

สุขภาพคนไทย

การเปลี่ยนผ่าน

รอยอดีต



ภาพโครงการ
ก่อนประวัติศาสตร์

การเกิดแก่เจ็บตาย เป็นปรากฏการณ์ธรรมดาสามัญในชีวิตของมนุษย์ในยุคโบราณสิ่งที่คุกคามมนุษย์คือสภาพความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก ภัยจากธรรมชาติ สัตว์ร้าย และโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ โคจรกระตุกอายุราว 3,000 ปีก่อนที่ชุดพบที่โคกพนมดี ชลบุรี บอกเราว่าคนในยุคนั้นมีภาวะขาดสารอาหาร เด็ก ๆ ส่วนใหญ่มีกระดูกไม่รอดไปถึง 2 ขวบ ที่รอดมาได้ก็จะมีอายุราว ๆ 30 ปี จะหากอายุ 50 ปีสักคน ก็เป็นเรื่องยาก หญิงสาวเริ่มเป็นแม่คนตั้งแต่อายุ 19 และตั้งครรภ์บ่อย คนส่วนใหญ่ในหมู่บ้านเป็นทั้งโรคโลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย) โรคข้อต่ออักเสบเรื้อรัง ฟันผุ เหนื่อยอึดเสบ โรคมาลาเรีย บิดอหิวาตกโรค และพยาธิทั้งตัวกลมตัวตืด เมื่ออารยธรรมพัฒนามากขึ้น ขนาดของรัฐใหญ่มากกว่าเดิม การดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบก็ปรากฏอาทิเช่น อโรคยาศาลที่สร้างโดยพระเจ้าชัยวรมันที่เจ็ดแห่งอาณาจักรขอมโบราณ



การขุดค้นทางโบราณคดีอื่น ๆ ทั่วโลก ล้วนแสดงให้เห็นว่าสุขภาพของคนในยุคโบราณนั้นไม่ดีนัก ศพที่พบอายุไม่มากนักและมีร่องรอยของโรคภัยต่าง ๆ สุขภาวะของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม พัฒนาการของการแพทย์ท้องถิ่น การเกิดขึ้นของรัฐ และการเข้ามาของการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่

ธรรมเนียมการฝังศพในของขอมโบราณ



เจ้าพระยาโกษาธิบดี (ปาน) เข้าเฝ้าพระเจ้าหลุยส์ ที่ 14

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว
ผู้นำการสาธารณสุขสมัยใหม่มาสู่สยาม

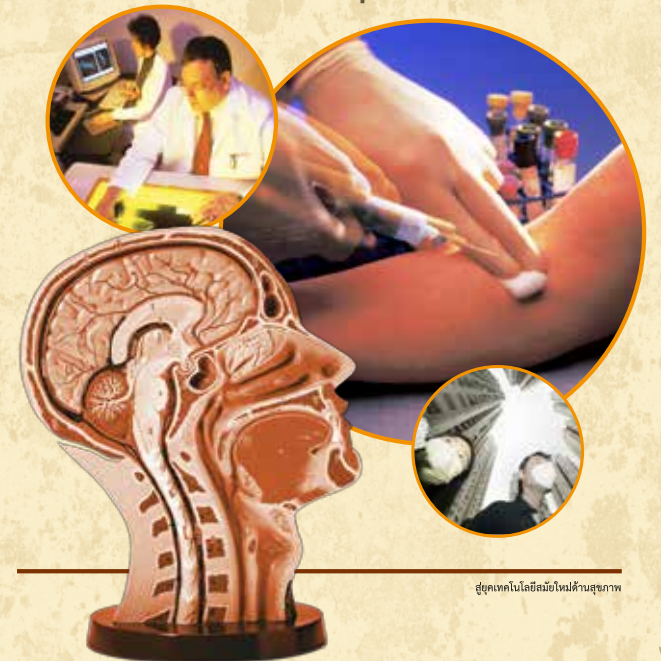
1

ซิมง เดอ ลาลูแบร์ (Simon de La Loubère) ที่เดินทางเข้ามาพร้อมกับคณะทูตของพระเจ้าหลุยส์ที่ 14 ซึ่งเข้ามาเจริญพระราชไมตรีกับพระบาทสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ลาลูแบร์ ได้กล่าวถึงโรคและลักษณะนิสัยที่เขาเห็นว่าสาเหตุของการเกิดโรคว่า โรคที่เป็นกันมากมักจะเป็นโรคปวंग (อาจจะ เป็นอหิวาตกโรคที่รู้จักกันในปัจจุบัน) โรคบิด ใช้จับสั้น (มาลาเรีย) ปอดบวม โรคโหวด โรคไอหอบ โรค บวมทุกแบบ และไข้ช้ออักเสบ โรคมะเร็ง (สมัยก่อนเรียก โรคที่มีแผลเน่าเปื่อยเรียกว่า มะเร็ง) โรค ผิหนองต่าง ๆ กามโรค และไข้ทรพิษ โรคที่ไม่เป็นกันเลย คือโรคลักปิดลักเปิดและโรคท้องมาน ผู้คน โดยมากอายุไม่ยืนนัก รัฐไทยโบราณไม่มีบทบาทมากนักในการแพทย์และการสาธารณสุขของประชาชน

2

ในสมัยรัชกาลที่ 2 กรุงรัตนโกสินทร์ฯ พ.ศ. 2363 เกิดอหิวาตกโรคระบาดอยู่ราว 15 วัน ทำให้มีคนตายประมาณ 30,000 คน ทางราชสำนักจึงจัดพิธีอาพาธพินาศ ด้วยการสวดอาถรรพ์ภูษาฎีสูตร และยิงปืนใหญ่รอบพระนครเพื่อขับไล่ผีที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค แต่คนก็ไม่หยุดล้มตาย จนเมื่อในสมัย รัชกาลที่ 5 มีความรู้เรื่องเชื้อโรคและการจัดการความสกปรก จึงมีการออกพระราชกำหนดสุขาภิบาล ร.ศ. 116 (พ.ศ. 2440) นับเป็นก้าวแรกในการจัดการและควบคุมโรคบนฐานความรู้เรื่องการสุขาภิบาล บทบาทของรัฐในด้านสุขภาพจึงก่อตัวขึ้นพร้อม ๆ กับการรับเอาแนวคิดด้านการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่

สู่ออนาคต



ยุคเทคโนโลยีมีโฉมหน้าสุขภาพ

เทคโนโลยีทางการแพทย์มีส่วนไม่มากนักต่อสุขภาพของคน เมื่อเทียบกับมาตรการด้านการสาธารณสุข เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับอาหาร สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม การสัมพันธ์กับโลกภายนอกได้นำมาซึ่งความรู้ใหม่ วัฒนธรรมใหม่และบทบาทใหม่ของรัฐ ในขณะที่เดียวกันก็นำพาปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยเข้ามาด้วย โลกาภิวัตน์ได้นำเรื่องราวระดับโลกมาปรากฏในระดับท้องถิ่น เกิดเป็นปัญหาท้องถิ่นที่แยกไม่ออกจากปรากฏการณ์ระดับโลก ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางสังคม โลหิตสโตลล์ เขย่งฝรั่ง โสเภณีข้ามชาติ ปัญหายาเสพติด รวมทั้งโรคข้ามพรมแดนต่าง ๆ เช่น ไข้หวัดนก โรคซาร์ส ไข้หวัด 2009 การสร้างสุขภาพของชุมชนต้องมีความรู้ความเข้าใจในปัจจัยภายนอก ที่เชื่อมโยงกับปัจจัยภายในเหล่านี้ด้วย



900 ปี
การสาธารณสุขไทย



รอยอดีต

ที่ทำการและสถานพยาบาลของหมอตะวันตก
จากภาพวาดผ่านนิตยสารสยามนิล



ก่อนหน้าที่จะมีบริการสุขภาพ
ของรัฐ สยามในอดีตปรากฏ
ร่องรอยของโรงพยาบาลของ
บาทหลวงคาทอลิกในสมัย
อยุธยา โอสดศาลาของหมอ
มิชชันนารีโปรเตสแตนต์ใน
กรุงเทพฯ สมัยต้นรัตนโกสินทร์
และร้านขายยาของหมอเคลย
ศักดิ์ต่าง ๆ ทั้งไทย จีน ฝรั่งเศส

เมื่อเกิดโรคระบาดครั้งใหญ่
ในสมัยรัชกาลที่ 5 มีการสร้าง
“สถานพยาบาลชั่วคราว” สำหรับ
ดูแลผู้ป่วย ก่อนจะลงหลักปักฐาน
เป็นโรงพยาบาลศิริราช จนมาถึงยุค
ที่การแพทย์และระบบดูแลสุขภาพ
เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างชาติ
การสร้างโรงพยาบาลกลายเป็น
ทั้งสัญลักษณ์และความจำเป็น
ภายใต้ชื่อของความเจริญแห่งชาติ



สถานพยาบาลชั่วคราว
รักษาผู้ป่วยโรคระบาด สมัยรัชกาลที่ 5

วิวัฒนาการของระบบบริการ การเปลี่ยนผ่าน • สุขภาพไทย



ศิริราชพยาบาลยุคแรก



พระองค์เจ้าสุริยวงศา
อธิบดีกรมพยาบาลผู้จัดตั้งศิริราชพยาบาล



สถานีอนามัยยุคแรก



พระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์
หนึ่งในคณะกรรมการก่อตั้งศิริราชพยาบาล



สถานีอนามัยยุคแรก



โรงพยาบาลของมิชชันนารีแห่งแรกที่เขาวงกต

1

เมื่อเกิดโรคระบาดครั้งใหญ่ใน พ.ศ. 2424 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวขึ้นที่ชุมชนรวม 48 แห่ง เมื่อโรคระบาดสงบลงแล้วทรงมีพระราชปรารภที่จะให้มีโรงพยาบาลประจำท้องที่อย่างถาวรขึ้นต่อไป จึงมีการแต่งตั้ง “กอมิตติจัดการโรงพยาบาล” ขึ้นเพื่อทำการก่อสร้างโรงพยาบาล พร้อมกับโรงพยาบาลอื่น ๆ อีกสี่แห่งแห่งคือ โรงพยาบาลริมป้อมมหากาฬ หรือ บุรพาพยาบาล โรงพยาบาลคนเสียจริต โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลเทพศิรินทร์ โรงพยาบาลสนามเสน ทำหน้าที่ในการรักษาคนป่วยทั่วไป รับปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ และเป็นทั้งแจกยาเมื่อเกิดโรคระบาด การรักษาแต่เริ่มแรกเน้นที่ยาต้มชานต่าง ๆ เช่น ยาแก้ริดสีดวง ยาแก้บิด ยาแก้ไข้ตาเหลือง แก้ไข้ข้อ แผลเป็นฝีและน้ำเหลือง ส่วนการรักษาตามแบบตะวันตกนั้น มีบริการรักษาทางยา การผ่าตัด และการคลอดบุตร โรงพยาบาลที่ทำการผ่าตัดมีเพียงโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลบางรัก เท่านั้น



สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาเทวัญวิมล
ผู้รับหน้าที่ก่อสร้างศิริราชพยาบาล

2

โอสดศาลา เป็นสถานที่ทำการรักษาหรือแจกยาให้กับประชาชน ร้านขายของหมอบริดเลย์ในสมัยรัชกาลที่ 3 ก็ถูกเรียกว่า โอสดศาลา ภายหลังจากการจัดตั้งกรมพยาบาลใน พ.ศ. 2432 จึงมีการจัดตั้งร้านขายยาของกรมฯ ให้ชื่อว่า โอสดศาลา ตามสถานที่ต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด เช่น บริเวณตลาดน้อย ซึ่งเดิมเป็นของมิชชันนารีอเมริกันคณะเพรสไบทีเรียน (Presbyterian) เรียกกันว่า โรงยาอเมริกันเบรตปะที่เรียนมิชชันดิสเพนเซรี ต่อมา กรมพยาบาลได้จัดการปรับปรุงร้านขายยาขึ้นมาใหม่โดยมุ่งขายยาฝรั่งเป็นหลัก เรียกว่า โอสดศาลาของรัฐบาล ตั้งเมื่อ พ.ศ. 2445 มีการขยายโอสดศาลาออกไปในหัวเมืองเน้นการจัดยาราคาถูกให้กับประชาชน

พ.ศ. 2478 มีการเสนอแผนโอนย้ายในหัวเมืองให้รัฐบาลในเวลานั้น พิจารณาเรื่องการจัดหาสถานที่สำหรับการแพทย์และการสาธารณสุขในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ นอกจากการจัดตั้งโรงพยาบาลชั้นที่ 1 ชั้นที่ 2 ชั้นที่ 3 ยังมีการปรากฏขึ้นมาของ สุขศาลาชั้นที่ 1 และสุขศาลาชั้นที่ 2 จนกระทั่ง พ.ศ. 2491 (หรือราว 13 ปีถัดมา) มีรายงานระบุว่า ทั่วราชอาณาจักรมีสุขศาลา ชั้นที่ 1 และสุขศาลาชั้นที่ 2 รวมทั้งสิ้น 563 แห่ง

พ.ศ. 2495 มีการเปลี่ยนชื่อจาก สุขศาลา เป็นสถานีอนามัยขึ้นหนึ่งและชั้นสอง ใน พ.ศ. 2515 ปรับเปลี่ยนจากสถานีอนามัยขึ้นหนึ่ง เป็น ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท พ.ศ. 2517 เปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์การแพทย์และอนามัย พ.ศ. 2518 ยกฐานะของศูนย์การแพทย์และอนามัย เป็น โรงพยาบาลอำเภอ พ.ศ. 2525 มีการปรับจากโรงพยาบาลอำเภอ เป็น โรงพยาบาลชุมชน และ พ.ศ. 2552 สถานีอนามัย ได้ถูกเปลี่ยนเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งหวังถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนได้กว้างขวางและครอบคลุมยิ่งกว่าเดิม

โครงสร้างการรับบริการของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากที่คนส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มาเป็นการรับบริการที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการใกล้บ้านมากขึ้น ทำให้ระบบบริการปฐมภูมิกลายเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

สู่อนาคต



งานการประชุมสุขภาพแห่งชาติ

งานการประชุมสุขภาพในปัจจุบัน



ดร. เทซ นาร์เรย์ (ซ้าย)
ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก
ผู้สนับสนุนสาธารณสุขของไทย

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดสำคัญเรื่อง Health Systems based on Primary Health Care หรือระบบสุขภาพบนฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับการพัฒนาบริการสุขภาพในอนาคต แนวคิดดังกล่าวชี้ว่าระบบบริการทุกระดับต้องมีบทบาทในการสนับสนุนงานสุขภาพเชิงรุก บูรณาการทั้งด้านการส่งเสริม-ป้องกันควบคุมโรค-รักษาและการฟื้นฟูโดยมีชุมชนเป็นฐาน แนวคิดดังกล่าวยังต้องการการพัฒนาให้เป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะเป็นระบบบริการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน รวมทั้งระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



ร่อยอดีต



นายแพทย์คาร์ล กูดสลาฟฟ์
แพทย์มิชชันนารีคนแรก
ที่เข้ามาในสยาม
สมัยรัชกาลที่ 3



การเดินทาง
ของคณะมิชชันนารี

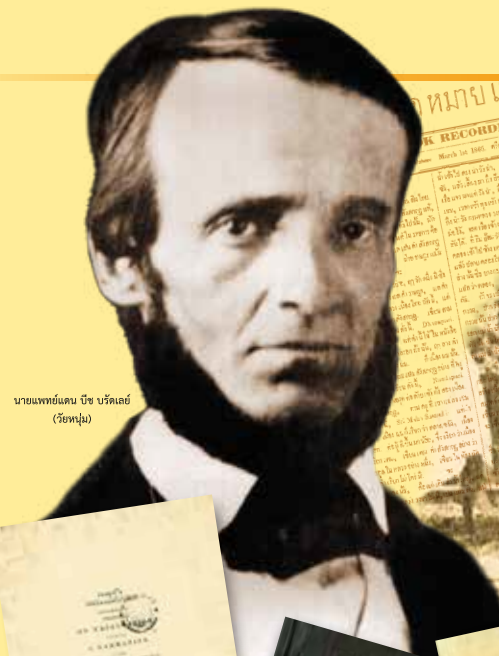


เครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ในสมัยรัชกาลที่ 3

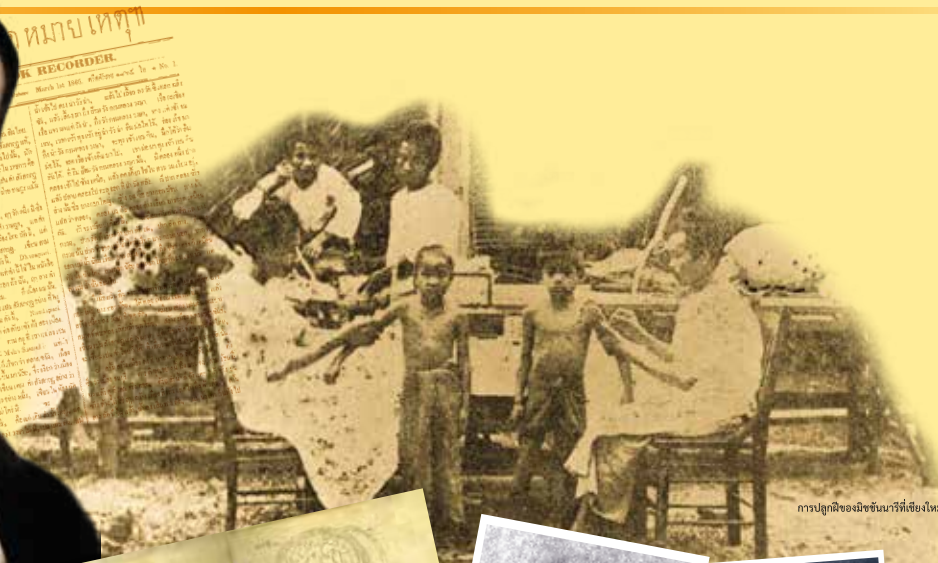
แม้ชาวตะวันตกจะเข้ามาในสยามตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา แต่ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์สมัยใหม่ที่มาพร้อมกับคณะมิชชันนารีที่เข้ามาทำงานในสมัยต้นรัตนโกสินทร์ เริ่มต้นกำเนิดสำคัญจากระบบการแพทย์สมัยใหม่ของไทย นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) หรือหมอบรัดเลย์ ในสมัยบทบาทสำคัญในการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ อาทิ การปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษ การทำคลอดตามแบบตะวันตกสมัยใหม่ แนวคิดเรื่องการจัดกระบบสุขภาพ ตลอดจนการขยายการรักษาพยาบาลออกไปตามหัวเมือง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระทั่งการจัดการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์เข้ามาในประเทศไทย

หมอฟรังกับสังคมไทย

การเปลี่ยนผ่าน



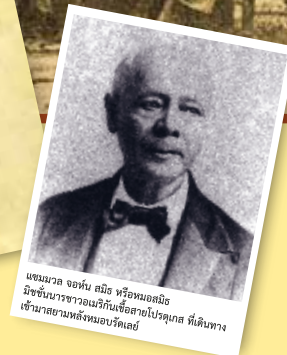
นายแพทย์แคน บิช บรัดเลย์
(วัยหนุ่ม)



การปลูกพืชของมิชชันนารีที่เชียงใหม่



คำให้การแพทย์ตะวันตกเล่มแรกของสยาม



แซมมวล จอห์น สมิธ หรือหมอสมิธ
มิชชันนารีชาวอเมริกันเชื้อสายโปรตุเกส ที่เดินทาง
เข้ามาสยามหลังหมอบรัดเลย์



ชาบูเอล จี แมคฟาร์แลน
ผู้ตั้งโรงพยาบาลที่เพชร

1

หมอบรัดเลย์เป็นผู้ริเริ่มการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษในเมืองไทย แต่ในเวลานั้นยังต้องสั่งวัคซีนจากอเมริกาและใช้เวลาขนส่งถึง 9 เดือน หมอบรัดเลย์จึงใช้วิธีการเอาหนองจากคนป่วยมาปลูกฝีคน โดยตรง ซึ่งเป็นวิธีที่อันตราย

ในปี พ.ศ. 2381 ไชยรพีชระบาด หมอบรัดเลย์จึงพิมพ์ใบปลิวชักชวนคนไทยให้มาปลุกพระพิฆ
มีการพิมพ์ “คำสาปลูกไม้ดอกไม้ธูปเทียนให้หนีได้” แจก 1,500 ฉบับ พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้า
เจ้าอยู่หัว ทรงโปรดเกล้าฯ ให้หมอบรัดเลย์และหมอบเอลเลียตเป็นผู้ให้การปลุกพระพิฆพวงชัยชนะบ้าน
การเคหะบางพลีภูมิตามหมู่บ้านในชนบทหลายแห่งเป็นการจูงใจลัทธิของพวกมิชชันนารี จนปี พ.ศ. 2448
เมื่อรัฐบาลตั้งสถานเลี้ยงเด็กกำพรสขึ้นที่สี่กั๊กพระยาศรี และออกกฎหมายบังคับให้ทุกคนปลุกผีป้องกัน
พ.ศ. 2456 การปลุกผีโดยพวกมิชชันนารีจึงค่อย ๆ ลดความสำคัญลง

2

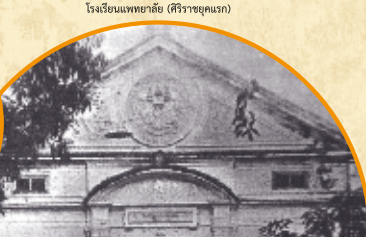
คัมภีร์ศรภททราชา หมอบรัดเลย์พิมพ์ขึ้นเป็นภาษาไทยเมื่อปี พ.ศ. 2385 จำนวน 200 ฉบับ แจกจ่ายให้กับหมอหลวงในเวลานั้น เพื่อให้คนไทยที่หันมาคลอคลุแบบตะวันตก เนื้อหาในตำราเป็นเรื่อง การปฏิสนธิ ภาวะวิบากของทารกในครรภ์ วิธีการทำคลอดทารกที่อยู่ในท่าต่าง ๆ รวมไปถึงเครื่องมือการทำคลอดแบบตะวันตก จำนวน 167 หน้า ภาพวาดประกอบอีก 50 แผ่น

เทคนิคความรู้ด้านการแพทย์ต่าง ๆ ของชาวตะวันตก หากจะนำมาให้เป็นผลสำเร็จในสังคมไทย จำเป็นต้องมีการปรับตัว ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของท้องถิ่น และความร่วมมือของคนในท้องถิ่น เช่น การใช้ยาไทยหยอดตา (ควินินเม็ด) ของพระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ หรือการฝึกให้หมอชาวไทยปลูกฝีได้ของหมอบริตเลย์ เป็นต้น

สู่อนาคต



ร้านขายยาบางกอก คีส์เพนซารี



โรงเรียนแพทยาลัย (ศิริราชยุคแรก)



การเดินทางของหมอฝรั่งในสมัยรัชกาลที่ 5

หมอฝรั่งและยาฝรั่งในยุคแรกจะไม่ได้รับความยอมรับจากคนไทย แต่กลยุทธที่สำคัญคือการพิสูจน์ให้เห็นจากการปฏิบัติจนรู้ตัวกับกษัตริย์ว่าเขาเหล่านั้นมีความยอมรับจากชนชั้นกลาง อำนาจอ่อนนับ ในขณะเดียวกัน การมีผลได้ประโยชน์ให้พระมหากษัตริย์และสามารถขยายไปในวงกว้าง เช่นการปลูกพืชที่ทำได้ทั้งหมอลว หมอลอยศักดิ์ (หมอยาบ้าน) ทำให้ใช้ทรัพย์สินหมดไปจากประเทศไทย ความสำเร็จเกิดจากสามองค์ประกอบของการขับเคลื่อนคือ “ความรู้ อำนาจ และ การมีส่วนร่วมของสังคม”



๑๐๐ปี
การสาธารณสุขไทย



รอยอดีต



ผ่านกักกันเพื่อ
ตรวจโรคระบาดในสมัยก่อน

การควบคุมและป้องกันโรคในสยามเริ่มในยุค
ต้นรัตนโกสินทร์เมื่อฝรั่งเศสได้นำการปลูกวัคซีน
ป้องกันไข้ทรพิษและการจัดระบบสุขาภิบาล
เพื่อป้องกันโรคระบาดมาใช้ เมื่อเกิด
กาฬโรคระบาดใน พ.ศ. 2444 นายแพทย์
แคมเบล โยเอ็ท แห่งกรมสุขาภิบาล
เสนอให้รัฐบาลออกมาตรการเพื่อ
การป้องกันและควบคุมโรคหลายอย่าง
อาทิเช่น ตั้งกรมป้องกันโรคภัย การ
กักเรือไว้ที่ด่านตรวจเรือ การกำจัดหนู
การเก็บหนูตายไปเผาทำลายพร้อมกับขยะ
โสโครก

การออกประกาศเตือนถึงลักษณะ
ของโรค จัดซื้ออุปกรณ์ และจัดตั้ง
“Bacteriological Laboratory”
เพื่อการวินิจฉัยโรค โดย
ข้อเสนอหลังสุดทำให้กรม
สุขาภิบาลจัดตั้ง “โรงทดลอง
ความสุขของราษฎร
ปัสติกเฮลเบอเรตอรี
(Public Health Laboratory)”
ทำหน้าที่ในการตรวจเชื้อแบคทีเรีย
และวินิจฉัยโรคนับเป็นก้าวแรก
ของงานด้านการควบคุมป้องกันโรค



ปัสติกเฮลเบอเรตอรี ในสมัยพระวรวงศ์ฯ พ.ศ.1900

การควบคุม การเปลี่ยนผ่าน • และป้องกันโรค



หน่วยบรรเทาทุกข์ของกองบัญชาการกองทัพบก

ศ. นพ.สวัสดิ์ แสงสว่าง
ผู้ค้นพบวงจรชีวิตของหนอนพยาธิวัณโรค
เป็นครั้งแรกของโลก ร่วมกับ ศ. นพ.เฉลิม พรหมมาศ



การออกบรรเทาทุกข์ของกองทัพบก พ.ศ. 2464



ผู้เขียนกฎหมายด้านสุขภาพให้ควมรู้



หน่วยควบคุมมาลาเรีย



รณรงค์ป้องกันไข้มาลาเรีย



ความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ
ในการควบคุมและป้องกันโรค

1

โรคมมาลาเรีย หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่าไข้มาลาเรีย ปรากฏในรายงานประจำปีของแพทย์สุขาภิบาล
ที่นายแพทย์แคมเบล โยเอ็ท นำเสนอต่อกรมหลวงนครสวรรค์ธิ์ เสนาบดีกระทรวงนครบาล เมื่อ
พ.ศ. 2447 ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2460 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2462 ดร. เอ็ม.อี. บาร์น
(M.E. Barnes) จากมูลนิธิร็อกเก้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) ได้มาทำโครงการพยาธิปากขอ
(Antihookworm campaign) ในภาคเหนือของสยาม

พ.ศ. 2480 รัฐบาลมีนโยบายขยายการควบคุมโรคที่เป็นปัญหา เช่น ไข้จับสั่น วัณโรค โรคเรื้อน
พ.ศ. 2490 มีสถิติการตายจากไข้มาลาเรีย 2,034 คน หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 องค์การระหว่างประเทศ
มีบทบาทมากขึ้น ระหว่าง พ.ศ. 2492-2494 UNICEF องค์การอนามัยโลกและรัฐบาลสหรัฐอเมริกา
ได้ช่วยเหลือรัฐบาลไทยในการควบคุมไข้มาลาเรียที่ อ.สารภี จ.เชียงใหม่ โดยปฏิบัติการดังกล่าว
อยู่ภายใต้บริบทของสงครามเย็นที่ชาติตะวันตกพยายามรักษาสถานะทางการเมืองและการทหาร
ในภูมิภาคนี้

2

ในปัจจุบัน มีแนวโน้มที่ชัดเจนว่ากลุ่มโรคติดต่อเก่า เช่น โรคพยาธิ มาลาเรีย วัณโรคและโรคเรื้อน
จะลดลง (คงเหลืออยู่กลุ่มชายขอบ คนยากจน) โดยมีกลุ่มโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน
ความดัน โรคหัวใจ ปัญหาโภชนาการเกิน ภาวะเสื่อมต่าง ๆ และโรคทางพันธุกรรมทั้งในเด็กและผู้
สูงอายุ) กลุ่มโรคอุบัติซ้ำ (ไข้หวัดนก ซาร์ส ไข้เลือดออก วัณโรคและมาลาเรียดื้อยา และโรคจาก
เชื้อโรคใหม่ ๆ) และผลกระทบสุขภาพจากปัญหาสังคม เช่น ยาเสพติด ความรุนแรง อาชญากรรมและ
อุบัติเหตุกลายเป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้น

งานป้องกันและควบคุมโรคในปัจจุบันจึงสัมพันธ์กับปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับบุหรื
สุรา อาหารหวาน อาหารเค็ม การออกกำลังกายและปัจจัยทางสังคม (Social determinants) ต่าง ๆ
ปัจจัยเหล่านี้นอกจากจะมีมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้ยากแล้ว ยังเชื่อมโยง
กับการเมือง ระบบเศรษฐกิจท้องถิ่นและของโลก ทุนนิยมโลก กฎหมายและข้อตกลงระหว่างประเทศ

สถานการณ์



ปัจจัยในการป้องกันโรค: BEINGS
Biological and Behavioral Factors
Environmental factors
Immunologic factors
Nutritional factors
Genetic factors
Services, Social and Spiritual factors



ปัจจัยในการควบคุมโรค: 4Cs
Cases วิจัย สืบสวน แยกโรค รักษา ติดตาม
Contacts ผู้สัมผัสโรค ค้นหา ติดตาม เฝ้าระวัง
Carriers พาหะ ค้นหา สังเกต ติดตาม เฝ้าระวัง
Community ชุมชน สืบสวน สื่อสาร ความร่วมมือ



มาตรการควบคุมและป้องกันโรคในปัจจุบัน

การควบคุมและป้องกันโรคเป็นงานเชิงรุกที่สำคัญ ปัญหาโรคและความเสี่ยง
ที่ต้องทำการป้องกันหรือควบคุมมีมากขึ้นและเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยมากขึ้น ทั้งกลุ่ม
โรคเก่า โรคใหม่ ๆ ภาวะแทรกซ้อนทางสังคม อย่างไรก็ตาม หลักการทำงานด้านการ
การป้องกันและควบคุมโรคยังคงใช้ได้เหมือนเดิม แต่ในการประยุกต์เข้ากับปฏิบัติการ
ในระดับชุมชน จำเป็นต้องเข้าใจบริบทของชุมชนอย่างน้อย 5 ประการคือ

1. การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง
2. พฤติกรรมและแบบแผนการปฏิบัติเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค
3. ความเหลื่อมล้ำและความสัมพันธ์ทางอำนาจในชุมชน
4. แบบแผนการตอบสนองของปัจเจก ชุมชนต่อปัญหา
5. ทรัพยากรของท้องถิ่นเพื่อการเยียวยาและฟื้นฟู



รอยอดีต

แม้คำว่า “โรคห่า” มักเข้าใจกันว่าหมายถึงโรคหัดหรือโรค แต่ใน
ความหมายเดิมมันหมายถึงโรคที่ทำให้คนตายจำนวนมาก
แม้หลักฐานในพงศาวดารเมืองลำพูนจะเรียก
โรคระบาดที่เกิดขึ้นที่เมืองหริภุญไชยในช่วงต้น
ของคริสต์ศตวรรษที่ 11 ว่า อหิวาตกโรค
แต่ก็ไม่รู้ว่ามันเป็นโรคเดียวกับอหิวาต์
ในทุกวันนี้หรือไม่ ในเวลานั้น ผู้คน
พากัน ทั้งคนป่วยไว้ หนีตายไปที่อื่น
จนเมืองร้างในตำนานเล่าว่า
โรคระบาดอยู่ถึง 6 ปี จึงสามารถ
กลับมาอยู่ที่เมืองหริภุญไชยได้ตามเดิม

ตำนานเรื่องการตั้งกรุงศรีอยุธยา
เล่ากันว่า การที่พระเจ้าอู่ทองอพยพ
มาสร้างเมืองใหม่เพราะเมืองเดิม
เกิดภัยพิบัติโรคห่าระบาด
และเมื่อล่องเข้ามาในสมัยต้น
กรุงรัตนโกสินทร์ฯ คนก็ล้มตาย
จากโรคอหิวาตกโรคหลายหมื่นคน
กาฬโรค เป็นอีกโรคหนึ่ง
ที่เข้ามาคุกคามชีวิตคนไทย
ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระ
จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว
กระทั่งในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระ
มงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว
จึงมีการระบุนิคมโรคติดต่อ
ตามพระราชบัญญัติสำหรับโรคระบาด
พ.ศ. 2456 ไว้ 3 โรค คือ
กาฬโรค อหิวาตกโรค และไข้ทรพิษ



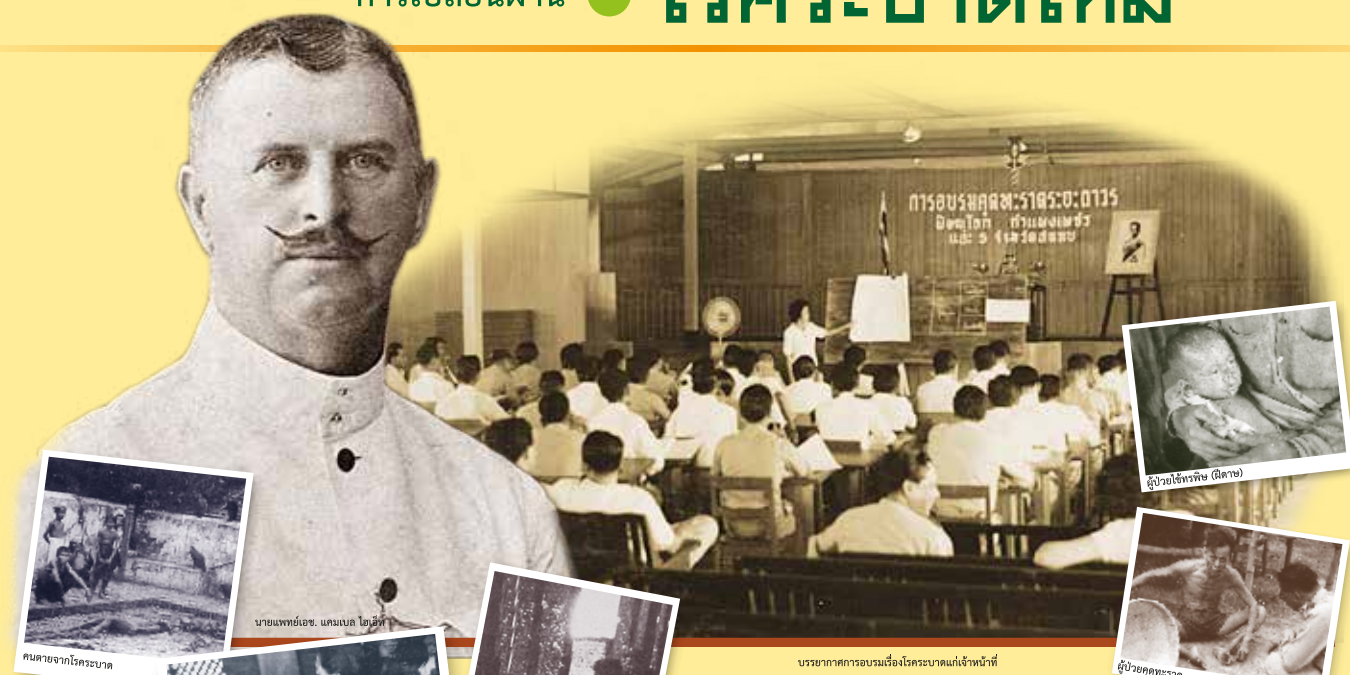
พระธาตุหริภุญไชย



กรุงเก่า สมัยรัชกาลที่ 5

โรคระบาดเก่า

การเปลี่ยนผ่าน ● โรคระบาดใหม่



คนตายจากโรคระบาด



การปลุกผีเพื่อขจัดภัย



การรักษาผู้ป่วยโรคอหิวาต์

1 กว่าความรู้เรื่องเชื้อโรคจะเป็นที่ยอมรับก็ล่วงเข้าปลายคริสต์ศตวรรษ ที่ 20 แล้ว ก่อนหน้านั้น
ฝรั่งเชื่อว่าโรคเกิดจาก “อายพิศม์” (Miasma) ที่สิ่งแวดล้อมปล่อยออกมาทำให้คนป่วย ความรู้เรื่อง
เชื้อโรคถูกนำเสนอโดยนายแพทย์เอช. แคมเบล ไฮเอท์ (H. Campbell Hight) ในรายงานของทางการ
เมื่อ พ.ศ. 2444 ว่ามีการตรวจพบเชื้ออหิวาตกโรคในอุจจาระของผู้ป่วย
ในสมัยรัชกาลที่ 5 มีการตรวจพบผู้ป่วยรายแรกที่เสียชีวิตจากกาฬโรคในกรุงเทพฯ ที่ตำบล
ตึกแดง พ.ศ. 2447 โดยนายแพทย์เอช. แคมเบล ไฮเอท์ ที่รับราชการในกรมศุขาภิบาล ณ เวลานั้น
ความหวาดวิตกทำให้มีการนำมาตรการต่าง ๆ มาใช้ เช่น ประกาศแจ้งเตือนภัย กักเรือเพื่อป้องกันโรค
กักจับหนู กักบริเวณผู้ป่วยและญาติ เฝ้าบ้านที่มีผู้ติดเชื้อ เป็นต้น มาตรการเหล่านี้ส่งผลให้มีการปิดบัง
ข้อมูลกับทางการ กาฬโรคได้ระบาดอย่างรวดเร็วใน พ.ศ. 2448 ไปถึง 6 หัวเมืองรอบกรุงเทพฯ และ
ระบาดเรื่อยมาทุกปีแม้จะไม่ร้ายแรง จนมาสงบลงใน พ.ศ. 2493

2 การรณรงค์อย่างเข้มแข็งนับตั้งแต่ทศวรรษที่ 2500 เป็นต้นมา ทำให้โรคลหัดโรคหัดไปหรือลด
ความรุนแรงลง อย่างเช่น คุดทะราด ไข้ทรพิษ โปลิโอ วัณโรค โรคเรื้อน หรือโรคที่ควบคุมได้ด้วยการฉีด
วัคซีน อาทิ ไอกรณ คอตีบ บาดทะยัก ในขณะที่ช่วงก่อน โรคไร้เชื้อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคระบบหัวใจ
และหลอดเลือดและโรคมะเร็งก็มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว
ขณะที่โลกกำลังคิดว่าโรคติดต่อจะถูกกวาดล้างจนหมดไป ก็เกิดการระบาดของโรคเอดส์ขึ้นใน
ราวทศวรรษที่ 2520 ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/AIDS เป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2527 นับถึงปัจจุบัน
คาดประมาณว่าผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 คน เสียชีวิตไปแล้วประมาณ 300,000 คน
โรคเอดส์ได้เปลี่ยนวิธีการทำงานควบคุมโรคให้หันมานับมิติทางสังคม โดยนอกจากภาครัฐแล้ว องค์กร
พัฒนาเอกชนมีบทบาทที่สำคัญอย่างมากในการแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะการคุ้มครองและรักษา
สิทธิของผู้ติดเชื้อ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสังคม และการผลักดันนโยบายในระดับต่าง ๆ เพื่อ
จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ
ในปัจจุบัน โรคระบาดเก่าหลายโรคได้กลับมาปรากฏตัวใหม่ เช่น วัณโรค อหิวาต์ ทั้งมีโรคจาก
เชื้อตัวใหม่ ๆ เช่น โรคเอดส์ อีโบลา โรคซาร์ส ไข้หวัดนก หรือโรคที่ไม่เคยปรากฏในพื้นที่นั้น ๆ ก็
ปรากฏขึ้น โรคที่เชื้อโรคคือยา ลักษณะของโรคติดต่อใหม่เหล่านี้เกิดจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน
เช่น จำนวนประชากรที่มากขึ้นและมาอยู่รวมกันอย่างแออัด พฤติกรรมของการใช้ชีวิตเปลี่ยนไป ผลจาก
เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การบุกรุกทำลายป่าและการเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศ โลกาภิวัตน์
ที่ทำให้โลกเล็กลงและเชื่อมโยงถึงกันหมด รวมทั้งการกลายพันธุ์ของเชื้อโรค ได้ทำให้ระบาดวิทยาและ
การทำงานควบคุมป้องกันโรคต่างไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

สู่อนาคต



ประวัติศาสตร์ของระบาดวิทยาส่งต่อการเปลี่ยนผ่านสำคัญ 3 ครั้ง การเปลี่ยนผ่านทาง
ระบาดวิทยาครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์เริ่มอยู่รวมกันเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการระบาดของ
โรคติดต่อชนิดต่าง ๆ การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่ 2 เกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่ที่
วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพทำให้เกิดโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
โรคหัวใจและมะเร็ง ส่วนการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาครั้งที่ 3 เกิดขึ้นในสังคมทุนนิยม
โลกาภิวัตน์ที่โรคอุบัติใหม่แพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในโลกไร้พรมแดน
ความรู้ความเข้าใจในเรื่องระบาดวิทยา การมีระบบข้อมูลที่ทันสมัยและการและเชื่อถือได้
ความรู้ความสามารถที่จะต้องสนองต่อการระบาดของโรคได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ ความไว
างใจและความร่วมมือของชุมชนในการจัดการควบคุมโรคเป็นหัวใจสำคัญของการทำงาน
ควบคุมและป้องกันโรค



900 ปี
การสาธารณสุขไทย

รอยอดีต

การคลอดลูกสมัยก่อน



แม่ในอดีต ก่อนที่อนามัยแม่และเด็กสมัยใหม่จะแพร่หลาย การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ ชุมชนมีหมอตำแยและโศบิแต่ทำหน้าที่ดูแลการคลอด มีข้อห้ามและข้อปฏิบัติมากมายสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด มีการอยู่ไฟ รวมทั้งมีการทำพิธีกรรมสำหรับลูกน้อย แม้จะไม่มีการคุมกำเนิด แต่อัตราการตายที่สูงทำให้การเพิ่มของประชากรไม่มากนัก

การอยู่ไฟของชาวบ้านสมัยก่อน



รัฐไทยเริ่มให้ความสำคัญเรื่องประชากร ดังที่กรมพระยาดำรงราชานุภาพได้เคยชี้แจงเรื่อง “สาธตนะพยาบาล” ใน พ.ศ. 2449 ว่า “ความเจริญของบ้านเมืองต้องอาศัยใครยพลเมืองเป็นสำคัญแก่ทางบ้านเมืองมาก... เพราะเหตุที่คนยังตายมกนัก คือเด็กที่เกิดมามีชีวิตอยู่ไปได้จนใหญ่โต แก่เฒ่า ยิ่งน้อยกว่าสมควร” นโยบายการเพิ่มพลเมืองได้รับการแปรเป็นรูปธรรมด้วยการเน้นเรื่องอนามัยของแม่และเด็ก

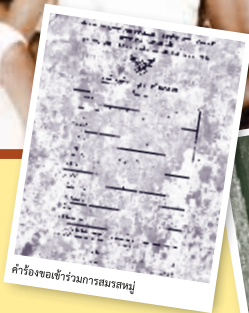
อนามัยแม่และเด็ก

การเปลี่ยนผ่าน

การเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็วในช่วงต้นทศวรรษ 2500 ทำให้รัฐบาลต้องวางแผนการลดประชากร



ศ. บทสม เทวีพวงแก้ว ผู้มีบทบาทสำคัญในนโยบายเพิ่มประชากร สมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม



คำร้องขอเข้าร่วมการสมรสหมู่



สมัยก่อนมีการควบคุมการคุมกำเนิดสูง



โรงพยาบาลที่เกิดขึ้นเพราะนโยบายเพิ่มประชากร



อุ้งยางอนามัยยุคแรก



พญ. ศ. ศิริจันทร์ วิมลธนาภรณ์ ผู้ดูแลโครงการวางแผนครอบครัวที่ อ.โพธาราม

1

การเพิ่มประชากร

สมัยที่จอมพล ป. พิบูลสงคราม ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ท่านต้องการให้ประเทศไทยเป็นมหาอำนาจ จึงมีนโยบายเพิ่มประชากรและออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้คนมีลูกเพิ่มขึ้น เช่น การตั้งองค์การส่งเสริมการสมรส สนับสนุนให้หญิงชายพบปะกัน จัดสมรสหมู่ มอบเงินกันดูให้คู่สมรสคู่ละ 80 บาท กำหนดให้มีวันแม่แห่งชาติเพื่อยกย่องบทบาทผู้เป็นแม่ มีสวัสดิการให้กับเด็กสร้างโรงพยาบาลหญิงและโรงพยาบาลเด็ก ศ.นพ. เสม พริ่งพวงแก้ว อดีตผู้อำนวยการได้เล่าไว้ว่า ใน พ.ศ. 2497 มีเด็กคลอดใหม่อาทิตย์ละหนึ่งคน สองสามปีต่อมามีอาทิตย์ละ 2 คน ต่อมาเพิ่มเป็นวันละ 4 คน ในช่วงหลังสุดที่ท่านทำงานจำนวนเด็กคลอดใหม่กลายเป็นชั่วโมงละหลายคน

2

การลดประชากร

เมื่อ พ.ศ. 2507 มีการทดลองให้บริการวางแผนครอบครัวโดยรัฐขึ้นที่ อ.โพธาราม จ.ราชบุรี เนื่องจากประชากรที่เพิ่มมากขึ้นถูกมองว่าเป็นที่มาของปัญหาความยากจนและการขาดแคลน วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะแรกใช้การใส่ห่วงอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นหลัก ต่อมาภายหลังจึงมีการนำยาฉีดและยาฝังคุมกำเนิดมาใช้ รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในผู้ชาย “นโยบายคุมกำเนิดประชากร” ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศได้ผลดีจนมีผลให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการทำงานในระดับชุมชนโดยเฉพาะในยุคนาธานสุขมูลฐาน จนปัจจุบัน โรงเรียนชั้นประถมต้นหลายแห่งไม่มีเด็กนักเรียนพอสำหรับการเปิดชั้นเรียนได้

สู่อนาคต



ปัญหาที่ท้าทายการทำงานอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน

งานอนามัยแม่และเด็กเปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคม ปัจจุบัน ปัญหาอนามัยแม่และเด็กมีความแตกต่างหลากหลายไปตามสภาพของพื้นที่และกลุ่มประชากร คือ

1. ในกลุ่มคนจนและด้อยโอกาส เช่น แรงงานตามโรงงาน กรรมกรก่อสร้าง แรงงานต่างด้าว กลุ่มชาติพันธุ์ และชุมชนที่ห่างไกลยังไม่ได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กเท่าที่ควร ทำให้มีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์และการคลอด
2. ในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในเขตเมืองและกึ่งเมือง มีปัญหา “ท้องไม่พร้อม” จากสถิติของกรมอนามัย ในช่วงเก้าเดือนแรกของปี พ.ศ. 2553 มีเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี ตั้งครรภ์ถึง 10,000 ราย (เทียบกับปี 2552 มีเพียง 2,500 ราย) UNICEF ระบุว่าไทยมีแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงที่สุดในเอเชีย คือ 150,000 คนและมีอายุต่ำที่สุดคือ 11 ปี

ปัญหานาอนามัยแม่และเด็กต้องการทักษะใหม่และระบบงานใหม่ที่ทำงานเชิงรุก เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ทั้งกลุ่มด้อยโอกาสและวัยรุ่น



900 ปี
การสาธารณสุขไทย



อาหาร

การเปลี่ยนผ่าน ● และโภชนาการ

การเปลี่ยนผ่าน

และโภชนาการ

ชิมง เตอ ลาลแบร์

อาหารและรูปแบบการกินสัมพันธ์กับระบบนิเวศ
วัฒนธรรมของท้องถิ่นและสังคมการเกิดโรค
เช่น การขาดอาหาร โรคภัยต่างๆ
นิว คอโกล โรคอ้วน
อาหารการกินไทยเปลี่ยนไปตามยุคสมัย
ในพ.ศ. 2481 เกิดโครงการอาหาร
แห่งชาติขึ้นในกรมสาธารณสุข
(ยังไม่ได้ตั้งกระทรวงสาธารณสุข)
มีนายแพทย์ชื้อ ขุดิน เป็นผู้ผลักดัน
เน้นให้อาหารหลักให้ครบห้าหมู่
รวมทั้งให้ความสำคัญกับการกิน
เนื้อไม่ติดลายกับอาหาร
ตะวันตกมากขึ้น

ภาวะการขาดแคลนอาหารในชนบท
ทำให้เกิดการส่งเสริมการกินอาหารครบ 5 หมู่

ศ. นพ.อารี วัลยะเสวี
หนึ่งในผู้บุกเบิกการทำวิจัย
ในด้านโภชนาการ

..... (နာမ)

สาธิตการทำอาหารตามหลักโภชนาการ

โรคคอหอยพอกเป็นสาเหตุหนึ่ง
ในการกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาโภชนาการ

วิถีการกินของชาวบ้านสมัยต้นทศวรรษ 2500

โปสเตอร์รณรงค์
การห้ามมั่ว
เมื่อ ๕๐๐-๕๐ ปีที่แล้ว

1

2

ศ. นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว บัณฑิตเครื่องของโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ท่านพบในเชียงรายเมื่อครั้ง
ที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่นี่ว่า เวลาไปซื้อของที่ตลาดพบชาวเขาที่ตลาดเป็นโรคหลอดเลือด
หัวใจ 40-50 แม้แต่เด็ก แต่ชาวบ้านเองก็แปลกที่เหมือนขาดโคโมพอก ท่านได้ส่งดินและผักไปปลูก
วัดคำโสดินกับบ้านต๋าน และยังพบว่า ชาวเขาบางบ้านบางหมู่บ้านมีอัตราการตาย 80-90
แต่หากอยู่ที่บ้านการจะไม่เป็นมาก หากพาพวกเขาอยู่ในใกล้เมืองอาการจะเป็นกันมาก ศ.นพ.เสมอ ได้
จึงรับให้ชาวบ้านขุดโคโสดินในดินเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจโดยเฉพาะใส่สารที่พบมากเช่นกัน
ศ.นพ.เสมอ เล่าว่าสมัยนั้นต้องมาตัดนิ้วทุกวัน มีทั้งขนาดเล็ก จนถึงเกือบใหญ่หนัก 1 กิโลกรัม นึกได้ว่า
ออกมาเรียนสมัยนั้นเสนอให้เอาไปใช้ทำถนนในโรงพยาบาล

ศ. นพ.อารี วีระะเสวี ได้ศึกษาวิจัยพบว่าคนชนบทเป็นนักรับประทานอาหารที่กินไม่สุรพวกแคลเซียม อ็อกซาเลตพวก ยิ่งหากขาดอาหารประเภทโปรตีนก็จะเกิดนิ่วได้ง่ายขึ้น ต่อมาท่านจึงริเริ่มโครงการ เพื่อเสริมเกลือพอสเฟตในอาหาร

ความตื่นตัวเรื่องสุขภาพเด็กได้ทำให้ UNICEF เริ่มการรณรงค์ที่เรียกว่า GOBI (Growth-monitoring, Oral rehydration, Breast feeding & Immunization) ขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1970 มีการรณรงค์ชี้ว่าทารกเด็กโดยธรรมชาติมีภูมิคุ้มกัน UNICEF เพื่อเฝ้าระวังการขาดอาหารของเด็กที่มักจะมาจากการหย่านมที่ยากจน ควบคู่ไปกับการใช้ ORS รักษาอุจจาระร่วง การรณรงค์เรื่องนมแม่ และการฉีดวัคซีน แต่ดูเหมือนปัญหาโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับปัญหาเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมจะไม่สามารถแก้ไขได้อย่างแยกส่วน แนวคิดเรื่องการแก้ปัญหาโภชนาการเด็กในระยะหลังจึงหันมาสนใจเรื่องระบบอาหาร การสร้างอาชีพ การเสริมรายได้ และการเสริมอำนาจให้กันแม่ ซึ่งทำให้สามารถแก้ปัญหาอื่นๆ ได้ด้วย



ปัญหาในด้านโภชนาการที่พบในปัจจุบัน

ปัญหาเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการในปัจจุบันมีทั้งปัญหาภาวะทุพโภชนาการและ
อาหารของกลุ่มด้อยโอกาส การเจ็บป่วยจากเชื้อโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นพาหะ การบริโภค
น้ำสะอาดที่เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวในเวลา 20 ปี (เพิ่มจาก 12.7 เป็น 29 กก. ต่อคนต่อปี)
โดยเฉพาะในเด็ก มีการบริโภคขนมเคี้ยวและน้ำอัดลมจนมีปัญหากับสุขภาพหัวใจและฟัน
โดยตราจางบนำตระหนัก

ในขณะที่ในภาพใหญ่ ระบบอาหารและความปลอดภัยของอาหารยังเป็นปัญหา ทั้งในแง่การลดลงของความหลากหลายทางชีวภาพ การสูญเสียไปของพันธุ์พืชและอาหารพื้นบ้าน ความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติที่ลดน้อยลง รวมทั้งการใช้สารพิษและสารเคมีทั้งในการเลี้ยงสัตว์และการเพาะปลูกที่มักอย่างไร้การควบคุม

งานเชิงรูปการในการแก้ปัญหาเรื่องอาหารและโภชนาการในชุมชนจึงต้องผสมผสานระหว่างการทำงานกับกลุ่มเสี่ยง เช่น การแก้ปัญหาในกลุ่มคือโอกาสที่ขาดแคลนอาหาร การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ภาวะอ้วน และการสร้างระบบอาหารที่มั่นคงและปลอดภัย เช่น การลดการใช้สารเคมีในการเกษตร



๑๐๐ปี
การสาธารณสุขไทย



รอยอดีต

การทำโปสเตอร์เผยแพร่ความรู้
ของกองสุศึกษา



งานสุศึกษาในประเทศไทยมีประวัติย้อนกลับไปถึง พ.ศ. 2459 แต่มาลงหลักปักฐานได้อย่างมั่นคงเมื่อมีการตั้งกรมสาธารณสุข เมื่อพ.ศ. 2461 ต่อมาในปี พ.ศ. 2466 มีการจัดตั้ง กองบรรณาธิการ ทำการผลิตสื่อพิมพ์ในยุคแรก เช่น รายงานประจำปีกรมสาธารณสุข หนังสือ “แถลงการณ์สาธารณสุข” รายเดือนสำหรับข้าราชการ เจ้าหน้าที่และประชาชนในท้องถิ่น มีการผลิตเอกสารความรู้เฉพาะเรื่อง ผลิตโปสเตอร์ โปสเตอร์รณรงค์ เขียนบทความเผยแพร่ การจัดรายการวิทยุ เป็นต้น

เรือออกหน่วยรณรงค์
ให้ความรู้ด้านสุศึกษา

ในยุคต่อ ๆ มา เมื่อเกิดกองสุศึกษาขึ้น ก็มีการขยายงานผลิตสื่ออื่น ๆ เช่น สไลด์ ภาพโฆษณา และภาพยนตร์ มีการจัดสร้างภาพยนตร์ 16 มม. เรื่องวัยคนอง ที่ได้รับความนิยม สามารถนำไปฉายในโรงภาพยนตร์ทั่วไพบ และนำรายได้มาใช้ในการทำงานของกองสุศึกษาได้อีกด้วย



การออกหน่วย

การเปลี่ยนผ่าน • สุขศึกษา

การทำงานของเจ้าหน้าที่กองสุศึกษา



การเตรียมเครื่องมือเพื่อออกหน่วย



การทำภาพแทนสำหรับกองสุศึกษา

ความช่วยเหลือขององค์กรระหว่างประเทศ
เพื่อขึ้นอย่างมากในยุค จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์

งานในส่วนภูมิภาคมีการออกไปรณรงค์เผยแพร่ความรู้ ด้วยการฉายภาพยนตร์ หรือที่เรียกกันว่า “การออกหน่วยฉายหนัง” ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2467 โดยมีการจัดหน่วยเคลื่อนที่เข้าไปตั้งทำการในชุมชน นานคราวละ 3-4 เดือน แล้วจึงย้ายที่ไปเรื่อย ๆ ในสมัยแรกได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิ ร็อคกี้เฟลเลอร์ ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 การออกหน่วยฉายหนังของกองสุศึกษา ยังได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์จาก MSA (Mutual Security Agency) ทำให้การออกหน่วยไปตามชุมชนต่าง ๆ คล่องตัวขึ้น ในบางพื้นที่ก็ขอให้ภาพยนตร์ออกไปฉายในงานเทศกาลท้องถิ่นหรืองานประจำปีต่าง ๆ เช่น งานพระปฐมเจดีย์ งานพระพุทธบาท หรืองานพระเจดีย์กลางน้ำ สมุทรปราการ หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 งานสุศึกษาได้รับการสนับสนุนทั้งจาก องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์กร UNICEF ทำให้การรณรงค์ด้านสุขศึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น กองสุศึกษา มีการออกหน่วยเพื่อรณรงค์ด้านสาธารณสุขทั้งในเวลาปกติและยามที่มีโรคระบาด

สู่อนาคต



สุศึกษาในยุคใหม่ที่ใช้การตลาดเชิงสังคม
และการมีส่วนร่วมของประชาชนแบบการให้ความรู้โดยตรงจากแพทย์

แนวคิดเรื่องสุศึกษาพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย จากการออกหน่วยให้สุศึกษา การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการรณรงค์ มาเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างกลุ่มเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือกันเอง การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) การใช้เทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศใหม่ ๆ เพื่อการสร้างสุขภาพที่ดี ทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพของสังคมโดยรวม

สุศึกษาได้ปรับเปลี่ยนจากแนวคิด “แพทย์เป็นผู้สอน” มาเป็น “การเรียนรู้ไปด้วยกัน” จากการให้ข้อมูล (Information dissemination) มาเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ขยายขอบเขตจากการให้การศึกษาเป็นรายบุคคล มาเป็นการเสริมพลังอำนาจของกลุ่มและชุมชน (Collective Empowerment) โดยมีเป้าหมายใหญ่คือ การสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ



900 ปี
การสาธารณสุขไทย



รอยอดีต

วิถีชีวิตของคนในอดีต
ในสังคมเกษตรตั้งถิ่นฐานในไทย
การทำงานใช้แรงงานเป็นปกติวิสัย
ของคนจำนวนมาก
ช้อยกเว้นในเรื่องนี้อาจมีแค่คน
จำนวนน้อยเช่น กลุ่มเจ้านาย
ขุนนาง หรือคหบดี มิติในการ
พักผ่อนหย่อนใจในชีวิต จึงเน้น
เรื่องการละเล่นสนุกสนานต่างๆ
เพื่อผ่อนคลายจากการทำงานหนัก
วาระของการจัดการละเล่นรื่นเริง
ส่วนใหญ่ผูกพันกับงานบุญในพระพุทธศาสนา



การละเล่นในอดีต

เจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี
(ฉบับ เทพหัสดิน ณ อยุธยา)
ผู้นำกีฬาฟุตบอลเข้ามาสู่สยาม



การเล่นส่วนใหญ่ที่ชาวบ้านนิยม สัมพันธ์กับการพนัน
ขึ้นต่อ เช่น สกา ขนไก่ กัดปลา หยิบเบี้ย ทาย
กลีบมั่งคุด เป็นต้น แม้แต่กิจกรรมที่ดูจะ
เป็นการออกกำลังกาย เช่น การแข่งเรือ
ขกมวย ก็ยังไปเกี่ยวพันกับการพนัน
บันทึกของลาลูแบร์ในสมัยอยุธยา
ยังกล่าวถึงผู้ชายไทยว่า นอกจาก
กินแล้วก็นอน เวลาที่เหลือก็เอา
ไปเล่นการพนัน ดังนั้น แนวคิด
เรื่องการดูแลสุขภาพผ่าน
กิจกรรมนั้นหนาแน่นต่างๆ
จึงไม่ใช่เรื่องที่อยู่ในประเพณี
ของชาวไทยแต่เดิม

ในยุคกรุงรัตนโกสินทร์ เมื่อกรุงเทพฯ
ขยายตัวอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นเมือง
ขนาดใหญ่ ตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระ
จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา การติดถนนหนทาง
การก่อสร้างอาคารแบบใหม่ อาชีพการงานแบบใหม่ที่มีในโลก
ตะวันตกได้หลั่งไหลเข้ามาในกรุงเทพฯ พร้อมกับวัฒนธรรม
หลากหลายของชาวตะวันตก ที่ชนชั้นนำไทยรับเอาเป็นวัฒนธรรม
ของตนเอง ก่อนที่จะแพร่หลายออกไปสู่คนทั่วไป และสร้างแบบแผน
การพักผ่อนหย่อนใจที่ต่างไปจากเดิม

สร้างเสริมสุขภาพ

การเปลี่ยนผ่าน



จอมพล ป. พิบูลสงคราม
ผู้ริเริ่มนโยบายนำไทยไปสู่ทางอำนาจ
ด้วยสุขภาพและบารมี



สโมสรฟุตบอลราชแพทยาลัย



โปสเตอร์เชิญชวน
ให้ออกกำลังกายกลางแจ้ง



ความแข็งแรงของประชาชนคือหนทางนำไปสู่
ความก้าวหน้าของไทย ในยุคจอมพล ป. พิบูลสงคราม



พระศรีสุทนต์ แบบอย่างของเจ้านายไทย
ผู้มีร่างกายแข็งแรงในยุคจอมพล ป. พิบูลสงคราม



ลักษณะหญิงงามตามมาตรฐานในยุคจอมพล ป. พิบูลสงคราม

1

ธรรมเนียมการเล่นที่เน้นแต่ความสนุกสนานตามแบบประเพณีเดิม มีการปรับเปลี่ยนไป ชนชั้นนำ
ได้รับเอากีฬาซึ่งเป็นการละเล่นที่มีกติกาและอุปกรณ์ ประกอบเช่น การเล่นคริกเก็ต หรือฟุตบอล
ที่เจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรีนำเข้ามาจากอังกฤษจากพวกนักเรียนนอก มีการก่อตั้งราชกรีฑาสโมสร
(รอยัลสปอร์ตคลับ) เพื่อแข่งม้าและเล่นกีฬาตามคำขอของชาวอังกฤษ ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระ
จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว

นอกจากความสนุกสนานจากการกีฬาแล้ว ชนชั้นนำไทยในเวลานั้นได้คำนึงถึงคุณและโทษของ
กีฬาที่มีต่อร่างกายอีกด้วย กีฬาที่มาจากต่างประเทศนิยมกันในหมู่ชนชั้นสูง กีฬาที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่
ราคาแพงอย่างเช่น ฟุตบอลหรือกรีฑาก็ขยายออกไปสู่มวลชนรวมทั้งนักเรียนในเวลาต่อมา ส่วนกีฬาที่
ใช้ทุนทรัพย์สูงอย่างกอล์ฟหรือเทนนิส ไม่เป็นที่นิยมของคนทั่วไป

2

ในสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม แนวคิดเรื่องสุขอนามัยไม่ได้จำกัดตัวเองอยู่เพียงสภาพ
ความสะอาดเรียบร้อยของอาคารบ้านเรือนเท่านั้น ร่างกายของชาวไทยต้องมีการดูแลเรื่องสุขอนามัย
เช่นกัน ในสมัยดังกล่าวมีการออกกฎหมายเรื่องการแต่งกายและกิจวัตรประจำวันของคนไทย มีการ
ปรับเปลี่ยนอาหารการกินของคนไทย เพื่อหวังให้คนไทยมีบุคลิกภายนอกและร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง
เพื่อนำชาติไทยให้กลายเป็นมหาอำนาจตามความหวังของรัฐบาลในเวลานั้น

มีการเขียนบทความตามหนังสือพิมพ์หรือนิตยสารในสมัยนั้น เช่น คอลัมน์ "สร้างไทยมหาอำนาจ
ด้วยสุขภาพแผนใหม่" ชักชวนให้ชาวไทยปรับเปลี่ยนร่างกายของตนเองให้ล้ำหน้าแข็งแรง มีเวทีประกวด
ชายฉกรรจ์ ในวันขึ้นปีใหม่

เมื่อ 1 เมษายน พ.ศ. 2483 ที่ท้องสนามหลวง รัฐบาลยังมีภาพฝันของรูปร่างมาตรฐานของผู้หญิงไทย
ซึ่งต่างออกไปจากเดิมที่นิยมคนเอวบางร่างน้อย เป็นผู้ที่แข็งแรงสมส่วน มีการกำหนดรูปร่างส่วนหัว
ส่วนโค้ง สำหรับเป็นมาตรฐานในการประกวดนางงามที่จัดขึ้นทั่วไป

ในด้านการออกกำลังกาย มีการกำหนดให้ข้าราชการออกกำลังกายด้วยการเดินทางไกล แนะนำให้
ประชาชนทำกายบริหารในตอนเช้า มีการออกคำสั่งให้หยุดราชการในบ่ายวันพุธเพื่อได้มีโอกาสในการ
เล่นกีฬา

สู่อนาคต



การสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

การสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาในอดีต มีการปรับเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและบริบทของ
แต่ละยุคสมัย ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิดว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่
แท้จริง คือการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับประชาชน แนวคิดนี้ถูกสรุปออกมาเป็น กฎบัตร
ออตตาวา (Ottawa Charter) อันเกิดจากการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ณ
กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา พ.ศ. 2529

กฎบัตรออตตาวา นิยามการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็น "กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะ
ให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพตนเอง เป็นผลให้ผู้นั้น
มีสุขภาพดีขึ้น"

กิจกรรมหลัก 5 กลุ่ม ตามกฎบัตรออตตาวา ที่มีผลสำคัญต่อความสำเร็จ ของการ
ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ



900 ปี
การสาธารณสุขไทย



รอยอดีต



การสาธารณสุขมูลฐานไม่เพียงแต่เป็นยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ แต่ยังเป็นอุดมการณ์ทางสังคมที่เน้นความเสมอภาคเท่าเทียมกันของมนุษย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดอยู่ที่การมีสุขภาพดีของทุกคน ตามคำขวัญที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543” หรือ Health for All by the Year 2000 การเปลี่ยนจากการแก้ปัญหาเป็นรายโรค (Vertical Program) มาเป็นการพัฒนาที่มีชุมชนเป็นฐาน (community-based program) เริ่มขึ้นในราวปี ค.ศ.1950 ในแผนงานมาลาเรียและโครงการนำร่องสำคัญ เช่น โครงการสารภี โครงการลำปางในยุค ค.ศ. 1960 (โปรดดูแผนผังที่ 1 ประกอบ)

ศ. นพ.สมบุญ วัชรวิทย์ ผู้อำนวยการโครงการลำปาง ซึ่งนำระบบ เอส. และ อสม. มาทดลองใช้

จนในปี 1977 ประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (ก่อนคำประกาศที่เป็นทางการของ องค์การอนามัยโลกที่อัลมา อัดดา ในปี ค.ศ. 1978) ทำให้งานพัฒนาสุขภาพชุมชนได้รับการเร่งรัดอย่างต่อเนื่อง สามทศวรรษของงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสำเร็จสำคัญที่มีคุณูปการจนถึงปัจจุบัน คือ การเกิดอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีอยู่ราว 1,000,000 คนทั่วประเทศในปัจจุบัน



งาน อสม. ต้องอาศัยความร่วมมือของชาวบ้านในชุมชน

อสม.กับการสาธารณสุขมูลฐาน

การมีจิตสำนึกในการกิจของงานสาธารณสุขมูลฐาน



ศ. นพ.สมบุญ วัชรวิทย์ ขณะอยู่ที่



หนึ่งในการกิจของงานสาธารณสุขมูลฐาน



อาสาสมัครคือชาวบ้าน ชาวบ้านคืออาสาสมัคร



โรงพยาบาลเยนฟ้า หนึ่งในงานบริการสาธารณสุขประโยชน์ของชาวจีน สมัยรัชกาลที่ 5

ภารกิจเริ่มแรกของงานสาธารณสุขมูลฐานถูกกำหนดจากปัญหาสุขภาพในยุคนั้น โดยกำหนดกิจกรรม 9 องค์ประกอบ (NEWSITEM) ได้แก่

1. N Nutrition โภชนาการ ได้แก่ การชั่งน้ำหนักเด็ก การทำอาหารเสริม การให้โภชนศึกษา หรือการตั้งกลุ่มแม่บ้านและกองทุนอาหารกลางวัน
2. E: Education สุขศึกษา เน้นการถ่ายทอดความรู้ผ่านผู้สื่อข่าวสาธารณสุข การจัดตั้งหอกระจายข่าว และการเผยแพร่สื่อสุขภาพต่างๆ
3. W: Water Supply การจัดหาน้ำสะอาดไว้ใช้อย่างเพียงพอในชุมชน มีกิจกรรมจัดทำถังเก็บน้ำฝน การประปาหมู่บ้าน และการจัดทำโอ่งน้ำ
4. S: Sanitation การสุขาภิบาล เน้นการสร้างส้วมให้ครบทุกครัวเรือน มีการก่อตั้งกองทุนสุขภัณฑ์ การอบรมช่างสุขภัณฑ์หมู่บ้าน
5. I: Immunization การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เน้นการฉีดวัคซีนในเด็กให้ครบ ตั้งแต่แรกเกิด
6. T: Treatment of Common Diseases การรักษาโรคพบบ่อย เน้นให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่สามารถรักษาโรคต่างๆ ได้

7. E: Essential Drugs คือการจัดหายาที่จำเป็นให้มีใช้ในชุมชน เช่น การจัดตั้งกองทุนยา ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นกองทุนเภสัชสงเคราะห์
8. M: Maternal and Child Health งานอนามัยแม่และเด็ก มีการฝากครรภ์ การส่งเสริมสุขภาพแม่ การดูแลเด็กหลังคลอดและการคุมกำเนิด

โดยกิจกรรมเหล่านี้มีหลักการสำคัญคือ

- การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)
- การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate technology)
- ความร่วมมือระหว่างสาขา (Intersectorial collaboration)
- การปรับระบบบริการปฐมภูมิ (Basic health service reorientation)

ความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐานปรากฏเด่นชัดทั้งการลดอัตราการตายของมารดาและทารก การชะลอการเพิ่มของประชากร การเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้น การลดลงของอุบัติการณ์โรคต่าง ๆ เช่น อุจจาระร่วง พยาธิ และการขาดสารอาหารระดับรุนแรง

สู่อนาคต

แผนภูมิการบริหารจัดการอาสาสมัคร



งานสาธารณสุขมูลฐานในปัจจุบัน

1. โรคเปลี่ยน จากโรคแห่งความยากจนและขาดแคลน เช่น การขาดอาหาร พยาธิ อุจจาระร่วง และโรคติดต่อ มาเป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรัง บทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคต้องปรับเปลี่ยนไปจากเดิม
2. ระบบบริการเปลี่ยน จากการรักษาให้หายในโรคติดต่อมาเป็นการรักษาให้มีสุขภาพดีแม้จะมีโรค เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ และจากการเน้นบทบาทของแพทย์พยาบาลมาสู่การเน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชน
3. การกระจายอำนาจ เปิดโอกาสให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการตนเองด้วยทรัพยากรที่มากขึ้น อำนาจหน้าที่ที่ชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดรูปแบบของกิจกรรม การบูรณาการเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมที่หลากหลายมากขึ้น
4. ทิศทางเปลี่ยน เน้นการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมที่หลากหลาย เช่น อาสาสมัครหลากหลายชนิด กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มผู้ป่วย องค์การสาธารณประโยชน์ รวมทั้งประชาคมต่างๆ
5. การจัดการเปลี่ยน ต้องสร้างระบบการจัดการอาสาสมัครที่ดี ตั้งแต่ การวางแผนความต้องการ การหาอาสาสมัครที่เหมาะสมกับภารกิจ การฝึกอบรมการเข้าสู่บทบาทหน้าที่ การติดตามประเมิน การสร้างเสริมกำลังใจ ทั้งหมดนี้เพื่อสร้างอาสาสมัครที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง



900 ปี
การสาธารณสุขไทย

รอยอดีต



ยุคก่อนหน้าการแพทย์สมัยใหม่ จะเข้ามามีอิทธิพล ชุมชนไทยอาศัย ความรู้ทางการแพทย์ท้องถิ่นที่ผสมผสาน ประสบการณ์เชิงประจักษ์เข้ากับระบบ การแพทย์แบบจีนและอินเดีย ชาวบ้านอาศัย หมอเขลยศักดิ์ในขณะที่ยาจีนมีหมอหลวงให้การดูแล การก่อตั้งโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนศิริราชพยาบาลมีการเรียนการสอน และการตรวจรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยอยู่ไม่ห่างไกลจากวิถีชีวิต การแพทย์พื้นบ้านถูกดูแลจนรวมทั้งปราบปรามเพราะถือว่าเป็น ความเชื่อผิดๆ ความงมงายที่ขัดกับแนวคิดการแพทย์สมัยใหม่ การแพทย์ท้องถิ่นกำลังจะหมดไป

หมอไทย

การเปลี่ยนผ่าน ● ยาไทย นวดไทย



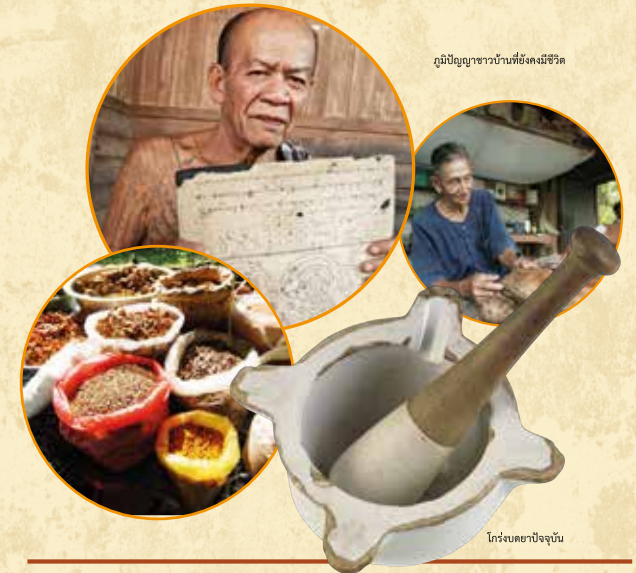
1

ศาสตร์แห่งหมอดำแยหรือสูตรกรรมแบบพื้นบ้านที่กำลังจะสูญสิ้นไป ยายสวาด นิยมจันทร์ เล่า เรื่องนี้ผ่านงานเขียนของนิพัทธ์พร เพ็งแก้วเอาไว้ว่า การเรียนเป็นหมอดำแยต้องมีการฝึกปฏิบัติ และคุณธรรม เพราะเป็นการทำงานกับความเป็นตายของคน หมอดำแยรู้ถึงพิษของเด็กในท้องได้ เพียงแค่คลำ ทาหมันได้โดยไม่ต้องผ่าตัด มีข้อกำหนดบางเรื่องที่ต้องถืออย่างเคร่งครัดละเมิดไม่ได้ รวมถึงการครอบครูนับเป็นพิธีกรรมที่ขาดไม่ได้ ในปัจจุบันหมอดำแยหรือโตะปะเป็นสิ่งที่พึ่งในชนบท ห่างไกลหรือในท้องถิ่นที่ยังยึดถือแบบแผนทางจารีต

2

ปี 2527 การสัมมนาเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้านเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกนำโดย ดร.เสรี พงศ์พิศ คำว่า “ภูมิปัญญาชาวบ้าน” ถูกสร้างขึ้นเป็นวาทกรรมทวนกระแส สมุนไพรและการแพทย์แผนไทยได้รับการฟื้นฟู อย่างเข้มแข็งจากโครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง และโครงการสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน การนวดไทยที่เสื่อมลงตามลำดับได้รับการฟื้นฟูจากโครงการฟื้นฟูการนวดไทย ที่ก่อตั้งใน พ.ศ. 2528 เพื่อทดแทนการใช้ยาแก้ปวดอันตราย หลักรัฐและหลักวิชาที่ได้รับการส่งต่อยานาโดยหมอนวดหลากหลาย สายครูยังเป็นความรู้ที่ถูกใช้ในการเรียนการสอนและการสอบในปัจจุบัน ยาสมุนไพรได้รับความสนใจมากขึ้น โรงพยาบาลหลายแห่งมีการผลิตยาสมุนไพรใช้เองและจำหน่าย ให้แก่ประชาชนและโรงพยาบาลอื่นๆ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้ผลิตยาสมุนไพรสำเร็จรูป คุณภาพดีและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ในขณะที่การนวด การอบประคบ และการรักษาด้วยแพทย์ อายุรเวทหรือหมอฟันบ้านกลายเป็นทางเลือกสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

สู่อนาคต



การส่งเสริมภูมิปัญญาสุขภาพไทย หมอไทย ยาไทย ให้มีบทบาทในการเยียวยารักษา สุขภาพและความเจ็บป่วยอาจดำเนินการได้ใน 4 ระดับได้แก่

1. การประยุกต์แบบแผนการดำเนินชีวิตตามภูมิปัญญาไทยให้สอดคล้องกับยุคสมัย เช่น การฟื้นฟูพืชผักและอาหารพื้นบ้าน รวมทั้งการเกษตรอินทรีย์ เกษตรธรรมชาติ และวิถีชีวิตที่เรียบง่ายเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับธรรมชาติ
2. การประยุกต์เทคนิคการดูแลสุขภาพสุขภาพแบบพื้นบ้าน เช่น การอยู่ไฟ อนามัยแม่ และเด็กแบบพื้นบ้าน การนวด อบ ประคบหรือเข้ากระโจม
3. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรด้วยตนเอง ด้วยการปลูกและปรุงด้วยตนเองใน ตำรับง่าย ๆ หรือการซื้อหายาไทยเพื่อใช้บำบัดรักษาความเจ็บป่วย
4. การส่งเสริมหมอไทย หมอฟันบ้าน โดยสนับสนุนบทบาททั้งในด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสม
5. การผสมผสานในระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ เช่น การเปิดคลินิกแพทย์แผนไทย คลินิกนวด หรือการนำยาสมุนไพรตำรับต่างๆ มาใช้ในโรงพยาบาล ทั้งโดยแพทย์ แผนไทยและแพทย์สมัยใหม่



900 ปี
การสาธารณสุขไทย



รอยอดีต

การดูแลที่บ้านก่อนมีการแพทย์สมัยใหม่



Home Care หรือระบบการดูแลที่บ้าน มีประวัติศาสตร์ที่ยาวนานทั้งในสังคมไทย และในสังคมตะวันตก ในสังคมไทยนั้น ยุคก่อนที่การแพทย์สมัยใหม่จะเข้ามา มีบทบาทเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย ชาวบ้านก็อาศัยการดูแลกันเองที่บ้าน และในชุมชนด้วยระบบยาขอ-หมอวาน จนเมื่อการแพทย์สมัยใหม่เป็นที่แพร่หลายพร้อมๆ กับการเผยแพร่แนวคิดที่ว่า “เป็นอะไรอย่ารักษาตัวเอง ให้ไปหาหมอ” ระบบการดูแลที่บ้าน จึงค่อยๆ หดบทบาทลง

ในตะวันตก การฟื้นฟู “ระบบการดูแลรักษาที่บ้าน”

เริ่มต้นที่เมืองลิเวอร์พูล ประเทศอังกฤษ โดยเชรชชีผู้ใจบุญ ชื่อ วิลเลียม รัธบอน (William Rathbone)

จากประสบการณ์ที่มีพยาบาลมาดูแลความเจ็บป่วยของภรรยาที่ป่วยหนักของเขที่บ้าน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในปี ค.ศ. 1859 เชรชชี วิลเลียม รัธบอนได้ร่วมกับฟลอเรนซ์ ไนติงเกล สร้างโรงเรียนฝึกอบรมพยาบาลขึ้น เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นคนยากคนจน

ถึงที่บ้าน แนวคิดดังกล่าวได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง ในตะวันตกมาจนถึงปัจจุบัน



Home care:

การเปลี่ยนผ่าน ● ระบบการดูแลที่บ้าน



ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ผู้บุกเบิกงานพยาบาลในลักษณะรับฝาก

พัฒนาการของระบบการดูแลที่บ้านในตะวันตกสัมพันธ์กับระบบประกันสุขภาพและการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในสหรัฐอเมริกา ความเจ็บป่วยหลายประการไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการที่โครงสร้างประชากรพัฒนาไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ทำให้ระบบการดูแลที่บ้านกลายเป็นความจำเป็น จนมีองค์กรทั้งที่เป็นเอกชน แสวงหาผลกำไรและองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมและให้บริการจัดระบบการดูแลที่บ้านเกิดขึ้นจำนวนมาก

ที่สำคัญ การปฏิรูประบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เน้นการลดการกักกันผู้ป่วยไว้ในสถาบันจิตเวช เพราะถือว่าการดูแลรักษาที่ขาดความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์และขาดมิติของชุมชน ก็ยิ่งทำให้ระบบการดูแลที่บ้านมีความสำคัญมากขึ้นไปอีก

จนในปัจจุบัน หลายประเทศมีสถาบันและเกณฑ์มาตรฐานในการรับรองคุณภาพระบบการดูแลที่บ้าน ในประเทศไทย แม้ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้รับความสนใจและมีการพัฒนาในรูปแบบบริการที่หลากหลาย แต่หลักเกณฑ์และมาตรฐานระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก็ยังไม่มีการพัฒนาให้ชัดเจน

สถานการณ์



การดูแลที่บ้าน

ในสหรัฐอเมริกา Accreditation Manual for Home Care เป็นคู่มือหลักในการทำงานสนับสนุนระบบการดูแลที่บ้าน ได้กำหนดขีดความสามารถสำหรับคนทำงานชุมชนเพื่อการส่งเสริมระบบการดูแลที่บ้าน 14 ประการ ดังนี้

1. ต้องรู้ว่าการดูแลครอบคลุมอะไรบ้าง ทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ
2. รู้จักการใช้และบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จัดไว้ให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน
3. รู้เรื่องความปลอดภัยและสามารถประเมินจัดการความเสี่ยงในบ้านผู้ป่วย เช่น ห้องน้ำส้วม บันไดสูงชัน ระเบียงบ้านไม่มีราว เป็นต้น
4. รู้ระบบจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ที่บ้านไม่ให้หมดอายุและสำรองของใช้ไม่ให้อาขาด
5. รู้จักการจัดการขยะอันตราย ขยะติดเชื้อหรือสิ่งปฏิกูลที่อาจมีขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาการ
6. รู้เรื่องมาตรการทำให้ปลอดเชื้อ aseptic technic และการป้องกันการติดเชื้อ เช่น universal precaution procedure
7. รู้กาลเทศะและความเป็นส่วนตัว และการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย
8. รู้จักระดมศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในการดูแลที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็น หมอพื้นบ้าน ผู้นำหรืออาสาสมัคร
9. รู้ช่องทางปรึกษาและการส่งตัวเพื่อพบแพทย์เมื่อจำเป็น
10. รู้วิธีจัดการกับสถานการณ์ที่อาจไม่ปลอดภัยขึ้นกับตัวเจ้าหน้าที่
11. รู้ว่าการรักษาหรือการตรวจประเภทใดต้องกระทำโดยเจ้าหน้าที่
12. รู้เรื่องความปลอดภัยและการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต
13. รู้ว่าเมื่อไร การดูแลรักษาที่บ้านมีปัญหาหรือครอบคลุมไม่สามารถดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถูกละเลย หรือเกิดการกระทำรุนแรงขึ้น
14. รู้จักสื่อสารระหว่างบ้าน ระบบบริการและทีมงานสหวิชาชีพเพื่อประสานความร่วมมือ

ในการสนับสนุนระบบการดูแลรักษาที่บ้านให้เข้มแข็ง จะเห็นได้ว่า เจ้าหน้าที่ที่จะช่วยจัดระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ต้องมีความรู้ความสามารถมากกว่าการเยี่ยมบ้าน การทำแผล หรือการติดตามการกินยาเท่านั้น



900 ปี
การสาธารณสุขไทย



รอยอดีต



เครื่องปั้นดินเผาที่ขุดพบที่วัดสุทัศน์

มนุษย์ในอดีตเชื่อว่าโลกหลังความตายอยู่ ดังนั้นเมื่อมีสมาชิกในชุมชนตายลงไป พิธีการทำศพจึงทำ ประหนึ่งว่าเขาได้เดินทางไปอาศัยในโลกหนึ่ง ในหลุมฝังศพของคนโบราณยุคก่อนของหลายวัฒนธรรม มีการนำข้าวของเครื่องใช้ในชีวิตรประจำวันใส่ลงไปในหลุมศพด้วย เมื่อศาสนา มีอิทธิพลต่อชีวิตของมนุษย์มากขึ้น ธรรมเนียมการตายของผู้คนจึงสัมพันธ์กับความคิดความเชื่อทางศาสนา การตายจากโลกปัจจุบันไป เป็นการเดินทางออกไปยังภพภูมิอื่น ๆ ในพุทธศาสนาบางกลุ่มในสมัยก่อน นิยมเอากะดุกคนตายไปผสมเป็นมวลสารในการสร้างพระพิมพ์ เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้ผู้ตาย

ในโลกยุคจารีตที่ความหมายของชีวิตผูกพันกับศาสนา การตายของมนุษย์จึงไม่ใช่เรื่องน่ากลัวแต่อย่างใด เป็นปรากฏการณ์ปกติของชีวิตมนุษย์ หากเขาได้ใช้ชีวิตที่ดีตามความเชื่อในศาสนาของเขา มาโดยตลอด ดังบางคนที่มีเป้าหมายของชีวิต อยู่พ้นไปจากโลกปัจจุบัน ก็พร้อมที่จะตายไปอย่างไม่ลังเล ดังมีการเผาตัวเองเพื่อเป็นพุทธบูชาในสมัยต้นรัตนโกสินทร์



แม่ในลักษณะยืนกอดอกก่อน การตายที่บ้านถือเป็นเรื่องปกติ

ความตายกับการดูแลผู้ป่วย

การเปลี่ยนผ่าน ● ระยะสุดท้าย

การรณการของท่านพุทธทาสภิกขุ กระตุ้นให้สังคมไทยหันมาสนใจเรื่องความตาย



ความตายคือไม่



ความตายไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว



ปอดเหล็ก จากอุปกรณ์ช่วยเหลือนักกีฬาโอลิมปิก กลายมาเป็นเครื่องมือในการช่วยผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1 มนุษย์เริ่มตายได้ยากมากขึ้น เมื่อศาสนาเสื่อมคลายความศักดิ์สิทธิ์ลง ชนชั้นนำไทยเริ่มเปลี่ยนความคิดความเชื่อจากการใช้ชีวิตแบบมีนรก สวรรค์ นิพพาน อยู่ร่วมกันในชีวิตประจำวัน กลายมาเป็นชีวิตที่มีแต่ความสุขและผลประโยชน์ของชีวิตในโลกประจำวันในช่วงต้นกรุงรัตนโกสินทร์ นับแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา ความเจริญของกรุงเทพฯ ที่กลายเป็นเมืองขนาดใหญ่และวิถีชีวิตแบบตะวันตก รวมไปถึงความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ได้ทำให้ สังคมไทยเป็นสังคมที่ห่างไกลจากความตายมากขึ้นเรื่อย ๆ การยอมรับการจากไปของผู้เป็นที่รักกระทำได้อย่างขึ้น ๆ ใจต้องมีอนุสรณ์แทนตัวของคนเหล่านั้นราวกับว่าเขายังมีชีวิตอยู่ตลอดไป ดังเช่น อนุสรณ์ในสุสานหลวงที่วัดราชบพิธ ที่เริ่มในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว

นอกจากมีทางสังคัมวัฒนธรรมแล้ว เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้น ยิ่งทำให้มนุษย์ตายได้ยากตามไปด้วย แม้จะไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ก็ตาม เครื่องมืออย่างเช่น ปอดเหล็ก (iron lung) ที่ช่วยการหายใจของผู้ป่วยปอดโป๊ การให้อาหารทางสายยาง กลายเป็นเครื่องมือในการยืดความตายออกไป ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในปัจจุบันมักหลีกเลี่ยงไม่พ้น การถูกพันธุกรรมด้วยเครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเข็มหรือไม้ก็ตาม

2 พระไพศาล วิสาโลได้กล่าวถึงทัศนะและการปฏิบัติต่อความตายในสังคมสมัยใหม่ว่าแตกต่างกันออกไปจากสังคมเดิมคือ

- ความตายถูกผลักออกไปจากบ้าน บ้านไม่ใช่ที่ควรตาย โดยเฉพาะในเมือง
- มีการนำเทคโนโลยีมาจัดการเพื่อเอาชนะและยับยั้งความตาย
- มีการแสวงหากำไรจากความกลัวตายของคนอย่างมากมายมหาศาล
- มีความสูญเสียและสิ้นเปลืองของทรัพยากรทั้งของบุคคลและส่วนรวมในการชะลอการตายอย่างมาก
- มีความทุกข์ทรมานจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกปฏิบัติเหมือนวัตถุที่สำคัญคือ การขาดความรู้ความเข้าใจของทุกฝ่ายที่ทำงานเกี่ยวกับความตาย รวมทั้งระบบงานวิธีการทำงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องก็ไม่เอื้อให้การตายเป็นไปได้อย่างสันติ

ในขณะที่ในต่างประเทศมีผลการศึกษาวิจัยที่แสดงว่า การมีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตช่วยลดความทุกข์ ลดค่าใช้จ่ายและทำให้ผู้ตายจากไปได้อย่างสงบ ในขณะที่ผู้ที่ยังอยู่ก็มีชีวิตต่อไปได้อย่างสันติ

สู่อนาคต



งานฉลองสังฆารของท่านพุทธทาสภิกขุ



มีทั้งทางจิตวิญญาณ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

การเรียนรู้เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบนั้น จำเป็นต้องเข้าใจความตายในมิติต่างๆ คือ

1. การก้าวพ้นทัศนคติที่ถือว่าการพูดถึงเรื่องความตายเป็นเรื่องต้องห้ามหรือเป็นเรื่องอัปมงคล โดยอาศัยความคุ้นเคย ความไว้วางใจและวิธีการพูดคุยที่เหมาะสม
2. การตระหนักว่าความตายไม่ใช่เรื่องของเหตุผล แต่เป็นเรื่องที่เต็มไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ เป็นความพลัดพราก ความสูญเสีย ทั้งความรู้สึกของผู้ที่กำลังจะตายญาติ และตัวของผู้อยู่แล้ว
3. มิติทางสังคัมวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีและศาสนา มีผลอย่างยิ่งต่อท่าทีและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับความตาย
4. ในสถานการณ์ต่างๆ ที่คนจะต่อความตายอาจมีได้หลากหลาย ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน หรือผู้ให้การรักษาพยาบาลอาจมีทัศนคติต่างกันและอาจขัดแย้งกันได้
5. การเรียนรู้เรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดีที่สุดคือการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างที่หลากหลาย ทำให้เราเห็นความเป็นไปได้ที่แตกต่างกัน
6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นศิลปะอย่างหนึ่งที่ไม่ได้มีกฎเกณฑ์ตายตัวหรือคู่มือสำเร็จรูปให้ปฏิบัติตาม จึงต้องมีความยืดหยุ่นและปรับตามสถานการณ์ที่เป็นจริง
7. มิติของความเป็นมนุษย์มีความสำคัญต่อการเรียนรู้และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การใช้เทคโนโลยีไม่ใช่สิ่งที่พึงปฏิเสธแต่ควรเป็นไปอย่างเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
8. มิติของชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการตายดีและการมีชีวิตอยู่ของญาติพี่น้องหลังการตาย ความเข้าใจและการเอื้ออาทรของชุมชนช่วยในการเปลี่ยนผ่านและการตายเป็นไปอย่างสันติ



900 ปี
การสาธารณสุขไทย

