เส้นเลือดฝอยขยายตัวและขับถ่ายของเสียจากเซลล์สู่ระบบเลือดดำและปัสสาวะได้เพิ่มขึ้น ทำให้บรรเทาอาการปวดอันเนื่องมาจากการคั่งค้างของสารเคมีที่เป็นของเสียจากการทำงานเซลล์ ค) เพิ่มประสิทธิภาพทางเดินหายใจ หลังการนวดทั้งตัวผู้ป่วยจะรู้สึกผ่อนคลายทำให้อัตราการหายใจลดลง ง) พื้นฟูสภาพของระบบกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ 2546 : 6) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชัย อิงพิณิงพงศ์ และนิทรา มนตรี (2542 อ้างใน นาถฤดี มณีเนตร 2549) ศึกษาเรื่อง ผลทางสรีรวิทยาเบื้องต้นของการนวดเท้าแบบประยุกต์ของคนปกติที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่า “ การนวดเป็นการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยไม่มีผลกระทบต่อสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย) ช่วยเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือด และความยืดหยุ่นตัวของร่างกาย ” นฤมล ลีลาวิวัฒน์ (2541 อ้างในเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ : 2546) ได้ศึกษาประสิทธิผลทางสรีรวิทยาของการนวดไทยในการลดปวด การทำงานของกล้ามเนื้อและภาวะแทรกซ้อน พบว่า “ ระดับการปวดลดลง ความทนทานของการทำงานของกล้ามเนื้อมีมากขึ้น ”

ข. การรักษาความสมดุลของธาตุในร่างกาย สามารถป้องกันโรค อธิบายได้ว่า ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมหาภูตรูป 4 เป็นสิ่งที่สำคัญส่วนใหญ่ของร่างกาย ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติแตกต่างกัน แต่มีความสัมพันธ์กัน โดย ธาตุดิน มีธาตุน้ำซึมซาบอยู่ยึดไว้ให้ติดกันมีธาตุลมพยุ่งไว้ให้ตั้งได้ มีธาตุไฟทำให้อบอุ่น ธาตุน้ำ มีธาตุดินให้อาศัยเป็นที่ซึมซาบ มีธาตุลมพยุ่งไว้และทำให้ไหล มีธาตุไฟทำให้อุ่น ธาตุลม มีธาตุดินให้อาศัยมีธาตุน้ำให้ยึดไว้ มีธาตุไฟรักษาไว้ให้เกิดพลัง ธาตุไฟ มีธาตุดินเป็นที่อาศัยมีธาตุน้ำยึดและมีธาตุลมพยุ่งไว้ ฉะนั้น จึงต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันหรือต้องมีความสมดุล อีกทั้ง การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน เพื่อให้ร่างกายสมดุลสามารถป้องกันโรคได้ เนื่องจากเชื่อว่าอาหารสามารถปรับให้ร่างกายสมดุลตามธาตุ จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ เช่น “ ธาตุเจ้าเรือนอยู่ใน ธาตุดิน อาหารที่ควรรับประทานเพื่อปรับสมดุลธาตุ ก็คืออาหารที่มี รสฝาด หวาน มัน เค็ม ได้แก่ มันจุก ผรั่งคิบ ฟักทอง ถั่วต่างๆ เงาะ น้านม น้าอ้อย น้ามะพร้าว เกลือ ฯลฯ ธาตุไฟ ควรเลือก รสขม จืด เย็น ได้แก่ ผักบั้ง ตำลึง แดงโม บัวบก ชีเหล็ก และควรหลีกเลี่ยงอาหารเผ็ดร้อน น้าสมุนไพรที่คัดต่อการบำรุงธาตุคือน้ำใบบวบ และน้ามะระขี้นก ธาตุลม ควรเลือกอาหารรสเผ็ด และรสขม ได้แก่ เตยหอม บัว จิงข่า ตะไคร้ กระชาย พริกไทย โหระพา กะเพรา ธาตุน้ำ ควรเลือกอาหารรสเปรี้ยว เช่น มะกรูด มะนาว ส้ม สับปะรด มะเขือเทศ ส่วนน้าสมุนไพรที่ช่วยบำรุงธาตุคือน้ำมะนาว น้าส้ม น้าฝรั่ง ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด” (Online 6 พฤษภาคม 2551: <http://www.ku.ac.th/e-magazine/may50/know/horo.htm>) และเชื่อว่า “ การสวดมนต์ทำสมาธิหรือฝึกจิต เป็นการส่งเสริมสุขภาพปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรค ตามหลักจิตตานามัย ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพในเรื่องที่เกี่ยวข้อง

กับทางจิต เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา ชีวิตานามัย เป็นการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสายกลางเช่น มีอาชีพที่สุจริต รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดี” (คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยวิถีแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน 2551 : 27-28) การแพทย์แผนไทยจึงเป็นการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ ตามความเชื่อดั้งเดิมทางศาสนาและท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2533 อ้างในเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546) ที่กล่าวถึง ภาพรวมของระบบการแพทย์พื้นบ้านว่า “ ประกอบขึ้นจากระบบการแพทย์ย่อยๆ ที่สังคมได้สังเคราะห์ขึ้นและถ่ายทอดกันมาจากรากเหง้า ที่สามารถทำความเข้าใจได้ 3 กระแส คือ วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี , วัฒนธรรมพราหมณ์และพุทธศาสนา โดยแบ่งการแพทย์พื้นบ้านเป็น 4 แบบ คือ 1) การแพทย์แบบประสภารณ์ 2) การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ 3) การแพทย์แบบโหราศาสตร์ 4) การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ (การคิ) ระบบการแพทย์แผนไทย จึงเป็นการดูแลสุขภาพตามพลวัตของวิถีความเชื่อและวิถีปฏิบัติภายใต้การเปลี่ยนแปลงสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้มีการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย ตามอาการและสาเหตุการเจ็บป่วย ”

กล่าวได้ว่าการแพทย์แผนไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับที่มาของความเจ็บป่วยจากสรรพสิ่งต่างๆข้างต้น การบำบัดรักษาตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย จึงเป็นการประมวลเอาปรัชญาความรู้ที่เกี่ยวกับวิถีประเพณีปฏิบัติ ตามสถานภาพและบทบาทที่ได้มีการยอมรับ มาปรับใช้เพื่อการดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษาที่โยงใยกับการดำเนินชีวิต รวมทั้งตั้งอยู่บนฐานวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีแบบไทย โดยจะเห็นได้ว่าทฤษฎีการแพทย์แผนไทยที่กล่าวมานั้น เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งคนไทยในอดีตได้ศึกษาค้นคว้ากลายเป็นภูมิปัญญาที่มีอัตลักษณ์ของตนเอง และถ่ายทอดต่อเนื่องกันมาหลายชั่วอายุคน สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมธรรมชาติในการดูแลรักษาสุขภาพอย่างสมดุล

## 2) ปัจจัยองค์กร ที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย

(1) การให้บริการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ปัจจุบันศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ยังไม่สามารถให้บริการครบวงจรเนื่องจากข้อจำกัดของสถานที่ แต่คุณภาพการให้บริการนวดอยู่ในระดับที่ดี มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการให้บริการมีความเสมอภาคปลอดภัย อธิบายได้ว่าปัจจัยองค์กรอันมีนโยบายหลัก เป็นตัวกำหนดบทบาทแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน โดยเน้นเพื่อการบำบัดรักษา สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และองค์กรยังมีความเชื่อหรือความมั่นใจในบทบาทหน้าที่รวมทั้งศักยภาพของการให้บริการ ซึ่งได้มีการปฏิบัติจริงตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ที่อิงหลักวิทยาศาสตร์ของแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อต่อยอดความแม่นยำในการให้บริการที่ได้มาตรฐาน

สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา ศรียากุล (2543) ศึกษารูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการ นวด อบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า “ ภาพรวมของรูปแบบการให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เป็นรูปแบบการให้บริการที่เป็นลักษณะผสมผสานครบวงจร และมีมาตรฐานตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สามารถเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน ” ฉะนั้น จึงสามารถนำมาใช้ผสมผสานเพื่อการบำบัด รักษา หรือทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ในบางอาการของโรค ซึ่งปัจจุบันไม่เพียงแต่หมอนวดเท่านั้น บุคลากรสาธารณสุขยังได้สังเกตเห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยมากขึ้น และได้มีการศึกษาทำความเข้าใจในหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุญมาส สิริประภา และ จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (2535 อ้างในฉวีวรรณ ม่วงน้อย : 2547) ศึกษาแพทย์แผนไทยในทัศนคติของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านวิทยาศาสตร์ พบว่า “ บุคลากรสาธารณสุขแผนปัจจุบัน มีความเข้าใจในการแพทย์แผนไทยว่าเป็นการบำบัดรักษาโรคโดยใช้ยาสมุนไพร และมีความสนใจที่จะศึกษาเรียนรู้ มีการยอมรับยาสมุนไพรมากที่สุด รองลงมาคือหมอนวดจับเส้นและหมอดำยาตาม ลำดับ ” อภิศักดิ์ เหลืองเวชการและคณะ (2535 อ้างในชวน อะโนศรี : 2546) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขปัจจุบันพบว่า “ บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ เห็นว่าการแพทย์แผนไทยมีประโยชน์เห็นควรมีการพัฒนาต่อไป ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่า การบริการด้านการแพทย์แผนไทยสามารถรองรับ และแบ่งเบาการบริการของแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ”

## (2) บทบาทการให้บริการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบัน

การแพทย์แผนไทย มีบทบาทด้านบำบัดรักษามากที่สุดรองลงมาคือด้านส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่าการให้บริการนวด แพทย์อายุรเวทมีการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มีประสิทธิภาพและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ โดยมีการคัดกรองหมอนวด เพื่อให้มีการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่หมอนวดผ่านการฝึกอบรม 800 ชั่วโมง จากสถาบันการแพทย์แผนไทย จึงมีความเชี่ยวชาญและรอบรู้ในหลักวิธีการนวดแผนไทยเป็นอย่างดี สามารถให้บริการนวดเพื่อบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศักดิ์ชัย จันทรสังเคราะห์ (2545 อ้างในปรีชา หนูทิม 2546) ได้ศึกษาการรักษาโรคด้วยวิธีนวดของหมอพื้นบ้านในจังหวัดสงขลา พบว่า “ หมอนวดมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่รักษาด้วยวิธีนวด สามารถบอกอาการสาเหตุของการเกิดโรคได้ และบอกถึงวิธีการรักษาได้ จำนวน 47 โรค ซึ่งหมอนวดทุกคนต้องผ่านการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานก่อนทำการนวด ” และ นาดฤดี มณีเนตร (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ กรณีศึกษาการนวดแผนไทย พบว่า “ พนักงานบริการนวดผ่านการฝึกอบรมจากหลักสูตรมาตรฐานที่กระทรวงสามารถรับรอง

ร้อยละ 76 ” นอกจากนี้ ผู้ให้บริการยังมีการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน โดยมีการมอบหมาย ความรับผิดชอบตามตำแหน่งหน้าที่อย่างยุติธรรม ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์การดำเนินงาน แบบประชาธิปไตย และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของหน่วยงาน รวมทั้งมีการสร้างขวัญและกำลังใจซึ่งกัน และกันทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Aiken and Hage (1966 : 497-507 [http://dit.dru.ac.th/home/005/Excellent/paweenan\\_lesson%202.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/Excellent/paweenan_lesson%202.doc)) ดัชนีศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างขององค์กรกับความรู้สึกแปลกแยก โดยการศึกษาเปรียบเทียบองค์กร สังกศสมสเคราะห์ ที่มีรูปแบบการทำงานแบบรวมอำนาจกับรูปแบบการกระจายอำนาจ พบว่า “ ตัวแปร ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อความรู้สึกแปลกแยกของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร คือ ระดับการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจในการทำงาน การยึดหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติงาน และมีระดับการกวดขันติดตาม การปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ในการทำงาน เป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่แสดงถึงบรรยากาศของการทำงาน ที่มีขวัญและกำลังใจในการทำงานสูงสำหรับผู้ปฏิบัติในองค์กร ” ฉะนั้น จะพบว่าผู้ให้บริการมีทัศนคติ ที่ดีต่อสถานภาพและบทบาท ของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในระดับที่มาก สอดคล้องกับผล การศึกษาของ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ (2546) ได้ศึกษา เรื่อง การศึกษาองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทย การนวดไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่ระดับนานาชาติและสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการพึ่งพา พบว่า “ ผู้ให้บริการประกอบอาชีพนวดเป็นหลักร้อยละ 83.3 มีทัศนคติที่ดีต่อการนวด ร้อยละ 94.4 ”

### (3) การส่งเสริมการให้บริการนวด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย

สถาบันการแพทย์แผนไทย มีการส่งเสริมการให้บริการนวด ด้วยการจัดบริการด้านการนวดอยู่ใน ชุดสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถเบิกจ่ายได้ตามระเบียบทางราชการ เนื่องจากมีสิทธิ เช่นเดียวกับการใช้บริการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “ ได้จัดสรร งบประมาณ สมทบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปี 2551 ในสถานพยาบาลที่มี การเปิดให้บริการเป็นปีแรก เพื่อส่งเสริมการให้บริการการแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาลที่มี การเปิดให้บริการในอัตรา 1 บาทต่อหัวประชากร หรือ 46.477 ล้านบาท เมื่อรวมกับงบสนับสนุน ปี 2550 จำนวน 28.2 ล้าน ” (Online 18 ธันวาคม 2551 : [www.healthcorners.com/2007/ews/Read.php?id=673](http://www.healthcorners.com/2007/ews/Read.php?id=673)) ซึ่งควรทำความเข้าใจแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถใช้สิทธิของตนเองได้อย่างเต็มที่ และเพื่อสร้างแรงจูงใจหรือกระตุ้นให้ประชาชนไปใช้บริการ เนื่องจากส่วนหนึ่งยังไม่เข้าใจ หรือยังไม่รับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ของตนเอง โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญญา ณ ระนอง (2548 Online 8 มกราคม 2552 : <http://library.hsri.or.th/abs/res/hs1174t.doc>) ที่ได้ศึกษาความคาดหวัง การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของ ประชาชน พบว่า “ ประชาชนมักจะทราบถึงความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน แต่ใน หลายกรณีจะไม่ทราบรายละเอียดในสิทธิประโยชน์ของสิทธิที่ตนมี ” พิมพ์พรรณ พลรักษ์ และคณะ





(4) สถานที่ตั้ง ความสะดวกสบาย คุณภาพในการให้บริการ พบว่า

สถานบริการตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นจุดศูนย์กลางในการรับผิดชอบงานด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน เจ้าหน้าที่จึงต้องมีความรอบคอบ และมีความรู้ความเชี่ยวชาญอยู่ในระดับที่ดี สำหรับความสะดวกสบายยังไม่คล่องตัว เนื่องจากสถานที่ยังคับแคบ แต่มีวัสดุอุปกรณ์สะอาดได้มาตรฐานการให้บริการจึงมีคุณภาพ ตลอดจนใช้เวลาในการนัดและอัตราค่าบริการที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญมาศ บุญใจเพชร (2526 อ้างใน กมลรัตน์ ณ หนองคาย 2546) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางสังคมวิทยาของผู้ป่วยที่ไปใช้บริการแพทย์แผนโบราณและแผนปัจจุบัน พบว่า “ ผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการรักษาแผนโบราณเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อดั้งเดิมในด้านประสิทธิภาพของการรักษา มีความพึงพอใจต่อการให้บริการและความสะดวกสบาย ไม่มีกฎระเบียบยุ่งยาก ธรรมชาติผู้ให้บริการดี บางคนมีความกลัวต่อการรักษาแผนใหม่ และมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย กลุ่มที่มารับรักษาแผนโบราณส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือล้มเหลวจากการรักษาแผนปัจจุบัน และไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายที่สูงได้ ” เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วันดี องค์กรนะสุข (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการนวดประคบและอบสมุนไพร พบว่า “ ทักษะคดีและพฤติกรรมที่มีผลต่อการใช้บริการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ทำให้ทราบถึงความพึงพอใจในราคาค่าบริการ ความชำนาญของหมอนวด บรรยากาศของสถานที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจเลือกใช้บริการ ”

3) สถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการการนวดแผนไทย

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นองค์กรหนึ่งที่มีกรอบของสังคมคอยกำหนดแนวทางในการประพฤติปฏิบัติ เนื่องจากมีสถานภาพเป็นบุคลากรของรัฐ ซึ่งมีตำแหน่งหน้าที่และมีบทบาทในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย สถานภาพและบทบาทของบุคลกรรวมทั้งองค์กร จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานโดยจะเป็นตัวชี้วัดที่บ่งถึงผลการดำเนินงาน ว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่เพียงใด เกี่ยวกับภูมิปัญญาไทยในด้านนี้ ซึ่งพบว่า

(1) ด้านนโยบาย องค์กรมีความรู้ความเข้าใจในนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุข และมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตามกฎระเบียบของสถานบริการอย่างเต็มความสามารถมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของการให้บริการ และมีความภาคภูมิใจในอาชีพตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ กล่าวได้ว่านโยบายเป็นกรอบในการดำเนินงาน ให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ได้กำหนดอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล ที่กล่าวถึงนโยบายพัฒนาคนและสังคมที่มีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนา คือ “ การทำให้คนมีความสุขซึ่งจะต้องประกอบด้วยการมีสุขภาพแข็งแรง ครอบคลุมทั้งที่อบอุ่นมีสภาพแวดล้อมที่ดี มีสังคมที่สันติและเอื้ออาทร รัฐบาลจึงถือเป็นนโยบายสำคัญ

ที่จะต้องพัฒนาคนและสังคมให้มีคุณภาพ รวมถึงอนุรักษ์ส่งเสริมทุนทางสังคมที่เข้มแข็งของประเทศไทย ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่จะทำให้เศรษฐกิจมีความมั่นคงและยั่งยืน ” (Online 7 ธันวาคม 2551 : [http://www.onec.go.th/policy/policy\\_g.htm](http://www.onec.go.th/policy/policy_g.htm)) นโยบายจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางกรอบที่ได้ผลเชิงประจักษ์ นโยบายจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของสังคม และจะต้องมีการประสานกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรมจึงจะสัมฤทธิ์ผล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวัชชัย เอกชัยศิริ (2548 Online 25 กันยายน 2551 : [http://www.polsci.tu.ac.th/mpe/thesis/MPE13/mpe13\\_24.doc](http://www.polsci.tu.ac.th/mpe/thesis/MPE13/mpe13_24.doc)) ศึกษานโยบายการท่องเที่ยว : กรณีศึกษาการฟื้นฟูเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ต หลังเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ ” พบว่า “ การแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จะต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ด้วยการดำเนินนโยบายสาธารณะอย่างจริงจัง รวมทั้งต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างภาครัฐ , องค์กรปกครองท้องถิ่น , ชุมชนและเอกชนผู้ประกอบการ ถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จ ในการดำเนินนโยบายการท่องเที่ยวเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ต ภายหลังจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ “ สึนามิ ” มากกว่าที่จะเป็นเรื่องของภาครัฐแต่เพียงผู้เดียว ”

(2) *หลักการปฏิบัติงานในองค์กร* โดยมีหลักในการปฏิบัติงาน คือ การยึดหลักคุณธรรม รับผิดชอบต่องานที่ทำและผลที่จะเกิดขึ้นมีความเสมอภาค มีความเป็นประชาธิปไตย มีมนุษยสัมพันธ์และมีพฤติกรรมที่อบอุ่นอ่อนโยน ทั้งผู้ให้บริการด้วยกันเองและผู้รับบริการ จึงเป็นความสัมพันธ์ที่แสดงออกถึงพฤติกรรม ที่สร้างความมั่นใจและสร้างศรัทธาต่อผู้รับบริการ พฤติกรรมดังกล่าว จึงเป็นบทบาทการให้บริการที่สะท้อนออกมาในด้านบวก ซึ่งสอดคล้องกับหลักการทำงาน 10 ประการ ประกอบด้วย “ 1) อ่อนน้อมถ่อมตน 2) ประสานมิตรผูกไมตรี 3) มีสติมั่นคง ไม่หวั่นไหว 4) ดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดี 5) ทำงานด้วยความรอบคอบ 6) กิจกรรมกลุ่มแนบแน่น 7) มุ่งมั่นประกาศธรรม 8) เป็นอยู่ต่ำ กระทำอย่างสูง 9) ทำงานโดยไม่หวัง ไม่เอาไม่เป็น 10) ยกประโยชน์ให้พระธรรม ” (kanokporn--Joy หน่วยประกันคุณภาพการศึกษา (QA) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Online 5 มกราคม 2552 : <http://gotoknow.org/blog/med-nuqa-joy/92629>)

(3) *บทบาทผู้ให้บริการ* เป็นบทบาทผู้ให้แก่สังคมอย่างแท้จริงด้วยบทเริ่มต้นจากการให้ความรักความผูกพันในหมู่คณะ และทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อสัมพันธภาพของความสามัคคี ทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีความสุขและเกิดความภาคภูมิใจในการทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วุฒิพร ศรีมังกรแก้ว (2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการวางแผนไทย : ศึกษากรณีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า “ ทักษะคนดี ผู้ให้บริการมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพการวางแผนไทย ทำประโยชน์ให้กับสังคมมีสติทั้งกาย วาจา ใจ มีสมาธิ มีการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สำหรับทักษะคนดี

ผู้รับบริการพบว่ามีความรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด สภาพะของร่างกายได้ทำงานกระชับขึ้น ร่างกายสมบูรณ์ได้สัดส่วน สำหรับความพึงพอใจผู้ให้บริการมีความสุข มีความภูมิใจได้รับการยกย่องจากสังคม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และเชี่ยวชาญด้านการวางแผนไทยทำให้เกิดทัศนคติที่ดีส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่าพึงพอใจกับร่างกายของตนเองระบบต่างๆภายในร่างกายทำงานได้ดี มีระบบการไหลเวียนของโลหิตบรรเทาอาการปวดเมื่อยร่างกายสดชื่นขึ้น ” เช่นเดียวกับ เตือนดา วิโรจน์อุไรเรือง และคณะ (บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545) ได้ศึกษาสุขภาพทางอารมณ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวช ของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พบว่า “ บุคลากรทางการพยาบาลมีภาวะสุขภาพทางอารมณ์อยู่ในระดับดี มีการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพทางอารมณ์ ที่สัมพันธ์เป็นองค์ประกอบรอบด้าน พบว่าองค์ประกอบย่อยสุขภาพทางอารมณ์ ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ความภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบ และความพึงพอใจในชีวิต ” ทั้งนี้ เพื่อให้บริการมีคุณภาพได้รับความเชื่อถือผู้ให้บริการจึงต้องมีหลายบทบาทในการปฏิบัติ หรือให้บริการหลายด้านประกอบกัน สอดคล้องกับ โสภิตา ขงยอด (2538 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาบทบาทและสถานภาพของระบบบริการแพทย์แผนไทย : ศึกษาเฉพาะกรณีของพระครูพิศิษย์ ธรรมจารย์ (สุนทรโร) พบว่า “ พระครูไม่เพียงแต่มีบทบาทเป็นแพทย์รักษาคณไข้และเภสัชปรุงยาเท่านั้น หากแต่มีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร อีกทั้ง เป็นนักรักษาสมุนไพร โดยนำมาแจกจ่ายและส่งเสริมให้ชาวบ้านปลูก ” สมใจ ศรีหล้า (2535 : บทคัดย่อ) ศึกษาหมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน พบว่า “ หมอธรรมนอกจากบทบาทในด้านการรักษาพยาบาลแล้ว ยังพบว่ามีบทบาทที่สำคัญต่อชุมชน คือ การเป็นผู้นำทางธรรมชาติทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยพิพาทคดี เป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และพิธีต่างๆ ” รวมทั้งมีการพัฒนาปรับปรุงศักยภาพและบทบาทของผู้ให้บริการ โดยการเพิ่มพูนทักษะการระดมสมองและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ให้บริการมีประสิทธิภาพและก้าวทันต่อการเปลี่ยนของสังคมอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี บุญสุวรรณ (2544 : บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545) ศึกษาการพัฒนางานตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า “ หลังจากร่วมกันระดมสมองวิเคราะห์ จัดลำดับคัดเลือก และแก้ไขปัญหา อันดับแรกคือ การลดขั้นตอนการรับบริการเป็นแบบ One Stop Service และนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการลงข้อมูล มีการจัดอัตรากำลังหมุนเวียน หลังจากดำเนินการได้ 6 เดือน การประเมินผล พบว่าระยะเวลาในการตรวจทุกขั้นตอนลดลงจากเดิมและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ” วินัย อึ้งพินิจพงศ์ และคณะ (2545 บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545) ได้ศึกษาการพัฒนาาระบบดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า “ จากการตรวจสอบ

พบมีข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น 352 จุด ซึ่งหลังจากได้กำหนดวิธีการแก้ไขระบบดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุแล้ว พบว่าข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นลดลงกว่าร้อยละ 50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันได้ลดลงกว่าร้อยละ 50 เช่นกัน "

#### 4) ทักษะคนผู้ให้บริการต่อสถานภาพการนวดแผนไทย

##### (1) สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ผู้ให้บริการมี

ทัศนคติหรือมีความเห็นต่อปัจจัยที่ก่อให้เกิดสถานภาพการนวดแผนไทยว่า มาจากปัจจัย 2 ประการ ประกอบด้วยปัจจัยด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ (จากทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม)

ก. ด้านสังคม จากความต้องการแก้ไขในปัญหาสุขภาพด้วยวิธีที่ปลอดภัย ซึ่งทุนสังคม มีอยู่ 4 ประการ คือ ทุนมนุษย์ หรือคน ทุนสถาบัน ทุนวัฒนธรรม และทุนภูมิปัญญา หรือองค์ความรู้ ทุนทางสังคม (Social capital) แม้จะเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นมาไม่นาน แต่เป็นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งได้ผูกพันกับวิถีชีวิตของคนไทยมาหลายชั่วอายุคน และเป็นทุนทางสังคมที่ประกอบขึ้นจากระบบการรวมตัว การร่วมคิด ร่วมทำบนพื้นฐานของความไว้วางใจ สายใย ความผูกพัน และวัฒนธรรมที่อิงตามบรรทัดฐานของสังคมไทย โดยเชื่อมโยงวัฒนธรรมประเพณี ผ่านระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับสิ่งแวดล้อมที่มีการให้คุณค่าความศรัทธา การยอมรับ และเคารพในศักดิ์ศรี ตามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน สถาบัน วัฒนธรรม และภูมิปัญญาหรือองค์ความรู้ ซึ่งเกิดเป็นพลังในชุมชนและสังคม ทุนทางสังคมจำแนกออกได้เป็น 2 แบบ คือ แบบนามธรรม จะปรากฏในมิติของการมีคุณธรรม จริยธรรม องค์ความรู้ วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ภูมิปัญญา การช่วยเหลือเกื้อกูลและพึ่งพาอาศัยกันในสังคม กล่าวได้ว่าเป็นพรหมวิหารสี่ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา อีกทั้ง เป็นกรอบในการดำเนินชีวิตของคนในสังคม บนพื้นฐานความสัมพันธ์ และไว้วางใจกันในสังคม แบบที่สอง คือ แบบรูปธรรม ทั้งเป็นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ อาทิ ทรัพยากร (แม่น้ำ แผ่นดิน ฝืนป่า ฯลฯ) ความหลากหลายทางชีวภาพและคนในสังคม กับทุนทางสังคมที่คนกำหนดหรือสร้างขึ้น อาทิ ปัจจัย 4 อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีหรือในแบบสถาบันเครือข่าย ที่เกาะเกี่ยวคุณค่าเรียงร้อย เป็นระเบียบให้ปรากฏ ด้วยวัตถุประสงค์ตามความต้องการ และตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งทุนทางสังคมเกิดขึ้นกับคนมากที่สุด เนื่องจากความคาดหวังในการพึ่งพาตามบรรทัดฐานทางสังคม ร่องลงมาเป็นภูมิปัญญาและวัฒนธรรมในสัดส่วนที่เท่ากัน โดยสถาบันเป็นลำดับสุดท้าย อธิบายได้ว่า

ก) มนุษย์ หรือ คน มีบทบาทหลักในการพัฒนาในทุกมิติ เนื่องจากคนสามารถพัฒนาให้มีคุณภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ สถิติปัญญา มีความรับผิดชอบ มีวินัย มีคุณธรรมจริยธรรม และมีสามัญสมนึกดีชั่วในตัวเอง สามารถเลือกประพฤติปฏิบัติได้ตามความคาดหวัง

ของสังคม อีกทั้ง สามารถรวมกลุ่มรวมพลังสร้างเครือข่ายเพื่อประโยชน์ของตนและส่วนรวม ทั้งทางด้านสุขภาพที่แข็งแรง ด้านจิตใจที่อ่อนโยนเคารพกฎเกณฑ์ของสังคม ด้านสติปัญญา มีศักยภาพในการเรียนรู้อย่างลึกซึ้งคนจึงเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภยา วิทักษบุตร (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของหมอสุนไพรมันบ้าน ภูมิศึกษา อำเภอโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร พบว่า “ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของหมอสุนไพรมันบ้าน . มีปัจจัยด้านพฤติกรรม ประกอบคาถาอาคมนับถือศาสนาพุทธ รักษาศีลห้า ศิลปะเปิด มีการบวชเรียนมาก่อน ถึงข้อห้ามอย่างเคร่งครัด ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างในสังคมฯ ทำให้มีผลในการรักษาทั้งทางกายและใจ ” เช่นเดียวกับ สุภาพร อาจเดช (2544 : บทคัดย่อ) ศึกษาบทบาทหมอมันบ้านทางด้านสุขภาพจิตชุมชน : ภูมิศึกษาหมอธรรมบุญ นานวล บ้านคอนสัมพันธ์ ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า “ การเป็นหมอธรรม จะต้องเห็นประโยชน์ของการเป็นธรรมต่อตนเองและผู้อื่น โดยมีกระบวนการเรียนรู้คือการพิสูจน์ตนเองและเรียนวิชาอาคม การที่จะได้รับการยอมรับจะต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบหรือข้อปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ปัจจุบันหมอธรรมจะมีการประกอบพิธีกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นผู้นำในด้านแนวคิดและศีลธรรม โดยได้ปรับบทบาทไปในลักษณะที่สนองต่อความต้องการของชุมชน ”

ข) *ทุนทางภูมิปัญญา* ผู้ให้บริการเห็นว่ามาจากองค์ความรู้ และประสบการณ์ที่สืบทอดกันมา อธิบายได้ว่า ทุนภูมิปัญญาเป็นองค์ความรู้อันเนื่องมาจากประสบการณ์ของคนที่มีทั้งรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งเกิดจากการวิเคราะห์สังเคราะห์จัดเกลาจนตกผลึก และมีการประยุกต์ใช้สอดคล้องกับความเป็นอยู่ของผู้คน ตามบริบทของสังคมในปัจจุบัน เป็นศาสตร์และศิลป์ของวิถีชีวิตที่สั่งสมถ่ายทอดมาอย่างยาวนานจากรุ่นสู่รุ่น เป็นพื้นฐานของระบบวิถีคิดเพื่อกำหนดเป็นหลักเกณฑ์คุณค่าสำหรับการอยู่รอด รวมทั้งมีความสัมพันธ์ และอยู่ร่วมกันอย่างสมดุลระหว่างคนกับธรรมชาติอย่างผาสุก โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไลอ่อน มาลา และพรทิพย์ มาลา (ไม่ระบุปี พ.ศ. : บทคัดย่อ งานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน 2548) ศึกษาภูมิปัญญาชาวบ้านเกี่ยวกับการอนุรักษ์ป่าชุมชนของชาวอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า “ สรุปได้ 2 ประเด็น คือ ภูมิปัญญาชาวบ้านที่เป็นรูปธรรม ได้แก่การจัดตั้งองค์กรในรูปคณะกรรมการหมู่บ้าน การประกอบพิธีกรรม และภูมิปัญญาชาวบ้านที่เป็นนามธรรม ได้แก่ความเชื่อมีต่อผีบรรพบุรุษ ความศรัทธาในผู้นำท้องถิ่นชุมชนนับเป็นภูมิปัญญา ที่มีส่วนช่วยให้มีการอนุรักษ์ป่าชุมชน ” เช่นเดียวกับ สุวพล ละเอียดดอก (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า “ กลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยมีวัฒนธรรมและเอกลักษณ์เฉพาะ ยังคงใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นดูแลสุขภาพของคนในชุมชน วิธีการส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพร และรูปแบบการดูแลรักษา จะใช้แบบดั้งเดิมวิธีปฏิบัติแบบวัฒนธรรมชาติบำบัด

ในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการใช้สัญลักษณ์ในเชิงพิธีกรรม ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ ทำให้ครอบคลุมการดูแลรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจความรู้สึกและวิญญาณ ส่วนสาเหตุของการเจ็บป่วยคนในท้องถิ่นเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของผี เกิดจากธรรมชาติของแต่ละบุคคล โดยสาเหตุสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือธรรมชาติที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การตรวจ วินิจฉัยตามหลักเกณฑ์องค์ความรู้ในการดูแลรักษา เป็นเวชกรรมชาติพันธุ์” กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2544-2547 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ภูมิปัญญาชาวบ้านที่ยังคงสืบทอดของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และการเลี้ยงดูเด็กในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า “ หญิงตั้งครรภ์ยังคงปฏิบัติตามภูมิปัญญาอย่างเคร่งครัดในการดื่มน้ำมะพร้าวเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 63 ไม่ไปงานศพร้อยละ 82 หญิงหลังคลอดกินอาหารประเภทหัวปลีเพิ่มน้ำนมร้อยละ 80 ”

ค) *ทุนทางวัฒนธรรม* เกิดจากความเชื่อในการบำบัดรักษา การให้คุณค่าในภูมิปัญญาคั้งเดิม ซึ่งเป็นการเคารพนับถือต่อความคิดอันสร้างสรรค์ของบรรพบุรุษ และเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของไทย กล่าวได้ว่า ทุนวัฒนธรรม เป็นวิถีชีวิตที่งดงามของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ สืบเนื่องมาแต่ครั้งอดีต ซึ่งสังคมนั้นๆให้การยอมรับและประพฤติปฏิบัติตามในรูปของความเชื่อ ความศรัทธา จารีตประเพณี ค่านิยม โดยวัฒนธรรมจะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงรากเหง้าของคน ทำให้คนในสังคมเกิดความภาคภูมิใจและหวงแหน ส่งผลต่อการอนุรักษ์และพัฒนาต่อยอดสืบไปไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งจอมพลป. พิบูลสงคราม กล่าวว่า “ วัฒนธรรมของชาติเป็นเครื่องแสดงให้เห็นความเจริญงอกงามใหญ่หลวงของชาติ วัฒนธรรมเป็นสิ่งสำคัญมาก วัฒนธรรมไม่เป็นแค่เครื่องหมายภายนอก ไม่เป็นแค่เพียงสิ่งซึ่งอวดโลกว่าเป็นชนชาติเจริญเท่านั้น วัฒนธรรมมีผลลึกซึ้งเข้าไปถึงชีวิตจิตใจคน วัฒนธรรมเป็นเครื่องผูกพันศีลธรรม เป็นปัจจัยแห่งความเจริญงอกงาม และความแข็งแรงมั่นคงของชาติบ้านเมือง ” และพระยาอนุมานราชธน ได้กล่าวว่า “ วัฒนธรรม คือ สิ่งที่มีมนุษย์เปลี่ยนแปลงปรับปรุงหรือผลิตขึ้น สร้างขึ้นเพื่อความเจริญงอกงามในวิถีของส่วนรวม ถ้ายทอดกันไว้ เอาอย่างกันไว้ รวมทั้งผลิตผลของส่วนรวมที่มนุษย์ได้เรียนรู้มาจากคนแต่ก่อน สืบต่อเป็นประเพณีกันมา ตลอดจนความรู้สึกความคิดเห็นและกิริยาอาการ หรือการกระทำใดๆของมนุษย์ในส่วนรวมลงรูปเป็นพิมพ์เดียวกัน และสำแดงออกมาได้ปรากฏเป็นภาษา ศิลปะ ความเชื่อ ระเบียบประเพณี เป็นต้น ” (Online 2 มีนาคม 2551 : <http://www.culture.go.th/study.php?&YY=2548&MM=5&DD=16>) วัฒนธรรมจึงเป็นแบบอย่างทางสังคมที่มีคุณค่า โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิตินันท์ พันทวี (2544 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาพิธีกรรมท้องถิ่นในฐานะทุนวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชุมชน : กรณีศึกษาพิธีกรรมบายศรีสู่ขวัญอีสาน พบว่า “ คุณค่าของพิธีกรรมที่เกิดขึ้นต่อบุคคลได้แก่สมาธิ ความกตัญญู ความอ่อนน้อมมีน้ำใจงาม เป็นกระเจงกาสะท้อน

วัฒนธรรม ทำหน้าที่ควบคุมแบบแผนและขัดเกลาทางสังคม ใช้เป็นทุนทางวัฒนธรรมในการสร้างสัมพันธภาพ ” โดยวัฒนธรรมมีเอกลักษณ์อันโดดเด่นเฉพาะชาติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของทรงคุณ จันทจร และปิติ แสนโคตร (2540) ที่ได้ศึกษาการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีเหยาของชาวผู้ไทย : กรณีศึกษาชาวผู้ไทย อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า “ การรักษาด้วยวิธีเหยาเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วย ที่เข้าใจว่าเกิดจากการกระทำของผี การรักษามีการขับไล่ผีด้วยดนตรีพื้นเมือง ประกอบถ้อยคำที่มีการต่อรองความสำนึกผิดของผู้ป่วยต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งมีความโดดเด่นกลายเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยจนถึงปัจจุบัน ”

#### ง) ทุนทางสถาบัน ผู้ให้บริการเห็นว่าสถานภาพและบทบาท

ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับทุนทางสถาบัน โดยเป็นจริยธรรมมากที่สุด ที่อธิบายว่าเนื่องจากเป็นหลักความประพฤติที่ดีงาม รู้จักไตร่ตรองใช้เหตุผลและพิจารณาอย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์สุขแก่ตนเองและสังคม รองลงมา คือ ศิลธรรม ที่เป็น “ ความประพฤติที่ดีที่ชอบหรือเป็นธรรมในระดับศีล ประมวลกฎเกณฑ์ ความประพฤติของศาสนาใดศาสนาหนึ่ง ซึ่งให้ความหมายของความสงบมีสมาธิและมีคุณธรรม เป็นสภาพคุณงามความดีทางความประพฤติและจิตใจหรือจริยธรรมแต่ละข้อที่นำมาปฏิบัติจนเป็นนิสัย เช่น ซื่อสัตย์ เสียสละ อดทน ฯลฯ ” (Online 12 มีนาคม 2551 : [www.spsnc.net/news/law.doc](http://www.spsnc.net/news/law.doc) :) ทุนทางสถาบัน จึงมีบทบาทในการผลักดันให้เกิดพลังร่วมของคนในสังคม เนื่องจากสถาบันช่วยในการขัดเกลาให้คนมีคุณภาพ ทั้งด้านความรู้และคุณธรรม อาทิ สถาบันครอบครัว เป็นสถาบันพื้นฐานที่หล่อหลอมให้คนในสังคมรู้จักการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข หรือสถาบันศึกษาที่ให้ทั้งวิชาความรู้และระเบียบวินัย หรือสถาบันศาสนาที่ช่วยกล่อมเกลาคิดใจของคนให้รู้จักความดีและความชั่ว หรือสถาบันพระมหากษัตริย์ซึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นศูนย์รวมของความสามัคคีในสังคมไทย ทุนทางสังคม จึงเป็นคุณค่าของความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อมั่นระหว่างชีวิตและจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นความสัมพันธ์ของคุณค่าที่เกาะเกี่ยว และเชื่อมโยงเครือข่ายบนพื้นฐานความดีงามในสังคม เพื่อให้เกิดความร่วมมือและเกิดความผาสุกตามบรรทัดฐานของสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุดม พงศ์ศรีวัฒน์ และคณะ (ไม่ระบุปี พ.ศ. อ้างในชยุต อินพรหม 2547) กรณีศึกษาองค์กรชุมชนสถานานวัดตะโหนดกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืนพบว่า “ การดำเนินงานประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากได้รับความร่วมมือร่วมใจจากราษฎรในพื้นที่เป็นอย่างดี รวมทั้งหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยอาศัยวัดเป็นศูนย์กลาง ” เช่นเดียวกับ ธฤยวรรณ นนทพุทธ (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้โดยชุมชนในการจัดการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ : กรณีศึกษาป่าชุมชนเขาหัวช้าง ตำบลตะโหนด อำเภอดะโหนด จังหวัดพัทลุง พบว่า “ การเรียนรู้ของสมาชิกเกิดจากเงื่อนไข 3 ประการ ตามเงื่อนไขของเวลา ประกอบด้วย 1) ทุนของชุมชน ได้แก่

ทุนระบบนิเวศ ทุนคน ทุนระบบสังคมและวัฒนธรรม ทุนสติปัญญาและทุนเงินตรา 2) พลวัตของปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชุมชน และการเรียนรู้ของสมาชิก 3) การพัฒนาระบบการเรียนรู้ในการจัดการ ” กล่าวได้ว่าสังคมไทย มีทุนทางสังคมอยู่หลากหลายสอดคล้องแทรกในชีวิตและเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดทอนภาวะวิกฤต และแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่สังคมไทย จะพบว่าในการดำรงชีวิตความอยู่ดีมีสุขของคนในสังคมโดยเฉพาะชนบท สามารถมองเห็นได้ชัดเจนในแง่ความรักสามัคคีความเอื้ออาทรความไว้วางใจ เชื่อใจ ความรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัยมั่นคง รวมทั้งความภาคภูมิใจและความสะดวกสบายอยู่ในระดับสูง สำหรับในเมืองใหญ่ ทุนทางสังคมที่มีอยู่อย่างมากมายนั้นไม่ค่อยมีการนำมาใช้อย่างคุ้มค่า ทุนทางสังคมส่วนใหญ่ถูกละเลย เนื่องจากมีการหันไปเน้นทุนทางวัตถุนิยมในรูปทุนทางเงินตราไม่มีการรักษาทุนทางสังคมดั้งเดิม ซึ่งหลวงปู่ชา ท่านเปรียบว่า “ หาแต่เนื้อ ไม่หาเกลือ เนื้อที่ได้มาจึงเน่าเพราะไม่มีเกลือไปรักษาก็คือไม่มีคุณธรรมจริยธรรม รวมทั้งข้าราชการที่เห็นแก่ตัว เห็นแก่ได้ โกงกินเอารัดเอาเปรียบเวลาราชการอะไรก็ได้แต่ได้เนื้อมาจริงแต่เน่า ” (อ้างใน อำนาจ สุวรรณศิริ 18 ตุลาคม 2543 Online 17 ธันวาคม 2550 : [www.dlt.go.th/clearydlt/article/jariyatam.doc](http://www.dlt.go.th/clearydlt/article/jariyatam.doc)) สะท้อนให้เห็นว่าทุนทางสังคมที่เป็นวัตถุนิยมในปัจจุบันของเมืองใหญ่นั้นไร้เสถียรภาพ และได้มาบนพื้นฐานของการเสื่อมศีลธรรม เมื่อมองในภาพรวมอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า ทุนทางสังคมของบุคลากรในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย สามารถสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์และสร้างมูลค่าเพิ่มในสังคมได้อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะการประสานความสัมพันธ์ร่วมกันขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตามศักยภาพที่มีได้อย่างสูงสุด ทั้งนี้ ทุนมนุษย์หรือคน ทั้งระดับผู้บริหาร และระดับปฏิบัติการ สามารถใช้ระบบความคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ในสิ่งต่างๆ ได้ในทุกมิติและรอบด้านอย่างมีเหตุมีผล ทุนทางภูมิปัญญา ช่วยให้ฝ่าฟันวิกฤตและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างถูกต้องวิธี ตามความรู้ดั้งเดิมแต่ครั้งบรรพชน รวมทั้งมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวตามพื้นที่ ทุนทางวัฒนธรรม สามารถเชื่อมโยงความเป็นกลุ่มสังคมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างแยกขาด เกิดความรู้สึกรักพวกพ้องและห่วงหาเวนวัฒนธรรมของตนเอง ทุนสถาบัน ซึ่งเป็นระดับนโยบาย สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการจุดประกายและผลักดันทั้งความรู้ กุฎระเบียบ ศีลธรรม การดำเนินชีวิตตามบรรทัดฐานของสังคมอย่างรู้เท่าทัน ฉะนั้น ทุนทางสังคม จึงเกิดได้ด้วยความเอื้ออาทร ที่แสดงออกมาจากจิตสำนึกอันดีงาม มีความเชื่อที่ผ่านการไว้วางใจซึ่งกันและกันจากการหล่อหลอม การขัดเกลามายาวนาน สอดคล้องกับธรรมชาติตามศักยภาพของแต่ละคน และตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งเป็นคุณค่าที่สูงส่งงดงามไม่สามารถจะตีเป็นมูลค่าได้ และเป็นสิ่งที่มีพลังในการแก้ปัญหาวิกฤตในสังคม ทั้งนี้ เมื่อรวมทุนทางสังคมทั้ง 4 องค์ประกอบข้างต้น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กลายเป็น ทุนทางสุขภาพ ที่เกิดจากการรวมกลุ่มคนในสังคมโดยมีความไว้วางใจและ



ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการกิจของสังคม จึงเป็นระบบความสัมพันธ์ เป็นภูมิปัญญาอันมีค่าตามจารีต ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ รวมทั้งเป็นอุดมการณ์ และเป็นทรัพย์สินส่วนรวม ตลอดจนเป็น เครือข่ายทางสังคม และเป็นพื้นฐานการเสริมสร้างประชาคมสุขภาพ ฉะนั้น ทูตทางสังคม ที่มีอยู่ อย่างหลากหลาย จะต้องมีคุณภาพเพื่อเป็นพลังสำคัญในการสร้างสังคมและประเทศชาติให้เข้มแข็ง โดยสังคมจะมีความสามารถในการบริหารจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ทำให้สังคมนั้น สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

ข. *ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ* ผู้ให้บริการเห็นว่าสามารถยึดเป็นอาชีพเลี้ยงตนเองได้ อธิบายได้ว่าเมื่อเกิดภาวะเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระราชทาน แนวทางแก้ไขวิกฤตคือ “เศรษฐกิจพอเพียง” โดยเน้นให้คนเดินสายกลางและเป็นศูนย์กลางในการ พัฒนาแบบยั่งยืน โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งหน่วยงาน ต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้น้อมรับกระแสพระราชดำรัสอย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหนึ่ง ที่ได้เร่งดำเนินงานให้สอดคล้องกับกระแสพระราชดำรัส ในการสร้างสุขภาพ ที่ดีตามวิถีไทยแบบพอเพียง ประกอบกับการตื่นตัวเรื่องการแพทย์แผนไทยในราว 2 ทศวรรษที่ผ่านมา จากความคิดทวนกระแสปัจจุบันการสืบสานภูมิปัญญาไทย และการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะ การรณรงค์แผนไทยกลายเป็นภารกิจของรัฐ ที่พัฒนามาจากความคิดของคนในสมัยโบราณ ผ่านการเรียนรู้ ของคนในสมัยปัจจุบัน ทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นนโยบายหนึ่งที่เป็นทางเลือกแก่ประชาชนในการ ดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อเนื่องถึงการมีรายได้ จากการประกอบการทางด้าน การแพทย์แผนไทยที่เป็น รูปธรรม มีกระบวนการเรียนรู้อันเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพ ผ่านระบบเศรษฐกิจแบบ พอเพียง พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน รู้เท่าทันโลก รวมทั้งมีคุณธรรม จริยธรรมที่อาศัยความ รอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวังในระบบเศรษฐกิจ เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาตามความหลากหลาย ทางวัฒนธรรม โดยปี 2540 หลังเกิดภาวะวิกฤตทำให้ประชาชนตกงานเป็นจำนวนมาก “สถาบัน การแพทย์แผนไทย ได้หาหนทางในการบรรเทาความเดือดร้อนจากผลกระทบดังกล่าว จึงได้จัดทำ โครงการรณรงค์แผนไทย ร่วมกับมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา จัดการอบรมการรณรงค์แผนไทยและ ได้รับเงินสนับสนุนจากโครงการมิยาซาวา จำนวน 62 ล้านบาท ” (Online 21 กรกฎาคม 2551 : [www.handbtoday.com/index.php](http://www.handbtoday.com/index.php)) (สถาบันการแพทย์แผนไทยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลปีละ 28 – 30 ล้านบาท) โดยมีการพัฒนาหลักสูตรให้ได้มาตรฐานโดยอิงมาตรฐานของยุโรป และอเมริกา เพื่อเปิดโอกาสให้หมอนวดไทย ได้ก้าวเข้าสู่แรงงานทางฝักตะวันตกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีหมอนวดที่จบหลักสูตรทั้งจากสถาบันการแพทย์แผนไทย และจากมูลนิธิ ต่างๆ ได้ประกอบอาชีพหมอนวดในสถานประกอบการของรัฐและเอกชนอย่างแพร่หลาย ทั้งผู้ที่มี ร่างกายปกติและผู้ที่มีร่างกายผิดปกติ โดยเฉพาะได้สร้างอาชีพแก่ผู้พิการทางสายตา เนื่องจากการรณรงค์

ใช้การสัมผัสเป็นหลักจึงไม่มีอุปสรรคในการประกอบการ และเหมาะสมมากกว่าอาชีพอื่นสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ สันตหกิจ รัตนกุล (2544) ศึกษาทักษะและความคาดหวังในการประกอบอาชีพ นวดแผนโบราณของคนตาบอด พบว่า “ ก่อนเข้าสู่อาชีพนวดไม่ได้ประกอบอาชีพใดและไม่มีรายได้ ร้อยละ 71.2 ” วาสนา ตะเกาพงศ์ (2537 อ้างใน สันตหกิจ รัตนกุล : 2544) ศึกษาการสร้างโอกาสการ มีงานทำของคนพิการ พบว่า “ ผู้พิการทางตา ทางร่างกายส่วนใหญ่เห็นว่า สภาพความพิการของ ตนเองไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกอาชีพ ” ทำให้ผู้พิการดังกล่าวสามารถยืนหยัดด้วยตนเองและไม่เป็น ภาระแก่สังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกสร พันธุ์ (2543 อ้างในสันตหกิจ รัตนกุล : 2544) ศึกษาวิจัยผลต่อการพึ่งตนเองของคนพิการ พบว่า “ คนพิการมีการพึ่งตนเองทั้งทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมในระดับมาก โดยมีปัจจัยส่วนบุคคลคือ อาชีพ ที่อยู่อาศัย ประเภทความพิการ และระยะเวลา ” จึงกล่าวได้ว่าการนวดแผนไทยสามารถสร้างเป็นอาชีพเลี้ยงตัวเอง รวมทั้งช่วยกระตุ้น ภาวะเศรษฐกิจของประเทศได้อย่างพอเพียง ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว “ โดย สามารถสร้างอาชีพให้คนว่างงานมีมูลค่ามากกว่า 300 ล้านบาทต่อปี ” (Online 25 กรกฎาคม 2551 [www. 210.20.39/resources/doc/d/8-](http://www.210.20.39/resources/doc/d/8-)) ตลอดจนสามารถประยุกต์การนวดให้เป็นธุรกิจที่ลงตัว ใน รูปแบบใหม่ที่เรียกกันว่า สปา หมายถึง การอาบน้ำ เพื่อผ่อนคลายหรือการบำบัดโรคด้วยน้ำ หรือ “ บำบัดด้วยการอาบน้ำได้สัมผัสโดยผสมผสานกับธรรมชาติ ” (Online 20 พฤศจิกายน 2551 : [www. bsncenter.com/spa](http://www.bsncenter.com/spa)) และได้มีการประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันหลากหลาย เช่น “ การนวดกดจุดแบบไทยผสมผสานศาสตร์การตัดตัวแบบเยอรมัน (เยอรมัน ทซ์) ” (Online 25 พฤศจิกายน 2551 : [www.siamturakij.com/home/news/displaynews.php?news\\_id = 4065](http://www.siamturakij.com/home/news/displaynews.php?news_id = 4065) Relax one hour) ของสถานบริการ Relax one hour ที่มีการให้บริการครบถ้วนในเวลาไม่ถึงหนึ่งชั่วโมง และใช้วัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งแรงงานไทยทั้งสิ้น หรืออัตลักษณ์ไทยล้านนา ที่องค์ประกอบของสปา ได้มุ่งเน้นที่การสัมผัส รูป รส กลิ่น เสียง การสร้างบรรยากาศที่ผสมผสานกันอันจะนำไปสู่ความ รื่นรมย์ผ่อนคลาย แวดล้อมไปด้วยธรรมชาติป่าเขา สถาปัตยกรรม การตกแต่งภายในด้วยศิลปะแบบ ล้านนา ประดับประดาด้วยผ้าฝ้ายทอมือ ไม้แกะสลักลวดลายงดงาม พืชหอม และสมุนไพรจาก ธรรมชาติ ตลอดจนกลิ่นด้วยเสียงระลือ ซอซึง ตามแบบฉบับของชาวเหนือ อนึ่ง จะพบว่าปัจจุบัน เมืองไทย มีสปาเปิดให้บริการอยู่ 3 รูปแบบ คือ *สปาตะวันตก* (Westem spa) เป็นรูปแบบสปาแบบ ตะวันตกโดยตรง หลักสูตรเน้นหัตถบำบัด สุนทรบำบัด โภชนาการบำบัด *ไทยสปา* เป็นลักษณะของ การผสมผสานระหว่างการรักษาแบบการแพทย์แผนไทยและสปาตะวันตก *ไทยสบาย* (Thai sappaya) หรือสปาสายเลือดไทย หรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแบบไทย หลักสูตรเน้นหัตถบำบัด ทั้งนี้ การดูแล สุขภาพแบบแผนไทย จะเน้นที่องค์รวมไม่แยกส่วนการดูแล ทั้ง *บรรยากาศ* หรือสิ่งแวดล้อม หรือ อุดมสบาย *อาหาร* ซึ่งเป็นคุณภาพรสชาติหรืออาหารสบาย *ที่อยู่อาศัย* ซึ่งมั่นคง ปลอดภัยหรืออวาสสบาย

คนรอบข้าง ซึ่งจิตใจดีมีปัญญา หรือบุคคลสบาย อิริยาบถ เช่น นั่ง นอน ยืน เดิน หรืออิริยาบถสบาย บังคับ 4 โดยหาไม่ยาก ไม่ใกล้ ไม่ไกล หรือโคจรสบาย เสวนา เช่น ได้ยิน ได้ฟัง พுகุศลสนทนาหรือ สวณะสบาย ปัจจุบันมีการนำศาสตร์เหล่านี้ มาทำการบำบัดรักษาโดยการแพทย์แผนไทยในสปา เรียกว่า “ไทยสปาโยคะ” สามารถสร้างรายได้แก่ผู้ประกอบการเป็นจำนวนมาก

## (2) ศักยภาพของการนวดแผนไทย

ผู้ให้บริการเห็นว่าขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคลากรในที่นี้ คือ เจ้าหน้าที่ ประชาสัมพันธ์ แพทย์อายุรเวทและหมอนวด ร่องลงมาเป็นความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ อธิบายได้ว่าความพร้อมของบุคลากรเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากบุคลากรเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกด้านโดยเฉพาะการให้บริการ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความพร้อมของสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งการให้บริการที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้รับบริการนั้น จะต้องสอดคล้องกับหลักการ ที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของบุคลากรส่วนใหญ่หรือทั้งหมด และต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ บนพื้นฐานความเสมอภาคยึดหลักความประหยัด อีกทั้งบริการนั้นสะดวกต่อการปฏิบัติ ไม่เป็นการสร้างภาระยุ่งยากแก่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ตลอดจนระบบบริการมีคุณภาพใน 2 ด้าน คือ (1) ด้านกายภาพและบริการทั่วไป เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อาคารสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ (2) ด้านบริการที่ให้โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับแนวคิดของ กุลธน ธนาพงศธร (2530 : 303) กล่าวว่า หลักการให้บริการได้แก่ (1) หลักความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลส่วนใหญ่หรือทั้งหมด มิใช่เป็นการจัดให้แก่บุคคลใดกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ (2) หลักความสม่ำเสมอ คือการให้บริการนั้นๆต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งมีใช้ทำๆหยุดๆตามความพอใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร (3) หลักการสนองความต้องการที่แท้จริงของบุคลากร ประเภทของประโยชน์และบริการที่จัดให้ นั้น ต้องตอบสนองความต้องการของบุคลากร มิใช่ตรงกับความต้องการหรือความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร (4) หลักความเสมอภาค บริการที่จัดให้ นั้นจะต้องให้แก่ผู้ไปรับบริการทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน ไม่มีการให้สิทธิพิเศษแก่บุคคล/กลุ่มใดในลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่มคนอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด (5) หลักความประหยัด ค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปในการบริการต้องไม่มากจนเกินกว่าผลที่จะได้รับ (6) หลักความสะดวกในการปฏิบัติ บริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการต้องปฏิบัติได้ง่าย สะดวก สิ้นเปลืองทรัพยากรไม่มากนัก รวมทั้งต้องไม่เป็นการสร้างภาระยุ่งยากแก่ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการมากจนเกินไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จรรยา ศิริพร (2537) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า “ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ คือ ความพร้อมของการบริการ ความสะดวกรวดเร็ว การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และคำปรึกษาพยาบาล ” ซึ่งจะพบว่าคุณภาพของผู้ให้บริการหรือบุคลากร

ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับที่ดี แม้ว่าการให้บริการจะมีข้อจำกัด ในด้านความไม่พอเพียงของหมอนวด อาคารสถานที่และครุภัณฑ์ก็ตาม

### (3) การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม

ในการนวดได้มีการปฏิบัติจริงตามหลักการทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เนื่องจากบทบาทที่ได้รับมอบหมายในการให้บริการชัดเจน เหมาะสมกับฐานะตำแหน่งในหน่วยงาน ซึ่งผู้ให้บริการยอมรับบทบาทที่ได้รับมอบหมายอยู่ในระดับมาก และมีความเห็นว่าบทบาทที่ได้รับมอบหมาย กับบทบาทที่ปฏิบัติจริงสอดคล้องกัน โดยคิดว่าสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนตามความคาดหวังของสังคมและตามสิทธิที่กำหนดตามศักยภาพที่มี และมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการได้ช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย รวมทั้งมีใจรักในอาชีพการนวด อธิบายได้ว่า บทบาทที่ได้รับมอบหมายในการให้บริการชัดเจน สอดคล้องกับฐานะตำแหน่งที่หน่วยงานมอบหมายตามสถานภาพ หรือตำแหน่งที่บุคคลดำรงอยู่ตามความคาดหวังของหน่วยงาน และตามความคิดของผู้ที่อยู่ในตำแหน่งซึ่งเป็นบทบาทจริง สอดคล้องกับแนวคิดของ Berlo (1966 : 153) กล่าวว่า “ บทบาทที่กระทำจริง (Role Descriptions) คือบทบาทที่บุคคลได้กระทำจริงเมื่ออยู่ในบทบาทนั้นๆ ” เช่นเดียวกับ สงวนศรี วิรัชชัย (2527 : 23-24) กล่าวว่า บทบาทที่ปฏิบัติจริง หมายถึง “ พฤติกรรมที่ผู้อยู่ในตำแหน่งได้ปฏิบัติหรือแสดงออกมาให้เห็น ซึ่งมักจะเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบทบาทตามความคิดของผู้อยู่ในตำแหน่ง ” สำหรับความคาดหวังหรือคาดหวัง เป็นคำทำนายถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคตของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้รับบริการต้องการให้ปฏิบัติ ขณะที่ผู้ให้บริการดำรงตำแหน่งที่กำหนดจากสถานบริการหรือในองค์กรหรือในสังคมนั้น โดยความคาดหวังดังกล่าวขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา สถานการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับอาการที่ต้องการการบำบัดรักษา การสนองตอบตามความมุ่งหมาย ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อสถานภาพและบทบาทในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ หรือการรับบริการของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ในที่นี้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการในระดับที่ดี ตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งมีความคาดหวังในระดับที่สูงต่อสิ่งที่รับรู้และสิ่งที่มุ่งหมายตามความต้องการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา สุวลักษณ์ (2546 : บทคัดย่อ Online 3 กันยายน 2551 : [http://www.envi.psu.ac.th/thesis/t\\_thesis201.pdf](http://www.envi.psu.ac.th/thesis/t_thesis201.pdf)) ศึกษาการรับรู้ปัญหาความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรท้องถิ่น และแรงจูงใจในการร่วมมือแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากโรงอบ/รมยางของประชาชนในชุมชน : กรณีของ 2 หมู่บ้าน ในอำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา พบว่า “ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองหมู่บ้านมีการรับรู้ปัญหาสิ่งแวดล้อม มีการรับรู้ในบทบาทขององค์กรท้องถิ่น และมีความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ” ซึ่งผู้เข้ารับบริการสามารถทำให้สุขภาพดีขึ้น ด้วยการบำบัดรักษาโดยตรงหรือนำสิ่งที่ได้จากการชี้แนะของเจ้าหน้าที่ ไปปรับใช้ให้เกิดผลด้านบวกต่อสุขภาพ

สอดคล้องกับความคาดหวังก่อนเข้ารับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี สังข์ศรี และคณะ (2535 Online 3 มกราคม 2552: <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/6643>) ศึกษาความคิดเห็นและความคาดหวังของนักศึกษา และผลที่ได้รับจากหลักสูตรการศึกษานอกระบบ โดยระบบการศึกษาทางไกลของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช พบว่า “ บัณฑิตที่จบจากหลักสูตรนี้ไปแล้วมีความคิดเห็นที่สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านส่วนตัว ด้านอาชีพการงานและด้านการพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังที่ตั้งไว้ก่อนจะเข้าศึกษา ” อีกทั้งเป็นการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย จึงยังมีความคาดหวังสูงกว่าด้านอื่น โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธิดา นระระฮิม (ไม่ระบุปี พ.ศ. Online 7 ธันวาคม 2551 : <http://www.hospital.tu.ac.th/image/visunye2.doc>) ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการวิสัญญีของ ผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า “ ผู้รับบริการมีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการสูงสุดในด้านความเป็นรูปธรรมในบริการ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ และด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ ในขณะที่การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมในบริการต่ำที่สุด รองลงมาคือด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ และด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ ”

#### (4) สถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

ความเห็นต่อภูมิปัญญาการนวดแผนไทย เกิดจากความไว้วางใจการเรียนรู้ความเชื่อในวิธีการรักษารวมทั้งประสบการณ์ของบรรพบุรุษที่มีการลองผิดลองถูก จนกระทั่งมีการยอมรับและมีทฤษฎีอ้างอิงจึงเป็นภูมิปัญญาที่น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับผลการศึกษาของพระมหาสุภีร์ คำใจ (2543 : บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยสมุนไพรของหมอยาพื้นบ้าน อำเภอเสถภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า “ ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยด้วยยาสมุนไพรมีคติสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ” เช่นเดียวกับ จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และ กฤตยา แสงเจริญ (2537 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาความคิด ความเชื่อทางศาสนาและการรักษาโรคแผนโบราณ : กรณีศึกษาที่วัดชัยภูมิพิทักษ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า “ ผู้ให้บริการที่ทำการรักษาโรคโดยใช้สมุนไพรและพิธีกรรมใช้ระบบความคิดความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคโดยใช้สมุนไพร กระบวนการรักษาโรค ที่ได้จากการสะสมสืบทอดประสบการณ์จากผู้รู้มาก่อน ” ประกอบกับปัจจุบันการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย มีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และการมีส่วนร่วมกับหลายฝ่าย ยังได้นำหลักการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาร่วมผสมผสาน จึงยังทำให้บทบาทการนวดแผนไทยโดดเด่นในแง่ของความแม่นยำมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของพระมหาสุทธิชัย อากาศโร (อบอูน) (พ.ศ.-) ที่ได้ศึกษาองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่ปรากฏในวรรณกรรมพระพุทธศาสนา เรื่องอานิสงส์และคัมภีร์ที่ใช้เทศน์ในเทศกาลต่างๆของล้านนา พบว่า

“ ข้อเสนอแนะองค์ความรู้และภูมิปัญญานั้นจะได้รับการยอมรับและสืบต่อไปได้ ก็เพราะการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการจัดการความรู้ และการจัดการทรัพยากรวัฒนธรรม ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษามรดกทางปัญญา และนำมาสู่การประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่เหมาะสม ”

### 2.2.3 ความคิดเห็นผู้ให้บริการและผู้บริหารเกี่ยวกับการนวดในอดีตและปัจจุบัน

#### 1) การแพทย์แผนไทย และการนวดแผนไทยในอดีต

(1) การแพทย์แผนไทยในอดีตเป็นการแพทย์ที่ไม่ถูกวิธี อัตราการตายอยู่ในระดับสูง รวมทั้งวิธีการนวดไทยเป็นการนวดตามความถนัดหรือตามความรู้ความสามารถที่มี ซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติ

(2) ไม่มีการนำหลักการทางวิทยาศาสตร์ เข้ามาร่วมในการตรวจวินิจฉัย เนื่องจากองค์ความรู้ด้านการแพทย์ยังอ่อนแอและวิทยาการยังไม่เจริญก้าวหน้า รวมทั้งการแพทย์แผนไทย และการนวดแผนไทย ตั้งอยู่บนความเชื่อของอำนาจเหนือธรรมชาติมากเกินไป

อธิบายได้ว่า เนื่องจากการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย แต่เดิมเป็นไปตามความถนัดหรือความสามารถเฉพาะบุคคล ไม่ได้นำหลักการสรีรวิทยาเป็นแนวทางในการนวด และยังไม่มีการศึกษาวิธีการนวดที่สอดคล้องกับร่างกายอย่างเป็นรูปธรรม ได้ส่งผลกระทบต่อเทคนิควิธีการนวดบางอย่างไม่ถูกต้อง ในอดีตสังคมไทยยังเป็นสังคมที่อ่อนแอทุกด้านยกเว้นความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทรต่อกัน การดำรงชีวิตจะผูกพันกับธรรมชาติการบำบัดรักษาจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อ ซึ่งเป็นสิ่งเดียวที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และสามารถทำให้เกิดพลังในการต่อสู้กับภาวะวิกฤตของสภาพแวดล้อม บางครั้งจึงเป็นความเชื่อที่ผิดหลักการ เช่น หญิงก่อนคลอดหญิงหลังคลอดและเด็กมักจะได้รับอาหารที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเกรงว่าจะเป็นการแสดงทั้งที่ต้องการอาหารครบถ้วนมากกว่าคนปกติ เพื่อจะทำให้มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง หรือการพาเด็กไปทำพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อซึ่งอาจเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษากิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2544 – 2547 : บทคัดย่อ) ที่ได้ศึกษาภูมิปัญญาชาวบ้านที่ยังคงสืบทอดของหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอด และการเลี้ยงดูลูกในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า “ หญิงหลังคลอดไม่กินเป็ดร้อยละ 50 และพาเด็กไปครอบของรักษาร้อยละ 42 ” เช่นเดียวกับ เครือวัลย์ หุตานะวัตร และคณะ (ไม่ระบุปี พ.ศ. : บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพอีสาน 2548) ศึกษาพฤติกรรมมารดาของชาวอีสานตอนบน พบว่า “ การที่เด็กไม่ได้รับนมใสเนื่องจากเชื่อว่าไม่หวานไม่มีประโยชน์ การเลี้ยงดูด้วยความขี้หวายและกลัวเพียงอย่างเดียว ตั้งแต่อายุ 1 – 7 วันจนถึงอายุ 8 เดือนหรือกระทั่งมีฟันแข็งแรง โดยยังไม่ให้อาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ปลาไข่หรือผักเพราะกลัวจะผิซาง หญิงตั้งครรภ์ไม่กินอาหารประเภทไข่มัน หรือเนื้อสัตว์ปลาไข่มากเพราะกลัวลูกจะตัวโตและคลอดยาก หญิงหลังคลอดช่วงอยู่กรรม จะกินข้าวกับเกลือเป็นหลักเนื้อสัตว์ ปลาบางชนิด

และจะปฏิบัติอย่างเคร่งครัดไปประมาณ 3 เดือนหลังคลอดเป็นอย่างน้อย เพราะกลัวว่าจะผิดเชื่อว่ากินอาหารดีๆแล้วจะมีลูกง่าย พฤติกรรมดังกล่าว เป็นความเชื่อที่ได้ปฏิบัติสืบต่อมาตั้งแต่บรรพบุรุษเป็นเวลาหลายชั่วอายุคน ”

(3) ไม่มีการบันทึกและถ่ายทอดวิธีการนวดที่เป็นระบบชัดเจน หรือมักถ่ายทอด เฉพาะบุคคลใกล้ชิดและส่วนใหญ่

อธิบายได้ว่า แต่เดิมการถ่ายทอดวิชามักจะไม่ค่อยเปิดเผย โดยถือว่าเป็นเคล็ดลับของตระกูล จึงทำให้ผู้เป็นหมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณหรือหมอนวด จะเป็นบุคคลที่สืบเชื้อสายหรือมีความใกล้ชิดกับผู้มีวิชาความรู้ด้านนี้มาก่อน สอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2541 อ้างในเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ 2546) ที่ได้ศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทยพ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงส์ พบว่า “ การวินิจฉัยโรคกระบวนการถ่ายทอดและการเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน เป็นการถ่ายทอดกันในสายตระกูลระหว่างพ่อกับลูก กับคนใกล้ชิดและครูกับศิษย์ลักษณะของการเรียนรู้เป็นการท่องจำตำรา ” ใช้วิธีการตามประสบการณ์ที่มีอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากระดับการศึกษาในภาพรวมยังอยู่ในระดับต่ำ และประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของการศึกษา โดยเฉพาะเด็กผู้หญิงจะขาดโอกาสในการเรียนรู้มากกว่าเด็กผู้ชาย ประกอบกับหลักฐานสำคัญเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย (รวมทั้งการนวดแผนไทย) ที่พอมิบันทึกอยู่บ้างในสมัยกรุงศรีอยุธยา ก็ได้สูญหายไปเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเมื่อครั้งเสียกรุงศรีอยุธยา

(4) การแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย บางยุคสมัยขาดช่วงหรือเสื่อมโทรม ไม่มีใครเอาใจใส่ขาดการพัฒนาและถูกกีดกันออกจากระบบการรักษา

อธิบายได้ว่า ช่วงที่การแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทยตกต่ำเกิดจากปัจจัยสำคัญ คือ ในสมัยกรุงธนบุรีเกิดจากภาวะสงคราม ตามพระราชพงศาวดารฉบับกรุงธนบุรีระบุว่า “ จุลศักราช 1130 (พ.ศ.2311) ปีชวด สัมฤทธิศก ทอดพระเนตรเห็นพระอัญญาภริยาคนทั้งปวงอันถึงพิบัติชีพตายด้วยทุพภิกขะ โจระโรคะ สุมกองอยู่ประคองหนึ่งภูเขาและเห็นประชาชน ซึ่งลำบากอดอยากอาหารมีรูปร่างคุดหนึ่งแปรตปีศาจพึงเกลียด ” (พระราชพงศาวดารฉบับกรุงธนบุรี 2513 : 33) ซึ่งทำให้สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทรงสลดพระทัยเป็นอย่างยิ่ง ภาวะสงครามดังกล่าวจึงส่งผลให้ไม่มีหลักฐานกล่าวอ้างถึงการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการนวดแต่อย่างใด ถึงกระนั้นก็ตาม “ ในกาลต่อมาพระราชโอรสของสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นแพทย์หลวงถึง 4 พระองค์ ซึ่งปรากฏอยู่ในทำเนียบของแพทย์สมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย และพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ” (วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ : บุรพาจารย์และผู้มีคุณูปการต่อการแพทย์แผนไทย 2549 : 110) จึงกล่าวได้ว่าสมัยกรุงธนบุรี แม้จะถูกบดบังด้วยศึกสงครามการแพทย์แผนไทยก็ยังคงมีอยู่ แต่ไม่มีหลักฐานการกล่าวอ้างถึงอย่างเป็นทางการ

ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 6 หลังจากชาวต่างชาติได้หลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทย และเกิดความเคลื่อนไหวในการใช้กำลังเพื่อจุดประสงค์ทางการเมืองรูปแบบใหม่ กล่าวคือก่อนนั้นการใช้กำลังเพื่อเข้าช่วงชิงอำนาจและตั้งตนเองเป็นเจ้าแผ่นดินองค์ใหม่ แต่ในสมัยรัชกาลที่ 6 เป็นความคิดที่จะใช้กำลังเพื่อให้กษัตริย์อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญ ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ไทยและได้การเกิดกฎครั้งแรก (กบฏ รศ. 130) จุดหมายคือต้องการให้ประเทศมีความเจริญก้าวหน้า โดยเปลี่ยนรูปแบบการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นแบบประชาธิปไตย มีกฎหมายรัฐธรรมนูญเป็นหลักในการปกครองประเทศแต่ไม่ประสบความสำเร็จ จากแนวคิดสมัยใหม่สืบเนื่องจากการติดต่อกับตะวันตกดังกล่าว รัฐบาลไทยได้เห็นความสำคัญในความเป็นอยู่ของประชาชน และต้องการคุ้มครองคุณภาพชีวิต จึงมีการพัฒนาด้านต่างๆ สำหรับด้านสาธารณสุขได้มีการประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลปะ 2466 เพื่อป้องกันอันตราย อันเนื่องมาจากผู้ประกอบการไม่มีความรู้ความชำนาญอย่างแท้จริง ซึ่งจากการสั่งยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทย ทำให้หมอพื้นบ้านที่กระจุกกระจายอยู่ทั่วไปเกรงว่าจะถูกจับ จึงเลิกประกอบอาชีพและหลายรายได้เผาตำราทิ้ง จะมีเพียงหมอแผนโบราณจำนวนหนึ่งเท่านั้น ที่สามารถปฏิบัติได้ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว และนี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การแพทย์แผนไทยถดถอยไม่ได้รับการเหลียวแล กลายเป็นการแพทย์นอกกระแสหลัก อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงยังมีการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย เปิดให้บริการอยู่อย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศิริราช แต่ไม่ได้มีบทบาทโดดเด่นเช่นปัจจุบัน

## 2) การแพทย์แผนไทยปัจจุบัน

- (1) การแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย ปัจจุบันเป็นการนวดที่มีเทคนิค วิธีการถูกต้องตามระบบขั้นตอนของกายวิภาคศาสตร์ โดยมีการคัดกรองเทคนิควิธีการนวดที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ
  - (2) การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาจะอิงหลักวิทยาศาสตร์ ของแผนปัจจุบัน รวมทั้งมีการนำเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ของแผนปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ และมีการผสมผสานเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะในสถานบริการของรัฐ
  - (3) ปัจจุบันนอกจากจะมีการนวดตามขั้นตอนแล้ว ยังมีการจัดบันทึกเป็นทฤษฎี และถ่ายทอดโดยสถาบันการศึกษาหลายแห่ง ซึ่งเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปใช้ในสถานบริการของรัฐให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
  - (4) การแพทย์แผนไทยปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างกว้างขวาง มีการยอมรับว่าเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการนวดแผนไทยได้รับความนิยมนับอย่างสูง
- อธิบายได้ว่า การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย มีการพัฒนามาเป็นลำดับ ในสมัยรัชกาลที่ 9 ก่อนหน้านั้นมีการเปิดสอนการนวดแผนไทย ในภาคเอกชนหลายแห่ง



แต่ยังไม่ได้ได้รับความนิยม กระทั่งปี พ.ศ. 2521 มูลนิธิเอเชียได้ผลักดันให้ประเทศสมาชิกผลักดัน การรักษาแบบพื้นบ้านและสมุนไพร เข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ส่งผลให้ รัฐบาลไทยหันกลับมาสนใจศึกษา พัฒนาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โดยเริ่มมีนโยบาย สาธารณสุขมูลฐาน เข้าในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (สมโภช รติโอพาร 2549 : 26) ต่อมา พ.ศ. 2525 มีการฟื้นฟู ส่งเสริมการศึกษา และการปฏิบัติวิชาแพทย์ไทย ด้วยการรับบุคคลเข้าศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทย พร้อมทั้งกำหนดให้ การแพทย์แผนไทยเป็นหลักสูตรหนึ่งในการเรียนการสอน ตลอดจนส่งเสริมโรงพยาบาลพึ่งตนเอง และพัฒนาการนวดไทย หมอนวดไทย เพื่อนวดรักษาทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งจะเห็นได้ จากกรณีที่นายแพทย์กรุงไกร เจนพาณิชย์ ได้นำการนวดแผนไทยเข้าไปผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในสถานบริการของรัฐ จนกระทั่ง ปีพ.ศ. 2532 จึงมีองค์กรรองรับงานด้านการแพทย์แผนไทยใน ส่วนกลาง และปี พ.ศ. 2542 มีการ “ จัดทำโครงการผสมผสานการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการ สาธารณสุขของรัฐ... และต่อมาได้จัดทำโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องเพื่อให้มีต้นแบบของบริการการแพทย์แผนไทย ที่ครบวงจรในส่วนภูมิภาค ” (รายงานการประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย 2547 : 1) และมีการเปิดสอนการนวดไทยทั้งของภาครัฐและเอกชน อย่างกว้างขวาง โดยการศึกษอาบรมดังกล่าว มีภาคทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์เข้ามาประกอบในหลักสูตร อย่างเป็นรูปธรรม

#### 2.2.4 ปัญหาอุปสรรค

- 1) การแพทย์แผนไทย ขาดปัจจัยหลักในการดำเนินงานทำให้อาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ครุภัณฑ์และบุคลากรไม่เพียงพอต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- 2) ผู้ให้บริการโดยเฉพาะหมอนวดขาดขวัญและกำลังใจ เนื่องจากไม่มี หลักประกันความมั่นคงในอาชีพ มีสถานภาพเป็นลูกจ้างรายวันและรายเดือน ซึ่งปัจจุบันต้องต่อ สัญญาปีต่อปี อีกทั้งได้รับค่าตอบแทนน้อย
- 3) ระบบการเข้ารับบริการยังไม่คล่องตัว และวิธีการให้บริการบำบัดรักษา ยังไม่ครอบคลุมต่ออาการของโรคในการให้บริการแต่ละครั้ง
- 4) รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการยกระดับ การแพทย์แผนไทย หรือสนับสนุนแพทย์แผนปัจจุบันให้ยอมรับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย
- 5) รัฐบาลยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการโน้มน้าว หรือเปลี่ยนแปลงแนวคิด หรือสนับสนุน ผู้รับบริการให้ไปเลือกพบแพทย์แผนไทย ในอาการหรือโรคที่ไม่ซับซ้อน และ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจระบบบริการการแพทย์แผนไทย

6) รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีมาตรการด้านกฎหมายที่มีประสิทธิภาพชัดเจน ทำให้การนวดแผนไทยถูกนำไปเป็นอาชีพที่แฝงด้วยบริการทางเพศ

### 2.3.2 แนวทางในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ สรุปได้ว่า

1) รัฐบาลควรให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจัง โดยการปรับปรุงโครงสร้างองค์กร จัดสรรงบประมาณในการพัฒนาระบบสาธารณสุขปก วัตถุประสงค์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง บุคลากร ให้ครอบคลุมและเพียงพอ ตลอดจนมีระเบียบที่เอื้อต่อความคล่องตัวในการพัฒนามาตรฐานการนวดแผนไทย

2) ควรมีการสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในด้านอัตราเงินเดือน ค่าตอบแทนสมทบ สวัสดิการ และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รวมทั้งส่งเสริมให้มีการบรรจุหมอนวดเป็นลูกจ้างประจำ และบรรจุพนักงานของรัฐที่ยังคงตกค้างให้เป็นข้าราชการ

3) ควรพัฒนาวิธีการให้บริการทั้งในส่วนของการสื่อสาร หรือระบบการเข้ารับบริการ และวิธีการนวดที่เน้นการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยในหลายอาการ

4) ควรมีการกำหนดนโยบายในการยกระดับการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน และควรส่งเสริมให้แพทย์แผนปัจจุบันยอมรับศักยภาพของการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะการนวดแผนไทย พร้อมทั้งควรพัฒนาสมุนไพรควบคู่ไปกับการนวดแผนไทย ตลอดจนควรมีนโยบายควบคุมและไม่ถ่ายทอดภูมิปัญญาการนวดแผนไทยให้ชาวต่างชาติ

5) ควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้เข้าใจถึงวิธีการนวด และศักยภาพของการนวด รวมทั้งวิธีการดำเนินงานของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ตลอดจนสร้างแรงจูงใจแก่ประชาชนให้ยอมรับและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้มากขึ้น

6) มีมาตรการด้านกฎหมายที่มีผลบังคับใช้อย่างชัดเจน และมีประสิทธิภาพ

## 3. ข้อเสนอแนะ

### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะการนวดแผนไทย ควรมีการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ที่พึงประสงค์ ดังนี้

1) ควรพัฒนาการแพทย์อย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ไม่เน้นการรักษาเฉพาะโรค แต่ควรเน้นการรักษาคนทั้งกายและใจ ตามภูมิปัญญาดั้งเดิมโดยอาศัยทรัพยากรท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2) การแพทย์แผนไทย ควรมีวิธีการสร้างบุคลากร หมอแผนไทย หมอพื้นบ้าน หรือหมอนวด ให้เป็นบุคลากรที่มีองค์ความรู้ และมีทักษะที่เชี่ยวชาญอันประกอบไปด้วยคุณธรรม จริยธรรม

3) ควรพัฒนาสถานบริการ โดยแยกสถานที่ตั้งให้เป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และทำการเปิดให้บริการอย่างครบวงจร เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือที่เป็นรูปธรรม

จากประเด็นข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้น การพัฒนาที่เป็นองค์รวมจะต้องมีการระดมความคิดเห็นจากภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความสมดุลในทุกภาคส่วน สำหรับองค์ความรู้ในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์แผนไทย ควรเอื้อให้แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนโบราณเข้ามามีส่วนร่วมในการถ่ายทอดความรู้และกำหนดให้มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัย ที่สามารถนำเอาความรู้ ประสบการณ์ทางทฤษฎีจากภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือดั้งเดิม มาสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย เพื่อพิสูจน์ตรวจสอบทางคลินิกที่สามารถอธิบายมิต้องค์ความรู้อิงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ได้ชัดเจน และเปิดให้บริการแก่ประชาชนเยี่ยงโรงพยาบาลแผนปัจจุบัน ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์แผนไทยที่ กพร.รับรอง โดยมีศักยภาพบริการที่ครบวงจรสอดคล้องกับหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ตลอดจนควรมีการทบทวนแนวคิดในการพัฒนาการเติบโตเชิงปริมาณให้เหมาะสม โดยเน้นเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งสร้างรากฐานด้านองค์ความรู้ในเชิงระบบและทฤษฎีให้เข้มแข็งมั่นคง ด้วยการอาศัยทุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน

ทั้งนี้ จะเห็นว่าช่วงหนึ่งที่สังคมไทยมัวแต่ฮาร์ปวัฒนธรรมจากภายนอก จนหลงลืมความเป็นไทยทำให้ ภูมิปัญญา ซึ่งเป็นวาทกรรม โบราณตั้งแต่สมัยบรรพชนของไทย (แต่มีการสร้างให้เป็นวาทกรรมสวนกระแสที่ชัดเจนในสมัยปัจจุบัน) ถูกละลายไปหลายด้าน รากเหง้าความเป็น ปึกแผ่นที่มั่นคงของไทย เกิดจากการสั่งสมภูมิปัญญาของบรรพบุรุษที่ได้เรียนรู้หลายสรรพสิ่ง จากประสบการณ์เพื่อให้ก้าวพ้นภาวะวิกฤตในสังคม จึงเป็นการถ่ายทอดวัฒนธรรมที่แสดงถึงความมีภูมิปัญญาของคนไทยในอดีต ที่เอื้อต่อวิถีชีวิตของการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยมีคุณค่าที่สูงส่งทั้งเอกลักษณ์และความรู้สึก ภูมิปัญญามีกระบวนการที่พัฒนามาจากการสืบทอดองค์ความรู้ดั้งเดิมในท้องถิ่น และผ่านการคัดสรรขัดเกลาองค์ความรู้ จนเกิดทักษะที่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตได้เหมาะสมกับยุคสมัย แล้วเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ หรือภูมิปัญญาใหม่สืบทอดหรือต่อยอดไปไม่มีที่สิ้นสุด สำหรับในมุมมองภูมิปัญญาทางด้านสาธารณสุขจะพบว่า ผู้คนมีความเชื่อความเข้าใจเหมือนกันเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย รูปแบบ ขั้นตอน กรรมวิธีการป้องกันควบคุม

และการบำบัดรักษาโรค ซ้ำยังเป็นวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ที่สำคัญคือครอบครัว ชุมชน สามารถเข้ามารับรู้ มีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันควบคุมหรือบำบัดรักษาโรคทุกขั้นตอน บนพื้นฐานของความเอื้ออาทรและความงามของภูมิปัญญาไทยแบบภราดรภาพ เนื่องจากวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมของผู้คนคล้ายคลึงกัน ช่องว่างระหว่างความรู้สึคนึกคิดและจิตวิญญาณ จึงไม่ทิ้ง ระยะห่างกันจนเกินไป แม้ว่าสังคมจะพลวัตตลอดเวลาก็ตาม

### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการแพทย์แผนไทย กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งด้านการให้บริการ และต้นทุนการให้บริการ
- 2) ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการนวดแผนไทยกับการนวดแบบสปา ด้านคุณภาพประสิทธิภาพ ต้นทุนและอัตราของการให้บริการ
- 3) ควรศึกษาความคิดเห็นของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้บริหาร ต่อรูปแบบที่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย

\*\*\*\*\*

**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

- กิ่งแก้ว เกษโกวิท และคณะ (2536) “ ศึกษาหมอปิ่นบ้านและการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านอีสาน : กรณีศึกษา ” รายงานการวิจัย ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- \_\_\_\_\_ (2544-2547) “ ภูมิปัญญาชาวบ้านที่ยังคงสืบทอดของหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอด และการเลี้ยงดูเด็ก ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ” รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้าน ด้านสุขภาพ 3 บทความของงานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 22 - 23
- กฤตยา แสงเจริญ และคณะ (2537) “ ศึกษาแนวทางการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยแก่ หมอตำบึงฟ้า ” รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารชุด ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทความของงานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 140 - 141
- กนกวรรณ ระลึก (2542) “ ศึกษาการฟ้อนสะเอิงของชาวไทยภูเขา ” วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทความของงานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 90 - 91
- กุสุมา ศรียากุล (2543) “ รูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบสมุนไพร เพื่อส่งเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดฉะเชิงเทรา ” ปรินญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- กัญจนา ดีวิเศษ (บรรณาธิการ) (2544) “ คู่มืออบรมการนวดไทย ” โครงการพัฒนาตำรา กองทุนสนับสนุนกิจกรรมมูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร บริษัทสามเจริญพาณิชย์
- กันทิมา สิทธิชัยกิจ และพรทิพย์ เดิมวิเศษ (บรรณาธิการ) (2547) “ คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพ ด้วยการแพทย์แผนไทย ” กลุ่มงานพัฒนาวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์

- กิตติมา ริวแดง (2545) “ อิทธิพลของปัจจัยด้านความเชื่อและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- กมลรัตน์ ฌ หนองคาย (2546) “ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการนวดไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547) “ ภูมิปัญญาไทย สุขภาพดีวิถีไทย ผลการศึกษาห้าประเด็นหลัก ” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 1 – 3 กันยายน 2547 พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร อุกาการพิมพ์
- เกสร อังสุสิงห์ และคณะ (บรรณธิการ) (2550) “ คู่มือระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์แผนไทย ” สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี กรุงเทพมหานคร สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- กาญจนา สุวลักษณ์ (2546) “ ศึกษาการรับรู้ปัญหาความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรท้องถิ่นและแรงจูงใจในการร่วมมือแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากโรงอบ/รมยางของประชาชนในชุมชน : กรณีของ 2 หมู่บ้าน ในอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ” (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 3 กันยายน 2551  
จาก [http://www.envi.psu.ac.th/thesis/t\\_thesis201.pdf](http://www.envi.psu.ac.th/thesis/t_thesis201.pdf)
- กิตติชัย อนุวัชประยูร (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551  
จาก [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm)
- เกศรารณ สัตยาศัย. 2546 : 19 (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 10 กันยายน 2551  
จาก <http://learners.in.th/file/puangchompoo/chapter2.pdf>
- การประชุมคณะทำงานพัฒนางานแพทย์แผนไทยและสมุนไพรจังหวัดลพบุรีวันที่ 2 มีนาคม 2549 ณ ห้องประชุมลวระปุระ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 ธันวาคม 2551 จาก <http://www.lbo.moph.go.th/rx/rxthai/gall.html>
- การแพร่กระจายฐานข้อมูลการวิจัยการศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 13 มีนาคม 2552  
จาก <http://www.thaiedresearch.org/result/result.php?id=7048>

- การนวดเพื่อลดไขมัน เรื่องเล่าการนวด (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 12 กันยายน 2550  
จาก <http://learners.in.th/blog/nanajittung/26221>
- การนวดแผนโบราณ แนวความคิด (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 15 ธันวาคม 2550  
จาก <http://www.thai-traditional-massage.com/thai/ideology.htm>
- การนวดแผนไทยออนไลน์ (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 3 ธันวาคม 2550 จาก [http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?name=Page\\_View&page=TMstory.html](http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?name=Page_View&page=TMstory.html)
- การนวดไทย “ ประวัติการนวดแผนไทยเพื่อสุขภาพ ” (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2552 จาก [http://www.geocities.com/chem\\_chom/menu1.html](http://www.geocities.com/chem_chom/menu1.html)
- การนวดแผนไทย (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 9 พฤษภาคม 2552 จาก [http://www.geocities.com/chem\\_chom/](http://www.geocities.com/chem_chom/)
- กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากการนวดไทย “ ประวัติการนวดไทย ” (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 10 มกราคม 2551 จาก [http://202.183.204.137/scphyala/webresearch/zmp\\_mt.html](http://202.183.204.137/scphyala/webresearch/zmp_mt.html)
- การพัฒนาประเทศในสมัยรัชกาลที่ 4 : การวางรากฐานเพื่อก้าวจากสังคมจารีตลัทธิสู่สังคม  
นวลักษณ์ของสยามวารสารศึกษาศาสตร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 เดือน มิถุนายน - ตุลาคม  
2547 หน้า 29 (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 9 พฤษภาคม 2552  
จาก [http://www.edu.buu.ac.th/journal/Journal%20Edu/Link\\_Journal%20edu\\_16\\_1\\_3.pdf](http://www.edu.buu.ac.th/journal/Journal%20Edu/Link_Journal%20edu_16_1_3.pdf)
- การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2552  
จาก <http://eu.lib.kmutt.ac.th/elearning/Courseware/SSC261/Text/P14.ppt#1>)
- เครือวัลย์ หุตานะวัตร และคณะ (ม.ป.ป.) “ ศึกษาพฤติกรรมการกินของชาวอีสานตอนบน ”  
รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารชุดภูมิปัญญา  
พื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน  
(สิงหาคม 2548) : 26 - 27
- ความหมายและขอบเขตของจิตวิทยา (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 2 มกราคม 2551  
จาก <http://psychology.exteen.Com/20060610/entry>
- ความเชื่อ (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2551  
จาก <http://www.thai-folksy.com/FolkDat/N-Sawan/Believe/02-Lit.htm>
- คลังปัญญาไทย (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 10 กันยายน 2551  
จาก <http://www.Panyathai.or.th/wiki/index.php/%E0%B8%>
- งามพิศ สัตย์สงวน (2532) (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคืนวันที่ 6 ตุลาคม 2550  
จาก [www.huso.buu.ac.th/cai/Sociology/225101/Lesson6](http://www.huso.buu.ac.th/cai/Sociology/225101/Lesson6)



- จรัส โพธิ์จันทร์ (2527) “ ความพึงพอใจในการทำงานของอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาในภาคเหนือ ”  
 ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก
- จิตติมา ภาวะกุล (2527) “ การปฏิบัติค่านิยมแม่และเด็กของมารดา ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง  
 ในหมู่บ้านที่มีและไม่มีโครงการพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ” วิทยานิพนธ์หลักสูตร  
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยมหิดล
- จรรยา ศิริพร (2537) “ ความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการในแผนกศูติกรรมโรงพยาบาล  
 จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต  
 (พัฒนาลังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และกฤตยา แสงวงเจริญ (2537) “ ศึกษาความคิดความเชื่อทางศาสนา  
 และการรักษาโรคแผนโบราณ : กรณีศึกษาที่วัดชัยภูมิพิทักษ์จังหวัดชัยภูมิ อุดรธานี ”  
 รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสารชุดภูมิปัญญา  
 พื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทความวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน  
 (สิงหาคม 2548) : 94 – 95
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537) “ คุณภาพของการบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด ”  
 จุฬาลงกรณ์เวชสาร 38 (4) 169 - 178
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2534) “ ภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยพัฒนาการประถมศึกษาได้อย่างไร ”  
 เอกสารประกอบการสัมมนาของนิสิตภาควิชาประถมศึกษา คณะครุศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ฉวีวรรณ ม่วงน้อย ( 2547) “ การยอมรับต่อการบริการการแพทย์แผนไทยของบุคลากรสาธารณสุข  
 ในจังหวัดสุพรรณบุรี ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
 แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ (2550) “ แนวทฤษฎีมนุษยวิทยา ” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนา  
 ตามมุมมองของสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา หน่วยที่ 3 หน้า 38 – 51 นนทบุรี  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ชลธิรา สัตยวัฒน์ (2534) “ ความรู้กับภูมิปัญญา : มิติที่เหลื่อมซ้อนกัน ” ข่าวพิเศษ ฉบับที่ 735
- ชรินทร์ วรกุลกิจกำจร (2545) “ แนวทางการพัฒนาภูมิปัญญาการนวดแผนไทยให้เป็นธุรกิจ  
 เพื่อสุขภาพ สำหรับนักท่องเที่ยว ” การค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ชวน อะโนศรี (2546) “ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการนวดไทย  
 กรณีศึกษา : บ้านสะอาดสมศรี หมู่ที่ 9 ตำบลเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ”  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ชยุต อินพรหม (2547) “ ทูทางสังคมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชน กรณีศึกษา  
 สถานานวัดตะโหมด ตำบลตะโหมด อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง ” วิทยานิพนธ์  
 พัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
 ชาญชัย มาลีพันธ์ และสรวิจิต ทองบัว “ ผลกระทบการประกอบวิชาชีพเวชกรรมการฟุ้งร้อง  
 ทางแพทย์ ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธาณสุขประจำปี 2545 เอกสารการประชุม  
 วิชาการ กระทรวงสาธาณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545  
 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดีง
- ชุกดา จิตพิทักษ์ (2528) “ สังคมวิทยาและวัฒนธรรมไทย ” วิชาวัฒนธรรมไทย  
 ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 พิมพ์ครั้งที่ 2 สำนักพิมพ์ –
- ชนินทร์ ลีวานันท์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (ออนไลน์)  
 สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 18 ธันวาคม 2550  
 จาก <http://www.dtam.moph.go.th/alternative/viewstory.php?id=418>
- ชลธิรา สัตยาวัฒนา (2534 ) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2551  
 จาก [www.identityhttp://ecurriculum.mv.ac.th/nuke/modules.php?name=Web\\_Links&l\\_op=viewlink&cid=1751](http://www.identityhttp://ecurriculum.mv.ac.th/nuke/modules.php?name=Web_Links&l_op=viewlink&cid=1751)
- จูนีย์ ณ นคร และคณะ “ ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติ  
 ของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่มารับการรักษาที่  
 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธาณสุข  
 ประจำปี 2545 เอกสารการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธาณสุข ครั้งที่ 10  
 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดีง
- คารณิ และพานทอง พาลุสุข (2532) “ ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ” (พฤติกรรมกา  
 ควบคุมคุณภาพการผลิตเมล็ดพันธุ์ข้าวชัยนาท 1 ฤดูฝน ปี 2546 ของเกษตรกรแปลง  
 ขยายพันธุ์ ศูนย์ขยายเมล็ดพันธุ์พืชที่ 22 จังหวัดสุราษฎร์ธานี) ” วิทยานิพนธ์  
 (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 1 มิถุนายน 2551  
 จาก <http://research.doae.go.th/Textbook/%A1/les2.pdf>

- เดือนตา วิโรจน์อุไรเรื่อง และคณะ “ สุขภาพทางอารมณ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวช  
ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์พิมพ์ ” บทคัดย่อผลงาน  
วิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2545 เอกสารการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข  
ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดี  
ทิพาพร กระแสร์ และคณะ (2544 ) “ ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยกรรม  
โรงพยาบาลแพร่ ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545  
เอกสารการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น  
14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดี
- เทวีกา เทพญา (2546) “ ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมาน  
จากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทักษิณา ไกรราช (2548) “ พลวัตการดูแลสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ไทยลาวในภาคอีสาน ”  
ปริญญาเอก คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสารคาม (อัคราเนนา)
- ทัศนีย์ ทัศนียานนท์ (2547) “ ภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต : การทำยาและนํ้ายาได้  
แมลงจากสมุนไพรใกล้ตัว ” กศ.บ. (การประถมศึกษา) คณะมนุษยศาสตร์  
และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
- ทรงคุณ จันทจร และปิติ แสนโคตร (2540) “ การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการเหย้าของชาวไทย : ศึกษา  
กรณีชาวไทย อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร ” สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรม  
อีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2540
- ทัศนคติ (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืน วันที่ 3 เมษายน 2551  
จาก [http://www.novabizz.com/NovaAce/Self/Spiritual/Attitude\\_12.php](http://www.novabizz.com/NovaAce/Self/Spiritual/Attitude_12.php)
- ทัศนคติ (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 2 มกราคม 2551  
จาก <http://ap.payap.ac.h/course/k210/f71.tm>
- ทฤษฎีความขัดแย้ง (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2552 จาก <http://www.pantown.com/board.php?id=520&area=1&name=board2&topic=2&action=view>
- ทฤษฎีองค์การ (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2552  
จาก <http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=naamza&month=11-2008 &date=26&group=1&gblog=1>
- ทฤษฎีสัมัยใหม่ (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2552  
จาก <http://www.lopburi1.net/km/modules.php?name=News&file=print&sid=259>

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนหรือทฤษฎีปฏิวัติ (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 25 กุมภาพันธ์

2552 จาก [http://edu.nstru.ac.th/social\\_edu/index.php?Option=com\\_content&task=view&id=34&Itemid=46](http://edu.nstru.ac.th/social_edu/index.php?Option=com_content&task=view&id=34&Itemid=46)

ทฤษฎีความสอดคล้องกันทางด้านความรู้ความคิด (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 26

กุมภาพันธ์ 2552 จาก [http://e-book.ram.edu/e-book/p/PC273/pc273\\_3.pdf](http://e-book.ram.edu/e-book/p/PC273/pc273_3.pdf)

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2552

จาก <http://www.nrru.ac.th/article/leadership/page2.5.html>

ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolutionary theory) (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2552

จาก <http://isc.ru.ac.th/data/PS0002165.doc>

ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict theory) (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 7 มีนาคม 2552

จาก [http://edu.nstru.ac.th/social\\_edu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=34&Itemid=46](http://edu.nstru.ac.th/social_edu/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=46)

ธฤยวรรณ นนทพุทธร (2545) “ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้โดยชุมชนในการจัดการท่องเที่ยว

เชิงนิเวศ : กรณีศึกษาป่าชุมชนเขาหัวช้าง ตำบลตะโหมด อำเภอดงหลวง  
จังหวัดพัทลุง ” วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการสิ่งแวดล้อมมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ธนพล พรหมสุวญษ์, พระมหา (2546) “ ความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมกับการจัดการป่าสมุนไพร

ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนปลักไม้ลาย ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ”  
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาการพัฒนารัฐบาลชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ธนาบดี รูปเทียนรัตน์ (2547) “ บทบาทผู้บริหารที่พึงประสงค์และบทบาทที่ปฏิบัติจริงตามการ

รับรู้ของพนักงานท่าเรือแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี ” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ  
มหาวิทยาลัยบูรพา

ธวัช ปุณโณทก (2530 : 350) (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 12 พฤศจิกายน 2550

จาก <http://sophon.bcnlp.ac.th/work29/29a-santi/common.html>

ธงชัย แก้วศรียา และคณะ (ม.ป.ป.) “ การศึกษาประสิทธิผลของการนวดฝ่าเท้าต่อการบรรเทา

อาการปวดในผู้ป่วยปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม ” เอกสารรวมบทคัดย่องานวิจัย  
ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2550) : 37

ธาตุเจ้าเรือน ” (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืน วันที่ 6 พฤษภาคม 2551

จาก [http://www.expert2you.com/article1/2315/index.htm?page\\_no=1](http://www.expert2you.com/article1/2315/index.htm?page_no=1)

นิตินันท์ พันทวี และคณะ (2544) “ การศึกษาพิธีกรรมท้องถิ่นในฐานะทุนวัฒนธรรม เพื่อพัฒนาชุมชน : กรณีศึกษาพิธีกรรมบายศรีสู่ขวัญอีสาน ” วิทยานิพนธ์ปริญญา ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นาถฤดี มณีเนตร (2549) “ การพัฒนาธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ กรณีศึกษาการนวดแผนไทย ” รายงานวิจัย โครงการพัฒนาศักยภาพและรูปแบบการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เขตจังหวัดขอนแก่นและพื้นที่ใกล้เคียง ” คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นฤมล กิจไพศาลรัตน์ (2545) “ ศึกษาการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ที่มีต่อบริการของ ห้องสมุด ” คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 14 กันยายน 2550 จาก <http://cuir.car.chula.ac.th>

เนชั่นสุดสัปดาห์ ปีที่ 14 ฉบับที่ 762 วันที่ วันศุกร์ที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2549

นวดแผนไทยออนไลน์(Thai Traditional Massage Online) “ ประวัติการนวดไทย ” (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 12 ธันวาคม 2550 จาก [http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?Name=Page\\_View&page=TMstory.html](http://www.moapong.com/vhcs2/aiweb/modules.php?Name=Page_View&page=TMstory.html)

นันทนา ขุนภักดี (2530 : 5) (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2551

จาก <http://www.thai-folksy.com/FolkDat/N-Sawan/Believe/021-Lit1.htm>

บุญยงค์ เกษเทศ (2537) “ ศึกษามานุษยวิทยาวัฒนธรรมในภาคอีสาน ” รายงานการวิจัย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารชุดภูมิปัญญา พื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทความของงานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 155

เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร (2542) “ ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยใน ต่อการบริการของ โรงพยาบาล ยูพาเดชอุดม ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

บทความมติชนสุดสัปดาห์ : มุลนิธิสุขภาพไทย (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคืนวันที่ 9 ธันวาคม 2551 จาก <http://www.thaihof.org/herb/abstract/mati701.htm>

บันทึกขอความสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0204.312/1133 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2550 เรื่อง “ รายงานผลดำเนินการกรณีแพทย์โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ ถูกศาลตัดสินจำคุก ”

- บัวตัน เขียรอรามณ์ และมัลลิกา มัติโก (2549) “ ความสัมพันธ์เกื้อกูลของแพทย์ทางเลือก :  
 ศึกษาในกลุ่มการแพทย์ทางเลือกของอำเภอเมือง เชียงใหม่ ” วารสารสาธารณสุข  
 และการพัฒนา 2549 ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ปริญาเอก ประจำคณะสังคมศาสตร์  
 และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 15  
 กันยายน 2551 จาก [www.aihd.mahido.ac.th/www-thai/Publication/vol14no.../2%20](http://www.aihd.mahido.ac.th/www-thai/Publication/vol14no.../2%20)
- ประโยชน์ บุญสินสุข และคณะ (2530) “ การใช้การนวดไทยบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อ  
 และปวดข้อ (ในสถานบริการของรัฐ) ” รายงานการวิจัย คณะแพทยศาสตร์  
 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปรีชา อุตระกุล และคณะ (2531) “ บทบาทหมอพื้นบ้านในสังคมชนบทอีสาน ” รายงานการวิจัย  
 ศูนย์ข้อมูลท้องถิ่นเพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏนครราชสีมา
- ประเวศ ะสี. (2539) เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโดยภูมิปัญญาท้องถิ่น  
 กับการพัฒนาหลักสูตร ครั้งที่ 1 / 2539 วันอังคารที่ 13 กุมภาพันธ์ 2539 ห้องประชุม  
 วิชาการ ชั้น 6 จังหวัด – (อัคราเนา)
- ปราโมทย์ ชูสกุล (2544) “ ความคาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ต่อบทบาทนักสังคมสงเคราะห์  
 ในโรงพยาบาลสงฆ์ ” สารนิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหาร  
 และนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ปรีชา หนูทิมและคณะ (2546) “ ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านการนวด  
 ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กระทรวงสาธารณสุข ” รายงานการวิจัยกลุ่มงานวิจัย  
 ทางคลินิก ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย  
 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- ปานเลขา ชนระรัตน์ (2547) “ การบริหารจัดการการนวดแผนไทยเชิงธุรกิจ : การตลาด  
 และการบริการ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยนวดกรรม  
 อุดมศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ประยงค์ เต็มชวาลา และคณะ (2547) “ ทศนคติและความพึงพอใจเกี่ยวกับการปฏิรูประบบ  
 ราชการ โดย คณะกรรมาธิการวิสามัญเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิรูป  
 ระบบราชการ วุฒิสภา ” รายงานการวิจัย คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาของวุฒิสภา  
 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

- ปราโมทย์ เสถียรรัตน์และเกสร อังสุสิงห์ (บรรณาธิการ) (2551) “คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยวิถีแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน” สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี พิมพ์ (ปรับปรุง) ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- \_\_\_\_\_ และคณะ (2547) “การประเมินผลโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย” รายงานสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- \_\_\_\_\_ (2548) “คู่มือมาตรฐานสถานประกอบการนวดส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการนวดเอกชน” กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี กรุงเทพมหานคร สามเจริญพานิชย์
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2538 : 155 (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 25 มีนาคม 2551 จาก [http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Amnat\\_Pusree/Chapter2.pdf](http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Amnat_Pusree/Chapter2.pdf)
- ปรเมศวร์ กุมารบุญ “ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม” 23 เมษายน 2550 มหาวิทยาลัยกรุงเทพ (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2552 จาก [http://www.thaisarn.com/th/news\\_reader.php?newsid=141629](http://www.thaisarn.com/th/news_reader.php?newsid=141629)
- ประวัติศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 7 พฤศจิกายน 2550 จาก <http://ittm.dtam.moph.go.th/health/history.html>
- ประวัติการแพทย์แผนไทย (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 3 ธันวาคม 2550 จาก <http://www.training-thaimassage-spa.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=5383215&Ntype=1>
- ประวัติการนวดแผนไทย (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 20 พฤศจิกายน 2551 จาก <http://student.swu.ac.th/pt471010059/px.htm7>:
- พิน คงพูน (2529) “ความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการการประถมศึกษาจังหวัด 14 จังหวัดภาคใต้” ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒสงขลา
- พิมลพรรณ วายจูด (2536) “สถานภาพและบทบาทสตรีไทย : การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว” วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

- พลศักดิ์ ศรีสมบูรณ์. (2545) “เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลัง  
 เข้าโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี”  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทั่วไป  
 บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏสวนดุสิต
- \_\_\_\_\_ . (2540) “การนวดเพื่อสุขภาพสำหรับครูนวดไทยตามโครงการส่งเสริม  
 การนวดไทยเพื่อสุขภาพ” สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย  
 และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี พิมพ์ครั้งที่ 1
- \_\_\_\_\_ . (2540) “เส้น จุด และ โรคในทฤษฎีการนวดไทย” สถาบันการแพทย์แผนไทย  
 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี  
 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก  
 ในพระบรมราชูปถัมภ์
- \_\_\_\_\_ . (2540) “การนวดเพื่อสุขภาพสำหรับครูนวดไทยตามโครงการส่งเสริมการนวดไทย  
 เพื่อสุขภาพ” สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย  
 และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี พิมพ์ครั้งที่ 1  
 กรุงเทพมหานคร เลิฟแอนด์ลิฟเพรส
- \_\_\_\_\_ . (2541) “สรุปโครงการศึกษาวิจัยและพัฒนาพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริม  
 ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย” รายงานการวิจัยกลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญา  
 การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์  
 แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- \_\_\_\_\_ . (2541) “บทบาทสถานภาพและทิศทางการพัฒนาองค์ความรู้และหมอพื้นบ้าน  
 ชาวไทยภูเขา” รายงานการวิจัย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์  
 แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- \_\_\_\_\_ . (2546) “การศึกษาองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การนวดไทยเพื่อพัฒนา  
 องค์ความรู้สู่ระดับนานาชาติและสนับสนุนให้ประชาชนเกิดการพึ่งตนเอง”  
 รายงานวิจัยสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์  
 ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข
- \_\_\_\_\_ . (2546) “การศึกษาคำดำรงอยู่และบทบาทของหมอพื้นบ้านด้านการดูแลสุขภาพ :  
 กรณีศึกษา พ่อทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์” รายงานการวิจัย สถาบันการแพทย์แผนไทย  
 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข



- \_\_\_\_\_ (2546) “ การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไหลตาย ของประชาชนชาวอีสาน ด้วยระบบคิดและทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ” กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- พิชชา รัตนดิถ ฦ กุเกิด (2537) “ แนวความคิดและการวิจัยเรื่องความพึงพอใจในงานบริการสาธารณสุข ” *วารสารหมออนามัย*, 23 (3) : 149 – 154
- พิสิฎฐ์ บุญไชย (2542) “ ความรู้ ความเชื่อ ในการใช้สมุนไพรรักษาสุขภาพของชาวผู้ไทยจังหวัดยโสธร ” รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- พิมพ์ภักดิ์ แหล่งสนาม (2545) “ การฝึกอบรมการนวดแผนไทยกับการสร้างโอกาสทางอาชีพ ” สารนิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาดบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- เพ็ญประภา หวานคำ (2542) “ การติดตามผลการฝึกอบรมวิชาชีพหลักสูตรระยะสั้นวิชานวดแผนไทย จัดโดยศูนย์พัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด จังหวัดนนทบุรี ” สารนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- พัชรี บุญสุวรรณ และคณะ (2544) “ การพัฒนางานตรวจสอบสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545 เอกสารการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดิ้ง
- พิมพ์พรรณ พลรักษ์ และคณะ (ม.ป.ป.) “ การปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลตริง ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2545 เอกสารการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดิ้ง
- พัทธา สายหู (2529) “ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท ” (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 18 สิงหาคม 2551 จาก <http://www.geocities.com/buucu5231/nuchjare2.doc>
- พิศิษฐ เบญจมงคลวาริ (2549) “ หลักการพื้นฐานการนวดแผนไทย ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชานวดแผนไทย* หน่วยที่ 5 หน้า 283 – 285 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช “พจนานุกรมนักเรียนฉบับปรับปรุง (พ.ศ.2535 : 486) [พัฒนาจากพจนานุกรมนักเรียนขององค์การค้ำของครูสภา พ.ศ.2529 โดยยึดถือพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525]

พัชรา อุตระกุล (2531 : 9) (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 7 กรกฎาคม 2550 จาก Rulife.net/  
file.php/62/moddata /forum/2023791\_.doc

พัชราภรณ์ แก้วน้ำใส และ ดนัย คำขวัญ “ บทบาทของอาสาพัฒนาปศุสัตว์ประจำหมู่บ้านในพื้นที่  
จังหวัดอ่างทอง ” (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 18 มีนาคม 2551

จาก [http:// www.dld. go.th/region1/knowledge%20Center/knowledge/4-1/main2.doc](http://www.dld.go.th/region1/knowledge%20Center/knowledge/4-1/main2.doc)

พลั้งจิต (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 พฤษภาคม 2552 จาก [http://board.palungjit.](http://board.palungjit.com/f11/ยูเนสโกขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์มรดกโลกทางการ-121271.html)

[com/f11/ยูเนสโกขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์มรดกโลกทางการ-121271.html](http://board.palungjit.com/f11/ยูเนสโกขึ้นทะเบียนจารึกวัดโพธิ์มรดกโลกทางการ-121271.html)

พฤติกรรม (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 2 มกราคม 2551 จาก [http://psychology.exteen.](http://psychology.exteen.com/20060610/entry)

[com/20060610/entry](http://psychology.exteen.com/20060610/entry)

ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล และคณะ (2539) “ การศึกษาทัศนคติและการยอมรับของบุคลากรทาง  
การแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันในจังหวัดกาญจนบุรีต่อการนวดไทยในการ  
แก้ปัญหาสุขภาพ ” รายงานวิจัย โรงพยาบาลเจ้าคุณพนมทวน อำเภอพนมทวน  
จังหวัดกาญจนบุรี

มารีโกะ กาโตะ (2540) “ การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมอลำผีฟ้า บ้านหนองใหญ่  
อำเภอเวียงน้อย จังหวัดขอนแก่น ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัย  
ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ อีสาน (สิงหาคม 2548) : 111 - 113

เมตตา บุญคาเฟิง (2545) “ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการนวด – อบ - ประคบ ของผู้รับบริการของ  
ศูนย์แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มยุรี สุขปัญญารักษ์ (2542) “ ศึกษาความต้องการและประเด็นความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยหนัก  
ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลพุทธชินราช  
พิษณุโลก ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545 เอกสารการประชุม  
วิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545  
พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินตัง

มงคล นาฎกระสูตร “ ทฤษฎีทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา : ความรู้เบื้องต้นทฤษฎีทางสังคม  
วิทยาทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ” (Symbolic Interaction (26/5/48) (ออนไลน์)  
สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 1 มีนาคม 2552 จาก <http://learners.in.th/file/drwattana/%.doc>

- มินตรา แสงฤทธิ์ และคณะ (ม.ป.ป.) “ การติดตามผลการให้คำปรึกษาการใช้ยาของผู้ป่วย  
โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลลำปาง ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545  
เอกสารการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น  
14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดีง
- มณี พยอมยงค์ (2530) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551  
จาก <http://www.thai-folksy.com/FolkDat/N-Sawan/Believe/021-Lit1.htm>
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท (ชีวกโกมารภักจ) (2548)  
“ ตำราเภสัชกรรมไทย ” กรุงเทพมหานคร พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดีง เซ็นเตอร์ 2548
- มูลนิธิสุขภาพไทย บทความมติชนสุดสัปดาห์ (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 ธันวาคม  
2551 จาก <http://www.thaihof.org/herb/abstract/mati701.htm>
- ยศพล อินทฤทธิ์ 2545 “ บทบาทก้านันผู้ใหญ่ว่านที่ควรจะเป็นในอนาคต ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอ  
เมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาขอนแก่น : สถาบันราชภัฏมหาสารคาม
- ยงศักดิ์ ดันติปฏิภม มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา การนวดไทยเพื่อสุขภาพ ความรู้เบื้องต้น  
เกี่ยวกับการนวดไทย (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 13 พฤศจิกายน 2550  
จาก [http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai\\_message2/index.html](http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai_message2/index.html)
- ยุวณูช ทินนะลักษณะ “ ความรู้ท้องถิ่น ” กับ “ ความรู้วิทยาศาสตร์ ” สัมพันธ์ภาพใหม่เพื่อการพัฒนา  
สังคมยั่งยืนวันอังคารที่ 19 กรกฎาคม 2548 – 16 : 13 น. สำนักงานคณะกรรมการวิจัย  
แห่งชาติ ข่าวนววงการวิจัย : ผู้จัดการออนไลน์ (ออนไลน์) สาระสังเขป คืบวันที่ 15  
พฤศจิกายน 2551 จาก <http://www.nrct.go.th/2008/print.php?sid=2082>
- ยุทธศาสตร์แผนฯ 10, ปีที่ 4 ฉบับที่ 5 เดือนเมษายน 2549 สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติ (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 พฤศจิกายน 2551  
จาก [http://www2.nesac.go.th/office/onesac\\_papers/papers\\_files/paper\\_21.php](http://www2.nesac.go.th/office/onesac_papers/papers_files/paper_21.php)
- รัตนะ บัวสน (2535) “ การพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนเพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น :  
กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลางตอนล่าง ” ปริญญาคุฎฎิบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒวิทยาเขตประสานมิตร
- เรณู มีชนะ (2544) “ เปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคล  
ที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล

- รุ่งรังสี วิบูลชัย (2537) “ การดำรงอยู่ของแพทย์พื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมู่บ้านนาสีดา ตำบลข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- รุจินาด อรรถสิทธิ์ (2538) “ การปรับตัวของหมอนวดพื้นบ้านในสังคมชนบท : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรการแพทย์ และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- รัชณีกรอุปเสน (2541) “ การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- รัชชา กุลวานิชไชยพันธ์ (2535) “ ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ประกันตนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ” รายงานการวิจัย สำนักงานประกันสังคม
- รุ่ง แก้วแดง (2541 : 204 อ้างใน ัญญา ทิพรัตน์) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 3 มกราคม 2551 จาก <http://www.media.academic.chula.ac.th/arted/PROJECT/ARTICLE/Trend/mali3.htm>
- รังสรรค์ จันต๊ะ (2546?) “ ภูมิปัญญาพื้นบ้าน มิติทางวัฒนธรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือของประเทศไทย ” ผลงานวิจัย ประจำปี 2546 จากสภาวิจัยแห่งชาติ (งานวิจัยภูมิปัญญาพื้นบ้านดูแลผู้ติดเชื่อส์รบบรางวัลสภาวิจัยแห่งชาติ) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 26 สิงหาคม 2546 06 : 20 น. (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 20 ตุลาคม 2551 จาก <http://www.nrct.go.th/2008/modules.php?>
- ราชบัณฑิตยสถาน (2525) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525* พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์
- ราชบัณฑิตยสถาน (2542) *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542* กรุงเทพมหานคร นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์
- ไลอ้อน มาลา และพรทิพย์ มาลา “ การศึกษาภูมิปัญญาชาวบ้านเกี่ยวกับการอนุรักษ์ป่าชุมชนของชาวอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ” รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัย ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 165

- ลลิตา กระจ่างโพธิ์ (2546) “ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรคของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ” คั่นคว้าแบบอิสระ ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 14 ธันวาคม 2551  
จาก file:///C:/ Documents% 20and% 20Settings/ NUEY/Desktop/%
- วารุณี พงษ์ภิญญา (2545) “ ภูมิปัญญาชาวบ้านต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน : กรณีศึกษาบ้านอัมพวัน หมู่ที่ 8 ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ” วิทยานิพนธ์ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษาเพื่อการพัฒนา สถาบันราชภัฏเลย
- วันดี องค์กรนะสุข (2545) “ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการนวดประคบและอบสมุนไพร ” วิทยานิพนธ์ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (เศรษฐศาสตร์เกษตร) สาขาเศรษฐศาสตร์เกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- วุฒิพร ศรีมังกรแก้ว (2547) “ การนวดแผนไทย : ศึกษากรณีศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครขอนแก่น ” วิทยานิพนธ์ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษาเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
- วิชัย อึ้งพินิจพงษ์และคณะ (ม.ป.ป.) “ ผลของการนวดแบบลึก (นวดแผนไทย) ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืด ” เอกสารรวมบทคัดย่องานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2550) : 53
- \_\_\_\_\_ (ม.ป.ป.) “ ผลของการนวดแผนไทยแบบเชลยศักดิ์ต่อระดับความผ่อนคลายของผู้มารับบริการ : กรณีศึกษา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ” เอกสารรวมบทคัดย่องานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2550) : 55
- \_\_\_\_\_ (ม.ป.ป.) “ ผลการนวดไทยในการบำบัดโรคข้อสันหลังส่วนคอเสื่อมอักเสบ : เปรียบเทียบผลการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบและการนวดไทย ” เอกสารรวมบทคัดย่องานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2550) : 56
- \_\_\_\_\_ (ม.ป.ป.) “ ผลของการนวดไทยต่อระบบไหลเวียนโลหิต ” รายงานวิจัย เอกสารรวมบทคัดย่องานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร (2550) : 7
- \_\_\_\_\_ (2545) “ การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลสุรินทร์ ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545 เอกสารการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดี

- วสันต์ ไชยฉกรรจ์ (2549) “ การเตรียมความพร้อมและการนวดแผนไทยอย่างมีคุณภาพ ”  
 ในเอกสารการสอนชุดวิชา *นวดแผนไทย* หน่วยที่ 3 หน้า 156 – 164 นนทบุรี  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ (บรรณาธิการ) (2549) “ นูรณาจารย์และผู้มีพระคุณต่อการแพทย์  
 แผนไทย ” สถาบันการแพทย์ไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
 กระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี กรุงเทพมหานคร สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์  
 ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- วงจันทร์ สุพิมล (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 2 พฤษภาคม 2551  
 จาก <http://seashore.buu.ac.th/~46071390/%B4%E8%C7%B9.doc>
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2551  
 จาก <http://th.wikipedia.org/wiki>
- ศิริรัตน์ สัมฤทธิ์ (2549) “ การศึกษาสถานภาพสถานประกอบการเชิงส่งเสริมสุขภาพ  
 ในเขตเทศบาล นครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศุภยา วิทักษบุตร “ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของหมอสุมุโนไพรพื้นบ้าน กรณีศึกษา  
 อำเภอโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร ” รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทความของงานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่น  
 ด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 70 - 71
- ศรีศักดิ์ สุนทรไชย และฉัตรชัย ทิพย์จันทร์ (2549) “ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาสำหรับ  
 การนวดแผนไทย ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา นวดแผนไทย* หน่วยที่ 2 หน้า 109 –  
 110 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ศุภมาส อังศุโชติ (2550) “ การพัฒนาเครื่องมือวิจัย ” ใน *เอกสารการสอนชุดประมวลสาระ  
 ชุดวิชา (วิทยานิพนธ์ 2 )* หน่วยที่ 6 หน้า 6 - 45 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (สุพรหม อาศรม) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 7 พฤศจิกายน  
 2550 จาก <http://ittm.dtam.moph.go.th/health/history.html>
- สุจินดา คูจารีวนิช (2535) “ การปรับบทบาทของหมอพื้นบ้านชุมชนไทย-ลาว จังหวัดนครพนม ”  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามานุษยวิทยาประยุกต์  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- สุภาพ ไบแก้ว (2535) “ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ (2540) “ ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน บัณฑิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สามัคคี เดชกล้า (2540) “ ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการสาธารณสุข ที่สถานีนอนามัยในเขตพื้นที่กิ่งอำเภอโพธิ์สุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคมศึกษา) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- เสาวนีย์ ลีลานุช (2541) “ ความคาดหวังของแพทย์และพยาบาลต่อบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ” รายงานการวิจัย กรุงเทพมหานคร
- สุชาวดี สุทธิคะเนิง (2542) “ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภคชาวไทยในการเลือกใช้บริการนวดแผนโบราณในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ” การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สมชาติ มณีน้อย (2534) “ ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกใหม่ต่องานบริการของโรงพยาบาลศิริราช ” สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีปทุมธานี (อัครา) (อัครา)
- โสภิตา ขงยอด (2538) “ บทบาทและสถานภาพของระบบบริการการแพทย์แผนไทย:ศึกษาเฉพาะกรณีของพระครูพิศิษฐ์ธรรมจารย์ (สุนทรโร) ” รายงานการวิจัย สถาบันราชภัฏมหาสารคาม ” เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 84 - 85
- สุภาพร อาจเดช (2544) “ บทบาทหมอฟันบ้านทางด้านสุขภาพจิตชุมชน : กรณีศึกษาหมอธรรมบุญ นานวล บ้านคอนสัมพันธ์ ตำบลท่าหาดยาว อำเภอโพธาราม จังหวัดร้อยเอ็ด ” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สันหกิจ รัตนกุล (2544) “ ทักษะและความคาดหวังในการประกอบอาชีพนวดแผนโบราณของคนตาบอด ” สารนิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาแรงงานและสวัสดิการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สุภีร์ คำใจ “ คติความเชื่อวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยสมุนไพรของหมอยาพื้นบ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ” รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 68 - 69
- สุภาวดี เพ็ชรสว่าง (2548) “ ความพึงพอใจของผู้รับบริการในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ ” สารนิพนธ์ปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ โครงการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
- สุพล ตะขอมดอก (2550) “ การศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชเคมีและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุรัช กุหลาบเพชร “ กระบวนการเข้าสู่อาชีพและสถานภาพบทบาทของหมอนวดพื้นบ้าน กลุ่มชาติพันธุ์ผู้ไทยลาย ไทเขมร และไทยโคราช : ศึกษากรณีจังหวัดบุรีรัมย์ ” รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ” เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 82 - 83
- สนั่น ชูไพเราะ และคณะ (2540) “ ภูมิปัญญาเกี่ยวกับพืชสมุนไพรในป่าทุ่งป่าทาม ” รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 176
- เสมียน ชันมัน (2544) “ ศึกษาการพยาบาล โดยวิธีการนวดเท้าในการร่วมรักษาต่ออาการชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ” บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545 เอกสารการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 - 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดี
- สมใจ ศรีหาล้า (2535) “ ศึกษาหมอธรรมกับการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน ” วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 120 - 121
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550) “ ทฤษฎีสังคมวิทยา ” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาตามมุมมองของสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา หน่วยที่ 2 หน้า 17-53 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช



- สมโภช รัตติโอพาร (2549) “ การบริหารองค์การการแพทย์แผนไทย ” ใน เอกสารการสอน  
ชุดวิชาประสบการณ์วิชาชีพการแพทย์แผนไทย หน่วยที่ 3 หน้า 2 – 52 นนทบุรี  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- สงวนศรี วิรัชชัย (2527) จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษา กรุงเทพมหานคร ศึกษาพร (อัคราเสนา)  
เสรี พงศ์พิศ (2534) สภาพปัญหาและทางเลือกของชนบทไทย “ ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการ  
ดำเนินงานวัฒนธรรมและการพัฒนาชนบท ” สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรม  
แห่งชาติ กรุงเทพมหานคร
- สุพัตรา สุภาพ (2539) สังคมวิทยา กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช
- สุพัตรา สุภาพ (2528:26-30) อ้างใน “ นโยบายของศูนย์องค์การบริหารสามจังหวัดชายแดนภาคใต้  
(สบอต.) ” (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืน 16 กุมภาพันธ์ 2551  
จาก <http://learners.in.th/blog/na-im/toc>
- สุนันท์ บุญวโรดม (2543 : 22) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 10 เมษายน 2551  
จาก <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>
- สุชาดา มะโนทัย (2539) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 10 เมษายน 2551  
จาก [http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn\\_less-2.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn_less-2.doc)
- สามารถ จันทร์สุรย์ (2533) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 12 มิถุนายน 2550  
จาก [http://www.Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://www.Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)  
\_\_\_\_\_.(2536) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 28 มิถุนายน 2550  
จาก [Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://www.Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2529: 9 – 11; เฉลิมพล ต้นสกุล 2541: 2 ) (ออนไลน์) สาระสังเขป  
ค้นคืนวันที่ 20 มิถุนายน 2551  
จาก [http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn\\_less-2.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn_less-2.doc)
- สุทธิชัย อากาศโร , พระมหา (อบอูน) (พ.ศ.-) “ การศึกษาองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ปรากฏ  
ในวรรณกรรมพระพุทธศาสนาเรื่องอานิสงส์และคัมภีร์ที่ใช้เทศน์ในเทศกาลต่างๆ  
ของล้านนา ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต (พระพุทธศาสนา)  
วิทยานิพนธ์ อิลเลโทนิคส์ ฐาน วิทยานิพนธ์ด้านพระพุทธศาสนา (ออนไลน์)  
สาระสังเขป ค้นคืน วันที่ 10 กันยายน 2551  
จาก <http://www.mcu.ac.th/site/esisdetails.php?thesis=254946>
- เสรี พงศ์พิศ (2529) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 15 กรกฎาคม 2550  
จาก [Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://www.Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)

- สุธิดา นระระฮิม (ไม่ระบุปี พ.ศ.) “ ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการวิสัญญี  
ของผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ” (ออนไลน์)  
สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 7 ธันวาคม 2551  
จาก <http://www.hospital.tu.ac.th/image/visunye2.doc>
- สุนทรีย์ โคมิน (2539) อ้างใน เทพ สงวนกิตติพันธ์ (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 10  
ธันวาคม 2551 จาก [http://www.stou.ac.th/Offices/rdec/udon/upload/socities9\\_10.html](http://www.stou.ac.th/Offices/rdec/udon/upload/socities9_10.html)
- สุวัชชัย เอกชัยศิริ (2548) “ นโยบายการท่องเที่ยว : กรณีศึกษาการฟื้นฟูเศรษฐกิจของจังหวัดภูเก็ต  
หลังเหตุการณ์ภัยพิบัติ สึนามิ ” คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ออนไลน์)  
สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 25 กันยายน 2551  
จาก [http://www.polsci.tu.ac.th/mpe/thesisMPE13/mpe13\\_24.doc](http://www.polsci.tu.ac.th/mpe/thesisMPE13/mpe13_24.doc)
- สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ (2547?) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 17 พฤศจิกายน 2550  
จาก [http://qa.swu.ac.th/LinkClick.spx?fileticket=uF3z7hDFJfs%3D&tabid=2377  
&mid=3680](http://qa.swu.ac.th/LinkClick.spx?fileticket=uF3z7hDFJfs%3D&tabid=2377&mid=3680)
- เสาวภาคย์ เตชะสาย (2533) ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ภายในประเทศ กระทรวงเทคโนโลยี  
สารสนเทศและการสื่อสาร (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 25 ธันวาคม 2551  
จาก [http://w.tkc.go.th/thesis/report\\_thai.asp?PageNo2=48&university=&B1=&pageno=](http://w.tkc.go.th/thesis/report_thai.asp?PageNo2=48&university=&B1=&pageno=)
- สุมาลี สังข์ศรี และคณะ (2535) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 3 มกราคม 2552  
จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/6643>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 กันยายน 2550  
จาก <http://province.moph.go.th/nakhonratchasima>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 18 ธันวาคม 2551  
จาก <http://www.healthcorners.com/2007/news/Read.php?id=6573>
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (2543) “ ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการ  
ปฏิบัติงานของ สช. ” รายงานการวิจัย กรุงเทพมหานคร : คุรุสภาลาดพร้าว
- อมรรัตน์ เชาวลิต (2541) “ ความพึงพอใจของศึกษาระดับมหาดำเนินคิดต่อระบบการจัดบริการ  
สารสนเทศของสำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเกริก ” วิทยานิพนธ์ปริญญา  
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต แผนกบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- อภิชาติ ลิมตยะโยธิน (2549) “ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการนวดแผนไทย ” ใน เอกสารการสอน  
ชุดวิชานวดแผนไทย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 1 นนทบุรี หน้า 5 - 99  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

- อังกฤษ สมคะเนย์ (2534) “สภาพและปัญหาการนำภูมิปัญญาชาวบ้านมาใช้พัฒนาหลักสูตร  
ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี”  
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (ภาควิชาบริหารการศึกษา)  
สาขานิติศาสตร์และการพัฒนา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- แอนจูลี สารสิทธิ์ยศ (2537) “ศึกษาการอยู่กรรมของแม่ลูกอ่อน บ้านศรีบุญเรือง ตำบลนาฟู  
อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี” รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3 บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่น  
ด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548) : 47 - 48
- อิสราพร จันทร์ทอง (2538) “บทบาทหน้าที่ของพิธีกรรมของชาวกูย บ้านลำโรงทาบ  
อำเภอลำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปมหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยศิลปากร เอกสารชุดภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ 3  
บทคัดย่องานวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอีสาน (สิงหาคม 2548)
- อภิชัย มงคล (2545) “ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือ  
และป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” บทคัดย่อผลงาน  
วิชาการสาธารณสุขประจำปี 2545 เอกสารการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข  
ครั้งที่ 10 จังหวัดขอนแก่น 14 – 16 สิงหาคม 2545 พิมพ์ครั้งที่ 1 เพ็ญพรินดี
- อัญญารัตน์ สร้อยอินตะ (2545) “แนวทางการพัฒนาศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน สถาบัน  
ราชภัฏเชียงใหม่ให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงคุณภาพ” การค้นคว้าอิสระ  
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เอกวิทย์ ฒ ถलग (2540) “ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค : วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้  
ของชาวบ้านไทย” โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (อัคราณา)  
\_\_\_\_\_ . (2537) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 30 พฤษภาคม 2550  
จาก [Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791\\_.doc](http://Rulife.net/file.php/62/moddata/forum/2023791_.doc)
- อำนาจ วัดจินดา (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืน 22 มิถุนายน 2551  
จาก <http://www.hrcenter.co.th/HRKknowView.asp?id=677&mode=disp>
- อำนาจ สุวรรณศิริ 18 ตุลาคม 2543 (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 7 ธันวาคม 2550  
จาก <http://www.dlt.go.th/clearydlt/article/jariyatam.doc>

- \_\_\_\_\_ .“ คุณธรรม จริยธรรม : ทูทางสังคมเพื่อการบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ”  
(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 17 ธันวาคม 2550  
จาก <http://somchai.cmtc.ac.th/index.php?Name=News&file=article&sid=12>
- อัญชณา ณ ระนอง (2548) ความคาดหวังการใช้บริการด้านสุขภาพ และ ผลกระทบของการจัด  
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : มุมมองของประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 8 มกราคม 2552  
จาก <http://library.hsri.or.th/abs/res/hs1174t.doc>
- อุทัยพรรณ สุคใจ (2545:7 (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 15 สิงหาคม 2551  
จาก [http://saw01.blogspot.com/2008/07/blog-post\\_1615.html](http://saw01.blogspot.com/2008/07/blog-post_1615.html)
- อุทัยวรรณ กาญจนกามล “ การแพร่กระจายนวัตกรรม การมีส่วนร่วมของประชาชน ” (ออนไลน์)  
สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 12 มีนาคม 2552  
จาก <http://www.scribd.com/doc/4110686/->
- “ อาหารสมุนไพรตามธาตุเจ้าเรือน ” สำนักบริการคอมพิวเตอร์, 30 พฤษภาคม 2550 (ออนไลน์)  
สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 6 พฤษภาคม 2551  
จาก <http://www.ku.ac.th/e-magazine/may50/know/horo.htm>
- องค์กร (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2552 จาก [http://th.wikipedia.org/wiki/Auguste\\_Comte](http://th.wikipedia.org/wiki/Auguste_Comte) “ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ” (Macionis 1993 : 17 - 18) (ออนไลน์)  
สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 15 พฤศจิกายน 2550  
จาก <http://isc.ru.ac.th/data/PS0002165.doc>
- Aiken and Hage (1966 : 497–507) “ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างขององค์กรกับความรูสึก  
แปลกแยก ” (โดยการศึกษาเปรียบเทียบขององค์กรสังคมสงเคราะห์ ที่มีรูปแบบการทำงาน  
แบบรวมอำนาจ กับรูปแบบการกระจายอำนาจ) (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่  
12 ตุลาคม 2551  
จาก [http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/paweena\\_lesson%202.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/paweena_lesson%202.doc)
- Ajzen (1988) (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 5 ตุลาคม 2550  
จาก <http://www.novabizz.com/NovaAce/Attitude.htm>
- Assael (1993 : 282) (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 3 มกราคม 2551  
จาก <http://mkpayap.payap.ac.th/course/mk210/f7.1.htm>
- Aday and Andersen (1975 : 4 - 11 และ 52 - 80) (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 13 มีนาคม  
2551 จาก <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>

- Bloom 1975 : 65-197, อ้างถึงใน นพดล บำรุงกิจ 2544 : 14-15 (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 10 มีนาคม 2551 จาก [http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Wasana\\_Saisema/Chapter2.pdf](http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Wasana_Saisema/Chapter2.pdf)
- Cohen (1979:35 อ้างใน การสัมมนา เรื่อง “ บทบาทของเยาวชนไทยมุสลิมกับการแก้ปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ” ณ ห้องจะบังติกอ โรงแรมซี.เอส. ปัตตานี เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2550) (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 15 กันยายน 2551 จาก [http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/\\_2.doc](http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/_2.doc))
- Cronbach (1972 อ้างในสุชาดา มะโนทัย 2539: 9 – 10 (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 10 เมษายน 2551 จาก [http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn\\_less-2.doc](http://dit.dru.ac.th/home/005/Exellent/wiriyaporn_less-2.doc)
- Emile Durkheim “ ทฤษฎีสังคมวิทยา < ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ” (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 5 พฤศจิกายน 2550 จาก <http://gotoknow.org/blog/yuwai9502>
- Edward B. Tylor (1832-1917) “ ที่มาและพัฒนาการ ” (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2552 จาก <http://cyberlab.lh1.ku.ac.th/elearn/faculty/social/soc65/1-2.html>
- Federick Herzberg (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2552 จาก <http://www.kru-itth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=420818&Ntype=6>
- Foster,G and Anderson,B. “ Medical Anthropology,New York : John Wiley and Sons,1978
- George Herbert Mead (อ้างใน มงคล นาฏกระสูตร) (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 8 มีนาคม 2552 จาก <http://learners.in.th/file/drwattana/%.doc>
- Homan’s Role Theory (อ้างใน นุจรี เกตุปราษฎ์ 2544) “ บทบาทของประธานคณะกรรมการพัฒนาสตรีจังหวัดทั่วประเทศในการพัฒนาสตรีระดับจังหวัด ” (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 5 พฤษภาคม 2550 จาก <http://www.gspa-uu.net/DigitalLibrary/data/4322023.pdf>
- kanokporn -- Joy หน่วยประกันคุณภาพการศึกษา (QA) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 5 พฤศจิกายน 2551 จาก <http://gotoknow.org/blog/med-nuqa-joy/92629>
- Kohn (1976 : 113 -130) “ ศึกษาโครงสร้างของการทำงาน (Occupational Structure) ที่ก่อให้เกิดความแปลกแยก ” (ออนไลน์) สารระสังเขป ค้นคืนวันที่ 5 กันยายน 2551 จาก [http://dit.ru.ac.th/home/005/Exellent/paweena\\_lesson%202.doc](http://dit.ru.ac.th/home/005/Exellent/paweena_lesson%202.doc)

- Loudon and Della Bitta. (1993 : 423) (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 7 ตุลาคม 2550  
จาก <http://mkpayap.payap.ac.th/course/mk210/f7.1.htm>
- Levingson, (1964 ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 15 เมษายน 2550  
จาก [http://www.amboeasy.psu.ac.th/~%20marut.d/images/stories/Seminar/\\_2.doc](http://www.amboeasy.psu.ac.th/~%20marut.d/images/stories/Seminar/_2.doc)
- Macionis (1993 : 17 - 18) (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 15 พฤศจิกายน 2550  
จาก <http://isc.ru.ac.th/data/PS0002165.doc>
- ManeeRadsaMee Spa “ ความรู้เกี่ยวกับการนวด ” (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 5  
พฤศจิกายน 2551 จาก <http://www.maneeradsamee.th.gs/web-m/aneeradsamee/>
- Maslow, A.H., 1970 : 24 - 25 (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 13 มีนาคม 2551  
จาก <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>
- Maxweber (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2552 จาก <http://www.lopburil.net/km/modules.php?name=News&file=print&sid=259>
- Pearlin (1972 : 138 -152) “ ศึกษาลักษณะโครงสร้างการทำงานของโรงพยาบาลโรคจิต ”  
(ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 5 กันยายน 2551 จาก <http://www.siamzone.com/music/lyric/index.php?mode=view&artist=Calvin%20Richardson&song=39k>
- Parsons and Shils (อ้างอิงใน การสัมมนา เรื่อง บทบาทของเยาวชนไทยมุสลิมกับการแก้ปัญหาความ  
ไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ณ ห้องจะบังติกอ โรงแรมซี.เอส. ปัตตานี เมื่อ  
วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2550 (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 15 พฤษภาคม 2551  
จาก [http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/\\_2.doc](http://mamboeasy.psu.ac.th/~marut.d/images/stories/Seminar/_2.doc)
- Redcliffe-Brown, 1881-1955) Anthropological Thought and Theory (ออนไลน์) สาระสังเขป  
คั่นคั่นวันที่ 11 ตุลาคม 2550  
จาก [http://cyberlab.lh1.ku.ac.th/elearn/faculty/social\\_soc65/4.html](http://cyberlab.lh1.ku.ac.th/elearn/faculty/social_soc65/4.html)
- Roger (1978 : 208 – 209 อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร , 2533 : 122) (ออนไลน์) สาระสังเขป  
คั่นคั่นวันที่ 13 กรกฎาคม 2551 จาก <http://www.thaigoodview.com/node/327>
- Stephenson,L.N., Weinrich,S.P.,& Tavakoli,A.S. (2000) The effects of foot reflexology  
on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. Oncology Nursing  
Forum,27 (1) 67 -72
- Shelly (1975 อ้างถึงใน เกศนราภรณ์ สัตยาชัย. 2546 : 19 (ออนไลน์) สาระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 10  
กันยายน 2551 จาก <http://learners.in.th/file/puangchompoo/chapter2.pdf>

- Talcott Parsons “ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ” (Macionis 1993 : 17-18 (ออนไลน์)  
 สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 5 พฤศจิกายน 2550  
 จาก <http://isc.ru.ac.th/data/PS0002165.doc>
- thaimassageschool ชีวกโกมารภักจจ์ (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 กันยายน 2550  
 จาก <http://www.thaimassageschool.ac.th>
- Vroom, W.H. (1964) Work and Motivation. New York : John Wiley and Sons. Inc.
- Wolman. (1973 : 384) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 20 มิถุนายน 2551  
 จาก <http://aphinant.aru.ac.th/wp-content/uploads/2008/10/chapter-5.doc>
- Yamane (1973 : 727) (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 16 มีนาคม 2552  
 จาก <http://www.srptc.moe.go.th/data/botte3.doc>
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 9 กันยายน 2550 จาก <http://www.thaimassageschool.ac.th>  
 (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 3 พฤศจิกายน 2550  
 จาก <http://www.thaipeaceful.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=513474>
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 7 พฤศจิกายน 2550  
 จาก [http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai\\_message2/index.html](http://healthnet.md.chula.ac.th/text/forum2/thai_message2/index.html)
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 15 ธันวาคม 2550.  
 จาก <http://www.thai-traditional-massage.com/thai/ideology.htm>
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 1 มกราคม 2551  
 จาก [http://www.geocities.com/chem\\_chom/menu1.html](http://www.geocities.com/chem_chom/menu1.html)
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 2 มกราคม 2551 จาก <http://www.ap.payap.ac.h/course/k210/f71.tm>  
 (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2551  
 จาก [http://www.identityhttp://ecurriculum.mv.ac.th/nuke/modules.php?name=Web\\_Links&l\\_op=viewlink&cid=1751](http://www.identityhttp://ecurriculum.mv.ac.th/nuke/modules.php?name=Web_Links&l_op=viewlink&cid=1751)
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551  
 จาก [http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1\\_2551/Planthai.htm](http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/1_2551/Planthai.htm)
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 2 มีนาคม 2551  
 จาก <http://www.culture.go.th/study.php?&YY=2548&MM=5&DD=16>
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 3 เมษายน 2551  
 จาก [http://www.novabizz.com/NovaAce/Self/Spiritual/Attitude\\_12.php](http://www.novabizz.com/NovaAce/Self/Spiritual/Attitude_12.php)
- (ออนไลน์) สาระสังเขป ค้นคืนวันที่ 12 มีนาคม 2551 จาก [www.spsnc.net/news/law.doc](http://www.spsnc.net/news/law.doc)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ (ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 6 พฤษภาคม 2551

จาก <http://www.ku.ac.th/e-magazine/may50/know/oro.htm>

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 9 พฤษภาคม 2551

จาก <http://ttm.am.oph.o.th/roup/nformation/ndex.htm>

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 22 มิถุนายน 2551 จาก [http://202.28.52.44/BO/Handle/documentary/article\\_IE\\_textbox1.php?article\\_id=221&articlegroup\\_id=64](http://202.28.52.44/BO/Handle/documentary/article_IE_textbox1.php?article_id=221&articlegroup_id=64)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 25 พฤศจิกายน 2551

จาก [www.siamturakij.com/home/news/display\\_news.php?news\\_id=4065](http://www.siamturakij.com/home/news/display_news.php?news_id=4065) Relax one hour

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 21 กรกฎาคม 2551 จาก [www.handbtoday.com/index.php](http://www.handbtoday.com/index.php)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 25 กรกฎาคม 2551 จาก [www.210.20.39/resources/doc/d/8-](http://www.210.20.39/resources/doc/d/8-)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 26 กรกฎาคม 2551

จาก <http://www.clinicsuwan.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=75974>

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 5 พฤศจิกายน 2551

จาก <http://www.clinicsuwan.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=75974>

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 11 ตุลาคม 2551

จาก [http://pattanathai.nesdb.go.th/main\\_socailmap\\_des.asp](http://pattanathai.nesdb.go.th/main_socailmap_des.asp)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 7 พฤศจิกายน 2551

จาก <http://www.maneeradsamee.th.gs/web->

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 20 พฤศจิกายน 2551

จาก [www.bsncenter.com/spam/aneeradsamee/](http://www.bsncenter.com/spam/aneeradsamee/)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 25 พฤศจิกายน 2551

จาก [www.siamturakij.com/home/news/displaynews.php?news\\_id=4065](http://www.siamturakij.com/home/news/displaynews.php?news_id=4065) Relax one hour

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 7 ธันวาคม 2551

จาก [http://www.onec.go.th/policy/policy\\_g.htm](http://www.onec.go.th/policy/policy_g.htm)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 18 ธันวาคม 2551

จาก [www.healthcorners.com/2007/news/Read.php?id=6573](http://www.healthcorners.com/2007/news/Read.php?id=6573)

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 3 มกราคม 2552

จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/6643>

(ออนไลน์) สารระสังเขป คั่นคั่นวันที่ 9 พฤษภาคม 2552 จาก <http://www.legendfirst.com/index.php?mo=3&art=239363>



ภาคผนวก



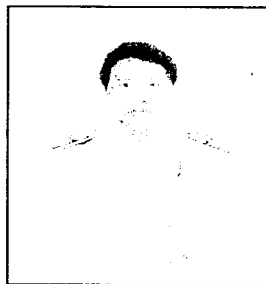
ภาพ ก

**หมอชีวกโกมารภัจจ์**  
**บรมครูทางการแพทย์**

**คาถาบูชา**

นะโม ชีวะโก สิริสาอะหัง การุณิโก  
วิสะตะทิพะมันตัง ปะภาโส สุริยังจันทัง โกมาระภัทโต  
ปะกาเสติปัตติ โตอะเมหะ โสระ โรคา สุมะนาโหมมิ  
นะระนะอะ โรคาพยาธิ วินาสสันติ

พระคาถานี้ ให้บูชาเป็นประจำ ความป่วยไข้หรือโรคร้าย จะไม่มากล้ำกราย แต่ต้องอยู่ในศีลธรรม  
พ่อหมอชีวกโกมารภัจจ์ เป็นพระอรหันต์องค์หนึ่ง ฉะนั้น พึงตั้งจิตสวดบูชาด้วยความเคารพ โดยเฉพาะ  
ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับศพ หรือ คนป่วย ควรจะสวดเป็นประจำ วิญญาณร้ายจะไม่ตามติดตามรังควาญ  
ที่มา Online 11 พฤษภาคม 2552 จาก วิกิซอร์ซ : <http://www.lambuddhism.com/> และ [th.wikisource.org/wiki/](http://th.wikisource.org/wiki/)



ภาพ ข

**นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์**  
**ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย**

ภาคผนวก ก

(หนังสือรับรอง)



329

ศธ 0522.15 (1)/ 58

กลุ่มงานวิจัยทางคลินิก
สถาบันการแพทย์แผนไทย
เลขที่รับ 315
วันที่ 21 เม.ย. 2551
เวลา (สาขาวิชาศิลปศาสตร์)

สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
รับที่ 1999
วันที่ 17 เม.ย. 2551
เวลา 7.00

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

28 กุมภาพันธ์ 2551

ห้อง พอ.
เลขที่รับ 2912
วันที่ 17 เม.ย. 2551
เวลา 7.00

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ไทย

เนื่องด้วย นางลักขณา ว่องประทานพร นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงวิชา ไทยคดีศึกษา สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมีรองศาสตราจารย์ดร.จิตรา วีรบุรินทร์ กับอาจารย์นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากการสัมภาษณ์และสอบถามข้อมูลผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หมอนวด และ ผู้รับบริการการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ในช่วงระยะเวลาวันที่ 1 มีนาคม 2551 ถึง 30 มิถุนายน 2551 โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์และความสะดวกจากท่าน จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงล่วงหน้า มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา-

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย  
เพื่อโปรดทราบแจ้งคุณครูวิจัย

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ชำนาญ งามศิริพิงศ์

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

สาขาวิชาศิลปศาสตร์  
โทร. 0-2504 8516-7  
โทรสาร 0-2503 3564

17 เม.ย.

(นายปรามิทย เสถียรรัตน์)

ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

21 เม.ย. 51

## สำเนาคู่ฉบับ

330

ที่ ศธ 0522.15(1)/ 58

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี 11120

๒๙ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ / นางอรุณ วิเชียร / นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์ /  
นางสาวธารีพร คติบุญสูง และ นางรัชณี ราษฎร์จันวิญญู

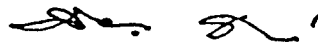
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการทำวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางลักขณา ว่องประทานพร นักศึกษาหลักสูตรบัณฑิตศึกษา แขนงไทยคดีศึกษา สาขา  
ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่องสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญา  
ด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย  
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์  
ดร.สุจิต เจนนพกาญจน์ เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรา วิบูรณ์รัตน์ และอาจารย์นายแพทย์  
จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับ  
ความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีความครอบคลุมเนื้อหาวิชา  
แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับหลัก และกระบวนการวิจัย สาขาวิชาศิลปศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านใน  
ฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยทางด้านสาธารณสุข ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบและให้ความเห็นเพื่อการปรับปรุง  
เครื่องมือการวิจัยของนักศึกษา สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาจะนำเรียนด้วยตนเอง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับ  
ความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ชานาญ เขาวงกตพิงค์)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาศิลปศาสตร์

สาขาศิลปศาสตร์

โทร. 0-2504 8516-7

โทรสาร 0-25033564

### รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกจิต เจนนพกาญจน์ อาจารย์ประจำคณะศิลปศาสตร์  
สาขาไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมาธิราช
2. นางอาภรณ์ วิเชียร ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจราชการ  
สำนักตรวจและประเมินผล  
กระทรวงสาธารณสุข
3. นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์ ตำแหน่ง หัวหน้าตรวจราชการแบบบูรณาการ  
เพื่อมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์  
สำนักตรวจและประเมินผล  
กระทรวงสาธารณสุข
4. นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง ตำแหน่ง หัวหน้างานตรวจราชการเขต 17  
สำนักตรวจและประเมินผล  
กระทรวงสาธารณสุข
5. นางรัชณี ราษฎร์จำเริญสุข ตำแหน่ง หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ  
แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย  
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย  
และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

**ภาคผนวก ข**

[ แสดงค่าความสอดคล้อง (IOC) ]

ตารางแสดงที่ 5 แสดงค่าความสอดคล้อง (ความที่ขงตรงเชิงเนื้อหา : IOC:

Index of Item –Objective Consistency) โดยการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน

ตอนที่ 1	ข้อ คำถามที่ (ประเด็น หลัก)	ตารางความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					$\sum R$	IOC	การแปล ความหมาย
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	5	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	6	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	7	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	8	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	9	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	10	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา

ตอนที่ 2	ข้อ คำถามที่ (ประเด็น หลัก)	ตารางความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					$\sum R$	IOC	การแปล ความหมาย
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	5	1	1	1	1	0	4	.80	ตรงเชิงเนื้อหา
	6	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	7	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	8	1	-1	1	1	1	5	.60	



ตารางแสดงที่ 5 (ต่อ)

ตอนที่ 2	ข้อความ ที่ (ประเด็น หลัก)	ตารางความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					$\Sigma R$	IOC	การแปล ความหมาย
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
	9	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	10	1	1	1	0	1	4	.80	ตรงเชิงเนื้อหา
	11	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา

ตอนที่ 3	ประเด็น ย่อย	ข้อความที่	ตารางความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					$\Sigma R$	IOC	การแปล ความหมาย
			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
	1	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	2	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		5	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	3	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		5	1	1	1	0	1	5	.80	ตรงเชิงเนื้อหา

ตารางแสดงที่ 5 (ต่อ)

ตอนที่ 4	ประเด็น ย่อย	ข้อคำถามที่	ตารางความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					$\Sigma R$	IOC	การแปล ความหมาย
			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
	1	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		5	1	1	1	1	1	1	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		6	1	1	0	1	1	1	.80	ตรงเชิงเนื้อหา
	2	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		5	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		6	1	1	0	1	1	5	.80	ตรงเชิงเนื้อหา
		7	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		8	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		9	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		10	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		11	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		12	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		13	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	3	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		5	1	1	1	0	1	4	.80	ตรงเชิงเนื้อหา

ตารางแสดงที่ 5 (ต่อ)

ตอนที่ ที่ 4	ประ เด็น ย่อย	ข้อค้ำ ถามที่	ตารางความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					$\sum R$	IOC	การแปล ความหมาย
			คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
	4	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	0	1	1	1	5	.80	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		5	1	1	1	1	1	5		ตรงเชิงเนื้อหา
		6	1	1	0	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		7	1	1	1	1	1	5	.80	ตรงเชิงเนื้อหา
		8	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		9	1	1	1	0	1	4	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	5	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		3	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		4	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		5	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	6	1	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
		2	1	1	1	1	1	5	1.0	ตรงเชิงเนื้อหา
	7	1	0	1	1	1	1	5	.80	ตรงเชิงเนื้อหา

**ภาคผนวก ก**

(แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์)

### แบบสอบถาม

สำหรับผู้รับบริการการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบัน  
การแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

#### คำชี้แจง

- 1) แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เรื่อง สถานภาพและบทบาทของ  
ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ :กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบัน  
การแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัด  
นนทบุรี
- 2) ข้อมูลของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาระบบบริการการนวดแผนไทยใน  
สถานบริการของรัฐ
- 3) ข้อมูลของท่านจะถูกนำไปวิเคราะห์รวมไม่แยกเฉพาะบุคคลจะไม่มีผลใดๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น การ  
วิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะคิด ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค ความคาดหวัง และข้อเสนอแนะตาม  
ความต้องการของผู้รับบริการ

#### คำชี้แจง

กรุณา ใส่เครื่องหมาย / ลงหน้า  และ ในช่องว่างที่กำหนด รวมทั้งเติม  
ข้อความในช่องว่าง ตามความเป็นจริงที่สุดตรงกับความรู้สึกของท่าน

- 1) แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ตอน
  - 1.1) ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป
  - 1.2) ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการ
  - 1.3) ตอนที่ 3 ทักษะคิดของผู้รับบริการ
  - 1.4) ตอนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ
  - 1.5) ตอนที่ 5 คำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค
  - 1.6) ตอนที่ 6 คำถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนา

ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ผู้ศึกษา

## แบบสอบถาม

ผู้รับบริการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ เพื่อศึกษา สถานภาพและบทบาทของ  
ภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข  
จังหวัดนนทบุรี

สำหรับสถานที่รับบริการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย  
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัย

## ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุดและเติมค่าลงในช่องว่าง

## 1. เพศ

1 ชาย  2 หญิง

 4

## 2. อายุ.....ปี

  5-6

## 3. ระดับการศึกษาสูงสุด

1 ประถมศึกษา  2 มัธยมศึกษา ตอนต้นถึงตอนปลาย (ม.3-ม.6)

 7

3 อนุปริญญา หรือเทียบเท่า  4 ปริญญาตรี

5 ปริญญาโท  5 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## 4. อาชีพหลัก

1 ข้าราชการ  2 พนักงานรัฐวิสาหกิจ

 8

3 ธุรกิจส่วนตัว  4 พนักงานเอกชน

5 เกษตร  5 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## 5. ระดับรายได้ต่อเดือน .....บาท

    9-13

## 6. สถานภาพ

1 โสด  2 สมรส

 14

3 หม้าย  4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## 7. ภาวะสุขภาพ

1 แข็งแรง  2 ไม่แข็งแรง (ป่วยเป็นโรค).....

 15

8. มักนิยมใช้บริการประเภทใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 ส่งเสริมสุขภาพ                       2 แพทย์แผนไทย (การนวด อบ ประคบ ยาสมุนไพร)      16-  
 3 แพทย์แผนปัจจุบัน                       4 แพทย์แผนไทยฯ ควบคู่กับแผนปัจจุบัน                        19

9. มีความรู้เรื่องการนวดมาก่อนหรือไม่

- 1 ไม่รู้     2 รู้มาก่อน     20

10. มีความรู้เรื่องการนวดมาจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 จากอินเทอร์เน็ต                       2 จากการอ่านหนังสือ                         
 3 จากคำบอกเล่า                       4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....                       21-23

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการนวดแผนไทย

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง

1. ท่านทราบการให้บริการนวดแผนไทยจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 จากอินเทอร์เน็ต                       2 ป้ายประชาสัมพันธ์                         
 3 จากคำบอกเล่า                       4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....                       25-27

2. ท่านมารับบริการเป็นครั้งที่

- 1 ครั้งที่ 2                       2 ครั้งที่ 3                       3 ครั้งที่ 4                       28  
 4 ครั้งที่ 5                       5 มากกว่า 5

3. ท่านมารับบริการต่อเนื่องหรือไม่

- 1 ไม่ต่อเนื่อง     2 ต่อเนื่อง     29

4. ท่านมารับบริการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา.....เดือน

30-31

5. วัตถุประสงค์ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 เพื่อส่งเสริมสุขภาพ                       2 บำบัดรักษา                       3 ฟันฟูสภาพ                          
 4 คลายเครียด                       5 อื่น ๆ โปรดระบุ.....                      31-33

6. ท่านใช้บริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ประเภทใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 นวดแผนไทย     2 นวดฝ่าเท้า        
 3 อบสมุนไพร     4 ประคบ    34-37  
 5 อื่นๆ.....

7. ท่านนิยมใช้บริการกับผู้ให้บริการ (หมวด) เพศใด  38
- 1 เพศชาย  2 เพศหญิง
8. ท่านมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการนัดแต่ละครั้งเท่าไร?  39
1. 100 – 300 บาท  2. 301 – 500 บาท
3. 501 – 900 บาท  4. 901 – 1,200 บาท
5. 1,200 – 1,500 บาท  6. 1,501 ขึ้นไป
9. ท่านใช้เวลาในการนัดนานเท่าใด  40
- 1 น้อยกว่า 1 ชั่วโมง  2 ประมาณ 1 ชั่วโมง
- 3 มากกว่า 1 ชั่วโมงแต่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง  4 มากกว่า 2 ชั่วโมง
10. ท่านเคยใช้บริการนัดแผนอื่นหรือไม่  41
- 1 ไม่เคย  2 เคย โปรดระบุ.....
11. ท่านมารับบริการบำบัดรักษาด้วยวิธีการนัดเพื่อบำบัดอาการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)    42-44
- 1 ปวดศีรษะ  2 ปวดคอ บ่า ไหล่  3 ปวดหลัง  4 ปวดแหว่ง
- 5 ปวดขา  6 ปวดเข่า  7 ปวดข้อเท้า  8 อื่นๆ.....



## ตอนที่ 3 ทักษะของผู้รับบริการ

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างด้านขวามือ ที่ตรงกับจริงที่สุด

ลำดับที่	การบริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ	ไม่ แสดง ความ คิด เห็น	ระดับทัศนคติ (เห็นด้วย)					ต่ำ หรือ ผู้วิจัย
			มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1.	ท่านมีทัศนคติเกี่ยวกับการนวดแผนไทย อย่างไร							
	1.1 ให้ผลในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน บำบัดรักษาโรค ฟันฟู สภาพสภาพ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.2 เป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาไทย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.3 เป็นการพัฒนาและยกมาตรฐาน การแพทย์แผนไทย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.4 สนับสนุนหรือผสมผสานการแพทย์ แผนปัจจุบันได้	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
2.	ท่านมารับบริการเนื่องจาก							
	2.1 คาดว่าจะหายจากการเจ็บป่วย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.2 ชอบการนวดเป็นการส่วนตัว	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.3 เป็นการผ่อนคลายจิตใจและร่างกาย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.4 ครอบครัวยังสนับสนุนในการนวด	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.5 เพื่อต้องการหายจากอาการเจ็บป่วย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

## ตอนที่ 3 (ต่อ)

ลำดับที่	การบริการของคุณ์ส่งเสริมสุขภาพ	ไม่ แสดง ความ คิด เห็น	ระดับทัศนคติ (เห็นด้วย)					ลำ หรับ ผู้วิจัย
			มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
3.	ท่านมีความเชื่อ เกี่ยวกับการรับ บริการ อย่างไร							
	3.1 การนวดแผนไทยมีประสิทธิภาพ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.2 ทำให้สุขภาพดีขึ้น	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.3 ทำให้หายจากการเจ็บป่วย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.4 การนวดแผนไทยไม่เป็นอันตราย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.5 ค่าบริการถูกกว่าการรักษา แผนปัจจุบัน	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

**ตอนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับบทบาทการนวดแผนไทย**

**คำชี้แจง** ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างด้านขวามือ ที่ตรงกับจริงที่สุด

ลำดับที่	การบริการของคุณ์ส่งเสริมสุขภาพ	ไม่ แสดง ความ คิด เห็น	ระดับทัศนคติ (เห็นด้วย)					ต่ำ หรือ ผู้วิจัย
			มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
1.	<b>คุณภาพการนวดของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร</b>							
	1.1 เจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.2 เจ้าหน้าที่มีความละเอียดรอบคอบ ในการนวดต่อผู้รับบริการ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.2 เจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญใน การนวดหรือมีความรู้ความสามารถ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.4 วิธีการนวดทำให้ผู้รับบริการมีความ รู้สึกปลอดภัย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.5 หลังจากการนวดรู้สึกผ่อนคลาย หรืออาการเจ็บป่วยทุเลา	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	1.6 เวลาที่ใช้ในการนวด	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
2.	<b>คุณภาพการให้บริการเป็นอย่างไร</b>							
	2.1 คุณภาพการให้บริการมีมาตรฐาน	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.2 เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นเอาใจ ใส่ต่อผู้รับบริการ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีอัธยาศัย หรือกริยามารยาทเหมาะสม	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.4 มีการให้คำปรึกษา	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.5 มีบริการเป็นกันเอง	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.6 การจัดบริการเพียงพอต่อ ความต้องการ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

## ตอนที่ 4 (ต่อ)

ลำดับที่	การบริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ	ไม่ แสดง ความ คิด เห็น	ระดับทัศนคติ (เห็นด้วย)					ต่ำ หรือ ผู้วิจัย
			มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
	2.7 เจ้าหน้าที่ที่มีความเสมอภาคในการให้บริการ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.8 มีการให้บริการตรงตามนัดหมาย	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.9 ผู้รับบริการได้รับความสะดวก	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.10 คุณภาพของการให้บริการที่ท่านได้รับ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.11 ท่านได้รับการบริการตรงกับความต้องการท่าน	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.12 ความรวดเร็วของการให้บริการเหมาะสม	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	2.13 ขั้นตอนการให้บริการเหมาะสมเพียงใด	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
3.	<b>สถานบริการมีอุปกรณ์การนวดอย่างไร</b>							
	3.1 มีอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.2 ขนาด/จำนวนของเตียงนวดเหมาะสม	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.3 ความสะอาดและปลอดภัยของอุปกรณ์	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.4 การใช้สมุนไพรเหมาะสม	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	3.5 จำนวนอุปกรณ์เพียงพอต่อผู้รับบริการ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
4.	<b>สถานที่ที่ท่านรับบริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างไร</b>							
	4.1 มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	4.2 มีสถานที่สำหรับนั่งรอนวด	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	4.3 มีตู้เก็บของมีค่าไว้บริการขณะนวด	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
	4.4 มีสถานที่สำหรับพักผ่อนหลังนวด	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

## ตอนที่ 4 (ต่อ)

ลำดับที่	การบริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ	ไม่ แสดง ความ คิด เห็น	ระดับทัศนคติ (เห็นด้วย)					ต่ำ หรับ ผู้วิจัย
			มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
	4.5 มีเครื่องคั้มนสมุนไพรบริการ 4.6 มีรองเท้าบริการสำหรับเปลี่ยน 4.7 มีเสียงเพลงหรือดนตรีคลอเพื่อ ผ่อนคลาย 4.8 มีมุมอ่านหนังสือไว้บริการ 4.9 ความสะอาดของเสื้อผ้าที่มีไว้บริการ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	<b>ความเหมาะสมของสถานที่ในการให้บริการ</b> 5.1 สถานที่ที่เหมาะสม 5.2 สถานที่ตั้งเหมาะสม 5.3 ความสะอาดและสุขอนามัย 5.4 มีความเป็นเอกลักษณ์แบบไทย 5.5 บรรยากาศเหมาะสม 5.6 ความเพียงพอของห้องน้ำ ห้องสุขา	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	<b>อัตราค่าบริการ</b> 6.1 อัตราค่าบริการมีความเหมาะสม 6.2 ระบบการจ่ายค่าบริการมีขั้นตอน เหมาะสม	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	<b>การให้คำแนะนำหรือชักจูงอื่นๆ</b> 7.1 ท่านจะแนะนำคนรู้จักให้มารับบริการ	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

**คำชี้แจง** ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในตอนที่ 5 และ 6  
**ตอนที่ 5** ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....  
.....

**ตอนที่ 6** ข้อเสนอแนะ และแนวทางการพัฒนา

.....  
.....

### แบบสัมภาษณ์

สำหรับผู้ให้บริการการนวดแผนไทย ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

1) เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย และในกลุ่มงานวิจัยคลินิก สถาบันการแพทย์แผนไทย

1.1) ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือแพทย์อายุรเวท)

1.2) เจ้าหน้าที่ทั่วไป (ประชาสัมพันธ์, บันทึกข้อมูล, ทำบัตร)

1.3) หมอนวด

แบบสัมภาษณ์นี้ แบ่งออกเป็น 7 ตอน

- 1) ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ของผู้ให้บริการ
- 2) ตอนที่ 2 เกี่ยวกับวิธีการนวด
- 3) ตอนที่ 3 เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย
- 4) ตอนที่ 4 เกี่ยวกับปัจจัยองค์กรที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย
- 5) ตอนที่ 5 เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการ
- 6) ตอนที่ 6 เกี่ยวกับทัศนคติผู้ให้บริการ
- 7) ตอนที่ 7 เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และการแนวทางการพัฒนาการนวดแผนไทย

ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ผู้ศึกษา

## แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ผู้ให้บริการนวดแผนไทย ในสถานบริการของรัฐ เพื่อศึกษา สถานภาพและ  
บทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษา ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  
สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข  
จังหวัดนนทบุรี

สถานที่ให้บริการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนา  
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

## ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย /หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุดและเติมค่าลงในช่องว่าง

1. เพศ

1 ชาย

2 หญิง

IDI-2

2. อายุ.....ปี

3- 5

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

2 ปริญญาตรี

3 ปริญญาโท

4 อื่นๆ .....

6

4. สถานภาพทางอาชีพ

1 ผู้ให้บริการ [ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ (เขตอายุรเวท ประจักษ์พันธ์)]

7

2 ผู้ให้บริการ (หมอนวด)

3 อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. ระดับรายได้ต่อเดือน .....บาท

8-12

6. สถานภาพครอบครัว

1 หัวหน้าครอบครัว

2 เป็นผู้อยู่อาศัย

3 อื่นๆ โปรดระบุ.....

13

7. อายุการทำงานในสถานบริการปัจจุบัน

1. น้อยกว่า 1 ปี

2. 1-3 ปี

3. 3-5 ปี

4. มากกว่า 5 ปี

14

8. ก่อนมาทำงานในสถานบริการปัจจุบัน ท่านรับราชการ หรือทำงานที่ไหน และอะไร

1 ไม่ทำ

2 ทำ (ทำที่ / งานที่ทำ).....

15

9. ท่านผ่านการอบรมหลักสูตรการนวดไทย หรือไม่

1 เคย (ตอบต่อในข้อ 10)

2 ไม่เคย

16



10. ท่านเคยผ่านการอบรมหลักสูตร
- 1 หลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข จำนวน..... ชั่วโมง
- 2 หลักสูตรของ.....จำนวน ..... ชั่วโมง  3 อื่น ๆ ..... 17-18
11. ท่านมีภูมิลำเนาอยู่ที่ใด
- 1 ภาคเหนือ จังหวัด.....  2 ภาคกลาง จังหวัด.....  19
- 3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัด.....  4 ภาคตะวันออก จังหวัด.....
- 5 ภาคใต้ จังหวัด.....  6 ต่างประเทศ โปรกระบุ.....
12. ท่านทำงานวันละ
1. 1 – 5 ชั่วโมง  2. 6 – 8 ชั่วโมง  20
3. 8 – 12 ชั่วโมง  4. มากกว่า 8 ชั่วโมง
13. สวัสดิการที่ได้รับจากการทำงาน
- 1 อาหาร  2 ชุดแต่งกาย  3 โบนัส  4 อื่น ๆ .....  21
14. ความต้องการสวัสดิการเพิ่มเติมด้านใดบ้าง
- 1 เพียงพอแล้ว  2 ต้องการเพิ่ม (โปรดระบุ).....  22
15. เหตุผลหลักที่ท่านทำงาน ณ สถานบริการปัจจุบัน
- 1 ความมั่นคง  2 มีรายได้ดี  23
- 3 อยู่ใกล้บ้าน  4 อื่น ๆ.....
16. นอกจากให้บริการนวดที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ท่านใช้ความรู้ความสามารถ  
ด้านการนวด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1 สอนแก่ผู้สนใจ  2 ให้บริการนวดตามบ้าน
- 3 ให้บริการญาติมิตร  4 อื่น ๆ ..... 24-26

ตอนที่ 2 วิธีการนวดแผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เป็นประเภทใด และอย่างไร

.....

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทด้านการนวดแผนไทย ตามทัศนคติของผู้ให้บริการ

1. การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีความน่าเชื่อถือหรือไม่เพียงใด และตามทฤษฎีดังกล่าวอาศัยสิ่งใดในการตรวจวินิจฉัย เพื่อการบำบัดรักษา

.....

2. ด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟู ด้วยวิธีการนวดแผนไทย ส่งผลต่อสุขภาพ และสังคมหรือไม่เพียงใด

.....

3. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย และการนวดแผนไทย ได้ผลหรือไม่อย่างไร

.....

ตอนที่ 4 ปัจจัยองค์กร ที่มีผลต่อสถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

1. การแพทย์แผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยมีการให้บริการครบวงจรหรือไม่อย่างไร

.....

2. การนวดแผนไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ปัจจุบันมีบทบาทด้านใดมากที่สุด

.....

3. การส่งเสริมการให้บริการนวด มีการดำเนินงานเช่นไร

.....

4. การให้บริการการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะด้านการนวดแผนไทย

.....

4.1 ความเหมาะสม สถานที่ให้บริการการนวด

.....

4.2 ความสะดวกสบายของสถานที่และการให้บริการ

.....

4.3 คุณภาพการให้บริการ

.....

5. มีงบประมาณ หรือรายได้สนับสนุนหรือไม่เพียงใด

.....

**ตอนที่ 5 สถานภาพและบทบาทหน้าที่ผู้ให้บริการในองค์กรตามทัศนคติผู้ให้บริการ**

1. ผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจ และนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาดำเนินงานหรือไม่เพียงใด

.....

2. ผู้ให้บริการในองค์กรมีหลักการปฏิบัติงานอย่างไร

.....

3. ผู้ให้บริการมีบทบาทอย่างไร

.....

4. มีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการหรือไม่เพียงใด

.....

**ตอนที่ 6 ทัศนคติผู้ให้บริการกับการนวดแผนไทย**

1. ท่านคิดว่าสถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดมากที่สุด ระหว่าง  
สังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม

.....

2. ท่านมีความเชื่อว่าจะระหว่าง คน สถาบัน ภูมิปัญญา วัฒนธรรม สถานภาพและบทบาทการนวดแผนไทย เกิดจากปัจจัยใดมากที่สุด

.....

3. ศักยภาพการนวดแผนไทยของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย ขึ้นกับปัจจัยใด

.....

4. ท่านคิดว่าท่านปฏิบัติหน้าที่ได้ครบถ้วนตามการคาดหวังของสังคมหรือไม่

.....

5. ท่านมีความเห็นต่อสถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยเป็นอย่างไร

.....

6. ท่านมีความเห็นต่อสถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในอดีตกับปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

ตอนที่ 7 ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางการพัฒนาการนวดแผนไทย

1. ประเด็นใดที่ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาสถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย

.....

2. การพัฒนาการนวดแผนไทยของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย ควรมีแนวทางพัฒนาในด้านใดบ้าง

.....

3. อื่น ๆ

.....

**แบบสัมภาษณ์**

สำหรับผู้บริหารด้านการนวดแผนไทย ในสถาบันการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยคลินิก หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรม และพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย และหัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง สถานภาพและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยในสถานบริการของรัฐ : กรณีศึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

-----

## แบบสัมภาษณ์ ผู้บริหารด้านการนวดแผนไทย

### ตอนที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

1. ชื่อ.....ตำแหน่ง.....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน  ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย  สถาบันการแพทย์แผนไทย  
 อื่น ๆ .....

### ตอนที่ 2 องค์กรความรู้ การนวดแผนไทย

1. ประวัติความเป็นมาของการแพทย์แผนไทยและการนวดแผนไทย  
 .....
2. การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การจัดตั้งสถานบริการนวดแผนไทยของรัฐ และของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ  
 .....
3. นโยบายหลักด้านการนวดแผนไทย ของสถาบันการแพทย์แผนไทย  
 .....
5. การบริหารงานการนวดแผนไทย ของสถาบันการแพทย์แผนไทย  
 .....
6. วิชาการการนวดแผนไทย ของสถาบันการแพทย์แผนไทย  
 .....
7. การให้บริการ  
 .....
8. วิธีการนวดแผนไทย  
 .....
9. ความแตกต่างของสถานและบทบาทของภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทยระหว่างอดีตกับปัจจุบัน  
 .....
10. ปัญหาอุปสรรค (ตั้งแต่อดีต – พ.ศ.2545) และ (ตั้งแต่ พ.ศ.2545 - ปัจจุบัน)  
 .....
11. ข้อเสนอแนะและแนวทางในการพัฒนา สถานภาพและบทบาทภูมิปัญญาด้านการนวดแผนไทย  
 .....

## ภาคผนวก ง

(วิธีการนับแบบทั่วไป และสมุนไพรรประกอบกรนวดแผนไทย)

## วิธีการนวดแผนไทยแบบทั่วไป หรือแบบสามัญ หรือ แบบเชลยศักดิ์

การนวดแบบทั่วไปมีวิธีการนวด 6 ท่า ในการนวดผ่อนคลายทั่วร่างกายของกองประกอบโรคศิลปะ โดยในแต่ละท่าได้แสดงถึงการกระทำของผู้ถูกนวด ตำแหน่งของผู้นวด ท่า นวด วิธีการนวด และ ข้อเสนอแนะในการนวดไว้เป็นลำดับ ประกอบไปด้วย (กองประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2541: 37-67)

### ท่าที่ 1)

1.1) ให้ผู้ถูกนวดนอนราบขาทั้งสองเหยียดตรงแยกออกจากกันเล็กน้อย ถ้าต้องการจะนวดเท้าซ้ายให้ผู้นวดมานั่ง ด้านขวา ของผู้ถูกนวด ถ้าต้องการจะนวดเท้าขวาให้ผู้นวดมานั่งด้านซ้ายผู้ถูกนวด [ดังภาพที่ 1.1.1)]

1.2) วางหัวแม่มือซ้ายทับหัวแม่มือขวา กดที่นิ้วหัวแม่มือเท้าซ้าย ด้านในฝ่าเท้าของผู้ถูกนวดออกแรงกดค้างไว้ชั่วครู่ สูดลมหายใจออกแล้วค่อย ๆ ปล่อยออก [ดังภาพที่ 1.2.1)]

1.3) เลื่อนหัวแม่มือซ้ายนั้นมาทางศีรษะของคนไข้ โดยให้นิ้วแม่มือซ้ายห่างจากหัวแม่มือขวา ประมาณนิ้วครึ่ง แล้วกดลงให้น้ำหนักเท่ากับนิ้วหัวแม่มือขวา [ดังภาพที่ 1.3.1)] เลื่อนหัวแม่มือขวามาชิดกับหัวแม่มือซ้ายแล้วกดน้ำหนักเท่านิ้วหัวแม่มือซ้าย ถ้าจะให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นให้เอาหัวแม่มือซ้ายทับช่วยกด แต่ถ้าหัวแม่มือแข็งแรงพอจะใช้มือเดียวก็ได้ [ดังภาพที่ 1.3.2)]

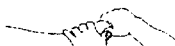
1.3) ให้กดนวดตามภาพที่ 3 เช่นนี้ต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ จนถึงใต้เท้า [ดังภาพที่ 1.4.1)] ในภาพนี้เป็นภาพที่ผู้นวดนั่งด้านซ้ายของผู้ถูกนวด

1.5) ในภาพนี้ผู้นวดนั่งอยู่ด้านซ้ายมือของผู้ถูกนวด ให้เอามือซ้ายกดเหนือเข่าขวา แล้วใช้มือขวาวางซ้อนทับช่วยกดเพื่อให้มีแรงกดเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้ามีแรงมากพอใช้มือเดียวก็ได้ กดไหลไปตามกล้ามเนื้อขา ด้านใน กดเรื่อยมาถึงประตูดมแล้วกดลงตามแนวเดิมจนถึงเข่า [ดังภาพที่ 1.5.1)]

### ภาพ ค



ภาพที่ 1.1.1)



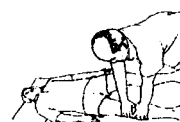
ภาพที่ 1.2.1)



ภาพที่ 1.3.1)



ภาพที่ 1.3.2)



ภาพที่ 1.4.1)



ภาพที่ 1.5.1)



## ท่าที่ 2)

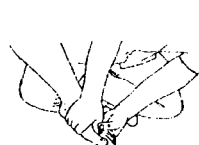
2.1) ให้ผู้ป่วยนอนราบ ขาทั้งสองเหยียดตรง ผู้นวดนั่งขัดสมาธิอยู่ด้านนอกข้างซ้ายของคนไข้ โดยหันหน้าไปทางปลายเท้า ยกเท้าคนไข้วางไว้บนต้นขา มือทั้งสองข้างจับเท้าไว้แล้วใช้หัวแม่มือกดตรงร่องเอ็นหลังเท้า 4 ล่อง ๆ ละ 3 จุด (ดังภาพที่ 2.1.1) การกดใช้นิ้วหัวแม่มือซ้อนกัน หรือใช้มือเดียวก็ได้ การกดต้องออกแรงกดจากเบาไปหนัก

2.2) ผู้นวดนั่งอยู่ด้านซ้ายคนไข้ เอามือขวาจับเท้าให้แน่น มือซ้ายจับนิ้วเท้ากดขึ้นลง 10 ครั้ง (ดังภาพที่ 2.2.1))

2.3) มือขวาจับข้อเท้าซ้ายให้แน่น เอามือซ้ายจับปลายเท้า หมุนไปทางขวา ไปและกลับข้างละ 3 รอบ (ดังภาพที่ 2.3.1))

2.4) ให้ผู้ป่วยนอนราบขาทั้งสองเหยียดตรง ปลายขาแยกออกจากกันเล็กน้อย ผู้นวดนั่งคุกเข่า ตั้งตัวตรงแขนเหยียดตรง เอาหัวแม่มือซ้ายวางรอยบุ๋มตรงข้อเท้า มือขวาทับหัวแม่มือซ้าย กดน้ำหนักลงให้พอทนได้ (ดังภาพที่ 2.4.1)) และต่อจากนั้น เอามือขวาทับหัวแม่มือซ้าย ช่วยเพิ่มแรงกดให้หนักขึ้น (ดังภาพที่ 2.4.2))

2.5) ให้ผู้ถูกนวดนอนราบขาทั้งสองเหยียดตรง ปลายเท้าแยกออกจากกันเล็กน้อย ผู้นวดนั่งคุกเข่าเอามือซ้ายกดหลังฝ่าเท้าจุดพื้น มือขวากดกล้ามเนื้อโคนขาด้านนอก (ดังภาพที่ 2.5.1)) กดลงมา 4 จุดถึงเข้าแล้วมือขวากดค้างไว้ เอาหัวแม่มือซ้ายวางข้างสันหน้าแข้งในด้านนอกขนานกับกระดูกใต้เข่า (ดังภาพที่ 2.5.2))



ภาพที่ 2.1.1)



ภาพที่ 2.2.1)



ภาพที่ 2.3.1)



ภาพที่ 2.4.1)



ภาพที่ 2.4.2)



ภาพที่ 2.5.1)



ดังภาพที่ 2.5.2)

2.6) เลื่อนฝ่ามือขวามาทับที่ข้อหัวแม่มือซ้าย แขนเหยียดตรง ใช้น้ำหนักตัวออกแรงกด เริ่มจากล่างได้เข้า นวดต่อเนื่องลงมาเรื่อยจนถึงร่องข้อเท้า 1 รอบ (ดังภาพที่ 2.6.1))

2.7) ผู้นวดวางหัวแม่มือตั้งขึ้น ให้ปลายหัวแม่มือชนชิดกับกระดูกสันหน้าแข้งในด้านนอก โกลัข้อเท้า (ดังภาพที่ 2.7.1)) ใช้ฝ่ามือข้างหนึ่งกดทับจากข้อเท้าไล่ขึ้นไปถึงเข่าแล้วกดเลยไปถึงสะโพก 1 รอบ (ดังภาพที่ 2.7.2)) การเลื่อนมือที่กดให้เอาหัวแม่มือวัดห่างจากจุดเดิม 1 ฝ่ามือทุกครั้งจากข้อเท้า

ไล่ขึ้นไปจนถึงสะโพก [ดังภาพที่ 2.7.3])

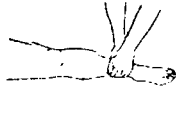
2.8) ผู้วอดนั้งคุกเข่า หันหน้าไปทางศีรษะผู้ถูกวอด ใช้สันฝ่ามือกดที่ประตูลม นับ 1-50 ครั้ง แล้วยกมือขึ้นการกดแขนต้องเหยียดตรง (ดังภาพที่ 2.81) ถ้าต้องการเพิ่มน้ำหนักการกด ให้ใช้มือขวาซ้อนมือทับฝ่ามือซ้าย แล้วกดที่ประตูลม นับ 1-50 ครั้ง แล้วยกมือขึ้นเช่นกัน (ดังภาพที่ 8.1.2) และ 2.8.3) ภาพนี้แสดงการเปิดประตูลม โดยใช้มือเดียวและสองมือ



ภาพที่ 2.6.1)



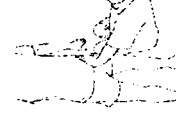
ภาพที่ 2.7.1)



ภาพที่ 2.7.2)



ภาพที่ 2.8.1)



ภาพที่ 8.1.2)



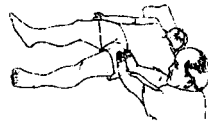
ภาพที่ 8.1.3)

2.9) เมื่อกดที่ประตูลม (ตามข้อ 2.8) แล้วให้กลับเอาหัวแม่มือลง กดกล้ามเนื้อตามร่องกล้ามเนื้อใต้กระดูกขาข้าง โดยใช้มือเดียว (ดังภาพที่ 2.9.1) หรือสองมือก็ได้ (ดังภาพที่ 2.9.2)

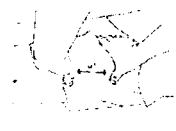
2.9) การเลื่อนมือ ให้เลื่อนนิ้วมือบนให้ห่างจากนิ้วมือล่าง ประมาณ 2 นิ้ว โดยให้มีน้ำหนักกดเท่ากันทั้งสองนิ้ว (ดังภาพที่ 2.10.1) แล้วเลื่อนนิ้วมือบนลงมาชิดกับนิ้วมือล่าง (ดังภาพที่ 2.10.2) ถ้าต้องการน้ำหนักเพิ่ม ให้ใช้นิ้วหัวแม่มือล่างซ้อนทับช่วยกดอีกแรงหนึ่ง กดแล้วปล่อยออก กดไปตามแนวกล้ามเนื้อด้านข้างจนถึงข้อเท้า (ดังภาพที่ 2.10.3)



ภาพที่ 2.9.1)



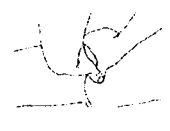
ภาพที่ 2.9.2)



ภาพที่ 2.10.1)



ภาพที่ 2.10.2)



ภาพที่ 2.10.3)

### ท่าที่ 3)

3.1) ผู้ถูกวอดนอนหงาย ขาเหยียดตรงข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งงอเข้าให้ฝ่าเท้าอยู่ตรงกับเข่าของเท้าข้างหนึ่ง ผู้วอดนั้งคุกเข่าอยู่ด้านหลังเข่าข้างที่งอ อีกข้างหนึ่งกดที่กล้ามเนื้อด้านในของท่อนขาด้านบน (ดังภาพที่ 3.1.1) เลื่อนมือจากเข่ามาซ้อนทับมือที่ท่อนขาบน เป็นการช่วยเพิ่มแรงกดดังภาพที่ 3.1.2)

3.2) เลื่อนมือซ้ายกลับมาที่เข่าตามเดิม เลื่อนมือขวาตามมาอยู่ตรงกลางกล้ามเนื้อต้นขา (ดังภาพที่ 3.2.1) เลื่อนมือที่เข่าซ้อนทับเป็นการช่วยเพิ่มแรงกดให้มากขึ้น (ดังภาพที่ 3.2.2) จากนั้นเลื่อนมือด้านบนมาวางตรงเข่า แล้วเลื่อนมืออีกข้างหนึ่งมาซ้อนทับเพื่อช่วยแรงกดให้มากขึ้น (ดังภาพที่ 3.2.3)



ภาพที่ 3.1.1)



ภาพที่ 3.1.2)



ภาพที่ 3.2.1)



ภาพที่ 3.2.2)



ภาพที่ 3.2.3)

3.3) ผู้ถูกนวดนอนในท่าเดิม ผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ด้านหลังเข้าข้างที่อ วางมือคู่กันให้สันมือด้านในชนกันออกแรงกดด้วยมือที่อยู่ด้านนอกตรงกับแนวกล้ามเนื้อขาด้านหลัง ส่วนมือด้านในเป็นมือที่จับขาไว้ให้มั่นคง เพื่อกกล้ามเนื้อจะได้ไม่เคลื่อน กดจุดที่ 1 คือต้นขา แล้วเลื่อนมือลงมาที่กล้ามเนื้อกลางหน้าขา ต่ำกว่าจุดที่ 2 และเลื่อนมือลงมาที่เหนือเข่าเล็กน้อย จุดที่ 3 (ดังภาพที่ 3.3.1) วางมือเช่นกันกดมือลงที่เหนือหัวเข่าด้านใน จุดที่ 1 ส่วนมือด้านนอกเป็นมือที่จับขาไว้ให้มั่นคง กล้ามเนื้อจะได้ไม่เคลื่อน เลื่อนมือขึ้นไปทีกล้ามเนื้อกลางขา จุดที่ 2 และเลื่อนมือขึ้นไปทีกล้ามเนื้อด้านขวา จุดที่ 3 โดยเลื่อนมือด้านนอกมาจับขาไว้ให้มั่นคง (ดังภาพที่ 3.3.2)]

3.4) ผู้ถูกนวดนอนในท่าเดิม ผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ข้างตัวบริเวณสะโพกของผู้ถูกนวด นวดตาม

3.5) แนวกล้ามเนื้อด้านข้าง ใช้นิ้วหัวแม่มือกด สอดนิ้วทั้ง 4 ที่เหลือไว้ได้ขา (ดังภาพที่ 3.4.1) ใช้นิ้วหัวแม่มืออีกข้างกดทับนิ้วหัวแม่มือเพื่อเพิ่มน้ำหนักแรงกด กด ไป 3 จุด คือ ต้นขา กลางขา และเหนือเข่า 2 รอบ (ดังภาพที่ 3.4.2)]

3.6) ผู้ถูกนวดนอนหงาย เขยิบขาข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งงอพับให้เข้าทับขาข้างที่เขยิบ ใช้นิ้วมือข้างหนึ่งจับเข่าให้อยู่กับที่ ใช้นิ้วมืออีกด้านหนึ่งกดกล้ามเนื้อด้านนอกของขาที่นอนบน ลักษณะการกดขึ้น กดลง 3 จุด 3 รอบ (ดังภาพที่ 3.5.1) ผู้ถูกนวดนอนหงาย เขยิบขาทั้งสองข้าง ผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ข้างลำตัว บริเวณโคนขาของผู้ถูกนวด ใช้นิ้วหัวแม่มือจับเส้น ให้ฝ่าเท้ายันแขนของผู้นวด ผู้นวดยกขาของผู้ถูกนวดขึ้นเล็กน้อย ส่วนมือซ้ายกดลงที่ต้นขา กลางขา และเหนือเข่า 3 จุด 3 รอบ (ดังภาพที่ 3.6.1)]



ภาพที่ 3.3.1)



ภาพที่ 3.3.2)



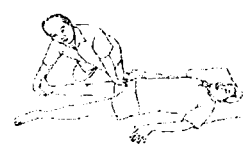
ภาพที่ 3.4.1)



ภาพที่ 3.4.2)



ภาพที่ 3.5.1)



ภาพที่ 3.6.1)

#### ทำที่ 4)

4.1) ผู้ถูกนวดนอนตะแคงกึ่งคว่ำ ขาล่างเขยิบตรง ขาบนงอให้ฝ่าเท้าอยู่ตรงเข้าข้างที่เขยิบ ผู้นวดนั่งขัดสมาธิหันหน้าไปทางเดียวกับผู้นวด ยกเท้าผู้ถูกนวดวางไว้บนตักหงายฝ่าเท้าขึ้น (ดังภาพที่ 4.1.1) ผู้นวดใช้นิ้วหัวแม่มือจับบริเวณข้อเท้าไว้ให้มั่นคง ใช้นิ้วหัวแม่มืออีกข้างกดคลึงทั่วบริเวณฝ่าเท้า (ดังภาพที่ 4.1.2)]

4.2) เมื่อนวดฝ่าเท้าแล้ว ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองลูบน่องขึ้นจากข้อเท้า ถึงเข่า (ดังภาพที่ 4.2.1)] แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือลูบน่องในลักษณะนวดคลึงลงมาจากใต้เข่าถึงข้อเท้า นวดสลับกัน 3-6 รอบ (ดังภาพที่ 4.2.2)]



ภาพที่ 4.1.1)



ภาพที่ 4.1.2)



ภาพที่ 4.2.1)



ภาพที่ 4.2.2)

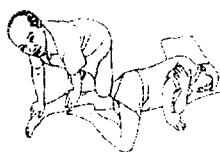
4.2) ผู้ฝึกนวดนอนตะแคงกึ่งคว่ำ ขาล่างเหยียดตรง ขาบนงอให้ฝ่าเท้าอยู่ตรงเข้าข้างที่เหยียด ผู้นวดเอาเข้าด้านศีรษะผู้ฝึกนวดกดทับบนต้นขาด้านใน มือข้างเดียวกับขาที่กดชันไว้กับสะโพกด้านบน มืออีกข้างกดอยู่ที่ส้นเท้า ออกแรงกดพอที่ผู้ฝึกนวดทนได้ [ดังภาพที่ 4.3.1)] แล้วเลื่อนมือที่สะโพกมากดที่น่องได้เข้า มือหนึ่งยังกดอยู่ที่ส้นเท้า [ดังภาพที่ 4.3.2)] แล้วปล่อยมือที่กดส้นเท้าเลื่อนขึ้นมาทางเข้า กดชัน ลง สลับกัน 3 รอบ

4.3) ผู้ฝึกนวดนอนตะแคงด้านซ้าย แล้วงอขาขวา ให้ฝ่าเท้าอยู่ตรงเข้าข้างที่เหยียด ผู้นวดใช้หัวแม่มือขวาครอบได้กระดูก สันหน้าแข้งด้านนอก [ดังภาพที่ 4.4.1)] การหาจุดที่จะนวด โดยใช้นิ้วหัวแม่มือที่อยู่ด้านบนลำตัวของผู้ฝึกนวด คลำหาตำแหน่งจุด [ดังภาพที่ 4.4.2)] เมื่อได้ตำแหน่งแล้วเลื่อนหัวแม่มือที่อยู่ด้านปลายเท้าขึ้นมาชนหัวแม่มือที่อยู่ด้านบน ยกนิ้วหัวแม่มือที่อยู่ด้านบนกดทับนิ้วหัวแม่มือที่อยู่ด้านหลัง ถ่าน้ำหนักจากลำตัวผ่านแขนไปที่นิ้วหัวแม่มือ นวดขึ้นไปตามกระดูกต้นขาผ่านร่องสะโพก [ดังภาพที่ 4.4.3)]

4.4) ผู้ฝึกนวดนอนในท่าเดิม (ตามข้อ 4) ผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ด้านหลังผู้ฝึกนวดให้ปลายหัวแม่มือชนข้างกระดูกสันหลัง นวดตามแนวร่องสันหลังไปจนถึงต้นคอ 1 รอบ แล้วนวดย้อนกลับจากต้นคอมาที่สะโพก [ดังภาพที่ 4.5.1)] แล้วนวดสะโพก โดยใช้ฝ่ามือทับนิ้วหัวแม่มือ [ดังภาพที่ 4.5.2)] นวดลงไปตามแนวข้างกล้ามเนื้อต้นขาจนถึงหัวเข่า [ดังภาพที่ 4.5.3)]



ภาพที่ 4.3.1)



ภาพที่ 4.3.2)



ภาพที่ 4.4.1)



ภาพที่ 4.4.2)



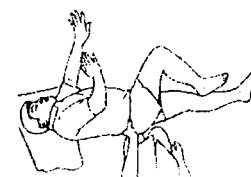
ภาพที่ 4.4.3)



ภาพที่ 4.5.1)



ภาพที่ 4.5.2)



ภาพที่ 4.5.3)

### ท่าที่ 5)

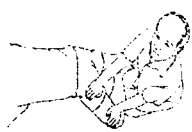
5.1) ผู้ถูกนวดนอนคว่ำขาข้างหนึ่งเหยียดตรง งอเข้าขาข้างที่นวดให้ฝ่าเท้าชิดเข้าข้างที่เหยียด ผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ข้างขาข้างที่งอ ให้หัวเข่าดันสันหน้าแข้งผู้ถูกนวดไว้มือทั้งสองลงน้ำหนักที่โคนขาและเหนือเข่าด้านหลัง [ดังภาพที่ 5.1.1)] แล้วย้ายมือทั้งสองข้างมาที่กึ่งกลางขาช่วงบนด้านหลัง ลงน้ำหนักส่วนต้นขาด้านหลัง [ดังภาพที่ 5.1.2)]

5.2) ผู้ถูกนวดนอนคว่ำหน้า ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง ปลายขาแยกออกเล็กน้อย ผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างของผู้ถูกนวด มือขวาตึงไว้ที่สันเท้า ดันออกนอกตัวผู้นวดใช้เข้าซ้ายวางบนโคนขาด้านหลังของผู้ถูกนวด มือซ้ายวางไว้บนเข่า ผู้นวดลงน้ำหนักที่หัวเข่า [ดังภาพที่ 5.2.1)] ผู้นวดย้ายมือซ้ายลงมาที่กึ่งกลางยกหัวเข่าขึ้นเล็กน้อยแล้วถ่าน้ำหนักตัวลงที่มือซ้ายบริเวณน่องได้หัวเข่าผู้ถูกนวด [ดังภาพที่ 5.2.2)] จากนั้นปล่อยมือจากสันเท้ามากดลงน้ำหนักต่อจากมือซ้าย ผู้นวด ถ่าน้ำหนักยกขึ้น-ลง เดินมือ ไปจนถึงโคนขา [ดังภาพที่ 5.2.3)]

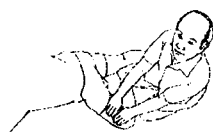
5.3) ผู้ถูกนวดนอนคว่ำหน้าขาทั้งสองเหยียดตรง ปลายเท้าแยกออกจากกันเล็กน้อยผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ด้านข้างบริเวณเอวของผู้ถูกนวด ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือชิดข้างกระดูกสันหลังและใช้อุ้งมืออีกข้างหนึ่งกดทับบนนิ้วหัวแม่มือนวดเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนถึงคอ [ดังภาพที่ 5.3.1)]

5.4) ใช้หัวแม่มือวางชิดกระดูกสันหลัง กดกลัมนเนื้อที่อยู่ชิดกระดูกสันหลังบริเวณเอว กดขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงคอ [ดังภาพที่ 5.4.1)]

5.5) ผู้นวดใช้หัวแม่มือซ้ายวางบนกล้ามเนื้อชิดกระดูก ใช้ฝ่ามือขวาวางทับนิ้วหัวแม่มือซ้ายลงน้ำหนักตัวบนฝ่ามือขวาจากต้นคอมาถึงต้นเอวหรือกดลงมาถึงข้อเข่าด้านหลังก็ได้ [ดังภาพที่ 5.5.1)]



ภาพที่ 5.1.1)



ภาพที่ 5.1.2)



ภาพที่ 5.2.1)



ภาพที่ 5.2.2)



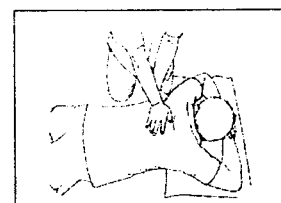
ภาพที่ 5.2.3)



ภาพที่ 5.3.1)



ภาพที่ 5.4.1)



ภาพที่ 5.5.1)

### ท่าที่ 6)

6.1) ผู้ถูกนวดนอนหงายกางแขน หงายฝ่ามือตั้งฉากกับลำตัว ผู้นวดนั่งคุกเข่าข้างลำตัวตัวหันหน้าไปทางแขนของผู้ถูกนวด ผู้นวดนวดกดประตูลมบริเวณด้านหน้าข้อไหล่ ค้างไว้นับ 1-20 แล้วปล่อยซ้ำ ๆ [ดังภาพที่ 6.1.1)] แล้วใช้หัวแม่มือวางที่ต้นแขนด้านใน (ด้านนิ้วก้อย) ใช้ฝ่ามือกดทับลงบนหัวแม่มือ ผู้นวดเหยียดแขนให้ตรงใช้น้ำหนักตัวกดลงไปที่แขนท่อนบน 3 จุด จากศอกถึงข้อมือ 3 จุด [ดังภาพที่ 6.1.2)] ต่อจากนั้นกดจากข้อศอกด้านหลังแขนถึงข้อมือ 3 จุด [ดังภาพที่ 6.1.3)]

6.2) ผู้ถูกนวด และผู้นวดอยู่ในท่าเดิม ผู้ถูกนวดแขนด้านในท่อนล่าง โดยใช้ฝ่ามือขวาทับนิ้วหัวแม่มือซ้าย กดจุดตามแนวเส้นกลางแขนท่อนล่าง จากข้อมือถึงข้อศอก 3 จุด [ดังภาพที่ 6.2.1)]

6.3) ผู้นวด นวดแขนด้านนอกท่อนบนจากหัวไหล่ถึงข้อศอก โดยใช้ฝ่ามือขวาทับนิ้วหัวแม่มือซ้าย กดจุด 3 จุด ตามแนวเส้นกลางแขนด้านนอกท่อนบน จากหัวไหล่ถึงข้อศอก [ดังภาพที่ 6.3.1)]

6.4) ผู้นวดคว่ำแขนผู้ถูกนวดเฉียง 45 องศา จากแนวลำตัวนวดจากปุ่มกระดูกข้างข้อศอก โดยใช้ฝ่ามือขวาทับหัวแม่มือซ้าย นวดตามแนวกล้ามเนื้อมาจนถึงข้อมือ 3 จุด [ดังภาพที่ 6.4.1)]

6.5) ผู้ถูกนวดนอนหงาย ขาเหยียดตรงปลายเท้าแยกออกเล็กน้อย แขนข้างที่จะนวดแยกออกจากลำตัวเล็กน้อย ผู้นวดนั่งขัดสมาธิอยู่ข้างลำตัวของผู้ถูกนวด ผู้นวดใช้หัวแม่มือซ้อนทับกันกรอระหว่างนิ้วมือทุกร่อง [ดังภาพที่ 6.5.1)] มือซ้ายผู้นวดรวบริ้วก้อยนิ้วนางไว้ มือขวารวนนิ้วหัวแม่มือของผู้ถูกนวดไว้ใช้หัวแม่มือของผู้ถูกนวดไว้ ใช้หัวแม่มือกรอร่องนิ้วที่ 1 และ 3 และเลื่อนมากร่องนิ้วที่ 2 [ดังภาพที่ 6.5.2) และ 6.5.3)]

หมายเหตุ ร่องนิ้วที่ 1 คือ ร่องนิ้วระหว่างนิ้วนางกับนิ้วกลาง

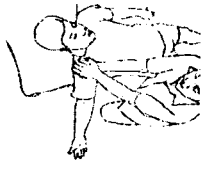
ร่องนิ้วที่ 2 คือ ร่องนิ้วระหว่างนิ้วกลางกับนิ้วชี้

ร่องนิ้วที่ 3 คือ ร่องนิ้วระหว่างนิ้วชี้กับนิ้วหัวแม่มือ

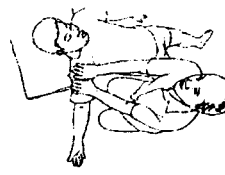
6.6) หงายฝ่ามือผู้ถูกนวด ผู้นวดใช้นิ้วก้อยขวาสอดลงไประหว่างนิ้วก้อยกับนิ้วนาง มือซ้ายรวมนิ้วหัวแม่มือไว้ในอุ้งมือ [ดังภาพที่ 6.6.1)] ใช้นิ้วหัวแม่มือของผู้นวดทั้งสองข้างกดบริเวณอุ้งมือของผู้ถูกนวดให้ทั่วฝ่ามือทั้งเนินใหญ่เนินกลาง และเนินเล็ก [ดังภาพที่ 6.6.2)]

6.7) ผู้นวดใช้มือขวาจับข้อมือผู้ถูกนวดไว้ให้อยู่กับที่ มือซ้ายสอดนิ้วทุกนิ้วเข้าไป ระหว่างร่องนิ้วของผู้ถูกนวดแล้วหมุนมือไปทางซ้าย 3 รอบ ทางขวา 3 รอบ [ดังภาพที่ 6.7.1)]

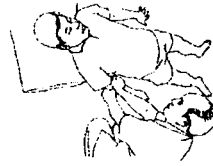
6.8) ผู้ถูกนวดคว่ำมือข้างที่จะนวด ผู้นวดใช้มือขวาจับข้อมือผู้ถูกนวดให้มั่นคง ใช้นิ้วมือซ้ายทั้ง 5 นิ้ว กุมมือผู้ถูกนวดและรูดนิ้วมือออกเหมือนลักษณะการถอดแหวน และรูดนิ้วมือเข้าเหมือนการสวมแหวน ทำเช่นนี้ทุกๆ นิ้ว [ดังภาพที่ 6.8.1)]



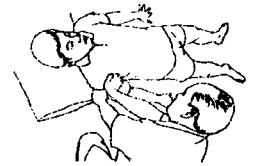
ภาพที่ 6.1.1)



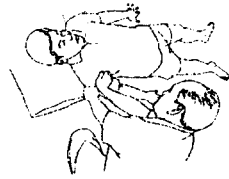
ภาพที่ 6.1.2)



ภาพที่ 6.1.2)



ภาพที่ 6.2.1)



ภาพที่ 6.3.1)



ภาพที่ 6.3.1)



ภาพที่ 6.5.1)



ภาพที่ 6.5.2)



ภาพที่ 6.5.3)



ภาพที่ 6.6.1)



ภาพที่ 6.6.2)



ภาพที่ 6.7.1)



ภาพที่ 6.8.1)

## การเตรียมยาจากสมุนไพรสำหรับการนวดไทย

ในปัจจุบัน มีผลิตภัณฑ์ที่ได้จากสมุนไพรมากมาย การเลือกรูปแบบยาเตรียม ต้องพิจารณาถึง วัตถุประสงค์ของการใช้ และคุณสมบัติทางเคมี และทางกายภาพ ของผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ ในปัจจุบันรูปแบบยาเตรียม จากสมุนไพรที่นิยมใช้ ได้แก่

ยาเม็ด ได้แก่ เม็ดแคปซูล, เม็ดลูกกลอน, ยาอกเม็ด, ยาอัดเม็ด

ยาน้ำใส ได้แก่ ทิงเจอร์ (tincture), ยาทาถู (liniment), ยาน้ำขวางตะกอน (suspension)

ยาเตรียมกึ่งแข็ง ได้แก่ ครีม (cream), โลชั่น (lotion), ยาขี้ผึ้ง (ointment), เจล (gel)

รูปแบบยาเตรียม จะขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ เช่น ยาทาถู แก้วปวดเมื่อย ก็ควรตั้งตำรับให้อยู่ในรูปครีม ยาขี้ผึ้ง ยาทาถู (Liniment) ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบยาเตรียมเหล่านี้ ติดผิวหนังได้ดี และติดอยู่นาน อีกทั้งเป็นรูปแบบที่ละลายได้ดี ในตัวยาที่เป็นน้ำมัน เช่น น้ำมันไพล เพราะตัวยาที่เป็นน้ำมัน จะไม่นิยมทำรูปแบบยาเตรียมที่เป็นเจล เนื่องจากเจลเป็นรูปแบบที่เหมาะสม ของตัวยาที่ละลายน้ำ มากกว่าละลายในน้ำมัน

ดังนั้นรูปแบบยาทาถู เพื่อใช้ในการนวด ควรเตรียมในรูปแบบดังกล่าว และสมุนไพรที่นิยมใช้ในการรักษา ก็ควรออกฤทธิ์เป็นยาแก้ปวด แก้อักเสบ โดยเฉพาะข้ออักเสบ ปวดเมื่อยเส้นเอ็น ได้แก่ ไพล เพราะไพลมีสารที่เป็นน้ำมันหอมระเหย ที่ออกฤทธิ์ด้านการอักเสบได้ ซึ่งในปัจจุบัน ก็มีผลิตภัณฑ์ ที่ทำจากไพลมาจำหน่าย เช่น ไพลจิชาล จากองค์การเภสัชกรรม เป็นต้น ตัวยาที่ช่วยเสริม ให้ยาทาถูมีความร้อนในการทำ คือ น้ำมันระกำ น้ำมันเขียว น้ำมันสน ทิงเจอร์พริก เป็นต้น

ยาทาถู ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ในการนวด เช่น ยาหม่องไพล น้ำมันทาถูไพล ดังนั้น จึงขอแนะนำ การเตรียมตำรับยาขี้ผึ้ง ยาทาถูน้ำมันไพลผสม และพิมเสนน้ำ เพื่อใช้ประกอบการนวดไทย พร้อมทั้งวิธีการทำลูกกลอนเถาวัลย์เปรียง เพื่อให้ผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย ได้นำไปใช้เตรียม เพื่อเสริมประสิทธิภาพ การนวดตามความเหมาะสม

ที่มา SpufriendsWebContents วันที่ พุธ มกราคม 2551 Online 11 พฤษภาคม 2552 :  
<http://blog.spu.ac.th/print.php?id=1706>





### Herbal Compress

#### ตัวยานิยมใช้ทำลูกประคบ

- ไพล (500 กรัม) แก้ปวดเมื่อย เคล็ด ขัดยอก ลดการอักเสบ
- ขมิ้นชัน (100 กรัม) ช่วยลดอาการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
- ตะไคร้บ้าน (100 กรัม) แต่งกลิ่น
- ผิวมะกรูด (200 กรัม) ถ้าไม่มีใช้ใบแทนได้ มีน้ำมันหอมระเหย แก้ลมวิงเวียน
- ใบมะขาม (300 กรัม) แก้อาการคันตามร่างกาย ช่วยบำรุงผิว
- ใบส้มป่อย (100 กรัม) ช่วยบำรุงผิว แก้โรคผิวหนัง ลดความดัน
- เกลือ (1 ช้อนโต๊ะ) ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาสัมผัสผ่านผิวหนังได้สะดวกขึ้น
- การบูร (2 ช้อนโต๊ะ) แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ

**ลูกประคบสมุนไพร** คือ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการนำสมุนไพรหลายชนิด มาผ่านกระบวนการทำความสะอาดแล้วนำมาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้นตามขนาดที่ต้องการตำพอแตก ใช้สดหรือทำให้แห้ง นำมาห่อหรือบรรจุรวมกันในผ้าให้ได้รูปทรงต่าง ๆ เช่น ทรงกลม หมอนสำหรับใช้นาบหรือกดประคบ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อทำให้อากาศถ่ายเทและช่วยพาตัวยาสัมผัสผ่านผิวหนังได้สะดวกขึ้น ก่อนใช้ต้องนำมาพรมน้ำแล้วทำให้ร้อนโดยนึ่ง

#### ลักษณะทั่วไปของลูกประคบสมุนไพร

ลูกประคบสมุนไพรต้องห่อผ้าปิดสนิทรูปทรงต่าง ๆ ภายในบรรจุสมุนไพรสดหรือแห้งหลายชนิดรวมกัน กรณีทำเป็นรูปทรงกลมปลายผ้าต้องรวมแล้วมัดให้แน่น ทำเป็นด้ามจับ ต้องมีกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยของสมุนไพรที่ใช้

#### อุปกรณ์การทำลูกประคบสมุนไพร

- 1) ผ้าสำหรับห่อลูกประคบ ต้องเป็นผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบที่มีเนื้อผ้าแน่นพอที่จะป้องกันไม่ให้สมุนไพรร่วงออกมาได้

2) สมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบต้องหั่นหรือสับเป็นชิ้นเล็ก ๆ สด/แห้ง ต้องไม่มีราปรากฏให้เห็นเด่นชัด และต้องมีพืชสมุนไพรหลักที่มีน้ำมันหอมระเหยอย่างน้อย 3 ชนิด เช่น ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ และผิวหรือใบมะกรูด/กลุ่มสมุนไพรที่มีรสเปรี้ยวมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อน ๆ เช่น ใบมะขาม ใบส้มป่อย และกลุ่มสารที่มีกลิ่นหอม จะระเหยออกมาเมื่อถูกความร้อน เช่น การบูร พิมเสน และเกลือ ช่วยลดความร้อน

3) หม้อสำหรับนึ่งลูกประคบและจานรองลูกประคบ

4) เชือกสำหรับมัดผ้าห่อลูกประคบ

#### วิธีทำลูกประคบ

1) นำหัวไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ มะกรูด ล้างทำความสะอาด นำมาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้นตามขนาดที่ต้องการตำพอหยาบ ๆ

2) นำใบมะขาม ใบส้มป่อย ผสมกับสมุนไพรในข้อ 1 เสร็จแล้วใส่เกลือ การบูร คลุกเคล้าให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกันแต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ

3) แบ่งสมุนไพรที่คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วเป็นส่วนเท่า ๆ กัน โดยใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบมัดด้วยเชือกให้แน่น

4) นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่ง ใช้เวลานึ่งประมาณ 15-20 นาที

#### วิธีการใช้ลูกประคบสมุนไพร

- นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งประมาณ 15-20 นาที เมื่อลูกประคบร้อนได้ที่แล้ว ก่อนนำมาใช้ประคบควรมีการทดสอบความร้อนโดยแตะที่ท้องแขนหรือหลังมือก่อน และในช่วงแรกที่ลูกประคบยังร้อนอยู่ต้องประคบด้วยความเร็ว ไม่วางลูกประคบไว้บนผิวหนังนาน ๆ เพียงแค่ลูกประคบแล้วยกขึ้น แต่เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงสามารถวางลูกประคบได้นานขึ้น พร้อมกับกดคลึงจนกว่าลูกประคบคลายความร้อน แล้วจึงเปลี่ยนลูกประคบไปใช้ลูกใหม่แทน (ใช้แล้วนำไปนึ่งแทน)

#### ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร

- ไม่ควรใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะบริเวณผิวหนังที่เคยเป็นแผลมาก่อนหรือบริเวณที่มีกระดูกยื่น และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัมพาต ในเด็กและผู้สูงอายุ เพราะมักมีความรู้สึกในการรับรู้และตอบสนองช้า อาจทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ง่าย

- ไม่ควรใช้การประคบสมุนไพรในกรณีที่มีอาการอักเสบ บวม แดง ร้อน ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะจะทำให้อักเสบบวมมากขึ้นและอาจมีเลือดออกมากตามมาได้

- หลังจากประคบสมุนไพรเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรอาบน้ำทันที เพราะจะไปล้างตัวจากผิวหนัง และร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวได้ทันที (ร้อนเป็นเย็นทันทีทันใด) อาจทำให้เกิดเป็นไข้ได้

#### การเก็บลูกประคบสมุนไพร

ประคบสมุนไพรที่ใช้ครั้งหนึ่งแล้วสามารถเก็บไว้ได้นาน 3-5 วัน หลังจากใช้แล้วควร

ฝั่งถูกประกบให้แห้ง เก็บใส่ถุงหรือภาชนะปิดฝาให้แน่นแช่ตู้เย็นจะเก็บได้นานขึ้น ให้สังเกตถ้าถูกประกบมีเชื้อราปรากฏให้เห็นและมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือสีเหลืองจางลง แสดงว่าตัวยาเสีย ไม่มีคุณภาพไม่ควรนำมาใช้อีกต่อไป เพราะจะใช้ไม่ได้ผล

**ประโยชน์ของการประกบสมุนไพร (จากตัวยาสสมุนไพรรและความร้อน)**

- 1) กระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต
- 2) การเกร็งของกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการปวดเมื่อย
- 3) ลดการติดขัดของข้อต่อบริเวณที่ประกบและทำให้เนื้อเยื่อ ฟังผืดยืดตัวออก
- 4) ลดอาการบวมที่เกิดจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหรือบริเวณข้อต่อต่าง ๆ หลังจาก

24-48 ชั่วโมงไป

**ที่มา**

1. นางสาวสุมา ศรียาภูล. วิทยานิพนธ์, รูปแบบที่พึงประสงค์ในการให้บริการนวด อบ ประคบ สมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ : กรณีศึกษาศูนย์ศึกษาการพัฒนาเขาหินซ้อนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดฉะเชิงเทรา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543. หน้า 24-30
2. พญ.เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ พญ.อัญชลี อินทนนท์ นพ.ธรา อ่อนชมจันทร์. คู่มือปฏิบัติงาน การแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539. หน้า 84-85
3. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การแพทย์แผนไทย กับการดูแลสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2546. หน้า 34-38

ภาคผนวก จ

[ประมวลภาพวัดโพธิ์ (รูปปั้นฤๅษีดัดตน และ 9 มหัศจรรย์วัดโพธิ์)]

# ประมวณภาพ วิศวะ

## ถาษีดัคคณ

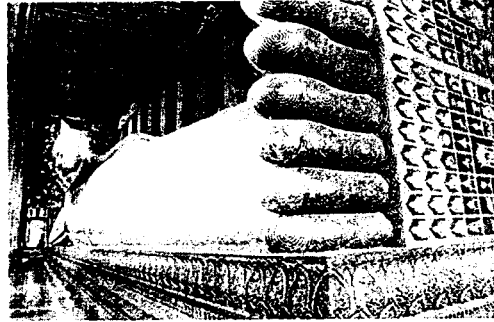




ที่มา วัดพระเชตุพน มหาวิทยาลัยของชาวบ้าน จาก Online 9 พฤษภาคม 2552 :

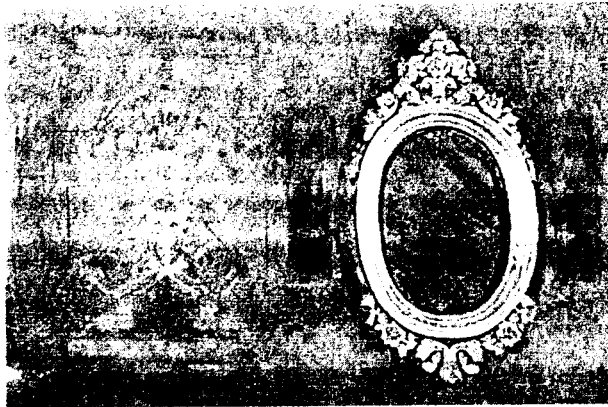
[http://www.thaifolk.com/doc/attract/watpho/more1/watpo\\_album2.htm](http://www.thaifolk.com/doc/attract/watpho/more1/watpo_album2.htm)

## สิ่งมหัศจรรย์วัดโพธิ์



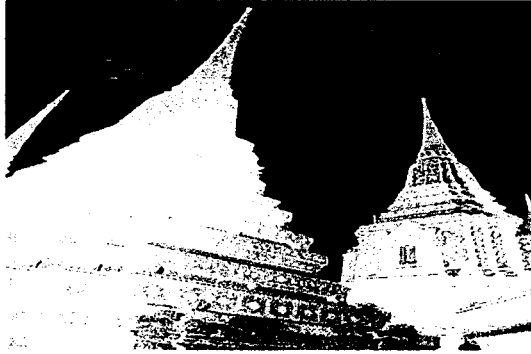
### 1. มหัศจรรย์พระพุทธรูปไสยาสน์

วิหารพระพุทธรูปไสยาสน์สร้างขึ้นในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งภายในวิหารประดิษฐานพระพุทธรูปไสยาสน์ที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 3 ของประเทศโดยมีลักษณะพิเศษ คือ มีการประดับมุกภาพมงคล 108 ประการ ที่บริเวณฝ่าพระบาท



### 2. มหัศจรรย์ตำราเวชเชตุพน

จารึกตำราขนาดแผ่นโบราณมีกิจกรรมลายเส้นบอกตำแหน่งขนาด นับเป็นบันทึกที่รวบรวมสรรพวิชาทั้งทางการแพทย์และทางการเมืองการปกครอง ประวัติการสร้างวัดและวรรณคดี

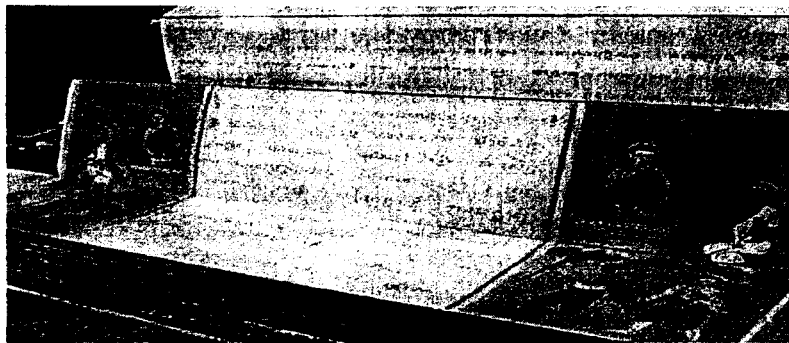


### 3. มหัตศจรรย์เจดีย์ 4 รัชกาล

พระมหาเจดีย์ 4 รัชกาลเป็นมหาเจดีย์ขนาดใหญ่ 4 องค์ พระเจดีย์นั้นเป็นแบบเจดีย์ย่อไม้สิบสองประดับด้วยกระเบื้องเคลือบ อันประกอบด้วย พระมหาเจดีย์พระศรีสรรเพชญดาญาณ (กลาง) พระมหาเจดีย์คิลกธรรมกรรณิทาน (ซ้าย) พระมหาเจดีย์นุบันตีบริขาน (ขวา) และพระมหาเจดีย์ทรงพระศรีสุริโยทัย (หน้า)

### 4. มหัตศจรรย์ต้นตำนานสงกรานต์ไทย

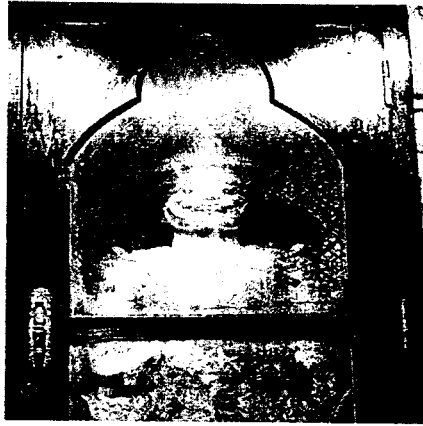
นางสงกรานต์ ตามคติความเชื่ออยู่ในตำนานสงกรานต์ซึ่งรัชกาลที่ 3 ให้จารึกลงในแผ่นศิลาคิดไว้ที่วัด โพนีเป็นเรื่องเล่าถึงความเป็นมาของประเพณีสงกรานต์โดยสมมุติผ่านเรื่องราวธรรมบาลกุมารและนางสงกรานต์ทั้งเจ็ดเทียบกับแต่ละวันในสัปดาห์



### 5. มหัตศจรรย์มรดกโลกวัดโพนี

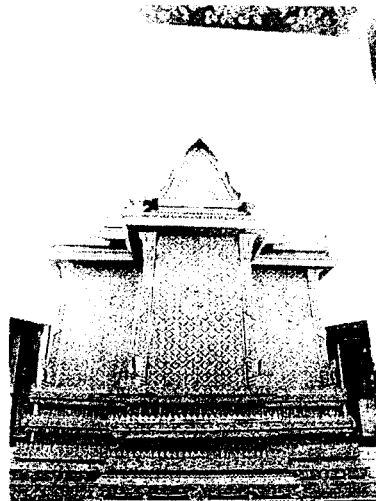
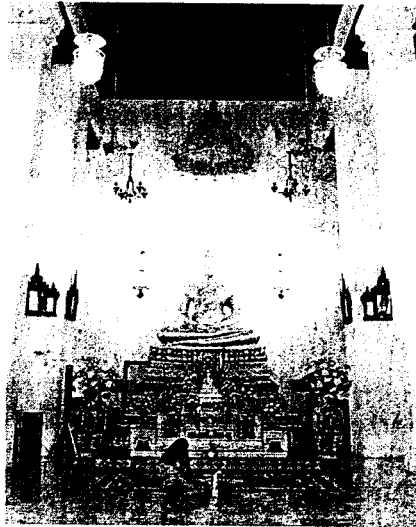
พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาให้นำองค์ความรู้จากปราชญ์ของไทย เช่น ตำราการแพทย์ โบราณคดี วรรณกรรม โคลงฉันท์ กาพย์ กลอน ฯลฯ จารึกลงบนแผ่นหินอ่อนประดับไว้บริเวณผนังภายในวัดซึ่งความรู้ที่จารึกไว้บนแผ่นศิลาในปัจจุบันรวมเรียกว่า ประชุมจารึกวัดพระเชตุพนฯ โดยองค์การยูเนสโก มีมติรับรองให้ให้ขึ้นทะเบียนศิลาจารึกพระเชตุพนวิมลมังคลารามเป็นเอกสาร “มรดกความทรงจำแห่งโลก





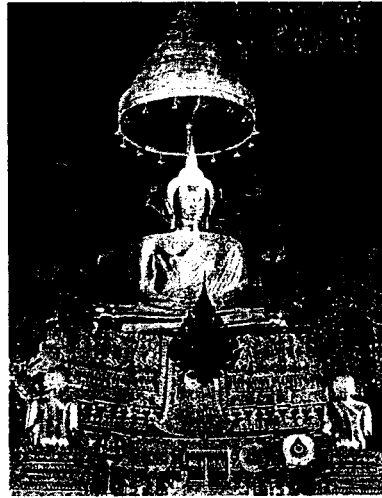
## 6. มหัตถอรรถยัตนานายักษ์วัดโพธิ์

ยักษ์วัดโพธิ์นั้นตั้งอยู่ที่ซุ้มประตูทางเข้าพระมณฑป โดยมีกายเป็นสีแสดลักษณะคล้ายกับยักษ์  
ในวรรณคดีเรื่องรามเกียรติ์ นอกจากนี้ยังมีตำนานเกี่ยวกับยักษ์วัดโพธิ์ และยักษ์วัดแจ้ง ซึ่งทำให้เกิด  
ทำเดียนในปัจจุบัน



## 7. มหัตถอรรถยัตผ่านภพรัตนโกสินทร์

เดิมเป็นพระอุโบสถวัดโพธารามตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาแต่ภายหลังการสถาปนา  
พระอุโบสถหลังใหม่ของวัดพระเชตุพนแล้วจึงได้ลดฐานะเป็นศาลาการเปรียญ โดยภายในมี  
"พระพุทธศาสนา" ประดิษฐานเป็นพระประธาน



## 8. มหัตศอรรถยวีจิตรพระพุทธเทวปฏิมากร

ซึ่งภายในพระอุโบสถประดิษฐานพระพุทธเทวปฏิมากรเป็นพระพุทธรูปปางสมาธิซึ่งรัชกาลที่ 1 ทรงอัญเชิญมาจากวัดศาลาสีหะนำ ด้วยพระประสงค์ตั้งมั่นแน่วแน่ว่า นี่จะเป็นพระนครอย่างถาวร



## 9. มหัตศอรรถยัตันตำรับนวดแผนไทย

พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้รวบรวมเรื่องราวของการแพทย์แผนโบราณและศิลปะวิทยาการครั้งกรุงศรีอยุธยาไว้ และทรงพระราชดำรินำเอาท่าดัดตน อันเป็นการพักผ่อนอิริยบทแก่ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกายมาประยุกต์ใช้กับคติไทยที่ยกข่องฤาษี ผู้เป็นครูประสิทธิประสาทวิทยาการต่างๆเป็นรูปฤาษีดัดตนแสดงท่าไว้ที่วัด เพื่อให้ราษฎรทั่วไปได้ศึกษาเล่าเรียนและรักษาโรคได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น  
ที่มา Online 9 พฤษภาคม 2552 : IDO Travellers ฉบับที่ 1-10 : <http://www.idotravellers.com/index.php/2008-08-25-03-56-46/71-2008-08-13-20-21-15/98-9Main Menu>

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางลัทธนา ว่องประทานพร
วัน เดือน ปี เกิด	23 ตุลาคม 2501
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน
ประวัติการศึกษา	สาขารณศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2537
สถานที่ทำงาน	สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่ง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ (หัวหน้างานตรวจราชการเขต 2)