

การศึกษาวิจัย

เรื่อง

ทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาแบบยั่งยืน :
กรณีศึกษาการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน
เขตภาคเหนือตอนล่าง

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ สิริสุนทร และคณะ

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยวัฒนธรรมประจำปีงบประมาณ 2543 จากสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ
ปีงบประมาณ 2544

คำปรารภ

การศึกษาวิจัยเรื่องทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาแบบยั่งยืน: กรณีศึกษาการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ในเขตภาคเหนือตอนล่าง เป็นความพยายามที่จะศึกษาค้นคว้า รวบรวมและจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งนับเป็นระบบการแพทย์ทางเลือกที่สำคัญซึ่งประกอบด้วยการรักษาเยียวยาและการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตภาคเหนือตอนล่างที่ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยมาก่อน คณะผู้วิจัยกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่กรุณาให้ความรู้และจุดประเด็นการศึกษาวิจัยเรื่องการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. เบญจายอมคำเนิน แอ็ดติก, รองศาสตราจารย์ ดร. ชาย โพธิ์สีดา, ศาสตราจารย์ ดร. อานันท์ กาญจนพันธุ์, รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา เกรียงยี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยิ่งยง เทาประเสริฐ และ รองศาสตราจารย์ ดร. คิเรก ปัทมสิริวัฒน์

ขอบพระคุณหมอฟันบ้านและผู้ให้ข้อมูลในท้องถิ่นทุกๆท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอธิบายและถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีคุณค่ามหาศาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิจิตร โขทัย พิษณุโลก พิจิตร นครสวรรค์ สุโขทัย อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ ตาก และกำแพงเพชร ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้วยความเต็มใจ

พัชรินทร์ สิริสุนทร และคณะ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาแบบยั่งยืน: กรณีศึกษาการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เขตภาคเหนือตอนล่าง มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ เพื่อศึกษาองค์ความรู้ กระบวนการรักษาเยียวยาและการสืบทอดการแพทย์พื้นบ้าน และเพื่อสำรวจแหล่งข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้านและจัดทำเนียบหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยระบบการแพทย์พื้นบ้านในที่นี้ หมายถึง แบบแผนทางความคิด ความเชื่อ พิธีกรรม สัญลักษณ์ บทบาท บรรทัดฐาน เทคนิค กระบวนการรักษาเยียวยาและการดูแลสุขภาพตนเองที่วางอยู่บนแนวคิดเชิงเหตุผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบนิเวศน์ที่ระบบการรักษาพยาบาลนั้นดำรงอยู่ และถือว่าเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญที่จะช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ และหมอพื้นบ้านในที่นี้ หมายถึง ผู้ทำหน้าที่รักษาเยียวยาและดูแลสุขภาพคนในท้องถิ่นซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกับผู้มารับบริการ โดยคณะวิจัยศึกษาหมอพื้นบ้านใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิชญ์โลก, พิจิตร, นครสวรรค์, สุโขทัย, อุตรดิตถ์, เพชรบูรณ์, ตาก, และ กำแพงเพชร โดยการวิจัยจากเอกสาร, การวิจัยเชิงสำรวจ, และการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่างทั้งสิ้น 1,049 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งอยู่ในวัยชราและมีการศึกษาน้อย สำหรับประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากที่สุดเขตภาคเหนือตอนล่างสามอันดับแรกได้แก่ หมอสมุนไพร, หมอยา, และหมอไสยศาสตร์ และเมื่อจำแนกจำนวนของหมอพื้นบ้านตามรายจังหวัดพบว่า เพชรบูรณ์เป็นจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านมากที่สุด รองลงมาได้แก่พิจิตรและพิชญ์โลก ส่วนกำแพงเพชรเป็นจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านน้อยที่สุด โดยพบว่าหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่ทั่วไปทั้งในเขตอำเภอเมืองและในชนบท และพบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางภูมิศาสตร์ ระบบนิเวศวิทยาวัฒนธรรม ภาวะสุขภาพอนามัย และองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน และเมื่อทำการศึกษาแบบเจาะลึกกับหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตรและพิชญ์โลก พบว่าองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านมีที่มาจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างหมอพื้นบ้านกับเครือข่ายในชุมชน และกระบวนการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดทั้งในระดับวิชาชีพและระดับปัจเจก ซึ่งแสดงออกในรูปของการนำแนวคิดในเชิงตรรกและวัตถุนิยมมาใช้ทำความเข้าใจกับระบบสุขภาพอนามัยของชุมชน, การผสมผสานกระบวนการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาของท้องถิ่นเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบไสยศาสตร์, การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีระบบและเป็นรูปธรรม, การเชื่อมโยงเครือข่ายหมอพื้นบ้านในท้องถิ่นเข้าด้วยกันทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านขึ้น ซึ่งผลของการปรับตัวดังกล่าวทำให้เป็นการยากที่จะแบ่งแยกระบบการแพทย์พื้นบ้านออกจากระบบการแพทย์ระบบอื่น

ฐานคิดเรื่องสุขภาพอนามัยของหมอฟันบ้านจะให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์พื้นบ้านในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมย่อยที่มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี มากกว่าการรักษาเชี่ยวชาญการเจ็บป่วยหรืออธิบายสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่า ฐานคิดนี้พบได้ทั้งในส่วนของหมอฟันบ้านและบุคลากรด้านการแพทย์ของรัฐ และความซับซ้อนของระบบคิดของผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่มีบทบาทด้านสุขภาพอนามัยดังกล่าวก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมของหมอฟันบ้านกับเครือข่ายองค์กรด้านสุขภาพของรัฐในลักษณะที่เป็นองค์รวมที่ผสมผสานกลมเกลียว (Harmony) ดังนั้น ในทัศนะของหมอฟันบ้าน การจัดการเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีต้องเริ่มตั้งแต่เกิดจนตายและสมควรจำกัดอยู่เฉพาะเวลาเจ็บป่วย ซึ่งมีมิติของการมีสุขภาพดีนั้นครอบคลุมวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลตั้งแต่อาหารที่บุคคลกิน เครื่องดื่ม เสื้อผ้า ที่สวมใส่ การขับถ่าย การพักผ่อน การใช้เวลาว่าง การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสภาพจิตใจ เช่น การปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนทางศาสนา การปลูกสร้างบ้านเรือน และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

สำหรับแหล่งเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญได้แก่ ครอบครัว ชุมชน วัด สถาบันการศึกษา และสถานบริการด้านสุขภาพอนามัย โดยหมอฟันบ้านเชื่อว่าความรู้คือสิ่งที่ถูกพัฒนาขึ้นจากหลากหลายแหล่งที่มา เช่น สภาพแวดล้อมรอบตัว, การสอบถามจากผู้รู้, การศึกษาจากตำรา, การลองผิดลองถูก, การทดลองกับตัวเอง, การสอบถามและการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายทางสังคม ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ของหมอฟันบ้านในจังหวัดพิษณุโลกเกิดขึ้นจากการตอบสนองที่สลับซับซ้อนของหมอฟันบ้านผ่านทักษะการใช้ประสาทสัมผัสเพื่อแยกแยะความแตกต่างของ ชนิด ประเภทและกระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัยผ่านการท่องจำหรือการทำให้ดู จนในที่สุดสามารถเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์และโทษของการมีสุขภาพอนามัยที่ดีบนพื้นฐานของการใช้และบริโภครักษาการที่มีอยู่ในชุมชนหรือในครัวเรือนของตนเอง และเกิดเป็นองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ที่วางอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจของหมอฟันบ้านแต่ละคน ถึงแม้ว่ากระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาองค์ความรู้ของหมอฟันบ้านเป็นจำนวนมากจะวางอยู่บนวิธีการลองผิดลองถูก แต่ประสบการณ์ของหมอฟันบ้าน ที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอนามัยประเภทนั้นๆอยู่เป็นประจำก็ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยอาศัยการหยั่งรู้ ผ่านกระบวนการเรียนรู้ และเป็นที่น่าสังเกตว่า การเปิดกว้างทางความคิดและการรับรู้ในระบบการแพทย์ระบบอื่นของหมอฟันบ้าน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยโดยไม่ปิดบังด้วยภาษาที่ง่ายหรือการกระทำให้ดู ทำให้องค์ความรู้ที่มีอยู่ไม่ใช่สิ่งลึกลับซับซ้อนที่ยากแก่การเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างหมอฟันบ้านกับผู้ป่วย โดยพบว่า ยิ่งผู้ป่วยหรือชุมชนมีความรู้ด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเองมากเท่าใด ลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะอยู่ในแนวระนาบมากกว่าแนวคิงมากเท่านั้น หรืออีกนัยหนึ่ง การสว่นองค์ความรู้ไว้ในรูปของศาสตร์ที่ลึกลับเกินกว่า

บุคคลทั่วไปจะเข้าใจได้ ส่งเสริมระบบความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจระหว่างหมอพื้นบ้านบางชนิด เช่น หมอผี หมอพื้นเผ่ากับผู้ป่วยเอาไว้ได้

คณะผู้วิจัยต้องการเสนอประเด็นด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัย โดยใช้งานวิจัยฉบับนี้ แสดงให้เห็นถึงการได้มาของอำนาจของบุคคลและเครือข่ายทางสังคมในการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยการคืนความรู้ให้แก่สังคมและบุคคล ผ่านกระบวนการทำให้ง่าย (Simplicity) เพื่อให้สังคมได้มีส่วนร่วมในการใช้ พัฒนา และผลิตซ้ำองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของตนเอง ซึ่งความรู้ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากการเลือกและใช้องค์ความรู้ทั้งหมดจากระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัย ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนโบราณ หรือระบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ เพื่อให้องค์ความรู้ดังกล่าวเป็นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่สำคัญ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเสนอทางเลือกด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในแต่ละท้องถิ่น ดังนั้น หากสังคมต้องการคืนอำนาจด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคล และเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ให้เป็นความสัมพันธ์แนวระนาบ องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่นในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่ต้องได้รับความสนใจและถือเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญเพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยที่ยั่งยืนต่อไป

สารบัญ

	หน้า
คำปรารภ	3
บทคัดย่อ	4
บทที่	
บทที่ 1: บทนำ	8
บทที่ 2: การทบทวนวรรณกรรม	13
บทที่ 3: ระเบียบวิธีวิจัย	71
บทที่ 4: ภาคเหนือตอนล่าง: พลวัตและความหลากหลาย	77
บทที่ 5: ระบบการแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง	156
บทที่ 6: บทสรุป	220
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก: แผนที่แสดงการกระจายตัวของหมอพื้นบ้าน	
ภาคผนวก ข: ทำเนียบหมอพื้นบ้านเขตภาคเหนือตอนล่าง	

บทที่ 1

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 เป็นยุคสมัยของ “ความรู้คืออำนาจ” เนื่องจากทุกประเทศในประชาคมโลกต่างเร่งสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ของชาติตน โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติและเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า ดังนั้น การที่รัฐจะคืนอำนาจที่ยั่งยืนให้แก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ จึงต้องคำนึงถึงองค์ความรู้ที่ประชาชนเป็นผู้สร้าง พัฒนาขึ้นและเป็นเจ้าของ ตลอดจนปฏิบัติกับองค์ความรู้ดังกล่าวในรูปของทรัพย์สินทางปัญญาที่มีค่าและมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนรายได้ของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกวิถีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เขาคำเนินชีวิตอยู่ การทำให้องค์ความรู้ของท้องถิ่นกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมายหรือขัดขวางการพัฒนาองค์ความรู้ให้เป็นระบบทั้งในรูปของการออกกฎหมายเพื่อยับยั้งการพัฒนาองค์ความรู้ หรือการกำหนดนโยบายที่ไม่ส่งเสริมการปรับปรุง ใช้หรือสืบทอดองค์ความรู้ของท้องถิ่นจึงนับเป็นการทำลายศักยภาพของท้องถิ่นในการพึ่งพาตนเองและริรอนโอกาสของปวงชนในการเข้าถึงตลอดจนบริหารจัดการทรัพยากรในท้องถิ่นอย่างเป็นธรรม

การแพทย์พื้นบ้านคือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีลักษณะเป็นองค์รวม เนื่องจากเป็นองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่มีความหลากหลายและมีพลวัต ครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันโรค และการรักษาเยียวยาตนเองของประชาชน การแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นผลผลิตทางความคิดในเชิงเหตุและผลที่คนในท้องถิ่นพัฒนา ปรับเปลี่ยน จนมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมทางกายภาพของท้องถิ่นซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมีบุคคลและชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมสำคัญในการร่วมศึกษา ค้นคว้า ทดลองใช้ และถ่ายทอดสืบทอดกันมา

จึงกล่าวได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญในการพัฒนา เพราะเป็นองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากสำนึกทางสังคมของคนในท้องถิ่นที่มีต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสภาพแวดล้อมรอบตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เป็นสิ่งซึ่งมีความผสมกลมกลืนกับวิถีชีวิตแบบชาวบ้าน ระบบความเชื่อดั้งเดิมแบบไทย ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางกายภาพของท้องถิ่น และที่สำคัญที่สุดการแพทย์พื้นบ้านเป็นองค์ความรู้ที่ช่วยให้คนในชุมชนท้องถิ่นสามารถพึ่งพาตนเองได้เมื่อเจ็บป่วย

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบันได้เสื่อมโทรมและสูญหายไปเป็นอันมาก ปัจจัยที่สำคัญประการแรกได้แก่ปัจจัยในระดับจุลภาคได้แก่ ปัจจัยด้านค่านิยมและพฤติกรรมทั้งของหมอพื้นบ้านและผู้มีอาการเจ็บป่วย โดยพบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ประสบปัญหาขาดผู้สืบทอดองค์ความรู้ หวงความรู้ และขาดการพัฒนาค้นคว้าคำรับยาใหม่ๆให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับลักษณะและรูปแบบของอาการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปตามพลวัตรทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งได้รับการศึกษาในระบบการศึกษาแผนใหม่ก็เสื่อมความนิยมในการแพทย์พื้นบ้านและหันไปใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบันมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านกลายเป็นสถาบันทางสังคมที่มีบทบาทด้านการรักษาเยียวยาเฉพาะโรคเล็กน้อยๆ หรือโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาเยียวยาได้ และหมอพื้นบ้านมีหน้าที่เป็นเพียงผู้รักษาเยียวยาและดูแลด้านขวัญและกำลังใจของผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับปัจจัยในระดับมหภาค ประกอบด้วยการขยายตัวของการแพทย์แผนตะวันตกตั้งแต่ช่วงปลายรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และนโยบายการพัฒนาระบบสาธารณสุขของรัฐในยุคแรกที่มีงนเน้นความทันสมัยและการผูกขาดระบบการบริหารจัดการด้านการรักษาพยาบาลไว้ที่ส่วนกลาง ที่นำมาซึ่งการทุ่มเทงบประมาณจำนวนมหาศาลเพื่อสร้างบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันและสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์ระดับสูงเพื่อควบคุมและกำกับดูแลระบบการแพทย์ของประเทศให้อยู่ในรูปแบบและลักษณะเดียวกัน คือระบบการแพทย์แผนใหม่ตามแบบตะวันตกที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและเทคโนโลยีที่ซับซ้อนซึ่งวางอยู่บนฐานคิดที่แยกส่วนอาการเจ็บป่วยของบุคคลออกจากสังคมและสภาพแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่ การพัฒนาระบบการแพทย์ในลักษณะดังกล่าวนำมาซึ่งปัญหามากมาย ทั้งการพึ่งพิงด้านองค์ความรู้ บุคลากร และเทคโนโลยีทางการแพทย์จากต่างชาติ ตลอดจนการเพิ่มปริมาณแพทย์แผนปัจจุบันที่มีฐานคิดตามแบบระบบแพทย์แผนตะวันตก คือมุ่งค้นหาสาเหตุและรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมากกว่ามุ่งค้นหาสาเหตุและวิธีการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี

การที่รัฐออกกฎหมายเพื่อควบคุมและกำกับดูแลการแพทย์พื้นบ้านในลักษณะต่างๆก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านไม่สามารถพัฒนาให้สอดคล้องกับสภาพของระบบการแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบันได้ เช่น พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะ หมายถึง บุคคลที่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการวิชาชีพในสาขาที่กำหนดไว้ตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งในมาตรา 5 แบ่งออกเป็น 5 สาขาประกอบด้วย การแพทย์แผนไทย, การแพทย์แผนไทยประยุกต์, กายภาพบำบัด, เทคนิคการแพทย์, และสาขาอื่นตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา โดยสาขาการแพทย์แผนไทยที่บัญญัติไว้ได้แก่ เวชกรรมไทย เกษตรกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการแพทย์แผนไทยประเภทอื่น ไม่ได้มีการกล่าวถึงสาขาการแพทย์พื้นบ้านแต่อย่างใด ถึงแม้ในมาตราที่ 5 จะมีการกำหนดให้สามารถเพิ่มประเภทของสาขาอื่นตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกาได้ แต่การที่มาตรา 33 ของ

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 กำหนดคุณสมบัติของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขาในลักษณะที่รวมศูนย์และวางอยู่บนพื้นฐานที่ไม่เข้าใจสภาพการณ์ที่แท้จริงของแพทย์พื้นบ้านที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนรู้การแพทย์แผนโบราณหรือตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ไม่เคยได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้จากผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ในสถาบันหรือสถานพยาบาล ไม่ได้รับการอบรมจากสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยรับรอง และไม่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรจากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาที่ระบุไว้รับรอง ต้องกลายเป็น “หมอเถื่อน” เนื่องจากขาดคุณสมบัติที่บัญญัติไว้

การแพทย์พื้นบ้านซึ่งตามสภาพความเป็นจริงแล้วอยู่ในรูปของระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ที่ผสมผสานและสอดคล้องอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของคนไทยในแต่ละท้องถิ่น มีความหลากหลายและมีบูรณาการอยู่กับลักษณะนิเวศน์วิทยาทั้งทางกายภาพและทางวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น และที่สำคัญที่สุดการแพทย์พื้นบ้านมีองค์ความรู้เป็นของตนเองที่แตกต่างจากระบบการแพทย์แผนไทยหรือระบบการแพทย์แผนโบราณ เพียงแต่องค์ความรู้ดังกล่าวอยู่ในลักษณะที่กระจัดกระจาย ขาดการพัฒนา ไม่ได้รับการค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ต้องกลายเป็นระบบการแพทย์ที่ผิดกฎหมาย ปรากฏการณ์ดังกล่าวส่งผลให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านเป็นจำนวนมากสูญหายไป และบางส่วนถูกฉกฉวยจากนักธุรกิจทั้งในท้องถิ่นและต่างชาติเพื่อหาผลประโยชน์โดยมิชอบ

ภาคเหนือตอนล่างประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก กำแพงเพชร อุทัยธานี เพชรบูรณ์ พิจิตร และนครสวรรค์ เป็นพื้นที่ที่มีอาณาเขตเชื่อมต่อกับภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความอุดมสมบูรณ์ทั้งด้านทรัพยากรธรรมชาติ สมุนไพร และภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้าน ประชาชนในพื้นที่มีหลากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความรู้ด้านพืชและพรรณไม้ รู้จักวิธีการใช้สมุนไพรและมีการสืบทอดระบบการรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านในลักษณะต่าง ๆ มาช้านาน แต่องค์ความรู้ดังกล่าวยังอยู่ในลักษณะที่กระจัดกระจาย ขาดการจัดบันทึก และศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ปัญหาดังกล่าวจึงนับเป็นความจำเป็นเร่งด่วน เนื่องจากผลการศึกษาล่าสุด (พัชรินทร์ สิริสุนทร 2543) และรายงานการสำรวจจำนวนแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่างทั้ง 8 จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก กำแพงเพชร อุทัยธานี เพชรบูรณ์ พิจิตร และนครสวรรค์: 2544) พบว่ามีจำนวนของหมอพื้นบ้านในภาคเหนือตอนล่างถึงกว่า 1,000 คน ส่วนใหญ่ล้วนอยู่ในวัยชรา มีฐานะยากจน สภาพปัญหาดังกล่าวคาดว่าจะนำมาสู่ปัญหาการสูญหายของตำรับยาและความเสื่อมโทรมลงของระบบการแพทย์พื้นบ้านภายในทศวรรษหน้าอย่างแน่นอน หากองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของภาคเหนือตอนล่างยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัย และจัดระบบจนเป็นตำรายาพื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง
2. เพื่อศึกษากระบวนการรักษาเยียวยาและการสืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน
3. เพื่อสำรวจแหล่งข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้านและจัดทำเนียบหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง

นิยามศัพท์

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine/ Ethnomedicine) ในที่นี้หมายถึงความถึงทุนทางวัฒนธรรมที่อยู่ในรูปของแบบแผนทางความคิด ความเชื่อ พิธีกรรม สัญลักษณ์ บทบาท บรรทัดฐาน เทคนิค กระบวนการรักษาเยียวยาและการดูแลสุขภาพตนเองที่วางอยู่บนแนวคิดเชิงเหตุผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบนิเวศน์ที่ระบบการรักษายาบาลนั้นดำรงอยู่

แพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้าน หมายถึง ผู้ทำหน้าที่รักษาเยียวยาและดูแลสุขภาพคนในท้องถิ่น ซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิต สภาพสังคมและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับผู้มารับการรักษาเยียวยา

ขอบเขตการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้รู้และเอกสารเป็นจำนวนมากได้จำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านไว้แตกต่างกัน แต่ละประเภทมีความซ้ำซ้อนเหลื่อมทับกัน ยากที่จะแยกออกจากกันได้ อย่างชัดเจน ดังพอสรุปได้ดังนี้

1. จำแนกตามสาเหตุของความเจ็บป่วยที่ทำให้การรักษามี 2 ประเภทคือ
 - 1.1) รักษาอาการป่วยโดยสาเหตุธรรมชาติ เช่น หมอกระดูก หมอสมุนไพร
 - 1.2) รักษาอาการป่วยโดยสาเหตุเหนือธรรมชาติ เช่น หมอผี หมอสู่วิญ และหมอเสกเป่า เป็นต้น
2. จำแนกตามกระบวนการรักษา มี 2 ประเภทคือ
 - 2.1 แบบประสบการณ์นิยมได้แก่ หมอยา หมองูกัด เป็นต้น
 - 2.2 แบบการแพทย์พื้นบ้าน เช่น หมอสมุนไพร
3. จำแนกตามโครงสร้างของระบบการแพทย์ของท้องถิ่น มี 4 ประเภทได้แก่
 - 3.1 แบบประสบการณ์นิยม
 - 3.2 แบบเหนือธรรมชาติ

- 3.3 แบบโหราศาสตร์ เช่น หมอดู หมอเลขยันต์ เป็นต้น
- 3.4 แบบธาตุทฤษฎี เช่น แพทย์แผนไทย
- 4. จำแนกตามรากเหง้าทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ของสังคมนั้นๆ ได้แก่
 - 4.1 แบบเชื่อเรื่องผี
 - 4.2 แบบพราหมณ์
 - 4.3 แบบพุทธ เช่น หมอพระ เป็นต้น

เพื่อให้การจำแนกประเภท สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงตามความเข้าใจของคนในท้องถิ่นภาคเหนือตอนล่าง คณะผู้วิจัยจึงเลือกจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านตามโครงสร้างของระบบการแพทย์ในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมย่อยที่มีอยู่ในท้องถิ่นใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิชณุโลก, พิจิตร, นครสวรรค์, สุโขทัย, อุตรดิตถ์, เพชรบูรณ์, ตาก, และ กำแพงเพชร

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่างที่เป็นระบบ
2. ทราบถึงกระบวนการรักษาเยียวยาและวิธีการสืบทอดองค์ความรู้ที่แพทย์พื้นบ้านใช้
3. มีแหล่งข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้านและทำเนียบของแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง เพื่อใช้ในการจัดทำฐานข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้านในภาคเหนือตอนล่างอย่างเป็นรูปธรรม

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความคิดทฤษฎี หลักฐานด้านนโยบาย กฎหมาย ตลอดจนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีสาระที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดเบื้องต้นด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย
2. พัฒนาการของการแพทย์พื้นบ้าน
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
4. องค์การ กฎหมาย และนโยบายด้านการแพทย์พื้นบ้าน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Research Conceptual Framework)

1. แนวคิดเบื้องต้นด้านการแพทย์พื้นบ้านไทย

การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมที่ปรากฏให้เห็นได้ทั้งที่เป็นนามธรรม และรูปธรรม การศึกษาระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงต้องวางอยู่บนพื้นฐานของระบบคิดเชิงพลวัตร (Dynamic) ที่ไม่ยึดติดอยู่กับกรอบคิดและทฤษฎีทางการแพทย์ใดหรือลักษณะของระบบการแพทย์ ในท้องถิ่นใดเป็นการเฉพาะ เนื่องจากระบบการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่นเป็นวัฒนธรรมย่อย (Sub-culture) ที่ผ่านกระบวนการคิดค้นสร้างสรรค์ ปรับตัว เปลี่ยนแปลง และผสมผสานกับระบบ การแพทย์อื่นๆอยู่ตลอดเวลา จนในที่สุดกลายเป็นองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนในท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

การนำแนวคิดของวัฒนธรรมการแพทย์กระแสใดกระแสหนึ่งมาใช้ทำความเข้าใจกับระบบการ แพทย์พื้นบ้านไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรมการแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ (Great Medical Culture) แบบกรีก อินเดีย และจีน หรือวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านเฉพาะถิ่น (Folk Medical Culture) ใดๆ จึงเป็นการละเลย ส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดของระบบการแพทย์พื้นบ้านซึ่งได้แก่ ประวัติศาสตร์ของท้องถิ่น สำนึก ทางสังคม ประสบการณ์การต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บของคนในท้องถิ่น และความสัมพันธ์ระหว่างคน กับสรรพสิ่งรอบตัว ซึ่งล้วนมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่นและเปลี่ยนแปลงอยู่ ตลอดเวลา

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาที่คนในท้องถิ่นสั่งสมและสืบทอดกันขึ้น ทั้งจากประสบการณ์ตรงและผ่านกระบวนการจัดเกลาทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไข ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากคนในแต่ละท้องถิ่นไม่ได้มีลักษณะจำนน (Passive) ต่อ ภาวะความเจ็บป่วย หรือเพียงแค่หิยบฉวยภูมิปัญญาดั้งเดิมของกลุ่มชาติพันธุ์ตนมาใช้ แต่บุคคลรู้จัก เลือกรักษา ปลูกเสริม และสืบทอดระบบการแพทย์ที่เหมาะสมกับตนและสภาพแวดล้อมใน ท้องถิ่นที่ตนอาศัยอยู่ รวมทั้งบุคคลมีความสามารถในการผลิตวิธีการรักษาเยียวยาขึ้นใหม่ (Reproduce) อยู่เสมอ หากตระหนักว่าระบบการแพทย์แบบเดิมไม่สามารถตอบสนองต่ออาการเจ็บ ป่วยรูปแบบใหม่ๆที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การแพทย์พื้นบ้านไทยเป็นระบบการดูแล สุขภาพและการรักษาเยียวยาของคนไทยในแต่ละท้องถิ่นที่ประกอบขึ้นจากระบบการแพทย์ย่อยๆ จำนวนมาก ที่แต่ละท้องถิ่นได้สั่งสมและปรับเปลี่ยนเรื่อยมาตลอดประวัติศาสตร์การก่อตั้งชุมชน ดังนั้น การแพทย์พื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่นจึงมีความแตกต่าง หลากหลาย และเปลี่ยนแปลงอยู่ ตลอดเวลา การมุ่งหาความคงอยู่ของระบบการแพทย์พื้นบ้านทั้งในด้าน นิยามความหมาย แนวคิด และกระบวนการรักษาเยียวยาจึงนับว่าเป็นเรื่องที่ผิดธรรมชาติของระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือธรรมชาติของการศึกษาระบบวัฒนธรรมย่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกยุคโลกาภิวัตน์ซึ่งกระแสรณรงค์ กระจายทางวัฒนธรรมและการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

1.1 นิยาม ลักษณะ และประเภท

1.1.1 นิยาม

นิยามหรือการให้ความหมายของคำที่ยังเป็นประเด็นโต้แย้งในสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นและ สำคัญ ที่ต้องชัดเจน ครอบคลุมประเด็นหรือคำนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากนิยามนั้นต้องถูกตีความ ในทางกฎหมาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีผู้ให้นิยามคำว่า การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medical/ Traditional Medicine) ไว้เป็นจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งนิยามในลักษณะคงที่ (Static) และ เฉพาะเจาะจงมากรวดจูงอย่างทีพบใน ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฉบับปัจจุบัน (2545) ซึ่ง ยกร่างขึ้นโดยคณะอนุกรรมการ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการปฏิรูประบบ สุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) และอยู่ระหว่างการทำประชาพิจารณ์จากประชาคมสุขภาพทั่วประเทศ ที่ กล่าวถึงความหมายของ “ระบบหมอพื้นบ้าน” (2545: 6) ว่า หมายถึง “ระบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในชุมชนแบบดั้งเดิม จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เกี่ยวข้องกับความเชื่อ พิธีกรรม วัฒนธรรม ประเพณีและทรัพยากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นและเป็นที่ยอมรับของชุมชนนั้นๆ” จากนิยาม ข้างต้น อาจตีความได้ว่า การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่พบได้เฉพาะในชุมชน

แบบดั้งเดิมเท่านั้น ซึ่งนับว่าคับแคบ และขาดมิติของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมอย่างสิ้นเชิง

ซึ่งนิยามในลักษณะที่คับแคบดังกล่าวเคยเกิดขึ้นมาก่อนหน้านี้แล้ว ในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2466 ที่รัฐได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณว่า หมายถึง “ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณโดยมิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์” อันเป็นผลให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนโบราณต้องหยุดนิ่งและไม่อาจผสมผสานความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อพัฒนาให้เจริญก้าวหน้าสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมและรูปแบบของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

หรือนิยามความหมายอื่นๆที่มีลักษณะพลวัต (Dynamics) และสอดคล้องกับความเป็นจริงทางสังคมวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้น เช่น

การแพทย์พื้นบ้าน หมายความว่า ภูมิปัญญา/ องค์ความรู้และเทคนิควิธีการชาวบ้าน (ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ) ที่เกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพที่ชาวบ้านได้คิดค้น ทดลอง เรียนรู้ สังเกต ปฏิบัติและสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น จนเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของแต่ละชาติพันธุ์/ ชนเผ่า ซึ่งอาจเรียกการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละชนเผ่าเป็น การแพทย์ชนเผ่า (Ethno – Medicine) (ยิ่งยง เทาประเสริฐ 2542: 33)

การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง วิธีการรักษาโรคแบบประสบการณ์ของชุมชนที่ได้รับการสั่งสมสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ มีความหลากหลายต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค แต่ละสังคมวัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นระบบการแพทย์ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของชุมชนมาเป็นระยะเวลานาน มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน มีรูปแบบและวิธีการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เข้าใจง่าย (เสวภา พรศิริพงษ์และคณะ 2539: 1 – 2)

การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การดูแลสุขภาพ การรักษาเฉพาะกลุ่ม ที่ยังไม่มีมาตรฐานแน่นอน เป็นความเชื่อที่มีการสืบทอด มีความหลากหลายในรูปแบบและมักถ่ายทอดโดยตรงระหว่างครูกับศิษย์ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ 2542: 8)

การแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง ระบบรักษาพยาบาลซึ่งเป็นระบบแห่งเหตุผล วางอยู่บนพื้นฐานของบริบททางสังคมวัฒนธรรมและระบบนิเวศน์ที่ระบบการรักษาพยาบาลนั้นดำรงอยู่ (อานันท์ กาญจนพันธ์และฉลาดชาย รมิตานนท์ 2533: 123)

จากนิยามข้างต้น พอสรุปได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านหมายความว่า ระบบการรักษาเยียวยา และการดูแลสุขภาพของสามัญชน ซึ่งวางอยู่บนพื้นฐานของภูมิปัญญา ประสบการณ์ และเทคนิควิธีการแบบชาวบ้านที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น การแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นกระบวนการรักษาเยียวยาที่ผสมผสานกลมกลืนอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน และคนในแต่

ละท้องถิ่นต่างรับรู้ร่วมกันว่าภาวะการดังกล่าวเป็นสิ่งที่ตั้งถามสอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคม จึงมีการพัฒนา ปรับปรุง ใช้ และสืบทอดต่อเนื่องกันมา

1.1.2 ลักษณะที่สำคัญของการแพทย์พื้นบ้าน

การที่แต่ละสังคมมีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งในด้านกลุ่มชาติพันธุ์ วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อและระบบนิเวศวิทยา ทำให้องค์ความรู้ด้านการรักษาเยียวามีมากมายหลายระบบแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น หรือบางครั้งแม้แต่ในท้องถิ่นเดียวกันก็ยังพบความหลากหลายของแนวคิดและกระบวนการรักษาเยียวของบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของคนในท้องถิ่นซึ่งส่วนใหญ่ก็มีความแตกต่างกัน

การแพทย์พื้นบ้านเป็นการดูแล ป้องกัน และรักษาสุขภาพตามระบบการแพทย์ท้องถิ่น (Local Medical System) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญสามประการคือ ประการแรกเพื่อสร้างศรัทธา (Faith) ให้เกิดกับผู้รับการรักษาโดยใช้ทุนทางสังคมวัฒนธรรม เช่น ระบบความเชื่อทางศาสนา ความรู้ในวิธีการประกอบพิธีกรรมไสยศาสตร์ รูปแบบความสัมพันธ์ของคนในสังคม สมุนไพรพื้นบ้านและทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ ที่มีอยู่ในระบบนิเวศของท้องถิ่นนั้นๆ ประการที่สองคือเพื่อการผ่อนคลาย บรรเทา หรือรักษาอาการเจ็บป่วย และประการที่สามคือเพื่อรักษาสมดุลทางชีวิตของบุคคลใน 3 ลักษณะคือ 1) การแสดงบทบาทหน้าที่ซึ่งสังคมคาดหวังจากบุคคลที่เจ็บป่วย, 2) การคงไว้ซึ่งระบบอุดมการณ์ที่มีอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกอยู่, และ 4) การดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีลักษณะที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้ (วงศ์สถิตย์ จักรกุล และคณะ 2543)

1. เป็นระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ที่มีลักษณะเป็นองค์รวม (Holistic) วางอยู่บนพื้นฐานของแนวความคิดที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นความผิดปกติทางร่างกายหรือมีสาเหตุมาจากเชื้อโรคเท่านั้น แต่หมายความรวมถึงความผิดปกติของความสัมพันธ์ระหว่างคนในสังคม ความขัดแย้งภายในตัวบุคคล และความผิดปกติระหว่างคนกับสภาพแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับศาสนา ความเชื่อ ระบบคุณค่า กลไกที่ใช้ควบคุมและจัดระเบียบสังคม ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสภาพแวดล้อมรอบข้าง
2. มีแนวความคิดพื้นฐานเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค กระบวนการรักษาเยียว ประเภท ลักษณะของโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นในสังคมหนึ่งๆ ตลอดจนภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้านที่บุคคลเลือกใช้และสืบทอด ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ชี้วัดและสะท้อนให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาวะแวดล้อม โครงสร้างสังคม ตลอดจนระบบสังคมอย่างแยกออกจากกันไม่ได้

3. การวินิจฉัยและกระบวนการรักษาเยียวยาของแพทย์พื้นบ้าน วางอยู่บนความตระหนักในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่น ที่มีความเฉพาะและหลากหลาย การรักษาเยียวยาจึงกระทำไปโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลคือให้หายจากอาการเจ็บป่วย และในระดับสังคมคือเพื่อให้เกิดความสงบสุข เนื่องจากสมาชิกในสังคมที่เจ็บป่วยสามารถแสดงบทบาทตามหน้าที่ ที่สังคมคาดหวังได้อีกครั้งหนึ่ง
4. การแพทย์พื้นบ้านเป็นกระบวนการรักษาเยียวยาที่ได้ผลดีในกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ (ไข้รากสาด) และโรคคำเร็ด ตลอดจนอาการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุและที่มาของการเกิดโรคไม่ชัดเจน เป็นต้น
5. ไม่มีช่องว่างทางสังคมหรือความแตกต่างทางชนชั้นระหว่างแพทย์พื้นบ้านกับผู้ป่วย เนื่องจากทั้งสองฝ่ายต่างมีภูมิหลัง สภาพสังคมวัฒนธรรม และระบบความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน
6. มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในท้องถิ่น เนื่องจากรูปแบบ ขั้นตอน และกระบวนการรักษาเยียวยาไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย ครอบครัวและเครือข่ายของผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาอย่างใกล้ชิดได้ทุกขั้นตอน เพราะส่วนใหญ่เป็นการกระทำทางสังคมที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่
7. การรักษาเยียวยาของแพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่ล้วนเกิดขึ้นในชุมชน จึงมีผลคือช่วยทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ค่าพาหนะเดินทาง ไม่เสียเวลาของผู้ป่วย และช่วยลดความรู้สึกแปลกแยก (Alienation) ของผู้ป่วยจากกระบวนการรักษาเยียวยาอีกประการหนึ่งด้วย
8. คำแนะนำและการรักษาเยียวยาส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นจริงในทางปฏิบัติ (Practical) เพราะวิธีการรักษาตลอดจนยาที่ใช้เกิดขึ้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน

สำหรับระบบการแพทย์ในประเทศไทย สามารถจำแนกออกได้ 2 ระบบสำคัญๆ โดยใช้เกณฑ์ทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม ระบบแรกได้แก่การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine) หรือที่เดิมเรียกว่า การแพทย์แผนโบราณ หมายถึง ระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของไทยซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่สืบทอดมาจากราชสำนักส่วนกลาง มีตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์เป็นตำราหลักในการรักษาเยียวยา เป็นระบบแพทย์ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติ วางอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการแพทย์ที่เป็นระบบระเบียบมีแบบแผน มีการสืบทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ผ่านคนไทยรุ่นแล้วรุ่นเล่า โดยวิธีการจดบันทึกไว้ในคัมภีร์ ตำรายา และด้วยวิธีมุขปาฐกหรือ

การบอกเล่าสืบต่อกันมาในลักษณะต่างๆ เช่น เพลง ปรศนาทำท่าย นิทาน การละเล่นพื้นบ้าน และ จิตรกรรมฝาผนัง เป็นต้น

ส่วนการแพทย์แผนไทยระบบที่สองได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) หมายความว่า ระบบการแพทย์ของท้องถิ่น (Local Medical System) ที่มีการสั่งสม ใช้อยู่ และสืบทอดต่อกันมา ภายในชุมชนหรือท้องถิ่นนั้นๆ การแพทย์ระบบนี้ส่วนใหญ่ไม่มีการจดบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นการบอกเล่าสืบทอดกันมา ด้วยคนในท้องถิ่นต่างมีความเชื่อว่าเป็นระบบการรักษาเยียวยาซึ่งเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองของท้องถิ่นและระบบการรักษาเยียวยาที่มีประโยชน์ในการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของคนในชุมชนชนบทไทยและเป็นระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ที่ใกล้ชิดกับใช้คนไทยในชนบทมาเนิ่นนาน มีส่วนสำคัญในการช่วยแบ่งเบาภาระของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ช่วยลดต้นทุนด้านค่าใช้จ่ายในการให้บริการของการแพทย์ในภาครัฐ และเป็นกลไกทางสังคมที่สำคัญซึ่งเชื่อมประสานความสัมพันธ์ของคนในสังคมเข้าด้วยกัน

1.1.3 ประเภทของแพทย์พื้นบ้าน

แพทย์พื้นบ้าน¹ หมายความว่า บุคคลที่มีวิถีการดำเนินชีวิตอยู่ในท้องถิ่น มีความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันมาจากบรรพบุรุษ หรือพัฒนาองค์ความรู้ขึ้นเอง หรือประยุกต์ผ่านการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมด้านการรักษาเยียวยา และใช้ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ในการให้บริการด้านการรักษาเยียวยาด้วยสมุนไพรและวิธีการทางธรรมชาติอื่นๆ แก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน ระบบและกระบวนการรักษาที่ใช้ในการรักษาเยียวยาจึงเป็นแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

การเรียกชื่อหมอพื้นบ้านนับว่ามีความแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ที่นิยมได้แก่ “หมอบ้าน” “หมอเมือง” และ “หมอกกลางบ้าน” โดยบ่อยครั้งพบว่าการเรียกหมอพื้นบ้านปะปนกับหมอหรือแพทย์แผนโบราณและแพทย์แผนไทย ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากหมอพื้นบ้านในหลายท้องถิ่นได้รับอิทธิพลด้านกระบวนการรักษาจากแพทย์แผนโบราณและแพทย์แผนไทยอย่างกว้างขวาง โดยการจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบบ่อยในท้องถิ่น ได้แก่ การแบ่งประเภทตามความถนัดหรือวิธีการรักษา เช่น

¹ บางท้องถิ่นเรียกว่าหมอพื้นบ้าน, หมอบ้าน, หมอราษฎร์, หรือที่เดิมเรียกว่า หมอเชลยศักดิ์

- 1) หมอสมุนไพร หรือ หมอยาหม้อ ให้การรักษาโรคทั่วไป
- 2) หมอที่ใช้วิธีการทางไสยศาสตร์ เช่น หมอน้ำมนต์, หมอผี, หมอเสกเป่า เป็นต้น
- 3) หมอเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค เช่น หมอนวด, หมอจับเส้น, หมออำพาต, หมอกระดูก, หมอหู, หมอดำแย, และ หมอสมุนไพร เป็นต้น
- 4) แบบผสมผสาน เช่น หมอสมุนไพรกับหมอน้ำมนต์, หมอดำแยกับหมอนวด เป็นต้น

นอกจากนี้ ในบางท้องถิ่นยังมีการจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านตามสถานภาพทางสังคมของหมอ เช่น ประเภทแรกได้แก่ บุคคลธรรมดาทั่วไปที่มีความรู้ทางหมอและทางยา ซึ่งอาจเป็นคนในท้องถิ่น ที่สืบทอดวิธีการรักษามาจากบรรพบุรุษหรือศึกษาด้วยตนเองจากสมุคย่อยที่เก็บรักษาไว้ตามวัด ให้การรักษาแบบ “ยาขอหมอวาน” ไม่คิดค่ารักษาหรือเก็บค่ารักษาเพียงเล็กน้อย แต่ยึดหลักเมตตาธรรมเป็นสำคัญ หมอพื้นบ้านประเภทนี้มักมีอาชีพอื่นเพื่อการดำรงชีพ เช่น เป็นเกษตรกรหรือรับจ้างทั่วไป

ประเภทที่สองได้แก่ หมอพระ หรือหมอวัด หมายถึง พระสงฆ์หรือสามเณรที่มีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคและให้การบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บแขนงต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์แผนโบราณประเภทไม่ได้ขึ้นทะเบียนของราชการ ใช้ยาสมุนไพรที่ได้รับการบอกเล่าสืบทอดกันมาหรือที่เรียกว่า “ยาผีบอก” หรือ “ยากลางบ้าน” หมอพระเหล่านี้มักมีวิถีการดำเนินชีวิตและมีวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วย อาศัยอยู่ในท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น พระจำรูญ ปานจันทร์ แห่งวัดถ้ำกระบอก จังหวัดสระบุรี ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจนได้รับรางวัลแมกไซไซ, พระครูวรเวชวิศาล วัดยุคลราษฎร์สามัคคี อำเภอพานทอง ชลบุรี มีชื่อเสียงด้านการรักษาผู้ป่วยกระดูกหัก, พระครูวิจิตรธัญญกุล วัดพวงแก้ว อำเภอนองเสือ ปทุมธานี ผู้มีชื่อเสียงในการรักษาโรคอัมพาต, พระบุญมี วิฑูมโน วัดวังหิน ตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง พิจิตร ผู้เชี่ยวชาญด้านยาสมุนไพร, และพระครูอุปการพัฒน์กิจ เจ้าอาวาสวัดหนองหญ้าขาว ตำบลหนองไผ่แบน อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคกระดูก เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตาม การถ่ายทอดความรู้ระหว่างหมอพื้นบ้านกับหมอหลวงเป็นสิ่งที่พบได้เสมอ และมีหมอพื้นบ้านจำนวนไม่น้อยที่มีความรู้ดีและมีความสามารถในการรักษาเยียวในระดับสูงได้ถูกรับเข้าเป็น “หมอหลวง” ได้รับศักดินาและรายได้ที่แน่นอนจากรัฐหรือราชสำนัก เพียงแต่การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหมอหลวงและหมอพื้นบ้านในลักษณะดังกล่าวมักเกิดขึ้นตามเหตุปัจจัยเฉพาะ และการถ่ายทอดความรู้ระหว่างหมอหลวงกับหมอพื้นบ้านที่เกิดขึ้นมักเป็นการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากราชสำนักมาสู่ท้องถิ่นมากกว่าการเรียนรู้จากท้องถิ่น ดังหลักฐานที่พบในคำราบโบราณตามหัวเมืองต่างๆ ที่มีการจดบันทึกและกล่าวถึงทฤษฎีการแพทย์แบบธาตุทฤษฎีซึ่งถือเป็นทฤษฎีการแพทย์สำคัญที่พบในราชสำนัก หรือการที่พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 3) ได้ทรงรวบรวมและโปรดให้จารึกทฤษฎีและความรู้ทางการแพทย์ ตลอดจนวิทยาการ

ต่างๆที่กระจัดกระจายหายไปในช่วงที่กรุงศรีอยุธยาถูกพม่าตีแตกไว้ในแผ่นดินตามศาลารายในระเบียบอุโบสถวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์) เพื่อเปิดโอกาสให้สาธารณชนได้เรียนรู้ ก็เป็นตัวอย่างซึ่งเป็นรูปธรรมอีกตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของราชสำนักต่อองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

ดังนั้น นักวิจัยจึงต้องการเน้นย้ำว่าการจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านออกจากหมอหลวง และแพทย์แผนตะวันตกอย่างเด็ดขาด เป็นสิ่งที่กระทำได้ยากและขัดกับธรรมชาติของการแพทย์ในมิติทางวัฒนธรรม ที่เป็นองค์ความรู้ซึ่งอาจมีที่มาจากปัจจัยภายในท้องถิ่น เช่น การประดิษฐ์คิดค้นขึ้นเองและสืบทอดต่อกันมา และจากปัจจัยภายนอก เช่น การกระจายและการยืมทางวัฒนธรรม ด้วยอิทธิพลของระบบเทคโนโลยี, โครงสร้างและสถาบันทางสังคม, ระบบความคิดหรืออุดมคติ, ระบบภาษาและความหมายของคำที่บุคคลใช้ และระบบค่านิยมของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ด้วยอิทธิพลจากการผสมผสานทางวัฒนธรรม (Acculturation) การกลืนกลายทางวัฒนธรรม (Assimilation) และอัตนัยทางวัฒนธรรม (Ethnocentrism)

จากการศึกษาเอกสารและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพบว่า การจำแนกหมอพื้นบ้านสามารถทำได้หลายลักษณะ ขึ้นกับองค์ประกอบที่นำมาใช้พิจารณาได้แก่ 1) จำแนกตามแนวความคิดทฤษฎีทางการแพทย์พื้นบ้านและสาเหตุของความเจ็บป่วย (Disease Etiology), 2) จำแนกตามกระบวนการรักษาที่ใช้, 3) จำแนกตามโครงสร้างของระบบการแพทย์ของสังคม, และ 4) จำแนกตามรากเหง้าทางวัฒนธรรมดั้งเดิมมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา แต่อย่างไรก็ตาม การสำรวจเบื้องต้นในภาคสนามพบว่า การจำแนกประเภทหมอพื้นบ้านตามโครงสร้างของระบบการแพทย์ในลักษณะที่เป็นวัฒนธรรมย่อยในสังคมนับว่ามีความสอดคล้องกับคุณลักษณะของหมอพื้นบ้านและระบบการแพทย์พื้นบ้านของเขตภาคเหนือตอนล่างตามสภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันมากที่สุด

เพื่อนำเสนอภาพโดยรวมของหมอพื้นบ้าน ในส่วนนี้นักวิจัยจึงสรุปประเภทของหมอพื้นบ้านตามที่นิยมจำแนกกันอยู่ทั่วไป ดังมีสาระสำคัญดังนี้

1.1.3.1 จำแนกตามแนวความคิดทฤษฎีทางการแพทย์พื้นบ้านและสาเหตุของความเจ็บป่วย (Disease Etiology) ที่หมอพื้นบ้านใช้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

- 1) หมอพื้นบ้านที่รักษาเยียวยาการเจ็บป่วยที่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (Personalistic Medical Systems)

หมอพื้นบ้านประเภทนี้ มีความเชื่อพื้นฐานว่าอาการเจ็บป่วยของบุคคลเกิดจากการกระทำของผี² อำนาจไสยศาสตร์³ วิถีโคจรและตำแหน่งของดวงดาว และการละเมิดขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม หมอพื้นบ้านที่รักษาการเจ็บป่วยประเภทนี้มีชื่อเรียกแตกต่างกันไปในแต่ละ

² ผีตามความเชื่อของชาวบ้านมีหลายประเภท เช่น ผีบรรพบุรุษ (ผีปู่ตา ผีแม่น้ำ ผีนาหรือผีดงแฮก)

³ เช่น เวทมนต์ คาถา เป็นต้น

ท้องถิ่น ได้แก่ หมอสู่วัยหรือหมอส่งขวัญ⁴ หมอธรรมหรือหมอส่ง⁵ หมอลำผีฟ้า⁶ หมอน้ำมันคร
หมอผี และหมอเสกเป่า เป็นต้น

2) หมอพื้นบ้านที่รักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากสาเหตุตามธรรมชาติ (Naturalistic Medical Systems)

หมายถึงหมอพื้นบ้านที่มุ่งอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่า มีสาเหตุมาจากทฤษฎีการแพทย์ที่นิยมใช้กันอยู่ เช่น เชื่อว่าบุคคลเจ็บป่วยเนื่องจากร่างกายอยู่ในภาวะเสียสมดุลของธาตุทั้ง 4 ตามอายุและเงื่อนไขของแต่ละบุคคลตามสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและทางสังคมที่บุคคลผู้นั้นอาศัยอยู่ หมอพื้นบ้านที่รักษาการเจ็บป่วยประเภทนี้มีหลายประเภท เช่น หมอสมุนไพร⁷ หรือหมอยาหม้อ หมอกระดูก⁸ หมอนวด⁹ หมอนวด หมอจับเส้น หมอดำแย และหมอสูญผี เป็นต้น

1.1.3.2 จำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านตามกระบวนการรักษาที่หมอพื้นบ้านใช้ เป็นการจำแนกที่มีความสัมพันธ์กับหลายๆองค์ประกอบ เช่น ความเชื่อเรื่องสาเหตุของอาการเจ็บป่วย, โครงสร้างของระบบการแพทย์ที่มีอยู่ในสังคม, และรากเหง้าทางวัฒนธรรมดั้งเดิมของท้องถิ่นนั้นๆ ตัวอย่างเช่น การแพทย์พื้นบ้านแบบประสพการณ์นิยมมีรูปแบบการบำบัดรักษา 3 ลักษณะได้แก่

- 1) รักษาด้วยยากลางบ้าน เช่น หมอสมุนไพร หมอยา เป็นต้น
- 2) รักษาด้วยการกำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ ข้อห้าม (Taboo), อาหารแสลง, และแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นต้น เช่น ลุงชลอ สุขม่วง หมอพื้นบ้านตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกเชื่อว่า หากต้องการมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ บุคคลจะต้องปฏิบัติตัวให้เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่ปรุงใหม่สดด้วยผักพื้นบ้าน ทำงานเพื่อรับแสงแดดในตอนสายเป็น

⁴ คนไทยมีความเชื่อว่า ขวัญเป็นส่วนสำคัญของร่างกาย ถ้าขวัญหายไปในไม่อยู่กับตัวจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย หมอขวัญเป็นหมอพื้นบ้านที่พบโดยทั่วไปในชนบทของไทยมีหน้าที่ทำให้ขวัญกลับมาอยู่กับตัว โดยทำพิธีส่งขวัญและส่งเคราะห์ให้แก่ผู้ป่วย

⁵ หมายถึง หมอที่ทำหน้าที่ตรวจสอบสาเหตุของการเจ็บป่วยโดยใช้วิธีนั่งทางใน

⁶ หมายถึง หมอพื้นบ้านที่รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยทั่วไป พบเฉพาะในภาคอีสานหรือในชุมชนชาวอีสาน การรักษาทำโดยการเช่นบูชาผีฟ้าและประทับทรง เพื่อเจรจากับผีที่สิงอยู่ออกไปจากร่างของผู้ป่วย และแทนที่โดยวิญญาณผีฟ้าซึ่งถือเป็นผีดี

⁷ ได้แก่หมอพื้นบ้านที่รักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ด้านสมุนไพรที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งบางครั้งอาจมีการใช้คาถาเป็นส่วนประกอบในการรักษาด้วย

⁸ หมายถึง หมอที่รักษาอาการป่วยเกี่ยวกับกระดูก วิธีการที่ใช้รักษาประกอบด้วย การเข้าเฝือกไม้ไผ่ การใช้น้ำมันทาประสาน และการเป่าคาถาเพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดให้แก่ผู้ป่วย

⁹ หมายถึง หมอพื้นบ้านที่รักษาโรคเกี่ยวกับอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คอตกหมอน โดยการจับเส้นเอ็นเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว บรรเทาอาการปวดเมื่อยได้

ประจำ รั้วกระวังไม่ให้ท้องผูก และงดดื่ม น้ำชา กาแฟ แต่ดื่มน้ำผลไม้หรือสมุนไพร
พื้นบ้าน เช่น น้ำตะไคร้หอม น้ำมะตูม เป็นต้น

3) รักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งจำแนกออกได้ 2 ประเภท

3.1 ประเภทแรกคือ หมอพื้นบ้านที่รักษาได้เฉพาะโรคหรือรักษาได้เฉพาะอาการ
ป่วยที่ตนมีประสบการณ์ตรง ผ่านการสังเกตและจดจำด้วยตนเอง หมอพื้น
บ้านประเภทแรกนี้มีความรู้ค่อนข้างจำกัด เช่น หมอตำแย, หมอนวด, และ
หมอเฉพาะโรค เช่น หมอรักษางูกัด เป็นต้น

3.2 ประเภทที่สองได้แก่หมอพื้นบ้านที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากบรรพ
บุรุษหรือเล่าเรียนมาจากผู้รู้ได้แก่ หมอยาต้ม-ยาฝน, หมอกระดูก เป็นต้น

1.1.3.3 จำแนกหมอพื้นบ้านตามโครงสร้างของระบบการแพทย์ที่มีอยู่ในสังคม ตัวอย่าง
เช่น การแพทย์พื้นบ้านของไทยในชนบทแบ่งออกเป็น 4 ระบบย่อยได้แก่

1) ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์

นับเป็นระบบแพทย์พื้นบ้านที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับวัฒนธรรมของท้องถิ่นมากที่สุด
เนื่องจากมีพื้นฐานอยู่บนความพยายามและประสบการณ์ของคนในท้องถิ่นที่สั่งสมมายาวนาน เพื่อ
แก้ไขและเอาชนะปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผ่านกระบวนการสังเกต สังเคราะห์ ผสมผสาน
ทดลองใช้ และคัดเลือกรักษาจนกลายเป็นวัฒนธรรมย่อยในการรักษาเยียวยาและดูแลสุขภาพ
ของท้องถิ่น และเมื่อวิธีการใดได้ผลก็จะใช้ซ้ำๆสืบต่อกันมา ระบบการแพทย์แบบนี้ จึงเป็นระบบ
การแพทย์เฉพาะถิ่นที่ถักทออยู่ในเครือข่ายสังคม (Social Network) ของคนในท้องถิ่น มีความแตก
ต่างกันไป ตามลักษณะการดำเนินชีวิต อาการเจ็บป่วย ระบบนิเวศน์วิทยา สภาพสังคมวัฒนธรรม
และความต้องการของคนในท้องถิ่นแต่ละแห่ง

กล่าวโดยสรุป ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์จึงเป็นระบบการรักษาและดูแลสุขภาพ
ของคนในท้องถิ่น ที่มีพื้นฐานอยู่บนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) ที่
บุคคลตั้งแต่ในระดับครอบครัว เครือญาติ และสังคมท้องถิ่นกระทำระหว่างกัน ดังนั้น องค์ความรู้
ของการแพทย์พื้นบ้านแบบประสบการณ์นิยมจึงเกิดขึ้นจากวิธีการค้นคว้าหาความรู้แบบอนุมาน
(Inductive Method) บนพื้นฐานของระบบคิดในเชิงเหตุผล โดยการเริ่มจากการคาดเดา คิดและ
จินตนาการขึ้นเอง และเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยเข้ามาส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ
รักษาเยียวยา ทั้งในรูปของคำแนะนำ ชักชวน การรับรองและการตรวจสอบคุณภาพของกระบวนการ
การทดลองจนวิธีการรักษาในลักษณะที่เป็นจริงในทางปฏิบัติ (Practical) คือ สะดวก ประหยัด และ
หาได้ง่าย เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในท้องถิ่น จนเมื่อมีผู้ทดลองใช้ตามแล้ว หากไม่ได้
ผลวิธีการนั้นก็ย่อมความนิยมและสูญหายไป ส่วนวิธีการใดที่ได้ผลก็จะถูกบอกเล่าต่อกันไป
ในชุมชน ตัวอย่างเช่น หมอพื้นบ้านในภาคอีสานทดลองกินจึงจกสดๆเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ในขณะที่
ที่หมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกทดลองดื่มน้ำปัสสาวะเพื่อรักษาอาการปวดตามข้อ เป็นต้น

2) ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ

เป็นระบบการแพทย์แบบมหัพภาค (Macroscopic View) ที่วางอยู่บนพื้นฐานความคิดว่า สุขภาพคือผลลัพธ์ที่เกิดจากระบบสังคมทั้งหมดที่บุคคลอาศัยอยู่ ดังนั้น การแพทย์พื้นบ้านแบบอำนาจเหนือธรรมชาติจึงมีเป้าหมายเพื่อจัดระเบียบสังคม เพื่อให้องค์ประกอบต่างๆที่มีอยู่ในสังคมดำเนินไปตามจารีตและบรรทัดฐานของสังคม ระบบการแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติเกิดขึ้นจากความพยายามของคนไทยในการที่จะเชื่อมโยงอาการผิดปกติที่ตนไม่รู้จักหรือไม่รู้วิธีแก้ไขเข้ากับ ความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นระบบความเชื่อพื้นฐานของสังคม เนื่องจากคนไทยในชนบทมีความเชื่อในเรื่องผี และมีทัศนะว่าจักรวาลถูกบงการด้วยอำนาจเหนือธรรมชาติที่บุคคลไม่สามารถต่อรองหรือขัดแย้งได้มาตั้งแต่บุพกาล ดังนั้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือวิกฤตการณ์ขึ้นในชีวิต การแก้ไขที่ดีที่สุดจึงได้แก่การขอขมาและเซ่นไหว้ ความเชื่อดังเดิมนี้อาจกล่าวเมื่อผสมผสานกับวัฒนธรรมแบบพราหมณ์จากอาณาจักรขอมที่เข้ามามีบทบาทต่อระบบคิดของคนไทยมาตั้งแต่สมัยอยุธยา ทำให้สังคมไทยจัดสรรบทบาทให้แก่หมอพื้นบ้านแบบอำนาจเหนือธรรมชาติทำหน้าที่เป็น “หมอผี” หรือ “หมอธรรม” เพื่อรักษาสมดุลระหว่างมิติของจิตวิญญาณของบุคคลและมิติของระบบนิเวศวิทยาให้เกิดขึ้นในสังคม ในรูปของการกำหนดกฎเกณฑ์ บรรทัดฐาน และวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อจัดระเบียบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคนไทยให้เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง

ระบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีพื้นฐานมาจากความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติจึงประกอบด้วยองค์ประกอบด้านกายภาพหรือวัตรธรรม ซึ่งได้แก่ พิธีกรรมและลักษณะทางกายภาพต่างๆ กับองค์ประกอบด้านนามธรรม เช่น ความเชื่อเรื่องผีและรุกขเทวดา เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบทั้งด้านวัตรธรรมและนามธรรมนี้เองที่คนไทยในท้องถิ่นได้พัฒนามาเป็นกฎเกณฑ์ พิธีกรรม และกระบวนการรักษาเยียวยา เช่น การอาบน้ำมนต์ การสีกด้วยไพลเสก การผูกด้านสายสิญจ์เพื่อขับไล่ผี เป็นต้น โดยมีเจตจำนงเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่ขัดแย้ง ลบหลู่ หรือละเมิดต่ออำนาจศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจเหนือธรรมชาติที่คนในท้องถิ่นเชื่อว่ามีอยู่และเป็นสาเหตุของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และขอให้อำนาจเหนือธรรมชาติช่วยคลอบคลำให้อาการเจ็บป่วยหายหรือทุเลาลง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ

3) ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์

เป็นระบบการแพทย์พื้นบ้านอีกระบบหนึ่งที่คนไทยได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมความเชื่อแบบพราหมณ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในราชสำนักอยุธยาในอดีต และยังพบเห็นได้ทั่วไปในท้องถิ่นภาคกลางที่มีวัฒนธรรมลุ่มน้ำเจ้าพระยา ตลอดจนหัวเมืองใหญ่ๆที่ในอดีตเคยมีประวัติศาสตร์การส่งข้าหลวงมาเป็นเจ้าเมืองปกครอง เช่น พิชณุโลก โดยปราชญ์พราหมณ์ในอดีตได้สังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องโหราศาสตร์ขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขชะตากรรมของบุคคล จึงกล่าวได้ว่าระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ เกิดขึ้นจากความพยายามของบุคคลที่จะอธิบายความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งที่มีต่อจักรวาล โดยมีกรอบคิดว่าสรรพสิ่งล้วนมีความ

สัมพันธ์ระหว่างกัน เพียงแต่เงื่อนไขของความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามัญสำนึกของคนไม่สามารถหยั่งรู้ได้ การดำรงอยู่และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในจักรวาลจึงเป็นไปตามวิถีหรือชะตาที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งที่ปรากฏอยู่ในห้วงของจักรวาล เพื่อค้นหาตำแหน่งและความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง และโหราศาสตร์เป็นองค์ความรู้ที่สามารถเป็นคำตอบให้แก่สังคมได้

ระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางจิตใจของบุคคลที่ต้องการความมั่นคงปลอดภัย การหยั่งรู้ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตทำให้บุคคลสามารถหาหนทางที่จะแก้ไขหรือคลี่คลายสิ่งที่ร้ายให้กลายเป็นดีโดยไม่ต้องตกเป็นเพียงฝ่ายที่ถูกกระทำ ดังนั้น การแพทย์พื้นบ้านแบบโหราศาสตร์จึงเป็นตัวอย่างที่ดีอีกตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความไม่ยอมจำนนของคนในท้องถิ่นต่อปรากฏการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิตของตนเองและคนที่ตนรัก

ตัวอย่างของหมอพื้นบ้านในระบบการแพทย์แบบโหราศาสตร์ที่สำคัญๆ ได้แก่ หมอทายเลข หมอสะเดาะเคราะห์หรือหมอเสียดเคราะห์ หมอดู และหมอดำรา เป็นต้น สำหรับวิธีการป้องกันและรักษาเยียวยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายได้แก่ การสะเดาะเคราะห์ และการเปลี่ยนชื่อที่มีอักษรกาลกิณี เป็นต้น ซึ่งหมอส่วนใหญ่จะอ้างอิงมาจากตำราพรหมชาติ

4) ระบบการแพทย์แบบธาตุทฤษฎี

เป็นระบบการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานวัฒนธรรมการแพทย์แบบกรีก อินเดีย และจีน ซึ่งสังคมไทยรับอิทธิพลผ่านการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมมาจากหลายชาติในช่วงระยะเวลาต่างๆ โดยในอดีตเป็นระบบการแพทย์ที่พบมากในวัฒนธรรมการแพทย์ของราชสำนัก และถูกผูกขาดโดยหมอหลวงเป็นส่วนใหญ่

ระบบการแพทย์แบบธาตุทฤษฎี มีวัตถุประสงค์เพื่อนำทฤษฎีธาตุ (Humour Theory) มาใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางร่างกายและอาการเจ็บป่วยของมนุษย์ โดยมีกรอบคิดว่า จักรวาลประกอบด้วยองค์ประกอบน้อยใหญ่จำนวนมากมาย แต่แต่ละองค์ประกอบมีธาตุเป็นองค์ประกอบขึ้นรากฐานในสัดส่วนที่แน่นอน ตัวอย่างเช่น ปรัชญาจีนโบราณเชื่อว่าจักรวาลมีองค์ประกอบพื้นฐาน 5 ประการหรือเบญจธาตุได้แก่ ธาตุทอง ไม้ ไฟ ลม และน้ำ ส่วนปรัชญาอินเดียเชื่อว่าจักรวาลมีองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการได้แก่ ธาตุดิน (ปฐวีธาตุ), ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ), ธาตุลม (วาโยธาตุ), และธาตุไฟ (เตโชธาตุ) เป็นต้น ดังนั้น อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงมีสาเหตุมาจากความแปรปรวนหรือภาวะเสียสมดุลย์แห่งธาตุตามความเชื่อ

1.1.3.4 จำแนกตามรากเหง้าทางวัฒนธรรมดั้งเดิมของท้องถิ่นนั้นๆ เช่น ระบบการแพทย์พื้นบ้านไทยเกิดขึ้นจากรากเหง้าแห่งวัฒนธรรมดั้งเดิม 3 ประการหลักๆ คือ

- 1) วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผี
- 2) วัฒนธรรมพราหมณ์
- 3) ความเชื่อทางพุทธศาสนา

สำหรับวัฒนธรรมความเชื่อเรื่องผีและวัฒนธรรมพราหมณ์ นักวิจัยได้กล่าวไปข้างแล้วในเบื้องต้นจึงไม่ขอกล่าวซ้ำอีก ส่วนระบบแพทย์ตามความเชื่อทางพุทธศาสนาเป็นการนำหลักการทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ร่วมกับวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่เดิม ซึ่งได้แก่ ระบบการแพทย์พื้นบ้านแบบประสพการณ์ในท้องถิ่น ในขณะที่เดียวกันก็มีการนำทฤษฎีธาตุการแพทย์ของอินเดีย และวัฒนธรรมพราหมณ์ที่ราชสำนักไทยในอดีตนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและถือเป็นเวชปฏิบัติในหมู่ “หมอหลวง” มาใช้ในการอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นร่วมด้วย ดังพบว่าหมอพื้นบ้านในหลายท้องถิ่นมีการกล่าวอ้างถึง หมอชีวกโกมารภัจจ์ว่าเป็นแพทย์ประจำองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า และถือว่าหมอชีวกโกมารภัจจ์เป็นบิดาของการแพทย์แผนไทย

เป็นที่น่าเสียดายที่ในบรรดาระบบย่อยต่างๆของการแพทย์พื้นบ้านที่มีใช้กันอยู่ทั่วไปในท้องถิ่นไทยตามที่กล่าวมาข้างต้น มีเพียงระบบการแพทย์พื้นบ้านแบบธาตุทฤษฎีเท่านั้นซึ่งเป็นที่ยอมรับจากรัฐ ทั้งๆที่ระบบการแพทย์ระบบย่อยแต่ละระบบต่างก็มีลักษณะเฉพาะ และแตกต่างกันตามสภาพท้องถิ่น ที่สำคัญที่สุดการแพทย์แต่ละระบบต่างก็เกิดและพัฒนาขึ้นตามความต้องการของคนในท้องถิ่นและรับใช้คนไทยในท้องถิ่นมาช้านาน

1.1.4 กระบวนการรักษาเยียวยาของหมอพื้นบ้าน

กระบวนการรักษาเยียวยาของหมอพื้นบ้านนั้นว่าแตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากระบบการแพทย์แผนตะวันตกที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจากวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมของกรีก โดยพบว่าในขณะที่มีการแพทย์แผนตะวันตกวางอยู่บนรากฐานของปรัชญาการแพทย์แบบชีวการแพทย์หรือเวชศาสตร์ชีวภาพ (Biomedicine) ที่มุ่งค้นหาความผิดปกติขององค์ประกอบย่อยของร่างกายมนุษย์ที่สามารถตรวจวัดได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้าหรือการเปลี่ยนแปลงของสารในขอบเขตของวัฏธรรมโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น และค้นหาวิธีการ “ซ่อม” ส่วนที่ “เสีย” เพื่อให้ระบบใหญ่ซึ่งในที่นี้ได้แก่ร่างกายของมนุษย์สามารถดำเนินต่อไปตามปกติได้ แต่การแพทย์พื้นบ้านกลับมุ่งพิจารณาถึง

สำหรับกระบวนการที่หมอพื้นบ้านใช้ในการรักษาเยียวยาจะแตกต่างกันไปตามระบบการแพทย์ที่เป็นวัฒนธรรมย่อยของหมอพื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่น

ลักษณะสำคัญที่ทำให้กระบวนการรักษาของหมอพื้นบ้านแตกต่างจากแพทย์แผนปัจจุบันได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วมของครอบครัว เครือญาติ และเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยตลอดกระบวนการรักษา
- 2) การมุ่งทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี (Good Health Approach) มากกว่า มุ่งรักษาโรคหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Sick Health Approach)

- 3) กระบวนการรักษาถูกสังเคราะห์ขึ้นให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย
- 4) การรักษามีลักษณะที่ปฏิบัติได้จริง (Practical) คือ ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมสามารถเข้าใจได้ และเข้าถึงทรัพยากรที่ใช้ในการรักษา เนื่องจากราคาไม่แพงและส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่มียู่ในท้องถิ่น

โดยทั่วไป สามารถสรุปกระบวนการรักษาที่หมอพื้นบ้านนิยมใช้กันได้ดังนี้

- การพูดคุยซักถามด้วยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างหมอพื้นบ้านกับผู้ป่วย ครอบครัว และญาติพี่น้อง หลังจากนั้นจึงนัดหมายและการตกลงกระบวนการรักษาเยียวยา
- การตั้งค่าย หรือเครื่องบูชาครู ส่วนใหญ่ประกอบด้วยขัน 5 ได้แก่ ดอกไม้สีขาว 5 คู่ เทียน 5 เล่ม และเงินค่าค่ายจำนวน 6,12, หรือ 24 บาท สำหรับรายละเอียดปลีกย่อยจะแตกต่างกันไปตามประเภทของหมอพื้นบ้านและท้องถิ่น เช่น หมอพื้นบ้านที่วัดวังทองกลาง ตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ใช้ดอกไม้ 7 สี เป็นต้น
- การวินิจฉัยโรค โดยทั่วไปมักประกอบด้วย การสังเกตหรือสอบถามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติพี่น้อง ชักประวัติ การดูอาการ คุณลักษณะ การจับต้องหรือสัมผัสร่างกายของผู้ป่วย เช่น การจับเส้นเลือด จับชีพจร หมอพื้นบ้านบางรายอาจใช้วิชาโหราศาสตร์เพื่อคำนวณธาตุตามอายุ เสี่ยงตาย นิ่งทางใน หรือทำนายนิมิต ควบคู่ไปด้วยเพื่อค้นหาอาการผิดปกติ และให้การรักษาเยียวยาต่อไป
- การรักษาเยียวยา ประกอบด้วย ขั้นตอนย่อยๆเป็นจำนวนมากได้แก่ 1) พิธีกรรมบำบัด เช่น สูขวัญ เป่าเสก ขับไล่ผี ฯลฯ ซึ่งนับเป็นการรักษาทางจิตใจ, 2) การรักษาอาการผิดปกติ เช่น การใช้สมุนไพร ทาน้ำมัน, 3) การฟื้นฟูสภาพทางกาย เช่น การนวดแผน การถอนพิษ, 4) อาหารบำบัด เช่น การงดของแสลง, และ 5) การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค เช่น ข้อห้ามต่างๆ การทำบุญ และการบริจาคทาน เป็นต้น
- การปลงศพหรือสมนา จะกระทำเมื่อผู้ป่วยหายจากโรค ประกอบด้วยการยกเครื่องบูชาครู ซึ่งประกอบด้วย ผ้า เงินค่าสมนา¹⁰ เป็นต้น
- การติดตามผลหลังการรักษาเยียวยา ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการระหว่างหมอพื้นบ้านกับผู้ป่วย ตามสถานที่และเทศกาลต่างๆในท้องถิ่น ที่คนในชุมชนมารวมกลุ่มกัน

¹⁰ โดยทั่วไปขึ้นอยู่กับข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยกับหมอ ซึ่งมักนำสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยมาเป็นเกณฑ์ในการกำหนดค่าสมนาหรือค่าตอบแทน

1.1.5 ยาพื้นบ้าน

ยาพื้นบ้าน หมายถึง ยาที่ปรุงขึ้นทั้งจากตัวยาคือหรือตำรับยา (หมายถึงยาที่ประกอบด้วยตัวยามากกว่า 2 ชนิด) เป็นยาที่หมอพื้นบ้านใช้ในการรักษาเยียวยา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคตัวยาส่วนใหญ่หาได้ในท้องถิ่น

โดยทั่วไปพบว่า ยาที่หมอพื้นบ้านใช้มีความหลากหลาย มีทั้งที่พบโดยทั่วไปในชุมชน เช่น ยาสมุนไพร¹¹ ซึ่งมีทั้งการใช้แบบตัวยาคือ เช่น ช้าเลือด (*Caesalpinia mimosoides* Lam.) ใช้เคี้ยวชดออ่อนสดๆกินแก้ลม แก้วเวียน หน้ามืด และยาพื้นบ้านที่ใช้ในรูปของตำรับยา เช่น นำต้นกาฝากมะม่วงแก้วทั้งต้นตลอดถึงรากผสมกับหัวยาข้าวเย็นเหนือคัมกับน้ำคั้นตำน้ำชาแก้โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่า มีการผสมผสานยาพื้นบ้านเข้ากับตำรับยาแผนโบราณ¹² หรือยาแผนปัจจุบัน เช่น ยาแก้ปวด เป็นต้น

2. พัฒนาการของการแพทย์พื้นบ้านไทย

ปัญหาความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกเพศทุกวัยและทุกสังคมมาตั้งแต่อดีตกาลแล้ว ดังนั้น มนุษย์ในทุกสังคมจึงพยายามแสวงหาแนวทางแก้ไข รักษาและเยียวยาอาการเจ็บป่วยดังกล่าวมาโดยตลอด แต่การที่แต่ละสังคมมีความแตกต่างหลากหลายทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ระบบอุดมการณ์และความเชื่อ สภาพแวดล้อมทางกายภาพตลอดจนระบบนิเวศน์ วัฒนธรรม และปัญหาความเจ็บป่วยก็เป็นเรื่องที่ซับซ้อน ไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยตามความเชื่อของทฤษฎีความเจ็บป่วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทำให้ไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบหนึ่งที่มีความสมบูรณ์ที่สุดจนสามารถครอบคลุมและเข้าใจถึงสภาพปัญหาทางสุขภาพอนามัยได้ และจากเหตุผลข้างต้นนี้เองที่ทำให้ รูปแบบ วิธีการ และกระบวนการรักษาเยียวยาของมนุษย์ในแต่ละสังคมแต่ละท้องถิ่นมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งความแตกต่างหลากหลายนี้เองที่ทำให้เกิดระบบการแพทย์ทางเลือกเป็นจำนวนมากให้ชุมชนสามารถเลือกใช้ได้ตามความต้องการ เกิดการกระจายรูปแบบและชนิดของทรัพยากรในท้องถิ่นที่ใช้เพื่อการรักษาเยียวยา เกิดการสังเคราะห์และพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย และเกิดการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นให้สามารถพึ่งพาตนเองได้

¹¹ หมายถึง ยาที่ปรุงขึ้นจากตัวยาคือๆเพียงตัวเดียว ซึ่งตัวยาสมุนไพรอาจมาจากพืช สัตว์ หรือจากธาตุต่างๆที่มีอยู่ตามธรรมชาติ

¹² ยาแผนโบราณ หมายถึง ยาที่ปรุงขึ้นจากการนำยาสมุนไพรดั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไปมารวมกัน แล้วปรุงตามตำรับยา ซึ่งมีวิธีการปรุงอยู่ถึง 28 วิธี

การที่มนุษย์ในทุกสังคมมีความพยายามที่จะควบคุมและเอาชนะอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และมีความสามารถในการปรับตัวตลอดจนรู้จักคัดสรรสิ่งที่เหมาะสมเพื่อความอยู่รอดของตนเองและสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ ทำให้มนุษย์ในทุกท้องถิ่นเรียนรู้ที่จะคิดค้น พัฒนา แลกเปลี่ยน และสืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน จนในที่สุดองค์ความรู้ดังกล่าวตกผลึกเป็นวิธีการรักษาเยียวยาที่คนในท้องถิ่นนั้นๆ เห็นพ้องต้องกันว่าเป็นสิ่งที่ดีงามเหมาะสม ปฏิบัติ และถ่ายทอดติดต่อกันมาจนกลายเป็นแนวคิดทฤษฎีด้านการแพทย์พื้นบ้านที่ท้องถิ่นหรือสังคมนั้นๆ ยึดถือเป็นแบบแผนในการดูแลสุขภาพอนามัยสืบต่อกันมา โดยทั่วไประบบการแพทย์มี 2 องค์ประกอบที่สำคัญคือ ระบบการอธิบายทฤษฎีโรค (Disease Theory System)¹³ และระบบการจัดบริการทางสุขภาพ (Health Care System)¹⁴

สำหรับระบบการแพทย์พื้นบ้าน องค์ประกอบที่สำคัญมี 4 ประการคือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ, 2) วิธีการรักษาเยียวยา, 3) ผู้ให้การรักษาเยียวยา, และ 4) ผู้ป่วย ข้อแตกต่างระหว่างระบบการแพทย์โดยทั่วไปกับระบบการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญได้แก่ การที่ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการรักษาจะคำนึงถึงองค์ประกอบของการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมิติทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย หรือการมองการเจ็บป่วยในลักษณะที่เป็นองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบันที่ยังคงมีการปฏิบัติกันอยู่อย่างแพร่หลายในสังคมต่างๆ ทั่วโลกมีอยู่มากมาย ดังตัวอย่างที่น่าสนใจพอสรุปได้คือ

1. ระบบการแพทย์พื้นบ้านที่วางอยู่บนพื้นฐานแนวคิดเรื่องทฤษฎีร้อน – เย็น โดยมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลของภาวะทั้งสอง เช่น ในลาตินอเมริกาและแอฟริกา มีความเชื่อว่าการเสียสมดุลของภาวะร้อน – เย็นจะทำให้บุคคลเจ็บป่วยได้ และบุคคลจะได้รับความร้อนมาจากสองทางคือ จากการกินอาหารและความร้อนที่เกิดจากผลรวมของกิจกรรมทางกายภาพ เช่น การรับธาตุต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย
2. ระบบการแพทย์พื้นบ้านแบบกาลีนิก มีความเชื่อว่าสรรพสิ่งประกอบด้วยธาตุ 4 ประการคือ ดิน น้ำ ลม และไฟ ก่อรวมกันเป็นเอกภาพของสาร และคุณภาพ 4 ประการได้แก่ ร้อน เย็น แห้ง ชื้น อาหารและเครื่องดื่มก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน เมื่อเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ก็จะถูกย่อยสลายเป็นเลือด น้ำดีดำ น้ำดีเหลือง และเสมหะ โดยธาตุไฟจะมีสีเหลือง ดินคือสีดำ เสมหะคือน้ำ

¹³ หมายถึง แนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ที่กำหนดรูปแบบและระบบการดูแลสุขภาพของบุคคล

ประกอบด้วย การอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะการดำเนินของโรค การพยากรณ์โรค ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

¹⁴ หมายถึง ระบบที่สังคมจัดขึ้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพหรือแก้ไขอาการเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละสังคมจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันไป

ส่วนอากาศหรือลมเข้าสู่ร่างกายมนุษย์โดยการหายใจ และวัยผู้ใหญ่จะมีสภาวะเป็นชื้น – แห้ง โดยวัยผู้ใหญ่มีสภาวะเป็นชื้น – แห้ง วัชระเป็น เย็น – ชื้น ส่วนสีต่างๆขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำและอุณหภูมิในอากาศ

3. การแพทย์แบบอายุรเวท มีพื้นฐานความเชื่อจากศาสนาพราหมณ์ โดยมีแนวความคิดว่า ร่างกายประกอบด้วย ปัญจมหาภูติ ดังนั้นการทำงานของร่างกาย วิญญาณ และจิตใจจึงเป็นองค์ประกอบซึ่งกันและกัน ส่วนความสมดุลระหว่างกระบวนการทั้งภายนอกและภายในอธิบายด้วยไตรโทษ (Tridosha) ได้แก่ วาตะ¹⁵ ปิตตะ¹⁶ และกษะ¹⁷ ความไม่สมดุลของไตรโทษทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นในบุคคล นอกจากนี้การแพทย์แบบอายุรเวทยังมีความเชื่อในเรื่องทฤษฎีดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศ, ทฤษฎีปัญญากรรม ได้แก่ การล้างพิษ และทฤษฎีด้านพิษ¹⁸ เป็นต้น การแพทย์แบบอายุรเวทแพร่หลายมากในประเทศ ภูฐาน บังกลาเทศ อินเดีย และเนปาล
4. ระบบการแพทย์แบบลีทธา เป็นระบบการแพทย์ที่มีต้นกำเนิดมาจากวัฒนธรรมแบบคราเวเดียนในสมัยพรีฮิสตอริก (Prevedic Period) การรักษาเย็บเย็บ กระทำควบคู่กันไประหว่างการรักษาโรคโดยใช้ สมุนไพรและแร่ธาตุพื้นบ้าน เช่น พรอท กำมะถัน ทองแดง เหล็ก อาร์เซนิก¹⁹ และพืชผักที่มีพิษ ควบคู่ไปกับการบูชาเทพเจ้าโดยใช้รูปจำลองของอวัยวะเพศชายเพื่อแสดงความจงรักภักดีต่อลัทธิบูชาศิวะ ระบบการแพทย์ชนิดนี้แพร่หลายมากในประเทศ อินเดีย ศรีลังกา มาเลเซีย สิงคโปร์ ซึ่งเป็นดินแดนที่วัฒนธรรมแบบคราเวเดียนเคยเรืองอำนาจ
5. การแพทย์พื้นบ้านแบบที่ใช้สมุนไพร (Herbal Medicine/ Herbalism) หรือ การแพทย์พฤกษศาสตร์ (Botanical Medicine) เป็นรูปแบบของการแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดของมนุษยชาติ คือมีอายุมากกว่า 5,000 ปีแล้ว พบหลักฐานยืนยันว่า ระบบการแพทย์สมุนไพรที่เก่าแก่ที่สุดในโลกอยู่ที่จีน²⁰ อินเดีย²¹ และอียิปต์โบราณ²² จากหลักฐานที่เป็นจารึกดินเหนียวที่ถูกเขียนขึ้นโดยอักษรรูป

¹⁵ ควบคุมความเคลื่อนไหวของปิตตะและกษะ และควบคุมการใช้ประโยชน์จากพลังงานของเซลล์ตลอดจนอวัยวะต่างๆ

¹⁶ ควบคุมการทำงานของร่างกายด้านชีวเคมี การย่อยอาหาร และการให้ความร้อนและพลังงาน

¹⁷ หมายถึง องค์ประกอบของเซลล์และโครงสร้างภายในเซลล์ของร่างกายที่ทำหน้าที่รักษาสภาพตลอดจนความมั่นคงของร่างกาย

¹⁸ มีความเชื่อว่า การใช้สารพิษในปริมาณเล็กน้อยเข้าสู่ร่างกายจะช่วยกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันขึ้นในร่างกายของคน ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานที่นำไปสู่การทำวัคซีน

¹⁹ หมายถึง สารหนู

²⁰ ในตำราหลินชือจิ้น (Li – Shih – chin) มีการวิเคราะห์พืชไว้มากกว่า 100 ชนิด สูตรและตำรับยากว่า 12,000 อย่าง ตำรานี้ต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาอังกฤษ ตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกในปี ค.ศ 1596

²¹ ในตำราอายุรเวท ซึ่งจัดเป็นตำราเก่าแก่ที่สุดในโลก ที่ใช้รักษาผู้ป่วยในอินเดียมากกว่า 4,000 ปีแล้ว มีการจารึกเรื่องการใช้สมุนไพรไว้ในพระเวท (Vedas) หรือใน ฤคเวท (Rigveda) นอกจากนี้ ในคัมภีร์โบราณของศาสนา

ลิมของชาวซูเมอร์เรียน บริเวณเมโสโปเตเมียตอนใต้ แถบลุ่มแม่น้ำไทกริสและยูเฟรติสเมื่อประมาณสี่พันปีก่อนคริสตกาลทำให้คนในยุคหลังๆ ได้ทราบว่า ชาวซูเมอร์เรียนใช้ผืนโรม์ (Thyme) มัสตาร์ด ชะเอม และกำมะถัน เป็นยารักษาโรคมานานแล้ว ต่อมาชาวบาบิโลเนียน จึงได้เพิ่มเติมสมุนไพรชนิดอื่น เช่น กระเทียม อบเชย ผักชี หญ้าฝรั่ง เข้าในบัญชีพืชสมุนไพร สำหรับการแพทย์พื้นบ้านแบบที่ใช้สมุนไพรซึ่งพบในประเทศจีน พบว่าได้เริ่มมาตั้งแต่ปี 2800 ก่อนคริสตกาลแล้ว โดยพบหลักฐานการใช้สมุนไพรที่ทำจากตัวยาคจากพืชถึง 366 ชนิดในตำรา เป็นเซว (Pen Ts'ao) ซึ่งเป็นตำราการปรุงยาเก่าแก่ที่สุดของจีน สำหรับในยุโรป ฮิปโปเครติส (Hippocrates 377 – 460 ปีก่อนคริสตกาล) เป็นแพทย์ชาวกรีกคนแรกที่ใช้สมุนไพรเป็นยาขับ ปัสสาวะ ขาระบาย น้ำมันยาทาผิวแก้เกล็ดขี้ดออก นอกจากนี้สมุนไพรหลายชนิดที่เขาเลือกใช้ เช่น เสง (Sage) มินท์ (Mint) มักเวอร์ท (Mugwort) เวอร์บีน่า (Verbena) ยังคงถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (สุวิชัย ปรัชญาปารมิตา 2541: 202 – 210)

2.1 ประวัติความเป็นมาของการแพทย์พื้นบ้านไทย

การแพทย์พื้นบ้านไทยเป็นระบบการดูแลและรักษาสุขภาพที่มีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น จึงถือเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่ล้ำค่าของสังคมไทย เพียงแต่การแพทย์พื้นบ้านในยุคแรกที่ใช้กันทั่วไปในท้องถิ่นไทย มักผูกพันใกล้ชิดกับการแพทย์ระบบย่อยสองระบบด้วยกันคือ ระบบการแพทย์แบบไสยศาสตร์และอำนาจเหนือธรรมชาติ และระบบการแพทย์แบบประสบการณ์นิยม ดังนั้น การรักษาโรคในยุคแรกๆ จึงเป็นการผสมผสานระหว่างพิธีกรรมตามความเชื่อในอำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติเพื่อบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยมีหมอผีเป็นตัวกลาง ผสมผสานกับความรู้ที่เกิดขึ้นจากการสังเกตประสบการณ์เฉพาะโรคของหมอพื้นบ้านแต่ละคน วิธีการรักษาใดที่ประสบความสำเร็จก็จะถูกบอกเล่าสืบต่อกันมา โดยวิธีมุขปาฐกและการจารไว้ในใบลานจนกลายเป็นองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่นที่กำเนิดขึ้นจากหลักเหตุผล (Logical Thinking Approach) นั่นคือ ความต้องการแก้ไขอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยการศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Studies) ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น ส่วนบางวิธีที่ไม่ประสบความสำเร็จก็ค่อยๆ สูญหายไปจากสังคม

ฮินดู ก็มีการบันทึกรายชื่อพืชที่เป็นยาไว้มากกว่า 1,000 ชนิด หรือในตำราสมุนไพรของฮินดูชื่อ จักร สมหิตา (Chakra Samhita) ก็ระบุถึงวิธีการรักษาโรคด้วยสมุนไพรเอาไว้มากกว่า 500 ชนิด

²² พบหลักฐานยืนยันการใช้สมุนไพรในเอกสาร โบราณชื่อ เอเบอร์ ปาปิรัส (Ebers Papyrus) ซึ่งมีอายุเก่าแก่กว่า 1,600 ปีก่อนคริสตกาล โดยการบอกสูตรการปรุงยาสมุนไพรไว้ประมาณ 800 ขนานที่ใช้ว่านหางจระเข้ แอนนิซีด (Aniseed) เป็ปเปอร์มินท์ เฟนเนล (Fennel) น้ำมันละหุ่ง หญ้าฝรั่ง กระเทียม และอื่นๆอีกเป็นจำนวนมาก

การแพทย์พื้นบ้านไทยในยุคแรกๆ ส่วนใหญ่จึงเป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากการลองผิดลองถูกของหมอพื้นบ้านและเน้นวิธีการทางไสยศาสตร์หรือระบบการรักษาแบบวิญญานนิยม ที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ด้านการรักษาเยียวยาของหมอพื้นบ้าน ก่อนที่จะถูกพัฒนาจนกลายเป็นความชำนาญเฉพาะโรคของหมอแต่ละคน วิธีการรักษาเยียวยาที่ใช้จึงมักประสบความสำเร็จในโรคเล็กน้อยๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยในท้องถิ่นและเป็นวิธีการรักษาที่ช่วยเหลือด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม อนึ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่าชุมชนใดที่มีความเป็นมาหรือประวัติศาสตร์ท้องถิ่นอันยาวนาน ระบบการแพทย์แบบประสบการณ์นิยมก็จะมีมาก หลากหลาย และได้รับการถ่ายทอดสืบต่อกันมาเพียงแต่การแพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่จะสืบทอดโดยวิธีการมุขปาฐะ หรือการบอกเล่าคำร่ายและวิธีการรักษาด้วยการบอกกล่าว ทำให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านจำนวนมากสูญหายไปตามกาลเวลา

ในสมัยพุทธกาล ปรากฏหลักฐานทางศาสนาระบุว่า พระพุทธเจ้าได้รับการรักษาโรคจากหมอชีวกโกมารภัจจ์ ซึ่งเป็นบุตรบุญธรรมของเจ้าชายอภัยราชกุมาร พระราชนัดดาของพระเจ้าพิมพิสารแห่งแคว้นมคธ ซึ่งในสมัยนั้นถือว่าเป็นครูแพทย์พื้นบ้านที่มีชื่อเสียงที่สุด หมอชีวกโกมารภัจจ์สำเร็จวิชาแพทย์มาจากสำนักทิสปาโมกข์และได้รับแต่งตั้งให้เป็นแพทย์หลวงประจำพระองค์พระพุทธเจ้า และให้การรักษาแก่คนทั่วไปทั้งโดยการให้ยาและการผ่าตัด (สถาบันการแพทย์แผนไทย 2542: 27 - 28) ดังนั้น การแพทย์แผนไทยจึงนับถือหมอชีวกโกมารภัจจ์เป็นบิดาการแพทย์แผนโบราณของไทย

ในสมัยก่อนประวัติศาสตร์ พบหลักฐานกล่าวถึงการแพทย์พื้นบ้านไว้ที่ศิลาจารึกของอาณาจักรขอมโบราณตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 1725 - 1729 ในสมัยของพระเจ้าชัยวรมันที่ 7²³ ที่มีการจารึกข้อความที่กำหนดบทบาทของกษัตริย์และบุคคลผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาลเอาไว้อย่างชัดเจน ณ โบราณสถานที่รู้จักกันในนามของ “อโรคยาศาลา” (เทียบได้กับโรงพยาบาลในปัจจุบัน) ที่ถูกสร้างขึ้นเป็นจำนวนถึง 102 แห่งกระจายอยู่ทั่วไปในบริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยและในพื้นที่บริเวณใกล้เคียง (กระทรวงสาธารณสุข 2542: 31) โดยในจารึกดังกล่าวได้ให้ข้อมูลและสาระสำคัญเกี่ยวกับคตินิยมเชื่อและการจัดแบบแผนของอโรคยาศาลาไว้อย่างชัดเจน

²³ เช่น จารึกปราสาทตาเมือนตุ๊หรือตาเมือนโตจ อำเภอท่ายาง จารึกปราสาท อำเภอปราสาท จารึกวัดกู่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์, จารึกด่านประคำ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์, จารึกพิมาย จังหวัดนครราชสีมา, และจารึกกู่แก้ว จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบหลักฐานในศิลาจารึกหลายหลักที่จารึกด้วยอักษรขอมภาษาสันสกฤตซึ่งพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 ทรงโปรดให้สร้างขึ้น ที่กล่าวถึงการสร้าง “อโรคยาศาลา”²⁴ ว่าอยู่ภายใต้พุทธบารมีของพระพุทธโฆษาจารย์คุรุไวฑูรยประภา ซึ่งเป็นผู้ประทานความสุขและความไม่มีโรคแก่ประชาชนในจารึกบางหลักยังมีการกล่าวถึงการบำเพ็ญพระราชกุศลของพระมหากษัตริย์ตามความเชื่อในศาสนาพุทธดังมีใจความว่า:

“พระองค์ทรงรู้สึกถึงความเจ็บปวดของประชาชนยิ่งกว่าของพระองค์เอง เนื่องจากความทุกข์ของประชาชนย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อพระราชซึ่งมีมากกว่าความทุกข์ของพระองค์เองเสียอีก

พระมหากษัตริย์ทรงตั้งพระราชหฤทัยไว้ว่า สัตว์ทั้งหลายที่ยังอยู่ในสังสารวัฏ ขอให้ข้าพเจ้ามีโอกาสช่วยเหลือเขาทั้งหลายให้พ้นด้วยกุศลจากงานบุญนี้ด้วย ขอให้กษัตริย์ทั้งหลายของกัมพูชาซึ่งอุทิศตนแก่ธรรมะจงดำเนินการเรื่องโรงพยาบาลต่อไป ขอให้ผลบุญนั้นตอบสนองพวกเขาทั้งหลายรวมทั้งผู้ที่สืบเชื้อสายและภรรยาของพวกเขา ข้าราชการ มิตรสหายทั้งหลายพบความหลุดพ้นซึ่งจะไม่มีโรคพยาธิมาเบียดเบียนได้อีก”

จากจารึกข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำนึกของพระมหากษัตริย์ในด้านการแพทย์ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนให้แข็งแรงสมบูรณ์ และถือเป็นจุดเริ่มต้นของระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นทางการในรูปของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตลอดจนรากฐานของแนวความคิดเรื่องสวัสดิการสังคมด้านการรักษาเยียวยาซึ่งครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้ยังพบว่า ในจารึกประสาทพระขรรค์ในประเทศเขมร ได้กล่าวถึงการสร้างที่พักคนเดินทางหรือ “บ้านมีไฟ” ควบคู่ไปกับการรณรงค์ด้านการอนามัยในรูปของสถานพยาบาลจำนวนถึง 121 หลัง ตั้งห่างกันเป็นระยะทางที่เดินเท้าถึงกันได้หรือประมาณ 12 – 15 กิโลเมตร โดยสถานพยาบาลแต่ละหลังจะมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับสถาบันด้านศาสนา กล่าวคือ มีการสร้างวิหารหินร่วมด้วยเสมอ²⁵ เพื่อบูชาพระโพธิสัตว์ต่างๆ รวมทั้งพระพุทธโฆษาจารย์คุรุไวฑูรยประภา ซึ่งนับว่าเป็นการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์เข้ากับความเชื่อของคนในสังคม ที่ยังคงผูกพันอยู่กับความเชื่อทางศาสนาอย่างชาญฉลาด

²⁴ เป็นที่รักษาพยาบาลในระดับท้องถิ่นที่ใช้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา รวมไปถึง ให้การรักษาประชาชนทุกชนชั้น ศาสตราจารย์ออร์ซ เซเคส์ (Gepрге Coedes) มีความเห็นสนับสนุนหลักฐานทางกายภาพว่า วัตถุประสงค์ของการสร้างอโรคยาศาลา ประกอบด้วย 1) เพื่อการรักษาพยาบาล โดยใช้สมุนไพรและไสยศาสตร์ต่างๆ, 2) เพื่อสั่งสอนศีลธรรม, และ 3) เพื่อบูชาพระพุทธโฆษาจารย์คุรุไวฑูรยประภา ตามคติความเชื่อของพุทธศาสนานิกายมหายาน

²⁵ การที่เชื่อว่าเป็นวิหารสำหรับบูชาพระผู้เป็นเจ้าเนื่องจาก ในสมัยนั้นมีคติความเชื่อว่า คนป่วย คนสามัญชน หรือแม้กระทั่งพระมหากษัตริย์จะไม่พักอยู่ในอาคารหรือสิ่งก่อสร้างที่ทำด้วยอิฐหรือหิน

หลังจากที่พระพุทธศาสนาเผยแผ่เข้ามาในประเทศไทย วิชาแพทย์ที่เรียกว่า “อายุรเวท” ของอินเดียจึงได้เผยแผ่เข้ามาในสังคมไทยจนกลายเป็นรากฐานที่สำคัญของการแพทย์แผนไทยสืบมาจนถึงในปัจจุบัน²⁶ ดังที่พบหลักฐานว่าตำราแพทย์ไทยเก่าๆมักมีการเริ่มต้นคำปณามหรือบทนมัสการพระพุทธเจ้าก่อน นอกจากนี้ยังพบว่ามิดารายาไทยเป็นจำนวนมากที่กล่าวถึงหมอชีวกโกมารภักจ์ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การแพทย์แผนโบราณของไทย เป็นการผสมผสานกันระหว่างความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งเป็นรากฐานของระบบการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญของไทยเข้ากับวิชาอายุรเวทของอินเดีย ดังนั้น จึงมักพบว่าวิธีการรักษาที่พบโดยทั่วไปของการแพทย์พื้นบ้านไทยได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพรและเวทมนตร์คาถาต่างๆ เช่น การดูดุภษยามก่อนเก็บสมุนไพรและปรุงยา การลงเลขยันต์ในชิ้นส่วนของสมุนไพร และการทำพิธีกรรมที่เรียกว่า “กระบาส” เป็นต้น

ในสมัยสุโขทัย คนไทยส่วนใหญ่ยังคงมีความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ และเห็นว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของภูติผีปีศาจ ดังนั้น การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ของสามัญชนในยุคสุโขทัยจึงได้แก่การใช้สมุนไพรพื้นบ้านควบคู่ไปกับวิธีการทางไสยศาสตร์ โดยพระภิกษุเป็นผู้ทำหน้าที่รักษาพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ชาญฉลาด กล่าวคือ มีการนำองค์ความรู้ทั้งทางด้านสมุนไพรซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น ผสมผสานองค์ความรู้ด้านการแพทย์ที่สัมพันธ์กับระบบความเชื่อตามปรัชญาแนวพุทธ ไสยศาสตร์ และโหราศาสตร์เข้าด้วยกันในลักษณะที่เป็นองค์รวม เพื่อผลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับระบบคุณค่าของคนในสังคม หลักฐานทางวัตถุที่ยืนยันว่ามีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านกันอย่างกว้างขวางได้แก่ การค้นพบหินบดยาและหลักฐานตัวหนังสือที่ปรากฏในศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำแหงและศิลาจารึกวัดป่ามะม่วง จังหวัดสุโขทัย ที่ระบุว่าได้เคยมีการสร้างสวนสมุนไพรขนาดใหญ่บนเขาหลวงหรือเขาสรรพยา (ปัจจุบันคืออำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย) เพื่อให้ราษฎรได้เก็บสมุนไพรไปใช้รักษาโรคเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย มีการบดยามาใช้ มีจารึกเกี่ยวกับการนวด มีพิธีกรรมแสดงความนบนอบ ดังข้อความที่พบในหนังสือไตรภูมิพระร่วงกล่าวว่า

“ผิแลมีผู้ใดไปไหว่นบคำรพบุชาแก่กัจกรแก้วนั้นด้วยข้าวตอกดอกไม้ แลกงจักรนั้นเพียรยอมบ่าบัดเสียซึ่งความไข้ความเจ็บ” (ยูวดี ตปนียากร 2522:13)

จากหลักฐานดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ภูมิปัญญาหลวงและอำนาจในการตัดสินใจของราชสำนัก มีบทบาทอย่างกว้างขวางต่อการคงอยู่หรือสูญสลายไปของการแพทย์พื้นบ้านเสมอมา นอกจากนี้ ยังพบว่าในยุคสุโขทัย อิทธิพลทางศาสนาและวัฒนธรรมของอินเดีย เขมร และจีนที่

²⁶ เป็นที่น่าสังเกตว่า ตำราแพทย์ของอินเดียที่เผยแผ่เข้ามาในประเทศไทยมีเพียงตำราเกี่ยวกับอายุรกรรมเท่านั้น ส่วนทางด้านศัลยกรรม ซึ่งอินเดียมีความก้าวหน้ามากในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่ได้ถูกเผยแผ่เข้ามาด้วย ทำให้ตำราแพทย์ไทยไม่มีการผ่าตัดเลย

แพร่กระจายเข้าสู่สังคมไทยได้เข้ามามีบทบาทต่อการแพทย์พื้นบ้านอย่างกว้างขวาง โดยพบว่าถึงแม้ว่ากระบวนการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านดั้งเดิมยังคงถูกปฏิบัติกันอยู่ทั่วไปในท้องถิ่นแต่วิชาการแพทย์และตำรับตำราแพทย์ต่างวัฒนธรรมก็ได้เข้ามามีบทบาทต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท้องถิ่นที่ได้รับอิทธิพลทางความคิด ภูมิปัญญาหลวง หรือจารีตประเพณีจากราชสำนัก เช่น จังหวัดพิษณุโลก และชุมชนในภาคกลางที่มีวัฒนธรรมลุ่มน้ำเจ้าพระยา ซึ่งในประวัติศาสตร์เคยมีการส่งข้าหลวงมาเป็นเจ้าเมืองปกครองดูแล โดยกระบวนการทางประวัติศาสตร์ดังกล่าวทำให้ระบบการรักษาเยียวยาของหมอพื้นบ้านแต่ละท้องถิ่นเพิ่มความหลากหลายมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ มีทั้งระบบการแพทย์ตามประสบการณ์ ตามความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ พิธีกรรมทางศาสนา การรักษาด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน โหราศาสตร์ และระบบการแพทย์แผนไทยหรือระบบการแพทย์แผนโบราณ

ในสมัยอยุธยา การแพทย์พื้นบ้านมีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก และได้ถูกสืบทอดต่อเนื่องกันมาจนเกิดการผสมผสานระหว่างองค์ความรู้จากระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้ากับระบบการแพทย์ในราชสำนักอย่างกลมกลืน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพซึ่งมีพลวัตรอยู่ตลอดเวลา และมีการปรับเปลี่ยน ประยุกต์ และผสมผสานจนมีความสอดคล้องกับลักษณะของโรค ระบบความเชื่อ และสภาพสังคมวัฒนธรรมไทยในแต่ละยุคสมัย แต่ทั้งนี้ก็สืบเนื่องมาจากการสนับสนุนและส่งเสริมจากชนชั้นปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ซึ่งเป็นสมัยที่ให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์โดยการโปรดฯให้มีการจดบันทึกตำรับตำรายา และวิธีการนวดขึ้นเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยหรือที่เรียกว่า “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ขึ้นทั้งในและนอกกำแพงเมือง ทำให้ประชาชนในสมัยนั้น มีแหล่งความรู้ด้านการรักษาเยียวยาที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก ในขณะเดียวกัน อิทธิพลของระบบการแพทย์ไทยจากราชสำนักก็ถูกถ่ายทอดมาสู่ระบบการแพทย์พื้นบ้านเพิ่มมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวประกอบกับความอุดมสมบูรณ์ทางธรรมชาติและ ความหลากหลายของระบบนิเวศน์ที่ทำให้ด้วยาต่างๆสามารถหาได้โดยง่าย ผสมกับความเชื่อในระบบการแพทย์พื้นบ้านยังคงมีอยู่โดยทั่วไป ทำให้ในยุคสมัยนี้การแพทย์พื้นบ้านมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก

นอกจากอิทธิพลของภูมิปัญญาหลวงที่มีต่อระบบการแพทย์พื้นบ้านแล้ว ในสมัยอยุธยา ยังเป็นช่วงเวลาที่การแพทย์แผนโบราณของจีนได้เข้ามามีอิทธิพลต่อการแพทย์พื้นบ้านไทยอย่างกว้างขวาง แต่อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าเสียดายที่ส่วนใหญ่เป็นการนำเข้ตำรายาจีนมากกว่าการนำระบบการตรวจวินิจฉัยและการรื้อทุกข์ของผู้ป่วยเข้ามาใช้ เนื่องจากพบว่าแพทย์พื้นบ้านไม่ได้นำการตรวจชีพจร (เมะ) มาใช้เป็นหลักในการวินิจฉัยโรค แต่ถือเป็นเพียงส่วนประกอบเท่านั้น (อวย เกตุสิงห์ 2524)

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การแพทย์พื้นบ้านในสมัยอยุธยา ยังคงมุ่งเน้นการผสมผสานระหว่างการรักษาแบบไสยศาสตร์ เช่น การผูกตะกรุดพิสมร การคาดผ้าประเจียด และการลงเลขยันต์ คาถาอาคม เข้ากับการใช้สมุนไพรทั้งที่ทำจากพืช สัตว์ และแร่ธาตุต่างๆ ดังนั้น ถึงแม้ว่ามิชชันนารีชาวฝรั่งเศสจะมีการนำการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาเผยแพร่และมีการก่อตั้งโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรค แต่ก็ไม่ได้รับความนิยมนอกจากสามัญชนและต้องปิดกิจการไปในที่สุด นิโคลาส แซร์แวส ชาวฝรั่งเศสซึ่งเดินทางเข้ามากับคณะราชทูตในสมัยสมเด็จพระนารายณ์เมื่อ พ.ศ. 2229 ได้บันทึกไว้ว่า ในสมัยนี้คนไทยในชนบท มีการใช้นอแรดเป็นยาแก้เบื่อ ยาเมา และใช้เลือดของแรดเป็นยาแก้เจ็บหน้าอก (ยูดี ตปนียากร 2522: 27) นอกจากนี้ ยังพบหลักฐานว่า การแพทย์ในสมัยอยุธยามีการบำบัดรักษาโดยการนวด และภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับการนวดจนมีการตั้งกรมหมอนวด และเจ้ากรมหมอนวดซ้ายขวา (กฎหมายตราสามดวง 2514: 264) ดังหลักฐานจากจดหมายเหตุของลาลูแบร์ตอนหนึ่งว่า

“ในกรุงสยามนั้น ถ้าใครป่วยไข้ลง ก็จะเริ่มให้ยัดเส้นยัดสาย โดยให้ผู้มีความชำนาญในทางนี้ขึ้นไป แล้วใช้เท้าเหยียบ” (ลาลูแบร์ 2510: 280)

ถึงแม้ว่าในสมัยอยุธยา การแพทย์แผนตะวันตกจะเข้ามามีอิทธิพลต่อสังคมไทยมากยิ่งขึ้น โดยการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมผ่านพ่อค้านักธุรกิจและมิชชันนารีต่างๆ เช่น มีหลักฐานการสร้างสถานพยาบาลโดยบาทหลวงชาวฝรั่งเศส²⁷ แต่ก็ไม่ได้รับการสนับสนุนจากราชสำนักมากนัก และเมื่อชาวฝรั่งเศสทั้งหมดเดินทางออกจากอยุธยาเมื่อสิ้นรัชสมัยของสมเด็จพระนารายณ์ ผนวกกับการที่สมเด็จพระเพทราชาไม่ทรงไว้วางใจชาวต่างชาติและขับไล่แพทย์ชาวตะวันตกออกไปจนหมดสิ้นในรัชสมัยของพระองค์ ทำให้วิชาการแพทย์แผนตะวันตกสิ้นสุดลงไปด้วย จากเงื่อนไขทางการเมืองการปกครองดังกล่าวทำให้การแพทย์พื้นบ้านยังคงมีบทบาทกว้างขวางต่อคนไทยสามัญชน กล่าวคือ ในสมัยนี้นอกจากหมอพื้นบ้านจะให้บริการด้านการตรวจรักษาและปรุงยาให้กับคนไข้แล้ว ยังทำหน้าที่เป็นครู และปราชญ์ผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่คนรุ่นหลังอีกประการหนึ่งด้วย โดยวิธีการสืบทอดที่สำคัญได้แก่ การจดและจารึกไว้ในใบลานหรือสมุดข่อยหรือที่เรียกว่า กัมภีร์หรือตำรา (กระทรวงศึกษาธิการ 2521:1) แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ ในอีก 80 ปีต่อมาหรือในปี พ.ศ. 2310 การเสียกรุงศรีอยุธยาให้กับพม่า ทำให้ตำรับตำรายาไทยเป็นจำนวนมากถูกเผาทำลายลงจนหมดสิ้น และในสมัยของสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชก็เป็นยุคสมัยของการศึกสงคราม จนไม่มีเวลาฟื้นฟูวิทยาการด้านการแพทย์แผนไทย ทำให้องค์ความรู้ และตำรับตำรายาสสูญหายไปจำนวนมาก

²⁷ ปรากฏหลักฐานในรายงานของ “มิสซังย็องฟรังเชส” ในปี พ.ศ. 2222 ว่า โรงพยาบาลอยุธยามีคนไข้ประจำ 50 – 90 คน และคนไข้ไป – มาวันละประมาณ 200 – 300 คน

การฟื้นฟูวิทยาการด้านการแพทย์พื้นบ้านมาเริ่มต้นอีกครั้งในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น โดยพบว่าหน้าที่พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ทรงเป็นพระมหากษัตริย์ไทยที่ให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยอย่างมาก โดยได้ทรงนำความเชื่อทางศาสนา และวัดซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญของชุมชน มาใช้เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย เช่น ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธาราม (วัดโพธิ์) ขึ้นเป็นอารามหลวงและรวบรวมตำรายาเอาไว้ และมีการจำแนกประเภทของแพทย์ไทยออกเป็น 2 ประเภทคือ หมอหลวงหรือหมอในวังที่ให้การรักษาแก่ชนชั้นปกครองและพระบรมวงศานุวงศ์ และหมอเชลยศักดิ์หรือหมอพื้นบ้านทั่วไป ที่ให้การรักษาเยี่ยงยาแก่ชาวบ้านสามัญชน ได้ส่งผลให้ระบบการแพทย์แผนไทยมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาขึ้นอย่างมาก ในขณะเดียวกันก็ได้รับอิทธิพลของระบบการแพทย์แผนไทยมากยิ่งขึ้น

ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น ได้พบหลักฐานยืนยันว่ามีการรับแนวคิดทางการแพทย์พื้นบ้านจากสมัยอยุธยามาใช้ โดยการสืบทอดระบบคิดและวิธีการผ่านทางตำรายาและคัมภีร์แพทย์ต่างๆ ตลอดจนการถ่ายทอดด้วยวิธีมุขปาฐะโดยแพทย์พื้นบ้านรุ่นก่อนๆ ตัวอย่างเช่น ในสมัยรัชกาลพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ได้มีการรวบรวมตำรับตำรายาและความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เช่น ทำถุณิฉัดคนและตำราการนวดไทยไว้ตามศาลาราย ในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามหรือวัดโพธิ์ซึ่งเป็นอารามหลวง มีการจัดตั้งกรมหมอโรงพระอุโบสถคล้ายกับในสมัยอยุธยา โดยในยุคสมัยนี้ ยังคงมีการแบ่งแยกผู้ที่ให้การรักษาพยาบาลไว้อย่างชัดเจนเช่นเดียวกับสมัยรัชกาลที่ 1 คือผู้ที่รับราชการด้านการแพทย์ได้รับการแต่งตั้งเป็น “หมอหลวง” ส่วนผู้ที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปเรียกว่า หมอราษฎร หรือ หมอเชลยศักดิ์ และเมื่อปี พ.ศ. 2359 ได้โปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมายชื่อ “กฎหมายพนักงานพระโสดถวย” ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนโบราณ

พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย เป็นพระมหากษัตริย์ไทยอีกพระองค์หนึ่งที่มีความสำคัญกับระบบการแพทย์ โดยได้โปรดเกล้าฯ ให้เหล่าผู้ชำนาญลักษณะโรคและสรรพคุณยา รวมทั้งแพทย์พื้นบ้านทั่วไปนำตำรายาดีเข้าทูลเกล้าฯ ถวาย โดยให้หมอหลวงเป็นผู้คัดเลือกและจดบันทึกเป็นตำราหลวงสำหรับใช้ในโรงพระโสด เรียกว่า “ตำราพระโสด” ทรงปฏิสังขรณ์วัดราชโอรสารามหรือวัดจอมทอง อำเภอบางขุนเทียนและทรงให้จารึกตำรายา ตำราหมอนวด และตำราวางปลิงลงในแผ่นหิน ติดอยู่ตามกำแพงแก้วของพระวิหารและโบสถ์ นอกจากนี้ต่อมาในปี พ.ศ. 2395 ได้ทรงโปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมายชื่อว่า กฎหมายพนักงานพระโสดขึ้น (จรัส เกร็นพงษ์ 2525: 22)

ในสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าฯ ให้ปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ ขึ้นอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากมีพระราชประสงค์ที่จะให้เป็นแหล่งวิชาการความรู้แขนงต่างๆ สำหรับมหาชนโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ และให้จารึกตำรายาบอกสมุฏฐานของโรคตลอดจนวิธีการรักษาไว้บนแผ่นหินอ่อน ประดับตามผนังโบสถ์ ศาลาราย และเสาระเบียงพระวิหารพระพุทธไสยาสน์

(กระทรวงศึกษาธิการ 2521:8) เรื่องที่จารึกไว้มีทั้งวรรณคดี, โบราณคดี, ศาสตราคม, ตำรายา, ตำราหมอนวดพร้อมรูป 30 คู่, วิชาเภสัชสมุนไพร, รูปปั้นฤาษีคัดคนเพื่อกายภาพบำบัด 80 ท่า, แผ่นจารึกเพื่อบอกสมุฏฐานของโรค, วิธีรักษาโรค, และตำรายาต่างๆ นอกจากนี้ยังโปรดฯ ให้ปลูกต้นสมุนไพรหายาก เช่น ต้นสมอไทย ไว้ในบริเวณวัดเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน (จรัส เกร็นพงษ์ 2525: 23 – 25)

ในสมัยนี้ ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อระบบการแพทย์ไทย 2 ประการ กล่าวคือ ประการแรกได้มีคณะมิชชันนารีเข้ามาเผยแผ่ศาสนาและนำการแพทย์แผนใหม่เข้ามาใช้ หมอแดนมิช บรัดเลย์ชาวอเมริกันได้บุคคลสำคัญที่นำการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การผ่าตัด การถอนฟัน และการใช้ยาควินินเพื่อรักษาโรคไข้จับสั่นมาเผยแผ่ และประการที่สองได้มีการพัฒนาระบบการพิมพ์และจัดทำหนังสือพิมพ์ขึ้น ทำให้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แผนใหม่เป็นที่รู้จักกันกว้างขวางขึ้น

สมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว นับเป็นยุคสมัยที่การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีอิทธิพลอย่างกว้างขวางในสังคมไทย ในขณะที่ช่วงก่อนหน้านี้นี้ กล่าวคือในปี พ.ศ. 2378 นายแพทย์ แดน บีส บรัดเลย์(หมอบรัดเลย์) แพทย์ชาวอเมริกันซึ่งประสบความสำเร็จด้านการผ่าตัด เป็นผู้ที่นำความรู้ใหม่ๆ ด้านการใช้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การรักษาทางศัลยกรรมและสูติกรรม การรักษาไข้ทรพิษ และอหิวาตกโรคเข้ามาเผยแผ่ในสังคมไทย ซึ่งต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้รับการสืบทอดโดยนายแพทย์เชมมวล เรย์โนลด์ เฮาส์ (หมอเหา) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ในขณะที่ชนชั้นสูงและชนชั้นปกครองไทยกำลังตื่นตัวในการแพทย์แผนตะวันตก เริ่มเปลี่ยนแปลงระบบคิดในการดูแลสุขภาพตนเองและมีโอกาสในการเข้าถึงบริการรักษาเยียวยาของการแพทย์ตะวันตกแล้ว คนไทยส่วนใหญ่ซึ่งอาศัยอยู่ในชนบทยังคงมีความเชื่อถือในระบบการแพทย์พื้นบ้านแบบไทยโดยทั่วไป เช่น การใช้สมุนไพรและการปฏิบัติตนตามความเชื่อพื้นบ้าน เช่น การอยู่ไฟ การใช้หมอดำยาทาคลอด

ดังนั้น เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลในระบบการรักษาเยียวยาระหว่างของรัฐและของสามัญชน พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวจึงทรงโปรดฯ ให้มีการเผยแพร่ความรู้ให้แก่สามัญชนในหลากหลายลักษณะ เช่น การวาดและคัดลอกภาพฤาษีคัดคนจากวัดพระเชตุพนฯ ไปไว้ที่ศาลาโรงของวัดมัชฌิมาวาส (วัดกลาง) ที่อำเภอเมือง จังหวัดสงขลาจำนวนถึง 40 ท่า (จรัส เกร็นพงษ์ 2525: 25) เพื่อให้บริการด้านการศึกษาและแพทย์แผนไทยแก่คนไทยทั่วไปที่ยังมีความเชื่อในระบบการแพทย์แบบเดิมและไม่สามารถเข้าถึงระบบการแพทย์แผนตะวันตกได้ นอกจากนี้ ยังได้มีพระราชหัตถเลขาตักเตือนชนชั้นนำไทยบางกลุ่มที่พยายามสนับสนุนให้ประชาชนเลิกใช้ยาแผนโบราณ ดังปรากฏหลักฐาน เมื่อคราวเสด็จไปทำพิธีเปิดการเรียนการสอนที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2433 (ร.ศ. 109) ความว่า

“อนุญาต แต่ขอเตือนว่าหมอฝรั่งนั้นดีจริง แต่ควรให้ยาไทยสมุนไพรหาไม่ หมอจะควรไม่ให้ มีต่อไปภายหลัง ถ้าควรจะมีไว้บ้าง ถ้าส่วนตัวฉันเอง ยังสมัครใจกินยาไทย และยังวางใจอาอุ่นใจใน หมอไทยมาก ถ้าหมอไทยจะรักษาอย่างฝรั่งหมด ดูเยือกเย็นเหมือนเห็นอื่นไม่เห็นพระสงฆ์เลย เหมือนกัน แต่ตัวฉันก็อายุมากแล้ว เห็นจะไม่ได้อยู่ไปจนหมอไทยหมดดอก คนภายหลังจะพอใจ อย่างฝรั่งทั่วกันไป จะไม่เคียดรื้อน เช่น ฉันดอกกระมัง เป็นแต่ลองเดือนดูตามหัวเก่าๆที่หนึ่งเท่านั้น”

ในสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงนับว่าเป็นยุคสมัยหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระบบและรูปแบบการรักษาพยาบาลของคนไทย โดยพบว่าในขณะที่ทรงโปรดการแพทย์แผนตะวันตก และมีความเชื่อว่าระบบแพทย์ของตะวันตกเป็นสิ่งที่ดีกว่าการแพทย์แผนไทย จนมีพระบรมราชานุญาตให้มีการขยายกิจการของมิชชันนารีเพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ในต่างจังหวัดให้ครอบคลุมมากที่สุด (อวย เกตุสิงห์ 2524: 14) แต่ก็ไม่ได้ทิ้งการแพทย์ไทย โดยทรงโปรดให้มีการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แผนไทยกับการแพทย์ตะวันตกอย่างกลมกลืน ดังหลักฐานที่พบว่า นอกจากจะทรงให้มีการจัดตั้งศิริราชพยาบาลขึ้นในปี พ.ศ. 2431 แล้ว แต่ก็ยังโปรดให้มีการจัดการเรียนการสอนและให้การรักษาพยาบาลทั้งการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตกควบคู่กันไปด้วย โดยในปี พ.ศ. 2438 ได้มีการพิมพ์ตำราแพทย์สำหรับโรงเรียนฝึกแพทย์ชื่อว่า “แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์” ซึ่งประกอบด้วยวิชาแพทย์ทั้งแผนไทยและแผนตะวันตก แต่อย่างไรก็ตาม ตำราแพทย์ดังกล่าวไม่เป็นที่นิยมและพิมพ์ได้เพียง 3 เล่มเล็กก็จะต้องล้มเลิกไป (โครงการเผยแพร่เอกลักษณ์ไทย 2521:12) จนกระทั่ง พ.ศ. 2447 จึงได้มีการจัดพิมพ์ตำราแพทย์ขึ้นมาใหม่ แต่ใช้ชื่อเดิมคือ “แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์” โดยเนื้อหาได้กล่าวถึงการแพทย์แผนใหม่เกือบทั้งหมด โดยพิมพ์ออกมาได้ 4 เล่ม จนถึง พ.ศ. 2450 จึงมีการพิมพ์ขึ้นอีก 2 เล่มคือ ตำราเวชศาสตร์บรรณา โดยมีเนื้อหากล่าวถึงคัมภีร์แพทย์ไทยต่างๆ และแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์อีก 2 เล่ม ประกอบด้วย คัมภีร์ไทยจำนวนทั้งสิ้น 10 คัมภีร์ ซึ่งถือได้ว่าเป็นตำราแพทย์ไทยที่สมบูรณ์แห่งชาติเล่มแรก

จึงอาจกล่าวได้ว่า ในรัชสมัยนี้วิชาแพทย์แผนโบราณของไทยได้รับการฟื้นฟูและสนับสนุนอย่างกว้างขวาง เพราะนอกจากจะมีการรวบรวมตำรับตำรายาไทยแล้ว ยังมีการสอนและฝึกหัดวิชาแพทย์แผนโบราณในสำนักแพทย์พระราชวังบวร (กรมพระราชวังบวรวิชัยชาญ) ซึ่งถือว่าเป็นโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่จัดตั้งขึ้นก่อนโรงเรียนแพทยากรที่ศิริราชเสียอีก (สุด แสงวิเชียร 2521: 23) นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2444 โรงเรียนราชแพทยาลัยยังได้จัดพิมพ์ “ตำราแพทย์ศาสตร์” ขึ้นทดแทน “แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์” ที่ล้มเลิกไป และในปี พ.ศ. 2447 เวชศาสตร์สโมสรซึ่งประกอบด้วยแพทย์ประกาศนียบัตรที่สอนวิชาแพทย์ได้จัดพิมพ์ตำราแพทย์ชื่อ “ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์” ออกเผยแพร่เป็นรายเดือนขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ประกอบด้วยเนื้อหาด้านการแพทย์แผนตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ มี “ยาไทย” แทรกอยู่บ้างเฉพาะส่วนที่ไม่สามารถหา “ยาฝรั่ง” แทนได้ แต่ประสบปัญหาการขาดทุนจึงพิมพ์เผยแพร่ได้เพียง 4 เล่มก็ต้องล้มเลิกไป

นอกจากนี้ รัชกาลที่ 5 ยังทรงมีพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พระบรมวงศ์เธอกรมหมื่นอักษรสาส์นโสภณ, พระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหมื่นภูตราชภูพิศ, พระยาอมรศาสตร์ประสิทธิ์ศิลป์, หลวงกุมารแพทย์, หลวงกุมารเพชร, ขุนกุมารประเสริฐ, และขุนเทพกุมาร เป็นคณะกรรมการตรวจสอบชำระคัมภีร์แพทย์ทั้งมวล และแปลคัดลอกใหม่จากภาษาต่างๆ หลายภาษา เช่น ภาษาขอม ภาษาไทย และภาษามลคร เป็นต้น ก่อนที่จะทำการจดบันทึกลงในสมุดข่อยเก็บไว้ในคลังพระตำราหลวงข้างพระที่นั่ง และต่อมาได้จัดพิมพ์เป็นตำราแพทย์ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2438 ชื่อ “ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์” (ฉบับหลวง) เล่ม 1 – 4 ซึ่งเป็นตำราแพทย์ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นตำราแพทย์แห่งชาติ ใช้เป็นหลักในการศึกษาและบำบัดโรคสำหรับแพทย์แผนโบราณสืบมาจนถึงปัจจุบัน (ทองปีย์ บุญหลง 2507 หน้า ก)

ในปี พ.ศ. 2450 พระยาพิศณุประสาทเวช (อาจารย์คง) อาจารย์แพทย์ไทยของโรงเรียนราชแพทยาลัยได้รวบรวมคัมภีร์ฉบับหลวงซึ่งมี 2 เล่มจบชื่อ “แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ (ฉบับหลวง)” เพื่อพิมพ์เผยแพร่และตามด้วยตำราแพทย์ศาสตร์ฉบับสังเขปชื่อ “เวชศึกษา” ซึ่งมี 3 เล่มจบในอีก 1 ปีต่อมา ซึ่งตำราทั้งสองชุดนี้ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศระบุให้เป็นตำราหลวงเพื่อให้แพทย์และเภสัชกรโบราณมีสิทธิใช้ได้โดยไม่ต้องไปจดทะเบียนตำรายาไทย (โครงการเผยแพร่เอกลักษณ์ไทย 2521:12)

กรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ พระบิดาของกองทัพเรือไทย พระเจ้าลูกเธอในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 เป็นชนชั้นปกครองอีกผู้หนึ่งที่สนใจศึกษาวิชาแพทย์แผนโบราณจากตำราเก่าแก่ของไทย และเขียนตำรายาแผนโบราณลงในสมุดข่อยชื่อ “พระคัมภีร์อติสธารวรรคโบราณกรรมและปัจจุบันนกรรม” ซึ่งเป็นตำรายาว่าด้วยการผสมยาแก้โรคต่างๆ ให้การรักษาแก่ประชาชนโดยทั่วไป จนได้รับสมัญญานามว่า “หมอพร” หรือพระบิดาของแพทย์แผนโบราณของไทย ในปี พ.ศ. 2500 มีการก่อตั้งโรงเรียนแพทย์แผนโบราณขึ้นที่วัดโพธิ์ กรุงเทพฯ และแตกออกเป็นสาขาย่อยจำนวนมาก

ในสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว กล่าวได้ว่าเป็นยุคที่การแพทย์แผนไทยอยู่ในภาวะชะงักงันและตกต่ำมากที่สุด เนื่องจากมีการสั่งให้ยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทย และประกาศให้ใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ เพื่อควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ซึ่งออกในปี พ.ศ. 2466 โดยการให้คำจำกัดความการแพทย์แผนโบราณว่า หมายถึง “ผู้ประกอบโรคศิลป์โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณโดยมิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์” ซึ่งนิยามดังกล่าวส่งผลให้แพทย์แผนโบราณไม่สามารถพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ โดยการผสมผสานเทคนิควิธีการและวิทยาการความรู้แผนใหม่ได้ ด้วยเหตุผลว่าเพื่อเป็นการป้องกันอันตราย เนื่องมาจากการประกอบการรักษาพยาบาลโดยผู้ที่ไม่มีความรู้อย่างแท้จริง

ในขณะที่แพทย์แผนไทยกำลังประสบภาวะชะงักงัน หมอพื้นบ้านเป็นจำนวนมากซึ่งยังคงให้การรักษาเยี่ยงยาอยู่ในท้องถิ่นก็เกิดความกลัวว่าจะถูกจับ ทำให้หลายรายเลิกประกอบอาชีพ และเผาทำลายตำรายาลงเป็นจำนวนมาก หมอพื้นบ้านที่เหลืออยู่ก็กลายเป็น “หมอเถื่อน” ภูมิจำนองการรักษายาบาลอยู่ในชนบทที่ห่างไกล แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าบรรดา “หมอเถื่อน” เหล่านี้เองที่ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในสมัยสงครามโลก เนื่องจากภาวะขาดแคลนยารักษาโรคอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะการขาดแคลนยารักษาโรคมาเลเรีย ทำให้หลังจากสงครามสงบลงรัฐบาลได้มอบหมายให้องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข ทำการศึกษาวิจัยและผลิตสมุนไพรเพื่อการรักษาโรคอย่างเป็นทางการถูกต้องตามกฎหมายขึ้นอีกครั้งหนึ่ง จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2500 จึงมีการก่อตั้งโรงเรียนแพทย์แผนโบราณขึ้นที่วัดโพธิ์ กรุงเทพมหานคร

ในปัจจุบันพบว่า มีตำราเวชกรรม เภสัชกรรมและหัตถเวช (หมอนวด) ที่เรียบเรียงโดยแพทย์แผนไทยของสมาคมต่างๆอยู่หลายเล่มที่ถูกนำมาใช้ประกอบการเรียนการสอนของนักเรียนแพทย์แผนไทย สำหรับตำรายาโบราณที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศระบุเป็นตำรายาในปัจจุบันมีอยู่ 5 เล่มได้แก่ (กระทรวงสาธารณสุข 2510) 1) ตำราเวชศึกษา ของ พระยาพิศณุประสาทเวช เล่ม 1, 2, 3; 2) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง เล่ม 1,2; 3) ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เล่ม 1,2,3; 4) ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1,2,3; และ 5) ตำราเวชศึกษาและตำราประมวลหลักเภสัช ของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณ (วัดพระเชตุพนฯ)

สำหรับตำรายาที่นิยมใช้เป็นคู่มือการรักษาพยาบาลในกลุ่มแพทย์แผนโบราณในปัจจุบันได้แก่

- 1) แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 1,2,3
- 2) ตำราหมอแผนโบราณ
- 3) เวชศึกษา เล่ม 1,2,3 ของพระยาพิศณุประสาทเวช
- 4) ตำรายาจีน
- 5) ประมวลหลักเภสัชกรรมโบราณ
- 6) ตำราศิลาจารึก
- 7) ตำราสมุดข่อยโบราณ
- 8) ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณ ของ ขุนโสภิตบรรณลักษณ์
- 9) ตำราไม้เทศเมืองไทย ของ หมอเสงี่ยม พงษ์บุญรอด
- 10) ตำราหมอประจำวัน ของ พระยาแพทย์พญาพิสุทธาธิบดี
- 11) ตำราจินดามณี
- 12) ตำราสรรพคุณยาไทย

โดยสรุป จึงกล่าวได้ว่า การแพทย์พื้นบ้านไทยได้มีวิวัฒนาการอยู่คู่กับท้องถิ่นและคนไทยมาโดยตลอด และได้มีการปรับเปลี่ยนตลอดจนผสมผสานกับระบบการแพทย์อื่น ๆ ที่มีอิทธิพลในสังคมไทยเสมอมา ถึงแม้ว่าในบางยุคสมัย เช่น ตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นต้นมา การแพทย์พื้นบ้านจะถูกทอดทิ้งจากรัฐและนักวิชาการด้วยอิทธิพลของการพัฒนาประเทศที่วางอยู่บนพื้นฐานแนวคิดเรื่องความทันสมัย (Modernisation Approach) ซึ่งให้ความสำคัญและความสนใจเฉพาะการแพทย์แผนตะวันตก แต่ระบบการแพทย์พื้นบ้านก็ยังคงอยู่และเป็นสถาบันทางสังคมซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นในลักษณะต่างๆ

2.2 การถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้านของไทยเกิดขึ้นจากกระบวนการสังเกต จดบันทึก ลองผิดลองถูก (Trial and Error) การทดลองและการสืบทอดต่อกันมาของหมอพื้นบ้าน ดังนั้น หากวิธีการรักษาและตัวยาใดใช้ได้ผลตามวัตถุประสงค์คือทำให้หายจากอาการเจ็บป่วย หมอพื้นบ้านผู้ทำหน้าที่ปฏิบัติการรักษาในแต่ละท้องถิ่นก็จะบอกเล่าต่อสืบทอดกันมาหรือที่เรียกว่าวิธีมุขปาฐะ จนกระทั่งเมื่อคนในสังคมเรียนรู้วิธีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรจึงมีการจารลงในสมุดข่อย ใบลาน และแผ่นจารึกต่างๆ จากการศึกษาพบหลักฐานว่าคนไทยได้มีการค้นคว้า เรียนรู้ ทดลองใช้ และสืบทอดวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันอาการเจ็บป่วย รักษาเยียวยาตนเอง และฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วยของตนเองด้วยวิธีการที่หลากหลาย

โดยทั่วไปวิธีการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน มีความคล้ายคลึงกับการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นอื่นๆ และมีกระบวนการจัดกลทางสังคม (Socialisation Process) เป็นกลไกสำคัญในการส่งผ่านองค์ความรู้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ดังมีวิธีที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1. วิธีมุขปาฐะ หรือ การบอกเล่าต่อกันมา อย่างไม่เป็นทางการ โดยไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ผ่านเพลงพื้นบ้าน ปริศนาคำทาย การละเล่นพื้นบ้าน และนิทาน เป็นต้น
2. วิธีจดบันทึกอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น จารลงในสมุดข่อย ใบลาน คัมภีร์ต่างๆ เป็นต้น

3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน

การนำเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้าน มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อนำเสนอลำดับและพัฒนาการของแนวคิดทฤษฎีด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์ตลอดจนการนำเสนอข้อดีและข้อด้อยของนักคิดแต่ละคน นอกจากจะเป็นประโยชน์ในขั้นตอนของการพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีด้านการแพทย์พื้นบ้านกับพัฒนาการของการแพทย์พื้นบ้านของไทย

การแพทย์พื้นบ้านนับเป็นระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine)²⁸ ที่มีอยู่ในทุกสังคม ในอดีต การแพทย์ทางเลือกเป็นระบบการรักษาเยียวยาพื้นฐานที่คนในทุกสังคมเลือกใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และถือเป็นวัฒนธรรมรอง (Sub - culture) อันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่มที่พบโดยทั่วไปในแต่ละท้องถิ่น การทำลายล้างและการยกเลิกระบบการแพทย์ทางเลือก เป็นตัวอย่างหนึ่งของอัตตนิยมวัฒนธรรม (Ethnocentrism) ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลหรือสมาชิกในสังคมหนึ่งๆ มีความเคยชินกับวัฒนธรรมการรักษาเยียวยาของตนเอง และไม่ยอมรับรูปแบบการรักษาเยียวยาอื่นที่แตกต่างออกไป เนื่องจากบุคคลหรือสังคมนั้นๆ เห็นว่าระบบการแพทย์ของตนดีกว่า หรือมีประสิทธิภาพมากกว่าระบบการแพทย์อื่นๆ ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 การครอบงำทางวัฒนธรรม (Cultural Acculturation) เป็นสิ่งที่พบเห็นอยู่เสมอ และมักเกิดขึ้นผ่านลัทธิล่าอาณานิคม โดยผู้ที่ไล่ล่าพยายามนำทฤษฎีการรักษาโรคของตนเองที่เชื่อว่ามีประสิทธิภาพมากกว่า เข้าไปเผยแพร่และทำลายล้างระบบการแพทย์ทางเลือกที่ปฏิบัติกันอยู่ในท้องถิ่นด้วยวิธีการต่างๆ ตัวอย่างเช่น การบีบบังคับให้ผู้ปกครองออกกฎหมายกีดกันการแพทย์ในท้องถิ่นให้เป็นเรื่องผิดกฎหมาย ดังจะเห็นได้จากปรากฏการณ์ที่พบในสมัยที่อินเดียถูกรอบงำโดยการแพทย์แบบอนุานิของชาวมุสลิม ที่ได้มีการห้ามใช้การแพทย์แบบอายุรเวท (Ayurvedic Medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์พื้นบ้านของอินเดีย นอกจากนี้ยังมีการทำลายสถานพยาบาลแบบดั้งเดิมและสร้างโรงพยาบาลแบบใหม่ขึ้นแทนที่ หรือในกรณีของประเทศไทยที่ได้สั่งห้าม ประเทศไนจีเรีย ซึ่งเป็นอาณานิคมของอังกฤษไม่ให้ใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านรักษาอาการเจ็บป่วย แต่ให้ใช้ยาแผนใหม่ของอังกฤษเท่านั้น หรือแม้แต่การออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2466 โดยการให้คำจำกัดความเกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณว่า หมายถึง “ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณโดยมิได้ดำเนินไปในการวิทยาศาสตร์” ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าว ส่งผลให้การแพทย์แผนโบราณของไทยไม่สามารถปรับปรุงและพัฒนาองค์ความรู้ตลอดจนกระบวนการที่ใช้ในการรักษาเยียวยาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นได้โดยอาศัยความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ส่งผลให้ตำรายาและหมอพื้นบ้านจำนวนมากต้องกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมายและเสื่อมโทรมลงตามลำดับ

²⁸ หมายความว่า ระบบการรักษาเยียวยาใดๆก็ตาม ที่คนในสังคมหนึ่งๆเลือกใช้ในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อรักษาสุขภาพอนามัยของตนหรือสมาชิกในสังคมคนอื่นๆ ให้แข็งแรงสมบูรณ์สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามความคาดหวังของสมาชิกคนอื่นๆในสังคมได้

3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

นักสังคมวิทยาการแพทย์เป็นจำนวนมาก ได้เสนอแนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเองเอาไว้ แต่ละแนวความคิดมีสาระที่แตกต่างกันออกไปตามช่วงเวลาและพัฒนาการทางสังคมวัฒนธรรมของนักคิด ซึ่งโดยสรุปสามารถจำแนกออกได้ 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงแรกประกอบด้วยแนวความคิดของนักสังคมวิทยาการแพทย์ได้แก่ Parsons (1951), Mechanic (1968), และ Freidson (1970) ซึ่งเป็นช่วงที่ให้ความสำคัญกับสถาบันทางสังคมที่เข้ามามีบทบาทต่อกระบวนการรักษาพยาบาลของบุคคลในลักษณะต่างๆ และบทบาททางสังคม (Sick Role) ของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ช่วงที่สองได้แก่นักสังคมวิทยาการแพทย์ประกอบด้วย Suchman (1965), Fabrega (1973), และ Igun (1979) ที่เริ่มนำแนวคิดเรื่องขั้นตอนของความเจ็บป่วย (Stage of Illness) มาใช้อธิบายพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคลตามกระบวนการตัดสินใจ (Decision Making Process) โดยให้ความสำคัญกับบุคคลและสังคมที่แวดล้อมผู้ป่วยอาศัยอยู่ และช่วงที่สามประกอบด้วยนักสังคมวิทยาการแพทย์คนสำคัญได้แก่ Young (1981), Chrisman (1977), Kleinman (1980), และ Alonzo (1979) ที่เสนอแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยโดยการวิเคราะห์ในระดับโครงสร้างของสถาบันการแพทย์ การให้นิยามการเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่บุคคลใช้เพื่อตอบสนองอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกอยู่

ช่วงแรก: สถาบันทางสังคมและบทบาททางสังคมของผู้ป่วย (Sick Roll)

Talcott Parsons (1951)

Parsons นับเป็นนักสังคมวิทยาคนแรกที่น่าแนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยา โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมทางสังคมของบุคคลที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วย มาใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข โดย Parsons มีทัศนะว่า การเจ็บป่วยไม่ใช่กระบวนการทางชีววิทยาและสรีรวิทยาเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการทางสังคมด้วย เนื่องจากมีประเด็นของบทบาทและหน้าที่ ทั้งของบุคคลที่เจ็บป่วยและของสถาบันที่ให้การรักษาพยาบาลมาเกี่ยวข้องด้วย เพราะเมื่อบุคคลเจ็บป่วยเขาจะพัฒนาบทบาททางสังคม ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วยหรือการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติ,
- 2) การได้รับยกเว้นจากหน้าที่ที่เคยทำอยู่เป็นการชั่วคราว,
- 3) การมีความต้องการที่จะหายจากสภาวะที่ไม่พึงปรารถนา,
- 4) การมีหน้าที่แสวงหาการรักษาจากแพทย์และให้ความร่วมมือเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยโดยเร็วที่สุด

โดย Parsons มีความคิดว่าสถาบันทางการแพทย์ เป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ในการควบคุมทางสังคมต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนของบุคคล²⁹ โดยมีแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ตัดสินใจ กลั่นกรองและรับรองบุคคลให้เข้าสู่และออกจากบทบาทของคนไข้

ถึงแม้ว่าแนวคิดของ Parsons จะมีลักษณะเด่นหลายประการ เช่น การกล่าวถึงความเจ็บป่วยว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมเป็นครั้งแรก การให้ความหมายของบทบาทผู้ป่วยว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐาน (Norms) และกล่าวถึงการควบคุมทางสังคมโดยสถาบันทางการแพทย์ แต่ก็เป็นแนวคิดที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ในประเด็นของข้อจำกัดว่าสามารถใช้อธิบายอาการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันที่เกิดกับกลุ่มชนชั้นกลางหรือโรคที่ไม่มี “ตราทางสังคม” (Social Stigma) หรือเฉพาะโรคที่มีความรุนแรงและสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนเท่านั้น ทั้งที่ตามสภาพความเป็นจริงแล้ว พฤติกรรมของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม (Segall 1976) นอกจากนี้ ยังเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับค่านิยมของสถาบันทางการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์มากเกินไป อันเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลแบบทางเลือก เช่น การแพทย์พื้นบ้าน ที่ให้ความสำคัญกับภาคประชาชน และเป็นแนวคิดที่ไม่ตระหนักถึงการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง จึงถือว่าเป็นแนวคิดที่ลดคุณค่าของคนไข้ลง (Waitzkin and Waterman 1974)

ช่วงที่สอง: ขั้นตอนของความเจ็บป่วย (Stage of Illness)

Edward Suchman (1965)

Suchman เป็นนักสังคมวิทยาทางการแพทย์คนแรกที่น่าเสนอแนวความคิดเรื่องพฤติกรรมการรักษาพยาบาลในลักษณะที่เป็นขั้นตอน แต่อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่าแนวคิดของ Suchman เป็นการผสมผสานแนวความคิดของนักสังคมวิทยาการแพทย์ที่สำคัญ 2 คนเข้าด้วยกัน กล่าวคือ แนวคิดของ Parsons เรื่อง รูปแบบในอุดมคติ (Ideal Type Model) ของพฤติกรรมการรักษาเยียวว่ามีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ป่วย (Sick Role) และแนวคิดของ Mechanic ที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ในอาการผิดปกติของบุคคล ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการตัดสินใจถึงรูปแบบของพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย

Suchman มีความเชื่อว่าพฤติกรรมรักษาเยียวของบุคคล วิธีการรักษาเยียว ตลอดจนแบบแผนของการแสวงหาบริการทางการแพทย์ล้วนมีลักษณะที่เป็นขั้นตอน ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้และการตัดสินใจของบุคคลต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยมักเริ่มต้นแก้ปัญหาอาการเจ็บป่วยด้วยการรักษาเยียวตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย

²⁹ พฤติกรรมเบี่ยงเบนของบุคคล ในที่นี้คืออาการวิตกกังวลและการไม่สามารถแสดงบทบาทต่างๆได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วย

หลังจากนั้นบุคคลจึงประเมินถึงประสิทธิผลของวิธีและแหล่งที่ใช้รักษา ประเมินอาการ และตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาใหม่ ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักจบลงที่การเข้ารับการรักษาจากการแพทย์ในระบบ โดย Suchman เชื่อว่า กระบวนการตัดสินใจ ดีความ แสวงหาวิธีการรักษาเยียวยาของบุคคลมีทั้งสิ้น 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการรับรู้ถึงอาการผิดปกติ (Symptom Experience) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการแก้ไข ปัญหาอาการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การประเมินถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น การปฏิเสธ (Denial) การชลอการตัดสินใจ และการรักษาตนเอง
2. ขั้นการยอมรับบทบาทของผู้ป่วย (Assumption of the Sick Role) เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและบุคคลอื่น การไปพบแพทย์ การซื้อยากินเอง การรักษาที่หมอพื้นบ้านและหมอไสยศาสตร์ต่างๆ
3. ขั้นการรับการรักษาเยียวยา (Medical Care Contact) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยยุติกระบวนการรักษาโดยบุคคลธรรมดาและเข้าสู่ระบบการรักษาของแพทย์ เพื่อแสวงหาคำรับรองจากผู้เชี่ยวชาญว่าตนสามารถแสดงบทบาทของผู้ป่วยได้อย่างชอบธรรม เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นจากความรู้ที่ผู้ป่วยมีเกี่ยวกับแหล่งบริการทางการแพทย์ การเข้าถึงสถานบริการ และอิทธิพลของบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย เป็นขั้นตอนที่ประกอบด้วย การแสวงหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การให้นิยามอาการเจ็บป่วย สาเหตุ ขั้นตอน และผลลัพธ์ของโรค
4. ขั้นการแสดงบทบาทผู้ป่วย (Dependent – patient Role Stage)
5. ขั้นการหายจากโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and Rehabilitation) เป็นขั้นที่บุคคลเกิดความพึงพอใจในการกลับเข้าสู่ภาวะปกติอีกครั้งหนึ่ง หรือในรายที่บุคคลกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ ก็หมายความว่าช่วงเวลา que บุคคลได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

โดยสรุป Suchman เชื่อว่า แนวคิดเชิงทฤษฎีที่กล่าวถึงพฤติกรรมการรักษาพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนนี้ ไม่สามารถใช้อธิบายความเจ็บป่วยได้ทุกประเภท และบุคคลที่เจ็บป่วยอาจมีพฤติกรรมไม่เรียงลำดับตามขั้นตอนทั้งห้าก็ได้ เพราะการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแต่เพียงประการเดียว แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆอีกหลายประการได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองป่วย, 2) การตีความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น, 3) อิทธิพลของครอบครัว, 4) ทรัพยากรหรือทางเลือกที่มีอยู่ในสังคม, 5) การประเมินความเป็นไปได้ในโอกาสที่จะกลับคืนสู่ภาวะปกติ, และ 6) ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมอื่นๆด้วย

ถึงแม้ว่าแนวคิดของ Suchman จะมีข้อเด่นอยู่หลายประการ แต่ก็ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าขาดการอธิบายในเชิงวิเคราะห์ (Descriptive Explanation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลไกที่เป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนต่างๆของพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย

David Mechanic (1968)

Mechanic เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์ที่สำคัญอีกคนหนึ่ง ซึ่งเสนอแนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การรักษาเยียวยาของบุคคลยามเจ็บป่วย ถึงแม้ว่าแนวคิดของ Mechanic จะได้รับอิทธิพลอย่างมากจาก Parsons โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเชื่อมโยงอาการเจ็บป่วยเข้ากับแนวความคิดเกี่ยวกับบทบาททางสังคมของผู้ป่วย แต่ Mechanic เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมในระบบสาธารณสุข ซึ่งนับเป็นแนวความคิดที่มีอิทธิพลต่อนักสังคมวิทยาการแพทย์ในยุคต่อมา

Mechanic ได้นิยามความหมายของพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยไว้ว่าหมายความว่าความถึงปฏิกริยาของบุคคลที่ตอบสนองภาวะวิกฤตซึ่งในที่นี้ได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งปฏิกริยาดังกล่าว Mechanic เชื่อว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติของมนุษย์ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การต่อสู้ การปฏิเสธอาการผิดปกติ การกำหนดนิยามของสภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนาใหม่ หรือการค้นหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม เป็นต้น โดยพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วยล้วนเกิดจากกระบวนการตัดสินใจในระดับบุคคลที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพสังคมวัฒนธรรมรอบข้างเพื่อวัตถุประสงค์สำคัญคือการเอาชีวิตรอด ในทัศนะของ Mechanic มนุษย์ได้ปรับตัวและเรียนรู้กระบวนการต่างๆเพื่อต่อสู้กับอาการเจ็บป่วยผ่านการขัดเกลาทางสังคม (Socialisation) ดังนั้น การเจ็บป่วยในทัศนะของ Mechanic จึงมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับกระบวนการทางสังคมที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือ (Help Seeking Behavior) เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้เพียงลำพัง

Mechanic (1968) เสนอว่า ปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลประกอบด้วย

1. การมองเห็นได้ (Visibility) การตระหนักได้ (Recognisibility) และการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
2. การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติอันอาจเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต
3. ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว
4. ความถี่และการคงอยู่ของอาการผิดปกติอื่นๆ

5. จี๊ดความสามารถของบุคคลที่จะอดทนต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Tolerance Threshold)
 6. ข้อมูล ประสบการณ์ ความรู้ของบุคคล การศึกษา ความเชื่อ และลักษณะพื้นฐานทางวัฒนธรรม
 7. การปฏิเสธการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น เนื่องจากอาการเจ็บป่วยนั้นๆ อาจก่อให้เกิดการถูกตีตรา (Stigma) การรู้สึกด้อยค่าในตนเอง (Humiliation) ความเหินห่างทางสังคม (Social Distance) ความแตกต่างของสถานภาพทางสังคมวัฒนธรรม และความรังเกียจจากสังคม เช่น โรคเอดส์ โรคเรื้อน เป็นต้น
 8. ระดับความสนใจ หรือการให้ความสำคัญกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของบุคคล
 9. การตีความ และการให้นิยามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
 10. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Accessibility) เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะทาง ระยะเวลา ความสะดวก
- ถึงแม้ว่าแนวความคิดหลายประการของ Mechanic จะมีประโยชน์ต่อวงการสังคมวิทยาการแพทย์อย่างกว้างขวาง เช่น การให้คำนิยามที่ชัดเจนในเรื่องความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย และการกล่าวถึงปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการรักษาเยียวยาของบุคคล แต่ก็พบว่าแนวคิดของ Mechanic ในระยะแรกยังมีจุดด้อยที่ทำให้ถูกวิพากษ์วิจารณ์หลายประการ ได้แก่
- การไม่สามารถอธิบายถึงความแตกต่างในสาเหตุที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกแหล่งและวิธีการรักษาแตกต่างกัน
 - การให้ความสำคัญเฉพาะการวิเคราะห์ในระดับจุลภาคหรือในระดับบุคคล แต่ละเลยไม่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ระบบสังคมและสถาบันสาธารณสุขในระดับมหภาค ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการใช้บริการสาธารณสุขของบุคคล (Waitzken and Waterman 1974)
 - เป็นแนวคิดที่ไม่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการรักษาเยียวยาตนเองของบุคคลได้

Eliot Freidson (1970)

Freidson เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์ที่สำคัญอีกคนหนึ่ง ที่เสนอแนวคิดเรื่องบทบาททางสังคมและนิยามการเจ็บป่วยในบริบททางสังคมที่แตกต่างไปจาก Parsons กล่าวคือ ในขณะที่ Parsons ให้ความสำคัญกับบทบาทของแพทย์ในการให้คำรับรองถึงบทบาททางสังคมของผู้ป่วย และบทบาทของแพทย์ในการวินิจฉัยโรค Freidson กลับให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคล โดยแนวความคิดที่สำคัญของ Freidson ได้แก่ การปฏิเสธบทบาทที่เป็นแบบแผนตายตัวตามที่ Parsons ได้กล่าวไว้และเสนอว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะและประเภทของโรค ก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเช่นกัน

Freidson ได้เสนอแนวความคิดโดยการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม และจากผลการวิจัยที่ Freidson ได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของคนอเมริกันในสลัมกลางเมืองนิวยอร์ก ทำให้เขาได้พบว่ามีอัตราส่วนของชาวอเมริกันที่เจ็บป่วยถึง 2 ใน 3 ที่ไม่ได้ไปพบแพทย์แต่รักษาเยียวยาตนเองด้วยสมุนไพรหรือไปพบหมอไสยศาสตร์ จากผลการวิจัยดังกล่าวทำให้ Freidson สรุปว่า มีระบบการรักษาเยียวยาอีกประเภทหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล โดย Freidson เรียกระบบดังกล่าวว่า ระบบการส่งต่อของสามัญชน (Lay Referral System)³⁰ ซึ่งจากผลการวิจัยทำให้ Freidson ตระหนักในความสำคัญของบุคคลที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) เป็นผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่มีส่วนสำคัญในการให้คำรับรอง (Legitimize) วินิจฉัย แนะนำแหล่งหรือวิธีการรักษาเยียวยา และประเมินประสิทธิภาพของการรักษา

นอกจากนี้ Freidson ยังเป็นนักสังคมวิทยาทางการแพทย์ที่นำแนวความคิดเรื่อง สถาบันทางสังคม (Social Institution) และบทบาททางสังคม (Social Role) มาอธิบายพฤติกรรมของแพทย์ในฐานะที่เป็นสถาบันซึ่งทำหน้าที่รักษาเยียวยา และควบคุมพฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล โดย Freidson เชื่อว่า การให้ความสำคัญกับวิชาชีพแพทย์มากจนเกินไปส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงแพทย์มากขึ้นและตกอยู่ในภาวะยอมจำนน ซึ่งภาวะการณดังกล่าวนำไปสู่การผูกขาดทางบทบาทของวิชาชีพแพทย์โดยปราศจากการควบคุมจากคนส่วนใหญ่ในสังคม เกิดปัญหาสิทธิทางวิชาชีพแพทย์ในลักษณะต่างๆ ปัญหาผู้ป่วยพึ่งพิงแพทย์โดยไม่ช่วยเหลือตนเอง ปัญหาแพทย์มองผู้ป่วยเป็นเพียงวัตถุ ปัญหาการขาดคุณธรรมในการรักษาของวิชาชีพแพทย์

โดยสรุป Freidson มีแนวความคิดว่า พฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม ดังนั้น กระบวนการรักษาเยียวยาตั้งแต่ขั้นตอนของการวินิจฉัยโรค การตัดสินใจเลือกแหล่งและวิธีการรักษาเยียวยาจึงไม่ใช่เป็นเรื่องของแพทย์และสถาบันทางการแพทย์ในระบบเท่านั้น แต่ยังมีรูปแบบของการรักษาเยียวยาอื่นๆอีกที่ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของบุคคลที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ด้วย เนื่องจากเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในกระบวนการรักษาเยียวยาและกำหนดรูปแบบของการรักษาของผู้ป่วย (Freidson 1973: 173) และ Freidson มีความเชื่อว่า การให้ความสำคัญกับสถาบันทางการแพทย์และวิชาชีพแพทย์มากจนเกินไป จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการพึ่งพาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

³⁰ หมายความว่า การที่บุคคลที่แวดล้อมผู้ป่วยอยู่ ซึ่งได้แก่ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาเยียวยาของบุคคล

H. Fabrega (1973)

Fabrega เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์อีกผู้หนึ่งที่น่าสนใจแนวคิดทฤษฎีเพื่อวิเคราะห์ขั้นตอนต่างๆของพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยของบุคคล โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ความพยายามที่จะลดข้อขัดแย้งของแนวคิดทฤษฎีของ Suchman ทำให้ Fabrega มุ่งเน้นแนวคิดที่วางอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่าบุคคลย่อมมีเหตุผลในการกระทำและแสดงพฤติกรรมต่างๆ และพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยเป็นตัวอย่างหนึ่งของการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่ต้องอาศัยกระบวนการตัดสินใจที่เกิดจากการที่บุคคลสังเกตถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย ผ่านกระบวนการตีความ แปลความหมายตามประสบการณ์ ความรู้ และความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรม ที่บุคคลได้รับมาจากบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialisation Process) ก่อนที่บุคคลจะเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับไว้ในระบบความทรงจำ (Memory Stage) แล้วจึงจัดประเภทของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ประเมินแหล่งและวิธีการรักษา และแสดงพฤติกรรมการรักษาเยียวยา

Fabrega เชื่อว่าพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยของบุคคลสามารถอธิบายได้ในรูปของขั้นตอนประกอบด้วยสาระสำคัญ พอสรุปได้ดังนี้

1. ขั้นการตระหนักและติดตราอาการเจ็บป่วย (Recognition and Labelling of Illness) เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายของบุคคลกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีอยู่ (Biological and Social System) โดย Fabrega เชื่อว่า บุคคลจะตีความและแปลความหมาย (Phenomenologic System) อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามข้อมูลที่สะสมไว้ในระบบความทรงจำ (Memory System) ทั้งของตนเองและคนรอบข้างเพื่อจัดประเภทอาการเจ็บป่วยนั้นๆ ความเจ็บป่วยในความหมายนี้ จึงเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม (Subjective) ที่เกิดจากการตีความซ้ำๆของบุคคลและสังคม จนเป็นลักษณะที่มองเห็นและตรวจสอบได้จากข้อบ่งชี้และการวินิจฉัยทางการแพทย์
2. ขั้นการเกิดค่านิยมด้านลบต่ออาการเจ็บป่วย (Illness Disvalues) ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะประเมินตนเองเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการเจ็บป่วย โดยใช้ข้อมูลจากค่านิยมและระบบคุณค่าที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นค่านิยมในด้านลบ เช่น อาการเจ็บปวด การถูกรังเกียจ หรือ การไม่สามารถแสดงหน้าที่ตามบทบาทที่ถูกคาดหวังจากสังคมได้
3. ขั้นการวางแผนการรักษาเยียวยา (Treatment Plan) เป็นขั้นที่ผู้ป่วยทำการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการที่ใช้รักษา โดยเปรียบเทียบกับความรุนแรงของโรค ชนิดของโรค และสถานะความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่
4. ขั้นการประเมินผลการรักษา (Assessment of Treatment Plan) โดยผู้ป่วยอาศัยประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่ตนเองได้รับจากการเรียนรู้ในอดีตผ่านระบบความทรงจำ (Memory System) ในอดีต

5. ขั้นประเมินประโยชน์ของวิธีการรักษา (Treatment Benefits) ที่บุคคลเลือกใช้ ว่าวิธีการนั้นๆ สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการผิดปกติดังกล่าวได้หรือไม่อย่างไร
6. ขั้นการประเมินค่าใช้จ่ายของวิธีการที่ใช้รักษา (Treatment Cost)
7. ขั้นการประเมินผลประโยชน์สุทธิ (Net Benefit or Utility) ที่ได้รับ
8. ขั้นการเลือกแผนการรักษา (Selection of Treatment Plan) โดยทั่วไปบุคคลจะตัดสินใจเลือกใช้แผนการรักษาใด ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่สำคัญ 3 ประการคือ ประสิทธิภาพของการรักษา, ค่าใช้จ่ายที่ใช้, และ ประโยชน์สุทธิที่ตนจะได้รับ ซึ่งผลที่บุคคลได้รับในขั้นตอนนี้ จะถูกเก็บไว้ในระบบความทรงจำเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นอีก
9. ขั้นการเริ่มต้นใหม่ (Set up of Recycling) เป็นขั้นที่บุคคลมีพฤติกรรมในขั้นที่หนึ่งซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

ถึงแม้ว่าแนวความคิดของ Fabrega จะมีจุดเด่นคือการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมของบุคคลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และเป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมการรักษาตนเองในลักษณะที่เป็นกระบวนการ โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย คือการเลือกแผนการรักษาและขั้นการเริ่มต้นใหม่ แต่อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของแนวคิดนี้ได้แก่ การที่ Fabrega ให้ความสำคัญน้อยมากต่อบทบาทของครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน (Igun 1979: 445 – 452)

U.A. Igun (1979)

Igun เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์คนแรก ที่ได้เสนอแนวความคิดเชิงทฤษฎีหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นมาจากการศึกษาเชิงอุปนัย (Inductive method) หรือจากการศึกษาวิจัย โดยใช้วิธีการสังเกตเพื่อศึกษาและรวบรวมข้อมูลเพื่อการอธิบายพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัย (Stage in Health Seeking: a Descriptive Model) ของบุคคล ความพยายามของ Igun ที่จะแก้ไขจุดอ่อนของนักสังคมวิทยาการแพทย์ในยุคแรก โดยการเสนอแนวความคิดเรื่อง พฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลในลักษณะที่เป็นขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนทั้งสิ้น 11 ขั้น แต่ละขั้นอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กันหรือใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันไป

Igun มีแนวความคิดว่าแบบจำลองของนักสังคมวิทยาการแพทย์ในอดีตมีข้อจำกัดในหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น แนวคิดของ Parsons ที่เน้นบทบาททางสังคมของผู้ป่วยแต่กลับละเลยผลกระทบจากปัจจัยสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อการเจ็บป่วย Igun ได้แย้งว่าแบบจำลองของ Suchman ไม่เหมาะที่จะนำไปใช้อธิบายสังคมที่มีระบบการแพทย์มากกว่า 1 ระบบ ในขณะที่แนวคิดของ Fabrega ละเลยปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม และอิทธิพลของครอบครัวตลอดจนเครือข่ายทางสังคมที่มีบทบาทต่อการแสวงหาการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย นอกจากนี้ Igun ยังได้เสนอแนวคิดโต้แย้งเรื่องระบบการส่งต่อโดยสามัญชน (Lay Referral System) ของ Freidson ว่าไม่ได้ให้ความสำคัญ

สนใจต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลสำคัญ (Significant Others) และเขาไม่เห็นด้วยกับแนวคิดของ Frankenberg ในประเด็นที่ไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุของการโยกย้ายแหล่งรักษาพยาบาลของผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด

เพื่อแก้ไขจุดด้อยของแนวคิดทฤษฎีในช่วงแรก Igun ได้เสนอแบบจำลองของกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยาของบุคคลว่าประกอบด้วยขั้นตอนการแสวงหาการรักษา 11 ขั้นตอนได้แก่

1. ขั้นตระหนักในอาการผิดปกติ (Symptom Experience)
2. ขั้นการรักษาเยียวยาตนเอง (Self-treatment) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักในอาการผิดปกติและมีความรู้ในวิธีการรักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
3. ขั้นการสอบถามบุคคลสำคัญ (Communication to Significant Others) เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่มีความรู้ถึงวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น
4. ขั้นประเมินผลอาการ (Assessment of Symptoms)
5. ขั้นแสดงความห่วงใยจากผู้เกี่ยวข้อง (Expression of Concern)
6. ขั้นการประเมินแหล่งรักษาที่เหมาะสม (Assessment of the Probable Efficacy or Appropriateness of Sources of Treatment)
7. ขั้นการเลือกแหล่งรักษา (Selection of Treatment Plan)
8. ขั้นการรักษาเยียวยา (Treatment)
9. ขั้นประเมินผลการรักษา (Assessment of the Effect of Treatment Symptoms)
10. ขั้นการกลับคืนสภาพปกติ (Recovery and Rehabilitation)

โดยสรุป แบบจำลองของ Igun เริ่มจากการที่ผู้ป่วยวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยตนเองหรือจากบุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้วย แต่การที่ในแต่ละสังคมมีระบบการแพทย์มากมายให้ผู้ป่วยเลือกใช้ การพิจารณาแหล่งและวิธีการรักษาจึงต้องอาศัยประสบการณ์ทั้งของผู้ป่วยเองและของบุคคลสำคัญอื่นๆที่ผู้ป่วยรู้จัก เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็น ซึ่งการรักษาเยียวยาตนเองจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด และบุคคลจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงแหล่งและวิธีการรักษาหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับผลการประเมินอาการเจ็บป่วยของบุคคล

N.I. Chrisman (1977)

Chrisman เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์อีกผู้หนึ่งที่ได้รับอิทธิพลทางแนวคิดในเรื่องขั้นตอนพฤติกรรมการรักษาเยียวยาจาก Suchman โดย Chrisman ได้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระบบสามัญชน และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก Chrisman ได้เสนอแบบจำลองเรื่องกระบวนการแสวงหาการรักษาเยียวยา (Health - seeking Process) ที่ให้ความสำคัญกับบุคคลและอิทธิพลของระบบบริการสาธารณสุขที่มีต่อพฤติกรรม

เจ็บป่วยของบุคคลว่าประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน และในแต่ละขั้นตอนบุคคลสามารถมีพฤติกรรมการกลับคืนซ้ำ (Recycling) ได้ทั้งกระบวนการ ประกอบด้วย

1. ขั้นการให้คำจำกัดความกับอาการผิดปกติ (Symptom Definition) นับเป็นขั้นตอนแรกที่บุคคลและบุคคลสำคัญตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ก่อนที่ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคจะเข้ามามีอิทธิพลต่อระบบคิดและการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมรักษาเยียวยาของบุคคล ซึ่งโดยทั่วไปพบว่า บุคคลจะจัดประเภทของการเจ็บป่วย (Illness Category) ตามระบบวัฒนธรรมที่สะสมไว้และถ่ายทอดต่อกันมาในสังคมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่ โดยมีกระบวนการจัดเกลาทางสังคม (Socialization Process) เป็นกลไกสำคัญในการสืบทอด
2. ขั้นการประเมินสาเหตุของโรค (Disease Etiology) ตามความหมายทางวัฒนธรรม (Cultural Meaning) Chrisman เสนอว่าความเชื่อในสาเหตุของการเกิดโรคของบุคคลจะแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเรื่องการเกิดโรคที่วางอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีความสมดุลของร่างกาย (Humoral Pathology) ของการแพทย์แผนไทย, ความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ผี ทำให้บุคคลเจ็บป่วยของชาวไทยภูเขา, ความเชื่อบนพื้นฐานทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) ของตะวันตก, และความเชื่อบนพื้นฐานของวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น เป็นต้น
3. ขั้นการปรึกษาสามัญชน (Lay Consultation) หรือ เครือข่ายทางสังคม (Social Network) ของผู้ป่วยผ่านระบบการส่งต่อแบบสามัญชน (Lay Referral System)
4. ขั้นมีพฤติกรรมรักษาเยียวยา (Treatment Action) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนย่อยคือ ขั้นการเลือกแหล่งรักษาเยียวยา และขั้นการเลือกชนิดของการรักษาเยียวยา โดยทั่วไปขึ้นอยู่กับ การประเมินของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม ความต้องการ ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และการรับรู้ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่
5. ขั้นประเมินผลการรักษาเยียวยา (Adherence and Evaluation) Chrisman เชื่อว่าบุคคลจะมีการประเมินผลการรักษาเยียวยาอยู่ตลอดเวลา โดยเกณฑ์ที่บุคคลใช้ในการประเมินผลวิธีการรักษา ได้แก่ การหายหรือการทุเลาจากความเจ็บป่วยตามคำจำกัดความทางวัฒนธรรม ส่วนเกณฑ์การประเมินแหล่งรักษาเยียวยาจะพิจารณาจากความผูกพันและความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษามีต่อกัน

Angelo A. Alonzo (1979)

Alonzo เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ตามแนวคิดของ Alonzo วิธีการศึกษาเชิงนิรนัย (Inductive Method) โดยใช้ทฤษฎีพื้นดิน (Grounded Theory) นับว่าเป็นระเบียบวิธีการศึกษาที่เหมาะสม พฤติกรรมเจ็บป่วยของบุคคลในชีวิตประจำวัน หมายความว่า ความต่อเนื่องของ

สภาวะความเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย ดังนั้น ความเจ็บป่วยจึงเริ่มตั้งแต่ การที่บุคคลตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ไปจนถึงการมีพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ความเจ็บป่วยตามนัยนี้จึงเป็นกระบวนการเลือกสรร ตีความ และประเมินผลภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา และชีววิทยา ที่บุคคลมีวิถีการดำเนินชีวิตอยู่ ซึ่ง Alonzo เชื่อว่าการเจ็บป่วยแต่ละครั้งอาจไม่ได้นำไปสู่การแสวงหาการรักษาเยียวยาจากแพทย์เสมอไป หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า อาการเจ็บป่วยแต่ละครั้งอาจไม่ได้สิ้นสุดลงที่มือแพทย์หรือการแสดงพฤติกรรมการรักษาเยียวยา เพราะผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการรักษาเยียวยาตนเองในลักษณะต่างๆ เช่น การอดทน หรือการเพิกเฉยต่ออาการเจ็บป่วย เป็นต้น ตัวอย่างเช่น การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับนิสิตที่กำลังจะเข้าห้องสอบทหารที่กำลังจะออกรบ หรือผู้บริหารที่กำลังจะเข้าร่วมประชุมในกิจการที่สำคัญ อาจถูกเก็บกดอดกลั้นเอาไว้หากผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอาการป่วยที่ไม่รุนแรงนัก และสามารถอดทนไว้ก่อน (Containment) เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะละทิ้งบทบาทที่ต้องแสดงในอีกสถานการณ์หนึ่งที่บุคคลตีความว่ามีความสำคัญมากกว่า

อนึ่ง การอดทนต่อความเจ็บป่วยมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสภาพการณ์ทางสาธารณสุข เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากโรคบางชนิดสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็งปอด (Neoplastic) ต่างๆ ในขณะเดียวกันก็อาจช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรักษาเยียวยาและพึ่งตนเองมากขึ้น

Kleinman (1980)

แนวความคิดเรื่องพฤติกรรมรักษาเยียวยาที่สำคัญของ Kleinman คือ แนวคิดเรื่องระบบบริการสาธารณสุขในฐานะระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชน หรือแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและสังคมตามความหมายทางวัฒนธรรมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่ โดย Kleinman มองว่า ระบบบริการสาธารณสุขแท้ที่จริงแล้วก็คือระบบที่สังคมสร้างขึ้นเพื่อจัดระเบียบด้านสุขภาพอนามัยเมื่อบุคคลเจ็บป่วยและมีความผิดปกติเกิดขึ้น Kleinman เชื่อว่าบุคคลจะตีความและให้นิยามอาการเจ็บป่วยที่เขาเผชิญโดยใช้สัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมตามมิติทางสังคมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่ โดย Kleinman เสนอว่าวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดที่นักสังคมวิทยาการแพทย์สามารถเลือกใช้ในการศึกษาพฤติกรรมรักษาเยียวยาตามระบบวัฒนธรรมของชุมชน (Medical Ethnography) ได้แก่ วิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยา (Ethnography Approach) ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีที่ช่วยทำให้ผู้ศึกษาหรือนักวิจัยเกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วยตามบริบทของสังคมวัฒนธรรมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่

Kleinman ได้จำแนกความแตกต่างระหว่างคำว่า “โรคภัยไข้เจ็บ” และ “การเจ็บป่วย” ว่ามีความแตกต่างกัน กล่าวคือ “โรคภัยไข้เจ็บ” ตามความหมายของชีวการแพทย์ (Biomedical Model) หมายความว่า ความผิดปกติทางชีววิทยา ที่ต้องการการรักษาพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่ซับซ้อนจากแหล่งการรักษาที่เป็นระบบมีระเบียบแบบแผนที่เป็นทาง

การ ส่วน “การเจ็บป่วย” ตามความหมายของระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Ethnomedical Model) หมายความว่า ปัญหาความผิดปกติที่บุคคลและเครือข่ายทางสังคม (Social Network) มีประสบการณ์ร่วมกัน ตั้งแต่ขั้นตอนของการตีความ การประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ตัดสินใจ และเลือกวิธีการรักษาที่เชื่อว่ามีประสิทธิภาพสูงที่สุดร่วมกัน นอกจากนี้ การเจ็บป่วยตามความหมายของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ยังหมายความว่า การที่บุคคลและเครือข่ายทางสังคมร่วมกันรับรู้ถึงอาการผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนออกจากบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดไว้ และมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยนั้นๆตามความคาดหวังของสังคม เช่น สังคมไทยมีวัฒนธรรมการเก็บกดและไม่แสดงออกซึ่งความรู้สึก ดังนั้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยคนไทยจึงมีแนวโน้มที่จะอดทนต่อความเจ็บป่วยได้สูง และมีพฤติกรรมการรักษาเยียวยาตนเองนานกว่าชาวยิวและชาวอิตาเลียนที่มีความอดทนต่ำเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

Kleinman เชื่อว่าระบบบริการสาธารณสุขในแต่ละสังคมประกอบด้วย 3 ระบบย่อยได้แก่ 1) ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) ซึ่งเป็นระบบที่ใหญ่และมีบทบาทต่อผู้ป่วยและสังคมมากที่สุด ประกอบด้วยบุคคลและเครือข่ายทางสังคม 4 ระดับคือ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่, 2) ระบบการแพทย์แบบวิชาชีพหรือระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional Health Sector/ Western Health Sector) หมายถึง การรักษาพยาบาลซึ่งอยู่ในรูปของวิชาชีพ มีการจัดตั้งองค์กรที่เป็นทางการ ใช้อำนาจทางการแพทย์ชั้นสูงและมีเวชปฏิบัติตามแบบการแพทย์ตะวันตก และ 3) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Care) ซึ่งหมายความว่า ระบบการแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในรูปแบบของวิชาชีพ ไม่มีการจัดตั้งองค์กร และบางครั้งรัฐอาจมองว่าเป็นกิจกรรมสุขภาพที่ผิดกฎหมายหรือมีผู้ประกอบการรักษาที่เป็น “หมอเถื่อน”

โดย Kleinman เชื่อว่าพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในทัศนะของการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 93 เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาเยียวยาตนเอง (Self – care) ที่เกิดขึ้นในระบบการแพทย์ของสามัญชนหรือเกิดขึ้นในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมที่ผู้ป่วยมีการปฏิสัมพันธ์ด้วยมากกว่าระบบการแพทย์ของรัฐ โดยภูมิปัญญาด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นในระบบการแพทย์สามัญชนเป็นองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการคิดค้น ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และแลกเปลี่ยนความรู้กับระบบการแพทย์ตะวันตกและระบบการแพทย์พื้นบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ส่งผลให้ผลผลิตของภูมิปัญญาด้านการแพทย์ในระบบสามัญชนจึงมีลักษณะที่หลากหลายและเป็นองค์รวม

ช่วงที่สาม: วิเคราะห์โครงสร้างของสถาบันการแพทย์ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม

James C. Young (1981)

Young เป็นนักสังคมวิทยาการแพทย์อีกผู้หนึ่งที่ได้เสนอแบบจำลองเพื่ออธิบายพฤติกรรมกรรมการเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขในสังคมที่มีระบบการแพทย์แบบพหุ โดยใช้วิธีการศึกษาที่เรียกว่าการศึกษาเชิงมานุษยวิทยา (Ethnographic Approach) เพื่ออธิบายหรือคาดทำนายพฤติกรรมกรรมการใช้บริการสาธารณสุข ระดับ และสาเหตุที่บุคคลมีพฤติกรรมดังกล่าว Young ให้ชื่อแบบจำลองนี้ว่า แบบจำลองการเลือกใช้บริการสาธารณสุข (The Health Care Choice Making Model) ประกอบด้วยปัจจัยซึ่งกำหนดกระบวนการตัดสินใจของบุคคล ที่สำคัญ 4 ประการเรียงตามลำดับดังนี้

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย (Gravity or Perceived Seriousness of Illness)
2. ความรู้ด้านการรักษาแบบพื้นบ้าน (Knowledge of Home Remedy)
3. ความเชื่อถือในประสิทธิภาพของการรักษา (Faith or Perceived Benefit of Taking Action)
4. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)

4. องค์การ กฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้าน

มีกฎหมาย นโยบาย และองค์การทั้งของรัฐและเอกชนเป็นจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการ การสืบทอด และการคงอยู่ของระบบการแพทย์พื้นบ้าน จากปรากฏการณ์ทางการเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของวิสัยทัศน์ แนวความคิด และนโยบายของชนชั้นนำในแต่ละยุคสมัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางการแพทย์พื้นบ้าน

4.1 องค์การ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีองค์กรทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนเป็นจำนวนมากมีนโยบายและกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนโบราณ ที่สำคัญได้แก่

- กองควบคุมการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ดูแลการสอบขึ้นทะเบียน ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ และการอนุญาตให้เปิดสถานพยาบาล
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา มีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับโรงงานผลิตยา และร้านขายยาแผนโบราณ
- กระทรวงศึกษาธิการ ทำหน้าที่ดูแลและรับรองหลักสูตรของโรงเรียนที่เปิดสอนวิชาการแพทย์แผนโบราณของเอกชน

- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- คณะอนุกรรมการศึกษาและวิจัยตำรับยาแผนโบราณในประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขนับเป็นหน่วยงานหลักของประเทศที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบการรักษาพยาบาล สืบเนื่องมาจากปี พ.ศ. 2520 ที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญสำคัญกับนโยบายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ 2000 ทำให้ทั่วโลกต่างให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนในชาติของตนมากยิ่งขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2521 ได้มีการประชุมนานาชาติ ณ เมืองอัลมา-อตา ประเทศรัสเซีย ว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้การรักษาแบบพื้นบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยสมุนไพรมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งผลของการประชุมดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอนโยบายต่อรัฐสภาในปี พ.ศ. 2526 ว่าด้วยวิธีการผนวกการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านเข้ากับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) รัฐได้กำหนดให้นโยบายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น โดยมีการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษาโรค และในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้บรรจุงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพร และโครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อเป็นยาไว้ในแผนงานยาและชีววัตถุ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร และการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขชุมชน ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสม รวมทั้งพัฒนาการแพทย์แผนไทย

สำหรับการรวมกลุ่มของแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนโบราณในรูปของสมาคมและชมรมนั้นพบว่า เป็นสิ่งที่พบได้โดยทั่วไปและพบมานานแล้วตั้งแต่อดีต และมีทั้งที่เป็นไปตามความสมัครใจและโดยการจัดตั้งเป็นองค์กรที่มีโครงสร้างและการบริหารจัดการที่เป็นทางการ โดยสมาคมและชมรมในลักษณะดังกล่าวพบอยู่ทั่วไปทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัดมาตั้งแต่ พ.ศ. 2475 แล้ว ตัวอย่างเช่น สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย วัดปริณายก, สมาคมเภสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย วัดสามพระยา, สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย วัดมหาธาตุ, และโรงเรียนและสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย วัดโพธิ์ เป็นต้น

แต่กลับพบว่า มีองค์กรหรือหน่วยงานของรัฐที่มีนโยบายหรือกิจกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านโดยตรงน้อยมาก ข้อมูลและความเคลื่อนไหวด้านต่างๆของการแพทย์พื้นบ้านที่พบมักอยู่ในภาคประชาชนในลักษณะที่กระจัดกระจายและไม่เป็นทางการ การรวมกลุ่มที่เกิดขึ้นมักไปเป็นตามความสนใจและความสมัครใจ โดยกลุ่มและชมรมแพทย์พื้นบ้านที่รวมตัวกันส่วนใหญ่มัก

ทำหน้าที่ถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหมอพื้นบ้านตามความสนใจและวางอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และองค์ความรู้ดังกล่าวมักผสมผสานกับความรู้ทางด้านการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์แผนไทยในลักษณะต่างๆอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังมีหมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่งให้บริการด้านการรักษา และเผยแพร่ความรู้ให้แก่ประชาชนทั่วไป

อนึ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่าการที่วิธีการถ่ายทอดความรู้ของแพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่ยังคงใช้วิธี मुखปาฐก และมีเพียงจำนวนน้อยที่มีการจดบันทึกลงในใบข่อยหรือใบลาน โดยใช้ภาษาไทย บาลี หรือภาษาล้านนาเหนือ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คำรับคำรายพื้นบ้านได้สูญหาย หรือถูกทำลายไปเป็นจำนวนมาก และคำรับคำราที่เหลืออยู่ก็กระจัดกระจายอยู่ตามวัดหรือถูกครอบครองและปล่อยปละละเลยจนอยู่ในสภาพทรุดโทรมโดยทนายที่ไม่มีความสนใจในการแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนี้การที่ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่พบในคัมภีร์ที่ยังเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์เฉพาะของหมอพื้นบ้านแต่ละราย เกี่ยวกับอาการของโรค ยาและปริมาณยาที่ใช้ และเป็นองค์ความรู้ที่ได้ถูกบอกเล่าต่อกันมาเป็นระยะเวลาานาน และบางส่วนได้ถูกเปลี่ยนแปลงปรับปรุงหรือผสมผสานกับระบบการแพทย์แผนไทยเป็นอันมาก ทำให้พบคัมภีร์ที่กล่าวถึงทฤษฎีและหลักการแพทย์พื้นบ้านไทยโดยตรงน้อยมาก งานวิจัยที่มีอยู่พบว่าเป็นการศึกษาเบื้องต้นของศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ที่รวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอเมือง) (ยังยง เทาประเสริฐ 2543) แต่ก็ยังอยู่ในระหว่างที่ต้องทำการตรวจสอบความถูกต้อง

สำหรับการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่นภาคเหนือตอนล่าง พบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยในองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านเลย นอกจากนี้ จากการสำรวจเบื้องต้นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภาคเหนือตอนล่างทั้ง 8 จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, พิจิตร, นครสวรรค์, สุโขทัย, อุตรดิตถ์, เพชรบูรณ์, ตาก, และกำแพงเพชร 2544) พบว่ามีแพทย์พื้นบ้านน้อยมาก และที่มีอยู่ส่วนใหญ่ได้มีการปรับเปลี่ยนจนกลายเป็นแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนโบราณเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ของภาคเหนือตอนล่างที่ผ่านกระบวนการแพร่กระจาย กลืนกลาย และครอบงำทางวัฒนธรรมจากราชสำนักแล้วซ้ำอีกมาตั้งแต่ในอดีต ส่งผลให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของภาคเหนือตอนล่างได้ถูกปรับเปลี่ยนตลอดมา

ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงปริมาณของหมอพื้นบ้านซึ่งมีอยู่น้อยมาก และส่วนใหญ่อยู่ในวัยชรา มีปัญหาสุขภาพอนามัย ขาดทุน มีวัฒนธรรมการถ่ายทอดความรู้ให้เฉพาะแก่ลูกหลานหรือบุคคลใกล้ชิดและบางรายยังมีลักษณะ “หวงความรู้” ตลอดจนไม่มีรูปแบบของการจดบันทึกด้านทฤษฎีทางการแพทย์พื้นบ้านและคำรับยา หรือหากมีก็จดบันทึกอยู่ในรูปของภาษาพื้นเมืองหรือภาษาโบราณที่นับวันจะหาผู้อรรถความได้ยากขึ้น ปัญหาการขาดเครือข่ายหมอพื้นบ้านจึงนับเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากถึงแม้จะพบว่ามีกรรวมกลุ่มกันในบางท้องถิ่น แต่ก็มักเป็นการรวมกลุ่ม

ของแพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนโบราณมากกว่าหมอพื้นบ้าน ดังนั้น จึงเป็นที่น่าวิตกว่า ในอนาคตภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์พื้นบ้านอาจสูญหายไปหมดได้

4.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านไทย

การศึกษาจากเอกสารทางวิชาการและสิ่งพิมพ์ต่างๆพบว่า มีกฎหมายไทยหลายฉบับที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อวิวัฒนาการตลอดจนพัฒนาการของการแพทย์พื้นบ้านไทย ตัวอย่างของกฎหมายที่สำคัญดังกล่าวได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541, พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510, พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542, และ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

4.2.1 พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

ในอดีตพบว่า บุคคลใดที่มีความประสงค์จะทำการบำบัดรักษาโรคให้แก่บุคคลอื่น ก็สามารถทำได้โดยเสรี ถึงแม้ว่าการกระทำนั้นๆจะก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้มารับการรักษา เนื่องจากผู้รักษาไม่มีความรู้จริง รัฐก็ไม่มีบทลงโทษหรือกำกับดูแล จากปัญหาดังกล่าวประกอบกับนโยบายของรัฐในเรื่องการรวมศูนย์การพัฒนาและจัดระบบการแพทย์ไทยให้มีความทันสมัยตามแบบประเทศต่าง ในโลกตะวันตก ทำให้รัฐไทยได้ตรากฎหมายคือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466 และประกาศให้มีการบังคับใช้เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2466 ด้วยเหตุผลว่า

“โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีอิทธิพลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน และในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ ปลอຍให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การประกอบแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด จึงเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป”

พระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466 จึงถือเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ใช้บังคับบุคคลที่จะประกอบกิจการรักษาโรคหรือบำบัดโรคให้กับประชาชน โดยมีบทนิยามที่กำหนดว่า “โรคศิลปะ หมายความว่า การบำบัดโรคทางยา และทางผ่าตัดรวมทั้งการผดุงครรภ์ การช่างฟัน การสัตวแพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือ การรักษาคนบาดเจ็บป่วยไข้โดยประการใดๆ” ซึ่งนิยามดังกล่าวต่อมาได้ถูกวิพากษ์วิจารณ์และถูกแก้ไขอยู่หลายครั้ง โดยมีสภากาพย์ซึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคลทำหน้าที่บริหารกิจการตามพระราชบัญญัติการแพทย์เรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. 2479 จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 และประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2480 ดังปรากฏตามหลักการและเหตุผลว่า “เป็นการสมควรที่จะบำรุงมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะให้ดียิ่งขึ้น เพื่อสวัสดิภาพของประชาชน” แต่อย่างไรก็ตามพบว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้ ยังคงหลักการของพระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ไว้ เช่น มีการควบคุมในรูปของคณะกรรมการ มีการกำหนดเงื่อนไขการประกอบโรคศิลปะ มีการกำหนดเรื่องมรรยาทแห่งวิชาชีพ มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ขอขึ้นทะเบียน กำหนดความรู้ในเรื่องวิชาชีพ ฯลฯ เป็นต้น สำหรับส่วนที่เปลี่ยนแปลงไปพบว่ามีเพียงการเพิ่มเติมในส่วนของบทบัญญัติต่างๆ เช่น แบ่งการประกอบโรคศิลปะออกเป็น 2 แผนคือ การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน และการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ได้บัญญัติความหมายของคำว่า “โรคศิลปะ” ว่าหมายความว่า “กิจการใดๆ อันกระทำโดยตรงต่อร่างกายของมนุษย์ในการบำบัดโรค ซึ่งรวมตลอดถึงการตรวจโรคและป้องกันโรคในสาขาต่างๆ” ซึ่งต่อมาได้มีการแยกสาขาเวชกรรมเฉพาะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง คือ แพทย์ ออกไปควบคุมกันเองตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 โดยสาขาเวชกรรมที่ยังเหลืออยู่ในบังคับของพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 คือ สาขาเวชกรรมแผนปัจจุบันชั้นสองและสาขาเวชกรรมแผนโบราณ ต่อมาจึงได้แยกสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ออกไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแยกสาขาเภสัชกรรมและทันตกรรมออกไปตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ได้ถูกใช้ต่อเนื่องมาจนถึงปี 2542 จึงได้มีการตรา พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ขึ้น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม 116 ตอนที่ 39 ก วันที่ 18 พฤษภาคม 2542 และมีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายตั้งแต่วันที่ 19 พฤษภาคม 2542 เป็นต้นมา จากการศึกษาทำให้ได้ทราบว่าการแก้ไขสาระของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 มาเป็น พ.ร.บ.ฯ ฉบับปัจจุบัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสาระของ พ.ร.บ. เป็นอันมากนับตั้งแต่ต้นนิยามความหมาย และโครงสร้างการบริหารจัดการ กล่าวคือ มีการปรับโครงสร้างการบริหารงานที่เกี่ยวข้องกับการประกอบโรคศิลปะใหม่ หรือมีองค์กรบริหารวิชาชีพที่มาจากการเลือกตั้งและแต่งตั้ง ทำหน้าที่ดูแลผู้ประกอบโรคศิลปะและพัฒนาวิชาชีพให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น มีการกำหนดบทยกเว้นของกฎหมายให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง มีการกำหนดเรื่องความรู้ในวิชาชีพให้มีความเหมาะสมกับแต่ละสาขาวิชา ฯลฯ

ในปัจจุบัน พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ถือเป็นกฎหมายที่มีสาระสำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านเป็นอันมาก และเป็นกฎหมายที่ใช้บังคับผู้ที่ประกอบโรคศิลปะให้อยู่ในความควบคุมและกำกับดูแลของรัฐโดยเฉพาะ กล่าวคือ มีการกำหนด

ให้แพทย์พื้นบ้านต้องขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตก่อนการประกอบโรคศิลปะ มิฉะนั้นจะมีความผิดตามกฎหมายได้

สาระที่สำคัญในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ที่เกี่ยวข้องกับ การแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

“การประกอบโรคศิลปะ” หมายความว่า การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์ แต่ไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นๆ

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแบบไทย ที่ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง³¹

“เวชกรรมไทย” หมายความว่า การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดหรือการป้องกันโรคด้วย กรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“เภสัชกรรมไทย” หมายความว่า การกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยาและการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย และการจัดจำหน่ายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ทั้งนี้ ด้วย กรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“การผดุงครรภ์ไทย” หมายความว่า การตรวจ การบำบัด และการส่งเสริมสุขภาพหญิงมี ครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแลและส่งเสริม สุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย

“การแพทย์แผนไทยประยุกต์” หมายถึง การประกอบโรคศิลปะตามการศึกษาจากสถาน ศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง และใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและบำบัดโรค ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

โดยบุคคลทั้งเพศหญิงหรือชาย ที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สามารถสอบ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณในสาขาต่างๆ ได้ โดยผู้ที่ต้องการขึ้นทะเบียนต้อง ยื่นใบมอบตัวศิษย์ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยมีแพทย์แผนโบราณที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ

³¹ จากนิยามข้างต้น จะเห็นว่า การนิยามของ พ.ร.บ. นี้ที่บัญญัติให้ความรู้หรือตำราแพทย์แผนไทยมีการพัฒนาได้ ทำให้การแพทย์ไทยวางอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงทางสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอย่างยิ่ง ขึ้น นอกจากนี้ การที่กฎหมายบัญญัติให้แพทย์แผนไทยสามารถศึกษาได้ทั้งจากตำราและสถานศึกษาที่คณะกรรมการ การประกอบโรคศิลปะรับรอง ทำให้ขอบเขตของการพัฒนาองค์ความรู้กว้างขวางมากขึ้น เพราะจนถึง ปัจจุบัน ยังไม่มีการรับรองสถานศึกษาใดเลย

แผนโบราณ สาขาเวชกรรมไม่น้อยกว่า 5 ปีลงนามรับรองเป็นศิษย์ เพื่อแสดงตัวว่าได้เข้ารับการอบรมวิชาแพทย์แผนโบราณไว้กับครู³² หลังจากนั้นอีก 3 ปี จึงจะมีสิทธิยื่นในสมัครสอบใหม่อีกครั้ง โดยผู้สมัครจะมีสิทธิ์สอบเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเมื่อได้ยื่นใบมอบตัวศิษย์แล้วในระยะเวลาตามกำหนด คือ สาขาเวชกรรม 3 ปี เกษัตริกรรมหรือผดุงครรภ์ 1 ปี โดยการสอบจะจัดให้มีขึ้นปีละครั้งในเดือนเมษายนทั้งในกรุงเทพฯและต่างจังหวัด ผู้ที่สอบผ่านคือผู้ที่สอบได้คะแนนรวมและคะแนนในหมวดกฎหมายอย่างน้อยร้อยละ 60 ขึ้นไป ซึ่งแต่ละปีพบว่ามีผู้สอบผ่านได้น้อยมาก (กระทรวงสาธารณสุข 2528)

4.2.2 พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510

จากการศึกษาพบว่าพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มีสาระสำคัญบางประการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์พื้นบ้าน โดย มาตรา 4 ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้ได้ให้ความหมายของคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไว้หลายประการ และการให้นิยามของ พ.ร.บ. นี้หลายๆคำเป็นไปโดยขาดความเข้าใจของระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน และการนิยามหลายครั้งที่ขาดความตระหนักในพลวัตรของระบบการแพทย์ในฐานะที่เป็นสถาบันทางสังคมและวัฒนธรรมที่ทำหน้าที่ด้านการรักษาเยียวยา อาทิ

“ยาแผนโบราณ” หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศหรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ

“ยาสมุนไพร” หมายความว่า ยาที่ได้จากพืชกษชาติ สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสม ปรง หรือ แปรรูป

“การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” หมายความว่า การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำราหรือการเรียนสืบต่อกันมา อันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์

ตัวอย่างสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนโบราณได้แก่

หมวด 5 การขออนุญาตและออกใบอนุญาตเกี่ยวกับยาแผนโบราณ

มาตรา 46 ห้ามมิให้ผู้ผลิต ขาย หรือนำหรือส่งเข้ามาในอาณาจักรซึ่งยาแผนโบราณวันแต่จะได้รับการอนุญาตจากผู้อนุญาต

การขออนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในกฎกระทรวง

มาตรา 47 บทบัญญัติมาตรา 46 ไม่ใช้บังคับแก่

³² คุณสมบัติของผู้เป็นครูจะต้องเป็นผู้ที่ประกอบโรคศิลปะมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และอายุไม่ต่ำกว่า 30 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเดียวกับศิษย์

- (1) การผลิตยาซึ่งผลิตโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรคสภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม
 - (2) การปรุงยาแผนโบราณตามตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศตามมาตรา 76 (1) โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ เพื่อขายเฉพาะสำหรับคนไข้ของตนหรือขายปลีก
 - (2 ทวิ)³³ การขายยาแผนโบราณโดยผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน ผู้รับอนุญาตขายส่งยาแผนปัจจุบัน และผู้รับอนุญาตขายยาปัจจุบันเฉพาะขายบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ
 - (3) การขายยาสมุนไพรที่ไม่ใช่ยาอันตราย หรือ การขายยาสามัญประจำบ้าน
 - (4) การนำยาติดตัวเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งไม่เกินจำนวนที่จำเป็นจะต้องใช้เฉพาะตัวได้สามสิบวัน และการนำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม
- มาตรา 48³⁴ ผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตให้ผลิต ขาย หรือนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งยาแผนโบราณได้ เมื่อปรากฏว่าผู้ขออนุญาต
- (1) เป็นเจ้าของกิจการและเป็นผู้มีทรัพย์สินหรือฐานะพียงจะตั้งและดำเนินกิจการได้
 - (2) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
 - (3) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
 - (4) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือสิ่งที่ยกด้วยกฎหมายให้จำคุกในความผิดที่กฎหมายบัญญัติให้ถือเอาการกระทำโดยทุจริตเป็นองค์ประกอบหรือในความผิดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท กฎหมายว่าด้วยการขายยาหรือพระราชบัญญัตินี้ เว้นแต่พ้นโทษมาแล้วไม่น้อยกว่าสองปีก่อนวันขอรับใบอนุญาต
 - (5) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
 - (6) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
 - (7) มีสถานที่ผลิต สถานที่ขายยา สถานที่นำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร หรือสถานที่เก็บยา สะอาดและถูกสุขลักษณะ

³³ เพิ่มเติมขึ้นใหม่ตามพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 มาตรา 22

³⁴ แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 มาตรา 15

(8) ใช้ชื่อในการประกอบพาณิชย์กิจไม่ซ้ำ หรือคล้ายคลึงกับชื่อที่ใช้ในการประกอบพาณิชย์กิจของผู้รับอนุญาต ซึ่งอยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาต หรือซึ่งถูกเพิกถอนใบอนุญาตยังไม่ครบหนึ่งปี

(9) มีผู้ที่ปฏิบัติตามมาตรา 68 มาตรา 69 หรือมาตรา 70

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตาม (9) ต้องอยู่ประจำ ณ สถานที่ผลิตยา สถานที่ขายยา หรือสถานที่นำหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรได้แต่เพียงแห่งเดียว

ในกรณีนิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคลซึ่งเป็นผู้ดำเนินการต้องมีคุณสมบัติตาม (2) และ (3) และไม่มีลักษณะต้องห้ามตาม (4) (5) หรือ (6)

มาตรา 69 ประเภทของใบอนุญาตสำหรับยาแผนโบราณ มีดังนี้

- (1) ใบอนุญาตผลิตยาแผนโบราณ
- (2) ใบอนุญาตขายยาแผนโบราณ
- (3) ใบอนุญาตนำ หรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร

ให้ถือว่าผู้ได้รับใบอนุญาตตาม (1) หรือ (3) เป็นผู้รับอนุญาตตาม (2) สำหรับยาที่ตนผลิต หรือนำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักรนั้นด้วย แล้วแต่กรณี

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า การทำความเข้าใจกับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพสุขภาพแบบทางเลือก (Alternative Health Care) ผู้ศึกษาวิจัยควรมองภาพของการดูแลสุขภาพเฝ้าระวังของคนในท้องถิ่นในลักษณะที่เป็นวัฒนธรรมซึ่งมีความหลากหลายตามบริบทของสังคมแต่ละแห่ง ที่มีพลวัต (Dynamics) และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ ยังไม่ควรจำกัดกรอบแนวคิดในการศึกษาอยู่กับทฤษฎีหรือบริบททางสังคมวัฒนธรรมใด เพราะระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งที่มีความหลากหลายและเป็นผลผลิตทางความคิดของท้องถิ่นที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้น ระบบการแพทย์พื้นบ้านใดที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนในท้องถิ่นได้ หรือไม่สอดคล้องกับระบบความเชื่อ บรรทัดฐาน และค่านิยมของคนในสังคมก็จะค่อยๆ สูญหายหรือเสื่อมความนิยมไป ในขณะที่ระบบการแพทย์พื้นบ้านใดที่มีการปรับเปลี่ยนจนคนในสังคมนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าก็จะได้รับการสืบทอดต่อกันมา

งานศึกษาด้านการแพทย์พื้นบ้านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (ลือชัย ศรีเงินยวงและรุจินา ธรรมสิทธิ์ 2534: 54; สุรเกียรติ์ อาชานุกาภ 2530; มะลิ ลีวนานนท์ชัยและกาญจนา ตั้งชลทิพย์ 2534) ต่างพบสอดคล้องต้องกันว่าในสภาพของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา โลกทัศน์ เทคโนโลยี วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลต่างได้รับผลกระทบจากการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่ความทันสมัย (Modernisation Development Approach) ซึ่งกระบวนการพัฒนาในลักษณะดังกล่าวส่งผลให้

คนในท้องถิ่นเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อ ในขณะที่พวกหมอพื้นบ้านในฐานะสมาชิกในสถาบันหนึ่งของสังคมซึ่งทำหน้าที่ดูแลและรักษาเยียวยา ก็ต้องปรับตัวในเรื่องกระบวนการตลอดจนวิธีการรักษาเยียวยาเพื่อให้สามารถคงอยู่ได้ งานวิจัยหลายฉบับ (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ 2530; มะลิ ลีวนานนท์ชัยและกาญจนา ตั้งชลทิพย์ 2534) ยืนยันถึงการผสมผสานความรู้จากการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ากับการแพทย์พื้นบ้าน เช่น หมอกระดูกในบางท้องถิ่นมีการรักษาโดยใช้เฝือกไม้และน้ำมันร่วมกับการดัดกระดูกที่ผู้ป่วยได้มาจากโรงพยาบาลของรัฐ นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาแก้ปวด ปรอท วัคซีน วัคซีนความดัน และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อหมอพิจารณาเห็นว่าเกินกำลังที่จะรักษาเยียวยาได้ ซึ่งนับว่าสอดคล้องกับความต้องการและระบบความเชื่อของคนในท้องถิ่นในปัจจุบันที่มีความเชื่อในเรื่องวิธีการรักษาที่ดีที่สุดที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยหายไปในไม่ช้าจะเป็นระบบการแพทย์แบบใด ดังเช่นการศึกษาของ สุกเสรษฐ์ น้อยศรี (2531) ที่ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขตพัฒนาสมุนไพร อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชาชนส่วนมากมักใช้ยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันร่วมกัน

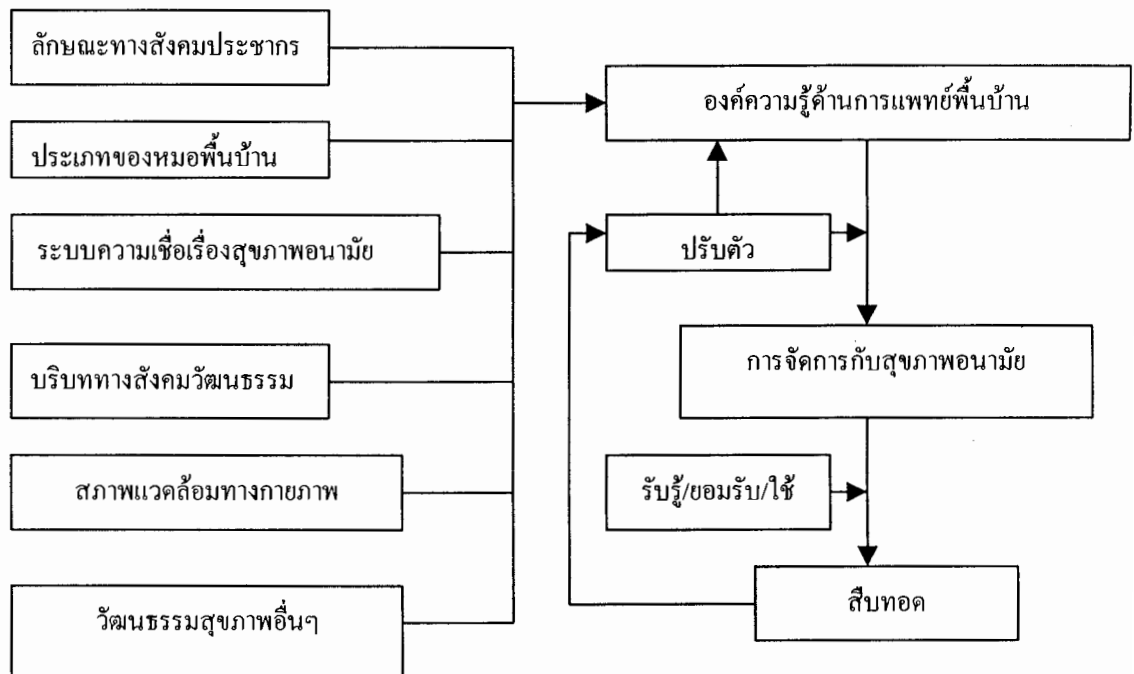
Popeoe (1986) และ Barnes (1986) พบว่า กลุ่มและความสัมพันธ์ในกลุ่มที่บุคคลมีต่อกันหรือที่บางครั้งเรียกว่าเครือข่ายทางสังคม (Social Network) สามารถอธิบายหรือช่วยในการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมของบุคคลได้ เพราะเครือข่ายทางสังคมเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากวางอยู่บนพื้นฐานหรือหลักเกณฑ์เดียวกัน

งานวิจัยเป็นจำนวนมากพบว่า (สัญญา สัญญาวิวัฒน์ 2529, ลือชัย ศรีเงินขวงและรุจินาด อรรถสิทธิ์ 2534, Parson 1979, Worchel and Goethel 1989) การปรับตัวของหมอพื้นบ้านและการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านเป็นกลไกทางสังคมที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในท้องถิ่น โดยในส่วนของหมอพื้นบ้านจะมีการปรับทั้งรูปแบบของระบบและบทบาท ตลอดจนการดำรงรักษาแบบแผนที่แฝงอยู่ (Latent Pattern Maintenance) ให้สอดคล้องกับความต้องการของคนในสังคม เพื่อมุ่งสู่ความสมดุลย์ทั้งของระบบการรักษาเยียวยาและความสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับผู้ป่วย

นอกจากปัจจัยทางสังคมแล้ว ปัจจัยในระดับบุคคลก็มีความสำคัญ โดยพบหลักฐานทางวิชาการเป็นจำนวนมากที่ยืนยันว่ามนุษย์มีธรรมชาติของการเลือกปฏิบัติหรือเลือกตัดสินใจในทางที่จะสร้างความพึงพอใจสูงสุดแก่ตนเพื่อตอบสนองความต้องการในเชิงคุณภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้มนุษย์ในทุกสังคมมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันประการหนึ่งคือ การเลือกแสดงพฤติกรรมตามความชอบของตนที่ตนเห็นว่าเหมาะสมที่สุด (Scheider 1974, Macdonald and Pettit 1981, Elster 1986; Hechter 1983) จากการศึกษาถึงเหตุผลในการเลือกของบุคคล (Elster 1986) พบว่า ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำ ความต้องการ ระบบความเชื่อ ความรู้ที่เขาสร้างขึ้น และความปรารถนาของบุคคลแต่ละคน

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Research Conceptual Framework)

การวิจัยเรื่องการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ในเขตภาคเหนือตอนล่าง เป็นงานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อสืบค้นองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน กระบวนการใช้และการสืบทอดองค์ความรู้และแหล่งข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้าน ตลอดจนจัดทำทำเนียบหมอพื้นบ้านในเขต 8 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง อันประกอบด้วย พิจิตร พิษณุโลก นครสวรรค์ กำแพงเพชร อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ สุโขทัย และตาก โดยการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดดังนี้



เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ. (2521) โครงการเผยแพร่เอกลักษณ์ไทย. หมอไทย ยาไทย.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

ขุนทิเทศสุขกิจ. อายุรเวทศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พร้อมจักรการพิมพ์, 2516.

จรัส เกร้นพงษ์. (บรรณาธิการ) (2521) ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์.

กรุงเทพฯ: หน่วยพิมพ์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

ชูศรี สุขปลั่ง. พัฒนาการของการผดุงครรภ์ไทย. เอกสารประกอบรายงานการ

สัมมนา การแพทย์แผนโบราณเรื่อง “การพัฒนาการแพทย์แผนไทย”. ที่โรงแรม

เวียงใต้ กรุงเทพฯ, 23 – 24 ธันวาคม 2529. เอกสารบทความหมายเลข 6.

วงศ์สถิตย์ นั้วกุล, พร้อมจิต ศรีลัมพ์, และ สมภพ ประธานธรรักษ์. (2543) สารานุกรม

สมุนไพร เล่ม 2 สยามโภชนาชยพฤกษ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งเอนด์

พับลิชชิง จำกัด (มหาชน).

เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (2542) การแพทย์แผนไทย สายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2542) เครือข่ายชุมชนวิชาการราชภัฏด้านภูมิปัญญา

ท้องถิ่น. เชียงราย: ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน

สถาบันราชภัฏเชียงราย.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2543) ทฤษฎีการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (หมอมือ)

เชียงราย: ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน. สถาบันราชภัฏเชียงราย.

ยุวดี ดปนิยากร. (2522) วิวัฒนาการของการแพทย์ไทย ตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด

รัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว. วิทยานิพนธ์ปริญญามหา

บัณฑิต แผนกวิชาประวัติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลาตูแบร์. (2510) จดหมายเหตุลาตูแบร์ เล่ม 1. แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร.

พระนคร: สำนักพิมพ์ก้าวหน้า.

สมทรง ณ นคร, นฤมล สีนุพรรณ, อมรรัตน์ รัตนศิริ. รายงานการวิจัยเรื่อง “สาเหตุที่

ทำให้การแพทย์แผนโบราณเสื่อมความนิยม”. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย

ขอนแก่น. 2529.

เสาวภา พรศิริพงษ์, พรทิพย์ อุตสุภรัตน์, และเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ. (2539) การศึกษา
ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านไทย พ่อใหญ่จารย์เคน ลาวงศ์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
บริษัท สหธรรมิก จำกัด.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2542) ชุมนิทรรศการการแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ,
องค์การทหารผ่านศึก.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิชณุโลก, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุโขทัย, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุตรดิตถ์, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพชรบูรณ์, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตาก, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิจิตร, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำแพงเพชร, (2544) รายงานการสำรวจแพทย์พื้นบ้าน.
เอกสารอัดสำเนา.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานการประกอบโรคศิลปะ
และสถานพยาบาล. ตุลาคม 2528.

ตำราพระโอสถพระนารายณ์. พระนคร: โสภณพิพรรฒนากร, 2460.

ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2. พระนคร: โสภณพิพรรฒนากร, 2461.

ตำราพระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์. พระนคร: โรงพิมพ์ไทย. 2459.

ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์. กรุงเทพฯ: ดวงดีการพิมพ์, 2528.

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. เรื่องระบุดำรายา (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2518
ตามความในพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2510. (16 ตุลาคม 2518).
- ราตรี วานิชลักษณ์. ประวัติการแพทย์แผนโบราณในประเทศไทย. วารสาร
สังคมศาสตร์การแพทย์, ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (มกราคม – มีนาคม 2521).
- รุจิณาด อรรถสิทธิ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง “คุณสมบัติและพฤติกรรมของ
หมอฟันบ้านในชุมชน”. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
กระทรวงสาธารณสุข, 2528.
- อรรถัย รวยอาจิณ, กาญจนา แก้วเทพ. รายงานการวิจัยเรื่อง “บทบาทของแพทย์
แผนโบราณในการพัฒนาการสาธารณสุขไทย”. คณะสังคมศาสตร์
และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- อวย เกตุสิงห์. (2524) สมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน. เอกสารประกอบการ
สัมมนา เรื่อง “สมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน” ที่คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 11 กุมภาพันธ์ 2524.
- อวย เกตุสิงห์. การแพทย์ไทยกับการแพทย์แบบตะวันตก. วารสารสังคมศาสตร์
การแพทย์, ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (มกราคม – มีนาคม 2521).
- องค์การคำครุสภา. (2514) กฎหมายตราสามดวง เล่ม 1. พระนคร: ครุสภา.
- Alonzo, A.A. (1979) Everyday Illness Behavior: A Situational Approach
To Health Status Deviations. Social Science & Medicine Vol. 13A,
Pergamon Press Printed in Great Britain, 397 – 404.
- Benja Yoddumnern. The Role of Thai Traditional Doctors. Institute for
Population and Social Research, Mahidol University. Sept. 1974.
- Chrisman J.N. (1983) Popular Health Care, Social Network, and Cultural
Meanings: The Orientation of Medical Anthropology. In David Mechanic,
Ed., Handbook of Medical Profession, The Free Press, New York, 569 – 590.

- Fabrega H. (1973) Toward a Model of Illness Behavior. Medical Care. Vol.VI
No.6 Nov – Dec.: 470 – 484.
- Foster, G.M. (1977) Medical Anthropology and International Health Planning.
Social Science & Medicine Vol.11: 527 – 534.
- Freidson E. (1970) Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied
Knowledge. Dood, Mead & Compzny, New York.
- Kleinman, A. (1980), Patients and Healers in the Context of Culture.
Berkeley, Calif: University of California Press.
- Igun, U.A. (1979) Stages in Health – seeking: A Descriptive Model. Social
Science & Medicine Vol.13A: 445 – 452.
- Mechanic D. (1968) Medical Sociology. The Free Press, New York.
- Parsons, T. (1951) Stages of Illness and Medical Care. Journal of Health and
Human Behavior 6: 114 – 28.
- Suchman, E. (1965) Stahes of illness and Medical Care. Journal of Health and Human
Behavior 6: 114 – 28.

Waitzkin, H. and Waterman B. (1974) *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*.

Bobbs Merrill, Indianapolis.

WHO. *Traditional Medicine and Health Care Coverage*. Geneva, 1983.

Young, J.C. (1981) Non – use of Physicians: Methodological Approaches, Policy

Implications, and the Utility of Decision Models. Social Science & Medicine Vol.15B: 499 – 507.

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีระบบแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่สำคัญดังนี้

- การวิจัยจากเอกสาร (Documentary Research) เพื่อวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเบื้องต้น (Content Analysis) ที่หน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนได้สำรวจจำนวน ประเภท และลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง
- การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อ สํารวจแหล่งข้อมูลพื้นฐานด้านการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน ผู้ดูแลและตำรายาที่ใช้ในเขตภาคเหนือตอนล่าง
- การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสืบค้นและจัดระบบองค์ความรู้เรื่องสมุนไพรที่นิยมใช้ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน และเพื่อวิเคราะห์ถึงกระบวนการใช้ตลอดจนการสืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

3.1 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ประกอบด้วยแผนการดำเนินงาน และขั้นตอนการศึกษาดังพอสรุปได้คือ

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
1.	ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรในระบบการแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง	ตุลาคม 2544
2.	ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย	ตุลาคม 2544
3.	ค้นหาชุมชนวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล	พฤศจิกายน 2544
4.	วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและเลือกพื้นที่วิจัย	ธันวาคม 2544
5.	เตรียม และพัฒนาเครื่องมือวิจัย	มกราคม 2545
6.	อบรมพนักงานเก็บข้อมูล	มกราคม 2545
7.	สำรวจและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ	กพ.-มีค. 2545
8.	เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ	เมย.-พค. 2545
9.	วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล	มิย.-สค. 2545
10.	สรุปผลการวิจัยและเขียนรายงานการวิจัย	กย. 2545
11.	นำเสนอผลงานวิจัยต่อเครือข่ายแพทย์พื้นบ้าน	กย. 2545

3.2 ประชากรเป้าหมายและพื้นที่วิจัย

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ประกอบด้วยแพทย์พื้นบ้านที่มีกิจกรรมด้านการป้องกัน รักษา ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพโดยใช้สมุนไพรพื้นบ้านโดยสม่ำเสมอแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และเป็นแพทย์พื้นบ้านที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง¹ ที่ให้บริการด้านการรักษาเยียวยาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 30-80 ปี ไม่มีปัญหาด้านความทรงจำหรือปัญหาด้านสุขภาพอนามัยจนทำให้เป็นอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage-sampling) ซึ่งประกอบด้วย

3.3.1 การวิจัยจากเอกสาร คณะผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ตลอดจนความถูกต้องภายใน (Internal Criticism) และความถูกต้องภายนอก (External Criticism) ของเอกสาร ดำรับตำรายา กระบวนการรักษาเยียวยาและดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น และมุขปาฐกที่ใช้ในการสืบทอดองค์ความรู้ของชุมชนเป้าหมายในการวิจัย

3.3.2 การวิจัยเชิงสำรวจ คณะผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาแบบอุปมานอย่างสมบูรณ์ (Perfect Inductive) เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านสังคมประชากร ประเภท และภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อจัดทำทำเนียบปราชญ์พื้นบ้านและจัดทำแผนที่ทางภูมิศาสตร์แสดงการกระจายตัวของแพทย์พื้นบ้านประเภทต่างๆในพื้นที่เป้าหมาย ได้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายทั้งหมดซึ่งเป็นแพทย์พื้นบ้านในเขต 8 จังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งประกอบด้วยแพทย์พื้นบ้านจากจังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ พิจิตร และนครสวรรค์ทั้งสิ้นจำนวน 1,049 คน

3.3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งเขตจังหวัด (Zoning Sampling) โดยกำหนดขอบเขตในการแบ่งไว้ 3 ชั้นภูมิ คือ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ประเภทและภูมิลำเนาของแพทย์พื้นบ้าน เพื่อศึกษาแบบเจาะลึกกับแพทย์พื้นบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณและเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างโดยวิธี Snowball Sampling เพื่อค้นหาแพทย์พื้นบ้านที่มีบทบาทด้านการรักษาเยียวยาตามความรู้สึกของผู้นำและบุคคลสำคัญในชุมชนจาก 2 จังหวัดคือ พิษณุโลก และพิจิตร

¹ ประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ พิจิตร และนครสวรรค์

3.4 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่คณะผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)

- 1) แบบสำรวจ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของแพทย์พื้นบ้านใน 8 จังหวัดของเขตภาคเหนือตอนล่าง
- 2) แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Interview in- depth) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้านระบบคิด องค์ความรู้ ตำรับตำรายาที่ใช้ในการรักษาเยียวยา และวิธีการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านจากหมอพื้นบ้านใน 2 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิจิตร และพิษณุโลก
- 3) แบบสัมภาษณ์แบบกลุ่มเฉพาะ (Focus Group Interview) เพื่อเก็บและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพ และค้นหาเครือข่ายทางความคิด (Thinking Network) ของแพทย์พื้นบ้าน
- 4) แบบการสนทนาปลายเปิด (Open – ended Conversation) เพื่อค้นหาระบบคิด ตลอดจนองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านอื่นๆที่คณะผู้วิจัยไม่ได้ระบุไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย (Research Conceptual Framework)
- 5) แผนที่ทางภูมิศาสตร์ (Geographical Mapping) เพื่อจัดระบบและจัดทำทำเนียบแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง จำแนกตามตำบล จังหวัด และประเภทของแพทย์พื้นบ้าน

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

คณะผู้วิจัยใช้วิธีการอุปมานจากสภาพข้อเท็จจริงใหม่และการตีความหมายข้อมูลทางสังคม (Social Meaning) โดยวิธีการคิดย้อนและสะท้อนกลับ (Reflection) จากมุมมองของแพทย์พื้นบ้านหรือคนในท้องถิ่นในลักษณะที่เป็นองค์รวม ดังมีขั้นตอนที่สำคัญดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การค้นหาผู้กระทำทางสังคม (Social Actors) และผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Key Informant Persons)

เป็นขั้นตอนแรกของการวิจัย โดยคณะผู้วิจัยสืบหาแหล่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งทางเอกสาร ตัวบุคคล หรือองค์กรทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อค้นผู้กระทำทางสังคม² ประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลทางเอกสาร และนัดหมายเวลา สถานที่ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

ขั้นตอนที่ 2: การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของท้องถิ่น และวิเคราะห์ ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

คณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องหรือจัดทำแผนที่ทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม (Ecological Mapping) ของท้องถิ่น ซึ่งในที่นี้หมายความว่าพื้นที่ 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง เพื่อทำความเข้าใจใน วิถีคิดและการพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของแพทย์พื้นบ้านตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งประกอบด้วย

1. การสำรวจครัวเรือนและการทำแผนที่ (Household Census and Community Mapping)
2. การสำรวจ “ฉากของการพัฒนา” (Development Setting) ซึ่งประกอบด้วยฉากทางกายภาพ ได้แก่
 - 2.1 สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ข้อมูลเกี่ยวกับวงจรชีวิตในรอบ 1 ปีของชุมชน (Cultural Calendar) และระบบสาธารณสุข ภูมิทัศน์ เศรษฐกิจ สุขภาวะ การศึกษา ศาสนา และระบบการเมืองการปกครองของท้องถิ่น
 - 2.2 ประวัติความเป็นมาของท้องถิ่น
3. การสำรวจบริบททางสังคมของแพทย์พื้นบ้านและเครือข่ายได้แก่ บทบาท (Role) สถานภาพ (Status) และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interactions) ท่ามกลางเงื่อนไขและสภาพการณ์ที่แตกต่างกันไป
4. การสำรวจบริบททางวัฒนธรรมของแพทย์พื้นบ้านได้แก่ ความเชื่อ (Belief) ระบบคิด ค่านิยม อุดมการณ์ และแนวคิดทฤษฎีด้านการแพทย์พื้นบ้าน

² ในที่นี้หมายถึง แพทย์พื้นบ้านที่มีบทบาทในการดูแล และรักษาสุขภาพในท้องถิ่นภาคเหนือตอนล่าง

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัย

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1.1 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลจากเอกสาร คณะผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ความสอดคล้องกันของข้อมูล (Method of Agreement) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์พื้นบ้านจาก 4 แหล่งข้อมูลได้แก่

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 (2544)
- 2) รายงานการสำรวจของสถาบันพัฒนาสืแยกอินโดจีน (2543)
- 3) งานวิจัยเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิปัญญาไทยกับการพัฒนาชนบท:กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก (พัชรินทร์ สิริสุนทร 2544)
- 4) การสำรวจเพิ่มเติมของคณะผู้วิจัย โดยวิธีการ Snowball Sampling

3.6.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย

3.6.2 การรายงานผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยรายงานผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการพรรณวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) โดยใช้ค่าสถิติร้อยละ และนำเสนอผลการวิจัยในรูปของตาราง แผนภาพ แผนที่ทางภูมิศาสตร์ (Geographical Mapping) ตลอดจนกรณีศึกษา

บทที่ 4

ภาคเหนือตอนล่าง:

พลวัตและความหลากหลาย

ในการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพและระบบการรักษาเยียวยาของท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นระบบการรักษาพยาบาลแบบทางเลือก (Alternative Health Care System) การมีความเข้าใจในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมเป็นสิ่งซึ่งสำคัญที่สุด เนื่องจากความหลากหลายของลักษณะทางกายภาพตลอดจนระบบสังคมและวัฒนธรรม ล้วนเป็นพื้นที่มาซึ่งพลวัตของระบบคิดของบุคคลและผลผลิตทางภูมิปัญญาของท้องถิ่นที่ถูกสร้าง พัฒนาและปรับปรุงขึ้นให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ทางสังคม วิธีการดำเนินชีวิต บรรทัดฐานและความต้องการของคนในท้องถิ่นนั้นๆ การยึดติดกับรูปแบบของแนวคิดทฤษฎีใดเป็นการเฉพาะ หรือความพยายามที่จะนำระบบคิดของคนในชุมชนหนึ่งๆ มาทำความเข้าใจกับระบบคิดของคนต่างชุมชน จึงถือเป็นอัตคตินิยมทางวัฒนธรรม (Ethnocentrism) ซึ่งมีใช้วัดอุปสรรคของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

คณะผู้วิจัยต้องการโต้แย้งกรอบแนวคิดที่เชื่อว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ยึดอยู่กับสังคมหรือกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งๆ โดยไม่เปลี่ยนแปลง และเป็นสิ่งที่สามารถนำมาอนุรักษ์ตามรูปแบบที่เคยเป็นมาเพื่อตอบสนองกับความต้องการของสังคมหรือคนในท้องถิ่นนั้นๆ ในต่างยุคต่างสมัยและต่างบริบท นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังต้องการโต้แย้งความพยายามสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยการนำกรอบแนวคิดแบบตะวันตกที่แยกพิจารณาสังคมออกเป็นส่วนๆ มาใช้เป็นคำตอบในทุกคำถามของสังคมโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายทางบริบท ประวัติศาสตร์ท้องถิ่น และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่นกับกระแสโลก

การนำเสนอผลการวิจัยเรื่องการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง ในลักษณะของกรณีศึกษาในครั้งนี้ เป็นไปเพื่อสนับสนุนแนวคิดเรื่องศักยภาพของท้องถิ่นในการปรับตัว (Adaptation Theory) เพื่อความอยู่รอด ผ่านกระบวนการตีความ การเรียนรู้ และการพัฒนาระบบคิดของบุคคลเพื่อเอาชนะอุปสรรคทั้งที่เกิดขึ้นจากแรงผลักดันภายใน ซึ่งในที่นี้ได้แก่ อาการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และแรงผลักดันนอกอันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในบริบททางสังคมวัฒนธรรมตลอดจนอิทธิพลของระบบการแพทย์แผนใหม่

ระบบการแพทย์พื้นบ้านในที่นี้จึงหมายถึงความถึงสถาบันทางสังคม (Social Organisation) ซึ่งทำหน้าที่สร้างและพัฒนากลไกทางสังคม บนพื้นฐานของการบริหารจัดการอย่างชาญฉลาดโดยบุคคลในท้องถิ่นเพื่อหลีกเลี่ยงความคับข้องใจ (Frustration) และเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลในการมีสุขภาพดี โดยใช้กระบวนการควบคุมทางสังคม (Social Control) ที่แสดงออกด้วยวิธีการรักษาเยียวยาที่สังคมยอมรับว่าดี และสอดคล้องกับแบบแผนทางวัฒนธรรมของท้องถิ่น

4.1 สภาพทั่วไปของภาคเหนือตอนล่าง

พื้นที่ภาคเหนือตอนล่างในที่นี้เป็นการนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition) ตามขอบเขตความรับผิดชอบทางวิชาการและบริการสังคมของมหาวิทยาลัยนเรศวร ประกอบด้วย 8 จังหวัดได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก พิจิตร นครสวรรค์ กำแพงเพชร สุโขทัย อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ และตาก (ดูภาพที่ 4.1) ความหลากหลายของลักษณะทางภูมิศาสตร์ สภาพสังคมวัฒนธรรม ประวัติความเป็นมา และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งความหลากหลายดังกล่าวเป็นเหตุให้รูปแบบและวิธีการรักษาเยียวยาการเจ็บป่วยของแต่ละท้องถิ่นมีความแตกต่างกันตามไปด้วย ดังนั้น การทำความเข้าใจกับความแตกต่างในลักษณะทั่วไปของพื้นที่ ประวัติศาสตร์ของแต่ละท้องถิ่น และบริบททางสังคมวัฒนธรรมจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการศึกษาระบบคิด การให้ความหมาย และการตีความเชิงสัญลักษณ์ของแพทย์พื้นบ้าน ตลอดจนลักษณะและประเภทของอาการเจ็บป่วย และกระบวนการให้บริการด้านการรักษาเยียวยา

ดังที่ได้กล่าวในบทที่ผ่านมาแล้วว่า การศึกษาวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยคำนึงถึงมิติด้านความหลากหลายและพลวัตต้องการทั้งเวลาและงบประมาณ แต่เนื่องจากข้อจำกัดดังกล่าว ดังนั้น เพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้สามารถตอบคำถามวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ได้ นอกจากการศึกษเชิงปริมาณเพื่อนำเสนอภาพรวมของประเภทและลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านทั้ง 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่างแล้ว คณะผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบกำหนดพื้นที่ เพื่อศึกษาแบบเจาะลึกกับหมอพื้นบ้านซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมาย 2 จังหวัดคือ จังหวัดพิษณุโลกและพิจิตร

4.1.1 พิชณุโลก: ความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และชาติพันธุ์

พิษณุโลกเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างที่ยืนยงถึงความหลากหลายทั้งทางภูมิศาสตร์และกลุ่มชาติพันธุ์ได้เป็นอย่างดี ด้านภูมิทัศน์ (Landscape) พิชณุโลกมีลักษณะทางธรณีวิทยาทั้งที่เป็นเทือกเขาและที่ราบลุ่ม มีแหล่งน้ำธรรมชาติคือแม่น้ำยมและแม่น้ำน่าน มีวนอุทยานแห่งชาติ และมีห้วยอ้อมป่า (Forest Island) นอกจากนี้ ในด้านชาติพันธุ์ยังพบว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลกมีความหลากหลายเช่นกัน กล่าวคือ มีทั้งคนไทยพื้นเมืองเดิม และคนไทยที่อพยพมาจากที่อื่นในช่วงเวลาต่างๆ เช่น ชาวไทยโซ่ง ไทยอีสาน ไทยเชื้อสายอินเดีย ไทยเชื้อสายลาว และชาวไทยภูเขา ได้แก่ ม้ง เย้า ลีซอ มูเซอ และอาข่า ซึ่งความหลากหลายดังกล่าวนำมาซึ่งความแตกต่างของระบบคิด การตีความ การให้ความหมายและภูมิปัญญาเฉพาะในแต่ละท้องถิ่นและแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์

วิธีการ รูปแบบของการรักษาเยียวยาและการดูแลสุขภาพหรือองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของชาวพิษณุโลก จึงนับเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นซึ่งชาวพิษณุโลกแต่ละชุมชนต่างคิดค้นและพัฒนาขึ้น การแพทย์พื้นบ้านของพิษณุโลกจึงไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ ไม่ได้มีรูปแบบที่ตายตัว และไม่ได้อาศัยอยู่บนระบบคิดเดียวกัน แต่เป็นองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการคิดและการคัดสรรครั้งแล้วครั้งเล่าของบุคคลและสังคม ผ่านพัฒนาการทางประวัติศาสตร์อันยาวนานของแต่ละท้องถิ่น ก่อนจะพัฒนาขึ้นเป็นองค์ความรู้ด้านการรักษาเยียวยาเฉพาะถิ่นที่แตกต่างหลากหลาย (ดูภาพที่ 4.2)

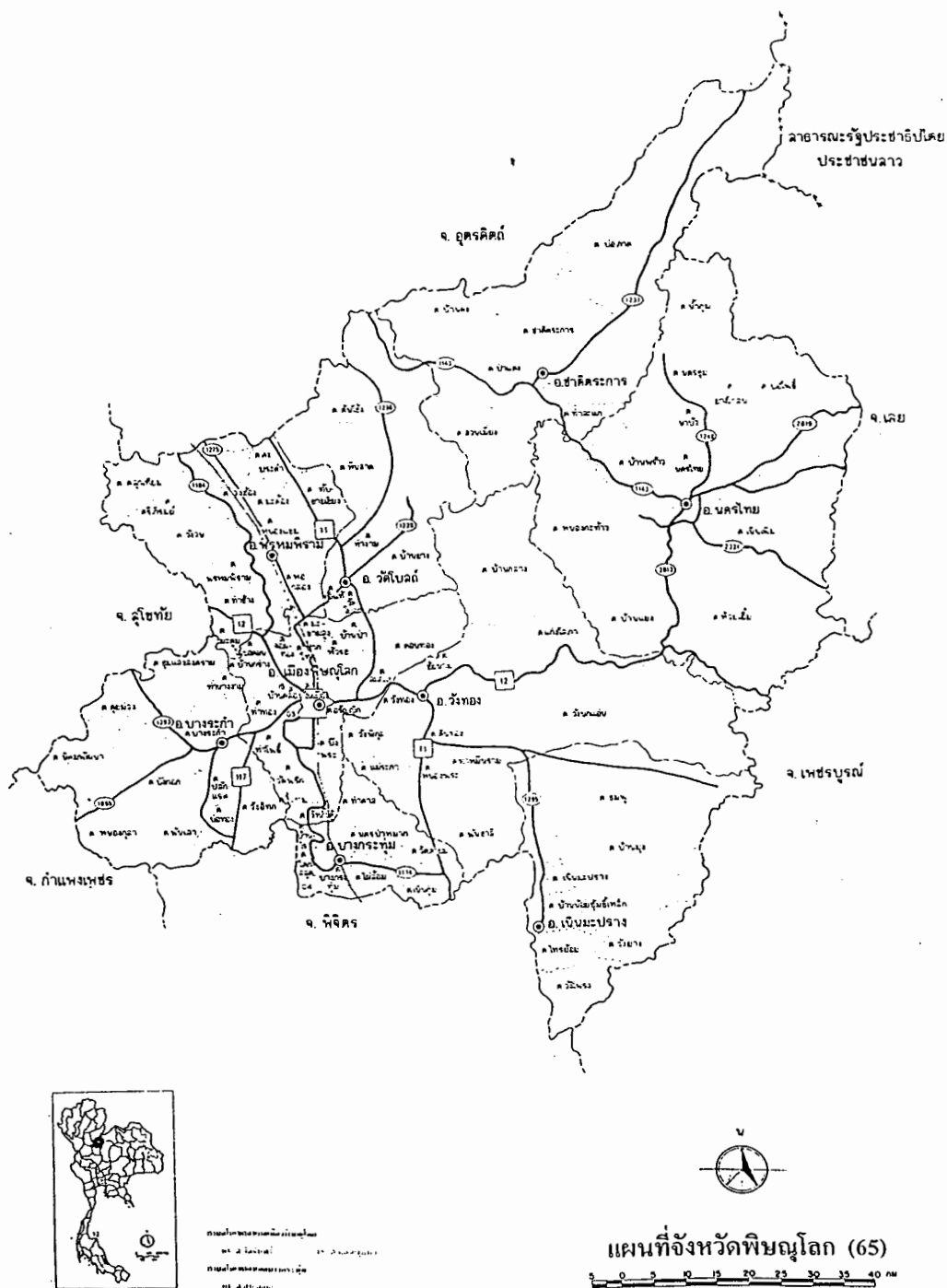
4.1.1.1 ที่ตั้ง อาณาเขต และพรมแดน

พิษณุโลก ตั้งอยู่ระหว่างเส้นละติจูดที่ 16 องศา 21 ลิปดา 23 ฟลิปดาเหนือ ถึง 17 องศา 44 ลิปดา 31 ฟลิปดาเหนือ และระหว่างลองจิจูดที่ 99 องศา 52 ลิปดา 27 ฟลิปดาตะวันออก ถึง 101 องศา 4 ลิปดา 34 ฟลิปดาตะวันออก ห่างจากกรุงเทพฯ 377 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 10,815.85 ตารางกิโลเมตร หรือ 6,759,906.25 ไร่ คิดเป็นเนื้อที่ร้อยละ 2 ของประเทศ คือคิดเป็นร้อยละ 6.3 ของเนื้อที่ภาคเหนือทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 15.9 ของเนื้อที่ภาคเหนือตอนล่าง การที่จังหวัดพิษณุโลกตั้งอยู่บนที่ราบเจ้าพระยาตอนบน ทำให้พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตเกษตรกรรมอันอุดมสมบูรณ์ โดยพิษณุโลก มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดและประเทศข้างเคียงดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ อำเภอน้ำปาด และอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ และประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ อำเภอเขาค้อ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอกงไกรลาศ และอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย
 อำเภอตานกระบือและอำเภอฟานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร
 ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอสามง่าม ถึงอำเภอสะเทือก อำเภอเมือง
 จังหวัดพิจิตรและอำเภอตานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ภาพที่ 4.3 แสดงแผนที่จังหวัดพิษณุโลก



จากลักษณะที่ตั้งของพิกุลโลกข้างต้น จะเห็นว่าพิกุลโลกเป็นจังหวัดที่สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่อุดมสมบูรณ์ได้โดยสะดวก ทั้งจากแหล่งทรัพยากรภายในจังหวัดและแหล่งทรัพยากรจากพื้นที่ใกล้เคียง เช่น จังหวัดเพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งล้วนยังคงมีความอุดมสมบูรณ์ของป่าไม้ ห้วยน้ำ วนอุทยานแห่งชาติและแหล่งน้ำ ซึ่งล้วนเป็นแหล่งสำคัญที่ผลิตสมุนไพร นอกจากนี้ การที่พิกุลโลกเป็นพื้นที่ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดสุโขทัย ทำให้ได้รับอิทธิพลอย่างกว้างขวางจากภูมิปัญญาหลวงด้านการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์แผนโบราณ ซึ่งอาณาจักรสุโขทัยในอดีตเคยเป็นแหล่งรวมขององค์ความรู้ดังกล่าว

4.1.1.2 ลักษณะทางกายภาพ

ลักษณะทางภูมิประเทศของพิกุลโลกทางตอนเหนือและตอนกลางเป็นเขตที่สูงและที่ราบสูง มีภูเขาสูงด้านตะวันออกและตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ เขตอำเภอวังทอง อำเภอวัดโบสถ์ อำเภอนครไทย อำเภอชาติตระการ และอำเภอนิคมบ่งพร สำหรับอำเภอนครไทยเป็นเขตพื้นที่ราบหุบเขา ลักษณะพื้นที่เป็นคูกะทะ ส่วนที่ราบหุบเขาเขตชาติตระการมีรูปร่างคล้ายพระจันทร์เสี้ยว ซึ่งเป็นที่ราบดินตะกอนที่อุดมสมบูรณ์ คล้ายคลึงกับที่ราบหุบเขาทรัพย์ไพรวัลย์ซึ่งมีดินเหนียวร่วน มีการระบายน้ำดี สำหรับพื้นที่ตอนกลางค่อนข้างลาดชันของพิกุลโลก ในเขตอำเภอพรหมพิราม อำเภอปางกระงำ อำเภอปางศิลาทอง และบางส่วนของอำเภอวัดโบสถ์ ถือเป็นบริเวณการเกษตรที่สำคัญที่สุดของจังหวัด

1) แหล่งน้ำ

พิกุลโลก เป็นจังหวัดที่มีแหล่งน้ำอุดมสมบูรณ์ ทั้งแม่น้ำ ห้วย ลำคลอง ลำธาร รวม 868 สาย โดยแม่น้ำที่สำคัญได้แก่ แม่น้ำน่านและแม่น้ำแควใหญ่ แม่น้ำยมหรือแม่น้ำแควกลาง แม่น้ำแควน้อย และแม่น้ำเข็กหรือแม่น้ำวังทอง ในจำนวนนี้สามารถใช้งานได้ในฤดูแล้งได้ 813 สาย หนอง บึง 415 แห่งมีสภาพใช้งานได้ในฤดูแล้ง 17 แห่งและอื่นๆ 60 แห่งที่มีสภาพใช้งานได้ในฤดูแล้ง 56 แห่ง นอกจากนี้พิกุลโลกยังมีน้ำตกมากมายได้แก่ น้ำตกวังนกแอ่น หรือ น้ำตกสกุลโยทยาน น้ำตกแก่งซอง น้ำตกปอย และน้ำตกแก่งโสภา เป็นต้น

แม่น้ำน่าน เป็นแม่น้ำที่สำคัญที่สุดของพิกุลโลกมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีความยาวในเขตจังหวัดพิกุลโลกถึงประมาณ 127.5 กิโลเมตร¹ มีต้นกำเนิดมาจากคอกภูเวา บริเวณทิวเขาผีปันน้ำ ทิวเขาหลวงพระบาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน และทิวเขาเพชรบูรณ์ ก่อนที่ไหลผ่านลงใต้สู่จังหวัดน่าน อุตรดิตถ์ และเข้าเขตพิกุลโลกทางตอนเหนือ บริเวณเหนือบ้านโคกเทียม อำเภอพรหมพิราม และไหลลงสู่แม่น้ำยมแบ่งพิกุลโลกออกเป็นสองส่วน ที่บริเวณอำเภอเมือง พิกุลโลก แล้วจึง

¹ มีความยาวจากต้นน้ำจนถึงบริเวณที่ไหลมาบรรจบกับแม่น้ำปิงที่นครสวรรค์ประมาณ 500 กิโลเมตร

ผ่านอำเภอบางกระทุ่มไหลออกพื้นที่เขตจังหวัดพิษณุโลกที่บ้านสนามคลี อำเภอบางกระทุ่ม ไปบรรจบกับแม่น้ำปิง วัง ยม เรียกว่าแม่น้ำเจ้าพระยาที่จังหวัดนครสวรรค์

แม่น้ำยม เป็นแม่น้ำสำคัญอีกสายหนึ่งของพิษณุโลก มีต้นกำเนิดบริเวณเทือกเขาผีปันน้ำในภาคเหนือ และทางตะวันออกตอนเหนือของอำเภอยะโฮง จังหวัดพะเยา ไหลผ่านจังหวัดแพร่ สุโขทัย และเข้าเขตจังหวัดพิษณุโลกที่บริเวณที่ราบบ้านวังท่าช้าง ก่อนไหลผ่านพื้นที่อำเภอบางระกำ ไปพื้นที่เขตพิษณุโลกที่บ้านวังสะพุง อำเภอบางกระทุ่ม ซึ่งแม่น้ำยมในช่วงนี้มีคลองย่อยเกิดขึ้นหลายแห่ง เช่น คลองบางแก้ว คลองวังแร่ คลองกรุงกรัก และคลองหนองขาม เป็นต้น มาบรรจบกับแม่น้ำน่านที่ตำบลเกยชัย อำเภอยะโฮง จังหวัดนครสวรรค์ รวมความยาวทั้งสิ้น 500 กิโลเมตร จากลักษณะความอุดมสมบูรณ์ของแหล่งน้ำและการแตกแขนงของลำคลองสาขาต่างๆ ทำให้บริเวณดังกล่าวมีความหลากหลายของสัตว์น้ำและมีปลาต่างๆชุกชุมมาก

แม่น้ำแควน้อย มีต้นกำเนิดจากภูเขาสูงทางตะวันออกเฉียงเหนือของพิษณุโลก บริเวณภูเขาไก่อ้อย ภูซัด ผ่านหุบเขาและท้องทุ่ง บริเวณอำเภอลำดวน อำเภอบึงสามพัน ไหลเข้าเขตอำเภอพรหมพิราม ผ่านตำบลหอกกลอง เป็นแนวเขตด้านตะวันออกของตำบลมะตูม แล้วจึงมาบรรจบกับแม่น้ำน่านในเขตอำเภอยะโฮง อำเภอมะพิจิตร รวมความยาวทั้งสิ้น 185 กิโลเมตร

แม่น้ำวังทอง มีต้นน้ำที่ภูเขาพลูป่าหิน ทางทิศของตะวันออกเฉียงใต้ของพิษณุโลก ช่วงแรกเรียกว่าแม่น้ำเจ๊ก ก่อนไหลผ่านป่าเขา และทำให้เกิดคลอง หนอง บึง หลายแห่งจนในที่สุดมาบรรจบแม่น้ำน่านที่บ้านท่าพ่อ อำเภอมะพิจิตร รวมความยาวทั้งสิ้น 135 กิโลเมตร

แม่น้ำเหือง ต้นน้ำอยู่ในกลุ่มภูเขาสูงบริเวณปากนกกแก้ว จังหวัดพิษณุโลก ภูไก่อ้อย ภูกวาง ในเขตอำเภอลำดวน ไปบรรจบกับแม่น้ำโขงนอกเขตแดนประเทศไทย

คลองบางแก้ว ไหลแยกออกมาจากแม่น้ำยม ตำบลชุมแสงสงคราม และไหลมาบรรจบกับแม่น้ำยมที่ตำบลบางระกำ

คลองโปร่งนก มีต้นกำเนิดจากคลองไผ่ล้อม เขตตำบลพรหมพิราม และจากลำคลองต่างๆของอำเภอยะโฮง จังหวัดอุตรดิตถ์ และคลองสาขาต่างๆในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม ก่อนไหลเข้าเขตตำบลหอกกลอง และไหลลงสู่แม่น้ำแควน้อย ลำคลองนี้มีความสำคัญในการเกษตร เพราะมีประตุน้ำของกรมชลประทานสำหรับทดน้ำระบายน้ำ และช่วยป้องกันน้ำท่วมที่ปากคลองโปร่งนก บริเวณที่ไหลมาบรรจบกับแม่น้ำแควน้อย และมีพังกันน้ำหลากจากแม่น้ำแควน้อยเข้ามาท่วมพื้นที่นาในเขตทุ่งสาน ส่งผลให้ทุ่งสานสามารถทำนาได้ผลดีมาโดยตลอด

คลองห้วยผึ้ง มีต้นน้ำจากเทือกเขาทางทิศตะวันออกของอำเภอนิคมบ่งไพร่ง ไหลผ่านตำบลบ้านบึง นิคมบ่งไพร่ง และตำบลบ้านน้อยชุมขี้เหล็ก มาบรรจบคลองสาทเหล็กที่บ้านท่าเยียม ตำบลสาทเหล็ก ถึงอำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

คลองไทรย้อย มีต้นน้ำจากเทือกเขาทางทิศตะวันออกของอำเภอนิคมบ่งไพร่ง ไหลผ่านตำบลวังยาง ตำบลวังโพรง ไทรย้อย มาบรรจบคลองวังเหล็ก อำเภอยะโฮง จังหวัดพิจิตร

คลองบ้านมุง มีต้นน้ำจากเทือกเขาทางทิศตะวันออกของอำเภอเนินมะปราง ไหลผ่านตำบลบ้านมุง ตำบลเนินมะปราง ตำบลบ้านน้อยซุ้มขี้เหล็ก มาเชื่อมกับคลองพันชนะ และไหลลงคลองสากเหล็ก บริเวณตำบลสากเหล็ก ถึงอำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

คลองชมพู มีต้นกำเนิดจากน้ำของเทือกเขาทิศเหนือ และทิศตะวันออกเฉียงเหนือของอำเภอเนินมะปราง ไหลผ่านบ้านชมพู บ้านช้าง บ้านปลวกงาม บ้านน้ำปาด ตำบลชมพู ไหลผ่านอำเภอเนินมะปราง บริเวณบ้านเนินสะอาด บ้านหนองปลาไหล ตำบลท่าหมื่นราม อำเภอวังทอง

คลองวังยาง มีต้นกำเนิดจากเทือกเขาทางตะวันออกของอำเภอเนินมะปราง ไหลผ่านบ้านคลองตะเคียน บ้านไทรคง บ้านวังยาง บรรจบคลองไทรย้อยที่บ้านวังโพรง ตำบลวังโพรง อำเภอเนินมะปราง

คลองห้วยไร่ มีต้นน้ำจากเทือกเขาทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของอำเภอเนินมะปราง ไหลผ่านบ้านมุง มาเชื่อมกับคลองบ้านมุงที่บ้านเนินกะบาก ตำบลเนินมะปราง

สำหรับแหล่งน้ำชลประทานในจังหวัดพิษณุโลกสามารถจำแนกได้ 3 ระดับคือ โครงการชลประทานขนาดใหญ่มี 2 โครงการได้แก่ โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาน้ำเขื่อนนครสวรรค์ ตั้งอยู่ในอำเภอพรหมพิราม และโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาพลาญชุมพล ซึ่งเป็นโครงการทดน้ำ ส่งและระบายน้ำ ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก สำหรับโครงการระดับกลางมี 2 โครงการคือ โครงการประตูระบายน้ำวัดตายม และทางระบายน้ำวังน้ำใส ซึ่งเป็นโครงการเก็บน้ำในลำคลองและทุ่งราบ อยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอบางระกำ และอำเภอวังทอง ส่วนโครงการขนาดเล็กและโครงการขุดลอกหนองน้ำตลอดจนคลองธรรมชาติมีทั้งสิ้น 79 โครงการ รวมพื้นที่ชลประทานทั้งสิ้น 154.16 ตารางกิโลเมตร มีวัตถุประสงค์เพื่อการเกษตรกรรมเป็นสำคัญ

2) ป่าไม้

พิษณุโลกมีป่าไม้ในเขตภูเขาสูง ทั้งป่าดงดิบ ป่าไม้ผลัดใบ และป่าสนเขา นอกจากนี้ยังมีสวนรุกขชาติและอุทยานแห่งชาติ ซึ่งอุดมสมบูรณ์ด้วยพันธุ์ไม้นานาชนิด ทั้งพืชหายาก สมุนไพร และสัตว์ป่าหลากหลายชนิด ดังพอสรุปได้คือ

2.1) ป่าสงวนแห่งชาติ 13 แห่งได้แก่

- 2.1.1) ป่าน้ำภาคฝั่งขวา พื้นที่ 480.6908 ตารางกิโลเมตร
- 2.1.2) ป่าสองฝั่งลำน้ำแควน้อย พื้นที่ 525.2684 ตารางกิโลเมตร
- 2.1.3) ป่าแม่น้ำเจ๊ก พื้นที่ 30.0945 ตารางกิโลเมตร
- 2.1.4) ป่าโป่งแค พื้นที่ 48.3864 ตารางกิโลเมตร
- 2.1.5) ป่าน้ำภาคน้อย พื้นที่ 83.1038 ตารางกิโลเมตร
- 2.1.6) ป่าลุ่มน้ำวังทองฝั่งขวา พื้นที่ 409.0541 ตารางกิโลเมตร
- 2.1.7) ป่าแดงและป่าชาติตระการ พื้นที่ 457.1298 ตารางกิโลเมตร

2.1.8) ป่าน้ำภาคและปาลำแควน้อยฝั่งซ้าย พื้นที่ 392.3355 ตารางกิโลเมตร

2.1.9) ปาเนินเพิ่ม พื้นที่ 767.6894 ตารางกิโลเมตร

2.1.10) ปาลุ่มน้ำวังทองฝั่งซ้าย พื้นที่ 838.7304 ตารางกิโลเมตร

2.1.11) ปาเขากระยาง พื้นที่ 567.1122 ตารางกิโลเมตร

2.1.12) ปาสวนเมียง พื้นที่ 251.9372 ตารางกิโลเมตร

2.1.13) ปาดงดินตก พื้นที่ 278.5144 ตารางกิโลเมตร

มีพื้นที่ซึ่งกันไว้เพื่อใช้ในราชการทหาร 57.2027 ตารางกิโลเมตร

2.2) อุทยานแห่งชาติ มีทั้งหมด 4 แห่ง ได้แก่

2.2.1) อุทยานแห่งชาติทุ่งแสลงหลวง อำเภอเนินมะปราง อำเภอนครไทย

2.2.2) อุทยานแห่งชาติภูหินร่องกล้า อำเภอนครไทย อำเภอชาติตระการ

2.2.3) อุทยานเขื่อนลำนาน้ำตกชาติตระการ อำเภอชาติตระการ

2.2.4) อุทยานแห่งชาติภูสอยดาว อำเภอชาติตระการ

2.3) เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า 1 แห่งคือ เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าภูเมี่ยง-ภูทอง อำเภอชาติตระการ

2.4) วนอุทยานแห่งชาติ/เขตห้ามล่าสัตว์ป่า/สวนรุกชาติทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่

2.4.1) วนอุทยานแห่งชาติแก่งเจ็ดแคว อำเภอวัดโบสถ์²

2.4.2) วนอุทยานภูแดงร้อน อำเภอวังทอง

2.4.3) อุทยานเขาพนมทอง อำเภอวังทอง

2.4.4) เขตห้ามล่าสัตว์ป่าถ้ำผา-ท่าพล อำเภอเนินมะปราง

2.4.5) เขตห้ามล่าสัตว์ป่าหนองน้ำขาว อำเภอบางระกำ

2.4.6) เขตห้ามล่าสัตว์ป่าเขาน้อย-เขาประดู่ อำเภอวัดโบสถ์ อำเภอวังทอง

2.4.7) สวนรุกชาติสกุโนทยาน อำเภอวังทอง

โดยสรุป พืชพันธุ์โลกมีเนื้อที่ปารวมทั้งสิ้น 23,90.05 ตารางกิโลเมตร หรือคิดเป็นร้อยละ 22.10 ของเนื้อที่ทั้งจังหวัด ดังนั้น แม้จะพบว่าพื้นที่ป่าที่ถูกบุกรุกทำลายอย่างรุนแรงอยู่ในเขตตำบลชาติตระการและตำบลบ่อภาค อำเภอชาติตระการ, ตำบลบ้านแยงและตำบลห้วยเขย อำเภอนครไทย, ตำบลแก่งโสภา ตำบลวังนกแอ่น, ตำบลท่าหมื่นรามและตำบลพันชาติ อำเภอวังทอง, ตำบลเนินมะปรางและตำบลบ้านน้อยชุมชีเหล็ก อำเภอเนินมะปราง, และตำบลคอนทอง อำเภอเมืองพิษณุโลก แต่ทรัพยากรธรรมชาติทั้ง แหล่งน้ำ ป่าไม้ ดิน และแร่ธาตุต่างๆที่เหลืออยู่ก็ยังมีอยู่ในสภาพอุดมสมบูรณ์

² อยู่ระหว่างการดำเนินการจัดตั้งเป็นอุทยานแห่งชาติ

3) ดิน

สภาพดินของพืชน้ำโลกสามารถจำแนกตามพื้นที่ได้ดังนี้

3.1) ดินตะกอนที่เกิดจากอิทธิพลของน้ำพัดพาตะกอนมาทับถม พบบริเวณสองฝั่งแม่น้ำ น่านและแม่น้ำยม เขตอำเภอพรหมพิราม อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอบางกระทุ่ม และอำเภอบางระกำ

3.2) ดินร่วนถึงดินทราย พบบริเวณตอนเหนือของอำเภอพรหมพิราม และทิศตะวันออกของอำเภอเมืองพิษณุโลก และอำเภอบางกระทุ่ม

3.3) ดินมีลูกรังปน พบบริเวณทิศตะวันออกของอำเภอพรหมพิราม ทางทิศตะวันตกและตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภอบางกระทุ่ม

3.4) ดินร่วนและดินทราย มีการระบายน้ำดีพบที่อำเภอพรหมพิราม อำเภอวังทอง อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอบางกระทุ่ม และอำเภอนิคมบ่อสร้าง

3.5) ดินเหนียวและดินร่วน มีการระบายน้ำดี เนื้อดินด้านบนหยาบ และเนื้อดินชั้นล่างเป็นดินละเอียดหรือหยาบปานกลาง เหมาะในการปลูกพืชไร่ โดยเฉพาะเขตที่ราบหุบเขาของทรัพย์ไพรวัลย์ อำเภอวังทอง อำเภอชาติตระการ อำเภอนครไทย และตอนเหนือของอำเภอวัดโบสถ์

3.6) ดินมีหินปนและดินตื้น พบกระจายอยู่ในเขตอำเภอชาติตระการ อำเภอนครไทย และอำเภอวังทอง

3.7) ดินตื้นมีหินปนมาก พบตามที่สูงชันกระจายตัวอยู่ตามเขตภูเขาสูงและที่ราบสูง เขตอำเภอชาติตระการ นครไทย วัดโบสถ์ วังทอง และนิคมบ่อสร้าง

สำหรับความอุดมสมบูรณ์ของดินในจังหวัดพิษณุโลกพบว่าสามารถแบ่งออกได้ 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความอุดมสมบูรณ์มาก พบอยู่ที่อำเภอบางกระทุ่ม ในตำบลท่าตาล นครป่าหมาก บางกระทุ่ม เนินกุ่ม และไผ่ล้อม, ที่อำเภอบางระกำ ในตำบลชุมแสงสงคราม บางระกำ บึงกอก บ่อทอง ปลักแรด พันเสา และวังอีตก, ที่อำเภอพรหมพิราม ในตำบลทับยายเชียง ท่าช้าง พรหมพิราม มะตูม มะดอง วงษ์ทอง วังวน ศรีภิรมย์ หนองแขม เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่มีความอุดมสมบูรณ์ของดินปานกลาง พบที่ตำบลเนินกุ่ม ตำบลบางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม, ตำบลนิคมพัฒนา บึงกอก บ่อทอง ปลักแรด พันเสา หนองกุลา เขตอำเภอบางระกำ, ตำบลดลูกเทียม ท่าช้าง มะตูม วังวน และศรีภิรมย์ เขตอำเภอพรหมพิราม เป็นต้น และกลุ่มที่มีความสมบูรณ์ของดินต่ำ ส่วนใหญ่พบในพื้นที่ลาดชันเล็กน้อยในเขตตำบลชาติตระการ บ้านดง ป่าแดง และสวนเมี่ยงในเขตอำเภอชาติตระการ, ตำบลนครไทย นาปัว บ่อโพธิ์ บ้านพร้าว บ้านแยง ยางโกสณ หนองกะท้าว และตำบลเนินเพิ่ม เขตอำเภอนครไทย เป็นต้น

4) ธรณีสัณฐาน

พินธุโลกมีลักษณะธรณีสัณฐานและวัตถุต้นกำเนิดดิน 6 ลักษณะคือ³

4.1) ลักษณะภูมิประเทศที่เกิดจากการทับถมของตะกอนลำนํายุคปัจจุบัน (Recent Alluvium) โดยพบว่า พื้นที่ส่วนใหญ่ของพินธุโลกเป็นพื้นที่ราบน้ำท่วมถึง มีระดับความสูง 30-50 เมตร จากระดับน้ำทะเลปานกลางตามแนวยาวจากทิศเหนือลงสู่ทิศใต้ ตามแนวสองฝั่งแม่น้ำน่าน จากอำเภอพรหมพิรามจนถึงอำเภอบางกระทุ่ม และพบเป็นพื้นที่แคบบ้างกว้างบ้างตามแนวสองฝั่งของแม่น้ำยม แม่น้ำวังทองและแม่น้ำแควน้อย โดยพื้นที่ลักษณะแคบๆดังกล่าวจะพบมากบริเวณเขตอำเภอบางระกำ

4.2) ลักษณะภูมิประเทศที่เกิดจากการทับถมของตะกอนลำนํายุคเก่าบนลานตะพักลำนําระดับต่ำ (Low Alluvium Terrace of Old Alluvium) ได้แก่ พื้นที่ที่มีระดับความสูงระหว่าง 40-80 เมตร จากระดับน้ำทะเลปานกลาง ลักษณะดังกล่าวพบเป็นแนวยาวจากเหนือลงสู่ทิศใต้ของสองฟากฝั่งแม่น้ำน่านและแม่น้ำยม นอกจากนี้ ยังพบตามแนวริมฝั่งของแม่น้ำแควน้อยและแม่น้ำวังทองอีกบริเวณหนึ่งด้วย ซึ่งสภาพภูมิประเทศดังกล่าวเกิดขึ้นหลังการทับถมของตะกอนลำนํายุคปัจจุบันและอยู่ในระดับที่สูงกว่า ลักษณะพื้นที่ส่วนนี้เป็นพื้นที่ซึ่งค่อนข้างเรียบถึงที่ลาดชันเล็กน้อย มีความลาดชันของพื้นที่อยู่ระหว่าง 1-5%

4.3) ลักษณะภูมิประเทศที่เกิดจากการทับถมของตะกอนลำนํายุคเก่าบนลานตะพักลำนําระดับกลางและระดับสูง (Middle and High Alluvium Terrace of Old Alluvium) ได้แก่ พื้นที่บริเวณใกล้ภูเขาทางทิศตะวันออก มีลักษณะเป็นเนินตะกอนรูปพัดติดต่อกัน สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นลูกคลื่นลอนลาดถึงลูกคลื่นลอนชัน (Undulating to Rolling) มีความลาดชันของพื้นที่ร้อยละ 2-15 มักพบหินกรวดปะปนอยู่ในชั้นดิน

4.4) ลักษณะภูมิประเทศที่เกิดจากการทับถมของตะกอนลำนํายุคเก่ากับการทับถมของหินคาคเซิงเขาตามบริเวณแอ่งหุบเขา ได้แก่ พื้นที่ที่เทือกเขาน้อยใหญ่ มีลักษณะเป็นที่ราบเรียบผืนเล็กบ้างใหญ่บ้างสลับกันไปกับพื้นที่ลูกคลื่นลอนลาดและลูกคลื่นลอนชัน และมักพบลำห้วยขนาดเล็กและขนาดใหญ่อยู่เป็นจำนวนมาก และลำห้วยส่วนใหญ่มีน้ำไหลบางฤดูกาลเท่านั้น ได้แก่ บริเวณแอ่งหุบเขาในเขตอำเภอนครไทย อำเภอชาติตระการ แอ่งหุบเขาทรัพย์ไพรวัลย์ และแอ่งหุบเขาत्मน้อย เป็นต้น

4.5) ลักษณะภูมิประเทศที่เกิดจากการผุพังสลายตัวของหินบนที่ลาดเชิงเขา (Foothill Slope) ได้แก่ พื้นที่ซึ่งมีลักษณะเป็นเนินเขา (Hill) สลับกับที่ลาดเชิงเขาซึ่งพบได้ในบริเวณทิศตะวันออกของจังหวัดพินธุโลก เช่น เขตอำเภอวังทอง และอำเภอเนินมะปราง

³ รายงานการสำรวจดิน จังหวัดพินธุโลก 2529, และ รายงานการศึกษาโครงการศึกษาเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ และจัดลำดับความสำคัญการลงทุนเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว 2539.

4.6) ลักษณะภูมิประเทศที่เกิดจากการผุพังสลายตัวของหินบนไหล่เขาและสันเขา ส่วนใหญ่ประกอบด้วยพื้นที่เทือกเขา (Mountain Range) ที่มีความสูงบ้างต่ำบ้างสลับซับซ้อน และมีความลาดชันของพื้นที่เฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป เช่น พื้นที่ในเขตอำเภอชาติตระการ อำเภอชนครไทย และอำเภอวัดโบสถ์

นอกจากลักษณะธรณีสัณฐานข้างต้น พิชณุโลกยังมีเขตภูเขาสูงทางตอนกลางและทางตะวันออกของจังหวัด ได้แก่ แนวเขาที่ต่อเนื่องมาจากทางใต้ของอุตรดิตถ์ มีเขตภูเขาตอนกลาง เช่น เขาช่องลม เขาอุโมงค์ เขาสมอแครง และเขาฟ้า เป็นต้น โดยแนวภูเขาข้างต้นต่อเนื่องกันจนถึงตอนใต้ของจังหวัด สำหรับแนวเขาทางทิศตะวันออก ส่วนใหญ่เป็นแนวเขาที่มีความสูงกว่าแนวเขาทางตอนกลาง เช่น เขาค้อ (สูง 772 เมตร) เขาป่าพูลูหิน (สูง 700 เมตร) เขาหนองไฮ (สูง 1,005 เมตร) เขาภูไก่ห้อย (สูง 1,277 เมตร) เขาภูขัด (สูง 1,367 เมตร) เป็นต้น โดยภูเขาเหล่านี้ ล้วนเป็นต้นกำเนิดของแม่น้ำแควน้อย แม่น้ำชีก ตลอดจนแม่น้ำสาขาอื่นๆ ที่อยู่ระหว่างแนวเขาทางตอนกลางของจังหวัด สำหรับแนวเขาทางตะวันออก มีเขตที่ราบระหว่างหุบเขาซึ่งมีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่น ได้แก่ ที่ราบหุบเขาหมู่บ้านทรัพย์ไพรวัลย์ ที่ราบหุบเขาอำเภอชาติตระการ และที่ราบหุบเขาชนครไทย ซึ่งมีแม่น้ำแควน้อย และแม่น้ำชีกไหลผ่าน ส่งผลให้ที่ดินในบริเวณดังกล่าวมีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูก

5) ธรณีวิทยาและหิน⁴

สามารถแบ่งลักษณะทางธรณีวิทยาในจังหวัดพิษณุโลกออกได้ดังนี้

5.1) บริเวณที่ราบลุ่มเจ้าพระยาตอนบนตามแอ่งพิษณุโลก

บริเวณนี้เป็นที่ลุ่มที่เกิดจากการพัดพาตะกอนลำนํ้าในยุค Quaternary ส่วนใหญ่พื้นที่บริเวณดังกล่าวจะเป็นที่ราบและที่ราบน้ำท่วมถึงของแม่น้ำยม แม่นํ้าน่าน แม่นํ้าแควน้อย และแม่น้ำวังทอง มีความสูงจากระดับน้ำทะเลตั้งแต่ 30 เมตรถึง 80 เมตร แอ่งพิษณุโลกครอบคลุมพื้นที่ของจังหวัดพิษณุโลกตั้งแต่บริเวณทิศตะวันตกของจังหวัดทั้งหมด เช่น พื้นที่ในเขตอำเภอพรหมพิราม อำเภอเมืองพิษณุโลก อำเภอบางระกำ อำเภอบางกระทุ่ม จนถึงอำเภอเนินมะปราง

5.2) บริเวณเนินเขาฝั่งตะวันออก

พื้นที่บริเวณนี้ส่วนใหญ่เป็นหินที่เกิดในยุค Cretaceous Jurassic และ Triassic ประกอบด้วยหินชุดโคราช (Korat Group) ซึ่งโครงสร้างส่วนใหญ่มีลักษณะคดโค้งโก่งงอ (Folds) โดยเป็น Syncline และ Anticline สลับกัน และ Asymmetric ใน Anticline โดยทางทิศตะวันออกมักลาดชัน

⁴ ยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดพิษณุโลกอย่างยั่งยืน. จังหวัดพิษณุโลก:

น้อยกว่าทางทิศตะวันตก สำหรับ Syncline จะกลับกันโดยการลาดชันที่พบจะมีมากกว่าทางตะวันออก หินชุดโคราชเหล่านี้สามารถเรียงลำดับจากบนลงล่างได้ดังนี้

5.2.1) หน่วยหินภูพาน (Phuphan Formation) เป็นหินชั้นบนสุดซึ่งพบที่จังหวัดพิษณุโลก จัดอยู่ในยุค Cretaceous Lower พบเป็นแนวยาวจากเหนือจรดใต้ของตำบลบ้านแยงใกล้ถนนสายพิษณุโลก-หล่มสัก จนถึงเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ หินชั้นนี้ประกอบด้วย หินทราย และหินทรายปนกรวด มีรอยชั้นขวางทั่วไปสีเทาแกมน้ำตาลเทาอมชมพู มีหินชิลท์และหินดินดานสีน้ำตาลแกมแดงปะปนอยู่ด้วย

5.2.2) หน่วยหินเสาขัว (Soa Khua Formation) เป็นชั้นหินที่เกิดอยู่ใต้ชั้นหินภูพาน อยู่ในยุค Jurassic ทั้งในส่วนที่เป็น Syncline ที่ห้วยน้ำพรหมทางทิศตะวันตก ห้วยน้ำคำทางทิศเหนือของอำเภอวังทองและบริเวณตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดพิษณุโลก โดยพบเป็นบริเวณกว้างจนถึงเขตพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดเพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ และเลย หินในหน่วยนี้ประกอบด้วย หินชิลท์ และหินทราย ที่มีสีน้ำตาลแกมม่วง ม่วงคราม

5.2.3 หน่วยหินพระวิหาร (Pha Wihan Formation) เป็นชั้นหินที่อยู่ต่อจากหินเสาขัว จัดอยู่ในยุค Jurassic เช่นกัน พบมากบริเวณเขาสมอแครง เขาประคู้ เขาน้อย ซึ่งอยู่บริเวณสองฟากของห้วยน้ำคำ เขาเหนือ บ้านวังคินสอ และเขาชำหวาย หินในหน่วยนี้มักจะก่อตัวเป็น Escarpment วางตัวอยู่บนหินภูกระดึง มีลักษณะคดโค้งโก่งงอ (Fold) เป็น Anticline และ Syncline แต่มักเหลืออยู่เฉพาะส่วน Syncline พบที่บริเวณบ้านน้ำคอบ โดยพบหินชุดเสาขัววางทับอยู่ข้างบน หน่วยหินพระวิหาร ประกอบด้วย หินทรายเป็นชั้นหนาและมักมีรอยชั้นขวางและเป็นทรายเนื้อควอทซ์และปนควอทซ์บ้าง มีสีขาวย สีน้ำตาล และสีน้ำตาลแกมแดง

5.2.4 หน่วยหินภูกระดึง (Phu Kradung Formation) เป็นชั้นหินที่เกิดขึ้นในยุค Lower Jurassic อยู่ใต้ชั้นหินพระวิหาร พบบริเวณที่เป็น Escarpment และ ศูนย์กลาง (Core) ของ Eroded Anticline บริเวณห้วยน้ำคำ บ้านวังคินสอ และตามแนวตะวันตกของเขาชำหวาย ประกอบด้วยหินกรวดมนสลับกับหินชิลท์สีน้ำตาลแกมแดง แดงอมม่วง มีหินทรายสีเทาเขียวถึงสีน้ำตาลแกมเหลืองปน ที่ห้วยน้ำคำพบ Volcani Conglomerate ซึ่งมีเม็ดกรวดเป็นหิน Rhyolite มีจุลขาวของ Quartz และ Felspar ปนอยู่ด้วย

5.2.5 หน่วยหินน้ำพอง (Nam Phong Formation) เป็นชั้นหินเกิดขึ้นในช่วงยุค Lower Jurassic ถึงยุค Triassic อยู่ชั้นล่างสุดของหินชุดโคราช พบในบริเวณแคบๆทางตอนใต้ของจังหวัดพิษณุโลก ตามแนวเขาพนมทอง เขาพุงกะโหล่และเขาห้วยผึ้ง ประกอบด้วยหินชิลท์ หินทราย และหินดินดาน มีสีแดงปนเทาสลับกับหินกรวดมน

5.2.6 หน่วยหินห้วยหินลาด (Huai Hin Lat Formation) เป็นหินที่เกิดขึ้นในยุค Triassic เกิดขึ้นก่อนหินชุดโคราช พบบริเวณตามแนวเขาหินหน่วยน้ำพอง บริเวณเขาพนมทอง เขา

พุงกะโล้ และเขาห้วยผึ้ง ประกอบด้วยหินทราย หินชิลท์ หินดินดานสีเทาปนน้ำตาลถึงสีเทาสลับกับหินปูนและหินปูนดินดาน

นอกจากหน่วยหินต่างๆข้างต้น ยังพบเขาโคดทางตอนใต้ของพิษณุโลก สำหรับบริเวณอำเภอเนินมะปรางพบหินซุตราชบุรีซึ่งเป็นหินปูนที่เกิดขึ้นในยุค Permian และหินอัคนีพวกไรโอไรท์ แอนดิไซต์และทัฟท์ที่เกิดขึ้นในยุค Permo Triassic เกิดกระจัดกระจายในบริเวณที่เป็น Old Alluvium Terrace

สำหรับแร่ธาตุที่พบในจังหวัดพิษณุโลกที่สำคัญได้แก่ แร่แคลเซียม และไนโตรไต์ เพียงแต่ปริมาณไม่มากเพียงพอที่จะลงทุน ดังนั้น แร่ธาตุที่สำคัญของพิษณุโลกในปัจจุบันที่มีการลงทุนเป็นอุตสาหกรรมจึงได้แก่หินปูน ซึ่งมีการผลิตเพื่ออุตสาหกรรมก่อสร้าง⁵ นอกจากนี้ ในเขตอำเภอบางระกำยังมีการขุดทรายเพื่อใช้ในการก่อสร้าง และมีเขตสัมปทานแร่ น้ำมันของ บริษัทไทยเซลล์ ประเทศไทย จำกัด ซึ่งได้สัมปทานแร่ น้ำมันในเขตอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร และครอบคลุมมาถึงเขตอำเภอบางระกำด้วย

6) ลักษณะภูมิอากาศ

พิษณุโลกเป็นจังหวัดที่มีลักษณะภูมิอากาศร้อนชื้น ฝนชุกสลับกับแห้งแล้ง อุณหภูมิรายเดือนเฉลี่ยที่ค่าผันแปรอยู่ระหว่าง 24.1 – 30.8 องศาเซลเซียส โดยเดือนเมษายนเป็นเดือนที่มีอุณหภูมิสูงสุด⁶ และเดือนธันวาคมมีอุณหภูมิต่ำที่สุดอุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปี 27.6 องศาเซลเซียส พิษณุโลกจึงจัดเป็นพื้นที่ซึ่งมีลมมรสุมพัดผ่าน มี 3 ฤดูคือ

6.1) ฤดูฝน อยู่ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม โดยพิษณุโลกจะได้รับอิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ซึ่งพัฒนามาจากมหาสมุทรอินเดีย

6.2) ฤดูหนาว มีระยะเวลาประมาณ 3-4 เดือน เริ่มตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ โดยอากาศจะหนาวจัดในเดือนธันวาคม ซึ่งเป็นช่วงที่พิษณุโลกจะได้รับอิทธิพลจากมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ และความกดอากาศสูงจากประเทศจีน แผ่ลงมาปกคลุม

6.3) ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่ปลายเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม โดยอากาศของพิษณุโลกจะร้อนจัดในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม เนื่องจากอิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นลมร้อนชื้นจากบริเวณความกดอากาศสูงในทะเลจีนใต้

⁵ปี พ.ศ. 2539 พิษณุโลกผลิตหินปูนได้ 138,800 เมตริกตัน คิดเป็นมูลค่า 9.716 ล้านบาท มากเป็นอันดับที่ 16 ของประเทศ

⁶ปี พ.ศ. 2541 อุณหภูมิสูงสุดอยู่ในเดือนพฤษภาคม คือ 41.5 องศาเซลเซียส และ 39.8 องศาเซลเซียสในปี พ.ศ. 2540

ความชื้นสัมพัทธ์รายเดือนของพิษณุโลกมีค่าผันแปรอยู่ระหว่างร้อยละ 61-81 โดยเดือนกันยายนเป็นเดือนที่มีค่าความชื้นสัมพัทธ์สูงสุด ในขณะที่เดือนกุมภาพันธ์มีค่าความชื้นสัมพัทธ์ต่ำที่สุด ค่าความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ยทั้งปีประมาณร้อยละ 71

ความเร็วลมเฉลี่ยของพิษณุโลกอยู่ระหว่าง 0.9-22 นี้อด⁷ ทิศทางลมในทิศใต้เป็นทิศทางลมที่มีความเร็วสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเดือนเมษายนจะมีค่าความเร็วลมสูงสุด และในเดือนมกราคมจะมีค่าความเร็วลมเฉลี่ยต่ำสุด

ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยของพิษณุโลกในช่วงปี 2537-2541 เท่ากับ 965.7 มิลลิเมตรถึง 1,653.3 มิลลิเมตร พิษณุโลกเคยประสบกับฝนตกหนักที่สุดในปี พ.ศ. 2538 ทำให้เกิดน้ำท่วมใหญ่ แต่โดยทั่วไปปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยมากที่สุดจะอยู่ในเดือนกันยายน และปริมาณฝนเฉลี่ยรายปีเท่ากับ 1321.2 มิลลิเมตร มีจำนวนวันฝนตกเฉลี่ยทั้งปี 118.2 วัน

4.1.1.3 ประวัติความเป็นมา

ในอดีตพิษณุโลกมีชื่อเรียกมากมาย เช่น ทวีธาณนคร ไทวนที ชัยนาท โธมะบุรี จันทบูรณั สระหลวงสองแคว และเมืองอกแตก ต่อมาภายหลังจากสมัยกรุงศรีอยุธยาจึงถูกเรียกว่าพิษณุโลก และถูกเรียกเช่นนี้สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน คำว่า “เมืองพิษณุโลก” สันนิษฐานว่าได้มาภายหลังกรุงศรีอยุธยาทำสงครามแย่งชิงอาณาจักรสุโขทัยกับอาณาจักรล้านนา โดยเฉพาะในสมัยของสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ กษัตริย์แห่งกรุงศรีอยุธยากับสมเด็จพระเจ้าติโลกราชแห่งเมืองเชียงใหม่ (พ.ศ. 2006) เพราะปรากฏหลักฐานในวรรณกรรมลิลิตยวนพ่ายถึงเหตุผลที่เปลี่ยนชื่อเมืองชัยนาทเป็นเมืองพิษณุโลกว่า “...ปางถลกกำแพง พระพิษณุโลก แล้วแฮ” โดยชื่อเมืองพระพิษณุโลก น่าจะถูกใช้หลังสงครามระหว่างอยุธยากับเชียงใหม่เป็นต้นมา และในภายหลัง คำว่า “พระพิษณุโลก” น่าจะกร่อนหายไปเหลือเพียง “พิษณุโลก” ที่ใช้เรียกกันในปัจจุบัน

พิษณุโลกจัดเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีประวัติการก่อตั้งชุมชนมาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ ดังที่ปรากฏหลักฐานมากมายยืนยันว่าพิษณุโลกเคยเป็นถิ่นที่อยู่ของมนุษย์ยุคหิน เช่น การขุดค้นพบขวานหินขัด ซึ่งเป็นอาวุธที่ใช้กันตั้งแต่สมัย 2,000 – 4,000 ปีมาแล้ว หรือการขุดค้นพบ “ผากระดานเลข”⁸ ที่ถ้ำผาแดง เขากระดานเลข บ้านปากกรอง อำเภอชาติตระการ หรือ การค้นพบภาพสลักหินผาขีดที่เขากุขซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน⁹ จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ข้างต้นทำให้พอที่จะ

⁷ 1 นี้อด เท่ากับ 1.853 กิโลเมตร/ชั่วโมง

⁸ มีลักษณะเป็นแผ่นหินหน้าเรียบมีรูเป็นแนวเรียงกันเป็นภาพวงกลมเรียงเป็นแถวประมาณ 14 วง บางภาพมีลักษณะคล้ายภาพคนอยู่ในท่าต่างๆ มีรอยขูดขีดคล้ายแผนที่หรือเป็นลวดลายแบบเลขาคณิต

⁹ เป็นหินที่ถูกขัดเรียบก่อนสลักเป็นรูปลายขูดขีดหรือเส้นกากบาทพาดกันไปมา ผู้เชี่ยวชาญเชื่อว่าเป็นงานของมนุษย์สมัยก่อนประวัติศาสตร์ในยุคโลหะ

อนุมานได้ว่า ได้มีการก่อตั้งชุมชนโบราณที่บริเวณเมืองพิษณุโลกและเมืองใกล้เคียงมาตั้งแต่ประมาณ 3,000 – 4,000 ปีมาแล้ว ซึ่งชุมชนในระยะแรกคงเป็นเพียงชุมชนเล็กๆก่อนที่จะขยายใหญ่โตขึ้นในภายหลัง และความเป็นมาอันยาวนานของพิษณุโลกนี้เอง ที่ทำให้องค์ความรู้ที่มีอยู่ในแต่ละท้องถิ่นของพิษณุโลกถูกสั่งสม พัฒนา และสืบทอดต่อกันมาในลักษณะที่แตกต่างกันไป

พิษณุโลกมีบทบาทโดดเด่นทั้งทางด้านการเมืองการปกครอง ศิลปวัฒนธรรม และการค้าสืบเนื่องมาตั้งแต่อดีต โดยในสมัยที่พ่อขุนศรีอินทราทิตย์จะสถาปนากรุงสุโขทัยเป็นราชธานีพิษณุโลกเป็นเมืองที่มีบทบาทสำคัญยิ่งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางประวัติศาสตร์ระหว่างอาณาจักรสุโขทัยและอาณาจักรอยุธยา และพบว่ามิกษัตริย์ในราชวงศ์พระร่วงหลายพระองค์นับตั้งแต่พระมหาธรรมราชาที่ 1 ถึงพระมหาธรรมราชาที่ 4 ได้เสด็จมาประทับที่เมืองพิษณุโลก ซึ่งในขณะนั้นถูกขนานนามว่า เมืองสองแคว เนื่องจากมีแม่น้ำสองสายคือแม่น้ำน่านและแม่น้ำแควน้อยไหลมาบรรจบกันที่บริเวณเหนือตัวเมืองพิษณุโลกไปประมาณ 12 กิโลเมตร ซึ่งบริเวณดังกล่าวในปัจจุบันชาวพิษณุโลกเรียกว่า “ปากโทก”¹⁰

การที่พิษณุโลกเป็นเมืองยุทธศาสตร์ที่สำคัญในอดีต ทำให้พระมหากษัตริย์ไทยหลายพระองค์ได้เสด็จมาประทับ และพิษณุโลกได้รับอิทธิพลจากภูมิปัญญาหลวงในหลากหลายลักษณะ อาทิ ในสมัยสุโขทัย การที่พระเจ้าลิไท หรือ พระมหาธรรมราชาที่ 1 ได้เสด็จมาประทับที่พิษณุโลกในช่วง พ.ศ. 1905 – 1912 และทรงใช้พิษณุโลกเป็นเมืองยุทธศาสตร์ พบหลักฐานว่ามีการนำวิทยาการด้านการสร้างเหมืองฝายมาใช้เพื่อทำให้พิษณุโลกสามารถควบคุมเมืองบริเวณลุ่มน้ำน่านและลุ่มน้ำป่าสักไว้ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการสร้างเส้นทางคมนาคมเพื่อเชื่อมพิษณุโลกเข้ากับอาณาจักรสุโขทัย ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมในรูปของศิลปกรรมและระบบความเชื่อทางศาสนา ระหว่างสองอาณาจักรเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง¹¹ ดังหลักฐานทางโบราณสถานและโบราณวัตถุซึ่งเป็นศิลปกรรมสมัยสุโขทัยที่พบในจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ เจดีย์พุ่มข้าวบิณฑ์ ที่วัดเจดีย์ยอดทอง, เจดีย์และซากเจดีย์ทรงลังกา โบสถ์และวิหารซึ่งเป็นสถาปัตยกรรมสมัยสุโขทัยที่วัดราชบูรณะ, ซากเจดีย์ทรงลังกาที่วัดอรุณญิก, พระพุทธรูปชินราช องค์พระประธานที่วัดพระศรีรัตนมหาธาตุวรมหาวิหาร ซึ่งจัดเป็นพระพุทธรูปที่ผสมผสานระหว่างศิลปะสุโขทัยกับเชียงแสน¹²

ต่อมาในสมัยพระธรรมราชาที่ 2 เมื่อครั้งกรุงศรีอยุธยาเข้าโจมตีพิษณุโลกและได้กวาดต้อนผู้คนไปเป็นเชลยจำนวนมาก ก็น่าจะเป็นอีกยุคสมัยหนึ่งที่มีการถ่ายทอดวัฒนธรรมระหว่างผู้คนสองอาณาจักร ในสมัยพระธรรมราชาที่ 3 หรือ พระเจ้าไสลือไท พระมหากษัตริย์สุโขทัยผู้มุ่งมั่น

¹⁰ ถือเป็นแหล่งชุมชนทางน้ำที่สำคัญในอดีต ทั้งทางด้านคมนาคมและการค้า แต่ในปัจจุบันปากโทกเป็นเพียงปากน้ำที่สงบเงียบ ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก

¹¹ ดู ถินชัย กระบวนแสง 2534:10

¹² ดู จิรวรรณ พิศนาค 2543

ดำเนินนโยบายแยกพระองค์เป็นอิสระจากอาณาจักรอยุธยา ก็เคยใช้พิษณุโลกเป็นฐานที่มั่นในการผูกสัมพันธ์ไมตรีกับเมืองต่างๆ เช่น เมืองน่าน และเพื่อการขยายพระอำนาจ โดยพบหลักฐานว่าในสมัยนี้พระเจ้าลิไท ได้พยายามที่จะขยายพระอำนาจไปจนถึงเมืองเชียงใหม่แต่ไม่สำเร็จเนื่องจากพระโอรสสองพระองค์คือ พระยาบาลและพระยารามก่อการจลาจลแย่งชิงราชสมบัติ จนในที่สุดกรุงศรีอยุธยาถือโอกาสเข้ามาไถ่กู้และสมเด็จพระอินทราชาแห่งอยุธยาได้ทรงโปรดให้พระยาบาลมาครองเมืองพิษณุโลกในฐานะกษัตริย์สุโขทัย ทรงพระนามว่าพระเจ้าศรีสุริยวงศ์บรมपालมหาธรรมราชาธิราช หรือ พระมหาธรรมราชาที่ 4 ซึ่งต่อมาได้เสด็จสวรรคตที่เมืองพิษณุโลกในปี พ.ศ. 1981

ในสมัยอาณาจักรสุโขทัยตอนปลาย อาณาจักรใดที่เข้มแข็งมักจะยึดพิษณุโลกเอาไว้ในอำนาจเสมอๆ เช่น เมื่อครั้งพระเจ้าอู่ทองนำไพร่พลมายึดเมืองพิษณุโลกไว้ได้ พระมหาธรรมราชาที่ 1 ก็ทรงขอเมืองพิษณุโลกคืนจากอยุธยา และเมื่อได้คืนมาแล้วก็เสด็จมาประทับที่เมืองพิษณุโลกเพื่อป้องกันไม่ให้อยุธยามารุกรานอีก หรือ เมื่อสุโขทัยตกอยู่ใต้อำนาจของอยุธยา อาณาจักรอยุธยา ก็อัญเชิญกษัตริย์มาประทับที่พิษณุโลก เพื่อควบคุมบทบาทของกษัตริย์ของกษัตริย์ในราชวงศ์พระร่วงไว้ให้มีความใกล้ชิดกัน หรือในสมัยพระยาอูฐิธิฐีเป็นเจ้าเมืองพิษณุโลก ได้ทรงเป็นพันธมิตรกับเชียงใหม่และก่อการกบฏต่ออาณาจักรอยุธยา โดยการนำทัพจากเชียงใหม่ยกลงมาช่วยพิษณุโลกกับกำแพงเพชรให้พ้นจากอำนาจของอยุธยา แต่เนื่องจากกระทำไม่สำเร็จ กรุงศรีอยุธยาจึงสนับสนุนให้พระราชชนนีของสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถมาครองเมืองพิษณุโลกในช่วงปี พ.ศ. 1994 – 2006

ในสมัยอยุธยา แม้ว่าพิษณุโลกจะมีบทบาทเป็นเพียงเมืองลูกหลวง แต่การที่สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถในสมัยเมื่อยังทรงเป็นพระรามเสวยได้เคยเสด็จมาครองเมืองนี้ ทำให้เมื่อพระองค์เป็นกษัตริย์ของอาณาจักรอยุธยาแล้ว ได้เสด็จกลับมาประทับที่พิษณุโลกอีกครั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2006 – 2031 หรือจนถึงรัชกาล และระหว่างที่พระองค์ประทับอยู่ที่พิษณุโลกนี้เอง ที่ได้ทรงสถาปนาพิษณุโลกเป็นราชธานีด้วยเหตุผลทางการเมือง เนื่องจากในขณะนั้น อยุธยาอยู่ระหว่างการทำศึกสงครามกับล้านนาไทย ดังนั้น การย้ายราชธานีมาที่พิษณุโลกจึงมีส่วนสำคัญในการช่วยให้อยุธยาสามารถรักษาหัวเมืองฝ่ายเหนือ เช่น สุโขทัย และกำแพงเพชร เอาไว้ได้ นอกจากนี้ การที่พิษณุโลกเป็นเมืองหน้าด่านที่สำคัญในการสกัดกั้นกองทัพพม่าไม่ให้ล่วงล้ำไปถึงกรุงศรีอยุธยาก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พิษณุโลกมีฐานะเป็นเมืองเอก¹³ เมืองลูกหลวงหรือเป็นเมืองหลวงของไทย

เมื่อ พ.ศ. 2098 ในสมัยของสมเด็จพระนเรศวรมหาราช การที่พระองค์ทรงมีพระราชสมภพที่พระราชวังจันทน์ เมืองพิษณุโลก และการที่ทรงเป็นองค์รัชทายาทของอยุธยาที่ปกครองพิษณุโลกทั้งสิ้นเป็นระยะเวลาถึง 14 ปี หรือตั้งแต่ พ.ศ. 2113 – 2126 ทำให้พิษณุโลกกลายเป็นเมืองสำคัญ

¹³ หมายถึง เป็นเมืองที่มีความสำคัญ มีเจ้าผู้ครองเมืองถือฐานันดรระดับเจ้าพระยา

และมีบทบาททั้งในด้านการเมืองการปกครอง กล่าวคือเป็นจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ และเป็นศูนย์กลางด้านการค้าทางน้ำ¹⁴ อนึ่ง ในสมัยสมเด็จพระนเรศวร ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการเมืองการปกครองต่อเมืองพิษณุโลก กล่าวคือ ทรงยกเลิกประเพณีตั้งเจ้าเมืองมาครองเมืองพิษณุโลก และส่งผลให้เมืองพิษณุโลกกลายเป็นเมืองเอกที่มีขุนนางระดับเจ้าพระยาครองเมือง ดังราชทินนามของเจ้าเมืองพิษณุโลกที่พบปรากฏในกฎหมายตราสามดวง คือ “เจ้าพญาสุนศรีพิสมาราชชาติพิทยธิเบศวราชินดี อภัยพิริยปรารภมภาหุ” ถือศักดินา 10000¹⁵ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงฐานะของเมืองที่เคยมีเจ้านายมาปกครองมาเป็นเมืองที่มีขุนนางซึ่งอาจเป็นเชื้อพระวงศ์ชั้นผู้น้อย หรือข้าราชการผู้ใกล้ชิดของพระมหากษัตริย์มาปกครองนี้ ส่งผลต่อการพัฒนาการทางการเมืองและการปกครองของพิษณุโลกอย่างมาก กล่าวคือ ทำให้พิษณุโลกมีอิสระในการปกครองตนเองน้อยลง และทำหน้าที่เป็นเมืองที่สนองตอบนโยบายของรัฐซึ่งในขณะนั้นคือกรุงศรีอยุธยามากยิ่งขึ้น

ด้วยความสำคัญดังกล่าวทำให้พิษณุโลกได้รับอิทธิพลทางด้านภูมิปัญญาหลวงจากราชสำนักอยุธยาในหลากหลายลักษณะต่างกรรมต่างวาระกันไป หลักฐานด้านศิลปกรรมและสถาปัตยกรรมสมัยอยุธยาที่พบในเมืองพิษณุโลก ได้แก่ พระปรางค์องค์ประธานของวัดพระศรีรัตนมหาธาตุวรมหาวิหาร, และบานประตูประดับมุกหน้าวิหารหลวงพระพุทธชินราช ก็เป็นหลักฐานอีกชิ้นหนึ่งที่แสดงถึงศิลปกรรมในสมัยร่วมอยุธยา

เป็นที่น่าสังเกตว่าสงครามเสียกรุงศรีอยุธยาครั้งที่หนึ่งเมื่อ พ.ศ. 2310 ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อพิษณุโลกมากนัก โดยเจ้าเมืองพิษณุโลกสามารถตั้งตัวเป็นอิสระและรื้อฟื้นความเป็นใหญ่ของเมืองได้อย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นว่าหลังจากที่พระเจ้ากรุงธนบุรีทรงตั้งเมืองหลวงเรียบร้อยแล้ว ได้ทรงเลือกพิษณุโลกเป็นเป้าหมายแรกในการปราบปรามเพื่อแสดงพระบรมเดชานุภาพ ซึ่งทำให้พิษณุโลกเป็นคำรณความเป็นอิสระได้ไม่นาน และต้องตกเป็นเมืองภายใต้อำนาจของราชธานีต่อมาอีก และในสมัยกรุงธนบุรีนี้เอง ที่พิษณุโลกเข้ามามีบทบาทในสงครามระหว่างไทยกับพม่าอีกครั้งหนึ่ง และต้องเผชิญกับความสูญเสียมากมายจากสงคราม จากการที่เจ้าพระยาจักรีและเจ้าพระยาสุรสีห์ได้เลือกใช้เมืองพิษณุโลกเป็นสนามรบเพื่อทำสงครามกับกองทัพของอะแหว่นก๊และพ่ายแพ้อย่างยับเยิน ในปี พ.ศ. 2318 ส่งผลให้เมืองพิษณุโลกถูกเผาทำลายลงเป็นอันมาก ดำริบดำรา วิทยาการ โบราณสถาน โบราณวัตถุ ตลอดจนศิลปกรรมต่างๆ สูญหายและถูกทำลายลงไปเป็นอันมาก

¹⁴ พบหลักฐานต่างประเทศที่เขียนขึ้นในสมัยอยุธยาตอนปลายระบุตรงกันว่า พิษณุโลกเป็นแหล่งชุมนุมการค้า มีพ่อค้าจากดินแดนลาวนำสินค้า ได้แก่ พินช้าง ข้าว ดินประสีว นอแรด หนังสัตว์ ครั่ง อ้อย หัวหอม ยาสูบ ขี้ผึ้ง น้ำผึ้ง ฯลฯ บรรทุกเกวียนข้ามภูเขามา เพื่อลงเรือล่องต่อไปขายยังอยุธยา (ขวัญเมือง จันทโรจณี 2534: 26)

¹⁵ ศรุสภา กฎหมายตราสามดวง เล่ม 1 2515: 317

ประเพณีการตั้งขุนนางซึ่งเข้มแข็งและเป็นที่ไว้พระราชหฤทัยจากพระมหากษัตริย์ให้มาปกครองเมืองพิษณุโลกได้ถูกสืบทอดต่อจากอยุธยาผ่านสมัยธนบุรีมาถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น เพียงแต่ในสมัยรัชกาลพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช เจ้าเมืองพิษณุโลกได้ถูกลดฐานะลงเป็นเพียง พระยา¹⁶ และพิษณุโลกไม่ได้บังคับบัญชาหัวเมืองฝ่ายเหนืออื่นๆ เช่น ตาก กำแพงเพชร สุโขทัย และสวรรคโลกอีกต่อไป เนื่องจากผู้ครองเมืองดังกล่าวล้วนมีฐานะเป็นพระยาเช่นเดียวกัน ดังนั้น แม้ว่าพิษณุโลกจะถูกลดบทบาทและอำนาจลงอย่างมากในสมัยนี้ แต่การที่พิษณุโลกเป็นเมืองเดียวที่ยังมีประเพณีการแต่งตั้งขุนนางจากส่วนกลางมาปกครอง ก็แสดงให้เห็นถึงรูปแบบการปกครองที่เน้นการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง ในขณะที่เดียวกันก็ยืนยันถึงความสำคัญของเมืองพิษณุโลกตลอดจนความผูกพันระหว่างพิษณุโลกกับกรุงเทพฯ ได้เป็นอย่างดี

ในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น เมืองพิษณุโลกจึงมีฐานะเป็นเมืองเอกที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในหัวเมืองฝ่ายเหนือของไทยในขณะนั้น กล่าวคือ มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ 15,000 คน ในจำนวนนี้เป็นชาวจีนถึง 1,112 คนและมีเมืองต่างๆอยู่ในอำนาจการดูแลหลายหัวเมืองคือ เมืองนครไทย ไทยบุรี ศรีภิรมย์ พรหมพิราม ขุนสอนลำแดง ขุนแสงสงคราม พิบูลย์พัฒน์ นครชุม ทศการ นครพามาก เมืองการ เมืองคำ ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ หาของป่า ทำไม้ และการเกณฑ์แรงงานไพร่¹⁷ แม้ว่าพิษณุโลกในสมัยรัตนโกสินทร์จะไม่ได้มีศึกสงครามมากเท่ากับสมัยสุโขทัยและกรุงศรีอยุธยา แต่พิษณุโลกก็แสดงให้เห็นถึงการมีความสำคัญในด้านต่างๆและปรากฏภาพลักษณ์ในหน้าประวัติศาสตร์อยู่ไม่ขาดสาย เช่น ในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกได้ทรงดำริให้รื้อป้อมและกำแพงเมืองพิษณุโลกออกเพื่อป้องกันไม่ให้ศัตรูอาศัยเป็นที่มั่นได้ หรือต่อมาในสมัยของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 2, และ 3 พิษณุโลกได้เปลี่ยนฐานะมาเป็นเมืองที่ทำหน้าที่เป็นหูเป็นตาสอดส่องดูแลข้าราชการข้างหัวเมืองฝ่ายเหนือ และเมืองที่ทำหน้าที่จัดส่งส่วยภาษีอากร และแรงงานสิ่งของให้แก่เมืองหลวงอีกประการหนึ่งด้วย¹⁸

เป็นที่น่าสังเกตว่าพิษณุโลกในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น เป็นศูนย์รวมของคนหลากหลายอาชีพ วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ เช่น ชาวไทย จีน ลาว ญวน และเขมร ดังพบหลักฐานแสดงถึงการส่งภาษีจำนวนมากจากพิษณุโลกไปยังส่วนกลาง ซึ่งจัดเก็บจากชาวนาชาวไร่ ทั้งอ้อย ยาสูบ ฝ้าย และพืชล้มลุกอื่นๆ และจากรายได้ซึ่งมาจากการ “ผูกป่า” ของชาวจีน ซึ่งหากพิจารณาจากจดหมายเหตุรัชกาลที่ 3 (พ.ศ. 2377) พบว่าพิษณุโลกเป็นหนึ่งในสี่ของเมืองที่มีคนจีนอาศัยอยู่มากที่สุด (อีกสามเมืองได้แก่ นครชัยศรี ฉะเชิงเทรา และอยุธยา) และชาวจีนเหล่านี้เองที่ต่อมาได้เข้ามามีบทบาท

¹⁶ รัชกาลที่ 1 ทรงตั้งหลวงนรามาเป็นพระยาพิษณุโลก (ดู เจ้าพระยาทิพากรวงศ์ พระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 1 2531:4)

¹⁷ ปราณี แจ่มขุนเทียน 2534: 26

¹⁸ เจ้าพระยาทิพากรวงศ์ อ้างแล้ว.

อย่างกว้างขวางต่อเศรษฐกิจเมืองพิษณุโลก เช่น เป็นเจ้าภาษีอากร และประกอบกิจการค้าต่างๆ เช่น ค้าข้าว เป็นต้น สำหรับชาวญวนและเขมรพบว่าส่วนใหญ่ถูกกวาดต้อนมาในช่วงสงครามไทย – ญวน ในสมัยรัชกาลที่ 3 เพียงแต่ไม่พบว่าหลักฐานสืบย้อนไปได้ว่าชาวญวนในพิษณุโลกในปัจจุบันมีความเกี่ยวข้องอย่างไรกับชาวญวนในอดีต สำหรับชาวลาวพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่เมืองชาติตระการ นครไทย และด่านซ้าย ส่วนชาวไทย-จีนมักอาศัยอยู่บริเวณหัวเมืองนครป่าหมาก (วังทองในปัจจุบัน) และพรหมพิราม

การเปลี่ยนแปลงพิษณุโลกสู่นานาชาติและความทันสมัยเริ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ยกเลิกการแบ่งฐานะเมืองเป็นระดับเอก โท ทรี จัตรา เช่นในอดีต และทรงปรับปรุงการปกครองเป็นแบบมณฑลเทศาภิบาลในปี พ.ศ. 2437 โดยเมืองพิษณุโลกถูกสถาปนาเป็นที่ตั้งของที่ทำการและที่บัญชาการมณฑล ซึ่งประกอบด้วยเมืองสุโขทัย สวรรคโลก เพชรบูรณ์ และพิจิตรรวมอยู่ด้วย โดยมีสมุหเทศาภิบาลเป็นผู้ควบคุมดูแลมณฑลพิษณุโลกต่างพระเนตรพระกรรณ ตั้งแต่ พ.ศ. 2437 – 2476 มณฑลพิษณุโลกมีข้าหลวงเทศาภิบาลทั้งหมดรวม 9 คน ได้แก่

- เจ้าพระยาสุรสีห์วิสิษฐศักดิ์ (เชย กัลยามิตร) พ.ศ. 2437-2444
- เจ้าพระยาภักดีณรงค์ (สิน ไกรฤกษ์) พ.ศ. 2445
- พระยาศรีสุริยราชานุวัตร (โพ เนติโพธิ์) พ.ศ. 2446-2448
- พระยาชลบรานุรักษ์ (เจริญ จารุจินดา) พ.ศ. 2449
- พันเอกพระยาเทพาธิบดี (คิม เทพานนท์) พ.ศ. 2449
- เจ้าพระยาสุรบดินทร์ (เจริญ จารุจินดา) พ.ศ. 2449-2467
- ร้อยเอก พระยาศรีสุริยราชกรณูวัตร (สุข ศิลยบุตร) พ.ศ. 2449-2467
- พระยาเพชรปราณี (ตัน รักษาประจิต) พ.ศ. 2468-2470
- พระยานครพระราม (สวัสดิ์ มหากายี) พ.ศ. 2471-2476

จากทำเนียบราชานามข้าหลวงมณฑลเทศาภิบาลและผู้ว่าราชการเมืองพิษณุโลกข้างต้นจะเห็นว่าไม่มีคนในท้องถิ่นขึ้นมาดำรงตำแหน่งดังกล่าวเลย และการที่ส่วนกลางมีนโยบายโยกย้ายหมุนเวียนข้าราชการ ประกอบกับพิษณุโลกไม่สามารถดึงดูดให้ข้าราชการชั้นปกครองระดับสูงหวนกลับมาพิษณุโลกได้อีก ทำให้ขุนนางท้องถิ่นที่ถูกส่งมาอยู่พิษณุโลกไม่สามารถสะสมอำนาจเช่นเมืองอื่นๆ ในขณะเดียวกันปัจจัยแวดล้อมข้างต้นก็ทำให้พิษณุโลกเป็นเพียงหัวเมืองทางเหนือที่ถูกใช้เป็นที่ฝึกหัดข้าราชการชั้นผู้น้อยที่ต้องการหาประสบการณ์เพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงานต่อไป¹⁹

¹⁹ สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ เจ้าพระยาบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) ราชบุตร์แห่งเมืองจำปาศักดิ์ มาเป็นนายอำเภอเมืองพิษณุโลกระหว่าง พ.ศ. 2451 – 2452 (เดช บุญนาท 2532: 313)

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2476 สมัยของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นแบบประชาธิปไตย ทางราชการได้ประกาศยุบเลิกมณฑลเทศาภิบาล พิชณุโลก และประกาศใช้พระราชบัญญัติว่าด้วยระเบียบการแบ่งราชอาณาจักรสยาม โดยแบ่งราชการส่วนภูมิภาคออกเป็นจังหวัด รวมทั้งสิ้น 70 จังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดพิณุโลกเป็นผู้ปกครองขึ้นตรงกับกระทรวงมหาดไทย จากนั้นเป็นต้นมาพิณุโลกจึงมีฐานะเป็นเพียงจังหวัดหนึ่งของประเทศไทย

จากประวัติศาสตร์และความเป็นมาของพิณุโลกในช่วงเวลาต่างๆข้างต้นจะเห็นว่า พิชณุโลกเป็นพื้นที่ทั้งกายภาพ (Physical Space) และพื้นที่ทางสังคม (Social Space) ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับราชสำนักในลักษณะต่างๆอยู่ตลอดเวลาตั้งแต่สมัยอาณาจักรสุโขทัย อยุธยา จนถึงสมัยรัตนโกสินทร์ ดังนั้น การที่กษัตริย์ในราชวงศ์พระร่วงหลายพระองค์นับตั้งแต่พระมหาธรรมราชาที่ 1 ถึงพระมหาธรรมราชาที่ 4 ได้เคยเสด็จมาประทับที่เมืองพิณุโลก หรือแม้กระทั่งในสมัยอยุธยาที่พิณุโลกมีบทบาทเป็นเพียงเมืองลูกหลวง แต่การที่สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถสมัยเมื่อยังทรงเป็นพระรามศวรได้เคยเสด็จมาครองเมืองนี้ และเสด็จกลับมาประทับที่พิณุโลกอีกครั้งหนึ่งตั้งแต่ พ.ศ. 2006 – 2031 หรือจนสิ้นรัชกาลเมื่อพระองค์เป็นกษัตริย์ของอาณาจักรอยุธยาแล้ว ก็ล้วนส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างพิณุโลกและส่วนกลางมีความใกล้ชิดมาโดยตลอด ซึ่งในประเด็นนี้ต้องทำความเข้าใจว่า ทั้งอาณาจักรสุโขทัยและอยุธยา ล้วนเป็นยุคสมัยที่ราชสำนักได้รับอิทธิพลด้านการแพทย์ผ่านทางศาสนาและวัฒนธรรมของต่างชาติอย่างกว้างขวาง อาทิ การรับเอาตำรับตำราแพทย์ระบบเก่าของอินเดียที่ส่วนใหญ่เป็นของหมอชิวโกมารภัฏ ซึ่งมีความรอบรู้ด้านการใช้สมุนไพรและเป็นผู้เขียนตำราเวชศาสตร์และเภสัชศาสตร์ และการรับเอาตำรายาจีนมาใช้ในการรักษา เป็นต้น²⁰ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าว จึงพอสันนิษฐานได้ว่าอิทธิพลจากภูมิปัญญาหลวงด้านการรักษาเยยวจากราชสำนักผ่านน่าจะถูกส่งผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของชนชั้นปกครองในพิณุโลกบ้างไม่มากนักน้อย (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 5)

นอกจากนี้ การที่เมืองพิณุโลกถูกสถาปนาเป็นที่ตั้งของที่ทำการมณฑลในสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น โดยมีเมืองสุโขทัย สวรรคโลก เพชรบูรณ์ และพิจิตรรวมอยู่ด้วย และถูกปกครองดูแลจากสมุหเทศาภิบาลต่างพระเนตรพระกรรณ ตั้งแต่ พ.ศ. 2437 – 2476 จนถึงสมัยของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวหรือนานเกือบสี่ทศวรรษ ได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นเมืองสำคัญทางประวัติศาสตร์และการได้รับอิทธิพลของภูมิปัญญาหลวงในด้านต่างๆอย่างกว้างขวาง แม้ว่าฐานะของเมืองพิณุโลกจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นแบบประชาธิปไตยจากการที่พิณุโลกได้ถูกประกาศยุบเลิกเป็นมณฑลและเหลือฐานะเป็นเพียงจังหวัดหนึ่งของประเทศไทย แต่ในทัศนะของชนชั้นปกครอง พิชณุโลกก็ยังคงมีความสำคัญไม่เปลี่ยนแปลง ดัง

²⁰ รายละเอียดอ่านเพิ่มเติมได้จากบทที่สอง

ปรากฏหลักฐานจากพระบรมราโชวาทของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่พระราชทานให้แก่ลูกเสือนมณฑลพิษณุโลก เนื่องในวโรกาสที่ทรงเสด็จเปิดโรงเรียนพิษณุโลกวิทยายน และพระราชทานธงประจำกองลูกเสือ เมื่อ พ.ศ. 2469 ความว่า:

...มณฑลพิษณุโลกนี้เคยเป็นถิ่นเดิมถิ่นเก่าของคนไทยแต่ก่อนนี้เมืองพิษณุโลกเป็นราชธานีโบราณมากที่สุดเมือง 1 ของประเทศสยาม พวกคนพิษณุโลกเคยเป็นพวกนักรบสำคัญอยู่ช้านาน ครั้นต่อมาภายหลังจึงได้ถูกข้าศึกมาทำลายเสียจนหักพังหมด บัดนี้ พวกเจ้าทั้งหลายผู้เป็นลูกหลานของนักรบโบราณนั่นเอง เป็นลูกของพวกไทยเดิมที่อยู่ในถิ่นนี้ต้องตั้งใจที่จะบำรุงฐานะของมณฑลของตนซึ่งเป็นบ้านเกิดเมืองมารดรเดิมนั้นให้รุ่งเรืองเหมือนกับที่เป็นมาแต่ก่อน จงตั้งใจทำมาค้าขายจะได้เป็นประโยชน์นำฐานะของมณฑลนี้ให้เจริญรุ่งเรือง และเมืองพิษณุโลกก็จะได้กลับเป็นบ้านเมืองใหญ่โต เหมือนกับที่เคยมาแต่ก่อนนั้น

จากประวัติความเป็นมาของพิษณุโลกตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์จนถึงยุครัตนโกสินทร์ จากเมืองหลวงที่ประทับของพระมหากษัตริย์จนถึงมณฑลศูนย์กลางการบริหาร และจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างในปัจจุบัน แสดงให้เห็นถึงความผูกพันใกล้ชิดกับพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ สำนักทางสังคม และมโนทัศน์ของชนชั้นปกครองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมตลอดจนวิถีชีวิตของชาวพิษณุโลก พิษณุโลกในวันนี้จึงเป็นพื้นที่ทางกายภาพซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดี จึงกล่าวได้ว่า ความเป็นเมืองพิษณุโลกที่มีอยู่ในปัจจุบันเกิดขึ้นจาก พลวัตรและความหลากหลายของประสบการณ์และองค์ความรู้ ซึ่งแสดงออกให้เห็นผ่านระบบความเชื่อ ความศรัทธา เครือข่ายทางวัฒนธรรม และระบบความสัมพันธ์ของผู้คน

จากประวัติศาสตร์ท้องถิ่นข้างต้นได้แสดงให้เห็นว่า ศักยภาพในการเป็นชุมชนพึ่งตนเองมาโดยตลอดของชาวบ้านในชุมชนท้องถิ่นพิษณุโลกคือสะพานที่เชื่อมพิษณุโลกในอดีตเข้าปัจจุบัน ดังนั้นแม้ว่าพิษณุโลกจะต้องเผชิญศึกสงครามมายาวนาน ผ่านการเผาทำลาย และการสูญเสียจากภัยธรรมชาติครั้งแล้วครั้งเล่า ผ่านการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางการเมืองการปกครอง แต่พิษณุโลกก็ยังมีพัฒนาการ ปรับเปลี่ยน และอยู่รอดต่อมาได้ ในปัจจุบันพิษณุโลกมีรูปแบบของการพัฒนาที่เน้นการรวมศูนย์สู่ส่วนกลางและวางอยู่บนพื้นฐานของนโยบายความทันสมัย เพื่อการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการโลกาภิวัตน์ พิษณุโลกในปัจจุบันได้รับการคัดเลือกจากสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้เป็น 1 ใน 10 เมืองหลักของประเทศไทย และคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้จังหวัดพิษณุโลกเป็นศูนย์กลางการพัฒนาระเบียงอินโดจีน การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับพิษณุโลกในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นสิ่งที่น่าจับตามองและน่าศึกษาค้นคว้าต่อไปว่า อะไรหรือเงื่อนไขใดที่จะเป็นสะพานเชื่อมโยงระหว่างพิษณุโลกในปัจจุบันกับพิษณุโลกในอนาคต

4.1.1.4 ลักษณะทางสังคมประชากร

ลักษณะทางสังคมประชากรนับว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการทำความเข้าใจกับโครงสร้างทางสังคม ระบบความสัมพันธ์ของคนในสังคม และภูมิปัญญาที่มีอยู่ในสังคมนั้นๆ การที่พิษณุโลกมีคุณลักษณะ โครงสร้างและการกระจายตัวของประชากรที่แตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น และกลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของพิษณุโลกมีหลากหลายตามไปด้วย ความเข้าใจในลักษณะทางสังคมประชากรจึงมีส่วนสำคัญที่ช่วยทำให้คณะผู้วิจัยเข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวเมืองพิษณุโลกได้ดีขึ้น

จากการรายงานล่าสุดพบว่า²¹ จังหวัดพิษณุโลกมีประชากรทั้งสิ้น 791,652 คน เป็นชาย 391,031 คน หญิง 400,621 คน²² เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2533 ร้อยละ 0.44 ต่อปี ทุกอำเภอมีประชากรหญิงมากกว่าชายยกเว้นอำเภอชาติตระการและอำเภอวังทองที่มีประชากรชายมากกว่า สำหรับการกระจายตัวของประชากรสามารถพิจารณาได้สองลักษณะคือ การกระจายตัวในเขตเมือง²³ และเขตชนบท²⁴ กับการกระจายตัวของประชากรจำแนกรายอำเภอ โดยพบว่าประชากร 637,009 คนหรือร้อยละ 80.5 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และมีประชากรเพียง 154,643 คนหรือร้อยละ 19.5 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สำหรับอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดคือ อำเภอเมืองพิษณุโลก มีประชากรถึง 246,845 คน และอำเภอที่มีประชากรน้อยที่สุดได้แก่ อำเภอชาติตระการ มีประชากรทั้งสิ้น 33,503 คน โดยอำเภอนครไทยซึ่งเป็นอำเภอที่มีชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่มากที่สุดเป็นพื้นที่ซึ่งมีอัตราเพิ่มของประชากรสูงที่สุด และอำเภอวังทองเป็นพื้นที่ซึ่งมีอัตราเพิ่มของประชากรน้อยที่สุด

จากรายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 พบว่า พิษณุโลกมีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 224,634 ครัวเรือน คิดเป็นจำนวนประชากรเฉลี่ย 3.5 คนต่อหนึ่งครัวเรือน ซึ่งเล็กลงกว่าการสำรวจในปี พ.ศ. 2533 โดยเฉลี่ย 0.5 คนต่อครัวเรือน และเมื่อเปรียบเทียบขนาดของครัวเรือนระหว่างในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลพบว่า ครัวเรือนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยประมาณ 3.6 คน น้อยกว่าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเพียง 0.3 คนต่อครัวเรือน และเมื่อเปรียบเทียบขนาดของครัวเรือนในแต่ละอำเภอพบว่า อำเภอวังทองมีขนาดของครัวเรือนใหญ่ที่สุด คือมีจำนวนประชากรโดยเฉลี่ย 3.8 คนต่อหนึ่งครัวเรือน ส่วนครัวเรือนที่มีขนาดเล็กที่สุดได้แก่ อำเภอวัดโบสถ์ คือเฉลี่ย 3.3 คนต่อครัวเรือน

²¹ สำมะโนประชากรและเคหะ ปี พ.ศ. 2543, สรุปผลการประเมิน โครงการจังหวัดทดลองแบบบูรณาการเพื่อการพัฒนา ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง, สถาบันดำรงราชานุภาพ กุมภาพันธ์ 2545.

²² ข้อมูลจากการสำรวจสำมะโนประชากรวันที่ 1 เมษายน 2543

²³ หมายถึง ในเขตเทศบาล

²⁴ หมายถึง นอกเขตเทศบาล

สำหรับความหนาแน่นของประชากรพบว่า หากพิจารณาจากจำนวนประชากรโดยเฉลี่ยต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร พิชญโลกมีจำนวนประชากรโดยเฉลี่ยประมาณ 73.2 คนต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร โดยอำเภอที่มีความหนาแน่นมากที่สุดคืออำเภอเมืองพิชญโลก มีความหนาแน่นของประชากร 328.8 คน อำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรรองลงมาคืออำเภอบางกระพุ่มซึ่งเป็นอำเภอที่มีพื้นที่น้อยที่สุด ประมาณ 447.03 ตารางกิโลเมตร มีความหนาแน่นของประชากร 114.4 คน ส่วนอำเภอที่มีจำนวนประชากรต่ำที่สุดได้แก่ อำเภอชาติตระการ ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและอยู่ห่างไกล มีความหนาแน่นของประชากร 21.1 คน

จากข้อมูลทางสังคมประชากรข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของการพัฒนาและผลที่ได้รับจากการพัฒนาในรูปของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมของพิชญโลกในหลายๆด้าน เช่น ในด้านการพัฒนา พบว่าพิชญโลกใช้รูปแบบการพัฒนาที่เน้นการรวมศูนย์เข้าสู่ส่วนกลางตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ดังปรากฏว่าหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนแหล่งธุรกิจต่างๆ ล้วนกระจุกตัวอยู่ในเขตอำเภอเมืองพิชญโลก นอกจากนี้ ยังพบว่าสาธารณูปโภคและสาธารณูปการส่วนใหญ่จะอุดมสมบูรณ์ในเขตเมือง เขตเทศบาล และเขตสุขาภิบาลเท่านั้น หากเป็นหมู่บ้านที่ห่างไกลมักพบว่าไม่มีไฟฟ้าหรือน้ำประปาเพียงพอกับความต้องการของประชาชน ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมของพิชญโลก ในการที่อำเภอเมืองพิชญโลกกลายเป็นพื้นที่ซึ่งมีจำนวนและความหนาแน่นของประชากรมากและหนาแน่นที่สุด สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมที่พบ ได้แก่ การมีค่านิยมในเรื่องการมีครอบครัวเดี่ยวและค่านิยมเรื่องปัจเจกบุคคลของชาวพิชญโลกที่มีเชื้อสายไทยทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทเพิ่มมากขึ้น (เฉลี่ย 3.5 คนต่อหนึ่งครัวเรือน) ในขณะที่ชาวพิชญโลกที่มีเชื้อสายจีนซึ่งพบมากในเขตอำเภอวังทอง ยังคงมีค่านิยมเรื่องการมีครอบครัวขยายและการมีบุตรชาย(เฉลี่ย 3.8 คนต่อหนึ่งครัวเรือน) แต่ในขณะเดียวกันก็มีการวางแผนครอบครัวจนมีอัตราการเพิ่มของประชากรอยู่ในระดับต่ำที่สุด ในขณะที่อำเภอนครไทยซึ่งมีชาวไทยภูเขามากที่สุด เป็นพื้นที่ซึ่งมีอัตราเพิ่มของประชากรมากที่สุดเนื่องจากบุคคลยังคงมีค่านิยมในเรื่องการมีบุตรมาก และมีวัฒนธรรมเรื่องเครือญาติอย่างเหนียวแน่น มีการอพยพโยกย้ายบุคคลในเครือข่ายทางสังคมของครัวเรือนเกิดขึ้นอยู่เสมอๆ

4.1.1.5 ระบบการเมืองการปกครอง

ในปัจจุบันพิชญโลกแบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 93 ตำบล 940 หมู่บ้าน 1 เทศบาลนคร 12 เทศบาลตำบล และ 90 องค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอทั้งเก้าประกอบด้วย อำเภอเมืองพิชญโลก อำเภอวังทอง อำเภอพรหมพิราม อำเภอบางกระพุ่ม อำเภอบางระกำ อำเภอนครไทย อำเภอวัดโบสถ์ อำเภอชาติตระการ และอำเภอนิคมบ่งไพร

1) อำเภอเมืองพิษณุโลก

อำเภอเมืองพิษณุโลกมีเนื้อที่ทั้งสิ้น 750.81 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละเนื้อที่ของจังหวัด 3.33 ประกอบด้วย 20 ตำบล 149 หมู่บ้าน และ 1 สุขาภิบาล มีประชากรทั้งสิ้น 270,864 คน เป็นชาย 134,127 คน และหญิง 136,737 คน อยู่ในวัยแรงงาน 7,713 คน มีโรงงานอุตสาหกรรม 836 โรงงาน และมีจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทั้งสิ้น 225,139 คน²⁵ มีไฟฟ้าใช้ทุกหมู่บ้าน แต่ยังมีปัญหาความขาดแคลนน้ำประปา กล่าวคือมีหมู่บ้านซึ่งมีน้ำประปาใช้เพียง 97 หมู่บ้าน

2) อำเภอวังทอง

มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 1687.05 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 7.29 ของเนื้อที่ทั้งหมดของจังหวัด พิษณุโลก ระยะทางจากที่ตั้งของอำเภอถึงที่ตั้งของจังหวัด 17 กิโลเมตร แบ่งออกเป็น 11 ตำบลได้แก่ วังทอง, แก่งโสภา, ชัยนาม, ท่าหมื่นราม, บ้านกลาง, ดินทอง, พันชาติ, แม่ระกา, วังนกแอ่น, วังพิบูล, และตำบลหนองพระ และมีหมู่บ้านรวมทั้งสิ้น 133 หมู่บ้าน และ 1 สุขาภิบาล มีประชากรรวม 123,741 คน เป็นชาย 62,110 คน เป็นหญิง 61,631 คน อยู่ในวัยแรงงาน 1,179 คน มีโรงงานอุตสาหกรรม 178 โรงงาน มีจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทั้งสิ้น 14,838 คน ทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าใช้ แต่มีเพียง 68 หมู่บ้านที่มีน้ำประปาใช้

3) อำเภอพรหมพิราม

มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 859.7793 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 4.54 ของเนื้อที่ทั้งหมดของจังหวัด ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดพิษณุโลก 40 กิโลเมตร มีประชากรรวมทั้งสิ้น 75,575 คน ประกอบด้วย 12 ตำบลได้แก่ พรหมพิราม, ดลูกเทียม, ท้ายเขียง, ดงประคำ, ท่าช้าง, มะด็อง, วงษ์ทอง, วังวน, ศรีภิรมย์, หนองแถม, หนองกลอง, และมะดุม มีหมู่บ้านรวม 112 หมู่บ้าน 2 เขตสุขาภิบาล มีประชากรรวมทั้งสิ้น 94,627 คน เป็นชาย 46,489 คน เป็นหญิง 48,138 คน อยู่ในวัยแรงงาน 545 คน มีจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 307,023 ครัวเรือน ทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าใช้ แต่มีเพียง 73 หมู่บ้านที่มีน้ำประปาใช้

4) อำเภอบางกระทุ่ม

มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 373.9699 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 2.65 ของเนื้อที่ของจังหวัด ห่างจากที่ตั้งของจังหวัด 35 กิโลเมตร ประกอบด้วย 9 ตำบลได้แก่ ตำบลบางกระทุ่ม, โคกสลด, ท่าตาล, นครป่าหมาก, วัดตายม, บ้านไร่, ไผ่ล้อม, เนินกุ่ม และสนามคลี และมีหมู่บ้านทั้งสิ้น 85 หมู่บ้าน 2 เขตสุขาภิบาล และมีประชากรทั้งสิ้น 56,140 คน เป็นชาย 27,520 คน หญิง 28,620 คน มีจำนวนครัว

²⁵ ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด, สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543

เรือนที่มีอาชีพเกษตรกรรมทั้งสิ้น 6,324 ครัวเรือน ทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าใช้ แต่มีเพียง 69 หมู่บ้านที่มีน้ำประปาใช้

5) อำเภอบางระกำ

มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 936.04 ตารางกิโลเมตร หรือคิดเป็นร้อยละ 5.76 ของเนื้อที่ทั้งหมดของจังหวัดพิษณุโลก ห่างจากที่ตั้งของจังหวัดพิษณุโลก 17 กิโลเมตร มีประชากรทั้งหมด 97,373 คน เป็นชาย 47,996 คน หญิง 49,377 คน อยู่ในวัยแรงงาน 793 คน มีจำนวนครัวเรือนที่มีอาชีพเกษตรกรรม 13,373 ครัวเรือน จำนวนโรงงาน 229 โรงงาน ทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าใช้ แต่มีเพียง 91 หมู่บ้านที่มีน้ำประปาใช้

อำเภอบางระกำเดิมชื่ออำเภอ ชุมแสง เนื่องจากเคยมีที่ตั้งอยู่ในเขตตำบลชุมแสงสงคราม²⁶ ต่อมาย้ายมาตั้งอยู่ที่ตำบลท่าโก แต่เกิดปัญหาด้านการคมนาคม ทำให้เดินทางติดต่อกันไม่สะดวก ประกอบกับในพื้นที่ดังกล่าวมีประชาชนอาศัยอยู่น้อยมาก จึงได้ย้ายมาตั้งอยู่ที่ฝั่งขวาของแม่น้ำยม หมู่ที่ 7 หรือในเขตอำเภอบางระกำในปัจจุบัน

อำเภอบางระกำได้รับการก่อตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2449 ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดพิษณุโลกประมาณ 17 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งสิ้น 936.04 ตารางกิโลเมตร ลักษณะพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำลำคลองไหลผ่านหลายสายได้แก่ แม่น้ำยม ไหลผ่านตำบลชุมแสงสงคราม ตำบลบางระกำ และตำบลวังอิทก นอกจากนี้ยังมีคลองบางแก้ว ซึ่งเป็นสายน้ำแยกออกมาจากแม่น้ำยมมีความยาวทั้งสิ้น 20 กิโลเมตร ไหลผ่านบ้านชุมแสงสงคราม บ้านวังแร่ บ้านวังแก้ว²⁷ แล้วจึงค่อยวนมาบรรจบกับแม่น้ำยมที่บ้านบางระกำ โดยชาวบ้านบางระกำเรียกบริเวณดังกล่าวว่า “บ้านปากคลอง” ซึ่งตั้งอยู่เหนือที่ว่าการอำเภอในปัจจุบันประมาณ 500 เมตร เป็นเส้นทางคมนาคมอีกสะดวกอีกเส้นทางหนึ่ง ชาวอำเภอบางระกำจึงสามารถเดินทางติดต่อกับจังหวัดในภาคเหนือตอนล่างอื่นๆ เช่น กำแพงเพชร นครสวรรค์ และสุโขทัยได้โดยสะดวก ทั้งโดยทางบกและโดยทางน้ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูฝน ที่ชาวชุมชนยังคงนิยมเดินทางสัญจรไปมาโดยทางน้ำ

ซึ่งลักษณะทางกายภาพดังกล่าวส่งผลให้อำเภอบางระกำเป็นพื้นที่ทางกายภาพซึ่งมีความอุดมสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรทางน้ำได้แก่ ปลาและสัตว์น้ำอื่นๆซึ่งพบว่ามีชุกชุมมาก ดังนั้น อาชีพที่ชาวบางระกำยังคงปฏิบัติกันอยู่อย่างกว้างขวางและเป็นแหล่งที่มาของผลผลิตทางภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการดำรงชีพและการแปรรูปอาหารจากสัตว์น้ำมากมาย ตัวอย่างเช่น การประดิษฐ์คิดค้นเครื่องมือจับสัตว์น้ำที่หลากหลายเพื่อความเหมาะสมกับสภาพน้ำในช่วงเวลาต่างๆ ประเภทและธรรมชาติของสัตว์น้ำที่พบในแหล่งน้ำธรรมชาติในเขตอำเภอบางระกำ นอกจากนี้ ยัง

²⁶ ตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอบางระกำในปัจจุบัน ไปทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือประมาณ 15 กิโลเมตร

²⁷ เป็นที่มาของสุนัขบางแก้ว สุนัขพื้นเมืองที่มีชื่อเสียงของจังหวัดพิษณุโลกในปัจจุบัน

พบความประสานสัมพันธ์กันระหว่างสภาพทางกายภาพ วิธีการดำเนินชีวิตของชาวบางระกำ และองค์ความรู้ด้านการเก็บและการถนอมอาหารจากสัตว์น้ำอีกประการหนึ่งด้วย

สำหรับการบริหารราชการส่วนภูมิภาคของอำเภอบางระกำพบว่า มีการแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 120 หมู่บ้าน สำหรับการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น อำเภอบางระกำมีสุขาภิบาล 2 แห่งคือ สุขาภิบาลบางระกำและสุขาภิบาลปลักแรด ประชาชนที่อาศัยอยู่มีหลากหลายชาติพันธุ์ เช่น ชาวไทยพื้นราบ ชาวไทยโซ่ง (ไทดำ)²⁸ และไทยอีสาน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าอำเภอบางระกำเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของความหลากหลายทั้งทางด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่พบในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก ทั้งในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และกลุ่มชาติพันธุ์

ชาวบางระกำส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพหลักคือการประมงและการทำเกษตรกรรม พืชเศรษฐกิจที่สำคัญได้แก่ ข้าว ข้าวโพด ถั่วเขียว และพืชผักต่างๆ ด้านอุตสาหกรรม บางระกำมีโรงงานขนาดเล็กประมาณ 229 โรง ประกอบธุรกิจด้าน โรงเลื่อยจักร โรงน้ำแข็ง โรงสีข้าว และโรงงานทำแป้งมันสำปะหลัง สำหรับร้านค้าและย่านธุรกิจที่สำคัญส่วนใหญ่กระจุกตัวกันอยู่ในเขตตลาดบางระกำ

6) อำเภอนครไทย

มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 2,220.38 ตารางกิโลเมตร หรือร้อยละ 5.44 ของเนื้อที่ทั้งหมดของจังหวัด ตั้งอยู่ห่างจากที่ตั้งของจังหวัดพิษณุโลก 97 กิโลเมตร มีประชากรรวมทั้งสิ้น 86,673 คน เป็นชาย 43,560 คน หญิง 43,113 คน อยู่ในวัยแรงงาน 244 คน มีจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 16,043 ครัวเรือน มีโรงงานอุตสาหกรรม 128 โรงงาน มีเพียงหมู่บ้านเดียวที่ยังไม่มีไฟฟ้าใช้ และ 81 หมู่บ้านที่มีน้ำประปาใช้

อำเภอนครไทยเคยเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของกลุ่มชนโบราณในสมัยหิน²⁹ เดิมสันนิษฐานว่าเป็นชุมชนขนาดเล็กก่อนที่จะค่อยๆขยายตัวเพิ่มประชากรขึ้น กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ได้ทรงสันนิษฐานว่า พื้นที่บริเวณนครไทย เดิมเรียกว่าเมือง “บางยาง” มีพ่อขุนบางกลางท่าวครอบครองอยู่ ก่อนที่จะทรงร่วมมือกับพ่อขุนผาเมือง ขับไล่ขอมสมาดโหลญล้าพอง และสถาปนากรุงสุโขทัยเป็นราชธานีในระยะเวลาต่อมา นครไทยในอดีตเป็นเมืองที่มีฐานะเป็นเมืองหน้าด่านที่สำคัญ และเมื่อพิจารณาจากแนวกำแพงดินถึง 3 ชั้นสลับกับคูเมือง ก็แสดงให้เห็นว่านครไทยในอดีตน่าจะเคยมี

²⁸ ชาวไทดำ หรือ ลาวโซ่ง หรือ ไทยโซ่งในบางระกำเป็นเผ่าพันธุ์ที่ยังคงลักษณะเป็นเผ่าไทยมากที่สุด กล่าวคือมีภาษาพูด ภาษาเขียน และวัฒนธรรมประเพณี เช่น การแต่งกาย ระบบความเชื่อ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของตนเองของตนเองมาช้านาน

²⁹ มีการขุดค้นพบภาพสลักหินที่ถ้ำกา, ผาซัด ที่ภูซัด และเครื่องมือหินขัดสมัยใหม่ที่มีอายุประมาณ 2,000 – 4,000 ปี

บทบาทสำคัญในการป้องกันการรุกรานจากชุมชนบริเวณลุ่มน้ำโขง จนกระทั่งถึง พ.ศ. 2432 ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงโปรดให้ตั้งฐานะเมืองนครไทยลงเป็นอำเภอ นครไทย

ในปัจจุบันอำเภอนครไทย แบ่งการปกครองออกเป็น 11 ตำบล 133 หมู่บ้าน การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น มีสุขาภิบาล 1 แห่งคือสุขาภิบาลนครไทย ตำบลในเขตสุขาภิบาลมี 1 ตำบล 7 หมู่บ้าน ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นป่าเขา มีที่ราบเป็นส่วนน้อย โดยเฉพาะตำบลนครชุม และตำบลน้ำกุ่มเป็นพื้นที่ซึ่งมีภูเขาล้อมรอบทั้งสี่ด้าน ตำบลหนองกะท้าวเป็นตำบลที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุด³⁰ ส่วนตำบลที่มีประชากรอาศัยอยู่น้อยที่สุดได้แก่ ตำบลนครชุม³¹ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาและทำไร่ พืชเศรษฐกิจของอำเภอได้แก่ ข้าว ข้าวโพด และถั่ว และอาชีพหัตถกรรมในครัวเรือน เช่น การทอผ้า การทำไม้กวาด ศาสนาพุทธเป็นศาสนาหลัก มีวัด 5 แห่ง สำนักสงฆ์ 44 แห่ง และโบสถ์คริสต์ศาสนา 1 แห่ง ประเพณีสำคัญได้แก่ ประเพณีปักธงชัย³² และการละเล่นพื้นบ้าน เช่น การเล่นนางด้ง นางข้อง นางควาย เป็นต้น

7) อำเภอวัดโบสถ์

มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 1,726.20 ตารางกิโลเมตร หรือคิดเป็นร้อยละ 3.70 ของเนื้อที่จังหวัดพิษณุโลก ตั้งอยู่ห่างจากที่ตั้งจังหวัดพิษณุโลก 30 กิโลเมตร ประกอบด้วย 6 ตำบลได้แก่ ตำบลวัดโบสถ์, ดันไช้, ท้อแท้, ท่างาม, บ้านยาง, และหินลาด และหมู่บ้านจำนวน 57 หมู่บ้าน และ 1 เขตสุขาภิบาล มีประชากรรวมทั้งสิ้น 39,091 คน เป็นชาย 19,347 คน หญิง 19,744 คน อยู่ในวัยแรงงาน 379 คน มีจำนวนครัวเรือนที่ทำอาชีพเกษตรกรรม 6,953 ครัวเรือน ทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าใช้ แต่มีเพียง 41 หมู่บ้านที่มีน้ำประปาใช้ มีโรงงานอุตสาหกรรม 72 โรงงาน

8) อำเภอชาติตระการ

มีเนื้อที่ทั้งสิ้น 1,586.12 ตารางกิโลเมตร หรือคิดเป็นร้อยละ 2.60 ของเนื้อที่จังหวัดทั้งหมด เป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ห่างไกลจากที่ตั้งจังหวัดพิษณุโลกที่สุดคือ 136 กิโลเมตร ประกอบด้วย 6 ตำบลได้แก่ ตำบลป่าแดง, ชาติตระการ, บ้านดง, สวนเมียง, บ่อภาค, และทาสะแก และมีหมู่บ้าน 67 หมู่บ้าน

³⁰ จำนวน 12,627 คน จาก 24 หมู่บ้าน บนเนื้อที่ 482.6179 ตารางกิโลเมตร

³¹ จำนวน 2,666 คน จาก 8 หมู่บ้าน บนเนื้อที่ 131.5293 ตารางกิโลเมตร

³² เป็นประเพณีที่ทางราชการจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี เพื่อระลึกถึงวีรกรรมของพ่อขุนบางกลางท่าวที่มีชัยชนะต่อข้าศึก และเพื่อเป็นการประกาศชัยชนะก่อนที่จะสถาปนากรุงสุโขทัย ครบครองราชสมบัติ และเฉลิมพระนามว่าพ่อขุนศรีอินทราทิตย์ โดยพิธีประกอบด้วยการนำธงขึ้นไปปักไว้บนยอดเขาช้างล้วง เขตอำเภอนครไทย

มีประชากรทั้งหมด 36,763 คน เป็นชาย 18,721 คน หญิง 18,042 คน อยู่ในวัยแรงงานเพียง 87 คน³³ มีจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทั้งสิ้น 6,958 ครัวเรือน มีเพียงหมู่บ้านเดียวที่ยังไม่มีไฟฟ้าใช้ แต่มีถึง 34 หมู่บ้านที่ยังไม่มีน้ำประปาใช้

9) อำเภอเนินมะปราง

อำเภอเนินมะปรางมีเนื้อที่ทั้งสิ้น 1121.3871 ตารางกิโลเมตร หรือคิดเป็นร้อยละ 3.35 ของเนื้อที่จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย 7 ตำบล 61 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 63,412 คน เป็นชาย 32,013 คน หญิง 31,399 คน โดยตำบลชมพูเป็นตำบลที่มีประชากรมากที่สุด และตำบลวังยางเป็นตำบลที่มีประชากรน้อยที่สุด มีประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานทั้งสิ้น 299 คน มีจำนวนครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 7,344 ครัวเรือน มีโรงงานอุตสาหกรรม 131 โรงงาน ทุกหมู่บ้านมีไฟฟ้าใช้ แต่มีเพียง 31 หมู่บ้านที่มีน้ำประปาใช้

4.1.1.6 กลุ่มชาติพันธุ์

การที่พิษณุโลกมีความเป็นมาอันยาวนาน และมีประวัติการสู้รบหรือเป็นส่วนหนึ่งของสงครามในเกือบทุกสมัย ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในพิษณุโลกมีความหลากหลายตามไปด้วย ซึ่งสามารถจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามภาษาพูดและจำแนกตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม

1) กลุ่มชาติพันธุ์ที่จำแนกตามภาษาพูด จากการศึกษาของ กาญจนา เกรียงยีและคนอื่นๆ (ม.ป.ป.: 111-112) พบว่า พิษณุโลกเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางภาษาอย่างมาก กล่าวคือใน 9 อำเภอของจังหวัดพิษณุโลก มีภาษาถิ่นเป็นของตนเองถึง 32 ภาษา ดังนี้

- ภาษาลาวชาติตระการ
- ภาษาชาติตระการ
- ภาษาด่านซ้าย
- ภาษานครไทย
- ภาษาหนองกระบาก
- ภาษาคันโช่ง
- ภาษาหินลาด
- ภาษายางโพน

³³ สันนิษฐานว่า ข้อมูลน่าจะไม่ถูกต้องนัก เนื่องจากปัญหาด้านความห่างไกล ความทุรกันดาร และปัญหาด้านการสื่อสาร เนื่องจากมีชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ในบริเวณนี้เป็นจำนวนมาก (คณะผู้วิจัย)

- ภาษาบ้านบึง
- ภาษาท้องโพลง
- ภาษาสมอเกล้า
- ภาษาวังวน
- ภาษาบ้านกร่าง
- ภาษามะตูม
- ภาษาท้อแท้
- ภาษาลานหญ้า
- ภาษาม่วงหอม
- ภาษาคอนทอง
- ภาษาไผ่ค่อม
- ภาษาสมอแข
- ภาษาแสงดาว
- ภาษาคลองวัดไร่
- ภาษาแก้ง
- ภาษาชมพู
- ภาษาลาวพวน
- ภาษาบางลัด
- ภาษาไทยโคราช
- ภาษาบางโพน
- ภาษาโคกสนั่น
- ภาษาดงหมี่
- ภาษาบางระกำ
- ภาษาไทยกลาง (ภาษาดำบลในเมือง)

หากยึดเอาภาษาเป็นเกณฑ์ในการจำแนกกลุ่มชาติพันธุ์ของชาวพืชมูลโลกตามลักษณะพื้นที่
ของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์อาศัย สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มที่สำคัญคือ

1.1) กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บริเวณที่ราบลุ่มน้ำ แบ่งออกเป็นสองส่วนคือ ที่ราบ
ลุ่มน้ำน่านกับที่ราบลุ่มน้ำยม

1.1.1) กลุ่มที่ราบลุ่มน้ำน่านส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมลุ่มน้ำโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งวัฒนธรรมลุ่มน้ำเจ้าพระยาตอนล่าง โดยกลุ่มชาติพันธุ์นี้
จะใช้ภาษาไทยภาคกลางเป็นภาษาพูดที่สำคัญ ได้แก่ ภาษาไทย

กลางแบบอยุธยา (กรุงเทพฯ) (Ayuthaya or Bangkok Dialect) และแบบสุโขทัย (Sukhothai Dialect) โดยกลุ่มที่ใช้ภาษาพูดแบบอยุธยาจะตั้งชุมชนอยู่บริเวณที่ราบลุ่มสองฝั่งแม่น้ำน่าน ในเขตอำเภอเมือง อำเภอบางกระทุ่ม พรหมพิราม และวังทอง เป็นต้น สำหรับกลุ่มที่มีภาษาพูดแบบสุโขทัยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในเขตชุมชนรอบนอกของกลุ่มแรก หรือในเขตอำเภอที่ติดต่อกับจังหวัดสุโขทัยและอุตรดิตถ์

- 1.1.2) กลุ่มที่ราบลุ่มน้ำยม ได้แก่ กลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตที่ราบและเขตป่าไม้อันอุดมสมบูรณ์ในอดีต ชาวพิษณุโลกกลุ่มนี้มักเป็นพวกที่อพยพเข้ามาใหม่ ทั้งจากภาคกลางตอนล่างและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น 1) กลุ่มลาวโซ่ง ที่อพยพมาจากจังหวัดเพชรบูรณ์ นครปฐม และสุพรรณบุรี, 2) กลุ่มไทยกลางที่มีสำเนียงพูดแบบอยุธยา อพยพมาจากจังหวัดอยุธยา สิงห์บุรี อ่างทอง และชัยนาท เป็นต้น, 3) กลุ่มวัฒนธรรมอีสาน ได้แก่ กลุ่มที่อพยพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ และอาศัยอยู่บริเวณเขตนิคมสร้างตนเองในอำเภอบางระกำ และบางพื้นที่ในเขตรอยต่อของอำเภอบางระกำกับอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร, และ 4) กลุ่มไทยกลางที่มีสำเนียงสุโขทัย ซึ่งถือเป็นกลุ่มดั้งเดิมในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะอพยพมาจากจังหวัดสุโขทัยและจังหวัดใกล้เคียง

- 1.2) กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บริเวณที่ราบสูงและที่ราบระหว่างหุบเขา ได้แก่ กลุ่มที่พูดภาษาลาวสำเนียงหลวงพระบาง³⁴

- 2) กลุ่มชาติพันธุ์ที่จำแนกตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มที่สำคัญคือ

- 2.1) กลุ่มวัฒนธรรมสยาม ได้แก่ กลุ่มวัฒนธรรมลุ่มน้ำ ประกอบด้วยกลุ่มที่ใช้ภาษาสำเนียงสุโขทัย สำเนียงอยุธยา และสำเนียงโคราช (Korat Dialect)³⁵

- 2.2) กลุ่มวัฒนธรรมล้านช้าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

³⁴ นักภาษาศาสตร์ในท้องถิ่นจำแนกกลุ่มภาษานี้ว่า “ภาษานครไทย” กล่าวคือ เป็นกลุ่มภาษาที่มีสำเนียงพูดประสมกันระหว่างภาษาไทย-ยวน คือ ภาษาถิ่นของแพร่ - น่าน - ภาษาไทยถิ่นของอีสานในเขตจังหวัดเลย - และภาษาไทยกลางพิษณุโลก สำเนียงอยุธยา และตั้งข้อสังเกตว่า ภาษานครไทยมีลักษณะคล้ายภาษาลาวแวงมากที่สุด

³⁵ เป็นกลุ่มที่อพยพเข้ามาในช่วงปี พ.ศ. 2493 ถึง พ.ศ. 2500

2.2.1) กลุ่มวัฒนธรรมหลวงพระบาง ได้แก่ กลุ่มดั้งเดิมที่อาศัยอยู่ในเขต
อาณาจักรไทย ชาติตระกูล และกลุ่มที่อพยพเข้ามาใหม่จากจังหวัดเลยและแขวง
ไซบุรีของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

2.2.2) กลุ่มวัฒนธรรมเวียงจันทน์ ซึ่งถูกกวาดต้อนเข้ามาในช่วง พ.ศ. 2369
- พ.ศ. 2378 หรือในช่วงที่เกิดกบฏเจ้าอนุวงศ์ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตที่ราบ
ลุ่มน้ำ เช่น บ้านแสงดาว อำเภอเมืองพิษณุโลก เป็นต้น

2.2.3) กลุ่มวัฒนธรรมอีสาน เป็นกลุ่มที่ถูกกวาดต้อนเข้ามาในช่วง พ.ศ.
2500 – 2518

4.1.1.7 สภาพเศรษฐกิจ

พิษณุโลกเป็นเมืองใหญ่ที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจของภาคเหนือตอนล่างมาตั้งแต่อดีต
หากเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2450 ซึ่งมีเพียง 8,000,000 คน มณฑล
พิษณุโลกมีประชากรอาศัยอยู่ถึง 200,000 คน หรือเป็นอันดับที่ 10 ของประเทศ และในปี พ.ศ.
2449 มณฑลพิษณุโลกสามารถจัดเก็บรายได้เข้ารัฐได้ถึง 588,252 บาท³⁶ หรือเป็นอันดับ 10 เช่น
เดียวกัน ชาวพิษณุโลกในอดีตส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม โดยมีพืชผลที่สำคัญทางการเกษตร ได้
แก่ ข้าว ข้าวโพด ถั่วลิสง ถั่วเหลือง งามะพร้าว ฝ้าย ปอแก้ว และผลไม้ต่างๆ อาชีพรองลงมาได้แก่
อาชีพในภาคหัตถกรรมและอุตสาหกรรมในครัวเรือน การค้าและอาชีพอื่นๆ

แม้ว่าการสร้างทางรถไฟสายเหนือในปี พ.ศ. 2442 และแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2460 จะนำมา
ซึ่งความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการ แต่สำหรับภาคเศรษฐกิจของพิษณุโลกแล้วแม่น้ำยังคง
เป็นเส้นทางการค้าและการคมนาคมที่สำคัญ เนื่องจากพ่อค้าชาวจีนที่มีอยู่นิยมทำธุรกิจเล็กๆ น้อยๆ
กับข้าราชการเพื่อหวังผลประโยชน์ตอบแทนซึ่งกันและกันมากกว่าค้าขายกับชาวพิษณุโลกทั่วไป
ซึ่งมีอาชีพเกษตรกรรมและมีอำนาจในการซื้อต่ำ ประกอบกับตลาดข้าวและไม้สำคัญๆ ล้วนอยู่ที่
ปากน้ำโพ ทำให้พิษณุโลกซึ่งเป็นปากทางผ่านของการคมนาคมทางน้ำมีบทบาทสำคัญในการเป็น
เส้นทางลำเลียงผลผลิตทางการเกษตรจากเหนือสู่ใต้ ได้รับประโยชน์เต็มที่จากลักษณะที่ตั้งทาง
ภูมิศาสตร์ นอกจากนี้ การที่ค่าระวางรถไฟมีราคาแพงก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้ประชาชนไม่นิยมใช้
เส้นทางรถไฟ³⁷

“ความทันสมัย” ในรูปของระบบเศรษฐกิจแบบใหม่เกิดขึ้นจากการขยายตัวของระบบราชการ
และการปรับตัวของประชาคมเมือง ภายหลังเส้นทางรถไฟสายเหนือมาถึงลำปางในปี พ.ศ.
2459 การขยายตัวของระบบข้าราชการทำให้จำนวนคนที่เข้ารับราชการมีมากขึ้นและนำมาสู่การ

³⁶ นฤมล วัฒนพานิช 2526: 206-241

³⁷ หจช เอกสารรัชกาลที่ 7 มท. 4.1/14

ขยายตัวของสังคมเมืองติดตามมา ในขณะที่เดียวกันการปรับตัวของกลุ่มประชากรเมืองซึ่งประกอบ ด้วยข้าราชการ เจ้านายพื้นเมือง พ่อค้า และไพร่ เข้าสู่วิถีชีวิตและระบบเศรษฐกิจแบบใหม่ที่เน้นเงิน ตรา ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของกลุ่มธุรกิจของพ่อค้าชาวจีนซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับข้าราชการ มาก่อนหน้าการสร้างเส้นทางรถไฟแล้ว และจากฐานความสัมพันธ์ของระบบอุปถัมภ์ระหว่าง พ่อค้าชาวจีนและข้าราชการ ผสมกับการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิตและวิถีคิดของชนชั้น ปกครองในพินญโลก ทำให้มีเจ้านายพื้นเมืองและข้าราชการจำนวนหนึ่งเข้าดำเนินกิจการป่าไม้และ ขยายกิจการเป็นอุตสาหกรรมการแปรรูปไม้โดยใช้เลื่อยมือในเวลาต่อมา ในขณะที่ความเปลี่ยนแปลงของประชากรเมืองทำให้สามัญชนพินญโลกเปลี่ยนระบบคิดและสร้างสำนักทางสังคมใหม่ ที่ ไม่ได้วางอยู่บนพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจแบบยังชีพแต่เป็นระบบเศรษฐกิจเพื่อการค้า ความ ตระหนักถึงศักยภาพของตนในฐานะที่เป็น “มนุษย์” คนหนึ่งเช่นเดียวกับคนอื่นๆ นำมาซึ่งการ ประกอบอาชีพอิสระและการเข้ารับการศึกษาแผนใหม่อย่างมากในเวลาต่อมา³⁸ ซึ่งสำนักทางสังคม ในฐานะที่ตนเป็นมนุษย์ผู้หนึ่งที่มีศักยภาพและการมีโอกาสเข้ารับการศึกษาตามแบบตะวันตกนี้เอง ที่กล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่เปลี่ยนแปลงโฉมหน้าของระบบเศรษฐกิจของพินญโลกจากระบบ เศรษฐกิจแบบยังชีพสู่ระบบเศรษฐกิจแผนใหม่ที่เน้นเงินตรา ความทันสมัย และศักยภาพของบุคคล

ในปัจจุบันชาวพินญโลก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยร้อยละ 59.45 มีอาชีพ ทำนา, ร้อยละ 14.68 มีอาชีพด้านการบริการ, ร้อยละ 12.25 อาชีพพาณิชยกรรม, ร้อยละ 7.08 มี อาชีพก่อสร้าง, และร้อยละ 4.8 อาชีพอุตสาหกรรม ตามลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา เศรษฐกิจของพินญโลกอยู่ในภาวะชะลอตัว ภาวะการผลิตนอกภาคเกษตรกรรมเกือบทุกสาขาลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคการก่อสร้างทั้งของรัฐและเอกชนลดลง โดยการก่อสร้างของภาคเอกชนใน เขตเทศบาลลดลงมากที่สุดคือร้อยละ 57.3 ภาคพาณิชยกรรมมีอัตราลดลงตามการใช้จ่ายของภาค เอกชนและการให้สินเชื่อด้านการพาณิชย์ของธนาคารพาณิชย์ สำหรับภาคอุตสาหกรรมพบว่า จังหวัดพินญโลกมีหมวดอุตสาหกรรมการเกษตรที่มีโรงงานมากที่สุด กล่าวคือ มีอยู่ถึง 774 โรงงาน มีเงินลงทุน 321,953,632 บาท ส่วนใหญ่เป็นโรงสีข้าว รองลงมาเป็นอุตสาหกรรมบริการ มีจำนวน โรงงาน 375 โรงงาน มีเงินลงทุนทั้งสิ้น 1,481,235,151 บาท ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมด้านการซ่อม อุปกรณ์การเกษตรและอุปกรณ์การขนส่ง สำหรับหมวดอุตสาหกรรมที่มีเงินลงทุนสูงที่สุดได้แก่ หมวดอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งมีโรงงานเพียง 99 โรงงาน แต่เงินลงทุนสูงถึง 3,732,788,587 บาท อันประกอบด้วย กิจการผลิตขนมปังเบเกอรี่ และการผลิตอาหารสัตว์สำเร็จรูป

³⁸ วศิน ปัญญาวุธตระกูล. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในล้านนากับการก่อตัวของสำนักท้องถิ่น พ.ศ. 2459-2480. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.

³⁹ สำหรับภาคการท่องเที่ยวและบริการของพิษณุโลกพบว่า ไม่ได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจมากนัก เนื่องจากพิษณุโลกเป็นที่ตั้งของสำนักงานการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยภาคเหนือ เขต 3 โดยพบว่ารายได้จากการท่องเที่ยวในปี พ.ศ. 2542 ของพิษณุโลกเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2541 คิดเป็นร้อยละ 3.83 (พิษณุโลกมีรายได้จากการท่องเที่ยวในปี พ.ศ. 2541 ประมาณ 4,155.85 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 4,314.87 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2542)⁴⁰

แม้ว่าภาวะเศรษฐกิจถดถอยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจนอกภาคเกษตรกรรมของพิษณุโลกเป็นอย่างมาก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการผลิตในภาคเกษตรกรรมยังคงอยู่ในเกณฑ์ดี กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2541 พิษณุโลกสามารถขยายพื้นที่เพาะปลูกเพิ่มมากขึ้น 206.71 ตารางกิโลเมตรหรือเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 8.16 และมีผลผลิตเพิ่มมากขึ้นประมาณ 144,000 ตันหรือร้อยละ 14.11 แม้ว่าพื้นที่ในการเพาะปลูกข้าวนาปรังจะลดลงถึงร้อยละ 3.21 สืบเนื่องมาจากภาวะภัยแล้ง แต่ก็สามารถเพิ่มพื้นที่เพาะปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ได้อีก 20.25 ตารางกิโลเมตร หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.51 และได้ผลผลิตประมาณ 191,000 ตันหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.01 แม้ว่าถั่วเหลืองจะมีพื้นที่การเกษตรลดลง 13.47 ตารางกิโลเมตร หรือร้อยละ 9.51 แต่ผลผลิตกลับเพิ่มมากขึ้น 6,816 ตันหรือร้อยละ 40.15⁴¹

โดยสรุป จึงกล่าวได้ว่าระบบเศรษฐกิจของพิษณุโลกยังคงวางอยู่บนพื้นฐานของการเจริญเติบโตในภาคเกษตรกรรมอยู่อย่างมาก แม้ว่าภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงห้าปีที่ผ่านมาจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาคอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ แต่ทำเลที่ตั้งและลักษณะทางกายภาพของพิษณุโลกก็มีส่วนช่วยให้ภาคการเกษตรและภาคการท่องเที่ยวและบริการเข้ามามีส่วนช่วยกอบกู้ภาวะเศรษฐกิจไว้ได้บ้าง ปัญหาสำคัญทางด้านเศรษฐกิจของพิษณุโลกในอนาคตจึงได้แก่ ปัญหาหนี้สิน ปัญหาเกษตรกรรมขยายพื้นที่การเกษตรมากกว่าพัฒนาเทคโนโลยีในการผลิต ปัญหาที่ดินขาดการบำรุง และปัญหาผลผลิตทางการเกษตรล้นตลาดราคาตกต่ำ

4.1.1.8 การศึกษา

พิษณุโลกเป็นจังหวัดที่มีการจัดการศึกษาในระบบอย่างกว้างขวางและครอบคลุมทุกพื้นที่อำเภอ โดยในปี พ.ศ. 2542 มีการจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษาให้แก่เด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี จำนวน 31,373 คน ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรในช่วงอายุ 3-5 ปี โดยมีอัตราส่วนนักเรียนต่อครูเท่ากับ 22:1 สำหรับระดับประถมศึกษา เป็นการจัดการศึกษาภาคบังคับให้กับประชากรกลุ่มอายุ 6-11 ปี ในปีการศึกษา 2542 มีนักเรียนทั้งสิ้น 74,433 คน อัตราส่วนของนักเรียนต่อครู

³⁹ ข้อมูลการตลาดจังหวัดพิษณุโลก 2541

⁴⁰ ข้อมูลจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานภาคเหนือ เขต 3 จังหวัดพิษณุโลก 2542.

⁴¹ ข้อมูลการตลาด อ้างแล้ว.

เท่ากับ 18:1 ส่วนระดับมัธยมศึกษาพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยในปีการศึกษา 2542 ประชากรกลุ่มอายุ 12-14 ปี ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 33,303 คน มีอัตราส่วนนักเรียนต่อครู 16:1 และประชากรกลุ่มอายุ 15-17 ปี ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 14,290 คน มีอัตราส่วนนักเรียนต่อครู 18:1

ในระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษารวมถึงการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค (ปวท.) ปริญญาตรี และชั้นสูงกว่าปริญญาตรี พบว่าในปีการศึกษา 2542 มีนักศึกษารวมทั้งสิ้น 37,253 คน

ปัจจุบันพินิจโลกมีสถาบันการศึกษาทั้งสิ้น 566 แห่ง ดังนี้

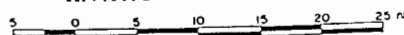
- 1) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 554 แห่ง
- 2) สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ 457 แห่ง
- 3) กรมสามัญศึกษา 42 แห่ง
- 4) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน 23 แห่ง
- 5) กรมศาสนา 12 แห่ง (โรงเรียนปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา 3 แห่ง และศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ 9 แห่ง)
- 6) สำนักงานสภาพัฒนาการศรัทธา 2 แห่ง
- 7) กรมอาชีวศึกษา 6 แห่ง
- 8) สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล 1 แห่ง
- 9) กรมการศึกษานอกโรงเรียน 10 แห่ง (ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัด 1 แห่ง และศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียนอำเภอ 9 แห่ง)
- 10) มหาวิทยาลัย 2 แห่ง (มหาวิทยาลัยนเรศวร และมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ สาขา 1 แห่ง)
- 11) นอกสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ 12 แห่ง (สังกัดสำนักบริหารการศึกษาท้องถิ่น 5 แห่ง, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 4 แห่ง, ทบวงมหาวิทยาลัย 1 แห่ง, และกระทรวงสาธารณสุข 2 แห่ง)



๓) ๓.๒๐๐.๐๐๐
 ๔) ๓.๓๐๐.๐๐๐
 ๕) ๓.๔๐๐.๐๐๐



แผนที่จังหวัดพิจิตร (66)



4.1.2 พิจิตร: บูรณาการระหว่างชีวิตกับธรรมชาติ

จังหวัดพิจิตรมีพื้นที่ 4,531.063 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่บริเวณที่ราบลุ่มน้ำตอนบนในเขตที่ราบภาคกลาง คือบริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำยมและแม่น้ำน่าน มีรูปร่างคล้ายสี่เหลี่ยมจัตุรัส¹ ส่วนกว้างที่สุดของพื้นที่วัดจากทิศตะวันออกไปยังทิศตะวันตกกว้างประมาณ 72 กิโลเมตร มีส่วนยาววัดจากทิศเหนือไปยังทิศใต้ยาวประมาณ 77 กิโลเมตร จังหวัดพิจิตรเป็นจังหวัดหนึ่งซึ่งตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างและเป็นพื้นที่เป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ และเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดพิจิตรกับจังหวัดอื่นๆ ในภาคเหนือตอนล่างอีก 8 จังหวัดแล้ว พบว่าจังหวัดที่มีขนาดใหญ่กว่าจังหวัดเพชรบูรณ์ นครสวรรค์ พิจิตร โลก กำแพงเพชร และสุโขทัย ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า พิจิตรจัดเป็นจังหวัดขนาดปานกลางค่อนข้างใหญ่เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดในพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งลักษณะดังกล่าว มีข้อดีคือทำให้จังหวัดพิจิตรมีพื้นที่ทำการเกษตรกรรม พื้นที่ตั้งถิ่นฐาน สร้างอาคารบ้านเรือน ตลอดจนแหล่งทรัพยากรธรรมชาติมากพอสมควร แต่อย่างไรก็ตามพบว่า พิจิตรมีข้อเสียเปรียบมากในด้านการคมนาคมขนส่ง เนื่องจากรัฐต้องสิ้นเปลืองงบประมาณในการสร้างเส้นทางคมนาคมขนส่งให้ทั่วถึงพื้นที่ในภาคเกษตรกรรมและพื้นที่การตั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของประชาชน

4.1.2.1 ลักษณะทางกายภาพ

ที่ตั้งสัมพันธของจังหวัดพิจิตร มีดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอเมืองพิจิตร อำเภอบางกระทุ่ม อำเภอบางระกำ และอำเภอวังทอง จังหวัดพิจิตร
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอชุมแสง และอำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ และ อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิจิตร
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภอไทรงาม อำเภอขามเฒ่า อำเภอลานกระบือ อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร และอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

¹ ในทางภูมิศาสตร์ถือว่าเป็นรูปร่างที่สมบูรณ์แบบ (Perfect Shape) เพราะสะดวกในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานเชื่อมโยงส่วนย่อยอื่นๆ เช่น ถนน และง่ายในการแบ่งการแบ่งการปกครอง

ลักษณะพื้นที่ด้านทิศเหนือของจังหวัดพิจิตรเป็นที่สูงก่อนลาดเทลงทางตอนใต้ ไปยังที่ราบตอนกลางซึ่งตั้งอยู่ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ และต่อเนื่องไปยังภาคกลางตอนล่าง ซึ่งลักษณะทางภูมิศาสตร์ดังกล่าว ส่งผลให้แม่น้ำในพื้นทีนี้ไหลแรงและเร็ว มีการครูดกัดพื้นดินที่น้ำไหลผ่าน พาเอากรวดทรายโคลนตมมาทับถมเป็นจำนวนมาก ข้อเสียคือก่อให้เกิดการพังทลายของฝั่งแม่น้ำสูงกว่าที่ราบภาคกลางตอนล่าง ข้อดีคือทำให้จังหวัดพิจิตรกลายเป็นพื้นที่ซึ่งมีความอุดมสมบูรณ์เหมาะกับการทำการเกษตรและทำให้ประชากรของจังหวัดพิจิตรมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งลักษณะทางกายภาพดังกล่าวเป็นตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึง ระบบคิดที่ชาญฉลาดและการเลือกสรรที่เหมาะสมของชาวพิจิตรในอดีตในด้านการผสมผสานระหว่างลักษณะทางภูมิศาสตร์ทุนทางวัฒนธรรมและองค์ความรู้ที่ท้องถิ่นมีอยู่

สำหรับลักษณะทางกายภาพบริเวณรอบนอกทางทิศตะวันออกของเขตตำบลเขาทราย ตำบลเขาเจ็ดยอด อำเภอทับคล้อ ตำบลวังจี้ว กิ่งอำเภอดงเจริญ พบว่ามีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาเตี้ยๆ พื้นที่สูงๆต่ำๆ เนื่องจากการสึกกร่อนและการคันตัวของแผ่นดินในยุคหลัง โดยลักษณะภูมิประเทศของพิจิตรแบ่งออกเป็น 3 เขตด้วยกันคือ

- 1) ทิศตะวันออกของแม่น้ำน่าน เป็นที่ราบแบบลูกฟูก (Undulating Plain) มีระดับความสูงจากน้ำทะเลประมาณ 37 เมตร และที่บริเวณบ้านหัวดง อำเภอเมืองพิจิตร และทางใต้ของบ้านใหม่สำราญ บ้านวังปลาฆ่า อำเภอบางมูลนาก มีความสูงประมาณ 33 เมตร มีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำ (Alluvial Plain) ซึ่งเกิดจากการทับถมของดินที่กระแสน้ำน่านพัดพามา สำหรับในเขตอำเภอเมืองพิจิตร และกิ่งอำเภอสามโก้ อำเภอตะพานหิน และอำเภอบางมูลนาก พื้นที่จะค่อยๆ สูงจากริมฝั่งแม่น้ำ แล้วลาดชันไปทางทิศตะวันออกเป็นลานตะพักน้ำระดับกลาง เชื่อมกับอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก และอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ มีลักษณะพื้นที่เป็นภูเขาโดดๆหรือเนินเขากระจายอยู่ห่างๆกัน ส่วนในเขตอำเภอเมืองพิจิตร อำเภอวังทรายพูน อำเภอทับคล้อ อำเภอตะพานหิน และกิ่งอำเภอดงเจริญ เป็นภูเขาเตี้ยๆความสูงไม่เกิน 250 เมตร ครอบคลุมพื้นที่กว่า 2,255.2 ตารางกิโลเมตร ซึ่งบริเวณนี้นับว่าเป็นลักษณะพื้นที่ซึ่งกว้างขวางมากที่สุดของจังหวัด
- 2) พื้นที่ราบระหว่างแม่น้ำยมกับแม่น้ำน่าน บริเวณอำเภอเมืองพิจิตร อำเภอตะพานหิน และบางส่วนของอำเภอบางมูลนาก อำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอสามง่าม และอำเภอโพทะเล มีลักษณะเป็นที่ราบลูกฟูก (Undulating Plain) โดยพื้นที่จะสูงทางตอนเหนือของจังหวัดในเขตอำเภอเมืองพิจิตรก่อนลาดเทลงทางทิศใต้ในเขตอำเภอโพทะเลและอำเภอบางมูลนาก ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับทิศทางการไหลของแม่น้ำ

- น่าน แม่น้ำยม และแม่น้ำพิจิตร² วิธีการดำเนินชีวิตของชาวพิจิตรในท้องถิ่นบริเวณดังกล่าว และระบบวัฒนธรรมการรักษายาเยวยา กล่าวคือ การที่พื้นที่ในบริเวณนี้บางเขตเป็นที่ราบน้ำท่วมถึงทำให้เกิดน้ำท่วมในฤดูฝน ทำให้อาชีพส่วนใหญ่ของประชาชนได้แก่ อาชีพเกษตรกรและการจับปลา และอาชีพที่สำคัญของชาวพิจิตรได้แก่ อาการไ้ ไร่หวัด ปวดเมื่อย และงูกัด เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์ระหว่างองค์ความรู้ด้านการจัดการระบบสุขภาพและประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบ นอกจากนี้การที่แม่น้ำพิจิตรในเขตตำบลคลองคะเชนทร์มีทะเลสาบรูปแอกว (Oxbow Lake)³ เกิดขึ้น และส่วนบริเวณที่ราบระหว่างแม่น้ำน่านและแม่น้ำยมเป็นที่ราบดินตะกอนลุ่มน้ำ (Alluvial Soils) ที่เกิดจากตะกอนของแม่น้ำน่าน แม่น้ำพิจิตร แม่น้ำยมและสาขาของแม่น้ำทั้งสาม ทำให้บริเวณดังกล่าวมีพื้นที่เพียง 1,084 ตารางกิโลเมตรซึ่งน้อยที่สุดของจังหวัด และในปัจจุบันรัฐได้ดำเนินจัดให้เป็นเขตพื้นที่โครงการชลประทานพิษณุโลก ส่งผลให้อาชีพของชาวพิจิตรในบริเวณดังกล่าวมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ มีอาชีพอื่นๆที่เป็นอาชีพข้างเคียงกับอาชีพเกษตรกรรม (Off-farm Occupation) มากขึ้น เช่น การแปรรูปอาหาร การรับจ้างนอกฤดูกาล เป็นต้น
- 3) พื้นที่ฝั่งขวาของแม่น้ำยม ซึ่งตั้งอยู่ในเขตอำเภอลำลูกเกด มีอำเภอสามง่าม อำเภอโพทะเล อำเภอโพธิ์ประทับช้าง และกิ่งอำเภอบึงนาราง เป็นบริเวณที่น้ำท่วมถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูน้ำหลาก และจากบริเวณที่ราบแม่น้ำยม พื้นที่จะมีลักษณะลาดชันไปทางตอนกลาง เป็นป่าเสื่อมโทรม ทำให้ไม่เหมาะแก่การเพาะปลูก ส่งผลให้อาชีพและวิธีการดำเนินชีวิตของชาวพิจิตรในบริเวณนี้แตกต่างออกไป กล่าวคือ มีอาชีพที่สำคัญคือรับจ้าง ค้าขาย และบริการเพิ่มมากขึ้นกว่าในบริเวณอื่น สำหรับพื้นที่ของเขตอำเภอลำลูกเกด อำเภอโพทะเล และกิ่งอำเภอบึงนาราง พื้นที่เป็นดินตะกอนลุ่มน้ำ (Alluvial Soils) ที่เกิดจากแม่น้ำยมและแม่น้ำสาขาพัดพามาทับถม จนมีระดับสูงก่อนลาดชันสูงขึ้นไปทางทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดนครสวรรค์และกำแพงเพชร มีพื้นที่ทั้งสิ้น 1,608.8 ตารางกิโลเมตร ชาวท้องถิ่นมีอาชีพเกษตรกรเป็นสำคัญ

จากลักษณะทางกายภาพข้างต้น จึงเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ กับวิธีการดำเนินชีวิตของชาวท้องถิ่น และระบบวัฒนธรรมที่เป็นตัวกำหนดระบบคิดและองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งในบทต่อไปคณะผู้วิจัยจะได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพแวดล้อมซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิธีการดำเนิน

² คือแม่น้ำน่านเก่า แต่ภายหลังเปลี่ยนทิศทางจึงเรียกว่าแม่น้ำพิจิตร เพราะไหลผ่านอำเภอมืองพิจิตรเป็นแห่งแรก

³ เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ เกิดจากการลัดทางเดินของน้ำในส่วนที่แม่น้ำมีความคดเคี้ยวมาก

ชีวิตและระบบวัฒนธรรม ซึ่งในท้ายที่สุดกลายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ผลักดันให้ฐานคิดและระบบการ รักษาจัดการกับสุขภาพของคนในแต่ละท้องถิ่นมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างหลากหลาย คณะผู้วิจัย ต้องการโต้แย้งกับนโยบายการพัฒนาของรัฐที่วางอยู่บนพื้นฐานแนวคิดเรื่องความทันสมัย (Modernisation Theory) ว่าควรถูกจัดกระทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากอาจก่อให้เกิดปัญหาการ เปลี่ยนแปลงฐานคิดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความคงอยู่หรือความเสื่อมสลายไปขององค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

4.1.2.2 ทรัพยากรธรรมชาติ

ทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญของพิจิตรได้แก่

1) ภูเขา

พิจิตรเป็นจังหวัดที่มีภูเขาน้อยมากและเป็นโครงสร้างภูเขาโคดของหินแอนดีไซต์และไรโอไลต์เป็นส่วนใหญ่ หรือเป็นภูเขาโคดเดี่ยวๆ หรือเนินเขา (Hill) ซึ่งมีระดับความสูงไม่เกิน 250 เมตรและตั้งอยู่ห่างกัน ภูเขาส่วนใหญ่เกิดจากการคั่นตัวของแผ่นดินในยุคหลัง และจากสภาพพื้นที่ ซึ่งมีความลาดชันมากกว่าร้อยละ 35 นี้เองที่ทำให้บริเวณที่มีภูเขาค่อยๆ กลายเป็นพื้นที่ซึ่งไม่เหมาะสมต่อการเกษตรกรรมใด ๆ ซึ่งลักษณะพื้นที่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับลักษณะการตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนและการประกอบอาชีพของชาวพิจิตร โดยภูเขาสำคัญๆ ในจังหวัดพิจิตรได้แก่

- เขาพนมกวาว ตั้งอยู่ที่ตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน เป็นแนวแบ่งเขตอำเภอ ตะพานหินกับอำเภอลำลูกเกด สูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 168 เมตร
- เขารวก ประกอบด้วยเขาหลายลูก ยอดที่สูงที่สุดสูง 80 เมตรจากระดับน้ำทะเล ตั้งอยู่ในเขตบ้านเขารวก ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน
- เขาบรเพ็ด ตั้งอยู่ในเขตบ้านเขาบรเพ็ด ตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน สูงจากระดับน้ำทะเล 70 เมตร
- เขาเจ็ดลูก เป็นกลุ่มภูเขาที่อยู่ในบริเวณเดียวกัน 7 ลูก ยอดที่สูงที่สุดสูงจากระดับน้ำทะเล 191 เมตร ยอดที่ต่ำที่สุดชื่อ เขาพนมพาสสูง 155 เมตร ตั้งอยู่ที่ตำบลเขาเจ็ดลูก อำเภอทับคล้อ

จากลักษณะทางกายภาพของพิจิตรที่ไม่มีพื้นที่ป่าไม้และภูเขาสูงที่มีความสลับซับซ้อนเป็น บริเวณกว้างเช่นที่พบในจังหวัดพิษณุโลกหรือเพชรบูรณ์เอง ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับประเภท และแหล่งที่มาของยาพื้นบ้าน กล่าวคือ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการ “คงอยู่” ของการแพทย์พื้นบ้านสูง กว่าจังหวัดอื่นๆ โดยพบว่าหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตรเป็นจำนวนมากต้องเดินทางไปหาซื้อตัวยา หรือสืบเสาะค้นหายาจากแหล่งที่ไกลออกไป ทำให้ต้องสูญเสียทั้งค่าเดินทางและเวลา นอกจากนี้ยัง

เกิดปัญหาความขาดแคลนตัวบางชนิดที่จะนำมาใช้ปรุงยา ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับประเภทของหมอนพื้นบ้านและยาพื้นบ้านที่ใช้ โดยพบว่า พืชมีจำนวนหมองู หมอนวด เป็นจำนวนมาก ในขณะที่มีจำนวนหมอยากลางบ้านและหมอสุนไพรน้อยกว่าจังหวัดอื่นๆ

1. ธรณีสัณฐานและดิน

ลักษณะทางธรณีสัณฐาน ดินและลักษณะดินของพิจิตรมีลักษณะสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

2.1 ที่ราบลุ่มแม่น้ำ (Alluvial Plain) เกิดจากการทับถมของตะกอนลำน้ำนานและลำน้ำยมในฤดูน้ำหลาก แต่ละปีน้ำจากแม่น้ำนานและแม่น้ำยมจะไหลหลากท่วมพื้นที่บริเวณนี้ ซึ่งเป็นบริเวณที่มีระดับพื้นที่ต่ำสุดของจังหวัด ในบริเวณนี้ประกอบด้วยพื้นที่สำคัญ 2 ส่วน คือ

2.1.1 สันดินริมน้ำ (Levee) มีลักษณะพื้นที่เป็นแนวไปตามแม่น้ำนาน แม่น้ำพิจิตร และแม่น้ำยม สภาพพื้นที่ค่อนข้างราบเรียบ มีความลาดชันอยู่ระหว่างร้อยละ 0 - 2 ดินเกิดจากการทับถมของตะกอนลำน้ำที่มีเนื้อละเอียดปานกลาง มีการระบายน้ำดีปานกลางถึงดี มีความสมบูรณ์ปานกลาง เหมาะสมต่อการปลูกไม้ผล พืช ผัก และพืชไร่ ต่าง ๆ

2.1.2 ที่ราบลุ่มหลังลำน้ำ (Basin) อยู่ถัดจากสันดินริมน้ำ และมีระดับพื้นที่ต่ำกว่า ลักษณะพื้นที่ราบเรียบ ความลาดชันน้อยกว่าร้อยละ 1 ดินเกิดจากการทับถมของตะกอนลำน้ำที่มีเนื้อละเอียดเป็นดินลิกมาก มีการระบายน้ำในระดับเลวถึงค่อนข้างเลว มีความอุดมสมบูรณ์ปานกลางถึงต่ำ เหมาะสมต่อการปลูกข้าว โดยเฉพาะในเขตโครงการชลประทานพิษณุโลก ส่วนที่อยู่นอกเขตชลประทานเหมาะต่อการปลูกข้าวขึ้นน้ำ เพราะมีน้ำท่วมสูง 1 ถึง 2 เมตร ในฤดูน้ำหลาก

2.2 เนินตะกอนรูปพัด (Alluvial Fan) เป็นที่ราบซึ่งเกิดจากกระแสน้ำที่ไหลมาจากภูเขาจะพัดพาเอาตะกอนต่าง ๆ มาด้วย เมื่อกระแสน้ำไหลผ่านพื้นที่หุบเขาหรือเชิงเขาจะเป็นที่ราบ ทำให้กำลังของน้ำลดลง ทางน้ำก็จะกระจายออกไป ตะกอนที่ถูกพัดพามากก็ตกตะกอนขึ้นจนมีลักษณะคล้ายรูปพัด ซึ่งอาจเป็นรูปเดี่ยวหรือหลายรูปมารวมกันก็ได้ ลักษณะพื้นที่เหล่านี้จะพบทางตะวันตกของจังหวัดซึ่งเกิดจากตะกอนที่พัดมาจากจังหวัดกำแพงเพชร และด้านตะวันออกของจังหวัดซึ่งเกิดจากตะกอนที่พัดมาจากจังหวัดเพชรบูรณ์ สภาพพื้นที่ที่พบเป็นลูกคลื่นเล็กน้อย โดยเป็นที่ดอนสลับกับที่ลุ่ม ซึ่งในที่ดอนตะกอนที่มาทับถมจะเป็นตะกอนเนื้อหยาบ ดินส่วนใหญ่เป็นดินลิก มีการระบายน้ำดี มีความอุดมสมบูรณ์ปานกลางถึงต่ำ เหมาะสมต่อการปลูกพืชไร่และไม้ผล ส่วนในที่ลุ่มตะกอนที่มาทับถมจะมีเนื้อละเอียดเป็นส่วนใหญ่ ดินเป็นดินลิก มีการระบายน้ำค่อนข้างเลว มีความอุดมสมบูรณ์ปานกลางถึงต่ำ เหมาะสมต่อการปลูกข้าว

2.3 พื้นที่ที่เหลื่อค้างจากการกัดกร่อน (Directed Erosion Surface) เป็นพื้นที่ที่เหลื่อค้างจากที่ถูกกัดกร่อน ซึ่งเป็นกระบวนการปรับระดับพื้นที่ตามธรรมชาติ สภาพพื้นที่เป็นลูกคลื่น มีความลาดชันร้อยละ 2-8 ดินที่พบจะเกิดจากหินพวกแอนดิไซต์ หินดินดาน ลักษณะของดินมีการระบายน้ำดี ความลึกของดินพบตั้งแต่ดินตื้นถึงดินลึก ความอุดมสมบูรณ์ของดินจะแตกต่างกันออกไปตามหินต้นกำเนิดดิน เหมาะสมต่อการปลูกพืชไร่ นอกจากบริเวณที่เป็นดินตื้น

2) แหล่งน้ำ

แหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญของจังหวัดพิจิตรประกอบด้วย

2.1 แหล่งน้ำผิวดิน พบว่าจังหวัดพิจิตรมีลำน้ำที่สำคัญ 3 สาย คือ แม่น้ำน่าน แม่น้ำยม และแม่น้ำพิจิตร

2.1.1 แม่น้ำน่าน มีต้นน้ำจากดอยภูแวในเทือกเขาหลวงพระบาง และเทือกเขาในเขตอำเภอบัว จังหวัดน่าน โดยลำน้ำน่านจะไหลผ่าน อำเภอปัว อำเภอท่าวังผา จนถึงอำเภอเมืองน่าน โดยมีที่ราบแคบ ๆ สองฝั่งลำน้ำติดต่อกันไปจนถึงอำเภอเวียงสา จากนั้นลำน้ำจะไหลเข้าสู่หุบเขาอีกครั้งหนึ่ง ผ่านท้องที่อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ไหลผ่านอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ จากนั้นลำน้ำปาดซึ่งเป็นลำน้ำสาขาใหญ่สาขาหนึ่งในจำนวน 4 สายของแม่น้ำน่านจะไหลมาบรรจบทางฝั่งซ้ายของแม่น้ำน่านและไหลต่อไปทางทิศตะวันตก ผ่านอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ออกสู่ทุ่งราบเชิงเขา และไหลลงทางทิศใต้ตลอดสายผ่านอำเภอดรอน ซึ่งในบริเวณนี้จะมีลำน้ำสาขาใหญ่สายที่ 2 คือ คลองดรอน ไหลมาบรรจบกับแม่น้ำน่าน จากนั้นแม่น้ำน่านจะไหลลงมาทางทิศใต้ ผ่านอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ เข้าสู่เขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกและมีแม่น้ำแควน้อย ซึ่งเป็นลำน้ำสาขาใหญ่ที่สุดของแม่น้ำน่านไหลมาบรรจบ โดยแม่น้ำน่านจะไหลผ่านที่ตั้งจังหวัดพิษณุโลกบริเวณอำเภอบางกระทุ่ม เข้าสู่ท้องที่อำเภอเมืองพิจิตร และมีแม่น้ำวังทองซึ่งเป็นลำน้ำสายใหญ่สายสุดท้าย ไหลมารวมทางฝั่งซ้ายของแม่น้ำน่านไหลผ่านที่ตั้งตัวจังหวัดพิจิตรผ่านอำเภอดงเจริญ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โดยแม่น้ำน่านส่วนที่อยู่ในเขตจังหวัดพิจิตรมีความยาวประมาณ 97 กิโลเมตร โดยเฉลี่ย และมีความกว้างประมาณ 120 เมตร ลึกประมาณ 10 เมตร พื้นที่ของจังหวัดพิจิตร ส่วนที่อยู่ในลุ่มแม่น้ำน่าน มีประมาณ 2,602 ตารางกิโลเมตร แม่น้ำมีลักษณะคดเคี้ยวและมักเปลี่ยนทางเดินบ่อยครั้ง ทำให้พบสภาพเป็นหนอง บึงเล็กทั่วไปตามบริเวณที่ราบของจังหวัดพิจิตร

สำหรับลำน้ำสาขาของแม่น้ำน่านส่วนที่อยู่ในเขตจังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดอยู่ในเทือกเขาเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่เป็นลำน้ำขนาดเล็กซึ่งจะมีน้ำเฉพาะฤดูฝนเท่านั้น ยกเว้นแม่น้ำวังทองที่มีน้ำไหลตลอดปี ลำน้ำสาขาของแม่น้ำน่านที่สำคัญในเขตจังหวัดพิจิตรมีทั้งสิ้น 15 สาย ได้แก่ คลองท่าพ้อ คลองท่าหลวง คลองสาเกลือ คลองบ้านตากแดด คลองคัน คลองคด คลองหนองไม้

เหล็ยม คลองห้วยเกตุ คลองร่องกอกใหญ่ คลองสันเทา คลองบางไผ่ คลองวังหินเพลิง คลองห้วยกรวด คลองบุษบงเหนือ และคลองวัว

2.1.2 แม่น้ำยม มีต้นกำเนิดอยู่ในคอยขุนยวม เทือกเขาผีปันน้ำในเขตอำเภอปง จังหวัดพะเยา ก่อนไหลลงมาทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ ผ่านหุบเขาที่ปกคลุมด้วยป่าและมีความลาดเทมาก มีที่ราบแคบ ๆ ริมแม่น้ำเพียงบางตอน และเมื่อเข้าเขตจังหวัดแพร่จะมีลำน้ำขาวซึ่งเป็นลำน้ำสาขาสำคัญไหลมาบรรจบ จากนั้นลำน้ำยมจะไหลลงทางทิศใต้ และเริ่มออกสู่ที่ราบผืนใหญ่ในเขตจังหวัดแพร่ จากอำเภอสอง อำเภอเมืองแพร่ อำเภอสูงเม่น ไปจนถึงอำเภอเด่นชัย ต่อจากนั้นจึงไหลไปทางทิศตะวันตกเข้าสู่หุบเขา ก่อนจะถึงอำเภอศรีสาขาลับ จังหวัดสุโขทัย แม่น้ำยมจึงไหลลงมาทางใต้เข้าสู่บริเวณที่ราบบริเวณอำเภอศรีสาขาลับติดต่อกันลงไป โดยแม่น้ำยมในช่วงนี้จะเริ่มมีความลาดเทน้อยลงตามลำดับ และจากอำเภอศรีสาขาลับลงมาแม่น้ำยมจะไหลลงทางทิศใต้ เป็นแนวนานคู่เคียงกับแม่น้ำน่านเข้าสู่เขตจังหวัดพิจิตรที่อำเภอสามง่าม อำเภอโพธิ์ประทับช้าง กิ่งอำเภอบึงนาราง อำเภอโพทะเล จนเข้าเขตจังหวัดนครสวรรค์แม่น้ำยมจึงไหลมาบรรจบกับแม่น้ำน่านที่บ้านเกษัย เขตอำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โดยแม่น้ำยมส่วนที่อยู่ในเขตจังหวัดพิจิตร มีความยาว 126 กิโลเมตร และพื้นที่จังหวัดพิจิตรส่วนที่ตั้งอยู่ในลุ่มแม่น้ำยม มีพื้นที่ทั้งสิ้น 2,046 ตารางกิโลเมตร และโดยเฉลี่ยมีความกว้างประมาณ 90 เมตร ลึกประมาณ 8 เมตร ลักษณะที่สำคัญของแม่น้ำยมคือมีลักษณะคดเคี้ยว และจะพบร่องรอยการเปลี่ยนแปลงทางเดินของลำน้ำเก่า มีสภาพเป็นหนองบึงขนาดต่าง ๆ ปรากฏอยู่ทั่วไปในที่ราบลุ่มของจังหวัด โดยแควต่าง ๆ เหล่านี้ของแม่น้ำยมจะมีความหนาแน่นมากกว่าแม่น้ำน่านแต่มีความยาวน้อยกว่า

ลำน้ำสาขาของแม่น้ำยมส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตจังหวัดพิจิตร มีต้นกำเนิดอยู่ในที่ราบลุ่มระหว่างลุ่มน้ำปิงและลุ่มน้ำยม ในแนวตะวันตก - ตะวันออก โดยลำน้ำสาขาของแม่น้ำยมในเขตจังหวัดพิจิตรที่สำคัญมีทั้งสิ้น 9 สาย ได้แก่ คลองบ้านนา คลองรังนก คลองไผ่รอบ คลองวังกระทิง คลองหนองคล้า คลองวังหิน คลองหนองขานาง คลองห้วยแก้ว คลองท่าขมิ้น ซึ่งมีลักษณะลำน้ำคดเคี้ยว และในฤดูแล้งลำน้ำส่วนใหญ่จะแห้งหรือตื้นเขิน ยกเว้นลำน้ำสาขาบางแห่ง เช่น คลองไผ่รอบ คลองวังหิน คลองท่าขมิ้น ซึ่งมีน้ำไหลตลอดปี

2.1.3 แม่น้ำพิจิตร เป็นทางเดินเก่าของแม่น้ำน่าน โดยต้นน้ำของแม่น้ำพิจิตรจะไหลแยกจากแม่น้ำน่านที่บ้านวังกระดี่ทองในเขตอำเภอเมืองพิจิตร ทิศทางการไหลของน้ำจะอยู่ในแนวเหนือ - ใต้ สภาพลำน้ำคดเคี้ยว บางแห่งร่อนน้ำตื้นเขินและแห้งในฤดูแล้ง เนื่องจากมีฝายกั้นน้ำไว้เป็นช่วง ๆ เพื่อสูบน้ำขึ้นมาใช้ทำสวนผลไม้ต่าง ๆ โดยเฉพาะส้มโอ ในเขตอำเภอโพธิ์ประทับช้าง และการที่คุณภาพของน้ำในบริเวณนี้ดี ทำให้เหมาะที่จะนำมาใช้ทำสวนผลไม้เป็นอย่างดี แม่น้ำพิจิตรเป็นแม่น้ำที่ทอดตัวอยู่ระหว่างแม่น้ำยมกับแม่น้ำน่าน โดยไหลผ่านท้องที่อำเภอเมืองพิจิตร อำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอตะพานหิน แล้วมาบรรจบกับแม่น้ำยมที่บ้านบางกลาน อำเภอโพทะเล

นอกจากนี้พบว่า จังหวัดพิจิตรยังมีแหล่งน้ำผิวดินที่เป็นหนอง บึง ต่าง ๆ กระจายอยู่เป็นจำนวนมาก จากการสำรวจของกรมชลประทาน โดยโครงการชลประทานจังหวัดพิจิตรพบว่าในจังหวัดพิจิตรมีจำนวน หนอง บึง ต่าง ๆ ประมาณ 134 แห่ง สำหรับบึงที่มีน้ำใช้ได้ตลอดปีมีจำนวน ๑๖ แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในแนวลุ่มแม่น้ำที่ต่ำ เช่น

1) อำเภอเมืองฯ ได้แก่ บึงสีไฟ มีพื้นที่ประมาณ 5,390 ไร่ (เดิมมีประมาณ 12,000 ไร่) ลึกประมาณ 2.50 เมตร เป็นบึงใหญ่ที่สุดในจังหวัดพิจิตร ขณะนี้ได้มีการขุดลอกเป็นแหล่งเพาะเลี้ยงปลาของสถานีประมงพิจิตร และเป็นแหล่งท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจที่สำคัญ บึงโจงโคลง มีพื้นที่ 1,547 ไร่ หนองขลา มีพื้นที่ 395 ไร่ หนองตาแป้น มีพื้นที่ประมาณ 330 ไร่

2) อำเภอโพทะเล ได้แก่ หนองปากรังและหนองสนุ่นใหญ่ มีพื้นที่ประมาณ 122 ไร่ หนองไผ่สอ มีเนื้อที่ประมาณ 110 ไร่ ฯลฯ

3) อำเภอบางมูลนาก ได้แก่ บึงเวียน มีพื้นที่ประมาณ 60 ไร่ หนองคลองวัว มีพื้นที่ 55 ไร่ หนองบึงเวียน มีเนื้อที่ 43 ไร่ ฯลฯ

4) อำเภอสามง่าม ได้แก่ บึงเต่า มีพื้นที่ 246 ไร่ บึงพันอบ มีเนื้อที่ 188 ไร่ บึงพนมมอ มีพื้นที่ประมาณ 100 ไร่ ฯลฯ

5) อำเภอตะพานหิน ได้แก่ หนองบึงหน้าวัด มีพื้นที่ประมาณ 405 ไร่ และหนองคลองลาว มีเนื้อที่ประมาณ 24 ไร่ ฯลฯ

6) อำเภอโพธิ์ประทับช้าง ได้แก่ หนองขามาง มีพื้นที่ 141 ไร่ หนองท่าทอง มีพื้นที่ 107 ไร่ หนองแม่ลาด มีพื้นที่ 84 ไร่ หนองหญ้าไซ มีพื้นที่ 63 ไร่ ฯลฯ

7) อำเภอทับคล้อ ได้แก่ หนองระมาน มีพื้นที่ประมาณ 60 ไร่ สำหรับในเขตอำเภอวังทรายพูน กิ่งอำเภอสามโก้ กิ่งอำเภอดงเจริญ และกิ่งอำเภอบึงนาราง พบว่าแหล่งน้ำผิวดินส่วนใหญ่จะเป็นเพียงหนองเล็ก ๆ เท่านั้น

2.2 แหล่งน้ำใต้ดินหรือแหล่งน้ำบาดาล หมายถึงแหล่งน้ำที่ปรากฏอยู่ในชั้นกรวดทราย เป็นแหล่งน้ำที่สะสมอยู่ในโพรงหรือรอยแตกแยกของชั้นหินซึ่งอยู่ใต้ผิวโลกลงไป และการที่แหล่งน้ำบาดาลขนาดใหญ่และมีปริมาณมากส่วนใหญ่มักจะเกิดอยู่ในหินร่วนหรือในแอ่งสะสมของกรวดทรายที่เกิดจากการพัดพาของกระแสน้ำในแม่น้ำในอดีตกาล ซึ่งลักษณะดังกล่าว นับว่าสอดคล้องกับสภาพทางกายภาพและดินของจังหวัดพิจิตร ทำให้พบมีปริมาณและแหล่งน้ำใต้ดินมากกว่าจังหวัดอื่นๆในพื้นที่เป้าหมาย ในปัจจุบันจึงพบว่า มีการสูบน้ำบาดาลมาใช้ทำนาปรังในพื้นที่หลายอำเภอของจังหวัดพิจิตร จากผลการศึกษาสภาพน้ำใต้ดินของจังหวัดพิจิตร โดยกองน้ำบาดาล กรมทรัพยากรธรณีพบว่า ความลึกของน้ำใต้ดินที่จะพบน้ำมีความลึกตั้งแต่ 24.39 – 115.85 เมตร โดยความลึกของชั้นน้ำใต้ดินจะแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละพื้นที่

3) ป่าไม้

จังหวัดพิจิตรมีป่าไม้ไม่มากและส่วนใหญ่เป็นที่ราบ เดิมพิจิตรเคยมีป่าประเภทป่าแดง หรือ ป่าโคกหรือป่าแพะ (ป่าไม้ผลัดใบ) ขึ้นอยู่ก่อนข้างหนาทึบ แต่ในปัจจุบันพิจิตรมีป่าไม้เหลืออยู่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือป่าไม้ในเขตป่าสงวนแห่งชาติและป่าไม้ตามภูเขาต่างๆ เช่น เขาพนมกวาว เขา รวก เขาทิม เขาบรเพ็ดในเขตอำเภอตะพานหิน, เขารูปช้าง เขาพระ เขาพระ ในเขตอำเภอเมือง พิจิตร, เขาคิน เขาเจ็ดลูก เขาปอ เขานกยูงในเขตอำเภอทับคล้อ, เขาวังเรื่อน เขามือในเขตกิ่ง อำเภอคงเจริญ

พิจิตรมีระดับความสูงประมาณ 30-35 เมตร จากระดับน้ำทะเลและมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นเนื่องจากมีการตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนมาช้านาน จากสถิติป่าไม้ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2513-2515 พบว่าพิจิตรเคยมีป่าไม้และไม้มีค่า เช่น ไม้ตะแบก ไม้เต็ง ไม้รัง ไม้ประดู่ ไม้พลวง ไม้แดง ไม้ยาง ไม้ชิงชัน เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังมีผลิตภัณฑ์จากป่าที่สำคัญ เช่น ฟืนและถ่าน อย่างอุดมสมบูรณ์ แต่เป็นที่น่าเสียดายที่สภาพการก่อสร้างชุมชนและจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น ตามลำดับ ทำให้พื้นที่ป่าหลายแห่งของพิจิตรได้ถูกทำลายจนหมดสิ้น ในช่วงระยะเวลาเพียง 30-40 ปี ที่ผ่านมา พื้นที่ซึ่งเดิมเคยเป็นป่าแดงหรือป่าโคกหรือป่าเต็งรัง (ป่าไม้ผลัดใบ) ขึ้นอยู่ก่อนข้างหนา ทึบ ได้เปลี่ยนแปลงกลายเป็นพื้นที่ราบเกือบหมดสิ้น ปัจจุบันป่าไม้ที่พบในพิจิตรประกอบด้วย

1) ป่าแดงหรือป่าโคกหรือป่าแพะ เป็นป่าไม้ผลัดใบในช่วงฤดูร้อน เพื่อป้องกันความชื้นมิให้ระเหยไปจากลำต้นมาก ลักษณะเป็นป่าโปร่งเรือนยอดห่าง มีความสูงเป็น 2 ระดับ เรือนยอด ชันบนสูงประมาณ 10-20 เมตร ชันล่างสูงประมาณ 7 เมตร ไม้พื้นล่างส่วนใหญ่เป็นหญ้าเป็นป่า ละเมาะพุ่มเตี้ย ดินส่วนใหญ่เป็นกรวดจิ๋ว หลุรงี้แดง ไม้ชื้นชบน้ำและพังทลายได้ง่าย จึงแห้ง แล้งมากในฤดูร้อน ทำให้หญ้าต่างๆ แห้งและติดไฟได้ง่าย มักเกิดไฟไหม้ลามตามพื้นในฤดูร้อน ซึ่งเกิดโดยอุบัติเหตุ เช่น ติดจากก้นบุหรี่หรือเกิดจากการเผาป่าของชาวบ้าน เป็นต้น ไม้สำคัญนี้ ได้แก่ ไม้เต็ง ไม้รัง ไม้พลวง ไม้เหียง ไม้พะยอม ไม้รักฟ้า ไม้มะค่า

2) ป่าเบญจพรรณหรือป่าไม้ผลัดใบแบบผสม มีไม้ผลัดใบหลายชนิดขึ้นปะปนกันมีความ สูงเป็น 2 ระดับ พบทั่วไปตามภูเขาและที่ราบต่ำ ไม้ส่วนใหญ่ผลัดใบในฤดูร้อน ลักษณะทั่วไป ของป่าจะมีตั้งแต่ก่อนข้างโล่งจนหนาทึบ แต่ป่าไม้ในจังหวัดพิจิตรค่อนข้างโล่ง เรือนยอดไม่ชิด แน่น มีความสูง 1-2 ระดับ มีเถาวัลย์อยู่บ้าง ไม้ใหญ่ที่สำคัญ ได้แก่ ไม้ตะแบก ไม้ประดู่ ไม้ มะค่าโมง ไม้ชิงชัน พืชคลุมดินส่วนใหญ่เป็นวัชพืชและพืชล้มลุก มีไผ่ต่างๆ ขึ้นได้บ้าง เช่น ไผ่ ดง ไผ่รวก ชาวบ้านนิยมขุดหาหน่อไม้ในช่วงฤดูฝนเพื่อนำไปเป็นอาหาร ดินไผ่รวกนำมาใช้ทำรั้ว ทำคันเบ็ดหรือทำค้ำสำหรับพืชล้มลุกบางประเภท

จากปัญหาการลดจำนวนลงของป่าไม้ในจังหวัดพิจิตร คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2509 ให้กำหนดพื้นที่ป่าไม้ของพิจิตรจำนวน 433.61 ตารางกิโลเมตรหรือ 271,006.25 ไร่ และจากมติดังกล่าวส่งผลให้กรมป่าไม้ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ต้องประกาศเขตป่าสงวนแห่งชาติ จำนวน 3 แห่ง มีเนื้อที่รวม 6.26 ตารางกิโลเมตร หรือร้อยละ 0.14 ของพื้นที่จังหวัดหรือ 3,912.50 ไร่ ประกอบด้วย

- ป่าสงวนแห่งชาติ ป่าหนองคง (วนอุทยานนครไชยบุรี) ตำบลท่าเสา อำเภอโพทะเล มีเนื้อที่ 1.728 ตารางกิโลเมตร หรือ 1,080 ไร่
- ป่าสงวนแห่งชาติ ป่าเขาเจ็ดลูก – เขาตะพานนก – เขาชะอม ตำบลเขาเจ็ดลูกอำเภอทับคล้อ เนื้อที่ 1.84 ตารางกิโลเมตร หรือ 1,150 ไร่
- ป่าสงวนแห่งชาติ ป่าเขาทราย – เขาพระ อำเภอทับคล้อ มีเนื้อที่ประมาณ 3 ตารางกิโลเมตร หรือ 1,875 ไร่

4) แร่ธาตุ

แร่ธาตุสำคัญที่พบในจังหวัดพิจิตรมี 4 ชนิด ได้แก่

4.1 แร่ยิปซัม พบที่ตำบลวังจี้ได้ กิ่งอำเภอดงเจริญ ปัจจุบันมีผู้ประกอบการ 3 ราย รวม 5 แปลง เนื้อที่สัมปทานบัตรรวมทั้งสิ้น 1,216 ไร่ 1 งาน 25 ตารางวา ในบริเวณแอ่งที่เกิดจากการเคลื่อนตัวของชั้นหินทรุดลงไป ซึ่งถูกกักเก็บอยู่ในบล็อกรอยเลื่อน (Fault Block) ระหว่างหินชั้นในมหายุคพาลีโอโซอิก (Paleozoic) และหินอัคนี มีความกว้างประมาณ 300-500 เมตร ยาว 3,000 เมตร ภายในแหล่งมียิปซัมหนา 26-40 เมตร อยู่ภายใต้ชั้นดินซึ่งหนาประมาณ 1-6 เมตร โดยแหล่งแร่ที่พบจะแผ่ขยายตามแนวยาวไปทางทิศเหนือ – ใต้ และที่ระดับลึกลงไปใต้ชั้นยิปซัมจะพบแร่ยิปซัมเกิดเป็นชั้นสลับกับแร่ชนิดอื่น เช่น แร่แอนไฮไดรต์ (Anhydrite) โดยแร่ยิปซัมที่พบส่วนใหญ่จะมีสีขาวถึงสีเทาอ่อน เนื้อถลายน้ำตาลหยาบเพราะคุณภาพค่อนข้างดีมีปริมาณแร่ยิปซัมมากกว่าร้อยละ 96 และจากผลการเจาะสำรวจแหล่งแร่ยิปซัมในบริเวณนี้พบว่า มีปริมาณยิปซัมไม่น้อยกว่า 11.5 ล้านตัน

4.2 ทรายก่อสร้าง จังหวัดพิจิตรมีแหล่งทรายก่อสร้างซึ่งสะสมอยู่บริเวณแม่น้ำน่าน และแม่น้ำยมเป็นจำนวนมากในอำเภอเมืองพิจิตรและตะพานหิน และพบว่ามีการใช้เรือดูดและงมทรายมาใช้ประโยชน์ทางการก่อสร้างอย่างกว้างขวางส่งผลให้เกิดการทรุดตัวของดินริมฝั่งเพิ่มขึ้นตามลำดับ

4.3 ปิโตรเลียม การที่จังหวัดพิจิตรตั้งอยู่บนแอ่งเจ้าพระยาตอนบน ซึ่งมีตะกอนหนามากในมหายุคซีโนโซอิกรองรับอยู่ข้างใต้ภายในตัวเอง ทำให้พิจิตรเป็นแหล่งปิโตรเลียมที่สำคัญ บริษัท ไทยเชลล์ เอ็กซ์พลอเรชันและโปรดักชั่น จำกัด ได้ขอสัมปทานสำรวจแหล่งปิโตรเลียมใน

ภาคกลางของประเทศไทย ตั้งแต่จังหวัดสุโขทัยลงมาถึงจังหวัดอ่างทอง แปลง S 1 และ S 2 มีเนื้อที่รวม 20,000 ตารางกิโลเมตร โดยเฉพาะในพื้นที่ด้านตะวันตกของจังหวัดพิจิตร ซึ่งอยู่ติดกับอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชรแหล่งน้ำมันดิบที่สำคัญของประเทศ ที่นับเป็นพื้นที่เป้าหมายของการสำรวจที่คาดว่าจะมีศักยภาพสูงที่จะพบน้ำมันปิโตรเลียม

4.4 ดินลูกรัง เป็นแร่โลหะที่มีลักษณะเป็นกรวดขนาดเล็กสีแดง โดยดินลูกรังที่พบในเขตจังหวัดพิจิตรเป็นดินซึ่งมีคุณภาพปานกลาง และในปัจจุบันได้มีการขุดเพื่อจำหน่ายในเขตตำบลเขาทราย อำเภอทับคล้อ เพื่อใช้ประโยชน์ทางการก่อสร้าง

5) สัตว์ป่า

จังหวัดพิจิตรเดิมก็มีความอุดมสมบูรณ์ของสัตว์ป่าเช่นเดียวกับจังหวัดอื่นๆ ในเขตภาคเหนือตอนล่าง สัตว์และพืชพรรณธรรมชาติที่พบทั่วไปจึงมีความคล้ายคลึงกับที่พบในเขตพื้นที่ซึ่งมีลักษณะภูมิอากาศแบบทุ่งหญ้าเมืองร้อน ที่เคยเป็นป่าโปร่งหรือทุ่งหญ้าสลับอยู่บ้าง โดยสัตว์ป่าที่อาศัยอยู่เดิมส่วนใหญ่เป็นสัตว์ประเภทกินหญ้าและกินเนื้อสัตว์อื่นเป็นอาหาร สัตว์จำพวกแมลง นกประเภทต่าง ๆ รวมทั้งสัตว์น้ำ เช่น ปลา หอย กุ้ง เต่า ตะพาบ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อจำนวนประชากรของจังหวัดพิจิตรเพิ่มมากขึ้น และความต้องการพื้นที่อยู่อาศัยตลอดจนพื้นที่ทางการเกษตรเพิ่มมากขึ้น จำนวนสัตว์ป่าหรือสัตว์ธรรมชาติหรือสัตว์ประจำถิ่นมีจำนวนลดน้อยตามลำดับ

ในปัจจุบัน จำนวนสัตว์ป่าที่พบในจังหวัดพิจิตรสามารถจำแนกเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้

5.1 สัตว์น้ำ ที่ยังคงพบในแม่น้ำน่าน แม่น้ำยม แม่น้ำพิจิตร ตลอดจนลำคลอง หนอง บึง ต่าง ๆ ของพิจิตรในปัจจุบันได้แก่ปลา ปู กุ้ง หอยชนิดต่าง ๆ เต่า ตะพาบ โดยสัตว์น้ำที่สำคัญ ได้แก่

5.1.1 ปลาไม่มีเกล็ด ที่พบมากได้แก่ ปลาคูก ปลาสร้อย ปลาแขยง ปลาเทโพ ปลากดเหลือง ปลาไหล ปลาสังกะวาด และปลากดหิน ที่มีจำนวนลดน้อยลงไปมากได้แก่จำพวกปลาเนื้ออ่อน เช่น ปลาข้าว ปลาเบียว ปลาแดง ปลาหมู ปลากระทิง และปลาหลด เป็นต้น

5.1.2 ปลามีเกล็ด ที่พบมากได้แก่ ปลาชะโด ปลาช่อน ปลาทราย ปลาตะเพียน ปลาสร้อย ปลาชีว ปลากระดี่ และปลาหมอ ส่วนที่พบน้อยลงมากได้แก่ ปลาสาคร ปลาตะโกก ปลาลิ้นหมา ปลานู⁴ ปลาอ้าว ปลารานู⁴ และปลากระโห้

5.1.3 หอย ที่ใช้เป็นอาหารได้ ได้แก่ หอยขม หอยกาบ หอยโข่ง หอยทราย

5.1.4 ปู ที่ใช้เป็นอาหารได้ คือ ปูนา ซึ่งอาศัยอยู่ตามนาข้าวหรือหนองน้ำ

5.1.5 กุ้ง ที่ใช้เป็นอาหารได้ ได้แก่ กุ้งฝอย กุ้งก้ามกราม ซึ่งพบน้อยมากในปัจจุบัน

⁴ หรือปลากระเบนยักษ์น้ำจืด มีน้ำหนักเมื่อโตเต็มที่ราว 500 กิโลกรัม พบในแม่น้ำน่าน

5.2 สัตว์เลื้อยคลานที่พบในจังหวัดพิจิตรส่วนใหญ่เป็นสัตว์ที่พบได้ทั่วไปในพื้นที่ใกล้เคียง ได้แก่ กบ เต่า ตะพาบน้ำ เขียด นอกจากนี้ยังพบ เขียด คางคก ตุ๊กแก จิ้งจก กิ้งก่า จิ้งเหลน งู ฯลฯ

5.3 สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม พบน้อยมากและมีเพียงไม่กี่ชนิด ส่วนใหญ่เป็นสัตว์ขนาดเล็ก เนื่องจากจำนวนที่ลดลงของป่าไม้ ที่ยังคงพบเช่น เสือปลา ค้างคาว กระรอก กระแต หนู เม่น พังพอน

5.4 นกที่พบโดยทั่วไปได้แก่ นกเขียวกา นกกิ่งไคร่ง นกกระเจี๊ยบ นกกระจอก นกกระจาบ นกแซงแซว นกกระเต็น หรือนกกินปลา นกเหยี่ยว นกเขา นกยางขาว นกเป็ดน้ำ นกช้อนหอย นกอีโก้ง และนกค้อยตีวิด

4.1.2.3 ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดพิจิตรตั้งอยู่ในเขตร้อน⁵ ทำให้มีอุณหภูมิสูงเกือบตลอดปี อุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปี 27.41 องศาเซลเซียส โดยฤดูร้อนจะเริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์เป็นต้นไปเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือนครึ่งอากาศในช่วงนี้จะร้อนอบอ้าวและเดือนเมษายนเป็นเดือนที่ร้อนที่สุด อุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดถึง 36.85 องศาเซลเซียส เพราะแสงตั้งฉากของดวงอาทิตย์เคลื่อนมาอยู่ที่พิจิตร สำหรับฤดูฝนของพิจิตรจะเริ่มประมาณเดือนพฤษภาคมและมีฝนตกมากขึ้นตั้งแต่เดือนมิถุนายนเป็นต้นไป ด้วยอิทธิพลของดวงอาทิตย์ที่เคลื่อนไปทางซีกโลกเหนือ บริเวณตอนใต้ของจีนทำให้ร่องมรสุมเคลื่อนที่ตามไปด้วย ดังนั้น ในช่วงเดือนกรกฎาคมจึงมักเป็นระยะเวลาที่ฝนทิ้งช่วงทำให้เกษตรกรประสบปัญหาขาดแคลนน้ำเพื่อค้ำนา แต่อย่างไรก็ตาม พิจิตรจะได้รับน้ำฝนเพิ่มขึ้นอีกครั้งหนึ่งในช่วงเดือนกันยายน ด้วยอิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และฝนดีเปรสชันซึ่งเคลื่อนตัวมาจากทะเลจีนใต้ ทำให้ช่วงเวลานี้เกิดน้ำท่วมเป็นระยะเวลาสั้นๆคือประมาณ 5-10 วันในบางปี สำหรับฤดูหนาวของพิจิตรเริ่มขึ้นตั้งแต่เดือนตุลาคมหรือต้นเดือนพฤศจิกายนเป็นต้นไป แต่เนื่องจากพิจิตรตั้งอยู่ในเขตละติจูดที่ต่ำและพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ ทำให้อากาศกำลังสบายไม่หนาวเย็นเช่นภาคเหนือหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย 18.23 องศาเซลเซียส ความยาวของแสงแดดเฉลี่ย 6.87 ชั่วโมงต่อวัน

⁵ ใช้วิธีการจำแนกลักษณะอากาศแบบคอปเพิน (Koppen)

4.1.2.4 ประวัติความเป็นมา

ความเป็นมาของพิจิตรเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างเรื่องเล่าขานสืบทอดต่อกันมาหรือมุขปาฐกกับหลักฐานทางประวัติศาสตร์ในรูปของโบราณสถานและโบราณวัตถุ และการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ดังมีสาระสำคัญพอสรุปได้คือ

1) การตั้งถิ่นฐาน

จากการตรวจสอบแหล่งโบราณคดีที่ตำบลงป่าคำ อำเภอเมืองพิจิตร ของหน่วยศิลปากรที่ 3 สุโขทัย เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2536 พบโครงกระดูกมนุษย์จำนวน 3 โครง ขวานหิน 1 ชิ้น ภาชนะดินเผาและเศษภาชนะดินเผาลายขูดขีด ทำให้สันนิษฐานได้ว่าพิจิตรน่าจะเป็นแหล่งโบราณคดีที่มีอายุยาวนานมาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ตอนปลาย กำหนดอายุโดยประมาณ 2,000 - 3,000 ปี นอกจากนี้ยังพบ หลักฐานยืนยันที่ตั้งของชุมชนโบราณจากภาพถ่ายทางอากาศของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยรวม 10 แห่ง คือ ในอำเภอเมืองพิจิตร ที่บ้านเมืองเก่า ตำบลเมืองเก่า, อำเภอบางมูลนาก ที่บ้านโคกใต้ บ้านไครง ตำบลห้วยร่วม บ้านห้วยเรียงใต้ ตำบลวังกรด บ้านโคปลาดุก ตำบลวังตำโรง, อำเภอตะพานหิน ที่บ้านทุ่งโพธิ์ ตำบลทุ่งโพธิ์, อำเภอโพธิ์ประทับช้าง ที่บ้านปมประคู้ ตำบลดงเสือเหลือง, อำเภอทับคล้อ ที่บ้านทับคล้อ ตำบลทับคล้อ บ้านคลองเคื่อ ตำบลเขาทราย และอำเภอวชิรบรรมี ที่บ้านทุ่งพะเนียด ตำบลหนองหลุม

1.1) สงคราม การเมืองและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมประชากร

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์พบว่ามีร่องรอยเมืองโบราณ ชื่อ เมืองไชยบรร ที่ตำบลบ้านน้อย อำเภอโพทะเล ซึ่งสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นเมืองปากยม⁶ ที่กล่าวถึงในศิลาจารึกสมัยสุโขทัย คือ จารึกหลักที่ 8 ศิลาจารึกเขาสุมณภู และจารึกหลักที่ 38 ศิลาจารึกกฎหมายลักษณะโจรหรือจารึกวัดสระศรี และจากเอกสารสมัยล้านนา เช่น ดำนานพื้นเมืองเชียงใหม่ และดำนานสืบหาราชวงศ์ระบู้ว่า พ.ศ. 1994 พระยาอุทัยบุรีเจ้าเมืองสองแควหรือเมืองพิษณุโลกได้ขัดแย้งกับสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถแห่งกรุงศรีอยุธยา จึงบอกให้พระเจ้าติโลกราชแห่งล้านนายกทัพมาตีเมืองสองแคว ก่อนที่จะเดินทางลงได้ตามแม่น้ำน่าน ตีได้เมืองปากยม ฆ่าเจ้าเมืองปากยม แล้วจึงให้กองทัพยกไปตีเมืองเชลียงหรือศรีสัชนาลัยทางแม่น้ำยม แต่กองทัพล้านนาถูกตีแตกกลับมาสมทบกับกองทัพพระเจ้าติโลกราชที่เมืองสองแคว จากนั้นจึงยกทัพกลับล้านนาตามเส้นทางเดิม ดังนั้น จึงสันนิษฐานว่าเมืองปากยมน่าจะอยู่ได้เมืองพิจิตรเก่า เพราะเมืองพิจิตรเก่าเป็นของกรุงศรีอยุธยาตั้งแต่ พ.ศ. 1959 แล้ว ตามที่ปรากฏหลักฐานจารึกลานทอง ซึ่งพบที่วัดพระศรีรัตนมหาธาตุ เมืองพิจิตรเก่า ข้อความ

⁶ ปากยม หมายถึงบริเวณที่แม่น้ำยมไหลมาจรดกับแม่น้ำน่าน แต่เนื่องจากแม่น้ำน่านได้เปลี่ยนทางเดินใหม่ในช่วงสมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น ดังนั้น จึงเป็นปัญหาที่ยังสรุปไม่ได้แน่ชัดว่า เมืองปากยมในปัจจุบันควรจะอยู่ที่ใด

เป็นพระราชโองการเลื่อนสมณศักดิ์พระเถรพุทธสาคร เป็นพระครูธรรมโมลีศรีราชบุตร ใน พ.ศ. 1959 ซึ่งตรงกับรัชสมัยสมเด็จพระนครินทราชาแห่งกรุงศรีอยุธยา แม้จะไม่ได้กล่าวถึงชื่อเมืองว่า เมืองปากยมหรือเมืองพิจิตรก็ตาม หากเมืองปากยมอยู่ใต้เมืองพิจิตรเก่า การที่พระเจ้าติโลกราชจะยกไปตีปากยม โดยเมืองพิจิตรเก่าไม่ได้ขัดขวาง ย่อมเป็นไปได้

นอกจากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ข้างต้นแล้ว ตามความใน “พงสาวดารเหนือ” ซึ่งรวบรวมบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในสมัยรัตนโกสินทร์ รัชกาลพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ได้มีการกล่าวถึงเมืองพิจิตรไว้ในหลากหลายลักษณะ เช่น ในเรื่องพระยาแกรก ความว่า เมื่อพระยาโคตมเทวราชหนีพระยาแกรกไปหาที่ตั้งเมืองใหม่ที่บ้านโกนชัยญคาม ซึ่งเป็นชุมชนโบราณซึ่งมีผู้อยู่อาศัยมาแล้ว 2-3 ชั่วคน ต่อมาเจ้ากาญจนกุมารพระราชบุตรของพระยาโคตมเทวราชครองเมืองต่อจากพระบิดา ได้นำว่า เจ้าโคตรตะบอง จากนั้นเจ้าโคตรตะบองจึงไปสร้างเมืองพิจิตรขึ้น เชื้อสายของ “พระยาโคตรตะบองเทวราช” ได้ปกครองเมืองพิจิตรสืบต่อมาประมาณ 200 ปี และเมื่อวงศ์โคตรตะบองสิ้นสุดลงเนื่องจากไม่มีทายาทสืบราชสมบัติ จึงได้มีสามัญชนเป็นเจ้าเมืองปกครองสืบต่อมา

จนถึงสมัยที่กรุงสุโขทัยเรืองอำนาจและมีการแผ่ขยายอาณาเขตลงมาทางใต้อย่างกว้างขวาง เมืองพิจิตรจึงตกอยู่ในอำนาจการปกครองของอาณาจักรสุโขทัย ในฐานะเมืองหน้าด่านทางทิศใต้หรือเมืองลูกหลวง จนเมื่อเมื่อกรุงสุโขทัยเสื่อมลงและกรุงศรีอยุธยามีความเจริญขึ้น เมืองพิจิตรจึงต้องมาขึ้นกับกรุงศรีอยุธยาด้วย ในยุคนี้นับเป็นยุคแห่งสงครามกับพม่า ประชาชนมีการย้ายถิ่นที่อยู่และเพื่อให้ปลอดภัยจากสงครามจึงมีการย้ายมารวมอาศัยอยู่ในเมืองกันมากขึ้น

ในสมัยอยุธยาตอนปลาย เมืองพิจิตรมีเมืองขึ้น 1 เมือง คือ “เมืองภูมิ” หรือ “เมืองภูมิพระราชนา” ซึ่งเป็นชุมชนขนาดเล็กสภาพโดยทั่วไปเป็นป่าดง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ ห่างจากเมืองพิจิตรไปประมาณ 70 กิโลเมตร มีพระธรรมยาเป็นเจ้าเมือง จนถึงสมัยสมเด็จพระสรรเพชญ์ที่ 8 หรือ “สมเด็จพระเจ้าเสือ” พระองค์ได้สร้างวัดโพธิ์ประทับช้างเป็นอนุสรณ์สถานในการที่พระองค์ได้ประสูติที่นี่ พระอารามประกอบด้วยอุโบสถ วิหาร เจดีย์ ศาลาการเปรียญ และกุฏิสงฆ์แล้วจึงทรงแต่งตั้งพระครูธรรมจริยาขุณีเป็นเจ้าอาวาสพร้อมกับอพยพครอบครัวจากกรุงศรีอยุธยาอุทิศถวายเป็นข้าพระไว้สำหรับอุปฐากพระอารามถึง 200 คราว ส่งผลให้บริเวณดังกล่าวกลายเป็นชุมชนขนาดใหญ่อีกหนึ่งแห่ง

ในสมัยรัตนโกสินทร์ เมื่อบ้านเมืองสงบจากภัยสงครามแล้วเมืองพิจิตรซึ่งมีพื้นที่ราบลุ่มอุดมสมบูรณ์ และในป่ายังมีไม้มีค่ามาก ได้กลายเป็นตลาดข้าวและเมืองอยู่อาศัยที่สำคัญ มีพ่อค้าต่างเมืองมาซื้อข้าวและไม้ซุงล่องลงไปขายยังเมืองหลวง ส่งผลให้จำนวนของพวกพ่อค้าต่างเมืองที่มาค้าขายทางเรือได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับจำนวนชาวพิจิตรดั้งเดิมที่บุกเบิกสร้างถ้ำป่าเป็นเรือกวานไรรู้ได้เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดชุมชนใหม่ขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะบริเวณสองฝั่งริมน้ำยมและลำน้ำน่านเก่า (แควพิจิตร)

แต่เหตุผลทางสงครามที่ทำให้มีการอพยพผู้คนเข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดพิจิตรมากที่สุดคือ ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากเป็นช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำมีการซื้อขายที่ดินกันมาก พวกที่มีที่ทำกินน้อยหรือไม่มีที่ทำกินจึงอพยพเข้ามาจับจองป่าเสื่อมโทรม บุกร้างถางพงเพื่อเป็นที่ทำมาหากิน ซึ่งสามารถจำแนกคนต่างถิ่นที่อพยพเข้ามาอาศัยในพิจิตรตามเส้นทางการอพยพได้ดังนี้

1.1.1) พวกที่อพยพเข้ามาทางน้ำ ได้แก่ แม่น้ำน่านและแม่น้ำยม เกิดจากการที่แม่น้ำน่านเปลี่ยนทางเดินคือแควพิจิตรเกิดขึ้นเงิน และที่ดินริมฝั่งแม่น้ำสายใหม่ที่ขังว่างอยู่มาก พวกชาวพิจิตรที่อาศัยอยู่บริเวณแควพิจิตรเดิมจึงอพยพเข้ามาอยู่เป็นพวกแรก ต่อมาคนต่างถิ่นที่เดินเรือค้าขายอยู่ถึงปากันอพยพตามเข้ามา ซึ่งส่วนใหญ่จะอพยพมาจากจังหวัดทางภาคกลาง เช่น อยุธยา อ่างทอง และสิงห์บุรี เป็นต้น โดยพวกนี้จะเข้ามาอาศัยอยู่ตามริมฝั่งแม่น้ำน่านและแม่น้ำยม จนเกิดเป็นชุมชนใหญ่ขึ้น เช่น ตลาดบางมูลนาก ตลาดตะพานหิน ตลาดโพทะเล เป็นต้น

1.1.2) พวกที่อพยพมาทางบก นับว่าเป็นพวกที่อพยพเข้ามามากที่สุด ส่วนใหญ่จะมาจากทางภาคกลาง และภาคอีสาน จำแนกตามสำเนียงภาษาที่ใช้ได้คือ

1) ไทยภาคกลาง จะอพยพเข้ามาเป็นกลุ่ม ๆ เช่น จากจังหวัดอุทัยธานี มาอาศัยอยู่ในเขตอำเภอทับคล้อ ที่บ้านทับคล้อ บ้านสายดงยางและบริเวณใกล้เคียง จากจังหวัดนครปฐม เข้ามาอาศัยอยู่ทางทิศตะวันตก ที่บ้านห้วยยาว อำเภอโพทะเล บ้านทุ่งใหญ่ บ้านห้วยคำตาล อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จากจังหวัดสุพรรณบุรี มาอาศัยอยู่ที่บ้านหนองขาว อำเภอสามง่าม และบ้านบึงบัว อำเภोजิรบารมี

2) ลาวโซ่ง ส่วนใหญ่อพยพมาจากจังหวัดเพชรบุรี ราชบุรี อาศัยอยู่มากที่ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง ตำบลวังโมกข์ ตำบลหนองหลุม อำเภोजิรบารมี

3) ลาวยวน⁷ ส่วนใหญ่อพยพมาจากจังหวัดสระบุรี อาศัยอยู่ด้านทิศตะวันออก ที่อำเภอทับคล้อ และในบางพื้นที่ของอำเภอตะพานหิน ที่บ้านวังไคร้ วังหว้า ยางคลี และในเขตอำเภอบางมูลนาก ที่ตำบลลำประดา

4) ลาวพวน อพยพมาพร้อมกับลาวยวน จากอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี และอาศัยปะปนกันอยู่ที่บ้านเขาดิน บ้านท้ายทุ่ง อำเภอทับคล้อ บ้านทุ่งโพธิ์ และบ้านป่าแดง อำเภอตะพานหิน

⁷ หมายถึงพวกที่อาศัยอยู่บริเวณแคว้น โยนกเดิม

5) ลาวจี้ครั้ง บางท้องที่ก็เรียกว่า ลาวกะเล่ ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอพยพมาจากจังหวัดใด แต่ส่วนใหญ่จะอพยพมาจากภาคอีสาน มาอยู่ที่บ้านสระยายชี ตำบลเนินปอ อำเภอสามง่าม

6) ชาวไทยอีสาน อพยพมากที่สุดในช่วงตอนหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ โดยมาจับจองพื้นที่บริเวณเขตป่าเสื่อมโทรม ที่บ้านหนองปลาไหล บ้านวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน บ้านวังหลุม อำเภอดะพานหิน และบ้านห้วยแก้ว กิ่งอำเภอบึงนาราง

7) ชาวไทยเชื้อสายจีนที่อพยพมาอาศัยค้าขายจากแหล่งต่างๆ ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในเขตเศรษฐกิจของชุมชนเมือง

1.2) การเปลี่ยนแปลงของสายน้ำกับการปรับตัวของคนท้องถิ่น

ในสมัยรัชกาลที่ 4 หรือราว พ.ศ. 2410 กระแสน้ำน่านเกิดเปลี่ยนทางเดินใหม่ คือแยกจากลำน้ำเดิมตรงตำบลไผ่ขวาง อำเภอเมืองพิจิตร กระแสน้ำไหลแรงผ่านเข้าคลองเรียงที่บ้านท่าพ่อไปบรรจบคลองท่าหลวง คลองคัน ในเขตอำเภอเมืองพิจิตร เลยไปถึงคลองห้วยคดและคลองบุษบงเหนือ คลองบุษบงใต้ ในอำเภอบางมูลนาก เกิดเป็นแม่น้ำสายใหม่ไหลไปบรรจบกับลำน้ำยมที่ตำบลเกยไชย อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ แล้วไหลไปบรรจบกับแควกำแพง (แม่ปิง) ที่ปากน้ำโพ กลายเป็นแม่น้ำเจ้าพระยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของกระแสน้ำน่านดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของชาวพิจิตรเป็นอย่างมาก กล่าวคือ เมืองพิจิตรซึ่งเดิมตั้งอยู่ริมสายน้ำน่านเก่า แต่เมื่อกระแสน้ำเปลี่ยนทางเดินทำให้แม่น้ำน่านเกิดตื้นเขิน ใช้เป็นเส้นทางคมนาคมไม่สะดวก จึงมีการเปลี่ยนแปลงเส้นทางการค้าขายทางเรือมาใช้ทางสายใหม่ และบางชุมชน เช่นชุมชนที่วัดโพธิ์ประทับช้างได้เกิดโรคระบาดทำให้ประชาชนทั้งที่อยู่อาศัยไปอยู่ที่ริมฝั่งลำน้ำยมกันเป็นส่วนใหญ่ เช่น แควบ้านท่าบัวทอง (อยู่ฝั่งตรงข้ามกับที่ว่าการอำเภอโพธิ์ประทับช้าง) บ้านใหม่แสงมรกต เป็นต้น ทำให้บ้านโพธิ์ประทับช้างกลายเป็นบ้านร้างทั้งหมู่บ้านอยู่นานนับสิบปี นอกจากการเปลี่ยนแปลงของกระแสน้ำจะทำให้คนในท้องถิ่นเดิมต้องอพยพย้ายถิ่นแล้ว ยังส่งผลให้บางกลุ่มเข้าไปแผ้วถางป่าเป็นที่ทำมาหากินและอพยพไปอยู่ที่อื่น ส่วนพวกที่รักที่ทำกินดั้งเดิมก็คงอยู่ลงหลักปักฐานอาศัยอยู่ในพื้นที่เดิมต่อไป

1.3) การพัฒนาเศรษฐกิจกับพลวัตทางสังคม

การพัฒนาตามแนวคิดความทันสมัย ซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานของพิจิตรมีส่วนสัมพันธ์กับการก่อเกิดสังคมเมืองและย่านเศรษฐกิจในท้องถิ่น การที่พิจิตรเคยย้ายเมือง เช่น เมืองภูมิ ที่เดิมอยู่บ้านหนองเต่า ตำบลภูมิ อำเภอบางมูลนาก ไปอยู่ทางฝั่งตะวันตกของแม่น้ำน่านที่บางซึกาก ส่งผลให้บริเวณดังกล่าวได้กลายเป็นชุมชนใหญ่ขึ้นเนื่องจากเป็นภูมิประเทศที่เหมาะสมกับการเป็นศูนย์กลางการค้าขายที่สำคัญ ดังพบว่า ได้มีโรงสีเกิดขึ้นมากมายหลายแห่ง และผู้คนอพยพเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งผู้คนที่มาจากแควพิจิตร (แม่น้ำน่านเก่า) และคนต่างถิ่นที่เข้า

มาค้าขายข้าวและค้าขายสินค้าอื่นๆ และการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและระบบวัฒนธรรมของชาวพิศตรยิ่งเป็นรูปธรรมมากขึ้นเมื่อมีทางรถไฟเกิดขึ้น เนื่องจากความสะดวกและความหลากหลายของเส้นทางคมนาคมทำให้เมืองที่ย้ายมาอยู่ริมแม่น้ำน่านสายปัจจุบันเพิ่มความเจริญและความสำคัญมากยิ่งขึ้น และทำให้ชุมชนริมน้ำอื่นๆ เกิดตามมาเนื่องจากเหตุผลเดียวกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า นโยบายของรัฐที่มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมของพิศตรอีกประการหนึ่งได้แก่ นโยบายเรื่องการจัดตั้งเมืองใหม่ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยพบว่า การที่จอมพล ป.พิบูลสงคราม ได้ริเริ่มให้มีโครงการจัดตั้งจังหวัดเพชรบูรณ์เป็นเมืองหลวง ได้นำมาสู่การเกณฑ์ผู้คนจำนวนมากเข้ามาอยู่อาศัยในพื้นที่เพื่อสร้างถนนสายเพชรบูรณ์ - ตะพานหิน อนึ่ง การอพยพโยกย้ายผู้คนในลักษณะดังกล่าวทำให้อำเภอตะพานหินเจริญขึ้นในทางวัตถุและโครงสร้างพื้นฐานอย่างรวดเร็ว และในที่สุดได้กลายเป็นศูนย์กลางการคมนาคมที่สำคัญในสมัยต่อๆมาคือ ได้มีตลาด โรงแรม และย่านธุรกิจเกิดขึ้นจำนวนมาก และในที่สุดตะพานหินได้ยกฐานะจากตำบลเป็นอำเภอ เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2483 ส่งผลให้อำเภอตะพานหินกลายเป็นแหล่งชุมชนขนาดใหญ่จนได้รับการจัดตั้งเป็นเทศบาลตำบลในเวลาต่อมา

นอกจากอำเภอตะพานหินแล้ว การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของจังหวัดพิศตร เช่น ถนน และไฟฟ้า ก็ทำให้ท้องถิ่นอื่นๆ ในจังหวัดพิศตรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมแห่ง “ความทันสมัย” มากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น ตำบลทับคล้อ ได้ยกฐานะขึ้นเป็นอำเภอทับคล้อ เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2530, ตำบลสากเหล็กซึ่งรัฐมีนโยบายให้เป็นชุมทางรถยนต์ ได้กลายเป็นชุมชนที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีตลาดร้านค้ามากมาย ซึ่งต่อมาได้ถูกยกฐานะเป็นกิ่งอำเภอ เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2538 นอกจากนี้ ยังมีชุมชนใหม่อื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุผลเดียวกันอีกหลายชุมชน เช่น ชุมชนสี่แยกบ้านวังจิ้ว กิ่งอำเภอดงเจริญ สี่แยกโพธิ์ไทรงาม กิ่งอำเภอบึงนาราง สี่แยกปลวกสูง อำเภอมะขามบุรี สี่แยกเขาทราย อำเภอทับคล้อ เป็นต้น

2.) พัฒนาการทางประวัติศาสตร์

พิศตรเป็นถิ่นที่ประสูติของสมเด็จพระสรรเพชญ์ที่ 8 หรือเรียกกันอย่างสามัญว่า “พระเจ้าเสือ” พระมหากษัตริย์แห่งกรุงศรีอยุธยา เป็นถิ่นกำเนิดของมหาราชครู หรือพระโหราธิบดีปราชญ์ผู้ยิ่งใหญ่ในราชสำนักสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช และเป็นถิ่นกำเนิดของเกจิอาจารย์ชื่อดัง คือ “หลวงพ่ोजิน” แต่เช่นเดียวกันกับประวัติศาสตร์ของจังหวัดอื่นๆ เรื่องราวในอดีตของพิศตรที่เกี่ยวข้องกับสามัญชนส่วนใหญ่ขาดการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และบางเรื่องเป็นมุขปาฐกที่เล่าขานสืบกันมาและสูญหายไปตามกาลเวลา ในขณะที่สิ่งที่ถูกจดบันทึกไว้ในส่วนของประวัติศาสตร์ รัชชาติเป็นจำนวนมากก็ยังหาข้อยุติไม่ได้ ตัวอย่างเช่น เรื่องเล่าขานว่าพิศตรเคยเป็นดินแดนที่เจริญมาก่อน คือ เป็นที่ตั้งเมืองไชยบวร ซึ่งปัจจุบันอยู่ในท้องที่อำเภอโพทะเล รวมทั้งเมืองพิศตรเก่า ซึ่งปัจจุบันอยู่ในท้องที่ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองพิศตร เดิมมีชื่อว่าเมืองสระหลวง หรือเมืองโพนบุรี

นอกจากนั้น ยังมีหลักฐานซึ่งยังเป็นที่โต้แย้งว่าจังหวัดพิจิตรมีชุมชนโบราณอีก 2 แห่ง^๖ คือเมืองบ่าง ตั้งอยู่ในท้องที่ตำบลทุ่งโพธิ์ อำเภอตะพานหิน และอีกเมืองหนึ่งไม่ทราบชื่อ อยู่ในเขตตำบลทับคล้อ อำเภอทับคล้อ โดยสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ได้บันทึกเกี่ยวกับพิจิตรไว้ในหนังสือเที่ยวตามทางรถไฟ มีข้อความที่เกี่ยวกับเมืองโพนบุรี และเมืองสระหลวง ความว่า

“ในหนังสือพงสาวดารเหนือว่า พระยาโคตรบองราชบุตรของพระยาโคตมะเทวราชเป็นผู้สร้างเมืองพิจิตร แต่หาปรากฏสมัยและเรื่องราวของการสร้างที่ไม่ คงเป็นเค้าแต่ว่าพวกขอมชั้นหลังสร้างเมืองพิจิตร มาถึงสมัยเมื่อไทยตั้งราชธานีอยู่ ณ เมืองสุโขทัย เรียกนามเมืองนี้ในภาษาไทยว่า “เมืองสระหลวง” ปรากฏอยู่ในศิลาจารึกของพระเจ้ารามคำแหง คงเป็นเพราะ ตั้งอยู่ชายทะเลสาป หนังสือเก่าบางเรื่อง เรียกนามในภาษาบาลีว่า “โพนบุรี” ความก็ตรงกัน (ที่อธิบายกันมาว่าเมืองพิษณุโลกกับ เมืองโพนบุรี อยู่ 2 ฟากฝั่งแม่น้ำตรงกันนั้นไม่มีหลักฐาน)...”

ในศิลาจารึกพ่อขุนรามคำแหง หลักที่ 1 ได้กล่าวถึงชื่อเมืองสระหลวงไว้ในเรื่องอาณาเขตของอาณาจักรสุโขทัย ความว่า

“....อาจปราบฝูงข้าศึก มีเมืองกว้างขวางหลาย ปราบเบื้องตะวันออก รอดสรลง สองแคว ลุมบาจาย สคาทำฝั่งของถึงเวียงจันทน์เวียงคำเป็นที่แล้ว เบื้องหัวนอนรอดคนที พระบาง แพรกสุพรรณภูมิ ราชบุรี เพชรบุรี ศรีธรรมราช ฝั่งทะเลสมุทรเป็นที่แล้ว เบื้องตะวันตกรอดเมืองฉอด เมืองหงสาวดี สมุทรหาเป็นแดน เบื้องดินนอน รอดเมืองแพร่ เมืองม่าน เมืองพลัว ฝั่งของเมืองชาวเป็นที่แล้ว....”

ข้อความในศิลาจารึกข้างต้นแสดงให้เห็นว่า อาณาจักรสุโขทัย สมัยพ่อขุนรามคำแหงนั้น กว้างขวางมาก ทิศตะวันออกตลอดเมืองสระหลวง เมืองสองแควและเมืองอื่น ๆ เชื่อกันว่าเมืองสระหลวงคือเมืองพิจิตรเก่า ดังพระนิพนธ์ของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ดังกล่าวมาแล้ว นอกจากนั้นสมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมพระยานริศรานุวัดติวงศ์ยังทรงสันนิษฐานเรื่องเมืองสระหลวงไว้ในหนังสือสาส์นสมเด็จ เล่ม 19 มีข้อความดังนี้

“...ที่จริงแม่น้ำและเมืองพิจิตรเก่าก็ยังมิ แค้นวันก็จะสูญหายไป เมืองพิจิตรเดี๋ยวนี้เป็นเมืองตั้งใหม่ ยังจำได้ที่ตรัสว่าอาจเลิกได้ในชั่วโมงเดียว คำว่าสระหลวงเข้าใจว่าที่เรียกกันว่าบึงสีไฟ อยู่ในทุกวันนี้....”

จากเหตุผลที่สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ และสมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมพระยานริศรานุวัดติวงศ์บันทึกไว้ในสาส์นสมเด็จ รวมทั้งสภาพปัจจุบันของจังหวัดพิจิตรที่มีบึงอยู่เป็นจำนวนมาก^๗ จึงทำคนบางกลุ่มเชื่อว่าเมืองสระหลวงหรือเมืองโพนบุรี คือเมืองพิจิตรเก่า ยิ่งไปกว่านั้นชื่อ เมือง

^๖ เมืองทั้ง 2 นี้มีผู้รู้สันนิษฐานว่า น่าจะชื่อว่า เมืองนครพิงค์คา และเมืองแสงเชรา

^๗ บึงที่อยู่ใกล้เมืองพิจิตรเก่าหรือในท้องที่จังหวัดพิจิตรเก่า ในปัจจุบันได้แก่บึงสีไฟ บึงตะโกน บึงมะมั่ง ที่ไกลออกไปก็มีบึงไชยบรร บึงสัพพาย และบึงบัว เป็นต้น

โอบนบุรี ที่มีความหมายเกี่ยวกับบึงอีก เพราะคำว่า “โอบ” ในพจนานุกรมฉบับทันสมัยของนาย เปลื้อง ณ นคร หมายถึงห้วงน้ำ ก็ยังเป็นหลักฐานที่สนับสนุนแนวคิดเรื่องชื่อเมืองพิจิตรในอดีตอีกประการหนึ่งด้วย

ส่วนความเชื่อที่ว่า เมืองสระหลวงไม่ใช่เมืองพิจิตร แต่เป็นเมืองพิษณุโลกก็มีเหมือนกัน ตัวอย่างเช่นในพระราชพงสาวดารฉบับพระราชหัตถเลขาจากกล่าวถึงอาณาจักรสุโขทัยสมัยพ่อขุนรามคำแหงว่า เมืองสระหลวงคือเมืองพิษณุโลกฝั่งตะวันตก และเมืองคชนกคือเมืองพิจิตร ดังข้อความในพระราชพงสาวดารฉบับพระราชหัตถเลขา ที่กล่าวถึงเมืองสระหลวงและเมืองคชนกดังต่อไปนี้

“พระเจ้าขุนรามคำแหง เป็นพระเจ้าแผ่นดินไทยที่มีอานุภาพมาก ควรนับว่าเป็นมหाराชาเจ้าพระองค์หนึ่งได้รับพุ่มปราบปรามเมืองที่ใกล้เคียงเอาไว้ในอำนาจ ขยายราชอาณาจักรสุโขทัยกว้างขวางออกไปถึงที่สุดในครั้งนั้นบอกอาณาเขตไว้ในศิลาจารึกชัดเจนว่า ทิศเหนือได้เมืองแพร่ เมืองน่าน ตลอดจนถึงเมืองขวา (คือเมืองหลวงพระบางทุกวันนี้) ไว้ในพระราชอาณาจักร ทิศตะวันออกได้เมืองสระหลวง (คือเมืองพิษณุโลก ฝั่งตะวันตก ที่หนังสือแต่งในภาษามครว่า โอบนบุรี) เมืองสองแคว (คือเมืองพิษณุโลก ฝั่งตะวันออก)...ทิศใต้ได้เมืองคชนก (เข้าใจว่าเมืองพิจิตรทุกวันนี้)....

ข้อความจากพระราชพงสาวดารฉบับพระราชหัตถเลขาข้างต้น นับเป็นหลักฐานอีกแนวทางหนึ่งที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ สรุปว่าเมืองสระหลวงคือเมืองพิษณุโลกฝั่งตะวันตก และเมืองสองแควคือเมืองพิษณุโลกฝั่งตะวันออก ส่วนเมืองคชนกหมายถึงเมืองพิจิตร ยิ่งไปกว่านั้น ศาสตราจารย์ ดร.ประเสริฐ ณ นคร ยังได้เขียนบทความเรื่อง “หลักการค้นเมืองสุโขทัย” ใน แถลงงานประวัติศาสตร์เอกสารโบราณคดี ปีที่ 1 เล่มที่ 1 สรุปว่าเมืองสระหลวงสองแควคือเมืองพิษณุโลก

นอกจากนั้น นายพิเศษ เจียจันทร์พงษ์ ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ 10 เฉพาะด้านโบราณคดี (โบราณคดีและพิพิธภัณฑ) กรมศิลปากร สรุปไว้ในบทความเรื่อง “ไม่มีเมืองสระหลวงในสมัยสุโขทัย” ว่า ชื่อเมืองสระหลวงสองแควเป็นชื่อเมืองเดียวกัน จะแยกกล่าวเป็นคนละเมืองไม่ได้ และโดยข้อเท็จจริงแล้ว ในสมัยสุโขทัยไม่มีชื่อเมืองสระหลวงสองแคว มีแต่ชื่อเมืองสรหลวงสองแคว ซึ่งจะต้องอ่านว่า สระหลวง ไม่ใช่ สระหลวง เพราะคนสมัยสุโขทัยเรียกแหล่งน้ำว่า สระพัง หรือ สะพัง ไม่เรียกว่า สระ และหนองน้ำขนาดใหญ่ด้านทิศตะวันออกของเมืองสุโขทัย ในศิลาจารึกหลักที่ 1 ก็เรียกว่า “ทะเลหลวง” คำว่า สระหลวงในปัจจุบันมาจากการปริวรรตถ้อยคำในศิลาจารึก คือ สรหลวง จึงเป็นเหตุให้มีการค้นหาเมืองที่มีสภาพภูมิศาสตร์เป็นที่ลุ่ม มีหนองน้ำจำนวนมาก

จากหลักฐานข้างต้น จึงพบสมมุติฐานใหม่ที่ต้องศึกษาวิจัยและค้นคว้ากันต่อไปอีก เพื่อที่จะสรุปให้ชัดเจนว่า เมืองสระหลวง (สรหลวง) เป็นเมืองเดียวกับเมืองพิจิตรหรือไม่ และหากไม่ใช่ข้อเท็จจริงคืออะไร

ในสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 พระเจ้าอู่ทอง ทรงสถาปนากรุงศรีอยุธยาเป็นราชธานี ใน พ.ศ. 1893 เมืองพิจิตรมีฐานะเป็นหัวเมืองประเทศราชเมืองหนึ่งใน 16 เมือง และหลังจากที่สมเด็จพระบรมไตรโลกนาถทรงแบ่งการปกครองออกเป็นฝ่ายทหารและพลเรือน มีเสนาบดีจตุสดมภ์เวียงวัง คลังและนาปกครองดูแล รวมทั้งจัดลำดับฐานะหัวเมืองเป็นหัวเมืองเอก โท ตรีและจัตวา จากหลักฐานที่ปรากฏในกฎหมายตราสามดวง พระไอยการตำแหน่งนาทหารหัวเมือง ระบุฐานะของเมืองพิจิตรว่า เป็นหัวเมืองชั้นตรีขึ้นกับสมุหกลาโหม มีออกญาเทพาธิบดีศรีณรงค์ฤาไชยอภัยพิริยภักดี ตำแหน่งเจ้าเมือง นา 5000

ต่อมาในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชเมื่อครั้งเสด็จมาเมืองพิษณุโลก พระเพทราชา (ครองราชย์ พ.ศ. 2231-2246 เป็นต้นราชวงศ์บ้านพลูหลวง) ได้พานางสนมที่ได้รับพระราชทาน ซึ่งขณะนั้นตั้งครรภ์แก่จนคลอดติดตามไปด้วย ได้คลอดบุตรในเดือนอ้าย ปีชวด พ.ศ. 2201 ณ บ้านโพธิ์ประทับช้าง แขวงเมืองพิจิตร และฝังรกไว้ที่ต้นมะเคื่อ บุตรนั้นจึงได้ชื่อว่า นายเคื่อ หรือ คอกเคื่อ ซึ่งต่อมาได้เป็น พระเจ้าแผ่นดินกรุงศรีอยุธยา ในราชวงศ์บ้านพลูหลวง ทรงพระนามว่า สมเด็จพระสรรเพชญ์ที่ 8 (ครองราชย์ พ.ศ. 2246-2252)

สมัยกรุงธนบุรี สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทรงรวบรวมอาณาจักรและปราบปรามบรรดาผู้ตั้งตนเป็นใหญ่ตามหัวเมืองต่างๆ ได้กรีธาทัพผ่านเมืองพิจิตรเพื่อไปปราบชุมนุมเจ้าพระฝางและเมืองเชียงใหม่ จนถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช และสมเด็จพระบวรราชเจ้ามหาสุรสิงหนาท (วังหน้า) รวมทั้งกรมพระราชวังบวรสถานพิมุข (วังหลัง) ทรงร่วมกันรับศึกพม่าครั้งสงครามเก้าทัพ ใน พ.ศ. 2328 พม่ายกกองทัพเข้าตีไทยถึง 9 ทัพ ทั้งทางเหนือ ทางใต้ และทางตะวันตก ทางเหนือยกมาทางเมืองเชียงแสน ตีได้เมืองสวรรคโลก เมืองสุโขทัย เมืองพิชัย และเมืองพิษณุโลก พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราชจึงโปรดให้จัดกองทัพรับศึกพม่า ทางเหนือให้กรมพระราชวังบวรสถานพิมุขเป็นแม่ทัพไปขัดตาทัพที่เมืองนครสวรรค์ กรมพระราชวังบวรสถานพิมุขได้ให้เจ้าพระยามหาเสนายกทัพขึ้นไปรักษาเมืองพิจิตรไว้ ประจันกับทัพพม่าที่ตั้งค่ายอยู่ที่ปากพิงใต้เมืองพิษณุโลก ซึ่งคอยกองทัพหนุนก่อนจะยกมาตีกองทัพไทยที่เมืองพิจิตรและเมืองนครสวรรค์ ดังนั้น กองทัพหลวงจากกรุงเทพฯ จึงยกทัพตามขึ้นไปตั้งที่เมืองนครสวรรค์ก่อน แล้วหนุนทัพกรมพระราชวังบวรสถานพิมุขขึ้นไปที่บ้านข้าวตอก แขวงเมืองพิจิตร และยกเข้าตีค่ายพม่าที่ปากพิง จนกองทัพพม่าแตกพ่ายไป

สมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้น นับเป็นครั้งแรกที่พระบรมวงศ์จากกรุงเทพฯ เสด็จฯไปหัวเมืองเหนือในยามปกติ คือ พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อครั้งพระองค์ยังทรงผนวชอยู่ ได้ทรงพระอุทสาเหเสด็จฯไปเมืองนครสวรรค์ เมืองพิจิตร เมืองพิษณุโลก เมืองสุโขทัย เมืองสวรรคโลก และเมืองอุดรดิตถ์ ใน พ.ศ. 2376 รวมเวลา 61 วัน พระองค์ทรงแวะประทับที่เขารูปช้างและบ้านขม้าง เมื่อเสด็จกลับได้ประทับที่บ้านขม้าง 4 วัน เพื่อร่วมฉลองวิหารวัดเขารูปช้าง และเมื่อ

เสด็จขึ้นครองราชสมบัติแล้ว พระองค์ได้เสด็จฯ มาหัวเมืองเหนืออีกครั้งใน พ.ศ. 2409 โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวขณะทรงบรรพชาเป็นสามเณรได้โดยเสด็จพระราชดำเนินด้วย ในครั้งนั้นเสด็จโดยเรือพระที่นั่งอรรคราชวรเดช ซึ่งเป็นเรือกลไฟจักรทั้ง 2 ปล่อง เสด็จไปทางลำน้ำน่านเก่าหรือลำน้ำพิจิตร และทรงแวะที่วัดโพธิ์ประทับช้าง เมื่อเสด็จขึ้นนมัสการพระนั้น ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระราชทานในกระบวนแห่เสด็จต่างพระองค์ ส่วนพระองค์ก็เสด็จพระราชดำเนินตามพระราชทานเมื่อเสด็จกลับลำน้ำน่านเก่าขึ้น จึงต้องล่องเรือพระที่นั่งลงมาตามคลองเรียง ปัจจุบัน คือลำน้ำน่านอันเป็นที่ตั้งเมืองพิจิตรใหม่

ใน พ.ศ. 2424 สมัยรัชกาลที่ 5 หลวงจรณนทร์ (แจ่ม) ได้ย้ายเมืองพิจิตร มาสร้างใหม่ที่บ้านปากทาง ตำบลปากทาง โดยตั้งศาลากลางจังหวัดเป็นการชั่วคราวขึ้น ณ ฝั่งตะวันตกของลำน้ำน่านเหนือต้นโพธิ์ใหญ่ใกล้ปากทางที่จะไปตำบลคลองกะเชนทร์ ตรงบริเวณเชิงสะพานพระพิจิตร¹⁰ ด้านใต้ ปัจจุบันนี้ต้นโพธิ์และพื้นที่ที่ตั้งศาลากลางชั่วคราว ได้ถูกน้ำพัดพังทลายลงแม่น้ำน่านไปหมดแล้ว ต่อมาใน พ.ศ. 2427 จึงได้ย้ายเมืองใหม่อีกเป็นครั้งที่ 2 ไปตั้งที่บ้านท่าหลวง ตำบลในเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งศาลากลางจังหวัดในปัจจุบัน

สมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งกระทรวง 12 กระทรวง ใน พ.ศ. 2435 โดยสมเด็จพระบรมราชโอรสาธิราชฯ ได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ทรงดำรงตำแหน่งเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ในปีเดียวกันได้เสด็จตรวจราชการหัวเมืองเป็นครั้งแรก ทรงเห็นอุปสรรคหลายประการจากประเพณีกินเมือง จึงทรงเริ่มทดลองรวมหัวเมืองเป็นมณฑล มีผู้ปกครองมณฑลขึ้นตรงต่อกระทรวงมหาดไทย ก่อน พ.ศ. 2437 และได้จัดตั้งมณฑลขึ้น 6 มณฑล คือ มณฑลฉะเชิง (มณฑลพายัพ) มณฑลลาวพวน (มณฑลอุดร) มณฑลลาวกาว (มณฑลอีสาน) มณฑลเขมร (มณฑลบูรพา) มณฑลลาวกลาง (มณฑลนครราชสีมา) และมณฑลภูเก็ต ส่วนมณฑลพิษณุโลก รวมตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2437 ประกอบด้วยเมือง 5 เมือง ได้แก่ เมืองพิษณุโลก เมืองพิจิตร เมืองพิชัย เมืองสวรรคโลก และเมืองสุโขทัย มีตั้งที่บัญชาการมณฑลที่เมืองพิษณุโลก แบ่งเขตการปกครองลดหลั่นกันไป จากมณฑล เป็นเมืองหรือจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน จัดแบ่งหน้าที่ราชการเป็นแผนงานให้สอดคล้องกับการทำงานของกระทรวงทบวงกรม ในราชธานี รวมทั้งจัดสรรข้าราชการที่มีสติปัญญาความรู้ความสามารถมีความประพฤติดีไปประจำตามตำแหน่งหน้าที่ เมืองพิจิตรมีเมืองขึ้น 1 เมือง คือ เมืองภูมิ และประกอบด้วย อำเภอ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง ตั้งที่ในเมืองพิจิตร อำเภอบางคลาน ตั้งที่บางคลาน และอำเภอภูมิ ตั้งที่บางมูลนาก

¹⁰ สะพานข้ามแม่น้ำน่านในปัจจุบัน

ใน พ.ศ. 2448 สมัยพระยาศรีสุริยราชวรภัย (จร) เป็นเจ้าเมืองพิจิตร ได้สร้างกรมทหารราบที่ 17 ที่ริมฝั่งตะวันตกของแม่น้ำน่าน¹¹ มีพันตรีหลวงราชานุรักษ์เป็นผู้บังคับการกรม ทหารประจำการมี 4 กองร้อย

ใน พ.ศ. 2451 ได้มีการเปิดทางรถไฟจากปากน้ำโพผ่านเมืองพิจิตรถึงเมืองพิษณุโลก ในสมัยรัชกาลที่ 6 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เปลี่ยนคำว่า เมือง เป็น จังหวัด ใน พ.ศ. 2459 ดังนั้นเมืองพิจิตรจึงเปลี่ยนเป็นจังหวัดพิจิตร และตำแหน่งผู้ว่าราชการเมืองพิจิตร เปลี่ยนเป็น ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร และในปีเดียวกันจึงได้มีการประกาศใช้ชื่ออำเภอให้ตรงกับชื่อตำบลที่ตั้งที่ว่าการอำเภอ สำหรับจังหวัดพิจิตรได้เปลี่ยนชื่ออำเภอเมืองเป็นอำเภอท่าหลวง อำเภอภูมิเป็นอำเภอบางมูลนาก ส่วนอำเภอบางคลานคงเรียกชื่อเดิม และกรมทหารราบที่ 17 ถูกยุบเลิกไปขึ้นอยู่กับกรมทหารราบ มณฑลพิษณุโลก

สมัยรัชกาลที่ 7 ใน พ.ศ. 2473 พระราชกฤษฎีกาดำรงตำแหน่งผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร ได้สร้างศาลากลางจังหวัดขึ้นใหม่แทนหลังเก่าที่ชำรุดทรุดโทรมมาก โดยสร้างเป็นอาคารสูงชั้นเดียว ทรงปั้นหย่าอกมุขกลาง ฝากระดาน พื้นกระดาน มุงกระเบื้องซีเมนต์ สร้างบ้านพักหัวหน้าศาลหลังหนึ่ง เป็นอาคารสองชั้นทรงสมัยใหม่ สร้างบ้านพักนายตำรวจ และสร้างบ้านพักหัวหน้าส่วนราชการอีกหลายหลัง หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง ใน พ.ศ. 2476 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติระเบียบราชการบริหารแห่งราชอาณาจักรสยาม พ.ศ. 2476 ยกเลิกมณฑลเทศาภิบาล ซึ่งต่อมาได้แก้ไขปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินตามนัยประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 218 ลงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2515 โดยจัดระเบียบบริหารราชการส่วนภูมิภาคเป็นจังหวัด อำเภอ และให้จังหวัดนั้นมีฐานะเป็นนิติบุคคล การตั้ง ยุบหรือเปลี่ยนแปลงเขตจังหวัดให้ตราเป็นพระราชบัญญัติ และให้มีคณะกรรมการจังหวัด เป็นที่ปรึกษาของผู้ว่าราชการจังหวัดในการบริหารราชการแผ่นดินของจังหวัดนั้น ๆ ส่วนการตั้ง ยุบ เลิก หรือการเปลี่ยนแปลงเขตอำเภอให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา

สมัยรัชกาลที่ 8 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล ได้มีการตั้งเทศบาลเมืองพิจิตรขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2479 โดยมีอาณาเขตของเทศบาลเมืองพิจิตรเพียง 1.88 ตารางกิโลเมตรเท่านั้น นายกเทศมนตรีคนแรก คือ หลวงประเทืองคดี จนถึง พ.ศ. 2480 มีการย้ายที่ว่าการอำเภอตำบลบางคลานไปตั้งใหม่ที่บ้านโพทะเล และเปลี่ยนชื่ออำเภอบางคลานเป็นอำเภอโพทะเล จนถึง พ.ศ. 2481 จึงได้เปลี่ยนชื่ออำเภอท่าหลวง เป็นอำเภอเมืองพิจิตร และตั้งกิ่งอำเภอตะพานหินขึ้นใน พ.ศ. 2479 ก่อนยกฐานะเป็นอำเภอใน พ.ศ. 2483 ปัจจุบันจังหวัดพิจิตร

¹¹บริเวณวิทยาลัยเทคนิคในปัจจุบัน

แบ่งการปกครองออกเป็น 9 อำเภอ 3 กิ่งอำเภอ 86 ตำบล 819 หมู่บ้าน เทศบาลเมือง 3 แห่ง เทศบาลตำบล 15 แห่ง อบต. 81 แห่ง และ สภาตำบล 5 แห่ง

4.1.2.5 ประชากร

จำนวนประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2541 จังหวัดพิจิตรมีประชากร รวมทั้งสิ้น 588,436 คน จำแนกเป็น ประชากรชาย 287,267 คน คิดเป็นร้อยละ 48.82 ประชากรหญิง 301,169 คน คิดเป็นร้อยละ 51.18 ประชากรหญิงมากกว่าประชากรชาย 13,902 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.97 โดยจำแนกประชากรเป็น รายอำเภอ / กิ่งอำเภอ ดังนี้

ตารางแสดงจำนวนประชากรแยกเป็นรายอำเภอ / กิ่งอำเภอ

ที่	อำเภอ/กิ่งอำเภอ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
1.	เมืองพิจิตร	56,507	59,534	116,441	19.79
2.	โพทะเล	30,405	32,042	62,447	10.61
3.	บางมูลนาก	26,723	28,050	54,773	9.31
4.	สามง่าม	23,218	32,042	62,447	8.15
5.	ตะพานหิน	37,230	28,050	54,773	12.98
6.	โพธิ์ประทับช้าง	22,323	24,767	47,985	8.15
7.	วังทรายพูน	12,733	39,130	76,360	12.98
8.	ทับคล้อ	24,510	23,008	45,331	7.70
9.	วชิรบุรี	17,099	12,820	25,553	4.34
10.	กิ่งอำเภอสามโก้	11,825	25,722	50,232	8.54
11.	กิ่งอำเภอบึงนาราง	14,506	17,910	35,009	5.95
12.	กิ่งอำเภอดงเจริญ	10,188	12,208	24,033	4.08
รวม		287,267	622,550	909,817	100

จากตารางจะเห็นว่า อำเภอเมืองพิจิตรมีประชากรมากเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 19.79 อันดับ 2 อำเภอตะพานหิน มีประชากรคิดเป็นร้อยละ 12.98 และกิ่งอำเภอดงเจริญ มีประชากรน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.54 โดยประชากรอำเภอเมืองพิจิตร มีมากกว่ากิ่งอำเภอดงเจริญ ซึ่งมีประชากรน้อยที่สุดถึง 5.59 เท่า

1) ลักษณะทางสังคม

เชื้อชาติของประชากรของจังหวัดพิจิตร ร้อยละ 98 เป็นเชื้อชาติไทย อีกร้อยละ 2 เป็นเชื้อสายอื่นๆ เช่น จีน ปากีสถาน และอินเดีย ซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองในเขตเทศบาลเมืองพิจิตร ตะพานหิน และบางมูลนาก สำหรับอัตราความหนาแน่นของประชากรคิดเปรียบเทียบพื้นที่ 1 หน่วย พบว่าประชากรจังหวัดพิจิตรมีความหนาแน่นต่อพื้นที่เท่ากับ 129.868 คน / ตารางกิโลเมตร โดยอำเภอตะพานหินมีความหนาแน่นมากที่สุดคือ 162.838 คน / ตารางกิโลเมตร อันดับ 2 ได้แก่อำเภอเมืองพิจิตร 161.271 คน / ตารางกิโลเมตร ซึ่งใกล้เคียงกับอำเภอตะพานหิน โดยอำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรใกล้เคียงกับความหนาแน่นเฉลี่ยของจังหวัดมากที่สุดคือ อำเภอโพทะเล มีประชากรประมาณ 128.924 คน / ตารางกิโลเมตร และอำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรต่ำกว่า 100 คน / ตารางกิโลเมตร ได้แก่ อำเภอวังทรายพูน กิ่งอำเภอดงเจริญ และกิ่งอำเภอเบ็ญจาราม มีความหนาแน่นเพียง 98.469, 85.701 และ 65.352 คน / ตารางกิโลเมตร ตามลำดับ

ลักษณะทางสังคมของจังหวัดพิจิตร ในชนบทยังคงเป็นสังคมเกษตรกรรม ชาวพิจิตรประมาณร้อยละ 75 มีอาชีพเกษตรกรรม ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ และทำสวน ตามลำดับ โดยทั่วไป มีความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย ครอบครัวชาวพิจิตรมากกว่าร้อยละ 60 เป็นครอบครัวขยายประกอบด้วยพ่อแม่ลูกและญาติๆ ขนาดครอบครัวโดยเฉลี่ยประมาณ 5 - 6 คน สมาชิกในครอบครัวมีความรักนับถือและเป็นกันเอง มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติภายใต้ระบบครอบครัวที่ผู้ชายเป็นใหญ่ การอบรมสั่งสอนจะเน้นการเคารพเชื่อฟังและให้เกียรติพ่อแม่และญาติผู้ใหญ่ ทั้งยังยึดถือค่านิยมเรื่องความกตัญญูโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อพ่อแม่ ส่วนครอบครัวในเมือง เนื่องจากอิทธิพลของการพัฒนามาสู่ความทันสมัย ทำให้คนในเมืองพิจิตรมีการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์แตกต่างไปจากชนบท ส่วนใหญ่จะมีครอบครัวเดี่ยวและอาจมีคนรับใช้สำหรับช่วยงานบ้าน พิจิตรเป็นสังคมที่คนส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา เชื่อถือในคติคำสอนเรื่อง กฎแห่งกรรม ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว

2) การตั้งถิ่นฐาน

ประชากรจังหวัดพิจิตร ทั้งหมด 588,436 คน ส่วนใหญ่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในชนบทถึงร้อยละ 77.93 ตั้งถิ่นฐานในเขตเทศบาลเมืองเพียงร้อยละ 9.73 และตั้งถิ่นฐานในเขตเทศบาลตำบลร้อยละ 12.34 รวมตั้งถิ่นฐานในเขตเมืองร้อยละ 22.07 และหากพิจารณาการตั้งถิ่นฐานเป็นรายอำเภอ / กิ่งอำเภอแล้วพบว่า อำเภออุตรดิตถ์มี ซึ่งเป็นอำเภอที่จัดตั้งขึ้นใหม่ กิ่งอำเภอดงเจริญและกิ่งอำเภอเบ็ญจาราม มีการตั้งถิ่นฐานในชนบททั้งหมด รองลงมาคืออำเภอโพทะเลและอำเภอวังทรายพูน ตั้งถิ่นฐานในชนบทร้อยละ 88.90 และ 83.77 ตามลำดับ ส่วนที่อำเภอที่มีความเป็นเมืองมากที่สุด คือ อำเภอบางมูลนาก มีประชากรอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 35.13 อยู่ในเขตชนบทเพียงร้อยละ 64.87

อำเภอที่มีความเป็นเมืองอันดับ 2 คืออำเภอเมืองพิจิตร ร้อยละ 32.46 ของประชากรอยู่ในเขตเทศบาล และอาศัยอยู่ในชนบทเพียง 67.54 อำเภอตะพานหินมีประชากรในเขตเมืองคือ เขตเทศบาลเป็นอันดับ 3 ร้อยละ 27.29 และอาศัยอยู่ในชนบทเพียงร้อยละ 72.08 แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะเขตเทศบาลแล้ว เทศบาลเมืองพิจิตร มีการตั้งถิ่นฐานในเขตเมืองมากที่สุด มากกว่าเขตเทศบาลเมืองตะพานหินและเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก และเป็นที่น่าสังเกตว่า เทศบาลตำบลทับคล้อมีประชากรมาก มีความเป็นเมืองถึงร้อยละ 29.88 ซึ่งมากกว่าเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน เทศบาลเมืองพิจิตร และเทศบาลเมืองบางมูลนาก

หากพิจารณารูปแบบการตั้งถิ่นฐานของประชาชนในชนบทของจังหวัดพิจิตรแล้ว อาจจำแนกได้ 2 รูปแบบ รูปแบบแรกคือรูปแบบเรียงตามยาว การตั้งบ้านเรือนแบบนี้จะกระจายตามแนวฝั่งแม่น้ำ เช่น บ้านจั่วราย ตำบลจั่วราย อำเภอตะพานหิน บ้านบางไผ่ ตำบลบางไผ่ อำเภอบางมูลนาก บ้านท่าพ่อ อำเภอเมืองพิจิตร นอกจากนี้ยังตั้งบ้านเรือนเรียงตามแนวถนนทั้งถนนระหว่างจังหวัดกับอำเภอ อำเภอกับตำบลและหมู่บ้านต่าง ๆ ส่วนรูปแบบที่สองได้แก่ รูปแบบจับกลุ่ม เป็นแบบที่ปรากฏมากพอควร ลักษณะบ้านเรือนของการตั้งถิ่นฐานแบบนี้จะจับกลุ่มอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน บริเวณบ้านอาจมีรั้วต้นไม้แสดงเขตหรือไม่มีเลยก็ได้ เช่น บ้านคาน ตำบลไผ่ขวาง บ้านคงชะพลู ตำบลคลองคะเชนทร์ อำเภอเมืองพิจิตร บ้านหนองคง ตำบลท่าเสา อำเภอโพทะเล บ้านบึงนาราง ตำบลบึงนาราง และกิ่งอำเภอบึงนาราง เป็นต้น

3.) สภาพความเป็นอยู่

ชาวพิจิตรมีวิถีการดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมตลอดจนรูปแบบของการตั้งถิ่นฐาน ตัวอย่างเช่น สภาพความเป็นอยู่ของประชากรในเขตชุมชนเมืองตั้งถิ่นฐานตามแนวแม่น้ำน่านและแม่น้ำยม เช่น อำเภอบางมูลนาก อำเภอตะพานหิน อำเภอเมืองพิจิตร ตั้งถิ่นฐานตามแนวแม่น้ำน่าน เช่น อำเภอโพทะเล อำเภอสามง่าม และตั้งถิ่นฐานตามแนวแม่น้ำยม นอกจากนี้ เมื่อมีการสร้างทางรถไฟ ชุมชนก็ขยายตัวออกมาตามเส้นทางรถไฟ เช่น อำเภอบางมูลนาก และอำเภอตะพานหิน ต่อมามีการตัดถนนสายสำคัญเชื่อมระหว่างจังหวัดและอำเภอต่าง ๆ ทำให้มีการตั้งถิ่นฐานตามแนวถนนสายสำคัญเพิ่มขึ้น เช่น อำเภอตะพานหิน ตั้งตามแนวถนนทางหลวงหมายเลข 113 (ถนนชมภูริเวช) สภาพความเป็นอยู่ของประชากรในเขตชุมชนเมืองดังกล่าวส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพค้าขายสินค้าอุปโภคบริโภค ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันและอาชีพบริการต่าง ๆ เช่น แพทย์ ร้านเสริมสวย ปัญหาของชุมชนเมืองที่มักได้แก่ปัญหาเรื่องน้ำเน่าเสีย ขยะมูลฝอย ตลอดจนปัญหาการจราจรในบางช่วงของเวลา

สำหรับสภาพความเป็นอยู่ของคนในเขตชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร ที่ยังพึ่งพาธรรมชาติ เช่น การทำนาที่อาศัยน้ำฝน สภาพความเป็นอยู่ไม่คึกคัก ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อชีวิตเช่น ถนน ไฟฟ้ายังไม่ดีพอ และไม่ครบทุกหมู่บ้าน ประปายังมีไม่ครบ ต้องใช้น้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ เวลาเจ็บป่วยต้องเข้ารับบริการจากสถานีนามัยประจำตำบล ซึ่งไม่สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บได้ทุกประเภท ทำให้หมอพื้นบ้านเข้ามามีบทบาทมาก

4.1.16 การเมืองการปกครอง

ใน พ.ศ. 2476 จังหวัดพิจิตรมีการแบ่งเขตการเลือกตั้งเพียงเขตเดียวตามจำนวนประชากร ต่อมาใน พ.ศ. 2522 เมื่อประชากรมากขึ้น กฎหมายการเลือกตั้งได้กำหนดแบ่งเขตการเลือกตั้งเป็น 2 เขต มีผู้แทนราษฎรเขตละ 2 คน ในปัจจุบันตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 16 พุทธศักราช 2540 มีกฎหมายการเลือกตั้งใหม่ คณะกรรมการเลือกตั้งประจำจังหวัดพิจิตร จึงได้กำหนดเขตการเลือกตั้งเป็น 4 เขต เขตละ 1 คน

1.) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

การจัดองค์กรราชการบริหารส่วนภูมิภาคของพิจิตรมีหน่วยงานที่อยู่ในความควบคุมดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด ได้แก่ ส่วนราชการในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน โดยส่วนราชการในระดับจังหวัดแบ่งหน่วยงานเป็น 2 ลักษณะ คือ หน่วยราชการบริหารส่วนภูมิภาคประจำจังหวัด และหน่วยงานราชการบริหารส่วนกลางในจังหวัดที่ขึ้นตรงต่อส่วนกลาง จังหวัดพิจิตรจึงเกิดขึ้นจากการรวม 9 อำเภอ 3 กิ่งอำเภอ คือ อำเภอเมืองพิจิตร อำเภอโพทะเล อำเภอบางมูลนาก อำเภอสามง่าม อำเภอตะพานหิน อำเภอโพธิ์ประทับช้าง อำเภอวังทรายพูน อำเภอทับคล้อ และอำเภอวาริชภูมิ กิ่งอำเภอซากเหล็ก กิ่งอำเภอบึงนาราง และกิ่งอำเภอดงเจริญ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้รับนโยบายและคำสั่งจากนายกรัฐมนตรีในฐานะหัวหน้ารัฐบาล และเป็นหัวหน้าบังคับบัญชาข้าราชการฝ่ายบริหารส่วนภูมิภาคในเขตจังหวัดและในเขตความรับผิดชอบในสังกัดกระทรวงมหาดไทย อำเภอต่าง ๆ ของจังหวัดพิจิตรมีพื้นที่แตกต่างกันจำแนกได้ ดังนี้

ตารางแสดงพื้นที่อำเภอและกิ่งอำเภอของจังหวัดพิจิตร

ที่	อำเภอ / กิ่งอำเภอ	พื้นที่ / ตารางกิโลเมตร
1.	เมืองพิจิตร	722,290
2.	โพทะเล	484,370
3.	บางมูลนาก	354,940
4.	สามง่าม	338,084
5.	ตะพานหิน	468,930
6.	โพธิ์ประทับช้าง	378,561
7.	วังทรายพูน	259,501
8.	ทับคล้อ	378,387
9.	วชิรบุรี	259,500
10.	กิ่ง อ.สากเหล็ก	193,000
12.	กิ่ง อ.บึงนาราง	450,450
11.	กิ่ง อ.คงเจริญ	243,100
รวม		4,531,013

จากตารางจะพบว่า อำเภอเมืองพิจิตรมีขนาดใหญ่ที่สุด กล่าวคือมีพื้นที่ 722.290 ตารางกิโลเมตร และมีขนาดใหญ่กว่ากิ่งอำเภอสากเหล็กที่เป็นอำเภอเล็กที่สุด ที่มีพื้นที่ 193 ตารางกิโลเมตร ถึง 3.74 เท่า ซึ่งหากพิจารณาขนาด ที่ตั้ง และลักษณะทางกายภาพของอำเภอเมืองพิจิตรจะเห็นว่าจังหวัดพิจิตรมีลักษณะและทิศทางการพัฒนาที่คล้ายคลึงกับจังหวัดพิษณุโลก ที่เน้นการพัฒนาแบบรวมศูนย์ในรูปของ “เมืองหัวโต” ซึ่งวางอยู่บนแนวความคิดเรื่องการพัฒนาไปสู่ความทันสมัยตามแบบสังคมตะวันตก

พิจิตรมีการปกครองระดับตำบลทั้งสิ้น 86 ตำบล โดยอำเภอเมืองพิจิตรมีตำบลมากที่สุดคือ 15 ตำบล และอำเภอที่มีตำบลน้อยที่สุด คือ อำเภอวังทรายพูน อำเภอทับคล้อ และอำเภอวชิรบุรี มีเพียง 4 ตำบลเท่านั้น สำหรับการปกครองระดับหมู่บ้านพบว่า พิจิตรมีหมู่บ้านทั้งสิ้น 819 หมู่บ้าน โดยอำเภอเมืองพิจิตรมีหมู่บ้านมากที่สุดคือ 126 หมู่บ้าน และกิ่งอำเภอสากเหล็กมีหมู่บ้านน้อยที่สุดคือ 40 หมู่บ้าน ดังนั้น จะเห็นว่าขนาดของอำเภอมีความสัมพันธ์กับการแบ่งเขตการปกครองในระดับท้องถิ่นด้วย กล่าวคือ อำเภอที่มีตำบลและหมู่บ้านมากจะมีพื้นที่มากและเป็นอำเภอขนาดใหญ่หรือขนาดกลาง ตัวอย่างเช่น อำเภอเมืองพิจิตรมีพื้นที่มากที่สุด ก็มีจำนวนตำบลและหมู่บ้านมากที่สุด

สุดท้าย อำเภอโพทะเล อำเภอตะพานหิน เป็นอำเภอขนาดกลาง ส่วนอำเภอขนาดเล็ก เช่น อำเภอสามง่าม อำเภอวชิรบรรมี อำเภอวังทรายพูน อำเภอทับคล้อ กิ่งอำเภอดงเจริญ และกิ่งอำเภอสากเหล็ก ก็จะมีตำบลและหมู่บ้านน้อยตามไปด้วย

4.1.1.7 การศึกษา

การจัดการศึกษาของจังหวัดพิจิตรมีทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียน รวมทั้งการศึกษาส่วนท้องถิ่น ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของ 2 หน่วยงาน คือ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย โดยพิจิตรมีโรงเรียนในความรับผิดชอบด้านการจัดการศึกษาดังนี้

1.) กระทรวงศึกษาธิการ

1.1) สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.) มีสถานศึกษา 386 แห่ง จำนวนห้องเรียน 3,760 ห้องเรียน จำนวนนักเรียน 61,979 คน ครูอาจารย์ 4,149 คน เป็นโรงเรียนที่เปิดสอนในระดับอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 311 โรงเรียน และโรงเรียนที่เปิดตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนต้น 75 โรงเรียน สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดพิจิตร จัดการศึกษาตั้งแต่ระดับเด็กเล็ก อนุบาล ประถมศึกษา และร่วมจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ตามโครงการขยายโอกาสทางการศึกษาอีกประการหนึ่งด้วย โดยในปัจจุบัน การจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถรับนักเรียนได้ถึงร้อยละ 80 ขึ้นไป ทำให้นักเรียนที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีโอกาสได้ศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาไม่ต้องไปเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ห่างไกลออกไป

1.2) กรมสามัญศึกษา มีสถานศึกษาทั้งหมด 32 แห่ง แยกเป็นโรงเรียนที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างเดียว จำนวน 7 แห่ง โรงเรียนศึกษาพิเศษจังหวัดพิจิตร เปิดสอนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 1 แห่ง และโรงเรียนที่เปิดสอนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 24 แห่ง กรมสามัญศึกษาโดยสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดพิจิตร เป็นหน่วยงานหลักในการจัดการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และการศึกษาพิเศษ (นักเรียนพิการทางหู ปัญญาอ่อน) และมีหน่วยงานอื่นๆ ร่วมให้การสนับสนุน อาทิเช่น สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กรมการศึกษานอกโรงเรียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยและสำนักงานการศึกษาเอกชน

1.3) สำนักงานการศึกษาเอกชนในจังหวัดพิจิตรที่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดพิจิตรได้แก่

1.3.1 โรงเรียนเอกชนสายสามัญ จำนวน 14 โรงเรียน ประกอบด้วย

ระดับอนุบาล – ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 4 โรงเรียน

ระดับอนุบาล – ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 2 โรงเรียน

ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 6 โรงเรียน

ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 2 โรงเรียน

1.3.2 โรงเรียนเอกชนอาชีวศึกษา ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ
เปิดสอนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน 2
โรงเรียน

1.3.3 โรงเรียนเอกชนอาชีวศึกษาหลักสูตรโรงเรียน จำนวน 5 โรงเรียน

1.4) กรมอาชีวศึกษา มีสถานศึกษาและการจัดการศึกษาดังนี้

1.4.1 ประเภทวิทยาลัย สถานศึกษาระดับวิทยาลัยที่เปิดสอนระดับ
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ได้แก่ วิทยาลัยเทคนิค
พิจิตร 1 แห่ง และวิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีพิจิตร 1 แห่ง

1.4.2 ประเภทหลักสูตรระยะสั้น (การศึกษานอกระบบโรงเรียน) ได้แก่
วิทยาลัยสารพัดช่างพิจิตร 1 แห่ง และวิทยาลัยการอาชีพพิจิตร 1 แห่ง

1.5) กรมการศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) เป็นการจัดการศึกษานอกระบบโรง
เรียน อยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดพิจิตร มีหน้าที่และความรับผิดชอบ
ในการจัดการศึกษาต่าง ๆ ดังนี้

- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดพิจิตร 1 แห่ง
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนอำเภอ 9 แห่ง
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนกิ่งอำเภอ 3 แห่ง
- ห้องสมุดประชาชนจังหวัดพิจิตร 1 แห่ง
- ห้องสมุดประชาชนประจำอำเภอ 7 แห่ง
- ห้องสมุดประชาชนเฉลิมราชกุมารี 2 แห่ง

(วังทรายพูน, ทับคล้อ)

จังหวัดพิจิตรมีที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน ทั้งในงบประมาณและนอกงบประมาณ
จำนวนกว่า 200 แห่ง, ศูนย์การเรียนรู้ทางไกล 9 แห่ง, ศูนย์แนะแนวการศึกษาและอาชีพ 1
แห่ง และหน่วยจัดการศึกษาประเภทบุคคลภายนอกอีก 1 แห่ง นอกจากนี้ การจัดการศึกษา
ของศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดพิจิตร ยังประกอบด้วยการศึกษาแบบต่าง ๆ อีกดังนี้

- การศึกษาผู้ใหญ่แบบเบ็ดเตล็ด
- การศึกษานอกโรงเรียนประเภทบุคคลภายนอก
- การศึกษาวิชาชีพพระยะสัน
- กลุ่มสนใจ

ผู้เรียนประกอบด้วย ประชาชนที่สนใจเรียนนอกระบบผู้ที่ทำงานแล้ว กลุ่มสนใจ และนักเรียนในระบบโรงเรียนที่สนใจศึกษาวิชาชีพพระยะสัน เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประกอบอาชีพ และเพื่อเสริมอาชีพที่ทำอยู่ก่อนแล้วเพื่อพอมพูนรายได้

1.6) กรมการศาสนา จัดการศึกษาในรูปแบบของการศึกษาสงเคราะห์ ให้แก่เด็กก่อนวัยเรียนภาคบังคับ อายุ 3-5 ปี โดยใช้ชื่อว่า “ศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด” โดยใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการจัดเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กโดยไม่คิดมูลค่า มาตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่การดูแลเด็กของผู้ปกครองที่ต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน โดยกรมศาสนาให้การสนับสนุนด้านค่าตอบแทนครูพี่เลี้ยง ค่าอาหารเสริม (นม) ค่าอุปกรณ์การเรียนการสอน ค่าอาหารกลางวัน เป็นต้นมา และในปีการศึกษา 2541 พิจิตรมีศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด จำนวนถึง 22 แห่ง

นอกจากนี้ พิจิตรยังมีโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกธรรมและบาลี จัดการศึกษาด้านพระปริยัติธรรมให้กับพระภิกษุและสามเณร เช่น โรงเรียนพระปริยัติธรรมวัดมงคลทับคล้อ พระอารามหลวง อำเภอทับคล้อ ซึ่งมีพระภิกษุสามเณรจบการศึกษามากกว่า 45 รุ่น จำนวนประมาณ 1,700 รูปแล้ว

1.7) กระทรวงมหาดไทยมีโรงเรียนในสังกัดดังนี้

1. ระดับชั้นเด็กเล็ก – ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (เทศบาล)
จำนวน 6 โรงเรียน
2. ระดับชั้นเด็กเล็ก – ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (เทศบาล) จำนวน 2
โรงเรียน
3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (กรมพัฒนาชุมชน) รับเด็ก 3-5 ปี
จำนวน 56 ศูนย์

โดยโรงเรียนสังกัดเทศบาลทั้ง 8 แห่ง ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิจิตร 3 โรงเรียน เทศบาลเมืองตะพานหิน 3 โรงเรียน และเทศบาลเมืองบางมูลนาก 2 โรงเรียน ในปัจจุบันพิจิตรมีโรงเรียนเทศบาลที่เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 3 แห่ง คือ โรงเรียนเทศบาล 2 ตำบลตะพานหิน และโรงเรียนเทศบาล 2 วัดชัยมงคล ตำบลบางมูลนาก และโรงเรียนเทศบาลวัดท่าหลวง

4.1.1.8 ศิลปะและวัฒนธรรม

1) วัฒนธรรมที่เป็นรูปธรรม

1.1) งานศิลปหัตถกรรม งานช่าง และประติมากรรม พิจิตรเป็นจังหวัดหนึ่งที่ขึ้นชื่อเรื่องช่างหล่อพระพุทธรูปและพระเถระสำคัญ โดยช่างชาวพิจิตรมีวิธีการสร้างพระพุทธรูปโดยเริ่มปั้นด้วยดินเหนียวหรือขี้ผึ้งก่อน ถ้าเป็นการปั้นด้วยดินเหนียวเมื่อปั้นเสร็จแล้วจะใช้ปูนขาวผสมทรายพอกเพื่อถอดแบบ แต่ถ้าปั้นด้วยขี้ผึ้งจะหุ้มด้วยปูนเพื่อทำพิมพ์ ปัจจุบันช่างปั้นพระพุทธรูปที่ขึ้นชื่อในจังหวัดพิจิตร ได้แก่ช่างจากโรงงานปั้นพระพุทธรูปของนายเสนห์ และนางเสนาะ ศรีซิด อำเภอดงเจริญ, โรงหล่อพระและเหรียญบูชาต่างๆ ของนางลำพูน พันธุระ หมู่ที่ 9 ตำบลสากเหล็ก ถึงอำเภอสากเหล็กและที่บ้านวังหินพลิง อำเภอบ้านดง เป็นต้น

งานปั้น ของพิจิตรส่วนใหญ่จะเป็นฝีมือนักปั้นสมัครเล่นในท้องถิ่น ที่มีความสนใจในการปั้นรูปลักษณะต่างๆ ตามความเชื่อและจินตนาการของคนในแต่ละท้องถิ่น เช่น รูปปั้นเต่าขนาดใหญ่ ที่วัดหนองเต่า ตำบลภูมิ อำเภอบางมูลนาก ที่ถือว่าเป็นสัญลักษณ์ของวัดหนองเต่า ก็ถูกปั้นโดยช่างชาวบ้าน นอกจากนี้ ยังมีรูปปั้น เจ้าพ่อพระธรรมยา (พระธรรมยา) ที่ชาวพิจิตรเชื่อว่าเป็นผู้สร้างเมืองภูมิคนแรกและเป็นที่นับถือของชาวตำบลภูมิ ขนาดประมาณเท่าครึ่งของตัวจริงลักษณะนั่งบนอาสนะ มือข้างขวาทือมิดได้ เป็นต้น

นอกจากช่างปั้นแล้วพิจิตรยังมีช่างแกะสลักชาวบ้านที่มีฝีมืออีกด้วย เช่น ช่างอาวโสซึ่งแกะสลักพระพุทธรูปไม้ขนุนแกะสลัก อายุประมาณ 100 ปี อาศัยอยู่ที่วัดบางลำภู หมู่ 1 ตำบลภูมิ อำเภอบางมูลนาก มีขนาดหน้าตัก 22 นิ้ว สูงประมาณ 30 นิ้ว ลงรักปิดทองก็เป็นชาวบ้านธรรมดาซึ่งหาพิการ ชื่อนายไขว้ ประดิษฐานอยู่ภายในศาลาวัดบางลำภู เป็นต้น

งานหล่อโลหะซึ่งงดงามและเก่าแก่มาที่สร้างขึ้นจากฝีมือช่างชาวบ้านของพิจิตรอีกชิ้นหนึ่งได้แก่ พระพุทธรูปหล่อโบราณ อายุ 100 ปีเศษ นอกจากนี้ พิจิตรยังมีผลงานจิตรกรรมที่มีชื่อเสียงที่กรมศิลปากรเข้ามาอนุรักษ์และขึ้นบัญชีเป็นโบราณสถานไว้ คือจิตรกรรมฝาผนังอุโบสถหลังเก่า วัดห้วยเขน ตำบลห้วยเขน อำเภอบางมูลนาก อยู่ห่างจากอำเภอบางมูลนากไปทางทิศตะวันออกประมาณ 7 กิโลเมตร เป็นภาพเกี่ยวกับทศชาติและพุทธประวัติ ซึ่งเขียนขึ้นโดยช่างเขียนฝีมือดีชื่อ “ ทัง ” การวางภาพทำให้สืบทอดมา แม้ด้านล่างของผนังจะลอกและเลือนไปบ้างแต่ส่วนใหญ่ยังชัดเจน

หัตถกรรมที่มีชื่อเสียงของพิจิตรได้แก่ เครื่องจักสาน เครื่องถม และเครื่องปั้นดินเผา ซึ่งล้วนเป็นวัฒนธรรมรูปธรรมที่เกิดขึ้นจากภูมิปัญญาชาวบ้านในแต่ละท้องถิ่นของพิจิตร ในปัจจุบันพิจิตรมีกลุ่มช่างท้องถิ่นซึ่งมีความชำนาญในเรื่องจักสาน เป็นอย่างคึกคักกลุ่มด้วยกัน เช่น กลุ่มจักสานหวายและไม้ไผ่ บ้านไทรโรงโชน อำเภอดงเจริญ หรือ กลุ่ม “ บ้านไผ่ร้อยกอ ” นำไม้ไผ่มาจักสานสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เช่น กระด้ง กระจาด ตะกร้า กระบุง และเครื่องใช้อื่นๆ ที่ทำด้วยไม้ไผ่สืบทอดกันมา จนใน พ.ศ. 2521 สำนักงานพัฒนาชุมชน อำเภอดงเจริญ ได้ติดต่อประสาน

งานกับอุตสาหกรรมจังหวัดพิจิตร ขอสนับสนุนวิทยากรมาฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะในด้านการออกแบบผลิตหวาย ไม้ไผ่ ให้ทันสมัยและสนองความต้องการของตลาด และต่อมาได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากกรมส่งเสริมอุตสาหกรรม เพื่อฝึกอบรมเพิ่มเติมจนสมาชิกกลุ่มมีขีดความสามารถที่จะผลิตเครื่องจักสานหวายและไม้ไผ่ ตามความต้องการของลูกค้าได้ทุกประเภท

นอกจากนี้ยังมี กลุ่มจักสาน บ้านราชชะโด หมู่ 6 ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม ผลงานที่มีชื่อเสียงได้แก่ เครื่องจักสาน เครื่องถม และเครื่องปั้นดินเผา ที่เป็นเครื่องใช้ประจำวัน เช่น กระบุง ตะกร้า และเครื่องมือจับสัตว์น้ำ เช่น ลอบ ไซ ตะแกรง

สำหรับเครื่องปั้นดินเผา เช่น หม้อ ไห โองนั้นไม่มีการผลิตในจังหวัดพิจิตร มีแต่การเผาอิฐเพื่อใช้ในการก่อสร้างซึ่งมีไม่มากนัก นอกจากนี้ ได้แก่ เครื่องเบญจรงค์ลายน้ำทอง ซึ่งจัดเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือน ที่มีความประณีตสวยงามและสร้างชื่อเสียงให้แก่จังหวัดพิจิตร เช่น ผลงานของ ร้าน นายชวลิต แจกแสง บ้านเลขที่ 75/3 หมู่ 3 ตำบลรังนก อำเภอสามง่าม และที่บ้านคลองดาวาว อำเภอโพทะเล ซึ่งนับเป็นอุตสาหกรรมครัวเรือน ที่สวยงามและมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว

1.2) ภาษา

ภาษาหลักที่ใช้พูดในจังหวัดพิจิตรได้แก่ภาษาไทยภาคกลาง แต่การที่พิจิตรมีคนจากหลากหลายกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ทำให้สำเนียงภาษาที่ชาวพิจิตรใช้มีความหลากหลายตามกลุ่มชาติพันธุ์ไปด้วย เช่น

ลาวพวน ที่ตำบลเขาทราย ตำบลท้ายทุ่ง ตำบลทับคล้อ ในท้องที่อำเภอทับคล้อ
ลาวพวนที่บ้านป่าแดง ตำบลหนองพยอม ในท้องที่อำเภอตะพานหิน พุดภาษาลาว

ลาวโซ่ง ที่ตำบลไผ่รอบ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง และบางหมู่บ้านในเขตอำเภอสามง่าม และอำเภาวชิรบวรมี พุดภาษาโซ่ง

คนไทยอีสาน จากอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร เมื่ออพยพมาอยู่ที่บ้านห้วยแก้ว ตำบลห้วยแก้ว บ้านโพธิ์ไทรงาม ตำบลโพธิ์ไทรงาม และบ้านใหม่สามัคคี ตำบลแหลมรัง ในเขตท้องที่กิ่งอำเภอบึงนาราง ได้นำสำเนียงและภาษาพูดของตนเองติดตัวมาด้วย เช่นเดียวกับกลุ่มชาวลาวยวน ที่บ้านลำประดา ตำบลลำประดา, ลาวเงี้ยว ที่บ้านดงเย็น ตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก ลาวคง และลาวเวียง ที่ตำบลห้วยพุก กิ่งอำเภอดงเจริญ เป็นต้น

โดยสรุป ทุกตำบลของพิจิตรต่างมีภาษาพูดและภาษาเขียนเป็นภาษาไทยกลางทั้งสิ้น อาจแตกต่างกันไปในเรื่องสำเนียง เนื่องจากแต่ละท้องถิ่นมีที่มาและกลุ่มชาติพันธุ์แตกต่างกันไป ยกเว้นตำบลเนินมะกอก หมู่ที่ 7 ชื่อบ้านดงเย็น ซึ่งมีชาวบ้านประมาณ 80 หลังคาเรือน เป็นคนไทยเชื้อสายลาวเงี้ยวและคนในตำบลลำประดาเป็นคนเชื้อสายลาวยวน¹² ที่มีภาษาพูดประจำถิ่นเป็นของตนเองและมีสำเนียงไทยอีสาน ซึ่งแตกต่างออกไป จากการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้

¹² หมายถึง ลาวโยนกซึ่งอาศัยอยู่ทางตอนเหนือของประเทศไทย

อาวุธในท้องถิ่นที่มีเชื้อสายลาวแล้ว ทำให้ได้ทราบว่าความแตกต่างดังกล่าวเกิดจากการที่ชาวบ้านคงเย็นมีประวัติความเป็นมาที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อพยพมาจากบ้านนาจนอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นถิ่นฐานที่มีลาวพวนอาศัยอยู่ ก่อนที่จะอพยพมาอยู่ที่บ้านป่าแดง อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร เมื่อประมาณ 80 ปีเศษมาแล้ว

นอกจากชาวพิจิตรเชื้อสายลาวแล้ว บริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวพิจิตรเชื้อสายลาวยวนที่บ้านลำประดาก็เกิดจากการมีพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ที่แตกต่างออกไป โดยพบว่า การที่ชาวพิจิตรกลุ่มนี้มีบรรพบุรุษเป็นชาวอำเภอเมืองสระบุรี อำเภอหนองแซง อำเภอเสนาห์ และอำเภอหนองแค ซึ่งอพยพย้ายถิ่นฐานมาตั้งหลักแหล่งทำมาหากินและทำการเกษตรอยู่ที่ตำบลลำประด้า เมื่อประมาณกว่า 100 ปีมาแล้ว มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางภาษาถิ่นและวัฒนธรรมย่อยอื่นๆหลายประการ ขยายทองคำ ก้อนแก้ว อายุ 95 ปี เล่าว่า ยายและพ่อแม่ได้อพยพตามญาติพี่น้องมาอยู่ที่บ้านลำประด้าตั้งแต่อายุได้ 16 ปี และพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ที่ยาวนานนี้เองที่มีส่วนสำคัญในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน โดยยายทองคำเล่าว่าชุมชนของยายมีตำราโบราณซึ่งจารึกเรื่องราวต่างๆ ของชุมชนไว้มากมาย เช่น ตำรายาโบราณ ซึ่งเขียนลงในใบลานและสมุดที่เรียกว่ากระดาดฝรั่งทำเป็นพับ ๆ มีอายุประมาณ 80-100 ปี ซึ่งเป็นตำรายาที่ได้จัดคัดลอกต่อ ๆ กันมา โดยเขียนด้วยตัวหนังสือที่เรียกว่า อักษรไทยน้อย และบางลูกก็เขียนด้วยตัวหนังสือที่เรียกว่า อักษรไทยเหนือ ซึ่งน่าเสียดายที่ในปัจจุบันหาผู้อ่านออกได้ยากเต็มทีและตำรายาก็อยู่ในสภาพเก่าและตัวอักษรชำรุดเสียหายไปมากแล้ว

1.3) วรรณกรรม

วรรณกรรมของจังหวัดพิจิตรส่วนใหญ่เป็นตำนานเล่าสืบต่อกันมาหรือเป็นวรรณกรรมมุขปาฐะตัวอย่างเช่น ตำนานเรื่อง “ชาลวันเมืองพิจิตร” ซึ่งถือเป็นเรื่องที่เลื่องลือมาก จนล้นเกล้าฯ รัชกาลที่ 2 พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัยทรงพระราชนิพนธ์บทละครนอกเรื่อง “ไกรทอง” และให้นามจระเข้ใหญ่ว่า “พญาชาลวัน” ตำนานเรื่องขุนช้างขุนแผน ในเสภา เรื่อง ขุนช้างขุนแผน ตอนที่ 21 “ขุนแผนลู่แก่โทษ”, ตอนที่ 28 “พลายงามได้นางศรีมาลา” และตอนที่ 31 “ขุนแผนพลายงามยกทัพกลับจากตีเชียงใหม่” ซึ่งทั้งสองตอนที่นำมากล่าวอ้างนี้ ล้วนเกี่ยวข้องกับจังหวัดพิจิตรโดยตรง ดังจะเห็นว่าชื่อถนนและสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในวรรณกรรมเรื่องนี้ ยังคงปรากฏให้เห็นอยู่จนถึงปัจจุบัน เช่น ถนนพระพิจิตร ถนนบุษบา ถนนศรีมาลา เกาะศรีมาลา แม้กระทั่งตราของเทศบาลเมืองพิจิตรก็ยังใช้รูปขุนแผนขี่ม้าสีหมอก เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีตำนานของแต่ละท้องถิ่น เช่น ตำนานหลวงพ่อเพชร, ตำนาน “เมืองภูมิ”, และตำนานเมืองพิจิตร แต่ส่วนใหญ่ล้วนเป็นเรื่องเล่าขานที่ยังหาข้อยุติไม่ได้ สำหรับวรรณกรรมมุขปาฐะที่รู้จักกันดีในจังหวัดพิจิตรได้แก่ นิทานเรื่องไอ้เหิน, นิทานเรื่องเงือกมีหงอน, นิทานเรื่องอีแพ เป็นต้น

1.4 การละเล่นพื้นบ้านและนาฏศิลป์

จังหวัดพิจิตร มีศิลปะการแสดงพื้นบ้านซึ่งเป็นที่ยอมรับกันและมีย่านจำนวนมาก ได้แก่ นาฏดนตรีหรือลิเก จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารพบว่า คณะลิเกในจังหวัดพิจิตร มีมาตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษและสืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคนแล้ว และประมาณ ปี พ.ศ. 2500 คณะลิเกที่มีชื่อเสียงได้แก่ คณะแก้วมณี, คณะกำแพงสวรรค์, คณะ ส. พูนสวัสดิ์, คณะ ช. โพธิ์ทอง, คณะสีนวล เทียนทอง, และคณะแสงธรรม และเพื่อความอยู่รอดคณะลิเกดังกล่าวได้มาอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มบริเวณสถานีรถไฟอำเภอตะพานหินด้านทิศเหนือ ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวก็พบเช่นเดียวกันกับคณะลิเกของพิษณุโลกที่มาอาศัยอยู่ร่วมกันบริเวณริมแม่น้ำน่าน โดยคณะลิเกพิจิตรจะรับแสดงและคิดค่าจ้างต่อคืนประมาณ 12,000-30,000 บาท ปัจจุบันชาวลิเกเหล่านี้ได้รวมตัวกันตั้งชมรมลิเกอำเภอตะพานหิน โดยมีนายวิรัตน์ ยืนแก้ว อายุ 56 ปี เป็นประธานชมรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือชาวลิเกและช่วยเหลือสังคม

2) วัฒนธรรมที่เป็นนามธรรม

2.1) ศาสนาและพิธีกรรม

ชาวพิจิตรส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา จะมีบ้างที่นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาคริสต์ แต่การพัฒนาบนพื้นฐานของความทันสมัยที่เน้นความเจริญทางวัตถุทำให้วิถีชีวิตของชาวพิจิตรเปลี่ยนแปลงไปมากเช่นเดียวกับคนไทยในจังหวัดอื่นๆของภาคเหนือตอนล่าง แต่อย่างไรก็ตาม การที่พิจิตรตั้งแต่อดีตมีความผูกพันใกล้ชิดกับพุทธศาสนา ทำให้ศาสนสถานเก่าแก่ยังคงมีอยู่และได้รับการดูแลจากชุมชนพิจิตร ข้อมูลจากฝ่ายส่งเสริมศาสนาและวัฒนธรรม สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด ระบุว่าจังหวัดพิจิตรมีจำนวนศาสนสถานที่เป็นวัดซึ่งได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมาถึง 236 วัด ในจำนวนนี้เป็นพระอารามหลวง 2 วัด, สำนักสงฆ์ 195 แห่ง, ที่พักสงฆ์ 53 แห่ง, วัดร้าง 51 แห่ง, โรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญ 1 แห่ง, แผนกธรรม 208 แห่ง, และแผนกบาลี 9 แห่ง นอกจากนี้ ยังพบศาสนสถานของศาสนาอื่นๆอีกเป็นจำนวนมากได้แก่ มัสยิด 1 แห่ง, โบสถ์คริสต์ 3 แห่ง โดยพิจิตรมีการแบ่งการปกครองของคณะสงฆ์ออกเป็น 8 อำเภอ 58 ตำบล

ถึงแม้จะพบหลักฐานทางทะเบียนราษฎรจะยืนยันว่าชาวพิจิตรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าชาวพิจิตรจะประกอบทั้งศาสนพิธีและพิธีกรรมตามความเชื่อในวันสำคัญทางศาสนาและเทศกาลสำคัญ ทั้งในงานมงคลและอวมงคล และยังมีการนับถือผี นับถือเจ้า กันโดยทั่วไปในชุมชนท้องถิ่น พิธีกรรมสำคัญที่พบเป็นประจำในชีวิตประจำวันของชาวพิจิตรได้แก่

- 1) พิธีทำบุญกลางบ้านของบ้านดงเย็นในเขตท้องที่ตำบลเนินมะกอก ที่มีวัดอุประสงค์ เพื่อนำสิ่งที่ไม่ดีให้หลุดพ้นจากหมู่บ้านของตน ในช่วงวันขึ้น 3 ค่ำ เดือน 6 ของทุกปี
- 2) ประเพณีทรงเจ้าเข้าผี ของชาวอำเภอบ้านดง ในวันขึ้น 6 ค่ำ เดือน 6 ของทุกปี เพื่อรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ทำนายโชคชะตา และเพื่อเรียกขวัญของหมู่บ้าน
- 3) พิธีสงเคราะห์ต่อชะตาของหมู่ชาวไทยที่ตำบลลำประดา อำเภอบางมูลนาก เพื่อทำนายโชคชะตาของผู้ป่วย
- 4) การแห่นางแมวขอฝน ในปีที่มีฝนแล้งซึ่งเป็นประเพณีที่พบโดยทั่วไปในชนบทพิจิตร เช่น ตำบลลำประดา เป็นต้น

2.2) ความเชื่อ

ชาวพิจิตรในชนบทยังมีการนับถือเจ้าและผี อันเป็นความเชื่อดั้งเดิมที่สืบทอดต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน เช่น มีการทรงเจ้าเข้าผีเชิญปู่เจ้าสมิงพราย มาประทับร่างมนุษย์เพื่อโปรดมวลมนุษย์ และบำบัดความทุกข์ร้อนให้แก่ผู้คน ร่างทรงของปู่เจ้าสมิงพรายซึ่งเป็นที่ยึดมั่นกันทั่วไปในพิจิตรได้แก่ หมอพูนทรัพย์ อำนาจการ สุภาพสตรีวัย 45 ปี มีบ้านพักอยู่ในตลาดตะพานหิน ก่อนจะมาเป็นร่างทรง “ปู่เจ้าสมิงพราย” หมอพูนทรัพย์เคยป่วยด้วยโรคปวดศีรษะเรื้อรังมาประมาณ 2 ปี รักษาอย่างไรก็ไม่หายทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณ จนมีผู้แนะนำให้ไปพบหลวงปู่โง่น โสรโย แห่งวัดพระพุทธรบาทเขารวก ซึ่งภายหลังที่หลวงปู่โง่น โสรโย ได้นั่งทางในตรวจดูและรู้ว่า ร่างของหมอพูนทรัพย์ มีเทพศักดิ์สิทธิ์แฝงอยู่ และการรับเป็นร่างทรงเป็นวิธีที่จะช่วยให้หายจากโรคปวดศีรษะอันทุกข์ทรมานได้ ด้วยความเชื่อดังกล่าวทำให้หมอพูนทรัพย์ทำหน้าที่เป็นร่างทรงเพื่อให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยเรื่อยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2525 และผู้มารับการสงเคราะห์บำบัดรักษาจากหมอพูนทรัพย์ส่วนมากจะป่วยเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต รองมาได้แก่การมารคน้ำมนต์เพื่อสะเดาะเคราะห์ขับไล่สิ่งอัปมงคลที่ถูกกระทำจากอำนาจคุณไสยศาสตร์และมนต์ดำ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นจำนวนมากเชื่อว่า อาการเจ็บป่วยดังกล่าวหายหรือทุเลาลงภายหลังที่มาพบหมอพูนทรัพย์

2.3) ขนบธรรมเนียมประเพณี

2.3.1 การแต่งกาย

ชาวพิจิตรโดยทั่วไปแต่งกายตามสมัยนิยมเหมือนคนภาคกลาง จะมีที่แปลกออกไปก็แค่เครื่องแต่งกายของชาวลาวโซ่งที่ตำบลไผ่รอบ อำเภอบึงสามพัน ที่ในงานรื่นเริงผู้ชายจะสวมกางเกงสีดำ เรียกว่า “ส้วงก้อม” สวมเสื้อสีดำ เรียกว่า “เสื้อก้อม” กระดุมเสื้อเป็นโลหะเงิน มีสายคาดเอว ลักษณะคล้ายกระเป๋াপักด้วยด้ายสีต่าง ๆ หรือที่เรียกตามภาษาถิ่นว่า “หลวม” ส่วนผู้หญิงจะนุ่งผ้าซิ่นลายแดงพื้นดำมีลายขาวเป็นทางยาวตามแนวตั้ง สวมเสื้อทอด้วยด้ายสีดำเรียกว่า “เสื้อ

ซอน” คาคเข้มขัดโลหะเงินไว้ผมยาวเกล้าเรียกว่า “ปิ่นเกล้า” และสวมเครื่องประดับประเภทตุ้มหู หรือเต้าหู กระดุมโลหะเงิน ปลอกคอเงิน กำไลขาโลหะเงิน ที่เรียกตามภาษาถิ่นว่า “เปาะแซง”

2.3.2 วัฒนธรรมการกิน

อาหารการกินของชาวพิจิตร โดยทั่วไปจะคล้ายคลึงกับชาวไทยภาคกลาง กล่าวคือ กินข้าวเจ้าเป็นอาหารหลัก แม้แต่ชนกลุ่มน้อยที่เป็นคนลาวสาขาค้าง ๆ ที่มาอยู่ที่พิจิตรก็นิยมรับประทานข้าวเจ้าแทนข้าวเหนียว ชาวพิจิตรนับว่ามีรสชาติอร่อยเป็นที่ชื่นชอบของคนทั่วไป จนทำให้ข้าวเจ้าเป็นหนึ่งในคำขวัญประจำจังหวัด ในปัจจุบันมีหลายหมู่บ้านที่เริ่มผลิตข้าวแบบโบราณในรูปของข้าวซ้อมมือไว้รับประทาน

นอกจากข้าวเจ้าแล้ว จังหวัดพิจิตรยังมีการทำสวนผลไม้ต่าง ๆ อีกมาก เช่น ส้มโอพันธุ์ท่าข่อย มะม่วงมัน มะม่วงพันธุ์ต่าง ๆ ขนุน มะปราง มะขามหวาน ฝรั่ง พุทรา น้อยหน่า ชมพู่มะยม ฯลฯ ผลผลิตที่ได้้นอกจากจะจำหน่ายสดแล้ว ยังนำมาดัดแปลงในรูปการถนอมอาหารแบบต่าง ๆ เช่น การกวน การเชื่อม การคอง การตากแห้ง เพื่อเก็บไว้กินได้นาน ๆ และจำหน่ายเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับครอบครัวอีกด้วย

สำหรับในเทศกาลตรุษสงกรานต์ ชาวพิจิตรในชนบทส่วนใหญ่ยังนิยมกวนขนมกะละแมเพื่อนำไปทำบุญ และช่วงต้นฤดูฝนตามวัดต่างๆ ก็ยังมีประเพณีทำบุญสลากภัตด้วยผลไม้ เช่น มะม่วง ทุเรียน เป็นต้น นอกจากนี้ ในงานบุญสารทไทยชาวพิจิตรในชนบทยังนิยมกวนกระยาสารทเพื่อนำไปทำบุญ เพียงแต่ในปัจจุบันไม่มีการทำแจกกันเหมือนเมื่อก่อนแล้ว เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องค่าครองชีพ เวลา และวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับขนมจีนซึ่งนับเป็นอาหารอีกชนิดหนึ่งที่คนพิจิตรยังนิยมนำไปทำบุญในวันสารทไทย เนื่องจากยังมีความเชื่อว่าผีเปรตในแดนนรกที่เป็นญาตินั้นมีปากเพียงขนาดเท่ารูเข็ม และจะมารับส่วนบุญจากญาติพี่น้องของตน หากทำบุญด้วยขนมจีนบรรดาวิญญาณเหล่านั้นจึงจะสูดเส้นขนมจีนกินได้ มิฉะนั้นจะพากันอดตายทั้งยมโลก

ของฝากที่ขึ้นชื่อของจังหวัดพิจิตรซึ่งเกิดจากภูมิปัญญาของท้องถิ่น ได้แก่

1) ส้มลื้มหรือส้มแผ่น เป็นของว่างหรือขนมที่เกิดจากการแปรรูปมะม่วงสุก นำมาฝานทั้งเปลือกแล้วบีบเนื้อมะม่วงนั้นบนตะแกรงตาห่างๆ และกรองด้วยตะแกรงตาถี่อีกครั้ง ใส่หม้อกวนพร้อมเติมน้ำตาลทราย เกลือป่น พอประมาณ ให้มีรสออกหวานเปรี้ยว และเค็มเล็กน้อย หากเป็นมะม่วงที่มีรสหวานอยู่แล้วก็ไม่ต้องเติมน้ำตาล ตั้งบนไฟอ่อน ๆ กวนไปเรื่อย ๆ จนเนื้อมะม่วงค่อนข้างเหนียว อย่างที่เรียกว่า “ไม่ไหลใบพาย” แล้วทิ้งให้เย็น จากนั้นตัดมะม่วงกวนทาบใบไม้ เช่น ใบตอง ใบทองธรรมชาติ (ใบทองกวาว) หรือถุงพลาสติกใส่ก็ได้ เคลี่ยเนื้อมะม่วงให้บางเสมอกัน แล้วนำไปผึ่งแดดให้แห้งพอแกะออกได้ นำมาผวน หรือตัดให้ได้ขนาดบรรจุใส่ถุงรอการจำหน่ายหรือเก็บไว้บริโภค ซึ่งสามารถเก็บไว้ได้นานนับปีก็ไม่เสีย ส้มลื้มมักนิยมทำในช่วงเดือนเมษายน – พฤษภาคม เนื่องจากเป็นช่วงที่มะม่วงจะสุกพร้อมกันเป็นจำนวนมาก

สำหรับขนมที่นิยมใช้ในงานแต่งงานของคู่บ่าวสาวพบว่าชาวพิจิตรยังนิยมใช้ขนมที่มีชื่อเป็นมงคล เช่น ทองหยอด ทองหยิบ ฟอยทอง เม็ดขนุน ขนมนั่น ขนมนวลฟู โดยมีความเชื่อว่าจะช่วยให้คู่บ่าวสาวร่ำรวยด้วยเงินทองเหมือนชื่อขนม มีคนอุดหนุนจนเจือ มีสถาบันรณรงค์ และ มีชีวิตที่เจริญก้าวหน้า ส่วนในวันเทศกาลออกพรรษา ข้าวต้มมัด เป็นอาหารที่ชาวบ้านนิยมนำไปทำบุญตักบาตรเทโวโรหณะที่วัดอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง

2.4 การทำมาหากิน

ชาวพิจิตรมีการสืบทอด พัฒนาและปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีในการผลิตพืชผลทางการเกษตรมาตั้งแต่อดีตกาล ในปัจจุบัน อาชีพที่สำคัญของชาวพิจิตรยังคงได้แก่ อาชีพเกษตรกรรม โดยพบว่าจากพื้นที่ทั้งหมดของพิจิตรจำนวน 2,831,883 ไร่ มีพื้นที่ทางการเกษตรมากที่สุด หรือคิดเป็นจำนวนถึง 2,159,762 ไร่ และเนื่องจากพื้นที่ในจังหวัดพิจิตรส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม ซึ่งมีแม่น้ำสำคัญถึง 3 สายไหลผ่าน ได้แก่ แม่น้ำน่าน แม่น้ำยม และแม่น้ำพิจิตร (แม่น้ำน่านเก่า) นอกจากนี้พิจิตรยังมี ห้วย คลอง หนอง บึง อีกเป็นจำนวนมาก จากลักษณะทางกายภาพดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบตลอดจนเทคโนโลยีที่เกษตรกรใช้ในการเพาะปลูกได้รับการพัฒนาและปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่อง จากภูมิปัญญาดั้งเดิมที่วางอยู่บนพื้นฐานของสังคมที่มีวัฒนธรรมข้าวบริเวณที่ราบลุ่มน้ำอันอุดมสมบูรณ์ การเกษตรกรรมของชาวชนบทในพิจิตรจึงผ่านกระบวนการปรับปรุงและผสมผสานทั้งวิธีการผลิต ความสัมพันธ์ทางการผลิต และฐานคิดของเกษตรกรให้สอดคล้องกับสภาพทางกายภาพและบริบทสังคมวัฒนธรรมของชาวพิจิตรที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

การที่พิจิตรยังมีพื้นที่ทำนาสูงมากกล่าวคือมีพื้นที่ถึง 1,872,097 ไร่ ที่ทำการเพาะปลูกข้าวทำให้พิจิตรเป็นจังหวัดที่ปลูกข้าวมากเป็นอันดับสองของ 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่างรองจากจังหวัดนครสวรรค์ โดยมีแปลงเพาะปลูกที่สำคัญอยู่บริเวณ อำเภอเมืองพิจิตร บางมูลนาก โพทะเล สามง่าม ตะพานหิน และพันธุ์ข้าวที่นิยมปลูกกันมากได้แก่ พันธุ์หลวงประทาน ขาวชะลอ เหลืองประทิว ขาวกอเดียว ขาวดอกมะลิ สุพรรณบุรี 60 และขาวตาแห้ง

ในระหว่าง พ.ศ. 2540-2541 จังหวัดพิจิตรได้มีนโยบายสนับสนุนการผลิตข้าวพันธุ์ที่ตลาดต้องการและให้ผลตอบแทนสูง ทำให้เกิดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมเกษตรกรให้หันมาปลูกข้าวพันธุ์ที่มีผลผลิตและราคาสูงไม่กั้นชนิดได้แก่ ข้าวเจ้าหอมมะลิ ข้าวชัยนาท 1 และข้าวสุพรรณบุรี 60 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า นโยบายของรัฐดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับจำนวนและความหลากหลายของข้าวพื้นเมืองพิจิตรที่สูญหายไปจากทุ่งฉางและหมคความนิยมลง นอกจากนี้ การที่หน่วยงานและองค์กรด้านการเกษตรในพิจิตรต่างแข่งขันกันให้เงินทุนกู้ยืมเพื่อการเกษตร เร่งจัดหาปุ๋ยราคาดูกและเครื่องทุ่นแรงให้กับเกษตรกร ตลอดจนให้การสนับสนุนทั้งด้านเอกสาร การสาริต และการให้คำแนะนำทางด้านวิชาการการเกษตร ก็มีผลสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและปัจจัยที่ใช้ในการผลิต ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในการผลิตของเกษตรกรในช่วงระยะเวลาต่อมา ดังจะพบว่า ประเพณี

พื้นบ้านหลายชนิด เช่น การเอาแรง และการทำขวัญข้าวได้สูญหายไปเมื่อเกษตรกรเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีในการผลิต ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนับว่าสอดคล้องกับแนวคิดของมหาตมคานธี

การที่พื้นที่ส่วนใหญ่ในพิจิตรเป็นนาปรัง เนื่องจากพื้นที่ของพิจิตรเป็นที่ราบลุ่มซึ่งมีแหล่งน้ำทางธรรมชาติเป็นจำนวนมาก และในบางพื้นที่ยังมีการขุดเจาะน้ำบาดาลมาใช้ในช่วงฤดูแล้งอีกประการหนึ่งด้วย ทำให้เกษตรกรชาวพิจิตรสามารถทำนาปรังได้ถึงปีละ 3 ครั้ง ซึ่งจำนวนครั้งนี้เองที่มีความสัมพันธ์กับความจำเป็นที่ต้องใช้ปุ๋ยและยาฆ่าแมลงจำนวนมากขึ้น

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่านอกจากความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรน้ำแล้ว การนำเทคโนโลยีอันทันสมัยมาช่วยในการทำนา เช่น ไร่รถไถ หรือ รถไถเดิน เทนโค กระบือ การฉีดยาป้องกันแมลง รวมทั้งการใช้รถเก็บเกี่ยวข้าวออกมาเป็นเมล็ด และนโยบายด้านการเกษตรของรัฐล้วนมีส่วนสำคัญที่เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของชาวนาในพิจิตรทั้งสิ้น

พิจิตรมีพื้นที่ทำไร่เพียง 169,117 ไร่ เหตุที่เกษตรกรชาวพิจิตรไม่นิยมทำไร่ เนื่องจากปัญหาด้านการตลาด การทำไร่ส่วนใหญ่ที่ยังมีอยู่จึงได้แก่ ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ถั่วเขียวและถั่วเหลือง ซึ่งมีปัญหาด้านราคาตกต่ำเป็นประจำ แหล่งเพาะปลูกพืชไร่ที่สำคัญอยู่บริเวณอำเภอโพทะเล โพธิ์ประทับช้าง และตะพานหิน สำหรับไม้ผลและไม้ยืนต้นพบว่า พิจิตรเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างที่มีความหลากหลายของพืชพรรณและผลไม้พื้นบ้าน และมีการใช้พื้นที่ถึง 53,390 ไร่ ในการปลูกไม้ผลหลายชนิด เช่น มะม่วง มะพร้าว ส้มโอ มะขาม ละคร น้อยหน่า มะนาว หน่อไม้ฝรั่ง กระเทียม กล้วย เป็นต้น โดยในแต่ละท้องที่จะปลูกไม้ผลแต่ละชนิดแตกต่างกันไป เช่น อำเภอเมืองพิจิตร นิยมปลูก มะพร้าว มะม่วง ส้มโอ และขนุน อำเภอตะพานหิน อำเภอบางมูลนาก นิยมปลูกมะม่วง อำเภอโพธิ์ประทับช้าง นิยมปลูกส้มโอ เป็นต้น สำหรับไม้ผลที่มีชื่อเสียงของจังหวัดพิจิตร ได้แก่

- 1) ส้มโอทำข่อยปลูกมากที่ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองพิจิตร และอำเภอโพธิ์ประทับช้าง
- 2) ขนุนพันธุ์ “ตะเกาแก้ว” ปลูกมากที่บ้านคงชะพลูและบ้านวังไม้ดัด ตำบลคลองคะเชนทร์ อำเภอเมืองพิจิตร
- 3) กระเทียมพันธุ์ “นิ่มนวล” “บุยุผ้าย” มะม่วงมัน พันธุ์ “ฟ้าลั่น” “เพชรบ้านลาด” “หนองแขง” และมะม่วงที่รับประทานผลสุกพันธุ์ “น้ำดอกไม้” ซึ่งปลูกมากในเขตตำบลท่าเย็บม ถึงอำเภอสามโก้
- 4) มะปรางพันธุ์ “ปรางใจ” ปลูกมากในเขตพื้นที่บ้านบางเพ็ญ อำเภอเมืองพิจิตร อำเภอตะพานหิน และอำเภอโพธิ์ประทับช้าง
- 5) มะไฟหวานพันธุ์ “เหรียญทอง” “ไข่เต่า” ปลูกมากที่อำเภอทับคล้อ และอำเภอตะพานหิน เป็นต้น

นอกจากนี้ พิจิตรยังมีพื้นที่ปลูกผักและไม้ดอกอีก 3,576 ไร่ พืชผักที่นิยมปลูก ได้แก่ แตงกวา พริกใหญ่ พริกชี้หนู ผักกาด ถั่วพักยาว โดยปลูกมากในบริเวณที่ราบริมฝั่งแม่น้ำยม แม่น้ำน่าน และแหล่งน้ำธรรมชาติทั่วไป ส่วนดอกไม้ที่นิยมปลูก ได้แก่ ดาวเรือง มะลิ กุหลาบ เป็นต้น ผลผลิตเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีปริมาณพอเพียงที่จะใช้บริโภคภายในจังหวัดพิจิตรเท่านั้น

เกษตรกรชาวพิจิตรส่วนใหญ่นิยมเลี้ยงสัตว์แบบรายย่อย และเป็นธุรกิจในครอบครัวมากกว่าเพื่อการค้า สัตว์เลี้ยงที่นิยมเลี้ยงกันทั่วไป ได้แก่ การเลี้ยงไก่ เป็ด สุกร โค กระบือ โดยพบในพื้นที่ต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การเลี้ยงเป็ด พบมากที่อำเภอโพทะเล อำเภอตะพานหิน อำเภอเมืองพิจิตร ซึ่งนิยมเลี้ยงเป็ดไข่ แบบเคลื่อนย้ายไปตามที่ต่าง ๆ เช่นตามทุ่งนาที่เพิ่งจะเกี่ยวข้าวเสร็จใหม่ ๆ หรือตามทุ่งนาที่มีหอยจำนวนมาก เพื่อให้เป็ดได้กินข้าวตอกและหอยซึ่งนับว่าเป็นการกำจัดศัตรูของข้าวอย่างหนึ่งและยังเป็นการประหยัดค่าอาหารเลี้ยงเป็ด
- 2) การเลี้ยงไก่ พบมากที่อำเภอบางมูลนาก อำเภอเมืองพิจิตร อำเภอโพทะเล โดยส่วนใหญ่จะเลี้ยงควบคู่กับการทำบ่อปลา
- 3) การเลี้ยง โค กระบือ พบมากที่อำเภอบางมูลนาก อำเภอโพทะเล อำเภอสามง่าม
- 4) การเลี้ยงสุกรพบมากที่อำเภอตะพานหินและอำเภอบางมูลนาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่อำเภอบางมูลนากจะมีการเลี้ยงสัตว์มากที่สุดและเป็นการทำฟาร์มเลี้ยงสัตว์ขนาดใหญ่มากกว่าอำเภออื่น ๆ
- 5) การประมง จังหวัดพิจิตรเป็นแหล่งประมงน้ำจืดที่สำคัญแห่งหนึ่ง เนื่องจากมีแม่น้ำ ลำคลอง ห้วย หนอง บึง เป็นจำนวนมาก แต่การประกอบอาชีพประมงน้ำจืดส่วนใหญ่เป็นเพียงรายได้เสริมมากกว่าเพื่อการค้า สัตว์น้ำที่นิยมเพาะเลี้ยงได้แก่ ปลานิล ปลาไน ปลากิน ปลาตะเพียน ปลาแรด ปลายี่สกเทศ ปลาดุก (บักอูย) ปลาสวาย ปลาหมอไทย ปลาสลิด นอกจากนั้นยังมีแหล่งเพาะเลี้ยงตะพานน้ำอีกด้วย พื้นที่ซึ่งมีการเพาะเลี้ยงปลาน้ำจืดมากจะอยู่ในเขตอำเภอโพทะเล อำเภอบางมูลนาก อำเภอตะพานหิน อำเภอสามง่ามและอำเภอเมืองพิจิตร นอกจากนี้ ยังมีการเลี้ยงปลาปากกระชังในแม่น้ำอีกด้วย เช่นที่อำเภอบางมูลนาก เป็นต้น

สภาพพื้นที่ของพิจิตรซึ่งเป็นที่ราบลุ่มและมีแหล่งน้ำอยู่เป็นจำนวนมากดังที่กล่าวมาแล้วทำให้ชาวพิจิตรในแต่ละท้องถิ่นได้พยายามคิดค้นและประดิษฐ์เครื่องมือในการประมงน้ำจืดในหลากหลายลักษณะเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ กระแสน้ำ และเศรษฐกิจของเกษตรกรผู้ใช้ แต่ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า อาชีพประมงของชาวพิจิตรเป็นการประมงเพื่อยังชีพมากกว่าเพื่อการค้า ซึ่งเหตุผลในการประกอบอาชีพดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับรูปแบบและลักษณะของอุปกรณ์จับสัตว์น้ำ

ที่พบในพิจิตร ที่พบว่าส่วนใหญ่ทำจากเชือกและด้าย เป็นส่วนประกอบหลัก ได้แก่ แห อวน ข่าย และสัตว์น้ำที่จับได้มักใช้บริโภคในครัวเรือนหรือในชุมชน

- 1) แห เป็นอุปกรณ์จับปลาที่นิยมใช้กันมากในพิจิตร และส่วนใหญ่ชาวบ้านจะนิยมประดิษฐ์แหด้วยตนเอง เนื่องจากแหที่ผลิตจากโรงงานไม่เหมาะกับสภาพพื้นที่และความต้องการของผู้ประกอบอาชีพ แหที่พบใช้อยู่พิจิตรมีหลายประเภท เช่น แหดอง¹³, แหเพล¹⁴, แหงม¹⁵ เป็นต้น
- 2) อวน เป็นอุปกรณ์จับปลาที่มีลักษณะคล้ายแห แต่ต่างกันที่อวนจะไม่มีจอม¹⁶ อวนส่วนใหญ่ที่ใช้ในพิจิตรเป็นอวนที่ผลิตจากโรงงาน แล้วนำมาฉีกใหม่ให้เป็นผืนใหญ่หรือยาวตามความต้องการของผู้ใช้ ที่นิยมใช้กันมากในแม่น้ำได้แก่ อวนยอ
- 3) ข่าย เป็นอุปกรณ์ดักจับปลาชนิดหนึ่ง ที่มีขนาดตา ความลึก ความยาว แตกต่างกันไป ตามขนาดและพื้นที่ในการดักจับปลา ส่วนใหญ่จะเป็นข่ายสำเร็จรูปที่ประดิษฐ์มาจากโรงงาน และนำมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับท้องถิ่น หรือสภาพของแหล่งน้ำ ใช้จับได้ทั้งปลาและปู

2.5) ด้านหัตถกรรม

ในปัจจุบัน อาชีพศิลปหัตถกรรมได้กลายเป็นอาชีพเสริมและอาชีพหลักแก่ชาวพิจิตรเป็นจำนวนมาก ที่สำคัญได้แก่

2.5.1. ประเภทถักทอ เช่น การทอผ้าบ้านป่าแดง อำเภอดงเจริญ เป็นผ้าที่ทอจากฝ้ายผสมไหมมีสีสันต่าง ๆ ซึ่งเดิมเป็นเพียงอุตสาหกรรมในครัวเรือน แต่ในปัจจุบันได้กลายเป็นอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออกไปแล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่าलगลายและกระบวนการทอของผ้าบ้านป่าแดง ได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมากหลังจากได้รับการสนับสนุนจากกรมส่งเสริมอุตสาหกรรมและส่งวิทยากรมาสอนทักษะการย้อมผ้า

¹³ เป็นแหที่ประดิษฐ์จากด้ายขนาดเล็ก (ด้ายสาม สี) เพื่อให้มีเนื้อเหนียว มีน้ำหนักเบา จมน้ำไว ขนาดตาแหและความยาวไม่แน่นอน ใช้จับปลาในน้ำลึก เช่น ปลาช่อน ปลากลาย เป็นต้น

¹⁴ เป็นแหดักที่ นิยมประดิษฐ์ให้มีความยาวมาก ราว 10-15 คอก และที่ปลายสุดคือดินแหจะทำเป็นถุงเรียกว่าเพล ใช้หลักการที่ว่าเมื่อแหครอบปลาแล้ว ปลาจะว่ายน้ำหนีเข้าไปติดในถุงที่ดินแห (เพล) ใช้สำหรับจับปลาขนาดเล็ก เช่น ปลาสร้อย ปลากะดี่ ปลาหมอ แหชนิดนี้จะมีเชือกผูกติดที่จอมแห (จุดศูนย์กลางของแห) เมื่อทอดไปแล้ว ไม่ต้องลงน้ำไปจับปลา จะใช้วิธีดึงเชือกขึ้นมาแทน

¹⁵ เป็นแหที่ประดิษฐ์ขึ้นมาเพื่อจับปลาต่าง ๆ เมื่อทอดไปแล้วผู้ทอดแหจะต้องลงไปงมจับปลาที่ติดอยู่ในแหได้น้ำหลักการ โดยทั่วไปแล้วผู้จับปลาจะต้องมีความชำนาญในการครอบปลาผุด แล้วจึงจะทอดแหไปยังที่หมายเอาไว้

¹⁶ มีจุดศูนย์กลางแบบแห

นอกจากผ้าทอบ้านป่าแดงแล้ว ยังมีอีกหลายชุมชนที่มีการทอผ้าพื้นเมืองอีก เช่น ที่บ้านสระยายชี อำเภอสามง่าม เป็นการทอผ้าตามรูปแบบเดิมที่ใช้ก่มีมือ กี่กระตุก โดยรวมกลุ่มทำเป็นอาชีพเสริม เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2525 จนถึงปัจจุบัน ผ้าทอที่ขึ้นชื่อ ได้แก่ ผ้าทอตัวหนังสือ ผ้าลายพื้นทั่วไป ผ้าขาวม้า ผ้ามัดหมี่ ผ้าลายซิด และผ้าซิ่น ส่วนใหญ่จะใช้ขายสำเร็จจากโรงงานมาทอ

- 1.1 การถักเปลญวนเป็นงานหัตถกรรมอีกประเภทหนึ่งของชาวพิจิตร ที่นำวัสดุในท้องถิ่นซึ่งหาได้โดยทั่วไปมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น ผักตบชวา ดั่นกล้วย หรือปอกระเจา นำมาตากแห้ง ถ้วน แล้วถักเป็นเปลญวนมีประโยชน์ทั้งเอาไว้อาศัยและขายเป็นรายได้เสริมให้กับครอบครัว
- 1.2 เครื่องจักสานที่พบในพิจิตรเกิดขึ้นจากการนำวัสดุที่มีอยู่ในท้องถิ่น เช่น ไม้หวาย ปอกระเจา เชือกเขา (เถาวัลย์ชนิดหนึ่ง) ดั่นกล้วย ผักตบชวา ฯลฯ นำมาสานหรือถักให้เป็นภาชนะต่าง ๆ ตามที่ต้องการ เพื่อประโยชน์ในการใช้สอยในชีวิตประจำวัน เช่น เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำนา ประเภทกระแฉวิดน้ำ¹⁷ ชงโลง¹⁸ ปัจจุบันไม่มีใช้แล้ว เนื่องจากชาวพิจิตรไม่นิยมเก็บเกี่ยวข้าวแบบดั้งเดิม ส่วนใหญ่จะใช้รถเกี่ยวข้าวที่ได้ข้าวออกมาเป็นเมล็ดเลย นอกจากนี้ เครื่องจักสานที่นิยมใช้กันทั่วไปได้แก่ เสื่อลำแพน²⁰ กระพ้อม²¹ กระชู่²² และเครื่องจับสัตว์น้ำต่างๆ เช่น ลอบ ไซ คุ่ม²³ เป็นต้น

¹⁷ เครื่องมือสำหรับวิดน้ำที่สานด้วยตอกไม้ไผ่ มีลักษณะคล้ายนึ่งก็ แต่มีความลึกและโค้งมนมากกว่า วิธีใช้ให้คน 2 คน ขึ้นจับเส้นเชือกห้อยวิดน้ำเข้านา หรือวิดน้ำสำหรับจับปลาตามท้องน้ำคัน ๆ หรือแคบ ๆ ปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว

¹⁸ เป็นเครื่องมือสำหรับวิดน้ำ สานด้วยตอกไม้ไผ่ มีลักษณะคล้ายเรือครึ่งท่อน แต่มีขนาดเล็กกว่า มักสานเป็นลายสองหรือลายสามมีด้ามยาวสำหรับให้จับวิดน้ำ เวลาใช้จะต้องใช้ไม้ไผ่มาทำเป็นขาข้างสามเส้าเป็นที่ค้ำขึ้นวิดน้ำ ในปัจจุบันมักจะใช้โลหะประเภทสังกะสีทำแทนไม้ไผ่ที่เริ่มหายากขึ้น

¹⁹ เป็นเครื่องมือพัดโบก มีลักษณะคล้ายพัด แต่มีขนาดใหญ่กว่ามาก (ประมาณ 50-80 เซนติเมตร) มีขอบคล้ายกระดัง สานด้วยผิวไม้ไผ่ มักสานเป็นลายขัดทึบ ใช้พัดโบกเพื่อให้ข้าวเปลือกเมล็ดลื่นและเศษฟางข้าวแยกออกจากเมล็ดข้าวเปลือก

²⁰ เป็นเครื่องจักสานที่ใช้เป็นภาชนะรองรับข้างเปลือกสานด้วยตอกไม้ไผ่ขนาด 1-2 เซนติเมตร สานเป็นลายสองหรือลายสาม โดยสานให้เป็นผืนขนาดใหญ่ปัจจุบันยังมีใช้อยู่ แต่ปรับเปลี่ยนวิธีการใช้มาเป็นผากันบ้าน แทนแผ่นผ้ากันความร้อน และนิยมนำมาทำเป็นเครื่องประดับบ้านให้ดูสวยงาม

2.5.2 การทำเครื่องเบญจรงค์ลายน้ำทอง ที่อำเภอสามง่าม

นายชวลิต แจกแสง บ้านเลขที่ 75/3 หมู่ 3 ตำบลวังนก อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร เป็นช่างพื้นบ้านพิจิตรที่มีความชำนาญเรื่องเครื่องเบญจรงค์น้ำทอง เริ่มต้นจาก พ.ศ. 2530 ด้วยการไปเป็นลูกจ้างที่โรงงานเสถียรภาพ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ผลิตเครื่องเซรามิคส่งขายต่างประเทศ ทำหน้าที่คิดรูป ลอกลายเครื่องปั้นดินเผา เมื่อทักษะความชำนาญมีมากขึ้นได้ย้ายไปอยู่แผนกลายเบญจรงค์ ทำต่อเนื่องอยู่ 7 ปี จึงลาออกจากโรงงานเสถียรภาพ แล้วไปทำงานที่โรงงานระเบียบเบญจรงค์ ผลิตเครื่องเซรามิคเบญจรงค์น้ำทองทำได้ 3 ปี เก็บสะสมทุนพอซื้อเตาเผาเซรามิคขนาดกลาง แล้วจึงชักชวนญาติพี่น้องอีก 5 คน มาทำงานเบญจรงค์น้ำทอง ผลิตผลงานตามรายการที่ถูกคำสั่ง ซึ่งนับเป็นอุตสาหกรรมครอบครัวที่บ้านวังนก ซึ่งมีผลงานประณีตสวยงาม มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวเป็นที่ยอมรับของลูกค้า

กิจกรรมผลิตเบญจรงค์น้ำทองของบ้านวังนกมีกิจการมั่นคง และได้รับการติดต่อให้ไปออกร้านตามงานต่าง ๆ ในจังหวัดพิจิตรและจังหวัดใกล้เคียงเป็นประจำ ผลของการเปิดตัวและไปออกร้านตามงานต่าง ๆ ทำให้มีผู้มาติดต่อสั่งซื้อเครื่องเบญจรงค์น้ำทองที่บ้านวังนกมากขึ้นตามลำดับ สร้างชื่อเสียงให้กับบ้านวังนก อำเภอสามง่าม

3. การหล่อพระพุทธรูปที่อำเภอตะพานหิน โดยมีช่างพื้นบ้านชื่อนายเสน่ห์ ศรีจิต อายุ 62 ปี และภรรยาชื่อ นางเสนาะ ศรีจิต อายุ 60 ปี เป็นปราชญ์คนสำคัญ นางเสนาะเกิดที่จังหวัดลพบุรี พื้นเพเดิมมีอาชีพทำนาและค้าขายมาตั้งแต่บรรพบุรุษ จากนั้นจึงย้ายถิ่นฐานมาอยู่อำเภอตะพานหิน ในขณะที่อายุประมาณ 13 ปี โดยในเบื้องต้นยึดอาชีพรับจ้าง และในขณะที่รับจ้างอยู่นั้นบ้านพี่ชายของนางเสนาะซึ่งทั้งครอบครัวมีอาชีพสร้างพระพุทธรูป นางเสนาะจึงรับพระไปขาย หลังจากนั้นเมื่อนางเสนาะได้แต่งงานกับนายเสน่ห์ ศรีจิต ทั้งคู่จึงได้ช่วยกันค้าขายทำมาหากิน โดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นแรงงานที่สำคัญ ทั้งนางเสนาะและนายเสน่ห์ ศรีจิต ได้ศึกษาวิธีการทำพระพุทธรูป

²¹ เป็นภาชนะใช้สำหรับเก็บข้าวเปลือกไว้บริโภคหรือไว้ทำพันธุ์หรือเก็บไว้ขาย สานด้วยดอไม้ไผ่สีสุกที่แก่จัด (เนื้อแข็งและทนทานป้องกันมอดกัดกินได้ดี) จักเป็นดอกให้มีผิวดัด สานเป็นลายขัดทึบ ลายสองหรือลายสาม เป็นรูปทรงกระบอกมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางและความสูงตั้งแต่ 1-3 เมตร ปัจจุบันยังมีใช้อยู่บ้าง

²² เป็นภาชนะที่ใช้สำหรับขนข้าวเปลือก โดยใช้กับสาหร่ายหรือเถียนขนาดเล็ก สานด้วยดอไม้ไผ่เป็นลายขัด ลายสองหรือลายสาม มีลักษณะปากกว้าง ก้นสอบลึก คล้ายนึ่งก็มีขอบ ปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว

²³ เครื่องดักจับปลา ทำด้วยดอไม้ไผ่สานเป็นลายขัดทึบ มีลักษณะกลมป่องที่ส่วนก้น แล้วเรียวเล็กขึ้นสู่ปากส่วนบน ที่ก้นจะมีงาแซงสำหรับปิดกั้นปลา การดักปลาด้วยดุ่มส่วนมากจะใช้เหยื่อล่อในดุ่ม บางแห่งมีการติดสูตรเหยื่อล่อปลาประเภท ปลาจืด ปลาแซง และสามารถดักจับได้ครั้งละมาก ๆ

และสร้างพระไปพร้อมกัน โดยอาศัยการสังเกตและเรียนรู้จากการทำงาน ก่อนที่จะแยกครอบครัว และยี่ดอชีพสร้างพระมาอาชีพหลักของครอบครัวสืบเนื่องกันมา

4.1.1.9 ระบบการจัดการกับสุขภาพ

ก่อนตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดใน พ.ศ. 2489 ผู้คนต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนเองในยามเจ็บป่วย คนในพิจิตรส่วนใหญ่จึงพึ่งพิงหมอพื้นบ้านซึ่งมีความรู้เรื่องการรักษาเยียวยาและดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพร หมอพื้นบ้านที่นิยมกันทั่วไปในอดีตจึงได้แก่หมอยากลางบ้าน หมอสมุนไพร หมอเป่าพัน หมอน้ำมัน และหมอน้ำมันต์ โดยกระบวนการรักษาเยียวยาจะเริ่มจากการที่หมอนำวัน เดือน ปีเกิดของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุของโรคโดยใช้วิธีการทางโหราศาสตร์ และตรวจดูดวงชะตาว่าปีนั้นธาตุในร่างกายของผู้ป่วยเป็นอย่างไร หย่อนกำริบหรือพิการในลักษณะใด หลังจากนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์โรคทางโหราศาสตร์ มาพิจารณาควบคู่กับการรักษา

ในปัจจุบัน หมอพื้นบ้านของพิจิตรได้ผสมผสานองค์ความรู้ของตนเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในหลากหลายลักษณะ ระบบการแพทย์พื้นบ้านและหมอพื้นบ้านที่ไม่มีการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงระบบคิดให้สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ก็คือยาสุมุหายและเสื่อมโทรมไป หมอพื้นบ้านที่ยังคงหลงเหลือทอดอยู่บ้างในตระกูลของครอบครัวที่เคยมีปู่ตาขายเป็นหมอแผนโบราณส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะเลือกถ่ายทอดวิชาการแพทย์พื้นบ้านให้แก่เฉพาะลูกหลานเท่านั้น เนื่องจากการรับศิษย์ที่ไม่ใช่ลูกหลานไม่ใช่เรื่องง่ายและต้องพิจารณาองค์ประกอบหลายๆด้าน เช่น นิสัยใจคอ ความซื่อสัตย์ ความขยันหมั่นเพียรและความอดทน

การสอนส่วนใหญ่จึงมีลักษณะปากต่อปากแล้วท่องจำ โดยผู้เรียนต้องรู้จักสังเกตจดจำทั้งวิธีการและคำอธิบายให้ขึ้นใจ โดยครูจะสอนวิธีการตรวจรักษาคนไข้ วิธีปรุงยา ส่วนประกอบของยาทั้งที่เป็นพืช สัตว์ และแร่ธาตุ โดยวิธีการทำให้ดู และหากลูกศิษย์คนใดสามารถปรุงยารักษาคนไข้ได้ถูกต้องจนเกิดความชำนาญ การเรียนการสอนก็ถือว่าจบหลักสูตร ในปัจจุบัน หมอพื้นบ้านของพิจิตรมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เฉพาะตัวที่แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น

ในปัจจุบัน พิจิตรมีโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน สถานีอนามัย ตลอดจนคลินิกเอกชน เกิดขึ้นมากมายหลายแห่ง ความนิยมหมอพื้นบ้านบางประเภท เช่น หมอดำแย้ได้ลดน้อยลงและมีปัญหาขาดการสืบทอดวิชาหมอดำแย้ นอกจากนี้ การที่คนพิจิตรส่วนใหญ่นิยมคลอดกับหมอแผนปัจจุบัน ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยติดตามดูแลทั้งก่อนและหลังคลอด ประกอบกับโครงการของรัฐบางโครงการ เช่น โครงการสามสิบบาทรักษาทุกโรค ก็มีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเยียวาลลดลงมาก หากผู้ป่วยไปใช้บริการที่สถานบริการของรัฐ

บทที่ 5

ระบบการแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง

5.1 ลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านเขตภาคเหนือตอนล่าง

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ทูทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาแบบยั่งยืน: กรณีศึกษาการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เขตภาคเหนือตอนล่างในครั้งนี้ ผลของการสำรวจลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่างทั้ง 8 จังหวัดซึ่งประกอบด้วย จังหวัด พิจิตร โลก พิจิตร นครสวรรค์ กำแพงเพชร สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์และตาก ทำให้ทราบถึงภาพรวมของสถานการณ์ของหมอพื้นบ้านในปัจจุบันและแนวโน้มของการคงอยู่ของระบบการแพทย์พื้นบ้านในอนาคต นอกจากนี้ ลักษณะทั่วไปทางสังคมประชากร ทั้งในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประเภทของหมอพื้นบ้าน ล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมของหมอพื้นบ้านอีกประการหนึ่งด้วยโดยมีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 5.1.1 หมอพื้นบ้านภาคเหนือตอนล่างจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน/คน	ร้อยละ
ชาย	634	60.9
หญิง	410	39.2
ไม่ตอบ	2	0.2
รวม	1,046	100.00

จากตารางที่ 5.1.1 จะเห็นว่าจากจำนวนของหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่างที่มีอยู่ทั้งสิ้น 1,049 คน ส่วนใหญ่เป็นหมอพื้นบ้านเพศชาย (ร้อยละ 60.6, และเพศหญิง ร้อยละ 39.2) ซึ่งอยู่ในวัยชรา (ร้อยละ 82.22)¹ และมีการศึกษาน้อย กล่าวคือ ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาลงมาจนถึงไม่เคยเข้ารับการศึกษาก่อนจบในโรงเรียน (ร้อยละ 92.92)²

¹ ดูตารางที่ 5.1.2

² ดูตารางที่ 5.1.3

ตารางที่ 5.1.2 หมอพื้นบ้านภาคเหนือตอนล่างจำแนกตามอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน/คน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 30 ปี	22	2.10
30 – 45 ปี	164	15.68
46 – 61 ปี	488	53.58
สูงกว่า 61 ปี	372	35.56
รวม	1,046	100.00

ตารางที่ 5.1.3 หมอพื้นบ้านภาคเหนือตอนล่างจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน/คน	ร้อยละ
ไม่เคยเข้ารับการศึกษ	693	66.25
ประถมศึกษา	279	26.67
มัธยมศึกษา	45	4.30
อนุปริญญา	6	0.57
ปริญญาตรี	10	0.96
สูงกว่าปริญญาตรี	4	0.39
อื่นๆ	9	0.86
รวม	1,046	100.00

ตารางที่ 5.1.4 หมอพื้นบ้านภาคเหนือตอนล่างจำแนกตามประเภท

ประเภทของหมอพื้นบ้าน	จำนวน/คน	ร้อยละ
หมอสมุนไพร ³	710	67.88
หมอผี ⁴	73	6.98
หมอผสมผสาน ⁵	38	3.63
หมอยา ⁶	155	14.82
หมอคู่ ⁷	1	0.10
ไม่สามารถจำแนกประเภทได้ ⁸	45	4.30
ไม่ตอบ	24	2.29
รวม	1,046	100.00

จากตารางที่ 5.1.4 จะเห็นว่าประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากที่สุดเขตภาคเหนือตอนล่างสามอันดับแรกได้แก่ หมอสมุนไพร, หมอยา, และหมอไสยศาสตร์ (ร้อยละ 67.88, 14.82 และ 6.98) ตามลำดับ และเมื่อจำแนกจำนวนของหมอพื้นบ้านตามรายจังหวัดพบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 24.79) รองลงมาได้แก่จังหวัดพิจิตร (ร้อยละ 22.30) และจังหวัดพิษณุโลก (ร้อยละ 17.25) ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านน้อยที่สุดได้แก่จังหวัดกำแพงเพชร (ร้อยละ 1.72) และทุกจังหวัดมีหมอพื้นบ้านเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นจังหวัดกำแพงเพชรและตากซึ่งมีหมอพื้นบ้านเพศหญิงมากกว่า (ตารางที่ 5.1.5)

³ หมายความว่ารวมถึง หมอนวด หมอน้ำมัน และหมอแผนโบราณ ที่ใช้สมุนไพรพื้นบ้านเป็นหลักในการดูแลสุขภาพ

⁴ หมายความว่ารวมถึง หมอคุณไสย หมอเป่าเสก หมอผี และหมอทำขวัญ

⁵ หมายความว่าถึง หมอพื้นบ้านที่ผสมผสานวิธีการรักษาหลายวิธีเข้าด้วยกัน

⁶ หมายความว่ารวมถึง หมอยากกลางบ้าน หมอดำแข หมอยาผีบอก

⁷ หมายถึง หมอคู่ดวง หมอคู่ลายมือ หมอสะเดาะเคราะห์

⁸ หมายถึง หมอที่รักษาหลากหลายรูปแบบและหลายโรคขึ้นอยู่กับผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ บางครั้งมีการผสมผสานวิธีการรักษาหลายๆอย่างเข้าด้วยกัน

ตารางที่ 5.1.5 แสดงเพศของหมอพื้นบ้านจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	ไม่ตอบ	ร้อยละ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
กำแพงเพชร	-	-	5	27.50	13	72.30	18	100
ตาก	-	-	24	45.29	29	54.71	53	100
นครสวรรค์	-	-	40	59.71	27	40.29	67	100
พิจิตร	-	-	153	65.38	81	34.62	234	100
พิษณุโลก	-	-	93	51.38	88	48.62	181	100
สุโขทัย	-	-	52	56.52	40	43.48	92	100
อุตรดิตถ์	1	0.74	92	67.64	43	31.62	136	100
เพชรบูรณ์	1	0.38	171	65.76	88	33.84	260	100
ไม่ระบุ	-	-	4	80	1	20	5	100
รวม	2	0.19	6.34	60.61	410	39.19	1,046	100

ตารางที่ 5.1.6 แสดงประเภทของหมอนพื้นบ้านจำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	หมอน สมุนไพร	หมอนผ้า	หมอน ผสมผสาน	หมอนยา	หมอนดู	อื่นๆ	รวม
กพ.	-	-	18 (100%)	-	-	-	18 100%
ตาก	39 73.58%	13 24.53%	1 1.89%	-	-	-	53 100%
นว.	49 79.03%	-	-	13 20.97	-	-	62 100%
พจ.	138 59.23%	55 23.61%	35 15.02%	3 1.29%	2 0.85	-	233 100%
พล.	123 71.10%	3 1.73%	2 1.16%	42 24.28%	-	3 1.73%	173 100%
สท.	92 100%	-	-	-	-	-	92 100%
อต.	36 27.07%	-	-	97 72.93%	-	-	133 100%
พช.	246 100%	-	-	-	-	-	246 100%
ไม้แนว นอน	-	-	36 100%	-	-	-	36 100%
รวม							1,046 100%

จากตารางที่ 5.1.6 พบว่าประเภทของหมอนพื้นบ้านที่พบในจังหวัดกำแพงเพชรทั้งหมดเป็นหมอนพื้นบ้านแบบผสมผสาน (100%) ส่วนจังหวัดตาก, นครสวรรค์, พิจิตร, พิษณุโลก, สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ประเภทของหมอนพื้นบ้านที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่หมอนสมุนไพร (ร้อยละ 73.58, 79.03, 59.23, 71.10, 100, 100 ตามลำดับ)มีเพียงจังหวัดอุตรดิตถ์ที่พบว่า ประเภทของหมอนพื้นบ้านที่ยังคงมีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้แก่ หมอนยา (ร้อยละ 72.93) ดังนั้น หากสรุปภาพรวมของประเภทหมอนพื้นบ้านที่พบในเขต 8 จังหวัด ของภาคเหนือตอนล่าง จะประกอบด้วย หมอนสมุนไพร, หมอนยา และหมอนผสมผสาน มีเพียงจังหวัดพิจิตรที่มีการกระจายตัวของประเภทของหมอนพื้นบ้านในลักษณะที่มี

ความหลากหลายมากกว่าจังหวัดอื่นๆ กล่าวคือพบหมอพื้นบ้านทุกประเภท ได้แก่ หมอผี (ร้อยละ 23.61) หมอแบบผสมผสาน (ร้อยละ 25.02) หมอยา (ร้อยละ 1.29) และหมอคู่ (ร้อยละ 0.85)

5.2 การกระจายตัวของหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง

หมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิจิตร โลก พิษณุโลก ตาก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สุโขทัย และกำแพงเพชร มีความแตกต่างกันในด้านการกระจายตัว ดังมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

ในจังหวัดอุตรดิตถ์พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง, อำเภอพิชัย, และอำเภอลับแล ตามลำดับ(ดูแผนที่ 5.2.1) และหมอพื้นบ้านที่พบมากที่สุดในทุกเขตอำเภอได้แก่ หมอยา, หมอสมุนไพร, และหมอผสมผสาน

สำหรับจังหวัดสุโขทัย ก็พบเช่นเดียวกันว่ามีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่หนาแน่นในเขตอำเภอเมืองและอำเภอสวรรคโลก และประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากในเขตอำเภอดังกล่าวได้แก่ หมอผสมผสาน ยกเว้นอำเภอคีรีมาศที่พบหมอสมุนไพรมากกว่าหมอพื้นบ้านประเภทอื่นๆ (ดูแผนที่ 5.2.2)

ส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อนมากกว่าจังหวัดอื่นๆ ในเขตภาคเหนือตอนล่างทั้งหมด และเป็นจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่มากที่สุด กลับพบประเด็นที่น่าสนใจว่า แม้ในอำเภอที่อยู่ห่างไกล เช่น อำเภอหล่มเก่า หล่มสัก และน้ำหนาว ก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการคงอยู่ของหมอพื้นบ้าน ในทางกลับกันความห่างไกลที่ถูกทดแทนด้วยความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ ทั้งป่าไม้ แหล่งน้ำ และดิน กลับกลายเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่สนับสนุนการคงอยู่ของหมอพื้นบ้าน เนื่องจากหมอพื้นบ้านได้พัฒนาแรงงูใจในการเรียนรู้ จนเกิดการสั่งสมประสบการณ์ด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยหลากหลายรูปแบบ และในที่สุดได้กลายเป็นองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่คนในแต่ละท้องถิ่นเชื่อถือ ยอมรับ และใช้สืบเนื่องกันมา เนื่องจากเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นสิ่งที่ดีงาม โดยประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากในสามอำเภอดังกล่าวได้แก่ หมอสมุนไพร, หมอนวด หมอจับเส้น, และหมอแผนโบราณ ในขณะที่อำเภอเมืองกลับพบหมอพื้นบ้านประเภทดังกล่าวอาศัยกระจายตัวกันไป (ดูแผนที่ 5.2.3)

จังหวัดพิษณุโลก เป็นอีกจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างที่พบหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่หนาแน่นในเขตอำเภอเมือง, อำเภอบางกระทุ่ม, อำเภอวังทอง, และอำเภอพรหมพิราม โดยประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากที่สุดในเขตอำเภอเมือง ได้แก่ หมอนวด, หมอสมุนไพร, และหมอยาพื้นบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หมอนวดเป็นหมอพื้นบ้านที่พบมากและเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในหมู่ชาวเมืองพิษณุโลก จนสามารถเปิดเป็นกิจการร้านค้าให้บริการด้านการนวดแผนไทย แผนโบราณ และนวดพื้นบ้านอย่างกว้างขวาง สำหรับอำเภอบางกระทุ่ม ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลบางกระทุ่ม

โรงพยาบาลชุมชนของรัฐที่ให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างมาก โดยแพทย์แผนปัจจุบันผู้ให้รักษาพยาบาลมีการผสมผสานยาสมุนไพรพื้นบ้านและยาแผนโบราณเข้าในกระบวนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลด้วย ส่งผลให้องค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านถูกผสมผสานกลืนกลายเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่าประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากที่สุดได้แก่ หมอสมุนไพร, หมอยา, และหมอนวด ส่วนอำเภอวังทองพบว่า มีหมอสมุนไพร, หมอนวด และหมอยา อาศัยอยู่มากที่สุด และสำหรับอำเภอพรหมพิรามพบว่า มีหมอผสมผสาน และหมอนวดอาศัยอยู่มากที่สุด (ดูแผนที่ 5.2.4)

จังหวัดพิจิตร เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการกระจายของหมอพื้นบ้านอยู่ในลักษณะที่น่าสนใจ กล่าวคือ ไม่พบหมอพื้นบ้านในเขตอำเภอเมือง, อำเภอตะพานหิน, และอำเภอโพธิ์ประทับช้าง เลยทั้งๆที่อำเภอดังกล่าวได้รับการพัฒนาตามนโยบายความทันสมัยอย่างกว้างขวาง ในขณะที่พบหมอพื้นบ้านอยู่หนาแน่นมากในเขตอำเภอบางมูลนาก, อำเภอโพทะเล, และอำเภอทับคล้อ และประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากที่สุดที่ในเขตอำเภอบางมูลนาก ได้แก่ หมอนวด, หมอพื้นเป่า, หมอผสมผสาน, และหมอสมุนไพร ซึ่งเมื่อวิเคราะห์บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของเขตอำเภอบางมูลนากพบว่า การที่อำเภอบางมูลนากเป็นอำเภอที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นมาก กล่าวคือร้อยละ 35.4 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และร้อยละ 64.87 อาศัยอยู่ในชนบท และประชาชนส่วนใหญ่อพยพมาจากภาคกลางคือ จังหวัดอยุธยา, อ่างทอง, และสิงห์บุรี น่าจะมีความสัมพันธ์กับองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่ชาวบางมูลนากในปัจจุบันพัฒนาขึ้นจนอยู่ในรูปของหมอผสมผสาน (ดูแผนที่ 5.2.5)

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังมีความเห็นว่าสภาพทางกายภาพของอำเภอบางมูลนากน่าจะมี ความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของหมอพื้นบ้านประเภทต่างๆ กล่าวคือ การที่อำเภอบางมูลนากตั้งอยู่ในบริเวณดินตะกอนลุ่มน้ำ (Alluvial Soils) ที่เกิดจากการพัดพามาของแม่น้ำยม แม่น้ำน่าน และแม่น้ำสาขา ทำให้พื้นที่บริเวณดังกล่าวมีความอุดมสมบูรณ์กลายเป็นที่ราบลุ่มน้ำ (Alluvial Plain) และที่ราบลูกฟูก (Undulating Plain) ที่มีกูกน้ำท่วมในฤดูฝน และประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและจับปลา ซึ่งวิถีชีวิตในลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของชาวบางมูลนาก ที่มักเจ็บป่วยด้วยอาการไข้ ปวดเมื่อย และถูกงูกัด และจากประสบการณ์ของชาวบางมูลนาก ในด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยผ่านพัฒนาการของการก่อตั้งชุมชนเป็นระยะเวลายาวนานผสมผสานกับองค์ความรู้ทั้งที่มีอยู่ดั้งเดิมและที่นำเข้ามาใหม่จากกลุ่มผู้อพยพจากภาคกลาง ทำให้เกิดความหลากหลายของระบบการแพทย์พื้นบ้าน และจำนวนการคงอยู่ของหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัยที่มีประสิทธิภาพตามความเชื่อของชาวบางมูลนากเอง

จังหวัดนครสวรรค์ พบหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่หนาแน่นในเขตอำเภอชุมแสง, อำเภอเมือง, และอำเภอเก้าเลี้ยว ตามลำดับ โดยหมอพื้นบ้านที่พบมากในเขตอำเภอชุมแสงได้แก่ หมอผสมผสาน, หมอสมุนไพร, และหมอยา ส่วนอำเภอเมืองพบหมอผสมผสานและหมอยาเป็นจำนวนมาก

และอำเภอเก้าเลี้ยวพบหมอมผสมผสานมากที่สุด และพบหมอสุมไพรอาศัยกระจายตัวอยู่ประปราย และเนื่องจากจังหวัดนครสวรรค์มีเป็นจังหวัดที่มีชาวไทยเชื้อสายจีนอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก จึงพบว่า ยาพื้นบ้านที่หมอพื้นบ้านนิยมใช้ ทั้งยาในรูปของอาหารเสริมสุขภาพและยาเพื่อการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย ได้รับอิทธิพลจากฐานคิดและตำรับยาของหมอพื้นบ้านจีนอยู่เป็นอันมาก (ดูแผนที่ 5.2.6)

จังหวัดตาก เป็นจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่เพียงสามอำเภอเรียงตามลำดับความหนาแน่นได้ดังนี้ อำเภอพบพระ, อำเภอแม่สอด และอำเภอวังเจ้า โดยในอำเภอพบพระมีหมอพื้นบ้านประเภทหมอสุมไพรมากที่สุด รองลงมาได้แก่หมอนวด ส่วนอำเภอแม่สอดพบหมอนวดมากที่สุด และอำเภอวังเจ้าพบทั้งหมอนวดและหมอสุมไพรอยู่ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ดูแผนที่ 5.2.7)

สำหรับจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งเป็นจังหวัดที่พบหมอพื้นบ้านน้อยที่สุดจากการวิจัยเชิงสำรวจในครั้งนี้ พบว่าในเขตอำเภอคลองขลุง, อำเภอทรายทองวัฒนา, และอำเภอเมือง เป็นเขตอำเภอที่มีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่มากที่สุดตามลำดับ และพบหมอพื้นบ้านเพียงประเภทเดียวคือ หมอสุมไพร (ดูแผนที่ 5.2.8)

5.3 องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

5.3.1 จังหวัดพิจิตร

พิจิตรเป็นจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านอยู่เป็นจำนวนมาก ถึงแม้ว่าพิจิตรจะไม่ใช่อำเภอในเขตภาคเหนือตอนล่างที่มีหมอพื้นบ้านมากที่สุด แต่ก็เป็นจังหวัดที่มีหมอพื้นบ้านมากเป็นอันดับที่สาม รองลงมาจากจังหวัดตากและนครสวรรค์ และหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ในพิจิตรยังคงเป็นที่รู้จักของคนทั่วไปทั้งในเขตหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดใกล้เคียง โดยพบว่าในปัจจุบันหมอพื้นบ้านเหล่านี้ยังมีผู้มาขอคำแนะนำและรับการรักษาเยียวอยู่เป็นประจำ และถึงแม้ในภาวะปกติคือภาวะที่ไม่เจ็บป่วย หมอพื้นบ้านเหล่านี้ก็ยังแสดงบทบาทของผู้แสดงทางสังคม (Social Actor) ซึ่งทำหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพและจัดการระบบอนามัยในชุมชนให้แก่บุคคลในชุมชนโดยสม่ำเสมอ เช่น การไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน, การร่วมพูดคุยเรื่องอาหารการกินที่เป็นประโยชน์กับสุขภาพกับผู้นำทำบุญที่วัด, การทำอาหารพื้นบ้านแบ่งปันให้แก่เพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชนในช่วงฤดูกาลที่อาหารการกินอุดมสมบูรณ์, และการนำอาหารหรือสุมไพรที่มีประโยชน์ต่อการบำรุงร่างกายเป็นของฝากของขวัญเมื่อหมอพื้นบ้านเดินทางไปต่างถิ่น เป็นต้น ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง มิติเรื่องสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้าน ซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในลักษณะที่มีบูรณาการ กล่าวคือ ครอบคลุมทั้งมิติของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนในชุมชน คนกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และคนกับระบบความเชื่อ ก่อนที่บุคคลจะตีความข้อความหรือข่าวสารที่ตนได้เห็นหรือได้รับ

จากแหล่งต่างๆ ให้ความหมายของการมีสุขภาพดี และแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยในลักษณะที่แตกต่างกันไป

แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า หมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตรได้พัฒนาระบบการปรับตัวที่มีลักษณะยืดหยุ่นและเปิดกว้างมากยิ่งขึ้นด้วยเหตุผลด้านความอยู่รอดทั้งในระดับวิชาชีพ และเพื่อรักษาสถานภาพทางสังคมของตนเองไว้ นอกจากนี้ ยังพบความเปลี่ยนแปลงในส่วนของฐานคิดเรื่องการจัดการกับสุขภาพอนามัย กระบวนการรักษาเยียวยา และการสืบทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่ง โดยกระบวนการปรับตัวดังกล่าวถูกแสดงออกในหลากหลายรูปแบบซึ่งจะแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ที่สำคัญได้แก่

- การนำแนวคิดในเชิงตรรกและวัตถุนิยมมาใช้ทำความเข้าใจกับระบบสุขภาพอนามัยของชุมชน
- การผสมผสานกระบวนการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาของท้องถิ่นเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบไสยศาสตร์
- การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีระบบและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นให้แก่ผู้สนใจทั่วไป เพื่อให้กลุ่มหรือชมรมที่หมอพื้นบ้านเป็นสมาชิกอยู่ได้รับการยอมรับมากขึ้นในสังคมและชุมชน
- ความพยายามเชื่อมโยงเครือข่ายหมอพื้นบ้านในท้องถิ่นเข้าด้วยกันทั้งที่เป็นเครือข่ายซึ่งเป็นทางการ เช่น การออกจดหมายข่าว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยของชุมชน และเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ เช่น การรวมกลุ่มตามความสนใจซึ่งจัดเป็นกลุ่ม “เฉพาะกิจ” ที่ไม่มีโครงสร้างหรือระบบการจัดการที่แน่นอนตายตัว

ซึ่งผลของกระบวนการปรับตัวดังกล่าวทำให้เป็นการยากที่จะแบ่งระบบการแพทย์พื้นบ้านออกจากระบบการแพทย์แผนไทยหรือระบบการแพทย์แบบไสยศาสตร์ให้ชัดเจนได้ เนื่องจากหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในท้องที่ต่าง ๆ ของจังหวัดพิจิตรที่หลงเหลืออยู่ในปัจจุบันมักผสมผสานองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการรักษา และบ่อยครั้งที่พบว่า มีการนำพิธีกรรมทางไสยศาสตร์และโหราศาสตร์เข้ามาอธิบายภาวะสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้นอีกประการหนึ่งด้วย ดังนั้น กระบวนการจัดการเรื่องสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้านแต่ละคนจึงขึ้นอยู่กับฐานคิด การปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาเยียวยา และฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย

1. หมอพื้นบ้านจังหวัดพิจิตร

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) หมอพื้นบ้านซึ่งเป็นที่รู้จักและมีผู้ป่วย นิยมไปใช้บริการด้านการรักษาเยียวยาอย่างกว้างขวางของชาวพิจิตรทำให้ได้ทราบว่า ผู้ที่มารับการ รักษาเยียวยาจากหมอพื้นบ้านเหล่านี้มีความหลากหลายทั้งทางด้านอาชีพ ระดับการศึกษา ฐานะทาง เศรษฐกิจ อายุ ภูมิสำเนา ชนิดของโรค และความรุนแรงของอาการป่วย ซึ่งผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้ระบบการแพทย์แผนตะวันตกจะเข้ามามีอิทธิพลอย่างมากใน จังหวัดพิจิตรในปัจจุบัน แต่ช่องโหว่ของการแพทย์แผนใหม่ที่ไม่ให้ความสำคัญกับบริบททางสังคม และวัฒนธรรม สภาพจิตใจเมื่อเกิดวิกฤต และเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ส่งผลให้ชาวพิจิตรทั้ง ในชนบทและในเขตเทศบาลยังคงมีความผูกพันอย่างใกล้ชิดกับระบบการรักษาเยียวยาของหมอพื้น บ้านไม่เสื่อมคลาย โดยเหตุผลที่บุคคลเลือกมารับบริการจากหมอพื้นบ้านมี 2 ประการที่สำคัญคือ

- 1) ปัจจัยผลักดันของระบบการแพทย์แผนตะวันตกหรือการแพทย์แผนปัจจุบันในทัศนะ ของผู้ใช้บริการด้านสุขภาพกับหมอพื้นบ้าน ได้แก่
 - 1.1) การที่การแพทย์แผนตะวันตกไม่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยบางชนิดได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคเอดส์ โรคจิต โรคประสาท เป็นต้น
 - 1.2) ค่ารักษาเยียวยาที่สูงเกินไปจนผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระไหว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เครื่องมือตลอดจนเทคโนโลยีระดับสูงที่มีราคาแพง และ ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษาเยียวยา
 - 1.3) ความซับซ้อนของกระบวนการรักษา และขั้นตอนที่ยากแก่การเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถคาดเดาผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังการรักษาเยียวยาได้
 - 1.4) ความห่างเหินไม่เป็นกันเองของแพทย์แผนปัจจุบัน⁹ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มาพบ หมอพื้นบ้านแล้ว แพทย์แผนปัจจุบันคือบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมสูงและมีวิถี ความเป็นอยู่ที่แตกต่างจากคนอย่างสิ้นเชิง ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวมักถูกแสดง ออกในรูปของภาษาที่ใช้ และการแสดงออกที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิง อำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น การให้ผู้ป่วยนั่งรอเป็นเวลานาน,

⁹ ผู้ป่วยให้คำอธิบายความหมายของคำรักษาเยียวยาว่า ครอบคลุมนตั้งแต่ คำพาหนะ คำที่พักและคำอาหารของคนเองและญาติที่มาเฝ้า, การสูญเสียค่าแรงหรือค่าจ้างที่ควรได้รับในเวลาที่ผู้ป่วย, ค่าตรวจและค่ายา

¹⁰ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า แพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมักปฏิเสธหรือ หลีกเลี่ยงที่จะอธิบายถึงสาเหตุของอาการเจ็บป่วยหรือกระบวนการรักษาที่จะเกิดขึ้น และเมื่อถูกผู้ป่วยซักถาม แพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่มักแสดงอาการหงุดหงิด แต่การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดังกล่าวจะแตกต่างกันไปตาม สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย และประเภทของสถานพยาบาลว่าเป็นของรัฐ หรือเอกชน

การพูดคุยกับคณะบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆโดยไม่ใส่ใจว่ามีผู้ป่วยนั่งรออยู่ และการไม่สนใจสอบถามรายละเอียดอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาการป่วย เป็นต้น

- 1.5) เวลาที่ใช้ในกระบวนการจัดการเรื่องสุขภาพของแพทย์แผนปัจจุบันมีน้อยมาก เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่าดูแลผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่งที่ต้องการ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
- 2) ปัจจัยดึงดูดของระบบการแพทย์พื้นบ้านได้แก่
 - 2.1) ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยกับหมอพื้นบ้าน¹¹ ที่ส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านมักรู้จักกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี และใช้คำ เช่น ลุง ป้า ยาย เรียกขานก่อนกล่าวชื่อต้น
 - 2.2) ชื่อเสียง ความประพฤติกและบุคลิกลักษณะของหมอพื้นบ้าน ที่ถูกกำหนดโดยสังคมว่าต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรม ซื่อสัตย์ และ “ไม่เห็นแก่เงิน”
 - 2.3) ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษา ตลอดจนคำแนะนำอื่นๆที่บุคคลได้รับจากหมอพื้นบ้านที่ตนไปพบ
 - 2.4) คำรับรองผลสัมฤทธิ์ของการรักษาในลักษณะ “ปากต่อปาก” จากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เพื่อนฝูง สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ และเพื่อนบ้านที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนแล้ว
 - 2.5) ประสบการณ์ส่วนบุคคลด้านบวก (Positive Experience) ของผู้มาพบหมอพื้นบ้าน โดยพบว่าผู้ป่วยมักจดจำประสบการณ์ด้านการรักษาและใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจไปใช้บริการในครั้งต่อไป

ซึ่งปัจจัยทั้งสองประการข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่ได้พิจารณาเพียงผลสัมฤทธิ์ของการรักษาเท่านั้น แต่เครือข่ายทางสังคม ระบบความสัมพันธ์ส่วนตัว และข้อมูลข่าวสารทั้งที่เกี่ยวข้องกับหมอพื้นบ้านและกระบวนการรักษาในรักษาที่เป็นองค์รวมของวิถีชีวิตซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคคลต่างๆในชุมชนได้เข้ามามีส่วนสำคัญในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะเลือกใช้หรือไม่ใช้บริการจากหมอหรือแหล่งรักษาพยาบาลใด ซึ่งกระบวนการและกลไกทางสังคมนี้เองที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของการรักษาเยียวยา ตลอดจนควบคุมความประพฤติของหมอพื้นบ้านให้วางอยู่บนบรรทัดฐานของสังคมที่ชาวพิจิตรในแต่ละชุมชนเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีงาม โดยผู้มารับบริการกับหมอพื้นบ้านผู้หนึ่งกล่าวว่า

¹¹ ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นและพัฒนาต่อเนื่องมาในชุมชน ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเมื่อเกิดภาวะวิกฤตด้านสุขภาพอนามัยเท่านั้น รากฐานความสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับผู้ป่วยจึงแน่นแฟ้น และถูกรับรองด้วยความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆในชุมชนที่ถักประสานกันเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ซับซ้อน เกินกว่าจะตัดทำลายคู่ความสัมพันธ์คู่ใดลงได้ โดยไม่กระทบกับคู่ความสัมพันธ์อื่นๆ

“เวลาป่วยก็อยากไปหาหมอที่ไม่ป่วย หมอที่ดีก็คือหมอที่เห็นแก่คนไข้
หมอที่เห็นแก่เงิน ไม่สนใจคนไข้ ไม่มีใครอยากไปหา ถึงจะรักษาเก่งแค่ไหน
ก็ไม่มีใครอยากไป ไปครั้งเดียวแล้วก็กลับมาบอกต่อกัน¹²”

เป็นที่น่าสังเกตว่า บริการทางการแพทย์ของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตรไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะด้านการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจาก หมอพื้นบ้านไม่ได้มองหาวิธีการแก้ปัญหาอาการผิดปกติหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแต่เพียงประการเดียว แต่มีมิติทางสุขภาพของหมอพื้นบ้านในพิจิตรครอบคลุมถึง 4 ลักษณะคือ

- 1) การดูแลสุขภาพทั้งกายและใจให้แข็งแรงสมบูรณ์ (Prevention Process) โดยการประพฤติตัวให้ “อยู่ในศีลในธรรม” กินอาหารที่ดีมีประโยชน์ ไม่ดื่มเครื่องดื่มของเมาน้ำชา กาแฟ รมั้ดระวังไม่ให้ท้องผูก ออกกำลังกายอยู่เสมอและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าแนวคิดดังกล่าวของหมอพื้นบ้านมีความใกล้เคียงกับแนวคิดเรื่องการป้องกันโรคที่การแพทย์แผนตะวันตกพยายามรณรงค์อยู่ในปัจจุบัน แต่ได้ผลไม่มากนัก ซึ่งแนวคิดนี้กลับกลายเป็นสิ่งที่หมอพื้นบ้านในพิจิตรใช้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยมาช้านานแล้ว
- 2) การรักษาอาการเจ็บป่วย (Treatment) มักเกิดขึ้นเมื่อการประพฤติปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไม่สามารถแก้ปัญหาหรืออธิบายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ หรือในบางกรณีการรักษาอาจเกิดขึ้นควบคู่ไปกับพฤติกรรมป้องกันการโรค ซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง การประพฤติหรือไม่ประพฤติพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การงดอาหารแสลง การนอน การเดินไม่ตากฝน เป็นต้น จนถึงการใช้ยา เช่น ยาสมุนไพร ยาผีบอก และยากลางบ้านต่างๆ การนวดประคบ ตลอดจนการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อของท้องถิ่น
- 3) การดูแลหลังป่วยหรือที่ระบบการแพทย์แผนตะวันตกเรียกว่าการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Process) ประกอบด้วย การประพฤติตัวตามที่หมอพื้นบ้านแนะนำ การนวดประคบ การกินอาหาร การประกอบพิธีกรรม และการเลือกวิถีการดำเนินชีวิต¹³ที่เหมาะสม

¹³ พบว่า มีความหมายกว้างมากและครอบคลุมตั้งแต่ การแต่งกาย การกินอาหาร การทำงาน การออกกำลังกาย การเลือกของใช้ส่วนตัว การปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด และการใช้เวลาว่าง

- 4) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพระหว่างบุคคลต่างๆในเครือข่ายทางสังคม เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหาในลักษณะเดิมๆอีก ซึ่งโดยทั่วไปพบว่ามักอยู่ในรูปของการชูชบนิทาหมอที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม, การแลกเปลี่ยนด้วยยาหรือพันธุ์ของสมุนไพรที่มีสรรพคุณดี รักษาหาย หรือเป็นยาชูกำลัง

2. ฐานคติ, ประเภท, และการจัดการกับสุขภาพอนามัย

จากผลการศึกษาเชิงสำรวจที่ได้กล่าวแล้วในบทที่ผ่านมา ทำให้ได้ทราบว่าประเภทของหมอฟันบ้านในจังหวัดพิจิตรมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น ที่สำคัญได้แก่

- หมอสมุนไพรพื้นบ้าน ได้แก่ หมอนวด, หมอน้ำมัน และหมอแผนไทย
- หมอไสยศาสตร์ ได้แก่ หมอผี, หมออาคม, และหมอทำขวัญ
- หมอผสมผสาน ได้แก่ หมอฟันบ้านผสมผสานกับหมอประเภทอื่นๆ
- หมอยา
- หมอดู
- หมออื่นๆ เช่น หมอกระดูก, หมอรักษาโรคอัมพาต และหมอดำยา เป็นต้น

ตารางที่ 5.3.1: แสดงประเภทของหมอพื้นบ้านจังหวัดพิจิตร

ที่	ประเภทหมอพื้นบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
1.	หมอสมุนไพรพื้นบ้าน	710	67.88
2.	หมอไสยศาสตร์	73	6.98
3.	หมอผสมผสาน	38	3.63
4.	หมอยา	155	14.82
5.	หมอดู	1	0.10
6.	หมออื่นๆ	69	6.59
รวม		1,049	100

เพื่อทำความเข้าใจกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน ในฐานะสถาบันทางสังคมอีกสถาบันหนึ่งที่ทำหน้าที่จัดการกับระบบสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนในจังหวัดพิจิตร ในบทนี้ คณะผู้วิจัยจึงใช้วิธีการนำเสนอหลักฐานหรือผลของการวิจัยในรูปของกรณีศึกษา เพื่อนำเสนอพลวัตของระบบการแพทย์พื้นบ้าน โดยเน้นกระบวนการปรับตัวของหมอพื้นบ้าน ที่แสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงฐานคิดเรื่องการจัดการกับสุขภาพอนามัยและวิธีการรักษาเยียวยา การปฏิสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับระบบการแพทย์ระบบอื่นๆ ทั้งในรูปของความพยายามต่อต้านจัดขึ้นเพื่อรักษาวัฒนธรรมการจัดการด้านสุขภาพอนามัยของตนเองไว้ การลอกเลียน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่องค์กรและหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนจัดขึ้น ตลอดจนการผสมกลมกลืนวัฒนธรรมการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเองเข้ากับวัฒนธรรมการรักษาเยียวยา “แห่งชาติ”

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ทราบว่า หมออาคมหรือหมอผี, หมอยา และหมอสมุนไพรนับเป็นหมอพื้นบ้านสามประเภทแรกที่พบมากที่สุดในจังหวัดพิจิตร และในจำนวนนี้ยังมีหมอพื้นบ้านอีกถึงร้อยละ 3.63 ที่ผสมผสานทั้งสามวิธีเข้าด้วยกัน ดังนั้น หากจะกล่าวในภาพรวมของทั้งจังหวัดจะเห็นว่า หมอพื้นบ้านที่พบในจังหวัดพิจิตรส่วนใหญ่ใช้องค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านและวิธีการทางไสยศาสตร์ในการจัดการกับสุขภาพอนามัยในหลากหลายลักษณะ ดังสรุปได้คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพในรูปของอาหารเสริม เครื่องดื่มบำรุงกำลัง
2. การป้องกันโรคในรูปของอาหารเสริมและการประพฤติปฏิบัติตนในทางที่ชอบเพื่อไม่ให้เจ็บป่วย
3. การรักษาเยียวยาด้วยยาสมุนไพรพื้นบ้าน, ยากลางบ้าน และยาผีบอก เป็นต้น
4. การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลหลังป่วย เช่น อาหารบำรุงกำลัง, ยาอายุวัฒนะ, การไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อเยี่ยมเยียนและสอบถามข่าวคราว, และร่วมกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมที่จัดขึ้นในชุมชน

แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า ขอบเขตด้านสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้านทั้งสี่ประการข้างต้น ได้ถูกสอดแทรกมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา ความเชื่อทางไสยศาสตร์ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลกับสรรพสิ่งรอบตัว และการจัดระเบียบทางสังคมเข้าไปอย่างกลมกลืนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัย ซึ่งการจัดการกับสุขภาพอนามัยในลักษณะดังกล่าวได้ก่อให้เกิดบูรณาการระหว่างวิถีชีวิตของคนในชุมชนกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในมิติต่างๆทั้งด้านเวลาและสถานที่ เพื่อตอบสนองความต้องการสูงสุดของคนในพิจิตรคือการมีสุขภาพอนามัยที่ดีและมีความสุข

กรณีศึกษาที่ 1: หมอเปรี๊ญ พุนสาริกิจ

หมอพื้นบ้านเพศชาย อายุ 75 ปี เดิมเป็นคนอำเภอทับทัน จังหวัดอุทัยธานี อพยพตามพ่อแม่มาอยู่ที่บ้านเลขที่ 389 หมู่ 2 ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ไม่เคยเข้าเรียนในโรงเรียนตั้งแต่ยังเล็กๆ แต่การที่ชุมชนซึ่งหมอเปรี๊ญอาศัยอยู่มีการสืบทอด ไข้ และรักษาเยียวยาด้วยการแพทย์พื้นบ้านอย่างกว้างขวางทั้งโดยวิธีการใช้คาถาอาคมและสมุนไพรพื้นบ้าน ประกอบกับตัวของหมอเปรี๊ญเองมีนิสัยชอบช่วยเหลือคนอื่น จึงทำให้หมอเปรี๊ญเกิดความสนใจใคร่เรียนรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้าน หมอเปรี๊ญเริ่มเรียนวิชาคาถาอาคมเพื่อรักษาโรคตั้งแต่ช่วงเข้าสู่วัยรุ่น โดยเรียนจากพ่อและเพื่อนบ้านที่มีอาชีพเป็นหมออาคมพื้นบ้าน ตัวอย่างวิชาที่เรียนในช่วงแรกได้แก่ การเป่าพ่นรักษาโรคตัวดำตัวแดง หัวพิษ หัวदान ดับพิษ และโรคกระดูกหัก จนกระทั่งอายุได้ 21 ปี หมอเปรี๊ญจึงบวชเป็นพระและเริ่มศึกษาวิธีการรักษาโรคด้วยสมุนไพรอย่างจริงจังจาก “หลวงพ่อเส็ง” และ “พระครูเทือง” พระสงฆ์ในท้องถิ่น แต่การเรียนรู้เป็นลักษณะ “ครูพักลักจำ” กล่าวคือ หมอเปรี๊ญจะใช้วิธีการสังเกต จดจำ และแอบลักบันทึกดวยยาสมุนไพรตลอดจนตำรับยาต่างๆเอาไว้เพื่อศึกษาเองด้วย และเมื่อพระทั้งสองรูปवानให้ลอกชื่อยาต่างๆใส่สมุด หมอเปรี๊ญก็ลอกตำรับยาเก็บไว้ และหลังจากที่หมอเปรี๊ญลาสิกขาบทแล้ว ยังได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรหมอสมุนไพรที่วัดท่าหลวง จังหวัดพิจิตร จากแพทย์พุทธมณฑลอีกประการหนึ่งด้วย

ตามทัศนะของหมอเปื่อง หมอพื้นบ้านที่ดีต้องเป็นคน “ใจเย็น ขยัน อดทน ไม่มักได้ ไม่ลบหลู่ครูผู้สอนวิชาให้ เป็นผู้สนใจใฝ่รู้และหมั่นศึกษาเพิ่มเติมอยู่เสมอ” ซึ่งฐานคิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการประพฤติปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของหมอเปื่องดังเป็นที่กล่าวขวัญกันโดยทั่วไปในชุมชนว่าเป็นผู้ที่รักษาศิล 5 อย่างเคร่งครัด ขยัน ซื่อสัตย์ และหมั่นประกอบพิธีไหว้ครูเพื่อแสดงความกตัญญูต่อครูผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ และเข้าร่วมฝึกอบรมทั้งด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรพื้นบ้านโดยสม่ำเสมอ

หมอเปื่องกล่าวว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาหาหมักไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลก่อน แต่เมื่อไม่ได้ผลตามที่ผู้ป่วยคาดหวังหรือแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายได้แล้ว ผู้ป่วยจึงกลับมาหาตน แต่ก็พบอยู่บ่อยๆที่ผู้ป่วยเลือกใช้การรักษาแบบพื้นบ้านตั้งแต่ต้น เนื่องจากมีประสบการณ์ตรงว่า เคยมาได้รับการรักษาแล้วหายทำให้เลือกที่จะมารับการรักษาหรือขอคำแนะนำอีกเมื่อมีปัญหาสุขภาพแบบเดิม

โดยโรคที่ผู้มาขอคำแนะนำและขอรับการรักษานิยมมาพบหมอเปื่อง จำแนกตามคำรับยาและวิธีการรักษาได้แก่¹⁴

1) โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ไข้	รักษาโดย	ยาหม้อ
2) โรคปวดไม้ได้ คางแข็ง	รักษาโดย	ยาผง
3) โรคกระดูกหัก	รักษาโดย	ยาน้ำมัน, นวด
4) คับพิษ โรคตัวดำตัวแดง	รักษาโดย	การเป่า ฟั่น

สำหรับคำรับสมุนไพรที่ใช้ ส่วนใหญ่หมอเปื่องจะปลูกเองรอบๆบริเวณบ้าน เช่น บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจน เหงือกปลาหมอ ข่า ตะไคร้หอม ไพร ขมิ้น รากจืด ดีปลี โศไม่รู้อ้ม จวงช้าง เจ็ดตะมุลเพลิง คำลึง หวานหางจรเข้ มะกา กระเทียม ญูน ขี้เหล็ก เหยหอม ชุมเห็ดเทศ สำหรับสมุนไพรบางชนิดที่ปลูกเองไม่ได้หรือเป็นสมุนไพรที่หายาก หมอเปื่องจึงจะไปหาซื้อที่ร้านขายยาสมุนไพรที่อำเภอวังทรายพูน กิ่งอำเภอสามโก้ และในตัวอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

ส่วนการถ่ายทอดความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน หมอเปื่องจะเลือกถ่ายทอดให้เฉพาะคนในครอบครัวเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าเสียดายที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวของหมอเปื่องคนใดที่สนใจในด้านนี้เลย ดังนั้น จึงเป็นที่น่าเสียดายที่ในอนาคตองค์ความรู้เรื่องการจัดการกับสุขภาพอนามัยของหมอเปื่องคงจะสูญหายไปอย่างแน่นอน

¹⁴ ในการรักษาโรคทุกโรคจะต้องมีคาถากำกับการรักษาทั้งสิ้น

กรณีศึกษาที่ 2: หมอลำจวน อ่อนตา (แกะ)

หมอฟันบ้านเพศหญิง อายุ 66 ปี อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 171 หมู่ 14 ตำบลวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ไม่เคยเข้าเรียนในโรงเรียน หมอลำจวนเกิดและเติบโตมาในครอบครัวที่ชอบช่วยเหลือผู้อื่น ในวัยเด็กพ่อ แม่ ปู่ย่า ตายาย มักเรียกให้ไปบิบนวดเมื่อกลับมาจากไร่นาอยู่เป็นประจำ ทำให้หมอลำจวนมีความรู้และความชำนาญเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้ การที่หมอลำจวนเป็นคนช่างสังเกต และสนใจใคร่รู้อยู่เสมอ ทำให้มีความพยายามศึกษาหาความรู้ด้วยการลองผิดลองถูกด้วยตนเอง จนเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการบีบ นวด และประคบด้วยสมุนไพร โดยโรคที่คนในท้องถิ่นนิยมาปรึกษากับหมอลำจวน ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ปวดเมื่อยและคัดยอกต่างๆ

จากการสัมภาษณ์เจาะลึก ถึงคุณสมบัติของหมอฟันบ้าน หมอลำจวนมีทัศนะว่า หมอฟันบ้านควรมีใจรักในอาชีพของตน เสียสละเพราะรายได้ในการรักษาจะไม่มาก มีจิตใจเมตตาอยากช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ และไม่หวงวิชา โดยตำรับยาที่หมอลำจวนใช้เป็นประจำในการประคบและบีบนวดได้แก่ ตะไคร้หอม การบูร ไพร มะกรูด ใบหนาด ใบมะขาม และพิมเสน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ปลูกอยู่ในบริเวณบ้านของหมอลำจวน หรือหาได้ง่ายโดยทั่วไปในชุมชน และไม่ใช่ว่าจะเป็นความลับอะไร เนื่องจากคนในท้องถิ่นส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับตัวยาพื้นบ้านที่นำมาปรุงเป็นตำรับยาเป็นอย่างดีอยู่แล้ว

สำหรับการถ่ายทอดวิชาการนวดและประคบนั้น หมอลำจวนกล่าวว่า ตนยินดีถ่ายทอดความรู้ให้กับทุกคนที่สนใจ แต่ในปัจจุบันยังไม่มีใครต้องการเรียน แม้กระทั่งบุตรเขยที่หมอลำจวนต้องการถ่ายทอดให้ก็ไม่สนใจ

กรณีศึกษาที่ 3: หมอใบ ตั้งใจ

หมอฟันบ้านเพศชาย อายุ 77 ปี อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 67 หมู่ 10 ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 หมอใบมีนิสัยรักการเรียนรู้และช่างสังเกตมาตั้งแต่เด็ก และการที่เป็นคนซึ่งมีความสนใจในเรื่องสมุนไพรเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดการลองผิดลองถูกและเรียนรู้เรื่องสมุนไพร โดยการทดลองกินยาที่ตนเองคิดค้นขึ้น ประกอบกับหมอใบเคยมีโอกาสดำเนินการอบรมด้านสมุนไพรพื้นบ้านที่อำเภอสามง่ามจัดขึ้น และได้รับแจกหนังสือเกี่ยวกับยาสมุนไพรซึ่งตนเองเห็นว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ จึงทดลองปรุงและกินยาที่ตนเองปรุงดู โดยยาพื้นบ้านที่หมอใบเลือกปรุงและใช้เป็นอันดับแรกได้แก่สมุนไพรฟ้าทะลายโจร เพราะเคยมีข้อมูลว่าเป็นสมุนไพรที่มีประโยชน์ เป็นยาอายุวัฒนะ แก้อาการปวดเมื่อย และบำรุงร่างกาย และเมื่อลองใช้แล้วก็รู้สึกกระชุ่มกระชวยขึ้นจริง ในขั้นตอนแรกหมอใบจึงทดลองไปสอบถามหมอฟันบ้านอื่นๆเพื่อหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง หลังจากนั้นจึงศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเองจากตำรายาสมุนไพรเรื่องฟ้าทะลายโจรที่พิมพ์จำหน่ายทั่วไป

สำหรับคำรับยาสมุนไพรหลายโรคที่หมอใบคิซึ้น ประกอบด้วยการนำสมุนไพรหลายโรคสดๆมาตากแดดจนแห้งแล้วจึงตำจนป่นเป็นผง เสร็จแล้วนำไปละลายกับน้ำผึ้งบริสุทธิ์ หรือน้ำคั้นสุกอื่นๆ ใช้ป่นเป็นยาถูกลอกหรือคั้นกิน สรรพคุณเป็นยาอายุวัฒนะ แก้ปวดเมื่อย บำรุงร่างกาย และแก้ไข้ต่างๆ ได้ดี

หมอใบกล่าวว่า ตนเองไม่หวงวิชาความรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้านและพยายามบอกหรือถ่ายทอดความรู้ทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อมให้กับเพื่อนบ้านและผู้สนใจอยู่เสมอๆ และการที่ตนเองใช้ยาสมุนไพรแล้วมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ก็นับเป็นตัวอย่างที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงคุณประโยชน์ของยาพื้นบ้านในทางอ้อม หมอใบกล่าวว่า วิธีที่จะทำให้คนไทยหันมาสนใจยาพื้นบ้านมากขึ้นได้นั้น “ก่อนอื่นจะต้องทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจในการพึ่งพาตนเอง คิดและทำโดยอาศัยสิ่งที่ตนเองรู้จักจริงและมีจริง”

กรณีศึกษาที่ 4: หมอพยุง คิณะคัต

หมอพื้นบ้านเพศชาย อายุ 76 ปี จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 64 หมู่ 16 ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร สาเหตุที่หมอพยุงสนใจเรื่องการแพทย์พื้นบ้านเนื่องจากในสมัยเมื่อตนยังเป็นเด็ก ชุมชนที่เขาอาศัยตั้งอยู่ห่างไกล การคมนาคมก็ไม่สะดวกเช่นในปัจจุบัน เวลาป่วยไข้จึงมักมีปัญหาขาดแคลนหมอและยา สภาพดังกล่าวส่งผลให้หมอพยุงเกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เรื่องยาพื้นบ้านเพื่อจะได้พึ่งพาตนเองได้ในยามเจ็บป่วย แรกๆก็เรียนรู้ไว้เพื่อรักษาตนเองและคนในครอบครัว โดยใช้หลากหลายวิธีในการเรียนรู้ เช่น การลองผิดลองถูก ศึกษาจากตำราสมุนไพรต่างๆที่มีขายในท้องตลาด สอบถามผู้รู้ในชุมชน และการเข้าร่วมฝึกอบรมสัมมนาเรื่องยาสมุนไพรต่างๆกับทางจังหวัดพิจิตร

ต่อมาจึงเริ่มปรุงยาและใช้ในเวลาเจ็บป่วย เมื่อยาและวิธีการรักษาที่ใช้ได้ผลดี เพื่อนบ้านใกล้เคียงก็มาขอคำแนะนำอยู่เสมอ บางคนก็มาขอยาไปทดลองใช้ และเมื่อได้ผลดีก็บอกต่อกันมา จึงทำให้มีคนมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ สำหรับการรักษาส่วนใหญ่ ลุงพยุงมักทำที่บ้าน โดยจดคำรับยาให้ผู้ป่วยหรือญาติไปปรุงหรือหาซื้อกินเอง หรือในบางกรณีที่หมอมียายู้งาก็จะมอบให้ไป ส่วนค่ารักษานั้นขึ้นอยู่กับหมอและผู้ป่วยจะตกลงกัน ผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีเงินก็ไม่คิดค่ารักษา แต่ส่วนใหญ่ค่ารักษาก็อยู่ในระหว่างราคา 50-200 บาท ขึ้นกับตัวยาที่นำมาปรุง ว่าราคาแพงและหายากมากน้อยเพียงใด

ยาพื้นบ้านที่หมอพยุงใช้ส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรที่พบอยู่ทั่วไปในจังหวัดพิจิตร ที่นิยมใช้มากมีทั้งคำรับยาที่ประกอบขึ้นจากสมุนไพรหลากหลายชนิด และยาเดี่ยวที่ประกอบด้วยสมุนไพรเพียงชนิดเดียว นอกจากนี้ ยังพบว่าวัตถุดิบที่ใช้อยู่ไม่ได้เพียงเพื่อรักษาเย็บเย็บอาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่มีทั้งเครื่องคั้นเพื่อบำรุงสุขภาพให้แข็งแรงเมื่ออยู่ในภาวะปกติ และมีทั้งยาที่ใช้เพื่อรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย คำรับยาและยาพื้นบ้านที่สำคัญได้แก่

1. ดำรับยาต้มที่ปรุงขึ้นจากมะเดื่อชุมพร หญ้านาง สี่พันคนทา รากกิ่งจี่รากเท้าหญาปวน ในอัตราส่วนเท่าๆกัน โดยจะต้มดื่มสดๆหรือตากแดดก่อนดื่มก็ได้ หลังจากนั้นจึงนำมาต้มเพื่อแก้ไข้
2. เครื่องดื่มที่ปรุงขึ้นจากลูกข่อย ส่วนประกอบคือลูกข่อยห่าม 3 กิโลกรัมสับให้ละเอียด แล้วจึงคลุกเคล้าด้วยน้ำตาลทรายแดง 1 กิโลกรัมใส่ลงในภาชนะมีฝาปิดมีความจุ 15-20 ลิตร หมักไว้ 3 วัน ก่อนเติมน้ำสะอาด 8 ลิตร คั้นให้เข้ากัน ปิดฝาให้สนิท คนทุก 3 วัน ทิ้งเอาไว้วัน 3 เดือน จึงใช้ดื่มแก้โรคหัวใจ โรคอ้วน มะเร็ง และโรคไต
3. รากกะโดนดิน โด่ไม่รู้ล้ม เถาวัลย์เปรียง เถารังแดง เหงือกปลาหมอ ยาข้าวเย็น ตะโกนา ดันแจง ตะไคร้แกง ในอัตราส่วนเท่าๆกันสดๆมาต้มรวมกัน ดื่มน้ำกินแก้โรคกระษัย แก้ปวดเมื่อย ชักเบา ขาชาตุ แก้ก้องเสีย

โดยหมอพยุangkกล่าวว่า คนยินดีที่จะถ่ายทอดความรู้เรื่องยาพื้นบ้านและขั้นตอนในการรักษาให้แก่ผู้ที่สนใจเพื่อเป็นวิทยาทานให้แก่ทุกคน เพียงแต่หากคนในท้องถิ่นที่สนใจมาเรียนรู้อยากมาก เนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มักไม่ร่ำรวย ดังนั้น จึงไม่สามารถยึดเป็นอาชีพหลักได้ ดังนั้น คุณสมบัติของหมอพื้นบ้านที่ดีในทัศนะของหมอพยุangk จึงต้องเป็นคนที่ไม่เสียดสีและไม่หวังจะร่ำรวยจากการรักษา

กรณีศึกษาที่ 5: หมอพื้นบ้าน พรหมอยู่

หมอพื้นบ้านเพศชายอายุ 68 ปี อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 112 หมู่ที่ 3 ตำบลบางลาย กิ่งอำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ไม่เคยเรียนหนังสือ ความสนใจเรื่องการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านเกิดขึ้นจากปัญหาความขาดแคลนหมอและยาในอดีต ผนวกกับอุปนิสัยส่วนตัวของหมอพื้นบ้านเองที่ชอบช่วยเหลือคนอื่น ทำให้ไปขอเรียนรู้เรื่องยาพื้นบ้านจาก “อาจารย์ยก” ซึ่งในขณะนั้นบวชเป็นพระอยู่ที่วัดคลองข่อย ตำบลบางลาย กิ่งอำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร หลังจากนั้น หมอพื้นบ้านก็เรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองและสอบถามจากหมอพื้นบ้านในท้องถิ่นคนอื่นๆ จนในที่สุดได้คิดพัฒนาตำรายาของตนเองและใช้จนเกิดความชำนาญ ก่อนให้คำแนะนำและการรักษาเยี่ยงยาให้แก่คนในชุมชนเรื่อยมา

การรักษาที่หมอพื้นบ้านใช้มักเริ่มจากการสอบถามอาการของผู้ป่วย ร่วมกับการพิจารณาลักษณะที่ปรากฏตามร่างกายภายนอก หลังจากนั้นจึงจัดยาตามอาการ ซึ่งมีทั้งยาต้มเป็นหม้อ ที่เรียกว่า “ยาหม้อ” และยาผง และเมื่อผู้ป่วยกินยาไปแล้ว 3 วันถึง 7 วัน หากอาการไม่ดีขึ้นก็จะสอบถามอาการ และวินิจฉัยโรคใหม่ก่อนจัดยาเพิ่มเติมให้อีก ยาที่หมอพื้นบ้านใช้ส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรที่ปลูกขึ้นเองรอบๆบ้านและมีบางส่วน เป็นส่วนน้อยที่ต้องหาซื้อเพิ่มเติมจากร้านค้าสมุนไพรในเมืองพิจิตร โรคที่คนในชุมชนนิยมมารับการรักษาได้แก่ โรคไข้ทับระดู โรคชางในเด็ก โรคหัด โรคอีสุกอีใส โรคตกขาว และปวดประจำเดือน ซึ่งหากนำประเภทของโรคที่หมอพื้นบ้านมีความเชี่ยวชาญ

และให้การรักษาเป็นประจำไปเปรียบเทียบกับแพทย์แผนปัจจุบันจะเห็นว่า มีความใกล้เคียง “หมอเด็ก”¹⁵ และ “หมอสู”¹⁶ มากเลยทีเดียว

หมอพื้อมีความเห็นว่าการรักษาที่บ้านที่ดีต้องมีศีล มีสัจย์ อดทน มีจิตใจเมตตาปราณี และไม่เห็นแก่เงิน และจากการสอบถามจากผู้รับการรักษาและคนในชุมชนก็พบคำยืนยันในทำนองเดียวกันว่า หมอพื้อมีการรักษา 5 อย่างเคร่งครัด และให้การรักษาสื่อด้วยความจริงใจ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าหวังให้ตนเองร่ำรวย นอกจากนี้ หมอพื้อมยังขยันหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลาจากการอบรมสัมมนา และการอ่านตำรายาแพทย์แผนโบราณและตำรายาสมุนไพรต่างๆ หมอพื้อมกล่าวว่า ตนยินดีที่จะถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ที่สนใจด้านการแพทย์พื้นบ้านเพื่อเป็นวิทยาทาน และในปัจจุบันได้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ นางปราณี ศิริสมบุรณ์ ลูกสาวคนโต ซึ่งประกอบอาชีพค้าขายไปแล้ว

สำหรับยาพื้นบ้านที่หมอพื้อมใช้ส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรได้แก่ ดม้หอมแดง ต้นทิม ต้นกำลังเจ็ดข้างสาร ต้นปีบ สะเลดพังพอน และโคนดินสอ เป็นต้น

กรณีศึกษาที่ 6: หมอฮ้อย เกตุบางลาย

หมอพื้อมบ้านเพศชาย อายุ 69 ปี อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 353 หมู่ที่ 7 ตำบลบางลาย กิ่งอำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร ไม่เคยเข้าโรงเรียน สาเหตุที่หมอฮ้อยมาเป็นหมอพื้นบ้านเนื่องจากได้รับแรงบันดาลใจจากบรรพบุรุษ และผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้านที่เคยเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน หลังจากนั้น จึงเรียนรู้จากบรรพบุรุษและลองผิดลองถูกด้วยตนเองจากการทดลองรักษาโดยไม่คิดมูลค่าจนเกิดความชำนาญ แล้วจึงให้การรักษากับผู้ป่วยที่มาพบ หมอฮ้อยเชื่อว่าหมอพื้นบ้านที่ดีต้องมีครู และครูที่ดีที่สุดคือพ่อแม่และบรรพบุรุษที่มีความเมตตาอารี มีศีลธรรม และคุณสมบัติของหมอพื้นบ้านที่ดีคือต้องจริงใจในการรักษา “ไม่เลี้ยงโรค” ไม่หลอกลวงเรื่องสรรพคุณยา และมุ่งรักษาโรคให้หายขาดโดยเร็ว ซึ่งฐานคิดดังกล่าวตนได้รับการถ่ายทอดทั้งโดยคำบอกเล่าจากบรรพบุรุษที่เป็นหมอพื้นบ้านและการประพฤติปฏิบัติตนให้เห็นเป็นตัวอย่าง

วิธีการรักษาของหมอฮ้อยมักเริ่มจากการสอบถามอาการก่อนแล้วจึงจัดยาให้แก่ผู้ป่วยตามลักษณะอาการของโรค ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยาชุดที่เรียกว่า “ยาหม้อ” ที่ปรุงจากสมุนไพรที่ปลูกเองในบริเวณบ้านและหาซื้อจากร้านขายยาในเมืองพิจิตร โรคที่ผู้ป่วยนิยมมารับการรักษาได้แก่ ขากระดูกรอบลม โรคไข้ทับระดู ยาบำรุงร่างกาย

¹⁵ กุมารแพทย์

¹⁶ สูตินรีแพทย์

หมอผู้ต้องการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้ที่สนใจ ซึ่งในปัจจุบันก็พยายามถ่ายทอดโดยการบอกเล่า ทำให้ดู และลงใจให้ลูกสาวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาเยียวด้วย หมอผู้เชื่อว่ายาพื้นบ้านมีความจำเป็น เพราะเป็นสิ่งที่คนในชนบทใช้และรอดตายมาหลายรุ่นแล้ว ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าวแสดงว่ายาที่คนเก่าคนแก่ใช้ในอดีตต้องมีความเหมาะสมกับชนิดและประเภทของโรคที่มีอยู่ในพิจิตร ดังนั้น จึงควรต้องช่วยกันรักษาดำรงยาพื้นบ้านเอาไว้โดยการใส่ ปลุก และสืบทอดวิธีการและตัวยาให้กว้างขวางออกไป

กรณีศึกษาที่ 7: หมอประคอง ศรีภิรมย์

หมอพื้นบ้านเพศหญิงอายุ 73 ปี ไม่เคยเรียนหนังสือ เดิมอาศัยอยู่ที่บ้านบ่อแร่ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนอพยพตามพ่อแม่มาอยู่ที่บ้านเลขที่ 11 บ้านเนินทราย ตำบลสายคำโห้ อำเภอมือง จังหวัดพิจิตร สาเหตุที่ “หมอกอง” สนใจมาเป็นหมอพื้นบ้าน เนื่องจากมีพ่อเป็นหมอพื้นบ้านและได้รับการถ่ายทอดความรู้โดยตรงจากพ่อคือ หมอบุญมี กุ่มครอง หมอพื้นบ้านผู้มีชื่อเสียงของอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี หมอกองมีความคิดว่า หมอพื้นบ้านที่ดีควรเป็นผู้ที่อยู่ในศีลในสัตย์ มีเมตตาต่อผู้เดือดร้อน ไม่เป็นคนอวดเก่งในวิชาความรู้ที่ตนมี และชวนช่วยหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ ซึ่งคติความเชื่อเรื่องคุณสมบัตินี้ของหมอพื้นบ้านดังกล่าว ตนเองได้รับการบอกเล่าทั้งโดยวาจาและการปฏิบัติตัวเป็นตัวอย่างของพ่อซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านมาตั้งแต่อาชุน้อย

โรคที่ผู้ป่วยนิยมมารักษาและขอคำแนะนำจากหมอกองได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ ไข้ โดยยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรพื้นบ้าน เช่น ยากวาดคอ และยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน สมุนไพรเพชรสังฆาต โดยสมุนไพรส่วนใหญ่จะได้อาจากสวนสมุนไพรรอบๆบ้านของหมอกองเองหรือบางชนิดที่ปลูกยากหรือหายาก ก็จะไปหาซื้อจากร้านสมุนไพรจากตลาดในเมืองพิจิตร จากการสัมภาษณ์ทำให้ได้ทราบว่าหมอกองจะทำหน้าที่เป็น “หมอยา” ขายยาตามที่ผู้ป่วยต้องการหรือขายยารักษาเฉพาะโรคที่หมอกองมีความชำนาญ โดยยาพื้นบ้านที่ขายส่วนใหญ่จะถูกบรรจุในถุงพลาสติกราคาถุงละ 100 บาท สำหรับตำรับยาซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมากในพิจิตรและหมอกองมีความเชี่ยวชาญจนเป็นที่กล่าวขวัญถึงได้แก่

- 1) ยารักษาโรคอัมพฤกษ์ มีส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ พริกไทย คีปี้ จิงแห้ง และน้ำผึ้ง โดยขั้นตอนในการปรุงเริ่มจากการนำสมุนไพรในอัตราส่วนเท่าๆกันมาบดให้ละเอียด คลุกเคล้าให้เข้ากันก่อนผสมด้วยน้ำผึ้งบริสุทธิ์ ปั้นเป็นลูกกลอน รับประทาน 1-2 ก่อนหลังอาหาร
- 2) ยารักษาไข้ หรือ ยากวาดคอ มีส่วนประกอบสำคัญคือ งา พริกไทย คีปี้ ถิ่นทะเล จิงแห้ง กระเทียมแห้ง น้ำมะนาว และเกลือ มาบดให้ละเอียด ผสมให้เข้ากัน แล้ว “ปล่อย” ลงคอผู้ป่วยวันละ 2-3 ครั้ง

กรณีศึกษาที่ 8: หมอไค แสงขาน

หมอพื้นบ้านเพศชายอายุ 61 ปี อาศัยอยู่กับภรรยาชื่อ นางเล็ก แสงขาน มีบุตร 3 คน อยู่ที่ บ้านเลขที่ 75 หมู่ที่ 5 ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร มีอาชีพหลักเป็นการโรงที่ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน และอาชีพรองค้าขายและเป็นหมอพื้นบ้าน ความสนใจในระบบ การแพทย์พื้นบ้านของหมอไคเกิดจากความสนใจและความต้องการส่วนบุคคลที่จะอนุรักษ์ สมนไพรไทย เนื่องจากตระหนักว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวมาช้านาน หมอไค เคยสมัครเข้ารับการฝึกและอบรมจากชมรมสมุนไพรรากเหนือจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลลำปาง ก่อนเปิดให้บริการด้านคำแนะนำปรึกษาและการรักษาเยียวยาด้วยการแพทย์พื้นบ้านโดยหมอไค เน้นการรักษาด้วยสมุนไพรรักษาสำเร็จในเกือบชูล โดยสมุนไพรพื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยมมากในหมู่ผู้ มารับการรักษาเยียวยาจากหมอไคมี 7 ชนิดได้แก่ สมุนไพรฟ้าทะลายโจร สมุนไพรขมิ้นชัน สมุนไพรเพ็ชสังฆาต สมุนไพรรบระเพ็ด สมุนไพรพญาช้างสาร สมุนไพรรอกคำฝอย และ สมุนไพรหญ้าหนวดแมว โดยหมอไคกล่าวว่าสมุนไพรที่ดีหมอพื้นบ้านควรต้องเป็นผู้ปลูก เก็บ สมุนไพร และผลิตสมุนไพรรักษาสำเร็จด้วยตนเองตลอดทั้งกระบวนการ เนื่องจากการปลูก การ เก็บใบหรือดอกมาผึ่งลมให้แห้ง บดด้วยเครื่องบด และการบรรจุใส่แคปซูลด้วยตนเอง จะช่วยทำให้ หมอพื้นบ้านสามารถควบคุมคุณภาพและ “ความบริสุทธิ์” ของตัวยาที่ใช้ได้ทุกขั้นตอน

หมอไคมีความเชื่อว่าหมอพื้นบ้านที่ดีจะต้องเป็นคนดีมีเมตตา ละเว้นจากอบายมุข “รักษา ดี”¹⁷ และที่สำคัญที่สุดคือต้องประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างของบุคคลที่ดี ตามที่ชุมชนยอมรับ และคาดหวัง ตลอดจนไม่หลอกลวงเรื่องการรักษาหรือสรรพคุณยาที่จำหน่ายเกินกว่าที่เป็นจริง ปัจจุบันหมอไคยังไม่ได้ถ่ายทอดความรู้ที่มีให้แก่ผู้ใด

กรณีศึกษาที่ 9: หมอบิน คงระนันท์

หมอพื้นบ้านเพศชายอายุ 60 ปี สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 167 หมู่ที่ 7 บ้านคลองคู ตำบลปากทาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ปัจจุบันหมอบินมีความเชี่ยวชาญด้าน การนวดและการประคบด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน และมีประสบการณ์ด้านการนวดมาแล้วเกือบ 30 ปี ความสนใจในเรื่องระบบการแพทย์พื้นบ้านของหมอบิน เกิดขึ้นจากความสนใจใฝ่รู้ส่วนตัว และใน ช่วงที่บวชเป็นพระ ได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากตำราสมุนไพรรักษาต่างๆทั้งที่มีจำหน่ายและจากตำรับ ตำรายาเก่าๆที่หลงเหลืออยู่ตามครัวเรือนในท้องถิ่น ต่อมาภายหลัง หมอบินจึงได้ขอเรียนเพิ่มเติม กับ “หมออ่อน จันทร์ลี” หมอพื้นบ้านที่บ้านลาวขาม จังหวัดร้อยเอ็ด

¹⁷ หมายความว่า มีความรู้ความเชี่ยวชาญในโรคที่รักษา

หมอบินมีความเชี่ยวชาญด้านการนวด ประคบ เพื่อแก้ไขอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย โดยใช้ลูกประคบสมุนไพรที่หนึ่งจนร้อนแนบประคบไปทั่วตามบริเวณที่ปวดเมื่อยพร้อมๆ ไปด้วยกับการนวด กดจุดต่างๆ ลูกประคบที่หมอบินใช้ประกอบด้วยสมุนไพรพื้นบ้านหลายชนิดได้แก่ โพลกา เถาเอน อ่อน ใบส้มป่อย ใบมะขาม ผักเสี้ยนผี มะกูด การบูร และเมนทอล

หมอบินมีฐานคติเกี่ยวกับคุณสมบัติของหมอพื้นบ้านที่ดีว่า ต้องเป็นผู้ที่รักษาศีลโดยเคร่งครัด มีสัจจะ ไม่หลอกลวงหวังเพียงเงินค่ารักษา และไม่อวดเก่งในวิชาความรู้ที่ตนเองมีอยู่ เนื่องจากหมอบินมีเชื่อว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและหมอที่ดีจะต้องหมั่นศึกษาค้นคว้า และทดลองเพื่อคิดค้นสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ซึ่งฐานเชื่อดังกล่าวทำให้การรักษาของหมอบินมักเป็นการให้การรักษาย่างเต็มที่ไม่ว่าคิดเงิน เนื่องจากตนเองมีความสุขในการกระทำความดีและมีความเห็นว่าสมุนไพรที่มีอยู่ส่วนใหญ่ไม่ได้เสียเงินซื้อหา มา แต่สามารถหาได้ในท้องถิ่น ที่ต้องซื้อก็สมุนไพรไม่ได้แพง แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้สมุนไพรหรือยาที่หายาก ราคาแพง และต้องซื้อหาจากร้านค้าต่างถิ่น หมอบินมักจะจดซื้อยาให้ญาติหรือผู้ป่วยไปหาซื้อมาด้วยตนเอง

กรณีศึกษาที่ 10: หมอจรัส เรืองมาลัย

หมอพื้นบ้านเพศชาย อายุ 58 ปี สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 56/4 หมู่ 6 ตำบลท่าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร มีอาชีพหลักคือการค้าขายเล็กๆ น้อยๆ อาชีพรองคือการเป็นหมอพื้นบ้าน หมอจรัสมีประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้านมาแล้วกว่า 30 ปี ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับมาจากพ่อและพี่ชายซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน และด้วยความสนใจส่วนตัวหมอจรัสก็ได้ไปเรียนวิชาแพทย์แผนโบราณกับหมอประวุฒิ สังศิลป์เวช ที่ วัดโพธิ์ กรุงเทพมหานคร เมื่อ ปี พ.ศ. 2505 และต่อมาได้เข้าร่วมอบรมหลักสูตรพิเศษ การใช้สมุนไพรจากคณะกรรมการบริหารโครงการตามพระราชดำริ สอนป่าสมุนไพรเพื่อสนองพระราชดำริของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เมื่อเดือนมีนาคม 2530

หมอจรัสมีฐานคติเช่นเดียวกับหมอพื้นบ้านคนอื่นๆ ในจังหวัดพิจิตรว่า หมอพื้นบ้านที่ดีต้องเป็นผู้ที่มีศีล มีธรรม ไม่คิดเบียดเบียนผู้อื่น มีจิตใจโอบอ้อมอารี มีสัจจะ ไม่หลอกลวงผู้อื่น หากโรคใครรักษาไม่ได้ก็ควรจะต้องบอกผู้ป่วยไปตามตรงไม่ใช่ “เลี้ยงไข” เพื่อหวังเงินตอบแทน หมอจรัสมีความเชื่อว่า การแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการรักษาเยียวยาที่ใกล้ชิดกับชาวพิจิตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทซึ่งห่างไกล และยังเป็นวิธีการจัดการกับระบบสุขภาพอนามัยที่มีความหลากหลายช่วยให้สามารถตอบสนองกับความต้องการของคนที่แตกต่างกันไปได้เป็นอย่างดี หากหมอพื้นบ้านรู้จักปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทั้งวิธีการรักษาและคำรับยาให้ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มิใช่ย่ำอยู่กับที่ทั้งๆ ที่โลกภายนอกเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา หมอจรัสเชื่อว่าการจะพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านให้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ หมอพื้นบ้านจะต้องหมั่น

ศึกษาค้นคว้า เข้าร่วมอบรมและสัมมนากับหมอพื้นบ้านและผู้รู้คนอื่นๆอยู่เสมอ มิเช่นนั้น ความรู้ก็จะ “ตาย”

หมอจำรัสมุ่งเน้นการส่งเสริมและรักษาสุขภาพโดยใช้เครื่องคัมและอาหารเสริมควบคู่ไปกับการประพาศิปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยดี และหากเจ็บป่วยจึงจะรักษาเยียวยาด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน สำหรับกระบวนการรักษามักเริ่มจากผู้ป่วยมาหาและเล่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้ฟังที่บ้านของหมอจำรัส หลังจากนั้นหมอจำรัสก็จะจัดยารักษาให้ตามอาการ ยาที่มีผู้นิยมมากได้แก่ ยาแก้ไอหวัด และยาต้ม ซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญดังนี้ โกฏกระดู่ โกฏน้ำเต้า สมอไทย สมอติงการบูร การพลู พริกไทย จันทเทศ มหาหิง มะขามป้อม ขาดำ ชะเอม คีปาลี สลัดวัน ชะพลู เทียนขาว ลูกจัน เทียนดำ อบเชย ลูกกระวาน ผักแว่นแดง หัวอุตตะพิษ วานน้ำ บุกตลอด สมุนละเว้ง โทลาดินแมว โกฏสอ โกฏเขมา หัวดอกคิง เป้าน้อย น้ำผึ้ง นำน้าผึ้งแคด และบดให้ละเอียดก่อนผสมน้ำผึ้ง ปั้นเป็นลูกกลอน กินครั้งละ 2 เม็ด โดยหมอจำรัสแนะนำว่าสมุนไพรที่ใช้ทั้งหมดถ้ารู้ประวัติหรือ “ที่มาที่ไป” จะดีที่สุดเพราะขั้นตอนการปลูก การเก็บ และการรักษา ล้วนมีความสำคัญกับคุณภาพของตัวยามีอยู่ในสมุนไพรแต่ละชนิด ดังนั้น หากเป็นไปได้หมอพื้นบ้านควรปลูก เก็บ และปรุงยาเอง

กรณีศึกษาที่ 11: หมอบุญจันทร์ สมพงษ์

หมอพื้นบ้านเพศชายอายุ 61 ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่ 61/1 หมู่ 3 ตำบลหนองปล้อง อำเภอสว่างทรายพูน จังหวัดพิจิตร เคยรับราชการเป็นกำนันตำบลหนองหญ้าปล้องมาก่อน ปัจจุบันมีอาชีพหลักทำนาและอาชีพรองเป็นหมอพื้นบ้าน ความสนใจเรื่องการแพทย์พื้นบ้านของหมอบุญจันทร์ได้รับมาจากพ่อซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านเช่นเดียวกัน และถ่ายทอดความรู้เรื่องยาแผนโบราณและการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ควบคู่มาให้ และเมื่อปี พ.ศ. 2520 ได้เข้ารับการอบรมเรื่องการแพทย์แผนโบราณที่กรุงเทพฯ และสามารถเข้าสอบจนได้รับใบประกอบโรคศิลป์แพทย์แผนโบราณที่จังหวัดพิษณุโลก

จึงกล่าวได้ว่า หมอบุญจันทร์เป็นอีกกรณีศึกษาหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงพลวัตรขององค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างระบบความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติและวิธีการรักษาแบบไสยศาสตร์ของหมอพื้นบ้านแต่โบราณ ควบคู่กับความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านที่ได้รับถ่ายทอดมาจากพ่อและชุมชน และความรู้ด้านการแพทย์แผนโบราณที่ได้รับมาจากการเข้าฝึกอบรมที่กรุงเทพฯ และนำองค์ความรู้ทั้งหมดที่ได้รับมาคัดสรร ปรับปรุง และพัฒนาจนมีความเหมาะสมกับอาการของโรคและความต้องการของผู้ป่วยชาวพิจิตร

สำหรับการรักษาเยียวยาที่หมอบุญจันทร์ใช้ในชุมชนนั้นพบว่า สมุนไพรที่ใช้มีทั้งที่ปลูกขึ้นในบริเวณบ้านและที่ซื้อจากร้านค้าสมุนไพรในตลาดเมืองพิจิตรซึ่งเป็น “เจ้าประจำ” เพราะทำให้ไว้วางใจได้ว่าจะช่วยให้ได้ยาดีมีคุณภาพตรงตามที่ต้องการ นอกจากนี้ กระบวนการตรวจตลอดจนการวินิจฉัยโรคของหมอบุญจันทร์ก็เกิดจากการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์พื้นบ้านเข้ากับ

การแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น มีการใช้ปรอทวัดไข้ ควบคู่กับการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ไข้ทับระดู และไข้ตัวร้อนที่เกิดจากอากาศเปลี่ยนแปลง เป็นต้น หมอบุญจันทร์กล่าวว่า สาเหตุที่ตนต้องผสมผสานองค์ความรู้จากแพทย์แผนปัจจุบันเข้าไปในกระบวนการรักษาก็เนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเริ่มเลื่อมความนิยมเรื่องวิธีการทางไสยศาสตร์และการแพทย์พื้นบ้านลงไปอย่างมากแล้ว แต่การที่ยังไม่มีวิธีอื่นให้เลือกใช้ในการจัดการกับสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดีกว่า จึงยังเลือกใช้วิธีการผสมผสานทั้งด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แบบไสยศาสตร์เข้าด้วยกัน

หมอบุญจันทร์เชื่อว่าด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้วิธีการที่หมอพื้นบ้านเลือกใช้ในการรักษาและจัดการกับสุขภาพอนามัย จึงต้องปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับฐานคิดของคนพิจิตรในปัจจุบัน และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพิจิตรที่ไม่เคยหยุดนิ่ง ส่วนจะรู้ได้อย่างไรว่าจะใช้วิธีการใดรักษาและจะผสมผสานองค์ความรู้ใดจากแหล่งใดในอัตราส่วนใด หมอบุญจันทร์กล่าวว่า

“หมอพื้นบ้านแต่ละคนต้องรู้จักสังเกตและวิเคราะห์ทั้งอาการของโรค การเปลี่ยนแปลงของชุมชน และความคิดความอ่านของคนที่มาหา อย่าไปยึดติดกับวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ดำริบดำริยาพื้นบ้านเป็นเพียงแนวทางที่พ่อครูในอดีตสั่งสอนถ่ายทอดต่อมา ต้องกราบไหว้ด้วยความเคารพ แต่ก็ไม่ควรยึดเป็นสรณะ เพราะตามหลักทางพุทธศาสนาก็บอกว่า อย่าเชื่อเพียงเพราะเป็นครูอยู่แล้ว หมอพื้นบ้านที่ยึดติดกับความรู้เก่าแก่ส่วนใหญ่มักไม่ยอมถ่ายทอดความรู้ที่ตัวเองมีให้แก่ใคร ความรู้ดำริบดำริที่มีจึงมักถูกทำลาย หรือสูญหายไปพร้อมกับตัว ในสมัยนี้ ไม่มีใครอยากเป็นอย่างนั้นแล้ว ความรู้ที่มีอยากถ่ายทอดจะตาย แต่ไม่มีใครอยากเรียนมากกว่า เพราะเป็นหมอพื้นบ้านมันไม่รวย เป็นอาชีพที่ต้องเสียสละอุทิศตัว....”

3. แหล่งเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

นอกจากบุคคลที่มีความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้านข้างต้นแล้ว ยังมีกลุ่มบุคคล วัด หรือร้านขายยาแผนโบราณ ที่ยังคงเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญซึ่งทำหน้าที่เป็นแหล่งเรียนรู้ในท้องถิ่น ทำหน้าที่ผลิตซ้ำองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน คิดค้นพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ถ่ายทอด ให้การรักษาเยียวยา และอนุรักษ์ตำราแพทย์พื้นบ้านให้คงอยู่สืบทอดต่อมา ที่สำคัญได้แก่

3.1 ชุมชนแห่งการเรียนรู้

3.1.1 โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยพินิตธรรมภณ วัดวังแดง

ตั้งอยู่ที่วัดวังแดง อำเภอสามง่าม โดยมีพระครูพินิตธรรมภณ อดีตเจ้าคณะอำเภอสามง่าม เจ้าอาวาสวัดวังแดงซึ่งในปัจจุบันได้มรณภาพไปแล้ว เป็นผู้ก่อตั้งโรงพยาบาลแห่งนี้ขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2497 และเริ่มรับรักษาผู้เจ็บป่วยที่เกี่ยวกับกระดูกโดยเฉพาะ เช่น กระดูกหัก (แขน ขา สะโพก หลัง) กระดูกร้าว กระดูกแตก โดยใช้ศาลาวัดเป็นที่พักฟื้นผู้เจ็บป่วย ซึ่งการรักษาดังกล่าวผู้มารับการรักษาจะต้องมีความศรัทธาเลื่อมใสเป็นสำคัญในเบื้องต้น การรักษาจึงจะได้ผลดี และเมื่อมีผู้เลื่อมใสศรัทธาพากันมารักษาเป็นจำนวนมากขึ้น พระครูพินิตธรรมภณร่วมกับชาวชุมชนใกล้เคียงและผู้มีจิตศรัทธาจึงได้ร่วมกันก่อสร้างเป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยของพิจิตรขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2529

ในปัจจุบัน ถึงแม้พระครูพินิตธรรมภณจะมรณภาพไปนานแล้ว แต่ก็ยังมีผู้สืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย และให้การรักษาเยียวยาแก่ผู้เจ็บป่วยตามเจตนารมณ์ของท่านสืบเนื่องมา และโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยพินิตธรรมภณ วัดวังแดง ในปัจจุบันก็ยังคงมีผู้มารักษาโรคกระดูกอยู่อย่างหนาแน่นเป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้ ยังเป็นแหล่งข้อมูลด้านสมุนไพรพื้นบ้าน การนวด ประคบ และวิธีการรักษาเยียวยาโรคกระดูกที่สำคัญของจังหวัดพิจิตร มีผู้สนใจทั่วไปมาศึกษาดูงานอยู่เป็นประจำ

3.1.2 ร้าน “รุ่งเรืองโฮสเทล” และ “ตำรายาสมุนไพรของ หมอลักษณ์ รุ่งเรืองฤทธิ์”

หมอลักษณ์ รุ่งเรืองฤทธิ์ เป็นหมอพื้นบ้านอีกผู้หนึ่งของจังหวัดพิจิตรที่เริ่มอนุรักษ์ตำรายาสมุนไพรแพทย์แผนโบราณเป็นคนแรกในอำเภอตะพานหิน หมอลักษณ์เป็นบุตรของหมอแจ้ง และนางส้มเกลี้ยง รุ่งเรืองฤทธิ์ เกิดเมื่อ พ.ศ. 2451 ที่จังหวัดนครสวรรค์ มีพี่น้องทั้งหมด 3 คน หมอลักษณ์เป็นบุตรคนที่ 2 พอหมอลักษณ์อายุประมาณ 14 ปี ก็เริ่มมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องยาสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน จึงได้ติดตามบิดาออกรักษาคนไข้กับพี่ชายตามหมู่บ้านชนบทในแถบจังหวัดนครสวรรค์ ด้วยยาสมุนไพรพื้นบ้านอยู่เสมอๆ ซึ่งในสมัยนั้นเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านอย่างกว้างขวาง เพราะในสมัยนั้นยังไม่มีวิวัฒนาการด้านการแพทย์ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรค หมอลักษณ์ได้ศึกษาเรื่องยาสมุนไพรต่าง ๆ จากหลากหลายแหล่งที่มา เช่น จากตำราสมุนไพร และจากคำสั่งสอนของบิดาเป็นเวลานาน

จนถึงปี พ.ศ. 2473 หมอลักษณ์ได้สมรสกับ นางบัว แจ่มประเสริฐ มีบุตรชาย 3 คน ก่อนที่จะย้ายครอบครัวมาอยู่ที่อำเภอตะพานหิน และเปิดร้านขายยาสมุนไพรชื่อร้านรุ่งเรืองโฮสเทล จนเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยทั่วไปเนื่องจากจังหวัดพิจิตรในสมัยนั้นยังไม่มีร้านขายยาแผนปัจจุบันเข้ามาใช้ ทำให้ชาวบ้านส่วนใหญ่ในพิจิตรนิยมใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านเมื่อเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย และ

เมื่อหมอลักษณ์เสียชีวิตลง ในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2500 บุตรชายคนเล็ก คือ นายพนรัตน์ รุ่งเรืองฤทธิ์ จึงรับช่วงเป็นผู้ดำเนินการร้านขายยาสมุนไพรสืบต่อมา

ปัจจุบันร้าน “รุ่งเรืองโอสถ” ตั้งอยู่ที่บริเวณข้างสะพานร่มแม่น้ำน่าน จำหน่ายยาสมุนไพรพื้นบ้านต่าง ๆ เป็นร้านแรกของอำเภอตะพานหิน แม้ว่าในปัจจุบันจะมียาแผนปัจจุบันเป็นจำนวนมากให้ประชาชนเลือกซื้อเลือกใช้ก็ตาม แต่ชาวบ้านในพิจิตรส่วนใหญ่ก็ยังนิยมใช้ยาสมุนไพร เพราะตระหนักว่ายาสมุนไพรพื้นบ้านมีคุณประโยชน์รักษาโรคต่าง ๆ ให้หายขาดได้ มีราคาถูก และ “สะดวกใจ” ในการไปพบหมอ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ในขณะที่ผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรในการรักษาเยี่ยวยา หมอนพรัตน์ก็แนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมอาหารการกิน ยกเว้นของแสลง และปฏิบัติตนในทางที่เหมาะสมตามหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนาด้วย

3.1.3 ชมรมผู้สนใจสมุนไพร อำเภอโพธิ์ประทับช้าง

ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2532 มีที่ทำการชมรมตั้งอยู่ที่บ้านเลขที่ 166 หมู่ 5 ตำบลไผ่ท่าโพ อำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร โดยมีนายทวี ศรีทอง ข้าราชการครูบำนาญ เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งและเป็นประธานชมรม มีสมาชิกซึ่งประกอบไปด้วยข้าราชการ พระภิกษุ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอยาพื้นบ้าน และประชาชนทั่วไป ในปัจจุบัน ชมรมสมุนไพรมีสมาชิกมากกว่า 400 คนแล้ว และมีคณะกรรมการบริหารชมรม 15 คน สมาชิกของชมรมทุกคนมีแนวความคิดที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในการยามเจ็บป่วยและต้องการฟื้นฟูอนุรักษ์มรดกการแพทย์พื้นบ้านของพิจิตร ตลอดจนการรักษาเยี่ยวยาด้วยสมุนไพรไทย โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนร่วมกัน คือ

- ส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ในด้านการแพทย์แผนไทยและคุณประโยชน์ของพืชสมุนไพรไทย
- ตั้งศูนย์ขยายพันธุ์สมุนไพรเพื่อแลกเปลี่ยนและแจกจ่ายแก่สมาชิกและผู้สนใจ
- ให้การรักษาโรคต่างๆ โดยใช้สมุนไพรเดี่ยว เช่น ฟ้าทลายโจรใช้รักษาโรคปวดหัวตัวร้อน ไข้หวัด แก้อาเจียน ภูมิแพ้ท้อง ฯลฯ เป็นต้น และตำรับยาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคกระเพาะ โรคจิตเสีดวงทวาร แก้มอัมพฤกษ์ นอกจากนี้ยังมีการปรุงยาอายุวัฒนะเพื่อใช้ส่งเสริมสุขภาพอีกประการหนึ่งด้วย

3.2 บ้านและครอบครัว: แหล่งเรียนรู้แห่งแรก

บ้านและครอบครัวนับเป็นแหล่งเรียนรู้และแหล่งรวมองค์ความรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญที่สุดของหมอยาพื้นบ้านในพิจิตร นอกจากนี้ บ้านและครอบครัวยังเป็นแหล่งเรียนรู้แห่งแรกที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของหมอยาพื้นบ้านในหลายด้าน เช่น การจัดการระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสรรพสิ่งรอบตัว การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ในสังคม และเป็นแหล่งที่

ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน จากการศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านเป็นจำนวนมากในจังหวัด พิจิตรเรียนรู้เรื่องการพึ่งตนเอง ผ่านกระบวนการจัดেলাทางสังคมและการปฏิสัมพันธ์เชิง สัญลักษณ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในหลายรูปแบบ เช่น เรียนรู้วิธีการปลูก ปรุ และใช้ยาสมุนไพร ขั้นตอนการประกอบพิธีกรรมต่างๆเพื่อการรักษาเยียวยา จากบรรพบุรุษและแหล่งสมุนไพรในป่า ช้างหรือป่าชุมชนท้ายหมู่บ้าน เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญซึ่งมีส่วนในการพัฒนาและ สร้างจิตสำนึกสาธารณะให้แก่หมอพื้นบ้าน การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของหมอพื้นบ้าน จึงมี ทั้งการเรียนรู้ทางตรง เช่น การสอน สานิต จากบรรพบุรุษที่เป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน และการเรียนรู้ ทางอ้อม เช่น การประพฤติปฏิบัติตัวอยู่ในศีลธรรมอันดี ความประหยัด และความภาคภูมิใจในทุน ทางวัฒนธรรม ตลอดจนความสามารถในการพึ่งพาตนเองของบรรพบุรุษและชุมชน ที่หมอพื้นบ้าน รับรู้ผ่านการสังเกตและการปฏิบัติตนในการดำเนินวิถีชีวิตตามปกติของชุมชน

องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านในพิจิตรจึงเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่ พัฒนาขึ้นจากระบบคิดของหมอพื้นบ้านในพิจิตรรุ่นหนึ่งก่อนส่งผ่านถึงหมอพื้นบ้านรุ่นต่อมา โดยอาศัยการตีความ และการยอมรับของคนพิจิตรด้วยกันเอง จึงกล่าวได้ว่า องค์ความรู้ด้านการ แพทย์พื้นบ้านของพิจิตรเกิดและพัฒนาขึ้นจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนพิจิตร กับเครือข่ายทางสังคม, กับอำนาจเหนือธรรมชาติหรือระบบความเชื่อที่คนพิจิตรยังยึดถือ และกับ ข้อมูลข่าวสารจากโลกภายนอก ผ่านกระบวนการรับรองมาตรฐานจากคนในท้องถิ่นรุ่นแล้วรุ่นเล่า จนในที่สุดกลายเป็นวัฒนธรรมย่อยด้านการรักษาเยียวยาที่ใช้กันทั่วไปในแต่ละท้องถิ่นของพิจิตร

ตัวอย่างจากกรณีศึกษาข้างล่าง เป็นความพยายามของคณะผู้วิจัยที่จะแสดงให้เห็นความ เชื่อมโยงของบ้านและครอบครัวในฐานะสถาบันทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นแหล่ง ความรู้และแหล่งเรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน

กรณีศึกษาที่ 12: หมอวรรณ เขียวยิ่ง

หมอพื้นบ้านเพศชาย อายุ 59 ปี อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 42 หมู่ที่ 6 ตำบลแหลมรัง กิ่งอำเภอบึง นาราย จังหวัดพิจิตร อาชีพหลักทำนา ทำไร่ อาชีพรอง เป็นหมอพื้นบ้าน ลูกวรรณหรือ “หมอวรรณ” เริ่มศึกษาเรื่อง สมุนไพรพื้นบ้านอย่างจริงจังด้วยตนเองตั้งแต่อายุ 27 ปี โดยได้รับแรงบันดาลใจมา จากปัญหาความขาดแคลนหมอและยาเนื่องจากการคมนาคมในขณะนั้นไม่สะดวก และความ ต้องการที่จะพึ่งตนเองให้ได้เมื่อยามเจ็บป่วย ต่อมาจึงสมัครเป็นลูกศิษย์ของ “หมออ่อน” หมอพื้น บ้านผู้เชี่ยวชาญเรื่องสมุนไพรซึ่งมีศักดิ์เป็นอา และมีภูมิลำเนาอยู่ที่บ้านคลองข้วย อำเภอกงหรา จังหวัดพิจิตร ในเวลาว่างหมอวรรณก็ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง เข้าฝึกอบรม และดูงานตาม แหล่งที่มีหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทย จนเกิดความชำนาญและสามารถให้การรักษาจนเป็นที่ เชื่อถือของคนในท้องถิ่น

หมอวรรณเป็นผู้ริเริ่มก่อตั้ง “กลุ่มการแพทย์แผนไทยและอนุรักษ์ฟื้นฟู” โดยใช้บ้านของตนเองเป็นสถานที่ทำการและเป็นแหล่งเรียนรู้ โดยกลุ่มฯมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญของการก่อตั้งดังนี้

1. เพื่อถ่ายทอดและอนุรักษ์องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย¹⁸ ให้แก่ผู้ที่สนใจทั่วไป
2. เพื่อปลูกและจัดสร้างสวนสมุนไพรไว้ใช้เองในท้องถิ่น
3. เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพและรักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วยของคนในชุมชน
4. เพื่อปรุงยาในรูปของแคปซูล
5. เพื่อเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของผู้ที่สนใจทั่วไป
6. เพื่อจัดโครงการเรียนรู้ในท้องถิ่น ในรูปของการฝึกอบรมร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน
7. เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของหมอพื้นบ้าน, เป็นที่ประชุมประจำเดือน และสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานของกลุ่ม

โดยในระยะแรกกลุ่มฯมีสมาชิกเพียง 5 คนเท่านั้น จนถึงปัจจุบันได้มีหมอพื้นบ้านเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มถึง 45 คนแล้ว ดังนั้น ข้อจำกัดของตำบลแหลมรัง ซึ่งเป็นเพียงตำบลเล็กๆตั้งอยู่ห่างไกลจากตัวเมืองพิจิตรและอำเภอ จึงกลายเป็นจุดเด่นที่ชาวชุมชนร่วมกับหมอพื้นบ้านใช้เป็นโอกาสและพลิกพื้นให้กลายเป็นจุดแข็ง โดยใช้ทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญคือองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เป็นปัจจัยสำคัญเพื่อเอาชนะและแก้ไขปัญห สุขภาพของคนในท้องถิ่นอย่างชาญฉลาด ความห่างไกลของชุมชน ความยากจน และการที่ชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม จึงกลายเป็นโอกาสที่ทำให้ชาวบ้านแหลมรังสามารถพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ของตนเองได้เต็มกำลังความสามารถ บนพื้นฐานของชนิดและประเภทของทรัพยากรธรรมชาติและองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ในพิจิตร ที่คนเรียนรู้และพัฒนาสืบต่อกันมาจากบรรพบุรุษรุ่นก่อนๆ ตัวอย่างคำรับยาที่หมอวรรณคิดค้นขึ้นและเป็นที่นิยมในหมู่ผู้มารับการรักษาเยียวยาที่สำคัญมีดังนี้

¹⁸ เป็นที่น่าสังเกตว่า สำหรับหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตร การนิยามตนเองจะใช้สลับกันไปมาระหว่างหมอพื้นบ้านกับแพทย์แผนไทย โดยหมอพื้นบ้านกล่าวว่า เป็นเรื่องยากที่จะแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด ว่าใครเป็นหมอพื้นบ้านและใครเป็นแพทย์แผนไทย เนื่องจากในปัจจุบัน การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านการแพทย์เป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน หมอพื้นบ้านคนไหนที่หวงวิชาและไม่แลกเปลี่ยนความรู้กับคนอื่น ๆ มักจะอยู่อย่างโดดเดี่ยว และเมื่อแก่ตัวลงก็มัก ไม่มีผู้ต้องการสืบทอดความรู้ต่อไป

ตำรับยารักษาโรคปวดข้อ ปวดเข่า และปวดขา

ส่วนผสม

บอระเพ็ดแห้ง	1 กิโลกรัม
กระชายแห้ง	1 กิโลกรัม
ต้นลูกใต้ใบแห้งสดแล้วนำไปตากแห้ง	1 จีด
จุกกระเทียมแห้ง	1 จีด
หัวเห็ดหมีแห้ง	1 จีด
ดีปลีแห้ง	1 จีด

วิธีปรุง

นำส่วนผสมทุกอย่างล้างด้วยน้ำสะอาดแล้วต้มน้ำ $\frac{3}{4}$ ของภาชนะ จนงวดเหลือเพียง 1 ส่วน แล้วจึงเติมน้ำเพิ่มอีก $\frac{3}{4}$ ของภาชนะ ต้มจนกระทั่งเดือดจึงดื่มแทนน้ำทุกเช้าและเย็น

สรรพคุณ

ใช้รักษาอาการปวดข้อ ปวดเข่า และปวดขา

ตำรายาลม

ส่วนผสม

ตะไคร้ตากแห้งคั่วให้เหลือง	1 กิโลกรัม
ทองพันชั่งตากแห้ง	1 กิโลกรัม

วิธีปรุง

นำส่วนผสมทั้งสองอย่าง ต้มกับน้ำ $\frac{3}{4}$ ของภาชนะ จนเดือด นำมาใช้ชงดื่มแทนน้ำชา ทุกเช้าและเย็น

สรรพคุณ

ใช้รักษาอาการเป็นลม หน้ามือ ตาลาย บำรุงหัวใจ และแก้โรคเหน็บชา

นอกจากตำรับยาข้างต้นแล้ว หมอวรรณยังแนะนำสมุนไพรที่จัดเป็นอาหารและสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อใช้เสริมสุขภาพที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นอีกหลายชนิด ซึ่งล้วนมีประโยชน์และเป็นที่ยอมรับในท้องถิ่นมากขึ้นตามลำดับทั้งในรูปของว่าง เครื่องดื่ม “ก๋วยเตี๋ยว” น้ำมันหอมระเหย หรือเครื่องประทีปผิว ตัวอย่างเช่น

จิง

จิงแห้ง มีรสหวานเผ็ดร้อน มีสรรพคุณใช้แก้ไข้ แก้ลมพริก แก้ลมพานไส้ แก้อาการแน่นในอก แก้เสียดแทง แก้นอนไม่หลับ แก้คลื่นเหียนอาเจียน จิงสด นำเหง้ามากินเพื่อเจริญอากาศธาตุ ดอกแก้โรคหัวใจ ใบทำให้เกิดกำเืด ดันใช้สกัดลมสู่กุดทวาร รากทำให้คอโปรงเจริญอาหาร หัวต้มกินแก้ปวดท้อง บำรุงธาตุ ขับลมในลำไส้ช่วยให้ผายลมและเรอ

ตะไคร้

เป็นพืชสวนครัวที่พบในแปลงผักของทุกครัวเรือนของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตร การที่ตะไคร้เป็นพืชที่โตง่ายในดินทราย ที่มีการระบายน้ำได้ดีและมีแสงแดด ทำให้ตะไคร้กลายเป็นพืชสมุนไพรชนิดหนึ่งที่มีคุณประโยชน์หลากหลายมากที่สุดชนิดหนึ่ง โดยหมอวรรณแนะนำว่า ตะไคร้เป็นพืชสมุนไพรที่สามารถนำมาใช้ได้ทุกส่วนแล้วแต่โอกาสและรสนิยมของผู้ใช้ เช่น เครื่องดื่มตะไคร้ เป็นเครื่องดื่มราคาถูก ทำได้ง่าย เพียงนำตะไคร้สดทั้งต้น ใบ เหง้า และราก 3-4 ต้น ขูดเป็นมัดใส่หม้อ เติมน้ำให้ท่วมต้มจนเดือด แล้วหรีไฟลงปล่อยให้เดือดต่อไปอีกประมาณ 10 นาที จะได้น้ำตะไคร้สีออกน้ำตาล ถ้าดื่มขณะที่ยังร้อนจะมีรสจืด ไม่ขม ไม่จืด ไม่เผ็ดร้อน แต่ถ้าปล่อยให้เย็นจะมีรสขื่นไม่ชวนดื่ม ซึ่งอาจแต่งรสโดยการเติมน้ำตาลทรายลงไป ใช้ดื่มกินครั้งละครึ่งแก้ว วันละสามครั้งหลังอาหาร ถ้าจะให้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น หมอวรรณแนะนำให้ใช้น้ำตะไคร้หั่นเป็นแว่นตากแดดพอแห้ง ใส่ขวดที่แห้งสนิท เวลาจะดื่มก็หยิบออกมารั้งละ 1-2 หยิบมือ ใส่แก้ว เติมน้ำร้อนเต็มแก้ว ปิดฝาทิ้งไว้ประมาณ 20-30 นาที ดื่มครั้งละ 1 แก้ว มีประโยชน์มาก กล่าวคือ น้ำมันหอมระเหยในตะไคร้ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นลำไส้ให้บีบตัว จะช่วยลดอาการแน่น จุกเสียด แก้ท้องอืด ช่วยย่อยอาหาร แก้ปวดท้องที่เกิดจากการเกร็งตัวของลำไส้ นอกจากนี้ ยังช่วยขับเหงื่อ และเป็นยาบำรุงกำลังอีกด้วย หมอวรรณกล่าวเสริมว่า ในประเทศอินเดียมีการผสมพริกไทยลงไปในเครื่องดื่มตะไคร้ด้วย และบ่อยครั้งที่ใช้ตะไคร้ขมิ้นแทนชา เพื่อช่วยทำให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า

อาหารพื้นบ้านซึ่งปรุงจากตะไคร้และเป็นที่นิยมกินกันมากในท้องถิ่นแหลมวัง ได้แก่

ปลาร้าสับ

หมอวรรณแนะนำว่าจะให้อร่อยต้องใช้ปลาร้าชั้นดีล้างปีที่ทำมาจากเนื้อปลาช่อน เพราะเป็นปลาที่มีเนื้อมาก

เครื่องปรุง

ปลาร้าปลาช่อน 1/2 ตัว
 หอมแดงหั่นซอยละเอียด 5 หัว
 พริกขี้หนูสวนหั่นซอย 10 เม็ด
 ตะไคร้หั่นซอยละเอียด 1 ต้น

ใบมะกรูดหั่นฝอย 5-7 ใบ

น้ำมะกรูด

ข้าหั่นสับละเอียด

วิธีปรุง

เอาปลาร้ามาล้างให้สะอาด และเอาก้างทิ้ง ใช้แต่เนื้อปลาท่อนั้น สับให้ละเอียด ใส่หอมแดง พริกขี้หนูสวน ข้า ตะไคร้ สับให้เข้ากัน เอน้ำมะกรูดคลุกเคล้าให้เข้ากัน เค็มรสตามชอบ

วิธีกินให้อร่อยต้องแนมกับผักดิบ เช่น ผักบุ้งนา ผักแว่น ผักแพงพวย แดงกวา มะเขือเปราะ ผักชีลาว และต้นหอม หมอวรรณกล่าวเสริมว่า

“อาหารก็เป็นยาได้ อย่างจานนี้ หอมแดงช่วยแก้ลม ลดความร้อน ตะไคร้ ช่วยบำรุงธาตุ เจริญอาหาร พริกขี้หนูสวนแก้หวัด บำรุงสายตา ใบมะกรูด และน้ำมะกรูด ช่วยขับลม ขับระดู บำรุงกระดูก และสำหรับข้าช่วยแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ และขับลม”

นอกจากพืชสมุนไพร หมอวรรณยังแนะนำให้กินผลไม้สมุนไพรเพื่อเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคอีกประการหนึ่งด้วย และผลไม้สมุนไพรส่วนใหญ่ก็สามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่น ราคาถูก และมีประโยชน์ในเกือบทุกส่วนของต้น ตัวอย่างเช่น กินผลกล้วยเพื่อบำรุงกำลัง บำรุงเลือด เป็นยาระบาย แก้อิริดสีดวง กินดอกรักษาโรคเบาหวาน ดื่มน้ำมาตากันผสมร่ว และห้ามเลือด เหง้า ตำป่นทาท้องน้อยหญิงคลอดบุตร ช่วยทำให้รกหลุดดี เป็นต้น

กรณีศึกษาที่ 13: หมอบุตร อินหันธ์

หมอพื้นบ้านเพศชาย อายุเพียง 42 ปี สำเร็จการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่สี่ โรงเรียนบ้านดงกลาง เนื่องจากพ่อแม่ยากจนไม่สามารถเรียนต่อได้ หมอบุตรจึงต้องลาออกมาช่วยพ่อแม่ทำนา ความสนใจเรื่องแพทย์พื้นบ้านของหมอบุตรเริ่มขึ้นที่บ้านเช่นกัน โดย “หมอแสง” ปู่ของหมอบุตรซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านได้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้านให้ หมอบุตรเรียนรู้ชนิดของสมุนไพร วิธีการปลูก การเก็บ และการปรุงสมุนไพรจากปู่ผสมผสานกับการค้นคว้าเรียนรู้ด้วยตนเอง

หมอบุตรเชื่อว่า หมอพื้นบ้านที่ดีต้องไม่มั่งคั่ง ไม่โกหก เป็นผู้ที่จิตใจสุขุม เยือกเย็น มีความขยัน อดทน และรักษาศีล 5 โดยเคร่งครัด ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้น หมอบุตรได้รับการถ่ายทอดมาพร้อมกับวิชาความรู้ที่ตนเองรับมาจากบรรพบุรุษ และตนเองมีความเชื่อว่าหากปฏิบัติตามนั้น ก็จะทำให้ตนมีความสุขและสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ซึ่งความเชื่อดังกล่าว ได้รับการยืนยันจากผลของการดำเนินชีวิตที่เรียบง่ายและมีคุณธรรมของ “หมอแสง” ปู่ของหมอบุตรเอง ที่ทำให้ “หมอแสง” กลายเป็นบุคคลซึ่งเป็นที่เคารพ รัก และนับถือจากคนทั่วไปในบ้านดงกลาง

หมอบุตรสรุปขั้นตอนของการรักษาที่ตนใช้เยียวยาผู้ป่วยดังนี้

- 1) การเก็บสมุนไพร หากเก็บจากป่าสามารถเก็บได้ทุกวัน แต่เวลาเก็บต้องไม่ย่ำเท้าของตนเอง เพราะเชื่อว่าจะทำให้ยาไม่ศักดิ์สิทธิ์ หากเก็บที่บ้านส่วนใหญ่มักเก็บตามความสะดวกและความจำเป็น
- 2) การวินิจฉัยโรคและการรักษา มักเริ่มด้วยการสังเกตอาการผิดปกติภายนอกของผู้ป่วย ระหว่างการพูดคุยด้วยเรื่องสัพเพเหระและความเป็นไปในชุมชน และการสอบถามอาการ ก่อนจัดยาให้ตามอาการ ซึ่งมีทั้งที่ให้เปล่าและคิดเงิน
- 3) การปรุงยา ส่วนใหญ่จะปรุงเป็นยาผง โดยการนำสมุนไพรที่จะใช้แต่ละชนิดมาหั่นเป็นแผ่นบางๆ ตากแห้ง แล้วนำมาบดให้ละเอียด แยกเก็บไว้เป็นซองๆ เวลาจะใช้ก็นำมาปรุงตามตำรับยาแต่ละชนิด

กรณีศึกษาที่ 14: หมอช่อ เมืองเหนือ

หมอพื้นบ้านเพศชาย อายุเพียง 46 ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่ 105/1 บ้านห้วยคง หมู่ 8 ตำบลห้วยคง อำเภอเมือง พิจิตร มีอาชีพหลักเป็นแพทย์ประจำตำบลและอาชีพมีรองเป็นหมอพื้นบ้าน หมอช่อมีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร และให้การรักษาเยียวยาโดยใช้สมุนไพรพื้นบ้านมานานกว่า 16 ปีแล้ว โดยได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากอา ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านเช่นเดียวกันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 หมอช่อมีความเชี่ยวชาญในการปรุงและใช้ยาพื้นบ้านเพื่อรักษาเยียวยาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยโรคอัมพาต และไข้ทับระดู โดยตำรับยาที่ใช้เป็นประจำและเป็นที่ยอมรับมากในหมู่ผู้ป่วยที่มาพบได้แก่

1. ยาแก้อัมพาต ส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ พริกหาง พริกไท ดิปลี และชิง นำมาบดให้ละเอียดจนเป็นผง แล้วผสมกับน้ำผึ้งหรือน้ำอุ่นรับประทาน
2. ยาหม้อเพื่อแก้ไข้ทับระดู ส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ ดินหมัน ไม้ไผ่ป่า หัวคำ หญ้าแพรก หญ้าปากควาย เถาหญ้านาง ดินเท้ายายม่อม และหัวยาข้าวเย็น นำส่วนประกอบทั้งหมดมาต้มรวมกัน โดยใช้ยาหนึ่งส่วนน้ำสามส่วน คั้นครั้งละ 1 แก้ว 3 เวลา ก่อนอาหาร ถ้าป่วยมากให้กิน “ยาหลวง” หรือพาราเซตามอลเพื่อลดไข้
3. ลูกประคบ ใช้รักษาโรคอัมพาต ส่วนประกอบที่สำคัญได้แก่ ใบพลับพลึง ใบขมิ้น ผักเสี้ยนผี ใพลี้น ผิมเสน และการบูร นำยาสมุนไพรพื้นบ้านทั้งหมดมาใส่ผ้าขาวบางห่อและผูกให้แน่นนำไปนึ่งให้ร้อน แล้วนำมาประคบตามตัว วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็นทุกวัน

กรณีศึกษาที่ 15: หมอชน บุญเหลือ

หมอผู้พื้นบ้านเพศชายอายุ 53 ปี อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่ 62 บ้านยางค้อยเกลือ หมู่ 6 ตำบลปากทาง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร มีอาชีพทำนา ทำไร่ เป็นอาชีพหลัก และยึดอาชีพหมอพื้นบ้านเป็นอาชีพรอง เชี่ยวชาญด้านรักษาผู้ป่วยผื่นคัน โดยใช้คาถาและสมุนไพรพื้นบ้านควบคู่กัน หมอชนได้รับการถ่ายทอดความรู้จากพ่อ ซึ่งเป็นหมอ ผู้เชี่ยวชาญในท้องถิ่นบ้านยางค้อยเกลือ ดำริยาและวิธีการรักษาที่หมอชนใช้เป็นารผสมผสานระหว่างความเชื่อและพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ สมุนไพรพื้นบ้าน และความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

หมอชนกล่าวว่า เหตุผลที่ตนเองเลือกการผสมผสานองค์ความรู้ต่างๆจากหลากหลายแหล่งที่มาเข้าด้วยกัน เนื่องจากตนคำนึงถึงผลสัมฤทธิ์ของการรักษา และสำหรับหมอชนแล้ว การแพทย์พื้นบ้านมีเป้าหมายที่สำคัญก็เพื่อความอยู่รอด ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มาหา ดังนั้น หากความรู้จากแหล่งหนึ่งหรือตำรับยาเล่มหนึ่งไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่มาขอรับคำแนะนำปรึกษาได้ ตนในฐานะที่เป็นหมอพื้นบ้านก็มีหน้าที่ต้องแสวงหาความรู้จากแหล่งอื่นเพื่อมาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำและรักษาเยียวยาต่อไป

ขั้นตอนที่หมอชนใช้รักษาเยียวยาคนถูกงูกัดที่สำคัญมีดังนี้

หากเป็นคนที่ถูกงูกัดภายใน 24 ชั่วโมง การรักษาทำโดยใช้เชือกรัดเหนือแผลเพื่อป้องกันพิษไหลเวียนเข้าสู่หัวใจ หลังจากนั้น จึงดูที่ปากแผลว่าเกิดจากงูชนิดใดกัด โดยหมอชนสอนให้สังเกตว่า หากเป็นงูพิษกัด ปากแผลจะเขียว เลือดมีสีดำ ซึ่งหากแผลมีลักษณะดังกล่าว จะต้องรีบใช้เหล้าพันที่ศีรษะของคนป่วย ในขณะเดียวกันก็ต้องรีบตั้งขันข้าว 1 บาท โดยนำขันธ 5 ซึ่งประกอบด้วย เทียนคาถา รูป 1 แหนบ เทียนหนัก 1 บาท 1 แท่ง ดอกไม้สามสี พลุ 28 ใบ เสร็จแล้วจับคนป่วยนั่งหันหน้าไปทางทิศตะวันตก เขยิบเท้าไปข้างหน้า หันหลังให้หมอ แล้วจึงใช้ผ้าขาวม้าพาดไหล่ขวา อมเหล้าพันไปที่ศีรษะของคนป่วย แล้วจึงจับศีรษะคนป่วยเรื่อยลงมาจนถึงบริเวณหลังและบริเวณบาดแผลที่ถูกกัด เมื่อถึงบาดแผลก็กล่าว “คาถาหีบทิ้ง” แล้วนำทองคำมาพันเยียวออก เสร็จแล้วจึงนำข้าวสาร เกลือ พริกแห้งมาผสมกัน ใส่จานวางบนศีรษะของคนป่วย ว่าคาถาแล้วหีบของในจานเหวี่ยงข้ามศีรษะของคนป่วยเพื่อปัดรังควาน

หลังจากการรักษาแล้ว หากผู้ป่วยหายหรือรอดชีวิต ก็จะต้องนำหัวหมู 1 หัว เครื่องกระยาบวช ได้แก่ เหล้า 1 ขวด ขนมน้ำลอย ขนมน้ำดื่ม ขนมหูช้าง ขนมน้ำส้ม นำไปส่งขันข้าววันพฤหัสบดี ก่อนเวลาเพล โดยหมอเองก็ต้องทำกับข้าวและอาหารไปถวายที่วัด แต่อย่างไรก็ตาม หมอชนกล่าวว่า การรักษาทั้งหมดจะได้ผลก็ต่อเมื่อ ผู้ป่วยหรือญาติไม่ตื่น ไม่ฆ่า ไม่ฆ่ามรณัง ไม่กินงู หรือไม่นำงูมาประกอบอาหารในบ้านหมอ นอกจากนี้ ยังมีข้อห้ามตลอดไม้ค้ำต้นกล้วย และห้ามลอดสะพานหัวเดียวอีกด้วย

จะเห็นว่าขั้นตอนและกระบวนการรักษาเย็บยาคนถูกกักขังตัวของหมอชน ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาจาก 3 ฐานคิดด้วยกันคือ

1. ฐานคิดแรกเป็นฐานคิดในเชิงเหตุผลที่ผ่านการพิสูจน์ทดลองแล้วตามความเชื่อของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การใช้เชือกรัดเหนือปากแผลเพื่อป้องกันไม่ให้พิษงูไหลเวียนเข้าสู่หัวใจของคนป่วย
2. ฐานคิดที่สองวางอยู่บนพื้นฐานของระบบความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ ตัวอย่างเช่น พิธีกรรมต่างๆ ที่หมอพื้นบ้านใช้เพื่อแสดงความเคารพนบนอบต่ออำนาจศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ และปลอบประโลมจิตใจของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคม
3. ฐานคิดสุดท้ายเป็นความพยายามอธิบายปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมยังไม่เข้าใจในรูปของข้อห้ามต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะที่ไม่พึงประสงค์

ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อห้ามต่างๆ ทั้งที่อยู่ในช่วงของการรักษาเย็บยาและที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติหลังจากผู้ป่วยหายโรคปลอดภัยแล้ว ล้วนมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเรื่องศีล 5 ทางศาสนาพุทธ และซ่อนเร้นค่านิยมในเรื่องการรักษาธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเอาไว้อย่างชาญฉลาด และที่สำคัญที่สุดจะเห็นว่า เครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการรักษาเย็บยา แม้กระทั่งหมองูซึ่งทำหน้าที่รักษาก็มีหน้าที่ต้องกระทำในรูปของการทำบุญและถวายอาหารให้แก่พระภิกษุหลังการรักษาสิ้นสุดลงแล้ว เพื่อแสดงความเคารพต่อ “พ่อครู” และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ที่หมอเชื่อว่าได้เข้ามามีบทบาทในการช่วยให้การรักษาเย็บยาสำเร็จสมความประสงค์

3.3 วัด: แหล่งบริการสุขภาพของท้องถิ่น

แม้ว่าสังคมในปัจจุบันจะมีการวิพากษ์วิจารณ์เรื่องปัญหาการขาดระเบียบ และความเสื่อมโทรมลงของสถาบันสงฆ์ ตลอดจนความพร้อมในการนำวัดและพระภิกษุกลับมาเป็นแหล่งเรียนรู้และผู้ถ่ายทอดความรู้และแนวทางปฏิบัติตนด้านจริยธรรมและศีลธรรมของชุมชนกันอย่างกว้างขวาง แต่จากกรณีศึกษาเรื่องทุนทางวัฒนธรรมเรื่องการจัดการด้านสุขภาพอนามัยของคนในจังหวัดพิจิตร ทำให้ได้ทราบว่า วัดและสถาบันทางศาสนาในหลายชุมชนยังคงมีบทบาทสำคัญในเรื่องการจัดการกับระบบสุขภาพอนามัย และทำหน้าที่ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านสืบต่อเนื่องกันมา และที่สำคัญที่สุดประชาชนในท้องถิ่นยังคงให้ความเชื่อถือและมารับบริการด้านสุขภาพจากวัดไม่เสื่อมคลาย

กรณีศึกษาที่ 16: พระสุทิสสิมนีวงศ์

หมอพื้นบ้านเพศชาย เจ้าอาวาสวัดท่าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร รองเจ้าคณะจังหวัดพิจิตร อายุ 77 ปี มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพรพื้นบ้าน และให้การรักษาเย็บยามากว่า 10 ปีแล้ว พระสุทิสสิมนีวงศ์ ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจาก “หลวงลุงฮวด” และศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง

เองจากหนังสือ เอกสาร สอบถามหมอพื้นบ้านและนักวิชาการในท้องถิ่นอื่นๆ เช่น อาจารย์ณรงค์ บุตดาวงค์ ณ ศูนย์สมุนไพรจังหวัดศรีสะเกษ พระสุทนต์นิเวศกล่าวว่าท่านได้นำสมุนไพรพื้นบ้าน หลายชนิดมาจากจังหวัดศรีสะเกษ อาทิ พญาไฟ พญารากเดียว และโรคหนองดอกแดง มาใช้รักษา อาการติดยาเสพติด เช่น ดิดสุรา บุหรี่ และยาบ้า เป็นต้น และในปัจจุบันท่านได้จัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ ผู้ต้องการละเลิกสิ่งเสพติด โดยได้รับเงินสนับสนุนจากกรมการศาสนา เพื่อซื้อเครื่องบดยา เครื่อง ผสมและอบยา เป็นเงิน 8 หมื่นบาทถ้วน นอกจากนี้ยังได้รับเงินบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธาอีกจำนวน หนึ่ง

สมุนไพรพื้นบ้านที่พระสุทนต์นิเวศ ใช้เป็นประจำเพื่อรักษาอาการเสพติด ในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย

- 1) กินสมุนไพรโรคหนองดอกแดง เพื่อชะล้างพิษของสิ่งเสพติดในร่างกาย
- 2) กินสมุนไพรพญาไฟและพญารากเดียว ที่ตากแห้ง บดละเอียด และผสมน้ำผึ้ง อัดให้เป็นเม็ด

พระสุทนต์นิเวศกล่าวว่าอุปสรรคที่สำคัญของการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดโดยใช้สมุนไพรพื้นบ้านของวัดท่าหลวง เกิดจากปัญหาความขาดแคลนยาพื้นบ้าน เนื่องจากจังหวัดพิจิตรมี ภูมิประเทศเป็นที่ราบ มีภูเขาและป่าไม้จำนวนน้อย ทำให้ต้องเดินทางไปซื้อหรือหาด้วยที่ พิษณุโลก หรือบางครั้งต้องไปถึงจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้ค่าใช้จ่ายสูง และไม่สะดวก ดังนั้น หากแก้ไข ปัญหาไม่ได้ ค่าใช้จ่ายในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดก็จะเพิ่มสูง ขึ้นทำให้เป็นอุปสรรคกับผู้ติดสารเสพติดที่มีฐานะยากจน และในระยะยาวการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อรักษาผู้ติดยาเสพติดของวัดท่าหลวงอาจต้องชะงักงันลงได้ เนื่องจากจำนวนผู้ติดสารเสพติดได้ เพิ่มขึ้นตามลำดับ

3.4 สถาบันการศึกษา: แหล่งถ่ายทอดวัฒนธรรมด้านสุขภาพอนามัย “แห่งชาติ”

จากการศึกษาพบว่า โรงเรียน และสถาบันการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน ตลอดจนหน่วยงาน และองค์กรซึ่งมีหน้าที่จัดการด้านการศึกษา ได้เข้ามามีบทบาทอย่างกว้างขวางในการถ่ายทอด ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยในหลากหลายรูปแบบ หลักฐานที่ยืนยันบทบาทและหน้าที่ขององค์กรดังกล่าวได้แก่นโยบาย งบประมาณ โครงการ ตลอดจนกิจกรรมด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ อนามัยในรูปของการประชุม สัมมนา และการฝึกอบรม ซึ่งกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ล้วนเข้ามามีบทบาทอย่างกว้างขวางต่อฐานคิด รูปแบบ และการเปลี่ยนแปลงกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ อนามัยของหมอพื้นบ้าน ผ่านการปฏิสัมพันธ์ทั้งระหว่างหมอพื้นบ้านด้วยกันเอง และระหว่างองค์กร สมาคม หรือชมรมหมอพื้นบ้านกับสถาบันการศึกษาในท้องถิ่น ซึ่งผลของการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวได้นำมาสู่การปรับตัวของระบบการแพทย์พื้นบ้านและการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมด้านสุขภาพ อนามัยระหว่างสถาบันการดูแลสุขภาพในท้องถิ่นซึ่งมีหมอพื้นบ้านและคนในท้องถิ่นจังหวัดพิจิตร

เป็นผู้คัดกรองและควบคุมมาตรฐานกับสถาบันทางการแพทย์ของรัฐรูปแบบอื่นๆที่มีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้กำกับดูแล

นอกจากนี้ ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงฐานคิดของหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในพิจิตรจากเดิมที่มุ่งเพียงการรักษาเยียวยาและค้นหาวิธีการเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยมาเป็นระบบการจัดการกับสุขภาพอนามัยที่เริ่มให้ความสำคัญกับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ควบคู่ไปกับการรักษาเยียวยา และการตระหนักถึงความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์พื้นบ้าน เป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่สำคัญอีกประการหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมด้านสุขภาพอนามัยของรัฐที่มีมิติกว้างและครอบคลุมมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงของฐานคิดของหมอพื้นบ้านต่อการจัดการกับสุขภาพอนามัยของคนในท้องถิ่นตามมาด้วย โดยพบว่า หมอพื้นบ้านที่มีโอกาสเข้าร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับองค์กรและสถาบันการศึกษาต่างๆ ในรูปของการประชุม สัมมนาและฝึกอบรม มีแนวโน้มที่จะผสมผสานองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่ตนมีอยู่เข้า “วัฒนธรรมการรักษายาบาลแห่งชาติ”¹⁹

แต่อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงฐานคิดและนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของรัฐที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในจังหวัดพิจิตร ได้เข้าครอบงำระบบคิดและวัฒนธรรมการจัดการกับสุขภาพกับหมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่ง ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีหมอพื้นบ้านในพิจิตรอีกเป็นจำนวนมากที่ได้พัฒนาวิธีการคิดภายใต้ระบบใหม่เพื่อเลือกสรร ขอมรับ ปฏิเสธ และคัดกรองวัฒนธรรมการจัดการกับสุขภาพแห่งชาติเฉพาะที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมสุขภาพอนามัยของท้องถิ่นซึ่งตนอาศัยอยู่ และพัฒนากระบวนการปรับตัวเพื่อให้ตนและกลุ่มของตนสามารถดำรงอยู่ได้ ซึ่งกลไกในการปรับตัวและการประยุกต์องค์ความรู้ที่หมอพื้นบ้านมีอยู่นี้ที่มีส่วนสำคัญยิ่งในการรักษาไว้ซึ่งอัตลักษณ์ของวิชาชีพหมอพื้นบ้านในหลายลักษณะ เช่น

1. การสร้างคุณลักษณะของหมอพื้นบ้านที่พึงประสงค์เพื่อแสดงถึงอัตลักษณ์ของหมอพื้นบ้านที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น หมอหลงกำหนดค่ารักษาไว้เพียง ครั้งละ 40 บาทต่อคน และให้เหตุผลว่าเพื่อป้องกันไม่ให้หมอพื้นบ้าน “เห็นแก่เงิน” และ “เลี้ยงใจ”

¹⁹ หมายถึง ฐานคิด รูปแบบ และกระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัยของรัฐ ซึ่งในสมัยหนึ่งมีมิติเพียงการรักษาพยาบาลและการจัดการกับเชื้อโรคและความเจ็บป่วย แต่ต่อมาให้ความสนใจกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น แต่ข้อจำกัดด้านฐานคิดของรัฐที่ยังวางอยู่บนการคิดแบบแยกส่วน จึงสนใจเพียงการจัดการกับโรคมากกว่าการจัดการกับสุขภาพอนามัยของคน เช่น การศึกษาเพื่อค้นหาด้วยในสมุนไพรเพื่อนำมาบรรจุมะเร็งรักษาโรค และการนำหมอพื้นบ้านไปเข้ารับการฝึกอบรมด้านการแพทย์แผนโบราณจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นต้น

2. การใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับวิถีการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น เช่น เน้นเรื่องอาหารเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตน ควบคู่ไปกับการรักษาเยียวยาที่เน้น การใช้สมุนไพรท้องถิ่นที่พิจิตรมีอยู่
3. การสร้างเครือข่ายของหมอพื้นบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และวิทยาการ ทั้งในหมู่ หมอพื้นบ้านด้วยกันเอง และระหว่างหมอพื้นบ้านกับนักวิชาการตลอดจนบุคคลทั่วไป ผู้สนใจ เช่น ชมรมผู้สนใจสมุนไพร อำเภอโพธิ์ประทับช้าง, และโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยพินิตธรรมภาม วัฒนังคัง เป็นต้น
4. การพัฒนากระบวนการคิดในเชิงตรรกะ เพื่อใช้หลักเหตุและผลมาอธิบายแนวคิดด้าน สุขภาพที่แอบแฝงอยู่ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน เช่น
 - 4.1 การอธิบายเหตุผลว่าสาเหตุที่หมอพื้นบ้านแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชาในช่วงก่อน อาหารเย็นเพียงวันละ 1 ครั้งๆละประมาณ 1 ถ้วยตะไค้ เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกาย ได้รับไอสลดสารมากเกินไป ว่าที่จริงแล้วเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่ท้องว่างดื่ม เครื่องดื่มซึ่งมีแอลกอฮอล์จนมีเมามาสดติและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
 - 4.2 การระบุเป็นข้อห้ามว่า ไม่ให้หมอกินอาหารที่บ้านคนป่วยที่ไปให้การรักษาในวัน นั้น มิเช่นนั้นหมอมจะมีอาการคอเอียง และปวดคอมาก ว่าเป็นเพราะภายหลังการ รักษาเยียวยาหมอก็คจะมีอาการเหนื่อยอ่อน ดังนั้น จึงควรรีบตรงกลับบ้านทันทีเพื่อ พักผ่อน
 - 4.3 การอธิบายความเชื่อที่ว่า หลังจากทำการรักษาให้ผู้ป่วยแล้ว ต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติ ดักน้ำล้างมือให้หมอ มิเช่นนั้น ผู้ป่วยจะหายช้า ว่าเป็นเพื่อให้หมอตระหนักในสถาน ภาพที่สำคัญของตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสำนึกในบุญคุณ ของหมอ เป็นต้น

จากตัวอย่างของการปรับตัวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการพัฒนากระบวนการคิดของหมอพื้น บ้าน ในลักษณะของพลวัตที่มีมิติของบริบททางสังคมวัฒนธรรมเข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญ ใน ขณะเดียวกันก็สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งใน ด้านของการผสมผสานปรัชญาและสาเหตุของการเกิดโรค ตลอดจนวิธีการจัดการกับสุขภาพ อนามัยของหมอพื้นบ้านเพื่อการคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ และความคงอยู่เพื่อแทรกตัวอยู่ในระบบการจัด การกับสุขภาพแห่งชาติ

กรณีศึกษาที่ 17: หมอฉลอง พิลึก

“หมอฉลอง” เกิดเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2430 บิดาชื่อนายทองคำ พิลึก มารดาชื่อนาง แหวก พิลึก ปัจจุบันทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิตหมดแล้ว หมอฉลองมีพี่น้องทั้งหมด 6 คน ใน ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่ทุกคน เดิมหมอฉลองอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่บ้านเลขที่ 19 หมู่ 6 บ้านสระยายชี

ตำบลเนินปอ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ปัจจุบันย้ายมาปลูกบ้านเป็นของตนเองอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน คือเลขที่ 5/2 หมู่ 6 บ้านสระยายชี ตำบลเนินปอ อำเภอสามง่าม ปัจจุบันหมอลองมีอายุ 65 ปีแล้ว

หมอลองจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่โรงเรียนวัดสระยายชี ในสมัยนั้นครูผู้สอนมีทั้งพระและฆราวาส หลังจบการศึกษาได้บวชเป็นสามเณรที่วัดสระยายชี 2 พรรษา ก่อนสึกออกมาช่วยพ่อแม่ทำนา และบวชเป็นพระภิกษุเมื่ออายุครบ 20 ปีที่วัดเดียวกัน ขณะที่บวชหมอลองได้ศึกษาพระธรรมวินัยเป็นเวลา 2 พรรษาและสอบได้นักธรรมตรี ก่อนลาสิกขาบวชออกมาสู่เพศฆราวาสเมื่อ พ.ศ. 2502

หมอลอง เริ่มสนใจวิชาการนวดจับเส้นตั้งแต่ยังเรียนไม่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรืออายุประมาณ 12-13 ปี โดยมีแรงบันดาลใจที่สำคัญมาจาก “ตาแก้ว” ซึ่งเป็นหมอนวดจับเส้นและเป็นเพื่อนกับพ่อ ที่มักมานวดให้พ่อและนอนค้างอยู่ที่บ้านเป็นประจำ หมอลองเรียนรู้วิธีการนวดจับเส้นครั้งแรกโดยมีตาแก้วเป็นครูคนแรก ต่อมาจึงเรียนรู้เรื่องกระดูกจาก “ปู่คาน” ซึ่งเป็นญาติกับหมอลอง โดยปู่คานได้สอนวิชารักษาโรคกระดูกทั้งกระดูกหักและกระดูกเคลื่อนให้โดยไม่คิดค่าสอน และสอนวิธีการนวดจับเส้นเพิ่มเติมให้อีกประการหนึ่งด้วย ระหว่างที่เรียนปู่คานก็ให้ฝึกนวดกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยเป็นประจำจนเกิดความชำนาญ

หมอลองเล่าว่า คนที่เรียนวิชาหมอฟันบ้านนั้น เมื่อเรียนรู้ไปสักระยะเวลาหนึ่งจนเกิดความชำนาญแล้ว จะต้องขกครูเพื่อฝากตัวเป็นศิษย์ สิ่งของที่ใช้ในการฝากตัวเป็นศิษย์ครั้งแรกประกอบด้วย ดอกไม้สีขาว 5 คู่, รูป 1 แหนบ, เทียนหนัก 1 บาท 1 เล่ม, และเงิน 6 บาท เรียกว่าการทำขันเล็ก แต่เมื่อเรียนสำเร็จแล้ว จึงทำขันใหญ่ โดยใช้อุปกรณ์เหมือนเดิมทุกอย่างเพียงแต่เพิ่มเงินเป็น 12 บาท

หมอลองเล่าว่า โดยทั่วไปมักเกิดเหตุการณ์ “ลองของ” เพื่อดูว่าหมอพื้นบ้านคนนั้นเก่งพอที่จะแยกสำนักแล้วหรือยัง สำหรับตัวของหมอลองเองก็ประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าวด้วย โดยมีผู้ป่วยเป็นเด็กวัยรุ่นอายุประมาณ 17 ปี เล่นฟุตบอลหกล้มจนแขนหัก กระดูกโผล่ออกมา และมาขอรับการรักษาจากหมอลอง และผลของการรักษาที่ดีคือเด็กหายจากแผลกระดูกหักและไม่มีอาการแทรกซ้อน ทำให้คนในชุมชนกล่าวขวัญกันต่อๆ ไปจนกลายเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงด้านการรักษาและให้คำแนะนำโรคกระดูกหักสืบเนื่องมา โดยโรคที่หมอลองมีความชำนาญได้แก่ อาการเส้นตึง เส้นยึด เส้นจมน แผลน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้ แผลเรื้อรัง กระดูกหัก กระดูกเคลื่อน กระดูกแตก ข้อต่อหลุด และอาการซ้ำในเนื่องจากเลือกตกใน

สำหรับตำรับยาและยาสมุนไพรที่หมอลองใช้รักษาโรคกระดูก เรียกว่า “น้ำมันหมัน” มีสรรพคุณ รักษาแผลน้ำร้อนลวกไฟไหม้ แผลเรื้อรังภายนอก ทาบริเวณที่กระดูกหักหรือกระดูกเคลื่อนจากข้อต่อ ควบคู่ไปกับการจับกระดูกให้เข้าที่และการปลุกเสกคาถา

ตำราน้ำมันหมัน

ส่วนประกอบ

น้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์	3	กิโลกรัม
ไพล	2.5	ขีด
ขมิ้นชัน	2.5	ขีด
ดีปลีตากแห้ง	1	ขีด
พริกไทยดำ	0.5	ขีด
กระเทียมแห้ง	3	หัวใหญ่
เกลือ	7	เม็ด (โดยประมาณ)
ยางตะเคียนแห้ง	1	ขีด
รังเมงโย (รังหมาล่า)	1	รัง
ดินยอคปลวก	1	ก้อน
หนังและขนเลียงผาแห้ง	2	ตารางนิ้ว

ภาถาสำหรับปลุกเสก (ไม่สามารถเปิดเผยได้)

วิธีปรุงยา

นำส่วนผสมทั้งหมดยกเว้นน้ำมันมะพร้าวมาตำโดยใช้ครกทีละอย่าง จนแหลกพอควร เสร็จแล้วตักใส่กระป๋องใบใหญ่ที่เตรียมเอาไว้ นำหนังและขนเลียงผาแห้งและน้ำมันมะพร้าว บริสุทธิ์ใส่ลงไปใส่ในกระป๋อง ใช้ทัพพีคนให้เข้ากันแล้วยกไปตั้งไฟอ่อนๆหมั่นคนตลอดเวลา และรอ ให้ร้อนจนเดือดจึงยกลง รอจนน้ำมันเย็นจึงนำไปใช้ในพิธีปลุกเสกภาถาได้ โดยพิธีต้องจัดทำขึ้นบน บ้าน

วิธีใช้

ก่อนทำการรักษาต้องทำพิธีการขึ้นขันข้าวก่อน โดยการทาน้ำมันบริเวณกระดูกที่หักและ จับกระดูกที่หักให้เข้าที่ เข้าเฟือกซึ่งทำจากไม้ไผ่เหลาเป็นแท่งเล็กๆกลมๆแล้วสานเป็นฝั้น พันรอบ บริเวณกระดูกส่วนที่หัก

กรณีศึกษาที่ 18: ชมรมแพทย์สมุนไพรอำเภอทับคล้อ

เป็นชมรมที่เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มกันของหมอพื้นบ้านผู้สนใจด้านสมุนไพร ภายใต้การ สนับสนุนของสถานีอนามัยตำบลทับคล้อ ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดพิจิตร สมาชิกสภาผู้ แทนราษฎรของจังหวัด บริษัท ห้างร้านในจังหวัดพิจิตร และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพภาคเหนือ จังหวัด นครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มกันที่สำคัญได้แก่

1. เพื่อจัดอบรมให้แก่สมาชิกและผู้สนใจทั่วไปในเรื่อง การปลูก การดูแล และการใช้สมุนไพรพื้น บ้าน

2. การสัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน เพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสมุนไพรพื้นบ้าน
3. ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัย และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การนวด การกินอาหารเสริมสุขภาพ เป็นต้น
4. จัดพิธีไหว้ครูปีละครั้งในช่วงเดือนเมษายนของทุกปี เพื่ออนุรักษ์พิธีกรรมด้านหมอพื้นบ้าน

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกทำให้ได้ทราบว่าชมรมฯ ได้พัฒนากระบวนการบริหารจัดการองค์กรจนเป็นระบบตามแบบการจัดการองค์กรสมัยใหม่ กล่าวคือ มีการประเมินสถานการณ์และอุปสรรคของการดำเนินงาน ตลอดจนผลของการใช้สมุนไพรแต่ละชนิดในลักษณะคล้าย Peer Review เป็นประจำทุกเดือน มีการมอบหมายบุคคลซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบด้านการประชาสัมพันธ์ด้านการปลูกและใช้สมุนไพร และมีฝ่ายขยายพันธุ์สมุนไพรเพื่อแลกเปลี่ยน แจกจ่ายกล้าสมุนไพรให้แก่สมาชิกและผู้สนใจทั่วไป นอกจากนี้ ชมรมฯ ยังร่วมกับอนามัยตำบล ผลิตยาสมุนไพรสำเร็จรูปเพื่อแนะนำและเผยแพร่ให้แก่ประชาชนเป็นจำนวนมากกว่า 20 ชนิด ได้แก่ ยาต้ม ยาขง ยาลูกกลอน ยาบรรจุแคปซูล ยาทาภายนอก ขี้ผึ้งไพล ทิงเจอร์เสลดพังพอน ทิงเจอร์ชุมเห็ดเทศ สมุนไพรว่านหางจระเข้ และแสมพุทธรักษา เป็นต้น โดยชมรมฯ มุ่งเน้นการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดรายได้และประโยชน์แก่ชุมชน

4. ตำรับยาพื้นบ้านจังหวัดพิจิตร

จากการรวบรวมตำรับยาพื้นบ้านที่สำคัญในพิจิตร พบว่ามีอยู่เป็นจำนวนมาก บางชนิดเป็นสิ่งที่หมอพื้นบ้านคิดค้นขึ้นเอง และบางชนิดผสมผสานเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบไสยศาสตร์ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าตำรับยาส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทั้งส่วนประกอบที่ใช้ วิธีการ และชนิดของอาการเจ็บป่วยที่พบ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตำรายาพื้นบ้านจังหวัดพิจิตรเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการปรับตัวของหมอพื้นบ้าน และจากการสัมภาษณ์หมอพื้นบ้านในอำเภอสามโก้พบว่าตำรับยาที่ยังคงนิยมใช้กันในห้องแล็บได้แก่

- 3.1 ยารักษาฟัน ตำรับของนายผ้น เนียมทิพย์ บ้านหนองจั่ว ส่วนประกอบ รากสีฟันคนทา 1 รากเกลือ 1 น้ำ 5 แก้ว สรรพคุณ ทำให้ฟันไม่โยก วิธีปรุงยา นำรากสีฟันคนทามาบดให้ละเอียด แล้วนำไปต้มกับเกลือ จนเหลือน้ำ 3 แก้ว วิธีใช้ อมทุกเช้าเป็นเวลา 10 นาที
- 3.2 ยาแก้ปวดฟัน ตำรับ นายคำ อุไทย บ้านคลองน้ำมัน ส่วนประกอบ ขางข่อย 1 ซ่อนชา หัวน้ำมันยาง 1 ซ่อนชา เกลือ 1 ซ่อน ขมิ้นอ้อย 1 หัว สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดฟันและทำให้ฟันทน วิธีปรุงยา นำขมิ้นอ้อยไปขูดล้างให้สะอาดแล้วผสมกับเกลือ เติมน้ำเล็กน้อยแล้วจึงคั้นเอาน้ำประมาณ 1 ซ่อนชา นำมาผสมกับขางข่อยและหัวน้ำมันยาง วิธีใช้ นำสำลีชุบยาแล้วนำไปแตะที่ปวดฟัน

- 3.3 ยาแก้ลมขนาด ตำรับ นายเจริญ จันทน์ บ้านสากเหล็กเหนือ ส่วนประกอบ เปลือกมะขามเทศ 1 กำมือ กระปี่หรือเกลือ 1 ช้อน กระเทียม 6 กลีบ สรรพคุณ ใช้แก้ลมขนาด วิธีปรุงยา นำส่วนผสมทั้งหมดมาโขลกรวมกันให้ละเอียด วิธีใช้ นำส่วนผสมที่บดละเอียดดีแล้วมาแปะที่บริเวณที่เป็นลมขนาด
- 3.4 ยาแก้ใช้ทับระดู ตำรับนายลอย ใจตรงดี บ้านสากเหล็กเหนือ ส่วนประกอบ ต้นกล้วยป่า แก่นฝาง หัวยาข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ ข้าวเหนียวหรือข้าวเปลือกอย่างละเท่าๆกัน สรรพคุณ แก้ใช้ทับระดู วิธีปรุงยา นำยามาต้มรวมกันแล้วนำไปต้ม วิธีใช้ อุ่นให้ร้อนก่อนรับประทานตอนเช้าและเย็น
- 3.5 ยาต้มแก้ไอ ตำรับของพระสมเด็จ เศรษฐโธ วัดไทรย้อย ส่วนประกอบ สมอไทย สมอเทศ มะขามป้อม ใบส้มป่อย ใบมะขามแขก เถาวัลย์เปรียง แสมสาร แสมทะเล ผลมะแว้งดับ ผลมะแว้งเครือ รากดอกแดก สีสุก ดอกตี่ง อุดรพิษ ร้อยรู ชะอมไทย วิธีปรุงยา นำตัวยาทั้งหมดมาต้มรวมกัน วิธีใช้ รับประทานเช้าและเย็น
- 3.6 ยาแก้ลม ตำรับนายสะอาด คุณชาติ บ้านสากเหล็กเหนือ ส่วนประกอบ หัวกระชาย ขจัดหมอนตัวผู้ สรรพคุณ แก้เป็นลมหน้ามืด วิธีปรุงยา นำตัวยาทั้งสองชนิดมาตากหรือย่างไฟให้แห้ง แล้วนำไปต้ม วิธีใช้ ดื่มน้ำเวลารู้สึกจะเป็นลม หรือดื่มน้ำเป็นประจำเพื่อสุขภาพดี
- 3.7 ยาแก้ลม ตำรับนายคำ อุไทย บ้านคลองน้ำมัน ส่วนประกอบ ดีปลี พริกไทย กระเทียม มะกรูด การบูร เมนทอล สรรพคุณ ใช้แก้ท้องอืด จุกเสียด วิธีปรุงยา นำมะกรูดมาปอกเปลือก แล้วจึงนำกระเทียมมาตำให้ละเอียดผสมกับการบูร เมนทอลและพริกไทย ดีปลี แล้วจึงนำมาผสมกับน้ำหรือเหล้าก็ได้ แล้วจึงนำไปกรองด้วยผ้าขาวบางเอาแต่น้ำ วิธีใช้ ใช้รับประทานเมื่อเกิดอาการท้องอืด จุกเสียด ทานวันละ 3 เวลา
- 3.8 ยาแก้ความดัน ตำรับนายสี แปสนม บ้านหนองตะเคียน ส่วนประกอบ ดีปลี พริกไทย หัวแห้วหมู มะตูมอ่อน ต้นเหงือกปลาหมอ น้ำผึ้ง สรรพคุณ เป็นยาแก้ความดันหรือแก้อาการร่างกายไม่แข็งแรง หน้ามืดเป็นลมบ่อยๆ วิธีปรุงยา บดตัวยาทั้งหมดให้ละเอียดแล้วผสมกับน้ำผึ้ง ปั้นเป็นลูกกลอนหรือขงคิมกับน้ำร้อน
- 3.9 ยาระบาย ตำรับนายลอย ใจตรงดี บ้านสากเหล็กเหนือ ส่วนประกอบ ใบมะกา ฝักคูณแห้ง เถาวัลย์เปรียง แก่นขี้เหล็ก หัวน้ำ เกลือป่น ขมิ้นอ้อย บอระเพ็ด อย่างละเท่าๆกัน สรรพคุณ แก้กระษัยทุกชนิด วิธีปรุงยา นำส่วนผสมทุกอย่างมารวมกันแล้วต้ม วิธีใช้ ดื่มน้ำทุกเวลาที่ต้องการเพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง

- 3.10 ยาแก้ฮัมพาด ตำรับนายเจริญ จันทับ บ้านสากเหล็กเหนือ ส่วนประกอบ พริกไทย ดิปลี รากชะพลู จิง กฤษณา ขอนดอก ดอกบุนนาค สะมุลแว้ง ลูกจันทร์ ใบไผ่ป่า เห้วหมู ผักเป็ดแดง เปลือกหอยแครง อย่างละเท่าๆกันสรรพคุณ เป็นยาแก้ฮัมพาด วิธีปรุงยา นำส่วนผสมทั้งหมดมาตำจนเป็นผง แล้วจึงนำไปละลายในน้ำมันงา น้ำมันจั่ว น้ำมันกระดาด ปั่นเป็นลูกกลอน วิธีใช้ นำเม็ดยาไปละลายในน้ำดอกไม้วี แล้วรับประทานวันละ 2 เวลา เช้า ก่อนนอนและหลังอาหาร

โดยสรุป จะเห็นว่องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตร ได้ถูกหล่อหลอมจนรวมเข้าอย่างกลมกลืนกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลและชุมชน และมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมรอบตัว ทั้งลักษณะทางกายภาพ ที่ตั้ง ลักษณะทางสังคมและประชากร ตลอดจนบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพิจิตร การแพทย์พื้นบ้านในความหมายของหมอพื้นบ้านชาวพิจิตรจึงไม่ใช่การรักษาอาการเจ็บป่วย หรือการทำความเข้าใจกับสาเหตุของการเกิดโรคแต่เพียงประการเดียว แต่มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่การกินอาหารเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง สมบูรณ์ การดำเนินชีวิตอย่างถูกต้องทรงธรรมด้วยสติ และดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยบนพื้นฐานของการปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมรอบๆตัวของบุคคล และองค์ความรู้ที่มีอยู่เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผ่านกระบวนการปรับตัว ปรับฐานคิดของบุคคลและชุมชนในช่วงเวลา และสภาพการณ์ที่แตกต่างกันไป เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัย บนพื้นฐานของการพึ่งตนเองในสิ่งที่ตนหรือชุมชนสามารถพึ่งได้ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ได้ปฏิเสธโครงสร้างสังคมส่วนอื่นๆ หรือองค์ความรู้จากแหล่งอื่นเพื่อให้วัตถุประสงคดังกล่าวบรรลุได้ นั่นคือ การมีสุขภาพดี ฐานคิดของหมอพื้นบ้านชาวพิจิตรจึงเป็นฐานคิดที่มีความซับซ้อน ไม่มีรูปแบบตายตัว ดังจะเห็นได้จากตำรับตำรายาตลอดจนกระบวนการดูแลสุขภาพที่มักประกอบด้วยองค์ความรู้ทั้งจากระบบการแพทย์แผนไทย แผนโบราณ และแผนปัจจุบัน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านของพิจิตรยืนยันแนวคิดในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอคณะผู้วิจัยที่เชื่อว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านคือวัฒนธรรมย่อยด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยที่พบได้ทั่วไปทั้งในเมืองและชนบท เป็นสิ่งที่มีพลวัตและมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา โดยมีฐานคิดที่สำคัญคือความพยายามพึ่งตนเองบนพื้นฐานของการจัดการกับทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการคัดสรรองค์ความรู้ทุกชนิดที่มีอยู่ในสังคมเพื่อพัฒนาขึ้นเป็นความรู้ที่สามารถตอบสนองกับความต้องการด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างดีที่สุดตามนิยามความหมาย และบรรทัดฐานของแต่ละท้องถิ่น

5.3.2 จังหวัดพิษณุโลก

1. หมอพื้นบ้าน

จากการสำรวจประเภทของหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง ทำให้ได้ทราบว่าคุณลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านในพื้นที่เป้าหมาย มีความสัมพันธ์กับฐานคิด กระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัย ระบบวัฒนธรรมด้านการรักษาเยียวยาและวิธีที่หมอพื้นบ้านใช้ในการสืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน โดยพบว่า การที่จังหวัดพิษณุโลกมีหมอสมุนไพรมากที่สุดรองลงมาได้แก่หมอยาและหมอผีตามลำดับ และหมอสมุนไพรที่พบในจังหวัดพิษณุโลกส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับระดับการศึกษาของหมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างจังหวัดอื่นๆ (ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา, ร้อยละ 21.83 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และร้อยละ 11.50 ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับอนุปริญญา) และจากจำนวนหมอพื้นบ้านทั้งหมดมีผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานถึงร้อยละ 34.80 ที่เหลือ (ร้อยละ 28.74 มีอายุ 46-61 ปี) ก็ยังไม่ได้อยู่ในวัยชราและหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหาสุขภาพจนทำให้เป็นอุปสรรคในการให้ความรู้หรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งลักษณะทางสังคมประชากรดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถและศักยภาพของหมอพื้นบ้านในการปรับตัวทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม

นอกจากนี้ การที่หมอพื้นบ้านในพิษณุโลกส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่ยังอยู่ในวัยแรงงาน และส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพหลักอื่นๆ เพื่อจุนเจือตนเองและครอบครัว เช่น รับราชการตำรวจ ค้าขาย เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นพระภิกษุ และข้าราชการบำนาญ เป็นต้น และยึดอาชีพหมอพื้นบ้านเป็นเพียงอาชีพเสริมในเวลารว่าง ส่งผลต่อโอกาสของหมอพื้นบ้านในการปฏิสัมพันธ์กับข้อมูลข่าวสารทั้งในและนอกชุมชนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านดังกล่าว เมื่อผนวกเข้ากับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพิษณุโลก เช่น ความอุดมสมบูรณ์ของสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทรัพยากรธรรมชาติ องค์ความรู้ด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยของหลากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ ความตื่นตัวและความตระหนักขององค์กรด้านสุขภาพอนามัยทั้งในภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคเอกชน ทำให้เกิดกระบวนการประสานอย่างกลมกลืนขององค์กรและเครือข่ายทางสังคมต่างๆ จนระบบการแพทย์พื้นบ้านของพิษณุโลกกลายเป็นรูปแบบหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต หรือระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยที่มีความหลากหลายและมีพลวัตอยู่ตลอดเวลา

คณะผู้วิจัยต้องการเสนอประเด็นโต้แย้งกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่กำลังพิจารณาพิจารณาอยู่ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2545) ว่า หมอพื้นบ้านนั้นมีความหมายจำกัดเพียงผู้ให้การรักษาเยียวยาที่อยู่ใน “ชุมชนดั้งเดิม” เท่านั้น เนื่องจากพบจากผลการศึกษาในครั้งนี้ว่า สำหรับจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่างหลายจังหวัด เช่น พิษณุโลก, อุตรดิตถ์, สุโขทัย, และนครสวรรค์ ปัจจุบันด้านพื้นที่ทางกายภาพมิได้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จำกัดการกระจายตัวและการคงอยู่ของหมอพื้นบ้านแต่

อย่างไร โดยพบว่าในจังหวัดทั้งสี่ข้างต้นมีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นในเขตอำเภอเมือง และอำเภอใกล้เคียง ยกเว้นในจังหวัดพิจิตร, ตาก และกำแพงเพชร ที่พบว่ามีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่ในเขตอำเภอที่ห่างไกลมากกว่าในเขตอำเภอเมือง ซึ่งในกรณีดังกล่าวคณะผู้วิจัยเห็นว่า ควรทำการศึกษาเฉพาะกรณีในระดับลึกต่อไป

สำหรับการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านในพิษณุโลก พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ ได้แก่ การค้นพบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะอาศัยรวมกันอยู่ในเขตอำเภอเมือง โดยสามารถจำแนกประเภทของหมอพื้นบ้านในเขตเมืองที่สำคัญได้แก่ หมอนวด, หมอยา และหมอแผนโบราณ ส่วนอำเภออื่นๆที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น อำเภอบางกระทุ่มและอำเภอวังทองก็ยังคงพบหมอสมุนไพร, หมอนวด, และหมอยาตามลำดับ สำหรับอำเภอเนินมะปรางพบว่ามีหมอยามากกว่าหมอพื้นบ้านประเภทอื่นๆ ในขณะที่อำเภอชาติตระการและอำเภอนครไทยซึ่งเป็นอำเภอที่อยู่ห่างไกลและมีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่เพียงเล็กน้อย ประเภทของหมอพื้นบ้านที่พบมากได้แก่ หมอผสมผสาน, หมอน้ำมัน, หมอน้ำมันด์ และหมอสมุนไพร

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าการที่รัฐให้นิยามคำว่า “หมอพื้นบ้าน” ในลักษณะที่ขาดมิติทางวัฒนธรรมซึ่งมีการปรับตัวและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา จึงมีส่วนสำคัญในการทำให้ความเข้าใจในระบบการแพทย์พื้นบ้านเกิดความคลาดเคลื่อนไปจากสภาพการณ์ที่เป็นจริง กล่าวคือ ทำให้การแพทย์พื้นบ้านถูกให้ความหมายว่าเป็นเพียงสัญลักษณ์ของความล้าหลังทางด้านสุขภาพอนามัยของคนในท้องถิ่นห่างไกล และมีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิมที่ผูกพันอยู่กับความเชื่อทางไสยศาสตร์และอำนาจเหนือธรรมชาติเท่านั้น ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่ายังห่างไกลจากสภาพการณ์ที่แท้จริงของระบบการแพทย์พื้นบ้านที่พบในหลายๆท้องถิ่น เช่น ในกรณีตัวอย่างของหมอพื้นบ้านจังหวัดพิษณุโลก เป็นต้น

ดังนั้น ในทัศนะของคณะผู้วิจัย การแพทย์พื้นบ้านจึงน่าจะหมายถึงความถึง ระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลและสังคมที่มีพลวัตและมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม และหมายถึงองค์ความรู้ด้านการแพทย์ที่สามารถพบได้ทั่วไปในทุกสังคม และหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกนับเป็นตัวอย่างหนึ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงพลวัตในรูปของกระบวนการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมด้านสุขภาพอนามัยทั้งกระแสหลักและกระแสรอง ซึ่งส่งผลให้องค์ความรู้ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการสูงสุดของบุคคล คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

หมอพื้นบ้าน เครือข่ายแพทย์พื้นบ้าน และองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในพิษณุโลกจึงเป็นภาพจำลองของวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้นจากหลากหลายฐานคิดและจากหลากหลายกลุ่มบุคคล ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวมีรูปแบบและวิวัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น หมอพื้นบ้านในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลกมีการปรับเปลี่ยน ผสมผสาน แลกเปลี่ยน และเพิ่มพูนทั้งสาระความรู้และระบบคิด โดยมีการนำฐานคิดเรื่องเชื้อโรค ทฤษฎีร้อนเย็น แนวคิดทฤษฎีด้าน

การแพทย์แผนโบราณ และแนวคิดเรื่องระบบนิเวศน์วิทยาวัฒนธรรมมาใช้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัย จนในที่สุดพัฒนาขึ้นเป็นองค์ความรู้ด้านการนวด ด้านยาพื้นบ้าน และด้านสมุนไพร เพื่อตอบสนองความต้องการของคนในเขตเมืองพิษณุโลกและอำเภอใกล้เคียงที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมของ “เมืองหัวโด่” ซึ่งถูกพัฒนามาบนพื้นฐานทฤษฎีความทันสมัยที่โครงสร้างของครอบครัวของคนในเมืองถูกเปลี่ยนแปลงให้มีขนาดเล็กลง ความเป็นปัจเจกบุคคลสูงและการแข่งขันในวิถีการค้าเงินชีวิตมีความเข้มข้นมาก ค่านิยมและวัฒนธรรมดั้งเดิมสูญหายและเสื่อมความนิยมลง ในขณะที่โครงสร้างทางสังคมส่วนอื่นๆเกิดการปรับตัวขนานใหญ่เพื่อตอบสนองความไม่สมดุลที่เกิดขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าสำหรับหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกแล้ว พบปัญหาการหวงวิชาความรู้ของหมอที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหมอสมุนไพรหรือหมอยา โดยหมอพื้นบ้านในพิษณุโลกที่ “หวงวิชา” ส่วนใหญ่มักเป็นหมอผี หมอยาผีบอกหรือหมอคาถาเป่าพ่นเป็นส่วนใหญ่ โดยหมอพื้นบ้านเหล่านี้มีฐานความเชื่อว่า

“หากเอาคาถาหรือตำรับยาไปบอกเล่าให้แก่ผู้อื่นฟังเมื่อไหร่
ความศักดิ์สิทธิ์ของยาและวิธีการรักษาก็จะหมดไป และบาง
ทีหมอพื้นบ้านหรือครอบครัวก็อาจต้องมียันเป็น ไปถึงแก่ชีวิตได้”

ซึ่งฐานคิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการลดจำนวนลงของหมอพื้นบ้านประเภท หมอผี หมอยาผีบอก และหมอพ่นเป่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการที่หมอพื้นบ้านเหล่านี้ปฏิเสธการสืบทอดความรู้ให้แก่บุคคลนอกครอบครัว ทำให้เมื่อหมอกันดังกล่าวเสียชีวิตลงมักไม่มีผู้สืบทอดวิชาความรู้ และทำให้กระบวนการรักษาเยียวยา เวทมนต์คาถาที่ใช้ ตัวยาและขั้นตอนที่ใช้สูญหายลดลงไปตามลำดับ

คณะผู้วิจัยพบหลักฐานยืนยันข้อสรุปดังกล่าวจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับหมอพื้นบ้านหลายราย ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่น่าสนใจว่า ในขณะที่หมอผี หมอมนต์ และหมอเป่าพ่นเริ่มลดจำนวนลง เนื่องจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ขาดการแลกเปลี่ยนหรือขาดมิติของพลวัตที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่หมอสมุนไพรพื้นบ้านในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลกกลับเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมากมาย โดยพบว่าหมอพื้นบ้านในเขตอำเภอเมืองเหล่านี้ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมด้านสุขภาพอนามัยในหลากหลายรูปแบบและหลักสูตรทั้งที่จัดโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และมีประสบการณ์การเข้าร่วมประชุม สัมมนา ศึกษาดูงานอยู่เสมอๆ ตัวอย่าง เช่น การเข้าอบรมด้านการแพทย์พื้นบ้าน, การป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด, การนวดและการจับเส้น, การฝังเข็ม, การปลูก ปรุ้งและใช้สมุนไพรในการรักษาโรค เป็นต้น นอกจากประสบการณ์ซึ่งเกิดจากการฝึกอบรมและการศึกษาในสถาบันการศึกษาของรัฐแล้ว ยังพบว่าหมอพื้นบ้านเหล่านี้

มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อแขนงต่างๆเป็นประจำ ทั้งจากนิตยสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และวารสารสุขภาพต่างๆ

แต่อย่างไรก็ตามพบว่า พัฒนาการด้านองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านได้รับผลกระทบอย่างกว้างขวางจากกฎหมายตลอดจนพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยหลายฉบับ โดยกฎหมายดังกล่าวได้เข้ามามีส่วนสำคัญในการตอกย้ำความถูกต้องของระบบคิดแบบสองขั้ว (Dichotomy) และระบบคิดแบบตรรกศาสตร์ที่เน้นกระบวนการวิทยาศาสตร์ ซึ่งให้ความสำคัญกับบทบาทและอำนาจของรัฐ สูตรยาที่ตายตัวชัดเจน สามารถผลิตซ้ำได้ และถูกต้องตามหลักวิชาการ ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติ การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 ที่ระบุให้ผู้อยู่ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในแต่ละสาขา ต้องมีความรู้ในวิชาชีพจากสถาบันการศึกษาหรือสถานพยาบาล ที่คณะกรรมการวิชาชีพของสาขานั้นรับรอง เป็นต้น

โดยสรุป จึงกล่าวได้ว่าพลวัตด้านองค์ความรู้และการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในพิษณุโลก เกิดขึ้นจากหลากหลายสาเหตุ ที่สำคัญได้แก่ บริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น ความต้องการของคนในท้องถิ่น สภาพของโรคและการให้นิยามการมีสุขภาพอนามัยดี และนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้หมอพื้นบ้านเกิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในต่างกาลและเทศะ อันนำมาซึ่งการแลกเปลี่ยนและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านใหม่ๆ ในรูปของการผลิตซ้ำและผลิตขึ้นใหม่ตลอดเวลา และองค์ความรู้บางประเภท เช่น คำรับยาพื้นบ้านดั้งเดิม บางตำรับที่รักษาแล้วไม่ได้ผล เมื่อเวลาผ่านไปก็จะเสื่อมความนิยมลงไปตามลำดับ ในขณะที่บางตำรับได้ถูกนำมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและผสมผสานกับความรู้ที่ได้จากตำราแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนโบราณจนสามารถตอบสนองกับความต้องการของท้องถิ่นได้ ในขณะที่องค์ความรู้และคำรับยาบางขนานซึ่งเป็นที่นิยม มักเกิดขึ้นจากผลสัมฤทธิ์ภายหลังการรักษาหรือภายหลังการใช้ ที่ผู้ใช้เกิดมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดี ซึ่งในกรณีนี้ผู้ใช้ เครือข่ายทางสังคม และหมอพื้นบ้านจะมีการบอกเล่าต่อกันมา และในบางกรณีถึงกับมีการจดบันทึกเก็บไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อถ่ายทอดให้แก่ผู้ที่สนใจทั่วไปได้ร่วมทดลองนำไปใช้อีกประการหนึ่งด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า หมอพื้นบ้านในพิษณุโลกมีความหลากหลาย ทั้งในพื้นฐานคิดเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค และกระบวนการที่หมอแต่ละคนในแต่ละท้องถิ่นใช้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัย โดยหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกมีการตื่นตัวในเรื่องสุขภาพอนามัยในรูปของการตระหนักในความสำคัญของสมุนไพรและองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ในท้องถิ่นอย่างมาก เช่น มีการฟื้นฟูองค์ความรู้ด้านการนวด ประคบ การจับเส้น เนื่องจากเป็นที่ต้องการมากขึ้นในแต่ละชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเมือง โดยความตระหนักดังกล่าวได้ก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านขึ้นมากมายหลายรูปแบบผ่านกระบวนการตีความตามประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านแต่ละคนตลอดจนการรับรองจากเครือข่ายทางสังคม ในรูปของการใช้ซ้ำๆและการแนะนำบอกต่อ จนในที่สุดได้นำมาสู่การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการ

แพทย์พื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่นในหลากหลายลักษณะ ที่เกิดการยอมรับจากคนในท้องถิ่นว่าการมีวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องปกติและเป็นสิ่งที่ดีที่บุคคลสามารถเลือกจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเองได้อย่างเสรี กล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมการจัดการกับสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้านทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยได้กลายเป็นสัญลักษณ์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี และได้รับการรับรองคุณภาพจากคนในชุมชน จนในที่สุดระบบการแพทย์พื้นบ้านและวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านได้กลายเป็นวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยซึ่งกลมกลืนอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยมีวิถีชีวิตของหมอพื้นบ้านเป็นแบบจำลองของคนในท้องถิ่น

จากการศึกษาเชิงคุณภาพทำให้คณะผู้วิจัยได้พบประเด็นที่สำคัญหลายประเด็น ที่ยืนยันว่าลักษณะทางกายภาพ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม และพลวัตขององค์ความรู้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงอยู่ของทุนทางวัฒนธรรม ซึ่งในที่นี้หมายความว่าถึงระบบวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของชาวพินนโลก ตัวอย่างเช่น การที่พินนโลกยังคงมีป่าไม้และวนอุทยานแห่งชาติหลายแห่งที่อุดมสมบูรณ์ ทำให้พินนโลกมี “คลังยาสมุนไพร” เป็นของตนเอง นอกจากนี้ ท่าเลที่ตั้งของพินนโลกที่อยู่ใกล้เคียงกับเพชรบูรณ์และพิจิตร ทำให้หมอพื้นบ้านในพินนโลกมีโอกาที่จะแลกเปลี่ยนความรู้กับหมอพื้นบ้านและเครือข่ายหมอพื้นบ้านอื่นๆ ในจังหวัดใกล้เคียงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวเอื้อประโยชน์ให้กับหมอพื้นบ้านในพินนโลกเป็นอย่างมาก ประการแรก หมอพื้นบ้านในพินนโลกสามารถพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ประการที่สองหมอพื้นบ้านสามารถเก็บเกี่ยวและใช้ตัวยาจากจังหวัดใกล้เคียงโดยเสียค่าใช้จ่ายไม่มากโดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ยังนิยมใช้กันโดยทั่วไปในท้องถิ่นจังหวัดพินนโลก และประการที่สามได้แก่ ความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ในพินนโลกที่ทำให้เกิดการผสมผสานกลืนกลายทางวัฒนธรรมสุขภาพอนามัยในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งพลวัตด้านองค์ความรู้ดังกล่าวทำให้เกิดการเปิดกว้างขององค์ความรู้ ซึ่งในที่สุดได้พัฒนามาสู่เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นรูปธรรมขึ้นมากมาย เช่น เครือข่ายหมอพื้นบ้านที่วัดทองกลาง ตำบลมะขามสูง และเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่วัดจันทร์ ตะวันตก อำเภอเมือง จังหวัดพินนโลก เป็นต้น

1.1 ฐานคติและการจัดการด้านสุขภาพอนามัย

ฐานคติเรื่องสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพินนโลกมีลักษณะเด่นตรงการให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์พื้นบ้านในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมย่อยที่มีวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี มากกว่าระบบสุขภาพอนามัยที่มุ่งเพียงการรักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่า ฐานคตินี้พบได้ทั้งในส่วนของหมอพื้นบ้าน ชาวพินนโลกที่มารับคำแนะนำปรึกษา และบุคลากรด้านการแพทย์ของรัฐ และความซับซ้อนของระบบคิดที่แทรกอยู่ในผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) ที่มีบทบาทด้านสุขภาพอนามัยจากองค์กรและสถาบันต่างๆ ที่เองที่

ผลักดันให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ฐานคิดของหมอพื้นบ้านมีลักษณะที่เป็นองค์รวม กล่าวคือ มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะที่ผสมผสานกลมเกลียว (Harmony) ระหว่างวิธีการดำเนินชีวิตของหมอพื้นบ้านและเครือข่ายทางสังคมกับการจัดการเพื่อให้ตนเองและสังคมที่หมอพื้นบ้านแต่ละคนเป็นสมาชิกอยู่ มีสุขภาพอนามัยดีตามนิยามของแต่ละท้องถิ่นในจังหวัดพิษณุโลก

1.1.1 ฐานคิดเรื่องการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ฐานคิดเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดี เป็นภาพสะท้อนของการมองสุขภาพแบบองค์รวมของหมอพื้นบ้าน ที่ไม่ได้มุ่งเพียงการพยายามอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีได้มุ่งเพียงกระบวนการรักษาเยียวยาที่ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคแต่เป็นการจัดการกับสุขภาพอนามัยในฐานะที่เป็นวัฒนธรรมด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมทุกมิติของการมีชีวิตรอยู่ของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีเครือข่ายทางสังคมของบุคคลและเครือข่ายแพทย์พื้นบ้านเป็นสถาบันทางสังคมที่ทำการปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อค้นหาคำอธิบาย กระบวนการ และทางเลือกที่ดีที่สุด

กรณีศึกษาที่ 18: หมอชลอ สุขม่วง

หมอชลอ สุขม่วง หมอสมุนไพรพื้นบ้านจังหวัดพิษณุโลกอายุมากกว่า 70 ปีแล้ว และในปัจจุบันดำรงตำแหน่งประธานชมรม “แพทย์แผนไทย” ตำบลมะขามสูง เป็นกรณีศึกษาหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความผสมกลมกลืนระหว่างวิถีการดำเนินชีวิตกับระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งในที่สุดได้ถูกพัฒนามาสู่การเป็น “สัญลักษณ์” เพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของชุมชนและเครือข่ายทางสังคมของหมอชลอ

หมอชลอได้นิยามคำว่ามีสุขภาพดีว่า หมายความว่า “ความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ แต่ต้องเป็นความสมดุลที่เกิดขึ้นในวิถีหรือวงจรการดำเนินชีวิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย” และได้กล่าวถึงสาเหตุของการมีสุขภาพดีของบุคคลว่าประกอบด้วย

1. **อาหาร** บุคคลต้องไม่กินอาหารมากเกินไป และอาหารที่กินต้องไม่ปนเปื้อนสารพิษหรือสารเคมี ควรกินอาหารที่ปรุงใหม่ ๆ สด ๆ และหากปลูกพืชผักกินเองได้ก็จะดีที่สุดเพราะปลอดจากสารพิษและสารเคมีตกค้าง
2. **อิริยาบถ** บุคคลโดยทั่วไปจะมีอิริยาบถ 4 ประการคือ เดิน ยืน นั่ง และนอน ดังนั้น บุคคลจึงต้องรู้จักปรับอิริยาบถทั้ง 4 ประการให้สมดุลกันไม่มากไม่น้อยกว่ากัน มิเช่นนั้น ก็จะเกิดอาการปวดเมื่อยและทำให้เส้นเอ็นต่างๆผิดปกติ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้
3. **อากาศ** บุคคลไม่ควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิรอบตัวอย่างรวดเร็วเกินไป เพราะจะทำให้ไม่สบายตัวไม่สบายใจ

4. **อดนอน อดข้าว และอดน้ำ** บุคคลควรนอนเป็นเวลา ไม่อดนอนบ่อยๆ และระมัดระวังไม่ให้ร่างกายขาดน้ำหรือขาดอาหารที่ดีมีคุณภาพ เพราะอาจทำให้ร่างกายอ่อนเพลียไม่แข็งแรงได้
5. **อาจม** บุคคลไม่ควรกลั่นอุจจาระหรือปัสสาวะ เพราะจะทำให้ธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน¹ ธาตุน้ำ² ธาตุลม³ และธาตุไฟ⁴ แปรปรวนได้
6. **ไม่หักโหมหรือทำงานเกินกำลัง** เพราะจะทำให้ร่างกายและอวัยวะต่างๆ ต้องรับภาระมากเกินไป ดังนั้น บุคคลควรประมาณตนเองว่าปริมาณกิจกรรมหรืองานที่ทำนั้นเหมาะสมกับสุขภาพอนามัยหรือสภาวะร่างกายของตนมากน้อยอย่างไร
7. **อารมณ์** ทำจิตใจให้สบายไม่หมกมุ่นหรือเศร้าโศกเสียใจเป็นเวลานานๆ และควรนำหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนามาประพฤติดิปฏิบัติความสบายกายสบายใจได้ นอกจากนี้ บุคคลไม่ควรโกรธง่ายหรือขาดสติ ต้องรู้จักควบคุมอารมณ์ ไม่วู่วาม
8. **เชื่อโรค** บุคคลไม่ควรไปอยู่ในที่ซึ่งจะติดเชื่อโรคได้ง่าย เช่น แหล่งและสถานเริงรมย์ต่างๆ แต่ควรอาศัยอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ สะอาด ปลอดภัย และไม่เป็นที่มั่วสุมแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่างๆ
9. **กรรม** หมายถึง ผลของการกระทำของบุคคลแต่ละคนที่พกติดตัวมาจากชาติภพก่อน ดังนั้น บุคคลที่มีกรรมเก่าดีก็จะมีสุขภาพอนามัยที่ดี และหากต้องการมีสุขภาพอนามัยที่ดีแข็งแรงในภพหน้า ก็จะต้องทำแต่สิ่งที่ดีงาม ทั้งการกระทำระหว่างมนุษย์ด้วยกัน การกระทำระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม และการกระทำระหว่างมนุษย์กับอมนุษย์ต่างๆ
10. **อาโป** คือน้ำยาเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำทุกวันแทนน้ำสะอาด
11. **อายุวัฒนะ** กินยาสูตร 1 ทุกวัน⁵
12. **อาทิตย์** รับแสงอาทิตย์ตอนเช้าและตอนเย็น

¹ มี 20 อย่างได้แก่ เส้นผม, ขน, เล็บ, ฟัน, หนวด, กล้ามเนื้อ, เส้นเอ็น, กระดูก, ไขกระดูก, ม้าม, หัวใจ, ตับ, พังผืด, ไต, ปอด, ลำไส้ใหญ่, ลำไส้เล็ก, อาหารที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ตอนบน, อาหารเก่าหรืออาหารที่รวมอยู่บริเวณลำไส้ใหญ่ตอนล่าง, และมันสมอง

² มี 12 อย่างได้แก่ น้ำดี, น้ำสลด, หนอง, เลือด, เหงื่อ, มันข้น, น้ำตา, มันเหลว, น้ำลาย, น้ำมูก, ไขข้อ, และปัสสาวะ

³ มี 6 อย่างคือ อุทรังมวาทา, อโรคมวาทา, กุณิสยวาทา, โกฎาสยวาทา, อังคมังคานุสาวิวาทา, และอัธสาสะปัสสาสะวาทา

⁴ มี 4 อย่างคือ สันตปปีคิ, ปริทัยหักคิ, จิรณคคิ, และปริณามคคิ

⁵ หมายความว่า ยาอายุวัฒนะที่มีทั้งสูตรยาถูกกลอนและยาน้ำ สำหรับยาน้ำประกอบด้วย ใบยอปี้งไฟ, เถาวัลย์เปรียง, เถาฝรั่งแดงอย่างละ 2 ส่วน และโกฐกระดูก 1 ส่วนต้มใส่หม้อดิน เก็บไว้ในตู้เย็นและดื่มแทนน้ำ

12. อากาศ ควรอยู่ในที่ๆอากาศถ่ายเทได้สะดวก อากาศบริสุทธิ์
13. อนามัย ขนแกะเกี่ยวข้องกับอนามัยทั้งปวง เพราะเป็นทางสู่อามัย
14. อภิมะเสวนา งดการเสพงามตั้งแต่อายุ 60 ปีเป็นต้นไป

หมอลอเน้นว่า ร่างกายของคนเราจะแข็งแรงสมบูรณ์ได้จะต้องเริ่มต้นตั้งแต่ภายใน คือบุคคล ต้องมีจิตใจที่ดี คือมีความสุข ไม่หวังได้ในสิ่งที่ตนเองไม่ควรได้ คือพอใจในสิ่งที่ตนเองมีและหาความสุขกับสิ่งที่ตนมี นอกจากนี้ สภาพสังคมรอบตัวตั้งแต่หน่วยย่อยที่เล็กที่สุด เช่น ครอบครัว หรือเครือญาติเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี และอาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งกว่าเงินทองต่างๆ เพราะเป็นเสมือนแหล่งพักพิงที่เปิดโอกาสให้บุคคลได้ผ่อนคลาย และเป็นตัวของตนเองกับสังคมที่ตนเองคุ้นเคย ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวคิดดังกล่าวของหมอลอมีลักษณะใกล้เคียงกับแนวคิดเรื่อง “พื้นที่ทางสังคม” (Social Space) ที่นักวิชาการจำนวนมากให้ความสนใจอยู่ในปัจจุบัน

หมอลอกล่าวว่า

“อยากรู้ว่าคนๆหนึ่งมีความสุขหรือไม่ให้ดูที่ครอบครัวของเขา
ว่าพ่อแม่เขาเป็นอย่างไร ผัวเมียเขาเป็นอย่างไร ลูกๆเป็นอย่างไร
เพื่อนบ้านเขาเป็นอย่างไร และเขาใช้ชีวิตประจำวันของเขาอย่างไร”

ในทัศนะของหมอลอแล้ว หากบุคคลต้องการมีความสุข เขาต้องเลือกดำเนินชีวิตที่ดีคือถูกต้องตามครรลองคลองธรรมที่สังคมยอมรับ และสอดคล้องกับหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า ซึ่งองค์ประกอบทั้งสองอย่าง ในทัศนะของหมอลอเป็นสิ่งสำคัญและเป็นหัวใจของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี ตามทัศนะของหมอลอแล้ว พฤติกรรมและวิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นเครื่องชี้วัดที่ดีที่สุดที่จะแสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลและสังคม ดังกล่าวไว้ว่า

“คนเราหากทำตัวให้ป่วยก็จะป่วย แต่หากมีความกระฉับกระเฉง ไม่เกียจคร้าน
ตื่นแต่เช้า ขยันทำงาน สนใจกับสิ่งต่างๆอยู่ตลอดเวลา ก็มีความสุข
อย่างสูงอยู่แล้ว ก็เลือกทำงานที่เหมาะสมกับสังขาร เช่น คายหญ้า ปลูกต้นไม้
เพราะแสงแดดตอนเช้านี้ดีมาก ช่วยทำให้สดชื่น การออกกำลังกายตอนเช้าทุกวัน
จึงทำให้สูงมีสุขภาพดี แขนขายังมีกล้ามเนื้อแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เลวทรามอ่อนยาน
เหมือนคนรุ่นราวคราวเดียวกัน”

นอกจากนี้ หมอชลอยังมีความเชื่อว่าการที่สังคมให้การยกย่องนับถือหมอพื้นบ้าน และมอบสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่าคนทั่วไปหรือคนที่เจ็บป่วย เป็นเงื่อนไขทางสังคมที่กำหนดทั้งบทบาทและหน้าที่ของหมอพื้นบ้านไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นหมอพื้นบ้านที่ดีจึงต้องรู้จักเสียสละ ไม่เห็นแก่เงินทอง และต้องไม่หวงวิชาความรู้ แต่ควรถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ให้แก่คนรุ่นหลังอย่างเต็มใจและเต็มกำลัง นอกจากนี้ยังต้องประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี กล่าวคือ ต้องรู้จักดูแลสุขภาพของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เนื่องจาก หมอชลอมีความเชื่อว่า

“....หมอที่ป่วยไม่ว่าจะเป็นการป่วยทางกายหรือป่วยทางใจ
ย่อมไม่ใช่หมอที่ดี และไม่สามารถไปรักษาใครให้มีสุขภาพดีได้...”

1.1.2 กระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัย

การจัดการกับสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้นเริ่มตั้งแต่เกิดจนตายมิได้จำกัดอยู่เฉพาะเวลาเจ็บป่วย ดังนั้น หมอพื้นบ้านจึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลทั้งในขณะที่มีสุขภาพดีเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ในขณะเจ็บป่วยและในช่วงของการฟื้นฟูสภาพหลังป่วย ซึ่งมีมิติการมีสุขภาพดีนั้นครอบคลุมวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลในลักษณะที่เป็นองค์รวม ตั้งแต่อาหารที่บุคคลกิน เครื่องดื่ม เสื้อผ้าที่สวมใส่ การขับถ่าย การพักผ่อน การใช้เวลาว่าง การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสภาพจิตใจ เช่น การปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนทางศาสนา การปลูกสร้างบ้านเรือน และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยหมอชลอแนะนำให้บุคคลให้ความสำคัญกับการปลูกและขยายพันธุ์พืชผักหรือสมุนไพรพื้นบ้านที่มีอยู่ทั่วไปในท้องถิ่น และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในทุกมิติของการจัดการกับสุขภาพอนามัย ซึ่งหากบุคคลตระหนักในคุณประโยชน์ของสมุนไพรพื้นบ้านและเรียนรู้ที่จะใช้ประโยชน์จากสมุนไพรจนกลมกลืนอยู่ในวิถีชีวิตแล้ว การมีสุขภาพอนามัยดีก็จะเป็นไปได้โดยง่าย ยกตัวอย่างเช่น การนำพืชผักหรือผลไม้พื้นบ้านที่ปลูกกันเกือบทุกครัวเรือนมาใช้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัยในลักษณะที่เป็นองค์รวมได้แก่

1) มะนาว

1.1) น้ำมะนาว

- ผสมเกลือจิบแก้อาการไข้หวัด เจ็บคอและไอมีเสมหะ
- ผสมแป้งคินสอพองตาก่อนนอน ช่วยทำให้ผิวหนังมันวาว ลดจุดด่างดำ ขาลาย
- ทาแก้ปูนซีเมนต์กัด
- ทารักแร้ป้องกันกลิ่นตัว
- ชะโลมบริเวณที่ถูกไฟลวกช่วยดับพิษและอาการปวดแสบปวดร้อน
- บีบใส่แผลที่ถูกตะปูตำเพื่อป้องกันบาดทะยัก

1.2) ลูกมะนาว

- ผ่านบางๆ ละเอียดด้วยปูนกินกับหมากปิดตรงขมับเพื่อลดอาการปวดศีรษะ
- คั้นน้ำแล้ว หากนำมาผ่าซีกจะสามารถใช้แก้กลิ่นคาวในห้องน้ำห้องส้วมได้
- นำมะนาวมาผ่าซีกตากก่อนนอนและหลังตื่นนอน จะช่วยแก้สั้คันได้
- ชูคอเอาผิวมะนาวผสมกับปูนแดง และนำรากสดฝนกับเหล้าทาปิดฝีจะหายและไม่ปวด

1.3) ใบมะนาว

- หั่นฝอยขงด้วยน้ำเดือด ต้มแทนน้ำชา ช่วยลดไข้ และหากใช้อมกลั้วคอจะช่วยฆ่าเชื้อโรคได้ดี
- ต้มกับน้ำตาลแดงกิน 2-3 วัน ครั้งละ 2-3 ถ้วยชา ต้มแก้ปัสสาวะบ่อย
- นำใบมะนาว 100 ใบมาต้มกินแก้ไข้ทับระดู
- ใบมะนาว 108 ใบ เกลือหรือดีเกลือหนัก 2 บาท ประมาณ 3 ช้อนคาบต้มรวมกัน ต้มเป็นยาระบายถ่ายน้ำเหลืองเสีย กินวันละ 2 ครั้งๆละ 1 ถ้วยแกงก่อนนอน

1.4) เมล็ดมะนาว

- เผาไฟบดให้ละเอียด นำน้ำหรือรากมะนาวฝนกับน้ำเป็นกระสาย ใช้กวาดคอเด็ก แก้ซาง คุ่มใน คอ ขับเสมหะ เป็นต้น

2) มะกรูด

มะกรูดมีประโยชน์มากมายและหาได้ง่ายในพืชญ โลก แต่อย่างไรก็ตาม การนำมะกรูดมาใช้จะพบนอกเขตเมืองมากกว่าในเขตเมือง เช่น

2.1) นำมะกรูดสดๆ มาผ่าครึ่งตามขวาง แคะเม็ดออก บีบเอาน้ำใส่ผสมแล้วสระช่วยขจัดรังแค แก้คันศีรษะ แก้ผมหดแตกปลาย ป้องกันผมร่วง ช่วยให้ผมเป็นเงางาม หวีง่ายและผมหงอกช้า นอกจากนี้ ยังช่วยรักษาเชื้อราบนหนังศีรษะอีกประการหนึ่งด้วย

2.2) ปอกผิวมะกรูด ทำให้ละเอียดแล้วบีบน้ำมะกรูดลงไป เติมน้ำจนยาเริ่มเหลว คนให้เข้ากัน ทิ้งไว้ประมาณ 5-10 นาที จึงกรองแล้วคั้นเอาแต่น้ำไปใช้สระผม ช่วยบำรุงเส้นผม

2.3) เอาผลมะกรูดไปย่างไฟ 3-5 นาที จนมีน้ำมันไหลออกมา เสร็จแล้วนำมาแช่ในน้ำอุ่นจนน้ำมันสีเหลืองอ่อนและมีคราบน้ำมันลอยอยู่ เสร็จแล้วนำมาใช้สระผม ช่วยบำรุงเส้นผม แต่ควรระวังอย่าให้น้ำมันมะกรูดเข้าตาเพราะจะแสบตา และหากเข้าปากจะชาปาก เวลาสระผมด้วยน้ำมันมะกรูดไม่ควรเกาอย่างแรง เพราะจะทำให้แสบหนังศีรษะ

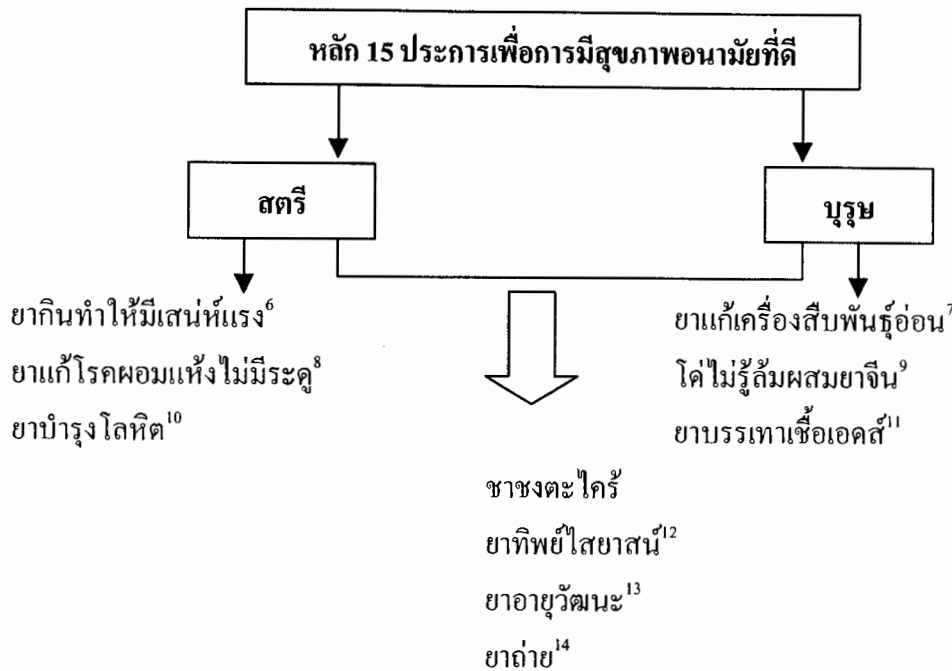
2.4) กินน้ำมันหอมระเหยจากผลมะกรูดช่วยแก้ท้องอืด แก่ปวดจุกเสียด และมีฤทธิ์ขับลมในท้อง

2.5) สูดดมน้ำมันหอมระเหยจากผลมะกรูดช่วยบรรเทาอาการคัดจมูกได้

2.6) จิบน้ำมะกรูดที่ละหยดทุก 5-10 นาทีในหนึ่งหรือสองชั่วโมงแรก ช่วยแก้ไอ แต่ไม่ควรจิบมากเกินไป เพราะน้ำมะกรูดจะกัดคอ ทำให้ไอบ่อยขึ้น และหากจิบแล้วรู้สึกแสบคอให้หยุดทันที

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับหมอชลอพบว่า กระบวนการเพื่อการมีสุขภาพดีนั้นมีความซับซ้อนและครอบคลุมอยู่ในหลากหลายมิติของบุคคลและสังคม และวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยดังกล่าวได้ผสมกลมกลืนอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลจนยากที่จะแยกออกจากกันได้ และยาพื้นบ้านไม่ได้มีบทบาทเพียงแก้อาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่มีบทบาทครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และบำบัดรักษา โดยยาพื้นบ้านจำนวนหนึ่งแฝงมาในรูปของอาหารหรือเครื่องคั้นเสริมสุขภาพ บางส่วนอยู่ในรูปของลูกประคบเพื่อแก้ไขและบรรเทาอาการปวดเมื่อย และบางส่วนอยู่ในรูปของยาเพื่อรักษาโรค ดังตัวอย่างเช่น

ตัวอย่างที่ 1.1.2.1 วัฒนธรรมย่อยเพื่อการมีสุขภาพดี



⁶ นำขมิ้นอ้อย, หัวไพล, ขมิ้นชัน, เหง้ากระชาย, พริกไทยล่อน, และหัวเห็ดหูหนูแห้ง 10 บาทมาหั่นตากแดด ต้มน้ำเป็นผงละเอียดผสมน้ำผึ้งรวาง ปั่นเป็นก้อนขนาดเท่าเมล็ดพุทรา กินก่อนอาหารเช้า-เย็น และก่อนนอนครั้งละ 2-3 เม็ด ช่วยทำให้สตรีมีเสน่ห์แรง

⁷ หัวกระชาย, ขมิ้นอ้อย, พริกไทยร้อน, ลูกกระวาน, ว่านน้ำอย่างละ 3 บาทตากแดดให้แห้ง บดเป็นผงละลายกับน้ำผึ้งแท้หรือน้ำตาลมะพร้าวหรือน้ำตาลโตนด หรือน้ำอ้อย ปั่นเป็นลูกกลอน กินวันละ 2 ครั้ง อาหารเช้า-เย็น

⁸ ใบมะกอก, ใบขุ่ยเห็ด, แก่นขี้เหล็ก, แก่นแสมสาร, แก่นแสมทะเล, ไพล, ขมิ้นอ้อย, อย่างละ 5 คำลึง ใส่หม้อดินต้มกับน้ำผสมกับการบูรและยาค่าหนัก 1 บาท, และเกลือทะเล 3 หยิบมือ ต้มน้ำครั้งละ 1 ถ้วยชาก่อนอาหารเช้า-เย็น วันละ 2 เวลา

⁹ ตั้งเขียม, ชะเอมเทศ, กำลั้งวัวเถลิง, กำลั้งเสือโคร่ง, ม้องแม่ควาย, ฟาง, บอระเพ็ดพุงช้าง, ใบบัวบก, โคไม่รู้จักผสม, หั่นแช่สุราขาวให้ท่วมตัวยา ใช้ดื่มแก้ปวดเมื่อยและบำรุงกำลัง

¹⁰ ฟาง, แสมสาร, แสมทะเล, แกลเล, หญ้าไทร, ใบมะกอก, ใบมะเฟือง, ใบไผ่ป่า, หัวหญ้าชันกาศ, หัวเห็ดหูหนู อย่างละเท่าๆกัน ใส่หม้อดินต้มน้ำดื่มกินครั้งละ 1 ถ้วยชาก่อนอาหารวันละ 3 เวลา

¹¹ มะระจีนทั้ง 5, ผักเสี้ยนผีทั้ง 5, แก่นฝั่มอบ, หนอนดาขอยาก, หัวยาข้าวเย็นได้, เหงือกปลาหมอ, สารส้ม, แก่นลั่นทม, บานไม่รู้โรยดอกขาวทั้ง 5, ทองพันชั่ง, หญ้าหนวดแมว, ขันทองพยับขาว, กำแพงเจ็ดชั้น, กำมะถันเหลือง, ใบจาก และแก่นฝาง อย่างละ 30 กรัม นำมาใส่หม้อดินต้มน้ำสะอาดจนเดือดประมาณ 5-10 นาที ตีมน้ำประมาณ 1 แก้วขณะที่ยาขุ่นอยู่ ต้มวันละ 3-4 ครั้ง ก่อนอาหารหรือเวลาที่ท้องว่าง

¹² ลูกจันทร์, ยาค่า, มหาหิงคุ์ อย่างละ 1 ชีดหรือ 10 กรัม, พริกไทยร้อนหนัก 300 กรัม ต้มน้ำสะอาดจนเดือดประมาณ 5-10 นาที ต้มน้ำประมาณ 1 แก้วขณะที่ยาขุ่นอยู่ ต้มวันละ 3-4 ครั้ง ก่อนอาหารหรือเวลาที่ท้องว่าง

¹³ เกลือ 3 ส่วน, มะขาม 5 ส่วน, บอระเพ็ด 7 ส่วน บดเป็นผงผสมน้ำผึ้งปั่นเป็นลูกกลอนขนาดเท่าปลายนิ้วก้อยกินก่อนอาหารเช้าวันละ 1 ครั้ง ช่วยบำรุงกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นเอ็น แก้ปวดเมื่อย

ตัวอย่างที่ 1.1.2.2 วัฒนธรรมย่อยเพื่อการมีสุขภาพดี

หลัก 15 ประการเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

มารดาหลังคลอด

ยาทำให้ช่องคลอดแคบและเล็กลง¹⁵

ยากินแก้โรคติดต่อ¹⁶

ยาแก้โลหิตในเรือนไฟ ขับโลหิต และน้ำคาวปลา¹⁷

ยาบำรุงโลหิต¹⁸

ยาคับพิษไฟหลังคลอด¹⁹

ยานี้่งทำให้ท้องยุบ²⁰

ยาต้องเหล้าให้มดลูกแห้ง²¹

ยากินให้สตรีมีเสน่ห์แรง²²

¹⁴ ใบมะกา, ใบมะขาม, ใบส้มป่อย, หนุ่ยไพร, ใบไผ่ป่า, ฝักคูณ, รากขี้กาแดง, รากขี้กาขาว, รากทองแตก, เถาวัลย์เปรียง, หัวหอม, ฝักส้มป่อย, สมอไทย, สมอติ่ง, ขี้เหล็กทั้ง 5 ชนิดสิ่งละ 1 ส่วน, ขาดำหนัก 4 ส่วน, ดีเกลือฝรั่งหนัก 20 ส่วน บดเป็นผง ปั้นเป็นเม็ดๆละ 0.5 กรัมกินวันละ 1 ครั้งก่อนนอนครั้งละ 2-5 เม็ดตามธาตุหนักเบา

¹⁵ เทียนคำและเทียนขาวหนักอย่างละ 4 บาท, ครีกรกฏก ขมิ้นอ้อย ครั้ง ผ่าง และรากเสนียดหนัก 2 บาท, สารส้มและลูกเบญจกานี 1 บาท, หัวไพล 4 บาท ต้มเติวกับน้ำ 3 ส่วนจนงวดลงเหลือ 1 ส่วน กินครั้งละ 1 ถ้วยชา วันละ 1 ครั้งก่อนอาหารทำให้ช่องคลอดแคบและเล็กลง

¹⁶ เนื้อฟักทองเขียว 1 ถ้วยฝาละมีและสารส้ม 2 สลึง เคี้ยวให้งวดดี กินครั้งละจอกก่อนอาหาร ช่วยแก้ปัญหา “รกอ่อนคาบึง ถูกตายคิดครั้ง”

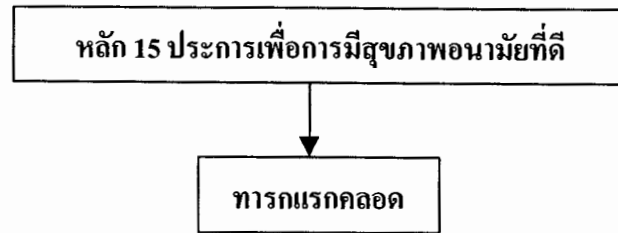
¹⁷ พริกไทย, จิงแห้ง, คีปี้, สารส้ม, ดินประสิว, การบูรอย่างละ 2 สลึง เปราะหอม, ว่านน้ำ, ผิวมะกรูด, แก่นแสมทั้งสอง, เทียนคำ, ไพล อย่างละ 3 บาท และว่านนางคำหนัก 10 บาท นำมาตำจนเป็นผงละลายกับน้ำร้อนหรือสุรา คืมครั้งละ 2 ช้อนชา

¹⁸ เบญจกูล ทั้ง 5 สิ่งๆละ 1 บาท, ลูกจันทน์, ดอกจันทน์, กระวาน, กานพลู, ดอกคำฝอย โขหู่ทั้ง 5 อย่างละ 1 บาท, สมอสามสิ่งๆละ 1 บาท, ชะลูด, อบเชย, สักชี, เปล้าทั้งสองสิ่งละ 2 บาท, แก่นแสมทั้งสองสิ่งละ 2 บาท, กฤษณา, กำลังวัวเถลิง, ขมิ้นเครือ อย่างละ 2 บาท, ดอกพิทูร 2 สลึง, ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง อย่างละ 2 สลึง นำมาคืม คืมเช้า-เย็น ครั้งละ 1 ถ้วยชา

¹⁹ พริกไทย, จิงแห้ง, คีปี้, สารส้ม, ดินประสิว, การบูร อย่างละ 2 สลึง, เปราะหอม, ว่านน้ำ, ผิวมะกรูด, แก่นแสมทั้งสอง, เทียนคำ, ไพลอย่างละ 3 บาท และว่านนางคำ 10 บาท นำมาตำจนเป็นผงละลายในน้ำร้อนหรือสุรา คืมกิน

²⁰ สารส้ม คีปี้ กระเทียม พริกไทย ดินประสิวหนัก 1 บาท, ไพลหนัก 2 บาท และใบมะกาหนัก 7 บาทนำมาคูลูกเคล้ากับสุราหรือน้ำส้มสายชูแท้ ผ่ลงบนหน้าท้องตรงมดลูก แล้วนำผ้าครอบยาทั้งหมดไว้ นำหม้อที่ใส่เกลือไปตั้งไฟจนร้อนจัดแล้วนำมาวางทับลงบนผ้า นานครึ่งไปมาตามหน้าท้อง วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

ตัวอย่างที่ 1.1.2.3 วัฒนธรรมย่อยเพื่อการมีสุขภาพดี



ยาประคบท้องทารก²³

ยาชางขโมย²⁵

ยาระบาย²⁷

ยาป้องกัน “หละ”²⁴

ยาทาท้องเด็กร้อง 3 เดือน²⁶

ยาแก้ไอเด็ก²⁸

²¹ เปล้าน้อย, เปล้าใหญ่, แสมทะเล, เจตมูลเพลิง, จันทน์ทั้งสอง, คีปรี, พริกไทย, ชิง, ลูกจันทน์, ลูกกระวาน, ดอกจันทน์ และการพลู สิ่งละเท่าๆกัน นำมาตำจนเป็นผง ห่อผ้าขาวคองเหล้าไว้ก่อนคลอดสัก 2-3 เดือน เมื่อคลอดแล้ว 3 วัน จึงต้มมาดื่มกินครั้งละถ้วยตะไลก่อนอาหาร 15 นาที วันละ 3 เวลา

²² กล่าวไปแล้ว

²³ มหาหิงค์หนัก 1 บาท ยัดใส่เข้าไปในหัวโพลสด, ยาคำ 1 บาท ยัดใส่เข้าไปในหัวมะกรูด, รงทอง 1 บาท ยัดใส่เข้าไปในขมิ้นอ้อย นำไปเผาไฟเกลบ พอสุกระอุดี เอาใบกระเพราตากแห้งหนัก 3 บาท ตำเป็นผงแล้วปั้นเป็นเม็ดไว้ใช้ละลายกับสุรา ทาท้องเด็กแก้ท้องขึ้น นอนไม่หลับ ช่วยให้ผายลมได้สะดวก หรือใช้ทาบนใบพลูจนควันได้ ใช้ประคบท้องทารก แก้ปวดท้อง ท้องขึ้น ท้องเฟ้อ

²⁴ ผลมะกอก 3 ผล, ลิ้นทะเล 1 บาทนำไปปิ้งไฟพอสุก ทongsคำเปลว 3 แผ่น นำมาบดรวมกันกับน้ำสุก ปั้นเป็นแท่งไว้ใช้กวาดหรือป้ายลิ้นและปากทารก แก้หละ แก้ชาง

²⁵ ใบชูดเห็ดเทศ-ไทย, เปลือกต้นไผ่น้ำ, ต้นโคนดินสอหรือโคนชีสอหนัก 10 บาท นำมาต้มให้เดือด ใส่น้ำตาลอ้อยขนาดเท่าหัวแม่มือลงไป เพื่อช่วยให้กินง่ายขึ้น ดื่มครั้งละ 1 แก้ว วันละ 2 ครั้ง

²⁶ หัวหอมแดงและเปราะหอม อย่างละ 3 หัว โขลกหรือบดรวมกัน ผสมพิมเสนให้เข้ากันใช้ทาท้องเด็กในเวลากลางคืน จะช่วยทำให้ไม่ร้องกวนงอแง

²⁷ ชะเอมไทยผ่านบางๆดื่มน้ำครั้งละ 1 ช้อน ขนาดเท่าเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 นิ้ว เคี้ยวจนน้ำจืด ใช้ป้อนเด็กครั้งละ 1 ช้อนชา วันละ 1 ครั้งช่วยระบายท้องเด็กแรกเกิด

²⁸ หัวยาข้าวเย็นเหนือ หัวยาข้าวเย็นใต้ ว่านหางช้าง หนักร้อยละ 5 บาท, ชะเอมเทศ ชะเอมไทย จุกหอม จุกกระเทียม หัวจิงแห้ง หนักร้อยละ 1 บาท, สมอไทย 5 ลูก, ขมิ้นอ้อย 5 แว่น, ฝักส้มป่อย 7 ฝัก, คีปรี 7 ดอก นำมาต้มกับน้ำสะอาด ดื่มน้ำก่อนอาหาร เช้า-กลางวัน-เย็น แก้อาการไอในเด็ก

ตัวอย่างที่ 1.1.2.4 วัฒนธรรมย่อยเพื่อการมีสุขภาพดี

หลัก 15 ประการเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ผู้สูงอายุ

น้ำมันนวดเส้นเอ็น²⁹ยาแก้อาการปวดเข่า³¹ยาแก้โรคเบาหวาน³³ยาแก้โรคหัวใจ³⁵ยาแก้โรคขัดตามข้อ ปวดหลัง เมื่อขบ³⁰ยาทานวดเส้นอัมพฤกษ์³²เครื่องคั้นแก้โรคหัวใจ³⁴อาหารแก้ความดันโลหิตสูง³⁶

²⁹ ว่านน้ำ, เปราะหอม, จิงแห้ง, กะทือ, กระชาย, ไพล, พิมเสน, การบูร, ดอกจันทร์, ลูกจันทร์, กระวาน, กานพลู หนักอย่างละ 3 บาทตำจนเป็นผง ใส่น้ำมันมะพร้าวหรือน้ำมันงา นำใส่ขวดไปฝังไว้ในข้าวเปลือก 15 คืนเพื่อให้ตัวยาละลาย และเพื่อให้การบูรและพิมเสนระเหยไป นำมาใช้นวดแก้อาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ

³⁰ เมล็ดข่อย, บอระเพ็ด, เหหัวหมู, เปลือกทังถ่อน, เปลือกตะโกนา, พริกไทย อย่างละเท่าๆกัน มาตำจนเป็นผง ละลายกับน้ำผึ้ง ปั้นเป็นลูกกลอนขนาดเท่าเมล็ดพุทรา กินก่อนนอนวันละเม็ด เนื่องจากเป็นยาร้อนจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยต่ำกว่า 30 ปี

³¹ ดันผักเสี้ยนผีทั้ง 5 ครั้งละ 1 กำมือ ล้างให้สะอาด, ไพล การบูร นำมาตำให้ละเอียดผสมกับสุรา คั้นเอาน้ำมาทาบบริเวณหัวเข่า

³² ใบลำโพง ใบผักบุ้งนา ใบขมิ้น หัวขมิ้น ตำคั้นน้ำ 1 ทะนาน, น้ำมันาว ตำคั้นน้ำ 3 ทะนาน, น้ำกระเทียมตำคั้นน้ำ 6 ทะนาน, น้ำมันงา 1 ทะนาน เจือฟืนสุกหนัก 1 บาท นำตัวยาทั้งหมดผสมรวมกันตั้งไฟ อ่อนๆเคี่ยวสักพัก ใช้ทานวดทุกวัน

³³ รังผึ้งพร้อมทั้งตัวอ่อน 1 รัง, เหล้าขาว 1 ขวด, เหง้ากระชาย 12 เหง้า, เปลือกตะคกนาสดหรือแห้งก็ได้ 3 เปลือก มาดองรวมกันเวลา 3 วัน คั้นครั้งละ 1 ถ้วยยาจีนเช้า-เย็นจนครบ 1 เดือน โรคเบาหวานจะหายขาด

³⁴ ดันไม้ยราบตั้งแต่คันถึงรากมาล้างน้ำให้สะอาด สับเป็นชิ้นตากแดดจนแห้ง นำไปคั่วให้สุกเหลือง ชงกับน้ำร้อน คั้นคางน้ำชา

³⁵ หัวผักกาดขาวหรือหัวไชเท้า นำมาคั้นน้ำคั้นครั้งละ 1 หัว เวลาเช้า-เย็น ทุกวันประมาณ 15 วันแก้โรคหัวใจ แต่เมื่อหายแล้วต้องใส่บาตรพระ 5 องค์อุทิศส่วนกุศลให้เจ้าของยา

³⁶ ขึ้นฉ่าย นำมาคั้นเฉพาะหรือปรุงอาหารน้ำกินแก้ความดันโลหิตสูง

2. แหล่งเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน

2.1 ชุมชนแห่งการเรียนรู้

หมอชลอมีความเชื่อว่า การแพทย์พื้นบ้านในปัจจุบันจะอยู่รอดได้ หากหมอพื้นบ้านรู้จักผสมผสานองค์ความรู้ทั้งหมดที่มีอยู่ในสังคมเพื่อช่วยทำให้คนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นไม่ว่าความรู้นั้นมีแหล่งที่มาจากที่ใด และชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่คือที่ๆเหมาะสมที่สุดในการเรียนรู้ระบบการแพทย์พื้นบ้าน ทดลองใช้ และพัฒนาองค์ความรู้ หมอชลอ กล่าวว่า ตนได้ผสมผสานองค์ความรู้จากหลากหลายแหล่งที่มา ที่สำคัญได้แก่

- 1) สภาพแวดล้อมรอบตัว คือเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมรอบข้างที่ตนเองอาศัยอยู่ว่าพืชพรรณไม้ในชุมชนมีชนิดใดบ้างที่มีคุณสมบัติทางยา พบอยู่ที่แห่งใด และเติบโตอย่างไร มีสรรพคุณอะไรบ้างที่เป็นประโยชน์และเป็นโทษ และจะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยได้อย่างไร
- 2) สอบถามหมอพื้นบ้าน³⁷ หมอโบราณ³⁸ และแพทย์แผนไทย³⁹ ที่มีในชุมชน
- 3) ศึกษาจากตำรายาแผนโบราณ แผนไทย และตำราอื่นๆที่หาได้ในท้องถิ่น
- 4) การลองผิดลองถูก และการทดลองกับตัวเอง เช่น ทดลองกินยาที่ตนปรุงขึ้นเองก่อน หากได้ผลดีจึงแนะนำให้แก้อื่นต่อไป
- 5) สอบถาม พูดคุยกับเครือข่ายทางสังคมของตนเอง เช่น ครอบครัว ครุฑเรือน เพื่อนบ้าน และกลุ่มเพื่อนเล่นในวัยเด็ก เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย
- 6) อ่านตำรับตำรายาที่พิมพ์จำหน่ายทั่วไป และเข้าร่วมอบรมด้านการแพทย์ทางเลือกเมื่อมีโอกาส

³⁷ ลุงชลอ นิยามว่า หมายถึง หมอที่พบทั่วไปในชุมชน

³⁸ ลุงชลอ นิยามว่า หมายถึง หมอที่นำตัวยาสมุนไพรตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปมารวมกัน แล้วปรุงตามตำรับยา 28 วิธี

³⁹ ลุงชลอ นิยามว่า หมายถึง การบำบัดรักษาโรค การบำรุงร่างกาย และการส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ขึ้น

โดยหมอชลอเชื่อว่า วิธีการจัดการกับสุขภาพอนามัยที่ดีที่สุดของแต่ละบุคคลนั้นไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม ความต้องการของแต่ละบุคคล และลักษณะของโรค แต่โดยทั่วไปวิธีการที่หมอพื้นบ้านในพินธุโลกนิยมใช้มักประกอบด้วย

- 1) ยานำบัด ประกอบด้วยการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งมีทั้งยาเดี่ยวและตำรับยา ยาแผนโบราณ และยาแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
- 2) กายบำบัด เช่น
 - 2.1) การนวด มีสองประเภทที่สำคัญคือ การนวดแบบแบบไทย ซึ่งมีทั้งการนวดตนเอง เช่น ทำถายัดัดตนและโยคะ, การนวดคนอื่น ซึ่งมีทั้งการนวดแบบพื้นบ้านหรือนวดแบบเชลยศักดิ์ และการนวดแบบราชสำนัก
 - 2.2) การอบสมุนไพร เพื่อคลายอาการปวดเมื่อย ลดความอ้วน หรือบางครั้งใช้รักษาโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น
 - 2.3) การประคบ เช่น การนำยาสมุนไพรพื้นบ้านบรรจุลงในห่อผ้า แล้วนำไปมัดเป็นลูกกลมๆ นึ่งไฟแล้วนำมาทาบบนร่างกายส่วนที่ปวดเมื่อย
- 3) พฤติกรรมบำบัด เช่น การประพฤติปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยดี เช่น การงดอาหารแสลง การงดพฤติกรรมบางประเภท และการรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค เป็นต้น
- 4) พิธีกรรมบำบัด เช่น วิธีการทางไสยศาสตร์ เช่น การท่องคาถา เป่า ฟัน และการสวดมนต์ เป็นต้น
- 5) อาหารบำบัด เช่น อาหารบำรุงกำลัง อาหารปรับธาตุ อาหารแสลง เป็นต้น
- 6) จิตบำบัด เช่น การไปหาหมอดูดวงชะตา การไปหาพระ การทำบุญตักบาตร และการนั่งสมาธิ เป็นต้น
- 7) สังคมบำบัด ได้แก่ การพบปะพูดคุยกับเครือข่ายทางสังคมเพื่อขอคำรับรองสถานภาพการเป็นผู้ป่วย เพื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากคนปกติไปเป็นคนป่วยได้โดยไม่ถูกสังคมตำหนิ การไปพบผู้ที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวเพื่อขอคำรับยาหรือคำแนะนำ การซุบซิบนินทา การไปเที่ยวกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเครือญาติ และการเข้าร่วมกิจกรรมหรือประเพณีที่สำคัญของชุมชน เป็นต้น
- 8) ธรรมชาติบำบัด ได้แก่ การศึกษา สังเกต และใช้เวลาอยู่กับสภาพแวดล้อมรอบตัว เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น

2.2 บ้านและครอบครัว: แหล่งเรียนรู้แห่งแรก

จากการศึกษาแบบกลุ่มเฉพาะเจาะลึก (Focus Group Interview) กับหมอฟันบ้านจำนวน 5 คน⁴⁰ ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตตำบลบางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ทำให้ได้ทราบว่า บ้านและครอบครัวคือแหล่งเรียนรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญที่สุดของหมอฟันบ้าน โดยพบว่า หมอฟันบ้านส่วนใหญ่ในเขตตำบลบางกระทุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม เดิมโตมาในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งเคยเป็นหรือเป็นหมอฟันบ้านมาก่อน หรืออย่างน้อยที่สุดมีเครือข่ายทางสังคมใกล้ชิด เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือครู เคยเป็นหรือเป็นหมอฟันบ้าน องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านจึงมักถูกส่งต่อผ่านประสบการณ์ตรงที่บุคคลรับรู้ได้โดยการมองเห็น สังเกต และสัมผัสได้จากปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การถูกพ่อแม่ใช้ให้บิบนวดเมื่อกลับจากไร่นาเป็นประจำ และในขณะที่นวดพ่อแม่ก็จะพราสอนวิธีการนวดที่ดีที่ถูกต้องไปด้วย หรือการที่ถูกพ่อแม่ใช้ให้วิ่งไปเก็บพืชสมุนไพรเป็นประจำจนสามารถจดจำ บอกชื่อและสรรพคุณได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ยังพบว่าอาหารประจำวันทั้งหมอฟันบ้านและบุคคลในท้องถิ่นประกอบขึ้นเพื่อรับประทานในชีวิตประจำวันหรือนำไปทำบุญใส่บาตรกับพระภิกษุสงฆ์ในโอกาสหรือเทศกาลสำคัญๆมักปรุงขึ้นจากสมุนไพรพื้นบ้านมากมายหลากหลายชนิด และเด็กๆมักถูกสอนให้รู้จักพืชผักพื้นบ้านและสรรพคุณตั้งแต่อายุยังน้อย โดยการที่ผู้ใหญ่ในครอบครัวปลูกหรือปรุงอาหารให้ดู หรือการปล่อยให้เด็กๆทำหรือเรียนรู้เองจากการลองผิดลองถูก และผู้ใหญ่หรือผู้อาวุโสในครอบครัวคอยบอกเล่าชี้แนะ จนทำให้เด็กๆสามารถเรียนรู้เรื่องอาหารพื้นบ้านที่ปรุงขึ้นจากพืชผักสมุนไพรที่มีสรรพคุณเป็นยาบำรุงสุขภาพและรักษาโรค จนสามารถสรุปเป็นกฎเกณฑ์ทั่วไป (Stimulus Generalisation) ว่าพืชผักพื้นบ้านแต่ละชนิดมีลักษณะ กลิ่น สี และสรรพคุณในทางยาแตกต่างกันอย่างไร และยังพบสมุนไพรชนิดเดิมๆผ่านการใช้ซ้ำๆบ่อยเท่าใด ความสามารถในการจำแนกความแตกต่าง (Stimulus Discrimination) ก็ยิ่งถูกต้องแม่นยำมากขึ้นตามลำดับเมื่อมีอายุมากขึ้น

จึงกล่าวได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของหมอฟันบ้านที่ตำบลบางกระทุ่ม จึงเกิดขึ้นจากการตอบสนองที่สลับซับซ้อน (Multiple Response Learning) ของบุคคล ผ่านทักษะการใช้ประสาทสัมผัส (Sensorimotor Skill) เพื่อแยกแยะความแตกต่างของ ชนิด ประเภทและกระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัยทั้งที่อยู่ในรูปของยาพื้นบ้าน พิธีกรรม เครื่องดื่มและอาหารเสริมสุขภาพ หรือวิธีการอื่นๆ ผ่านการท่องจำ (Rote Memorisation) หรือการทำให้ดู (Learning by Doing) จนในที่สุดบุคคลเกิดการพัฒนามาเป็นการรับรู้ (Perception) ถึงประโยชน์และโทษของการ

⁴⁰ ประกอบด้วย นายสำราญ อ่อนอ่ำ, นายประสิทธิ์ มิ่งมิตร, นางละออง แก้วเขียวเหลือง, และนางสาวชลธาร มากบางแก้ว

มีสุขภาพอนามัยที่ดีบนพื้นฐานของการใช้และบริโภคทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนหรือในครัวเรือนของตนเอง และในที่สุดเกิดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ที่วางอยู่บนพื้นฐานของความรู้ (Knowledge) และความเข้าใจ (Cognitive Process) ของหมอพื้นบ้านในที่สุด

ดังนั้น แม้ว่ากระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเป็นจำนวนมาก จะวางอยู่บนวิธีการลองผิดลองถูก (Trial and Error) แต่ประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน ที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอนามัยประเภทนั้นซ้ำๆอยู่เป็นประจำก็ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยอาศัยการหยั่งรู้ (Insight) เนื่องจาก การเรียนรู้ซ้ำ (Relearning) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญสูงสุดประการเดียวไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป แม้ว่ากาลเวลาจะเปลี่ยนไป นั่นคือการมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์

แต่อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ชาวบ้านหมูเก่า ตำบลบางกระทุ่ม เช่น ป่าละออง ซึ่งมีอาชีพเป็นหมอนวดประจำอยู่ที่โรงพยาบาลบางกระทุ่ม และอาชีพเสริม⁴¹ เป็นหมอนวดพื้นบ้านได้เปิดกว้างทางความคิดและรับความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาผสมกับภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ตนและชุมชนมีอยู่ ได้อย่างผสมกลมกลืน กล่าวคือ มีการนำความรู้ด้านการใช้ความร้อนประคบเพื่อ “...ขยายเซลล์รุกรูขุมขนจนเกิดการขยายตัว เพื่อให้ร่างกายสามารถดูดซับสารระเหยเข้าไปได้โดยง่าย.....” หรือ การนำเกลือมาเป็นส่วนประกอบของลูกประคบ⁴² เพื่อ “.....ทดแทนสารอิเล็กโตรไลต์ เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต.....” เป็นต้น และจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมทำให้ได้ทราบว่า ในขณะที่นวด หมอนวดพื้นบ้านเหล่านี้ก็จะถ่ายทอดวิธีการนวดตลอดจนวิธีการปรุงและส่วนประกอบที่ใช้ปรุงลูกประคบให้แก่ผู้ที่สนใจควบคู่ไปด้วยโดยไม่ปิดบัง ซึ่งการถ่ายทอดความรู้โดยไม่ปิดบังในลักษณะดังกล่าว ทำให้องค์ความรู้ที่มีอยู่ไม่ใช่สิ่งลึกลับซับซ้อนที่ยากแก่การเข้าใจ เช่น ที่พบกับกรณีของหมอผีหรือไสยศาสตร์ต่างๆ และทำให้อำนาจซึ่งในที่นี้เกิดจากการที่หมอพื้นบ้านประเภทนั้นๆมีความรู้ที่ผู้อื่นไม่มี ได้มีโอกาสกระจายออกไปสู่สังคมในวงกว้างขึ้น ซึ่งนับเป็นการกระจายอำนาจให้แก่สังคมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี ซึ่งในทัศนะของคณะผู้วิจัย แนวคิดดังกล่าวมาน่าจะนำมาประยุกต์เพื่อทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก แนวทางการจัดการกับสุขภาพอนามัยของแพทย์แผนปัจจุบันตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มักให้ความสำคัญกับการรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่าการสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี และองค์ความรู้ที่นำเข้ามามักถูกทำให้ซับซ้อน ทั้งในรูปของศัพท์ทางวิชาการแพทย์ที่ใช้ ขั้นตอนการรักษาเยียวยา และเทคโนโลยีระดับสูง ซึ่งการจัด

⁴¹ อัตราค่านวดทั้งตัว 200 บาท/ครั้ง, นวดฝ่าเท้าอัตรา 150 บาท/ครั้ง, และอัตราค่านวดเฉพาะที่ 80 บาท/ครั้ง

⁴² ประกอบด้วย ไพล 3 ชีด, ขมิ้น 1 ชีด, ผิวมะกรูด 4 ลูก (ใช้แต่เฉพาะส่วนผิว), ตะไคร้ 4 ต้น, ใบมะขามประมาณ 2 ชีด, ใบส้มป่อย 1/2 ชีด, การบูร พิมเสน อย่างละ 2 ซ่อนชาเพื่อช่วยแต่งกลิ่น เกลือ 1/2 เพื่อช่วยให้ตัวยาผ่านผิวหนังได้ง่ายขึ้น ใช้ขนาดไปตามร่างกายเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยหลังจากกลับจากไร่นา

การกับสุขภาพอนามัยในลักษณะดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นกลุ่มคนชายขอบที่ไม่มีความรู้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งในที่สุดกลายเป็นกลุ่มคนที่ขาดอำนาจในระบบความสัมพันธ์อย่างสิ้นเชิง

คณะผู้วิจัยต้องการเสนอประเด็นโต้แย้งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันและสังคมให้ไปอยู่ชายขอบของระบบการจัดการกับสุขภาพอนามัย โดยใช้งานวิจัยเรื่องเรื่องทุนทางวัฒนธรรม: กรณีศึกษาเรื่องหมอฟันบ้านครั้งนี้ เป็นกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงการได้มาซึ่งอำนาจของบุคคลและเครือข่ายทางสังคมในการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยการคืนความรู้ให้แก่สังคมและบุคคล ผ่านกระบวนการทำให้ง่าย (Simplicity) เพื่อให้สังคมได้มีโอกาสใช้ พัฒนา และผลิตซ้ำองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของตนเอง ที่เกิดขึ้นจากการเลือกใช้องค์ความรู้ทั้งหมดจากระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัย ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนโบราณ หรือระบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่

3. ตำรับยาและยาพื้นบ้านพิษณุโลก

ยาพื้นบ้านของพิษณุโลกเป็นจำนวนมากอยู่ในรูปของอาหารและเครื่องดื่มประจำวัน และเกิดจากการประดิษฐ์คิดค้นของคนในท้องถิ่นจนกลายเป็นตำรับอาหารหรือเครื่องดื่มพื้นบ้านที่บุคคลใช้และรับประทาน ซึ่งฐานคิดในลักษณะที่เป็นองค์รวมของบุคคลและชุมชนได้แสดงออกมาในรูปของตำรับยา ส่วนประกอบของอาหารหรือเครื่องดื่ม และวิธีการใช้ที่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบร่วมกันหลายชนิด เช่น ในอาหารเย็นมื้อหนึ่งอาจประกอบด้วย แกงจืดเห็ด⁴³, ะอม⁴⁴ ทอดไข่ ไบ่วับกสด ผักเพกาสด⁴⁵ น้ำพริก⁴⁶ กะปิ, ผัดมะระขึ้นกับไข่ไก่, แกงจืดคำลิ่ง⁴⁷ และเครื่องดื่มซึ่งปรุงขึ้นจากน้ำใบรางจืด⁴⁸ และหากเจ็บคอ เป็นไข้ ก็อาจเคี้ยวข่อยอ่อนฟ้าทะลายโจร 2-3 ยอดจากสวนผักข้างบ้านเคี้ยวกินก่อนนอน และหากวันใดมีอาการท้องผูก ก็อาจใช้ขมิ้นปั่นเป็นลูกกลอนเพื่อช่วยในการขับถ่าย และตำรับยาหรือกระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัยของบุคคลและชุมชนเหล่านี้ ล้วนได้รับ

⁴³ สรรพคุณขับเลือด บำรุงโลหิต บำรุงร่างกาย ขับปัสสาวะ

⁴⁴ แก้อาการจุกเสียด ขับลม แก้อท้องอืด ท้องเฟ้อ

⁴⁵ บำรุงกำลัง บำรุงร่างกาย บำรุงโลหิต ขับเสมหะ ขับลม แก้อาการจุกเสียดแน่น

⁴⁶ น้ำมะนาว แก้อาการจุกเสียด ขับลม ช่วยย่อย แก้อาการจุกเสียด แก้อท้องอืด ท้องเฟ้อ, พริกขี้หนูสวน บำรุงสายตา แก้อาการหวัด, มะเขือพวง บำรุงกระดูก บำรุงเลือด

⁴⁷ บำรุงสายตา บำรุงกำลัง

⁴⁸ น้ำใบรางจืด 1 กำมือ มาต้มกับน้ำ ถ้าต้องการให้ดื่มง่ายก็อาจเติมน้ำตาลทรายแดง ดื่มกินเพื่อลดสารพิษตกค้างในนาข้าว

การพัฒนาขึ้นจากทุนทางสังคม ซึ่งในที่นี้ได้แก่เครือข่ายทางสังคม (Social network) ของบุคคลและ
 หมอพื้นบ้าน ผ่านการปฏิสัมพันธ์ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับกลุ่มหรือองค์กรทั้งที่เป็นทางการ
 และไม่เป็นทางการ ให้คุณค่า และประเมินความสำเร็จหรือประสิทธิภาพขององค์ความรู้แต่ละ
 ประเภท ก่อนใช้และสืบทอดต่อกันมา

โดยสรุป หมอพื้นบ้านของจังหวัดพิษณุโลกที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะกรณีในครั้งนี้ ได้
 เสนอภาพรวมของการดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่าการจัดการกับอาการผิดปกติหรือการรักษาโรค
 ฐานคิดที่สำคัญของหมอพื้นบ้าน จึงวางอยู่บนความพยายามพัฒนาระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพ
 อนามัยที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานองค์ความรู้จากหลากหลายแหล่งที่มา องค์ความรู้ด้านการแพทย์
 พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านในพิษณุโลกจึงประกอบขึ้นจากพลวัตของการปรับตัวเพื่อความคงอยู่ของ
 หมอพื้นบ้านบนบริบททางสังคมวัฒนธรรมของพิษณุโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไปสู่ความทันสมัย
 ความพยายามพึ่งพาตนเองบนพื้นฐานของการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
 ของคนในท้องถิ่น การพึ่งพาตนเอง และการ “ระดม” ความรู้จากทุกแหล่งเพื่อตอบสนองความต้องการ
 ด้านสุขภาพอนามัยของคนในสังคม

การที่หมอพื้นบ้านในพิษณุโลกพยายามให้นิยามอาชีพของตนเองให้แตกต่างไปจากอาชีพของ
 แพทย์ในระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพระบบอื่นๆ เช่น กล่าวว่า “.....หมอพื้นบ้านไม่
 รวย.....หมอพื้นบ้านต้องเสียสละไม่เห็นแก่เงิน.....หมอพื้นบ้านไม่หวงวิชา.....หรือ.....หมอ
 พื้นบ้านต้องใฝ่เรียนรู้และพัฒนาตำรับตำรายาใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา.....” หรือการให้ความสำคัญกับ
 ลำนำ้กษารณะ ความซื่อสัตย์ และการเสียสละอุทิศตัวเพื่อผู้ป่วย ล้วนเป็นความพยายามแสดงให้เห็นถึง
 ปรากฏการณ์ของตนเองที่มีอัตลักษณ์แตกต่างไปจากแพทย์ในระบบอื่นๆ โดยอาศัยบรรทัด
 ฐานซึ่งเครือข่ายทางสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่เห็นว่าดีงามเป็นองค์ประกอบในการยืนยันความคงอยู่
 ของอาชีพตน ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านี้ คณะผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะต้องมีการศึกษาในระดับลึกต่อไป

บทที่ 6

บทสรุป

การศึกษาวิจัยเรื่องทุนทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาแบบยั่งยืน: กรณีศึกษาการจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน เขตภาคเหนือตอนล่าง ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

- 1) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการรักษาเยียวยาและการสืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน
- 3) เพื่อสำรวจแหล่งข้อมูลด้านการแพทย์พื้นบ้านและจัดทำเนียบหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง

โดยคณะผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านในที่นี้ (Folk Medicine/ Ethnomedicine) หมายความว่า แบบแผนทางความคิด ความเชื่อ พิธีกรรม สัญลักษณ์ บทบาท บรรทัดฐาน เทคนิค กระบวนการรักษาเยียวยาและการดูแลสุขภาพตนเองที่วางอยู่บนแนวคิดเชิงเหตุผล ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบนิเวศน์ที่ระบบการรักษายาบาลนั้นดำรงอยู่ และถือว่าเป็นทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และแพทย์พื้นบ้านหรือหมอพื้นบ้านในที่นี้ หมายความว่า ผู้ทำหน้าที่รักษาเยียวยาและดูแลสุขภาพของคนในท้องถิ่น ซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิต สภาพสังคมและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับผู้ที่รับการรักษาเยียวยา

สำหรับประเภทของหมอพื้นบ้านซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายมาก ดังนั้น เพื่อให้การจำแนกประเภทมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงตามความเข้าใจของคนในท้องถิ่นภาคเหนือตอนล่าง คณะผู้วิจัยจึงได้จำแนกโดยมีฐานที่มาจาก 2 แนวคิดคือ แนวคิดแรกพิจารณาจากโครงสร้างของระบบการแพทย์ของท้องถิ่น ซึ่งแบ่งประเภทของหมอพื้นบ้านออกเป็น 4 ประเภทได้แก่ ประเภทประสบการณ์นิยม เช่น หมอดำแย หมออุ เป็นต้น, ประเภทเหนือธรรมชาติ เช่น หมอผี หมอพ่อเป่า เป็นต้น, ประเภทโหราศาสตร์ เช่น หมอดู หมอเลขยันต์ และประเภทธาตุทฤษฎี เช่น แพทย์แผนไทย และแนวคิดที่สองพิจารณาจากรากเหง้าทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อของคนในชุมชนนั้นๆ มี 3 ประเภทคือ ประเภทหมอพื้นบ้านที่เชื่อเรื่องผี, ประเภทพราหมณ์ เช่น หมอร่างทรง หมอคาถา เป็นต้น, และประเภทพุทธ เช่น หมอพระ เป็นต้น

ระเบียบวิธีวิจัย

คณะผู้วิจัยเลือกทำการศึกษากับหมอพื้นบ้านที่มีอยู่ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิชณุโลก, พิจิตร, นครสวรรค์, สุโขทัย, อุตรดิตถ์, เพชรบูรณ์, ตาก, และ กำแพงเพชร ตามนิยามการแบ่งพื้นที่ทางการศึกษาของมหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่คณะผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ โดยมีวัตถุประสงค์แฝงว่าผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ไม่มากนักต่อการพัฒนาแนวทางการจัดการศึกษาของสาขาวิชาพัฒนาสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและการจัดการกับทุนทางสังคมวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

โดยระเบียบวิธีวิทยาที่คณะผู้วิจัยใช้ประกอบด้วย 3 วิธีวิทยา วิธีแรกคือการวิจัยจากเอกสาร (Documentary Research) เพื่อวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเบื้องต้น (Content Analysis) ที่หน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนได้สำรวจจำนวน ประเภท และลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่าง วิธีที่สองได้แก่การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อสำรวจแหล่งข้อมูลพื้นฐานด้านการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งประกอบด้วย ประเภทและลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านที่พบในเขตภาคเหนือตอนล่าง และวิธีสุดท้ายคือการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสืบค้นและจัดระบบองค์ความรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้านที่หมอพื้นบ้านนิยมใช้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัย และเพื่อวิเคราะห์ถึงกระบวนการใช้ตลอดจนการสืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านจากหมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดพิษณุโลกและพิจิตร สาเหตุที่คณะผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะกรณีจากสองจังหวัดดังกล่าวเนื่องจาก พบว่าผลจากการสำรวจลักษณะทางสังคมประชากร ประเภทของหมอพื้นบ้าน และการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านที่พบในเขตภาคเหนือตอนล่างทั้งหมด จังหวัดพิษณุโลกมีลักษณะที่น่าสนใจคือ พบหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นในเขตอำเภอเมือง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับปานกลางค่อนข้างสูงและอยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนของฐานคิดและกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านได้เป็นอย่างดี ในขณะที่จังหวัดพิจิตรได้แสดงให้เห็นถึงความคงอยู่ประเภทของหมอพื้นบ้านที่มีความหลากหลาย แต่อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยยังยืนยันว่า การศึกษาเฉพาะกรณีแบบเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพกับหมอพื้นบ้านในจังหวัดอื่นๆ ในภาคเหนือตอนล่างทั้งหมดยังเป็นสิ่งจำเป็น และควรกระทำอย่างต่อเนื่อง

คณะผู้วิจัยต้องการเสนอแนวคิดว่าการแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยที่ปรากฏให้เห็นได้ทั้งที่เป็นนามธรรมและรูปธรรมในแต่ท้องถิ่น และวิธีวิทยาที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของระบบคิดเชิงพลวัต (Dynamic) ที่ไม่ยึดติดอยู่กับกรอบคิดและทฤษฎีทางการแพทย์ใดหรือลักษณะของระบบการแพทย์ในท้องถิ่นใดเป็นการเฉพาะ เนื่องจากระบบการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่นล้วนเป็นวัฒนธรรมย่อย (Sub-culture) ที่ผ่านกระบวนการคิดค้นสร้างสรรค์ของคนในท้องถิ่น มีการปรับตัว เปลี่ยนแปลง และผสมผสานกับวัฒนธรรมย่อย

ด้านสุขภาพอนามัยอื่นๆอยู่ตลอดเวลา จนในที่สุดกลายเป็นองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนในท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น การนำแนวคิดของวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยกระแสใดกระแสหนึ่งมาใช้ทำความเข้าใจกับระบบการแพทย์พื้นบ้านไม่ว่าจะเป็นวัฒนธรรมการแพทย์ที่ยิ่งใหญ่ (Great Medical Culture) แบบกรีก อินเดีย และจีน หรือวัฒนธรรมการแพทย์พื้นบ้านเฉพาะถิ่น (Folk Medical Culture) ใดๆ จึงเป็นการละเลยส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดของระบบการแพทย์พื้นบ้านซึ่งได้แก่ประวัติศาสตร์ของท้องถิ่น สำนักทางสังคม ประสบการณ์การต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บของคนในท้องถิ่น และความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสรรพสิ่งรอบตัว ซึ่งล้วนมีความหลากหลายแตกต่างกันไป

การแพทย์พื้นบ้านจึงเป็นภูมิปัญญาที่คนในท้องถิ่นสั่งสมและสังเคราะห์ขึ้นทั้งจากประสบการณ์ตรงและประสบการณ์อ้อมผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของคนรุ่นแล้วรุ่นเล่า ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า การแพทย์พื้นบ้านก็คือทุนทางวัฒนธรรมที่คนในแต่ละท้องถิ่นสั่งสมไว้ในรูปขององค์ความรู้และฐานคิดเรื่องสุขภาพ โดยไม่ได้มีลักษณะจำนน (Passive) ต่อภาวะความเจ็บป่วย และเกิดขึ้นจากความสามารถในการเลือก ปฏิเสธ ผสมผสาน และสังเคราะห์ระบบการแพทย์ที่เหมาะสมกับตนและสภาพแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ จนสามารถผลิตวิธีการรักษาเยียวยาใหม่ๆ (Reproduce) ขึ้นอยู่เสมอๆ

คณะผู้วิจัยพัฒนากกรอบแนวคิดในการศึกษาบนฐานความคิดว่า การแพทย์พื้นบ้านของไทยเป็นระบบการดูแลสุขภาพและการรักษาเยียวยาที่คนไทยในแต่ละท้องถิ่นพัฒนาขึ้นจากระบบการแพทย์ย่อยๆจำนวนมาก ที่หมอพื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่นสั่งสมและปรับเปลี่ยนองค์ความรู้เรื่อยมาตลอดพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการก่อตั้งชุมชน ดังนั้น การแพทย์พื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่นจึงมีความหลากหลายและมีพลวัต การมุ่งหาความคงอยู่ของระบบการแพทย์พื้นบ้านทั้งในด้าน นิยาม ความหมาย แนวคิดและกระบวนการรักษาเยียวยาจึงนับว่าเป็นเรื่องที่ผิดธรรมชาติของระบบการแพทย์พื้นบ้านหรือธรรมชาติของการศึกษาระบบวัฒนธรรมย่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกยุคโลกาภิวัตน์ซึ่งกระแสการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมและการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมเป็นเรื่องปกติ

ผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า จากการสำรวจลักษณะทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้านเขตภาคเหนือตอนล่างทั้ง 8 จังหวัดซึ่งประกอบด้วย จังหวัดพิจิตร โลก พิจิตร นครสวรรค์ กำแพงเพชร สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์และตาก ทั้งในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประเภทของหมอพื้นบ้าน มีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1) ลักษณะทางสังคมประชากร

จากจำนวนของหมอฟันบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่างที่มีอยู่ทั้งสิ้น 1,049 คน ส่วนใหญ่เป็นหมอฟันบ้านเพศชาย ซึ่งอยู่ในวัยชราและมีการศึกษาน้อย กล่าวคือ ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาลงมาจนถึงไม่เคยเข้ารับการศึกษาก่อนจบชั้นในโรงเรียน สำหรับประเภทของหมอฟันบ้านที่พบมากที่สุด ในเขตภาคเหนือตอนล่างสามอันดับแรกได้แก่ หมอสมุนไพร, หมอยา, และหมอไสยศาสตร์ ตามลำดับ และเมื่อจำแนกจำนวนของหมอฟันบ้านตามรายจังหวัดพบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นจังหวัดที่มีหมอฟันบ้านมากที่สุด รองลงมาได้แก่จังหวัดพิจิตร และจังหวัดพิษณุโลกตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่มีหมอฟันบ้านน้อยที่สุดได้แก่จังหวัดกำแพงเพชร และทุกจังหวัดมีหมอฟันบ้านเพศชายมากกว่าเพศหญิง ยกเว้นจังหวัดกำแพงเพชรและตากซึ่งมีหมอฟันบ้านเพศหญิงมากกว่า

สำหรับประเภทของหมอฟันบ้านที่พบในจังหวัดกำแพงเพชรนั้น ทั้งหมดเป็นหมอฟันบ้านแบบผสมผสาน ส่วนจังหวัดตาก, นครสวรรค์, พิจิตร, พิษณุโลก, สุโขทัย และเพชรบูรณ์ ประเภทของหมอฟันบ้านที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ หมอสมุนไพร มีเพียงจังหวัดอุดรดิตถ์จังหวัดเดียวที่มีหมอยามากที่สุด ดังนั้น หากสรุปภาพรวมของประเภทหมอฟันบ้านที่พบในเขต 8 จังหวัด ของภาคเหนือตอนล่าง จะประกอบด้วย หมอสมุนไพร, หมอยา และหมอผสมผสาน มีเพียงจังหวัดพิจิตรที่มีการกระจายตัวของประเภทของหมอฟันบ้านในลักษณะที่มีความหลากหลายมากกว่าจังหวัดอื่นๆ กล่าวคือพบหมอฟันบ้านทุกประเภทอาศัยอยู่

2) การกระจายตัวของหมอฟันบ้าน

ส่วนการกระจายตัวของหมอฟันบ้านในเขตภาคเหนือตอนล่างพบว่ามีความแตกต่างหลากหลายมาก แต่โดยสรุปพบว่าหมอฟันบ้านใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิษณุโลก พิจิตร ตาก อุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สุโขทัย และกำแพงเพชร อาศัยอยู่ทั่วไปทั้งในเขตอำเภอเมืองและในชนบท โดยหมอฟันบ้านในจังหวัดอุดรดิตถ์ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง, อำเภอพิชัย, และอำเภอลับแล ตามลำดับและหมอฟันบ้านที่พบมากที่สุดในทุกเขตอำเภอได้แก่หมอยา, หมอสมุนไพร, และหมอผสมผสาน สำหรับจังหวัดสุโขทัย ก็พบเช่นเดียวกันว่ามีหมอฟันบ้านอาศัยอยู่หนาแน่นในเขตอำเภอเมืองและอำเภอสวรรคโลก และประเภทของหมอฟันบ้านที่พบมากในเขตอำเภอดังกล่าวได้แก่ หมอผสมผสาน ยกเว้นอำเภอคีรีมาศที่พบหมอสมุนไพรมากกว่าหมอฟันบ้านประเภทอื่นๆ ส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงสลับซับซ้อนมากกว่าจังหวัดอื่นๆ ในเขตภาคเหนือตอนล่างทั้งหมด กลับเป็นจังหวัดที่มีหมอฟันบ้านอาศัยอยู่มากที่สุด แม้ในอำเภอที่อยู่ห่างไกล เช่น อำเภอหล่มเก่า หล่มสัก และน้ำหนาวก็ตาม โดยหมอฟันบ้านเหล่านี้พัฒนาแรงจูงใจในการเรียนรู้จนเกิดการตั้งสมประสงค์ด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยหลากหลายรูปแบบ และในที่สุดได้กลายเป็นองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่ท้องถิ่นเชื่อถือ ยอมรับ

และใช้สืบเนื่องกันมาเนื่องจากเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นสิ่งที่ดีงาม โดยประเภทของหมอนพื้นบ้านที่พบมากในสามอำเภอดังกล่าวได้แก่ หมอสมุนไพร, หมอนวด หมอจับเส้น, และหมอแผนโบราณ

จังหวัดพิษณุโลก เป็นอีกจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างที่พบหมอนพื้นบ้านอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นในเขตอำเภอเมือง, อำเภอบางกระทุ่ม, อำเภอวังทอง, และอำเภอพรหมพิราม โดยประเภทของหมอนพื้นบ้านที่พบมากที่สุดในเขตอำเภอเมือง ได้แก่ หมอนวด, หมอสมุนไพร, และหมอยาพื้นบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หมอนวดเป็นหมอนพื้นบ้านที่พบมากและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในหมู่ชาวเมืองพิษณุโลก จนสามารถพบเห็นกิจการร้านค้าที่ให้บริการด้านการนวดแผนไทยแผนโบราณ และนวดพื้นบ้านอย่างกว้างขวาง สำหรับอำเภอบางกระทุ่ม ซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลบางกระทุ่ม พบว่าประเภทของหมอนพื้นบ้านที่พบมากได้แก่ หมอสมุนไพร, หมอยา, และหมอนวด ส่วนอำเภอวังทองพบว่า มีหมอสมุนไพร, หมอนวด และหมอยา อาศัยอยู่มากที่สุด และสำหรับอำเภอพรหมพิรามพบว่า มีหมอผสมผสาน และหมอนวดอาศัยอยู่มากที่สุด

จังหวัดพิจิตร เป็นจังหวัดหนึ่งที่ไม่พบหมอนพื้นบ้านในเขตอำเภอเมือง, อำเภอตะพานหิน, และอำเภอโพธิ์ประทับช้างเลย ทั้งๆที่อำเภอดังกล่าวเป็นอำเภอใหญ่ที่มีประชาชนอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น ในขณะที่พบหมอนพื้นบ้านอยู่หนาแน่นมากในเขตอำเภอบางมูลนาก, อำเภอโพทะเล, และอำเภอทับคล้อ และประเภทของหมอนพื้นบ้านที่พบมากที่สุดในเขตอำเภอบางมูลนาก ได้แก่ หมอนวด, หมอพันเป่า, หมอผสมผสาน, และหมอสมุนไพร ซึ่งเมื่อวิเคราะห์บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของเขตอำเภอบางมูลนากพบว่า การที่อำเภอบางมูลนากเป็นอำเภอที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นมากในเขตชนบท และประชาชนที่อาศัยอยู่ส่วนใหญ่อพยพมาจากภาคกลางคือ จังหวัดอยุธยา, อ่างทอง, และสิงห์บุรี ทำให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่ชาวบางมูลนากใช้ในปัจจุบันถูกผสมผสาน จนได้รับอิทธิพลของระบบการแพทย์แผนไทยอย่างกว้างขวาง

นอกจากนี้ การที่สภาพทางกายภาพของอำเภอบางมูลนาก ที่ตั้งอยู่ในบริเวณดินตะกอนลุ่มน้ำ (Alluvial Soils) ซึ่งเกิดจากการพัดพาของแม่น้ำยม แม่น้ำน่าน และแม่น้ำสาขา ทำให้พื้นที่บริเวณดังกล่าวมีความอุดมสมบูรณ์กลายเป็นที่ราบลุ่มน้ำ (Alluvial Plain) และที่ราบลูกฟูก (Undulating Plain) ที่มักถูกน้ำท่วมในฤดูฝนเป็นประจำ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและจับปลา ซึ่งวิถีชีวิตในลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยของชาวบางมูลนาก ที่มักเจ็บป่วยด้วยอาการไข้ ปวดเมื่อย และถูกงูกัด และจากประสบการณ์ของชาวบางมูลนาก ในด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยผ่านพัฒนาการของการก่อตั้งชุมชนเป็นระยะเวลายาวนานผสมผสานกับองค์ความรู้ทั้งที่มีอยู่ดั้งเดิมและที่นำเข้ามาใหม่จากกลุ่มผู้อพยพจากภาคกลาง ทำให้เกิดความหลากหลายของระบบการแพทย์พื้นบ้าน และจำนวนการคงอยู่ของหมอนพื้นบ้านที่มีความรู้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัยที่มีประสิทธิภาพตามความเชื่อของชาวบางมูลนากเอง

จังหวัดนครสวรรค์ มีหอมพื้บ้านอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นในเขตอำเภอชุมแสง, อำเภอเมือง, และอำเภอเก้าเลี้ยวตามลำดับ โดยหอมพื้บ้านที่พบมากในเขตอำเภอชุมแสงได้แก่ หอมผสมผสาน, หอมสมุนไพร, และหอมยา ส่วนอำเภอเมืองพบหอมผสมผสานและหอมยาเป็นจำนวนมาก และอำเภอเก้าเลี้ยวพบหอมผสมผสานมากที่สุด และพบหอมสมุนไพรอาศัยกระจายตัวอยู่ประปราย และเนื่องจากจังหวัดนครสวรรค์มีเป็นจังหวัดที่มีชาวไทยเชื้อสายจีนอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก จึงพบว่า ชาวพื้บ้านที่หอมพื้บ้านนิยมใช้ มีทั้งยาในรูปของอาหารเสริมสุขภาพและยาเพื่อการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย ได้รับอิทธิพลจากฐานคิดและคำรับยาของหอมพื้บ้านจีนอยู่เป็นอันมาก

จังหวัดตาก เป็นจังหวัดที่มีหอมพื้บ้านอาศัยอยู่เพียงสามอำเภอเรียงตามลำดับความหนาแน่นได้ดังนี้ อำเภอพบพระ, อำเภอแม่สอด และอำเภอวังเจ้า โดยในอำเภอพบพระมีหอมพื้บ้านประเภทหอมสมุนไพรมากที่สุด รองลงมาได้แก่หอมอนวด ส่วนอำเภอแม่สอดพบหอมอนวดมากที่สุด และอำเภอวังเจ้าพบทั้งหอมอนวดและหอมสมุนไพรอยู่ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งเป็นจังหวัดที่พบหอมพื้บ้านน้อยที่สุด พบว่าในเขตอำเภอคลองขลุง, อำเภอทรายทองวัฒนา, และอำเภอเมือง เป็นอำเภอที่มีหอมพื้บ้านอาศัยอยู่มากที่สุดตามลำดับ และพบหอมพื้บ้านเพียงประเภทเดียวคือ หอมสมุนไพร

3) องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้บ้าน

3.1) พิจิตรเป็นจังหวัดที่มีหอมพื้บ้านอยู่เป็นจำนวนมาก ถึงแม้ว่าพิจิตรจะไม่ใช่อำเภอในเขตภาคเหนือตอนล่างที่มีหอมพื้บ้านมากที่สุด แต่ก็ยังเป็นจังหวัดที่มีหอมพื้บ้านมากเป็นอันดับที่สามรองลงมาจากจังหวัดตากและนครสวรรค์ และหอมพื้บ้านส่วนใหญ่ในพิจิตรยังคงเป็นที่รู้จักของคนทั่วไปทั้งในเขตหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัดใกล้เคียง โดยพบว่าในปัจจุบันหอมพื้บ้านเหล่านี้ยังมีผู้มาขอคำแนะนำและรับการรักษาเยียวยาอยู่เป็นประจำ และถึงแม้ในภาวะปกติคือภาวะที่ไม่เจ็บป่วย หอมพื้บ้านเหล่านี้ก็ยังแสดงบทบาทของผู้แสดงทางสังคม (Social Actor) ซึ่งทำหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพและจัดการระบบอนามัยในชุมชนให้แก่บุคคลในชุมชนโดยสม่ำเสมอ เช่น การไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุในชุมชน, การร่วมพูดคุยเรื่องอาหารการกินที่เป็นประโยชน์กับสุขภาพกับผู้มาทำบุญที่วัด, การทำอาหารพื้บ้านแบ่งปันให้แก่เพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชนในช่วงฤดูกาลที่อาหารการกินอุดมสมบูรณ์, และการนำอาหารหรือสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อการบำรุงร่างกายเป็นของฝากของขวัญเมื่อหอมพื้บ้านเดินทางไปต่างถิ่น เป็นต้น ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึง มิติเรื่องสุขภาพอนามัยของหอมพื้บ้าน ซึ่งแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในลักษณะที่มีบูรณาการ กล่าวคือ ครอบคลุมทั้งมิติของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนในชุมชน คนกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และคนกับระบบความเชื่อ ก่อนที่บุคคลจะตีความข้อความหรือข่าวสารที่ตนได้เห็น

หรือได้รับจากแหล่งต่างๆ ให้ความหมายของการมีสุขภาพดี และแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยในลักษณะที่แตกต่างกันไป

จากการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิจิตรได้พัฒนากระบวนการปรับตัวที่มีลักษณะยืดหยุ่นและเปิดกว้างต่อองค์ความรู้จากระบบการแพทย์อื่นๆ สูงมาก เพื่อเหตุผลด้านความอยู่รอดทั้งในระดับวิชาชีพและเพื่อรักษาสถานภาพทางสังคมของตนเองไว้ นอกจากนี้ ยังพบความเปลี่ยนแปลงในส่วนของการจัดการเรื่องจัดการกับสุขภาพอนามัย กระบวนการรักษาเยียวยา และการสืบทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านจำนวนหนึ่ง โดยกระบวนการปรับตัวดังกล่าวถูกแสดงออกในหลากหลายรูปแบบซึ่งจะแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ที่สำคัญได้แก่ การนำแนวคิดในเชิงตรรกและวัตถุนิยมมาใช้ทำความเข้าใจกับระบบสุขภาพอนามัยของชุมชน, การผสมผสานกระบวนการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาของท้องถิ่นเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบไสยศาสตร์, การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีระบบและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นให้แก่ผู้สนใจทั่วไป เพื่อให้กลุ่มหรือชมรมที่หมอพื้นบ้านเป็นสมาชิกอยู่ได้รับการยอมรับมากขึ้นในสังคมและชุมชน และความพยายามเชื่อมโยงเครือข่ายหมอพื้นบ้านในท้องถิ่นเข้าด้วยกันทั้งที่เป็นเครือข่ายซึ่งเป็นทางการ เช่น การออกจดหมายข่าว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยของชุมชน และเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ เช่น การรวมกลุ่มตามความสนใจซึ่งจัดเป็นกลุ่ม “เฉพาะกิจ” ที่ไม่มีโครงสร้างหรือระบบการจัดการที่แน่นอนตายตัว

ซึ่งผลของกระบวนการปรับตัวดังกล่าวทำให้เป็นการยากที่จะแบ่งแยกระบบการแพทย์พื้นบ้านของพิจิตรออกจากระบบการแพทย์แผนไทยหรือระบบการแพทย์แบบไสยศาสตร์อย่างชัดเจนได้ เนื่องจากหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในท้องที่ต่าง ๆ ของจังหวัดพิจิตรที่หลงเหลืออยู่ในปัจจุบันมักผสมผสานองค์ความรู้เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยเข้ากับองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการรักษา และบ่อยครั้งที่พบว่า มีการนำพิธีกรรมทางไสยศาสตร์และโหราศาสตร์เข้ามาอธิบายภาวะสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้นอีกประการหนึ่งด้วย ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่ากระบวนการจัดการเรื่องสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้านแต่ละคนขึ้นอยู่กับฐานคิด การปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาเยียวยา และฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย

3.2) จังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดที่มีหมอสมุนไพรมากที่สุดรองลงมาได้แก่หมอยาและหมอผีตามลำดับ และหมอสมุนไพรที่พบในจังหวัดพิษณุโลกส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับระดับการศึกษาของหมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างจังหวัดอื่นๆ และจากจำนวนหมอพื้นบ้านทั้งหมดในพิษณุโลกพบว่ามิได้อยู่ในวัยแรงงานเป็นจำนวนมากและหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในวัยชราและไม่ได้มีปัญหาสุขภาพจน

ทำให้เป็นอุปสรรคในการให้ความรู้หรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งลักษณะทางสังคม ประชากรดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถและศักยภาพของหมอพื้นบ้านในการปรับตัวทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม

การที่หมอพื้นบ้านในพินูโลกส่วนใหญ่เป็นเพศชายในวัยแรงงาน และประกอบอาชีพหลักอื่นๆเพื่อจุนเจือตนเองและครอบครัว เช่น รับราชการตำรวจ ค้าขาย เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นพระภิกษุ และข้าราชการบำนาญ เป็นต้น และยี่ดอาชีพหมอพื้นบ้านเป็นเพียงอาชีพเสริมในเวลาว่าง ส่งผลต่อโอกาสของหมอพื้นบ้านในการปฏิสัมพันธ์กับข้อมูลข่าวสารทั้งในและนอกชุมชน และการคงไว้ซึ่งตัวตนของหมอพื้นบ้านตามนิยามซึ่งชุมชนยอมรับ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวผนวกเข้ากับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพินูโลก ที่มีความอุดมสมบูรณ์ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และองค์ความรู้ด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยของหลากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ ได้นำมาสู่ความตื่นตัวและความตระหนักในความสำคัญของระบบการแพทย์พื้นบ้านขององค์กรด้านสุขภาพอนามัยทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคเอกชน จนในที่สุดพัฒนามาสู่การประสานอย่างกลมกลืนขององค์กรและเครือข่ายทางสังคมต่างๆด้านสุขภาพ ทำให้ระบบการแพทย์พื้นบ้านของพินูโลกกลายเป็นรูปแบบหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต หรือระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยที่มีความหลากหลาย มีพลวัตและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

คณะผู้วิจัยต้องการเสนอประเด็นโต้แย้งว่า ความเป็นชุมชนเมืองหรือชนบทมิได้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จำกัดการกระจายตัวและการคงอยู่ของหมอพื้นบ้านแต่อย่างไร โดยพบว่าในสี่จังหวัดของภาคเหนือตอนล่างได้แก่จังหวัดพินูโลก, อุตรดิตถ์, สุโขทัย, และนครสวรรค์ มีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นในเขตอำเภอเมืองและอำเภอใกล้เคียง ในขณะที่จังหวัดพิจิตร, ตาก และกำแพงเพชรมีหมอพื้นบ้านอาศัยอยู่ในเขตอำเภอที่ห่างไกลมากกว่าในเขตอำเภอเมือง ดังนั้น หมอพื้นบ้าน เครือข่ายแพทย์พื้นบ้าน และองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในพินูโลกจึงเป็นภาพจำลองของวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยที่เกิดขึ้นจากหลากหลายฐานคิดและจากหลากหลายบุคคล และหมอพื้นบ้านในเขตอำเภอเมืองพินูโลกได้มีการปรับเปลี่ยน ผสมผสาน แลกเปลี่ยน และเพิ่มพูนทั้งสาระความรู้และระบบคิด โดยมีการนำฐานคิดเรื่องเชื้อโรค ทฤษฎีร้อนเย็น แนวคิดทฤษฎีด้านการแพทย์แผนโบราณ และแนวคิดเรื่องระบบนิเวศน์วิทยาวัฒนธรรมมาใช้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัยได้อย่างกลมกลืน จนสามารถพัฒนาขึ้นเป็นองค์ความรู้ด้านการนวด ด้านยาพื้นบ้าน และด้านสมุนไพร

เป็นที่น่าสังเกตว่าพบปัญหาการหวงวิชาความรู้ในกลุ่มหมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองพินูโลกน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหมอสมุนไพรหรือหมอชา โดยหมอพื้นบ้านในพินูโลกที่ “หวงวิชา” ส่วนใหญ่มักเป็นหมอผี หมอยาผีบอกหรือหมอคาถาเป่าฟันเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากหมอพื้นบ้านเหล่านี้ยังเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างเหนียวแน่นซึ่งฐานคิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการลดจำนวนลงของหมอพื้นบ้านประเภท หมอผี

หมอชาติบอก และหมอพื้นบ้านอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการที่หมอพื้นบ้านเหล่านี้ปฏิเสธการสืบทอดความรู้ให้แก่บุคคลนอกครอบครัว ทำให้เมื่อหมอคนดังกล่าวเสียชีวิตลงมักไม่มีผู้สืบทอดวิชาความรู้ และทำให้กระบวนการรักษาเยียวยา เวทมนต์คาถาที่ใช้ ด้วยยาและขั้นตอนที่ใช้สูญหายลดลงไปตามลำดับ

คณะผู้วิจัยพบหลักฐานยืนยันข้อสรุปดังกล่าวจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับหมอพื้นบ้านหลายราย ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลที่น่าสนใจว่า ในขณะที่หมอผี หมอมนต์ และหมอเป่าพ่นเริ่มลดจำนวนลง เนื่องจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ขาดการแลกเปลี่ยนหรือขาดมิติของพลวัตที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่หมอสุมไพรพื้นบ้านในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลกกลับเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมากมาย โดยพบว่าหมอพื้นบ้านในเขตอำเภอเมืองเหล่านี้ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมด้านสุขภาพอนามัยในหลากหลายรูปแบบและหลักสูตรทั้งที่จัดโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และมีประสบการณ์การเข้าร่วมประชุม สัมมนา ศึกษาดูงานอยู่เสมอๆ ตัวอย่างเช่น การเข้าอบรมด้านการแพทย์พื้นบ้าน, การป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด, การนวดและการจับเส้น, การฝังเข็ม, การปลูก ปรุ้งและใช้สมุนไพรในการรักษาโรค เป็นต้น นอกจากประสบการณ์ซึ่งเกิดจากการฝึกอบรมและการศึกษาในสถาบันการศึกษาของรัฐแล้ว ยังพบว่าหมอพื้นบ้านเหล่านี้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อแขนงต่างๆเป็นประจำ ทั้งจากนิตยสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ และวารสารสุขภาพต่างๆ

จึงกล่าวได้ว่าพลวัตด้านองค์ความรู้และการปรับตัวของหมอพื้นบ้านในพิษณุโลก เกิดขึ้นจากหลากหลายสาเหตุ ที่สำคัญได้แก่ บริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น ความต้องการของคนในท้องถิ่น สภาพของโรคและการให้นิยามการมีสุขภาพอนามัยดี และนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้หมอพื้นบ้านเกิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในต่างกละและเทศะ อันนำมาซึ่งการแลกเปลี่ยนและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านใหม่ๆ ในรูปของการผลิตซ้ำและผลิตขึ้นใหม่ตลอดเวลา และองค์ความรู้บางประเภท เช่น ตำรับยาพื้นบ้านดั้งเดิมบางตำรับที่รักษาแล้วไม่ได้ผล เมื่อเวลาผ่านไปก็จะเสื่อมความนิยมลงไปตามลำดับ ในขณะที่บางตำรับได้ถูกนำมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและผสมผสานกับความรู้ที่ได้จากตำราแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณจนสามารถตอบสนองกับความต้องการของท้องถิ่นได้ และองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นที่นิยม มักเกิดขึ้นจากผลสัมฤทธิ์ภายหลังการรักษาหรือภายหลังการใช้ ที่ผู้ใช้เกิดมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดี ซึ่งในกรณีนี้ผู้ใช้ เครือข่ายทางสังคม และหมอพื้นบ้านจะมีการบอกเล่าต่อกันมา และในบางกรณีถึงกับมีการจดบันทึกเก็บไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อถ่ายทอดให้แก่ผู้ที่สนใจทั่วไปได้ร่วมทดลองนำไปใช้อีกประการหนึ่งด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า หมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกมีการตื่นตัวในเรื่องสุขภาพอนามัยในรูปของการตระหนักในความสำคัญของสมุนไพรและองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ในท้องถิ่นสูงมาก เช่น มีการฟื้นฟูองค์ความรู้ด้านการนวด ประคบ การจับเส้น เนื่องจากเป็นที่ต้องการมากขึ้นในแต่ละชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเมือง โดยความตระหนักดังกล่าวได้ก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านขึ้นมากมายหลายรูปแบบผ่านกระบวนการตีความตามประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านแต่ละคนตลอดจนการรับรองจากเครือข่ายทางสังคม ในรูปของการใช้ซ้ำๆ และการแนะนำบอกต่อ จนในที่สุดได้นำมาสู่การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละท้องถิ่น ที่เกิดการยอมรับจากคนในท้องถิ่นว่าการมีวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องปกติ และเป็นสิ่งที่ดีที่บุคคลสามารถเลือกจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเองได้อย่างเสรี กล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมการจัดการกับสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้านทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วยได้กลายเป็นสัญลักษณ์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี และได้รับการรับรองคุณภาพจากคนในชุมชน จนในที่สุดระบบการแพทย์พื้นบ้านและวิธีการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านได้กลายเป็นวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยซึ่งกลมกลืนอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยมีวิถีชีวิตของหมอพื้นบ้านเป็นแบบจำลองของคนในท้องถิ่น

จากการศึกษาเชิงคุณภาพทำให้คณะผู้วิจัยได้พบประเด็นที่สำคัญหลายประเด็น ที่ยืนยันว่าลักษณะทางกายภาพ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม และพลวัตขององค์ความรู้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงอยู่ของทุนทางวัฒนธรรม ซึ่งในที่นี้หมายความว่าถึงระบบวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของชาวพิษณุโลก ตัวอย่างเช่น การที่พิษณุโลกยังคงมีป่าไม้และวนอุทยานแห่งชาติหลายแห่งที่อุดมสมบูรณ์ ทำให้พิษณุโลกมี “คลังยาสมุนไพร” เป็นของตนเอง นอกจากนี้ ท่าเลที่ตั้งของพิษณุโลกที่อยู่ใกล้เคียงกับเพชรบูรณ์และพิจิตร ทำให้หมอพื้นบ้านในพิษณุโลกมีโอกาที่จะแลกเปลี่ยนความรู้กับหมอพื้นบ้านและเครือข่ายหมอพื้นบ้านอื่นๆ ในจังหวัดใกล้เคียงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวเอื้อประโยชน์ให้กับหมอพื้นบ้านในพิษณุโลกเป็นอย่างมาก ประการแรก หมอพื้นบ้านในพิษณุโลกสามารถพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากการแพทย์พื้นบ้านได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ประการที่สองหมอพื้นบ้านสามารถเก็บเกี่ยวความรู้และใช้ตัวยาจากจังหวัดใกล้เคียงโดยเสียค่าใช้จ่ายไม่มากโดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ยังนิยมใช้กันโดยทั่วไปในท้องถิ่นจังหวัดพิษณุโลก และประการที่สามได้แก่ ความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ในพิษณุโลกที่ทำให้เกิดการผสมผสานกลืนกลายทางวัฒนธรรมสุขภาพอนามัยในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งพลวัตด้านองค์ความรู้ดังกล่าวทำให้เกิดการเปิดกว้างของโอกาสที่หมอพื้นบ้านจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งในที่สุดได้พัฒนามาสู่เครือข่ายการแพทย์พื้นบ้านที่เป็นรูปธรรมขึ้นมากมาย เช่น เครือข่ายหมอพื้นบ้านที่วัดทองหลาง ตำบลมะขามสูง และเครือข่ายหมอพื้นบ้านที่วัดจันทร์ตะวันตก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นต้น

ฐานคิดเรื่องสุขภาพอนามัยของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกมีลักษณะเด่นตรงการให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์พื้นบ้านในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมย่อยที่มีวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี มากกว่าระบบสุขภาพอนามัยที่มุ่งเพียงการรักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่า ฐานคิดนี้พบได้ทั้งในส่วนของหมอพื้นบ้านและบุคลากรด้านการแพทย์ของรัฐ และความซับซ้อนของระบบคิดของผู้แสดงทางสังคม (Social Actors) มากมายที่เข้ามามีบทบาทด้านสุขภาพอนามัย ได้มีส่วนผลักดันให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมของหมอพื้นบ้านในลักษณะที่เป็นองค์กรรวม กล่าวคือ มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะที่ผสมผสานกลมเกลียว (Harmony)

จึงกล่าวได้ว่า องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกพัฒนาขึ้นมาจากฐานคิดเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดี มากกว่าการพยายามอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และมีได้มุ่งเน้นเพียงกระบวนการรักษาเยียวยาที่ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคแต่เป็นการจัดการกับสุขภาพอนามัยในฐานะที่เป็นวัฒนธรรมด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมทุกมิติของการมีชีวิตอยู่ของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย โดยมีเครือข่ายทางสังคมของบุคคลและเครือข่ายแพทย์พื้นบ้านเป็นสถาบันทางสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อค้นหาคำอธิบาย กระบวนการ และทางเลือกที่ดีที่สุด

ดังตัวอย่างของหมอชลอที่ให้นิยามคำว่ามีสุขภาพดีว่า หมายความว่า “ความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งเกิดขึ้นตามปกติในวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย” และได้กล่าวถึงสาเหตุของการมีสุขภาพดีของบุคคลว่าประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 15 ประการคือ

1. อาหาร บุคคลต้องไม่กินอาหารมากจนเกินไป และอาหารที่กินต้องไม่ปนเปื้อนสารพิษหรือสารเคมี ควรกินอาหารที่ปรุงใหม่ ๆ สด ๆ และหากปลูกพืชผักกินเองได้ก็จะดีที่สุดเพราะปลอดจากสารพิษและสารเคมีตกค้าง
2. อิริยาบถ บุคคลโดยทั่วไปจะมีอิริยาบถ 4 ประการคือ เดิน ยืน นั่ง และนอน ดังนั้น บุคคลจึงต้องรู้จักปรับอิริยาบถทั้ง 4 ประการให้สมดุลกันไม่มากไม่น้อยกว่ากัน มิเช่นนั้น ก็จะเกิดอาการปวดเมื่อยและทำให้เส้นเอ็นต่างๆผิดปกติ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้
3. อากาศ บุคคลไม่ควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิรอบตัวอย่างรวดเร็วเกินไป เพราะจะทำให้ไม่สบายตัวไม่สบายใจ
4. อดนอน อดข้าว และอดน้ำ บุคคลควรนอนเป็นเวลา ไม่อดนอนบ่อยๆ และระมัดระวังไม่ให้ร่างกายขาดน้ำหรือขาดอาหารที่ดีมีคุณภาพ เพราะอาจทำให้ร่างกายอ่อนเพลียไม่แข็งแรงได้
5. อาเจม บุคคลไม่ควรกลั่นอุจจาระหรือปัสสาวะ เพราะจะทำให้ธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ แปรปรวนได้

6. ไม่หักโหมหรือทำงานเกินกำลัง เพราะจะทำให้ร่างกายและอวัยวะต่างๆต้องรับภาระมากเกินไป ดังนั้น บุคคลควรประมาณตนเองว่าปริมาณกิจกรรมหรืองานที่ทำนั้นเหมาะสมกับสุขภาพอนามัยหรือสภาวะร่างกายของตนมากน้อยอย่างไร
7. อารมณ์ ทำจิตใจให้สบายไม่หมกมุ่นหรือเศร้าโศกเสียใจเป็นเวลานานๆ และควรนำหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนามาประพฤติปฏิบัติความสบายกายสบายใจได้ นอกจากนี้ บุคคลไม่ควรโกรธง่ายหรือขาดสติ ต้องรู้จักควบคุมอารมณ์ ไม่วู่วาม
8. เชื้อโรค บุคคลไม่ควรไปอยู่ในที่ซึ่งจะติดเชื้อโรคได้ง่าย เช่น แหล่งและสถานเริงรมย์ต่างๆ แต่ควรอาศัยอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ สะอาด ปลอดโปร่ง และไม่เป็นแหล่งมั่วสุมแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่างๆ
9. กรรม หมายถึง ผลของการกระทำของบุคคลแต่ละคนที่พกติดตัวมาจากชาติภพก่อน ดังนั้น บุคคลที่มีกรรมเก่าดีก็จะมีสุขภาพอนามัยที่ดี และหากต้องการมีสุขภาพอนามัยที่ดีแข็งแรงในภพหน้า ก็จะต้องทำแต่สิ่งที่ดีงาม ทั้งการกระทำระหว่างมนุษย์ด้วยกัน การกระทำระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม และการกระทำระหว่างมนุษย์กับอมนุษย์ต่างๆ
10. อาโป คืมน้ำยาเพื่อบำรุงร่างกายเป็นประจำทุกวันแทนน้ำสะอาด
11. อายุวัฒนะ กินยาสูตร 1 ทุกวัน
12. อาทิตย์ รับแสงอาทิตย์ตอนเช้าและตอนเย็น
13. อากาศ ควรอยู่ในที่ๆอากาศถ่ายเทได้สะดวก อากาศบริสุทธิ์
14. อบายมุข จดเกี่ยวข้องกับอบายมุขทั้งปวง เพราะเป็นทางสู่อบายภูมิ
15. อภามะเสวนา งคการเสพกามตั้งแต่อายุ 60 ปีเป็นต้นไป

โดยหมอฟันบ้านในพินธุโลกเห็นว่า ร่างกายของคนจะแข็งแรงสมบูรณ์ได้ต้องเริ่มต้นตั้งแต่ภายใน คือบุคคลต้องมีจิตใจที่ดี ไม่หวังได้ในสิ่งที่ตนเองไม่ควรได้ หากความสุขกับสิ่งที่ตนมี โดยครอบครัวหรือเครือญาติเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี เพราะเป็นเสมือนแหล่งพักพิงที่เปิดโอกาสให้บุคคลได้ผ่อนคลายและเป็นตัวของตนเองในสังคมที่ตนคุ้นเคย นอกจากนี้ การที่บุคคลจะมีความสุขได้ยังหมายความว่าความถึงการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องตามครรลองคลองธรรมที่สังคมยอมรับ และสอดคล้องกับหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า

นอกจากนี้ หมอฟันบ้านในพินธุโลกยังมีความเชื่อว่าการที่สังคมให้การยกย่องนับถือหมอฟันบ้าน และมอบสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่าคนทั่วไปหรือคนที่เจ็บป่วย เป็นเงื่อนไขทางสังคมที่กำหนดทั้งบทบาทและหน้าที่ของหมอฟันบ้านไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นหมอฟันบ้านที่ดีจึงต้องรู้จักเสียสละ ไม่เห็นแก่เงินทอง และต้องไม่หวังวิชาความรู้ แต่ควรถ่ายทอดและเผยแพร่ความรู้ให้แก่คนรุ่นหลังอย่างเต็มใจและเต็มกำลัง นอกจากนี้ยังต้องประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างของการมีสุขภาพอนามัยที่ดี กล่าวคือ ต้องรู้จักดูแลสุขภาพของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

ในทัศนะของหมอพื้นบ้านในพินธุโลก การจัดการกับสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้นเริ่มตั้งแต่เกิดจนตาย มิได้จำกัดอยู่เฉพาะเวลาเจ็บป่วย ดังนั้น หมอพื้นบ้านจึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลทั้งในขณะที่มีสุขภาพดีเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ในขณะเจ็บป่วยและในช่วงฟื้นฟูสภาพหลังป่วย ซึ่งมีวิธีการมีสุขภาพดีนั้นครอบคลุมวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลในลักษณะที่เป็นองค์รวม ตั้งแต่อาหารที่บุคคลกิน เครื่องดื่ม เสื้อผ้าที่สวมใส่ การขับถ่าย การพักผ่อน การใช้เวลาว่าง การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสภาพจิตใจ เช่น การปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนทางศาสนา การปลูกสร้างบ้านเรือน และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยหมอพื้นบ้านแนะนำให้บุคคลให้ความสำคัญกับการปลูกและขยายพันธุ์พืชผักหรือสมุนไพรพื้นบ้าน และพยายามนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในทุกมิติของการจัดการกับสุขภาพอนามัยจนเป็นปกติ

สำหรับแหล่งเรียนรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่สำคัญของจังหวัดพินธุโลกได้แก่ ครอบครัว ชุมชน วัด สถาบันการศึกษา และสถานบริการด้านสุขภาพอนามัย และหมอพื้นบ้านพินธุโลกเชื่อว่าความรู้ที่ดีคือสิ่งที่ถูกพัฒนาขึ้นมาจากหลากหลายแหล่งที่มา เช่น สภาพแวดล้อมรอบตัว ได้แก่การเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมรอบข้างที่บุคคลอาศัยอยู่ว่าพืชพรรณไม้ในชุมชนมีชนิดใดบ้างที่มีคุณสมบัติทางยา พบอยู่ที่แห่งใด และเติบโตอย่างไร มีสรรพคุณอะไรบ้างที่เป็นประโยชน์และเป็นโทษ และจะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยได้อย่างไร การสอบถามจากผู้รู้ได้แก่ หมอพื้นบ้าน หมอโบราณ และแพทย์แผนไทยที่มีในชุมชน การศึกษาจากตำรายาแผนโบราณ แผนไทย และตำราอื่นๆ ที่ทำได้ในท้องถิ่น การลองผิดลองถูก การทดลองกับตัวเอง การสอบถามและพูดคุยแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายทางสังคมของตนเอง เช่น ครอบครัว ครัวเรือน เพื่อนบ้าน และกลุ่มเพื่อนเล่นในวัยเด็ก และการอ่านตำรับตำรายาที่พิมพ์จำหน่ายทั่วไป หรือเข้าร่วมอบรมด้านการแพทย์ทางเลือกเมื่อมีโอกาส

วิธีการจัดการกับสุขภาพอนามัยที่ดีที่สุดของแต่ละบุคคลนั้นจึงไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม ความต้องการของแต่ละบุคคล และลักษณะของโรค แต่โดยทั่วไปวิธีการที่หมอพื้นบ้านในพินธุโลกนิยมใช้มักประกอบด้วย

- 1) ยาบำบัด ประกอบด้วยการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งมีทั้งยาเดี่ยวและตำรับยา ยาแผนโบราณ และยาแผนปัจจุบัน เพื่อรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
- 2) กายบำบัด เช่น
 - 2.1) การนวด มีสองประเภทที่สำคัญคือ การนวดแบบแผนไทย ซึ่งมีทั้งการนวดตนเอง เช่น ทำฤๅษีดัดตนและโยคะ, การนวดคนอื่น ซึ่งมีทั้งการนวดแบบพื้นบ้านหรือนวดแบบเชลยศักดิ์ และการนวดแบบราชสำนัก
 - 2.2) การอบสมุนไพร เพื่อคลายอาการปวดเมื่อย ลดความอ้วน หรือบางครั้งใช้รักษาโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

- 2.3) การประคบ เช่น การนํายาสมุนไพรพื้นบ้านบรรจลงในห่อผ้า แล้วนำไปมัดเป็นลูกกลมๆ นึ่งไฟแล้วนำมาทาบบนร่างกายส่วนที่ปวดเมื่อย
- 3) พฤติกรรมบำบัด เช่น การประพาศปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยดี เช่น การงดอาหาร แสดง การงดพฤติกรรมบางประเภท และการรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค เป็นต้น
- 4) พิธีกรรมบำบัด เช่น วิธีการทางไสยศาสตร์ เช่น การท่องคาถา เป่า พ่น และการสวดมนต์ เป็นต้น
- 5) อาหารบำบัด เช่น อาหารบำรุงกำลัง อาหารปรับธาตุ อาหารแสดง เป็นต้น
- 6) จิตบำบัด เช่น การไปหาหมอดูดวงชะตา การไปหาพระ การทำบุญตักบาตร และการนั่งสมาธิ เป็นต้น
- 7) สังคมบำบัด ได้แก่ การพบปะพูดคุยกับเครือข่ายทางสังคมเพื่อขอคำรับรองสถานภาพการเป็นผู้ป่วย เพื่อบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากคนปกติไปเป็นคนป่วยได้โดยไม่ถูกสังคมตำหนิ การไปพบผู้ที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวเพื่อขอคำรับยาหรือคำแนะนำ การซุบซิบนินทา การไปเที่ยวกับครอบครัว เพื่อนฝูง หรือเครือญาติ และการเข้าร่วมกิจกรรมหรือประเพณีที่สำคัญๆ ของชุมชน เป็นต้น
- 8) ธรรมชาติบำบัด ได้แก่ การศึกษา สังเกต และใช้เวลาอยู่กับสภาพแวดล้อมรอบตัว เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น

จึงกล่าวได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกเกิดขึ้นจากการตอบสนองที่สลับซับซ้อน (Multiple Response Learning) ของหมอพื้นบ้านผ่านทักษะการใช้ประสาทสัมผัส (Sensorimotor Skill) เพื่อแยกแยะความแตกต่างของ ชนิด ประเภทและกระบวนการจัดการกับสุขภาพอนามัยทั้งที่อยู่ในรูปของยาพื้นบ้าน พิธีกรรม เครื่องดื่มและอาหารเสริมสุขภาพ หรือวิธีการอื่นๆ ผ่านการท่องจำ (Rote Memorisation) หรือการทำให้ดู (Learning by Doing) จนในที่สุดหมอพื้นบ้านแต่ละคนสามารถเปลี่ยนแปลงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ได้รับมาเป็นการรับรู้ (Perception) ถึงประโยชน์และโทษของการมีสุขภาพอนามัยที่ดีบนพื้นฐานของการใช้และบริโภคทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนหรือในครัวเรือนของตนเอง และในที่สุดเกิดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ที่วางอยู่บนพื้นฐานของความรู้ (Knowledge) และความเข้าใจ (Cognitive Process) ในที่สุด

ดังนั้น แม้ว่ากระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเป็นจำนวนมาก จะวางอยู่บนวิธีการลองผิดลองถูก (Trial and Error) แต่ประสบการณ์ของหมอพื้นบ้าน ที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพอนามัยประเภทนั้นซ้ำๆ อยู่เป็นประจำก็ทำให้สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นโดยอาศัยการหยั่งรู้ (Insight) เนื่องจาก การเรียนรู้ซ้ำ (Relearning) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาในชุมชน โดย

มีวัตถุประสงค์สำคัญสูงสุดประการเดียวไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป แม้ว่ากาลเวลาจะเปลี่ยนไป นั่นคือการมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์

เป็นที่น่าสังเกตว่า การเปิดกว้างทางความคิดและการรับรู้ในระบบการแพทย์ระบบอื่นของหมอพื้นบ้าน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยโดยไม่ปิดบังด้วยภาษาที่ง่ายหรือการกระทำที่ดู ทำให้องค์ความรู้ที่มีอยู่ไม่ใช่สิ่งที่ลึกลับซับซ้อนที่ยากแก่การเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับผู้ป่วย โดยพบว่า ยิ่งผู้ป่วยหรือชุมชนมีความรู้ด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเองมากเท่าใด ลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะอยู่ในแนวระนาบมากกว่าแนวคิงมากเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ในกรณีของหมอผีหรือหมอพื้นป่าที่หวนคาถาและตำรายา ก็เป็นรูปแบบหนึ่งของหมอพื้นบ้านที่ต้องการรักษาอำนาจของตนเองไว้ ซึ่งอาจอธิบายได้จากข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านเองที่ไม่สามารถอธิบายแนวทางการจัดการกับสุขภาพบนพื้นฐานของความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติได้ หรืออีกนัยหนึ่ง การส่งมอบองค์ความรู้ไว้ในรูปของศาสตร์ที่ลึกลับเกินกว่าบุคคลทั่วไปจะเข้าใจได้ สามารถรักษาความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจระหว่างหมอพื้นป่าและผู้ป่วยเอาไว้ได้ ซึ่งในทัศนะของคณะผู้วิจัย แนวคิดดังกล่าวจะนำมาประยุกต์เพื่อทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก แนวทางการจัดการกับสุขภาพอนามัยของแพทย์แผนปัจจุบันตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มักให้ความสำคัญกับการรักษาอาการเจ็บป่วยมากกว่าการสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี และองค์ความรู้ที่นำมาเข้ามาใช้เพื่อจัดการกับสุขภาพมักถูกทำให้ซับซ้อน ทั้งในรูปของศัพท์ทางวิชาการแพทย์ที่ใช้ ขั้นตอนการรักษาเยียวยา และเทคโนโลยีระดับสูง ซึ่งการจัดการกับสุขภาพอนามัยในลักษณะดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นกลุ่มคนชายขอบที่ไม่มีความรู้ในการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งในที่สุดกลายเป็นกลุ่มคนที่ขาดอำนาจในระบบความสัมพันธ์อย่างสิ้นเชิง

คณะผู้วิจัยต้องการเสนอประเด็นการจัดการกับสุขภาพอนามัย โดยใช้งานวิจัยเรื่องเรื่องทุนทางวัฒนธรรม: กรณีศึกษาเรื่องหมอพื้นบ้านครั้งนี้ เป็นกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงการได้มาซึ่งอำนาจของบุคคลและเครือข่ายทางสังคมในการจัดการกับสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยการกินความรู้ให้แก่สังคมและบุคคล ผ่านกระบวนการทำให้ง่าย (Simplicity) เพื่อให้สังคมได้มีโอกาสใช้พัฒนา และผลิตซ้ำองค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของตนเอง ซึ่งความรู้ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจากการเลือกและใช้องค์ความรู้ทั้งหมดจากระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัย ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนโบราณ หรือระบบการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่

โดยสรุป หมอพื้นบ้านของจังหวัดพิษณุโลกและพิจิตร ได้เสนอฐานคิดด้านสุขภาพอนามัย ที่ให้ความสำคัญกับการอธิบายสาเหตุของการมีสุขภาพอนามัยที่ดีมากกว่าการจัดการกับอาการผิดปกติหรือการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรค องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านที่หมอพื้นบ้านใช้จึงเกิดขึ้นจากความพยายามพัฒนาระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยโดยการผสมผสานองค์ความรู้จากหลากหลายแหล่งที่มา องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพิษณุโลกและพิจิตรจึงมีพลวัตของการปรับตัวเพื่อความคงอยู่ของหมอพื้นบ้านในบริบททางสังคม วัฒนธรรมของจังหวัดทั้งสองที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ความพยายามพึ่งพาตนเองบนพื้นฐานของการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพของหมอพื้นบ้านในท้องถิ่นทั้งสอง โดยการพึ่งพาตนเอง และการ “ระดม” ความรู้จากทุกแหล่งเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของคนในสังคม ตลอดจนการที่หมอพื้นบ้านในพิษณุโลกพยายามให้นิยามอาชีพของตนเองให้แตกต่างไปจากอาชีพของแพทย์ในระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพระบบอื่นๆ ล้วนเป็นสัญลักษณ์ที่หมอพื้นบ้านต้องการแสดงให้เห็นถึงอัตลักษณ์ของตนที่แตกต่างไปจากแพทย์ในระบบอื่นๆ โดยอาศัยบรรทัดฐานซึ่งเครือข่ายทางสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่เห็นว่าดีงามมาสร้างเป็นกรอบด้านคุณสมบัติของหมอพื้นบ้าน

ระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงนับเป็นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่สำคัญ ที่มีส่วนสำคัญในการเสนอทางเลือกด้านสุขภาพอนามัยที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในแต่ละท้องถิ่น การเปลี่ยนแปลงและปรับตัวที่เกิดขึ้นขององค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านผ่านพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ท้องถิ่นของชุมชนแต่ละแห่ง ผสมผสานกับการปฏิสัมพันธ์ทางสัญลักษณ์ การแพร่กระจายทางวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงในบริบททางสังคมวัฒนธรรม จึงเป็นที่มาขององค์ความรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ ดังนั้น หากสังคมต้องการคืนอำนาจด้านการจัดการกับสุขภาพอนามัยให้แก่ท้องถิ่น และเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ให้เป็นความสัมพันธ์แนวระนาบ องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในแต่ละท้องถิ่นในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมย่อยด้านสุขภาพอนามัยต้องได้รับความสนใจและถือเป็นทางเลือกด้านสุขภาพอนามัยที่บุคคลมีเสรีภาพในการเลือกใช้ พัฒนา ผลิตซ้ำ สืบทอดและสร้างใหม่ได้

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัยตระหนักในข้อจำกัดหลายประการของงานวิจัยฉบับนี้ ประการแรกได้แก่ การกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมพื้นที่ถึง 8 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง ทำให้คณะผู้วิจัยต้องใช้เวลามากในการสำรวจเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านสังคมประชากร เพื่อจัดทำทำเนียบหมอพื้นบ้านและแผนที่แสดงการกระจายตัวของหมอพื้นบ้านในแต่ละจังหวัด แต่อย่างไรก็ตาม ผลของการศึกษาในภาพรวมดังกล่าว ก็นับมีประโยชน์อย่างยิ่ง กล่าวคือทำให้ทราบถึงประเภทและลักษณะ

สังคมประชากรของหมอฟันบ้านที่มี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาด้านพลวัตและการปรับตัว เพื่อใช้ประกอบการวางแผนศึกษาวิจัยในระดับลึกในช่วงเวลาต่อไป

ข้อจำกัดประการที่สอง ได้แก่ ข้อจำกัดเรื่องเวลาและงบประมาณ เนื่องจากพบว่า ความแตกต่างหลากหลายในทุกมิติทางสังคมวัฒนธรรมของจังหวัดพิษณุโลกและพิจิตร ซึ่งคณะผู้วิจัยเลือกเป็นพื้นที่ซึ่งใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำให้รายละเอียดในระดับลึกอีกเป็นจำนวนมากยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่างบริบทต่างๆกับกระบวนการปรับตัวและการสืบทอดองค์ความรู้ของหมอฟันบ้าน

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป คณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่า

- 1) ควรทำการศึกษาแบบเจาะลึก เพื่อรวบรวมคำรับคำร่ายที่ยังมีอีกเป็นจำนวนมาก และคณะผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมได้หมดในระยะเวลาที่จำกัดจากการศึกษาครั้งนี้
- 2) ควรจัดตั้งคานาองค์ความรู้ที่มีอยู่ เพื่อทำความเข้าใจกับฐานคิดและกระบวนการปรับตัวของหมอฟันบ้านและเครือข่ายสังคม
- 3) ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อยืนยันสรรพคุณทางยาของคำรับคำร่ายที่คณะผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้
- 4) ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามและจัดทำทำเนียบหมอฟันบ้านเป็นประจำทุกปี

ภาคผนวก

แผนที่แสดงการกระจายตัวของหมอพื้นบ้าน
เขตภาคเหนือตอนล่าง

แผนที่ที่ 5.2.1 แสดงจำนวนหมอนพื้นบ้าน
ในจังหวัดอุดรธานี

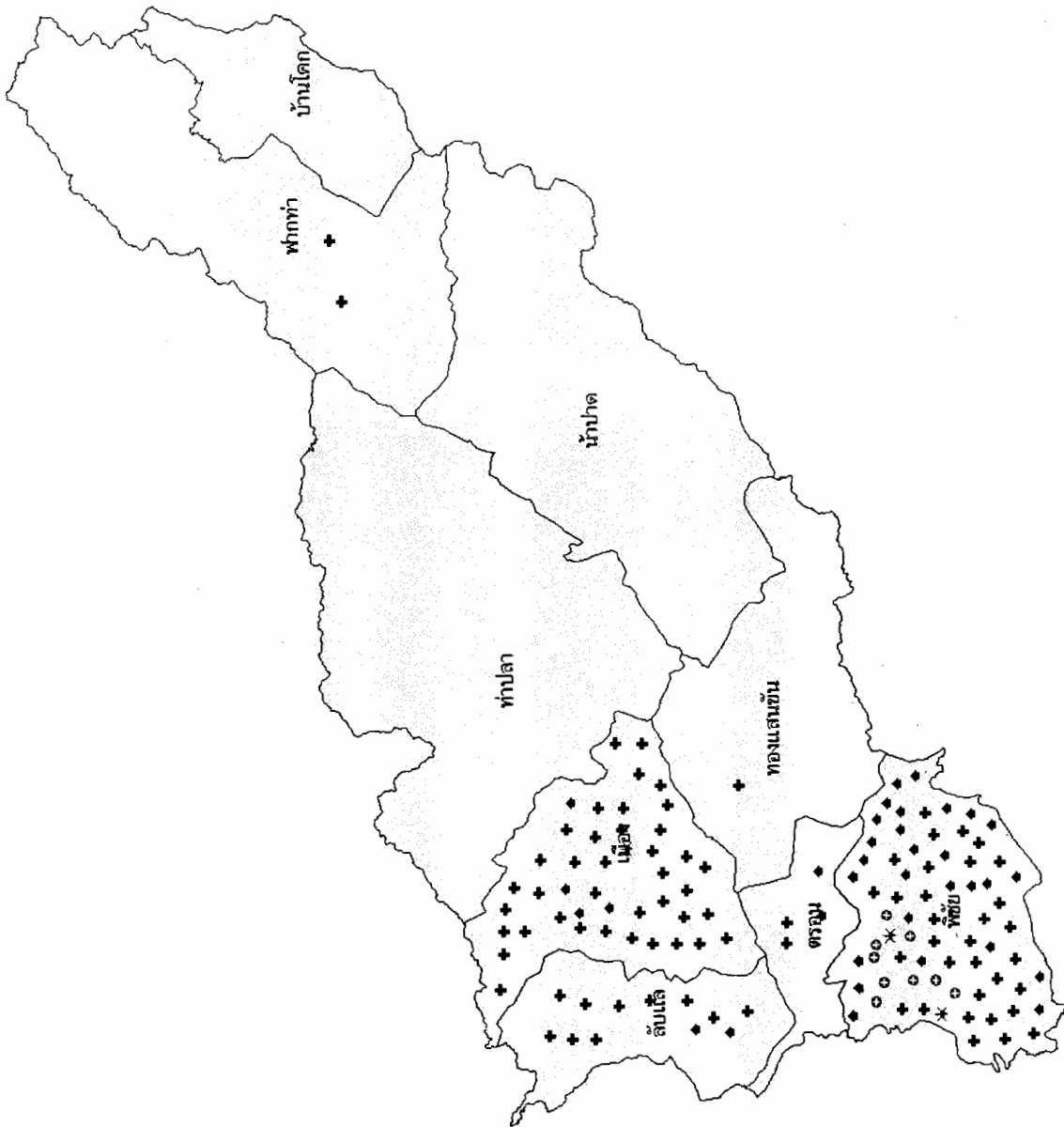
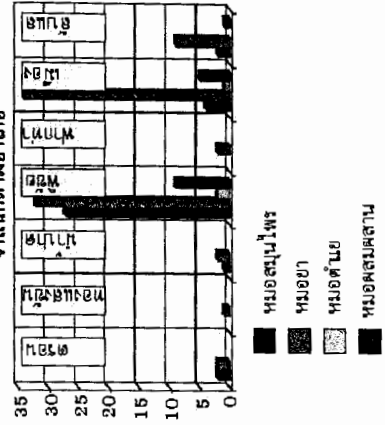
คำอธิบายสัญลักษณ์

- * หมอนดำเย
- + หมอนขาว
- ◄ หมอนสมุนไพร
- ◉ หมอนผสมผสาน
- พื้นที่ศึกษาจังหวัดอุดรธานี



0 5 10 15 20 25
กิโลเมตร

แผนภูมิแสดงจำนวนหมอนพื้นบ้าน
จำแนกตามอำเภอ



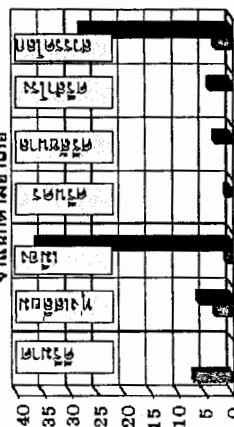
แผนที่ 5.2.2 แสดงจำนวนหมอนพื้นบ้าน
ในจังหวัดสุโขทัย

- คำอธิบายสัญลักษณ์
- ★ หมอแผนโบราณ
 - ◆ หมอผสมผสาน
 - ✎ หมอสมุนไพร
 - พื้นที่ศึกษาจังหวัดสุโขทัย

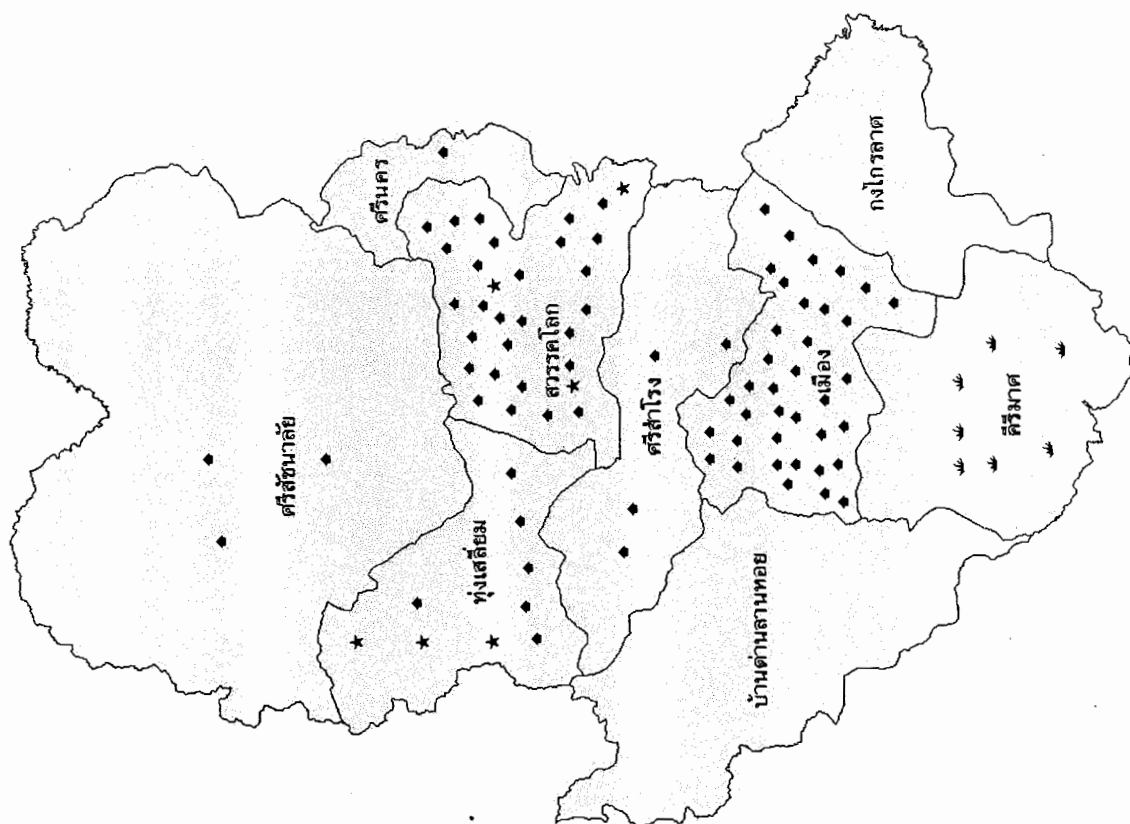


0 5 10 15 20 25
กิโลเมตร

แผนภูมิแสดงจำนวนแพทย์หมอนพื้นบ้าน
จำแนกตามอำเภอ

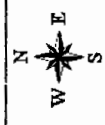


- หมอสมุนไพร
- หมอผสมผสาน
- หมอแผนโบราณ

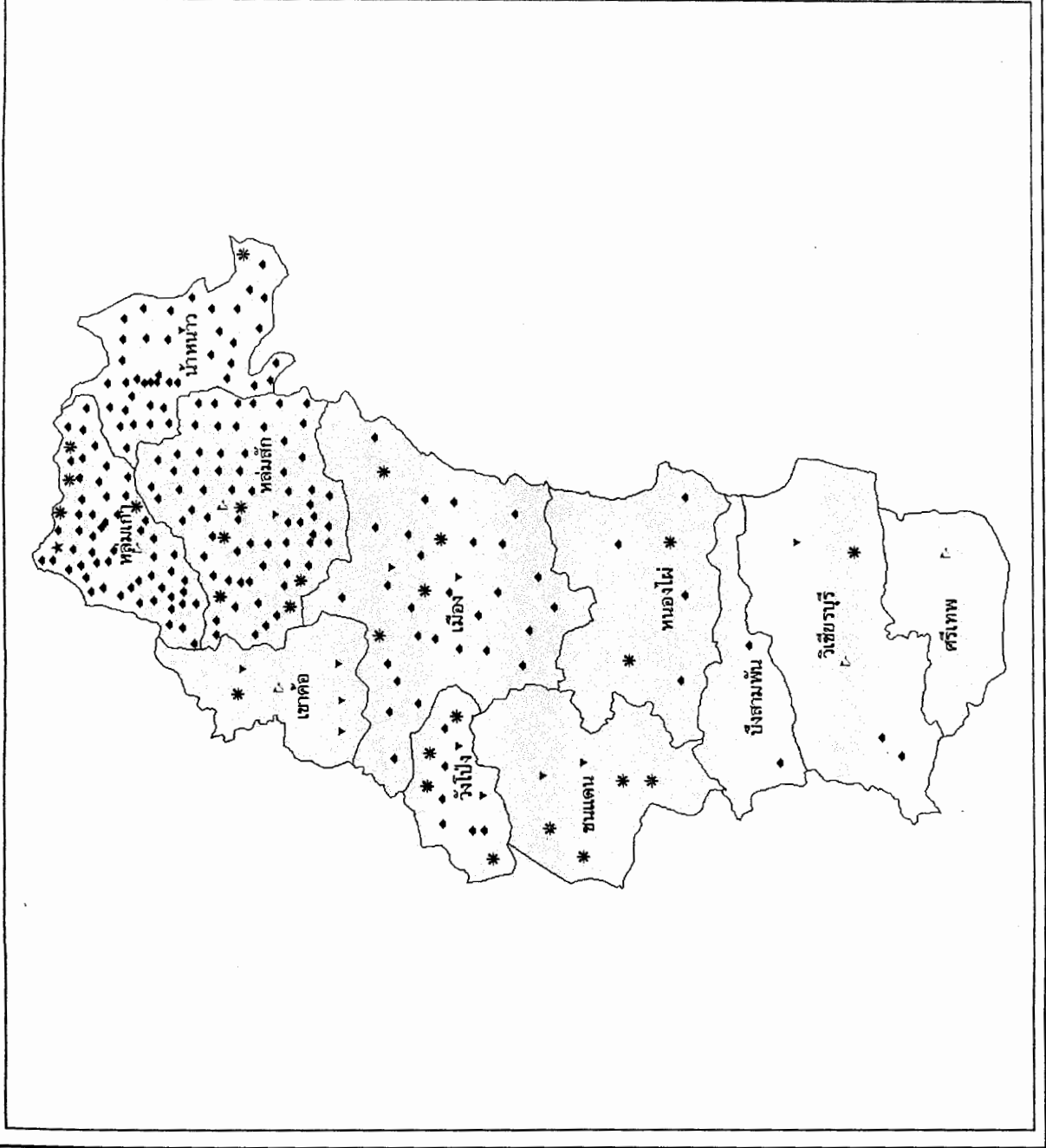
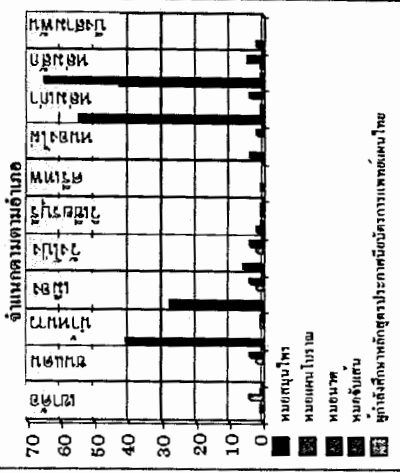


แผนที่ 5.2.3 แสดงจำนวนหมอพื้นบ้าน
ในจังหวัดเพชรบูรณ์

- คำอธิบายสัญลักษณ์
- ◆ หมอพื้นบ้าน
 - ★ หมอสมุนไพร
 - ▷ หมอนวด
 - * หมอจับเส้น
 - ▼ หมอแผนโบราณ
 - พื้นที่ศึกษาเชิงพรรณาน



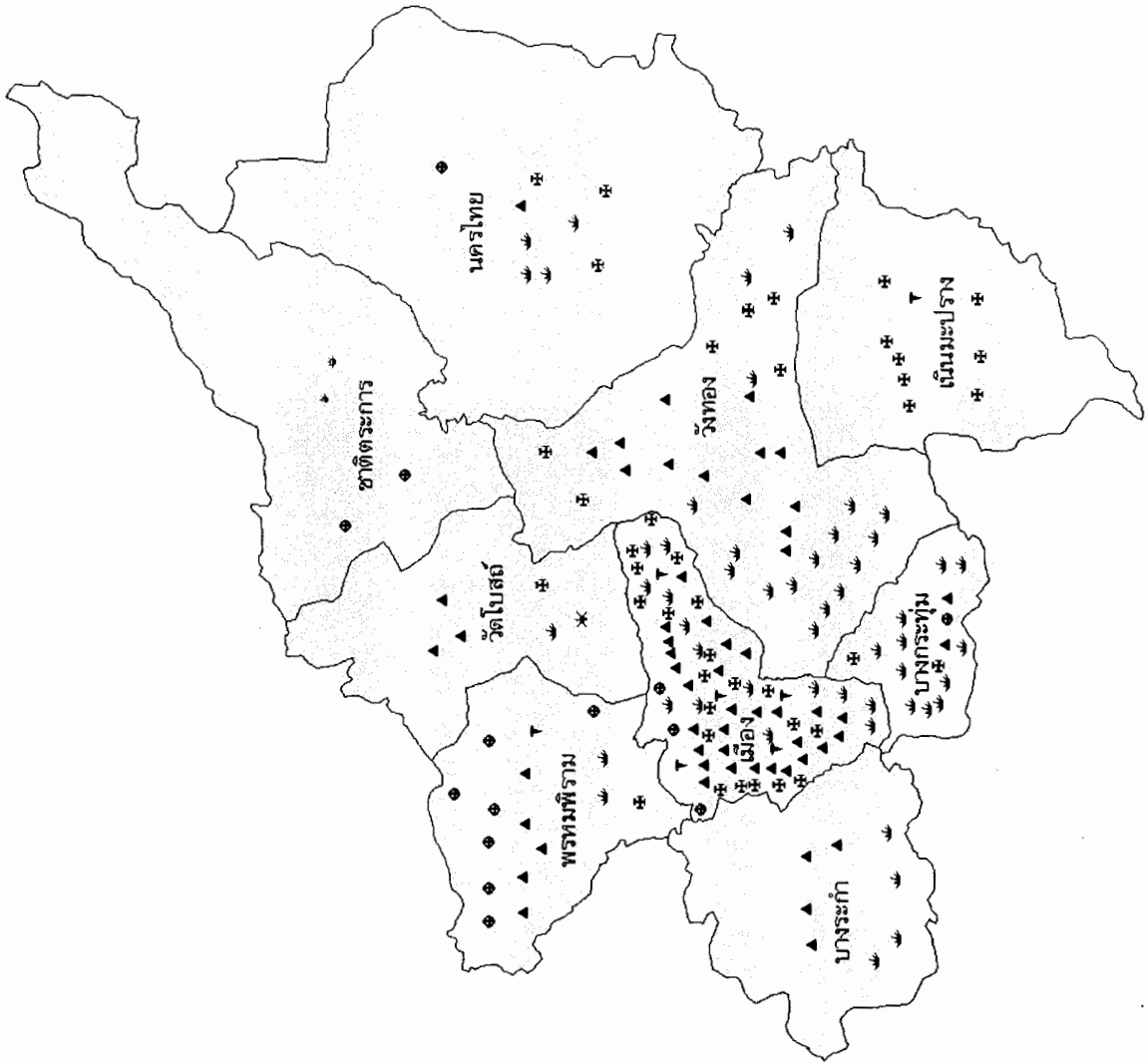
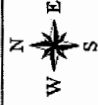
แผนภูมิแสดงจำนวนหมอพื้นบ้าน
จำแนกตามอำเภอ



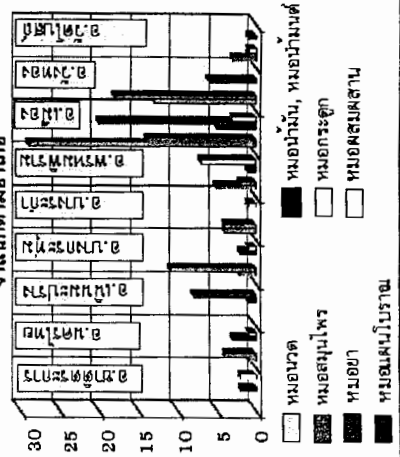
แผนที่ 5.2.4 แสดงจำนวนแพทยภัณฑ์
ในจังหวัดพิษณุโลก

คำอธิบายสัญลักษณ์

- ▲ หมอนวด
- ♣ หมอสมุนไพร
- ✱ หมอยา
- หมอผสมผสาน
- † หมอแผนโบราณ
- ✧ หมอน้ำมัน, หมอน้ำมันดี
- ✱ หมอกระดูก
- พื้นที่ศึกษาจังหวัดพิษณุโลก



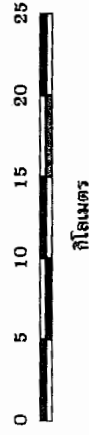
แผนภูมิแสดงจำนวนแพทยภัณฑ์
จำแนกตามอำเภอ



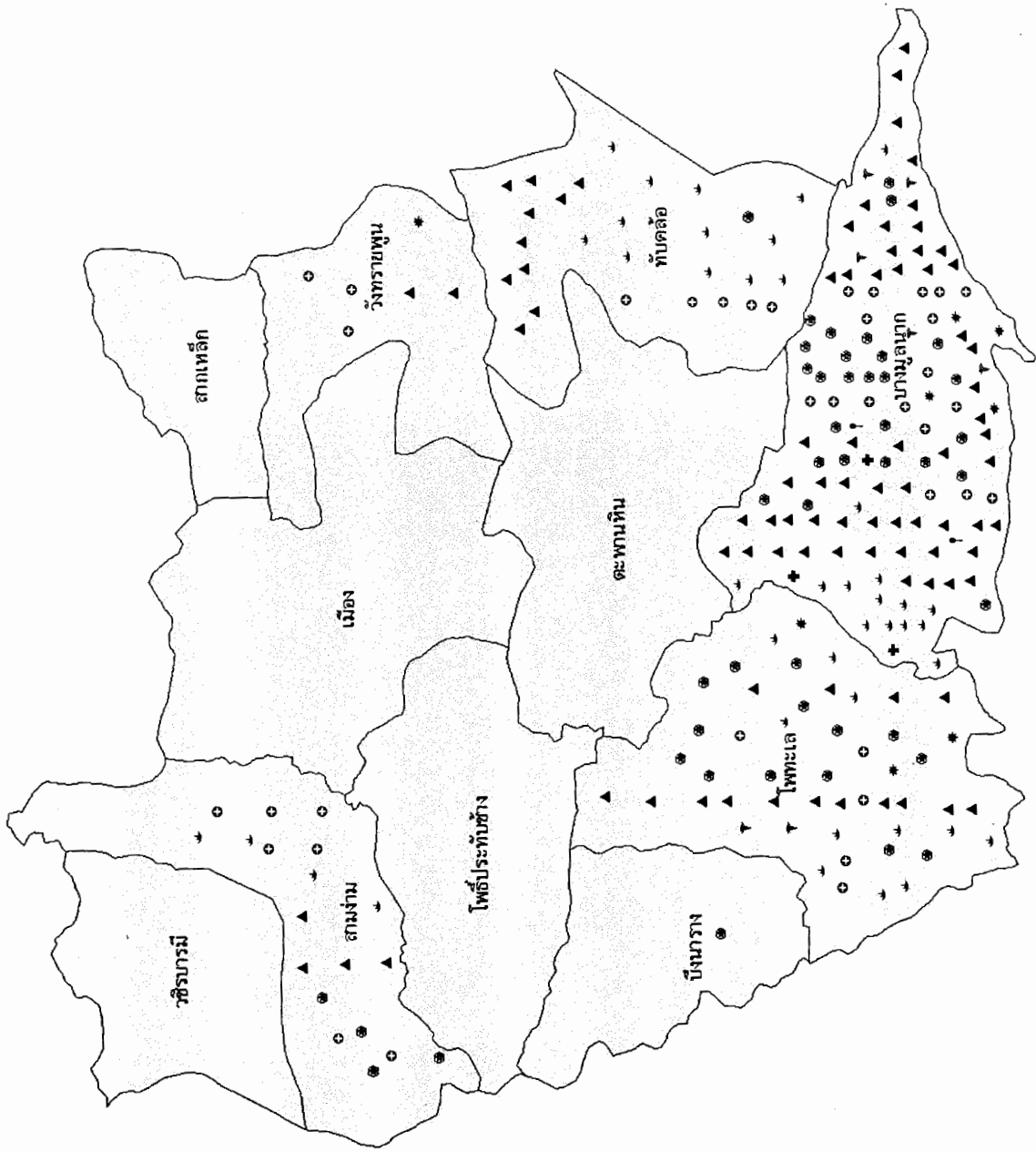
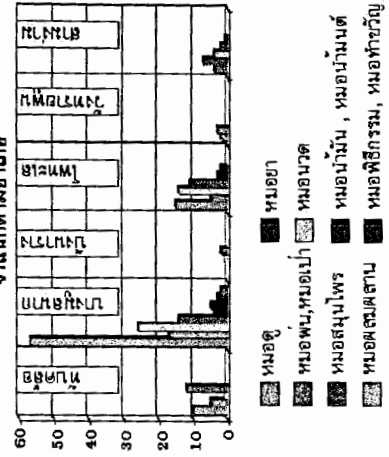
แผนที่ 5.2.5 แสดงจำนวนแพะที่พบ
ในจังหวัดพิจิตร

คำอธิบายสัญลักษณ์

- † หมอตู ● หมอพน, หมอเป่า
 ▲ หมอนวด ✎ หมอสมุนไพร
 ○ หมอผสมผสาน + หมอยา
 * หมอน้ำมัน, หมอน้ำมันต์
 † หมอพิธีกรรม, หมอทำขวัญ
 □ พื้นที่ศึกษาจังหวัดพิจิตร



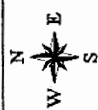
แผนภูมิแสดงจำนวนแพะที่พบ
จำแนกตามอำเภอ



แผนที่ 5.2.6 แสดงจำนวนแพทย์พื้นบ้าน
ในจังหวัดนครสวรรค์

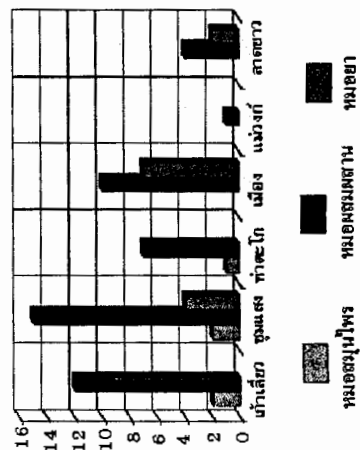
คำอธิบายสัญลักษณ์

- ๕ หมอสมุนไพรร
 ๖ หมอผสมผสาน
 ๗ หมอยา
 พื้นที่ศึกษาจังหวัดนครสวรรค์



กิโลเมตร

แผนภูมิแสดงจำนวนแพทย์พันบพ
จำแนกตามอำเภอ



แผนที่ 5.2.7 แสดงจำนวนแพยพืชนาน
ในจังหวัดตาก

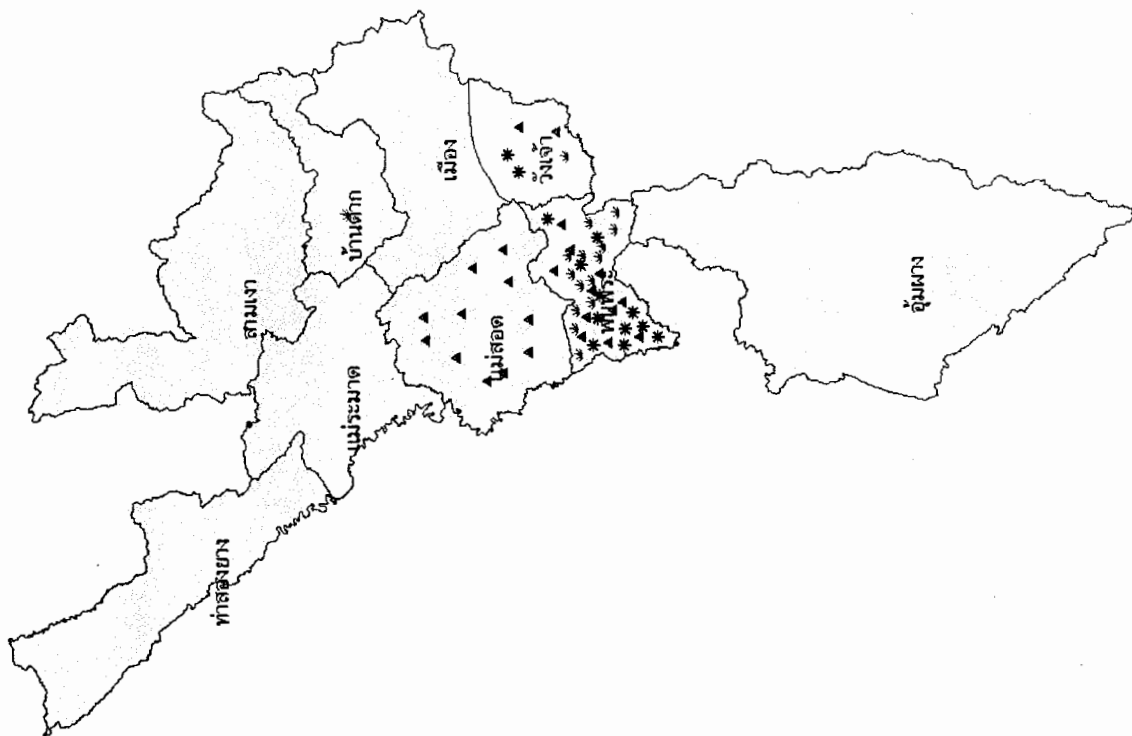
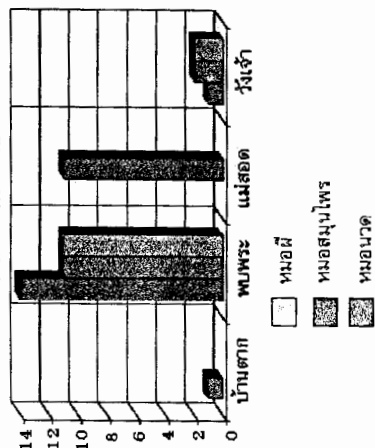
คำอธิบายสัญลักษณ์

- ▲ นอนวด
- ✱ นมอสุมไพร
- * นมอผี
- พื้นที่ดักขางหวัดตาก



0 5 10 15 20 25
กิโลเมตร

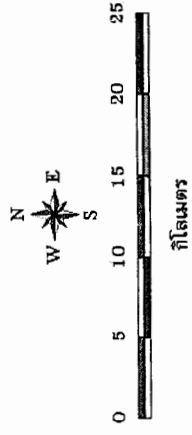
แผนภูมิแสดงจำนวนแพยพืชนาน
จำแนกตามอำเภอ



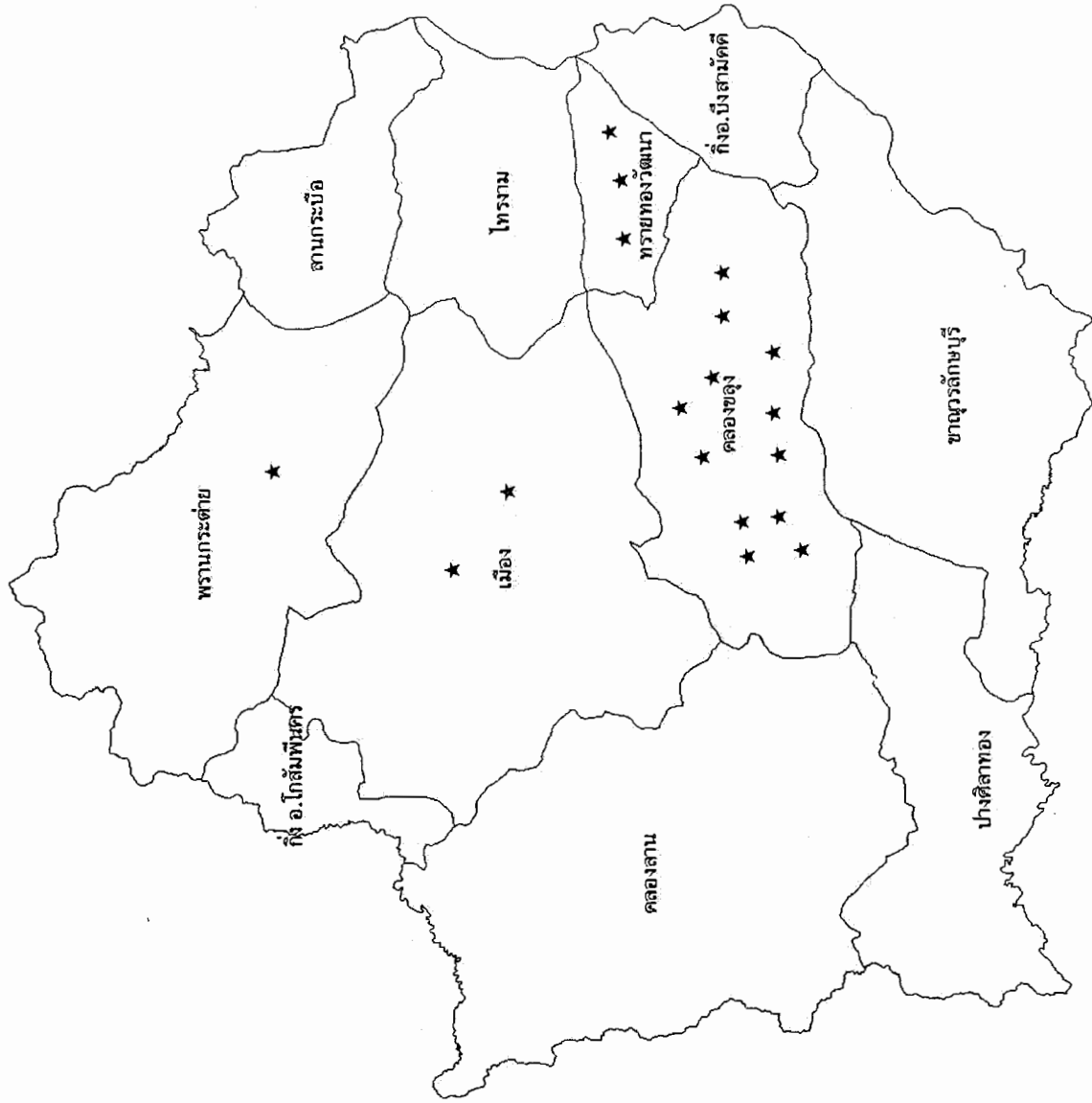
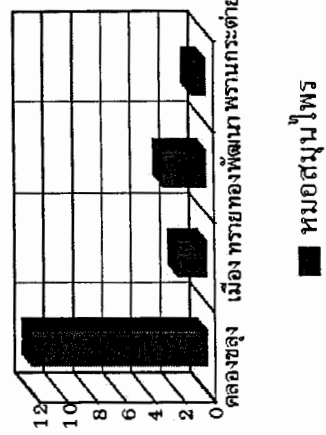
แผนที่ 5.2.8 แสดงจำนวนแพทยภัณฑ์
ในจังหวัดกำแพงเพชร

คำอธิบายสัญลักษณ์

- ★ หมอสมุนไพร
- พื้นที่ศึกษาจังหวัดกำแพงเพชร



แผนภูมิแสดงจำนวนแพทย์พื้นบ้าน
จำแนกตามอำเภอ



ทำเนียบหมอฟันบ้าน
เขตภาคเหนือตอนล่าง

ลำดับที่	ชื่อ	นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่	ถนน	ซอย	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	โทรศัพท์	กิจการ
1	กิตติยา	โกวิทยามนท์	หญิง	35	293	วิสุทธิกษัตริย์				เมือง	พิษณุโลก	055-245295	แผนกกายภาพบำบัด กลุ่มงาน เวชกรรมฟื้นฟู รพ.พุทธชินราช
2	เกศริน	ภูกร	หญิง	76	137 กิโลเมตร	สนามบิน				เมือง	พิษณุโลก	055-242334	ร้านเวชศวรรคโสต 57/144 ถ. พระองค์ดำ อ.เมือง
3	แก้ว	พันธ์เหล็ก	ชาย	84	115			4	เนินกุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก	055-396048	ร้านแก้วเจริญโสต 155 หมู่ที่ 4 ต.เนินกุ่ม อ.บางกระ
4	ขวัญชัย	คกงมดล	ชาย	42	100			11	ไผ่ล้อม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก	055-391135	
5	ศุทธชาติ	มีสีการ	ชาย	40	83/20	ศรีธรรมไตรปิฎก			ในมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-251280	ร้านวิรัชเภสัช 1 หมู่ที่ 2 ถ.ศาก เหล็ก-บ้านมุง อ.เนิน
6	จันทร์	พิมพ์สุข	ชาย	74	33			7	บ้านไร่	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก		
7	จำเริญ	จันทร์สดีเส	ชาย	62	107			6	มะขามสูง	เมือง	พิษณุโลก	055-299088	
8	จำลอง	โชโท	ชาย	79	212			2	บ้านมุง	มะปราง	พิษณุโลก	055-299238	ร้านอุทัยเภสัช 212 หมู่ 2 ต. บ้านมุง อ.เนินมะปราง
9	ชลอ	สุม่วง	ชาย	85				1	มะขามสูง	เมือง	พิษณุโลก		อาคารารมพทยไทย วัด ทองหลาง ต.มะขามสูง อ.เมือง
10	จิต	โรจน์สว่าง	หญิง	73	188			1	ราม	วังทอง	พิษณุโลก	055-361099	ร้านเจมโอเสถ 188 หมู่ที่ 1 ต. ท่าหมื่นราม อ.วังทอง
11	เชิด	จริยเสถ	ชาย	63	54/3	พิษณุโลก-เด่นชัย		1	วัดโบสถ์	วัดโบสถ์	พิษณุโลก	055-245046-	ร้านพิดชวน 54/3 ถ. พิษณุโลก-เด่นชัย หมู่ที่ 1 ต.วัด
12	พันธุ์ณรงค์	ยี่สาคร	ชาย	51	126/20			2	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก	50 ต่อ 4054	

13 ถนนอม	อัสชู	ชาย	72	351	ศาลาเหล็ก-บ้านมุง		2	เนิน	เนิน	พิษณุโลก	055-399008	ร้านจำหน่ายสินค้าสด 259 หมู่ที่ 4 ต.บ้านน้อยผู้่มชีเหล็ก
14 นิทัศน์	พักเกตุ	ชาย	57	785	บรมไตรโลกนาถ	2		ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-243923	
15 เนี่ยว	อเนกพงษ์	ชาย	73	312		2		เนิน	เนิน	พิษณุโลก	055-399010	ร้านพรตว่างโฮตด 312 หมู่ 2 ต.เนินมะปราง อ.เนินมะปราง
16 บัววัย	ประเสริฐสุข	หญิง	73	33	หนองซอน	2	เนิน	มะปราง	มะปราง	พิษณุโลก		ร้านพรหมเจริญโฮตด 33 ซอยหนองซอน ถ.หนองซอน หมู่ 2
17 บุญปลุก	วงษ์สุวรรณ	ชาย	62	137	เอกาทศรถ			ในมือง	เมือง	พิษณุโลก	01-6050607	ชมรมแพทย์แผนไทยพิษณุโลก
18 บุญมา	จำปาศักดิ์	ชาย	66	595	คงพลวง-เนินมะปราง	4	ชมพู่	มะปราง	เนิน	พิษณุโลก		
19 บุญมา	ทศวงศ์	ชาย	66	70		4	ชมพู่	มะปราง	พิษณุโลก	พิษณุโลก		
20 บุตร	คล้ายสิน	ชาย	62	383		3	ปิงพระ	เมือง	พิษณุโลก	พิษณุโลก	055-287272	
21 ประนอม	จักรแก้ว	หญิง	41	313		2	ชมพู่	มะปราง	พิษณุโลก	พิษณุโลก	055-245263	โรงเรียนน้ำปาด ต.ชมพู่ อ.เนินมะปราง พิษณุโลก
22 ประณี	มีศิลป์	หญิง	41		โรงเรียนน้ำปาด			ชมพู่	เนิน	พิษณุโลก	055-245263	โรงเรียนน้ำปาด ต.ชมพู่ อ.เนินมะปราง พิษณุโลก
23 ประเสริฐ	สุจารี	หญิง	39		ทอง				วังทอง	พิษณุโลก	055-245263	
24 ประสพศรี	คำดี	หญิง	42	218/5	พิษณุโลก-วัดโบสถ์	12	หัวรอ	เมือง	พิษณุโลก	พิษณุโลก	055-245263	ร้านเภสัชชุมชนไทยประสพศรี 218/5 หมู่ 12 ถ.พิษณุโลก-
25 เป็ลื่อง	ฉิมหัวร้อง	ชาย	73	49		3	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก	พิษณุโลก		ร้านนายเป็ลื่อง ฉิมหัวร้อง 49 หมู่ 3 ต.วังทอง อ.วัง

26	ณัฏฐ	ชาย	59	401/10	พิชัยสงคราม	3	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก	055-220080	ร้านนมโนราโอตด 24/2-3 ถ.
27	ผาสุก	วิทยานันท์	ชาย	61	29/140	สิงหวัดมน		ในเมือง	พิษณุโลก	055-247138	ร้านสี่ตี่โอตด 90 หมู่ 4 ต.บางกระทุ่ม อ.บางกระทุ่ม
28	พรศักดิ์	อรุณโศภณ	ชาย	61	9		3	ในเมือง	พิษณุโลก	055-421299	วัดบึงส้มพันธ์ พิชัย/วัด
29	พินิจ	มลิอการ	หญิง	43	83/20	ศรีธรรมปิฎก		ในเมือง	พิษณุโลก	055-242518	ทองหลาง/วัดคลองตะเคียน
30	รตอ.พิษณุ	รักการศิลป์	ชาย	46	298/63	พญาเสือ		เมือง	พิษณุโลก	055-244524/ 09-8558642	กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 31
31	ฟ้าทิพย์	เมียมลุด	หญิง	65	218/11		7	นครไทย	พิษณุโลก		ร้านฟ้าประเสริฐนาถ 2
32	เมธี	พิทักษ์สุธิพงษ์	ชาย	68	167	พุทธานุชา		ในเมือง	พิษณุโลก	055-241319, 219435	ร้านขายยาบ้านอ่าวตึง (เมธีโอตด) 167 ถ.พุทธานุชา ต.ไ
33	ยุพอร	โตศรี	หญิง	52	123/3		1	ท่าทอง	พิษณุโลก		ร้านสมุนไพรจาก 123/3 หมู่ 1 ต.ท่าทอง อ.เมือง
34	รัตนภรณ์	ภูกร	หญิง	53	192/51	มหาจักรพรรดิ		เมือง	พิษณุโลก	055-242334	สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม
35	วิภา	สุขมาอญ	หญิง	37	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย			นครไทย	พิษณุโลก		โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
36	วิลาวุธ	มีปิงพร้า	หญิง	39	281		3	วังทอง	พิษณุโลก	055-299237-	นครไทย อ.นครไทย
37	บุษย์	สุขม่วง	ชาย	42	24/1		1	มะขามสูง	พิษณุโลก	8	โรงเรียนบ้านรางวิทยาคม
38	สง่า	ใบเหล็ก	ชาย	79	407/4	พิชณโลก-วังทอง		อรัญญิก	พิษณุโลก	055-241860	วัดเขื่อนพันธ์ ถ.พิษณุโลก=

						1					055-222052	
39	สน	สุวรรณ	ชาย	61	958		ตลาด หนอง ตม	พรหม พิราม	พรหม พิราม	พิษณุโลก		ร้านสนนิบาสิทธิ์ 958 หมู่ 1 ตลาดหนองตม อ.พรหมพิราม
40	สมชาย	รักการศิลป์	ชาย	84	298/2				เมือง	พิษณุโลก	055-244524	ร้านสมบุณไพโรบลสิทธิ์ 298/2 ถ. พญาเสือ อ.เมือง
41	สมถวิล	มัลลิกการ	หญิง	39	83/20			ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-242518	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก
42	สมพงษ์	ชัยสงคราม	ชาย	36	โรงพยาบาล สมเด็จพระ ยุพราชนครไทย				นครไทย	พิษณุโลก		โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช นครไทย
43	สมอ	อาจสูงเนิน	ชาย	60	124/2		3	บ้านกลาง	วังทอง	พิษณุโลก		ร้านสมอบสิทธิ์ 124/2 ต.บ้าน กลาง อ.วังทอง
44	สละ	คำหมู่	ชาย	66	263/2			ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-213936	สถานพยาบาลแผนโบราณ 263/2 ถ.ธรรมบูชา ต.ในเมือง
45	สุพงษ์	โกวิทย์นันท์	ชาย	42	293			ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-245295	บริษัทพิสิโก้ จำกัด (มหาชน) สำนักงานจังหวัดพิษณุโลก
46	สุวรรณ	พิทักษ์พงษ์	ชาย	67	208		4	บ้านน้อย คุ้มสี่เหล็ก	เนิน มะปราง	พิษณุโลก		ร้านสุวิมลสิทธิ์ 208 หมู่ 4 ต. บ้านน้อยคุ้มสี่เหล็ก อ.
47	สุวรรณา	เจียมศรีพงษ์	หญิง	62	6-6/1			ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-258110	ร้านสังข์โอตถ 158/2 ซอย สุขาวภิบาล 6 ต.วัดพริก อ.เมื
48	สุวิทย์	สุวรรณ	ชาย	58	173/174		1	วังช้าง	พรหม พิราม	พิษณุโลก	055-366119	ร้านขายยาหมอแอมร 173/174 หมู่ 1 ต.วังช้าง อ.พรหมพิ
49	กมล	ลิ้มเรือกแก้ว	ทพ	68	731	บรมไตรโลกนาถ วัดจันทร์ ตะวันตก			เมือง	พิษณุโลก	055-217078	

50	กมลขวัญ	ทองใบ	หญิง		331				7	บางระกำ	บางระกำ	พิษณุโลก	055-371163	โรงพยาบาลบางระกำ
51	กลิ้ง	ครูอินทร์	ชาย	66	153				13	ท่าหมื่น รวม	วังทอง	พิษณุโลก		
									5 บ้าน คลอง	วัดโบสถ์	วัดโบสถ์	พิษณุโลก	055-240810	รพ.วัดโบสถ์ ศูนย์สุขภาพชุมชน ชน
52	กาญจนา	มีปิงพร้าว	หญิง	32	171				ข้าง	วัดโบสถ์	วัดโบสถ์	พิษณุโลก		
53	กาหลง	แม่ไพร	หญิง	57	132				11	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
54	กิมลิ่ง	สาเกิด	หญิง	44	173/1				3	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก	055-298121	
55	กุหลาบ	สุวรรณเชษฐ์	ชาย	59	3				7	มะขามสูง	เมือง	พิษณุโลก		
56	กุหลาบ	อยู่รัมย์	หญิง	48	248	บรมไตรโลกนาถ				ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-218204	
57	เกียรติทอง	ทองใบ	ชาย	18	231				7	บางระกำ	บางระกำ	พิษณุโลก	055-371163	รพ.บางระกำ อ.บางระกำ
58	ขวัญเมือง	ไธยพันธ์	ชาย	54	90				7	ศรีวิกรมย์	พิจิตร	พิษณุโลก		
59	ชอม	ม่วงชาชัย	ชาย	84	55				11	บางระกำ	บางระกำ	พิษณุโลก		
60	จิ๊ด	ดีแล้ว	หญิง	57	118/1				4	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก		
61	จอย	วรรณะ	ชาย	67	37/1				12	ท่าหมื่น รวม	วังทอง	พิษณุโลก		
62	จันทร์	เสนาฯ	ชาย	73	30				6	ป่าแดง	ชาติ ตระการ	พิษณุโลก		
63	จันทร์	แสนแทน	ชาย	76	39				1	ป่าแดง	ชาติ ตระการ	พิษณุโลก		
64	สิรภา	ปรีชาญาณ	หญิง	25	99				5	บาง กระทุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก		
65	เลลา	สุสราญ	หญิง	45	52/122				6	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก	055-220442	

66	ช่ออ่อน	ประทีปดิษฐ์	ชาย		36/2			7	พรหม	พรหม	พิษณุโลก		
67	ชิด	พลายระหาร	ชาย	57	229/7			8	ปึงอก	บางระกำ	พิษณุโลก	055-233960	
68	ชื่น	แก้วเหม	ชาย	69	123			7 วัด จันทรี		เมือง	พิษณุโลก		
69	ชูชาติ	ศรีคำ	ชาย	49	57/1/2			7	แก่งโศกา	วังทอง	พิษณุโลก	055-293095	
70	เชื้อะฮุย	เปลี่ยม	ชาย	84	19/54	เอกาทศรัฐ				เมือง	พิษณุโลก	055-252231	
71	ณรงค์	ชลวิสุทธิ	ชาย	41							พิษณุโลก	055-247669	
72	ณัฐชา	ติษิต	หญิง	18	169			2 บ้าน ดงโคก ขาม	ปลักแสด	บางระกำ	พิษณุโลก	055-252666, 211194	รพ.บางระกำ
73	ตริ่งเพชร	ภราดรปัญญา	ชาย	61	834/23	มิตระพา				เมือง	พิษณุโลก		ร้านแจ่มโอตถ 118 หมู่ 13 ต. ท่าหมื่นราม อ.วังทอง
74	แดงกาว	แจ่มจำรัส	หญิง	50	118			3	ท่าหมื่น	วังทอง	พิษณุโลก		
75	โต	แพงทอง	หญิง	68	172			1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
76	ณัด	สุขศรีเกิด	ชาย	58	55/1			6	นาบัว	นครไทย	พิษณุโลก	055-233476	
77	ทรง	มะลิติน	ชาย	70	27				บาง กระทุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก	055-296234	
78	ท้วม	ร้ายสูงเนิน	ชาย	64	82			5	ท่าศาล	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก	055-288126	
79	ทอง	พุ่มไม้	ชาย	67	228/1			2	น้ำอวดอน	เมือง	พิษณุโลก		
80	ทองใบ	เพ็งคุย	หญิง	51	296/1			8	ปึงอก	บางระกำ	พิษณุโลก	055-233960	คตม.ท.
81	ทองสุข	คงเชื้อสาย	หญิง	44	143	ธรรมาบูชา			ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-214717	

82	ทองหล่อ	ดวงจันทร์	หญิง	58	117			9	ท่าหมื่น	วังทอง	พิษณุโลก		
83	ทองอินทร์	ทองวียง	ชาย	75	15/1			4	นาบัว	นครไทย	พิษณุโลก	055-240020	
84	เทียม	ไพฑูริ	หญิง	60	638			1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
85	ธัญญาภรณ์	เอกภรณ์	หญิง		36			4	บาง	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก		รพ.บางกระทุ่ม
86	นกแก้ว	มณฑล	หญิง	52	179/			1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก	055-228291	
87	นวล	สุนิษา	หญิง	52	85			1	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก		
88	น้อย	พงษ์พานิช	หญิง	61	270			1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
89	นันทิยา	จันทร์อุป	หญิง	36	23/54			5	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก	055-243982	
90	น้ำค้าง	เมณีน	หญิง	57	22/2			1	ท่างาม	วัดโสมนัส	พิษณุโลก		
91	นิศยา	ยาห่องกาศ	หญิง	41	87/1			1	ดินทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
92	เนียม	โพธิ์หอม	หญิง	64	178			1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก	055-217711	
93	บังเอิญ	บุญฤทธิ์	หญิง	72	525/2	บรมไตรโลกนาถ	รัตนดี			เมือง	พิษณุโลก		วัดทองหลาง
94	บาน	เสนานุช	ชาย	68	44			6	ป่าแดง	ชาติ	พิษณุโลก		
95	บุญช่วย	พิงสวัสดิ์	ชาย	65	48			7 บ้าน หัววัง	มะขาม	เมือง	พิษณุโลก		
96	บุญชู	คล้ายทับทิม	หญิง	53	276			12	หัวรอ	เมือง	พิษณุโลก	055-232361	
97	บุญชอบ	จันทร์อุป	หญิง	57	23/54			5	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก	055-243982	
98	บุญเทียม	วีระภาชัย	หญิง	59	115/11				ในเมื่อง	เมือง	พิษณุโลก		
99	บุญนาค	เปี่ยมจันทร์	หญิง		51			4	พราหม	พราหม	พิษณุโลก		

100	พระบุญมี	ฐิตมโน	ชาย	43	วัดวังหิน					พล	พลชายชุม	เมือง	พิษณุโลก	055-262190	
101	บุญเย็น	อยู่ชุม	หญิง		6				8	พืรม	พืรม	พืรม	พิษณุโลก		
102	บุญลือ	สายสี	ชาย	63	78				3	นาบัว	นครไทย	นครไทย	พิษณุโลก	055-240020	
103	เบื่อง	ศุขศรีเกิด	ชาย	66	198				6	นาบัว	นครไทย	นครไทย	พิษณุโลก	055-233476	สถานีอนามัยนาบัว
104	ใบ	คำดี	ชาย	66	45				3	นาบัว	นครไทย	นครไทย	พิษณุโลก		
105	ประเทือง	แก้วเขียวเหลือง	ชาย	51	118/1				9	บาง	บางกระทุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก		
106	ประจักษ์	พลทอง	ชาย	52	188/1				8	วังทอง	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก	055-311611	
107	ประภา	ขาวนวล	หญิง		คู่ ปณ. 69						เมือง	เมือง	พิษณุโลก	01-6754634	
108	ประสิทธิ์	อินทร์หอม	ชาย	58	156/1				8	วังทอง	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก	055-311460	
109	ประเสริฐ	รุ่งอินทร์	ชาย	70	69/1				3	เนินกุ่ม	บางกระทุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก	055-396017	
110	ปลุก	แช่ฝัน	หญิง	61	51				6	วังทอง	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
111	ปัน	ทองอยู่	หญิง	45	81				11	บ้านกร่าง	เมือง	เมือง	พิษณุโลก		
									13	บ้านหนองปลาไหล					
112	ปลื้	พันท้วม	ชาย	67	319					ท่าหมื่นราม	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
113	ผึ้ง	บัวชานา	ชาย	64	140				13	ท่าหมื่นราม	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
									6 บ้านน้อย	วัดโบสถ์	วัดโบสถ์	พิษณุโลก			

115	พระอธิการสง่า	สุมน	ชาย	43	วัดท่าหมื่นราม				1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
116	พลอย	สิงห์ทอง	หญิง	67	29/4				11	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
117	พะวง	น้อยเนตร	หญิง	64					11	วังทอง	เมือง	พิษณุโลก		
											พรหม		055-290362	
118	พัชรวิ	ทองน้อย	หญิง	27	159/2				2	หนองแขม	พิจิตร	พิษณุโลก		สถานีอนามัยตำบลหนองแขม
119	พาน	แก้วดี	หญิง	63	1/2				4	ท่างาม	วัดโบสถ์	พิษณุโลก		
120	พิศิษฐ์	ทรัพย์เจริญ	ชาย		480				1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก	055-31148	
121	มะลิ	ม่วงมี	หญิง	65	133				3	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก		
											ชาติ			
122	มา	สุดาสุด	ชาย	81	69				1	ป่าแดง	ตระการ	พิษณุโลก		
123	มาย	ไหวมาก	ชาย	70	86/2				16	หนองญาติ	บางระกำ	พิษณุโลก		
													055-282656	
124	มาลี	ไต้ทอง	หญิง	58	65/1				5	พล	เมือง	พิษณุโลก		
													055-233331	
125	เมี้ยน	เมี้ยนเกิด	ชาย	69	16/1				1	กระทุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก		
126	ยก	สระทองปาน	ชาย	64	64				11	บางระกำ	บางระกำ	พิษณุโลก		
127	ยกทอง	ปลิว	ชาย	63	66				2	ราม	วังทอง	พิษณุโลก		
128	ระวีพร	โพธิ์น้อยยัง	หญิง		8				8	พรหม	พิจิตร	พิษณุโลก		
129	รัชนี	แจ่มฉาย	หญิง	32	86				9	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก		
													055-389466	
130	รัชนี	แสงศิริ	หญิง	34	6				9	ท่าว	นครไทย	พิษณุโลก		
131	จำพรรณ	นน้อย	หญิง	43	61				8	หนองญาติ	บางระกำ	พิษณุโลก		
132	รุ่งศรี	อินนากุล	หญิง		62				2	ท้อแท้	วัดโบสถ์	พิษณุโลก		

133	ละมัย	น้อยเย็นใจ	หญิง	65	739				11	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
										บาง				
134	ละออง	แก้วเขียวเหลือง	หญิง	57	118/1				9	กระทุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก		รพ.บางกระทุ่ม
135	ลัดดา	โพธิ์หอม	หญิง	64	178/2				1	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
										พรหม	พรหม			
136	ลำภา	ทองรัตน์	หญิง		33				7	พิราชม	พิราชม	พิษณุโลก		
137	สุจันทร์	สายหยุด	หญิง	37	92				6	วัดพริก	เมือง	พิษณุโลก	055-296162	รพ.ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช
138	เล็ก	บุญพยอม	ชาย	76	58				8	ไผ่ล้อม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก		
139	เลย	บังขวัญ	หญิง	44	220/1				9	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก	055-298121	
140	เลื่อง	สุมะคะ	ชาย	76	13				3	บาง	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก	055-433332	
141	วนิดา	จันทร์รา	หญิง	41	34/1				5	วัดน้ำตู้	เมือง	พิษณุโลก		
142	วราภรณ์	คำชม	หญิง	27	9/1				6	ท่าช้าง	พิราชม	พิษณุโลก	01-9721537	สอต.ท่าช้าง
143	วันดี	บางผึ้ง	หญิง	41	79/7	พระองค์ขาว	7			ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก		
144	วรินทร์	อาสน์	หญิง	50	52/90				6	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก		
										ท่าหมื่น				
145	เวียน	ทวีบ้านใหม่	หญิง	58	31				13	ราม	วังทอง	พิษณุโลก		
146	ศิริกาญจน์	นุยอด	หญิง	36	117/17				5	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก	01-6054690	
147	สงสงคราม	หงส์ทอง	หญิง	54	31/16	ธรรมบูชา					เมือง	พิษณุโลก	055-213301	
148	สิปปโสงวน	หมั่นเรียน	ชาย	63	65				5	พล	เมือง	พิษณุโลก	055-216244	
149	สรัด	พวภาค	หญิง		ร.3/1				6	พรหม	พิราชม	พิษณุโลก		

150	สง่า	อินพาเพียร	ชาย		83/1				6	พรหม	พรหม	พิษณุโลก		
151	จอ.ศนิท	เกสรบัว	ชาย	51	17				8	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก	055-312281	
152	สมจิตร	หนูเทศ	หญิง	25	51/2				3	หัวรอ	เมือง	พิษณุโลก		
153	สมนึก	เฮาเลิศ	หญิง	42	88				4	วังน้อย	พรหม	พิษณุโลก		สถานีอนามัยวังมะदान
154	สมบัติ	พูลสุข	ชาย	68	110				5	ห้วยไคร้	วัดโสมนัส	พิษณุโลก		
155	สมพงษ์	แสงใส	ชาย	35	721				11	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
156	สวาท	แสงเนตร	หญิง	62	128				4	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก		
157	ลำไ้น	อ่อนหวานา	ชาย	49	15				3	เนินกุ่ม	บางกระทุ่ม	พิษณุโลก	01-6048256	
158	ลำภา	เทศกาล	หญิง	39	151				2	บ้านกร่าง	เมือง	พิษณุโลก		
159	ลำภาทอง	ฉิมแย้ม	หญิง	37	254/11	ทิพเสนา					เมือง	พิษณุโลก	055-280331/ 014-6809064	
160	ลำราญ	ศรีโพธิ์โต	ชาย		4				7	พรหม	พรหม	พิษณุโลก		
161	ลำเจิง	พูลทวี	ชาย	48	3/1				6	วัดพริก	เมือง	พิษณุโลก	055-226483	
162	ลำลือ	คงทอง	ชาย		142				6	พรหม	พรหม	พิษณุโลก		
163	ลำอาจ	พุ่มเล็ก	หญิง	46	59/2				8	หัวรอ	เมือง	พิษณุโลก		
164	สุข	ชมมี	ชาย	56	44				7	ป่าแดง	ชาติ	พิษณุโลก		
165	สุชีลา	สว่างพันธ์	หญิง	45	90				1	บ้านกลาง	วังทอง	พิษณุโลก	055-311017 ต่อ 119	รพ.วังทอง
166	สุรินทร์	สมบัติเวชสิทธิ์	หญิง	23	70/1				1	วัดพริก	เมือง	พิษณุโลก		

167	เสนาห์	โถมงาม	หญิง	43	54/4				11	วังทอง	วังทอง	พิษณุโลก		
										พรหม	พรหม		055-369220	
168	เสนาห์	พักแพง	ชาย	53	35				6	พิราชม	พิราชม	พิษณุโลก		
										ท่าหมื่น				
169	แสน	พันท้วม	ชาย	69	110				13	ราม	วังทอง	พิษณุโลก		
170	แสง	พรมรัตน์	ชาย	80	1/2 บ้านสระ เศรษฐี				1	เนินมุ่ม	บางกระพุ่ม	พิษณุโลก		
									13				055-240335	
									บ้าน หนอง	ท่าหมื่น				
171	โสน	โพธิ์คำ	หญิง	35	34				ปลา	ราม	วังทอง	พิษณุโลก		
										ท่าหมื่น				
172	หนัก	ยิ้มย้วน	หญิง	36	154				7	ราม	วังทอง	พิษณุโลก		
											ชาติ			
173	หนูมาด	ธรรมรังสี	หญิง	75	23				1	ป่าแดง	ตระการ	พิษณุโลก		
174	หล่อ	มากทองกลาง	ชาย	61	65/1				1	มะขามสูง	เมือง	พิษณุโลก	055-299090	
										ท่าหมื่น				
175	หลอด	ปานคะชนพร	ชาย	64	102/3				13	ราม	วังทอง	พิษณุโลก		
176	อมรัตน์	มุดสูงเนิน	หญิง	23	96				6	ท่าศาล	บางกระพุ่ม	พิษณุโลก		
177	อุบล	ช้างแสง	หญิง	47	59/1				4	ปากพิง	เมือง	พิษณุโลก		
178	อเนก	เพี้ยปรางค์	ชาย	50	58/4				8	หัวรอ	เมือง	พิษณุโลก		
179	อ่าวพร	ดีแก้ว	หญิง	45	208/6				6	อรัญญิก	เมือง	พิษณุโลก	055-230866	
180	อุดม	ทองดอนคำ	ชาย	59	3/8					ในเมือง	เมือง	พิษณุโลก	055-220358	
										พลายชุม				
									4	พล	เมืง	พิษณุโลก		

182	ทองใบ	แสงดารา	ชาย		บ้านวังตะกอน			9	เกาะไผ่	ชุมแสง	นครสวรรค์		
183	สุวรรณ	แสนสกุล	ชาย		74 บ้านพันล้าน			3	พันล้าน	ชุมแสง	นครสวรรค์		
185	จันทร์พร	ศรีบุตร	หญิง		123/35 บ้านแสง				ชุมแสง	ชุมแสง	นครสวรรค์		
186	เฉลียว	สัจชัย	หญิง		สุจริตธรรม				ในเขต	ชุมแสง	นครสวรรค์		
					76/1	แสงราษฎร์ใต้						056 -	
187	มาลัย	โคกโต	หญิง		44			13	วัดไพรใต้	เมือง	นครสวรรค์	216628	
188	รุ่งทิวา	เทศวัง	หญิง		105 บ้านพินสัน			2	ปึงเสนาท	เมือง	นครสวรรค์		
189	สำเนา	เอมบัว	หญิง		448			13	วัดไพร	เมือง	นครสวรรค์	056 - 214562	
190	สัมฤทธิ์	คุณพันธ์	ชาย		20/1				ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์		
191	กรอง	หม่อมคอนไพร	หญิง		35	อัมรินทร์วิติ			ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์		
192	คำเนียง	ภูลเปี่ยม	หญิง		33			13	วัดไพร	เมือง	นครสวรรค์	056 - 213805	
193	จรรยา	พลอยวงศ์	ชาย		1016/111	มณฑาเทพ				เมือง	นครสวรรค์	056 - 333242	
194	อัมพันธ์	ชำนาญไพเราะ	หญิง		48/9	ตัดใหม่			ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056 - 213465	
195	รุ่งอรุณ	ชาญสง่างาม	หญิง		528-530				ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056 - 212313	
196	วิมลรัตน์	หวังซื่อสกุล	หญิง		47-49				ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056 - 221338	
197	เหิรยง	แก้วคง	ชาย		187 หมู่บ้าน			9	ดอนคา	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
198	ศิริรัตน์	รัตนาวิล	หญิง		97/1 บ้านดง			6	เขาชนไก่	แม่วงก์	นครสวรรค์	056 - 294109	

199	อำนาจ	พงษ์เย็น	ชาย		84/2บ้านใหม่				9	หัวถนน	ชุมแสง	นครสวรรค์	056 - 369032	
										หนอง				
200	เอี่ยม	แก้วเกิด	ชาย		9/2บ้านเขาดิน				4	หลวง	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
										หนอง				
201	บุตร	มีมุข	ชาย		194บ้านลาด				2	หลวง	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
										หนอง				
202	ท่ม	ครุฑจันทร์	ชาย		หลวง				1	หลวง	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
										หนอง				
203	พระน้อย	เกตุสุวรรณ	ชาย		57 บ้านหนอง				1	หลวง	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
										หลวง				
204	ต้อง	สุขแจ่ม	ชาย		19 บ้านตุ๊กแก				9	ดอนคา	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
205	สวิง	สุขแจ่ม	ชาย		14 บ้านตุ๊กแก				9	ดอนคา	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
										หนอง				
206	เทื่อง	ปานชลิบ	ชาย		15/3 บ้านเขา				4	หลวง	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
										หนอง				
207	จำรัส	เงินบำรุง	ชาย		8/1				1	เขาดิน	ท่าตะโก	นครสวรรค์		
										หลวง				
208	อภิชาติ	สังคหัตถการ	ชาย		381/6				2	แก้วเขียว	แก้วเขียว	นครสวรรค์		
209	ณอม	กระจำนยุทธิ์	หญิง		50/50				1	มหาโพธิ์	แก้วเขียว	นครสวรรค์		
210	เนย	เสาร่ม่วง	ชาย		10/1				2	หนองเต่า	แก้วเขียว	นครสวรรค์		
211	จวน	ผั่นหลัง	ชาย		144				2	แก้วเขียว	แก้วเขียว	นครสวรรค์		
212	ชื่น	บุญช่วย	ชาย		178 บ้านแหลม				4	แก้วเขียว	แก้วเขียว	นครสวรรค์		
213	นง	คิงกลิ่นดี	ชาย		47 บ้านแหลม				4	แก้วเขียว	แก้วเขียว	นครสวรรค์		
214	เพิ่ม	สุขขวัญ	ชาย		191				1	มหาโพธิ์	แก้วเขียว	นครสวรรค์		
215	ถึง (ศต.)	ดีสารพันทิ	ชาย		162/3 บ้าน				4	แก้วเขียว	แก้วเขียว	นครสวรรค์		

216	เฮง	ศิริเพ็ญ	ชาย	2				1	หัวดง	เก้าเลี้ยว	นครสวรรค์		
217	ทอง	เนตรณี	ชาย	90				1	หนองเต่า	เก้าเลี้ยว	นครสวรรค์		
218	เหลียว	จันทร์อร่าม	ชาย	12				2	หนองเต่า	เก้าเลี้ยว	นครสวรรค์		
219	กมลวัน	ธรรมาสุนทรณ์	หญิง	309/25				13	ลาดยาว	ลาดยาว	นครสวรรค์	056-271699	
220	ประไพ	อัมตวาลิด	หญิง	บ้านเนินเสดา ปัก				15	บ้านไร่	ลาดยาว	นครสวรรค์	056-272057	
221	ณัทภมร	เขม้นภสิกรรม	หญิง	33/2 บ้านดอน ใหม่				8	หนอง	ลาดยาว	นครสวรรค์	056-317318	
222	ลออ	คงประกอบ	หญิง	107				1	บ้านไร่	ลาดยาว	นครสวรรค์		
223	วิรัตน์	ดิษฐ์ศิริ	หญิง	160 บ้านทับ กฤษฎากลาง						ชุมแสง	นครสวรรค์		
224	ลำเจียก	พินิจธรรม	หญิง	72 บ้านคลอง ปลากดนอก				1	ทับกฤช	ชุมแสง	นครสวรรค์	056-368051	
225	บุญมี	เจดยพรต	ชาย	67/1-2-13				4	พิบูล	ชุมแสง	นครสวรรค์	056-318724	
226	จี	แสงแก้ว	ชาย	34 บ้านแยกไชย				14	แยกไชย		0000		
227	บุญรอด	แอ้มกุล	หญิง	17 บ้านแยกไชย				14	แยกไชย	ชุมแสง	นครสวรรค์		
228	ศุภา	สอนนอบ	ชาย	15 บ้านแยกไชย				7	แยกไชย	ชุมแสง	นครสวรรค์		
229	หลิน	กุลประดิษฐ์	ชาย	บ้านแยกไชย				7	แยกไชย	ชุมแสง	นครสวรรค์		
230	ทวี	พรมมา	หญิง	42/6	แสงมุกดา					ชุมแสง	นครสวรรค์		
231	เชื้อ	ตามบุญศรี	ชาย	48 บ้านวังยาว				2	หัวถนน	ชุมแสง	นครสวรรค์		
232	มงคล	ลือดารา	ชาย	68 บ้านชุมแสง					ชุมแสง	ชุมแสง	นครสวรรค์	056-282605	
233	ดี	บุญโชติ	ชาย	32/1 บ้านชุมชน แสงมุกดาเหนือ					ชุมแสง	ชุมแสง	นครสวรรค์	056-318045	
234	วิมลรัตน์	หวั่งชื้อกุล	หญิง	47-49					ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056-221338	
235	รุ่งอรุณ	ชาญสง่าเวช	หญิง	528-530					ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056-212313	
236	โศฬ	ธีระพงษ์	หญิง	58	จุฬามณี				ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056-213625	

237	ดิ่ง	ตั้งสุวรรณ	ชาย		3-4	ตรวจวิธี			ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056-221691	
238	สุพัฒน์	ชำนาญไพเราะนา	ชาย		ก.48/9 บ้านชุม	เทพนิมิต			ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056-213465	
239	นิพนธ์	แสงคุณ	ชาย		9/3	ศิวิชาต 2			ปากน้ำโพ	เมือง	นครสวรรค์	056-221746	
240	สน	สุขเมือง	ชาย		133 บ้านวัดไทร				วัดไทร	เมือง	นครสวรรค์		
241	ศิริพร	เมสสิบูลย์ชัย	หญิง		336				เก้าเลี้ยว	เก้าเลี้ยว	นครสวรรค์		
242	อนงรักษ์	โกธัมภ์	หญิง		48/1				ห้วยดง	เก้าเลี้ยว	นครสวรรค์		
243	นิพนธ์	บุรพาชีพ	ชาย		122 หมู่บ้าน				ลาดยาว			056-271070	
244	กำพล	บุศยวรัตน์	ชาย		144 บ้านลาด				ลาดยาว	ลาดยาว	นครสวรรค์	056-271179	
245	ทิพวัลย์	ศรีสุวรรณ	หญิง		8-10				ชุมแสง	ชุมแสง	นครสวรรค์	056-282050	
246	สุทธี	ธีรวัฒน์สกุล	ชาย		53/34				ชุมแสง	ชุมแสง	นครสวรรค์	056-282329	
247	จรี	ภิราณีพร	หญิง		225/1-2	แสงระวีใต้			ชุมแสง	ชุมแสง	นครสวรรค์	056-318225	
248	จิรัตน์	ดิษฐ์ศรี	ชาย		160 หมู่บ้านทับ				ทับกฤช	ชุมแสง	นครสวรรค์		
249	ฉวี	เกตุกล้า	ชาย		22 หมู่บ้านลาด							056-318470	
250	สำรวย	แก้ววิม	ชาย		102 หมู่บ้าน								
251	บุญศรี	ชันสุวรรณ	ชาย		23/1				เกษไชย	ชุมแสง	นครสวรรค์		
252	เฉลิม	เหลียงมาทอง	ชาย		65				รังนก	ตามง่าม	พิจิตร		
253	มณี	อยู่แก้วกิจ	ชาย		155				รังนก	ตามง่าม	พิจิตร		
254	ปลุก	อินจันทร์	ชาย		11				รังนก	ตามง่าม	พิจิตร		

[illegible]

275	เลียด	เชื้อมมิด	ชาย		505/2				14	แหลมรัง	ปึงนาราง	พิจิตร		
276	ดี	บุญญ	ชาย		479				12	แหลมรัง	ปึงนาราง	พิจิตร		
277	อมร	ไชยธงรัตน	ชาย		10				5	ทับคล้อ	ทับคล้อ	พิจิตร		
278	สวรรค์	วงษ์สมบูรณ์	ชาย		841				1	ทับคล้อ	ทับคล้อ	พิจิตร		
279	สวาท	อินชาน	ชาย		315				1	ทับคล้อ	ทับคล้อ	พิจิตร		
280	ประภาพร	แสงฉาย	ชาย		172				6	ทับคล้อ	ทับคล้อ	พิจิตร		
281	ทองคำ	กันทอง	ชาย		1318				9	ทับคล้อ	ทับคล้อ	พิจิตร		
282	ผดุงศรี	จุลพล	หญิง		219/1				4	ทับคล้อ	ทับคล้อ	พิจิตร		
283	สังวาล	ทาแดง	ชาย	66	331				3	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
284	หลอม	สุริยะ	ชาย	64	422				3	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
										เขาเจ็ดยอด				
285	แป้น	เพชรรัตน์	หญิง	74	172				3	กล	ทับคล้อ	พิจิตร		
286	สุรินทร์	มะโนน้อม	ชาย	62	7/3				4	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
287	สมบุญ	อุทัย	ชาย	48	66				4	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
288	ล้อม	แหลมมณาค	ชาย	61	4				7	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
289	บุญมี	พันธ์เพ็ง	ชาย	65	82				8	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
290	ศิริ	คชสี	ชาย	80	46				8	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
291	สุระ	โตทัย	ชาย	76	136				9	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
292	ใส	โสประดบ	ชาย	76	52				12	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
293	พุทธ	ราชโคตร	ชาย	62	207				12	เขาเจ็ดยอด	ทับคล้อ	พิจิตร		
		โพธิ์ขอบคุณ												
294	ปัญญา	พิเศษ	ชาย	76	374				3	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
295	เฉีย	โลสุวรรณ	ชาย	58	269				7	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
296	ษมน	วงษ์สุกรี	ชาย	59	170				4	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
297	บุญเรือน	หม่อมเมือง	หญิง	69	1249				1	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
รวม	เด็ก	ทองคำ	ชาย	83	1124				10	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		

299	สิ้น	คำอ่อน	หญิง	74	902				10	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
300	สมคิด	สมพร	หญิง	56	652				10	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
301	ปิ่น	กล่อมคู่	หญิง	73	775				10	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
302	ลำราญ	ชัยงาม	หญิง	44	1676				1	เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
303	พระวิภาสมา		ชาย	80	วัดเขาทราย					เขาทราย	ทับคล้อ	พิจิตร		
304	พิมพา	พุทธอรุณ	ชาย	49	30				5	ท้ายทุ่ง	ทับคล้อ	พิจิตร		
305	เพชร	ไชยธงวัฒน์	ชาย	46	10				5	ท้ายทุ่ง	ทับคล้อ	พิจิตร		
306	ย้าย	คู่จันทร์	หญิง	61	11				4	ท่าบัว	โพทะเล	พิจิตร		
308	หัต	งามสมมติ	หญิง	56	91/1				3	ท่าบัว	โพทะเล	พิจิตร		
309	มี	บุญมา	ชาย	77	120/2				4	ท่าบัว	โพทะเล	พิจิตร		
310	ช้อย	จันทร์ท้วม	ชาย	78	13				2	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
311	ห้อง	บ้านดวน	หญิง	61	72				2	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
312	ไธ	อิมใจ	หญิง	72	178				2	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
313	สนิท	หมื่นรอด	ชาย	75	113				1	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
314	คลัง	เพียรเงิน	ชาย	73	110				3	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
315	พระครูพิณิจ	สีลุดิน	ชาย	53	วัดท้ายน้ำ					ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
316	พระเสริม		ชาย	60	วัดกระบังดิน					ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
317	แฉ่น	ชมพู่	หญิง	65	15				9	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
318	ยิ้ม	สุขเกษม	ชาย	66					2	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
319	บุญเรือน	จันทร์ทับ	หญิง	52					2	ท้ายน้ำ	โพทะเล	พิจิตร		
320	วงศ์	ณรรล่ำ	ชาย	59	11/1				1	ท่าม่วง	โพทะเล	พิจิตร		
321	ลำเจิง	ครองบุญ	ชาย	52	20/2				1	ท่าม่วง	โพทะเล	พิจิตร		
322	ทองหล่อ	แดงอินทรีศรี	ชาย	57	173				1	ท่าม่วง	โพทะเล	พิจิตร		
323	ขุน	พ่วงก้อน	ชาย	62	76				1	ท่าม่วง	โพทะเล	พิจิตร		
324	อินทร์	ชัยบำเพ็ญ	ชาย	79	43/2				2	ท่าม่วง	โพทะเล	พิจิตร		
325	ธนู	ครุฑแถม	ชาย	33	20/1				2	ท่าม่วง	โพทะเล	พิจิตร		

326	อำนวย	อาจสามารถ	ชาย	57	46				3	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
327	ตะอาด	ทรนาค	ชาย	56	37/4				2	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
328	ลำภา	เอี่ยมขม	ชาย	74	73				3	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
329	เพิม	แสงอรุณ	หญิง	75	38				3	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
330	เชียร	เชียงลอย	ชาย	65	51/1				4	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
331	ชาญ	เจิมรอด	ชาย	75	73				4	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
332	จันทร์	ใจเด็ด	หญิงง	65	24/4				4	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
333	ลำราญ	ล้านองบุตร	หญิง	60	109/2				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
334	ยม	ถ้วนทอง	ชาย	67	105/2				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
335	ฮ้อน	คุ้มยิ้ม	ชาย	65	179				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
336	เฉลียว	ครูชแถม	ชาย	63	180				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
337	จำรูญ	รอดทอง	หญิง	61	49				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
338	เล็ก	คล้ายพันธ์	หญิง	62	63/1				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
339	โปร่ง	จันแก้ว	หญิง	56	66				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
340	บุญมี	วางอุดม	ชาย	66	62/1				5	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
341	ทวีป	พลายเอม	ชาย	56	116/1				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
342	พิมพ์เด่น	พลายเอม	หญิง	53	116/1				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
343	สมพงษ์	อยู่ศรี	ชาย	48	116/2				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
344	ทองคำ	อยู่เงิน	ชาย	65	112				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
345	ทอง	ซาโพโจน	ชาย	84	132				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
346	ลำราญ	เป้าทอง	ชาย	48	116/3				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
347	ทองสุข	อยู่เงิน	ชาย	67	109				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
348	ผล	แจ่มแจ้ง	หญิง	65	96				6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
349	อุดม	พวงข้า	ชาย	55					6	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		
350	ทอง	จุลพันธ์	หญิง	67	20				4	ทำนงน้อย	โพทะเล	พิจิตร		
351	สงฆ์	แก้วขาว	ชาย	63	401				1	ทำนง	โพทะเล	พิจิตร		

352	ทองเจือ	จันทร์	ชาย	85	22				1	ท่าเสา	โพทะเล	พิจิตร		
353	กอน	โตกราน	ชาย	70	101/1				1	ท่าเสา	โพทะเล	พิจิตร		
354	จิระวุฒิ	พันธ์รัชชัย	ชาย	59	108/1				2	ทะเล	โพทะเล	พิจิตร		
355	ฉวี	ขวัญเมือง	ชาย	52	50/1				5	ทะเล	โพทะเล	พิจิตร		
356	ณรงค์	ภูขวาง	ชาย	66	30/2				5	บางตลาด	โพทะเล	พิจิตร		
357	หล่อง	ทินกร	ชาย	68	55/2				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
358	สุภา	จันทร์กลิ่น	หญิง	60	50/1				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
359	เต็ม	นาคสุข	ชาย	76	59				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
360	บุศิเฑ	แย้มชุด	ชาย	67	51/1				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
361	จำนง	แถวบุญมี	ชาย	82	49				5	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
362	เสียม	โคกสิริ	ชาย	73	8				6	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
363	จง	นาเทศ	ชาย	51	120/1				7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
364	พาน	บุญโต	ชาย	78	116				7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
365	ตุ่น	พิจาบ	ชาย	73	127				7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
366	ล้วน	บุญสะอาด	ชาย	39	139				7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		

367	ตี	บุญสะอาด	ชาย	87	148					7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
368	ช่อน	สุขอ่ำ	ชาย	57	142					7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
369	ศรีวิชัย	สุขอ่ำ	ชาย	34	142/3					7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
370	จาง	มาเทศ	ชาย	51	120/1					7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
371	เริ่ม	เพ็งผล	ชาย	62	90					7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
372	เล็ก	ขุนเพ็ง	ชาย	73	41					7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
373	ประวิทย์	อินทรวง	ชาย	61	40/1					5	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
374	สมหมาย	จิราพงษ์	ชาย	50	21/3					5	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
375	ย้อย	หาสินพลี	ชาย	76	29					5	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
376	สนิท	รักสุข	ชาย	58	39/1					5	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
377	วิเชียร	อุไรพันธ์	ชาย	60	81/1					5	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
378	ตังดี	เปี่ยมงาม	ชาย	69	118					4	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
พระครูพิบุรณ์											บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
รวม			ชาย	61	วัดโพธิ์ไค่น						บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		

380	สินธุ์	อินทรี	ชาย	39	9/1				9	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
381	อนงค์	เรืองไศล	หญิง	29	25				9	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
382	โพธิ์	ม่วงโนรี	ชาย	69	76				1	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
383	ท้วน	สายทอง	ชาย	70	108				1	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
384	มานพ	อินทรี	ชาย	47	16				9	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
385	ทองหยิบ	หม้อทอง	ชาย	64	158				7	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
386	บุญชู	หมวกอินทรี	หญิง	31	81/3				10	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
387	บุญส่ง	สุดนุช	หญิง	25	47				10	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
388	ลัดดา	ยังแฉ่ม	หญิง	21	15				10	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
389	จำปี	จันทร์รักษา	หญิง	80	82				1	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
390	สุนทร	โพธิ์พรมศรี	หญิง	64	19				1	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
391	ก๊	สำเร็จ	หญิง	50	2				1	บางไผ่	บางมูลนาก	พิจิตร		
392	จำนง	แถวเบญมี	ชาย	78	10				5	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		

393	เสียม	โคกสิริ	ชาย	70	9				6	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
394	สุภา	แยมพุด (จันทร์กลั่น)	หญิง	65	50/1				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
395	พุดโร	แยมพุด	ชาย	66	55/1				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
396	หรั่ง	ทีมาร	ชาย	66	55/2				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
397	เชิญ	นากสุข	ชาย	75	59				3	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
398	เป้ง	จ๋ามณี	ชาย	64	42/2				5	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
399	เสวก	พรหมสง่า	ชาย	71	21/3				1	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
400	เสียม	แก้วไทรค้อน	ชาย	65	92				1	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
401	พระภาณ		ชาย	41	วัดไข่เฒ่า						บางมูลนาก	พิจิตร		
402	นิวัฒน์	ทับงาม	ชาย	50	89/2				2	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
403	ท่า	บุญมี	ชาย	92	21				2	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
404	บุญเรือน	แก้งาม	หญิง	59	27/2				2	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		
รวม				37	37				1	หอไกร	บางมูลนาก	พิจิตร		

406	สัมฤทธิ์	แม่จรัส	หญิง	41	115/1				4	เหนือ	บางมุดนาก	พิจิตร		
407	สุรศักดิ์	ดวงทอง	ชาย	56	11/1				6	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
408	เนียม	คอนแจ้ง	ชาย	84	68				6	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
409	โก	จันทร์	ชาย	63	59				6	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
410	เจริญ	เกตุหอม	ชาย	65					6	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
411	ณอม	บุญมี	หญิง	66	69				6	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
412	ละมุล	งามวงศ์	หญิง	63	58				5	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
413	เทียน	กรานสำราญ	ชาย	59	1				4	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
414	สุรินทร์	คอนแจ้ง	หญิง	52	68				6	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
415	ทับทิม	แสงแมลงทับ	หญิง	55	46				6	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
416	ละมัย	มันตอม	หญิง	66	8/1				4	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
417	บุญช่วย	ศรีสกลละ	หญิง	52	150				4	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		
418	เพรียญ	จูประจาม	หญิง	71	48/1				1	นอก	บางมุดนาก	พิจิตร		

419	ลำไย	เยี่ยมวิโรจน์	หญิง	60	42					5	เนิน	บางมูลนาก	พิจิตร		
420	บุษมา	นาคเดก	หญิง	64	26/2					1	มะกอก	บางมูลนาก	พิจิตร		
421	สายทอง	แหวงำ	หญิง	69	47					4	เนิน	บางมูลนาก	พิจิตร		
422	วรรณา	สงศ์วงษ์สิน	หญิง	60	127					2	วังคำโรง	บางมูลนาก	พิจิตร		
423	มีศรี	รักผึ้ง	หญิง	59	96					3	วังคำโรง	บางมูลนาก	พิจิตร		
424	สอน	คุ้มประดิษฐ์	หญิง	59	31					2	วังคำโรง	บางมูลนาก	พิจิตร		
425	เอี้ย	นากสุข	หญิง	63	12/1					5	วังคำโรง	บางมูลนาก	พิจิตร		
426	อรุณ	จันทระไข	หญิง	50	56					2	วังคำโรง	บางมูลนาก	พิจิตร		
427	ประเทือง	อินทร์เรือง	หญิง	50	22					2	วังคำโรง	บางมูลนาก	พิจิตร		
428	เคลือบ	ช้างศรี	หญิง	71	18					3	ภูมิ	บางมูลนาก	พิจิตร		
429	ละเอียด	นิลขาว	หญิง	61	61					4	ภูมิ	บางมูลนาก	พิจิตร		
430	มณี	ดีแก้ว	ชาย	49	73/1					5	ภูมิ	บางมูลนาก	พิจิตร		
										2	ภูมิ	บางมูลนาก	พิจิตร		

432	ประเสริฐ	ฉิมจิ๋ว	ชาย	77	25				4	ภูมิ	บางมุลนา	พิจิตร		
433	สมบุญ	ภักดีสิงห์	ชาย	73	70				2	ภูมิ	บางมุลนา	พิจิตร		
434	สุชาติ	แก่นเพิ่ม	ชาย	59	45				2	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
435	ดี	นาถฤทธิ์	ชาย	65	62/1				2	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
436	ใหญ่	เพชรหมู่	ชาย	59	65				2	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
437	ทองดี	เป้าศรี	ชาย	65	69				3	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
438	ประพันธ์	นุ้ย	หญิง	60	64				2	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
439	เกสร	ปานเพชร	หญิง	40	2/9				4	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
440	ประทุม	แอ้มพุด	หญิง	38	24				4	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
441	มะลิ	สยะวัณ	หญิง	51	45				4	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
442	อรสา	สุภาใส	หญิง	24	13				4	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
443	ประจ	ศรทอง	ชาย	59	11				5	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		
444	วิรัตน์	จันทสาร	หญิง	58	58				1	จักรด	บางมุลนา	พิจิตร		

445	หลวง	สูงศักดิ์	ชาย	63	12/1				5	วังกรด	บางมูลนาก	พิจิตร		
	พระอาจารย์													
446	ทอง		ชาย	63	วัดวังกรด						บางมูลนาก	พิจิตร		
447	พระเกาะ		ชาย	53	วัดห้วยเรียงใต้						บางมูลนาก	พิจิตร		
448	พระมนัส	กตสวโร	ชาย	51	วัดห้วยเรียงใต้						บางมูลนาก	พิจิตร		
449	เปลว	นุชเทียน	ชาย	70	3				4	วังกรด	บางมูลนาก	พิจิตร		
450	บรจง	อ้วนหวาน	หญิง	34	5				4	วังกรด	บางมูลนาก	พิจิตร		
451	ลอย	ยอดยิ่ง	ชาย	57	51				4	ห้วยชน	บางมูลนาก	พิจิตร		
452	บุญธรรม	คงแป้น	หญิง	65	19				1	ห้วยชน	บางมูลนาก	พิจิตร		
453	ทองคำ	สุดใจ	หญิง	58	11				5	ห้วยชน	บางมูลนาก	พิจิตร		
454	สว่าง	ฉิมพุด	ชาย	65	79				4	ห้วยชน	บางมูลนาก	พิจิตร		
455	สมพงษ์	พิษปาน	ชาย	53	14				4	ห้วยชน	บางมูลนาก	พิจิตร		
456	จวน	สุขสวรรค์	ชาย	55	40				4	ห้วยชน	บางมูลนาก	พิจิตร		
457	มณฑา	ลำเพรา	หญิง	50	2				2	ห้วยชน	บางมูลนาก	พิจิตร		

458	มาริน	เพ็งฟ้ง	หญิง	48	21				1	ช่วยงาน	บางมูลนาก	พิจิตร		
459	ทองคำ	เอียดม้าย	หญิง	65	52				2	ช่วยงาน	บางมูลนาก	พิจิตร		
460	พื่น	สีเดียว	ชาย	79	27				3	ช่วยงาน	บางมูลนาก	พิจิตร		
461	เรียน	ปานพลอย	ชาย	68	77				7	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
462	พ้ง	ประดิษฐ์	หญิง	71	40				10	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
463	กาย	ประดิษฐ์	หญิง	40	40				10	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
464	เล็ก	ปานพลอย	หญิง	34	77				7	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
465	ซง	สไบยิต	หญิง	44	9				10	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
466	สมุทร	ทิมวงศ์	หญิง	46	43				11	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
467	ประเทือง	ดีเหล่า	หญิง	59	170/1				11	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
468	สิน	บัวเงิน	ชาย	56	42				9	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
469	ณรงค์	แฉล้มวงศ์	ชาย	45	7				3	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		
470	มงคล	สุปพนม	ชาย	49	59				3	วังตะก	บางมูลนาก	พิจิตร		

471	ใจ	แพงละ	ชาย	59	18			1	ลำประเตา	บางมูลนาก	พิจิตร		
472	สี	วันเซียง	ชาย	71	56			1	ลำประเตา	บางมูลนาก	พิจิตร		
473	ยัง	วันเซียง	ชาย	64	25/1			5	ลำประเตา	บางมูลนาก	พิจิตร		
474	สมพร	ก้อนแก้ว	ชาย	54	41/2			1	ลำประเตา	บางมูลนาก	พิจิตร		
475	เที่ยง	ก้อนแก้ว	ชาย	66	35/2			1	ลำประเตา	บางมูลนาก	พิจิตร		
476	สมทรง	เวชยากิจ	ชาย	44	219/3	ประเวศน์เหนือ				บางมูลนาก	พิจิตร		
477	อุดม	ฐานานันนกุล	ชาย	66	เกษตร					บางมูลนาก	พิจิตร		
478	ประจวบ ส.อ.	ทัพโพธิ์	ชาย	66	ฐานรุ่งเรืองโตถก					บางมูลนาก	พิจิตร		
479	บัญญัติ	ธรรมบริชา	ชาย	55	120/7	เชิดชูนาน				บางมูลนาก	พิจิตร		
480	อุดม	จาตุพธิ์	หญิง	50	184	เชิดชูนาน				บางมูลนาก	พิจิตร		
481	นุ่น	สวนดอน	หญิง	60	163	เชิดชูนาน				บางมูลนาก	พิจิตร		
482	เพ็ญทิพย์	คงเจริญ	หญิง	40	82/6	ร่วมจิตบันดาล				บางมูลนาก	พิจิตร		
483	สง่างาม	ภาณี	หญิง	50	21/1	ร่วมจิตบันดาล				บางมูลนาก	พิจิตร		

484 ปลั่ง	กลั่นแก้ว	หญิง		11/2	ร่วมจิตบันดาล					บางมดมาก	พิจิตร		
485 ไพลิน	รัชนีชน	หญิง	57	79 บ้านวังยาง			1	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
486 ตันน	อ่อนตะวัน	หญิง	27	124 บ้านท่าเส สัย			3	คนที เมือง		ร	กำแพงเพชร		
487 ศิริวรรณ	มหาวรรักษ์	หญิง	40	78			8	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
488 นพ	บุญมารักษ์	หญิง		160/2 บ้านท่า ตะคล้อ			8	ท่าตะ คล้อม	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
489 จีรนาท	ศรีทอง	29	29	76 บ้านท่าตะ คล้อ			8	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
490 ลำเนา	พวงแก้ว	หญิง	43	82 บ้านท่าตะ คล้อ			8	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
491 บุญสืบ	รอดจำ	หญิง	64	บ้านท่าตะคล้อ			8	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
492 จันมา	หลักหิน	หญิง	64	76 บ้านท่าตะ คล้อ			8	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
493 ศวรรค์	พรมสละ	หญิง	53	79 บ้านวังยาง			1	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
494 รสสุคนธ์	คงเพชรดี	หญิง	51	167 บ้านวัง น้ำ			4	วังยาง	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
495 เคน	สุขชา	ชาย	75	243/1 บ้าน คลองเจริญ			4	ท่าพุทรา	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		
496 พระยาวิ	เรืองห่วย	หญิง	61	890/2 บ้านบ่อ หัว			2	ท่ามะเ็ือ	คลองขลุง	ร	กำแพงเพชร		

497	พัก	สุไ	หญิง	69	118บ้านวังหิน น้ำตึง				5	วังแขม	คลองขลุ ง	กำแพงเพช ร		
498	แหวน	อนันตวุฒิ	33	ชาย	124บ้านอุบล สามัคคี				9	ทุ่งทอง	ทรายทอง วัฒนา	กำแพงเพช ร		
499	พิกุล	เมืองเหนือ	หญิง	43	176บ้านทุ่งทอง				6	ทุ่งทอง	ทรายทอง วัฒนา	กำแพงเพช ร		
500	แดง	เวียงมะ	หญิง	33	141บ้านใหม่ทุ่ง ทอง				5	ทุ่งทอง	ทรายทอง วัฒนา	กำแพงเพช ร		
501	สมบุรณ์	สุศรี	ชาย	65	155บ้านโน ตลาด					ในเมือง	เมือง	กำแพงเพช ร		
502	พลศักดิ์	จิรไกรศิริ	ชาย		68/1บ้านคุย แขวน				5	คุยบ้านโอง	พราน กระต่าย	กำแพงเพช ร		
503	เสริม	บุญโฮม	ชาย	48								0000		
504	อนุภา	ใจชื่น	ชาย	60							พราน กระต่าย	0000		
505	อินคำ	ติงตองใจ	ชาย	69	136				7	ทองแคบ	พพระ	ตาก		
506	จี	แช่เฮ้อ	ชาย	71	3				4	ศิริราษฎร์	พพระ	ตาก		
507	หย่าหวอ	แช่เฮ้อ	ชาย	63	40				4	ศิริราษฎร์	พพระ	ตาก		
508	หัวหัว	แช่เฮ้อ	ชาย	79	35				4	ศิริราษฎร์	พพระ	ตาก		
509	จิงเฮ้อ	แช่ย่าง	ชาย		38				3	ศิริราษฎร์	พพระ	ตาก		
510	ง	แช่เฮ้อ	ชาย	62	40				4	ศิริราษฎร์	พพระ	ตาก		
511	แว่น	กองตีบ	ชาย	51	46				3	ว่าเลย	พพระ	ตาก		
512	จุม	คำเทพ	หญิง	66	60				3	ว่าเลย	พพระ	ตาก		
513	ปัด	ใจสุยะ	ชาย	48	113				2	ว่าเลย	พพระ	ตาก		
514	ทรัพย์	เพ็ญสุเสาร์	ชาย	47	17				2	ว่าเลย	พพระ	ตาก		

515	คำปัน	แก้ววิงวอน	หญิง	52	47				2	ว่าเลย	พปพระ	ตาก		
516	ใหม่แย่ง	อย่างคุณธรรม	หญิง	29	12/1				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
517	เจือ	แช่อย่าง	หญิง	38	15				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
518	เผ่า	แช่อย่าง	ชาย	38	22				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
519	สือ	แช่อย่าง	ชาย	40	17/พ				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
520	บร่า	แช่อย่าง	หญิง	54	19/1				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
521	หนูหลือ	แช่อย่าง	ชาย	50								0000		
522	บัวยี้	แช่อย่าง	หญิง	52	17				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
523	ฉ่าย	แช่อย่าง	หญิง	40	17				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
524	ซัว	แช่อย่าง	หญิง	52	8/1				1	รวมไพร	พปพระ	ตาก		
525	กั้งแม้ง	แช่อย่าง	ชาย	49	8/1				1	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
526	หยุด	แช่ซัง	หญิง	42	41พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
527	ยัวะ	แช่ซัง	หญิง	54	65พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
528	ลี	แช่เอ้อ	หญิง	65	20พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
529	ชัยนัง	แช่เอ้อ	ชาย	55	58พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
530	ต๋องวือ	แช่ซัง	ชาย	57	61พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
531	ลี	แช่เอ้อ	หญิง	57	81พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
532	จุเปา	แช่ว่าง	ชาย	82	27พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
533	ว้า	แช่ซัง	หญิง	39	42พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
534	เลี้ย	แช่เอ้อ	หญิง	40	15พ.6				9	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
535	เสรี	เถื่อนยอด	ชาย	61	60				6	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
536	ผนง	อิมใจ	หญิง	62	82				6	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
537	บุญมี	ปาสาโท	ชาย	63	100				6	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
538	จะฮ้อน	บุญเสมา	ชาย	51	77ป.6				3	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
539	ไพเราะ	ปานทิม	ชาย	42	69ป.7				3	รวมไทย	พปพระ	ตาก		
540	แก้ว	ศรีวิศักรำพัน	หญิง	30	40ป.7				3	รวมไทย	พปพระ	ตาก		

541 วิสูตร	มันคง	ชาย	42	22บ.7			3	รวมไทย	พพระ	ตาก		
542 มูล	ชุ่มมอย	หญิง	45				3	แม่ปะ	แม่สอด	ตาก		
543 ยุกา	อินอุคดอน	หญิง	43	292			3	แม่ปะ	แม่สอด	ตาก		
544 เสวานี	ผัดอ่อนฮ้าย	หญิง	42	171			1	แม่ปะ	แม่สอด	ตาก		
545 จันคำ	ยะเขียว	หญิง	59	215			2	แม่ปะ	แม่สอด	ตาก		
546 เปา	คำคำ	หญิง	54	48			1	พระธาตุผาแดง	แม่สอด	ตาก		
547 พูน	สง่าปาน	หญิง	64	15			1	พระธาตุผาแดง	แม่สอด	ตาก		
548 นงเยาว์	เปี้ยดา	หญิง	40	333			1	พระธาตุผาแดง	แม่สอด	ตาก		
549 ครีน	นิตพันธ์	หญิง	49	281			1	พระธาตุผาแดง	แม่สอด	ตาก		
550 ประนอม	มะลิซ้อน	ชาย	47	146			1	พระธาตุผาแดง	แม่สอด	ตาก		
551 เนียม	ปัญญาวาส	หญิง	55	204			1	พระธาตุผาแดง	แม่สอด	ตาก		
552 ขวัญเรือน	ไชยยะวาท	หญิง	47	338			1	พระธาตุผาแดง	แม่สอด	ตาก		
553 ยอด	ศรีสง่า	หญิง	70	54			3	แม่สลิค	บ้านตาก	ตาก		
554 จอม	ยมมโน	ชาย	79	123			1	นาโปลี	วังเจ้า	ตาก		
555 จันทร์	บุญลือ	ชาย	69	157			1	นาโปลี	วังเจ้า	ตาก		
556 อัมพันธ์	พุ่มกัน	ชาย	46	193			1	นาโปลี	วังเจ้า	ตาก		
557 ทอง	ปรางค์ทอง	หญิง	64	169			1	นาโปลี	วังเจ้า	ตาก		
558 ณี	จันทร์พุก	หญิง	71	44			1	นาโปลี	วังเจ้า	ตาก		
559 ทอง	เพ็ชรเรือง	ชาย	๘๐				2	นครคีรี	ศรีนคร	สุโขทัย		

560	มา	อินมี	ชาย	70	1				7	บ้านป้อม	ศรีมาต	สุโขทัย		
561	ธีรศักดิ์	ศรีอุบลมาต	ชาย	50	50				4	ทุ่งหลวง	ศรีมาต	สุโขทัย		
562	รวัน	พรมแดง	หญิง	62	25				2	ทุ่งหลวง	ศรีมาต	สุโขทัย		
563	โดด	เนรเอี่ยม	ชาย	82	65				2	ศรีศรีมาต	ศรีมาต	สุโขทัย		
564	กอง	ก้อนทองคำ	หญิง	74	76				1	ศรีศรีมาต	ศรีมาต	สุโขทัย		
565	พอง	ตันทะตุ่น	ชาย	72	74/1				7	บ้านนาพุ	ศรีมาต	สุโขทัย		
566	ตอง	บางแบน	ชาย	59	197				3	ป่าจิ้ง	ศรีสันกาลย์	สุโขทัย		
567	สุรินทร์	อินทรประพันธ์	ชาย	66					1	หาดเสี้ยว	ศรีสันกาลย์	สุโขทัย		
568	กรรณิการ์	รำจวย	หญิง	45					1	พ่าย	ศรีสันกาลย์	สุโขทัย		
569	บุญยัง	แก้วกล้า	ชาย	67	1/5				4	นางขุนไกร	ศรีสำโรง	สุโขทัย		
570	อดิสร	นัทยาจาร	ชาย	41	71				1	คลองตาล	ศรีสำโรง	สุโขทัย		
571	ยุบล	บุญมาก	หญิง	54	41/2				3	วังทอง	ศรีสำโรง	สุโขทัย		
572	แสงดาว	ปวงบุตร	หญิง	28	34/1				3	วังทอง	ศรีสำโรง	สุโขทัย		
573	สด	ฉิวจันทร์	ชาย	78	40/1				1	คลองยาง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
574	บุญส่ง	โมรารัตน์	ชาย	48	223/1				2	คลองยาง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
575	สมบุญ	ชูเชิด	ชาย	51	393/1				11	คลองยาง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
576	ผล	โคขพงษ์	ชาย	81	133				4	คลองยาง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
577	ประเสริฐ	เพชรฉาย	ชาย	54	195/3				3	คลองยาง	สวรรคโลก	พัลลภ		
578	กี	แย้มอ่ำ	ชาย	68	66/1				1	คลองยาง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
579	จันทร์	ขอบทอง	ชาย	70					2	คลองยาง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
580	สมยศ	เฝ้าหาผล	ชาย	41	84/2				3	บ้านยาว	สวรรคโลก	สุโขทัย		
581	กุหลาบ	ปรางกุวงศ์	หญิง	45	29				9	บ้านยาว	สวรรคโลก	สุโขทัย		

582	ประเทือง	สุมนัน	ชาย	52	32/2					เมืองบาง ขลัง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
583	ชาญ	พลธีระ	ชาย	45	139/1					เมืองบาง ขลัง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
584	วิเชียร	ยัมเจริญ	ชาย	70	53					เมืองบาง ขลัง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
585	บุญสืบ	สุผแดง	ชาย	54	129/6					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
586	ทม	ไพสิฐอุไร	ชาย	69	123/5					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
587	ทองแหลม	สุผแดง	หญิง	52	75/5					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
588	ชัย	โตจริง	ชาย	68	118					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
589	สุช	อาจหาญ	ชาย	73	105/4					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
590	ลูกชิ้น	โตจริง	หญิง	43	138					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
591	วิลาวัลย์	คงประจักษ์	หญิง	32	52					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
592	สาย	แสงสว่าง	ชาย	77	48					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
593	แจว	ขวัญแย้ม	ชาย	62	196					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
594	สวย	นัตติ	หญิง	69	72					เมืองบาง ยม	สวรรคโลก	สุโขทัย		
595	ทับทิม	ลอบญ	หญิง	61	9/2					เมืองบาง ยม	สวรรคโลก	สุโขทัย		
596	ส่ง	ปิ่นทอง	ชาย	50	18/6					ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
597	ประมวล	เชยวัฒเกาะ	ชาย	62	56					ท่าทอง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
598	ละคาย	ปานทับทิม	หญิง	76	91/2					คลอง กระเจง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
599	คำนาจ	พลวิทย์	ชาย	44	88/2					คลอง กระเจง	สวรรคโลก	สุโขทัย		

600	พระประเสริฐ	เปี้ยจันทร์	ชาย	68	36				คลอง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
601	นพภากรณ์	ขวัญวงศ์	หญิง	55	72/3				ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
602	ประเทือง	บัวจันทร์	หญิง	68	49/1				ปากน้ำ	สวรรคโลก	สุโขทัย		
603	สมพงษ์	บังเพ็ง	ชาย	47	87/4				นาทุ่ง	สวรรคโลก	สุโขทัย		
604	พานี	นิ่มนุ่	หญิง	89	89				วังไม้ขอน	สวรรคโลก	สุโขทัย		
605	งาม	มิ่งเมือง	ชาย	48	166/4				บ้านใหม่	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
606	บุญช่วย	รื่นเรณู	หญิง	56	14/1				ไชยมงคล	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
607	บุญบัน	ตาคำ	หญิง	40	70/1				บ้านใหม่	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
608	วงศ์	แก้วมา	ชาย	84	85				ไชยมงคล	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
609	สี	ยิ่งยง	ชาย	63	34/1				เขาแก้วศรี	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
610	สุแก้ว	ติะนวล	ชาย	40	37/1				สมบุรณ์	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
611	ฝอย	เฉพาะตรง	ชาย	72	23				บ้านใหม่	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
612	ทา	สุริยะคำวงศ์	ชาย	86	185				ไชยมงคล	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
613	สมคิด	จันทร์ตาวงศ์	ชาย	40	185				กลางดง	ทุ่งเสลี่ยม	สุโขทัย		
614	นิค	โมขวัญ	หญิง	60	47/1				เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
615	กาหลง	ชื่นสุวรรณ	หญิง	43	102/14				เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
616	ดอกเนียม	ปานข้า	ชาย	48	124/1				เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
617	ปราณี	อำนามอญ	หญิง	41	130/5				เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
618	เจลา	ครุฑนาค	หญิง	72	487/2				เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		

619	สว่าง	พิงพร	ชาย	68	151/1				2	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
620	นฤมล	คำป้อม	หญิง	48	91/6				3	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
621	พนม	ทอง	ชาย	51	91/4				3	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
622	เจสสิว	ปานข้า	หญิง	75	252				2	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
624	ขาว	โงะจันทิก	หญิง	71	99/1				3	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
625	สายยู	วงศ์อินทร์	หญิง	60	333				2	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
626	ปรีชา	สร้อยวงศ์คำ	ชาย	56	204/1				3	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
627	ลำไย	บุญญ์	หญิง	57	15/4				5	บ้านสวน	เมือง	สุโขทัย	
628	ฉวย	กันเหม็น	หญิง	36	63/2				1	บ้านหลุม	เมือง	สุโขทัย	
629	อัมพร	แพงเทพ	หญิง	45	137				2	บ้านหลุม	เมือง	สุโขทัย	
630	สำรวย	สาทเทศ	หญิง	48	289				2	บ้านหลุม	เมือง	สุโขทัย	
631	เจสสิว	ฐิติ	หญิง	68	117				4	บ้านหลุม	เมือง	สุโขทัย	
632	จุฑา	อุดมพล	หญิง	65	48/4				4	บ้านหลุม	เมือง	สุโขทัย	
633	จันทร์	หารชนะ	ชาย	72	52/2				4	บ้านหลุม	เมือง	สุโขทัย	
634	ณรงค์	มาคง	ชาย	57	331/5				4	ปากแคว	เมือง	สุโขทัย	
635	สำรวย	เทพสงเคราะห์	ชาย	55	116/4				8	ปากแคว	เมือง	สุโขทัย	
636	ประสิทธิ์	อุ่นพิัก	ชาย	48	111/1				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
637	ยุต	สุริยงค์	ชาย	39	111/3				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
638	สุสันต์	อุ่นพิัก	ชาย	39	111/6				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
639	ฉวย	อ่วมพรม	หญิง	45	555/10				8	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
640	ประเจตน์	อุ่นพิัก	ชาย	33	110/1				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
641	บุญเรือง	เคลือบเจาะ	ชาย	33	111/9				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
642	คชน	อุ่นพิัก	ชาย	28	110				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
643	สุกัญญา	นามอาษา	หญิง	34	110				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
644	มาลัย	ถึกสาย	หญิง	43	111/4				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	
645	ประภค	ศิริง	หญิง	40	111/3				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย	

646	เปรม	ขุนพิภ	หญิง	34	110/1				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
647	อังสุดา	แก้งถึง	หญิง	30	342				8	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
648	บุญสม	อำม	หญิง	51	341/1				5	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
649	วิลาวัลย์	บุญคง	หญิง	22	13				5	นางเชิง	ศรีมาศ	สุโขทัย		
650	สมพร	ขุนพิภ	ชาย	31	110				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
651	ชะลอ	เถกสาย	ชาย	41	111/4				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
652	ฉลาด	ขุนพิภ	หญิง	44	111/1				6	เมืองเก่า	เมือง	สุโขทัย		
653	ชุม	กันเือก	ชาย	91	41/5				1	ชัยชุมพล	ลับแล	อุดรดิตต์		
										ศรีพนม				
654	จำเนียร	ใจอ่อน	ชาย	66	850					มาศ	ลับแล	อุดรดิตต์		
655	ย่อย	พุกอิน	ชาย	88	12					บ้านเกาะ	เมือง	อุดรดิตต์		
656	พะยอม	เทศเกตุ	ชาย	73	87				2	วังกะพี	เมือง	อุดรดิตต์		
657	เรือง	บุญเกตุ	ชาย	69	81				5	วังกะพี	เมือง	อุดรดิตต์		
658	องอาจ	พงษ์นรินทร์	ชาย	53	2					วังกะพี	เมือง	อุดรดิตต์		
659	นิมิต	กิริธากุล	ชาย	71	12					ทอิฐ	เมือง	อุดรดิตต์		
660	บุญเทียม	คงคัม	หญิง	70	29-31		ราษฎรสนาน				เมือง	อุดรดิตต์		
661	ทวีป	โตศรี	ชาย	40	29-31		ราษฎรสนาน				เมือง	อุดรดิตต์		
662	สุชาติ	ลักษณะนา	ชาย	78	116/1		อินใจมี			ทำอิฐ	เมือง	อุดรดิตต์		
663	ชาย	เมืองก้อน	ชาย	82	127/3					ทำอิฐ	เมือง	อุดรดิตต์		
664	จุย	พักน้อย	ชาย	72	55/1				6	บ้านหม้อ	พิชัย	อุดรดิตต์		
665	สมชาย	มีสื่อการ	ชาย	65	295/3					ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
666	สำเร็จ	อนุศรี	ชาย	65	23/1					ไร่้อย	พิชัย	อุดรดิตต์		
667	สงวน	มีสื่อการ	ชาย	64	126/1				3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
668	พรศักดิ์	อรุณโชคถาวร	ชาย	64	9					ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
669	ประจวบ	ยงยวน	ชาย	59	14		สุขาภิบาล2			ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
670	จันทร์	รัตนเสถียร	ชาย	65	60					ในเบิก	พิชัย	อุดรดิตต์		

671	กล่อม	เยี่ยมสิทธิ์	ชาย	55	116				2		พิชัย	อุตรดิตถ์	
672	ไพฑูรย์	อยู่เจริญกิจ	ชาย	54	201-202					ท่าสัก	พิชัย	อุตรดิตถ์	
673	กานต์	แก้วรอด	ชาย	43	76					พญาแมน	พิชัย	อุตรดิตถ์	
674	ศุทธชาติ	มีสื่อการ	ชาย	42	295/3					ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
675	วรรณภา	จุฑาศรี	หญิง	40	106/4				1	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
676	ถวิล	ขุนทอง	หญิง	48	120/7		เจริญบัณฑิต			ทำฮู	เมือง	อุตรดิตถ์	
677	ชูเกียรติ	มัทธินมา	ชาย	46	68/6				3	คอม	พิชัย	อุตรดิตถ์	
678	เล็ก	ปานทอง	ชาย	75	26				4	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
679	จันทร์	รอดขันเมือง	ชาย	50	98				3	น้ำไคร้	น้ำปาด	อุตรดิตถ์	
680	สว่าง	บันคล้าย	ชาย	56	71				7	บ้านด่าน	เมือง	อุตรดิตถ์	
681	ประสงค์	จันทพร	ชาย	49	127				3	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
682	นิภา	ไพจิตรกฤษ	หญิง	40	106/3				1	ห้วย	ลับแล	อุตรดิตถ์	
683	พร้อม	คล้ายกล้า	ชาย	69	126				4	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
684	ชวน	สินรัก	ชาย	40	75/1				2	นายนาง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
685	ปัญญา	ศิริฤทธิ์	ชาย	52	75/1				2	นายนาง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
686	กึก	ปานทอง	ชาย	51	105/4				4	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
687	อรรษย์	ไพจิตรกฤษ	ชาย	41	106/3				1	ห้วย	พิชัย	อุตรดิตถ์	
688	คงคา	พรมข้า	ชาย	60	126				4	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์	
689	งูเงิน	บุตรตระกูล	ชาย	57	107/3				1	คอม	พิชัย	อุตรดิตถ์	
690	ล้วน	ภูศรีเทศ	หญิง	53	107/3				1	คอม	พิชัย	อุตรดิตถ์	
691	ทองหย๊ะ	น้อยเพชร	หญิง	65	10				10	บ้านแก่ง	ตรอน	อุตรดิตถ์	
692	แก้ว	ยากองโค	ชาย	70	81				6	คอม	พิชัย	อุตรดิตถ์	
693	จำลอง	จำเจริญ	ชาย	67	262				3	บ้านเกาะ	เมือง	อุตรดิตถ์	
694	อุบล	ดีมา	หญิง	45	16				10	บ้านแก่ง	เมือง	อุตรดิตถ์	
695	นฤด	มาอยู่	หญิง	44	374/10					ทำฮู	เมือง	อุตรดิตถ์	

696	แปลง	ใจอ่อน	หญิง	62	850					ศรีพนม มาต	ลับแล	อุดรดิตต์		
697	เขาลิดร	เมืองก้อน	ชาย	42	127/3	บรมอาสน์				ทำฮู	เมือง	อุดรดิตต์		
698	ประหยัด	แช่ลิม	ชาย	57	50				3	บ้านดารา	พิชัย	อุดรดิตต์		
699	สุทิน	พงษ์นิรี	หญิง	52	2				2	วังกะพี้	เมือง	อุดรดิตต์		
700	สุวัฒน์	บุญส่ง	ชาย	56	155/3	ย่านศิลาอาสน์				ทำฮู	เมือง	อุดรดิตต์		
701	พันตรีอาภา	อินทนนท์		66	1231/5				2	ชัยชุมพล	ลับแล	อุดรดิตต์		
702	วรวรรณ	ถมยา	หญิง	47	38	เกษมราษฎร์				ทำฮู	เมือง	อุดรดิตต์		
703	สุรพล	น้ำจันทร์	ชาย	46	10					ทำฮู	เมือง	อุดรดิตต์		
704	กลิ่น	เพชรแบน	ชาย	51	148				5	ชัยชุมพล	ลับแล	อุดรดิตต์		
705	ประเสริฐ	แต่ใจ	ชาย	42	183				2	ดำนนา				
706	ชุดิญา	ชมพุล	หญิง	40	96/5				1	ท่าเสา	เมือง	อุดรดิตต์		
707	ภาสิณี	ปิ่นดาเป็ย	หญิง	38	2/1					ทำฮู	เมือง	อุดรดิตต์		
708	ลำ	คำอ่ำ	ชาย	48	50/1				2	ท่าสัก	พิชัย	อุดรดิตต์		
709	สมบุญ	จันทร์พุ่ม	ชาย	60	172/1				3	บ้านหม้อ	พิชัย	อุดรดิตต์		
710	บุตร	ดระคำ	ชาย	69	96				4	น่านกกก	ลับแล	อุดรดิตต์		
711	บุญสืบ	แบนจันทร์ดา	หญิง	59	2/4				6	ไผ่ล้อม	ลับแล	อุดรดิตต์		
712	ประภา	นุดกรกล้า	หญิง	35	189				3	โนนเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
713	วิโรจน์	พรมนิม	ชาย	62	41				10	ไร่ฮ้อย	พิชัย	อุดรดิตต์		
714	วิรัตน์	รอดดีเพ็ง	ชาย	30	88				8	บ้านหม้อ	พิชัย	อุดรดิตต์		
715	วาสนา	อินลา	หญิง	45	71				2	บ้านโคก	พิชัย	อุดรดิตต์		
716	อนุชา	มหาศราภณ์	ชาย	40	126/1				3	โนนเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
717	ชะลอ	ศรีเกตุ	ชาย	53	2/2				1	โนนเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
718	อุดม	เรืองอยู่	ชาย	65	62				2	ไร่ฮ้อย	พิชัย	อุดรดิตต์		
719	วรรณภา	คำสี	หญิง	39	14				3	โนนเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		

720	บุญเลิศ	ศักดิ์ดาเดช	ชาย	64	101				4	พญาแมน	พิชัย	อุตรดิตถ์		
721	บุญธรรม	ไต้ดอผล	ชาย	74	97				6	คอชุม	พิชัย	อุตรดิตถ์		
722	แอ็ด	ม่วงรักษา	ชาย	67	138				2	บ้านแก่ง	ตรอน	อุตรดิตถ์		
723	มาลี	ม่วงรักษา	หญิง	65	138				2	บ้านแก่ง	ตรอน	อุตรดิตถ์		
724	เจียะฮุย	แช่ลิ้ม	ชาย	85	9				2	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์		
725	สายหยุด	แถมนิล	หญิง	44	9				2	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์		
726	สงว	ชูเกตุ	ชาย	47	10				4	บ้านหม้อ	พิชัย	อุตรดิตถ์		
727	บุญมา	ทะวัน	ชาย	57	77/2				3	แม่พลู	ลับแล	อุตรดิตถ์		
728	วนิดา	โตวนิชย์	หญิง	58	126-128					ลำราญริน	เมือง	อุตรดิตถ์		
729	อารมณ	วงษ์พิชิต	ชาย	35	76				4	ป่าช้า	เมือง	อุตรดิตถ์		
730	วันชัย	รัตนเสถียร	ชาย	54	89					ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์		
731	สมบุรณ์	แว่นวิชัย	ชาย	39	56/1				2	ชัยชุมพล	ลับแล	อุตรดิตถ์		
732	อรรณพ	อยู่เย็น	ชาย	35	11/3				4	พญาแมน	พิชัย	อุตรดิตถ์		
733	สุริยา	ธนสัมพันธ์	ชาย	43	188/16					ท่าอิฐ	เมือง	อุตรดิตถ์		
734	ประเทือง	กลินท้อม	หญิง	54	138				7	บ้านหม้อ	พิชัย	อุตรดิตถ์		
735	ลออ	ชะดานู	หญิง	39	76				6	คอชุม	พิชัย	อุตรดิตถ์		
736	สุภัค	คุ่มอักษร	ชาย	83	171				5	วังกะพี้	เมือง	อุตรดิตถ์		
737	สัตตบงกช	ใจงาม	หญิง	47	134/4				8	ป่าช้า	เมือง	อุตรดิตถ์		
738	ศิริพร	ต้นอมตยรัตน์	หญิง	50	128/1				3	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์		
739	นิษฐา	จันทร์พร	หญิง	37	80/1				2	ป่าช้า	เมือง	อุตรดิตถ์		
740	เสวียง	จันทร์อินทร์	ชาย	65	40				7	ในเมือง	พิชัย	อุตรดิตถ์		
741	ชาญ	รอดเนียม	ชาย	57	4/6			เกษตรนิคม		ท่าอิฐ	เมือง	อุตรดิตถ์		
742	ทวี	กำทองทุ่ง	ชาย	43	99			เกษตรนิคม		ท่าอิฐ	เมือง	อุตรดิตถ์		
743	หา	กำทองทุ่ง	หญิง	28	99			เกษตรนิคม		ท่าอิฐ	เมือง	อุตรดิตถ์		
744	ทรงศักดิ์	จันทร์แสนตอ	ชาย	33	44				1	ท่าเสา	เมือง	อุตรดิตถ์		
745	อวิศา	จันทร์แสนตอ	หญิง	33	44				1	ท่าเสา	เมือง	อุตรดิตถ์		

746	พินิจ	มีสื่อการ	หญิง	42	126/1			3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
747	สมกมล	มีสื่อการ	หญิง	37	295/3			3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
748	เสรี	มีสื่อการ	ชาย	31	295/3			3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
749	ญาดา	แวนวิชัย	หญิง	38	11/58		อินใจมี			เมือง	อุดรดิตต์		
750	ศิริรัตน์	เก่งกล้า	หญิง	26	37/1			1	สองห้อง	ฟากท่า	อุดรดิตต์		
751	เปรมจิต	หมอกทา	หญิง	38	11			10	ดำนนา	เมือง	อุดรดิตต์		
752	ปราณี	ผลเกิด	หญิง	35	176			2	บ้านเสียว	ฟากท่า	อุดรดิตต์		
753	ประสิทธิ์	เจาเฮง	ชาย	61	76			7	หาดกรวด	เมือง	อุดรดิตต์		
754	นัฐพล	สายสุข	ชาย	32	57			4	แสนตอ	น้ำปาด	อุดรดิตต์		
755	อัญญาภรณ์	ประยัยละ	หญิง	38	16/23		บรมธาตุ		ทำอิฐ	เมือง	อุดรดิตต์		
756	เสงี่ยม	ถายา	หญิง	40	38/1		เขาน้ำตก-แม่พลู			ลับแล	อุดรดิตต์		
757	คาน	อินดวง	ชาย	37	214			6	ผักขวาง	ทองแสนขัน	อุดรดิตต์		
758	นิภา	สุขเกษม	หญิง	46	16/63		บรมธาตุ		ทำอิฐ	เมือง	อุดรดิตต์		
759	ประทีป	สุขสุวรรณ	ชาย	45	174/2		สำราญรินทร์		ทำอิฐ	เมือง	อุดรดิตต์		
760	ยุพอร	โตศรี	หญิง	52	9		สุขาภิบาล		ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
761	เลขา	นุชโพธิ์	หญิง	51	9		สุขาภิบาล		ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
762	วิศักดิ์	พรหมมา	ชาย	48	212/4		อินใจมี			เมือง	อุดรดิตต์		
763	วิภาภรณ์	วานิช	หญิง	23	9		สุขาภิบาล		ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
764	แอ้ว	ข้าวอด	ชาย	51	9			3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
765	เกษม	จินอนันต์	ชาย	59	63			2	ป่าเป้า	เมือง	อุดรดิตต์		
766	จรัส	โตศรี	ชาย	57	9		สุขาภิบาล		ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
767	มานพ	แก้วอำ	ชาย	53	19			4	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตต์		
768	สว่าง	ปิ่นคล้าย	ชาย	53	71			7	บ้านด่าน	เมือง	อุดรดิตต์		
769	สาธิต	เพ็ญศรี	ชาย	62	47/3		บรมธาตุ			เมือง	อุดรดิตต์		

770	สุชาติ	วงศ์สุวรรณ	ชาย	51	9				3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตถ์		
771	แปลง	บุญมาลีป	ชาย	80	87				4	แสนตอ	น้ำปาด	อุดรดิตถ์		
772	สมาน	จันทร์ข้า	ชาย	61	74				1	ผาจุ	เมือง	อุดรดิตถ์		
773	เพ็ญ	กลิ่นหัวม	ชาย	60	138				7	บ้านหม้อ	พิชัย	อุดรดิตถ์		
774	ไธ	บุญมา	ชาย	58	114/2				3	คอรุม	พิชัย	อุดรดิตถ์		
775	ประยัด	แก้วพุ่ม	ชาย	56	86/1				7	คอรุม	พิชัย	อุดรดิตถ์		
776	สมศักดิ์	มาลัยบุตร	ชาย	60	8-9				3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตถ์		
777	เถิง	พุดวิหก	ชาย	74	21				2	คอรุม	พิชัย	อุดรดิตถ์		
778	โย	สุริยา	ชาย	70	4/1				1	นาอิน	พิชัย	อุดรดิตถ์		
779	ประทวน	เพชรมา	ชาย	66	14				7	บ้านหม้อ	พิชัย	อุดรดิตถ์		
780	ดอกไม้	เรืองเดช	หญิง	62	6					บ้านวังตะ				
781	โกย	ม่วงมันดี	ชาย	62	65/1				4	ไมดารา	พิชัย	อุดรดิตถ์		
782	อุย	พักน้อย	ชาย	70	55/1				6	บ้านหม้อ	พิชัย	อุดรดิตถ์		
783	ประสศิริ	คำดี	หญิง	43	83/6					ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตถ์		
784	พรเกียรติกร	อรุณโชติถาวร	ชาย	38	8-9				2	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตถ์		
785	ประจัน	บุญเลี้ยง	ชาย	64	380/5				3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตถ์		
786	ศิริ	กุลคง	ชาย	59	383				3	ในเมือง	พิชัย	อุดรดิตถ์		
787	วิไล	เพชรครุฑ	หญิง	44	4/3				10	วังแดง	ดรอน	อุดรดิตถ์		
788	ทัศนีย์	ณ ลำพูน	หญิง	58	15				2	ชัยชุมพล	ลับแล	อุดรดิตถ์		
789	ชนิษฐา	จันทรสกักร์	หญิง								หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
790	เอื้อมพร	พุลสิงห์	หญิง		59				6	น้ำซุน	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
791	สงบ	ขันวงศ์	หญิง		54				5	ตะดะพะ	เขาค้อ	เพชรบูรณ์		
792	นงนุช	ทับทิมงาม	หญิง								วังโป่ง	เพชรบูรณ์		รพ.วังโป่ง
793	นิมิตนา	ทวีวัฒน์	หญิง								วิเชียรบุรี	เพชรบูรณ์		

818	สมใจ	อินสุลุด	หญิง														เพชรบูรณ์	สอ. พัฒนวรพงศ์
819	วรรณภรณ์	สีดา	หญิง														เพชรบูรณ์	สอ. เหล่าหญ้า
820	เบญจมาศ	เงินโถม	หญิง														เพชรบูรณ์	สอ. รื่นฤๅ
821	วรรณจิต	ทรายเทียมทอง	หญิง														เพชรบูรณ์	สอ. เข็กน้อย
822	ทศพร	สีดา	ชาย														เพชรบูรณ์	สอ. เหล่าหญ้า
823	เจือจันทร์	อุบมงคล	หญิง													วิเชียรบุรี	เพชรบูรณ์	สอ. น้ำร้อน
824	ลำเจียร	นิวลัยกุล	หญิง														เพชรบูรณ์	สอ. นาไร่เดียว
825	ไฉน	สุริยะ	หญิง														เพชรบูรณ์	สอ. พุขาม
826	ปรานี	ยี่ดสูงเนิน	หญิง	35							6	ท่าโรง					เพชรบูรณ์	อสม.
827	สุภา	ชัยประติเยร	หญิง													ศรีเทพ	เพชรบูรณ์	สสอ. ศรีเทพ
828	อัจฉรา	กลินโกสม	หญิง														เพชรบูรณ์	สอ.หนองย่างทอย
829	ดวงเดือน	ศรีนุต	หญิง													หล่มสัก	เพชรบูรณ์	สอ. ป่งน้ำเต้า
830	พันธทิพย์	สังข์ต้น	หญิง	51						3	บ้านโสก						0000	อสม.
831	บุษบา	ปิ่นปิ่น	หญิง													หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	รพร. หล่มเก่า
832	พิเชษฐ์	ชัยประทุม	ชาย														เพชรบูรณ์	รพ. เพชรบูรณ์
833	สุทธิ	โกธรม	ชาย														เพชรบูรณ์	สสจ. เพชรบูรณ์
834	วารินทร์	ทองดี	ชาย	29						1	ท่าพล					เมือง	เพชรบูรณ์	รพ. เพชรบูรณ์
835	วรรณิ	ทองดี	หญิง	29						1	ท่าพล					เมือง	เพชรบูรณ์	สสจ. เพชรบูรณ์
836	บรรเจิด	ทองปาน	ชาย													ชนแดน	เพชรบูรณ์	รพ. ชนแดน
837	ประเสริฐ	จิมปาน	ชาย													ชนแดน	เพชรบูรณ์	รพ. ชนแดน
838	มนเณตร	ผิวลี	หญิง													วังโป่ง	เพชรบูรณ์	สสอ. วังโป่ง
839	สุตใจ	ศรีมูล	ชาย													วิเชียรบุรี	เพชรบูรณ์	สอ. ทำโรง
840	วรรณพรรณน	สีดา	หญิง													เขาค้อ	เพชรบูรณ์	สอ. เหล่าหญ้า
841	วราพร	พรหมเมเณตร	หญิง													เขาค้อ	เพชรบูรณ์	รพ. เขาค้อ
842	ปกรณ	เกียรติคุณิอมร	ชาย													เขาค้อ	เพชรบูรณ์	รพ. เขาค้อ
843	โสม	จันทร์ศรี	ชาย													เขาค้อ	เพชรบูรณ์	รพ. เขาค้อ

[illegible]

858 นิวัตร	วัดบุญเลี้ยง	ชาย	75	109/2	บุรกรรมโกวิท 4				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
859 เสริม	ขุนแก้ว	ชาย	71	47	พี่น้องพัฒนา(ข4)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
860 สมศรี	วิโรต	ชาย	69	2/4	สันติสุข(ข11)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
861 สมพงษ์	โปรยเงิน	ชาย	61	86	ประชาสิทธิ์ (11)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
862 แก้ว	นามวงศ์	ชาย	77	114	สนามชัย(ข6)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
863 อุดร	บ้องปิด	ชาย	62	34	เจริญพัฒนา(ข6)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
864 แหลม	จันทร์หอม	ชาย	70	34	เจริญพัฒนา(ข6)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
865 ถวิล	่วนเมือง	หญิง	59	131/7	เจริญพัฒนา (ข6)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
866 มานะ	คงแท้	ชาย	73	2	พี่น้องพัฒนา(ข2)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
867 เลิศ	สายขัด	หญิง	80	12	พี่น้องพัฒนา(ข2)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
868 พล	ศรีเมือง	ชาย	68	13	เทพาพัฒนา				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
869 บำรุง	จันทร์เชื้อ	ชาย	41	14/17	เทพาพัฒนา(ข13)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
870 ดี	เล็กทอง	ชาย	84	18/1	ประชาสิทธิ์(ข13)				เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		

871	ชอุ้ม	สังขประสิทธิ์	หญิง	74		56		หลักเมือง			เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
872	สุนทรียา	นิมเหมอ	หญิง	36		63/1		หลักเมือง			เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
873	ลมัย	สังขประสิทธิ์	หญิง	67		36/4		หลักเมือง			เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
874	ทอง	อุทุมภา	หญิง	68		79-81		หลักเมือง			เทศบาลเมือง	เมือง	เพชรบูรณ์		
875	เล็ก	เทียดี	ชาย	67		10				8	วังโป่ง	วังโป่ง	เพชรบูรณ์		
876	วิโรจน์	สีประเสริฐ	ชาย	63		38				6	วังโป่ง	วังโป่ง	เพชรบูรณ์		
877	พา	แสงเพชร	ชาย	70		16/1				3	วังโป่ง	วังโป่ง	เพชรบูรณ์		
878	ประยูร	เหล่านรป	ชาย	72		34				4	วังโป่ง	วังโป่ง	เพชรบูรณ์		
879	สุชุม	ศรีห่วย	ชาย	57		171				1	วังโป่ง	วังโป่ง	เพชรบูรณ์		
880	ปลั่ง	นาคสุข	ชาย	61		27				2	วังโป่ง	วังโป่ง	เพชรบูรณ์		
881	ทองสุข	ดวงบุปผา	ชาย	48		216				2	ทำโรง	วิเชียรบุรี	เพชรบูรณ์		
882	อัน	ทองรักษ์	ชาย	64		213				16	ทำโรง	วิเชียรบุรี	เพชรบูรณ์		
883	สมบุญ	สมทอง	ชาย	59		14				5	บ้านดิว	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
884	สด	เฉลิมรัมย์	ชาย	61		82				12	บ้านดิว	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
885	ทน	น้อยใจ	ชาย	74		56				4	บ้านดิว	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
886	สมจิตร	กสิวิวัฒน์	ชาย	47		39				4	บ้านดิว	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
887	หนูหล้า	เสียวมา	ชาย	54		54				7	บ้านดิว	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
888	ประมวศ	สุขราช	หญิง	32		283				1	บ้านหวาย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
889	อิน	นาคมี	ชาย	68		1				5	น้ำเอย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
890	คำหา	มีนาค	หญิง	58		22				5	น้ำเอย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
891	มงคล	ทองสี	ชาย	63		26				5	น้ำเอย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
892	จันทร์	ยาดมณ	ชาย	50		20				5	น้ำเอย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		

893	ดา	มาเรื่อง	หญิง	64	11				5	น้ำเอี้ย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
894	ยอด	ศิริ	หญิง	64	19				1	น้ำเอี้ย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
895	ทวี	แร่เขียว	ชาย	60	90				1	น้ำเอี้ย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
896	ฟอง	ยอดอ่อน	หญิง	65	16				1	น้ำเอี้ย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
897	สวัสดิ์	พุทรา	ชาย	68	5				3	น้ำเอี้ย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
898	ประสิทธิ์	รอดแก้ว	ชาย	33					2	น้ำเอี้ย	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
899	มาก	จรรยาเลิศ	หญิง	62	40				1	ยางงาม	หนองไผ่	เพชรบูรณ์		
900	อิฐ	ต่างจงราช	ชาย	49	93				9	วังโปลต์	หนองไผ่	เพชรบูรณ์		
901	บุญทัน	เจนวิทย์	ชาย	66	3/2				1	วังโปลต์	หนองไผ่	เพชรบูรณ์		
902	โต	ทองวรรณ	ชาย	86	284				8	วังโปลต์	หนองไผ่	เพชรบูรณ์		
903	ธรรมบุญ	บัวแดง	ชาย	53	77		ผดุงราช				หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
904	เสือ	ชัยสงค์	ชาย	78	201		ผดุงราช				หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
905	ปัน	คัมภีร์	ชาย	54	8				1	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
906	คำ	โทดม	ชาย	62	56				9	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
907	ทอง	รัศมี	ชาย	74	59				9	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
908	สาย	หงส์แสน	ชาย	72	22				9	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
909	หนูกร	คำมุงคด	หญิง	46	12				9	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
910	หั่น	คัมภีร์	ชาย	80	16				1	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
911	สีไพร	คำต้อ	ชาย	70	88				1	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
912	ถ้วน	โหมदनอก	หญิง	59	29				3	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
913	แห้ว	ขวัญหวาย	ชาย	63	79				5	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
914	มา	ขวัญผิว	ชาย	78	18				5	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
915	หิน	คำมา	ชาย	49	71				6	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
916	สบาย	หล่อวัฒนากุล	ชาย	50	46				8	วังกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
917	ยอง	มิ่งมุล	หญิง	72	10				1	หลักด่าน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
918	นาง	กฤษะวงศ์	หญิง	76	25				1	หลักด่าน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		

919	ลา	จันทร์สุข	ชาย	66	37				3	หลักด่าน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
920	ป๋อง	พิลาณการ	ชาย	77	6				4	หลักด่าน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
921	สงวน	ขวัญพรหม	ชาย	57	6				5	หลักด่าน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
922	ประเสริฐ	พิลาณการ	ชาย	59	44				7	หลักด่าน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
923	บุญ	ขวัญมาก	ชาย	72	44				1	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
924	วิเศษ	เดิมพันธุ์	ชาย	61	7/1				2	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
925	ร้าน	เชื้อประเสริฐ	ชาย	48	61				3	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
926	สมควร	มาชัยว	ชาย	46	66				3	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
927	พระนิวัฒน์	อุตตะโ	ชาย	53					4	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		วัดชัยมงคลวราราม
928	สม	พรมเพียง	ชาย	63	43				5	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
929	รูป	กุดตา	ชาย	90	55				6	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
930	ศูนย์	แก้วแย้ม	ชาย	74	1				1	โคกมน	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
931	กาย	ขวัญพุท	ชาย	78	36				3	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
932	ไช	ขวัญพุท	หญิง	75	36				3	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
933	ศิริ	มิ่งวิศา	ชาย						4	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
934	ไล	จันส์ดา	ชาย	62	7/1				7	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
935	คาน	สายสมร	ชาย	70	17				10	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
936	หม่วน	ดีธรรมมา	ชาย	42	25				1	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
937	สง	ดีธรรมมา	ชาย	55	72				2	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
938	พิม	พิมที	ชาย	72	13				9	วังกกวาง	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
939	ชน	คำหมู่	ชาย	68	43				1	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
940	มี	สูงภัย	ชาย	67	28				2	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
941	ขันตี	คำตื้อ	ชาย	69	157				3	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
942	หัน	คำเจียก	ชาย	74	49				4	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
943	ใต้	วังศิริ	หญิง	78	7				5	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
944	สำเ	มาลา	ชาย	48	214				5	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		

945	ประสิทธิ์	กรพนม	ชาย	54	33				5	น้ำหนาว	น้ำหนาว	เพชรบูรณ์		
946	พลอย	พาแก้ว	หญิง	64	42				3	สักหลง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
947	เพ็ญ	พาแก้ว	ชาย	90	17				3	สักหลง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
948	บุญยืน	เพชรบูรณ์	ชาย	65	45				4	สักหลง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
949	แอ	กาลพกรณ์	หญิง	66	73				12	ป่งคล้า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
950	สงกา	ชัยสงค์	ชาย	72	34				6	ป่งคล้า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
951	กาสิ	ไตรยาราช	ชาย	75	38				7	ป่งคล้า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
952	อุ	ศรีเสยา	ชาย	81	78				7	ป่งคล้า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
953	แก้ว	แอดแฮด	หญิง	75	38				2	น้ำก้อ	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
954	บท	บุตรศรี	ชาย	65	5				3	น้ำก้อ	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
955	หุง	ลาดทา	หญิง	72	19				4	น้ำก้อ	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
956	นัด	จันแก่น	ชาย	48	195				5	น้ำก้อ	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
957	แก้ว	แสงหาญ	ชาย	60	95				5	น้ำก้อ	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
958	ทน	มาทา	ชาย	76	18				7	น้ำก้อ	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
959	เสียงใจ	ฟ้าสนั่น	หญิง	46	80				3	ป่งน้ำเต้า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
960	ตัน	ทาทน	หญิง	58	158				2	บ้านดิว	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
961	ประเสริฐ	จันทร์เทศ	ชาย	38	189				7	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
962	ตา	ล้านคำ	ชาย	72	189				7	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
963	ก่อน	ขวัญหยุด	ชาย	76	76				7	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
965	พูนศักดิ์	ขวัญขอบ	ชาย	36	56				7	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
966	ทองผ่าน	ขวัญสุอน	ชาย	28	134				7	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
967	ไสว	แก่นโท	ชาย	68	17				7	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
968	บุญเพ็ง	จันทร์ดีน	ชาย	63	19				1	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
969	แวว	วันเพ็ญ	ชาย	53	41				2	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
970	สมศักดิ์	บุญจันทร์เทศ	ชาย	68	29				3	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
971	ศไฉไล	ศรีบวล	ชาย	42	47				10	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		

972 บัวสา	สุวรรณณา	ชาย	58	46				11	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
973 เสนาะ	สักพุ่ม	ชาย	41	4				12	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
974 เฟิง	แสนศึก	ชาย	56	7				13	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
975 พูน	กองแก้ว	ชาย	57					8	ปากช่อง	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
976 ปลวก	ธงชัย	หญิง	58	39				3	โศก	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
977 กิมหงษ์	แก้วประสงค์	หญิง	55	52				4	บ้านโศก	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
978 ทา	จำปาทอง	ชาย	63					6	บ้านโศก	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
979 ลา	อินทรีศักดิ์	ชาย	58					6	บ้านโศก	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
980 วัณ	จำคุ่ม	ชาย	59	73				6	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
981 เอก	อิเหนา	ชาย	71	147				6	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
982 วิเศษ	นกแก้ว	ชาย	58	67/1				6	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
983 สัมฤทธิ์	ยิ่งยง	ชาย	69	54				16	ลานป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
984 มิตร	จิตต์น	ชาย	58	148				11	น้ำซุน	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
985 หรั่ง	สีลา	ชาย	54	82/1				11	น้ำซุน	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
986 บุญเรียง	เสมอหา	ชาย	54	14				6	น้ำซุน	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
987 ชำนาญ	กองแสง	ชาย	52					8	น้ำซุน	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
988 ถวิล	บุญชื่น	ชาย	56	144				1	วัดป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
989 นิโรจน์	มีสุข	ชาย	54	23				5	วัดป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
990 สมคิด	ชอมกระโทก	หญิง	42	25				5	วัดป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
991 บรรจง	แก้วเพชร	หญิง	42	80				1	วัดป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
992 ดอง	กองสี	ชาย	74	36				6	วัดป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
993 วันชัย	แก้วประสงค์	ชาย	46	1				6	วัดป่า	หล่มสัก	เพชรบูรณ์		
994 ประเสริฐ	จาบทอง	ชาย	58	24				10	วังพิgul	บึงสามพัน	เพชรบูรณ์		
995 ยวน	มันต่าย	ชาย	61	246				11	วังพิgul	บึงสามพัน	เพชรบูรณ์		
996 เจียน	คำจัน	ชาย	67	84				2	ตาตกลอย	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
997 หลวง	คำจกน	หญิง	74	133				2	ตาตกลอย	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		

998	รับพวน	แก้วแพง	61	139			8	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
999	หนูโน	แก้วเสน		255			2	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1000	อาน	ทองหมู่	70	71			3	หินยาว	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1001	อาน	แก้วคุณ	72	71			3	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1002	หนู	แก้วแพง	50				7	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1003	มี	สุวรรณศรี	72	32			11	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1004	คำหลัก	ทองแจ่ม	52	24			1	ตาตกลอย	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1005	บัวทอง	นินคิล่า	67	13			2	ตาตกลอย	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1006	เพ็ง	หาญแก้ว	70	24			2	ตาตกลอย	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1007	หลง	คำจอน	73	133/1			2	ตาตกลอย	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1008	หวะไซ	แสง	47	95/2			14	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1009	สัว	แชเถา	64	132			14	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1010	ไธย	แชเถา	56	114			14	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1011	จำนง	ศักดิ์เจริญชัยกุล	53	157			14	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1012	ทอง	แก้ว้อย	67	48			2	นาข้า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1013	โสภา	แก้วเข้ม	70	37			2	นาข้า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1014	เสียน	สาระดี	67	21			2	นาเกาะ	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1015	หลวงพ้อโร		70	121			5	นาแซง	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1016	ผม	ทองนิก	76	5			13	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1017	อินทร์	ดวงแพง	70	30			1	บ้านเนิน	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1018	อนันต์	แสง	38	113			14	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1019	ขัน	ม่วงจำปา	57	8			9	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1020	หงาว	คำสุข	69	121			12	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1021	หนูโม	แก้วเสน	49	255			12	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1022	ค้าย	แก้วเปียง	69	144			8	คิล่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		
1023	สงกรานต์	ทองเกลี้ยง	54	4			13	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		

1024	สมพงษ์	ทรงสวัสดิ์	ชาย	53	152				14	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1025	เจียะ	แสง	หญิง	75	106				14	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1026	อาน	ทองใหญ่	ชาย	72	72				3	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1027	จันทร์	ภักดีสถาน	ชาย	83	21				13	วังบาล	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1028	ทองจันทร์	เกตุพรหม	ชาย	74	69				1		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1029	ทองเลย	ทองกลีบ	หญิง	74							หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1030	พระอธิการบตี		ชาย	73							หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	บ้านหนองบัวแก้ว
1031	เกลื่อน	จันทร์อินทร์	ชาย	80	76				1	วังเงิน	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1032	เปล่ง	กระปี	หญิง	49	58				12	วังเงิน	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1033	ห่อ	บุญยั้ง	หญิง	51	94				12		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1034	แพง	บุญเจียง	หญิง	54	172				13		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1035	สีทา	บุญเชื้อ	หญิง	75	1				3		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1036	คำม้วน	ศรีเพชร	หญิง	59	49				2		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1037	สมพงษ์	จันทร์รัก	ชาย	71	25				2		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1038	คำ	ทองทั้ง	ชาย	45	124/1						หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1039	รศ	แสงแก้ว	ชาย	47	73				13		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1040	ทอง	ตรีแจ่ม	ชาย	54	5				13		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1041	ชวน	นันทะ	ชาย	65	33				13		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1042	เจียม	บุญเสริม	ชาย	83	67				6		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1043	นารี	มันเหมพ	หญิง	52	146				6		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1044	กิ	ทรงพุ่ม	ชาย	52	76				6		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1045	ทองแก้ว	ขันตรี	ชาย	50	90				6		หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1046	สุนทร	จงศิริรักษ์	ชาย	41	27				9	หล่มเก่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1047	ปิ่น	กางกั้น	ชาย	71	158				9	หล่มเก่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1048	สมควร	วงศ์พรณะ	ชาย	58	26				7	วัดทุ่ง	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	
1049	สุวรรณ	สีสถาน	ชาย	72	14				2	หล่มเก่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	

1050	ไฟวัน	บุณเสริม	หญิง	48	108				4	หล่มเก่า	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		

794 สดใส	สุกัญญา	หญิง								ชนแดน	เพชรบูรณ์		รพ.ชนแดน
795 สมศิริ	เสมาทอง	หญิง								ชนแดน	เพชรบูรณ์		รพ.ชนแดน
796 บังอร	ปงสนิศา	หญิง								วังโป่ง	เพชรบูรณ์		สอ.วังกระดางเงิน
797 ดวงใจ	วรวิมลนุ้ย	หญิง				581/1			เพชรเจริญ	สะเตียง	เพชรบูรณ์	056-711555	สอ.สะเตียง
798 อินทิรา	กงอน	หญิง				111				หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		รพ.หล่มเก่า
799 ศศิณา	ศิริไมย	หญิง				88				น้ำหนาว	เพชรบูรณ์	056-779194	รพ.น้ำหนาว
800 กำไร	อยู่เย็น	หญิง				26				ชนแดน	เพชรบูรณ์	056-761519	รพ.ชนแดน
801 เพชรรัตน์	สุทธิประภา	หญิง				177/8				นาเฉลียง		056-731284-5	รพ.บึงสามพัน
802 กรรณ	ลีทองอิน	หญิง				125/1				บ้านโคก	เพชรบูรณ์	056-566146	
803 จิราวรรณ	ทองวัง	หญิง				129				วังโป่ง	เพชรบูรณ์	056-758224	
804 บุญร่วม	จำเนียร	หญิง				99/276				สะเตียง	เพชรบูรณ์	01-3944037	
805 นภาพรพรณ	พลัพล	หญิง				110/1				ลานป่า	เพชรบูรณ์		สอ.บ้านพี
806 วรณี	ทองดี	หญิง				29				ท่าพล	เพชรบูรณ์	056-564467	สาธารณสุข 6 สสจ.เพชรบูรณ์
807 ประนอม	แคนทอง	หญิง				4/1				ชนแดน	เพชรบูรณ์		รพ.ชนแดน
808 สัตดา	สุวรรณณา	หญิง				35				บ้านหวาย	เพชรบูรณ์	056-747629-30	รพ.หล่มเก่า
809 พนิดา	สุคำมี	หญิง				119				หนองไผ่	เพชรบูรณ์	056-562127	
810 สิทธิโชค	บุญรอด	ชาย				63				หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		รพ.หล่มเก่า
811 พิทยา	พาศุฑ	หญิง								หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	056-747629	รพ.หล่มเก่า
812 พันธ์พงษ์	ยศดา	ชาย				273/5			วสี	หล่มเก่า	เพชรบูรณ์	01-5326280	รพ.หล่มสัก
813 ดวงเดือน	ศรีนุต	หญิง								หล่มสัก	เพชรบูรณ์		สอ.บึงน้ำเต้า
814 บุษปง	แสงสีดา	หญิง								วังโป่ง	เพชรบูรณ์		สอ.วังกระดางเงิน
815 สุสิทธิ์	ขวัญชัยนันท์	หญิง								หล่มเก่า	เพชรบูรณ์		รพ.หล่มเก่า
816 พลสิทธิ์	ศรีสุข	ชาย								เขาค้อ	เพชรบูรณ์		สสอ.เขาค้อ
817 เนรมิต	พรมพา	ชาย									เพชรบูรณ์		สอ.ป่าแดง