



วิถีชีวิตด้านยาพื้นบ้านของคนไทยในพื้นที่ลุ่มน้ำยม และลุ่มน้ำน่านในเขตภาคเหนือตอนล่าง

พัชรินทร์ สิริสุนทร¹ และคณะ²

เกริ่นนำ

โครงการสืบค้นและรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในส่วนของยารักษาโรค ในพื้นที่จังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตลุ่มน้ำยมและน่าน เขตภาคเหนือตอนล่างครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยนเรศวร ประจำปีงบประมาณ 2553 เรื่อง การสืบค้นและพัฒนาฐานข้อมูลวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 ซึ่งครอบคลุมมิติด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และเครื่องนุ่งห่ม ที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ 9 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่างซึ่งประกอบด้วยจังหวัดพิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย ตาก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ อุทัยธานี และกำแพงเพชร โดยชุดโครงการดังกล่าวมี ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.กาญจนา เจริญณี เป็นประธานโครงการ และมีคณะทำงานจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ จากคณะและหน่วยงานต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ประเด็นสำคัญที่สุดของการดำเนินงานโครงการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตด้านยารักษาโรคในครั้งนี้ได้แก่การแสดงให้เห็นถึงพลังอำนาจของการบูรณาการองค์ความรู้ของนักวิชาการจากหลากหลายวิชาชีพ ปรารถนาท้องถิ่น องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมรักษาสมดุลด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนโดยนำกลไกด้านการจัดการความรู้ ทั้งในส่วนขององค์ความรู้ที่จับต้องได้ (Tangible Knowledge) ซึ่งในกรณีนี้ได้แก่สมุนไพร ตำรับยา และยาพื้นบ้าน และความรู้ในส่วนที่จับต้องไม่ได้ (Intangible Knowledge) อาทิ วิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อ เทคนิควิธีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน อุดมการณ์ ค่านิยม และพิธีกรรมต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อนำองค์ความรู้ด้านยา

รักษาโรคที่มีอยู่มากมายในท้องถิ่นมาใช้เป็นกลไกนำร่อง เพื่อพัฒนาเครือข่ายปราชญ์พื้นบ้าน พัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน และสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา องค์กร/หน่วยงานที่ปฏิบัติงานด้านทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยในเบื้องต้นจะเริ่มดำเนินการในพื้นที่เป้าหมายทางวิชาการของมหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งได้แก่พื้นที่ลุ่มน้ำยมและลุ่มน้ำน่าน ในเขตภาคเหนือตอนล่าง หลังจากนั้นจึงขยายขอบเขตการดำเนินงานไปสู่พื้นที่ลุ่มน้ำอื่น ๆ ในเขตภาคเหนือ และในภูมิภาคเอเชีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ลุ่มน้ำ โขง-สาละวิน ซึ่งเป็นแอ่งอารยธรรมที่สำคัญแห่งหนึ่งที่มีความอุดมสมบูรณ์ ทั้งด้านทรัพยากรธรรมชาติ วิถีชีวิต วัฒนธรรม และองค์ความรู้ด้านยารักษาโรค

แนวคิดพื้นฐาน

การแพทย์พื้นบ้าน (Folk Medicine) หรือในเอกสารทางวิชาการบางเล่มเรียกว่า การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medical System) เป็นระบบการแพทย์ที่ดำเนินมาควบคู่กับพัฒนาการของทุกสังคมและมุ่งให้ความสำคัญกับการมีชีวิตที่ปกติสุขของคนในสังคมนั้นๆ การแพทย์พื้นบ้านจึงครอบคลุมสถานะสุขภาพของบุคคล กลุ่ม และชุมชน ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ในมิติขององค์รวม กล่าวคือมิได้สนใจเพียงการรักษาเยียวยาเมื่อเจ็บป่วยหรือมุ่งค้นหาเหตุของการเจ็บป่วยแต่เพียงประการเดียว ความสนใจของแพทย์พื้นบ้าน จึงมุ่งเน้นที่การสร้างเสริมวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่พึงประสงค์ ดังนั้น การแพทย์พื้นบ้าน จึงครอบคลุมตั้งแต่การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ การรักษาสุขภาพของบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เกิดความสมดุล ตลอดจนการส่งเสริมและ

¹ รศ.ดร., ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² รศ.ดร. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์, รองศาสตราจารย์ ดร.กรกนก อิงคินันท์ ภาควิชาเกษตรเคมีและเภสัชเวท; รองศาสตราจารย์ ดร.ภิญญา เปลี่ยนบางช้าง ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ; ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัมพวรรณ ศรีวิไล ภาควิชาเกษตรเคมีและเภสัชเวท คณะเภสัชศาสตร์; ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์ ภาควิชาคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์; ดร.กวินธร เสถียร ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์; นางสาวรัตนพร ทองเขียว นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาพัฒนสังคม คณะสังคมศาสตร์; และนางสาววรรณิศา สุโสม นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาพัฒนสังคม

ฟื้นฟูสภาพโดยรวมในทุกมิติ เพื่อดูแลสุขภาพ กลุ่ม และชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนป่วย ในขณะที่ป่วยและหลังจากหายจากอาการเจ็บป่วยแล้ว ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการแพทย์พื้นบ้านมิได้มุ่งรักษาเมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยแต่เริ่มตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ โดยการกระตุ้นและสนับสนุนให้บุคคลรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์หาได้ง่ายในท้องถิ่น ราคาไม่แพง และมีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับวิถีธรรมชาติ ซึ่งเน้นความเรียบง่าย ประหยัด และพอเพียงพึ่งตนเองได้ และเมื่อเจ็บป่วยก็แสวงหาการรักษาเยียวยาทุกรูปแบบ ที่สามารถตอบสนองความต้องการทุกด้านอย่างมีบูรณาการ

นอกจากนี้ แพทย์พื้นบ้าน ผู้ทำหน้าที่รักษาเยียวยาอาการเจ็บป่วย ยังแสดงบทบาทของผู้สนับสนุนให้เกิดการผ่อนคลาย (Relaxation) และกระตุ้นให้บุคคลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในยามปกติและเมื่อบุคคลเจ็บป่วย โดยเน้นการดูแลสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม (Holistic Medicine) กล่าวคือ ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ และอุดมการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กับการดูแลสุขภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อมและชุมชน ให้เป็นชุมชนสุขภาพดี โดยมีทุนทางสังคม วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาวะ

แต่อย่างไรก็ตาม ผลของการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ผ่านมาซึ่งมุ่งเน้นที่การรักษา “โรค” โดยละเลยการ “รักษากัน” ทำให้ผู้ซึ่งทำหน้าที่รักษาหรือให้บริการทางการแพทย์กลายเป็น “ผู้ชำนาญการพิเศษเฉพาะด้าน (Specialist)” ที่แสดงบทบาทของผู้รักษาอวัยวะหรือชิ้นส่วนของร่างกาย การทำลายเชื้อโรค หรือสาเหตุของการเจ็บป่วย ตลอดจนอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย มากกว่าการจัดการกับอาการกับคุณภาพชีวิตของบุคคลในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั้งระบบ การละเลยบริบททางสังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย ความสัมพันธ์ของคนในสังคม และวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพทั้งยามปกติหรือเมื่อบุคคลเจ็บป่วย ส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคลและชุมชนในภาพรวม

พัฒนาการของกระบวนทัศน์สุขภาพ

ในศตวรรษที่ 21 มโนทัศน์ด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลกได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก จากเดิมในช่วงศตวรรษที่ 18 ที่มีแนวคิด “โรค” คือการปรากฏอาการผิดปกติขึ้นกับร่างกาย โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการก่อโรควิถีชีวิต ไวรัส สารพิษและอื่น ๆ ความเชื่อดังเดิมที่ว่า การแก้ปัญหาที่สาเหตุของการเจ็บป่วยก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้น ๆ หายไป ได้ดำเนินต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงศตวรรษที่ 19 จนกระทั่งผู้รู้และนักวิชาการในยุโรปเริ่มพบว่าปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย และสภาพดังกล่าวได้ก่อให้เกิดปัญหาความยากจน ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ และปัจจัยดังกล่าวได้กลายเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น

จนถึงในช่วงศตวรรษที่ 20 จึงเกิดกระแสความสนใจอย่างกว้างขวางจากวงการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และนักสังคมศาสตร์ทั่วโลก ถึงสาเหตุหรือปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมที่เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ และกลายเป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์การพัฒนา ดังกล่าว นับว่ามีส่วนสำคัญต่อมโนทัศน์ด้านสุขภาพของผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนสำคัญต่อการกำหนดแนวนโยบายสุขภาพทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง

ต่อมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 21 ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องที่เกิดขึ้นกับสังคมต่าง ๆ ในโลกยุคทุนนิยมโลกาภิวัตน์ได้ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมทำให้ภาวะสุขภาพของคนในสังคมโลกเชื่อมโยงกันทั้งระบบ แต่กระนั้นก็ตามพบว่า ในวงการแพทย์ทั่วโลกยังคงละเลยมิติด้านสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัย แม้ว่า Professor Rene Dubos แห่งมหาวิทยาลัยร็อกกีเฟลเลอร์ นิวยอร์ก จะได้เสนอรายงานเพื่อเตือนให้ประชาคมโลกตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของชาวอเมริกันมาตั้งแต่ปี 2001 หรือเมื่อเกือบหนึ่งทศวรรษมาแล้ว แต่ประเด็นดังกล่าวก็ยังไม่ได้รับความสนใจจากสังคมอเมริกันเท่าที่ควร จนกระทั่งพบว่า ภาวะสุขภาพอนามัยของชาวอเมริกันได้เลวร้ายลงตามลำดับ ด้วยสาเหตุของโรคที่เกิดจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อันได้แก่ การมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่เหมาะสม

และวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น แม้ว่าอเมริกาจะเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางการแพทย์อยู่ในระดับต้น ๆ ของโลก แต่ก็ปรากฏว่าคนอเมริกันกลับมีภาวะสุขภาพเลวร้ายที่สุดประเทศหนึ่งในโลก โดยพบว่าทุก ๆ ปีรัฐบาลอเมริกันต้องใช้งบประมาณจำนวนมากมามหาศาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข และที่สำคัญที่สุดก็คืออาการเจ็บป่วยทุกขั้วตามและทุพพลภาพของชาวอเมริกันจำนวนมาก ล้วนเกิดจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ทั้งสิ้น อาทิ โรคไขข้ออักเสบ โรคจิต โรคประสาท โรคหัวใจ โรคอ้วนและอุบัติเหตุ

ในกรณีของประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงแนวคิดปรัชญาและมโนทัศน์การพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้มข้นขึ้นในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ผลที่เกิดจากกระแสความสนใจดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายสุขภาพอย่างกว้างขวาง ดังพบว่าเกิดกระแสแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ดังพบหลักฐานมากมายที่ปรากฏอยู่ในนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเคลื่อนตัวของกิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งในโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit/PC) ไปจนถึงการเร่งสร้างความเข้มแข็งให้แก่บุคคลและสังคม ตลอดจนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ในปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางแล้วว่าระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Ethnomedicine) เป็นลักษณะย่อยทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ มิติด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลและชุมชนที่ยังคงมีบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพอนามัยของคนในสังคม ดังนั้น ระบบการแพทย์พื้นบ้านจึงจัดเป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาพื้นบ้านและมรดกทางวัฒนธรรม ซึ่งดำรงอยู่และได้รับการสืบทอดต่อเนื่องมาในทุกสังคม โดยพบว่า ไม่ว่าจะเป็นสังคมที่พัฒนาแล้วทางเศรษฐกิจหรือสังคมด้อยพัฒนาทางเศรษฐกิจ ล้วนประกอบด้วยการแพทย์พื้นบ้านหลายระบบ แต่ละระบบมีความแตกต่างกันไปตั้งแต่ด้านความเชื่อพื้นฐาน วิธีการกระบวนการและประสิทธิภาพของการรักษา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นวัฒนธรรมพื้นฐานที่สำคัญของทุกสังคม ที่แสดงให้เห็นถึงอารยธรรม (Civilization) ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับวิถีคิดและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมนั้น ๆ ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

ในปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้านได้รับความสนใจอย่างมากจากประชาคมโลก และได้รับการยอมรับว่า เป็นระบบการแพทย์ทางเลือกที่รัฐควรต้องให้ความสนใจ ศึกษา ค้นคว้า และจัดระบบองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น โครงการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตด้านยารักษาโรคในครั้งนี้จึงมีความสำคัญและมีความจำเป็น เพราะเป็นโครงการซึ่งมุ่งเน้นที่การสืบค้นและการจัดระบบข้อมูลด้านยาพื้นบ้านและระบบการรักษาเยียวยาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตลุ่มน้ำยมและลุ่มน้ำน่าน เพราะการมีความรู้ความเข้าใจในระบบการแพทย์พื้นบ้านในมิติด้านยารักษาโรคตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้การออกแบบแนวนโยบายด้านสุขภาพ วางอยู่บนพื้นฐานของความรู้ความเข้าใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต ระบบคิด เวชปฏิบัติของปราชญ์และแพทย์พื้นบ้าน การปรับตัว การดำรงอยู่ขององค์ความรู้ด้านยารักษาโรคในท้องถิ่น และความสามารถในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพอนามัยของคนในท้องถิ่น

ยาพื้นบ้าน: ผลผลิตของวัฒนธรรม

ยาพื้นบ้าน เป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์พื้นบ้านในพื้นที่อารยธรรมลุ่มน้ำโขง-สาละวิน ซึ่งมีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับในสังคมโลก ผลการศึกษาพบว่า ระบบการแพทย์พื้นบ้าน มีบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพอนามัยและวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่นี้มาช้านาน โดยระบบการแพทย์พื้นบ้านประเภทแรก ได้แก่ การรักษาทางกาย ประกอบด้วยการรักษาตามวิถีธรรมชาติ (Nature Care) ซึ่งถือว่าเป็นระบบการแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่การบำบัดโดยไม่ใช้ยา (Naturopathy) ตัวอย่างเช่น การรักษาตามทฤษฎีของพลังในระบบ Meridian ที่พบในจีน อาทิ การฝังเข็ม วารีบำบัด (Hydrotherapy) เช่น สปราย อบชาวน้ำ โภชนาบำบัด (Diets) การใช้ยาสมุนไพร (Herbal Medicine) ของไทย การรักษาด้วยกลิ่น (Aromatherapy) การรักษาโดยใช้ยาแต่น้อยหรือไม่ใช้เลย (Homeopathy) ของพม่า ไทยและจีน

ประเภทที่สอง ได้แก่ การรักษาทางจิต หรือทางมานุษยวิทยาการแพทย์เรียกว่า “Anthroposophical Medicine” ได้แก่ การรักษาโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน อาทิ การรักษาด้วยท่ารำประกอบดนตรี (Eurhythmy Dancing)

ของพม่าและกัมพูชา การรักษาด้วยวิธีนวด (Manipulative Therapies/ Massage) หรือการสัมผัส (Touch) ของลาว ไทย และประเทศสฤตท้าย ได้แก่ การรักษาทางสังคมและบุคลิกภาพเพื่อพัฒนาระบบการเคลื่อนไหวของร่างกายและปรับปรุงท่าทางตลอดจนบุคลิกภาพของบุคคล อาทิ การสัมผัสเพื่อสุขภาพ (Applied Kinesiology) หรือระบบการดูแลสุขภาพที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วย และการไหลเวียนของพลังในบุคคลโดยระบบการสัมผัส ซึ่งบางครั้งอาจใช้ร่วมกับระบบการแพทย์พื้นบ้านอื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม (Acupuncture) การกดจุด (Acupressure) เพื่อรักษาความสัมพันธ์ระหว่างธาตุหยินและหยางของจีน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง-สาละวิน จะมีพัฒนาการมายาวนานกว่า 5,000 ปีแล้ว แต่องค์ความรู้ดังกล่าวก็เพิ่งถูกค้นพบโดยมิชชันนารีชาวยุโรปในช่วงศตวรรษที่ 17 มาถึง โดยในปัจจุบัน ปัญหาสำคัญยังคงได้แก่ ปัญหาการมีอคติและการยึดติดกับชาติพันธุ์นิยม (Ethnocentrism) ปัญหาอคติเชิงนโยบาย (Policy Biased) ตลอดจนการไม่ยอมรับของนักวิชาการและบุคลากรทางการแพทย์ว่าการแพทย์คือระบบวัฒนธรรม ดังนั้นจึงมีลักษณะที่เป็นพหุลักษณะ (Pluralistic Medical System) เพราะมุ่งตอบสนองวัตถุประสงค์ที่แตกต่างหลากหลายของบุคคล กลุ่ม และชุมชน

นอกจากนี้ การที่ระบบการแพทย์พื้นบ้านประกอบด้วยระบบย่อย ๆ จำนวนมากมายที่มีความแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของคนในสังคม ทำให้องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านเป็นภาพสะท้อนที่สำคัญในการถอดบทเรียนอันทรงคุณค่าทั้งด้านความสำเร็จและความล้มเหลวของระบบสุขภาพในสังคมที่ผ่านมา

ปัญหาที่สำคัญของการพัฒนาระบบการแพทย์พื้นบ้านมี 2 ระดับ ได้แก่ ในระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ปัญหาการสูญหาย ปัญหาองค์ความรู้ขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาความไม่ถูกต้องของตำรับตำรายา หรือเวชปฏิบัติ ปัญหาค่านิยมและทัศนคติของคนในสังคมที่ไม่เชื่อถือในการแพทย์พื้นบ้าน ปัญหาของยาพื้นบ้านที่ขาดมาตรฐานและไร้ประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดการวิจัยและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และปัญหาการขาดคุณธรรมจริยธรรมของ

ปราชญ์หรือหมอพื้นบ้าน เป็นต้น สำหรับปัญหาในระดับนโยบาย ได้แก่ ปัญหาการถูกทำให้กลายเป็นองค์ความรู้ที่ผิดกฎหมาย ปัญหาการกีดกันไม่ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์แผนตะวันตกหรือแผนปัจจุบัน ปัญหาที่เกิดจากการขาดองค์กรหรือสถาบันด้านการแพทย์พื้นบ้าน ทำหน้าที่ในการสืบทอดและพัฒนาองค์ความรู้ ตลอดจนปัญหาการขาดการศึกษาวิจัยที่เป็นระบบเพื่อตรวจสอบสรรพคุณทางยาหรือเวชปฏิบัติของหมอพื้นบ้าน สภาพดังกล่าวล้วนเป็นสิ่งที่กำลังทำลาย ขัดแย้งเชิงนโยบาย และกระบวนการพัฒนาระบบการแพทย์แผนตะวันตก และก่อให้เกิดปัญหาเชิงนโยบายสุขภาพระดับประเทศและระดับนานาชาติที่มีต่อองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านในระดับท้องถิ่นที่พบว่าในปัจจุบันได้ถูกละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาอย่างรุนแรง

ด้วยสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ทำให้การสืบค้น รวบรวม และจัดระบบองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านมีความสำคัญ โดยในเบื้องต้น สถานอารยธรรมศึกษา โขง-สาละวิน มหาวิทยาลัยนเรศวร ในฐานะที่เป็นหน่วยงานหนึ่งของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบทางวิชาการครอบคลุม 9 จังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิจิตร พิษณุโลก นครสวรรค์ กำแพงเพชร สุโขทัย อุตรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ และอุทัยธานี และในพื้นที่ดังกล่าวจึงได้ริเริ่มให้มีการสืบค้นและพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านยารักษาโรค โดยมุ่งเน้นในส่วนของการยาพื้นบ้านจีน โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2553 ในพื้นที่สี่จังหวัดของกลุ่มน้ำยม และลุ่มน้ำน่าน ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก พิจิตร สุโขทัย และอุตรดิตถ์ ก่อนขยายพื้นที่ดำเนินการในลุ่มน้ำอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ (Key Words)

การแพทย์พื้นบ้าน (Ethnomedicine) หมายถึงแบบแผนทางความคิด ความเชื่อ พิธีกรรม สัญลักษณ์ บทบาท บรรทัดฐาน เทคนิคเครื่องมืออุปกรณ์ และรูปแบบการปฏิบัติเพื่อบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย ระบบการแพทย์พื้นบ้านมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ซึ่งคณะทำงานใช้เป็นกรอบคิดในการดำเนินโครงการครั้งนี้ได้แก่ ลักษณะทั่วไปทางสังคมประชากรของหมอพื้นบ้าน ที่มาขององค์ความรู้ด้านยาพื้นบ้าน วิธีการรักษาทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม และสรรพคุณทางยา

วิถีชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง รูปลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural Configuration) ของบุคคลและชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อเรื่องสาเหตุของการเจ็บป่วย เช่น ข้อห้าม (Taboo) ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พฤติกรรมการกิน นอน พักผ่อน ทำงาน และการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสืบค้น เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลด้าน สมุนไพรและยาพื้นบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำยมและลุ่มน้ำน่าน ภาคเหนือตอนล่าง

2. จัดทำรายงานการวิจัยเพื่อเผยแพร่ข้อมูลด้าน สมุนไพรและยาพื้นบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำยมและลุ่มน้ำน่าน ภาคเหนือตอนล่าง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่มีมาตรฐานทางวิชาการด้านสมุนไพรและ ยาพื้นบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำยมและลุ่มน้ำน่าน ภาคเหนือตอนล่าง

2. รายงานการวิจัย และบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ ข้อมูลด้านสมุนไพรและยาพื้นบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับวิถีการ ดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำยมและ ลุ่มน้ำน่าน ภาคเหนือตอนล่าง

ระเบียบวิธีวิทยา

คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการสืบค้นข้อมูลแบบผสมผสาน ระหว่างการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) จากเอกสารวิชาการ รายงานประจำปี งานวิจัยท้องถิ่น และ การศึกษาเชิงปฏิบัติการ แบบประชาพิจัย (Participatory Learning Appraisal/ PLA) เพื่อค้นหาข้อมูลด้านวิถีชีวิตด้าน สุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบ การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ อาทิ การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น โดยการคัดเลือกข้อมูล ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อค้นหาผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ ได้แก่ ปราชญ์ หมอพื้นบ้าน และผู้รับการรักษาเยียวยาด้วยยา พื้นบ้าน ต่าง ๆ ในชุมชนเป้าหมาย หลังจากนั้นจึงขยายกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลออกไปตามข้อมูลสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ เชิงลึก ด้วยวิธีการ Snowball Sampling โดยเครื่องมือที่ใช้ใน การสืบค้นข้อมูลในครั้งนี้ ใช้นิยามการสัมภาษณ์(Interview Guideline)

ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญ 2 ส่วน ส่วนแรกได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางสังคมประชากรของแพทย์พื้นบ้าน หรือปราชญ์ในชุมชน ที่อยู่และสภาพทางกายภาพของชุมชน และส่วนที่สอง ได้แก่ ที่มาขององค์ความรู้ด้านยารักษาโรค ประเภท ตำราหรือตำรับยา รูปแบบและขั้นตอน ลักษณะ การใช้ตลอดจนข้อห้าม และสรรพคุณของยาหรือวิธีการ รักษาเยียวยา

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตเชิงพื้นที่

เป็นการสืบค้นข้อมูลด้านยารักษาโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาพื้นบ้าน จากทุกจังหวัดในพื้นที่ลุ่มน้ำยมและลุ่มน้ำน่าน ที่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก (9 อำเภอ 93 ตำบล) พิจิตร (12 อำเภอ 89 ตำบล) สุโขทัย (9 อำเภอ 89 ตำบล) และอุตรดิตถ์ (9 อำเภอ 67 ตำบล) เมื่อ เสร็จสิ้นโครงการ

ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยปราชญ์ แพทย์พื้นบ้าน ผู้อาวุโส ผู้ให้ ข้อมูลด้านยาพื้นบ้านและสมุนไพร ตลอดจนคนผู้มี ประสบการณ์การรักษากับแพทย์พื้นบ้าน ทั้งเพศชายและ หญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป้าหมาย ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์

หลังจากการสำรวจข้อมูลจากเอกสารแล้ว คณะทำงาน ได้ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนเพื่อระบุชื่อปราชญ์ และแพทย์พื้นบ้านในชุมชน แหล่งปลูกหรือผลิตสมุนไพร ของชุมชน ตลอดจนผลิตภัณฑ์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับยารักษา โรครูปแบบต่าง ๆ ในพื้นที่เป้าหมาย จากนั้น จึงทำการ สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลอีกครั้งด้วยการจัดทำประชาพิจัย (PLA) ทั้งนี้ การ บันทึกข้อมูล การจัดกระทำข้อมูล และการจัดระบบข้อมูล จะดำเนินการทันทีหลังการเก็บข้อมูลทุกวัน สำหรับการ วิเคราะห์ข้อมูล จะดำเนินการตามขอบเขตของเนื้อหาและตรวจ สอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งแบบ Triangulation กับ ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชวิทยา ปราชญ์ แพทย์พื้นบ้าน และ ผู้ประกอบกิจการด้านสมุนไพร แพทย์แผนไทย และแพทย์ พื้นบ้าน ก่อนนำไปจัดทำฐานข้อมูลต่อไป

ผลการวิจัย

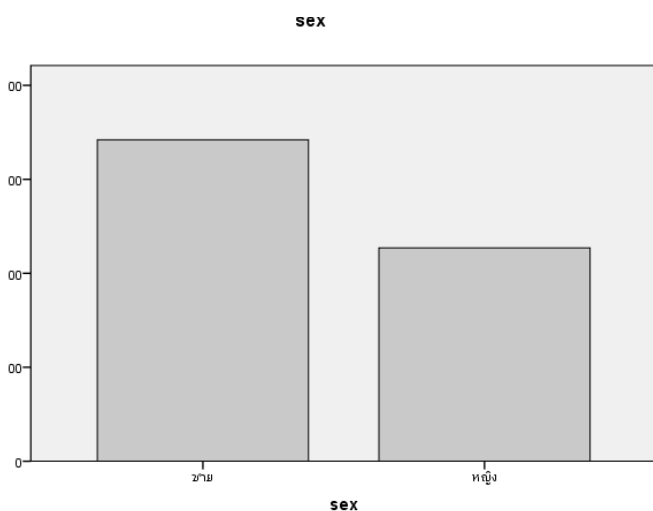
ผลการสืบค้นข้อมูลในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของระบบการแพทย์ (Medical System) ซึ่งมีอยู่ในทุกสังคม ว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของบุคคลและชุมชน ดังนั้นระบบการแพทย์ในทุกสังคมจึงมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามระบบคิด ความเชื่อ ทฤษฎีการแพทย์ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญถึงกันของระบบการแพทย์ในทุกสังคมได้แก่เป้าหมายกล่าวคือทุกระบบการแพทย์ล้วนมีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

สถานการณ์ด้านยารักษาโรคในพื้นที่ลุ่มน้ำยม-น่านภาคเหนือตอนล่าง

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของสถานการณ์ด้านยารักษาโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาเยียวด้วยการแพทย์พื้นบ้านของจังหวัดที่อยู่ในเขตลุ่มน้ำยม และลุ่มน้ำน่าน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ พิชณุโลก พิจิตร อุตรดิตถ์ และสุโขทัย รวมทั้งสิ้น 39 อำเภอ 338 ตำบล พบประเด็นสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

ตาราง 1 แสดงเพศของหมอพื้นบ้าน

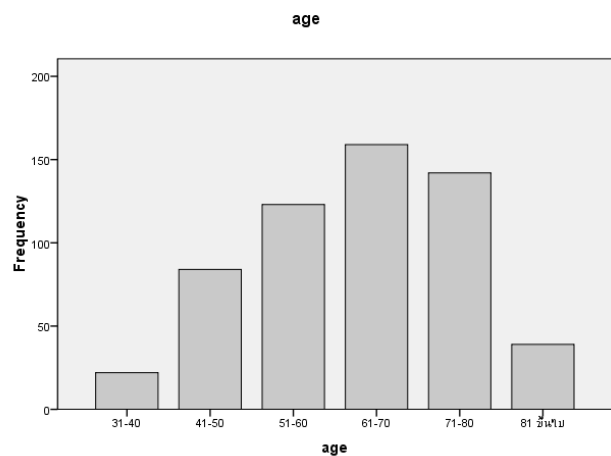
sex				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ชาย	342	60.1	60.1	60.1
หญิง	227	39.9	39.9	100.0
Total	569	100.0	100.0	



หมอพื้นบ้านใน 4 จังหวัด ได้แก่ สุโขทัย พิจิตร พิชณุโลกและอุตรดิตถ์ ประกอบด้วยหมอพื้นบ้านประเภทต่างๆ จำนวน 569 คน แบ่งออกเป็นเพศชายจำนวน 342 คน คิดเป็นร้อยละ 60.1และเพศหญิงจำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9

ตาราง 2 แสดงช่วงอายุของหมอพื้นบ้าน

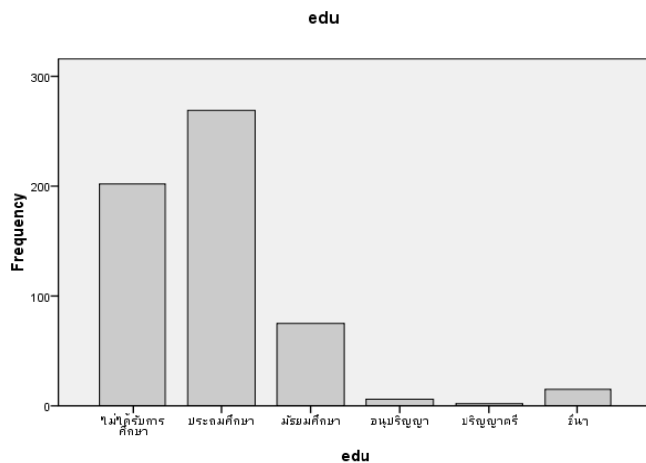
age				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 31-40	22	3.9	3.9	3.9
41-50	84	14.8	14.8	18.6
51-60	123	21.6	21.6	40.2
61-70	159	27.9	27.9	68.2
71-80	142	25.0	25.0	93.1
81 ขึ้นไป	39	6.9	6.9	100.0
Total	569	100.0	100.0	



หมอพื้นบ้านใน 4 จังหวัด สามารถแบ่งออกได้เป็นกลุ่มอายุต่างๆ ดังนี้ อายุระหว่าง 31 – 40 ปี มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 อายุระหว่าง 41 – 50 ปี มีจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มีจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 อายุระหว่าง 61 – 70 ปี มีจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 อายุระหว่าง 71 – 80 ปี มีจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และอายุตั้งแต่ 81 ปีขึ้นไป มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9

ตาราง 3 แสดงระดับการศึกษาของหมอฟันบ้าน

edu				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ไม่ได้รับการศึกษา	202	35.5	35.5	35.5
ประถมศึกษา	269	47.3	47.3	82.8
มัธยมศึกษา	75	13.2	13.2	96.0
อนุปริญญา	6	1.1	1.1	97.0
ปริญญาตรี	2	.4	.4	97.4
อื่น ๆ	15	2.6	2.6	100.0
Total	569	100.0	100.0	

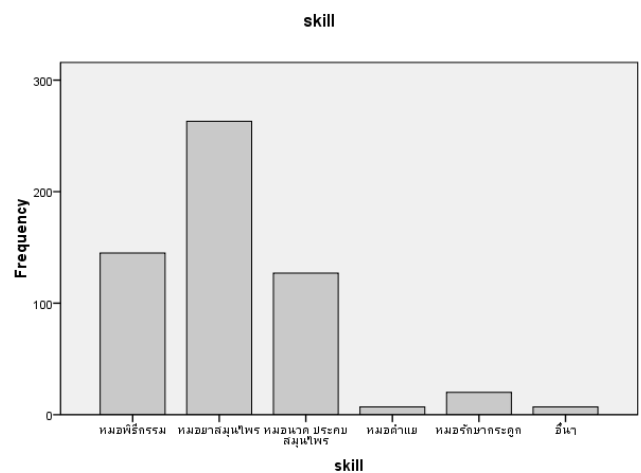


ระดับการศึกษาสูงสุดของหมอฟันบ้านใน 4 จังหวัด สามารถแบ่งออกได้ดังนี้ ไม่ได้รับการศึกษา มีจำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ระดับประถมศึกษา มีจำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2 ระดับอนุปริญญา มีจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ระดับปริญญาตรี มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 และอื่น ๆ มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6

ตาราง 4 แสดงความเชี่ยวชาญและประเภทหมอฟันบ้าน

skill				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid หมอพิธีกรรม	145	25.5	25.5	25.5
หมออายุสมุนไพร	263	46.2	46.2	71.7
หมอนวด ประคบสมุนไพร	127	22.3	22.3	94.0
หมอตำแย	7	1.2	1.2	95.3
หมอรักษากระดูก	20	3.5	3.5	98.8
อื่น ๆ	7	1.2	1.2	100.0
Total	569	100.0	100.0	

ประเภทของหมอฟันบ้านใน 4 จังหวัด สามารถแบ่งออกเป็น หมอพิธีกรรม มีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 หมออายุสมุนไพร/ยาแผนโบราณ มีจำนวน 263 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 หมอนวดประคบสมุนไพร มีจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 22.3 หมอตำแยมีจำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.2 หมอรักษากระดูกหัก มีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 และประเภทอื่น ๆ มีจำนวน 7 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.2



บทสรุป

ผลที่ได้จากการสืบค้นข้อมูลในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพื้นที่จังหวัดทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก พิจิตร อุตรดิตถ์ และสุโขทัย ซึ่งเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตลุ่มน้ำยมและน่าน ยังคงมีความนิยมในการนำสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ทั้งในยามปกติ อาทิ ใช้เป็นอาหาร เครื่องดื่มเสริมสุขภาพ การนวดและประคบ และในยามที่เจ็บป่วย อาทิ เป็นยารักษาอาการผิดปกติต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายใช้ภายนอก เช่น ยานวด ยาทา เป็นต้น และยาที่ใช้ภายใน ได้แก่ ใช้รับประทานหรือดื่มกินน้ำยา ได้แก่ ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยากวาดคอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา เช่น การบรรเทาอาการไม่สบายใจหรือเจ็บป่วยทางจิต เช่น การสู่ขวัญ การสะเดาะเคราะห์และการเรียกขวัญ การรักษาด้วยเวทมนตร์คาถา และการพันเป่าต่าง ๆ เป็นต้น

ผลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่าหมอฟันบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 59.8) โดยในช่วงอายุที่พบมากที่สุดได้แก่ 61 – 70 ปี (ร้อยละ 27.9) รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุ 71 – 80 ปี (ร้อยละ 25) สำหรับระดับการศึกษาของหมอฟันบ้านส่วนใหญ่พบว่า จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.3) รองลงมาได้แก่ ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 35.3) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 13.2) ตามลำดับ สำหรับประเภทของความเชี่ยวชาญพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหมออายุสมุนไพร/ยาแผนโบราณ (46.2) รองลงมาได้แก่ หมอพิธีกรรม (ร้อยละ 25.5) และหมอนวด ประคบสมุนไพร (ร้อยละ 22.3)

ผลของการสัมภาษณ์เจาะลึกกับหมอพื้นบ้าน ในพื้นที่ 4 จังหวัดที่ตั้งอยู่ในลุ่มน้ำยม-น่านพบว่า ยารักษาโรคที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนมากที่สุด ได้แก่ ยาสมุนไพรพื้นบ้าน ซึ่งหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้มาบรรพบุรุษ ซึ่งมีอาชีพเป็นหมอพื้นบ้านอยู่แล้ว รองลงมาพบว่า มีบางส่วนที่ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจนเกิดความชำนาญ แล้วจึงเริ่มทำการรักษาเยียวยาตนเอง คนในครอบครัว และคนในชุมชนตามลำดับ สำหรับประเภทของยารักษาโรคที่ได้ มีทั้งการใช้สมุนไพรตัวเดียว การใช้ตัวปรุงยาหลายขนานร่วมกัน และการรักษาร่วมกับวิธีการอื่น ๆ เช่น การปรุงเสกเวทมนตร์ คาถา และฟันเป่า และการสะเดาะเคราะห์ เป็นต้น

ทั้งนี้ สภาพปัญหาที่พบส่วนใหญ่พบว่าตำรับยาที่หมอพื้นบ้านใช้ เป็นตำรับยาที่ประกอบ ด้วยตัวปรุงยาจำนวนมาก ที่ได้รับการบอกเล่าต่อ ๆ กันมา ปริมาณหรือน้ำหนักของตัวปรุงยา มีวิธีการวัดที่แตกต่างกันไป คือ มีทั้งที่ใช้วิธีการวัดสากล ใช้วิธีการวัดแบบพื้นบ้าน และคาดประมาณตามความรู้สึกและประสบการณ์ของหมอพื้นบ้านแต่ละคน นอกจากนี้ ยังพบว่าปริมาณการบริโภคหรือลักษณะการใช้ ตลอดจนข้อห้ามต่าง ๆ มักไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน โดย

เฉพาะอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในระดับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน อายุ และโรคประจำตัว

ข้อเสนอแนะ

การสืบค้นข้อมูลด้านยารักษาโรคในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดมากมายในการจัดการความรู้ด้านยาพื้นบ้าน แต่การริเริ่มให้มีการสืบค้นข้อมูลในครั้งนี้ของสถานอารยธรรมศึกษา โขง-สาละวินมหาวิทยาลัยนเรศวร นับว่ามีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่การศึกษาต่อยอดองค์ความรู้ด้านยาพื้นบ้าน เพื่อนำไปสู่การสร้างเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์ให้แก่ชุมชนสืบต่อไป ทั้งนี้ คณะทำงานมีประเด็นข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรเร่งดำเนินการสืบค้นข้อมูลด้านยารักษาโรคในพื้นที่จังหวัดที่เหลือ ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ อุทัยธานี และตาก เนื่องจากหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพ และขาดผู้สืบทอดด้านองค์ความรู้
2. ควรศึกษาวิจัยด้านสรรพคุณทางยา ที่ได้จากผลการค้นพบในครั้งนี้ ก่อนการพัฒนาให้เป็นทรัพย์สินทางปัญญาของมหาวิทยาลัย แล้วจึงเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณชนต่อไป

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. 2545. **วิธีชุมชน: แผนงานวิจัยสังคมและสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์และพัชรินทร์ สิริสุนทร. 2545. **ความรู้คู่สังคม: รวมผลงานวิจัยของคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร**. กรุงเทพฯ: บริษัทพี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด.
- ประเวศ วะสี. 2541. **GDH สำคัญกว่า GDP ใน ชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง 11 จังหวัดภาคเหนือ**. เอกสารอัดสำเนา. ภัทราพร ตั้งสุขฤทัย. 2542. **พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี**. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Pleis JR, Lucas JW, Ward BW. 2009. **Summary Health Statistics for US Adults: National Health Interview Survey**, 2008. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(242).

