



ภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์ของหมอดำแย้มสุลิม (โต๊ะบิแด) ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

สุธน พรบัณฑิตปัทมา*

บทคัดย่อ

อัตราการตายของมารดาและทารกที่คลอดใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้สูงกว่าเป้าหมายของประเทศ. ส่วนหนึ่งเกิดจากการทำคลอดของโต๊ะบิแด ที่ขาดทักษะและความรู้ในการช่วยทารกและไม่สามารถแยกปัจจัยเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ได้. การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลังและภูมิปัญญาของโต๊ะบิแดในการดูแลสุขภาพอนามัยหญิงตั้งครรภ์และทารกคลอดใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิธีการศึกษาโดยการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ๓ คน ต่อจังหวัด รวม ๑๕ คน สัมภาษณ์เจาะลึกตามเครื่องมือที่สร้างขึ้น และวิเคราะห์เชิงพรรณนา.

โต๊ะบิแดในการศึกษานี้เป็นหญิงทั้งหมด อายุ ๖๐ - ๗๐ ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักทางการเกษตร มีส่วนน้อยที่หมอดำแย้มเป็นอาชีพหลัก. องค์ความรู้อาชีพหมอดำแย้มสืบทอดจากบรรพบุรุษทางแม่ และเคยผ่านการอบรมผดุงครรภ์จากหน่วยงานภาครัฐในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก. ในระยะตั้งครรภ์ โต๊ะบิแดดูแลหญิงมีครรภ์โดยการตรวจครรภ์, นวดเพื่อผ่อนคลาย และนวดท้องเพื่อให้เด็กอยู่ในท่าปรกติ, แนะนำให้กินอาหารที่เป็นสมุนไพรบำรุงครรภ์ทำให้คลอดง่าย. ระยะคลอด โต๊ะบิแดจะเน้นการทำความสะอาดบริเวณช่องคลอด, ตรวจการเปิดปากมดลูก, ทำคลอดโดยการให้สมุนไพรช่วยป้องกันฝีเย็บขาด, ตัดสายสะดือทารก และทำพิธีฝังรก. ระยะหลังคลอด โต๊ะบิแดจะให้หญิงหลังคลอดอยู่ไฟเพื่อให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น, แนะนำการดูแลตนเองหลังคลอด โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรขับน้ำคาวปลา บำรุงครรภ์ เร่งน้ำนม. ส่วนทารก โต๊ะบิแดจะทำพิธีไม่ให้ผีทำร้ายเด็ก, ใช้สมุนไพรรักษาสะดือเด็กให้แห้ง ช่วยป้องกันผื่นคัน.

สรุปว่าโต๊ะบิแดได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาทางแม่. ช่วงตั้งครรภ์จะเน้นนวดและกินอาหารบำรุงครรภ์. ระยะคลอดจะเป็นการทำคลอด. หลังคลอดจะแนะนำการใช้สมุนไพรเร่งน้ำนม และดูทารกไม่ให้เจ็บป่วย.

คำสำคัญ: ภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์, โต๊ะบิแด, หมอดำแย้มสุลิม, ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้, ประเทศไทย

ภูมิหลังและเหตุผล

สืบเนื่องมาจากรัฐบาลมอบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการแก้ไขปัญหาการตายของมารดาและทารกคลอดใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้^๑ ซึ่งมีอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายของประเทศ. การตายส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดทั้งก่อนและหลังคลอด^๒, ส่วนหนึ่งจากการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณมาก่อน^๓ ซึ่งยังขาดความรู้และทักษะในการช่วยทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤตและไม่มีเครื่องมือสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพรวมทั้งการ

ส่งต่อที่ล่าช้า^๔. จากประเด็นดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัดอบรมให้โต๊ะบิแดมีความรู้เกี่ยวกับการแยกปัจจัยเสี่ยงและการส่งต่อ รวมทั้งการส่งเสริมให้ทารกกินนมแม่^๕ ทำให้โต๊ะบิแดสามารถแยกปัจจัยเสี่ยงได้ระดับหนึ่งและมีการส่งต่อไปคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น^๖. แต่อัตราการตายเสียชีวิตก็ยังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ^๗.

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาเห็นว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวของหญิงมีครรภ์และของทารกชาวไทยมุสลิมคลอดใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการศึกษาองค์ความรู้ของโต๊ะบิแดมาก่อน จึงไปทำการ

*สำนักงานการแพทย์พื้นบ้านไทย, กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี

ศึกษาภูมิปัญญาของโต๊ะบิแดในการดูแลสุขภาพอนามัยของหญิงมีครรภ์และทารกคลอดใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้.

ระเบียบวิธีศึกษา

การเลือกประชากรศึกษาจากโต๊ะบิแด ๑,๕๓๑ คน ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามขั้นตอนอย่างง่าย กล่าวคือ แต่ละจังหวัดเลือก ๓ อำเภอ แต่ละอำเภอเลือก ๑ ตำบล และในแต่ละตำบลจะคัดเลือก ๑ หมู่บ้านตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะระบบนิเวศที่แตกต่างกัน ๓ ลักษณะ คือ พื้นที่ภูเขา/ควน, พื้นที่นา/พรุ, และพื้นที่ชายทะเล, รวมทั้งเป็นหมู่บ้านที่ชุมชนให้การยอมรับ โต๊ะบิแดซึ่งได้ให้บริการในแต่ละพื้นที่เป็นระยะยาวนานกว่า ๑๐ ปีขึ้นไป. คัดได้โต๊ะบิแดในแต่ละพื้นที่ พื้นที่ละ ๑ คน รวม ๓ คน ต่อจังหวัดได้กลุ่มตัวอย่างรวม ๑๕ คน ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้. ทำการสัมภาษณ์ตัวอย่างเจาะลึกเป็นรายบุคคล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา.

ผลการศึกษา

โต๊ะบิแดตัวอย่างการศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุ ๖๑-๗๐ ปี, ประกอบอาชีพหลักทางการเกษตรกรรมเกือบทั้งหมดมีเพียงบางส่วนที่ยึดอาชีพหมอตำแยเป็นหลัก. การเป็นหมอตำแย พบว่าสืบทอดมาจากบรรพบุรุษทางแม่. ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมผดุงครรภ์ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการทำคลอด. ผู้ที่ผ่านการให้บริการทำคลอด ๑๐-๔๐ ปี ทำคลอดโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ ๔-๖ ราย ตามรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๑.

ช่วงมีครรภ์

โต๊ะบิแดทำพิธีตั้งชั้นหรือตั้งราดเพื่อแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้นั้นจะทำคลอดกับโต๊ะบิแดคนนั้น. ต่อจากนั้นโต๊ะบิแดจะตรวจครรภ์เดือนละ ๓ ครั้งจนกว่าจะคลอด. ถ้าตรวจพบเด็กอยู่ในท่าผิดปกติก็จะแต่งห้องให้เด็กกลับหัวเข้าอยู่ในท่าปกติ. ในช่วงอายุครรภ์ ๖-๘ เดือน โต๊ะบิแดจะนัดเพื่อให้หญิงมีครรภ์สบายตัวพร้อมทำพิธีทำลายอาถรรพณ์ เพื่อให้คลอดง่ายและทำพิธีป้องกันผีเข้าตัวหญิงมีครรภ์. ในช่วงนี้โต๊ะบิแดจะแนะนำให้กินอาหารสมุนไพรเพื่อบำรุงครรภ์คลอดง่ายและทำให้ร่างกายสมบูรณ์, รวมทั้งห้ามทำงานหนักกรณีถ้าเป็นท้องแรกเพราะเกรงว่าจะทำให้แท้งได้.

ตารางที่ ๑ ข้อมูลของโต๊ะบิแดที่นำมาศึกษา ๑๕ คน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
๕๐-๖๐	๑	๖.๖
๖๑-๗๐	๖	๔๐.๐
๗๑-๘๐	๔	๒๖.๗
๘๐ ปีขึ้นไป	๔	๒๖.๗
เพศ		
หญิง	๑๕	๑๐๐.๐
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรม เช่น สวนยาง	๑๓	๘๖.๗
ปลูกยาสูบ	-	-
เลี้ยงวัว ฯลฯ	-	-
หมอตำแย	๒	๑๓.๓
การสืบทอดหมอตำแย		
ทางพ่อ	-	-
ทางแม่	๑๕	๑๐๐.๐
ผ่านการอบรมผดุงครรภ์โบราณ		
เคย	๑๒	๘๐.๐
ไม่เคย	๓	๒๐.๐
จำนวนผู้มารับบริการ (ราย/เดือน)		
๑-๓	๖	๔๐.๐
๔-๖	๗	๔๖.๖
๗-๙	๑	๖.๗
≥ ๑๐	๑	๖.๗
รวม	๑๕	๑๐๐.๐

ช่วงคลอด

โต๊ะบิแดจะทำพิธีตั้งชั้นหรือยกครูอีกครั้งในช่วงที่ผู้มีครรภ์เริ่มมีอาการเจ็บท้องจะคลอด แต่โต๊ะบิแดบางท่านจะไม่ตั้งราดอีกเพราะถือว่าทำแล้วในตอนฝากครรภ์. ช่วงนี้โต๊ะบิแดจะเน้นการตรวจช่องคลอด เพื่อดูว่าปากมดลูกเปิดหรือไม่ ถ้าหากปากมดลูกยังไม่เปิดก็ต้องรอ. ในช่วงรอโต๊ะบิแดจะนัดเพื่อคลายความเกร็ง และเป็นการให้กำลังใจเตรียมตัวคลอดพร้อมทั้งใช้สมุนไพรช่วยลดความเสี่ยงจากการคลอด เช่น เจ็บท้องนานไม่คลอด, หรือป้องกันผีเย็บขาด. ถ้าปากมดลูกเปิดโต๊ะบิแดจะใช้นิ้วคลำในช่องคลอดตรวจหัวเด็ก. เมื่อเด็กคลอดออกมาหากพบว่ามีสายสะดือพันคอโต๊ะบิแดจะต้องรีบ

ต้นหัวเด็กเข้าหาตัวแม่ให้เร็วเพื่อไม่ให้สายสะดือพันคอเด็ก. หลังตัดสายสะดือจะใช้ขมิ้นฝนทาที่รอยตัด. ส่วนรกที่ตัดจะนำไปใส่หลุมแล้วเอาเกลือโรยบนรก ก่อนกลบ.

ช่วงหลังคลอด

หลังคลอดโต๊ะบิแดดจะดูแลหญิงหลังคลอดชำระล้างร่างกายด้วยน้ำอุ่นผสมสมุนไพรให้สะอาดติดต่อกัน ๓ วัน. หลังจากนั้นจะให้หญิงหลังคลอดอยู่ไฟโดยนอนตะแคงบนแคร่ที่ก่อไฟไว้ใต้แคร่เพื่อความอบอุ่น. ช่วงนี้โต๊ะบิแดดจะเหยียบบวดหลังคลอด ๓ วัน โดยการเหยียบบวดทั้งตัวไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่ง. ส่วนทารกโต๊ะบิแดดจะทำพิธีป้องกันผีปีศาจมาทำร้ายเด็ก โดยนำต้นไม้ที่มีหนามวางบริเวณบ้านหรือใต้ถุนบ้าน, และจะดูแลทารกโดยใช้สมุนไพรรักษาสะดือเด็กให้แห้ง ป้องกันผดผื่นคัน ยุงแมลงกัด หรือเจ็บป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ.

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าโต๊ะบิแดดเป็นผู้หญิงทั้งหมด ไม่ได้หมายความว่าโต๊ะบิแดดเป็นผู้หญิงทั้งหมด เพราะไม่ได้ทำการสำรวจกลุ่มโต๊ะบิแดดทั้ง ๑,๕๓๑ คนว่าเป็นหญิงทั้งหมดหรือเปล่า, ส่วนใหญ่มีการสืบทอดอาชีพจากบรรพบุรุษทางฝ่ายแม่หรือเครือญาติทางแม่หรือบางคนได้ประสบการณ์จากการไปดูการทำคลอดโดยตรงเพราะสนใจตั้งแต่อายุน้อย. โดยตรรกวิทยาผู้ชี้แนะให้หญิงตั้งครมภ์ไปทำคลอดกับใครน่าจะเป็นคนใกล้ชิด โดยเฉพาะแม่อาจจะแนะนำลูกไปคลอดกับโต๊ะบิแดดที่รู้จักและเป็นคนในหมู่บ้านเดียวกัน (ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้) ซึ่งประเด็นนี้ ขวัญชัย เกิดบางบอน ได้ศึกษาไว้แล้วว่า การเลือกคลอดของหญิงมีครมภ์มักจะขึ้นกับบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะแม่ของตน แม่สามี พี่สาว เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีการปฏิบัติตามกัน. โต๊ะบิแดดบางคนไม่ตั้งใจเป็นหมอต่าแยมาก่อน แต่มีความจำเป็นต้องช่วยเหลือในการทำคลอด ทำให้ทักษะและประสบการณ์ทำคลอดยังน้อยขาดประสบการณ์ ไม่สามารถแยกปัจจัยเสี่ยงได้ ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อความเสี่ยงติดเชืหรือตายของหญิงมีครมภ์และทารกคลอดได้. ผู้เกี่ยวข้องจึงควรจะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาโดยการศึกษาระบบการทำคลอดจากประสบการณ์จริงในการทำคลอดทุกขั้นตอนของโต๊ะบิแดด.

ช่วงมีครมภ์โต๊ะบิแดดแนะนำหญิงมีครมภ์ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างมีครมภ์. โต๊ะบิแดดส่วนใหญ่จะไม่ห้ามการมี

เพศสัมพันธ์ในระหว่างมีครมภ์ แต่จะให้เว้นการมีเพศสัมพันธ์ในบางระยะในช่วงมีครมภ์ ซึ่งมีการแนะนำไม่เหมือนกัน เป็นเพราะโต๊ะบิแดดแต่ละคนมีประสบการณ์การเรียนรู้หรือการสืบทอดองค์ความรู้ที่แตกต่างกัน. ตามหลักวิชาการแพทย์แผนปัจจุบัน ช่วง ๑-๓ เดือน และช่วง ๗-๙ เดือนไม่ควรมีเพศสัมพันธ์เพราะอาจทำให้แท้งได้หรือเด็กอาจคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยเห็นว่าทางที่ดี คือ ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต ๑๒ จะต้องจัดอบรมการทำคลอดและดูแลหญิงหลังคลอดให้โต๊ะบิแดด. การใช้น้ำมันมะพร้าวตรวจปากมดลูกและหล่อลื่นระหว่างคลอดเป็นภูมิปัญญาที่น่าศึกษา ถ้าการใช้น้ำมันมะพร้าวในการช่วยคลอดดีจริงควรนำมาใช้ในสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลของรัฐเพื่อทดแทนสารหล่อลื่นราคาแพงเพื่อลดค่าใช้จ่ายของรัฐ. ส่วนการเจาะถุงน้ำคร่ำระหว่างคลอดนั้นโต๊ะบิแดดบางคนไม่เจาะ โดยให้เหตุผลว่าถ้าเจาะถุงน้ำคร่ำออกหมดน้ำแห้ง เบ่งยากเด็กจะออกยาก. ในกลุ่มที่มีการเจาะถุงน้ำคร่ำมักจะใช้เกลือตัวผู้เจาะให้แตกและมีบางคนใช้มีดเจาะ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงการติดเชื้อหรือก่อให้เกิดบาดทะยักได้. ผู้วิจัยมีความเห็นว่าไม่ควรเจาะถุงน้ำคร่ำ. ดังนั้น แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น กรมอนามัยควรจัดอบรมให้ความรู้และเพิ่มทักษะให้กับโต๊ะบิแดดโดยให้เรียนรู้จากประสบการณ์การทำคลอดจริง.

ในช่วงคลอด เมื่อหัวเด็กโผล่ สายสะดือพันคอเด็ก โต๊ะบิแดดส่วนใหญ่จะใช้วิธีดันหัวเด็กเข้าหาตัวแม่ให้เร็วที่สุดเพื่อไม่ให้สายสะดือพันคอเด็ก. ผู้วิจัยตระหนักว่าความรู้ความสามารถและทักษะในการทำคลอดของโต๊ะบิแดดแต่ละคนไม่เท่ากัน จึงเห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องน่าจะพูดคุยกับโต๊ะบิแดดในขั้นตอนการทำคลอด และดูแลหลังคลอดว่ามีกรณีใดบ้างที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสมควรส่งต่อให้โรงพยาบาลดูแล. ส่วนด้านความเชื่อและพิธีกรรมกรณีที่เจ็บท้องนานไม่คลอด พบว่าโต๊ะบิแดดส่วนใหญ่จะทำน้ำมันตีให้กิน, ลูบศีรษะและทำน้ำมันทาบริเวณท้อง เชื่อว่าจะทำให้คลอดเร็วและปลอดภัยในการทำคลอด. ผู้วิจัยมองว่าอาจเป็นปัญหาและปัจจัยเสี่ยงให้แม่และทารกเสียชีวิตได้ หากโต๊ะบิแดดวินิจฉัยสาเหตุการเจ็บท้องนานไม่ได้และไม่ได้ส่งต่อ. กรณีนี้งานวิจัยของวรรณดา ตูลยสุข และสุดา รัตน์ ธีระวดี พบว่าผดุงครรภ์โบราณที่ไม่ส่งต่อเพราะมองว่าเป็นภาวะปรกติ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพหญิงตั้งครมภ์. ผู้วิจัยมองว่าการแยกปัจจัยเสี่ยงไม่ได้จะก่อให้เกิดการเสียชีวิต

ของมารดาและทารกได้ จึงขอเสนอให้หน่วยงานศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา ทำการอบรมผดุงครรภ์โบราณ และจำเป็นต้องฟื้นฟูองค์ความรู้เดิมอย่างต่อเนื่อง และควรให้มีการฝึกปฏิบัติในสภาพจริง.

ในช่วงหลังคลอด พบว่าการแต่งกุนหรือการคลึงท้องบริเวณมดลูกหลังคลอด ส่วนใหญ่เป็นการนวดเพื่อให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้นเป็นการขับเลือดที่ค้างเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ซึ่งทางการแพทย์แผนปัจจุบันไม่ค่อยสนใจ จึงทำให้หญิงที่มีอายุวัยกลางคนมักมีปัญหาหมดลูกหย่อน มีผลให้มดลูกไปทับกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้นเกิดปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ. ผู้วิจัยจึงเห็นว่าโรงพยาบาลควรผสมผสานการให้บริการหลังคลอด โดยให้โตะบีแด่เข้ามาช่วยดูแลหญิงหลังคลอดโดยมอบให้เป็นหน้าที่หลักของโตะบีแด่ มากกว่าการทำคลอด.

กิตติกรรมประกาศ

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ โดยถือเป็นนโยบายของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และร่วมให้ข้อคิดเห็น เสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างมาก. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ นพ.ประพจน์ เกตุรากาศ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริหารกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ให้คำปรึกษาชี้แนะจนเห็นแนวทางการศึกษาที่ชัดเจน และเป็นระบบมากขึ้น. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ สุวรรณเวช จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, อาจารย์ชวลิต สุวรรณเวช กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา และคุณวราภรณ์ ลำขจร จากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ช่วย

ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง, รวมทั้งโตะบีแด่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนสัมฤทธิ์ผลได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์.

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมอนามัย. ผลการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๒. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ๑๒ ยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. ผลการดำเนินงานโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ จังหวัดปัตตานี ปี ๒๕๔๒ - ๒๕๔๔. นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๓. จินตนา พัฒนพงศ์ธร. พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวของสตรีไทยมุสลิม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรและการพัฒนา คณะสถิติประยุกต์, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ กรุงเทพฯ, ๒๕๔๓.
๔. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ปี ๒๕๔๐ - ๒๕๔๔. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๕. ลีนา ตังกนะภักย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านและแบบสมัยใหม่ของมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชนคณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ๒๕๓๕.
๖. อนันต์ สุไลมาน, สุดา ภูทอง, สุดารัตน์ วีระวร, นิเมศตุรา แว, กอปรชุณี ตย์คานนท์. รายงานการวิจัยเรื่องความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมด้านการฝากครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลผดุงครรภ์โบราณและมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ยะลา: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ๑๒ จังหวัดยะลา; ๒๕๓๕.
๗. สำนักงานสาธารณสุขปัตตานี. ผลการดำเนินงานโครงการอนามัยการเจริญพันธุ์ จังหวัดปัตตานี ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๔๒- มิถุนายน ๒๕๔๔. ปัตตานี: UNFPA; ๒๕๔๔.
๘. ชวีญชัย เกิดบางบอน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงอยู่ของผดุงครรภ์โบราณชาวมุสลิมในงานอนามัยแม่และเด็ก : กรณีศึกษาหมู่บ้านหนึ่งในจังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๔.
๙. วรณา ตุลยสุข, สุดารัตน์ วีระวร. ความรู้ ความเห็นและพฤติกรรมของผดุงครรภ์โบราณและมารดาที่มีผลต่อการส่งต่องานวิจัย. ยะลา: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต ๑๒ จังหวัดยะลา; ๒๕๓๗.

Abstract**Folk Wisdom of Muslim Midwives (*Toh-bidaes*) Practicing in the Five Southern-Border Provinces of Thailand****Suthon Pornbunditpattama*****Office of Thai Indigenous Medicine, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000*

Infant and maternal mortality rates in the five southern-border provinces of Thailand have been higher than the country's average. Part of the reasons may be due to the lack of knowledge and skill of *toh-bidaes* or Muslim midwives in taking care of pregnant women and infants, especially at the time of delivery, in diagnosing any risk factors in labor. The present study was aimed at studying the background and folk medical wisdom of *toh-bidaes* who practice in the five southern-border provinces of Thailand. The selection criteria for experienced *toh-bidaes* from different regions of the studied provinces were established and three *toh-bidaes* from each province were secured for a total of 15 represent the *toh-bidaes* population. Data from in-depth interviews were analyzed for descriptive information.

Regarding the background of the *toh-bidaes* samples, they were all women aged 60-70 years. Their main occupations were agriculture and only a few practiced midwifery as their main job. Their midwifery knowledge was passed on from their mothers' side. Most attended some midwifery training course organized by the public sector. Regarding antenatal care, the *toh-bidaes* take care of a pregnant woman by examining the baby externally while it is in the womb, giving massage for relaxation, and on the abdomen to correct the position of the baby, if necessary, giving advice on proper diet, especially herbal food, and on nourishing the mother so that she will have easy delivery. At delivery, the *toh-bidaes* cleans the vaginal area, examines the opening of the uterus, helps deliver the baby, uses some herbs to prevent tearing of the perineum, cuts the cord, and performs ritual while burying the cord. For postnatal care, the *toh-bidaes* takes care of the "Yu-Fai" period (lying by the fire) of the mother to help the uterus resume its original position sooner, and gives self-care instructions for the mother, especially on the use of herbs to help excrete lochia, promote lactation, and nourish the body. For the infant, the *toh-bidaes* performs some ritual to protect them from evil spirits, uses some herbs to help dry the cord and prevent skin rash.

In summary, most *toh-bidaes* inherited their midwifery knowledge from their mothers and grandmothers. Their work involves mainly massage and nutritional support for antenatal care, help in the delivery of the baby, and giving some herbs to stimulate milk production and in taking care of the health of the newborn.

Key words: folk medical wisdom, *toh-bidaes*, Muslim midwife, southern-border provinces, Thailand